

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΕΣ: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

**«Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΣΤΡΑΤΙΚΟΠΟΥΛΟΥ ΘΕΟΔΟΣΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

ΛΕΦΑ ΒΑΡΒΑΡΑ



ΠΑΤΡΑ, ΜΑΪΟΣ 2003

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Γνωρίζουμε ότι το 1/4 του πληθυσμού θα προσβληθεί από κάποια κακοήγη νεοπλασία και το 1/7 θα πεθάνει από αυτή.¹ Επίσης γνωρίζουμε ότι το δυσίατο ή ανίατο της νόσου αγγίζει αρνητικά κάθε πτυχή του ανθρώπου που πάσχει από αυτήν. Είναι αδύνατο να περιγράψει κανείς με λόγια το μέγεθος των σωματικών, κοινωνικών, οικογενειακών, οικονομικών και πάσης φύσεως προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι άρρωστοι αυτοί. Γνωρίζουμε τέλος, ότι τα νοσήματα αυτά αυξάνουν σε επιπολασμό χρόνο με το χρόνο και ότι η ιατρική και νοσηλευτική αντιμετώπισή τους παρά τα βήματα που έχουν γίνει δεν έχει κατορθώσει να «νικήσει» στη ρίζα το πρόβλημα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού προκαλεί το μεγαλύτερο αριθμό θανάτων στις γυναίκες από κάθε άλλη κακοήθεια στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες .Στις ΗΠΑ κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 100.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού ενώ πεθαίνουν 30.000 γυναίκες από τη νόσο . Στην Ελλάδα με την πάροδο του χρόνου αυξάνει η συχνότητα εμφάνισης της νόσου . Κάθε έτος περίπου 1.500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού αλλά από αυτές οι 65% επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία .²

Ο φόβος και οι οδυνηροί συνειρμοί που προκαλεί ο καρκίνος στους καρκινοπαθείς τους οδηγεί ακόμα και στο να αποφεύγουν να το ονομάσουν .

Εύκολα μπορεί να συμπεράνει κανείς τις επιπτώσεις που προκαλεί ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες .

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να θίξει επιγραμματικά το μέγεθος του προβλήματος και των επιπτώσεων στους καρκινοπαθείς καθώς επίσης τους τρόπους και τις λύσεις που προτείνονται για την αντιμετώπισή τους . Αιχμή του δόρατος στην αντιμετώπιση του προβλήματος αποτελούν τα επαγγέλματα υγείας . Η νοσηλευτική κατέχει κομβικό ρόλο .Με

αυτήν θα ασχοληθούμε ιδιαίτερα .

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Κεφάλαιο Πρώτο

1.1 Η ανάπτυξη του μαστού^{3,4}

Ο μαστός αποτελεί τροποποιημένο ιδρωτοποιό αδένα και συνεπώς μπορεί να χαρακτηριστεί ως εξάρτημα του δέρματος. Η διάπλασή του αρχίζει νωρίς κατά την έκτη εβδομάδα της εμβρυϊκής ζωής. Κατά την εμβρυϊκή ζωή αρχίζει και η δημιουργία των πόρων που θα αποτελέσουν αργότερα τους εκφορητικούς πόρους του μαστού.

Ο μαστός αποτελεί έναν από τους δευτερεύοντες χαρακτήρες του φύλου. Ο μαστός παραμένει αδρανής μέχρι την εφηβεία. Εξαιρέση αποτελεί μια παροδική δραστηριότητα τις πρώτες εβδομάδες μετά τη γέννηση, που εμφανίζεται με διόγκωση των μαστών και οφείλεται στην παρουσία ορμονών (κυρίως οιστρογόνων) μητρικής προέλευσης. Στην εφηβεία η εμφάνιση της κυκλικής ορμονικής δραστηριότητας οδηγεί στην ανάπτυξη του μαστού, που εκδηλώνεται με την αύξηση του μεγέθους του, τη δημιουργία νέων διακλαδώσεων στους υπάρχοντες πόρους και την ανάπτυξη του αδενικού ιστού.

Η ανάπτυξη και λειτουργία του μαστού (κυρίως κατά την κύηση και γαλουχία) ελέγχεται από ορμόνες που παράγονται από τον υποθάλαμο, την υπόφυση, τις ωοθήκες, το θυρεοειδή, το πάγκρεας και τα επινεφρίδια. Από τις ορμόνες αυτές τα οιστρογόνα, οι φλοιοεπινεφριδιακές ορμόνες, καθώς και η αυξητική ορμόνη, προάγουν την ανάπτυξη των πόρων, ενώ η προλακτίνη είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη των αδενοκυψελών. Πιστεύεται ότι κατά την εγκυμοσύνη ο πλακούντας είναι το όργανο όπου παράγονται σημαντικές ποσότητες από όλες τις ορμόνες.

Το τελικό μέγεθος και σχήμα του μαστού καθορίζεται κυρίως από την ποσότητα λίπους που περιέχει και αποτελεί συνέχεια του υποδόριου λίπους. Στις εφήβους και νεαρές ενήλικες ο μαστός είναι στερεάς σύστασης και προέχει. Με την πάροδο της ηλικίας τα αδενικά και ινώδη στοιχεία ατροφούν, το δέρμα χαλαρώνει και ο μαστός προοδευτικά «επιπεδώνεται» και ρικνώνεται.

Όσον αφορά στον άνδρα με εξαίρεση την παροδική υπερτροφία κατά την νεογνική περίοδο ο μαστός υφίσταται μικρές αλλαγές καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής. Με άλλα λόγια ο ανδρικός μαστός αντιστοιχεί με το μαστό που έχει ένα κορίτσι πριν φθάσει στην εφηβεία.

1. 2 Στοιχεία ανατομίας^{2,4,5,6,7,8}

Ο μαστός στον άνδρα και την άτοκο γυναίκα αποτελεί προβολή του προσθίου θωρακικού τοιχώματος ανάμεσα στην δεύτερη και έκτη πλευρά με την θηλή αντίστοιχα προς την τέταρτη πλευρά. Το όριό του προς τη μέση γραμμή είναι το χείλος του στέρνου, ενώ προς τα πλάγια είναι η πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Τα 2/3 της μάζας του μαστού καλύπτουν το μείζονα θωρακικό μυ και το 1/3 τον πρόσθιο οδοντωτό, ενώ το κάτω χείλος του φθάνει στο πάνω όριο της θήκης του ορθού κοιλιακού.

Η επιπολής περιτονία του προσθίου θωρακικού τοιχώματος αποτελείται από δυο στοιβάδες. Μια επιπολής λιπώδη στοιβάδα και μια εν τω βάθει μεμβρανώδη. Στην επιπολής λιπώδη στοιβάδα αναπτύσσεται ο μαζικός αδένας, καλυπτόμενος από στρώμα λίπους. Τα διαφράγματα του συνδετικού ιστού που χωρίζουν τα αδενικά του λόβια επεκτείνονται στη θωρακική περιτονία και στο επιπολής πέταλο της περιτονίας του Scarpa σχηματίζοντας τους συνδέσμους του Cooper. Οι τελευταίοι είναι υπεύθυνοι για την εισολκή του δέρματος σε γυναίκες με καρκίνο στο μαστό. Ο μαστός έχει περίμετρο κυκλική. Στη γυναίκα, το άνω και έξω τεταρτημόριο επεκτείνεται προς τη μασχάλη και σχηματίζει την ουρά του μαστού (του Spenser). Το άκρο της ουράς του μαστού περνάει από το τρήμα του Larger της εν τω βάθει περιτονίας, καταλήγοντας στην κορυφή της μασχάλης.

Στην ενήλικη γυναίκα οι μαστοί έχουν κατά μέσο όρο τις εξής διαστάσεις: ύψος 11-12 εκ., πλάτος 10 εκ., πάχος 5-6 εκ.. Παρατηρούνται φυσικά ατομικές παραλλαγές σχετικά με τον όγκο. Άλλες παραλλαγές οφείλονται σε διαφορετικές συνθήκες περιβάλλοντος, κλίματος και φυλής. Επίσης διαφέρει και το σχήμα του μαστού, ανάλογα με την ηλικία και τη λειτουργία. Στις νεαρές γυναίκες, είναι ημισφαιρικός ή κώνος, ενώ στις εγκυμονούσες είναι σφαιρικό ή κυλινδρικό.

Η πρόσθια επιφάνεια του μαστού αποτελείται από δέρμα λεπτό και μαλακό προς την περιφερική ζώνη. Στην κεντρική περιοχή και στο ύψος του τετάρτου μεσοπλευρίου διαστήματος προβάλλει από το μαστό ένα μικρό κυλινδρικό ή κωνικό έπαρμα - η θηλή του - η οποία περιβάλλεται από μια στεφάνη κεχρωσμένη με διάμετρο 3-5 cm, που ονομάζεται θηλαία άλως. Το χρώμα της στεφάνης σχετίζεται με το χρώμα του δέρματος. Στις ξανθές είναι ρόδινο και στις μελαχρινές πιο σκούρο. Η θηλαία άλως φέρει υποστρόγγυλα πολλαπλά επάρματα, τα οζίδια του Montgomery που αποτελούν μεγάλους ιδρωτοποιούς αδένες. Στο δέρμα της θηλαίας άλως, βρίσκονται θύλακοι τριχών και σμηγματογόνοι αδένες.

Η θηλή του μαστού έχει χρώμα εντελώς όμοιο με το χρώμα της άλως. Η κορυφή της είναι διάτρητη από 15-20 μικρά στόμια, από τα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι του μαστικού αδένος. Η επιφάνεια της θηλής είναι ανόμοια και ρυτιδωτή.

Η αιμάτωση του μαστού

Οι αρτηρίες του μαστού είναι κλάδοι των εξής αρτηριών:

1. της έσω μαστικής, η οποία δίνει τις πρόσθιες διατιπρώσες αρτηρίες

2. της πλάγιας θωρακικής

3. των πρόσθιων μεσοπλεύριων αρτηριών

Η φλεβική οδός είναι σημαντική στη μελέτη του καρκίνου του μαστού , γιατί οι μεταστάσεις συχνά γίνονται δια αυτής της οδού και επειδή η λεμφική οδός ,που έχει ιδιαίτερο ρόλο στις μεταστάσεις ,ακολουθεί τις φλέβες .Το αίμα απάγεται από τους μαστούς και το θωρακικό τοίχωμα με τρεις ομάδες εν τω βάθει φλεβών:

1. διαπιτραίνοντες κλάδοι της έσω μαστικής φλέβας
2. μασχαλιαία φλέβα και
3. μεσοπλεύριες φλέβες

Οι μύες του μαστού

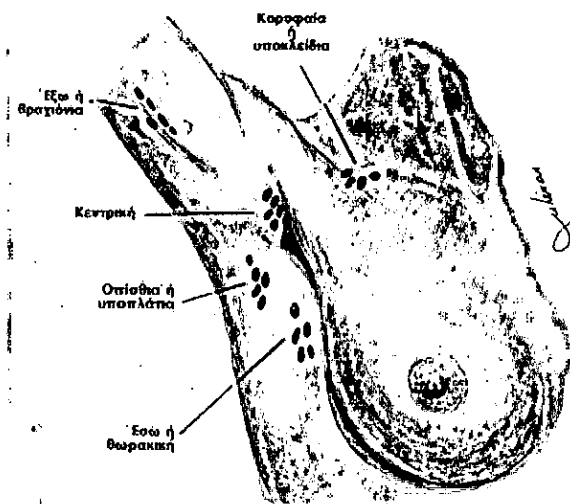
Στην περιοχή του μαστού υπάρχουν οι εξής μύες :

1. μείζων θωρακικός μυς
2. ελάσων θωρακικός μυς
3. πρόσθιος οδοντωτός μυς
4. πλατύς ραχιαίος μυς
5. κορακοβραχιόνιος μυς
6. έξω λοξός κοιλιακός μυς

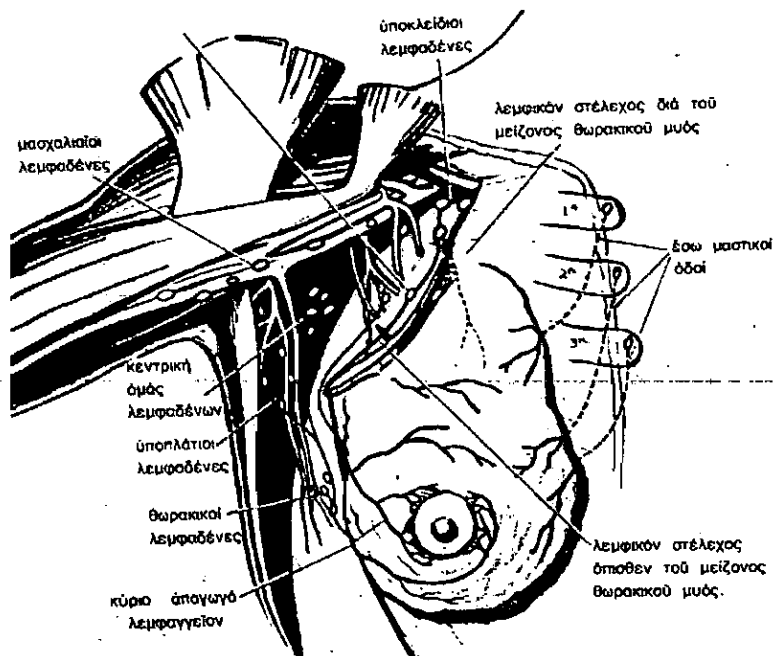
Οι εντόπιση και γνώση των μυών παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την εγχειρητική του μαστού.

Τα λεμφαγγεία

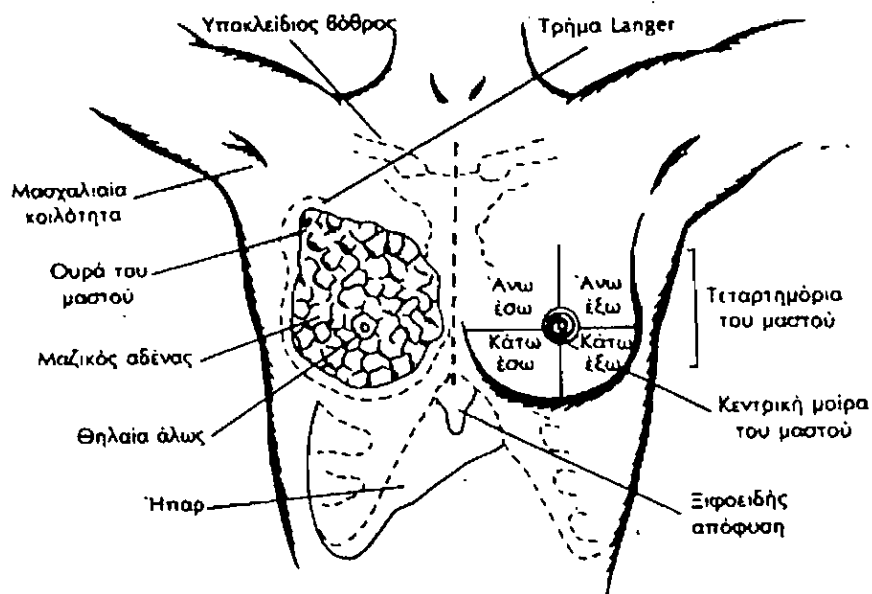
Τα λεμφαγγεία του μαστού αποτελούν ιδιαίτερο ανατομολειτουργικό σχηματισμό ,με σημαντική κλινική σημασία ,λόγω των όγκων που σχηματίζονται στο μαστό. Προέρχονται από ένα εν τω βάθει δίκτυο που σχηματίζεται από τις αδενοκυψέλες του μαστικού αδένα και από ένα υποδόριο δίκτυο. Τα δυο δίκτυα επικοινωνούν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



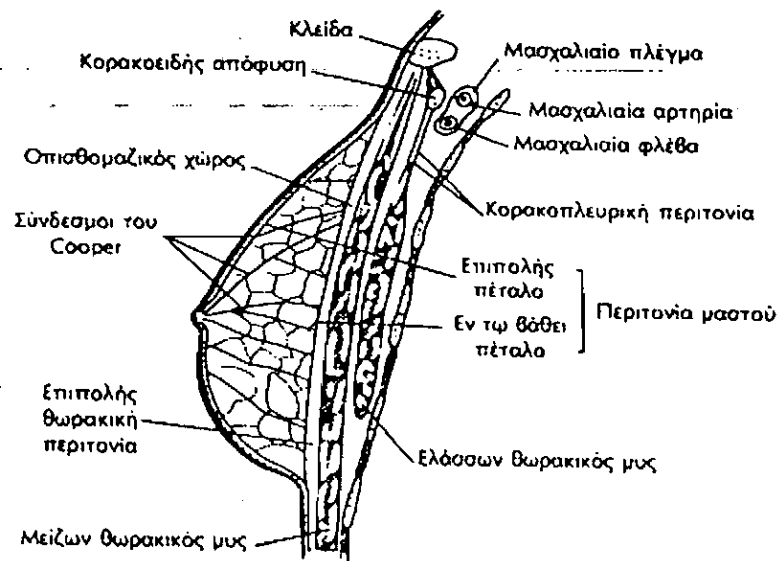
Μασχαλιαίοι λεμφαδένες.



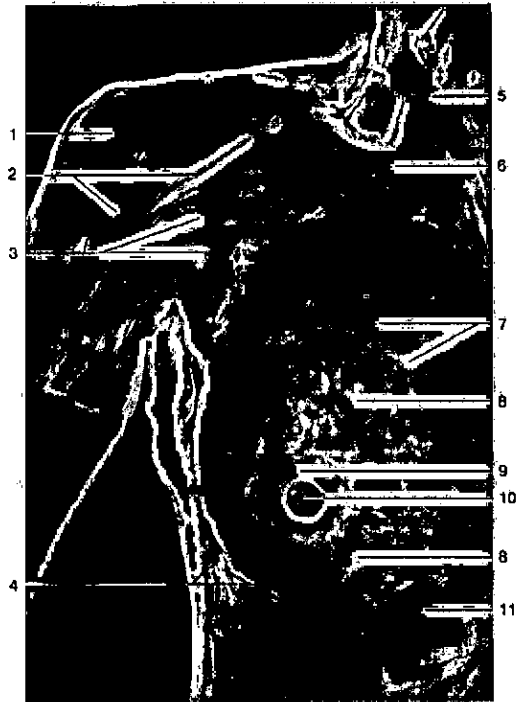
Ομάδες λεμφαδένων και λεμφαγγείων του μαστού.



Γυναικείος μαστός (εμπρός).

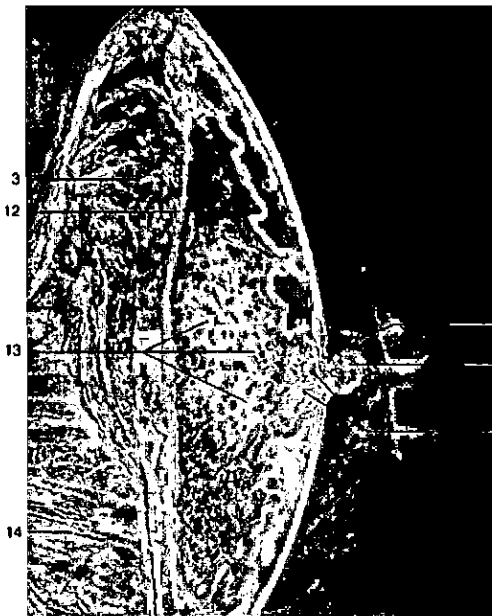


Γυναικείος μαστός (πλάγια)

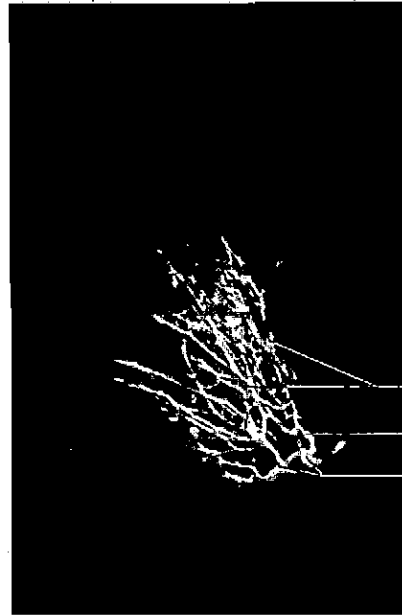


- 1 Δελτοειδής μυς
- 2 Θωρακοδελτοειδής σπασμή, κεφαλική φλέβα
- 3 Μείζων θωρακικός μυς
- 4 Εξω μαστικοί κλάδοι των μεσοπλευριών αρτηριών
- 5 Στέρνοκλειδομαστοειδής μυς
- 6 Κλείδα
- 7 Έσω μαστικοί κλάδοι των μεσοπλευριών αρτηριών
- 8 Περιμαστικός ιστός
- 9 Θηλαία άλω
- 10 Θηλή
- 11 Κοιλιακή μοίρα του μείζονος θωρακικού μυός
- 12 Θωρακική περιτονία
- 13 Μαστικός αδένας
- 14 Γαλακτοφόρος κόλπος
- 15 Γαλακτοφόροι πόροι

Παρασκευάσμα του μαστού (πρόσθα άποψη).



Μαστός (σβελλισία διατομή) έγκυος γυναίκα.



Γαλακτογραφία του μαστικού αδένα (ενήλικης γυναίκας). Παρατηρήστε τις πολλές κύστεις των πόρων.

(Από Rohen-Yocochi)

1.3 Αιτιολογία- Παράγοντες κινδύνου^{1,9,8,10,11,12,13,14,15,16,17}

Η αιτιολογία παραμένει άγνωστη. Μέχρι σήμερα έχουν εντοπισθεί ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι συνδέονται με την αιτιολογία του καρκίνου του μαστού αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις η αιτιολογία παραμένει άγνωστη.

Α) Γενετικοί παράγοντες: Οι γενετικοί παράγοντες παίζουν ένα ρόλο στην ανάπτυξη αυτού του καρκίνου αν και φαίνεται ότι η γενετική επίδραση δεν είναι ισχυρή. Οι συγγενείς ασθενών με καρκίνο του μαστού έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισής του και ο κίνδυνος αυτός διπλασιάζεται όταν υπάρχει συγγένεια πρώτου βαθμού, καρκίνος του μαστού στη μητέρα ή στην αδερφή, ιδιαίτερα αν είναι αμφοτερόπλευρος ή παρουσιάζεται στην προεμμηνόπαυσιακή περίοδο. Υπάρχουν τέλος ορισμένοι οικογενείς/κληρονομικοί τύποι καρκίνου (Hereditary Breast /Ovarian Cancer syndromes) που εκφράζουν σε μεγάλα ποσοστά τα BRCA1 και BRCA2 ογκογονίδια, όπως το COWDEN, το MUIR, το LI- FRAUMENI Syndrome και η Αταξία Τηλαγγειεκτασία⁸.

Β) Ορμονικοί παράγοντες: Γυναίκες με πρώιμη εμμηναρχή πριν από το 12^ο έτος και καθυστερημένη εμμηνόπαυση μετά το 50^ο έτος βρέθηκε ότι παρουσιάζουν ελαφρά αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Αντίθετα η πρώιμη φυσιολογική ή τεχνητή εμμηνόπαυση πριν το 40^ο έτος ελαττώνει τον κίνδυνο αυτό. Η πρώτη τελειόμηνη κύηση πριν από την ηλικία των 20 ετών ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου αυτού, ενώ η καθυστερημένη πρώτη τελειόμηνη κύηση μετά το 35^ο έτος τον αυξάνει. Οι άγαμες και έγγαμες άτεκνες γυναίκες παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ενώ ο θηλασμός δεν φαίνεται να συνδέεται με την αιτιολογία του καρκίνου του μαστού.

Γ) Η σχέση των αντισυλληπτικών δισκίων και του καρκίνου του μαστού εξακολουθεί να συζητείται. Η άποψη που επικρατεί είναι ότι τα αντισυλληπτικά δεν αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου. Ωστόσο υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ότι η χρήση των αντισυλληπτικών κατά την αμέσως μετά την εφηβεία ή για μακρό χρονικό διάστημα πριν την πρώτη κύηση αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου. Καμία μελέτη δεν έδειξε προστατευτική επίδραση.

Δ) Η χορήγηση οιστρογόνων στις μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο καρκίνου. Ο ακριβής ρόλος των ορμονών στην ανάπτυξη του καρκίνου παραμένει αδιευκρίνιστος¹⁴. Ωστόσο η ραλοξιφαίνη, ένα υποκατάστατο οιστρογόνων φαίνεται να προλαμβάνει τον καρκίνο του μαστού¹⁵.

Ε) Διαιτητικοί παράγοντες, ιδιαίτερα αυξημένη περιεκτικότητα των τροφών σε ζωικό λίπος, η πρόσληψη αλκοόλης αυξάνουν τον κίνδυνο όπως και διατροφή πλούσια σε επεξεργασμένους υδρογονάνθρακες. Η σχέση με τον καφέ και το τσιγάρο δεν έχει διευκρινιστεί αλλά πιθανολογείται.

ΣΤ) Το αυξημένο σωματικό βάρος συνδέεται με τον καρκίνο του μαστού όχι όμως ως ισχυρός παράγων και πιθανότατα αντανάκλα το μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο. Επίσης αποτελεί δείκτη των διαιτητικών συνηθειών, ιδίως της κατανάλωσης ζωικού λίπους.

Ζ) Η ακτινοβολία του μαστού με υψηλή δόση ακτινοβολίας προκαλεί αύξηση του κινδύνου, όπως έχει παρατηρηθεί σε γυναίκες με φυματίωση των πνευμόνων μετά από επανειλημμένες ακτινοβολήσεις και σε γυναίκες που εκτέθηκαν σε ακτινοβολία μετά την έκρηξη ατομικής βόμβας στη Χιροσίμα και το Ναγκασάκι

Η) Από δεκαετίες είναι γνωστό ότι ο καρκίνος του μαστού των επιμυών συνδέεται με ιό ο οποίος μεταδίδεται δια του γάλακτος.

Θ) Η εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με ινοκυστική πάθηση είναι αυξημένη μόνο σ' αυτές που υπάρχει άτυπη υπερπλασία του επιθηλίου των πόρων ή των αδενικών λοβίων .

Ι) Καρκίνοι στον άλλο μαστό, του ενδομητρίου, όγκοι των παρωτίδων, κύστεις των ωοθηκών συνοδεύονται από αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

1.4 Όγκοι που εμφανίζονται στον μαστό ^{2,12,18}

Τα νεοπλασμάτα του μαστού διακρίνονται σε καλοήθη και κακοήθη. Είναι φανερό πως αν και το 90% των παθολογικών καταστάσεων του μαστού είναι καλοήθεις παθήσεις το πλέον ενδιαφέρον κλινικό πρόβλημα αφορά τον καρκίνο.

α. Καλοήθεις παθήσεις

1. Ινοαδενώματα
2. Αδενώματα
3. Θηλώματα
4. Ενδοπωρώδες θήλωμα (έκκριση υγρού από την θηλή)
5. Λιπώματα
6. Πορεκτασία
7. Λιπώδης νέκρωση
8. Ιδιοπαθής υποδόριος μαστική φλεβίτιδα
9. Κυστική νόσος
10. Ινοκυστική νόσος των μαστών

β. Τύποι καρκίνου του μαστού¹²

Γενικά διακρίνονται δυο τύποι .Οι λοβιακοί καρκίνοι που εξορμούν από τους πολλούς μικρούς σάκους του μαστού που παράγουν γάλα και οι καρκίνοι των εκφορητικών πόρων που είναι συχνότεροι και αναπτύσσονται στο σύστημα των σωληνίσκων που μεταφέρουν το γάλα από τους λοβούς στη θηλή. Ανάμεσα στις δυο μεγάλες κατηγορίες υπάρχουν τουλάχιστον 30 ιστολογικοί τύποι. Περίπου οι μισοί είναι διηθητικοί καρκίνοι των εκφορητικών πόρων, δηλαδή επεκτείνονται μέσω του τοιχώματος του πόρου .Το 28% αποτελούν συνδυασμούς των διηθητικών καρκίνων των εκφορητικών πόρων και άλλων τύπων που περιλαμβάνουν το βλεννώδες, το θηλώδες και το λοβώδες καρκίνωμα .

Το διηθητικό λοβώδες καρκίνωμα (5% έως 10% των καρκίνων του μαστού) που συχνά εμφανίζεται σαν πάχυνση περισσότερο και όχι ως εξόγκωμα, μπορεί να αναπτυχθεί σε πολλά σημεία όχι μόνο στον έναν αλλά και στον άλλο μαστό .

Η νόσος του Paget είναι είδος διηθητικού καρκίνου που ξεκινά από την περιοχή της θηλής και συνοδεύεται από κνησμό, ερυθρότητα, αίσθημα καύσου και αιμορραγία. Ο φλεγμονώδης καρκίνος είναι διηθητικός και φαίνεται σαν ζεστή εξέριυθη και οιδηματώδης περιοχή που μοιάζει με λοίμωξη ή φλεγμονή.

Οι καρκίνοι in situ περιορίζονται στο ενδοθήλιο που επενδύει τους εκφορητικούς πόρους ή τους λοβούς. Δεν είναι διηθητικοί αλλά θεωρούνται πρόδρομες μορφές τους.

Σχεδόν όλοι οι καρκίνοι του μαστού εξορμούν από τον αδενικό ιστό (αδενοκαρκινώματα) ,αν και υπάρχουν και άλλοι τύποι ,όπως τα σαρκώματα, τα επιθηλιακά καρκινώματα, τα καρκινοσαρκώματα , τα καρκινώματα των ιδρωτοποιών αδένων και τα φυλλοειδή κυστώματα. Τα σωληνοειδή (1% των περιπτώσεων), τα βλεννώδη (2,5%) και τα θηλοειδή καρκινώματα (6%) είναι λιγότερο συχνοί τύποι.

Χαρακτηριστικά των όγκων^{2,12}

1) Ανάλογα με την αναπλασία του όγκου, δηλαδή το σχηματισμό σωληνών, το μέγεθος των κακοήθων κυττάρων ή του πυρήνα, τον αριθμό των μιτώσεων και το βαθμό πρόσληψης της χρωστικής, οι όγκοι του μαστού κατατάσσονται σε τρεις βαθμούς κακοήθειας (grades) Το G1 αντιπροσωπεύει το 2,5% , το G2 αντιπροσωπεύει το 27% και το G3 αντιπροσωπεύει το 70% των περιπτώσεων.

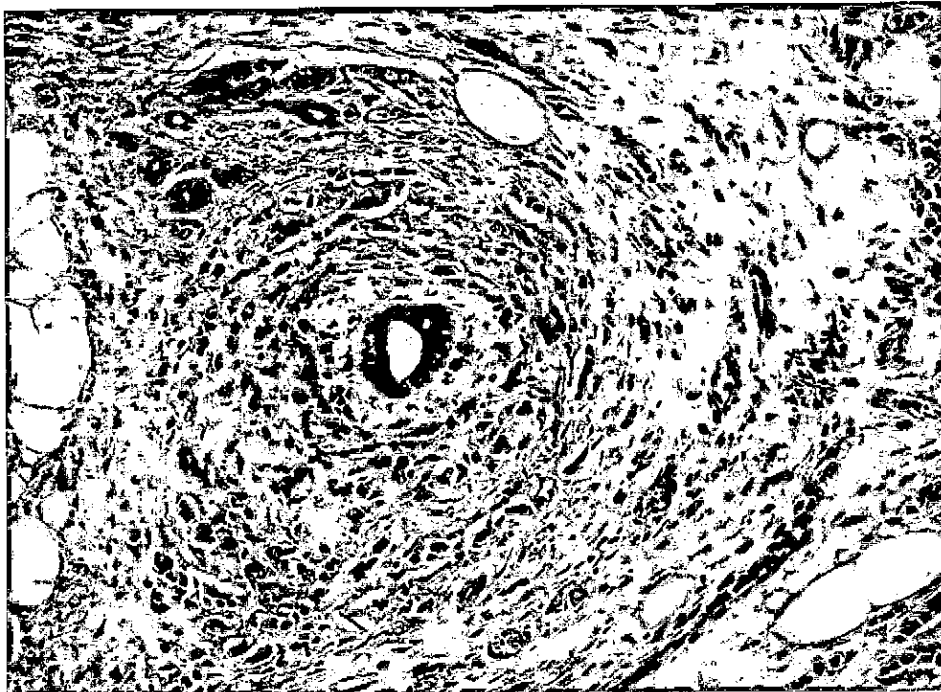
2) Οι πυρήνες των κακοήθων κυττάρων παρουσιάζουν βαθμό κακοήθειας ανάλογο με τη διαφοροποίησή τους. Ο βαθμός G1 αντιπροσωπεύει τους αδιαφοροποίητους πυρήνες ενώ ο βαθμός G3 επισημαίνει τους καλώς διαφοροποιημένους πυρήνες των κακοήθων κυττάρων. Ανάλογα με το βαθμό διαφοροποίησης των κυττάρων και του πυρήνα εξαρτάται η πρόγνωση και επιβίωση της ασθενούς. Άλλα χαρακτηριστικά με τα οποία συνδέεται η πρόγνωση της νόσου, είναι η ύπαρξη ή μη νεκρωτικών περιοχών. Η ύπαρξη νέκρωσης είναι επιβαρυντική.

3) Ένας καλώς περιγεγραμμένος κακοήθης όγκος φαίνεται ότι παρουσιάζει καλύτερη πρόγνωση από έναν ασαφώς περιγεγραμμένο και ανώμαλης υφής όγκου.

4) Η διήθηση των λεμφαγγείων ή των αιμοφόρων αγγείων συνδυάζεται με χειρότερη πρόγνωση

5) Οι όγκοι που παράγουν εμβρυϊκές ουσίες από αποσυμπίεση των γόνων παρουσιάζουν χειρότερη πρόγνωση

6) Τέλος, η πρόγνωση εξαρτάται από την εντόπιση στα τεταρτημόρια του μαστού και είναι ανάλογη με τον αριθμό των προσβεβλημένων λεμφαγγείων. Κατά 47% προσβάλλεται το άνω και έξω τεταρτημόριο, 14% το άνω και έσω, ενώ στο κέντρο της θηλής υπολογίζεται σε 22% .Η πιθανότητα προσβολής και του άλλου μαστού είναι 20% .



Διηθητικό Λοβιακό Καρκίνωμα.(Johns Hopkins Surgical Pathology).



Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα.(Johns Hopkins Surgical Pathology).

Σταδιοποίηση και διασπορά των όγκων²

Η γνώση της διασποράς του όγκου στους επιχώριους λεμφαδένες (μασχαλιαίους, υπερκλειδίους, έσω μαστικούς) είναι μεγάλης σημασίας για την εκλογή της σωστής θεραπείας. Το 40%-50% των γυναικών παρουσιάζουν προσβολή των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Η προσβολή των έσω μαστικών είναι κακό προγνωστικό σημείο και δεν εξαιρούνται χειρουργικά.

Η διήθηση των υπερκλειδίων λεμφαδένων γίνεται συχνότερα μέσω των μασχαλιαίων και αποτελεί κριτήριο σοβαρής πρόγνωσης. Οι περιπτώσεις αυτές ανήκουν στο στάδιο iv και είναι ανεγχείρητες.

Η πιο αποδεκτή σταδιοποίηση είναι της UICC(Union International Centre Cancer) και της AJC (American Joint Community in Cancer Staging and Results Reporting) και βασίζεται στο σύστημα TNM. (βλ. πίνακα)

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

- T** = Πρωτοπαθής όγκος
- T₁** = Όγκος μεγίστης διαμέτρου 2 εκ. ή και λιγότερης
 α) Ο όγκος δεν είναι καθηλωμένος στην περιτονία του μείζονος θωρακικού ή τὸ μῦ.
 β) ὁ όγκος είναι καθηλωμένος στην περιτονία ή τὸ μῦ.
- T₂** = Όγκος μεγίστης διαμέτρου ἄνω τῶν 2 εκ. ἄλλα κάτω τῶν 5 εκ.
 α) ὁ όγκος δεν είναι καθηλωμένος στην περιτονία του μείζονα θωρακικού ή τὸ μῦ.
 β) ὁ όγκος είναι καθηλωμένος στην περιτονία ή τὸ μῦ.
- T₃** = Όγκος μεγίστης διαμέτρου ἄνω τῶν 5 εκ.
 α) ὁ όγκος δεν είναι καθηλωμένος στην περιτονία του μείζονος θωρακικού ή τὸ μῦ.
 β) ὁ όγκος είναι καθηλωμένος στην περιτονία ή τὸ μῦ.
- T₄** = όγκος οποιασδήποτε διαμέτρου ποῦ διηθεῖ τὸ θωρακικό τοίχωμα ή τὸ δέρμα. (Σημείωση: τὸ θωρακικό τοίχωμα περιλαμβάνει τις πλευρές, τὰ μεσοπλεύρια διαστήματα και τους μῦς, τὸν πρόσθιο ὀδοντωτὸ μῦ, ἄλλα ὄχι τὸς θωρακικούς μῦς).
 α) καθήλωση πρὸς τὸ θωρακικό τοίχωμα
 β) οἴδημα (και τὸ δέρμα πορτοκαλιοῦ) ή εξέλκωση τοῦ δέρματος τοῦ μαστοῦ ή δορυφόρα δερματικά ὄζιδια στὸν ἴδιο μαστό.
 γ) τὰ δύο ἄνωτέρω
 δ) φλεγμονώδες καρκίνωμα.
- N** = Ἐπιχώριοι λεμφαδένες
- N₀** = Μὴ ψηλαφητοὶ ὁμόπλευροὶ λεμφαδένες
- N₁** = Ψηλαφητοί, κίτρινοί, ὁμόπλευροὶ λεμφαδένες
 α) Κλινικά μὴ διηθημένοι
 β) Κλινικά διηθημένοι
- N₂** = Ὁμόπλευροὶ, διηθημένοι λεμφαδένες, καθηλωμένοι μεταξύ τους ή με ἄλλους ἰστούς
- N₃** = Ὁμόπλευροὶ ὑπερκλειδίοὶ ή ὑποκλειδίοὶ λεμφαδένες ή οἴδημα τοῦ ἄνω ἄκρου
- M** = Μεταστάσεις
- M₀** = Καμία ἐνδειξη μεταστάσεως.
- M₁** = Ἀπομακρυσμένες μεταστάσεις (περιλαμβάνεται και τὸ δέρμα ἔξω ἀπὸ τὴν περιοχή τοῦ μαστοῦ).

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τὰ κλινικά στάδια ἀποτελοῦν οἱ κατωτέρω ὁμάδες:

ΣΤΑΔΙΟ I	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">T1a</td> <td style="padding-right: 20px;">No ή N1a</td> <td>Mo</td> </tr> <tr> <td>T1b</td> <td>No ή N1a</td> <td>Mo</td> </tr> </table>	T1a	No ή N1a	Mo	T1b	No ή N1a	Mo			
T1a	No ή N1a	Mo								
T1b	No ή N1a	Mo								
ΣΤΑΔΙΟ II	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">T1a, T1b,</td> <td style="padding-right: 20px;">N1b,</td> <td>Mo</td> </tr> <tr> <td>T2a ή T2b</td> <td>No, N1a, N1b</td> <td>Mo</td> </tr> </table>	T1a, T1b,	N1b,	Mo	T2a ή T2b	No, N1a, N1b	Mo			
T1a, T1b,	N1b,	Mo								
T2a ή T2b	No, N1a, N1b	Mo								
ΣΤΑΔΙΟ III	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">T1a, T1b</td> <td style="padding-right: 20px;">N2</td> <td>Mo</td> </tr> <tr> <td>T2a, T2b</td> <td>N2</td> <td>Mo</td> </tr> <tr> <td>T3a, T3b</td> <td>No, N1a ή N1b</td> <td>Mo</td> </tr> </table>	T1a, T1b	N2	Mo	T2a, T2b	N2	Mo	T3a, T3b	No, N1a ή N1b	Mo
T1a, T1b	N2	Mo								
T2a, T2b	N2	Mo								
T3a, T3b	No, N1a ή N1b	Mo								
ΣΤΑΔΙΟ IV	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">T4</td> <td style="padding-right: 20px;">Κάθε N</td> <td>Κάθε M</td> </tr> <tr> <td>Κάθε T</td> <td>N3</td> <td>Κάθε M</td> </tr> <tr> <td>Κάθε T</td> <td>Κάθε N</td> <td>M1</td> </tr> </table>	T4	Κάθε N	Κάθε M	Κάθε T	N3	Κάθε M	Κάθε T	Κάθε N	M1
T4	Κάθε N	Κάθε M								
Κάθε T	N3	Κάθε M								
Κάθε T	Κάθε N	M1								

Προγνωστικοί παράγοντες^{12,17,19,20,21}

Ιστολογικός τύπος όγκου: Ορισμένοι τύποι διηθητικού καρκινώματος(μυελοειδές,βλεννώδες,σωληνώδες,αδενοκυστικό) έχουν πολύ καλή πρόγνωση ,ανεξάρτητα από το μέγεθός τους.Το φλεγμονώδες καρκίνωμα έχει πολύ κακή πρόγνωση.Επίσης όγκοι με μεγάλη διαφοροποίηση των κυττάρων τους (G3) έχουν καλύτερη πρόγνωση από αυτούς με μικρή ή καθόλου διαφοροποίηση (G2, G1).

Μέγεθος όγκου:Μεγαλύτεροι όγκοι έχουν γενικά χειρότερη πρόγνωση.

Μέτρηση ορμονικών υποδοχέων: Οι ασθενείς που εκφράζουν τους οιστρογονικούς κυρίως υποδοχείς στον όγκο (ER θετικοί) έχουν καλύτερη πρόγνωση από τους ER αρνητικούς. Η έκφραση των προγεστερονικών υποδοχέων επίσης αποτελεί θετικό προγνωστικό παράγοντα.

Νεότεροι βιολογικοί δείκτες:Τέτοιοι παράγοντες είναι οι πρωτεΐνες των ογκογονιδίων c-erb-B-2 και p53, η αυξημένη έκφραση των οποίων συνδυάζεται με αυξημένη θνησιμότητα, ειδικά όταν συνυπάρχουν σε άρρενες²¹.Τα αυξημένα επίπεδα των bFGF(basic Fibroblast Growth Factor) και EGFR(Epidermal Growth Factor Receptor) αποτελούν αρνητικούς προγνωστικούς παράγοντες¹⁰. Επίσης η έκφραση του Her- 2/neu γονιδίου αποτελεί δείκτη για την εφαρμογή σχήματος βασισμένου σε ανθρακυκλίνες⁸.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Κεφάλαιο Δεύτερο

2.1 Κλινικός και διαγνωστικός έλεγχος –Νοσηλευτική παρέμβαση

Η διάγνωση του καρκίνου γίνεται:

*Με τη γενική κλινική και εργαστηριακή εξέταση του ασθενούς

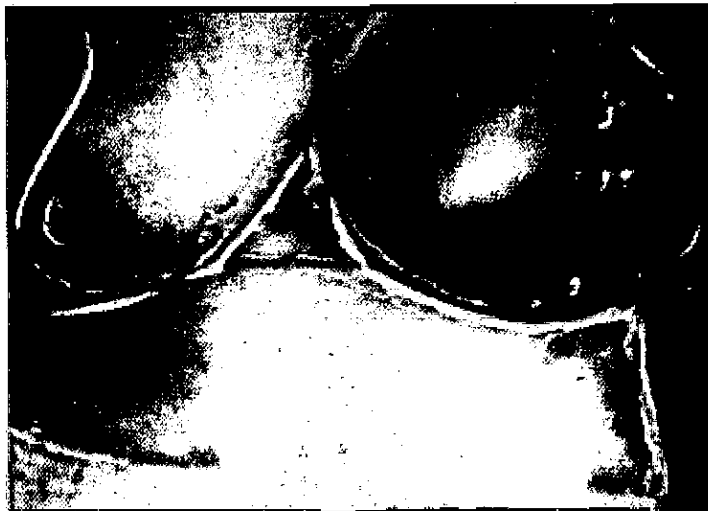
*Με τη βοήθεια ειδικών εξετάσεων

Κλινική εικόνα ^{2,7,22}

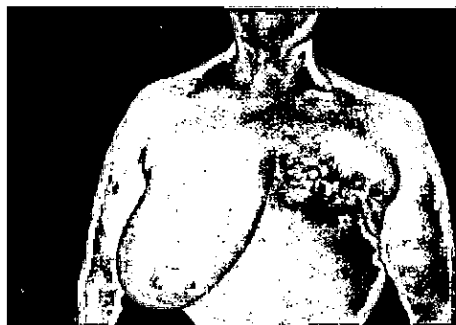
- 1.Ορώδης ή αιματηρή έκκριση.
- 2.Ανώδυνο, σκληρό, μη κινητό ογκίδιο.
- 3.Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα .Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού, στα εντυπώματα του οποίου αντιστοιχούν οι πόροι των τριχών και των σημηματογόνων αδένων.
- 4.Ασσυμετρία και ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού.
- 5.Εισολκή του δέρματος πάνω από τη μάζα.
- 6.Εισολκή της θηλής:οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από την θηλή.
- 7.Ορώδη ή αιματηρή έκκριση της θηλής.
- 8.Ακινητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων (σε προχωρημένο στάδιο)
- 9.Εξέλκωση κατά τη θηλή:οφείλεται στην αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξαιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων και της ταχύτατης ανάπτυξης της μάζας.
- 10.Πόνος συνήθως απουσιάζει, εκτός από προχωρημένα στάδια.



Ca μαστού:Φλοιός πορτοκαλιού, εισολκή θηλής,
Δερματικό μεταστατικό καρκίνωμα.



Φλεγμονώδης καρκίνος μαστού.



Υποτροπή καρκίνου μετά
μαστεκτομή.



Νόσος Paget μαστού.



Ca μαστού: Διήθηση μείζονος θωρακικού μυός. Η παραμόρφωση γίνεται εντονότερη και ο πάσχων μαστός ανέρχεται λιγότερο στην ανάταση.



Ca μαστού: Φλοιός πορτοκαλιού.



Εξηλωμένος καρκίνος.



Εισολκή θηλής, διήθηση δερματος.

Ιστορικό και φυσική εξέταση ^{7,22,23,24,25,26}

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

Η νοσηλεύτρια συστηματικά αναζητεί δεδομένα για την ασθενή και την οικογένειά της κάνοντας σχετικές ερωτήσεις και παρατηρήσεις , ακούγοντας και εξετάζοντας την ασθενή .Το νοσηλευτικό ιστορικό είναι πολύτιμο εργαλείο, το οποίο βοηθά την νοσηλεύτρια να αποκτήσει στοιχεία σχετικά με τη φυσική και ψυχολογική κατάσταση. Δυο είναι οι κυριότερες πηγές συλλογής πληροφοριών:

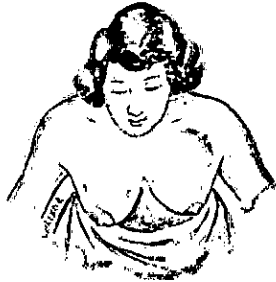
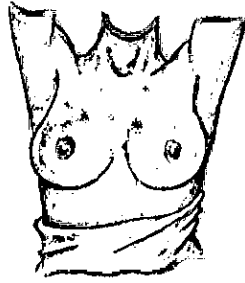
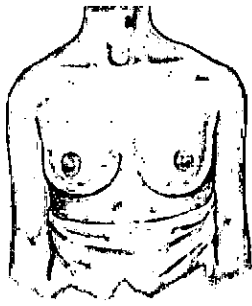
1. Πρωταρχική και κύρια πηγή είναι η ασθενής

Παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, προκειμένου να αξιολογηθούν αυτές οι πληροφορίες είναι:

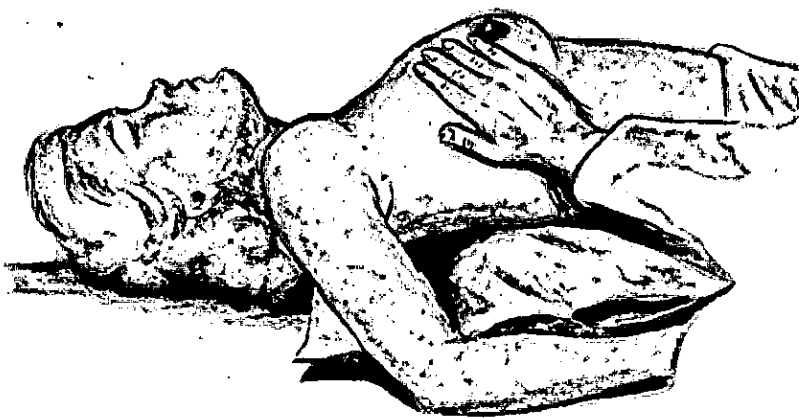
- Επιθυμία και ανάγκη της ασθενούς για ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα
- Ηλικία της γυναίκας
- Συναισθηματική κατάσταση
- Φόβοι σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου. Συνειδητά ή ασυνειδητα κρατούν πληροφορίες που φοβούνται ότι μπορούν να δείξουν την παρουσία του καρκίνου
- Φόβος ότι δίνοντας πληροφορίες μπορεί να υποβληθεί σε δύσκολες και επώδυνες εξετάσεις

Γυναίκες που καθυστερούν να αναφέρουν την ύπαρξη ογκιδίου έχουν τα εξής χαρακτηριστικά: ²⁵

- Μεγάλη ηλικία
- Μικρή πιθανότητα να αναζητήσουν βοήθεια για οποιοδήποτε σύμπτωμα
- Κατώτερη κοινωνική τάξη
- Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο
- Γενικότερη άρνηση στις κρίσεις (σύνδρομο «δεν μπορεί να συμβαίνει σε μένα»)



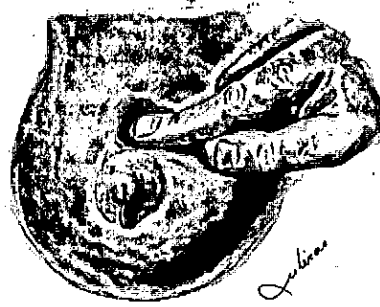
Επισκόπηση του μαστού.



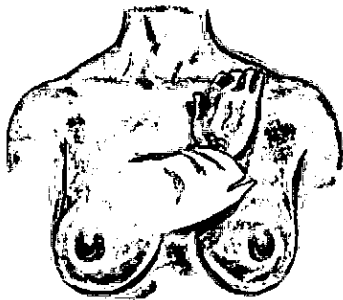
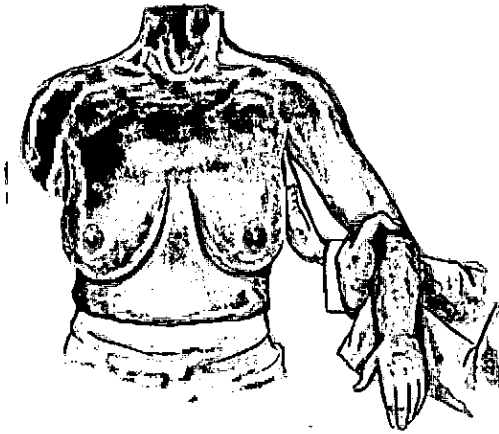
Ψηλάφηση έξω ημιμορίου.



Πορεία ψηλάφησης
του μαστού



Συμπίεση για την
ανεύρεση ρύσεως



Ψηλάφηση μασχαλαίων λεμφαδένων

- Κατάθλιψη
- Αγχος
- Απαισιόδοξία για την θεραπεία
- Φόβος για την επέμβαση /τον καρκίνο
- Άγνοια για την σημασία των συμπτωμάτων

2. Δευτερεύουσες πηγές είναι:²⁴

- Οικογένεια, συγγενείς
- Άλλα μέλη της ομάδας υγείας (κοινωνική λειτουργός, ψυχολόγος)
- Ιατρική και νοσηλευτική βιβλιογραφία

Οι πληροφορίες του ιστορικού περιλαμβάνουν:^{23,24,25}

1. Δημογραφικά στοιχεία του αρρώστου (ηλικία , οικογενειακή κατάσταση, παιδιά)

2. Συμπτώματα και ενοχλήσεις

3. Αντιδράσεις της αρρώστου αναφορικά με την ασθένειά της και τις αναμενόμενες επιπτώσεις

4. Κοινωνικό και πολιτιστικό ιστορικό: εκπαίδευση, μέλη οικογένειας, απασχόληση, κοινωνικοί δεσμοί

5. Παλιό ιατρικό ιστορικό: Προηγούμενες εισαγωγές στο νοσοκομείο, χειρουργικές επεμβάσεις και ασθένειες, φάρμακα που έπαιρνε, χρόνια νοσήματα, αλλεργίες

6. Οικογενειακό ιστορικό: Αιτίες θανάτου σε άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος

7. Διαπροσωπικές σχέσεις και επικοινωνία με τους άλλους

8. Δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και ικανότητα να λειτουργεί αποτελεσματικά(συνήθειες διατροφής, ανάπαυσης και ύπνου, ούρηση και αφόδευση, υγιεινή και εμφάνιση, έμμηνος ρύση)

9. Διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, όπως αντιδράσεις στο στρες, ενδιαφέροντα και κίνητρα, λήψη ηρεμιστικών φαρμάκων

10. Κλινική εξέταση

*Η ασθενής εξετάζεται σε διάφορες θέσεις και καταγράφεται προσεκτικά κάθε ύποπτη μάζα ή παθολογικό εύρημα

*Πρέπει να γίνεται πλήρης κλινική εξέταση, να ελέγχεται η πύελος και να αξιολογούνται σημεία καρκίνου σε άλλες περιοχές, όπως το δέρμα, οι λεμφαδένες και το ήπαρ.

Η νοσηλεύτρια καταγράφοντας τις πληροφορίες αυτές έχει μια αρκετά ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης της ασθενούς και μπορεί να προσαρμόσει το πλάνο φροντίδας της ασθενούς ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες της.

Μετά την ολοκλήρωση του ιστορικού προγραμματίζονται περαιτέρω διαγνωστικές διαδικασίες. Ένα βασικό στοιχείο είναι ότι η ασθενής και η οικογένειά της πρέπει να ενημερωθούν.

Χρειάζεται να γνωρίζουν :⁷

*Τι περιλαμβάνει η εξέταση

*Για ποιο λόγο η ασθενής χρειάζεται να υποβληθεί σε αυτήν την εξέταση και ποιος ο ρόλος της στη διαγνωστική διαδικασία

*Ποιες είναι οι πιθανές επιπλοκές

*Αν υπάρχουν άλλες εναλλακτικές λύσεις και ποιες είναι

Η νοσηλεύτρια οφείλει να ενθαρρύνει την ασθενή και να την υποστηρίξει το διάστημα που εκείνη πρέπει να αποφασίσει για τη συμμετοχή της στις διαγνωστικές εξετάσεις, να δώσει τη συγκατάθεσή της και κατά τη διάρκειά τους. Ειδική προετοιμασία, όπως ειδική δίαιτα, καθαρτικοί υποκλυσμοί ή χορήγηση ηρεμιστικών είναι συνήθης για πολλές διαγνωστικές εξετάσεις. Πριν από την προετοιμασία της ασθενούς, πρέπει η νοσηλεύτρια να εκτιμήσει την κατάστασή της.

Η εκτίμηση

πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής:

- Ποια είναι η βασική φυσική κατάσταση της ασθενούς; Σημειώνεται η παρουσία αφυδάτωσης, πόνου, ικανότητας να σταθεί όρθια
- Είναι η ασθενής αλλεργική σε κάποιο από τα φάρμακα που πρέπει να πάρει;
- Αν η κατάσταση της ασθενούς είναι ασταθής, αλλά η εξέταση είναι απαραίτητη, η νοσηλεύτρια πρέπει να συνοδεύει την ασθενή. Με ποια μέσα είναι δυνατή η εξασφάλιση άνεσης και ασφάλειας της ασθενούς;

Χρειάζεται η χορήγηση παρεντερικών διαλυμάτων για την αντιμετώπιση της αφυδάτωσης; Χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων είναι απαραίτητη κατά τη διάρκεια της εξέτασης ή για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της;

Οι περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις δεν προκαλούν ιδιαίτερο σωματικό πόνο, αλλά μηνύουν στον ασθενή ότι υπάρχει λόγος να ανησυχεί σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου. Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει τον έλεγχο της ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσεται αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ ασθενούς –νοσηλεύτριας

2.2 Αιματολογικές Εξετάσεις²⁷

- Γίνονται αιματολογικές και άλλες βιοχημικές εξετάσεις για να ελεγχθεί η λειτουργία άλλων οργάνων και να βρεθούν τυχόν μεταστάσεις. Γίνεται έλεγχος της ηπατικής λειτουργίας (αλκαλική φωσφατάση, τρανσαμινάση, LDH, PT, και SGOT)
- Στις εξετάσεις αίματος ελέγχονται νεοπλασματικοί δείκτες (καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA), και CA 15-3). Έτσι διευκολύνεται ο

προσδιορισμός της πρόγνωσης και η παρακολούθηση της πορείας της νόσου.

2.3 Απεικονιστικές μέθοδοι^{2,7,8}

1. Μαστογραφία:Είναι ειδική ακτινογραφική τεχνική του μαστού με φωτόνια χαμηλής ενέργειας σε ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα, το μαστογράφο, χωρίς την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας. Λαμβάνονται συνήθως οι δυο κλασσικές λήψεις :

- Κεφαλουραία (face)
- Μεσοπλάγια (profil)

Η Μαστογραφία αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στο screening ασυμπτωματικών γυναικών.

Είναι απαραίτητη για τη διερεύνηση και παρακολούθηση οιαδήποτε όγκου του μαστού, σε οιαδήποτε ηλικία. Είναι απαραίτητη προεγχειρητικά, όπου εντοπίζεται η θέση και το μέγεθος του όγκου. Συνήθως τοποθετείται υπό μαστογραφικό έλεγχο ειδικός στυλεός (hook)-η κορυφή του οποίου τοποθετείται ενδοοστικιά- και αφαιρείται μαζί με τον όγκο στο χειρουργείο.

Η μαστογραφία όμως δεν αποτελεί εξέταση πανάκεια, επειδή το 10% των καρκίνων (το ποσοστό είναι μεγαλύτερο σε γυναίκες κάτω των 40 ετών) μπορεί να μην ανακαλυφθούν με την εν λόγω τεχνική. Πρέπει να διενεργείται βιοψία κάθε ύποπτης μάζας ακόμα και αν η μαστογραφία δε δείχνει καρκίνο.

Το σχέδιο φροντίδας της ασθενούς κατά τη μαστογραφία⁷

Εκτίμηση-αξιολόγηση Προβλημάτων και αναγκών	Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις
<ul style="list-style-type: none">• Ανάγκη ενημέρωσης της ασθενούς	Αποφυγήν του άγχους και της αγωνίας	Ενημερώνεται για τον τόπο ,χρόνο και σκοπό της εξέτασης
<ul style="list-style-type: none">• Εμφάνιση άγχους και αγωνίας	Προετοιμασία ψυχολογική-σωματική για την αποδοχή της εξέτασης .	Ενημερώνεται για το ανώδυνο της εξέτασης. Λαμβάνονται μέτρα για την αποφυγή έκθεσης της ασθενούς.

<ul style="list-style-type: none"> • Υπαρξη αναπηρίας ή όχι 		<p>Σε περίπτωση αναπηρίας η εξέταση διενεργείται σε καθιστή θέση .Η Νοσηλεύτρια μπορεί να συνοδεύσει την ασθενή και να βοηθήσει κατά τη διάρκεια της εξέτασης</p>
--	--	---

*Στη μαστογραφία όπως και σε όλες τις εξετάσεις που χρησιμοποιούνται ακτίνες X θα πρέπει να έχει αποκλειστεί η πιθανότητα εγκυμοσύνης διότι προκαλούν εμβρυϊκές ανωμαλίες

2. Υπερηχογράφημα: Είναι μια εξέταση κατά την οποία ένας πομπός υπερήχων κινείται πάνω από την περιοχή του μαστού και εκπέμπει ηχητικά κύματα υψηλής συχνότητας τα οποία μεταδίδονται μέσα στο μαστό και ανακλώνται όταν βρουν ιστό διαφορετικής πυκνότητας. Με ακρίβεια 95% προσδιορίζεται αν η μάζα είναι κυστική (περιέχει υγρό) ή συμπαγής.

Νοσηλευτική παρέμβαση :Όπως στη μαστογραφία. Δεν προκαλεί βλάβες στο έμβρυο

3. Ξηρογραφία: Είναι παρόμοια με την μαστογραφία αλλά η αποτύπωση εικόνων γίνεται σε πλάκα από σελήνιο ,αντί της φωτογραφικής πλάκας . Γενικά είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την ακτινογράφιση των μαλακών ιστών, όπου η αντίθεση μεταξύ όγκου και των ιστών που τον περιβάλλουν είναι σχετικά μικρή.

Νοσηλευτική παρέμβαση : Όπως στη μαστογραφία.

4. Θερμογραφία: Γίνεται με υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή, η οποία καταγράφει τις διαφορές θερμοκρασίας στο μαστό. Εντοπίζει τα σημεία ανώμαλης ανάπτυξης. Δεν χρησιμοποιείται ιδιαίτερα.

Νοσηλευτική παρέμβαση : Όπως στη μαστογραφία. Δεν προκαλεί βλάβες στο έμβρυο

5. Αξονική τομογραφία:Γίνεται με τη χρήση ακτίνων X. Οι ιστοί απεικονίζονται σε λεπτές τομές με τη βοήθεια υπολογιστή.

Νοσηλευτική παρέμβαση : Όπως στη μαστογραφία. Σε περίπτωση χορήγησης σκιαγραφικού iv είναι απαραίτητη η τοποθέτηση περιφερικής φλεβικής γραμμής. Το σκιαγραφικό χορηγείται σε συγκεκριμένη διάρκεια. Πρέπει να υπάρχει εξοπλισμός αντιμετώπισης ανακοπής, διότι σπάνια τα σκιαγραφικά προκαλούν αυτήν την παρενέργεια.

6. Διαφανοσκόπηση : Χρησιμοποιείται μικρή λυχνία με ορατό φώς και έχουμε τη δυνατότητα να βλέπουμε άμεσα το διαφανοσκοπούμενο μαστό , αλλά και η εικόνα διαμέσου ηλεκτρονικού υπολογιστή μεταφέρεται σε οθόνη τηλεόρασης και απεικονίζεται σε ειδικά φωτογραφικά φιλμ ,ευαίσθητα στην υπέρυθρη ακτινοβολία. Τόσο οι καλοήθεις όσο και οι κακοήθεις παθήσεις του μαστού δίνουν διαφορετικά χρώματα στη διαφανοσκόπηση και κάνουν ορατές τις ανωμαλίες των φλεβών.

Νοσηλευτική παρέμβαση : Όπως στη μαστογραφία. Δεν προκαλεί βλάβες στο έμβρυο.

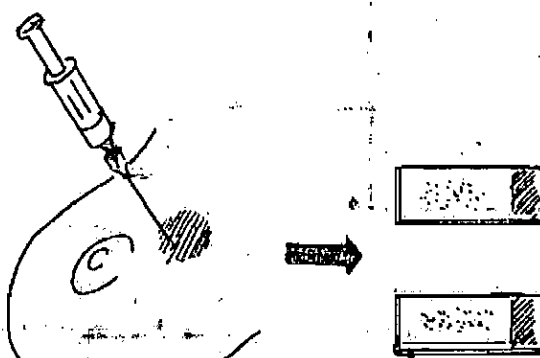
7. **Σπινθηρογράφημα οστών**: Γίνεται με ενδοφλέβια έγχυση ραδιοφαρμάκου και απεικόνιση της πρόσληψης του με γ- κάμερα. Χρησιμεύει στον εντοπισμό οστικών μεταστάσεων.

Νοσηλευτική παρέμβαση : Φλεβική παρακέντηση και τοποθέτηση ορού. Παρασκευή του φαρμάκου με ειδική στολή και προφυλάξεις γιατί είναι ραδιενεργό. Δεν πρέπει να εκτίθεται σε αυτό ή τα απόβλητά του κανείς άλλος εκτός του ασθενούς. Τα απόβλητα τοποθετούνται σε ειδικούς περιέκτες.

2.4 Ιστολογικές εξετάσεις – Τρόποι λήψεως υλικού απ' τον όγκο

Πραγματοποιούνται παθολογοανατομικές (από υλικό βιοψίας) ή κυτταρολογικές (από υλικό FNA) καθώς και εξετάσεις ορμονικών υποδοχέων, DNA και άλλων πρωτεϊνικών δεικτών του όγκου με διαγνωστική και προγνωστική αξία.

1. **Παρακέντηση όγκων μαστού δια λεπτής βελόνης (FNA)^{7,9}**: Μπορεί να ληφθεί υλικό από κυστικές αλλά και συμπαγείς αλλοιώσεις. Η κυτταρολογική εξέταση του υλικού δίδει χρήσιμα και ακριβή αποτελέσματα με ανώδυνο τρόπο. Μαζί με την κλινική εξέταση και τη μαστογραφία αποτελούν τη βασική διαγνωστική τριάδα που σε περιπτώσεις καρκίνου βάζει διάγνωση ή υποψία κακοήθειας για το 99% των ασθενών. Σε περίπτωση μη ψηλαφητών αλλοιώσεων, σήμερα είναι δυνατή η εκτέλεση παρακέντησης με ειδικό προσδιορισμό της θέσης του ογκιδίου και κατεύθυνση της βελόνης από υπολογιστή (Stereotactic FNA). Επίσης με αυτόν τον τρόπο κενούνται κυστικές καλοήθεις διεργασίες.



2. **Κοιμήσιμη βιοψία μαστού**: Α. Τοποθέτηση ασθενούς Β. Τρόπος
C. Εισαγωγή βελόνης D. Εξέταση υλικού
E. Ν.Α. Γ. Αγωγή της λήψης υλικού

Νοσηλευτική παρέμβαση : Η παρακέντηση γίνεται με βελόνη 21 G και σύριγγα 10 ml. Χρειάζονται αντικειμενοφόροι πλάκες και υλικά μονιμοποίησης του επιστρωμένου παρασκευάσματος. Επίσης χρειάζονται υλικά αντισηψίας του δέρματος (Betadine 10%, οινόπνευμα...). Οι

Νοσηλευτική παρέμβαση : Όπως στη μαστογραφία. Δεν προκαλεί βλάβες στο έμβρυο.

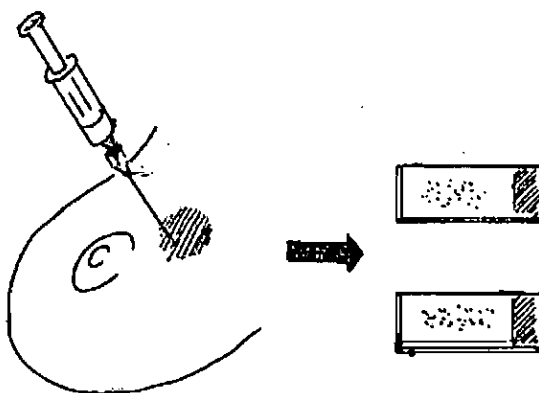
7. Σπινθηρογράφημα οστών: Γίνεται με ενδοφλέβια έγχυση ραδιοφαρμάκου και απεικόνιση της πρόσληψης του με γ- κάμερα. Χρησιμεύει στον εντοπισμό οστικών μεταστάσεων.

Νοσηλευτική παρέμβαση : Φλεβική παρακέντηση και τοποθέτηση ορού. Παρασκευή του φαρμάκου με ειδική στολή και προφυλάξεις γιατί είναι ραδιενεργό. Δεν πρέπει να εκτίθεται σε αυτό ή τα απόβλητά του κανείς άλλος εκτός του ασθενούς. Τα απόβλητα τοποθετούνται σε ειδικούς περιέκτες.

2.4 Ιστολογικές εξετάσεις –Τρόποι λήψεως υλικού απ' τον όγκο

Πραγματοποιούνται παθολογοανατομικές (από υλικό βιοψίας) ή κυτταρολογικές (από υλικό FNA) καθώς και εξετάσεις ορμονικών υποδοχέων, DNA και άλλων πρωτεϊνικών δεικτών του όγκου με διαγνωστική και προγνωστική αξία.

1.Παρακέντηση όγκων μαστού δια λεπτής βελόνης(FNA)^{7,9}: Μπορεί να ληφθεί υλικό από κυστικές αλλά και συμπαγείς αλλοιώσεις. Η κυτταρολογική εξέταση του υλικού δίδει χρήσιμα και ακριβή αποτελέσματα με ανώδυνο τρόπο. Μαζί με την κλινική εξέταση και τη μαστογραφία αποτελούν τη βασική διαγνωστική τριάδα που σε περιπτώσεις καρκίνου βάζει διάγνωση ή υποψία κακοήθειας για το 99% των ασθενών. Σε περίπτωση μη ψηλαφητών αλλοιώσεων, σήμερα είναι δυνατή η εκτέλεση παρακέντησης με ειδικό προσδιορισμό της θέσης του ογκιδίου και κατεύθυνση της βελόνης από υπολογιστή (Stereotactic FNA). Επίσης με αυτόν τον τρόπο κενούνται κυστικές καλοήθεις διεργασίες.



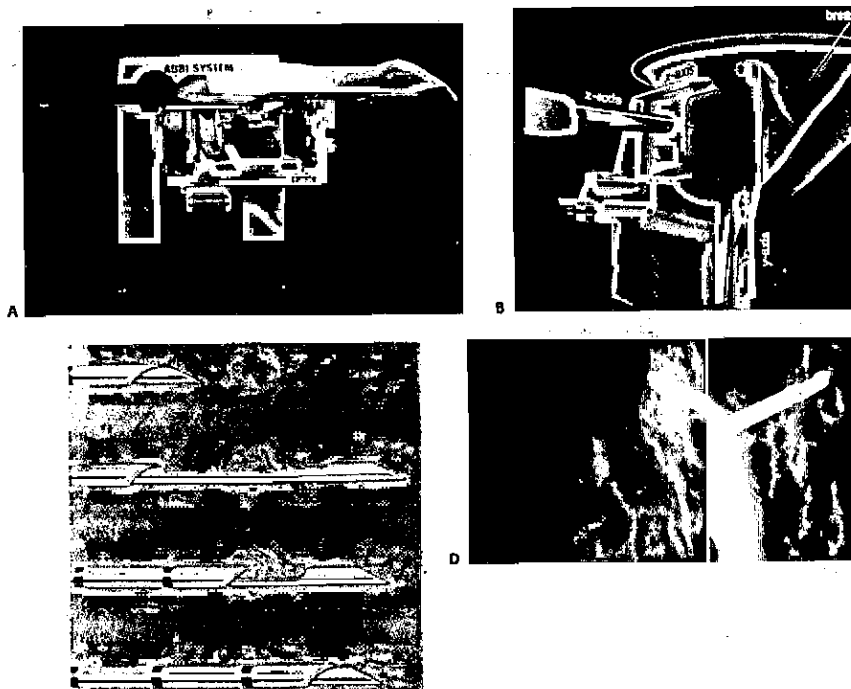
F.N.A.

Νοσηλευτική παρέμβαση : Η παρακέντηση γίνεται με βελόνη 21 G και σύριγγα 10 ml.Χρειάζονται αντικειμενοφόροι πλάκες και υλικά μονιμοποίησης του επιστρωμένου παρασκευάσματος. Επίσης χρειάζονται υλικά αντισηψίας του δέρματος(Betadine 10%, οινόπνευμα...). Οι

συνθήκες παρακέντησης πρέπει να είναι άσηπτες για αποφυγή επιμόλυνσης και διαπύησης του μαστού.

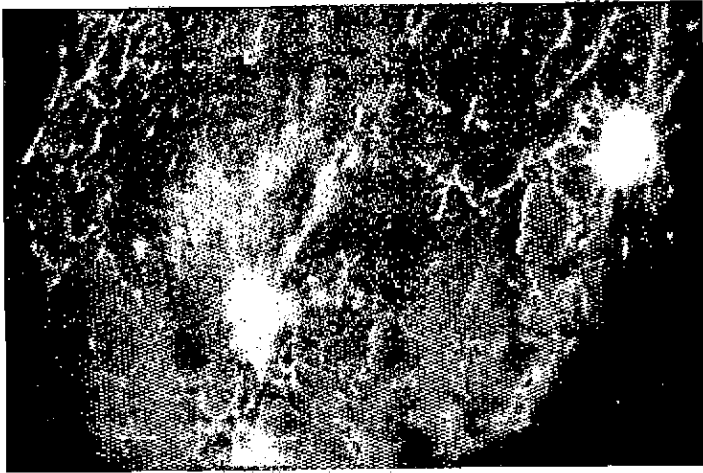
2. Βιοψία^{7,8,9} : Σήμερα ολοένα συχνότερα χρησιμοποιείται η FNA, ως μια απλή διαδικασία που συνήθως δίνει οριστική απάντηση σχετικά με την πιθανότητα καρκίνου. Ωστόσο, συνήθως επιβεβαιώνεται με ανοιχτή χειρουργική βιοψία. Σήμερα προτιμάται ως εξέταση εκλογής η προεγχειρητική υπό τοπική αναισθησία βιοψία. Με αυτόν τον τρόπο αποφεύγεται η γενική αναισθησία και δίνεται η δυνατότητα να συναποφασιστεί με την ασθενή το είδος της εγχείρησης. Συνήθως τοποθετείται στυλεός(hook) στην περιοχή του όγκου υπό μαστογραφικό έλεγχο. Ο στυλεός αφαιρείται μαζί με τον όγκο, μαστογραφούνται και στέλνονται για ιστολογική ανάλυση. Ως εναλλακτική της ανοιχτής βιοψίας μέθοδος είναι η κλειστή στερεοτακτική βιοψία (υπό άμεσο μαστογραφικό έλεγχο λαμβάνονται ακτινολογικές εικόνες και με τη βοήθεια του υπολογιστή, η βελόνα βιοψίας τοποθετείται ακριβώς στη θέση της βλάβης).

Νοσηλευτική παρέμβαση : Η ανοιχτή βιοψία είναι ένα κανονικό χειρουργείο και απαιτεί τη σχετική προετοιμασία(προεγχειρητικός έλεγχος, τοπική προετοιμασία κ.λ.π). Η στερεοτακτική βιοψία ομοιάζει με μια απλή παρακέντηση. Χρειάζεται προετοιμασία του υλικού που απαιτείται(ειδικές βελόνες βιοψίας...) και τοποθέτηση της ασθενούς στη σωστή θέση πάνω στο ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα.

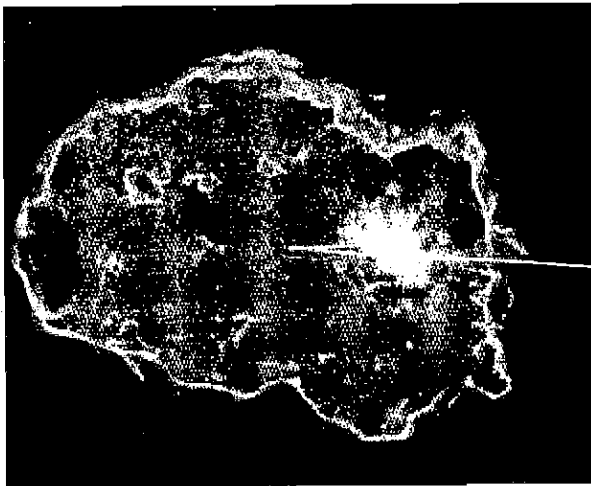


Στερεοτακτική βιοψία μαστού: Α. Τοποθέτηση ασθενούς, λειτουργία συσκευής, C. Βελόνη βιοψίας, εικόνα τη στιγμή της λήψης ιστού

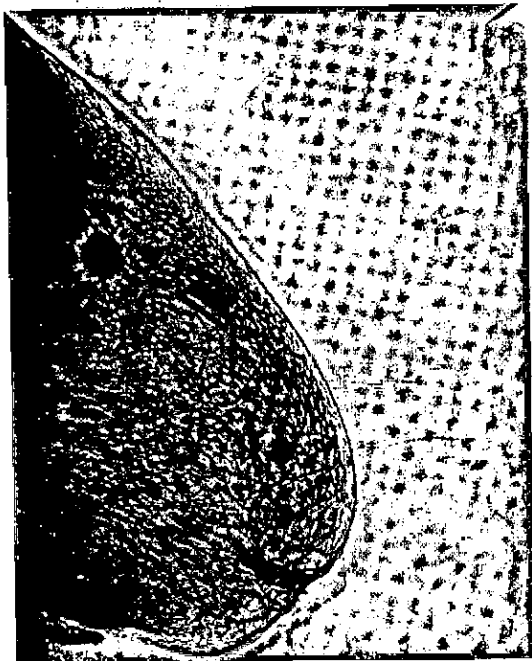
B. Τρόπος
D. Μαστογραφική



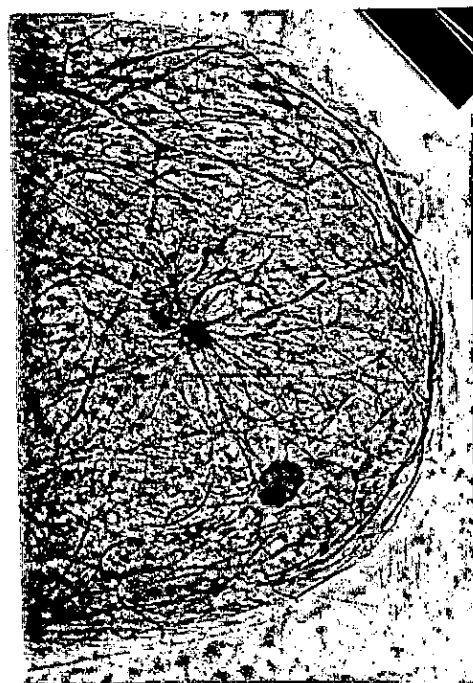
Μαστογραφία: Παρατηρούνται δυο μάζες τυπικές του καρκίνου του μαστού.



Μαστογραφία αφαιρεθέντος όγκου του μαστού, μαζί με το hook.



Ξηρογραφία:Καρκίνος μαστού με εισολκή θηλής και πάχυνση του δέρματος.



Ξηρογραφία:Διεστιακός καρκίνος μαστού.

Κεφάλαιο Τρίτο

3.1 Θεραπεία

3.1.1 Χημειοθεραπεία

Χρησιμοποιείται σαν **συμπληρωματική (adjuvant)** της χειρουργικής θεραπείας, σε ασθενείς με αρνητικούς υποδοχείς οιστρογόνων και εντοπισμένη νόσο, για έλεγχο των μικρομεταστάσεων και σαν **κύρια θεραπεία** μεταστατικής νόσου. Σε ασθενείς σταδίων I, II με θετικούς ER χρησιμοποιείται σαν adjuvant η ταμοξιφαίνη. Η χημειοθεραπεία με τη μορφή της επικουρικής χρησιμοποιείται σήμερα και σε ασθενείς σταδίου I. Για την εφαρμογή της χημειοθεραπείας σε αυτό το στάδιο υπήρχαν αμφιλεγόμενες απόψεις, πρόσφατες όμως έρευνες έδειξαν ότι υπάρχει κάποιο πρώιμο όφελος ιδιαίτερα σε ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες. Δεν υπήρχε όμως διαφορά στην αναμενόμενη επιβίωση. Αντίθετα, πολύ σημαντική είναι η εφαρμογή της χημειοθεραπείας σε ασθενείς σταδίου II. Εδώ, ο στόχος είναι και συμπληρωματικός αλλά και θεραπευτικός αφού βοηθάμε στην αντιμετώπιση τυχόν μικρομεταστάσεων που είναι σε υποκλινικές μορφές. Σε μεγαλύτερα στάδια η χημειοθεραπεία αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Στα στάδια αυτά η χημειοθεραπεία δεν αυξάνει ιδιαίτερα την επιβίωση εκτός από ορισμένες ομάδες ασθενών, βελτιώνει όμως την ποιότητα ζωής.^{10,27}

Τα κασσικά χμθικά σχήματα που χρησιμοποιούνται στο Ca μαστού είναι το CMF (Cyclophosphamide, Methotrexate, 5-Fluoruracil) και το CAF (Cyclophosphamide, Adriamycin, 5-Fluoruracil) συνήθως σε 4-6 κύκλους με μεσοδιάστημα του ενός με τον άλλον 21 ημέρες. Νεότερα σχήματα που περιέχουν τα νέα φάρμακα taxol και taxorete είναι επίσης δραστικά. Παλαιότερα είχαν χρησιμοποιηθεί και άλλα χμθικά φάρμακα. Σήμερα σπάνια χρησιμοποιούνται. Ωστόσο θα γίνει αναφορά και σ' αυτά και στα χμθικά γενικότερα.^{10,27}

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι κυτταροτοξικά, δηλαδή καταστρέφουν τα κύτταρα. Η καταστρεπτική όμως δράση τους δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Τα κακοήθη κύτταρα επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα φυσιολογικά κύτταρα των ιστών, όπως ο μυελός των οστών, ο βλεννογόνος του εντέρου, οι ωθήκες που έχουν έντονο πολλαπλασιασμό, είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα φάρμακα αυτά. Στόχος είναι να βρεθεί το όριο της δόσης του φαρμάκου, που θα καταστρέψει μεν τα παθολογικά κύτταρα, αλλά δεν θα επηρεάσει όμως τα φυσιολογικά, όπως ο μυελός των οστών.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες.^{23,28,29,31}

1. Αντιμεταβολίτες: Αυτοί μοιάζουν δομικά με τους μεταβολίτες (ουσίες απαραίτητες για τη βιοσύνθεση των νουκλεϊνικών οξέων) Υποκαθιστούν τις ουσίες αυτές, προσροφούνται από τα ένζυμα και παρεμποδίζουν τη δράση τους. Δρουν στη φάση S του κυττάρου που γίνεται η σύνθεση του DNA.
2. Αλκυλιούντες παράγοντες: Αυτά διαταράσσουν την πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές επεξεργασίες του κυττάρου, κυρίως τη λειτουργία των νουκλεϊνικών οξέων. Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο κυρίως στην προμιτωτική φάση.
3. Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης: Παρεμποδίζουν τη σύνθεση και επομένως τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Τα φάρμακα που ανήκουν στη κατηγορία αυτή (ορισμένα αλκαλοειδή και αντιβιοτικά) αναστέλλουν την εξέλιξη της μίτωσης των κυττάρων.

Τα χημειοθεραπευτικά σχήματα των κακοήθων νεοπλασμάτων εφαρμόζονται σε επαναλαμβανόμενες συνεδρίες. Θανάτωση 100% των κακοήθων κυττάρων είναι σχεδόν αδύνατη. Ένας στόχος της χημειοθεραπείας είναι να καταστρέψει αρκετά κακοήθη κύτταρα, ώστε να είναι δυνατή η καταστροφή των υπολοίπων από το ανοσοποιητικό σύστημα του ξενιστή.

Οι στόχοι της χημειοθεραπείας πρέπει να είναι ρεαλιστικοί επειδή αυτοί καθορίζουν τα φάρμακα που θα χρησιμοποιηθούν και την επιθετικότητα του θεραπευτικού σχήματος. Τα χημειοθεραπευτικά σχήματα που διακόπτουν την δραστηριότητα σε ορισμένες φάσεις του κύκλου δίνονται σε τέτοιους συνδυασμούς, ώστε να καταστρέφουν το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό κακοήθων κυττάρων χωρίς να προκαλούν σοβαρά τοξικά φαινόμενα στον ξενιστή.

Τα ταχέως πολλαπλασιαζόμενα μέσα σε έναν όγκο κύτταρα είναι τα πιο ευαίσθητα στα χημειοθεραπευτικά μέσα. Τα λιγότερα ευαίσθητα και επομένως τα δυνητικά επικίνδυνα, είναι τα κύτταρα που δεν διαιρούνται, είναι όμως ικανά για μελλοντική ανάπτυξη. Τα κύτταρα αυτά ωστόσο, πρέπει να καταστραφούν. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται επαναλαμβανόμενοι κύκλοι χημειοθεραπείας, για να θανατώνονται αυτά τα κύτταρα όταν εισέρχονται σε φάση ενεργούς αύξησης. Τα αποτελέσματα αυτά σχετίζονται με τις φάσεις του κύκλου αναπαραγωγής του κυττάρου που ακολουθούν τόσο τα υγιή όσο και τα κακοήθη κύτταρα.

Οι αποφάσεις που αφορούν το χημειοθεραπευτικό πρωτόκολλο βασίζονται στην ηλικία της ασθενούς, τη φυσική της κατάσταση, την κατάσταση της ασθένειάς της και αν η ίδια συμμετέχει ή όχι στη λήψη αποφάσεων.²⁰

ΑΝΤΙΜΕΤΑΒΟΛΙΤΕΣ^{20, 20,23,28,29 30,31}

Φάρμακο: Mercaptopurine

Οδός : Από το στόμα

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none"> • Ναυτία, εμετοί, διάρροια 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενυδάτωση ασθενούς • Αξιολόγηση κενώσεων και εμετών
<ul style="list-style-type: none"> • Στοματίτιδα 	<ul style="list-style-type: none"> • Συστηματική φροντίδα της στοματικής κοιλότητας • Χορήγηση τροφής που δεν ερεθίζει το βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας
<ul style="list-style-type: none"> • Καταστολή του μυελού των οστών(9-14 μέρες μετά την τελευταία δόση) 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια • Γίνεται διακοπή του φαρμάκου με εντολή του γιατρού αν τα λευκά και τα αιμοπετάλια μειωθούν περισσότερο από 3500κ.εκ. και 100.000κ.εκ. αντίστοιχα. Όταν τα λευκά είναι κάτω από 2.000κ. εκ. η ασθενής προστατεύεται από λοιμώξεις με μέτρα απομόνωσης • Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης αιμορραγιών • Δημιουργούνται συνθήκες για να ξεκουράζεται η άρρωστη ικανοποιητικά

Φάρμακο: Fluoracil

Οδός : Ενδοφλέβια, ενδοαρτηριακά, από το στόμα, τοπική εφαρμογή

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none">• Ναυτία, εμετοί, διάρροια• Στοματίτιδα• Καταστολή του μυελού των οστών(9-14 μέρες από την τελευταία δόση)• Νευρολογικό σύνδρομο(φωτοφοβία, αταξία, ευφορία)• Αλωπεκία	<ul style="list-style-type: none">• Όπως στο mercaptopurine• Όπως στο mercaptopurine• Όπως στο mercaptopurine• Η ασθενής προστατεύεται από έντονο φωτισμό και πτώσεις. Κατανοείται η συμπεριφορά της ευφορίας• Προστατεύεται η ασθενής από έντονη ηλιακή ακτινοβολία και γενικά υπεριώδεις ακτίνες επειδή εντείνουν τις δερματικές αντιδράσεις• Η ασθενής παρακολουθείται για έγκαιρη διάγνωση των τοξικών παρενεργειών του φαρμάκου, ενημερώνεται έγκαιρα ο γιατρός και πιθανόν να χρειαστεί η διακοπή του

Φάρμακο: Cytarabine

Οδός : Ενδοφλέβια, ενδοθωρακική

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none">• Ναυτία, εμετοί• Καταστολή του μυελού των οστών• Στοματίτιδα, οισοφαγίτιδα(5-7 μέρες μετά την τελευταία δόση)	<ul style="list-style-type: none">• Ενυδάτωση του αρρώστου και αξιολόγηση εμετών• Όπως στο mercaptopurine• Φροντίδα στόματος, λήψη μαλακών τροφών.

Φάρμακα : Methotrexate

Οδός : Ενδοφλέβια, ενδομυϊκά, από το στόμα, ενδοραχιαία

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none">• Ναυτία, εμετοί, διάρροια• Στοματίτιδα• Καταστολή του μυελού των οστών (24 ώρες μετά την πρώτη	<ul style="list-style-type: none">• Όπως στο mercaptopurine• Όπως στο mercaptopurine• Όπως στο mercaptopurine

<p>οστών (24 ώρες μετά την πρώτη χορήγηση)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αντίδραση από το δέρμα(ερυθρότητα, εξάνθημα, ρωγμές) • Τοξική βλάβη ήπατος • Τοξική νεφρική βλάβη 	<ul style="list-style-type: none"> • Διατηρείται το δέρμα στεγνό και καθαρό • Προστατεύεται η ασθενής από έντονη ηλιακή ακτινοβολία επειδή εντείνουν τις δερματικές αντιδράσεις • Εργαστηριακός έλεγχος για εκτίμηση της ηπατικής λειτουργίας • Ενδοφλέβια χορήγηση ορών • Μέτρηση σωματικού βάρους για αξιολόγηση κατακράτησης υγρών • Καταγραφή προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών για αξιολόγηση του ισοζυγίου • Παρακολούθηση για οιδήματα κάτω άκρων • Απαγορεύεται η χρήση αλκοόλ
--	---

Φάρμακο: Thioguanine(6-Thioguanine)

Οδός: Από το στόμα

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none"> • Ναυτία, εμετοί, στοματίτιδα • Καταστολή του μυελού των οστών • Αστάθεια βαδίσματος • Ηπατική βλάβη • Αύξηση ουρικού οξέως σε αίμα και ούρα 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιεμετική αγωγή και δίαιτα • Πρόληψη λοιμώξεων • Πρόληψη πτώσεων • Αποφυγή λήψεως οινόπνεύματος και άλλων ηπατοτοξικών ουσιών • Ενυδάτωση του ασθενούς

ΑΛΚΥΛΙΟΥΝΤΕΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ^{20, 20,23,28,29 30,31}**Φάρμακο:** Busulfan(BUS, Myleran)**Οδός:** Από το στόμα

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές ενέργειες
<ul style="list-style-type: none">• Ναυτία, εμετοί• Καταστολή μυελού οστών	<ul style="list-style-type: none">• Όπως στο mercaptopurine• Όπως στο mercaptopurine

Φάρμακο: Chlorambucil**Οδός :** Από το στόμα

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none">• Καταστολή του μυελού των οστών (εμφανίζεται 5-30 μέρες μετά την τελευταία δόση)• Αύξηση του ουρικού οξέως στο αίμα και στα ούρα	<ul style="list-style-type: none">• Όπως στο mercaptopurine• Ενθαρρύνεται η ασθενής να παίρνει πολλά υγρά για τη μείωση του ουρικού οξέος

Φάρμακο: Mechlorethamine**Οδός :** Ενδοφλέβια

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none">• Βαριά ναυτία και εμετοί που εκδηλώνονται αμέσως(1-3 ώρες από τη χορήγηση του φαρμάκου)• Τοπική αντίδραση στη φλέβα (φλεβίτιδα-υποδόρια έγχυση έξω από τη φλέβα)• Υποδόρια αιμορραγία, πετέχειες	<ul style="list-style-type: none">• Όπως στο mercaptopurine• Πριν από τη θεραπεία χορηγείται phenothiazine και /ή ηρεμιστικά φάρμακα για την πρόληψη της βαριάς μορφής ναυτίας και εμέτου• Προσεκτική παρακολούθηση του σημείου έγχυσης για έγκυρη διαπίστωση υποδόριας έγχυσης του φαρμάκου. Η υποδόρια έγχυση προκαλεί τοπικά ερυθρότητα, οίδημα, σκληρία και νέκρωση των ιστών• Στην περίπτωση υποδόριας έγχυσης του φαρμάκου διακόπτεται η χορήγησή του και γίνεται έγχυση της περιοχής με φυσιολογικό ορό

<ul style="list-style-type: none"> • Βόμβος αυτιών και κώφωση 	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμόζονται κρύες κομπρέσες
--	--

Φάρμακα : Triethylenethilo phosphoramide

Οδός : Ενδοφλέβια, σε κοιλότητες και όγκους

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none"> • Ανορεξία • Τοπικός έντονος πόνος 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγείται τροφή της αρεσκείας της ασθενούς καλά μαγειρεμένο • Μειώνεται ο πόνος από την ένεση του φαρμάκου και επιβραδύνεται η απορρόφησή του με ταυτόχρονη έγχυση τοπικού αναισθητικού • Όταν εγχέεται στην ουροδόχο κύστη η ασθενής δεν παίρνει υγρά για δυο ώρες. Η ασθενής αλλάζει θέση κάθε 15 λεπτά για μεγαλύτερη επαφή του φαρμάκου με τα τοιχώματα της ουροδόχου κύστης

Φάρμακο: Cisplatin

Οδός : Ενδοφλέβια

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none"> • Βαριά ναυτία, εμετοί και διάρροια που εκδηλώνονται αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου • Καταστολή του μυελού των οστών(μπορεί να διαρκέσει πολύ χρόνο) • Τοξική νεφρική βλάβη • Τοξική βλάβη αυτιών • Αναφυλακτική αντίδραση 	<ul style="list-style-type: none"> • Όπως στο mercaptopurine • Χορήγηση αντιεμετικών πριν τη θεραπεία • Όπως στο mercaptopurine • Όπως στο mercaptopurine • Παρακολούθηση της ασθενούς για συμπτώματα εμβοών και βαρηκοΐας • Πριν αρχίσει η θεραπεία γίνεται ακουόγραμμα

	<ul style="list-style-type: none"> • Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι πάντα έτοιμη να αντιμετωπίσει μια αναφυλακτική αντίδραση. Αξιολογούνται: • Η παρουσία οιδήματος στο πρόσωπο, βρογχόσπασμου, ταχυκαρδίας και shock • Η παρουσία τρόμου που οφείλεται στην πτώση του μαγνησίου • Η παρουσία τετανίας, διανοητικής σύγχυσης και συμπτώματα υποκαλσιμίας
--	--

Φάρμακο: Cyclophosphamide

Οδός : Ενδοφλέβια, από το στόμα

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none"> • Καταστολή του μυελού (1-2 βδομάδες μετά την τελευταία δόση) • Ναυτία, εμετοί • Αλωπεκία • Αιμορραγική κυστίτιδα από τη συγκέντρωση του φαρμάκου στην ουροδόχο κύστη 	<ul style="list-style-type: none"> • Όπως στο mercaptopurine • Όπως στο mercaptopurine • Ενημερώνεται η ασθενής να περιμένει το πέσιμο των μαλλιών και ότι θα επανεμφανιστούν μετά τη θεραπεία • Ενθαρρύνεται να χρησιμοποιήσει μαντήλι ή περούκα • Χορηγούνται υγρά ενδοφλέβια πριν και μετά τη θεραπεία σε μεγάλες δόσεις φαρμάκου • Αξιολογείται η αιματουρία ή η δυσουρία • Παρακολουθούνται τα ούρα σε ποσότητα, χρώμα και παρουσία αίματος μετά από κάθε ούρηση • Ενημέρωση της ασθενούς ότι πρέπει να παίρνει 2000-3000 κ.εκ. νερό τη μέρα • Ενημέρωση των διαβητικών ότι μπορεί να παρουσιαστεί πτώση του

	σακχάρου του αίματος. Ενημερώνεται ο γιατρός να ρυθμίσει τη δόση της ινσουλίνης
--	--

ΦΥΤΙΚΑ ΑΛΚΑΛΟΕΙΔΗ^{20, 20,23,28,29 30,31}

Φάρμακο: Vinblastine

Οδός: Ενδοφλέβια

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none"> Καταστολή του μυελού των οστών Τοπική αντίδραση σε υποδόρια έγχυση(έξω από τη φλέβα) Ναυτία, εμετοί, διάρροια ή δυσκοιλιότητα Νευροτοξικότητα με παραισθήσεις και απώλεια των εν τω βάθει τενοντίων αντανακλαστικών 	<ul style="list-style-type: none"> Όπως στο mercaptopurine Παρακολούθηση του σημείου έγχυσης για έγκυρη διαπίστωση υποδόριας έγχυσης Όπως στο mercaptopurine Στις τοξικές ενέργειες του φαρμάκου είναι επιρρεπείς οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με κακή υγεία Το φάρμακο αυτό διαλύεται με φυσιολογικό ορό και αραιώνεται σε dextrose 5% .Το διάλυμα μπορεί να διατηρηθεί στο ψυγείο για 30 μέρες

Φάρμακο: Vincristine sulfate

Οδός : Ενδοφλέβια

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none"> Τοπική αντίδραση σε υποδόρια έγχυση Καταστολή του μυελού Νευροτοξικότητα που σχετίζεται με: <ol style="list-style-type: none"> Δυσκοιλιότητα που μπορεί να καταλήξει σε παραλυτικό ειλεό Οξύ πόνο στις σιαγόνες Περιφερική νευροπάθεια (αισθητικές διαταραχές) 	<ul style="list-style-type: none"> Όπως στο παραπάνω φάρμακο Όπως στο mercaptopurine Παρακολούθηση της ασθενούς για εμφάνιση συμπτωμάτων νευροτοξικότητας και ενημέρωση του γιατρού Ανακούφιση από τον πόνο Προφύλαξη από τη δυσκοιλιότητα <ol style="list-style-type: none"> Ενθαρρύνεται για τη λήψη υγρών

	<p>και κυρίως τη λήψη χυμών φρούτων</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Εμπλουτίζεται το διαιτολόγιο με τροφές πλούσιες σε κυτταρίνη 2. Ενθαρρύνεται η κίνηση της ασθενούς και διδάσκεται το μασάζ στην κοιλιά 3. Αν δεν υπάρξει ανταπόκριση με τα παραπάνω μέτρα, χορηγούνται καθαρτικά ή γίνεται υποκλισμός 4. Παρακολουθήση για εμφάνιση πόνου στην κοιλιά, μετεωρισμού και δυσκολία στην αποβολή αερίων <ul style="list-style-type: none"> • Αξιολογείται η ασθενής για πόνο ελαφρό και μούδιασμα των άκρων, απώλεια των εν τω βάθει τενοντίων αντανακλαστικών
--	--

ANTIBIOTIKA^{20, 20,23,28,29 30,31}

Φάρμακο: Doxurubicin

Οδός : Ενδοφλέβια

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none"> • Ναυτία, εμετοί, διάρροια • Αλωπεκία • Στοματίτιδα, οισοφαγίτιδα(2 εβδομάδες μετά τη θεραπεία) • Τοπική αντίδραση σε υποδόρια έγχυση (έξω από τη φλέβα) • Τοξική αντίδραση στον καρδιακό μυ που οδηγεί σε αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια (συνήθως μερικές βδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας) 	<ul style="list-style-type: none"> • Όπως στο mercaptopurine • Όπως στο mercaptopurine • Όπως στο mercaptopurine • Ρυθμίζεται και παρακολουθείται η ενδοφλέβια έγχυση με φλεβοκαθετήρα πολύ προσεκτικά • Αίσθημα καύσου και οίδημα στο σημείο της φλεβοκέντησης είναι ένδειξη πως το φάρμακο προχωρά υποδόρια. Διακόπτεται η ροή του υγρού και αλλάζει η φλέβα • Παρακολουθήση για συμπτώματα αριστερής καρδιακής ανεπάρκειας • Περιορισμός όγκου των υγρών που χορηγούνται ενδοφλέβια • Ετοιμότητα για αντιμετώπιση

<p>θεραπείας)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Το φάρμακο μπορεί να αναζωπυρώσει προηγούμενη βλάβη ιστών από ακτινοθεραπεία • Το χρώμα των ούρων γίνεται κόκκινο(παρουσιάζεται 1-2 μέρες από την αρχή της θεραπείας) 	<p>πνευμονικού οιδήματος</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αν συμβεί, γίνεται ενημέρωση της ασθενούς ότι είναι παροδικό και πως θα εξαφανιστεί μετά από 7 μέρες • Ενημερώνεται η ασθενής ώστε να μην ανησυχήσει όταν δει την αλλαγή στα ούρα • Η θεραπεία αρχίζει πάντα στο νοσοκομείο
--	--

Φάρμακο: Dactinomycin

Οδός :Ενδοφλέβια

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none"> • Ναυτία, εμετοί, διάρροια • Στοματίτιδα • Καταστολή του μυελού των οστών • Δερματικές αλλοιώσεις (κυρίως σε ασθενείς που έκαναν στο παρελθόν ακτινοβολίες • Τοπική αντίδραση σε υποδόρια έγχυση 	<ul style="list-style-type: none"> • Όπως στο mercaptopurine • Όπως στο mercaptopurine • Όπως στο mercaptopurine • Παρακολουθείται το δέρμα για ερυθρότητα, απολέπιση και εσχαροποίηση κυρίως σε περιοχές που έκανε ακτινοθεραπεία • Δεν λαμβάνεται ταυτόχρονα πενικιλίνη γιατί αναστέλλεται η δράση της • Το φάρμακο δεν χορηγείται σε επίτοκο γαλουχούσα και σε ασθενή με έρπητα ζωστήρα • Το φάρμακο διαλύεται σε αποστειρωμένο νερό. Δεν χρησιμοποιείται περίσσειμα του φαρμάκου • Όπως στο doxorubicin

Φάρμακο: Bleomycin sulfate

Οδός: Ενδοφλέβια, ενδαρτηριακά, ενδομυϊκά, υποδόρια

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none">• Πυρετός• Αλλαγές στο δέρμα• Ναυτία, εμετοί, διάρροια• Πνευμονική ίνωση (κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα)• Αλωπεκία• Διανοητική σύγχυση	<ul style="list-style-type: none">• Παρακολουθείται η θερμοκρασία του σώματος• Ενυδάτωση της ασθενούς• Παρακολουθούνται τα χέρια και τα πόδια για μελανοδερμία, υπερκεράτωση, εξελκώσεις, φυσαλίδες• Όπως στο mercaptopurine• Αξιολογείται η ασθενής για παρουσία βήχα, ταχυκαρδίας, δύσπνοιας• Ενισχύεται η ασθενής να βήχει, να κάνει ασκήσεις διαφραγματικής αναπνοής κάθε δυο ώρες• Όπως στο cyclophosphamide• Παρακολουθείται για αλλαγή της συμπεριφοράς

Φάρμακο: Mithramycin

Οδός : Ενδοφλέβια

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none">• Ναυτία, εμετοί• Υπασβεσταιμία• Καταστολή του μυελού των οστών• Θρομβοπενία, διαταραχές στην πήξη του αίματος, αιμορραγική διάθεση	<ul style="list-style-type: none">• Όπως στα παραπάνω• Παρακολουθείται η ασθενής για επώδυνες συσπάσεις (κράμπες) στην κοιλιά, τα χέρια τα πόδια και ελαφρό πόνο στα άκρα των δαχτύλων και απώλεια των αισθήσεων• Όπως στα παραπάνω• Παρακολούθηση για εμφάνιση αιμορραγίας• Παρακολουθείται η ενδοφλέβια έγχυση και διακόπτεται αν το φάρμακο πέφτει έξω από τη φλέβα

	<p>φάρμακο πέφτει έξω από τη φλέβα</p> <p>Γίνεται αλλαγή της φλέβας και εφαρμόζεται χλιαρή κομπρέσα για τη γρήγορη απορρόφηση και τη μείωση του πόνου</p> <ul style="list-style-type: none"> • Το φάρμακο δεν χορηγείται γρήγορα επειδή αυξάνει τις παρενέργειες από το πεπτικό σύστημα
--	--

Φάρμακο :Daunorubicin

Οδός : Ενδοφλέβια

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none"> • Ναυτία, εμετοί, διάρροια • Στοματίτιδα • Καταστολή του μυελού των οστών • Κόκκινα ούρα • Μυοκαρδιοτοξικό. Πιθανόν να προκαλέσει θανατηφόρο καρδιακή ανεπάρκεια 	<ul style="list-style-type: none"> • Όπως στο mercaptopurine • Όπως στο mercaptopurine • Όπως στο mercaptopurine • Ενημερώνεται η ασθενής να περιμένει την αλλαγή του χρώματος των ούρων • Αξιολογείται η καρδιακή λειτουργία της καρδιάς κατά και μετά τη θεραπεία με ΗΚΓ την εμφάνιση οιδημάτων, δύσπνοιας, κυάνωσης. Στην περίπτωση εμφάνισης των παραπάνω ενημερώνεται ο γιατρός • Περιορίζεται το αλάτι της διαίτας • Παραμονή της ασθενούς στο κρεβάτι

Φάρμακο: Paclitaxel

Οδός : Ενδοφλέβια

Τοξικές Αντιδράσεις	Νοσηλευτικές Εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none"> • Υπόταση ή υπέρταση • Δύσπνοια • Μυελοκαταστολή • Αλωπεκία • Ναυτία, έμετος • Αύξηση ηπατικών ενζύμων • Αντιδράσεις υπερευαισθησίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνός έλεγχος της αρτηριακής πίεσης. Επί παθολογικών τιμών ανάλογη αντιμετώπιση • Συχνή παρακολούθηση του ασθενούς και επί εμφανίσεως συμπτωμάτων διακοπή του φαρμάκου και χορήγηση των ενδεικνυόμενων φαρμάκων • Οδηγίες για αποφυγή λοιμώξεων • Οδηγίες για κάλυψη της κεφαλής με μαντήλι ή καπέλο ή περούκα • Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων πριν το σχήμα, ελαφρά διαίτα • Αποφυγή λήψης αλκοόλ και παρακεταμόλης • Συχνός έλεγχος της αρτηριακής πίεσης • Αργή ροή του φαρμάκου αρχικά • Διατήρηση πλήρους set αναφυλαξίας και ανάνηψης έτοιμο πάντα προς χρήση

Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας²³

1. Γίνεται ομαδική προσέγγιση της ασθενούς και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά της σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα σωματικά, κοινωνικά, πνευματικά και συναισθηματικά

2. Βεβαιώνεται η ασθενής ότι οι τοξικές ενέργειες και οι ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτα άλλο από τη μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων καταστρέφουν και τα υγιή

3. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση της ασθενούς ώστε να αποδεχτεί να εφαρμόσει την θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες
4. Προσφέρεται στην ασθενή ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση. Τα έντυπα αυτά δίδονται και στην οικογένεια της ασθενούς
5. Γίνεται γενική αξιολόγηση της ασθενούς για τη θρέψη της, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, της κινητικότητας
6. Γίνεται αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης της ασθενούς καθώς και της δυνατότητας ψυχικής υποστήριξης από το στενό περιβάλλον της ασθενούς

Βασικοί κανόνες κατά την χορήγηση της χημειοθεραπείας^{23,29}

Κανόνας 1 : Άσηπτες τεχνικές σε οποιαδήποτε επαφή με τις ενδοφλέβιες γραμμές.

Οι οροί δεν τρυπιούνται, τα πώματά τους απολυμαίνονται με οινόπνευμα και Betadine πριν την εισαγωγή της βελόνας ή του ορού. Σταθερές κινήσεις και αποφυγή μόλυνσης των διαλυμάτων κατά τον εμπλουτισμό, που γίνεται λίγο πριν τη χορήγηση

Κανόνας 2 : Ειδική προσοχή κατά τη διάλυση και χορήγηση χμθ/κών.

Προφύλαξη προσωπικού και περιβάλλοντος. Διάλυση και εμπλουτισμός με ειδικά γυαλιά- μάσκα- σκουφιά- γάντια μιας χρήσης. Σε περίπτωση μόλυνσης ματιών ή δέρματος απαιτείται καλό ξέπλυμα με N/S ή νερό και οφθαλμολογική ή δερματολογική εξέταση αντίστοιχα. Σε περίπτωση μόλυνσης αντικειμένων πρέπει να γίνεται πολύ καλό πλύσιμο με νερό και απορρυπαντικό.

Απαγορεύεται το κάπνισμα, το ποτό, το φαγητό και το μακιγιάρισμα (κίνδυνος κατάποσης χμθ/κού). Το μολυσμένο υλικό πρέπει να τοποθετείται σε ειδικά σημασμένους σάκους.

Πρέπει επίσης να απαγορεύεται η επαφή με τα απεκρίμματα του λαμβάνοντος χμθ/κή αγωγή(το 40%-50% της adriablastina απεκκρίνεται για 7 μέρες αναλόιωτο στα κόπρανα)

Συχνές εξετάσεις αίματος απαιτούνται για την παρακολούθηση του παρασκευάζοντος-χορηγούντος χμθ/κά. Οι έγκυες ειδικά του πρώτου τριμήνου δεν θα πρέπει να έρχονται σε επαφή με τέτοιες ουσίες.

Κανόνας 3: Χορήγηση των διαλυμάτων στη σωστή δόση, χρόνο και οδό.

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στις αραιώσεις την χμθ/κών, διότι τα αποτελέσματα μπορεί να είναι ολέθρια σε τυχαία υπέρβαση της δόσης.

Τα φάρμακα που είναι φωτοευαίσθητα θα πρέπει να σκεπάζονται με αδιαφανές χαρτί, όταν προορίζονται να πέσουν σε μεγάλη χρονική

διάρκεια. Ο καλύτερος τρόπος αποφυγής λαθών είναι η τήρηση ατομικού προγράμματος φαρμάκων του ασθενούς πάνω στο οποίο σημαίνεται το φάρμακο που χορηγείται. Επίσης μεγάλο ρόλο παίζει η ενδονοσηλευτική επικοινωνία, με την τήρηση λεπτομερούς λογοδοσίας διότι πολύ συχνά αλλάζουν οι ιατρικές εντολές.

Σε περίπτωση που συμβεί παρά τις προφυλάξεις εξαγγελία του χυμθ/κού θα πρέπει τάχιστα να γίνουν τα εξής:

1. Διακοπή ροής φαρμάκου
2. Αναρρόφηση όσο το δυνατόν περισσότερου φαρμάκου
3. Αφαίρεση της βελόνας
4. Ψυχρά επιθέματα
5. Τοπική διήθηση με 4mg dexamethasone

Σε περίπτωση νέκρωσης ιστών χορηγούνται iv ειδικά αντιδότα:

- Για mitomycine ή actinomycine D: 4 ml Sodium thiosulfate και 50mg Ascorbic acid
- Για mithramycine : 150mg EDTA
- Για daunorubicine: 4mg dexamethasone και 5ml Sodium bicarbonate (S/B) 8,4%
- Για vincristine ή vinblastine: 150mg Hyaluronidase και 5ml S/B 8,4%

3.1.2 Ορμονοθεραπεία (Χρησιμοποιείται συνήθως ως συμπληρωματική θεραπεία στους ER θετικούς ασθενείς)^{10, 17,23,27,29, 31,32}

Οι αποφάσεις που αφορούν την ορμονοθεραπεία για τον καρκίνο του μαστού βασίζονται στα επίπεδα των οιστρογονικών και προγεστερονικών υποδοχέων που προκύπτουν από την εξέταση του ιστού του όγκου που λαμβάνεται κατά τη βιοψία. Ο φυσιολογικός ιστός του μαστού περιλαμβάνει υποδοχείς οιστρογόνων.

Παρόλα αυτά, μόνο το ένα τρίτο των καρκίνων του μαστού είναι οιστρογονικώς εξαρτώμενοι (ER θετικοί). Το να είναι κάποιος ER θετικός σημαίνει ότι το μέγεθος του όγκου εξαρτάται από την παροχή οιστρογόνων, οπότε τα μέτρα μείωσης της παραγωγής οιστρογόνων μπορεί να περιορίσουν την πρόοδο της ασθένειας.

Οι ER θετικοί όγκοι μπορεί να μεγαλώνουν πιο αργά από αυτούς που δεν εξαρτώνται από τους υποδοχείς οιστρογόνων (ER αρνητικοί). Λιγότερο από 3fmol/mg θεωρείται αρνητικό. Ποσά μεταξύ 3 έως 10 θεωρούνται αμφίροπα ενώ πάνω από 10 θεωρούνται θετικά. Όσο μεγαλύτερη η ποσότητα των υποδοχέων τόσο πιο ωφέλιμο είναι το αποτέλεσμα που αναμένεται από την ορμονοθεραπεία.

Βασικά φάρμακα στην ορμονοθεραπεία είναι:

1. ταμοξιφαίνη (αντιοιστρογόνο) 10 mg peros 2 φορές την ημέρα επί έτη συνήθως
2. μεγεστρόλη 40 mg peros 4 φορές την ημέρα
3. Αναστολείς της αρωματάσης (αναστέλουν τη σύνθεση οιστρογόνων)
 - α. aminoglutethimide 250 mg peros 2 φορές ημερησίως
+
hydrocortisone 20 mg peros 2 φορές την ημέρα
 - β. νεώτεροι αναστολείς της αρωματάσης που δεν παρεμβαίνουν ανασταλτικά στην σύνθεση κορτικοστεροειδών
4. LHRH ανάλογα. Προκαλούν φαρμακευτική ωθηκεκτομή. Χορηγούνται σε υποδόριες ενέσεις συνήθως βραδείας αποδέσμευσης.
Παλαιότερα είχαν χρησιμοποιηθεί ανδρογόνα, συνθετικά οιστρογόνα και ένζυμα.. Σήμερα σπάνια χρησιμοποιούνται.

Αντιοιστρογόνα

Φάρμακο: Ταμοξιφαίνη

Οδός : Από το στόμα

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none">• Ναυτία , έμετοι• Εξάψεις• Κολπική αιμόρροια/ Διαταραχές εμμήνου ρύσης• Κεφαλαλγία , ζάλη	<ul style="list-style-type: none">• Ελαφρά δίαιτα, αντιεμετικά• Αποφυγή κόπωσης• Ενημέρωση για τις παρενέργειες αυτές• Αποφυγή κόπωσης , αναλγητικά

Φάρμακο : Αμινογλουτεθιμίδη **Οδός:** Από το στόμα

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none">• Αλλεργία• Ναυτία , ανορεξία• Υπόταση• Κεφαλαλγία• Ηπατική δυσλειτουργία• Επινεφριδική ανεπάρκεια	<ul style="list-style-type: none">• Όπως ταμοξιφαίνη• Όπως ταμοξιφαίνη• Όπως ταμοξιφαίνη• Όπως ταμοξιφαίνη• Όπως ταμοξιφαίνη• Έλεγχος για συμπτώματα και σημεία αυτών των νόσων

- Υποθυρεοειδισμός

Ανδρογόνα – Προγεστερινοειδή

- Φάρμακο:** Μεγεστρόλη **Οδός:** Από το στόμα
Φάρμακο: Testosterone **Οδός :** Ενδομυικά
Φάρμακο: Fluoxymesteron **Οδός :** Από το στόμα

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none"> • Ναυτία, εμετοί • Κατακράτηση νερού • Υπερασβεστιαιμία • Αρρενοποίηση 	<ul style="list-style-type: none"> • Όπως στο mercaptopurine • Μετράται καθημερινά το σωματικό βάρος • Καταγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών • Δίαιτα χωρίς αλάτι και πλούσια σε κάλιο • Παρακολούθηση για συμπτώματα όπως χάλαση των σκελετικών μυών, πόνοι στα οστά, κολλικοί νεφρού που δημιουργούν οι πέτρες στους νεφρούς από την υπερασβεστιαιμία • Χορήγηση πολλών υγρών • Διακοπή του φαρμάκου αν αυξηθούν πολύ τα επίπεδα ασβεστίου στο αίμα • Παρακολουθείται η άρρωση για σημεία όπως η διαφοροποίηση της φωνής, αύξηση του μεγέθους της κλειτορίδας, εμφάνιση τρίχωσης του προσώπου. Αν εμφανιστούν ενημερώνεται ο γιατρός, δίνονται πληροφορίες στην άρρωση και τονώνεται ψυχολογικά

Οιστρογόνα

Φάρμακο : Diethylstilbestrol **Οδός :** Από το στόμα

Φάρμακο : Ethinyl estradiol **Οδός :** Από το στόμα

Φάρμακο : Provera **Οδός :** Ενδομυικά, από το στόμα

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none">• Ναυτία, εμετοί• Κατακράτηση νερού • Υπερασβεσταιμία• Γαστρεντερικές διαταραχές, οίδημα, αύξηση του σωματικού βάρους, θρομβωτικά επεισόδια, κεφαλαλγία, ζάλη, αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, ανωμαλίες στην έμμηνο ρήση. Μεγάλες δόσεις μπορεί να προκαλέσουν αρρενοποίηση του θηλυκού γένους εμβρύου	<ul style="list-style-type: none">• Όπως στο mercaptopurine• Όπως στο testosterone• Ενημερώνεται η ασθενής πως :<ul style="list-style-type: none">-Να αξιολογεί την πιθανότητα κατακράτησης νερού-Να πληροφορεί το γιατρό σε περίπτωση αιμορραγίας από τον κόλπο-Αν είναι διαβητική πιθανόν να παρουσιάσει αύξηση του σακχάρου στο αίμα και στα ούρα• Όπως στο testosterone• Η νοσηλεύτρια αξιολογεί την κατάσταση της ασθενούς για:<ul style="list-style-type: none">-Θρομβωτικά επεισόδια-Οίδημα-Ίκτερο• Ενημερώνει τον άρρωστο και την οικογένειά του :<ol style="list-style-type: none">1. Να παρακολουθούν για συμπτώματα εμβολικών και θρομβωτικών επεισοδίων2. Να παρακολουθεί το σωματικό βάρος 2 φορές τη βδομάδα καθώς και το οίδημα των άκρων3. Να αναφέρει στο γιατρό το κίτρινο χρώμα του κερατοειδούς4. Να επικοινωνεί με το γιατρό σε περίπτωση αιμορραγίας5. Πως η έμμηνο ρύση θα επανέλθει 3-7 μέρες μετά τη διακοπή της θεραπείας, αν δεν είναι έγκυος

Αδρενοκορτικοειδή

Φάρμακο : Hydrocortisone

Οδός : Από το στόμα ,το ορθό, ενδομυϊκά, τοπική εφαρμογή

Φάρμακο : Prednisolone

Οδός : Από το στόμα, τοπική εφαρμογή

Φάρμακο : Prednisone

Οδός : Από το στόμα

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none">• Στερινοειδής διαβήτης• Κάλυψη των φλεγμονωδών νοσημάτων• Σύνδρομο Cushing• Κατακράτηση νερού• Υπέρταση	<ul style="list-style-type: none">• Αξιολόγηση των ούρων πριν τα γεύματα• Αξιολόγηση της ασθενούς για συμπτώματα άλλων νοσημάτων. Τα φάρμακα αυτά καλύπτουν την εικόνα των περισσότερων από τις αρρώστιες• Παρακολούθηση για συμπτώματα όπως υπερτρίχωση, πανσεληνοειδές προσώπιο, οιδήματα, υπέρταση, οστεοπόρωση, μυϊκή αδυναμία• Παρακολούθηση του βάρους του σώματος. Μεγάλη και απότομη αύξηση του βάρους φανερώνει κατακράτηση υγρών• Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης τουλάχιστον 2 φορές την ημέρα έως ότου να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της ασθενούς

Γενικά, ασθενείς με θετικούς υποδοχείς προγεστερόνης έχουν πιο ευνοϊκή πρόγνωση από τους ασθενείς με αρνητικούς υποδοχείς. Η απώλεια προγεστερονικών υποδοχέων είναι ένδειξη επιδείνωσης της νόσου

Ένζυμα

Φάρμακο : Asparaginase

Οδός : Ενδοφλέβια, από το στόμα, ενδομυϊκά

Τοξικές αντιδράσεις	Νοσηλευτικές εφαρμογές
<ul style="list-style-type: none">• Αλλεργική αντίδραση• Ανοσοκατασταλτική δράση (μείωση των λεμφοκυττάρων)• Υπεργλυκαιμία• Συμπτώματα από το NA• Παγκρεατοξικό• Νεφροτοξικό	<ul style="list-style-type: none">• Παρακολουθείται η ασθενής για εξανθήματα, δύσπνοια, αρθραλγίες• Ετοιμότητα για αντιμετώπιση αλλεργικού shock (οξυγόνο, επινεφρίνη)• Προστασία της ασθενούς από μολύνσεις• Παρακολουθείται η ασθενής για υπεργλυκαιμία, πολυουρία, σακχαρουρία που ίσως να επισπεύδονται με την Asparaginase• Η ασθενής μπορεί να παρουσιάσει ζάλη. Συμβουλεύεται να μην οδηγεί αυτοκίνητο• Περιοδικά γίνονται εξετάσεις για διαπίστωση βλάβης του παγκρέατος. Ενημέρωση του γιατρού για ύποπτα συμπτώματα όπως πόνος στο στομάχι, ναυτία, εμετοί• Παρακολούθηση ισοζυγίου υγρών. Αξιολογούνται τα αποβαλλόμενα ούρα για έγκαιρη διαπίστωση νεφρικής ανεπάρκειας καθώς και την εμφάνιση οίδημάτων και αύξηση της αρτηριακής πίεσης

3.1.3 Χειρουργική θεραπεία^{2,8,17}

Παλαιότερα η μόνη αποδεκτή εγχείρηση ήταν η ριζική μαστεκτομία και σε κάποιες περιπτώσεις η υπερριζική μαστεκτομία που σα στόχο είχαν την εξαίρεση του μαστού, των μυών και των λεμφαδένων. Η τακτική αυτοί στηριζόταν στην άποψη ότι ο καρκίνος του μαστού ήταν τοπική νόσος. Τα τελευταία 40 χρόνια άρχισαν να εφαρμόζονται και συντηρητικότερες χειρουργικές μέθοδοι με συνδυασμό τοπικής ακτινοβολήσης, αν κρίνεται απαραίτητο.

Ριζική μαστεκτομή

Συνίσταται στην εξαίρεση του μαστού, των θωρακικών μυών (μείζων και ελάσσων μυς) ως και των αδένων της μασχάλης. Η ριζική μαστεκτομή αποτελεί τη δεύτερη σε σειρά συχνότητας εφαρμοζόμενη μέθοδο χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού, μετά την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Εφόσον οι αδένες είναι θετικοί η ριζική μαστεκτομή μόνη της είναι ανεπαρκής. Το 65% των γυναικών με όγκους μέχρι 2 εκ. και περισσότερους από 4 θετικούς λεμφαδένες ανέπτυξαν τοπική ή συστηματική υποτροπή στα 5 χρόνια, ενώ όταν ο όγκος είναι 3 εκ. το ποσοστό υποτροπής είναι γύρω στο 85-90%. Μελέτες δείχνουν ότι στα 7 χρόνια μετά από ριζική μαστεκτομή με αρνητικούς λεμφαδένες παρουσιάζουν υποτροπές σε ποσοστό 17% ενώ με θετικούς λεμφαδένες σε ποσοστό 57% των περιπτώσεων. Επίσης η εγχείρηση έχει κακό κοσμητικό αποτέλεσμα, αυξημένη νοσηρότητα, οίδημα του κάτω άκρου και ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας.

Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή

Η εγχείρηση εκτός του μαστού, τους μυς και τους μασχαλιαίους αδένες περιλαμβάνει και την εξαίρεση των αδένων της έσω μαστικής. Τα αποτελέσματα είναι φτωχά και όχι καλύτερα της ριζικής μαστεκτομής.

Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Συνίσταται στην εξαίρεση του μαστού, των λεμφαδένων της μασχάλης και του ελάσσονος θωρακικού μυός ενώ διατηρείται ο μείζων θωρακικός μυς. Ενώ το αποτέλεσμα της εγχείρησης είναι εξίσου καλό με τη ριζική μαστεκτομή σύμφωνα με τους υποστηρικτές της μεθόδου, το λειτουργικό και υποστηρικτικό αποτέλεσμα λόγω της διατήρησης του μυός είναι

καλύτερο. Το 1972 τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή έγινε στο 26% των περιπτώσεων στις ΗΠΑ ενώ το 1977 το ποσοστό ανήλθε σε 58% και κατέστη η πρώτη μέθοδος χειρουργικής θεραπείας του μαστού. μέχρι σήμερα

Απλή μαστεκτομή

Συνιστάται στην αφαίρεση μόνο του μαστού και όχι των λεμφαδένων, γίνεται στα μικρά στάδια (I, II) και εφόσον η μασχάλη είναι κλινικώς αρνητική. Δεν εφαρμόζεται από πολλούς αν και όταν συνδυάζεται με ακτινοβολία έχει πολύ καλά αποτελέσματα.

Τμηματεκτομία ή ογκεκτομία με καθαρισμό μασχάλης

Η πρώτη συνιστάται στην αφαίρεση του τεταρτημορίου που βρίσκεται ο όγκος και η δεύτερη στην εξαίρεση του όγκου επί υγιούς βάσεως (2-5 εκ. υγιής ιστός γύρω από τον όγκο). Ακολουθεί από την ίδια ή άλλη τομή καθαρισμός της σύστοιχης μασχάλης και συνήθως τοπική εξωτερική ακτινοβολία. Μερικοί κάνουν και εμφύτευση ραδιενεργού ιριδίου στην περιοχή του όγκου.

Ο καθαρισμός της μασχάλης μπορεί να μην είναι πλήρης, αλλά να περιλαμβάνει την αφαίρεση του λεμφαδένα «φρουρού» μόνο, αν αυτός είναι αρνητικός στην ταχεία βιοψία.^{33,34}

Η θεραπεία για τα πολύ πρώιμα στάδια, δηλαδή για μη ψηλαφητές διαγνώσεις είναι χειρουργική αφαίρεση μετά από ακτινολογικό εντοπισμό της βλάβης. Εάν πρόκειται για in situ πορογενές νεόπλασμα τότε η τεταρτεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης αποτελεί μέθοδο παραδεκτή από την πλειονότητα των χειρουργών

Πρέπει να γίνεται κατά τη διάρκεια εκτομής ιστολογική εξέταση των οριών εκτομής. Εάν πρόκειται για in situ λοβιακό νεόπλασμα είναι αρκετή η ογκεκτομή της βλάβης χωρίς λεμφαδενικό καθαρισμό και με περιοδική εξέταση της ασθενούς. Στο νεόπλασμα σταδίου I η χειρουργική επιλογή είναι:

1. Τμηματεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό και συμπληρωματική ακτινοθεραπεία
2. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή χωρίς ακτινοβολία

Και οι δύο τρόποι έχουν τα ίδια ποσοστά επιβίωσης, όμως φαίνεται ότι εμφανίζει μικρότερα ποσοστά τοπικής υποτροπής η δεύτερη μέθοδος.

Σε ασθενείς με νεόπλασμα σταδίου II η χειρουργική επιλογής είναι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Τα νεοπλάσματα σταδίου III συνήθως αντιμετωπίζονται χειρουργικά αλλά σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Συνήθως πριν την εγχείρηση γίνονται 2 ή 3 κύκλοι

χημειοθεραπείας με στόχο να επιτευχθεί σμίκρυνση του όγκου. Κατόπιν εκτελείται τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή και συμπληρώνεται με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Στο στάδιο IV όπου υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις και χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης δεν έχει καμία θέση η χειρουργική θεραπεία

Προεγχειρητική φροντίδα της ασθενούς³⁵

Σκοποί της προεγχειρητικής ετοιμασίας της ασθενούς είναι : * Η εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής ψυχολογικής και σωματικής κατάστασης της ασθενούς

* Η ελάττωση του κινδύνου των λοιμώξεων με τη μείωση των πηγών μόλυνσης και ενίσχυση της αντίστασης του οργανισμού

* Η πρόληψη επιπλοκών και η επιτάχυνση της ανάρρωσης

Συγκατάθεση : Πριν από την επέμβαση απαιτείται η συγκατάθεση της ασθενούς ή των συγγενών για την εκτέλεσή της. Συγχρόνως δίνονται πληροφορίες για τις πιθανές επιπλοκές που μπορούν να εμφανιστούν. Η ασθενής είναι σωστό και ασφαλές να υπογράψει στο ειδικό έντυπο εφόσον έχει πνευματική διαύγεια. Σε οποιαδήποτε άλλη κατάσταση θα πρέπει να υπογράψει υπεύθυνο μέλος της οικογένειάς της

Διαγνωστικές εξετάσεις : Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τη διενέργεια των εξετάσεων, την παραλαβή των αποτελεσμάτων, την αξιολόγησή τους και την καταγραφή. Μη φυσιολογικές τιμές αποτελεσμάτων αναφέρονται έγκαιρα στο γιατρό. Οι εξετάσεις είναι:

Γενική ανάλυση ούρων

Ακτινογραφία θώρακος

Γενική αίματος - Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών

Wasserman-VDRL-HIV-HBsAg
αίματος και Rhesus

Ομάδα

Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Φάρμακα και ιστορικό : Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει το ιστορικό της ασθενούς καθώς και την πρόσφατη θεραπευτική αγωγή. Ακόμα οφείλει να γνωρίζει την ύπαρξη προηγούμενης ή πρόσφατης φαρμακευτικής αλλεργίας

Θρέψη και ηλεκτρολυτική θεραπεία : Η καλή θρέψη και ενυδάτωση της ασθενούς είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση του αρνητικού ισοζυγίου του αζώτου και την ελλιπή σίτιση τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες . Η ασθενής με κακή θρέψη είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στο χειρουργικό

stress ενώ μπορεί να παρουσιάσει ευκολότερα μετεγχειρητικό shock και αιμορραγία. Επίσης καθυστερεί η επούλωση του τραύματος. Για αυτό κρίνεται αναγκαίο η αναπλήρωσή τους.

Προεγχειρητική σωματική ετοιμασία

Μετά το πέρας των διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων, γίνεται προετοιμασία της ασθενούς για το χειρουργείο. Η νοσηλεύτρια πρέπει πριν το χειρουργείο να :

1. Διαπιστώσει τις φυσικές και θρεπτικές ανάγκες και να τις καλύψει
2. Εξασφαλίσει αίμα, αν σχεδιάζεται ριζική μαστεκτομή
3. Χορήγηση ηρεμιστικών για να μειωθούν οι ανησυχίες της ασθενούς (με εντολή γιατρού)

Την παραμονή της εγχείρησης :

1. Λαμβάνεται αίμα για καθορισμό της ομάδας και γίνεται διασταύρωση για την εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση, αν χρειαστεί
2. Γίνεται ευπρεπισμός του εγχειρητικού πεδίου και του αντίστοιχου μηρού για τυχόν λήψη δερματικού μοσχεύματος. Ακολουθεί λουτρό καθαριότητας
3. Χορηγούνται υπακτικά φάρμακα για την κένωση του εντέρου
4. Δίνεται ελαφρό γεύμα κατά το δείπνο και κατόπιν ιατρικής οδηγίας υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση καλού ύπνου

Κατά την ημέρα της εγχείρησης :

1. Λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. Ενημερώνεται ο χειρουργός σε περίπτωση πυρετού
2. Τοποθετείται ταυτότητα χεριού για την πρόληψη λάθους
3. Αφαιρούνται φακοί επαφής και γυαλιά
4. Αφαιρούνται κοσμήματα και τεχνητή οδοντοστοιχία
5. Ξεβάφονται νύχια και χείλη
6. Γίνεται κένωση της κύστης
7. Γίνεται προνάρκωση
8. Συμπληρώνεται το προεγχειρητικό δελτίο
9. Φοριέται στην ασθενή η ειδική στολή χειρουργείου
10. Μεταφέρεται η ασθενής με το φορείο στο χειρουργείο

Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς^{7,35}

Σκοπός της μετεγχειρητικής φροντίδας είναι :

1. Η ανακούφιση του πόνου
2. Η έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών
3. Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών
4. Την ανεξαρτητοποίηση της ασθενούς και την ανάκτηση των δυνάμεων της

Η νοσηλεύτρια μετά από αξιολόγηση και εκτίμηση των αναγκών και προβλημάτων της ασθενούς προβαίνει σε έγκαιρη παρέμβαση με σκοπό την πρόληψη/ αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών:

*Εμφάνιση του μαστού μετά τη μαστεκτομή

Η θέση του τραύματος, η οπτική δηλαδή διαπίστωση της έλλειψης του μαστού, ωθεί την ασθενή σε βαθύτερη συνειδητοποίηση της αναπηρίας της. Η ασθενής καταλαμβάνεται από απογοήτευση, φόβο να λιποθυμήσει. Η παρουσία της νοσηλεύτριας σε αυτές τις δύσκολες στιγμές είναι πολύτιμη. Η νοσηλεύτρια για να μην αντικρίσει η ασθενής από την πρώτη αλλαγή τον ακρωτηριασμό της, αφαιρεί τους επιδέσμους και στρέφει το κεφάλι της προς το αντίθετο μέρος του τραύματος. Βέβαια είναι ευθύνη της νοσηλεύτριας να βοηθήσει την ασθενή βαθμιαία να αντικρίσει το τραύμα της ώστε πηγαίνοντας στο σπίτι να είναι εξοικειωμένη με αυτό και τη φροντίδα του. Επίσης πριν την έξοδο από το νοσοκομείο θα πρέπει να ενημερωθεί η ασθενής ότι :

- Γύρω από την τομή θα σχηματιστεί μια μλωπισμένη περιοχή που στη συνέχεια θα γίνει γαλαζωπή πράσινη και θα εξαφανιστεί περίπου σε δυο βδομάδες
- Θα παρατηρηθεί στην χειρουργημένη περιοχή ανομοιομορφία του δέρματος και της μάζας του μαστού .Σε 6 περίπου βδομάδες θα αναπτυχθεί λιπώδης ιστός και θα γεμίσει την περιοχή με αποτέλεσμα το μέγεθος και το σχήμα του μαστού να πάρουν τη φυσιολογική τους μορφή
- Η θηλή είναι δυνατόν να τραβηχτεί προς μια πλευρά, αλλά θα επιστρέψει στην κανονική της θέση σε έναν με δυο μήνες
- Τα ράμματα της τομής θα αφαιρεθούν μια βδομάδα περίπου μετά την εγχείρηση

Μετεγχειρητικές επιπλοκές-Νοσηλευτική αντιμετώπιση^{7,20,35}

* Πόνος

Στη μαστεκτομή, ο πόνος οφείλεται στην χειρουργική τομή, αλλά και στην περιορισμένη κινητικότητα της ασθενούς λόγω της τοποθέτησης του επιδεσμικού υλικού, των ορών και των συσκευών παροχέτευσης

Η νοσηλεύτρια :

- Χορηγεί με εντολή γιατρού αναλγητικά και παρακολουθεί τα αποτελέσματά τους. Αν ο πόνος είναι πιο ισχυρός χορηγείται οπιοειδές(μορφίνη)
- Τοποθετείται η ασθενής σε θέση ημι-Fowler, για τη βελτίωση της αναπνοής
- Αποφεύγει να μετακινήσει την ασθενή σηκώνοντάς την ή τραβώντας τη από τους ώμους. Όταν μετακινεί το σύστοιχο με τη μαστεκτομή άκρο κάνει ήρεμες και σταθερές κινήσεις ενώ υποστηρίζει το θώρακα με ένα μαξιλάρι όταν βήχει
- Λόγου του πόνου η ασθενής αναπνέει επιπόλαια και αποφεύγει να βήξει για να αποβάλλει τα πτύελα με αποτέλεσμα να πάθει υποστατική πνευμονία. Διδάσκεται πώς να βήχει και να αναπνέει

* Αιμορραγία

Ο μαστός είναι όργανο με μεγάλη αγγείωση. Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή, διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο μετεγχειρητικής αιμορραγίας

Η νοσηλεύτρια :

- Παρακολουθεί το επιδεσμικό υλικό κάθε δυο ώρες κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο
- Ελέγχει τον ιματισμό του κρεβατιού και το επιδεσμικό υλικό κάτω από τη μασχάλη και την πλάτη γιατί κάποιες φορές το αίμα τρέχει προς τα πίσω ενώ το επιδεσμικό υλικό επί του τραύματος διατηρείται καθαρό
- Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 2-4 ώρες. Ταχύς και νηματοειδής σφυγμός, πτώση της αρτηριακής πίεσης, αυξημένες και άτακτες αναπνοές είναι δείκτες για διαπίστωση αιμορραγίας
- Ελέγχει τις συσκευές παροχέτευσης του τραύματος. Η συσκευή θα πρέπει να αλλάζει πριν γεμίσει η συσκευή τελείως επειδή η αναρρόφηση μέσα στη συσκευή γίνεται με δημιουργία αρνητικής πίεσης. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευμένων υγρών ελέγχονται και αναγράφονται καθημερινά
- Παρακολουθεί την ενδοφλέβια χορήγηση ορών για την εξασφάλιση του ισοζυγίου των υγρών και των ηλεκτρολυτών και την θερμιδική κάλυψη. Επίσης παρατηρείται το ποσό των ούρων για εμφάνιση ολιγουρίας(σε αιμορραγία το ποσό του αίματος που κυκλοφορεί στα νεφρά μειώνεται, αποτέλεσμα την υπολειτουργία των νεφρών και την εμφάνιση ολιγουρίας)
- Εκτιμά τις αλλαγές του διανοητικού επιπέδου της ασθενούς, σύγχυση, ευερεθιστότητα μειωμένο επίπεδο συνείδησης που ενδέχεται να υποδεικνύουν μειωμένη παροχή αίματος στον εγκέφαλο
- Ενημερώνει το γιατρό για συμπτώματα αιμορραγίας. Προετοιμάζεται για μετάγγιση αίματος

* Φλεγμονή

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

- Επεξήγηση για την αλλαγή της επιφάνειας του τραύματος
- Σημείωση ότι το πρόσφατα επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση, εξαιτίας της κάκωσης των νεύρων
- Προσεκτικό στέγνωμα και ήπιο πλύσιμο
- Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και εκτίμηση των σημείων που υποδηλώνουν φλεγμονή(αύξηση της θερμοκρασίας)
- Παρατήρηση της τομής για τοπική αύξηση της θερμοκρασίας, οίδημα, πύου
- Ελέγχει το ποσό των παροχετεύσεων, την οσμή και το χρώμα
- Σημειώνει παράπονα της ασθενούς για έντονο πόνο στο στήθος ή ευαισθησία

* Λεμφοίδημα

Μετά τη ριζική ή τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είναι δυνατόν να έχουμε την εμφάνιση οιδήματος του σύστοιχου άκρου, λόγω της αφαίρεσης των λεμφαδένων και των λεμφαγγείων με αποτέλεσμα τη μη παροχέτευση της λέμφου και της λίμνασής της στην περιοχή. Η καταπολέμηση της λοίμωξης σε αυτό το άκρο είναι πολύ δύσκολη, λόγω της μειωμένης αντίστασης του οργανισμού σε αυτήν

*Λοίμωξη

- Η ασθενής πρέπει να αποφεύγει τους εμβολιασμούς αιμοληψίες , ενέσεις και την τοποθέτηση ορών στο προσβεβλημένο χέρι για αυτό η νοσηλεύτρια τοποθετεί στο κρεβάτι της ασθενούς κάρτα με τη σημείωση «προσοχή λεμφοιδηματικό χέρι»
- Αποφυγή εγκαυμάτων
- Αποφυγή καπνίσματος
- Χρήση δακτυλήθρας όταν ράβει
- Αποφυγή κοπής των παρανυχίδων: καλύτερα να χρησιμοποιεί κάποια κρέμα ή γαλάκτωμα
- Χρήση γαντιών για την κηπουρική ή όταν χρησιμοποιεί απολυμαντικά
- Αποφυγή επαφής με ισχυρά χημικά
- Χρήση εντομοαπωθητικού για πρόληψη τσιμπημάτων

* Οίδημα

- Καθημερινή άσκηση του χεριού, του αγκώνα και δαχτύλων
- Αποφυγή ανύψωσης βάρους με το προσβεβλημένο χέρι, ιδιαίτερα τις πρώτες βδομάδες μετά την εγχείρηση, όπου η τομή βρίσκεται σε αναρρωτική φάση ή υπάρχουν ενδείξεις για λοίμωξη
- Συνίσταται συχνή ανύψωση του χεριού. Κατά τη διάρκεια του ύπνου αν είναι δυνατόν το χέρι να τοποθετείται ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα (χρήση μαξιλαριών). Η βαρύτητα βοηθά την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται ο σχηματισμός οιδήματος
- Απαγορεύεται η μέτρηση της πίεσης στο σύστοιχο χέρι προς τη μαστεκτομή, η σάουνα και το εντατικό μασάζ
- Αποφεύγονται τα ρούχα και τα κοσμήματα που περιορίζουν την κινητικότητα και τη σωστή κυκλοφορία του προσβεβλημένου χεριού (πχ σφιχτά ρολόγια ή δαχτυλίδια, φορέματα με λάστιχο στα μανίκια)
- Αν επιθυμεί η ασθενής να κάνει ηλιοθεραπεία η έκθεση της περιοχής στον ήλιο να γίνεται με προσοχή ώστε να αποφευχθούν τα εγκαύματα. Επιβάλλεται η κάλυψη της περιοχής με αντηλιακό μεγάλου δείκτη προστασίας
- Συνιστάται άμεση επίσκεψη του γιατρού, αν παρουσιαστεί ερυθρότητα ή οίδημα στο χέρι

* Διατροφή

Μέχρι την πλήρη ανάνηψη και την παύση της ναυτίας και των εμετών, χορηγούνται οροί. Εν συνεχεία δίνονται υγρά από το στόμα και σύντομα αρχίζει η κανονική διατροφή. Συνίσταται υπερλευκωματούχος διατροφή για την διευκόλυνση επούλωσης του τραύματος, φρούτων και χόρτων για την τακτική λειτουργία του εντέρου και άφθονων υγρών για να εξασφαλίζεται επαρκής διούρηση.

Η ψυχική ένταση και το άγχος που έζησε και εξακολουθεί να ζει η ασθενής δημιουργούν μειωμένη διάθεση για τη λήψη τροφής. Εξάλλου η αδυναμία της ασθενούς να χρησιμοποιεί το χέρι, επειδή ακινητοποιείται πρόσκαιρα ο βραχίονας, την καθιστά αδύναμη να τρώει μόνη της. Η νοσηλεύτρια υποβοηθά την ασθενή να τρώει με το ένα χέρι. Ιδιαίτερα τις πρώτες μέρες, η νοσηλεύτρια δεν αφήνει ποτέ το φαγητό στην ασθενή. Είτε το χορηγεί η ίδια ή εξασφαλίζει κάποιον που θα το χορηγήσει

* Μείωση της κινητικότητας /δραστηριότητας

Στη μαστεκτομηθείσα ασθενή είναι φυσικό να περιορίζεται η κινητικότητα της αντίστοιχης προς τη μαστεκτομή πλευράς, λόγω των παροχετεύσεων και του επιδεσμικού υλικού. Η πρόληψη της μόνιμης σύσπασης των μυών με αποτέλεσμα τη δημιουργία παραμορφώσεων και τη μείωση της λειτουργικότητας είναι ζωτικής σημασίας. Είναι δυνατόν επίσης η ασθενής να αισθάνεται κάποια διαταραχή της ισορροπίας της ως αποτέλεσμα της επέμβασης, οφειλόμενη σε ασυμμετρία και μείωση της δύναμης των μυών

Η νοσηλεύτρια :

- Κινητοποιεί την ασθενή, όταν περάσουν οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αναισθησίας
- Μετά το πρώτο 24ωρο, αρχίζει την έναρξη των παθητικών ασκήσεων του χεριού της προσβεβλημένης πλευράς. Οι αρχικές ασκήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση των δακτύλων. Γίνεται για την πρόληψη των μυικών συσπάσεων και τη διατήρηση του βαθμού της κινητικότητας και του μυικού τόνου. Το εύρος των ασκήσεων αυξάνεται προοδευτικά και η ασθενής πρέπει να είναι σε θέση να κάνει τις περισσότερες δραστηριότητες μόνη της όπως χτένισμα, τάισμα κτλ
- Αρχικά η ασθενής ίσως να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις, εξαιτίας του πόνου που νιώθει, αλλά η νοσηλεύτρια θα τονίσει την σπουδαιότητα των ασκήσεων και θα συνεχίσει τις ασκήσεις μέσα στα όρια αντοχής της ασθενούς
- Οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η ασθενής δεν πρέπει να αισθάνεται δυσχέρεια στις κινήσεις
- Ενισχύεται η αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα
- Ενισχύεται (η ασθενής) να διατηρεί κανονική θέση του σώματος κατά την εκτέλεση των ασκήσεων. Η σωστή θέση προάγει την καλή μηχανική του σώματος και βοηθά στο να φαίνεται η γυναίκα φυσιολογική
- Για την εξασφάλιση της πλήρους κινητικότητας της αρθρώσεως του ώμου της προσβεβλημένης πλευράς και την αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μυών που έπαθαν κάκωση, αρχίζει την 4^η-5^η μετεγχειρητική μέρα πρόγραμμα διδασκαλίας και εκμάθησης ασκήσεων
- Η νοσηλεύτρια συζητά με το γιατρό το είδος, τη συχνότητα και τη διάρκεια των ασκήσεων
- Διδάσκει(την ασθενή) να αρχίζει με απλές κινήσεις, τις οποίες θα επαναλαμβάνει αργά για περιορισμένο χρονικό διάστημα. Στη συνέχεια θα προστεθούν πιο πολύπλοκες ασκήσεις που θα διαρκούν περισσότερο
- Ενημερώνει την ασθενή πως θα πρέπει να ξεκουράζεται στο διάστημα μεταξύ των ασκήσεων
- Παραμένει κοντά στην ασθενή τις πρώτες ώρες που διενεργούνται οι ασκήσεις. Με τον τρόπο αυτό της δίνεται η ευκαιρία για την παροχή πληροφοριών στην ασθενή, εκτιμά τα προβλήματά της και την ενθαρρύνει

- Πρώτα διδάσκονται απλές ασκήσεις όπως :

1. Να κρατά με το χέρι ένα λαστιχένιο μπαλάκι και να το σφίγγει δυνατά. Επαναλαμβάνει ενώ κατά διαστήματα ξεκουράζεται. Είναι μια απλή άσκηση που βοηθά στο δυνάμωμα των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας
2. Να χτενίζει τα μαλλιά της, δίχως να σκύβει το κεφάλι της.

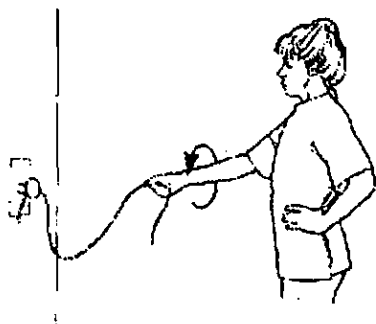
Ασκήσεις μετά τη μαστεκτομή

Αναρρίχηση τοίχου

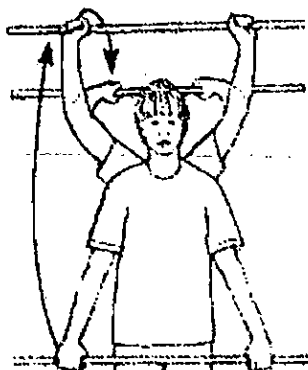


Σταθείτε γυρισμένη προς τον τοίχο με τα πόδια ανοιχτά και τα δάχτυλα των ποδιών όσο πιο κοντά στον τοίχο είναι δυνατόν. Με τους αγκώνες ελαφρά λυγισμένους, τοποθετείστε τις παλάμες πάνω στον τοίχο στον ύψος των αγκώνων. Λυγίζοντας τα δάχτυλα, υψώστε τα χέρια στον τοίχο μέχρι να εκταθούν πλήρως. Μετά αντιστρέψτε τη διαδικασία, κατεβάζοντας τα χέρια στο αρχικό σημείο.

Γύρισμα σχοινάκι

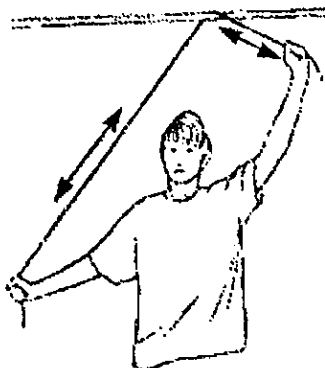


Δέστε ένα ελαφρύ σχοινάκι σε ένα πόμολο πόρτας. Σταθείτε μπροστά από την πόρτα. Πάρτε το ελεύθερο άκρο του σχοινιού με το χέρι που έχει γίνει η επέμβαση. Τοποθετείστε το άλλο χέρι στο γοφό. Με το χέρι που κρατάει το σχοινί σε έκταση και σε απόσταση από το υπόλοιπο σώμα (σχεδόν παράλληλα με το πάτωμα), γυρίστε το σχοινί, κάνοντας όσο πιο μεγάλους κύκλους γίνεται. Ξεκινήστε αργά στην αρχή, και επιταχύνετε αργότερα.



Ανύψωση ράβδου ή σκουπόξυλου

Κρατείστε μια ράβδο και με τα δυο σας χέρια (τα χέρια σε απόσταση 60 εκατοστών περίπου μεταξύ τους). Διατηρώντας τα χέρια τεντωμένα, ανυψώστε τη ράβδο πάνω από το κεφάλι. Λυγίστε τους αγκώνες για να κατεβάσετε την ράβδο πίσω από το κεφάλι. Αντιστρέψτε την κίνηση, για να ανυψώσετε πάλι την ράβδο πάνω από το κεφάλι και μετά επιστρέψτε στην αρχική θέση.



Κινήσεις τροχαλίας

Περάστε ένα ελαφρύ σκοινί πάνω από ένα μονόζυγο πόρτας ή από το κουρτινόξυλο της κουρτίνας του μπάνιου. Σταθείτε όσο μπορείτε περισσότερο κάτω από το σκοινί. Πιάστε μια άκρη του σκοινιού σε κάθε χέρι. Εκτείνετε τα χέρια χωρίς να τα λυγίσετε και όσο γίνεται πιο μακριά από το σώμα. Τραβήξτε το αριστερό χέρι προς τα πάνω με το να τραβήξετε το δεξί κάτω, μετά το αριστερό χέρι πάνω και το αριστερό κάτω, με κινήσεις "τραμπάλας".

(Από Smeltzer.)

Κύηση μετά τη μαστεκτομή^{7,8,10}

Έχει παρατηρηθεί ότι γυναίκες που έχουν μείνει έγκυες κατόπιν θεραπείας καρκίνου του μαστού έχουν μεγαλύτερη 10ετή επιβίωση. Η εγκυμοσύνη αυτή έλαβε χώρα 6 μήνες ως και μετά από 2 χρόνια από τη διάγνωση του καρκίνου. Ορισμένοι ογκολόγοι συνιστούν την αναμονή 18 μηνών ως 2 ετών πριν από οποιαδήποτε επακόλουθη της θεραπείας σύλληψη, ώστε οι αλλαγές στο μαζικό αδένιο να μπορούν να παρατηρηθούν και να εξεταστούν καλύτερα για επανεμφάνιση του καρκίνου. Άλλοι συνιστούν σε ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες να περιμένουν 3 χρόνια μετά τη μαστεκτομή. Σε ασθενείς με θετικούς λεμφαδένες άλλοι συνιστούν αποφυγή σύλληψης για 5 χρόνια ενώ άλλοι για 10 χρόνια ή και ισοβίως.

Ανακατασκευή του μαστού^{8,17}

Οι γυναίκες που υπέστησαν μαστεκτομή μπορούν να αποκαταστήσουν την φυσική τους εμφάνιση με ποικίλους τρόπους, στους οποίους συγκαταλέγεται ο προσθετικός μαστός. Με την ανακατασκευή του μαστού όμως δημιουργείται αίσθηση πληρότητας, δεν τοποθετείται εξωτερικά προσθετικό υλικό και δεν είναι ανάγκη να τροποποιηθεί ο ρουχισμός.

Υπάρχουν αρκετοί τρόποι ανακατασκευής του μαστού κι ο καθένας έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Υπάρχουν τρόποι ανακατασκευής ακόμα και της θηλής. Ίσως να γίνει και τροποποίηση του άλλου μαστού για να είναι αρμονική η εμφάνιση. Απαιτείται συνεργασία ομάδας ειδικών (πλαστικού χειρουργού, γενικού χειρουργού, ακτινολόγου, ογκολόγου και γενικού γιατρού)

Το μείζων ερώτημα είναι αν η ανακατασκευή του μαστού γίνει αμέσως μετά τη μαστεκτομή ή καθυστερήσει. Το πλεονέκτημα της άμεσης ανακατασκευής είναι ότι μειώνονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις και ενδείκνυται σε γυναίκες με μικρής έκτασης καρκίνο και αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες που επιθυμούν να αποφύγουν μια δεύτερη επέμβαση αλλά έχουν συνειδητοποιήσει πως είναι αυξημένος ο κίνδυνος να προκύψουν προβλήματα επούλωσης. Όταν ο όγκος είναι μεγάλος και πρέπει να γίνει τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, συνήθως αποφεύγεται η άμεση ανακατασκευή του μαστού. Αρχικός στόχος είναι η ίαση του καρκίνου ενώ η πλαστική ανακατασκευή έρχεται σε δεύτερη μοίρα.

Η καθυστερημένη επίλυση του προβλήματος έχει πολλά πλεονεκτήματα. Επιτρέπει στο χειρουργικό τραύμα να επουλωθεί. Επιπλέον ο παθολογοανατόμος θα μελετήσει τα όρια του ιστού και τους μασχαλιαίους αδένες που θα επανακατασκευαστεί, πράγμα που επιτρέπει να επιλεγεί σωστότερη τεχνική.

Η ανακατασκευή καθυστερεί όταν εφαρμόζεται και χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία μαζί με τη χειρουργική επέμβαση, που ίσως να επηρεάσουν τα συστατικά του αίματος και το ανοσολογικό σύστημα, οπότε αυξάνεται ο

κίνδυνος της λοίμωξης, επιβραδύνεται η επούλωση του τραύματος και εκδηλώνονται και άλλες επιπλοκές. Η ανακατασκευή καθυστερεί 4-6 εβδομάδες μετά τη συμπλήρωση της ακτινοθεραπείας και 2-3 μήνες μετά το πέρας της χημειοθεραπείας.

3.1.4 Ακτινοθεραπεία^{2,10,27,29}

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

Ο ιονισμός στη ζώσα ύλη ακολουθείται από ολόκληρη σειρά αλυσιδωτών αντιδράσεων, οι οποίες καταλήγουν σε αλλοίωση ζωτικών για τη λειτουργία του κυττάρου μεγαλομορίων. Η μεγαλύτερη βλάβη από τον ιονισμό προκαλείται στο μόριο του DNA, οι αλυσίδες της έλικας του οποίου σπάζουν οδηγώντας στον κυτταρικό θάνατο. Ο κυτταρικός θάνατος μπορεί να συμβεί αμέσως, αν δε γίνει επιδιόρθωση του DNA ή κατά την κυτταρική διαίρεση, όταν το κύτταρο που υπέστη βλάβη επιχειρεί μίτωση και πεθαίνει. Τέλος, εξαιτίας των αποτελεσμάτων της ακτινοβολίας, ένα νεοπλασματικό κύτταρο μπορεί να καταστεί στείρο και να πεθάνει με φυσικό τρόπο χωρίς όμως να αφήσει απογόνους.

Η ακτινοβόληση του μαστού γίνεται εξ αποστάσεως γίνεται με ακτινοβολία γ ή σωματιδιακή β. Ακτινοβολείται η περιοχή του μαστού ή του θωρακικού τοιχώματος (αν έγινε μαστεκτομή) και των επιχώριων λεμφαδένων με διάφορες τεχνικές και με κατάλληλο σχεδιασμό με σκοπό να δοθεί η πρέπουσα δόση στο κατάλληλο πεδίο με τη μεγαλύτερη δυνατή ομοιογένεια. Η δόση που μπορεί να δοθεί από απόσταση, είναι 4500-6000 rads σε 25-30 συνεδρίες. Η εφαρμογή της εξ επαφής ακτινοβόλησης με εμφύτευση ραδιενεργού Ir192 γίνεται επειδή η δόση στην περιοχή του όγκου αυξάνεται σημαντικά σε 8000-9000 rads με αποτέλεσμα την πλήρη αποστείρωση της περιοχής από τα καρκινικά κύτταρα.

Τα προβλήματα που δημιουργούνται με την ακτινοθεραπεία στον ασθενή¹¹

1. Κακή διακίνηση του οξυγόνου (αναιμία)
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, εμετοί, ανορεξία)
3. Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας
4. Δυσχέρειες από την εφαρμογή του ραδιοϊσότοπου
5. Κίνδυνοι λοίμωξης και αιμορραγίας(λευκοπενία και αιμορραγία αντίστοιχα)
6. Ψυχικά προβλήματα(απομόνωση, αριθμητικός και χρονικός περιορισμός)

Νοσηλευτική Φροντίδα^{23,29}

Το πιο ουσιαστικό μέρος της προετοιμασίας της ασθενούς για την εφαρμογή της ακτινοβολίας είναι η απάντηση στα ερωτήματά της που συνήθως είναι τα εξής :

- Η ακτινοθεραπεία πονάει;
- Τι θα πρέπει να κάνει στο διάστημα της θεραπείας;
- Θα είναι μόνη της κατά τη διάρκεια της θεραπείας;
- Θα εκπέμπει ακτινοβολία κατά τη διάρκεια της θεραπείας; Θα πρέπει να είναι απομονωμένη;

Η απάντηση σε όλα αυτά τα ερωτήματα και σε άλλα σχετικά, μειώνει την αγωνία και το άγχος, τη βοηθά να συνεργαστεί με το προσωπικό της ομάδας υγείας και να αξιοποιηθούν όλες οι δυνατότητες για την επιτυχία της θεραπείας.

Άλλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι :

-Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση της ασθενούς κατά τη διάρκεια της διαδικασίας

-Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα της ασθενούς, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος

-Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπισή τους όταν εκδηλωθούν.

Παρενέργειες και αντιμετώπιση^{23,29}

1. Ναυτία και εμετοί

- Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντιισταμινικών σύμφωνα με τις εντολές του γιατρού
- Ενθάρρυνση της ασθενούς να λαμβάνει υγρά
- Χορήγηση μικρών-συχνών γευμάτων ψηλής θερμιδικής αξίας
- Σημείωση των αντιδράσεων της ασθενούς

2. Διάρροια

- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων
- Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα

3. Καταστολή λειτουργίας του μυελού των οστών

- Προστασία από λοιμώξεις και τραυματισμούς
- Παρακολούθηση για σημεία λοίμωξης και τραυματισμού

4.Ακτινοδερματίτιδα

- Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται
- Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό
- Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών
- Τοποθετούνται στην περιοχή αμυλούχες αλοιφές σύμφωνα με την εντολή του γιατρού
- Ενισχύεται η ασθενής να αποφεύγει στενά ρούχα που αυξάνουν τον ερεθισμό
- Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα ακτινοθεραπεία

5.Αν η ασθενής παρουσιάσει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή

6.Υποστήριξη, ώστε να δεχθεί όσο το δυνατόν πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό είδωλο

3.1.5 Ανοσοθεραπεία²³

Ανοσοθεραπεία είναι η καινούργια μέθοδος θεραπείας του καρκίνου του μαστού η οποία βρίσκεται ακόμα σε ερευνητικό στάδιο. Η ανοσοθεραπεία στηρίζεται στη θεωρία ότι ο καρκίνος δίνει την εντύπωση πως αναπτύσσεται με μεγαλύτερη συχνότητα στα άτομα των οποίων το ανοσοβιολογικό σύστημα είναι σε καταστολή ή δεν λειτουργεί καλά. Ο κύριος λοιπόν σκοπός της θεραπείας αυτής είναι να ισχυροποιηθεί η ανοσοβιολογική ανταπόκριση του αρρώστου στα κύτταρα του καρκίνου. Μελλοντικός στόχος της ανοσοθεραπείας είναι η πρόληψη του καρκίνου με ανοσοποίηση του ατόμου κατά των καρκινικών κυττάρων.

Κεφάλαιο Τέταρτο

4.1 Παρακολούθηση (follow up) της ασθενούς²⁷

Η προσεκτική παρακολούθηση μετά τη θεραπεία είναι σημαντική για δύο λόγους : για να αποκαλυφθεί ενδεχόμενη υποτροπή της νόσου και να παρακολουθεί η ανταπόκριση στη θεραπεία. Στον έλεγχο περιλαμβάνεται:

- Τακτική κλινική εξέταση και μαστογραφίες

- Βιοχημικός έλεγχος αίματος(πχ ήπατος ,νεφρών) και έλεγχος για νεοπλασματικούς δείκτες (πχ CEA, CA ,CA15-3), αν ήταν θετικοί αρχικά
- Απεικονιστικός έλεγχος – αξονική τομογραφία ,μαγνητική τομογραφία κοιλιάς,ακτινογραφίες και σπινθηρογραφήματα οστών – για να διαπιστωθούν πιθανές μεταστάσεις ή να εκτιμηθεί η κατάσταση γνωστών μεταστάσεων
- Σπινθηρογραφήματα οστών ,αν το αρχικό σπινθηρογράφημα ήταν θετικό ,υπάρχει οστικός πόνος ή αυξημένα επίπεδα αλκαλικής φωσφατάσης ορού
- Ακτινογραφίες θώρακος και ακτινογραφίες περιοχών των οστών με θετικό σπινθηρογράφημα
- Ειδικές εξετάσεις όπως η ενδοσκόπηση ή η βιοψία δια λεπτής βελόνης των μαζών που υποτροπιάζουν.

4.2 Μεταστατικός καρκίνος^{10,19,27,31}

Η μεταστατική νόσος μπορεί να εμφανισθεί αρχικά ως τοπική υποτροπή ή μόνο ως μετάσταση σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος. Παρόλο που μερικοί ασθενείς έχουν την μεταστατική νόσο από την αρχή, οι περισσότεροι έχουν διαγνωστεί και θεραπευτεί. Ο μέσος χρόνος επανεμφάνισης για τον "επιθετικό" τύπο είναι περίπου δύο χρόνια. Το σημείο επανεμφάνισης είναι πολύ σημαντικό γιατί οι όγκοι που εμφανίζονται στα οστά ή στον μαλακό ιστό ανταποκρίνονται καλύτερα στη θεραπεία από αυτούς που εμφανίζονται στο ήπαρ, τον εγκέφαλο ή τον πνεύμονα. Η επανεμφάνιση στο αρχικό σημείο που έγινε η επέμβαση δεν ακολουθείται πάντα από μεταστατική εξάπλωση ,και αν τα τεστ κατηγοριοποίησης βγούν αρνητικά μπορεί να αντιμετωπιστεί με αφαίρεση και ραδιοθεραπεία.

Αν δεν μπορεί να επιτευχθεί ο χειρουργικός έλεγχος της τοπικής επανεμφάνισης ,ή αν υπάρχει ευρεία μεταστατική εξάπλωση , τότε χρειάζονται εναλλακτικές θεραπείες. Αν η ασθένεια αναπτύσσεται ραγδαίως ή αν είναι απειλητική για τη ζωή(πχ Αν υπάρχουν μεταστάσεις στο ήπαρ ή και στον πνεύμονα) , ενδείκνυται χημειοθεραπευτικό σχήμα. Αν όχι , τότε ενδοκρινική θεραπεία πρέπει να δοκιμαστεί πρώτα. Το αν η ασθενής ανταποκριθεί στην ενδοκρινική θεραπεία μπορεί να προβλεφθεί από το διάστημα που η ασθενής δεν νοσούσε (δηλαδή από το τέλος της θεραπείας της αρχικής ασθένειας μέχρι την επανεμφάνιση της – τοπική ή μεταστατική) .Το διάστημα αυτό ονομάζεται DFI(Disease Free Interval). Ενδοκρινική θεραπεία στην μεταστατική νόσο είναι πιο πιθανό να είναι αποτελεσματική σε ασθενείς με μεγάλο DFI και αν ο αρχικός όγκος ήταν ER αρνητικός. Οι επιλογές για αυτόν τον ασθενή έχουν ως εξής :

- Πριν την εμμηνόπαυση
- 1. Ωοθηκτομή

Χειρουργική επέμβαση ή ραδιοθεραπεία

2.LHRH(luteinizing hormone releasing hormone) αγωνιστής

Goserlin 3,6 mg μηνιαίως ενδοδερμικά

Leuprorelin 3,75 mg μηνιαίως ενδοδερμικά ή ενδομυϊκά

- Μετά την εμμηνόπαυση

1.Αν δεν έχει χορηγηθεί tamoxifen

Tamoxifen 20 mg από το στόμα μια φορά την ημέρα

2.Αν έχει ήδη χορηγηθεί tamoxifen

Megestrol 160 mg από το στόμα μια φορά την ημέρα

Medroxyprogesterone acetate 1000mg από το στόμα μια φορά την ημέρα ή 500-1000mg ενδομυϊκά καθημερινά

Aminoglutethimide 1000mg και 40mg hydrocortisone από το στόμα ή 250-500mg χωρίς hydrocortisone.

40HA(4-hydroxyandrostenedione) 250mg ενδομυϊκώς κάθε δύο βδομάδες.

Η ανταπόκριση σ'αυτήν τη θεραπεία είναι της τάξης του 30-40%.Αν όμως έχουμε πάλι υποτροπή δοκιμάζεται για δεύτερη φορά ορμονική θεραπεία εφόσον όμως η ασθένεια παραμένει μη-απειλητική για τη ζωή. Χημειοθεραπευτικά σχήματα δίνονται κατά τον ίδιο τρόπο για την επικουρική θεραπεία. Πάλι η "επιθετική" μορφή πρέπει να αντιμετωπιστεί επιθετικά με διάφορους θεραπευτικούς συνδυασμούς όπως FAC ,FEC, MMM, αν έχει ήδη δοκιμαστεί το CMF ως επικουρική θεραπεία.

Η μεταμόσχευση μυελού των οστών μετά από μεγάλες δόσεις χημειοθεραπείας αξιολογείται επιλεκτικά σε ορισμένους νέους ασθενείς με μεταστατική νόσο και φαίνεται να προσφέρει μεγαλύτερα ποσοστά ανταπόκρισης και μεγαλύτερο διάστημα υποτροπής.

Θεραπεία του μεταστατικού καρκίνου^{7,19,27,36}

Είδος καρκίνου	Θεραπεία
Μη απειλητικές για τη ζωή μεταστάσεις(οστά, μαλακοί ιστοί)	Αρχικά με ορμονική αντιμετώπιση. Τοπική ραδιοθεραπεία για τον πόνο Μπορεί να χρειαστεί χημειοθεραπεία αν είναι ER αρνητικός
Απειλητικές για τη ζωή μεταστάσεις(ήπαρ και πνεύμονες)	Χημειοθεραπεία στα συστήματα. Αν είναι νέα, αύξηση της δόσης(μεταμόσχευση του μυελού των οστών ή περιφερική συλλογή αρχέγονων κυττάρων για διάσωση). Αν είναι μεγάλη, χαμηλές δόσεις

Εγκέφαλος	epirubicin,tamoxifen ή anthracycline Στεροειδή και ραδιοθεραπεία. Εξαγωγή αν η μετάσταση είναι απομονωμένη
-----------	--

Αντιμετώπιση των μεταστάσεων⁷

Οστά

Νοσηλευτική εκτίμηση :

- Οστικοί πόνοι, παθολογικά κατάγματα
- Δυσκολία στη βάδιση
- Απογοήτευση εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας

Νοσηλευτική παρέμβαση :

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

Πνεύμονες

Νοσηλευτική εκτίμηση :

- Πόνος
- Δυσφορία, δύσπνοια

Νοσηλευτική παρέμβαση :

- Παρακέντηση θώρακα για ανακούφιση από τη δύσπνοια και τη δυσφορία. Η ανακούφιση είναι προσωρινή, πιθανόν να επαναληφθεί
- Χορήγηση οξυγόνου

Ήπαρ

Νοσηλευτική εκτίμηση :

- Ασκήτης
- Δυσφορία, δύσπνοια
- Ναυτία, εμετοί
- Κοιλιακοί πόνοι

- Ανορεξία
- Απώλεια βάρους

Νοσηλευτική παρέμβαση :

- Παρακέντηση κοιλίας για ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια
- Διατήρηση ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών
- Χορήγηση διουρητικών
- Μικρά και συχνά γεύματα
- Σίτιση μέσω Levin ή πλήρης παρεντερική διατροφή αν η ασθενής αδυνατεί να φάει

Εγκέφαλος

Νοσηλευτική εκτίμηση :

- Σύγχυση
- Διαταραχή της ισορροπίας του σώματος
- Σπασμοί
- Παράλυση
- Διαταραχές της όρασης

Νοσηλευτική παρέμβαση :

- Εξασφάλιση της άνεσης
- Πρόληψη τραυματισμού από πτώση ή πρόκληση βλάβης κατά τη διάρκεια των σπασμών
- Παρακολούθηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών
- Εξασφάλιση επαρκούς σίτισης
- Παροχή υγιεινής φροντίδας σώματος

4.30 καρκίνος του μαστού κατά την κύηση και γαλουχία^{7,27}

Ως καρκίνο του μαστού στην εγκυμοσύνη ή τη γαλουχία εννοούμε αυτόν που αναπτύχθηκε στη διάρκειά της ή ένα χρόνο μετά από αυτήν. Πριν 30 χρόνια η συνύπαρξη καρκίνου του μαστού και εγκυμοσύνης ήταν αντένδειξη για εγχείρηση. Σήμερα, αν και έχει αλλάξει η άποψη αυτή, η πάθηση αποτελεί ακόμη σοβαρή μορφή καρκίνου με κακή πρόγνωση για τους ακόλουθους λόγους :

- Η διάγνωση καθυστερεί 2 περίπου μήνες, λόγω της υπερτροφίας του μαστικού αδένου που δυσχεραίνει την ψηλάφηση
- Η διασπορά είναι ταχύτερη εξαιτίας της μεγάλης αγγειοβριθείας

- Οι γιατροί διστάζουν να αφαιρέσουν κάθε ογκίδιο του μαστού στην εγκυμοσύνη και να το εξετάσουν ιστολογικώς. Έτσι καθυστερεί η διάγνωση
- Σε νέες γυναίκες η υπερπαραγωγή οιστρογόνων και προγεστερόνης επιταχύνει την ανάπτυξη του καρκίνου που υπήρχε πριν τη σύλληψη
- Η έγκυος δε συμβουλευείται το γιατρό της για κάθε διόγκωση που ψηλαφά στο μαστό της
- Ο μαιευτήρας παραλείπει την εξέταση του μαστού κατά την παρακολούθηση της εγκύου.

Περίπου το 3% των καρκίνων του μαστού διαγιγνώσκονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού. Μια στις 3000 έγκυες έχει καρκίνο του μαστού. Είναι πιθανόν ότι υπάρχουν περισσότερες σε υποκλινικό στάδιο

Η μέση πενταετής επιβίωση στον καρκίνο του μαστού είναι 59% . Αν συνυπάρχει εγκυμοσύνη ή γαλουχία, μειώνεται σε 15-20% .

Αντιμετώπιση της κύησης^{7,27}

Στάδιο I : Η πρόγνωση σε αυτό το στάδιο είναι εξαιρετική, ιδιαίτερα αν οι ορμονικοί υποδοχείς είναι θετικοί. Η πενταετής επιβίωση είναι 85%. Δεν υπάρχει ένδειξη διακοπής της κύησης. Αν ο τοκετός αναμένεται σε μερικές εβδομάδες, η εφαρμογή θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού μπορεί να αναβληθεί έως 2 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η εφαρμογή θεραπειών που μπορεί να βλάψουν το έμβρυο – ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία πρέπει να αποφεύγονται. Αν οι λεμφαδένες είναι αρνητικοί δεν απαιτείται πέραν της μαστεκτομής άλλη θεραπευτική αντιμετώπιση και δεν αποθαρρύνονται οι ακόλουθες κυήσεις. Η μητέρα μπορεί μετά τη μαστεκτομή να θηλάζει το βρέφος αμφοτερόπλευρα, αν επιθυμεί.

Στάδιο II-III : Προφυλακτική χημειοθεραπεία μετεγχειρητικά συνίσταται σε περίπτωση που έχουμε θετικούς λεμφαδένες, οι οποίοι απαντώνται θετικοί σε ποσοστό 80% στις έγκυες. Κλινικές έρευνες έδειξαν σημαντική καθυστέρηση στην επανεμφάνιση του όγκου, αν εφαρμοστεί χημειοθεραπεία αμέσως μετά τη χειρουργική επέμβαση. Συνίσταται διακοπή της κύησης αν η χημειοθεραπεία επρόκειτο να αρχίσει κατά τη διάρκεια του πρώτου ή του δεύτερου τριμήνου. Αν ο καρκίνος διαγνωσθεί κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου, υπάρχει δυνατότητα να καθυστερήσει η έναρξη της χημειοθεραπείας μέχρι το έμβρυο να καταστεί βιώσιμο (28 εβδομάδων), οπότε διενεργείται καισαρική τομή.

Στάδιο IV : Η θεραπευτική αντιμετώπιση σε αυτό το στάδιο είναι ανακουφιστική. Η πενταετής επιβίωση είναι 0%. Οι γονείς καταφεύγουν σε διακοπή της κύησης, η οποία δεν βελτιώνει την πρόγνωση. Τα τερατογενετικά αποτελέσματα της χημειοθεραπείας και της

ακτινοθεραπείας, κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου, απαιτούν διακοπή της κύησης. Σε μεγαλύτερη ηλικία κύησης το έμβρυο θα ανεχθεί μεγαλύτερη δόση ακτινοβολίας.

4.4 Καρκίνος του μαστού στους άνδρες^{8,17,27}

Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες είναι σπάνιος. Μια στις 150 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού αφορά άνδρες, που συνήθως είναι πάνω από 60 χρονών. Συνήθως η νόσος αποκαλύπτεται όταν ο καρκίνος είναι προχωρημένος. Το στάδιο III της νόσου εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα διότι ο όγκος προσβάλλει το δέρμα. Αν και το συνηθέστερο σημείο της νόσου είναι κάποιο ανώδυνο εξόγκωμα, τα περισσότερα τέτοια εξογκώματα στους άνδρες είναι καλοήγη και οφείλονται σε άλλους λόγους όπως σε φάρμακα ή κάποια ηπατική νόσο.

Θεραπεία εκλογής

Έχει εφαρμοστεί τόσο η απλή μαστεκτομή όσο και η ριζική χωρίς να υπάρχει καθιερωμένη θεραπευτική μέθοδος. Συχνά, πρέπει να τοποθετηθεί δερματικό μόσχευμα.

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται συχνά μετεγχειρητικά για να μειωθεί ο κίνδυνος τοπικής υποτροπής. Σε ορισμένα κέντρα ο καρκίνος του μαστού αντιμετωπίζεται σήμερα με χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία επειδή συχνά έχουν προσβληθεί οι γειτονικοί λεμφαδένες και επειδή η συμπληρωματική χημειοθεραπεία έχει καλά αποτελέσματα όπως στις γυναίκες.

Συνηθίζεται να ελέγχονται οι ορμονικοί υποδοχείς στους ασθενείς αν και οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού στους άνδρες έχουν θετικούς οιστρογονικούς υποδοχείς και ανταποκρίνονται στους ορμονικούς χειρισμούς, ιδίως με tamoxifen.

Η φτωχή πρόγνωση του καρκίνου του μαστού των ανδρών ίσως σχετίζεται με την καθυστέρηση της θεραπείας(ως και 10 μήνες), που πιθανώς να οφείλεται στην ελαττωματική ευαισθησία του κοινού και των γιατρών ως προς τη διάγνωση της νόσου.

4.5 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και καρκίνος του μαστού^{7,8,9,22,37,38,39,40,41}

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την ελάττωση κινδύνου ή την πρόληψη ανάπτυξης κακοηθών νεοπλασμάτων σε υγιή πληθυσμό. Οι νοσηλευτές επομένως, για να παίξουν ενεργό ρόλο στην πρόληψη, πρέπει να διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για να διδάξουν στην κοινότητα συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη του καρκίνου, όπως οι

διαιτητικές συνήθειες, κάπνισμα και αλκοόλ καθώς και την αυτοεξέταση του μαστού και τα άλλα προειδοποιητικά σημεία για τα κακοήθη νεοπλασμάτα.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να συνειδητοποιήσει το κοινό την ανάγκη προαγωγής της υγείας. Οι συνηθέστεροι είναι :

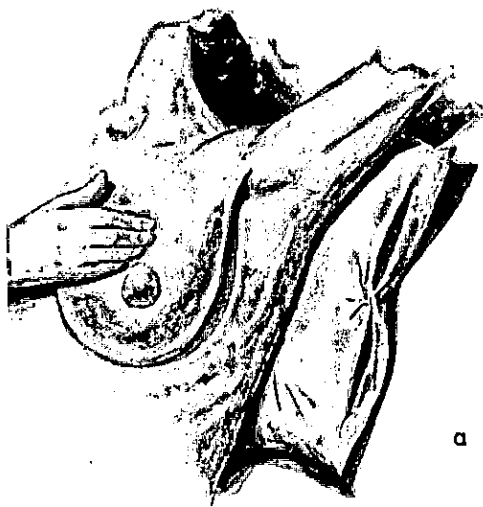
- * Κοινοτικά προγράμματα αγωγής υγείας και διατήρηση της υγείας
- * Αναγνώριση κινδύνων για τους αρρώστους και τις οικογένειές τους σε πλαίσια οξείας φροντίδας και ενσωμάτωση διδασκαλίας και παροχής συμβουλών στο σχεδιασμό εξόδου από το νοσοκομείο
- * Ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων που στοχεύουν σε αρρώστους και οικογένειες με υψηλές επιπτώσεις καρκίνου. Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζεται σε περισσότερα από ένα μέλη της ίδιας οικογένειας
- * Προγράμματα περιοδικών εξετάσεων με στόχο την έγκαιρη ανίχνευση όσων έχουν υψηλό ρυθμό επίπτωσης ή στους οποίους η έγκαιρη διάγνωση παίζει σημαντικό ρόλο στους δείκτες επιβίωσης όπως ο καρκίνος του μαστού

Κάθε φαινομενικά υγιή γυναίκα πρέπει να υπόκειται σε μαστογραφία. Είναι πλέον αποδεκτό ότι με τη μαστογραφία ανακαλύπτεται ο καρκίνος ως και ένα χρόνο πριν γίνει ψηλαφητός. Η μαστογραφία πρέπει να γίνεται κάθε έτος μετά το 45^ο έτος αφού προηγηθεί μια μαστογραφία αναφοράς γύρω στο 35^ο έτος. Στην Ελλάδα επειδή η επίπτωση του καρκίνου του μαστού είναι μικρότερη σε σχέση με άλλες δυτικές χώρες, τα χρονικά διαστήματα μπορούν να διπλασιαστούν. Όμως αν υπάρχει ιστορικό καρκίνου του μαστού ή άλλοι παράγοντες κινδύνου συνίσταται μαστογραφία αναφοράς σε μικρότερες ηλικίες και μετά τα 40 επανάληψη κάθε χρόνο.

Ο μικρότερος όζος που μπορεί να ψηλαφηθεί είναι 1 εκατοστό και περιέχει ένα δισεκατομμύριο καρκινικά κύτταρα. Σήμερα με τη μαστογραφία αποκαλύπτονται καρκίνοι του μαστού σε γυναίκες των οποίων το 60% έχει αρνητικούς για κακοήθεια μασχαλιαίους λεμφαδένες, ενώ πριν 10 χρόνια το ποσοστό ήταν 50%.

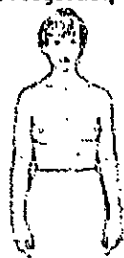
Έχει εκφραστεί ανησυχία για τον κίνδυνο που απορρέει από τις επανειλημμένες ακτινολογικές εξετάσεις αλλά το δυνητικό όφελος που προκύπτει είναι πολύ μεγαλύτερο. Η δόση της ακτινοβολίας είναι σήμερα 10 φορές μικρότερη από ότι πριν 20 χρόνια. Ο κίνδυνος να πάθει κανείς καρκίνο από τη μαστογραφία είναι ίσος με τον κίνδυνο να πάθει κανείς καρκίνο του πνεύμονα καπνίζοντας μόνο ένα τσιγάρο.

Επίσης συνιστάται αυτοεξέταση του μαστού κάθε μήνα μετά το 20 έτος. Εξειδικευμένοι γιατροί και νοσηλευτές μπορούν να διδάξουν τη μηνιαία αυτοεξέταση των μαστών. Είναι πολύ πιθανόν κάποιες αλλαγές στο μαστό να τις ανακαλύψει πολύ νωρίτερα η ίδια η γυναίκα. Με την αυτοεξέταση εντοπίζονται μάζες στο μαστό αρκετών γυναικών, δεν πρόκειται όμως για καρκίνο αφού το 90% των διογκώσεων στο μαστό είναι καλοήθειες. Όμως με την αυτοεξέταση ανακαλύπτεται νωρίτερα ο καρκίνος οπότε πολλαπλασιάζονται οι πιθανότητες ίασης και διατήρησης του μαστού.



Αυτοεξέταση του μαστού. Ψηλάφηση του έσω(α) και του έξω(β)
ημιμορίου.

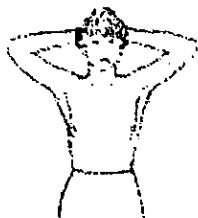
• Αυτοεξέταση μαστού



Βήμα 1

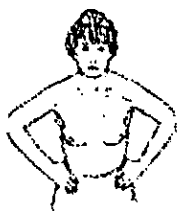
- Σταθείτε μπροστά σε έναν καθρέπτη
- Ελέγξτε και τους δύο μαστούς για ο,τιδήποτε ασυνήθιστο
- Κοιτάξτε για ανωμαλίες της θηλής , προπέτετες, εισολκές ή εξέλκωση του δέρματος

Τα επόμενα δύο βήματα γίνονται για να ελέγξετε τυχόν αλλαγές στα όρια των μαστών . όσο τις κάνετε, πρέπει να νιώθετε τους μυς σας τεταμένους



Βήμα 2

- Παρακολουθείτε προσεκτικά στον καθρέπτη καθώς τοποθετείτε τα χέρια σας πίσω από το κεφάλι και τα πιέζετε προς τα εμπρός
- Παρατηρείστε οποιαδήποτε αλλαγή στα όρια (σχήμα) των μαστών



Βήμα 3

- Στη συνέχεια , πιέστε δυνατά τα χέρια σας στους γοφούς σας και σκύψτε ελαφρώς προς τον καθρέπτη καθώς θα τραβήξετε τους ώμους και τους αγκώνες μπροστά
- Παρατηρείστε οποιαδήποτε αλλαγή στα όρια (σχήμα) των μαστών

Μερικές γυναίκες κάνουν το παρακάτω μέρος της εξέτασης όταν κάνουν μπάνιο. Τα δάκτυλά σας θα γλιστρούν πιο εύκολα πάνω στο σαπουνισμένο δέρμα, και έτσι μπορείτε να συγκεντρωθείτε

στο να ψηλαφίσετε για οποιαδήποτε αλλαγή μέσα στο μαστό

Τα επόμενα δύο βήματα γίνονται για να ελέγξετε τυχόν αλλαγές στα όρια των μαστών . όσο τις κάνετε, πρέπει να νιώθετε τους μυς σας τεταμένους



Βήμα 4

- Ανυψώστε το αριστερό σας χέρι
- Χρησιμοποιήστε 3 ή 4 δάκτυλα από το δεξί σας χέρι για να ψηλαφίσετε τον αριστερό μαστό , δυνατά , προσεκτικά και διεξοδικά
- Ξεκινώντας από το εξωτερικό άκρο , πιέστε το επίπεδο μέρος των δακτύλων σας κάνοντας μικρούς κύκλους και προχωρώντας αργά γύρω από το μαστό
- Σταδιακά προχωρήστε προς τη θηλή
- Σιγουρευτείτε ότι έχετε καλύψει όλη την επιφάνεια του μαστού
- Προσέξτε ιδιαίτερα την περιοχή ανάμεσα στο μασχάλη περιλαμβάνοντας και την μασχάλη
- Ψάξτε για ασυνήθιστα οζίδια ή μάζες στην περιοχή



Βήμα 5

- Απαλά ζουλήξτε τη θηλή και ελέγξτε για οποιαδήποτε ανωμαλία
- Αν έχετε οποιαδήποτε ανωμαλία κατά τη διάρκεια του μήνα - ανεξάρτητα αν είναι κατά τη διάρκεια της αυτοεξέτασης του μαστού - ενημερώστε το γιατρό
- Επαναλάβετε την εξέταση στον δεξί σας μαστό



Βήμα 6

- Τα βήματα 4 και 5 πρέπει να επαναληφθούν και όταν είστε ξαπλωμένη
 - Ξαπλώστε επίπεδα με την πλάτη με το αριστερό χέρι πάνω από το κεφάλι σας και ένα μαξιλάρι ή μια διπλωμένη πετσέτα κάτω από τον αριστερό σας ώμο (Αυτή η στάση επιτεδοποιεί τον μαστό και διευκολύνει την εξέταση)
 - Χρησιμοποιήστε την ίδια κυκλική κίνηση που περιγράφηκε παραπάνω
- Επαναλάβετε και στον δεξιό μαστό

(Από Smeltzer)

4.6 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή- Κατ' οίκον νοσηλεία⁷

Πρωταρχική υποχρέωση του κοινοτικού νοσηλευτή είναι να συγκεντρώσει πληροφορίες για το άτομο που πρόκειται να νοσηλεύσει ώστε να κάνει τη νοσηλευτική διάγνωση, να γνωρίσει τα προβλήματα υγείας και τις συνθήκες ζωής, να ερευνήσει τα μέσα που μπορεί να έχει και θα χρειαστεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και για την κάλυψη που μπορεί να παρέχει ο ασφαλιστικός φορέας του ατόμου.

Γνωρίζει το οικογενειακό και άμεσο περιβάλλον της ασθενούς που θα πρέπει να παίξει πρωταρχικό ρόλο σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας είτε με τη συμπαράσταση είτε με τη συμμετοχή στην ενεργό φροντίδα

Καταγράφει τη νοσηλευτική διάγνωση. Πρέπει να είναι επιστημονική η διάγνωση, βασισμένη σε γνώσεις ανατομίας, βιολογίας και νοσηλευτικής και να αξιολογηθούν διάφοροι παράγοντες, συνθήκες και κοινωνικά πλαίσια που μπορεί να επηρεάσουν την πορεία της νοσηλείας.

Βρίσκει τις ανάγκες του ατόμου και καταγράφει τις νοσηλευτικές ενέργειες, τον χρόνο και τον τόπο που θα παρέχονται (προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας). Στη συνέχεια εφαρμόζει το πρόγραμμα και ακολουθεί την πορεία της κατάστασης ώστε να βελτιώσει τις ενέργειές του ή να τις τροποποιήσει σε περίπτωση που εμφανιστεί κάποιο πρόβλημα, σε συνεργασία πάντα με την υγειονομική ομάδα

Αξιολογεί συνεχώς τα αποτελέσματα των ενεργειών του ενώ αποβλέπει στην αποκατάσταση του ατόμου και σε όλο το διάστημα διδάσκει το άτομο σωστό τρόπο ζωής.

Είναι γνωστό ότι ένα από τα προβλήματα στον τομέα υγείας είναι η δυσκολία εύρεσης νοσοκομειακής κλίνης. Στα αντικαρκινικά νοσοκομεία αυτό είναι ιδιαίτερα οξύ. Επίσης είναι γνωστό ότι ο καρκίνος είναι μακροχρόνια ασθένεια που καταπονεί τον άρρωστο και το περιβάλλον του, γιατί ο καρκινοπαθής έχει ανάγκη από συχνή ιατρική παρακολούθηση. Η εισαγωγή και παραμονή στο νοσοκομείο δεν είναι πάντα απαραίτητο.

Η προσφορά της νοσηλεύτριας στην υπηρεσία της νοσηλείας στο σπίτι της καρκινοπαθούς έγκειται στα εξής :

- Ψυχική υποστήριξη της ίδιας και της οικογένειάς της και ενδυνάμωση των υπαρχόντων δεσμών
- Βοήθεια της ασθενούς ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται στις καθημερινές της εργασίες
- Παρότρυνση και διδασκαλία των μελών της οικογένειας όσον αφορά την παροχή βοήθειας προς την ασθενή. Όταν αυτή κρίνεται απαραίτητη όχι μόνο ανακουφίζει την ασθενή αλλά είναι και ένδειξη ότι δεν έχει μείνει μόνη και ότι είναι ακόμα αγαπητή και επιθυμητή
- Διδασκαλία της ασθενούς πώς να αυτοεξυπηρετείται, και να αναλαμβάνει ευθύνες ώστε να γίνεται περισσότερο αποδεκτή
- Παρότρυνση για συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις προς αποφυγή αποξένωσης και απομόνωσης

- Έλεγχος της διενέργειας των ασκήσεων που έχει διδαχθεί η ασθενής μετά τη μαστεκτομή, για την άμεση λειτουργική αποκατάσταση της προσβεβλημένης πλευράς. Η νοσηλεύτρια τονίζει τη σημασία των ασκήσεων
- Καθοδηγείται η ασθενής στη μηνιαία αυτοεξέταση του άλλου μαστού που δεν έχει αφαιρεθεί για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου
- Σε περίπτωση μαστεκτομής η νοσηλεύτρια φροντίζει το τραύμα τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες και το ελέγχει για σημεία φλεγμονής. Διδάσκει την ασθενή πώς να περιποιηθεί μόνη της το τραύμα με τον πιο απλό τρόπο. Η πλύση του τραύματος γίνεται με μαλακό τρίφτη ή με ένα κομμάτι ύφασμα. Το στεγνώνει απαλά, χωρίς να το τρίβει και χρησιμοποιεί ταλκ σε περίπτωση κνησμού
- Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τις τακτές περιοδικές εξετάσεις και για τη συμμετοχή της ασθενούς στη χημειοθεραπεία ή την ακτινοθεραπεία που έχει οριστεί από το γιατρό

Μεγάλο μέρος του χρόνου πρέπει να αφιερώνεται στην εκπαίδευση της ασθενούς και της οικογένειάς της σχετικά με τη θεραπεία του καρκίνου. Θα πρέπει να κερδίσει η νοσηλεύτρια την εμπιστοσύνη τους και να το κατορθώσει αυτό πρέπει να απαντά με ειλικρίνεια σε όλες τις απορίες τους. Στη φάση αυτή η ασθενής θέλει να εκφράσει τα συναισθήματά της σε ένα έμπιστο άτομο που θα γνωρίζει τη νόσο της. Το πρόσωπο αυτό δεν είναι άλλο από τη νοσηλεύτρια που θα συζητήσει με την ασθενή, θα την ακούσει προσεκτικά και κατόπιν θα τη συμβουλέψει και θα την καθοδηγήσει με τον καλύτερο τρόπο, ώστε να αντιμετωπίσει τα προβλήματά της και να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις της .

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Κεφάλαιο Πέμπτο

5.1 Τα ψυχολογικά προβλήματα των καρκινοπαθών.

Γενικά

Όταν οι ασθενείς μάθουν ότι έχουν καρκίνο οι ψυχολογικές αντιδράσεις περιλαμβάνουν φόβο, θάνατο, ανικανότητα, αλλοίωση του ειδώλου, φόβος εξάρτησης και έλλειψη ανεξαρτησίας. Ακόμα φόβος δυσλειτουργίας των σχέσεών μας, των ρόλων τους και δυσχέρεια της οικονομικής κατάστασης. Επίσης περιλαμβάνονται άγχος, άρνηση, θυμός και ενοχές.

Η επίδραση του τρόπου ενημέρωσης στα ψυχολογικά προβλήματα των καρκινοπαθών.^{1,42,43}

Τα ψυχολογικά προβλήματα της ασθενούς δεν εξαρτώνται μόνο από το είδος, την εντόπιση, την έκταση, το ρυθμό ανάπτυξης και την προκαλούμενη αναπηρία. Εξαρτώνται και από τον τρόπο με τον οποίο «αντιλαμβάνεται» κάποια τη νόσο της.

Έχει λοιπόν μεγάλη σημασία αν ποτέ και από ποιόν αλλά και πώς θα ενημερωθεί η ασθενής για την πάθησή της. Το άτομο που θα ενημερώσει την άρρωστο για τη νόσο της βρίσκεται συνήθως απέναντι σε 2 αντίπολες σε μεθόδευση αλλά συγκλίνοντες σε απόψεις στόχους.

Η πρώτη άποψη υποστηρίζει ότι δεν πρέπει να πληροφορηθεί η ασθενής για τη νόσο της ισχυριζόμενη ότι έτσι προφυλάσσεται η ψυχολογική ισορροπία της. Μειονεκτήματά της είναι ότι

- α) Δεν πείθει την ασθενή που υποψιάζεται ότι πάσχει από καρκίνο και δεν δίνει λύση στα ερωτήματά της.
- β) Καταπατά το δικαίωμα της πληροφόρησης.
- γ) Δεν επιτρέπει τη ρύθμιση εκκρεμοτήτων.
- δ) Δεν επιτρέπει τη σωστή συνεργασία της για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου της με αποτέλεσμα να χάνεται πολύτιμος χρόνος.

Η δεύτερη άποψη υποστηρίζει την πλήρη και ολοκληρωμένη πληροφόρηση της αρρώστου θεωρώντας ότι :

- α) Είναι δικαίωμά της η πληροφόρηση.
- β) Την καθιστά ενεργό και συμμετέχουσα στην αντιμετώπιση της νόσου της.
- γ) Δίνει τη δυνατότητα προγραμματισμού των υποθέσεών της.
- δ) Δίδει απαντήσεις σε όλα τα ερωτήματά και ιδιαίτερα σε αυτά που αφορούν τις επίπονες συνήθως θεραπείες που πρέπει να υποστεί.

Όπως είναι γνωστό στη χώρα μας εφαρμόζεται η πρώτη τακτική σε αντίθεση με τις περισσότερες Δυτικοευρωπαϊκές χώρες και την Αμερική, και αυτό λόγω του διαφορετικού ψυχολογικού προφίλ των πληθυσμών. Το βέβαιο είναι ότι τα προβλήματα της ενημέρωσης δεν είναι δυνατό να επιλυθεί με γενικούς κανόνες γιατί κάθε άρρωστος αποτελεί ξεχωριστή οντότητα και έτσι θα πρέπει να αντιμετωπίζεται.

Έχει λοιπόν δημιουργηθεί μια τρίτη άποψη σύμφωνα με την οποία η ενημέρωση θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη και ο χρόνος, ο τρόπος και η έκταση της πληροφόρησης θα πρέπει να γίνεται έτσι που να εξασφαλίζεται περισσότερο όφελος για την άρρωστο .

Η Νοσηλευτική παρέμβαση στην ενημέρωση της καρκινοπαθούς.²³

Ο νοσηλευτής ως βασικό μέλος της ομάδας υγείας που βρίσκεται ίσως περισσότερο χρόνο κοντά στην ασθενή είναι άμεσα εμπλεκόμενος στη διαδικασία της ενημέρωσης. Απαραίτητες προϋποθέσεις για την υπεύθυνη και αποτελεσματική συμβολή στην ενημέρωση είναι :

α) Η άριστη θεωρητική γνώση των δυνατών ψυχολογικών προβλημάτων και της αντιμετώπισης των δυνατών τρόπων προσέγγισης και ενημέρωσης των ασθενών.

β) Η θέληση για παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στην ασθενή και όχι αδιαφορία για το πώς αισθάνεται.

γ) Η κατανόηση των αντιδράσεων της ασθενούς και η προσπάθεια ερμηνείας τους.

δ) Η δημιουργία θεραπευτικής σχέσεως βασισμένη στην εμπιστοσύνη.

ε) Η εναρμονισμένη συνεργασία με τα άλλα μέλη της ομάδας υγείας και της οικογένειας.

στ) Προσεκτική αξιολόγηση της ασθενούς και η κατάστρωση σχεδίου ενημέρωσής της.

Στόχος είναι η σωστή και αποτελεσματική εξατομικευμένη ενημέρωση της συγκεκριμένης ασθενούς με το μεγαλύτερο δυνατό κέρδος γι' αυτήν.

ζ) Πρέπει να ειπωθεί στην άρρωστο :

- Η ακριβής φύση της νόσου.
- Το προσδόκιμο της νόσου.
- Οι λεπτομέρειες για την κατάστασή της που θέλει να μάθει η ασθενής και οι συγγενείς της.
- Τα αισιόδοξα σημεία της αρρώστιας.

η) Οι άνωθι πληροφορίες πρέπει να ειπωθούν όταν :

- Η άρρωστος βρίσκεται σε συναισθηματική ισορροπία.
- Μπορεί να δεχθεί τις πληροφορίες δημιουργικά.
- Η ομάδα υγείας έχει καλή επαφή με την ασθενή.

- Η οικογένεια έχει ομαλή σχέση.
- Η απόφαση ενημέρωσης πάρθηκε αντικειμενικά και συλλογικά.
- Υπάρχει κίνδυνος να ενημερωθεί η ασθενής από κάποιον αναρμόδιο .

Τα στάδια ψυχολογικής αντίδρασης των καρκινοπαθών. ^{1,23,42,43}

Είναι ευρέως γνωστά τα στάδια ψυχολογικής αντίδρασης του ανθρώπου που πεθαίνει τα οποία περιγράφησαν από την KUBLER – ROSS.

- α) Άρνηση
- β) Οργή
- γ) Συναλλαγή
- δ) Κατάθλιψη
- ε) Αποδοχή

Επίσης είναι γνωστά τα στάδια ψυχοκοινωνικής προσαρμογής της καρκινοπαθούς που περιέγραψε ο Weisman.

- α) Στάδιο υπαρξιακού προβληματισμού.

(Η άρρωστος αιφνιδιάζεται συνειδητοποιώντας πόσο ευάλωτη είναι)

- β) Στάδιο προσαρμογής στη νέα κατάσταση

(Η άρρωστος προσπαθεί να μειώσει την απειλή από τη νόσο και προσαρμόζει τη δραστηριότητά της στις μειωμένες της δυνατότητες).

- γ) Στάδιο υποβάθμισης και επιδείνωσης.

(Επανεμφανίζεται η προοπτική του θανάτου)

- δ) Προτελικό στάδιο

(Η ασθενής αποσύρεται από τις κοινωνικές συναλλαγές και περιορίζει τα ενδιαφέροντά της).

- ε) Τελικό στάδιο

(Έχει διάρκεια 3 – 4 ημέρες πριν το θάνατο. Χαρακτηρίζεται από έλλειψη επαφής με το περιβάλλον και αισθητηριακών ερεθισμάτων)

Τέλος από έρευνες που έγιναν σε άτομα που έμαθαν πως πάσχουν από καρκίνο προκύπτουν ότι η ασθενής περνά 3 φάσεις ψυχολογικής αντίδρασης.

- α) Η φάση της πληροφόρησης. Χαρακτηρίζεται από ανησυχία έως πανικό.

β) Η φάση της συνειδητοποίησης της νόσου και οργάνωση ψυχολογικής άμυνας. Χαρακτηρίζεται από άγχος, φόβο θανάτου, άρνηση της αρρώστιας.

γ) Φάση παγίωσης του συστήματος ψυχολογικής άμυνας. Χαρακτηρίζεται από θετική προσαρμογή στην πραγματικότητα ή από ψυχιατρικές επιπλοκές.

Παρά την προσπάθεια κατάταξης των σταδίων που βοηθά στη μελέτη του φαινομένου δεν πρέπει να μας διαφεύγει ότι κάθε ασθενής έχει το δικό της τρόπο αντίδρασης. Έτσι δεν περνούν όλες οι ασθενείς από όλα τα στάδια ούτε μένουν τον ίδιο χρόνο και με την ίδια ένταση σε κάθε στάδιο^{1,3,4}.

Ο τρόπος αντίδρασης και τα στάδια που περνά κάθε ασθενής εξαρτάται από διάφορους παράγοντες :

α) Ψυχιατρικούς :

- Προηγούμενο ιστορικό
- Παρούσα ψυχική κατάσταση
- Κατανόηση της νόσου

β) Ιατρικούς παράγοντες :

- Ο τύπος του καρκίνου
- Η θεραπεία του καρκίνου
- Συνυπάρχουσες ιατρικές θεραπείες

γ) Περιβαλλοντικούς

- Σχέσεις με την οικογένεια
- Σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας
- Κοινωνική υποστήριξη
- Οικονομική κατάσταση

Νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη διέλευση των ψυχολογικών σταδίων του αρρώστου.²³

Ο νοσηλευτής βρίσκεται σε σχεδόν μόνιμη επαφή με την πάσχουσα. Έχει απεριόριστες δυνατότητες συλλογής πληροφοριών για τα στάδια στα οποία βρίσκεται η ασθενής. Αυτές τις πληροφορίες τις αιτιολογεί, τις μοιράζεται με τους άλλους επαγγελματίες υγείας και την οικογένεια και όλοι μαζί λειτουργούν στα πλαίσια ενός σχεδίου υποστήριξης της ασθενούς.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχή παρέμβαση του νοσηλευτή σε κάθε στάδιο είναι :

α) Η γνώση των θεωρητικών μοντέλων των σταδίων.

β) Η ανάπτυξη δεξιοτήτων αναγνώρισης του σταδίου στο οποίο βρίσκεται κάθε ασθενής.

γ) Η προσωπική σχέση με την ασθενή και δημιουργία κλίματος άμεσης επικοινωνίας.

δ) Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει για την άρρωστο :

- Το ρόλο της στην οικογένεια.
- Τη μόρφωσή της.

- Την ωριμότητά της.
- Την αντίληψή της για τον εαυτό της.
- Το στάδιο της νόσου.
- Τις απορίες της.
- Το θρήσκευμά της.
- Τις σχέσεις της με το γιατρό.
- Τη δυνατότητα προσαρμογής της.
- Τι συναισθήματα έχει (π.χ. ενοχή)
- Τις ανάγκες της.
- Τη διάρκεια της νόσου.
- Τη φιλοσοφία της για το θάνατο.
- Τον τρόπο νοσηλείας της (νοσοκομείο, σπίτι).
- Την επιθυμία της να μάθει για τη νόσο της και να συνεργασθεί με την ομάδα υγείας.

ε) Πρέπει να γνωρίζουμε για την οικογένεια της αρρώστου.

- Ποιο είναι το ισχυρότερο μέλος.
- Τη στάση των μελών απέναντι στην άρρωστο.
- Την οικονομική κατάσταση.
- Τις οικογενειακές πιέσεις.
- Τις απορίες των μελών της οικογένειας.
- Τις οικογενειακές σχέσεις.
- Την κοινωνική αρωγή που λαμβάνει η οικογένεια, αν λαμβάνει.
- Τις δυνατότητες και την επιθυμία συνεργασίας των μελών της οικογένειας.

στ) Ο/Η νοσηλευτής/τρια πρέπει να γνωρίζει για τον εαυτό του/της.

- Τη φιλοσοφία και τα συναισθήματά του απέναντι στο θάνατο.
- Τη φιλοσοφία του για τη νόσο.
- Το βαθμό επαφής που έχει αναπτύξει με την άρρωστο και την οικογένειά της.
- Το βαθμό εμπιστοσύνης που έχει αναπτύξει με την άρρωστο και την οικογένειά της.
- Τις δυνατότητες που έχει αναπτύξει γενικά στο χειρισμό τέτοιων θεμάτων.

ζ) Στόχος είναι τα μεγαλύτερα δυνατά οφέλη για τη συγκεκριμένη ασθενή.

- Δεν πρέπει να πιέζεται ασθενής να κάνει πράγματα που δεν μπορεί.
- Δεν πρέπει να αποδοκιμάζεται αν δεν τα καταφέρνει.

- Δεν πρέπει να κρίνονται με αυστηρότητα πιθανές διαταραχές στη συμπεριφορά και τις σχέσεις της.
- Πρέπει να εντοπίζονται τα θετικά στοιχεία και να αναπτύσσονται με ρυθμό που μπορεί να αντέξει η άρρωστος

5.2 Ψυχιατρικά προβλήματα ασθενών με καρκίνο.

Γενικά

Περίπου οι μισοί καρκινοπαθείς, έχουν ψυχιατρικές διαταραχές. Το 68% έχουν δυσχέρεια προσαρμογής, 13% αναπτύσσει μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές, 8% οργανικό ψυχοσύνδρομο και ακόμα μικρότερο ποσοστό παρανοϊκές διαταραχές, αυτοκτονία ή άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις ¹.

Το οργανικό ψυχοσύνδρομο (παραλήρημα) ^{1,41,42,44,45}

Οφείλεται σε οργανικές αιτίες που οδηγούν σε άμεση ή έμμεση κατάργηση των εγκεφαλικών λειτουργιών. Κλινικά εκφράζεται ως διανοητική σύγχυση, οξύ παραλήρημα ή συγχυτική εμβροντησία.

Συνήθως είναι ελάσσονα επεισόδια, με ήπια εγκεφαλική δυσλειτουργία που έχουν καλύτερη προσαρμογή και έκβαση. Όταν παίρνουν εκρηκτικό χαρακτήρα χρήζουν καταστολής με βενζοδιαζεπίνες (διαζεπάμη) ή βουτυροφαινόλες (αλοπεριδόλη) και ταυτόχρονη χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών όταν έχουν διαταραχθεί.

Το 85% των καρκινοπαθών τελικού σταδίου αναπτύσσουν παραλήρημα .

Τα αίτια του παραληρήματος στην καρκινοπαθή είναι τα εξής :

- α) Μεταβολική εγκεφαλοπάθεια
- β) Ανεπάρκεια ζωτικών οργάνων
- γ) Ηλεκτρολυτικές διαταραχές (υπερβασταϊμία)
- δ) Υποξία
- ε) Έλλειψη βιταμινών (B₁₂, B₁)
- στ) Λοιμώξεις
- ζ) Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια
- η) Ορμονικές διαταραχές
- θ) Εγκεφαλικές μεταστάσεις

Νοσηλευτική παρέμβαση στα οργανικά ψυχοσύνδρομα.⁴⁴

- * Κατανόηση ότι η ψυχιατρική συμπτωματολογία οφείλεται σε οργανικό πρόβλημα.
- * Στενή παρακολούθηση της πορείας και των ζωτικών λειτουργιών σε σχέση με τη θεραπεία.
- * Διατήρηση ήσυχου περιβάλλοντος και αποφυγή έντονων ερεθισμάτων στην ασθενή.
- * Στενή 24ωρη παρακολούθηση.
- * Διαμόρφωση ασφαλούς περιβάλλοντος.
- * Προσπάθεια ενημέρωσης της ασθενούς για την κατάστασή της.
- * Συνεργασία μαζί της τις στιγμές που έχει καλύτερη επικοινωνία με το περιβάλλον.
- * Παρατήρηση της συμπτωματολογίας και συνεργασία με την υπόλοιπη ομάδα υγείας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που ανακύπτουν.
- * Συνεργασία με την οικογένεια για την καλύτερη φροντίδα της ασθενούς.
- * Αποφυγή υποχρεωτικής ακινητοποίησης της ασθενούς με προστατευτικά κιγκλιδώματα του κρεβατιού, ζώνες κ.τ.λ.. Χρήση τους μόνο όταν έχουν εξαντληθεί όλοι οι άλλοι τρόποι ελέγχου και δεν μπορεί να εξασφαλισθεί διαφορετικά η ασφάλεια της συγχυτικοδιεργετικού αρρώστου

Κατάθλιψη ^{1,27,39,42,45,46,47}

Συνήθως μια μετρίου βαθμού κατάθλιψη στην αρχή της νόσου θεωρείται αναμενόμενη αντίδραση από όλες τις ασθενείς και συνήθως έχουν καλή πρόγνωση με ψυχολογικά και μόνο μέτρα.

Όμως, μείζονα επεισόδια κατάθλιψης που διαρκούν αρκετά, αποδιοργανώνουν την ασθενή και γίνονται επικίνδυνα και για τη ζωή της. Χρηζουν ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής με αντικαταθλιπτικούς παράγοντες και μείζονα νευροληπτικά.

Τα αίτια των μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων είναι κατ' αρχήν ψυχικά σε άτομα που είχαν προδιάθεση ή σε άτομα που ήδη έπασχαν από κατάθλιψη. Παράγοντες που επιβαρύνουν τις ασθενείς αυτές και προκαλούν έξαρση της συμπτωματολογίας είναι οι εξής :

α) Φάρμακα : Κορτικοειδή, ιντερφερόνη, αντιπαρκινσονικά, βινκριστίνη, β- αποκλειστές κ.λ.π.

γ) Διάφορα : Ουραιμία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ιογενείς εγκεφαλοπάθειες

Νοσηλευτική παρέμβαση στην κατάθλιψη ^{44,45}

- * Διαμόρφωση του περιβάλλοντος του γενικού συνήθως νοσοκομείου στις απαιτήσεις των ψυχιατρικών ασθενών.
- * Τοποθέτηση της ασθενούς με άλλες ασθενείς που δεν επηρεάζουν αρνητικά την πορεία της ψυχικής νόσου.
- * Κινητοποίηση όλων των δυνατοτήτων της οικογένειας και του άμεσου κοινωνικά περιβάλλοντος για την υποστήριξη της ασθενούς.
- * Παρακολούθηση και καταγραφή της πορείας της ασθενούς και της συμπτωματολογίας και έγκαιρη παρέμβαση σε συνεργασία με την ομάδα υγείας.
- * Εξασφάλιση της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής με τη συναίνεση της ασθενούς, δεδομένου ότι οι ασθενείς αυτές αρνούνται να πάρουν τα φάρμακά τους, τα κρύβουν και τα πετούν.
- * Έγκαιρη εντόπιση ασθενών που παρουσιάζουν τάσεις αυτοκτονίας και μεταφορά τους σε ασφαλέστερο περιβάλλον.
- * Εξασφάλιση της σωστής σίτισης των ασθενών αυτών δεδομένου ότι πολλές φορές αρνούνται τη λήψη τροφής .

Αυτοκτονία ^{1,39,41,42,46}

Αν και η επιθυμία και οι σκέψεις αυτοκτονίας είναι συχνότερες στους καρκινοπαθείς, οι πραγματικές απόπειρες αυτοκτονίας (επιτυχείς ή μη) είναι μόνο 14 έως 19 φορές συχνότερες απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Αυτό αποδεικνύει ότι πολλές φορές υπερεκτιμάται η συχνότητα της αυτοκτονίας στους καρκινοπαθείς.

Παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα αυτοκτονίας είναι οι εξής :

- Κατάθλιψη και απελπισία.
- Ο ελλιπής έλεγχος του πόνου.
- Ήπιο παραλήρημα
- Αίσθημα απώλειας του ελέγχου
- Εξάντληση
- Άγχος
- Τα οικογενειακά προβλήματα
- Η προηγούμενη ψυχοπαθολογία (χρήση τοξικών ουσιών, μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές).
- Ιστορικό προηγούμενων αποπειρών αυτοκτονιών.
- Οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονιών .

Νοσηλευτική παρέμβαση στην αυτοκτονία.⁴⁴

- α) Έγκαιρη αναγνώριση ασθενών που δείχνουν σημεία ότι προετοιμάζουν αυτοκτονία.
- β) Μεταφορά αυτών των ασθενών σε ασφαλές περιβάλλον όπου θα υπάρχει αυξημένη επιτήρηση και συνθήκες που δεν επιτρέπουν να πραγματοποιηθούν επικίνδυνες για τη ζωή ενέργειες.
- γ) Καταπολέμηση όλων των παραγόντων που επιβαρύνουν την κατάσταση της βάσει συντονισμένου σχεδίου στα πλαίσια της ομάδας υγείας.
- δ) Κινητοποίηση της οικογένειας να στηρίζει την ασθενή.

5.3 Προβλήματα σχετιζόμενα με τη θεραπεία.

Ακτινοβολίες^{1,27,29}

Οι ακτινοβολίες μπορεί να προκαλέσουν εγκεφαλοπάθεια με αυξημένη ενδοκρανία πίεση (εμετός, ζάλη), κεφαλαλγία, αλλοίωση προσωπικότητας, διαταραχές μνήμης, φόβος και κατάθλιψη .

Χημειοθεραπεία^{1,27,29}

Η χημειοθεραπεία είναι πιθανό να προκαλέσει έμετους, νευρολογικές διαταραχές όπως εγκεφαλοπάθεια, μυελοπάθεια, περιφερική νευροπάθεια, ωτοτοξικότητα, οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο και αταξία. Επίσης κάποιοι παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν αμιγώς καταθλιπτικές ή ψυχωτικές διαταραχές.

Πόνος^{23,43}

Ο πόνος είναι μέρος της φυσικής πορείας των πλειονοτήτων των κακοηθειών. Καταρακώνει την ασθενή, δημιουργεί άγχος και κατάθλιψη. Η καρκινοπαθής δεν πρέπει να πονά. Ανταποκρίνεται καλά σε σταδιακά αυξημένες δόσεις οπιοειδών. Ειδικά η τελικού σταδίου καρκινοπαθής δεν πρέπει να στερείται ναρκωτικών αναλγητικών μια και δεν κινδυνεύει από τοξικομανία.

Μη συμβατικές θεραπείες.⁴²

Πολλές ασθενείς απελπισμένες από τα προγνωστικά δεδομένα στρέφονται σε τέτοιου είδους θεραπείες για παράδειγμα ομοιοπαθητική, βελονισμός κ.λ.π.

Νοσηλευτική παρέμβαση στα σχετιζόμενα με τη θεραπεία προβλήματα.^{1,23,42}

- Ο/Η νοσηλεύτης – τρία πρέπει να έχει γνώση των αναμενόμενων παρενεργειών, έγκαιρη εντόπιση, αξιολόγηση και αντιμετώπισή τους.
- Δεν πρέπει να υποβαθμίζεται ο πόνος και να θεωρείται δυσεπίλυτο μέρος της φυσικής πορείας της νόσου. Μπορεί πάντα να αντιμετωπισθεί με επιτυχία.
- Οι μη συμβατικές θεραπείες στην περίπτωση που παρεμβαίνουν στην πορεία των συμβατικών θεραπειών (καθυστέρηση συμβατικές θεραπείες κ.λ.π.) είναι επικίνδυνες και θα 'πρεπε να πείθεται η ασθενής να τις αποφεύγει. Στην περίπτωση που αυτές δεν παρεμβαίνουν στη συμβατική θεραπεία και η ασθενής νοιώθει ότι βοηθείται έστω και στα πλαίσια δράσης Placebo δεν θα πρέπει να απορρίπτονται.
- Ενημέρωση και παρότρυνση της ασθενούς να ζητά βοήθεια από την ψυχοθεραπευτική ομάδα. Υπάρχουν :
 - α) Θεραπείες της συμπεριφοράς (αυτοπαρακολούθηση, συστηματική απευαισθητοποίηση, χαλάρωση, μουσικοθεραπεία, κ.λ.π.).
 - β) Θεραπείες μάθησης (πληροφορία, προετοιμασία, γνωσιακή αναδόμηση, εστιασμός κ.λ.π.).

5.4 Προβλήματα σχετιζόμενα με την οικογένεια.

Προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια.^{23,42,48}

Οι πρώτες αντιδράσεις της οικογένειας στη διάγνωση είναι συνήθως ηττοπάθεια, αδιέξοδο, πανικός, χάος, αποδιοργάνωση, ενοχές κ.λ.π..

Στη συνέχεια συνήθως παγιώνονται οι εξής τύποι συμπεριφοράς.

- i) Υπερενεργητικότητα. Η οικογένεια ύστερα από έναν εκρηκτικό παρορμητικό συναισθηματισμό συνήθως εκτονώνεται και μένει κενή από δράσεις.
- ii) Υπερπροστατευτικότητα. Η οικογένεια καταργεί όλους τους ρόλους του ασθενούς, οδηγώντας τον σε μία παθητική, πλήρως εξαρτημένη κατάσταση.
- iii) Αυτοτιμωρία. Η οικογένεια επιδίδεται σ' έναν αγώνα άνευ λόγου ταλαιπωρίας, προσπαθώντας ίσως να καταστείλουν αισθήματα ενοχής.
- iv) Θυμός. Χαρακτηρίζεται από στροφή κατά της αρρώστου κατηγορώντας την ως μόνη υπεύθυνη για τη νόσο της.
- v) Άρνηση της πραγματικότητας. Παρατηρείται ειδικά σε οικογένειες υπερεξαρτημένες από την άρρωστο.

Νοσηλευτική παρέμβαση στην οικογένεια. ^{23,48}

- Υποστήριξη της οικογένειας ώστε να προσπεράσει τον πανικό και την ενοχή, τονώνοντας την αυτοπεποίθηση και την ψυχραιμία των μελών της.
- Εντόπιση λάθους συμπεριφοράς, υπερενεργητικότητας, υπερπροστατευτικότητας, αυτοτιμωρίας και θυμού. Παρότρυνση της οικογένειας να δεχθεί την πραγματικότητα τονίζοντας ότι πρέπει να αντιμετωπίσει τα προβλήματα με ώριμη σκέψη.
- Παρότρυνση της οικογένειας να επισκεφθεί ομάδα επιστημόνων υγείας που ασχολείται ειδικά με τη στήριξη της οικογένειας των καρκινοπαθών.

5.5 Τα προβλήματα του προσωπικού.

Οι καταστάσεις που αντιμετωπίζει το προσωπικό. ⁴²

Το προσωπικό ομάδων υγείας καρκινοπαθών αντιμετωπίζει :

- 1) Υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα.
- 2) Εργασία υπό πιέσεις.
- 3) Συχνά αποφάσεις ζωής – θανάτου.
- 4) Θέματα τελικού σταδίου.
- 5) Αντιπαραθέσεις μεταξύ των μελών του προσωπικού.
- 6) Αντιπαραθέσεις με τρίτους (δικαστήρια, ασφαλιστικές εταιρίες).
- 7) Θέματα σοβαρής αλλοίωσης του σωματικού ειδώλου.
- 8) Δύσκολοι ασθενείς.
- 9) Ζητήματα αυτοκτονικού ιδεασμού.

Νοσηλευτική παρέμβαση στα προβλήματα του προσωπικού. ⁴²

Το νοσηλευτικό προσωπικό έχοντας την ευθύνη της εκτέλεσης διαφόρων εντολών από διάφορους επιστήμονες υγείας συνήθως γίνεται δέκτης αντιπαραθέσεων και διαφωνιών. Γι' αυτό θα πρέπει να λειτουργεί ως πόλος εξομάλυνσης τριβών με τη δημιουργία κλίματος συνεργασίας.

Πολλές φορές ο νοσηλευτής βρίσκεται αντιμέτωπος με ασθενείς ή συγγενείς τους που εκφράζουν τα παράπονά τους για την θεραπεία σε θέματα που δεν είναι νοσηλευτικής αρμοδιότητας. Με νηφαλιότητα και ψυχραιμία θα πρέπει να δίδονται εξηγήσεις ώστε να εξασφαλίζεται εμπιστοσύνη στην θεραπευτική διαδικασία.

Είναι απαραίτητο συχνές συναντήσεις με την ομάδα υγείας και συζήτηση των προβλημάτων για να δοθούν πολλές φορές λύσεις, ιδιαίτερα στα μέλη που εμφανίζουν κόπωση ή λύπη.

5.6 Η αποκατάσταση της καρκινοπαθούς.

Η αποκατάσταση της ασθενούς. Γενικά^{23,48}

Η αποκατάσταση υπό την στενή έννοια σημαίνει επαναφορά του ασθενούς ως ψυχοσωματικού όλου στην προ της νόσου κατάσταση. Συνήθως αυτό δεν είναι επιτεύξιμο. Έτσι, η σύγχρονη σημασία του όρου «αποκατάσταση» είναι να χρησιμοποιήσει ο πάσχων όλες τις βιοψυχικές ικανότητές του για να επιτύχει την καλύτερη δυνατή «ποιότητα ζωής» σήμερα, να μην κλαίει το χθες και να μην τρέμει το αύριο.

Απαιτείται λοιπόν :

- α) Διαφώτιση της κοινωνίας με επιστημονικό τρόπο ώστε να αλλάξει η νοοτροπία της κοινωνίας απέναντι στη νόσο.
- β) Ειδικά προγράμματα αποκατάστασης από κρατικούς ή ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς ή μη φορείς που απαρτίζονται από ειδική επιστημονική ομάδα που αντιμετωπίζει όλα τα προβλήματα προσαρμογής του ασθενούς.

Παράδειγμα το «Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με καρκίνο» που λειτουργεί από το 1993 από την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία.

Η νοσηλευτική παρέμβαση στην αποκατάσταση.^{1,23}

Η αποκατάσταση αρχίζει από τη στιγμή της διάγνωσης, συνεχίζει καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας και μέχρι την τελική φάση της νόσου.

Η ασθενής και η οικογένειά της πρέπει να παροτρύνονται από το νοσηλευτικό προσωπικό για να συμμετέχουν σε «Κέντρα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης» όπου η δυναμική των ομάδων ομοιοπαθών δίδει λύση και προοπτικές σε πολλά προβλήματα με τη βοήθεια των ειδικών.

Η νοσηλευτική υπηρεσία να συμμετέχει ενεργά, να προγραμματίζει και να εκτελεί προγράμματα διαφώτισης του κοινού.

Σαν μέλη της ομάδας ειδικών οι νοσηλευτές διαφόρων κέντρων αποκατάστασης δίδουν λύσεις σε πολλά προβλήματα που απασχολούν την άρρωστο όπως η εκμάθηση χρήσης μηχανημάτων, παροχή νοσηλείας στο σπίτι, συζήτηση και παροχή ψυχολογικής στήριξης κ.λ.π.

5.7 Νοσηλευτική παρέμβαση σε καρκινοπαθή τελικού σταδίου. 1,23,27,43

Το τελικό στάδιο είναι πραγματικός Γολγοθάς τόσο για την ασθενή όσο και για την οικογένειά της που γνωρίζει ότι σύντομα δεν θα ξαναδεί τον άνθρωπό της θα πρέπει λοιπόν :

α) Να εφαρμοσθεί συμπτωματική αγωγή και φροντίδα που θα απαλλάξει την ασθενή από τον πόνο, το άγχος, την αϋπνία, τη δύσπνοια και όλα τα βασανιστικά συμπτώματα που αυξάνουν τη δίνη της. Δεν θα πρέπει να παραμελείται θεωρούμενη τελειωμένη υπόθεση.

β) Να γίνει συνείδηση ότι το «ευ θνήσκει» σαν ανώδυνη και ήρεμη διαδικασία που οδηγεί στο επιστέγασμα μιας ζωής μπορεί να είναι το ίδιο σημαντική με το «ευ ζην».

γ) Να προετοιμάζεται η άρρωστος για τη μετάβαση από την παρούσα στη μέλλουσα ζωή, διατηρώντας ατμόσφαιρα γαλήνης και παρηγοριάς. Ενδυναμώνοντας την πίστη στο θεό που πιστεύει η άρρωστη αντλεί δύναμη και θάρρος.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με καρκίνο έχει ήδη γίνει ειδικότητα της Νοσηλευτικής διεθνώς. Έχει γίνει πεποίθηση ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει εξειδικευμένες γνώσεις και πείρα στον καρκίνο ικανοποιεί μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχοκοινωνικών αναγκών των ασθενών με καρκίνο.

Ήδη έχουν ιδρυθεί και ιδρύονται νέοι τοπικοί και διεθνείς ογκολογικοί νοσηλευτικοί οργανισμοί που προωθούν την επιστημονική γνώση, την ανταλλαγή απόψεων και την αλληλοβοήθεια των νοσηλευτών που ασχολούνται με τον καρκίνο.

Επίσης αρκετά περιοδικά και επιστημονικές συναντήσεις υποστηρίζουν τον ίδιο σκοπό. Το μέλλον προβλέπεται ζοφερό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κ. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Ι. ΚΟΥΒΑΡΗ Σ, Κ. ΓΕΝΝΑΤΑΣ, Δ. ΒΩΡΟΣ : ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ, Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1991, σελ. : 53 – 83, 84 – 99, 195-241, 775 – 783.
2. ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ Ι. ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ : Παθολογία της γυναίκας, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1985, σελ. 356-392.
3. ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Χ. ΓΟΛΕΜΑΤΗΣ: Χειρουργική Παθολογία, τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1991, σελ. 680- 682, 702- 717.
4. W. ΚΑΗΛΕ – Η. ΛΕΟΝΗΑΡΔΤ- W. ΠΛΑΤΖΕΡ: Εγχειρίδιο Ανατομικής του Ανθρώπου με Έγχρωμο Άτλαντα Εσωτερικά Όργανα, τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985, σελ. 320- 323.
5. Ν. ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ, Α. ΚΑΜΜΑΣ: Η Ανατομική του Ανθρώπου, Εκδόσεις M Edition, Αθήνα 1998, σελ. 548-550.
6. ROCHEN –ΥΟΚΟΧΙ: Έγχρωμος Άτλας Ανατομικής του Ανθρώπου, Εκδόσεις Λίτσας, Τρίτη Έκδοση, Αθήνα 1993, σελ. 270.
7. ΕΥΔΟΞΙΑ ΚΟΝΙΑΡΗ: Καρκίνος του Μαστού – Νοσηλευτική Παρέμβαση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991, σελ. 81-107, 200-213, 237,238, 239-248.
8. JEFREY A. NORTON, RANDAL R. BALLANGER, ALFRED E. CHANG κ.λ.π.:Surgery Basic Science and Clinical Evidence, Springer- Verlag, New York 2001, σελ. 1699- 1727.
9. ΣΕΧΑ Ν. ΜΙΧΑΗΛ: Χειρουργική, τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1995, σελ. 497- 517.
- 10.ΡΑΠΤΗΣ Α. ΣΩΤΗΡΙΟΣ: Εσωτερική Παθολογία, 3^{ος} τόμος, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1998, σελ. 1943- 1949.
11. ΑΡ. ΦΕΡΤΑΚΗΣ, Γ. ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΣ ,κ.λ.π. : Μαθήματα Παθολογικής Φυσιολογίας, τόμος1^{ος}, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1990, σελ. 120- 122
12. Π. ΔΑΒΑΡΗΣ ΚΑΙ ΜΕΛΗ ΔΕΠ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ:Ειδική Παθολογική Ανατομική , τόμος2^{ος} , Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1994, 571-595.
13. JAMA :Breast Cancer, Jama 1999, vol. 281, pg. 772.
14. C. SCHAIRER et al: Menopausal Estrogen and Estrogen- Progestin Replacement Therapy and Breast Cancer Risk, Jama 2000, vol. 283 pg. 485.
15. R. SELLIN- VASSILOPOULOU et al: Estrogen Replacement Therapy after Localized Breast Cancer, clinical outcome of 319 women followed prospectively, J. Clin. Oncol. 1999, vol. 17 pg. 1482.
16. E. KODISH et al: Genetic Testing for Cancer Risk, How to Reconcile the Conflicts, Jama 1998, vol 179, pg. 279.
17. LAWRENCE W. WAY, GERARD M. DOHERTY: Current Surgical Diagnosis and Treatment, 11th Edition, McGraw- Hill, USA 2003.

18. JOHNS HOPKINS : Atlas of Surgical Pathology, Copyright 1999, Churchill Livingstone, pg 460,463.
19. M. DIXON, R. SAINSBURY : Diseases of the Breast, Longman Group Edition, UK Limited 1993, pg. 74-84, 94-102, 133-142.
20. S. SMELTZER, B. BATE: Medical- Surgical Nursing, 8th Edition, Lippincott- United States 1996,pg1306-1324.
21. A. PICH et al: Oncogenes and Male Breast Carcinoma:c-erbB-2 and p53 coexpression predicts a poor survival, J. Clin. Oncol. 2000, vol. 18 , pg. 2948.
22. ΣΚΑΛΚΕΑΣ ΓΡ. :Η Εξέταση του χειρουργικού Ασθενούς, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1991, σελ. 137- 159.
23. Μ.Α. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ – Σ. Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, τόμος Β, μέρος 2^ο, έκδοση 18^η, Αθήνα 1997, σελ. : 92-113, 119-134, 144-169.
24. Γ. ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΥ :Βασική Νοσηλευτική, Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1997, σελ. 145-147.
25. L. FALLOWFIELD: Breast Cancer, Tavistock- Routlege Editions, Great Britain 1991, pg 37, pg 90.
26. ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ Ι. ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ : Φυσιολογία της γυναίκας, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1882, σελ. 239-240.
27. T.R. HARRISON W.R. RESNIK, G.W. THORN and associates : HARRISON'S PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE, THIRTEENTH EDITION, Mc Graw Hill, 1994 σελ. : 829 – 1850, 2402 – 2403.
28. Ι.Δ. ΣΠΗΛΙΩΤΗΣ: Καρκίνος : Από την άγνοια... στον φόβο, Πάτρα 1999, σελ. 197, 247-249.
29. ANNA ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ, ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ : Παθολογική και Χειρουργική ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ Νοσηλευτικές Διαδικασίες, τόμος 1^{ος}, Β' έκδοση ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ, Αθήνα 1997, σελ. : 180 – 192
30. R.W.BLAMEY: Complications in the management of Breast Disease ,Bailliere Tindal Ed.- England 1986.
31. ΦΕΡΤΑΚΗΣ Α., ΜΑΥΡΙΚΑΚΗΣ Μ., ΚΡΕΑΤΣΑΣ Γ.,.....: Εθνικό Συνταγολόγιο 2000, Εκδόσεις Ε.Ο.Φ., Αθήνα 2000, σελ. 399-440.
32. M. CLARKE: Tamoxifen for Early Breast Cancer: an overview of the Randomised Trials, Lancet 1998,vol. 35, pg. 1451.
33. ΑΕ. GIULIANO et al: Sentinel Lymphadenectomy in Breast Cancer, J. Clin Oncol, 1997, vol. 15 ,pg. 2345.
34. ΑΕ. GIULIANO et al: Prospective Observational Study of Sentinel Lymphadenectomy without further Axillary Dissection in Patients with Sentinel node- negative Breast Cancer, J. Clin Oncol, 2000, vol. 18 pg. 2553.
35. Ε. ΑΘΑΝΑΤΟΥ: Κλινική Νοσηλευτική, Έκδοση Αθανάτου, Αθήνα 1999,σελ. 185-195, 198.

36. WILLIAMS S. WILLIAM , BUTLER ERNEST , ERLSEN J. ALLAN, LICHMAN A. MARSHAL. : Hematology , section 3 Chapter 171, pg. 1674-1681
37. ΑΝΤΩΝΙΑ ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ, ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ: Προληπτική Ιατρική- Αγωγή Υγείας- Κοινωνική Ιατρική- Δημόσια Υγιεινή, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1986, σελ. 65, 107
38. ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ι. ΑΡΑΠΑΚΗΣ : Κλινική Σημειολογία και διαγνωστική, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1991, σελ. 162-172.
39. MERK H. BEERS, MD, ROBERT BERKOW, MD : THE MERK MANUAL OF DIAGNOSIS AND THERAPY 17th Edition, MERK RESEARCH LABORATORIES, 1999 σελ. : 1531 – 1538, 1544 – 1549 , 1974-1983.
40. KUTNER S. JEAN, MD, GONZALES RALPH, MD, : Guidelines Γενικής Ιατρικής, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2001, σελ. 5- 7.
41. JANETTE MLADENOVIC. MD : Secrets Γενικής Ιατρικής Κλινικά Προβλήματα και η αντιμετώπισή τους, Π. Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Αθήνα 2001, σελ : 16-17, 109, 73.
42. HAROLD I. KAPLAN. MD, BENJAMIN J. SADOCK, MD, JACK A. GREB, MD : CAPLAN AND SADOCK'S. SYNOPSIS OF PSYCHIATRY Behavioral Sciences Clinical Psychiatry, seventh edition, Williams and Wilkins, 1994, σελ. 767 – 770.
43. ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΟΣ : Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, Αναθεωρημένη Έκδοση, University Studio Press, 1997, σελ. : 730 – 733.
44. ΑΘΗΝΑ ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ : Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Νέα Έκδοση βελτιωμένη, ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1996, σελ : 128 – 129, 200 – 204, 192 – 193.
45. ΣΤΕΦΑΝΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ : Θέματα Ψυχιατρικής, ΣΥΜΜΕΤΡΙΑ, Αθήνα 1991, σελ. : 116 – 121, 255 – 258.
46. Γ. Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ : ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, Έκδοση 2^η, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ, Αθήνα 1998, σελ. : 123 – 129.
47. Κ. ΣΤΕΦΑΝΗΣ, Κ. ΣΟΛΔΑΤΟΣ, Ν. ΜΑΥΡΕΑΣ : Ταξινόμηση ICD – 10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς, ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ, Αθήνα 1993, σελ. : 11.
48. Ν. ΔΟΝΤΑΣ, Π. ΑΛΤΑΝΗΣ, Ε. ΚΥΡΙΑΚΑΚΗΣ κ.λ.π. : Σεμινάριο με θέμα : «ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων «Η ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ», Αθήνα 1991 σελ. : 87 – 93, 115 – 118.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	
Κεφάλαιο Πρώτο	
1.1 Η ανάπτυξη του μαστού	3
1.2 Στοιχεία ανατομίας	4
1.3 Αιτιολογία –Παράγοντες κινδύνου	9
1.4 Όγκοι που εμφανίζονται στον μαστό	
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	
Κεφάλαιο Δεύτερο	
2.1 Κλινικός και διαγνωστικός έλεγχος - Νοσηλευτική Παρέμβαση	16
2.2 Αιματολογικές εξετάσεις	23
2.3 Απεικονιστικές μέθοδοι	24
2.4 Ιστολογικές εξετάσεις - Τρόποι λήψης υλικού	26
Κεφάλαιο Τρίτο	
3.1 Θεραπεία.....	29
3.1.1 Χημειοθεραπεία	29
3.1.2 Ορμονοθεραπεία	44
3.1.3 Χειρουργική θεραπεία	50
3.1.4 Ακτινοθεραπεία	62
3.1.5 Ανοσοθεραπεία	64
Κεφάλαιο Τέταρτο	
4.1 Παρακολούθηση (follow up) της ασθενούς	64
4.2 Μεταστατικός καρκίνος	65
4.3 Ο καρκίνος κατά την κύηση και γαλουχία	68
4.4 Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες	70
4.5 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και καρκίνος του μαστού	70
4.6 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή . Κατ'οίκον νοσηλεία	74
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ	
Κεφάλαιο Πέμπτο	
5.1 Τα ψυχολογικά προβλήματα των καρκινοπαθών	76
5.2 Τα ψυχιατρικά προβλήματα ασθενών με καρκίνο	81
5.3 Προβλήματα σχετιζόμενα με τη θεραπεία	84
5.4 Προβλήματα σχετιζόμενα με την οικογένεια	85
5.5 Τα προβλήματα του προσωπικού	86
5.6 Αποκατάσταση καρκινοπαθών	87
5.7 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή τελικού σταδίου	88
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	89
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	90

