

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΚΑΚΑΡΙΜΠΙΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΠΑΤΡΑ – ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2003



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
<u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 Ορισμός του καρκίνου του μαστού	3
1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1 Ανατομία του μαστού	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1 Αγγείωση του μαστού.....	8
3.2 Λεμφική αγγείωση του μαστού.....	9
3.3 Νεύρωση του μαστού- μύες	10
3.4 Φυσιολογία του μαστού.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1 Ιστολογική ταξινόμηση των καρκινωμάτων του μαστού.....	13
4.1.1 Διηθητικά καρκινώματα	13
4.1.2 Μη διηθητικά καρκινώματα.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
5.1 Αιτιολογία -παράγοντες κινδύνου καρκίνου μαστού.....	16
5.2 Ιογενείς παράγοντες	16
5.3 Γενετικοί παράγοντες	16
5.4 Φύλο.....	16
5.5 Ηλικία.....	17
5.6 Ιδιοσυστατικοί παράγοντες.....	17
5.7 Διαιτητικοί παράγοντες	17
5.8 Ορμονικοί παράγοντες	17
5.9 Περιβαλλοντικοί παράγοντες	18
5.10 Χρόνια κυστική μαστοπάθεια.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
6.1 Κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού.....	20
6.2 Κλινική σταδιοποίηση καρκίνου του μαστού.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	

7.1 Πρόγνωση καρκίνου του μαστού.....	24
7.2 Τοπικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση.....	24
7.3 Γενικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση.....	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1 Διάγνωση του καρκίνου του μαστού.....	27
8.2 Εργαστηριακή διερεύνηση	27
8.3 Κλινική εξέταση.....	28
8.4 Μαστογραφία.....	35
8.4.1 Φυσιολογική εικόνα του μαστού στη μαστογραφία.....	36
8.4.2 Ποιες γυναίκες χρειάζονται μαστογραφία.....	37
8.4.3 Κίνδυνοι από τη μαστογραφία.....	37
8.5 Μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού.....	38

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Πρόληψη καρκίνου του μαστού.....	40
1.1.1 Πρωτογενής πρόληψη	41
1.1.2 Δευτερογενής πρόληψη.....	43
1.1.3 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού.....	45
2.1.2 Κακοήθεις παθήσεις μαστού.....	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Διαγνωστικές εξετάσεις καρκίνου μαστού.....	51
---	----

ΙΑΤΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Θεραπεία καρκίνου του μαστού.....	54
1.1.1 Χειρουργική θεραπεία.....	54
1.1.2 Ακτινοθεραπεία.....	55
1.1.3 Χημειοθεραπεία.....	59
1.1.4 Ορμονοθεραπεία.....	65
1.1.5 Ανοσοθεραπεία.....	65
1.2 Προτεινόμενη μέθοδο θεραπείας καρκίνου μαστού ανά στάδιο.	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Προσόντα που πρέπει να έχει η νοσηλεύτρια για να νοσηλεύσει τον άρρωστο με καρκίνο μαστού	70
2.1.1. Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την χειρουργική θεραπεία.....	70
2.1.2 Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την ακτινοθεραπεία.....	75
2.1.3 Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την χημειοθεραπεία.....	81

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1 Χρήση πρόσθετου τεχνητού στήθους μετά από μαστεκτομή.....	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1 Ανακατασκευή του μαστού.....	89
4.2 Εκτέλεση παθητικών ασκήσεων.....	93
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
5.1 Ψυχολογική υποστήριξη.....	96
5.2 Διδασκαλία – κατοίκων φροντίδα ασθενούς με μαστεκτομή....	97
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	99
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
6.1 Νοσηλευτική διεργασία.....	101
6.2 Ιστορικό- πίνακας νοσηλευτικής διεργασίας.....	101
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	103
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	104
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	105

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι μαστοί είναι εξωκρινείς αδένες, που χαρακτηρίζουν την τάξη των θηλαστικών και των δύο φύλων. Είναι όμως, σημαντικά ατροφικοί στο αρσενικό και αρκετά αναπτυγμένοι στο θηλυκό. Έκκριμα των μαστών είναι το γάλα, που αποτελεί απαραίτητη τροφή για το νεογνό, που το πεπτικό του σύστημα είναι προσαρμοσμένο γι' αυτού του είδους διατροφής .

Η καταβολή των μαστών ,αν και θα χρησιμοποιηθούν πολλά χρόνια μετά τη γέννηση ,πραγματοποιείται πριν από την καταβολή των άλλων, αδένων του δέρματος .

Ειδικότερα ,η καταβολή τους αρχίζει την έκτη περίπου εβδομάδα της ενδομήτριας ζωής, έστω κι αν δεν υπάρχουν γονάδες, με το σχηματισμό στενής πάχυνσης του έξω βλαστικού δέρματος, που λέγεται μαστική ακρολοφία ή γαλακτοφόρος γραμμή. (Παπανικολάου ΝΑ 1994).

Τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη, η προλακτίνη και η αυξητική ορμόνη είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη του μαστού, ενώ η προλακτίνη, η σωματοτρόπος ορμόνη και η κορτιζόνη είναι απαραίτητες για την παραγωγή γάλακτος. Τέλος , η ωκυτοκίνη χρησιμεύει στη μεταφορά γάλακτος από τις κυψελίδες στους γαλακτοφόρους πόρους και στην θηλή . (Πετρίδης Α. 1998)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη κακοήθεια και η συνηθέστερη αιτία θανάτου στις γυναίκες .Αν και δεν θεωρείται γυναικολογική διαταραχή ,οι γυναίκες μόλις διαπιστώσουν κάποιο ογκίδιο στο μαστό καταφεύγουν στο γυναικολόγο . Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να θεραπευτεί ,αν διαγνωστεί έγκαιρα και ακολουθηθεί η κατάλληλη θεραπεία . Η έγκαιρη ανίχνευση είναι το κλειδί της επιτυχημένης θεραπείας και γίνεται με τη διαφώτιση των γυναικών για αυτοεξέταση των μαστών .

Ο πιο συνηθισμένος τύπος διηθητικού καρκινώματος του μαστού αναπτύσσεται από τα επιθηλιακά κύτταρα του μαζικού αδένα και η συνηθισμένη εντόπισή του είναι στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού . (Σαχίνη – Καρδάση, Πάνου 1997).

Ο καρκίνος του μαστού αρχίζει από το επιθήλιο των λοβίων ή των πόρων του μαζικού αδένα . Για αρκετό καιρό παραμένει μέσα στα όρια των λοβίων ή των πόρων . Είναι το αρχικό στάδιο του μη διηθητικού λοβιακού καρκίνου , ή καρκίνου σε στάδιο 0 , ή διεθνώς , καρκίνου in situ.

Με την πάροδο του χρόνου ο καρκίνος γίνεται διηθητικός .Τα καρκινικά δηλαδή κύτταρα διασπούν την βασική μεμβράνη και αναπτύσσονται διηθώντας τους γύρω ιστούς .Έρχονται σε επαφή με τα λεμφαγγεία και εισδύουν κυρίως σ' αυτά ,πορεύονται προς τα επιχώρια λεμφογάγγλια και από εκεί στη γενική κυκλοφορία .

Ωστόσο , όλοι οι καρκίνοι μαστού δεν παρουσιάζουν τον ίδιο ρυθμό ανάπτυξης . Ο ρυθμός αυτός εξαρτάται από το χρόνο διπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων ,που παρουσιάζει μεγάλο εύρος ,από 17 μέχρι 200 περίπου μέρες . (Κατράκης Γ. 1980).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η κυριότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 35- 55 ετών . (Δόντας – Μπεζμπέας 2002).

Ως **καρκίνος του μαστού** ορίζεται ένα επιθηλίωμα που προέρχεται από τα κυλινδρικά κύτταρα των αδενωσωλήνων του μαζικού αδένου .

Πρόκειται για έναν όγκο μικρού μεγέθους στην αρχή , με ασαφή όρια σχετικά καθηλωμένο στο θωρακικό τοίχωμα, που συμφύεται με το περιβάλλον δέρμα. Το δέρμα πάνω από τον όγκο μπορεί να μοιάζει με φλούδα πορτοκαλιού. Μπορεί να συνυπάρχει ρήση ή και εισολκή της θηλής. Αργότερα παρατηρείται εξέλκωση του δέρματος με σκληρά και ανώμαλα χείλη και πυθμένα σκληρά που αιμορραγεί εύκολα . (Πετρίδης Α. 1998).

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ – ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Μία από τις 10 γυναίκες κινδυνεύει να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της . Ο κίνδυνος αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας. Κάτω από τα 25 χρόνια ο καρκίνος του μαστού είναι σπάνιος . Τα 3/4 των ΚΜ εμφανίζονται μετά την ηλικία των 50 ετών.

Υψηλό ποσοστό ΚΜ υπάρχει στην Αμερική , στον Καναδά και στη Β. Ευρώπη . Μικρό ποσοστό ΚΜ υπάρχει στην Ιαπωνία και στην Κίνα. Η Ελλάδα εμφανίζει μέση επίπτωση . Κάθε χρόνο στη χώρα μας παρουσιάζονται 3.500 νέες περιπτώσεις με τάση αυξήσεως , και σημειώνονται 1600 περίπου θάνατοι.

Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες οικονομικο-κοινωνικές τάξεις και φαίνεται ότι αυξάνεται στη χώρα μας με ανησυχητικό ρυθμό, 2% κάθε χρόνο. (Τριχοπούλου Α. – Τριχόπουλος Δ. 1986).

Στον άνδρα ο ΚΜ είναι σπάνιος και αντιστοιχεί ένας άνδρας σε 100 γυναίκες με ΚΜ .

Ο ΚΜ αντιμετωπίζεται θεραπευτικά με εγχείρηση , ακτινοθεραπεία , ορμονοθεραπεία και χημειοθεραπεία . Όσο πρωιμότερη είναι η διάγνωση του ΚΜ τόσο καλύτερα είναι τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Η διάγνωση του ΚΜ γίνεται με τη μαστογραφία και την κλινική εξέταση . Η πρόγνωση και η επιλογή θεραπείας εξαρτώνται από την ηλικία του ασθενούς, από το στάδιο της νόσου , από την ιστοπαθολογική εικόνα , από τα επίπεδα των οιστρογονικών και των προγεστερονικών υποδοχέων , καθώς και από την εμμηνορρυσιακή κατάσταση. (Δόντας – Μπεζμπέας 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.1 ANATOMIA ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός στον άνδρα και στην άτοκη γυναίκα βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα , ανάμεσα στη δεύτερη και την έκτη πλευρά , με τη 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 θηλής του ορθού κοιλιακού .

Η επιπολής περιτονία του προσθίου θωρακικού τοιχώματος αποτελείται από δύο στοιβάδες. Μια επιπολής λιπώδη στοιβάδα και μια εν τω βάθι 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 ,σηματίζοντας τους συνδέσμους του Cooper. Οι τελευταίοι είναι υπεύθυνοι για την εισολκή του δέρματος σε γυναίκες με καρκίνο στο μαστό .

Η σχέση μαζικού αδένα και προσθίου θωρακικού τοιχώματος διαφαίνεται στην εικόνα .Αδενικός ιστός φαίνεται ότι επεκτείνεται εντός της μασχαλιαίας κοιλότητας σε 95% των περιπτώσεων ,προς το επιγάστριο σε 15% και κατά μήκος της μέσης γραμμής σε 0,5% των περιπτώσεων μπορεί να επεκταθεί και πλάγια μέχρι την οπίσθια μασχαλιαία γραμμή (2% των περιπτώσεων). Λόγω της ευρείας κατανομής του μαζικού ιστού, οι ανατομικοί περιορισμοί μιας μαστεκτομής είναι η κλείδα , η μέση γραμμή , η θήκη του ορθού κοιλιακού μυός και ο πλατύς ραχιαίος μυς. Αν και τα όρια αυτά θεωρούνται σαφή , είναι δυνατόν μια μαστεκτομή να θεωρηθεί ατελής.

Ο μαστός έχει περίμετρο κυκλική .Στη γυναίκα, το άνω 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 Langer της εν τω βάθι περιτονίας , καταλήγοντας στην κορυφή της μασχάλης .

Οι μαστοί γίνονται μόλις αντιληπτοί ως την εποχή της ήβης , οπότε αρχίζει σημαντική και προοδευτική ανάπτυξή τους . Μέχρι την προεφηβική ηλικία ,η ανάπτυξη του μαστού στον άνδρα είναι ίδια με της γυναίκας . Ο ανδρικός μαστός συμπληρώνει την ανάπτυξή του περίπου στην ηλικία των 20 ετών και αντιστοιχεί με μαστό που έχει το κορίτσι λίγο πριν φθάσει στην εφηβεία .

Στην ενήλικη γυναίκα , οι μαστοί έχουν κατά μέσο όρο τις εξής διαστάσεις : ύψος 11-12 cm πλάτος 10cm , πάχος 5-6 cm . 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 ημισφαιρικό ή κωνικό ενώ στις εγκυμονούσες είναι σφαιρικό ή κυλινδρικό.

Η σύσταση του μαστού είναι σκληρή και ελαστική στις γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει . Είναι μαλακή κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, τεταμένη στην αρχή της περιόδου του θηλασμού και μαλακή έπειτα από πολλούς θηλασμούς .

Η πρόσθια επιφάνεια του μαστού αποτελείται από δέρμα λεπτό και μαλακό προς την περιφερική ζώνη .Στην κεντρική περιοχή και στο ύψος του τέταρτου μεσοπλεύριου διαστήματος προβάλλει από το μαστό ένα κυλινδρικό ή κωνικό έπαρμα η θηλή του, η οποία περιβάλλεται από τη θηλαία άλω μια στεφάνη κεχρωσμένη με διάμετρο περίπου 3-5 cm . Το χρώμα της στεφάνης αυτής σχετίζεται με τη χρωστική του δέρματος .Έτσι είναι ρόδινο στις ξανθές και πιο σκούρο στις μελαχρινές .

Κατά τη διάρκεια της κύησης , η άλως παίρνει χρώμα σκοτεινότερο και περιβάλλεται από δακτύλιο με χρώμα ενδιάμεσο μεταξύ του δικού της χρώματος και εκείνου της επιδερμίδας. Ο δακτύλιος αυτός ονομάζεται δευτερεύουσα άλως . Η θηλαία άλως φέρει υποστρόγγυλα πολλαπλά επάρματα, τα οζίδια του Montgomery, τα οποία αποτελούν μεγάλους ιδρωτοποιούς αδένες . Περιφερικώς της θηλαίας άλω βρίσκονται θύλακοι τριχών και σμηγματογόνοι αδένες .

Η θηλή του μαστού έχει χρώμα όμοιο με το χρώμα της άλω . Η κορυφή της είναι διάτρητη από 15-20 μικρά στόμια , από τα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι του μαστικού αδένα . Η επιφάνεια της θηλής είναι ανόμοια και ρυτιδωτή . Κατά το θηλασμό η θηλή επιμηκύνεται από την έλξη , η οποία ασκείται από το στόμα του βρέφους. (Κόνιαρη Ε. 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΓΓΕΙΩΣΗ

ΚΑΙ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

3.1 ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η αγγείωση του μαστού επιτυγχάνεται με τις αρτηρίες ,τις φλέβες και τα λεμφαγγεία .

A. Αρτηρίες

Ο μαζικός αδένας δέχεται αίμα από την έσω μαστική , την πλάγια και την ανώτερη θωρακική , τους διατιτραίνοντες κλάδους των μεσοπλευρίων και την υποπλάτιο αρτηρία ,που αναστομώνονται μεταξύ τους, σχηματίζοντας πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες .Η υποπλάτιος αρτηρία έχει ιδιαίτερη σημασία , για την πορεία της συνοδεύεται από ομάδα λεμφαδένων , που παίρνουν μέρος στις μεταστάσεις του ΚΜ και οι κλάδοι της προκαλούν μεγάλη αιμορραγία , όταν γίνεται ριζική μαστεκτομή .

B. Φλέβες

Η φλεβική οδός είναι σημαντική στη μελέτη του καρκίνου του μαστού, γιατί (α) οι μεταστάσεις συχνά γίνονται δι' αυτής της οδού και (β) 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 βάθη φλεβών .

Διατιτραίνοντες κλάδοι της έσω μαστικής φλέβας

Αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα φλεβών που απάγουν αίμα από το μαστό προς την ανώνυμη φλέβα . Αυτή η φλεβική οδός οδηγεί κατευθείαν στα πνευμονικά τριχοειδή και έτσι δημιουργείται οδός για μεταστατικά καρκινικά έμβολα από το μαστό στους πνεύμονες.

Μασχαλιαία φλέβα

Δέχεται μικρές φλέβες από το θωρακικό τοίχωμα , τους θωρακικούς μυς και την εν τω βάθη επιφάνεια του μαστού . Μέσω της μασχαλιαίας ,το αίμα καταλήγει στο τριχοειδικό δίκτυο των πνευμόνων και έτσι δημιουργείται η δεύτερη μεταστατική οδός για τους πνεύμονες .

Μεσοπλεύριες φλέβες

Η Τρίτη- και μία από τις πιο σημαντικές – οδός φλεβικής παροχέτευσης από τους μαστούς είναι μέσω των μεσοπλευρίων φλεβών .Αυτές οι φλέβες

επικοινωνούν με τις σπονδυλικές φλέβες και τελικά καταλήγουν στην άξυγο φλέβα . Αυτή η φλεβική οδός οδηγεί μέσω της άνω κοίλης φλέβας στους πνεύμονες .Έτσι, δημιουργείται ένας τρίτος δρόμος, διαμέσου του οποίου καρκινικά έμβολα από το μαστό δημιουργούν πνευμονικές μεταστάσεις .

3.2 ΛΕΜΦΙΚΗ ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η γνώση των λεμφικών αποχετευτικών οδών του μαστού αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη μελέτη της θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού .

Υπάρχουν 6 ομάδες μασγαλιαίων λεμφαδένων :

α. Έξω μαστικά λεμφογάγγλια

Είναι μια ομάδα λίγων λεμφογαγγλίων που βρίσκονται κατά μήκος της πορείας της πλάγιας θωρακικής αρτηρίας και συμφύονται χαλαρά με την περιτονία του πρόσθιου οδοντωτού μυός . Αν και βρίσκονται κοντά στο μαστό μόνο 72% των καρκινωμάτων του μαστού που μεθίστανται στους μασγαλιαίους αδένες συμπεριλαμβάνουν ως μεταστατική εστία και την ομάδα αυτών των λεμφαδένων .

β. Ωμοπλατιαία λεμφογάγγλια

Αποτελούν ομάδα 5-6 λεμφαδένων και βρίσκονται κοντά κατά την πορεία της υποπλάτιας φλέβας .Βρίσκονται σε στενή σχέση με το θωρακοραχιαίο νεύρο και είναι συχνή η βλάβη του νεύρου αυτού κατά την προσπάθεια εκτομής των αδένων , όταν έχουν διηθηθεί από καρκίνο του μαστού .

γ. Κεντρικά λεμφογάγγλια

Η ομάδα αυτή των λεμφαδένων είναι η μεγαλύτερη και η πιο προσιτή στη ψηλάφηση .Συνήθως βρίσκονται επιφανειακά ,κάτω από το δέρμα της μασχάλης ,και είναι η συχνότερα προσβαλλόμενη από μεταστάσεις ομάδα στο καρκίνο του μαστού.

δ. Διαθωρακικά λεμφογάγγλια

Βρίσκονται μεταξύ του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός , κατά μήκος των θωρακικών κλάδων των ακρωμιοθωρακικών αγγείων .Ο Rotter, το 1899 , διαπίστωσε ότι στο 33% των χειρουργικώς αφαιρουμένων για κακοήθεια μαστών τα διαθωρακικά λεμφογάγγλια ήταν διηθημένα από καρκίνο .Σε νεότερες όμως μελέτες το ποσοστό αυτό είναι σαφώς πολύ μικρότερο .

ε. Λεμφογάγγλια της μασχालιαίας φλέβας

Βρίσκονται κατά μήκος του πλάγιου τμήματος της μασχालιαίας φλέβας. Η ψηλάφησή τους είναι δυσχερής , γιατί καλύπτονται από τον τένοντα του μείζονος θωρακικού μυός .Λόγω της στενής επαφής με τη μασχालιαία φλέβα παρουσιάζονται ιδιαίτερα προβλήματα στην αφαίρεσή τους , όταν έχουν διηθηθεί από μεταστατική νόσο .

στ. Υποκλείδια λεμφογάγγλια (κορυφαίοι λεμφαδένες)

Βρίσκονται στην ανατομική κορυφή της μασχάλης , στο σημείο όπου η μασχालιαία φλέβα χάνεται κάτω από τον καταφυτικό τένοντα του υποκλειδίου μυός . Ένας ή δύο υποκλειδίοι αδένες βρίσκονται κατά μήκος της μασχालιαίας φλέβας σε σημείο μη προσιτό χειρουργικώς , εκτός αν αφαιρεθεί ο ελάσσων θωρακικός μυς .Συλλεκτικοί λεμφικοί κορμοί από όλες τις άλλες ομάδες λεμφαδένων καταλήγουν στα υποκλείδια λεμφογάγγλια .Η σημασία αυτών των αδένων είναι μεγάλη στον καρκίνο του μαστού .Αν διαπιστωθεί ότι έχουν διηθηθεί από μεταστατική νόσο , η χειρουργική θεραπεία μόνη δεν πρέπει να θεωρείται αρκετή . (Κόνιαρη Ε. 1991).

3.3 ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ - ΜΥΕΣ

Η νεύρωση του μαστού γίνεται από το μεσοπλευρο-βραχιόνιο νεύρο το θωρακοραχιαίο ή μέσο υποπλάτιο νεύρο, το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα . (Παπανικολάου ΝΑ. 1994).

Οι μύες επιπρόσθετα ,που ανήκουν στην περιοχή του μαστού είναι:

- A. Ο μείζων θωρακικός μυς
- B. Ο ελάσσων θωρακικός μυς
- Γ. Ο πρόσθιος οδοντωτός μυς
- Δ. Ο πλατύς ραχιαίος μυς

- Ε. Ο κορακοβραχιόνιος μυς
- ΣΤ. Ο έξω λοξός κοιλιακός μυς

Οι μύες αυτοί παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον την εγχείρηση του μαστού . (Κόνιαρη Ε. 1991).

3.4 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μαστικοί αδένες αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από ορμονικό έλεγχο. Ωστόσο, αν και έχει επιτευχθεί η απομόνωση τέτοιων ορμονικών παραγόντων ,οι γνώσεις σχετικά με τους μηχανισμούς , που ελέγχουν τους μαστούς είναι ανεπαρκείς .

Οι παράγοντες εντούτοις , που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού, είναι ο υποθάλαμος , που έχει σχέση με την υπόφυση ,η υπόφυση που συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών , οι ωοθήκες , ο θυρεοειδής αδένας ,τα επινεφρίδια , ο πλακούντας και το νευρικό σύστημα .

Διαπιστώνεται δηλαδή, πως ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο .Αυτή η ορμονοεξάρτηση του μαστικού αδένα δεν περιορίζεται μόνο στο επιθήλιο του αδενικού ιστού αλλά επεκτείνεται και στο συνδετικό ιστό , που αποτελεί το ερειστικό υπόστρωμα του μαστού και ιδιαίτερα στους ιστούς ,που βρίσκονται γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους . (Παπανικολάου ΝΑ. 1994).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

4.1 ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

4.1.1 ΔΙΗΘΗΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ

Γενικά διακρίνονται δύο τύποι καρκίνου του μαστού . Οι καρκίνοι των εκφορητικών πόρων , οι οποίοι είναι πολύ πιο συχνοί και αναπτύσσονται στο σύστημα των σωληνίσκων , που μεταφέρουν το γάλα από τους λοβούς στη θηλή και οι λοβιακοί καρκίνοι . Οι καρκίνοι των εκφορητικών πόρων , επεκτείνονται μέσω του τοιχώματος του πόρου . Το 28% αποτελεί συνδυασμούς των διηθητικών καρκίνων των εκφορητικών πόρων και άλλων τύπων που περιλαμβάνουν το βλενώδες , το θηλώδες και το λοβώδες καρκίνωμα .

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

Άλλα είδη διηθητικών καρκίνων περιλαμβάνουν τη νόσο του Paget , έναν τύπο καρκίνου που ξεκινάει από την περιοχή της θηλής και συνοδεύεται από αιμορραγία , κνησμό, ερυθρότητα και αίσθημα καύσου και τον φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού, ο οποίος και έχει δυσμενέστερη πρόγνωση διότι το κόκκινο χρώμα και η θερμότητα του δέρματος δείχνουν ότι τα καρκινικά κύτταρα έχουν ήδη εξαπλωθεί μέσα σε πολλά λεμφαγγεία.

4.1.2 ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ

Οι λοβιακοί καρκίνοι εντάσσονται στους μη διηθητικούς καρκίνους , οι οποίοι εξορμούν από τους πολλούς μικρούς σάκους του μαστού, που παράγουν γάλα. Περιορίζονται στο ενδοθήλιο , που επενδύει τους εκφορητικούς πόρους ή τους λοβούς .Δεν είναι διηθητικοί καρκίνοι αλλά, όπως πιστεύεται πρόδρομες μορφές τους . Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν έχουν επεκταθεί στους γύρω ιστούς και θεραπεύονται με χειρουργική επέμβαση περιορισμένης έκτασης .

Όλοι σχεδόν οι καρκίνοι του μαστού εξορμούν από τον αδενικό ιστό, αδenoκαρκινώματα , αν και υπάρχουν και άλλοι τύποι όπως τα επιθηλιακά καρκινώματα , τα σαρκώματα , τα καρκινοσαρκώματα και τα καρκινώματα των ιδρωτοποιών αδένων .

Υπάρχουν επίσης λιγότερο συχνοί τύποι που η πρόγνωσή τους είναι γενικά καλύτερη απ' ότι των διηθητικών καρκίνων των εκφορητικών πόρων , όπως τα θηλώδη καρκινώματα (6% των περιπτώσεων) , τα βλενώδη (25%) και τα σωληνοειδή (1%) . Κάθε τύπος έχει τη δική του πρόγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση . (Dollinger Malin, M.D. Rosenbaum, Ernest, Greg Cable, 1993).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

5.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Όπως συμβαίνει και με την πλειονότητα των κακοήθων όγκων , η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού δεν έχει γίνει κατανοητή μέχρι σήμερα . Είναι όμως γενικά αποδεκτό ότι ο ΚΜ είναι πολυπαραγοντική νόσο και αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου για τις γυναίκες ορισμένων ηλικιών.

Παρόλο που γενετικοί, ιδιοσυστατικοί, περιβαλλοντικοί και άλλοι παράγοντες εμφανίζουν σημαντική σχέση με τον ΚΜ ωστόσο δεν υπάρχει παράγων που να εξηγεί τον μηχανισμό γένεσης της νόσου .

5.2 ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σε μελέτες που έγιναν σε ανθρώπινο γάλα βρέθηκαν ενδείξεις , τμημάτων ογκορναίου σε σημαντικό ποσοστό γυναικών που είχαν στο κληρονομικό τους περιπτώσεις με καρκίνο του μαστού .Ανοσολογικές μελέτες έδειξαν την ύπαρξη ειδικών αντισωμάτων σε ποσοστό 60% στον ορό των γυναικών με καρκίνο του μαστού και σε ποσοστό 40% στον ορό των συγγενών τους , ενώ το ποσοστό σε κλινικά υγιείς γυναίκες χωρίς συγγενείς με ΚΜ ήταν 15%. (Δόντας – Μπεζμπέας 2002).

5.3 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Γυναίκες που η μητέρα τους ή η αδελφή τους εμφάνισαν ΚΜ , έχουν διπλάσια ή τριπλάσια πιθανότητα να προσβληθούν και οι ίδιες από ΚΜ απ' ότι ο υπόλοιπος γυναικείος πληθυσμός .Ο κίνδυνος αυξάνεται εάν αυτή η πρώτου βαθμού συγγενείς είχε προσβληθεί σε μικρή ηλικία ή αν η νόσος ήταν αμφοτερόπλευρη . Έτσι ο κίνδυνος είναι πενταπλάσιος για αμφοτερόπλευρη εντόπιση , και εννεαπλάσιος αν η νόσος εμφανίσθηκε αμφοτερόπλευρη σε συγγενή πριν από την εμμηνόπαυση .

Εκτιμάται ότι το 5% των γυναικών με ΚΜ έχουν πρόσφατα ταυτοποιημένη μετάλλαξη πρωτογενή αλληλουχίας στο γονίδιο BRCA 1 , μπορεί να έχουν 85% κίνδυνο για ΚΜ στη διάρκεια της ζωής τους , με το 50% των ΚΜ να εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 50 ετών .

5.4 ΦΥΛΟ

Το φύλο αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου , μιας και όπως είναι γνωστό οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από ΚΜ απ' ότι οι άνδρες . Η σχέση προσβολής από ΚΜ

μεταξύ των δύο φύλων είναι 99 γυναίκες προς 1 άνδρα σε χώρες με μεγάλη επίπτωση , ενώ σε χώρες με μικρή επίπτωση ανέρχεται σε 10/1.

5.5 ΗΛΙΚΙΑ

Η ηλικία μιας γυναίκας παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο όσον αφορά στην πιθανότητα να πάθει ΚΜ . Κάτω των 25 ετών , η νόσος είναι πολύ σπάνια μόνο 0.2% εκείνων που αναπτύσσουν ΚΜ βρίσκονται σε αυτή την ομάδα ηλικίας . Σε όλες σχεδόν τις γυναίκες ηλικίας κάτω των 25 οι όγκοι στους μαστούς αποδεικνύεται στην ιστολογική εξέταση ότι είναι καλοήθεις , συνήθως ινοαδενώματα , σπανιότερα πολλαπλά θηλώματα ή αδενώσεις.

Ο καρκίνος γίνεται κάπως συχνότερος μεταξύ 25 και 30 ετών τότε, η βιοψία δεν πρέπει να καθυστερεί . Στην αρχή, υπήρχε η βεβαιότητα ότι ο καρκίνος του μαστού σε νέες γυναίκες είχε πολύ χειρότερη εξέλιξη από ότι σε μεγαλύτερες .

5.6 ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Παράγοντες κινδύνου ΚΜ θεωρούνται: η πρώτη τελειόμηνη κύηση μετά τα 30 χρόνια , η πρόωμη έναρξη της έμμηνου ρύσης πριν την ηλικία των 11 ετών , και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση μετά τα 55 χρόνια. Αντίθετα, πρώτη κύηση μεταξύ 18 και 20 ετών και η τεχνητή πρόωμη εμμηνόπαυση , αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες .

5.7 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Δίαιτα πλούσια σε λίπος και ζωικές πρωτεΐνες η παχυσαρκία και η υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών , αποτελούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου . Αντίθετα, τροφή πλούσια σε λαχανικά , φρούτα και σε φυτικές ίνες , αποτελούν προστατευτικό παράγοντα .

5.8 ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η ωοθηκεκτομή μειώνει τον κίνδυνο να εμφανιστεί ΚΜ , όταν γίνεται σε άτομα ηλικίας κάτω των 40 ετών . Τα ποσοστά του μειωμένου κινδύνου φθάνουν το 40%, σε σχέση με τον κίνδυνο του γενικού γυναικείου πληθυσμού .

5.9 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο ΚΜ είναι συχνότερος στις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές και αστικές τάξεις .Μεγαλύτερη επίπτωση της νόσου παρουσιάζεται στο λεγόμενο « δυτικό κόσμο» - Βόρεια Αμερική , η Μέση Ανατολή και η Ασία παρουσιάζουν χαμηλούς δείκτες .Η Λατινική Αμερική , η Νότια και η Ανατολική Ευρώπη κατέχουν ενδιάμεση θέση .

Επίσης, η επίπτωση του ΚΜ είναι επταπλάσια στις Αμερικανίδες απ' ότι στις Γιαπωνέζες .Στις Γιαπωνέζες όμως που μετανάστευσαν στην Αμερική και στους απογόνους τους η διαφορά αυτή εξαλείφεται προοδευτικά γεγονός που προδικάζει την ύπαρξη σημαντικού παράγοντος στο περιβάλλον ή στον τρόπο ζωής , που μεταβάλλει τη συχνότητα νόσησης .

5.10 ΧΡΟΝΙΑ ΚΥΣΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΠΑΘΕΙΑ

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

Σήμερα γίνεται δεκτό ότι η «επιθηλίωση» (δηλαδή η ταχεία αύξηση των επιθηλιακών στοιχείων) χωρίς υπερπλασία ,αυξάνει τον κίνδυνο κατά 1,9 φορές .Όταν υπάρχει άτυπη υπερπλασία ο κίνδυνος αυξάνει κατά 5,3 φορές ,ενώ ατυπία που συνοδεύεται από θετικό οικογενειακό ιστορικό αυξάνει τον κίνδυνο κατά 11 φορές . Η παρουσία ασβεστώσεων σε συνδυασμό με επιθηλίωση αποτελεί επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα . (Κόνιαρη Ε. 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

6.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Πολλές φορές , τυχαία ή κατά την ψηλάφηση , μπορεί να διαπιστωθεί σκληρία στο μαστό , άλλοτε άλλου μεγέθους , κινητή ή ακίνητη , ανάλογα με το σημείο πρόσφυσης . Εάν δε ζητηθεί ιατρική βοήθεια αμέσως μετά την ανακάλυψη , το ογκίδιο προοδευτικά μεγαλώνει , διηθεί τους υπερκείμενους και υποκείμενους ιστούς , καθίσταται ακίνητο και ανώμαλο κατά την ψηλάφηση , το δέρμα παίρνει τη χαρακτηριστική όψη φλοιού πορτοκαλιού και παρατηρείται χαρακτηριστική εισολκή της θηλής , όταν το ογκίδιο εντοπίζεται στο κέντρο . Οι μασχαλιαίοι αδένες της σύστοιχης και της αντίστοιχης μασχάλης , καθώς και οι υπερκλειδίοι λεμφαδένες διηθούνται και διογκώνονται προοδευτικά .

Δεν είναι λίγα τα περιστατικά που ζητείται ιατρική βοήθεια με εξέλκωμένο ογκίδιο και με πολλαπλές μεταστάσεις .

Συγκεκριμένα, η εξέταση του μαστού μπορεί να αποκαλύψει :

- A. Ορώδη ή αιματηρή έκκριση
- B. Ανώδυνο , σκληρό μη κινητό ογκίδιο
- Γ. Ερυθρότητα , υπεραίμια , ανομοιόμορφο οίδημα . Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού , στα εντυπώματα του οποίου αντιστοιχούν οι πόροι των τριχών και των σμηγματογόνων αδένων .
- Δ. Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού.
- Ε. Εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα .
- ΣΤ. Εισολκή της θηλής οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή .
- Z. Ορώδη ή αιματηρή έκκριση θηλής .
- Η. Ακινητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων (σε προχωρημένο στάδιο) .
- Θ. Εξέλκωση κατά τη θηλή οφείλεται στην αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξαιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων και της ταχύτητας ανάπτυξης της μάζας .
- I. Πόνος συνήθως απουσιάζει, εκτός από τα προχωρημένα στάδια .

6.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Λέγοντας σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού . εννοούμε τον ευρύτερο προσδιορισμό της νόσου σε σχέση με την έκτασή της .Όταν κατά την σταδιοποίηση γίνεται συστηματική διερεύνηση :

Α) Των χαρακτηριστικών του πρωτοπαθούς καρκίνου με κλινική και παθολογοανατομική εξέταση ,

Β) Της προσβολής των λεμφαδένων , με κλινική εξέταση , λεμφαγγειογραφία και ίσως βιοψία , και

Γ) Για την ύπαρξη μεταστάσεων , τότε χρησιμοποιείται το σύστημα TNM για τη σταδιοποίηση

T = Πρωτοπαθής όγκος

N= Επιχώρια λεμφαδενοπάθεια

M= Μετάσταση (Metastasis).

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗΣ

A. Να βοηθήσει τον κλινικό στο σχεδιασμό της θεραπείας .

B. Να δώσει κάποια ένδειξη πρόγνωσης .

Γ. Να βοηθήσει στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της θεραπείας.

Δ. Να διευκολύνει την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ κέντρων θεραπείας.

Ε. Να προσφέρει στη συνεχή έρευνα του καρκίνου .

Τα τέσσερα στάδια και τα κλινικά ευρήματα που χαρακτηρίζουν κάθε στάδιο είναι :

Στάδιο Α: Δεν υπάρχει οίδημα ή εξέλκωση στο δέρμα του μαστού. Δεν υπάρχει στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες κλινικώς ελεύθεροι .

Στάδιο Β: Δεν υπάρχει οίδημα ή εξέλκωση στο δέρμα του μαστού. Δεν υπάρχει στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες κλινικώς διηθημένοι, αλλά μικρότεροι σε εγκάρσια διάμετρο ,από 2,5cm και χωρίς συμφύσεις προς το δέρμα και τους υποκείμενους ιστούς .

Στάδιο C: Οποιοδήποτε από τα 5 βασικά σημεία του προχωρημένου ΚΜ Α . Περιορισμένης έκτασης οίδημα στο δέρμα του μαστού λιγότερο από 1/3 της όλης επιφάνειας του δέρματος του μαστού .

Β. Εξέλκωση στο δέρμα του μαστού .

Γ. Στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα .

Δ. Ψηλαφητοί μασχαλιαίοι αδένες , κλινικώς διηθημένοι και μεγαλύτεροι από 2,5cm

Ε. Συμφύσεις των μασχαλιαίων αδένων προς το δέρμα ή τους υποκείμενους ιστούς .

Στάδιο D: Όλες οι άλλες περιπτώσεις με πιο προχωρημένη νόσο περιλαμβάνουν :

Α. Συνδυασμό δύο ή και περισσότερων βασικών σημείων του σταδίου.

Β. Οίδημα στο δέρμα του μαστού σε έκταση μεγαλύτερη από το 1/3.

Γ. Μεταστάσεις στο δέρμα του ίδιου του μαστού .

Δ. Φλεγμονώδη τύπο ΚΜ .

Ε. Παραστερνικό όγκο ως μαρτυρία διηθημένων αδένων της έσω μαστικής .

ΣΤ. Κλινικώς διηθημένους υπερκλείδιους λεμφαδένες .

Ζ. Οίδημα του σύστοιχου άνω άκρου .

Η. Μεταστάσεις σε άλλα όργανα . (Κόνιαρη Ε. 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΠΡΟΓΝΩΣΗ , ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΠΟΥ

ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

7.1 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

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

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

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

7.2 ΤΟΠΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

A. Τοπική έκταση του όγκου .

B. Καθήλωση του όγκου .

Γ. Οίδημα

Δ. Φλεγμονή και εξέλκωση του δέρματος

Ε. Παρουσία δορυφόρων οζιδίων

ΣΤ. Σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινώματος και φυσιολογικού μαστού

Z. Γεωγραφική θέση του όγκου

Η. Προσβολή της θηλής

Κατά τις στατιστικές του Haagensen , πενταετής επιβίωση εμφανίζεται σε ποσοστό μόλις 39,1 % σε παρουσία ενός από τα παρακάτω βαριά προγνωστικά σημεία :

A. Οίδημα του δέρματος

B. Εξέλκωση του δέρματος

Γ. Καθήλωση του όγκου

Δ. Καθήλωση των μεταστατικών μασχαλιαίων λεμφαδένων μεγέθους από 2,5 cm και άνω και

Ε. Καθήλωση των μεταστατικών μασχαλιαίων λεμφαδένων στους υποκείμενους ιστούς της μασχάλης .

7.3 ΓΕΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

A. Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων .

B. Ρυθμός αύξησης του όγκου .

Γ. Απάντηση στη θεραπευτική αγωγή .

Δ. Αντίσταση του οργανισμού και βιολογικοί δείκτες .Τέτοιοι θεωρούνται το καρκινοεμβρυικό αντιγόνο (CEA φυσιολογική τιμή < 5Mg/ml), το CA 125 (φυσιολογική τιμή <35 U/MI), το CA 15.3 (φυσιολογική τιμή <30 U/MI), οι ορμονικοί υποδοχείς των οιστρογόνων και της προγεστερόνης , η αλκαλική φωσφατάση κ.λ.π.

Ε. Εμφάνιση καρκίνου και στους δύο μαστούς .

Άντρες με ΚΜ έχουν σχεδόν πάντοτε προσβεβλημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες κατά την πρώτη επίσκεψη στο γιατρό . Αυτός κυρίως είναι ο λόγος , για τον οποίο η πρόγνωση στον ΚΜ στον άντρα είναι πολύ βαρύτερη από τη πρόγνωση του ΚΜ στη γυναίκα .

Στην πρόγνωση του ΚΜ υπάρχουν και παράγοντες , των οποίων η σημασία είναι σημαντική ή αμφιλεγόμενη . Οι παράγοντες αυτοί είναι :

A. Ηλικία της γυναίκας : Εμφάνιση ΚΜ σε ηλικία των 30 ετών έχει πολύ κακή πρόγνωση .

B. Προφυλακτική στείρωση

Γ. Κύηση .Η ανάπτυξη του καρκίνου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας είναι ταχεία και η πρόγνωση κακή . (Κόνιαρη Ε. 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΚΑΙ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

8.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Μπορεί να είναι δύσκολο να διακρίνει κανείς κλινικά τις κακοήθειες από τις καλοήθειες μάζες του μαστού , όπως τους ινώδεις όγκους (ινοαδενώματα) περιοχές συσσώρευσης λίπους , φλεγμονώδεις μάζες , λοιμώξεις ή κύστεις .Στις προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς οι καλοήθειες όγκοι συνήθως διογκώνονται λίγο πριν από την περίοδο της εμμηνορρυσίας και εν συνέχεια μικραίνουν .

Συχνά ο γιατρός διευκολύνεται από ένα ακριβές διάγραμμα όπου περιγράφεται κάθε νέα επικαλυπτόμενη μάζα . Η μαστογραφία και η βιοψία είναι χρήσιμες , αν όμως δεν γίνουν η μάζα πρέπει να επαναεξετάζεται σε ένα ή δύο μήνες ,εφόσον υπάρχει υπόνοια ότι πιθανός πρόκειται για καρκίνο .Αν η μάζα παραμένει πρέπει να γίνει μαστογραφία και βιοψία .

8.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

A) Αιματολογικές και άλλες εξετάσεις .

➤ Γίνονται αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις για να ελεγχθεί η λειτουργία άλλων οργάνων και να βρεθούν τυχόν μεταστάσεις . Γίνεται οπωσδήποτε έλεγχος της ηπατικής λειτουργίας , αλκαλική φωσφατάση, LDH και SGOT .

➤ Στις εξετάσεις αίματος ελέγχονται νεοπλασματικοί δείκτες-συμπεριλαμβανομένου του καρκινοεμβρυικού αντιγόνου . Έτσι, διευκολύνεται ο προσδιορισμός της πρόγνωσης και η παρακολούθηση της πορείας της νόσου .

➤ Πραγματοποιούνται ιστολογικές εξετάσεις του όγκου συμπεριλαμβανόμενων ορμονικών υποδοχέων ,DNA και άλλων πρωτεϊνικών δεικτών με δυνητική διαγνωστική και προγνωστική αξία .

B. Απεικονιστικές μέθοδοι

➤ Το υπερηχογράφημα μπορεί να βοηθήσει στην αποκάλυψη και διάγνωση κύστεων του μαστού . Με ποσοστό ακρίβειας 95% προσδιορίζεται αν η μάζα είναι κυστική , περιέχει υγρό , ή συμπαγής .Έτσι δεν χρειάζονται περίπλοκες εξετάσεις .Ορισμένοι γιατροί προτιμούν να αναρροφούν υγρό

από κάθε κύστη , ανεξάρτητα απ' το αν ψηλαφάται κάποια μάζα ή όχι και να στέλνουν το υγρό για κυτταρολογική εξέταση .

➤ Με τη μαστογραφία ερευνάται κάποια ύποπτη μάζα που επιμένει , ιδίως αν είναι νέα ή αν βρίσκεται σε γυναίκες με μεγάλους μαστούς που δύσκολα εξετάζονται κλινικά ή οι οποίες είχαν τοποθετήσει πριν κάποια επιθέματα.

➤ Η μαστογραφία μπορεί να χρησιμοποιηθεί επίσης ως μέθοδος πληθυσμιακού ελέγχου για να ανακαλυφθούν μη ψηλαφητές μάζες . Επίσης βοηθάει στην εκτίμηση ασθενών με προκαρκινωματώδεις καταστάσεις καθώς και στην κατ' έτος εκτίμηση του άλλου μαστού.

➤ Ακτινογραφίες του θώρακα για έλεγχο των πνευμόνων και των πλευρών για ενδεχόμενες μεταστάσεις , καθώς και ειδικές ακτινογραφίες άλλων περιοχών αν υπάρχουν ειδικά συμπτώματα .

➤ Σπινθηρογράφημα οστών για να εντοπιστούν ενδεχόμενες οστικές μεταστάσεις .

➤ Αξονική τομογραφία κοιλίας για έλεγχο του ήπατος , ιδίως αν είναι αυξημένη ή αλκαλική φωσφατάση του ορού .

Γ. Ενδοσκόπηση και βιοψία

Με την αναρρόφηση της λεπτής βελόνας . Το ίδιο γίνεται αν με την αναρρόφηση ληφθεί αιμορραγικό υγρό , αν βρεθούν ανώμαλα κύτταρα στο υγρό .

➤ Πάντοτε , όταν υπάρχουν ύποπτες μάζες του μαστού γίνονται χειρουργικές βιοψίες .Ολοένα συχνότερα χρησιμοποιείται FNA, μια απλή διαδικασία που μπορεί να γίνει στο ιατρείο και συνήθως δίνει οριστική απάντηση σχετικά με την πιθανότητα καρκίνου .Είναι όμως απαραίτητο να γίνει η εξέταση από εξειδικευμένο κυτταρολόγο ή παθολογοανατόμο και να ελεγχθεί σωστά ο ιός .

8.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

➤ Στην κλινική εξέταση του μαστού η ασθενής εξετάζεται σε διάφορες θέσεις , καταγράφεται δε 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. (Dollinger Malin M.D. Rosenbaum Ernest, M.D. Greg Cable 1993).

Η φυσική εξέταση πρέπει να γίνεται από ειδικευμένο γιατρό τουλάχιστον μία φορά κάθε έξι μήνες . (Λέφα Β. 1999).

Είναι σαφές όμως, ότι, πριν προχωρήσει κανείς στην κλινική εξέταση πρέπει πρώτα να συγκεντρώσει ορισμένες πληροφορίες για την ασθενή, το λεγόμενο δηλαδή, ιστορικό. Οι σπουδαιότερες απ' τις πληροφορίες είναι: η ηλικία, η τεκνοποίηση, η αναπαραγωγική κατάσταση, η προ- ή μετά- εμμηνοπαυσιακή περίοδος, το οικογενειακό ιστορικό για ΚΜ, η ηλικία πρώτου τοκετού, ο θηλασμός, η χρήση ορμονών. Επίσης, άλλες λιγότερο σπουδαίες πληροφορίες που είναι: τόπος γέννησης, τόπος διαμονής, διατροφή, κάπνισμα, κατανάλωση καφεΐνης.

Επίσης, κατά τη λήψη του ιστορικού πρέπει να γίνονται και ειδικές ερωτήσεις όπως:

- Α. Αν υπάρχει ιστορικό τραύματος
- Β. Ποια η σχέση των συμπτωμάτων με τον κύκλο
- Γ. Αν το υπερκείμενο δέρμα παρουσιάζει αλλοιώσεις φλεγμονής
- Δ. Αν υπάρχει έκκριση υγρού από τις θηλές και το είδος της έκκρισης.

Οι ειδικές αυτές ερωτήσεις γίνονται στην ασθενή, για να πληροφορηθούμε, σε περίπτωση νόσου, πώς άρχισε, πότε άρχισε, πώς εξελίχθηκε, να βγάλουμε μερικά συμπεράσματα για τη διάγνωση αλλά και για την πιθανή πρόγνωση της νόσου. Γυναίκες που πήγαν στο γιατρό με δωδεκάμηνη και μεγαλύτερη καθυστέρηση από την ημέρα που ανακαλύφθηκε ο καρκίνος τους, έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν θετικούς λεμφαδένες μασχάλης από αυτές που πήγαν με καθυστέρηση τριών μηνών ή με μικρότερη.

Πρέπει να πληροφορηθούμε επίσης, αν υπάρχει ιστορικό τραύματος γιατί πολλές φορές η νέκρωση λίπους που είναι αποτέλεσμα κάκωσης μπορεί να εκληφθεί σαν καρκίνος. Επίσης, αν το δέρμα του μαστού παρουσίασε αλλοιώσεις φλεγμονής και την εξέλιξη των αλλοιώσεων αυτών για να μπορέσουμε να κάνουμε διαφορική διάγνωση μεταξύ απλής καλοήθους φλεγμονής και φλεγμονώδους καρκίνου.

Με τη λήψη καλού ιστορικού, η νοσηλεύτρια μπορεί να βγάλει συμπεράσματα για την κατάσταση της εξεταζόμενης και να μάθει να εκτιμά την αντίληψη των εξεταζόμενων γυναικών για τα προβλήματά τους.

Το νοσηλευτικό ιστορικό πρέπει να λαμβάνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα και με οργανωμένο τρόπο, ακολουθώντας κάποια καθοδηγητική δομή. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι άνετη και ευχάριστη κατά την διάρκεια της συνέντευξης της ασθενούς και ικανή να την καθοδηγεί σε μια

ανταλλαγή πληροφοριών , στην οποία θα βασισθεί η πορεία αντιμετώπισης της εξεταζόμενης .

Το ιστορικό ολοκληρώνεται με στοιχεία που αφορούν στην οικογενειακή κατάσταση , τις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, αν υπήρξαν σημαντικές δυσκολίες στη ζωή της ,ποιες ήταν και πώς τις αντιμετώπισε . Είναι επίσης σημαντικό η νοσηλεύτρια να γνωρίζει την εκτίμηση της ίδιας της γυναίκας και την κατάσταση της όπως επίσης και το πώς θα αντιμετώπιζε ενδεχόμενη εισαγωγή της σε νοσοκομείο , τη φυσική και συναισθηματική κατάσταση της και τους διαθέσιμους πόρους.

Όσο σημαντική λοιπόν, είναι η αξία ενός καλού ιστορικού , άλλο τόσο σημαντική για την πρώιμη διάγνωση της νόσου είναι και μια καλή κλινική εξέταση . Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση . (Κόνιαρη Ε. 1991).

Πριν από την κλινική εξέταση , η νοσηλεύτρια :

- Εξηγεί στην ασθενή τι πρόκειται να γίνει και της εμπνέει διάθεση συνεργασίας .
- Συνιστά να πάει στην τουαλέτα , για την κένωση της ουροδόχου κύστης, ώστε να διευκολύνει την εξέταση .
- Την προστατεύει με παραβάν και φροντίζει για την αφαίρεση ορισμένων ενδυμάτων που θα παρεμποδίσουν την εξέταση την καλύπτει όμως, αν βρίσκεται σε ύπτια θέση με σεντόνι ή κουβέρτα νοσηλείας , ώστε να μην εκτεθεί περισσότερο απ' ότι χρειάζεται .Με αυτό τον τρόπο, ανακουφίζει ή και εξουδετερώνει το φόβο , τη νευρικότητα και τη συστολή της ασθενούς ,που ελαττώνουν την ικανότητά της για συνεργασία κατά την εξέταση .
- Κλείνει τα παράθυρα για να μην κρυολογήσει και εξασφαλίζει από απόλυτη ησυχία .
- Εξασφαλίζει καλό φωτισμό .
- Την πληροφορεί ότι ο γιατρός θα τη ρωτήσει για το ιστορικό της υγείας της , ώστε για να ετοιμασθεί να απαντήσει .
- Τη βοηθεί με επαρκείς απαντήσεις να πάρει θέση κατάλληλη για το είδος της κλινικής εξέτασης .

Για την εξέταση του μαστού είναι απαραίτητος ο κατάλληλος φωτισμός , ώστε να καλύπτονται όλες οι μορφολογικές και χρωματικές μεταβολές .Η εξεταζόμενη πρέπει να αποβάλει όλα τα ενδύματα από τη μέση και πάνω , ο χώρος να θερμαίνεται ικανοποιητικά και να έχει δημιουργηθεί ένα καλό ψυχολογικό κλίμα μεταξύ του γιατρού και της γυναίκας .

Σκόπιμο είναι, κατά τη διάρκεια της εξέτασης , ο γιατρός να διαθέσει τον απαιτούμενο χρόνο, για να δείξει στη γυναίκα τον τρόπο εξέτασης του μαστού από την ίδια .

Για την καλύτερη και πιο συστηματική εξέταση , ο μαστός διαιρείται σε τέσσερα τεταρτημόρια και μια ουρά . Το μεγαλύτερο ποσοστό του αδενικού οστού βρίσκεται στο άνω- έξω τεταρτημόριο και εκτείνεται προς την ουρά του μαστού (tail of Spence), η οποία βρίσκεται σε άμεση σχεδόν επαφή με τους λεμφαδένες της μασχάλης .

Οι φυσικές εξεταστικές μέθοδοι που εφαρμόζονται για την εξέταση του μαστού είναι η επισκόπηση και η ψηλάφηση .(Σιών Λ. Μιχαήλ 1997).

Η επισκόπηση και η ψηλάφηση είναι διαγνωστικές μέθοδοι και εφόσον γίνονται σωστά και συστηματικά , μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την έγκαιρη διάγνωση στα πρώτα στάδια της καρκινογένεσης , με αποτέλεσμα ίαση στο 90% περίπου των περιπτώσεων . (Λέφα Β. 1999).

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ

Με την γυναίκα καθισμένη και με τα χέρια της κρεμασμένα χαλαρά στα πλάγια του κορμού , επισκοπείται ο κάθε μαστός χωριστά, αλλά παράλληλα και συγκριτικά .Εξετάζεται το μέγεθος ,η συμμετρία, το περίγραμμα, το χρώμα και η υφή του δέρματος ,το φλεβικό δίκτυο και οι τυχόν μεταβολές τους .

Το μέγεθος και η συμμετρία των δύο ματιών , στην ίδια γυναίκα , έχουν συνήθως μικρές αποκλίσεις εξαρτώμενες από το αν είναι δεξιόχειρες ή αριστερόχειρες , από την εργασία τους και από τις συνήθειες και τη στάση του σώματος .

Το δέρμα πρέπει να έχει απαλή όψη και το περίγραμμα του μαστού να είναι συνεχές .Η τυχόν εμφάνιση ρικνώσεων και εντυπωμάτων υποδηλώνει συρρίκνωση του συνδετικού ιστού , η οποία γίνεται κυρίως στον καρκίνο του μαστού .Εμφάνιση του δέρματος (δίκηνη φλοιού πορτοκαλιού) σημαίνει συνήθως την ύπαρξη οιδήματος , οφειλόμενου σε κώλυμα στην παροχέτευση της λέμφου , εξαιτίας προχωρημένου καρκίνου του μαστού.

Η ετερόπλευρη διάσταση του φλεβικού δικτύου του μαστού πρέπει να εγείρει την προσοχή του γιατρού ,γιατί σε πολλές περιπτώσεις , η διάταση αυτή οφείλεται σε αυξημένη ροή αίματος προς έναν καρκίνο του μαστού.

Η θηλαία άλωσ του μαστού (oneola) και οι θηλές (nipples) πρέπει να έχουν ίσο περίπου μέγεθος και χρώμα και στους δύο μαστούς. Εισολκές της θηλής , χρονολογούμενες από πολλά χρόνια θεωρούνται μάλλον αθώες, ενώ αντίθετα, πρόσφατες εισολκές (inversion),ειδικά ετερόπλευρες επιβάλλουν προσεκτικότερη διερεύνηση.

Μετά τη συγκριτική επισκόπηση , ο γιατρός πρέπει να ελέγξει και την κινητικότητα των μαστών, με τη γυναίκα τοποθετημένη στις παρακάτω στάσεις .

➤ Καθισμένη με τα χέρια πάνω από το κεφάλι . Η θέση αυτή δημιουργεί τάση στους κρεμαστήρες συνδέσμους και είναι δυνατόν να αποκαλύψει διαφορές στο περίγραμμα και τη συμμετρία των μαστών .

➤ Καθισμένη με τα χέρια να στηρίζονται και να ασκούν πίεση στη λεκάνη . Η θέση αυτή προκαλεί σύσπαση των θωρακικών μυών και αποκαλύπτει αλλοιώσεις στο περίγραμμα και στη συμμετρία των μαστών.

➤ Καθισμένη με τα χέρια στην πρόταση και με τον κορμό σε κάμψη 45 . Οι μαστοί κρέμονται προς τα μπρος από τους συνδέσμους τους .Με το χειρισμό αυτό αποκαλύπτονται διαταραχές στη συμμετρία των μαστών .

ΨΗΛΑΦΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ψηλάφηση των μαστών είναι η πιο σημαντική διαγνωστική φυσική εξέταση .Πρέπει να γίνεται συστηματικά και να μην παραλείπεται σε καμία γυναίκα , οποιασδήποτε ηλικίας .

Με την ψηλάφηση εξετάζονται ο μαστός , οι θηλές ,η κοιλότητα της μασχάλης και οι υπερκλειδίδες περιοχές .

Η ψηλάφηση του μαστού εκτελείται με τα δάκτυλα , τα οποία πρέπει να πιέζουν το μαστό τόσο , ώστε να παρέχεται καλή αίσθηση των υποκείμενων ιστών , χωρίς όμως να πονάει η γυναίκα .

Αρχικά η ψηλάφηση αρχίζει από το εξωτερικό περίγραμμα του μαστού, ακολουθείται κυκλική πορεία και ο μαστός ψηλαφάται σε ομόκεντρους κύκλους , μέχρι τη θηλαία άλω.

Έπειτα ,η ψηλάφηση εκτελείται με τα δάκτυλα των δύο χεριών του γιατρού.Αρχίζει από το άνω όριο του περιγράμματος και ακολουθώντας ελικοειδή πορεία προς τα κάτω, καταλήγει στο κάτω μέρος του περιγράμματος του μαστού .

Ανεξάρτητα από την ψηλαφητική μέθοδο που εφαρμόζεται, δεν πρέπει ποτέ να παραλείπεται η εξέταση της ουράς του Spence, θέση συχνής εμφάνισης του καρκίνου του μαστού .Η εξέταση της ουράς του Spence καλό είναι να γίνεται με την άρρωστη καθιστή και με τα χέρια στην ανάταση ,ενώ ο γιατρός ψηλαφάει την ουρά, συμπιέζοντάς την ελαφρά μεταξύ του αντίχειρα και των υπόλοιπων δακτύλων .

Αν η γυναίκα βρίσκεται σε έμμηνη ρύση ,ή αναμένεται πολύ σύντομα έμμηνη ρύση, η εξέταση πρέπει να επαναλαμβάνεται μια εβδομάδα

αργότερα , γιατί τις ημέρες του καταμήνιου κύκλου , για ορμονικούς λόγους , ο μαστός διογκώνεται και έχει λοβωτή εμφάνιση.

Η ψηλάφηση των μαστών ολοκληρώνεται πιέζοντας το μαστό μεταξύ των δακτύλων και του θωρακικού τοιχώματος και εκτελώντας περιστροφικές κινήσεις .

Αν κατά την ψηλάφηση γίνει αντιληπτή κάποια μάζα, τότε πρέπει να αναζητηθούν η εντόπιση , το μέγεθος ,η μορφή, η σύσταση ,η τάση , η κινητικότητα ,τα όρια , οι τυχόν συμφύσεις της και αν είναι επώδυνη ή ανώδυνη .

Τα χαρακτηριστικά αυτά, σε συνδυασμό με το ιστορικό και με τα ευρήματα από την επισκόπηση , κατευθύνουν προς την πιθανή διάγνωση, η οποία επιβεβαιώνεται με την εκτέλεση ακτινολογικού/ υπερηχογραφικού, κυτταρολογικού και ιστολογικού ελέγχου .

Απαραίτητο είναι να γνωρίζει ο γιατρός τις ιδιαιτερότητες που εμφανίζει στην ψηλάφηση ο μαστός της εγκυμονούσας γυναίκας , της γυναίκας που θηλάζει και της ηλικιωμένης γυναίκας , ώστε να αποφεύγει λανθασμένες εκτιμήσεις των ευρημάτων του.

ΨΗΛΑΦΗΣΗ ΤΩΝ ΘΗΛΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ψηλάφηση των θηλών των μαστών γίνεται με τον αντίχειρα και το δείκτη του ενός χεριού . Τα δάκτυλα αυτά πιέζουν ελαφρά σαν λαβίδα , τη θηλή .Αν κατά την ψηλάφηση της θηλής εξέλθει κάποιο υγρό , τότε αυτό πρέπει να εξετάζεται κυτταρολογικά .

ΨΗΛΑΦΗΣΗ ΤΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ ΤΗΣ ΜΑΣΧΑΛΗΣ

Η ψηλάφηση των λεμφαδένων της μασχάλης γίνεται με τη γυναίκα καθιστή και με τα χέρια λυγισμένα στους αγκώνες .Ο γιατρός τοποθετεί την παλαμιαία επιφάνεια των δακτύλων του στην κορυφή της μασχαλιαίας κοιλότητας πιέζοντας ελαφρά .Κατόπιν διατρέχει με τα δάκτυλά του όλους τους μαλακούς ιστούς , σε όλα τα τοιχώματα της μασχάλης .

Αν βρεθούν λεμφαδένες πρέπει να προσδιοριστεί η ακριβής εντόπισή τους το μέγεθος , η μορφή , η σύσταση και τα όριά τους , αν είναι επώδυνοι ή ανώδυνοι αν είναι κινητοί ή όχι και αν είναι μονήρεις ή αν συμφύονται μεταξύ τους .

ΨΗΛΑΦΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΕΡΚΛΕΙΔΙΩΝ ΒΟΘΡΩΝ

Στους υπερκλειδιους βόθρους αναζητούνται επίσης λεμφαδένες . Διογκωμένοι λεμφαδένες στην περιοχή αυτή υπάρχουν σε καρκίνο του μαστού , αλλά πιο συχνά πρόκειται για μεταστάσεις του καρκίνου του στομάχου (αδένας του Virchow) και του πνεύμονα .

ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η εξέταση του μαστού από την ίδια τη γυναίκα πρέπει να γίνεται τουλάχιστον μια φορά το μήνα , ώστε να είναι οικεία σ' αυτήν η εμφάνιση και η οπτική αίσθηση του μαστού .Η καλή γνώση του μαστού θα κάνει ευκολότερη την έγκαιρη αναγνώριση και μικρών ακόμα αποκλίσεων από το φυσιολογικό .

Σε σχέση με την έμμηνη ρύση , ο καλύτερος χρόνος για την αυτοεξέταση του μαστού είναι 2-3 ημέρες μετά το τέλος της περιόδου .

ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η επισκόπηση του μαστού γίνεται με τη βοήθεια ενός μεγάλου καθρέφτη .Τα βήματα της επισκόπησης είναι τα παρακάτω:

➤ Αρχικά επισκοπούνται οι δύο μαστοί με τη γυναίκα τοποθετημένη μπροστά στον καθρέφτη , με τα χέρια χαλαρά κρεμασμένα στο πλάι του κορμού .Από τη θέση αυτή γίνεται αδρή επισκόπηση των μαστών .

➤ Στη συνέχεια τοποθετούνται τα δύο χέρια πίσω από το κεφάλι , οι αγκώνες πιέζουν προς τα εμπρός και επισκοπείται το περίγραμμα των μαστών .

➤ Μετά τα χέρια τοποθετούνται στη λεκάνη και οι ώμοι και οι αγκώνες πιέζουν προς τα εμπρός , ενώ επισκοπείται το περίγραμμα των μαστών.

➤ Ανασηκώνεται το δεξιό ή το αριστερό χέρι , ενώ ταυτόχρονα το αντίθετο από το ανασηκωμένο χέρι ψηλαφά το μαστό. Η ψηλάφηση γίνεται με τα τρία ή τέσσερα δάκτυλα , αρχίζει από το εξωτερικό περίγραμμα του μαστού και ακολουθεί κυκλική ομόκεντρη πορεία , μέχρι τη θηλή του μαστού , χωρίς να παραλείπεται κανένα σημείο .

➤ Με τον αντίχειρα και τον δείκτη ψηλαφάται και πιέζεται ελαφρά η θηλή .

➤ Τα βήματα 4 και 5 πρέπει να επαναλαμβάνονται σε ύπτια θέση .Η θέση αυτή επιπεδώνει το μαστό και καθιστά την ψηλάφηση πιο εύκολη και αποδοτική .

➤ Τα βήματα 4,5 και 6 αφορούν στην ψηλάφηση των μαστών . Προ-

τείνεται η διαδικασία αυτή να γίνεται κατά τη διάρκεια της σωματικής καθαριότητας , επειδή το σαπούνι διευκολύνει την διολίσθηση των δακτύλων στο μαστό και ταυτόχρονα περιέχει καλύτερη οπτική αίσθηση. (Κόνιαρη Ε. 1991).

8.4 ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Μαστογραφία είναι η απεικόνιση των μαστών πάνω σε ακτινογραφικό φιλμ με τη βοήθεια ακτινοβολίας . Η μαστογραφία κατέχει μοναδική θέση στην πρώιμη ανίχνευση και ανακάλυψη του ΚΜ περισσότερο από κάθε άλλη μέθοδο . Είναι απαραίτητη για την πλήρη εκτίμηση των συμπτωματικών γυναικών , και αναντικατάστατη στον προσυμπτωματικό έλεγχο σαν μέσο διαλογής Η μαστογραφία είναι εξέταση απλή , ανώδυνη , ακίνδυνη και εύκολα αποδεκτή από τις γυναίκες, μπορεί δε να ανιχνεύει ανωμαλίες στο μαστό μεγέθους 2mm.

Η μαστογραφία συνιστάται να γίνεται κάθε δύο χρόνια μετά την ηλικία των 50 ετών .Σε ηλικία 35-40 ετών η γυναίκα , έστω ασυμπτωματική πρέπει να κάνει μία μαστογραφία αναφοράς .Επί υποψίας , καρκίνου μπορεί να γίνει μαστογραφία σε οποιαδήποτε ηλικία .

Το υπερηχογράφημα βοηθά πάρα πολύ στη διάγνωση και είναι τελείως ακίνδυνη μέθοδος διότι δεν εκτεθεί σε ακτινοβολία , μπορεί δε να διαφοροδιαγνώσει συμπαγείς όγκους από κύστεις . Η ευρεία χρήση του υπερηχογραφήματος και της παρακέντησης με λεπτή βελόνα μέσω στερεοτακτικού μαστογράφου , μπορεί να αυξήσει τα ποσοστά ακριβούς διαγνώσεως . Παρ' όλο που η μαστογραφία σε ένα ποσοστό 10-15% δείχνει ψευδώς αρνητικά ή θετικά αποτελέσματα , αποτελεί σήμερα την μόνη εξέταση που μπορεί ν' ανιχνεύσει πρώιμα τον ΚΜ.

Με τη μαστογραφία , μπορεί να ανακαλυφθούν παθήσεις του μαστού:

A. Καλοήθεις : Κύστεις , αδένωμα μαστού, ίνωση , πλασματοκυτταρική μαστίτιδα , αποστήματα και λιπώματα .

B. Κακοήθεις : Καρκίνωμα και σάρκωμα . (Δόντας Μπεζμπέας 2002).

8.4.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ.

Η ακτινολογική εικόνα του μαστού στη μαστογραφία ποικίλει εξαρτάται από την ηλικία, τη φάση του κύκλου της έμμηνου ρύσεως, την εγκυμοσύνη, τη γαλουχία κ.ά. Ο μαστός φαίνεται σαν ένα τρίγωνο με την κορυφή προς τη θηλή και τη βάση προς το θωρακικό τοίχωμα. Η ακτινολογική εικόνα του μαστού εξαρτάται από την ποσοτική και την ποιοτική σχέση μεταξύ των διαφόρων ιστικών στοιχείων. Για παράδειγμα, ο αδενικός και ο ινώδης ιστός είναι πυκνός και ακτινοσκοπικός, ενώ ο λιπώδης είναι διαυγής και λιγότερο ακτινοσκοπικός.

Από την εφηβεία μέχρι την κλιμακτηριακή περίοδο παρατηρούνται διαφορετικοί βαθμοί ανάπτυξης των δομικών στοιχείων, που καθορίζουν την ακτινολογική εικόνα.

Ο μαστός προ της εφηβείας παρουσιάζει μικρή ανάπτυξη αδενικού ιστού που στη μαστογραφία απεικονίζεται όπως ένας μικρός όζος, καλά αφοριζόμενος πίσω από τη θηλή του μαστού.

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

Οι μαστοί των νέων και ενήλικων γυναικών παρουσιάζουν περισσότερο κανονική σύσταση. Οι γαλακτοφόροι πόροι με τον αδενικό, διάμεσο συνδετικό και το λιπώδη ιστό δίνουν τη χαρακτηριστική φυσιολογική ακτινολογική εικόνα. Με την πάροδο της ηλικίας και την εναπόθεση λίπους, σε συνδυασμό με την προοδευτική ατροφία του συνδετικού ιστού, που παρατηρείται κυρίως στις ηλικιωμένες, ο μαστός παίρνει ομοιογενή εικόνα.

Οι μαστοί παρουσιάζουν αλλαγές και κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Από την αρχή της περιόδου μέχρι περίπου τη 14^η ημέρα του κύκλου, ο μαστός παρουσιάζει μικρότερη τάση και στην ακτινογραφία είναι περισσότερο διαφανής. Από τη 14^η ημέρα του κύκλου και μέχρι την έναρξη της περιόδου εμφανίζεται περισσότερο πυκνός, χωρίς βέβαια ουσιαστικές αλλαγές ως προς τη μορφολογία του. Αυτό οφείλεται σε ορμονικές επιδράσεις, που εξαιτίας τους ο μαζικός αδένας – και ειδικότερα ο ινώδης και λιπώδης ιστός – επιφορτίζεται με νερό.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, παρατηρείται υπερπλασία του αδενικού και του ινώδους ιστού, μεγαλύτερη αγγειοβρίθεια και διεύρυνση των γαλακτοφόρων πόρων, στοιχεία που δημιουργούν ασάφεια στην απεικόνιση του μαστού.

Μετά την περίοδο αναπαραγωγής , ο μετεμμηνορρυσιακός μαστός υφίσταται συνήθως ινολιπώδη εκφύλιση και έτσι μεταβάλλεται η σύστασή του , επειδή αντικαθίσταται από λιπώδη ιστό .

8.4.2 ΠΟΙΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΠΟΤΕ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.

A. Μαστογραφικός έλεγχος σε οποιαδήποτε γυναίκα με συμπτώματα πρέπει να γίνεται μόνο μετά από προηγούμενη εξέταση των μαστών . Στις ΗΠΑ , έχει υπολογισθεί ότι με την έγκαιρη διάγνωση μετά από μαστογραφικό έλεγχο σώζονται τουλάχιστον 12.000 γυναίκες κάθε χρόνο .

B. Γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών με έναν ή περισσότερους επιβαρυντικούς παράγοντες πρέπει να υποβάλλονται μια φορά το χρόνο σε μαστογραφικό έλεγχο . Η χρησιμότητα του περιοδικού μαστογραφικού ελέγχου σε γυναίκες αυτής της ηλικίας , χωρίς επιβαρυντικούς παράγοντες, είναι οριακή και χρειάζονται εκ των προτέρων ελεγχόμενες μελέτες για να καθορίσουν τη σκοπιμότητά του .

Γ. Δεν έχει ακόμη εξακριβωθεί η αξία του μαζικού προσυμπτωματικού μαστογραφικού ελέγχου σε γυναίκες κάτω των 50 ετών .Ωστόσο , αναφέρεται ότι πρέπει να γίνεται τουλάχιστον 1 φορά μεταξύ 35 και 40 ετών .

Δ. Σε ασυμπτωματικές γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών , συνιστάται μαστογραφικός έλεγχος κάθε ένα ή δύο χρόνια , ανάλογα με την υφή του αδένου και τους δείκτες αυξημένου κινδύνου .

Ε. Πόσο συχνά πρέπει να γίνεται μαστογραφία σε μια γυναίκα που έχει επιλεγεί για περιοδικό έλεγχο; Αν και δεν υπάρχουν τεκμηριωμένα αποτελέσματα , φαίνεται ότι σε γενικές γραμμές το μικρότερο χρονικό διάστημα μεταξύ των δύο μαστογραφιών είναι ένα έτος .Είναι όμως ενδεχόμενο ο γιατρός, με βάση τον κίνδυνο που διατρέχει η γυναίκα , την ηλικία της κ.λπ., να βραχύνει το μεσοδιάστημα αυτό .

8.4.3. ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Η δόση ακτινοβολίας που δέχεται ο μαστός σε μια ικανοποιητική μαστογραφία έχει περιοριστεί τελευταία σε 0,2- 0,3 rad στο δέρμα και σε 0,02-0,03 στο μαστό , ποσότητα ασήμαντη για βλαστική δράση, ιδιαίτερα όταν γίνεται σε σχετικά μεγάλες γυναίκες .

Ο κίνδυνος της ακτινοβολίας από μια ή περισσότερες μαστογραφίες έχει τελευταία αποτελέσει πηγή άγχους για τις γυναίκες και μεγάλης αβεβαιότητας για τους γιατρούς .Σε γενικές γραμμές , όλες οι πειραματικές

μελέτες δείχνουν ότι η ιοντίζουσα ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει ΚΜ εντούτοις ο κίνδυνος μειώνεται προοδευτικά με την αύξηση της ηλικίας . Ο μεγαλύτερος κίνδυνος από επανειλημμένες εκθέσεις υπάρχει στις ηλικίες από 9-19 ετών , ενώ πάνω από 50, πιθανότητα, ο μαστός δεν είναι από πρακτική σκοπιά ευαίσθητος στην ακτινοβολία

Η μαστογραφία χρησιμοποιείται ευρύτατα σήμερα στα διάφορα κέντρα μαστού .Το πλεονέκτημα της μαστογραφίας χαμηλής δόσης κάνει τη μέθοδο πολύ χρήσιμη , γιατί επιτρέπει :

A. Τη χρησιμοποίησή της σε νέες κυρίως γυναίκες .

B. Επιτρέπει τον περιοδικό προληπτικό έλεγχο, στοιχείο σημαντικό για την έγκαιρη διάγνωση του ΚΜ. (Κόνιαρη Ε. 1991).

8.5 ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μεταστάσεις στον καρκίνο του μαστού προκαλούνται με διήθηση των γειτονικών ιστών , κατά μήκος των γαλακτοφόρων πόρων ,με το λεμφικό σύστημα και με αιματικά έμβολα .Συχνότερα προσβάλλονται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες (40-50%) .

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

Κατά σειρά συχνότητας ο καρκίνος του μαστού προκαλεί μεταστάσεις :

- Στα οστά , συχνότερα της πυέλου και στο μηριαίο οστό , σε 70% .
- Στο συκώτι, σε συχνότητα 65% .
- Στους πνεύμονες , σε συχνότητα 40% .
- Στις ωοθήκες , σε συχνότητα 15% .

Επίσης , σε μικρότερη συχνότητα , εμφανίζεται στο δέρμα , στον εγκέφαλο, στους νεφρούς και στην καρδιά .

Οι μεταστάσεις είναι δυνατόν να είναι και τοπικές , δηλαδή να αναπτυχθούν αργότερα σε σημείο του μαστού , που υποβλήθηκε σε θεραπεία χειρουργική ή συντηρητική . Τέτοιες μεταστάσεις είναι οι μασχαλιαίες , παραστερνικές και στο θωρακικό τοίχωμα και απαντώνται σε συχνότητα 7-30% . (Παπανικολάου ΝΑ. 1994).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

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

1.1.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΝΑΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ.

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

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

Ωστόσο, ο εργαστηριακός έλεγχος δεν μπορεί να αντικαταστήσει την επιδημιολογική ή πειραματική αξιολόγηση της καρκινογενετικής ικανότητας των ύποπτων ουσιών, γιατί αρκετά συχνά παρέχει εσφαλμένα «θετικά» ή εσφαλμένα «αρνητικά» ευρήματα.

Τέτοια προγράμματα είναι:

A. Η υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον ΚΜ βοηθάει στην πρόληψή του, π.χ. οι διατροφικές συνήθειες και η σχέση τους με τον ΚΜ.

B. Η προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. γυναικών που εργάζονται σε ακτινολογικά εργαστήρια) γίνεται με την λήψη ειδικών μέτρων, σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.

Γ. Η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνες παράγοντες με νομοθετικά μέτρα σε εθνικούς και διεθνείς κανονισμούς.

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

Α. Η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας .

Β. Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40ό έτος .

Γ. Η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο .

Δ. Η ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα, οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση .

Ε. Η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα .

ΣΤ. Η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση νοσηλευτριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού .

Ζ. Η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των ασχολούμενων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν στο ΚΜ.

Η. Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιορισθούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση .

Θ. Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του ΚΜ.

1.1.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Όταν δεν υπάρχουν ή δεν έχουν εφαρμοσθεί μέτρα για την πρωτογενή πρόληψη, η επίδραση του αιτιολογικού παράγοντα στον άνθρωπο δημιουργεί μια αλυσίδα από βλάβες, που οδηγούν τελικά στην εμφάνιση της νόσου, η οποία εκδηλώνεται με υποκειμενικά συμπτώματα και αντικειμενικά σημεία. Η μετάβαση της ασθενούς στο γιατρό γίνεται κατά κανόνα αφού εκδηλωθεί η νόσος, και τότε μπορεί να είναι πολύ αργά, γιατί οι βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες.

Στη δευτερογενή πρόληψη, γίνεται προσπάθεια να διαγνωσθεί η ύπαρξη νόσου έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανισθούν τα συμπτώματα, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε βαριές και μερικές φορές ανίατες μορφές. Επομένως, η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

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

Όταν μια γυναίκα αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα με τους μαστούς της, αποφασίζει σχετικά εύκολα να προσέλθει για εξέταση όταν όμως πρόκειται για προσυμπτωματικό έλεγχο είναι πραγματικά πρόβλημα, γιατί αφορά σε γυναίκες φαινομενικά υγιείς, δύσκολα πείθονται να προσέρχονται τακτικά για εξέταση επί μακρό χρονικό διάστημα. Το μεγαλύτερο λοιπόν βήμα για την επιτυχία ενός περιοδικού προληπτικού ελέγχου είναι η προσέλκυση υγιών γυναικών. Πρέπει συνεπώς να δημιουργηθούν κίνητρα για το σκοπό αυτό.

Για την επιτυχία ενός τέτοιου προγράμματος, πρέπει να ενημερώνεται το κοινό για την ύπαρξη του και οι γυναίκες να διδάσκονται όχι μόνο να αποδέχονται την εξέταση, αλλά και να την επιδιώκουν.

Για την διενέργεια του περιοδικού προληπτικού ελέγχου, απαιτείται συνήθως η συνεργασία πολλών ατόμων με τη βοήθεια ενός ή και περισσότερων μεθόδων ή μηχανημάτων.

Κύριος σκοπός του ελέγχου δεν είναι η συγκεκριμένη διάγνωση, αλλά η ανίχνευση ανωμαλιών, οι οποίες στη συνέχεια θα διερευνηθούν από ειδικούς γιατρούς, για να τεθεί τελικά η διάγνωση.

Η εξέταση του μαστού συνήθως περιλαμβάνει :

- A. Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό).
- B. Γενική φυσική εξέταση .
- Γ. Κλινική εξέταση (επισκόπηση – ψηλάφηση).
- Δ. Αιματολογικές εξετάσεις .
- Ε. Ακτινολογικές εξετάσεις (μαστογραφία).

Στις μεθόδους προσυμπτωματικού ελέγχου δεν πρέπει να παραλείψουμε να σημειώσουμε τη μεγάλη συμβολή μιας άλλης μεθόδου, περισσότερο αποδεκτής από τις γυναίκες και περισσότερο εφικτής ως προς την πραγματοποίησή της και το διάμεσο χρόνο επανάληψή της , της αυτοεξέτασης του μαστού (ΑΕΜ) , η οποία θα αναπτυχθεί παρακάτω .

Με τη μαστογραφία , διαπιστώνονται ογκίδια , σχετικώς μικρά, μετά την εμμηνόπαυση αλλά μεγαλύτερα πριν από την εμμηνόπαυση . Κατά συνέπεια, η μαστογραφία είναι χρήσιμη κυρίως μετά την εμμηνόπαυση , γιατί η διαγνωστική της αξία είναι τότε μεγαλύτερη , αλλά επίσης πριν από την εμμηνόπαυση γιατί ο αθροιστικός κίνδυνος για την ενδεχόμενη καρκινογένεση πριν από την εμμηνόπαυση είναι ουσιαστικότερος . Η μαστογραφία μπορεί να αποτύχει να αντιμετωπίσει μερικές περιπτώσεις ΚΜ : 3 στις 10 γυναίκες με ΚΜ μπορεί να ξεφύγουν από τον ανά τριετία περιοδικό έλεγχο .

Με την ψηλάφηση, διαπιστώνονται ογκίδια με διάμετρο μεγαλύτερη από 1 cm, εφόσον δεν βρίσκονται σε μεγάλο βάθος γι' αυτό το λόγο , η ψηλάφηση αποτελεί τη μέθοδο εκλογής πριν από την εμμηνόπαυση , σε γυναίκες χωρίς δείκτες ειδικού αυξημένου κινδύνου .

Αυτός ο έλεγχος υγείας ή « check up» , όπως συνήθως λέγεται , επαναλαμβάνεται μια φορά το χρόνο από τον οικογενειακό γιατρό ή από ειδικά ιατρεία νοσοκομείων ή (ιδεωδώς) από ειδικά κέντρα ασυμπτωματικής διάγνωσης του καρκίνου . Τέτοια κέντρα υπάρχουν λίγα στον κόσμο . Πιο γνωστό είναι η Strang Clinic της Νέας Υόρκης , το κέντρο που συνέβαλε περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο στην προώθηση στη θεωρία και στην πράξη , της ιδέας των προληπτικών εξετάσεων για καρκίνο .

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

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

A. Παράταση επιβίωσης , στην ομάδα ηλικιών 50-64 , μείωση θνησιμότητας κατά 30%.

B. Χαμηλότερα ποσοστά προχωρημένης νόσου και επομένως λιγότερο δαπανηρή και λιγότερο κουραστική θεραπεία .

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

A. Η χρονική διάρκεια των ανιχνευτικών προγραμμάτων είναι ακόμη, σχετικά βραχεία .

B. Ο αριθμός των ατόμων που υποβάλλονται σε περιοδικό έλεγχο σε διάφορες μελέτες είναι σχετικά μικρός .

Γ. Η επιτυχία των προγραμμάτων εξαρτάται από την εμπειρία και την αφοσίωση της ομάδας που έχει την ευθύνη εφαρμογής των προγραμμάτων ελέγχου μαστού .

Τα μειονεκτήματα του περιοδικού ελέγχου είναι :

A. Δαπάνη για το κοινωνικό σύνολο

B. Καρκίνος από την έκθεση στην ακτινοβολία μετά τις μαστογραφήσεις.

Γ. Αύξηση αριθμού των χειρουργικών επεμβάσεων .

Δ. Ψυχικά τραύματα σε άτομα που δεν βρέθηκε καρκίνος κατά τον έλεγχο.

Ε. Ψυχικά τραύματα σε άτομα που βρέθηκε καρκίνος .

1.1.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.

Όλοι γνωρίζουμε σήμερα ότι η πρόληψη του ΚΜ επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες της φροντίδας υγείας ,πρωτοβάθμιας κυρίως αλλά και δευτεροβάθμιας . Ο ρόλος λοιπόν της νοσηλεύτριας , αφού πρωτοστατεί στις υπηρεσίες φροντίδας για την υγεία , είναι πολυδύναμος , πολυεπίπεδος και γι' αυτό στρατηγικός .

Η νοσηλεύτρια , ως μέλος της υγειονομικής ομάδας , προσφέρει πολύτιμο έργο στη διαφώτιση του κοινού σχετικά με την ανίχνευση και την πρόληψη διάγνωση του ΚΜ , καθώς και στην καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας .Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους, ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο , για να προάγει την υγεία του ατόμου . Όπως κάθε παιδεία ,έτσι και η υγειονομική παιδεία , για να έχει απόδοση έχει ανάγκη από μεθοδολογία . Συνδέονται μοιραία στην υγειονομική διαφώτιση , σε

κάθε πρόγραμμα πρόληψης , παράγοντες πολιτικοί , κοινωνικοί , πολιτιστικοί , περιβαλλοντικοί .

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΜ

- Χαρακτηριστικά στόχων.
- Διαθέσιμες υπηρεσίες .
- Μέσα προσέγγισης .
- Προσφορότερη κατανομή δαπανών .

ΣΤΟΙΧΕΙΑ

- Επιδημιολογικά δεδομένα .
- Συνήθειες της οικογένειας .
- Πιθανές στάσεις , ιστορικό δημόσιας υγείας .
- Περιβαλλοντικά στοιχεία .
- Επίδραση άμεση ή έμμεση στο χώρο της εργασίας .
- Πρότυπο αντικαρκινικής συμπεριφοράς .

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

- Προσωπικού – γενικού χαρακτήρα
- Οικογενειακή προσέγγιση.
- Εργασιακή προσέγγιση .

Για τη σωστή εκτίμηση και διαφώτιση των ασυμπτωματικών γυναικών, η παιδεία της νοσηλεύτριας πρέπει να περιλαμβάνει :

- A. Γνώσεις για τον ΚΜ και τη φυσική του εξέλιξη .
- B. Γνώση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων .
- Γ. Ικανότητα λήψης καλού ιστορικού .
- Δ. Ικανότητες φυσικής εκτίμησης .
- E. Γνώση των αποδεκτών τρόπων παρεμβολής .

ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του ΚΜ . Μπορεί να κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας , να παίρνει διαιτολόγια , να βλέπει τις παρεκκλίσεις , αφού γνωρίζει ότι η διατροφή αποτελεί τη βασικότερη ίσως παράμετρο του μικροπεριβάλλοντος και για το λόγο αυτό θεωρείται πιθανός αιτιολογικός παράγοντας για τον ΚΜ . Συνιστά την

αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και υποδεικνύει την χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών Α και C.

Ενισχύει την προσπάθεια του κοινού για την βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντός του . Στόχος του είναι να επενδύονται στην καθημερινότητα της ζωής οι υγιεινές συνήθειες και τα προληπτικά μέτρα κατά του καρκίνου να γίνονται συμπεριφορά , στάση , πεποίθηση .

Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας , σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες . Στοχεύει να διαμορφώσει νέα πρότυπα συμπεριφοράς στην απομάκρυνση των δυνητικώς αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου .

Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό , αποδεικνύοντας στατιστικώς τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες που προσήλθαν στο στάδιο 1 με ποσοστό θεραπείας 90% , σε αντίθεση με εκείνες που προσήλθαν στο στάδιο 4 με ποσοστό θεραπείας 24% .

Είναι τραγικό ότι πολλές γυναίκες καθυστερούν αρκετό χρόνο πριν να συμβουλευθούν ένα γιατρό από τότε που ανακαλύπτουν πιθανά συμπτώματα ΚΜ και ακόμα καθυστερούν αρκετό καιρό , για να αποφασίσουν τη βιοψία και τη θεραπεία .

Στόχος της νοσηλεύτριας που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό είναι με ένα καλό ιστορικό να προσπαθήσει να εντοπίσει τους παράγοντες που δυνατόν να οδηγήσουν σε μια τέτοια καθυστέρηση , να ανιχνεύσει τα αίτια που τους δημιουργούν και να τους αναχαιτίσει με τη σωστή διδασκαλία και ενημέρωση . Τέτοιοι παράγοντες είναι : Κοινωνικο- οικονομικοί παράγοντες , έλλειψη μόρφωσης , ψυχολογικοί παράγοντες όπως , φόβος , αποφυγή ψηλάφησης μαστού , αρνητισμός , κατάθλιψη , καταπίεση .

Οι γυναίκες αυτές μπορεί να αναπτύξουν κάποια παθολογική δραστηριότητα , για να πετύχουν κάποιο σκοπό στη ζωή τους . Όταν τα συμπτώματα της νόσου αναπτύσσονται , εκείνες τα αγνοούν .

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

Όταν υπάρχουν ενδείξεις ή υπόνοιες για καρκίνο του μαστού , προτρέπει τη γυναίκα να κάνει ιατρική εξέταση και στη συνέχεια , αφού προηγηθούν οι σχετικές διαπραγματεύσεις , ετοιμάζει την εισαγωγή της στο νοσοκομείο .

Διαφώτιση του κοινού για να μεταφέρει το μήνυμα πως ο καρκίνος είναι η νόσος :

- A. Του αναπόφευκτου θανάτου, αν δεν θεραπευτεί.
- B. Της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας και
- Γ. Της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων που μοιάζουν με συμπτώματα νόσων που δεν είναι τόσο σοβαρές .

ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η μεγάλη συμβολή της νοσηλεύτριας σχετικά με τη δευτερογενή πρόληψη , έγκειται στα εξής θέματα :

1. Λήψη καλού ιστορικού .
2. Κλινική εξέταση .
3. Αυτοεξέταση του μαστού . (Κόνιαρη Ε. 1991).

2.1.2 ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ

Τα μαστογραφικά ευρήματα στις κακοήθεις παθήσεις του μαστού είναι:

Ανομοιόμορφη πυκνότητα . Ο καρκίνος διακρίνεται από την αυξημένη πυκνότητα της περιοχής , που προσβάλλει , σε σχέση με τον υπόλοιπο μαστό . Η πυκνότητα αυτή ελαττώνεται βαθμιαία στην περιφέρεια .

Ανώμαλα όρια . Το περίγραμμα του καρκινώματος είναι ανάλογο με το βαθμό της διήθησής του και την αντίδραση των γύρω ιστών .Έτσι ακτινολογικά , διακρίνουμε το διηθητικό τύπο , τον περιγεγραμμένο και τον λοβωτό τύπο καρκινώματος .

Επασβεστώσεις . Όταν αυτές είναι μικρές και συγκεντρωμένες , αποτελούν αξιόπιστο διαγνωστικό σημάδι ύπαρξης καρκίνου . Συχνότερα, εμφανίζονται στον καρκίνο των γαλακτοφόρων πόρων .Δεν έχουν πάντα ορισμένο σχήμα . Άλλες έχουν ομαλά τα όριά τους και άλλες εμφανίζονται δαντελωτές ή δικτυωτές και τις περισσότερες φορές , είναι πάρα πολλές.Αν είναι λίγες , μπορούν να αγνοηθούν , αν όμως είναι παραπάνω από 12, τότε είναι ύποπτες και απαιτούν ιστολογικό έλεγχο της περιοχής που βρίσκονται .

Μεταβολές δέρματος , θηλής και θηλαίας άλω . Οι μεταβολές αυτές δείχνουν επέκταση του καρκινώματος προς την περιφέρεια και προέρχονται από διήθηση των γαλακτοφόρων πόρων ή των συνδέσμων

του Cooper , που χάνουν την ελαστικότητα τους , ευθειάζονται και κονταίνουν .Έτσι , προκαλείται έλξη του δέρματος .

Όταν το δέρμα φαίνεται στη μαστογραφία παχύ , αυτό σημαίνει , πως υπάρχει αποκλεισμένη λεμφική παροχέτευση . Κλινικά , το δέρμα του μαστού τότε παίρνει την όψη « φλοιού πορτοκαλιού» . Η θηλή , όταν το δέρμα και η θηλαία άλωσ παχαίνουν , δεν εμφανίζει εισολκή .

ΠΑΘΗΣΕΙΣ – ΟΓΚΙΔΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΚΑΛΟΗΘΗ

- Ιναδένωμα (κινητό).
- Απλή κύστη.
- Νέκρωση λίπους .
- Ιναδένωση (ευαίσθητοι «οζώδεις» μαστοί).
- Απόστημα (επώδυνη ευαισθησία).

ΚΑΚΟΗΘΗ

- Αδενικά.
- Της θηλής . Cookson Epstein Perkin de Bond 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

A. Μαστογραφία : Είναι η ακτινογραφική απεικόνιση του μαστού με ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα , το μαστογράφο , χωρίς έγχυση σκιαγραφικής ουσίας . Λαμβάνονται τρεις όψεις του μαστού : (α) κρανοουραία , (β) μεσοπλάγια και (γ) μασχαλιαία .

Η μεγαλύτερη αξία της μαστογραφίας βρίσκεται στη διάγνωση ύποπτων περιοχών πριν ακόμα από την ψηλάφηση «ογκιδίου» . Επομένως, συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση .

Ενδείκνυται σε :

- Ανεύρεση συμπαγούς μάζας κατά την κλινική εξέταση , που είναι αμφίβολης φύσης .
- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού .
- Προηγούμενη βιοψία μαστού .
- Πολύ μεγάλους μαστούς , που η εξέτασή τους είναι δύσκολη .
- Γυναίκα με μάζα στον ένα μαστό , για έλεγχο και του άλλου μαστού.
- Καρκινοφοβία .

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

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

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

Ε. Διαφανοσκόπηση : Χρησιμοποιώντας δυνατό ψυχρό φως σ' ένα πολύ σκοτεινό δωμάτιο , φωτίζεται ο μαζικός ιστός . Οι κύστεις διαυγάζουν , ενώ ο συμπαγής όγκος παραμένει αδιαφανής . Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνεται εύκολα η ύπαρξη κύστης ή νεοπλάσματος .

ΣΤ. Φλεβογραφία : Ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων . Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας , με γενική νάρκωση , ενδομυελικά στο κάτω άκρο του στέρνου . Φυσιολογικά, οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι τους σκιαγραφούνται . Διακοπή της σκιαγράφησης των φλεβών αυτών και ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας είναι ενδεικτικά πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφογαγγλίων , χωρίς όμως να αποκλείεται και η πιθανότητα της απλής αδενίτιδας . Ακόμα , το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη μεταστάσεων .

Ζ. Σπινθηρογράφημα : Ανακαλύπτονται οστικές αλλοιώσεις πολλούς μήνες πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά .

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

Θ. Ακτινολογικός έλεγχος πνεύμονα και μεσοθωρακίου για τον αποκλεισμό μεταστάσεων . (Σαχίνη – Καρδάση, Πάνου Μ. 1997).

ΙΑΤΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

1.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού τη διακρίνουμε σε χειρουργική , ακτινοθεραπεία , χημειοθεραπεία , ορμονοθεραπεία και ανοσοθεραπεία . (Παπανικολάου ΝΑ. 1994).

1.1.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική θεραπεία είναι η κύρια μορφή θεραπευτικής αντιμετώπισης του γυναικολογικού καρκίνου , ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια όταν η νόσος περιορίζεται στο πάσχον όργανο .

Η χειρουργική θεραπεία συνίσταται συνήθως σε ευρεία εξαίρεση της βλάβης και του πάσχοντος οργάνου και των πέριξ ιστών σε ικανά και υγιή όρια , καθώς και σε περιοχή λεμφαδενεκτομή για λόγους προγνωστικούς , που θα καθορίσουν την περαιτέρω θεραπευτική αγωγή , αλλά και θεραπευτικούς .

Η χειρουργική είναι ασφαλής και μπορεί να είναι απλή μέθοδος στο να αντιμετωπίσει ασθενείς με καρκίνο εάν ο όγκος αντιμετωπίζεται σε ένα όργανο .Δυστυχώς , το 70% των ασθενών με συμπαγή όγκο όταν εμφανίζονται στο γιατρό έχουν ήδη δώσει μεταστάσεις .

Η χειρουργική μπορεί να δράσει θεραπευτικά στους εξής τομείς :

- A) Οριστική χειρουργική αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου .
- B) Χειρουργική για υποβοήθηση άλλων συμπληρωματικών θεραπειών .
- Γ) Κυτταρομειωτική χειρουργική .
- Δ) Θεραπευτική χειρουργική εκτομή των μεταστάσεων .
- Ε) Επείγουσα χειρουργική σε καρκινοπαθείς .
- ΣΤ) Παρηγορητική χειρουργική.
- Z) Επανορθωτική χειρουργική . (Σπηλιώτης Ι. 1999).

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

1) . Ριζική μαστεκτομία. Προτάθηκε το 1894 από τον Halsded και συνιστάται στην εξαίρεση του μαστικού αδένα , του μείζονα και ελάσσονα θωρακικού μυ με διατήρηση της κλειδικής μοίρας του πρώτου και τον λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης . Τόσο αυτή, όσο και η εγχείρηση , που πρότεινε ο Urban με τη συνεξαίρεση και των παραστερνικών λεμφαδένων , έχουν εγκαταλειφθεί .

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

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

4) Απλή μαστεκτομία . Η εγχείρηση συνιστάται στην εξαίρεση του μαστού .

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

6) Ουγκεκτομία . Η εγχείρηση συνιστάται στην εξαίρεση μόνο του όγκου και 3-4 εκ φυσιολογικού ιστού γύρω από αυτόν και μπορεί να συνδυασθεί με καθαρισμό ή ιστοληψία των λεμφαδένων της μασχάλης . (Παπανικολάου Ν.Α. 1994).

1.1.2 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία είναι επίσης μια από τις βασικές μεθόδους θεραπείας του ΚΜ .

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στη θεραπευτική του μαστού έχει ως βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με τη ζωή στους φυσιολογικούς ιστούς , που ακτινοβολούνται συγχρόνως .

Η ακτινοθεραπεία στον ΚΜ μπορεί να χρησιμοποιηθεί :

- Α. Ως το κύριο μέσο θεραπείας , όταν δεν γίνεται εγχείρηση .
- Β. Μετεγχειρητικώς , ως συμπληρωματική θεραπεία , της προηγηθείσας εγχείρησης .
- Γ. Επί ανεγχειρήτων περιπτώσεων , όταν η χειρουργική επέμβαση δεν είναι δυνατή λόγω της τοπικά προχωρημένης κατάστασης .
- Δ. Παρηγορητικά , επί μεταστάσεων ή υποτροπών .
- Ε. Για ακτινική στείρωση .

Παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας είναι :

- A. Το είδος της ακτινοβολίας .
- B. Η δόση της ακτινοβολίας .
- Γ. Ο ρυθμός δόσης .
- Δ. Το είδος του σπιτιού
- Ε. Η οξυγόνωση του ιστού που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινοευαισθησία .
- ΣΤ. Η θερμοκρασία που έχει σχέση επίσης ανάλογη με την ακτινοευαισθησία . Η θερμοκρασία επηρεάζει το βαθμό κυκλοφορίας και επομένως την οξυγόνωση του ιστού .

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

A. Εξωτερική ακτινοθεραπεία . Είναι η τηλεθεραπεία που εφαρμόζεται με :

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

B. Εσωτερική ακτινοθεραπεία με εμφύτευση . Χρησιμοποιείται ιρίδιο 192 (Ir - 192) , το οποίο με στερεά μορφή βελονών ή ελασμάτων ή κόκκων εμφυτεύεται μέσα στον όγκο του μαστού και αφαιρείται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα (48- 72 ωρών) . Τα εμφυτεύματα συνήθως συνδυάζονται με εξωτερική ακτινοβολήση για καλύτερα αποτελέσματα . Η χορήγηση αυξημένης δόσης ακτινοβολίας στην περιοχή του όγκου έχει ως αποτέλεσμα τη μικρότερη πιθανότητα τοπικής υποτροπής , ενώ υψηλές δόσεις ακτινοβολίας σε μικρό χρονικό διάστημα προφυλάσσουν τους ιστούς από πιθανή καταστροφή . Τα εμφυτεύματα τοποθετούνται στον ασθενή συνήθως δύο εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση θεραπευτικού σχήματος εξωτερικής ακτινοβολήσης 5 εβδομάδων . Η συνήθης δόση που χορηγείται με τα εμφυτεύματα είναι 1.500- 3.000 rads ή και 4.000 rads. Μικρά ενδοιστικά εμφυτεύματα από Ir - 192 τοποθετούνται προσωρινά στις εξής κατηγορίες ασθενών :

- ✦ Ασθενείς με ανεγγχείρητο καρκίνο σε αρχικό στάδιο . Οι ασθενείς αυτές , παρά τη θεραπεία με εξωτερική δέσμη (μεγαδυναμική ακτινοθεραπεία - 5.000 rads σε 5 εβδομάδες στο μαστό στο θωρακικό τοίχωμα και στα περιοχικά λεμφογάγγλια) , έχουν υπολειματικό καρκίνο .

- ✚ Ασθενείς με υποτροπές στο θωρακικό τοίχωμα , στην υπερκλείδια χώρα και στην περιοχή της μασχάλης υποβάλλονται σε πλήρη θεραπεία .

Η ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΩΣ ΚΥΡΙΟ ΜΕΣΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΚΜ .

Η ακτινοθεραπεία εδώ φιλοδοξεί να αντικαταστήσει την μαστεκτομή. Πιστεύεται δηλαδή ότι , μετά από μια πολύ συντηρητική εγχείρηση (ογκεκτομή – τεταρτοκτομή) ή και μετά από μια απλή βιοψία , η ακτινοθεραπεία που εφαρμόζεται στον υπολειπόμενο μαστό είναι ικανή να αποτρέψει την εμφάνιση τοπικής υποτροπής και οι ασθενείς να έχουν την ίδια επιβίωση , όπως μετά από μαστεκτομή . Το πλεονέκτημα είναι ότι οι ασθενείς διατηρούν το μαστό τους . Αν η ακτινοθεραπεία γίνει κατά τρόπο προσεκτικό , το κοσμητικό αποτέλεσμα μπορεί να είναι πολύ καλό ή άριστο .

Για την επίτευξη των παραπάνω πρέπει να τηρούνται οι προϋποθέσεις:

A. Η μέθοδος να εφαρμόζεται σε αρχικά στάδια T1-T2 ,No , Mo . Η χειρουργική εκτομή (τόσο για την αρχική εστία όσο και για τη μασχάλη)πρέπει να γίνεται με μεγάλη σχολαστικότητα .

B. Η ακτινοθεραπεία πρέπει επίσης να γίνεται από έμπειρα χέρια και σε κέντρα με σύγχρονο εξοπλισμό .Απαιτείται εξωτερική ακτινοβολία με υπερδυναμική δέσμη(γραμμικός επιταχυντής , Co – 60)για την ακτινοβολήση ολόκληρου του μαστού και των περιοχικών λεμφαδένων με πρόσθετη ακτινοβολήση του υποβάθρου του όγκου . Για την τελευταία προτιμάται η εμφύτευση ραδιενεργού Ir – 192 .

Δίδονται μέχρι και 6- 7000 rads μέσα σε 6-7 εβδομάδες .Η δόση στους λεμφαδένες μπορεί να ανέρχεται περίπου στα 4500-5000 rads μέσα σε 4-5 εβδομάδες .

Γ. Με τη βιοψία πρέπει να αφαιρείται ολόκληρος ο όγκος και όχι μέρος του , εφόσον βέβαια αυτό είναι εφικτό.

Δ. Με την ίδια ή και με άλλη τομή να γίνεται δειγματοληψία της μασχάλης (αφαιρούνται περίπου 10 λεμφαδένες). Δεν γίνεται λεμφαδενικός καθαρισμός , διότι δημιουργείται οίδημα του σύστοιχου άνω άκρου .Η δειγματοληψία εντούτοις είναι απαραίτητη για τον προσδιορισμό συμπληρωματικής θεραπείας , όταν χρειάζεται .

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία για τον ΚΜ καθιερώθηκε αμέσως μόλις έγινε αντιληπτό ότι οι λεμφαδενικές μεταστάσεις του ΚΜ αφορούσαν όχι μόνο στους μασχαλιαίους, αλλά και στους αδένες της έσω μαστικής αρτηρίας, καθώς και της υπερκλείδιας και της υποκλείδιας περιοχής.

Η ακτινοθεραπεία χορηγείται συμπληρωματικώς μετά την εγχείρηση για τη θεραπεία της υπολειμματικής νόσου, με σκοπό την ελάττωση των τοπικών υποτροπών.

Έχει διαπιστωθεί ότι ο αριθμός των τοπικών υποτροπών μετά από χειρουργική επέμβαση (ριζική μαστεκτομή, τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, απλή μαστεκτομή, ογκεκτομή) είναι περίπου 20-25%, ιδιαίτερα στο στάδιο 2, δηλαδή όταν οι λεμφαδένες της μασχάλης είναι θετικοί για μεταστατική νόσο. Αυτές οι υποτροπές εμφανίζονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, στη μασχάλη, στον υπερκλείδιο χώρο και στους λεμφαδένες της έσω μαστικής αρτηρίας. Ο αριθμός των υποτροπών αυξάνεται όσο λιγότερο ριζική είναι μια εγχείρηση.

Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία δίνεται σε δόσεις όγκου 5000 rads περίπου σε 5 εβδομάδες και ακτινοβολείται το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και οι επιχώριοι λεμφαδένες. Με τη μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, ελαττώνεται η εμφάνιση των υποτροπών από 20-25% σε 5% και λιγότερο.

Η ακτινοθεραπεία πρέπει να χορηγείται αμέσως μετά την εγχείρηση και όχι να περιμένουμε την εμφάνιση υποτροπών, διότι τότε αντιμετωπίζονται μόνο σε ποσοστό 50-70%. Όλες οι μελέτες τονίζουν το απαραίτητο της μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν θετικοί λεμφαδένες της μασχάλης, για ελάττωση των υποτροπών. Τώρα με την τάση που υπάρχει να εγκαταλειφθεί η ριζική μαστεκτομή και την όλο συχνότερη εφαρμογή λιγότερο ριζικών επεμβάσεων, ο ρόλος της μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας γίνεται όλο και περισσότερο σημαντικός.

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Τις ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές τις διακρίνουμε σε δύο κατηγορίες :

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

- Γενική καταβολή δυνάμεων, κόπωση.
- Ναυτία, εμέτους.

- Ανορεξία .
- Απώλεια βάρους .
- Δεκατική πυρετική κίνηση .

Αν και τα ενοχλήματα αυτά θορυβούν την ασθενή , είναι παροδικά και διαρκούν λίγες μέρες ή εβδομάδες .

Β. Τοπικές , οι οποίες διακρίνονται σε :

- Πρώιμες
- Όψιμες

ΠΡΩΙΜΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Ακτινοδερματίτιδα: Είναι ο τοπικός ερεθισμός του δέρματος του μαστού που ακτινοβολείται . Ο βαθμός του ερεθισμού και της καταστροφής (νέκρωσης) του δέρματος εξαρτάται από το είδος , τη δόση της ακτινοβολίας και την ακτινοευαισθησία του δέρματος .Αν παρατηρηθεί βλάβη του δέρματος (νέκρωση), συνιστάται να αντιμετωπισθεί χειρουργικά , διότι οι ακτινοβολημένοι ιστοί δεν επουλώνονται χωρίς χειρουργικό καθαρισμό **.Διακρίνονται τρεις μορφές ακτινοδερματίτιδας:**

➤ **Ερυθρηματώδης :** Εμφανίζεται την 1η – 3η εβδομάδα και διαρκεί μερικές εβδομάδες .Το δέρμα εμφανίζει ερυθρότητα , ξηραίνεται , γίνεται στεγνό και μπορεί να παρουσιάσει ρωγμές .Είναι η πιο συχνή μορφή ακτινοδερματίτιδας .

➤ **Φυσαλλιδώδης :** Παρατηρείται μετά από έκθεση σε μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας και παρουσιάζεται την 1η και 2η εβδομάδα .

➤ **Εσχαροποιητική :** Εμφανίζεται μετά από έκθεση στην ακτινοβολία, με επώδυνη ερυθρότητα , οίδημα και φυσαλλίδες , οι οποίες σπάζουν και παρουσιάζονται βαθιές εξελκώσεις . (Κόνιαρη Ε. 1991).

1.1.3 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χημειοθεραπεία, είναι η προσπάθεια να αντιμετωπίσουμε και κατά συνέπεια να θεραπεύσουμε διάφορα νοσήματα χορηγώντας ενώσεις φυσικώς ή τεχνικώς παρασκευασμένες .

Ο όρος χημειοθεραπεία προέρχεται από το συνδυασμό δύο λέξεων: «χημικός» και «θεραπεία».

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

η μεθοτρεξάτη , η κυκλοφωσφαμίδη , η μιτομυκίνη , η χλωραμβουκίλη , η 5-φθόριο-ουρακίλη , η βινκριστίνη και η ηβιμπλαστίνη .

Τα φάρμακα χορηγούνται και συνδυασμένα . **Τέτοιοι συνδυασμοί είναι :**

1) Ο CMF δηλ. κυκλοφωσφαμίδη , μεθοτρεξάτη , 5-φθόριο-οροουροκίλη , κάθε 28 ημέρες .

2) Ο FAC ή CAF δηλαδή φθοριοουρακίλη , αδριαμυκίνη, κυκλοφωσφαμίδη ,κάθε 21 ημέρες .

3) AC ή CA δηλαδή αδριαμυκίνη , κυκλοφωσφαμίδη κάθε 21 ημέρες .

Σε περίπτωση συμπληρωματικής χημειοθεραπείας αυτή χορηγείται σε έξι κύκλους . Σε περίπτωση μεταστάσεων τα θεραπευτικά αποτελέσματα εκτιμώνται μετά τρεις κύκλους ακτινολογικά και με προσδιορισμό του CEA. (Κωνσταντάκου – Μπαρμπουνάκη Ε. 1989).

ΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σήμερα που κατανοούμε καλύτερα την φύση του καρκίνου , η χημειοθεραπεία έγινε θεραπεία εκλογής βασικά με την αντιμετώπιση των μεταστάσεων . Εάν ένας κακοήθης όγκος είναι εντοπισμένος σε ένα σημείο του σώματος μπορεί να ιαθεί με εγχείρηση ή ακτινοθεραπεία . Υπάρχουν όμως δύο ομάδες αρρώστων που δεν μπορούν να ιαθούν με μια τοπική θεραπεία .

Στην πρώτη ομάδα ανήκουν άρρωστοι που έχουν μεταστάσεις κατά το χρόνο της διάγνωσης του κακοήθους όγκου . Μεταστάσεις δηλαδή που ανιχνεύονται στη φυσική εξέταση ή στον εργαστηριακό έλεγχο .

Στην δεύτερη ομάδα ανήκουν άρρωστοι με «υποκλινικές» μεταστάσεις. Πρόκειται για μεταστάσεις που δεν μπορούν να ανιχνευθούν στη φυσική εξέταση ή στον εργαστηριακό έλεγχο , αναπτύσσονται όμως και μετά από ένα χρονικό διάστημα εκδηλώνονται κλινικά και οδηγούν τον άρρωστο στο θάνατο . Στην ομάδα με τις υποκλινικές μεταστάσεις η χημειοθεραπεία μπορεί να επιτύχει την ίαση σε ένα ποσοστό 10% περίπου . Ο ιατρός θα εφαρμόσει την χημειοθεραπεία με τις ακόλουθες ενδείξεις :

- * Μετά από μια χειρουργική επέμβαση ως επικουρική (adjuvant) με στόχο να μειώσει το μέγεθος του όγκου και να καταστεί εγχειρήσιμος .
- * Να θεραπεύσει ένα είδος καρκίνου , π.χ. λέμφωμα ή λευχαιμίες .
- * Να ελέγξει την εξέλιξη του όγκου .
- * Να ανακουφίσει από συμπτώματα όπως π.χ. ο πόνος .

Απ' όλες αυτές τις ενδείξεις ιδιαίτερα ελπιδοφόρα τα τελευταία χρόνια ήταν η εισαγωγή της προεγχειρητικής χημειοθεραπείας . Η αρχή της προεγχειρητικής χημειοθεραπείας στηρίζεται σε μια σειρά λογικά δεδομένα που είναι :

1) Καλύτερη παροχή φαρμάκων στον όγκο λόγω φυσιολογικής ανατομίας και διατήρηση αρχικής αγγείωσης .

2) Το ανεπηρέαστο του όγκου από άλλες αντικαρκινικές θεραπείες , που συνεπάγεται υψηλότερη ευαισθησία στα κυτταροστατικά .

3) Η διευκόλυνση, μετά από ανταπόκριση στη χημειοθεραπεία, της χειρουργικής επέμβασης . Ανεγχείρητα καρκινώματα μετατρέπονται σε χειρουργήσιμα ή γίνονται μικρότερης έκτασης χειρουργική επέμβαση.Ακόμα, η ακτινοθεραπεία γίνεται με μικρότερα πεδία .

4) Αύξηση του ποσοστού των ελεύθερων διήθησης χειρουργικών ορίων στον εκταμέντα όγκο με το γύρω φυσιολογικό ιστό .

5) Πρώιμη καταπολέμηση (εκρίζωση) μικρομεταστάσεων .

6) Μείωση του ποσοστού αναπηρικών επεμβάσεων λόγω της μικρότερης έκτασης χειρουργικής επέμβασης .

Η μέθοδος αυτή βοήθησε αρκετά στην αντιμετώπιση και καλύτερη πρόγνωση των οστεογενών σαρκωμάτων, στα καρκινώματα κεφαλής και τραχήλου , ιδιαίτερα ρινοφάρυγγας , στα μη μικροκυτταρικά του πνεύμονα καθώς και στην ουροδόχο κύστη .

Αντίστοιχα η επικουρική χημειοθεραπεία φαίνεται να έχει βοηθήσει σημαντικά στα καρκινώματα μαστού, ωοθηκών ,μικροκυτταρικά πνεύμονα.

ΑΡΧΕΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πρέπει να υπάρχουν ορισμένοι κανόνες για την χορήγηση αντινεοπλασματικών φαρμάκων .

A) Ιστολογική ταυτότητα του όγκου .

B) Πλήρης δυνατότητα για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας .

Γ) Οργανωμένη ομάδα ιατρών και υλικοτεχνική υποδομή για την αντιμετώπιση των υπάρχουσων επιπλοκών της θεραπείας .

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Τέσσερα μπορεί να είναι δυνητικά τα αποτελέσματα της Χ.Μ.Θ.

(A) Πλήρης ύφεση : Σημαίνει την πλήρη εξαφάνιση όλων των συμπτωμάτων και σημείων του κακοήθους όγκου .

(Β) Μερική πίεση : Σημαίνει υποδιπλασιασμό του μεγέθους του όγκου (μείωση κατά 50% χωρίς να εξαφανιστεί ο όγκος ή μέχρι να σταματήσει να μικραίνει . Εάν αυτό συμβεί πρέπει να επαναπροσδιοριστεί η σκέψη για χειρουργική αφαίρεση .

(Γ) Σταθεροποίηση .

Ο όγκος παραμένει σταθερός , ούτε μικραίνει ούτε μεγαλώνει . Το γεγονός αυτό δυστυχώς διαρκεί μόλις λίγους μήνες .

(Δ) Εξέλιξη

Παρά την θεραπεία ο όγκος μεγαλώνει . Πρέπει να γίνει διακοπή και αλλαγή του πλάνου .

Πως δρουν τα φάρμακα - αντίσταση στη θεραπεία .

Τα περισσότερα αντινεοπλασματικά φάρμακα δρουν επηρεάζοντας ένζυμα ή τα υποστρώματα πάνω στα οποία δρουν τα ενζυμικά συστήματα. Η δράση τους σχετίζεται με τη συν ή λειτουργία του DNA στη διάρκεια του κυτταρικού τους κύκλου .Η χημειοθεραπεία επηρεάζει επίσης φυσιολογικά κύτταρα .

Κάθε τύπος φαρμάκου δρα διαφορετικά στο στόχο . Οι ακλυλιούντες παράγοντες προσβάλλουν όλα τα κύτταρα του όγκου συνδέονται με το DNA και αναστέλλουν την παραγωγή .

Τα αντικαρκινικά αντιβιοτικά δρουν στις αλυσίδες του DNA και ενείτε αναστέλλουν την σύνδεση RNA είτε διασπούν τα χρωμοσώματα .

Τα αλκαλοειδή βίνκας αναστέλλουν τη βασική δομή των χρωμοσωμάτων.

Οι αντιμεταβολίτες προσβάλλουν τα κύτταρα στην φάση της διαίρεσης, και μπαίνει στον βασικό μεταβολισμό των καρκινικών κυττάρων .

Τέλος οι ορμόνες αναστέλλουν την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων μέσω υποδοχέων που αναστέλλουν την επαγωγή ή τροφικούς παράγοντες . Ένα μεγάλο πρόβλημα , που συνήθως υπάρχει στο 30% των ασθενών με χημειοθεραπεία είναι η εμφάνιση αντίστασης στα φάρμακα και πολλές φορές αυτή η αντίσταση μπορεί να εμφανισθεί είτε σταδιακά με τους διαφόρους κύκλους της θεραπείας είτε από την αρχή της θεραπείας .

Πιο πρόσφατα δείχθηκε ότι στη επιφάνεια του καρκινικού κυττάρου υπάρχει μια πρωτεΐνη , η Ρ-γλυκοπρωτεΐνη που μέσω μηχανισμού αντλίας επιτρέπει ή αναστέλλει την είσοδο φαρμάκων στο καρκινικό κύτταρο . Εάν υπάρχουν μεγάλες ποσότητες Ρ-γλυκοπρωτεΐνης είναι δυνατόν να μην επιτρέψουν σε κανένα φάρμακο να επισέλθει .

Πως όμως μπορούμε να αποφύγουμε ή να καθυστερήσουμε την ανάπτυξη αντίστασης ;

Μια σειρά από τρόποι υπάρχουν και είναι :

- 1) Η χορήγηση συνδυασμένης Χ.Μ.Θ.
- 2) Η χορήγηση διαλειπόντων σχημάτων με υψηλές δόσεις , παρά χαμηλών δόσεων συνεχούς θεραπείας . Χαμηλές δόσεις ΧΜΘ μπορεί να σκοτώσουν μόνο τα ευαίσθητα κύτταρα , ενώ μεγαλύτερες δόσεις φαρμάκων μπορεί να σκοτώσουν και μερικά ανθεκτικά κύτταρα. Αν ο αριθμός των ανθεκτικών κυττάρων που παραμένει είναι μικρός , ο ξενιστής με το ανοσολογικό του σύστημα μπορεί να απαλλαγεί από αυτά. Μερικοί ιάσιμοι όγκοι ,όπως το χοριοκαρκίνωμα , ο καρκίνος του όρχεως κ.λ.π., αντανακλούν το μηχανισμό αυτό .Από την άλλη μεριά τα διαλείποντα σχήματα επιτρέπουν στο μυελό να αναλάβει , πράγμα που δεν συμβαίνει με τη συνεχή χορήγηση ΧΜΘ.
- 3) Η χορήγηση διαδοχικών σχημάτων ΧΜΘ με διαφορετικά φάρμακα . Με τον τρόπο αυτό τα κύτταρα του όγκου δεν έχουν αρκετές ευκαιρίες να γίνουν ανθεκτικά σε κάθε φάρμακο .
- 4) Η χορήγηση διαφορετικών φαρμάκων στην έφοδο και στη συντήρηση. Εάν αναπτυχθεί αντίσταση στα φάρμακα της συντήρησης , μπορεί να χρησιμοποιηθούν πάλι τα φάρμακα της εφόδου .
- 5) Η διακοπή της θεραπείας , όταν επιτευχθεί πλήρης ύφεση .Τα φάρμακα που επέφεραν την πλήρη ύφεση , μπορεί να επαναχρησιμοποιηθούν σε περίπτωση υποτροπής , γιατί τα κύτταρα του όγκου μπορεί να παραμένουν ευαίσθητα στα φάρμακα αυτά , επειδή δεν εκτέθηκαν για μεγάλο χρονικό διάστημα σ 'αυτά .
- 6) Η χορήγηση φαρμάκων με διαφορετικό μηχανισμό δράσης . Με τον τρόπο αυτό είναι δύσκολο να αναπτυχθεί αντίσταση σε πολλά φάρμακα συγχρόνως .
- 7) Η χορήγηση προφυλακτικής ΧΜΘ. Όταν το φορτίο του όγκου είναι αρκετά μικρό ,πιθανόν να μην υπάρχουν ανθεκτικά κύτταρα στον κυτταρικό πληθυσμό και τα χορηγούμενα φάρμακα να επιφέρουν την ίαση.
- 8) Η σύγχρονη χορήγηση ΧΜΘ και ανοσοθεραπείας . Με τον τρόπο αυτό προσφέρονται ίσως στον ξενιστή περισσότερες πιθανότητες εξάλειψης των ανθεκτικών κυττάρων .

Οδοί χορήγησης της χημειοθεραπείας .

Τα φάρμακα της ΧΜΘ είναι ιδιαίτερα τοξικά και το όριο τοξικότητας από την θεραπευτική δόση μπορεί να είναι πολύ κοντά .Οι οδοί χορήγησης είναι οι εξής :

- (Α) Ενδοφλέβια χορήγηση .
- (Β) Εμφυτευόμενος σωλήνας κάτω από το δέρμα .
- (Γ) Ενδοαρτηριακά .

(Δ) Ενδοπεριτοναϊκά .

(Ε) Στο ΚΝΣ μέσω του εγκεφαλονωτιαίου υγρού .

(ΣΤ) Με αντλίες έγχυσης .

Κάθε οδός χορήγησης έχει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της.

Η απόφαση για τον τρόπο χορήγησης είναι του θεράποντος ιατρού αφού συνεκτιμήσει το είδος της νόσου , την τοπογραφία , την κατάσταση του ασθενούς καθώς επίσης και την ποιότητα ζωής και το είδος των ασχολιών του πάσχοντα .

Δοσολογία – Διάρκεια Εκτίμηση - Αποτελέσματος

Είναι 3 παράμετροι που πρέπει να εξατομικεύονται σε κάθε άρρωστο. Η δοσολογία συνήθως υπολογίζεται βάσει νορμογράμματος που προσμετρά την επιφάνεια του σώματος m² και υπολογίζεται βάσει του σωματικού βάρους και του ύψους του ασθενούς . Πάντα ανάλογα με την εξέλιξη της θεραπείας ή τις πιθανές επιπλοκές ή βιοχημικούς παραμέτρους μπορεί να γίνει αναπροσαρμογή της δόσης .

Η διάρκεια της χημειοθεραπείας πρέπει να τηρείται βάσει του συγκεκριμένου πρωτοκόλλου . Μπορεί επίσης να εφαρμόζεται περιοδικά ανάλογα τους στόχους και τα θεραπευτικά αποτελέσματα .Οι επιπλοκές της εφαρμοζόμενης θεραπείας είναι ένας άλλος σοβαρός παράγων που πολλές φορές μπορεί να οδηγήσει και σε κινδύνους για την ζωή του αρρώστου .

Ιδιαίτερα σοβαρές παρενέργειες είναι αυτές που σχετίζονται με την δραστική μείωση των κυττάρων των διαφόρων σειρών του αίματος και ιδιαίτερα των λευκών αιμοσφαιρίων .

Η πτώση των λευκών μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές θανατηφόρες αφού πολλές φορές συνυπάρχουν με λοιμώξεις , ιδιαίτερα του αναπνευστικού ή του αίματος (σηψαιμία) . Λύσεις προσφέρουν διάφοροι αυξητικοί ή διεγερτικοί παράγοντες του αίματος . Μια άλλη σοβαρή παρενέργεια είναι οι διαρροϊκές κενώσεις που σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να είναι > 30/24ωρο και να γίνουν αιμορραγικές .Η τροποποίηση της δόσης της θεραπείας και η συμπτωματική αγωγή μπορεί να βελτιώσουν αυτό το φαινόμενο .

Λιγότερο σοβαρές επιπλοκές αλλά με οδυνηρό αποτελέσματα ιδιαίτερα ψυχολογικά είναι η ναυτία και οι έμετοι καθώς και η τριχόπτωση .

Η ναυτία και έμετοι, αντιμετωπίζονται σήμερα με νέας γενιάς αντιεμετικά καθώς επίσης και με σωστό πρωτόκολλο αντιεμετικής αγωγής που ξεκινάει 2-3 ώρες πριν την έναρξη θεραπείας και συνεχίζει 2-3 μέρες μετά από αυτήν.

Η τριχόπτωση είναι ένα πρόβλημα που είναι ιδιαίτερα συχνό και αποτελεί το κύριο ενόχλημα και ιδιαίτερα έναν παράγοντα που πολλές

φορές οδηγεί τους ασθενείς στην άρνηση για θεραπεία .Η απώλεια των μαλλιών εξαρτάται από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται αλλά και από την ιδιοσυγκρασία του αρρώστου .Η αντιμετώπιση σήμερα είναι πιο εύκολη κοντό κόψιμο μαλλιών , εφαρμογή παγοκύστης ή ειδικής κάσκα με πάγο . Αυτό προκαλεί αγγειοσύσπαση στο τριχωτό της κεφαλής και οδηγεί σε μικρότερη κυκλοφορία του αίματος και άρα του φαρμάκου στην περιοχή .

Τέλος , μία ακόμη παρενέργεια της θεραπείας είναι η στοματίτιδα που πολλές φορές είναι τόσο βασανιστική που να οδηγήσει σε αδυναμία σίτισης . (Σπηλιώτης ΙΔ. 1999).

1.1.4 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

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

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

1.1.5 ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στις ημέρες μας η ανοσοθεραπεία μας βοηθάει μόνο στην παράταση της επιβίωσης . Επικρατέστερο φάρμακο , που χρησιμοποιείται , είναι το BCG. Το BCG μπορεί να συνδυαστεί με αδριαμυκίνη , φθοριοουρακίλη και άλλα κυτταροστατικά φάρμακα . (Παπαϊκολάου ΝΑ. 1994).

ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι αρχές της ανοσοθεραπείας έχουν σαν κύριο στόχο την :

- * Καταστολή όλων των νεοπλασματικών κυττάρων .
- * Καταστολή της ανάπτυξης των καρκινικών κυτταρικών σειρών .
- * Παράταση της ύφεσης της νόσου και αναστολή της εμφάνισης της μετάστασης .

Συχνά όμως ο ανοσοθεραπευτής είναι ευχαριστημένος εάν πετύχει μια σταθερή και ικανοποιητική μείωση της καρκινικής μάζας . Για την εφαρμογή μιας ανοσοθεραπείας απαιτούνται μια σειρά από προϋποθέσεις :

(Α) Σαφής γνώση του ιστολογικού τύπου του όγκου .Αυτό γιατί διάφοροι τύποι καρκίνων αντιδρούν διαφορετικά στην ανοσοθεραπεία .

(Β) Θα πρέπει να υπάρχει μια καλλιέργεια κυττάρων από τον όγκο ώστε να είναι δυνατή η κατασκευή αντιγονικών στοιχείων που θα διεγείρουν την παρουσία των T- δολοφονικών κυττάρων (Killer Lymphocytes)

(Γ) Πριν την εφαρμογή της ανοσοθεραπείας πρέπει να υπάρχει προσπάθεια για μείωση της μάζας του όγκου . Η προσπάθεια αυτή θα γίνει με ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία . Όσο μικρότερη καρκινική μάζα υπάρχει τόσο καλύτερο αποτέλεσμα θα έχει ανοσοθεραπεία .

Πώς όμως δρα θεραπευτικά η ανοσοθεραπεία ;

Δρά μέσω δύο μη – αποκλειστικών τρόπων :

Πρώτον ευαισθητοποιεί το ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενούς , τοποθετώντας αντιγονικά στοιχεία του όγκου και δεύτερον διεγείρει μη ειδικούς ανοσοποιητικούς μηχανισμούς άμυνας .

ΤΥΠΟΙ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Για να γίνει κατανοητό το όφελος της ανοσοθεραπείας πρέπει να αναζητηθεί πιο το ανοσολογικό πρόβλημα του καρκίνου . Δύο είναι οι υποθέσεις για αυτό το πρόβλημα .

1. Ο ασθενής με καρκίνο έχει μια ανοσολογική ανεπάρκεια και η ανάγκη διόρθωσης αυτής της ανεπάρκειας , είναι εφικτή μέσω διέγερσης του ανοσοποιητικού συστήματος .

2. Το ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενή με καρκίνο είναι φυσιολογικό αλλά για κάποιον ανοσολογικό λόγο δεν μπορεί να ανιχνεύσει τα καρκινικά κύτταρα .Σε αυτή την περίπτωση ένας ειδικός ή μη ειδικός ανοσοδιεγέρτης μπορεί να «ξυπνάει» αυτή την αντίδραση .

Πώς όμως μπορούμε να επεμβούμε μέσω της ανοσοθεραπείας σε αυτούς τους δύο πιθανούς «ελλειμματικούς» μηχανισμούς ;

(Α) Ενεργητική διέγερση .

Από κυτταρικές σειρές του όγκου , χρησιμοποιούνται τα ίδια τα καρκινικά κύτταρα ή αντιγόνα που σχετίζονται με τον όγκο ώστε να ενεργοποιηθούν τα ειδικά δραστικά κύτταρα .Τα κύτταρα αυτά είναι τα μακροφάγα αλλά και τα Τα – δολοφονικά λεμφοκύτταρα .(T – Killers).

(Β) Μέσω αποκατάστασης

Γίνεται αντικατάσταση των κυττάρων του ανοσολογικού συστήματος που έχουν καταστραφεί στην προσπάθεια να υπερνικήσουν τον καρκίνο ή καταστράφηκαν σαν αποτέλεσμα κάποιων χειρισμών . Η μέθοδος αυτή , ουσιαστικά αντικαθιστά ποσότητα της απώλειας του ανοσολογικού οπλοστασίου .

(Γ) Δια της υιοθέτησης

Με τον τρόπο αυτό δίνουμε στον ασθενή λεμφοκίνες ή κυτταροκίνες που στο κυτταρικό τους υλικό περιέχουν ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ που βοηθούν το έργο του ανοσοποιητικού συστήματος .Οι πληροφορίες αυτές έχουν να κάνουν γύρω από την σωστή ρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος που ενώ «φαίνεται» φυσιολογικό δεν αντιδρά στην παρουσία καρκινικών κυττάρων .

(Δ) Παθητική ανοσοποίηση

Με αυτή τη μέθοδο απλά «εισάγουμε» ενίσχυση βραχείας διάρκειας μέσω αντισωμάτων ή αντικαρκινικών παραγόντων . Η μέθοδος αυτή προσφέρει τα πλεονεκτήματα πάνω σε αυτά τα αντισώματα μπορούμε να «επικολλήσουμε» τοξικούς παράγοντες όπως ραδιοϊσότοπα ή χημειοθεραπευτικά φάρμακα και να πετύχουμε συνδυασμό θεραπείας .

(Ε) Ανοσολογική διαμόρφωση του ανοσολογικού καρκινικού κυττάρου .

Δύσκολη μέθοδος , στηρίζεται στην θεραπεία με ιντερφερόνη . Προσπαθεί να αναδείξει μερικά ειδικά αντιγόνα στην επιφάνεια των κυττάρων του καρκίνου . Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα να είναι ευδιάκριτος σαν στόχος στα ανοσοποιητικά κύτταρα για να τα καταστρέψουν . (Σπηλιώτης ΙΔ. 1999).

Κλινικά ανατομικά σημεία .

Στάδιο 1 : Μάζα εντοπισμένη στο μαστό όλοι οι αδένες αρνητικοί.

Αντιμετώπιση: Ριζική μαστεκτομή . Προτιμάται από τους περισσότερους Αμερικανούς χειρουργούς . Μερικοί προτιμούν απλή μαστεκτομή και ακτινοβολία . Άλλοι προτιμούν απλή μαστεκτομή χωρίς ακτινοβολία .

Στάδιο 2 : Μάζα εντοπισμένη στο μαστό μασχαλιαίοι αδένες θετικοί.

Αντιμετώπιση: Προτιμάται η ριζική μαστεκτομή με ή χωρίς μετεγχειρητική ακτινοβολία .

Στάδιο 3 : Μάζα μαστού τοπικά εκτεταμένη μασχαλιαίοι υπερκλείδιοι και έσω μαστικοί αδένες θετικοί .

Αντιμετώπιση: Η κατάσταση αυτή θεωρείται ανεγχείρητη . Η παρέμβαση εξαρτάται από την έκταση της νόσου :

- Απλή μαστεκτομή με ακτινοβολία , χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία.
- Ακτινοθεραπεία , χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία.

Στάδιο 4 : Απομακρυσμένες μεταστάσεις .

Αντιμετώπιση: Η παρέμβαση εξαρτάται από την εντόπιση της μετάστασης (οστά, μαλακά μόρια κ.λπ.).

- Ακτινοθεραπεία για αρχική αλλοίωση ή μετάσταση.
 - Ορμονοθεραπεία.
 - A. Συστηματική : οιστρογόνα , ανδρογόνα ή κορτικοειδή .
 - B. Χειρουργική εξαίρεση: ωθηκεκτομή ,επινεφριδεκτομή, υποφυσεκτομή .
 - Χημειοθεραπεία (Σαχίδη – Καρδάση, Πάνου 1997).
-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ-
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.1 ΠΡΟΣΩΝΤΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΧΕΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΓΙΑ ΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΣΕΙ ΤΗΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.

✚ Η νοσηλεύτρια (-της) που εργάζεται με την άρρωστη, που έχει καρκίνο, πρέπει να είναι περισσότερο από ένας έμπειρος τεχνικός. Πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει τον συνάνθρωπό του και του προσφέρει τον εαυτό της με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την ανθρωπιά της. Για να μπορέσει όμως να το επιτύχει αυτό χρειάζεται: (1) γνώσεις, (2) φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική, (3) ικανοποίηση (θετική ενίσχυση) και (4) βοήθεια και υποστήριξη (βοήθεια από κάποιον που βρίσκεται πολύ κοντά της). Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική περιλαμβάνει εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναπόφευκτου του θανάτου. Πιο μεγάλη σημασία έχει να πιστεύει πως μπορεί να βοηθήσει τους άλλους με ό,τι είναι, με ό,τι γνωρίζει και με ό,τι έχει τη δύναμη να κάνει. (Μαλγαρινού ΝΑ. Κωνσταντινίδου, 1997).

2.2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια, πολύτιμοι συνεργάτες του χειρουργείου αξιολογούν νοσηλευτικές ανάγκες, προγραμματίζουν, οργανώνουν, συντονίζουν, δίνουν φροντίδα στον άρρωστο, εκτιμούν τα αποτελέσματα και συντελούν καθοριστικά στην επιτυχημένη εκτέλεση και έκβαση της εγχείρησης.

Η εργασία περιλαμβάνει τρία στάδια :

A. Προεγχειρητική νοσηλεία και προετοιμασία του αρρώστου στο χειρουργικό τμήμα. (Μπεζμπέας Σ. 1991).

B. Διεγερτική φροντίδα του αρρώστου στο χειρουργείο.

Γ. Μετεγχειρητική νοσηλεία και αποκατάσταση στο χειρουργικό τμήμα.

A. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΑΣΗ

Η φάση αυτή αρχίζει από την ώρα που αποφασίζεται η εγχείρηση, μέχρι την ώρα που η ασθενής μεταφέρεται στο χειρουργικό τραπέζι. Στο νοσηλευτικό τμήμα που επισκέπτεται η νοσηλεύτρια συζητεί με την ασθενή και την οικογένειά της και κάνει την εκτίμηση της κατάστασής της.

Η συζήτηση τηρείται σε αυστηρά νοσηλευτικά όρια και δίνει έμφαση στην ικανοποίηση των ειδικών αναγκών της ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια συμπληρώνει κάρτα πληροφοριών των αναγκών αυτών και σχεδιάζει την ειδική φροντίδα που απαιτείται στο χειρουργείο π.χ. αν η ασθενής είναι ιδιαίτερα ανήσυχη .

Διδάσκει επίσης την ασθενή και εξηγεί τις φάσεις της εγχείρησης , προειδοποιεί στο τι αναμένεται , πληροφορεί τους συγγενείς , δίνει συμβουλές για την μετεγχειρητική αγωγή και τονίζει την ανάγκη της συνεργασίας της .

Η διδασκαλία αυτή θα πρέπει να γίνει με λόγια κατανοητά, να αποφεύγονται όσο γίνεται οι επιστημονικοί όροι , μπορεί δε η νοσηλεύτρια να χρησιμοποιήσει και βοηθήματα , προκειμένου να καταλάβει αυτά που της λέει . Η διδασκαλία της ασθενούς είναι συντονισμένη μ' αυτή της νοσηλεύτριας του τμήματος . Για τη συνέντευξη αυτή χρειάζεται χρήση, προσοχή και επιδεξιότητα . Δεν απαντά σε άμεσες ιατρικές ερωτήσεις , ενθαρρύνει όμως την ασθενή να ζητήσει περισσότερες λεπτομέρειες για την εγχείρησή της από τον χειρουργό της και τον αναισθησιολόγο, που θα την επισκεφθεί την παραμονή του χειρουργείου. Προσέχει όμως ώστε και η διδασκαλία και οι απαντήσεις να μην τρομοκρατήσουν την ήδη φοβισμένη ασθενή .

Παρατηρείται ότι η ασθενής πολλές φορές έχει ανάγκη να μιλήσει και να εξωτερικεύσει τους φόβους της .Κύριος στόχος λοιπόν της νοσηλεύτριας είναι να ηρεμήσει την ασθενή .

- Ενημερώνει την άρρωστη για τις πρόσφατες έρευνες και τις νέες θεραπευτικές μεθόδους για τον καρκίνο του μαστού .
- Μειώνει τον χρόνο αναμονής πριν από την εγχείρηση .
- Διαπιστώνει φυσικές και θρεπτικές ανάγκες και τις αντιμετωπίζει .
- Εξασφαλίζει αίμα , αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή .
- Χορηγεί υπνωτικά για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης .
- Εκτιμά το επίπεδο αντίληψης της αρρώστου.
- Ελέγχει τον φάκελο και το προεγχειρητικό δελτίο .
- Παίρνει τα ζωτικά σημεία .
- Επαληθεύει το σημείο της εγχείρησης ,εξετάζει εάν το

χειρουργικό πεδίο είναι καθαρό και εάν είναι ντυμένο σωστά με τα ρούχα του χειρουργείου .

- Προετοιμάζει το δέρμα με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας .
- Δίνει ψυχολογική υποστήριξη .
- Ενημερώνει την άρρωστη και την οικογένεια σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων , την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού , τα αισθήματα μετά τη μαστεκτομή , τον πόνο , τη δραστηριότητα και τη διορθωτική πλαστική του μαστού και
- Βοηθάει την οικογένεια να εκφράσει τα αισθήματα , τους φόβους και τις ανησυχίες της .

Από μελέτες , παρατηρήσεις και αξιολογήσεις αρρώστων και συγγενών , διαπιστώθηκε ότι η σωστή πληροφόρηση και η προεγχειρητική διδασκαλία , δεν ελαττώνει μόνο την προεγχειρητική ανησυχία τους , αλλά και βοηθά την άρρωστη να συνεργαστεί καλύτερα στη μετεγχειρητική φάση. Σηκώνεται γρήγορα από το κρεβάτι , χρειάζεται λιγότερα παυσίπονα, αναπνέει , βήχει , άρα οι μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι λιγότερες και το ηθικό της υψηλό .

Οι άρρωστοι συχνά θεωρούν τη νοσηλεύτρια σαν άτομο που ενδιαφέρεται γι' αυτούς και σαν λιγότερο επικίνδυνο από τα άλλα μέλη του προσωπικού υγείας και έτσι είναι περισσότερο επιδεκτικοί στη διδασκαλία από νοσηλεύτρια .

B. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΑΣΗΣ .

Σ' αυτή τη φάση , που είναι η κύρια ευθύνη της ,η νοσηλεύτρια του χειρουργείου φροντίζει τη διατήρηση της ασφάλειας της αρρώστου ως εξής :

- Η υποδοχή της αρρώστου στο χειρουργείο γίνεται από την Προισταμένη ή την υπεύθυνο , η οποία πρέπει να υποδέχεται την άρρωστη ήρεμα και ευγενικά . Η άρρωστη σχηματίζει την πρώτη εντύπωση από την εμπειρία της στο χειρουργείο , από τον τρόπο που της γίνεται η υποδοχή , πρέπει δε να πιστέψει ότι βρίσκεται σε ασφαλές περιβάλλον και ότι το προσωπικό του χειρουργείου ενδιαφέρεται για το άτομό της .
- Δεν θα πρέπει να αφήνουμε μόνη της την άρρωστη μέχρι να μπει στην στην αίθουσα του χειρουργείου . Η αγωνία , η στενοχώρια , ο φόβος όλων των ημερών κορυφώνονται σ' αυτή ακριβώς την ώρα που περιμένει . Ένα χαμόγελο , μια ευγενική χειρονομία, γενικά μια ανθρώπινη ζεστή παρουσία αυτή την ώρα , είναι ότι καλύτερο γι' αυτήν .
- Οι συνομιλίες και οι κινήσεις του προσωπικού του χειρουργείου πρέπει να περιορίζονται στο ελάχιστο , έτσι ώστε να δημιουργείται η απαραίτητη ατμόσφαιρα ηρεμίας για την άρρωστη . Σπουδαιότερο ακόμη

είναι: Να μην συζητούνται από το προσωπικό θέματα προσωπικά ή θέματα που αφορούν άλλους αρρώστους ,γιατί είναι δυνατόν να παρεξηγηθούν από την άρρωστη που περιμένει και θα έχουν σαν αποτέλεσμα να ελαττώσουν την εμπιστοσύνη της και το αίσθημα ασφάλειας που πρέπει να νιώθει στο περιβάλλον του χειρουργείου .

- Ακόμη, κατά τη μεταφορά και τοποθέτηση στο χειρουργικό τραπέζι , έχει ηθική υποχρέωση το προσωπικό να μεταχειρίζεται την άρρωστη με σεβασμό και αξιοπρέπεια . Η ντροπή που νιώθει η άρρωστη για το γυμνό της σώμα που εκτίθεται σε κοινή θέα στα μάτια των άλλων , της προκαλεί μεγάλο stress. Θα πρέπει να είναι πάντα σκεπασμένη μέχρι να πάρει νάρκωση. Δεν πρέπει να την μεταχειρίζεται σκληρά και αδιάφορα και να τη μετακινεί σαν άψυχο αντικείμενο. Πρέπει δε να εξηγεί στην άρρωστη το κάθε τι που της κάνει και ότι τα μέτρα που λαμβάνονται είναι για την ασφάλειά της .

- Η νοσηλεύτρια παραμένει κοντά της κρατώντας της το χέρι , υποστηρίζοντάς την ψυχολογικά μέχρι να πάρει νάρκωση και σίγουρα νιώθει ασφαλής .

- Όταν μεταφερθεί στο χειρουργικό τραπέζι , επιβλέπει τη σωστή τοποθέτησή της σύμφωνα με την προεγχειρητική εκτίμηση που έχει κάνει, έτσι ώστε να υπάρχει λειτουργική ελευθερία στο σώμα της και επιβλέπει για τη διατήρησή της μέχρι το τέλος της επέμβασης .

- Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να φροντίζει ώστε να υπάρχει η απαραίτητη ηρεμία , ο σωστός τρόπος συμπεριφοράς απ' όλους μέσα στη χειρουργική αίθουσα και γενικά όλες οι ενέργειες της να αποσκοπούν στην καλύτερη διεκπεραίωση της εγχείρησης με επιμελημένη χειρουργική τεχνική, ώστε να παρέχεται στην άρρωστη η μεγαλύτερη ασφάλεια .

- Επιβλέπει τις φυσιολογικές λειτουργίες π.χ. μεγάλη απώλεια υγρών, λειτουργία καθετήρων , παροχετεύσεων .

- Θα πρέπει τέλος να καταγράφονται με κάθε λεπτομέρεια όχι μόνο τα απαραίτητα στοιχεία της εγχείρησης (καταμέτρησης γαζών , εργαλείων, ονόματα χειρουργών και αναισθησιολόγων νοσηλευτών, ώρα έναρξης και τέλος της εγχείρησης) , αλλά και όλη η διεγχειρητική φροντίδα που δόθηκε, έτσι ώστε να επισημαίνονται οι νοσηλευτικές πράξεις , που θα δώσουν άνεση και ασφάλεια στην άρρωστη στη μετεγχειρητική περίοδο και θα βοηθήσουν επίσης τη νοσηλεύτρια του τμήματος να δώσει πιο εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα στην άρρωστη .

Γ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΚΗΣ ΦΑΣΗΣ.

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

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

Γ. Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από τον πόνο .

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

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

ΣΤ. Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος . Συνήθως , ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή Hemovac. Η αναρρόφηση γίνεται με δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή θα πρέπει να αδειάζεται προτού γεμίσει τελείως .Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά , ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση . Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευμένων υγρών της συσκευής ελέγχονται και αναγράφονται.

Ζ. Πρόληψη λοίμωξης .

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

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

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

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

ΙΑ. - Σχεδιασμός για έξοδο από το νοσοκομείο- Διδασκαλία

- Ενθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή χρήσιμων απαντήσεων.
- Ετοιμασία σύζυγου για παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης στη σύζυγό του. (Σαχίνη – Καρδάση, Πάνου 1997).

2.2.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Η νοσηλευτική παρέμβαση της ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έρθει σε επαφή μαζί της . Από τη στιγμή αυτή , η νοσηλεύτρια με την αγάπη , το ενδιαφέρον, την κατανόηση της θέσης της ασθενούς και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στην ασθενή ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής .

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας αναφέρονται :

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

B. Στην προετοιμασία και τη βοήθεια της ασθενούς για τη θεραπεία.

Γ. Στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την ασθενή το περιβάλλον και τον εαυτό της .

Δ. Στην ψυχολογική τόνωση της ασθενούς πριν, κατά μετά τη θεραπεία.

ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσηλεύτρια ενημερώνεται από το φάκελο του ασθενούς για:

A. Το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε.

B. Την ακριβή θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία.

Γ. Το σκοπό της ακτινοβόλησης (θεραπευτικό ή ανακουφιστικό).

Δ. Τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει. Αξιολογεί πώς αντιλαμβάνεται η ασθενής το είδος αυτό της θεραπείας , επισημαίνει τα προβλήματα και τις ανάγκες της ασθενούς και με βάση αυτές θέτει τους σκοπούς και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Ανάγκες – Προβλήματα των ασθενών

Διδασκαλία:

- A. Έλλειψη γνώσης που να αφορά στην καθορισμένη ακτινοθεραπεία.
- B. Φόβος άγχος που έχει σχέση με την έλλειψη γνώσης για τη θεραπεία.

Διατροφή:

- A. Αλλαγή στη θρέψη, η οποία είναι ελλιπής , λόγω της ναυτίας του έμετου και της ανορεξίας .
- B. Αλλαγές στο βλεννογόνο του στόματος , λόγω της ακτινοθεραπείας , που εμποδίζουν τη μάσηση και τη λήψη τροφής .
- Γ. Ηλεκτρολυτικές διαταραχές που σχετίζονται με τη ναυτία ,τον έμετο και την ανορεξία .

Ανεπιθύμητες ενέργειες από τη θεραπεία:

- A. Ακτινοθεραπεία
- B. Καταβολή του μυελού των οστών
- Γ. Διαταραχές στην κένωση του εντέρου εμφάνιση διάρροιας , λόγω μεγάλης ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία.
- Δ. Γενικότερες διαταραχές του πεπτικού συστήματος , όπως στοματίτιδα /μυκητίαση , στοματοφαρυγγικός πόνος , ξηροστομία οισοφαγίτιδα , ανεπιθύμητες ενέργειες οι οποίες επιδρούν αρνητικά στη λήψη τροφής .

Έξοδος:

- A. Ανάγκη ενημέρωσης και διδασκαλίας της ασθενούς για το σωστό προγραμματισμό συνέχισης της ακτινοθεραπείας όπως έχει καθορισθεί από το γιατρό .
- B. Λήψη προφυλακτικών μέτρων για την πρόληψη ερεθισμού ή τραυματισμού της περιοχής του δέρματος που ακτινοβολείται. Την περιοχή αυτή πρέπει να τη φροντίζει και να την περιποιείται κατάλληλα.

Νοσηλευτικοί σκοποί

- A. Η ασθενής και η οικογένειά της πρέπει να ενημερωθούν σωστά για την ακτινοθεραπεία και το ακτινοθεραπευτικό πρόγραμμα που θα ακολουθηθεί. Η σωστή νοσηλευτική προσέγγιση θα μετρήσει το φόβο και το άγχος του αγνώστου .
- B. Να καταστήσει η νοσηλεύτρια δυνατή τη λήψη τροφής από την ασθενή. Να διατηρήσει επαρκή διατροφή . Να διατηρήσει με τη συνεχή φροντίδα

την ακεραιότητα του στοματικού βλεννογόνου . Να εξασφαλίσει ηλεκτρολυτική ισορροπία καθώς και ισορροπία των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών .

Γ. Ν προστατεύσει την περιοχή του δέρματος που δέχεται την ακτινοβολία από υπερβολική καταστροφή . Να μειώσει κατά το δυνατόν , την καταστολή του μυελού των οστών. Να βοηθήσει την ασθενή να αποκτήσει πάλι τις συνηθισμένες συνήθειες στην κένωση του εντερικού σωλήνα .

Δ. Η οικογένεια της ασθενούς να ενημερωθεί και να καθοδηγηθεί κατάλληλα για το πώς πρέπει να αντιμετωπισθεί το άτομο που κάνει την ακτινοθεραπεία.

Νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις

Διδασκαλία

Α. Ενημερώνεται η ασθενής για τις αναμενόμενες και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας επίσης , δίνοντας συμβουλές για την καλύτερη δυνατή συνεργασία και τη συμβολή της ασθενούς στην ακτινοθεραπεία και το σχεδιασμό της φροντίδας .

Β. Παρέχει η νοσηλεύτρια έντυπο πληροφοριακό υλικό από το ακτινολογικό τμήμα και, αν είναι δυνατόν, ενισχύει την προφορική διδασκαλία.

Γ. Προκαθορίζει επίσκεψη της ασθενούς στο ακτινολογικό τμήμα και τη γνωρίζει με το προσωπικό .

Δ. Παρέχει στην ασθενή χρόνο για τη διατύπωση ερωτήσεων και απαντήσεων. Τα συνήθη ερωτήματα είναι τα εξής :

- Πονάει η ακτινοθεραπεία ;
- Τι πρέπει να κάνει κατά το διάστημα της θεραπείας ;
- Θα είναι μόνη της κατά της διάρκειας της θεραπείας ;
- Αν δεν αισθάνεται καλά κατά το διάστημα της θεραπείας και έχει ανάγκη από βοήθεια, τι θα κάνει ;
- Θα εκπέμπει μεγάλη ακτινοβολία μετά τη θεραπεία ; Αν ναι θα πρέπει να είναι απομονωμένη;

Η απάντηση στα πιο πάνω , αλλά και σε άλλα σχετικά ερωτήματα της ασθενούς , μειώνει την ανησυχία και το άγχος , τη βοηθάει να συνεργασθεί με το προσωπικό της ομάδας υγείας και να αξιοποιηθούν όλες οι δυνατότητες για την επιτυχία της .

Ε. Πληροφορεί την ασθενή για τα αναμενόμενα αποτελέσματα και την αφήνει να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά της .

ΣΤ. Παρέχει γραπτές οδηγίες για τη φροντίδα του δέρματος , τις διατροφικές τροποποιήσεις , την ώρα που έχει καθορισθεί η κάθε συνεδρία, τη φαρμακευτική αγωγή.

Ζ. Πληροφορεί την ασθενή για το πώς να αντιμετωπίσει τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες .

Διατροφή

Α. Επισημαίνεται η αναγκαιότητα της διατήρησης των διατροφικών συνηθειών, με πρόσθετη χορήγηση τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας , η οποία είναι ζωτικής σημασίας για την αντοχή του οργανισμού στην ακτινοθεραπεία .

Β. Ενθαρρύνονται τα μικρά και συχνά γεύματα . Εκτός των τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας , χορηγούνται και συμπληρωματικές τροφές , οι οποίες παρέχουν πρόσθετες θερμίδες και πρωτείνες που συμβάλλουν στην ανασύσταση των κατεστραμμένων ιστών .

Γ. Ενθαρρύνεται η επαρκής λήψη υγρών . Οι μεταβολικές ανάγκες των ιστών είναι αυξημένες και απαιτείται αυξημένη χορήγηση υγρών για την αποβολή των άχρηστων ουσιών .

Δ. Προγραμματίζει για την ασθενή και την οικογένειά της συμβουλευτική συνάντηση με το διαιτολόγο .

Ε. Ζυγίζει καθημερινά την ασθενή και συγκρίνει τα αποτελέσματα μεταξύ τους , αλλά και με τα αντίστοιχα πριν από την έναρξη της θεραπείας .

ΣΤ. Ρυθμίζει το διαιτολόγιο πριν και μετά από κάθε συνεδρία (π.χ. χορήγηση κρύων υγρών και μαλακών τροφών) .

Ζ. Χορηγεί αναλγητικά και αντιεμετικά φάρμακα περίπου δύο ώρες πριν από το γεύμα . Αξιολογεί την αποτελεσματικότητά τους .

Η. Ελέγχει τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορεί να αυξάνουν την ναυτία και τον έμετο(π.χ. αποφυγή έντονων και δυσάρεστων οσμών, φαγητά που δεν προτιμά κ.λ.π.).

Θ. Χορηγεί βιταμίνες (με εντολή γιατρού).

Ι. Κανονίζει τη χορήγηση μεγαλύτερων γευμάτων της ασθενούς να παρευρίσκονται οι συγγενείς και οι φίλοι της . Η ενθάρρυνση και η συντροφιά αυξάνουν την όρεξη και την λήψη τροφής .

ΙΑ. Κανονίζει τη χορήγηση μεγαλύτερων γευμάτων , όταν η ναυτία και η ανορεξία δεν είναι και τόσο φανερά (συνήθως τα πρωινά) διαφορετικά χορηγεί καθημερινώς μικρά και συχνά γεύματα .

ΙΒ. Χορηγεί πολτοποιημένες , μαλακές , υψηλής πρωτεϊνικής αξίας τροφές (π.χ. τυρί και άλλα γαλακτοκομικά προϊόντα , σαλάτες φρούτων κ.λ.π.) .

ΙΓ. Χορηγεί μεταξύ των γευμάτων υψηλά πρωτεϊνικά και θερμιδικά σκευάσματα του εμπορίου (με εντολή γιατρού).

ΙΔ. Γνωστοποιεί στην ασθενή ότι η λήψη κρύων τροφών μπορεί να βοηθήσει στην αναισθητοποίηση και στην ανακούφιση του πόνου της στοματικής κοιλότητας .

Για την αντιμετώπιση στοματοφαρυγγικού πόνου , ο οποίος παρεμποδίζει όχι μόνο τη λήψη τροφής , αλλά και την ομιλία , συμβουλεύει την ασθενή να αποφεύγει όλες εκείνες τις ουσίες , όπως καπνό και οινοπνευματώδη που μπορεί να επιδεινώσουν την κατάσταση της . Η τροφή να λαμβάνεται κρύα (σε θερμοκρασία δωματίου) όχι καυτή ή παγωμένη .

ΙΕ. Διδάσκει την ασθενή πώς να χρησιμοποιεί καλαμάκι για να διευκολύνει τη λήψη υγρών .

ΙΣΤ. Να αποφεύγεται η χορήγηση ζεστών τροφών και υγρών που μπορεί να προκαλέσουν αλλοιώσεις του βλεννογόνου του στόματος να αποφεύγονται ο καφές, το τσάι , τα οινοπνευματώδη, τα μπαχαρικά, οι σάλτσες και τα ανθρακούχα αναψυκτικά .

ΙΖ. Διδάσκει την ασθενή τεχνικές για την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας . Συνιστά την χρησιμοποίηση μαλακής οδοντόβουρτσας καθώς και την χρήση οδοντιατρικού νήματος . Φροντίζει, ώστε τα χείλη να παραμένουν υγρά .

ΙΗ. Πριν από την έναρξη της ακτινοθεραπείας , η νοσηλεύτρια φροντίζει να επισκεφθεί η ασθενής τον οδοντίατρο για προληπτικές εξετάσεις ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες μόλυνσης και καταστροφής δοντιών και ούλων . Χαλασμένα δόντια , ακόμη και δόντια με σφραγίσματα, αφαιρούνται πριν από την έναρξη της θεραπείας .

ΙΘ. Διδάσκει την ασθενή να παρατηρεί καθημερινά τη στοματική της κοιλότητα για αλλαγές στο βλεννογόνο και σε τέτοια περίπτωση να τις αναφέρει αμέσως στη νοσηλεύτρια .

Κ. Η νοσηλεύτρια παρατηρεί και αξιολογεί καθημερινά την ασθενή για σημεία και συμπτώματα επιμόλυνσης (π.χ. στοματική καντιντίαση). Η προφυλακτική χρήση οδοντόκρεμας που να περιέχει αντιβιοτικό είναι αρκετά βοηθητική .

ΚΑ. Χορηγεί αναλγητικά (π.χ. τοπικώς xylocaine) και αντιβιοτικά (με εντολή γιατρού) .

ΚΒ. Συζητεί με την ασθενή και αξιολογεί τη χρήση καπνού και τη λήψη οινοπνεύματος .

ΚΓ. Συζητεί και ενημερώνει την ασθενή για την πιθανότητα διατροφής με ρινογαστρικό σωλήνα Levin , σε περίπτωση αυξημένης απώλεια βάρους .

ΚΔ. Η νοσηλεύτρια ελέγχει και παρακολουθεί καθημερινά τις εργαστηριακές τιμές των ηλεκτρολυτών , της κρεατινίνης , του αζώτου κ.λ.π.

ΚΕ. Φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών της ασθενούς , όταν αυτή είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες για την κάλυψη των φυσικών της αναγκών .

ΚΣΤ. Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού της ,που συμβάλλει στη μείωση και στην καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων .

Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών.

Α. Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται .

Β. Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών και καθορίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό .

Γ. Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή .

Δ. Ενημερώνεται η ασθενής να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα .

Ε. Ενθαρρύνεται να αποφεύγεται τα στενά ρούχα που αυξάνουν τον ερεθισμό .

ΣΤ. Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα , διακόπτεται σε ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.

Ζ. Η ασθενής ενημερώνεται ότι η περιοχή η οποία ακτινοβολείται είναι σημειωμένη με ειδικό μελάνι . Για τον προσδιορισμό της περιοχής αυτής, δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ποτέ αυτοκόλλητες ταινίες .

Η. Η περιοχή αυτή πρέπει να διατηρείται κατά το δυνατόν στεγνή .

Θ. Πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι . Την ώρα που σκεπάζεται το δέρμα αποφεύγεται η τριβή .

ΙΑ. Τόσο κατά τη θεραπεία όσο και μετά από αυτήν πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας (να μη ζεσταίνεται πολύ) .

ΙΒ. Προστατεύεται από τον ήλιο και το κρύο (αέρας κ.ά.). Αποφεύγεται η έκθεση της περιοχής στην ηλιακή ακτινοβολία κατά τη διάρκεια της θεραπείας , αλλά και ένα χρόνο μετά από το τέλος της .Σε αντίθετη περίπτωση , χρησιμοποιείται αντιηλιακό με δείκτη προστασίας μεγαλύτερο από 15.

ΙΓ. Αποτριχώνεται(ξυρίζεται) μόνο ηλεκτρική μηχανή . Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα , αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο .

ΙΔ. Αποφεύγεται η χρήση στηθόδεσμου , αν δημιουργεί πίεση .

ΙΕ. Ενημερώνεται η ασθενής να φοράει άνετα και φαρδιά ρούχα . Επίσης να αποφεύγεται η επαφή της περιοχής με υφάσματα που προκαλούν τριβή και ερεθισμό.

ΙΣΤ. Το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται ελέγχεται καθημερινά από τη νοσηλεύτρια για ερύθημα , κνησμό, αφυδάτωση , παρουσία φλυκταινών και απολέπιση .

ΙΖ. Σε καταστολή του μυελού των οστών , η ασθενής παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση , είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς και γι' αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγησή της . Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση της ασθενούς για εμφάνιση αιμορραγιών. Σε περίπτωση αιμορραγίας , αντιμετωπίζονται ανάλογα .

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η εσωτερική ακτινοθεραπεία παρέχεται μέσω εμφυτευμάτων που δίνουν υψηλή δόση ακτινοβολίας σε μια συγκεκριμένη περιοχή . (Κόνιαρη Ε. 1991).

2.2.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Η χρήση των κυτταροστατικών φαρμάκων στη θεραπεία της κακοήθους νόσου αυξήθηκε σημαντικά την τελευταία 10ετία και αυτή η τάση συνεχίζεται.

Η άριστη φροντίδα των ασθενών που δέχονται τη χημειοθεραπεία θα είναι αποτελεσματική, εάν υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτριών- τών.

Καθώς λοιπόν μεγαλύτεροι αριθμοί ασθενών δέχονται χημειοθεραπεία, όλο και εμπλέκονται περισσότερες νοσηλεύτριες – τές στη φροντίδα τους σε ειδικευμένα κέντρα . Γενικά Νοσοκομεία και στην κοινωνία , αναπτύσσοντας μεγαλύτερη ικανότητα στη νοσηλευτική φροντίδα των χημειοθεραπευτικών αρρώστων .

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ – ΤΗ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ.

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

- Η προστασία της αρρώστου κατορθώνεται με την προσέγγιση . Η προσέγγιση αυτή τονίζει με έμφαση τη φροντίδα και αυτοφροντίδα του αρρώστου που βοηθάει από τη Νοσηλεύτρια – τή και είναι εξίσου εφαρμοσμένη στους εξωτερικούς και εσωτερικούς αρρώστους.
- Προκειμένου να αρχίσει η άρρωστη θεραπεία, η φροντίδα της είναι περίπου η ίδια αλλά η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ θα χρειασθεί να προσαρμοσθεί ειδικά σε κάθε άρρωστο .
- Οι σκοποί αυτής της προσέγγισης πρέπει να κατευθύνουν τη φυσική και ψυχολογική προετοιμασία της αρρώστου και υποστήριξή της και μπορεί να περιλαμβάνει:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Μερικά φάρμακα μπορεί να δοθούν σε εξωτερικούς αρρώστους , αλλά πολλοί πρέπει να εισαχθούν στο νοσοκομείο για τη χορήγηση των φαρμάκων και την αντιμετώπιση των παρενεργειών τους , πολλές ημέρες ή μιας ημέρας νοσηλεία (day klining).

Οι άρρωστοι που παίρνουν μεγάλες δόσεις θα έχουν πολλά ειδικά προβλήματα όπως :

- Λευκοπενία (1 έως 100).
- Θρομβοπενία (αιμοπ. σπάνια).
- Υψηλό πυρετό (40,4 βαθμούς κελσίου)
- Στοματίτιδα (μυκητίαση στοματικής κοιλότητας).

Εδώ λοιπόν η Νοσηλεύτρια- τής καλείται να αντιμετωπίσει τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας με την **ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα** , η οποία είναι ένα σημαντικό τμήμα της προσέγγισής της στον άρρωστο .

ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ η οποία θα εξασφαλίσει στην άρρωστη (με χημειοθεραπεία) μια πρόσθετη φροντίδα και υποστήριξη σε ειδικά προβλήματα (προβλήματα από τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας).

Κατά τη Νοσηλευτική Φροντίδα σύμφωνα με την Νοσηλευτική Διεργασία θα πρέπει να γίνει:

- Ανίχνευση των προβλημάτων της αρρώστου .
- Οργάνωση και προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας .
- Παροχή Νοσηλευτικής Φροντίδας .
- Εκτίμηση – Αξιολόγηση.

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Αυτή θα γίνει από πληροφορίες και από το ιατρικό ιστορικό της αρρώστου . Η Νοσηλεύτρια –τής δεν θα παραλείψει να ρωτήσει:

- Είστε αλλεργική σε κάποιο φάρμακο;
- Είστε έγκυος (σε γυναίκα) ή σκοπεύετε να κάνετε παιδιά; (Μερικά φάρμακα μπορεί να δημιουργήσουν ελαττώματα στο έμβρυο ή να επηρεάσουν την ικανότητα τεκνοποίησης στο μέλλον).
- Θηλάζετε; (Μερικά φάρμακα περνούν στο γάλα και επηρεάζουν το παιδί).
- Παίρνετε κάποια άλλα φάρμακα ;(Η χρήση ορισμένων φαρμάκων μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα).
- Έχετε άλλα ιατρικά προβλήματα ; (Μερικές παθήσεις μπορεί να επηρεάσουν τη θεραπεία του).

Στη συνέχεια θα σημειώνονται η πορεία της νόσου και οι αντιδράσεις της αρρώστου .

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Κατά τη Νοσηλευτική Φροντίδα θα πρέπει η Νοσηλεύτρια-τής να φροντίσει και να οργανώσει τη σωστή εφαρμογή του Πρωτοκόλλου των κυτταροστατικών φαρμάκων.

**Το Πρωτόκολλο των κυτταροστατικών φαρμάκων
Το υλικό της /του για την χημειοθεραπεία
Την αντιμετώπιση της αντίδρασης του αρρώστου
κατά την θεραπεία.**

- Πρωτόκολλο κυτταροστατικών φαρμάκων, δηλαδή τη σωστή εφαρμογή του χωρίς καθυστέρηση.
- Υλικό που θα χρησιμοποιήσει κατά την εφαρμογή του σχήματος .
- Υλικό ανάγκης . Εάν χρειασθεί για υποστήριξη του αρρώστου δίσκος αντιδότην σε νέκρωση φλεβών .
- Να παρακολουθεί, να καταγράφει την αντίδραση , δηλ. τα σημεία και τα συμπτώματα , ιδιαίτερα όταν η άρρωστη πλησιάζει την ολική δόση των φαρμάκων και να δράσει ανάλογα , π.χ. διουρητικά, αντιεμετικά (εντολή γιατρού).
- Αναφορά στο ιατρικό προσωπικό .
- Να ελέγχει με monitor τη λήψη και αποβολή υγρών, κατά την θερα-

πεία και 48 ώρες μετά (νεφροτοξικά φάρμακα) π.χ. η ολιγουρία μπορεί να είναι μια ένδειξη τερματισμού της χημειοθεραπείας .

➤ Πληροφόρηση της αρρώστου για τα σημαντικά γεγονότα που μπορεί να συμβούν και να ενημερωθεί ο γιατρός .

➤ Φροντίδα στην άρρωστη με στοργή και αγάπη.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ - ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Εδώ η νοσηλεύτρια – της θα κάνει την αξιολόγηση της /του , δηλαδή κατά πόσο φρόντισε να χορηγηθεί στην άρρωστο η χημειοθεραπεία χωρίς να της στερηθεί η άνεση , χωρίς να ταλαιπωρηθεί πολύ, να πονέσει και να τραυματισθεί , προσπαθώντας να ανιχνεύσει , να προλάβει τις παρενέργειες και να τις αντιμετωπίσει έγκαιρα.

ΠΑΗΡΟΦΟΡΗΣΗ – εκπαίδευση της αρρώστου

Η πληροφόρηση είναι το πρώτο σκαλοπάτι μιας επικοινωνίας με την άρρωστο όπου μπορεί να στηριχθεί η εκπαίδευση . Η πληροφόρηση της ογκολογικής αρρώστου για τη διάγνωση είναι έργο της υγειονομικής ομάδας .

Η νοσηλεύτρια – τής όμως , μέσω του ρόλου της θα δώσει πληροφορίες και θα εκπαιδεύσει την άρρωστο στο επίπεδο που θέλει να μπορεί η άρρωστος , η οικογένεια ή οι φίλοι της .

Όπως αναφέραμε το άγχος, η αγωνία, ο φόβος, η κατάθλιψη, η αβεβαιότητα είναι κοινές συγκινήσεις που δοκιμάζουν οι άρρωστοι και οι οποίες είναι πιο έντονες σε αρρώστους που δεν έχουν ακριβή γνώση της θεραπείας τους.

Οι νοσηλεύτριες – τές λοιπόν, μέσω του ρόλου τους θα δώσουν τις κατάλληλες πληροφορίες όπου μπορεί να κρατήσει όλο αυτό το stress της αρρώστου σε άριστο επίπεδο όπως σε μεταβολές του follow- up .

Σε χειρουργικούς αρρώστους , για παράδειγμα , μελέτες απέδειξαν ότι υστερεκτομηθείσες γυναίκες που είχαν δεχθεί εκπαιδευτικές συμβουλές δοκίμασαν λιγότερο προεγχειρητικό άγχος και λιγότερη μετεγχειρητική αναλγησία από ασθενείς που είχαν αφεθεί στο να το αντιμετωπίσουν μόνες τους .

Στη χημειοθεραπεία θα δώσει πληροφορίες (φάρμακα , διάρκεια και τρόπο θεραπείας , παρενέργειες) μεμονωμένα ή καθ 'ομάδες και θα δώσει το χρόνο στην άρρωστο να συνηθίσει στην ιδέα της χημειοθεραπείας και στη σημασία της , μοιράζοντας έτσι κάθε σκέψη ή άγχος του.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ – ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

- ❖ Αναγνώριση των αναγκών της αρρώστου .
- ❖ Σχεδιασμός διδασκαλίας – Τρόποι και μέσα διδασκαλίας .
- ❖ Περιεχόμενο διδασκαλίας .
- ❖ Εκτίμηση.

ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η άρρωστη ενημερώνεται για :

**ΤΗΝ ΑΝΑΓΚΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ
ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΧΗΜΑ – ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ
ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΕΩΣ ΤΟΥΣ
ΤΙΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΤΙΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΤΙΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ FOLLOW – UP**

**ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ- ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΗΣ
ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ** η άρρωστη γνωρίζει :

- ❖ Την ανάγκη θεραπείας της .
- ❖ Το θεραπευτικό σχήμα (τα φάρμακα δηλαδή που θα του δοθούν) .
- ❖ Τη διάρκεια και τη συχνότητα της χορηγήσεώς τους .
- ❖ Τις διαδικασίες που θα γίνουν πριν κατά και μετά τη χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων .
- ❖ Τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας , πώς και πότε παρουσιάζονται και την αντιμετώπισή τους .
- ❖ Και τέλος τις μεταβολές του follow- up και στις διαδικασίες που πρέπει να παρακολουθήσουν μετά τη χημειοθεραπεία.

Κατά την πληροφόρηση – εκπαίδευση η νοσηλεύτρια- τής θα πρέπει:

- ❖ Να είναι παρούσα – ών κατά την ώρα των συμβουλών του ογκολόγου- παθολόγου γιατρού ή να ανακαλύψει τι ειπώθηκε στην άρρωστη και αυτό θα βοηθήσει στο να χρησιμοποιηθούν όμοιες λέξεις και φράσεις εξασφαλίζοντας τη συνοχή .
- ❖ Θα πρέπει να ζητήσει από την άρρωστο να επαναλάβει με δικά του λόγια , τι καταλαβαίνει ότι θα συμβεί με τη χημειοθεραπεία και αυτό θα δώσει στη νοσηλεύτρια- τή για παρακολούθηση προσεκτική , ευκαιρία , να ανιχνεύσει και ν' αντιμετωπίσει τα ειδικά προβλήματα και τα άγχη τους .

ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ μπορεί να δοθούν προφορικώς ή γραπτώς .

❖ Ένα φύλλο ή ένα φυλλάδιο με πληροφορίες του είναι εξαιρετικά χρήσιμο , όπως για:

- ❖ Ονόματα κυτταροστατικών φαρμάκων.
- ❖ Οδηγίες χρήσεώς του.
- ❖ Παρενέργειες και αντιμετώπισή τους .
- ❖ Ονόματα και τηλέφωνα προσώπων που θα έρθει σε επαφή .

άρρωστος όταν εξέλθει από το Νοσοκομείο , ώστε να αισθάνεται άνετα, ζητώντας περαιτέρω εξηγήσεις , όταν βρίσκεται σε παρακολούθηση και έχει άγχος ή ενοχλήματα από τη χημειοθεραπεία .

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ
ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ – ΤΗ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΟΥΣ
ΜΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Ψυχολογικές επιπτώσεις της χημειοθεραπείας

Μια καλή σχέση Νοσηλεύτριας – ή συμβάλλει στην ηθική συμπαράσταση της αρρώστου, του κοινωνικού και οικογενειακού του περιβάλλοντος με θετικό αποτέλεσμα .

Η ανάγκη για χημειοθεραπεία και οι επιπτώσεις της στη ζωή της αρρώστου μπορεί να γεννήσουν μια σειρά από αρνητικά συναισθήματα εξ αιτίας οργανικών συμπτωμάτων και αλλαγών του τρόπου ζωής .

ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

Άγχος – Φόβος- Αγωνία- Αβεβαιότητα- Κατάθλιψη

Τα οποία γίνονται από:

ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Πόνος , έμετος

ΑΛΛΑΓΕΣ ΕΙΔΩΛΟΥ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ: Αλωπεκία, οίδημα.(Μπεζμπέας Σ. 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΘΗΚΩΝ ΜΕΤΑ

ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ – ΕΝΔΥΜΑΤΑ

3.1 ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΘΗΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ – ΕΝΔΥΜΑΤΑ.

Ο προχωρημένος καρκίνος μαστού και η θεραπεία του συχνά οδηγούν σε αλλαγές της εικόνας του σώματος . Η εικόνα του σώματος και η σημασία της για την ασθενή είναι συχνά ένα περίπλοκο θέμα για σημαντικές επιπλοκές για τις νοσηλεύτριες που ασχολούνται με την *ανακουφιστική φροντίδα* .

Η σωστή αξιολόγησή τους μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην υποστήριξη των ασθενών και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος , και να οδηγήσει σε θετικές στάσεις από την πλευρά των ασθενών ως προς την προώθηση της αυτοεκτίμησης και της αυτοαντίληψή τους . (Δόντας Μπεζμπέας 2001).

❖ Χρήση πρόσθετης (τεχνητού στήθους) .

Η άρρωστη που έχει υποβληθεί σε απλή ή ριζική μαστεκτομή χρειάζεται βοήθεια στην επιλογή της πρόσθεσης (τεχνητού στήθους) . Αρχικά, η άρρωστη συμβουλευέται να φοράει κανονικό στηθόδεσμο , που θα τον γεμίζει με ένα μαλακό υλικό ,(μαλλί) το οποίο δεν θα κολλά επάνω στο τραύμα. Μετά την επούλωση του τραύματος , η άρρωστη ενημερώνεται για τους διάφορους τύπους πρόσθεσης που υπάρχουν στο εμπόριο και από που μπορεί να τους προμηθευτεί .

Η πρόσθεση που θα επιλέγει πρέπει να είναι άνετη, να έχει κανονική φόρμα και το ίδιο μέγεθος , σχήμα και βάρος με τον άλλο μαστό . Οι παράγοντες αυτοί είναι σημαντικοί , για να επανακτήσει η άρρωστη την ισορροπία της . Ο σύζυγος ενθαρρύνεται να συνοδεύσει τη γυναίκα του στην αγορά της πρόσθεσης , για ενθάρρυνση και αποδοχή . Η πρόσθεση δεν θα πρέπει να φορεθεί, αν δεν το επιτρέψει ο γιατρός . (Σαχίνη – Καρδάση, Πάνου 1997).

❖ Έξι έως οκτώ εβδομάδες μετά την εγχείρηση πρέπει να τοποθετηθεί μια πιο μόνιμη πρόσθεση από σιλικόνη σε σχήμα ανάλογο με αυτό του είδους της επέμβασης και να γίνει μια σωστή μέτρηση για την επιλογή του κατάλληλου στηθόδεσμου . Η τοποθέτηση της σωστής πρόσθεσης και η εκπαίδευση της γυναίκας σε αυτή θα την βοηθήσει να ανακτήσει την αυτοπεποίθηση της και θα απομακρύνει τους φόβους που απειλούν τη ζωή της . Μερικά σημεία που πρέπει να προσέξουμε κατά την τοποθέτηση της πρόσθεσης είναι:

- 1) Η ασθενής μας έχει το δικαίωμα να ζητήσει τοποθέτηση από γυναίκα νοσηλεύτρια.
- 2) Είναι σημαντικό να μετρηθεί σωστά ο θώρακας , ώστε να επιλέγει ο σωστός στηθόδεσμος.

- 3) Η γυναίκα πρέπει να έχει δυνατότητα επιλογής σε κάθε προσφερόμενο μοντέλο πρόσθεσης που διατίθεται στην ελληνική αγορά και αυτό σημαίνει ότι και η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι ανάλογα ενημερωμένη.
- 4) Η ασθενούς πρέπει να ενημερωθεί για την διάρκεια ζωής της πρόσθεσής της και το πώς θα αποκτήσει μια καινούργια. (Δόντας – Μπεζμπέας 2001).
- 5) Διατίθεται διάφορα είδη ομοιωμάτων που μπορούν να τοποθετηθούν μέσα σε ένα στηθόδεσμο ή μαγιό , για να αντικαταστήσουν ένα μαστό που έχει αφαιρεθεί . Υπάρχουν επίσης , στηθόδεσμοι με ενσωματωμένα πρόσθετα στήθους . Τα ομοιώματα αυτά είναι σχεδιασμένα , ώστε να απομιμούνται την εμφάνιση και την αίσθηση ενός φυσιολογικού μαστού. (Stopard M. 2000).

4.1 ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΠΑΘΗΤΙΚΩΝ ΑΣΚΗΣΕΩΝ

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

Υπάρχουν αρκετοί τρόποι ανακατασκευής του μαστού, κι ο καθένας τους έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Υπάρχουν επίσης τρόποι ανακατασκευής της θηλής . Μπορεί να χρειασθεί να τροποποιήσουμε το σχήμα του άλλου μαστού, να τον μικρύνουμε ή να τον μεγαλώσουμε , ώστε να υπάρχει η μεγαλύτερη δυνατή συμμετρία ώστε να επιτευχθεί η αρμονικότερη εμφάνιση . Απαιτείται συνήθως η συνεργασία ομάδας ειδικών (πλαστικού χειρουργού , γενικού χειρουργού, ακτινολόγου, ογκολόγου και γενικού γιατρού).

Το πρώτο ερώτημα είναι αν η ανακατασκευή του μαστού θα γίνει αμέσως μετά τη μαστεκτομή ή θα καθυστερήσει . Το πλεονέκτημα της άμεσης ανακατασκευής είναι ότι μειώνονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις («πένθος» για τον χαμένο μαστό).

Η άμεση ανακατασκευή ενδείκνυται σε γυναίκες με μικρής έκτασης καρκίνο και αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες που επιθυμούν να αποφύγουν μια δεύτερη επέμβαση αλλά έχουν συνειδητοποιήσει πως υπάρχει κάποιος ελαφρώς αυξημένος κίνδυνος να προκύψουν προβλήματα επούλωσης . Όταν όμως ο όγκος είναι μεγάλος και πρέπει να γίνει τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή , αποφεύγεται συνήθως η άμεση ανακατασκευή του μαστού . Ο αρχικός στόχος είναι η ίαση από τον

καρκίνο, ενώ η ικανοποιητική 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 που θα επανακατασκευαστεί και στους μασχαλιαίους λεμφαδένες , πράγμα που επιτρέπει να επιλεγεί σωστότερη τεχνική .

Η ανακατασκευή του μαστού καθυστερεί όταν μαζί με τη χειρουργική επέμβαση εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία , οι οποίες ενδέχεται να επηρεάσουν τα συστατικά του αίματος και το ανοσολογικό σύστημα , οπότε αυξάνει ο κίνδυνος λοίμωξης , επιβραδύνεται η επούλωση του τραύματος και εκδηλώνονται και άλλες επιπλοκές . Συνήθως η ανακατασκευή αναβάλλεται για τέσσερις έως έξι εβδομάδες μετά τη συμπλήρωση της ακτινοθεραπείας και δύο έως τρεις μήνες μετά το πέρας της χημειοθεραπείας . (Dollinger M. Rosembaum E. Greg C. 1993).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΚΑΙ

ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΠΑΘΗΤΙΚΩΝ ΑΣΚΗΣΕΩΝ

ΠΡΟΣΘΕΣΗ ΜΑΣΤΟΥ ΣΙΛΙΚΟΝΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΣΤΑΔΙΟ

Σε ελάχιστες περιπτώσεις τοποθετείται μικρό εμφύτευμα σιλικόνης κάτω από τους μυς του θωρακικού τοιχώματος και κατά τη διάρκεια της μαστεκτομής . Η τεχνική εφαρμόζεται σε γυναίκες με μικρούς μαστούς από τις οποίες αφαιρέθηκε πολύ μικρό τμήμα του μαστού .

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Ο μαστός ανακατασκευάζεται σε μία επέμβαση.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Συνήθως δεν δημιουργείται το περίγραμμα του μαστού όπως φαίνεται στο φυσιολογικό μαστό και όπως επιτυγχάνεται με τις άλλες τεχνικές .
- Όπως συμβαίνει με κάθε εμφύτευμα σιλικόνης υπάρχει μικρός κίνδυνος λοίμωξης που θα μπορούσε να οδηγήσει σε προσωρινή απόρριψη του εμφυτεύματος .

ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΠΕΚΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΙΣΤΩΝ.

Κάτω από τους μυς του θωρακικού τοιχώματος τοποθετείται πρόσθεση σιλικόνης που φουσκώνει προοδευτικά με αποστειρωμένο φυσιολογικό ορό. Αυτό γίνεται στο ιατρείο κάθε εβδομάδα. Συνήθως απαιτούνται δύο με τρεις μήνες ώσπου ο μαστός να φτάσει το μέγεθος του αντίθετου μαστού . Χρησιμοποιούμε το εμφύτευμα για μεγάλο χρονικό διάστημα ή μπορούμε να το αλλάξουμε με μόνιμη πρόσθεση με απλή επέμβαση.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Η τεχνική είναι απλή και εφαρμόζεται στα εξωτερικά ιατρεία με τοπική ή γενική αναισθησία .

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Καθυστερεί μέχρις ότου ολοκληρωθεί.
- Υπάρχει ο κίνδυνος λοίμωξης , όπως συμβαίνει και με την πρόσθεση μαστού σιλικόνης σε ένα στάδιο. (Dollinger M. Rosenbaum E. Greg C. 1993).

4.2 ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΠΑΘΗΤΙΚΩΝ ΑΣΚΗΣΕΩΝ

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

- Οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η άρρωστη δεν πρέπει να αισθάνεται καμιά δυσχέρεια στις κινήσεις .
- Αν έχει γίνει πλαστική ή η τομή έχει κλειστεί με αξιόλογη τάση, η άσκηση θα πρέπει να περιορίζεται στον ελάχιστο βαθμό και να αυξάνεται προοδευτικά.
- Θα πρέπει να ενθαρρύνεται αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα.
- Η άρρωστη ενθαρρύνεται να διατηρεί κανονική θέση του σώματος της κατά την εκτέλεση των ασκήσεων . Η σωστή θέση όχι μόνο προάγει την καλή μηχανική του σώματος , αλλά βοηθά και στην φυσιολογική εμφάνιση της γυναίκας .

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

- **Σφίξιμο μπάλας.** Είναι μια απλή άσκηση , που βοηθά στην ισχυροποίηση των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας . Μια ελαστική μπάλα ή μια τσαλακωμένη εφημερίδα σφίγγεται με το χέρι της προσβλημένης πλευράς .
- **Πέταγμα μπάλας.** Βελτιώνει την έκταση του προσβλημένου άκρου . Η γυναίκα πετά την μπάλα που είναι δεμένη σε ελαστικό κορδόνι . Κάθε βολή προάγει την παραπέρα έκταση του βραχίονα .
- **Αναρρίχηση στον τοίχο.** Προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα βλέπει προς τον τοίχο με τα δάκτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο όσο είναι δυνατό. Λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο ισιώνοντας τους ώμους .Σηκώνει τα χέρια πάνω στον τοίχο παράλληλα και όταν αισθανθεί πόνο , τα επαναφέρει στην αρχική τους θέση . Σημειώνεται στον τοίχο το σημείο

όπου έφτασαν τα χέρια της και όταν επαναληφθεί η άσκηση , προσπαθεί να ξεπεράσει το σημείο αυτό .

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

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

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

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

▪ **Άγγιγμα μετώπου**. Δυναμώνει τους επικουρικούς μυς του ώμου . Η άρρωστη βλέπει προς τον τοίχο σε απόσταση άνω άκρων . Οι παλάμες της τοποθετούνται στον τοίχο στο ύψος του ώμου . Η άρρωστη σιγά- σιγά γέρνει προς τον τοίχο κάμπτοντας τους αγκώνες της και επανέρχεται στην αρχική θέση τεντώνοντας τους αγκώνες . (Σαχίνη – Καρδάση, Πάνου 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ, ΑΡΡΩΣΤΟΥ
ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

5.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Χρέος της νοσηλεύτριας είναι να στηρίζει την ασθενή που προσβλήθηκε από καρκίνο του μαστού, ώστε ν' αντιμετωπίσει τα προβλήματα που προέκυψαν, να ξαναβρεί την μέγιστη δυνατή ανεξαρτησία της.

Με τα πρώτα μηνύματα της αρρώστιας, η υποψία και η διάγνωση του καρκίνου, αλλά και η εισαγωγή στο νοσοκομείο συνεπάγονται μεγάλο αριθμό ψυχικών καταπονήσεων και συνοδεύονται από φόβους τον φόβο της αγνώστου και του μέλλοντος των στερήσεων και των θυσιών που θα απαιτηθούν του πόνου, της αναπηρίας, της χρόνιας αρρώστιας.

Κάθε άνθρωπος αντιδρά σε κάθε περίπτωση με μοναδικό τρόπο, είτε με εκτέλεση ή αποφυγή κάποιων πράξεων ή ενεργειών, είτε με ενδοψυχικές διεργασίες, αμυντικές ή οικοδομητικές σκέψεις. Ορισμένοι άρρωστοι επιδιώκουν την πληροφόρηση ενώ άλλοι αντιμετωπίζουν την αρρώστια υπομονετικά, ηρωικά, πνευματικά. Οι περισσότεροι από της ψυχολογικούς αμυντικούς μηχανισμούς, επιλέγουν την άρνηση, ενώ άλλοι την απώθηση, την υπεραναπλήρωση και την προβολή κ.ά. Μερικοί μελαγχολούν και απογοητεύονται, ενώ κάποιοι άλλοι παρουσιάζουν παθολογική εξάρτηση, ανευθυνότητα και παλινδρόμηση σε παθολογικούς και παιδικούς τρόπους συμπεριφοράς. Σε όλους είναι γνωστές οι (5) φάσεις που η Kubler Ross περιγράφει της αντιδράσεις της αρρώστου με καρκίνο, απ' την στιγμή που έρχεται αντιμετώπιση έμμεσα ή άμεσα με την αρρώστια.

Ένα ουσιαστικό μέσο για την προοδευτική ψυχοκοινωνική αποκατάσταση της αρρώστου είναι η **ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΕΙΛΙΚΡΙΝΟΥΣ ΚΑΙ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΗΣ**. Με την υιοθέτηση πλήρους επικοινωνίας, ενημερώνεται και πληροφορείται η άρρωστος στο μέγεθος που η ίδια επιθυμεί και μπορεί, επιτρέπεται σ' όλα τα μέλη της οικογένειας να συμμετέχουν στην οικογενειακή κρίση σ' ένα επίπεδο ανάλογο με της δυνατότητές της, εμπνέεται και κερδίζεται η ενεργός συμμετοχή της στο πρόγραμμα, διαψεύδονται αδικαιολόγητοι φόβοι, καλλιεργείται αίσθημα προσωπικής ασφάλειας και εμπιστοσύνης και καλύπτεται η ανάγκη της αρρώστου να θρηνησει εκείνο που έχασε, να εκδηλώνει τη λύπη της και το θυμό της για να μην απομονωθεί συναισθηματικά.

Καθημερινά πρωταρχικός νοσηλευτικός στόχος είναι **Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ- ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΥΛΑΞΗ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ**. Ολόκληρη η νοσηλευτική είναι διαπροσωπικό έργο. Επιστήμη και Τέχνη του διαλόγου. Όχι μόνο η ακρόαση και η ομιλία, αλλά και η σιωπή, η συμπεριφορά, και οι

μορφασμοί, η βλεμματική επαφή, η απάντηση στην κλήση της αρρώστου, η τήρηση αποφάσεων και η σωματική φροντίδα, αποτελούν μορφές επικοινωνίας, που αν αξιοποιηθούν, επιτυγχάνεται η δημιουργία άνετου διαπροσωπικού κλίματος, όπου ο νοσηλευτής είναι ικανός να γεφυρώνει αποστάσεις επικοινωνίας, να επιλέγει τον καταλληλότερο χρόνο και τρόπο για διδασκαλία, να φέρνει την άρρωστο σε επαφή με αναγνωρισμένα σωματεία ομοιοπαθών, που μπορούν να του μεταβιβάσουν «καταλαβαίνω πώς αισθάνεσαι, βρέθηκα κι εγώ στη θέση σου και το ξεπέρασα», να προάγει την ανεξαρτησία του, να ενισχύει τη θέληση και την ελπίδα της για ζωή.

Οι νοσηλευτές **ΕΝΙΣΧΥΟΥΝ ΤΗΝ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ**, όταν επαινούν την αυτοφροντίδα όταν αντανακλούν θετικές εκτιμήσεις με λόγια ή χωρίς λόγια, με πράξεις ή συμπεριφορά, όταν ακούνε την άρρωστο, όταν αποδέχονται τις αντιδράσεις της όταν αναγνωρίζουν και σέβονται τα συναισθήματά της όταν δημιουργούν ευκαιρίες για να ρωτά και να λύνει τις απορίες της όταν τη φροντίζει με προσωπικό ενδιαφέρον και ευγένεια. Το σπουδαιότερο είναι η ύπαρξη συναισθηματικού τόνου σε κάθε παρεχόμενη νοσηλεία γιατί μεταβιβάζει προστασία, θαλπωρή, στοργή, γαλήνη, φροντίδα, συμμετοχή. (Μπεζμπέας Σ. 1991).

5.2 ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ - ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Πίνακας διδασκαλίας του ασθενούς

Η κατ'οίκον φροντίδα της ασθενούς με μαστεκτομή

Δώστε τις παρακάτω οδηγίες σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή.

- Να πλένει το χειρουργημένο σημείο με πανί και σαπούνι.
- Να μην βάζει αλοιφές στην τομή εκτός και αν το εγκρίνει ο γιατρός.
- Να γνωρίζει πώς η τομή πιθανόν να πονάει αρκετούς μήνες μετά την επέμβαση, και πώς ένα ελαφρύ οίδημα του βραχίονα θα εξαφανιστεί μόλις επανέλθει η φυσιολογική λειτουργία.
- Να εκτελεί τις ασκήσεις που της συνέστησε ο γιατρός στη διάρκεια της ακτινοβολίας και της χημειοθεραπείας.
- Να αποφεύγει τους τραυματισμούς, και την παρατεταμένη έκθεση

στον ήλιο και τη ζέστη.

- Να έρθει αμέσως σε επαφή με το γιατρό εάν παρατηρήσει:
 - Πυρετό ή ρίγος .
 - Παροχέτευση από την τομή ή από άλλο σημείο.
 - Αυξημένο ερύθημα γύρω από την τομή .
 - Αιφνίδια κόπωση ή απώλεια βάρους .
 - Ανορεξία.
 - Λοίμωξη στο χέρι. (Καραχάλιος Γ. 1999).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μετά την ανάλυση της σημασίας και των μεθόδων για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού , μπορούμε να καταλήξουμε στα παρακάτω συμπεράσματα:

1. Ο καρκίνος του μαστού είναι ο μεγαλύτερος δολοφόνος γυναικών, και ο μόνος τρόπος να μειωθούν οι θάνατοι είναι η έγκαιρη διάγνωση.
2. Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται από κάθε γυναίκα πάνω από τα 20.
3. Σε κάθε γυναίκα που παρουσιάζει ένα σύμπτωμα που πιθανό να υποδηλώνει καρκίνο (μάζα ή σκληρία, επίμονος εντοπισμένος πόνος , έκκριμα θηλής κ.λ.π.) , πρέπει να εφαρμόζονται όλες οι διαγνωστικές μέθοδοι.
4. Θα πρέπει να υπάρχουν «Κέντρα Εγκαίρου Διαγνώσεως» στα μείζονα αστικά κέντρα , εξοπλισμένα με το κατάλληλο προσωπικό και όργανα .
5. Όλες οι ασυμπτωματικές γυναίκες πάνω από τα 50 πρέπει να εξετάζονται περιοδικά κάθε χρόνο ή σε βραχύτερα ή μακρύτερα διαστήματα, ανάλογα με την ηλικία , τον τύπο των μαστών και τα ευρήματα και την κατάταξή τους κατά την πρώτη πλήρη εξέταση (κλινική, θερμογραφία , μαστογραφία) .
6. Οι νεότερες γυναίκες , κάτω των 50, θα πρέπει να υποβάλλονται σ' έναν έλεγχο (ιστορικό , κλινική εξέταση , θερμογραφία), να γίνεται δε μια επιλογή μεταξύ αυτών για μαστογραφία , εφ' όσον στην κλινική εξέταση διαπιστωθεί κάτι ύποπτο ή έχουν ανώμαλο θερμογράφημα , ή να εντάσσονται σ' ένα πρόγραμμα περιοδικής εξέτασης , εφ' όσον υπάγονται στην κατηγορία αυξημένου κινδύνου αναπτύξεως καρκίνου (high risk). Η ομάδα αυτή θα περιλαμβάνει τις γυναίκες που έχουν μια εντοπισμένη σκληρία στο μαστό , εντοπισμένο πόνο ή έκκριμα από τη θηλή , (πολλοί περιλαμβάνουν και τη χρονία μαστίτιδα με ή χωρίς πόνο) , καρκίνο στον άλλο μαστό , θετικό οικογενειακό ιστορικό ανάπτυξης καρκίνου πριν από την εμμηνόπαυση , άτεκνες ή γυναίκες που γέννησαν σε ηλικία μεγαλύτερη από τα 30, έναρξη της περιόδου σε ηλικία μικρότερη από τα 11 ή καθυστέρηση στην εμμηνόπαυση. (Teirney M. Lawrence, T.r. Stephen J. MC Phee, Maxine A. Papadakis 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ

ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσης των προβλημάτων , η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, καθώς και η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν. (Κυριακίδου Θ.Ε. 1998)

Σκοπός της είναι η διατήρηση της υγείας του ατόμου, η πρόληψη της νόσου, η προαγωγή της ανάρρωσης , όταν υπάρχει νόσος και η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου. (Σαββοπούλου Γ.Γ. 1997)

Είναι μια νοσηλεία, που προϋποθέτει , υπευθυνότητα, συντονισμό και επιστημονική κατάρτιση . Οι νοσηλευτές πρέπει να διαθέτουν αγάπη προς το συνάνθρωπο, ετοιμότητα σε κάθε επιλογή , αντίληψη και μνήμη.

6.2 ΙΣΤΟΡΙΚΟ - ΠΙΝΑΚΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

↓ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όνοματεπώνυμο: Π.Μ

Ηλικία: 52 ετών

Ύψος: 1.62

Βάρος: 60 kg

Τόπος κατοικίας: Πάτρα

Επάγγελμα: Ι.Υ

Ημερομηνία εισόδου: 15/ 3/ 03

↓ ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η ασθενής παρουσιάζει ερυθρότητα στο δεξιό μαστό ανώδυνο μη κινητό ογκίδιο και ανομοιόμορφο οίδημα.

Μετά την πρώτη εξέταση, πρόκειται πιθανότητα για CA μαστού και κρίνεται απαραίτητη η εισαγωγή της στην γυναικολογική κλινική για περαιτέρω παρακολούθηση και νοσηλεία.

✚ ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η ασθενής έχει κάνει δυο φυσιολογικούς τοκετούς και μια καισαρική τομή , στον δεύτερο τοκετό νόσησε από επιλόχεια μαστίτιδα , καθώς επίσης έχει ανεβασμένη χοληστερόλη και σάκχαρο.

✚ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Είναι έγγαμη με τρία παιδιά
Αναφέρει πως η μητέρα της είχε αντιμετωπίσει παρόμοια προβλήματα , ενώ η μεγαλύτερη αδερφή της δεν αντιμετώπισε ποτέ κάποιο τέτοιο πρόβλημα , από κάποια άλλη γυναίκα στο στενό συγγενικό της περιβάλλον.

Αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλ. φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλ. φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Ψυχολογικά προβλήματα, αδυναμία αποδοχής της διάγνωσης. Φόβος και κατάθλιψη που σχετίζεται με το αίσθημα του θανάτου. Απώλεια θηλυκότητας και αυτοεκτίμησης. Προβλήματα από την χρονιότητα της νόσου και από μεταστάσεις του καρκίνου. 	<ul style="list-style-type: none"> Βοήθεια να αποδεχθεί η άρρωστη τη διάγνωση του Ca. Ελαχιστοποίηση αγωνίας και φόβου. Βελτίωση της αυτοεκτίμησης και της αυτοφροντίδας. Μείωση του κινδύνου υποτροπής της νόσου. 	<p>Προεγ/κά</p> <ul style="list-style-type: none"> Να εξασφαλιστεί η συγκινησιακή υποστήριξη της άρρωστης. Να γίνει καλή προεγ/κή προετοιμασία δέρματος και καθαρισμός της περιοχής. <p>Μετεγ/κά</p> <ul style="list-style-type: none"> Να εκτιμηθεί αρτηριακή πίεση και ο σφυγμός. Να χορηγηθούν αναλγητικά για την ανακούφιση από τον πόνο. Να ελεγχθεί η επίδεση του τραύματος. Να προληφθεί η λοίμωξη. Να προγραμματισθεί έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι. 	<ul style="list-style-type: none"> Ακρόαση των ανησυχών και των προβλημάτων της. Προετοιμάστηκε η πάσχουσα περιοχή. Μετ/κά Ελέγχθηκαν τα ζωτικά σημεία. Χορηγήθηκε 1 amp aprotel. Ελέγχθηκε η επίδεση του τραύματος. Το προσβλημένο χέρι διατηρείται καθαρό και στεγνό. Έγερση το ίδιο απόγευμα μετά την επέμβαση 	<ul style="list-style-type: none"> Επιδεικνύει προθυμία να διαπραγματευθεί με το άγχος της διάγνωσης. Βιώνει λίγη ή καθόλου δυσχέρεια. Συμμετέχει σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας. Παρουσίασε τοπική υποτροπή.

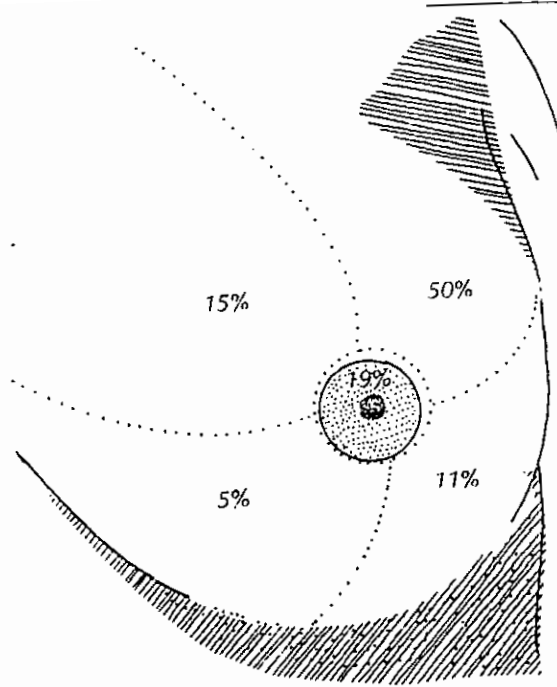
ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η θεραπεία του καρκίνου είναι μια διαρκής μάχη με επιτυχίες και αποτυχίες . Τα τελευταία χρόνια οι εντυπωσιακές αλλαγές στις τεχνολογίας και οι καλύτερες γνώσεις στις για τον καρκίνο οδήγησαν αρκετούς σε αισιόδοξες προβλέψεις ή αναμονές θαυμάτων .

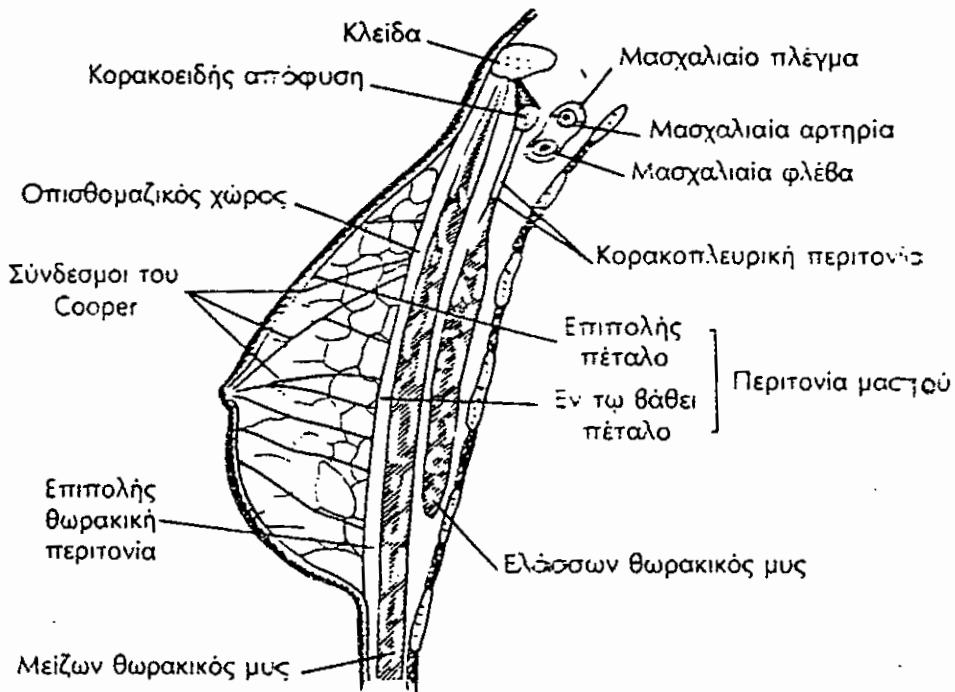
Παράλληλα, οι εφαρμοζόμενες θεραπείες έχουν αυξήσει το προσδόκιμο επιβίωσης , ώστε αρκετοί καρκινοπαθείς να μπορούν να ωφεληθούν νέων ανακαλύψεων στις τεχνικές ή σε φάρμακα.

Η γνώση των καρκινογενετικών παραγόντων , η αντιμετώπιση των προκαρκινώσεων και η έγκαιρη επισήμανση από γιατρούς και μη γιατρούς, των αρχικών συμπτωμάτων παρουσίας του καρκίνου, παρέχει, σήμερα, την κύρια κι ίσως τη μοναδική προφανή δυνατότητα για το μεγάλο άλμα ελάττωσης των θυμάτων από τον καρκίνο του μαστού. (Haskel M.C and Casciato A.D. 1995).

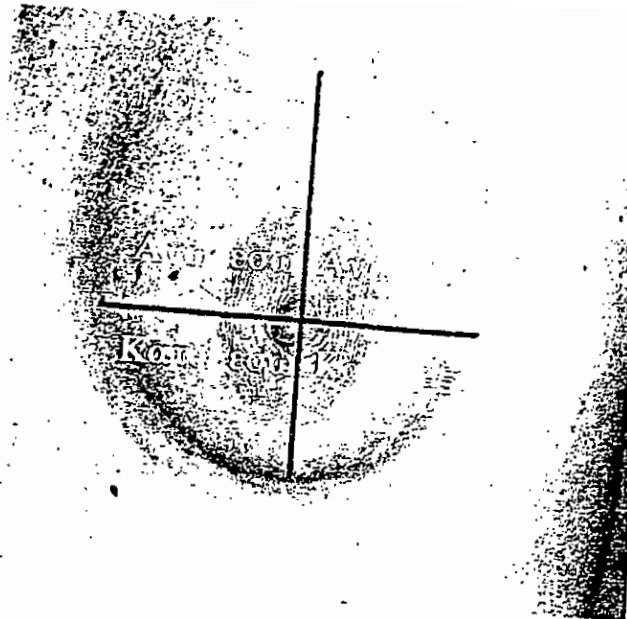
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



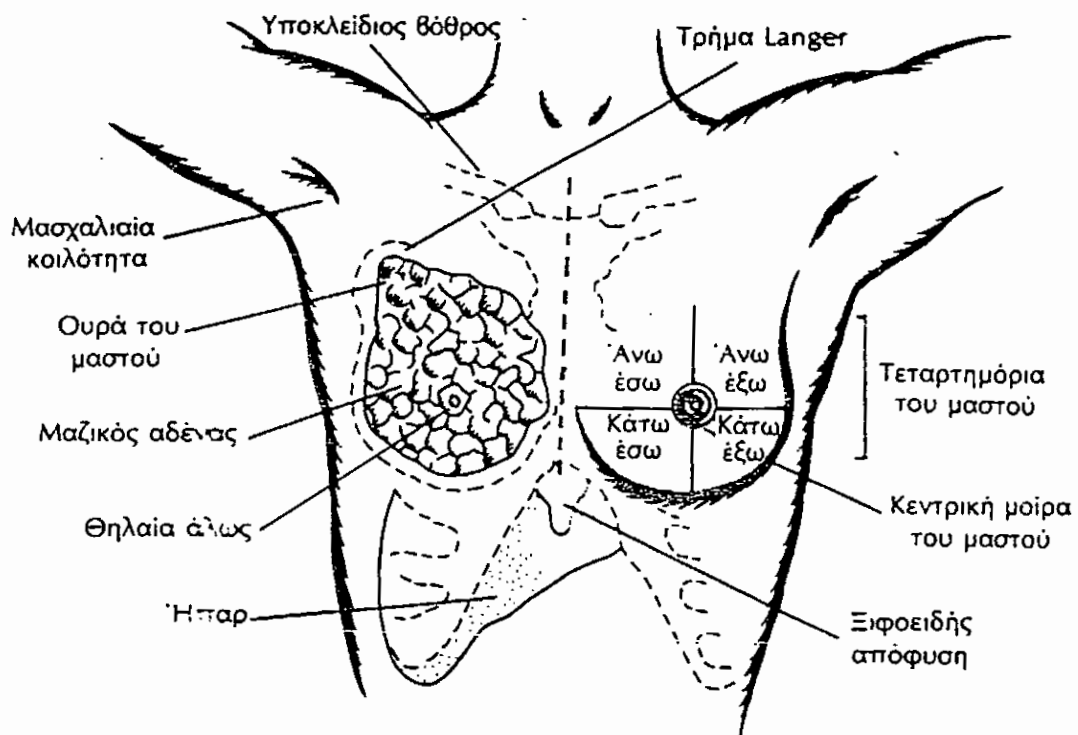
Η συχνότητα προσβολής των διαφόρων τμημάτων του μαστού από καρκίνο.



Οβελιαία διατομή του μαστού και του θωρακικού τοιχώματος.

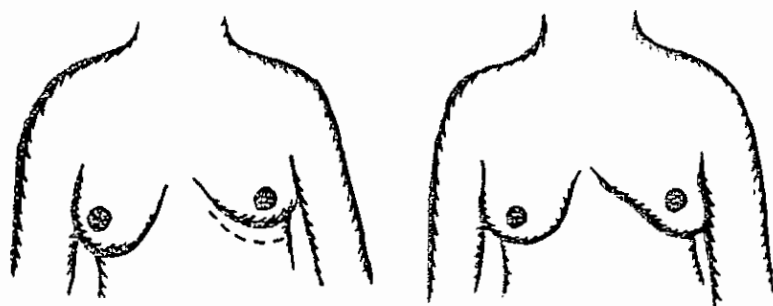


ΔΙΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ



Σχέση μαζικού αδένος και προσθίου θωρακικού τοιχώματος.

Διάγραμμα σταδιοποίησης καρκίνου μαστού.



Ανάψωση

Ασυμμετρία



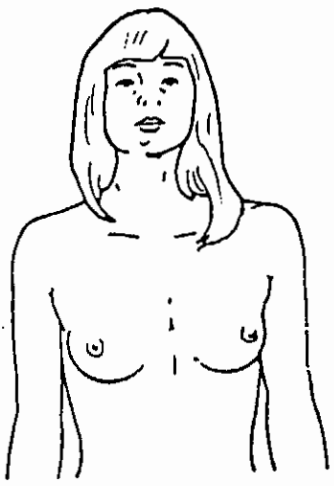
Αιμορραγία



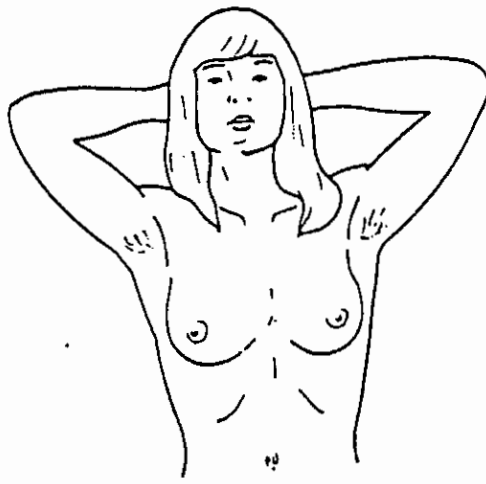
Δέρμα «δίκην φλοιού πορτοκαλιού»



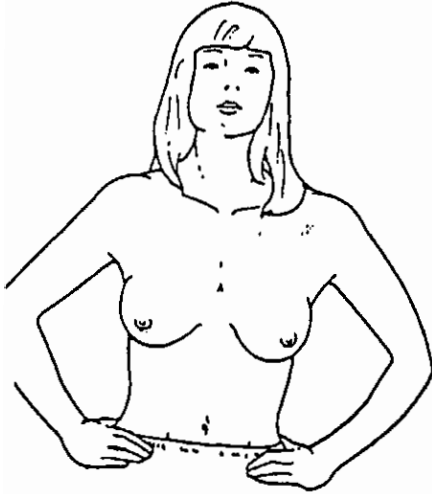
Εισολκή
Θηλής



Αυτοεξέταση του μαστού - 1η στάση



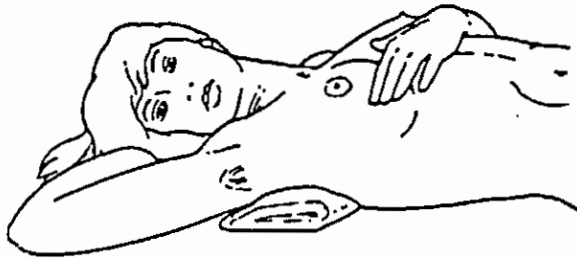
Αυτοεξέταση του μαστού - 2η στάση



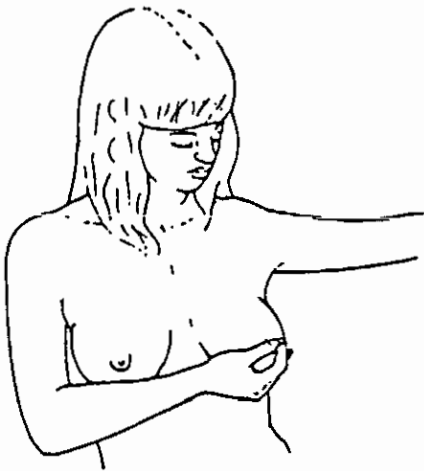
Αυτοεξέταση του μαστού - 3η στάση



Αυτοεξέταση του μαστού - 4η στάση



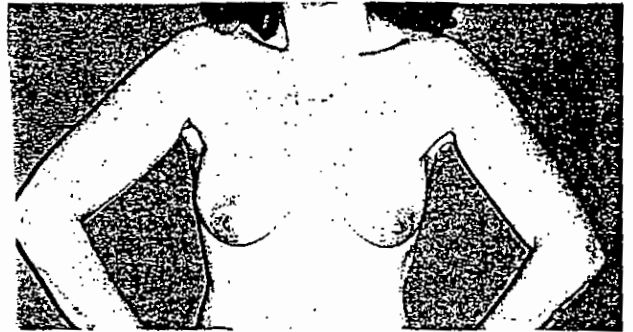
Αυτοεξέταση του μαστού - 5η στάση



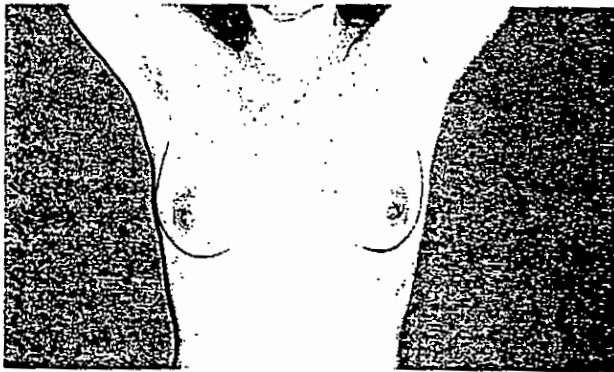
Αυτοεξέταση της θηλής του μαστού



*Δέρμα «δίκην φλοιού πορτοκαλιού»
σε καρκίνο του μαστού*



Έλεγχος της κινητικότητας των μαστών



Επισκόπηση της κινητικότητας των μαστών

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **COOKSON EPSTEIN PERKIN DE BONO** . «ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ». ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΔΡ. ΧΑΝΙΩΤΗΣ . ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ 2000

2. **DOLLINGER MALIN, M.D. ERNEST ROSENBAUM, M.D ΚΑΙ GREG CABLE**. «Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ». ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΔΡ. ΧΑΝΙΩΤΗΣ . ΈΚΔΟΣΗ 1^η . ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 1993.

3. **ΔΟΝΤΑΣ - ΜΠΕΣΜΠΕΑΣ** . «ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ». ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΙΟΥΛΙΟΣ 2000. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΘΗΝΑ 2001.

4. **ΔΟΝΤΑΣ ΜΠΕΣΜΠΕΑΣ** . «ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ» ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 1999 - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2000 ΑΘΗΝΑ 2002.

5. **ENGRAM BARBARA**. «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ». ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΈΛΛΗΝ 1997.

6. **HASKEL M. CHARLES AND CASCIATO A. DENNIS** . «BREAST CANCER». 4TH EDITION PHILADELPHIA 1995.

7. **ΚΑΤΡΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**. «ΠΡΟΛΗΨΗ, ΈΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΥΓΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ». ΤΟΜΟΣ 2^{ος} . ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΘΗΝΑ 1980. ΣΕΛ 137.

8. **ΚΟΝΙΑΡΗ Ε**. «ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ». ΈΚΔΟΣΗ 1^η . ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΘΗΝΑ 1991.

9. **ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Θ.Ε** ΕΚΔΟΣΗ ΤΡΙΤΗ ΒΕΛΤΙΩΜΕΝΗ . ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΤΑΒΙΘΑ» ΑΘΗΝΑ 1998, ΣΕΛ. 145- 150 .

10. **ΛΕΦΑ ΒΑΡΒΑΡΑ**. «ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ «ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ» ΠΑΤΡΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 1999.

11. **ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.** «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ» ΤΟΜΟΣ Β. ΑΘΗΝΑ 1997. ΣΕΛ 153.
12. **ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΑΚΗ - ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ .** «ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ» ΈΚΔΟΣΗ Β. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΘΗΝΑ , ΙΟΥΛΙΟΣ 1989.
13. **ΜΠΕΣΣΜΠΕΑΣ ΣΤΑΥΡΟΣ** «ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ». ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΘΗΝΑ 1991.
14. **NATIONAL STUDENT NURSES ASSOCIATION .** «ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ». ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ . ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΈΛΛΗΝ 1999. ΣΕΛ. 417.
15. **ΠΑΠΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν.Α.** «ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ». ΈΚΔΟΣΗ 3^η . ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ . ΑΘΗΝΑ 1994.
16. **ΠΕΤΡΙΔΗΣ Α.** «ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ» ΈΚΔΟΣΗ 2^η . ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΈΛΛΗΝ 1998.
17. **ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ.** «ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ», ΈΚΔΟΣΗ 2^η ΒΕΛΤΙΩΜΕΝΗ , ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΤΑΒΙΘΑ», ΑΘΗΝΑ 1997, ΣΕΛ 140 - 142.
18. **ΣΑΜΑΡΤΖΗΣ .** «ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ». ΜΑΡΤΙΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 1999. ΑΘΗΝΑ 2000.
19. **ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Μ. ΠΑΝΟΥ.** «ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ». Β ΈΚΔΟΣΗ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ. ΑΘΗΝΑ 1997.
20. **ΣΙΩΝ Α. ΜΙΧΑΗΛ.** «ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ». ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1997. ΣΕΛ 91 - 95.
21. **ΣΠΗΛΙΩΤΗΣ Δ. ΙΩΑΝΝΗΣ .** «ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΓΝΟΙΑ ΣΤΟΝ ΦΟΒΟ». ΑΧΑΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ , ΠΑΤΡΑ 1999.
22. **STOPPARD MIRIAM.** «ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ». ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΟΜΙΚΗ 2000. ΣΕΛ 73 - 74.

23. STOPPARD MIRIAM. «ΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΣΩΜΑ» ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΟΜΙΚΗ 2000. ΣΕΛ. 66 – 67 .
24. TEIRNEY M. LAWRENCE, TR, STEPHEN Z, MCPHEE, MAXINE A. PAPAΔAKIS . «MEDICAL DIAGNOSIS , TREATMENT». 34 TH EDITION , 1995.
25. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ , ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ «ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ». ΑΘΗΝΑ 1986 ΣΕΛ 49.
26. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ , ΜΠΕΣΠΕΑΣ ΣΤΑΥΡΟΣ . «ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ» ΑΘΗΝΑ 1991.

