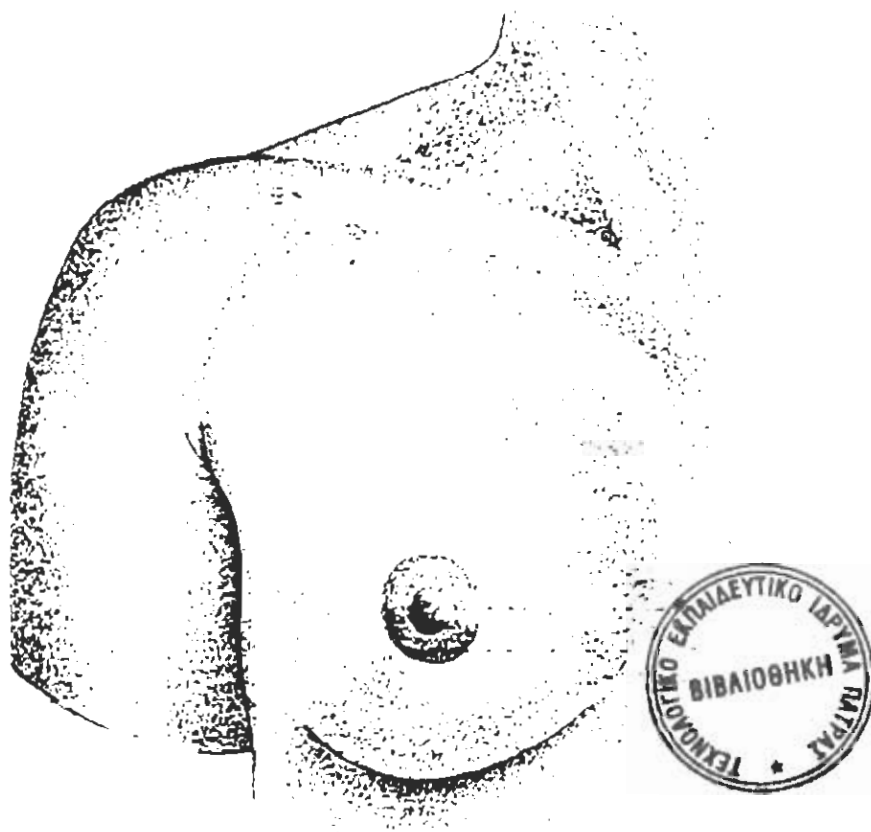


ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ- ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΙΑΣΗΣ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ :
ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ ΠΗΝΕΛΟΠΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ- ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ :
ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2002

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ:	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	7
1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	7
1.1.1. ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	10
1.1.2. ΛΕΜΦΙΚΗ ΑΠΟΧΕΤΕΥΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	11
1.1.3. ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	13
1.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	13
1.2.1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΙΚΟΥ ΑΔΕΝΑ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο :	16
2.1. ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	16
2.1.1. ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	16
2.1.2. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ	20
2.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο :	33
3.1. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	33
3.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	34
3.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο :	38
4.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	38
4.1.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	38
4.1.3. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ.....	40
4.1.4. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ.....	41
4.1.5. ΑΞΙΟΠΙΣΤΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	46
4.2. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	48
4.2.1. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ.....	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο	51
5.1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	51
5.1.1. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	52
5.1.2. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	57
5.1.3. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	64
5.1.4. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	68
5.2. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ.....	72
5.3. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ.....	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο :	77
6.1. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	77
6.1.1. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	78
6.1.2. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	80
6.1.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	81
6.1.4. ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	83
6.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	85
6.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	90
6.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	97
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	109
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	110
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α	111
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β.....	125
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	138

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σήμερα η πρόοδος της επιστήμης στον τομέα της υγείας είναι αναμφισβήτητη. Ο καρκίνος είναι μια αρχαία νόσος. Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο πρωτόγονος άνθρωπος υπέφερε από καρκίνο.

Παρόλο που η έρευνα σήμερα προσεγγίζει αρκετά την βιολογία των καρκινικών κυττάρων, ο καρκίνος είναι μια αρρώστεια που συνήθως οδηγεί στο θάνατο και μάλιστα όχι σπάνια μετά από μια δύσκολη και σκληρή νοσηρότητα.

Ο καρκίνος του μαστού και γενικότερα ο καρκίνος απειλεί και τρομοκρατεί σήμερα την ανθρωπότητα σε ασύγκριτα μεγαλύτερο βαθμό από τις δυο άλλες πολυάνθρωπες αιτίες θανάτου, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τα ατυχήματα.

Η πιο ελπιδοφόρα προσπάθεια στον αγώνα κατά του καρκίνου του μαστού είναι η πρόληψη.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο υπ' αριθμόν ένα κίνδυνος που απειλεί και φοβίζει τη γυναίκα. Μέσα στη ζωή μπορεί κανείς να αντίληφθεί την ιδιαιτερότητα που παρουσιάζει για την γυναίκα ο καρκίνος του μαστού, ενός οργάνου όχι μόνο λειτουργικού αλλά και ιδιαίτερα συμβολικού.

Σκοπός λοιπόν αυτής της εργασίας είναι η ενημέρωση του κοινού και ιδιαίτερα του γυναικείου πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και ειδικότερα στην υψίστης σημασία της πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού που οδηγεί σε υψηλά ποσοστά ίασης από τη νόσο.

Ο ρόλος της νοσηλευτικής παρέμβασης που παρέχεται στις ασθενείς με καρκίνο του μαστού είναι πολύτιμος και αποτελεί βασικό παράγοντα στην αποκατάσταση της ασθενούς με καρκίνο μαστού.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός, που από αρχαιοτάτων χρόνων θεωρείται το σύμβολο της θηλυκότητας και της γονιμότητας και που προδίδει το χαρακτήρα του θηλαστικού στον άνθρωπο, είναι ένας τροποποιημένος ιδρωτοποιός αδένας.

Στον άνδρα, εκτός σπανίων εξαιρέσεων, είναι ένας αδρανής ιστός. Στη γυναίκα όμως, από την ήβη μέχρι του θανάτου της, ο μαστός έχει ένα συνεχή δυναμικό ρόλο υφιστάμενος συνεχείς φυσικές μεταβολές, που οφείλονται στην πολύτροπη επίδραση ποικίλων ορμονών, οι οποίες σχετίζονται με τον έμμηνο κύκλο, την εγκυμοσύνη, το θηλασμό και την εμμηνόπαυση. Συνυφασμένη με τον ενεργό αυτό ρόλο του γυναικείου μαστού είναι η εμφάνιση διαφόρων ανωμαλιών και δυσλειτουργιών, οι οποίες κάνουν τις ασθένειές του σύνηθες κλινικό πρόβλημα¹.

Ο μαστός αποτελεί ημισφαιρική λιπώδη πτυχή του δέρματος μέσα στην οποία περικλείεται ο μαστικός (μαζικός) αδένας.

Η ανάπτυξη του μαστού είναι διαφορετική στον άνδρα και διαφορετική στη γυναίκα γι' αυτό και η περιγραφή αφορά το γυναικείο μαστό.

Οι δυο μαστοί καταλαμβάνουν την πρόσθια επιφάνεια του θώρακα μεταξύ 2^{ης} και 6^{ης} πλευράς. Μεταξύ τους περικλείεται ο μεσομάστιος κόλπος.

Σε κάθε μαστό διακρίνουμε δύο επιφάνειες, μια πρόσθια και μια οπίσθια, όπως και τη περιφέρειά του.

(α) Η πρόσθια επιφάνεια καλύπτεται από δέρμα και εμφανίζει δυο περιοχές: τη θηλή και τη θηλαία άλω.

Η θηλή αποτελεί κωνοειδές έπαρμα του δέρματος με πολλές ρωγμές και 15 – 20 στόμια στο κέντρο της, στα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι. Το ύψος της θηλής αυξάνει στο θηλασμό. Χαρακτηριστική είναι η ύπαρξη κοκκίων μελανίνης στα οποία οφείλεται η καστανέρυθρη χροιά της.

Η θηλαία άλως είναι υποστρόγγυλη περιοχή γύρω από τη θηλή, της ίδιας χροιάς με αυτήν. Στην εξωτερική επιφάνεια φέρει 10 – 15 μικρά επάρματα, τα αλωαία οζίδια, που διατάσσονται σε κύκλο γύρω από τη θηλή. Αυτά τα οζίδια περικλείουν τους αλωαίους αδένες οι οποίοι είναι κυρίως οσμηγόνοι αλλά και σμηματογόνοι.

(β) Η οπίσθια επιφάνεια του μαστού είναι ελαφρά υπόκοιλη και επικάθεται στην περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός.

(γ) Η περιφέρεια μεταβαίνει βαθμιαία στο γύρω δέρμα².

Το μέγεθος του μαστού δεν ανταποκρίνεται στην εκκριτική ικανότητά του, διότι το μεγαλύτερο μέρος της μάζας του αποτελείται από λιπώδη ιστό. Ο εκκριτικός ιστός του μαστού αποτελείται από 12 ή περισσότερους λοβούς που συγκλίνουν ακτινωτά προς τη θηλή.

Κάθε λοβός καταλήγει σε εκφορητικό πόρο (γαλακτοφόρο) που εκβάλλει ανεξάρτητα ο καθένας στο δέρμα της θηλής, αφού προηγούμενος σχηματίσει μια ατρακτοειδή διεύρυνση κάτω από τη θηλή, που χρησιμεύει για προσωρινή συλλογή της εκκρίσεως. Οι λοβοί διαιρούνται από το υποδόριο συνδετικό ιστό σε λοβία και στη συνέχεια στις τελικές εκκριτικές μονάδες, τις αδενικές κυψέλες.

Ο γαλακτοφόρος πόρος σχηματίζεται από τη συμβολή των λοβιακών εκφορητικών πόρων. Οι τελικές απολήξεις των πόρων σχηματίζουν τις αδενικές κυψέλες, που αποτελούνται από βασική μεμβράνη, λεπτή στιβάδα μυοεπιθηλιακών κυττάρων και μια στιβάδα κυλινδρικών αδενικών κυττάρων. Τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα γίνονται περισσότερα στους εκφορητικούς πόρους και στους μεγαλύτερους έχουν σπειροειδή διάταξη, που συντελεί στην προώθηση του γάλακτος κατά τη γαλουχία.

Το τελικό τμήμα των πόρων, από την ατρακτοειδή διεύρυνση μέχρι την εκβολή τους στο δέρμα, καλύπτεται από πλακώδες επιθήλιο. Οι αδενικές κυψέλες είναι ελάχιστες κατά την περίοδο ηρεμίας του μαστού, ενώ αυξάνονται σε μέγεθος και αριθμό κατά την κύηση³.

Η πρόσθια επιφάνεια παρουσιάζει εντυπώματα που χωρίζονται από τις ακρολοφίες. Ανάμεσα στις ακρολοφίες και το χόριο του δέρματος εκτείνονται ινώδεις δεσμίδες οι κρεμαστήριοι σύνδεσμοι του μαστού – του Cooper – που διαιρούν τον αδένα σε 15 – 20 λοβούς².

1.1.1 ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η αγγείωση του μαστού επιτελείται με αγγεία, που διανέμονται στο πρόσθιο και στο πλάγιο τοίχωμα του θώρακα⁴.

Αρτηρίες

Οι αρτηρίες του μαστού αποτελούν τρεις ομάδες.

Οι διατριπαινόντες κλάδοι της έσω μαστικής αρτηρίας φέρονται παραστερνικά στα πρώτα έξι μεσοπλεύρια διαστήματα. Από αυτούς, συνήθως μόνο δύο ως τρεις φέρονται προς τα έξω σχεδόν υποδόρια στο μαστό μέχρι τη θηλή, ενώ αναστομώνονται με άλλες μεσοπλεύριες και κλάδους της μασχαιαίας και υποκλειδίου.

Οι κλάδοι της μασχαιαίας προέρχονται είτε απ' απευθείας από αυτήν ή από τον ακρωμιοθωρακικό κλάδο της και αφού διέρχονται από τους θωρακικούς μυς πορεύονται σχεδόν κάθετα από την κλείδα προς τη θηλή.

Τέλος, η τρίτη ομάδα αρτηριών προέρχεται από τον πλάγιο θωρακικό κλάδο της μασχαιαίας αρτηρίας και φέρονται από το έξω χείλος του μείζονα θωρακικού προς το μαστό³.

Φλέβες

Οι φλέβες του μαστού έχουν μεγάλη σημασία, γιατί μ' αυτές,

πολλές φορές, συμβαίνουν μεταστάσεις του καρκίνου⁴.

Οι φλέβες σχηματίζουν τις ίδιες τρεις ομάδες.

– Οι διατιτραίνοντες κλάδοι της έσω μαστικής αποτελούν τις μεγαλύτερες φλέβες του μαστού, οι οποίες από τα μεσοπλεύρια διαστήματα καταλήγουν τελικά στην ανώνυμο φλέβα.

– Οι κλάδοι της μασχालιαίας φλέβας επίσης καταλήγουν στην άνω κοίλη και κατ' επέκταση στο πνευμονικό δίκτυο, όπως και οι μεσοπλεύριες βλέβες μέσω της αζύγου. Οι μεσοπλεύριες αναστομώνονται επίσης και με τις σπονδυλικές φλέβες³.

1.2 ΛΕΜΦΙΚΗ ΑΠΟΧΕΤΕΥΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η γνώση της λεμφαγγείωσης του μαστού και ιδιαίτερα των επιχώριων λεμφαδένων του, είναι απαραίτητη για τη σημασία του στις καρκινικές μεταστάσεις⁴.

Τα λεμφαγγεία του μαστού αποτελούν ιδιαίτερο ανατομολειτουργικό σχηματισμό. Προέρχονται από ένα εν τω βάθει δίκτυο που σχηματίζεται γύρω από τις αδενοκυψέλες του μαστικού αδένα και από ένα υποδόριο δίκτυο. Τα δύο δίκτυα επικοινωνούν μεταξύ τους. Το 75% των λεμφογαγγλίων απάγουν τη λέμφο στα μασχالياία λεμφογάγγλια, ενώ το υπόλοιπο 25%, που βρίσκονται στην έσω επιφάνεια του μαστού,

διοχετεύουν τη λέμφο στα στερνικά λεμφογάγγλια, κατά μήκος των έσω μαστικών αγγείων.

— Αξιοσημείωτο είναι ότι τα λεμφογάγγλια του ενός μαστού αναστομώνονται με αυτά του άλλου. Σ' αυτήν την αναστόμωση οφείλονται και οι μεταστάσεις καρκίνων μαστού και στο δεύτερο μαστό².

Τα λεμφαγγεία του μαστού, αρχίζοντας από ένα πλούσιο υποθηλαίο δίκτυο, σχηματίζουν δύο κύρια απαγωγά στελέχη προς τη μασχάλη, έσω και έξω.

Το έξω αρχίζει από το υποθηλαίο δίκτυο και από το έξω χείλος του μείζονος θωρακικού μυός, καταλήγει στους ανώτερους λεμφαδένες της μασχάλης, αποχετεύοντας τη λέμφο του άνω ημιμορίου του μαστού. Το έσω, από το έσω τμήμα του δικτύου, φέρεται προς τα κάτω και πλάγια και γύρω από το έξω χείλος του μείζονος θωρακικού μυός καταλήγει και πάλι στους κατώτερους λεμφαδένες της μασχάλης. Αποχετεύει το κάτω ημιμόριο του μαστού³.

Εκτός από τις δύο αυτές κύριες οδούς, λεμφαγγεία σχηματίζονται και στην οπίσθια επιφάνεια του μαστού, τα οποία διατιτραίνουν το μείζονα θωρακικό μυ και εκβάλλουν στην υποκλείδια ομάδα των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Λεμφαδένες που βρίσκονται στη διαδρομή αυτή μεταξύ μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός αποτελούν τους λεμφαδένες του Rotter³.

1.1.3 ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μαστικοί αδένες αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από ορμονικό έλεγχο⁴.

Ο μαστός είναι ένα ορμονοεξαρτημένο όργανο.

Η ανάπτυξή του και η παραγωγή γάλακτος, εξαρτώνται από την ύπαρξη γεννητικών και άλλων ορμονών, όπως είναι η προλακτίνη και ωκυτοκίνη.

Η προλακτίνη αποτελεί ορμόνη που παράγεται στην αδενοϋπόφυση. Η δράση της στο μαστικό αδένα είναι διττή.

Με τη βοήθεια των οιστρογόνων και της προγεστερόνης βοηθά στην ανάπτυξη του αδένου, ενώ συγχρόνως βοηθά και την παραγωγή γάλακτος από τις αδενοκυψέλες.

Η ωκυτοκίνη είναι ορμόνη που παράγεται από τον παρακαλιακό πυρήνα του υποθαλάμου και εκκρίνεται από την νευροϋπόφυση. Η δράση της εντοπίζεται στη μήτρα και το μαστικό αδένα. Στο μαστικό αδένα αποτελεί

τη βασική ορμόνη του αντανεκλαστικού του θηλασμού, κατά το οποίο έχουμε παραγωγή ωκυτοκίνης ύστερα από τη θέα του μωρού από τη μητέρα, η την επαφή των χειλαίων του μωρού με τη θηλή της μητέρας.

Σαν αποτέλεσμα της παραγωγής ωκυτοκίνης, έχουμε τη σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων των αδενοκυψελών, την εξώθηση του γάλακτος προς τους γαλακτοφόρους πόρους και την έναρξη του θηλασμού².

1.2.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΜΑΖΙΚΟΥ ΑΔΕΝΑ

Στην ανάπτυξη των μαστών παρατηρούμε δύο στάδια. Στο πρώτο στάδιο αναπτύσσονται οι γαλακτοφόροι πόροι. Στο δεύτερο στάδιο, που αντιστοιχεί στην εγκυμοσύνη, σχηματίζονται στα άκρα των πόρων οι αδενοκυψέλες. Τότε, συμπληρώνεται η ανάπτυξή τους⁴.

Ο μαζικός αδένας παρουσιάζει, λόγω των ορμονικών επιδράσεων που υφίσταται, μεταβολές του μεγέθους και της υφής του, που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την κλινική εξέταση. Τέτοιες μεταβολές συμβαίνουν κατά τον καταμήνιο κύκλο, την κύηση και γαλουχία και μετά την εμμηνόπαυση.

Περί την 8η μέρα του κύκλου, ο μαστός αυξάνεται βαθμιαία σε μέγεθος με τη μεγαλύτερη διόγκωση πριν από την εμμηνορρυσία. Η αύξηση αυτή του μεγέθους που μπορεί να φθάσει το 50% του κανονικού, οφείλεται σε οίδημα μεταξύ των λοβίων, αγγειακή συμφόρηση και αύξηση του παρεγχύματος με εμφάνιση νέων λοβίων. Οι μεταβολές αυτές υποχωρούν με

την έναρξη της έμμηνου ρύσεως, γι' αυτό και οι πρώτες 8 – 10 ημέρες του κύκλου αποτελούν την άριστη χρονική περίοδο για την εξέταση του μαστού³.

Με την έναρξη της εγκυμοσύνης αρχίζει η προετοιμασία του μαζικού αδένου για την έκκριση γάλακτος. Οι λοβιακές μονάδες μεγεθύνονται σημαντικά λόγω της ανάπτυξης αδενοκυψελών. Οι μεταβολές αυτές οφείλονται, στη δράση υψηλών τιμών οιστρογόνων και προγεστερόνης που αρχικά εκκρίνονται από το ωχρό σωματίο της κνήσεως και μετά από τον πλακούντα³.

Στη γαλουχία, η ανάπτυξη των μαστών φτάνει στο μέγιστό της και η λειτουργική τους δραστηριότητα αποκορυφώνεται με τη συνδυασμένη δράση των οιστρογόνων ορμονών, της προγεστερόνης, της ινσουλίνης και της κορτιζόλης, ιδιαίτερα όμως, της προλακτίνης⁴.

Μετά την εμμηνόπαυση, ο μαζικός αδένας προοδευτικά ατροφεί. Τα αδενικά λοβία εξαφανίζονται και παραμένουν μόνο ελάχιστα, ατροφικά, καθώς και οι μεγαλύτεροι από τους εκφορητικούς πόρους. Ο μαστός διηθείται από ινώδη συνδετικό ιστό, καθώς και λίπος, που υπερπλάσσονται παράλληλα με την ατροφία του αδενικού ιστού³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τα νεοπλάσματα του μαστού χωρίζονται σε καλοήθη και κακοήθη. Είναι φανερό ότι, από άποψη νοσηρότητας και θνησιμότητας, το πλέον ενδιαφέρον κλινικό πρόβλημα του μαστού είναι αυτό που αφορά τον καρκίνο. Το πλήθος των καλοήθων νεοπλασμάτων του μαστού θα ήταν μικρής κλινικής σπουδαιότητας, εάν δεν υπήρχε θέμα διαφορικής διάγνωσης αυτών από τον καρκίνο. Για το λόγο αυτό θα αναφερθούμε πολύ λιγότες καλοήθεις παθήσεις του μαστού, παρ' ότι αυτές αποτελούν το 90% των παθολογικών καταστάσεων που παρατηρούνται¹.

2.1.1 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι καλοήθεις νεοπλασίες του μαστού είναι αρκετά συχνές και αποτελούν το 90% των παθολογικών καταστάσεων του μαστού.

Παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλομορφία όσο αφορά την κλινική εικόνα. Κύριο χαρακτηριστικό τους είναι η αδενική και ινώδης δυσπλασία⁶.

Οι καλοήθεις παθήσεις του μαστού προέρχονται είτε από τον επιθηλιακό είτε από τον ινώδη ιστό του μαζικού αδένου είτε και από τους δύο και διαιρούνται, ανάλογα με τον ιστό από τον οποίο προέρχονται, τη

μακροσκοπική και ιστολογική εικόνα τους και τη θέση που παρατηρούνται ως εξής:

1. Ινοαδένωμα του μαστού

Αποτελεί πολυ συχνό, καλοήθες νεόπλασμα του μαστού, που παρουσιάζεται συνήθως σε νεαρές γυναίκες με συχνότερη εμφάνιση σε ηλικίες 20 -25 ετών. Είναι δυνατόν (15%) να είναι πολλαπλά³. Είναι ορμονοεξαρτώμενοι όγκοι, αποτελούνται από ινώδη και αδενικό ιστό, περιβάλλονται από ινώδη κάψα, αυξάνουν αργά, πιέζοντας τους γύρω ιστούς και μπορούν να λάβουν μεγάλες διαστάσεις⁶. Συνήθως είναι ανώδυνοι, χωρίς έκκριση από τη θηλή³.

Το σχήμα τους μπορεί να είναι σφαιρικό, ωοειδές ή πολυλοβώδες. Είναι μονήρη ή πολλαπλά και εντοπίζονται στον έναν ή και στους δυο μαστούς⁶.

1.α. Φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα

Το φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα αποτελεί μορφή ινάδενώματος, που χαρακτηρίζεται από σαρκωματώδη εικόνα του υποστρωματός του⁴. Αναπτύσσεται πολύ γρήγορα, σε πολύ μεγάλο μέγεθος, χωρίς όμως διήθηση του δέρματος το οποίο είναι ερυθρό, θερμό, με διάταση των επιπολής φλεβών. Είναι σχεδόν πάντοτε καλοήθες και σπάνια πρόκειται για σάρκωμα³.

1.β. Ινοαδενολίπωμα

Είναι μια παραλλαγή του ινοαδενώματος. Αναπτύσσεται αργά, φθάνει σε μεγάλο μέγεθος και μπορεί να καταλάβει ολόκληρο το μαστό. Αποτελείται από επιθηλιακά στοιχεία φυσιολογικού μαστού και λιπώδη στοιχεία⁶.

2. Αδενώματα (ογκόμορφη αδένωση)

Πρόκειται για την καλοήγη υπερπλασία του επιθηλίου των λοβιδίων και παρατηρείται στις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Εάν συνυπάρχει και υπερπλασία του συνδετικού ιστού, τότε μιλάμε για σκληρυντική αδένωση⁶.

3. Θηλώματα των εκφορητικών πόρων

Αποτελεί σπάνια, σχετικά καλοήγη βλάβη, που αναπτύσσεται στους εκφορητικούς πόρους του μαστού, συνήθως κάτω από τη θηλή. Σπάνια είναι πολλαπλά σε όλο το μαστό. Αποτελούν μικρούς, μαλθακούς, εύθρυπτους όγκους, που είναι συχνά αψηλάφητοι.

Χαρακτηριστικό κλινικό εύρημα αποτελεί η εκροή αιματηρού υγρού από τη θηλή. Επειδή πολλές φορές είναι αψηλάφητο, μόνο με την πίεση σε διάφορα σημεία της θηλαίας άλω μπορεί να εντοπισθεί η θέση του νεοπλασματος από την έκκριση που προκαλείται κατά την πίεση³.

4. Λιπώματα

ο μαζικός αδένας αναπτύσσεται μέσα σε κυτταρολιπώδη ιστό. Μπορεί να συμβεί λιπωματώδεις μάζες να περιβάλλονται από ίνώδη κάψα σχηματίζοντας λιπώματα⁶. Αποτελεί σπάνια καλοήγη εξεργασία, που συνίσταται στην τοπική υπέρμετρη ανάπτυξη λιπώδους ιστού του μαστού και μοιάζει με τα λιπώματα, που εντοπίζονται σε άλλα μέρη του σώματος⁴.

5. Λιπώδης νέκρωση

Καλοήγη κατάσταση που συνήθως είναι επακόλουθο τραυματισμού ή χειρουργικής επέμβασης⁶. Αν και μόνο 50% των ασθενών αναφέρουν στο ιστορικό τους τραυματισμό. Η νέκρωση του λιπώδους ιστού και η αντικατάστασή του από ίνώδη οδηγεί στη δημιουργία μιας μάζας με ανώμαλη παρυφή, είσολκή του δέρματος και μικροασβεστώσεις. Η ύπαρξη εκχυμώσεων στο δέρμα γύρω από την αλλοίωση, το ιστορικό τραύματος και η πιθανή ευαισθησία είναι στοιχεία ενδεικτικά της λιπώδους νεκρώσεως³.

6. Κυστική νόσος (cystic disease)

Είναι συχνό εύρημα. Συνήθως αναπτύσσονται σε υπόστρωμα αδένωσης, όταν οι πόροι των λοβιδίων διατείνονται και καλύπτονται από ατροφικό επιθήλιο⁶.

Εμφανίζεται συχνότερα μετά την εμμηνόπαυση, χαρακτηρίζεται επίσης από την ύπαρξη μιας ή περισσοτέρων στρογγυλών ή ωοειδών ομοιογενών σκιών με σαφή όρια που οφείλονται σε κύστεις⁷.

7. Ινοκυστική μαστοπάθεια

Αποτελεί άγνωστης αιτιολογίας καλοήγη πάθηση του μαστού, που μπορεί να θεωρηθεί ορμονοεξαρτώμενη⁴. Είναι μία καλοήγη κατάσταση του μαστού που συναντάται με μεγαλύτερη συχνότητα μεταξύ των 25 και 50 χρόνων. Η σημαντικότερη αλλοίωση που παρατηρείται είναι ο πολλαπλασιασμός των επιθηλιακών κυττάρων των κυστικών αλλοιώσεων⁶.

Χαρακτηρίζεται από πόνο ή ευαισθησία ή από την τυχαία διαπίστωση υπάρξεως μιας μάζας. Ο πόνος και η ευαισθησία συχνά εμφανίζονται ή αυξάνονται κατά τις τελευταίες ημέρες πριν από την έμμηνο-ρύση, οπότε και οι διτογκώσεις αυξάνονται σε μέγεθος.

Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί η πιθανότητα η ινοκυστική μαστοπάθεια να είναι προκαρκινωματώδης πάθηση³.

2.1.2 ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Η ταξινόμηση των νεοπλασμάτων του μαστού, σύμφωνα με την παθολογοανατομική τους εμφάνιση, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση, ώστε σε συνδυασμό με την κλινική σταδιοποίηση να μπορεί να καθοριστεί

ακριβέστερα η θεραπευτική αντιμετώπιση, καθώς και η πρόγνωση της παθήσεως³.

Οι πλείστοι καρκίνοι του μαστού είναι αδenoκαρκινώματα εξορμώμενοι από το επιθήλιο των πόρων (80%) ή των λοβίων (9 – 10%) του οργάνου.

Το 40 – 50% των όγκων εμφανίζεται στο άνω – έξω τεταρτημόριο του μαστού και έχει χρόνο διπλασιασμού 2- 9 μήνες στο 70% των περιπτώσεων¹.

Υπάρχουν πολλές ταξινομήσεις που βασίζονται στην προέλευση του όγκου και την τάση διηθήσεως. Η κλασσική κατάταξη των Stewart και Foote είναι απλή, ακριβής, χαρακτηρίζει τη βιολογική συμπεριφορά του νεοπλάσματος και γι' αυτό είναι γενικά αποδεκτή.

Η ταξινόμηση αυτή διακρίνει τα κακοήθη νεοπλάσματα σε:

1. Καρκινώματα από τη θηλή

Νόσος του Paget.

2. Καρκινώματα από τους εκφορητικούς πόρους

α) Μη διηθητικά

Θηλώδες

Φαγεσωρικό (comedo)

β) Διηθητικά

Θηλώδες

Φαγεσωρικό (comedo)

Αδενοκαρκίνωμα με ίνωση (σκίρρο)

Μυελοειδές με λεμφοκυτταρική διήθηση

Κολλοειδές

3. Καρκινώματα από τα αδενικά λοβία

α) Μη διηθητικά

β) Διηθητικά

4. Σπάνια καρκινώματα (ιδρωτοποιών αδένων, επιδερμοειδή)

5. Σαρκώματα του μαστού³.

Νόσος Paget

Η νόσος του Paget περιγράφηκε πρώτη φορά από τον Paget. Εμφανίζεται σε ποσοστό 1% όλων των ασθενών με καρκίνο του μαστού⁸. Πρόκειται για καρκίνωμα των εκφορητικών πόρων της θηλής που επεκτείνεται προς το δέρμα, αλλά και τους υποκειμένους ιστούς³. Είναι ένας τύπος καρκίνου που ξεκινάει από την περιοχή της θηλής που συνοδεύεται από αιμορραγία, ερυθρότητα, κνησμό και αίσθημα καύσου (δεν ταυτίζεται με τη νόσο Paget των οστών, η οποία είναι χρόνια καλοήθης κατάσταση)⁹. Το δέρμα της θηλής και της θηλαία άλω μπορεί να είναι διηθημένο, ενώ κατω από τη θηλή είναι δυνατόν να ψηλαφάται μάζα.

Η εξέλιξή του είναι βραδεία και επειδή δίνει πρώιμα σημεία αλλοιώσεως της θηλής, ακόμη και πριν από την εμφάνιση ψηλαφητής διογκώσεως, η πρόγνωσή του είναι οπωσδήποτε καλύτερη από τις άλλες μορφές³.

Μη διηθητικά καρκινώματα των εκφορητικών πόρων

Οι καρκίνοι των εκφορητικών πόρων, οι οποίοι είναι πολύ συχνότεροι και αναπτύσσονται στο σύστημα των σωληνίσκων που μεταφέρουν το γάλα από τους λοβούς της θηλής⁹. Πρόκειται για καρκινώματα *in situ*, τα οποία όμως δυστυχώς αποτελούν μόνο το 1% του συνόλου. Η πρόγνωση τους είναι πολύ καλή (περίπου 100% 5ετής επιβίωση)³.

Στην *in situ* μορφή αυτή η διήθηση δεν έχει περάσει τη βασική μεμβράνη, είναι πολυεστιακό και, πολύ σπάνια, συνοδεύεται από μεταστάσεις στους λεμφαδένες⁴.

Τα θηλώδη είναι δύσκολο, πολλές φορές να διαφοροδιαγνωσθούν ιστολογικά από το καλοήθες θήλωμα των πόρων ή τη θηλωματώδη υπερπλασία της ινώδους κυστικής μαστοπάθειας.

Τα φαγεσωρικά χαρακτηρίζονται από εντονότερη κυτταρική υπερπλασία, ώστε ολόκληροι πόροι, συνήθως μικροί, είναι πλήρεις από μάζες κυττάρων. Συνήθως υπάρχει απόπτωση του επιθηλίου και κεντρική νέκρωση της μάζας των κυττάρων, ώστε κατά τη διατομή του νεοπλασματικού ιστού εξέρχονται μάζες νεκρωμένων ιστού, όπως το περιεχόμενο φαγέσωρα, γεγονός από το οποίο προήλθε και η ονομασία τους (φαγεσωρικά – Comedo)³.

Διηθητικό θηλώδες καρκίνωμα

Αποτελεί το 5% έως 10% των καρκινωμάτων του μαστού,

εμφανίζεται ως πάχυνση μάλλον παρά ως εξόγκωμα του μαστού, μπορεί να αναπτυχθεί σε πολλά σημεία, όχι μόνο στον ένα μαστό αλλά και στον άλλον⁹. Αποτελεί μάλλον εξέλιξη μη διηθητικού καρκινώματος και χαρακτηρίζεται από τη βραδεία σχετικά ανάπτυξη ογκόδους μάζας, η οποία όμως παρά το μέγεθός της αργεί να εμφανίσει μεταστάσεις. Στην ψηλάφηση εμφανίζεται ως μαλθακή, περιγεγραμμένη μάζα, η οποία κατά κανόνα δεν διηθεί το δέρμα ή τους υποκείμενους ιστούς, άσχετα με το μέγεθός της. Η πρόγνωσή της είναι καλύτερη από το μέσο όρο των καρκινωμάτων³.

Διηθητικό φαγεσωρικό καρκίνωμα (comedo)

Το καρκίνωμα αυτό έχει χαρακτηριστική μορφολογία και η διάγνωσή του είναι απλή. Αναπτύσσεται μέσα σε πόρους τους οποίους διατείνει και μετατρέπει σε αυλοειδείς σχηματισμού⁵. Είναι πιο συχνό (5% του συνόλου) από το μη διηθητικό και η διάκρισή του από το απλό αδеноκαρκίνωμα γίνεται με τη διαπίστωση ενδοαυλικής ανάπτυξεως. Συνυπάρχει πολλές φορές σε σκίρρο, χωρίς όμως να μεταβάλλει την πρόγνωσή του³.

Διηθητικό καρκίνωμα με ίνωση (σκίρρο)

Αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκινώματος του μαστού (75 – 78%). Χαρακτηρίζεται από ινοβλαστική αντίδραση στη διήθηση των νεοπλασματικών κυττάρων, με παραγωγή ινώδους ιστού. Πρόκειται για έντονα διηθητικό νεοπλάσμα που επεκτείνεται στο δέρμα και τους υποκείμενους ιστούς, ενώ δίνει γρήγορα μεταστάσεις στους λεμφαδένες.

Ιστολογικά, ποικίλλει από μικρές, καλά διαφοροποιημένες ομάδες κυττάρων σε εκτεταμένο υπόστρωμα ινώδους ιστού, ως κυτταροβριθές υπόστρωμα με ποικίλη διαφοροποίηση και μόνο σπάνια περιοχές ινώσεως.

Η σταδιοποίησή του εξαρτάται από τη διαφοροποίηση των κυττάρων και τη διήθηση ή μη των αγγείων³.

Μυελοειδές καρκίνωμα

Απαντάται σε συχνότητα 6%, συχνότερα γύρω στην ηλικία 50 ετών, με τη μορφή μαλακού περιγραμμένου όγκου διαστάσεων 5-10εκ.⁴. Υπολογίζονται σε 5% του συνόλου των καρκινωμάτων. Παρά το μέγεθός τους δεν διηθούν το δέρμα και τους μυς, ενώ συχνά παρουσιάζουν αιμορραγίες και νεκρώσεις στο κέντρο, με σχηματισμό κύστεων³.

Η ιστολογία του νεοπλάσματος είναι χαρακτηριστική. Αποτελείται από μεγάλες συμπαγείς αναστομούμενες καρκινοματώδεις βλάστες που διαχωρίζονται από λεπτά συνδετικά διαφράγματα.

Έχει αποδειχθεί ότι έχουν καλύτερη πρόγνωση παρά το συχνά μεγάλο μέγεθός τους και τον υψηλό βαθμό αναπλασίας τους⁵.

Κολλοειδές ή βλενώδες καρκίνωμα

Απαντάται σε συχνότητα 2,5% και αποτελεί μαλακό όγκο με σαφή όρια, που, όταν κοπεί μοιάζει με ζελατίνα⁴. Κλινικά εμφανίζεται ως ογκώδης,

μαλθακή, με ασαφή όρια μάζα. Η παραγωγή της βλέννης από τα κύτταρα μπορεί να είναι τόσο μεγάλη, ώστε το νεόπλασμα να αποτελείται από μικρές ομάδες κυττάρων μέσα σε άφθονη βλέννη³. Θεωρείται από πολλούς συγγραφείς ως καρκίνωμα με ευνοϊκότερη πρόγνωση από το καρκίνωμα χωρίς ειδικούς χαρακτήρες³.

Καρκινώματα από τα αδενικά λοβία

Το διηθητικό καρκίνωμα των αδενικών λοβίων δεν διαφέρει κλινικά από το σκίρρο καρκίνωμα των πόρων και ιστολογικά ακόμη δεν μπορεί να διακριθεί, παρά μόνο αν βρεθούν εστίες μη διηθητικού νεοπλασματος.

Το μη διηθητικό λοβιώδες καρκίνωμα *in situ* αποτελεί μια κλινική οντότητα που αναγνωρίστηκε και μελετήθηκε κατά τα τελευταία 50 χρόνια. Παρουσιάζεται σε μικρότερη ηλικία από το καρκίνωμα και κατά κανόνα σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Κατά κανόνα (90%) είναι πολυεστιακό και συχνά (25 – 69%) είναι αμφοτερόπλευρο. Πιθανόν η ανάπτυξή του να έχει σχέση με ορμονικές επιδράσεις³.

Σπάνιοι τύποι καρκινώματος

Περιλαμβάνονται καρκινώματα τα οποία προέρχονται από ιδρωτοποιούς αδένες, που βρίσκονται στο φυσιολογικό μαστό και αναστομώνονται με μικρούς εκφορητικούς πόρους, καθώς και τα επιδερμοειδή καρκινώματα,

που προέρχονται από μεταπλασία του επιθηλίου των εκφορητικών πόρων σε πλακώδες επιθήλιο³.

Πολύ σπάνιος τύπος καρκινώματος είναι το αδenoειδές κυστικό καρκίνωμα που η συχνότητά του υπολογίζεται σε 0,1 – 0,2%. Έχει την ιστολογία που παρουσιάζουν τα αδenoκυστικά καρκινώματα άλλων οργάνων (σιελογόνων αδένων, δέρματος κ.τ.λ.)⁵. Είναι χαμηλής κακοήθειας με σπάνιες μεταστάσεις.

Σπάνιος επίσης τύπος καρκινώματος είναι το λιποεκκριτικό καρκίνωμα. Η συχνότητά του δεν υπερβαίνει το 1,5%. Χαρακτηρίζεται από μεγάλα κύτταρα που σχηματίζουν συνήθως μεγάλες συμπαγείς αθροίσεις⁵.

Σαρκώματα μαστού

Κάθε σάρκωμα που ανακαλύπτεται πρωτοπαθώς στο μαστό πρέπει να ερευνάται για την περίπτωση να αφορά σαρκωματώδες στρώμα φυλλοειδούς κυστεοσαρκώματος. Τα πρωτοπαθή σαρκώματα στο μαστό είναι εξαιρετικά σπάνια⁵. Από τα κυστεοσαρκώματα αυτά μόνο το 10% είναι κακοήθη, τα οποία κατά κανόνα μεθίστανται στους πνεύμονες, και τα οστά και τους υποδόριους ιστούς³.

Φλεγμονώδες καρκίνωμα

Είναι κακοηθέστατη κλινική μορφή καρκινώματος μαστού με βαρύτετη πρόγνωση⁵. Δεν κατατάσσεται σε κανένα ιστολογικό τύπο και αποτελεί το

3% του συνόλου των καρκινωμάτων. Εμφανίζεται σε νέες γυναίκες και συνήθως μετά τον τοκετό³. Χαρακτηρίζεται από ερύθημα του δέρματος του μαστού, αυξημένη θερμοκρασία του και σκληρία από διήθηση των υποδόριων λεμφαγγείων⁴. Εκδηλώνεται με διόγκωση ολόκληρου ή μέρους του μαστού συνοδευόμενη από διάχυτη σκλήρυνση, ερυθρότητα του δέρματος, ευαισθησία, πόνο και οίδημα⁵.

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου στο γυναικείο οργανισμό. Από διάφορες μελέτες έχουν καταγραφεί κάποιοι ιδιαίτερα επιβαρυντικοί παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την εμφάνισή του².

Η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού είναι άγνωστη. Ένα πλήθος από αλληλοσχετιζόμενους γενετικούς, ορμονικούς, περιβαλλοντικούς, κοινωνικοβιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες επιδρούν στην ανάπτυξη της νόσου. Σήμερα είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε αρκετά γύρω από τους επιδημιολογικούς αυτούς παράγοντες, που όταν υπάρχουν τοποθετούν τις γυναίκες στην ομάδα «υψηλού κινδύνου»¹.

Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

Δημογραφικοί παράγοντες

Φύλο. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί πάθηση κατά κανόνα των γυναικών, χωρίς όμως να αποκλείεται η εμφάνισή του και στους άνδρες. Υπολογίζεται η αναλογία γυναικών : ανδρών περίπου σε 100 : 1³.

Ηλικία. Η ηλικία έχει επίσης σημασία. Δεν παρατηρείται πριν από την ήβη και είναι σπάνιος μέχρι την ηλικία των 20 ετών³. Μέχρι την εμμηνόπαυση υπάρχει μια συνεχής τάση αύξησης της εμφάνισης της νόσου ενώ, μετά την κλιμακτήριο, παρατηρείται ελάττωση αυτής της αυξητικής τάσης².

Η χώρα που ζει η ασθενής. Η συχνότητα εμφάνισης αλλά και η θνητότητα του καρκίνου του μαστού είναι κατά πολύ μεγαλύτερη στις αναπτυγμένες παρά στις υπανάπτυκτες χώρες και κυρίως σε γυναίκες της λευκής φυλής³. Ο καρκίνος του μαστού είναι 6 – 7 φορές συχνότερος στη Β. Αμερική και Δ. Ευρώπη από ό,τι στην Ασία και Αφρική¹.

Οικογενειακό ιστορικό / επιβαρυνμένο ατομικό ιστορικό

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα νόσημα με οικογενή χαρακτήρα. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισής του σε γυναίκες με βεβαρυνμένο κληρονομικό ιστορικό². Γυναίκες των οποίων η μητέρα ή η αδελφή παρουσίασαν καρκίνο του μαστού, έχουν οκτώ φορές μεγαλύτερη πιθανότητα προσβολής από τη νόσο⁶. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι αν ο καρκίνος του μαστού στη μητέρα ή την αδελφή παρουσιάστηκε πριν από την εμμηνόπαυση και ήταν και αμφοτερόπλευρος ο κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου οκταπλασιάζεται ή και δεκαπλασιάζεται².

Γενικά ο οικογενής καρκίνος του μαστού αποτελεί το 20% του συνόλου του καρκίνου του μαστού¹. Για τον οικογενή καρκίνο του μαστού ανακαλύφθηκε το γονίδιο 17q21⁹.

Τη μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο στο μαστό έχουν άτομα που ήδη πάσχουν από καρκίνο στον άλλο μαστό. Δεν είναι καθόλου σπάνιες οι περιπτώσεις γυναικών που εμφανίζουν καρκίνο ταυτόχρονα και στους δύο μαστούς. Σε μια γυναίκα που ήδη πάσχει ο ένας μαστός, ο κίνδυνος για τον άλλο μαστό αυξάνει όσο επιμηκύνεται η επιβίωσή της μετά την εμφάνιση του πρώτου καρκίνου¹⁰.

Ορμονικοί παράγοντες

Εμμηνοαρχή και Εμμηνόπαυση. Η ηλικία και αρχής και τέλους έμμηνου ρύσης, δηλαδή η όψιμη εμμηνόπαυση και η πρόωγη εμμηνοαρχή, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την δημιουργία καρκίνου του μαστού¹¹. Η μεγαλύτερη ηλικία κατά την έναρξη, καθώς και η τεχνητή εμμηνόπαυση, συνοδεύονται από χαμηλότερη αναλογία. Οι παρατηρήσεις αυτές συνηγορούν για την επίδραση ορμονικών παραγόντων και κυρίως των οιστρογόνων στην ανάπτυξη νεοπλασματος³.

Τοκετός. Οι πολλοί τοκετοί δεν είναι γενικά αποδεκτό ότι έχουν προστατευτική επίδραση, εκείνο που έχει σημασία κυρίως είναι η ηλικία της πρώτης τεκνοποίησης³.

Γυναίκες που απέκτησαν το πρώτο τους παιδί πριν το εικοστό έτος

της ηλικίας τους εμφανίζουν πολύ μικρότερο ποσοστό νόσησης σε σύγκριση με τις άτεκνες γυναίκες ή με αυτές που απέκτησαν το πρώτο τους παιδί μετά το τριακοστό πέμπτο έτος της ηλικίας τους, όπου η πιθανότητα νόσησης σχεδόν τριπλασιάζεται². Πιστεύεται επίσης ότι η τεχνητή διακοπή της πρώτης εγκυμοσύνης σε νεαρές γυναίκες αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού².

Θηλασμός. Παρέχει προστασία μερική για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού¹¹.

Εξωγενείς ορμόνες. Η λήψη οιστρογόνων προς παράταση της περιόδου φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, ιδίως όταν δεν συνδυάζονται με ταυτόχρονη λήψη προγεστερόνης¹. Τα οιστρογόνα, αποτελούν παράγοντα κινδύνου όταν υφίσταται αύξηση αυτών στο αίμα¹¹. Επίσης πιστεύεται ότι το ποσό της ελεύθερης οιστραδιόλης έχει απευθεία σύνδεση με το χρόνο διπλασιασμού της καρκινικής μάζας¹⁰.

Διαιτητικοί παράγοντες

Επιδημιολογικά δεδομένα ανέδειξαν πως η κατανάλωση αυξημένων επιπέδων λίπους συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρκινώματος μαστού.

Αυτές οι μελέτες κυρίως από τις Η.Π.Α. και την Ιαπωνία ανέδειξαν ότι η κατανάλωση βοειδών κρεάτων ή χοιρινού, βουτύρου και τυροκομικών προϊόντων, δηλαδή μεγάλων ποσοτήτων λίπους, είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου στον μαστό από άτομα που κατανάλωναν φυτικά έλαια και ψάρια¹². Έχει δοθεί μάλιστα η θεωρητική εξήγηση για αυτήν την

συσχέτιση, τα λίπη περιέχουν μεγάλη αναλογία χοληστερίνης η οποία μεταβολιζόμενη αυξάνει τα επίπεδα οιστρογόνων. Πέρα όμως από όλα αυτά τα θεωρητικά είναι γνωστή η επίδραση της κατανάλωσης λιπών στην ανάπτυξη των μαστών και στην εναπόθεση λιπώδους ιστού¹³.

Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, σε συνεργική δράση με το κάπνισμα, συμβάλλει στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού¹⁴.

Ο καρκίνος μαστού είναι συχνότερος σε παχύσαρκες γυναίκες, καθώς επίσης η παχυσαρκία συντελεί στην καθυστέρηση της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού λόγω δυσκολίας στην ψηλάφηση αυτών¹¹.

Εξωγενείς παράγοντες

Ακτινοβολία. Τον κυριότερο ρόλο φαίνεται να παίζει η ακτινοβολία του μαστού με υψηλή δόση ακτινοβολίας. Το γεγονός αυτό έχει αποδειχθεί από παρατηρήσεις που έγιναν σε γυναίκες που εκτέθηκαν στην ακτινοβολία στη Χιροσίμα και στο Ναγκασάκι και σε γυναίκες που λόγω φυματίωσης υποβλήθηκαν σε επανηλειμμένες ακτινοσκοπήσεις πνευμόνων².

Οι έρευνες μέχρι σήμερα για την συμμετοχή των ιών στην καρκινογένεση του μαστού στον άνθρωπο παρόλο που είναι ενδεικτικές δεν είναι και αποδεικτικές¹⁰.

Τέλος για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού ενοχοποιείται σήμερα η χρόνια ένταση της γυναίκας².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ – ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο υπαριθμόν ένα κίνδυνος που απειλεί και φοβίζει τις γυναίκες σήμερα. Είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες εφόσον βέβαια εξαιρεθούν οι μη θνησιγόνοι καρκίνοι του δέρματος¹⁰.

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται σε συχνότητα 27% σε σχέση με τον καρκίνο κάθε άλλης εντόπισης⁴. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη κακοήθεια που εμφανίζεται στις γυναίκες προσβάλλοντας μια στις εννιά περίπου. Υπολογιζόταν ότι το 1991, στις Η.Π.Α., περίπου 175.000 γυναίκες θα ανέπτυξαν καρκίνο του μαστού, ενώ οι 45.000 περίπου θα πέθαιναν από τη νόσο⁹. Στην Ελλάδα, όπως και σε όλο τον κόσμο, είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες. Μια στις δώδεκα ελληνίδες θα εμφανίσει καρκίνο στο μαστό της στη διάρκεια της ζωής της. Προσβάλλει 1.500 γυναίκες το χρόνο⁴.

Στις 4 γυναίκες που θα προσβληθούν από κάποιο καρκίνο η μία θα προσβληθεί από καρκίνο του μαστού. Στις 5 γυναίκες που πεθαίνουν από καρκίνο ή μία έπασχε από καρκίνο μαστού. Σε κάθε 10 γυναίκες που πεθαίνουν από οποιοδήποτε λόγο η μία πεθαίνει από την εξέλιξη της νόσου του καρκίνου του μαστού.

Σήμερα πιστεύεται ότι η παγκόσμια επίπτωση καρκίνου του μαστού

είναι περίπου 600.000 γυναίκες κάθε χρόνο, ενώ 400.000 γυναίκες το χρόνο πεθαίνουν από καρκίνο μαστού¹⁰.

Παρά—την εντατική μελέτη του προβλήματος και την, πιο έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση, η θνητότητα από τον καρκίνο του μαστού παρουσιάζει μια σταθερή αναλογία χωρίς διακυμάνσεις και κυρίως χωρίς καμία βελτίωση κατά την διάρκεια των 30 τελευταίων ετών³.

3.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η κλινική σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού αποτελεί μια προσπάθεια του χειρουργού ή του κλινικού ιατρού για να καθορίσει το βαθμό της επεκτάσεως της κακοήθειας με βάση κλινικά ή εργαστηριακά ευρήματα πριν από την εγχείρηση³. Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού δεν αποβλέπει τόσο στον καθορισμό του εγχειρήσιμου από τον ενεγχειρητικό καρκίνο, όσο στην εκτίμηση της πρόγνωσης, που εξαρτάται από τις μεταστάσεις⁴.

Έχει μεγάλη σημασία, αφού το είδος της θεραπευτικής αγωγής που θα ακολουθηθεί εξαρτάται από το κλινικό στάδιο, ενώ αποτελεί και ένα τρόπο συγκρίσεως των αποτελεσμάτων της θεραπείας και της προγνώσεως³.

Κατά το σύστημα Manchester διακρίνονται 4 στάδια:

Στάδιο I

Όγκος περιορισμένος στο μαστό (μπορεί να υπάρχει διήθηση σε μικρή έκταση του δέρματος και σε άμεση συνέχεια με τον αδένα).

Στάδιο II

Όπως και το I, αλλά υπάρχουν ψηλαφητοί, κινητοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

Στάδιο III

Ο όγκος εκτείνεται έξω από το παρέγχυμα του μαστού με:

- (α) διήθηση ή καθήλωση του δέρματος, σε μεγάλη έκταση σε σχέση με το μέγεθος του μαστού ή και εξέλκωση του δέρματος,
- (β) καθήλωση του όγκου στους υποκείμενους μυς. Αν υπάρχουν μασχαλιαίοι λεμφαδένες είναι κινητοί.

Στάδιο IV

Ο όγκος εκτείνεται έξω από το παρέγχυμα με:

- α) καθήλωση των μασχαλιαίων λεμφαδένων,
- β) καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα,
- γ) διήθηση υπερκλειδίων λεμφαδένων,

- δ) δορυφόρα μεταστατικά οζίδια έξω από την περιοχή του όγκου,
- ε) δευτεροπαθείς εστίες και στον άλλο μαστό,
- στ) απομακρυσμένες μεταστάσεις³.

3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Το συχνότερο αρχικό εύρημα του καρκίνου του μαστού είναι η ψηλάφηση μιας μάζας στο μαστό, σε ποσοστό 90% από την ίδια την ασθενή. Η μάζα είναι ανώδυνη, στερεάς συστάσεως, με ασαφή όρια που συνέχονται με το γύρω αδένα. Η εικόνα αυτή εμφανίζεται στο μεγαλύτερο ποσοστό νεοπλασμάτων με ίνωση του υποστρώματος³.

Σε προχωρημένα στάδια έχουμε εισολκή της θηλής, καθήλωση του όγκου στο υπερκείμενο δέρμα, τοπικό οίδημα με την μορφή φλοιού «πορτοκαλιού» (λεμφάδημα), διάβρωση της θηλής, ερυθρότητα του υπερκείμενου δέρματος και εξέλκωση του μαστού¹¹.

Ορισμένες φορές ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζεται για πρώτη φορά ως μεταστατική νόσος με σημεία ή συμπτώματα από οποιοδήποτε άλλο προσβεβλημένο όργανο – πόνο σε περιοχής οστικής μετάστασης, οίδημα στο λαιμό, οζίδια στον πνεύμονα ή διόγκωση του ήπατος⁹.

Το καρκίνωμα του μαστού εμφανίζεται σε 45 – 50% περίπου στο άνω έξω τεταρτημόριο και 12 – 15% στο άνω έσω. Είναι λιγότερο συχνό στα κάτω τεταρτημόρια, 2 – 5 % στο κάτω έσω και 6 – 12% στο κάτω έξω.

Αντίθετα, στη δεύτερη θέση κατά σειρά συχνότητας εντοπίσεως βρίσκεται η κεντρική περιοχή κάτω από τη θηλή και τη θηλαία άλω (15 – 22%)³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ,

Η λεπτομερής λήψη ιστορικού, η κλινική εξέταση και η μαστογραφία αποτελούν τα κυριότερα μέσα στο χέρια των κλινικών γιατρών.

Η κλινική διάγνωση απαιτεί απαραίτητα μικροσκοπική επιβεβαίωση⁵. Μπορεί να είναι δύσκολο να διακρίνει κανείς κλινικά τις κακοήθεις από τις καλοήθεις μάζες του μαστού⁹.

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι κλινική, εργαστηριακή και εγχειρητική⁴.

4.1.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Το ποσοστό ακριβούς διαγνώσεως του καρκίνου του μαστού με την κλινική εξέταση μόνο είναι περίπου 70% σε έμπειρους εξεταστές³. Η κλινική εξέταση του ύποπτου για καρκίνο μαστού απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή από μέρος του εξεταστή, γιατί από αυτή θα εξαρτηθεί η θεραπευτική αντιμετώπιση⁴.

Η κλινική εξέταση αρχίζει με την επισκόπηση με την ασθενή καθιστή. Οι μαστοί επισκοπούνται για πιθανή ασυμμετρία, οίδημα, ανωμαλία το περίγραμμα, αλλοίωση του δέρματος ή εισολκή της θηλής. Όγκοι στο

μαζικό αδένα προκαλούν ανωμαλία του περιγράμματος ή εισολκή του δέρματος, ευρήματα που είναι πιο εμφανή όταν η ασθενής πιέζει τα χέρια στις λαγόνιες ακρολοφίες ή τα φέρει πάνω από το κεφάλι, θέσεις στις οποίες συσπώνται οι μείζονες θωρακικοί μύες³.

Η ψηλάφηση του μαζικού αδένα αρχίζει όταν η ασθενής είναι όρθια με ολόκληρη την παλάμη του εξετάζοντος και τελειώνει αφού η ασθενής ξαπλώσει σε ύπτια θέση¹. Η ψηλάφηση γίνεται με τις άκρες των δακτύλων και αρχίζει από το άνω έσω τεταρτημόριο και συνεχίζει στο κάτω έσω. Ακολουθεί ψηλάφηση της περιοχής της θηλαίας άλω³. Η περιθηλαία άλως και η θηλή εξετάζονται ιδιαίτερα, ιδίως όταν αναφέρεται ρύση από τη θηλή¹.

Κατά την εξέταση είναι δυνατόν να παρατηρηθούν όζοι κινητοί ή ακίνητοι, ανώδυνοι ή επώδυνοι, συμφυόμενοι ή μη με το δέρμα¹.

Η εξέταση συμπληρώνεται πάντοτε με ψηλάφηση των μασχαλιαίων και υπερκλειδίων λεμφαδένων, με την ασθενή καθιστή. Κυρίως ελέγχεται η κορυφή μασχαλιαίας κοιλότητας πίσω από την κλείδα, διότι η διήθηση των κορυφαίων λεμφαδένων έχει ιδιαίτερη προγνωστική σημασία. Οι υπερκλειδίοι λεμφαδένες επίσης ψηλαφώνται με πίεση των στοιχείων του υπερκλειδίου βόθρου επί των σκαληνών, καλύτερα με τον ιατρό να στέκεται πίσω από τον ασθενή³.

Επίσης 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 ήπαρ⁹.

4.1.3 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Στον εργαστηριακό έλεγχο, για την διάγνωση του καρκίνου του μαστού, ανήκουν εξετάσεις αιματολογικές, κυτταρολογικές, ακτινολογικές, σπινθηρογραφικές κ.λ.π.⁴

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)⁹.

Στον ορό των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο ανιχνεύονται με ραδιοανοσομέτρηση διάφορες ουσίες που είτε παράγονται από τους όγκους, είτε σχετίζονται με την παρουσία όγκων και μεταστάσεων στον οργανισμό. Οι ουσίες αυτές ονομάζονται δείκτες του καρκίνου.

Το καρκινοεμβρικό αντιγόνο (CEA) είναι νεοπλασματικός δείκτης που ανιχνεύεται σε όγκους του μαστού. Τα επίπεδα του CEA στον ορό, που μετρούνται με ραδιοανοσομέτρηση, βρίσκονται αυξημένα (> 5,0ng/ml) σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Άλλοι νεοπλασματικοί δείκτες που ελέγχονται στους εξετάσεις αίματος είναι οι: CA15-3 και TPA καθώς και CA-125. Ο συνδυασμός των δύο ή των τριών παραπάνω δεικτών σε περίπτωση μεταστατικού καρκινώματος του μαστού ανεβάζει το ποσοστό των θετικών ευρημάτων μέχρι το 95%¹⁵.

4.1.4 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

Μαστογραφία

Η μαστογραφία (mammography) είναι η απεικόνιση των διάφορων ιστών και των αλλοιώσεων του μαστού πάνω σε ακτινογραφικό film, χωρίς χρησιμοποίηση σκιαγραφικού⁷. Αποτελεί την απεικόνιση του μαστού με τις ακτίνες Χ³. Χρησιμοποιούνται ειδικά μηχανήματα, οι μαστογράφοι, με ειδική λυχνία ακτίνων Routgen⁷.

Για την μαστογραφική μελέτη του μαστού χρησιμοποιούνται τρεις κυρλιως προβολές: (α) η κεφαλοουριαία, (β) η πλάγια και (γ) η λοξή μασχαλιαία¹.

Με την 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 εμφυτεύματα. Επίσης, με τη μαστογραφία εντοπίζεται η θέση και η έκταση κάποιου γνωστού όγκου. Οι μαστογραφίες μπορεί να δείξουν μικροαποτιτανώσεις χαρακτηριστικές του καρκίνου χωρίς να φαίνεται κάποια μάζα⁹.

Με την μαστογραφία μπορούμε να απεικονίσουμε μικρές κακοήθεις αλλοιώσεις διαμέτρου μέχρι 0,5cm, ενώ με την κλινική εξέταση διαφεύγουν¹⁶.

Το μεγάλο πλεονέκτημα της μαστογραφίας είναι η δυνατότητα

πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου τουλάχιστον 1 –2 χρόνια πριν η μάζα του είναι κλινικώς ψηλαφητή. Αν ληφθεί δε υπόψη ότι σε αυτές τις πρώιμες βλάβες η μετάσταση στους επιχώριους λεμφαδένες είναι πολύ σπάνια, η χειρουργική αφαίρεση της βλάβης δίνει 5ετή επιβίωση άνω του 90%¹.

Ξηρομαστογραφία

Άλλη μέθοδος που χρησιμοποιεί ιονίζουσα ακτινοβολία είναι η ξηρομαστογραφία¹⁷. Είναι μια μέθοδος κατά την οποία, η όλη διεργασία γίνεται «εν ξηρώ»¹⁶. Η μέθοδος που βασίζεται στην ίδια με την μαστογραφία τεχνική, με αποτύπωση σε ξηρογραφική πλάκα αντί για ακτινολογική³.

Πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι η ευκρινέστερη απεικόνιση της περιφέρειας παθολογικών εξεργασιών με μεγαλύτερη σκιερότητα, ιδιαίτερα των επασβεστώσεων που εύκολα διακρίνονται και από μη ειδικά εκπαιδευμένους γιατρούς.

Η ακρίβεια της μεθόδου αυτής είναι μεγάλη για την διάγνωση παθολογικών επεξεργασιών και κυμαίνεται περίπου στα 90 – 95%¹⁷.

Θερμογραφία

Η θερμογραφία είναι η γραφική αποτύπωση της θερμοκρασίας του μαστού και δεν χρησιμοποιεί ακτινοβολία.

Με ευαίσθητους υποδοχείς θερμότητας καταγράφεται η θερμοκρασία σε διαβαθμίσεις άσπρου – μαύρου, είτε με διάφορα χρώματα, που καθένα τους αντιστοιχεί σε ορισμένη θερμοκρασία^{3,7}. Η θερμογραφική εικόνα ενός φυσιολογικού μαστού παραμένει ουσιώδης αμετάβλητη κατά τη διάρκεια της ζωής, γι' αυτό μεταβολές της εικόνας αυτής αποκτούν μεγάλη διαγνωστική αξία⁷.

Για πιο αντικειμενική απεικόνιση χρησιμοποιούνται και μηχανήματα με ηλεκτρονικό υπολογιστή³.

Η μέθοδος της θερμογραφίας είναι απλή και ακίνδυνη και μπορεί να καταγράψει όγκους διαμέτρου πάνω από δύο εκατοστά¹⁶. Τα περισσότερα κακοήθη νεοπλάσματα εμφανίζουν αυξημένη θερμοκρασία.

Ορισμένοι ερευνητές χρησιμοποίησαν τη θερμογραφία ως προγνωστικό δείκτη, υποστηρίζοντας ότι καρκινώματα με «θερμό» θερμογράφημα έχουν χειρότερη πρόγνωση από αυτά με «ψυχρό»³.

Υπερηχογράφημα

Το υπερηχογράφημα του μαστού σε συνδυασμό με τη μαστογραφία αυξάνει κατά πολύ την διαγνωστική αξία των απεικονιστικών μεθόδων¹.

Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στην αρχή της μετατροπής το ηχητικού κύματος σε οπτική εικόνα¹⁶. Το υπερηχογράφημα συνήθως βοηθάει στην ανίχνευση της μορφολογίας μίας ψηλαφητής μάζας και ιδιαίτερα στο να

κρίνει εάν μια βλάβη είναι κυστική ή συμπαγής¹². Ορισμένοι γιατροί προτιμούν να αναρροφούν υγρό από κάθε κύστη, ανεξάρτητα από το αν ψηλαφάται κάποια μάζα ή όχι, και να στέλνουν το υγρό για κυτταρολογική εξέταση⁹.

Ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος του μαστού τα τελευταία χρόνια αποδείχθηκε μια χρήσιμη εξέταση που παίζει σπουδαίο ρόλο ως συμπλήρωμα της κλινικής εξέτασης και της μαστογραφίας¹⁶.

Σπινθηρογράφημα

Είναι μέθοδος έρευνας του καρκίνου του μαστού που χρησιμοποιεί την ουσία διαιθυλαινο - 3αμινο 5οξικό οξύ (⁹⁹Tc DTRA) και έχει την δυνατότητα να δείχνει τις κακοήθεις αλλοιώσεις του μαστού.

Η ουσία χορηγείται ενδοφλεβίως και σε κακοήθεις βλάβες το ραδιοφάρμακο συγκεντρώνεται σ' αυτές. Η μέθοδος εφαρμόζεται σε κλινικά αντιληπτές αλλοιώσεις¹⁶.

Γαλακτοφορογραφία

Η γαλακτοφορογραφία είναι μαστογραφικός έλεγχος μετά από έγχυση υδροδιαλυτού σκιαστικού στη θηλή - γαλακτοφόρος πόρος.

Γίνεται διαστολή ενός πόρου στο άκρο της θηλής και εν συνεχεία έγχυση υδροδιαλυτού σκιαστικού με καθετηριασμό ή με βελόνα χωρίς αιχμή και

παίρνονται ακτινογραφίες με το μαστό να βρίσκεται στη θέση της μαστογραφίας.

Πρέπει να εφαρμόζεται σε ασθενείς με έκκριση από τη θηλή οροαιματηρού υγρού όταν η παροχέτευση γίνεται από ένα πόρο. Με την γαλακτοφορογραφία μπορούμε να εντοπίσουμε ακριβώς τον ενδοαυλικό όγκο για τη χειρουργική αφαίρεση.

Είναι αυτονόητο πως η κυτταρολογική εξέταση του εκκρίματος προηγείται της γαλακτοφορογραφίας¹⁶.

Πνευμοκυστογραφία

Η πνευμοκυστογραφία μαζί με τη γαλακτοφορογραφία αποτελούν παρεμβατικούς τρόπους μαστογραφίας. Η πνευμοκυστογραφία είναι η αφαίρεση υγρού από την κύστη του μαστού και η εισαγωγή αέρος.

Με την πνευμοκυστογραφία, ελέγχεται η ομαλότητα του τοιχώματος της κύστεως και μπορεί να αποκαλυφθούν ενδοκυστικοί όγκοι. Πολλές φορές γίνεται παρακέντηση κύστεως για κυτταρολογική εξέταση του υγρού που αφαιρείται και ακολουθεί εμφύσηση αέρος¹⁶.

Διαφανοσκόπηση

Η διαφανοσκόπηση με την χρήση ειδικών πηγών φωτισμού και καταγραφή σε film υπερύθρων ή video μπορεί να παρατηρήσει τμηματικές

διαφορές στη φωτεινότητα ενώ οι καλοήθεις όγκοι είναι αδιαφανείς και δημιουργούν σκιερότητα¹⁶.

Αξονική τομογραφία

Πρόκειται για επαναστατική διαγνωστική μέθοδο που βρίσκει εφαρμογή και στους δύο μαστούς. Όπως είναι γνωστό η ηλεκτρονική τομογραφία είναι ακτινολογική μέθοδος και χρησιμοποιεί λυχνία Roentgen.

Η αξονική τομογραφία υπερτερεί της μαστογραφίας και της κλινικής εξέτασεως στη διάγνωση των κακοήθων όγκου του μαστού¹⁶.

Η αξονική τομογραφία μπορεί να ανακαλύψει καρκινική εξεργασία τόσο μικρής διαμέτρου, που δεν μπορεί να την ανακαλύψει η μαστογραφία.

Ο συνδυασμός της αξονικής τομογραφίας με την μαστογραφία έχει επιτυχία 100%⁴.

4.1.5 ΑΞΙΟΠΙΣΤΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Αναρρόφηση – Βιοψία δια λεπτής βελόνης (FNA – fine needle aspiration biopsy)

Η εξέταση αυτή αποτελεί μια από τις σύγχρονες, αλλά και πιο αξιόπιστες μεθόδους διαγνώσεως, εκτός των άλλων, και των αλλοιώσεων του μαστού³.

Είναι η λήψη υλικού από την ύποπτη θέση, επίστρωση του σε πλακίδια και μικροσκοπική εξέταση από κυτταρολόγο⁵.

Η μέθοδος έχει υποκαταστήσει-ως πρώτη εξέταση την αγοικτή βιοψία και την ιστολογική εξέταση με χοντρή βελόνα (tru – cut). Επειδή πρόκειται για κυτταρολογική και όχι ιστολογική εξέταση (με την αναρρόφηση λαμβάνονται μόνο κύτταρα ή ομάδες κυττάρων και όχι ολόκληρο ιστοτεμάχιο) απαιτείται εξειδίκευση και εμπειρία του παθολογοανατόμου³. Η διαγνωστική ακρίβεια της μεθόδου φτάνει το 95 – 99% σε κέντρα όπου χρησιμοποιείται ευρέως, ενώ η κλινική εξέταση έχει διαγνωστική ακρίβεια 55 ως 90%, η μαστογραφία από 53 ως 97% και η βιοψία με βελόνη tru – cut περίπου 80%³.

Ανοικτή χειρουργική βιοψία

Σε αμφίβολες ή απλώς κλινικά διαγνωσμένες περιπτώσεις η ανοικτή χειρουργική βιοψία είναι η μοναδική μέθοδος που ενδείκνυται.

Γίνεται υπό γενική αναισθησία, προ της οριστικής επεμβάσεως και κατά κανόνα ακολουθείται από ταχεία ιστολογική εξέταση. Η ανοικτή χειρουργική βιοψία πρέπει να τείνει στην ιστολογική αφαίρεση του όγκου (excisional biopsy). Η μερική αφαίρεση του όγκου (incisional biopsy) επιλέγεται μόνο σε πολύ μεγάλους όγκους.

Επιπρόσθετα η μέθοδος επιτρέπει να δοθούν στο χειρουργό κρίσιμες πληροφορίες όπως ακριβές μέγεθος όγκου, ιστολογικός τύπος, βαθμός

κακοήθειας (grade) κ.λ.π. που πιθανόν να τον ενδιαφέρουν για την επιλογή της επεμβάσεως. Συγχρόνως υπάρχει κατάλληλο υλικό για τον προσδιορισμό της τιμής των ορμονικών υποδοχέων⁵.

4.2 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καθορισμός της πρόγνωσης του καρκίνου του μαστού είναι πολύ δύσκολος, διότι εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η ηλικία της ασθενούς, η τεκνοποίηση, το κλινικό στάδιο και ο παθολογοανατομικός τύπος.

Η πρόγνωση έχει σχέση επίσης με τον αριθμό των λεμφαδένων που βρίσκονται διηθημένοι. Έτσι, σε αρνητικούς λεμφαδένες η 5ετής επιβίωση φθάνει το 87% και περισσότερο, ενώ κατεβαίνει στο 61% σε 1- 3 διηθημένους λεμφαδένες και 31% σε περισσότερους από 4 λεμφαδένες.

Η δεκαετής επιβίωση αντίστοιχα είναι 80%, 53% και 29%. Επινέμηση και των έσω μαστικών λεμφαδένων επιδεινώνει κατά πολύ την πρόγνωση, που φθάνει στο 10% για 10ετή επιβίωση. Η 5ετής επιβίωση ανάλογα με το κλινικό στάδιο του νεοπλάσματος είναι περίπου 80% για το στάδιο I, 70% για το II, 50% για το III και 0 για το IV³.

4.2.1 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

Η πρόγνωση και η επιλογή της θεραπείας εξαρτώνται και

από ορισμένους άλλους προγνωστικούς παράγοντες που αποκτούν συνεχώς μεγαλύτερη σημασία. Πρόκειται για εξετάσεις που προσφέρουν κάποιες πληροφορίες για το ενδεχόμενο υποτροπής ή μεταστάσεων.

Σ' αυτές τις ιστολογικές εξετάσεις περιλαμβάνονται:

- ◆ Η μέτρηση των πρωτεϊνικών υποδοχέων για τα δύο των γυναικείων ορμονών που επηρεάζουν τον καρκίνο του μαστού (των οιστρογόνων και της προγεστερόνης).
- ◆ Η κυτταρομετρία ροής για την ανάλυση του DNA που περιέχει ο όγκος. Το μέσο ποσόν του κυτταρικού DNA στα χρωμοσώματα του όγκου συνδέεται στενά με την επιθετική δραστηριότητα του καρκίνου.
- ◆ Η ανάλυση του κυτταρικού κύκλου. Με την κυτταρομετρία ροής, όπως και με άλλες τεχνικές, υπολογίζεται το κλάσμα της φάσης – S ή ο ρυθμός ανάπτυξης. Το ποσοστό των νεοπλασματικών κυττάρων στη φάση – S αποτελεί ένα δείκτη για το πόσο γρήγορα προσπαθεί να αναπτυχθεί ο όγκος. Το κλάσμα της φάσης – S για τον καρκίνο του μαστού κυμαίνεται από λιγότερο του 1% έως περισσότερο του 20% των κυττάρων.
- ◆ Η ανοσοϊστοχημική ανεύρεση παθολογικών νεοπλασματικών πρωτεϊνών. Τα χαμηλά επίπεδα του ενζύμου cathepsin D ή των ειδικών πρωτεϊνών «θερμικού σοκ» συνδυάζονται με καλύτερη επιβίωση. Το προϊόν του νέου ογκογονιδίου HER – 2/neu υπερπαράγεται περίπου στο ένα τρίτο των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. Ένας άλλος πολλά υποσχόμενος

δείκτης είναι και ο υποδοχέας του παράγοντα ανάπτυξης της επιδερμίδας (EGF).

- ♦ Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε πως ο αριθμός και η πυκνότητα των μικροσκοπικών αγγείων του όγκου σχετίζονται με τον κίνδυνο να εκδηλωθούν μεταστάσεις⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού υπήρξε και εξακολουθεί να είναι ένα από τα πιο πολυσυζητημένα θέματα της Ιατρικής και εμφανίζει μεγάλη κινητική τα τελευταία χρόνια, καθώς νέα θεραπευτικά υπεισέρχονται και καλύτερα γίνεται κατανοητή η βιολογική συμπεριφορά της νόσου.

- Η θεραπεία σήμερα είναι πολυδιάστατη και τα θεραπευτικά μέσα είναι φάρμακα, ακτινοθεραπεία ή εγχείρηση ή συνδυασμός όλων¹. Ο καρκίνος του μαστού, στο μεγαλύτερο μέρος του 20ου αιώνα αντιμετωπίστηκε σαν μια τοπικοπεριοχική νόσος με ευρείες εγχειρήσεις. Σήμερα, όταν διαγιγνώσκεται, θεωρείται ήδη μια συστηματική νόσος, λόγω των μικρομεταστάσεων που έχει δώσει. Η ανάγκη εξαφάνισης των μικρομεταστάσεων και η επιμήκυνση της ζωής των ασθενών, οδήγησαν στην αναζήτηση και εξέλιξη αποτελεσματικών συστηματικών — επικουρικών (adjuvant) θεραπειών. Αυτές κατάφεραν μέσα σε 16 χρόνια να σημειώσουν μείωση της θνητότητας μέχρι και 30%¹⁸.

Σήμερα αποτελεί πάγια τεχνική η συνεργασία των οικογενειακών γιατρών, των ακτινοθεραπευτών και των ογκολόγων για να προγραμματίσουν και να εφαρμόσουν τη θεραπεία σε κάθε ασθενή⁹.

Παρακάτω θα γίνει πιο αναλυτική αναφορά στις επιμέρους

θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται στη σύγχρονη εποχή και αφορούν τις ασθενείς με Ca μαστού, καθώς και στις νέες τάσεις που υπάρχουν.

5.1.1 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μια από τις πιο πρόσφατες μεθόδους θεραπείας Ca μαστού. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν θεραπεύουν το νεόπλασμα, όμως επιβραδύνουν την εξέλιξη του και περιορίζουν τις διαστάσεις του¹⁹.

Πρέπει να τονιστεί εξ αρχής ότι η χημειοθεραπεία, παρά τις προόδους της με τα σημερινά δεδομένα, δεν μπορεί να στοχεύσει μόνη της στην ίαση του καρκίνου του μαστού. Η πιθανότητα ύπαρξης υπολειματικής μικρομεταστατικής νόσου είναι ένα πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπισθεί με κάποια συστηματική συμπληρωματική θεραπεία, ορμονοθεραπεία ή χημειοθεραπεία ή και τα δύο²⁰.

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική θεραπεία μετά την επέμβαση σε ασθενείς υψηλού κινδύνου ή για να αντιμετωπισθούν οι μεταστάσεις⁹. Εφαρμόζεται σε προχωρημένα νεοπλάσματα του μαστού και όταν δεν έχει δράσει ή έχει πάψει να δρα η ορμονοθεραπεία. Επίσης, χρησιμοποιείται σε νεοπλάσματα σταδίου II με θετικούς λεμφαδένες για τον περιορισμό κυρίως των μικρομετάστασεων οι οποίες πιθανόν να παραμένουν μετά την εγχείρηση. Η χημειοθεραπεία έχει χρησιμοποιηθεί σε περιορισμένη όμως κλίμακα και προεγχειρητικά, με σκοπό να περιορίσει

την εξάπλωση του όγκου κατά την εγχείρηση και να καταστήσει εγχειρήσιμους ορισμένους ανεγχείρητους όγκους³.

Τα περισσότερα αντινεοπλασματικά φάρμακα δρουν επηρεάζοντας ένζυμα ή τα υποστρώματα πάνω στα οποία δρούν τα ενζυμικά συστήματα. Η δράση τους σχετίζεται με την συν ή λειτουργία του DNA και γι' αυτό ασκούν την τοξική και αντινεοπλασματική τους επίδραση αναστέλλοντας κύτταρα που παράγουν DNA στην διάρκεια του κυτταρικού τους κύκλου. Η χημειοθεραπεία επηρεάζει επίσης φυσιολογικά κύτταρα¹². Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι κυτταροτοξικά, δηλαδή δηλητηριάζουν τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση δεν περιορίζεται στα κακοήθη, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή¹⁹.

Κατηγορίες χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Σήμερα, τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται στις εξής κατηγορίες:

(α) Αλκυλιούντες παράγοντες. Τέτοια φάρμακα είναι: Κυκλοφωσφαμίδη, Μεχλωραιθαμίνη, Μελφαλάνη, Χλωραμβουκίλη, Τριαιθυλενική θειοφωσφοραμίδη.

(β) Αντιμεταβολίτες. Τέτοια φάρμακα είναι: 5 - φλουοροουρακίλη, Μεθοτρεξάτη.

(γ) Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης. Τέτοιοι είναι:

Βινμπλαστίνη, Θεϊκή βινκριστίνη, Θεϊκή βιντεσίνη.

(δ) Ορμόνες. Τέτοια φάρμακα είναι: Οιστρογόνα, Ανδρογόνα, Προγεστερόνη, Αντιοιστρογόνα, Κορτικοστεροειδή, Αμινογλουτεθιμίδη¹⁹.

Τρόποι χορήγησης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι δυνατόν να χορηγηθούν με τους εξής τρόπους:

- ◆ Ενδοβλεβίως – ενδαρτηριακώς (με έγχυση ή με απευθεία χορήγηση).
- ◆ Ενδομυϊκώς.
- ◆ Ενδοκοιλιακώς (π.χ. ενδοϋπεζωκοτική).
- ◆ Υποδορίως.
- ◆ Από το στόμα.
- ◆ Τοπικώς (τοποθετείται ειδικός καθετήρας στη μαστική αρτηρία, δια του οποίου γίνεται η έγχυση των φαρμάκων κατά διαστήματα. Γίνεται σε περιπτώσεις που δεν ενδείκνυται μαστεκτομή λόγω της προχωρημένης μαστικής κατάστασης και της παρουσίασης μεταστάσεων)¹⁹.

Οι Greespan και Cooper (1969) εισήγαγαν πρώτη την πολυχημειοθεραπευτική αγωγή σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού και έκτοτε έχουν χορηγηθεί ποικίλοι κυτταροστατικοί συνδυασμοί¹.

Όσον αφορά στα θεραπευτικά σχήματα, καλύτερα αποτελέσματα δίνουν συνδυασμοί διαφόρων χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Η θεραπεία πρέπει αν ακολουθεί το γνωστό σχήμα των σημνιαίων κύκλων τουλάχιστον. Η παράταση της αγωγής για άλλους 6, δηλαδή 12 συνολικώς, κύκλους, δεν φαίνεται να έχει διαφορά στα τελικά αποτελέσματα¹⁹.

Τόσο οι θεωρητικές μας γνώσεις όσο και τα ευρήματα από πειραματικές και κλινικές μελέτες, υποδηλώνουν ότι η υποτροπή του Ca μαστού οφείλεται στην ανάπτυξη αντοχής του καρκινικού κυττάρου προς τα κυτταροστατικά. Για να μειωθεί η πιθανότητα αυτή είναι βασικό να συνδυασθούν παράγοντες με μη διασταυρούμενη αντοχή. Πρέπει επίσης να επιλεγούν κυτταροστατικά με διαφορετικές δοσοεξαρτώμενες τοξικότητες και με διαφορετικό μηχανισμό δράσης²¹.

Προεγχειρητική χημειοθεραπεία

Η προεγχειρητική συστηματική θεραπεία με κυτταροτοξικά έχει αυξημένη ανταπόκριση από τις ασθενείς και επιτρέπει συντηρητικές χειρουργικές επεμβάσεις ακόμη και σε μεγάλο μεγέθους όγκους.

Η «ριζική» χειρουργική-αφαίρεση του όγκου είναι ο κύριος σκοπός της προεγχειρητικής χημειοθεραπείας και η συμβολή της είναι ότι κάνει δυνατή μια εγχείρηση αμφισβητήσιμη ή περιορίζει την εκτάση μιας εγχείρησης που αλλιώς θα ήταν πιο εκτεταμένη²⁰.

Ως τα πιο αποτελεσματικά σχήματα προεγχειρητικής

χημειοθεραπείας αποδείχθηκαν οι συνδυασμοί 5 – φθοριουρακίλης – επιρουμπικίνης – κυκλοφωσφαμίδης (FEC,15) και μεθοτρεξάτης – μιτοξαντρόνης – μιτομυκίνης (MMM) αλλά ακόμα το κλασσικό CMF²⁰.

Η προεγχειρητική χημειοθεραπεία εφαρμόζεται και στην ίαση της ασθενούς με μερική μαστεκτομή και άρα διατήρηση του μαστού σαν κομμάτι ενός συνολικού θεραπευτικού σχεδίου.

Συμπληρωματική χημειοθεραπεία

Ως συμπληρωματική ή προφυλακτική χημειοθεραπεία εννοούμε την χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων, μετά την αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας, με σκοπό την καταστροφή των μη ορατών – αλλά υπαρκτών – μικρομεταστάσεων με επιδιωκόμενο αποτέλεσμα της αύξησης του ελεύθερου νόσου μεσοδιαστήματος, την αύξηση της τελικής επιβίωσης και την αύξηση του ποσοστού ίασης.

Η έναρξη της προφυλακτικής χημειοθεραπείας πρέπει να γίνεται εντός των τριών πρώτων μετεγχειρητικών εβδομάδων και να αποφεύγεται η επιμήκυνση των μεσοδιαστημάτων²⁰.

Όσον αφορά στα θεραπευτικά σχήματα καλύτερα αποτελέσματα δίνουν συνδυασμοί διαφόρων χημειοθεραπευτικών φαρμάκων όπως τα σχήματα CMF, FAC, CVFMP (CMF + βινκριστίνη + πρεδνιζόνη) και L – PAM – 5FU (L – φαινυλαλανίνη + φθοριουρακίλη)¹⁹.

Ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας

Η χημειοθεραπεία είναι δυνατό να προκαλέσει (ανάλογα και με το εφαρμοζόμενο σχήμα) παροδική αλωπεκία (40 - 70%), διάρροια, παροδικές παραισθήσεις, μικρή αύξηση του βάρους του σώματος και πρόωρη αμηνόρροια, η οποία σε νέες γυναίκες φαίνεται να είναι παροδική¹⁹.

Επίσης είναι δυνατόν να επιβραδύνει την επούλωση του τραύματος λόγω καταστολής των ινοβλάστων, να ελαττώσει την άμυνα του οργανισμού της άρρωστης στην επίδραση λοιμωγόνου παράγοντα και τέλος να προκαλέσει αιμορραγική διάθεση, λόγω πτώσης των αιμοπεταλίων²².

5.1.2 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία κατέχει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των ασθενών με νεοπλασίες, τόσο ως ριζική θεραπεία (με στόχο δηλαδή την ίαση), όσο και ως παρηγορική θεραπεία. Η σημασία της τοπικής θεραπείας στην ογκολογία φαίνεται καθαρά από την ανάλυση της American Cancer Society, όπου προκύπτει ότι το ένα τρίτο της συνολικής θνησιμότητας οφείλεται στην αποτυχία του τοπικού ελέγχου²¹.

Αν και ο καρκίνος του μαστού θεωρείται ακτινοάντοχος σχετικά, η συμβολή της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπισή του έχει θέση και μάλιστα στην ελάττωση των υποτροπών μετά την εγχείρηση⁴. Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στη θεραπευτική του μαστού έχει ως βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης

ασυμβίβαστης με της ζωής στους φυσιολογικούς ιστούς, που ακτινοβολούνται συγχρόνως¹⁹.

Η ακτινοθεραπεία, ως συμπληρωματική θεραπεία στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, χρησιμοποιήθηκε από τις πρώτες δεκαετίες του αιώνα. Με την σύγχρονη εξέλιξη της ακτινοθεραπευτικής, η ακτινοβολία αποτέλεσε σημαντική προσθήκη στη χειρουργική θεραπεία για την αποστείρωση της πρωτοπαθούς εστίας και των επιχώριων λεμφαδένων, καθώς και τη μείωση της συχνότητας της τοπικής υποτροπής³.

Τρόποι εφαρμογής ακτινοθεραπείας

Η ακτινοθεραπεία του καρκίνου του μαστού μπορεί να είναι εξωτερική ή εσωτερική.

(α) Εξωτερική ακτινοθεραπεία. Είναι η τηλεθεραπεία που εφαρμόζεται με: Ακτίνες Χ, οι οποίες παράγονται από ειδικό μηχάνημα. Ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε ραδιοθεραπευτικές βόμβες, π.χ. κοβάλτιο 60 (co - 60).

(β) Εσωτερική ακτινοθεραπεία με εμφύτευση. Χρησιμοποιείται ιρίδιο 192 (Ir - 192), το οποίο με στερεά μορφή βελόνων 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 αποτελέσματα¹⁹.

Απαραίτητη προϋπόθεση για ένα σωστό ακτινοθεραπευτικό σχεδιασμό είναι ο πλήρης εξοπλισμός του ακτινοθεραπευτικού κέντρου που αναλαμβάνει τη θεραπεία του ασθενούς. Ένα πλήρες ακτινοθεραπευτικό κέντρο πρέπει να έχει άμεση πρόσβαση σε αξονικό ή μαγνητικό τομογράφο και να διαθέτει εξομοιωτή (simulator), ο οποίος είναι ένα μηχάνημα ακτινοσκόπησης που αναπαριστά τα πεδία ακτινοβολήσης. Ακόμη πρέπει να διαθέτει σύστημα ηλεκτρονικού σχεδιασμού-θεραπείας, σύστημα κοπής εξατομικευμένων blocks προστασίας, σύγχρονα ακτινοθεραπευτικά μηχανήματα και δυνατότητα ελέγχου της θεραπείας κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας²¹.

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί ένα μέρος της θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού, χειρουργήσιμου ή ανεγχείρητου.

Διακρίνεται σε ριζική και παρηγορική.

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

Παρηγορική είναι η ακτινοθεραπεία που εφαρμόζεται σε γενικευμένη νόσο με στόχο την ανακούφιση της ασθενούς από τα συμπτώματα και καλύτερη ποιότητα ζωής²³.

I. Ριζική Ακτινοθεραπεία

(α) Στη συντηρητική θεραπεία του Ca μαστού.

Συντηρητική θεραπεία του Ca μαστού ορίζεται η τοπική χειρουργική αφαίρεση του όγκου μέσα σε περιθώρια υγιούς ιστού σε συνδυασμό με ριζική δόση εξωτερικής ακτινοβολίας²³. Απαιτείται, βέβαια, αυξημένη δόση ακτινοθεραπείας με εξωτερική δέσμη και συμπλήρωση στη περιοχή του όγκου επιπλέον δόσεων (boost) με εξωτερική ακτινοβολήση ή ενδοϊστική εφαρμογή ιριδίου (Ir)¹.

Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται τοπικός έλεγχος¹. 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 άριστο¹⁹.

Στόχοι της συντηρητικής θεραπείας είναι:

- (1) Η ελαχιστοποίηση της απώλειας του μαζικού αδένα, ώστε να διατηρηθεί η αισθητική πλευρά του μαστού.
- (2) Ο τοπικός έλεγχος της νόσου και η επιβίωση της ασθενούς²³.

Η δόση σε όλο το μαστό κυμαίνεται από 40 – 50Gy/4 –5 εβδομάδες, με την προϋπόθεση ότι ακτινοβολούνται όλα τα πεδία κάθε μέρα²³.

(β) Μετεγχειρητική Ακτινοθεραπεία

Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία για τον Ca μαστού καθιερώθηκε αμέσως μόλις έγινε αντιληπτό ότι οι λεμφαδενικές μεταστάσεις του Ca μαστού 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 την θεραπεία της υπολειματικής νόσου, με σκοπό την ελάττωση των τοπικών υποτροπών¹⁹.

Εφαρμόζεται από το στάδιο I έως IIIA προκειμένου να βελτιώσει τον τοπικό έλεγχο της νόσου¹⁸. Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία δίνεται σε δόσεις όγκου 5.000 rads περίπου σε 5 εβδομάδες και ακτινοβολείται το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και οι επιχώριοι λεμφαδένες. Με την μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, ελαττώνεται η εμφάνιση 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%¹⁹.

(γ) Ακτινοθεραπεία σε προχωρημένο Ca μαστού

Η ριζική ακτινοθεραπεία αποτελεί θεραπεία εκλογής σε τέτοιες περιπτώσεις και πολλές φορές σμικρύνει τον όγκο και τον καθιστά χειρουργικά αφαιρέσιμο. Επίσης μπορεί να εφαρμοστεί μετά από χημειοθεραπεία (adjuvant), για να αποφευχθεί η μυελοκαταστολή²³.

Με δόσεις 5.000 rads στο μαστό επιτυγχάνεται τοπικός έλεγχος της νόσου στο 72% των περιπτώσεων. Το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης είναι μόλις 22%, που σημαίνει ότι κατά τη διάρκεια της θεραπείας πιθανόν να υπάρχουν μεταστάσεις, που με τα υπάρχοντα μέσα δεν μπορούν να ανιχνευθούν¹⁹.

II. Παρηγορική Ακτινοθεραπεία

Επί γενικευμένης μεταστατικής νόσου και δημιουργίας συμπτωμάτων στόχο αποτελεί η ανακούφιση από τα συμπτώματα και η καλύτερη ποιότητα ζωής²³.

Η επιβίωση του ασθενούς με διάσπαρτες μεταστάσεις είναι συνήθως μικρή. Η συμβολή της ακτινοθεραπείας σαν παρηγορητικής θεραπείας είναι ιδιαίτερα μεγάλη. Συμπτωματική ανακούφιση επιτυγχάνεται σχεδόν στο 90% των ασθενών με μεταστάσεις στα οστά, συμπίεση του νωτιαίου μυελού και εγκεφαλικών μεταστάσεων¹.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να παίξει ανακουφιστικό ρόλο στις εξής περιπτώσεις:

(α) Σε εκτεταμένη τοπική ελκωτική αιμορραγούσα μάζα στο μαστό και τότε συνήθως χορηγείται αιμοστατική δόση 2.500–3.000Gy / 10 συνεδρίες.

(β) Σε δερματικά οζίδια, κυρίως αιμορραγικά ή καθηλωμένα στο θωρακικό τοίχωμα. Η δόση εκλογής είναι συνήθως 1.500Gy με επιφανειακή ακτινοβολία με ηλεκτρόνια²³.

(γ) Σε οστικές μεταστάσεις, όταν εμφανίζονται, είναι ως επί το πλείστον επώδυνες και ιδιαίτερα σε οστεολυτικές περιπτώσεις, που συχνά προκαλούν παθολογικά κατάγματα.

(δ) Σε εγκεφαλικές μεταστάσεις που εμφανίζονται σε 10% των περιπτώσεων με προχωρημένη μεταστατική νόσο από Ca μαστού.

(ε) Σε μεταστάσεις στο μεσοπνευμόνιο με σύνδρομο πίεσης της άνω κοίλης, όπου απαιτείται επίσης ακτινοθεραπευτική αντιμετώπιση¹⁹.

Ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές ακτινοθεραπείας

Τις ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές διακρίνουμε σε δύο κατηγορίες:

(α) Συστηματικές. Αποτελούν το ονομαζόμενο «ακτινικό σύνδρομο», το οποίο χαρακτηρίζεται από: γενική καταβολή δυνάμεων, κόπωση, ναυτία, εμέτους, ανορεξία, απώλεια βάρους, δεκατική πυρετική κίνηση.

(β) Τοπικές, οι οποίες διακρίνονται σε:

- ◆ Πρώιμες επιπλοκές: Ακτινοδερματίτιδα, ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών, δυσκαταποσία – δυσφαγία, διάρροια, ξηροστομία, κόπωση, αδυναμία.
- ◆ Όψιμες επιπλοκές: Υπέρχωση ή αποχρωματισμός του δέρματος που ακτινοβολήθηκε. Αλωπεκία που αρχίζει να εμφανίζεται 2 – 3 εβδομάδες αργότερα. Πνευμονική ίνωση και λεμφικό οίδημα του συστοίχου άνω άκρου¹⁹.

5.1.3 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το τοίχωμα που επενδύει τους εκφορητικούς πόρους και τους λοβούς του μαστού μεταβάλλεται υπό την επίδραση των ορμονών και κατά συνέπεια οι ορμονικοί χειρισμοί ή η ορμονική θεραπεία παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού⁹. Η ορμονοθεραπεία του καρκίνου του μαστού άρχισε εμπειρικά στα τέλη του περασμένου αιώνα με την ωθηκεκτομή, αναπτύχθηκε εξαιρετικά με τη διευκρίνιση των βιολογικών χαρακτηριστικών του μαστικού καρκινικού κυττάρου και σήμερα, παρά τις προόδους της κυτταροστατικής χημειοθεραπείας έχει πρωτεύουσα θέση στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού και επίσης επεκτείνεται στην πρόληψη²⁰.

Οι προσπάθειες για τον καθορισμό των ορμονοεξαρτωμένων όγκων κατέληξαν σε ικανοποιητικά αποτελέσματα, όταν ο Elwood Jensen εντόπισε στον καρκίνο του μαστού τους οιστρογονικούς υποδοχείς (Estrogen Receptors) και διετύπωσε την άποψη ότι η παρουσία των υποδοχέων αυτών είναι ένδειξη ορμονοεξαρτησίας του όγκου¹.

Οι υποδοχείς οιστρογόνων ανευρίσκονται περίπου στα 2/3 των ασθενών, ενώ μόνο το 40 – 50% παρουσιάζουν υποδοχείς για την προγεστερόνη. Όγκοι με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς παρουσιάζονται συνήθως στις γυναίκες που έχουν περάσει την εμμηνόπαυση⁹. Ειδικότερα, οι οιστρογονικοί υποδοχείς ανευρίσκονται σε μεγαλύτερο ποσοστό στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, ενώ προεμμηνοπαυσιακές ανευρίσκονται σε μικρότερο ποσοστό και με μικρότερη συγκέντρωση¹.

Η ορμονική αγωγή περιλαμβάνει την ακτινοβολία ή τη χειρουργική εξαίρεση των πηγών παραγωγής ορμονών (ωοθηκεκτομή, επινεφριδεκτομή, υποφυσεκτομή) ή τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών, οι οποίες ή δεσμεύουν τους ορμονικούς υποδοχείς (Αντιοιστρογόνα) ή προκαλούν αναστολή της σύνθεσης ορμονών (Αμινογλουτεθιμίδη, Αναστολεύες του εκλυτικού υποφυσιακού γοναδοτροπικού παράγοντος – LHRH) ή τέλος, τη χορήγηση ορμόνων (οιστρογόνα, ανδρογόνα)¹.

Κριτήρια επιλογής των ασθενών για την έναρξη της ορμονοθεραπείας είναι: το μεγάλο άνευ μεταστάσεων διάστημα ή μεταστάσεις περιορισμένης εντόπισης κυρίως στα μαλακά μόρια και οστά, το ιστορικά ανταπόκρισης σε προηγούμενο ορμονικό χειρισμό, προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες άνω των 35 ετών και μετεμμηνόπαυσιακές 5 τουλάχιστον χρόνια από το τέλος αυτής, οι θετικοί υποδοχείς οιστρογόνων Er(+) και προγεστερόνης PR(+)²⁴.

Οι ορμόνες που χρησιμοποιούνται στην ορμονοθεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι:

Αντιοιστρογόνα

Τα αντιοιστρογόνα είναι γενικά ουσίες που αποκλείουν την πρόσληψη των οιστρογόνων από τους ιστούς – στόχους συνδεδεμένα με τους οιστρογονικούς υποδοχείς²⁰. Από τα οιστρογόνα, χρησιμοποιείται κυρίως η ταμοξιφένη. Η ταμοξιφένη χορηγείται per os σε δόση 20 – 40mg ημερησίως¹. Η διάρκεια του αποτελέσματος της ταμοξιφένης κυμαίνεται από 9 – 10 μήνες μέχρι και 3 – 4 έτη σε ηλικιωμένες γυναίκες στις οποίες είναι κύρια θεραπεία.

Την καλύτερη απάντηση στην ταμοξιφένη δίνουν γυναίκες μεταεμμηνοπαυσιακές με μεταστάσεις στα οστά και τα μαλακά μόρια που έχουν ER + PgR + όγκους (πιθανότητα 70 – 75%). Σε γυναίκες με ER – όγκους το αναμενόμενο ποσοστό απάντησης είναι της τάξης του 10%.

Η ταμοξιφένη είναι αποτελεσματική μετά από χημειοθεραπεία ή συγχρόνως με χημειοθεραπεία²⁰.

Τις κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χορήγηση της ταμοξιφένης αποτελούν η ναυτία, κατακράτηση υγρών, κνησμός αιδοίου, μητρορραγίες, υπερασβεστιαϊμία και τέλος, λεκοπενία και θρομβοπενία¹.

Τα σπουδαιότερα άλλα αντιοιστρογόνα είναι η τορεμιφένη, η ραλοξιφένη και η δρολοξιφένη. Και οι τρεις αυτές ουσίες έχουν ενέργειες και αποτελεσματικότητα παρεμφερή της ταμοξιφένης²⁰.

Οιστρογόνα

Οι οιστρογόνες ορμόνες δρούν στην υπόφυση, αναστέλλοντας την έκκριση των γοναδοτροπών ορμόνων²². Από τα οιστρογόνα χρησιμοποιείται, κυρίως, η Διαθυλστιλβεστρόλη. Η Διαθυλστιλβεστρόλη χορηγείται per os σε δόση 5 – 15mg ημερησίως.

Συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χορήγηση Διαθυλστιλβεστρόλης είναι ναυτία, κατακράτηση υγρών, καρδιακή ανεπάρκεια, διόγκωση μαστών, υπέρχωση των θηλών, μητρορραγίες και

υπερασβεστιαμία. Αποτελεί παράδοξο, αλλά βεβαιωμένο φαινόμενο, ότι οι ασθενείς, οι οποίες αρχικά ανταποκρίνονταν σε φαρμακολογικές δόσεις οιστρογόνων και ακολούθως υποτροπίαζαν ωφείλονταν από την διακοπή των οιστρογόνων σε ποσοστό κυμαινόμενο από 9 – 30%¹.

Γλυκοκορτικοειδή

Αντικειμενική ύφεση στον προχωρημένο καρκίνο του μαστού μπορεί να επιτευχθεί σ' ένα ποσοστό περίπου 15% με τη χορήγηση γλυκοκορτικοειδών. Ο μηχανισμός με τον οποίο δρουν στον καρκίνο του μαστού είναι τόσο έμμεσος, δηλαδή η πρόκληση φαρμακευτικής επινεφριδιεκτομής και έτσι ελάττωση παραγωγής οιστρογόνων όσο και άμεσα δηλαδή προκειμένου περί οστικών μεταστάσεων η προσωρινή αναστολή της ραγδαίας οστεόλυσης και η αντιμετώπιση της υπερασβεστιαμίας²⁰.

Αμινογλουτεθιμίδη

Η αμινογλουτεθιμίδη εμποδίζει στα επινεφρίδια τη σύνθεση ανδρογόνων και στην περιφέρεια τη μετατροπή των ανδρογόνων σε οιστρογόνα και έτσι μειώνει τη στάθμη των οιστρογόνων¹. Χορηγείται σε συνδυασμό με υδροκορτιζόνη για την αποφυγή των φαινομένων έλλειψης και να αποφευχθεί η παραγωγή ACTH. Η συνηθισμένη δόση 500 – 1.000mg ημερησίως με 20 – 40mg υδροκορτιζόνης.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρούνται στην αρχή της

θεραπείας είναι ζάλη, λήθαργος, διαταραχές στην όραση και μερικές φορές κηλιδοβλατώδες εξάνθημα που υποχωρεί μετά από 10 – 12 ημέρες.

Η αποτελεσματικότητα της αμινογλουτεθιμίδης σε μη επιλεγμένο πληθυσμό είναι της τάξης του 35% ενώ σε ασθενείς με ER+ που είχαν απαντήσει σε προηγούμενη θεραπεία είναι της τάξης του 50%.

LHRH

Ο αναστολέας του υποφυσιακού εκλυτικού γοναδοτρόπου παράγοντα (LHRH) σε προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς προκαλεί σε οξεία εφ' άπαξ χορήγηση αύξηση, ενώ σε χρόνια χορήγηση μείωση της έκκρισης LH και FSH με τελικό την μείωση των οιστρογόνων. Επιτυγχάνεται δηλαδή ενδοκρινική μεταβολή παρόμοια με εκείνη που επιτυγχάνεται με τη χειρουργική εξαίρεση ωθηκῶν. Ο ανασταλτικός παράγοντας χορηγείται, κυρίως, ενδομυϊκῶς (500 – 1.500mg ημερησίως επί 7 ημέρες και ακολούθως 100 – 200mg ημετησίως) ή με ρινικές εισπνοές¹.

5.1.4 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στο μεγαλύτερο μέρος του 20ου αιώνα παραδοσιακές αντιλήψεις θεωρούσαν τον καρκίνο του μαστού σαν μια τοπικό – περιοχική νόσο και κατά συνέπεια η θεραπεία του θα πρέπει να είναι η ριζική μαστεκτομή²⁰. Η σύγχρονη εγχειρητική θεραπεία του καρκίνου του μαστού ξεκίνησε με τη ριζική μαστεκτομή, που εφαρμόστηκε από τους Halsted και Meyer στα τέλη του προηγούμενου αιώνα και η οποία αποτελούσε την εγχείρηση εκλογής

για τα επόμενα 50 χρόνια. Τις τελευταίες όμως δύο δεκαετίες επικρατεί η τάση των χειρουργών για τις συντηρητικότερες επεμβάσεις, με αποτέλεσμα την ευρύτερη εφαρμογή της τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής με ή χωρίς ακτινοθεραπεία ή ακόμη και της μερικής μαστεκτομής³.

Πριν τη χειρουργική θεραπεία, απαιτείται σταδιοποίηση και προσδιορισμός του βαθμού και της έκτασης εξάπλωσης του εγχειρήσιμου καρκίνου. Σκοπός της χειρουργικής θεραπείας είναι η εξασφάλιση ικανοποιητικού ελέγχου της νόσου, η δυνατότητα παθολογοανατομικής σταδιοποίησης και η προσέγγιση της μεγαλύτερης επιμήκυνσης του χρόνου επιβίωσης της αρρώστου. Βέβαια χειρουργική επέμβαση μπορεί να γίνει για την ανακούφιση από τα συμπτώματα του προχωρημένου καρκίνου ή για την διαπίστωση της ύπαρξης μασχαλιαίων μεταστάσεων (axillary dissection) ή για την αποκατάσταση της εμφάνισης του μαστού (reconstructive surgery)¹⁸.

Η εκλογή της χειρουργικής μεθόδου εξαρτάται από την έκταση της πρωτοπαθούς εστίας, την πιθανότητα πολυεστιακής νόσου, το κοσμητικό αποτέλεσμα, και ασφαλώς, την επιθυμία της ασθενούς¹.

Ριζική μαστεκτομή (radical mastectomy)

Η πρώτη ριζική μαστεκτομή έγινε από τον William Halsted το 1882, και ήταν πλέον εκτεταμένη δεδομένου ότι αφαιρούσε και την κλείδα. Σήμερα συνίσταται στην «en bloc» αφαίρεση όλου του μαστού μαζί με το υπερκείμενο δέρμα, στους θωρακικούς μύες (μείζονα και ελάσσονα θωρακικό) και τους μασχαλιαίους λεμφαδένες¹⁸.

Σπάνια εφαρμόζεται σήμερα γιατί αντικαταστάθηκε από την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (modified radical mastectomy)

Αποτελεί τη σύγχρονη εγχείρηση εκλογής, κατά την οποία αφαιρούνται ολόκληρος ο μαστός με το υπερκείμενο δέρμα και υποδόριο ιστό, καθώς και οι μασχालιαίοι λεμφαδένες μέχρι την κορακοειδή-απόφυση, ενώ δεν αφαιρούνται οι θωρακικοί μύες ή αφαιρείται μόνον ο ελάσσων θωρακικός³.

Συνήθως, η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είναι η εγχείρηση εκλογής για τα στάδια I και II.

Με την επέμβαση αυτή απαλλάσσεται ο ασθενής από την πρωτοπαθή εστία και τους λεμφαδένες, οι οποίοι ενδεχομένως να παρουσιάζουν διήθηση. Κατά κανόνα δεν ακολουθεί ακτινοθεραπεία¹.

Με αυτήν τη μέθοδο επιτυγχάνεται καλύτερο λειτουργικό και αισθητικό αποτέλεσμα, έχει μειωμένη συχνότητα λεμφοιδήματος (8%) και διευκολύνει την μελλοντική πλαστική αποκατάσταση του μαστού¹⁸.

Απλή μαστεκτομή

Αποτελεί την αφαίρεση μόνο του μαστού με το υπερκείμενο δέρμα³. Η μασχάλη δεν θίγεται καθόλου κατά την επέμβαση¹.

Η απλή μαστεκτομή εφαρμόζεται στο μη διηθητικό καρκίνωμα, π.χ. πορογενές ή λοβιακό in situ. Επίσης σε ασθενείς με διηθητικό, αλλά μη δυνάμενους να υποστούν την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Η ακτινοθεραπεία είναι απαραίτητη σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε απλή μαστεκτομή για διηθητικό καρκίνο, σκοπός της δε, είναι η βελτίωση του τοπικού ελέγχου της νόσου¹.

Ουγκεκτομή / Τμηματεκτομή / Τεταρτεκτομή

Είναι η αφαίρεση του τμήματος του μαστού που περιλαμβάνει τον όγκο ή και μόνο του όγκου, αποτελεί την πιο σύγχρομνη μέθοδο χειρουργικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού³.

Εφαρμόζεται σε νεοπλάσματα σταδίου I και έχει βέβαια τα μειονεκτήματα της απλής μαστεκτομής, αλλά το πλεονέκτημα να μην είναι ακρωτηριαστική³.

Η ουγκεκτομή ή τμηματεκτομή ακολουθούμενη από ακτινοθεραπεία επιλέγεται σήμερα ως η πλέον κατάλληλη μέθοδος για τοπικό επιχώριο έλεγχο της νόσου¹. Έτσι η συντηρητική θεραπεία μεταφράζεται ως συντηρητική εγχείρηση + ακτινοβολία του εναπομείναντος μαστού για 6-7 εβδομάδες^{18,25}.

Έρευνες έδειξαν ότι για τις περισσότερες γυναίκες με καρκίνο του μαστού σταδίου I ή II η συντηρητική θεραπευτική αντιμετώπιση είναι το ίδιο αποτελεσματική με την μαστεκτομή, δεδομένου ότι δεν υπάρχει

σημαντική διαφορά στα ποσοστά επιβίωσης των δύο προσεγγίσεων. Το ποσοστό 10ετούς επιβίωσης (χωρίς υποτροπή) με τη συντηρητική θεραπεία ήταν 72% ενώ με την μαστεκτομή 69%¹⁸.

Γενικά, η τάση της χειρουργικής θεραπείας είναι να εκτελείται ογκεκτομή ή περιορισμένη μαστεκτομή (πιθανόν και με βιοψία από λεμφαδένα της μασχάλης) σε νεοπλάσματα σταδίου T₁N₀M₀ ή και T₂N₀M₀, όταν κυρίως εντοπίζονται στην περιφέρεια του μαστού, και να ακολουθείται συνήθως από μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Σε νεοπλάσματα με θετικούς κλινικά λεμφαδένες συνίσταται η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή³.

5.2 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η συντηρητική επέμβαση και θεραπεία αποτελούν μεθόδους εκλογής στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, γεγονός που επιτρέπει την αποκατάστασή του όταν αυτό αποτελεί επιθυμία της ίδιας της ασθενούς.

Η πρόοδος τα τελευταία χρόνια στην αποκατάσταση του μαστού, οδήγησε σε πιο φυσικές και σε περισσότερο αποδεκτές αισθητικά λύσεις αποκατάστασης. Η μέθοδος δεν αυξάνει τον κίνδυνο τοπικής υποτροπής, είτε εφαρμοστεί άμεσα είτε όψιμα και δεν καθυστερεί την αναγνώριση τυχόν υποτροπής.

Οι συνήθεις μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού, είναι:

- Πρόθεση.

Αποτελεί τον απλούστερο τύπο υποκατάστασης του μαστού, ο οποίος καλύπτει σε ικανοποιητικό βαθμό τις ανάγκες και προσδοκίες της ασθενούς. Χρησιμοποιείται συνήθως πρόθεση σιλικόνης, έτσι ώστε να ταιριάζει στο μέγεθος, το σχήμα και το περίγραμμα με τον άλλο μαστό. Είναι κατάλληλη για την αποκατάσταση του μαστού σε γυναίκες που ο παραμένων μαστός έχει μικρό έως μέτριο μέγεθος και ελάχιστο βαθμό πτώσης²⁵.

- Διατατήρας ιστών (tissue expander)

Αποτελείται από μια μεμβράνη η οποία περιέχει σιλικόνη και μια βαλβίδα η οποία δεν επιτρέπει την παλινδρόμηση και βρίσκεται είτε πάνω στη μεμβράνη είτε εκτός αυτής οπότε συνδέεται με το διατατήρα με τη βοήθεια άλλου σωλήνα. Μέσω της βαλβίδας γίνεται έγχυση φυσιολογικού ορού σταδιακά ώστε να επιτευχθεί προοδευτική διάταση του συστήματος. Η διάταση ιστών απαιτεί συνήθως δύο εγχειρήσεις, μία για την εφαρμογή του διατατήρα και μία για την αντικατάσταση αυτού με μόνιμη πρόθεση^{18,25}.

- Αποκατάσταση με τη βοήθεια κρημνών (flap reconstruction)

Η αποκατάσταση του μαστού με αυτόλογο κρημό βασίζεται στη δημιουργία της πλήρους ή μερικής προεξοχής του μαστού, με τη χρησιμοποίηση αγγειούμενου ιστού. Μυοδερματικοί κρημοί λαμβάνονται από τον πλατύ ραχιαίο μυ, τον ορθό κοιλιακό και τον μείζονα γλουτιαίο και απαιτείται μικροχειρουργική μεταφορά²⁵.

- Αποκατάσταση της θηλής – θηλαία άλω

Γίνονται με μοσχεύματα που λαμβάνονται οπισθοωτιαία χώρα, τον άλλο μαστό, το ανώτερο τμήμα του μηρού, τα ελάσσονα χείλη του αιδοίου.

Κάθε μια μέθοδος έχει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της. Ανάλογα με την περίπτωση και τις απαιτήσεις της ασθενούς εφαρμόζεται η πλέον ενδεικνυόμενη μέθοδος. Βασική προϋπόθεση είναι η σωστή ενημέρωση των γυναικών για τις επιλογές που έχουν και τα αποτελέσματά τους.

5.3 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η καλύτερη θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού είναι ασαφής, αλλά η θεραπεία εκλογής οφείλει να εξαρτάται από την ποιότητα ζωής που εξασφαλίζει.

Η έναρξη φυσιοθεραπείας, σε όλες τις μορφές θεραπείας του καρκίνου του μαστού, είναι σημαντικός παράγοντας για την επίτευξη καλύτερης κινητικότητας²⁵.

Οι ασκήσεις που συστήνονται από τον 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 λεμφικής 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 παράγει την παραπέρα έκταση του βραχίονα.
- Αναρρίχηση στον τοίχο. 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.
- Γύρισμα σχοινιού. Είναι μια άσκηση για την ευλυγισία του ώμου.
- Αιώρηση χεριών. Χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών. Η άρρωστη σκύβει προς τα εμπρός από τη μέση και αιωρεί τα χέρια της από το ένα πλάγιο στο άλλο με τεντωμένους τους αγκώνες. Ο νοσηλευτής στέκεται δίπλα της, όταν η άσκηση γίνεται για πρώτη φορά, γιατί η άρρωστη ενδέχεται να αισθανθεί ζάλη.
- Τροχαλιά. Ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου.

- Κούμπωμα πίσω κουμπιών. Απαιτεί δυνατούς επικουρικούς μυς και γίνεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες.
- Αγγιγμα μετώπου. Δυναμώνει τους επικουρικούς μυς του ώμου. Η άρρωστη βλέπει προς τον τοίχο σε απόσταση άνω άκρων. Οι παλάμες τις τοποθετούνται στον τοίχο στο ύψος του ώμου. Η άρρωστη σιγα – σιγά γέρνει προς τον τοίχο κάμπτοντας τους αγκώνες της και επανέρχεται στην αρχική θέση τεντώνοντας τους αγκώνες²⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τα προληπτικά μέτρα μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες: μέτρα πρωτογενούς και μέτρα δευτερογενούς προλήψεως. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα κυρίως προληπτικά μέτρα, που έχουν ως σκοπό την αποφυγή ενάρξεως των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικά αιτιολογικών παραγόντων ή η αποφυγή εκθέσεως σ' αυτούς ή ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σ' αυτούς. Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην πρό- συμπτωματική διάγνωση των νοσημάτων στο κατά το δυνατόν πρωιμότερο στάδιο.

Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς προλήψεως ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων δευτερογενούς προλήψεως είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διαγνώσεως²⁷.

6.1.1 Πρωτογενής πρόληψη

Με το πέρασμα του χρόνου, όταν πλέον διαπιστώθηκε ότι ο καρκίνος του μαστού προκαλείται από εξωγενείς παράγοντες άρχισαν να εφαρμόζονται προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης τα οποία είναι:

(α) Η υγειονομική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού βοηθάει στην πρόληψή του, π.χ. οι διατροφικές συνήθειες και η σχέση τους με τον καρκίνο του μαστού.

(β) 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 καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα σε εθνικούς και διεθνείς κανονισμούς.

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

α. η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.

β. Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40ο 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 διεξαγωγή ερευνών για να προσδιοριστούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.

ζ. Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

η. Η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωση των ασχολούμενων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.

θ. Η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση νοσηλευτριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διαδασκαλίας του κοινού¹⁹.

6.1.2 Δευτερογενής πρόληψη

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 σε ανίατες μορφές. Επομένως η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο¹⁹.

Στη δευτεροβάθμια πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού το πρωταρχικό σημείο έγκειται στην ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού και στην ευαισθητοποίησή του για τακτικές προληπτικές εξετάσεις.

Η ακτινογραφία των μαστών, η λεγόμενη μαστογραφία, είναι πλέον αξιόπιστη μέθοδος στην προσπάθεια της δευτεροβάθμιας πρόληψης. Κάθε γυναίκα μετά την ηλικία των 40 ετών θα πρέπει να κάνει μια μαστογραφία. Με τα σημερινά τεχνολογικά μέσα η ιονίζουσα ακτινοβολία που δέχεται μια γυναίκα στη διάρκεια της μαστογραφίας είναι πολύ μικρότερη σε σχέση με το παρελθόν. Δεν παύει όμως να είναι ιονίζουσα ακτινοβολία και δεν θα πρέπει να γίνεται κατάχρηση. Κι εδώ έρχεται η συνεργασία με τη μέθοδο της κλινικής εξέτασης των μαστών. Οι δυο μέθοδοι θα καθορίσουν τη συχνότητα που θα επαναλαμβάνεται η μαστογραφία. Ακόμη, έρχεται σαν

μεγάλος συνεργάτης η λεγόμενη αυτοεξέταση των μαστών. Κάθε γυναίκα δηλαδή μετά την ήβη θα πρέπει να διδαχθεί και να πιστεί να εξατάζει μόνη της μια φορά το μήνα τους μαστούς της. Με αυτό τον τρόπο, κάθε παρεκτροπή από τη φυσιολογική εμφάνιση και τη φυσιολογική σύσταση των μαστών της θα την οδηγήσουν στον ειδικό γιατρό. Συγχρόνως, η γυναίκα αυτή θα πειστεί να ακολουθεί το διάγραμμα των προληπτικών εξετάσεων στα ειδικά προς τούτο κέντρα.

Η μαστογραφία από μόνη της μπορεί να ανιχνεύσει ένα αρκετό αριθμό καρκίνων μαστού σε αρχικό στάδιο. Ανάλογες ικανότητες έχει και η κλινική εξέταση των μαστών. Ο συνδυασμός όμως και των δύο αυξάνει κατά πολύ την αξιοπιστία της προσπάθειας δευτεροβάθμιας πρόληψης. Μάλιστα, όταν στη δευτεροβάθμια πρόληψη μετέχουν ομάδες που κάνουν αυτοεξέταση, τα αποτελέσματα είναι ακόμα καλύτερα⁹.

6.1.3 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου μαστού

Όλοι γνωρίζουμε σήμερα ότι η πρόληψη του καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες της φροντίδας υγείας. Ο ρόλος 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 καρκίνου του μαστού, καθώς και στην καταπολέμηση των

προκαταλήψεων και της ημιμάθειας. Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους, ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, για να προάγει την υγεία του ατόμου. Όμως 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, περιβαλλοντικοί.

Στην πρωτογενή πρόληψη η νοσηλεύτρια γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας, σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες. Στοχεύει να διαμορφώσει νέα πρότυπα συμπεριφοράς στην απομάκρυνση των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου.

Μπορεί να κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας, να συνιστά την αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και να υποδεικνύει τη χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών Α και C.

Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό.

Στην δευτερογενή πρόληψη είναι σαφές πως η συμβολή της νοσηλεύτριας είναι πολύ σημαντική. Η νοσηλεύτρια πριν προχωρήσει σε οτιδήποτε άλλο θα πρέπει να συγκεντρώσει όλες τις πληροφορίες για την λήψη ενός καλού ιστορικού της ασθενούς. Το νοσηλευτικό ιστορικό πρέπει να λαμβάνεται με οργανωμένο τρόπο, το κλίμα να είναι άνετο και ευχάριστο

κατά την διάρκεια της συνέντευξης και η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι ικανή ώστε να καθοδηγεί την συνέντευξη.

Σημαντική είναι επίσης η ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού για την αυτοεξέταση των μαστών (ΑΕΜ), ο ρόλος της νοσηλεύτριας εδώ είναι καθοριστικός. Η νοσηλεύτρια θεωρείται το καταλληλότερο πρόσωπο για την ενημέρωση του κοινού για την βοήθεια ΑΕΜ προκειμένου να έχουμε έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού με επιμορφωτικά σεμινάρια και συγκεντρώσεις, καθώς και με οπτικά ενημερωτικά μέσα.

6.1.4 ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Αυτοεξέταση μαστών

Η εξέταση των μαστών από την ίδια την γυναίκα έχει σκοπό την έγκαιρη διάγνωση των ψηλαφητών μαζών.

Στηρίζεται στο γεγονός ότι ποσοστό μεγαλύτερο του 90% των διογκώσεων του μαστού ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις ασθενείς³.

Η τεχνική της αυτοεξέτασης μαστού έχει αποδειχθεί πολύτιμο μέσο έγκαιρης διαπίστωσης του καρκίνου του μαστού. Όταν η ανίχνευση ενός ογκιδίου γίνει σε πρώιμο στάδιο, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να αποβεί σωτήρια στο 70 – 80% των περιπτώσεων. Η γυναίκα θα πρέπει να

υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού. Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η εξέταση είναι μια εβδομάδα μετά την περίοδο²⁶.

Στην αρχή, η γυναίκα κάθεται μπροστά στον καθρέπτη και παρατηρεί τους μαστούς της με σκοπό την ανεύρεση των ευρημάτων που περιγράφησαν παραπάνω π.χ. ανώδυνη μάζα, εισολκή θηλής, φλοιός πορτοκαλιού κ.α. Μετά κατακλίνεται σε ύπτια θέση και τοποθετεί κάτω από την μια ωμοπλάτη της μικρό μαξιλάρι.

Η ψηλάφηση του έσω ημιμορίου του μαστού γίνεται αφού τοποθετηθεί το σύστοιχο πάνω άκρο πάνω από το κεφάλι, το άλλο δε χέρι ψηλαφά την περιοχή με διαδοχικές και λεπτές κινήσεις που αρχίζουν από το μέσο της κλείδας προς το χείλος του στέρνου.

Η ψηλάφηση του έξω ημιμορίου του μαστού γίνεται αφού η ασθενής τοποθετήσει το σύστοιχο πάνω άκρο της χαλαρό επί της κλίνης, και παράλληλα προς τον κορμό. Μετά με το άλλο χέρι ψηλαφά διαδοχικά όλη την έκταση του μαστού από το μέσο της κλείδας μέχρι την μασχालιαία γραμμή.

Έτσι με την συνεχή αυτοεξέταση του μαστού οι γυναίκες εξοικειώνονται με την φυσιολογική υφή των μαστών και μπορούν έγκαιρα να αντιληφθούν παθολογικές μεταβολές⁵.

6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Γενικές οδηγίες και μέτρα ασφάλειας κατά τον χειρισμό χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Μπορούμε να χωρίσουμε τα μέτρα ασφάλειας σε δύο φάσεις:

(α) Τη φάση παραγωγής, η οποία αφορά στο υγειονομικό προσωπικό κυρίως. Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει πληροφορίες σχετικά με τα χειριζόμενα φάρμακα, όσον αφορά στη δοσολογία, στη διατήρησή τους και στη σταθερότητα, στον τρόπο χορήγησης, στις ανεπιθύμητες ενέργειες και στους κινδύνους από την έκθεση σε αυτά¹⁹.

Κατά τη διάλυση ή άλλο χειρισμό του φαρμάκου χρησιμοποιούνται ελαστικά ή πλαστικά γάντια για την προστασία του δέρματος. Αν το διάλυμα φαρμάκου έλθει σε επαφή με το δέρμα ή βλεννογόνο πλύνετε την περιοχή με άφθονο νερό. Αν το διάλυμα φαρμάκου μπει στο μάτι, πλύνετε με άφθονο νερό και στην συνέχεια επισκεφθείτε οφθαλμίατρο²⁸.

Η έκθεση του προσωπικού κατά τη διάλυση και τη χορήγηση των φαρμάκων είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκινογένεση. Οι οδοί μόλυνσης είναι: το δέρμα, δηλαδή, η άμεση επαφή του φαρμάκου με το δέρμα και η αναπνευστική οδός, δηλαδή η εισπνοή και η λήψη αεροδιασκορπισμένων σωματιδίων των φαρμάκων.

(β) Τη φάση της προετοιμασίας και της χορήγησης των φαρμάκων. Αυτή αφορά στην ασθενή και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Πρέπει εδώ να τονισθεί ιδιαίτερα η επέμβαση της νοσηλεύτριας για την ενημέρωση (εκπαίδευση) της ασθενούς σχετικά με τη χημειοθεραπεία και την ενθάρρυνσή της για την αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών. Οι ασθενείς χρειάζονται να γνωρίζουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες των χορηγούμενων φαρμάκων και το τί μπορούν να κάνουν για να τις εμποδίσουν ή να τις μειώσουν. Η ασθενής διδάσκεται πώς να αναγνωρίζει σημεία και συμπτώματα φλεγμονής ή αιμορραγίας¹⁹.

Κατά την ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκων, η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει ότι:

- Εάν είναι γνωστό ότι ένα φάρμακο προκαλεί εκδορές, πρέπει να χορηγείται πρώτο, γιατί στην αρχή η φλέβα είναι υγιής και ο κίνδυνος για υποδόρια έγχυση είναι μικρότερος.
- Η φλέβα πρέπει να είναι σταθερή και ελαστική και κατά το δυνατόν να μην έχει τρυπηθεί πριν.
- Το σημείο της έγχυσης προτιμάται να είναι η ράχη της άκρας χειρός, ο καρπός ή ο ωλεκρνιακός βόθρος.
- Εξελκώμενες, ερεθισμένες και περιοχές που δυσκολεύεται η κυκλοφορία του αίματος πρέπει να αποφεύγονται.

- Πάντα πριν από ενδοφλέβια έγχυση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου, χορηγούμε φυσιολογικό ορό και παρακολουθείται η περιοχή για υποδόρια έγχυση του υγρού (οίδημα, πόνο, ερυθρότητα).
- Μετά την έγχυση του φαρμάκου, ξεπλένεται η βελόνα με έγχυση φυσιολογικού ορού και αφαιρείται.
- Αν πρόκειται να δοθούν πολλά φάρμακα, η φλέβα πρέπει να ξεπλένεται καλά πριν από κάθε χορήγηση νέου φαρμάκου.
- Αν αμφισβητείται η καταλληλότητα της φλέβας, η έγχυση πρέπει να επαναληφθεί σε άλλη φλέβα.
- Η νοσηλεύτρια, σε υποψία έγχυσης του φαρμάκου έξω από τη φλέβα, ενεργεί ως εξής:
Βγάζει αμέσως τη βελόνα, σκεπάζει το σημείο με παγάκια, ενημερώνει το γιατρό, χορηγεί 100mg υδροκορτιζόνης υποδορίως στο σημείο που υποπτεύεται την έγχυση του χημειοθεραπευτικού φαρμάκου (εντολή γιατρού), ενημερώνει επίσης την ασθενή να τοποθετεί η ίδια παγάκια για 10min σε περιοδικά διαστήματα κατά τη διάρκεια του πρώτου 24ώρου και να αναφέρει τις αλλαγές¹⁹.

Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας

- Γίνεται ομαδική προσέγγιση του αρρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά

του σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά, συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

- Προσφέρεται στον άρρωστο ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.
- Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου για τη θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητος σε διάφορα φάρμακα κ.α. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας²⁸.

Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Θλα τα κυτταροστατικά φάρμακα, με εξαίρεση τη μπλεομυκίνη, επιφέρουν διαταραχές του μυελού των οστών. Λευκοπενία, θρομβοπενία είναι συνηθισμένες, ενώ η αναιμία είναι λιγότερο συχνή. Η θεραπευτική αγωγή είναι ουσιαστικά υποστηρικτική, για να προστατεύσει δηλαδή την ασθενή κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής αναγεννητικής λειτουργίας του μυελού των οστών. Μεταγγίσεις συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοπεταλίων ή και μερικές φορές λευκών αιμοσφαιρίων γίνονται ανάλογα με τις περιπτώσεις.

Η ασθενής ενημερώνεται:

(α) Για την σημασία και τη σπουδαιότητα των τριών αυτών τύπων κυττάρων και για το πως η χημειοθεραπεία είναι δυνατόν να επηρεάσει.

(β) η νοσηλεύτρια τονίζει την αναγκαιότητα και τη σπουδαιότητα της αξιολόγησης των συχνών προσδιορισμών των παραπάνω κυττάρων στο αίμα.

(γ) Ότι συχνά εβδομαδιαίες εξετάσεις αίματος γίνονται για τον προσδιορισμό του επιπέδου των κυττάρων και ότι, αν ο αριθμός αυτών βρεθεί χαμηλός, είναι δυνατόν η χημειοθεραπεία να αναβληθεί¹⁹.

Νευροτοξικότητα

Η νευροτοξικότητα είναι συνηθισμένο αποτέλεσμα της θεραπείας με φυτικά-αλκαλοειδή. Η βαρύτητα σχετίζεται με το μέγεθος της δόσης. Μείωση της δόσης είναι απαραίτητη, όταν επηρεάζεται η λειτουργία του ήπατος. Η νοσηλεύτρια οφείλει να παρακολουθεί τις ασθενείς για συμπτώματα:

- Ήπιας νευροπάθειας, όπως ελαφρό πόνο στα χέρια και στα πόδια και απώλεια των εν το βάθει αντανακλαστικών των τενόντων.
- Σοβαρότερης νευροπάθειας, όπως μείωση της δύναμης των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού, παραλυτικό ειλεό, ψυχικές διαταραχές, ορθοστατική υπόταση¹⁹.

Νεφροτοξικότητα

Η νεφρική λειτουργία πρέπει να εξετάζεται σε όλες τις ασθενείς που κάνουν θεραπεία με κυτταροτοξικά φάρμακα, επειδή κυτταρική βλάβη, συνήθως, συνοδεύεται από ολιγουρία και, αν δεν θεραπευθεί, εξελίσσεται σε ανουρία και θάνατο. Η ουρική νεφροπάθεια συνήθως εμφανίζεται μέσα σε έξι μέρες από την έναρξη της θεραπείας και μερικές φορές μέσα σε λίγες ώρες. Η νοσηλεύτρια:

- Παρακολουθεί τη λειτουργικότητα των νεφρών.
- Παρακολουθεί την ασθενή για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κ.α.
- Ελέγχει και αξιολογεί το ισοζύγιο των λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών¹⁹.

6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έλθει 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:

(α) Στην ενημέρωση της ασθενούς για τη θεραπεία. Οι ασθενείς χρειάζονται σωστή ενημέρωση για τη θεραπεία στην οποία θα υποβληθούν και νοιώθουν 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.

(β) 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 και μετά τη θεραπεία¹⁹.

Νοσηλευτικοί σκοποί

(α) Η ασθενής και η οικογένειά της πρέπει να ενημερωθούν σωστά

για την ακτινοθεραπεία. Η σωστή νοσηλευτική προσέγγιση θα μετριάσει το φόβο και το άγχος του αγνώστου.

_(β) Να καταστήσει η νοσηλεύτρια δυνατή τη λήψη τροφής από τον ασθενή. Να διατηρήσει επαρκή διατροφή.

(γ) Να προστατέψει την περιοχή του δέρματος που δέχεται την ακτινοβολία από υπερβολική καταστροφή.

(δ) Η οικογένεια της ασθενούς να ενημερωθεί και να καθοδηγηθεί κατάλληλα για το πώς πρέπει να αντιμετωπισθεί το άτομο που κάνει την ακτινοθεραπεία¹⁹.

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

(1) Η περιοχή της ακτινοβολίας,

- διατηρείται στεγνή,
- πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή,
- δεν βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός και υπάρχει ιατρική εντολή,
- τόσο κατά τη θεραπεία, όσο και μετά απ' αυτή πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας,
- προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο (αέρας κ.α.),

- αποτριχώνεται (ξυρίζεται) μόνο με ηλεκτρική μηχανή,
- δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.

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

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

(4) Μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας (ακτινοβολία) που κάνει δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνη και επιστρέφει στο θάλαμό της²⁸.

— Η προετομασία του αρρώστου για την εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας έχει σχέση με τον τρόπο χορήγησής της.

€
Πάντοτε ο άρρωστος ενημερώνεται για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας του. Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, ο άρρωστος απομονώνεται, επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή, που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί ή να αφαιρεθεί.

Η νοσηλεύτρια ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για:

- (1) το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί,
- (2) τον τύπο της πηγής (θωρακισμένης ή μη θωρακισμένης),

- (3) τον τρόπο χορηγήσεως (από το στόμα, ενδοφλέβια, ενδοκοιλιακά, ενδοϊστικά),
- (4) την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία,
- (5) το σημείο εφαρμογής (σε θωρακισμένη πηγή) και
- (6) τον αριθμό των ημερών που ο άρρωστος πρέπει να απομονωθεί²⁸.

Νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις

Διδασκαλία

(α) Η νοσηλεύτρια εξηγεί στην ασθενή τις διαδικασίες που ακολουθούνται και το τι πρέπει να περιμένει η ασθενής.

(β) Εξηγούνται στην ασθενή οι απαραίτητες προφυλάξεις, οι οποίες πρέπει να παρθούν μετά την εφαρμογή του ραδιοϊσότοπου εμφυτεύματος, συμπεριλαμβανομένων της απομόνωσης και του περιορισμού των επισκεπτών.

(γ) Ενθαρρύνεται η συνομιλία και η έκφραση φόβων, συναισθημάτων και ανησυχιών.

Διατροφή

(α) Χορηγεί υπερλευκωματούχο υδρική διαίτα ή τοποθετεί ρινογαστρικό σωλήνα για την εξασφάλιση της σωστής διατροφής της ασθενούς.

(β) Ενθαρρύνει την ασθενή να περπατά, για να παρεμποδίσει διαταραχές στην κένωση του εντερικού σωλήνα ή διαταραχές στην ούρηση.

(γ) Παρακολουθεί και ελέγχει την παρεντερική χορήγηση υγρών, η οποία σκοπεύει στην καλή ενυδάτωση της ασθενούς. Ενθαρρύνει επίσης τη λήψη υγρών από το στόμα, ενώ ταυτόχρονα καταγράφει τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά για την διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.

(δ) Ελέγχει και παρακολουθεί την περιοχή του δέρματος, κάτω από την οποία βρίσκεται το εμφύτευμα, για την εμφάνιση σημείων φλεγμονής (οιδήματος, πόνου, ερυθρότητας, αύξηση της θερμοκρασίας)¹⁹.

Αντιμετώπιση παρενεργειών – επιπλοκών ακτινοθεραπείας

Σε ακτινοδερματίτιδα,

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

Σε εμφάνιση φαινομένων γενικής αντίδρασης δηλαδή: Γενικής καταβολής δυνάμεων, ναυτίας, εμετών, ανορεξίας, απώλειας βάρους, η νοσηλεύτρια (-της) μετά από ιατρική εντολή:

- Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιισταμινικά φάρμακα.
- Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση του αρρώστου (ενισχύει τον άρρωστο να παίρνει υγρά ή – αν αυτό δεν είναι δυνατόν – γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε λευκώματα και υψηλής θερμιδικής αξίας).
- Επίσης φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου, όταν ο άρρωστος είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες κάλυψης των φυσικών του αναγκών.
- Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού του που συμβάλλει στη μείωση και την κατάλληλη αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

Αν ο άρρωστος εμφανίσει διάρροια:

- Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα ανάλογα με την εντολή του γιατρού.
- Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια.
- Χορηγείται ειδική διαίτα (τροφές χωρίς υπολείμματα)²⁸

6.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προεγχειρητική παρέμβαση

(α) Αναζήτηση της καλύτερης φυσικής και ψυχολογικής προσέγγισης για ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο.

- ◆ Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης και βοήθεια να απαλλαγεί από τα αισθήματα φόβου με:
 - Ακρόαση των ανησυχιών και προβλημάτων της.
 - Έμφαση στο σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης και στη χρήση τεχνιού μαστού.
 - Εξασφάλιση επίσκεψης άρρωστης με ικανοποιητική μετεγχειρητική προσαρμογή στη μαστεκτομή.
- ◆ Βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας μαστού. Κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στη μαστεκτομή, γι' αυτό ο νοσηλευτής προσεγγίζει κάθε γυναίκα ως άτομο και τη βοηθά να εκφράσει τα συναισθήματά της. Η γυναίκα μπορεί να φοβάται απόρριψη από τον άνδρα της ή να νιώθει απογοήτευση, γιατί δεν θα μπορεί να εκπληρώσει το ρόλο της ως μητέρα (να θηλάσει το παιδί της). Η υποστήριξη της άρρωστης από τον άνδρα της και την οικογένειά της, επομένως, θα βοηθήσει πολύ σε μια τέτοια περίπτωση.

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

- ◆ Μείωση χρόνου αναμονής πριν από την εγχείρηση.
 - Διαπίστωση φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους.
 - Εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή.
 - Χορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης.

- ◆ Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας. Η ίδια ετοιμασία γίνεται και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού, για πιθανή λήψη δέρματος για πλαστική επανορθωτική επέμβαση.

(β) Διδασκαλία άρρωστης και της οικογένειας σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων, την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού, τα αισθήματα μετά την μαστεκτομή, τον πόνο, τη δραστηριότητα και τη διορθωτική πλαστική του μαστού.

(γ) Βοήθεια οικογένειας να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της²⁶.

Μετεγχειρητική παρέμβαση

1. Ελέγχετε τα ζωτικά σημεία κάθε 30 – 60 λεπτά μετά την επέμβαση. Μετράτε την πίεση του αίματος και τους σφυγμούς από την πλευρά που δεν υποβλήθηκε σε επέμβαση²⁹.
2. Επισκόπηση του επιδεσμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη.
3. Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από τον πόνο.
4. Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών, για πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών.
5. Έλεγχος της επίδεσης του τραύματος: αποφεύγεται η πολύ πιεστική επίδεση, για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων.
6. Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος. Συνήθως, ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή Hemovac. Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά, ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευόμενων υγρών της συσκευής ελέγχονται και αναγράφονται.
7. Πρόληψη λοίμωξης. Το προσβλημένο χέρι πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό και δεν θα πρέπει να γίνονται υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις ούτε φλεβοκεντήσεις σ' αυτό, για αποφυγή εισόδου μικροβίων.
8. Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημι – Fowler²⁶.
9. Προλάβετε το λεμφοίδημα τοποθετώντας ένα μαξιλάρι κάτω από το βραχίονα της χειρουργικής περιοχής, έτσι ώστε το χέρι να βρίσκεται πιο πάνω από το επίπεδο του μαστού.

10. Ένα καλό αναλγητικό είναι επαρκές για την ανακούφιση του πόνου· παράλληλα ζητήστε από την ασθενή να παίρνει βαθιές αναπνοές και να κινείται.
11. Εξετάστε τα χέρια για σημεία που μαρτυρούν κτκλοφορικά προβλήματα.
12. Ενημερώστε αμέσως το γιατρό εάν παρατηρήσετε υψηλό πυρετό, συσοσμία των περοχετεύσεων, σημεία οιδήματος, ερυθήματος ή ρήξη των ραμμάτων²⁹.

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με καρκίνο

Ο καρκινοπαθής αποτελεί ειδική περίπτωση αρρώστου.

Η νοσηλεύτρια καλείται να παίζει σημαντικό ρόλο, μαζί με όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, να βοηθήσει τον καρκινοπαθή να ξεπεράσει τα σοβαρά ψυχολογικά κυρίως και άλλα προβλήματα που προκαλεί η φύση της πάθησής του και να διατηρήσει όλες τις ηθικές και σωματικές δυνάμεις του στο ακέραιο, έτσι ώστε να είναι σε θέση να δεχτεί οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή του ορισθεί και να συντελέσει στην επιτυχία της. Η νοσηλεύτρια πρέπει να δώσει θάρρος, ελπίδα για να παλέψει για καλύτερη ποιότητα ζωής.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι το καθήκον που έχει η νοσηλεύτρια ν' αντιμετωπίζει τον ασθενή ακριβώς ίδια με τους άλλους πάσχοντες και ν' αποφεύγει κάθε ενέργεια που μπορεί να θεωρηθεί σαν ιδιαίτερη περιποίηση από συμπόνοια και οίκτο για τη κατάστασή του.

Ειδικότερα η νοσηλευτική φροντίδα σ' έναν καρκινοπαθή περιλαμβάνει:

- Ενίσχυση του διαιτολογίου με γεύματα μεγάλης θερμιδικής αξίας, πλούσια σε λευκώματα, έτσι ώστε ν' ανακτήσει και να διατηρήσει τις σωματικές του δυνάμεις που τόσο θα χρειασθεί στο μέλλον.
- Στην διάρκεια όλων των νοσηλειών να μην εκθέτουμε ποτέ τον άρρωστο στους άλλους αρρώστους.
- Βοηθάμε τον άρρωστο ν' αναπτύξει το αίσθημα της αυτοπεποίθησης ότι είναι καλά και μπορεί να περιποιηείται τον εαυτό του.
- Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να σηκώνεται από το κρεβάτι, όταν το εποτρώνει η κατάστασή του.
- Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε προγράμματα εργασιοθεραπείας που υπάρχουν στο νοσοκομείο έτσι ώστε να ξεχνά τα προβλήματα που δημιουργούνται από την πάθησή του.
- Η ψυχαγωγία έχει θέση και αυτή στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει δε ανάγνωση βιβλίων – περιοδικών, τηλεόραση κ.λ.π.
- Ο πόνος στον καρκίνο αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση παυσιπόνων. Την ένταση του πόνου την επηρεάζει όμως το άγχος και το στρες. Γι' αυτό η νοσηλεύτρια πρέπει να καταβάλλει προσπάθεια για την ανακούφιση του αρρώστου απ' όλα τα ενοχλήματα με κατανόηση και αποδοχή των προβλημάτων.
- Η καταθληπτική διάθεση που προκύπτει σε πολλούς καρκινοπαθείς αρρώστους αντιμετωπίζεται με το σωστό πλησίασμα, με κατανόηση στο πρόβλημά του από μέρος της νοσηλεύτριας. Διαθέτει περισσότερο χρόνο

να καθήσει κοντά του και να τον αφήσει να εκφράσει τα αισθήματά του³⁰.

Φροντίδα τραύματος

- Επεξήγηση για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.
- Σημείωση ότι το πρόσφατο επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση εξαιτίας κάκωσης των νεύρων.
- Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.
- Αναγνώριση σημείων φλεγμονής: πόνος, ευαισθησία, ερυθρότητα, οίδημα· ενημέρωση γιατρού αν παρουσιαστούν.
- Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο κακάου, για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος. Γίνεται με έγκριση του γιατρού²⁶.

Πρόληψη και αντιμετώπιση λεμφοιδήματος

Το λεμφοίδημα, συχνό πρόβλημα μεταξύ των μαστεκτομημένων γυναικών είναι η συσσώρευση λέμφου στο διάμεσο διάστημα του υποδορίου ιστού, που οφείλεται στην καταστροφή των λεμφαδένων από την χειρουργική αντιμετώπιση ή την ακτινοθεραπεία, στην μόλυνση των λεμφαδένων ή σε μεταστατικό καρκίνο και αποτελεί εξαιρετικά δυσάρεστη κατάσταση. Συμβαίνει μήνες ή και χρόνια μετά από μια απλή ή και ριζική μαστεκτομή.

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

— Η θεραπεία του περιλαμβάνει:

- (1) Ενημέρωση και εκπαίδευση της ασθενούς.
- (2) Φροντίδα του δέρματος.
- (3) Μασάζ.
- (4) Επιδέσεις – Ειδικά μανίκια (sleeves).

- ◆ Η ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται μετά από μια μαστεκτομή και να της εξηγείται με απλό τρόπο η λειτουργία του λεμφικού συστήματος και οι αιτίες ανάπτυξης λεμφοιδήματος.
- ◆ Το χρόνιο λεμφοίδημα δημιουργεί όπως είπαμε αλλαγές στο δέρμα και στους ιστούς. Το παραμικρό τσίμπημα του δέρματος ευνοεί τις βακτηριακές μολύνσεις. Απαιτείται λοιπόν καθημερινή φροντίδα και υγιεινή που θα μειώσει τον κίνδυνο της μόλυνσης, η οποία θεραπεύεται με αντιβιοτικά. Μετά από κάθε πλύσιμο το μέλος πρέπει να στεγνώνεται προσεκτικά με ιδιαίτερη προσοχή στα σημεία ανάμεσα στις «δίπλες» του δέρματος. Λάδια σώματος ή υδατικές κρέμες πρέπει ακόμη να χρησιμοποιούνται.

- ◆ Η άσκηση και γενικά η κίνηση του λεμφοιδηματικού μέλους έχει ζωτική σημασία για την επίτευξη μιας καλής λεμφικής κινητικότητας. Στις ασθενείς που δεν μπορούν να καταφέρουν δραστικές κινήσεις, η παθητική άσκηση και το μασάζ πρέπει να εφαρμόζονται τουλάχιστον δυο φορές την μέρα. Ξεκινάμε το μασάζ πάντα από μια φυσιολογική σε λεμφική λειτουργία περιοχή και βαθμιαία προχωράμε στην λεμφοιδηματική περιοχή.
- ◆ Η χρησιμοποίηση των ειδικών μανικιών δίνει σημαντικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος. Κάθε βελτίωση που προκαλείται με το μασάζ, τις ασκήσεις ή την επίδεση χάνεται αν η ασθενής δεν φορά συστηματικά μανίκι.

Με τον τρόπο αυτό:

- (1) Αποφεύγεται η συσσώρευση λεμφικού υγρού στο μέλος.
- (2) Υποστηρίζεται η μεταφορά υγρού σε περιοχές με φυσιολογική λεμφική λειτουργία.
- (3) Υποβοηθάται η λειτουργικότητα των ώμων³¹.

Βελτίωση σεξουαλικής λειτουργίας

Η μεταβολή του σωματικού ειδώλου της άρρωστης και της αυτοεκτίμησής της, η αντίδραση του συντρόφου και ο βαθμός ανησυχίας του ζευγαριού, είναι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στις σεξουαλικές πρακτικές. Μερικοί σύντροφοι δυσκολεύονται να κοιτάξουν τη

μαστεκτομηθείσα περιοχή, ενώ άλλοι φαίνεται να μην επηρεάζονται και νοιώθουν άνετα, μεταβιβάζοντας έτσι στη σύντροφό τους το αίσθημα ότι εξακολουθεί να είναι αγαπητή και ποθητή. Και οι δυο επικρίσεις επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση της άρρωστης, τη σεξουαλικότητά της και την αποδοχή της.

- Συζήτηση με την άρρωστη για το πως αισθάνεται η ίδια και για την πιθανή μείωση του libido που σχετίζεται με κόπωση, ναυτία ή ανησυχία, μπορεί να βοηθήσει στη διευκρίνιση θεμάτων γι' αυτή και το σύντροφό της. Η διόρθωση εσφαλμένων αντιλήψεων (π.χ. ότι ο καρκίνος μεταδίδεται σεξουαλικά) είναι πολύ σημαντική.
- Η ενθάρρυνση ανοικτής συζήτησης για φόβους, ανάγκες και επιθυμίες, μπορεί να μειώσει το στρες του ζευγαριού²⁶.

Νοσηλευτική φροντίδα σε διαταραχή εικόνας σώματος και αυτοιδέας

Στην ασθένεια και στην υγεία, στη νεαρή ηλικία και το γήρας, ερεθίσματα διοχετεύονται συνεχώς μέσα στο δυναμικό σύστημα της σωματικής εικόνας του ατόμου. Αυτά τα ερεθίσματα ερμηνεύονται και κατόπιν απορρίπτονται, αναθεωρούνται ή γίνονται δεκτά μέσα στο μοναδικό τρόπο του ατόμου να διακρίνει τον σωματικό του εαυτό. Όταν συμβαίνουν ξαφνικές αλλαγές λόγω ασθένειας, τραυματισμού ή θεραπείας είναι δυνατόν τα ερεθίσματα να υπερφορτώσουν το σύστημα αυτό.

Τότε τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας καλούνται να παίξουν το

ρόλο της υποστήριξης.

Η νοσηλευτική φροντίδα, η οποία επιτυχώς βοηθά τους ασθενείς να ενσωματώσουν τις σωματικές αλλαγές με το εγώ, μπορεί να γίνει ένας βασικός παράγοντας στη βοήθεια των ασθενών να προσαρμοσθούν και να επιζήσουν. Η ποιότητα της ζωής των ατόμων μπορεί είναι συνυφασμένη με το πως φαντάζονται τα σώματά τους.

Ο νοσηλευτής πρέπει να δώσει την ευκαιρία στον ασθενή κατά τη συζήτηση, να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του και να υιοθετήσει αποτελεσματικά μέτρα για βοήθεια. Στις προσπάθειές του ο νοσηλευτής να βοηθηθεί και από άλλα μέλη της ομάδας υγείας ανάλογα με την περίπτωση.

Προγράμματα αποκατάστασης σχετικά με τη βοήθεια του ασθενούς με αλλαγμένη σωματική εικόνα, πρέπει να προβλέπουν βαθμιαία έκθεση του ασθενούς στο κοινωνικό περιβάλλον. Κύριος σκοπός των παρεμβάσεων, εκ μέρους των νοσηλευτών, είναι η πληροφόρηση, η συγκατάθεση και η ενεργός συμμετοχή του ασθενούς.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που συνιστώνται είναι:

- (1) Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει προφορικά τα συναισθήματα, την ανησυχία του, τον θυμό του για την απώλεια και τον φόβο του για την αλλαγή στη λειτουργία του σώματός του.
- (2) Ενθάρρυνση του αρρώστου να βλέπει και να αγγίζει την αλλαγμένη περιοχή του σώματός του.

- (3) Ενθάρρυνση του ασθενή να αναλάβει κανονικές κοινωνικές δραστηριότητες το συντομότερο δυνατόν, χωρίς να κρύβει ή να υπερεπιδεικνύει την αλλαγμένη περιχή του σώματος.
- (4) Βελτίωση και διατήρηση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου σε ικανοποιητικό επίπεδο.
- (5) Ανάπτυξη και διατήρηση θετικής προσωπικής ταυτότητας³¹.

Σχεδιασμός φροντίδας για έξοδο από το νοσοκομείο

- Ενθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή χρήσιμων απαντήσεων.
 - Ετοιμασία συζύγου για παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης στη σύζυγό του²⁶.
 - Κατά την έξοδο, εξασφαλίζονται στην ασθενή: Ικανός αριθμός επιδέσμων για τη φροντίδα του τραύματος. Να μάθει πως θα εξετάζει το μαστό της μια φορά το μήνα και να γνωρίζει τις καταστάσεις εκείνες οι οποίες έχουν ανάγκη ιατρικής φροντίδας. Χορηγούνται ήπια αναλγητικά.
- Δίδονται οι οδηγίες για τις ασκήσεις του ώμου.
- Διδάσκεται η ασθενής με την εφαρμογή των μέτρων για την προστασία του ώμου της χειρουργηθείσας περιοχής. Τα μέτρα αυτά είναι τα εξής: δεν μετρείται η Α.Π., δεν γίνονται φλεβοκεντήσεις ή ενέσεις στον ώμο της χειρουργηθείσας περιοχής.

Αποφεύγεται:

- Το κράτημα της βαλίτσας κ.λ.π. από τον ώμο της χειρουργηθείσας περιοχής.
 - Η ασχολία με τον κήπο χωρίς να φοριούνται ειδικά γάντια.
 - Η χρήση αποσμητικού στη χειρουργηθείσα περιοχή.
 - Η κατάκλιση επί της χειρουργηθείσας περιοχής.
 - Η ανύψωση βαρέων αντικειμένων.
- Δίδονται γραπτές οδηγίες για την αυτοφροντίδα και γραπτή ημερομηνία για τη συνεχή παρακολούθηση.
- Συνιστάται στην ασθενή να επικοινωνήσει με τον ιατρό αν παρατηρήσει έκκριμα, αυξημένη ευαισθησία και ερυθρότητα του τραύματος.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

▪ Ημερομηνία εισόδου: 04/01/2002

▪ Όνομα ασθενούς: Γ.Ε.

▪ Ηλικία: 59 ετών

▪ Βάρος: 79kgr

▪ Γενική κατάσταση υγείας: καλή

▪ Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμη, παιδιά: 2

▪ Νοσήματα ενήλικα: οσφυαλγία, κολίτιδα, αρτηριακή υπέρταση

▪ Φάρμακα: tabl Nolvadex 1x1

▪ Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις: σκωληκοειδεκτομή (40 ετών)

ολική υστεροεκτομή (48 ετών)

φ. έκτρωση (18 ετών)

▪ Εμμηναρχή: 13 ετών

Εμμηνόπαυση: 50 ετών

▪ Ηλικία 1^{ης} εγκυμοσύνης: 22 ετών

2^{ης} εγκυμοσύνης: 24 ετών

▪ Θηλασμός: ΝΑΙ

▪ Έκθεση σε τοξικές ουσίες:

Κάπνισμα: 5 – 6 τσιγάρα/ημέρα

Καφεΐνη: 2 – 3 καφέδες/ημέρα

Αλκοόλ: ΟΧΙ

Άλλες ουσίες: ΟΧΙ

- **Οικογενειακό ιστορικό:** ελεύθερο παθολογίας μαστού στην οικογένειά της.
- **Περιοδικές εξετάσεις:** 1^η μαστογραφία 1997 χωρίς παθολογικά ευρήματα.
- **Αιτία εισόδου:** μιτωτική εξεργασία αρ. μαστού

ΚΑΡΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Αιματοκρίτης:	42,2
Αιμοσφαιρίνη:	14,4
Αιμοπετάλια:	398
Λευκά αιμοσφαίρια:	7440
Πολύ.:	59
Λεμφό.:	30
Ηωσιν.:	2
Μονο.:	8
Τ.Κ.Ε.:	11
Σάκχαρον:	111
Ουρία:	30
Κρεατινίνη:	0,8
Χοληστερίνη:	244
LDH:	193
Ουρικό οξύ:	6,8
Τριγλυκερίδια:	195
Αλκαλική φωσφ.:	64

Κάλιο Αιμ.:	4,45
Νάτριο Αιμ.:	141,1
Ασβέστιο Αιμ.:	9,44
γGT:	20
Χολερυθρίνη Ολική:	0,33
Χολερυθρίνη Άμεσος:	0,06
Χολερυθρίνη Έμμεσος:	0,58
SGOT:	19
SGPT:	16

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Η ασθενής εισήλθε στην χειρουργική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών στις 4/01/2002. Η ίδια ανακάλυψε με την αυτοεξέταση μαστού πριν περίπου 1 εβδομάδα, ένα ογκίδιο στον αριστερό μαστό, διαστάσεων 1x1cm χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα.

Η ασθενής έπειτα από μια εβδομάδα επισκέφθηκε τον γυναικολόγο της, ο οποίος πρότεινε ως διαγνωστικό μέσο τη μαστογραφία.

Το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς, βασισμένο στην μαστογραφία πειγράφει την περίπτωση ως εξής: ψηλαφητό μόρφωμα αριστερού μαστού. Αναφέρεται 5 – 6 ψηλαφητοί λεμφαδένες.

Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και έγινε λήψη αίματος για την διεξαγωγή εξετάσεων. Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου μετά από 2 ημέρες. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Μετά την επέμβαση η ασθενής δεν παρουσίασε κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα και πήρε εξιτήριο στις 12/01/2002. Εδόθησαν οδηγίες για την φροντίδα της τομής στο σπίτι και ορίστηκε επανεξέταση μετά από 8 ημέρες.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> ■ Άγχος – Φόβος 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ανάγκη να απαλλαγεί η ασθενής από το άγχος, τον φόβο και όλα τα αρνητικά συναισθήματα 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Να ενθαρρυνθεί η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματα και τους φόβους της ■ Ηθική και ψυχολογική τόνωση της ασθενούς ■ Γνωριμία της ασθενούς με το προσωπικό και τους χώρους της κλινικής ■ Ενθάρρυνση να δει την ασθένεια με θετικό τρόπο ■ Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας ■ Εξασφάλιση καλού ύπνου με χορήγηση μωχαλαρωτικών 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Έγινε συζήτηση με την ασθενή σχετικά με την επέμβαση και την ασθένεια της ■ Συζητούνται και λύνονται οι απορίες της ασθενούς γύρω από την επέμβαση και την μετεγχειρητική πορεία ■ Έγινε γνωριμία με το προσωπικό και εξέφρασε το προσωπικό την διάθεσή του για στήριξη και βοήθεια της 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Περιορίστηκε το άγχος και η ασθενής δέχθηκε με ευχαρίστηση την ενημέρωση

			<p>ασθενούς σε οποιοδήποτε πρόβλημά της</p> <ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκε αναλγητικό - ναρκωτικό 1 tabl Petidin 	
--	--	--	--	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου 	<ul style="list-style-type: none"> Απαλλαγή του δέρματος από μικροοργανισμούς 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση της ασθενούς για το τι πρόκειται να γίνει και σε τί αποσκοπεί η ενέργεια αυτή Εύρισμα της περιοχής του εγχειρητικού πεδίου Τοπική αντισηψία του εγχειρητικού πεδίου 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημερώθηκε η ασθενής ότο πρέπει να γίνει ξύρισμα της μασχάλης με σκοπό την απαλλαγή του δέρματος από μικροοργανισμούς Έγινε ξύρισμα και καθαριότητα του εγχειρητικού πεδίου με χλιαρό νερό και αλκαλικό σαπούνι για την αποφυγή πρόκλησης ερεθισμού 	<ul style="list-style-type: none"> Εξαλείφθηκε ο κίνδυνος εμφάνισης μικροοργανισμών του εγχειρητικού πεδίου


ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Πόνος χειρουργικού τραύματος (μετεγχειρητικός) 	<ul style="list-style-type: none"> Να ανακουφισθεί η ασθενής από τον πόνο 	<ul style="list-style-type: none"> Να δοθεί ανακουφιστική θέση στην ασθενή Να εξασφαλιστεί ήσυχο και άνετο περιβάλλον Να υποστηριχθούν κατάλληλα οι σωλήνες Red - o - Pack ώστε να εξασφαλιστεί η λειτουργικότητα του Red - o - Pack Να χορηγηθεί παυσίπονα σύμφωνα με ιατρική εντολή 	<ul style="list-style-type: none"> Τοποθετήθηκε η ασθενής σε αναπαυτική θέση (fowler) Ελέγχθηκαν η παροχέτευση Red - o - Pack και στηρίχθηκε ο σωλήνας στο κρεβάτι με λευκοπλάστ Εξασφαλίσθηκε ήρεμο και άνετο περιβάλλον με μείωση του θορύβου, επαρκή αερισμό του θαλάμου καθώς και μείωση των επισκέψεων 	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφαλίστηκε ήρεμο και άνετο περιβάλλον και ανακουφίστηκε η ασθενής από τον πόνο με την κατάλληλη θέση και την χορήγηση του παυσίπονου

				<ul style="list-style-type: none">Χορηγήθηκε 1 amp Zideron IM σύμφωνα με ιατρική εντολή για την μείωση του πόνου	
--	--	--	--	--	--

Α

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Αλλαγή σωματικού ειδώλου 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Αποδοχή του σωματικού ειδώλου με όσο το δυνατόν ανώδυνο τρόπο 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ευκαιρία έκφρασης των συναισθημάτων της ασθενούς ▪ Ψυχολογική ενίσχυση της ασθενούς ▪ Επίσκεψη σε άλλη ασθενή με το ίδιο πρόβλημα η οποία έχει προσαρμοστεί επιτυχώς στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου ▪ Ενημέρωση για την χρήση προθηκών μετά την μαφτεκτομή ▪ Αποδοχή της ασθενούς από το οικογενειακό της περιβάλλον ▪ Βοήθεια αποδοχής από 	<p>Η νοσηλεύτρια επικοινωνείται στα συναισθήματα της ασθενούς και προσπαθεί να αντιμετωπίσει την συμπεριφορά της ασθενούς</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Παρέχεται η ευκαιρία και χρόνος για συζήτηση μεταξύ της ασθενούς και με την νοσηλεύτρια ▪ Επισκέπτεται η ασθενής μια άλλη ασθενή που έχει το ίδιο πρόβλημα, δημιουργήθηκε 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η ασθενής δείχνει ένα βαθμό αποδοχής του χειρουργικού αποτελέσματος

		<p>τον κοινωνικό περίγυρο της</p>	<p>ένα κλίμα ζεστό όπου ενισχύθηκε ψυχολογικά η ασθενής</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ενημερώθηκε η ασθενής σχετικά με την χρήση των προσθηκών ▪ Επιτεύχθηκε επιτυχώς η αποδοχή από το οικογενειακό περιβάλλον όπου ενθάρρυνε ψυχολογικά την ασθενή και της ανέδειξε πως η ίδια είναι το ίδιο αγαπητή όπως και πριν από την μαστεκτομή ▪ Έγινε προσπάθεια να
--	--	-----------------------------------	--

			<p>προσαρμσθει στο κοινωνικό περιβάλλον της</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ενθαρρύνθηκε η ασθενής για την έναρξη δραστηριοτήτων μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο 	
--	--	--	---	--

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- Ημερομηνία εισόδου: 28/06/2002
- Όνομα ασθενούς: Θ.Χ.
- Ηλικία: 64 ετών
- Βάρος: 61kg
- Γενική κατάσταση υγείας: καλή
- Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμη
- Νοσήματα ενήλικα: επεισόδιο ιλίγγου
- Φάρμακα: Lexotanil PRIV

Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις: Οχι

- Εμμηναρχή: 13 ετών Εμμηνόπαυση: 50 ετών
- Ηλικία 1^{ης} εγκυμοσύνης: 26 ετών
- Θηλασμός: ΝΑΙ
- Έκθεση σε τοξικές ουσίες:

Κάπνισμα: ΟΧΙ Καφεΐνη: 1 καφέ/ημέρα

Αλκοόλ: ΟΧΙ Άλλες ουσίες: ΟΧΙ

- Οικογενειακό ιστορικό: ελεύθερο
- Περιοδικές εξετάσεις: ΟΧΙ
- Αιτία εισόδου: καρκίνος αρ. μαστού

ΚΑΡΤΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Αιματοκρίτης:	45,1
Αιμοσφαιρίνη:	15,3
Αιμοπετάλια:	291
Λευκά αιμοσφαίρια:	— 7710
Πολύ.:	61
Λεμφό.:	33
Ηωσιν.:	1
Μονο.:	4
Τ.Κ.Ε.:	— 5
Σάκχαρον:	119
Ουρία:	35
Κρεατινίνη:	0,8
Χοληστερίνη:	180
LDH:	158
Ουρικό οξύ:	6,4
Τριγλυκερίδια:	140
Αλκαλική φωσφ.:	60

Κάλιο Αιμ.:	4,10
Νάτριο Αιμ.:	140,3
Ασβέστιο Αιμ.:	10,36
γGT:	42
Χολερυθρίνη Ολική:	0,43
Χολερυθρίνη Άμεσος:	0,06
Χολερυθρίνη Έμεσος:	0,37
SGOT:	24
SGPT:	27

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Η ασθενής εισήλθε στην χειρουργική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών στις 28/06/2002. Η ίδια ανακάλυψε μια μέρσα στην διάρκεια που έκανε μπάνιο ένα ογκίδιο διαστάσεων 1x2cm περίπου χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα.

Η ασθενής έπειτα από τρεις ημέρες επισκέφθηκε την γυναικολόγο της, η οποία της πρότεινε ως διαγνωστικό μέσο την μαστογραφία.

Το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς, βασισμένο στην μαστογραφία περιγράφει την περίπτωση ως εξής: εικόνα ινοαδενώματος στον αριστερό μαστό ύποπτο για κακοήθεια. Δεν αναφέρει διηθημένους λεμφαδένες.

Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και λήψη αίματος για την διεξαγωγή εξετάσεων. Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου έπειτα από 2 ημέρες. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η μαστεκτομή. Μετά την επέμβαση η ασθενής παρουσίασε κάποια προβλήματα τα οποία όμως αντιμετωπίστηκαν εγκαίρως με αποτέλεσμα να πάρει εξιτήριο μετά από 8 ημέρες.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Προετοιμασία του εντέρου για την εγχείρηση 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Κένωση του εντέρου με υποκλεισμό ▪ Πρόληψη μετεγχειρητικής διάτασης του εντέρου 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ενημέρωση της ασθενούς για το τί πρόκειται να γίνει και αιτιολόγηση της κάθε ενέργειας ▪ Να δοθεί κατάλληλη θέση στο κρεβάτι ▪ Η διαίτα της ασθενούς την προηγούμενη της εγχείρησης να είναι ελαφρά ▪ Να γίνει καθαρτικός υποκλισμό την προηγούμενη της επέμβασης 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ενημερώθηκε η ασθενής για την όλη διαδικασία ▪ Έγινε καθαρτικός υποκλισμός στην ασθενή και κένωση του εντέρου ▪ Δόθηκε στην ασθενή κατάλληλη θέση (αριστερή πλάγια θέση στο κρεβάτι με ελαφρά κάμψη των γονάτων) ▪ Δόθηκε ελαφρα διαίτα (σούπα) την προηγούμενη 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η κένωση του εντέρου επιτεύχθηκε, περιορίστηκε ο κίνδυνος διάτασης εντέρου μετεγχειρητικά

				της επέμβασης για την πρόληψη της διάτασης του στομάχου και εντέρου	
--	--	--	--	---	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Κίνδυνος εμφάνισης λεμφοειδήματος μετεγχειρητικώς 	<ul style="list-style-type: none"> Πρόληψη λεμφοειδήματος αριστερού άνω άκρου μετεγχειρητικώς 	<ul style="list-style-type: none"> Να γίνει λήψη Ζ.Σ. πριν την έγερση της ασθενούς Έγκαιρη κινητοποίηση της ασθενούς Ενθάρρυνση της αμφοτερόπλευρης δραστηριότητας των άνω άκρων Συνεννόηση με φυσικοθεραπευτή για την έναρξη παθητικών και ενεργητικών ασκήσεων 	<ul style="list-style-type: none"> Έγινε λήψη Ζ.Σ. ΑΠ: 130/90 mmHg ΣΦ: 90/min Θ: 37,2 °C Έγινε έναρξη παθητικών ασκήσεων του προσβεβλημένου άκρου Δόθηκε προσοχή στην λήψη αίματος και αρτηριακής πίεσης Έγινε επίσκεψη από τον φυσικοθεραπευτή και έγιναν ασκήσεις όπως 	<ul style="list-style-type: none"> Επιτεύχθηκε έγκαιρη και αποτελεσματική έγερση της ασθενούς Υπήρξε σταδιακή υποχώρηση του λεμφοειδήματος

			<p>έκταση – κάμψη των δακτύλων, υπτιασμός – πρηγισμός του πήχεως</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να διατηρεί κανονική θέση κατά την εκτέλεση των ασκήσεων 	
--	--	--	--	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Εμετός – ναυτία μετεγχειρητικά λόγω της νάρκωσης 	<ul style="list-style-type: none"> Να απαλλαγεί η ασθενής από το αίσθημα ναυτίας και να αντιμετωπισθούν οι εμετοί 	<ul style="list-style-type: none"> Να τοποθετηθεί η ασθενής στην σωστή θέση Να ενθαρρυνθεί η ασθενής να αναπνέει βαθιά για την αποδρομή της δράσης του αναισθητικού φαρμάκου Να εξασφαλιστεί στοματική υγιεινή Ενημέρωση λογοδοσίας Να χορηγηθεί αντιεμετικό σύμφωνα με I.O. 	<ul style="list-style-type: none"> Τοποθετήθηκε η ασθενής σε θέση fowler με το κεφάλι προς τα πλάγια Έγινε διδασκαλία στην ασθενή να παίρνει βήθιές αναπνοές Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με Hexalen Χορηγήθηκε 1 amp Vomex σε 100cc N/S 0,9% IV Ενημερώθηκε η 	<ul style="list-style-type: none"> Το αίσθημα ναυτίας άρχισε να υποχωρεί μετά από 1h καθώς επίσης και οι εμετοί σταμάτησαν

λογοδοσία

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Αύξηση της θερμοκρασίας μετεγχειρητικά (39°C) 	<ul style="list-style-type: none"> Ελάττωση και επαναφορά της θερμοκρασίας της ασθενούς στα φυσιολογικά όρια 	<ul style="list-style-type: none"> 3ωρη παρακολούθηση ζωτικών σημείων Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων Αποφυγή δημιουργίας ρευμάτων στο δωμάτιο Επαρκής αερισμός θαλάμου Χορήγηση αντιπυρετικού σύμφωνα με ιατρική οδηγία 	<ul style="list-style-type: none"> Έγινε λήψη Ζ.Σ. και ιδιαίτερα λήψη της θερμοκρασίας / 3h Τέθηκαν ψυχρά επιθέματα Αποφεύχθηκε το ταυτόχρονο άνοιγμα της πόρτας και του παραθύρου για αποφυγή δημιουργίας ρευμάτων Έγινε καλός αερισμός του θαλάμου Χορηγήθηκε 1 	<ul style="list-style-type: none"> Ο πυρετός της ασθενούς μετά από 1h υποχώρησε. Η θερμοκρασία μετά από 1½ h είναι 37,5°C

			<p>amp Apotel σε 100cc N/S IV σύμφωνα με ιατρική εντολή</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Πριν τη χορήγηση του Apotel έγινε μέτρηση της Α.Π. γιατί το Apotel δημιουργεί πτώση της Α.Π.	
--	--	--	--	--

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην παρούσα εργασία έγινε προσπάθεια ανασκόπησης του όλου θέματος σχετικά με τις υπάρχουσες απόψεις που αφορούν τον καρκίνο μαστού, την θεραπεία του και την νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς με καρκίνου μαστού.

Από όλα όσα αναφέραμε δεν είναι δύσκολο να συμπεράνει κανείς το πόσο σημαντική είναι η προσφορά της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Η άρτια κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας που θα πρέπει να παρέχεται σε όλες τις ασθενείς με καρκίνο μαστού.

Ενώ παράλληλα η ικανότητα της κατάλληλης προσέγγισης των ασθενών που απαιτείται, εξαρτάται και μεταβάλλεται κάθε φορά από την δύναμη που κατέχουμε εμείς οι νοσηλεύτριες και νοσηλευτές ως άνθρωποι να συμπαραστεκόμεθα στον συνάνθρωπό μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κ. Παπαβασιλείου, Ι.Κουβάρης, Κ. Γεννατάς, Δ. Βώρος (Συντ. Επ.): «Ογκολογία». Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, διάδοχος-Μαρία Γρ. Παρισιάνου, ΑΘΗΝΑ 1991. (σελ. 194 – 196, 201 – 203, 218 – 220, 223 – 228)
2. Νικήτας Κακλαμάνης, Αντώνης Καμμάς: «Η ανατομική του ανθρώπου». Αθήνα 1998. (σελ. 544 – 552)
3. Χαράλαμπος Ν. Σπαρούνης: «Γενική Χειρουργική», Τόμος Β': Τράχηλος – Θώρακας, University Studio Press, Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων & περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1990. (σελ. 722 – 742)
4. Παπανικολάου: «Γυναικολογία», 3η έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1994. (σελ. 441 – 445, 448 – 450, 470 – 479, 487 – 489)
5. Κωνσταντίνος Σ. Παπαδημητρίου: «Ειδική παθολογική ανατομική: Συστηματική Παθολογία», Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1990. (σελ. 486 – 488, 519 – 521, 523 – 527, 540 – 545)
6. Σοφία Αρπατόγλου – Παντελέων, Όλγα Ταρασίδου – Κουτσουμάρη: «Άτλαντας Μαστογραφίας», Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1999. (σελ. 14 – 16, 18 – 22)

7. Βιργιλίου Σ. Μπενάκη: «Εισαγωγή στην ακτινοδιαγνωστική απεικονιστική», Έκδοση: Νηρέας Ε.Π.Ε., Αθήνα 1997. (σελ. 532 – 534, 540 – 542, 555 – 557)
8. Jay R. Harris, Monica Morrow, Gianni Bonadonna: «Cancer: Principles & Practice of Oncology». Fourth Edition, edited by Vincent T. Devita, Jr Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg, J.B. Lippincott Co, Philadelphia 1993.
9. Malin Dollinger, MD, Ernest H. Rosenbanm, MD, and Christopher Benl, MD: «Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση: ένας οδηγός για όλους». Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα 1992. (σελ. 296 – 298, 302 – 309)
10. Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία. Επιτροπή Ευρωπαϊκών κοινοτήτων, «Ευρώπη κατά του καρκίνου». Σεμινάριο νόσηλευτριών με θέμα «Πρόληψη & Έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, αποκατάσταση του καρκινοπαθούς», Αθήνα 1991. (σελ. 10 – 13, 15 – 19)
11. Φρ. Ανθούλη – Αναγνωστοπούλου, Ε. Καννέλος: «Στοιχεία παθολογικής, ανατομικής και ογκολογίας. Βασικές γνώσεις», Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα 1994. (σελ. 163 – 165, 167 – 169)
12. Dr Ιωάννη Α. Σπηλιώτη: «Καρκίνος, “Από την άγνοια... στο φόβο”» Αχαϊκές εκδόσεις, Πάτρα 1999. (σελ. 38 – 40, 47 – 49, 186 – 188, 190 – 192, 195 – 198, 241 – 243)

13. Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία: επιτροπή Ευρωπαϊκών κοινοτήτων, «Ευρώπη κατά του καρκίνου»: Διατροφή και καρκίνος, Αθήνα 1991. (σελ. 61 – 65)
14. Αθ. Βαλανίδης: «Περιβάλλον και κακοήθεις νεοπλασίες», Εκδόσεις Βήτα 2000. (σελ. 6 – 8, 150 - 153)
15. Φίλιππος Κ. Γραμματικός: «Πυρινική ιατρική», Τέταρτη έκδοση, Εκδόσεις ΖΗΤΗ, Θεσσαλονίκη 1996. (σελ. 214 – 219)
16. Ιωάννης Κυρ. Σωφρονιάδης: «Ο απεικονιστικός έλεγχος του μαστού: διάγνωση – πρόληψη, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1993. (σελ. 37 – 42, 47 - 53)
17. Άνθιμος Ι. Χριστοφορίδης: «Διαγνωστική ακτινολογία». Ουροποιογεννητικό σύστημα. Μαστογραφία, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1993. (σελ. 248 – 251)
18. Αποστολίδης Ν., Πανουσόπουλος Δ.: «Ο καρκίνος του μαστού». Σύγχρονες απόψεις, Εκδόσεις Επτάλοφος, Αθήνα 1998.
19. Ευδοξία Κανιάρη: «Καρκίνος του μαστού». Νοσηλευτική παρέμβαση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991. (σελ. 131 – 140, 144 – 149, 171 – 174, 176 – 193)
20. Μάρκος Ξινακίδης, Λάζαρος Μπούτης: «Καρκίνος μαστού», University Studio Press, Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων & περιοδικών,

Θεσσαλονίκη 1993. (σελ. 158 – 160, 168 – 170, 188 – 191, 198 – 200, 203 – 209)

21. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, εταιρεία νοσηλευτικών Σπουδών, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και ψυχοογκολογίας, περίσδος Μάρτιος – Ιούνιος 1999, Αθήνα 2000. (σελ. 70 – 73, 105 – 107)

22. Παπανικολάου Ν.: «Μαστολογία», Έκδοση 2^η, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Γρ., Θεσσαλονίκη 1989. (σελ. 60 – 71)

23. Λ.Σ. Παπαδόπουλος, Κ.Π. Πιστευτού – Γομπάκη, Γ.Α. Πλατανιώτης, «Μαθήματα Ακτινοθεραπεία», University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1998. (σελ. 156 – 158, 160 – 166)

24. Γεννατάς Κ.: «Η θέση της ορμονοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού». Εκδόσεις Λ. Ιωαννίδου – Μουζάκα, «Σύγχρονη Μαστολογία», COMTEKO Ε.Π.Ε., Αθήνα 1996.

25. Τζωρακολευθεράκης Ε.: «Χειρουργικές Παθήσεις του Μαστού», Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1998.

26. Άννα Σαχίνη – Καρδάση, Μαρία Πάνου: «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική», 2^{ος} Τόμος, Β' έκδοση, Εκδόσεις Βήτα medical art, Αθήνα 1997. (σελ. 448 – 492)

27. Αντωνία Τριχοπούλου, Δημήτρης Τριχόπουλος: «Προληπτική Ιατρική», Αθήνα 1986. (σελ. 61 – 65)
28. Μ.Α. Μαλγαρινού, Σ.Φ. Κωνσταντινίδου: «Νοσηλευτική: Παθολογική χειρουργική», Τόμος Β', Μέρος 2^ο, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1997. (σελ. 144 – 151)
29. Σειρά / Εκπαιδευτική Πιστοποίηση στη Νοσηλευτική: «Γενική Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999. (σελ. 416 – 420)
30. Ν. Τσίκου, Σ. Καραγεωργίου – Γραβάνη: «Πρακτική Άσκηση: Νοσηλευτικής II», Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1996. (σελ. 139 – 145)
31. Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, Τομέας νοσηλευτικής ογκολογίας συνδέσμου διπλωματούχων νοσηλευτριών Ελλάδος, «Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας – ψυχολογίας», Εκδόσεις Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, Αθήνα 2001. (σελ. 18 – 20, 74 – 79, 98 – 101)

