

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ  
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΓΕΩΡΓΙΑ ΘΩΜΑ  
Σ.Ε.Υ.Π. ΠΑΤΡΩΝ**

**ΠΑΤΡΑ ΜΑΙΟΣ 2005**

**Καρκίνος του μαστού  
Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις**

**Πτυχιακή εργασία  
Εισηγήτρια: Γεωργούση Παρασκευή  
Σπουδάστρια: Γεωργία Θωμά  
Σ.Ε.Υ.Π. Πατρών  
Μάιος 2005**

---

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛ.
Πρόλογος.....	5
<b>ΜΕΡΟΣ 1<sup>ο</sup></b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></b>	
1.1 Αναφορές στο μαστό: Ετυμολογία, μυθολογία, ιστορία, θρησκεία, τέχνη.....	7
1.2 Η ιδιαίτερη σημασία του μαστού για την γυναίκα.....	10
1.3 Μεταβολές του μαστού στη ζωή της γυναίκας.....	12
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></b>	
2.1 Ανατομική ανασκόπηση.....	17
2.2 Φυσιολογία του μαστού.....	18
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup></b>	
3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	21
<b>3.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....</b>	
	<b>22</b>
3.2.1 Οικογενιακό ιστορικό .....	23
3.2.2. Γυναικολογικό ιστορικό .....	24
3.2.3. Περιβαλλοντικοί Παράγοντες.....	25
3.2.4. Διαιτητικές Παράγοντες.....	26
3.2.5. Ορμονικοί Παράγοντες- Αντισυλληπτικά.....	28
3.2.6. Ιατρικό Ιστορικό.....	30
3.2.7. Ηλικία .....	31
3.2.8. Κάπνισμα.....	32
3.2.9. Ακτινοβολία.....	33
3.2.10 Συμπεράσματα .....	33

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

4.1 Καρκίνος μαστού και κύηση.....	35
4.2. Καρκίνος μαστού και γαλουχία.....	39
4.3. Καρκίνος μαστού και μελλοντική κύηση.....	40

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

5 ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	42
5.1 Προθέσεις σιλικόνης και καρκίνος του μαστού.....	42
5.1.2 Καρκίνος του μαστού στον άνδρα.....	43
5.1.3 Καρκίνος του μαστού στην παιδική ηλικία.....	45

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

6.1 Σταδιοποίηση.....	46
6.2 Συμπτωματολογία.....	49
6.3 Φυσική εξέταση του μαστού και διάγνωση.....	53
6.3.1 Λήψη ιστορικού.....	53
6.3.2 Κλινική εξέταση :α) Επισκόπηση, β) ψηλάφηση.....	56
6.3.3 Αυτοεξέταση.....	57
6.4 Εργαστηριακός έλεγχος.....	60
6.4.1 Απεικονιστικές μέθοδοι.....	61
6.4.2 Παρεμβατικές μέθοδοι.....	64

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

7.1 Αντιμετώπιση-θεραπεία .....	66
7.2 Χειρουργική Αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.....	67
7.3 Ακτινοθεραπεία.....	67
7.4 Χημειοθεραπεία.....	68
7.5 Ορμοθεραπεία.....	69

## ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup>

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

- 8.1 Ψυχολογική αντιμετώπιση της ασθενούς και της οικογένειάς της κατά την περίοδο της διάγνωσης.....72
- 8.2 Ψυχολογική υποστήριξη πριν και μετά τη μαστεκτομή.....74
- 8.3 Αντιμετώπιση της καρκινοπαθούς που φέρει μαστεκτομή από την οικογένεια (παιδιά-σύζυγος).....76
- 8.4 Βελτίωση σεξουαλικής λειτουργίας.....79

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>

- 9.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του μαστού πριν και μετά την μαστεκτομή.....81
- 9.2 Κοινωνική και εργασιακή επανένταξη της γυναίκας μετά από μαστεκτομή.....88
- 9.3 Νοσηλευτική φροντίδα της καρκινοπαθούς στα τελικά στάδια της ζωής της.....89

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup>

- 10.1 Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού.....92
- 10.2 Πρωτογενής πρόληψη.....92
- 10.3 Δευτερογενής πρόληψη.....94
- 10.4 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου.....95

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11<sup>ο</sup>

Νοσηλευτική διεργασία σε δύο ασθενείς που υποβλήθηκαν σε τροποποιημένη μαστεκτομή.

11.1 Κλινική περίπτωση Α.....	98
11.1.α Νοσηλευτική διεργασία.....	100
11.2 Κλινική περίπτωση Β.....	107
11.2.α Νοσηλευτική διεργασία.....	108
Επίλογος.....	115
Βιβλιογραφία.....	116

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει μια στις 15 Ελληνίδες, αλλά η απειλή του σκιάζει όλες τις γυναίκες καθώς και όλους τους άνδρες που τις αγαπούν και τις σέβονται. Παρά το γεγονός ότι οι διαγνωστικές και θεραπευτικές μέθοδοι έχουν σημειώσει σημαντική πρόοδο, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού δεν έχει υποχωρήσει ενώ στην Ελλάδα αυξάνετε κατά τα τελευταία χρόνια. Εκατοντάδες ερευνητές σ' όλο τον κόσμο μελετούν τα αίτια, την συμπτωματολογία, την θεραπευτική αντιμετώπιση και την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Παρόλα αυτά η νόσος αυτή εξακολουθεί να είναι η δεύτερη σε συχνότητα παγκοσμίως και να αποτελεί το συχνότερο καρκίνο στο γυναικείο πληθυσμό και την δεύτερη αιτία θανάτου.

Ο μαστός, το σύμβολο της θηλυκότητας και της γονιμότητας μπορεί να γίνει αιτία θανάτου αν προσβληθεί από καρκίνο. Για να αποφευχθεί αυτό δεν γνωρίζουμε ακόμα τον τρόπο, για να έχουμε όμως θεραπευτικά αποτελέσματα πρέπει να έχουμε έγκαιρη διάγνωση και το πρώτο βήμα αυτής της διάγνωσης είναι η αυτοεξέταση.

Τα όσα θα αναφερθούν στις σελίδες που ακολουθούν δεν διεκδικούν τον τίτλο του ιατρικού συγκράματος, ούτε καν του νοσηλευτικού οδηγού, είναι μια προσπάθεια να συγκεντρωθούν όλα όσα αφορούν τον καρκίνο του μαστού σε λίγες σελίδες ξεκινώντας από την έγκαιρη διάγνωση έως την πρόληψη.

Ότι αναφέρετε σ' αυτές τις σελίδες είναι όλα όσα πρέπει να γνωρίζουν όλες οι γυναίκες προκειμένου να προφυλαχθούν από τον καρκίνο του μαστού ή αν νοσήσουν απ' αυτόν να καταφέρουν να επιβιώσουν. Ευχόμαστε σε όλες τις γυναίκες που νόσησαν, νοσούν ή θα νοσήσουν από την αναφερόμενη νόσο στο τέλος της περιπέτειας να συναντήσουν τη ζωή και την ελπίδα.

# ΜΕΡΟΣ 1<sup>0</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### 1.1 Αναφορές στο μαστό:

Οι μαστοί της γυναίκας δεν είναι μόνο όργανα του σώματός της. Είναι κόσμημά της, γι' αυτό και ο Πλάστης όταν την έπλασε, τους φύτεψε στο εμφανέστερο σημείο του κορμιού της, πάνω στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, εκεί που κρεμάει ένα στολίδι της ή καρφίτσώνει στο ρούχο ένα λουλούδι.

Οι μαστοί συγκίνησαν ζωγράφους, γλύπτες, ποιητές, λογοτέχνες και αναφέρθηκαν συχνά σε θρησκευτικά, ιστορικά και άλλα κείμενα.

#### α) Ετυμολογία

Μια προσεκτική ματιά στα Ελληνικά και Παγκόσμια λεξικά μας πείθουν ότι η λέξη «μαστός» αναφέρεται σε διάφορες μορφές τόσο στον Όμηρο, στον Ιπποκράτη και στον Ηρόδοτο. Όσο και στα λατινικά και σανσκριτικά γραφόμενα.

Διαπιστώνουμε πως για το μαστό υπάρχει γλωσσική πολυτυπία. Αναφέρεται ως μαζός, μασθός, μασδός, μαστός. Ο μαστός ετυμολογικά ταυτίζεται ή συγγενεύει με τη λέξη «μεστός» (γεμάτος γάλα, υγρό...) Συγγενεύει ακόμα και με τη λέξη «μύδος» (υγρασία) Από αυτό προήλθαν τα μεσαιωνικά ρήματα : μυδάω (είμαι υγρός), μυζάω, απομυζάω, εκμυζώ (ρουφάω με το στόμα, αποσπώ) βυζάω ή βυζαίνω (θηλάζω το μαστό).

Συχνά χρησιμοποιείται ο όρος «στήθος» για να δηλώσει το μαστό. Όμως ο όρος αυτός σημαίνει το πρόσθιο μέρος του θώρακα με όλα τα όργανά του μέσα σ' αυτό. Η λέξη «στήθος» δεν είναι ιατρικός όρος και πρέπει να τον χρησιμοποιούμε όταν αναφερόμαστε ιατρικά και θεραπευτικά στο μαστό<sup>1</sup>.

## β) Μυθολογία

Ο Ησίοδος στη θεογονία του αναφέρει πως στην αρχή υπήρχε το χάος, ύστερα η Γαία με τους μεγάλους μαστούς.

Ακόμη στη μυθολογία βλέπουμε την Ήρα να θηλάζει από λάθος τον Ηρακλή, τον γιο της Αλκμήνης και να τον απομακρύνει με οργή από το μαστό της. Αναφέρεται ότι από το χυμένο γάλα σχηματίστηκε ο Γαλαξίας με τα 400 δισεκατομμύρια άστρα.

Βλέπουμε ακόμη την Αερόπη, την κόρη του Κηφέα, του Βασιλιά της Τεγέας στην Αρκαδία να αποκτά παιδί με το θεό Άρη και να πεθαίνει στον τοκετό. Το παιδί έζησε θηλάζοντας γάλα από το μαστό της πεθαμένης μητέρας του. το παιδί ονομάστηκε Αφνείος, από το άφθονο γάλα που θήλασε. Ο Πausανίας αναφέρει ότι στο όρος Κρήσιο κοντά στη Μεγαλόπολη υπήρχε ναός του Αφνείου Άρη.

Τέλος η Άρτεμη της Εφέσου, η πολύμαστη θεά, εμφανίζεται με πολλούς μαστούς για να συμβολίζει τη γονιμότητα<sup>1</sup>.

## Γ) Ιστορία

Δεν θα μπορούσε η ιστορική γραφίδα να μείνει ασυγκίνητη μπροστά στο γυναικείο θαύμα, στο μαστό, πηγή ζωής, ομορφιάς, θηλυκότητας.

Στο διάβα της η ιστορία έχει αναφερθεί με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους στο γυναικείο μαστό.

Από τα Ομηρικά ακόμα χρόνια, συναντάμε την Εκάμη, την μητέρα του Έκτορα να κλαίει σπαρακτικά και να τον εξορκίζει δείχνοντας τους μαστούς της.

Μετά τον Τρωικό πόλεμο η Ελένη, η αιτία του κακού, μέρωσε τον θυμό του Μενέλαου προβάλλοντας τους σφριγηλούς μαστούς της.

Στην Αρχαία Ελλάδα και ιδιαίτερα στη Νάξο χρησιμοποιούσαν σμυριδόσκονη για την ομορφιά των μαστών. Όπως και πυρίτιο και άλατα μαγνησίου.

Στο βορινό τείχος της Ακρόπολης στην Αθήνα βρέθηκε μαρμάρινο τάμα που παρίστανε μαστό. Σήμερα φυλάσσεται στο μουσείο του ανατολικού Βερολίνου.

Το παράδειγμα της Ελληνικής Ιστορίας σε ότι αφορά το μαστό, το ακολούθησε και η παγκόσμια.

Ενδεικτικά αναφέρουμε μερικά παραδείγματα:

- Σε Αιγυπτιακό πάπυρο του 3.000. π.χ. αναφέρεται ο καρκίνος του μαστού.

- Ο κώδικας Χαμουράμπι (1750 π.χ.) που βρίσκεται στο Λούβρο, αναφέρει το κόψιμο των μαστών ως είδος ποινής.

- Για την Κλεοπάτρα αναφέρεται πως δεν πέθανε από τσίμπημα φιδιού στο χέρι, αλλά στο μαστό. Έτσι παριστάνετε ο θάνατος της σε πίνακες του Veronese και του Bronzino.

#### Δ) Θρησκεία

Η Χριστιανική θρησκεία δεν μπορούσε να αποτελέσει εξαίρεση και να μην ασχοληθεί με το κατ' εξοχήν ζωφόρο όργανο του γυναικείου οργανισμού.

Ο Ευαγγελιστής Λουκάς μας παρουσιάζει γυναίκα, που την ώρα που μιλάει ο Χριστός, ενθουσιασμένη καλοτυχίζει τη μητέρα του με τα παρακάτω λόγια: «Μακάρια η κοιλιά η βαστάσασα σε και μαστοί ους εθήλασες». (ευλογημένη η κοιλιά που σε κράτησε και οι μαστοί που Σε θήλασαν).

Ο ίδιος ο Ευαγγελιστής λυπάται τις γυναίκες της Ιερουσαλήμ για την μελλοντική συμφορά των παιδιών τους και εκφράζει την οδύνη του με τα παρακάτω λόγια: «Μακάριαι αι στείραι και κοιλιαί, αι ουκ εγέννησαν και οι μαστοί, οι ουκ εθήλασαν». ( Ευτυχισμένες οι άγονες γυναίκες και οι κοιλιές που δεν γέννησαν και οι μαστοί που δεν θήλασαν).

Και στο μαρτυρολόγιο της εκκλησίας μας αναφέρονται η Αγία Αγάθη που μαρτύρησε το 251 μ.Χ. και η Αγία Απολλωνία, οι οποίες υπέστησαν φοβερά μαρτύρια, μέσα στα οποία ήταν και η βίαιη αποκοπή των μαστών τους<sup>1</sup>.

## E) Τέχνη

Το ομορφότερο, το θηλυπρεπέστερο και ζωογόνο όργανο του γυναικείου σώματος δεν ήταν δυνατόν να μείνει έξω από την τέχνη και κυρίως τη γλυπτική, τη ζωγραφική και την ποίηση.

Ο Ζωγράφος Ζαν Γκοσάρ (16<sup>ος</sup> αιώνας) παρουσιάζει σε πίνακά του την Δανάη με γυμνούς μαστούς καθώς περιμένει τον Δία.

Ο Picasso, ο Dalí και άλλοι ζωγράφοι για να εκφράσουν την αποδιοργάνωση της γυναίκας της εποχής τους, τη ζωγράφισαν με τους μαστούς έξω από το σώμα.

Τέλος ο ζωγράφος Θεόφιλος για να δείξει την απελπισία της γυναίκας, τη ζωγράφισε με γυμνούς τους μαστούς της.

Στο «άσμα Ασμάτων» του Σολομώντα, ένα από τα ωραιότερα δημιουργήματα του ανθρώπινου πνεύματος, συναντάμε τις φράσεις: «ότι αγαθοί μαστοί σου υπέρ οίνον και οσμή μυρών σου υπέρ πάντα τα αρώματα». «αγαπήσομεν μαστούς σου υπέρ οίνον». «Ανάμεσον τον μαστών σου αυλισθήσεται».

Ο Εθνικός μας ποιητής Διονύσιος Σολωμός στη στροφή 85 του «Ύμνου εις την Ελευθερίαν» χαιρετίζει με ενθουσιασμό τις κρινοδάχτυλες παρθένες: «πως ο κόρφος κάθε μια / γλυκοβύζαστο ετοιμάζει / γάλα ανδρείας κι Ελευθερίας».

Ο άλλος μας Εθνικός ποιητής ο Κωστής Παλαμάς, για τα πλούσια στήθη μιας γυναίκας κάνει παρομοίωση με πέρδικα «Περδικούλα Τσιγγάνα, ω μαγεύτρα, που μιλείς τα μεσάνυχτα προς τ' άστρα γλώσσα προσταγής».

Τέλος πολλά κλέφτικα και δημοτικά τραγούδια κάνουν αναφορές «σε μαλαματένια στήθη και ασημένιους κόρφους»<sup>1</sup>.

### 1.2 Η ιδιαίτερη σημασία του μαστού για τη γυναίκα

Ένα όργανο του γυναικείου σώματος που έγινε αντικείμενο της ιστορίας και της μυθολογίας, που εισέπραξε το σεβασμό και την Ιερότητα των θρησκειών, που υμνήθηκε από ποιητές και ζωγράφους και που η λαϊκή μούσα τόσο όμορφα

τραγουδούσε, δεν μπορεί παρά να είναι σημείο αναφοράς για την ίδια τη γυναίκα και να μην την φορτίζει συναισθηματικά οτιδήποτε έχει σχέση με αυτό της το μέλος.

Το να αντικρίζει κανείς ένα καρκίνο στο μαστό είναι κάτι το φοβερό, για την ίδια όμως τη γυναίκα είναι η κόλαση. Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού πολλές φορές εκλαμβάνεται από τις γυναίκες σαν προσωπική αποτυχία και σαν αρχή της απώλειας της θηλυκότητάς της και της γονιμότητάς της. Αν σε όλα αυτά προσθέσουμε και το φόβο για τη θεραπεία και τα αποτελέσματά της μπορούμε να φανταστούμε την τραυματική εμπειρία των γυναικών με καρκίνο του μαστού.

Η εμπειρία των καρκινοπαθών του μαστού είναι κάτι μοναδικό και μη μεταδόσιμο. Για να προσεγγίσει ο ιατρός την αλήθεια σε κάθε περίπτωση ακολουθεί ένα δύσκολο και μακρύ δρόμο. Η αβεβαιότητα για το μέλλον, τα συναισθήματα ενοχής, η σωματική ταλαιπωρία προκαλούν τάσεις απομόνωσης. Η ασθενής με καρκίνο του μαστού χρειάζεται ένα θεραπευτή που να την ακούει και να την φροντίζει.

Στην εποχή μας οι γυναίκες επισκέπτονται το ιατρό τους μόλις αισθανθούν την παραμικρή ανησυχία, πολλές φορές και χωρίς κανένα σύμπτωμα. Άραγε γιατί τόση ανησυχία; Έχει να κάνει γενικώς με το φόβο του καρκίνου; Ή το συγκεκριμένο όργανο φορτίζει με έναν ιδιαίτερο τρόπο της γυναίκες;

Αξίζει να αναρωτηθούμε γιατί μια απλή παρακέντηση στο μαστό προκαλεί τόση έντονη συγκίνηση ενώ η ίδια διαδικασία σε οποιοδήποτε άλλο μέρος του σώματος φαίνεται χωρίς ιδιαίτερη σημασία.

«Το να φοβερίζεις το μαστό μιας γυναίκας μοιάζει σα να προσπαθείς να της αρπάξεις την προσωπικότητά της» λέει ο Σαίξπηρ σ' ένα απ' τα ποιήματά του. τα λόγια αυτά είναι ιδιαίτερα αποκαλυπτικά.

Σήμερα είναι πάρα πολύ γνωστό και αποδεδειγμένο ότι το άγχος, η κόπωση (ψυχική και σωματική) και γενικά η άσχημη ψυχολογία μιας γυναίκας επηρεάζει αρνητικά τους μαστούς της.

Πολλές γυναίκες απογοητευμένες, απελπισμένες, πικραμένες από ένα χωρισμό, από ένα πένθος και γενικά από διάφορες αντίξοες καταστάσεις αρχίζουν να έχουν ενοχλήσεις στους μαστούς.

Ο καλός μαστολόγος θα πρέπει να ξέρει πώς να ακούει αυτές τις γυναίκες και να τους αφιερώνει τον απαιτούμενο χρόνο, ανάλογα με το πρόβλημα της καθεμιάς. Πρέπει να είναι συνετός και ευαίσθητος, διαφορετικά δεν θα έπρεπε να έχει αυτή τη θέση. Και όπως πολύ σωστά υποστηρίζει η Ελένη Μανιατάκη στο βιβλίο της «Εναρμόνιση» : «Τις περισσότερες φορές ο γιατρός προσπαθεί να θεραπεύσει τα εξωτερικά συμπτώματα και αγνοεί ή φοβάται να εισχωρήσει βαθύτερα στα πραγματικά αίτια της ασθένειας». Τα παραπάνω λόγια αποδεικνύουν ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη. Αν αυτό ισχύει για οποιαδήποτε ασθένεια και σε οποιοδήποτε όργανο πόσο μάλλον για μια ασθενή με τα προβλήματα που δημιουργεί ο καρκίνος του μαστού. Εξ όσων αναφέραμε προκύπτει ότι στο μαστό αντανakλάτε η λύπη και η χαρά μιας γυναίκας και αυτό το συγκεκριμένο όργανο είναι που την κάνει να νιώθει χρήσιμη ή που την κατατάσσει στην κατηγορία «των μη παραγωγικών ατόμων»<sup>1</sup>.

### 1.3 Μεταβολές του μαστού στη ζωή της γυναίκας.

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

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

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

2. Γέννηση. Ο μαστός είναι ο ίδιος και στα δύο φύλα. Αποτελείται από γαλακτοφόρους πόρους, που εκβάλουν στην καλά αναπτυσσόμενη θηλή. Παρατηρούνται, ακόμα, μερικές αδενοκυψέλες. Αλλά αδενικά στοιχεία δεν κάνουν ακόμα την εμφάνισή τους.

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

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

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

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

5. Ήβη. Ανάμεσα στο 10<sup>ο</sup>-15<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας οι μαστοί έχουν αναπτυχθεί. Η θηλή μεγαλώνει, γίνεται μελαχρινότερη και κάτω από αυτή σχηματίζεται μικρή μάζα μαστικού ιστού σε σχήμα δίσκου.

Η παραπάνω αύξηση οφείλεται στην ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων, που επιμηκύνονται και διογκώνονται κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων ορμονών.

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

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

6. Αναπαραγωγική ηλικία. Στην ηλικία αυτή οι αστοί παθαίνουν τέτοιες μεταβολές, που θυμίζουν τις μεταβολές του ενδομητρίου.

Ειδικότερα:

1) Στην προεμμηνορρυσιακή φάση οι μαστοί διογκώνονται, γιατί διευρύνονται και επιμηκύνονται οι γαλακτοφόροι πόροι και αναπτύσσονται από αυτούς πολλές προσεκβολές. Επίσης, το επιθήλιο των πόρων υπερπλάσσεται και ο γύρω από τους πόρους συνδετικός ιστός είναι διογκωμένος, μαλακός και διηθημένος με λεμφοκύτταρα. Οι μεταβολές αυτές κάνουν το μαστό ευαίσθητο και προκαλούν αίσθημα πληρότητας, διάτασης ή ελαφρύ πόνο.

2) Όταν αρχίσει η εμμηνορρυσία, οι πόροι και το αδενικό επιθήλιο υποστρέφονται. Η υποστρόφη τους αυτή γίνεται όλο και περισσότερο προοδευτική ως την ωοθυλακιορρηξία και την ανάπτυξη του ωχρού σωματίου.

3) Ο μαστός της ώριμης γυναίκας, που δεν θηλάζει, δεν έχει μόνο εκκριτική αλλά και απορροφητική ικανότητα. Δηλαδή, αν εξετάσουμε ιστολογικά τα αδενικά λόβια, θα παρατηρήσουμε, πως εμφανίζεται με τη μορφή ωχρού, άμορφου υλικού, που περιέχει κύτταρα ή κυτταρικά συγκρίματα και λιποσφαίρια.

4) Οι μαστοί παίρνουν μέρος στον οργασμό με διόγκωσή τους και αύξηση του μεγέθους των θηλών.



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

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

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

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

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

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η επανααρροφητική ικανότητα του μαστού διατηρείται. Έτσι, εξηγείται η γαλακτοζαρία, που εμφανίζεται, κάποτε, στην εγκυμοσύνη. Αυτή προέρχεται από την απορρόφηση της γαλακτόζης από τον ίδιο το μαστικό αδένος.

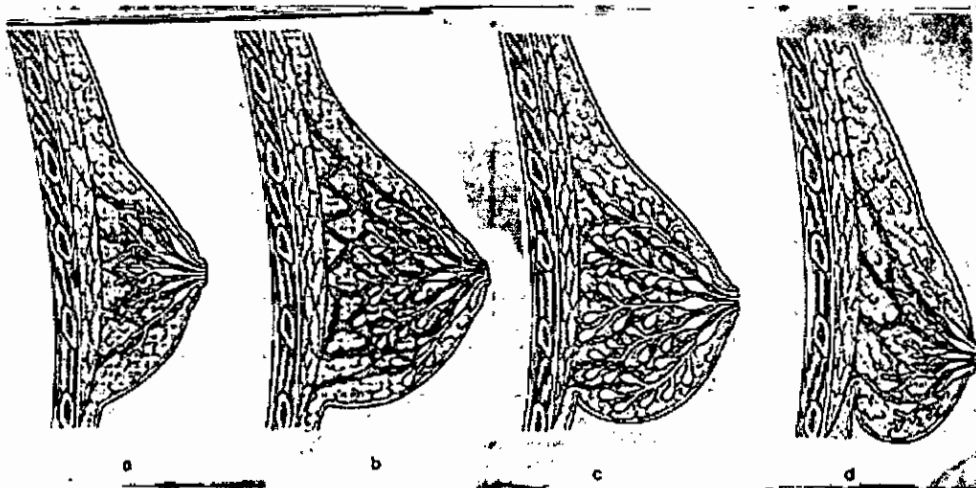
Αμέσως μετά την έξοδο του πλακούντα τα βασικά κύτταρα των αδενοκυψελών αρχίζουν την έκκριση γάλακτος κάτω από την επίδραση της προλακτίνης.

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

9. Εμμηνόπαυση. Στην εμμηνόπαυση επέρχεται προοδευτική βράχυνση των γαλακτοφόρων πόρων από την περιφέρεια τους προς τη θηλή. Επίσης, ατροφία των αδενοκυψελών και πάχυνση του συνδετικού ιστού, που βρίσκεται γύρω από τους πόρους. Έτσι με την πάροδο της ηλικίας, η κίτρινη χροιά του μαστού εξαφανίζεται, για να γίνει λευκή.

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

Στο τελευταίο στάδια της υποστροφής των μαστών, δηλαδή μετά το 50<sup>ο</sup> έτος, το στρώμα τους γίνεται πυκνό και σκληρό και οι γαλακτοφόροι πόροι και τα αγγεία ατροφούν<sup>2,12</sup>.



**Υφή του μαστού στις διάφορες ηλικίες**

a. Μαστός στην ήβη, b. μαστός 20χρονης, c. Μαστός ώριμης ηλικίας, d. Μαστός γήρατος.

(GROS)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### 2.1 Ανατομική ανασκόπηση

ο μαστός είναι το χαρακτηριστικό γνώρισμα για την κατάταξη του ανθρώπου στην κατηγορία των θηλαστικών. Στον άνδρα παραμένει ανενεργός. Ενώ στη γυναίκα υπόκειται σε πολλές λειτουργικές και μορφολογικές μεταβολές και σχετίζεται με την εμμηνορρυσία, την εγκυμοσύνη, την γαλουχία και την εμμηνόπαυση. Ο δυναμικός αυτός ρόλος του μαστού έχει σαν συνέπεια ένα πλήθος δυσλειτουργιών που καθιστούν τα νοσήματα του μαστού και συχνά και δύσκολα<sup>3,4</sup>.

Η γνώση της Ανατομικής του μαστού για τη μελέτη των παθήσεων ή των διαφόρων καταστάσεων είναι απαραίτητη.

Οι μαστοί στον άνθρωπο βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα μεταξύ στέρνου και μασχάλης και εκτείνονται από την 2<sup>η</sup> και την 3<sup>η</sup> πλευρά μέχρι την 6<sup>η</sup> και την 7<sup>η</sup>. Κάθε μαστός έχει σχήμα περίπου ημισφαιρικό ή κωνικό και εμφανίζει δυο επιφάνειες και μια περιφέρεια.

Η πρόσθια επιφάνεια φέρει τη θηλή και τη θηλαία άλω. Στην κορυφή της θηλής βρίσκονται οι γαλακτοφόροι πόροι με 15 έως 20 στόμια<sup>4,5,6</sup>.

Η θηλή περιέχει πολλά μυϊκά κύτταρα των οποίων η σύσπαση προκαλεί την ανόρθωσή της.

Ο μαστός από έξω προς το βάθος αποτελείται από το δέρμα, το περιμαστικό λίπος και τον μαστικό αδένα (μαστικό σώμα).

Το δέρμα: Περιλαμβάνει το μαστό και διαφέρει στη και στη θηλαία άλω. Το δέρμα του μαστού έχει σημηματογόνους και υδροτοποιούς αδένες, εκτός από το δέρμα των θηλών το οποίο στερείται των υδροτοποιών αδένων.

Το λίπος: Το περιμαστικό λίπος είναι συνέχεια του υποδόριου λίπους ενώ στην περιοχή της θηλής και θηλαίας άλω, δεν υπάρχει. Μέσα σ' αυτό βρίσκεται ο

μαστικός αδένας. Στην οπίσθια επιφάνεια του μαστού το λίπος είναι ελάχιστο και άφθονο μπροστά από το μαστικό αδένα.

Μαστικός αδένας: αυτός έχει σχήμα δίσκου αλλά το σχήμα του αλλάζει κατά τον τοκετό και την γαλουχία και γίνεται μεγαλύτερο και ανώμαλο. Ο μαστικός αδένας περιβάλλεται από πέταλο συνδετικού ιστού. Διακρίνουμε σ' αυτόν δύο επιφάνειες: την πρόσθια, την οπίσθια και περιφέρεια.

Ο μαστικός αδένας αποτελείται από τους λοβούς, τους εκφυρητικούς πόρους, τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες. Επίσης ο μαστικός αδένας αποτελείται από 15 έως 20 λοβούς και ο κάθε λοβός έχει ένα γαλακτοφόρο πόρο<sup>8,2,3,12</sup>.

## 2.2 Φυσιολογία του μαστού

ο μαστός της γυναίκας εξυπηρετεί την αναπαραγωγική διαδικασία με δύο τρόπους; α) ως μέσο πρόκλησης του αρσενικού για σεξουαλική δραστηριότητα και β) ως μέσο εξωμήτριας υποστήριξης του νεογέννητου μωρού.

Η βιολογική αυτή αποστολή του μαστού επιτυγχάνετε με την ανάπτυξη του αδένα μέσω διαφόρων σταδίων εξέλιξης μέχρι την τελική του μορφή και με την προετοιμασία για την κύρια λειτουργία του και συγχρόνως αποστολή του, που είναι η γαλουχία.

Η ανάπτυξη του μαστού και η λειτουργία του εξαρτάτε αποκλειστικά από την επίδραση πολλών ορμονικών παραγόντων. Από όλες τις ορμόνες, η προλακτίνη φαίνεται ότι επιδρά περισσότερο σε συνεργασία με τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη (ορμόνες οι οποίες παράγονται από τις ωοθήκες)<sup>9</sup>.

Εξ' όλων αυτών συμπεραίνουμε ότι οι μαστικοί αδένες αποτελούν αναπόσπαστό μέρος του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκεται κάτω από αρμονικό έλεγχο. Διαπιστώνουμε δηλαδή ότι στους παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργία του μαστού ανήκουν: ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι

ωοθήκες, ο θυρεοειδής αδένας τα επινεφρίδια, ο πλακούντας και το νευρικό σύστημα. Ο μαστός δηλαδή είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο<sup>2</sup>.

Τέλος πρέπει να επισημάνουμε ότι η λειτουργία του μαστικού αδένου υπόκειται σε πλήθος μεταβολών που σχετίζονται με την έμμηνο ρύση, την κύηση, τη γαλουχία και την εμμηνόπαυση.

Κατά την έμμηνο ρύση, αρχίζοντας από την 8<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου, ο γυναικείος μαστός βαθμιαία αυξάνει σε μέγεθος ενώ ο όγκος του πριν την εμμηνορρυσία μπορεί να αυξηθεί ως 50%. Ο μαστός εμφανίζει τάση και ευαισθησία. Η αύξηση αυτή του μεγέθους του μαστού δεν έχει απόλυτα διευκρινισθεί που οφείλεται, αλλά ένα μέρος αυτών των συμπτωμάτων οφείλετε σε οίδημα και υπεραιμία. Με την εμφάνιση της έμμηνο ρύσης τα παραπάνω συμπτώματα αρχίζουν να υποχωρούν ξανά ο μαστός φτάνει ξανά στο μικρότερο μέγεθός του κατά την 8<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου<sup>3</sup>.

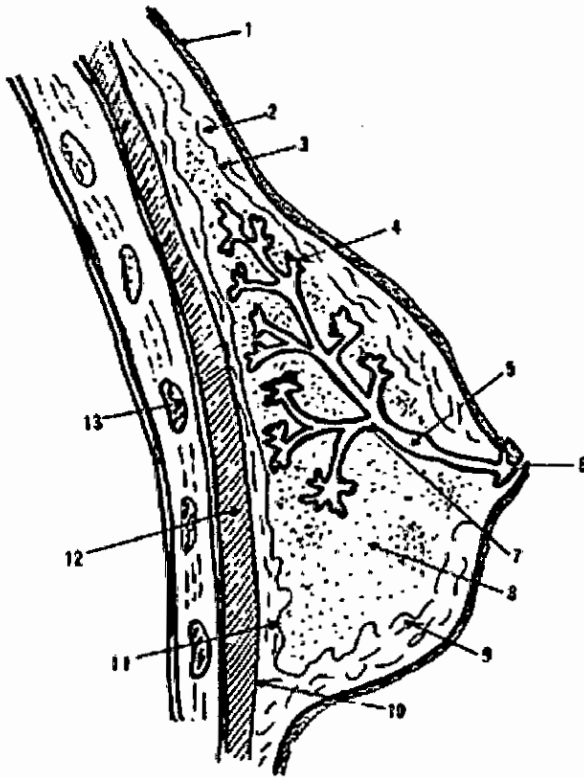
Κατά την διάρκεια της κύησης αναπτύσσετε βαθμιαία και λειτουργεί ένας αδένας, ο πλακούντας που κατακλύζει την γυναίκα με τεράστιες ποσότητες ορμόνης της κύησης (οιστρογόνα και προγεστερόνη και πλακουντικό γαλακτογόνο) που ασκούν άμεση ή έμμεση επίδραση στο μαστό. Αποτελέσματα αυτών των επιδράσεων είναι ότι ο μαστικός αδένας αναπτύσσετε μορφολογικά και λειτουργικά στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό. Παράλληλα με την επίδραση των αναφερομένων ορμονών ο μαστός προετοιμάζετε για την παραγωγή γάλακτος.

Η προλακτίνη περισσότερο από άλλες ορμόνες έχει την ευθύνη για την έναρξη αλλά και για τη διατήρηση της γαλουχίας στη γυναίκα μετά τον τοκετό.

Τις τελευταίες μέρες τις εγκυμοσύνης και μια έως δυο μέρες μετά τον τοκετό εκκρίνεται από τους μαστούς μικρή ποσότητα υγρού που έχει μεγάλη σημασία στη διατροφή του νεογνού, στην άμυνα του οργανισμού του, γιατί περιέχει αντισώματα, και στην αποβολή του περιεχομένου του εντέρου του μηκωνίου. Το υγρό αυτό λέγεται πύαρ (πρωτόγαλα) περιέχει πρωτεΐνες και λακτόζη και καθόλου λίπος και ως την δέκατη ημέρα της λοχείας αυξάνετε σε ποσότητα και αραιώνετε σε πυκνότητα. Τότε λέγεται μεταβατικό γάλα και ύστερα παίρνει την οριστική

σύσταση του γάλακτος. Κατά την έκκριση του γάλακτος οι μαστοί διογκώνονται και γίνονται επώδυνοι. Παρόλα αυτά το γάλα της μητέρας αποτελεί ιδεώδη τροφή για το νεογνό γιατί ανταποκρίνεται στις βιολογικές του ανάγκες.

Τέλος κατά την εμμηνόπαυση ξεκινάει μια σταδιακή εξαφάνιση των λοβίων. Η εξαφάνιση αυτή δεν είναι τέλεια, ορισμένα λοβία διατηρούνται αλλά είναι μικρότερα ενώ σε άλλες περιοχές παραμένουν μόνο οι μεγαλύτεροι πόροι. Καθώς όμως το αδενικό στοιχείο υπάρχει, ο λιπώδης ιστός αναπτύσσεται με αποτέλεσμα ο μαστός να διατηρεί το εξωτερικό, σφαιρικό του περίγραμμα. Στις πολύ αδύνατες όμως γυναίκες οι μαστοί εμφανίζονται πλαδαροί εξαιτίας αυτής ακριβώς της μείωσης του αδενικού στοιχείου.



- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1. Δέρμα                                | 2. Υποδέρμα λιπώδης ιστός |
| 3. Επιπόλαιη                            | 4. Αδενοκυψέλη            |
| 5. Λήκυθος                              | 6. Στόμιο                 |
| 7. Κύριος Γαλακτοφόρος                  | 8. Αδενικός ιστός         |
| 9. Κρεμαστήριος σύνδεσμος               | 10. Οπισθομαστικός χώρος  |
| 11. Εν τω βάθει πέταλο επιπ. Περιτονίας |                           |
| 12. Μείζων θωρακικός μυς                | 13. Πλευρές               |

Εικόνα 1. Σχηματική εικόνα με το σύνολο των ανατομικών στοιχείων που αποτελούν τον μαστικό αδένα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### 3.1 Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο τρίτος σε συχνότητα καρκίνος στον κόσμο μετά από τον καρκίνο του πνεύμονα και του στομάχου. Και αποτελεί πλέον την κυριότερη αιτία θανάτου των γυναικών σε πολλές χώρες. Υπολογίζετε ότι σήμερα μια στις 10-11- γυναίκες θα παρουσιάσει καρκίνο του μαστού σε κάποιο χρόνο στην ζωή της.

Οι στατιστικές έρευνες αναφέρουν πως στον Ελληνικό χώρο κάθε χρόνο προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού γύρω στις 1400 γυναίκες. Και γύρω στις 700 πεθαίνουν απ' αυτόν. Η κάθε Ελληνίδα έχει πιθανότητα να προσβληθεί κατά τη διάρκεια της ζωής της από καρκίνο του μαστού 3,5%<sup>7</sup>.

Στην πλειοψηφία των χωρών η αρχή αλλά σταθερή αύξηση του θανάτου από καρκίνο του μαστού αποδίδετε στην αύξηση του μέσου όρου ζωής.

Ο καρκίνος του μαστού δεν εμφανίζεται συχνά σε ηλικία κάτω των 25 ετών ενώ η συχνότητα του αυξάνετε σταθερά και φτάνει στο αποκορύφωμα του σε μεγάλες ηλικίες. Με βάση στατιστικά στοιχεία η συχνότητα του καρκίνου του μαστού είναι λίγο μεγαλύτερη στις λευκές γυναίκες. Επίσης έχει αποδειχθεί ότι η συνηθέστερη ηλικία εμφάνισης του καρκίνου του μαστού είναι η 20ετία από 40 έως 60 ετών.

Το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης στον καρκίνο του μαστού στον οποίο γίνεται διάγνωση σε πρώιμο στάδιο έχει αυξηθεί αισθητά τις τελευταίες δεκαετίες. Όταν η νόσος περιορίζετε στο μαστό και δεν είναι διηθητική υπάρχουν ποσοστά ίασης μέχρι και 100%.

Διαφωνίες επίσης υπάρχουν και για τη σχέση θεραπείας και επιβίωσης. Οι διαφωνίες όμως αυτές δεν αφορούν την πιθανότητα της επίδρασης της αγωγής στην επιβίωση αλλά στο ποια θεραπεία δίνει την καλύτερη επιβίωση. Γενικά πιστεύετε ότι στην 5ετή επιβίωση δεν υπάρχουν σοβαρές διαφορές μεταξύ των

ποικίλων θεραπευτικών αγωγών, με την προϋπόθεση βέβαια ότι μιλάμε για το ίδιο στάδιο της νόσου. Στην 10ετή όμως επιβίωση οι διαφορές φαίνονται πιο σημαντικές και υπερτερούν οι ριζικές χειρουργικές τεχνικές.

Διακρίνεται επίσης σε διάφορες μελέτες η σημαντικότητα που έχει για την επιβίωση της ασθενούς το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η νόσος. Τα συμπτώματα που βγαίνουν από τις κλινικές μελέτες είναι ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο πρωτοπαθής όγκος, τόσο τα ποσοστά επιβίωσης μειώνονται. Πιστεύετε ακόμα ότι η επιβίωση μειώνεται όταν η διήθηση του όγκου στην κοιλότητα της μασχάλης έχει γίνει σε περισσότερους από τρεις λεμφαδένες.

Είναι φανερό πως οι δείκτες θνησιμότητας είναι εντυπωσιακά διαφορετική από χώρα σε χώρα. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι η θνησιμότητα από το καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα είναι πολύ μικρότερη από άλλες αναπτυγμένες χώρες. Το ίδιο συμβαίνει και με τη συχνότητα. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο περίπου 1.500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού, αλλά απ' αυτές τα 2/3 περίπου επιβιώνουν πάνω από μια 5ετία.

Όμως η επιβίωση περιπτώσεων με καρκίνο μαστού είναι συνάρτηση αρκετών παραγόντων. Σπουδαιότεροι από αυτούς τους παράγοντες θεωρούνται: η ηλικία, η θεραπευτική αγωγή, η βαρύτητα της νόσου και το περιβάλλον και πολλοί ακόμη που θα τους εξετάσουμε αναλυτικά παρακάτω.

### 3.2 Αιτιολογική συσχέτιση του καρκίνου του μαστού.

Κύριοι επιβαρυντικοί παράγοντες του καρκίνου του μαστού θεωρούνται: το οικογενειακό και ατομικό ιστορικό, παράγοντες που προέρχονται από το περιβάλλον, τη διατροφή, έκθεση σε φάρμακα και ακτινοβολίες, εξωγενείς και ενδογενείς ορμονικοί παράγοντες και ηλικία καθώς επίσης αντισύλληψη<sup>10</sup>.

Πίνακας 2. Κατάταξη παραγόντων κινδύνου κατά σπουδαιότητα (κατά Abeloff και συν.)



Παράγοντες κινδύνου.

Μείζονες

- Φύλο
- Ηλικία
- Προηγούμενος καρκίνος του μαστού
- Οικογενειακό ιστορικό
- Ατοκία

Ενδιάμεσοι

- Εμμηναρχή
- Ακτινοβολία
- Βάρος σώματος

Ήσσονες

- Οινόπνευμα
- Διατροφή
- Αντισυλληπτικά
- Θεραπεία αντικατάστασης με ορμόνες.

### 3.2.1 Οικογενειακό ιστορικό

Ύπαρξη ιστορικού καρκίνου του μαστού στην οικογένεια αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης νόσου στα μέλη αυτής. Η σχέση της κληρονομικότητας με τον καρκίνο του μαστού είναι διαπιστωμένη και αφορά σε συγγενείς πρώτου βαθμού δηλαδή μητέρα και αδελφή. Γενικά ένα ποσοστό 10-15% του καρκίνου του μαστού είναι σχετικό με το οικογενειακό ιστορικό.

Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι η πρόγνωση του καρκίνου στις γυναίκες με θετικό οικογενειακό ιστορικό είναι κακή. Πάντως υπάρχουν άλλοι οι οποίοι δεν αποδέχονται αυτή την άποψη και μάλιστα ισχυρίζονται ότι οι γυναίκες αυτές όχι

μόνο δεν έχουν κακή πρόγνωση αλλά ενδεχομένως και καλύτερη από τις γυναίκες που δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό.

Όμως τι είδους συμβουλές μπορούν να δοθούν σε γυναίκα η οποία ανησυχεί επειδή βαρύνετε με οικογενειακό ιστορικό; Σε πολλές από αυτές τις γυναίκες δεν είμαστε σε θέση να προσδιορίσουμε το σωστό βαθμό κινδύνου. Η εμφάνιση του καρκίνου του μαστού σε μερικά συγγενικά πρόσωπα προχωρημένης ηλικίας, αποτελεί μικρότερο κίνδυνο για μια γυναίκα από εκείνη, όταν η μητέρα της παραδείγματος χάρη έχει εμφανίσει καρκίνο του μαστού σε πολύ νεαρή ηλικία. Θα έχουμε τη δυνατότητα καλύτερης αξιολόγησης του κινδύνου από τον κληρονομικό καρκίνο, όταν θα αυξηθούν οι γνώσεις μας στη μοριακή γενετική.

Επειδή όμως η αξιολόγηση αυτού του κινδύνου, τουλάχιστον για σήμερα, δεν γίνεται και τόσο σωστά πρέπει να είμαστε προσεκτικοί και στον τρόπο παρακολούθησης και στο θέμα της προφυλακτικής μαστεκτομής.

Με την ανάπτυξη της επιστήμης της γενετικής θα υπάρχει η δυνατότητα εντόπισης και χαρακτηρισμού γονιδίων που αφορούν τον κληρονομικό καρκίνο του μαστού και κατ' επέκταση θα ανοίξουν νέοι ορίζοντες για την καλύτερη εξήγηση και κατανόηση της εξέλιξης του κληρονομικού καρκίνου. Ενδεχομένως βέβαια η εντόπιση και μόνο αυτών των γονιδίων να μην είναι σε θέση να λύσει το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες με υψηλό βαθμό επικινδυνότητας, σίγουρα όμως θα υπάρχει μια έγκαιρη προσέγγιση της νόσου και θα οδηγήσει στην εφαρμογή εντονότερου προφυλακτικού προγράμματος<sup>10</sup>.

### 3.2.2 Γυναικολογικό ιστορικό

Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να επιδράσει στη δημιουργία καρκίνου του μαστού σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες είναι το γυναικολογικό ιστορικό. Ειδικότερα έχει αποδειχθεί ότι ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος σε γυναίκες που η περίοδος άρχισε σε μικρή ηλικία (κάτω των 10 ετών) ή σταμάτησε σε μεγάλη ηλικία (άνω των 50-53ετών). Αντίθετα γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χειρουργική

αφαίρεση των ωοθηκών για διάφορους λόγους παρουσιάζουν μικρότερο κίνδυνο να πάθουν καρκίνο του μαστού. Ο γάμος – τεκνοποίηση, η ηλικία κατά την πρώτη γέννηση και ο θηλασμός είναι παράγοντες που επηρεάζουν την δημιουργία ή μη του καρκίνου του μαστού. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι στις άγαμες υπάρχει 73% μεγαλύτερη επίπτωση απ’ ότι στις έγγαμες. Ακόμη μεταξύ έγγαμων γυναικών ηλικίας πάνω από 35 ετών, οι άτοκες προσβάλλονται συχνότερα από τις έγγαμες που έχουν γεννήσει. Τέλος έγγαμες που θήλασαν τα παιδιά τους εμφάνισαν μικρές μόνο διαφορές σε σχέση με γυναίκες που δεν τα θήλασαν. Η άποψη όμως αυτή, ότι δηλαδή ο θηλασμός δεν προστατεύει από το καρκίνο του μαστού ενώ παλιότερα ήταν πεποίθηση, σήμερα δεν είναι παραδεκτή. Όμως και σήμερα δεχόμαστε την προστασία του θηλασμού και μάλιστα όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κρατήσει τόσο η προστασία είναι μεγαλύτερη.

Πιστεύετε πως όταν το πρώτο έμβρυο είναι αρσενικό η γυναίκα προστατεύετε περισσότερο από καρκίνο στο μαστό της λόγω του ότι το έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εκκρίνει ανδρογενές ορμόνες. Ενώ όπως αναφέρθηκε έχει σημασία η ηλικία της γυναίκας στον πρώτο της τοκετό, δεν έχει διαπιστωθεί ο ρόλος που μπορεί να παίζουν οι περισσότεροι του ενός τοκετού.

Οι αμβλώσεις, δηλαδή οι διακοπές της εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνό της διαπιστώθηκε πως αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες εκδήλωσης καρκίνου του μαστού<sup>2,10</sup>.

### 3.2.3 Περιβαλλοντικοί παράγοντες

η συχνότητα του καρκίνου του μαστού στις διάφορες χώρες του κόσμου είναι διαφορετική. Γενικά η συχνότητα στην Ασία και στις Τριτοκοσμικές χώρες είναι χαμηλότερη σε σύγκριση μ’ αυτήν της βόρειας Αμερικής, της Ευρώπης και γενικά των πλουσίων χωρών.

Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού στις προηγμένες χώρες σε σύγκριση μ’ αυτές που τώρα αναπτύσσονται είναι σημαντικά υψηλή. Η Ιαπωνία αποτελεί

εξαίρεση. Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού συγκρινόμενη μ' αυτή της βόρειας Αμερικής και της βόρειας Ευρώπης σημειώνετε κατά το ήμισυ. Παρόλα αυτά και στην Ιαπωνία σήμερα η συχνότητα του καρκίνου που εξετάζουμε συνεχώς αυξάνετε, μέσα στο περιβάλλον<sup>2,10,11</sup>.

Πέρα όμως από τις γεωγραφικές επιδράσεις στην δημιουργία του καρκίνου του μαστού παίζει σημαντικό ρόλο και το στενότερο περιβάλλον, καθώς επίσης και το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο των γυναικών. Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες κοινωνικές και οικονομικές τάξεις και φαίνεται πως και στην χώρα μας η αύξηση είναι ανησυχητική. Η κοινωνική και οικονομική κατάσταση είναι παράγοντες που δύσκολα μπορούν να μετρηθούν με αυστηρά κριτήρια. Γενικά πιστεύεται ότι ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις μορφωμένες γυναίκες και στις γυναίκες με υψηλό οικονομικό εισόδημα<sup>10,11,13</sup>.

#### 3.2.4 Διαιτητικές παράγοντες

Ο ρόλος της διατροφής και ειδικά η υψηλή κατανάλωση λίπους έχει επισημανθεί πολλά χρόνια πριν, σε μελέτες οι οποίες όμως είναι αντιφατικές η κατανάλωση λίπους έχει ενοχοποιηθεί περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη τροφή και έχει προκαλέσει έντονες διαμάχες κατά τις τελευταίες δεκαετίες όμως πολύ λίγες συσχετίσεις του καρκίνου του μαστού με την κατανάλωση λιπαρών τροφών έχουν επιβεβαιωθεί. Πιθανολογείται ότι οι διαιτητικοί παράγοντες, αν πράγματι παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Αυτό συμβαίνει επειδή η πλούσια σε λιπαρά τροφή χορηγήθηκε σε μεγάλες ποσότητες κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Δε λείπουν όμως και οι υποστηρικτές της άποψης ότι η δίαιτα σε λίπη ελαττώνει τον κίνδυνο του μαστού στις γυναίκες. Όπως φαίνεται εκ των προτέρων το ενδιαφέρον εστιάζεται στην ποσότητα κατανάλωσης ενέργειας που προέρχεται από λιπαρή διατροφή. Αυτό που είναι σίγουρο είναι ότι για να αξιολογηθούν επαρκώς οι παραπάνω απόψεις και αν

εξαχθούν συμπεράσματα χρειάζονται κλινικές μελέτες, διότι ναι μεν η χορήγηση υψηλής ποσότητας λιπών επιδρά στην εξέλιξη του όγκου του μαστού στα πειραματόζωα, όμως συμβαίνει το ίδιο και στον άνθρωπο; Αυτό οι μελέτες του μέλλοντος θα το δείξουν. Πάντως πιστεύεται πως οι παχύσαρκες γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο του μαστού. Σαν παράδειγμα, αναφέρεται πως στο δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο σημειώθηκε αισθητή μείωση της εμφάνισης της νόσου και αποδόθηκε στα διατροφικά προβλήματα της εποχής. Εκ του παραδείγματος συμπεραίνουμε ότι όσο η διαίτα η πλούσια σε λιπαρά οξέα αυξάνει τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού τόσο οι δίαιτες οι πλούσιες σε ίνες μπορούν να έχουν προστατευτικό ρόλο εναντίον του καρκίνου του μαστού.

Έχει αναφερθεί σχέση του ύψους του ατόμου και του κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, όμως η σχέση αυτή δεν έχει διευκρινιστεί πάντως αυτή η σχέση ενδεχομένως να αφορά τα πρώτα χρόνια ζωής του ατόμου. Προτού ακόμα αποκτήσει το κανονικό του ύψος και σχετίζεται με την πλούσια διατροφή κατά την περίοδο της ανάπτυξης.

Οι άνθρωποι με τον τρόπο σίτισης τους περνούν καρκινογόνα και αντικαρκινογόνα συμπλέγματα για παράδειγμα είναι γνωστό ότι τα ψητά και τα τηγανιτά κρέατα καθώς και τα τηγανιτά ψάρια παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανθρώπινη καρκινογένεση. Αντίθετα εδώ και πολλά χρόνια υποστηρίζεται ότι οι βιταμίνες A,C και E ελαττώνουν τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού. Η άποψη βέβαια αυτή δε βασίζεται σε προγραμματισμένες μελέτες. Στις προηγούμενες εργασίες που έγιναν δε διαπιστώθηκε επίδραση των βιταμινών C και E επί του καρκίνου του μαστού. Αντίθετα μάλιστα η επίδραση παραπανίσιας βιταμίνης A αυξάνει τον κίνδυνο. Το ενδιαφέρον των επιστημόνων έχει επικεντρωθεί τελευταία στο ρόλο που μπορούν να παίζουν όλου του είδους τα αντιοξειδωτικά στη μείωση του κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού, όμως τα διαθέσιμα στοιχεία υποδηλώνουν μια σχέση αλλά δεν είναι επαρκή για οριστικά συμπεράσματα.

Ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού παρουσιάζει μεγάλη σχέση με τη λήψη οινοπνεύματος. Η ανάλυση μελετών οδηγεί στο συμπέρασμα ότι άτομα που παίρνουν καθημερινά ποσότητα οινοπνεύματος έχουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν από καρκίνο του μαστού. Υποστηρίζεται ότι οι γυναίκες οι οποίες κάνουν χρήση οινοπνεύματος πριν από τα τριάντα τους χρόνια είναι περισσότερο επιρρεπείς στη νόσο σε αντίθεση με αυτές οι οποίες αρχίζουν την χρήση οινοπνεύματος σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Έχει αναφερθεί ότι το οινόπνευμα ίσως να επηρεάζει τον κίνδυνο για τον καρκίνο του μαστού επειδή επιδρά στην έκκριση της προλακτίνης, στο μεταβολισμό των οιστρογόνων και στην παραγωγή μελανίνης. Γενικά είναι αποδεκτό ότι το οινόπνευμα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού στη γυναίκα και αυτό αντανακλάται μέσα από διάφορες μελέτες.

Γεννάται λοιπόν το ερώτημα: οι γυναίκες δεν πρέπει να κάνουν χρήση οινοπνεύματος; Η χρήση λογικής ποσότητας οινοπνεύματος, η οποία μάλιστα θεωρείται και ευεργετική για τις παθήσεις της καρδιάς δε μπορεί να απαγορευτεί γενικώς σε όλες τις γυναίκες. Η απαγόρευση μπορεί να αφορά τις γυναίκες εκείνες οι οποίες έχουν και άλλους παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού<sup>1,2,10,11</sup>.

### 3.2.5 Ορμονικοί παράγοντες – αντισυλληπτικά

Η φυσιολογική ανάπτυξη του μαστού, η καρκινογένεση στο μαστό και η εξέλιξη του καρκίνου του μαστού, φαίνεται ότι έχουν άμεση εξάρτηση από την αλληλεπίδραση διαφόρων ορμονών. οι εν λόγω ορμόνες μπορεί να είναι ενδογενείς οι οποίες παράγονται από τις ωοθήκες, την υπόφυση, τα επινεφρίδια, το θυρεοειδή αδένιο και το πάγκρεας, αλλά και εξωγενείς χορηγούμενες υπό μορφή φάρμακων.

### Ενδογενείς ορμόνες

Τα οιστρογόνα προκαλούν μιτώσεις στα επιθηλιακά κύτταρα του μαστού και πιθανόν να συνδέονται με την αύξηση του κινδύνου του καρκίνου του μαστού. Η προγεστερόνη έχει άμεση σχέση με αναπλαστικές δραστηριότητες και πιθανόν αν σχετίζεται και με τον καρκίνο του μαστού. Ωστόσο για να καταλήξουμε σε συμπεράσματα και να διευκρινιστούν οι μηχανισμοί δράσεις των ενδογενών ορμονών χρειαζόμαστε περισσότερα δεδομένα και ειδικά για την κατηγορία των γυναικών που νοσούν από καρκίνο του μαστού σε στάδια πριν από την εμμηνόπαυση.

### Εξωγενείς ορμόνες

Η εφαρμογή θεραπείας σε γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση με ορμόνες έχει στόχο να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, να αποτρέψει την οστεοπόρωση και να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού έγινε αντικείμενο αναρίθμητων μελετών κατά τα 15-20 τελευταία χρόνια. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών είναι διαφορετικά και ασαφή. Μερικές μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ο κίνδυνος αυξάνεται, άλλες ότι δεν υπάρχει επίπτωση και υπάρχουν και κάποιες που καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει ελάττωση του κινδύνου.

Με βάση τα στοιχεία των παραπάνω ερευνών φαίνεται λογική η ανησυχία τόσο του ιατρικού κόσμου όσο και του κοινού. Όλοι προβληματίζονται για το αν η χορήγηση οιστρογόνων (μόνα τους ή σε συνδυασμό με προγεστερόνη) μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του μαστού. Παρόλα αυτά γενικεύσεις σε εσφαλμένα συμπεράσματα επειδή η μελέτη της επίδρασης των ορμονών αυτών στο μαζικό αδένια και η ενοχοποίηση τους για καρκινογένεση πρέπει να αναλωθεί σε σχέση με την ηλικία των γυναικών, το χρόνο, τη χρήση τους και την διάρκεια της θεραπείας <sup>1,2,10,13</sup>.

Πολλοί ερευνητές έχουν εξετάσει κατά πόσο τα αντισυλληπτικά δισκία αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, ρόλος των

αντισυλληπτικών σαν επιβαρυντικός παράγοντας για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού συζητείται μέχρι σήμερα. Πάντως η μακρόχρονη λήψη τους από μικρή ηλικία σχετίζεται με την αυξημένης συχνότητα εμφάνισης της νόσου. Όλες οι μελέτες απέδειξαν ότι οι γυναίκες μεταξύ 25-40 χρόνων που έκαναν χρήση αντισυλληπτικών δεν διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο. Τα πράγματα είναι εντελώς διαφορετικά για γυναίκες κάτω των 25 χρόνων. Παρατηρήθηκε ότι στις άτοκες γυναίκες ηλικίας 20 έως 25 χρόνων που έκαναν χρήση αντισυλληπτικών για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των τεσσάρων χρόνων η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού είναι 1 στις 5. Βέβαια υπάρχει και ο αντίλογος στις έρευνες αυτές που λέει ότι τα αποτελέσματα αφορούσαν αντισυλληπτικά της πρώτης γενιάς που περιείχαν μεγάλες δόσεις οιστρογόνων και προγεστερόνης χρειάζεται να γίνουν επιπλέον μελέτες για να στηρίξουν ή να απορρίψουν την παραπάνω άποψη<sup>1,13</sup>.

### 3.2.6 Ιατρικό ιστορικό

Μερικοί τύποι καλοηθών νόσων του μαστού έχουν συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο. Επίσης ιστορικό καρκίνου του μαστού και ιστορικό καρκίνου του ενδομητρίου και ωοθηκών συσχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο.

Οι γυναίκες οι οποίες έχουν υποβληθεί σε μια ή περισσότερες βιοψίες επειδή έπασχαν από ινοκυστική μαστοπάθεια ή άλλο είδους καλοήθεις παθήσεις έχουν μεγαλύτερο ποσοστό κινδύνου να εμφανίσουν στο μέλλον καρκίνο του μαστού από ό,τι αυτές που δεν έχουν υποβληθεί σε τέτοιου είδους εξετάσεις.

Οι παθολογοανατόμοι επί χρόνια ολόκληρα μερικές άλλες καλοήθεις παθήσεις τις χαρακτήριζαν σαν ινοκυστική νόσο. Σήμερα έχουμε κατανοήσει ότι κάτι τέτοιο είναι λανθασμένο και αναζητούμε άλλα ευρήματα και χρησιμοποιούμε διαφορετική γλώσσα.



Τα πράγματα δυσκολεύουν κατά πολύ όταν στο ιστορικό της ασθενούς αναφέρεται προηγούμενη εμπειρία ασθένειας από κακοήθεια είτε του μαστού είτε άλλου οργάνου.

Μια γυναίκα η οποία έχει υποστεί μαστεκτομή από διηθητικό καρκίνο κινδυνεύει από την εμφάνιση καρκίνου και στον άλλο μαστό, συνήθως οι πρωτοπαθείς καρκίνοι έχουν καλή πρόγνωση όταν έχουν μικρό μέγεθος δεν υπάρχει διήθηση σε λεμφαδένες και έχουν χαμηλό βαθμό κακοήθειας.

Η αντιμετώπιση ενός καρκίνου στον έναν μαστό χωρίς αφαίρεση όλου του μαστού εμπεριέχει τον κίνδυνο εμφάνισης εκ νέου καρκίνου. Η αναλογία αυτή είναι ίδια με τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου στον άλλο μαστό.

Από τα παραπάνω εξάγεται το συμπέρασμα ότι το προηγούμενο ιστορικό καρκίνου του μαστού και στη συνέχεια εμφάνισης ενός νέου καρκίνου επιβάλλει την συνεχή παρακολούθηση και την έγκαιρη διάγνωση<sup>10,11,13</sup>.

### 3.2.7 Ηλικία

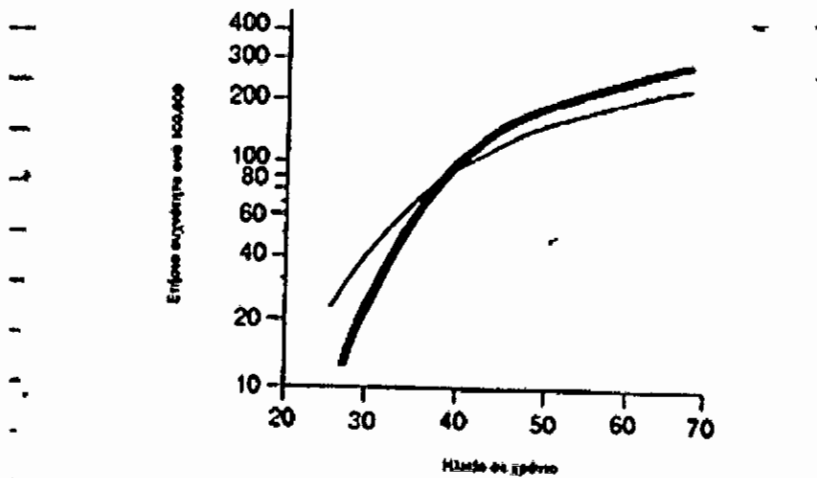
Η επίδραση της ηλικίας από καρκίνο του μαστού έχει αρκετά ερευνηθεί χωρίς όμως αν υπάρχουν συμπεράσματα, πιστεύεται όμως ότι ο καρκίνος του μαστού στα νεαρά άτομα έχει ταχύτατη εξέλιξη και για το λόγο αυτό προσέρχονται για θεραπεία με μεγαλύτερους όγκους από ό,τι οι υπόλοιπες ηλικίες.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών 35-55 ετών. Δεν είναι συχνή η εμφάνισή του πριν από την εφηβεία. Η συχνότητα της νόσου έχει μια ανοδική πορεία μέχρι την εποχή της εμμηνόπαυσης και μετά από αυτήν περιορίζεται αισθητά.

Ειδικότερα ο καρκίνος του μαστού κάτω από την ηλικία των 30 χρόνων εμφανίζεται σε μια συχνότητα που δεν φτάνει το 1% και στο 85% των περιπτώσεων η μέση ηλικία εμφάνισης του είναι αυτή των 40 ετών<sup>10,11</sup>.

Η σημασία της σχέσης ηλικίας και του καρκίνου του μαστού γενικά είναι αποδεκτή η σχέση όμως της φυσιολογικής γήρανσης του μαστού και του καρκίνου

δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς. Παρόλα αυτά πιστεύεται ότι ο βαθμός εξέλιξης αυτής και η ταχύτητα της μπορεί αν αποτελέσει σημαντικό κίνδυνο για τις γυναίκες που βρίσκονται στην πρώτη νεότητα <sup>10</sup>.



Εικόνα 3. — Σχέση συχνότητας της εμφάνισης καρκίνου του μαστού και ηλικίας. Η συχνότητα εμφάνισης αυξάνεται εντυπωσιακά μετά τα 30 μέχρι περίπου 55 ετών, οπότε μετά με ανοδική μεν πορεία, αλλά ηπιότερα εξακολουθεί και πέραν των 70 ετών.  
— Ενδεικτική του μαύρου πληθυσμού (κατά Schottenfeld).

### 3.2.8 Κάπνισμα

Εδώ οι απόψεις των ερευνητών δίστανται. Έχουμε ερευνητές που υποστηρίζουν ότι το κάπνισμα αυξάνει και άλλους ότι ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Η εξήγηση για την ελάττωση του κινδύνου οφείλεται στο γεγονός ότι το κάπνισμα ελαττώνει τα οιστρογόνα στον ορό και στα ούρα. Αντίθετα η αύξηση του κινδύνου οφείλεται στην σχέση των γνωστών καρκινογόνων ουσιών από το κάπνισμα.

Οι επιστημονικές μελέτες και αποδείξεις που συσχετίζουν τον καρκίνο με το κάπνισμα αυξάνουν σταθερά και συνεχώς από τις αρχές της δεκαετίας του '50. Είναι πλέον βέβαιο ότι το κάπνισμα είναι η σπουδαιότερη αιτία καρκίνου του πνεύμονα, του λάρυγγα, της στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου, του φάρυγγα, του παγκρέατος, των νεφρών και της ουροδόχου κύστης.

Όσο κι αν οι μελέτες για την επίδραση του καπνίσματος στην δημιουργία καρκίνου του μαστού δίστανται, μόνο ένας άνθρωπος που διακατέχεται από αίσθημα αυτοκαταστροφής ή που αγνοεί τις συνέπειες του καπνίσματος επιτρέπει στον εαυτό του αυτή τη θανατηφόρα πολυτέλεια <sup>10,13</sup>.

### 3.2.9 Ακτινοβολία

Η δράση της ακτινοβολίας επί του μαστού της γυναίκας και η επίπτωση του καρκίνου ερευνήθηκε στην Ιαπωνία σε γυναίκες που έμειναν στην ζωή μετά την ατομική βόμβα στην Χιροσίμα καθώς και σε γυναίκες που ακτινοβολήθηκαν για θεραπεία φυματίωσης σκολίωσης ή καλοσηθών όγκων. Η εφαρμογή υψηλής δόσης ιονίζουσας ακτινοβολίας στην περιοχή του θώρακα αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Σε αυτήν την περίπτωση έχει ενοχοποιηθεί και η ακτινοβολία από μαστογραφία, αλλά σήμερα πλέον λόγω τελειοποίησης των μηχανημάτων μαστογραφίας. Η παραπάνω εξέταση θεωρείται σχεδόν ακίνδυνη και είναι η πιο αξιόπιστη μέθοδος εντόπισης καρκίνου του μαστού.

Πάντως φαίνεται ότι υπάρχει αντιστρόφως ανάλογη σχέση με την ηλικία και την ακτινοβολία έτσι ώστε σε άτομα πάνω των 40 χρόνων ο κίνδυνος να μειώνεται. Έχει παρατηρηθεί ότι ασθενείς οι οποίοι ακτινοβολήθηκαν πριν από το 15<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους ανέπτυξαν καρκίνο του μαστού, όπως επίσης πρόσφατες έρευνες έχουν αποδείξει ότι η έκθεση ατόμων σε ηλεκτρομαγνητικά πεδία και σε ορισμένη κατηγορία εντομοκτόνου η έκθεση αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου <sup>10</sup>.

### 3.2.10 Συμπεράσματα

Η γνώση των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού έχει αυξηθεί σημαντικά.

Οι περισσότεροι όμως από τους παράγοντες που έχουν βρεθεί δεν είναι δυνατόν να τροποποιηθούν ούτε από την αλλαγή του τρόπου ζωής ούτε από περιβαλλοντικές αλλαγές.

Μία σειρά από μελέτες ασθενών – μαρτύρων που έχουν οργανωθεί στην Ελλάδα περισσότερο εστιάζονται στην διατροφή. Ανάμεσα στα πιο σταθερά αποτελέσματα τροποποίησης παραγόντων είναι αυτά που δείχνουν μια προστατευτική επίδραση κατανάλωσης των λαχανικών, των φρούτων και ελαιόλαδου. Καθώς επίσης και έλλειψη σχέσης με λευκώματα και λίπη. Παρατηρείται η αύξηση του κινδύνου σε γυναίκες που καταναλώνουν περισσότερο από τρία αλκοολούχα ποτά την ημέρα.

Η επίδραση της φαρμακευτικής πρόληψης μελετάται και μόνο η πρόληψη δια μέσω του έλεγχου φαίνεται να είναι προς το παρόν ο κύριος τρόπος μείωσης της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού, τουλάχιστον σε γυναίκες μεγαλύτερες των 50 ετών.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες που αναφέρθηκαν και οι οποίοι δεν είναι δυνατόν να τροποποιηθούν παίζουν καθοριστικό ρόλο στην δημιουργία του καρκίνου του μαστού. Οι μελέτες όμως που έχουν γίνει δε συμφωνούν σε ποιο βαθμό και κάτω από ποιες συνθήκες είναι υπεύθυνη για την καρκινογένεση <sup>10</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### 4.1 Καρκίνος του μαστού και κύηση

Η νόσος του καρκίνου δεν κάνει διάκριση ούτε στο πιο δημιουργικό στάδιο της ζωής ούτε στην πιο τρυφερή πράξη μιας γυναίκας που είναι η κύηση. Κάθε έγκυος σε οποιαδήποτε φάση της κύησης μπορεί να νοσήσει από οποιαδήποτε πάθηση. Το δύσκολο είναι ότι ο γιατρός έχει να αντιμετωπίσει δύο ασθενείς, την έγκυο και το έμβρυο. Όλοι οι καρκίνοι μπορούν να παρουσιασθούν στην έγκυο αλλά ο καρκίνος του μαστού και ο καρκίνος του τράχηλου της μήτρας. Το δυστύχημα είναι ότι στην κύηση ο καρκίνος είναι πιο κακοήθης γιατί η διάγνωση του γίνεται καθυστερημένα.

Επιγραμματικά αναφέρουμε ποια είναι εκείνα τα στοιχεία που κάνουν τον καρκίνο του μαστού κατά την διάρκεια της κύησης επικινδυνότερο και κακοηθέστερο:

- Είναι ο συχνότερος καρκίνος στην κύηση.
- Η διάγνωση του είναι εξαιρετικά δύσκολη.
- Η ψηλάφηση και η μαστογραφία δεν έχουν τη συνήθη αξιοπιστία.
- Καλύτερη η σε δύο χρόνους (βιοψία-μαστεκτομή) χειρουργική αντιμετώπιση.
  - Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης είναι η πιο αποδεκτή εγχείρηση.
  - Η ακτινοβολία αντενδείκνυται σε όλη τη διάρκεια της κύησης.
  - Η χημειοθεραπεία στην κύηση δεν είναι επιθυμητή.
  - Όταν εμφανιστεί στο πρώτο ήμισυ της εγκυμοσύνης συνίσταται διακοπή αυτής.
    - Μία επόμενη κύηση θα πρέπει να καθυστερήσει τουλάχιστον δύο χρόνια.

Ο καρκίνος του μαστού αν και δεν είναι πολύ συχνός στην κύηση είναι πολύ προβληματικός στην διάγνωση και στην αντιμετώπισή του. Μέχρι τον τελευταίο αιώνα επικρατούσε γενικά η εντύπωση ότι ο καρκίνος του μαστού στην έγκυο γυναίκα είναι ανίατος, στο τέλος όμως του 19<sup>ου</sup> αιώνα ο Malsted πραγματοποίησε ριζική μαστεκτομή σε γυναίκα που θήλαζε η οποία ύστερα από τριάντα χρόνια ήταν ακόμα ζωντανή και υγιής.

Ύστερα από αυτό άρχισαν να δημοσιεύονται μελέτες με πιο αισιόδοξα μηνύματα και να καταρρίπτονται το χαρακτηρισμό του καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια της κύησης ως «δραματικό» γεγονός.

Οι στατιστικές και οι μελέτες αναφέρουν ότι περίπου 1 στις 3000 εγκυμονούσες πάσχει από κακοήγη νόσο του μαστού, ποσοστό περίπου ίδιο με εκείνο του τράχηλου της μήτρας. Βεβαίως τα παραπάνω ποσοστά εξαρτώνται και από την ηλικία της εγκύου. Σε έγκυες ηλικίας 40 ετών ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται μέχρι και 15%, ενώ σε έγκυες μικρότερες των 25 χρόνων το ποσοστό είναι μικρότερο του 10%. Γενικά το 1-2% των καρκίνων του μαστού στην γυναίκα εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εάν μάλιστα λάβουμε υπόψη μας ότι καρκίνοι κύησης θεωρούνται και εκείνοι που η διάγνωση τους γίνεται ένα χρόνο μετά <sup>14,3,4</sup>.

#### Διάγνωση του καρκίνου του μαστού κατά την κύηση

Το πρώτο διαγνωστικό μέσο είναι η ψηλάφηση του μαστού που θα πρέπει να γίνεται από τον μαιευτήρα και μάλιστα από την πρώτη επίσκεψη.

Στην κύηση ο μαστός υπερτρέφεται και γίνεται πιο σκληρός και πιο οζώδης. Όσο η κύηση προχωράει οι μεταβολές αυτές γίνονται πιο έντονες, τόσο που δεν είναι δυνατή η διάγνωση κακοήθειας με την ψηλάφηση. Επομένως, η ψηλάφηση μαστού στην έγκυο δεν έχει τη διαγνωστική ακρίβεια που έχει στην μια εγκυμονούσα γυναίκα. Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι δεν πρέπει να γίνεται η ψηλάφηση και μάλιστα με μεγάλη προσοχή αφού σε αυτήν την περίπτωση η

ψηλάφηση είναι η κυριότερη διαγνωστική εξέταση και τούτο διότι στις εγκύους ούτε τα ευρήματα της μαστογραφίας είναι εύκρινα και σαφή λόγω της ιδιαιτερότητας του μαζικού αδένου εξαιτίας της εγκυμοσύνης (συγκρατεί νερό και γίνεται υπεραιμικός και οιδηματώδης). Αυτός είναι και ο κυριότερος λόγος που δεν γίνεται συχνά μαστογραφία στην έγκυο. Παρότι το έμβρυο δεν κινδυνεύει από το ποσόν της ακτινοβολίας κατά την μαστογραφία ειδικά αν έχει καλυφθεί η κοιλιά αναφέρεται ότι 1 στις 8 εγκυμονούσες με καρκίνο μαστού έχουν μαστογραφία φυσιολογική. Αντίθετα το υπερηχογράφημα έχει τη διαγνωστική ακρίβεια που έχει και στις μη έγκυες γυναίκες.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η διάγνωση του καρκίνου του μαστού στην έγκυο είναι δύσκολη. Αυτός είναι και ο κυριότερος λόγος που ο καρκίνος αυτός ανακαλύπτεται σε προχωρημένο στάδιο και έχει κακή πρόγνωση.

Τέλος η βιοψία με βελόνα δεν έχει τις ίδιες διαγνωστικές δυνατότητες που έχει στη μη έγκυο ασθενή. Στον υπερταφέντα μαζικό αδένου η πιθανότητα να έχουμε ψευδή αποτελέσματα είναι μεγάλη και η ιστολογική εξέταση σε αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται εξειδικευμένο παθολόγο ανά άτομο <sup>1,14</sup>.

#### Θεραπεία του καρκίνου του μαστού στις έγκυες γυναίκες

Για την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας στην περίπτωση εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά την κύηση πρέπει πρώτα να γίνει σταδιοποίηση της νόσου και εντόπιση των μεταστάσεων. Επειδή οι περισσότερες από τις κλασικές διαγνωστικές μεθόδους έχουν κινδύνους ραδιενέργειας για την έγκυο και το έμβρυο, οι γιατροί ακολουθούν μια τροποποιημένη διαδικασία.

Αρχικά η ακτινογραφία του θώρακα δεν απαγορεύεται εφόσον η κοιλιά και η λεκάνη της εγκύου. Στον τρίτο μήνα δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα για το έμβρυο από τη ραδιενέργεια της ακτινογραφίας στο θώρακα της μητέρας.

Για την εντόπιση των μεταστάσεων στα οστά σε πρώτη φάση γίνεται βιοχημικός έλεγχος. Το σπινθηρογράφημα των οστών δεν ενδείκνυται κατά την

περίοδο της κύησης παρότι αναφέρεται ότι οι ραδιενεργές δόσεις κατά την εξέταση αυτή είναι μειωμένη. Αν η νόσος βρίσκεται στο πρώτο και δεύτερο στάδιο τα αποτελέσματα του σπινθηρογραφήματος δεν αλλάζει το θεραπευτικό σχήμα. Για το τρίτο στάδιο το σπινθηρογράφημα είναι απαραίτητο αλλά μπορούμε να καλύψουμε την ανάγκη αυτή με μια μαγνητική τομογραφία που είναι ακριβής στην εντόπιση των μεταστάσεων κυρίως στα οστά, στα σπλάχνα και στον εγκέφαλο.

Η μαστεκτομή ή η συντηρητική επέμβαση (αφαίρεση μόνο του όγκου) με συμπληρωματική ακτινοθεραπεία είναι ζήτημα το οποίο απασχολεί ακόμη την ιατρική. Κυρίως προτιμάται μια τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή για τον τοπικό έλεγχο της νόσου. Η χορήγηση ακτινοβολίας απαγορεύεται σε οποιοδήποτε στάδιο της κύησης. Αν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συμβεί τοπική υποτροπή τότε θα αφαιρεθεί χειρουργικά ο νεοεμφανισθείς όγκος και η ακτινοθεραπεία θα πρέπει να αναβληθεί μέχρι το τέλος της κύησης. Βέβαια, όλα τα παραπάνω απλοποιούνται αν γίνει διακοπή της κύησης.

Η χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στην έγκυο είναι επίσης ένα άλλο σημαντικό ζήτημα. Όταν η κύηση είναι μικρή και πρέπει να χορηγηθεί χημειοθεραπεία τότε σωστό είναι η κύηση να διακόπτεται. Σε κύηση προχωρημένη (τρίτο τρίμηνο) η χημειοθεραπεία ή θα πρέπει να αναβάλλεται για μετά το τέλος της κύησης ή θα πρέπει καλύτερα να προκαλείται πρόωρος τοκετός ή να γίνει καισαρική τομή.

Μετά από όσα αναφέρθηκαν τίθεται το ερώτημα: θα πρέπει να διακόπτεται η κύηση στην έγκυο που πάσχει από καρκίνο του μαστού; Και εδώ οι απόψεις είναι αντικρουόμενες. Θεωρητικά οι αυξημένες ορμόνες που παράγονται από τον πλακούντα επιδρούν αρνητικά στη νόσο. Από την άλλη μεριά δεν έχει αποδειχτεί ότι η διακοπή της κύησης αυξάνει τις πιθανότητες επιβίωσης των πασχόντων γυναικών. Επειδή όμως ο καρκίνος του μαστού στην έγκυο γίνεται αντιληπτός σε προχωρημένο στάδιο, άρα έχει προχωρήσει και στους λεμφαδένες της μασχάλης αλλά και σε άλλα σημεία του σώματος και η ακτινοβολία και η χημειοθεραπεία



είναι απαραίτητες, η εγκυμοσύνη καλύτερα να διακόπτεται. Η διακοπή της κύηση επιβάλλεται ακόμα περισσότερο όταν είναι τους πρώτους μήνες.

### Πίνακας 18

#### Καρκίνος του μαστού και εγκυμοσύνη

5ετης επιβίωση	
Στάδιο	% Επιβίωση
I	60
II	37
III	15
IV	0

Πάντως ενώ η γνώμη των γιατρών είναι να διακόπτεται η κύηση της πάσχουσας από καρκίνο του μαστού η τελική απόφαση ανήκει στην ίδια την έγκυο. Αφού ενημερωθεί πλήρως από τους γιατρούς είναι ελεύθερη να φέρει στον κόσμο ένα παιδί ή όχι με προσωπική της πια ευθύνη. Πάντως ένα είναι σίγουρο: ότι η καθυστέρηση της χειρουργικής θεραπείας ποτέ δεν είναι ωφέλιμη και ποτέ η καθυστέρηση στην έναρξη της θεραπείας δεν συνίσταται.

Τέλος έχει αποδειχτεί ότι μεταστάσεις στον πλακούντα δεν είναι συνηθισμένες στον καρκίνο του μαστού και αν η κύηση δεν διακοπεί σίγουρα θα γεννηθεί ένα υγιές παιδί. Πάντως για κάθε ενδεχόμενο η βιοψία του πλακούντα θα πρέπει οπωσδήποτε να γίνεται <sup>1,14</sup>.

#### 4.2 Καρκίνος του μαστού και γαλουχία

Εξέταση του μαστού κατά την διάρκεια της γαλουχίας δεν είναι δυνατόν αν γίνει παρότι θα ήταν πολύ χρήσιμο. Η γνώμη των ειδικών είναι ότι θα πρέπει να γίνεται κλινική εξέταση των μαστών στο μαιευτήριο τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό και μια επανεξέταση, μετά από 40 ημέρες. Η διάγνωση του καρκίνου κατά

την περίοδο της γαλουχίας είναι το ίδιο σοβαρή όσο και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επειδή ακριβώς δε μπορεί να γίνει έγκαιρη διάγνωση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου αυτής της περιόδου είναι ίδια με τη θεραπεία που χορηγείται σε μια μη έγκυο γυναίκα, αναλόγως του σταδίου της νόσου. Πριν από την έναρξη της θεραπείας όμως, η γαλουχία πρέπει να σταματήσει με τη χορήγηση φαρμάκων.

#### 4.3 Καρκίνος του μαστού και μελλοντική κύηση

Σήμερα που δε γίνεται εύκολα η ωθηκεκτομή οι πάσχουσες γυναίκες από καρκίνο του μαστού μπορούν να τεκνοποιήσουν. Όπως έχει διαπιστωθεί το 7% αυτών μένουν μια και δύο φορές έγκυες και μάλιστα το μεγαλύτερο ποσοστό στην πρώτη πενταετία από τη διάγνωση της νόσου.

Οι απόψεις ούτε και εδώ είναι απολύτως σαφείς εύκολα μπορεί κανείς να υποθέσει ότι όταν υπάρχει μικρομεταστάσεις μία κύηση θα είναι ανεπιθύμητη. Όπως έχει αποδειχτεί αν υπάρχει μετάσταση της νόσου στους λεμφαδένες της μασχάλης μπορεί να υποτροπιάσει ακόμα και μετά από 10 χρόνια. Για τις περιπτώσεις αυτές μια μελλοντική εγκυμοσύνη θα επιβαρύνει τον οργανισμό της γυναίκας και καλό είναι να αποφεύγεται. Γενικά όμως, περισσότερο θεωρητικές είναι οι απόψεις πάνω σε αυτό το θέμα, παρά αποδεδειγμένα συμπεράσματα. Σε διάφορες μελέτες έχει επίσης υποστηριχθεί ότι μια επόμενη κύηση δεν αλλάζει το ποσοστό επιβίωσης της πάσχουσας από καρκίνο του μαστού, γι' αυτό κάθε περίπτωση πρέπει να εξετάζεται μεμονωμένα και να μην γενικεύουμε τα συμπεράσματα.

Τα μέχρι σήμερα στοιχεία για το θέμα της επόμενης κύησης από καρκίνο του μαστού δεν είναι αρκετά ούτε ασφαλή γιατί ο αριθμός των ασθενών που έχουν μελετηθεί είναι μικρός. Οι περισσότεροι από αυτούς που ασχολούνται με το θέμα αυτό σήμερα συνιστούν καθυστέρηση της εγκυμοσύνης για 2-3 ή και περισσότερα χρόνια επειδή τότε η υποτροπή της νόσου είναι μικρότερη.

Γενικά το συμπέρασμα είναι ότι καμία πάσχουσα από καρκίνο του μαστού δεν πρέπει να μείνει έγκυος πριν τελειώσει τη θεραπεία της. ο χρόνος που μεσολαβεί από το τέλος της θεραπείας μέχρι την επόμενη κύηση έχει σχέση με την πρόγνωση και την εξέλιξη της νόσου και θα πρέπει να είναι από 6 μήνες μέχρι και 2 χρόνια<sup>1,14</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### 5.1 ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

#### 5.1.1 Προθέσεις σιλικόνης και καρκίνος του μαστού.

Η παρακολούθηση των μαστών οι οποίοι έχουν υποστεί ολική ή υποδόρια μαστεκτομή και το μέγεθος τους έχει αυξηθεί με εμφύτευση, παρουσιάζει μεγάλη δυσκολία, όταν το εμφύτευμα περιέχει σιλικόνη. Η ουσία αυτή έχει γίνει αντικείμενο πολλών κατηγοριών επειδή προκαλεί επιπλοκές. Η σπουδαιότερη επιπλοκή είναι το ότι υπάρχει μέσα στο μαστό ένα σκιερό ξένο σώμα, το οποίο εμποδίζει την έγκαιρη διάγνωση οποιουδήποτε προβλήματος στο μαστό. Ευτυχώς δε χρειάζεται πλέον να ανησυχούμε υπερβολικά για την καθυστέρηση στη διάγνωση γιατί οι σύγχρονες μέθοδοι εξέτασης του μαστού έχουν ξεπεράσει κατά πολύ το πρόβλημα που δημιουργεί η σιλικόνη μέσα στο μαστό, παρότι δεν είναι σε θέση αν ανιχνεύσουν όλες τις επιπλοκές.

Εξαιτίας της μεγάλης ακτινολογικής σκιερότητας της σιλικόνης δυσκολεύει η έγκαιρη εξέταση του μαστού επειδή το εμφύτευμα της σιλικόνης καλύπτει εντελώς τους ιστούς που βρίσκονται πάνω και κάτω από αυτό. Οι επιπτώσεις της σιλικόνης στην ανάλυση της μαστογραφίας εξαρτώνται από τη θέση και το μέγεθος της, την κατάσταση του περιβάλλοντος ιστού, το μέγεθος του μαστού και την ακτινολογική τεχνική.

Επίσης, δύο ακόμα επιπλοκές έχουν αποδοθεί στις προθέσεις της σιλικόνης. Πρώτη είναι η ευθύνη της σιλικόνης στη εκ νέου ανάπτυξη ενός καρκίνου του μαστού και η άλλη στον πιθανό ρόλο της σιλικόνης στην εμφάνιση της σκληροδερμίας. Αυτά τα προβλήματα πήραν μεγάλη δημοσιότητα και αφορά όλους όσους ασχολούνται με την παθολογία του μαστού και κυρίως τις πολυάριθμες γυναίκες οι οποίες ανησυχούν λόγω των παραπάνω πιθανών επιπλοκών.

Πολλές όμως σχετικές μελέτες αποδεικνύουν ότι προθέσεις σιλικόνης δεν έχουν δράση καρκινογενετική και αυτό είναι καθησυχαστικό, όπως επίσης και στις περιπτώσεις σκληροδερμίας αν υπάρχει μία σχέση αυτή είναι ελάχιστη και οι ασθενείς θα πρέπει επίσημα να καθησυχάζονται <sup>1</sup>.

### 5.1.2 Καρκίνος του μαστού στον άνδρα

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται σπάνια στους άνδρες η συχνότητα του υπολογίζεται στο 1% σε σχέση με τις γυναίκες. Παρά τη σπανιότητα του καρκίνου του μαστού στους άνδρες οι προσπάθειες για την έγκαιρη διάγνωση και την επιβίωση είναι πιο έντονες και πιο αισιόδοξες σήμερα από ότι παλιότερα, δεδομένου ότι ο καρκίνος ανδρικού μαστού παρουσιάζεται συνήθως σε πιο προχωρημένο στάδιο από ότι στη γυναίκα. Η ηλικία που παρουσιάζεται ο καρκίνος του μαστού είναι μετά τα 50 χρόνια. Ο αριστερός μαστός προσβάλλεται συχνότερα από τον δεξιό μαστό ενώ η αμφοτερόπλευρη προσβολή ανέρχεται σε ποσοστό 1 με 2% ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες φτάνει μέχρι και 10%.

Οι παράγοντες που προδιαθέτουν και που ενοχοποιούνται είναι το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, διαταραχές στο μεταβολισμό των οιστρογόνων και πιθανή ακτινοβολία κατά την παιδική ηλικία στον τράχηλο και στον θώρακα για καλοήθεις παθήσεις. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι το σύνδρομο Klinefelter ενώ η γυναικομαστία ή οι εξωγενής χορήγηση οιστρογόνων ακόμα αμφισβητείται ενώ υπάρχουν υποψίες ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στον καρκίνο του μαστού στον άνδρα και στην χρήση οινόπνευματος.

Η χρήση του οινόπνευματος επηρεάζει το ήπαρ και γίνεται διαταραχή στην ισορροπία των στεροειδών του φύλου, με αποτέλεσμα να δημιουργείται περίσσειμα οιστρογόνων, τα οποία ενοχοποιούνται για τη νόσο.

Υπάρχει επίσης ο ισχυρισμός ότι κατά την πορεία του καρκίνου του προστάτη μπορεί να εμφανιστεί γυναικομαστία και καρκίνος του μαστού. Αυτό οφείλεται στην θεραπεία του καρκίνου του προστάτη η οποία γίνεται με τη χορήγηση

οιστρογόνων. Εξάλλου παρόλο που είναι σπάνιο είναι γνωστό ότι γίνονται μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού στους μαστούς.

Η κλινική εικόνα του καρκίνου στον ανδρικό μαστό συχνά χαρακτηρίζεται από ένα ανώδυνο ογκίδιο. Ο όγκος συνήθως καταπολεμάτε λιγότερο καλά από ότι στις γυναίκες και εξαιτίας της μάζας του ανδρικού μαστού συχνά καταλαμβάνει τη θωρακική περιτονία.

Μελέτες έχουν δείξει ότι οι άνδρες προσέρχονται για θεραπεία σε πιο προχωρημένο στάδιο από ότι οι γυναίκες. Η αιτία της καθυστερημένης διάγνωσης μπορεί να οφείλεται στην σκέψη ότι ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται αποκλειστικά στην γυναίκα και όχι στον άνδρα. Ως εκ τούτου και ο ασθενής και ο γιατρός πρέπει να γνωρίζουν ότι όλες οι διόγκώσεις του μαστού σε άνδρα άνω των 40 ετών επιβάλλεται να ερευνώνται. Η ύπαρξη της διόγκωσης του μαστού χωρίς πόνο δημιουργεί την υπόνοια του καρκίνου.

Η διάγνωση του καρκίνου του ανδρικού μαστού γίνεται με τις ίδιες μεθόδους όπως και στον γυναικείο μαστό, δηλαδή ιστορικό, κλινική εξέταση, εργαστηριακή εξέταση (μαστογραφία, υπερηχοτομογραφία, ιστολογική εξέταση).

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του ανδρικού μαστού είναι ανάλογη με αυτή της γυναίκας και τον πρώτο λόγο έχει η μαστεκτομή. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί μετεγχειρητικά στον προχωρημένο καρκίνο του μαστού. Οι μεταστάσεις εμφανίζονται σε παρόμοιες θέσεις με αυτές των γυναικών (οστά, μαλακά μόρια, σπλάχνα, - κυρίως στο ήπαρ).

Η θεραπεία για την μεταστατική νόσο ήταν άλλοτε η ορχεκτομή. Σήμερα κύριο λόγο στην θεραπεία κατέχει η ορμονοθεραπεία. Η χημειοθεραπεία μπορεί επίσης να έχει ευεργετικά αποτελέσματα, παρότι λόγω του μικρού αριθμού των ασθενών δεν υπάρχουν ακόμη μεγάλες σειρές που να έχει χρησιμοποιηθεί επικουρική χημειοθεραπεία<sup>3,4,8,10,15</sup>.

### 5.1.3. Καρκίνος του μαστού στην παιδική ηλικία

Ο καρκίνος του μαστού στην παιδική ηλικία είναι εξαιρετικά σπάνιος, οι περιπτώσεις που έχουν αναφερθεί μέχρι σήμερα δεν υπερβαίνουν τις 50. οι μισές από αυτές αφορούσαν την ηλικία προ της ήβης. Η αντιμετώπισή τους έγινε με τοπική εκτομή ή ολική μαστεκτομή και όλοι πλην ενός επέζησαν.

Στην εφηβική ηλικία οι καρκίνοι ήταν παρόμοιοι με αυτούς που συναντάμε στους ενήλικες. Η αντιμετώπιση έγινε με μαστεκτομή και ακτινοθεραπεία και επέζησε το 50%.

Ο καρκίνος του μαστού στην παιδική ηλικία παρουσιάζεται σαν ένα ογκίδιο ανώδυνο το οποίο δημιουργεί πολλά διαγνωστικά προβλήματα. Η μαστογραφία δε βοηθάει στα παιδιά λόγω της πυκνότητας του μαστού. Χρειάζεται στενή παρακολούθηση και αν κρίνεται απαραίτητη η βιοψία, αυτό είναι το πρώτο και βασικό βήμα για την αντιμετώπιση της νόσου στα παιδιά <sup>4</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### 6.1 Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού

Ο όρος σταδιοποίηση αναφέρεται στην κατάταξη του καρκίνου του μαστού ανάλογα με την έκταση της νόσου. Κάθε στάδιο εκφράζει περιπτώσεις στις οποίες η αναμενόμενη πρόγνωση να είναι παρόμοια. Η σταδιοποίηση απαιτεί προσεκτική κλινική εξέταση (δηλαδή φυσική εξέταση, μαστογραφίες, ακτινογραφία θώρακα και σπινθηρογράφημα οστών και ήπατος) και παθολογοανατομική διάγνωση (Στοιχεία που προκύπτουν μετά την χειρουργική εκτομή) και αφορά αποκλειστικά τα καρκινώματα και έχει νόημα μόνο όταν υπάρχει ιστολογική διάγνωση.

Παρόλο που η παθολογοανατομική σταδιοποίηση είναι πιο ακριβής εν τούτους και η κλινική σταδιοποίηση είναι πολύ χρήσιμη διότι προηγείται της θεραπείας. Η παθολογοανατομική σταδιοποίηση που βασίζεται σε βιοψίες επίσης προηγείται της θεραπείας αλλά η λεπτομερής εξέταση των ιστών μπορεί να γίνει μόνο μετά την χειρουργική θεραπεία.

Η ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού σε διάφορα στάδια είναι αναγκαστικά απλουστευτική. Παρόλο που οι εκδηλώσεις της νόσου μπορούν να περιγραφούν και να ταξινομηθούν δε μπορούμε να περιμένουμε ότι σε όλες τις περιπτώσεις η νόσος θα εξελιχθεί με βάση την πρόγνωση και θα περάσει βήμα-βήμα απ' όλα τα στάδια. Από την άλλη πλευρά είναι σαφές ότι η σταδιοποίηση που βασίζεται αποκλειστικά στην έκταση της νόσου αγνοεί στοιχεία καθοριστικά, δηλαδή το ρυθμό ανάπτυξης και τους άλλους βιολογικούς δείκτες που επηρεάζουν την πρόγνωση. Κατά άλλους βιολογικούς δείκτες που επηρεάζουν την πρόγνωση. Κατά συνέπεια η σταδιοποίηση δε μπορεί να μας προσφέρει την ακριβή εικόνα της νόσου, μπορεί όμως να διευκολύνει την συνεννόηση μεταξύ γιατρού και ασθενούς και να παρέχει μία βάση για την πρόγνωση και για την επιλογή θεραπευτικού σχήματος.



Παλιότερα οι χειρουργοί χώριζαν τους όγκους σε δύο κατηγορίες: χειρουργήσιμους και μη χειρουργήσιμους ανάλογα με το αν πίστευαν ότι υπάρχουν πιθανότητες ίασης ή όχι με την χειρουργική επέμβαση είναι φανερό ότι ο διαχωρισμός αυτός είναι απλουστευτικός και διαφέρει σε μεγάλο βαθμό από ασθενή σε ασθενή ανάλογα με την προσωπική εκτίμηση κάθε χειρουργού.

Το 1954 η διεθνής ένωση κατά του καρκίνου (UICC) άρχισε μία προσπάθεια σταδιοποίησης η οποία έγινε παγκοσμίως γνωστή. Το σύστημα αυτό ονομάστηκε TNM από τα αρχικά των λέξεων Tumor (όγκος), Nodes (λεμφογάγγλια) και Metastases (μεταστάσεις).

Η σημερινή σταδιοποίηση του TNM διαμορφώθηκε το 1978 και μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο στην κλινική όσο και στην παθολογοανατομική σταδιοποίηση. Δυστυχώς, η πολυπλοκότητα του TNM κάνει δύσκολη τη χρήση του σε γενικές όμως γραμμές τα στάδια είναι τα εξής:

Στάδιο I ο καρκίνος εντοπίζεται μέσα στο παρέγχυμα του μαστού.

Στάδιο II ο καρκίνος επεκτάθηκε ως την επιφάνεια του μαστού.

Στάδιο III ο καρκίνος προκάλεσε μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες

Στάδιο IV ο καρκίνος προκάλεσε μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα

Γενικά δεν υπάρχει συμφωνία στην σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού. Τα πιο συνηθισμένα συστήματα σταδιοποίησης σήμερα είναι : το διεθνές σύστημα TNM της UICC ( το οποίο έχει προαναφερθεί) η ταξινόμηση του Maagensen και η χειρουργική ταξινόμηση του Memorial της N.Y.<sup>2,3,16</sup>.

#### ΔΙΕΘΝΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ T.N.M. (UICC) (απλοποιημένη)

T1 Όγκος μικρότερος από 2 εκμ.

Δεν υπάρχει διήθηση του δέρματος

T2 Όγκος διαμέτρου 2-5 εκμ.

Δέρμα «λακκουβωτό»

T3 Όγκος διαμέτρου 5-10 εκμ.

Διήθηση του δέρματος όχι όμως πέρα από το μαστό

T4 Όγκος διαμέτρου μεγαλύτερης από 10 εκμ.

Υπάρχει καθήλωση επί του θωρακικού τοιχώματος

Υπάρχει διήθηση του δέρματος και πέρα από το μαστό

N0 Δεν υπάρχουν ψηλαφητά μασχαλιαία λεμφογάγγλια

N1 Υπάρχουν κινητά μασχαλιαία λεμφογάγγλια

A) χωρίς σημασία

B) ύποπτα για διήθηση

N2 Μασχαλιαία λεμφογάγγλια καθηλωμένα

N3 Υπερκλείδια λεμφογάγγλια, οίδημα βραχίονα

M0 Δεν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις

M1 Υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις

## ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

ΣΤΑΔΙΟ I : T1 N0 M0, T2 N0 M0

ΣΤΑΔΙΟ II : T1 N1 M0, T2 N1 M0

ΣΤΑΔΙΟ III : T1 N2 M0, T1 N3 M0, T2 N2 M0, T2 N3 M0

T3 N0 M0, T3 N1 M0, T3 N2 M0, T3 N3 M0

T4 N0 M0, T4 N1 M0, T4 N2 M0, T3 N3 M0

ΣΤΑΔΙΟ IV : Οποιοδήποτε κλινικό στάδιο με M1.

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ HAAGENSEN

ΣΤΑΔΙΟ A : 1) Μη κλινικά διηθημένα λεμφογάγγλια

2) Δεν υπάρχουν επιβαρυντικά στοιχεία όπως στο στάδιο C

ΣΤΑΔΙΟ B : 1) Κλινικά διηθημένα λεμφογάγγλια με εγκάρσια διάμετρο

2,5 εκμ. Μικρότερα

ΣΤΑΔΙΟ C : Οποιοδήποτε από τα πιο κάτω 5 επιβαρυντικά στοιχεία

1) Οίδημα του δέρματος περιορισμένης έκτασης

2) Εξέλκωση του δέρματος

3) Καθήλωση του πρωτοπαθούς όγκου στο θωρακικό τοίχωμα

4) Μασχαλιαία λεμφογάγγλια 2,5 εκμ. Η μεγαλύτερα κατά την εγκάρσια

διάμετρο.

- 5) Καθήλωση των μασχαλιαίων λεμφογαγγλίων με τους γύρω ιστούς.  
 ΣΤΑΔΙΟ D : Όλες οι πιο προχωρημένες περιπτώσεις

## ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Στο Memorial της Ν.Υ. χρησιμοποιείται μία χειρουργική ταξινόμηση ανάλογα με το επίπεδο των διηθημένων μασχαλιαίων λεμφογαγγλίων.

ΕΠΙΠΕΔΟ I : Λεμφογάγγλια κάτω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ (κατώτερα μασχαλιαία).

ΕΠΙΠΕΔΟ II : Λεμφογάγγλια πίσω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ (μέσα μασχαλιαία).

ΕΠΙΠΕΔΟ III : Λεμφογάγγλια πάνω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ (κορυφαία μασχαλιαία)<sup>16</sup>.

### 6.2 Συμπτωματολογία

Η πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού όταν είναι μικρού μεγέθους έχει μεγάλη σημασία για την πρόγνωση της νόσου. Για τον λόγο αυτό έχουν γίνει μεγάλες προσπάθειες για να μάθουν οι γυναίκες να αυτοεξετάζονται κάθε μήνα με σκοπό αρκετές γυναίκες να ανακαλύπτουν την νόσο μόνες τους. Επίσης επιβάλλεται συχνή, ανάλογα με την ηλικία εξέταση από έμπειρο γιατρό όπως και διάφορες απεικονιστικές μέθοδοι όπως υπερηχογράφημα και μαστογραφία όπου χρειάζεται.

Πίνακας 32 . χρονοδιάγραμμα κλινικής εξέτασεως και μαστογραφίας

Ηλικία	Σύσταση
20 ετών και άνω	Μηνιαία αυτοεξέταση μαστού
20 έως 40 ετών	Κλινική εξέταση μαστών υπό ειδικού ιατρού ανά τριετία και αρχική

	(αναφοράς) μαστογραφία μεταξύ 35 έως 40 ετών
40 έως 50 ετών	Ετήσια κλινική εξέταση. Περιοδική ανά έτος μαστογραφίας ή και δύο αναλόγως προς το ιστορικό και τη σύσταση του ιατρού.
50 ετών και άνω	Μαστογραφία και κλινική εξέταση κατ' έτος
Σύμφωνα με τις οδηγίες της Αμερικανικής εταιρείας Καρκίνου (1988).	

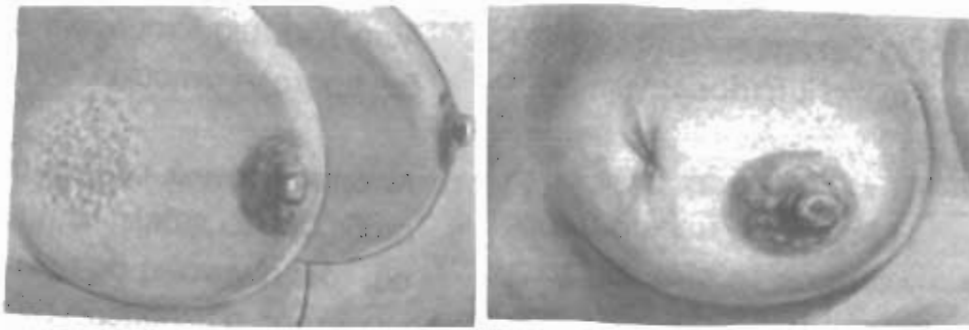
Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού είναι δυνατόν να παρουσιάσουν: μάζα και όγκο στο μαστό, οίδημα, πόνο, αλλοιώσεις της θηλής και του δέρματος, έκκριση της θηλής αιματηρού υγρού, διόγκωση μασχαλιαίων λεμφαδένων <sup>15</sup>.

#### α) Μάζα ή όγκο του μαστού

Υπολογίζεται ότι στο 76% των περιπτώσεων ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται σαν όγκος του μαζικού αδένου. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 15% των περιπτώσεων η μάζα αυτή είναι επώδυνη γι' αυτό και ο πόνος ή η ευαισθησία δε θα πρέπει να θεωρούνται άνευ σημασίας και να ησυχάζουν τον γιατρό. Βέβαια και καλοήθεις νόσοι του μαστού όπως ιναδενώματα και η ινοκυστική νόσος εμφανίζονται σαν μάζες στον μαστό αλλά τίποτε δεν πρέπει να αποκλείεται μέχρι να εξακριβωθεί η φύση της μάζας.

#### β) Αλλοιώσεις του δέρματος

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να αλλοιώσει το περίγραμμα του μαστού, με αποτέλεσμα οι δύο μαστοί να μην είναι συμμετρικοί. Επίσης, εμφανίζεται πάχυνση του δέρματος και άλλες φορές διάταση (τέντωμα) των επιφανειακών φλεβών. Καθώς ο όγκος μεγαλώνει επέρχεται απόφραξη των λεμφαγγείων με αποτέλεσμα το οίδημα του δέρματος και συχνά η όψη του μαστού θυμίζει «φλοιό πορτοκαλιού».



Ακόμα μπορεί σε μια περιοχή του μαστού να ρυτιδώνεται (δίνει την εντύπωση ότι κάτι το τραβάει από μέσα). Σε προχωρημένα στάδια παρατηρούνται οζίδια στο δέρμα, τέντωμα ή συρρίκνωση ολόκληρου του μαστού.

### γ) Αλλοιώσεις της θηλής

Δύο είναι οι συνηθισμένες εκδηλώσεις από τη θηλή που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού: η εισολκή της θηλής και η νόσος Paget.



Η εισολκή της θηλής πολλές φορές είναι καλοήθης, όταν όμως οφείλεται σε καρκίνο η θηλή είναι καθηλωμένη πάνω στον μαστό και μία προσεκτική εξέταση συνήθως αποκαλύπτει μάζα στον μαστό.

Η νόσος Paget μοιάζει με δερματίτιδα (έκζεμα) της θηλής και δεν συνοδεύεται πάντα από όγκο.



Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κνησμό και αίσθημα καύσους στην πάσχουσα περιοχή, τα οποία εάν δεν αποχωρούν με τοπική θεραπεία θα πρέπει αν γίνεται βιοψία της θηλής<sup>3.10.15</sup>.

δ) Η εκροή υγρού από τη θηλή (έκκριση – ρύση της θηλής)



Η αυτόματη ρύση από τη θηλή, εκτός από την περίοδο της γαλουχίας αποτελεί εύρημα πάθησης του μαστού. Τα 2-5% των γυναικών με πάθηση του μαστού εμφανίζουν αυτόματη ρύση από τη θηλή. Η σχέση αιματηρής ρύσης και καρκίνου δεν έχει ακόμα τεκμηριωθεί όμως η ύπαρξη της αυξάνει τις πιθανότητες ύπαρξης καρκινώματος. Η κυτταρολογική εξέταση του εκκρίματος μπορεί να αποτελέσει χρήσιμη βοήθεια στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

ε) Ο πόνος

Πρόκειται για το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα για το οποίο καταφεύγουν στο γιατρό και μάλιστα με αγωνία, πολλές γυναίκες. Όμως ο πόνος (μασταλγία) δεν είναι ένα σύμπτωμα που σχετίζεται αποκλειστικά με τον καρκίνο, ούτε πάλι όλοι οι καρκίνοι προκαλούν πόνο. Καλοήθειες παθήσεις του μαστού (π.χ. οι μεγάλες κύστες) ορμονικές διαταραχές, τραυματισμοί ή προβλήματα από το μυοσκελετικό σύστημα (αρθριτικά) μπορούν να δημιουργήσουν πόνο στον ένα ή και στους δύο μαστούς. Συχνά η αιτία του πόνου δε μπορεί να εντοπιστεί, ενώ, στην πλειοψηφία των γυναικών, ο πόνος δε σχετίζεται με κάποια πάθηση των μαστών. Μπορεί να σχετίζεται με το μηνιαίο κύκλο, είναι ένας πόνος που εκδηλώνεται πριν από την εμφάνιση της περιόδου και εξαφανίζεται με την εμφάνιση της.

Σε πολλές περιπτώσεις δεν αφορά ο πόνος, καθ' αυτόν το μαστό, αλλά το θώρακα (τις πλευρές, τους μύες πίσω από το μαστό)<sup>3,10,15</sup>.

### 6.3 Φυσική εξέταση του μαστού και διάγνωση

Ο συνδυασμός των συμπερασμάτων της φυσικής εξέτασης με τη βοήθεια των ειδικών εργαστηριακών μεθόδων οδηγεί στην ασφαλή διάγνωση και επομένως στην ενδεδειγμένη θεραπεία.

Η φυσική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει:

1) το ιστορικό , 2) την επισκόπηση και 3) την ψηλάφηση. Η εξέταση του μαστού (κλινική και μαστογραφία) πρέπει να γίνεται την 9<sup>η</sup> με 11<sup>η</sup> μέρα της περιόδου, η επίδραση των ορμονών στο μαστό είναι πολύ μικρή κι έτσι ο μαστός είναι αποσυμφορημένος.

#### 6.3.1 Λήψη ιστορικού

Όπως σε κάθε πάθηση έτσι και για τις παθήσεις του μαστού πριν προχωρήσει κανείς στην κλινική εξέταση πρέπει πρώτα να συγκεντρώσει ορισμένες πληροφορίες για την ασθενή. Οι σπουδαιότερες από αυτές είναι: η ηλικία, η έναρξη της εμμήνου ρύσεως, ή διαταραχές της εμμήνου ρύσεως και την ηλικία που σταμάτησε, την ηλικία που ολοκληρώθηκε η πρώτη κύηση, τη χρήση ορμονών ή άλλων φαρμάκων, οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο του μαστού, αν έχει θηλάσει, επίσης άλλες λιγότερο σπουδαίες πληροφορίες που είναι: τόπος γέννησης, τόπος διαμονής, βάρος, ύψος, διατροφή, χρήση φαρμάκων, επάγγελμα, κάπνισμα, κατανάλωση καφεΐνης, προηγηθείσες εγχειρήσεις κλπ.

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

- α) ποιο είναι, αν υπάρχει, το κύριο σύμπτωμα
- β) πότε εμφανίστηκε

- γ) πώς ανακαλύφθηκε
- δ) πώς εξελίχθηκε
- ε) πόσο καθυστέρησε η ασθενής να πάει στο γιατρό

Πρέπει να μάθουμε επίσης:

- α) αν υπάρχει ιστορικό τραύματος
- β) ποια η σχέση των συμπτωμάτων με τον κύκλο
- γ) αν το υπερκείμενο δέρμα παρουσιάζει αλλοιώσεις φλεγμονής
- δ) αν υπάρχει έκκριση υγρού από τις θηλές και το είδος της έκκρισης

Οι ειδικές αυτές ερωτήσεις γίνονται στην ασθενή για να πληροφορηθούμε, σε περίπτωση νόσου, πώς άρχισε, πότε άρχισε, πώς εξελίχθηκε, να βγάλουμε μερικά συμπεράσματα για τη διάγνωση αλλά και για την πιθανή πρόγνωση της νόσου.

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

Το νοσηλευτικό ιστορικό πρέπει να λαμβάνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα και με οργανωμένο τρόπο, ακολουθώντας κάποια καθοδηγητική δομή. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι άνετη και ευχάριστη κατά τη διάρκεια της συνέντευξης της ασθενούς και ικανή να την καθοδηγεί σε μια ανταλλαγή πληροφοριών, στην οποία θα βασισθεί η πορεία αντιμετώπισης της εξεταζόμενης.

Το ιστορικό ολοκληρώνεται με στοιχεία που αφορούν στην οικογενειακή κατάσταση, τις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, αν υπήρξαν σημαντικές δυσκολίες στη ζωή της, ποιες ήταν και πώς τις αντιμετώπισε. Είναι επίσης σημαντικό η νοσηλεύτρια να γνωρίζει την εκτίμηση της ίδιας της γυναίκας και την κατάσταση της, όπως επίσης, και το πώς θα αντιμετώπιζε ενδεχόμενη εισαγωγή της σε νοσοκομείο, τη φυσική και συναισθηματική κατάσταση της και τους διαθέσιμους πόρους<sup>8,9</sup>.





### 6.3.2 Κλινική εξέταση

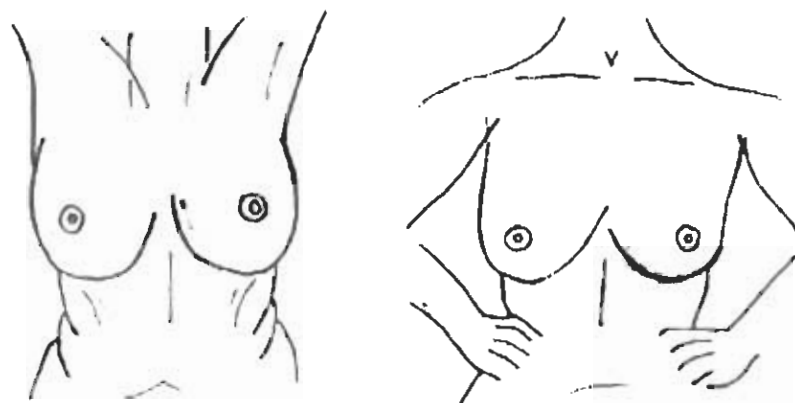
Όσο σημαντική είναι η αξία ενός καλού ιστορικού άλλο τόσο σημαντική για την πρόιμη διάγνωση του καρκίνου είναι και μία καλή κλινική εξέταση.

Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει: την επισκόπηση και την ψηλάφηση<sup>9</sup>.

#### α) Επισκόπηση

Η επισκόπηση γίνεται από το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια, με την ασθενή γυμνή από τη μέση και πάνω, όρθια ή καθισμένη ή σε επίκρυψη με τους βραχίονες κρεμασμένους ή σε ανάταση ή τα χέρια στη μέση (μεσολαβή). Με αυτόν τον τρόπο αν ο ένας μαστός έχει όγκο καθηλωμένο στο μείζονα θωρακικό μυ δεν παρακολουθεί στις κινήσεις το φυσιολογικό μαστό. Ακόμα ελέγχονται το σχήμα, το μέγεθος και η συμμετρία των μαστών, οι θηλές, το χρώμα, οίδημα και εισολκή του δέρματος φαίνεται καλύτερα όταν η επισκόπηση γίνεται με υψωμένα τα χέρια και μπορεί αν μας βοηθήσει να βρούμε έναν καρκίνο που δεν ψηλαφάται εύκολα

3.8



Εικόνα 4. Σχηματική εικόνα της επισκόπησης

#### Β) Ψηλάφηση

Για την ψηλάφηση η γυναίκα τοποθετείται σε ύπτια θέση. Με την ψηλάφηση ελέγχουμε την παρουσία μάζας που ξεχωρίζει από τον υπόλοιπο αδένα, την ευαισθησία των θηλών, τις εκκρίσεις των θηλών και τους λεμφαδένες.

Ο πιο πρόσφορος χρόνος για την εξέταση του μαστού στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι 8 ημέρες μετά την έναρξη της τελευταίας έμμηνης ρύσης.

Η εξεταζόμενη ξαπλώνει και τοποθετεί ένα μαξιλάρι κάτω από τον ώμο της. Το σύστοιχο χέρι τοποθετείται πάνω από το κεφάλι ενώ το αντίστοιχο βρίσκεται κάτω παράλληλα με το σώμα. Η ψηλάφηση πρέπει να γίνεται με την άκρη των δακτύλων και κυκλικά, αρχίζοντας από την θηλή προς την περιφέρεια. Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζεται κατά 0% με μάζα η οποία συνήθως ανακαλύπτεται με την ψηλάφηση και μάλιστα από τις ίδιες τις γυναίκες. Τέλος η ψηλάφηση των λεμφαδένων γίνεται με την ασθενή καθιστή και σε κατάσταση όσο το δυνατόν μεγαλύτερης χαλάρωσης. Για την ψηλάφηση της δεξιάς μασχάλης πρέπει να χρησιμοποιείται από τη νοσηλεύτρια ή το γιατρό η αριστερή παλάμη και το αντίθετο<sup>2,3,8,9</sup>.



*Εικόνα 5. Σχηματική εικόνα της ψηλάφησης.*

### 6.3.3 Αυτοεξέταση

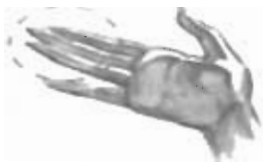
Εκτός από το γιατρό και η ίδια η γυναίκα μπορεί να συμβάλλει στην ανίχνευση του καρκίνου του μαστού της. Αυτό μπορεί να το πετύχει με την αυτοεξέταση. Δηλαδή με την εξέταση των μαστών από την ίδια αφού πρώτα διδαχθεί πώς πρέπει να το κάνει. Με την αυτοεξέταση η γυναίκα εξοικειώνεται με

τους μαστούς της και μπορεί να ξεχωρίσει την όποια διάφορα ή μεταβολή που θα παρουσιαστεί στην επόμενη εξέταση.

Η αυτοεξέταση των μαστών θα πρέπει να αρχίζει από την ηλικία των 21 ετών και η εξέταση να γίνεται μια φορά το μήνα τον ίδιο χρόνο παρότι υπάρχουν συγγραφείς όπου αναφέρουν ότι η αυτοεξέταση όσο νωρίτερα αρχίζει τόσο καλύτερα. Οι πιο κατάλληλες μέρες για τις γυναίκες που έχουν έμμυνη ρύση είναι τρεις ή τέσσερις μέρες μετά την περίοδο ενώ για τις γυναίκες που δεν έχουν έμμυνη ρύση πρέπει να αυτοεξετάζονται μία ορισμένη μέρα κάθε μήνα.



Έτσι, την καθορισμένη μέρα, η γυναίκα στέκεται απέναντι από έναν καθρέπτη και επισκοπεί τους μαστούς πρώτα με τα χέρια στο πλάι ύστερα με τα χέρια στην ανάταση. Έτσι παρατηρεί τυχόν εισολκή του δέρματος ή της θηλής, διαφορετικό μέγεθος και σχήμα και διαφορετική κίνηση των μαστών, ιδιαίτερα κατά την ανάταση. Ακολουθώς ξαπλώνει χωρίς μαξιλάρι και έχει το ένα χέρι κάτω από το κεφάλι και με το άλλο χέρι ψηλαφά τον αντίστοιχο μαστό (δεξί χέρι – αριστερός και αντίθετα). Με τις άκρες των δακτύλων ψηλαφά τον μαστό ξεκινώντας από τη θηλή και με κυκλικές κινήσεις επεκτείνεται προς τα έξω μέχρι να κάνει έναν ολόκληρο κύκλο και να φτάσει εκεί που ξεκίνησε. Μετά επαναλάβει τα ίδια ακριβώς πράγματα και στον άλλο μαστό. Με αυτόν τον τρόπο πιέζει το μαστικό αδένια πάνω στο θωρακικό τοίχωμα έτσι ώστε να μην ξεφύγει κάποιο ψηλαφητό μόρφωμα.



Ακόμα μπορεί η αυτοεξέταση να γίνει και κατά τη διάρκεια του μάνιου ή του ντους. Τα χέρια με το σαπούνι ή το αφρόλουτρο γλιστρούν ευκολότερα πάνω στο βρεγμένο δέρμα και αυτό διευκολύνει να αντιληφθεί τι ακριβώς υπάρχει από κάτω. Μετακινεί μαλακά τα τεντωμένα δάκτυλα του χεριού πάνω σε όλα τα μέρη του κάθε μαστού. Πρέπει να συγκεντρώνει η γυναίκα την προσοχή της και να ψάχνει για ογκίδια, σκληρούς κόμπους ή παχύνσεις.

Οποιαδήποτε μεταβολή διαπιστώσει η γυναίκα, με οποιοδήποτε τρόπο αυτοεξέτασης χρησιμοποιήσει, θα πρέπει να αναφερθεί στο θεράποντα ιατρό χωρίς καθυστέρηση.

Έχει διαπιστωθεί ότι σε γυναίκες που κάνουν αυτοεξέταση του μαστού ο καρκίνος ανακαλύπτεται νωρίτερα όταν ο όγκος είναι ακόμη μικρός και σπάνια

υπάρχουν μεταστάσεις στην μασχάλη, γεγονός που αποδεικνύει την τεράστια σημασία της αυτοεξέτασης σαν προληπτικό μέτρο στον καρκίνο του μαστού<sup>2,3,4,8</sup>.

#### 6.4 Εργαστηριακός έλεγχος

Η κλινική εξέταση η οποία πριν από μερικά χρόνια, κατείχε την πρώτη θέση μέσα στο σύνολο των μεθόδων για την διερεύνηση της παθολογίας του μαστού, σήμερα με την πρόοδο της επιστήμης και της τεχνολογία έχει υποχωρήσει στην δεύτερη θέση. Παρόλα αυτά η κλινική εξέταση εξακολουθεί να είναι μία πολύ σημαντική εξέταση και γι' αυτό θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με σοβαρότητα, ακρίβεια και αντικειμενικότητα. Οι εξετάσεις που έχουμε στην διάθεσή μας σήμερα και που μπορούν να πλαισιώσουν την κλινική εξέταση για τον έλεγχο των παθήσεων του μαστού μπορούμε να τις διακρίνουμε σε : απεικονιστικές και παρεμβατικές.

##### Α) ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

- 1) Μαστογραφία
- 2) Ξηρογραφία
- 3) Υπερηχοτομογραφία
- 4) Θερμογραφία
- 5) Αξονική τομογραφία
- 6) Μαγνητικός συντονισμός
- 7) Διαφανισκόπηση

##### Β) ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

- 1) Βιοψία με βελόνη – χειρουργική βιοψία
- 2) Γαλακτοφορογραφία
- 3) Πνευμοκυστογραφία

#### 6.4.1 Απεικονιστικές μέθοδοι

Η μαστογραφία κατέχει μοναδική θέση στην ανίχνευση του καρκίνου του μαστού καθώς βοηθά στην πρόωμη ανακάλυψή του περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη μέθοδο. Με την μαστογραφία μπορούμε να επιβεβαιώσουμε οποιοδήποτε εύρημα στο μαστό (κύστη, ινοαδένωμα, καρκίνος, λίπωμα) που έγινε αντιληπτό με την κλινική εξέταση. Κατά την μαστογραφία χρησιμοποιείται η ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία. Όταν το φωτογραφικό υλικό είναι ακτινογραφικό φιλμ, τότε η μέθοδος ονομάζεται μαστογραφία, ενώ όταν χρησιμοποιείται ξηρογραφικό χαρτί, ονομάζεται ξηρογραφία. Σήμερα χρησιμοποιούνται η μαστογραφία χαμηλής δόσης και η ξηρογραφία.

Η μαστογραφία μπορεί να απεικονίζει μη ψηλαφητές βλάβες όπως όγκους διαμέτρου κάτω του μισού εκατοστού, είναι όμως δυνατόν ορισμένες φορές ακόμα και ψηλαφούμενες μάζες να μην απεικονίζονται στην μαστογραφία. Έτσι παρόλο που η μαστογραφία είναι ανεκπλήρωτο συμπλήρωμα στην κλινική εξέταση, ο κλινικός γιατρός δε θα πρέπει να επαναπαύεται σε μια φυσιολογική μαστογραφία, αλλά να προχωρά σε βιοψία εφόσον κατά την κλινική εξέταση διαπιστώσει ύποπτα σημεία κακοήθειας.

Η μοντέρνα μαστογραφία επιβαρύνει τον μαστό με πολύ μικρό ποσοστό ακτινοβολίας και με δεδομένο ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε μαστογραφία για προληπτικούς λόγους είναι άνω των 40 ετών, ο κίνδυνος που προκύπτει για αυτές είναι ουσιαστικά αμελητέος. Οι μαστοί των νεότερων γυναικών είναι πολύ πιο ευαίσθητοι στην δράση της ακτινοβολίας γι' αυτό και πρέπει να αποφεύγεται η μαστογραφία αν δεν υπάρχει συγκεκριμένος λόγος. Άλλωστε η έκθεση των νεαρών γυναικών στην ακτινοβολία της μαστογραφίας θα πρέπει να αποφεύγεται και για έναν ακόμη λόγο, ότι δηλαδή ο νεανικός μαστός είναι πολύ ακτινοσκιερός με αποτέλεσμα η μαστογραφία να μην είναι καθόλου διαφωτιστική.

Γενικά γιατροί και ερευνητές προτείνουν το ακόλουθο σχήμα ελέγχου : 1) για γυναίκες από 20 ετών και άνω μηνιαία αυτοεξέταση του μαστού , 2) για γυναίκες 20-40 ετών φυσική εξέταση μαστού κάθε 3 χρόνια, 3) για γυναίκες άνω των 40 ετών φυσική εξέταση μία φορά το χρόνο, 4) μαστογραφία αναφοράς στην ηλικία των 35-40 ετών, 5) μαστογραφία κάθε 1-2 χρόνια στα γυναίκες υψηλού κινδύνου ή εφόσον το συνιστά ο κλινικός γιατρός και 6) μαστογραφία κάθε χρόνο σε γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών<sup>2,3,8,13</sup>.

### Υπερηχογράφημα

Το υπερηχογράφημα είναι διαγνωστική μέθοδος που βασίζεται στους υπέρηχους δηλαδή στα ηχητικά κύματα που έχουν την ικανότητα να εισχωρούν στους ιστούς με σταθερή ταχύτητα και αν αντανακλάται σε κάθε επιφάνεια.

Επειδή οι υπέρηχοι δεν εκπέμπουν ακτινοβολία και επειδή δεν έχει αποδειχτεί πως είναι επικίνδυνοι στην ανθρώπινη υγεία η συμβολή τους στην διάγνωση των παθήσεων του μαστού είναι αξιόλογοι γιατί είναι η μόνη απεικονιστική μέθοδος που διακρίνει τις κυστικές από τις συμπαγείς βλάβες.

Το υπερηχογράφημα είναι λιγότερο ακριβές στην αποκάλυψη καρκίνου σε παχύσαρκους μεταεμμηνοπαυσιακούς μαστούς, ανεπαρκές στην ανίχνευση μικροβεστώσεων ενώ μικρού μεγέθους καρκινώματα μπορούν να διαφύγουν από την εξέταση αυτή. Αντίθετα, το υπερηχογράφημα προσφέρει σημαντική βοήθεια στους ακτινοσκοπούς νεανικούς μαστούς καθώς και στην διαπίστωση κύστεων.

Ενδείξεις για υπερηχογραφικό έλεγχο αποτελούν νεαρές γυναίκες έγκυες, πυκνοί ακτινοσκοπικοί μαστοί, ινοκυστική νόσο, ψηλαφητή μάζα, συμπληρωματικά σε μαστογραφία και γενικά σαν βοηθητική μέθοδος στην καθοδήγηση παρακέντησης<sup>2,3</sup>.

### Θερμογραφία

Η θερμογραφία ιάνει διαγνωστική μέθοδος με την οποία παίρνουμε φωτογραφία της θερμοκρασίας της επιφάνειας του μαστού, με την βοήθεια του



θερμογράφου. Στηρίζεται στην υπέρυθη ακτινοβολία που εκπέμπει φυσιολογικά το ανθρώπινο σώμα. Στο δέρμα όπου υπάρχει κακοήθεια η θερμοκρασία ανεβαίνει 1-3° C. Δυστυχώς η αυξημένη θερμοκρασία του δέρματος δεν παρατηρείται μόνο στον καρκίνο και αυτό κάνει την συγκεκριμένη εξέταση μη αντικειμενική και δεν καθιερώθηκε ως εξέταση διότι εκτός των άλλων δεν εντοπίζει όγκους διαμέτρου μικρότερης των 2 cm.

Η θερμογραφία σε συνδυασμό με την μαστογραφία μπορεί να εφαρμοστεί προληπτικά σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή για τον έλεγχο μετάστασης στον άλλο μαστό <sup>2,3</sup>.

### Αξονική τομογραφία

Η αξονική τομογραφία του μαστού έχει την ικανότητα να αποκαλύψει ορισμένους καρκίνους του μαστού που δεν γίνεται αντιληπτή με άλλη μέθοδο. Η αξονική τομογραφία του μαστού εκτελείται με την χρησιμοποίηση ειδικού μαστογραφικού αξονικού τομογράφου.

Με την αξονική τομογραφία έχουν εντοπιστεί, όγκοι έως και 2 mm αλλά η σπουδαιότερη συμβολή της εξέτασης αυτής είναι στους πυκνούς μαστούς όπου η μαστογραφία δεν είναι διαφωτιστική, καθώς και σε περιπτώσεις που η βιοψία των μασχαλιαίων λεμφαδένων είναι θετική και η μαστογραφία δε μας δείχνει την πρωτοπαθή εστία στον μαστό.

Στην προληπτική εξέταση των μαστών δεν χρησιμοποιείται η αξονική τομογραφία εξαιτίας της υψηλής δόσης ακτινοβολίας (15 φορές μεγαλύτερη της μαστογραφίας) και λόγω του ότι απαιτείται μεγάλο χρονικό διάστημα, ψηλό κόστος και προβλήματα στην απεικόνιση της βλάβης του μαστού <sup>2,3</sup>.

### Διαφανοσκόπηση

Η διαφανοσκόπηση είναι διαγνωστική μέθοδος στην οποία με φωτεινή πηγή τοποθετημένη κάτω από τον μαστό μέσα σε σκοτεινό χώρο πετυχαίνουμε την εντόπιση αλλοιώσεων του μαστού. Η μέθοδος δεν θεωρείται αξιόπιστη όταν

χρησιμοποιείται μόνη της γι 'αυτό είναι απαραίτητο να συνδυάζεται με μαστογραφία. Ίσως αργότερα να βελτιωθεί με την χρησιμοποίηση ακτινών laser και να καθιερωθεί ως μέθοδος προληπτικού ελέγχου του μαστού.

Στην διαφανοσκόπηση οι κύστες του μαστού ενισχύουν την φωτεινότητα, ενώ αντίθετα ο καρκίνος είναι αδιαφανής και δημιουργεί σκιερότητα.

#### 6.4.2. παρεμβατικές μέθοδοι : 1) βιοψία με βελόνα

Μερικές φορές οι εικόνες δεν είναι αρκετές τα τελευταία χρόνια εφαρμόζονται πολύ συχνά και οι παρεμβατικές μέθοδοι για μεγαλύτερη ασφάλεια και εγκυρότερα αποτελέσματα. Πρώτη απ' αυτές τις παρεμβατικές μεθόδους είναι η βιοψία με βελόνα (εισρόφηση – ανάτριση – παρακέντηση) ή χειρουργική.

Στη βιοψία με βελόνα, αν αναισθητοποιείται η επιδερμίδα και η κάτω απ' αυτήν ιστοί της πάσχουσας περιοχής του μαστού. Κατόπιν, εισάγετε πολύ λεπτή βελόνα ή βελόνα μεγάλης διαμέτρου με κατεύθυνση, προς τον όγκο και ανασύρετε μικρό κομμάτι ιστού ή υγρού για εξέταση. Για καλύτερα αποτελέσματα και για να εισαχθεί η βελόνα κατευθείαν μέσα στον όγκο κατά την εξέταση αυτή χρησιμοποιούνται και κάποιες από τις απεικονιστικές μεθόδους.

Η χειρουργική βιοψία γίνεται με τοπική ή γενική αναισθησία και μπορεί να αφορά ένα τμήμα το όγκου ή και από την ολοκληρωτική αφαίρεσή του. Το θετικό σε αυτήν τη βιοψία είναι ότι η ποσότητα του ιστού που παίρνουμε είναι αρκετή για να προσδιορίσουμε και τους ορμονικούς υποδοχείς.

#### 2. Γαλακτογραφία

Γαλακτογραφία είναι μαστογραφικός έλεγχος, κατά τον οποίο γίνεται έγχυση υδατοδιαλυτής σκιαγραφικής ουσίας στην θηλή και στους γαλακτοφόρους πόρους με καθετηριασμό ή με βελόνα χωρίς αιχμή και παίρνονται ακτινογραφίες με το μαστό στην θέση της μαστογραφίας πρέπει να εφαρμόζεται σε ασθενείς με έκκριση από τη θηλή αιματηρού υγρού. Ορισμένοι εκφράζουν τον δισταγμό στην

εκτέλεση της από φόβο μήπως προκληθεί ρήξη του γαλακτοφόρου πόρου ή προώθηση καρκινικών κυττάρων, στο αίμα και στους λεμφαδένες, όταν βέβαια πρόκειται για καρκίνο<sup>2,3,8</sup>.

### 3. Πνευμοκυστογραφία

Πνευμοκυστογραφία είναι μαστογραφία ύστερα από παρακέντηση κύστης αφαίρεση του περιεχομένου της και εμφύσηση αέρα μέσα στην κοιλότητά της. αυτή την εξέταση την κάνουμε γιατί η μαστογραφία και το υπερηχογράφημα δεν μπορούν να διακρίνουν όγκους που βρίσκονται μέσα στις κύστες. Ένας τέτοιος έλεγχος απαλλάσσει τη γυναίκα από χειρουργική επέμβαση για να αφαιρέσει την κύστη, όταν δεν βρεθεί όγκος μέσα σε αυτήν και όταν η κυτταρολογική εξέταση του υγρού της κύστης είναι αρνητική<sup>2</sup>.

## Κεφάλαιο 7ο

### 7.1 Αντιμετώπιση – θεραπεία

#### Αντιμετώπιση

Εφόσον διαγνωσθεί ότι υπάρχει καρκίνος του μαστού ή έχουμε σοβαρή υποψία για την ύπαρξή του, η ασθενής υποβάλλεται σε έναν προεγχειρητικό ή προθεραπευτικό έλεγχο. Ο έλεγχος αυτός έχει σκοπό 1) να γίνει εκτίμηση της θεραπευτικής αγωγής της πάσχουσας (χειρουργική επέμβαση, ακτινοβολία, χημειοθεραπεία, κ.α.) και 2) να εκτιμηθεί γενική κατάσταση του οργανισμού και να συγκριθεί στο μέλλον κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης και της θεραπείας. Ο προθεραπευτικός έλεγχος περιλαμβάνει πλήρες ιστορικό, κλινική εξέταση, ακτινογραφία θώρακος, γενική εξέταση αίματος και ούρων, βιοχημικός έλεγχος ήπατος, σπινθηρογράφημα οστών και ήπατος και μαστογραφία. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται τα τελευταία χρόνια στην εκτίμηση και την αξιολόγηση των βιολογικών δικτύων.

Σε ορισμένες περιπτώσεις γίνονται και άλλες ειδικότερες εξετάσεις όπως αξονική τομογραφία σπινθηρογράφημα εγκεφάλου και λεμφαδένων <sup>6</sup>.

#### Θεραπεία

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει δύο στόχους α) τον τοπικό έλεγχο του όγκου και τον έλεγχο της γύρω περιοχής (λεμφαδένες) και β) την επιβίωση.

Η στρατηγική της θεραπείας εξαρτάται από την μελέτη όλων των προγνωστικών παραγόντων και τη σταδιοποίηση της νόσου, αποβλέπει δε στη χειρουργική, την ακτινοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία.

Για την αξιολόγηση της επιβίωσης οι περισσότεροι συμφωνούν ότι πρέπει να περάσει ή 10ετία από την αρχή της νόσου, ενώ άλλοι είναι πιο αισιόδοξοι δεδομένου ότι στα πρώτα 5 χρόνια συμβαίνουν οι περισσότερες τοπικές ή περιοχικές υποτροπές.

Το σίγουρο είναι ότι η επιβίωση εξαρτάται άμεσα από το στάδιο της νόσου, από το ρυθμό ανάπτυξης των όγκων, από την αντίδραση του όγκου στην θεραπευτική αγωγή και από άλλους παράγοντες που δεν είναι δυνατόν να ελεγχθούν.

## 7.2 Χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού

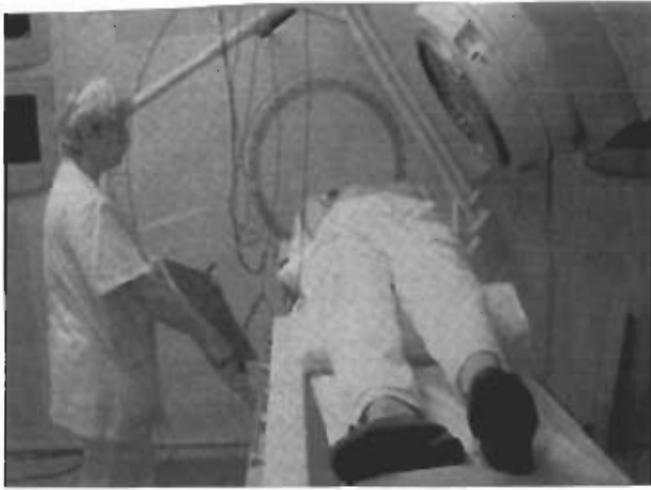
Η κύρια αντιμετώπιση της νόσου γίνεται με χειρουργική αφαίρεση του όγκου και των λεμφαδένων της περιοχής και μερικές φορές και με ακτινοθεραπεία συγχρόνως. Η πιο συνηθισμένη μέθοδος είναι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Η εγχείριση αυτή εφαρμόζεται ευρέως και στην Ελλάδα και αυτό συμβαίνει για δύο λόγους : 1) Η διαγνωστική ικανότητα στην χώρα μας είναι πολύ φτωχή με αποτέλεσμα να μην βρίσκονται εγκαίρως μικροί όγκοι και 2) πολλά κέντρα δε διαθέτουν την απαραίτητη πείρα και σύγχρονα ακτινοθεραπευτικά κέντρα προκειμένου να εφαρμόσουν μεθόδους που διατηρούν το μαστό.

Εν τούτοις σε καρκίνους 1<sup>ου</sup> και 2<sup>ου</sup> σταδίου η τμηματική μαστεκτομή ακολουθούμενη από ακτινοθεραπεία μπορεί να προσφέρει τον ίδιο έλεγχο της νόσου με την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή και την ίδια επιβίωση.

Η τμηματική μαστεκτομή πρέπει να συνίσταται σε γυναίκες με μικρούς όγκους διότι εκτός των άλλων προκαλεί λιγότερα κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα σε αντίθεση ,ε την ολική μαστεκτομή<sup>15,17,10</sup>.

## 7.3 Ακτινοθεραπεία

Σημαντικότερη είναι η προσφορά της ακτινοβολίας στον τοπικό και περιοχικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού σε όλα τα στάδια όλες οι χειρουργικές μέθοδοι μπορούν να συνδυασμό με προεγχειρητική ή μετεγχειρητική ακτινοβολήσης.



Η τοπική ακτινοθεραπεία έχει σαν σκοπό την εκρίζωση των υπολειμμάτων της νόσου. Για το λόγο αυτό πρέπει απαραίτητα να εφαρμόζεται στην τμηματική εκτομή όπου η υποτροπή είναι συχνή ενώ στην ριζική μαστεκτομή οι πιθανότητες υπολειμμάτων της νόσου είναι μικρότερες. Επίσης τοπική ακτινοβολία χρειάζεται σε όγκους μεγαλύτερους των 5cm εφόσον υπάρχουν υποψίες διήθησης του καρκίνου στην θωρακική περιτονία και στην περιοχή των λεμφαδένων<sup>6,15,17</sup>.

#### 7.4 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την αύξηση του ποσοστού επιβίωσης των γυναικών με καρκίνο του μαστού και είναι το τρίτο σημαντικό όπλο θεραπείας της νόσου. Μπορεί να είναι μονοθεραπεία (με ένα φάρμακο) ή πολυχημειοθεραπεία (συνδυασμός δύο μέχρι επτά φαρμάκων). Χρησιμοποιείται για την καταπολέμηση μικρομεταστάσεων της νόσου ως μετεγχειρητική θεραπεία καθώς επίσης και σε μετάσταση της νόσου για να επιβραδύνει την εξέλιξη του όγκου. Εφαρμογή έχει επίσης και σε προεγχειρητική θεραπεία σε μεγάλους όγκους και σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία με την ελπίδα ότι οι όγκοι αυτοί θα μικρύνουν και θα γίνουν χειρουργήσιμοι.

Η χημειοθεραπεία είναι μία επίπονη αγωγή λόγω της μεγάλης διάρκειας και των συχνών επιπλοκών που προκαλεί. Πρέπει να γίνεται προσπάθεια να

εφαρμοστεί το 100% της δόσεως των φαρμάκων προκειμένου να έχουμε θετικά αποτελέσματα<sup>6,15,17</sup>.

## 7.5 Ορμονοθεραπεία

ο καρκίνος του μαστού θεωρείται από πολλούς συστηματική νόσος και όχι τοπική και επομένως πρέπει να εφαρμόζεται σε αυτόν συστηματική θεραπεία είτε προφυλακτική (όταν δεν έχουμε εμφανή όγκο ή μεταστάσεις) είτε θεραπευτική.

Η συστηματική θεραπεία γίνεται κυρίως με χημικοθεραπευτικά φάρμακα και ορμονικά σκευάσματα και κυτταροστατικά φάρμακα. Η προφυλακτική ορμονοθεραπεία συνήθως σε γυναίκες μετεμμηνοπαυσιακές με θετικούς λεμφαδένες. Μελέτες έχουν βρει ότι οι γυναίκες οι οποίες υποβάλλονται σε ορμονική θεραπεία με ταμοξιφαίνη έχουν σημαντικά καλύτερη επιβίωση και μεγαλύτερο χρόνο χωρίς να νοσήσουν ανεξάρτητα αν ήταν προ ή μετεμμηνοπαυσιακές ή αν είχαν θετικούς ή αρνητικούς λεμφαδένες<sup>6,17</sup>.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16.1. Ταξινόμηση καρκίνου του μαστού και προτεινόμενη μέθοδος θεραπείας Σαχινί-Πανου 19831.

Κλινικά ανατομικά σημεία	Αιτιολογία
<b>Στάδιο I</b> Μάζα εντοπιζόμενη στο μαστό όλοι οι αδένες αρνητικοί	Ριζική μαστεκτομή εφαρμόζεται από τους περισσότερους Αμερικανούς χειρουργούς Μερικοί προτιμούν απλή μαστεκτομή με ακτινοβολία. Άλλοι λοι προτιμούν απλή μαστεκτομή χωρίς ακτινοβολία
<b>Στάδιο II</b> Μάζα εντοπιζόμενη στο μαστό μεγαλύτεροι αδένες θετικοί	Προτιμάται η ριζική μαστεκτομή με ή χωρίς μπιγνιαική πή ακτινοβολία
<b>Στάδιο III</b> Μάζα μαστού τοπικά εντοπιζόμενη μεγαλύτεροι υπερκλιμακίοι και όλοι μαστικοί αδένες θετικοί	Η επίπτωση αυτή θεωρείται ανεγχείρητη Η παρέμβαση εξαρτάται από την έκταση 1 Απλή μαστεκτομή με ακτινοβολία, χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία 2 Ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία
<b>Στάδιο IV</b> Απομεταστάσιμες μεταστάσεις	Η παρέμβαση εξαρτάται από την έκταση της μεταστάσης εκτός μαστού (μέχρι 4.17) 1 Ακτινοθεραπεία για αρχική επίθεση ή μετάσταση 2 Ορμονοθεραπεία α. Συστηματική Οιστραγόνη, ανδρογόνα ή στεροειδή β. Χειρουργική εξαγωγή ισοβλαστατών στενοκαρδίου 3 Χημειοθεραπεία

Η εκλογή αυτής της μεθόδου θεραπείας καθορίζεται από τους εξής παράγοντες:

A. από τη μορφή και την ακριβή εντόπιση της νόσου

B) από το στάδιο εξέλιξης της νόσου

Γ) από την κατάσταση της ασθενούς

Δ) από το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας

Ε) από τις συνήθειες και την πείρα των γιατρών

Στ) από την τακτική που εφαρμόζει το νοσοκομείο

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού διακρίνεται σε δύο βασικές κατηγορίες:

Α) σε εκείνη που σκοπεύει να συμπληρώσει τη θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου, δηλαδή τη χειρουργική, με σκοπό να καταστρέψει υπολείμματα όγκου που δεν είναι κλινικοεργαστηριακώς διαπιστώσιμα και ευθύνονται για τη μελλοντική υποτροπή της νόσου (προφυλακτική χημειοθεραπεία) και β) σε εκείνη που αφορά στην αντιμετώπιση ήδη διαπιστωμένων μεταστάσεων (αποδεδειγμένας γενικευμένης νόσου).



## ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup>

## Κεφάλαιο 8

8.1 Ψυχολογική αντιμετώπιση της ασθενούς και της οικογένειας της κατά την περίοδο της διάγνωσης.

### Η ασθενής

Ο τρόπος που αντιδρά ένας ασθενής όταν συνειδητοποιεί ότι πάσχει από καρκίνο έχει απασχολήσει ιατρούς και συγγραφείς και κυρίως εξελίσσεται σε τρεις φάσεις.

Η πρώτη φάση (όταν ο ασθενής μαθαίνει για την αρρώστια) χαρακτηρίζεται από ανησυχία που μπορεί να φτάσει μέχρι τον πανικό. Η δεύτερη φάση (όταν ο ασθενής έχει συνειδητοποιήσει πια τη νόσο) χαρακτηρίζεται από άγχος, φόβο του θανάτου και πολύ συχνά άρνηση της νόσου. Η τρίτη φάση (όταν έχει παγιωθεί η ψυχολογική άμυνα του οργανισμού) χαρακτηρίζεται άλλες φορές από αποδοχή και θετική προσαρμογή και άλλες από ψυχολογικά προβλήματα και από επιπλοκές.

Πρέπει να τονίσουμε ότι τα στάδια αυτά δεν είναι στεγανά, είναι δυνατόν ένας ασθενής να μεταπηδάει από το ένα στάδιο στο άλλο, αρκετές φορές ακόμα και την ίδια μέρα. Τα κύρια στοιχεία των ψυχικών αντιδράσεων στα διάφορα στάδια είναι η ανησυχία, ο φόβος, το συναίσθημα του αβοήθητου, η απελπισία και η κατάθλιψη. Το συναίσθημα ότι είναι αβοήθητος είναι πολύ έντονο στους καρκινοπαθείς και χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή από το νοσηλευτικό προσωπικό. Όταν δίνονται μόνο εντολές χωρίς να εξηγείται ο λόγος της κάθε εντολής, το συναίσθημα αυτό αυξάνεται. Η ασθενής έχει ανάγκη από βοήθεια και αυτή την περιμένει από τους γιατρούς και τις νοσηλεύτριες, γι' αυτό κάθε πράξη ή λέξη των νοσηλευτών μπορεί να έχει θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα στην ψυχική της ισορροπία. Λέξεις όπως «καρκίνος», «κακοήθης όγκος», «τοξικό φάρμακο», «χημειοθεραπεία», και τα παρόμοια έχουν αρνητικά αποτελέσματα.

Πολύ συχνά, η καρκινοπαθής αισθάνεται στιγματισμένη κοινωνικά όπως παλιότερα ο ασθενής που έπασχε από φυματίωση. Και όχι σπάνια διακατέχεται από αισθήματα ενοχής.

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει αν δοθεί και στον κίνδυνο αυτοκτονίας των ασθενών. Μελέτες έχουν αναφέρει ότι ένα μικρό ποσοστό ατόμων που έπασχαν από καρκίνο γενικώς έχουν επιλέξει αυτόν τον τρόπο διεξόδου από τη νόσο. Αυτό κυρίως γίνεται όταν οι ασθενείς μαθαίνουν ότι πάσχουν από καρκίνο. Δεν έχει αναφερθεί κανένας ασθενής που αυτοκτόνησε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας εκτός ή εντός του νοσοκομείου. Το πρόβλημα λοιπόν είναι με ποιον τρόπο ο ασθενής θα μάθει ότι πάσχει από καρκίνο και θα συνειδητοποιήσει την κατάσταση του. Έτσι ώστε να εμφανίζει ηπιότερες ψυχικές αντιδράσεις και λιγότερες ψυχικές επιπλοκές, οι τρόποι όμως είναι τόσοι όσοι και οι καρκινοπαθείς και εναπόκειται στις γνώσεις, στην εμπειρία και την ευαισθησία των νοσηλευτών να βρουν τον κατάλληλο για κάθε ασθενή.

### Η οικογένεια

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου γενικότερα δημιουργεί κρίση και δοκιμασία στην οικογένεια. Στην διάρκεια των πρώτων εβδομάδων από την διάγνωση ο σύζυγος και τα παιδιά ψάχνουν για μια ισορροπία μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον που θα τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν την νέα πραγματικότητα. Κατά συνέπεια, η έγκαιρη και η κατάλληλη υποστήριξη και καθοδήγηση από το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να βοηθήσουν την οικογένεια να δεχτεί τη νέα πραγματικότητα. Ο κυριότερος παράγοντας προσαρμογής είναι η επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Αυτή όμως η επικοινωνία προϋποθέτει ότι τα μέλη της οικογένειας: α) έχουν καταλάβει σωστά και έχουν συνειδητοποιήσει την αρρώστια της συζύγου και μητέρας, β) έχουν την ικανότητα να συζητούν το θέμα της αρρώστιας ανοιχτά μεταξύ τους και με το στενό συγγενικό περιβάλλον, γ) έχουν μία φυσιολογική συναισθηματική αντίδραση μετά το πρώτο σοκ όπως είναι η άρνηση, θυμός, κατάθλιψη, άγχος ώσπου να φτάσουν

να αποδεχτούν την πραγματικότητα, δ) να ενθαρρύνει ο ένας τον άλλον, να εκφράζουν ανοιχτά τα συναισθήματα τους.

Για να υπάρξουν και να εφαρμοστούν οι παραπάνω προϋποθέσεις πρέπει οι θεράποντες και του νοσηλευτικό προσωπικό: α) να δίνουν απλή και κατανοητή πληροφόρηση με απλοποιημένες έννοιες των ιατρικών όρων, β) να ενημερώνουν την οικογένεια σχετικά με την πορεία της νόσου, τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της, γ) ενημέρωση για την πρόγνωση της αρρώστιας με ειλικρίνεια μεν αλλά και με την ελπίδα για το μέλλον, είναι απαραίτητο να συνειδητοποιήσουν τα μέλη της οικογένειας από την αρχή ότι η ζωή της μητέρας και συζύγου απειλείται από την αρρώστια αυτή. Είναι όμως εξίσου σημαντικό να πιστέψουν ότι ο αγώνας που αρχίζει δεν είναι μάταιος και να στηρίζεται στην ελπίδα και στην προσδοκία ότι η αρρώστια θα ξεπερασθεί<sup>9</sup>.

## 8.2 Ψυχολογική υποστήριξη πριν και μετά τη μαστεκτομή

ο καρκίνος του μαστού και η μαστεκτομή αναμφισβήτητα είναι ο εφιάλτης της σύγχρονης γυναίκας. Από τη στιγμή που θα ψηλαφίσει η ίδια ένα ογκίδιο το μαστό της νιώθει αυτόματα μία διπλή απειλή, απειλή για τη ζωή της και απειλή για τη σωματική της ακεραιότητα. Η γυναίκα που θα προσβληθεί από καρκίνο του μαστού δεν έχει να παλέψει μόνο με την αρρώστια αλλά και με το φόβο, το θυμό, την απελπισία, για τον ακρωτηριασμό που την περιμένει. Η επέμβαση της μαστεκτομής φέρνει τη γυναίκα σε σύγκρουση με τα κοινωνικά πρότυπα και η σύγκρουση αυτή προκαλεί ισχυρή συναισθηματική κρίση διότι οι κοινωνίες όλων των εποχών έμαθαν τη γυναίκα να δίνει ιδιαίτερη σημασία στον μαστό της σαν σύμβολο μητρότητας και γυναικείας ταυτότητας.

Κάτω από την επίδραση όλων αυτών που αναφέραμε και η καλύτερη προεγχειρητική προετοιμασία δεν μπορεί να απαλλάξει τη γυναίκα από τον πόνο, την οργή και τη μείωση της αυτοεκτίμησης που θα της προκαλέσει η μαστεκτομή. Θα την βοηθήσει όμως σημαντικά να αντιμετωπίσει το σοκ που θα της προκληθεί.

Αυτό όμως που έχει μεγάλη σημασία για την φυσιολογική υποστήριξη της ασθενούς είναι ο ρόλος που θα παίξει ο γιατρός σε αυτήν τη φάση. Και δεν είναι τόσο το τι θα πει όσο ο τρόπος που θα τα πει καθώς επίσης και η διάθεση που θα δείξει να ακούσει αυτά που θέλει και έχει ανάγκη να πει η ασθενής.

Η μεγαλύτερη μορφή απόρριψης που βιώνουν οι καρκινοπαθείς γενικώς και οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού ειδικότερα είναι ο οίκτος. Τον οίκτο αυτόν τον φοβούνται και τον απεχθάνονται. Τις περισσότερες φορές η γυναίκα πίσω από ένα συναισθηματικό τοίχος σιωπής αναγκάζεται να ακολουθήσει τη θεραπευτική πορεία μόνη με συναισθήματα και ανάγκες που δεν τολμάει να εκφράσει και να μοιραστεί με άλλους γιατί δε θέλει να δει το φόβο και την θλίψη στα μάτια των άλλων, γιατί δε θέλει να την λυπηθούν με την στάση όμως αυτή απομονώνεται συναισθηματικά και οδηγείται στο μονόδρομο της αυτολύπησης.

Για να στηρίξει κανείς μία γυναίκα να αποδεχτεί τις τόσο σημαντικές απώλειες που σημαδεύουν μία μαστεκτομή δε χρειάζεται καλή θέληση, παρηγορητικές λέξεις και αυτοσχεδιασμό, χρειάζονται ειδικές γνώσεις και επιστημονική προσέγγιση στο πρόβλημα. Κατά συνέπεια η προεγχειρητική και μετεγχειρητική υποστήριξη της γυναίκας δεν είναι θέμα καλοδιαλεγμένων λέξεων, αλλά μία διαδικασία η οποία απαιτεί γνώσεις, συνέπεια και συνέχεια και που θα εφαρμόζεται και έξω από το νοσοκομείο με προγράμματα τα οποία θα στηρίζουν και θα συμβάλλουν στην επανένταξη της ασθενούς. Σκοπός των προγραμμάτων αυτών είναι να αποτρέψουμε την παθητική αποδοχή της μαστεκτομής και να συμβάλλουμε στο να συνειδητοποιήσει η γυναίκα ότι «θυσιάζω κάτι πολύτιμο όπως ο μαστός μου για να κερδίσω κάτι πολυτιμότερο τη ζωή μου». Μόνο μέσα από αυτή την συναισθηματική διεργασία μπορεί να δει την μαστεκτομή σαν όφελος και όχι σαν τιμωρία.

### 8.3 Αντιμετώπιση της καρκινοπαθούς που φέρει μαστεκτομή από την οικογένεια (παιδιά – σύζυγο)

Πολλές οικογένειες έχουν ένα πρότυπο επικοινωνίας κατά το οποίο μόνο ευχάριστα συναισθήματα ενισχύονται ενώ δυσάρεστες καταστάσεις αποκλείονται.

Αν σε μία τέτοια οικογένεια νοσήσει η μητέρα από καρκίνο του μαστού, τα μέλη της οικογένειας δεν θα μπορούν να αντιμετωπίσουν τη διάγνωση της νόσου, τους φόβους της ασθενούς και κατά συνέπεια δεν της προσφέρουν την υποστήριξη και το ενδιαφέρον που χρειάζεται για να αντιμετωπίσει τον καρκίνο και τα επακόλουθά του.

Σε άλλες πάλι οικογένειες υπάρχει το πρόβλημα της αμηχανίας που εκφράζεται με το φόβο ότι δε ξέρουν τι να πουν. Αισθήματα ειλικρίνειας πρέπει να εκφράζονται και όταν οι λέξεις δε μπορούν να βρεθούν το κράτημα του χεριού, η τρυφερή ματιά και άλλες τέτοιες εκδηλώσεις, μπορούν αν μεταφέρουν συναισθήματα στην πάσχουσα που με άλλον τρόπο δύσκολα εκφράζονται.

Πολλές οικογένειες ενώ βρίσκονται γύρω από την ασθενή προσποιούνται ότι δε γνωρίζουν τίποτα για την κατάσταση της. Από την πλευρά της ασθενής μπορεί να υποκρίνεται και αυτή άγνοια για να προστατεύσει την οικογένειά της. Το αποτέλεσμα είναι να υπάρχει ένα κλίμα αμοιβαίας απάτης το οποίο δυσκολεύει και μεγαλώνει όσο η νόσος εξελίσσεται και μπορούν αν φτάσουν σε ένα σημείο που η ασθενής και η οικογένειά της άθελα τους να εγκαταλείψουν η μια την άλλη και να αναπτυχθούν συναισθήματα αμοιβαίας απόρριψης.

Ακόμη δεν πρέπει να περιμένουμε από τα μέλη της οικογένειας να αφιερώνουν όλο το χρόνο τους στην ασθενή. Χρειάζονται χρόνο μακριά της για να φύγουν από την ένταση που δημιουργεί η νόσος, η φροντίδα της ασθενούς, οι νέες ευθύνες και οι νέοι ρόλοι μέσα στην οικογένεια.

Διεθνείς Αντικαρκινικές Εταιρίες, απευθυνόμενες στη γυναίκα που έχει υποβληθεί σε μαστεκτομή, προτείνουν αν χειρισθεί ως εξής το θέμα:

«Με την επιστροφή στο σπίτι ίσως θελήσετε να μιλήσετε για την εμπειρία σας στους ανθρώπους που επικοινωνείτε ή ίσως θελήσετε αν το γνωρίζουν όσο το

δυνατόν λιγότερα άτομα. Καλό θα ήταν όμως να μιλήσετε με το σύζυγό σας ή κάποιο άτομο που συνδέεστε πολύ στενά. Με το να μοιράζεστε τις ανησυχίες και τους φόβους σας, θα υποστηρίζετε και θα καθησυχάζετε ο ένας τον άλλον. Όσο το συντομότερο επικοινωνήσετε με τα αισθήματα σας τόσο γρηγορότερα θα ξαναρχίσετε κανονικές σχέσεις. Πάρτε εσείς την πρωτοβουλία και ανοίξτε συζήτηση γύρω από το θέμα της επέμβασης και των ψυχολογικών συνεπειών. Οι άλλοι φοβούνται να κάνουν την πρώτη κίνηση, μήπως και πουν ή πράξουν κάτι λάθος. Όταν δεν υπάρχει επικοινωνία και οι δύο μένετε σιωπηλοί, πολύτιμος χρόνος στη διαδικασία για την ανάρρωση χάνεται. Είναι φυσικό να αναρωτηθείτε, αν ο σύζυγος σας αγαπά και σας θέλει όπως πριν. Πολλές γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή θα σας έλεγαν ότι ο γάμος έγινε πιο τρυφερός και η κρίση της μαστεκτομής έφερε το ζευγάρι πιο κοντά. Λίγοι σύζυγοι απορρίπτουν τις γυναίκες τους, έχουν όμως φόβους για τις συνέπειες που η μαστεκτομή μπορεί να έχει στο γάμο τους. Μία σχέση που είναι δυνατή, θα ξεπεράσει τις συνέπειες της μαστεκτομής. Αλλά, αν ο γάμος είναι ήδη αποτυχημένος ή ο δεσμός άτονος, τότε ίσως έσπαζε έτσι κι αλλιώς μπροστά σε μία κρίση που θα εμφανιζόταν στη ζωή. Είναι εύκολο για κάποιον από τους δύο συζύγους να χρησιμοποιήσει τη μαστεκτομή σαν δικαιολογία για να θέσει τέρμα σε μια κατάσταση που δεν ήταν αποδεκτή από καιρό».

### Ο σύζυγος

Επιστολή της American cancer society στο σύζυγο γυναίκας με καρκίνο μαστού.

Η γυναίκα που αγαπάς και έχεις σύζυγο έχει υποστεί μαστεκτομή. Κάθε χρόνο, χιλιάδες γυναίκες και οι σύζυγοί τους παίρνουν μέρος στη διαδικασία αποκατάστασης της γυναίκας μετά την εγχείρηση. Θέλουμε να σου μεταδώσουμε μερικές από τις εμπειρίες μας.

Η ανάρρωση από οποιαδήποτε εγχείρηση χρειάζεται χρόνο. Η σύζυγος σο μπορεί να κουράζεται εύκολα και γι αυτό να χρειάζεται βοήθεια στις καθημερινές

εργασίες του σπιτιού. Ίσως να περνάει περίοδο κατάθλιψης. Θυμίστε της ότι αυτές οι αντιδράσεις είναι συνηθισμένες και αναμενόμενες. Ενθαρρύνετε την να συνεχίσει τις καθημερινές δραστηριότητες της, αμέσως μόλις ο γιατρός της συμφωνήσει ότι αυτή η κινητοποίηση όχι μόνο ενδείκνυται, αλλά θα βοηθήσει και την άμεση αποκατάστασή της.

Η ανάρρωση ποικίλλει σε χρονική διάρκεια από άτομο σε άτομο. Γνωρίζουμε ότι αυτή η περίοδος φυσικής και συναισθηματικής προσαρμογής υποβοηθείται από μεγάλες δόσεις αγάπης και κατανόησης. Το κλειδί βρίσκεται στην εκδήλωση της αγάπης και της κατανόησης με τους ίδιους οικείους τρόπους. Η αλλαγή συμπεριφοράς μπορεί να θεωρηθεί ως απόρριψη. Η γυναίκα σας προσπαθεί να προσαρμοσθεί με την αλλαγή του σωματικού της ειδώλου. Οι αμφιβολίες και οι φόβοι της είναι αναμενόμενοι. Είναι η ίδια γυναίκα στην πραγματικότητα, όπως και πριν, με την ίδια δυνατότητα να αγαπάει και να αγαπιέται.

Είναι μερικές φορές δύσκολο να καταλάβουμε ότι βαθιά μέσα της αισθάνεται ότι η θηλυκότητα της απειλείται. Η αποδοχή του εαυτού της ως το ίδιο άτομο όπως και πρώτα είναι ζωτικής σημασίας για την αποκατάστασή της. Η γνώση των αντιδράσεών της και οι επιβεβαιώσεις σου θα τη βοηθήσουν να διαλύσει αμφιβολίες που μπορεί να έχει.

Στην πραγματικότητα αυτή η εμπειρία είναι δυνατό να σας φέρει πιο κοντά και να δυναμώσει τη σχέση σας. Συζητήστε, μοιράστε τις ανησυχίες σας και τους φόβους σας, προσπαθήστε να είστε ειλικρινείς μεταξύ σας. Είναι εύκολο να ανησυχεί κανείς για κάτι που δεν έχει ειπωθεί, αλλά είναι πολύ καλύτερο να συζητείτε για τα αισθήματά σας.

Ίσως αποφασίσεις να μιλήσεις σχετικά με την ασθένεια, την πρόγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση με το γιατρό, πράγμα που θα βοηθήσει και στην αποδοχή τους.

Επιστολή της American cancer society στα παιδιά γυναίκας με καρκίνο του μαστού.



Η μητέρα σου μας ζήτησε να βοηθήσουμε στο να σου εξηγήσουμε τι της συνέβη. Μπορεί να αναρωτιέσαι πώς αυτή αισθάνεται, τι πρέπει να κάνω γι' αυτή; Πώς αυτό με επηρεάζει; Αυτό το γράμμα ίσως απαντήσει σε μερικά ερωτήματά σου.

Η μητέρα σου υποβλήθηκε σε μαστεκτομή. Η ανάρρωση από την εγχείρηση θα πάρει λίγο χρόνο.

Κάθε χρόνο, χιλιάδες γυναίκες όλων των ηλικιών υποβάλλονται σε εγχείρηση στο στήθος και μετά επιστρέφουν ικανοποιητικά στη ζωή τους και στις ασχολίες τους, στο σπίτι ή στον εξωτερικό κόσμο. Η μητέρα σου, για να επιτύχει την ομαλή προσαρμογή στην κανονική δραστηριότητα της, θα χρειαστεί την αγάπη σου και την υποστήριξή σου.

Η στάση σου είναι σημαντική. Κράτησε απέναντι της τη στάση που πάντα είχες. Ωστόσο, θα βοηθήσει αν δείξεις κατανόηση, συμπάθεια, υπομονή. Κάνε ό,τι θα έκανες για να βοηθήσεις κάποιο πρόσωπο που συνέρχεται από μια εγχείρηση, μετέφερε βαριά πράγματα, βοήθησε στις δουλειές του σπιτιού, ενθάρρυνε την να κάνει ορισμένες ασκήσεις που τη συμβούλεψε ο γιατρός. Ίσως, η μητέρα σου διαλέξει να μοιραστεί τις εμπειρίες της με τους άλλους, ίσως όχι. Το τι θα κάνει είναι μια προσωπική απόφαση και πρέπει να γίνει σεβαστή.

Η μητέρα σου μπορεί να αισθάνεται κουρασμένη, τόσο σωματικά όσο και συναισθηματικά. Μπορεί αν περάσει περιόδους κατάθλιψης. Θύμισέ της, ότι αυτές είναι συνηθισμένες αντιδράσεις και δώσε της κουράγιο. Η βοήθεια που μπορείς να προσφέρεις δε θα δυναμώσει μόνο τη σχέση μεταξύ σας, αλλά θα έχεις την ικανοποίηση ότι συνέβαλες ουσιαστικά στην ανάρρωσή της.

#### 8.4 Βελτίωση σεξουαλικής λειτουργίας

Ο καρκίνος επιδρά σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής δεν είναι λοιπόν περίεργο το ότι επηρεάζει τα σεξουαλικά αισθήματα και τον τρόπο έκφρασής τους. Στην

περίπτωση όμως του καρκίνου του μαστού και της μαστεκτομής τα πράγματα περιπλέκονται επειδή το γυναικείο στήθος είναι ιδιαίτερα σημαντικά σεξουαλικό σύμβολο.

Η ψυχολογική συμπαράσταση στις γυναίκες αυτής της κατηγορίας είναι απαραίτητη γι' αυτό και κατά το διάστημα της νοσηλείας της πολλά θέματα ζωτικής σημασίας μπορεί να μην συζητούν οπωσδήποτε όμως πρέπει να δοθεί απάντηση σε αγωνιώδη ερωτήματα του τύπου: τι σκέπτεται ο άνδρας μου για μένα; Ή πόσο δύσκολο θα του είναι να κάνει έρωτα μαζί μου;

Έχει μεγάλη σημασία να διατηρήσει η γυναίκα μετεγχειρητικά την ικανότητα να ανταποκρίνεται σεξουαλικά με ένα θετικό τρόπο, διότι το σεξ είναι κάτι πολύ περισσότερο από απλή σεξουαλική διεργασία, συμβάλλει θετικά στην ποιότητα ζωής.

Η γυναίκα πρέπει να πεισθεί ότι είναι ακόμα ζωντανή παρά τη διάγνωση «καρκίνος» και εξακολουθεί να διατηρεί τη θηλυκότητα της παρά την μαστεκτομή. Η υποστήριξη σ' αυτόν τον τομέα έχει πολύ μεγάλη σημασία διότι η ασθενής συχνά εκλαμβάνει ως οίκτο τις διαβεβαιώσεις αγάπης του συντρόφου της και προκαλεί η ίδια ένταση στην σχέση. Η «υποστήριξη» στην περίπτωση αυτή περιλαμβάνει και τους δύο συντρόφους γιατί πολύ συχνά ο σύζυγος πιεζόμενος από τους δικούς του φόβους μπορεί να αντιδράσει αρνητικά και τότε ο ρόλος του παύει να είναι υποστηρικτικός. Πρέπει να ενθαρρύνονται και οι δύο σύντροφοι να μιλούν ανοικτά για τους φόβους τους και τις απορίες τους.

Ανακεφαλαιώνοντας επισημαίνουμε ότι μπορεί οι άντρες γυναικών με μαστεκτομή να αισθανθούν σεξουαλικά απαθείς για ένα διάστημα ή οι γυναίκες να μην νιώσουν ερωτική επιθυμία. Αν όμως στο ζευγάρι υπάρχει αμοιβαία κατανόηση και συζητάνε τα θέματα, τα προβλήματα θα ξεπεραστούν και μπορεί να οδηγηθούν σε μια νέα στενότερη και ευαίσθητη σχέση και η ποιότητα της επαφής τους να βελτιωθεί <sup>1,9,18</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>

9.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του μαστού πριν και μετά τη μαστεκτομή.

### Προεγχειρητική και νοσηλευτική φροντίδα

Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα της αρρώστου που πρόκειται να υποστεί μαστεκτομή περιλαμβάνει την ψυχολογική και τη σωματική προετοιμασία.

Η ψυχολογική προετοιμασία έχει βασική σημασία για όλες τις επεμβάσεις πόσο μάλλον για την επέμβαση του καρκίνου του μαστού η οποία δημιουργεί αγωνία και φόβο στην σκέψη της φανεράς αναπηρίας από την απώλεια του μαστού καθώς και αίσθημα ανασφάλειας και θανάτου. Το θέμα της αισθητικής η αγωνία για την πιθανή απόρριψη από το σύζυγο, η αδυναμία θηλασμού και πολλά άλλα είναι αυτά που δημιουργούν έντονο ψυχικό κλονισμό στην ασθενή πολύ συχνά χρειάζεται μεγάλη ψυχική δύναμη για να τα υπερνικήσει όλα αυτά η ασθενής και να αντιμετωπίσει τις προσωπικές, τις οικογενειακές και τις κοινωνικές δυσκολίες.

Γιατροί και νοσηλευτές σε αυτό το προεγχειρητικό στάδιο πρέπει να δημιουργήσουν ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης, να δείξουν κατανόηση στις οποιεσδήποτε αντιδράσεις και να βοηθήσουν την άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματά της. Δίνοντας της σωστές εξηγήσεις σε ό,τι αφορά τη νόσο και εξηγώντας της τα επιστημονικά δεδομένα για τη μετεγχειρητική πορεία της νόσου, τη θεραπεία και την αποκατάσταση την βοηθούν να διατηρήσει αναπτειρωμένο ηθικό και την ελπίδα της για την επιτυχία της επέμβασης.

Η σωματική προεγχειρητική προετοιμασία δεν διαφέρει από τις γενικές επεμβάσεις.

Προηγούμενη ημέρα επέμβασης

- Λήψη αίματος για ομάδα Rhesus και διασταύρωση.

- Ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου της γύρω περιοχής και του αντίστοιχου μηρού για πιθανή λήψη δερματικού μοσχεύματος και λουτρό καθαριότητας.
- Καθαρτικός υποκλυσμός ή υπακτικό για την κένωση του εντέρου για τους γνωστούς λόγους.
- Ελαφρά τροφή το βράδυ και εξασφάλιση καλού ύπνου. Αν χρειασθεί, χορήγηση υπνωτικού με ιατρική οδηγία.

#### Ημέρα επέμβασης

- Λήψη ζωτικών σημείων, εκτίμηση και αναγραφή τους στο θερμομετρικό διάγραμμα.
- Αφαίρεση κοσμημάτων και τεχνητής οδοντοστοιχίας.
- Σύσταση στην άρρωστη να ουρήσει πριν φύγει για το χειρουργείο.
- Ενδυμασία χειρουργείου.
- Προνάρκωση σύμφωνα με το πρόγραμμα της κλινικής.
- Μεταφορά με φορείο στο χειρουργείο συνοδευόμενη, αν υπάρχει δυνατότητα, από νοσηλεύτρια και τους συγγενείς.
- Επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τους συγγενείς, σχετική ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη.

#### Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- Παραλαβή και τοποθέτηση της αρρώστου σε ύπτια θέση, μέχρι να συνέλθει από τη νάρκωση και κατόπιν ημικαθιστή για τη διευκόλυνση καλής αναπνοής και οξυγόνωσης των πνευμόνων.
- Λήψη ζωτικών σημείων, αξιολόγηση και καταγραφή τους.
- Υποστήριξη της χειρουργημένης πλευράς του θώρακα με μαξιλάρια. Αν το χέρι είναι ελεύθερο (ανάλογα με το σύστημα της κλινικής και τον τύπο της

επέμβασης) τοποθετείται σε ανάρροπη θέση με ελαφρά κάμψη σε μαξιλάρια, για την πρόληψη οιδήματος.

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

- Ρύθμιση των ορών για την εξασφάλιση ισοζυγίου ύδατος, ηλεκτρολυτών και χορήγηση φαρμάκων.

- Παρακολούθηση της λειτουργίας της ειδικής παροχέτευσης, όταν υπάρχει, μέτρηση και αναγραφή στο διάγραμμα του ποσού των υγρών, το οποίο χρησιμεύει στο γιατρό ως κριτήριο για το χρόνο αφαίρεσης της παροχέτευσης.

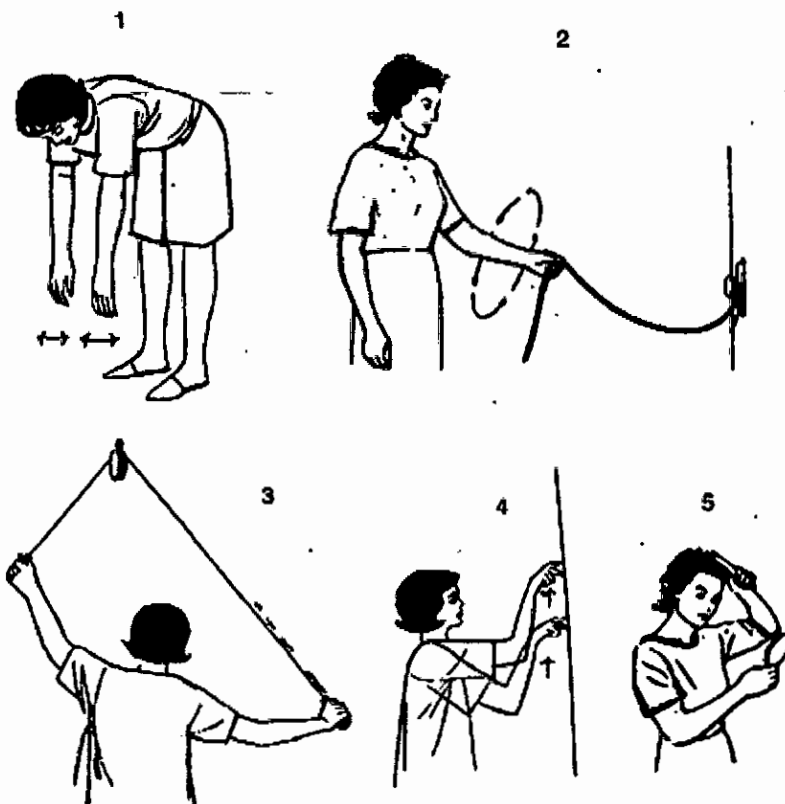
- Σύσταση για βαθιές αναπνοές για την πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας και διευκόλυνση της κινητοποίησης του εντέρου. Η κατάκλιση παρατείνεται όταν υπάρχει τραύμα στο μηρό σε περίπτωση λήψης κρημονού για πλαστική.

- Επικοινωνία με την άρρωστη και διάθεση χρόνου από τη νοσηλεύτρια να ακούσει με κατανόηση τα προβλήματα της, να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες και τη θλίψη της για το χαμένο μέλος, χαρακτηριστικό του φύλου και σύμβολο της μητρότητας. Συχνά η επικοινωνία αυτή γίνεται ψυχοθεραπευτικό φάρμακο και ελπιδοφόρο μήνυμα για την άρρωστη. Η νοσηλεύτρια ακούει, εξηγεί και βοηθάει την άρρωστη με σύνεση και πάντα στα πλαίσια της αρμοδιότητας του χωρίς να υπεισέρχεται σε θέματα που αφορούν την ιατρική αντιμετώπιση.

- Σύσταση και βοήθεια στην άρρωστη να αρχίσει να χρησιμοποιεί προοδευτικά το σύστοιχο χέρι για αυτοφροντίδα και να κάνει τις προγραμματισμένες ασκήσεις με τις οποίες θα αποκατασταθεί η κανονική θέση του σώματος, το φυσιολογικό ύψος του ώμου και η πλήρης ελευθερία των κινήσεων του χεριού της χειρουργημένης πλευράς ( Εικ.1).

- Προσπάθεια από τη νοσηλεύτρια να βοηθήσει την άρρωστη προοδευτικά να εξοικειωθεί με την αναπηρία της. αρχικά στις πρώτες αλλαγές ίσως η άρρωστη αδυνατεί να αντικρίσει τα τραύμα. Γι' αυτό η αφαίρεση των

μαξιλαριών και το κατέβασμα του ερεισίνωτου κατά την αλλαγή είναι βοηθητικό μέσον, ώστε το τραύμα να είναι σχεδόν αθέατο. Η οπτική διαπίστωση της έλλειψης του μαστού, συνήθως οδηγεί στη συνειδητοποίηση της αναπηρίας, προκαλεί φόβο, απογοήτευση, κάποτε και λιποθυμία. Σωστό και ασφαλές για την άρρωστη είναι πριν φύγει από το νοσοκομείο να δει το τραύμα της και βαθμιαία να αρχίσει να εξοικειώνεται με αυτό.



Ασκήσεις μετά μαστεκτομή : 1) εκκρεμείς κινήσεις με χαλαρά τα χέρια, 2) σκοινάκι, 3) τροχαλία 4) ασκήσεις χεριών και δακτύλων στον τοίχο 5) κτένισμα

• Φροντίδα για καλή διατροφή. Μετά το πρώτο ή το δεύτερο 24ωρο, οι οροί αφαιρούνται και προοδευτικά, αλλά σύντομα αρχίζει κανονική διατροφή, με άφθονο λεύκωμα για την διευκόλυνση και τροφές με υπόλειμμα για την καλή λειτουργία του εντέρου σε δυσκοιλιότητα. Η αδυναμία της άρρωστη να χρησιμοποιήσει το ένα χέρι ελεύθερα λόγω της επέμβασης ή και της ακινησίας του

βραχίονα της αποτελεί πρόβλημα. Έχει ανάγκη βοήθειας, όπως καθάρισμα του φρούτου, κόψιμο κρέατος κλπ. Ωστε να μπορεί να φάει με το ένα χέρι.

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

- Επικοινωνία με την οικογένεια, η οποία συμπάσχει και αγωνιά για την κατάσταση της αρρώστου. Καλή συνεργασία μαζί τους. Ενημέρωση τους στα πλαίσια της αρμοδιότητας των νοσηλευτών. Διδασκαλία να της φέρονται απλά, φυσικά και να μην παρατηρούν τοπικά την περιοχή της μαστεκτομής, διότι επηρεάζεται η άρρωστη. Ο σύζυγος της αρρώστου – αν είναι έγγαμος – θα λύσει τις προσωπικές του απορίες με το γιατρό. Η έγκαιρη πληροφόρηση και υποστήριξη του συζύγου θα βοηθήσει στην προσαρμογή και αποκατάσταση της αρρώστου και θα αποτρέψει πιθανή οικογενειακή κρίση και θα συσφίξει τον ιερό δεσμό της οικογένειας.

**Αποκατάσταση μαστού:** Η αποκατάσταση γενικά περιλαμβάνει όλες τις διαδικασίες με τις οποίες αντιμετωπίζονται ψυχολογίες, λειτουργικές και αισθητικές επιπτώσεις, που η νόσος και οι θεραπείες προκαλούν. Αποσκοπούν στην επανένταξη του ατόμου είτε στην προηγούμενη κοινωνική ζωή του, είτε στη δημιουργία νέων τέτοιων συνθηκών. Στον καρκίνο του μαστού σημασία έχει η πλήρης αποκατάσταση της κίνησης της κατ' όμον άρθρωσης, η αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος, όταν υπάρχει, που μπορεί να απαιτήσει τη χρήση συσκευής πίεσης ή άλλους θεραπευτικούς χειρισμούς και ιδιαίτερα η συμβουλή, κατεύθυνση και βοήθεια για χρήση πρόθεσης, τεχνητού μαστού. Οι δυνατότητες εφαρμογής, ο

χρόνος και ο τύπος της πρόθεσης ή η χειρουργική αποκατάσταση του μαστού εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες και είναι θέματα ιατρικά και τεχνικά <sup>19</sup>.

Οι γυναίκες που υπέστησαν μαστεκτομή μπορούν να αποκαταστήσουν την φυσική τους εμφάνιση με πολλούς τρόπους μέσα στους οποίους πρωταρχική θέση έχει ο πρωταρχικός μαστός. Υπάρχουν αρκετοί τρόποι ανακατασκευής του μαστού όπως και τρόποι ανακατασκευής της θηλής και ο καθένας του έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Το ερώτημα είναι αν η ανακατασκευή του μαστού θα γίνει αμέσως μετά την μαστεκτομή ή θα καθυστερήσει. Το πλεονέκτημα της άμεσης ανακατασκευής είναι ότι μειώνονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις ενώ η καθυστέρηση βοηθάει το τραύμα να επουλωθεί πιο εύκολα. Άμεση αποκατάσταση γίνεται σε μικρής έκτασης καρκίνο και αρνητικούς λεμφαδένες ενώ καθυστερεί όταν μετά το χειρουργείο ακολουθήσει ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Συνήθως, η ανακατασκευή του μαστού αναβάλλεται για 4 έως 6 εβδομάδες μετά τη συμπλήρωση της ακτινοθεραπείας και 2 έως 3 μήνες μετά το τέλος της χημειοθεραπείας <sup>3,4,18</sup>.

#### Διδασκαλία αρρώστου

- Διδάξτε στην άρρωστη τις ειδικές ασκήσεις, που πρέπει αν κάνει καθημερινά για την αποκατάσταση της κινητικότητας της κατ' όμον άρθρωσης του σύστοιχου χεριού.
- Δώστε τις αναγκαίες συστάσεις στην άρρωστη για τη χρήση του τεχνητού μαστού, βοηθώντας να το συνηθίσει μόνη της.
- Συστήστε την παρακολούθηση του τραύματος για ερυθρότητα, οίδημα, έκκριση και σε εμφάνιση τους αναφορά στο γιατρό.
- Δώστε οδηγίες για τη φροντίδα του τραύματος, όπως ήπιο πλύσιμο με χλιαρό νερό και σαπούνι και απαλό στέγνωμα, ελαφρό massage με κρέμα δέρματος για τη διέγερση της κυκλοφορίας και τη διατήρηση της ελαστικότητας του δέρματος.



• Συστήστε τη φροντίδα του χεριού της χειρουργημένης πλευράς παίρνοντας τα παρακάτω μέτρα για την πρόληψη του λεμφοιδήματος. Διότι σε ριζική μαστεκτομή που αφαιρούνται λεμφαδένες και λεμφαγγεία μειώνεται η ικανότητα του οργανισμού για την καταπολέμηση κάθε φλεγμονής στο άκρο αυτό. Γι' αυτό η άρρωση θα πρέπει να προσέχει ορισμένα αρνητικά και θετικά σημεία.

#### Αρνητικά:

• Μη κρατάτε από το χέρι αυτό βάρος, όπως τσάντα, βιβλία, ψώνια καθώς και τσιγάρο.

- Μην κόβετε ή τραβάτε τις παρωνυχίδες.
- Μην κόβετε αγκαθωτά φυτά.
- Μην πλησιάζετε το χέρι σας σε ζεστό φούρνο.
- Μην αφήνετε να σας κάνουν ένεση ή φλεβοκέντηση για λήψη αίματος, μετάγγιση ή ορό καθώς και λήψη αρτηριακής πίεσης.

• Μη φοράτε ρολόι ή άλλα κοσμήματα.

• Μη παραμελείτε να κάνετε καθορισμένες εξετάσεις.

#### Θετικά:

• Φοράτε ελαστικό γάντι όταν ασχολείστε με μαγειρική, καθαριότητα, πλύσιμο πιάτων.

- Φοράτε δακτυλήθρα όταν ράβετε ή κεντάτε.
- Διατηρείτε τα χέρια σας καθαρά και το δέρμα ελαστικό με τη χρήση κρέμας <sup>18-20</sup>.

• Αναφερθείτε στο γιατρό σας για κάθε πρόβλημα.

• Διατηρείστε την ηρεμία, την πίστη και την αισιοδοξία σας. Έχει ο θεός για όλους. Κοιτάξτε πάντα κατάματα τη ζωή, κάνοντας υπερβάσεις. Ζωή χωρίς αγώνα δεν έχει νόημα <sup>19</sup>.

9.2. Κοινωνική και εργασιακή επανένταξη της γυναίκας μετά από μαστεκτομή.

Η γυναίκα πριν την έξοδό της από το νοσοκομείο θα πρέπει να έχει βοηθηθεί ώστε να πιστέψει ότι μπορεί σιγά σιγά μετά την μαστεκτομή να αρχίσει και πάλι μια φυσιολογική και δραστήρια ζωή. Η πείρα έχει δείξει ότι όσο νωρίτερα η γυναίκα με καρκίνο του μαστού και μαστεκτομή αποδεχθεί την αρρώστια της τόσο πιο εύκολα θα επανενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο και θα αποφύγει την κοινωνική απομόνωση.

Η κοινωνική απομόνωση οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι πιστεύουν ότι σύντομα θα πεθάνουν. Με την σκέψη αυτή πολλές γυναίκες στρέφονται τόσο πολύ στον εαυτό τους ώστε χάνουν την επαφή με τη ζωή τους και τους ανθρώπους.

Συχνά συγγενείς και φίλοι λόγω αυτής της απομόνωσης της άρρωστης απομακρύνονται σιγά σιγά. Πρώτα γιατί δε ξέρουν πως να την πλησιάσουν και τι να της πουν και έπειτα γιατί και αυτοί έχουν τα δικά τους προβλήματα και τη δική τους ζωή. Στην περίπτωση αυτή η γυναίκα θα πρέπει να υποστηριχθεί για να δημιουργήσει νέες γέφυρες με τους ανθρώπους και να ασχοληθεί με δραστηριότητες που θα δώσουν νόημα και ενδιαφέρον στη ζωή της, άσχετα με τη χρονική της διάρκεια.

Μία ακόμη σοβαρή επίπτωση της κοινωνικής απομόνωσης είναι και η έλλειψη ενδιαφέροντος για εργασία. Το πρόβλημα όμως στον χώρο της εργασίας δεν οφείλεται μόνο σε ψυχικές και συναισθηματικές αντιδράσεις λόγω της μαστεκτομής αλλά και σε πρακτικούς λόγους όταν η επέμβαση απαγορεύει την υπερκόπωση. Στην περίπτωση αυτή οι γυναίκες με χειρονακτικές εργασίες ή πρέπει να σταματήσουν να εργάζονται ή να παρακούσουν τις οδηγίες του γιατρού τους.

Σε άλλες περιπτώσεις η εργαζόμενη γυναίκα νοιώθει ότι δε μπορεί να είναι συνεπής στις επαγγελματικές της υποχρεώσεις και στις απαιτήσεις της θεραπείας και έτσι διακόπτουν την εργασία με αποτέλεσμα και οικονομικά προβλήματα αλλά και παραίτηση από ένα ενεργό κομμάτι της ζωής.

Αλλά και η επιστροφή της γυναίκας στην εργασία, αν δεν έχει υποστηριχθεί κατά το διάστημα της θεραπείας, μπορεί να γίνει πηγή άγχους ιδίως αν πιστεύει ότι οι συνάδελφοι της την αντιμετωπίζουν πλέον σαν καρκινοπαθή. Αυτός της ο φόβος για τον οίκτο των άλλων επαληθεύεται συχνά από τη στάση του εργοδότη ή των συναδέλφων. Άλλοι την υπερπροστατεύουν και τη διευκολύνουν για να μην κουράζεται και άλλοι μένουν σε απόσταση γιατί δεν ξέρουν πώς να συμπεριφερθούν ή ακόμη γιατί φοβούνται μην κολλήσουν.

Σε ορισμένες πάλι περιπτώσεις οι γυναίκες βιώνουν απόρριψη από τους εργοδότες οι οποίοι φοβούμενοι την μειωμένη απόδοσή της ασθενούς ή τις συχνές απουσίες λόγω αναρρωτικών αδειών, τις απολύουν ή αρνούνται την πρόσληψη τους.

Άσχετα με τα προβλήματα που θα προκύψουν στο θέμα της εργασίας η ασθενής θα πρέπει να υποστηριχθεί να συνεχίσει την εργασία της ή εάν δεν εργάζεται να ασχοληθεί με κάτι δημιουργικό. Τα αδιέξοδα που προκύπτουν συχνά στο θέμα της εργασίας και οι κίνδυνοι απομόνωσης πρέπει να μας προβληματίζουν όλους γιατί η γυναίκα με καρκίνο του μαστού και μαστεκτομή συχνά είναι υποχρεωμένες να αναδιοργανώσουν την ζωή τους και να αναζητήσουν νέο ξεκίνημα. Για να την στηρίξει στην ανάγκη της αυτή η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία δημιούργησε ένα «Κέντρο ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο» το 1983.

Πρώτος στόχος του κέντρου είναι η Ελληνίδα με καρκίνο του μαστού και μαστεκτομή. Ενθαρρύνει την εργασιοθεραπεία και δημιουργεί κοινωνικές δραστηριότητες για την αποφυγή συναισθηματικής και κοινωνικής απομόνωσης. Η υποστηρικτική αυτή παρέμβαση βοηθάει στο να εξοικειώνονται οι γυναίκες αυτές με την ασθένεια και την μαστεκτομή και μαθαίνουν να ζουν με αυτήν<sup>1</sup>.

9.3 νοσηλευτική φροντίδα της καρκινοπαθούς στα τελικά στάδια της ζωής της.

Σε αυτό το στάδιο η θεραπεία είναι μόνο ανακουφιστική και η ασθενής που αντιμετωπίζει το ενδεχόμενο του θανάτου ταλαντεύεται, μεταξύ άρνησης και αποδοχής. Μπορεί να φαίνεται πως ξέρει ότι πρόκειται να πεθάνει αλλά την ίδια στιγμή μπορεί να εκφράζεται σαν να μην γνωρίζει τίποτα για την αρρώστια της. ο θάνατος δεν έρχεται ξαφνικά στην καρκινοπαθή σε προχωρημένο στάδιο. Θα έχει περάσει πολλούς μήνες με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία, θα έχει υποβληθεί σε εγχειρήσεις θα έχει μπει και θα έχει βγει πολλές φορές στο νοσοκομείο και πιθανόν να έχει δει άλλους ασθενείς να πεθαίνουν από την ίδια νόσο.

Αλλά ο φυσικός θάνατος που όλα τα όργανα παύουν να λειτουργούν είναι μόνο μια μορφή θανάτου. Συνήθως έχει προηγηθεί ο κοινωνικός θάνατος και ο ψυχικός θάνατος καθώς επίσης ο βιολογικός θάνατος κατά τον οποίο η ασθενής δεν έχει συνείδηση του τι συμβαίνει γύρω της.

Είναι σημαντικό σε αυτή τη φάση η ασθενής να γνωρίζει ότι είναι δίπλα της συγγενείς, φίλοι, γιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό για να την στηρίξουν και να την ανακουφίσουν ως την τελευταία στιγμή.

Όλοι όσοι βρίσκονται δίπλα στην άρρωστη πρέπει να προσέξουν ώστε να μην απελπίσουν την ασθενή γιατί ως το τέλος χρειάζεται την ελπίδα. Την ελπίδα πως όλα αυτά είναι ένας εφιάλτης και ότι ένα νέο φάρμακο μπορεί να κάνει το θαύμα. Αυτό δε σημαίνει πως πρέπει να λέμε ψέματα στην ασθενή αλλά ότι μοιραζόμαστε μαζί της την ελπίδα ότι κάτι απρόβλεπτο μπορεί να αλλάξει τη ροή των πραγμάτων.

Στην ασθενή στο τελικό στάδιο πρέπει να κάνουμε συχνές επισκέψεις, να την στηρίζουμε και να δείχνουμε ότι δεν την ξεχάσαμε και να την κάνουμε να πιστεύει πως δε θα την εγκαταλείψουμε ποτέ. Συζητούμε το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης της με την ίδια την ασθενή και φροντίζουμε να τακτοποιήσει όλες τις υποθέσεις της. Της δίνουμε την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους της, τις ανησυχίες της, τις ανάγκες της, τα συναισθήματα της και της δείχνουμε κατανόηση και συμπάρασταση.

Η αποτελεσματική σωματική φροντίδα της ασθενούς η οποία της εξασφαλίζει άνεση και ασφάλεια μπορεί να συμβάλλει σημαντικά σε έναν ήσυχο θάνατο, είτε βρίσκεται στο σπίτι είτε στο νοσοκομείο. Η αντιμετώπιση του πόνου σε ασθενείς που βρίσκονται σε αυτό στάδιο είναι η σημαντικότερη φροντίδα. Οι εξελίξεις στην φαρμακολογία και οι τρόποι χορήγηση των φαρμάκων μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του πόνου. Όταν η ασθενής βρίσκεται στο σπίτι πρέπει η οικογένειά της να έχει ενημερωθεί από τους θεράποντες και τους νοσηλευτές για το πώς και πότε να χορηγούν τα φάρμακα και πώς να εκτιμούν την ανταπόκριση της ασθενούς στην φαρμακευτική αγωγή.

Τέλος οι τεχνικές χαλάρωσης βοηθούν πολύ την ασθενή που πονάει. Ασκήσεις αναπνοής, χαλάρωσης των μυών αλλά και η απομάκρυνση της σκέψης της άρρωστης από τον πόνο βοηθούν ώστε οι τελευταίες μέρες να είναι όσο το δυνατόν λιγότερο οδυνηρές.

Άλλα συμπτώματα συνοδευτικά του δυνατού πόνου κατά το τελευταίο στάδιο είναι η δυσκοιλιότητα, ναυτία και εμετός, ανορεξία και κατακλίσεις. Όλα αυτά είναι προβλήματα που πρέπει να τα αντιμετωπίσει το νοσηλευτικό προσωπικό ή η οικογένεια όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερα για την ανακούφιση της ασθενούς.

Οι στιγμές που χωρίζουν την ασθενή από το θάνατο είναι πολύτιμες όσο και οδυνηρές, κάθε επιθυμία της ασθενούς πρέπει να είναι σεβαστή και να εκπληρώνεται άμεσα. Έτσι εκτός από το να την ανακουφίσουμε από τον πόνο και τα άλλα επακόλουθα της ασθένειας πρέπει να είμαστε έτοιμοι να την ακούσουμε και να πραγματοποιήσουμε αυτά που ζητά, όπως να δει έναν ιερέα, να συμφιλιωθεί με κάποια άτομα, να μεταφερθεί στο σπίτι γιατί δε θέλει να πεθάνει στο νοσοκομείο και οτιδήποτε άλλο μπορεί να ζητήσει η κάθε ασθενής.

Η εκπλήρωση των τελευταίων επιθυμιών της ασθενούς και η βοήθεια από μέρους μας να φύγει ήσυχα και ειρηνικά είναι καθήκον μας και πρέπει να το φέρουμε σε πέρας και όσο καλύτερα μπορούμε<sup>9</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>0</sup>

### 10.1 Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Ο τομέας της πρόληψης του καρκίνου του μαστού είναι ο μόνος ο οποίος μπορεί να βοηθάει αποφασιστικά στην βελτίωση της υγείας του γυναικείου πληθυσμού. Οι μελέτες επιβεβαιώνουν αυτά που όλοι λίγο πολύ γνωρίζουμε, ότι δηλαδή ο τρόπος ζωής μας επηρεάζει την ανάπτυξη του καρκίνου τα 2/3 των περιπτώσεων καρκίνου είναι δυνατόν να προληφθούν αν διαφοροποιήσουμε τις διαφορές μας. Όμως παρότι γνωρίζουμε τους παράγοντες κινδύνου για καρκίνο δε δείχνουμε και μεγάλη προθυμία να αλλάξουμε τις συνήθειες μας.

Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

Σε μέτρα πρωτογενούς πρόληψης και σε μέτρα δευτερογενούς πρόληψης.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα προληπτικά μέτρα που έχουν σαν σκοπό να προλάβουν την έναρξη των παθογόνων διαδικασιών πριν οδηγήσουν τον οργανισμό στην νόσο. Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι παθογόνες διαδικασίες και αποσκοπούν στο να διαγνώσουν την νόσο όσο το δυνατόν σε πρωϊμότερο στάδιο και πριν αρχίσει η συμπτωματολογία<sup>9,20</sup>.

### 10.2 Πρωτογενής πρόληψη

Η ανακάλυψη των καρκινογόνων παραγόντων γίνεται με τρεις κατηγορίες ερευνών: σε ανθρώπους, σε πειραματόζωα και σε μικροβιακές καλλιέργειες. Οι έρευνες σε ανθρώπους είναι περισσότερο αποτελεσματικές αλλά δε μπορούν να γίνουν πειραματικά. Αντίθετα οι έρευνες σε πειραματόζωα έχουν το πλεονέκτημα ότι είναι πειραματικές και το μειονέκτημα ότι ο άνθρωπος δεν έχει τον ίδιο οργανισμό με τα πειραματόζωα και έτσι τα αποτελέσματα δεν είναι ακριβή.

Οι δύο παραπάνω κατηγορίες πρωτογενούς πρόληψης έχουν το μεγάλο μειονέκτημα του υψηλού κόστους και της μεγάλης χρονικής διάρκειας (πολύ χρόνο και πολύ χρήμα) αντίθετα με τις μικροβιακές καλλιέργειες που είναι απλές, γρήγορες και δεν κοστίζουν ακριβά. Όμως το μειονέκτημα τους είναι ότι δεν έχουν την εγκυρότητα των ερευνών σε ανθρώπους και πειραματόζωα γιατί πολύ συχνά μας δίνει λανθασμένα θετικά αποτελέσματα ή λανθασμένα αρνητικά.

Εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης

Τέτοια προγράμματα είναι:

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

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

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

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

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

B) Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40<sup>ο</sup> έτος.

Γ) Η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.

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

E) Η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα.

Στ) Η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση νοσηλευτριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν στον ΚΜ.

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

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

### 10.3 Δευτερογενής πρόληψη

Όταν δεν υπάρχουν ή δεν έχουν εφαρμοστεί μέτρα για την πρωτογενή πρόληψη ο αιτιολογικός παράγοντας εξέταση ( επισκόπηση, ψηλάφηση), δ) Αιματολογικές εξετάσεις, Ε) Ακτινολογικές εξετάσεις (μαστογραφία)<sup>9</sup>.

#### Κινητές μονάδες

Οι «Κινητές διαγνωστικές μονάδες» είναι μία πιο αποδοτική μέθοδος προληπτικής εξέτασης για καρκίνο. Αποτελούνται από ομάδες γιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών κ.α. που κινούνται συνεχώς με ειδικά αυτοκίνητα τα οποία έχουν εξεταστικά δωμάτια, ακτινολογικά μηχανήματα και άλλα διαγνωστικά μέσα. Πηγαίνουν σε απομακρυσμένα χωριά στην επαρχία αλλά και σε αστικά κέντρα και ενημερώνουν για την πρόληψη του καρκίνου αλλά κάνουν και δωρεάν εξετάσεις για πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Προτιμούν τα χωριά και τις επαρχίες γιατί εκεί δεν υπάρχουν γιατροί και ο κόσμος είναι λιγότερο ενημερωμένος.

#### Εκτίμηση προγραμμάτων περιοδικού ελέγχου

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



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

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

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

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

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

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

Τα μειονεκτήματα του περιοδικού ελέγχου είναι:

A) Δαπάνη για το κοινωνικό σύνολο.

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

Γ) Αύξηση του αριθμού των εγχειρητικών επεμβάσεων.

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

Ε) Ψυχικά τραύματα σε άτομα που βρέθηκε καρκίνος<sup>9</sup>.

#### 10.4 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Όλοι γνωρίζουμε ότι σήμερα η πρόληψη του καρκίνου του μαστού γίνεται μέσα από τις υπηρεσίες που φροντίζουν την υγεία. Ο ρόλος λοιπόν της νοσηλεύτριας είναι πολυδύναμος και πολυεπίπεδος αφού πρωτοστατεί σε όλες τις υπηρεσίες φροντίδας για την υγεία. Η νοσηλεύτρια ως μέλος της υγειονομικής ομάδας προσφέρει πολύτιμο έργο στην διαφώτιση του κοινού σχετικά με την ανίχνευση του καρκίνου του μαστού και την πρόωμη διάγνωση του. Βοηθάει επίσης με διάφορους τρόπους και τακτικές να καταπολεμισθεί η άγνοια, η

προκατάληψη και η ημιμάθεια. Κάνω γνωστό στο πλήθος τι είναι αιτιολογικοί παράγοντες και τι προστατευτικοί παράγοντες και παρεμβαίνει στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας. Δίνει διαιτολόγια, συνιστά την αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και υποδεικνύει την χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών.

Πίνακας 7.2 Προστατευτικοί και προδιαθεσικοί παράγοντες στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού

Η νοσηλεύτρια επισημαίνει τους:		
Παράγοντες υψηλού κινδύνου για καρκίνο του μαστού	Προστατευτικούς παράγοντες	Παράγοντες με μικρότερες πιθανότητες για καρκίνο του μαστού
Φύλο: θήλυ	Πρώτη έμμηνη ρύση σε ηλικία 12 ετών	Κυστική μαστίτιδα
Ηλικία: άνω των 40 ετών	Εγκυμοσύνη προ των 25 ετών	Οζώδης μαστός
Οικ. ιστορικό: μητέρα ή αδελφή με καρκίνο του μαστού	Θηλασμός	Υγρό από τη θηλή
Ατομ. Ιστορικό: καρκίνος του μαστού χειρουργηθείς		Παχυσαρκία
Εγκυμοσύνη: όχι		Αρτηριακή πίεση
Θηλασμός: όχι		Σακχαρώδης διαβήτης
		Καρκίνος σε άλλο μέρος του σώματος

Ενισχύει την προσπάθεια για βελτίωση του περιβάλλοντος. Στόχος της είναι να γίνουν καθημερινή συνήθεια η υγιής διατροφή και γενικά η φροντίδα για την απομάκρυνση του καρκίνου. Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό χρησιμοποιώντας στατιστικά στοιχεία που αποδεικνύουν ότι γυναίκες που προσήλθαν στο πρώτο στάδιο είχαν ποσοστό θεραπείας 90% ενώ γυναίκες που προσήλθαν για νοσηλεία στο iv στάδιο είχαν ποσοστό 24%. Στόχος της νοσηλεύτριας που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο

πληθυσμό είναι να εντοπίσει τους παράγοντες που μπορεί να καθυστερούν την προσέλευση για την εξέταση, να ψάχνει για τα αίτια που τους δημιουργούν και να τους αναχαιτίζει με τη σωστή διδασκαλία και ενημέρωση. Τέτοιοι παράγοντες είναι: κοινωνικοί, οικονομικοί, έλλειψη μόρφωσης και ενημέρωσης και πολύ ψυχολογικοί παράγοντες όπως φόβος, ντροπή, αρνητισμός, κατάθλιψη και καταπίεση.

Η νοσηλεύτρια προτρέπει τις γυναίκες να προσέρχονται στα ειδικά κέντρα για εξετάσεις ενώ παράλληλα προσπαθεί να τις απαλλάξει από την καρκινοφοβία και το φάσμα του θανάτου. Μεγάλη είναι η συμβολή της νοσηλεύτριας στην λήψη καλού ιστορικού, στην κλινική εξέταση και στην διδασκαλία της αυτοεξέτασης του μαστού.

Τέλος έχει ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο του μαστού και γενικώς η παρουσία της πρέπει να είναι στήριγμα και βοήθεια και ελπίδα στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν το φάσμα του καρκίνου του μαστού<sup>9,19</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11°

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΔΥΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

#### 11.1 Κλινική περίπτωση Α

Όνομα ασθενούς : Χ.Δ.  
 Ημερομηνία Γέννησης : 11-5-1970  
 Ηλικία : 35 ετών  
 Διάγνωση εισόδου : Καρκίνος δεξιού μαστού  
 Ημερομηνία Εισαγωγής : 14-4-05

Η ασθενής εισήλθε στη χειρουργική κλινική του νοσοκομείου Ρίου Πατρών. Η ίδια ανακάλυψε με την αυτοεξέταση μαστού πριν ένα χρόνο ένα ογκίδιο στο δεξιό της μαστό, διαστάσεων 1x1 cm, χωρίς άλλα συνωδά ευρήματα.

Το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς περιγράφει την περίπτωση ως εξής, με σαφή όρια, διαστάσεων 1x1 cm. Στην περιοχή της μασχάλης διακρίνονται ψηλαφητοί, ανώδυνοι, κινητοί λεμφαδένες. Αριστερός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Η ασθενής αναφέρει ότι δεν κάνει χρήση αλκοόλ ή καπνού, δεν είναι παχύσαρκη και το οικογενειακό της ιστορικό είναι ελεύθερο. Είναι παντρεμένη, έχει ένα γιο και δύο κόρες. Έναρξη έμμηνου ρύσεως 12 ετών.

Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και εμετός για τη διεξαγωγή εξετάσεων. Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου το πρωί της 15-4-05. ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αναλόγως των αποτελεσμάτων της ταχείας βιοψίας.

Μετά την επέμβαση η ασθενής δεν παρουσίασε κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα και πήρε εξιτήριο στις 26-4-2005. εκδόθηκαν οδηγίες για την φροντίδα της τομής στο σπίτι και ορίστηκε επανεξέταση μετά από 8 ημέρες.

Κατά την παραμονή της στην κλινική, η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

SUP γλυκερίνης 1x1 (προεγχειρητικά)

7L Fraxiparine 1x1 (επί 4 ημέρες μετεγχειρητικά)

AMP Pethidine (μετεγχειρητικά)

D/N 50% 1000 cc 1x1 (1<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα)

L-R 1000 cc 1x1 (1<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα)

Δίαιτα ελεύθερη

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες -προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Άγχος, φόβος, κατάθλιψη (προεγχειρητικά) λόγω της επέμβασης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Μείωση του άγχους, της αγωνίας και όλων των αρνητικών συναισθημάτων.</li> <li><input type="checkbox"/> Εξασφάλιση ηρεμίας της ασθενούς.</li> <li><input type="checkbox"/> Ενθάρρυνση ως προς την ασθένεια.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ηθική και ψυχολογική τόνωση.</li> <li><input type="checkbox"/> Επίσκεψη στους χώρους του χειρουργείου.</li> <li><input type="checkbox"/> Γνωριμία με το προσωπικό και τους χώρους της κλινικής.</li> <li><input type="checkbox"/> Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας από τους νοσηλευτές.</li> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση μυοχαλαρωτικού, με εντολή Ιατρού, προς αποφυγή του άγχους.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ενισχύθηκε ψυχολογικά η ασθενής και έγινε τόνωση του ηθικού της.</li> <li><input type="checkbox"/> Έγινε γνωριμία με το προσωπικό και τους χώρους του χειρουργείου και της κλινικής.</li> <li><input type="checkbox"/> Συζητήθηκαν και λύθηκαν όλες οι απορίες γύρω από την επέμβαση και τη μετεγχειρητική πορεία.</li> <li><input type="checkbox"/> Το προηγούμενο βράδυ του χειρουργείου χορηγήθηκαν μυοχαλαρωτικό tanor +b 2,5 mg l x l για την εξασφάλιση καλού ύπνου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Περιορίστηκε το άγχος και υπήρξε καλύτερη αποδοχή της επέμβασης από την ασθενή, λόγω της ψυχολογικής τόνωσης και της χορήγησης του μυοχαλαρωτικού φάρμακου.</li> </ul>

## **ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο**

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <i>Ανάγκες - προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Πόνος (Μετεγχειρητικά)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Μείωση του πόνου και εξασφάλιση άνεσης.</li> <li><input type="checkbox"/> Σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση αναλγητικών, με ιατρική εντολή, και συχνή λήψη ζωτικών σημείων.</li> <li><input type="checkbox"/> Εξασφάλιση σωστής θέσης στο κρεβάτι.</li> <li><input type="checkbox"/> Έλεγχος της λειτουργικότητας της παροχέτευσης Red-o-pack και του υλικού της παροχέτευσης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Χορηγήθηκε Nubain amp 3mg/ml σε 150cc D/W 5% 1/2x2 για τη μείωση του πόνου.</li> <li><input type="checkbox"/> Έγινε λήψη ζωτικών σημείων και κυρίως πριν από τη χορήγηση διότι το Nubain προκαλεί πτώση της αρτηριακής πίεσης.</li> <li><input type="checkbox"/> Δόθηκε σωστή θέση στο κρεβάτι και ελέγχθηκε η παροχέτευση για τυχόν εμφάνιση αιμορραγίας.</li> </ul>	<p>Με τη χορήγηση 1/2 Nubain μειώθηκε ο πόνος από μισή ώρα και η ασθενής ένοιωσε ανακούφιση. Τα ζωτικά σημεία βρίσκονταν διαρκώς σε φυσιολογικά όρια. Συνεχώς παρακολουθούνταν η παροχέτευση και δεν υπήρχε καμία ένδειξη αιμορραγίας. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς εξελίχθηκε ομαλά και ανώδυνα.</p>

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΑΙΟΛΟΓΗΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες - προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Αναπνευστική δυσχέρεια (βήχας, δυσφορία) λόγω ανεπαρκούς αερισμού.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Επαρκής αερισμός της ασθενούς.</li> <li>□ Πρόληψη ατελεκτασίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Διδασκαλία της ασθενούς να βήχει και να αναπνέει βαθιά.</li> <li>□ Έλεγχος των ζωτικών σημείων κυρίως της αναπνοής ως προς το είδος καθώς και της θερμοκρασίας.</li> <li>□ Συχνή έγερση της ασθενούς από το κρεβάτι.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Έγινε διδασκαλία της ασθενούς να βήχει και να παίρνει βαθιές αναπνοές μετά την επέμβαση με τη βοήθεια της νοσηλεύτριας.</li> <li>□ Εξασφαλίστηκε επαρκής αερισμός, έγινε λήψη των Ζ.Σ., και κυρίως του βάθους των αναπνοών και της θερμοκρασίας για τυχόν άνοδο. Με την συχνή έγερση της ασθενούς από το κρεβάτι αποφεύχθηκε η συμφόρηση του αναπνευστικού συστήματος από τις εκκρίσεις.</li> </ul>	<p>Με τη διδασκαλία η ασθενής κατάφερε να βήχει και να επικυχθεί επαρκής αερισμός. Η ασθενής συνεργάστηκε άψογα στις αναπνοές και στις ασκήσεις τον βήχα με αποτέλεσμα τα ζωτικά σημεία να παραμένουν στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>



**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Έργαστήριο**

ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες -προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Λεμφοίδημα δεξιού άνω άκρου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Πρόληψη λεμφοιδήματος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Τοποθέτηση στο κάτω μέρος του κρεβατιού ειδικής ενθερωτικής πινακίδας.</li> <li><input type="checkbox"/> Ενθέρωση του φακέλου της ασθενούς.</li> <li><input type="checkbox"/> Ανύψωση του άνω άκρου.</li> <li><input type="checkbox"/> Συνεννόηση με φυσιοθεραπευτή για την έναρξη των ασκήσεων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Τοποθετήθηκε ειδική ενθερωτική πινακίδα στο κάτω μέρος του κρεβατιού.</li> <li><input type="checkbox"/> Έγινε ενθέρωση του φακέλου της ασθενούς σχετικά με το σύμπτωμα που πρόκυψε.</li> <li><input type="checkbox"/> Κατά τη διάρκεια της νύχτας τοποθετήθηκε μαξιλάρι κάτω από το κροσβεβλημένο χέρι.</li> <li><input type="checkbox"/> Έγιναν ασκήσεις όπως έκταση-κάμψη των δάκτυλων, υπερισμός-κρηνιασμός του πήτρωος.</li> <li><input type="checkbox"/> Επίσης, κατόπιν συμφωνίας του γιατρού, έγινε απαγωγή και κινητοποίηση του βραχίονα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Με τις ειδικές ασκήσεις που έγιναν στην ασθενή από το φυσιοθεραπευτή, η ασθενής ένωσε καλύτερα εφόσον επιτεύχθηκε καλύτερη κινητοποίηση του κροσβεβλημένου χεριού.</li> <li>Επίσης επιτεύχθηκε και ο βασικός στόχος αφού υπήρξε σταδιακή υποχώρηση του λεμφοιδήματος.</li> </ul>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες -προβλήματα</i> <i>Νοσηλευτική</i> <i>διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Έγινε επίσκεψη από το φυσιοθεραπευτή και έναρξη ασκήσεων.</li> <li>□ Αποφύχθηκε η λήψη αρτηριακής πίεσης και αιματος από το χέρι της προσβεβλημένης πλευράς.</li> </ul>	

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες - προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Αλλαγή σωματικού ειδώλου (απώλεια ενός μαστού)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Να αποδεχτεί η ασθενής την καινούργια της εικόνα στον λιγότερο δυνατό χρόνο και με το μικρότερο ψυχικό κόστος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ενημέρωση των συγγενών για την αποδοχή της ασθενούς.</li> <li><input type="checkbox"/> Ψυχολογική ενίσχυση της ασθενούς έτσι ώστε να ελαττωθεί το άγχος και η ανησυχία.</li> <li><input type="checkbox"/> Επίσκεψη σε άλλη ασθενή με παρόμοιο πρόβλημα.</li> <li><input type="checkbox"/> Τοκοθέτηση περούκας αν χρειάζεται.</li> <li><input type="checkbox"/> Ενημέρωση για τη χρήση προθηκών μετά από μαστεκτομή καθώς και για την ενδυμασία της..</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ενημερώθηκαν οι συγγενείς σχετικά με τη μεταβολή της σωματικής της εικόνας.</li> <li><input type="checkbox"/> Ενισχύθηκε ψυχολογικά και έγινε τόνωση του ηθικού της.</li> <li><input type="checkbox"/> Η ασθενής επισκέφθηκε άλλη ασθενή μετά το χειρουργείο όπου είχε το ίδιο πρόβλημα και ενθαρρύνθηκε.</li> <li><input type="checkbox"/> Τοκοθετήθηκε περούκα για μικρό χρονικό διάστημα.</li> <li><input type="checkbox"/> Ενημερώθηκε σχετικά με τον τρόπο χρήσης των προσηκών και σχετικά με την ενδυμασία της.</li> </ul>	<p>Η ασθενής έδειξε να αποδέχθηκε το χειρουργικό αποτέλεσμα: Ακολούθησε και τήρησε όλες τις οδηγίες που της δόθηκαν. Έδειξε μεγάλη κατανόηση και υπομονή, πράγμα που τη βοήθησε να στηρίξει τον εαυτό της ψυχολογικά</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες - προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<input type="checkbox"/> Βοήθεια αποδοχής της από το κοινωνικό περίγυρο της	<input type="checkbox"/> Έγινε προσπάθεια να προσαρμοσθεί στο κοινωνικό περιβάλλον της.	Η τοκοθέτηση της προσωρινής προσωρινής ενίσχυσε την αυτοπεποίθηση της και την έκανε να ανησυχεί λιγότερο για το τι εικόνα θα δείξει στους άλλους

## 11.2 Κλινική περίπτωση Β'

Όνομα ασθενούς : Κ.Δ.  
 Ημερομηνία Γέννησης : 26-7-1963  
 Ηλικία : 42 ετών  
 Διάγνωση εισόδου : Καρκίνος αριστερού μαστού  
 Ημερομηνία Εισαγωγής : 25-3-05

Η ασθενής ανακάλυψε τυχαία πριν ένα χρόνο ένα ογκίδιο στον αριστερό μαστό. Πριν έξι μήνες υποβλήθηκε σε μαστογραφία που έδωσε την εικόνα ινοαδενώματος. Στο ενδιάμεσο διάστημα το ογκίδιο μεγάλωσε σε μέγεθος και η επανάληψη του παρακλινικού ελέγχου έδειξε εικόνα ύποπτη για κακοήθεια.

Η ασθενής δεν κάνει χρήσης αλκοόλ ή καπνού, πάσχει από αρτηριακή υπέρταση. Είναι παντρεμένη και έχει δύο κόρες. Έναρξη έμμηνου ρύσεως 13 ετών. Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και αίματος. Η αρτηριακή πίεση ήταν 170 mmHg.

Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου μετά από 3 ημέρες. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Μετά την επέμβαση η ασθενής παρουσίασε κάποια προβλήματα τα οποία όμως αντιμετωπίστηκαν εγκαίρως με αποτέλεσμα να πάρει εξιτήριο σε 8 ημέρες. Η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

SUP γλυκερίνης 1x1 (προεγχειρητική)  
 FL Fraxiparine 1x1cc (αντιπηκτική αγωγή)  
 Tab stedon 1x1,75 mg (προεγχειρητικά – ηρεμιστικό)  
 Amp Pethidine ΕΠ ( ½ ) ( ηρεμιστικό)  
 Amp Primperan 1x1 (αντιεμετικό)

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες -προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Φόβος, κατάθλιψη, άγχος (προεγχειρητικά) λόγω της επέμβασης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Μείωση του άγχους, της αγωνίας και όλων των αρνητικών συναισθημάτων.</li> <li><input type="checkbox"/> Εξασφάλιση ηρεμίας της ασθενούς.</li> <li><input type="checkbox"/> Ενθάρρυνση ως προς την ασθένεια.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ηθική και ψυχολογική τόνωση.</li> <li><input type="checkbox"/> Επίσκεψη σε άλλους ασθενείς με το ίδιο πρόβλημα.</li> <li><input type="checkbox"/> Γνωριμία με το προσωπικό και τους χώρους της κλινικής.</li> <li><input type="checkbox"/> Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας από τους νοσηλευτές.</li> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση μυοχαλαρωτικού, με εντολή Ιατρού, προς αποφυγή του πόνου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ενισχύθηκε ψυχολογικά η ασθενής και έγινε τόνωση του ηθικού της.</li> <li><input type="checkbox"/> Έγινε γνωριμία με το προσωπικό και τους ασθενείς με το ίδιο πρόβλημα.</li> <li><input type="checkbox"/> Συζητήθηκαν και λύθηκαν όλες οι απορίες γύρω από την επέμβαση και τη μετεγχειρητική πορεία.</li> <li><input type="checkbox"/> Το προηγούμενο βράδυ του χειρουργείου χορηγήθηκαν μυοχαλαρωτικό siodon+b 2,5 mg 1x1 για την εξασφάλιση καλού ύπνου με εντολή του αναισθησιολόγου.</li> </ul>	<p>Περιορίστηκε το άγχος της ασθενούς. Με τη χορήγηση του μυοχαλαρωτικού φάρμακου και με τη ψυχολογική τόνωση που της έγινε, υπήρξε καλύτερη αποδοχή της επέμβασης από την ασθενή. Η γνωριμία της με το προσωπικό και τους ασθενείς καθώς και οι διάφορες συζητήσεις μαζί της, την βοήθησαν</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο**

<b>ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <i>Ανάγκες - προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
				να αλλαχθεί από το φόβο που την κατέβαλε και έτσι να περιοριστεί και το άγχος της.

# ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες - προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Πόνος ανησυχία (μετεγχειρητικά)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Μείωση του πόνου και εξασφάλιση άνεσης</li> <li><input type="checkbox"/> Σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση αναλγητικών, με ιατρική εντολή, ανάλογα με τον τύπο και την ένταση του πόνου.</li> <li><input type="checkbox"/> Συχνός έλεγχος των ζωτικών σημείων.</li> <li><input type="checkbox"/> Σωστή τοκοθέτηση της ασθενούς στο κρεβάτι.</li> <li><input type="checkbox"/> Έλεγχος του τραύματος.</li> <li><input type="checkbox"/> Έλεγχος της λειτουργικότητας της παροχέτευσης Red-o-Pack και του υλικού της παροχέτευσης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Χορηγήθηκε ½ Ampb Pethidine 100mg 1x1 για τη μείωση του πόνου.</li> <li><input type="checkbox"/> Έγινε συχνός έλεγχος των ζωτικών σημείων.</li> <li><input type="checkbox"/> Η ασθενής τοποθετήθηκε σε σωστή θέση στο κρεβάτι.</li> <li><input type="checkbox"/> Έγινε έλεγχος του τραύματος και της παροχέτευσης για τυχόν εμφάνιση αιμορραγίας.</li> </ul>	<p>Ο πόνος μειώθηκε μετά μισή ώρα από τη χορήγηση ½ amp Pethidine και η ασθενής ένοιωσε ανακούφιση. Παρακολουθούνταν συνεχώς η παροχέτευση και δεν υπήρξε καμία ένδειξη αιμορραγίας. Τα ζωτικά σημεία βρίσκονταν διαρκώς στα φυσιολογικά επίπεδα. Η μετεγχειρητική πορεία της νόσου εξελίχθηκε ομαλά και ανώδυνα.</p>



## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανίχνευς -προβλήματα Νοσηλευτική διόγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Εμφάνιση αιμορραγίας από τραύμα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Πρόληψη της αιμορραγίας.</li> <li><input type="checkbox"/> Έλεγχος της παροχέτευσης υγρών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Συχνή λήψη των ζωτικών σημείων και καταγραφή στο διάγραμμα.</li> <li><input type="checkbox"/> Αυστηρός έλεγχος των προσλαμβανόμενων υγρών για τυχόν πρόληψη αφυδάτωσης.</li> <li><input type="checkbox"/> Έλεγχος σημείων εμφάνισης αίματος στο επιδερμικό υλικό.</li> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση L/R 1000ccx2 προς αναπλήρωση του όγκου των υγρών.</li> <li><input type="checkbox"/> Άσπικτη τεχνική κατά την τεχνική της IV χορηγήσεως.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Έγινε συχνή λήψη των ζωτικών σημείων αρτηριακή πίεση, σφίξεις, αναπνοές, θερμοκρασία ακόμα και το χρώμα δέρματος.</li> <li><input type="checkbox"/> Έγινε συχνός έλεγχος των προσλαμβανόμενων και αποβλαβόμενων υγρών για την διατήρηση του ισοζυγίου.</li> <li><input type="checkbox"/> Ελέγχθηκε το επιδερμικό υλικό για τυχόν εμφάνιση σημείων αιμορραγίας.</li> <li><input type="checkbox"/> Χορηγήθηκε L/R 1000ccx2</li> <li><input type="checkbox"/> Τηρήθηκε η άσπικτη τεχνική κατά τη φλεβοκέντηση και αποφεύχθηκε η φλεγμονή στην περιοχή.</li> </ul>	<p>Υπήρξε σωστή νοσηλευτική φροντίδα που αυτό βοήθησε στο να διατηρηθούν τα ζωτικά σημεία. Με τη συχνή και σωστή παρακολούθηση των προσλαμβανόμενων και αποβλαβόμενων υγρών, η ασθενής δεν παρουσίασε κανένα σημείο αφυδάτωσης. Με τη σωστή νοσηλεία που τη παρήχθε αποφεύγεται η αιμορραγία, η αφυδάτωση. Εξασφαλίστηκε γρήγορη και ανώδυνη ανάρρωση της.</p>

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΟΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΟΣΤΟΥ <i>Ανάγκες -προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Αύξηση της θερμοκρασίας (38,7° C)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος</li> <li><input type="checkbox"/> Πρόληψη λοίμωξης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Παρακολούθηση της θερμοκρασίας της ασθενούς κάθε τρεις ώρες.</li> <li><input type="checkbox"/> Ανάρτηση του δελτίου τριωρης θερμομέτρησης και καταγραφή της θερμοκρασίας.</li> <li><input type="checkbox"/> Συννός έλεγχος του τραύματος. Αλλαγή του επιδεσμικού ολικού με άσηπτη τεχνική.</li> <li><input type="checkbox"/> Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων.</li> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση αντιυπερτικών φαρμάκων, με ιατρική εντολή.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Έγινε συχνή παρακολούθηση της θερμοκρασίας άνω τριωρο έγινε καταγραφή της θερμοκρασίας στο δελτίο τριωρης θερμομέτρησης.</li> <li><input type="checkbox"/> Έγινε συννός έλεγχος του τραύματος και αλλαγή του επιδεσμικού ολικού με άσηπτη τεχνική. (set αλλαγής)</li> <li><input type="checkbox"/> Χορηγήθηκε αντιυπερτικό, amr Aprotel M 1x2.</li> <li><input type="checkbox"/> Εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα.</li> </ul>	<p>Με τον συχνό έλεγχο της θερμοκρασίας και τη σωστή περιποίηση του τραύματος με την εφαρμογή άσηπτης τεχνικής βελήσαν σημαντικά στη μείωση και διατήρηση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα. Η ασθενής με τη χορήγηση του αντιυπερτικού και των ψυχρών επιθεμάτων ένοιωσε μεγάλη ανακούφιση..</p>

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΑΤIENT'S CARE PLAN

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο**

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <i>Ανάγκες - προβλήματα</i> <i>Νοσηλευτική</i> <i>διόρθωση</i>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</b> <b>ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Φλεγμονή του τραύματος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Εξάλειψη της φλεγμονής.</li> <li><input type="checkbox"/> Άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Παρακολούθηση του τραύματος για τυχόν ερυθρότητα, οίδημα, εμφάνιση πύου, αύξηση θερμοκρασίας, μη σύγκλιση των χειλέων του τραύματος (σημεία φλεγμονής).</li> <li><input type="checkbox"/> Συχνός έλεγχος της τομής. Αλλαγή του επιδεσμικού υλικού με άσηπτη τεχνική.</li> <li><input type="checkbox"/> Έλεγχος της λειτουργικότητας της Pack και του υλικού της παραχέτευσης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Έγινε συχνή παρακολούθηση του τραύματος για πρόληψη της φλεγμονής.</li> <li><input type="checkbox"/> Έγινε συχνή λήψη παρακολούθηση της τομής και αλλαγή του επιδεσμικού υλικού πάντα με άσηπτη τεχνική.</li> <li><input type="checkbox"/> Έγινε εκτίμηση του είδους και του ποσού της παραχέτευσης.</li> <li><input type="checkbox"/> Η τομή πάντοτε διατηρούνταν στεγνή μετά την περιποίηση της με άσηπτη τεχνική.</li> </ul>	<p>Με τη νοσηλευτική φροντίδα εξασφαλίσθηκε η πρόληψη των σημείων της φλεγμονής τόσο στο τραύμα όσο και στην παραχέτευση.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες - προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<input type="checkbox"/> Διατήρηση της τομής στεγνής.		

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού και η μαστεκτομή καθώς επίσης και όλες οι θεραπευτικές μέθοδοι που τον ακολουθούν σίγουρα ρίχνουν την κάθε γυναίκα σε μια περιπέτεια που έχει πολύ πόνο, φόβο και απογοήτευση. Πολλές γυναίκες τις ακολουθούν αυτά τα συναισθήματα για όλη τους τη ζωή έστω κι αν κέρδισαν την ίδια τη ζωή τους. Άλλες, λιγότερο τυχερές, με μικρότερη διάρκεια ζωής όχι μόνο έμαθαν να ζουν με τον καρκίνο και την μαστεκτομή αλλά κυρίως έμαθαν την διαφορά ανάμεσα στο «Υπάρχω» και το «Ζω» και αυτή η διαφορά δεν αφορά μόνο τους καρκινοπαθείς αλλά είναι μια αλήθεια που αφορά όλους μας.

Μακάρι αυτή η αλήθεια να μην χρειαστεί να την συνειδητοποιήσουμε μέσα από μια περιπέτεια όπως ο καρκίνος αλλά και αν συμβεί, μακάρι να διδαχθήκαμε μέσα από αυτές τις σελίδες ότι η διάγνωση «Καρκίνος» δε σημαίνει υποχρεωτικά το τέλος της ζωής αλλά μπορεί να είναι μία ευκαιρία για μια νέα αρχή και η λέξη «καρκινοπαθής» δε σημαίνει άνθρωπο που βαδίζει υποχρεωτικά προς το θάνατο αλλά έναν άνθρωπο που έχει μια ακόμα ευκαιρία για ζωή και που δικαιούται και πρέπει να στοχεύει στο όνειρο και την ελπίδα για το αύριο.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Λυδία Ιωαννίδου – Μουζάκα. Σύγχρονη μαστολογία. Επίτομος ΑΘΗΝΑ 1996:55-63, 430-442, 617-628, 104-105, 275-281, 717-720, 723-728.
2. Νίκου Παπανικολάου. Γυναικολογική μαστολογία. «Επιστημονικές εκδόσεις» «Γρ. Παρισιάνος». ΑΘΗΝΑ 1995:33-38, 10-18, 28-32, 93-98, 110-111, 51-69, 83-92.
3. Μάρκος Πινακίδης, Λάζαρος Μπόντης. Καρκίνος μαστού. Εκδόσεως επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών University studio press Θεσσαλονίκη 1993:19,20,26,27,132-135, 91-102, 39-41, 43-45, 47-56, 146-149.
4. Ευάγγελος Τζωρακολευθεράκης. Χειρουργικές παθήσεις του μαστού. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας: 11-17, 77-84, 114, 116, 117, 120, 235-237.
5. Γιώργος κ.Κρεατσάς. Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική Ι. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, ΑΘΗΝΑ 1998: 412-413.
6. Διονυσίου Ι. Αραβαντινού. Παθολογία της γυναίκας. Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου ΑΘΗΝΑ 1985:356-358, 385-392.
7. Νικήτας Κακλαμάνης – Αντώνης Κάμμας. Η ανατομική του ανθρώπου. Εκδόσεις «M-EDITION». ΑΘΗΝΑ 1998: 550-551.
8. Ιωάννης Κυρ. Σωφρονιάδης. Ο απεικονιστικός έλεγχος του μαστού (Διάγνωση – Πρόληψη). Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών. Θεσσαλονίκη 1991: 11-15, 98-100, 17-21, 23-25, 37-41, 53-60.
9. Ευδοξία Κόνιαρη. Καρκίνος του μαστού νοσηλευτική παρέμβαση. Εκδόσεις ΒΗΓΑ. ΑΘΗΝΑ 1991:13-18, 27-31, 70-71, 81-84, 89-93, 251-254, 85-111, 113-220, 255-260, 62-69, 255-260.
10. Νικόλαος Σ. Αποστολίδης, Δημήτριος Γ.Πανουσόπουλος. Ο καρκίνος του μαστού, σύγχρονες απόψεις. ΑΘΗΝΑ 1998:5-22, 24-27, 29-31, 225-228, 48, 49, 140-165.

11. Νίκου Α. Παπανικολάου. Γυναικολογική γηριατρική. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. ΑΘΗΝΑ 1992: 141-146.

12. Νίκου Α. Παπανικολάου, Αλέξη Ν. Παπανικολάου. Γυναικολογία. Επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγόριος κ Παρισιάκος». ΑΘΗΝΑ 1994: 440-450

13. Θ Αγοραστός, Δ. Βασίλης, Ι.Ν. Μπόντης. Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου. Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών University studio press. Θεσσαλονίκη 1999: 242-245,247,248.

14. Θεόδωρος Παυλής. Χειρουργική της εγκύου ασθενής. Εκδόσεις π.χ. Πασχαλίδης. ΑΘΗΝΑ 1996:141-152.

15. Μ.Ι. Χατζηγιαννάκη. Θεραπεία των νεοπλασμάτων (Λευχαιμίες, Λεμφώματα, συμπαγείς όγκοι) Ιατρικές εκδόσεις π.χ. Πασχαλίδης ΑΘΗΝΑ 1996: 109,110,105,106,107,108.

16. Δρ. Ν. Θρουβάλας, Δρ. Γ. Τσακίρης. Στοιχεία ακτινοβολίας και αντιθεραπευτικής ογκολογίας). Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. ΑΘΗΝΑ 1990: 160-172.

17. Γεώργιος κ. Κρεατσάς. Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική ΙΙ. Ιατρικές εκδόσεις π.χ. Πασχαλίδης ΑΘΗΝΑ 1998: 420-425, 429-477

18. Malin Dollinger, M.D. Emet Rosenbaum, M.D. και Greg Cable. Ο καρκίνος (Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση). Εκδόσεις Κάτοπτρο ΑΘΗΝΑ 1993: 306-308,200,201,240-242.

19. Ελευθερά κ. Αθανάτου. Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική. Έκδοση ΣΤ.ΑΘΗΝΑ 2000: 500-504,499.

20. Μ.Τσίκου, Σ. Καραγεωργοπούλου-Γραβάνη. Πρακτική άσκηση νοσηλευτικής ΙΙ. Εκδόσεις «Έλλην» ΑΘΗΝΑ 1996:139-146.

