

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ & ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:**

**ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΚΑΤΙΝΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:**

**Κ. ΜΠΑΝΤΖΗ ΕΛΕΝΗ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ**

**ΠΑΤΡΑ 2003**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b>	<b>Σελ. 1</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°</b>	<b>Σελ. 4</b>
1.1 Ανατομία του μαστού	Σελ. 4
1.2 Αγγείωση του μαστού	Σελ. 7
1.3 Ο μαστός στην εγκυμοσύνη	Σελ. 9
1.4 Νεύρωση του μαστού	Σελ. 9
1.5 Φυσιολογία του μαστού	Σελ. 9
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°</b>	
2.1 Παθολογοανατομική ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού	<b>Σελ. 12</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°</b>	
3.1 Αιτιολογική παράγοντες και επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού	<b>Σελ. 19</b>
α. Επιδημιολογία	<b>Σελ. 19</b>
β. Αιτιολογία – παράγοντες κινδύνου του ΚΜ	<b>Σελ. 21</b>
3.2 Οδοί μετάστασης – Τρόποι επέκτασης του καρκίνου του μαστού	<b>Σελ. 28</b>
3.3 Ρυθμός αύξησης του καρκίνου του μαστού	<b>Σελ. 29</b>
3.4 Η σημασία των διηθημένων λεμφαδένων	<b>Σελ. 29</b>
3.5 Κλινική σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού	<b>Σελ. 29</b>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°**

<b>4.1 Κλινική εικόνα – διάγνωση</b>	<b>Σελ. 33</b>
<b>4.2 Προληπτικές διαδικασίες για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού</b>	<b>Σελ. 37</b>
<b>4.3 Αυτοεξέταση του μαστού (A.E.M.)</b>	<b>Σελ. 47</b>
<b>4.4 Διαγνωστικές μέθοδοι</b>	<b>Σελ. 55</b>
<b>4.4.1 Μαστογραφία</b>	<b>Σελ. 55</b>
<b>4.4.2 Ξηρογραφία</b>	<b>Σελ. 58</b>
<b>4.4.3 Θερμογραφία</b>	<b>Σελ. 58</b>
<b>4.4.4 Υπερηχοτομογραφία</b>	<b>Σελ. 59</b>
<b>4.4.5 Πνευμοκυστογραφία</b>	<b>Σελ. 59</b>
<b>4.4.6 Γαλακτογραφία</b>	<b>Σελ. 59</b>
<b>4.4.7 Κυτταρολογική</b>	<b>Σελ. 60</b>
<b>4.4.8 Αναρρόφηση με λεπτή βελόνα</b>	<b>Σελ. 60</b>
<b>4.4.9 Βιοψία δια βελόνης</b>	<b>Σελ. 60</b>
<b>4.4.10 Ανοικτή βιοψία</b>	<b>Σελ. 61</b>
<b>4.4.11 Άλλες εξετάσεις</b>	<b>Σελ. 61</b>
<b>4.5 Ομάδες κινδύνου</b>	<b>Σελ. 62</b>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°**

### **Θεραπεία του καρκίνου του μαστού**

<b>5.1 Χειρουργική Θεραπεία</b>	<b>Σελ. 65</b>
<b>5.2 Χημειοθεραπεία</b>	<b>Σελ. 67</b>
<b>5.2.1 Χημειοθεραπεία γενικευμένου καρκίνου του μαστού</b>	<b>Σελ. 69</b>
<b>5.2.2 Τρόποι χορήγησης</b>	<b>Σελ. 70</b>
<b>5.2.3 Μέτρα ασφαλείας – Γενικές οδηγίες κατά τη χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων</b>	<b>Σελ. 70</b>
<b>5.2.4 Δοσολογία και τρόπος χορήγησης φαρμάκων</b>	<b>Σελ. 72</b>

5.2.5 Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων	Σελ. 73
5.3 Ακτινοθεραπεία	Σελ. 77
5.3.1 Ανεπιθύμητες ενέργειες – Επιπλοκές της ακτινοθεραπείας	Σελ. 79
5.3.2 Εξωτερική ακτινοθεραπεία – Νοσηλευτική φροντίδα	Σελ. 80
5.3.3 Εσωτερική ακτινοθεραπεία – Νοσηλευτική φροντίδα	Σελ. 81
5.3.4 Αντιμετώπιση παρενεργειών – Επιπλοκών ακτινοθεραπείας	Σελ. 83
5.4 Ορμονοθεραπεία	Σελ. 84
5.5 Ανοσοθεραπεία	Σελ. 86

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

6.1 Γενική νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο του μαστού.	Σελ. 87
6.2 Ψυχική υποστήριξη της ασθενούς με καρκίνο του μαστού σε κάθε στάδιο της νόσου	Σελ. 88
6.3 Ψυχική υποστήριξη της ασθενούς μετά από μαστεκτομή	Σελ. 92
6.4 Ανακατασκευή του μαστού	Σελ. 96
6.4.1 χρήση προθέσεων μετά από μαστεκτομή	Σελ. 96
6.4.2 πρόχειρητική πρόθεση μαστού	Σελ. 97
6.5 Επιπλοκές της μαστεκτομής	Σελ. 101
6.4.3 Μετεχειρουργική νοσηλευτ. φροντίδα	Σελ. 99
6.6 Αντιδράσεις της μαστεκτομηθείσας – Αντιμετώπιση	Σελ. 101
6.7 Νοσηλεία καρκινοπαθούς στο σπίτι	Σελ. 102

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

7.1 Καρκίνος του μαστού και κύηση	Σελ. 104
7.2 Συχνότητα	Σελ. 104
7.3 Προδιαθεσικοί παράγοντες	Σελ. 104
7.4 Αντιμετώπιση	Σελ. 105
7.5 Αντιμετώπιση της κύησης, ανάλογα με τα στάδια	Σελ. 105

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>**

**8.1 Καρκίνος του μαστού στους άνδρες** **Σελ. 108**

**8.2 Καρκίνος του μαστού και η σχέση του με τα φυτοφάρμακα** **Σελ.109**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>**

**9.1 Περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο του μαστού** **Σελ. 110**

**9.2 Αγωγή Υγείας – Ενημέρωση** **Σελ. 119**

**ΕΠΙΛΟΓΟΣ** **Σελ. 120**

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ** **Σελ. 121**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στις μέρες μας όλο και περισσότεροι κίνδυνοι απειλούν τον άνθρωπο. Όλο και περισσότερες ασθένειες μας κάνουν να νοιώθουμε πιο άβολα για το τι μας επιφυλάσσει η ζωή και το μέλλον.

Οι γυναίκες, καθώς και οι άνδρες, όπως δείχνουν οι στατιστικές έρευνες τόσο στην Ελλάδα όσο και σε όλη την υφήλιο, όλο και πιο συχνά κινδυνεύουν να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού. Και όταν το οικογενειακό τους ιστορικό είναι επιβαρημένο τότε τα πράγματα δυσκολεύουν ακόμη περισσότερο και δικαιολογημένα γιατί οι επόμενες γενιές έχουν πολλές πιθανότητες να εμφανίσουν (ή να κληρονομήσουν) την ασθένεια των προγόνων τους.

Όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού είναι ο υπ' αριθμόν ένα κίνδυνος που απειλεί και φοβίζει τις περισσότερες γυναίκες σήμερα. Η σοβαρότητα της ασθένειας εντοπίζεται από τα νούμερα που λένε πως 1 στις 4 γυναίκες που θα προσβληθεί από καρκίνο θα είναι του μαστού, ενώ 1 στις 10 που πεθαίνουν, ο θάνατός τους οφείλεται στην εξέλιξη της νόσου.

Τα νούμερα, καθόλου ενθαρρυντικά για τη χώρα μας μιλούν για 1500 γυναίκες το χρόνο να προσβάλλονται ενώ οι μισές από αυτές συνήθως “καταλήγουν”. Παγκοσμίως όμως τα νούμερα πιο τρομαχτικά, αναφέρουν για 600.000 χιλιάδες προσβολές από καρκίνο του μαστού το χρόνο ενώ 400.000 χιλιάδες γυναίκες πεθαίνουν από τη νόσο. Η επίπτωση ή οι επιπτώσεις του καρκίνου αυξάνουν συνεχώς σε αντίθεση με την σύγχρονη θεραπευτική ιατρική που πολλές φορές φαντάζει ανίκανη να βοηθήσει μεγάλο αριθμό γυναικών.

Γεγονός είναι ότι η νόσος αυτή, παρότι οι αιτίες που την γεννούν παραμένουν αδιευκρίνιστες είναι σοβαρή αιτία θανάτου αλλά και επηρεάζονται εκτός των άλλων ισορροπίες πολύ σημαντικές για μια γυναίκα. Κινδυνεύει μεταξύ άλλων η εικόνα του σώματος, η σεξουαλικότητά της καθώς επίσης παρατηρείται περιορισμός των γεννήσεων και της γαλουχίας.

Ο μαστός όπως ξέρουμε από αρχαιοτάτων χρόνων υπήρξε το σύμβολο της ομορφιάς, της υγείας, της θηλυκότητας αλλά και της γονιμότητας, άρα ήταν εύλογος ο φόβος που κατείχε τα αρχαία χρόνια αλλά και σήμερα τις γυναίκες, για κάθε τι που συνέβαινε στο μαστό τους που θα είχε σαν αποτέλεσμα τον ακρωτηριασμό και κατ'έπекταση απώλεια της θηλυκότητας και σεξουαλικότητάς τους.

Επιχειρώντας μια μικρή ιστορική αναδρομή θα δούμε πως γενικά η επισκόπηση και η ψηλάφηση αρχίζει από τους προϊστορικούς χρόνους. Υπάρχουν γραπτά κείμενα από την εποχή της Μεσοποταμίας με περιγραφές ιατρικών θεμάτων τα οποία συναντάμε και στους λαούς της Νοτίου Αμερικής. (Ο ιστορικός Ηρόδοτος (485 – 425 π.Χ.) επισκεπτόμενος την Βαβυλώνα περιγράφει: “Δεν υπάρχουν γιατροί, πηγαίνουν τους αρρώστους στην αγορά, όπου περνά ο κόσμος τους κοιτάζει και τους δίνει συμβουλές”. Στην Βαβυλώνα από γραφές (σφηνοειδής) αποδεικνύεται πως υπήρχαν θεραπευτές οι οποίοι ήταν και μάντεις και προφήτευαν). Αργότερα οι Έλληνες συγκεντρώνοντας τις ιατρικές γνώσεις των Αιγυπτίων τις αξιολόγησαν αλλά και τις αξιοποίησαν. Τον 5<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ. ο Πατέρας της Ιατρικής ο Ιπποκράτης 370π.Χ.) διαχώρισε την Ιατρική από την δεισιδαιμονία όταν είτε πως δεν στέλνουν οι θεοί τις ασθένειες στους ανθρώπους αλλά οι ίδιοι προσβάλλονται από τις ασθένειες.

Παρότι βλέπουμε να αναφέρουν στην αρχαία Αίγυπτο ότι ήξεραν να παροχετεύουν τα αποστήματα του μαστού εντούτοις δεν αναφέρεται πουθενά η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Ο Ιπποκράτης αργότερα χαρακτηρίζει τον καρκίνο του μαστού ως νόσο αθεράπευτη και στο σύγγραμμα “Γυναικείες Παθήσεις” περιγράφει γυναίκα που πεθαίνει από προχωρημένο καρκίνο. Τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας έχει ξεκινήσει μια προσπάθεια για την καλύτερη ενημέρωση των γυναικών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου (αυτοεξέταση – μαστογραφία). Πολλές παραμελημένες περιπτώσεις φθάνουν στα νοσοκομεία προκειμένου να θεραπευθούν και η αιτία της καθυστέρησης αυτής είναι η άγνοια των περισσότερων γυναικών. Σε αυτό το σημείο είναι πολύ

σημαντική η συμβολή των νοσηλευτών – νοσηλευτριών ώστε να προλάβουν και να μην χρειαστεί να φθάσουν ποτέ να θεραπεύουν κάποια προχωρημένη κατάσταση. Αφού όπως λέει και το ρητό “Η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη”.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### 1.1 Ανατομία του μαστού

Ο μαστός ως όργανο αποτελεί ανατομικό χαρακτηριστικό θηλαστικών ζώων και χρησιμεύει στη θρέψη κατά τη γέννηση των παιδιών. Η διάπλασή του αρχίζει την 6<sup>η</sup> εβδομάδα της εμβρυϊκής ζωής, αλλά ουσιαστικά θα λειτουργήσει στην ενήλικη ζωή.

Αρχικά, εμφανίζεται ως χονδροειδής πάχυνση του έξω δέρματος που σχηματίζει συνεχή ακρολοφία από τη μασχάλη αριστερά και δεξιά ως τη βουβωνική χώρα. Αυτές οι παχύνσεις είναι ευδιάκριτες σε έμβρυο μήκους 9mm και ονομάζονται “μαζικές ακρολοφίες”.

Ο μαστός αρχικά έχει δισκοειδή μορφή, αργότερα γίνεται σφαιρικό και τον 4<sup>ο</sup> μήνα της κύησης πολυλοβώδης. Κατά τη γέννηση μια εμβάθυνση που παρατηρείται στον 5<sup>ο</sup> μήνα σχηματίζει τη θηλή του μαστού. Η θηλή αυτή με τους αδένες του Montgomery αναγνωρίζεται από τον 5<sup>ο</sup> εμβρυϊκό μήνα. Στην εποχή της ήβης η γρήγορη ανάπτυξη του μαστού οφείλεται στην εναπόθεση λίπους γύρω από τους πόρους που αναπτύσσονται με την επίδραση οιστρογόνων.

Στην εγκυμοσύνη οι ορμόνες που κυκλοφορούν, προκαλούν παραπέρα αύξηση του όγκου του μαστού ενώ ταυτόχρονα τη δομή των πόρων και των αδενοκυψελών διαφοροποιούνται. Ο μαστός είναι έτοιμος να παράγει γάλα, όταν συμπληρωθεί η παραπάνω διαφοροποίηση<sup>1</sup>.

Επειδή ο μαστός, ως όργανο του δέρματος, δεν περιέχει χόνδρινο ή οστέινο σκελετό, κρέμεται σακκοειδώς προς τα κάτω ανάλογα με την πλήρωσή του και άρα το βάρος του. Στο νεανικό μαστό, ο συνδετικός ιστός κρατά κατά κάποιο τρόπο σταθερή τη μορφή του. Όσο αυξάνεται η ηλικία, χαλαρώνει ο συνδετικός ιστός και ο μαστός κατεβαίνει χαμηλότερα<sup>2</sup>.

Ο μαστός τόσο του άνδρα όσο και στην άτοκη γυναίκα βρίσκεται στο μπροστινό τοίχωμα του θώρακα, μεταξύ 2<sup>ης</sup> και 6<sup>ης</sup> πλευράς με τη θηλή στη μέση περίπου στην 4<sup>η</sup> πλευρά. Τα όρια εσωτερικά και εξωτερικά του μαστού είναι το

χείλος του στέρνου και η πρόσθια μασχालιαία γραμμή αντίστοιχα. Τα 2/3 του μαστού καλύπτουν τον μείζονα θωρακικό μυ και το 1/3 του πρόσθιου οδοντωτού και το κάτω χείλος του φθάνει στο επάνω όριο του ορθού κοιλιακού<sup>1</sup>.

Ο μαστός έχει κυκλική παράμετρο. Χωρίζεται σε 4 τεταρτημόρια τα άνω (έσω – έξω) και τα κάτω (έσω – έξω). Το άνω έξω στη γυναίκα επεκτείνεται προς τη μασχάλη και σχηματίζει την ουρά του μαστού. Το άκρο της ουράς του μαστού περνάει από το τρήμα του Langer της εν τω βάθει περιτονίας καταλήγοντας έτσι στην κορυφή της μασχάλης. Προοδευτική ανάπτυξη μαστού, αρχίζει από την εποχή της ήβης για τις γυναίκες ενώ για τους άνδρες συμπληρώνει την ανάπτυξή του μέχρι την ηλικία των 20 χρόνων και φυσικά αντιστοιχεί με μαστό κοριτσιού λίγο πριν την εφηβεία. Οι διαστάσεις των μαστών κατά μέσο όρο είναι 11-12 cm ύψος, πλάτος 10cm και πάχος 5-6 cm. Φυσικά, παρατηρούνται παραλλαγές σχετικά με τον όγκο, παραλλαγές που οφείλονται σε συνθήκες περιβάλλοντος, κλίματος, φυλής. Ανάλογα με την ηλικία και τη λειτουργία διαφέρει και το σχήμα του μαστού. Στις νεαρές είναι ημισφαιρικό ή κωνικό, στις έγκυες σφαιρικό ή κυλινδρικό. Όσον αφορά την σύστασή του είναι σκληρή και ελαστική, στις άτεκνες γυναίκες μαλακή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού<sup>3</sup>.

Ο μαστός βρίσκεται πάνω στο μείζονα θωρακικό μυ, ενώ μέσα από αυτόν είναι ο ελάσσωνας θωρακικός μυς. Πάνω απ' το μείζονα θώρακα απαντάται η επιτολής θωρακική περιτονία που αποτελείται από δύο στιβάδες, την λιπώδη και την εν τω βάθει μεμβρανώδη. Επάνω στην επιτολής λιπώδη στιβάδα αναπτύσσεται ο μαζικός αδένας που καλύπτεται από στρώμα λίπους.

Μεταξύ της θωρακικής περιτονίας και το επιτολής πέταλο της περιτονίας βρίσκονται οι σύνδεσμοι του Cooper. Αυτοί είναι υπεύθυνοι για την εισολκή του δέρματος στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού<sup>3</sup>.

Η πρόσθια επιφάνεια του μαστού αποτελείται από δέρμα λεπτό και μαλακό. Η θηλή, που όπως είπαμε απαντάται στην 4<sup>η</sup> πλευρά, περιβάλλεται γύρω από ένα κωνικό, ή κυλινδρικό έπαρμα και γύρω από αυτό υπάρχει θηλαία άλω με διάμετρο

3 έως 5 εκατοστά. Το χρώμα της θηλαίας άλω εξαρτάται από τη χρωστική του δέρματος του κάθε ανθρώπου<sup>3</sup>.

Στις εγκύους το χρώμα της άλω είναι πιο σκούρο, ενώ σχηματίζεται και δευτερεύουσα άλω. Η θηλαία άλω φέρει πολλαπλά στρογγυλά επάρματα, τα επονομαζόμενα οζίδια του Montgomery που αποτελούν μεγάλους ιδρωτοποιούς αδένες. Περιφερικά υπάρχουν θύλακες τριχών και αδένες σηματογόνοι<sup>3</sup>.

Η κορυφή της θηλής είναι διάτρητη από 16-20 μικρά στόμια απ'όπου εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι του μαστικού αδένα. Η επιφάνεια της θηλής είναι ρυτιδωτή και κατά τον θηλασμό αυτή επιμηκύνεται από την έλξη που ασκεί το βρέφος με το στόμα του. Συνέχεια του μείζονα θωρακικού μυ προς τη μασχάλη αποτελεί η μασχαιαία περιτονία. Αυτή συμφύεται προς τα άνω στην κλείδα, στο μέσω στο στέρνο και στα πλάγια περιβάλλει τον ελάσσονα θωρακικό μυ. Στο πλάγιο χείλος αυτού η περιτονία περνά από τη μασχάλη προς το αντιβράχιο και αποτελείται από παχύ συνδετικό ιστό με ζώνες χαλαρού ιστού, λεμφικά αγγεία και λεμφαδένες. Όταν γίνεται μαστεκτομή όλα τα παραπάνω αφαιρούνται (εικόνα 1)<sup>4</sup>.

## 1.2 Αγγείωση του μαστού

α. Αρτηρίες. Η πλούσια αιμάτωση του μαστού προέρχεται από 3 κυρίως αρτηριακούς κλάδους:

1. Τους διατιτρώντες κλάδους της έσω μαστικής αρτηρίας, οι οποίοι περνούν από το 10-40 μεσοπλεύριο διάστημα, διατρυπούν την κατάφυση του μείζονα θωρακικού μυός και εισέρχονται στο έσω χείλος του μαστού, αιματώνοντας το 50% του οργάνου.

2. Την πλάγια ή έξω θωρακική αρτηρία, κλάδο της μασχαλιαίας που πορεύεται κατά μήκος του έξω χείλους του ελάσσονα θωρακικού μυ, οι δε έξω μαστικοί κλάδοι της αποτελούν τη δεύτερη σημαντικότερη πηγή αίματος του μαστού.

3. Η τρίτη σημαντική αρτηρία είναι ο θωρακικός κλάδος της ακρωμιοθωρακικής αρτηρίας, επίσης κλάδο της μασχαλιαίας. Πορεύεται μεταξύ των δύο θωρακικών μυών και αιματώνει την οπίσθια επιφάνεια του αδένα.

Οι άλλοι αρτηριακοί κλάδοι που αιματώνουν – σε πολύ μικρότερο ποσοστό – το μαστό είναι η ανώτατη θωρακική αρτηρία, κλάδος της μασχαλιαίας, οι διατιτρώντες κλάδοι των μεσοπλεύριων αρτηριών και ορισμένοι μικροί κλάδοι της υποπλατίου αρτηρίας<sup>4</sup>.

β. Φλέβες. Ο μαστός έχει ένα πλούσιο αναστομοωτικό δίκτυο επιπολής υποδόριων φλεβών, οι οποίες στην πλειονότητά τους, εκβάλλουν στην έσω μαστική φλέβα και από εκεί στην ανώνυμο. Οι εν τω βάθει φλέβες του μαζικού αδένα ακολουθούν οδούς αντίστοιχες με τα αρτηριακά στελέχη. Μια οδός αποχέτευσης είναι η δια των προσθίων διατιτρώντων μεσοπλεύριων φλεβών προς την έσω μαστική φλέβα, μια άλλη είναι η με πολλαπλούς μικρούς κλάδους προς την μασχαλιαία φλέβα. Η τρίτη οδός είναι η δια των οπισθίων αναστομοωτικών κλάδων προς τις μεσοπλεύριες φλέβες οι οποίες αναστομώνονται με τις σπονδυλικές φλέβες και καταλήγουν στην άζυγο φλέβα, πράγμα που δικαιολογεί την εμφάνιση μεταστάσεων του καρκίνου του μαστού στη σπονδυλική στήλη ή ακόμα και στο ιερό οστού<sup>4</sup>.

γ. Λεμφαγγεία – Λεμφικές οδοί. Ένα πολύ πλούσιο λεμφικό πλέγμα αποχετεύει το δέρμα και τον αδενικό ιστό του μαστού προς δύο κυρίως κατευθύνσεις: τα μασχαλιαία και τα έσω μαστικά λεμφογάγγλια.

#### Λεμφογάγγλια του μαστού

- α) Μασχαλιαίοι
- β) Υπερκλείδια
- γ) Γάγγλια της έσω μαστικής

Όσον αφορά τους μύες του μαστού αυτοί είναι οι:

- α) Μείζων θωρακικός μυς
- β) ελάσσων θωρακικός
- γ) πρόσθιος οδοντωτός
- δ) πλατύς ραχιαίος μυς
- ε) κορακοβραχίονος μυς
- στ) έξω λοξός<sup>4</sup>

Η σημασία αυτών είναι μεγάλη για την εγχειρητική του μαστού. Ο μαζικός αδένας είναι σύνθετος σωληνοκυψελοειδής αποτελούμενος από 15-20 λοβούς με διάταξη ακτίνας γύρω από την θηλή. Καθένας λοβός έχει ένα γαλακτοφόρο πόρο διαμέτρου 2-4,5 mm με πολύστοιφο πλακώδες επιθήλιο, επενδύμενος.

Τα εκκριτικά τμήματα των λοβίων που είναι οι κυψελιδικοί πόροι και οι αδενοκυψέλες αποτελούνται από κυβοειδές επιθήλιο και λεπτή μεμβράνη.

Κατά τη διάρκεια του εμμηνου κύκλου, σημειώνονται μορφολογικές αλλαγές, τόσο στα επιθήλια όσο και στον συνδετικό ιστό των μαστικών λοβίων. Τα τριχοειδή που φθάνουν μέχρι την επιφάνεια του δέρματος δίνουν στην περιοχή της θηλής χαρακτηριστική ροδαλή όψη. Ενώ οι λείες μυϊκές ίνες έχουν την δυνατότητα να συστέλλονται ανάλογα με τα ερεθίσματα που δέχεται. Περιφερικά της θηλής υπάρχει πλούσιο δίκτυο νευρικών ινών και αισθητικές απολήξεις στις θύλακες των τριχών. Η πλούσια δε νεύρωση της θηλής είναι αναγκαίο να

διατηρηθεί η γαλακτοφορία στη γαλουχία και έτσι ενεργοποιείται και ο άξονας θηλής – υπόφυσης – προλακτίνης<sup>1</sup>.

### **1.3 Ο μαστός στην εγκυμοσύνη**

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρατηρείται διαφοροποίηση του μαστού. Έτσι στο πρώτο ήμισυ έχουμε μια ταχεία ανάπτυξη των τελικών τμημάτων των πόρων και των αδενοκυψέλων. Παρατηρείται αύξηση των επιθηλιακών στοιχείων και έχουμε αντίστοιχη ελάττωση του διάμεσου λιπώδους ιστού. Στο δεύτερο ήμισυ ο ρυθμός της υπερπλασίας του αδένου είναι πιο αργός, ενώ η αύξηση του μαστού οφείλεται στην αύξηση του μεγέθους των επιθηλιακών κυττάρων και την πλήρωση του αυλού των αδενοκυψέλων από κολλοειδές ηωσινόφιλο έκκριμα που είναι πλούσιο σε γαλακτοπρωτεΐνες, φτωχό όμως σε λίπη. Το έκκριμα αυτό ονομάζεται πύαρ και εκκρίνεται τις 2 πρώτες μέρες της γαλουχίας. Το πύαρ περιέχει αντισώματα για την παθητική ανοσία του νεογνού. Στη συνέχεια ακολουθεί η παραγωγή γάλακτου<sup>1</sup>.

### **1.4 Νεύρωση του μαστού**

Η νεύρωση του μαστού γίνεται από το μεσοπλευρίο βραχιόνιο νεύρο, το θωρακοραχιαίο ή μέσο υποπλάτιο νεύρο, το μακρύ θωρακικό, ή νεύρο του Bell και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα<sup>5</sup>.

### **1.5 Φυσιολογία του μαστού**

Ο μαστός στην γυναίκα εξυπηρετεί δύο σκοπούς αρχικά ως μέσο πρόκλησης του άρρενος για σεξουαλική δραστηριότητα και ως μέσο υποστήριξης του νεογνού για τις ανάγκες του. Η ανάπτυξη και η λειτουργία του μαστού εξαρτάται από την επίδραση πολλαπλών ορμονικών παραγόντων. Οι ενδοκρινείς επιδράσεις γίνονται δυνατές από την παρουσία ειδικών υποδοχέων<sup>5</sup>.

Όσον αφορά τον μαστό τέτοιοι υποδοχείς έχουν απομονωθεί για την προλακτίνη, οιστρογόνα, προγεστερόνη. Από αυτές η προλακτίνη ασκεί τη δράση

της στα επιθηλιακά στοιχεία του μαστού σε συνεργασία με οιστρογόνα και την προγεστερόνη. Η παραγωγή γάλακτος οφείλεται στη δράση της ορμόνης προλακτίνης που ασκεί τη δράση της στην μεμβράνη των εκκριτικών κυττάρων του επιθηλίου των κυστιδίων και των γαλακτοφόρων πόρων. Η δράση της προγεστερόνης συνίσταται κυρίως στην ανάπτυξη των κυστιδίων<sup>6</sup>. Μαζί με την προλακτίνη, τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη, συνεργάζονται και η αυξητική, οι θυροειδικές, η ινσουλίνη και τα γλυκοκορτικοειδή. Η βιολογική δράση των ορμονών στον μαστό μεταβάλλεται τόσο στην διάρκεια του εμμηνορυσιακού κύκλου, όσο και καθ'όλη την πορεία της ζωής της γυναίκας. Κατά την έμμηνο ρύση παρατηρείται αύξηση της έκκρισης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης ενώ ο μαστός υφίσταται αλλαγές της εικόνας, ηρεμά μετά την περίοδο και στην α΄φάση παρατηρείται μια κατάσταση αύξησης του μεγέθους, κάποια ευαισθησία και αύξηση της θερμοκρασίας. Οι μεταβολές αυτές σταματούν μετά την εμμηνόπαυση. Όταν ελαττώνεται η έκκριση των ορμονών οδηγούμαστε στον μετεμμηνοπαυσιακό τύπο μαστού, μέχρι την κατάληξη της γεροντικής μορφής του. Η μεγαλύτερη λειτουργία του μαστικού αδένου παρατηρείται στην κύηση<sup>6</sup>.

Κατά την διάρκεια της κύησης συγκεκριμένα λειτουργεί και ο πλακούντας που παρέχει στη γυναίκα τεράστιες ποσότητες οιστρογόνων, προγεστερόνης και πλακουντιακού γαλακτογόνου, έτσι προετοιμάζεται και ο μαστός για την παραγωγή γάλακτος. Στην προλακτίνη συγκεκριμένα οφείλεται η παραγωγή γάλακτος και η διατήρηση της γαλουχίας. Η έκκριση της προλακτίνης αυξάνεται από το 5<sup>ο</sup> μήνα της κύησης, φτάνοντας στο δεκαπλάσιό της σε σχέση με τις μη έγκυες<sup>6</sup>.

Σχετικά με το γάλα αρχικά παρατηρείται το πύαρ μέχρι και τις 2-3 πρώτες μέρες, ενώ μετά έχουμε κανονική παραγωγή γάλακτος σε άφθονη ποσότητα. Μετά τη γέννηση παύουν πλέον να επιδρούν τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη που εξαφανίζονται τελείως και δράση αναλαμβάνει το γαλακτογόνο. Μετά από κάθε θηλασμό του μωρού από τις νευρικές ώσεις των θηλών ξεκινούν ερεθίσματα που προκαλούν την έκκριση της προλακτίνης που εξασφαλίζει την παραγωγή γάλακτος

για τον επόμενο θηλασμό. Αν δεν συνεχιστεί ο θηλασμός οι μαστοί σε λίγες μέρες χάνουν την παραπάνω ικανότητα ενώ όταν το παιδί θηλάζει συνεχίζεται η παραγωγή γάλακτος<sup>6</sup>.

Η έκκριση της προλακτίνης ελέγχεται από τον υποθάλαμο ο οποίος δημιουργεί έναν παράγοντα αναστολής (του Prolactin Inhibitory Factor). Σε φυσιολογικές συνθήκες έχουμε μεγάλες ποσότητες αυτού του παράγοντα και κανονικό ρυθμό προλακτίνης κατά τη γαλουχία όμως δεν παρατηρείται ο σχηματισμός του παράγοντα αυτού με αποτέλεσμα να αίρεται η αναστολή και η έκκριση της προλακτίνης.

Το γάλα εκκρίνεται συνεχώς στις αδenoκυψέλες, αλλά όχι όμως και από τις θηλές. Πρέπει όμως να εκρεύσει στους γαλακτοφόρους πόρους για να μπορέσει το μωρό να θηλάσει. Μέσω του θηλασμού και ειδικότερα των αισθητικών ώσεων μεταφέρονται ερεθίσματα στον υποθάλαμο προκαλώντας εκκρίσεις ωκυτονίνης. Η ορμόνη αυτή μέσω της κυκλοφορίας προκαλεί έκθλιψη του γάλακτος από τις αδenoκυψέλες στους γαλακτοφόρους πόρους. Έτσι μέσα σε ένα λεπτό από το θηλασμό αρχίζει να απεκκρίνεται το γάλα.

Άρα η λειτουργία του μαστού εξαρτάται από τις επιδράσεις που δέχεται ο αδένας γιατί κάθε διαταραχή ενδοκρινική έχει σαν συνέπεια μεταβολές στην μορφολειτουργική κατάσταση του αδένα. Χαρακτηριστικές μεταβολές η πρόωμη θηλαρχή, η κυστική μαστοπάθεια, η γαλακτόρροια. Συμπερασματικά, σε προβλήματα του μαστού διερευνάται η δραστηριότητα του ενδοκρινικού συστήματος<sup>6</sup>.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

### **2.1 Παθολογοανατομική ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού**

Η ταξινόμηση των νεοπλασμάτων του μαστού, σύμφωνα με την παθολογοανατομική τους εμφάνιση, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση, ώστε σε συνδυασμό με την κλινική σταδιοποίηση να μπορεί να καθορισθεί ακριβέστερα η θεραπευτική αντιμετώπιση καθώς και η πρόγνωση της παθήσεως. Υπάρχουν πολλές τέτοιες ταξινομήσεις που βασίζονται στην προέλευση του όγκου και την τάση διηθήσεως. Η κλασσική κατάταξη των Stewart και Foote είναι απλή, ακριβής, χαρακτηρίζει τη βιολογική συμπεριφορά του νεοπλασματος και γι' αυτό είναι γενικά αποδεκτή. Η ταξινόμηση αυτή διακρίνει τα κακοήθη νεοπλασμάτα σε:<sup>7</sup>

#### **1. Καρκινώματα από τη θηλή**

Νόσος του Paget.

#### **2. Καρκινώματα από τους εκφορητικούς πόρους**

α) Μη διηθητικά

Θηλώδες

Φαγεσωρικό (comedo)

β) Διηθητικά

Θηλώδες

Φαγεσωρικό (comedo)

Αδενοκαρκίνωμα με ίνωση (σκίρρο)

Μυελοειδές με λεμφοκυτταρική διήθηση

Κολλοειδές.

#### **3. Καρκινώματα από τα αδενικά λοβία**

α) Μη διηθητικά

β) Διηθητικά

#### **4. Σπάνια καρκινώματα (ιδρωτοποιών αδένων, επιδερμοειδή κ.λ.π.)**

#### **5. Σαρκώματα του μαστού<sup>7</sup>.**

##### **Νόσος του Paget**

Είναι σχετικά σπάνια εντόπιση (1-3% των καρκινωμάτων του μαστού) και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση δερματικών αλλοιώσεων της θηλής με τη μορφή διαβρώσεως ή εξελκώσεως, που δίνει την εντύπωση της δερματίτιδας. Το δέρμα της θηλής και της θηλαίας άλω, μπορεί να είναι διηθημένο, ενώ κάτω από τη θηλή είναι δυνατόν να ψηλαφάται μάζα. Πρόκειται για καρκίνωμα των εκφορητικών πόρων της θηλής που επεκτείνεται προς το δέρμα, αλλά και τους υποκειμενικούς ιστούς. Η εξέλιξή του συνήθως είναι βραδεία και επειδή δίνει πρώιμα σημεία αλλοιώσεως της θηλής, ακόμη και πριν από την εμφάνιση ψηλαφητής διογκώσεως, η πρόγνωσή του είναι οπωσδήποτε καλύτερη από τις άλλες μορφές. Για να επιτυγχάνεται αυτή η πρώιμη διάγνωση, θα πρέπει σε κάθε εκζεματοειδή βλάβη της θηλής που επιμένει για μερικές εβδομάδες, να γίνεται βιοψία. Η θεραπεία είναι η ίδια με τη θεραπεία του καρκινώματος του μαστού<sup>7</sup>.

##### **Μη διηθητικά καρκινώματα των εκφορητικών πόρων**

Πρόκειται για καρκινώματα In situ, τα οποία όμως δυστυχώς αποτελούν μόνο το 1% του συνόλου. Η πρόγνωσή τους είναι πολύ καλή (περίπου 100% 5ετή επιβίωση).

Τα θηλώδη είναι δύσκολο πολλές φορές να διαφοροδιαγνωσθούν ιστολογικά από το καλοήθες θήλωμα των πόρων ή τη θηλωματώδη υπερπλασία της ινώδους κυστικής μαστοπάθειας. Τα φαγεσωρικά χαρακτηρίζονται από εντονότερη κυτταρική υπερπλασία, ώστε ολόκληροι πόροι, συνήθως μικροί, είναι πλήρες από μάζες κυττάρων. Συνήθως υπάρχει απόπτωση του επιθηλίου και κεντρική νέκρωση της μάζας των κυττάρων, ώστε κατά τη διατομή του νεοπλασματικού ιστού

εξέρχονται μάζες νεκρωμένου ιστού, όπως το περιεχόμενο φαγέσωρα, γεγονός από το οποίο προήλθε και η ονομασία τους (φαγεσωρικά – Comedo)<sup>7</sup>.

### **Διηθητικό θηλώδες καρκίνωμα**

Αποτελεί μάλλον εξέλιξη μη διηθητικού καρκινώματος και χαρακτηρίζεται από τη βραδεία σχετικά ανάπτυξη ογκώδους μάζας, η οποία όμως παρά το μέγεθός της αργεί να εμφανίσει μεταστάσεις. Στην ψηλάφηση εμφανίζεται ως μαλθακή, περιγεγραμμένη μάζα, η οποία κατά κανόνα δεν διηθεί το δέρμα ή τους υποκείμενους ιστούς, άσχετα με το μέγεθός της. Η πρόγνωσή της είναι καλύτερη από τον μέσο όρο των καρκινωμάτων<sup>7</sup>.

### **Διηθητικό φαγεσωρικό καρκίνωμα (comedo)**

Είναι πιο συχνό (5% του συνόλου) από το μη διηθητικό και η διάκρισή του από το απλό αδenoκαρκίνωμα γίνεται με τη διαπίστωση ενδοαυλικής αναπτύξεως. Συνυπάρχει πολλές φορές με σκίρρο, χωρίς όμως να μεταβάλλει την πρόγνωσή του<sup>7</sup>.

### **Διηθητικό καρκίνωμα με ίνωση (σκίρρο)**

Αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκινώματος του μαστού (75-78%). Χαρακτηρίζεται από ινοβλαστική αντίδραση στη διήθηση των νεοπλασματικών κυττάρων, με παραγωγή ινώδους ιστού. Πρόκειται για έντονα διηθητικό νεόπλασμα που επεκτείνεται στο δέρμα και τους υποκείμενους ιστούς, ενώ δίνει γρήγορα μεταστάσεις στους λεμφαδένες. Ψηλαφητικά, εμφανίζεται ως σκληρή μάζα με ασαφή όρια, ενώ κατά τη διατομή παρουσιάζει αντίσταση και χαρακτηριστικό ήχο λόγω της σκληρίας. Ιστολογικά, ποικίλει από μικρές, αλλά διαφοροποιημένες ομάδες κυττάρων σε εκτεταμένο υπόστρωμα ινώδους ιστού, ως κυτταροβριθές υπόστρωμα με ποικίλη διαφοροποίηση και μόνο σπάνια σε περιοχές ινώσεως. Η σταδιοποίηση του εξαρτάται από τη διαφοροποίηση των κυττάρων και τη διήθηση ή μη των αγγείων.

### Μυελώειδες καρκίνωμα.

Αποτελεί ευμεγέθεις όγκους με μαλθακή σχετικά σύσταση, οι οποίοι παρουσιάζουν βραδύτερα μεταστάσεις και έχουν καλύτερη πρόγνωση (85 – 90% 5ετής επιβίωση). Υπολογίζονται σε 5% του συνόλου των καρκινωμάτων. Παρά το μέγεθος τους, δεν διηθούν το δέρμα και τους μυς, ενώ συχνά παρουσιάζουν αιμορραγίες και νεκρώσεις στο κέντρο, με σχηματισμό κύστεων. Ιστολογικά χαρακτηρίζονται από κύτταρα που αναστομώνονται μεταξύ τους με μεγάλους πυρήνες και έντονη λεμφοκυτταρική διήθηση του υποστρώματος.

### Κολλοειδες ή βλεννώδες καρκίνωμα

Είναι σπάνιος τύπος αδενοκαρκινώματος (1% περίπου) που χαρακτηρίζεται από μεγάλη παραγωγή βλέννης. Κλινικά εμφανίζεται ως ογκώδης, μαλθακή, με ασαφή όρια μάζα. Η παραγωγή της βλέννης από τα κύτταρα μπορεί να είναι τόσο μεγάλη, ώστε το νεόπλασμα να αποτελείται από μικρές ομάδες κυττάρων μέσα σε άφθονη βλέννη. Οι μεταστάσεις που παρουσιάζονται αργά, όπως και του μυελοειδούς, η δε πρόγνωση του είναι καλύτερη από τη μέση επίωση του καρκινώματος.

### Καρκινώματα από τα αδενικά λόβια

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

Το μη διηθητικό λοβιώδες καρκίνωμα *in situ* αποτελεί μια κλινική οντότητα που αναγνωρίστηκε και μελετήθηκε κατά τα τελευταία 50 χρόνια. Η ακριβής συχνότητα του δεν μπορεί να καθορισθεί, επειδή δεν δίνει κλινικά ευρήματα και η ανεύρεση του είναι τυχαία, από παθολογοανατομικές εξετάσεις άλλων βιοψιών. Παρουσιάζεται σε μικρότερη ηλικία από το καρκίνωμα και κατά κανόνα σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Από πολλούς δεν θεωρείται ως καρκίνωμα και ο Haagensen πρότεινε την ονομασία λοβιώδης νεοπλασία.

Οπωσδήποτε, αποτελεί μια προκαρκινωματώδη κατάσταση, διότι μπορεί να εξελιχθεί σε διηθητικό αδenoκαρκίνωμα. Γυναίκες με λοβιώδες *in situ* καρκίνωμα έχουν 7 έως 12 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο από το γενικό πληθυσμό να αναπτύξουν διηθητικό καρκίνωμα. Κατά κανόνα (90%) είναι πολυεστιακό και συχνά ( 25-69%) είναι αμφοτερόπλευρο. Πιθανόν η ανάπτυξη του να έχει σχέση με ορμονικές επιδράσεις. Η διάγνωση του δεν είναι εύκολη, διότι αποτελεί τυχαίο εύρημα σε βιοψίες για καλοήθεις παθήσεις. Πρόβλημα αποτελεί και η θεραπεία του, επειδή μπορεί να είναι πολυεστιακό και αμφοτερόπλευρο. Έχουν προταθεί η αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή, η οποία όμως αποτελεί σοβαρή ακρωτηριαστική επέμβαση, η ετερόπλευρη μαστεκτομή με βιοψία του άλλου μαστού, η οποία όμως και πάλι δεν αποκλείει την παραμονή στο μαστό αυτό καρκινώματος *in situ* και καμία θεραπεία μετά την ιστολογική επιβεβαίωση, αλλά στενή παρακολούθηση, κλινική και μαστογραφική της ασθενούς για όλη της τη ζωή.

### Σπάνιος τύπος καρκινώματος

Περιλαμβάνονται καρκινώματα τα οποία προέρχονται από ιδρωτοποιούς αδένες, που βρίσκονται στο φυσιολογικό μαστό και αναστομώνονται με μικρούς εκφορητικούς πόρους, καθώς και τα επιδερμοειδή καρκινώματα. Που προέρχονται από μεταπλασία του επιθηλίου των εκφορητικών πόρων σε πλακώδες επιθήλιο. Πολύ σπάνιο είναι το αδenoειδές κυστικό καρκίνωμα, το οποίο είναι χαμηλής κακοήθειας με σπάνιες μεταστάσεις και έχει σχέση με το κυλίνδρωμα των σιελογόνων αδένων και του αναπνευστικού συστήματος.

### Σάρκωμα του μαστού.

Αποτελεί πολύ σπάνιο τύπο νεοπλασματος και εμφανίζεται συνήθως με τη μορφή του φυλλοειδούς κύστεοσαρκώματος. Από τα κύστεοσαρκώματα κατά μόνο το 10% είναι κακοήθη, τα οποία κατά κανόνα μεθίστανται στους πνεύμονες, τα οστά και τους υποδόριους ιστούς. Μεταστάσεις στους μασχάλιαίους λεμφαδένες είναι τόσο σπάνιες ώστε αρκεί η απλή μαστεκτομή για θεραπευτική αντιμετώπιση.

## Καρκινωματώδης μαστίτιδα

Ονομάζεται και φλεγμονώδες καρκίνωμα. Αποτελεί την κακοηθέστερη μορφή καρκίνου του μαστού, η οποία δεν κατατάσσεται σε κανένα ιστολογικό τύπο και αποτελεί το 3% του συνόλου των καρκινωμάτων. Αποτελείται από αδιαφοροποίητα κύτταρα και χαρακτηρίζεται από διήθηση των υποδορίων λεμφαγγείων με αποτέλεσμα οξεία εισβολή με σημεία φλεγμονής, ερυθρότητα, οίδημα και άλγος λόγω της αποφράξεως των λεμφαγγείων. Συγχρόνως υπάρχει διήθηση και των υποδορίων φλεβών και των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Εμφανίζεται σε νέες γυναίκες και συχνά μετά τον τοκετό. Η πρόγνωση του είναι πολύ άσχημη και θεραπευτικά δεν συνίσταται η μαστεκτομή παρά μόνον η παρηγορητική ακτινοθεραπεία και ορμονοθεραπεία.

Άλλη ταξινόμηση, ανάλογα με την δυνατότητα του όγκου να προκαλεί μεταστάσεις και το είδος των νεοπλασματικών κυττάρων έχει προταθεί από τον Ackerman και χρησιμοποιείται επίσης ευρέως:

### **Τύπος I**

#### Μη μεθιστάμενα ( μη διηθητικά)

1. Ενδοσωληνώδες ( comedo) καρκίνωμα χωρίς διήθηση του υποστρώματος.  
Νόσος του Paget εφόσον έχει διηθηθεί το επιθήλιο
2. Θηλώδες καρκίνωμα περιοριζόμενο στους πόρους
3. Λοβιώδες καρκίνωμα in situ

### **Τύπος II**

#### Σπάνια μεθιστάμενα (διηθητικά πάντοτε)

1. Καλά διαφοροποιημένο αδenoκαρκίνωμα
2. Μυελοειδές καρκίνωμα με λεμφοκυτταρική διήθηση
3. Βλεννώδες ή κολλοειδές καρκίνωμα
4. Θηλώδες καρκίνωμα.

### **Τύπος III**

Μετρίως μεθιστάμενα (διηθητικά πάντοτε)

1. Διηθητικό αδenoκαρκίνωμα
2. Ενδοσωληνώδες καρκίνωμα με διήθηση του υποστρώματος
3. Διηθητικό λοβιώδες καρκίνωμα
4. Οποιοδήποτε καρκίνωμα το οποίο δεν ταξινομείται στους άλλους τύπους.

### **Τύπος IV**

Συχνά μεθιστάμενα (διηθητικά πάντοτε)

1. Αδιαφοροποίητο καρκίνωμα
2. Οποιοσδήποτε τύπος όταν υπάρχει διήθηση αγγείων<sup>7</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

### **3.1 Αιτιολογικοί παράγοντες και επιδημιολογία του Ca μαστού**

#### **α. Επιδημιολογία**

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί πλέον την κυριότερη αιτία θανάτου των γυναικών σε πολλές χώρες. Οι αναλογίες των περιπτώσεων του ΚΜ και των θανάτων από αυτόν είναι 27 και 19 ανά 100.000 αντίστοιχα. 8,9

Κάθε χρόνο στην Ελλάδα, περισσότερες από 1.500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού αλλά από αυτές 2/3 περίπου επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία.

Η πιθανότητα μιας ελληνίδας να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού σ'όλη τη διάρκεια της ζωής της είναι 3,5% ενώ η αντίστοιχη πιθανότητα μιας Αμερικανίδας ξεπερνά το 7%. Παρά τις θεραπευτικές προόδους που σημειώθηκαν στα τελευταία 30 χρόνια, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού δεν μειώθηκε σχεδόν καθόλου σε κανένα μέρος του κόσμου. Το γεγονός αυτό κάνει επιτακτικότερη την ανάγκη της προλήψεως της νόσου.

**Τα κυριότερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του μαστού είναι<sup>10</sup>:**

1. Η μεγάλη διεθνής μεταβλητικότητα που παρατηρείται στη συχνότερη εμφάνιση του καρκίνου του μαστού στις διάφορες χώρες. Έτσι η επίπτωση της νόσου είναι 6πλάσια στη β. Ευρώπη και Β. Αμερική, παρά στην Άπω Ανατολή. Οι διαφορές αυτές αφορούν κυρίως τις μεγαλύτερες ηλικίες (πάνω από 55 χρόνια).
2. Η σαφής προστατευτική επίδραση της πρώτης ολοκληρωμένης εγκυμοσύνης και μάλιστα όταν αυτή συμβαίνει κατά τη νεαρή ηλικία της γυναίκας.
3. Η απουσία σχέσης της ασθένειας με το θηλασμό.
4. Η προστατευτική επίδραση της πρώιμης εμμηνόπαυσης και μάλιστα εκείνης που προκαλείται μετά από χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών.



5. Η χωρίς αμφισβήτηση σχέση του καρκίνου του μαστού με την κυστική μαστοπάθεια και η πιθανή σχέση του με τον καρκίνο του ενδομητρίου και των ωοθηκών.
6. Η διαπιστωμένη συμβολή κληρονομικών παραγόντων. Από τη γεωγραφική κατανομή διαπιστώνουμε μεγάλες διακυμάνσεις στη θνησιμότητα, οι οποίες κυμαίνονται από 25-30/100.000 γυναίκες στη Μ. Βρετανία, τη Δανία, την Ολλανδία, τις ΗΠΑ και τον Καναδά και από 3-8/100.000 στην Ιαπωνία, το Μεξικό και τη Βενεζουέλα. Στην Ελλάδα η θνησιμότητα της νόσου είναι πολύ μικρότερη σε σχέση με άλλες ανεπτυγμένες ευρωπαϊκές και βορειοαμερικανικές χώρες. Το ίδιο συμβαίνει και με τη συχνότητα. Στην πλειονότητα των χωρών η αργή αλλά σταθερή αύξηση της θνησιμότητας από καρκίνο μαστού αποδίδεται στην αύξηση του μέσου όρου ζωής.

Ο ΚΜ δεν εμφανίζεται συχνά σε ηλικία κάτω των 25 ετών ενώ η συχνότητά του αυξάνεται σταθερά φθάνοντας στο αποκορύφωμα στις μεγάλες ηλικίες. Η νόσος αυτή αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 35-54. Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι η συχνότητα εμφάνισης Κ.Μ είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

**Επιδημιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την αύξηση ή ελάττωση του καρκίνου του μαστού**

	<b>Αύξηση</b>	<b>Ελάττωση</b>
Γεωγραφική κατανομή	Δυτική Ευρώπη, Β. Αμερική	Ιαπωνία, Μαύροι Ν. Αφρικής, Νιγηρία, Ινδία
Ηλικία	Μεγάλες γυναίκες (πάνω από 30 χρόνων)	Νέες γυναίκες (κάτω από 20 χρόνων)
Τεκνοποίηση	Ατοκία	Τεκνοποίηση κάτω των 20 χρόνων
Ηλικία της πρώτης τεκνοποίησης	Άνω των 35 χρόνων	Κάτω των 20 χρόνων
Έναρξη της έμμηνου ρύσεως	Κάτω των 13 χρόνων	Άνω των 16 χρόνων
Εμμηνόπαυση	Άνω των 50 χρόνων	Κάτω των 45 χρόνων
Ωοθηκτομή	-	Κάτω των 45 χρόνων
Οικογενειακό ιστορικό	Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού	-
Προηγούμενος καρκίνος	Α) μαστού, β) μήτρας, γ) σιαλογόνων Αδένων, δ) παχέος εντέρου, ε) ωοθήκης	Τραχήλου μήτρας
Ύπαρξη καλοήθους νόσου	Ινώδης κυστική μαστοπάθεια	-
Διατροφή	Παχυσαρκία	-
Ιονισμένη ακτινοβολία	Ιονισμένη ακτινοβολία	-

**β. Αιτιολογία – παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού.**

Όπως συμβαίνει και με την πλειονότητα των κακοηθών όγκων, η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού δεν έχει γίνει κατανοητή μέχρι σήμερα. Είναι όμως γενικά αποδεκτό ότι ο καρκίνος μαστού είναι πολυπαραγοντική νόσος και αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου για ορισμένες ηλικίες γυναικών.

Τα τελευταία χρόνια πολλές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες συνέβαλαν στην ταυτοποίηση διαφόρων μεταβλητών, που σχετίζονται, είτε σαν αιτιολογικοί παράγοντες είτε και σαν δυνητικοί αιτιολογικοί παράγοντες με τον καρκίνο του μαστού (ΚΜ). Η αιτιολογική σχέση (αιτία) στην επιδημιολογία θα μπορούσε να οριστεί σαν η σχέση μεταξύ ενός παράγοντα και ενός νοσήματος κατά την οποία η προσθήκη, η μεταβολή της συχνότητας (σε ομαδική βάση) ή της πιθανότητας (σε ατομική βάση) του νοσήματος. Κάθε παράγοντας που σχετίζεται στατιστικά με ένα νόημα ονομάζεται “παράγοντας κινδύνου” για το νόσημα αυτό, ανεξάρτητα αν η συσχέτιση είναι αιτιολογική ή δευτερογενής πλασματική.

Παρόλο ότι γενετικοί, ιδιοσυστατικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες εμφανίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον ΚΜ, κανένας είτε μόνος είτε

σε συνδυασμό με άλλους, δεν είναι ικανός προορητικός παράγοντας ούτε εξηγεί το μηχανισμό γένεσης της νόσου. Έτσι, η μόνη, επί του παρόντος δυνατή προσέγγιση στην πρόληψη του ΚΜ διέρχεται μέσα από την γνώση, καταγραφή και συσχέτιση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών και μεταβλητών που είναι αποδεκτοί ως παράγοντες κινδύνου<sup>11</sup>.

#### **α. Γενετικοί παράγοντες**

**Κληρονομικότητα.** Η σχέση της κληρονομικότητας με τον καρκίνο του μαστού είναι διαπιστωμένη και αφορά συγγενείς πρώτου βαθμού δηλαδή μητέρα ή αδελφή.

Έτσι αν η μία από αυτές πέρασε καρκίνο μετεμμηνοπαυσιακά, οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, είναι 1,5 φορά παραπάνω. Αν τον πέρασαν προεμμηνοπαυσιακά τότε αυτές φτάνουν τις 3 φορές. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε μετεμμηνοπαυσιακά και στους δύο μαστούς, τότε αυτές φτάνουν τις 4 φορές. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε προεμμηνοπαυσιακά και στους δύο μαστούς, τότε αυτές φτάνουν τις 8 φορές<sup>12</sup>.

Διαπιστώθηκε η εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε δίδυμες αδελφές, στην ίδια ηλικία, στον ίδιο μαστό και στο ίδιο τεταρτημόριό του.

**Φύλο.** Το φύλο αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου, μια και όπως είναι γνωστό οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από ΚΜ απ'ότι οι άνδρες. Η σχέση προσβολής από καρκίνο του μαστού μεταξύ των δύο φύλων είναι 99 γυναίκες προς έναν άνδρα<sup>13</sup>.

**Ηλικία.** Η ηλικία της γυναίκας παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο όσον αφορά την πιθανότητα να εμφανίσει ΚΜ. Κάτω των 25 ετών, η νόσος είναι πολύ σπάνια μόνο 0,2% εκείνων που αναπτύσσουν ΚΜ βρίσκονται σ'αυτή την ομάδα ηλικίας. Σε όλες σχεδόν τις γυναίκες ηλικίας κάτω των 25 οι όγκοι στους μαστούς αποδεικνύονται στην ιστολογική εξέταση ότι είναι καλοήθεις, συνήθως ινοαδενώματα, σπανιότερα πολλαπλά θηλώματα ή αδενώσεις. Σε έρευνα που έγινε από τους Βασίλαρο, Παπαδιαμάντη et 21 στην κλινική Μαστού του Μαιευτηρίου

“Μαρίκα Ηλιάδη” (ΑΕΜ 1484), σε σύνολο 20 ασθενών με ΚΜ, 2 μόνον ήταν κάτω των 25 ετών<sup>14</sup>.

Ο καρκίνος του μαστού γίνεται κάπως συχνότερος μεταξύ 25 και 30 ετών. Τότε η βιοψία δεν πρέπει να καθυστερεί. Στην αρχή υπήρχε η βεβαιότητα ότι ο ΚΜ σε νέες γυναίκες είχε πολύ χειρότερη εξέλιξη από ότι σε μεγαλύτερες<sup>9</sup>.

Σε μια σημαντική σειρά από 35 γυναίκες κάτω των 30 χρόνων που μελετήθηκαν από τον Norris (1976), η πενταετής επιβίωση ήταν 56% και η 10ετής 48%. Το συμπέρασμα ήταν ότι οι νέες αυτές γυναίκες είχαν ελαφρώς χειρότερη πρόγνωση από τις μεγαλύτερες.

Μετά την ηλικία των 30, η νόσος αυξάνεται απότομα σε συχνότητα και εξακολουθεί να αυξάνεται για το υπόλοιπο της ζωής. Στην Ελλάδα, την Ιαπωνία, και την Πολωνία όπου οι δείκτες επίπτωσης είναι πολύ χαμηλότεροι από ότι σε άλλες χώρες υψηλότερου κινδύνου (ΗΠΑ, Δανία, Καναδά, Αγγλία), πέφτουν μετά την εμμηνόπαυση. Αν και η πιθανότητα ανάπτυξης ΚΜ αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας στις γυναίκες των δυτικών χωρών, ο πραγματικός αριθμός ασθενών που προέρχονται με τη νόσο μειώνεται μετά την ηλικία των 54 ετών. Αυτό το παράδοξο εξηγείται από το γεγονός ότι οι μεγαλύτερες γυναίκες υποκύπτουν σε άλλες παθήσεις και έτσι μένουν λιγότερες στη ζωή εκτεθειμένες στον κίνδυνο να πάθουν ΚΜ<sup>9</sup>.

### **β. Ιδιοσυστασιακοί παράγοντες.**

**Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης.** Η πρόιμη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση διαπιστώθηκε πως συμβάλλουν στις πιθανότητες εμφάνισης ΚΜ. Επίσης παράγοντα κινδύνου αποτελεί και η πρώτη πλήρης κύηση μετά το 30<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας<sup>15</sup>.

Πρώτη τελειόμηνη κύηση πριν το 20<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας και αντίθετα η τεχνητή πρόιμη εμμηνόπαυση αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες. Επισημαίνεται ότι δυνατή η κατά 30% μείωση της επίπτωσης ΚΜ σ'ένα πληθυσμό, αν μειωθεί η ηλικία πρώτης τελειόμηνης κύησης κατά πέντε χρόνια. Η πολυτεκνία φαίνεται να

αποτελεί καλύτερο προστατευτικό παράγοντα από τη νεαρή ηλικία πρώτης τελειόμηνης κύησης σε ορισμένους πληθυσμούς<sup>16</sup>.

Οι γυναίκες που είχαν εμμηνορρυσία παραπάνω από 40 χρόνια έχουν διπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης ΚΜ από αυτές που την είχαν 30 ή λιγότερα χρόνια. Η ωοθηκεκτομία κοντά στην εμμηνόπαυση και μάλιστα στις γυναίκες, που δεν απέκτησαν παιδιά, και σ' αυτές που έπασχαν από πολυκυστικές ωοθήκες κρίθηκε δικαιολογημένη για την προστασία της γυναίκας από τον ΚΜ.

Ο εγχειρητικός ευνουχισμός πριν από τα 40 χρόνια της γυναίκας ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης ΚΜ κατά 70-75% για τα πρώτα 10 χρόνια. Μετά τη 10ετία η συχνότητα αυξάνεται<sup>9</sup>.

**Ατεκνία.** Οι γυναίκες που δεν γέννησαν εμφανίζουν αυξημένη τη συχνότητα του ΚΜ αλλά μικρότερη από αυτές που γέννησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 35 χρόνια.

**Θηλασμός.** Πιστεύαμε, πως ο θηλασμός προστατεύει τη γυναίκα από καρκίνο του μαστού. Τα τελευταία χρόνια η άποψη αυτή δεν θεωρήθηκε παραδεκτή. Από πρόσφατες έρευνες έχει αποδειχθεί ότι ο θηλασμός δεν παίζει προστατευτικό ρόλο έναντι του καρκίνου του μαστού ούτε αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για τη γυναίκα που δεν έχει θηλάσει. Επίσης δεν έχει σχέση με το αν η ίδια η γυναίκα έχει θηλάσει από τη μητέρα της<sup>9</sup>.

### γ. Ορμονικοί παράγοντες.

Όπως έχει αναφερθεί η ωοθηκεκτομή πριν από τα 40 χρόνια της γυναίκας ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης ΚΜ. Οι ενδείξεις της ωοθηκεκτομής οδήγησαν στην έρευνα της επίδρασης διαφόρων ορμονών επί του ΚΜ και τα αποτελέσματα ήταν αξιόλογα.

**Οιστρογόνα.** Από τις 3 κύριες μορφές οιστρογόνων, η οιστρόνη και η οιστραδιόλη προάγουν τον καρκίνο του μαστού σε πειραματόζωα ενώ η οιστριόλη μειώνει την προαγωγή αυτή<sup>8</sup>.

Η λήψη οιστρογόνων ορμονών και η χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων χωρίς προγεστερόνη, ενοχοποιήθηκαν για την εμφάνιση ΚΜ. Οι πιθανότητες ανάπτυξης και σε γυναίκες που τους χορηγήθηκαν οιστρογόνες ορμόνες, διπλασιάζονται.

Σημασία φαίνεται πως έχει σχέση οιστριόλης προς την οιστρόνη και την οιστραδιόλη. Αύξηση της σχέσης σημαίνει ελαττωμένες πιθανότητες εμφάνισης ΚΜ, ενώ ελάττωσή της αυξημένες.

Η αυξημένη παραγωγή οιστριόλης που παρατηρείται στην εγκυμοσύνη, προστατεύει το μαστό από την καρκινογόνο δράση των δύο άλλων ορμονών<sup>15</sup>.

**Προγεστερόνη.** Η σχέση της προγεστερόνης με τον ΚΜ είναι ασαφής. Άλλες εργασίες τη δείχνουν ως ορμόνη που προάγει την καρκινογένεση ενώ άλλες τη θεωρούν αντικαρκινογόνο λόγω της αντιοιστρογονικής δράσης της. Επίσης η αντίληψη που βασίζεται σε πειραματικά δεδομένα ότι η προγεστερόνη έχει καρκινογόνο δράση δεν συμβιβάζεται με το γεγονός ότι η πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσύνη ασκεί προστατευτική επίδραση (κάθε εγκυμοσύνη συνδυάζεται με μεγάλη αύξηση της εκκρινόμενης προγεστερόνης)<sup>15,17,18</sup>.

**Προλακτίνη.** Με επιδημιολογικές έρευνες, έχει βρεθεί ότι θυγατέρες ασθενών με ΚΜ έχουν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα προλακτίνης.

Υπάρχουν όμως δύο καταστάσεις στη ζωή της γυναίκας που συνδυάζονται σταθερά με αύξηση της στάθμης της προλακτίνης στον οργανισμό – η εγκυμοσύνη και ο θηλασμός. Αν δεχόμασταν ότι τα αυξημένα επίπεδα προλακτίνης σχετίζονται με την εμφάνιση και θα έπρεπε οι δύο παραπάνω καταστάσεις να συνδυάζονται με αύξηση της πιθανότητας προσβολής, πράγμα όμως που δεν συμβαίνει<sup>19</sup>.

Ακόμα σε μια μελέτη των Pike, Henderson et 21 (1981) η οποία αφορούσε νεαρές γυναίκες με ΚΜ φάνηκε ότι η χρήση του αντισυλληπτικού δισκίου, για περισσότερα από 4 χρόνια πριν από την πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσύνη αποτελεί αυξημένο κίνδυνο ΚΜ. Ιδιαίτερα η επίπτωση του ΚΜ μπορεί να είναι αυξημένη σε νεαρές γυναίκες που χρησιμοποιούν έρευνες που έγιναν στην Ατλάντα και στην

Αγγλία, δεν ενοχοποίησαν το χάπι για ΚΜ παρόλο που στις μελέτες περιλαμβάνονται και γυναίκες που έπαιρναν το χάπι περισσότερο από 10 χρόνια.

Τα μη αντισυλληπτικά οιστρογόνα που χρησιμοποιούνται κατά την εμμηνόπαυση φαίνεται ότι αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου του ΚΜ με λανθάνουσα περίοδο 10-15 χρόνια. Η παρατεταμένη τους χρήση, ιδιαίτερα σε αυξημένες δόσεις πρέπει να αποφεύγεται<sup>20</sup>.

#### δ. Διαιτητικοί παράγοντες.

Πιστεύεται, πως ο παχύσαρκες γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από ΚΜ. Παρατηρήθηκε πως στο β' παγκόσμιο πόλεμο σημειώθηκε αισθητή κάμψη στη συχνότητα εμφάνισης της νόσου. Οι διαιτητικοί παράγοντες υπεισέρχονται στη σύνθεση και στο μεταβολισμό των οιστρογόνων ορμονών, δηλαδή το λίπος και μάλιστα το ζωικό οδηγεί σε αυξημένη μετατροπή της ανδροδιενδιόνης σε οιστρόνη και αυξάνει την απελευθέρωση προλακτίνης από την υπόφυση και την παραγωγή χολικών αλάτων που μεταβάλλουν την εντερική χλωρίδα, έτσι, ώστε να παράγονται καρκινογόνες ουσίες<sup>21</sup>.

Και η κατάχρηση οινοπνεύματος φαίνεται πως προδιαθέτει στην εμφάνιση ΚΜ γιατί εμφανίζεται 1,5 φορά συχνότερα απ'ότι στο γενικό πληθυσμό σε γυναίκες που πίνουν, παραπάνω από το συνηθισμένο, οινοπνευματώδη ποτά.

#### ε. Άλλοι παράγοντες.

Διαπιστώθηκε, πως όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος σπουδών της γυναίκας, τόσο αυξάνεται και η συχνότητα του ΚΜ. Επίσης προσβάλλονται συχνότερα οι γυναίκες αστικών τάξεων σε σύγκριση με τις γυναίκες αγροτικών<sup>8,22</sup>.

Ακόμη πιστεύεται πως η έντονη ψυχική δοκιμασία 44 και η χορήγηση ορισμένων φαρμάκων, όπως της ρεσερπίνης σε μεγάλες δόσεις μπορούν να θεωρηθούν αιτιολογικοί παράγοντες του ΚΜ<sup>23</sup>.

Γυναίκες που εκτέθηκαν σε ακτινοβολία (Χιροσίμα, Ναγκαασάκι) όπως και γυναίκες που έπασχαν από φυματίωση και υποβλήθηκαν σε συχνό ακτινοσκοπικό

έλεγχο, εμφανίζουν συχνότερα καρκίνο στο μαστό τους. Σε όσο μικρότερη ηλικία η γυναίκα εκθέτει τον εαυτό της σε ακτινοβολία τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος να εμφανίσει ΚΜ. Η μεγαλύτερη ευαισθησία φαίνεται να παρατηρείται στην ηλικία 10-19 ετών. Ο μαζικός αδένας είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στην καρκινογόνο επίδραση της ακτινοβολίας αμέσως πριν και μετά την εμμηναρχή, όσο και κατά τη διάρκεια της κύησης. Η μιτωτική δραστηριότητα του μαστού και στις δύο αυτές περιπτώσεις είναι αυξημένη<sup>24</sup>.

Τέλος εκφράστηκε η άποψη ότι πιθανόν υπάρχουν κάποιοι ιοί σε λανθάνουσα κατάσταση που είναι δυνατόν να δραστηριοποιηθούν από την επίδραση άλλων ενδοκρινικών, διαιτητικών και γενετικών παραγόντων και να προκαλέσουν καρκίνο στο μαστό.



### 3.2 Οδοί μετάστασης – Τρόποι επέκτασης του καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού, σε κάποια φάση της ανάπτυξής του μεθίσταται με τα λεγόμενα καρκινικά έμβολα, αποτελούμενα από καρκινικά κύτταρα. Τα έμβολα αυτά μεταφέρονται κατ'εξοχήν με την λεμφική κυκλοφορία και σε μικρότερο βαθμό με την κυκλοφορία του αίματος. Τέλος, ο καρκίνος του μαστού μεθίσταται κατά συνέχεια ιστού.

**1. Λεμφική οδός.** Τα καρκινικά κύτταρα προσβάλλουν τους σύστοιχους λεμφαδένες. Οι λεμφαδένες που προσβάλλονται είναι οι μασχαλιαίοι, υποκλείδιοι, υπερκλείδιοι και έσω μαστικοί. Κατ'εξοχήν προσβάλλονται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, δεδομένου ότι το 75% της λέμφου απάγεται προς την μασχάλη. Όγκοι που εντοπίζονται στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού μεθίστανται κατ'εξοχήν στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, ενώ όγκοι που εντοπίζονται στο έσω ημικύκλιο του μαστού δίνουν μεταστάσεις στους αδένες που βρίσκονται κατά μήκος της έσω μαστικής αρτηρίας. Ο βαθμός προσβολής των μασχαλιαίων λεμφαδένων έχει σχέση με το μέγεθος του όγκου αν και οι υποκλινικοί καρκίνοι μπορεί να εμφανίσουν διηθημένους λεμφαδένες. Πρέπει επίσης να γνωρίζουμε ότι σε ένα ποσοστό 30% υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες έστω και αν δεν έχουν αποκαλυφθεί κλινικά.

**2. Με την κυκλοφορία του αίματος.** Νεοπλασματικά κύτταρα από την πρωτοπαθή εστία μπορούν να παρακάμψουν τους επιχώριους λεμφαδένες και να μπουκν απευθείας στην κυκλοφορία χωρίς να προκαλούν πάντα μετάσταση. Το 99% απ'αυτά τα κύτταρα, όπως πιστεύεται, καταστρέφονται Ένα μικρό μόνο μέρος των κυττάρων αυτών εγκαθίστανται σε μακρινούς ιστούς σε λανθάνουσα μορφή. Αυτά τα κύτταρα με την επίδραση διαφόρων συνθηκών και σε άλλοτε άλλο χρόνο, μπορεί να μετατραπούν σε κλινικά έκδηλες μεταστάσεις. Οι μακρινές μεταστάσεις αφορούν διάφορα όργανα όπως α) οστά (70%) όπου και συχνά παρατηρούνται αυτόματα κατάγματα. Συχνότερα εντοπίζονται στη σπονδυλική στήλη και στη λεκάνη, ακολουθούν οι πλευρές, τα μηριαία, το κρανίο κ.λ.π. β) πνεύμονες (66%) γ) ήπαρ (61%), δ) εγκέφαλος (25%) και

### 3. Διήθηση κατά συνέχεια ιστού (θωρακικό τοίχωμα) <sup>25</sup>

#### 3.3 Ρυθμός αύξησης του καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού συμπεριφέρεται σαν σύνδρομο. Αρχικά έχουμε μια αθώα υπερπλασία και μετά εξελίσσεται σαν μια συστηματική νόσος. Έτσι παρατηρείται μια λεμφαδενική διήθηση η οποία παίζει αποφασιστικό ρόλο στην παραπέρα εξέλιξη της νεοπλασίας.

Έχει υπολογιστεί πως στον καρκίνο αυτού του είδους το πρωταρχικό κακοήθες κύτταρο αυξάνεται σε όγκο, μέσα σε 7-8 χρόνια και φτάνει το 1cm διάμετρο <sup>8,26</sup>.

Αυτή η διάμετρος μπορεί να διπλασιαστεί από 23-209 ημέρες. Αυτά που διπλασιάζονται τις πρώτες 75 ημέρες ονομάζονται ταχέως αναπτυσσόμενα ενώ αυτά που χρειάζονται 150 ημέρες βραδέως αναπτυσσόμενα.

Στην αρχή ο όγκος τρέφεται με διάχυση όταν όμως ο αριθμός των νεοπλασματικών κυττάρων δεν ξεπερνά τις 100 χιλιάδες μετά από το πρώτο στάδιο τρέφονται με τροφοφόρα αγγεία. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως όταν εμφανίζονται τέτοια αγγεία, τότε μιλάμε για μετάσταση <sup>8</sup>.

#### 3.4 Η σημασία των διηθημένων λεμφαδένων

Είναι πολύ μεγάλη, γιατί από αυτή εξαρτάται το ποσοστό θεραπείας π.χ. αν δεν έχουμε διηθημένους λεμφαδένες τότε το ποσοστό αποτυχίας είναι κάτω του 12% ενώ αντίθετα αν έχουμε 4 διηθημένους αδένες το ποσοστό στο να αποτύχει η θεραπεία ανεβαίνει στο 60% <sup>26</sup>.

#### 3.5 Κλινική σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού

Η κλινική σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού αποτελεί μια προσπάθεια του χειρουργού ή του κλινικού ιατρού να καθορίσει το βαθμό της επεκτάσεως της κακοήθειας. Με βάση κλινικά ή εργαστηριακά ευρήματα πριν από την εγχείριση. Έχει μεγάλη σημασία, αφού το είδος της θεραπευτικής αγωγής που θα

ακολουθηθεί εξαρτάται από το κλινικό στάδιο, ενώ αποτελεί και ένα τρόπο συγκρίσεως των αποτελεσμάτων της θεραπείας και της προγνώσεως. Υπάρχουν 3 κύριες μέθοδοι σταδιοποίησης: Manchester, Columbia και T.N.M.

**Κατά το σύστημα Manchester διακρίνονται 4 στάδια ως εξής:**

### **Στάδιο I**

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

### **Στάδιο II**

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

### **Στάδιο III**

Ο όγκος εκτείνεται έξω από το παρέγχυμα του μαστού με:

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

### **Στάδιο IV**

Ο όγκος εκτείνεται έξω από το παρέγχυμα με:

- α) Καθήλωση των μασχαλιαίων λεμφαδένων,
- β) Καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα,
- γ) Διήθηση υπερκλειδίων λεμφαδένων,
- δ) Δορυφόρα μεταστατικά οζίδια έξω από την περιοχή του όγκου
- ε) Δευτεροπαθείς εστίες και στον άλλο μαστό
- στ) Απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Το σύστημα Columbia βασίζεται σε κριτήρια που καθορίζουν την εγχειρησιμότητα και την πιθανότητα χειρουργικής θεραπείας. Περιλαμβάνει επίσης 4 στάδια:

**Στάδιο A**

Δεν υπάρχει οίδημα ή εξέλκωση του δέρματος ή καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες μη διηθημένοι κλινικά.

**Στάδιο B**

Όπως και στο A, αλλά υπάρχουν κλινικά διηθημένοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, με διάμετρο μικρότερη από 2,5cm, χωρίς καθήλωση στο δέρμα ή τους υποκείμενους ιστούς της μασχάλης.

**Στάδιο C**

Υπάρχει ένα από τα εξής πέντε σημεία βαρύτητας:

1. Οίδημα του δέρματος περιορισμένο (λιγότερο από το 1/3 του δέρματος του μαστού)
2. Εξέλκωση του δέρματος.
3. Καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα.
4. Μαζική διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων (διαμ>2,5 cm)
5. Καθήλωση των λεμφαδένων

**Στάδιο D**

Πιο προχωρημένες μορφές καρκινωμάτων που περιλαμβάνουν:

1. Δύο ή περισσότερα από τα σημεία βαρύτητας
2. Εκτεταμένο οίδημα δέρματος (> 1/3 του δέρματος του μαστού)
3. Μεταστατικά δερματικά οζίδια
4. Καρκινωματώδης μαστίτιδα
5. Υπερκλειδίες μεταστάσεις
6. Παραστερνικές μεταστάσεις
7. Οίδημα του άνω άκρου
8. Απομακρυσμένες μεταστάσεις<sup>7</sup>.

Το σύστημα TNM βασίζεται σε κλινικά ευρήματα από τον όγκο (T- Tumor), τους επιχώριους λεμφαδένες (N-Nodes) και μεταστάσεις (M-Metastases).

## Πίνακας 5

**T.N.M. ταξινόμηση καρκίνου του μαστού – κλινική σταδιοποίηση****T (tumor) – Πρωτοπαθής όγκος**

TX – Αδυναμία εκτίμησης μεγέθους όγκου

T0 – Μη ψηλαφητός όγκος

TIS – Μη διηθητικός καρκίνος, Νόσος Paget της θηλής μη ψηλαφητός

T<sub>1</sub> – Όγκος διαμέτρου μέχρι 2cmT<sub>1a</sub> – Χωρίς σύμφυση με δέρμα ή μύες ή θωρακικό τοίχωμαT<sub>1b</sub> – Σύμφυση με δέρμα ή μύες ή θωρακικό τοίχωμαT<sub>2</sub> – Όγκος διαμέτρου 2-5cmT<sub>2a</sub> – Χωρίς σύμφυση με δέρμα ή μύες ή θωρακικό τοίχωμαT<sub>2b</sub> – Σύμφυση με δέρμα ή μύες ή θωρακικό τοίχωμαT<sub>3</sub> – Όγκος διαμέτρου > 5cmT<sub>3a</sub> – Χωρίς σύμφυση με δέρμα ή μύες ή θωρακικό τοίχωμαT<sub>3b</sub> – Σύμφυση με δέρμα ή μύες ή θωρακικό τοίχωμαT<sub>4</sub> – Όγκος με καθήλωση προς το δέρμα ή το θωρακικό τοίχωμα, ανεξάρτητα από το μέγεθοςT<sub>4a</sub> – Σύμφυση με το θωρακικό τοίχωμαT<sub>4b</sub> – Με οίδημα (συμπεριλαμβανομένου και του peau d'orange), εξέλκωση δέρματος ή δορυφόρα οζίδια στο δέρμα του ίδιου μαστούT<sub>4a</sub> – Συνδυασμός a και bT<sub>4b</sub> – Φλεγμονώδης καρκίνος**N (nodes) – Επιχώριοι λεμφαδένες**

NX – Αδυναμία κλινικής εκτίμησης επιχώριων λεμφαδένων

N0 – Μη ψηλαφητοί επιχώριοι λεμφαδένες

N<sub>1</sub> – Κινητοί σύστοιχοι λεμφαδένες μασχάληςN<sub>1a</sub> – Όχι ύποπτοι για μεταστατική διήθησηN<sub>1b</sub> – Υποπτοι για μεταστατική διήθησηN<sub>2</sub> – Λεμφαδένες συστοίχου μασχάλης, συμφύομενοι μεταξύ τους (block) ή καθηλωμένοι στα γύρω όργαναN<sub>3</sub> – Σύστοιχοι μεταστατικοί υπερκλειδίοι ή υποκλειδίοι λεμφαδένες ή οίδημα του άνω άκρου**M (metastases) – Μακρινές μεταστάσεις**

M0 – Όχι εμφανείς μεταστάσεις

M<sub>1</sub> – Παρουσία μεταστάσεων

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

### 4.1 Κλινική εικόνα - Διάγνωση

#### α. Κλινική εικόνα

Το πιο συνηθισμένο σημείο του καρκίνου του μαστού είναι η **ψηλαφητή μάζα (77%)**. Στα 90% των περιπτώσεων ανακαλύπτεται τυχαία από την ίδια την άρρωστη, συνηθέστατα κατά τη διάρκεια του μπάνιου της.

Συνήθως η μάζα είναι **ανώδυνη (66%)**, σκληρή, στέρεα που δύσκολα διαχωρίζεται από τον υπόλοιπο μαστό. Μερικές φορές η μάζα αυτή είναι σχετικά ευκίνητη και δύσκολα ξεχωρίζει από άλλες καλοήθειες παθήσεις του μαστού.

Η **έκκριση της θηλής του μαστού (10%)** είναι το δεύτερο συνήθως συχνό κλινικό σημείο του καρκίνου του μαστού.

Ο **πόνος** δεν είναι συχνό σύμπτωμα αν και 20% περίπου των γυναικών μπορεί να αναφέρουν κάποιο ενόχλημα που αν έχει σχέση με τον καρκίνο.

Σπάνια ο πόνος αποτελεί την **πρώτη κλινική εκδήλωση**, όπως ένας οξύς αναίτιος πόνος, ιδιαίτερα στις μετακλημακτηριακές γυναίκες.

**Έλξη του δέρματος του μαστού από τον όγκο**, αποτελεί πρώιμο κλινικό σημείο και οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του Cooper από τον όγκο.

**Εισολκή της θηλής** (όταν εντοπίζεται ο όγκος κάτω από τη θηλή) αποτελεί άλλη κλινική εκδήλωση της νόσου. Προσοχή χρειάζεται να μην γίνει σύγχυση με παρόμοια εισολκή που παρουσιάζεται είτε εκ γενετής ή μπορεί να οφείλεται σε οξείες παθήσεις του μαστού.

**Οίδημα του δέρματος** υπό μορφή φλοιού πορτοκαλιού, λόγω απόφραξης των λεμφαγγείων από καρκινικά κύτταρα. **Ερυθρότητα, εξέλκωση, αιμορραγία, καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα ή ρίκνωση και πάχυνση του δέρματος από τον όγκο** αποτελούν άλλα κλινικά σημεία του προχωρημένου καρκίνου του μαστού.

Σε σπανιότερες περιπτώσεις κάποιος **μασχαλιαίος αδένας** ή **οίδημα του ώμου** ή **πόνος οστικός** (από μεταστάσεις) μπορεί αν αποτελούν την πρώτη κλινική εκδήλωση<sup>25</sup>.

## β. Διάγνωση

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

Συχνά ο γιατρός διευκολύνεται από ένα ακριβές διάγραμμα όπου περιγράφεται κάθε νέα αποκαλυπτόμενη μάζα. Η μαστογραφία και/ή η βιοψία είναι χρήσιμες, αν όμως δεν γίνουν η μάζα πρέπει να επανεξεταστεί σε ένα ή δύο μήνες, εφόσον υπάρχει υπόνοια ότι πιθανώς πρόκειται για καρκίνο. Αν η μάζα παραμένει, πρέπει να γίνει μαστογραφία και βιοψία<sup>28</sup>.

## Κλινική εξέταση

Για την πρόωπη διάγνωση της νόσου σημαντική είναι η κλινική εξέταση του μαστού η οποία περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

### α) Επισκόπηση

Σε γυναίκα που είναι καθιστή παρατηρείται το σχήμα, το μέγεθος και η συμμετρία των μαστών, οι θηλές, οι εξελκώσεις του δέρματος και των θηλών, χρώμα, οίδημα, εισολκή του δέρματος ή των θηλών.

Η εισολκή φαίνεται καλύτερα όταν η επισκόπηση γίνεται με τα χέρια ανασηκωμένα. Ενώ σπάνια θα φανεί μια εισολκή γέρνοντας και λίγο μπρος. Συνήθως έτσι μπορούμε να βρούμε έναν καρκίνο που δεν ψηλαφάται εύκολα. Το χρώμα, το οίδημα και η εξέλκωση μας βοηθούν στην πιθανή διάγνωση απλής φλεγμονής, φλεγμονώδους ή προχωρημένου καρκίνου<sup>29</sup>.

## β) Ψηλάφηση

Για να γίνει η γυναίκα τοποθετείται σε ύπτια θέση.

Έτσι ελέγχουμε:

- Την παρουσία μάζας που ξεχωρίζει από τον υπόλοιπο αδένα
- Την ευαισθησία των θηλών
- Τις εκκρίσεις των θηλών
- Τους υπερκλειδίους ή μασχαλιαίους λεμφαδένες

Η ψηλάφηση γίνεται από τον γιατρό ή τον νοσηλευτή/τρια όπως έκανε η γυναίκα την αυτοεξέτασή της σε ύπτια θέση. Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζεται 80% σε μάζα η οποία συνήθως ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες<sup>29</sup>.

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

## Αιματολογικές και άλλες εξετάσεις

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

\* Στις εξετάσεις αίματος ελέγχονται νεοπλασματικοί δείκτες – συμπεριλαμβανομένου του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA) και του CA 15-3. Έτσι διευκολύνεται ο προσδιορισμός της πρόγνωσης και η παρακολούθηση της πορείας της νόσου.

\* Πραγματοποιούνται ιστολογικές εξετάσεις του όγκου συμπεριλαμβανομένων ορμονικών υποδοχέων, DNA και άλλων πρωτεϊνικών δεικτών με δυνητική διαγνωστική και προγνωστική αξία<sup>28</sup>.



### Απεικονιστικές μέθοδοι

- Το υπερηχογράφημα μπορεί να βοηθήσει στην αποκάλυψη και διάγνωση κύστεων του μαστού. Με ποσοστό ακρίβειας 95% προσδιορίζεται αν η μάζα είναι κυστική (περιέχει υγρό) ή συμπαγής.
- Με την μαστογραφία ερευνάται κάποια ύποπτη μάζα που επιμένει ιδίως αν είναι νέα ή αν βρίσκεται σε γυναίκες με μεγάλους μαστούς που δύσκολα εξετάζονται κλινικά ή οι οποίες είχαν τοποθετήσει πριν κάποια εμφυτεύματα. Η μαστογραφία διπλής όψεως και άλλες ειδικές μεγεθυντικές απεικονιστικές μέθοδοι μας δίνουν ζωτικής σημασίας πληροφορίες.
- Ακτινογραφίες του θώρακα για έλεγχο των πνευμόνων και των πλευρών για ενδεχόμενες μεταστάσεις, καθώς και ειδικές ακτινογραφίες άλλων περιοχών αν υπάρχουν ειδικά συμπτώματα.
- Σπινθηρογράφημα οστών για να αποτελέσουν ενδεχόμενες οστικές μεταστάσεις (δεν είναι απαραίτητο όταν οι καρκίνοι είναι μικροί).
- Αξονική τομογραφία κοιλίας για έλεγχο του ήπατος, ιδίως αν είναι αυξημένη η αλκαλική φωσφατάση του ορού (ένζυμο των οστών και του ήπατος) <sup>28</sup>.

### Ενδοσκόπηση και Βιοψία

- \* Με την αναρρόφηση δια λεπτής βελόνης (FNA) καθορίζεται αν μια βλάβη είναι κυστική ή συμπαγής. Αν μετά την αναρρόφηση με βελόνα η κύστη εξαφανιστεί και δεν ξανασηματιστεί, δεν χρειάζεται άλλος έλεγχος ή θεραπεία <sup>28</sup>.
- \* Η ανοικτή βιοψία του μαστού είναι οπωσδήποτε σίγουρη μέθοδος διαγνώσεως. Η χρήση της έχει περιορισθεί στα κέντρα, στα οποία χρησιμοποιείται η βιοψία με λεπτή βελόνη, γενικά όμως παραμένει η απόλυτη μέθοδος για την επιβεβαίωση της διαγνώσεως.
- \* Σε μικρές βλάβες είναι δυνατόν να γίνει η βιοψία με τοπική αναισθησία και η ριζική επέμβαση ν' ακολουθήσει σε δεύτερο χρόνο.
- \* Εκείνο που έχει σημασία όμως είναι η πρόωμη διάγνωση του καρκίνου, σε στάδια στα οποία η θεραπευτική αντιμετώπιση μπορεί να προσφέρει Έχουν

εφαρμοσθεί διάφορα προγράμματα μαζικού ελέγχου του πληθυσμού, τα οποία οπωσδήποτε είχαν αποτελέσματα, και τα οποία θα αναφερθούν σε επόμενο κεφάλαιο.

Στα προγράμματα αυτά, την κύρια διαγνωστική θέση κατέχουν η κλινική εξέταση και η μαστογραφία<sup>7</sup>.

## 4.2 Προληπτικές διαδικασίες για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού

### - Πρόληψη

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

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα μέτρα που εφαρμόζονται όταν ήδη έχουν αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση του νοσήματος στο κατά το δυνατόν πρωιμότερο στάδιο. (π.χ. με μαστογραφία). Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς πρόληψης ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων για δευτερογενή πρόληψη είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης<sup>30,31</sup>.

## **Εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης**

Τέτοια προγράμματα είναι:

- α. Η υγειονομική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού βοηθάει στην πρόληψή του.
- β. Η προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. 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 διακανονισμούς<sup>32</sup>.

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.

1. Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40<sup>ο</sup> έτος.
2. Η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.
3. Η ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα, οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση
4. Η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα
5. Η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας/τη στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση των νοσηλευτριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.
6. Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιοριστούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.

## Δευτερογενής πρόληψη

Όταν δεν έχουν εφαρμοσθεί ή δεν υπάρχουν μέτρα για την πρωτογενή πρόληψη η επίδραση του αιτιολογικού παράγοντα στον άνθρωπο δημιουργεί μια αλυσίδα από βλάβες, που οδηγούν τελικά στην εμφάνιση της νόσου, η οποία εκδηλώνεται με υποκειμενικά συμπτώματα και αντικειμενικά σημεία. Η μετάβαση της ασθενούς στο γιατρό γίνεται κατά κανόνα, αφού εκδηλωθεί η νόσος, και τότε μπορεί να είναι πολύ αργά, γιατί οι βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες. Στη δευτερογενή πρόληψη, γίνεται προσπάθεια να διαγνωσθεί η ύπαρξη νόσου έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανισθούν τα συμπτώματα, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε βαριές και μερικές φορές ανίατες μορφές. Επομένως δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για τη σημασία της προσυμπτωματικής διάγνωσης στη δευτερογενή πρόληψη, του ΚΜ. Πολλοί όμως λόγοι – και ιδιαίτερα οικονομικοί και τεχνικοί – κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του ΚΜ στο γυναικείο πληθυσμό της χώρας. Γι'αυτό η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες υψηλού κινδύνου<sup>33</sup>.

## Μέθοδοι διενέργειας προσυμπτωματικού ελέγχου

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για τη σημασία της προσυμπτωματικής διάγνωσης στη δευτερογενή πρόληψη του ΚΜ. Όταν μια γυναίκα αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα με τους μαστούς της αποφασίζει σχετικά εύκολα να προσέλθει για εξέταση. Όταν όμως πρόκειται για προσυμπτωματικό έλεγχο, είναι πράγματι πρόβλημα, γιατί αφορά γυναίκες φαινομενικά υγιείς δύσκολα πείθονται να προσέρχονται τακτικά για εξέταση επί μακρό χρονικό διάστημα. Συνεπώς το σπουδαιότερο βήμα για την επιτυχία ενός τέτοιου περιοδικού προληπτικού ελέγχου, αποτελεί η προσέλευση υγιών γυναικών για το σκοπό αυτό. Η κινητοποίηση όμως υγιών γυναικών είναι πολύ δύσκολη γι'αυτό θα πρέπει να δημιουργηθούν κίνητρα για το σκοπό αυτό και τα ερεθίσματα για την προσέλκυση των γυναικών πρέπει να είναι συχνά.

Για την επιτυχία ενός τέτοιου προγράμματος, πρέπει να ενημερώνεται το κοινό για την ύπαρξή του και οι γυναίκες να διδάσκονται όχι μόνο να αποδέχονται την εξέταση αλλά και να την επιδιώκουν<sup>8</sup>.

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

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

Η εξέταση του μαστού συνήθως περιλαμβάνει:

- α. Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό)
- β. Γενική φυσική εξέταση
- γ. Κλινική εξέταση (επισκόπηση, ψηλάφηση)
- δ. Αιματολογικές εξετάσεις
- ε. Ακτινολογικές εξετάσεις (μαστογραφία)<sup>34</sup>

Στις μεθόδους προσυμπτωματικού ελέγχου δεν πρέπει να παραλείψουμε να σημειώσουμε τη μεγάλη συμβολή μιας άλλης μεθόδου, περισσότερο αποδεκτής από τις γυναίκες και περισσότερο εφικτής ως προς την πραγματοποίηση της και το διάμεσο χρόνο επανάληψής της, της αυτοεξέτασης του μαστού (A.E.M.)<sup>34</sup>.

Με τη μαστογραφία διαπιστώνονται ογκίδια σχετικώς μικρά, μετά την εμμηνόπαυση, αλλά μεγαλύτερα πριν την εμμηνόπαυση. Κατά συνέπεια, η μαστογραφία είναι χρήσιμη κυρίως μετά την εμμηνόπαυση γιατί η διαγνωστική της αξία είναι τότε μεγαλύτερη, αλλά επίσης πριν από την εμμηνόπαυση, γιατί ο αθροιστικός κίνδυνος για την ενδεχόμενη καρκινογένεση πριν από την εμμηνόπαυση είναι ουσιαστικότερος. Η μαστογραφία μπορεί να αποτύχει να εντοπίσει μερικές περιπτώσεις ΚΜ. 3 στις 10 γυναίκες με ΚΜ μπορεί να ξεφύγουν από τον ανά 3ετία περιοδικό έλεγχο<sup>35</sup>.

Με την ψηλάφηση, διαπιστώνονται ογκίδια με διάμετρο μεγαλύτερη από 1cm, εφόσον δεν βρίσκονται σε μεγάλο βάθος γι' αυτό το λόγο, η ψηλάφηση αποτελεί τη μέθοδο εκλογής πριν από την εμμηνόπαυση, σε γυναίκες χωρίς δείκτες ειδικού αυξημένου κινδύνου<sup>31</sup>.

Αυτός ο έλεγχος υγείας επαναλαμβάνεται μια φορά το χρόνο από τον οικογενειακό γιατρό ή από ειδικά ιατρεία νοσοκομείων ή από ειδικά κέντρα ασυμπτωματικής διάγνωσης του ΚΜ. Τέτοια κέντρα υπάρχουν λίγα στον κόσμο.

### **Κινητές μονάδες**

Οι κινητές διαγνωστικές μονάδες είναι μια αποδοτική, σχετικά με την απαιτούμενη δαπάνη, μέθοδος προληπτικής εξέτασης για καρκίνο. Αποτελούνται από ομάδες γιατρών, μαιών, νοσηλευτών, παραϊατρικού προσωπικού κ.α που κινούνται συνεχώς με ειδικά αυτοκίνητα που έχουν εξεταστικά δωμάτια, ακτινολογικά μηχανήματα και άλλα διαγνωστικά μέσα. Αυτές οι κινητές μονάδες πηγαίνουν σε απομακρυσμένα χωριά στην επαρχία ή ακόμη σε αστικά κέντρα με σκοπό:

- Την ενημέρωση στις δυνατότητες πρόληψης του καρκίνου και στις δυνατότητες βελτίωσης των σημερινών θεραπευτικών αποτελεσμάτων.
- Τη διενέργεια δωρεάν και χωρίς ταλαιπωρίες κλινικών εξετάσεων για πρόωμη διάγνωση του ΚΜ.

Η προτίμηση στα χωριά και στις επαρχίες οφείλεται στο ότι εκεί πολλές φορές δεν υπάρχουν γιατροί και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και ο κόσμος είναι λιγότερο κατατοπισμένος γύρω από τα πραγματικά γεγονότα για τον καρκίνο και τις δυνατότητες πρόληψης και πρόωμης διάγνωσης<sup>36</sup>.

### **Εκτίμηση προγραμμάτων περιοδικού ελέγχου**

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

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

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

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

α. Η χρονική διάρκεια των ανιχνευτικών προγραμμάτων είναι σχετικά βραχεία.

β. 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<sup>35</sup>.

#### **Ειδικές δραστηριότητες στην πρωτογενή πρόληψη.**

Γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του ΚΜ. Μπορεί να κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας, να παίρνει διαιτολογία, να βλέπει παρεκκλίσεις, αφού γνωρίζει ότι η διατροφή αποτελεί ίσως τη βασικότερη παράμετρο του μικροπεριβάλλοντος και για το λόγο αυτό θεωρείται πιθανός αιτιολογικός παράγοντας για τον ΚΜ. Συνιστά την αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και υποδεικνύει τη χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών Α και C.<sup>31,37</sup>

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

Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό, αποδεικνύοντας στατιστικώς τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες που προσήλθαν στο στάδιο Ι με ποσοστό θεραπείας 90% σε αντίθεση με εκείνες που προσήλθαν στο στάδιο ΙV με ποσοστό θεραπείας 24%<sup>38</sup>.

Είναι τραγικό ότι πολλές γυναίκες καθυστερούν αρκετό χρόνο πριν να συμβουλευθούν έναν γιατρό από τότε που ανακαλύπτουν πιθανά συμπτώματα και ακόμη καθυστερούν αρκετό καιρό να αποφασίσουν τη βιοψία και τη θεραπεία.

Στόχος του νοσηλεύτη/ - τριας που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό είναι με ένα καλό ιστορικό να προσπαθήσει να εντοπίσει τους παράγοντες που δυνατόν να οδηγήσουν σε μια τέτοια καθυστέρηση να ανιχνεύσει τα αίτια που τους δημιουργούν και να τους αναχαιτίσει με τη σωστή διδασκαλία και ενημέρωση. Τέτοιοι παράγοντες είναι:

α. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες (π.χ. το υπερβολικό κόστος νοσηλείας, οι υψηλές αμοιβές των χειρουργών.

β. Έλλειψη μόρφωσης (αδιαφορία για τη νόσο λόγω ανεπαρκούς ενημέρωσης γύρω από το θέμα) <sup>9</sup>.

γ. Ψυχολογικοί παράγοντες όπως:

- Φόβοι
- Σεμνοτυφία και ντροπή
- Αποφυγή ψηλάφησης μαστού
- Αρνητισμός
- Κατάθλιψη
- Καταπίεση

Η νοσηλεύτρια προτρέπει τις γυναίκες να προσέρχονται στα ειδικά κέντρα για περιοδικές εξετάσεις ενώ παράλληλα προσπαθεί να τις απαλλάξει από την καρκινοφοβία και από την ιδέα του θανάτου. Όταν υπάρχουν ενδείξεις ή υπόνοιες για ΚΜ προτρέπει τη γυναίκα να πάει για ιατρική εξέταση, και στη συνέχεια αφού προηγηθούν οι σχετικές διαδικασίες, ετοιμάζει την εισαγωγή της στο νοσοκομείο<sup>38</sup>.



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

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

### **Ειδικές δραστηριότητες στη δευτερογενή πρόληψη.**

Μεγάλης σημασίας είναι ο ρόλος της νοσηλεύτριας/-τη στα εξής θέματα:

#### **α. Λήψη καλού ιστορικού**

Ένα καλό ιστορικό μπορεί να μας δώσει πολύ σημαντικές πληροφορίες για τον ασθενή. Οι σπουδαιότερες από αυτές είναι ηλικία, τεκνοποίηση, αναπαραγωγική κατάσταση (προ ή μετά εμμηνοπαυσιακή περίοδο), οικογενειακό ιστορικό για ΚΜ, προηγούμενες παθήσεις μαστού, ηλικία πρώτου τοκετού, ηλικία εμμηναρχής, θηλασμός, χρήση ορμονών – αντισυλληπτικών καθώς και άλλες λιγότερο σημαντικές πληροφορίες όπως βάρος, ύψος, διατροφή, κάπνισμα, επάγγελμα κ.λ.π.<sup>39</sup>.

Επίσης γίνονται στην ασθενή ορισμένες ειδικές ερωτήσεις (όπως ποιος είναι ,αν υπάρχει, το κύριο σύμπτωμα, πότε εμφανίστηκε κ.λ.π.) για να πληροφορηθούμε σε περίπτωση νόσου, πώς άρχισε, πώς εξελίχθηκε, να βγάλουμε μερικά συμπεράσματα για τη διάγνωση, αλλά και για την πιθανή πρόγνωση της νόσου.

Γυναίκες που πήγαν στο γιατρό με 12μηνη και μεγαλύτερη καθυστέρηση από την ημέρα που ανακαλύφθηκε ο καρκίνος τους, έχουν 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν θετικούς λεμφαδένες μασχάλης από αυτές που πήγαν με καθυστέρηση 3 μηνών ή με μικρότερη<sup>39</sup>.

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

ολοκληρώνεται με στοιχεία που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση, τις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, αν υπήρξαν σημαντικές δυσκολίες στη ζωή της, ποιες ήταν και πώς τις αντιμετώπισε.

### **β. Κλινική εξέταση**

Η γνωστή κλινική εξέταση είναι εξίσου σημαντική με ένα καλό ιστορικό. Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

Με την επισκόπηση των μαστών ελέγχονται το σχήμα, το μέγεθος, και η ασυμμετρία των μαστών, οι θηλές, κάθε εξέλκωση του δέρματος ή των θηλών, το χρώμα, οίδημα, εισολκή του δέρματος ή των θηλών. Η εισολκή του δέρματος, η οποία οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του Cooper, φαίνεται καλύτερα, όταν η επισκόπηση γίνεται με υψωμένα χέρια. Σπανίως, η εισολκή φαίνεται όταν η ασθενής με υψωμένα τα χέρια σκύψει προς τα εμπρός. Είναι ίσως το σπουδαιότερο σημείο που δεν το συναντάμε στις καλοήθεις παθήσεις, παρά σπανίως σε νέκρωση λίπους. Μπορεί να μας οδηγήσει να βρούμε ένα καρκίνο που δεν ψηλαφάται εύκολα.

Με την ψηλάφηση των μαστών ελέγχουμε:

- την παρουσία μάζας που ξεχωρίζει από τον υπόλοιπο αδένα
- την ευαισθησία των θηλών
- τις εκκρίσεις των θηλών
- τους υπερκλειδίους ή μασχαλιαίους λεμφαδένες<sup>39</sup>.

**ΠΙΝΑΚΑΣ: Διαδικασία ψηλάφησης της ασθενούς (Σαχίνη, Πάνου 1985).**

**Νοσηλευτική ενέργεια**

Φάση προετοιμασίας και επικολής εξέταση

1. Πήτε στην ασθενή να βγάλει τα ρούχα της από τη μέση και πάνω και να καθήσει ανακαυτικά με το πρόσωπό της προς το εξεταστή
2. Πλύνετε τα χέρια σας με χλιαρό νερό και στεγνώστε τα μπορείτε να βάλετε ταλκ, εάν τα αισθάνεστε να κολλούν.

**Εξέταση**

1. Ψηλαφίστε την υπερκλειδία περιοχή.
2. Ψηλαφίστε τους μασχαλιαίους αδένες κρατάτε το αντιβράχιο της ασθενούς στην αριστερή σας παλάμη, ενώ ελέγχετε τους αδένες με τις ράγες των δεξιών σας δακτύλων. Επαναλάβετε το ίδιο και στην άλλη πλευρά.
3. Βάλτε την ασθενή να ξαπλώσει σε ύπτια θέση. Τοποθετήστε ένα μικρό μαξιλάρι κάτω από το δεξιό ώμο της.
4. Με τα δάκτυλα επίπεδα στον μαστό, ψηλαφίστε ήπια το μαστικό αδέν, αρχίζοντας από το άνω και έξω τεταρτημόριο.
  - α. Προχωρήστε σε κανονικό σχήμα κυκλικής εξέτασης του μαστού και επαναλάβετε την εξέταση του πρώτου τεταρτημορίου που εξετάσθηκε.
  - β. Επαναλάβετε την ίδια διαδικασία για τον άλλο μαστό
5. Ελέγξτε το χαλαρό μαστό για σκληρίες, εκροή υγρού από τη θηλή, σημεία μόλυνσης.
6. Σημειώστε τα ευρήματα και ενημερώστε το γιατρό για την ανεύρεση ανωμαλιών.

**Αιτιολόγηση ενέργειας**

1. Παρέχει μια ευκαιρία επισκόπησης των μαστών για ασυμμετρία, ερυθρότητα, ερεθισμό θηλών, εισολκή θηλών, δέρμα που μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού.
2. Ο μαστός είναι ευαίσθητος στο κρύο
1. Προσέξτε αν οι λεμφαδένες είναι διογκωμένοι, ακίνητοι, κινητοί ή δύσκολο να εντοπισθούν.
2. Το ίδιο, όπως και πιο πάνω.
3. Με τον τρόπο αυτόν, ο μαστικός αδένας κατανέμεται ομοιόμορφα πάνω στο θωρακικό τοίχωμα.
4. Τα ευαίσθητα δάκτυλα με ζυμωτικές κινήσεις μπορούν να ψηλαφίσουν ογκίδια που βρίσκονται μεταξύ του δέρματος και του θωρακικού τοιχώματος
  - α. Η περιοχή αυτή ελέγχεται και για δεύτερη φορά, γιατί οι περισσότερες αλλοιώσεις του μαστού εντοπίζονται το άνω και έξω τεταρτημόριο.
5. Ετοιμασθείτε να συλλέξετε δείγμα εκκρίματος για κυτταρολογική εξέταση αν έχετε εντολή.

7. Εξηγήστε στην ασθενή πώς να κάνει την αυτοεξέταση. Ενθαρρύνετε την να υποβάλει ερωτήσεις δώστε της τα κατάλληλα ενημερωτικά φυλλάδια

7. Περίπου 95% των γυναικών ανακαλύπτουν μόνες του τις ανωμαλίες του μαστού.

### 4.3 Αυτοεξέταση του μαστού (A.E.M.)

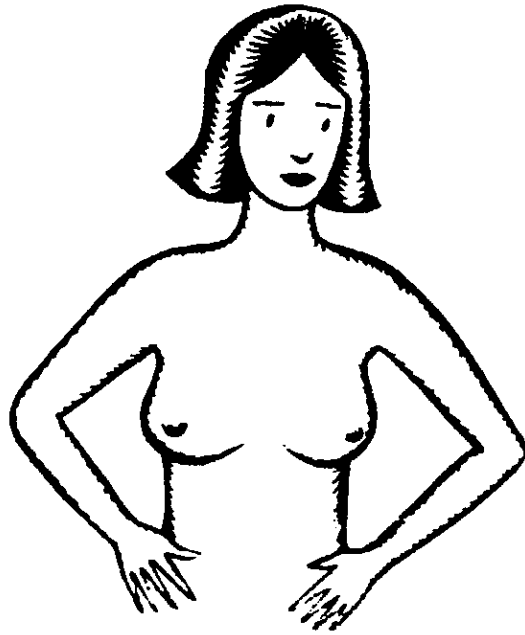
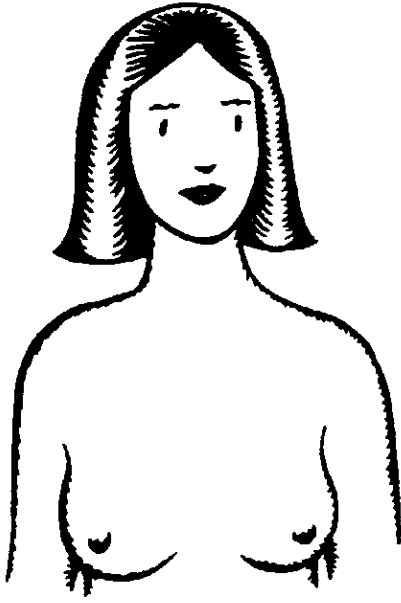
Η νοσηλεύτρια είναι αυτή που θα έρθει πρώτη σε επαφή με την εξεταζόμενη γυναίκα και θα κερδίσει την εμπιστοσύνη της. Από την νοσηλεύτρια, τις γνώσεις της και την ικανότητα διδασκαλίας και μετάδοσης γνώσεων θα εξαρτηθούν η αποδεκτικότητα της ΑΕΜ από τη γυναίκα και το κατά πόσο θα εφαρμοστεί σωστά. Η ΑΕΜ αρχίζει με την επισκόπηση και τελειώνει με την ψηλάφηση του μαστού.

#### α. Επισκόπηση

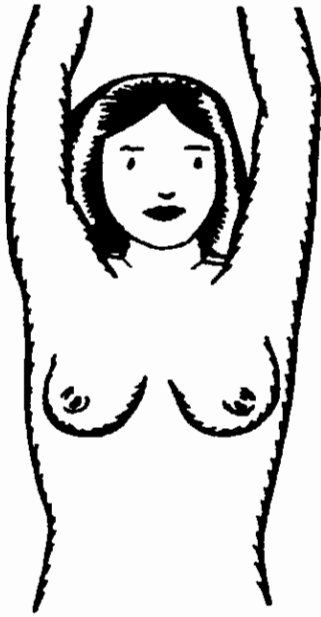
Το πρώτο βήμα στην ΑΕΜ είναι η προσεκτική επισκόπηση των μαστών μπροστά σε έναν καθρέφτη. Η γυναίκα γυμνή από τη μέση και πάνω παρατηρεί τους μαστούς της σε όρθια στάση με τα χέρια κάτω (εικ. 1.1), με τα χέρια στη μεσολαβή πιέζοντας σφικτά πάνω στη λεκάνη και με παρατεταμένο το θώρακα (εικ. 1.2), με τα χέρια στην ανάταση (εικ. 1.3) και τέλος με τα χέρια πίσω και γέρνοντας προς τα εμπρός, ώστε οι μαστοί να αιωρούνται κάπως (εικ. 1.4).

Σ' αυτές τις τέσσερις θέσεις υπάρχει πλήρης εποπτεία του μαστού από την αυτοεξεταζόμενη. Οι γυναίκες πρέπει να εφησυχάζουν για την ανισότητα στο μέγεθος των μαστών που πολλές από αυτές έχουν και που μπορεί να ανακαλύψουν για πρώτη φορά, όταν παρατηρήσουν τους μαστούς τους προσεκτικά. Πρέπει να τους συστήσουμε να ψάχνουν για ασυμμετρία στα περιγράμματα των μαστών και για ρίκνωση ή εισολκή του δέρματος ή όψη αυτού "εν είδει φλοιού πορτοκαλιού" καθώς και για χρόνια ερυθρότητα και πάχυνση του επιθηλίου της θηλής ή διάβρωση της επιφάνειάς της, ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από κνησμό<sup>9,40</sup>.

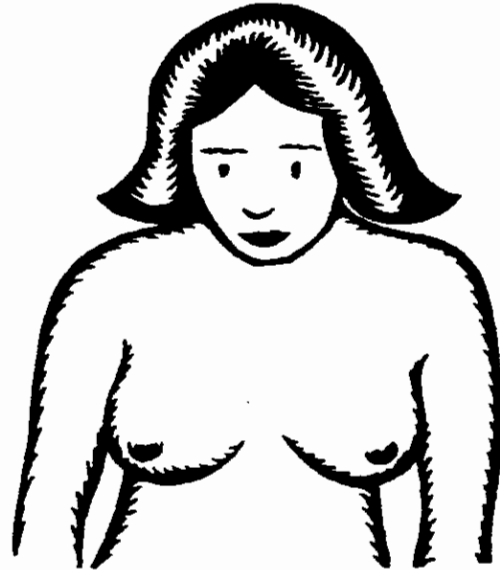
**Εικόνα 1. Σταθείτε όρθια με τα χέρια κάτω**



**Εικόνα 2. Με τα χέρια στη μεσολαβή, σφίξτε το θώρακα και τους βραχίονες, πιέζοντας σφικτά τα χέρια πάνω στη λεκάνη**



ΕΙΚΟΝΑ 3. Με τα χέρια στη θέση της αναστροφής



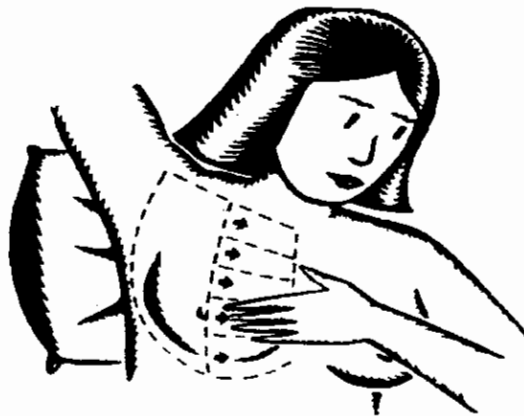
ΕΙΚΟΝΑ 4. Κίνηση προς τα εμπρός

Εισολκή της θηλής που δεν μπορεί να αναστραφεί είναι σημαντικό σημείο ΚΜ. Αυτόματη ορώδης ή αιματηρή ρύση από τη θηλή είναι συνήθως σημείο της νόσου και χρειάζεται χειρουργική εξέταση. Ελέγχεται επίσης η τοπική αγγειοβρίθεια και αξιολογείται ανάλογα η αύξησή της<sup>40,41</sup>.

## B. Ψηλάφηση

Το δεύτερο βήμα στην ΑΕΜ είναι να ξαπλώσει η γυναίκα σε κρεβάτι ή καναπέ. Το σύστοιχο χέρι, με την πλευρά που πρόκειται να εξετασθεί πρώτη, πρέπει να υψώνεται πάνω από το κεφάλι και ένα μικρό μαξιλάρι ή μια τυλιγμένη πετσέτα του μπάνιου να τοποθετείται κάτω από τον σύστοιχο ώμο. Αυτό ανεβάζει τον ώμο και μετατοπίζει το μαστό προς τα έσω έτσι ώστε αυτός να ισορροπεί και να επιπεδώνεται. Εάν ο ώμος δεν σηκωθεί, ο μαστός γέρνει προς τα έξω και διπλώνει κάνοντας δύσκολη την ψηλάφηση του έξω ημιμορίου εξαιτίας της αυξημένης του πυκνότητας. Σε αυτή την ύπτια θέση, η ψηλάφηση στο έσω ημιμόριο του μαστού ξεκινά με την παλαμιαία επιφάνεια των δακτύλων του αντίθετου χεριού. Η ψηλάφηση πρέπει να είναι λεπτή γιατί η ευαισθησία είναι πολύ μεγαλύτερη με την πολύ λεπτή ψηλάφηση. Λίγη σκόνη τάλκ στα δάκτυλα τα κάνει να γλιστρούν πιο εύκολα πάνω από το δέρμα του μαστού και αυξάνει την ψηλαφητική ευαισθησία<sup>40,41</sup>.

Η όλη έκταση του έσω ημιμορίου του μαστού ερευνάται με την παλάμη που ακολουθεί τα ίχνη εγκάρσιων γραμμών από τη γραμμή της θηλής προς το στερνικό άκρο, αρχίζοντας ακριβώς κάτω από την κλείδα και κατεβαίνοντας προς την έσω μαστική πτυχή<sup>9</sup>. (εικ 1.5).



Εικόνα 2.5 Ψηλαφίστε το έσω ημισφαίριο του μαστού, από πάνω προς τα κάτω, σύμφωνα με το σχέδιο

Ο μαστικός αδένας μπορεί να εκτείνεται μέχρι την κλείδα και προς τα έσω του στέρνου σαν λεπτό φύλλο, μικροί όγκοι του μαστού που φθάνουν μέχρι την περιφέρειά του μπορεί να φαίνονται ότι είναι τόσο επιπολής, ώστε να εκλαμβάνονται συχνά σαν αθώες δερματικές βλάβες. Συγκεκριμένος όγκος οπουδήποτε στο μαστό πρέπει να εξετάζεται σαν εκδήλωση νόσου<sup>9</sup>.

Έχοντας συμπληρώσει την ψηλάφησή της στο έσω ημιμόριο του μαστού και του κατώτερου άκρου, η γυναίκα είναι έτοιμη να εξετάσει το έξω ημιμόριο του μαστού και ακολούθως την μασχάλη. Σε αυτή τη φάση είναι προτιμότερο να έχει το χέρι κάτω στην πλευρά. Στην θέση αυτή, το άνω έξω τμήμα του μαστού είναι πιο ακραίο και γι' αυτό πιο προσιτό. Η παλάμη ερευνά όλη την έκταση του έξω ημιμορίου του μαστού, ακολουθώντας τα ίχνη μιας σειράς γραμμών από την πλευρική άκρη του μαστού προς την γραμμή της θηλής κατά προτίμηση, ξεκινώντας από την υπομαστική ακρολοφία και ανεβαίνοντας προς τη μασχάλη<sup>9</sup> (εικ. 1.6).

Η εξέταση τελειώνει στο άνω έξω τμήμα του μαστού, το οποίο είναι και το πιο δύσκολο στην εξέταση, επειδή είναι το πιο συμπαγές τμήμα του μαστού. Αυτό το τμήμα, συχνότερα από οποιοδήποτε άλλο, εμφανίζει οξιδιακή ανάπτυξη που προκαλεί ανησυχία, αλλά συχνά βρίσκεται μέσα στα φυσιολογικά όρια. Είναι επίσης το τμήμα στο οποίο οι καρκίνοι ανευρίσκονται συχνότερα. Για όλα αυτά, το τμήμα αυτό του μαστού πρέπει να συγκεντρώνει τη μεγαλύτερη προσοχή σε κάθε εξέταση. Άλλος τρόπος εξέτασης είναι κατά νοητούς ομόκεντρους κύκλους, αρχίζοντας από το άνω έξω τεταρτημόριο (εικ. 1.7) και καταλήγοντας στο άνω έξω και από την περιφέρεια προς τη θηλή του μαστού (εικ. 1.8), χωρίς να παραλείπεται φυσικά και η μασχάλη (εικ. 1.9).



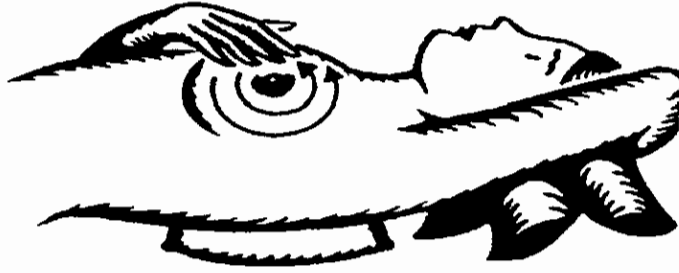


Εικόνα 6 Ψηλαφίστε το έξω ημιμόριο του μαστού, από πάνω προς τα κάτω, όπως δείχνει το σχέδιο

Η εξέταση κάθε μαστού διαρκεί 3min. Οι περισσότερες γυναίκες μάλλον απογοητεύονται από την ψηλάφηση των μαστών τους στην όρθια θέση. Αν ο μαστός είναι μεσαίου μεγέθους ή μεγαλύτερος, η ψηλάφηση είναι πιο δύσκολη στην όρθια θέση παρά στην ύπτια. Στην όρθια θέση, το κατώτερο προκείμενο ημιμόριο του μαστού διπλώνεται πάνω στον εαυτό του και έτσι είναι μικρός όγκος μπορεί να καλυφθεί από αυτή την αυξημένη πύκνωση<sup>9</sup>.

Όταν οι γυναίκες εκτελούν τακτικά ΑΕΜ, εξουκειώνονται με τα φυσικά χαρακτηριστικά των μαστών τους και είναι πιθανότερο να αναγνωρίσουν κάθε μικρό όγκο που μπορεί να αναπτυχθεί.

**ΕΙΚΟΝΑ 7.** Ψηλαφίστε το μαστό κυκλικά σε αμοκέντρους, ωριμαίους κύκλους και από την περιφέρεια προς τη θηλή.



**ΕΙΚΟΝΑ 8.** Μην παραλείψετε να εξετάσετε σχολαστικά την περιοχή μεταξύ μαστού και μασχάλης.



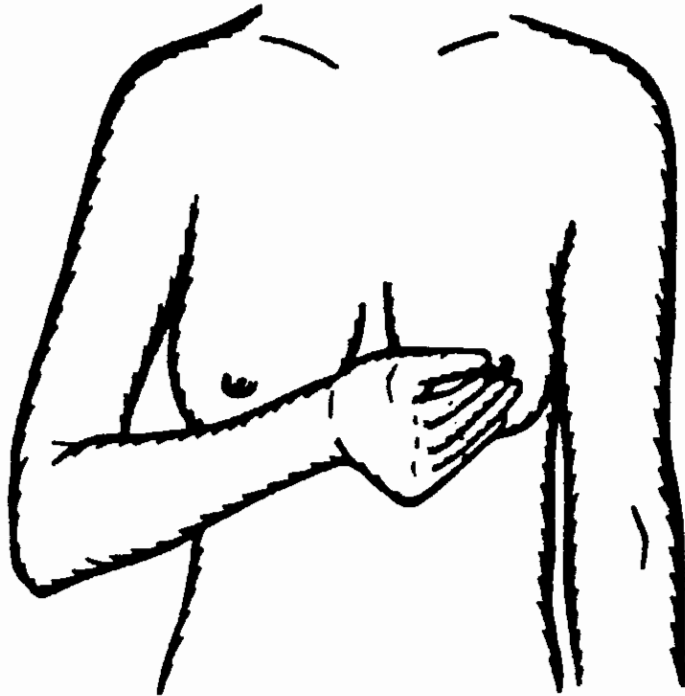
**ΕΙΚΟΝΑ 9.** Ψηλαφίστε προσεκτικά τη μασχάλη.



Τέλος, πρέπει να συνιστούμε την εξέταση της θηλής. Η θηλαία άλω και η θηλή ψηλαφώνται για ύπαρξη μάζας, έκκριση, ευαισθησία (εικ. 1.10). Οφείλουμε να κάνουμε γνωστό, ότι το μέγεθος της θηλής μικραίνει με τα χρόνια.

Συμπερασματικά, μπορούμε να αναφέρουμε ότι η νοσηλεύτρια οφείλει να προσεγγίσει ένα ευρύ σύνολο του ώριμου γυναικείου πληθυσμού με την πληροφορία του σπουδαιότερου ρόλου των γυναικών στην πρόιμη ανακάλυψη του ΚΜ. Το μήνυμα αυτό δεν είναι δυνατόν να διαδοθεί τόσο καλά μέσω του εκπαιδευτικού συστήματος, γιατί οι γυναίκες στο σχολείο είναι πολύ μικρές και αδιάφορες για τη νόσο του μαστού. Επίσης, τα γυναικεία περιοδικά και η

τηλεόραση δεν μπορούν να παρουσιάσουν με αποτελεσματικό τρόπο το θέμα, γιατί είναι μακροσκελές και ειδικό. Η καλύτερη ελπίδα είναι η ορθή πληροφόρηση και εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο είναι το μόνο με τη σειρά του που μπορεί να διδάξει άμεσα, να παροτρύνει και να ενθαρρύνει τις γυναίκες ασθενείς και υγιείς, στην αυτοεξέταση των μαστών τους<sup>9</sup>.



**Εικόνα 10.Εξέταση της θηλής κατά την αυτοεξέταση του μαστού**

## 4.4 Διαγνωστικές μέθοδοι

### 4.4.1 Μαστογραφία

Είναι είδος ακτινογραφίας του μαστού, με την οποία επιδιώκουμε όχι την ανάδειξη ή επιβεβαίωση όγκων του μαστού, οι οποίοι κατά την κλινική εξέταση έχουν γίνει αντιληπτοί, αλλά την ενίσχυση της κλινικής διάγνωσης και κατ'εξοχήν την ανίχνευση λανθανόντων ασυμπτωματικών καρκινωμάτων του μαστού. Τα καρκινώματα αυτά είναι δυνατόν να απεικονισθούν στην μαστογραφία: α) ως μικροαποτιτανώσεις, β) σαν μια μικρή μάζα μέσα στο μαστό, γ) σαν αλλοίωση της αρχιτεκτονικής και της αγγείωσης του μαζικού αδένα, συγκριτικά με τον άλλο μαστό<sup>25</sup>.

Ένα από τα πλεονεκτήματα της μαστογραφίας είναι ότι έχει την ικανότητα να σκιαγραφήσει μικροεπασβεστώσεις διαμέτρου μικρότερης από 1mm, που συνδέονται πολύ συχνά με κακοήθεις επεξεργασία του μαστού<sup>42</sup>.

Με τη μαστογραφία λαμβάνονται 3 όψεις του μαστού α)κρανιοουραία β)μεσοπλάγια και γ)μασχαλιαία. Όταν δεν βρίσκονται ύποπτα στοιχεία λαμβάνονται συμπληρωματικές ακτινογραφίες σε ανάλογες με την περίπτωση θέσεις. Απαραίτητη είναι η ακτινογράφιση των δύο μαστών για τη σύγκριση των ευρημάτων. Ο πιο κατάλληλος χρόνος για τη λήψη μαστογραφήματος σε γυναίκες, που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία, είναι μετά την εμμηνορρυσία και πριν από τη 12<sup>η</sup> μέρα του κύκλου τότε που οι μαστοί έχουν αποσυμφορηθεί.

Η χρησιμοποίηση σήμερα της μαστογραφίας χαμηλής δόσεως, έκανε το είδος της ακτινογραφίας αυτής να κερδίσει έδαφος και να χρησιμοποιείται ευρύτατα.

Το δέρμα του μαστού με αυτή τη μέθοδο δέχεται μειωμένη ακτινοβολία (0,20-0,3 r) συγκριτικά με τη συνήθη μαστογραφία.

Σε γενικές γραμμές, όλες οι πειραματικές μελέτες δείχνουν ότι η ιονίζουσα ακτινοβολία, μπορεί να προκαλέσει ΚΜ εντούτοις ο κίνδυνος μειώνεται προοδευτικά με την αύξηση της ηλικίας. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος από επανειλημμένες εκθέσεις υπάρχουν στις ηλικίες 9-19 χρονών, ενώ πάνω από τα 50

πιθανότητα ο μαστός δεν είναι από πρακτική σκοπιά ευαίσθητος στην ακτινοβολία<sup>25</sup>.

### **Ευρήματα μαστογραφίας:**

1. Η παρυφή του όζου
2. Το μέγεθος του όζου
3. Η ανώμαλη φορά των εκφορητικών πόρων
4. Οι αποτιτανώσεις (οφείλονται σε εναποθέσεις αλάτων ασβεστίου σε νεκρωμένες περιοχές καρκινικών κυττάρων)
5. Τοπική συρρίκνωση του δέρματος
6. Πάχυνση του δέρματος
7. Αυξημένη αγγείωση
8. Μεταβολές της θηλής και της άλω<sup>25</sup>

### **Εφαρμογές μαστογραφίας**

Η μαστογραφία βρίσκει εφαρμογής:

1. Στην επιβεβαίωση μιας καλοήθους μάζας ή ενός καρκίνου
2. Στην αποκάλυψη ενός μη υποπτευόμενου πολυεστιακού ή αμφοτερόπλευρου καρκίνου
3. Στην ανίχνευση όζων διαμέτρου κάτω των 5χιλ. που δεν είναι κλινικά αντιληπτοί (λανθάνοντες καρκίνοι).
4. Σε όζους που είναι σχετικά μικροί το μέγεθος συγκριτικά με το μέγεθος του μαστού. Ιδιαίτερα όταν πρόκειται για μεγάλο και πυκνό στη σύσταση μαστό.
5. Όταν δεν υπάρχει διαφορά στη σύσταση κλινικά μεταξύ όζου και γειτονικού αδενικού ιστού.
6. Σε τοπικό αναίτιο “νυγμάδες” άλγος. Κυρίως σε μεγάλες γυναίκες.
7. Επί υπάρξεως υπόπτων κλινικά λεμφαδένων της μασχάλης χωρίς κανένα ψηλαφητικό εύρημα από το μαστό.

8. Στον περιοδικό προληπτικό έλεγχο (screening) προσυμπτωματικών γυναικών κυρίως υψηλού κινδύνου<sup>25</sup>.

### Ενδείξεις μαστογραφίας

1. Σε γυναίκες με ύποπτα στοιχεία μετά από κλινική εξέταση.
2. Σε γυναίκες πάνω από 50 χρόνων με κάποιο επιβαρυντικό παράγοντα (π.χ. ινώδη κυστική μαστοπάθεια) κάθε χρόνο έλεγχος, εφόσον το κρίνει σκόπιμο ο εξεταστής.
3. Επανεπιλημμένος προληπτικός περιοδικός έλεγχος (Screening)
  - α. Σε γυναίκες κάτω των 40 ετών, όταν έχουν ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού (μαστεκτομή)
  - β. Σε γυναίκες 40-49 ετών
    - I. Όταν έχουν ατομικό ιστορικό καρκίνου
    - II. Όταν έχουν αδελφές ή μητέρες με καρκίνο (οικογενειακό ιστορικό) και μάλιστα όταν είναι αμφοτερόπλευροι και προς της εμμηνόπαυσης<sup>25</sup>.
4. Σε κύστη μαστού μετά από παρακέντηση, για τον έλεγχο κακοήθους βλάβης, που δυνατό να συνυπάρχει, μετά από εμφύσηση αέρα.
5. Σε ασθενείς χωρίς ψηλαφητό όγκο, που εμφανίζουν τοπικά ευρήματα από το μαστό, όπως έκκριση από τη θηλή.
6. Σε μεγάλους μαστούς όταν δεν είναι εύκολη η ψηλαφησή τους.
7. Σε γυναίκες που υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία λόγω για την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.
8. Στην αναζήτηση πρωτοπαθούς εστίας όταν υπάρχουν μεταστάσεις<sup>42</sup>

### **Αντενδείξεις μαστογραφίας:**

Η μαστογραφία δεν πρέπει να εκτελείται:

1. Σε γυναίκες κάτω των 18 ετών, γιατί οι μαστοί στην ηλικία αυτή είναι ακτινοευαίσθητοι.
2. Σε γυναίκες, για τον κίνδυνο της ακτινοβολίας και γιατί λόγω της υπερτροφίας των μαστών, τα μαστογραφικά ευρήματα δεν είναι ικανοποιητικά και κατά τη διάρκεια της λοχείας<sup>43</sup>.

#### **4.4.2 Ξηρογραφία**

Πρόκειται για μια άλλη αξιολογή ακτινολογική εξέταση του μαστού.

Είναι μέθοδος «ξηρά» και διαφέρει της μαστογραφίας μόνο στον τρόπο επεξεργασίας της εικόνας.

Αντί για μαστογραφικό film χρησιμοποιούνται ειδικές πλάκες αλουμινίου σεληνίου. Από εκεί η εικόνα αποτυπώνεται σε κοινές φωτογραφικές πλάκες.

Χρησιμοποιείται, όπως και η μαστογραφία, ιδιαίτερα σε μεγάλες γυναίκες (πάνω από 50 χρονών), γιατί παρέχει μεγαλύτερη ακτινοβολία από την χαμηλής δόσης μαστογραφία.

Το ποσοστό διάγνωσης καρκίνου σε έμπειρα χέρια με την ξηρομαστογραφία ανέρχεται στο 90%.<sup>25</sup>

#### **4.4.2 Θερμογραφία**

Πρόκειται για μια τελείως ακίνδυνη και ανώδυνη μέθοδο, που μπορεί να επαναλαμβάνεται όσες φορές χρειασθεί. Χρησιμοποιείται τόσο μετά την κλινική εξέταση για κάποιο συγκεκριμένο διαγνωστικό πρόβλημα όσο και για προσυμπτωματική παρακολούθηση του πληθυσμού. Γυναίκες με ανώμαλο θερμογράφημα υποβάλλονται στη συνέχεια σε μαστογραφία. Με το να γίνεται πρώτα η θερμογραφία περιορίζονται οι μαστογραφίες σε ένα ποσοστό 13-36%.

Το πρόβλημα της θερμογραφίας είναι ότι καταγράφει κάθε αύξηση της θερμοκρασίας ανεξάρτητα από τη αιτία της που μπορεί να είναι και μια απλή

φλεγμονή. Ο καρκίνος αποτελεί εστία μεγαλύτερης θερμογένεσης συγκριτικά με τους γειτονικούς ιστούς, δημιουργώντας έτσι προβλήματα διαγνωστικά.

Εμφανίζει μεγάλο ποσοστό ψευδώς θετικών ευρημάτων (15-59%) γεγονός που την κάνει να θεωρείται σήμερα περιορισμένης διαγνωστικής αξίας<sup>25</sup>.

#### **4.4.4 Υπερηχοτομογραφία**

Περιορίζεται κυρίως για τον διαχωρισμό, λόγω διαφορετικής απορρόφησης των υπερήχων των συμπαγών από τους κυστικούς όγκους.

Ο διαχωρισμός όμως των συμπαγών όγκων, σε καλοήθεις και κακοήθεις, παρά την αποκτηθείσα εμπειρία και τη βελτίωση της μεθόδου, είναι ακόμα δύσκολος.

Η μέθοδος εμφανίζει αδυναμία στην αποκάλυψη μικρών λανθανόντων καρκινωμάτων και δεν χρησιμοποιείται για μαγικό έλεγχο ( screening) ασυμπτωματικών γυναικών.

Η υπερηχοτομογραφία όπως και η θερμογραφία βρίσκει κυρίως εφαρμογή σε νέες γυναίκες όπου δεν εφαρμόζεται η μαστοξηρογραφία<sup>25</sup>.

#### **4.4.5 Πνευμονοκυστογραφία**

Ελέγχει την ομαλότητα του τοιχώματος μιας κυστικής επεξεργασίας. Προς το σκοπό αυτό αφαιρείται ποσότητα υγρού και εισάγεται ίση ποσότητα αέρα. Ακολούθως εκτελείται μαστογραφία ή ξηρογραφία<sup>25</sup>.

#### **4.4.6 Γαλακτογραφία**

Η σκιαγράφιση του πάσχοντος πόρου γίνεται μετά από καθετηριασμό και έγχυση υδατοδιαλυτικού σκιαγραφικού, παρέχει σημαντική βοήθεια στην εντόπιση θηλαμάτων.

Σκιαγραφικό έλλειμμα μέσα στον πόρο με ομαλά ή ανώμαλα όρια φανερώνει την ύπαρξη θηλώματος, χωρίς όμως να μπορεί να καθορίσει την ύπαρξη καρκινωμάτων εξαλλαγής.



Στραγγαλισμός όμως και μετατόπιση των πόρων φανερώνει καρκίνο που διηθεί τα τοιχώματά του<sup>25</sup>.

#### 4.4.7 Κυτταρολογική

Παρέχει πολύτιμη βοήθεια στην ανίχνευση καρκινικών κυττάρων, σε ύποπτο έκκριμα της θηλής του μαστού ή υγρού παρακέντησης μιας κυστικής βλάβης. Δεν θεωρείται όμως απόλυτα αξιόπιστη μέθοδος, δεδομένου ότι η συχνότητα των ψευδώς αρνητικών ευρημάτων είναι πολύ υψηλή και φθάνει το 25% περίπου των περιπτώσεων<sup>52</sup>.

#### 4.4.8 Αναρρόφηση με λεπτή βελόνη

Με τη βοήθεια λεπτής βελόνας (216) σε σύριγγα 10κ.ε.κ., αναρροφούνται κύτταρα από την ύποπτη βλάβη. Η αναρρόφηση γίνεται μετά από παρακέντηση του όγκου και με διαδοχικές έλξεις του εμβόλου. Με αυτόν τον τρόπο λαμβάνεται μεγάλος αριθμός κυττάρων. Για ασφαλέστερο αποτέλεσμα γίνεται αναρρόφηση και από άλλη θέση του όγκου. Η μέθοδος αυτή βάλει διάγνωση ή υποψία κακοήθειας στο 90% των καρκίνων, μαζί δε με την κλινική εξέταση και την ξηρομαστογραφία, το ποσοστό ανέρχεται σε 99%<sup>25</sup>.

#### 4.4.9 Βιοψία δια βελόνης

Υπό τοπική αναισθησία και με ειδική βελόνα, παίρνονται μικρά τμήματα του όγκου από δύο διαφορετικά σημεία. Η ακρίβεια της μεθόδου εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου. Όσο μεγαλύτερος ο όγκος, τόσο αυξάνεται το θετικό διαγνωστικό αποτέλεσμα της μεθόδου. Έτσι για καρκίνους μεγέθους πάνω από 2εκ., το αποτέλεσμα είναι θετικό πάνω από το 75% των περιπτώσεων<sup>25</sup>.

#### 4.4.10 Ανοικτή βιοψία

Με τοπική ή συνηθέστερα γενική αναισθησία, αφαιρείται ολόκληρος πάντοτε ο όγκος ή η ύποπτη εστία και στέλνεται για ιστολογική εξέταση. Θεωρείται η πιο αξιόπιστη και ασφαλής μέθοδος διάγνωσης μιας τοπικής αλλοίωσης του μαστού.

#### 4.4.11 Άλλες εξετάσεις

1. **Λεμφαγγείο – Λεμφαδενογραφία** των επιχώριων λεμφαδένων. Βοηθά στην ανίχνευση των διηθημένων λεμφαδένων που δεν είναι βασικά προσιτή στην ψηλάφηση<sup>25</sup>.
2. **Λεμφοσπινθηρογράφημα** των έσω μαστικών λεμφαδένων. Με τη βοήθεια ένεσης ραδιενέργειας ουσίας (κολλοειδούς χρυσού κ.α.), μπορούμε να ανιχνεύσουμε σε ποσοστό πάνω από 80% των περιπτώσεων διήθηση των έσω μαστικών λεμφαδένων<sup>25</sup>.
3. **Γενική αίματος, Τ.Κ.Ε., Ασβέστιο αίματος, χοληστερίνη, Αλκαλική φωσφατάση κ.α.**<sup>25</sup>.
4. **Καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο., (CEA).** Τιμές πάνω από 5ng/ml είναι ενδεικτικές μεταστάσεων<sup>25</sup>.
5. **Υδροξυπρολίνη των ούρων.** Προέρχεται από τη διάσπαση, λόγω μεταστάσεων, του νεοσυντεθέντος κολλαγόνου. Η αύξηση της τιμής της υδροξυπρολίνης προηγείται ενίοτε κατά πολλούς μήνες της ακτινολογικής διάγνωσης των οστικών μεταστάσεων<sup>25</sup>.
6. **Καλτσιτονίνη πλάσματος.** Καλτσιτονίνη μπορεί να παραχθεί στον καρκίνο του μαστού. Ο προσδιορισμός της στο πλάσμα βοηθά στην ταξινόμηση του καρκίνου<sup>25</sup>.
7. **Ακτινογραφία θώρακος και οστών.** Για να φανεί μια οστική μετάσταση σε μια συνηθισμένη ακτινογραφία, θα πρέπει να έχει διηθηθεί το οστόν σε ποσοστό 50-70% της μάζας του. Οι οστικές μεταστάσεις διακρίνονται βασικά σε δύο τύπους: α) τις οστεολυτικές, που καταστρέφουν την οστεϊνή ουσία και μπορεί να προκαλέσουν αυτόματα κατάγματα και β) τις οστεοπλαστικές, που συνοδεύονται από αντιδραστική υπερπλασία του οστού<sup>25</sup>.

8. **Σπινθηρογράφημα** οστών, ήπατος, εγκεφάλου. Με το σπινθηρογράφημα των οστών διαγιγνώσκονται οστικές μεταστάσεις σε ποσοστό 25% των γυναικών εκείνων που θα εθεωρούντο αλλιώς ότι πάσχουν από καρκίνο του μαστού σε αρχικό στάδιο. Χαρακτηριστικό εύρημα του σπινθηρογραφήματος των οστών είναι η αυξημένη πρόσληψη του ραδιοφαρμάκου κατά τόπους και μάλιστα όταν η εστία αυτή της αυξημένης πρόσληψης συμπίπτει με την εστία του πόνου και τα ακτινογραφικά ευρήματα.

Κατάγματα, εκφυλιστικές νόσοι, κυφοσκολίωση, και φλεγμονώδεις αλλοιώσεις του σκελετού προκαλούν κάποια αυξημένη πρόσληψη του φαρμάκου, πράγμα που μπορεί να δώσει ψευδώς θετικές για μετάσταση ερμηνείες.

Η ψευδώς αρνητική εξέταση του ήπατος δια του σπινθηρογραφήματος είναι συχνή και ανέρχεται σε ποσοστό περίπου 30%<sup>25</sup>.

#### 4.5 Ομάδες Κινδύνου

##### Σημαντικά υψηλότερου κινδύνου

\* Αυξανόμενη ηλικία

\* Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, αρχικά στους γονείς, τις κόρες και τις αδελφές αλλά και σε συγγενείς δευτέρου βαθμού, όπως θείες, εξαδέλφες ή γιαγιάδες. Αυτό ισχύει και για τους συγγενείς του πατέρα και της μητέρας. Ο κίνδυνος εξαπλασιάζεται περίπου αν η μητέρα ή η αδελφή είχαν καρκίνο του μαστού πριν την εμμηνόπαυση, και δεκαπλασιάζεται αν ο καρκίνος αφορούσε και τους δύο μαστούς. Για τον οικογενή καρκίνο του μαστού ανακαλύφθηκε το γονίδιο 17q21<sup>28</sup>.

\* Σχετικές έρευνες που έγιναν έδειξαν ότι ένα ποσοστό της τάξης του 0,2% μπορεί να εμφανίσει ΚΜ σε ηλικία κάτω των 25 ετών<sup>14</sup>.

\* Μερικές προκαρκινωματώδεις βλάβες του μαστού ενδέχεται να σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου, όπως η πολλαπλή θηλωμάτωση, η άτυπη υπερπλασία και ορισμένες φορές οι πολύ μεγάλες κύστες του μαστού.

Οι περισσότερες γυναίκες με ψηλαφητές ινοκυστικές αλλοιώσεις στο μαστό δεν αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο.

- \* Ελαφρώς αυξημένο κίνδυνο αντιμετωπίζουν οι γυναίκες που ουδέποτε έφεραν σε πέρας μια εγκυμοσύνη ή όσες έμειναν έγκυες μετά τα 30 τους.
- \* Ιστορικό προηγούμενου καρκίνου στον ένα μαστό, ιδίως αν αναπτύχθηκαν πριν από την εμμηνόπαυση.
- \* Πρώιμη έναρξη έμμηνου ρύσεως και καθυστερημένη εμμηνόπαυση.
- \* Χορήγηση μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας. Ιδιαίτερα κινδυνεύουν όσες γυναίκες ακτινοβολήθηκαν για μαστίτιδα μετά τον τοκετό, όσες υπέστησαν μακροχρόνιο ακτινοσκοπικό έλεγχο για φυματίωση ή υπέστησαν ακτινοβολία στο άνω τμήμα του σώματος πριν από τα 40 τους.
- \* Γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ή του παχέως εντέρου.
- \* Γυναίκες καταγόμενες από Εβραίους της Ευρώπης.
- \* Η παχυσαρκία με αυξημένη πρόσληψη θερμίδων και λιπών (τριπλάσιος κίνδυνος)<sup>28</sup>.

### **Μικρότερος κίνδυνος**

- Τελειόμηνη εγκυμοσύνη πριν από τα 18
- Πρόωρη εμμηνόπαυση
- Χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών πριν από την ηλικία των 37 χρόνων.
- Ιαπωνική καταγωγή (όχι όμως για τις γυναίκες που γεννήθηκαν στην Αμερική και υιοθέτησαν τις αμερικάνικες διατροφικές συνήθειες)<sup>28</sup>.

**Παράγοντες που πιθανώς επηρεάζουν τον κίνδυνο, αλλά ο ρόλος τους είναι ασαφής.**

- \* Η λήψη γυναικείων ορμονών, όπως οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση ή αντισυλληπτικών δισκίων πριν από την εμμηνόπαυση. Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες ο κίνδυνος αυξάνεται όταν λαμβάνονται από το στόμα αντισυλληπτικά

από μικρή ηλικία ή χορηγούνται οιστρογόνα ως θεραπεία υποκατάστασης κατά την εμμηνόπαυση.

Άλλες μελέτες αντίθετα δεν δείχνουν κάποια συσχέτιση είτε με τη λήψη αντισυλληπτικών είτε με τη θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα<sup>28</sup>.

Το αντίθετο συμβαίνει αν χορηγηθεί στις γυναίκες προγεστερόνη. Η παραγωγή οιστριόλης και οιστραδιόλης στην εγκυμοσύνη παίζει και αυτή το ρόλο της. Έτσι αυξημένη παραγωγή της πρώτης προστατεύει τον μαστό από καρκινική δράση. Αντίθετα, η αυξημένη παραγωγή της δεύτερης ευνοεί την ανάπτυξη του καρκίνου. Αν τώρα ο καρκίνος εντοπισθεί στον ένα μαστό υπάρχει πιθανότητα 8-10 φορές να εμφανισθεί και στον άλλο<sup>9</sup>.

\* Δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε θερμίδες και λιπαρά (ιδίως ζωικά) και πλούσια σε φυτικές ίνες ή γενικά διαιτολόγιο τύπου ανατολικών χωρών μπορούν να μειώνουν τον κίνδυνο<sup>28</sup>.

\* Πιστεύεται, επίσης πως ο μεγάλος χρόνος σπουδών των γυναικών αυξάνει τη συχνότητα ΚΜ.

\* Οι ψηλές γυναίκες σε σχέση με τις κοντές είναι πιο επιρρεπείς.

\* Η έντονη ψυχική δοκιμασία ενοχοποιείται καθώς επίσης και η χορήγηση φαρμάκων.

\* Επίσης, εκφράστηκε μια άποψη για κάποιον ιό σε λανθάνουσα κατάσταση που ενεργοποιείται κάτω από την επίδραση διαιτητικών παραγόντων, προκαλών ΚΜ<sup>9</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### **Θεραπεία του καρκίνου του μαστού**

Η απόφαση για τη σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση του ΚΜ, θα πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε ασθενή. Η θεραπεία θα πρέπει να επιλεγεί σωστά χωρίς βιασύνη και αφού έχουν συγκεντρωθεί όλες οι παράμετροι που χρειάζονται. Η επιλογή της θεραπείας και η πρόγνωση εξαρτάται από:

- Μέγεθος όγκου
- Ιστολογικό τύπο
- Στάδιο της νόσου
- Μικροσκοπική εμφάνιση
- Αριθμό μασχαλαίων λεμφαδένων που εμφανίζουν νόσο
- Ηλικία της γυναίκας

Επίσης μια σειρά εξετάσεων που σκοπεύουν στην απάντηση σε μερικά ερωτηματικά για συμπληρωματικούς χειρισμούς:

- Μέτρηση πρωτεϊνικών υποδοχέων
- Ανάλυση DNA όγκου
- Ανάλυση κυτταρικού κύκλου
- Μέτρηση ογκογονιδίων (HER – 2/neu)
- Μέτρηση αυξητικού παράγοντα
- Ανοσοϊστοχημική μελέτη<sup>44</sup>.

Τη θεραπεία του ΚΜ τη διακρίνουμε σε: χειρουργική, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία και ανοσοθεραπεία<sup>43</sup>.

### **5.1 Χειρουργική Θεραπεία**

Η σύγχρονη εγχειρητική θεραπεία του καρκίνου του μαστού ξεκίνησε με τη ριζική μαστεκτομή, που εφαρμόστηκε από τους Hals – ted και Meyer στα τέλη του προηγούμενου αιώνα και η οποία αποτελούσε την εγχείρηση εκλογής για τα επόμενα 50 χρόνια. Τις τελευταίες όμως δύο δεκαετίες επικρατεί η τάση των

χειρουργών για συντηρητικότερες επεμβάσεις, με αποτέλεσμα την ευρύτερη εφαρμογή της τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής, της απλής μαστεκτομής με ή χωρίς ακτινοθεραπεία ή ακόμη και της μερικής μαστεκτομής.

Η ριζική μαστεκτομή περιλαμβάνει την αφαίρεση του όγκου με ολόκληρο το μαστό, τους μασχالياίους λεμφαδένες με όλο το περιεχόμενο της μασχάλης και το μείζονα και ελάσσονα θωρακικό μυ. Αποτελεί την εγχείριση που εφαρμόστηκε περισσότερο από όλες και έχει δώσει πολύ καλά αποτελέσματα. Βέβαια, έχει το μειονέκτημα της αφαίρεσης των θωρακικών μυών και της μερικής λειτουργικής διαταραχής του ώμου<sup>7</sup>.

Τη ριζική μαστεκτομή του Hals-ted επέκτεινε ο Mirban, στις μέρες μας κρίνονται απαράδεκτες, γιατί έχουν αυξημένη νοσηρότητα, κακό αισθητικό αποτέλεσμα, προκαλούν λεμφοίδημα του άνω άκρου και δημιουργούν μεγάλα ψυχολογικά προβλήματα στη γυναίκα<sup>45,46</sup>.

Η εκτεταμένη ριζική ή υπερριζική μαστεκτομή, εφαρμόστηκε από ορισμένους χειρουργούς για όγκους που εντοπίζονται στο κέντρο ή τα έσω τεταρτημόρια του μαστού. Κατ' αυτήν, εκτός από τα στοιχεία της ριζικής μαστεκτομής, αφαιρούνται και οι λεμφαδένες της έσω μαστικής. Η υπεροχή της, ως προς την επιβίωση, έναντι της ριζικής σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία, υποστηρίζεται από πολύ λίγους χειρουργούς, γι' αυτό και η μέθοδος έχει σχεδόν εγκαταλειφθεί<sup>7</sup>.

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αποτελεί τη σύγχρονη εγχείριση εκλογής, κατά την οποία αφαιρούνται ολόκληρος ο μαστός με το υπερκείμενο δέρμα και υποδόριο ιστό, καθώς και οι μασχالياίοι λεμφαδένες μέχρι την κορακοειδή απόφυση, ενώ δεν αφαιρούνται οι θωρακικοί μύες, ή αφαιρείται μόνο ο ελάσσων θωρακικός (Patey<sup>7</sup>, εξού και το όνομα αυτού που ανακάλυψε αυτό το είδος μαστεκτομής<sup>7,43</sup>).

Τα αποτελέσματα της τροποποιημένης είναι το ίδιο καλά με της ριζικής μαστεκτομής, για νεοπλάσματα σταδίου I και II<sup>7</sup>, γι' αυτό και σήμερα προτιμάται

από όλους σχεδόν τους χειρουργούς, αφού και τα αισθητικά και τα λειτουργικά της αποτελέσματα υπερέχουν<sup>7,47,48</sup>.

Κύρια επιπλοκή της ριζικής μαστεκτομής αποτελεί το οίδημα του σύστοιχου άνω άκρου<sup>7</sup>.

Η απλή μαστεκτομή, η αφαίρεση δηλαδή μόνο του μαστού με το υπερκείμενο δέρμα, εφαρμόζεται σε περιορισμένα νεοπλάσματα σταδίου I. Μειονέκτημα αποτελεί το ότι μόνη η κλινική εξέταση δεν μπορεί να αποκλείσει την πιθανή διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Η απλή μαστεκτομή από πολλούς συνδυάζεται με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία<sup>7</sup>.

Η περιορισμένη μαστεκτομή ή και η αγκεκτομή, η αφαίρεση δηλαδή του τμήματος του μαστού που περιλαμβάνει τον όγκο ή και μόνο του όγκου, αποτελεί την πιο σύγχρονη μέθοδο χειρουργικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού. Εφαρμόζεται σε νεοπλάσματα σταδίου I και έχει βέβαια τα μειονεκτήματα της απλής μαστεκτομής, αλλά και το πλεονέκτημα να μην είναι ακρωτηριαστική. Οπωσδήποτε, η περιορισμένη μαστεκτομή θα πρέπει να ακολουθείται από στενή παρακολούθηση της ασθενούς<sup>7</sup>.

Άλλες επεμβάσεις, οι οποίες αποτελούν συνέχεια, της τοπικής χειρουργικής θεραπείας του ΚΜ, είναι η ωθηκεκτομή, η επινεφριδεκτομή και η υποφουσεκτομή. Αποτελούν συνέχεια της θεραπείας στο επίπεδο των ορμονικών χειρισμών για την αντιμετώπιση της νόσου. Η επινεφριδεκτομή και η υποφουσεκτομή δεν εφαρμόζονται πλέον σήμερα<sup>27</sup>.

## 5.2 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική θεραπεία μετά την επέμβαση σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, ή για να αντιπετωπιστούν οι μεταστάσεις.

### \* Συμπληρωματική θεραπεία

Η συμπληρωματική ή η προφυλακτική χημειοθεραπεία και/ή η ορμονοθεραπεία χορηγούνται σήμερα στις περισσότερες ασθενείς μετά την



επέμβαση για να προληφθεί ή να ελαχιστοποιηθεί η ανάπτυξη των ενυπάρχοντων νεοπλασματικών κυττάρων, τα οποία μπορεί να αυξηθούν, με αποτέλεσμα να υποτροπιάσει η νόσος. Ορισμένες ασθενείς που δεν παρουσιάζουν προφανείς μεταστάσεις κατά το χρόνο της επέμβασης, αλλά είναι υψηλού κινδύνου για τέτοιες μικρομεταστάσεις, μπορεί να απαλλαγούν από τη νόσο<sup>28</sup>.

**\* Σε μεταστατική νόσο.**

Πολλοί θεραπευτικοί συνδυασμοί έχουν σημαντικές πιθανότητες να περιορίσουν το μέγεθος ή να σταματήσουν την ανάπτυξη των μεταστατικών όγκων. Σ'αυτήν την περίπτωση η ίαση δεν είναι συνήθως δυνατή, αν και η βελτίωση των συμπτωμάτων και η σμίκρυνση του όγκου ενδέχεται να διαρκέσουν επί μήνες, και συχνά επί αρκετά χρόνια. Σε διάφορες κλινικές μελέτες ερευνώνται επιθετικότεροι και δραστικότεροι θεραπευτικοί συνδυασμοί<sup>28</sup>.

**\* Ένταση της θεραπείας**

Παλαιότερα η χημειοθεραπεία σταματούσε αν ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων ή των αιμοπεταλίων παρουσίαζε μικρή πτώση ή αν εμφανιζόταν μικρές γαστρεντερικές διαταραχές ή άλλες παρενέργειες. Μερικές φορές κάποιο χημειοθεραπευτικό σχήμα μπορούσε να τροποποιηθεί ή να αναβληθεί λόγω διακοπών ή γενικών ενοχλήσεων. Σήμερα έχει γίνει αποδεκτό ότι αυτές οι πρακτικές είναι παράλογες.

Για τη μεταστατική νόσο, και ιδίως για τη συμπληρωματική θεραπεία, είναι σημαντικό να χορηγούνται τα σχήματα σε πλήρη δοσολογία και να αποφεύγεται η συστηματική αναβολή των προγραμματισμένων σχημάτων για λόγους ήσσονος σημασίας, εκτός αν παρατηρηθεί σοβαρή τοξικότητα<sup>28</sup>.

### 5.2.1. Χημειοθεραπεία γενικευμένου καρκίνου του μαστού

Λέγοντας γενικευμένο καρκίνο μαστού, εννοούμε αυτόν που βρίσκεται στο 4<sup>ο</sup> στάδιο όπου έχουμε και απομακρυσμένες μεταστάσεις<sup>49</sup>.

- Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα διακρίνονται στα εξής:

#### α) Αλκαλιούντες παράγοντες

Αυτά διαταράσσουν την πρωτεϊνική σύνθεση, σταματούν τον κυτταρικό κύκλο στην προμιτωτική φάση<sup>50</sup>.

Σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν:

- Η κυκλοφωσφαμίδη
- Μεμφαλάνη
- Τριαιθυλενική Θειοφωσφαραμίδη

#### β) Αντιμεταβολίτες

Υποκαθιστούν τους μεταβολίτες, προσροφούν τα ένζυμα και εμποδίζουν την δράση τους.

Τέτοια είναι:

- S – φλαιουρουλακίλη
- Μεθοτραξάνη

#### γ) Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης (του πολλαπλασιασμού)

Τέτοια είναι:

- Βινμπλαστίνη
- Θεϊκή βινκριστίνη
- Θεϊκή βιντεσίνη

#### δ) Αντιβιοτικά

Σ' αυτά ανήκουν:

- Υδροχλωρική δοξορουμπικίνη ή αδριαμυκίνη
- Κρυσταλλική μιτομυκίνη
- Μπλεομυκίνη
- Υδροχλωρική μιτοξανδρόνη

### **ε) Οι ορμόνες**

Σ' αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται τα:

- Οιστρογόνα
- Ανδρογόνα
- Προγεστερόνη
- Κορτικοστεροειδή
- Αμινογλουτεθιμίδη<sup>50</sup>.

### **5.2.2 Τρόποι χορήγησης**

**I. Ενδοφλεβίως**

**II. Ενδομυϊκώς**

**III. Ενδοκοιλιακός]**

**IV. Στοματικά**

**VI. Τοπικά (με ειδικό καθετήρα στη μαστική αρτηρία, όπου η έγχυση γίνεται κατά διαστήματα)**

Για την χορήγηση φαρμάκων υπάρχουν ειδικές συσκευές και μία από αυτές είναι η Life Care Pump η οποία χρησιμοποιείται

α) Για την ενδοαγγειακή χορήγηση. Ελέγχει το χρόνο, τη ροή και την έγχυση των φαρμάκων ενώ σε περίπτωση κολλήματος προειδοποιεί.

β) Επίσης, υπάρχει και ο υποδόριος φλεβικός καθετήρας με αντλία (Lutraport System). Η χορήγηση με αυτόν τον τρόπο είναι ιδανική για τους ασθενείς που έχουν προβλήματα με τα αγγεία του<sup>51</sup>.

### **5.2.3 Μέτρα ασφάλειας – Γενικές οδηγίες κατά τη χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.**

#### **1. Προετοιμασία**

Κατά τη διάλυση ή άλλο χειρισμό του φαρμάκου χρησιμοποιούνται ελαστικά γάντια για την προστασία του δέρματος.

- 1.1 Αν διάλυμα φαρμάκου έλθει σε επαφή με το δέρμα ή βλεννογόνο πλύνεται η περιοχή με άφθονο νερό.
- 1.2 Αν, κατά λάθος, διάλυμα φαρμάκου μπει στο μάτι εκτός από το μέτρο 1.2, πρέπει το άτομο να επισκεφτεί τον οφθαλμίατρο.
2. Αρχίζει η έγχυση (προκειμένου για I.V.) με το υγρό χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο.
3. Το σημείο της εγχύσεως προτιμάται να είναι η ράχη της άκρας χείρας, ο καρπός ή ο ωλεκρανικός βόθρος.
4. Αποφεύγεται η έγχυση του φαρμάκου σε σημείο που είχε προηγούμενα χρησιμοποιηθεί.
5. Μόλις αρχίσει η ενδοφλέβια έγχυση του διαλύματος χωρίς το χημειοθεραπευτικό, παρακολουθείται η περιοχή της φλεβοκέντησης για υποδόρια έγχυση του υγρού (οίδημα, πόνο, ερυθρότητα). Αν το υγρό πάει ενδοφλέβια αρχίζει η έγχυση του φαρμάκου.
6. Γίνεται συνεχής παρακολούθηση του σημείου της φλεβοκέντησης για συμπτώματα υποδόριας έγχυσης όπως πόνος, ερυθρότητα κ.λ.π.
7. Μετά την έγχυση γίνεται ξέπλυμα της φλέβας με έγχυση N/S 0,9%.

### 5.2.4 Δοσολογία και τρόπος χορήγησης φαρμάκων

Όνομασία φαρμάκου	Δοσολογία	Διαλυτικά υγρά	Τρόποι χορήγησης
1. Κυκλοφωσφαμίδη	400 mg έως 2gr	Water for injection 5ml ανά 100mgr	Ενδοφλέβια
2. Μεγλωραιθαμίνη	1 mg – 10 mg	a) 10ml ΦΟ στόφιας των 10mg b) 8ml ΦΟ στα 2ml φαρμίκ.	Ενδοφλέβια IV ενδοπλευρικά
3. 5-φλουορουρακίλη	Έως 1000 mg εφάπαξ	Η επιθυμητή δόση με 5% ορού γλυκόζης	IV ενδοαρτηριακά
4. Μεθοτρεξάνη	1 mg-50 mg εφάπαξ 1000 mg/m <sup>2</sup> σώματος IV	2-10ml W.F.Inj. σε φιαλίδιο των 5mg σε LV με ΦΟ	Ενδοφλέβια ,ενδομυικά Ενδοραχιαία, στοματικά
5. Βινμπλαστίνη	Έως 15 mg	10ml ΦΟ σε 10mg	Ενδοφλεβίως
6. Θεϊκή Βινκριστίνη	Έως 2 mg	10 cm ΦΟ σε κάθε φιαλίδιο	IV
7. Υδροχλωρική Δοξορουμπικίνη	0,4-0,8 mg/kg βάρους 60-75ms/ m <sup>2</sup> επιφ.σωμ.	5ml ΦΟ σε 2ml φαρμάκου ή 5 % γλυκόζη σε 2ml φαρμάκ.	IV
8. Μιτομυκίνη	5-10 mg/ m <sup>2</sup>	5ml ΦΟ σε 2ml φαρμάκου ή 5% γλυκόζη σε 3ml φαρμάκ.	IV Ενδοαρτηριακά, Ενδοκυστικά
9. Μπλεομυκίνη	15-30mg	Την αμπούλα με 5ml ΦΟ Την δόση με 20ml ΦΟ διάλυμα Διάλυμα πυκνότητας 1-3mg/ m <sup>3</sup> ΦΟ	IM. IV Τοπικά στους όγκους

## 5.2.5 Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

### 1. Καταστολή του μυελού των οστών

#### 1.1 Λευκοπενία

α) \* Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος

- Η θερμοκρασία του σώματος
- Το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη
- Γίνεται σχολαστική ατομική καθαριότητα
- Περιποίηση, αντισηψία στοματικής κοιλότητας
- Εφαρμόζεται τεχνική απομόνωσης
- Αλλάζεται συσκευή κάθε 24 ώρες και θέση βελόνας κάθε 48 ώρες

#### 1.2 Θρομβοπενία

α) Παρακολουθούνται τα αιμοπετάλια (ΦΤ 200.000-300.000/mm<sup>3</sup>)

- Τα σύρα, τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα
- Η αρτηριακή πίεση του αίματος
- Περιορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις.
- Δίνονται συμβουλές στον άρρωστο να εφαρμόζει μέτρο πρόληψης αιμορραγίας
- Υπάρχει πάντοτε έτοιμο αίμα στην τράπεζα αίματος.

#### 1.3 Αναιμία

α) Παρακολουθούνται:

- Η αιμοσφαιρίνη (ΦΤ 14-16g/100ml αίματος)
- Ο αιματοκρίτης (ΦΤ 40-54% άνδρες και 37-47% γυναίκες)

- Παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, απάθεια<sup>52</sup>.

## **2. Γαστρεντερικές διαταραχές**

### **2.1 Ναυτία, εμετοί**

α) Παρακολουθούνται:

- Συχνότητα εμετών – χαρακτήρας-ποσότητα
- Τυχόν ανορεξία - αποστροφή στην τροφή
- Η θρέψη του αρρώστου
- Χορήγηση αντιεμετικών (με εντολή γιατρού)
- Εκπαίδευση για το πώς θα χορηγούνται τα αντιεμετικά υπόθετα.
- Χορήγηση συχνών και μικρών γευμάτων αλλά και παγωμένων
- Καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας
- Ενημέρωση του γιατρού πάντα, για τους εμετούς του αρρώστου.
- Προσφορά ανακουφιστικής φροντίδας (διατήρηση του αρρώστου καθαρού)
- Διόρθωση διαταραχής ισοζυγίου ηλεκτρολυτών.

### **2.2 Διάρροια/Σύσπαση κοιλιακών μυών**

α) Παρακολουθούνται:

- Το χρώμα – ποσότητα – περιεκτικότητα διαρροϊκής κένωσης
- Ο άρρωστος για αφυδάτωση και μεταβολική οξέωση

- Συχνότητα και ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.

β) Για αντιμετώπιση διάρροιας:

- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων, κατόπιν ιατρικής συνταγής
- Χορήγηση πολλών υγρών
- Βοήθεια στη διόρθωση διαταραχών ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών
- Φροντίδα του δέρματος

### 2.3 Στοματίτιδα – Έλκη του βλεννογόνου της στομ. κοιλότητας

- Καθημερινή παρακολούθηση στοματ. κοιλότητας.
- Οργάνωση προγράμματος φροντίδας
- Προσφορά λευκής, χλιαρής τροφής<sup>52</sup>.

### 3. Νευροτοξικότητα

α) Παρακολουθείται ο άρρωστος:

- Για συμπτώματα ήπιας νευροπάθειας (ελαφρύς πόνος στα χέρια – πόδια κ.λ.π.)
- Σοβαρότερης νευροπάθειας (π.χ. αταξία, απώλεια συντονισμού κ.λ.π.)

β) Προστατεύεται ο άρρωστος:

- Από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας.

γ) Βοηθείται: Στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας<sup>52</sup> ο άρρωστος

### 4. Ωτοτοξικότητα:



- Εκτιμάται η ακοή του αρρώστου πριν τη θεραπεία.
- Αναφέρει ο άρρωστος τυχόν βόμβο στα αυτιά η μείωση της ακοής<sup>52</sup>.

## 5. Ηπατοτοξικότητα

α) Παρακολουθείται:

- Η λειτουργικότητα του ήπατος
- Συμπτώματα από τυχόν βλάβη του ήπατος
- Ανακούφιση του αρρώστου από επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας<sup>52</sup>.

## 6. Νεφροτοξικότητα

α) Παρακολουθείται:

- Η λειτουργικότητα των νεφρών
- Ο άρρωστος για εμφάνιση συμπτωμάτων
- Λαμβάνονται μέτρα για περιορισμό ουρικού οξέως στο αίμα και διατήρηση του pH των ούρων σε φυσιολογικά επίπεδα<sup>52</sup>.

## 7. Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων

α) Παρακολουθείται η άρρωστη για:

- Αμηνόρροια, διαφοροποίηση χαρακτηριστικών του φύλου
- Αποφυγή εγκυμοσύνης κατά και μετά τη θεραπεία για πρόληψη τερατογένεσης<sup>52</sup>.

## 8. Αλωπεκία

- Ενημέρωση του αρρώστου
- Εφαρμογή ελαστικού επιδέσμου και παγοκύστης στο κεφάλι για μείωση της αλωπεκίας<sup>52</sup>.

## 9. Ανοσοκατασταλτική Επίδραση

α) Παρακολουθείται για:

- Πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο, πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων
- Προστατεύεται ο άρρωστος από μολύνσεις<sup>52</sup>.

## 10. Αλλαγές στο δέρμα

α) Παρακολουθείται το δέρμα για:

- Διακοπή της συνέχειας του.
- Διατηρείται καθαρό
- Προστατεύεται από την ξηρότητα<sup>52</sup>.

### 5.3 Ακτινοθεραπεία

Η εφαρμογή της ακτινοθεραπεία στη θεραπεία του καρκίνου, όπως και η χημειοθεραπεία είναι σχετικά νέες επιστημονικές κατακτήσεις.

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στη θεραπευτική έχει σαν βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων<sup>52</sup>.

**Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί:**

- Ως κύριο μέσο θεραπείας, όταν δεν γίνεται εγχείριση.
- Ως συμπληρωματική θεραπεία μετεγχειρητικά
- Παρηγορητικά σε μεταστάσεις ή υποτροπές
- Σε ακτινική στείρωση (καταστροφή των ωοθηκών με ακτινοβολία)<sup>54</sup>.
- Σε εγκεφαλικές μεταστάσεις, έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα.
- Χρησιμοποιείται ιδιαίτερα σε μεταστάσεις των οστών, γιατί ανακουφίζει την άρρωστη από τους πόνους, καθώς και σε μετάσταση στον μεσοπνευμόνιο χώρο.

### **Η ακτινοθεραπεία όμως δεν συστήνεται:**

- Σε περιφερειακές πνευμονικές μεταστάσεις, γιατί προκαλεί μετακτινική πνευμονίτιδα και ίνωση.
- Σε μετάσταση στο συκώτι, γιατί δεν έχει αποτέλεσμα<sup>55,58</sup>.

### **Παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας είναι:**

- Το είδος της ακτινοβολίας
- Η δόση της ακτινοβολίας
- Ο ρυθμός δόσης
- Το είδος του ιστού που ακτινοβολείται
- Η έκταση του πεδίου που ακτινοβολείται
- Η οξυγόνωση του ιστού, που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινοευαισθησία.
- Η θερμοκρασία του ιστού, που επίσης έχει σχέση ανάλογη με την ακτινοευαισθησία<sup>52</sup>.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να είναι εσωτερική ή εξωτερική.

Η εξωτερική εφαρμόζεται με ακτίνες χ, ή ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε ραδιοθεραπευτικές βόμβες. Η εσωτερική γίνεται με εμφύτευση στην οποία χρησιμοποιείται ιρίδιο μέσα σε βελόνες που εμφυτεύονται στον όγκο του μαστού, ενώ αφαιρούνται μετά από 2-3 24ωρα. Τα θεραπευτικά αυτά σχήματα τοποθετούνται αφού έχει προηγηθεί εξωτερική ακτινοβολήση 5 εβδομάδων. Η δόση των εμφυτευμάτων είναι 1.500-3.000 rads<sup>55</sup>.

Η ακτινοθεραπεία έχει ως φιλοδοξία να αντικαταστήσει την μαστεκτομή, μπορεί επίσης να αποτρέψει υποτροπή<sup>56</sup>.

Φυσικά, το μεγαλύτερο πλεονέκτημα είναι ότι η γυναίκα διατηρεί το μαστό της. Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται και μετεγχειρητικά συμπληρωματικά με επέμβαση της υπολειμματικής νόσου<sup>55,56</sup>.

Οι δόσεις σ' αυτή την περίπτωση είναι έως 5.000 rads, ενώ παρατηρείται 20-25% ελάττωση των υποτροπών. Αλλά και όπου η νόσος είναι προχωρημένη εφαρμόζεται με ποσοστό 72% επιτυγχάνεται τοπικός έλεγχος της νόσου<sup>55</sup>.

### **5.3.1 Ανεπιθύμητες ενέργειες – Επιπλοκές της ακτινοθεραπείας:**

Διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες:

#### **Πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες – Επιπλοκές:**

1. Ακτινοδερματίτιδα: Είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται. Διακρίνονται 3 μορφές: α) ερυθματώδης, β) φυσαλιδώδης γ)εσχαροποιητική
2. Ατροφία ή συρρίκνωση του δέρματος
3. Ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών
4. Βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων, που ακτινοβολούνται<sup>52</sup>.

#### **Όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές:**

1. Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται
2. Καρκίνος δέρματος πνευμόνων και οστών
3. Βλάβη των γεννητικών αδένων
4. Αλωπεκία
5. Νέφρωση, αυτόματα κατάγματα, βλάβη του φακού του ματιού, λευχαιμία, βράχυνση του χρόνου ζωής κ.α.

Η ακτινοβολία μπορεί επίσης να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντίδρασης όπως:

- Γενική καταβολή δυνάμεων
- Ναυτία – εμετούς
- Ανορεξία
- Απώλεια βάρους

- Πυρετική δεκατική κίνηση

Αν και τα ενοχλήματα αυτά θορυβούν την άρρωστο είναι παροδικοί και διαρκούν λίγες μέρες ή εβδομάδες.

### 5.3.2 Εξωτερική ακτινοθεραπεία – Ν.Φ

Σκοπός της είναι να έχει θεραπευτικό ή ανακουφιστικό αποτέλεσμα<sup>55</sup>. Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια (-της) θα έλθει σε επαφή με τον άρρωστο<sup>52</sup>.

Στην εξωτερική ακτινοθεραπεία (ακτίνες χ – τηλεακτινοθεραπεία), ο νοσ/της (-τρια):

- Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για το α) είδος της εξωτ. Ακτινοθεραπείας, που καθορίστηκε β) τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία γ) το σκοπό της θεραπείας ε) τον αριθμό των συνεδριών που πρόκειται να κάνει.
- Αξιολογεί τι και πώς αντιλαμβάνεται ο άρρωστος αυτό το είδος της θεραπείας
- Βεβαιώνεται πως ο άρρωστος έχει καταλάβει να μην βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο , που θα γίνει η ακτινοθεραπεία.
- Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία και εμετούς ή άλλη αντίδραση.
- Χορηγεί στον άρρωστο αναλγητικά πριν τη θεραπεία, αν χρειάζεται επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος για λίγα λεπτά και τον προστατεύει από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή.

Το πιο ουσιαστικό μέρος της προετοιμασίας του αρρώστου, είναι η απάντηση σε ερωτήματα όπως π.χ. αν πονάει η ακτινοθεραπεία, αν θα είναι μόνος του, αν θα εκπέμπει ακτινοβολία μετά τη θεραπεία κ.λ.π.

Η απάντηση στα πιο πάνω μειώνει την ανησυχία και το άγχος του καθώς και βοηθάει στη συνεργασία μεταξύ αρρώστου και προσωπικού υγείας.

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

1. Για την περιοχή της ακτινοβολίας (διατηρείται στεγνή, δεν βάζει αλοιφές πούδρες κ.λ.π).
2. Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει τη θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος
3. Το διαιτολόγιο πρέπει να είναι ελαφρύ, να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες
4. Μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας που κάνει δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνος και επιστρέφει στο θάλαμό του<sup>52</sup>.

### 5.3.3 Εσωτερική ακτινοθεραπεία – Ν.Φ.

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

Ο νοσηλευτής (-τρια):

- Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για 1) το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί, 2) τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη ή μη), 3) τον τρόπο χορηγήσεως, 4) την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, 5) το σημείο εφαρμογής και 6) τον αριθμό των ημερών που ο άρρωστος πρέπει να απομονωθεί.
- Γνωρίζει πως σε περίπτωση εφαρμογής θωρακισμένου ραδιοϊσοτόπου, το ραδιοϊσότοπο δεν κυκλοφορεί στο σώμα του αρρώστου, και άρα δεν μολύνει ούρα, αίμα, τους εμετούς ή τον ιδρώτα και έτσι δεν λαμβάνει κανένα μέτρο προστασίας στο χειρισμό τους.
- Η μόλυνση από θωρακισμένη πηγή προκαλείται από την άμεση επαφή με την πηγή και από την ακτινοβολία που εκπέμπει ο ιστός που ακτινοβολείται

- Γνωρίζει το χρόνο υποδιπλασιασμού, το είδος της ακτινοβολίας, που εκπέμπει, και όταν πρόκειται για μη θωρακισμένη πηγή τον τρόπο μεταβολισμού και απέκκρισης του ραδιοϊσοτόπου που χρησιμοποιείται.
- Ενημερώνεται για τους κανονισμούς του νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφαλείας κ.λ.π.
- Νοσηλεύεται ο άρρωστος σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με τη στάση των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούθησης του αρρώστου, ραδιόφωνο και τηλεόραση. Ενημερώνεται ο άρρωστος πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό.
- Νοσηλεύει τον άρρωστο με μπλούζα και γάντια τα οποία βάζει σε δοχεία από μολύβι πριν φύγει από τον θάλαμο.
- Ενημερώνει τους συγγενείς και γνωστούς του αρρώστου για τον τρόπο επικοινωνίας με τον άρρωστο και το σκοπό αυτού του μέτρου.
- Στην πόρτα του αρρώστου, στο φάκελο και στο Kardex του αρρώστου τοποθετείται το σύμβολο της ραδιενεργούς ακτινοβολίας.
- Κατά την προσφορά νοσηλείας στον άρρωστο γνωρίζει και λαμβάνει προστατευτικά μέτρα για τον εαυτό του, χωρίς όμως να εγκαταλείπεται ο άρρωστος
- Όλοι που εργάζονται σε χώρο που υπάρχει ακτινοβολία φορούν μετρητή έκθεσης σε ακτινοβολία που ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς.
- Ποτέ μην πιάνεται ραδιενεργό πηγή με τα χέρια
- Σε περίπτωση μόλυνσης του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, ειδοποιείται αμέσως η αρμόδια υπηρεσία<sup>52</sup>.

### 5.3.4 Αντιμετώπιση Παρενεργειών – Επιπλοκών Ακτινοθεραπείας

#### 1 Σε ακτινοδερματίτιδα

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

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

3. Σε εμφάνιση φαινομένων γενικής αντίδρασης δηλαδή: Ναυτίας, εμετών, ανορεξίας κ.λ.π. η νοσηλεύτρια (-της) μετά από ιατρική εντολή.

- Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά φάρμακα.
- Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση του αρρώστου (ενισχύει το άρρωστο να παίρνει υγρά ή-αν αυτό δεν είναι δυνατόν – γίνεται I.V χορήγηση υγρών και χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε λευκώματα και υψηλής θερμιδικής αξίας).
- Επίσης φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου, όταν ο άρρωστος είναι κλινήρης.



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

Αν ο άρρωστος εμφανίσει διάρροια (λόγω ευαισθησίας του βλεννογόνου στην ακτινοβολία):

- Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα, ανάλογα με την εντολή του γιατρού.
- Αποφεύγονται τροφές, που επιδεινώνουν τη διάρροια
- Χορηγείται ειδική διαίτα (τροφές χωρίς υπολείμματα)<sup>52</sup>.

#### 5.4 Ορμονοθεραπεία

Η επιλογή αυτής στηρίζεται στο γεγονός ότι οι ορμόνες επιτελούν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και στην διατήρηση του φυσιολογικού μαζικού ιστού. Οι κυριότερες ορμόνες που επιδρούν πάνω στα κύτταρα είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Η ορμονοθεραπεία σαν τεχνική στο Κ.Μ. άρχισε στα τέλη του περασμένου αιώνα εμπειρικά με την εισαγωγή της ωοθηκεκτομής και αναπτύχθηκε ώστε σήμερα να έχει σημαντική θέση στην αντιμετώπιση του Κ.Μ.<sup>58</sup>.

Οι μέθοδοι της ενδοκρινικής θεραπείας φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

#### 1. Χειρουργική Αφαίρεση Ενδοκρινικών Αδένων

- α) Ωοθηκεκτομή ή ακτινική στείρωση
- β) Επινεφριδεκτομή, Υποφυσεκτομή

#### 2. Φαρμακευτική Ορμονοθεραπεία

- α) Ανδρογόνα
- β) Οιστρογόνα
- γ) Γεσταγόνα
- δ) Γλυκοκορτικοειδή

#### 3. Αντιορμόνες

- α) Αντιοιστρογόνα

#### 4. Φάρμακα που Διακόπτουν την Σύνθεση των Στεροειδών

- A) Αμινογλουτεθιμίδη

Στην ορμονοθεραπεία ανταποκρίνονται γενικά:

- α) Ασθενείς με όγκο με βραδεία ανάπτυξη
- β) Ασθενείς με μεταστάσεις σε οστά και μαλακά μόρια
- γ) Ασθενείς πολύ ηλικιωμένους και
- δ) Σε ασθενείς που είχαν εμφανίσει προηγουμένως καλή απόκριση.

Η φαρμακευτική ορμονοθεραπεία αποφεύγεται σε εγκεφαλικές μεταστάσεις ενώ άλλοι ενδοκρινικοί χειρισμοί χρειάζονται ειδικό προγραμματισμό. Όσον αφορά τώρα την κάθε ορμονοθεραπεία πρέπει να γνωρίζουμε ότι στην ωοθηκεκτομή η ασθενής, αντιμετωπίζει το θέμα της στειρώσης και τον κίνδυνο να μην μπορεί να κάνει παιδιά. Γενικά δεν παρουσιάζει επιπλοκές και μπορεί να θεωρηθεί σαν μια απλή επέμβαση κοιλίας.

Η επινεφριδεκτομή δίνει απάντηση σε ποσοστό 50%, ενώ η υποφυσεκτομή που γίνεται σπάνια παρουσιάζει το μειονέκτημα της υψηλής εγχειρητικής θνησιμότητας και μετεγχειρητικής νοσηρότητας<sup>58</sup>.

Από τα φάρμακα, εκείνο που χρησιμοποιείται περισσότερο είναι το οιστρογόνο και δίνει απάντηση σε ποσοστό 30%. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της χρονιάς χορήγησης οιστρογόνων περιλαμβάνουν, μελάγχρωση των θηλών, κατακράτηση Νατρίου, αιμορραγία από διακοπή του φαρμάκου, ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν να παρατηρηθεί έκρηξη της νόσου με δυνατούς πόνους στα οστά. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των ανδρογόνων είναι η αρρενοποίηση και η αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας. Απαντούν σε ποσοστό 20%, ενώ η απάντηση είναι συντομότερη των 16 μηνών σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες<sup>58</sup>.

Από αντιστρογόνα σήμερα χρησιμοποιείται η ταμοξιφαίνη η οποία θεωρείται ασφαλές φάρμακο χωρίς να παρουσιάζει ανεπιθύμητες ενέργειες γι' αυτό και δεν διακόπτεται συνήθως.

Τελικός σκοπός όλων των ορμονικών χειρισμών είναι να θεραπευτεί ο Κ.Μ ακόμη και σε προχωρημένο στάδιο και η επιτυχία της μεγαλύτερης επιβίωσης σε μεγάλο ποσοστό ασθενών.

Εντυπωσιακά είναι τα αποτελέσματα χρήσης συνδυασμού χημειοθεραπείας και ταμοξιφαίνης, ώστε τελικά οι δύο αυτοί συνδυασμοί να χρησιμοποιούνται συχνότερα από τους ογκολόγους<sup>58</sup>.

## 5.5 Ανοσοθεραπεία

Ανοσοθεραπεία είναι καινούρια μέθοδος θεραπείας του καρκίνου η οποία βρίσκεται ακόμη σε ερευνητικό στάδιο. Σκοπός της είναι να ισχυροποιηθεί η ανοσοβιολογική ανταπόκριση του αρρώστου στα καρκινικά κύτταρα. Μελλοντικός στόχος της ανοσοθεραπείας είναι η πρόληψη του καρκίνου, με ανοσοποίηση του ατόμου κατά των καρκινικών κυττάρων<sup>52</sup>.

Στις μέρες μας, η ανοσοθεραπεία μας βοηθάει μόνο στην παράταση της επιβίωσης. Επικρατέστερο φάρμακο, που χρησιμοποιείται είναι BCG (Bacillus Calmette Guerin). Το BCG μπορεί να συνδυασθεί με αδριαμυκίνη (Adriablastin), φθοριουρακίλη (Floro-uracil) και άλλα κυτταροστατικά φάρμακα<sup>43</sup>.

Διάφοροι ανοσοθεραπευτικοί συνδυασμοί ερευνώνται σήμερα. Αυτοί είναι: 1) ενεργητική ανοσοθεραπεία, ειδική ή γενική 2) παθητική ανοσοθεραπεία 3) θετή ανοσοθεραπεία και 4) αυξητικές θεραπείες.

**Ενεργητική ανοσοθεραπεία:** Στην ενεργητική ανοσοποίηση γίνεται ένεση αντιγόνου στον άρρωστο που του κινητοποιεί να αναπτύξει αντισώματα.

**Παθητική ανοσοθεραπεία:** Επιτυγχάνεται με την άμεση μεταφορά αντικαρκινογόνων αντισωμάτων, σε άρρωστο με νεόπλασμα σε ενέργεια<sup>52</sup>.

**Θετή ανοσοθεραπεία:** Αναφέρεται στην μεταβίβαση παθητικής ανοσίας στον άρρωστο με την πρόσφατη ανάπτυξη και διατήρηση ενεργητικής ανοσίας από τον ίδιο τον άρρωστο.

**Αυξητικές ορμόνες:** Ο στόχος της θεραπείας αυτής είναι να βοηθηθεί το ανοσοβιολογικό σύστημα του αρρώστου να λειτουργεί πολύ καλά για να καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα<sup>52</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

### 6.1 Γενική Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο του μαστού

Όλοι οι άρρωστοι με καρκίνο, εκτός από μερικές ομάδες, με ειδικά προβλήματα και ανάγκες για ειδική νοσηλευτική φροντίδα, έχουν ανάγκη από τη συνηθισμένη γενική νοσηλευτική φροντίδα με περισσότερη όμως έμφαση στα εξής:

Ο νοσηλευτής (-τρια) πρέπει:

- Να δείξει κατανόηση στον άρρωστο και να παρουσιάσει την ευχάριστη όψη της ζωής. Αυτό του δίνει ελπίδα.
- Να διατηρήσει την αξιοπρέπεια και την υπόληψη του αρρώστου
- Να προσπαθήσει να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του
- Να προσέχει να μην εκτίθεται ο άρρωστος, κατά τις νοσηλείες
- Να προσέχει πολύ για την καθαριότητά του, αλλά και τη συμμετοχή του ίδιου του αρρώστου, στον προγραμματισμό της φροντίδας του.
- Να ενθαρρύνει τον άρρωστο και να τον βοηθά στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης
- Να γίνεται συχνή αλλαγή της θέσεως του αρρώστου
- Να ενισχύσει την καλή σίτιση του αρρώστου
- Στο σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας, μην παραλείπετε, εφόσον η κατάσταση του αρρώστου, το επιτρέπει, την εργασιοθεραπεία, επειδή η απασχόληση προλαμβάνει πολλά ψυχολογικά προβλήματά του.
- Να ενημερώνει, όποιον έρχεται σε επαφή του, για την σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης
- Να του διδάξει τον τρόπο αυτοφροντίδας του
- Να ενισχύσει – το συντομότερο δυνατό – την αποκατάσταση του αρρώστου, εφόσον η αναπηρία είναι προϊόν της νόσου<sup>52</sup>.

## 6.2 Ψυχική υποστήριξη της ασθενούς με καρκίνο του μαστού

### Στάδια της νόσου και ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς

Για την επιλογή της πιο σωστής μεθόδου ψυχολογικής υποστήριξης της ασθενούς πρέπει να λάβουμε υπόψη μας το κοινωνικό μορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από την ίδια την ασθενή, την προσδοκώμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο της νόσου (πρώιμο, ενδιάμεσο, τελικό). Το καλύτερο είναι οποιαδήποτε ψυχολογική παρέμβαση στη ζωή της ασθενούς να γίνεται από κάποιο έμπειρο και εξειδικευμένο άτομο (γιατρό, κοινων. Λειτουργό, νοσηλεύτρια κ.λ.π.)<sup>59</sup>.

#### 1<sup>η</sup> Φάση Πρώιμο στάδιο

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και shock, που ακολουθούνται ή από άρνηση, που οδηγεί στην καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής και νοσηλευτικής βοήθειας, ή από άγχος για επιβεβαίωση διάγνωσης.

Όταν η πιθανότητα κακοήθειας δεν μπορεί να αποκλεισθεί, το άτομο πρέπει να μπει στο νοσοκομείο. Μέχρι τη στιγμή της εισαγωγής πολλά άτομα είναι αγχώδη, ανήσυχα, με κατάθλιψη, και συχνά εκφράζουν φόβο ακρωτηριασμού ή θανάτου. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, το άτομο αναγκάζεται να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή, το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι γνώριμο, η ανεξαρτησία και ο έλεγχος χάνονται, ενώ πρέπει να υποβληθεί σε πρόσθετες εξετάσεις. Όλα αυτά μπορεί να προκαλέσουν συναίσθημα αποπροσανατολισμού και έλλειψης βοήθειας.

Στη φάση αυτή οι στόχοι του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού είναι:

- Να βοηθήσουμε την ασθενή να μπορεί να ζει με την επίγνωση της σοβαρής νόσου και των συνεπειών της
- Να την βοηθήσουμε να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και τις άλλες σχετικές ανησυχίες

- Να την βοηθήσουμε να προσαρμοσθεί στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού.
- Να την βοηθήσουμε να επαναπροσαρμοσθεί στο κοινωνικό περιβάλλον.

Αν η ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, την ενημερώνουμε και την προετοιμάζουμε ψυχικά. Σε περίπτωση γυναίκας που πρόκειται να υποβληθεί σε μαστεκτομή:

α) Περιγράφουμε τις διαδικασίες που η ασθενής θα περάσει πριν και μετά την επέμβαση, δίνουμε πληροφορίες για τη διαδικασία της επέμβασης, την έκτασή της, το διάστημα ανάρρωσης, τα μετεγχειρητικά προφυλακτικά μέτρα και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπευτικής αγωγής. Με το να είναι προετοιμασμένη, δεν δημιουργείται ασυνέπεια μεταξύ προσδοκώμενων και βιούμενων γεγονότων και το άγχος μειώνεται.

β) Αντιμετωπίζουμε λαθεμένες αντιλήψεις, γύρω από τη νόσο, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, τα μετεγχειρητικά προβλήματα και την ενθαρρύνουμε να δει αυτές τις πλευρές με θετικό τρόπο, ξεπερνώντας αδικαιολόγητους και αβάσιμους φόβους<sup>59</sup>.

### Αντιμετώπιση της καρκινοπαθούς από την οικογένεια

Ένα από τα πιο συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη των οικογενειών και φίλοι καρκινοπαθών είναι μια αμηχανία που εκφράζουν με το φόβο ότι δεν θα ξέρουν τι θα πουν. Ειλικρινά αισθήματα πρέπει να εκφράζονται και, όταν λέξεις δεν μπορούν να βρεθούν, αίσθηση εγγύτητας μπορεί να μεταδοθεί χωρίς λόγια<sup>59</sup>.

Πολλές οικογένειες υποθέτουν πως ο καρκίνος είναι κατά κανόνα θανατηφόρα νόσος. Έτσι αποτυγχάνουν να δώσουν στην ασθενή την υποστήριξη που χρειάζεται. Είναι λάθος, ακόμη και αν ενώ βρίσκονται γύρω από την ασθενή προσποιούνται ότι δεν γνωρίζουν την κατάστασή της. Κάτι τέτοιο θα προκαλούσε δυσπιστία στην ασθενή.

Ακόμη τα μέλη της οικογένειας δεν πρέπει να αφιερώνουν όλο το χρόνο τους στην ασθενή. Χρειάζονται χρόνο μακριά της, για να φύγουν από τη συνεχή ένταση που δημιουργεί η όλη κατάσταση.

Οι άνδρες μπορεί να σταθούν σεξουαλικά απαθείς για ένα διάστημα ή οι γυναίκες να αποτύχουν να νιώσουν ερωτική επιθυμία. Αν όμως στο ζευγάρι υπάρχει αμοιβαία κατανόηση, τα προβλήματα θα ξεπεραστούν<sup>60</sup>.

Για την πληροφόρηση των παιδιών σχετικά με την κατάσταση πρέπει και οι δύο γονείς να αποφασίσουν μαζί. Στα παιδιά λοιπόν, πρέπει να εξηγηθεί ότι για κάποιο πρόβλημα υγείας (εγχείρηση), η μητέρα τους χρειάζεται να μείνει στο νοσοκομείο για λίγο καιρό και ότι ίσως χρειαστεί να τη βοηθήσουν να βρει τον εαυτό της. Πρέπει να απαντήσουμε ειλικρινά στις ερωτήσεις τους έτσι ώστε να διαλυθούν οι φόβοι τους<sup>59</sup>.

## 2<sup>η</sup> Φάση, Ενδιάμεσο στάδιο

Διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύτηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίστηκε και χρειάζεται άλλες μορφές θεραπείας. Μερικές ασθενείς καθυστερούν να δουν το γιατρό, όταν εμφανίζονται συμπτώματα υποτροπής του καρκίνου, γιατί θέλουν να αποφύγουν την επιστροφή του καρκίνου, μια και αυτό θα ανακινούσε παλιούς φόβους. Η επανεμφάνιση θα σήμαινε γι'αυτές την αρχή του τέλους, που τίποτε δεν μπορεί να γίνει για να το αποτρέψουν.

Ορισμένες ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για μεταστατικό καρκίνο βρίσκουν πως η σειρά των εργαστηριακών εξετάσεων είναι ατελείωτη και πως ακόμη πιο δύσκολη είναι η αναμονή των αποτελεσμάτων. Όταν τα αποτελέσματα βγουν και επιβεβαιωθούν οι υποψίες, ο γιατρός πρέπει να εξηγήσει στην ασθενή και την οικογένειά της το νέο θεραπευτικό πρόγραμμα. Επίσης πρέπει να εξηγηθούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, ώστε η ασθενής να είναι έτοιμη να τις εντοπίσει με ψυχραιμία.

Διαφορετικά η ασθενής μπορεί να τις αποδώσει σε επιδείνωση της νόσου και να θορυβηθεί ιδιαίτερα. Πρέπει να εξηγήσουμε στην ασθενή τα υπέρ και τα κατά

της θεραπείας και να την προετοιμάσουμε να τα δεχθεί. Άλλωστε προέχει η αντιμετώπιση της κυρίως νόσου.

Η μεταστατική νεοπλασματική νόσος μπορεί να έχει σοβαρά αποτελέσματα στη ζωή της ασθενούς. Τα συμπτώματα της νόσου την αναγκάζουν να διακόψει την εργασία της καθώς και άλλες προσωπικές της δραστηριότητες. Με την επιδείνωση της νόσου η ασθενής φοβάται ότι η οικογένειά της θα την εγκαταλείψει. Πρέπει να βεβαιώσουμε την ασθενή ότι όλοι θα μείνουν κοντά της και ότι θα κάνουν τα πάντα για να νιώθει ανακουφισμένη. Πρέπει να ακούσουμε τις ανησυχίες, τους φόβους και τις ανάγκες της και να την υποστηρίξουμε συναισθηματικά. Να της δώσουμε κουράγιο και ελπίδα στη μάχη με τη μεταστατική νόσο. Τότε να μειωθεί το άγχος, η κατάθλιψη, οι συγχυτικές αντιδράσεις, οι ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας και κάποια αποδιοργάνωση που κλιμακώνεται.

### 3<sup>η</sup> Φάση. Τελικό στάδιο

Σ' αυτό το στάδιο, όπου η θεραπεία είναι μόνο ανακουφιστική η ασθενής και η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζουν μαζί το ενδεχόμενο του θανάτου. Κατά τη διάρκεια της τελικής φάσης της νόσου η ασθενής μπορεί να ταλαντεύεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής. Μπορεί να φαίνεται πως ξέρει ότι πρόκειται να πεθάνει, αλλά την ίδια στιγμή μπορεί να εκφράζεται σαν να μη γνωρίζει τίποτα για τη νόσο της. Ο θάνατος δεν έρχεται σαν ξαφνικό σοκ στην καρκινοπαθή σε προχωρημένο στάδιο. Θα έχει περάσει πολλούς μήνες με χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, θα έχει υποβληθεί σε εγχειρήσεις, θα έχει νοσηλευτεί πολλές φορές, πιθανόν να έχει δει και άλλους ασθενείς να πεθαίνουν από την ίδια νόσο. Όμως ο φυσικός θάνατος είναι μια μορφή θανάτου. Υπάρχει ο κοινωνικός θάνατος, όπου η ασθενής απομονώνεται και αποχωρίζεται από τους άλλους ή με αυτοεγκατάλειψη ή οι συγγενείς απομακρύνονται και σταματούν να την επισκέπτονται. Υπάρχει και ο ψυχικός κόσμος στον οποίο η ασθενής αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο και αποσύρεται στον εαυτό της. Συνήθως ο ψυχικός και φυσικός θάνατος συμβαίνουν



ταυτόχρονα, αλλά μερικοί ασθενείς δέχονται το θάνατο πρόωρα, εγκαταλείπουν τον αγώνα απελπισμένοι και αρνούνται να συνεχίσουν να ζουν<sup>59,60</sup>.

Είναι σημαντικό για την ασθενή σ'αυτή τη φάση να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια θα είναι δίπλα της συνεχώς και θα είναι διαθέσιμη για να συζητήσουν τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες της, να της παρέχει ανακούφιση και υποστήριξη ως την τελευταία στιγμή.

Πίσω από όλα αυτά κρύβεται η ελπίδα. Πρέπει να προσέξουμε να μην απελπίσουμε την ασθενή, ενώ χρειάζεται ακόμη την ελπίδα.

Σ'αυτό το στάδιο την υποστηρίζουμε συναισθηματικά και ζητούμε από την οικογένεια και τους φίλους της να την επισκέπτονται ώστε να μην νιώθει μόνη. Συζητάμε μαζί της και της δίνουμε την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες της.

Ακόμη σ'αυτή τη φάση η ασθενής μπορεί να έχει ξεσπάσματα θυμού ακόμη και οργής. Αυτή η συμπεριφορά εξαντλεί σωματικά και ψυχικά και όχι μόνο. Είναι δυνατόν να απομακρύνει τα μέλη της οικογένειάς της καθώς και το νοσηλευτικό προσωπικό που τη φροντίζει. Σ'αυτή την περίπτωση η νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήσει στην οικογένεια της ασθενούς ότι ο θυμός είναι μηχανισμός άμυνας και ότι η ίδια βοηθάει την ασθενή να εκδηλώσει αυτό το θυμό ώστε να μπορέσει να τον αποβάλλει στο τέλος. Αυτή η εκδήλωση συχνά κάνει την ασθενή να αισθάνεται καλύτερα και πιο ήρεμη<sup>60</sup>.

### 6.3 Ψυχική υποστήριξη της ασθενούς μετά την μαστεκτομή

Οι γυναίκες οι οποίες θα συμβιβαστούν με την ιδέα ότι μετά την μαστεκτομή ιάθηκαν από τον καρκίνο, έστω και αν υπέστησαν ακρωτηριαστική επέμβαση τόσο σωματικά όσο και ψυχικά τότε ίσως να μην χρειαστούν και τόσο την υποστήριξη των νοσηλευτών – τριών. Όμως πολύ σπάνια συμβαίνει κάτι τέτοιο και έτσι οι περισσότερες γυναίκες παρουσιάζουν άγχος, κατάθλιψη, προβλήματα στη σεξουαλική τους ζωή και ένα σωρό άλλα προβλήματα που καλούνται να τα

λύσουν ή έστω να βοηθήσουν στην επίλυσή τους το νοσηλευτικό προσωπικό με τις γνώσεις και την επιρροή που διαθέτει.

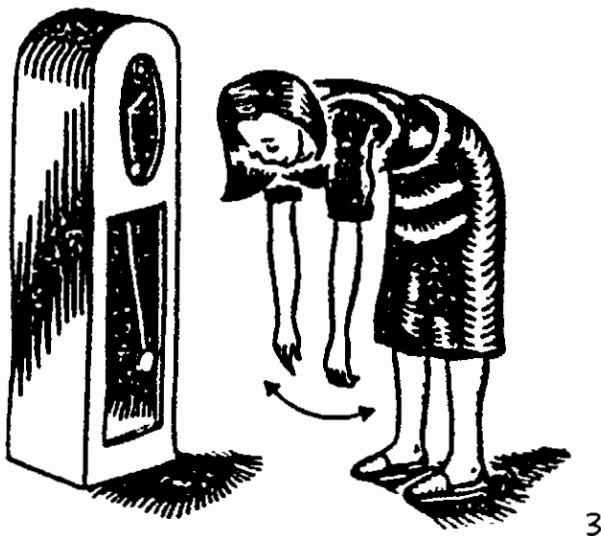
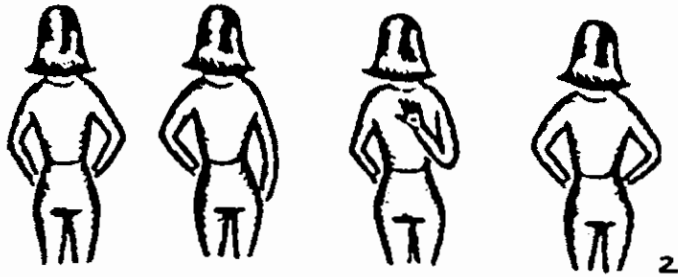
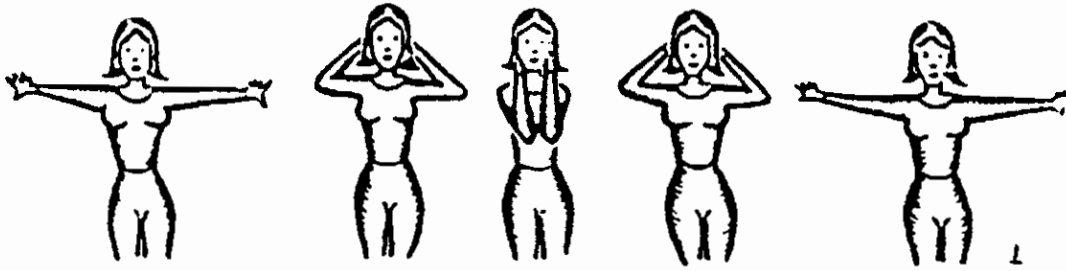
Παρ'όλα αυτά όμως δεν επιθυμούν όλες οι γυναίκες την αποκατάσταση του μαστού μετά την επέμβαση. Οι περισσότερες αρκούνται στη χρήση μιας εξωτερικής προσθήκης<sup>61</sup>.

Είναι απαραίτητο όμως για τη γυναίκα να αποδεχθεί τον ακρωτηριασμό και αλλαγές που αυτός επιφέρει στο σώμα της ώστε να αποκτήσει, υπευθυνότητα, συναισθηματική επάρκεια ανεξάρτητα από τα μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν για να κρύψει τη δυσμορφία της από τους υπόλοιπους. Και σ'αυτά έρχεται να παίζει σημαντικό ρόλο το νοσηλευτικό προσωπικό, όπως π.χ. με το να παρέχει τη δυνατότητα στη γυναίκα να εκφράσει τα συναισθήματά της. Επίσης να συμπεριλαμβάνει στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας, τις απόψεις της ασθενούς, και να παρακολουθεί τη συμπεριφορά της. Ακόμη να της παρέχει χρόνο για συζήτηση, και να της γνωστοποιεί ότι τα συναισθήματά της είναι απόλυτα φυσιολογικά. Τέλος, διδάσκει κατάλληλες ασκήσεις με σκοπό την πρόληψη μόνιμης σύσπασης των μυών ή οποία οδηγεί σε παραμόρφωση, μείωση της λειτουργικότητας και ασυμμετρίας<sup>61</sup>.

#### Οι ασκήσεις έχουν όπως:

- Κινήσεις του βραχίονα (εικόνα 1)
- Κινήσεις προς την πλάτη (εικόνα 2)
- Κινήσεις εκκρεμούς (εικόνα 3)
- Κινήσεις κουπιού (εικόνα 4)
- Κινήσεις στον τοίχο (εικόνα 5)
- Γύρισμα σχοινάκι (εικόνα <sup>6</sup> ~~16~~)
- Κινήσεις τροχαλίας (εικόνα <sup>7</sup> ~~16~~)

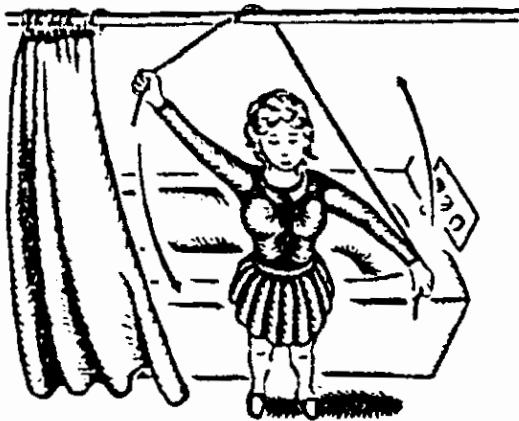
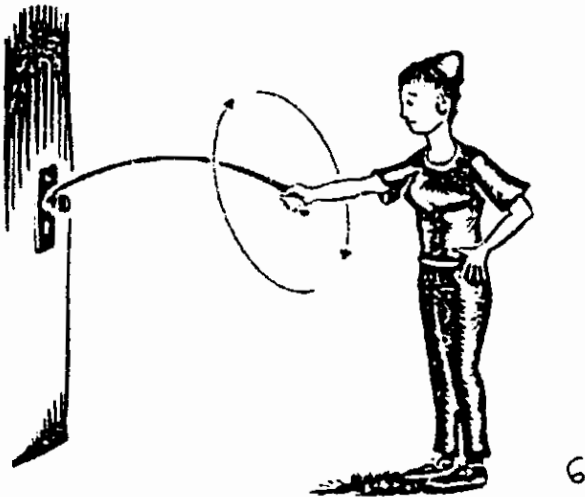
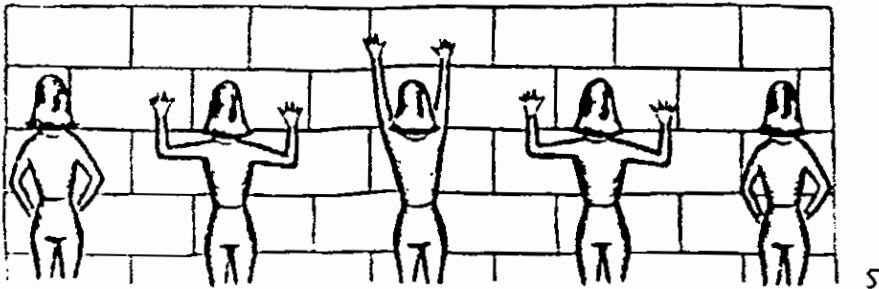
Εικόνα 1 Κινήσεις του βραχίονα  
Εικόνα 2 Κινήσεις προς την πλάτη



3

Εικόνα 3 Κινήσεις ειςκρεμτός

Εικόνα 4 Κινήσεις κουπιού  
Εικόνα 5 Αναρίχηση στον τοίχο



Εικόνα 6 Κινήσεις τροχαλίας  
Εικόνα 7 Γόρρισμα σχοινάκι

#### **6.4. Ανακατασκευή του μαστού**

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

Επίσης, υπάρχουν τρόποι ανακατασκευής της θηλής. Για όλα αυτά απαιτείται η συνεργασία ομάδων ειδικών (πλαστικού χειρουργού, γενικού χειρουργού, ακτινολόγου, ογκολόγου, και γενικού γιατρού).

Η ανακατασκευή του μαστού μπορεί να γίνει αμέσως μετά τη μαστεκτομή ή να καθυστερήσει. Το πλεονέκτημα της άμεσης ανακατασκευής είναι ότι μειώνονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις (“πένθος” για το χαμένο ιστό). Ενδείκνυται σε γυναίκες με μικρής έκτασης καρκίνο.

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

Οι μέθοδοι ανακατασκευής του μαστού που χρησιμοποιούνται είναι οι εξής:

1. Πρόσθεση μαστού σιλικόνης σε ένα στάδιο
2. Τεχνική επέκτασης των ιστών
3. Τεχνική χρησιμοποίησης κρημονού από τον πλατύ ραχιαίο μυ (LATS)
4. Τεχνική χρησιμοποίησης μυοδερματικού κρημονού από τον εγκάρσιο ορθό κοιλιακό μυ (TRAM).
5. Μικροχειρουργική τεχνική ελεύθερης επιλογής κρημονού<sup>28</sup>.

#### **4.1 Χρήση προσθηκών μετά από μαστεκτομή**

Η χρησιμοποίηση προσωρινής προσθήκης μπορεί να γίνει είτε στο νοσοκομείο είτε στο σπίτι. Εάν γίνει στο νοσοκομείο και πριν την αφαίρεση των επιδέσμων τότε αυτή τοποθετείται στο νυχτικό, δίνοντας κάποια ασυμμετρία και

αφού αφαιρεθούν οι επίδεσμοι τότε τοποθετείται μέσα στο στήθόδεσμο. Επίσης, μπορούν να εφαρμοσθούν διάφορα, ώστε να κρατηθεί η προσθήκη στο στήθόδεσμο όπως να ραφτούν χιαστή δύο υφασμάτινες ταινίες εσωτερικά και ανάμεσα σε αυτήν να μπει η προσθήκη.

Στο σπίτι ενημερώνεται η γυναίκα ώστε να μην φορά στενά ρούχα αλλά ρούχα που να την κολακεύουν όπως αυτά με κάθετες ρίγες. Για να φορέσει μαγιό συνίσταται η εσωτερική στήριξη ενός σφουγγαριού κομμένου στο κατάλληλο σχήμα που να αντικαθιστά το χαμένο μαστό<sup>61</sup>.

Η τοποθέτηση μόνιμης προσθήκης η οποία αποτελείται από ενθέματα τεχνητά που τοποθετούνται μετά από επέμβαση στο μαστό εξαρτάται από:

- α) την επιθυμία του ατόμου για αποκατάσταση
- β) Την ηλικία (συνήθως το ζητούν οι νεότερες)
- γ) Το μέγεθος του όγκου
- δ) Την λεμφαδενική κατάσταση
- ε) Την μαστολογική εικόνα (π.χ. πολυκεντρικοί όγκοι αποτελούν αντένδειξη για αποκατάσταση πρώιμη)
- στ) Το σχήμα θεραπείας<sup>61</sup>.

#### 4.2 Προεγχειρητική προετοιμασία

Από τη μια στιγμή που η ασθενής επιλέγει για χειρουργική αποκατάσταση του μαστού, ενημερώνεται για τις πιθανές μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως η ανάπτυξη ινωδών στοιχείων σφαιρικά γύρω από το ένθεμα ή την έντονη μετεγχειρητική ουλή<sup>64</sup>. Επίσης, η ασθενής ενημερώνεται για τις παροχeteύσεις που θα τοποθετηθούν μετεγχειρητικά. Η παρουσία παροχeteύσεων (Hemovac, Ledivac) αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, όχι όμως και για τον ασθενή, η οποία είναι δυνατόν να θορυβηθεί από την ύπαρξή τους, αν και δεν έχει ενημερωθεί<sup>65</sup>.

Διενεργείται μαστογραφία του φυσιολογικού μαστού και σπινθηρογράφημα οστών, ώστε να εξαλειφθούν οι πιθανότητες για μετάσταση ή επανεμφάνιση του αρχικού καρκινώματος<sup>66</sup>.

Σημαντική είναι και η ψυχική υποστήριξη της ασθενούς κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο. Πολλές ασθενείς νομίζουν ότι σπαταλούν το χρόνο όλων, για τη διενέργεια μιας εγχείρησης που μερικοί ίσως θεωρούν εντελώς περιττή. Η νοσηλεύτρια (-της) τονώνει ψυχικά και συναισθηματικά την ασθενή κι προσπαθεί να την απαλλάξει από αισθήματα ενοχής και ντροπής, καθώς και να την βοηθήσει να εξωτερικεύσει τα εντελώς φυσιολογικά συναισθήματά της, και τους φόβους της<sup>63</sup>.

Η σωματική προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει:

- α) Διαπίστωση των φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους
- β) Εξασφάλιση αίματος
- γ) Χορήγηση ηρεμιστικών κατόπιν ιατρικής εντολής
- δ) Λαμβάνεται αίμα, την παραμονή της εγχείρησης και γίνεται διασταύρωση
- ε) Χορηγούνται υπακτικά φάρμακα για την κένωση του εντέρου
- στ) Δίνεται ελαφρύ γεύμα

**Την ημέρα της εγχείρησης,**

- ζ) Καταγράφονται τα Ζ.Σ
- η) Συνιστάται κένωση της κύστης
- θ) Αφαιρούνται κοσμήματα κ.λ.π.
- ι) Τοποθετείται ταυτότητα χειρός με τα στοιχεία της ασθενούς.
- κ) Φοράει τα ρούχα χειρουργείου και μεταφέρεται με το φάκελό της<sup>63</sup>.

### 4.3 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

#### Δραστηριότητα

- α. Αμέσως μόλις η ασθενής συνέλθει από την αναισθησία, η νοσηλεύτρια την ακινητοποιεί.
- β. Περιορίζονται οι κινήσεις του βραχίονα και του ώμου, το λιγότερο για εβδομάδες μετεγχειρητικάς.
- γ. Αποφεύγεται η ανύψωση των χεριών πάνω από το επίπεδο της κεφαλής ή η έντονη κινητικότητα των θωρακικών μυών, όπως συμβαίνει κατά το χτένισμα ή την οδήγηση.
- δ. Οι δραστηριότητες της ασθενούς αυξάνονται σταδιακά περιλαμβάνοντας δουλειές του σπιτιού 3-4 εβδομάδες και κολύμπι, τένις, γκολφ σε 8 εβδομάδες.

#### Επιδεσμικό υλικό

α. Τοποθετούνται πιεστικοί επίδεσμοι στην περιοχή της τομής για 5-7 ημέρες, εκτός και αν παρατηρηθούν οι παρακάτω ενδείξεις για αλλαγή αυτών: πυρετός, μαύρες ή μπλε περιοχές του δέρματος περιφερικά των επιδέσμων, κακή εφαρμογή του επιδεσμικού υλικού, αυξημένη πίεση της περιοχής.

β. Ελέγχεται το επιδεσμικό υλικό για την ακεραιότητά του, την κατάλληλη εφαρμογή, την εμφάνιση αιμορραγίας. Οι επίδεσμοι πρέπει να είναι πιο πιεστικοί στα άνω και έξω τεταρτημόρια, γιατί τα αγγεία αυτών των περιοχών αμοραγούν πιο εύκολα.

γ. Οι επίδεσμοι αφαιρούνται την 3<sup>η</sup> – 4<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα.

δ. Καθοδηγείται η ασθενής να φορά σφιχτό, υποστηρικτικό στηθόδεσμο, ακόμη και κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Μετά από 6 εβδομάδες, η ασθενής μπορεί να μην φορά στηθόδεσμο, αν δεν θέλει αλλά συμβουλεύεται να τον φορά συνεχώς, όταν έχει έντονη δραστηριότητα ή όταν ασχολείται με τον αθλητισμό<sup>67</sup>.



## Πόνος

Η νοσηλεύτρια:

α. Χορηγεί με εντολή του γιατρού αναλγητικά φάρμακα

β. Τοποθετεί την ασθενή σε ημι-Fowler θέση, για την βελτίωση της αναπνοής

γ. Χρησιμοποιεί μαξιλάρια για να μπορέσει να τοποθετήσει τον αγκώνα ψηλότερα από τον αγκώνα.

δ. Παρατηρεί και καταγράφει σε τακτά χρονικά διαστήματα, την ένταση, τη διάρκεια και τη συχνότητα του πόνου και ενημερώνει το γιατρό

## Φροντίδα τραύματος και πρόληψη φλεγμονής

Η φροντίδα περιλαμβάνει:

α. Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα του τραύματος

β. Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής.

γ. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τα Ζ.Σ. κάθε 4 ώρες

δ. Παρατηρεί την τομή για τοπική αύξηση της θερμότητας

ε. Ελέγχει το ποσό παροχетеύσεων, το χρώμα, την οσμή<sup>63</sup>.

## Πρόληψη λοίμωξης – οιδήματος

α. Η ασθενής πρέπει να αποφεύγει εμβολιασμούς, ενέσεις, αιμοληψίες, τοποθέτηση ορών στο προσβεβλημένο χέρι.

β. Να αποφεύγεται τα καψίματα κατά το μαγείρεμα

γ. Αν καπνίζει να κρατά το τσιγάρο από το άλλο χέρι κ.

δ. Αποφυγή ανύψωσης βάρους

ε. Συνίσταται συχνή ανύψωση χεριού

στ. Συνίσταται άμεση επίσκεψη στο γιατρό αν παρουσιαστεί ερυθρότητα ή οίδημα στο χέρι.

## Κατάθλιψη

Η μετεγχειρητική κατάθλιψη είναι συνηθισμένη κατά τη διάρκεια των πρώτων 72 ωρών και φαίνεται να είναι πιο έντονη σ' αυτό το είδος επεμβάσεων από ότι σε άλλες<sup>67</sup>. Η ασθενής συνήθως ξεσπά σε κλάματα και αισθάνεται ενοχή. Λόγω της συναισθηματικής αυτής κατάστασής της, η ασθενής έχει ελλιπή σίτιση. Εδώ είναι απαραίτητη η παρουσία της νοσηλεύτριας για να τη βοηθήσει να ξεπεράσει τη θλίψη της και να τη διαβεβαιώσει ότι τα αισθήματα της κατάθλιψης είναι συνηθισμένα και συνήθως παροδικά<sup>63</sup>.

### 6.5 Επιπλοκές της μαστεκτομής

Διακρίνονται σε άμεσες και απότερες

#### Άμεσες

1. Πνευμοθώρακας
2. Αιμάτωμα
3. Λεμφικές συλλογές
4. Διατομή κλάδων του βραχιόνιου πλέγματος
5. Κακώσεις των μασχαλιαίων αγγείων
6. Ισχαμία και νέκρωση των δερματικών κρημνών
7. Φλεγμονή - Διαπύηση
8. Θρόμβωση μασχαλιαίας φλέβας<sup>28</sup>.

#### Απότερες

1. Ίνωση
2. Μυϊκές παραλύσεις και ατροφίες
3. Λεμφαγγειοσάρκωμα
4. Οίδημα του άνω άκρου<sup>28</sup>.

### 6.6 Αντιδράσεις της μαστεκτομηθείσας - Αντιμετώπιση

Οποιαδήποτε αλλαγή στο σώμα της αποτελεί απειλή για την εικόνα του σώματος με αποτέλεσμα να αισθάνεται ανάξια ως άτομο, απωθητική, αποκρουστική, ανίκανη να αγαπηθεί. Η επέμβαση που έχει υποστεί έχει μεταβάλλει όχι μόνο την εικόνα του σώματός της, αλλά και τον ψυχικό της κόσμο.

Στην ψυχοκοινωνική της αποκατάσταση μπορεί να τη βοηθήσει η προσφυγή της σε κάποιο από τα κέντρα και πιο συγκεκριμένα η Αντικαρκινική Εταιρεία η οποία έχει δημιουργηθεί εδώ και 13 χρόνια.

Δραστηριότητές της είναι:

- I. Σεμινάρια
- II. Ομάδες υποστήριξης
- III. Εθελοντικές ομάδες
- IV. Ατομικές συναντήσεις
- V. Ομάδες συζύγων
- VI. Ομάδες οικογενειακού περιβάλλοντος<sup>68</sup>.

#### 6.7 Νοσηλεία καρκινοπαθούς στο σπίτι

Πολλές φορές λόγω του ότι δεν μπορεί να βρεθεί πάντοτε κρεβάτι για νοσηλεία σε νοσοκομείο, είτε γιατί οι συγγενείς ή η ίδια επιθυμεί να την φροντίσουν στο σπίτι, τότε η νοσηλεία της γίνεται στο περιβάλλον της. Το όφελος από τη νοσηλεία στο σπίτι είναι αφενός οικονομικό αφ'ετέρου κοινωνικο-ψυχολογικό.

**Σκοποί της παραπάνω νοσηλείας είναι:**

- Να εξασφαλίζεται ένα περιβάλλον σαφώς πιο οικείο απ'ότι στο νοσοκομείο.
- Δημιουργούνται ψυχολογικές συνθήκες ειδικές για την ασθενή, ότι δεν είναι παραμελημένη

Φυσικά, η βοήθεια από το γιατρό του νοσοκομείου είναι απαραίτητη, όσο και η παροχή νοσηλειών δωρεάν. Και εδώ, ο ρόλος μας είναι ακριβώς ο ίδιος με αυτόν στο νοσοκομείο. Ο νοσηλευτής (-τρια) που θα αναλάβουν μια τέτοια ευθύνη πρέπει να διαθέτει ιδιαίτερη ικανότητα, ευαισθησία στις ανάγκες της οικογένειας και ικανότητα να μπορεί να επικοινωνεί σωστά με όλους<sup>69</sup>.

### **Επιπρόσθετοι ρόλοι του νοσηλευτικού προσωπικού**

- α) Να φροντίζει να γνωρίσει καλά το οικογενειακό περιβάλλον της ασθενούς εφόσον βέβαια γνωρίζει πολύ καλά την ασθενή και ξέρει σχεδόν τα πάντα σχετικά με αυτή.
- β) Αφού, διαθέτει επιστημονικές βάσεις τότε καταγράφει καθημερινά τις νοσηλευτικές διαγνώσεις που αργότερα θα αξιολογηθούν
- γ) Καταγράφει επίσης τις ανάγκες της γυναίκας ώστε να της κάνει ένα πρόγραμμα.
- δ) Εφαρμόζει επαρκώς το πρόγραμμα νοσηλείας, ώστε να εμφανίσει κάποιο πρόβλημα να μπορέσει να το αντιμετωπίσει.
- ε) Αξιολογεί, συνεχώς τα αποτελέσματα και σ'όλο το διάστημα το σωστό τρόπο ζωής στη γυναίκα.

Τέλος και τα παρακάτω ανήκουν στην υπευθυνότητα της νοσηλεύτριας (-τη):

- α) Βοήθεια της ασθενούς ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται στις καθημερινές ανάγκες και εργασίες της οικογένειας.
- β) Παρότρυνση ώστε να συμμετέχει σε εκδηλώσεις κοινωνικές για να μην απομονωθεί
- γ) Να ελέγχει το διαιτολόγιό της και να την παροτρύνει ώστε να εξασκείται καθημερινά, γιατί έτσι βοηθά στην γρηγορότερη αποκατάσταση της μαστεκτομηθείσας πλευράς.
- δ) Να καθοδηγεί την ασθενή ώστε να αυτοεξετάζεται μηνιαία.
- ε) Να φροντίζει τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες και να ελέγχει για σημεία φλεγμονής.
- στ) Φροντίζει επίσης για τις περιοδικές τακτικές εξετάσεις για να προληφθούν τυχόν επιπλοκές και να φροντίζει για τη συμμετοχή της σε χημειοθεραπείες ή ακτινοθεραπείες<sup>69</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

### 7.1 Καρκίνος του μαστού και κύηση.

Ο καρκίνος του μαστού 3-4 χρόνια πριν εκδηλωθεί βρίσκεται σε στάδιο που δεν ανιχνεύεται. Εμφανίζεται συνήθως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή μετά από αυτή. Εάν και όταν εμφανιστεί τότε έχει κακή πρόγνωση για τους ακόλουθους λόγους<sup>63,70</sup>:

- Η διάγνωση καθυστερεί 2 περίπου μήνες, επειδή στην εγκυμοσύνη η υπερτροφία του μαστικού αδένα δυσχεραίνει την ψηλάφηση.
- Η διασπορά είναι ταχύτερη εξαιτίας της μεγάλης αγγειοβρίθειας.
- Οι γιατροί διατάζουν να αφαιρέσουν κάθε ογκίδιο του μαστού στην εγκυμοσύνη και να το εξετάσουν ιστολογικώς. Έτσι, καθυστερεί η διάγνωση.
- Σε νέες γυναίκες, η υπερπαραγωγή οιστρογόνων και προγεστερόνης επιταχύνει την ανάπτυξη καρκίνου, που υπήρχε πριν τη σύλληψη.
- Η έγκυος δεν συμβουλευεται το γιατρό της για κάθε διόγκωση που ψηλαφά στο μαστό της.
- Ο μαιευτήρας παραλείπει την εξέταση μαστού κατά την παρακολούθηση της εγκύου<sup>63</sup>.

### 7.2 Συχνότητα

Ένα ποσοστό περίπου 3% των καρκίνων διαγιγνώσκονται κατά την εγκυμοσύνη και τον θηλασμό. Μια στις τρεις χιλιάδες εγκύους έχει καρκίνο του μαστού. Τέλος ένα ποσοστό 15-20% των Κ.Μ παρατηρείται σε γυναίκες κάτω των 45 ετών<sup>63</sup>.

### 7.3 Προδιαθεσικοί Παράγοντες

1. Εάν έχει η γυναίκα την πρώτη της εγκυμοσύνη πριν τα 30 χρόνια της αυτό την προστατεύει, διαφορετικά οι επόμενες δεν βοηθούν. Αυτό συμβαίνει γιατί

μεταβάλλεται ο μαστικός αδένας και γίνεται λιγότερο ευαίσθητος στον καρκίνο. Δεν παρατηρείται όμως το ίδιο και στη γαλουχία.

2. Ο Κ.Μ. είναι συχνότερος σε γυναίκες που κάνουν χρήση θυρεοειδικών φαρμάκων. Μάλιστα σε έρευνα που έγινε σε γυναίκες η Τ.Σ.Η βρέθηκε υψηλή σε άρρωστη με Κ.Μ, ενώ η λειτουργία του θυρεοειδή ήταν χαμηλή.
3. Υποστηρίζεται ότι τα ωοθητικά οιστρογόνα ευνοούν την ανάπτυξη της νόσου. Θετικά θεωρούνται: η συχνότερη εμφάνιση του Κ.Μ σε πρόωπη ήβη, οι λίγες κύσεις, ο πρώτος τοκετός σε μεγάλη ηλικία, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση.
4. Η υπερπρολακτιναιμία πιθανότατα σχετίζεται με την ανάπτυξη του Κ.Μ. Η πρόγνωση δεν είναι και τόσο ενθαρρυντική γιατί να ξέρουμε ότι η μέση επιβίωση στο Κ.Μ είναι περίπου 60%, εάν όμως υπάρχει εγκυμοσύνη ή γαλουχία έχουμε μείωση 15-20% <sup>70</sup>.

#### 7.4 Αντιμετώπιση

Η αντιμετώπιση στηρίζεται στα εξής:

- α) Εκτίμηση και πρόβλεψη της πορείας της νόσου
- β) Κατάλληλη χειρουργική θεραπεία, συντηρητική (ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία κ.α.)
- γ) Παράλληλη αντιμετώπιση με την εγκυμοσύνη και του καρκίνου <sup>70</sup>.

#### 7.5 Αντιμετώπιση της κύησης ανάλογα με τα στάδια

**α) Στάδιο I:** Η πενταετής επιβίωση είναι 85%. Σε αυτό το στάδιο δεν ενδείκνυται η διακοπή. Η διατήρηση δεν επιβαρύνει την πρόγνωση. Εάν μάλιστα ο τοκετός πρόκειται να γίνει τις επόμενες εβδομάδες, η θεραπεία μπορεί να αναβληθεί για δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό. Εάν πρόκειται να γίνει μαστεκτομή συνίσταται η χορήγηση βρομοκρυπτίνης για μια εβδομάδα ώστε να μειωθεί το μέγεθος του μαστού. Η μητέρα μπορεί εν συνεχεία να θηλάζει εάν και εφόσον η ίδια το επιθυμεί.

**β) Στάδιο II, III:** Συνίσταται μετεγχειρητική θεραπεία προφυλακτικά σε περίπτωση που έχουμε θετικούς λεμφαδένες, οι οποίοι σε ποσοστό 80% απαντώνται σε έγκυες γυναίκες. Εάν ο καρκίνος διαγνωσθεί πριν την εγκυμοσύνη και ακολουθήσει εγκυμοσύνη, αν η θεραπεία έπρεπε να αρχίσει το δεύτερο ή τρίτο τρίμηνο, συνιστάται καλύτερα διακοπή κύησης.

Εάν τώρα διαγνωσθεί κατά το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τότε η θεραπεία δύναται να καθυστερήσει μέχρι να γεννηθεί το έμβρυο.

**γ) Στάδιο IV:** Μιλάμε πλέον για μεταστατική νόσο όπου η πενταετής επιβίωση του σταδίου αυτού είναι 0%. Οι περισσότεροι γονείς σε αυτή την περίπτωση διαλέγουν τη διακοπή της κύησης η οποία όμως δεν βελτιώνει την κατάσταση. Τα τερατογενετικά αποτελέσματα τόσο της χημειοθεραπείας όσο και της ακτινοθεραπείας κατά το πρώτο τρίμηνο απαιτούν διακοπή της κύησης. Σε μεγαλύτερη ηλικία κύησης το έμβρυο θα δεχθεί μεγαλύτερη δόση ακτινοβολίας<sup>70</sup>.

## 7.6 Κύηση μετά από μαστεκτομή

Έχει παρατηρηθεί ότι γυναίκες, που έχουν μείνει έγκυες κατόπιν θεραπείας Κ.Μ, έχουν μεγαλύτερη δεκαετή επιβίωση. Η εγκυμοσύνη στις γυναίκες αυτές έλαβε χώρα 6 μήνες ως και μετά από 2 χρόνια από τη διάγνωση του καρκίνου.

Περίπου 70% των εγκυμοσύνων μετά από διάγνωση του Κ.Μ συνέβησαν μέσα στα 5 πρώτα χρόνια από την αρχική θεραπεία. Ορισμένοι ογκολόγοι συνιστούν την αναμονή 18 μηνών έως 2 ετών πριν από οποιαδήποτε επακολούθηση της θεραπείας σύλληψης, ώστε οι αλλαγές στο μαζικό αδέννα να μπορούν να παρατηρηθούν και να εξετασθούν καλύτερα για επανεμφάνιση του καρκίνου.

Άλλοι συνιστούν σε ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες να περιμένουν 3 χρόνια, μετά τη μαστεκτομή, ενώ η σύλληψη να επιτραπεί κατόπιν λεπτομερούς επανελέγχου της κατάστασης της ασθενούς. Σε ασθενείς με θετικούς λεμφαδένες

άλλοι συνιστούν αποφυγή σύλληψης για 5 χρόνια και μετά επανέλεγχο και άλλοι αποφυγή για 10 χρόνια ή ισοβίως.

Οι γυναίκες, μετά τη μαστεκτομή και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του θηλασμού, δεν πρέπει να ξεχνούν να κάνουν αυτοεξέταση των μαστών τους ως πρόληπτικό μέσο διάγνωσης νέου καρκίνου<sup>63</sup>.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

### 8.1 Καρκίνος του μαστού στους άνδρες

Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα είναι σπάνιος, περίπου 1% του καρκίνου των γυναικών. Εμφανίζεται περίπου σε ηλικία 60 ετών<sup>27</sup>.

Χαρακτηρίζεται από μια ανώδυνη μάζα κάτω από την άλλη, που μπορεί να συνδυάζεται με έκκριση από τη θηλή, οροαιματηρή ή ορώδη, δυνατόν να αποτελεί και το πρώτο σύμπτωμα. Εισολκή της θηλής, διάβρωση ή εξέλκωση του δέρματος. Ιδιαίτερα σε προχωρημένους καρκίνους αποτελεί, όχι σπάνιο γεγονός κατά την προσέλευση του ασθενή<sup>25</sup>.

Η διάγνωση και θεραπεία του ανδρικού Κ.Μ. είναι ίδια προς εκείνη του γυναικείου καρκίνου<sup>25</sup>.

Η πρόγνωση είναι χειρότερη. Τούτο οφείλεται στην ίδια επέκταση της νόσου στους γειτονικούς λεμφαδένες και ύπαρξη μεταστάσεων σε μακρινά όργανα κατ'εξοχήν στα οστά, κατά τη στιγμή της διάγνωσης<sup>25</sup>.

### Θεραπεία Εκλογής

Η θεραπεία είναι συνήθως χειρουργική – τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή<sup>27</sup>,<sup>28</sup>. Συχνά πρέπει να τοποθετηθεί δερματικό μόσχευμα. Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται συχνά μετεγχειρητικά για να μειωθεί ο κίνδυνος τοπικής υποτροπής. Σε ορισμένα κέντρα ο Κ.Μ στους άνδρες αντιμετωπίζεται σήμερα με χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία επειδή συχνά έχουν προσβληθεί οι γειτονικοί λεμφαδένες και επειδή η συμπληρωματική χημειοθεραπεία έχει καλά αποτελέσματα όπως και στις γυναίκες<sup>28</sup>.

Η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού είναι χειρότερη από ότι στις γυναίκες. Η πενταετής και η δεκαετής επιβίωση για το στάδιο I στους άνδρες είναι 58% και 38% αντίστοιχα, ενώ για το στάδιο II 38% και 10% αντίστοιχα<sup>27</sup>.

**Προδιαθεσικοί παράγοντες**, οι οποίοι ενοχοποιούνται για την εμφάνιση του καρκίνου στον άνδρα είναι:

1. Η ιδιοπαθής γυναικομαστία
2. Το σύνδρομο Klinefelter
3. Η μεγάλη οικογενής εντόπιση και
4. Η διαταραχή του μεταβολισμού των οπιστρογόνων<sup>25</sup>.

## 8.2 Καρκίνος του μαστού και η σχέση του με τα φυτοφάρμακα

Υπολείμματα φυτοφαρμάκων, ιδιαίτερα οργανοχλωριωμένα, έχουν βρεθεί σε εξαιρετικά μικρές συγκεντρώσεις στο μητρικό γάλα (κυρίως DDT, μεταβολίτες και PCBs). Αν και έχουν γίνει αρκετές έρευνες, δεν έχει συσχετιστεί η παρουσία τους αυτή με αυξημένο κίνδυνο για κακοήθεις νεοπλασίες.

Το 1993, δύο αναδρομικές επιδημιολογικές μελέτες, με μικρό αριθμό περιπτώσεων διαπίστωσαν θετική συσχέτιση του κινδύνου για Κ.Μ με τις συγκεντρώσεις DDE στο αίμα.

Τα αποτελέσματα όμως αυτών των μελετών δεν επιβεβαιώθηκαν με συστηματικότερες έρευνες και με μεγαλύτερο αριθμό περιπτώσεων. Μελέτη του 1994 (με 150 περιπτώσεις) δεν διαπίστωσε συσχέτιση του Κ.Μ και υπολειμμάτων DDE και PCBs.

Μεγάλος αριθμός επιδημιολογικών και άλλων μελετών έχουν δημοσιευτεί μέχρι τώρα και ορισμένοι παράγοντες έχουν ήδη τεκμηριωθεί. Σημαντική είναι η συμβολή στο θέμα του Κ.Μ του καθηγητή Δ. Τριχόπουλου και των συνεργατών του<sup>53</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>

### 9.1 Περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο του μαστού.

#### Ιστορικό 1<sup>ο</sup>

Όνομα ασθενούς	: Παπαδοπούλου Δήμητρα
Ηλικία	: 40 ετών
Τόπος μόνιμης κατοικίας	: Αγρίνιο
Επάγγελμα	: Οικιακά

\* **Παρούσα κατάσταση:** Η ασθενής αναφέρει προ μηνός άλγος ήπιο στο άνω και έξω 4μόριο του Δεξιού μαστού και την ψηλάφηση ογκιδίου (μόρφωμα). Έτσι οδηγήθηκε στο παρακάτω εργαστηριακό έλεγχο:

28/10/2002	: Παρακέντηση Δεξιού μαστού. Το εκχύλισμα παρουσιάζει κύτταρα εκφυλίσεως με ατυπία.
18/11/2003	: Μαστογραφία. Στην ουρά του δεξιού μαστού παρατηρείται σκίαση με ασαφές περίγραμμα (2,2χο,8 εκ).
26/11/2003	: 7. N.A. Άτυπα κύτταρα σε ομάδες με εκφυλιστικές αλλοιώσεις. Υλικό ύποπτο για κακοήθεια.

#### \* **Ατομικό αναμνηστικό:**

- Ετεροζυγώτης μεσογειακής αναιμίας
- Έναρξη έμμηνου ρύσεως: 12 ετών
- Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος. Δύο φυσιολογικοί τοκετοί  
1<sup>ος</sup> ηλικία 24 ετών  
2<sup>ος</sup> ηλικία 25 ετών
- Δεν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό πάθησης του μαστού.

Στις 31/12/2002 η ασθενής εισήχθη στην Πανεπιστημιακή Χειρουργική κλινική του Π.Π.Γ.Ν. Πατρών. Με την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε στο Δεξιό

μαστό ψηλαφητό ογκίδιο στο άνω και έξω τεταρτημόριο με επιφάνεια ελαφρώς λοβώδης. Αίσθηση συμπαγής. Κινητό στους υπερκείμενους και υποκείμενους ιστούς. Δεν παρατηρήθηκε παραμόρφωση δέρματος ή εισολκή ή έκκριμα θηλής.

Στις 4/1/2003 η ασθενής υποβλήθηκε σε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή στο Δεξιό μαστό.

Κατά τη χειρουργική επέμβαση ανευρίσκονται και αφαιρούνται μικροί λεμφαδένες.

Τοποθετήθηκαν στο χειρουργικό τραύμα δύο παροχετεύσεις (RED – O – PACK).

Στις 2/2/2003 έγινε αφαίρεση του θωρακικού RED – O – PACK. Το οποίο είχε 200cc υγρά.

Στις 10/2/2003 έγινε εξιτήριο της ασθενούς αφού πρώτα τοποθετήθηκε νέο μασχάλιαίο RED – O – PACK, και προγραμματίστηκε νέο ραντεβού για μετανοδοκομειακό CHECK-UP.

### Νοσηλευτική διεργασία

Προβλήματα κατά προεγχειρητική περίοδο	Νοσηλευτική Αντιμετώπιση	Αιτιολόγηση	Αποτέλεσμα
Δυσκολία της άρρωστου να αποδεχτεί την απώλεια του μαστού της. Φόβος και αγωνία για τη χειρουργική επέμβαση	Παροχή ευκαιριών στην άρρωστη να εκφράσει το φόβο και την αγωνία της. Εξηγούμε στην άρρωστη τη βελτίωση των Ιατρικών και Νοσηλευτικών μέσων και πως χιλιάδες άτομα έχουν κάνει ριζική μαστεκτομή και έχουν ξαναγυρίσει στις επαγγελματικές τους δραστηριότητες. Απαντάμε σε κάθε	Η τόνωση του ηθικού της ασθενούς είναι απαραίτητη γιατί ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με αισθήματα ανησυχίας φόβου ή καταθλίψεως παθαίνουν σοβαρές	Η άρρωστη μετά την συγκινησιακή υποστήριξη που της δώσαμε είναι προετοιμασμένη να αποδεχθεί την απώλεια του μαστού της.

	απορία της σχετικά με την εγχείρηση και τη μαστεκτομή ειδικότερα. Δείχνουμε στην άρρωστη ορισμένες ανατομικές εικόνες γιατί η χειρουργική επέμβαση είναι μια νέα εμπειρία γι' αυτή.	μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως SHOCK κ.α.	
Απώλεια βάρους της ασθενούς κατά την προεγχειρητική περίοδο.	Διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών. Χορήγηση υπερθερμιδικής διαίτας. Ενθάρρυνση της άρρωστης να σιτίζεται κανονικά.	Αποκατάσταση του αρχικού σωματικού βάρους γιατί ο καχεκτικός άρρωστος είναι επιρρεπής στις μετεγχειρητικές επιπλοκές.	Το βάρος της άρρωστης επανέρχεται στα φυσιολογικά του όρια.
<b>Προβλήματα κατά την προεγχειρητική περίοδο</b>	<b>Νοσηλευτική Αντιμετώπιση</b>	<b>Αιτιολόγηση</b>	<b>Αποτελέσματα</b>
<b>Αϋπνία</b>	Καθημερινή λήψη του βάρους της ασθενούς. Εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος και αποφυγή παραγόντων που μπορούν να προκαλέσουν αϋπνία στην άρρωστη. Χορήγηση ηρεμιστικού ναρκωτικού την παραμονή της εγχειρήσεως. (tavor 2,5mg ½ 1x1)	Επαρκή ύπνο στην άρρωστη γιατί η κόπωση και η αϋπνία ελαττώνουν τη φυσική κατάσταση της άρρωστης.	Με τη χορήγηση Ηρεμιστικών-ναρκωτικών η άρρωστη ξεκουράζεται.
<b>Προβλήματα μετά την μετεγχειρητική περίοδο</b>	<b>Νοσηλευτική αντιμετώπιση</b>	<b>Αιτιολόγηση</b>	<b>Αποτελέσματα</b>
Παρακολούθηση της Άρρωστης μέχρι να ανανήψει.	Τοποθέτηση της αρρώστου σε ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλάι. Συνεχής λήψη των ζωτικών σημείων και καταγραφή. Παρακολούθηση του ισοζυγίου των υγρών.	Με τη συνεχή Παρακολούθηση Εκτιμούμε την άρρωστη και προλαμβάνουμε κάθε επιπλοκή	Εξασφάλιση ψυχικής και Σωματικής ασφάλειας της Άρρωστης μέχρι να ανανήψει.
Μεγάλη αποβολή	Τοποθετείται η άρρωστη	Η άρρωστη χρειάζεται	Μείωση των εκκρίσεων

εκκρίσεων από τη στοματική κοιλότητα.	σε ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλάι. Ενθαρρύνεται η άρρωστη να βήχει για την αποβολή εκκρίσεων	διαρκή παρακολούθηση για τον κίνδυνο εισροφήσεως.	και ανακούφιση της άρρωστης.
Πτώση της αρτηριακής πίεσης	Συνεχής λήψη και εκτίμηση της Α.Π. των αναπνοών και του σφυγμού. Έλεγχος του τραύματος μήπως αιμορραγεί.	Τα Ζ.Σ. είναι πολύτιμοι δείκτες για τη διακρίσιση SHOCK και αιμορραγίας. Συνεχής παρακολούθηση άρρωστης, για διακρίσιση SHOCK ή αιμορραγίας. Ενημέρωση του θεράποντα ιατρού.	Η επαναφορά της Α.Π. φυσιολογικά επίπεδα και μη εμφάνιση άλλων συμπτωμάτων που να δηλώνουν SHOCK ή αιμορραγία.
<b>Προβλήματα κατά την Μετεγχειρητική περίοδο</b>	<b>Νοσηλευτική Αντιμετώπιση</b>	<b>Αιτιολόγηση</b>	<b>Αποτελέσματα</b>
Πόνος στην περιοχή του τραύματος	Ενημέρωση από την άρρωστη για το χαρακτήρα του πόνου. Χορήγηση αναλγητικών μετά από ιατρική εντολή. (Lamp Ziderou I.M. E.Π.)	Ο πόνος οφείλεται τραύμα	Ανακούφιση της αρρώστου από τον πόνο μετά από τη χορήγηση των αναλγητικών.
Δυσφορία της αρρώστου από την πολύ πνευστική επίδεση του τραύματος	Χαλάρωση της επίδεσης για την ανακούφιση της ασθενούς	Η πολύ πνευστική επίδεση εμποδίζει την έκπτυξη των πνευμόνων.	Η ασθενής δηλώνει ότι αναπνέει πιο άνετα μετά από τη χαλάρωση της επίδεσης.
Φόβος της αρρώστου να σηκωθεί από το κρεβάτι	Ενθαρρύνουμε την άρρωστη και την ενημερώνουμε για τα πλεονεκτήματα της έγκαιρης έγερσης. Η άρρωστη τοποθετείται σε ανάρροπη θέση, μετά σε καθιστή με τα άκρα κρεμασμένα και τέλος σηκώνεται	Η έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι έχει σαν αποτέλεσμα: - Πρόληψη επιλοκών. - Γρηγορότερη επούλωση του τραύματος	Η ασθενής αρνήθηκε να σηκωθεί από το κρεβάτι. Χρειάστηκε να παρέμβει ο θεράπων ιατρός για να την πείσει.
Έναρξη κινήσεων για το δεξιό χέρι	Ενθάρρυνση της αρρώστου να αυτοεξυπηρετείται. (βούρτσισμα	Η μη κινητικότητα προκαλεί ανάπτυξη	Μετά από επέμβαση του νοσηλευτικού προσωπικού

	δοντιών, χτένισμα, πλύσιμο). Η άρρωστη θα πρέπει παρακολουθείται κατά την εκτέλεση των κινήσεων και να αυξάνονται μέσα στα πλαίσια ανοχής και άνεσης.	των μυϊκών συσπάσεων και ελάττωση του βαθμού κινητικότητας του μυϊκού τόνου του μη χρησιμοποιημένου βραχίονα.	και ειδικού φυσιοθεραπευτή ανέλαβε την έναρξη κινήσεων και ασκήσεων για το χέρι της.
<b>Προβλήματα κατά την Μετεγχειρητική περίοδο</b>	<b>Νοσηλευτική Αντιμετώπιση</b>	<b>Αιτιολόγηση</b>	<b>Αποτελέσματα</b>
Η ασθενής βλέποντας την απώλεια του μαστού της διακατέχεται από φόβο και ανησυχία για την αντίδραση του συζύγου της και να θα μπορέσει να ζήσει μια φυσιολογική ζωή.	Δίνουμε κατάλληλες απαντήσεις στην άρρωστη και της κεντρίζουμε το ενδιαφέρον της για την ζωή. Αποσκοπούμε το νου της από τις σκέψεις αυτές με την ανάθεση ευχάριστων και δημιουργικών απασχολήσεων κατά τη διάρκεια της ημέρας (βιβλία μουσική κ.α.). Συζήτηση με την οικογένεια της αρρώστου να μην της μεταδίδουν τους φόβους και τις ανησυχίες τους. Ενημέρωση της τις μεθόδους αποκατάστασης του μαστού μετά από ριζική μαστεκτομή.	Η επανένταξη της αρρώστου στην συνέχιση του παλαιού τρόπου ζωής της, είναι πολύ δύσκολη κατάσταση λόγω της αναπηρίας της. Χρειάζεται μεγάλη βοήθεια από το νοσοκομειακό και οικογενειακό της περιβάλλον, για να μπορέσει να ξαναγυρίσει στον φυσιολογικό τρόπο ζωής της.	Η άρρωστη βοηθάται Ψυχολογικά και κατανοεί ότι το πρόβλημά της δεν αντιμετωπίζει μόνη και κάτω από το πρίσμα της μοναδικότητάς. Ενδιαφέρεται και ενημερώνεται για την αποκατάσταση του μαστού με σιλικόνη.

## Ιστορικό 2<sup>ο</sup>. Νοσηλευτική Διεργασία

Όνοματεπώνυμο ασθενούς : Χριστάκη Μαρία  
 Ηλικία : 65 ετών  
 Τόπος μόνιμης κατοικίας : Πάτρα  
 Επάγγελμα : Οικιακά

### **Παρούσα κατάσταση:**

Η ασθενής αναφέρει πως εμφάνισε προ 7μήνου ογκίδιο κατά το άνω και έξω 4μόριο του Δε μαστού το οποίο μεγάλωσε μέχρι σήμερα. Με την κλινική εξέταση και τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε εκμεγέθης όγκος εξηλωμένος με μέγεθος πορτοκαλιού.

### **Ατομικό αναμνηστικό:**

- Σκω/μη 1950
- Χολοκυστεκτομή 1973
- Έναρξη έμμηνου ρύσεως: 13 ετών
- Εμμηνόπαυση: 52 ετών
- Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμος

Δύο φυσιολογικοί τοκετοί: 1<sup>ος</sup> ηλικία 19 ετών

2<sup>ος</sup> ηλικία 23 ετών

- Δεν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό πάθησης του μαστού.

Στις 25/3/98 η ασθενής εισήχθη στην παθολογική κλινική για να δεχτεί χημειοθεραπεία για την εξαφάνιση του πρωτοπαθή όγκου και την καταπολέμηση των υποκλινικών μεταστάσεων.

Η θεραπεία της αρρώστου με την χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων έληξε στις 5/2/00. Μετά τη θεραπεία, ο πρωτοπαθής όγκος δεν εξαλείφθηκε, αλλά περιορίστηκε στα 2cm.



Μετά από συνεννόηση του ιατρικού προσωπικού αποφασίστηκε ότι η ασθενής θα εισερχόταν στις 3/5/00 στο νοσοκομείο για να κάνει τροποποιητική ριζική μαστεκτομή.

### Νοσηλευτική Διεργασία

Προβλήματα του αρρώστου	Νοσηλευτική Αντιμετώπιση	Αιτιολόγηση	Αποτελέσματα
Ναυτία και έμετος	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ενημέρωση του γιατρού για τη ναυτία και τον έμετο. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. (π.χ. amp Primpelan) 1x2 I.V.</li> <li>- Έλεγχος του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.</li> <li>- Διατήρηση της αρρώστου καθαρής μετά από τους εμετούς.</li> <li>- Εξασφάλιση καλής θρέψης της ασθενούς.</li> <li>- Συμκλήρωση νοσηλευτικού ιστορικού για την ποσότητα, τη συχνότητα και τον χαρακτήρα των εμετών.</li> <li>- Χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν τη διάρροια μετά από εντολή γιατρού. (π.χ. + b Imodium 1x2)</li> <li>- Έλεγχος και διόρθωση του ισοζυγίου υγρών</li> <li>- Γεύματα συχνά και μικρά.</li> <li>- Δίαιτα πλήρης σε θρεπτικές ουσίες και βιταμίνες και ελαφρά.</li> <li>- Επάλειψη των χειλών με γλυκερίνη.</li> </ul>	<p>Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται για τους εμετούς της ασθενούς, γιατί μπορεί να γίνει αλλαγή του θεραπευτικού σχήματος και να χρειασθεί πριν διόρθωση τυχόν διαταραχή ισορροπίας των ηλεκτρολυτών.</p> <p>- Ανακούφιση της αρρώστου από την κακοσμία. Οι συχνοί έμμετοι δημιουργούν αποστροφή για τροφή.</p> <p>- Η ασθενής χρειάζεται συχνή παρακολούθηση γιατί αν συνεχιστεί η διάρροια ίσως χρειαστεί αλλαγή του θεραπευτικού σχήματος.</p> <p>- Παρατηρείται η στοματική κοιλότητα και ανακουφίζεται η άρρωστη γιατί τα συμπτώματα αυτά είναι</p>	<p>Ανακούφιση της αρρώστου από τη ναυτία και τους εμετούς και λήψη επαρκούς ποσότητας τροφής.</p> <p>Ρυθμίζονται οι κενώσεις και ανακουφίζεται και η άρρωστη.</p> <p>Μετά από τις Νοσ. Ενέργειες τα συμπτώματα δεν υποχώρησαν αλλά εμφανίστηκαν λευκές κηλίδες και κρίθηκε απαραίτητη η</p>

		σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας που οφείλεται στη χορήγηση του φαρμάκου.	παρέμβαση του θεράποντα ιατρού.
<b>Προβλήματα του αρρώστου</b>	<b>Νοσηλευτική Αντιμετώπιση</b>	<b>Αιτιολόγηση</b>	<b>Αποτελέσματα</b>
Απότομη πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων (3.200/MM <sup>3</sup> ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ενημερώνουμε το γιατρό</li> <li>- Γίνεται συχνή λήψη της θερμοκρασίας του σώματος.</li> <li>- Κάνουμε σχολαστικό έλεγχο του δέρματος και των κοιλιοτήτων της αρρώστου για την εμφάνιση λοίμωξης.</li> </ul>	<p>Αν ελαττωθεί ο αριθμός των λευκών ακόμη χρειασθεί διακοπή της θεραπείας.</p> <p>Μικρή άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη επεξεργασία.</p> <p>Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή προλαμβάνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις.</p>	Μετά από συνεχή παρακολούθηση της αρρώστου δε διαπιστώθηκε άλλη πτώση των λευκών ούτε κάποια σημεία λοιμώξεως και η θεραπεία συνεχίστηκε κανονικά.
Πόνος στην κοιλία διάρροια, ίκτερος	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Έλεγχος της ηπατικής λειτουργίας ο οποίος επαναλαμβάνεται κάθε μήνα μετά την αρχή της θεραπείας.</li> <li>- Ενημερώνουμε το γιατρό και αναστέλλεται η χορήγηση των φαρμάκων.</li> <li>- Ανακουφίζουμε τον άρρωστο από τα συμπτώματα.</li> <li>- Βοήθεια του αρρώστου να δεχτεί την αλλαγή του σωματικού της ειδώλου και να εκφράσει τα συναισθήματά της.</li> </ul>	<p>Τα συμπτώματα αυτά δηλώνουν βλάβη του ήπατος από τα κυτταροστατικά.</p> <p>Η άμεση αντιμετώπιση τους είναι απαραίτητη γιατί μπορεί να προκληθεί μεγάλη βλάβη του ήπατος.</p> <p>Η συναισθηματική υποστήριξη της αρρώστου έχει μεγάλη σημασία γιατί μόνο έτσι θα</p>	Υποχώρηση των συμπτωμάτων. Έναρξη καινούριου σχήματος θεραπείας.
		Η συναισθηματική υποστήριξη της αρρώστου έχει μεγάλη σημασία γιατί μόνο έτσι θα	Η ασθενής δέχθηκε τη διαφοροποίηση της εμφάνισής της και η χρησιμοποίηση περούκας την κάνει να αισθά-

	<p>- Μετά τη θεραπεία για 10-15 λεπτά εφαρμόζεται πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.</p>	<p>μπορέσει να δεχθεί τα αποτελέσματα της θεραπείας και να συνεργαστεί αρμονικά με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας.</p>	<p>νεται πιο άνετα.</p>
	<p>Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά γίνεται αποτρίχωση του κεφαλιού και συστήνουμε στην άρρωστη να καλύπτει το κεφάλι της με ένα μανδήλι ή περούκα.</p>		

## 9.2 Αγωγή υγείας – Ενημέρωση

Απ' όσα έχουν ειπωθεί μέχρι τώρα προκύπτει το συμπέρασμα ότι η αγωγή υγείας και η πρόληψη κατέχουν σημαντική, ίσως την σπουδαιότερη θέση στον αγώνα, κατά του καρκίνου του μαστού.

Γι' αυτούς τους λόγους η αγωγή υγείας πρέπει να περιλαμβάνει:

- I. Οργανωμένα ιατρικά κέντρα με ειδικότητα τον καρκίνο
- II. Γιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό επαρκές για να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών της
- III. Οι παραπάνω πρέπει να έχουν πολύ καλές γνώσεις σχετικά με τα είδη του καρκίνου και τους τρόπους αντιμετώπισης.
- IV. Όλο το νοσηλευτικό προσωπικό που θα προσφέρει αυτό το λειτούργημα να είναι επιλεγμένο προσεχτικά (ευαισθητοποιημένο, ικανότητα να καταπολεμά αρνητικές καταστάσεις από την πλευρά των ασθενών, να έχουν γνώσεις ψυχολογίας, να ενημερώνει, να ανεβάζει το ηθικό των ασθενών).
- V. Οι ιατρικές παροχές να δίδονται και εκτός νοσοκομείου π.χ. σπίτι, τόπος εργασίας.
- VI. Τα παραπάνω ογκολογικά κέντρα να έχουν επίσης ψυχολόγους, κοινωνιολόγους για πιο ολοκληρωμένη θεραπεία και αποκατάσταση. Καθώς επίσης και πλαστικούς χειρουργούς.

Στην επιτυχία όμως όλων των παραπάνω θα συμβάλλει και η ίδια η γυναίκα εάν βιώσει το γεγονός ότι κάθε μήνα πρέπει απαραίτητα να κάνει αυτοεξέταση στους μαστούς της. Επίσης η σωστή ενημέρωση και διαφώτιση πληθυσμού μέσω των Μ.Μ.Ε. θα συμβάλλει ακόμη καλύτερα ώστε να περιορισθεί η νόσος.

Τελειώνοντας ας μην ξεχνάμε ποτέ ότι:

**“ΤΟ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΙΝ ΚΑΛΙΩΝ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΕΙΝ”**

όπως το είχε διατυπώσει αιώνες πριν ο **Ιπποκράτης**.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Μετά από προσεκτική μελέτη της εργασίας αυτής γίνεται κατανοητό ότι ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μία από τις σοβαρότερες παθήσεις της εποχής μας που συνεχώς προσβάλλει όλο και μεγαλύτερο αριθμό γυναικείου πληθυσμού.

Η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία δεν αποτελούν ριζική θεραπεία του προβλήματος, αντίθετα από την πρόιμη διάγνωση και έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση. Παρά τις επίμονες και χρονοβόρες μελέτες, μέχρι σήμερα δεν έγινε ακόμη εφικτή η προσέγγιση του μαστού.

Επιβάλλεται όμως η σωστή αξιολόγηση και χρησιμοποίηση των δεδομένων για την ταυτοποίηση ατόμων υψηλού κινδύνου και την πρόληψη της νόσου. Εμείς βέβαια σαν νοσηλευτικό προσωπικό, μαζί με τα άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας, πρέπει να συμβάλλουμε στο σημαντικό πολύπλοκο πρόβλημα της υγείας της ασθενούς.

Πρέπει να έχουμε ειδικές ευθύνες και καθήκοντα και να προσφέρουμε υπηρεσίες, οι οποίες κατευθύνονται στην πρόληψη, στην προαγωγή και στη διατήρηση της υγείας. Γι' αυτό ας διαθέσουμε μ' ενθουσιασμό τις γνώσεις μας και τις δυνάμεις μας στην προσπάθεια του αντικαρκινικού αγώνα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Τσακραλίδης “Β. Εμβρυολογία και Ανατομία μαστού”. Σεμινάριο: (Α μαστού – Πόρτο Χέλι 1985
2. Παρισσιανός Γρηγόριος – Διάδοχος Μαρία Γρ. Παρισσιανού “ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ” Κείμενο και Αντλάντας 5<sup>η</sup> έκδοση Lippert, Ναυαρίνου 20 Αθήνα 1993 Σελ. 82-83.
3. Beel Poitvein 7. ΜΕΓΑΛΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ – ΧΡΥΣΟΣ ΤΥΠΟΣ Α.Ε., Αθήνα, τόμος 1<sup>ος</sup> Σελ. 91-194.
4. Platzel W. ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ, ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ, ΤΟΜΟΣ Ι, Λίτσας Αθήνα 1985: Σελ. 139, 141, 150, 151).
5. ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Δ. “ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ” ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΠΟΡΤΟ ΧΕΛΙ 1985.
6. GUYTON A. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ. 3<sup>η</sup> ΕΚΔΟΣΗ ΛΙΤΣΑΣ ΑΘΗΝΑ 1984 ΣΕΛ. 750-752.
7. “Γενική Χειρουργική” Τόμος Β΄ Τράχηλος – Θώρακας, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσ/κη 1990. Σελ. 732-741.
8. Union Internationale Contre le cancer. Manual of Clinical Oncology. 3<sup>rd</sup> ed, Springer – Verlag, Berlin, 1982: Σελ. 48-50, 123-128, 191-205.
9. Πάλλης Α. “Η αυτοεξέταση των μαστών – Η γνώση και η θέση της Ελληνίδας για τη μέθοδο. Διδακτορική διατριβή Αθήνα 1984.
10. Σιωμαλά Β. Επιδημιολογία του καρκίνου. Ε΄ Πανελλήνιο συνέδριο διπλωματούχων αδελφών νοσοκόμων και επισκεπτριών.
11. Τριχόπουλος Δ. (1982) Επιδημιολογία, Παρισσιανός, Αθήνα
12. Anderson D. (1977) Breast Cancer ou families. Caucer. Σελ. 40, 1855.
13. Σκαμνάκης Σ., Οικονόμος Π. Γρούδος Δ., Ροϊδάς Ε. Ιωαννίδης Ν. Ο καρκίνος του μαστού στους άρρενας. Πανελλήνιο συνέδριο ογκολογίας Αθήνα, 1982.

- 14.Βασίλαρος Σ., Παπαδιαμάντης Ι. Τσιλιακός Σ., Σακελλάρης Ι. Καρκίνος μαστού σε γυναίκες κάτω των 30 ετών. 3<sup>ο</sup> Πανελλήνιο συνέδριο ογκολογίας, Αθήνα 1985.
- 15.Pine M., Urailo M., Henderson B., Casangrande J. and Hoel D. (1983) Hormonal risk factors, breast tissue age and the age-incidence of breast cancer. *Nature*, 303, 767.
- 16.Miller A. and Bulbrook R. (1980). The epidemiology and etiology of breast cancer. *N. Eng J Med* 303, 1246.
- 17.Sherman B., Wallace R. and Bean J. (1983) Estrogen use and Breast cancer 51, 1527.
- 18.Royal college of general practioners (1981). Breast Cancer and oral contraceptives: findings in RCGP's study. *Brit Med J.* 282, 2089.
- 19.Τριχόπουλος Δ. Παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού – Εφαρμοσμένο κλινικό φροντιστήριο, 5<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Ιατρικό συνέδριο, Αθήνα 1979.
- 20.Hoover R., Grayl L.A., Cole P. and Mc Manon B., (1976): Menopausal estrogen and breast cancer. *N. Eng. J. Med.* 295: 401.
- 21.Hill P. and Wynder E. (1976) Diet and Prolactin release. *Lancet*, 2, 286.
- 22.Ιωαννίδου – Μουζάκα Π. Η επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού. *Ιατρική* 1985, 47:6 – 11.
- 23.Μπίκας Ν., Παραράς Μ., Μέρτζανος Ε. Ρεσερπίνη και καρκίνος του μαστού *Ιατρ. Χρονικά* 1987, 10: 624 – 634.
24. Kalache A and Vessey M. (1982) Risk factors for breast cancer *Clin oncol* 1,661.
- 25.Διευθυντής Καθ/τής, Μπάλλας “Χειρουργική” Τόμος α΄Α΄Χειρ/κή κλινική Παν/μίου Πατρών. *Ιατρικό Εκδόσεις Αθήναι* 1987 Σελ. 364.
- 26.Νομικός Ι. φυσική εξέλιξη του καρκίνου του μαστού. *Ιατρική* 1985 Σελ. 47, 12-17.

27. Γαλιμάχης Χ. Βασίλειος. Καθηγητής – Διευθυντής Προπαιδευτικής χειρ/γής Κλινικής Παν/μίου Αθηνών. “Χειρουργική Παθολογία”, Τόμος Β’, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη Αθήνα 1991, Σελ. 706.
28. Mallin Dollinger, M.D. και Cable “Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ” Διάγνωση, και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Μετάφραση Χρήστος Μάθας.
29. Παπαδιαμάντης Ι. Κλινική εξέταση. Αυτοεξέταση. Ομαδικός έλεγχος, Σεμινάριο: Καρκίνος μαστού. Πόρτο Χέλι Αθήνα 1985.
30. Τριχόπουλος Δ. Κακλαμάνη Ε. “Πρόληψη των κακοηθών νεοπλασιών” Κλινική Ογκολογία – Εθνικό συμβούλιο Ογκολογίας Αθήνα 1981 Σελ 26-31.
31. Τριχόπουλος Α. Τριχόπουλος Δ. “Πρόληψη των κακοηθών νεοπλασιών”, Προληπτική ιατρική. Παρισιανός Αθήνα 1986.
32. Μαλγαρινού Μ., Κωνσταντινίδου Σ. Ογκολογική Νοσηλευτική. Νοσηλευτική Παθολογική – Χειρουργική Έκδοση 9<sup>η</sup>, Τόμος Β, Μέρος 2<sup>ο</sup> Η Ταβιθά, Αθήνα 1987. Σελ. 94.
33. Τριχόπουλος Α., Τριχόπουλος Δ. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος (check up). Προληπτική Ιατρική. Παρισιανός. Αθήνα 1986.
34. Stax P. Evaluation of Screening programs for the early diagnosis of breast cancer. Surg. Clin. North Am. 1978. Σελ. 58, 667 – 678.
35. Ραζής Δ. Περιοδικός έλεγχος (Screening) για πρόωπη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Σεμινάριο: Καρκίνος μαστού. Αθήνα 1990
36. Ραζής Δ. Ασυμπτωματική – Κλινική Ογκολογία – Εθνικό συμβούλιο Ογκολογίας Αθήνα, 1981 Σελ. 67-70.
37. Δαρβίρη Χρ. Ο ρόλος του επισκέπτη-τριας υγείας στην πρόληψη του καρκίνου. 3<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας. Αθήνα 1985. Σελ. 76-80.
38. Πλατή Χ. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στο Ca του μαστού. Νοσηλευτική 1989. Σελ. 28, 62-73.



39. Παπαδιαμάντης Ι. Κλινική εξέταση – Αυτοεξέταση – Ομαδικός έλεγχος – Σεμινάριο: Καρκίνος μαστού. Πόρτο Χέλι, 1985.
40. Bates B. A guide to physical examination. 4<sup>th</sup> ed, Lippincott, Philadelphia, 1986.
41. Ludwick R. Breast examination in the older adult. Cancer Nursing 1988, Σελ. 99-102.
42. Καμπούρης Θ. Η διαγνωστική αξία της μαστογραφίας δια της νόσου του μαστού. Διατριβή επί διδακτορία, Αθήνα 1969.
43. Παπανικολάου Α.Ν Παπανικολάου Ν.Α., Γυναικολογία 3<sup>η</sup> έκδοση Κεφαλ. Μαστολογία. Παρισιανός, ΑΘΗΝΑ 1994 Σελ. 437-502
44. Dr Σπηλιώτης Δ. Ιωάννης. “ΚΑΡΚΙΝΟΣ” «Από την άγνοια... στον φόβο» Αχαϊκές Εκδόσεις.
45. Knobf T. Breast Cancer. The treatment evolution Am J Nurs Times 1984 Σελ. 24-26.
46. Robbins G. Indications for radical and extended radical mastectomy surg. Clin, North Amer. 1978 Σελ. 755-761.
47. Salvadori B. Indications and limits of traditional surgery for breast cancer, Σεμινάριο: Καρκίνος μαστού. Αθήνα 1990.
48. Hermann R., Steiger E., Modified radical mastectomy. Surg. Clin. North Am. 1978 Σελ. 744-753.
49. Σταθόπουλος Γ. “Γενικευμένος Καρκίνος του Μαστού”, Κλινική Ογκολογία Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας. Αθήνα 1981.
50. Anderson S. Chemotherapy. Ln. Beyers M.M Werner J. Durbangs S. Complete Guide to Cancer Nursing, Edward Arnold, London 1984.
51. Μπαρμπουνάκη – Κωνσταντάκου Ε. “Χημειοθεραπεία” Τουμασάτος. Αθήνα 1988.
52. Μ.Α. Μαλγαρινού – Σ.Φ. Κωνσταντινίδου “Νοσηλευτική” Παθολογική - Χειρουργική Τόμος Β΄ - Μέρος 2<sup>ο</sup> Έκδοση 18<sup>η</sup> “Η ΤΑΒΙΘΑ”. Αθήνα 1997 Σελ. 113 - 116

- 53.Βαλαβανίδης Αθ. “Περιβάλλον και Κακοήθεις Νεοπλασίες” Εξωγενείς – Περιβαλλοντικοί Παράγοντες καρκινογενέσεις στον άνθρωπο και εκτίμηση κινδύνου. Εκδόσεις ΒΗΓΑ. Αθήνα 2000 Σελ. 173-174.
- 54.Κασκαφέτου Χ. “Η αδελφή στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού”. Ε΄ Πανελλήνιο συνέδριο διπλωματούχων αδερφών νοσοκόμων και επισκεπτριών. Ιωάννινα 1978.
55. Γκαρμάτης Κ. Η ακτινοθεραπεία στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Σύγχρονες Αντιλήψεις: Ιατρική 1985.
- 56.Θέματα Παθολογίας – Ογκολογίας Αθήνα 1992.
- 57.Παπαβασιλείου Κ., Αγγελάκη Φ. “Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού” “Θεραπευτική του καρκίνου”. Παρισιανός Αθήνα 1973. Σελ. 593-605.
- 58.Μπούτης Λ. “Ορμονικοί Χειρισμοί” Σεμινάριο: Καρκίνος Μαστού Πόρτο Χέλι Αθήνα 1985.
- 59.Αναγνωστόπουλος Φ. “Ψυχολογική Υποστήριξη του Καρκινοπαθούς” Κοσμίδης Π. (ΕΚΔ) Επείγουσα Θεραπευτική Ογκολογία. Λίτσας Αθήνα 1984 Σελ. 135-145.
- 60.Sofaer B. Pain relief – The Importance of communication. Nurs Times 1983 Σελ. 32-35.
- 61.Κανιάρη Ε. “Καρκίνος του Μαστού. Νοσηλευτική Παρέμβαση”. ΒΗΓΑ, Αθήνα 1981.
- 62.Γιακουμέττης Α. Πλαστική Χειρουργική – Αποκατάσταση του Μαστού. Σεμινάριο: Καμαστού. Αθήνα 1990.
63. Κονιάρη Ευδοξία: Καρκίνος του Μαστού και Νοσηλευτική Παρέμβαση Αθήνα 1991, Σελ. 214-216.
- 64.Sellu D. Breast augmentation using the silicone prosthesis Nurs Times 1981, 77: 1347 – 1350.
- 65.Wylie M. Mastectomy and insertion of prostheses. 2 Psychological aspects. Nurs Times 1980, 76: 1260-1261.

66. Collinger R.C. O' Neal B. J. (1982) : Mastitis and mammary duct disease. Arch surg 117:1027.
67. Koch S. Augmentation mammoplasty. Am J. Nurs 1980. 80: 1480-1484
68. Γιδοπούλου – Στραβολαίμου Κ. “Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση της γυναίκας με καρκίνο του μαστού”. Σεμινάρια Κ.Μ. 1990.
69. Λυσσαίος Β. “Νοσηλεία στο Σπίτι για καρκινοπαθείς” 3<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας, Αθήνα 1985.
70. Παπανικολάου Ν. Γεωργαδάκης Γ. “Ο καρκίνος του μαστού στην κύηση και στη γαλουχία”. Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας, Αθήνα 1985.