

**ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»

Εισηγητής:
ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Σπουδάστρια:
ΣΑΤΡΑ-ΤΣΟΥΦΑ ΕΛΕΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2001

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα ιατρικά προβλήματα και την κυριότερη αιτία θανάτου των κατοίκων του Δυτικού κόσμου, μετά τις παθήσεις της καρδιάς και αγγείων. Υπολογίζεται ότι δύο από τις τρεις οικογένειες και ένα από τα τέσσερα άτομα του πληθυσμού των αναπτυγμένων χωρών προσβάλλονται από καρκίνο.

Ανάμεσα στους λοιπούς καρκίνους, αυτός του μαστού αποτελεί το συχνότερο στόχο του καρκίνου των γυναικών στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες, όπως και στην Ελλάδα, όπου κάθε χρόνο περίπου 1500 γυναίκες προσβάλλονται, και 700 πεθαίνουν, από καρκίνο μαστού. Η επίπτωση του καρκίνου αυτού αυξάνεται μέσα στο χρόνο, ενώ η σύγχρονη θεραπευτική αδυνατεί να βοηθήσει ένα μεγάλο αριθμό γυναικών. Το γεγονός ότι η νόσος αυτή είναι σοβαρή αιτία θανάτου, μαζί με το γεγονός ότι ο μαστός έχει επηρεαστεί σημαντικά από το σύγχρονο πολιτισμό - αντιούλληψη, έντονη σεξουαλική ζωή, περιορισμός γεννήσεων και γαλουχίας, διατροφή -, ενώ παράλληλα, παραμένει σύμβολο υγείας, ομορφιάς και θηλυκότητας, έχουν γεννήσει στη σύγχρονη γυναίκα άγχος, φόβο και ανασφάλεια, όσο ποτέ στο παρελθόν.

Η ευαισθητοποίηση της γυναίκας σε σχέση με τον μαστό της που δεν θα ήθελε ποτέ να στερηθεί, είναι από τους σοβαρούς παράγοντες όπου θα μπορούσε η προληπτική νοσηλευτική -και ιατρική-, να στηρίξει την προσπάθειά της για πρόωπη διάγνωση και έγκαιρη θεραπεία.

Αν και τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν την νόσο, και τους καρκίνους γενικότερα, δεν είναι εξαιρετικά αισιόδοξα, μια προσεκτική ματιά στο έργο των ερευνητών του καρκίνου τα τελευταία χρόνια δίνει πολλές και σοβαρές ελπίδες σε όλους μας. Την τελευταία 20ετία, οι σύγχρονοι ερευνητές έκαναν αληθινά πολύ μεγάλα βήματα προς την κατεύθυνση της διάλυσης του μυστηρίου, που για αιώνες κάλυπτε την αιτιολογία της νόσου και τα προβλήματα θεραπείας της.

Η Ε.Ο.Κ. με το πρόγραμμα "Η Ευρώπη κατά του καρκίνου" έδωσε καθοριστική πνοή στην έρευνα, είτε αυτή αφορά την αναζήτηση των αιτιών, είτε την κλινική - ιατρική αντιμετώπιση της ασθένειας.

Στην Ελλάδα, η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία μετά από μια περίοδο αναστολής λόγω οικονομικών δυσχερειών, ξεκίνησε την β' τριακονταετία της ενισχύοντας συγκεκριμένα ερευνητικά προγράμματα βασισμένα σε Διεθνής ή Ευρωπαϊκές προδιαγραφές.

Επίσης, τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια για την καλύτερη ενημέρωση των γυναικών σ' ότι αφορά την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, αλλά και την θεραπευτική αντιμετώπιση και τις προοπτικές που υπάρχουν, ώστε να παταχθεί η "καρκινοφοβία". Η κλινική πείρα μας πείθει ότι πολλές προχωρημένες περιπτώσεις φθάνουν στα νοσοκομεία για θεραπεία με κύρια αιτία καθυστέρησης το φόβο ή την άγνοια.

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος όλων στο γυναικείο πληθυσμό, αλλά συγχρόνως και ο πρώτος που μπορεί να θεραπευτεί, αν διαγνωσθεί έγκαιρα. Βασική αρχή είναι ότι "Η έγκαιρη διάγνωση οδηγεί στην απόλυτη θεραπεία"!

Στόχος της εργασίας αυτής είναι να δώσει μια σφαιρική, συνοπτική εικόνα της νόσου και παράλληλα να εμφυτεύει στην συνείδησή μας την εξής αρχή << η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο είναι ένα από τα μεγαλύτερα και σπουδαιότερα καθήκοντα, που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις ιερές στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα και κατ' επέκταση σε όλους όσους περιβάλλουν άμεσα τον καρκινοπαθή: γιατροί, οικογένεια, φίλοι >>.

Γι' αυτό ακριβώς τον λόγο, η προσπάθεια όλων μας, σαν νοσηλευτές και σαν άνθρωποι, πρέπει να κινείται στα πλαίσια της πληροφόρησης του πληθυσμού γύρω από την νόσο, την αιτιολογία της, τα συμπτώματά της και το κυριότερο, γύρω από την πρόληψη και την αντιμετώπισή της όχι μόνο την ιατρική αλλά και την κοινωνική, δηλ. σ' ότι αφορά την συνδιαλλαγή του καρκινοπαθούς με την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Α. Ορισμός Νόσου

Για τον άρρωστο η λέξη καρκίνος σημαίνει φόβο και απελπισία. Για τον γιατρό, νόσημα χρόνιο με ακρωτηριαστικές επεμβάσεις, τοξικές φαρμακευτικές θεραπείες, πόνους, πολλές φορές θάνατο, αλλά και επίμονη προσπάθεια.

Επιστημονικά, η λέξη καρκίνος είναι συνώνυμη με τον όρο <<κακόηθες νεόπλασμα>> ή <<κακοήθης όγκος>>.

Το νεόπλασμα είναι διαταραχή της ομοιοστασίας των κυττάρων και αποτελείται από κύτταρα παθολογικά αλλά χωρίς καμιά ουσιώδη διαφορά στην λειτουργία τους από τα φυσιολογικά. Λέγεται ότι το νεόπλασμα αποτελεί ομάδα απείθαρχων επαναστατικών κυττάρων, που η ανάπτυξή τους είναι άσκοπη, επιζήμια και μπορεί να οδηγήσει τον οργανισμό στο θάνατο.

Ένα νεόπλασμα μπορεί να είναι καλόηθες ή κακόηθες. Το καλόηθες νεόπλασμα είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων τα οποία δεν είναι βλαπτικά, δεν διασπείρονται σε άλλα μέρη του οργανισμού, παραμένουν στο σημείο του αρχικού εντοπισμού τους και δεν διηθούν τους παρακείμενους ιστούς. Το κακόηθες νεόπλασμα είναι ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων, πάντοτε επιβλαβής στον οργανισμό, που διασκορπίζονται ή μεταναστεύουν σε άλλους ιστούς μακριά από την αρχική τους εμφάνιση.

Τα νεοπλάσματα, έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της Ιατρικής και μάλιστα από τους μεγαλύτερους ιατρούς της αρχαιότητας, τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό, οι οποίοι πρώτοι ονόμασαν "καρκίνο" τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού. Η εικόνα του νεοπλάσματος, όπως την περιέγραψαν, με την διόγκωση και διήθηση της θηλής και την ακτινωτή διάταξη των αγγείων και των φλεβών γύρω από τον όγκο, έμοιαζε με τον καρκίνο, τον κάβουρα της θάλασσας. Επίσης η ονομασία "καρκίνος" παρουσιάζει και τον πόνο που νιώθει ο ασθενής και μοιάζει με τον έντονο πόνο που νιώθουμε όταν μας δαγκώνει ο κάβουρας.

Άλλοι συγγραφείς, όπως ο Αρχιγενής, ο Λεωνίδης, ο Άστιος και ο Παύλος Αιγινήτης, πιστεύουν ότι ο όγκος ονομάστηκε καρκίνος << δια το

δυσκολύτως έχεσθαι των μορίων, ων αν λάβηται, καθάπερ ο καρκίνος το ζών >>. Όπως, δηλαδή, ο κάβουρας με δυσκολία ελευθερώνει το θύμα του από τις τρομερές του δαγκάνες, έτσι και ο όγκος δύσκολα εγκαταλείπει τους ιστούς που κατέχει.

Με τον όρο << καρκίνος μαστού >> εννοούμε την εμφάνιση νεοπλασματος, κακοήθους εξεργασίας στον γυναικείο κυρίως μαστό. Το νεόπλασμα συνήθως ανακαλύπτεται από την ίδια την γυναίκα, όταν αυτή αντιληφθεί την ύπαρξη κάποιου ογκιδίου στο στήθος της ή παρατηρήσει αλλαγές στο δέρμα, την θηλή, το μέγεθος ή την θέση του μαστού. Τυχόν ρύση επίσης, αιματηρή ή ορώδης, από την θηλή του μαστού οδηγεί την γυναίκα στον γυναικολόγο, αν και επιστημονικά η νόσος δεν κατατάσσεται στις γυναικολογικές παθήσεις.

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να θεραπευτεί, αν διαγνωσθεί έγκαιρα και ακολουθήσει η κατάλληλη θεραπεία. Η έγκαιρη ανίχνευση είναι το κλειδί της επιτυχημένης θεραπείας και γίνεται με την διαφώτιση των γυναικών για αυτοεξέταση των μαστών τους και άμεση προσφυγή στον γιατρό μόλις αντιληφθούν οτιδήποτε "ξένο" προς τα συνήθη ευρήματα.

Διάκριση των Νεοπλασμάτων

Τα νεοπλάσματα γενικά διακρίνονται σε καλοήθη και κακοήθη, ανάλογα με την συμπεριφορά των κυττάρων τους όπως αυτή αναφέρθηκε παραπάνω. Ειδικότερα, όμως, υποδιαιρούνται ανάλογα με τον ιστό από τον οποίο προέρχονται. Υπάρχουν βέβαια, και νεοπλασματικοί όγκοι, οι οποίοι λόγω κακής εμβρυολογικής εξέλιξης περιέχουν στοιχεία από πολλά είδη εμβρυϊκών ιστών. Αυτοί οι όγκοι ονομάζονται τερατώματα ή δερμοειδή. Πολλά νεοπλάσματα, επίσης, αποτελούνται από περισσότερους του ενός ιστούς, όπως το ιναδένωμα, το ινολίωμα κ.α.

Οι πιο συνηθισμένοι κακοήθεις όγκοι είναι το ίνωμα, το λίωμα και το μύωμα. Το ίνωμα αναπτύσσεται σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, το λίωμα στον υποδόριο ιστό, το μύωμα στις λείες μυϊκές ίνες.

Ο κακοήθης όγκος που αναπτύσσεται από τον επιθηλιακό ιστό καλείται καρκίνωμα, ενώ όταν αναπτύσσεται από μεσεγγυματικό (συνεκτικό) ιστό καλείται σάρκωμα.

Στις περισσότερες χώρες επικράτησε να χρησιμοποιείται η λέξη καρκίνος (cancer) για όλους τους κακοήθεις όγκους και η λέξη καρκίνωμα (carcinoma) για τους επιθηλιακούς κακοήθεις όγκους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Είδη νεοπλασμάτων.

Είδος ιστού	Καλόηθες	Κακόηθες
1. Επιθηλιακός ιστός:		
α. Καλυπτικό επιθήλιο	Θήλωμα Μυρμηγκιά Πολύποδας	Καρκίνωμα
β. Αδενικό επιθήλιο	Αδένωμα	Καρκίνωμα
2. Ενδοθηλιακός ιστός:		
α. Αιμοφόρα αγγεία	Αιμαγγείωμα Μικτό αγγείο - αδενικό νεόπλασμα Αιμοπεριθηλίωμα	Ενδοθηλίωμα Αιμαγγειοσάρκωμα Αιμαγγειοενδοθηλίωμα Κακόηθες αιμοπεριθηλίωμα

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Εντόπιση νεοπλασμάτων.

Πιθανότητα αναπτύξεως καρκίνου (Πηγή: Κουτσογιαννόπουλος 1984)			
<i>Άνδρες</i>		<i>Γυναίκες</i>	
Εντόπιση	Πιθανότητα	Εντόπιση	Πιθανότητα
Πνεύμονες	1 στους 15	Μαστός	1 στους 20
Δέρμα	1 στους 39	Δέρμα	1 στους 49
Στομάχι	1 στους 43	Παχύ έντερο	1 στους 56
Προστάτης	1 στους 57	Στομάχι	1 στους 67
Ορθό	1 στους 71	Τράχηλος μήτρας	1 στους 80
Παχύ έντερο	1 στους 74	Ωοθήκες	1 στους 90
Κύστη (ουροδόχος)	1 στους 83	Σώμα μήτρας	1 στους 98
Πάγκρεας	1 στους 155	Ορθό	1 στους 100
Λευχαιμία	1 στους 211	Πνεύμονες	1 στους 102
Όρχεις	1 στους 632	Πάγκρεας	1 στους 196
		Κύστη (ουροδόχος)	1 στους 250
		Λευχαιμία	1 στους 255
Όλες	1 στους 4	Όλες	1 στους 5

B. Ιστορική Αναδρομή

Η πρώτη παρατήρηση όγκων έγινε στα οστά της ουράς δεινοσαύρου, προϊστορικού τέρατος, που κατοικούσε στη γη κατά το Μεσοζωϊκό αιώνα, πριν 100-200 εκατομμύρια χρόνια περίπου. Η εφεύρεση της γραφής έδωσε την δυνατότητα να σωθεί και να μεταδοθεί η σοφία των αρχαίων ελληνικών πόλεων και των μεγάλων ανατολικών πολιτισμών.

Όπως μαρτυρούν τα αρχαία κείμενα, πηγές του παρελθόντος που έχουμε στα χέρια μας σήμερα, ο καρκίνος ως νόσος ήταν γνωστός από τα πρώτα ιστορικά χρόνια.

Το πρώτο γραπτό μνημείο είναι ο περίφημος κώδικας του Χαμουραμπί, που γράφτηκε σε πλίνθους το 2000 π.χ. και αναφέρει την νόσο ως εξής:

<< Έλκος ανιάτον αγνώστου αιτίας επί του οποίου πάσα θεραπεία αποτυγχάνει >>

Ο πατέρας της Ιστορίας Ηρόδοτος περιγράφει μια περίπτωση που μπορεί να ταυτιστεί απόλυτα με τον καρκίνο του μαστού. Συγκεκριμένα αναφέρει ότι η βασίλισσα της Περσίας Ατάση, σύζυγος του Δαρείου του Υστάσπου (6ος αι. π.χ.) << πάσχουσα εξ ανιάτου όγκου μαστού εθεραπεύθη δια εγχειρήσεως υπό του Έλληνος ιατρού Δημοδήμου του Κροτωνιάτου >>.

Στα έργα του Ιπποκράτη αναφέρονται οι όροι << καρκίνος >> και <<καρκίνωμα>> αρκετές φορές (4ος αι. π.χ.). Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι:

<< Στους ηλικιωμένους δημιουργούνται κρυφοί (εν τω βάθει) και επιπολείς καρκίνοι, οι οποίοι όμως φθάνουν μέχρι το τέλος της ζωής του ασθενούς >>.

Για τον καρκίνο του μαστού ο Ιπποκράτης αναφέρει:

<< Μια γυνή καταγόμενη εξ Αβδήρων έπασχεν εκ καρκίνου μαστού εκ της θηλής του οποίου έρρεεν αιματηρό υγρόν. Μόλις όμως εσταμάτησεν η ρύσις, η γυνήν απέθανεν >>.

Και ακόμη: << προ της ήβης δεν δημιουργούνται συγγενείς καρκίνοι >>.

Στην Ιπποκράτεια συλλογή αναφέρονται ακόμα και τα συμπτώματα της νόσου, πρῶμα και ὄψμα, όπως επίσης η αιτιολογία και η θεραπεία της,

σύμφωνα πάντα με την άποψη των μεγάλων Ελλήνων ιατρών της αρχαιότητας. Χαρακτηριστικό πρώιμο σύμπτωμα είναι το << πικρό στόμα >>.

<< Μελλόντων δε καρκίνων έσεσθαι, πρότερον τα στόματα εκπικραίνονται και ότι και αν φάγωσι πάντα δοκεύσι πικρά είναι... Παράφοροι δε τη γνώμη και οι οφθαλμοί σκληροί και βλέπουσι ουκ οξέα και εκ των τιθών ες τας σφαγάς οδύναι διαίσσουσιν (και επεκτείνονται πόνοι απ' τους μαστούς προς την σφαγή) και υπό τας ωμοπλάτας και δίψα ίσχει και αι θηλαί καρφαλέαι (ανορθωμένες) εισί >>.

Ως προς την αιτιολογία, οι Έλληνες ιατροί συμφωνούν απόλυτα: Ο καρκίνος αποτελείται από τον καρκινογόνο μελαγχολικό χυμό, που αλλοιώνει την σύσταση του αίματος και το κάνει μελανό, όξινο και σε μεγάλο βαθμό δριμύ, ερεθιστικό. Ο χυμός αυτός όταν δρα ολιγοχρόνια προξενεί καλοήθη όγκο, και αντίστροφα.

<< Τους καρκίνους η μέλαινα εργάζεται >> (Ιπποκράτης)

<< Και μάλιστα ο καρκίνος από μελαγχολικόν γίνεται χυμόν >>. (Γαληνός, 2ος μ.χ. αιώνας)

Υπεύθυνη λοιπόν για τον καρκίνο είναι η **μέλαινα χολή** ή **μελαγχολικός χυμός**, που προκαλεί μια « **κακοχυμία** ». Ο χυμός αυτός παριστάνει την όξινο και πολύ ερεθιστική κατάσταση του αίματος, που προκαλείται από διάφορες ακατάλληλες τροφές και ποτά. Αυτήν την κατάσταση ο Ιπποκράτης αποκαλεί κακοχυμία και σ' αυτήν ακριβώς την κακοχυμία απέδιδαν και οι Ρωμαίοι και οι Βυζαντινοί κάθε κακοήθη επεξεργασία και πολλές άλλες θανατηφόρες καταστάσεις.

Την θεραπευτική αγωγή του καρκινοπαθούς οι Ιπποκρατικοί, οι Κνίδιοι, ο Γαληνός και όλοι οι μετέπειτα, αντιμετωπίζουν με τρεις τρόπους:

Δίαιτα, φάρμακα, χειρουργική επέμβαση.

Επικρατούσε η πεποίθηση ότι **στα αρχικά στάδια η νόσος μπορούσε να θεραπευθεί** κυρίως με την δίαιτα και τα φάρμακα.

<< Αλλ' αρχόμενον γεννάσθαι, ιασάμεθα πολλάκις το πάθος τούτο >>, λέει ο Γαληνός.

Μέχρις ότου καταλήξουν οι αρχαίοι στην χειρουργική θεραπεία εφάρμοζαν συντηρητική φαρμακευτική και διαιτητική αγωγή. Χορηγούν

κυρίως καθαρτικά φάρμακα που σκοπό είχαν την αποκάθαρση του πάσχοντος από μελαγχολικό χυμό.

Ο Γαληνός είναι ο πρώτος που καθόρισε την όλη τακτική με φάρμακα θεραπευτικά του καρκίνου και επεδίωκε << την αποκάθαρση του οργανισμού εκ της καρκινογόνου κακοχημίας >> και τον εμποδισμό της συναθροίσεως αυτής στο καρδιαγγειακό σύστημα.

Η Διαιτητική αγωγή περιλαμβάνει χόρτα και λαχανικά, απαγορεύει τα δύσπεπτα κρέατα και επιβάλλει την γαλακτοτροφία (γιατί πρόσεξαν πως οι γαλακτοπότες Σκύθες δεν έπασχαν συχνά από καρκίνους)

Όταν η δίαιτα και τα φάρμακα δεν βοηθούσαν τότε επιβάλλονταν η χειρουργική επέμβαση.

Η εγχείρηση, κατά τον Γαληνό, ήταν ριζική, δηλ. ο χειρουργός πρόσεχε να αφαιρέσει όλες τις ρίζες του όγκου. Πρωτοτυπώντας ο Γαληνός, συνιστά, περιγράφοντας μια αφαίρεση όγκου από τον μαστό, μετά την αφαίρεση, την έκθλιψη των γύρω ιστών, ώστε με τη ροή του αίματος να αποβληθούν όλοι οι καρκινογόνοι παράγοντες.

<< Εκτεμείν και καύσαι δυτόν εστίν... αλλά θλίβε τας πέριξ φλέβας... εκχυθήναι το αίμα >> (Γαληνός)

Το σπουδαίο είναι ότι η τομή και η καύση γινόταν με πυρακτωμένο ξυράφι.

Ωστόσο οι αρχαίοι γιατροί απέφευγαν να χειρουργούν τους εν τω βαθει όγκους, γιατί οι περισσότεροι ασθενείς χειροτέρευαν και πέθαιναν γρήγορα.

<< Τους μεν τοιούτους καρκίνους ουδόλως επιχειρητέοι ιάσθαι >>

Σύμφωνα με τον Γαληνό, **η θεραπεία πρέπει να έχει διπλό σκοπό, θεραπευτικό και παρηγορητικό.**

<< Αλλά και το θεραπεύειν δίττον εστίν και δε εν μεν τα πάντα πράττειν ως υγιές αποβήναι το πεπονθός μέρος... πρόνοια όπερ έστί παρηγορειν τε και πραΐνειν αυτό και μάάλιστα όταν η μεθ' ελκώσεως >>.

Η πτώση της Βυζαντινής αυτοκρατορίας στην Ανατολή και ο Μεσαίωνας στην δύση έγιναν αιτία να χαθούν πολλά συγγράμματα και μελέτες που αφορούσαν τον καρκίνο και βέβαια σταμάτησαν και οι έρευνες πάνω στην νόσο μια που και τα δύο θρησκευτικά καθεστώτα (Μωαμεθανισμός

- Ρωμαιοκαθολικισμός) θεωρούσαν βεβήλωση τις επεμβάσεις στα άψυχα σώματα των ανθρώπων, έστω και αν γίνονταν για ιατρικούς σκοπούς.

Ωστόσο τα αρχαία κείμενα που σώζονται, καθώς και σημερινά αρχαιολογικά ευρήματα, είναι αδιάψευστοι μάρτυρες του αγώνα του ανθρώπου ενάντια στην νόσο από την αρχαιότητα έως σήμερα και δεν κάνουν τίποτα άλλο από το να μας υποδεικνύουν πως πρέπει να περπατήσουμε και εμείς στο δρόμο των προγόνων μας, τον δρόμο της έρευνας και του αγώνα για να οδηγηθούμε τελικά στην απόλυτη θεραπεία. Άλλωστε, όπως θα δούμε και παρακάτω, οι απόψεις των προγόνων μας και των σύγχρονων ιατρών σ' ότι αφορά κυρίως την νόσο και την θεραπεία της συμπορεύονται και έτσι επιβεβαιώνεται, για άλλη μια φορά, η θεωρία πως μέσα από το παρελθόν διδασκόμαστε το παρόν και το μέλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ του ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός είναι όργανο που εμφανίστηκε αργά στη φυλογενετική κλίμακα, αφού αποτελεί ανατομικό χαρακτηριστικό των θηλαστικών ζώων και χρησιμεύει για την θρέψη των σχετικά ανώριμων κατά την γέννηση παιδιών τους. Η διάπλασή του αρχίζει νωρίς, την 6η εβδομάδα την εμβρυϊκής ζωής, παρόλο που πρόκειται να λειτουργήσει μόνο στην ενήλικη ζωή.

Στον άνδρα και την άτοκη γυναίκα ο μαστός βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ανάμεσα στην δεύτερη και την έκτη πλευρά. Το όριο του προς την μέση γραμμή είναι το χείλος του στέρνου, ενώ προς τα πλάγια είναι η πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Τα 2/3 της μάζας του μαστού καλύπτουν το μείζωνα θωρακικό μυ, το 1/3 τον πρόσθιο οδοντωτό, ενώ το κάτω χείλος του φτάνει στο πάνω όριο της θήκης του ορθού κοιλιακού.

Στο ύψος του τέταρτου μεσοπλεύριου διαστήματος, στο κέντρο περίπου του μαστού, εδράζεται η θηλή, περιβαλλόμενη από μια κυκλωτερή ελαφρά υπερχρωσμένη περιοχή την θηλαία άλω. Το δέρμα της θηλής στερείται λίπους, τριχών και σμηματογόνων αδένων* οι τελευταίοι υπάρχουν στην περιφέρεια της άλω. Η θηλή και ο χώρος κάτω από την άλω συνίστανται από πολλές λείες μυϊκές ίνες που διανέμονται συγκεντρικά και ακτινωτά και καταφύονται στη βάση του δέρματος της θηλής. Λειτουργία τους είναι η ανόρθωση της θηλής, ώστε να κενώνονται ευκολότερα οι εκφορητικοί πόροι. Ο βαθύτερος χρωματισμός της θηλής και της άλω οφείλεται αφενός μεν στο μεγαλύτερο ποσοστό χρωστικής, αφετέρου δε στην ανάπτυξη δερματικών θηλών διαμέσου των οποίων έρχεται αίμα κοντά στην επιφάνεια. Επειδή το χρώμα της στεφάνης αυτής (θηλή και άλως) σχετίζεται με την χρωστική του δέρματος είναι πιο ρόδινο στις ξανθές και πιο σκούρο στις μελαχρινές.

Κατά την διάρκεια της κύησης, η άλως πέρνει χρώμα σκοτεινότερο και περιβάλλεται από δακτύλιο με χρώμα ενδιάμεσο μεταξύ του δικού της χρώματος και εκείνου της επιδερμίδας. Ο δακτύλιος αυτός ονομάζεται δευτερεύουσα άλως.

Η θήλη του μαστού έχει χρώμα εντελώς όμοιο με της άλω. Η κορυφή της είναι διάτρητη από 15-20 μικρά στόμια από τα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι του μαστικού αδένου. Η επιφάνεια της θήλης είναι ανόμοια και ρυτιδωτή. Κατά τον θηλασμό, η θήλη επιμηκύνεται από την έλξη, η οποία ασκείται από το στόμα του βρέφους.

Ο μαστός γενικά έχει περίμετρο κυκλική. Το λειτουργικό τμήμα του είναι ένας τροποποιημένος επιθηλιακός αδένου, ο μαζικός, που περικλείεται από δύο στοιβάδες της θωρακικής περιτονίας, την λιπώδη επιπολής στοιβάδα και την εν τω βάθει μεμβρανώδη. Ο αδένου είναι σφαιροειδής, εκτός από ένα τμήμα του, στο άνω έξω τεταρτημόριο, όπου μια προσεκβολή του αδένου, η ουρά του Spenser, διατρύπαι την μασχάλη, καταλήγοντας στον πρόσθιο οδοντωτό μυ. Ο μαζικός αδένου αναπτύσσεται στην επιπολής λιπώδη στοιβάδα, καλυπτόμενος από ένα στρώμα λίπους.

Ο συνδετικός ιστός του αδένου, που διαχωρίζει τα αδενικά λόβια μεταξύ τους, συγκεντρώνεται σε πολλά μέρη και σχηματίζει ινώδης ταινίες που εκτείνονται προς την υποδόρια περιτονία και το δέρμα (πρόσθιοι σύνδεσμοι του Cooper). Παρόμοιες ταινίες ξεκινούν και από την οπίσθια επιφάνεια του αδένου, διασχίζουν τον οπισθομαστικό χώρο και ενώνονται με την θωρακική περιτονία (κρεμαστήρες σύνδεσμοι του Cooper). Οι ταινίες αυτές είναι υπεύθυνες για την εισολκή του δέρματος σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού.

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

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

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

ΑΓΓΕΙΩΣΗ του ΜΑΣΤΟΥ

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

α. Αρτηρίες

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

β. Φλέβες

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

Διατιτραίνοντες κλάδοι της έσω μαστικής

αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα φλεβών που απάγουν αίμα από το μαστό προς την ανώνυμη φλέβα. Αυτή η φλεβική οδός οδηγεί κατευθείαν στα πνευμονικά τριχοειδή και έτσι δημιουργείται οδός για καρκινικές μεταστάσεις από τους μαστούς στους πνεύμονες.

Μασχαλιαία φλέβα

δέχεται μικρές φλέβες από το θωρακικό τοίχωμα, τους θωρακικούς μυς και την εν τω βάθει αρτηρία του μαστού. Μέσω της μασχαλιαίας το αίμα

καταλήγει στο τριχοειδικό δίκτυο των πνευμόνων και έτσι δημιουργείται η δεύτερη μεταστατική οδός για τους πνεύμονες.

Μεσοπλεύριες φλέβες,

η τρίτη σημαντική οδός της φλεβικής παροχέτευσης. Αυτές οι φλέβες επικοινωνούν με τις σπονδυλικές φλέβες και τελικά καταλήγουν στην άζυγο φλέβα. Η επικοινωνία με τις σπονδυλικές φλέβες δικαιολογεί την εμφάνιση μεταστάσεων του καρκίνου μαστού στη σπονδυλική στήλη και στο ιερό οστού.

ΛΕΜΦΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

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

Η μελέτη των λεμφικών οδών κατέληξε σήμερα στην αποδοχή του γεγονότος ότι τα έσω μαστικά και τα μασχαλιαία γάγγλια δέχονται λέμφο από όλα τα τεταρτημόρια του μαστού. Η εξωτερική οδός προς την μασχάλη απάγει το 75% της λέμφου από την θηλή και το έξω τμήμα του μαστού. Η εσωτερική οδός προς τα έσω μαστικά γάγγλια αποχετεύει κυρίως την λέμφο από το εν τω βάθει και έσω τμήμα του μαστού.

Λεμφογάγγλια του μαστού

α. Μασχαλιαία προς αυτά κατευθύνεται η έξω μαστική οδός, η οποία καταλήγει στα κεντρικά γάγγλια και από εκεί στις διάφορες άλλες ομάδες οι οποίες αναστομώνονται μεταξύ τους. Στα μασχαλιαία γάγγλια περιλαμβάνονται:

1. Έξω μαστικά, βρίσκονται κατά μήκος της πορείας της πλάγιας θωρακικής αρτηρίας. Αν και βρίσκονται κοντά στους μαστούς μόνο 72% των καρκινωμάτων του μαστού που μεθίστανται στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, συμπεριλαμβάνουν ως μεταστατική εστία και των ομάδα αυτών των λεμφαδένων.
2. Ωμοπλατιαία, κατά την πορεία της υποπλάτιας φλέβας. Βρίσκονται σε στενή σχέση με το θωρακορραχιαίο νεύρο και είναι συχνή η βλάβη του

νεύρου αυτού κατά την προσπάθεια εκτομής των αδένων, όταν έχουν διηθηθεί από καρκίνο.

3. Κεντρικά λεμφογάγγλια : είναι η μεγαλύτερη και πιο προσιτή στην ψηλάφηση ομάδα. Βρίσκεται επιφανειακά κάτω από το δέρμα της μασχάλης και είναι η συχνότερα προσβαλλόμενη από μεταστάσεις ομάδα.
4. Διαθωρακικά λεμφογάγγλια ή Rotter : βρίσκονται μεταξύ των 2 θωρακικών μυών. Ο Rotter, το 1989, διαπίστωσε ότι στο 33% των χειρουργικώς αφαιρούμενων για κακοήθεια μαστών τα διαθωρακικά λεμφογάγγλια ήταν διηθημένα. Σε νεώτερες μελέτες βέβαια το ποσοστό είναι σαφώς μικρότερο.
5. Γάγγλια της μασχαλιαίας φλέβας : βρίσκονται κατά μήκος του πλαγίου τμήματος της μασχαλιαίας φλέβας. Λόγω της στενής επαφής τους με την μασχαλιαία φλέβα, παρουσιάζονται ιδιαίτερα προβλήματα στην αφαίρεσή τους όταν έχουν διηθηθεί από μεταστατική νόσο.
6. Υποκλείδια λεμφογάγγλια (κορυφαίοι λεμφαδένες) βρίσκονται κάτω από τον τένοντα του υποκλειδίου μυ. Σ' αυτά καταλήγουν συλλεκτικές λεμφικές οδοί από όλες τις άλλες ομάδες μασχαλιαίων γαγγλίων. Η σημασία των αδένων αυτών είναι μεγάλη στον καρκίνο του μαστού. Αν διαπιστωθεί ότι έχουν διηθηθεί από μεταστατική νόσο, η χειρουργική θεραπεία μόνη δεν πρέπει να θεωρείται αρκετή.

β. Υπερκλείδια Λεμφογάγγλια. Διηθούνται όταν πλέον έχουν προσβληθεί τα υποκλείδια γάγγλια της υποκλειδοσφαγιτιδικής γωνίας και ψηλαφώνται επιφανειακά και πλάγια στην υπερκλείδια χώρα.

γ. Γάγγλια της Έσω Μαστικής. Συνήθως εντοπίζονται στο ύψος των τριών πρώτων μεσοπλευρίων διαστημάτων. Προς αυτά απάγεται η λέμφος της οπίσθιας και έσω επιφάνειας του μαστού, καθώς επίσης και λέμφος από το ήπαρ, το διάφραγμα και την άνω μοίρα του ορθού κοιλιακού μυ. Αν μεταστάσεις από καρκίνο του μαστού διηθήσουν λεμφαδένα της έσω μαστικής αλυσίδας στο 1ο και 2ο μεσοπλευρίο διάστημα, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα εισόδου μεταστατικών εμβόλων στη φλεβική κυκλοφορία.

ΜΥΕΣ του ΜΑΣΤΟΥ

Οι μύες που ανήκουν στην περιοχή του μαστού, παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την εγχειρητική του μαστού. Αναλυτικά στην περιοχή βρίσκονται :

- α.** Ο μείζων θωρακικός μυς
- β.** Ο ελάσσων θωρακικός μυς
- γ.** Ο πρόσθιος οδοντωτός μυς
- δ.** Ο πλατύς ραχιαίος μυς
- ε.** Ο κορακοβραχιόνιος μυς
- στ.** Ο έξω λοξός κοιλιακός μυς

2. ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ του ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ιστολογική του εικόνα, ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και το ορμονικό περιβάλλον του ατόμου.

Ο μαζικός αδένας είναι σύνθετος σωληνοειδής αδένας, που αποτελείται από 15-20 ακανόνιστους λοβούς, σε ακτινωτή διάταξη γύρω από την θηλή. Οι λοβοί περιβάλλονται από άφθονο λιπώδη ιστό, ενώ διαχωρίζονται μεταξύ τους από λωρίδες πυκνού συνδετικού ιστού. Κάθε λοβός έχει ένα γαλακτοφόρο πόρο, διαμέτρου 2 - 4,5 mm, που επενδύεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο και έχει ανώμαλη γωνιώδη διατομή. Πριν από την εκβολή του στην θηλή και κάτω από την θηλαία άλω, κάθε πόρος παρουσιάζει μια διεύρυνση που ονομάζεται γαλακτοφόρος κόλπος. Περιφερικότερα, ο πόρος στενεύει πάλι και καταλήγει τελικά στη θηλή με στόμιο διαμέτρου 0,4 - 0,7 mm.

Κάθε λοβός διαιρείται σε λόβια διαφόρων μεγεθών, τα μικρότερα από τα οποία αποτελούνται από επιμήκη σωληνάρια που ονομάζονται κυψελιδικοί πόροι και καταλήγουν σε σακκοειδείς διευθύνσεις, τις αδενοκυψέλες.

Τα εκκριτικά τμήματα των λοβίων, δηλ. οι κυψελιδικοί πόροι και οι αδενοκυψέλες αποτελούνται από κυβοειδές ή κυβοκυλινδρικό επιθήλιο και λεπτή βασική μεμβράνη. Ανάμεσα στα εκκριτικά επιθηλιακά και τη βασική μεμβράνη υπάρχουν τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα που με τις αποφυάδες τους σχηματίζουν αραιό δίκτυο με συσταλτικές ιδιότητες. Η ύπαρξη των μυοεπιθηλιακών κυττάρων ενισχύει την άποψη ότι οι μαστικοί αδένες έχουν μορφογεννητική σχέση με τους ιδρωτοποιούς αδένες. Κατά την διάρκεια του καταμήνιου κύκλου, παρατηρούνται μορφολογικές μεταβολές, τόσο στα επιθηλιακά στοιχεία, όσο και στον συνδετικό ιστό των μαστικών λοβίων. Οι περιοδικές μακροσκοπικές μεταβολές του μαστού, κατά τον καταμήνιο κύκλο, -που συνοδεύονται με υποκεμενικά ενοχλήματα στη γυναίκα-, οφείλονται σε υπεραιμία και σε οίδημα του συνδετικού ιστού και όχι σε μεταβολές των κυψελιδικών πόρων. Ο μαζικός αδένας δεν έχει κοινό τελικό εκφορυστικό πόρο, αλλά κάθε λοβός του αποτελεί ξεχωριστό σύνθετο κυψελωτό αδένα που διαθέτει δικό του γαλακτοφόρο πόρο.

Το δέρμα της θηλής και της θηλαίας άλω έχει πλούσια νεύρωση με ελεύθερες νευρικές απολήξεις. Περιφερικότερα της θηλής, το δέρμα διαθέτει πλούσιο δίκτυο νευρικών ινών γύρω από τους θυλάκους των τριχών καθώς και αισθητικές απολήξεις. Η πλούσια νεύρωση της θηλής είναι απαραίτητη για την διατήρηση της γαλακτοφορίας στη γαλουχία και την ενεργοποίηση του άξονα θηλής -υπόφυσης- προλακτίνης.

Κατά την εγκυμοσύνη, παρατηρείται μεγάλη διαφοροποίηση του μαστού. Στο πρώτο ήμισυ της κύησης παρατηρείται ταχεία ανάπτυξη των τελικών τμημάτων των πόρων και των αδενοκυψελών.

Στο δεύτερο ήμισυ, ο ρυθμός της υπερπλασίας του αδένου επιβραδύνεται και η παραπέρα αύξηση του μεγέθους των μαστών οφείλεται κυρίως στην αύξηση του μεγέθους των επιθηλιακών κυττάρων και σε πλήρωση του αυλού των αδενοκυψελών από κολλοειδές ηωσινόφιλο έκκρημα, πλούσιο σε γαλακτοπρωτείνες αλλά φτωχό σε λίπη. Το έκκρημα αυτό, που λέγεται πύαρ, εκκρίνεται τις 2-3 πρώτες μέρες της γαλουχίας, έχει υακτικές ιδιότητες και περιέχει αντισώματα για την παθητική ανοσοποίηση του νεογνού. Στη συνέχεια, και ενώ η λεμφοκυτταρική διήθηση του αδένου υποχωρεί, αρχίζει η παραγωγή γάλακτος, πλούσιου σε λιπίδια.

3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ του ΜΑΣΤΟΥ

Ο ρόλος των ορμονών

Ο μαστός στη γυναίκα εξυπηρετεί την αναπαραγωγική διαδικασία με διπλό τρόπο• ως μέσο πρόκλησης του άνδρα και κορυφαία ένδειξη θηλυκότητας και ερωτισμού και κυρίως ως μέσο εξωμήτριας υποστήριξης του νεογνού για ορισμένες από τις ανάγκες του. Η βιολογική αυτή αποστολή επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη του αδένου μέσω των σταδίων εξέλιξης μέχρι την τελική μορφή του και με την προετοιμασία για την κύρια λειτουργία του, που είναι η γαλουχία.

Ο μαστός για την ανάπτυξη και την λειτουργία του εξαρτάται αποκλειστικά από την επίδραση πολλαπλών αρμονικών παραγόντων. Οι ενδοκρινείς επιδράσεις γίνονται δυνατές από την παρουσία ειδικών υποδοχέων, που βρίσκονται στη μεμβράνη και τον πυρήνα των κυττάρων του αδενικού επιθηλίου και του διάμεσου και λιπώδους ιστού. Τέτοιοι υποδοχείς έχουν απομονωθεί για την προλακτίνη, τα οιστρογόνα, την προγεστερόνη, την αυξητική και τις θυρεοειδικές ορμόνες, την ινσουλίνη και τα γλυκοκορτικοειδή.

Η ενδοκρινική δραστηριότητα χαρακτηρίζεται από καθορισμένες χρονικά μεταβολές, γι' αυτό η ανάπτυξη και η λειτουργική κατάσταση του μαστού αποτελεί σε κάθε φάση της ζωής της γυναίκας έκφραση της δραστηριότητας του ενδοκρινικού της συστήματος. Κυρίως όμως η δραστηριότητα αυτή καθορίζεται από την έκκριση προλακτίνης από την υπόφυση και των στεροειδών ορμονών του φύλου από τις ωοθήκες.

Από όλες τις ορμόνες με μαστοτρόπο δράση, η προλακτίνη φαίνεται ότι ασκεί κυρίαρχη επίδραση στα επιθηλιακά στοιχεία του μαστού, αλλά αυτή εκδηλώνεται κυρίως σε συνεργεία με τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη (ορμόνες που παράγονται από τις ωοθήκες μετά την επίδραση των γοναδοτρόπων ορμονών του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης)• μάλιστα, τα οιστρογόνα φαίνεται ότι αυξάνουν τον αριθμό υποδοχέων για την προλακτίνη.

Ο ρόλος των οιστρογόνων στην ανάπτυξη και λειτουργία του μαστού είναι πολύπλοκος και απαιτεί την σύγχρονη δράση της προλακτίνης κυρίως,

και λιγότερο της αυξητικής ορμόνης. Με την παρουσία αυτών, τα οιστρογόνα ασκούν επίδραση στο αδενικό επιθήλιο, προάγοντας την ανάπτυξη του εκφορητικού συστήματος με επιμήκυνση και πάχυνση των γαλακτοφόρων πόρων.

Η προγεστερόνη, όπως και τα οιστρογόνα, δεν ασκεί βιολογική δράση στο μαστό παρά μόνο με την συνεργική δράση των υποφυσικών ορμονών και των οιστρογόνων. Η δράση της συνίσταται στην αύξηση του μεγέθους των λοβίων του μαζικού αδένος, πολλαπλασιασμό των αδενοκυψελών και εμφάνιση εκκριτικών χαρακτηριστικών στα κύτταρά τους.

Η αυξητική ορμόνη και η ινσουλίνη είναι αναγκαίες, κυρίως για την συνεργική τους δράση με την προλακτίνη, ενώ η παρουσία γλυκοκορτικοειδών και θυρεοειδικών ορμονών φαίνεται απαραίτητη για τις περισσότερες φάσεις της ανάπτυξης και της λειτουργίας του μαστού. Ειδικά για τις ορμόνες θυροξίνη και τριιωδοθυρονίνη, επικρατεί η άποψη ότι σχετίζονται με την παθογένεια προβλημάτων του αδένος, αφού η συχνότητα θυρεοειδοπάθειας σε καλοήθεις μαστοπάθειες και νεοπλάσματα του μαστού έχει βρεθεί σημαντικά αυξημένη.

Σε μικρό διάστημα από την γέννηση, όταν η παραγωγή οιστρογόνων - προγεστερόνης είναι ελάχιστη, ο μαστός αποτελείται από μικρούς γαλακτοφόρους πόρους, χωρίς κυτίδια, ινώδη και λιπώδη ιστό. Με την ενήβωση, αυξάνεται αισθητά η παραγωγή υποφυσιακών γοναδοτροπινών, αυξάνεται η παραγωγή οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης και αρχίζει βαθμιαία η ανάπτυξη του αδενικού ιστού, η απόθεση λίπους και η ανάπτυξη συνδετικού ιστού.

Συνέπεια των φυσιολογικών μεταβολών της έκκρισης των ορμονών είναι οι αυξομειώσεις του μεγέθους, της ευαισθησίας, της θερμοκρασίας και της εκκριτικής λειτουργίας του μαστού. Την εικόνα ηρεμίας αμέσως μετά την περίοδο και κατά την πρώτη φάση του κύκλου ακολουθεί κατάσταση αυξημένου μεγέθους, μεγαλύτερης ευαισθησίας και υψηλότερης θερμοκρασίας κατά την ωχρινική και προεμμηνορροιακή φάση.

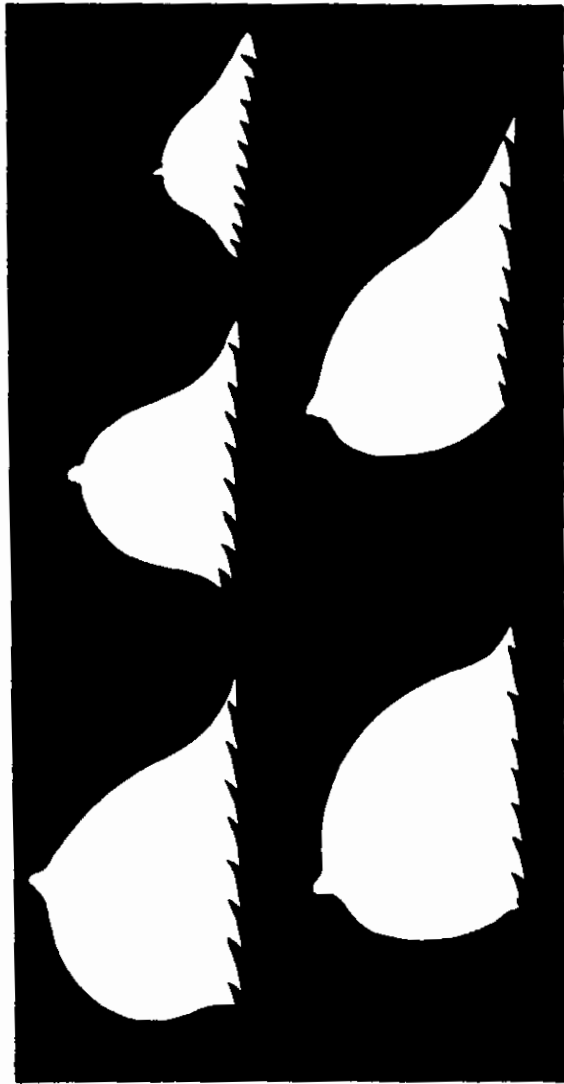
Στους άνδρες η περίοδος της ανάπτυξης του μαστού, που αρχίζει από την ενήβωση, είναι παροδική και συνοδεύεται από ηρεμία και παλινδρόμηση.

Από την εκτίμηση της σχέσης Γεννητικών ορμονών - Μαστού γίνεται εύκολα αντιληπτό γιατί η περίοδος της πιο μεγάλης λειτουργίας

-δραστηριότητας του αδένου συμπίπτει με την δημιουργικότερη εκδήλωση του γεννητικού συστήματος, την κύηση. Κατά την διάρκεια της κύησης αναπτύσσεται βαθμιαία και λειτουργεί ένας νέος αδένου, ο πλακούντας, που κατακλύζει την γυναίκα με τεράστιες ποσότητες από προϋπάρχουσες ορμόνες (οιστρογόνα - προγεστερόνη) ή νεοεμφανιζόμενες (πλακουντικό γαλακτογόνο), που ασκούν άμεση ή έμμεση δράση στο μαστό. Ως συνέπεια αυτών των επιδράσεων ο αδένου αναπτύσσεται στο μέγιστο δυνατό μορφολογικό και λειτουργικό βαθμό. Παράλληλα με την παρουσία του πλακουντικού γαλακτογόνου, η αυξημένη έκκριση της προλακτίνης προετοιμάζει τον μαστό για την παραγωγή γάλακτος. Η προλακτίνη ειδικά έχει την ευθύνη για την έναρξη, αλλά και την διατήρηση της γαλουχίας στη γυναίκα μετά τον τοκετό. Η έκκριση της υποφυσικής αυτής ορμόνης, με την επίδραση του πλακουντικού κολλαγόνου, αυξάνεται από τον 5ο μήνα της κύησης και βαθμιαία, ώστε η συγκέντρωσή της να φτάνει στο 10πλάσιο περίπου εκείνης των μη έγκυων γυναικών.

Το γάλα εκκρίνεται συνεχώς μέσα στις αδενοκυψέλες των μαστών, αλλά δεν ρέει εύκολα από αυτές προς τους γαλακτοφόρους πόρους και δεν εκρέει συνεχώς από τις θηλές των μαστών. Όταν το νεογνό θηλάζει, όμως, αισθητικές ώσεις περνούν στο νωτιαίο μυελό και μετά στον υποθάλαμο, προκαλώντας την έκκριση της ορμόνης ωκυτοκίνης. Η ορμόνη αυτή φθάνει με την κυκλοφορία του αίματος στους μαστούς και προκαλεί συστολή των τοιχωμάτων των αδενοκυψελών με αποτέλεσμα την έκθλιψη του γάλακτος στους γαλακτοφόρους πόρους. Έτσι 30 sec - 1 min από την στιγμή που το νεογνό αρχίζει να θηλάζει, αρχίζει η απέκκριση του γάλακτος.

Συμπερασματικά, από τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν διαφαίνεται η στενή σχέση του αδένου με την γενικότερη ενδοκρινική δραστηριότητα, που φτάνει σε βαθμό πλήρους εξάρτησης. Συνεπώς, στα πλαίσια της σχέσης αυτής, σε κάθε ενδοκρινολογία πρέπει να εκτιμάται η μορφο-λειτουργική κατάσταση του μαστού, ενώ σε προβλήματα του μαστού πρέπει απαραίτητα να διερευνάται η δραστηριότητα του ενδοκρινικού συστήματος.



ΕΙΚΟΝΑ 1. Διάφορες μορφές μαστών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ - ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερα εντοπιζόμενος καρκίνος στις γυναίκες των αναπτυγμένων χωρών (με εξαίρεση την Ιαπωνία) και στην Ελλάδα, ενώ η εμφάνισή του στους άνδρες είναι σπανιότατη. Η συχνότητά του έχει αυξηθεί κατά πολύ τα τελευταία χρόνια, γεγονός που ανεβάζει ψηλά και τα ποσοστά θνησιμότητας. Η αύξηση αυτή δικαιολογείται κατ' αρχήν από το γεγονός ότι σήμερα η διάγνωση τίθεται ευκολότερα, και κατά δεύτερον από το ότι ο μέσος όρος ζωής έχει ανέβει πολύ τις τελευταίες δεκαετίες. Με την επιμήκυνση αυτή του μέσου όρου ζωής, περισσότερος πληθυσμός σήμερα εισέρχεται στην "ηλικία περιόδου του καρκίνου".

Τα κυριότερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του μαστού είναι:

1. Η μεγάλη διεθνής μεταβλητότητα, που παρατηρείται κυρίως στις μεγαλύτερες ηλικίες.
2. Η σαφής προστατευτική επίδραση της πρώτης ολοκληρωμένης εγκυμοσύνης, όταν συμβεί σε νεαρή ηλικία.
3. Η απουσία σχέσης της ασθένειας με τον θηλασμό.
4. Η προστατευτική επίδραση της πρώιμης εμμηνόπαυσης.
5. Η αναμφισβήτητη σχέση του καρκίνου μαστού και της κυστικής μαστίτιδας.
6. Η διαπιστωμένη συμβολή κληρονομικών παραγόντων.

Από την γεωγραφική κατανομή διαπιστώνουμε μεγάλες διακυμάνσεις στην θνησιμότητα, οι οποίες κυμαίνονται από 25-30/100.000 γυναίκες στη Βρετανία, Δανία, Ολλανδία, τις ΗΠΑ και τον Καναδά και από 3-8/100.000 γυναίκες στην Ιαπωνία, το Μεξικό και την Βενεζουέλα.

Στην πλειονότητα των χωρών, η αργή αλλά σταθερή αύξηση της θνησιμότητας από καρκίνο μαστού αποδίδεται κυρίως στην αύξηση του μέσου όρου ζωής.

Ο καρκίνος μαστού δεν εμφανίζεται συχνά σε ηλικία κάτω των 25 ετών, ενώ η συχνότητά του αυξάνεται σταθερά, φθάνοντας στο αποκορύφωμα στις μεγάλες ηλικίες. Στις ΗΠΑ υπάρχει σταθερή αύξηση των περιπτώσεων, τέτοια που 1 στις 11 γυναίκες τελικά θα νοσήσει από αυτόν τον καρκίνο σε κάποιο στάδιο της ζωής της. Επίσης, από τους καρκίνους των γυναικών, ο καρκίνος του μαστού αντιπροσωπεύει την υπ' αριθμόν << ένα >> αιτία θανάτου. Η American Cancer Society υπολόγισε σε 110.000 τις περιπτώσεις καρκίνου μαστού το 1984.

Με βάση τα στοιχεία της Connecticut Cancer Registry : α) η συχνότητα του καρκίνου μαστού είναι μεγαλύτερη στις λευκές γυναίκες. Εντούτοις, έχει αυξηθεί στις μαύρες κατά 25%. β) Κάθε 15 λεπτά, 3 νέες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται και μια γυναίκα πεθαίνει στις ΗΠΑ. γ) Ο καρκίνος μαστού φαίνεται να είναι ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών και με διπλάσια σχεδόν συχνότητα από τον "ανταγωνιστή" του, καρκίνο του παχέως εντέρου.

Στις ΗΠΑ συμβαίνει επίσης και το εξής παράδοξο* αν και η εμφάνιση του καρκίνου μαστού έχει αυξηθεί, η θνησιμότητα έχει ελάχιστα μεταβληθεί. Αυτό φαίνεται από τα στοιχεία του Cancer facts and figures (1979), σύμφωνα με τα οποία στην τριετία 1949-1951 αναφέρθηκαν 22 θάνατοι από καρκίνο μαστού / 100.000 άτομα ενώ στην τριετία 1974-1976 αναφέρθηκαν 22,1 θάνατοι / 100.000 άτομα για την ίδια νόσο. Η αιτία αυτού του παράδοξου φαινομένου δεν έχει εξακριβωθεί. Βέβαια, αυξανόμενη εμφάνιση και σταθερή θνησιμότητα του καρκίνου μαστού δεν είναι κάτι το ασυμβίβαστο. Ως πιθανές ερμηνείες παρουσιάζονται η βελτιωμένη χειρουργική θεραπεία και ο πιθανός θάνατος από άλλη αιτία εκτός, από τον ήδη εξελισσόμενο καρκίνο μαστού.

Από το 1962, ο R.O.V. εκδίδει το World Statistics Annual που περιλαμβάνει τους δείκτες θνησιμότητας του καρκίνου σε 45 χώρες. Από αυτούς τους δείκτες γίνεται φανερό πως τα ποσοστά θνησιμότητας είναι εντυπωσιακά διαφορετικά στις διάφορες χώρες. Φαίνεται ακόμη πως η θνησιμότητα της νόσου στην Ελλάδα είναι πολύ μικρότερη παρά σε άλλες αναπτυγμένες ευρωπαϊκές και βορειοαμερικανικές χώρες. Το ίδιο συμβαίνει και με την συχνότητα.

Η Ελλάδα αποτελεί τη μοναδική χώρα - μέλος της E.O.K. που δεν διαθέτει αρχεία καταγραφής νεοπλασμάτων. Οι περιπτώσεις νοσηλείας καταγράφονται βέβαια, αλλά αυτές σε αρκετές περιπτώσεις είναι ελλιπείς,

υπόκεινται σε διπλοκαταγραφές, δεν έχουν συγκεκριμένες πληθυσμιακές αντιστοιχίες και η ποιότητά τους ποικίλει.

Εναλλακτικά, η μόνη εφικτή προσέγγιση, για την αξιολόγηση του μεγέθους και των προοπτικών του προβλήματος "καρκίνος" στη χώρα μας, είναι η χρησιμοποίηση των στατιστικών θνησιμότητας και τα ερευνητικά προγράμματα των διάφορων ογκολογικών ή πανεπιστημιακών νοσοκομείων.

Σύμφωνα, ωστόσο, με τα επίσημα στοιχεία της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας υπολογίζεται ότι 3.500 νέες περιπτώσεις καρκίνου μαστού διαπιστώνονται στην Ελλάδα, από τις οποίες οι 1.500 πεθαίνουν.

Η συχνότητα του καρκίνου μαστού είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες των 40 - 50 ετών και αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία μέχρι το 50^ο έτος· στη συνέχεια όμως, παραμένει στο ίδιο επίπεδο, χωρίς ανοδικές ή καθοδικές τάσεις. Η κατανομή κατά ηλικίες είναι σχεδόν ίδια σε όλες τις χώρες. Με απόλυτα κριτήρια επίπτωσης ανά πληθυσμιακή ομάδα ηλικίας, η αναλογία είναι πολύ μεγαλύτερη σε προχωρημένες ηλικίες.

Η συχνότητα του καρκίνου μαστού είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

Οι ιδιομορφίες, που εμφανίζονται στην επίπτωση της νόσου στις διάφορες ομάδες, ξεκινούν από πληθώρα παραγόντων που μπορεί να επιδρούν στις ομάδες αυτές. Σ' αυτούς περιλαμβάνονται οι γάμος-τεκνοποίηση, ηλικία κατά την πρώτη γέννηση και θήλασμός. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι στις άγαμες υπάρχει 73% μεγαλύτερη επίπτωση από ότι στις έγγαμες. Χαρακτηριστικά, αναφέρεται μεγάλη συχνότητα προσβολής των μοναχών. Μεταξύ έγγαμων γυναικών ηλικίας άνω των 35 ετών, οι άτοκες προσβάλλονται συχνότερα από τις έγγαμες που έχουν γεννήσει· έγγαμες που θήλασαν τα παιδιά τους εμφάνισαν μόνο πολύ μικρές διαφορές σε σχέση με γυναίκες που δεν τα θήλασαν.

Η κοινωνική και οικονομική κατάσταση είναι παράγοντας που δύσκολα μπορεί να μετρηθεί με αυστηρά κριτήρια. Ως μέτρο λαμβάνονται συνήθως οι γραμματικές γνώσεις και η εργασία. Γενικά, πιστεύεται ότι ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις μορφωμένες και στις γυναίκες με υψηλό οικονομικό εισόδημα.

Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της μεγαλύτερης εντόπισης του καρκίνου μαστού στις ΗΠΑ, την Κεντρική και Βόρεια Ευρώπη, ενώ έχει ενδιάμεση συχνότητα στα Βαλκανικά κράτη και την Ανατολική Ευρώπη, μικρότερη συχνότητα στις γυναίκες της Νότιας Ασίας και σπανίως εμφανίζεται στο γυναικείο πληθυσμό της Ιαπωνίας και Ινδονησίας. Γενικά, οι γυναίκες της κίτρινης φυλής έχουν την χαμηλότερη συχνότητα καρκίνου του μαστού.

Εντόπιση

Ως προς την ανατομική θέση του μαστού, η συχνότητα εντόπισης του καρκίνου σε εκατοστιαία ποσοστά έχει ως εξής:

κατά 47% ο καρκίνος προσβάλλει το άνω και έξω τεταρτημόριο,

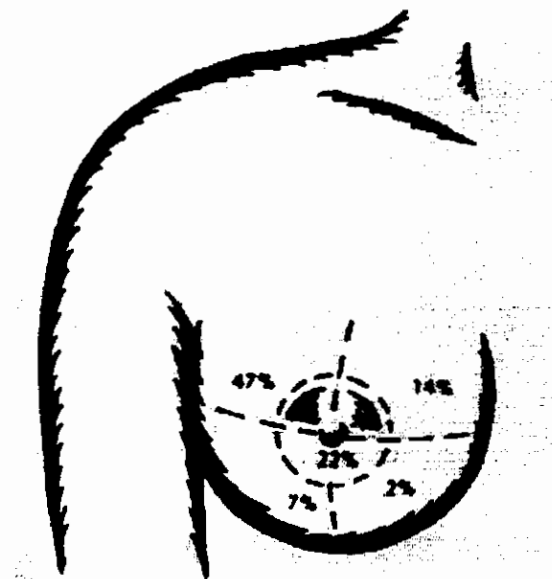
κατά 14% το άνω και έσω τεταρτημόριο,

κατά 7% το κάτω και έξω "

κατά 2% το κάτω και έσω "

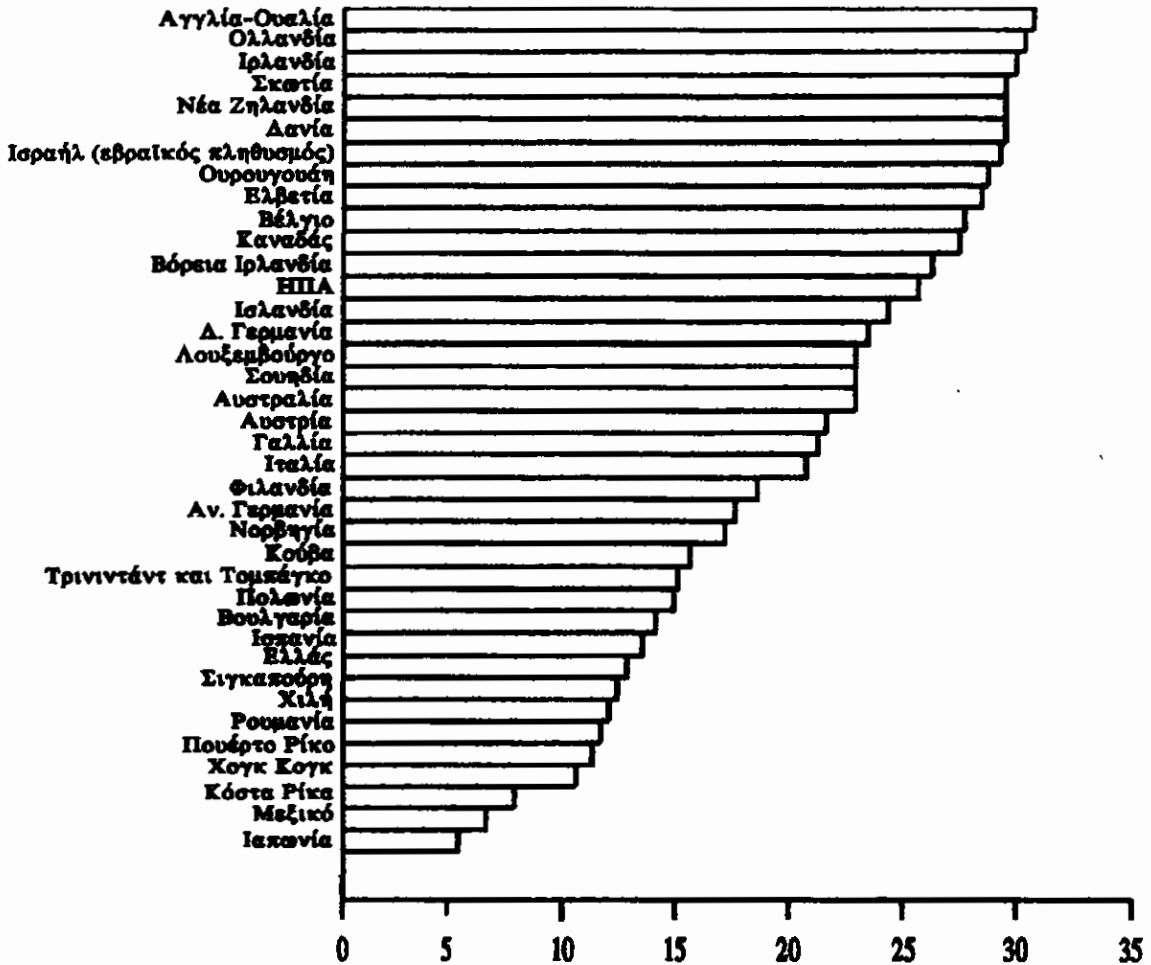
κατά 22% το κέντρο της θηλής.

Υπάρχει πιθανότητα προσβολής και του άλλου μαστού σε ποσοστό 20%. Ο συχνότερα προσβαλλόμενος από καρκίνο μαστός είναι ο αριστερός.



ΕΙΚΟΝΑ 2. Συχνότητα εντόπισης του καρκίνου του μαστού (Κάζλαρης 1975).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Μέσοι ετήσιοι δείκτες θνησιμότητας για τον καρκίνο του μαστού/
100.000 γυναίκες για τα έτη 1973 - 1975 (Πάλλης 1984).



2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο καρκίνος του μαστού, ασθένεια γνωστή από την αρχαιότητα, μαστίζει σήμερα τον γυναικείο πληθυσμό και αποτελεί την συχνότερη αιτία θανάτου στις γυναίκες μέσης ηλικίας (40-55 ετών), στον Δυτικό κόσμο.

Όπως συμβαίνει όμως με την πλειονότητα των κακοηθών όγκων, οι γνώσεις μας γύρω από τα γενεσιουργά αίτια της νόσου είναι ακόμη πολύ περιορισμένες. Το μόνο που έχει διευκρινιστεί είναι μια σειρά από επιδημιολογικούς παράγοντες που η ύπαρξή τους τοποθετεί την γυναίκα στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό.

Στην επιδημιολογία, η αιτιολογική σχέση ενός παράγοντα και ενός νοσήματος θα μπορούσε να οριστεί ως << η σχέση μεταξύ ενός παράγοντος και ενός νοσήματος, κατά την οποία η προσθήκη, η απομάκρυνση, ή η μεταβολή της έντασης του παράγοντος ακολουθείται από μεταβολή της συχνότητας (σε ομαδική βάση) ή της πιθανότητας (σε ατομική βάση) του νοσήματος >>. Κάθε παράγοντας που σχετίζεται στατιστικώς με ένα νόσημα ονομάζεται <<παράγοντας κινδύνου>> για το νόσημα αυτό, είτε η συσχέτιση είναι αιτιολογική, είτε δευτερογενής πλασματική (δηλ. δεν υπάρχει οποιαδήποτε αιτιολογική σημασία).

Τα τελευταία χρόνια, πολλές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες συνέβαλαν στην ταυτοποίηση διαφόρων μεταβλητών που σχετίζονται, είτε ως παράγοντες κινδύνου είτε ως δυνητικοί αιτιολογικοί παράγοντες με τον καρκίνο του μαστού. Οι παράγοντες αυτοί είναι γεννητικοί, ορμονικοί, περιβαλλοντικοί συνήθειες και τρόπος ζωής και εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική σχέση με τον καρκίνο μαστού αλλά κανένας από αυτούς δεν είναι ικανός προρρητικός παράγοντας ούτε εξηγεί το μηχανισμό γέννησης της νόσου. Η πιθανότητα να αναπτύξει μια γυναίκα καρκίνο μαστού στα επόμενα χρόνια της ζωής της πιθανόν να εξαρτάται από την ηλικία της και τους παράγοντες κινδύνου, οι κυριότεροι από τους οποίους είναι:

1. ΦΥΛΟ

Το φύλο αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου, μια που είναι γνωστό ότι οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο μαστού, από τους άνδρες.

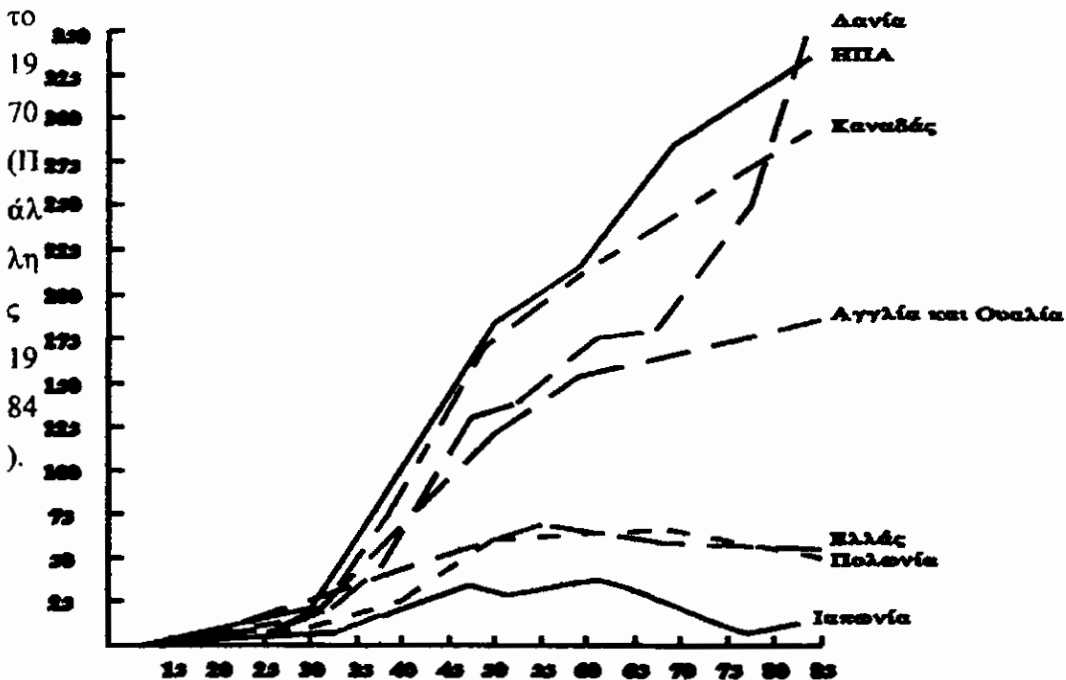
2. ΗΛΙΚΙΑ

Η ηλικία μιας γυναίκας παίζει σπουδαίο ρόλο όσον αφορά την πιθανότητα να νοσήσει. Κάτω των 25 ετών, η νόσος είναι πολύ σπάνια· μόνο 0,2% εκείνων που αναπτύσσουν καρκίνο μαστού βρίσκονται σ' αυτή την ηλικία.

Ο καρκίνος γίνεται κάπως συχνότερος μεταξύ 25-30 ετών. Τότε η βιοψία δεν πρέπει να καθυστερεί.

Μετά την ηλικία των 30 ετών η νόσος αυξάνεται απότομα σε συχνότητα και εξακολουθεί να αυξάνεται για το υπόλοιπο της ζωής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Ετήσια κατά ηλικία επίπτωση του ΚΜ σε επτά διαφορετικές χώρες



3. ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το 1936, ο Bittner βρήκε ότι στα ποντίκια η ανάπτυξη καρκίνου του μαστού εξαρτάται από έναν παράγοντα που μεταφέρεται με το μητρικό γάλα κατά τον θηλασμό. Σήμερα ξέρουμε ότι ο παράγων αυτός είναι ιός Β τύπου RNA, και αναφέρεται στην διεθνή βιβλιογραφία ως MMTV (mouse mammary tumour virus).

Σε μελέτες που έγιναν σε ανθρώπινο γάλα βρέθηκαν ενδείξεις τμημάτων ογκορναϊού σε σημαντικό ποσοστό γυναικών που είχαν στο κληρονομικό τους περιπτώσεις με καρκίνο μαστού. Μορφολογικά, υπάρχουν πολλές ομοιότητες μεταξύ των ιών του γάλακτος των καρκινοπαθών γυναικών και του MMTV καθώς και μεταξύ του RNA από καρκινικό ιστό μαστού γυναικών και RNA του MMTV.

Όλα αυτά είναι ενδείξεις ότι ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες οφείλεται σε έναν ιό, ο οποίος είναι δυνατόν ευρισκόμενος σε λανθάνουσα κατάσταση να δραστηριοποιηθεί από την επίδραση άλλων ενδοκρινικών, διαιτητικών και γενετικών παραγόντων.

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε γενεαλογικά δέντρα για την επίπτωση του καρκίνου μαστού αποδεικνύουν την κληρονομική επικράτηση της νόσου σε ειδικές οικογένειες.

Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη καρκίνου μαστού είναι αυξημένος σε γυναίκες με βεβαρυμένο κληρονομικό ιστορικό. Γυναίκες των οποίων η μητέρα ή η αδελφή είχε καρκίνο μαστού, έχουν 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν την νόσο. Η πιθανότητα αυτή μπορεί να αυξηθεί μέχρι 8 φορές αν ο καρκίνος εμφανίστηκε πριν την εμμηνόπαυση ή ήταν αμφοτερόπλευρος (έρευνα D. Anderson και M. Badzioch, 1988).

5. ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι παράγοντες αυτοί φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, χωρίς να είναι ακόμα γνωστό ποιές διαταραχές του μεταβολισμού των ορμονών είναι υπεύθυνες. Σύμφωνα, λοιπόν, με τα επιδημιολογικά ευρήματα:

α. Η μακρά αναπαραγωγική ηλικία μιας γυναίκας (πρώμη εμμηναρχί, καθυστερημένη εμμηνόπαυση) σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο.

β. Η τεχνητή εμμηνόπαυση, δηλ. η αμφοτερόπλευρη, ωθηκεκτομή προστατεύει τις γυναίκες σε σημαντικό βαθμό έναντι της νόσου. Η προστασία που παρέχει είναι τόσο μεγαλύτερη όσο μικρότερη είναι η ηλικία της γυναίκας κατά την επέμβαση (κάτω των 45 χρόνων). Η προστατευτική επίδραση γίνεται έκδηλη αφού περάσουν 10 περίπου χρόνια μετά την επέμβαση και διαρκεί για όλη την υπόλοιπη ζωή.

γ. Ο γάμος και η τεκνοποίηση φαίνεται να ασκεί προστατευτική δράση. Έχει διαπιστωθεί ότι η σχετική συχνότητα του καρκίνου μαστού είναι μεγαλύτερη στις άγαμες γυναίκες• μεταξύ των έγγαμων είναι μεγαλύτερη στις άτεκνες. Η εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία πιστεύεται ότι προασπίζει την γυναίκα από τον καρκίνο μαστού. Γυναίκες που γέννησαν σε μικρή ηλικία, κάτω των 20 χρονών, έχουν 1/3 της πιθανότητας να πάθουν καρκίνο σε σύγκριση με εκείνες που γέννησαν μετά τα 35, όπου η πιθανότητα τριπλασιάζεται.

Η προστατευτική επίδραση που ασκεί ο τοκετός σε νεαρή ηλικία εξακολουθεί για όλη την μετέπειτα ζωή. Επιστημαίνεται ότι είναι δυνατή κατά 30% μείωση της επίπτωσης της νόσου σε έναν πληθυσμό, αν μειωθεί η ηλικία της πρώτης τελειόμηνης εγκυμοσύνης κατά 5 χρόνια. Δεν έχουν όμως την ίδια προστατευτική δράση οι λοιπές τελειόμηνες εγκυμοσύνες, ούτε και η διακοπή της κύησης σε πολύ νεαρή ηλικία.

Στην Ελλάδα μελέτη των Βασιλάρου et al (1982) η οποία θέλησε να δείξει την σημασία του παράγοντος της τεκνοποίησης στην δημιουργία καρκίνου μαστού είχε τα εξής αποτελέσματα : σε σύνολο 10.000 γυναικών χωρίς παιδιά βρέθηκαν 750 καρκινοπαθείς, ποσοστό 7,5%. Στις γυναίκες κάτω των 40 ετών βρέθηκαν 128, ποσοστό 2,2%, ενώ στις γυναίκες άνω των 40 ετών 622, ποσοστό 14,6%.

Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται ότι ο δείκτης κινδύνου στις γυναίκες άνω των 40 ετών αυξάνεται με την ηλικία και είναι σαφώς μεγαλύτερος στις άτεκνες σε σχέση με την ίδια ομάδα γυναικών με ένα ή περισσότερα παιδιά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Αριθμός τοκετών κατά ηλικία και ΚΜ (Βασιλαρος et al 1984).

Αριθμός τοκετών	Ηλικία	Αριθμός γυναικών	Αριθμός καρκινωμάτων	%	Δείκτης κινδύνου
≥ 1	41- 45	972	57	5,9	1,0
	46 -50	798	83	10,5	1,8
	51- 55	401	62	15,5	2,6
	> 56	509	168	33,0	5,6
0	41- 45	221	15	6,8	1,2
	46- 50	196	22	11,2	1,9
	51- 55	122	19	15,6	2,7
	>56	168	69	41,1	7,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Καρκίνος του μαστού σε 10.000 γυναίκες (Βασιλαρος et al 1982).

Ηλικία	Αριθμός γυναικών	%	Αριθμός καρκινωμάτων	%
<40	5.750	58	128	2,2
> 40	4.250	42	622	14,6
Σύνολο	10.000	100	750	7,5

δ. Από πρόσφατες μελέτες έχει αποδειχθεί, αντίθετα από ότι πιστευόταν στο παρελθόν, ότι ο **θηλασμός** δεν παίζει προστατευτικό ρόλο έναντι του καρκίνου μαστού, ούτε αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την γυναίκα που δεν έχει θηλάσει. Επίσης δεν έχει σχέση αν η ίδια η γυναίκα έχει θηλάσει από την μητέρα της.

ε. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η παρατεταμένη **χορήγηση οιστρογόνων** στις μεταεμμηνόπαυσιακές γυναίκες έχει σαν αποτέλεσμα τον αυξημένο

κίνδυνος προσβολής). Στις γυναίκες που είναι επιρρεπείς να αναπτύξουν μαστοπάθεια ή σε όσες πάσχουν από αυτήν δεν συνίσταται η χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών χαπιών. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην ηλικία της γυναίκας (όχι < 20 ή > 40) κατά την λήψη του χαπιού, η οποία πρέπει να γίνεται κάτω από ιατρική παρακολούθηση.

6. ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ

Ένας άλλος παράγοντας που εξετάζεται από τους σύγχρονους ερευνητές είναι η ομάδα αίματος. Σύμφωνα με τις μελέτες που έχουν γίνει, είναι πια βέβαιο πως οι γυναίκες με ομάδα αίματος A έχουν αυξημένο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού. Είναι αδύνατον όμως, να δοθεί κάποια εξήγηση στην διαπίστωση αυτή και η έρευνα συνεχίζεται στα εργαστήρια των βιοχημικών.

7. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ορισμένες εξωτερικές επιδράσεις φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην καρκινογένεση. Συγκεκριμένα :

α. Διατροφή. Οι διαφορετικές συνήθειες διατροφής πιθανολογείται ότι ευθίζονται για τις παρατηρούμενες διαφορές στην συχνότητα του καρκίνου του μαστού στις διάφορες χώρες. Πολλοί ερευνητές σ' όλο τον κόσμο επικεντρώνουν την προσοχή τους σ' ένα παράγοντα που συνθέτει το Λυτικό τρόπο ζωής: την δίαιτα πλούσια σε λίπη. Οι επιστήμονες γνωρίζουν τουλάχιστον εδώ και 40 χρόνια ότι μια δίαιτα πλούσια σε λίπη αυξάνει τα ποσοστά καρκίνου του μαστού σε πειραματόζωα. Έχουν επίσης παρατηρήσει πως οι διάφοροι τύποι καρκίνου του μαστού σε διάφορες χώρες σχετίζονται εμφανώς με τα ποσοστά κατανάλωσης λίπους στην δίαιτά τους.

Οι ΗΠΑ, η Μ. Βρετανία και η Ολλανδία, χώρες που έχουν από τις πιο πλούσιες δίαιτες σ'όλο τον κόσμο, έχουν επίσης τα υψηλότερα ποσοστά καρκίνου του μαστού.

Όσον αφορά την θεωρία ότι γενετικοί παράγοντες ίσως είναι υπεύθυνοι για τέτοια εθνική διαφοροποίηση οι επιστήμονες έψαξαν τις ομάδες των μεταναστών. Έτσι, βρήκαν πως όταν Ιάπωνες μεταναστεύουν στην Αμερική ή Ιταλοί στην Αυστραλία, τα προηγούμενα χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού αυξάνονται τόσο ώστε να συμβαδίζουν με τα υψηλά ποσοστά των χωρών στις οποίες έχουν πάει σε μια ή δύο γενιές, καθώς η διαίτα και ο τρόπος ζωής τους έχουν αλλάξει. Τα αποτελέσματα είναι πολύ πειστικά για να πιστέψουμε ότι ίσως η σχέση αυτή να είναι τυχαία.

Οι Ιάπωνες επιστήμονες είναι πεπεισμένοι για την άμεση σχέση διατροφής - καρκίνου μαστού. Η νόσος αυτή είναι από τις πιο γρήγορα αυξανόμενες ασθένειες ανάμεσα στις Ιαπωνέζες, σε ποσοστά αύξησης έως 58% για την δεκαετία 1975 - 1985. Ο μεγαλύτερος παράγοντας πίσω από αυτήν την αύξηση είναι η δυτικοποίηση των διατροφικών συνηθειών.

Οι καρδιοπάθειες επίσης αυξήθηκαν και έχουν επίσης σχέση με μια υπερ-λιπιδική διαίτα. Από την άλλη μεριά, αν οι τρέχοντες ρυθμοί συνεχιστούν ο καρκίνος του μαστού θα υποκαταστήσει τον καρκίνο στομάχου.

Δεν συμμερίζονται όλοι την πεποίθηση ότι τα λίπη είναι ο ενοχοποιητικός παράγων. Οι αντίθετοι υποστηρίζουν ότι οι στατιστικοί συσχετισμοί δεν είναι ικανοί να αποδείξουν την σχέση αιτίας-αποτελέσματος. Αρκετοί επιστήμονες υποστηρίζουν πως δεν είναι μόνο η διατροφή που συνθέτει τον τρόπο ζωής μας.

Ο **Dr. Willet** προσθέτει ότι τα ποσοστά του καρκίνου μαστού τείνουν να είναι υψηλότερα στις πλούσιες χώρες, όπου οι άνθρωποι τρέφονται καλύτερα. Στις περιοχές αυτές της αφθονίας τα κορίτσια αρχίζουν να έχουν έμμηνη ρύση σε πολύ μικρή ηλικία. Οι γυναίκες τείνουν να τεκνοποιούν σε μεγαλύτερη ηλικία και η εμμηνόπαυση επίσης καθυστερεί. Όλα αυτά είναι δείκτες κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου στον μαστό. Ο **Dr. King** συμπληρώνει ότι γυναίκες πιο μορφωμένες και με περισσότερες ευκαιρίες για καριέρα, έχουν επιμηκύνει την ηλικία τεκνοποίησης ή και επιλέγουν την ατεκνία (επίσης παράγοντας κινδύνου). Όλα αυτά τα πράγματα, δηλαδή, που

κάνουν μια γυναίκα "υγιή", μορφομένη, με δυνατότητα καριέρας, την θέτουν επίσης σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση της νόσου.

Πολλοί ερευνητές πιστεύουν πως για να περιοριστεί ο κίνδυνος πρέπει να μειωθούν τα λίπη, στη δίαιτά μας, κατά 20% τουλάχιστον, για τον επιλέον λόγο ότι οι ευτραφείς γυναίκες εμφανίζουν καρκίνο στο μαστό σε μεγαλύτερα ποσοστά από τις αδύνατες. Επίσης, υποστηρίζεται ότι οι ψηλές γυναίκες διατρέχουν περισσότερο κίνδυνο από τις υπόλοιπες· η θεωρία αυτή όμως δεν έχει αποδειχθεί επιστημονικά.

β. Κάπνισμα. Όπως είναι γνωστό, το κάπνισμα είναι βασικός παράγων καρκινογένεσης και αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο διαφόρων συστημάτων και ομάδων. Έχει αποδειχθεί ότι είναι η κύρια αιτία του καρκίνου του πνεύμονα, αυξάνει τα ποσοστά του καρκίνου της μήτρας ενώ μειώνει τα ποσοστά του καρκίνου του ενδομητρίου. Δεν έχει αποδειχθεί άμεση σχέση του με τον καρκίνο του μαστού. Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι δεν επηρεάζει καθόλου την νόσο, και άλλοι ότι ασκεί ήπια προστατευτική δράση.

γ. Ιοντίζουσα ακτινοβολία. Ο μαστός είναι τα πιο ευπαθή όργανα στις επιδράσεις της ιοντίζουσας ακτινοβολίας. Η αύξηση του κινδύνου προσβολής εξαρτάται από την χορηγούμενη δόση ακτινοβολίας. Έτσι, ενώ η αύξηση αυτή είναι ελάχιστη για ακτινοβολία 10 rads, γίνεται πραγματικά τεράστια για δόσεις 100 rads. Όσο μικρότερη είναι η ηλικία κατά την έκθεση τόσο, μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος. Η μεγαλύτερη ευαισθησία παρατηρείται στην ηλικία των 10-19 χρόνων. Ο μαζικός αδένας είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στην καρκινογόνο επίδραση της ακτινοβολίας αμέσως πριν και μετά την εμμηναρχή όσο και κατά την διάρκεια της κύησης.

Τελευταία, πιστεύεται ότι οι μικρές δόσεις ιοντίζουσας ακτινοβολίας που εφαρμόζονται για διαγνωστικούς σκοπούς μπορεί να είναι επικίνδυνες (Μαστογραφία). Αυτό όμως δεν έχει τεκμηριωθεί. Παρά ταύτα, ορισμένοι πιστεύουν ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος πρέπει να γίνεται μετά τα 45 - 50 με την μαστογραφία, ενώ στις νεότερες γυναίκες πρέπει να χρησιμοποιείται ο ξηρομαστογραφικός έλεγχος, όπου η ακτινολογική επιβάρυνση της ασθενούς δεν είναι μεγαλύτερη εκείνης που δέχεται από οποιαδήποτε άλλη ακτινολογική εξέταση.

δ. Εθνικοί και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες. Η νόσος είναι συχνότερη στις ανώτερες κοινωνικό-οικονομικές και αστικές τάξεις. Μεγαλύτερη επίπτωση παρουσιάζεται στο λεγόμενο "Δυτικό κόσμο", ενώ αντίθετα η Αφρική, η Μέση Ανατολή και η Ασία παρουσιάζουν χαμηλούς δείκτες. Η Λατινική Αμερική, η Νότια και Ανατολική Ευρώπη κατέχουν ενδιάμεση θέση.

Επίσης, η επίπτωση είναι 7πλάσια στις Αμερικανίδες από τις Γιαπωνέζες. Στις Γιαπωνέζες όμως που μετανάστευσαν στις ΗΠΑ η διαφορά αυτή εξαλείφεται προοδευτικά, γεγονός που προδικάζει την ύπαρξη σημαντικού παράγοντος στο περιβάλλον ή στον τρόπο ζωής, που μεταβάλλει την συχνότητα νόσησης.

ε. Αλκοόλ. Εξετάστηκε η σχέση μεταξύ υπερβολικής κατανάλωσης οινοπνεύματος και καρκίνου του μαστού, όμως η ελαφριά αύξηση που παρατηρήθηκε στα ποσοστά κινδύνου εμφάνισης της ασθένειας, δεν μπορεί να συγκριθεί με τα μεγάλα ποσοστά της συχνότητας του καρκίνου στον μαστό.

8. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η κύρια παθολογοανατομική οντότητα που έχει σχέση με τον καρκίνο του μαστού είναι η **ινοκυστική μαστοπάθεια**. Αυτή είναι ιστολογική διάγνωση και δεν πρέπει να τίθεται μόνο από την κλινική εξέταση και την μαστογραφία.

Η συχνότητα καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με ινοκυστική μαστοπάθεια αυξάνεται κατά 2,5 φορές σε σύγκριση με τον γενικό γυναικείο πληθυσμό.

Σε μελέτη που έγινε στο νοσοκομείο Αγ. Σάββας (1982) και αφορούσε 749 περιπτώσεις με παρακολούθηση από 1-31 χρόνια διαπιστώθηκε ανάπτυξη καρκίνου σε 16 χρόνια, κατά μέσο όρο, από την πρώτη βιοψία.

Ο ακριβής μηχανισμός μεταξύ της ινοκυστικής νόσου και του καρκίνου μαστού δεν είναι γνωστός. Εν τούτοις, δύο πιθανές εξηγήσεις υπάρχουν: **α)** ότι η ινοκυστική μαστοπάθεια είναι προκαρκινική κατάσταση, που προδιαθέτει σε

κακοήθη εξαλλαγή και β) ότι καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του μαστού έχουν κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες και ιδιαίτερα το ορμονικό στοιχείο.

Έχει παρατηρηθεί επίσης, ότι γυναίκες με καρκίνο της μήτρας έχουν σχεδόν διπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο στο μαστό, απ' ό,τι ο υπόλοιπος γυναικείος πληθυσμός. Θετική σχέση παρατηρείται επίσης μεταξύ καρκίνου μαστού και άλλων κακοηθών νεοπλασιών όπως π.χ. ο καρκίνος του θυρεοειδούς, του παχέως εντέρου, το σάρκωμα των μαλακών μοριών.

Ο καρκίνος του μαστού έχει πολυκεντρική φύση, δηλ. έχει την τάση να υποτροπιάζει στον ίδιο ή τον αντίθετο μαστό. Έχει υπολογισθεί ότι το 20% των γυναικών με καρκίνο στον ένα μαστό διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν και δεύτερο καρκίνο στον αντίθετο μαστό.

9. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ψυχολογικοί παράγοντες -συναισθηματικά άγχη, ψυχικές διαταραχές- φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση του καρκίνου στον μαστό. Η ψυχική ένταση, όμως, δύσκολα μπορεί να μετρηθεί και έτσι η ποσοτικοποίηση του σχετικού κινδύνου αυτών των παραγόντων είναι δυσχερής.

Η οικογενειακή κατάσταση όμως και οι ψυχολογικές της επιδράσεις στο άτομο, φαίνεται να επηρεάζουν την εμφάνιση της νόσου. Ο Fax (1978) εκτιμά σε 10% περίπου την συμβολή των ψυχολογικών παραγόντων και του stress στην καρκινογένεση.

Στο King's College Hospital του Λονδίνου τα τελευταία χρόνια γίνεται μια συστηματική προσπάθεια συσχέτισης της διάγνωσης του καρκίνου μαστού με την ύπαρξη ενός ορισμένου Pattern συναισθηματικής αντίδρασης των γυναικών που πάσχουν δηλ. της καταπίεσης, της μη εξωτερίκευσης των επιθετικών συναισθημάτων που υπάρχουν σ' αυτές. Οι γυναίκες μελετήθηκαν πριν γίνει γνωστό το αποτέλεσμα της βιοψίας για κάποιο σύμπτωμα στο στήθος, και οι ασθενείς που αποδείχτηκε ότι έχουν καρκίνο, βρέθηκαν να ελέγχουν έντονα τις συγκινησιακές αντιδράσεις τους όταν βίωναν ένα επιθετικό συναίσθημα.

Βάσει του στοιχείου αυτού, γίνεται φανερό ότι μαζί με τις βιολογικές παραμέτρους θα πρέπει να συνεκτιμάμε και την συμβολή των ψυχο-κοινωνικών παραμέτρων. Ο άνθρωπος είναι οντότητα ψυχοσωματική και έτσι πρέπει να αντιμετωπίζεται.

Είναι σημαντικό για τους κλινικούς γιατρούς αλλά και για μας, τους νοσηλευτές να γνωρίζουμε τους παράγοντες κινδύνου στο γυναικείο πληθυσμό. Η ενημέρωση και η πρόληψη είναι από τα προταρχικά καθήκοντα του νοσηλευτικού κόσμου -όπου το μεγαλύτερο ποσοστό είναι γυναίκες- και μπορούν να πραγματοποιηθούν μόνο με την γνώση του θέματος και την ατομική πρωτοβουλία του καθενός από εμάς σ' ότι αφορά την ενημέρωση του κοινού, την πρόληψη της νόσου, αλλά και την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑΣ

1. ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Ο καρκίνος του μαστού αρχίζει περίπου ως εξής: μέσα στις αδενοκυψέλες του μαζικού αδένου παρατηρείται πολλαπλασιασμός των επιθηλιακών κυττάρων, τα οποία εμφανίζουν ατυπία. Όταν ο πολλαπλασιασμός προχωρήσει, η αδενοκυψέλη συρρικνώνεται και ο άτυπος πολλαπλασιασμός επεκτείνεται.

Σε μερικές περιπτώσεις ο διάμεσος συνδετικός ιστός του μαζικού αδένου αντιδρά (προσπάθεια του οργανισμού να εμποδίσει την παραπέρα ανάπτυξη των καρκινοματωδών κυττάρων) και αναπτύσσεται υπερβολικά.

Η κατάταξη του καρκίνου του μαστού γίνεται με διάφορους τρόπους, ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται. Έτσι, η ταξινόμησή του μπορεί να γίνει με βάση: **α)** την ιστογένεση **β)** την διηθητικότητά του **γ)** την μορφολογία του. Το μεγαλύτερο ποσοστό των καρκίνων του μαστού προέρχεται από το επιθήλιο των πόρων (περίπου 90%) και το υπόλοιπο από το επιθήλιο των λοβίων.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Ο καρκίνος του μαστού διακρίνεται βασικά σε 2 μεγάλες κατηγορίες:

A. Μη διηθητικός καρκίνος (In situ)

1. In situ καρκίνος των πόρων (5%), ενδοπορογενής ή φαγεσωρικός (comedo) καρκίνος.

2. In situ καρκίνος των λοβίων (2%)

B. Διηθητικός καρκίνος

1. Διηθητικός καρκίνος των πόρων: **α)** αδenoκαρκινώματα (75%) χωρίς ιδιαίτερους ιστολογικούς χαρακτήρες: σωληνώδη, συμπαγή, μικτά. **β)** καρκίνοι με ειδικούς ιστολογικούς χαρακτήρες: μυελοειδής, βλενωδής. **γ)** σπάνιες μορφές: θηλώδης, αδενοκυστικός κ.λ.π.

2. Διηθητικός καρκίνων των λοβίων (10%). Μορφές καρκίνου με ιδιαίτερες κλινικές εκδηλώσεις: φλεγμονώδης, νόσος του Paget.

Αναλυτικότερα, τα βασικά χαρακτηριστικά των τύπων αυτών, έχουν ως εξής:

ΛΟΒΙΑΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ (In situ)

Συνήθως είναι τυχαίο εύρημα κάποιας βιοψίας που εκτελείται για λόγους άλλους, όπως στην ινώδη κυστική μαστοπάθεια, γιατί δεν δίνει κλινικά ή μαστογραφικά σημεία. Έχει συχνά πολυεστιακή εντόπιση, σε ποσοστό 70%, και εμφανίζει υψηλή συχνότητα αμφοτερόπλευρα.

ΠΟΡΟΓΕΝΗΣ ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ (In situ)

Είναι κυρίως πολυεστιακός, συνήθως λανθάνων. Συχνά εμφανίζεται με την μορφή μικροαποτιτανώσεων στη μαστογραφία. Έχει ταχεία εξέλιξη προς διηθητικό σε ποσοστό 70% και δίνει λεμφαδενικές μεταστάσεις σε ποσοστό 1-3%. Η παρουσία του μπορεί να συνοδεύεται και από έκκριση της θηλής του μαστού. Απλή εκτομή του συνοδεύεται με την ανάπτυξη στον ίδιο μαστό καρκίνου μέσα σε 10 χρόνια σε ποσοστό 39%.

Ο comedo είναι τύπος πορογενούς in situ καρκίνου και αποκαλείται φαγεσωρικός, γιατί με την πίεση αποβάλλεται πηκτό υλικό όμοιο προς εκείνο των φαγεσώρων του δέρματος (μπιμπίκι). Και σ' αυτό τον τύπο παρατηρούνται συχνά μεταστάσεις στους λεμφαδένες.

ΛΟΒΙΑΚΟΣ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Το ποσοστό του είναι 5-10%. Η πιθανότητα αμφοτερόπλευρης ύπαρξης καρκίνου είναι μεγαλύτερη απ' ότι στον πορογενή. Επίσης, παρουσιάζει μικρότερο ποσοστό λεμφαδενικών μεταστάσεων και έχει σε μεγαλύτερο ποσοστό οιστρογονικούς υποδοχείς, άρα ανταποκρίνεται καλύτερα στην ορμονοθεραπεία.

ΠΟΡΟΓΕΝΗΣ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Ορισμένοι τύποι πορογενούς καρκίνου έχουν καλύτερη πρόγνωση. Έτσι, το μυελοειδές καρκίνωμα έχει ποσοστό 5%. Είναι όγκος που αναπτύσσεται βαθιά μες στο μαστό και είναι στρογγυλός, κινητός που παρουσιάζει μεγάλη λεμφοκυτταρική διήθηση γύρω από τις καρκινωματώδεις βλάβες. Με την λεμφοκυτταρική διήθηση σχετίζεται και η καλύτερη πρόγνωση. Αν εξελιχθεί

άσχημα, εξελίσσεται γρήγορα και σκοτώνει γρηγορότερα από άλλους καρκίνους. Αν δεν υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες η πρόγνωσή του είναι πολύ καλή. Το καρκίνωμα αυτό το συναντούμε αμφοτερόπλευρα σε ποσοστό 18%.

Τέτοια περίπτωση παρατηρείται συχνότερα σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό.

Το διηθητικό "comedo" καρκίνωμα και ο βλεννοκαρκίνος του μαστού έχουν καλύτερη πρόγνωση.

Το καρκίνωμα με έκκριση λιποειδών στα κύτταρά του μπορεί να συνδιάζεται με λοβιακό ή πορογενή διηθητικό καρκίνο και έχει πολύ κακή πρόγνωση. Σε 2 χρόνια από την διάγνωση 50% των αρρώστων πεθαίνουν.

Στον πίνακα παρουσιάζεται σε εκατοστιαία αναλογία η συχνότητα εμφάνισης των διαφόρων τύπων καρκίνου του μαστού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Ποσοστιαία αναλογία της συχνότητας, με την οποία εμφανίζονται διάφοροι τύποι καρκινωμάτων του μαστού (Δρακοπούλου 1985).

Τύπος καρκινώματος	%
Πορογενές διηθητικό	78,1
Διηθητικό λοβιακό	8,7
Comedo	4,6
Μυελοειδές	4,3
Κολλοειδές	2,6
Θηλώδες	1,2
Άλλου τύπου	0,5

ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ PAGET

Αποτελεί χαρακτηριστική εξέλιξη ενδοπορικού μη διηθητικού καρκινώματος, το οποίο εξαπλώνεται αργά στην επιδερμίδα της θηλής, στη θηλαία άλω και το δέρμα της γύρω περιοχής.

2. ΡΥΘΜΟΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ - ΤΡΟΠΟΣ ΘΡΕΨΗΣ

Ο καρκίνος του μαστού θεωρείται πλέον ότι συμπεριφέρεται σαν σύνδρομο. Αρχικά εμφανίζεται σαν αθώα επιθηλιακή υπερπλασία, που προοδευτικά εξελίσσεται σε διηθητική μορφή και γρήγορα συστηματοποιείται σαν νόσος. Θεωρείται, όπως και άλλοι καρκίνοι π.χ. του θυρεοειδούς, σαν χρόνια κακοήθεια. Έχει υπολογισθεί σε πολλές περιπτώσεις, αρχίζοντας από το πρωταρχικό κακόηθες κύτταρο, ότι η μάζα του όγκου αυξάνεται με εκπληκτικό διπλασιασμό* έτσι μέσα σε 7-8 χρόνια φτάνει το μέγεθος σφαίρας διαμέτρου 1 cm.

Ο χρόνος διπλασιασμού για τον καρκίνο του μαστού είναι 23-209 ημέρες. Τα νεοπλασματικά κύτταρα, ανάλογα με τον χρόνο διπλασιασμού, ταξινομούνται σε ταχέως αναπτυσσόμενα (< 75 μέρες) και βραδέως αναπτυσσόμενα (> 150 - ημέρες). Μια ενδιάμεση κατηγορία περιλαμβάνει τα κύτταρα που διπλασιάζονται μεταξύ 75-150 ημερών.

Εξάλλου, έχει αποδειχθεί ότι ο όγκος τρέφεται με διάχυση όταν ο αριθμός των νεοπλασματικών κυττάρων που τον αποτελούν δεν υπερβαίνει τις 100.000. Μετά το στάδιο αυτό, η διατροφή του νεοπλάσματος γίνεται από νεόπλαστα τροφοφόρα αγγεία, για την δημιουργία των οποίων τα ίδια τα κύτταρα του όγκου εκκρίνουν μια ειδική ουσία.

Μοιραία επομένως, η εμφάνιση αγγείων στον όγκο είναι συνυφασμένη με το ενδεχόμενο μεταστάσεων, κυρίως για τα νεοπλάσματα που αριθμούν περισσότερο από 100.000 κύτταρα.

Το αυξητικό δυναμικό του όγκου ποικίλει, μια και ο χρόνος διπλασιασμού των κυττάρων του παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις. Έτσι, άλλοτε συμπεριφέρεται σαν πολύ επιθετικό νεόπλασμα που μεθίσταται γρήγορα και προκαλεί τον θάνατο, άλλοτε σαν χρόνια νόσος που είναι συμβατή με πολλές δεκαετίες επιβίωσης, ακόμη και αν η αρχικώς εφαρμοσθείσα θεραπεία έχει αποτύχει να εκριζώσει τον καρκίνο.

3. ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΕΚΤΑΣΗΣ του ΚΑΡΚΙΝΟΥ του ΜΑΣΤΟΥ (Μεταστάσεις)

Ο καρκίνος του μαστού σε κάποια φάση της ανάπτυξής του μεθίσταται με τα λεγόμενα καρκινικά έμβολα, αποτελούμενα από καρκινικά κύτταρα. Η διασπορά αυτή των καρκινικών κυττάρων γίνεται με τους εξής τρόπους:

1. Τοπική Διήθηση

Η τοπική διήθηση του όγκου, δηλ. κατά συνέχεια ιστών, βρίσκεται πάντοτε κατά την ιστολογική εξέταση μεγαλύτερη απ' ότι υπολογίζεται πριν από αυτή. Η διήθηση είναι εύκολη σε χαλαρούς ιστούς και για τον λόγο αυτό, κατά την αφαίρεση του όγκου ο χειρουργός πρέπει να αφαιρεί και αρκετό υγιή ιστό μαζί με τον νεοπλασματικό.

2. Λεμφική διασπορά

Τα καρκινώματα έχουν μεγάλη τάση να διασπείρονται με την λεμφική κυκλοφορία. Η διασπορά γίνεται με την μορφή μικρών αθροίσεων κυττάρων που εμφυτεύονται στους λεμφοκόλπους των λεμφαδένων σαν έμβολα.

Η λεμφική διασπορά αποτελεί την κυριότερη οδό μετάστασης του καρκίνου. Από τους χειρουργημένους ασθενείς, περίπου 60-70% εμφανίζουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες της μασχάλης (δεδομένου ότι το 75% της λέμφου απάγεται προς την μασχάλη). Σε αρκετές περιπτώσεις, παρατηρείται επίσης διήθηση των υπερκλειδίων και έσω μαστικών λεμφαδένων. Επίσης, σε προχωρημένα στάδια έχουμε διήθηση των λεμφαδένων στον υπεζωκότα, το περιτόναιο, την βουβωνική χώρα και γενικά σε όλο το σώμα του αρρώστου.

3. Αιματογενής διασπορά

Νεοπλασματικά κύτταρα από την πρωτοπαθή εστία μπορούν να μπου στην κυκλοφορία του αίματος, χωρίς να προκαλούν πάντα μετάσταση. Για την μετάσταση απαραίτητη είναι η διήθηση των αγγείων από τα κύτταρα αυτά, η απόσπαση εμβόλων και η μεταφορά, η εγκατάσταση και ανάπτυξη τους στην νέα τους θέση. Τα καρκινικά κύτταρα φθάνουν στην κυκλοφορία, είτε διηθώντας μικρές φλέβες είτε έμμεσα με την λεμφική κυκλοφορία (μέσω του θωρακικού πόρου).

Τα καρκινώματα διασπείρονται με την κυκλοφορία του αίματος, συνήθως στα τελικά στάδια. Ο καρκίνος του μαστού όμως, είναι δυνατόν να δώσει πρώιμες αιματογενείς μεταστάσεις. Για της αιματικής οδού, τα καρκινώματα εγκαθίστανται κυρίως στους πνεύμονες, το ήπαρ, τα οστά της Σ.Σ. και της λεκάνης, τον εγκέφαλο, τα επινεφρίδια και άλλα όργανα.

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΙΗΘΗΜΕΝΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ

Η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού, μέχρις ενός βαθμού, εξαρτάται από την κλινική και την παθολογοανατομική συμμετοχή των επιχώριων αδένων στη νόσο. Γενικά η υποτροπή συνδέεται άμεσα με τον αριθμό των διηθημένων λεμφαδένων. Η απουσία διηθημένων αδένων συνοδεύεται από 12% αποτυχία στη θεραπεία, η παρουσία μέχρι 3 θετικών αδένων από 28%, ενώ περισσότεροι από 4 διηθημένοι αδένες ανεβάζουν το ποσοστό της αποτυχημένης θεραπείας σε 60%.

Πρέπει πάντοτε να εξετάζεται το ενδεχόμενο μικρομεταστάσεων (όγκος < 2 mm) σε μικροσκοπικώς ελεύθερους αδένες. Έχει βρεθεί ότι 30% των μικροσκοπικώς ελεύθερων μασχαλιαίων αδένων περιέχουν τέτοιες μεταστάσεις.

ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΩΝ ΒΣΤΙΩΝ

Στον καρκίνο του μαστού, η πιθανότητα για πολυκεντρική ανάπτυξη *in situ* καρκινώματος είναι μεγάλη, αλλά η εξαλλαγή και η ανάπτυξη διηθητικού καρκινώματος είναι σχετικά μικρή. Ο φόβος ότι το *in situ* καρκίνωμα μπορεί να εξελιχθεί σε διηθητικό καρκίνο είναι δικαιολογημένος, αλλά δεν είναι εμπειρικά τεκμηριωμένος.

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Όπως αναφέρθηκε, ο όγκος τρέφεται με διάχυση όταν τα νεοπλασματικά κύτταρα δεν υπερβαίνουν τις 100.000. Συγχρόνως όμως με την ανάπτυξη της αγγείωσης του όγκου, υπάρχει και το ενδεχόμενο της ανάπτυξης μεταστάσεων.

Μερικά κύτταρα εγκαθίστανται σε μακρινούς ιστούς σε λανθάνουσα μορφή και αναπτύσσονται σε άλλο χρόνο σε κλινικώς έκδηλες μεταστάσεις. Τελευταία, αναφέρθηκε ότι 88% των γυναικών που νόσησαν από καρκίνο του μαστού και παρακολούθηθηκαν από την αρχή της νόσου μέχρι το τέλος της ζωής τους τελικά πέθαναν από μεταστατική νόσο. Οι μεταστάσεις αυτές, εκδηλώνονται βαθμιαία, αλλά σταθερά, κάθε χρόνο, σκοτώνοντας ακόμη και μετά 20-30 χρόνια από την αρχική θεραπεία.

Στους πίνακες που ακολουθούν αναφέρονται τα συχνότερα αίτια θανάτου σε μια σειρά ασθενών καθώς και η συχνότερη εντόπιση των μεταστάσεων (σε νεκροτομικό υλικό).

Ενδιαφέρουσα είναι η παρατήρηση ότι πολύ συχνά συμμετέχουν τα ενδοκρινικά όργανα, αλλά σπάνια αυτό αποτελεί αιτία θανάτου. Η διασπορά του νοσήματος στους πνεύμονες είναι η κύρια αιτία θανάτου, παρά η παρουσία μάζας ή λεμφαδενικής νόσου μόνον.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Αιτία θανάτου στον ΚΜ (Νομικός 1985).

Αιτία	%
Πνευμονική ανεπάρκεια	26
Καρδιακή ανεπάρκεια	15
Αιμοραγία	9
Έκπτωση ΚΝΣ	9
Λοιμώξεις	24
Ηπατική ανεπάρκεια	14
Υπερασβεστιαμία	2

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Συχνότερη εντόπιση μεταστάσεων στον ΚΜ (Νομικός 1985).

Εντόπιση	Κλινική υποψία	Νεκροτομικά ευρήματα
Μαλακά μόρια	50	36
Αναπνευστικό	47	75
Οστά	57	67
Ήπαρ	42	71
ΚΝΣ	26	30
Πεπτικό	8	35
Ενδοκρινείς αδένες	5	46
Ουροποιητικό	1	22
Καρδιά	12	22
Οφθαλμοί	<1	<1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Κλινική Εικόνα

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

Στο 60 - 70% των περιπτώσεων η άρρωστη προσέρχεται στο γιατρό λόγω της παρουσίας μιας σκληρής περιγεγραμμένης μάζας στο μαστό. Δεν είναι λίγα όμως, τα περιστατικά που ζητείται ιατρική βοήθεια με εξελκωμένο ογκίδιο και με πολλαπλές μεταστάσεις.

Συγκεκριμένα, η εξέταση του μαστού μπορεί να αποκαλύψει :

- α. Ορώδη ή αιματηρή έκκριση.
- β. Ανώδυνο, σκληρό μη κινητό ογκίδιο.
- γ. Ερυθρότητα, υπεραμία, ανομοιόμορφο οίδημα. Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού, στα εντυπώματα του οποίου αντιστοιχούν οι πόροι των τριχών και των σμηματογόνων αδένων. ("peau d' orange" ονομάζουν αυτήν την όψη του δέρματος οι Γάλλοι, ενώ οι Αμερικανοί την παρομοιάζουν με "δέρμα χοίρου". Οι Έλληνες γιατροί υιοθέτησαν και χρησιμοποιούν την πιο "κομψή" έκφραση των Ευρωπαίων συναδέλφων τους, για να περιγράψουν το κυριότερο μακροσκοπικό χαρακτηριστικό της νόσου)
- δ. Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού.

- ε. Εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα.
- στ. Εισολκή της θηλής* οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή.
- ζ. Ακινητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων (σε προχωρημένο στάδιο)
- η. Εξέλκωση κατά την θηλή* οφείλεται στην αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξαιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων και της ανάπτυξης της μάζας.
- θ. Ο πόνος συνήθως απουσιάζει, εκτός βέβαια από τα προχωρημένα στάδια.

ΒΙΚΟΝΑ 3. Σημεία ύποπτα για καρκίνο του μαστού (Σαχίνη, Πάνου 1985).

Κλινική Ταξινόμηση του Καρκίνου του Μαστού

Λέγοντας ταξινόμηση ή σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού, εννοούμε τον ευρύτερο προσδιορισμό της νόσου σε σχέση με την έκτασή της. Η σταδιοποίηση αυτή βοηθά τόσο στην πρόγνωση και θεραπευτική αγωγή, όσο και στην αξιόπιστη σύγκριση του θεραπευτικού αποτελέσματος στις διάφορες μελέτες που ανακοινώνονται.

Τα κλινικά στάδια του καρκίνου του μαστού είναι:

Στάδιο I : όπου ο πρωτοπαθής όγκος είναι μικρότερος των 2 cm, οι αδένες είναι ψηλαφητοί και δεν δίνουν την εντύπωση ότι περιέχουν μεταστάσεις. Στο στάδιο αυτό εμφανίζονται οι ασθενείς σε ποσοστό 55-70%.

Στάδιο II : όπου ο πρωτοπαθής όγκος είναι μεταξύ 2-5cm, οι αδένες, αν είναι ψηλαφητοί, δεν είναι καθηλωμένοι και δεν υπάρχουν ενδείξεις απομακρυσμένων μεταστάσεων. Η συχνότητα εμφάνισης του σταδίου αυτού είναι 20-25%.

Στάδιο III : όπου ο όγκος είναι μεγαλύτερος των 5 cm ή είναι καθηλωμένος στο θωρακικό τοίχωμα ή υπάρχει προσβολή του δέρματος. Οι υπερκλείδιοι αδένες είναι ψηλαφητοί και δεν υπάρχουν ενδείξεις απομακρυσμένων μεταστάσεων. Η συχνότητα εμφάνισης του σταδίου είναι 10%.

Στάδιο IV : όπου πέρα από τον πρωτοπαθή όγκο, ανευρίσκονται και απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η συχνότητα εμφάνισης του σταδίου αυτού είναι 10%.

Η κλινική σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού συμπληρώνεται από το σύστημα ταξινόμησης TNM, όπου:

T = Ο Πρωτοπαθής όγκος (Tumor) και το μέγεθός του

N = Επιχώρια λεμφαδονοπάθεια (Nodes)

M = Μετάσταση (Metastasis)

Έτσι η ταξινόμηση έχει ως εξής:

Στάδιο I :	T ₁	N ₀	N ₁	M ₀
Στάδιο II :	T ₂	N ₀	N ₁	M ₀
Στάδιο III :	T ₃	N ₀	N ₁	M ₀
	T ₁	N ₂		M ₀
	T ₂	N ₂		
Στάδιο IV :	κάθε T	κάθε N		M ₁

όπου: T₁ ≤ 2 cm

T₂ ≥ 2 cm ≤ 5 cm

T₃ ≥ 5 cm

T₄ Οποιοδήποτε μέγεθος με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα και το δέρμα.

N₀ Δεν υπάρχουν ψηλαφητοί αδένες

N₁ Κινητοί αδένες

N₂ Ακίνητοι αδένες

N₃ Υπερκλείδιοι ή υποκλείδιοι αδένες

M₀ Καμιά απομακρυσμένη μετάσταση

M₁ Απομακρυσμένες μεταστάσεις

Τελευταία, συναντάμε και μια άλλη παράμετρο ταξινόμησης του καρκίνου του μαστού (και γενικότερα του καρκίνου) που είναι γνωστή ως <<δείκτης ζωτικότητας>> (performance status). Η πιο γνωστή ταξινόμηση με την χρησιμοποίηση δεικτών ζωτικότητας είναι η ταξινόμηση κατά Karnofsky, που δίνεται στον πίνακα.

Η ταξινόμηση με δείκτες ζωτικότητας χρησιμοποιείται ευρύτατα στη μέτρηση των επιπτώσεων του καρκίνου στη γενικότερη οικονομία του οργανισμού, στον καθορισμό της θεραπευτικής αγωγής καθώς και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας του μεταστατικού κυρίως καρκίνου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Κριτήρια ζωτικότητας κατά την Mary Ann Krol ("The Clinical Practice of Medical - Surgical Nursing" 1984)

<p>Ικανός να ανταπεξέρχεται στις συνηθισμένες δραστηριότητες. Δεν έχει ανάγκη ειδικής φροντίδας.</p>	<p>100 Κατάσταση φυσιολογική. Δεν υπάρχουν ενοχλήματα. Δεν υπάρχει ένδειξη νόσου.</p>
	<p>90 Ικανός να ανταπεξέρχεται στις συνηθισμένες δραστηριότητες. Παρουσιάζει όμως ελαφρά σημεία ή συμπτώματα νόσου</p>
	<p>80 Ανταπεξέρχεται στις συνηθισμένες δραστηριότητες, αλλά με προσπάθεια. Παρουσιάζει συμπ/τα και σημεία της νόσου</p>
<p>Ανίκανος να εργαστεί. Δεν χρειάζεται νοσοκομειακή περίθαλψη. Αυτοεξυπηρετείται. Η ιατρική παρακολούθηση και η νοσηλευτική περίθαλψη ποικίλουν.</p>	<p>70 Ικανός να φροντίζει τον εαυτό του. Δεν ανταπεξέρχεται όμως στις συνηθισμένες δραστηριότητες ή δεν μπορεί να εργασθεί εντατικά.</p>
	<p>60 Μπορεί να περιποιείται τον εαυτό του, αλλά μερικές φορές χρειάζεται νοσηλευτική φροντίδα.</p>
<p>Ανίκανος να φροντίζει τον εαυτό του. Χρειάζεται εισαγωγή σε νοσοκομείο ή συστηματική ιατρική παρακολούθηση. Η νόσος μπορεί να εξελίσσεται γρήγορα.</p>	<p>50 Χρειάζεται συχνά νοσηλευτική φροντίδα και ιατρική παρακολούθηση.</p> <p>40 Μερική ανικανότητα. Χρειάζεται παρακολούθηση και βοήθεια.</p> <p>30 Βαριά ανικονότητα. Είναι σκόπιμη η εισαγωγή σε νοσοκομείο αλλά ο θάνατος δεν επίκειται.</p>
	<p>20 Βαριά ασθενής. Επιβάλλεται νοσοκομειακή περίθαλψη και έντονη θεραπεία υποστήριξης.</p>
	<p>10 Προθανάτια κατάσταση με ταχεία εξέλιξη.</p>
	<p>0 Νεκρός.</p>

Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει βελτιώσει την πρόγνωση των ασθενών και μάλιστα ανεξάρτητα από τα στάδια της νόσου. Τόσο η διάρκεια όσο και η ποιότητα της ζωής τους έχει βελτιωθεί αισθητά.

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

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

Η πρόγνωση για την ασθενή εξαρτάται και τίθεται από ομάδα ιατρών, η οποία εξετάζει για πρώτη φορά την ασθενή και παίρνει την πρώτη βασική απόφαση: αν ο καρκίνος είναι χειρουργήσιμος ή όχι. Αν είναι, η ασθενής έχει μεγάλη πιθανότητα θεραπείας, αν δεν είναι, τότε η πρόγνωση είναι βαριά.

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

- α. Οίδημα του δέρματος.
- β. Εξέλκωση του δέρματος.
- γ. Καθήλωση του όγκου.
- δ. Μεταστατικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες μεγέθους > 2,5 cm.
- ε. Καθήλωση των μεταστατικών μασχαλιαίων λεμφαδένων στους υποκείμενους ιστούς της μασχάλης.

Περιπτώσεις με περιορισμένη τοπικά νόσο έχουν καλύτερη επιβίωση από τις περιπτώσεις, όπου ο καρκίνος έχει επεκταθεί έξω από τα όρια του μαστού.

Η γεωγραφική θέση του όγκου έχει επίσης μεγάλη σημασία. Όταν ο καρκίνος έχει εντοπισθεί στο μέσο τριτημόριο του μαστού, έχει χειρότερη πρόγνωση από οπουδήποτε αλλού. Όταν η θηλή έχει προσβληθεί μέσω της λεμφικής οδού, μεταστατικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες εμφανίζονται στο 97% των περιπτώσεων. Όταν η θηλή είναι ελεύθερη ή προσβάλλεται μέσω των

γαλακτοφόρων πόρων, το ποσοστό εμφάνισης θετικών μασχαλιαίων λεμφαδένων πέφτει στο 50%.

Βαρύτερη είναι η πρόγνωση όταν ο καρκίνος εμφανίζεται συγχρόνως και στους 2 μαστούς.

Μεγάλη σημασία για την πρόγνωση έχουν οι παθολογοανατομικοί παράγοντες του όγκου: το μέγεθος, οι λεμφαδενικές μεταστάσεις, ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου, ο βαθμός κακοήθειας και η διαφοροποίηση.

Όσο λιγότερο διαφοροποιημένος είναι ένας όγκος τόσο υψηλότερο ιστολογικό βαθμό κακοήθειας και τόσο δυσμενέστερη πρόγνωση έχει. Ο βαθμός κακοήθειας ιστολογικά καθορίζεται σε χαμηλού I, μετρίου II, υψηλού III, υψηλότερου IV βαθμού κακοήθειας, και αποτελεί σήμερα αποδεκτό κριτήριο πρόγνωσης.

Υπολογίζεται ότι το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης σε ασθενείς με βαθμό κακοήθειας I είναι 86%, ενώ σε ασθενείς με βαθμό κακοήθειας III μόλις 3% (κλινικό στάδιο IV).

Το μέγεθος του όγκου, επίσης, σε συνδιασμό με τις λεμφαδενικές μεταστάσεις έχει μεγάλη προγνωστική σημασία. Ο συνδιασμός της αύξησης του μεγέθους του όγκου και του αριθμού των λεμφαδενικών μεταστάσεων έχουν αρνητική επίδραση στην εκατοστιαία αναλογία της επιβίωσης των ασθενών.

Ο αριθμός των λεμφαδένων που έχουν προσβληθεί είναι εξίσου σημαντικός παράγοντας. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός αυτός, τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση και η επιβίωση. Η δεκαετής επιβίωση για ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες είναι περίπου 80%, ενώ για ασθενείς με θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες είναι 40%.

Ο ιστολογικός τύπος του όγκου επίσης, έχει μεγάλη προγνωστική αξία. Τα καρκινώματα που παρουσιάζουν μεταστάσεις σε μικρό ποσοστό (π.χ. διηθητικό comedo) έχουν σχετικά καλύτερη πρόγνωση.

Η διήθηση μυών, νεύρων και αγγείων αποτελεί δείκτη της επέκτασης του νεοπλασματος. Η ανεύρεση νεοπλασματικών κυττάρων μέσα σε αιμοφόρο αγγείο δείχνει αιματογενή διασπορά έστω και αν δεν φαίνεται ακόμη κλινικά. Η αγγειακή διήθηση είναι γενικά συνδεδεμένη με δυσμενή πρόγνωση της νόσου.

Στην πρόγνωση της νόσου λαμβάνουν μέρος και παράγοντες των οποίων η σημασία είναι σημαντική ή αμφιλεγόμενη. Αυτοί είναι :

- α) Η ηλικία της γυναίκας : εμφάνιση της νόσου σε ηλικία κάτω των 30 ετών έχει πολύ κακή πρόγνωση.
- β) Προφυλακτική στείρωση
- γ) Κύηση. Η ανάπτυξη της νόσου στην κύηση ή την γαλουχία είναι ταχεία και η πρόγνωση κακή. Η εμφάνιση της νόσου στην κύηση είναι, ευτυχώς, σπάνια (1%).

Οι άνδρες, που πάσχουν από καρκίνο του μαστού, προσέρχονται σχεδόν πάντα στο γιατρό με θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες. Αυτός κυρίως είναι ο λόγος που οι άνδρες ασθενείς έχουν βαρύτερη πρόγνωση από τις γυναίκες και πολύ χαμηλά ποσοστά πενταετούς επιβίωσης.

Συμπερασματικά, η πρόγνωση εξαρτάται από τα ιστολογικά χαρακτηριστικά του νεοπλασματος, τις μεταστάσεις του, αλλά κυρίως από τον χρόνο που η ασθενής θα προσέλθει στον γιατρό. Όσο γρηγορότερα τίθεται η διάγνωση, τόσο συντομότερα εφαρμόζεται η αρμόζουσα θεραπεία και τόσο υψηλότερα είναι τα ποσοστά επιβίωσης.

Σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση της νόσου, παίζει η ενημέρωση του κοινού σχετικά με τα πρώτα κλινικά σημεία του καρκίνου (παρουσία ογκιδίων στο μαστό) και την μεγάλη διαγνωστική σημασία της αυτοεξέτασης του μαστού από την ίδια την γυναίκα.

Η πείρα έχει δείξει ότι το 95% των όγκων ανακαλύπτονται από την ίδια την γυναίκα. Η άμεση επίσκεψη στο γιατρό, όταν ο καρκίνος βρίσκεται ακόμη στα πρώτα στάδια, δίνει στον γιατρό την άνεση να επιλέξει την κατάλληλη θεραπεία και στην γυναίκα τον χρόνο να θεραπευτεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Οι κύριες μέθοδοι για την διάγνωση της πρωτοπαθούς εστίας νεοπλασματος είναι :

α. Αυτοεξέταση του μαστού

Επειδή τους περισσότερους καρκίνους (90%) τους ανακαλύπτουν οι ίδιες οι γυναίκες, αλλά τις περισσότερες φορές αργά, υπάρχουν βάσιμες ελπίδες ότι διδασκαλία για την αυτοεξέταση του μαστού μπορεί να οδηγήσει σε πραγματικά έγκαιρη διάγνωση και σωτηρία πολλών γυναικών. Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται κάθε μήνα και έχει αποδειχθεί ότι στις γυναίκες που έδειξε ο γιατρός από την αρχή πως να εξετάζονται οι ίδιες, έτσι, ώστε να καταλάβουν τι περιμένουν να βρουν, έχουν τις μεγαλύτερες πιθανότητες να συνεχίσουν την αυτοεξέταση για πολύ καιρό. Γι' αυτό υποχρέωση κάθε γιατρού, ανεξάρτητα από την ειδικότητά του, είναι η διδασκαλία του σωστού τρόπου για αυτοεξέταση του μαστού κάθε γυναίκας που πάει να εξεταστεί σ' αυτόν για οποιοδήποτε λόγο.

β. Η εξέταση του μαστού από τον γιατρό

Η εκτίμηση των παθήσεων στο μαστό γίνεται από την λήψη του ιστορικού, την κλινική εξέταση, τον ακτινολογικό έλεγχο και άλλες εξετάσεις. Μολονότι όλοι αντιλαμβάνομαστε την αξία ενός καλού ιστορικού, εν τούτοις πολλοί γιατροί κάνουν το σφάλμα να αρχίζουν την ψηλάφηση του μαστού χωρίς να πάρουν αρκετές πληροφορίες από την άρρωστη. Αυτές όμως, όχι μόνο θα κατευθύνουν τον εξεταστή, αλλά θα τον βοηθήσουν να δώσει τις κατάλληλες οδηγίες για εργαστηριακή μελέτη και παρακολούθηση της άρρωστης.

Μετά από το ιστορικό, η προσεκτική κλινική εξέταση είναι το βασικότερο στοιχείο στη διάγνωση. Για μια αξιόπιστη εξέταση ο κάθε γιατρός έχει ένα δικό του σύστημα που ακολουθεί σε κάθε περίπτωση. Καλό είναι η εξέταση να αρχίζει από τον αντίθετο μαστό εκείνου για τον οποίο η γυναίκα ήρθε στο γιατρό για να αντιληφθεί ο εξεταστής την φυσιολογική σύσταση των μαστών της άρρωστης που εξετάζεται και για να αποκτήσει σύγκριση για τον

μαστό που πάσχει. Η διαγνωστική ακρίβεια στην εξέταση αυξάνει με την ηλικία της άρρωστης. Αντίθετα οι νέες γυναίκες με έμμηνο ρύση πρέπει να υποβάλλονται σε παρακέντηση που συχνά απαλλάσει από την ανάγκη εκτέλεσης βιοψίας όταν υπάρχει κύστη.

Η παρακέντηση της μάζας του μαστού είναι ακίνδυνη αν πρόκειται για καρκίνο, γι' αυτό δεν πρέπει να παραλείπεται. Η βιοψία ενός ευρήματος στο μαστό ενδείκνυται γενικά σε όλες τις περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει ένδειξη από το ιστορικό, την κλινική εξέταση, τα εργαστηριακά ευρήματα ή οιοιοδήποτε συνδυασμό τους.

γ. Ακτινολογικές και άλλες εξετάσεις

ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Σε μεγάλους οζώδεις ή σκληρούς μαστούς πολλές φορές μπορεί να μας διαφύγουν κατά την ψηλάφηση όγκοι, ιδίως μικρού μεγέθους. Στις περιπτώσεις αυτές η μαστογραφία προσφέρει μεγάλη βοήθεια στην κλινική εξέταση.

Η μαστογραφία είναι ειδική ακτινογραφική τεχνική του μαστού, με φωτόνια χαμηλής ενέργειας σε ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα, το μαστογράφο, χωρίς την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας. Λαμβάνονται 3 όψεις του μαστού : κраниουραία, μεσοπλάγια, μασχαλιαία.

Σκοπός της μαστογραφίας είναι η απεικόνιση των διαφόρων παθολογικών καλοηθών και κακοηθών εξεργασιών του μαστού* κυρίως, όμως, είναι η ανίχνευση μικρών καρκινωμάτων, όταν αυτά βρίσκονται στο αρχικό στάδιο χωρίς να δίνουν ακόμη κλινικά ευρήματα.

Η μεγάλη αξία της εξέτασης έγκειται στην εντόπιση ύποπτων περιοχών, πριν από την ψηλάφηση ογκιδίου, που εμφανίζονται σαν μικροαποτιτανώσεις, σαν μάζα μικρού μεγέθους στο παρέγχυμα, ή τέλος σαν αλλοίωση της αρχιτεκτονικής και της αγγειώσεως του αδένου σε σύγκριση πάντα με τον άλλο μαστό.

Κίνδυνοι από την μαστογραφία

Η δόση ακτινοβολίας που παίρνει ο μαστός με μια ικανοποιητική μαστογραφία έχει περιορισθεί τελευταία σε 0,2-0,3 rad στο δέρμα, ποσότητα ασήμαντη για βλαπτική δράση ιδιαίτερα όταν γίνεται σε σχετικά μεγάλες γυναίκες. Ο κίνδυνος της ακτινοβολίας από μια ή επαναλαμβανόμενες μαστογραφίες έχει τελευταία αποτελέσει πηγή άγχους για τις γυναίκες και

μεγάλης αβεβαιότητας για τους γιατρούς. Σε γενικές γραμμές ενώ όλες οι πειραματικές μελέτες δείχνουν ότι η ιονίζουσα ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του μαστού, εν τούτοις ο κίνδυνος μειώνεται προδευτικά με την πρόοδο της ηλικίας. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος από επανειλημμένες εκθέσεις υπάρχει στην ηλικία 9-19 ετών, ενώ πάνω από τα 50 πιθανότατα ο μαστός δεν είναι από πρακτική σκοπιά ευαίσθητος στην ακτινοβολία. Ο κίνδυνος από μία μόνο μαστογραφία είναι αδύνατο να υπολογισθεί, αλλά κατά πάσα πιθανότητα είναι πρακτικά ανύπαρκτος, ακόμα και σε γυναίκες κάτω των 30 ετών, ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιείται η μαστογραφία χαμηλής δόσης.

Ποιές γυναίκες χρειάζονται μαστογραφία και κάθε πότε

Σύγχυση έχει προκύψει μεταξύ κινδύνου από μια μαστογραφία για τη μελέτη ενός ύποπτου κλινικού στοιχείου και αυτών που προκύπτουν από τις επανειλημμένες μαστογραφίες για μαζικό έλεγχο (screening) π.χ. μια φορά το χρόνο σε γυναίκες που δεν έχουν κανένα σύμπτωμα. Με τις σήμερα υπάρχουσες ενδείξεις, και επειδή η πρώτη περίπτωση δεν έχει καμία σχέση με την δεύτερη, συνίσταται:

1. Μαστογραφικός έλεγχος σε οποιαδήποτε γυναίκα με συμπτώματα πρέπει να γίνεται μόνο μετά προηγούμενη εξέταση των μαστών από το γιατρό. Στις ΗΠΑ έχει υπολογισθεί ότι με την έγκαιρη διάγνωση μετά από μαστογραφικό έλεγχο σώζονται τουλάχιστον 12.000 γυναίκες, ενώ το τίμημα από πιθανή καρκινογέννεση σαν συνέπεια της διαγνωστικής ακτινοβολίας μπορεί κατά ανώτατο όριο να φθάσει στην απώλεια 120 γυναικών για χρονική περίοδο μεγαλύτερη των 30 χρόνων.

2. Γυναίκες μεγαλύτερες των 50 ετών, με ένα ή περισσότερους επιβαρυντικούς παράγοντες, θα πρέπει να υποβάλλονται μια φορά τον χρόνο σε μαστογραφικό έλεγχο.

3. Επειδή δεν έχει εξακριβωθεί ακόμα η αξία του προαμπτωματικού μαζικού μαστογραφικού ελέγχου (screening) κάτω των 50 ετών, τέτοιος έλεγχος δεν συνίσταται σε όσες είναι 35-50 ετών, εκτός αν υπάρχουν ειδικοί επιβαρυντικοί παράγοντες.

4. Το λογικότερο χρονικό διάστημα μεταξύ δύο μαστογραφιών είναι ένας χρόνος. Είναι όμως ενδεχόμενο ο γιατρός, με βάση τον κίνδυνο που διατρέχει η γυναίκα, την ηλικία της κ.λ.π., να βραχύνει το μεσοδιάστημα αυτό.

ΞΗΡΟΓΡΑΦΙΑ

Είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο, αντί της φωτογραφικής πλάκας. Η ξηρογραφική εικόνα χαρακτηρίζεται από ορισμένες ιδιότητες, που άλλοτε εξυπηρετούν και άλλοτε όχι την εξέταση.

α. Περιλαμβάνει μόνο ορισμένες οπτικές πυκνότητες. Ενισχύει τις πολύ μικρές διαφορές αντιθέσεων μεταξύ του όγκου και των ιστών, και επίσης, τα μέρη του ιστού που έχουν καλά καθορισμένα όρια διαγράφονται έντονα και καθαρά, ενώ οι διαφορές πυκνότητας μεταξύ μεγάλων περιοχών μειώνονται.

β. Η ποιότητα της εικόνας εξαρτάται από την πλάκα σεληνίου. Γενικά, η ξηρογραφία θεωρείται ιδιαίτερα χρήσιμη για την ακτινογράφιση των μαλακών ιστών, για την απεικόνιση αγγείων, παραμορφωμένων φλεβών, ινωδών αναπτύξεων οστών και αρθρώσεων.

ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ

Γίνεται με υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή, η οποία καταγράφει τις διαφορές θερμοκρασίας και βοηθάει έτσι στην διαπίστωση των σημείων ανώμαλης αιμάτωσης. Πολλές παθήσεις του μαστού συνδέονται με αυξημένη θερμότητα. Έτσι, η θερμογραφία δεν είναι απόλυτος δείκτης του καρκίνου του μαστού, αλλά θέτει σε συναγερμό το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την πιθανότητα της νόσου.

Η θερμογραφία είναι τελείως ακίνδυνη σε σχέση με την μαστογραφία και την ξηρογραφία, και μπορεί να λειτουργήσει ως συμπλήρωμά τους. Επειδή το θερμογραφικό διάγραμμα του μαστού δεν αλλάζει με την πάροδο του χρόνου, παρά λίγο ίσως κατά την εμμηνόπαυση, η σύγκριση θερμογραφημάτων κατά χρονικά διαστήματα έχει διαγνωστική αξία. Επίσης, φαίνεται πως έχει και προγνωστική σημασία γιατί οι θερμότεροι όγκοι φαίνεται πως έχουν πιο γρήγορη εξέλιξη.

Το μειονέκτημα της εξέτασης είναι πως όλοι οι καρκίνοι δεν είναι θερμοί· έτσι, τα ψευδώς αρνητικά θερμογραφήματα ανέρχονται σε 14-40% σε προκλινικούς καρκίνους. Γι' αυτό τον λόγο, η θερμογραφία πρέπει να συνδυάζεται πάντοτε με κλινική εξέταση και τα ανώμαλα θερμογραφήματα να συμπληρώνονται με μαστογραφία ή ξηρογραφία.

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ

Είναι μια εξέταση, κατά την οποία ένας πομπός υπερήχων κινείται πάνω από την περιοχή του μαστού και εκπέμπει ηχητικά κύματα υψηλής συχνότητας, που μεταδίδονται μέσα στο μαστό και αντανακλώνονται, όταν βρουν εμπόδιο. Η υπερηχοτομογραφία είναι χρήσιμη για την διάκριση μεταξύ κυστικών και συμπαγών όγκων και προσδιορίζει την φύση (καλοήθεια - κακοήθεια) μιας συμπαγούς μάζας.

ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Είναι μια ακτινοδιαγνωστική εξέταση, κατά την οποία φιλμ ραδίου και ένας υπολογιστής χρησιμοποιούνται για να υποδείξουν τυχόν ανωμαλίες στο μαστό. Συνήθως, εκτελείται όταν οι άλλες ακτινογραφίες δίνουν ασαφή εικόνα. Σε περίπτωση μεταστάσεων (ήπατος - εγκεφάλου), έχει μεγαλύτερη διαγνωστική αξία και δίνει σαφέστερη εικόνα της έκτασης και του αριθμού των μεταστάσεων.

ΔΙΑΦΑΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η μέθοδος χρησιμοποιείται εδώ και 50 χρόνια, αλλά τροποποιήθηκε τελευταία. Χρησιμοποιείται μικρή λυχνία με ορατό φως, προς το υπέρυθρο, βλέπουμε άμεσα το διαφανοσκοπούμενο μαστό και η εικόνα διαμέσου Η/Υ μεταφέρεται σε οθόνη τηλεόρασης και απεικονίζεται σε ειδικά φιλμ, ευαίσθητα στην υπέρυθη ακτινοβολία.

Οι διάφορες παθήσεις του μαστού δίνουν διαφορετικά χρώματα. Έτσι, τα ιναδενώματα έχουν καφετί ή βαθύ ερυθρό χρώμα με σαφή όρια, ενώ οι καρκίνοι έχουν από καφέ μέχρι βαθύ γκρίζο, συχνά με ορατές αγγειακές ανωμαλίες.

Η διαγνωστική ακρίβεια της εξέτασης αναφέρεται ότι φθάνει 76%.

ΕΚΚΡΙΜΑ ΘΗΛΗΣ ΚΑΙ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Το παθολογικό εύρημα εμφανίζεται ετεροπλευρώς και διακρίνεται σε φλεγμονώδες και νεοπλασματικό. Το πρώτο, οφειλόμενο σε λοίμωξη ή φλεγμονή, εμφανίζει χροιά πράσινη, η καλλιέργειά του είναι θετική και η κυτταρολογική εξέταση αρνητική. Το δεύτερο έχει χροιά οροϊνώδη ή αιμορραγική και η κυτταρολογική εξέταση αποβαίνει θετική ή ύποπτη.

ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η κυτταρολογική εξέταση υλικού έχει γίνει γενικά αποδεκτή προεγχειρητική μέθοδος, για την διάγνωση των αλλοιώσεων του μαστού. Η ακρίβεια της μεθόδου κυμαίνεται από 70-92,6%.

ΦΛΕΒΟΓΡΑΦΙΑ

Μ' αυτήν ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων. Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας ενδομυελικώς στο κάτω άκρο του στέρνου με γενική νάρκωση. Φυσιολογικά, οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι τους σκιαγραφούνται. Διακοπή της σκιαγράφησης και ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας ενδεικτικά στοιχεία πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφογαγγλίων, χωρίς όμως να αποκλείεται και η ύπαρξη απλής αδενίτιδας, όπως και το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη μεταστάσεων.

ΓΑΛΑΚΤΟΦΟΡΟΓΡΑΦΙΑ

Γίνεται με την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους διαμέσου των πόρων της θηλής. Έτσι, μπορούμε να διαγνώσουμε διευρυμένους ή παραμορφωμένους ή αποφραγμένους από νεοπλασία πόρους. Η εξέταση γίνεται όταν υπάρχει εκροή από την θηλή, αφού προηγηθεί κυτταρολογική εξέταση.

ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΙΑ

Με την εξέταση αυτή ανακαλύπτονται οστικές αλλοιώσεις πολλούς μήνες, πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά. Είναι πολύ ευαίσθητη και δίνει πολύ καλή απεικόνιση του αριθμού και των θέσεων των μεταστάσεων.

ΠΝΕΥΜΟΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Γίνεται με εμφύσηση ποσότητας αέρα ή αερίων στο μαστό, για να δημιουργηθεί υποδόριο εμφύσημα. Η μέθοδος χρησιμοποιείται για να διαπιστώσουμε αν ο όγκος είναι προσκολλημένος στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα έπειτα από διήθηση.

ΒΙΟΨΙΑ

Είναι τύπος χειρουργικής διαγνωστικής διαδικασίας. Τρεις μέθοδοι βιοψίας του μαζικού αδένου έχουν περιγραφεί:

α. Η βιοψία με αναρρόφηση ή παρακέντηση.

β. Η βιοψία με ολική εκτομή.

γ. Η βιοψία με τομή, δηλαδή εξαίρεση μικρού σφηνοειδούς τεμαχίου από τον όγκο.

Η χειρουργική αυτή παρέμβαση χρειάζεται για την εντόπιση του καρκίνου, για την επιβεβαίωση της διάγνωσης ή για τον καθορισμό της έκτασης του καρκίνου.

ΤΡΥΠΑΝΟΒΙΟΨΙΑ

Η βιοψία δια τρυπανισμού είναι απλή, γρήγορη, αναιμάκτη και σε υψηλό βαθμό ακριβής μέθοδος για την ιστολογική διάγνωση όγκων του μαστού, σε ταχεία ή κανονική ιστολογική εξέταση και ακόμα για τη μέτρηση οιστρογονικών υποδοχέων, ιδίως σε ανεγχείρητα νεοπλάσματα. Μπορεί να διενεργηθεί ακόμη και στο εξωτερικό ιατρείο. Στις χειρουργήσιμες περιπτώσεις μειώνει το χρόνο νάρκωσης και αποφεύγονται τα μειονεκτήματα της ανοικτής βιοψίας (άγχος και φόβος της ασθενούς).

Ένα μέρος του αρχικού διαγνωστικού ελέγχου αποτελούν και οι εξετάσεις ρουτίνας - αιματολογικές, ακτινογραφίες, δειγματολογικές - που συνήθως παραγγέλλονται για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς. Αυτές δεν είναι ειδικές για τον καρκίνο, αλλά χρησιμοποιούνται γενικά σε κάθε διαγνωστικό έλεγχο.

Ειδικά για τον καρκίνο χρησιμοποιείται η ανίχνευση ορισμένων βιολογικών δεικτών, που σχετίζονται με την νόσο και η εξέτασή τους έχει κύρια προγνωστικό χαρακτήρα.

δ. Βιολογικοί δείκτες - Ορμονικοί υποδοχείς

Για την ώρα δεν υπάρχουν παθολογικοί βιολογικοί δείκτες, δηλαδή ουσίες που ανιχνευόμενες να προσδίδουν την ύπαρξη καρκίνου στο μαστό πριν γίνει κλινικά αντιληπτός. Ορισμένες ουσίες όμως, όπως το καρκινοεμβρυϊκό αντίγονο (CEA), η φερριτίνη, διάφορα ανοσολογικά σύμπλοκα, η υδροπροξυλίνη των ούρων, η ΤΚΕ, οι υποδοχείς οιστρογόνων ή συνηθέστερα ο συνδιασμός τους, που αποτελούν αρκετά αξιόπιστους προγνωστικούς παράγοντες.

Ειδικότερα το **CEA**, που οι τιμές του κυμαίνονται φυσιολογικά από 2-5 ng/ml, οι τιμές πάνω από 5 ng/ml είναι ενδεικτικές μεταστατικής νόσου, ενώ κατά μέσο όρο είναι αυξημένο σε 14,8%, 23,7% 40,5% και 73,1% σε

ασθενείς σταδίου I, II, III, IV αντιστοίχως. Ο προσδιορισμός του CEA αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην εκτίμηση της διαφοροποίησης του όγκου (υψηλές τιμές σημαίνουν χαμηλή διαφοροποίηση και αντίστροφα), στην προεγχειρητική αξιολόγηση, στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας (μείωση του CEA είναι ενδεικτική καλής ανταπόκρισης), στην μετεγχειρητική παρακολούθηση για γρήγορη ανακάλυψη μεταστάσεων.

Οι υποδοχείς των οιστρογόνων επίσης, έχουν μεγάλη διαγνωστική αξία. Φυσιολογικά, ο μαζικός αδένας στα κύτταρά του έχει υποδοχείς για όλες τις ορμόνες, που επηρεάζουν την ανάπτυξη και την δραστηριότητά του. Η ύπαρξη των υποδοχέων αυτών είναι προϋπόθεση χωρίς την οποία καμία ορμόνη δεν μπορεί να δράσει πάνω στο κύτταρο. Με την κακοήγη εξαλλαγή ενός κυττάρου μπορεί να διατηρηθούν όλοι ή μέρος των υποδοχέων αυτών. Συνήθως όσο πιο καλά διαφοροποιημένος είναι ένας όγκος ιστολογικά, τόσο περισσότερους υποδοχείς έχει και τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωσή του. Η αναζήτηση και ποσοτικός προσδιορισμός υποδοχέων είναι δυνατή είτε από την πρωτοπαθή εστία, είτε από μεταστατικές εστίες υπό κατάλληλες συνθήκες.

Η παρουσία οιστρογονικών υποδοχέων (**ER**) αποτελεί το σημαντικότερο δείκτη ορμονοεξαρτήσεως του όγκου. Η ανταπόκριση μεταστατικών όγκων σε ορμονικούς χειρισμούς ανέρχεται σε ποσοστό 50-70% επί ορμονικών θετικών υποδοχέων (ER+). Επί αρνητικών υποδοχέων η ανταπόκριση είναι μόνο 5-16%. Ο πρωτοπαθής και μεταστατικός καρκίνος του μαστού με ER+ ανέρχεται σε 35-85%, ενώ θετικοί προγεστερονικοί υποδοχείς (PR+) βρίσκονται στο 35-60% των περιπτώσεων.

Εκτός από την αξία του ως προγνωστικού δείκτη, ο προσδιορισμός ορμονικών υποδοχέων βοηθάει στην επιλογή της κατάλληλης θεραπείας. Όγκοι με χαμηλή περιεκτικότητα σε υποδοχείς είναι συνήθως πιο ευαίσθητοι στη χημειοθεραπεία και λιγότερο σε κάποιο ορμονικό χειρισμό και αντίστροφα.

ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

Φλεγμονώδεις βλάβες: Η εκτασία των εκφορητικών πόρων του μαστού είναι μια καλοήθης κατάσταση, που παρατηρείται συνήθως σε υπερήλικες γυναίκες με ατροφικούς μαστούς. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να υπάρχουν διαλείπων άλγος και τοπικές φλεγμονώδεις αλλοιώσεις, έκκριμα από την θηλή, μερικές φορές αιματηρό, και εισολκή της θηλής. Η κατάσταση αυτή πρέπει να διακρίνεται από το καρκίνωμα και η ενδεδειγμένη θεραπεία της είναι η εκτομή της θηλής.

Η λιπώδης νέκρωση, επίσης, είναι συχνό φαινόμενο μετά από τραυματισμό, έστω και ελαφρύ. Εμφανίζεται ως αλγεινό οζίδιο, που συνοδεύεται από εκχύμωση και μπορεί να ακολουθείται από τοπική ατροφία ή ρίκνωση του δέρματος. Πρέπει να εκτελείται βιοψία σταδιοποίησης με σκοπό την διάκριση από το καρκίνωμα.

Ινοκυστική νόσος: Συχνά, φλεγμονώδεις αλλοιώσεις των μαστών, προηγούνται κάθε καταμήνιου κύκλου και εκδηλώνονται με ευαισθησία, διόγκωση και αύξηση της οξώδους υφής των μαστών. Αυτό εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες που δεν έχουν μείνει έγκυες. Στα οψιότερα χρόνια της ζωής, αυτή η επανάληψη της διόγκωσης και της επαναφοράς στο φυσιολογικό, μπορεί να οδηγεί σε διάχυτη οξώδη ανάπτυξη συνδετικού ιστού και στο σχηματισμό κύστεων διαφόρων μεγεθών, ευρήματα που συνιστούν την **Χρόνια Κυστική Μαστοπάθεια**. Οι κύστες αυτές μπορούν να παρακεντηθούν με ασφάλεια, με τοπική αναισθησία και να γίνει αμέσως βιοψία.

Η κατάσταση μπορεί να μιμείται το καρκίνωμα, αλλά διακρίνεται συνήθως με βάση το γεγονός ότι είναι αλγεινή κατά διαστήματα και μπορεί να υποχωρήσει μετά την εμμηνορροσία, ως ένα βαθμό. Παρολ' αυτά, το καρκίνωμα μπορεί να συνυπάρχει και να αποκρύβεται από την εικόνα της κυστικής νόσου. Η επίπτωση του καρκίνου στον μαστό, είναι μεγαλύτερη σε ασθενείς με ινοκυστική νόσο και είναι αδικαιολόγητη η καθυστέρηση λήψεως βιοψίας από τις ύποπτες περιοχές, με την ελπίδα ότι αυτές θα υποχωρήσουν στο τέλος του επόμενου εμμηνορροσιακού κύκλου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού διακρίνεται σε συντηρητική και σε χειρουργική. Την συντηρητική θεραπεία αποτελούν η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, ενώ την χειρουργική οι διάφορες επεμβάσεις στον μαστό καθώς και η ορμονοθεραπεία, η οποία όμως, περιλαμβάνει και στοιχεία συντηρητικής παρέμβασης (π.χ. χορήγηση ορμονών).

Παρά τις εντατικές προσπάθειες, όμως, για την προαγωγή των μεθόδων θεραπείας του πρωτοπαθούς καρκίνου του μαστού, δεν έχει δυστυχώς επιτευχθεί ουσιαστική πρόοδος τα τελευταία χρόνια. Επειδή σήμερα ξέρουμε ότι ο καρκίνος έχει συνήθως γενικευθεί κατά την διάγνωσή του, είναι ουτοπία να πιστεύουμε ότι μόνη η χειρουργική ή η συντηρητική θεραπεία, πέρα από την ικανότητά τους να θεραπεύσουν τις εντοπισμένες μορφές του καρκίνου, μπορούν να ελέγξουν και το συστηματικό μέρος της νόσου. Αποτέλεσμα της βαθμιαίας αλλαγής αντιλήψεων για τη βιολογική υπόσταση του καρκίνου, από κυρίως τοπικό νόσημα, όπως παλιότερα πιστεύονταν, σε ουσιαστικά συστηματικό εξ αρχής πρόβλημα, είναι η βαθμιαία ισχυροποίηση της εφαρμογής προοδευτικά πιο συντηρητικών μεθόδων θεραπείας της πρωτοπαθούς εστίας και της ταχύτερης εφαρμογής συστηματικής θεραπείας για την αντιμετώπιση των μικρομεταστάσεων.

α) Θεραπεία της πρωτοπαθούς εστίας

Εξήντα και πλέον χρόνια έχουν περάσει από τότε που ο Halsted περιέγραψε την κλασική **ριζική μαστεκτομή**, δηλαδή την αφαίρεση en block του μαστού, των υποκείμενων θωρακικών μικών και τον επιμελή καθορισμό της μασχαλιαίας κοιλότητας με αφαίρεση όσον το δυνατόν μεγαλύτερου τμήματος κυτταρολιπώδους ιστού, ως και την κλειδο-κορακο-μασχαλιαία περιτονία, την οποία διατρέχουν τα λεμφικά γάγγλια του μαστού. Κατά την τελευταία δεκαετία οι ριζικές εγχειρήσεις όπως η ριζική και υπερριζική μαστεκτομή, προοδευτικά εγκαταλείπονται ενώ η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (ολοκληρωτική αφαίρεση του αδένου με

πλήρη καθορισμό της μασχάλης χωρίς να αφαιρούνται οι θωρακικοί μύες) έχει γίνει αποδεκτή σαν η πρότυπη εγχείρηση από τους περισσότερους χειρουργούς. Μελέτες, επίσης, δείχνουν ότι η μερική μαστεκτομή (ευρεία εξαίρεση του όγκου με διατήρηση του σχήματος του μαστού) είναι εξίσου ικανοποιητική σε σύγκριση με τις ριζικότερες επεμβάσεις, τουλάχιστον για καρκινώματα σταδίου I. Ο φόβος, που υπάρχει για την πιθανότητα ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου από εστίες στο μαζικό αδένιο που παραμένει, είναι μάλλον αδικαιολόγητος. Ενώ, δηλαδή, η πιθανότητα να παραμένουν εστίες καρκινώματος *in situ* στο μαστό είναι πράγματι μεγάλη, η πιθανότητα ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου από τέτοιες εστίες είναι μικρή και όχι μεγαλύτερη από την πιθανότητα ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου στον αντίθετο μαστό. Το σημαντικότερο πλεονέκτημα της μερικής μαστεκτομής είναι η διατήρηση της ανατομικής ακεραιότητας του μαστού, που δεν τραυματίζει τον ψυχισμό της γυναίκας, και για πολλούς επιστήμονες-μελετητές η επέμβαση αυτή αποτελεί την μελλοντική μέθοδο εκλογής.

Ανεκτίμητοι συνεργάτες της χειρουργικής επέμβασης είναι η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία που την ακολουθούν.

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μια από τις πιο πρόσφατες μεθόδους θεραπείας του καρκίνου. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν θεραπεύουν το νεόπλασμα, επιβραδύνουν όμως την εξέλιξή του και περιορίζουν τις διαστάσεις του. Στην χειρουργική θεραπεία του καρκίνου είναι απαραίτητο συμπλήρωμα, που σκοπό έχει να καταστρέψει υπολείμματα όγκου που δεν είναι κλινικοεργαστηριακά διαπιστώσιμα και ευθύνονται για την μελλοντική υποτροπή της νόσου (**Προφυλακτική χημειοθεραπεία**).

Η ακτινοθεραπεία είναι επίσης μια από τις βασικές μεθόδους θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Η χρησιμοποίησή της στην θεραπευτική του μαστού έχει ως βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με την ζωή, στους φυσιολογικούς ιστούς που ακτινοβολούνται συγχρόνως.

Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού μπορεί να χρησιμοποιηθεί:

- α) Ως το κύριο μέσο θεραπείας, όταν δεν γίνεται εγχείρηση.
- β) Μετεγχειρητικώς, ως συμπλήρωμα της επέμβασης.

- γ) Επί ανεγχείρητων περιπτώσεων, όταν η εκτομή του όγκου δεν είναι δυνατή λόγω της τοπικά προχωρημένης κατάστασης.
- δ) Παρηγορητικά, επί μεταστάσεων ή υποτροπών.
- ε) Για ακτινική στείρωση (καταστροφή των ωοθηκών με ακτινοβόληση - ορμονοθεραπεία)

Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας μπορεί να είναι εξωτερική ή εσωτερική.

α. Εξωτερική ακτινοθεραπεία. Είναι η τηλεθεραπεία που εφαρμόζεται με ακτίνες X, παραγόμενες από ειδικό μηχάνημα, και ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε ειδικές βόμβες π.χ. κοβάλτιο 60 (Co^{60}).

β. Εσωτερική ακτινοθεραπεία με εμφύτευση. Χρησιμοποιείται το Ιρίδιο 192 (Ir-192), το οποίο με στερεά μορφή βελόνων, ελασμάτων ή κόκκων εμφυτεύεται μέσα στον όγκο του μαστού και αφαιρείται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα (48-72h). Τα εμφυτεύματα συνήθως συνδιάζονται με εξωτερική ακτινοβόληση για καλύτερα αποτελέσματα. Η χορήγηση αυξημένης δόσης ακτινοβολίας στην περιοχή του όγκου έχει ως αποτέλεσμα τη μικρότερη πιθανότητα τοπικής υποτροπής, ενώ υψηλές δόσεις ακτινοβολίας σε μικρό χρονικό διάστημα προφυλάσσουν τους περιοχικούς ιστούς από πιθανή καταστροφή. Τα εμφυτεύματα τοποθετούνται στην ασθενή συνήθως 2 εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση θεραπευτικού σχήματος εξωτερικής ακτινοβόλησης 5 εβδομάδων, η συνήθης δόση τους είναι 1.500-3.000 ή 4.000 rads. Μικρά ενδοϊστικά εμφυτεύματα Ir-192 τοποθετούνται προσωρινά σε:

- Ασθενείς με ανεγχείρητο καρκίνο σε αρχικό στάδιο, που παρά την εξωτερική ακτινοβόληση έχουν υπολειμματικό καρκίνο.
- Ασθενείς με υποτροπές στο θωρακικό τοίχωμα, στην υπερκλείδια χώρα και στην περιοχή της μασχάλης.

Στις εικόνες που ακολουθούν, φαίνεται ο τρόπος τοποθέτησης εμφυτευμάτων Ir - 192 σε 2 διαφορετικές θέσεις.

β) Θεραπεία των μικρομεταστάσεων

Με την εγχείρηση ή την ακτινοθεραπεία αφαιρείται ή καταστρέφεται μόνο η μακροσκοπική νόσος, ενώ τα κύτταρα ή μικροσκοπικές εστίες μακριά από τον όγκο, που εικάζεται πως υπάρχουν στις περισσότερες περιπτώσεις πρέπει να καταστραφούν είτε με την βοήθεια συστηματικής θεραπείας, είτε από ανοσιακούς μηχανισμούς της άρρωστης ή και τα δύο. Η χορήγηση χημειοθεραπείας αμέσως μετά την επέμβαση στηρίζεται στην γνώση πειραματικών ενδείξεων που πιστεύεται ότι ισχύουν και για τον άνθρωπο και που είναι:

α. Η γνώση της ύπαρξης μικρομεταστάσεων κατά την στιγμή της διάγνωσης, που τελικά είναι υπεύθυνες για το θάνατο των ασθενών που υποτροπιάζουν.

β. Η μεγαλύτερη ευαισθησία των μικρομεταστάσεων στα χημειοθεραπευτικά, από ότι οι μεγάλες κλινικά εμφανείς μεταστάσεις.

γ. Η μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχίας της συστηματικής θεραπείας όταν εφαρμόζεται σε μικρότερη συνολική μεταστατική καρκινική μάζα.

Διάφορα χημειοθεραπευτικά φάρμακα έχουν χρησιμοποιηθεί, είτε μόνα τους, είτε σε ποικιλία σχημάτων. Τα κυριότερα είναι: 5-φλουορουρακίλη, Μεθατρεξάτη, Κυκλοφωσφamide, Μεχλωραιθαμίνη, Χλωραμβουκίλη, Βινκριστίνη, Βινμπλαστίνη, Μπλεομυκίνη, Λαουνορουβικίνη, Ζαιθυλενική θειοφωσφοραμίδη. Η πολυχημειοθεραπεία φαίνεται πως είναι πιο αποτελεσματική, αν και δεν είναι άμοιρη από άμεσες και απώτερες επιπλοκές. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι κυτταροτοξικά, δηλαδή δηλητηριάζουν τα κύτταρα και η δράση τους αυτή δεν περιορίζεται στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Βέβαια, επειδή τα κακοήθη κύτταρα πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια, επηρεάζονται περισσότερο. Είναι πολύ δύσκολο όμως να βρεθεί το όριο της δόσης, που θα καταστρέψει τα παθολογικά κύτταρα, χωρίς να επηρεάσει τα φυσιολογικά, όμως η προσπάθεια για την ανεύρεση του πιο αποδοτικού και συγχρόνως λιγότερο βλαπτικού σχήματος βρίσκεται σε μεγάλη ένταση σε πολλές χώρες του κόσμου και την Ελλάδα.

Συνεχής πρόοδος σ' αυτόν τον τομέα της θεραπευτικής μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την οργανωμένη και συστηματική μελέτη. Τέτοιες μελέτες, από τις ΗΠΑ, την Ιταλία και αλλού, έχουν δείξει ότι γυναίκες με καρκίνο

μαστού σταδίου II που παίρνουν μετεγχειρητική χημειοθεραπεία οφελούνται 10% περισσότερο από αυτές που δεν παίρνουν. Η χημειοθεραπεία γίνεται με κυκλικό τρόπο (π.χ. κάθε 3-4 εβδομάδες), αρχίζει συνήθως 2-3 εβδομάδες μετά την μαστεκτομή και διαρκεί 6 μήνες μέχρι 2 χρόνια. Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι οι νεώτερες γυναίκες με έμμηνο ρύση οφελούνται περισσότερο.

Στην Ελλάδα πραγματοποιείται κλινική έρευνα για την ανεύρεση των πιο αποδοτικών σχημάτων θεραπείας σε διάφορα στάδια της ασθένειας. Υπό την αιγίδα της Εταιρείας Χημειοθεραπείας, η Ελληνική Συνεργαζόμενη Ομάδα Μαστού μελετάει την πιθανότητα βελτιώσεως των θεραπευτικών αποτελεσμάτων στον καρκίνο του μαστού σταδίου II, δίνοντας τον συνδυασμό ενός κύκλου από τα πιο ισχυρά φάρμακα, 2 εβδομάδες πριν την μαστεκτομή και 5 κύκλους μετά την εγχείρηση. Τα αποτελέσματα συγκρίνονται με άλλη ομάδα ασθενών που παίρνει τα ίδια φάρμακα μετά την μαστεκτομή, για 6 κύκλους (το ίδιο χρονικό διάστημα).

Στο βασικό σχήμα αντιμετώπισης του καρκίνου και των μικρομεταστάσεων και ιδιαίτερα στο σκέλος της μετεγχειρητικής συστηματικής θεραπείας εντάσσονται διάφορες άλλες συμπληρωματικές θεραπείες, όπως η ανοσοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία μόνες ή σε συνδυασμό με την χημειοθεραπεία. Καμιά όμως δεν έχει γίνει γενικά αποδεκτή.

γ) Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Μολονότι υπάρχει η πεποίθηση ότι η ακτινοθεραπεία έχει την ικανότητα να προφυλάξει σε μεγάλο βαθμό από την τοπική υποτροπή, εν τούτοις, το αν και πόσο παρατείνει την επιβίωση είναι ένα μεγάλο ερώτημα. Σε ανάλυση των αποτελεσμάτων και των 10 προσχεδιασμένων κλινικών μελετών που μέχρι το 1977 είχαν δημοσιευθεί, βρέθηκε ότι στις 8 από αυτές η επιβίωση ήταν 1-10% μικρότερη σε ασθενείς που πήραν μεταγχειρητική ακτινοθεραπεία. Το ποσοστό τοπικών υποτροπών όμως παραμένει σαφώς χαμηλότερο σε εκείνες που ακτινοβολήθηκαν. Γι' αυτό, πολλοί έχουν υποκαταστήσει την ακτινοθεραπεία με την χημειοθεραπεία, που μειώνει τις τοπικές υποτροπές και την συστηματική νόσο. Άλλοι εξακολουθούν την ακτινοθεραπεία μετεγχειρητικά σε περιπτώσεις που **α)** παραμένει υπολειπόμενη νόσος **β)** η πρωτοπαθής εστία είναι > 5εκ. και διηθείται το δέρμα ή οι υπερκείμενοι ιστοί **γ)** αυτή εντοπίζεται στο κεντρικό ή έσω τμήμα

του μαστού και δ) όταν υπάρχουν μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Με την χρήση όμως της ακτινοθεραπείας αναγκαστικά καθυστερεί η συστηματική θεραπεία των μικρομεταστάσεων από τις οποίες κινδυνεύουν όλες οι άρρωστες και ιδιαίτερα εκείνες με τοπικά προχωρημένη νόσο (στάδιο II, III). Ο συνδιασμός χημειο-ακτινοθεραπείας όχι μόνο δεν ωφελεί, αλλά τελευταία αποδείχθηκε επιζήμιος, ιδίως για τα πιο προχωρημένα περιστατικά δηλαδή με 4 ή περισσότερους διηθημένους λεμφαδένες (Holland και συν. 1980).

δ) Ορμονοθεραπεία

Η γενική ιδέα της θεραπείας του καρκίνου του μαστού με ενδοκρινικούς χειρισμούς στηρίζεται στο γεγονός ότι οι ορμόνες επιτελούν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και διατήρηση του μαζικού ιστού, ρυθμίζοντας την κυτταρική λειτουργία, με επακόλουθο η κυτταροκινητική ενός όγκου του μαστού να εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την πυκνότητα και τις σχέσεις ορισμένων ορμονικών υποδοχέων, που υπάρχουν στα κύτταρα του όγκου. Οι κυριότερες από τις επιδράσεις ορμόνες είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη.

~~Μεταβολές των πυκνοτήτων ή των σχέσεων των ορμονών μπορεί να έχουν αρνητική επίδραση στην ανάπτυξη του όγκου και να προκαλέσουν την υποστολή, άρα την κλινική του ύφεση. Έτσι, γίνεται φανερό ότι στην θεραπευτική πράξη ο καρκίνος του μαστού δίνει την δυνατότητα κλιμάκωσης των θεραπευτικών ενδοκρινικών χειρισμών.~~

Η ορμονοθεραπεία άρχισε εμπειρικά με την εισαγωγή της ωθηκεκτομής από τον Schinziger το 1989, και αναπτύχθηκε εξαιρετικά ώστε και σήμερα να έχει σημαντική θέση στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

Μέθοδοι Ορμονικών Χειρισμών

A. Χειρουργική αφαίρεση ενδοκρινών αδένων:

Ωθηκεκτομή ή Ακτινική στείρωση

Επινεφρικήεκτομή, υποφυσεκτομή

- Β. Φαρμακευτική ορμονοθεραπεία :** Ανδρογόνα
 Οιστρογόνα
 Γεσταγόνα
 Γλυκοκορτικοειδή

Γ. Αντιορμόνες : Αντιοιστρογόνα

Δ. Φάρμακα που διακόπτουν την σύνθεση στεροειδών : Αμινογλουτεθιμίδη

Από τις μεθόδους αυτές, η επινεφριδεκτομή και η υποφυσεκτομή δεν χρησιμοποιούνται πλέον* τα ανδρογόνα χρησιμοποιούνται σπανίως ενώ υπήρξε και σημαντική πρόοδος στη μεθοδολογία των εφαρμογών όλων των θεραπειών.

Ενδείξεις ορμονοθεραπείας

Η εφαρμογή της ενδοκρινικής θεραπείας στον καρκίνο του μαστού γίνεται γενικά σε προχωρημένες περιπτώσεις, που έχουν πιθανότητα επιτυχίας της θεραπείας. Ως κύρια κριτήρια θεωρούνται οι ορμονοϋποδοχείς του όγκου, που καθορίζουν την ορμονοευαισθησία του.

Στους πίνακες που ακολουθούν φαίνονται τα ποσοστά επιτυχίας της μεθόδου και οι λόγοι αποτυχίας του.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Ποσοστό % αντικεμενικής απάντησης σε ενδοκρινική θεραπεία (Μπούτης 1985).

Ορμονικός χειρισμός	Όλες οι ασθενείς	ER+ ⁴ ασθενείς	ER- ασθενείς
Οιστρογόνα ¹	26	65%	9%
Διακοπή οιστρογόνων ²	33		
Ανδρογόνα	21	46%	8%
Γεσταγόνα (χαμηλές δόσεις)	25		
Γλυκοκορτικοειδή	23		
Ωθηκεκτομή ³	33	78%	8%
Επινεφριδεκτομή	32	48%	12%
Υποφυσεκτομή	36		
Ταμοξιφαίνη	35	51%	5%
Αμινογλουτεθιμίδη	32	52%	

¹ Μετεμμηνοπαυσιακές

³ Προεμμηνοπαυσιακές

² Είχαν απαντήσει σε οιστρογόνα

⁴ Σε συνύπαρξη με RgR+ μεγαλύτερη απάντηση

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Εξήγηση της αποτυχίας της ορμονοθεραπείας σε περιπτώσεις με ER+ (Μπούτης 1985).

Κυτταροκινητικά χαρακτηριστικά	Λυσολογικές αιτίες
Προσδιορίστηκαν μόνο κυτταροπλασματικοί υποδοχείς	Ανεπαρκής εκτίμηση κλινικού σταδίου Αλλοίωση σχέσεων από προηγούμενη θεραπεία
Δραστικότητα προλακτίνης	Πυκνότητα ορμονών που εμποδίζουν τη σύνθεση υποδοχέων
Ανεπαρκής θεραπεία	

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Γενικά κριτήρια ορμονοθεραπείας (Μπούτης 1985).

1. Ηλικία και έμμηνη ρύση
2. Βιολογικά χαρακτηριστικά του όγκου
 - α. Ιστολογική μορφή
 - β. Βαθμός διαφοροποίησης
 - γ. Ταχύτητα ανάπτυξης
3. Άλλοι παράγοντες, όπως π.χ. δεύτερη νόσος
4. Φαρμακολογικά κριτήρια και προϋποθέσεις-αντενδείξεις

Πέρα από το ειδικό κριτήριο των ορμονικών υποδοχέων, εξετάζονται και άλλοι προγνωστικοί παράγοντες. Σχετικά με την ηλικία, πρέπει να τονισθεί ότι οι πολύ νέες (κάτω των 30) και οι πολύ μεγάλες (άνω των 80) γυναίκες απαιτούν πιο εξειδικευμένη και εξατομικευμένη θεραπεία.

Συνοπτικά, η ορμονοθεραπεία εφαρμόζεται:

- α. Σε ασθενείς με όγκο που αναπτύσσεται με βραδύ ρυθμό.
- β. Σε ασθενείς με μεταστάσεις σε οστά -μαλακά μόρια- υπεζωκότα.
- γ. Σε πολύ ηλικιωμένες ασθενείς.
- δ. Σε ασθενείς που είχαν εμφανίσει προηγουμένως καλή ανταπόκριση.

Φαρμακευτική ορμονοθεραπεία αποφεύγεται σε εγκεφαλικές μεταστάσεις, ενώ άλλοι ενδοκρινικοί χειρισμοί χρειάζονται ειδικό προγραμματισμό σε συνάρτηση με άλλες θεραπείες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Τοπικές θεραπείες κατά τη διάρκεια ορμονοθεραπείας (Μπούτης 1985).

-
- | | |
|---|---|
| 1. Χειρουργικός καθαρισμός ή αφαίρεση
εξελκωμένου όγκου. | 3. Ακτινοθεραπεία επώδυνης οστικής
μετάστασης. |
| 2. Ακτινοθεραπεία τοπικά εκτεταμένου
όγκου. | 4. Ακτινοθεραπεία τοπικών υποτροπών. |
-

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ασθένεια που απαιτεί μακρόχρονη και κοπιαστική θεραπευτική αντιμετώπιση, συχνά ακολουθούμενη από επιπλοκές ανάλογες της μεθόδου επιλογής του θεράπεντος ιατρού για την αντιμετώπιση του όγκου.

Στην συντηρητική θεραπεία του μαστού (ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία), οι επιπλοκές σχετίζονται κυρίως με την τεχνική ακτινοβολήσης της πάσχουσας περιοχής.

Μετά το τέλος της αγωγής, ένα ποσοστό ασθενών (15-20%) παραπονείται ότι δεν αισθάνεται φυσιολογικά το μαστό ή την μασχάλη που ακτινοβολήθηκε. Οι μελετητές εκτιμούν ότι αυτή η απώλεια της αισθητικότητας οφείλεται στον χειρουργικό καθαρισμό που συνήθως προηγείται, γιατί το σύμπτωμα αυτό του "μουδιάσματος" είναι κοινό στην εγχειρητική αντιμετώπιση του όγκου. Συνήθως η αισθητικότητα επανέρχεται μετά από 2 μήνες περίπου, μεγαλύτερη καθυστέρηση όμως είναι δυνατόν να δημιουργήσει στην γυναίκα αίσθημα άγχους και φόβου.

Κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας, οι ασθενείς ταλαιπωρούνται από αίσθημα ναυτίας, εμμέτους, καταβολή δυναμίων. Τα συμπτώματα αυτά θεωρούνται μάλλον ανεπιθύμητες ενέργειες παρά επιπλοκές και αντιμετωπίζονται συνήθως αποτελεσματικά από το νοσηλευτικό προσωπικό του ιδρύματος όπου γίνεται η ακτινοβολήση, χωρίς να απαιτείται η διακοπή της θεραπείας.

Σοβαρές επιπλοκές εμφανίζονται σε ποσοστό 5% και είναι η ακτινική πνευμονίτιδα, η επώδυνη μυοσίτιδα, η περικαρδίτιδα, η νευροπάθεια του βραχιόνιου πλέγματος και το οίδημα του μαστού ή του άνω άκρου. Η συχνότητα του οιδήματος του άνω άκρου φτάνει το 24% περίπου, όταν διενεργείται πλήρης μασχαλιαίος καθαρισμός και ακολουθεί ακτινοβολήση της μασχαλης. Το οίδημα αυτό οφείλεται στην αφαίρεση των λεμφαγγείων και των λαμφαδένων από την περιοχή με αποτέλεσμα την μη παροχέτευση της λέμφου, την λίμανσή της και την εμφάνιση λεμφοιδήματος. Η καταπολέμηση της λοίμωξης είναι δύσκολη σ' αυτό το άκρο, λόγω της μειωμένης αντίστασης του οργανισμού.

Στην χειρουργική μέθοδο αντιμετώπισης του όγκου οι επιπλοκές που παρουσιάζονται είναι δύο ειδών:

- α)** οι συνήθεις μετεγχειρητικές επιπλοκές δηλ. shock, πνευμονία, πόνος ή αιμορραγία από το τραύμα και φλεγμονή του τραύματος από επιμόλυνση.
- β)** μετά απο μαστεκτομή παρουσιάζεται λεμφοίδημα του σύστοιχου άκρου σε αρκετά μεγάλο ποσοστό ασθενών και επίσης κατάθλιψη οφειλόμενη στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου της γυναίκας.

Η αντιμετώπιση των επιπλοκών αυτών έγκειται αρχικά στην πρόληψή τους, με την κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα και στην συνέχεια ακολουθεί η θεραπευτική αγωγή και η ψυχολογική ενίσχυση του ασθενούς.

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ και ΚΑΡΚΙΝΟΣ του ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού σπάνια εμφανίζεται στην περίοδο της εγκυμοσύνης και του θηλασμού. Όταν όμως συμβεί αυτό εμφανίζεται κυρίως με την μορφή της καρκινωματώδους μαστίτιδας, της οποίας η πρόγνωση είναι βαρεια αλλά όχι και απελπιστική, όπως αναφέρεται στην παλαιότερη βιβλιογραφία.

Η ηλικία που προσβάλλεται περισσότερο και συνυπάρχει καρκίνος του μαστού και εγκυμοσύνη, είναι το 35^ο έτος της ηλικίας. Και επειδή το 17% από τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία συναντάμε πράγματι περιπτώσεις με καρκίνο του μαστού και εγκυμοσύνη.

ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σύμφωνα με τον Dr. Αντώνη Σαλμανίδη, Δ/ντή της Μαιευτικής - Γυν/κής Κλινικής "Ευαγγελισμός" οι επιβαρυντικοί παράγοντες έχουν ως εξής:

<<Η πρόωμη εμμηναρχή και η όψιμη εμμηνόπαυση είναι παράγοντες που συντελούν γενικά στην εμφάνιση της νόσου. Επίσης, μεγάλη σημασία έχει ο πρώτος τοκετός, γιατί αν μια γυναίκα έχει πρώτο τοκετό σε ηλικία μικρότερη των 20 ετών, σπανια αναπτύσσει καρκίνο στο στήθος, ενώ αν μείνει έγκυος για πρώτη φορά μετά το 35^ο έτος, η συχνότητα ανάπτυξης της νόσου είναι μεγάλη. Η ατεκνία καθώς και το φύλο του πρώτου παιδιού παίζουν κάποιο ρόλο. Εάν το πρώτο παιδί είναι αγόρι, τότε η μητέρα αυτοπροστατεύεται επειδή το έμβρυο παράγει ανδρογόνα, τεστοστερόνη κ.α., και έτσι απομακρύνεται η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου κατά την εγκυμοσύνη και τον θηλασμό>>.

Οι ορμονικοί παράγοντες, τα οιστρογόνα, η παχυσαρκία καθώς και οι αμβλώσεις (κατά μερικούς μελετητές) αυξάνουν τον κίνδυνο και την συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σε περίπτωση που συνυπάρχει εγκυμοσύνη και καρκίνος του μαστού ως σωστότερη αντιμετώπιση θεωρείται η διακοπή της κύησης, ειδικότερα τους πρώτους μήνες.

Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε διακοπή της εγκυμοσύνης σε σύγκριση με την ομάδα γυναικών που δεν είχαν υποβληθεί παρουσίαζαν την ίδια επιβίωση. "Κατά συνέπεια δεν υπάρχει λόγος να προβαίνουμε σε διακοπή της κύησης, εκτός αν υπάρχουν άλλοι λόγοι" επισημαίνει ο Δρ. Σαλμανίδης. Η επιβίωση λοιπόν εξαρτάται από το στάδιο της νόσου και από την διήθηση ή μη των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Πάντως το ποσοστό των εγκύων γυναικών που εμφανίζουν καρκίνο του μαστού με διηθημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες ανέρχεται στ 62%. Η καθυστέρηση διάγνωσης του καρκίνου του μαστού στην έγκυο γυναίκα οφείλεται στην καθυστερημένη προσέλευση της ασθενούς στον γιατρό, στην μη εξέταση των μαστών από το μαιευτήρα, στη δύσκολη διάγνωση λόγω μεγέθυνσης των μαστών της εγκύου και στην αποφυγή μαστογραφίας λόγω του κινδύνου του εμβρύου.

Η διακοπή της εγκυμοσύνης σε καρκίνο του μαστού με θετικούς λεμφαδένες γίνεται μετά από συζήτηση. Σημασία έχει ο μήνας της εγκυμοσύνης, η ηλικία της ασθενούς, η ψυχοσύνθεση, η ύπαρξη ή όχι παιδιών.

Μετά το τέλος της κύησης ή την διακοπή της η θεραπεία είναι ανάλογη της περίπτωσης: χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, χειρουργική εξαίρεση του όγκου, ορμονοθεραπεία.

Είναι δυνατόν επίσης, να συμβούν υποτροπές σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή, την οποία ακολούθησε μια εγκυμοσύνη. Γι' αυτό το λόγο, συνίσταται η αποφυγή της εγκυμοσύνης μετά από μαστεκτομή, ιδιαίτερα αν η ασθενής έχει ήδη παιδιά. Παρόλα αυτά, αν η γυναίκα είναι άτεκνη ή επιθυμεί και άλλα παιδιά μεταγενέστερη εγκυμοσύνη επιτρέπεται να συμβεί δύο τουλάχιστον χρόνια μετά την θεραπεία.

Καρκίνος Μαστού στην παιδική ηλικία

Η νόσος στα παιδιά είναι εξαιρετικά σπάνια. Οι περιπτώσεις που έχουν αναφερθεί έως σήμερα δεν υπερβαίνουν τις 50. Οι μισές από αυτές αφορούσαν την προ της ήβης ηλικία και οι περισσότεροι από τους καρκίνους της ηλικίας αυτής ήταν του τύπου "Εκκριτικού καρκινώματος" που περιγράφηκε από τους Mc Divitt και Stewart, (τύπος πορογενούς καρκινώματος "εξ αποκρινών αδένων" με καλή πρόγνωση). Η αντιμετώπιση έγινε με τοπική εκτομή ή απλή μαστεκτομή και όλα τα παιδιά, πλην ενός, επέζησαν.

Στην εφηβική ηλικία οι καρκίνοι ήσαν παρεμφερείς με αυτούς των ενηλίκων. Η αντιμετώπιση έγινε με τοπική εκτομή έως ριζική μαστεκτομή και ακτινοθεραπεία και το 50% επέζησε. Είναι φανερό ότι τουλάχιστον η ομάδα της εφηβικής ηλικίας χρειάζεται αντιμετώπιση ταυτόσημη με αυτή των ενηλίκων.

Τρεις από τους προ της ήβης καρκίνους και δύο της εφηβείας αφορούσαν αγόρια, ποσοστό 12%, που είναι βέβαια πολύ μεγαλύτερο απ' ότι των ενηλίκων.

Το καρκίνωμα στην παιδική ηλικία παρουσιάζεται σαν ένα ογκίδιο ανώδυνο, μονόπλευρο το οποίο δημιουργεί πολλά διαγνωστικά προβλήματα. Η μαστογραφία δεν βοηθάει στα παιδιά λόγω της πυκνότητας του μαστού. Στενή παρακολούθηση με ενδεχόμενη βιοψία στον κατάλληλο χρόνο είναι το πρώτο και βασικό βήμα στην αντιμετώπισή του.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Εκατοστιαία αναλογία εμφάνισης ΚΜ κατά ηλικία σε σύνολο 20 γυναικών (Βασίλαρος et al 1984).

Ηλικία	Αριθμός	%
≤ 20	0	0
21-25	2	10
26-30	18	90
Σύνολο	20	100

ΚΑΡΚΙΝΟΣ του ΜΑΣΤΟΥ στον ΑΝΔΡΑ

Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα αποτελεί σπάνια νόσο που η συχνότητά της είναι μόνο 1% περίπου, σε σύγκριση με τις γυναίκες. Η μέση ηλικία εμφάνισής του είναι 60 περίπου χρόνια. Η πρόγνωση, ακόμα και για τις περιπτώσεις που βρίσκονται στο στάδιο I, είναι βαρύτερη στους άνδρες. Όπως και στις γυναίκες ορμονικές επιδράσεις πιθανώς σχετίζονται με την ανάπτυξη του όγκου στον ανδρικό μαστό. Ασθενείς με καρκίνο του προστάτη και θεραπεία με οιστρογόνα, παρουσιάζουν γυναικομαστία και αργότερα καρκίνο.

Το κύριο ενόχλημα που οδηγεί τον άνδρα στον γιατρό είναι ο ανώδυνος όγκος που σε μερικές περιπτώσεις σχετίζεται με έκκριμα από την θηλή, εισολκή, διάβρωση ή εξέλκωση. Η γυναικομαστία, επίσης, προηγείται ή συνοδεύει την νόσο.

Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες έχει σε πολλές περιπτώσεις οικογενή χαρακτήρα.

Για την θεραπεία του συνίσταται η ριζική μαστεκτομή, με συνδιασμό ακτινοβόλησης, που αποτελεί και το πρώτο βήμα στη θεραπεία εντοπισμένων μεταστάσεων στο δέρμα και τους λεμφαδένες.

Σημαντική επίσης είναι η ορμονοθεραπεία, που σε συνδιασμό με την ορχιεκτομή αποτελούν παράγοντες αναχαίτισης της νόσου.

Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες αποτελεί συνήθως διάσπαρτη νόσο. Γι' αυτό τον λόγο, η πρόγνωση είναι περισσότερο πενιχρή στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Η πενταετής επιβίωση ανέρχεται σε ποσοστό περίπου 58% εφόσον οι ασθενείς βρίσκονται στο στάδιο I. Η δεκαετής επιβίωση, όμως, πέφτει στο 38% ακόμη και για τους ασθενείς του σταδίου I.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Συχνότητα ΚΜ του ανδρός έναντι της γυναίκας.

Συγγραφείς	Σύνολο προσβεβλημένων από ΚΜ	Άνδρες με ΚΜ	%
Williams	1897	16	0,9
Finsterer	692	11	1,6
Geschickter	2554	30	1,2
Lewis-Rienhoff	950	9	0,9
Jaaskelainen	1190	13	1,1
Payson-Rosh	1141	25	2,2
Ponegan-Perez-Mesa	3162	28	0,88

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ στον ΚΑΡΚΙΝΟ του ΜΑΣΤΟΥ

1. ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Η νοσηλευτική είναι επιστήμη, τέχνη και φιλοσοφία της φροντίδας. Ενσωματώνει την επιστημονική γνώση, την ανθρωπιστική συμπεριφορά και τις βαθύτερες αξίες της ζωής. Απ' όλες σχεδόν τις επιστήμες, η Νοσηλευτική αντλεί αρχές και γνώσεις, τις οποίες προσαρμόζει, συσχετίζει και ενσωματώνει στις δικές της θεμελιώδεις αρχές και τις χρησιμοποιεί στην νοσηλεία των αρρώστων και την περιφρούρηση της υγείας της κοινωνίας. Γι' αυτό, η επιτυχημένη κλινική άσκησή της απαιτεί από τον/την νοσηλευτή/τρια τον συνδυασμό επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών δεξιοτήτων και καλλιεργημένης προσωπικότητας. Παντού και πάντα να είναι σε θέση να ανταποκρίνεται στην εξυπηρέτηση της υγείας του ανθρώπου με γνώση και υπευθυνότητα.

Η νοσηλευτική, όπως και άλλες επιστήμες, χωρίζεται σε ειδικότητες ή υποειδικότητες, για την καλύτερη εξυπηρέτηση της φροντίδας της υγείας. Έτσι, υπάρχει η Χειρουργική Νοσηλευτική, η Ψυχιατρική Νοσηλευτική, η Παιδιατρική, η Ογκολογική Νοσηλευτική κ.λ.π.

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο ειδικότερα, δηλ. η **Ογκολογική Νοσηλευτική**, έχει γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς, χωρίς αυτό να σημαίνει πως όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει τα αντίστοιχα προγράμματα εξειδίκευσης των νοσηλευτών. Η ίδια η φύση της νόσου, όμως, απαιτεί την εξειδίκευση του νοσηλευτή πάνω σε αυτήν, για την καλύτερη αντιμετώπιση και υποστήριξη του αρρώστου σ' όλη την διάρκεια της ασθένειάς του.

Μια διάγνωση καρκίνου φέρνει μαζί της ένα είδος πανικού, μια τρέλλα στον άρρωστο. Ένα αίσθημα πως η ζωή του γέρνει επικίνδυνα προς ένα αναπόφευκτο τέλος. Ο άνθρωπος, λοιπόν, που θα βρεθεί σε μια τέτοια θέση

πρέπει να βοηθηθεί κατάλληλα, μέσα από μια λειτουργική σχέση με τους συγγενείς και φίλους, αλλά κυρίως με τον κλινικό γιατρό (ογκολόγο) και το θεραπευτικό περιβάλλον του (νοσηλεύτη, κοιν. λειτουργό, ψυχολόγο) με τους οποίους θα βρίσκεται το μεγαλύτερο διάστημα της ασθένειάς του και σ' αυτούς μπορεί να εξωτερικεύσει όλα του τα συναισθήματα και να βοηθηθεί.

Για την επίτευξη της σχέσης αυτής επεμβαίνει ο νοσηλεύτης, ο οποίος με κατάλληλους χειρισμούς θα βοηθήσει τον άρρωστο να "ξανοιχθεί" ψυχικά, έτσι ώστε να υπάρξει η απαραίτητη επικοινωνία με όλο το θεραπευτικό προσωπικό και να υποστηριχθεί, όπως πρέπει, ο καρκινοπαθής.

Η ανάγκη της καλύτερης ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ογκολογική Νοσηλευτική οδήγησε στην ίδρυση Κοινωνίας Ογκολογικής Νοσηλευτικής (Ongology Nursing Society) με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων και αλληλοβοήθειας. Από το 1978 κυκλοφορεί το περιοδικό <<Cancer Nursing : An International Journal for Nursing Care>> για την κάλυψη της ανάγκης ενημέρωσης στα νέα επιστημονικά δεδομένα για την ασθένεια και την νοσηλευτική βοήθεια του ατόμου που πάσχει από αυτήν.

Η Ε.Ο.Κ., όπως είναι γνωστό, με το πρόγραμμα "Η Ευρώπη κατά του Καρκίνου" όχι μόνο έδωσε νέα πνοή στην έρευνα αλλά πρότεινε να αναγνωρίσει κάθε κράτος - μέλος της ΕΟΚ της ειδική φύση της ογκολογίας. Οι συστάσεις που συνόδευσαν την πρόταση αναφέρονται στην δημιουργία σχεδίου δράσης για την εκπαίδευση των εργαζομένων που ασχολούνται με τον καρκινοπαθή άρρωστο και τον καρκίνο γενικά.

Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ογκολογικής Νοσηλευτικής (European Ongology Nursing Society - EONS) ανταποκρίθηκε στην πρόταση της Συμβουλευτικής Επιτροπής για την Εκπαίδευση Νοσηλευτών της ΕΟΚ με τη σύσταση ομάδας εργασίας που θα προτείνει πλαίσια προγράμματος σπουδών, για μεταπτυχιακή εκπαίδευση νοσηλευτών στην καρκινολογική νοσηλευτική για την Ευρώπη. Μετά από επίπονη εργασία, η ομάδα ολοκλήρωσε το έργο της και το 1989 υπέβαλλε στην ΕONS « **Πλαίσιο Μετεκπαιδευτικού Προγράμματος Ογκολογικής Νοσηλευτικής** » (Core Curriculum for Post-Basic Course in Cancer Nursing).

Το << Πλαίσιο >> αυτό συζητήθηκε σε Σεμινάριο - Σύσκεψη που οργανώθηκε από την Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων και την ΕONS και επιχορηγήθηκε από την ΕΟΚ στα πλαίσια του προγράμματος "Η Ευρώπη

κατά του Καρκίνου". Η σύσκεψη πραγματοποιήθηκε στο Λονδίνο τον Ιανουάριο του 1991 και με κάποιες τροποποιήσεις που προτάθηκαν, το Πλαίσιο μεταπτυχιακού προγράμματος ογκολογικής νοσηλευτικής έγινε αποδεκτό από όλους.

Παράλληλα με αυτές τις ενέργειες βέβαια, γίνονται συνεχώς νοσηλευτικές έρευνες, σε παγκόσμιο επίπεδο, για την πληρέστερη και καταλληλότερη φροντίδα του καρκινοπαθούς. Δυστυχώς, δεν είναι δυνατόν, τουλάχιστον στην χώρα μας, να νοσηλεύονται όλοι οι καρκινοπαθείς από ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, μπορούν όμως όλοι οι νοσηλευτές, που περιθάλπτουν ογκολογικούς ασθενείς, να γνωρίζουν και να εφαρμόζουν, ότι νεότερο και καταλληλότερο υπάρχει στην περίθαλψη αυτών των ασθενών. Οι Dornon και Pietse γράφουν στο βιβλίο τους << κάτι πρέπει να γίνει για όλους τους αρρώστους με καρκίνο. Δεν θα πρέπει να αισθανόμαστε τους εαυτούς μας άχρηστους ή να απελπιζόμαστε όταν νοσηλεύουμε άρρωστο με καρκίνο >>. Για να αποφύγουμε κάτι τέτοιο λοιπόν, εφόδιά μας ενάντια στην απελπισία και την ανημποριά είναι η επιστημονική γνώση, η διαρκής ενημέρωση, η εξειδίκευση, όπου είναι δυνατόν και βέβαια τα ανθρωπιστικά αισθήματα και η θέληση της προσφοράς στον συνάνθρωπο - θεμελιώδεις αρχές και βάση της Νοσηλευτικής επιστήμης.

2.α. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ασθενής εισέρχεται στην φάση της διαγνωστικής διαδικασίας αμέσως μετά την συνειδητοποίηση της ύπαρξης κάποιου προβλήματος· η διάγνωση, όμως, μπορεί να απαιτήσει χρόνο και προϋποθέτει την υποβολή της γυναίκας σε μια σειρά εξετάσεων (αιματολογικές - ακτινολογικές - βιοψίες κλπ.), οι οποίες την φέρνουν σε σχέση με μια σειρά ειδικών (γιατρών, ακτινολόγων κλπ.) που βρίσκονται σε άγνωστο και μη οικείο περιβάλλον.

Η νοσηλεύτρια είναι συχνά η πρώτη από τους ειδικούς, με την οποία έρχεται σε επαφή η ασθενής και το οικογενειακό της περιβάλλον, όταν εισέρχονται στο νοσοκομειακό σύστημα. Αυτή η πρώτη συνάντηση είναι η αρχή της σχέσης νοσηλεύτριας - ασθενούς, που μπορεί να αποδειχθεί σημαντική πηγή σταθερότητας για την γυναίκα- ασθενή και την οικογένειά της, κατά την διάρκεια της παραμονής της στο νοσοκομείο. Κατά την διαγνωστική διαδικασία, το έργο της νοσηλεύτριας είναι συνδιασμός ψυχολογικής υποστήριξης, διδασκαλίας και σωματικής φροντίδας.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ και ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η νοσηλευτική εκτίμηση ξεκινά από την πρώτη συνάντηση. Η νοσηλεύτρια ουστηματικά αναζητεί δεδομένα για την ασθενή και την οικογένειά της κάνοντας σχετικές ερωτήσεις και παρατηρήσεις, ακούγοντας και εξετάζοντας την ασθενή.

Το νοσηλευτικό ιστορικό είναι πολύτιμο εργαλείο, το οποίο βοηθάει την νοσηλεύτρια να αποκτήσει στοιχεία σχετικά με την φυσική και ψυχική κατάσταση του ατόμου. Ως πηγή πληροφοριών χρησιμοποιείται η ασθενής η οικογένεια ή και οι δύο μαζί. Αν η ασθενής συνοδεύεται από συγγενείς, ένα μέρος του ιστορικού μπορεί να ληφθεί υπό την παρουσία τους. Η παρατήρηση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ τους μπορεί να μας δώσει σημαντικές πληροφορίες για τις ανάγκες τους.

Κατά την συνέντευξη η νοσηλεύτρια παρατηρεί την φυσική κατάσταση της γυναίκας π.χ. την αναπνοή, την ύπαρξη οιδήματος κλπ. Ουσιαστικά επιμένουμε στις ακόλουθες κατηγορίες πληροφοριών :

Αιτία εισόδου

Η ασθενής πρέπει να περιγράψει, γιατί ήρθε στο νοσοκομείο. Μέσα από την απάντησή της μαθαίνουμε πως η ασθενής έχει εκτιμήσει τους λόγους εισαγωγής της.

Προσδοκίες από την εισαγωγή

Είναι σημαντικό να ξέρουμε τι πληροφορίες έχει πάρει η ασθενής από το περιβάλλον της, το ιατρικό - νοσηλευτικό προσωπικό, αν γνωρίζει την πεθανή διάγνωση καθώς και τις διαγνωστικές εξετάσεις στις οποίες θα υποβληθεί.

Κατανόηση του Καρκίνου

Αν η ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο με σκοπό να επιβληθεί στον καρκίνο της ή αν βρίσκεται εκεί για να εκδηλώσει το φόβο της ανακάλυψής του, είναι στοιχεία με τα οποία μπορούμε να μελετήσουμε κατά πόσον η γυναίκα γνωρίζει και καταλαβαίνει την σημασία της νόσου* μπορεί να είναι σωστά πληροφορημένη ή να βρίσκεται σε σύγχυση σχετικά με το τι είναι ο καρκίνος του μαστού και με την πρόγνωση του.

Κοινωνικό Ιστορικό

Μ' αυτό το μέρος της συνέντευξης παίρνουμε πληροφορίες για το κοινωνικό υπόβαθρο της ασθενούς. Οι πληροφορίες αυτές μπορούν να δημιουργήσουν στην ασθενή αίσθημα εμπιστοσύνης προς την νοσηλεύτρια και θα χρησιμοποιηθούν για την βοήθεια της ασθενούς την περίοδο της διάγνωσης, στις μετέπειτα αποφάσεις σ' ότι αφορά την εκλογή της θεραπείας, στην αποδοχή της διάγνωσης και την αντιμετώπιση της οικογένειας, των φίλων, των συνεργατών κλπ.

Το κοινωνικό ιστορικό αναφέρεται στην οικογενειακή κατάσταση της γυναίκας, το επάγγελμά της, τα ενδιαφέροντά της και τον τρόπο που αντιμετωπίζει γενικότερα την ζωή και τις δυσκολίες της.

Προηγούμενο Ιατρικό Ιστορικό

Το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό και η καταγραφή προηγούμενης εισαγωγής στο νοσοκομείο χρησιμοποιούνται για τον σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας. Το ιατρικό ιστορικό λαμβάνεται χωριστά για κάθε σύστημα του σώματος, με την μορφή ερωτήσεων, που δεν είναι μονότονες αλλά απλές και κατανοητές εξασφαλίζονται έτσι ακριβείς απαντήσεις.

Φαρμακευτική Αγωγή

Η ασθενής πρέπει να ερωτηθεί τί φάρμακα λαμβάνει και να συγκριθεί η απάντησή της με την ιατρική καταγραφή της αγωγής της. Η πείρα έχει δείξει ότι πολλές φορές λαμβάνονται φάρμακα χωρίς ιατρική οδηγία. Η αντίληψη της γυναίκας σχετικά με την αιτιολογία της λήψης των φαρμάκων είναι σημαντική για τον σχεδιασμό της φαρμακευτικής αγωγής και την ανάγκη χορήγησης οδηγιών. Ρωτάμε επίσης την γυναίκα, αν είναι αλλεργική σε κάποιο φάρμακο. Αν απαντήσει θετικά, της ζητείται να περιγράψει την αντίδρασή της σε αυτό, όσο πιο λεπτομερώς γίνεται.

Διαιτητικοί περιορισμοί

Η νοσηλεύτρια οφείλει να ανακαλύψει τις διατροφικές συνήθειες της ασθενούς· ιδιαίτερες προτιμήσεις ή αποστροφές πρέπει να καταγράφονται για την μετέπειτα αναφορά στο σχεδιασμό παρέμβασης για την αντιμετώπιση της ανορεξίας από την Χημειο-Ακτινο-Θεραπεία. Επίσης, τυχόν διαιτητικές απαγορεύσεις λόγω κάποιων νόσων (π.χ. Σακχαρώδης Διαβήτης) πρέπει οπωσδήποτε να αναφέρονται.

Ειδικές Ανάγκες

Ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει τη γνώση των συνθηκών της ασθενούς, τα όρια εξάντλησης, τις προτιμήσεις της, τις ανάγκες της για απασχόληση και επικοινωνία.

Βοηθητικά μηχανήματα της όρασης, της ακοής, της μάσησης, της βάδισης πρέπει να καταγράφονται και να χρησιμοποιούνται για τον σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας.

Έργο της νοσηλεύτριας επίσης είναι να βοηθήσει την ασθενή να αποκτήσει αυτές τις συσκευές, σε περίπτωση που δεν τις έχει φέρει μαζί της από το σπίτι. Είναι ακόμη αυτονόητο ότι για όλες τις βοηθητικές συσκευές λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα ασφαλείας και βοηθάται η γυναίκα να προσαρμοστεί στο περιβάλλον του νοσοκομείου.

Συναισθηματικές Ανάγκες

Ο καρκίνος είναι ασθένεια που αντιμετωπίζεται δύσκολα, κυρίως εξαιτίας της αμφίβολης πρόγνωσής του. Συγκεκριμένες απαντήσεις σχετικά με την θεραπεία και την περίοδο ύφεσης της ασθένειας δεν είναι δυνατόν να δωθούν. Έτσι, η άρρωστη διακατέχεται από μεγάλο άγχος, που η νοσηλεύτρια

πρέπει να την βοηθήσει να αντιμετωπίσει. Μέσα από τις ερωτήσεις μας και τις απαντήσεις που παίρνουμε, ανακαλύπτουμε τί σκέπτεται η ασθενής. Είναι πολύ σημαντικό, να ανακαλύψουμε, μέσα από την συζήτηση, τους τρόπους με τους οποίους η γυναίκα αντιδρούσε παλαιότερα στα προβλήματά της π.χ. έπαιρνε ηρεμιστικά, έκανε χρήση αλκοόλ, επισκεπτόταν ψυχαναλυτή, τί ακριβώς έκανε όταν ήταν θυμωμένη ή πολύ θλιμμένη.

Όλα αυτά δεν είναι δυνατόν να μας τα εμπιστευτεί κάποιος στην πρώτη μας συνάντηση. Αυτό θα γίνει καθώς η ασθενής αρχίζει να αναπτύσσει και να τρέφει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη προς την νοσηλεύτρια και νιώθει την ανάγκη να εξωτερικεύσει τους φόβους και τα προβλήματά της.

Στον πίνακα που ακολουθεί, βλέπουμε μια κλασική μορφή του νοσηλευτικού ιστορικού, πάνω στο οποίο κινείται η νοσηλεύτρια για να αντλήσει τις πληροφορίες που χρειάζεται από την ασθενή της, και να οργανώσει έτσι καλύτερα την νοσηλευτική φροντίδα που θα της παρέχει σ' όλη την διάρκεια της ασθένειάς της.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Παράδειγμα νοσηλευτικού ιστορικού (McCianahan, Complete Guide to Cancer Nursing, 1984).

Όνοματεπώνυμο ασθενούς		Εθνικότητα	
Επάγγελμα		Θρήσκευμα	
Τοποθέτηση στο θάλαμο	Από (ημερομηνία)	Τρέκλος άφιξης στο νοσοκομείο	Ώρα
Α.Π.		Αντινοσφίμην	Βάρος Υψος
Φαρμακωσία	Σεργιός <input type="checkbox"/> Φ. <input type="checkbox"/> Μ.Φ.		
Γιατρός			
1. Άπια εισαγωγή			
2. Σημάδια και συμπτώματα και διάγνωση			
3. Προβλεπόμενος χρόνος νοσηλείας			
4. Προβλεπές από τη νοσηλεία			
5. Σχέδια μετά την έξοδο			
6. Προβλεπόμενες παθολογικές καταστάσεις			
Αλλεργίες (σε φάρμακα και φάρμακα)			
Αντινεοπλαστικό			
Κυκλοφορικό			
Κεντρικά νευρικά			
Ενδοκρινικό			
Ουρογεννητικό			
Γαστρεντερικό			
Σωματική ανικανότητα			
Διατροφικοί περιορισμοί			
Μηχανικά διαστήματα: Δελανί <input type="checkbox"/> Μπισσούμ <input type="checkbox"/> Πρόσθετη οδοντοστομία <input type="checkbox"/>			
Περιορισμοί δραστηριότητας			
Λοσθήρα: Γυαλιά <input type="checkbox"/> Φακοί επαφής <input type="checkbox"/> Ακουστικά <input type="checkbox"/>			
Συνσυνδεδεμένη/Ψυχιατρική			
Επίπεδο συνείδησης			
Λήψη φαρμάκων			
Ανεπισητά δέρματος			
Συνήθειες ύπνου			
7. Πώς η εισαγωγή της ασθενούς επιδρά στην:		Οικογένεια Εργασία	
Αρχική εκτίμηση της νοσηλεύτριας για την ασθενή			
Προσαρμογή στο περιβάλλον του θαλάμου			
Σχόλια			
Φ. - Φυσιολογικός Μ.Φ. - Μη φυσιολογικός			

2.β. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Οι περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις είναι γνωστό ότι δεν προκαλούν πόνο, γι' αυτό και δεν φοβίζονται την άρρωστη. Προκαλούν όμως αίσθημα άγχους και ανηυχίας για μια πιθανή διάγνωση καρκίνου, που υποχωρεί μόνο όταν η πιθανότητα αυτή αποκλειστεί ή επιβεβαιωθεί. Στο στάδιο αυτό της προ-διάγνωσης, η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά την ασθενή της να διτηρήσει την ψυχραιμία της και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, απαραίτητη για τα επόμενα στάδια.

Οι σύγχρονες αντιλήψεις για την άριστη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα απαιτούν την πλήρη και κατανοητή πληροφόρηση του αρρώστου γύρω από τις διαγνωστικές εξετάσεις, έτσι ώστε, να ενισχυθούν η εμπιστοσύνη του και το αίσθημα ασφάλειάς του. Και σ' αυτή την περίπτωση, λοιπόν, η νοσηλεύτρια:

- α.** Ενημερώνει την άρρωστη για όλες τις εξετάσεις που θα υποβληθεί.
- β.** Εξηγεί τον σκοπό της κάθε εξέτασης.
- γ.** Περιγράφει τον τρόπο εκτέλεσης της εξέτασης, την διάρκειά της και ενημερώνει την ασθενή πότε θα γίνει η εξέταση και ποιοί θα την κάνουν (ακτινολόγοι, γιατροί κλπ).

Εκτός από τις εξετάσεις ρουτίνας (αιματολογικές, ακτινολογικές, δειγματοληπτικές), που παραγγέλλονται για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου, για την διάγνωση ενός όγκου επιβάλλονται περαιτέρω διαγνωστικές διαδικασίες, πολλές από τις οποίες απαιτούν την γραπτή συγκατάθεση της εξεταζόμενης ή κάποιου στενού συγγενή της. Κάθε ίδρυμα έχει δικό του πρωτόκολλο για τραπτή συγκατάθεση, επιβάλλεται, όμως, πριν την υπογραφή του η σωστή ενημέρωση της ασθενούς και των οικείων της.

Η νοσηλεύτρια έχει καθήκον και ευθύνη να εξηγήσει στην γυναίκα την όλη διαγνωστική διαδικασία, να την ενθαρρύνει και να την υποστηρίξει. Ειδική προετοιμασία, όπως συγκεκριμένο διαιτολόγιο, καθαρτικοί υποκλυσμοί, χορήγηση ηρεμιστικών είναι συνηθισμένη για πολλές διαγνωστικές

εξετάσεις. Πριν την προετοιμασία της ασθενούς απαραίτητη είναι η εκτίμηση της γενικής της κατάστασης, που περιλαμβάνει:

- α. Έλεγχος της φυσικής κατάστασης: υπάρχει πόνος ή αφυδάτωση; μπορεί η γυναίκα να σταθεί όρθια ή ξαπλωμένη για τουλάχιστον μια ώρα;
- β. Τα αποτελέσματα της προετοιμασίας τι επιπτώσεις θα έχουν: μπορεί να προκαλέσουν πόνο, διάρροιες, αιμορραγία;
- γ. Έλεγχος αλλεργικών αντιδράσεων.

Αν υπάρχουν προβλήματα αντιμετωπίζονται

- α. Υποστηρίζεται η ασθενής με φυσικά και τεχνικά μέσα και αν η κατάσταση της είναι ασταθής επιβάλλεται να συνοδεύεται από νοσηλεύτη σ' όλη την διάρκεια της εξέτασης.
- β. Υποστηρίζεται ο οργανισμός της με χορήγηση παρεντερικών διαλυμάτων, φαρμάκων ή ηρεμιστικών - αναλγητικών, ώστε να αντιμετωπισθεί τυχόν πόνος, αφυδάτωση, φόβος ή επιπλοκές της εξέτασης.

Τα αποτελέσματα των εξετάσεων εκτιμώνται συνήθως από ομάδα ογκολόγων γιατρών. Οι εξετάσεις πραγματοποιούνται για την διαπίστωση του όγκου, την εντόπιση των ορίων του ή την συγκεκριμενοποίηση του τύπου του όγκου. Μερικές φορές όμως, μετά τις διαγνωστικές εξετάσεις η εξακρίβωση της θετικότητας ενός αποτελέσματος εξαρτάται από εγχειρητικές διαδικασίες.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι κυριότερες μέθοδοι που ακολουθούνται για την διάγνωση ενός κακοήθους όγκου στο μαστό είναι: η μαστογραφία, η ξηρογραφία, η θερμογραφία, η υπερηχογραφία, η υπολογιστική τομογραφία, η διαφανοσκόπηση, η κυτταρολογική εξέταση του εκκρίματος της θηλής, η παρακέντηση του όγκου και η βιοψία. Συμπληρωματικά με αυτές τις εξετάσεις γίνονται και έλεγχος βιολογικών δεκτών, φλεβογραφία, μαστομετρία, γαλακτοφορογραφία, σπινθηρογράφημα οστών, πνευμομαστογραφία, τρυπανοβιοψία και ακτινολογικός έλεγχος.

Ειδική νοσηλευτική φροντίδα για την διεξαγωγή τους απαιτούν η μαστογραφία, η υπολογιστική τομογραφία και η βιοψία.

1. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς κατά την μαστογραφία

Η μαστογραφία είναι η κύρια διαγνωστική εξέταση του καρκίνου στον μαστό. Η μεγάλη αξία της εξέτασης έγκειται στην εντόπιση ύποπτων περιοχών πριν ακόμη από την ψηλάφηση ογκιδίου, που οδηγεί στην έγκαιρη διάγνωση. Η μαστογραφία χρησιμοποιείται ευρύτατα στα διάφορα κέντρα μαστού, ιδίως αυτή της χαμηλής δόσης (Low Dose Mammography) που διενεργείται σε νέες κυρίως γυναίκες.

Πριν τον μαστογραφικό έλεγχο είναι απαραίτητη η νοσηλευτική αξιολόγηση των προβλημάτων της ασθενούς και ο προγραμματισμός και εκτέλεση της αντιμετώπισής τους.

Εκτίμηση - αξιολόγηση προβλημάτων

- α.** Ύπαρξη αναπηρίας ή όχι.
- β.** Ύπαρξη μεταβολικού νοσήματος.
- γ.** Αφυδάτωση.
- δ.** Πόνος.
- ε.** Ύπαρξη άγχους και αγωνίας.

στ. Ανάγκη ενημέρωσης και κατατόπισης ασθενούς.

Σκοποί Νοσηλευτικής Παρέμβασης

- α.** Ενημέρωση και κατατόπιση της ασθενούς προς αποφυγή του άγχους και της αγωνίας.
- β.** Προετοιμασία για την αποδοχή της εξέτασης χωρίς δυσάρεστα επακόλουθα.
- γ.** Αντιμετώπιση προβλημάτων του οργανισμού επιβαρυντικών για την πορεία της εξέτασης π.χ. πόνος, σακχαρώδης διαβήτης αφυδάτωση.

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

- α.** Ενημερώνεται η ασθενής για τον τόπο, το χρόνο και τον σκοπό της εξέτασης.
- β.** Ενημερώνεται για το τρόπο διενέργειάς της. Είναι αναίμακτη και χωρίς πόνο εξέταση.

- γ. Σε έντονο άλγος ή κρίση άγχους χορηγούνται αναλγητικά - ελαφρά ηρεμιστικά κατόπιν ιατρικής εντολής.
- δ. Σε περίπτωση αναπηρίας η εξέταση γίνεται σε καθιστή θέση. Η νοσηλεύτρια μπορεί να συνοδεύσει την ασθενή και να την υποστηρίζει σ' όλη την διάρκεια της εξέτασης. Η μεταφορά του ασθενούς γίνεται με καρέκλα.
- ε. Σε περίπτωση αφυδάτωσης, κατόπιν ιατρικής εντολής, φροντίζουμε για την σωστή ενυδάτωση του οργανισμού με την χορήγηση παρεντερικών διαλυμάτων.
- στ. Αν υπάρχουν άλλα μεταβολικά νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, φροντίζουμε για την χορήγηση ινσουλίνης και την τήρηση του διαιτολογίου της άρρωστης. Σκόπιμο είναι τέτοιες ασθενείς να μπαίνουν πρώτες στο πρόγραμμα για εξέταση.
- ζ. Το νοσηλευτικό προσωπικό ενημερώνει και καθηγουάζει τους συγγενείς της γυναίκας για την εξέταση, την ασφάλειά της, του κινδύνου και τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Σε περίπτωση που κάποιος από το νοσηλευτικό προσωπικό ακολουθεί την ασθενή στο διαγνωστικό εργαστήριο, μπορεί να βοηθήσει στην σωστή τοποθέτηση, σύμφωνα με τις διάφορες θέσεις, του μαστού στο μαστογράφο με σκοπό την σωστή διενέργεια της εξέτασης. Κατά την μαστογραφία εξετάζεται ο μαστός στις εξής θέσεις:

- α) Κρασιο-ουραία προβολή • σημαντικό είναι να στηρίζεται ο μαστός άνετα στη βάση του μαστογράφου, έτσι, ώστε να μην υπάρχει καθόλου αέρας μεταξύ της βάσης και του μαστού. Κατά την διάρκεια της λήψης των εικόνων, πρέπει να ληφθεί φροντίδα ώστε η ασθενής νβα μην γέρνει προς τα πίσω γιατί το τμήμα του μαστού που είναι συνέχεια του θωρακικού τοιχώματος δεν θα εμφανιστεί στο φίλμ. Για να εμποδίσει το παραπάνω η νοσηλεύτρια ασκεί πίεση με το χέρι της στην πλάτη της ασθενούς σπρώχνοντάς την προς το μηχάνημα, ενώ με το άλλο χέρι συμπιέζει τον μαστό, χρησιμοποιώντας το μοχλό που ρυθμίζει τον συμπιεστικό κώνο που έχει ο μαστογράφος.
- β) Ουραιο-κρανιακή προβολή • η φροντίδα είναι η ίδια όπως της προηγούμενης θέσης.

- γ) Μέσο-πλάγια προβολή • σ' αυτή την θέση ο μαστός πρέπει να ανυψώνεται ελαφρώς και να υποστηρίζεται από την νοσηλεύτρια έως ότου σταθεροποιηθεί από τον κώνο. Επίσης η αναδίπλωση του δέρματος πρέπει να αποφεύγεται και η ασθενής να μην οπισθοχωρεί κατά την συμπίεση. Για την ανασήκωση και υποστήριξη μεγάλων μαστών χρησιμοποιείται βοηθητική ζώνη, που τοποθετείται μεταξύ του συμπιεστικού κώνου και της βάσης του μηχανήματος.
- δ) Πλάγια-Μέση προβολή • Η ασθενής πρέπει να τοποθετείται λίγο λοξά, ώστε το τμήμα του μαστού, που αποτελεί συνέχεια του θωρακικού τοιχώματος, να παρουσιάζεται στο φιλμ όσο το δυνατόν καλύτερα.
- ε) Μασχαλιαία προβολή • απαιτεί ειδικό τύπο κώνου και εφαρμογή του σώματος της ασθενούς (μασχαλιαία περιοχή) στο μηχανήμα. Η νοσηλεύτρια ωθεί την γυναίκα προς το σύστημα, για όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συμπίεση, ώστε να παρουσιασθεί καλύτερα η εξεταζόμενη περιοχή.

Κατά την εξέταση βοήθεια από την νοσηλεύτρια χρειάζονται συνήθως γυναίκες που φέρουν κάποια αναπηρία, δεν βρίσκονται σε καλή φυσική κατάσταση, καταλαμβάνονται από έντονο άγχος, ηλικιωμένες γυναίκες και γυναίκες χαμηλού πνευματικού επιπέδου.

Προστασία της ασθενούς από την ακτινοβολία

Όπως είναι γνωστό, τα φιλμ των ακτίνων X που χρησιμοποιούνται στη μαστογραφία είναι λιγότερο ευαίσθητα από τα συνηθισμένα ακτινοδιαγνωστικά φιλμ. Κατά συνέπεια υπάρχει συγκριτικά αυξημένη έκθεση του δέρματος, η οποία ως ένα βαθμό περιορίζεται με την εφαρμογή οσοπής ραδιογραφικής τεχνικής και τοποθέτησης της ασθενούς. Για την προφύλαξη από την ακτινοβολία των αναπαραγωγικών οργάνων η ασθενής φοράει ειδική φούστα από επένδυση μολύβδου 0,25 mm.

Προστασία του προσωπικού από την ακτινοβολία

Κατά την διάρκεια της μαστογραφίας η νοσηλεύτρια και ο τεχνικός πρέπει να προστατεύονται από τις ακτίνες X, όπως άλλωστε και η εξεταζόμενη. Αυτό επιτυγχάνεται ως εξής:

- α. Υπάρχει ειδική προστατευτική πόρτα, η οποία είναι προσαρμοσμένη πάνω στο μηχάνημα και μπορεί να τοποθετηθεί από την δεξιά ή την αριστερή πλευρά του, πίσω από την οποία μπορεί να κραμείνει η νοσηλεύτρια.
- β. Η νοσηλεύτρια μπορεί να παρακολουθήσει την εξέταση από την προστατευτική απόσταση του 1 μέτρου από την ασθενή.
- γ. Μπορεί επίσης να φορέσει προστατευτική ποδιά από μόλυβδο.

2. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς κατά την Υπολογιστική τομογραφία

Η εξέταση εκτελείται συνήθως όταν η κλινική εξέταση και οι άλλες ακτινογραφίες δείχνουν ασαφή εικόνα. Έχει μεγάλη διαγνωστική αξία σε περιπτώσεις μεταστάσεων (ήπατος, εκγεφάλου). Διενεργείται μετά από ενδοφλέβια έγχυση ακτινοσκιερών (ιωδιούχων) ουσιών ή λήψη τους από το στόμα.

Προετοιμασία ασθενούς πριν την εξέταση

- α. Η νοσηλεύτρια πρέπει να ενημερώνεται για την τυχόν αλλεργίες της εξεταζόμενης σε ιωδιούχα σκευάσματα και να το αναφέρει στον γιατρό πριν την ενδοφλέβια έγχυσή τους.
- β. Σε πολύ ανήσυχες ασθενείς είναι δυνατόν, κατόπιν ιατρικής εντολής, να γίνει νάρκωση για την καλύτερη διεξαγωγή της εξέτασης.
- γ. Η έγχυση ιωδιούχων σκευασμάτων γίνεται ενδοφλεβίως και πολύ αργά.
- δ. Πριν την εξέταση η νοσηλεύτρια ενημερώνει την γυναίκα για τον τρόπο της εξέτασης, τον χρόνο(45'-60') και τον τόπο διάρκειάς της.

Φροντίδα ασθενούς μετά την εξέταση

- α. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αναμένει αλλεργική αντίδραση, αν η ασθενής είναι αλλεργική στα σκευάσματα ιωδίου. Ναυτία, έμμετος, ερυθρότητα,

κνησμός ή αναπνευστική δυσχέρεια πρέπει να αναφέρονται αμέσως στον γιατρό.

β. Το σημείο της ενδοφλέβιας έγχυσης παρακολουθείται για σημεία φλεγμονής (ερυθρότητα, οίδημα, πόνο, θερμότητα). Σε ύποπτη επιφάνεια, τοποθετούμε πάγο και ενημερώνουμε τον γιατρό.

γ. Σε τακτά χρονικά διαστήματα ελέγχουμε το ειδικό βάρος των ούρων της ασθενούς, έως ότου βεβαιωθούμε ότι το χορηγούμενο σκεύασμα έχει απεκκριθεί εντελώς.

δ. Η χορήγηση ενδοφλέβιων ακτινοσκιερών ουσιών μπορεί να προκαλέσει υποθερμία, ενώ στην λήψη τους από το στόμα οφείλονται οι διάρροιες που εμφανίζει ένα μεγάλο ποσοστό εξεταζόμενων γυναικών. Απαραίτητη κρίνεται η λήψη υγρών, εκτός αν αντεδεικνύται για άλλους λόγους.

3. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υπόκειται σε βιοψία

Η βιοψία είναι τύπος χειρουργικής διαδικασίας με διαγνωστική αξία, απαραίτητη για την επιβεβαίωση της διάγνωσης ή τον καθορισμό της έκτασης της νόσου. Κατά την περίοδο αυτής της διαγνωστικής εξέτασης, η ασθενής και η οικογένειά της καταβάλλονται από άγχος και φόβο για την πορεία της νόσου.

Η νοσηλευτική φροντίδα σ' αυτή την φάση δίνει έμφαση στην κατάλληλη διδασκαλία, στην άνεση, στην κατάλληλη προτομασία και υποστήριξη της ασθενούς και των οικείων της.

Προεγχειρητική Φροντίδα

Η βιοψία εκτός από διαγνωστική εξέταση, είναι μία χειρουργική επέμβαση και έτσι αντιμετωπίζεται από το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας της ασθενούς λουπόν, ακολουθεί τα στάδια της νοσηλευτικής αντιμετώπισης κάθε χειρουργικού ασθενή: προεγχειρητικό, διεγχειρητικό (που αποτελεί ευθύνη των νοσηλευτών του χειρουργείου), μετεγχειρητικό.

α) Προεγχειρητικό στάδιο

Περιλαμβάνει την προεγχειρητική διδασκαλία και την προετοιμασία της ασθενούς πριν την επέμβαση.

Προεγχειρητική διδασκαλία

Η νοσηλεύτρια παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στην γυναίκα και την οικογένειά της κατά την διάρκεια της προεγχειρητικής φροντίδας. Σε πολλά νοσοκομεία, ο γιατρός, ο αναισθησιολόγος και η νοσηλεύτρια σχηματίζουν μια ομάδα με σκοπό την πληροφόρηση και τη διδασκαλία για την επέμβαση.

Για τον σκοπό αυτό, εκτός από την συζήτηση, μπορούν να χρησιμοποιηθούν φυλλάδια, διαφάνειες και βιντεοταινίες. Η νοσηλεύτρια οφείλει επίσης οποιοδήποτε άλλο μέσο επιτρέπεται για την πληρέστερη ενημέρωση και διδασκαλία των ενδιαφερομένων.

Αν η ασθενής έχει εμπειρία προηγούμενης βιοψίας ή άλλης επέμβασης συζητούμε μαζί της το γεγονός και λύνουμε τυχόν απορίες της. Αν δεν υπάρχει προηγούμενη εμπειρία, εξηγούμε με απλά λόγια την όλη διαδικασία, από την νάρκωση έως τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και διδάσκουμε στην γυναίκα τις τεχνικές παραγωγικού βήχα, βαθιάς αναπνοής και ειδικών αναπνευστικών ασκήσεων που θα χρειαστούν μετά την επέμβαση για την αποβολή των εκκρίσεων και την έκπτυξη των πνευμόνων. Ειδικότερα, οι ασκήσεις έχουν ως εξής:

α) Βήξιμο: παίρνουμε βαθιά αναπνοή και βήχουμε χρησιμοποιώντας τους κοιλιακούς μυς.

β) Διαφραγματική αναπνοή: Τοποθετούμε το χέρι πάνω στο στομάχι και εκπνέουμε. Αισθανόμαστε το στομάχι σφιγμένο* τώρα εισπνέουμε χαλαρώνοντας το στομάχι και αφήνοντάς το να ανυψωθεί μαζί με το χέρι μας. Κρατάμε ακίνητο το επάνω μέρος του θώρακα και κατόπιν εκπνέουμε.

γ) Πλάγια ετερόπλευρη αναπνοή: Ξαπλωμένοι ή καθιστοί τοποθετούμε το χέρι μας στις πλευρές, τις οποίες πιέζουμε, εκπνέοντας ταυτόχρονα. Εισπνέουμε απελευθερώνοντας τις πλευρές από την πίεση του χεριού μας.

Τις ασκήσεις αυτές δείχνουμε στην ασθενή και κατόπιν εκείνη τις επαναλαμβάνει πολλές φορές, έως ότου βεβαιωθούμε ότι τις έμαθε.

β) Μετά την εγχείρηση (Μετεγχειρητικό στάδιο)

Μόλις η ασθενής γυρίσει από το χειρουργείο στον θάλαμο της κλινικής που νοσηλεύεται, γίνεται ο απαραίτητος έλεγχος των ζωτικών σημείων, ο οποίος και επαναλαμβάνεται κάθε 15', 30' ή 60' περίπου, ανάλογα με την κατάσταση της άρρωστης και την τακτική της κλινικής. Μετά την σταθεροποίηση της κατάστασης της ασθενούς η λήψη των ζωτικών σημείων γίνεται κάθε 3 ώρες.

Η ασθενής δεν επιτρέπεται να σηκωθεί από το κρεβάτι, τουλάχιστον τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες, ενθαρρύνεται όμως να γυρίζει από πλευρά σε πλευρά, να βήχει και να αναπνέει βαθιά όπως διδάχθηκε πριν την μεταφορά της στο χειρουργείο. Αν παρ' αυτά η ασθενής επιμένει να σηκωθεί πρέπει οπωσδήποτε να υποβοηθάται από την νοσηλεύτρια αρχικά και κάποιο μέλος της οικογένειάς της αργότερα.

Τα κύρια προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπίσουμε μετά την βιοψία είναι ο πόνος, η εμφάνιση του μαστού και η έλλειψη της αισθητικότητάς του, που προβληματίζουν έντονα την γυναίκα, και η φλεγμονή που ίσως παρουσιάσει η τομή.

Πόνος: ελαφρός πόνος στην περιοχή της τομής είναι συνηθισμένος και αντιμετωπίζεται εύκολα ως εξής:

- α) Χορηγούνται αναλγητικά κατόπιν ιατρικής εντολής.
- β) Συνιστάται στην ασθενή να φορά υποστηρικτικό επίδεσμο όλο το 24ωρο.
- γ) Ενημερώνεται η γυναίκα και οι συγγενείς της, να αποφεύγει απότομες ή βαριές κινήσεις (άρση βάρους, σπρώξιμο) με το σύστοιχο της βιοψίας χέρι.
- δ) Αποφεύγονται οι πολύ χαμηλές θερμοκρασίες, οι οποίες προκαλούν σύσπαση των θηλών και τράβηγμα των ραμμάτων.

Εμφάνιση του μαστού: ενημερώνεται η ασθενής ότι αρχικά ίσως απογοητευθεί από την θέα του μαστού της, αργότερα όμως η εμφάνισή του θα καλυτερέψει αισθητά. Η διαδικασία αυτή θα διαρκέσει μερικούς μήνες.

- α. Γύρω από την τομή θα σχηματιστεί μια μελανιασμένη περιοχή. Αυτή στη συνέχεια θα γίνει γαλαζοπράσινη και θα εξαφανισθεί σε 2 εβδομάδες περίπου.

- β. Στην εγχειρισμένη περιοχή θα παρατηρηθεί ανομοιομορφία του δέρματος και της μάζας του μαστού, σαν να έχει ξεφουσκώσει. Σε 6 περίπου εβδομάδες λιπώδης ιστός θα αναπτυχθεί και θα "γεμίσει" την περιοχή αποκαθιστώντας το φυσιολογικό σχήμα και μέγεθος του μαστού.
- γ. Η θηλή συνήθως τραβιέται προς την μια πλευρά, αλλά επανέρχεται στην κανονική της θέση σε έναν - δύο μήνες.
- δ. Τέλος, τα ράμματα της τομής θα αφαιρεθούν μια εβδομάδα περίπου μετά την επέμβαση.

Φλεγμονή: η περιοχή της ουλής πρέπει να εξετάζεται συχνά γιατί είναι δυνατόν να παρατηρηθεί ελαφρά ερυθρότητα και φλεγμονή κατά μήκος της ουλής ή λίγη έκκριση υγρού. Αυτά είναι φυσιολογικά. Αν όμως τα συμπτώματα γίνουν εντονότερα ή παρατηρηθεί αιματική έκκριση, πρέπει να ενημερωθεί ο γιατρός.

Η ουλή αρχικά έχει ερυθρό χρώμα, σταδιακά όμως θα αποκατασταθεί το φυσιολογικό χρώμα του δέρματος.

Αισθητικότητα: η περιοχή γύρω από την τομή ή όλος ο μαστός, πιθανόν να είναι μούδιασμένη. Η απώλεια αυτή της αισθητικότητας, παρότι προβληματίζει έντονα την γυναίκα είναι προσωρινή. Η αισθητικότητα συνήθως αποκαθίσταται 2 μήνες μετά την επέμβαση και η ασθενής ενημερώνεται από πριν γι' αυτό, ώστε να μην ανηυχεί άδικα.

Μετά την βιοψία η ασθενής συμβουλεύεται να πραγματοποιεί κάθε μήνα αυτοεξέταση του μαστού ή να επισκέπτεται γι' αυτό τον ιατρό της. Αν παρατηρήσει οποιοδήποτε όγκο ή αλλαγή πρέπει να το αναφέρει αμέσως και να μην αμελήσει την περαιτέρω διερεύνησή του.

Η αντίδραση των γυναικών στη βιοψία του μαστού ποικίλλει. Νέες γυναίκες, υψηλού κοινωνικού-οικονομικού επιπέδου και γυναίκες με μικρούς μαστούς συνήθως στεναχωρούνται περισσότερο από τις άλλες γυναίκες για τις δυσμορφίες του μαστού τους.

Από την στιγμή που θα τεθεί η τελική διάγνωση, ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να ενσωματώσει τρόπους βοήθειας της ασθενούς, να αντιμετωπίσει τις οικογενειακές αντιδράσεις, την απουσία από την δουλειά και τα προβλήματα που θα επιφέρει η πιθανή αλλαγή της

T. E. H. P. A. I. C. O. S.

σωματικής εικόνας της γυναίκας που υφίσταται μαστεκτομή και νιώθει ανάπηρη.

Στην φάση αυτή, η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να ξεχνά ότι η γυναίκα αντιμετωπίζει με δέος το άγνωστο και βλέπει για πρώτη ίσως φορά τόσο κοντά της την αρρώστια και το θάνατο. Η θέση η δική μας σ' αυτό το στάδιο, είναι απαραίτητο να επιτρέπει στην γυναίκα να μας εμπιστευθεί και να συνεργαστεί μαζί μας για την θεραπεία της, αντλώντας μέσα από εμάς δύναμη και κουράγιο για να προχωρήσει.

3. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η πληροφόρηση του ογκολογικού αρρώστου για την διάγνωση είναι έργο του κλινικού γιατρού και ίσως έργο της υγειονομικής ομάδας.

Ο νοσηλευτής όμως, μέσω του ρόλου του θα δώσει πληροφορίες στον άρρωστο, στο επίπεδο που θέλει και μπορεί ο άρρωστος, η οικογένεια ή οι φίλοι του.

Το άγχος, η αγωνία, ο φόβος, η κατάθλιψη, η αβεβαιότητα, είναι κοινές συγκινήσεις που δοκιμάζουν οι άρρωστοι και είναι πιο έντονες σε όσους δεν έχουν ακριβή γνώση της θεραπείας τους.

Οι νοσηλευτές λοιπόν μέσω του ρόλου τους θα δώσουν τις κατάλληλες πληροφορίες, που μπορούν να κρατήσουν όλο αυτό το stress του αρρώστου σε άριστο επίπεδο. Μελέτες έχουν δείξει ότι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή και είχαν δεχθεί από γιατρό και νοσηλευτή συμβουλές δοκίμαζαν λιγότερο προεγχειρητικό άγχος και μετεγχειρητική αναλγησία από ασθενείς που είχαν αφεθεί στο να το αντιμετωπίσουν μόνες τους.

Στη χημειοθεραπεία επίσης, οι πληροφορίες δίνονται μεμονωμένα από την κάθε ομάδα και δίνεται χρόνος στον άρρωστο να συνηθίσει την ιδέα της χημειοθεραπείας και στη σημασία της, μοιράζοντας έτσι κάθε σκέψη ή άγχος του.

Πως γίνεται η πληροφόρηση στον ογκολογικό άρρωστο

Οι πληροφορίες και οι εξηγήσεις όταν δίνονται είναι συχνή ασαφείς και λέγονται με έναν ελαφρύ τρόπο που κάνει ανούσιο το περιεχόμενο. Συχνά δεν υπάρχει επανάληψη των λεγομένων ή ανάλυση των ιατρικών πράξεων. Δεν αναγνωρίζεται πάντα ότι μια λέξη, όπως ο όγκος, μπορεί να προκαλέσει σοκ στον ασθενή. Τότε ξεχνιούνται ακόμη και οι προσεκτικές εξηγήσεις και σε επόμενες επισκέψεις ο ασθενής (άνδρας ή γυναίκα) μπορεί να μην ζητήσει εξηγήσεις γιατί φοβάται μήπως θεωρηθεί ανόητος.

Οι νοσηλευτές/ριες λοιπόν, που θα περιθάλψουν τον άρρωστο πρέπει να προσπαθούν να είναι μαζί με τον γιατρό την ώρα των συμβουλών ή να ανακαλύψουν τι ειπώθηκε στον ασθενή. Αυτό βοηθά να χρησιμοποιηθούν όμοιες λέξεις και φράσεις εξασφαλίζοντας την συνοχή των λεγομένων και την εμπιστοσύνη του αρρώστου.

Οι ασθενείς πρέπει να αισθάνονται άνετα, να μπορούν να ζητήσουν περαιτέρω εξηγήσεις. Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές/ριες να ακούν ότι λέει ο ογκολογικός άρρωστος και να παρακολουθούν προσεκτικά τις αντιδράσεις του για να ανιχνεύσουν τα ειδικά προβλήματα και τα άγχη του.

Κατά την πληροφόρηση εκτός των προφορικών εξηγήσεων σκόπιμο είναι, να δίνονται και γραπτές οδηγίες ή φυλλάδια με πληροφορίες, ώστε στο σπίτι, σ' ένα περιβάλλον με λιγότερο stress, οι οικογένεια και ο άρρωστος να μπορέσουν να κατανοήσουν καλύτερα το θεραπευτικό πρόγραμμα και να το αποδεχτούν.

Ο άρρωστος θέλει την πληροφόρηση

Πριν την πληροφόρηση πρέπει να ερευνείται εάν ο ίδιος ο πάσχων θέλει να μάθει για την κατάστασή του, ποιός πρέπει να ενημερωθεί γι' αυτόν και πως θα 'θελε να οργανωθεί το πρόγραμμα της θεραπείας.

Όταν ο άρρωστος βρίσκεται εξαρτώμενος, σε περιόδους οξείας νόσου που μπορεί να χρειαστεί και δικηγόρος, πρέπει να ενημερωθεί οπωσδήποτε, γιατί θα πρέπει να τακτοποιήσει οικονομικές, νομικές εκκρεμότητες.

Σε μια στατιστική που έγινε στο Νοσοκομείο "Αγ. Σάββας" στην Παθολογική κλινική, για το πόσο θέλουν την πληροφόρηση οι άρρωστοι απάντησαν ΝΑΙ σχετικά με την ενημέρωση από γιατρό και νοσηλευτή σ' ότι αφορά την χημειοθεραπεία, είναι όμως φανερό πως οι περισσότεροι άρρωστοι αποφεύγουν την πληροφόρηση για την διάγνωση, σαν να θέλουν να αυτοπροστατευθούν από τις ψυχολογικές συνέπειες αυτής της γνώσης.

Στην Φιλανδία, χώρα με μακρά παράδοση στην ενημέρωση του αρρώστου, 30% των ασθενών με καρκίνο δεν γνωρίζουν την φύση της νόσου. Οι ίδιοι δεν το απαιτούν, ούτε ο γιατρός προθυμοποιείται σε ενημέρωση. Από το 70% των αρρώστων που το ξέρουν μόνο το 30% το ζήτησαν από το γιατρό, οι άλλοι ενημερώθηκαν χωρίς να το ζητήσουν.

Η πληροφόρηση του αρρώστου εξαρτάται από το φύλο, την ηλικία, θρήσκευμα, τη νοημοσύνη, την κατάσταση των προσωπικών υποθέσεών του, την κοινωνική του θέση και την ενημερότητά του σε ιατρικά θέματα (π.χ. γιατρός, νοσηλεύτης). Πάνω απ' όλα, η πληροφόρηση εξαρτάται από την συναισθηματική αντοχή του ατόμου. Δεν πρέπει να είναι περισσότερη από

αυτή που θέλει και αντέχει ο άρρωστος. Με το αντίθετο διασκόζουμε την αλήθεια αλλά συντομεύουμε τη ζωή του αρρώστου.

Στην Γερμανία έχει θεσπιστεί νόμος που ορίζει ότι υποχρέωση του γιατρού είναι να πληροφορεί τον άρρωστο που πάσχει από καρκίνο για την φύση της ασθένειάς του.

Η πληροφόρηση του αρρώστου στην χώρα μας είναι μια διαδικασία δυστυχώς πρόχειρη. Κατά τον ιατροδικαστή κ. Κουτσελίνη, έχουμε υποχρέωση γιατροί και νοσηλευτές, σεβόμενοι τα δικαιώματα του αρρώστου, να ενημερώνουμε τους ασθενείς σεβόμενοι βέβαια και το δικαίωμα του απορρήτου.

Σύμφωνα με τις διακηρύξεις των δικαιωμάτων του ανθρώπου (BALL, 1979).

- Ο ασθενής που χρησιμοποιεί το νοσοκομείο, έχει δικαίωμα να πληροφορηθεί για την κατάσταση της υγείας του.
- Έχει δικαίωμα να ζητεί πλήρη ενημέρωση όσον αφορά τους κινδύνους για κάθε ασυνήθη επέμβαση, διάγνωση ή θεραπεία.

Επικοινωνία νοσηλεύτριας - ασθενούς

Ο ρόλος της ασθενούς με καρκίνο είναι παραδοσιακά ρόλος εξάρτησης και αλλοτρίωσης. Ποτέ κανείς ενήλικος δεν διανοείται να αναθέσει την φροντίδα του εαυτού του σε κάποιον άλλο, εκτός αν είναι υποχρεωμένος όπως στην περίπτωση της ασθένειας.

Η σύγχρονη αντίληψη στη νοσηλευτική εκπαίδευση και στην κλινική πράξη θέλει τη σχέση νοσηλεύτριας - ασθενούς κοινωνικά ισότιμη. Προϋποθέτει καθαρά συνεργατική διαδικασία με κοινό στόχο την προαγωγή της υγείας της ασθενούς. Στα πλαίσια αυτής της συνεργασίας η νοσηλεύτρια λαμβάνει υπόψη της τις προηγούμενες αντιδράσεις της ασθενούς και η ασθενής παρέχει τις πληροφορίες εκείνες που είναι απαραίτητες για τον σχεδιασμό της φροντίδας της.

Η επικοινωνία ασθενούς - νοσηλεύτριας σημαίνει ανταλλαγή απόψεων ιδεών και συναισθημάτων, αμοιβαία εμπιστοσύνη και της ασθενούς για την ασθένειά της.

Με βάση τις σύγχρονες αυτές αντιλήψεις, η νοσηλεύτρια πρέπει να αποφεύγει το δίλημμα "ναι ή όχι" στην ενημέρωση όλων των καρκινοπαθών γενικώς και αδιακρίτως. Η τακτική της πρέπει να εξατομικεύεται μετά από προσεκτική εκτίμηση της προσωπικότητας της ασθενούς και την συνθηκών του περιβάλλοντός της. Ο τρόπος, ο χώρος και ο χρόνος ποικίλλει από περίπτωση σε περίπτωση. Γενικό κριτήριο είναι η οποιαδήποτε ενημέρωση να μην καταλήγει σε βάρος της ψυχοσωματικής ισορροπίας της ασθενούς. Δεν λέμε στην ασθενή παρά μόνο όσα μπορεί να αντέξει. Σκοπός μας είναι να την ενισχύσουμε ψυχολογικά και όχι να την καταπονήσουμε.

Μέχρι ένα σημείο, η ανάγκη των περισσότερων καρκινοπαθών να αποφεύγουν την ενημέρωση είναι σεβαστή. Όμως, σε καμιά περίπτωση δεν προβαίνουμε σε ψευδή πληροφόρηση. Όταν η ασθενής νιώσει αρκετά δυνατή ψυχικά, θα καθορίσει πόσα θέλει να ακούσει και για ποιά πτυχή της αρρώστιας της. Όταν η συναισθηματική σχέση ασθενούς - νοσηλεύτριας είναι ισχυρή, κάθε ψυχολογική αντίδραση της ασθενούς θα μπορεί να αντιμετωπισθεί ικανοποιητικά, χωρίς να επιφέρει επιπλέον ψυχοσωματικά προβλήματα.

4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ.

Η διάγνωση μιας νόσου, όπως ο καρκίνος του μαστού, δημιουργεί κρίση και ανασφάλεια στη δομή της οικογένειας. Στην διάρκεια των πρώτων 6 εβδομάδων από την διάγνωση ο σύζυγος και τα παιδιά ψάχνουν για μια νέα ισορροπία στο οικογενειακό περιβάλλον, που θα τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν την νέα πραγματικότητα.

Η πρώτη αντίδραση της οικογένειας στην διάγνωση καθορίζει σε μεγάλο ποσοστό την μακροχρόνια προσαρμογή της στην ασθένεια και τις καταστάσεις που απορρέουν από αυτή. Κατά συνέπεια, η έγκαιρη, η κατάλληλη υποστήριξη και η καθοδήγηση από το νοσηλευτικό προσωπικό μπορούν να βοηθήσουν την οικογένεια να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες και να ανταποκριθεί όσο το δυνατόν καλύτερα σ' αυτές.

Η ασθενής αντιμετωπίζει την ασθένεια και τον φόβο ενός επικείμενου θανάτου, η οικογένεια αντιμετωπίζει το ενδεχόμενο να χάσει το κυριότερο μέλος-στήριγμά της, την μητέρα, και εμείς καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε τον πόνο της ασθένειας, το άγχος του θανάτου και να συμβάλλουμε αποφασιστικά στην ψυχοσωματική τόνωση της γυναίκας και του περιβάλλοντός της. Για να το επιτύχουμε αυτό, πρέπει να γνωρίζουμε τους παράγοντες που συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη προσαρμογή όλων απέναντι στην ασθένεια. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

α. Η δυνατότητα ανοικτής επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας.

β. Η κατάλληλη αντιμετώπιση από μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού, που περιλαμβάνει την πληροφόρηση, την σωστή ενημέρωση για την πρόγνωση και την θεραπεία της νόσου, όπως επίσης και την κατανόηση της συναισθηματικής αντίδρασης των ανθρώπων στην διάγνωση του καρκίνου.

Φυσιολογικά, η συναισθηματική αντίδραση απέναντι στην διάγνωση μιας θανατηφόρας ασθένειας περιλαμβάνει το αρχικό shock, την άρνηση, τον θυμό, την κατάθλιψη και το άγχος και την τελική αποδοχή. Το αρχικό shock συνοδεύεται συχνά από άρνηση ή δυσπιστία. Ο θυμός επίσης είναι πολύ κοινή αντίδραση και εκφράζει την βαθύτερη απελπισία και ένα αίσθημα αδικίας και διαμαρτυρίας. Όταν η οικογένεια αρχίσει να συνειδητοποιεί την

σοβαρότητα της ασθένειας, περνάει από μια περίοδο κατάθλιψης, απαραίτητη για να αρχίσει μια συνειδητή διεργασία προσαρμογής στην νέα κατάσταση.

Πολύ πιο γρήγορα θα προσαρμοσθεί η οικογένεια στη νέα κατάσταση, αν έχει την ευκαιρία να μοιραστεί με συγγενείς και φίλους τα συναισθήματα αυτά, αντί να τα καταπνίγει. Επομένως, εμείς ως νοσηλευτές οφείλουμε να ενθαρρύνουμε τα μέλη της οικογένειας να εκφράζουν ανοιχτά τους φόβους, τις σκέψεις και τις αγωνίες τους, εξηγώντας τους ότι αυτά είναι μια απόλυτα φυσιολογική αντίδραση απέναντι στην διάγνωση. Η οικογένεια της άρρωστης πρέπει να κατανοήσει βαθιά, και αυτό είναι ευθύνη δική μας, ότι η έκφραση όλων αυτών των αρνητικών συναισθημάτων δεν πρέπει να επηρεάσει την γυναίκα δηλ. ναι μεν να δείχνουν σ' αυτήν την ανησυχία τους αλλά να μην την φορτώνουν συναισθηματικά με επιπλέον φόβους και ανασφάλειες. Η ασθενής χρειάζεται υποστήριξη και αισιοδοξία και ένα περιβάλλον , χωρίς υπερβολικούς συναισθηματισμούς για να μπορέσει να συμφιλιωθεί η ίδια με την ασθένειά της και να αγωνισθεί για την θεραπεία της. Η οικογένεια λοιπόν, με την δική μας καθοδήγηση, θα αποδεχτεί την ασθένεια και θα προσαρμόσει την συμπεριφορά της απέναντι στην άρρωστη, κατά τέτοιο τρόπο που να την ωθήσει να αντιμετωπίσει με σθένος οποιοδήποτε μελλοντικό πρόβλημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η χειρουργική εξαίρεση είναι η αρχαιότερη μέθοδος θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Αποβλέπει στην εκρίζωση της πρωτοπαθούς εστίας και την αφαίρεση μεταστατικών περιοχικών λεμφαδένων. Η πρόοδος της αντισηψίας και της αναισθησίας έχουν ελαττώσει πολύ τους μετεγχειρητικούς κινδύνους από την μαστεκτομή. Ωστόσο, υπάρχει, όπως έχουν δείξει οι έρευνες, κίνδυνος διασποράς της νόσου από χειρουργικούς χειρισμούς. Γι' αυτό το λόγο, κάθε επέμβαση στο μαστό συνδιάζεται με ταχεία βιοψία (μετά από γραπτή συναίνεση της ασθενούς) που δίνει το διακαίωμα στο χειρουργό να προχωρήσει αμέσως την επέμβαση, ανάλογα με το αποτέλεσμα.

Αναλυτικότερα, τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων στο μαστό είναι:

Ριζική Μαστεκτομή, συνίσταται στη χειρουργική εξαίρεση του μαζικού αδένου, των θωρακικών μυών, του περιεχομένου της μασχαλιαίας κοιλότητας και όλου του λίπους και των γειτονικών ιστών. Αφαιρούνται επίσης το δέρμα και η θηλή.

Τελευταίες μελέτες δείχνουν στα 7 χρόνια μετά από ριζική μαστεκτομή με αρνητικούς λεμφαδένες το ποσοστό ανεβαίνει στο 57%. Επιπλέον, η εγχείρηση έχει αυξημένη νοσηρότητα, κακό κοσμητικό αποτέλεσμα, εμφάνιση οιδήματος άνω άκρων και ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας.

Τροποποιημένη Ριζική Μαστεκτομή, συνίσταται στην αφαίρεση του μαζικού αδένου και των μασχαλιαίων λεμφαδένων, ενώ διατηρούνται οι θωρακικοί μύες. Η επέμβαση αυτή είναι η πιο συχνά εφαρμοζόμενη χειρουργική μέθοδος στον καρκίνο του μαστού σήμερα. Έχει καλύτερο κοσμητικό αποτέλεσμα και αύξηση του ποσοστού επιβίωσης, σε σύγκριση με

αυτό της ριζικής μαστεκτομής, σε επιλεγμένες περιπτώσεις και στα αρχικά στάδια (I και II) της νόσου.

Μερική Μαστεκτομή, εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όγκων μεγέθους 2cm ή και μικρότερων, εντοπισμένων στην περιφέρεια του μαστού, χωρίς εμφανή λεμφαδενική διασπορά. Αφαιρούνται 2/3 του μαστού γύρω από τον όγκο και οι μασχαλιαίοι αδένες.

Απλή Μαστεκτομή, γίνεται σε όγκους 2cm ή μικρότερους εντοπισμένους ενδιάμεσα ή κεντρικά στο μαστό, χωρίς λεμφαδενική διασπορά. Εφαρμόζεται σε ηλικιωμένες γυναίκες, στις οποίες δεν αναμένεται ταχεία εξέλιξη της νόσου και συνδιάζεται με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

Ογκεκτομή, ενδείκνυται για ασθενείς με εντοπισμένους μονοεστιακούς όγκους, που δεν ξεπερνούν τα 3cm, και δεν υπάρχουν ψηλαφητοί λεμφαδένες. Η τομή για την αφαίρεση του όγκου γίνεται ακριβώς πάνω από την μάζα του. Αφαιρούνται ταυτόχρονα 2cm φυσιολογικού ιστού γύρω από τον όγκο.

Η επέμβαση συνδιάζεται με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία Co-60, που αρχίζει αμέσως μόλις επουλωθεί το τραύμα (10-14 μέρες).

α. Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Ο σκοπός της εγχείρησης στην ασθενή με καρκίνο του μαστού είναι θεραπευτικός ή περιοριστικός της έκτασης του καρκίνου. Ως αποτέλεσμα έχουμε κάποια παραμόρφωση ή και την αφαίρεση του μαστού, καταστάσεις βέβαια που η ασθενής αντιμετωπίζει με ιδιαίτερο άγχος και φόβο.

Πριν την επέμβαση είναι απαραίτητο η νοσηλεύτρια να βεβαιωθεί, ότι η ασθενής είναι πληροφορημένη για την πιθανή παραμόρφωση ή την αφαίρεση του στήθους της. Καθήκον μας είναι να ενημερώσουμε την γυναίκα για ότι πρόκειται να συμβεί και για ποιό σκοπό, ενώ κρίνεται αναγκαία η εκτίμηση της κατάστασής της σε επίπεδο σωματικό και συναισθηματικό, ώστε να υποστηριχτεί κατάλληλα πριν και μετά την επέμβαση.

Τα κυριότερα προβλήματα - συναισθήματα που ταλαιπωρούν την ασθενή είναι:

α. Αμφιβολίες για την διάγνωση: η νοσηλεύτρια αναγνωρίζει και δικαιολογεί τον φόβο της γυναίκας για την διάγνωση. Είναι δύσκολο να αποδεχτεί κανείς μια θανατηφόρα ασθένεια. Σκοπός μας είναι να ενισχύσουμε την πεποίθηση της ασθενούς ότι ο γιατρός που την παρακολουθεί είναι πεπειραμένος και θα εφαρμόσει την ενδεικνυόμενη θεραπεία κατά τον καλύτερο επιστημονικό τρόπο. Έτσι, αποκτούμε την εμπιστοσύνη της και την συναίνεσή της στις ιατρικές πράξεις που πρόκειται να ακολουθήσουν.

β. Άγχος, κατάθλιψη, ψυχική αδυναμία: η σκέψη ότι πάσχουν από καρκίνο του μαστού φέρνει αντιμέτωπες τις γυναίκες με την σκληρή πραγματικότητα, την απειλή της σωματικής τους αρτιμέλειας. Η αφαίρεση του μαστού είναι μια από τις περιπτώσεις στις οποίες ο αναπόφευκτος ακρωτηριασμός προκαλεί έντονο ψυχικό κλονισμό. Η σκέψη και μόνο του ακρωτηριασμού του μαστού τραυματίζει ψυχικά την γυναίκα και την οδηγεί στην αυτοϋποτίμηση και στην μειονεκτικότητα. Η μαστεκτομή επηρεάζει την αυτοεκτίμηση της ασθενούς, την τοποθετησή της έναντι της ζωής και την επιτυχή εκπλήρωση των επαγγελματικών, οικογενειακών και κοινωνικών προορισμών της.

Η νοσηλεύτρια για να μειώσει το άγχος, την αγωνία, την αδυναμία, την κατάθλιψη και όλα τα δυσάρεστα συναισθήματα που σχετίζονται με την ιδέα του αγνώστου και την διαταραχή του σωματικού ειδώλου:

- πραγματοποιεί επίσκεψη της ασθενούς στο χειρουργείο και το τμήμα ανάνηψης και της εξηγεί τις διαδικασίες και τα αναμενόμενα αποτελέσματα.
- διδάσκει στην ασθενή ασκήσεις βήχα και αναπνοών, λήψη αναπαιτικών θεσεων, ανακούφιση του πόνου, ασκήσεις του χεριού.
- ενθαρρύνει την ασθενή να εκφράσει τις απορίες, τους φόβους και τις αγωγίες της και παρέχει πληροφορίες και επιβεβαιώσεις που η γυναίκα χρειάζεται και επιθυμεί να ακούσει.
- Ο σχεδιασμός της φροντίδας είναι τέτοιος, που να επιτρέπει καθημερινά για 15 min τουλάχιστον, στην νοσηλεύτρια να ακούει τις απόψεις και τα συναισθήματα της γυναίκας για την κατάστασή της. Ενθαρρύνεται η ασθενής ακόμη και να κλάψει, για να ξεσπάσει.

γ. Δυσκολία αποδοχής της επέμβασης: ο χρόνος αναμονής της εγχείρησης είναι γεμάτος ψυχική ένταση, ανησυχία και αγωνία για την ασθενή. Η σωματική νόσος αυξάνει τις συναισθηματικές αντιδράσεις, ιδιαίτερα όταν απειλείται η σωματική αρτιμέλεια ή και η ζωή του ατόμου. Η προετοιμασία για την επικείμενη ψυχική ένταση πρέπει να εξατομικεύεται.

Είναι γνωστό ότι οι γυναίκες-ασθενείς μιλούν πιο εύκολα στην νοσηλεύτρια παρά στο γιατρό. Γι' αυτό, καλείται η νοσηλεύτρια να βοηθήσει την ασθενή να αντιμετωπίσει το πρόβλημά της, με υπομονή και κατανόηση να την διαβεβαιώσει ότι η εγχείρηση είναι απαραίτητη για τη θεραπεία της και ασφαλώς ο γιατρός θα κάνει ότι είναι καλύτερο γι' αυτήν.

Σκοπός μας είναι να αποδεχθεί η ασθενής και να αντιμετωπίσει με θάρρος και ψυχραιμία το είδος της επέμβασης. Η νοσηλεύτρια θα τη διαφωτίσει ώστε να πειστεί, ότι ο μαστός, όταν πάσχει, θεωρείται όργανο άχρηστο λειτουργικώς και επιβλαβές για την υγεία της. Η απώλεια ενός μαστού είναι η μικρότερη θυσία, την οποία θα προσφέρει η γυναίκα ως αντίτιμο στην υγεία της ή και την ζωή της ακόμα. Γεγονός είναι ότι δεν θα είναι η μοναδική γυναίκα με ένα μαστό και οπωσδήποτε θα της απομείνουν αρκετές σωματικές και πνευματικές δυνάμεις για μια ωφέλιμη και δημιουργική ζωή.

Πρέπει να τονιστεί ότι ένα από τα σπουδαιότερα καθήκοντα της νοσηλεύτριας είναι να χειρίζεται κάθε ασθενή ως ξεχωριστή και μοναδική προσωπικότητα. Η κατανόηση και η προσέγγιση μιας ασθενούς απαιτεί εξ ολοκλήρου προσωπική μεταχείριση και όχι εφαρμογή τυποποιημένων κανόνων.

δ. Ο φόβος του πόνου και του θανάτου: η ασθενής συνήθως εκφράζει ανησυχία και φόβο για την ζωή της και τον πόνο που την περιμένει.

Η νοσηλεύτρια της εξηγεί ότι κατά την επέμβαση δεν θα νιώσει πόνο λόγω της τέλει αναισθησίας. Την προειδοποιεί όμως ότι μετά την εγχείρηση θα αισθάνεται πόνο, που όμως θα είναι μικρής διάρκειας και θα αντιμετωπίζεται με αναλγητικά φάρμακα.

Ο φόβος του θανάτου είναι φυσικό να υπάρχει και η νοσηλεύτρια προσπαθεί να εμπνεύσει την ασθενή διαβεβαιώνοντάς τη ότι η χειρουργική στην εποχή μας έχει προοδεύσει τόσο, ώστε στην περίπτωση της όπως και σε χιλιάδες άλλες το αποτέλεσμα να είναι άριστο. Επίσης, από την νοσηλευτική

της πείρα η νοσηλεύτρια αναφέρει περιπτώσεις ασθενών, που έχουν θεραπευθεί ριζικά μετά την μαστεκτομή, επειδή η εγχείρηση έγινε έγκαιρα.

ε. Οικογενειακά προβλήματα: η ασθενής ανήκει σε μια οικογένεια και το πρόβλημα της υγείας της προκαλεί διαταραχή στην ατμόσφαιρα της οικογενειακής της ζωής, είτε είναι παντρεμένη είτε όχι.

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι να λάβουν τα μέλη της οικογένειας την κατάλληλη ψυχολογική και συναισθηματική φροντίδα και διδασκαλία. Αυτό επιτυγχάνεται με τα εξής:

- Παρέχει μέρος του χρόνου της, συζητώντας με τα μέλη της οικογένειας για την κατάσταση της ασθενούς, προσφέροντας πληροφορίες απαντώντας σε ερωτήσεις, ενθαρρύνοντας τα.
- Βοηθεί τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν τα συναισθήματα της άρρωστης και ενθαρρύνει την ίδια να μιλήσει στην οικογένειά της για τους φόβους της.
- Ενθαρρύνει την οικογένεια και ιδιαίτερα τον σύζυγο, αν υπάρχει, να διαβεβαιώσουν την γυναίκα ότι η σεξουαλικότητα και η θηλυκότητά της δεν επηρεάζονται από την απώλεια του μαστού της. Σημασία έχει να είναι η ίδια καλά και να είναι κοντά τους.
- Προετοιμάζει την οικογένεια ότι ο θάνατος, είτε άμεσος είτε αργότερος, μπορεί να είναι πιθανό αποτέλεσμα. Ενθαρρύνει την οικογένεια και την ασθενή να επικοινωνήσουν με τον ιερωμένο της εκκλησίας του νοσοκομείου, αν το επιθυμούν.

στ. Μετεγχειρητική αυτοφροντίδα: η ασθενής και οι συγγενείς της χρειάζεται να καθοδηγηθούν σχετικά με την φροντίδα της τομής και τους σημαντικούς περιορισμούς με σκοπό την γρήγορη ανάρρωση και προαγωγή της υγείας της γυναίκας.

Η νοσηλεύτρια:

- Καθοδηγεί την γυναίκα να παρακολουθεί τον μαστό της για ενδείξεις φλεγμονής, αιμορραγίας, αιματώματος και να τις αναφέρει αμέσως στο γιατρό.
- Διδάσκει στην ασθενή συγκεκριμένες τεχνικές φροντίδας του μαστού.

- Διδάσκει την κατά στάδια αύξηση των δραστηριοτήτων. Η γυναίκα μπορεί να προχωρήσει τις δουλειές του σπιτιού 3-4 βδομάδες μετά την επέμβαση.
- Συμβουλεύει την ασθενή να αποφεύγει έντονες αθλητικές δραστηριότητες για 6-8 βδομάδες μετά την επέμβαση.
- Εξηγεί ότι πρέπει να αποφεύγεται οποιοσδήποτε τραυματισμός στο μαστό.
- Προσέχει ιδιαίτερα την ασθενή για σημεία κατάθληψης. Την ενθαρρύνει να κοιτάζει την τομή, ώστε να συνηθίζει την καινούργια της εικόνα, να περιποιείται μόνη της τον εαυτό της, να λαμβάνει μέρος σε συζητήσεις και να επανέλθει γρήγορα στις αγαπημένες της ασχολίες.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Μετά το τέλος των διαγνωστικών εξετάσεων γίνεται προετοιμασία της ασθενούς για το χειρουργείο. Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να μειώσει τον χρόνο αναμονής πριν την εγχείρηση με :

- α. Διαπίστωση των φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους.
- β. Εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται ριζική μαστεκτομή.
- γ. Χορήγηση ηρεμιστικών (με εντολή ιατρού) για να μειωθούν οι ανησυχίες της ασθενούς.

Την παραμονή της επέμβασης

- Λαμβάνεται αίμα για διασταύρωση (καθορισμός ομάδας).
- Γίνεται ευπρεπισμός του εγχειρητικού πεδίου και του αντίστοιχου μηρού για τυχόν λήψη δερματικού μοσχεύματος* ακολουθεί λουτρό καθαριότητας.
- Χορηγούνται υπακτικά φάρμακα.
- Δίνεται ελαφρύ δείπνο και κατόπιν ιατρικής οδηγίας υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση καλού ύπνου.

Κατά την ημέρα της επέμβασης:

- Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. Επί πυρετού, ενημερώνεται ο χειρουργός.
- Συνιστάται στην ασθενή η κένωση της ουροδόχου κύστης.
- Αφαιρούνται τα κοσμήματα, οι πρόσθετες οδοντοστοιχίες ή τα τεχνητά μέλη και παραδίδονται στους συγγενείς ή φυλάσσονται από την προϊσταμένη.
- Ετοιμάζεται η ασθενής για το χειρουργείο (χειρουργική ενδυμασία).

Η προεγχειρητική προετοιμασία ίσως φαίνεται σαν μια σειρά μηχανικών πράξεων, είναι, όμως, νοσηλευτικό έργο μεγάλης σημασίας γιατί συμπληρώνει την όλη νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς, επισφραγίζει το ενδιαφέρον της νοσηλεύτριας προς την πάσχουσα και την πείθει ότι πράγματι η νοσηλεύτρια θα δείξει το ανάλογο ενδιαφέρον και μετά την εγχείρηση.

α. Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς μετά την μαστεκτομή αποτελεί συνέχεια της προεγχειρητικής και εγχειρητικής περιόδου. Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από την στιγμή κατά την οποία η ασθενής επανέρχεται από το χειρουργείο στο νοσηλευτικό τμήμα.

Η νοσηλεύτρια μετά από αξιολόγηση και εκτίμηση των αναγκών - προβλημάτων της ασθενούς, προβαίνει σε υπεύθυνη παρέμβαση και ανάπτυξη δραστηριοτήτων, με σκοπό την πρόληψη και την αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

- α.** Συχνή λήψη και εκτίμηση της Α.Π. και του σφυγμού για την διαπίστωση shock ή αιμορραγίας.
- β.** Επισκόπηση του επιδεσμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στη μασχάλη και την ράχη. Η επισκόπηση γίνεται κάθε 2 ώρες τουλάχιστον. Παρακολουθείται επίσης το διανοητικό επίπεδο της ασθενούς. Συγχυση, ευερεθιστότητα, εκπτώση συνειδήσεως θέτουν υποψίες για μειωμένη παροχή αίματος στον εγκέφαλο.
- γ.** Χορήγηση αναλγητικών μετά την ανάνηψη, για ανακούφιση του πόνου.

- δ. Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης, βαθιών αναπνοών και παραγωγικού βήχα, όπως διδάχθηκε προεγχειρητικά η ασθενής, για την πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών.
- ε. Συχνός έλεγχος της επίδεσης του τραύματος* αποφεύγεται η πολύ πιεστική περιδεση για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων.
- στ. Έλεγχος των συσκευών παροχέτευσης (αναρροφητική συσκευή Hepovac). Η ποσότητα και το χρώμα των παροχτετευομένων υγρών ελεγχονται και αναγράφονται καθημερινά. Όταν τα υγρά είναι αιματηρά 50-100 cc κατά το πρώτο 24ωρο, πρέπει να ειδοποιηθεί αμέσως ο χειρουργός.
- ζ. Πρόληψη της λοίμωξης:
- Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα της περιοχής του τραύματος.
 - Παρακολούθηση για σημεία φλεγμονής.
 - Ήπιο μασάζ της επουλωμένης πληγής με βούτυρο κακάο για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος (γίνεται με έγκριση ιατρού).
 - Απαγορεύονται οι υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις και οι φλεβοκεντήσεις στο προσβεβλημένο (αύστοιχο) χέρι για αποφυγή εισόδου μικροβίων.
- η. Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημι-Fowler για την βελτίωση της αναπνοής και την αποφυγή λεμφοιδήματος. (Εάν το χέρι είναι ελεύθερο, τοποθετείται πάνω σε μαξιλάρι* η βαρύτητα βοηθά στην επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται ο σχηματισμός λεμφοιδήματος).
- θ. Έγκαιρη έγερση της ασθενούς. Κατά την έγερση συχνά ο βραχίονας της προσβεβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεση για να παρεμποδιστεί η πίεση στο τραύμα και η αύξηση του πόνου. Όταν η ασθενής σηκώνεται για πρώτη φορά πρέπει να υποβαστάζεται από την νοσηλεύτρια, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού. Υπενθυμίζεται στην άρρωστη να περιορίσει την κινητικότητα του αύστοιχου άκρου και να κοιμάται ανάσκελα, όσο το δυνατόν (προς αποφυγή εντονότερου πόνου).

1. Η δίαιτα που ακολουθείται είναι ανάλογη της αντοχής και των προτιμήσεων της άρρωστης. Κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες ίσως η άρρωστη χρειαστεί βοήθεια στο φαγητό, γιατί δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει το ένα της χέρι.
- ια. Σχεδιασμός για έξοδο από το νοσοκομείο - Διδασκαλία
- 1) Ενθαρρύνουμε την έκφραση των αποριών της γυναίκας και της οικογένειάς της και απαντούμε με σαφήνεια.
 - 2) Ετοιμασία του συζύγου, ώστε να δεχτεί ο ίδιος την νέα εμφάνιση της συζύγου του και να την υποστηρίξει ψυχολογικά.
 - 3) Στην μαστεκτομηθείσα ασθενή είναι φυσικό να περιορίζεται η κινητικότητα της αντίστοιχης προς την μαστεκτομή πλευράς (οφείλεται στις παροχετεύσεις και το επιδεσμικό υλικό). Η **πρόληψη της μόνιμης σύσπασης των μυών** με αποτέλεσμα τη δημιουργία παραμορφώσεων και τη μείωση της λειτουργικότητας είναι ζωτικής σημασίας, και επιτελείται κυρίως με την άσκηση.

Οι παθητικές ασκήσεις, με τις οποίες ξεκινά το πρόγραμμα η άρρωστη, αρχίζουν 24 ώρες μετά την επέμβαση. Οι αρχικές ασκήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γραθιάς και έκταση των δακτύλων.

Αρχικά η άρρωστη μπορεί να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις εξαιτίας του πόνου, αλλά η νοσηλεύτρια εξηγεί την σπουδαιότητά τους και επιμένει στην εκτέλεσή τους μέσα στα πλαίσια της αντοχής της γυναίκας φυσικά. Το εύρος των ασκήσεων αυξάνει προοδευτικά και η άρρωστη έρχεται σε θέση να κάνει τις περισσότερες καθημερινές δραστηριότητές της (χτένισμα, βούρτσισμα δοντιών κ.α.).

- Οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η άρρωστη να μην αισθάνεται καμία δυσχέρεια στις κινήσεις.
- Εάν έχει γίνει πλαστική ή η τομή έχει κλείσει ικανοποιητικά, η αύξηση θα πρέπει να περιορίζεται στον ελάχιστο βαθμό και να αυξάνεται σιγά - σιγά.
- Πρέπει να ενθαρρύνεται η αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα.

- Ενθαρρύνεται η ασθενής να διατηρεί κανονική την στάση του σώματός της κατά την εκτέλεση των ασκήσεων. Η σωστή θέση προάγει την καλή μηχανική του σώματος και βελτιώνει την εξωτερική εμφάνιση της γυναίκας.

Οι ασκήσεις που συστήνονται και αποβλέπουν στην εξασφάλιση της πλήρους κινητικότητας της άρθρωσης του ώμου και την αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μυών που έπαθαν κάκωση (ιδιαίτερα σε ριζική μαστεκτομή), είναι οι παρακάτω:

Σφίξιμο μπάλας: βοηθά στο δυνάμωμα των μυών του χεριού και την βελτίωση της κυκλοφορίας. Μια ελαστική μπάλα ή μια τσαλακωμένη εφημερίδα σφίγγεται με το χέρι της προσβεβλημένης πλευράς.

Πέταγμα μπάλας: βελτιώνει την έκταση του προσβεβλημένου άκρου. Η γυναίκα πετά την μπάλα που είναι δεμένη σε ελαστικό κορδόνι.

Αναρρίχηση στον τοίχο: προάγει την έκταση του προσβεβλημένου άκρου. Η γυναίκα βλέπει προς τον τοίχο με τα δάκτυλα των ποδιών της κολλημένα σ' αυτόν, όσο είναι δυνατόν. Λυγίζει του αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο ισιώνοντας του ώμους.

Υψώνει τα χέρια της πάνω στον τοίχο, παράλληλα μεταξύ τους τόσο, ώστε οι βραχίονες να τεντωθούν πλήρως. Επαναφέρει τα χέρια της στην αρχική θέση ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.

Γύρισμα σχοινάκι: είναι μια άσκηση για την ευλυγισία του ώμου. Από το χερούλι μιας πόρτας δένεται ένα σκοινί ή ζώνη από γερό ύφασμα, 3 μέτρων περίπου. Η άρθρωση στέκεται σε απόσταση 2 μέτρων περίπου μακριά από την πόρτα. Πιάνει χαλαρά την άκρη του σκοινιού με το προσβεβλημένο χέρι, κάνει έναν κόμπο και τον τοποθετεί στην παλάμη της. Βάζει το άλλο χέρι στη μέση της για να βοηθήσει την ισορροπία της. Γυρίζει με μικρούς κύκλους στην αρχή το σκοινί• οι κύκλοι αυτοί σιγά σιγά μεγαλώνουν ώστε οι κινήσεις του χεριού να γίνονται με τον ώμο. Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.

Αιώριση χεριών: χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά την ανάπτυξη των επικουρικών μυών. Η άρθρωση σκύβει προς τα εμπρός από τη μέση

και αιωρεί τα χέρια της από το ένα πλάγιο προς το άλλο με τεντωμένους τους αγκώνες. Όταν η άσκηση γίνεται για πρώτη φορά η νοσηλεύτρια στέκεται δίπλα στην άρρωστη μήπως αισθανθεί ζάλη.

Τροχαλία: ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου. Ένα κομμάτι σκοινιού ή μια γερή ζώνη μήκους 3μ. περίπου, περνιέται στο σίδερο του μπάνιου. Τα άκρα του σκοινιού δένονται σε κόμπους που κρατά η ασθενής. Με τεντωμένους βραχίονες η γυναίκα τραβά το σκοινί προς τα κάτω με το γερό χέρι ενώ το προσβεβλημένο χέρι ανυψώνεται. Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει φροντίζοντας ώστε το προσβεβλημένο χέρι να σηκώνεται ψηλότερα κάθε φορά.

Κουμπάκια κουμπιών πλάτης: απαιτεί δυνατούς επικουρικούς μυς και γίνεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες. Η γυναίκα ανεβοκατεβάζει και τα δυό της χέρια πίσω στην πλάτη σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπιά της μπλούζας της. Κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται τα χέρια φτάνουν όλο και ψηλότερα στην πλάτη.

Αγγύγιο μετώπου: δυναμώνει τους επικουρικούς μυς του ώμου. Η άρρωστη βλέπει προς τον τοίχο σε απόσταση 2 μ. Οι παλάμες της τοποθετούνται στον τοίχο στο ύψος του ώμου. Η γυναίκα σιγά - σιγά γέρνει προς τον τοίχο κάμπτωντας τους αγκώνες της και επανέρχεται στην αρχική θέση τεντώνοντας τους αγκώνες.

4) Φροντίδα του τραύματος

- Επεξήγηση για την βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας και σημείωση ότι ενδέχεται να υπάρχει μειωμένη αισθητικότητα εξαιτίας της κάκωσης των νεύρων.
- Επιβάλλεται το ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα της περιοχής.
- Έλεγχος της περιοχής για σημεία φλεγμονής. Διδάσκεται η ασθενής να τα αναγνωρίζει.
- Ήπιο μασάζ της περιοχής με βούτυρο κακάο, εφόσον το εγκρίνει ο γιατρός.

5) Πρόληψη και αντιμετώπιση λεμφοιδήματος

- Πρέπει να αποφεύγονται τα τραύματα, οι αμυχές, τα τσιμπήματα, τα δείγματα εντόμων, τα εγκαύματα και η χρήση ισχυρών απορρυπαντικών στο προσβεβλημένο άκρο, γιατί οδηγούν σε λοίμωξη με αποτέλεσμα την επιδείνωση του οιδήματος.
- Οι ασκήσεις να γίνονται όπως υποδείχτηκαν.
- Στον βραχίονα της προσβεβλημένης πλευράς ανίσταται μασάζ κάθε 3-4 μήνες για την βελτίωση της κυκλοφορίας και την πρόληψη του οιδήματος.
- Η ανύψωση του προσβεβλημένου βραχίονα πρέπει να γίνεται συχνά.
- Απαιτείται σχολαστική καθαριότητα της περιοχής του τραύματος και του σύστοιχου άκρου. (πρόσληψη λοίμωξης).
- Αποφεύγονται τα στενά ρούχα.
- Για την αντιμετώπιση του οιδήματος χρησιμοποιούνται διουρητικά φάρμακα και η διαλείπουσα μονάδα συμπίεσης (μέσα σε μανίκι που εφαρμόζεται στο άνω άκρο εισάγεται περιοδικά αέρας υπό πίεση για την προώθηση του υγρού).

ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Φροντίδα λεμφοιδηματικού χεριού (Σαχίνη, Καρδάση, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Αθήνα 1985).

«Μη»	«Να»
Μην κρατάτε τσιγάρο σε αυτό το χέρι	Να φοράτε ελαστικό γάντι, όταν ασχολείσθε με τη μαγειρική, την καθαριότητα ή το πλύσιμο πιάτων
Μην κρατάτε με αυτό το χέρι την τσάντα ή άλλο βαρύ αντικείμενο	Να φοράτε δακτυλήθρα, όταν ράβετε ή κεντάτε
Μην κόβετε ή τραβάτε τις παρωνυχίδες σε αυτό το χέρι	Να βάζετε κρέμα λανολίνης στο χέρι, πολλές φορές την ημέρα
Μη σκάβετε τον κήπο σας με αυτό το χέρι και μην κόβετε αγκαθωτά φυτά	Να φοράτε την κατρινή ταιυτότητα με την εγχάραξη: «ΠΡΟΣΟΧΗ – ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟ ΧΕΡΙ – ΟΧΙ ΥΠΟΔΟΡΙΣ»
Μην πλησιάζετε ζεστό φούρνο με αυτό το χέρι	Να αναφέρετε στο γιατρό σας, αν τραυματίσατε το χέρι σας, αν είναι ερυθρό, θερμό ή ασυνήθιστα σκληρό ή οίδηματώδες
Μην αφήνετε να σας κάνουν ένεση σε αυτό το χέρι	Να επιστρέψετε για επανεξέταση σε διάστημα δύο μηνών
Μην αφήνετε να σας πάρουν αίμα από αυτό το χέρι	
Μην επιτρέπετε να σας πάρουν την αρτηριακή πίεση από αυτό το χέρι	

6) Αισθητική αποκατάσταση.

Η νοσηλεύτρια, γνωρίζοντας τη μεγάλη σημασία που έχει για κάθε γυναίκα η σωματική της ακεραιότητα, είναι ίσως η μοναδική που μπορεί να προσφέρει βοήθεια και να υποστηρίξει τη μαστεκτομηθείσα ασθενή να επανακτήσει την ψυχική της ισορροπία και να αποκαταστήσει μετεγχειρητικά την συμμετρία της, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα.

Η εξωτερική εμφάνιση της γυναίκας είναι δυνατόν να αποκατασταθεί με τη χρησιμοποίηση προσωρινής προσθήκης στο νοσοκομείο ή το σπίτι (τεχνικό στήθος).

Στο νοσοκομείο: Η προσθήκη (από μαλακό υλικό π.χ. μαλλί για να μην κολλάει στο τραύμα) σταθεροποιείται αρχικά στο νυχτικό της ασθενούς, δίνοντας έτσι κάποια συμμετρία και στις 2 πλευρές. Μετά την αφαίρεση του επιδεσμικού υλικού, εφόσον η γυναίκα νιώσει έτοιμη να φορέσει στήθδεσμο, η προσθήκη τοποθετείται μέσα σ' αυτόν. Για να κρατηθεί αυτή η πρόχειρη προσθήκη στη θέση της, μπορεί να προσαρτηθεί ένα κομμάτι από λάστιχο σε σχήμα V στο κάτω άκρο του στήθδεσμου και να στερεωθεί στη συνέχεια στη ζώνη. Η τσιράντα επίσης του στήθδεσμου πρέπει να μακρύνει λίγο για να αποφευχθεί η πίεση στον ώμο. Ακόμη, σταυρωτές υφασμάτινες ταινίες μπορούν να ραφτούν στον στήθδεσμο για να κρατούν την προσθήκη στη θέση της.

Στο σπίτι: Η επιστροφή στο σπίτι είναι το πρώτο βήμα της γυναίκας σε μια καινούργια ζωή, όπου κάθε της προσπάθεια αποσκοπεί να επανακτήσει την θηλυκότητά της και μαζί την χαμένη της αυτοπεποίθηση. Διακριτικά, συμβουλεύουμε την γυναίκα να μην φοράει στενά ρούχα, που τονίζουν το στήθος, αλλά φαρδιά και πολύχρωμα ή με οριζόντιες ρίγες.

Για να φορέσει μαγιό, συνίσταται η εσωτερική τοποθέτηση και στήριξη ενός σφουγγαριού, στο κατάλληλο σχήμα, για να αντικαταστήσει τον αφαιρεθέντα μαστό.

Αν η γενική κατάσταση της γυναίκας το επιτρέπει, συστήνεται από τον γιατρό η μόνιμη αποκατάσταση του στήθους, που επιτυγχάνεται χειρουργικώς με τους παρακάτω τρόπους:

- α) Απλή τοποθέτηση ενθέματος σιλικόνης μετά από απλή ή τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Η σιλικόνη βρίσκεται σε ζελατινώδη κατάσταση σε σάκους από αδρανές υλικό (σιλικόνη) που τοποθετούνται στο μαστό. Οι τελευταίες βελτιώσεις στα μαστικά ενθέματα αφορούν στην κατασκευή δίχρωμων μοσχευμάτων, όπου ο κεντρικός χώρος περιέχει σιλικόνη και ο περιφερειακός γεμίζεται από τον ίδιο το χειρουργό με φυσιολογικό ορό.
- β) Αποκατάσταση με κρημνούς. Η μεταφορά στην περιοχή της μαστεκτομής δέρματος καλής ποιότητας αποτελεί προϋπόθεση, όταν η περιοχή αυτή παρουσιάζει προβλήματα, όπως ουλές, ατροφικό δέρμα, μετακτινικές αλλοιώσεις κ.λ.π. Χρησιμοποιούνται κυρίως κρημνοί από τον πλατύ ραχιαίο μυ (μυοδερματικός) από τον ορθό κοιλιακό κ.α.
- γ) Αποκατάσταση με διατατήρες ιστών. Δίνεται η δυνατότητα διάτασης του δέρματος στην περιοχή της μαστεκτομής.
- δ) Αποκατάσταση με ελεύθερο κρημνό και μικροχειρουργική αναστόμωση. Χρησιμοποιούνται συνήθως ο μείζων γλουτιαίος, ο βουβωνικός και ο ετερόπλευρός πλατύς ραχιαίος.

Ενδείξεις μόνιμης προσθήκης

- Επιθυμία της ασθενούς
- Ιστολογική εικόνα
- Ηλικία
- Βιολογική και τοπική συμπεριφορά του όγκου.
- Μέγεθος όγκου
- Σχήμα θεραπείας
- Λεμφαδενική μετάσταση

Ευνόητο είναι ότι, όταν υπάρχουν λεμφαδενικές μεταστάσεις, όγκοι μεγάλου μεγέθους ή πολυκεντρικοί, μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία ή άλλα αρνητικά σημεία η μόνιμη αποκατάσταση πρέπει να αναβάλλεται για ευθετότερο χρόνο ή και να μην χρησιμοποιείται καθόλου λόγω του κινδύνου της εμφάνισης υποτροπών.

7) Πρόληψη υποτροπών

Τονίζεται ιδιαίτερα η σημασία της αυτοεξέτασης και του εναπομείναντος μαστού, για την έγκαιρη ανίχνευση υποτροπών ή μεταστάσεων της νόσου.

Ενθαρρύνεται η ασθενής να ακολουθήσει πιστά τις ιατρικές οδηγίες για την περαιτέρω θεραπευτική αγωγή, τις διατροφικές συνήθειες τις καθημερινές ασχολίες. Οποιοδήποτε πρόβλημα αναφέρεται αμέσως στον γιατρό για να αντιμετωπισθεί κατάλληλα το συντομότερο δυνατό.

Εξηγείται στην γυναίκα ότι οι ασθενείς που έχουν υποστεί μαστεκτομή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο επανεμφάνισης καρκίνου και ότι η ίδια είναι η μόνη που μπορεί να τον προλάβει σε πρώιμο στάδιο.

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

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

Τα χημειοθεραπευτικά είναι κυτταροτοξικά, δηλαδή δηλητηριάζουν τα κύτταρα. Αυτή η δηλητηριώδης δράση τους όμως δεν περιορίζεται στα κακοήγη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Τα καρκινικά κύτταρα, επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Φυσιολογικά κύτταρα ιστών, όμως, όπως ο μυελός των οστών, που είναι πολύ δραστήρια, είναι επίσης ευπαθή στα χημειοθεραπευτικά. Είναι πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσης του φαρμάκου, που θα καταστρέψει τα παθολογικά κύτταρα χωρίς να επηρεάσει τα φυσιολογικά. Η τοξικότητα των φαρμάκων εκδηλώνεται κυρίως στον βλεννογόνο του ΓΕΣ, στις ωοθήκες αλλά και σε άλλους ιστούς και όργανα.

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

- α.** Σε εκείνη που έχει σκοπό να συμπληρώσει τη θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου, δηλαδή τη χειρουργική, και να καταστρέψει υπολείμματα όγκου που δεν είναι κλινικοεργαστηριακώς διαπιστώσιμα και ευθύνονται για μελλοντική υποτροπή της νόσου. (Προφυλακτική Χημειοθεραπεία)
- β.** Σε εκείνη που έχει σκοπό να αντιμετωπίσει ήδη διαπιστωμένες μεταστάσεις (αποδεδειγμένα γενικευμένη νόσος).

ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (Π.Χ.)

Ως προφυλακτική χημειοθεραπεία εννοούμε την χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων, μετά την αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας, με σκοπό την καταστροφή των μικρομεταστάσεων, που δεν φαίνονται αλλά ίσως υπάρχουν και κατά συνέπεια την αύξηση του ποσοστού ίασης και τελικής επιβίωσης των ασθενών.

Έχει αποδειχτεί ότι η προφυλακτική χημειοθεραπεία μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών, να αυξήσει την επιβίωση και να μικρύνει τον όγκο της πρωτοπαθούς εστίας και των μικρομεταστάσεων. Η Π.Χ. ενδείκνυται ιδιαίτερα στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με θετικούς λεμφαδένες γιατί αυξάνει το ελεύθερο νόσου μεσοδιάστημα και την επιβίωση. Αντίθετα στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες δεν φαίνεται να προσφέρει πολλά και γι' αυτό ο κλινικός ιατρός πρέπει πρώτα να εκτιμήσει ορισμένα στοιχεία, όπως θετικούς λεμφαδένες, αρνητικότητα υποδοχέων, διαστάσεις όγκου κ.λ.π., τα οποία να δείχνουν αυξημένη χημειοευαισθησία και συγχρόνως αυξημένο κίνδυνο.

Όσον αφορά τα θεραπευτικά σχήματα, καλύτερα αποτελέσματα δίνουν οι συνδυασμοί των χημειοθεραπευτικών, όπως τα σχήματα CMF, FAC, CVFMP (CMF + Βινκριστίνη + πρεδνιζόνη), L-PAM-5FU (L-φαινυλαλανίνη + φθοριουρακίλη) κ.α. Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνονται τα βασικά σχήματα CMF, FAC και ο τρόπος χορήγησής τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Χημειοθεραπευτικό σχήμα CMF.

Κυκλοφωσφamide	700 mg/m ²	Ενδοφλεβίως
Μεθοτρεξάτη	50 mg/m ²	Ενδοφλεβίως
5 - φθοριουρακίλη	750 mg/m ²	Ενδοφλεβίως
Ο κύκλος επαναλαμβάνεται κάθε 28 μέρες.		

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Χημειοθεραπευτικό σχήμα FAC.

5 - φθοριουρακίλη	500 mg/m ²	Ενδοφλεβίως
Αδριαμικίνη	50 mg/m ²	Ενδοφλεβίως
Κυκλοφωσφamide	600 mg/m ²	Ενδοφλεβίως
Ο κύκλος επαναλαμβάνεται κάθε 28 μέρες.		

Η θεραπεία πρέπει να ακολουθεί το γνωστό σχήμα των 6μηνιαίων κύκλων. Η παράταση της αγωγής σε 12 κύκλους δεν φαίνεται να επιδρά στο τελικό αποτέλεσμα, ενώ συνοδεύεται από όλα τα δυσάρεστα επακόλουθα των ανεπιθύμητων ενεργειών των χημειοθεραπευτικών. Οι αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες ή αντιδράσεις που παρουσιάζονται είναι παροδική

αλωπεκία (40-70%), διάρροια, παροδικές παραισθήσεις, μικρή αύξηση του βάρους του σώματος και πρόωρη αμηνόρροια, η οποία σε νέες γυναίκες είναι μάλλον παροδική. Διυητικός κίνδυνος δευτερογενούς καρκινογέννεσης από την Π.Χ. δεν έχει επιβεβαιωθεί στην κλινική πράξη.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσηλεύτρια ανήκει στο μέρος του προσωπικού του κλάδου υγείας, που έρχεται άμεσα σε επαφή με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας. Οι ενέργειες αυτές χαρακτηρίζονται επιπλοκές και διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες.

Πρώιμες

- * Ναυτία, έμμετοι
- * Διάρροια
- * Ευαισθησία φλεβών
- * Πόνος στις σιαγόνες

Όψιμες

- * Μυελοτοξικότητα
- * Στοματίτιδα
- * Κόκκινα ούρα
- * Αλωπεκία
- * Ναυτία, έμμετοι
- * Αμηνόρροια
- * Πνευμονίτιδα
- * Νευροτοξικότητα
- * Δυσκοιλιότητα
- * Αιμορραγική κυστίτιδα

Οι επιπλοκές αυτές εκτός από το γεγονός ότι εξαντλούν οργανικά τις ασθενείς, προκαλούν φόβο, άγχος και ανασφάλεια εξαιτίας της αλλαγής του σωματικού ειδώλου που επιφέρει διαταραχή της σεξουαλικής επιθυμίας, της αυτοεκτίμησης και της ψυχοσυναισθηματικής υγείας. Οι ασθενείς πρέπει να κατανοούν ότι το άγχος και η ανησυχία για τα θεραπευτικά αποτελέσματα ή για την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών δεν βοηθούν την κατάστασή τους. Η

νοσηλεύτρια πρέπει να βεβαιώνεται ότι οι πιθανές ιατρογενείς ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν συζητηθεί με την ασθενή πριν την έναρξη της θεραπείας και ότι μη αναστρέψιμες ενέργειες, όπως η αμμηνόρροια σε γυναίκες άνω των 40 ετών, έχουν κατανοηθεί και αξιολογηθεί. Επίσης, πρέπει να έχει γίνει κατανοητό από την ασθενή ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι δυνατόν να αυξάνονται, σε συχνότητα και ένταση, κατά την διάρκεια της θεραπείας αλλά θα υποχωρήσουν όταν η χημειοθεραπεία ολοκληρωθεί.

Ενημέρωση της ασθενούς

Η ανησυχία, η αβεβαιότητα, η αναμονή και ο φόβος του αγνώστου προκαλούν στην ασθενή περισσότερο κακό από οτιδήποτε άλλο. Δεν είναι μόνο δικαίωμα του αρρώστου να γνωρίζει τι θα συμβεί, αλλά επίσης επηρεάζει και το αποτέλεσμα.

Οι πληροφορίες πρέπει να είναι εξειδικευμένες και να εκφράζονται σε απλή γλώσσα, ώστε η ασθενής να καταλαβαίνει καθαρά. Όποτε είναι δυνατόν πρέπει να δίνονται γραπτές πληροφορίες (έντυπο υλικό) ως συμπλήρωμα των προφορικών.

Η καταλληλότερη στιγμή για την πληροφόρηση της ασθενούς είναι πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας. Πρέπει όμως η νοσηλεύτρια να λάβει υπόψη της ότι η γυναίκα βρίσκεται ακόμα σε περίοδο ανάρρωσης από την συναισθηματική και σωματική καταπόνηση της μαστεκτομής και η διδασκαλία δεν είναι δυνατόν να συγκρατηθεί, αν διενεργείται σε περίοδο συναισθηματικής έντασης.

Συντονισμός φροντίδας

Η νοσηλεύτρια διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ ασθενούς, οικογένειας και προσωπικού, προσφέροντας άριστη νοσηλευτική φροντίδα στην ασθενή. Είναι απαραίτητο η νοσηλεύτρια να συντονίζει τις ενέργειες των μελών της θεραπευτικής ομάδας με σκοπό την παροχή διαρκούς φροντίδας. Οι καρκινοπαθείς κατά την διάρκεια της πορείας μιας μακρόχρονης θεραπείας εξυπηρετούνται τυπικά από μεγάλο αριθμό μελών της ομάδας υγείας, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός της φροντίδας και να είναι απαραίτητος ο συντονιστικός έλεγχος της νοσηλεύτριας.

Αντιμετώπιση επιπλοκών

Η γνώση είναι το βασικότερο γνώρισμα της επαγγελματίας νοσηλεύτριας για να διδάσκει αποτελεσματικά, να παρατηρεί τα συμπτώματα στην αρχή και να επεμβαίνει στον κατάλληλο χρόνο.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι δυνατόν να χορηγηθούν

- ενδοφλεβίως - ενδοαρτηριακώς
- ενδομυϊκώς
- ενδοκοιλιακώς (π.χ. μέσω της υπεζωκοτικής κοιλότητας)
- υποδορίως
- από το στόμα
- τοπικώς (τοποθετείται ειδικός καθετήρας στην μαστική αρτηρία, μέσω του οποίου γίνεται η έγχυση των φαρμάκων κατά διαστήματα).

Η νοσηλεύτρια είναι απαραίτητο να γνωρίζει τον τρόπο χορήγησης του χημειοθεραπευτικού και ταυτόχρονα όλες τις λεπτομέρειες για την δράση, τις παρενέργειες, τις αλληλεπιδράσεις του, έτσι ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει το οποιοδήποτε πρόβλημα με τον κατάλληλο τρόπο.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ως γενικευμένο καρκίνο του μαστού εννοούμε τον καρκίνο που βρίσκεται στο IV στάδιο και ήδη υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η χημειοθεραπεία άρχισε να εφαρμόζεται στο Β' Παγκόσμιο πόλεμο και είναι προϊόν πολεμικών ερευνών. Ο αζωθουπερίτης είναι ένα από τα πρώτα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν για την καταπολέμηση του καρκίνου γενικά αλλά και ειδικότερα για την καταπολέμηση του καρκίνου στο μαστό.

Σήμερα τα χημειοθεραπευτικά που χρησιμοποιούνται χωρίζονται στις εξής κατηγορίες:

- α. Αλκυλιούντες παράγοντες:** σταματούν τον κυτταρικό κύκλο, κυρίως στην προμιτωτική φάση

- Κυκλοφωσφαμίδη (Cytosan, Endoxan)
- Μεχλωραιθαμίνη (Mustargen)
- Μελφαλάνη (Alkeran, Melphalan)
- Χλωραμβουκίλη (Leukeran)
- Τριαιθυλενική Θειοφωσφοραμίδη (Thiotepa)

β. Αντιμεταβολίτες: μοιάζουν δομικά με τους μεταβολίτες, προσροφώνται από τα ένζυμα και εμποδίζουν την δράση τους.

- 5-φλουορουρακίλη (Fluorouracil)
- Μεθοτρεξάτη (Methotrexate)

γ. Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης

- Βινμπλαστίνη (Velbe)
- Θεϊκή βινκριστίνη (Oncovin)
- Θεϊκή βιντεσίνη (Gesidine)

δ. Αντιβιοτικά με δράση όμοια με τη δράση των αναστολέων της κυτταρικής μίτωσης

- Υδροχλωρική δοξορουμπικίνη ή αδριαμικίνη (Adriblastina)
- Κρυσταλλική μιτομυκίνη (Mitomycin-C)
- Μπλεομυκίνη (Bleosin)
- Δαουνορουβικίνη (Daunoplastina, Daunomycin, Rubidomycin)
- Υδροχλωρική μιτοξανδρόνη (Novantrone)

ε. Ορμόνες

- Οιστρογόνα (διαιθυλοστιλβεστρόλη)
- Ανδρογόνα (Halotestin)
- Προγεστερόνη (οξική μεδροξυπρογεστερόνη)
- Αντιοιστρογόνα (ταμοξφαίνη)
- Κορτικοστεροειδή (πρεδνιζολόνη)
- Αμινογλουτεθμίδη (αναστολέας αρωματάσης)

ΜΕΤΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τα χημειοθεραπευτικά είναι κυτταροτοξικά όχι μόνο για τους ασθενείς αλλά και για τους υγιείς που έρχονται σε επαφή μαζί τους. Έχουν ενοχοποιηθεί για την πρόκληση καρκινογένεσης και τερατογενέσεων. Γι' αυτό είναι απαραίτητο κατά την χρήση των φαρμάκων αυτών, να προστατεύεται όχι μόνο ο χρήστης αλλά και ο χορηγός τους. Οι κύριες οδοί μόλυνσης είναι το δέρμα (άμεση επαφή) και το αναπνευστικό σύστημα. Τα μέτρα ασφαλείας που παίρνονται είναι διπλής κατεύθυνσεως και απευθύνονται α) στον ασθενή και β) στο υγειονομικό προσωπικό.

α) Μέτρα ασφαλείας για το υγειονομικό προσωπικό

Στην φάση προετοιμασίας και χορήγησης των χημειοθεραπευτικών υπάγονται τα προστατευτικά μέτρα, που πρέπει να λαμβάνει το υγειονομικό προσωπικό για να απαλλαγεί από τις μεταλλαξιογόνες και τις καρκινογόνες επιδράσεις που ασκούν πάνω του.

Στις περιπτώσεις που τα κυτταροστατικά ετοιμάζονται σε νοσοκομεία, ορόφους ή εξωτερικά ιατρεία, πρέπει να υπάρχει διαφανές διάφραγμα μεταξύ εργαζομένου και του χώρου προετοιμασίας. Ιδεώδες είναι η διαδικασία αυτή να γίνεται σε ειδικό χώρο με τεχνητό αερισμό (ή ανεμιστήρα) κάθετης κατεύθυνσης προς τα έξω.

Κατά την διάρκεια της προετοιμασίας των χημειοθεραπευτικών στους ορόφους η νοσηλεύτρια πρέπει να φορά:

- α. Πλαστικά γάντια κατά την διάλυση, που αλλάζονται κατά την έγχυση του φαρμάκου στη φλέβα.
- β. Προστατευτικά γυαλιά κατά την διάλυση.
- γ. Μάσκα κατά την διάλυση.
- δ. Πλαστική ποδιά τόσο κατά την διάλυση, όσο και κατά την έγχυση του φαρμάκου.

Τα χέρια πλένονται καλά πριν φορεθούν τα γάντια και μετά την αφαίρεσή τους.

Σε περίπτωση μόλυνσης του δέρματος πρέπει να πλένεται καλά η περιοχή με σαπούνι και νερό. Αν εκτεθούν τα μάτια πρέπει να πλένονται με άφθονη ποσότητα νερού.

Μεγάλη προσοχή δίνεται στην απόρριψη των απεκκρυσμάτων του ασθενούς, που μπορεί να περιέχουν αναλλοίωτα φάρμακα ή κυτταροστατικούς μεταβολίτες.

Επειδή έχει ανευρεθεί κυτταροστατικό φάρμακο στο μητρικό γάλα, σκόπιμο είναι οι επίτοκες νοσηλεύτριες να αποφεύγουν όλες τις φάσεις χρήσης των κυτταροστατικών, ειδικά τους πρώτους μήνες της κύησης, για την αποφυγή τερατογενέσεων.

Όλα τα μολυσμένα υλικά, μπλούζες, γάντια, κενά φιαλίδια φαρμάκων, χρησιμοποιήτα φάρμακα, πρέπει να συλλέγονται σε δοχεία με κόκκινη ετικέτα και την επιγραφή << ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΑΠΟΡΡΙΜΑΤΑ >>.

Το National Institute of Health και το National Study Commission of Cytotoxic Exposure έχουν καθορίσει ορισμένες αρχές για την ασφαλή χρήση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων (1986).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Μέτρα ασφάλειας για την χρήση των χημειοθεραπευτικών.

Προστατεύοντας τον εαυτό σου

Κατά την διάλυση

- Φόρεσε πλαστική ποδιά μιας χρήσης, που να είναι κλειστή μπροστά. Φόρεσε διπλά γάντια, προστατευτικά γυαλιά, και μάσκα. Να γίνεται αλλαγή πλαστικών γαντιών κάθε 30 min.
- Φρόντισε, να εξισορροπείται η πίεση του αέρα μέσα και έξω από το φιαλίδιο του φαρμάκου.
- Μην αφαιρείς τον αέρα που υπάρχει στη σύριγγα, φέρνοντάς την στο ύψος των ματιών σου.
- Στο σημείο εισόδου της βελόνας μέσα στο φιαλίδιο για την αναρρόφηση του φαρμάκου να τοποθετείται γύρω-γύρω ένα αποστειρωμένο τολύπιο εμποτισμένο με οινόπνευμα.

- Το σπάσιμο της αμπούλας γίνεται τοποθετώντας γύρω από την σημειωμένη από την εταιρία θέση ένα τολύπιο με οινόπνευμα.
- Η διάλυση των κυτταροστατικών φαρμάκων συνίσταται να γίνεται μέσα σε ειδικούς βιολογικούς θαλάμους κάθετης νηματικής ροής.

Κατά την επαφή του φαρμάκου με το δέρμα.

- Πλύνε την περιοχή του δέρματος πάνω στην οποία έχει χυθεί το φάρμακο με νερό και σαπούνι.
- Καθάρισε την εκτεθειμένη περιοχή με 70% ισοπροπυλική αλκοόλη.

Χορήγηση

- Φόρεσε γάντια μιας χρήσεως
- Δώσε μεγάλη προσοχή στους χειρισμούς χορήγησης ώστε να μη συμβεί απελευθέρωση του φαρμάκου.

Μετά την χορήγηση

- Όλα τα μολυσμένα υλικά, μπλούζες, γάντια, φιαλίδια, βελόνες, σύριγγες, κλπ., τοποθετούνται στα ειδικά δοχεία που υπάρχουν.
-

β) Μέτρα ασφαλείας για την ασθενή

Η προετοιμασία και χορήγηση των κυτταροστατικών πρέπει να γίνεται από έμπειρο και εάν είναι δυνατόν ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό για την αποφυγή περισσότερων ανεπιθύμητων ενεργειών σε βάρος της ασθενούς.

Οι ασθενείς χρειάζεται να γνωρίζουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και το τι μπορούν να κάνουν για να τις εμποδίσουν ή να τις μειώσουν. Πριν την έναρξη της θεραπείας η ασθενής διδάσκεται από την νοσηλεύτρια πως να αναγνωρίζει συμπτώματα και σημεία φλεγμονής ή αιμορραγίας.

Κατά την έναρξή και διάρκεια της αγωγής απαιτείται προσεκτικός έλεγχος των εργαστηριακών εξετάσεων.

Γίνεται ΗΚΓ της ασθενούς πριν την έναρξη της θεραπείας κυρίως αν το φάρμακο είναι καρδιοτοξικό π.χ. Adriblastina.

Δώδεκα ώρες πριν την χορήγηση νεφροτοξικών φαρμάκων αρχίζει η ενυδάτωση (με ορούς) της ασθενούς και συνεχίζεται δώδεκα ώρες μετά.

Παρακολουθείται ανελλιπώς το ισοζύγιο υγρών (μέτρηση προσλαμβανομένων - αποβαλλομένων υγρών) της ασθενούς προς αποφυγή αφυδάτωσης (σε διάρροια, εμέτους, απώλεια ούρων).

Κοντά στην ασθενή πρέπει να υπάρχει συσκευή O₂ για τυχόν αλλεργικό shock.

Τα χορηγούμενα φάρμακα δεν πρέπει να είναι παγωμένα κατά την χρήση τους. Προσοχή στην ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων που πρέπει να προστατεύονται από το φως (καλυμμένοι οροί) π.χ. Opconin.

Μερικά από τα κυτταροστατικά δημιουργούν εκδορές και όταν φύγουν από την φλέβα, δημιουργούν εξέλκωση ή νέκρωση στους ιστούς. Όλα τα φάρμακα που χορηγούνται ενδοφλεβίως πρέπει να παρακολουθούνται με εξαιρετική προσοχή και αν υπάρχει αμφιβολία για την καταλληλότητα της φλέβας η έγχυση πρέπει να διακόπτεται.

Εάν είναι γνωστό ότι ένα φάρμακο προκαλεί εκδορές πρέπει να χορηγείται πρώτο, γιατί στην αρχή η φλέβα είναι υγιής και ο κίνδυνος για υποδόρια έγχυση μικρότερος.

Κατά την ενδοφλέβια έγχυση των κυτταροστατικών χρησιμοποιείται βελόνα Butterfly No 21G ή 23G και η επιλογή της φλέβας να γίνεται με μεγάλη προσοχή. Προτιμούνται οι φλέβες του καρπού, της ράχης του χεριού (άκρα χείρα) και του ωλεκρανιακού βόθρου. Εξελκωμένες, ερεθισμένες περιοχές αποφεύγονται· επίσης αποφεύγεται το ούστοιχο άνω άκρο της μαστεκτομής γιατί δημιουργείται λεμφοίδημα.

Μετά την έγχυση του φαρμάκου, ξεπλένεται η βελόνα με φυσιολογικό ορό και κατόπιν αφαιρείται.

Σε περίπτωση νεκρώματος, το φαρμακευτικό τμήμα του Σαν Φραντζίσκο της Καλιφόρνιας ανακοίνωσε έναν πίνακα αντιδότων χημειοθεραπευτικών φαρμάκων για την θεραπεία του. Τα αντίδοτα των χημειοθεραπευτικών του καρκίνου του μαστού βρίσκονται στον πίνακα που ακολουθεί, δεν πρέπει να ξεχνάμε, όμως, ότι η καλύτερη θεραπεία του νεκρώματος είναι η πρόληψη του.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Αντίδοτα Χημειοθεραπευτικών του Καρκίνου Μαστού.

<i>Εξαγειωθέντα Φάρμακα</i>	<i>Αντίδοτα</i>	<i>Δόσεις</i>
Μεχλωραιθαμίνη	Θειοθειικό νάτριο	4 ml
Δαουνορουβικίνη	Διττανθρακικό νάτριο 10%	5 ml
	Dexamethason (4mg/ml)	1 ml
Δοξορουβικίνη	Διττανθρακικό νάτριο 8,4%	5 ml
	Dexamethason (4mg/ml)	1 ml
Μιτομυκίνη	Θειοθειικό νάτριο 10% Ενέσιμο Ασκορβικό Οξύ (50 mg/ml)	4 ml 1 ml
Βινμπλαστίνη	Διττανθρακικό νάτριο 8,4% ή Ναλουρονιδάση	5 ml
Βινκριστίνη	Ναλουρονιδάση (150μl/ml) διαλυμένο με φυσιολογικό ορό	1 ml

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ναυτία και Έμετος

Το 50-70% των ασθενών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία, παρουσιάζει ναυτία και έμετους σε διάφορους βαθμούς.

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι η διαφορετική ανταπόκριση των ασθενών εξαρτάται από την ιδιοσυγκρασία του ατόμου, την δόση, το σχήμα, το φάρμακο, την διάρκεια και τον κύκλο. Επομένως, η ναυτία και οι έμετοι που παρουσιάζονται πρέπει να αντιμετωπίζονται προσεκτικά και εξατομικευμένα σε συνάρτηση με το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθείται.

Η έμεση μπορεί να είναι οξεία, όψιμη ή εξαρτώμενη. Συνήθως αρχίζει μεταξύ 90 min και 3 ωρών από την χορήγηση του φαρμάκου και το αποκορύφωμά της διαρκεί 2-6 ώρες.

Σε μερικές περιπτώσεις, ειδικά μετά από ενδοφλέβια χορήγηση Cyclophosphamide, η έναρξη της οξείας έμεσης μπορεί να καθυστερήσει 9-18 ώρες.

Εκτός της οξείας έμεσης, εμετογόνοι παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν όψιμη έμεση που επέρχεται 1-4 μέρες μετά την αγωγή. Αν και η όψιμη έμεση δεν είναι τόσο σοβαρή όσο η οξεία, προκαλεί δυσφορία και εμποδίζει την σωστή διατροφή.

Η έμεση μπορεί να γίνει συνήθεια, ειδικά σε ασθενείς που έλαβαν ισχυρή εμετογόνο θεραπεία, χωρίς επαρκή αντιεμετικό έλεγχο. Αυτό το είδος της έμεσης ονομάζεται εξαρτώμενη έμεση και μπορεί να επέλθει πριν ακόμα η θεραπεία αρχίσει, από διάφορα ερεθίσματα όπως π.χ. η μυρωδιά του νοσοκομείου.

Ο έλεγχος της έμεσης γίνεται κυρίως με την χρήση των αντιεμετικών φαρμάκων. Επειδή τα χημειοθεραπευτικά δίνονται συνήθως σε συνδιασμούς η αντιεμετική αγωγή πρέπει να λαμβάνει υπόψη το εμετογόνο δυναμικό κάθε φαρμάκου του συνδιασμού π.χ. η Κυκλοφωσφαμίδη προκαλεί όψιμη έμεση, ενώ η Βινκριστίνη σπανίως προκαλεί έμεση, γι' αυτό και δεν λαμβάνεται πρόληψη.

Η έναρξη της αντιεμετικής αγωγής γίνεται πριν την έναρξη της θεραπείας και ανά εξάωρο. Τα αντιεμετικά γίνονται αποτελεσματικότερα, αν δίνονται σε τακτά διαστήματα ώστε να εξασφαλίζεται σταθερό το επίπεδο τους στο αίμα.

Τα αντιεμετικά έχουν διάφορους μηχανισμούς δράσης και είναι τα εξής:

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Δράση Αντιεμετικών.

Τύπος Φαρμάκου	Μηχανισμός Δράσης	Τύπος Ναυτίας και Εμέτων που ελέγχεται
*Phenothiazines (Promethazine)	Μποκάρει την ενέργεια των ουσιών CTZ ή σε υψηλές δόσεις μπορεί να καταστείλει το ίδιο το εμετικό κέντρο.	Όλους τους τύπους ναυτίας και εμέτων εκτός από τη ναυτία των ταξιδιωτών.
*Butyrophenones	Ισχυρός αναχαιτισμός του CTZ φράζοντας την μετάδοση Ντοπαμίνης.	Δράση σε μερικά χημειοθεραπευτικά που επιφέρουν έμεση.
*Cannabinoids	Άγνωστος εγκεφαλικός φλοιός	Μερική δράση σε χημειοθεραπευτικά που επιφέρουν ναυτία και έμετους.
*Steroids	Άγνωστος	Μερική δράση σε χημειοθεραπευτικά που επιφέρουν ναυτία και έμετους.
*Methoclopramide Primperan	Τα ίδια όπως η Phenothiazine. Επίσης μπορεί να αναχαιτίζει ναυτία και έμετους που έχουν επέλθει από γαστρεντερικές διαταραχές.	Το πιο αποτελεσματικό εναντίον των χημειοθεραπευτικών που επιφέρουν ναυτία και έμετους.
*Ondansetron (Zofron)	Ανταγωνίζεται τη δράση 5-υδροξυτρυπταμίνης (S-HT ή σεροτονίνης) που αποδεσμεύεται από το γαστρεντερικό σωλήνα και της S-HT που δρα στην area postrema του εγκεφάλου.	Έχει αποδειχθεί το πιο αποτελεσματικό φάρμακο για την αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμέτου που προκαλούνται από την κυτταροτοξική χημειοθεραπεία.

Άλλες στρατηγικές και τεχνικές που χρησιμοποιούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό για την αντιμετώπιση της ναυτίας και της έμεσης είναι:

- Χορήγηση κυτταροστατικού με άδειο στομάχι ή την ώρα που η ασθενής θα κοιμηθεί.

- Δίνονται κομμάτια πάγου, μόλις παρουσιαστεί ναυτία και παροτρύνεται η ασθενής να φάει λίγη φρυγανιά.

- Προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα, ώστε η ασθενής να μην αισθάνεται το στομάχι της πολύ γεμάτο.

- Χορηγούνται τροφές μαλακές και παγωμένες. Αποφεύγονται οι σκληρές τροφές, οι τροφές με έντονη μυρωδιά και τα υγρά κατά την διάρκεια του φαγητού. Επίσης, αποφεύγονται τα γλυκά, τηγανητά και λιπαρά φαγητά.

- Η ασθενής διδάσκεται να τρώει σιγά, να μην μιλάει και να μασάει καλά την τροφή.

- Συνίσταται η χορήγηση δημητριακών, τوست, κράκερς, που βοηθούν στην ανακούφιση της δυσφορίας.

- Η ανάπαυση μετά το φαγητό βοηθάει την ασθενή, η δραστηριότητα επιβραδύνει την πέψη και αυξάνει την δυσφορία.

- Σε περίπτωση που η ασθενής αισθάνεται ναυτία, ενθαρρύνεται να αναπνέει βαθιά από το στόμα.

- Αν η ασθενής κάνει εμέτους παρακολουθούμε την συχνότητα, το χαρακτήρα και την ποσότητα και χορηγούμε αντιεμετικά φάρμακα, αφού ενημερώσουμε τον γιατρό. Πιθανόν να γίνει αλλαγή του σχήματος της χημειοθεραπείας και να χρειαστεί ενυδάτωση της ασθενούς, αν συμβεί διαταραχή της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας.

- Προσφορά ανακουφιστικής φροντίδας, όπως η διατήρηση της γυναίκας καθαρής και περιποιημένης χωρίς την κακοσμία των εμέτων, φαγητών ή άλλων δυσάρεστων οσμών είναι απαραίτητη. Αποφεύγονται οι δυνατοί θόρυβοι και οι δυσάρεστες συζητήσεις.

- Διδάσκεται η ασθενής και τα μέλη της οικογένειας πως να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα.

- Υποστηρίζεται ψυχολογικά η ασθενής και ενημερώνεται πως η ναυτία και οι έμετοι είναι τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα.

Επειδή η πλειονότητα των ασθενών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία δεν παραμένουν στο νοσοκομείο, είναι απαραίτητο να διδαχθούν τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίζουν τους εμέτους της ασθενούς και να

παρακολουθούν τα συμπτώματα που παρουσιάζει η άρρωστη μέχρι την επόμενη επίσκεψη (2-3 εβδομάδες) και να τα αναφέρουν στο γιατρό.

Ανορεξία

Ένας μεγάλος αριθμός ψυχολογικών και φυσικών παραγόντων, οδηγεί σε ανορεξία παρ' όλο ότι ειδικοί, αιτιολογικοί μηχανισμοί είναι άγνωστοι.

Η ανορεξία μπορεί να προέλθει σε κάθε στιγμή κατά την διάρκεια της αρρώστιας, συνήθως όμως παρέρχεται και δεν απειλεί τη ζωή της ασθενούς. Όταν είναι συνάρτηση προχωρημένης αρρώστιας και θεραπείας τότε είναι πρόβλημα που πρέπει οπωσδήποτε να αντιμετωπιστεί.

Οι καρκινοπαθείς είναι γνωστό ότι έχουν εμπειρίες ανωμαλίας στη γεύση, πολλές φορές γενική απώλεια γεύσης και αποστροφή σε μερικά φαγητά και υγρά.

Οι πιο κοινές αλλαγές που έχουν παρατηρηθεί περιλαμβάνουν μια αποστροφή στο κόκκινο κρέας, στο χοιρινό και στον καφέ, χαμηλή αναγνώριση του γλυκού, γι' αυτό τα φαγητά χρειάζεται να είναι γλυκά, όπως και μια γενική απώλεια γεύσης. Ακόμη μια αίσθηση μεταλλικής γεύσης, είναι κοινό παράπονο ασθενών μετά την χορήγηση 5-Fluorouracil, Methotrexate, Vincristine.

Η γεύση είναι πολύπλοκη αίσθηση και επηρεάζεται επίσης από την εμφάνιση, την μυρωδιά του φαγητού και από τα συναισθήματα.

Φροντίδα ασθενών με αλλαγές στην γεύση και ανορεξία

- Περιποίηση στοματικής κοιλότητας πριν και μετά από κάθε γεύμα.
- Συχνά και μικρά γεύματα.
- Πολλά λαχανικά και φρούτα εποχής.
- Κοτόπουλο, ψάρι και τυρί σαν εναλλακτικά γεύματα.
- Αποθάρρυνση της ασθενούς να ετοιμάζει τα γεύματά της.
- Κρύα γεύματα, αν η οσμή είναι πρόβλημα.
- Ευχάριστη παρουσίαση του φαγητού σε μικρά πιάτα.

- Αποφεύγονται τροφές που δυσαρεστούν την ασθενή.
- Αποφυγή stress κατά την διάρκεια των γευμάτων.
- Παρακολούθηση του βάρους της γυναίκας. Ησώπη διατροφή είναι μέρος της θεραπείας.

Διάρροια

Σαν επακόλουθο της χημειοθεραπείας, είναι ένα σύμπτωμα φλεγμονής του βλεννογόνου του κατώτερου τμήματος του ΓΕΣ.

Το Methotrexate και το 5-Fluorouracil είναι συνήθως συνδεδεμένα με διαρροϊκά συμπτώματα.

Για να αντιμετωπίσουμε την διάρροια πρέπει να υπολογίζουμε και άλλες αιτίες που μπορούν να επηρεάσουν το άτομο: διαιτολογικές αλλαγές, αντιβιοτικά, άγχος, φλεγμονές, αποτέλεσμα από ακτινοβολία και απόφραξη.

Σοβαρή ή επίμονη διάρροια χρειάζεται άμεση επέμβαση για να ελαττωθούν ή να εξαλειφθούν ηλεκτρολυτικές διαταραχές, αφυδάτωση, αδυναμία, απώλεια βάρους.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί:

- το χρώμα, την ποσότητα και την περιεκτικότητα των διαρροϊκών κενώσεων
- την ασθενή για συμπτώματα αφυδάτωσης
- την συχνότητα και την ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών

Η νοσηλευτική φροντίδα που δίνεται σε ασθενείς με διάρροια συνίσταται:

A. Εσωτερική λήψη τροφών

- * Αποφεύγονται τροφές που ερεθίζουν τον βλεννογόνο του εντέρου: ίνες, τηγανητά, καφεΐνη πολύ ζεστά (υγρά ή στερεά) γεύματα.
- * Αποφεύγονται τα προϊόντα γάλακτος, έως ότου εξαλειφθεί η διάρροια.

- * Η διατροφή της ασθενούς περιλαμβάνει τροφές χαμηλές σε υπόγλυκα, υψηλές σε πρωτεΐνες και υδρογονάνθρακες (μακαρόνια, ρύζι, μπανάνες, χυμό μήλου, μαγειρεμένα δημητριακά).
- * Επιβάλλεται η λήψη 2-3 lt υγρών ημερησίως.
- * Δίνονται τροφές πλούσιες σε ηλεκτρολύτες: ζελέ, μπανάνες, πατάτες, χυμός μήλου.
- * Σε περιπτώσεις έντονης διάρροιας η σίτιση της ασθενούς γίνεται παρεντερικώς και αυτό επιτρέπει την ξεκούραση του εντέρου.
- * Σταδιακά όσο υποχωρούν τα συμπτώματα, δίνουμε στερεά τροφή.

B. Ανακούφιση του ασθενούς

- * Συνιστούμε στην γυναίκα συχνά και ζεστά μπάνια.
- * Τοπικά χορηγούμε αναισθητικά ή απολυμαντική αλοιφή για να ανακουφίσουμε την ασθενή από τον πόνο και να επούλωθούν τυχόν τραύματα.
- * Τοποθετούμε ζεστά επιθέματα στην κοιλιά για ηρεμία της ασθενούς από έντονες σπασμωδικές και επώδυνες μυϊκές συστολές.
- * Φροντίζουμε η γυναίκα να ξεκουράζεται, ώστε να αντλεί ενέργεια.
- * Χορηγούμε αντιδιαρροϊκά και ηρεμιστικά φάρμακα με οδηγία ιατρού, και ενημερώνουμε αυτόν αν συνεχίζεται η διάρροια και οι σπασμοί των κοιλιακών μυών, γιατί μπορεί να χρειαστεί αλλαγή της χημειοθεραπείας και διόρθωση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.
- * Καθησυχάζουμε την ασθενή και την εμπυχώνουμε να αντιμετωπίσει το άγχος και το stress, που αισθάνεται.

Στοματίτιδα - Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας

Η στοματίτιδα είναι οδυνηρή και συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια της χημειοθεραπείας. Περίπου 7 μέρες μετά την χορήγηση του φαρμάκου (5-7) ο βλεννογόνος του στόματος ατροφεί και λεπτταίνει, με αποτέλεσμα κάθε μικρό τραύμα του βλεννογόνου να καταλήγει σε εξέλκωση και πολλές φορές σε μόλυνση. Τα συμπτώματα διαρκούν 7-14 μέρες ή περισσότερο, αν είναι έντονα.

Τα φάρμακα που συχνά προκαλούν στοματίτιδα είναι τα: Bleomycin, Daoungubicin, 5-Fluorouracil, Methotrexate.

Νοσηλευτική φροντίδα της στοματίτιδας

Πριν από την θεραπεία ελέγχουμε τους ιστούς της στοματικής κοιλότητας, την συμπεριφορά του αρρώστου και την πρακτική στην υγιεινή του στόματος. Επίσης εξηγούμε στον ασθενή την σημασία της υγιεινής των δοντιών.

Ένας σοβαρός σκοπός της φροντίδας του στόματος είναι να αποφεύγουμε φλεγμονές και αιμορραγίες. Η συχνή και απόλυτη καθαριότητα είναι εξαιρετικά σημαντική.

Προληπτική υγιεινή του στόματος και διαίτα

- * Πλένουμε τα χέρια.
- * Αφαιρούμε τις οδοντικές προσθέσεις. Τις καθαρίζουμε και τις τοποθετούμε σε νερό μέχρι που να τελειώσει η φροντίδα της στοματικής κοιλότητας.
- * Βουρτσίζουμε τα δόντια μετά από κάθε γεύμα και πριν τον ύπνο.
- * Ξεπλένουμε το στόμα με φυσιολογικό ορό ή νερό.
- * Αποφεύγουμε το αλκοόλ, τον καπνό, τα πολύ πικάντικα φαγητά που ερεθίζουν τον βλεννογόνο.
- * Πολύ ζεστές ή κρύες τροφές σκόπιμο είναι να αποφεύγονται γιατί ερεθίζουντα δόντια και τα ούλα.
- * Συνίσταται η μαλακή διαίτα (πολτοποιημένες ή μαλακές τροφές) που δεν ερεθίζει.

Θεραπεία - Νοσηλευτική Παρέμβαση

Η θεραπεία της στοματίτιδας εξαρτάται από την σοβαρότητά της. Το ερύθημα, η αίσθηση καύσου, η αυξανόμενη ευαισθησία στα όξινα υγρά και η ξηρότητα χαρακτηρίζουν την ήπια στοματίτιδα.

Η εξέλκωση χαρακτηρίζει την μέτρια έως οξεία στοματίτιδα και είναι συνήθως συνδισασμένη με πόνο, γενικευμένη φλεγμονή και ελάττωση του σιέλου.

Πρωταρχικό μέλημα είναι η καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας, που επαναλαμβάνεται κάθε 2-4 ώρες στην ήπια στοματίτιδα και κάθε 2 ώρες στις υπόλοιπες. Τα δόντια πλένονται τόση ώρα όσο είναι ανεκτό.

Τα χείλη πρέπει να διατηρούνται καθαρά και υγρά. Τα σκαμμένα χείλη καθαρίζονται και υγραίνονται με λιπαντική αλοιφή (βαζελίνη, βουτυρο-κακάο).

Το στόμα πρέπει να ενυδατώνεται για την εξασφάλιση της κατάλληλης υγρασίας.

Η τροφή που λαμβάνει η ασθενής πρέπει να είναι χλιαρή και λευκή (χωρίς σάλτσες και καρυκεύματα).

Συστηματική αναλγησία μπορεί να χρειαστεί για σοβαρές περιπτώσεις εξέλκωσης του βλεννογόνου. Η χημειοθεραπεία έμμεσα περιπλέκει την στοματίτιδα εξαιτίας της μυελοκαταστολής και την επιδεκτικότητα σε φλεγμονές. Η Candida είναι η πιο συχνή επιμόλυνση.

Οι ασθενείς πρέπει να γνωρίζουν τα πρώτα συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν: πόνος, λευκές πλάκες στο βλεννογόνο, οίδημα. Διδάσκονται να εξετάζουν την στοματική τους κοιλότητα με έναν καθρέφτη και να αναφέρουν οποιοδήποτε ύποπτο σημείο.

Συχνά χρησιμοποιείται το Mycostatin για την θεραπεία της στοματίτιδας. Πρόσφατα χρησιμοποιείται ευρέως ένα αντιμυκητιασικό σε solution 1%, το Clotrimazole (Canesten) που θεωρείται πιο αποτελεσματικό και ανεκτό.

Η φροντίδα της στοματικής κοιλότητας πριν την τοπική θεραπεία της φλεγμονής ενδείκνυται με χρονική απόσταση 10-20 min.

Αλωπεκία

Τα κύτταρα που είναι υπεύθυνα για την ανάπτυξη των τριχών έχουν υψηλή μιτωτική δράση και γι' αυτό καταστρέφονται από πολλά και συνήθη χημειοθεραπευτικά.

Τα μαλλιά είναι εκείνα που συνήθως επηρεάζονται, γιατί σε κάθε στιγμή η πλειονότητα των μαλλιών (80-85%) είναι σε μια ενεργή αρνητική φάση. Περίπου 0,35 mm του στελέχους των μαλλιών παράγεται κάθε 24 ώρες.

Σε αντίθεση, οι τρίχες που βρίσκονται σε άλλα μέρη του σώματος βρίσκονται συχνά σε μια λανθάνουσα φάση και επομένως παραμένουν συνήθως ανεπηρέαστες.

Η απόλυτη ατροφία της ρίζας των μαλλιών έχει σαν αποτέλεσμα την τέλεια απώλειά τους.

Μερική καταστροφή επιφέρει στένωση του στελέχους των μαλλιών και χαρακτηρίζεται από σπάσιμο της τρίχας και τα μαλλιά πέφτουν βαθμιαία. Όταν δεν έχει καταστραφεί η ρίζα είναι πιο συνηθισμένο το αδυνάτισμα των τριχών, παρά η απώλειά τους.

Η αλωπεκία συνήθως συμβαίνει δύο - τρεις εβδομάδες μετά την αρχική δόση. Ο βαθμός της πτώσης των τριχών εξαρτάται από την αντίδραση του οργανισμού της ασθενούς και το συνδυασμό των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται. Η τριχόπτωση είναι δυνατό να σταματήσει ακόμα και κατά την διάρκεια της θεραπείας.

Το φάρμακο που προκαλεί κατ' εξοχήν την αλωπεκία σε ποσοστό 100% είναι η δοξορουμπικίνη (Adriblastina). Η πιθανότητα της πτώσης των μαλλιών είναι αβάσταχτη για πολλές ασθενείς, λόγω της σημασίας που δίνεται στην αλλαγή της αισθητικής εικόνας της γυναίκας.

Έχοντας επίγνωση των ψυχολογικών επιπτώσεων που προκαλεί η πτώση των μαλλιών σε άνδρες και γυναίκες, η νοσηλεύτρια προγραμματίζει και σχεδιάζει την φροντίδα της ασθενούς.

Διδασκαλία της ασθενούς

- Εξηγούμε την αιτιολογία της απώλειας των τριχών, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στο ότι αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια πουκίλλει από άτομο σε άτομο και είναι προσωρινή. Τα μαλλιά ξαναβγαίνουν 8 περίπου βδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.
- Η ασθενής υπογράφει ότι είναι ενημερωμένη σχετικά με την τριχόπτωση και αποδέχεται την χημειοθεραπεία.
- Προετοιμάζεται η ασθενής να περιμένει την πτώση των τριχών 2-3 βδομάδες μετά την χημειοθεραπεία.
- Όταν αρχίσει η τριχόπτωση ενισχύεται η ασθενής να εκφράζει τα συναισθήματά της σχετικά με την αλλαγή της εμφάνισής της.

- Ενθαρρύνουμε την γυναίκα να κόψει τυχόν μακριά μαλλιά και να χρησιμοποιήσει περούκα από φυσική τρίχα.

Προληπτικές μέθοδοι

- Σατέν μαξιλαροθήκες, ήπια σαμπουάν, όχι συχνό λούσιμο και μαλακές βούρτσες μπορούν να ελαττώσουν την απώλεια.
- Αποφεύγεται η περμανάντ και η βαφή των μαλλιών κατά την διάρκεια της θεραπείας.
- Μειώνεται ο βαθμός αλωπεκίας, αν κατά τη θεραπεία και 10-15 min μετά από αυτήν, εφαρμοστεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι (ο πάγος προκαλεί αγγειοσύσπαση με αποτέλεσμα να μην εισέρχεται αίμα στους θυλάκους των τριχών, άρα ούτε και το χημειοθεραπευτικό, το οποίο σιγά-σιγά αποβάλλεται και μειώνεται η κυκλοφορούσα με το αίμα ποσότητα).
- Επίσης είναι δυνατόν να ελαχιστοποιηθεί η αλωπεκία με την τοποθέτηση κάσκας υποθερμίας (Κύριος μηχανισμός δράσης της συσκευής αυτής είναι η αγγειοσυστολή και η μείωση της παροχής αίματος στους θυλάκους των τριχών). Ιδανική θερμοκρασία θεωρείται η κάτω των 24° C. Τα αυτιά και ο λαιμός της ασθενούς πρέπει να προστατεύονται. Πονοκέφαλοι και ζαλάδες είναι συνήθεις μετά την διαδικασία. Ο ασθενής πρέπει να έχει αρκετό χρόνο να ανανήψει πριν φύγει από το νοσοκομείο.

Νευροτοξικότητα

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

- α. Ήπιας νευροπάθειας, όπως ελαφρύ πόνο στα χέρια και τα πόδια και απώλεια των εν τω βάθει χαρακτηριστικών των τενόντων. Σε σημεία μυϊκής αδυναμίας η δόση πρέπει να ελαττωθεί ή ακόμη και να διακοπεί μέχρι την ανάρρωση.

- β.** Σοβαρότερης νευροπάθειας, όπως μείωση της δύναμης των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού, παραλυτικό ειλεό, ορθοστατική υπόταση, ψυχικές διαταραχές.

Η ασθενής ενημερώνεται για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νευροτοξικότητας του φαρμάκου και επιβάλλεται η αλλαγή σχήματος χημειοθεραπείας, όταν παρατηρηθούν αυτά.

Βοηθείται η ασθενής στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με:

- α) τη χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία της.
- β) τη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση.
- γ) την εξασφάλιση ιατρικής οδηγίας για τη χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων, για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

Νεφροτοξικότητα

Η νεφρική λειτουργία πρέπει να εξετάζεται σε όλες τις ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία, επειδή κυτταρική βλάβη, συνέπεια της χημειοθεραπείας, προκαλεί την αύξηση του ουρικού οξέος και την καθίζηση κρυστάλων ουρικού οξέος στα εσπειραμένα σωληνάκια, τους κάλυκες ή την πύελο. Αυτό συνοδεύεται από ολιγουρία και αν δεν θεραπευτεί εξελίσσεται σε ανουρία και θάνατο. Η ουρική νευροπάθεια συνήθως εμφανίζεται μέσα σε 6 μέρες από την έναρξη της θεραπείας και μερικές φορές μέσα σε λίγες ώρες. Η νοσηλεύτρια:

- α. Φροντίζει να γίνονται οι εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας.
- β. Παρακολουθεί τον ασθενή για συμπτώματα νεφροτοξικότητας π.χ. οίδηματα, μείωση της ποσότητας των ούρων κ.α.
- γ. Ελέγχει και αξιολογεί το ισοζύγιο των υγρών.
- δ. Λαμβάνει μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα και τη διατήρηση του (pH) των ούρων σε φυσιολογικά επίπεδα. Η χορήγηση υγρών 12 ώρες πριν και 12 ώρες μετά την χημειοθεραπεία δεν επιτρέπει, χάρη στη διούρηση, αύξηση του ουρικού οξέος. Χορήγηση φαρμάκων γίνεται κατόπιν ιατρικής εντολής.

ε. Χορηγεί τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και λίπος, αλλά φτωχές σε κάλιο και νάτριο, για αποφυγή αύξησης ηλεκτρολυτών και κέτωσης.

Προβλήματα από το γεννητικό σύστημα

Η χημειοθεραπεία είναι δυνατόν, μερικές φορές, να επηρεάσει τα γεννητικά όργανα και την λειτουργία τους. Οι επιδράσεις εξαρτώνται από το χημειοθεραπευτικό σχήμα, την ηλικία και την γενική κατάσταση της υγείας της ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια ενημερώνει την γυναίκα για τις πιθανές αυτές επιδράσεις των κυτταροστατικών και την υποστηρίζει ψυχολογικά. Μπορεί να συμβούν:

- α. Αλλαγές στον καταμήνιο κύκλο.
 - β. Εξάψεις και άλλα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης.
 - γ. Ορμονικές αλλαγές που μπορεί να προκαλέσουν κνησμό, κάψιμο, ξηρότητα του κολπικού επιθηλίου.
 - δ. Μερικά κυτταροστατικά ίσως προκαλέσουν στειρότητα, μόνιμη ή προσωρινή εξαρτάται από την ηλικία της γυναίκας και το είδος των χημειοθεραπευτικών.
-
- ε. Συνίσταται αποφυγή εγκυμοσύνης, κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας για την αποφυγή τερατογεννέσεων. Αν υπάρχει εγκυμοσύνη συνίσταται η αποφυγή της χημειοθεραπείας έως το τέλος της κύησης ή αν επείγει, η έναρξή της να γίνεται κατά την 12η εβδομάδα.

Μυελοκαταστολή

Η μυελοτοξικότητα είναι ένα σύμπτωμα της χημειοθεραπείας. Ο βαθμός της εξαρτάται από τη δόση του φαρμάκου. Προβλήματα έχουν συχνότερα τα λευκά και τα αιμοπετάλια και σπανιότερα τα ερυθρά. Μεταγγίσεις συμπυκνωμένων ερυθρών, αιμοπεταλίων ή μερικές φορές και λευκών αιμοσφαιρίων γίνονται ανάλογα με τις περιπτώσεις. Η ασθενής ενημερώνεται : α) για τη σημασία και τη σπουδαιότητα των 3 τύπων των κυττάρων. β) για τις συχνές εβδομαδιαίες εξετάσεις αίματος που θα γίνονται

για τον προσδιορισμό του επιπέδου του κυττάρου στο αίμα και ότι, αν ο αριθμός αυτών βρεθεί χαμηλός, είναι δυνατόν η χημειοθεραπεία να αναβληθεί.

Λευκοπενία

Απαραίτητη είναι η ενημέρωση της ασθενούς ότι η λευκοπενία είναι προσωρινή. Γίνεται κατανοητό, ότι εξαιτίας της πτώσης των λευκών, είναι απαραίτητη η εξασφάλιση καθαρού και υγιεινού περιβάλλοντος για την πρόληψη των λοιμώξεων. Συγκεκριμένα η νοσηλευτική φροντίδα συνίσταται στην αποφυγή των λοιμώξεων:

- α.** Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ελέγχεται ο λεμφοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση τους διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός.
- β.** Παρακολουθείται η ασθενής για συμπτώματα λοίμωξης και διδάσκεται να τα προσδιορίζει και να τα αναφέρει και η ίδια (αύξηση θερμοκρασίας, βήχας, ρίγη, οίδημα ή ερυθρότητα, συχνουρία, αύξηση Α.Π.). Ελέγχονται το δέρμα και οι κοιλότητες για στοιχεία λοίμωξης.
- γ.** Η ασθενής τοποθετείται σε μονόκλινο δωμάτιο ενώ το προσωπικό και οι συγγενείς φορούν γάντια, μάσκα και ποδιά κατά την παραμονή τους στο δωμάτιο. Όταν η ασθενής κυκλοφορεί στο διάδρομο συνίσταται να φοράει μάσκα.
- δ.** Αποφεύγονται τα ωμά φρούτα και λαχανικά, επειδή αυξάνεται ο κίνδυνος μετάδοσης νόσου μια και δεν απολυμαίνονται με το βράσιμο.
- ε.** Εφαρμόζεται σχολαστική ατομική καθαριότητα και συχνό πλύσιμο των χεριών με αντισηπτικό.
- στ.** Οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος αντιμετωπίζεται ως τραύμα.
- ζ.** Κάθε 4-6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας.
- η.** Δίνεται μεγάλη προσοχή στην αντισηψία και την αποστείρωση κατά την χορήγηση των χημειοθεραπευτικών.
- θ.** Αντιβίωση δίνεται κατόπιν ιατρικής οδηγίας.

- ι. Μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο η ασθενής πρέπει να αποφεύγει τους κλειστούς χώρους με πολύ κόσμο και επίσης να αποφεύγει να έρχεται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από λοιμώδη ή μεταδοτικά νοσήματα.

Θρομβοπενία

Τα αιμοπετάλια συμμετέχουν στην πήξη του αίματος. Αν μειωθεί ο αριθμός τους μπορεί ένα μικρό τραύμα να προκαλέσει αιμορραγία ή ελάττωμα. Τα σημεία προσοχής της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

- α. Παρακολούθηση των αιμοπεταλίων (φ.τ. 200-300.000/mm³). Αν η ασθενής έχει αιμοπετάλια κάτω των 50.000/mm³ πρέπει να νοσηλευτεί σε νοσοκομείο.
- β. Παρακολουθούνται τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα, οι κοιλότητες για ρινο-ουλορραγίες.
- γ. Ελέγχεται συχνά η αρτηριακή πίεση. Σε περίπτωση που βρεθεί χαμηλή συνίσταται η εισαγωγή στο νοσοκομείο.
- δ. Προσδιορίζονται στην ασθενή τα σημεία αιμορραγίας, που θα πρέπει να αναφέρει αμέσως, αν υπάρχουν (μώλωπες, ουλορραγίες, ρινορραγίες, αιματουρία, αίμα στα πτύελα ή τα κόπρανα, μέλαινα κένωση).
- ε. Περιορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις. Αιμική αιμορραγία μετά την εκτέλεσή τους αναφέρεται αμέσως στον γιατρό.
- στ. Οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πίεσης στο σώμα πρέπει να είναι μικρής διάρκειας π.χ. ο ασκός του πιεσόμετρου.
- ζ. Αποφεύγονται οι υποκλυμοί και τα υπόθετα.
- η. Ενημερώνεται η ασθενής να μην χρησιμοποιήσει σαλικυλικά φάρμακα (Aspirine, Egitam κ.α.), αν δεν συμβουλευτεί πρώτα το γιατρό ή την νοσηλεύτρια (τα σαλικυλικά εμποδίζουν και διαταράσσουν την συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων και ενισχύουν την τοξική δράση της μεθοτρεξάτης).
- θ. Δίνονται συμβουλές στην ασθενή, ώστε να εφαρμόζει μέτρα για την πρόληψη της αιμορραγίας, όπως:
 - αποφυγή αθλοπαιδιών.

- αποφυγή ξυρίσματος με ξυραφάκι.
 - περιποίηση στοματικής κοιλότητας μετά το φαγητό.
 - αποφυγή σκληρών τροφών που τραυματίζουν στόμα και δόντια.
 - η ρινική κοιλότητα να καθαρίζεται προσεκτικά με καθαρό μαντίλι χωρίς να χρησιμοποιούνται δάκτυλα.
 - οι δουλειές του σπιτιού πρέπει να γίνονται με προσοχή προς αποφυγή τραυματισμών ή κακώσεων. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται κατά την χρησιμοποίηση του φούρνου, του ηλεκτρικού σιδερού και των κοφτερών εργαλείων.
 - αποφεύγεται η δυσκοιλιότητα με την βοήθεια υπακτικών φαρμάκων (κατόπιν συνεννόησως με το γιατρό).
 - ανίσταται να γίνεται τακτικά αιμοδοσία από τους συγγενείς της ασθενούς, ώστε να υπάρχει πάντοτε αίμα στην τράπεζα αίματος, αν χρειαστεί μετάγγιση.
1. Αν η ασθενής χρειαστεί μετάγγιση, γίνεται προσεκτικός έλεγχος του αίματος (ή των αιμοπεταλίων) και κατά την χορήγηση παρακολουθείται προσεκτικά η ασθενής για τυχόν σημεία αντίδρασης από το αίμα.

Αναμία

Ελάττωση της αιμοσφαιρίνης (Hb), του αιματοκρίτη (Ht) ή των ερυθρών αιμοσφαιρίων είναι οι εργαστηριακοί παράμετροι που ορίζουν την αναμία.

Αναμία παρατηρείται γενικά στους καρκινοπαθείς, αλλά έντονο πρόβλημα εμφανίζεται σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν δύσπνοια, ωχρότητα, ζαλάδες, επιδρώσεις, λιποθυμίες, αδυναμία, κούραση, εμβοές και ευρεθιστότητα.

Η μετάγγιση αίματος είναι γρήγορος τρόπος αντιμετώπισης της πτώσης των ερυθρών και είναι σκόπιμο να υπάρχουν από την αρχή της θεραπείας κατατεθειμένες στην τράπεζα αίματος κάποιες φιάλες στο όνομα της ασθενούς για άμεση χρήση.

Οδηγίες στην ασθενή και την οικογένειά της για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων είναι:

- Να παρακολουθείται συχνά η αιμοσφαιρίνη (φ.τ. 14-18 g/100 hl αίματος) και ο αιματοκρίτης (φ.τ. 37-47 % στις γυναίκες), και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, απόθεια.
- Η διατροφή περιλαμβάνει τροφές πλούσιες σε λεύκωμα και σίδηρο. Ο σίδηρος μπορεί να χορηγηθεί και σε φαρμακευτικά σκευάσματα.
- Συνίσταται η ελάττωση των δραστηριοτήτων και η αποφυγή κόπωσης.
- Περισσότερος ύπνος και ανάπαυση.
- Περιορισμός του άγχους.

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται με δύο τρόπους στη θεραπευτική του καρκίνου στον μαστό: α) ως κύριο μέσο θεραπείας του νεοπλάσματος β) μετεγχειρητικά, για την αντιμετώπιση των λεμφαδενικών μεταστάσεων.

Στην πρώτη περίπτωση η ακτινοθεραπεία φιλοδοξεί να αντικαταστήσει την μαστεκτομή. Πιστεύεται δηλαδή ότι, μετά από μια πολύ συντηρητική εγχείρηση (ογκεκτομή-τεταρτεκτομή) ή απλή βιοψία, η ακτινοθεραπεία που εφαρμόζεται στον υπολειπόμενο μαστό είναι ικανή να αποτρέψει την εμφάνιση τοπικής υποτροπής, με τα ίδια ποσοστά επιβίωσης όπως μετά από μαστεκτομή. Το πλεονέκτημα είναι ότι οι ασθενείς διατηρούν τον μαστό τους. Αν η ακτινοθεραπεία εφαρμοστεί σωστά το αισθητικό αποτέλεσμα είναι άριστο.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την εφαρμογή της ακτινοθεραπείας είναι: α) η μέθοδος να εφαρμόζεται σε αρχικά στάδια (T_1 - T_2 , No, Mo) και η χειρουργική εκτομή να γίνεται με μεγάλη σχολαστικότητα, β) η ακτινοθεραπεία να γίνεται από έμπειρα άτομα σε κέντρα με ειδικό εξοπλισμό (γραμμικός επιταχυντής Co-60, εμφύτευση Ir-192) γ) με την βιοψία να αφαιρείται ολόκληρος ο όγκος, αν είναι δυνατόν αυτό δ) να έχει προηγηθεί δειγματοληψία της μασχάλης (≈ 10 λεμφαδένες), αλλά όχι λεμφαδενικός καθαρισμός που προκαλεί οίδημα. Η δειγματοληψία είναι απαραίτητη για τον προσδιορισμό συμπληρωματικής θεραπείας όταν χρειάζεται.

Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία για τον καρκίνο του μαστού καθιερώθηκε αμέσως μόλις έγινε αντιληπτό ότι οι λεμφαδενικές επεκτάσεις αφορούν και τους αδένες της έσωμαστικής αρτηρίας, της υπερκλείδιας και υποκλείδιας περιοχής και όχι μόνο τους μασχαλιαίους. Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας σκοπό έχει τον περιορισμό των τοπικών υποτροφιών (20-25% στο στάδιο II, και αυξάνεται όσο λιγότερο ριζική είναι μια εγχείρηση).

Η ακτινοβολήση γίνεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και τους επιχώριους λεμφαδένες σε δόσεις 5000 rads σε 5 περίπου βδομάδες. Με τη μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία ελαττώνεται η εμφάνιση των υποτροπών από 20-25% σε 5% και λιγότερο.

Η ακτινοθεραπεία πρέπει να χορηγείται αμέσως μετά την εγχείρηση και όχι μετά την εμφάνιση υποτροπών γιατί τότε οι υποτροπές αντιμετωπίζονται μόνο σε ποσοστό 50-70%. Σήμερα, με την τάση που υπάρχει

να εγκαταλειφθεί η ριζική μαστεκτομή, ο ρόλος της ακτινοθεραπείας γίνεται όλο και πιο σημαντικός στην θεραπευτική του όγκου και την πρόληψη των υποτροπών.

Η ακτινοθεραπεία σε περιπτώσεις με τοπικά προχωρημένη νόσο

Στις περιπτώσεις αυτές συμπεριλαμβάνονται ασθένειες με βλάβες T₃, T₄, N₂, N₃, Mo. Αν στις περιπτώσεις αυτές γίνει μόνο χειρουργική παρέμβαση τα αποτελέσματα θα είναι πολύ φτωχά. Από έρευνες διαπιστώθηκε ότι στις ασθενείς με τοπικά προχωρημένη νόσο, η ριζική μαστεκτομή έχει πολύ μεγάλο τοπικών υποτροπών (60%), με πολύ μικρό ποσοστό πενταετούς επιβίωσης. Με δόσεις 5.000 rads στο μαστό επιτυγχάνεται τοπικός έλεγχος της νόσου σε 72% των περιπτώσεων.

Αν η δόση αυξηθεί ο έλεγχος φτάνει το 77%, ιδίως αν εμφυτευτεί Ir-192. Το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης όμως είναι μόλις 22%, που σημαίνει ύπαρξη μεταστάσεων μη ανιχνεύσιμων με τα υπάρχοντα μέσα. Αυτό σημαίνει ότι, σκόπιμο είναι μαζί με την ακτινοθεραπεία να εφαρμόζεται και συστηματική θεραπεία προς αντιμετώπιση των υπάρχουσών μεταστάσεων (χημειοθεραπεία, ορμονικοί χειρισμοί).

Ακτινοθεραπεία σε μεταστατική νόσο

Η συνεισφορά της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση της μεταστατικής νόσου είναι παραδεκτό από όλους ότι είναι σημαντική.

Οι οστικές μεταστάσεις είναι επώδυνες και συχνά προκαλούν παθολογικά κατάγματα. Η ακτινοθεραπεία προσφέρει βελτίωση ή πλήρη υποχώρηση του άλγους στο 90% των περιπτώσεων, και συμβάλλοντας στην επανασθένωση της περιοχής της βλάβης βοηθά στην αποφυγή παθολογικών καταγμάτων.

Οι δόσεις είναι 3.000 rads και δίνονται συνήθως 200 rads την ημέρα σε 3 περίπου εβδομάδες.

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται παρηγορητικώς σε εγκεφαλικές μεταστάσεις που εμφανίζονται σε 10% των ασθενών με προχωρημένη μεταστατική νόσο από καρκίνο του μαστού. 45% των ασθενών αυτών πεθαίνουν από μεταστάσεις εκτός του ΚΝΣ.

Η μέση διάρκεια ζωής μετά την εμφάνιση των εγκεφαλικών μεταστάσεων, είναι 4μήνες* σημαντικός αριθμός ασθενών όμως παρουσιάζει βελτίωση με την ακτινοβολία και επιβίωση μέχρι 12 μήνες. Ακτινοβολείται ολόκληρος ο εγκέφαλος σε δόσεις όγκου 3.000 rads σε 3 εβδομάδες.

Ακτινοβολήση γίνεται επίσης όταν υπάρχουν μεταστάσεις στο νωτιαίο μυελό ή στο μεσοπνευμόνιο με σύνδρομο πίεσης της άνω κοίλης φλέβας.

Ανεπιθύμητες ενέργειες - επιπλοκές από την ακτινοθεραπεία

Παρά τις βελτιώσεις των πηγών ακτινοβολίας και των τεχνικών που εφαρμόζονται, δεν αποφεύγεται η βλάβη υγιών ιστών και κυττάρων.

Τις ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας διακρίνουμε σε 2 κατηγορίες:

1. Συστηματικές, που ορίζονται "ακτινικό σύνδρομο" και χαρακτηρίζονται από :

- κόπωση, καταβολή δυνάμεων
- ναυτία, εμέτους
- ανορεξία
- απώλεια βάρους
- δεκαδική πυρετική κίνηση

Τα ενοχλήματα αυτά είναι παροδικά και διαρκούν λίγες μέρες ή εβδομάδες.

2. Τοπικές, που διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες.

α) Πρώιμες

• Ακτινοδερματίτιδα: είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος του μαστού που ακτινοβολείται. Ο βαθμός του ερεθισμού εξαρτάται από το είδος, τη δόση της ακτινοβολίας και την ακτινοευαισθησία του δέρματος. Αν δημιουργηθεί νέκρωση αντιμετωπίζεται χειρουργικώς.

• μυελοκαταστολή: τα μητρικά κύτταρα του μυελού δεν διαιρούνται λόγω καθολικής αναστολής και έτσι, ενώ τα κυκλοφορούντα κύτταρα του αίματος αποθνήσκουν συνεχώς, δεν παράγονται νέα για να τα αντικαταστήσουν. Έτσι, έχουμε μεγάλη μείωση των κυττάρων, που οδηγεί σε θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση, αναιμία και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις.

• Ναυτία, έμετος, διάρροια, κόπωση, αδυναμία.

• Ξηροστομία (λόγω αρνητικής επίδρασης της ακτινοβολήσης στην παρωτίδα).

• Δυσκαταποσία - δυσφαγία.

β) Όψιμες

• Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της ακτινοβοληθείσας περιοχής.

• Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων, οστών.

• Αλωπεκία (με δόσεις 700 cGy και άνω η αποτρίχωση είναι μόνιμη).

• Πνευμονική ίνωση και λεμφοίδημα άνω άκρου.

• Λευχαιμία.

• Μεταλλάξεις.

• Πολυτερηδονισμός (εξαιτίας της ξηροστομίας, διότι λείπουν τα ένζυμα του σιέλου που περιέχουν τα δόντια από από την τερηδόνα). Εμφανίζεται περίπου 1 χρόνο μετά την παύση της ακτινοθεραπείας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Α) Εξωτερική Ακτινοθεραπεία

Νοσηλευτικοί σκοποί

- α. Η ασθενής και η οικογένειά της πρέπει να ενημερωθούν σωστά για την ακτινοθεραπεία που θα ακολουθήσει. Η σωστή νοσηλευτική προσέγγιση θα μετριάσει το φόβο και το άγχος του αγνώστου.
- β. Η νοσηλεύτρια πρέπει να φροντίζει για την επαρκή λήψη τροφής από την ασθενή, να διατηρήσει την ακεραιότητα του βλεννογόνου του στόματος, να εξασφαλίσει ηλεκτρολυτική ισορροπία.
- γ. Η περιοχή του δέρματος που ακτινοβολείται πρέπει να προστατεύεται από την υπερβολική καταστροφή.
- δ. Η οικογένεια της ασθενούς πρέπει να ενημερωθεί και να καθοδηγηθεί κατάλληλα για το πώς πρέπει να αντιμετωπισθεί το άτομο που κάνει την ακτινοθεραπεία.

Νοσηλευτικές Ενέργειες και Παρεμβάσεις

- α. Ενημερώνεται η ασθενής για τις αναμενόμενες και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας και τον τρόπο που αντιμετωπίζονται. Της δίδονται ενημερωτικά φυλλάδια και γραπτές οδηγίες για την φροντίδα του δέρματος, τις διατροφικές τροποποιήσεις, τη φαρμακευτική αγωγή και το πρόγραμμα των συνεδρίων.
- β. Επισημαίνεται η αναγκαιότητα της διατήρησης των διατροφικών συνθηκών με πρόσθετη χορήγηση τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας, απαραίτητη για την αντοχή του οργανισμού στην ακτινοθεραπεία.
- γ. Ενθαρρύνονται τα μικρά και συχνά γεύματα.
- δ. Ενθαρρύνεται η επαρκής λήψη υγρών. Οι μεταβολικές ανάγκες των ιστών είναι αυξημένες και απαιτείται αυξημένη χορήγηση υγρών για την αποβολή των άχρηστων ουσιών.
- ε. Ζύγισμα καθημερινό της άρρωστης και σύγκριση με το βάρος της πριν την θεραπεία.

- στ. Χορήγηση αναλγητικών και αντιεμετικών περίπου 2 ώρες πριν το γεύμα. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.
- ζ. Χορήγηση βιταμινών με εντολή ιατρού.
- η. Οι τροφές που παίρνει η άρρωστη πρέπει να είναι μαλακές ή πολτοποιημένες, υψηλής πρωτεϊνικής αξίας. Η λήψη κρύων τροφών μπορεί να βοηθήσει στην αναισθητοποίηση και ανακούφιση του πόνου της στοματικής κοιλότητας, αντίθετα ο καπνός και τα οινοπνευματώδη επιδεινώνουν την κατάσταση.
- θ. Γίνεται συχνή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και διδάσκεται η ασθενής τον τρόπο για να το κάνει η ίδια. Γίνεται καθημερινή παρατήρηση του βλεννογόνου του στόματος για τυχόν αλλαγές.
- ι. Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται. Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών και καθαρίζεται η περιοχή με καθαρό νερό (χλιαρό), χωρίς σαπούνι.
- ια. Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή.
- ιβ. Ενημερώνεται η ασθενής ότι η περιοχή αυτή πρέπει να παραμείνει στεγνή, να αποφεύγεται η τριβή, τα στενά ρούχα, οι λοσιόν και οι πούδρες.

- ιγ. Η ηλιοθεραπεία απαγορεύεται κατά την διάρκεια της θεραπείας και ένα χρόνο μετά. Αν είναι απαραίτητη η έκθεση στον ήλιο χρησιμοποιείται αντηλιακό με δείκτη προστασίας >15.
- ιδ. Το δέρμα της περιοχής ελέγχεται συχνά από την νοσηλεύτρια για κνησμό, ερύθημα, αφυδάτωση, παρουσία φλυκταινών και απολέπιση.
- ιε. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση της ασθενούς για εμφάνιση αιμορραγιών, λόγω μυελοκαταστολής.
- ιστ. Παρακολουθείται η πρόσληψη προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- ιζ. Αν εμφανιστούν διάρροιες εκτιμάται η ποιότητα και η συχνότητα των κενώσεων, χορηγούνται τροφές με μικρό υπόλειμμα και αυξάνεται η λήψη υγρών. Με εντολή ιατρού χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα και αξιολογείται η αποτελεσματικότητά τους.

B) Εσωτερική Ακτινοθεραπεία

Νοσηλευτικοί σκοποί

- α. Η ασθενής και η οικογένειά της πρέπει να ενημερωθούν για την ακτινοθεραπεία και να προετοιμαστεί ψυχικά η πάσχουσα.
- β. Να διατηρηθούν η ηλεκτρολυτική ισορροπία, η ισορροπία των υγρών και η σωστή και επαρκής διατροφή της ασθενούς.
- γ. Να βοηθηθεί η γυναίκα στις καθημερινές της δραστηριότητες, σύμφωνα με τις νοσηλευτικές εκτιμήσεις. Η γυναίκα πρέπει να αποκτήσει άνεση και αυτοπεποίθηση. Η θεραπευτική ακτινοβολία δεν πρέπει να επεκταθεί στην οικογένεια ή το προσωπικό του νοσοκομείου γι' αυτό οι επισκέψεις είναι περιορισμένες και μικρής χρονικής διάρκειας.
- δ. Η ασθενής με την κατάλληλη διδασκαλία, να αποκτήσει κατάλληλη γνώση των τεχνικών αυτοφροντίδας μετά την αφαίρεση του εμφυτεύματος. Να συνηθίσει την αυτοεξέταση του μαστού και τις κινήσεις βαθμιαίας κινητικότητας. Να αποκτήσει επίσης σωστές αρχές υγιεινής της στοματικής κοιλότητας.

Νοσηλευτικές Ενέργειες και Παρεμβάσεις

- α. Εξηγούνται στην ασθενή οι διαδικασίες που ακολουθούνται και οι απαραίτητες προφυλάξεις που λαμβάνονται μετά την εμφύτευση του ραδιοϊσοτόπου (απομόνωση, περιορισμός επισκεπτών).
- β. Ενθαρρύνεται η ομιλία και έκφραση των συναισθημάτων.
- γ. Κατά την διατροφή ακολουθείται υπερλευκωματούχος υδρική δίαιτα ή τοποθετείται ρινογαστρικός καθετήρας.
- δ. Ενθαρρύνεται η ασθενής να περπατά προς παρεμπόδιση διαταραχών στην ούρηση ή την κένωση του εντερικού σωλήνα.
- ε. Ελέγχεται το ισοζύγιο των υγρών και ενθαρρύνεται η λήψη υγρών από το στόμα.
- στ. Παρακολουθείται η περιοχή του δέρματος, κάτω από την οποία βρίσκεται το εμφύτευμα για την εμφάνιση σημείων φλεγμονής.
- ζ. Παρατηρείται η ασθενής για σημεία πόνου και έλλειψη άνεσης, όπως κόπωση, εξάντληση, ανησυχία, άγχος, ευερεθιστότητα, ταχυσφυγμία.

- η. Χορηγούνται αναλγητικά, κατόπιν ιατρικής οδηγίας και καταγράφεται η ανταπόκριση της ασθενούς.
- θ. Γίνεται περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και πλύσεις κάθε 3-4 ώρες με ήπια διαλύματα.
- ι. Το διαιτολόγιο της ασθενούς περιλαμβάνει μαλακές και ήπιες τροφές. Αποφεύγονται οι σάλτσες, τα κόκκινα κρέατα, τα ξινά φαγητά, ο καπνός και το οινόπνευμα, που μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στην γεύση και φλεγμονές.
- ια. Η ασθενής τοποθετείται σε **ειδική μονάδα** και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με το χώρο των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούθησης, τουαλέτα, λουτρό. Οι τοίχοι, η οροφή, το δάπεδο και η πόρτα του δωματίου δεν επιτρέπουν των μόλυνση του περιβάλλοντος. Στην πόρτα υπάρχει ειδική πινακίδα με το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας. Η ασθενής ενημερώνεται πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό.
- ιβ. Η νοσηλεύτρια που νοσηλεύει ασθενή με ραδιοϊσοτοπικό εμφύτευμα φέρει πάνω της ειδικό **δοσίμετρο**, που μετράει την έκθεση στην ακτινοβολία. Το δοσίμετρο είναι ατομικό, όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο δέχτηκε περισσότερη από την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας, η νοσηλεύτρια απομακρύνεται από τον χώρο της ακτινοβολίας. Όλο το προσωπικό των μονάδων αυτών φοράει τέτοιους μετρητές..
- ιγ. Οι επισκέπτες είναι περιορισμένοι και επικοινωνούν με την ασθενή μέσω του παραθύρου. Η παραμονή τους στον χώρο δεν ξεπερνά τα 15 min/24ωρο. Δεν επιτρέπονται τα παιδιά κάτω των 16 ετών και οι έγκυες γυναίκες. Ενθαρρύνονται να επικοινωνούν συχνά τηλεφωνικώς με την άρρωστη για να αποφεύγεται το αίσθημα μοναξιάς.
- ιδ. Κατά την νοσηλεία του ασθενούς η νοσηλεύτρια φοράει μπλούζα και γάντια, τα οποία βάζει σε δοχείο από μολύβι πριν βγει από το θάλαμο. Η παραμονή της στο δωμάτιο είναι περιορισμένη, χωρίς όμως να παραμελείται η άρρωστη. Διατίθεται χρόνος για συζήτηση, περιποίηση του αρρώστου, διδασκαλία, ενημέρωση.
- ιε. Η νοσηλεύτρια ελέγχει όλο τον ψιατισμό του κρεββατιού και της ασθενούς για να εξακριβώσει αν η πηγή ακτινοβολίας είναι στη θέση

της. Αν βρίσκεται στο κρεβάτι ή το δάπεδο, πρέπει να πιάνεται με ειδικές μακριές λαβίδες (πότε με γυμνά χέρια) και να τοποθετείται στην θήκη της.

- ιστ. Αν υπάρχει υπόνοια για μόλυνση του περιβάλλοντος από ακτινοβολία ειδοποιείται αμέσως το τμήμα ραδιοϊσοτόπων.
- ιζ. Η αφαίρεση του εμφυτεύματος γίνεται, αφού έχει προετοιμαστεί ψυχικά η ασθενής. Σημειώνεται η ώρα της αφαίρεσης και παρακολουθείται η ανταπόκριση της ασθενούς. Ενημερώνονται οι τεχνικοί του ιδρύματος να απομακρύνουν την πηγή.
- ιη. Βοηθείται η ασθενής να σηκωθεί, να κάνει ντουζ και να δεχτεί επισκέψεις. Διαβεβαιώνεται ότι από την στιγμή της αφαίρεσης δεν εκπέμπει πια ακτινοβολία.

Φροντίδα μετά την έξοδο

- Διδάσκεται η ασθενής να διενεργεί κάθε μήνα αυτοεξέταση του μαστού.
- Ενημερώνεται ότι μπορεί πλέον να χρησιμοποιεί λοσιόν και σαπούνια και να χρησιμοποιεί αντηλιακά υψηλού δείκτη προστασίας.
- Συμβουλεύεται η ασθενής να συνεχίσει την υπερλευκωματούχο δίαιτα και την καθημερινή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.
- Ενημερώνεται ότι φλεβοκεντήσεις και λήψεις Α.Π. δεν πρέπει να γίνονται από το σύστοιχο βραχίονα. Διδάσκονται από την νοσηλεύτρια ασκήσεις βαθμιαίας κινητικότητας του άκρου και ενημερώνεται η ασθενής ότι, παροδικά, αλότομοι πόνοι, διάχυτοι στο στήθος θα οφείλονται στην ακτινοβολήση και την αύξηση του ερεθισμού των θωρακικών μυών, είναι δυνατόν να εμφανίζονται μέχρι 1 χρόνο μετά την ακτινοβολήση.

4. ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο τελικός σκοπός κάθε θεραπείας στον καρκίνο του μαστού είναι η επιτυχία της μακρύτερης επιβίωσης σε μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών. Η ορμονοθεραπεία χρησιμοποιείται μετά τον χειρουργικό καθαρισμό του όγκου και δίνεται σε συνδιασμό με την χημειοθεραπεία ή την ακτινοθεραπεία, ή πριν από αυτήν σε αποδεδειγμένα ορμονοεξαρτώμενους όγκους.

Οι συνηθέστεροι ενδοκρινικοί χειρισμοί είναι η ωοθηκεκτομή και η χορήγηση ορμονών.

Η ωοθηκεκτομή από πλευράς νοσηλείας παρουσιάζει τα προβλήματα μιας απλής επέμβασης κοιλίας και δεν έχει επιπλοκές. Η ασθενής, όμως, αντιμετωπίζει το θέμα της στειρώσης και χάνει κάθε ελπίδα να αποκτήσει παιδί (αν είναι νέα). Η νοσηλεύτρια σ' αυτήν την περίπτωση μπορεί να τονίσει ότι η εξασφάλιση της υγείας είναι εκείνο που προέχει και να επιστρατεύσει το οικογενειακό περιβάλλον για υποστήριξη. Επίσης, όταν η ωοθηκεκτομή ακολουθεί σε μικρό διάστημα την μαστεκτομή, δεν είναι εύκολο να πεισθεί η ασθενής για μια νέα χειρουργική επέμβαση με σιζητήσιμα αποτελέσματα. Πολλές φορές, η ασφάλεια όσων γνωρίζουμε για τον καρκίνο του μαστού και τη θεραπεία του, το αδιέξοδο ή το άγνωστο κάνουν και τη θέση της νοσηλεύτριας δύσκολη, όταν αντιμετωπίζει απευθείας ερωτήσεις της ασθενούς στις οποίες πρέπει να απαντήσει ειλικρινά χωρίς όμως να την φοβίσει.

Η χορήγηση ορμονών ως μέσο θεραπείας ή προφύλαξης (μετά την ριζική μαστεκτομή), συνεπάγεται την εμφάνιση ανεπιθύμητων ερεργειών για τις οποίες πρέπει να ενημερωθεί η ασθενής. Υψηλό καθήκον της νοσηλεύτριας είναι η διδασκαλία της ασθενούς σχετικά με όλες τις ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες βέβαια δεν είναι πολύ συχνές. Τα ορμονικά σκευάσματα χορηγούνται συνήθως από το στόμα για να έχουν οι ασθενείς την δυνατότητα να συνεχίζουν την θεραπεία στο σπίτι. Η γυναίκα που υπόκειται σε ορμονοθεραπεία πρέπει να ενημερωθεί, ότι είναι δυνατόν να εμφανιστούν φυσικές μεταβολές που εκδηλώνονται με τρεις τρόπους:

- α) Προσωρινή ερυθρότητα, οίδημα, εμφάνιση δερματικών αλλοιώσεων ή αύξηση του μεγέθους του όγκου. Οι αλλαγές αυτές και κυρίως η αύξηση του όγκου φοβίζουν την γυναίκα που αισθάνεται ότι η νόσος χειροτερεύει. Η νοσηλεύτρια διαβεβαιώνει την γυναίκα ότι η αύξηση

αυτή είναι αναμενόμενη τις 2 πρώτες εβδομάδες της θεραπείας και δεν υποδειλώνει την αναποτελεσματικότητά της.

- β) Εκδήλωση αυξημένου οστικού πόνου, που μπορεί να σχετίζεται με οστικές μεταστάσεις. Αντιμετωπίζεται με αναλγητικά και αντιστεροειδή.
- γ) Υπερασβεσταμία, που δεν είναι πολύ συχνή, αλλά εκδηλώνεται πολύ γρήγορα. Το συχνότερο και πρωταρχικό σύμπτωμά της είναι η διαταραχή του διανοητικού επιπέδου, που εκφράζεται με μείωση της μνήμης, της προσοχής και άκαιρα σχόλια. Άλλο συνηθισμένο σύμπτωμα είναι η ναυτία, η πολυδιψία, η πολουρία, η δυσκοιλιότητα και η εμφάνιση οστικού πόνου. Η ασθενής και η οικογένειά της πρέπει να ενημερώσουν αμέσως τον γιατρό, αν συμβεί κάτι από τα παραπάνω. Η μέτρηση των επιπέδων του ασβεστίου είναι απαραίτητη και ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών.

Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως εξάψεις, αύξηση του βάρους, αρρενοποίηση ή εμφάνιση εξανθήματος, μπορεί να οδηγήσουν σε δυσχέρεια συνέχισης της θεραπείας.

Πολλές από τις ανεπιθύμητες ενέργειες της ορμονοθεραπείας είναι προσωρινές (ναυτία, εξάψεις κ.α.) και αυτό πρέπει να τονίσει η νοσηλεύτρια. Η αύξηση του βάρους όμως παραμένει και μετά το τέλος της θεραπείας. Σκοπός μας είναι να βοηθήσουμε την ασθενή να διατηρήσει το βάρος της σε φυσιολογικά επίπεδα κατά την διάρκεια της θεραπείας. Η ενημέρωση και η αποδοχή των συμβουλών ενός διαιτολόγου πριν την έναρξη της ορμονοθεραπείας είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Γενικά, η ορμονοθεραπεία παρουσιάζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τα οποία πρέπει να κατανοήσει και να αντισταθμίσει η γυναίκα, πριν αποφασίσει την έναρξή της. Σ' αυτό το στάδιο η νοσηλεύτρια είναι κοντά της έτοιμη να απαντήσει στις ερωτήσεις της και να την υποστηρίξει στις αποφάσεις της.

5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

ΟΣΤΑ

Νοσηλευτική Εκτίμηση

- α. Οστικοί πόνοι, παθολογικά κατάγματα
- β. Δυσκολία στη βάδιση
- γ. Απογοήτευση εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας

Νοσηλευτική Παρέμβαση

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

ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ

Νοσηλευτική Εκτίμηση

- α. Πόνος
- β. Δυσφορία, Δύσπνοια

Νοσηλευτική Παρέμβαση

- α. Χορήγηση οξυγόνου
- β. Παρακέντηση θώρακα για ανακούφιση από την δυσφορία και τη δύσπνοια. Επανάληψη αν χρειάζεται (η ανακούφιση είναι προσωρινή).

ΗΠΑΡ

Νοσηλευτική Εκτίμηση

- α. Ασκίτης
- β. Δυσφορία, Δύσπνοια
- γ. Ναυτία, έμετοι

- δ. Κοιλιακοί πόνοι
- ε. Ανορεξία
- στ. Απώλεια βάρους

Νοσηλευτική Παρέμβαση

- α. Παρακέντιση κοιλίας για ανακούφιση από την δυσφορία και την δύσπνοια.
- β. Διατήρηση ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών
- γ. Χορήγηση διουρητικών
- δ. Μικρά, συχνά γεύματα
- ε. Τεχνική διατροφή μέσω Levin ή πλήρης παρεντερική διατροφή, σε περίπτωση που η ασθενής αδυνατεί να φάει.

ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

Νοσηλευτική Εκτίμηση

- α. Σύγχυση
- β. Διαταραχή της ισορροπίας του σώματος
- γ. Σπασμοί
- δ. Παράλυση
- ε. Διαταραχή της όρασης

Νοσηλευτική Παρέμβαση

- α. Εξασφάλιση άνεσης
- β. Πρόληψη τραυματισμού, κατά την διάρκεια των σπασμών
- γ. Έλεγχος προσλαμβανόμενων - αποβαλλόμενων υγρών
- δ. Εξασφάλιση επαρκούς διαίτας
- ε. Παροχή υγιεινής φροντίδας στο σώμα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Η νοσηλευτική σαν μια βασική ανθρώπινη δραστηριότητα και σαν επάγγελμα ανάμεσα στις υπηρεσίες υγείας, επηρεάζεται από τις αλλαγές και την ανάπτυξη πολλών παραμέτρων της ζωής, όπως κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών, πολιτιστικών, εκπαιδευτικών, τεχνολογικών κ.λ.π.

Τα σημερινά προβλήματα υγείας συνδέονται με τον τρόπο ζωής του ανθρώπου, που είναι η αλληλοσύνδεση των κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών και πολιτιστικών παραγόντων.

Η οικονομική ανάπτυξη της Ευρώπης είχε επίπτωση στην ποιότητα ζωής των πληθυσμών. Η αφθονία στα είδη διατροφής, η καλύτερη κατοικία, η εκπαίδευση, τα μέσα επικοινωνίας και επικοινωνίας οδήγησαν στην άνοδο του βιοτικού επιπέδου και την αύξηση του μέσου όρου ζωής.

Η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών Υγείας (εξαιτίας της τεχνολογίας) και η παράλληλη αύξηση του αριθμού των υπερηλίκων και των χρονίως πασχόντων οδηγεί σε επαναπροσανατολισμό της υγειονομικής πολιτικής των υπευθύνων κυβερνητικών αρχών. Αντί για τη συνεχή αύξηση νοσοκομειακών μονάδων και πολυδάπανων νοσηλευτικών κλινών επιδιώκεται η πρόληψη της νόσου, η προαγωγή της υγείας, η έγκαιρη διάγνωση, η μείωση του χρόνου νοσηλείας και η επέκταση της νοσηλευτικής φροντίδας στο χώρο κατοικίας του πληθυσμού.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) που υιοθετήθηκε απ' όλες τις κυβερνήσεις του κόσμου με την υπογραφή της Διακήρυξης της ALMA-ATA και την αποδοχή των βασικών αρχών και μεθόδων της ανταποκρίνεται σε όλα όσα ο σύγχρονος κόσμος απαιτεί.

Στη χώρα μας η Π.Φ.Υ. υλοποιήθηκε με τα κέντρα Υγείας στις δραστηριότητες των οποίων περιλαμβάνεται η πρόληψη της νόσου, η προαγωγή της υγείας, η υγειονομική διαπαιδαγώγηση, η έγκαιρη διάγνωση, η αντιμετώπιση των έκτατων περιστατικών και επίσης η κατ' οίκον νοσηλεία και αποκτάσταση, η φροντίδα των υπερηλίκων - αναπήρων και χρονίως

πασχόντων (άρθρο 15 Ν. 1397/1983) με τη συμμετοχή της κοινότητας και τη συνεργασία της οικογένειας και των υγειονομικών και κοινωνικών φορέων.

Η κατ' οίκον νοσηλεία προσφέρεται σε όλα τα μέλη της οικογένειας, τα άτομα που έχουν όμως περισσότερη ανάγκη είναι οι χρόνια πάσχοντες, οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με ειδικές ανάγκες.

Η χρόνια νόσος, όπως ο καρκίνος, δεν είναι κατάσταση στατική. Οι συνέπειες φαίνονται στην καθημερινή ζωή. Ο άρρωστος ζώντας το πρόβλημά του υποφέρει, αμφιβάλλει, διακόπτει το συνηθισμένο τρόπο ζωής του. Πρέπει, λοιπόν, να μάθει να ζει με την αρρώστια του, να συμφιλωθεί μαζί της και να εναρμονίσει τις απαιτήσεις του με την πραγματικότητα της ασθένειας ή της αναπηρίας του.

Το κόστος (οικονομικό και ψυχολογικό) που φέρει η οικογένεια του πάσχοντος καθώς και ο χρόνος που διαθέτει για την φροντίδα του πάσχοντος προκαλεί πολλές φορές μια διαταραχή της οικογενειακής αρμονίας.

Η παρέμβαση της υπηρεσίας "νοσηλεία στο σπίτι" μπορεί να ελαχιστοποιήσει όλα αυτά τα προβλήματα προσφέροντας νοσηλευτική φροντίδα ψυχολογική και ηθική υποστήριξη του ατόμου και της οικογένειάς του. Ο θεσμός αυτός είναι μια πρόκληση που ανοίγει νέους δρόμους και δημιουργεί νέες ευθύνες για την νοσηλευτική.

Στην νοσηλεία των καρκινοπαθών ειδικότερα, ο θεσμός βρίσκει άμεση εφαρμογή κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας.

Υπάρχουν ασθενείς που μένουν σε άθλιες κατοικίες με τις στοιχειώδης ή καθόλου ανέσεις και περιμένουν σαν άγγελο προστάτη τους τη νοσηλεύτρια. Έχει παρατηρηθεί επίσης ότι μεγάλο ποσοστό καρκινοπαθών δεν έχουν κατάλληλη περιποίηση από τους οικείους τους.

Μπαινούμε έτσι στο κοινωνικό έργο που πρέπει να παραγάγει η νοσηλεύτρια, ώστε να βοηθήσει την ασθενή. Με τρόπο που να μη θίγει το περιβάλλον, κάνει προσπάθειες να τους πείσει, ότι έστω και από ανθρώπινη υποχρέωση πρέπει να δείξουν αγάπη και να τη φροντίσουν. Μ' αυτό τον τρόπο, η νοσηλεύτρια της υπηρεσίας νοσηλείας ασκεί και το κοινωνικό της έργο.

Επίσης, οι νοσηλευτές/ριες μπορούν να βοηθήσουν (λόγω της στενής επαφής με καρκινοπαθείς) σε έρευνες για πιθανή συμμετοχή ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη γέννηση του καρκίνου.

Πιο συγκεκριμένα, η προσφορά της νοσηλεύτριας που αναλαμβάνει την νοσηλεία στο σπίτι ασθενούς με μαστεκτομή έγκειται στα εξής:

- α. Ψυχική υποστήριξη της γυναίκας και της οικογένειάς της.
- β. Βοήθεια της ασθενούς, ώστε να ανταποκρίνεται στις καθημερινές ασχολίες και τις απαιτήσεις της οικογένειάς της.
- γ. Παρότρυνση και διδασκαλία των μελών της οικογένειας όσον αφορά την παροχή βοήθειας στην ασθενή.
- δ. Παρότρυνση της ασθενούς να αυτοεξυπηρετείται, να αναλαμβάνει ευθύνες, να συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις, ώστε να είναι πιο αποδεκτή από τους άλλους και να αποφύγει την αποξένωση.
- ε. Έλεγχος του διαιτολογίου.
- στ. Έλεγχος της διενέργειας των ασκήσεων που διδάχθηκε η ασθενής στο νοσοκομείο.
- ζ. Καθοηγείται η ασθενής στην μηνιαία αυτοεξέταση.
- η. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την συμμετοχή της ασθενούς στις τακτές περιοδικές εξετάσεις (check-up).
- θ. Επίσης, φροντίζει για την συμμετοχή της γυναίκας στην χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Μεγάλο μέρος του χρόνου της πρέπει να αφιερώνεται στην εκπαίδευση της ασθενούς και της οικογένειας σχετικά με τον καρκίνο και την θεραπεία του. Η διδασκαλία πρέπει να ξεκινήσει πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας και να συνεχίζεται - επεκτείνεται με κάθε επίσκεψη της νοσηλεύτριας στο σπίτι.
- ι. Πολλές πράξεις μπορούν να αντικατασταθούν από μια καλή συζήτηση. Στην φάση αυτή, η γυναίκα έχει μεγάλη ανάγκη να εκφράσει τους φόβους και τις σκέψεις της σε ένα άτομο εμπιστοσύνης. Η νοσηλεύτρια θα συζητήσει μαζί της, θα την ακούσει προσεκτικά και θα την καθοδηγήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει τα προβλήματα και τις υποχρεώσεις της.

Έρευνα, που πραγματοποιήθηκε από τις υπηρεσίες του Ε.Ε.Σ. για την αξιολόγηση της κατ' οίκον νοσηλείας των καρκινοπαθών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία, κατέληξε σε πολύ ικανοποιητικά συμπεράσματα για το θεσμό.

Το υλικό της έρευνας αποτέλεσαν 184 καρκινοπαθείς ασθενείς μεσαίου σταδίου, υπό χημειοθεραπεία. Οι ασθενείς προέρχονταν από τα τρία ογκολογικά νοσοκομεία της Αττικής : <<Μεταξά>>, <<Αγ. Ανάργυροι>>, <<Αγ. Σάββας>> και από τις υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας των νοσοκομείων <<Μεταξά>> και <<Αγ. Αναργύρων>>. Μικρό ποσοστό ασθενών προήλθε από το νοσοκομείο Αλεξάνδρα.

Με κριτήριο την εμπειρία ή όχι της υπηρεσίας "κατ' οίκον νοσηλεία" οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες για σύγκριση των αποτελεσμάτων με σκοπό την αξιολόγηση των υπηρεσιών και τη χρησιμότητα εφαρμογής ή όχι του κλάδου της Κοινωνικής Νοσηλευτικής.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ομάδα των ασθενών που είχαν εμπειρία της νοσηλείας στο σπίτι αποτελούσε το 51,7% των ασθενών του δείγματος και η ομάδα των ασθενών χωρίς την εμπειρία αυτή το 48,5%. Από αυτούς το 87,5% πιστεύει ότι η κατ' οίκον νοσηλεία είναι σημαντική και αυτή θα ήθελε να ακολουθήσει. Σε ποσοστό 96,7% οι καρκινοπαθείς πιστεύουν ότι η υπηρεσία "κατ' οίκον νοσηλεία" προσφέρει βοήθεια όχι μόνο στους ίδιους αλλά και τις οικογένειές τους. Ως πλεονεκτήματα της κατ' οίκον νοσηλείας σημειώθηκαν τα παρακάτω:

- α)** Παρέχει στον ασθενή τη δυνατότητα παραμονής στο οικογενειακό περιβάλλον.
- β)** Προσφέρει βοήθεια στην οικογένεια με:
 - τις αλλαγές τραύματος
 - την λήψη αίματος
 - την εφαρμογή θεραπείας
 - την διασύνδεση με άλλες υποστηρικτικές υπηρεσίες
 - την παροχή σωστής πληροφόρησης
- γ)** Προσφέρει την ευκαιρία για συζήτηση των προβλημάτων στον ασθενή και την οικογένειά του με αποτέλεσμα την ψυχολογική υποστήριξη.

- δ)** Δίνει την δυνατότητα στους εργαζόμενους ασθενείς να συνεχίσουν την εργασία τους.
- ε)** Μειώνεται ο αριθμός των εισαγωγών στο νοσοκομείο.
- στ)** Συντελεί στη διατήρηση της οικογενειακής συνοχής.

Από τα παραπάνω ευρήματα, συμπεραίνεται ότι η ανάπτυξη της Κοινωνικής Νοσηλευτικής και ιδιαίτερα του θεαμού της κατ' οίκον νοσηλείας, δεν αποτελεί μόνο μια σημαντική εξέλιξη στο χώρο της νοσηλευτικής, αλλά εκπληρώνει και τον βασικό σκοπό της επιστήμης αυτής, την αωστή, εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη φροντίδα του αρρώστου.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α

Νοσηλευτικό Ιστορικό

Ασθενής, ηλικίας 30 χρόνων, εισήλθε στην χειρουργική κλινική του Π.Π.Γ.Ν. Ρίου, στις 02/06/1993.

Στο εισιτήριό της τέθηκε διάγνωση << Ογκίδιο αριστερού μαστού >>.

Η ίδια ανακάλυψε τυχαία, πριν 1 χρόνο, ένα ογκίδιο στον αριστερό της μαστό, διαστάσεων 1x1 cm, χωρίς άλλα σύνοδα ευρήματα.

Πριν 6 μήνες υποβλήθηκε σε παρακλινικό έλεγχο με U/S και μαστογραφία, που έδωσε την εικόνα ινοαδενώματος. Στο ενδιαμέσο διάστημα το ογκίδιο μεγάλωσε σε μέγεθος και η επανάληψη του παρακλινικού ελέγχου έδειξε εικόντα ύποπτη για κακοήθεια.

Το Ιατρικό ιστορικό της ασθενούς περιγράφει την περίπτωση ως εξής: << Στην ουρά του αριστερού μαστού ανευρέθει ογκίδιο, ανώδυνο, σκληρό, με σαφή όρια, διαστάσεων 1x1,5cm. Στην περιοχή της μασχάλης διακρίνονται ψηλαφητοί, ανώδυνοι, κινητοί λεμφαδένες. Δεξιός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Διάγνωση : πιθανός καρκίνος αριστερού μαστού, σταδίου II (T₁, N₁, M₀).

Η ασθενής δεν κάνει χρήση καπνού ή αλκοόλ, δεν είναι παχύσαρκη και το οικογενειακό της ιστορικό είναι ελεύθερο. Είναι παντρεμένη, έχει ένα γιο -πρώτος τοκετός 19 ετών, δύο αποβολές 22 και 23 ετών- δεν εργάζεται. Έναρξη έμμηνου ρύσεως 12 χρόνων >>.

Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και αίματος για την διεξαγωγή εξετάσεων.

Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου, το πρωί της 04/06/93. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η ογκεκτομή (εξαιτίας του νεαρού της ηλικίας της ασθενούς) ή η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, αναλόγως των αποτελεσμάτων της ταχείας βιοψίας. Τελικά εφαρμόστηκε η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

Μετά την επέμβαση η ασθενής δεν παρουσίασε κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα και πήρε εξιτήριο στις 08/06/93. Εδώθηκαν οδηγίες για την φροντίδα της τομής στο σπίτι και ορίστηκε επανεξέταση μετά από 8 ημέρες.

Ο θεράπων ιατρός δεν έκρινε σκόπιμη την εφαρμογή χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας.

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

SUP	ΓΛΥΚΕΡΙΝΗΣ	1x1	(προεγχειρητικά)
FL	FRAVIPARINE	1x1	(επί 4 ημέρες μετεγχειρητικά)
AMP	INNOHEP	1x1	(6 πμ την ημέρα της επέμβασης)
AMP	PETHIDINE	E.Π.	(μετεγχειρητικά)
SUP	LONARID	E.Π.	(μετεγχειρητικά)
D/W	5% 1000 cc	1x1	(1η μετεγχειρητική ημέρα)
L - R	1000 cc	1x1	(1η μετεγχειρητική ημέρα)

Δίαιτα ελεύθερη.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ	:	Μητσάρα
ΟΝΟΜΑ	:	Σοφία
ΗΛΙΚΙΑ	:	30 ετών
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	:	Οικιακά
ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	:	Παντρεμένη, ένα παιδί
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	:	Αγρίνιο
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	:	Πάτρα
ΥΨΟΣ	:	1,55
ΒΑΡΟΣ	:	48 Kg
Θερμοκρασία	:	36,2
Σφύξεις	:	80/min
A.Π.	:	100 mmHg
Γενική κατάσταση	:	Πολύ καλή
Διάγνωση εισαγωγής	:	Ογκίδιο (A) μαστού
Ημερ/νία εισόδου	:	02/06/1993

Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
<p>άγχος, φόβος, κατάρλιψη (Προεγχειρητικά)</p> <p>Μείωση του άγχους, της αγωνίας και όλων των αρνητικών σθημάτων. Εξασφάλιση ηρεμίας της ασθενούς</p>	<p>- Ηθική και ψυχολογική τόνωση</p> <p>- Επίσκεψη στους χώρους του χειρουργείου</p> <p>- Γνωριμία της ασθενούς με το υγειονομικό προσωπικό της κλινικής</p> <p>- Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας από την νοσηλεύτρια. Σιζήτούνται και λύνονται όλες οι απορίες</p> <p>- Το προηγούμενο βράδι του χειρουργείου χρησιμοποιείται ηρεμιστικό για την εξασφάλιση καλού ύπνου</p>	<p>Παρέχοντας στην ασθενή ψυχολογική υποστήριξη, γνωριμία με τους χώρους του νοσοκομείου και τους ανθρώπους επέμβασης από την ενθαρρύνεται σιγά-σιγά. Αποκτά εμπιστοσύνη με το προσωπικό και πείθεται ότι θα γίνει καλά.</p>	<p>Παρέχοντας στην ασθενή ψυχολογική υποστήριξη, γνωριμία με τους χώρους του νοσοκομείου και τους ανθρώπους επέμβασης από την ενθαρρύνεται σιγά-σιγά. Αποκτά εμπιστοσύνη με το προσωπικό και πείθεται ότι θα γίνει καλά.</p>	<p>Περιορισμός άγχους. Καλύτερη αποδοχή της επέμβασης</p>
<p>Πόνος, οφειλόμενος στην επέμβαση (Μετεγχειρητικά)</p>	<p>Μείωση του πόνου, εξασφάλιση της άνεσης της ασθενούς</p>	<p>- Εκτιμάται ο τύπος και η ένταση του πόνου. Χρησιμοποιείται αναλγητικά μετά την σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων.</p> <p>Ελέγχονται οι συσκευές παραμόρφωσης.</p>	<p>- Ενθαρρύνουμε την ασθενή να πάρει θετική θέση απέναντι στο πρόβλημά της. Διαβεβαιώνεται ότι ο πόνος είναι παροδικός.</p>	

Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Βεβαρημένη Νοσηλευτικής φροντίδας	Αποτελέσματα
Βήχας και αιόθσημα δυσφορίας όχι έντονο	Πρόληψη πνευμονίας οφειλόμενη σε: α) αναπνοή β) ακινησία γ) ανεπαρκή αερισμό	Η κακή λειτουργία τους μπορεί να προκαλέσει πόνο. Σωστή θέση στο κρεβάτι (αποφεύγεται η πίεση του τραχήλου).	- Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων, που είναι φυσιολογικά - Χορηγείται 1/2 amp Pethidine - Παρακολουθείται συνεχώς η ασθενής για εμφάνιση αιμορραγίας ή shock	- Μείωση του πόνου - Εξασφάλιση της άνεσης και του αισθήματος ασφαλείας της ασθενούς
Εκτεταμένη δύσπνοια αδυναμία να ανασταθεί αδυναμία να κινηθεί	Διδάσκεται η ασθενής να βήχει και να αναπνέει βαθιά - Ελέγχεται η θερμοκρασία της ασθενούς. Εκτιμάται επίσης η άνοδος της μετά την αφαίρεση των παραροχτών - Κινητοποίηση α) Την ημέρα της επέμβασης ενθαρρύνεται η της ασθενούς β) 1η μεταγχειρητική ημέρα, τοποθετείται η ασθενής στην καρέκλα. Ενθαρρύνεται να περπατήσει όσο μπορεί	- Εκτιμώνται τα αποτελέσματα της εφαρμογής των ασκήσεων βήχα και αναπνοής - Η έγκαιρη έγερση βοηθά στην αποσυμφόρηση του αναπνευστικού, εξασφαλίζεται επαρκής αερισμός, χωρίς να χρειαστεί παροχή οξυγόνου επιπέδων	- Πρόληψη λοίμωξης. - Έγκαιρη αντιμετώπιση της αναπνευστικής δεσφύρεας και της αύξησης της θερμοκρασίας, ώστε να μην εξαντληθεί η ασθενής. - Άμεση έγερση της ασθενούς, τέτοια που να της επιτρέψει να περπατά	

Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
Λεμφοίδημα Αριστερού άνω άκρου	<ul style="list-style-type: none"> - Πρόληψη λεμφοιδήματος - Ανάρτηση άνω άκρου - Έναρξη ασκήσεων - Απαγορεύεται η λήψη αρτηριακής πίεσης και αίματος από το χέρι της προσβεβλημένης πλευράς α) Ενημερώνεται γι' αυτό η ασθενής β) Ενημερώνεται ο φύκελος της ασθενούς γ) Τοποθετείται στο κρεβάτι της ασθενούς ειδική ενημερωτική πινακίδα 	<ul style="list-style-type: none"> - Κατά την διάρκεια της νύκτας τοποθετείται μαξιλάρι κάτω από το προσβεβλημένο χέρι - Ασκήσεις: α) Αρχίζουμε με έκταση - κάμψη των δακτύλων, υπτιασμό - πρυνισμό του πήχσως β) Κατόπιν συμφωνίας του γιατρού, απαγωγή και κινητοποίηση του βραχίονα 	<ul style="list-style-type: none"> - Με την βοήθεια της βαρύτητας έχουμε επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφυγή οιδήματος - Πρόληψη λεμφοιδήματος. Δίνεται επίσης δυνατότητα στην ασθενή να γνωρίζει και να αποφεύγει τις αιτίες που δύναται να προκαλέσουν - Τεκμηρίωση της προόδου της ασθε- 	<ul style="list-style-type: none"> - ελεύθερα την 2η μετεγχειρητική ημέρα

Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
---------------------	--	---	------------------------------------	--------------

νούς στην παραγματοποίηση καθημερινών δραστηριοτήτων με την χρησιμοποίηση του προσβεβλημένου άκρου

Αλλαγή σωματικού ειδώλου	Να αποδεχτεί η ασθενής την καινούργια εικόνα στον λιγότερο δυνατό χρόνο και με το μικρότερο ψυχικό κόστος	- Εκτιμάται η αντιμετώπιση της ασθενούς και της οικογένειάς της όσον αφορά την αλλαγή της σωματικής εικόνας της πρώτης. Σχεδιάζεται η κατάλληλη νοσηλευτική παρέμβαση - Ελαττώνεται η ανησυχία και η ενόχληση της ασθενούς. Καλύπτεται η φιάλη παραγωγέυσης με ειδική σακούλα - Συμπεριλαμβάνεται και η ασθενής στην φροντίδα της τομής - Ενημερώνεται η ασθενής για τις	- Ενημερώνεται η οικογένεια της ασθενούς για την μεταβολή της σωματικής εικόνας της πρώτης και καθοδηγούνται οι συγγενείς να αποδεχτούν την αλλαγή αυτή και να αποφεύγουν την προβολή αρνητικών συναισθημάτων μπροστά στην άρρωστη. Η αντίδραση του συζύγου είναι καθοριστική για την συμπεριφορά της ασθενούς, γι' αυτό και επιμένουμε στην συζήτηση μαζί	νούς στην παραγματοποίηση καθημερινών δραστηριοτήτων με την χρησιμοποίηση του προσβεβλημένου άκρου - Η οικογένεια της άρρωστης και ειδικότερα ο σύζυγος, αποδέχεται την καινούργια της εικόνα, δείχνει σ' αυτήν αγάπη και κατανόηση και την στηρίζει ψυχολογικά - Η ασθενής δείχνει ένα βαθμό αποδοχής του χειρουργικού
--------------------------	---	---	--	---

Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
<p>δυνατότητες πλαστικής αποκατάστασης που υπάρχουν</p> <p>- Χρησιμοποιείται προσωρινή προσθήκη από μαλλί</p>	<p>του τονίζοντας ιδιαίτερα το γεγονός ότι πάνω από όλα πρέπει η ζωή της γυναίκας του</p> <p>- Καλύπτονται οι παροχτεύσεις και μειώνεται η ανησυχία της άρρωστης</p> <p>- Η νοσηλεύτρια βρίσκεται δίπλα στην ασθενή, όταν αυτή αντι-κρούει για πρώτη φορά την τομή της. Η αρχική θεά του τραύματος βραδύεται στην ετοιμότητα και την επιθυμία της ασθενούς</p> <p>- Ενημερώνεται η ασθενής για τις πλαστικές επιμβάσεις αποκατάστασης και αμέσως μετά την αφαίρεση των παροχτεύσεων τοποθετείται στην θέση του χαμένου μαστού προσωρινή προσθήκη στους άλλους</p>	<p>αποτελέσματος. Είναι σε θέση να αντικρούσει την τομή της και κάνει ερωτήσεις για την φροντίδα του τραύματος στο σπίτι</p> <p>- Ακόμη, ακολουθεί και τηρεί τις οδηγίες που της δίνονται, κατανοώντας την αναγκαιότητα των φροντίδων που της παρέχονται. Η τοποθέτηση της προσωρινής προσθήκης ενισχύει την αυτοπεποίθησή της και ανησυχεί λιγότερο για την εικόνα που δείχνει στους άλλους</p>		

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β

Νοσηλευτικό Ιστορικό

Ασθενής, ηλικίας 62 ετών, εισήχθε στην χειρουργική κλινική του Π.Π.Γ.Ν. Ρίου.

Η διάγνωση εισαγωγής είναι << ογκίδιο δεξιού μαστού >>.

Στο ιατρικό ιστορικό αναγράφεται ότι πριν ένα μήνα η ίδια ψηλάφησε ογκίδιο στον αριστερό μαστό, στο άνω έξω τεταρτημόριο, διαστάσεων 1x1, συμφομένο με τους υποκείμενους ιστούς αλλά όχι με το θωρακικό τοίχωμα, ανώδυνο, χωρίς έκκριμα από την θηλή. Στην μασχάλη ψηλαφίστηκε λεμφαδένας 2x2 cm, μη σφυόμενος.

Ο παρακλινικός έλεγχος που έγινε (U/S μαστού, μαστογραφία) έδωσε εικόνα ύποπτη για κακοήθεια.

Η ασθενής δεν κάνει χρήση αλκοόλ ή καπνού, πάσχει από αρτηριακή Υπέρταση (κατά διαστήματα) ρυθμιζόμενη με Hygotan-Reserpine. Είναι παντρεμένη με 2 κόρες και το οικογενειακό της ιστορικό δεν είναι βεβαρωμένο. Έναρξη εμμηνου ρύσεως 14 ετών. Εμμηνόπαυση προ 10ετίας περίπου.

Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και αίματος. Η αρτηριακή πίεση ήταν αυξημένη (160 mmHg).

Προγραμματίστηκε χειρουργική εξαίρεση του όγκου το πρωί της επόμενης μέρας. Μετά την ταχεία βιοψία (+) η θεραπεία εκλογής ήταν η τροποποιημένη ριζική μαστεκτική. (+ λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης).

Η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

SUP	ΓΛΥΚΕΡΙΝΗΣ	1x1	(προεγχειρητικά)
FL	FRAVIPARINE	1x1, 1cc	(αντιπηκτική αγωγή)
TAB	STEDON	1x1, 7,5mg	προεγχειρητικά)
D/W	5% 1000 cc	1x1	
AMP	PETHIDINE	Ε.Π. (1/2)	
AMP	PRIMPEPAN	1x1	
TAB	LONARID	Ε.Π.	

Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Βεβαίωγη Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
Φόβος, άγχος κατάβληση	Μείωση του άγχους Εξασφάλιση άνεσης	- Εξαιτίας της γρήγορης εισαγωγής της στο νοσοκομείο η ασθενής δεν είχε την ευκαιρία να συφιλιωθεί με την ιδέα της νόσου. Προγραμματίζεται συνομιλία μαζί της κατά την οποία της εξηγούνται με απλά λόγια όσο το δυνατόν περισσότερο πράγματα για τον καρκίνο, του μαστού, τη θεραπεία του, την μεταχειριστική αγωγή της ίδιας. - Ψυχολογική τόνωση της ασθενούς και της οικογένειάς της - Εξασφάλιση καλού ύπνου, πριν την επέμβαση	- Ενημερώθηκε η ασθενής για τις ιατρικές πράξεις που έπονται και λύθηκαν ορισμένες απορίες της - Τονίστηκε ιδιαίτερα το γεγονός ότι η επιστήμη έχει προοδεύσει πολύ και η ίδια είναι τυχερή που ανακάλυψε τον όγκο σε αρχικό στάδιο(II). Αναφέρθηκαν περιπτώσεις ασθενών με μαστεκτομή, που χαίρουν άκρος υγείας - Χορήγηση ηρεμιστικού (stedon) για την μείωση του άγχους και την εξασφάλιση καλού ύπνου	- Μείωση του άγχους, μερική αποδοχή της νόσου και της επέμβασης από την ασθενή

Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
Πόνος, ανησυχία (μετεγχειρητικά)	Μείωση του πόνου και της ανησυχίας της ασθενούς	- Εκτιμάται ο τύπος και η ένταση του πόνου και χορηγούνται αναλγητικά - Έλεγχος των ζωτικών σημείων - Έλεγχος του τραύματος και των ουκκεών παροχέτευσης - Σωστή τοποθέτηση της ασθενούς στο κρεβάτι	- Καθησιγάζεται η ασθενής ότι ο πόνος είναι παροδικός - Λήψη ζωτικών σημείων, φυσιολογικά - Χορηγείται 1/2 amp Pethidine I.M. - Παρακολουθείται η ασθενής για αιμορραγικά συμπτώματα ή shock	- Μείωση του πόνου - Ελάττωση της ανησυχίας της ασθενούς
Έμμετοι, ναυτία	Περιορισμός των συμπτωμάτων, που καταβάλουν την ασθενή. Διατήρηση του ισοζυγίου των υγρών και ηλεκτρολυτών	- Παρακολουθείται η συχνότητα, ο χαρακτήρας και η ποσότητα των εμέτων - Χορήγηση υγρών για την διατήρηση του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών - Χορήγηση αντιεμετικών	- Καθαρίζεται η ασθενής από τα εμέματα, ενώ συγχρόνως παρακολουθείται για συμπτώματα αφυδάτωσης. Πύση στόματος - Χορηγούνται 2 amp PRIMPERAN σε ορό RINGELS 1000 cc, κατόπιν ιατρικής εντολής	- Εξασφάλιση της άνεσης της ασθενούς (με την καθαριότητα των συμπτωμάτων)
Πόνος, ανησυχία (μετεγχειρητικά)	Μείωση του πόνου και της ανησυχίας της ασθενούς	- Εκτιμάται ο τύπος και η ένταση του πόνου και χορηγούνται αναλγητικά - Έλεγχος των ζωτικών σημείων - Έλεγχος του τραύματος και των ουκκεών παροχέτευσης - Σωστή τοποθέτηση της ασθενούς στο κρεβάτι	- Καθησιγάζεται η ασθενής ότι ο πόνος είναι παροδικός - Λήψη ζωτικών σημείων, φυσιολογικά - Χορηγείται 1/2 amp Pethidine I.M. - Παρακολουθείται η ασθενής για αιμορραγικά συμπτώματα ή shock	- Μείωση του πόνου - Ελάττωση της ανησυχίας της ασθενούς

Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
---------------------	--	--	---------------------------------	--------------

πασμάτων	- Παρακολούθηση για σημεία αφυδάτωσης	- Μείωση του πόνου	- Ελάττωση της ανηυχίας της ασθενούς	
----------	---------------------------------------	--------------------	--------------------------------------	--

Πυρετός (38°C)	- Άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος - Πρόληψη λοιμώξεων	- Παρακολούθηση της θερμοκρασίας της ασθενούς. Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων - Έλεγχος του τραύματος. Αλλαγή του επιθετικού υλικού - Έλεγχος των 2 παραχτεύσεων της ασθενούς (Red - o - pac θωρακικό και μασχαλιαίο) - Διδασκαλία ασκήσεων βήχα και βαθιών αναπνοών προς αποφυγή λοίμωξης του αναπνευστικού	- Εφαρμόζονται ψυχρά επιθέματα και αξιολογούνται τα αποτελέσματά τους - Γίνεται περιποίηση του τραύματος - Ενθαρρύνεται η ασθενής να βήχει και να ανασαίνει βαθιά - Δεν δίνονται αντιπυρετικά λόγω πτώσης της θερμότητας στους ~37°C	- Καλά ζωτικά σημεία. Η ασθενής απύρετη (37°C). Το τραύμα είναι καλό. Πρόληψη λοίμωξης
----------------	---	---	---	--

Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
Έναρξη λεμφοιδήματος και ελαφρός πόνος άνω δεξιού άνω Περιορισμένη κινητικότητα (Δεν υπήρξε διεγχειρητική κάκωση του νεύρου)	Άμεση υποχώρηση οιδήματος, εξάλειψη πόνου. Βελτίωση κινητικότητας του άκρου	- Τοποθέτηση του προσβεβλημένου άκρου σε μαξιλάρι - Απαγορεύονται η λήψη Α.Π., αίματος και η εκτέλεση ενόσων στο άκρο αυτό. Ενημερώνεται ο φάκελος της ασθενούς και τοποθετείται η ειδική πινακίδα στο κρεβάτι της ασθενούς - Χορήγηση αναλγητικών	- Τοποθέτηση του προσβεβλημένου άκρου σε μαξιλάρι - Απαγορεύονται η λήψη Α.Π., αίματος και η εκτέλεση ενόσων στο άκρο αυτό. Ενημερώνεται ο φάκελος της ασθενούς και τοποθετείται η ειδική πινακίδα στο κρεβάτι της ασθενούς - Χορήγηση αναλγητικών	- Η ανύψωση του άκρου όσο πιο συχνά γίνεται βοηθά στην υποχώρηση του οιδήματος - Χορήγηση tab Lonarid για αντιμετώπιση του πόνου - Έναρξη κινησιοθεραπείας υπό την συνεχή επίβλεψη της νοσηλεύτριας - Εξηγείται στην ασθενή ο λόγος εμφάνισης του οιδήματος και γίνεται προστάθεια εφαρμογασμού της - Παρακολούθηση του άκρου για θερμότητα ή ερυθρότητα	- Η υποχώρηση του οιδήματος και του πόνου βελτιώνουν την άνεση της ασθενούς - Η κινησιοθεραπεία δίνει θετικά αποτελέσματα και βελτιώνεται αισθητά η παραγωγή του άκρου - Η συζήτηση ενισχύει το αίσθημα ασφάλειας της ασθενούς και περιορίζει το άγχος και την ανησυχία της

Προβλήματα ασθενούς **Αντικειμενικός σκοπός** **Αντικειμενικός σκοπός** **Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας** **Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας** **Αποτελέσματα**

Νοσηλευτικής Φροντίδας

Πιθανή φλεγμονή του τραύματος

Πρόληψη φλεγμονής της τομής, που θα επιβαρύνει την γενική κατάσταση της ασθενούς

Καθημερινή περιποίηση του τραύματος, αλλαγή επιδεσμικού υλικού. Τήρηση κανόνων αντισηψίας και άσηπτης τεχνικής

Μετά την αρχική αφαίρεση του επιδεσμικού υλικού από τον γιατρό, ελέγχεται η τομή για ερυθρότητα, οίδημα, θερμότητα, εμφάνιση πύου, μη σύγκληση των χειλίδων του τραύματος

Πρόληψη περιτοίηση του τραύματος, αλλαγή επιδεσμικού υλικού. Τήρηση κανόνων αντισηψίας και άσηπτης τεχνικής

Μετά την αρχική αφαίρεση του επιδεσμικού υλικού από τον γιατρό, ελέγχεται η τομή για ερυθρότητα, οίδημα, θερμότητα, εμφάνιση πύου, μη σύγκληση των χειλίδων του τραύματος

Φροντίδα της τομής:

α. Ενυδατώνεται ο φάκελος της ασθενούς

β. Χρησιμοποιείται άσηπη τεχνική

γ. Εκτιμάται το είδος και το ποσό της παροχέτευσης

δ. Διατηρείται η τομή στεγνή. Η ασθενής μπορεί να πλυθεί 24h μετά την αφαίρεση των παραχέυσεων

Πρόληψη της φλεγμονής. Αντιμετώπιση των αρχικών σταδίων της. Διατήρηση της ασθενούς σε καλή σωματική και ψυχική κατάσταση

Η τομή διατηρείται καθαρή και προστατεύεται από εξωγενείς μολυσματικούς παράγοντες.

Γρήγορη επύλωση του τραύματος και αποκατάσταση της περιοχής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αναγνωστόπουλος Φ. "Καρκίνος του μαστού: Καθυστέρηση των ασθενών για εξέταση", Ελληνική Ογκολογία, 23, pp. 137-140, Αθήνα 1985.
- Αναγνωστόπουλος Φ. - Παπαδάτου Δ. "Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με Καρκίνο", Έκδοση 1η, Εκδόσεις "ΦΛΟΓΑ", Αθήνα 1986.
- Βαργεμέζη Ευαγγελία, Μανούσου Κατερίνα "Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία". Πρακτικά από το 18^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνεδριο, pp. 133-165, Αθήνα 14-16 Μαΐου 1991.
- Γαρδικας Κ. "Ειδική Νοσολογία". Εκδόσεις: Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981.
- Γκιάλας Ι. "Ο καρκίνος στις πρώτες ιστορικές και ιατρικές πηγές και στα Ιπποκρατικά Κείμενα". Εκδόσεις " ΦΛΟΓΑ ", Αθήνα 1979.
- Γκόγκας Ι., Γιάγκος Ε., Θεάκου Β. " Ο καρκίνος του μαστού επί γυναικών ηλικίας μεγαλύτερης των 70 ετών", Ιατρικά Χρονικά, Τόμος ΙΒ, Τεύχος 2^ο, pp. 145-148, Αθήνα 1990.
- Γουλιά Ειρήνη "6^ο Διεθνές Συνέδριο για την καρκινολογική Νοσηλευτική". Νοσηλευτική (1) Ιανουάριος - Μάρτιος 1991, pp. 35-40. Εκδόσεις "ΒΗΤΑ, MEDICAL ARTS" , Αθήνα 1991.
- Γραμματικός Φ. "Πρακτικές και Βασικές αρχές της Πυρηνικής Ιατρική">. Εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσ/νίκη 1984.
- CHEMOTHERAPY AND YOU: A guide to self-help during treatment. Canadian Cancer Society, 1987.
- Devita T. Vincent, Hellman Sammel, Rosenberg A. Steven "Cancer: Principles and Practise of Ongology". 2nd Edition, J.B. Lippincott Company Philadelphia, 1989.
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία "Μάχη και Ελπίδα" από το ομώνυμο περιοδικό, (38), Ιανουάριος-Μάρτιος 1992 p. 14 από την στήλη "ΕΙΔΗΣΕΙΣ" Αθήνα 1992.
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία: Οδηγός Αντικαρκινικής Θεραπείας, Ιανουάριος 1983. Εκδόσεις "ΒΗΤΑ, Medical Arts".

- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων "Η Ευρώπη κατά του καρκίνου".
Υπηρεσία επίσημων εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, pp. 70-75,
L-2985. Luxembourg Μάρτιος 1988.
- Guyton A. "Φυσιολογία του ανθρώπου". Εκδόσεως Λίτσας, 3^η έκδοση, Αθήνα
1984.
- Harrison T.R. "Εσωτερική Παθολογία", Τόμος Β' Έκδοση 10^η, Επιστημονικές
Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνος. Μετάφραση - Επιμέλεια : Βαγιωνάκης Α.
-Βαρώνος Δ., Αθήνα 1984.
- Henderson B.E., Dike M.K., Gray G.E. "The epidemiology of breast cancer".
In: Hoogstraten B. Mc Divitt R.W. (eds) Breast Cancer, Boca Raton. Fla:
C.R.C Press.
- Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ. "Μαστός και χάλι", Ιατρική τόμος 47, τεύχος 5^ο.
Μηνιαία Έκδοση Εταιρίας Ιατρικών σπουδών, pp. 3-4. Αθήνα Μάιος
1985.
- Καρβέλας Φ. "Παράγοντας κινδύνου στον Καρκίνο του μαστού", Ιατρική,
τόμος 57, τεύχος 1^ο, pp. 25-29. Μηνιαία Έκδοση της Εταιρίας Ιατρικών
σπουδών. Αθήνα, Ιανουάριος 1985.
- Κόνιαρη Ευδοξία. "Καρκίνος του Μαστού - Νοσηλευτική Παρέμβαση".
Εκδόσεις "BHTA, Medical Arts", Αθήνα 1991.
- Leonhardt H. "Εγχειρίδιο Ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα".
Τόμος 2^{ος} : Εσωτερικά Όργανα. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Μετάφραση -
Επιμέλεια : Παπαδόπουλος Ν. Αθήνα 1985.
- Λισσαίος Β. "Επιδημιολογία και αιτιολογία του καρκίνου του μαστού".
Ελληνική Χειρουργική, Τόμος 56, τεύχος 1^ο. Ιατρικές Εκδόσεις. Αθήνα,
Ιανουάριος 1984.
- Mac Mahon B. Colep, Lintlí et all. "Age at first birth and breast cancer risk".
Bullerin W.H.O. Volume 33, No 4. pp. 209-221, New York 1970.
- Μαλγαρινού Μ. "ECCO 6 - Ευρωπαϊκό Συνέδριο Κλινικής Ογκολογίας και
Ογκολογικής Νοσηλευτικής, Φλωρεντία 27-31 Οκτωβρίου 1991",
Νοσηλευτική, τεύχος 1^ο, Εκδόσεις "BHTA, Medical Arts", pp. 67-71,
Ιανουάριος-Μάρτιος 1992 Αθήνα.

- Μαλαγαρινού Μ. "Σεμινάριο με θέμα: Πλαίσιο μετεκπαιδευτικού προγράμματος Ογκολογικής Νοσηλευτικής", Νοσηλευτική, τεύχος 2°, pp. 140-142, Απρίλιος - Ιούνιος 1991 Εκδόσεις "ΒΗΤΑ, Medical Arts, Αθήνα 1991.
- Μαλαγαρινού Μ. - Κωνσταντινίδου Σ. "Νοσηλευτική: Παθολογία - Χειρουργική", Τόμος Β', μέρος 2°, Εκδόσεις "ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1989.
- Μητρόπουλος Κ. "Ιπποκράτης, Περί Αρχαίας Ιατρικής", Εκδόσεις "ΒΙΒΛΟΣ", Εν Αθήναις 1952.
- Μπαρμπούνη - Κωνσταντάκου Ευαγγελία "Ο ρόλος των νοσηλευτών στην εκπαίδευση ογκολογικών αρρώστων". Πρακτικά από το 18° Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, pp. 102-112, Αθήνα 14-16 Μαΐου 1991.
- Μπίκας Ν.Α. "Προλακτίνη και καρκίνος μαστού", Νοσοκομειακά Χρονικά. Τόμος 499, τεύχος 3°, pp. 216-225. Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, Μάρτιος 1987.
- Μπούτης Λάζαρος, Παπαϊωάννου Αναξαγόρας, Παπαχαραλάμπους Νίκος, Τριχόπουλος Δημήτρης "Κλινική Ογκολογία", Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας Αθήνα 1981.
- Οικονόμου Ν. "Χειρουργική - Παθολογία", Τεύχος Α', Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1978.
- Χριστοπούλου Ιωάννα "Αξιολόγηση της κατ' οίκον νοσηλείας καρκινοπαθών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία". Πρακτικά από το 18° Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, pp. 113-128, Αθήνα 14-16 Μαΐου 1991.
- Wallash Jacques M.D. "Ερμηνεία των διαγνωστικών εξετάσεων και δοκιμασιών", Ιατρικές εκδόσεις "Λίτσας", Αθήνα 1985.
- Winchester P. David "The diagnosis and managment of breask cancer,• clinical Gynecology". Volume 1, Nr 26. Copyright by J.B. Lippincott company, pp. 1-10. Philadelphia - U.S.A. 1981.

