

*Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πάτρας
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας
Τμήμα Νοσηλευτικής*

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*Θέμα: «Νοσηλευτική παρέμβαση ασθενούς
με καρκίνο του μαστού»*



Σπουδάστριες:

Αγγελουσοπούλου Θωμαή

Ανδρικοπούλου Μαρία

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

Γεωργούση Παρασκευή

Πάτρα 2003



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	7
1.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ – ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΕΠΙΒΙΩΣΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	11
2.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ.....	11
2.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	22
3.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	22
3.1.1. Ιογενείς παράγοντες	24
3.1.2. Οικογενειακό ιστορικό.....	25
3.1.3. Ιδιοσυστατικοί παράγοντες.....	29
3.1.4. Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες.....	35
3.1.5. Μορφολογικοί παράγοντες.....	37
3.1.6. Περιβαλλοντικοί παράγοντες	39
3.2. ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	50
4.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ	50
4.1.1. Κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού.....	50
4.1.2. Ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού.....	51
4.1.3. TNM προθεραπευτική κλινική ταξινόμηση.....	51
4.1.4. Συμπληρωματικές οδηγίες.....	52
4.1.5. Κλινική σταδιοποίηση κατά Columbia.....	54
4.1.6. Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού.....	55
4.1.7. Τοπικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση.....	56
4.1.8. Παθολογοανατομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση.....	57
4.1.9. Γενικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	60
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	60
5.1. ΜΕΣΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	60
5.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	61

5.3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....	64
5.3.1. Μαστογραφία.....	65
5.3.2. Θερμογραφία.....	74
5.3.3. Υπερηχογραφία.....	76
5.3.4. Υπολογιστική τομογραφία.....	77
5.3.5. Διαφανοσκόπηση.....	77
5.3.6. Έκκριμα θηλής και κυτταρολογική εξέταση.....	78
5.3.7. Παρακέντηση όγκων του μαστού.....	79
5.3.8. Βιολογικοί δείκτες.....	80
5.3.9. Φλεβογραφία.....	81
5.3.10. Μαστομετρία.....	81
5.3.11. Γαλακτοφορογραφία.....	81
5.3.12. Σπινθηρογραφία.....	81
5.3.13. Πνευμονομαστογραφία.....	82
5.3.14. Ακτινολογικός έλεγχος.....	82
5.3.15. Τρυπανοβιοψία.....	82
5.3.16. Βιοψία.....	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο.....	90
6.1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	90
6.1.1. Χημειοθεραπεία.....	90
6.1.2. Προφυλακτική χημειοθεραπεία.....	91
6.1.3. Χημειοθεραπεία γενικευμένου ΚΜ.....	92
6.1.4. Αντιοιστρογόνα (Ταμοξιφαίνη).	93
6.1.5. Τρόποι χορήγησης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων ..	94
6.1.6. Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή χημειοθεραπείας ...	94
6.1.7. Πόσο συχνά γίνεται η χημειοθεραπεία.....	95
6.1.8. Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές και τις ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.....	96
6.1.9. Διδασκαλία της ασθενούς.....	117
6.1.10. Ακτινοθεραπεία.....	117
6.1.11. Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.....	119
6.1.12. Ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές από την ακτινοθεραπεία.....	120
6.1.13. Νοσηλευτική φροντίδα.....	123
6.1.14. Εξωτερική ακτινοθεραπεία.....	124
6.1.15. Εσωτερική ακτινοθεραπεία.....	133
6.1.16. Χειρουργική θεραπεία.....	140
6.1.17. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	153

6.1.18. Χρήση προσθηκών μετά από μαστεκτομή – ενδυμασία .	169
6.1.19. Περιγραφή των ορμονικών χειρισμών	178
6.1.20. Νοσηλευτική παρέμβαση	182
6.1.22. Αντιμετώπιση μεταστάσεων.....	184
6.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	187
6.2.1. Στάδια της νόσου και ψυχική υποστήριξη από τη νοσηλεύτρια.....	187
6.2.2. 1 ^η φάση – πρώιμο στάδιο	187
6.2.3. Αντιμετώπιση της καρκινοπαθούς από την οικογένεια....	189
6.2.4. Τα παιδιά.....	190
6.2.5. 2 ^η φάση – ενδιάμεσο στάδιο	191
6.2.6. 3 ^η φάση – τελικό στάδιο	193
6.2.7. Νοσηλευτική φροντίδα της καρκινοπαθούς στα τελικά στάδια της ζωής της	195
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο	202
ΠΡΟΛΗΨΗ	202
7.1. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	203
7.2. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	204
7.3. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	205
7.4. ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ	207
7.5. ΚΙΝΗΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ	208
7.6. ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΡΟΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	209
7.7. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ	209
7.8. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	210
7.9. ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	211
7.10. ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	212
7.11. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	214
7.12. ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ (ΑΕΜ)	217
7.13. ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΕΜ (ΤΕΧΝΙΚΗ)	219
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	223
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	225
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	231
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	236

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Από στατιστικές των τελευταίων χρόνων έχει αποδειχθεί ότι ο καρκίνος έχει προοδευτική άνοδο. Θεωρείται η δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου στην Ελλάδα, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Ο καρκίνος δεν διαλέγει όταν κτυπά ούτε κοινωνικές τάξεις ούτε ηλικίες ούτε κατοίκους πόλεων ούτε κατοίκους χωριών. Σε όλα τα στάδια της ασθένειας έχουμε να αντιμετωπίσουμε ασθενείς κάθε ηλικίας, όπου ο καθένας θέλει τη δική του μεταχείριση όπως επίσης αντίστοιχη μεταχείριση χρειάζονται και οι συγγενείς αυτών των ανθρώπων.

Σκοπός της εργασίας μας είναι να δώσουμε μια μικρή γενική εικόνα του θέματος «καρκίνος του μαστού» δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στη νοσηλευτική φροντίδα της αρρώστου. Ο καρκίνος του μαστού καταδικάζει πολλές γυναίκες σε χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου, επειδή βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια. Με τη σωστή ενημέρωση και πρώιμη διάγνωση μπορεί να μειωθεί σημαντικά το ποσοστό θνησιμότητας.

Στην εργασία μας θα τονίσουμε το ρόλο της νοσηλεύτριας που είναι πολύ σημαντικός, και δεν σταματά εκεί που τελειώνουν οι πιθανότητες για ίαση. Αντιθέτως, οι επιδιώξεις τους αποβαίνουν διαρκώς σε μια ζωή με ποιότητα και νόημα μέχρι τέλος.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι σήμερα η κακοήθεια που σκοτώνει περισσότερες γυναίκες από οποιαδήποτε άλλη μορφή καρκίνου.

Η λέξη καρκίνος, ακόμη και σήμερα που η εξέλιξη της επιστήμης – και ειδικότερα της ιατρικής – έχει τόσο προχωρήσει, συνεχίζει να προκαλεί φόβο, άγχος και αγωνία στον άνθρωπο, και αυτό γιατί παραμένουν αδιευκρίνιστες οι αιτίες που τον προκαλούν και τα θεραπευτικά μέτρα φαντάζουν περίπλοκα.

Ανάμεσα στους λοιπούς καρκίνους, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο στόχο του καρκίνου των γυναικών στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου, όπως και στην Ελλάδα, όπου κάθε χρόνο περίπου 1.500 γυναίκες προσβάλλονται και 700 πεθαίνουν από καρκίνο του μαστού. Η επίπτωση του καρκίνου αυτού αυξάνεται μέσα στο χρόνο, σε αντίθεση με τη σύγχρονη θεραπευτική, που παραμένει μέχρι σήμερα ανίκανη να βοηθήσει μεγάλο αριθμό γυναικών. Το γεγονός ότι η νόσος αυτή είναι σοβαρή αιτία θανάτου, μαζί με το ότι ο μαστός έχει επηρεαστεί σημαντικά από το σύγχρονο πολιτισμό μας – αντισύλληψη, έντονη σεξουαλική ζωή, περιορισμός γεννήσεων και γαλουχίας, διατροφή - ενώ συνάμα παραμένει σύμβολο υγείας, ομορφιάς και φιλαρέσκειας, έχουν γεννήσει στη σύγχρονη γυναίκα άγχος, φόβο και ανασφάλεια όσο ποτέ άλλοτε στο παρελθόν.

Η ευαισθητοποίηση της γυναίκας, σε σχέση με το μαστό της, που δεν θα 'θελε ποτέ να στερηθεί, είναι ένας από τους σοβαρούς παράγοντες που θα μπορούσε η προληπτική νοσηλευτική να στηρίζει την προσπάθειά της για πρώιμη διάγνωση και συνεπώς την ελπίδα για έγκαιρη θεραπεία.

Τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια για καλύτερη ενημέρωση των γυναικών, όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του μαστού (αυτοεξέταση – μαστογραφία). Η κλινική πείρα μας πείθει ότι

Νοσηλευτική Παρέμβαση ασθενούς με καρκίνο του μαστού

πολλές παραμελημένες περιπτώσεις φτάνουν στα νοσοκομεία για θεραπεία, με κύρια αιτία καθυστέρησης την άγνοια των γυναικών αυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. Επιδημιολογία – Συχνότητα - Επιβίωση

Ο ΚΜ αποτελεί πλέον την κυριότερη αιτία θανάτου των γυναικών σε πολλές χώρες. Οι αναλογίες των περιπτώσεων του ΚΜ και των θανάτων από αυτόν είναι 27 ανά 19 ανά 100.000 γυναίκες αντίστοιχα. Κάθε γυναίκα βρίσκεται στον κίνδυνο να αναπτύξει καρκίνο μαστού. 80% όλων των γυναικών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού, δεν έχουν καθόλου γνωστούς επικίνδυνους παράγοντες. Σήμερα 1 γυναίκα στις 8 είτε έχει είτε θα αναπτύξει καρκίνο κάποια στιγμή της ζωής της. ο καρκίνος μαστού είναι ο πιο κοινός τύπος καρκίνου στις γυναίκες όλων των ηλικιών. Αποτελεί πρωταρχική αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 40-44 ετών.¹

Ενώ δεν είναι σπάνιος σε νεότερα άτομα. Συναντάται κυρίως σε γυναίκες αστικών περιοχών και μάλιστα των ανεπτυγμένων χωρών. Είχε εκτιμηθεί ότι το 2000, 1.000.000 νέες περιπτώσεις θα διαγιγνώσκονταν ανά έτος σε όλο τον κόσμο ενώ με βάση τα στοιχεία του 1994, 2.500 νέες περιπτώσεις θα προστίθονταν επιπλέον στη χώρα μας.²

Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που βάζουν «πρώτο» τον καρκίνο του μαστού δείχνουν ότι:

- είναι ο πιο θανατηφόρος καρκίνος της γυναίκας
- είναι ο πιο φοβερός καρκίνος
- είναι ο καρκίνος που πιο συχνά ανακαλύπτεται από την ίδια τη γυναίκα
- είναι ο καρκίνος για τον οποίο γίνονται οι περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις
- είναι ο καρκίνος για τον οποίο έχουν γίνει και γίνονται οι περισσότερες βιοψίες και ακτινοθεραπείες

- είναι ο καρκίνος για τον οποίο υπάρχει και εφαρμόζεται η μεγαλύτερη ποικιλία ενδοκρινικών θεραπειών.

Σχεδόν 185.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου μαστού αναφέρουν ότι,

Κάθε 12 λεπτά μια γυναίκα θα πεθάνει από καρκίνο μαστού. Ο καρκίνος του μαστού θα διεκδικήσει τις ζωές 43.500 γυναικών αυτό το χρόνο. Στην Αμερική έχουν βρεθεί 108.000 νέες περιπτώσεις και επισημαίνονται περίπου 35.000 θάνατοι από καρκίνο του μαστού κάθε χρόνο. 78% των Αμερικανίδων δεν εξασκούνται στην αυτοεξέταση και λιγότερο από το 1/3 ακολουθούν συνιστώμενες κατευθυντήριες γραμμές για τη μαστογραφία επί οθόνης. 70% όλων των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτονται κατά την αυτοεξέταση.

Στην πλειονότητα των χωρών, η αργή αλλά σταθερή αύξηση της Ονησιμότητας από ΚΜ αποδίδεται στην αύξηση του μέσου όρου ζωής. Ο ΚΜ δεν εμφανίζεται συχνά σε ηλικία κάτω των 25 ετών, ενώ η συχνότητά του αυξάνεται σταθερά, φτάνοντας στο αποκορύφωμα στις μεγάλες ηλικίες. Στις ΗΠΑ 1 στις 11 γυναίκες θα νοσήσει από ΚΜ σε κάποιο στάδιο της ζωής της.

Στις Ελληνίδες, ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρώτη θέση σαν αιτία θανάτου από καρκίνο, με ένα μέσο όρο Ονησιμότητας 1.151 θανάτων ανά έτος.¹ Η πιθανότητα προσβολής των Ελληνίδων από καρκίνο του μαστού σ' όλη τη διάρκεια ζωής τους είναι 3,5%. Η συχνότητα του Ca μαστού φαίνεται να αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας. Έτσι σε γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 40 ετών ένα ποσοστό λιγότερο από 7% θα αναπτύξει Ca μαστού, μεταξύ 40-50 ετών, ένα 18% μεταξύ 50-65 ετών, ένα 32% και σε ηλικία άνω των 65 ετών ένα 43%. Σε γυναίκες άνω των 80 ετών το ποσοστό ελαχιστοποιείται.³

Η συχνότητα του ΚΜ είναι λίγο μεγαλύτερη στις λευκές γυναίκες. Αυτή αυξάνεται κατά 1% κάθε χρόνο τουλάχιστον τα τελευταία 10 χρόνια. Έντούτοις, έχει αυξηθεί στις μαύρες κατά 25%.¹

Η συχνότητα του Ca του μαστού είναι μεγαλύτερη:

- σε ανύπαντρες γυναίκες
- σε παντρεμένες γυναίκες που δεν απέκτησαν παιδιά
- σε γυναίκες που παρουσίασαν φλεγμονές μαστού
- σε γυναίκες που δε θήλασαν τα παιδιά τους (συζητείται)

Σχέση με την έσω έκκριση, ώστε:

A. Η νόσος να λείπει τελείως προ της ήβης.

B. Να αυξάνει κατά την κλιμακτήριο και Γ. σε ορισμένες περιπτώσεις υποχωρούν οι μεταστάσεις μετά από ωοθηκεκτομή, επινεφριδεκτομή ή υποφυσεκτομή.

- Συχνή στις γυναίκες που υπέστησαν εγχείρηση για πάθηση ωοθηκών, σε γυναίκες που ελάμβαναν οιστρογόνα ή αντισυλληπτικά φάρμακα.
- Τραύμα του μαστού.
- Κληρονομικότητα. Μικρή συμβολή. Παρατηρήθηκε μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες των οποίων οι μητέρες είχαν καρκίνο.

Πολλές μελέτες έχουν γίνει σχετικά με την σχέση του καρκίνου του μαστού με την ανώμαλη έκκριση των ορμονών, όπως των οιστρογόνων, ανδρογόνων και κορτικοειδών, είναι όμως πρόωρο και δύσκολο να ερμηνεύσει κανείς τα αποτελέσματα της μετρήσεως, διότι πολλοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τις παραπάνω μετρήσεις. Επίσης στο Εδιμβούργο (Forrest) γίνεται screening test και προσδιορίζεται η υδροζυπρολίνη ούρων 24ώρου που θεωρείται σήμερα ότι αυξάνει στον αρχόμενο καρκίνο του μαστού.⁴

Τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης στον ΚΜ, ο οποίος διαγιγνώσκεται σε πρώιμο εντοπισμένο στάδιο, έχουν αυξηθεί σήμερα σε 88%. Όταν η νόσος περιορίζεται στο μαστό και δεν είναι διηθητική, αναμένονται ποσοστά ίασης

μέχρι και 100%. Οι αριθμοί πενταετούς επιβίωσης δείχνουν ότι, όταν ο διηθητικός καρκίνος περιορίζεται στο μαστό, το ποσοστό ίασης είναι 88%, στην περιοχή εντόπιση πέφτουν απότομα στο 45%.

Όμως, η επιβίωση περιπτώσεων με καρκίνου μαστού είναι συνάρτηση αρκετών παραγόντων. Ως σπουδαιότεροι από τους παράγοντες που έχουν εξεταστεί για την πιθανή επίδρασή τους στην επιβίωση θεωρούνται η ηλικία, η θεραπευτική αγωγή, η βαρύτητα της νόσου και το περιβάλλον. Η επίδραση της ηλικίας στην επιβίωση έχει αρκετά ερευνηθεί, χωρίς όμως να υπάρχει ομοφωνία στα συμπεράσματα.

Γενικά, πιστεύεται ότι στην πενταετή επιβίωση δεν υπάρχουν σοβαρές διαφορές μεταξύ των ποικίλων θεραπευτικών αγωγών, εφόσον αφορούν στο ίδιο στάδιο της νόσου. Στη δεκαετή όμως επιβίωση, οι διαφορές φαίνονται σημαντικές και υπερτερούν τα αποτελέσματα των ριζικών χειρουργικών τεχνικών. Συγχρόνως διακρίνεται η σημαντικότητα που έχει για την επιβίωση το στάδιο της νόσου.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. Ανατομία μαστού

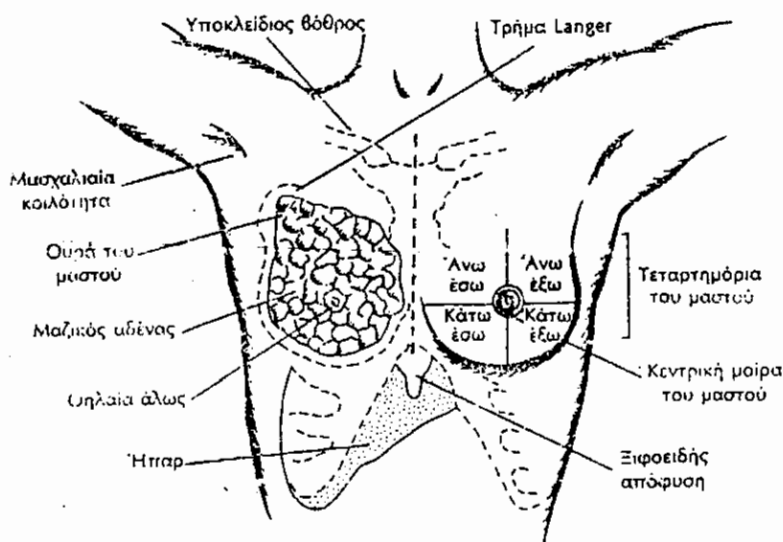
Ο μαστός στον άνδρα και στην άτοκη γυναίκα βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ανάμεσα στη δεύτερη και την έκτη πλευρά, με τη θηλή αντίστοιχα προς την τέταρτη πλευρά. Το όριο του προς τη μέση γραμμή είναι το χείλος του στέρνου, ενώ προς τα πλάγια είναι η πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Τα 2/3 της μάζας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

Η επιπολής περιτονία του προσθίου θωρακικού τοιχώματος αποτελείται από δύο στιβάδες. Μια επιπολής λιπώδη στιβάδα και μια εν τω βάθει, μεμβρανώδη. Στην επιπολής λιπώδη στιβάδα, αναπτύσσεται ο μαζικός αδένας, καλυπτόμενος από στρώμα λίπους. Τα διαφράγματα του συνδετικού ιστού που χωρίζουν τα αδενικά του λόβια επεκτείνονται στη θωρακική περιτονία και στο επιπολής πέταλο της περιτονίας του Scarpa, σχηματίζοντας τους συνδέσμους του Cooper. Οι τελευταίοι είναι υπεύθυνοι για την εισολκή του δέρματος σε γυναίκες με καρκίνο στο μαστό.

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

Ο μαστός έχει περίμετρο κυκλική. Στη γυναίκα, το άνω έξω τεταρτημόριο επεκτείνεται προς τη μασχάλη και σχηματίζει την ουρά του μαστού (του Spenser). Το άκρο της ουράς του μαστού περνάει από το τρήμα του Langer της εν τω βάθει περιτονίας, καταλήγοντας στην κορυφή της μασχάλης.

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



Εικόνα 2.1. Σχέση μαζικού αδένος και προσθίου θωρακικού τοιχώματος.

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

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

Η θηλή του μαστού έχει χρώμα εντελώς όμοιο με το χρώμα της άλω. Η κορυφή της είναι διάτρητη από 15-20 μικρά στόμια, από τα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι του μαστικού αδένα. Η επιφάνεια της θηλής είναι ανόμοια και ρυτιδωτή.

Μασχαλιαία περιτονία

Η μασχαλιαία περιτονία αποτελεί συνέχεια της περιτονίας του μείζονος θωρακικού μυός μέχρι την περιτονία του πλατέος ραχιαίου.

Συμφύεται προς τα άνω στην κλείδα, στο μέσο στο στέρνο και προς τα πλάγια λεπτύνεται και περιβάλλει τον ελάσσονα θωρακικό μυ. Από το πλάγιο τμήμα της εν τω βάθει περιτονίας σχηματίζεται η πλευροκορακοειδής μεμβράνη μεταξύ του μέσου χείλους του ελάσσονος μυός και της πρώτης πλευράς. Από το πλάγιο χείλος του ελάσσονος θωρακικού μυός, η περιτονία διαδράμει τη μασχάλη προς το εγγύς αντιβράχιο, αποτελούμενη από ανώμαλα διατεταγμένο παχύ συνδετικό ιστό, ανάμεσα στον οποίο παρεμβάλλονται ζώνες χαλαρού ιστού, λίπος, λεμφικά αγγεία και λεμφαδένες και τα οποία αφαιρούνται κατά τα διάρκεια της ριζικής μαστεκτομής.

Η ουρά του Spenser διαπερνά τη μασχαλιαία περιτονία και καταλήγει στον πρόσθιο οδοντωτό μυ. Σύσπαση του θωρακικού μυός προκαλεί σύσφιγξη της

μασχαλιαίας περιτονίας και δυσχεραίνεται η ψηλάφηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων και της ουράς του Spenser.

Αγγείωση του μαστού

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 μεσοπλευριών και την υποπλάτιο αρτηρία, που αναστομώνονται μεταξύ τους, σχηματίζοντας πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες. Η υποπλάτιος αρτηρία έχει ιδιαίτερη σημασία, γιατί στην πορεία της συνοδεύεται από ομάδα λεμφαδένων, που παίρνουν μέρος στις μεταστάσεις του ΚΜ και οι κλάδοι της προκαλούν μεγάλη αιμορραγία, όταν γίνεται ριζική μαστεκτομή.

β. Φλέβες

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

Διατιτραίνοντες κλάδοι της έσω μαστικής φλέβας

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

Μασχαλιαία φλέβα

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

Μεσοπλευρίες φλέβες

Η τρίτη – και μια από τις πιο σημαντικές – οδός φλεβικής παροχέτευσης από τους μαστούς είναι μέσω των μεσοπλευρίων φλεβών. Αυτές οι φλέβες επικοινωνούν με τις σπονδυλικές φλέβες και τελικά καταλήγουν στην άζυγο φλέβα. Αυτή η φλεβική οδός οδηγεί μέσω της άνω κοίλης φλέβας στους πνεύμονες. Έτσι, δημιουργείται ένας τρίτος δρόμος, διαμέσου του οποίου καρκινικά έμβολα από το μαστό δημιουργούν πνευμονικές μεταστάσεις.

Μύες του μαστού

Οι μύες που ανήκουν στην περιοχή του μαστού, όπως κατά διαστήματα έχουν αναφερθεί, είναι:

- 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.

Οι μύες αυτοί παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την εγχειρητική του μαστού.⁵

2.2. Φυσιολογία

Οι μαστικοί αδένες αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από ορμονικό έλεγχο. Αν και κατορθώσαμε να απομονώσουμε τέτοιους ορμονικούς παράγοντες, πρέπει να ομολογήσουμε, πως οι γνώσεις μας σχετικά με τους μηχανισμούς που ελέγχουν τους μαστούς, είναι ανεπαρκείς.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού

Στους παράγοντες, που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού ανήκουν: ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι ωθήκες, ο θυρεοειδής αδένας, τα επινεφρίδια, ο πλακούντας και το νευρικό σύστημα. Διαπιστώνουμε δηλαδή, πως ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο. Αυτή η ορμονοεξάρτηση του μαστικού αδένος δεν περιορίζεται μόνο στο επιθήλιο του αδενικού ιστού. Επεκτείνεται και στο συνδετικό ιστό, που αποτελεί το ερειστικό υπόστρωμα του μαστού και ιδιαίτερα στους ιστούς, που βρίσκονται γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους.

Υποθάλαμος. Είναι γνωστό, πως ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση. Ένας ανασταλτικός παράγοντας του υποθαλάμου, που έχει σχέση με την υπόφυση είναι και της προλακτίνης, ο PIF. Η προλακτίνη (PRL) είναι ορμόνη της υπόφυσης, που έχει στενότερη σχέση με το μαστό. Ίκτιός από την GnRH, που έχει σχέση με την έκκριση των γοναδοτρόπων ορμονών και αυτές με την έκκριση των ωοθηκικών ορμονών, που συνδέονται στενά με το μαστό, δύο άλλες ορμόνες, που ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο και έχουν σχέση με το μαστό, είναι η αυξητική και η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη.

Υπόφυση. Η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Η έκκριση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και της ωχρινοτρόπου (LH) διεγείρουν την ανάπτυξη και την έκκριση της ωθήκης και του ωχρού σωματίου. Απόδειξη αυτού είναι το γεγονός, πως, μετά την υποφυσεκτομία,

προκαλείται υποπλασία των ωοθηκών και υποπλασία ή ατροφία των μαστών. Οι ορμόνες της υπόφυσης, που έχουν στενότερη σχέση με το μαστό είναι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη.

Προλακτίνη. Ο μαστός, που αποτελεί όργανο στόχο της προλακτίνης, δεν ασκεί, όπως οι γονάδες, παλίνδρομη αλληλορρύθμιση στην υπόφυση. Φαίνεται, όμως, πως η αυξημένη έκκριση της προλακτίνης, οδηγεί σε αύξηση της έκλυσης της υτοπαμίνης στον υποθάλαμο. Υπάρχει, δηλαδή, ένα είδος βραχείας παλίνδρομης αλληλορύθμισης.

Η αύξηση της προλακτίνης εμποδίζει την έκκριση των εκλυτικών παραγόντων των γοναδοτρόπων ορμονών στον υποθάλαμο. Αυτό, προκαλεί ανωμαλία στην κατά ώσεις έκκριση της GnRH στις υποφυσικές γοναδοτρόπες ορμόνες, με αποτέλεσμα την αμηνόρροια ή διαταραχές του ωοθηκικού κύκλου. Η προλακτίνη, μαζί με τις οιστρογόνες ορμόνες, την προγεστερόνη, τα ικορτικοειδή, την ινσουλίνη και την ωκυτοκίνη, προετοιμάζει τους μαστούς για το θηλασμό γι' αυτό τα επίπεδά της στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ψηλά. Δεν είναι, όμως, δυνατόν να προκαλέσουν την έκκριση γάλακτος, γιατί είναι επίσης αυξημένα τα επίπεδα των οιστρογόνων ορμονών μετά τον τοκετό. Όταν αυτά πέσουν, ελευθερώνεται η δράση της προλακτίνης. Αλλά και χωρίς εγκυμοσύνη εκκρίνεται προλακτίνη σε μικρή ποσότητα, που γίνεται μεγαλύτερη γύρω στη 2^η - 4^η πρωινή ώρα. Η αιχμή αυτή φαίνεται πως έχει σχέση με τη φάση του ύπνου.

Η υπερβολική αύξηση των οιστρογόνων ορμονών και η χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων, είναι δυνατό να προκαλέσουν καταστολή του υποθαλάμου, ελάττωση του ανασταλτικού παράγοντα της προλακτίνης και την εμφάνιση γαλακτόρροιας. Αντίθετη δράση έχει η προγεστερόνη. Αν χορηγήσουμε οιστρογόνες ορμόνες και προγεστερόνη σε ζώα, που τους εξαιρέθηκε η υπόφυση, θα διαπιστώσουμε, πως δεν μπορούμε να

προκαλέσουμε ανάπτυξη των μαστών τους, παρά μόνο, όταν χορηγήσουμε και μικρή ποσότητα προλακτίνης.

Η προλακτίνη, αν χορηγηθεί με ένεση στον ένα μόνο μαστικό αδένα, προάγει την ανάπτυξή του και την έκκριση γάλακτος μόνο από αυτόν. Καμιά άλλη ορμόνη της υπόφυσης δεν έχει τέτοια επίδραση. Η προλακτίνη ενισχύει τη δράση των οιστρογόνων ορμονών στο μαστό μέχρι τότε, που η γυναίκα θηλάσει. Στο θηλασμό, οι οιστρογόνες ορμόνες, που παράγονται στις ωοθήκες, δεν είναι απαραίτητες για τη διατήρησή του. Αντίθετα, όταν χορηγηθούν σε μεγάλες δόσεις, αναστέλλουν την έκκριση γάλακτος, γιατί ανταγωνίζονται την προλακτίνη, στους ορμονικούς υποδοχείς του μαστού.

Συμπερασματικά, η προλακτίνη παίρνει ουσιαστικό μέρος στην ανάπτυξη του μαστού και ιδιαίτερα στη διαφοροποίηση των κυττάρων των τελικών γαλακτοφόρων πόρων. Στην εγκυμοσύνη ελέγχει την αύξηση και την εκκριτική δραστηριότητα των κυττάρων των αδενοκυψελών. Επίσης, ελέγχει τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος.

Ωκυτονίνη. Αυτή παράγεται σε υποθαλαμικά κέντρα και αποθηκεύεται στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Η κυριότερη δράση της ωκυτονίνης είναι η πρόκληση σύσπασης της μήτρας. Άλλη γνωστή δράση της είναι η πρόκληση σύσπασης των μυοεπιθηλιακών κυττάρων των γαλακτοφόρων πόρων των μαστών. Έτσι, συμβάλλει στην έξοδο του εκκρινόμενου γάλακτος.

Ωοθήκες. Το γεγονός πως οι ωοθηκικές ορμόνες επιδρούν στους μαστούς διαπιστώνεται από τις παρακάτω παρατηρήσεις:

1. Από τις αρχές του αιώνα αποδείχθηκε, πως, αν κόψουμε τις ωοθήκες σε άνηβα θηλυκά ζώα, η ανάπτυξη των μαστών εμποδίζεται. Επίσης, αποδείχθηκε πως ο ευνουχισμός νεαρής γυναίκας εμποδίζει την ανάπτυξή τους, ενώ η χορήγηση οιστρογόνων ορμονών σ' αυτή τους αναπτύσσεται.

2. Η ανάπτυξη των μαστών αρχίζει στην ήβη και πριν την εμφάνιση της εμμηνορρυσίας, ύστερα από δραστηριοποίηση των ωθηθικών ορμονών. Η υποστροφή των μαστών αρχίζει ύστερα από φυσιολογική ή τεχνητή εμμηνόπαυση.

3. Στην ωθηθική αγενεσία (σύνδρομο Turner), οι μαστοί παραμένουν σε υποτυπώδη ανάπτυξη.

4. Η τοπική εφαρμογή οιστρογόνων ορμονών στο δέρμα των μαστών, προκαλεί την ανάπτυξή τους, που διατηρείται για αρκετό χρόνο μετά τη διακοπή της θεραπείας.

5. Η τοπική εφαρμογή προγεστερόνης σε περιπτώσεις μασταλγίας, βελτιώνει την κατάσταση.

6. Η χορήγηση μεγάλων δόσεων οιστρογόνων ορμονών προκαλεί την ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων και το σχηματισμό κύστεων.

Οι ορμόνες των ωθηθικών, που στενότερα συνδέονται με το μαστό, είναι οι οιστρογόνες και η προγεστερόνη:

Οιστρογόνες ορμόνες. Η βιολογική δράση των οιστρογόνων ορμονών αφορά περισσότερο το γεννητικό σύστημα και τους ιστούς, που κάνουν τη γυναίκα να ξεχωρίζει από τον άντρα. Ανάμεσα σε αυτούς είναι και οι μαστοί των οποίων προκαλούν ανάπτυξη γαλακτοφόρων πόρων. Με την πάροδο της ηλικίας, η επίδραση των οιστρογόνων ελαττώνεται, γιατί ελαττώνονται οι οιστρογονικοί υποδοχείς του μαστικού αδένος. Οι οιστρογόνες ορμόνες συνδέονται έμμεσα με τους μαστούς με την έκκριση της προλακτίνης.

Προγεστερόνη. Στους μαστούς η προγεστερόνη, σε μικρές δόσεις, προκαλεί την ανάπτυξη των αδενοκυψελών, και σε μεγάλες, έκκριση, που μοιάζει με πύα.⁶

Θυροειδής αδένας. Αυτός έχει δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες. Η θυροξίνη μπορεί να αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης.^{6,7}

Επινεφρίδια. Όπως και ο θυροειδής αδένας, έτσι και αυτά, έχουν δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες.^{6,7}

Ανδρογόνες ορμόνες. Τα ανδρογόνα στην αρχή της ενδομήτριας ζωής καταστρέφουν τα επιθηλιακά κύτταρα του εμβρυϊκού μαστού και ασκούν αντιυπερπλαστική και αντιοιστρογονική δράση.⁷

Πλακούντας. Ο πλακούντας αποτελεί ενδοκρινή αδένα και σημαντική πηγή οιστρογόνων ορμονών και χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης, ενώ, σε μικρότερες ποσότητες, εκκρίνει προγεστερόνη και πλακουντική γαλακτογόνο ορμόνη. Οι ορμόνες του πλακούντα έχουν σημασία για την ανάπτυξη του μαστού, τις μεταβολές του στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την έκκριση γάλακτος. Αυτό αποδεικνύεται από το ότι, αν εκτελέσουμε ωοθηκεκτομία μετά τον τρίτο ή τέταρτο μήνα της εγκυμοσύνης, θα διαπιστώσουμε, πως η ανάπτυξη των μαστών συνεχίζεται και ακολουθεί φυσιολογική έκκριση γάλακτος.

Επίσης, αν σε πειραματόζωα εξαιρέσουμε τις ωοθήκες και βγάλουμε τα έμβρυά τους, χωρίς τον πλακούντα, η ανάπτυξη των μαστών δεν αναστέλλεται. Αν όμως εξαιρεθούν μαζί με τα έμβρυα και οι πλακούντες, τότε οι μαστοί γρήγορα υποστρέφονται.

Με την ύπαρξη του πλακούντα συνδέεται και η μικρή διόγκωση των μαστών του νεογνού ή η μικρή έκκριση γάλακτος από αυτούς, γιατί μητρικές ορμόνες πέρασαν μέσω του πλακούντα στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης.

Από τις ορμόνες του πλακούντα αυτή, που έχει στενότερη σχέση με τους μαστούς είναι η πλακουντική γαλακτογόνος ορμόνη (HPL). Η ορμόνη αυτή μοιάζει με την αυξητική ορμόνη της υπόφυσης, μοιάζει, όμως, και με τη δράση της προλακτίνης, γιατί διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και αναπτύσσει το μαστικό αδένα.^{6,7}

Νευρικό σύστημα. Αυτό, φαίνεται πως έχει επίδραση στην ανάπτυξη των μαστών, γιατί οι διαταραχές του στη διάρκεια φυσιολογικών ή παθολογικών περιόδων της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας δείχνουν, πως υπάρχει νευρικός ή αντανακλαστικός μηχανισμός, που επιδρά στους μαστούς.

Παρόλα αυτά, αν απομονώσουμε το μαστό από τις νευρικές του συνάψεις ή τον μεταφυτέψουμε σε δέρμα, αυτός διατηρεί την εκκριτική του ικανότητα και ανταποκρίνεται στα ερεθίσματά του. Το νευρικό σύστημα ασκεί αγγειοκινητικές επιδράσεις στο μαστό και προκαλεί την έκθλιψη μικρής ποσότητας γάλακτος, που περιέχεται στις αδενοκυψέλες, χωρίς να επηρεάζει την εκκριτική λειτουργία του μαστού. Μεγάλες συγκινήσεις δυνατό να αναστείλουν την έκκριση γάλακτος, προσωρινά ή μόνιμα.⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. Αιτιολογικοί Παράγοντες

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

Τα τελευταία χρόνια, πολλές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες συνέβαλαν στην τακτοποίηση διάφορων μεταβλητών, που σχετίζονται, είτε ως παράγοντες κινδύνου είτε ως δυνητικοί αιτιολογικοί παράγοντες, με τον ΚΜ. Παρόλο που γενετικοί, ιδιοσυστατικοί, περιβαλλοντικοί και άλλοι παράγοντες εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική σχέση με τον ΚΜ κανένας, είτε μόνος είτε σε συνδυασμό με άλλους, δεν είναι ικανός προρρητικός παράγων ούτε εξηγεί το μηχανισμό γένεσης της νόσου. Έτσι, η μόνη επί του παρόντος δυνατή προσέγγιση στην πρόληψή του και διέρχεται μέσα από τη γνώση, την καταγραφή και την συσχέτιση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών και μεταβλητών που είναι αποδεκτοί παράγοντες κινδύνου. Ως τέτοιои θεωρούνται:

1. Ιογενείς παράγοντες
2. Γενετικοί παράγοντες:
 - α. Οικογενειακό ιστορικό
 - β. Φύλο
 - γ. Ηλικία
 - δ. Άλλοι παράγοντες
3. Χημικές ουσίες
4. Ιδιοσυστατικοί παράγοντες:

- α. Ηλικία εμμηναρχής ή εμμηνόπαυσης
 - β. Τεχνητή εμμηνόπαυση
 - γ. Γάμος και τεκνοποίηση
 - δ. Θηλασμός
5. Ορμονικοί παράγοντες:
- α. Οιστρογόνα
 - β. Προγεστερόνη
 - γ. Προλακτίνη
 - δ. Στεροειδή των επινεφριδίων
 - ε. Εξωγενή οιστρογόνα
6. Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες:
- α. Ιοντίζουσα ακτινοβολία
 - β. Ψυχογενετικά άγχη
 - γ. Ρεσερπίνη
7. Μορφολογικοί παράγοντες:
- α. Προηγούμενα βιοψία
 - β. Γενικά νοσήματα
 - γ. Κακοήθεις νεοπλασίες
 - δ. Παθήσεις του μαστού
8. Περιβαλλοντικοί παράγοντες:
- α. Εθνικοί και κοινωνικοοικονομικοί
 - β. Εκπαιδευτικοί

γ. Διαιτητικοί

δ. Έλλειψη φυσικής άσκησης

ε. Σωματικό βάρος

9. Γονιδιακοί παράγοντες

3.1.1. Ιογενείς παράγοντες

Μέχρι το 1945, είχε αποδειχθεί ότι ο παράγων Bittner έχει χαρακτηριστικά ιού. Σήμερα, έχει βρεθεί ότι είναι ιός Β τύπου RNA και αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία ως MMTV (mouse mammary tumour virus).

Σε μελέτες που έγιναν σε ανθρώπινο γάλα βρέθηκαν ενδείξεις τμημάτων ογκοραϊού (oncornavirus) σε σημαντικό ποσοστό γυναικών που είχαν στο κληρονομικό τους περιπτώσεις με καρκίνο του 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.

Ανοσολογικές μελέτες έδειξαν την ύπαρξη ειδικών αντισωμάτων σε ποσοστό 60% στον ορό των γυναικών με καρκίνο του μαστού και σε ποσοστό 40% στον ορό των συγγενών τους. Ενώ το ποσοστό σε κλινικά υγιείς γυναίκες χωρίς συγγενείς με ΚΜ ήταν 15%. Τα ειδικά αυτά αντισώματα δίνουν θετικές δοκιμασίες ανοσοφθορισμού με κύτταρα από τον ίδιο όγκο, με ομόλογους όγκους και με κύτταρα από καρκίνο μαστού ποντικών. Εξάλλου, αναφέρεται εξουδετέρωση της δράσης του MMTV από ορό γυναικών και ΚΜ.

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.⁵

3.1.2. Οικογενειακό ιστορικό

Η σχέση της κληρονομικότητας με τον καρκίνο του μαστού είναι διαπιστωμένη και αφορά σε συγγενείς πρώτου βαθμού, δηλαδή μητέρα ή αδελφή. Έτσι αν μια από αυτές πέρασε καρκίνο μετεμμηνοπαυσιακά, οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, είναι μία και μισή φορά περισσότερες. Αν τον πέρασαν προεμμηνοπαυσιακά, τότε αυτές φτάνουν τις τρεις φορές. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε μετεμμηνοπαυσιακά και από τους δύο μαστούς, τότε αυτές φτάνουν τις τέσσερις φορές. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε προεμμηνοπαυσιακά και στους δύο μαστούς, τότε αυτές φτάνουν τις οκτώ φορές. Διαπιστώθηκε η εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε δίδυμες αδελφές, στην ίδια ηλικία, στο ίδιο μαστό και στο ίδιο τεταρτημόριό του.⁶

Άρρενες συγγενείς δεν εξαιρούνται από την αυξημένη συχνότητα.⁸

Φύλο

Το φύλο αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου, μια και όπως είναι γνωστό οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από ΚΜ από ό,τι οι άνδρες. Η σχέση προσβολής από καρκίνο του μαστού μεταξύ των δύο φύλων είναι 99 γυναίκες προς 1 άνδρα σε χώρες με μεγάλη επίπτωση, ενώ σε χώρες με μικρή επίπτωση (Αραβικές, Ανατολικής Αφρικής) ανέρχεται σε 10:1.⁵

Ηλικία

Η ηλικία μιας γυναίκας παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο όσον αφορά στην πιθανότητα να πάθει ΚΜ. Κάτω των 25 ετών, η νόσος είναι πολύ σπάνια μόνο 0,2% εκείνων που αναπτύσσουν ΚΜ βρίσκονται σε αυτή την ομάδα ηλικίας. Σε όλες σχεδόν τις γυναίκες ηλικίας κάτω των 25 οι όγκοι στους μαστούς αποδεικνύεται στην ιστολογική εξέταση ότι είναι καλοήθεις, συνήθως

ινοαδενώματα σπανιότερα πολλαπλά θηλώματα ή αδενώσεις. Σε έρευνα που έγινε από τους Βασίλαρο, Παπαδιαμάντη στην Κλινική Μαστού του Μαιευτηρίου «Μαρίκα Ηλιάδη» (Δεκ. 1984), σε σύνολο 20 ασθενών με ΚΜ, 2 μόνον ήταν κάτω των 25 ετών.

Ο καρκίνος γίνεται κάπως συχνότερος μεταξύ 25 και 30 ετών τότε, η βιοψία δεν πρέπει να καθυστερεί. Στην αρχή, υπήρχε η βεβαιότητα ότι ο καρκίνος του μαστού σε νέες γυναίκες είχε πολύ χειρότερη εξέλιξη από ό,τι σε μεγαλύτερες. Σε μια σημαντική σειρά από 35 γυναίκες κάτω των 30 χρόνων, η πενταετής επιβίωση ήταν 56% και η δεκαετής 48%. Το συμπέρασμα ήταν ότι οι νέες αυτές γυναίκες είχαν ελαφρώς χειρότερη πρόγνωση από τις μεγαλύτερες.

Μετά την ηλικία των 30, η νόσος αυξάνεται απότομα σε συχνότητα και εξακολουθεί να αυξάνεται για το υπόλοιπο της ζωής. Σε χώρες υψηλότερου κινδύνου (Δανία, ΗΠΑ, Καναδά, Αγγλία) οι δείκτες επίπτωσης συνεχίζουν να αυξάνονται και μετά την εμμηνόπαυση, αλλά λιγότερο γρήγορα από ό,τι στις μικρότερες ηλικίες. Στην Ιαπωνία, την Ελλάδα και την Πολωνία, όπου οι δείκτες επίπτωσης είναι πολύ χαμηλότεροι, πέφτουν μετά την εμμηνόπαυση. Αν και η πιθανότητα ανάπτυξης ΚΜ αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας στις γυναίκες των δυτικών χωρών, ο πραγματικός αριθμός ασθενών που προσέρχονται με τη νόσο μειώνεται μετά την ηλικία των 54 ετών.

Αυτό το παράδοξο εξηγείται από το γεγονός ότι οι μεγαλύτερες γυναίκες υποκλύπουν σε άλλες παθήσεις και έτσι μένουν λιγότερες στη ζωή, εκτεθειμένες στον κίνδυνο να πάθουν ΚΜ.^{5,6}

Άλλοι παράγοντες

Έχει διαπιστωθεί μια περίεργη σχέση ΚΜ με τη γενετικώς προσδιοριζόμενη σύσταση της κυψελίδας του αυτιού, με το φαινόμενο 55 ομάδων αίματος, με ισοένζυμα ερυθρών αιμοσφαιρίων και ζωνών

χρωμοσωμάτων. Από διάφορες στατιστικές μελέτες, προκύπτει επίσης ότι οι ψηλές γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη ΚΜ.

Σχετικά με την επίδραση που μπορεί να έχει το φύλο του εμβρύου της πρώτης εγκυμοσύνης στην ανάπτυξη ΚΜ δεν διαπιστώθηκε προστατευτική επίδραση του αρρενοσ ή θήλεος εμβρύου. Οι Juret et al (1980) διαπίστωσαν σε σημαντικό βαθμό την ευεργετική επίδραση του πρώτου αρρενοσ εμβρύου στην επιβίωση των γυναικών με ΚΜ αντίθετα, οι Janerich et al (1980) αυτή του θήλεος εμβρύου.⁵

Άλλοι παράγοντες

Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στις γυναίκες με όγκο στο μαστό και τις κάνουν να καθυστερούν την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας.

α) Ο φόβος είναι ο κυρίαρχος ανασταλτικός παράγοντας. Οι ασθενείς συνήθως φοβούνται όχι μόνο ότι έχουν καρκίνο ή ότι θα χάσουν το μαστό τους, αλλά ότι θα διαταραχθούν οι συγκινησιακές σχέσεις με τους συζύγους τους.

β) Σεμνοτυφία και ντροπή. Μερικές γυναίκες έχουν ζήσει τόσο κλειστή ζωή, ώστε διστάζουν να συμβουλευτούν έναν ειδικό

γ) Αποφυγή ψηλάφησης του μαστού. Πολλές γυναίκες δεν αρέσκονται να τις ψηλαφούν και επομένως δεν φαίνεται ότι μπορούν να ανακαλύψουν έναν όγκο του μαστού

δ) Αρνητισμός. Γυναίκες που μεγαλώνουν σε εχθρικό σκληρό περιβάλλον μπορεί να γίνουν εσωστρεφείς και αρνητικές και συχνά καθυστερούν να ζητήσουν ιατρική συμβουλή.

ε) Κατάθλιψη. Μερικές γυναίκες, συντετριμμένες από δοκιμασίες που πέρασαν γίνονται καταθλιπτικές και αδιαφορούν για την υγεία τους.

στ) Καταπίεση. Οι γυναίκες αυτές μπορεί να αναπτύξουν κάποια παθολογική δραστηριότητα για να πετύχουν κάποιο σκοπό στη ζωή τους. Όταν τα συμπτώματα αναπτύσσονται εκείνες τα αγνοούν. Η νοσηλεύτρια προτρέπει τις γυναίκες να προσέρχονται στα ειδικά κέντρα για περιοδικές εξετάσεις, ενώ παράλληλα προσπαθεί να τις απαλλάξει από την καρκινοφοβία και το φάσμα του θανάτου. Όταν υπάρχουν ενδείξεις ή υπόνοιες για καρκίνο του μαστού προτρέπει τη γυναίκα να κάνει εξέταση και στην συνέχεια αφού προηγηθούν οι σχετικές διαπραγματεύσεις ετοιμάζει την εισαγωγή της στο νοσοκομείο. Έχει ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον Ca μαστού. Διαφώτιση κοινού για να μεταφέρει το μήνυμα πως ο καρκίνος είναι νόσος:

- του αναπόφευκτου θανάτου αν δεν θεραπευτεί
- της ζωτικής σημασίας, της έγκαιρης θεραπείας και της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων, που μοιάζουν με συμπτώματα που δεν είναι σοβαρά.⁹

Χημικές ουσίες

Από το 1939, έχει αποδειχθεί η σχέση των πολυκυκλικών υδρογονανθράκων με την ανάπτυξη ΚΜ σε πειραματόζωα. Η ουσία μεθυλλολανθρένη δημιούργησε ΚΜ σε θηλυκά ποντίκια, αμόλυντα από τον παράγοντα Bittner. Αρκούσε επάλειψη του δέρματος των πειραματόζωων με την ουσία αυτή για να αναπτυχθεί ΚΜ. Έχει βρεθεί ότι και αρωματικές αμίνες έχουν παρόμοια δράση

Στον άνθρωπο, δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα ότι κάποια χημική ουσία σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη ΚΜ, αν και πολλά χημικά σκευάσματα έχουν ενοχοποιηθεί. Παράδειγμα οι χημικές χρωστικές για την βαφή των μαλλιών. Βρέθηκε μια διαφορά σε γυναίκες που χρησιμοποιούσαν, αλλά όχι

σημαντική. Η διαφορά ήταν σημαντικότερη σε γυναίκες μετεμμηνοπαυσιακές και μετά από χρήση για περισσότερα από 10 χρόνια.⁵

3.1.3. Ιδιοσυστατικοί παράγοντες

Ηλικία εμμηναρχής – εμμηνόπαυσης

Η πρόωγη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση διαπιστώθηκε, πως συμβάλλουν στις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, γιατί υπάρχουν στην περίπτωση αυτή περισσότεροι ανωσθυλακιορρηκτικοί κύκλοι και επομένως λιγότερη έκκριση προγεστερόνης, που προστατεύει το μαστό. Το ίδιο ισχύει και για τις γυναίκες, που πάσχουν από στειρώση, λόγω ύπαρξης πολυκυστικών ωοθηκών.

Οι γυναίκες, που είχαν εμμηνορρυσία παραπάνω από 40 χρόνια, έχουν διπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, από αυτές, που την είχαν 30 ή λιγότερα χρόνια.

Η ωοθηκεκτομία κοντά στην εμμηνόπαυση, και μάλιστα στις γυναίκες, που δεν απόκτησαν παιδιά, και σε αυτές, που έπασχαν από πολυκυστικές ωοθήκες, κρίθηκε δικαιολογημένη για την προστασία της γυναίκας από τον καρκίνο του μαστού.

Ο εγχειρητικός ευνουχισμός πριν από τα 40 χρόνια της γυναίκας ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά 70-75% για τα πρώτα δέκα χρόνια. Μετά τη δεκαετία η συχνότητα αυξάνει.^{6,5}

Τεχνητή εμμηνόπαυση

Η ωοθηκεκτομή προστατεύει τις γυναίκες σε σημαντικό βαθμό έναντι ενδεχομένου ΚΜ. Η προστασία που παρέχει είναι τόσο μεγαλύτερη όσο μικρότερη είναι η ηλικία της γυναίκας κατά την επέμβαση. Η προστατευτική επίδραση γίνεται έκδηλη, αφού περάσουν 10 περίπου χρόνια μετά την επέμβαση και διαρκεί για ολόκληρη την υπόλοιπη ζωή. Τα τελευταία χρόνια

μια σειρά μελετών έχει επιβεβαιώσει αυτή την προστατευτική επίδραση της ωοθηκεκτομής. Οι δύο πρόσφατες από αυτές τις μελέτες συμπεριέλαβαν στοιχεία μάλλον ειδικού ενδιαφέροντος.

Ο Feinleib, ανέφερε ότι μεταξύ 1.278 γυναικών που είχαν υποστεί αμφωοθηκεκτομή πριν την ηλικία των 40 ετών, στο Free Hospital κατά την 20ετία 1920-1940, μόνον 6 ανέπτυξαν ΚΜ, αν και αναμενόταν να αναπτύξουν 29. Στην εργασία για τους ασθενείς του Connecticut, που ανέφεραν οι Τριχόπουλος et al, η ωοθηκεκτομή μείωσε το σχετικό κίνδυνο του ΚΜ στα 2/3 για γυναίκες με φυσιολογική εμμηνόπαυση μεταξύ, 45 και 54 ετών. Αυτό το προστατευτικό αποτέλεσμα ήταν μεγαλύτερο σε γυναίκες, των οποίων η ωοθηκεκτομή έγινε, όταν ήταν κάτω των 35 ετών. Σε αυτές ο κίνδυνος μειώθηκε στο 1/3. Η ωοθηκεκτομή μετά τα 50 δεν έχει προστατευτικό αποτέλεσμα.⁵

Γάμος και τεκνοποίηση

Έχει διαπιστωθεί ότι η σχετική συχνότητα του ΚΜ είναι μεγαλύτερη στις άγαμες γυναίκες μεταξύ των εγγάμων είναι μεγαλύτερη στις άτεκνες. Η εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία πιστεύεται ότι προασπίζει από καρκίνο του μαστού. Γυναίκες που γέννησαν πριν την ηλικία των 20 χρόνων έχουν 1/3 της πιθανότητας να πάθουν ΚΜ σε σύγκριση με γυναίκες που γέννησαν μετά την ηλικία των 35 ετών, όπου η πιθανότητα νοσήματος τριπλασιάζεται. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η πρώιμη ηλικία τοκετού είναι σημαντικός προασπιστικός παράγοντας, κυρίως για προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες.

Η προστατευτική επίδραση που ασκεί ο τοκετός σε νεαρή ηλικία εξακολουθεί για όλη τη μετέπειτα ζωή. Επισημαίνεται ότι είναι δυνατή η κατά 30% μείωση της επίπτωσης ΚΜ σε έναν πληθυσμό, αν μειωθεί η ηλικία πρώτης τελειόμηνης κύησης κατά πέντε χρόνια. Δεν έχουν όμως προστατευτική επίδραση οι λοιπές τελειόμηνες εγκυμοσύνες, ανεξάρτητα από

τον αριθμό τους και την ηλικία στην οποία πραγματοποιήθηκαν, ούτε και η διακοπή εγκυμοσύνης σε πολύ νεαρή ηλικία. Αντίθετα, πιστεύεται ότι η τεχνητή διακοπή της πρώτης εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνο σε νεαρές γυναίκες αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα ίσως, διότι ο αρχικός πολλαπλασιασμός των κυττάρων δεν ακολουθείται από διαφοροποίηση.

Στην Ελλάδα, μελέτες που έγιναν απέδειξαν ότι: Σε σύνολο 10.000 γυναικών χωρίς παιδιά βρέθηκαν 750 ΚΜ, ποσοστό 7,5%. Στις γυναίκες κάτω των 40 ετών βρέθηκαν 128 ΚΜ, ποσοστό 2,2%, ενώ στις γυναίκες άνω των 40 ετών αυξάνεται με την ηλικία και έτσι είναι σαφώς μεγαλύτερος στις άτεκνες σε σχέση με την ίδια ομάδα γυναικών με ένα ή περισσότερα παιδιά.^{5,6}

Θηλασμός

Πιστευόταν, πως ο θηλασμός προστατεύει τη γυναίκα από καρκίνο του μαστού.⁶ Από πρόσφατες μελέτες έχει αποδειχθεί, αντίθετα με ότι πιστευόταν στο παρελθόν, ότι ο θηλασμός δεν παίζει προστατευτικό ρόλο έναντι του καρκίνου του μαστού ούτε αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για τη γυναίκα που δεν έχει θηλάσει. Επίσης, δεν έχει σχέση το αν η ίδια η γυναίκα έχει θηλάσει από τη μητέρα της.⁵ Κάποιοι, όμως, δέχονται την προστασία του θηλασμού και μάλιστα, πως, όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κρατήσει, τόσο η προστασία είναι μεγαλύτερη.⁶

Ορμονικοί παράγοντες

Ο καρκίνος του μαστού σχετίζεται με ορμονικούς παράγοντες, αποτελεί παρατήρηση πρωτοδιατυπωθείσα από τον Ιπποκράτη, που συνδύασε τη γένεση του καρκίνου του μαστού με την εμμηνόπαυση.

Η συσχέτιση λήψεως οιστρογόνων και εμφάνισης καρκίνου του μαστού, παρουσιάζει πρόδηλο κλινικό ενδιαφέρον λόγω του θεραπευτικού ρόλου των οιστρογόνων στην μετεμμηνόπαυσιακή οστεοπόρωση. Φαίνεται εντούτοις ότι

μικρές δόσεις για βραχεία χρονικά διαστήματα, δεν αυξάνουν τον κίνδυνο στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Ένα άλλο σημείο, μεγάλης πρακτικής σημασίας, είναι η συσχέτιση καρκίνου του μαστού και χρήσεως αντισυλληπτικών δισκίων. Περισσότερες των 20 επιδημιολογικών μελετών έχουν δημοσιευθεί μέχρι σήμερα και στις περισσότερες εξ αυτών δεν διαπιστώθηκε σαφής συσχέτιση μεταξύ συχνότητας καρκίνου του μαστού και χρήσεως αντισυλληπτικών δισκίων. Αυτό διότι:

α. Η σύνθεση των κυκλοφορούντων αντισυλληπτικών διαφέρει από σκεύασμα σε σκεύασμα.

β. Η διάρκεια λήψεως και η συνολική δόση φαρμάκων διαφέρουν από μελέτη σε μελέτη.

γ. Ο λανθάνων χρόνος για την εμφάνιση συμπαγών όγκων είναι μακρύς, συνήθως πλέον των 15 χρόνων.

Η μόνη ομάδα γυναικών που εμφανίζει πραγματικά αυξημένο κίνδυνο είναι γυναίκες που έλαβαν αντισυλληπτικά προ της πρώτης εγκυμοσύνης ή μετά τα 45 χρόνια.¹⁰

Οιστρογόνα

Από τις τρεις κύριες μορφές οιστρογόνων, η οιστρόνη και η οιστραδιόλη προάγουν τον καρκίνο του μαστού σε πειραματόζωα, ενώ η οιστριόλη μειώνει την προαγωγή αυτή.

Χαμηλή σχέση της οιστριόλης (E_3) προς την οιστραδιόλη (E_1) και την οιστρόνη (E_2) σε μετρήσεις στα ούρα του 24ώρου βρέθηκε σε γυναικείες ομάδες μεγάλου κινδύνου. Εξάλλου, μετανάστες από χώρες μικρού κινδύνου σε χώρες μεγάλου κινδύνου, βρέθηκε να διαφοροποιούν τη σχέση $E_3/E_1 + E_2$ σε σχέση με την αντίστοιχη για το γηγενή πληθυσμό.

Προγεστερόνη

Η σχέση της προγεστερόνης με τον καρκίνο του μαστού είναι ασαφής. Άλλες εργασίες τη δείχνουν ως ορμόνη που προάγει την καρκινογένεση (Poel 1968), ενώ άλλες τη θεωρούν αντικαρκινογόνο λόγω της αντιοιστρογονικής δράσης της (Bulbrook 1978). Επίσης, η αντίληψη που βασίζεται σε πειραματικά δεδομένα ότι η προγεστερόνη έχει καρκινογόνο δράση δεν συμβιβάζεται με το γεγονός ότι η πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσύνη ασκεί προστατευτική επίδραση (κάθε εγκυμοσύνη συνδυάζεται με μεγάλη αύξηση της εκκρινόμενης προγεστερόνης).

Προλακτίνη

Με επιδημιολογικές έρευνες, έχει βρεθεί ότι θυγατέρες ασθενών με ΚΜ έχουν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα προλακτίνης σε σχέση με μάρτυρες.

Υπάρχουν όμως δύο καταστάσεις στη ζωή της γυναίκας, που συνδυάζονται σταθερά με αύξηση της στάθμης της προλακτίνης στον οργανισμό – η εγκυμοσύνη και ο θηλασμός. Αν δεχόμασταν ότι τα αυξημένα επίπεδα προλακτίνης σχετίζονται με την εμφάνιση ΚΜ, θα έπρεπε οι δύο παραπάνω καταστάσεις να συνδυάζονται με αύξηση της πιθανότητας προσβολής, πράγμα βέβαια που δεν συμβαίνει (στην πραγματικότητα, για την πρώτη εγκυμοσύνη ισχύει το αντίθετο).

Στεροειδή των επινεφριδίων

Από τις στεροειδείς ορμόνες που παράγονται στα επινεφρίδια, τα ανδρογόνα παρουσιάζουν μέχρι σήμερα το μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τη σχέση τους με τον ΚΜ, όπως έδειξαν μετρήσεις των μεταβολιτών τους στα ούρα.

Στις πρώτες μελέτες αξιολογήθηκε η σχέση της ετιοχολανόλης προς τα 17-ΟΗ κορτικοστεροειδή, με το συμπέρασμα ότι οι γυναίκες με ΚΜ που είχαν

υψηλά επίπεδα ετιοχολανόλης είχαν και καλύτερη πρόγνωση. Σε μεγάλη επιδημιολογική έρευνα που ακολούθησε, βρέθηκε ότι πολύ χαμηλά επίπεδα ετιοχολανόλης συνοδεύονται με αυξημένο κίνδυνο για ΚΜ.

Η έρευνα αυτή έγινε σε πληθυσμό με γενικό αυξημένο κίνδυνο για ΚΜ – νησί Guernsey της Αγγλίας. Αντίστοιχη έρευνα που έγινε στην Ιαπωνία, σε πληθυσμό δηλαδή με μικρό κίνδυνο για ΚΜ, έδειξε ότι οι γυναίκες της Ιαπωνίας έχουν επίσης χαμηλή απέκκριση ετιοχολανόλης, σε αντίθεση με την αναμενόμενη υψηλή.

Εξωγενή οιστρογόνα

Η δράση των χορηγούμενων ορμονών στο επιθήλιο του μαζικού αδένου μελετάται σήμερα επισταμένως από πολλούς ερευνητές. Φαίνεται να ενοχοποιούνται η θυρεοειδοπάθεια, η λήψη οιστρογόνων δίχως προγεστερονική κάλυψη κατά την κλιμακτήριο, η ανεπάρκεια του ωχρού σωματίου, οι μονοφασικοί κύκλοι κ.ά.

Μεγάλες μελέτες που έγιναν στην Ατλάντα (1983) και στην Αγγλία (1983) δεν ενοχοποίησαν το χάπι για πρόκληση ΚΜ, παρόλο που στις μελέτες περιλαμβάνονται και γυναίκες που έπαιρναν το χάπι περισσότερο από 10 χρόνια. Αντίθετα, οι Pike et al (1981) από μελέτη που έκαναν σε 163 πολύ νέες γυναίκες με ΚΜ κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι προκαλεί βλαβερή επίδραση η χρήση αντισυλληπτικών σε γυναίκες που τα παίρνουν πριν από την πρώτη τους τελειόμηνη κύηση. Σύμφωνα επίσης με τη θεωρία του Korenman (1980), η πρώτη έκθεση του οργανισμού στα οιστρογόνα συμπίπτει με την περίοδο της μεγαλύτερης ευαισθησίας του μαστού, σε πιθανές προδιαθεσικές καρκινικές ουσίες.

Αν τέτοιες ουσίες χρησιμοποιηθούν την περίοδο αυτή, η δράση τους είναι πιο βλαβερή. Έχοντας υπόψη το παραπάνω, είναι λογικό να σκεφθούμε ότι ένα αντισυλληπτικό που χρησιμοποιείται την περίοδο αυτή μπορεί να

αποτελέσει μελλοντικώς δυνητικό καρκινογόνο παράγοντα, του οποίου τα αποτελέσματα θα φανούν 10 ή 15 χρόνια αργότερα.

Για το λόγο αυτόν, δεν συνιστάται η χορήγηση αντισυλληπτικού χαπιού και ιδιαίτερα μικρού χαπιού σε γυναίκες <20 ή >40 ετών.

Επίσης, στις γυναίκες που χρησιμοποιούν το χάπι συνιστάται να αποφεύγουν το κάπνισμα. Στις γυναίκες που είναι επιρρεπείς να αναπτύξουν μαστοπάθεια ή σε αυτές που διαπιστώθηκε μαστοπάθεια κατά την περίοδο που χρησιμοποιούσαν το αντισυλληπτικό χάπι, δεν συνιστάται περαιτέρω χρήση του. Τέλος, πρέπει η χρήση αντισυλληπτικού χαπιού να γίνεται υπό ιατρική παρακολούθηση.

3.1.4. Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες

Ιοντίζουσα ακτινοβολία

Η χρήση της ιοντίζουσας ακτινοβολίας για ιατρικούς σκοπούς, καθώς και οι πληθυσμιακές ομάδες των πόλεων Ναγκασάκι και Χιροσίμα, έδωσαν το υλικό για πολλές εργασίες, οι οποίες απέδειξαν τον αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη ΚΜ σε γυναίκες που είχαν δεχθεί δόσεις ιοντίζουσας ακτινοβολίας μεγαλύτερες από ένα όριο.

Η σχέση δόσης – απάντησης είναι γραμμική για δόσεις 50-1000 rad, ενώ μείωση του κινδύνου αναμένεται σε υψηλότερες δόσεις λόγω κυτταροκτονίας. Ο αυξημένος κίνδυνος παραμένει τουλάχιστον 40 χρόνια και ο λανθάνων χρόνος (ελάχιστος 8 χρόνια) φαίνεται να είναι αντίστροφα ανάλογος με τη δόση.⁵

Όσο μικρότερη είναι η ηλικία κατά την έκθεση τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος. Η μεγαλύτερη ευαισθησία φαίνεται να παρατηρείται στην ηλικία 10-19 χρόνων.¹¹ Ο μαζικός αδέννας είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στην καρκινογόνο επίδραση της ακτινοβολίας αμέσως πριν και μετά την εμμηναρχή, όσο και

κατά τη διάρκεια της κύησης. Η μιτωτική δραστηριότητα του μαστού και στις δύο περιπτώσεις είναι υψηλή.

Τελευταία, πιστεύεται ότι οι μικρές δόσεις ακτινοβολίας που εφαρμόζονται για διαγνωστικούς σκοπούς (μαστογραφία) μπορεί να είναι επικίνδυνες. Αυτό όμως δεν έχει τεκμηριωθεί. Παρά ταύτα, ορισμένοι πιστεύουν ότι ο προληπτικός περιοδικός έλεγχος συμπτωματικών γυναικών πρέπει να γίνεται μετά τα 45-50, ενώ, όταν υπάρχουν συμπτώματα ή ευρήματα ύποπτα για κακοήθεια, ο ξηρομαστογραφικός έλεγχος πρέπει να γίνεται σε οποιαδήποτε ηλικία, δεδομένου ότι η ακτινική επιβάρυνση της ασθενούς δεν είναι μεγαλύτερη εκείνης που δέχεται από οποιαδήποτε άλλη ακτινολογική εξέταση (στομάχου, βαριούχος υποκλυσμός κ.ά.).

Ψυχολογικοί παράγοντες

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

Ρεσερπίνη

Πριν από μερικά χρόνια, διατυπώθηκε η άποψη ότι αντιυπερτασικά φάρμακα που περιέχουν ρεσερπίνη προκαλούν αύξηση της πιθανότητας προσβολής από ΚΜ, αλλά μεταγενέστερες έρευνες έδειξαν ότι δεν υπάρχει τέτοια σχέση ή, αν υπάρχει, είναι πολύ μικρή.

Οι Kewitz et al (1980) πραγματοποίησαν έρευνα, στην οποία συμπεριέλαβαν 1782 γυναίκες, από τις οποίες 512 έπασχαν από ΚΜ και 392 ήταν γυναίκες που είχαν εισαχθεί για κάποια εγχείρηση, χωρίς πάθηση του μαστού.

Από την ομάδα ελέγχου, αποκλείσθηκαν οι ασθενείς που ήταν κάτω των 40 ετών και αυτές που έπασχαν από ασθένειες της χοληδόχου κύστης ή από καρκίνο σε οποιαδήποτε άλλη θέση. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν αξιοσημείωτη σχέση ανάμεσα στη ρεσερπίνη και στον ΚΜ μετά την εμμηνόπαυση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κατανομή των διαφόρων τύπων καρκίνου του μαστού σε όσες έπαιρναν ρεσερπίνη δεν διέφερε από εκείνη των υπολοίπων.

Η θέση που εξακολουθεί να ισχύει και σήμερα είναι ότι η χρήση της ρεσερπίνης είναι μάλλον απίθανο να προκαλεί σοβαρή αύξηση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού, χωρίς όμως να μπορεί να αποκλεισθεί μικρή αύξηση.

3.1.5. Μορφολογικοί παράγοντες

Προηγηθείσα βιοψία

Η προηγηθείσα βιοψία στο μαστό θεωρείται παράγοντας αυξημένου κινδύνου, με εξαίρεση αυτήν που γίνεται για τα ινοαδενώματα. Η άποψη αυτή υποστηρίχθηκε από τους David et al (1984) και μέχρι σήμερα δεν διαφοροποιήθηκε πολύ.

Γενικά νοσήματα

Το 1986, ο Beatson συμβούλευσε τη χορήγηση θυρεοειδικών εκχυλισμάτων σε ασθενείς με ΚΜ. Διάφορες μελέτες μέχρι σήμερα έχουν εντοπίσει τη σχέση μεταξύ υποθυρεοειδισμού και ΚΜ.

Άλλες όμως εργασίες δεν βρήκαν ύπαρξη σημαντικής σχέσης. Φαίνεται όμως ότι σε περιοχές που ενδημεί η ιωδοπενική βρογχοκήλη υπάρχει μεγαλύτερη επίπτωση ΚΜ.

Ακόμη, έχει βρεθεί υψηλό ποσοστό βασεόφιλης υπερτροφίας της υπόφυσης σε ασθενείς με ΚΜ, ενώ συγχρόνως αναφέρεται ανίχνευση υψηλών επιπέδων θυρεοειδοτρόπου ορμόνης.

Η μυοασθένεια gravis φαίνεται επίσης ότι σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα ΚΜ. Η θυμεκτομή ακολουθείται από μείωση της επίπτωσης.

Κακοήθεις νεοπλασίες

Θετική σχέση παρατηρείται μεταξύ ΚΜ και άλλων κακοήθων νεοπλασιών. Γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου έχουν 1,2 – 2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ΚΜ, από ό,τι έχει ο γενικός γυναικείος πληθυσμός.

Ο καρκίνος των ωοθηκών, ο καρκίνος του θυρεοειδούς αδένα, ο καρκίνος του παχέος εντέρου, η οξεία μυελοκυτταρική λευχαιμία, το σάρκωμα των μαλακών μοριών σχετίζονται επίσης θετικά με τον ΚΜ.

Αντίθετα, έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες με καρκίνο σε ένα μεγάλο σιελογόνο αδένα έχουν το ¼ της πιθανότητας να εμφανίσουν ΚΜ από ό,τι ο γενικός πληθυσμός.

Παθήσεις του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού έχει πολυκεντρική φύση, δηλαδή έχει την τάση να υποτροπιάζει στον ίδιο ή στον αντίθετο μαστό. Επομένως, γυναίκες που είχαν καρκίνο στον ένα μαστό διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν και δεύτερο καρκίνο. Έχει υπολογισθεί ότι το ποσοστό του κινδύνου αυτού ανέρχεται στο 20% των περιπτώσεων.

Αλλά και καλοήθεις παθήσεις του μαστού σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα καρκίνου.

Για τη γαλακτοφορίτιδα και τους διάφορους τραυματισμούς, δεν υπάρχει ομοφωνία απόψεων για τη σχέση τους με αυξημένο κίνδυνο, ενώ τα ινοαδενώματα δεν σχετίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα ΚΜ.

Οι Warren et al (1973) υποστήριξαν ότι γυναίκες με ινοκυστική μαστοπάθεια έχουν 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν ΚΜ σε

σχέση με γυναίκες που δεν είχαν ινοκυστική μαστοπάθεια. Ο κίνδυνος αυτός συνεχίζει να υπάρχει για 30-40 χρόνια μετά τη βιοψία.

Μελέτες προοπτικής που έγιναν κατά καιρούς αναφέρουν 2-7 φορές μεγαλύτερη συχνότητα ΚΜ σε γυναίκες με διαπιστωμένη κυστική νόσο. Η κυστική νόσος, και ιδιαίτερα η ινοκυστική μαστοπάθεια με άτυπες επιθηλιακές υπερπλασίες με πολλαπλή θηλωμάτωση, αυξάνει τον κίνδυνο νόσησης 2,5 φορές. Βρέθηκε ακόμη ότι η Ιάλληνίδα με διαπιστωμένη κυστική νόσο ιστολογικώς έχει περίπου 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξει καρκίνο στο μαστό σε σύγκριση με την ασυμπτωματική Ελληνίδα του γενικού πληθυσμού.

Ο ακριβής μηχανισμός της σχέσης μεταξύ της ινοκυστικής νόσου και του καρκίνου του μαστού δεν έχει εξακριβωθεί. Ίεντούτοις, δύο πιθανές εξηγήσεις υπάρχουν.⁵

3.1.6. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Το περιβάλλον είναι ο κυριότερος παράγων πρόκλησης καρκίνου. Με το γενικό δε τίτλο, του περιβάλλοντος, εννοούμε τον χώρο μέσα στον οποίο ζει, κινείται, εργάζεται και αναπαύεται κάθε άνθρωπος κατά την διάρκεια του 24ώρου της ζωής του. Ίπομένως μέσα στις καθημερινές συνθήκες διαβίωσης όλα τα συστήματα και τα όργανα του σώματός μας, έρχονται σε συνεχή και άμεση επαφή και επικοινωνία, με παράγοντες που δημιουργούν μεγαλύτερους ή πιο περιορισμένους καρκινογεννητικούς μηχανισμούς.¹²

Εθνικοί και κοινωνικοί – οικονομικοί παράγοντες

Ο ΚΜ είναι συχνότερος στις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές και αστικές τάξεις. Μεγαλύτερη επίπτωση της νόσου παρουσιάζεται στο λεγόμενο «δυτικό κόσμο» - Βόρεια Αμερική, Βορειοδυτική Ευρώπη, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία -, ενώ αντίθετα η Αφρική, η Μέση Ανατολή και η Ασία

παρουσιάζουν χαμηλούς δείκτες. Η Λατινική Αμερική, η Νότια και η Ανατολική Ευρώπη κατέχουν ενδιάμεση θέση.

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

Εκπαιδευτικοί παράγοντες

Σχολική μόρφωση που ξεπερνά τα 16 χρόνια τριπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης ΚΜ σε σχέση με τις γυναίκες, στις οποίες η εκπαίδευση δεν ξεπερνά τα 12 χρόνια.⁵

Διαιτητικοί παράγοντες

Πολλές μελέτες έχουν γίνει για το ρόλο που παίζει η διατροφή στην ανάπτυξη ΚΜ. Έχει υποστηριχθεί και σε μερικές εργασίες έχει αποδειχθεί ότι η μεγάλη κατανάλωση λιπών αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.^{8,11} Μελέτες κυρίως από τις ΗΠΑ και την Ιαπωνία ανέδειξαν ότι η κατανάλωση βοοειδών κρεάτων ή χοιρινού, βουτύρου και τυροκομικών προϊόντων, δηλαδή μεγάλων ποσοτήτων λίπους, είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου στον μαστό από άτομα που κατανάλωναν φυτικά έλαια και ψάρια.¹³ Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες στην Αμερική, έχει αποδειχθεί ότι η κατανάλωση ελαιόλαδου περισσότερες από μια φορές την ημέρα, ενισχύει τον οργανισμό των γυναικών ενάντια στον Ca μαστού.¹⁴

Αντίθετα, όμως, η κατανάλωση λαχανικών και φρούτων μειώνουν σημαντικά αυτόν τον κίνδυνο σύμφωνα με 22 πληθυσμιακές μελέτες, από τις οποίες στις 14 βρέθηκε μια στατιστικώς σημαντική ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗ σύνδεση ως προς την λήψη λαχανικών ή φρούτων σε σχέση με την ανάπτυξη

καρκίνου στον μαστό. Πιο ειδικά στις μελέτες αυτές ανεδείχθη ότι η κατανάλωση εσπεριδοειδών (πορτοκάλι., καρότα, ντομάτες και σπανάκι) έχουν την μεγαλύτερη ευεργετική επίδραση για προφύλαξη από καρκίνο του μαστού. Είναι χαρακτηριστική η δήλωση του C. Boyle, ότι «η κατανάλωση 3 πορτοκαλιών την ημέρα από τις γυναίκες θα μείωνε κατά 50% την πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο στο μαστό». Μια άλλη ουσιαστική παρατήρηση ήταν ότι τα σταυρανθή λαχανικά στην οικογένεια των οποίων ανήκουν το λάχανο, το κουνουπίδι, τα μπρόκολα και τα ρεπάνια έχουν μεγάλη προστατευτική αξία.^{13,15,16}

Ο καφές. Δεν έχει αποδειχθεί καρκινογόνος δράση του καφέ για το μαστό. Αντίθετα υπάρχουν ενδείξεις για αντικαρκινική δράση. Σε μια εργασία μάλιστα επισημάνθηκε ότι γυναίκες που έπιναν πολύ καφέ όταν εμφάνιζαν καρκίνο μαστού, ο καρκίνος τους ανήκε στο μεγαλύτερο ποσοστό στους ιστολογικά καλά διαφοροποιημένους τύπους. Σε μια άλλη εργασία όπου διερευνήθηκε η κατανάλωση ξανθινών (τσάι, καφές, κακάο, coca-cola) και η σχέση με την ανάπτυξη καρκίνου μαστού το μόνο που αποδείχθηκε τελικά ήταν ότι υπήρχαν μαστοδυνίες που περνούσαν με τη διακοπή της λήψης των ξανθινούχων ποτών.¹⁷

Οινοπνευματώδη ποτά

Το καθαρό οινόπνευμα έχει καρκινογόνο δράση. Υπάρχει μια ποικιλία κακοήθων νεοπλασμάτων για τα οποία ενοχοποιούνται τα οινοπνευματώδη ποτά και αφορούν κυρίως το μαστό. Υπάρχουν εργασίες στις οποίες εμφανίζουν θετική συσχέτιση χρήσεως αλκοόλ >9,3 gr ημερησίως και καρκίνου μαστού ή προσλήψεως ½ φιάλης κρασιού ημερησίως και καρκίνου μαστού.¹⁸ Συνίσταται ο περιορισμός σε ένα ποτό την ημέρα.¹⁹

Φυσική άσκηση

Σε πρόσφατη μελέτη δείχθηκε ότι γυναίκες που ασκούνται 7 ώρες την εβδομάδα έχουν μειωμένη πιθανότητα να εκδηλώσουν καρκίνο μαστού κατά σε σχέση με γυναίκες που ασκούνται μια ώρα την εβδομάδα ή λιγότερο. Η άσκηση περιελάμβανε ένα ή περισσότερα από περπάτημα, περιποίηση κήπου, jogging, ασκήσεις ρυθμικής γυμναστικής και κολύμβησης.^{20,21}

Σωματικό βάρος

Το σωματικό βάρος σχετίζεται με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, η συσχέτιση όμως είναι ιδιαίτερα περίπλοκη. Είναι γνωστή, η συσχέτιση μεταξύ παχυσαρκίας και σχετικού κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού στις γυναίκες κυρίως μετά την κλιμακτήριο. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι η κεντρική παχυσαρκία, σε σχέση με την περιφερική, μπορεί να συνδέεται, κυρίως στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Οι βιολογικοί μηχανισμοί, οι οποίοι θεωρούνται υπεύθυνοι έχουν ως εξής: στην επίπτωση των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών, η αυξημένη παραγωγή οιστρογόνων από περιφερική αρωματοποίηση, η οποία συμβαίνει κυρίως στο λίπος, είναι σημαντικός παράγοντας. Αναφέρεται, επίσης, τα αυξημένα επίπεδα ινσουλίνης σε παχύσαρκες γυναίκες της μετεμμηνοπαυσιακής ηλικίας.²¹

Γονιδιακοί παράγοντες

Επιστήμονες έχουν ανακαλύψει ότι ορισμένες μεταλλάξεις του γονιδίου BRCA1 συνδέονται με τον καρκίνο, του μαστού. Τροποποιημένες εκδοχές του BR CA1 και ενός άλλου γονιδίου, του BRCA2, αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού στη διάρκεια της ζωής μιας γυναίκας ανάλογα με το αν έχει το ένα ή και τα δύο αυτά γονίδια.^{22,23,24}

3.2. Φυσική εξέλιξη του καρκίνου του μαστού

Παθολογική ανατομική

Η πλειονότητα των διηθητικών καρκινωμάτων του μαστού ξεκινά από το επιθήλιο των λοβίων και τους πόρους του αδένα. Και τα λοβιακά και τα πορογενή καρκινώματα μπορεί να παρουσιασθούν τόσο ως μη διηθητικά όσο και ως διηθητικά.

Οι μη διηθητικοί όγκοι, κυρίως το μη διηθητικό λοβιακό κακόηθες νεόπλασμα του μαστού, είναι πολύ πιο συχνόι από ό,τι ίσως θα έπρεπε και πιθανόν να παραμένουν ασυμπτωματικοί για χρόνια ή δεκαετίες.

Οι ιστολογικές υπερπλαστικές αλλοιώσεις των επιθηλιακών κυττάρων των πόρων και των λοβίων, που φυσιολογικά συνοδεύουν τον καρκίνο του μαστού, δεν μπορούν να χαρακτηρισθούν ως αληθινές νεοπλασματικές μεταβολές. Οι αλλοιώσεις αυτές ποικίλλουν από απλή υπερπλασία μέχρι υπερπλασία με κυτταρική ατυπία, που πολλές φορές παίρνει τη μορφή γνήσιου μη διηθητικού καρκινώματος. Πρέπει να σημειωθεί ότι όλο αυτό το φάσμα των κυτταρικών μεταβολών μπορεί, και συνήθως έτσι συμβαίνει, να βρεθεί σε ένα και μόνο μαζικό αδένα.

Νεώτερη κατάταξη των κακοήθων νεοπλασμάτων του μαστού δείχνει τα εξής:

Κακοήθη επιθηλιακά νεοπλάσματα

Πορογενές μη διηθητικό (in situ)

Θηλώδες

Comedo

Ηθμοειδές

Πορογενές διηθητικό

Μετά σκιρτώδους αντιδράσεως

Θηλώδες

Comedo διηθητικό

Μυελοειδές

Βλενώδες ή κολλοειδές

Αδενοειδές κυστικό

Καρκίνωμα εξ αποκρινών αδένων

Λοβιακό

Μη διηθητικό (in situ)

Διηθητικό ή μικροκυτταρικό

Paget

Κακοήθη μεσεγχυματογενή νεοπλάσματα

Ινοσάρκωμα

Λιποσάρκωμα

Αγγειοσάρκωμα

Λειομυοσάρκωμα

Ραβδομυοσάρκωμα

Λεμφαγγειοσάρκωμα

Κακόηθες φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα

Διακρίνουμε δηλαδή δύο τύπους επιθηλιακού καρκίνου:

α. Το μη διηθητικό (πορογενή ή λοβιακό)

β. Το διηθητικό (πορογενή ή λοβιακό)

Λοβιακός μη διηθητικός καρκίνος (in situ)

Η ανέρευσή του είναι συνήθως τυχαία, σε μαστούς που χειρουργούνται για μαστοπάθεια, γιατί δεν δίνει κλινικά ή μαστογραφικά σημεία.

Η συχνότητά του σε υλικό από επεμβάσεις για καλοήθεις νόσους φθάνει περίπου σε 2%, αλλά ο αριθμός εξαρτάται από τον αριθμό των τομών που πάρθηκαν από το παρασκευάσμα. Παρουσιάζει πολυκεντρική ανάπτυξη σε ποσοστό 70% περίπου και είναι επίσης συχνά αμφοτερόπλευρο. Σημαντικότερος κίνδυνος είναι η ανάπτυξη διηθητικού λοβιακού καρκίνου από τον ίδιο μαστό (23%) ή από τον άλλο μαστό (10%).

Πορογενής μη διηθητικός καρκίνος (in situ)

Η διάγνωσή του, αν και είναι πολύ δύσκολη σε ταχεία βιοψία, έχει μεγάλη σημασία, γιατί το ποσοστό ίασης σε αυτές τις περιπτώσεις είναι πολύ υψηλό. Εξάλλου μικροασβεστοποιήσεις που φαίνονται στη μαστογραφία και συνοδεύουν πολλές φορές τον πορογενή in situ καρκίνο οδηγούν σε βιοψία και στη διάγνωση. Γι' αυτό, τα τελευταία χρόνια ο πορογενής in situ καρκίνος τείνει να πάψει να είναι τυχαίο εύρημα.

Έχει ταχεία εξέλιξη προς διηθητικό καρκίνο σε ποσοστό 70% και δίνει λεμφαδενικές μεταστάσεις σε ποσοστό 1-3%. Εφόσον υπάρχει και κάποια μικρή διήθηση του στρώματος, η πιθανότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων αυξάνεται σημαντικά.

Ο comedo είναι τύπος πορογενούς in situ καρκίνου, στον οποίο όμως έχει διαπιστωθεί ότι παρατηρούνται συχνότερα λεμφαδενικές μεταστάσεις.

Λοβιακός διηθητικός καρκίνος

Το ποσοστό του είναι 5-10%. Η πιθανότητα αμφοτερόπλευρης ύπαρξης καρκίνου είναι μεγαλύτερη από ό,τι στον πορογενή καρκίνο.

Επίσης, ο λοβιακός διηθητικός καρκίνος παρουσιάζει μικρότερο ποσοστό λεμφαδενικών μεταστάσεων και έχει σε μεγαλύτερο ποσοστό οιστρογονικούς υποδοχείς επομένως, σε μεγαλύτερο ποσοστό ανταποκρίνεται στην ορμονοθεραπεία.

Ο καρκίνος με κύτταρα τύπου σφραγιστήρος και ο ιστοκυτταροειδής καρκίνος είναι κατά κανόνα λοβιακός.

Πορογενής διηθητικός καρκίνος

Ορισμένοι τύποι πορογενούς καρκίνου έχουν καλύτερη πρόγνωση. Έτσι, το μυελοειδές καρκίνωμα έχει ποσοστό 5%. Είναι όγκος συνήθως περιγραπτός που παρουσιάζει μεγάλη λεμφοκυτταρική διήθηση γύρω από τις καρκινωματώδεις βλάβες. Με τη λεμφοκυτταρική διήθηση σχετίζεται και η καλή του πρόγνωση. Αν εξελιχθεί άσχημα, εξελίσσεται γρήγορα και σκοτώνει γρηγορότερα από άλλους καρκίνους.

Η καλή του πρόγνωση σχετίζεται με τις περιπτώσεις, όπου περιορίζεται στο μαστό και δεν έχει λεμφαδενικές μεταστάσεις. Το μυελοειδές καρκίνωμα το συναντούμε σε ποσοστό 18% των αρρώστων αμφοτερόπλευρο.

Έτοιμα περίπτωση παρατηρείται συχνότερα σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου.

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

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

Καρκίνωμα paget

Το καρκίνωμα του paget αποτελεί χαρακτηριστική εξέλιξη ενδοπορικού μη διηθητικού καρκινώματος, το οποίο εξαπλώνεται πολύ αργά στην επιδερμίδα της θηλής, στη θηλαία άλω και στο δέρμα της γύρω περιοχής.

Τρόποι επέκτασης του καρκίνου του μαστού

Τοπική διήθηση

Η τοπική διήθηση του όγκου κατά την ιστολογική εξέταση βρίσκεται πάντοτε ότι είναι μεγαλύτερη από ό,τι υπολογίζεται κατά την εγχείρηση. Για το λόγο αυτόν, ο χειρουργός πρέπει να βγάζει αρκετό υγιή ιστό μαζί με τον όγκο. Η διήθηση είναι ευκολότερη σε χαλαρούς ιστούς, οι οποίοι διηθούνται εύκολα από τα νεοπλασματικά κύτταρα, γιατί τα τελευταία έχουν ελαττωμένη συγκολλητικότητα, κάνουν αμοιβαδοειδείς κινήσεις και εκκρίνουν πρωτεολυτικά ένζυμα και άλλες λυτικές ουσίες.

Λεμφική διασπορά

Τα καρκινώματα έχουν μεγάλη τάση να διασπείρονται με τη λεμφική κυκλοφορία. Η διασπορά γίνεται με τη μορφή μικρών αθροίσεων κυττάρων που εμφυτεύονται στους λεμφοκόλπους των λεμφαδένων σαν έμβολα. Αυτός ο τύπος επέκτασης ονομάζεται λεμφική διήθηση και παρατηρείται τοπικά γύρω από τον όγκο. Οι μεταστάσεις αναπτύσσονται πρώτα στους επιχώριους λεμφαδένες και κατόπιν στους λοιπούς.

Η λεμφική διασπορά αποτελεί την κυριότερη οδό μετάστασης του καρκίνου του μαστού. Από τους χειρουργημένους ασθενείς, περίπου 60-70% εμφανίζουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες της μασχάλης. Σε αρκετό αριθμό περιπτώσεων, παρατηρείται επίσης διήθηση των υπερκλείδιων, των υποκλείδιων και των έσω μαστικών λεμφαδένων. Εφόσον η καρκινωματώδης διήθηση διαπεράσει τον ηθμό, τον οποίο συνιστούν οι λεμφαδένες της

μασχάλης και άλλων περιοχών, παρατηρείται εγκατάσταση μεταστάσεων στον υπεζωκότα, το περιτόναιο, τους βουβωνικούς και – στα προχωρημένα στάδια – σε όλους τους λεμφαδένες του σώματος.

Η λεμφική διασπορά του καρκίνου μετατρέπεται σε αιματογενή, όταν τα καρκινικά κύτταρα μέσω του θωρακικού πόρου μπουν στη φλεβική κυκλοφορία.

Αιματογενής διασπορά

Τα καρκινώματα διασπείρονται με την κυκλοφορία του αίματος, συνήθως στα τελικά στάδια. Ο καρκίνος όμως του μαστού είναι δυνατόν να δώσει πρώιμες αιματογενείς μεταστάσεις. Για την ανάπτυξη μεταστάσεων, απαραίτητη είναι η διήθηση των αγγείων από τα νεοπλασματικά κύτταρα, η απόσπαση εμβόλων και η μεταφορά, η εγκατάσταση και η ανάπτυξη τους στη νέα θέση. Τα καρκινικά κύτταρα φθάνουν στην κυκλοφορία του αίματος, διηθώντας μικρές φλέβες ή, έμμεσα, με τη λεμφική κυκλοφορία.

Διά της αιματικής οδού, τα καρκινώματα του μαστού εγκαθίστανται κυρίως στους πνεύμονες, το ήπαρ, τα οστά της σπονδυλικής στήλης και της λεκάνης, τον εγκέφαλο, τα επινεφρίδια και άλλα όργανα. Για την ερμηνεία της διασποράς των μεταστάσεων στα οστά χωρίς πνευμονικές μεταστάσεις, υποστηρίχθηκε ότι τα νεοπλασματικά κύτταρα διασπείρονται διά του παρασπονδυλικού φλεβικού δικτύου, το οποίο έχει απευθείας σύνδεση με το μαστό διά των μεσοπλεύριων αγγείων. Οι οστικές μεταστάσεις έχουν τις περισσότερες περιπτώσεις οστεολυτικό χαρακτήρα.

Σχηματισμός δευτεροπαθών εστιών

Στον καρκίνο του μαστού, η πιθανότητα για πολυκεντρική ανάπτυξη καρκινώματος *in situ* είναι μεγάλη, αλλά η εξαλλαγή και η ανάπτυξη διηθητικού καρκινώματος είναι σχετικά μικρή. Ο φόβος ότι καρκίνωμα *in situ*

στο μαστό μπορεί να εξελιχθεί σε διηθητικό καρκίνο είναι θεωρητικά δικαιολογημένος εντούτοις, δεν είναι εμπειρικά τεκμηριωμένος.

Συστηματική νόσος

Όπως αναφέρθηκε, ο όγκος τρέφεται με διάχυση όταν ο αριθμός των νεοπλασματικών κυττάρων δεν υπερβαίνει τις 100.000. Συγχρόνως με την ανάπτυξη της αγγείωσης του όγκου, υπάρχει και το ενδεχόμενο ανάπτυξης μεταστάσεων. Σήμερα, είναι αποδεκτό ότι πολύ συχνά και σε πολύ πρώιμο στάδιο νεοπλασματικά κύτταρα από την πρωτοπαθή εστία μπορεί να διαπεράσουν ή να παρακάμψουν τους επιχώριους αδένες και να μπουν στην κυκλοφορία, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι κάθε κύτταρο από αυτά μπορεί να προκαλέσει μετάσταση. Υπάρχουν μάλιστα ενδείξεις ότι πάνω από 99% των κυττάρων που μπαίνουν στην κυκλοφορία καταστρέφονται με διάφορους αντικαρκινικούς μηχανισμούς που διαθέτει ο οργανισμός.

Μερικά κύτταρα εγκαθίστανται σε μακρινούς ιστούς σε λανθάνουσα μορφή και αναπτύσσονται σε άλλοτε άλλο χρόνο σε κλινικώς έκδηλες μεταστάσεις. Τελευταία, αναφέρθηκε ότι 88% των γυναικών που νόσησαν από ΚΜ 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.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. Κλινική εικόνα – ταξινόμηση – πρόγνωση

4.1.1. Κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού

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

Δεν είναι λίγα 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, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα. Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού, στα εντυπώματα του οποίου αντιστοιχούν οι πόροι των τριχών και των σμηγματογόνων αδένων

δ. Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού

ε. Εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα

στ. Εισολκή της θηλής οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή

ζ. Ορώδη ή αιματηρή έκκριση θηλής

η. Ακίνητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων (σε προχωρημένο στάδιο)

θ. Εξέλκωση κατά τη θηλή οφείλεται στην αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξαιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων και της ταχύτητας ανάπτυξης της μάζας

ι. Πόνος συνήθως απουσιάζει, εκτός από τα προχωρημένα στάδια.

4.1.2. Ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού

Λέγοντας ταξινόμηση ή σταδιοποίηση του ΚΜ, εννοούμε τον ευρύτερο προσδιορισμό της νόσου σε σχέση με την έκτασή της. Όταν κατά τη σταδιοποίηση γίνεται συστηματική διερεύνηση α). των χαρακτηριστικών του πρωτοπαθούς καρκίνου με κλινική και παθολογοανατομική εξέταση, β). της προσβολής λεμφαδένων (με κλινική εξέταση, λεμφαγγειογραφία και ίσως βιοψία) και γ). για την ύπαρξη μεταστάσεων, τότε χρησιμοποιείται το σύστημα TNM για τη σταδιοποίηση.

T = Πρωτοπαθής όγκος (Tumor)

N = Επίχωρια λεμφαδενοπάθεια (Nodes)

M = Μετάσταση (Metastasis)⁵

4.1.3. TNM προθεραπευτική κλινική ταξινόμηση

T Πρωτοπαθής όγκος

T_{is} Προδιηθητικό καρκίνωμα (καρκίνωμα in situ), μη διηθητικό ενδοπορογενές καρκίνωμα ή νόσος Paget της θηλής χωρίς εμφανή όγκο

T₀ Δεν υπάρχει φανερός όγκος

T₁ Όγκος 2 cm ή μικρότερος στη μεγαλύτερη διάμετρό του

T_{1a} Χωρίς διήθηση των υποκείμενων ιστών

T_{1b} Ο όγκος διηθεί τη θωρακική περιτονία ή τους θωρακικούς μυς

T₂ Όγκος 2-5 cm

T_{2a} Χωρίς διήθηση των υποκείμενων ιστών

T_{2b} Ο όγκος διηθεί τη θωρακική περιτονία ή τους θωρακικούς μυς

T₃ Όγκος μεγαλύτερος των 5 cm

T_{3a} Χωρίς διήθηση των υποκείμενων ιστών

T_{3b} Ο όγκος διηθεί τη θωρακική περιτονία ή τους θωρακικούς μυς

T₄ Οποιοδήποτε μέγεθος όγκου, εφόσον υπάρχει επέκταση της νόσου στο δέρμα ή το θωρακικό τοίχωμα

T_{4a} Με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα (πλευρές, μεσοπλευριοί μύες, πλατύς ραχιαίος μυς)

T_{4b} Με οίδημα ή διήθηση ή εξέλκωση του δέρματος του μαστού ή δερματικές μεταστάσεις στον ίδιο το μαστό

T_{1c} Συνδυασμός a και b

T_x Δεν υπάρχουν οι ελάχιστες απαραίτητες πληροφορίες για την εκτίμηση του πρωτοπαθούς όγκου^{25,5}

4.1.4. Συμπληρωματικές οδηγίες

α. Ίντυπωμα στο δέρμα ή εισολκή θηλής ή οποιαδήποτε αλλαγή στο δέρμα του μαστού, που δεν αναφέρεται σε T₄, μπορεί να παρατηρηθεί σε T₁, T₂, T₃ χωρίς επίδραση στη σταδιοποίηση.

β. Η νόσος Paget του μαστού σταδιοποιείται σύμφωνα με το μέγεθος του όγκου.

γ. Τα φλεγμονώδη καρκινώματα του μαστού αναφέρονται ως ξεχωριστή ομάδα.

Η πλέον ακριβής μέτρηση του μεγέθους του όγκου γίνεται με τη μελέτη της μαστογραφίας. Όταν αυτό δεν είναι εφικτό, το μέγεθος του όγκου καλύτερα να μετριέται με ειδικό διαστημόμετρο.

N Περιτοχικοί λεμφαδένες

N₀ Μη ψηλαφητοί σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες

N₁ Ψηλαφούνται ευκίνητοι σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες

N_{1a} Χωρίς ύποπτα σημεία καρκινικής διήθησης

N_{1b} Λεμφαδένες που θεωρούνται ότι διηθούνται από τον όγκο

N₂ Σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες με σημεία καρκινικής διήθησης και καθηλωμένοι είτε σε παρακείμενους ιστούς είτε μεταξύ τους (block)

N₃ Ύποπτοι καρκινικής διήθησης σύστοιχοι υπερκλείδιοι ή υποκλείδιοι λεμφαδένες ή οίδημα του σύστοιχου άνω άκρου που οφείλεται στη νόσο

N_x Τα ελάχιστα αναγκαία στοιχεία για την εκτίμηση των λεμφαδένων δεν παρέχονται

M Μεταστάσεις σε άλλα όργανα

M₀ Δεν υπάρχουν μεταστάσεις σε άλλα όργανα

M₁ Υπάρχουν μεταστάσεις σε άλλα όργανα

M_x Δεν υπάρχουν οι αναγκαίες πληροφορίες για τον καθορισμό της παρουσίας μακρινών μεταστάσεων

Η κατηγορία αυτή μπορεί να υποδιαιρείται σε:

Πνευμονικές PUL

Οστικές OSS

Ηπατικές	HEP
Εγκεφαλικές	BRA
Λεμφαδενικές	LUM
Μυελού των οστών	MAR
Υπεζωκότος	PLE
Δερματικές	SKI
Οφθαλμικές	EYE
Άλλες	OTH

4.1.5. Κλινική σταδιοποίηση κατά Columbia

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

Στάδιο Α: Δεν υπάρχει οίδημα ή εξέλκωση στο δέρμα του μαστού. Δεν υπάρχει στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες κλινικώς ελεύθεροι. Το μέγεθος του όγκου είναι μικρότερο από 1 εκ. και δεν έχει επεκταθεί έξω από το μαστό.

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

Στάδιο C: Οποιοδήποτε από τα 5 βασικά σημεία του προχωρημένου ΚΜ.

α. Περιορισμένης έκτασης οίδημα στο δέρμα του μαστού (λιγότερο από 1/3 της όλης επιφάνειας του δέρματος του μαστού)

β. Εξέλκωση στο δέρμα του μαστού

- γ. Στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα
- δ. Ψηλαφητοί μασχαλιαίοι αδένες, κλινικώς διηθημένοι και μεγαλύτεροι από 2,5 cm
- ε. Συμφύσεις των μασχαλιαίων λεμφαδένων προς το δέρμα ή τους υποκείμενους ιστούς

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

- α. Συνδυασμό δύο ή και περισσότερων βασικών σημείων του σταδίου
- β. Οίδημα στο δέρμα του μαστού σε έκταση μεγαλύτερη από το 1/3
- γ. Μεταστάσεις στο δέρμα του ίδιου μαστού
- δ. Φλεγμονώδη τύπο ΚΜ
- ε. Κλινικώς διηθημένους υπερκλείδιους λεμφαδένες
- στ. Παραστερνικό όγκο ως μαρτυρία διηθημένων αδένων της έσω μαστικής
- ζ. Οίδημα του σύστοιχου άνω άκρου
- η. Μεταστάσεις σε άλλα όργανα^{5,26}

4.1.6. Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού

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

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

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

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

4.1.7. Τοπικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση

- α. Τοπική έκταση του όγκου
- β. Καθήλωση του όγκου
- γ. Οίδημα
- δ. Φλεγμονή και εξέλκωση δέρματος
- ε. Παρουσία δορυφόρων οζιδίων
- στ. Σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινώματος και φυσιολογικού μαστού
- ζ. Γεωγραφική θέση του όγκου
- η. Προσβολή της θηλής

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

- α. Οίδημα του δέρματος
- β. Εξέλκωση του δέρματος
- γ. Καθήλωση του όγκου

δ. Μεταστατικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες μεγέθους από 2,5 cm και άνω και

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

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

Το οίδημα, όταν δεν διαγιγνώσκεται κλινικώς, μπορεί να αποκαλυφθεί με τη μαστογραφία. Αντίθετα, όταν στη μαστογραφία δεν εμφανίζεται οίδημα, η πρόγνωση είναι καλή, ανεξάρτητα από την έκταση του όγκου. Η πρόγνωση είναι δυσάρεστη, όταν υπάρχει σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινωματώδους και φυσιολογικού μαστού. Η θερμοκρασία μετρείται με ειδική μέθοδο.

Η γεωγραφική θέση του όγκου έχει επίσης μεγάλη σημασία. Όταν ο καρκίνος έχει εντοπισθεί στο μέσο τεταρτημόριο του μαστού, έχει χειρότερη πρόγνωση από τον εντοπισμένο οπουδήποτε αλλού.

Μεταστατικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες εμφανίζονται στο 97% των περιπτώσεων που η θηλή του μαστού είναι προσβεβλημένη μέσω της λεμφικής οδού. 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 δύο μαστούς.⁵

4.1.8. Παθολογοανατομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση

Οι βασικοί προγνωστικοί παράγοντες στον καρκίνο του μαστού είναι:

- α. Το μέγεθος του όγκου
- β. Λεμφαδενικές μεταστάσεις
- γ. Ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου
- δ. Η ιστοκυτταρική αντίδραση των λεμφοκόλπων των λεμφαδένων (όταν υπάρχει, αποτελεί ευνοϊκότερο σημείο πρόγνωσης)
- ε. Η μικροσκοπική καρκινωματώδης διήθηση μυών, νεύρων και αγγείων
- στ. Ο βαθμός κακοήθειας και η διαφοροποίηση ²⁷

4.1.9. Γενικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση

- α. Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων
- β. Ρυθμός αύξησης του όγκου
- γ. Απάντηση στη θεραπευτική αγωγή
- δ. Αντίσταση του οργανισμού και «βιολογικοί δείκτες». Τέτοιοι θεωρούνται το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA φυσιολογική τιμή <5 Mg/mL), το CA 125 (φυσιολογική τιμή <35 U/ml), το CA 15,3 (φυσιολογική τιμή <30 U/ml), οι ορμονικοί υποδοχείς των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, η αλκαλική φωσφατάση κ.λ.π.
- ε. Εμφάνιση καρκίνου και στους δύο μαστούς

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

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

α. Ηλικία της γυναίκας: εμφάνιση ΚΜ σε ηλικία των 30 ετών έχει πολύ κακή πρόγνωση.

β. Προφυλακτική στείρωση.

γ. Κύηση. Η ανάπτυξη του καρκίνου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας είναι ταχεία και η πρόγνωση κακή.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

5.1. Μέσα και νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού

Η ασθενής εισέρχεται στη φάση της διαγνωστικής διαδικασίας αμέσως μετά τη συνειδητοποίηση της ύπαρξης του προβλήματος και ζητεί την ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση και προσοχή. Κατά τη διαγνωστική διαδικασία, το έργο της νοσηλεύτριας είναι συνδυασμός ψυχολογικής υποστήριξης – διδασκαλίας της ασθενούς και σωματικής φροντίδας. Η φάση της διάγνωσης μπορεί να απαιτήσει χρόνο και προϋποθέτει τη συμμετοχή της ασθενούς σε μια σειρά εξετάσεων (αίματος – ακτινολογικών – βιοψιών κ.λ.π), οι οποίες φέρνουν την ασθενή σε σχέση με μια σειρά ειδικών, συχνά σε άγνωστο και μη οικείο περιβάλλον.

Ιστορικό και φυσική εξέταση

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, η οποία μπορεί να αποδειχθεί σημαντική πηγή σταθερότητας για την ασθενή – και την οικογένειά της – κατά τη διάρκεια της παραμονής της στο νοσοκομείο.

Η νοσηλευτική εκτίμηση ξεκινά από την πρώτη αυτή συνάντηση. Η νοσηλεύτρια συστηματικά 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 το νοσηλεύτρια να αποκτήσει στοιχεία σχετικά με τη φυσιολογική και ψυχολογική κατάσταση. Πολλά κλασικά σχήματα χρησιμοποιούνται για τη σειρά των ερωτήσεων που θα συμπεριλάβει το νοσηλευτικό ιστορικό.

Η νοσηλεύτρια μπορεί να χρησιμοποιήσει ως πηγή πληροφοριών για τη συμπλήρωση του ιστορικού την ασθενή, την οικογένειά της ή και τις δύο. Αν η ασθενής συνοδεύεται από μέλη της οικογένειας, μέρος του ιστορικού μπορεί να ληφθεί με τα πρόσωπα αυτά παρόντα.

Η παρατήρηση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των μελών μπορεί να μας δώσει πολύτιμες πληροφορίες για τις ανάγκες της ασθενούς και της οικογένειας.

Κατά τη συνέντευξη, η νοσηλεύτρια παρατηρεί τη φυσική κατάσταση της ασθενούς, όπως την αναπνοή, την ύπαρξη οιδήματος ή άλλα ορατά σημεία, τα οποία δίνουν το ερέθισμα για να δοθεί έμφαση σε ορισμένες ερωτήσεις.

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

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού, του καρκίνου γενικότερα, δημιουργεί κρίση και δοκιμασία στη δομή της οικογένειας. Στη διάρκεια των έξι πρώτων εβδομάδων από τη διάγνωση, ο σύζυγος και τα παιδιά ψάχνουν για μία νέα ισορροπία μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον που θα τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τη νέα πραγματικότητα.

Η αρχική αντιμετώπιση της οικογένειας εμπρός στη διάγνωση του καρκίνου, που καθορίζει και τη μακροχρόνια προσαρμογή στην εμπειρία της νόσου και στις καταστάσεις που απορρέουν από αυτήν, έχει μεγάλη σημασία. Κατά συνέπεια η έγκαιρη, η κατάλληλη υποστήριξη και η καθοδήγηση από το

νοσηλευτικό προσωπικό, μπορεί να βοηθούν ουσιαστικά την οικογένεια να δεχθεί τη νέα αυτή πραγματικότητα και να προσαρμοσθούν αποτελεσματικά.

Η νοσηλεύτρια, για να μπορέσει να βοηθήσει την ασθενή και την οικογένειά της σε αυτή την αρχική φάση, πρέπει να γνωρίζει ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην αποτελεσματική προσαρμογή.

Έχει συχνά τονισθεί, ότι ο κυριότερος παράγοντας για αποτελεσματική προσαρμογή είναι η δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Αυτή η επικοινωνία που στηρίζεται και ενθαρρύνεται από τη στάση τους προϋποθέτει ότι:

- α. Έχουν καταλάβει σωστά και έχουν συνειδητοποιήσει τη φάση της αρρώστιας της συζύγου και μητέρας.
- β. Έχουν την ικανότητα να ενημερώσουν και να συζητήσουν ανοιχτά το θέμα της αρρώστιας και της θεραπείας μεταξύ τους, αλλά και με το στενό συγγενικό περιβάλλον.
- γ. Έχουν μια φυσιολογική συναισθηματική αντίδραση απέναντι στη διάγνωση που περιλαμβάνει το αρχικό shock, άρνηση, θυμό, κατάθλιψη και άγχος, ώσπου να φθάσουν να αποδεχθούν τη νέα πραγματικότητα.
- δ. Ενθαρρύνονται μεταξύ τους να εκφράζουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους

Από την πρώτη κιόλας στιγμή της διάγνωσης, η νοσηλεύτρια επηρεάζει με τη στάση της το οικογενειακό περιβάλλον και συμβάλλει σημαντικά στη διαδικασία της προσαρμογής του.

Μερικές από τις βασικότερες προϋποθέσεις για σωστή και ευαισθητοποιημένη ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση περιλαμβάνουν:

- α. Απλή και κατανοητή πληροφόρηση για τη διάγνωση με απλοποιημένες έννοιες όλων των ιατρικών όρων.

β. Ενημέρωση, σχετικά με τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της, η οποία πρέπει να γίνεται σταδιακά.

γ. Ενημέρωση σχετικά με την πρόγνωση, που πρέπει να βασίζεται στην ελπίδα για το μέλλον. Είναι απαραίτητο να συνειδητοποιήσουν τα μέλη της οικογένειας από την αρχή ότι η ζωή της μητέρας και συζύγου απειλείται άμεσα ή και απώτερα από την αρρώστια αυτή. Είναι όμως εξίσου σημαντικό να πιστεύουν ότι ο αγώνας που αρχίζει δεν είναι μάταιος και να στηρίζουν τις προσδοκίες τους στην ελπίδα ότι θα γίνει κάθε τι δυνατό για να ξεπεραστεί η αρρώστια.

δ. Κατανόηση ορισμένων κοινών φυσιολογικών συναισθημάτων και αντιδράσεων, που η οικογένεια εκδηλώνει εμπρός στη διάγνωση.

Τα συναισθήματα και οι αντιδράσεις αυτές αποτελούν μέρος μιας απαραίτητης διεργασίας που βοηθάει την οικογένεια να δεχθεί προοδευτικά την πραγματικότητα, να καταλάβει τη σοβαρότητα της αρρώστιας και να συνεργασθεί για τη θεραπεία της. Περιλαμβάνουν το αρχικό shock που συνοδεύεται από άρνηση ή δυσπιστία να δεχθούν μια τόσο οδυνηρή πραγματικότητα. Ο θυμός είναι επίσης πολύ κοινή αντίδραση και εκφράζει τη βαθύτερη απελπισία και ένα αίσθημα αδικίας και διαμαρτυρίας. Όταν η οικογένεια θα αρχίσει να συνειδητοποιεί τη σοβαρότητα της αρρώστιας, περνάει από μια περίοδο κατάθλιψης, που είναι απαραίτητη για να αρχίσει μια συνειδητή διεργασία προσαρμογής στη νέα κατάσταση.

Πολύ πιο γρήγορα και θα προσαρμοσθεί η οικογένεια στη νέα κατάσταση και θα την αποδεχθεί, αν έχει την ευκαιρία να μοιραστεί με το περιβάλλον της αυτά τα συναισθήματα, αντί να καταπνίγει και να οδηγούνται τα μέλη της σε συναισθηματική απομόνωση. Επομένως, το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να ενθαρρύνει τα μέλη της οικογένειας να εκφράζουν ανοιχτά όλα τα συναισθήματά τους, να εξηγεί ότι αυτά αποτελούν φυσιολογικές αντιδράσεις

εμπρός στη διάγνωση και να τα καθοδηγεί πως να συμπεριφέρονται στο μέλος που πάσχει.

5.3. Διαγνωστικές εξετάσεις

Ένα μέρος του αρχικού διαγνωστικού ελέγχου, όπως αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφίες, δειγματολογικές εξετάσεις, συνήθως παραγγέλλονται για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης της υγείας της ασθενούς. Αυτές οι εξετάσεις ρουτίνας δεν είναι ειδικές για τον καρκίνο, αλλά τα αποτελέσματά τους μπορεί να υποδείξουν την παρουσία μη φυσιολογικής κατάστασης όπως λοίμωξης, αιμορραγίας ή άλλης παθολογικής διεργασίας- σχετιζόμενης με τον καρκίνο, προκαρκινικών καταστάσεων ή κάποιου παθολογικού ευρήματος, το οποίο όμως δεν είναι καρκινικό. Οι εξετάσεις αυτές δεν περιγράφονται, γιατί χρησιμοποιούνται γενικά σε κάθε διαγνωστικό έλεγχο.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια των εξετάσεων

Οι περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις δεν προκαλούν σωματικό πόνο, γι' αυτό και δεν προκαλούν μεγάλη αναστάτωση, αλλά μηνύουν στην ασθενή ότι υπάρχει κάποιος λόγος να ανησυχεί σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου. Από την ανησυχία αυτή ανακουφίζεται μόνον όταν η διάγνωση έχει τεθεί. Κάθε εξέταση που κάνει η ασθενής, κάθε νέο άτομο που συναντά, μπορεί να της αυξήσει το αίσθημα ότι χάνει τον έλεγχο. Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει τον έλεγχό της σε αυτό το άγνωστο περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσεται αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης με την ασθενή, με τα εξής:

- α. Ενημερώνοντάς την για όλες τις εξετάσεις, στις οποίες θα υποβληθεί.
- β. Εξηγώντας για ποιο σκοπό αποφασίσθηκε η διενέργεια της εξέτασης.
- γ. Ενημερώνοντάς την σχετικά με τον τρόπο που θα γίνει η εξέταση και με το χρόνο διάρκειάς της και

δ. Αν είναι γνωστό από προηγούμενως, ενημερώνοντάς την για πότε έχουν προγραμματισθεί οι εξετάσεις.⁵

5.3.1. Μαστογραφία

Η μαστογραφία είναι ειδική ακτινογραφική τεχνική του μαστού, με φωτόνια χαμηλής ενέργειας σε ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα, το μαστογράφο, χωρίς την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας. Λαμβάνονται τρεις όψεις του μαστού: α). κраниουραία, β). μεσοπλάγια και γ). μασχαλιαία.²⁸ Όταν δεν βρίσκονται ύποπτα στοιχεία, λαμβάνονται συμπληρωματικές ακτινογραφίες σε ανάλογες με την περίπτωση θέσεις.

Σκοπός της μαστογραφίας είναι η απεικόνιση των διαφόρων παθολογικών καλοηθών και κακοηθών εξεργασιών του μαστού, κυρίως όμως, είναι η ανίχνευση μικρών καρκινωμάτων του μαστού, όταν αυτά βρίσκονται ακόμη στο αρχικό στάδιο, χωρίς να δίνουν υποκειμενικό ή αντικειμενικό εύρημα.⁵

Με τη μαστογραφία, μπορεί να ανακαλυφθούν παθήσεις του μαστού:

α. Καλοήθειες

β. Κακοήθειες

Τα ευρήματα μπορούν να χωριστούν σε:

1. Ομαλές ακτινοσκιερές μάζες
2. Οίδημα μαστού και πάχυνση δέρματος
3. Ανώμαλες ακτινοσκιερές μάζες με διαταραχές της αρχιτεκτονικής
4. Μικροαποτιτανώσεις
5. Ελαιώδεις κύστες.²⁹

Επίσης, με τη μαστογραφία είναι δυνατόν να διαγνωσθούν και άλλα σημεία κακοήθειας: αποτιτανώσεις, μονόπλευρη ανάπτυξη ή αλλαγή θέσης των

αγγείων και του μαζικού αδένου, διάχυτη πάχυνση του δέρματος, εισολκή της θηλής και παραμόρφωση του υποστρώματος του μαζικού αδένου.

Η μεγάλη αξία της μαστογραφίας έγκειται στην εντόπιση ύποπτων περιοχών πριν ακόμη από την ψηλάφηση ογκιδίου.⁵ Σήμερα η δόση της ακτινοβολίας έχει μειωθεί κατά πολύ και είναι ανάλογη μιας ακτινογραφίας θώρακα, έτσι ώστε δεν υπάρχει πρόβλημα υπερέκθεσης από την κατά καιρούς επανάληψη της εξέτασης.³⁰

Ενδείκνυται σε:

α. Ανεύρεση συμπαγούς μάζας κατά την κλινική εξέταση, ευκίνητης, με κακοήθεις κλινικούς χαρακτήρες. Στη μαστογραφία, συνήθως απεικονίζεται ως σκίαση, ομότιμη, ομαλή, με σαφή όρια. Σε αυτήν εκτελείται παρακέντηση, με την οποία επιδιώκεται η διαφορική διάγνωση μεταξύ συμπαγούς μάζας και κύστης. Αν πρόκειται για κύστη, αφαιρείται το υγρό και γίνεται εμφύσηση αέρα (πνευμοκυστογραφία).

β. Σε πολυεστιακές ογκικές εξεργασίες στο μαστό.

γ. Σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού.

δ. Σε προηγούμενη βιοψία μαστού.

ε. Σε περιπτώσεις εκκρίσεως από το μαστό ή εισολκής της θηλής χωρίς να διαπιστώνεται ογκική επεξεργασία στο μαστό κατά την κλινική εξέταση.

στ. Σε ασθενή με καρκίνο στον ένα μαστό γίνεται έλεγχος και στον άλλο μαστό.

ζ. Σε άτομα με υπερμεγέθεις λιπώδεις μαστούς, στα οποία με την ψηλάφηση δεν μπορεί να τεθεί σαφής διάγνωση.

η. Σε ανεύρεση μασχαλιαίων αδενικών μεταστάσεων άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας

0. Σε άτομα με καρκινοφοβία.

ι. Για τον έλεγχο του θεραπευτικού αποτελέσματος άλλων μεθόδων σε ανεγχείρητους καρκίνους του μαστού

Ποιες γυναίκες χρειάζονται μαστογραφία και πότε πρέπει να γίνεται μαστογραφικός έλεγχος

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

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

γ. Δεν έχει ακόμη εξακριβωθεί η αξία του μαζικού προσυμπτωματικού μαστογραφικού ελέγχου σε γυναίκες κάτω των 50 ετών. Ωστόσο, αναφέρεται ότι πρέπει να γίνεται τουλάχιστον 1 φορά μεταξύ 35 και 40 ετών⁵, η οποία μπορεί να ανιχνεύσει όγκους μεγέθους 4-5 χιλιοστών πολύ πριν γίνουν αντιληπτοί κλινικά.³⁰

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

ε. Πόσο συχνά πρέπει να γίνεται μαστογραφία σε μια γυναίκα που έχει επιλεγεί για περιοδικό έλεγχο; Αν και δεν υπάρχουν τεκμηριωμένα αποτελέσματα, φαίνεται ότι σε γενικές γραμμές το μικρότερο χρονικό

διάστημα μεταξύ δύο μαστογραφιών είναι ένα έτος. Είναι όμως ενδεχόμενο ο γιατρός, με βάση τον κίνδυνο που διατρέχει η γυναίκα, την ηλικία της κ.λ.π., να βραχύνει το μεσοδιάστημα αυτό.

Κίνδυνοι από την μαστογραφία

Η δόση ακτινοβολίας που δέχεται ο μαστός σε μια ικανοποιητική μαστογραφία έχει περιορισθεί τελευταία σε 0,2-0,3 rad στο δέρμα και σε 0,02-0,03 στο μαστό, ποσότητα ασήμαντη για βλαπτική δράση, ιδιαίτερα όταν γίνεται σε σχετικά μεγάλες γυναίκες. Ο κίνδυνος της ακτινοβολίας από μια ή περισσότερες μαστογραφίες έχει τελευταία αποτελέσει πηγή άγχους για τις γυναίκες και μεγάλης αβεβαιότητας για τους γιατρούς. Σε γενικές γραμμές, όλες οι πειραματικές μελέτες δείχνουν ότι η ιοντίζουσα ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει ΚΜ~ εντούτοις, ο κίνδυνος μειώνεται προοδευτικά με την αύξηση της ηλικίας. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος από επανειλημμένες εκθέσεις υπάρχει στις ηλικίες από 9 -19 ετών, ενώ πάνω από τα 50, πιθανότατα, ο μαστός δεν είναι από πρακτική σκοπιά ευαίσθητος στην ακτινοβολία.

Ο κίνδυνος από μια μόνο μαστογραφία είναι αδύνατου να υπολογισθεί, αλλά κατά πάσαν πιθανότητα είναι πρακτικά ανύπαρκτος, ακόμη και σε γυναίκες κάτω των 30 ετών, ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιείται η μαστογραφία χαμηλής δόσης.

Η μαστογραφία χρησιμοποιείται ευρύτατα σήμερα στα διάφορα κέντρα μαστού. Το πλεονέκτημα της μαστογραφίας χαμηλής δόσης (Low Dose Mammography) κάνει τη μέθοδο πολύ χρήσιμη, γιατί επιτρέπει: (α) τη χρησιμοποίησή της σε νέες κυρίως γυναίκες και (β) επιτρέπει τον περιοδικό προληπτικό έλεγχο, στοιχείο σημαντικό για την έγκαιρη διάγνωση του ΚΜ.⁵

Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα της μαστογραφίας είναι η ικανότητα της να αναδεικνύει καρκίνους μικρότερους του 0,5 εκ, όπως είναι ο minimal breast

cancer σε προκλινικό στάδιο. Άλλο σημαντικό πλεονέκτημα είναι η δυνατότητα απεικόνισης μικροαποπιτανώσεων, οι οποίες πολλές φορές δηλώνουν κακοήθεια.³⁰

Νοσηλευτική φροντίδα

Εκτίμηση - αξιολόγηση προβλημάτων - αναγκών

- α. Ύπαρξη αναπηρίας ή όχι.
- β. Ύπαρξη μεταβολικού νοσήματος ή όχι.
- γ. Αφυδάτωση.
- δ. Πόνος.
- ε. Εμφάνιση άγχους και αγωνίας.
- στ. Ανάγκη, ενημέρωσης και κατατόπισης της ασθενούς.

Σκοποί νοσηλευτικής παρέμβασης - φροντίδας

- α. Ενημέρωση και κατατόπιση της ασθενούς στις διαδικασίες της εξέτασης προς αποφυγή ή ανακούφιση του άγχους και της αγωνίας.
- β Προετοιμασία ψυχολογική – σωματική για την αποδοχή της εξέτασης χωρίς δυσάρεστα επακόλουθα.
- γ. Αναχαίτιση επιβαρυντικών για την πορεία της εξέτασης παραγόντων, όπως πόνου, ανησυχίας, αφυδάτωσης, καθώς και άλλων μεταβολικών νοσημάτων, π.χ. σακχαρώδους διαβήτη.

Η φροντίδα των παραπάνω θα συντελέσει στο να διεξαχθεί με τον καλύτερο δυνατό - τρόπο η εξέταση, χωρίς να δημιουργήσει δυσάρεστα συναισθήματα, καθώς και να βοηθήσει την ασθενή στην ευκολότερη αποδοχή της και στην κατανόηση της τη σπουδαιότητάς της.

Νοσηλευτικές - παρεμβάσεις

α. Ενημερώνεται η ασθενής για τον τόπο και το χρόνο διενέργειας της εξέτασης καθώς και για το σκοπό της.

β. Ενημερώνεται για τον τρόπο διενέργειάς της. Είναι αναιμακτη εξέταση και δεν προκαλεί πόνο.

γ. Σε έντονο άλγος καθώς και στην εμφάνιση έντονου άγχους και αγωνίας χορηγούνται αναλγητικά ή ελαφρά ηρεμιστικά κατόπιν ιατρικής εντολής.

δ. Εκτιμάται ή γενική σωματική κατάσταση της ασθενούς. Σε περίπτωση αναπηρίας, η εξέταση διενεργείται σε καθιστή θέση. Η νοσηλεύτρια μπορεί να συνοδεύσει την ασθενή και να της παρασταθεί κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Η μεταφορά της ασθενούς γίνεται με καρέκλα.

ε. Σε περίπτωση αφυδάτωσης, η νοσηλεύτρια φροντίζει για τη σωστή ενυδάτωση του οργανισμού με τη χορήγηση, κατόπιν ιατρικής εντολής, παρεντερικών διαλυμάτων, με σκοπό την αναχαίτιση ανασταλτικών για τη διενέργεια της εξέτασης παραγόντων και την ευχάριστη διάθεση της ασθενούς.

στ. Αν υπάρχουν άλλα μεταβολικά νοσήματα, π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, φροντίζει για τη χορήγηση ινσουλίνης στην ασθενή και καθορίζει τη διαίτά της, φροντίζει επίσης τέτοιες ασθενείς να μπαίνουν πρώτες στο πρόγραμμα για εξέταση.

ζ. Ενημερώνει και καθησυχάζει τους συγγενείς της ασθενούς και τους επιβεβαιώνει για την ασφάλεια, τους κινδύνους, τα αναμενόμενα αποτελέσματα, την αναγκαιότητα της εξέτασης και τις εξετάσεις που μπορεί να ακολουθήσουν.

Σε περίπτωση που η νοσηλεύτρια ακολουθήσει την ασθενή στο διαγνωστικό εργαστήριο, μπορεί να βοηθήσει στη σωστή τοποθέτηση, σύμφωνα με τις

διάφορες θέσεις, του μαστού στο μαστογράφο με σκοπό τη σωστή διενέργεια της εξέτασης. Οι διάφορες θέσεις, στις οποίες τοποθετείται ο μαστός, είναι.

Κρανιο-ουραία προβολή

α. Τοποθετείται το περιστρεφόμενο βοηθητικό βραχιόνιο σύστημα σε κατακόρυφη θέση, έως ότου ο μαστός στηριχθεί άνετα πάνω στη βάση έτσι, ώστε να μην υπάρχει καθόλου αέρας μεταξύ της βάσης και του μαστού.

β. Η τοποθέτηση, του μαστού πάνω στη βάση γίνεται κατά τέτοιον τρόπο, ώστε να βρίσκεται συμμετρικά προς τη μέση του φιλμ. Ο κορμός της ασθενούς είναι ελαφρά στραμμένος προς την πλευρά του μαστού που εξετάζεται, ενώ το κεφάλι της είναι στραμμένο προς την αντίθετη

γ. Η ασθενής γέρνει ελαφρώς τον κορμό της προς το μέρος του μηχανήματος, πιάνει με το σύστοιχο προς το μαστό που θα εξετασθεί χέρι το βοηθητικό βραχίονα και σπρώχνει το κορμό της προς την πλευρά του μηχανήματος. Η νοσηλεύτρια οφείλει να γνωρίζει ότι σε περίπτωση που η ασθενής έχει κοντά χέρια, η στάση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε τέντωμα των θωρακικών μυών, πράγμα που μπορεί να έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην παρουσίαση του μαστού. Σε αυτή την περίπτωση, είναι καλύτερα να συστήσουμε στην ασθενή να τοποθετήσει το χέρι της στον υποστηρικτή της βάσης.

δ. Κατά τη διάρκεια της λήψης των εικόνων, πρέπει να ληφθεί φροντίδα για να βεβαιωθούμε ότι η ασθενής δεν γέρνει προς τα πίσω. Σε αυτή την περίπτωση, το τμήμα του μαστού, το οποίο είναι συνέχεια του θωρακικού τοιχώματος δεν θα εμφανισθεί στο φιλμ. Για να εμποδίσει τα παραπάνω, η νοσηλεύτρια πρέπει να ασκεί πίεση με το χέρι της στην πλάτη της ασθενούς, σπρώχνοντάς την προς το μηχάνημα, ενώ με το άλλο χέρι, να συμπιέζει το μαστό, χρησιμοποιώντας το μοχλό που ρυθμίζει το συμπιεστικό κώνο.

ε. Η συμπίεση πρέπει να είναι όσο το δυνατόν μεγαλύτερη, γιατί έτσι αυξάνεται η αντίθεση του μαλακού ιστού του μαστού με βελτιωμένη ακρίβεια παρουσίασης. Επίσης, με τη συμπίεση τον μαστού μικραίνει το πάχος του και ελαττώνεται ο βαθμός έκθεσης της ασθενούς στην ακτινοβολία. Όσο μεγαλύτερη είναι η συμπίεση τόσο η εικόνα του μαστού θα είναι καλύτερη. Η ασθενής παρακολουθείται και ερωτάται, αν μπορεί να ανεχθεί μεγαλύτερη συμπίεση.

στ. Πρέπει να λαμβάνεται φροντίδα, ώστε να έχουμε και παρουσίαση της θηλής στο φιλμ, η θηλή δεν πρέπει να επικαλύπτεται από το μαστό.

Ουραιο-κρανιακή προβολή

Ο περιστρεφόμενος βραχίονας τοποθετείται κατά τρόπο, που η βάση να έρχεται σε επίπεδο πάνω από το μαστό. Ο κώνος παίρνει τη θέση που στην προηγούμενη στάση κατείχε η βάση. Πάνω στην κατώτερη επιφάνεια που κώνου έρχεται και τοποθετείται χωρίς δυσκολία ο μαστός. Η συμπίεση επιτυγχάνεται, όπως και στην κρानιο-ουραία προβολή. Η διαδικασία αυτή έχει ως συνέπεια να βρίσκονται οι τυχόν ανωμαλίες πιο κοντά στο φιλμ και με αυτό τον τρόπο να βελτιώνεται η διάγνωση.

Μεσο-πλάγια προβολή

α. Τοποθετείται ο βοηθητικός βραχίονας σε κάθετη θέση και προσαρμόζεται το σύστημα κάθετα προς το σώμα κατά τέτοιο τρόπο, ώστε η πάνω γωνία της βάσης να έρχεται και να τοποθετείται κάτω από τη μασχάλη. Ο βραχίονας της ασθενούς έρχεται και ξεκουράζεται πάνω στο χείλος της βάσης.

β. Η ασθενής γέρνει ελαφρώς προς το μηχάνημα και κρατάει με το χέρι της το βοηθητικό βραχίονα.

γ. Γενικά, λόγω της συμπίεσης που Θέλουμε να εφαρμόσουμε, ο μαστός πρέπει να ανυψώνεται ελαφρώς και να υποστηρίζεται από τη νοσηλεύτρια, έως ότου σταθεροποιηθεί από τον κώνο. Για την ανασήκωση και την υποστήριξη μεγάλων και χαλαρών μαστών χρησιμοποιείται βοηθητική ζώνη, η οποία τοποθετείται μεταξύ του συμπιεστικού κώνου και της βάσης.

δ. Σε αυτή τη θέση πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή, για να είμαστε βέβαιοι ότι η ασθενής δεν οπισθοχωρεί κατά τη συμπίεση. Η δημιουργία αναδίπλωσης του δέρματος του μαστού πρέπει να αποφεύγεται.

Πλάγια-μέση προβολή

Η διαφορά της από τη μεσο-πλάγια είναι ότι εδώ ο περιστρεφόμενος βοηθητικός βραχίονας μετακινείται σε οριζόντια θέση και το σύστημα προσαρμόζεται κάθετα κατά τέτοιον τρόπο, ώστε η άνω πλευρά της βάσης να έρχεται και να τοποθετείται ελαφρώς υψηλότερα από το ανώτερο μέρος του μαστού. Η ασθενής πρέπει να τοποθετείται λίγο λοξά, ώστε το τμήμα του μαστού που έρχεται ως συνέχεια του θωρακικού τοιχώματος να μπορεί να παρουσιάζεται στο φιλμ όσο το δυνατόν καλύτερα.

Μασχαλιαία προβολή

Για την παρουσίαση φυσιολογικών ή παθολογικών αλλαγών στην περιοχή της μασχάλης, απαιτείται ειδικός τύπος κώνου.

α. Από την οριζόντια θέση, ο περιστρεφόμενος βραχίονας τοποθετείται λοξά

β. Η προς εξέταση μασχαλιαία περιοχή τοποθετείται μεταξύ βάσης και κώνου

γ. Η ασθενής πιάνει με το σύστοιχο χέρι το βοηθητικό βραχίονα και σπρώχνει το σώμα της προς τη μεριά του συστήματος

δ. Η συμπίεση που επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση του ειδικού κώνου πρέπει να είναι όσο το δυνατόν μεγαλύτερη, γιατί διαφορετικά η προς εξέταση περιοχή δεν θα αναπαρασταθεί με ακρίβεια.⁵

Ξηρογραφία

Είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο, αντί της φωτογραφικής πλάκας.²⁸

Η ξηρογραφία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την ακτινογράφιση των μαλακών ιστών, όπου η αντίθεση μεταξύ όγκου και των ιστών που τον περιβάλλουν είναι σχετικά μικρή. Επίσης ενδείκνυται για την απεικόνιση αγγείων, παραμορφωμένων φλεβών, ινωδών αναπτύξεων οιστών και αρθρώσεων.⁵

5.3.2. Θερμογραφία

Η θερμογραφία αποτελεί επίσης χρήσιμη εξέταση για τη διάγνωση του ΚΜ. Γίνεται με υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή, η οποία καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθάει έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης. Πολλές παθήσεις του μαστού, είτε καλοήθειες είτε κακοήθειες, συνδέονται με αυξημένη θερμότητα.²⁸ Έτσι, η θερμογραφία δεν είναι απόλυτος δείκτης του ΚΜ αλλά θέτει σε συναγερμό το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την πιθανότητα της νόσου.

Η θερμογραφία είναι τελείως ακίνδυνη, συγκριτικά με την ξηρογραφία και τη μαστογραφία. Μπορεί επίσης σε ορισμένες περιπτώσεις να χρησιμεύσει ως συμπλήρωμα της ξηρομαστογραφίας, όπου η τελευταία είναι αρνητική. Είναι επίσης δυνατόν να χρησιμοποιηθεί α). σε ασθενείς με συμπτώματα, αλλά χωρίς σαφή σημεία καρκίνου και β). στο κλινικό στάδιο του ΚΜ.

Συνθήκες λήψης θερμογραφμάτων

Η νοσηλεύτρια, αφού εφαρμόσει τη νοσηλευτική παρατήρηση και φροντίδα από την προηγούμενη ημέρα (όπως και για τη μαστογραφία), φέρνει την ασθενή στο εξεταστήριο, απελευθερώνει το σώμα από οποιοδήποτε ρούχο από τη μέση και πάνω και την αφήνει στο δωμάτιο, θερμοκρασίας 18-21 ° C, επί 3-15 min. Τα χέρια της ασθενούς τοποθετούνται στην απαγωγή, ώστε να μην έρχονται σε επαφή με το σώμα.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να γνωρίζει τους παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την εικόνα του θερμογραφήματος, και είναι.

- α. Η θερμοκρασία του περιβάλλοντος.
- β. Η σωστή τοποθέτηση της ασθενούς.
- γ. Η σαφήνεια της εικόνας.
- δ. Η αντίθεση των σκιάσεων (contrast).
- ε. Η φωτεινότητα της εικόνας.

Πλεονεκτήματα της θερμογραφίας

α. Η εξέταση είναι εύκολη και αβλαβής. Δεν υπάρχει κίνδυνος από ακτινοβολία

β. Οι ασυμπτωματικές γυναίκες θερμογραφικώς διακρίνονται σε γυναίκες με φυσιολογικό θερμογράφημα και σε γυναίκες με ανώμαλο θερμογράφημα, οι οποίες και υποβάλλονται σε μαστογραφικό έλεγχο. Περιορίζεται έτσι ο αριθμός των μαστογραφιών σε 13 – 36%.

γ. Το θερμογράφημα παραμένει σταθερό σε κάθε γυναίκα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για σύγκριση στο μέλλον.

δ. Μπορεί να επαναλαμβάνεται συχνά και ανεξάρτητα από την ηλικία της ασθενούς. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στις καλοήθειες παθήσεις του μαστού που

απαιτούν συχνή επανάληψη των εξετάσεων και στους έντονα δυσπλαστικούς μαστούς που δεν προσφέρονται για ξηρογραφικό έλεγχο.

ε. Το θερμογράφημα μπορεί να είναι ανώμαλο σε περιπτώσεις που η μαστογραφία είναι αρνητική και όμως υπάρχει καρκίνος.

στ. Εκτός από τη διαγνωστική φαίνεται πως έχει και προγνωστική σημασία, γιατί οι θερμότεροι όγκοι έχουν πιο γρήγορη εξέλιξη.

Μειονεκτήματα της θερμογραφίας

α. Όλοι οι καρκίνοι δεν είναι θερμοί. Τα ψευδώς αρνητικά θερμογραφήματα ανέρχονται σε 14 – 40% σε προκλινικούς καρκίνους.

β. Όλες οι καλοήθεις παθήσεις των μαστών μπορεί να δώσουν ανώμαλο θερμογράφημα και σε αυτό οφείλεται και το μεγάλο ποσοστό των ψευδώς θετικών θερμογραφημάτων.

γ. Μπορεί να προκαλέσει άγχος και υστερία σε γυναίκες λόγω των ψευδώς θετικών ευρημάτων, όπως μπορεί να προκαλέσει και κακό, παρέχοντας αισθήματα ασφάλειας σε ασθενείς με ΚΜ, λόγω του επίσης μεγάλου αριθμού ψευδώς αρνητικών ερημάτων.

δ. Δεν υπάρχει πάντοτε τοπογραφική αντιστοιχία του καρκίνου με τη θέση της ανωμαλίας στο θερμογράφημα.

Η θερμογραφία πρέπει να συνδυάζεται πάντοτε με κλινική εξέταση και τα ανώμαλα θερμογραφήματα να συμπληρώνονται με μαστογραφία.

5.3.3. Υπερηχογραφία

Η υπερηχογραφία είναι μία εξέταση, κατά την οποία ένας πομπός υπερήχων κινείται πάνω από την περιοχή του μαστού και εκπέμπει ηχητικά κύματα υψηλής συχνότητας, τα οποία μεταδίδονται μέσα στο μαστό και αντανακλώνται, όταν βρουν εμπόδιο. Χρησιμοποιούνται για την υπόδειξη

ανωμαλιών, όπως κύστεων, όγκων κ.λ.π.. Στο μαστό η υπερηχογραφία είναι χρήσιμη για τη διάκριση μεταξύ κυστικών και συμπαγών όγκων και προσδιορίζει τη φύση (καλοήθεια – κακοήθεια) μιας συμπαγούς μάζας.

5.3.4. Υπολογιστική τομογραφία

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

5.3.5. Διαφανοσκόπηση

Χρησιμοποιείται μικρή λυχνία με ορατό φως προς το υπέρυθρο φως και έχουμε τη δυνατότητα να βλέπουμε άμεσα το διαφανοσκοπούμενο μαστό, αλλά και η εικόνα διαμέσου ηλεκτρονικού υπολογιστή μεταφέρεται σε οθόνη τηλεόρασης και απεικονίζεται σε ειδικά φωτογραφικά φιλμ, ευαίσθητα στην υπέρυθη ακτινοβολία.

Η διαφανοσκόπηση του μαστού εξαρτάται από το λίπος και γενικά από την οπτική σύνθεση του δέρματος και του μαζικού αδένου, από την παρουσία κύστεων, αδενωμάτων και νεοπλασιών.

Τόσο οι καλοήθειες όσο και οι κακοήθειες παθήσεις του μαστού δίνουν διαφορετικά χρώματα στη διαφανοσκόπηση και κάνουν ορατές τις ανωμαλίες των φλεβών. Στις μαστοπάθειες, κυριαρχεί το ερυθρό χρώμα. Τα ιναδενώματα έχουν καφετί ή βαθύ ερυθρό χρώμα με σαφή όρια, ενώ οι καρκίνοι έχουν χρώμα από καφέ βαθύ γκριζο, συχνά με ορατές αγγειακές ανωμαλίες.

Η διαγνωστική της ακρίβειας αναφέρεται ότι φθάνει το 76%.

5.3.6. Έκκριμα θηλής και κυτταρολογική εξέταση

Αν και είναι δυνατόν να παρουσιασθεί έκκριμα από τη θηλή σε φυσιολογικούς μαστούς, σε πολλές περιπτώσεις το φαινόμενο αυτό αποτελεί ενδεικτικό ότι νοσεί ο αδένας.

Τα σημαντικά χαρακτηριστικά του εκκριμάτος καθώς και ορισμένοι άλλοι παράγοντες που πρέπει να αξιολογούνται από το ιστορικό και τη φυσική εξέταση, είναι τα ακόλουθα:

- α. Η φύση του εκκριμάτος (ορώδες, αιματηρό είτε οτιδήποτε άλλο).
- β. Συσχέτιση με την παρουσία μάζας στο μαστό.
- γ. Ίτερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη.
- δ. Έκκριση από έναν είτε από περισσότερους πόρους.
- ε. Αυτόματη έκκριση (συνεχής ή διακεκομμένη, είτε έκκριση μετά από συμπίεση).
- στ. Η έκκριση προκαλείται μετά από εφαρμογή πίεσης σε ένα σημείο είτε μετά από εφαρμογή πίεσης σε ολόκληρο το μαστό.
- ζ. Συσχέτιση με την εμμηνορροσία.
- η. Προεμμηνοπαυσιακή ή μετεμμηνοπαυσιακή.
- θ. Αν η ασθενής λαμβάνει αντισυλληπτικά δισκία ή οιστρογόνα για μετεμμηνοπαυσιακά συμπτώματα.

Φυσιολογικό έκκριμα παρουσιάζεται ως επί το πλείστον αμφοτεροπλευρώς και η σύστασή του έχει τη χροιά και τη σύσταση γάλακτος ή ορώδους υγρού, η καλλιέργεια και η κυτταρολογική εξέταση αποβαίνουν αρνητικές. Τέτοια έκκριση παρατηρείται συνήθως σε γυναίκες, οι οποίες κυφορούν, κάνουν ορμονοθεραπεία, παρουσιάζουν χρόνια κυστική νόσο ή, τέλος, σε γυναίκες, οι

οποίες επί μήνες ή χρόνια μετά το τέλος της γαλουχίας εξακολουθούν κατά περιόδους να αποβάλλουν ελάχιστη ποσότητα εκκρίματός από τις θηλές.

Το παθολογικό έκκριμα εμφανίζεται ετεροπλεύρως και διακρίνεται σε φλεγμονώδες και σε νεοπλασματικό. Το πρώτο οφείλεται σε λοίμωξη και φλεγμονή των εκφορητικών γαλακτοφόρων πόρων της θηλής, εμφανίζει πράσινη χροιά, η καλλιέργειά του αποβαίνει θετική και η κυτταρολογική εξέταση αρνητική. Το δεύτερο (νεοπλασματικό) έχει χροιά ορροϊνώδη ή καθαρά αιμορραγική και οφείλεται σε πολλές περιπτώσεις σε ενδοσωληνώδες θήλωμα, η κυτταρολογική εξέταση είναι αρνητική για καρκινωμάτωδη κύτταρα, ενώ σε έκκριμα οφειλόμενα σε κακοήγη νεοπλασία η κυτταρολογική εξέταση αποβαίνει θετική ή ύποπτη.

Κακοήγη νεοπλάσματα που μπορεί να προκαλέσουν έκκριμα από τη θηλή είναι το ενδοσωληνώδες καρκίνωμα, ή νόσος τού Paget το ενδοσωληνώδες θήλωμα ή, τέλος, οποιαδήποτε μορφή καρκινώματος, η οποία μπορεί να προκαλέσει έκκριση, αφού διαβρώσει γαλακτοφόρο πόρο.

5.3.7. Παρακέντηση όγκων του μαστού

Η κυτταρολογική εξέταση υλικού που έχει ληφθεί αποτελεί γενικά αποδεκτή προεγχειρητική μέθοδο, για τη διάγνωση των αλλοιώσεων του μαστού.

Η σωστή κυτταρολογική διάγνωση επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως ο σωστός τρόπος λήψης, ο τύπος του νεοπλάσματος, ψευδώς αρνητικές απαντήσεις σε σκίρρο καρκίνο ή ψευδώς θετικές απαντήσεις σε μαστοπάθεια και ινοαδένωμα κ.λ.π. Γι' αυτό το σκοπό, η κυτταρολογική μελέτη της μορφολογίας υλικού που έχει ληφθεί με παρακέντηση σε σχέση με την ιστολογική εικόνα είναι πολύ σημαντική για την ορθή διάγνωση.

Παρακέντηση και μετεμφύτευση κακοήθων κυττάρων: ένα πρόβλημα, που απασχόλησε πολύ κλινικούς και εργαστηριακούς, είναι η πιθανότητα μετεμφύτευσης κακοήθων κυττάρων κατά μήκος της διόδου της βελόνας στον όγκο. Αν και θεωρητικώς δεν είναι απίθανο, με τη χρήση βελόνας 18 – 22 G, δεν αναφέρεται ανάπτυξη όγκου από τοπική εμφύτευση κακοήθων κυττάρων στη διεθνή βιβλιογραφία.

Πλεονεκτήματα

α. Άμεση προεγχειρητική διάγνωση για την καλύτερη ψυχολογική και εγχειρητική προετοιμασία της ασθενούς.

β. Προκαταρκτική δειγματοληψία κυτταρικού όγκου από ασαφή μάζα πολλαπλά οζίδια ή παχύνσεως του μαστού.

γ. Διαχωρισμός συμπαγούς από κυστικό όγκο και θεραπευτική εικένωση του υγρού της κύστης.

δ. Απαλλαγή ιδιαίτερα ανήσυχων ασθενών από το άγχος σε περίπτωση κυστικών ή καλοήθων αλλοιώσεων.

ε. Μείωση του χρόνου ενδοноσοκομειακής νοσηλείας με επακόλουθο την αποσυμφόρηση του χειρουργείου, προς όφελος άμεσης προτεραιότητας ασθενών.

στ. Διαχωρισμός μαστίτιδας από φλεγμαίνοντα καρκίνο.

ζ. Σε νόσο του Paget στη θηλή, διάγνωση πιθανού υποκείμενου καρκίνου.

5.3.8. Βιολογικοί δείκτες

Για την ώρα, δεν υπάρχουν παθολογικοί βιολογικοί δείκτες, δηλαδή ουσίες που ανιχνεύόμενες να προδίδουν την ύπαρξη καρκίνου του μαστού, πριν γίνει κλινικώς αντιληπτός. Ορισμένες όμως ουσίες, όπως το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA), η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών

αιμοσφαιρίων, οι υποδοχείς οιστρογόνων ή συνηθέστερα συνδυασμός τους, αποτελούν αρκετά αξιόπιστους προγνωστικούς δείκτες.⁵

5.3.9. Φλεβογραφία

Με 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 των φλεβών αυτών και ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας είναι 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.²⁸

5.3.10. Μαστομετρία

Γίνεται με μανόμετρα που τοποθετούνται κάτω από το μαστό και καταγράφουν τη θερμοκρασία του.

5.3.11. Γαλακτοφορογραφία

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 αυτή γίνεται, όταν υπάρχει εκροή υγρού από τη θηλή και γίνεται, αφού προηγηθεί κυτταρολογική εξέταση υγρού.⁵

5.3.12. Σπινθηρογραφία

Με την εξέταση αυτή ανακαλύπτονται οι οστικές αλλοιώσεις πολλούς μήνες, πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά. Είναι πιο ευαίσθητη από ότι ο ακτινολογικός έλεγχος και δίνει πολύ καλή απεικόνιση του αριθμού και των θέσεων των μεταστάσεων.²⁸

5.3.13. Πνευμονομαστογραφία

Γίνεται με εμφύσηση ποσότητας αέρα ή αερίων στο μαστό, για να δημιουργηθεί υποδόριο εμφύσημα. Η μέθοδος χρησιμοποιείται κυρίως για να διαπιστώσουμε αν ο όγκος είναι προσκολλημένος πάνω στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα έπειτα από διήθηση.⁵

5.3.14. Ακτινολογικός έλεγχος

Ακτινολογικός έλεγχος πνεύμονος και μεσοθωράκιου για τον αποκλεισμό μεταστάσεων.²⁸

5.3.15. Τρυπανοβιοψία

Η βιοψία δια τρυπανισμού είναι απλή, γρήγορη, αναίμακτη και σε υψηλό βαθμό ακριβής μέθοδος για την ιστολογική διάγνωση όγκων του μαστού, σε ταχεία ή κανονική ιστολογική εξέταση και ακόμη για τη μέτρηση οιστρογονικών υποδοχέων, ιδίως σε ανεγχειρητα νεοπλάσματα. Μπορεί να διενεργηθεί ακόμη και στο εξωτερικό ιατρείο.

Στις χειρουργικές περιπτώσεις, μειώνει το χρόνο νάρκωσης και αποφεύγονται τα μειονεκτήματα της ανοικτής βιοψίας.

Δεν μπορούμε να στηριχθούμε στο αρνητικό αποτέλεσμα, η αποδοτικότητα της μεθόδου είναι μικρή σε μικρούς όγκους και μάλιστα στο βάθος μεγάλων μαστών, όπως επίσης σε ορισμένους τύπους νεοπλασμάτων, τα οποία συνήθως δίνουν μαστογραφική εικόνα του περιγραμμένου νεοπλάσματος.

Σοβαρές επιπλοκές δεν έχουν παρατηρηθεί. Ως προς το θέμα του κινδύνου της διασποράς από τη μέθοδο πιστεύεται ότι δεν ενέχει κινδύνους μεγαλύτερους από οποιονδήποτε άλλο τρόπο βιοψίας.

Η μέθοδος της τρυπανοβιοψίας υπερέχει σαφώς της λήψης υλικού από τον όγκο με σύριγγα, για κυτταρολογική εξέταση, η οποία δίνει υψηλό ποσοστό ψεύδους θετικών αποτελεσμάτων.

5.3.16. Βιοψία

Η βιοψία είναι τύπος χειρουργικής διαγνωστικής διαδικασίας. Τρεις μέθοδοι βιοψίας του μαστικού αδένου έχουν περιγραφεί:

α. Η βιοψία με αναρρόφηση ή παρακέντηση, χρησιμοποιείται βελόνα NO 17 – 18 προσαρμοσμένη σε σύριγγα 20 - 50 cm που εισάγεται μέσα στο νεόπλασμα και αναρροφά υλικό.

β. Η βιοψία με ολική εκτομή, δηλαδή η αφαίρεση του ογκιδίου που έχει διαγνωσθεί κλινικώς. Με τον τρόπο αυτόν, πολλά φλεβικά και λεμφαγγειακά στελέχη τέμνονται και υπάρχουν κίνδυνοι διασποράς καρκινικών κυττάρων.

γ. Βιοψία με τομή, δηλαδή η εξαίρεση μικρού σφηνοειδούς τεμαχίου από τον όγκο.

Η χειρουργική αυτή παρέμβαση χρειάζεται για την εντόπιση του καρκίνου, για την επιβεβαίωση της διάγνωσης ή του καθορισμού της έκτασης του καρκίνου. Κατά την περίοδο αυτή της διαγνωστικής διαδικασίας, η ασθενής και η οικογένειάς της καταβάλλονται από άγχος και φόβο για την πορεία της εξέτασης.

Η νοσηλευτική φροντίδα σε αυτή τη φάση δίνει έμφαση στην κατάλληλη διδασκαλία, στην άνεση, στην ακριβή προετοιμασία και στην ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς, της οικογένειάς της και του φιλικού περιβάλλοντος.

Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας

Υπάρχουν οκτώ σημαντικά στοιχεία, τα οποία η νοσηλεύτρια ενσωματώνει στο σχεδιασμό της φροντίδας:

α. Η προγραμματισμένη εγχείρηση και ο σκοπός των διαδικασιών που έχουν περιληφθεί στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας.

β. Η νοσηλεύτρια πρέπει να φροντίσει για τη διενέργεια όλων των αιματολογικών, ουρολογικών, ακτινολογικών εξετάσεων και του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, την παραλαβή των αποτελεσμάτων, την αξιολόγηση και την καταγραφή τους. Μη φυσιολογικές τιμές αποτελεσμάτων αναφέρονται εγκαίρως στο γιατρό.

γ. Η ασθενής πρέπει να υπογράψει δήλωση αποδοχής της χειρουργικής διαδικασίας. Ο γιατρός που θα διενεργήσει τη βιοψία είναι υπεύθυνος για τη λήψη από την ασθενή της δήλωσης αποδοχής. Η νοσηλεύτρια οφείλει να ελέγξει τη δήλωση και να καταγράψει στο διάγραμμα την προεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή.

δ. Επίσκεψη του αναισθησιολόγου πριν από τη διενέργεια της βιοψίας, ώστε η ασθενής να μπορέσει να συζητήσει τον τύπο της αναισθησίας και να διατυπώσει ερωτήσεις. Είναι σημαντικό η νοσηλεύτρια να γνωρίζει την ακολουθούμενη διαδικασία, ώστε να συμπληρώνει κατάλληλα τις πληροφορίες που ο αναισθησιολόγος θα δώσει στην ασθενή. Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της γενικής αναισθησίας και να είναι προετοιμασμένη να απαντήσει σε όποιες πρόσθετες ερωτήσεις της ασθενούς.

ε. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τον καθορισμό του εντέρου της ασθενούς (το προηγούμενο βράδυ και το πρωί της εξέτασης γίνεται κλύσμα) και καθορίζει τη διαίτά της (υδρική).

στ. Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει το ιστορικό της ασθενούς, όπως διαβήτη, καρδιολογικά προβλήματα και πρόσφατη φαρμακευτική αγωγή.

ζ. Η νοσηλεύτρια οφείλει να γνωρίζει την εμφάνιση προηγούμενης ή πρόσφατης φαρμακευτικής αλλεργίας. Κατά τη λήψη του νοσηλευτικού

ιστορικού, ρωτά για προηγούμενη αντίδραση σε συγκεκριμένο φάρμακο και το είδος της αντίδρασης, όπως ναυτία, εμετό, ρινίτιδα κ.λ.π.

η. Η νοσηλεύτρια οφείλει να γνωρίζει το σκοπό, την πιθανή φαρμακευτική αλληλεπίδραση και τη δράση κάθε προεγχειρητικής φαρμακευτικής αγωγής που συνίσταται, όπως χορήγηση μορφίνης, ατροπίνης, διαζεπάμης (Valium) κ.λ.π. Η νοσηλεύτρια χορηγεί με ακρίβεια τα φάρμακα, για να εξασφαλίσει τα επιθυμητά καταπραϋντικά αποτελέσματα, να διατηρήσει την ασφάλεια της ασθενούς και να παρακολουθήσει τυχόν ανεπιθύμητες αντιδράσεις πριν η ασθενής εισαχθεί στο χειρουργείο.

Προεγχειρητική διαδικασία

Η νοσηλεύτρια παρέχει συναισθηματική-ψυχολογική υποστήριξη και προεγχειρητική διδασκαλία στην ασθενή και στην οικογένειά της κατά τη 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 επερχόμενη εγχείρηση.

Σε πολλές περιπτώσεις, παρέχονται στην ασθενή διδακτικά βοηθήματα. φυλλάδια είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν, καθώς επίσης και κλειστό σύστημα τηλεόρασης για τη διενέργεια του προγράμματος διδασκαλίας. Η νοσηλεύτρια για τη διδασκαλία της ασθενούς μπορεί να χρησιμοποιήσει διαφάνειες και ταινίες. Οφείλει επίσης να χρησιμοποιήσει οποιοδήποτε άλλο διαθέσιμο μέσο της επιτρέπεται, για να πετύχει την όσο το δυνατόν πληρέστερη ενημέρωση και διδασκαλία της ασθενούς και της οικογένειάς της.

Σχεδιασμός της διδασκαλίας

Η νοσηλεύτρια πρέπει να εκτιμήσει την υπάρχουσα γνώση της ασθενούς για την ακολουθούμενη διαδικασία από τυχόν προηγηθείσα βιοψία. Μετά από συζήτηση με την ασθενή, προσδιορίζει την αντίληψη της για την τοπική και τη

γενική αναισθησία. Επιδεικνύει τεχνικές παραγωγικού βήχα, βαθιάς αναπνοής και ειδικών αναπνευστικών ασκήσεων και βάζει την ασθενή να επαναλάβει τις ασκήσεις.

Καθοδήγηση της ασθενούς

Πριν από την εγχείρηση

1. Μετά την εγχείρηση, πρέπει να βήχεις για την αποβολή των εκκρίσεων και να αναπνέει βαθιά για την έκπτυξη των πνευμόνων, πράγματα τα οποία είναι ζωτικής σημασίας, μια και υποβλήθηκε σε αναισθησία.

α. Βήξιμο: για να βήχεις σωστά, πάρε βαθιά αναπνοή βήξε, χρησιμοποιώντας τους κοιλιακούς μυς.

β. Διαφραγματική αναπνοή: Τοποθέτησε το χέρι σου πάνω στο στομάχι σου και εξέπνευσε με το στόμα. Θα αισθανθείς το στομάχι σου σφιγμένο. Να εισπνεύσεις χαλαρώνοντας το στομάχι σου και αφήνοντάς το μαζί με το χέρι σου να ανυψωθούν. Κρότησε το επάνω μέρος του θώρακα ακίνητο. Κατόπιν, να εκπνεύσεις.

γ. Πλάγια ετερόπλευρη αναπνοή. Ξαπλωμένη ή καθιστή τοποθέτησε το χέρι σου στις πλευρές. Πίεσε τις πλευρές, εκπνέοντας ταυτόχρονα. Να εισπνεύσεις απελευθερώνοντας τις πλευρές από την πίεση.

2. Ίσως σου δώσουν ένα υπνωτικό χάπι το οποίο θα βοηθήσει να κοιμηθείς καλά. Επειδή όμως το υπνωτικό θα επιφέρει χαλάρωση και αδυναμία θα ανυψώσει η νοσηλεύτρια τα προστατευτικά σίδερα τον κρεβατιού σου (το προηγούμενο βράδυ της εγχείρησης).

3. Μετά τα μεσάνυχτα θα ήταν καλύτερα να μην έτρωγες και να μην έπινες τίποτα (συμπεριλαμβανομένου του νερού).

4. Επειδή δεν θα τρως και δεν θα πίνεις τίποτα, θα τοποθετηθεί ορός, είτε στο δωμάτιό σου το βράδυ πριν την εγχείρηση είτε στο χειρουργείο το πρωί.

5. Ως προληπτικό μέτρο για την αποφυγή μόλυνσης, η περιοχή του σώματος (ο μαστός) όπου θα γίνει η τομή για τη βιοψία πρέπει να καθαριστεί καλά. Γι' αυτό, θα σου ζητηθεί να κάνεις ντουζ με ειδικό σαπούνι πριν από την εγχείρηση.

Το πρωί της εγχείρησης

1. Η νοσηλεύτρια θα σε ξυπνήσει νωρίς, για να σου δώσει χρόνο να πλυθείς και να προετοιμασθείς.

2. Η νοσηλεύτρια θα πάρει τη θερμοκρασία σου και την πίεση σου και θα, παρακολουθήσει το σφυγμό και την αναπνοή σου.

3. Θα σου ζητηθεί να απομακρύνεις τεχνητή οδοντοστοιχία, φακούς επαφής ή οποιοδήποτε άλλο πρόσθετο αντικείμενο.

4. Δακτυλίδια, κοσμήματα, χρήματα, πιστωτικές κάρτες ή άλλα πολύτιμα αντικείμενα θα δοθούν στους συγγενείς σου ή στη νοσηλεύτρια για να τα φυλάξει.

5. Θα φορέσεις ποδιά χειρουργείου.

6. Αμέσως πριν φύγεις για το χειρουργείο, πρέπει να ουρήσεις.

7. Κατόπιν, η νοσηλεύτρια θα σου δώσει τα φάρμακα που πρέπει. Μετά θα παραμείνεις στο κρεβάτι. Θα αρχίσεις να αισθάνεσαι νυσταγμένη. Ενόσω το σώμα σου θα ηρεμεί, θα αρχίσεις να αισθάνεσαι ξηρότητα στο στόμα.

8. Στο χειρουργείο θα μεταφερθείς με φορείο, συνοδευόμενη από το φάκελό σου.

9. Κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, η οικογένειά σου και οι φίλοι σου μπορούν να σε περιμένουν στο δωμάτιο αναμονής.

10. Αφού τελειώσει η εγχείρηση, θα μεταφερθείς στο δωμάτιο ανανήφειας μέχρι να συνέλθεις εντελώς.

Μετά την εγχείρηση

1. Αφού γυρίσεις στο θάλαμο νοσηλείας, η νοσηλεύτρια θα ελέγχει συχνά την αρτηριακή πίεση, το σφυγμό και την αναπνοή σου.

2. Η νοσηλεύτρια θα επιμένει να γυρίζεις από πλευρά σε πλευρά, να βήχεις και να αναπνέεις βαθιά.

3. Αρχικά, δεν θα σου επιτραπεί να σηκώνεσαι από το κρεβάτι, εκτός αν υποβαστάζεσαι από τη νοσηλεύτρια.

4. Πόνος. Ελαφρός πόνος στην περιοχή της τομής είναι συνηθισμένος, αλλά υπάρχουν τρόποι για την αντιμετώπισή του και για απαλλαγή της ασθενούς από το δυσάρεστο αυτό συναίσθημα:

α. Χορηγούνται αναλγητικά κατόπιν ιατρικής εντολής.

β. Συνιστάται στην ασθενή να φοράει υποστηρικτικό στηθόδεσμο όλο το 24ωρο.

γ. Ενημερώνεται η ασθενής για μερικές ημέρες να αποφεύγει απότομες και βαριές κινήσεις (σήκωμα, σπρώξιμο) με το χέρι της σύστοιχης με τη βιοψία πλευράς.

δ. Αποφεύγονται οι πολύ χαμηλές θερμοκρασίες, οι οποίες προκαλούν σύσπαση των θηλών και τράβηγμα των τραυμάτων.

5. Εμφάνιση του μαστού. Ενημερώνεται η ασθενής ότι αρχικά ίσως απογοητευθεί από τη θέα του μαστού της αμέσως μετά την εγχείρηση, αλλά σε μερικούς μήνες θα γίνει καλύτερα.

- α. Γύρω από την τομή θα σχηματισθεί μια μελανιασμένη περιοχή. Αυτή εν συνεχεία θα γίνει γαλαζωπή πράσινη και θα εξαφανισθεί περίπου σε 3 εβδομάδες.
- β. Θα παρατηρηθεί στην εγχειρισμένη περιοχή ανομοιομορφία του δέρματος και της μάζας του μαστού σαν να έχει «ξεφουσκώσει». Σε έξι περίπου εβδομάδες, λιπώδης ιστός θα αναπτυχθεί και θα γεμίσει την περιοχή με αποτέλεσμα το μέγεθος και το σχήμα του μαστού να πάρουν τη φυσιολογική τους μορφή.
- γ. Η θηλή είναι δυνατόν να τραβηχθεί προς μια πλευρά, αλλά θα επιστρέψει στην κανονική της θέση σε έναν ή δύο μήνες.
- δ. Τα ράμματα της τομής θα αφαιρεθούν μια περίπου εβδομάδα μετά την εγχείρηση.
6. Η περιοχή γύρω από την τομή, είναι δυνατόν να είναι μούδιασμένη. Η αισθητικότητα του μαστού θα επαναποκτηθεί μετά από 2 περίπου μήνες.
7. Η περιοχή της τομής πρέπει να εξετάζεται συχνά:
- α. Είναι δυνατόν να παρατηρηθεί ελαφρά ερυθρότητα και φλεγμονή κατά μήκος της τομής ή λίγη έκκριση υγρού. Τα παραπάνω είναι φυσιολογικά. Αν όμως τα συμπτώματα αυτά γίνουν πιο έντονα ή παρατηρηθεί αιματηρή έκκριση, πρέπει να ενημερωθεί ο γιατρός.
- β. Η ουλή αρχικά έχει ερυθρό χρώμα, αλλά σταδιακά θα αποκατασταθεί το φυσιολογικό χρώμα.
8. Στο μέλλον: Η ασθενής συμβουλεύεται να πραγματοποιεί κάθε μήνα αυτοεξέταση του μαστού. Αν παρατηρήσει κάποιον όγκο, θα πρέπει να φροντίσει γι περαιτέρω διερεύνηση.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1. Θεραπευτικές μέθοδοι – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στον καρκίνο του μαστού

Η θεραπεία του ΚΜ διακρίνεται σε συντηρητική και σε χειρουργική. Τη συντηρητική θεραπεία αποτελούν η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία ενώ τη χειρουργική οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις στο μαστό καθώς και η ορμονοθεραπεία, η οποία περιλαμβάνει και στοιχεία συντηρητικής παρέμβασης (π.χ. χορήγηση ορμονών).

Ποτέ δεν δικαιολογείται η επιλογή και η εφαρμογή μιας θεραπείας χωρίς κυτταρολογική ή ιστολογική επιβεβαίωση της νόσου. Οι εξετάσεις αυτές θα δώσουν πληροφορίες για τον καθορισμό όχι μόνο του είδους, αλλά και του τρόπου της θεραπείας. Κάθε θεραπευτική μέθοδος έχει καθορισμένες ενδείξεις είτε ως μόνη θεραπεία είτε σε συνδυασμό με άλλες, ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο, το βαθμό διαφοροποίησης, την έκταση της νόσου, την ηλικία και την υγεία του ατόμου.

6.1.1. Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μία από τις πιο πρόσφατες μεθόδους θεραπείας του ΚΜ. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν θα θεραπευτούν το νεόπλασμα, όμως επιβραδύνουν την εξέλιξή του και περιορίζουν τις διαστάσεις του.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι κυτταροτοξικά, δηλαδή δηλητηριάζουν τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση τους δεν περιορίζεται στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή.

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

- α. Από τη μορφή και την ακριβή εντόπιση της νόσου
- β. Από το στάδιο εξέλιξης της νόσου
- γ. Από την κατάσταση της ασθενούς
- δ. Από το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας
- ε. Από τις συνήθειες και την πείρα των γιατρών
- στ. Από την τακτική που εφαρμόζει το νοσοκομείο

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού διακρίνεται σε δύο βασικές κατηγορίες: (α) Σε εκείνη που σκοπεύει να συμπληρώσει τη θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου, δηλαδή τη χειρουργική και (β) σε εκείνη που αφορά στην αντιμετώπιση ήδη διαπιστωμένων μεταστάσεων.

6.1.2. Προφυλακτική χημειοθεραπεία

Ως ΠΧ εννοούμε τη χορήγηση κυττατοστατικών φαρμάκων, μετά την αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας, με σκοπό την καταστροφή των μη ορατών –αλλά υπαρκτών- μικρομεταστάσεων με επιδιωκόμενο αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού ίασης.

Από πρακτική άποψη, τρία είναι τα κριτήρια που προσδιορίζουν την εφαρμογή ΠΧ συμπληρωματικής προς τη μαστεκτομή.

α. Η ικανότητα πρόβλεψης με υψηλό ποσοστό ακρίβειας των ασθενών εκείνων που έχουν μικρομεταστάσεις.

Προγνωστικά σημεία του κριτηρίου αυτού είναι:

- i) Μέγεθος του όγκου με όριο τα 2 cm.
- ii) Διήθηση λεμφαδενών.
- iii) Εντόπιση του όγκου.

iv) Ορμονοϋποδοχείς με την έννοια ότι στις περιπτώσεις με θετικούς υποδοχείς προγεστερόνης η πρόγνωση είναι ευνοϊκότερη, ενώ αντιστρόφως στις περιπτώσεις με αρνητικούς υποδοχείς (οιστρογόνων και προγεστερόνης) η τάση για ταχεία εξέλιξη της νόσου είναι πολύ εντονότερη και συγχρόνως δεν υπάρχει πιθανότητα να ανταποκριθούν οι ασθενείς σε οποιαδήποτε μορφή ενδοκρινικής αγωγής

v) Τιμή του CEA στο πλάσμα

β. Η δυνατότητα επιλογής αποτελεσματικών θεραπευτικών μέσων για την εξουδετέρωση των μικρομεταστάσεων.

γ. Η δυνατότητα επίτευξης των στόχων της ΠΧ χωρίς υπέρμετρες, οξείες ή χρόνιες τοξικές επιδράσεις.

6.1.3. Χημειοθεραπεία γενικευμένου ΚΜ

Ως γενικευμένο ΚΜ εννοούμε τον καρκίνο που βρίσκεται στο στάδιο IV, όπου έχουμε απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η χημειοθεραπεία άρχισε να εφαρμόζεται στο 2^ο Παγκόσμιο πόλεμο και είναι προϊόν πολεμικών ερευνών. Ο αζωθυπερίτης είναι ένα από τα πρώτα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν στον καρκίνο του μαστού ειδικά.

Κατηγορίες χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Σήμερα, τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται στις εξής κατηγορίες:

α. Αλκυλιούντες παράγοντες: Τέτοια φάρμακα είναι:

Κυκλοφωσφαμίδη (Cytosan, Endoxan)

Μεχλωραιθαμίνη (Mustargen)

β. Αντιμεταβολίτες: Τέτοια φάρμακα είναι:

5-φλουορουρακίλη (Fluorouracil)

Μεθοτρεξάτη (Methotrexate)

γ. Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης: Τέτοια είναι:

Βινμπλαστίνη (Velbe)

Θεική βινκριστίνη (Oncovin)

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

Υδροχλωρική δοξορουμπικίνη ή αδριαμυκίνη (Adriblastina)

Κρυσταλλική μιτομυκίνη (Mitomycin-C)

Μπλεομυκίνη (Blisocin)

ε. Ορμόνες: Χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του καρκίνου, επειδή πιστεύεται πως η ανάπτυξη τους έχει σχέση με την αλλαγή του ορμονικού περιβάλλοντος του οργανισμού. Τέτοιες είναι:

6.1.4. Αντιοιστρογόνα (Ταμοξιφαίνη).

Μετά την αφαίρεση καρκίνου από το μαστό, η θεραπεία που ακολουθείται συνήθως είναι η χημειοθεραπεία με ταυτόχρονη χορήγηση tamoxifen (εμποδίζει την ανάπτυξη του καρκίνου του στήθους, μπλοκάροντας οιστρογόνα). Σήμερα, όμως, ύστερα από έρευνα οχτώ χρόνων, οι ερευνητές του Ιατρικού Κέντρου του Πανεπιστημίου του Loyola καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι εάν το tamoxifen χορηγείται μετά τη χημειοθεραπεία, τότε οι πιθανότητες να επανεμφανιστεί στο καρκίνος στο στήθος είναι πολύ μικρές.⁵

Στην έρευνα συμμετείχαν 1477 γυναίκες, οι οποίες βρίσκονταν μετά την εμμηνόπαυση και είχαν καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο. Στην πρώτη έκαναν χημειοθεραπεία και χορήγησαν tamoxifen ταυτόχρονα, στη δεύτερη έκαναν πρώτα χημειοθεραπεία και μετά έδωσαν tamoxifen και την τρίτη μόνο tamoxifen. Και βρήκαν ότι, σε σχέση με τις άλλες δύο, η δεύτερη ομάδα είχε

18% περισσότερες πιθανότητες να μην αναπτύξει καρκίνο του μαστού στη συνέχεια «πράγμα που δείχνει ότι είναι πολύ σημαντικό να ξεκινήσει η χορήγηση tamoxifen μετά τη χημειοθεραπεία», υποστηρίζουν οι ερευνητές.
31,32,33,34

- Οιστρογόνα
- Ανδρογόνα ⁵

6.1.5. Τρόποι χορήγησης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

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

- Ενδοφλεβίως – ενδοαρτηριακώς (με έγχυση ή με απευθείας χορήγηση – bolus)
- Ενδομυϊκώς
- Ενδοκοιλιακώς (π.χ. ενδοϋπεζωκοτική)
- Υποδορίως
- Από το στόμα

Τοπικώς (Γόποθετείται ειδικός καθετήρας στη μαστική αρτηρία, διά του οποίου γίνεται η έγχυση των φαρμάκων κατά διαστήματα. Γίνεται σε περιπτώσεις που δεν ενδείκνυται μαστεκτομή τοπικής κατάστασης και της παρουσίας μεταστάσεων.³⁵

6.1.6. Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή χημειοθεραπείας

α. Γίνεται ομαδική προσέγγιση της ασθενούς και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθεια της ως ενιαίας οντότητας, που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

β. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την τοποθέτηση των ασθενών που θα υποβληθούν σε θεραπεία σε μικρό θάλαμο, ετοιμάζεται για την αντιμετώπιση επιπλοκών και εξοικειώνεται με τη χρήση του εξοπλισμού, όπως της άσηπτης κλίνης, και περιορίζεται στο τμήμα της το επισκεπτήριο στο ελάχιστο.

γ. Η νοσηλεύτρια βεβαιώνει την ασθενή πως οι τοξικές ενέργειες και οι ανεπιθύμητες επιδράσεις του φαρμάκου, δεν είναι τίποτε άλλο από τη μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.

δ. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση της ασθενούς για να δεχθεί να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.

ε. Προσφέρεται στην ασθενή ότι η έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.

στ. Γίνεται γενική αξιολόγηση της ασθενούς για τη θρέψη της, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, το βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, την ευαισθησία της σε διάφορα φάρμακα κ.λ.π. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας.³⁶

6.1.7. Πόσο συχνά γίνεται η χημειοθεραπεία

Η διάρκεια και η συχνότητα της χημειοθεραπείας εξαρτώνται από έναν αριθμό παραγόντων, οι οποίοι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για την ασφάλεια της ασθενούς.

α. Από τον τύπο της νεοπλασίας

β. Από το χρόνο που χρειάζεται ο οργανισμός για να απαντήσει θετικά στη χημειοθεραπεία

γ. Από το πώς η ασθενής θα αντιμετωπίσει οποιαδήποτε ανεπιθύμητη ενέργεια

δ. από τις συνυπάρχουσες παθήσεις (ηπατική βλάβη, καρδιακή ανεπάρκεια, αναπνευστική, νεφρική ανεπάρκεια.)

Γενικά για κάθε θεραπεία θα ακολουθήσει μια περίοδος ανάπαυσης. Η περίοδος ανάπαυσης είναι συνήθως μεγαλύτερη της θεραπείας. Αυτές οι περιόδους βοηθούν τον οργανισμό να συνέλθει από ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας.⁵

6.1.8. Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές και τις ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Καταστολή του μυελού των οστών

Λευκοπενία

Η πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων από τη χημειοθεραπεία κάνει τον οργανισμό ευάλωτο στα μικρόβια του περιβάλλοντος και δημιουργεί σοβαρούς κινδύνους λοιμώξεων και σηψαιμίας, που μπορούν να απειλήσουν σοβαρά την ίδια τη ζωή. Η χορήγηση αυξητικών παραγόντων των λευκών αιμοσφαιρίων αυξάνει την παραγωγή του από το μυελό των οστών και προστατεύει από τους πιο πάνω κινδύνους. Ακόμα, επιτρέπει να γίνεται η θεραπεία στα σωστά διαστήματα, που δεν θα μπορούσε να γίνει αν τα λευκά παρέμεναν χαμηλά.³⁷ Απαραίτητη είναι η ενημέρωση της ασθενούς ότι η λευκοπενία είναι προσωρινή και ότι θα πρέπει να εξασφαλίσει καθαρό και υγιεινό περιβάλλον. Γίνεται κατανοητό ότι, λόγω της πτώσης των λευκών, έχουμε εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Έτσι, η παρέμβαση συνίσταται στην πρόληψη των λοιμώξεων.

α. Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση των λευκών, διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός.

β. Εξηγούνται στην ασθενή τα γενικά συμπτώματα λοίμωξης και η σημασία της έγκαιρης αναφοράς τους: αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, η οποία μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία, ρίγη, βήχας, οίδημα ή ερυθρότητα, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, συχνότητα της ούρησης.

γ. Ειλέγχονται επίσης το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία, επειδή προλαμβάνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις.

δ. Η ασθενής τοποθετείται σε μονόκλινο δωμάτιο, ενώ το προσωπικό του νοσοκομείου και οι συγγενείς φορούν μάσκα, γάντια και ποδιά κατά την παραμονή τους στο δωμάτιό της. Σε περίπτωση που κυκλοφορεί η ίδια στο διάδρομο, συνιστάται να φοράει μάσκα.

ε. Αποφεύγεται η λήψη ωμών φρούτων και φαγητών, επειδή αυξάνεται ο κίνδυνος για μετάδοση νόσου, μια και δεν απολυμαίνονται με το βρασμό.

στ. Εφαρμόζεται καλή και σχολαστική ατομική καθαριότητα. Κάνει καθημερινό λουτρό και πλύσιμο χειρών με αντισηπτικά υγρά, όπως το Betadine scrub.

ζ. Οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος αντιμετωπίζεται ως τραύμα (απολυμαίνεται).

η. Κάθε 4-6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. Η χρησιμοποίηση γλυκερίνης ή λεμονιού αναστέλλει την έκκριση σιέλου και αλλάζει το pH της στοματικής κοιλότητας γι' αυτό, και δεν συνιστάται.

θ. Μετά τη χρήση της τουαλέτας, πλένεται καλά και στεγνώνεται η περιοχή του πρωκτού.

ι. Όταν η ασθενής έχει ενδοφλέβια έγχυση, αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.

ια. Με εντολή γιατρού, ενισχύεται η ασθενής με αντιβιοτικά.

ιβ. Μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο, θα πρέπει να αποφεύγει τους κλειστούς και πολυσύχναστους χώρους, οι οποίοι είναι επικίνδυνοι, μια και δεν υπάρχει αρκετή καθαριότητα, επαρκής αερισμός και ο αυξημένος αριθμός των ατόμων αυξάνει τις πιθανότητες μετάδοσης κάποιας νόσου.

ιγ. Να αποφεύγει επίσης να έρχεται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από λοιμώδεις ή μεταδοτικές νόσους.

Θρομβοπενία (μείωση αιμοπεταλίων)

Τα αιμοπετάλια συμμετέχουν στην πήξη του αίματος. Αν μειωθεί ο αριθμός τους, μπορεί ένα μικρό τραύμα να προκαλέσει αιμορραγία ή αιμάτωμα. Η νοσηλεύτρια:

α. Παρακολουθεί τα αιμοπετάλια από τις εξετάσεις που κάνει η ασθενής (Φυσιολογική τιμή 200.000-300.000/mm³). Αν η ασθενής έχει αιμοπετάλια κάτω από 50.000/mm³, πρέπει να νοσηλευθεί σε νοσοκομείο.

β. Παρακολουθεί τα κόπρανα και τα ούρα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα τις διάφορες κοιλότητες (μύτη-στόμα. για ρινο-ουλορραγίες).

γ. Αρτηριακή πίεση του αίματος σε περίπτωση που βρεθεί χαμηλή, η ασθενής πρέπει να νοσηλευθεί σε νοσοκομείο.

δ. Γίγνηει στην ασθενή τα σημεία αιμορραγίας που θα πρέπει να παρατηρήσει και να αναφέρει αμέσως, συμπεριλαμβανομένων των

εκχυμώσεων (μελάνιασμα). Ουλορραγίες, ρινορραγίες, αιματοουρία, αίμα στα κόπρανα ή στα πύελα, μέλαινα κένωση.

ε. Περιορίζονται οι υποδόριες και οι ενδομυϊκές ενέσεις. Αν πρέπει να γίνουν, ασκείται πίεση στο σημείο της ένεσης για 3 min περίπου για την πρόληψη αιματώματος ή εξόδου αίματος. Ασυνήθης αιμορραγία μετά από ενδομυϊκή ή υποδόρια ένεση να γίνεται γνωστή στο γιατρό

στ. Οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πίεσης σε κάποιο σημείο του σώματος, όπως ο ασκός του πιεσόμετρου κ.λ.π., πρέπει να είναι μικρής διάρκειας.

ζ. Αποφεύγει τη θερμομέτρηση από τον πρωκτό.

η. Σε δυσκοιλιότητα, αποφεύγονται οι υποκλυσμοί και τα υπόθετα.

θ.. Ενημερώνει την ασθενή να μην ακολουθεί οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή και ιδιαιτέρως σαλικυλικά (Aspirine, Efgicalm κ.λπ.), αν δεν συμβουλευθεί πρώτα το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια. Η χορήγηση σαλικυλικών εμποδίζει και διαταράσσει τη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων. Ενισχύει επίσης την τοξική δράση της μεθοτρεξάτης.

ι. Δίνει συμβουλές στην ασθενή, ώστε να εφαρμόζει μέτρα για την πρόληψη αιμορραγίας. Τέτοιες συμβουλές είναι:

- Αποφυγή αθλοπαιδιών, επειδή αυξάνουν τον κίνδυνο τραυματισμού και κακώσεων.
- Να αποφεύγει το ξύρισμα οποιονδήποτε μέρους του σώματος με ξυραφάκι. (Συνιστώνται αποτριχωτικές κρέμες ή ηλεκτρική ξυριστική μηχανή).
- Να φροντίζει το στόμα της πρωί-βράδυ μετά το φαγητό.

- Για τον καθαρισμό των δοντιών, προτιμάται η χρησιμοποίηση μαλακής και όχι σκληρής οδοντόβουρτσας προς αποφυγή τραυματισμού και αιμορραγίας των ούλων.
- Να κάνει σωστό καθαρισμό και περιποίηση της τεχνητής οδοντοστοιχίας. Μετά την αφαίρεση, συνιστάται η πλύση του στόματος με σόδα (χρησιμοποιώντας γάζα).
- Να αποφεύγει σκληρές τροφές που τραυματίζουν στόμα και δόντια.
- Να συμβουλευθεί τον οδοντογιάτρο για προληπτική φθορίωση των δοντιών.
- Να χρησιμοποιεί βούτυρο κακάο ή βαζελίνη για τα χείλη της.
- Να καθαρίζει τη μύτη της προσεκτικά με καθαρό μαντίλι, χωρίς να χρησιμοποιεί τα δάκτυλά της.
- Να είναι ιδιαίτερα προσεκτική κατά τη χρησιμοποίηση μαχαιριών ή κοφτερών εργαλείων.
- Να είναι ιδιαίτερα προσεκτική να μην καεί, όταν σιδερώνει ή όταν μαγειρεύει. Να χρησιμοποιεί ειδικά γάντια, όπου βάζει τα χέρια της στο φούρνο.
- Να φοράει ειδικά γάντια, όταν ασχολείται με την κηπουρική ή βρίσκεται κοντά σε λουλούδια με αγιάθια.
- Να αποφεύγει τη δυσκοιλιότητα με τη βοήθεια υπακτικών φαρμάκων (κατόπιν εντολής γιατρού).

ια. Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας.³⁶

Αναιμία (μείωση ερυθρών αιμοσφαιρίων)

Η πτώση των ερυθρών αιμοσφαιρίων και της αιμοσφαιρίνης από τη χημειοθεραπεία συνεπάγεται αναιμία, που με τη σειρά της επηρεάζει

σοβαρότατα την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών. Αδυναμία, ανορεξία, κακουχία, κακή διάθεση, αναπνευστική δυσχέρεια, περιορισμός στην καθημερινή δραστηριότητα είναι μερικές από τις εκδηλώσεις της αναιμίας.³⁷

Απαγορεύεται η χορήγηση χημειοθεραπευτικών σε ασθενή, αν δεν είναι γνωστή η τιμή των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

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

α. Να παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη (Φυσιολογική τιμή 14-18 g/100 mL αίματος), ο αιματοκρίτης (Φυσιολογική τιμή 42-54% στους άνδρες και 37-47% στις γυναίκες) και η παρουσία συμπτωμάτων, όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση-απάθεια.

β. Να χορηγούμε τροφές πλούσιες σε λεύκωμα και σίδηρο. Ο σίδηρος μπορεί να χορηγηθεί και με φαρμακευτικά σκευάσματα.

γ. Συνιστάται η ελάττωση των δραστηριοτήτων της.

δ. Η αποφυγή κόπωσης (αυξάνονται οι ανάγκες του οργανισμού σε οξυγόνο).

ε. Συνιστάται καλή και επαρκής ανάπαυση.

στ, Να περιορίζεται κατά το δυνατόν η απώλεια αίματος

Τοξικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα

Είναι η πιο συχνή επιπλοκή της χημειοθεραπείας. Τα ταχέως πολλαπλασιαζόμενα επιθηλιακά κύτταρα της γαστρεντερικής οδού είναι ιδιαίτερος ευπαθής και μπορεί να συμβεί σοβαρή βλάβη στο Βλεννογόνο της

(γλωσσίτιδα, ουλίτιδα, ελκωτική εντερίτιδα, γαστρίτιδα). Οι πιο συχνές διαταραχές είναι η ναυτία, ο εμετός, η διάρροια και η στοματίτιδα.

Ναυτία και έμετος

Η ναυτία και ο έμετος είναι συμπτώματα που είναι δυνατόν να εμφανισθούν πριν από τη θεραπεία ή αμέσως μετά από αυτή ή να καθυστερήσουν 6-12 ώρες και διαρκούν συνήθως 24 ώρες ή και περισσότερο.

Μολονότι η ναυτία και ο έμετος σχετίζονται με τη δόση του φαρμάκου, η εμφάνιση και η έντασή τους συνήθως εξαρτώνται από την αντοχή της ασθενούς στα κυτταροστατικά καθώς επίσης και από τα Θεραπευτικά σχήματα που εφαρμόζονται.

Πολλές αιτίες για την εμφάνιση της ναυτίας και του εμετού έχουν αναφερθεί στη διεθνή βιβλιογραφία. Μεταξύ αυτών είναι:

- α. Άμεσος γαστρεντερικός ερεθισμός.
- β. Ερεθισμός των χημειόποδοχέων στον προμήκη μυελό, αποτέλεσμα εισόδου χημικών ή τοξικών ουσιών στην κυκλοφορία.
- γ. Άμεση επίδραση στο κέντρο του εμετού στον εγκέφαλο.
- δ. Άγχος για τη χημειοθεραπεία και τα αποτελέσματά της.
- ε. Συνδυασμός όλων των παραπάνω

Η νοσηλεύτρια:

- α. Παρακολουθεί τη συχνότητα των εμετών, το χαρακτήρα και την ποσότητα.
- β. Παρακολουθεί τη θρέψη της ασθενούς, την ανορεξία ή την αποστροφή στην τροφή που μπορεί να έχει.

γ. Εξηγεί ότι η πιθανότητα εμφάνισης ναυτίας και εμετών ποικίλλει από ασθενή σε ασθενή και ότι ορισμένες ασθενείς δεν έχουν ποτέ αυτά τα συμπτώματα.

Λαμβάνονται προληπτικά μέτρα, όπως:

δ. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (με εντολή γιατρού) πριν την έναρξη της θεραπείας και ανά εξάωρο (επιτυγχάνουν γρηγορότερη κένωση του στομάχου, αυξάνοντας τον τόνο και το εύρος των περιστολών του). Ασθενείς και νοσηλεύτριες φαίνεται να συμφωνούν ότι η χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων είναι πολύ βοηθητική. Δεν είναι ακόμη γνωστό, αν η βάση της ανταπόκρισης της ασθενούς είναι φαρμακολογική ή ψυχολογική και πιθανώς εξαρτάται από την αντίδραση του κάθε ατόμου. Τα αντιεμετικά δρουν αποτελεσματικότερα, αν δίνονται τακτικά, ώστε να εξασφαλισθεί σταθερό επίπεδο αυτών στο αίμα.

ε. Χορήγηση χημειοθεραπευτικού με άδειο στομάχι ή την ώρα που η ασθενής θα κοιμηθεί.

στ. Εκπαιδεύεται η ασθενής και τα μέλη της οικογένειας της πως να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα.

ζ. Δίνονται κομμάτια πάγου, μόλις παρουσιασθεί ναυτία, και παροτρύνεται η ασθενής να φάει λίγη φρυγανιά.

η. Σερβίρεται η τροφή μετά την υποχώρηση της ναυτίας.

θ. Προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα, σε συνεργασία με την ασθενή, για το περιεχόμενο και την ώρα, ώστε να μην αισθάνεται το στομάχι της πολύ γεμάτο.

ι. Χορηγούνται τροφές μαλακές και παγωμένες. Αποφεύγονται οι σκληρές τροφές, γιατί δυσκολεύουν την πέψη και την κένωση του στομάχου.

Νοσηλευτική Παρέμβαση ασθενούς με καρκίνο του μαστού

ια. Αποφεύγονται τροφές με έντονα ή δυσάρεστα αρώματα, γιατί αυξάνουν τη ναυτία και τον εμετό.

ιβ. Αποφεύγονται τα υγρά κατά τη διάρκεια του φαγητού για να μη γεμίζει το στομάχι με υγρά δυνατόν να χορηγηθούν υγρά τουλάχιστον μια ώρα πριν ή μετά το φαγητό

ιγ. Αποφεύγονται τα γλυκά, τα τηγανητά και τα λιπαρά φαγητά

ιδ. Η ασθενής διδάσκεται να τρώει σιγά, μικρές ποσότητες κάθε φορά και να μη μιλάει κατά τη διάρκεια του φαγητού, ώστε να αποφεύγεται η αεροφαγία.

ιε. Συνιστάται καλή μάσηση της τροφής για να διευκολύνεται η πέψη.

ιστ. Συνιστάται η χορήγηση τوست, κράκερς, δημητριακών, τα οποία βοηθούν στην ανακούφιση της δυσφορίας του στομάχου.

ιζ. Αποφεύγεται η λήψη βαριάς τροφής αμέσως πριν από τη χημειοθεραπεία.

ιη. Λαμβάνονται κρύα, χωρίς ζάχαρη αναψυκτικά, όπως χυμός μήλου ή πορτοκαλιού, λεμονάδες κ.λ.π.

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

κ. Κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, αφαιρούνται οι ξένες οδοντοστοιχίες η παρουσία ξένων αντικειμένων στο στόμα συχνά τείνει να προκαλέσει εμετό.

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

Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμετών με:

α. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. Αν δεν υπάρχει εντολή, επικοινωνούμε με το γιατρό για την εντολή χορήγησης αντιεμετικών. Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται από τη νοσηλεύτρια για τους εμετούς της ασθενούς. Πιθανόν να γίνει αλλαγή του είδους της, χημειοθεραπείας και να χρειασθεί ενυδάτωση, αν συμβεί διαταραχή της ισορροπίας των ηλεκτρολυτών.

β. Προσφορά ανακουφιστικής φροντίδας, όπως η διατήρηση της ασθενούς καθαρής και περιποιημένης χωρίς την κακοσμία εμέτων, φαγητών ή άλλων δυσάρεστων οσμών. Αποφεύγονται επίσης οι δυνατοί θόρυβοι και οι συζητήσεις για δυσάρεστα πράγματα.

γ. Ενημέρωση της ασθενούς, πως η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα.

δ. Διόρθωση, αν χρειάζεται, της διαταραχής του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και εξασφάλιση καλής θρέψης.

ε. Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς καθώς και συμμετοχή της οικογένειάς της στον προγραμματισμό και το σχεδιασμό της φροντίδας της.

Διάρροια

Μπορεί να παρουσιασθεί ανάλογα με το χορηγούμενο φάρμακο και από την πρώτη ημέρα της θεραπείας. Λύση δίνουν, οπωσδήποτε, τα αντιδιαρροϊκά φάρμακα σε σοβαρές καταστάσεις, στις οποίες απειλείται η ισορροπία των ηλεκτρολυτών.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί:

α. Το χρώμα, την ποσότητα και -ην περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης.

β. Την ασθενή για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνουν διαταραχή του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών.

γ. Έη συχνότητα και την ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών

Λαμβάνει μέτρα πρόληψης της διάρροιας και της σύσπασης των κοιλιακών μυών:

α. Περιορίζει την κυτταρίνη στο διαιτολόγιο, όπως γνωρίζουμε, η κυτταρίνη βοηθάει στην κένωση του εντέρου.

β. Αποφεύγει τροφές που μπορεί να προκαλέσουν σπασμό, όπως καφέ, πικάντικα, φασόλια, ξηρούς καρπούς, γλυκά, χορταρικά, λάχανα, φρούτα, κουνουπίδι και γενικά τροφές που περιέχουν ίνες και αφήνουν μεγάλο υπόλειμμα.

γ. Αποφεύγεται το γάλα και γενικά τα γαλακτοκομικά προϊόντα, αν υπάρχει ένδειξη επίτασης της διάρροιας.

δ. Συνιστά μικρά και συχνά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η καθημερινή τάξη στα γεύματα ομαλοποιεί τη λειτουργία του εντέρου.

ε. Χορηγεί υδρική, διαίτα, για να βοηθήσει το έντερο να ξεκουραστεί. Προσφέρει βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας με:

α. Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με οδηγία γιατρού καθώς και ενημέρωση αυτού, αν συνεχίζεται η διάρροια και οι σπασμοί των κοιλιακών μυών, επειδή μπορεί να χρειαστεί αλλαγή της χημειοθεραπείας και διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου του αίματος και των ηλεκτρολυτών

β. Χορήγηση άφθονων υγρών για την αντικατάσταση αυτών που χάθηκαν ιδιαίτερα ελαφρών υγρών, όπως το νερό, το τσάι, οι χυμοί φρούτων ή η αραιή σούπα. Η θερμοκρασία των λαμβανόμενων υγρών πρέπει να είναι ανάλογη της θερμοκρασίας του δωματίου. Δεν πρέπει να λαμβάνονται πολύ ζεστά ή παγωμένα.

γ. Χορήγηση τροφών που περιέχουν κάλιο, όπως μπανάνες, πορτοκάλια και πατάτες. Με τη διάρροια, έχουνε αποβολή καλίου. Η χορήγηση των παραπάνω τροφών βοηθάει στη διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου.

δ. Φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή τον περινέου, για την πρόληψη ερεθισμού.

ε. Όταν η ασθενής αισθανθεί καλύτερα, προσθέτουμε στο διαιτολόγιό μας σταδιακά τροφές που δεν περιέχουν ινώδη άπεπτα στοιχεία, όπως ρύζι, κρέμα δημητριακών, μπανάνες, τοστ, κράκερς κ.λ.π.

Στοματίτιδα- Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας

Η στοματίτιδα είναι οδυνηρή και συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια της χημειοθεραπείας. Περίπου επτά ημέρες μετά τη χημειοθεραπεία, ο βλεννογόνος του στόματος ατροφεί και λεπταίνει παραπάνω εξεργασία είναι αποτέλεσμα της μεγάλης καταστροφής των κυττάρων του βλεννογόνου, χωρίς να υπάρχει ανάλογη αναγεννητική ικανότητα των κυττάρων, με συνέπεια κάθε μικρό τραύμα του βλεννογόνου να καταλήγει σε εξέλκωση και πολλές φορές και σε μόλυνση.

Η νοσηλεύτρια λαμβάνει τα ακόλουθα μέτρα, που βοηθούν στην πρόληψη τις στοματίτιδας:

- α. Λήψη οδοντιατρικού ιστορικού:
 - Παρουσία οδοντοστοιχιών
 - Ιστορικό ουλίτιδων ή άλλων παθολογικών εξεργασιών
 - Συνήθειες της ασθενούς σχετικά με τη φροντίδα της στοματικής κοιλότητας
 - Ανάγκη επίσκεψης οδοντιάτρου για την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος

- Ιστορικό στοματίτιδας

- Κάπνισμα

β. Ελέγχει τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς και την αξιολογεί με βάση την υγρασία, το χρώμα, τις οδοντοστοιχίες και τα υπάρχοντα σφραγίσματα.

γ. Διδάσκει την ασθενή πώς να εξετάσει το στόμα της και την ενθαρρύνει να αναφέρει σημαντικές αλλαγές.

δ. Εξηγεί τι είναι η στοματίτιδα.

ε. Ενθαρρύνει την προληπτική υγιεινή του στόματος και διδάσκει την ασθενή να:

- Βουρτσίζει τα δόντια της με μαλακή οδοντόβουρτσα δύο φορές την ημέρα. Η χρήση σκληρής οδοντόβουρτσας μπορεί να καταστρέψει τους μαλακούς ιστούς του στόματος

- Κάνει ελαφρό μασάζ στα ούλα για να διευκολυνθεί η κυκλοφορία.

- Καθαρίζει το στόμα της τρεις ή τέσσερις φορές την ημέρα με διάλυμα σκόνης σόδας και νερού (μια κουταλιά του γλυκού σε ένα ποτήρι νερό). Να κρατάει το διάλυμα στο στόμα της για ένα λεπτό περίπου.

- Χρησιμοποιεί βαζελίνη ή βούτυρο κακάο για τα χείλη της τρεις φορές την ημέρα.

- Αν αρχίζει το στόμα της να πονάει, να τρώει μαλακές τροφές, όπως τα βρασμένα αυγά.

- Να αφαιρεί τις οδοντοστοιχίες, για να ξεκουράζονται τα ούλα της.

στ. Ελέγχει καθημερινά τη στοματική κοιλότητα, της ασθενούς για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο, αλλαγή της κατάστασης του βλεννογόνου.

ζ. Διδάσκει την ασθενή πως να διατηρεί την υγρασία του στόματος, πράγμα που τη βοηθάει να τρώει ευκολότερα:

- Να πίνει άφθονα υγρά
- Να πιπιλίζει μικρά κομμάτια πάγου.
- Να τρώει τροφές που αποδίδουν υγρασία, όπως φρούτα και παγωτά.
- Αν θέλει να φάει παξιμάδια, φρυγανιές ή άλλη τραγανή τροφή, είναι καλύτερα να τη βουτάει πρώτα σε γάλα ή τσάι.
- Μαγειρεμένη τροφή είναι καλύτερα να πολτοποιείται για να καταπίνεται πιο εύκολα.
- Να προσπαθεί να τρώει μαλακές και κρύες τροφές, όπως παγωτά, κομμάτια πάγου, καρπούζι, πουτίγκα κ.λ.π. Αν φάει γλυκά, πρέπει αμέσως μετά να πλύνει τα δόντια της με μαλακή οδοντόβουρτσα, για να τα προστατέψει από το να φθαρούν και να σαπίσουν:
- Αν εμφανισθεί στοματίτιδα, η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί τα ακόλουθα θεραπευτικά μέσα:
 - α. Συνεχής εκτίμηση της κατάστασης του στοματικού βλεννογόνου.
 - β. Τρεις ως τέσσερις φορές ημερησίως καθαρίζει τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς με φυσιολογικό ορό.
 - γ. Ενυδατώνει το στόμα για την εξασφάλιση κατάλληλης υγρασίας.
 - δ. Χρησιμοποιεί διάφερα διαλύματα για την επούλωση της λύσης του βλεννογόνου του στόματος (με εντολή γιατρού):
 - Ξεπλένει τη στοματική κοιλότητα με 50% Benadryl elixir, 50% Kaopectate τέσσερις φορές ημερησίως.
 - Ξεπλένει με Xylocaine viscus (2%) 5-10 min μετά το φαγητό.

- Ξεπλένει με Xylocaine 25 mg, Benadryl 25 mg τέσσερις φορές ημερησίως.

ε. Χορηγεί λευκή και χλιαρή τροφή (λευκή είναι η τροφή που δεν περιέχει καρυκεύματα και σάλτσες).

Αλωπεκία

Φυσιολογικά, το τριχωτό της κεφαλής αποτελείται από 100.000 τρίχες. Από αυτές, 10-15% μεγαλώνουν δραστικά. Αυτές οι συγκεκριμένες τρίχες προσβάλλονται από τη χημειοθεραπεία. Ευτυχώς, η πτώση των τριχών που παρατηρείται με τη χημειοθεραπεία είναι προσωρινή και, αφού ολοκληρωθεί το θεραπευτικό σχήμα, έχουμε ξανά ανάπτυξη των τριχών. Πτώση των τριχών μπορεί να έχουμε και σε οποιοδήποτε άλλο μέρος του σώματος ακόμη και στο πρόσωπο.

Η αλωπεκία συνήθως συμβαίνει δύο ή τρεις εβδομάδες μετά την αρχική δόση. Ο βαθμός της πτώσης των τριχών εξαρτάται από την αντίδραση του οργανισμού της ασθενούς και από το συνδυασμό των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται. Η τριχόπτωση είναι δυνατόν να σταματήσει ακόμα και κατά τη 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 του σωματικού ειδώλου τον ατόμου.

Έχοντας επίγνωση των ψυχολογικών επιπτώσεων που δύναται να προκαλέσει η πτώση των τριχών της κεφαλής και του σώματος στο άτομο και στη σεξουαλικότητά του, η νοσηλεύτρια προγραμματίζει και σχεδιάζει την αρχική διδασκαλία και τη φροντίδα του ατόμου. Η νοσηλεύτρια:

α. Εξηγεί την αλωπεκία στην ασθενή. Δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο ότι αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια ποικίλλει από άτομο σε άτομο και είναι προσωρινή. Τα μαλλιά ξαναβγαίνουν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.

β. Βάζει την ασθενή να υπογράψει ότι είναι ενημερωμένη σχετικά με την τριχόπτωση και ότι αποδέχεται τη χημειοθεραπεία.

γ. Προετοιμάζει την ασθενή να περιμένει την πτώση των τριχών 2-3 εβδομάδες μετά την αρχική χορήγηση των χημειοθεραπευτικών.

δ. Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, βοηθείται η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά της σχετικά με τη διαφοροποίηση της εμφάνισής της.

ε. Διδάσκει και ενημερώνει την ασθενή για τα υπάρχοντα μέσα, με τα οποία δύναται να αποτραπεί η, τριχόπτωση ή να αντιμετωπισθεί θετικά:

- Να μη λούζεται συχνά και να μη χρησιμοποιεί βούρτσες με σκληρές τρίχες.

- Να αποφεύγει την περμανάντ και τις βαφές κατά τη διάρκεια της θεραπείας. - Να χρησιμοποιεί μαντίλια, καπέλα ή περούκα και μάλιστα αν είναι δυνατόν εγκαίρως από τα ίδια της τα μαλλιά.

- Μειώνεται ο βαθμός της αλωπεκίας, αν κατά τη θεραπεία και 10-15 min μετά από αυτήν, εφαρμοσθεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι. Η διεργασία που επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση πάγου έχει ως εξής: Ο πάγος δημιουργεί αγγειοσύσπαση των αγγείων του κεφαλιού με αποτέλεσμα να μην εισέρχεται αίμα στους θυλάκους των τριχών, αλλά 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. Η επινόηση της κάσκας υποθερμίας στη διάρκεια των τελευταίων ετών ήρθε να βοηθήσει ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών που

υποβάλλονται σε θεραπεία με δοξορουμπικίνη (κατ' εξοχήν φάρμακο που προκαλεί τριχόπτωση), με αποτέλεσμα να καθιερωθεί ως μέθοδος προστασίας σε αρκετά κέντρα του εξωτερικού. Κύριος μηχανισμός δράσης της συσκευής αυτής είναι η αγγειοσυστολή και η μείωση της παροχής αίματος στους θυλάκους των τριχών. Άλλοι πιθανοί μηχανισμοί είναι:

- i. Η ελάττωση της ενδοκυττάριας μεταφοράς του χημειοθεραπευτικού, μηχανισμός που απαιτεί ενέργεια και είναι θερμοευαίσθητος και
- ii. Η μείωση του μεταβολισμού των θυλάκων των τριχών και, κατ' επέκταση, της δράσης του φαρμάκου. Ιδανική θερμοκρασία θεωρείται η κάτω των 24° C. Σε εργασία που έγινε σε σύνολο 42 ασθενών, η εκτίμηση του βαθμού ανοχής της κάσκας υποθερμίας είχε ως εξής: 31 (74%) δήλωσαν μέτρια και μόνο 2 (4,5%) πλήρη αποστροφή. Από τη νοσηλευτική εκτίμηση, 86% των ασθενών ανέχθηκαν άριστα τη συσκευή, 9,5% ικανοποιητικά και, τέλος, 4,5% δηλαδή 2 ασθενείς, την απέρριψαν.

Η άρνηση των δύο αυτών ασθενών να διατηρήσουν την κάσκα εκδηλώθηκε από τα πρώτα κιόλας σχήματα χημειοθεραπείας και κύριες αιτίες ήταν το ανυπόφορο αίσθημα ψύχους και η επακόλουθη κεφαλαλγία.

Νευροτοξικότητα

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

α. Ήπιας νευροπάθειας, όπως ελαφρό πόνο στα χέρια και στα πόδια και απώλεια των εν τω βάθει αντανακλαστικών των τενόντων. Αν εμφανισθούν 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, ψυχικές διαταραχές, ορθοστατική υπόταση.

Η ασθενής προστατεύεται από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας, με την ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νευροτοξικότητας του φαρμάκου. Πιθανόν να επιβάλλεται αλλαγή σχήματος χημειοθεραπείας, όταν μάλιστα οι λειτουργικές βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες (δεν αποκαθίστανται μετά τη Θεραπεία).

Βοηθείται η ασθενής στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με:

- α. Έτη χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία της
- β. Έτη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση και
- γ. Έτη εξασφάλιση οδηγίας γιατρού για τη χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων κ.ά. που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

Νεφροτοξικότητα

Η νεφρική λειτουργία πρέπει να εξετάζεται σε όλες τις ασθενείς που κάνουν θεραπεία με κυτταροστατικά φάρμακα, επειδή κυτταρική βλάβη η οποία είναι συνέπεια της χημειοθεραπείας μπορεί να έχει αποτέλεσμα την αύξηση του ουρικού οξέος και την καθίζηση κρυστάλλων ουρικού οξέος στα εσπειραμένα σωληνάκια, στους κάλυκες ή στην πύελο. Αυτό συνήθως συνοδεύεται από ολιγουρία και αν δεν θεραπευθεί, εξελίσσεται με ανουρία και θάνατο. Η ουρική νεφροπάθεια συνήθως εμφανίζεται μέσο σε έξι μέρες από την έναρξη της θεραπείας και μερικές φορές μέσα σε λίγες ώρες:

Η νοσηλεύτρια:

- α. Παρακολουθεί τη λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας.

β. Παρακολουθεί την ασθενή για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας, όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κ.ά.

γ. Ελέγχει και αξιολογεί το ισοζύγιο των λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

δ. Λαμβάνει μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οφέος στο αίμα και τη διατήρηση της αντίδρασης των ούρων (pH) σε φυσιολογικά επίπεδα, με χορήγηση υγρών και φαρμάκων (κατόπιν ιατρικής εντολής). Η χορήγηση υγρών αναφέρεται σε ισχυρή ενυδάτωση του ασθενούς δώδεκα ώρες πριν τη χορήγηση της χημειοθεραπείας και δώδεκα ώρες μετά, ώστε να μην επιτραπεί, χάρη στη διούρηση, αύξηση του ουρικού οξέος.

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

Προβλήματα από το γεννητικό σύστημα

Η χημειοθεραπεία είναι πιθανόν, αλλά όχι πάντοτε, να επηρεάσει τα γεννητικά όργανα και τη λειτουργία τους. Οι επιδράσεις που μπορεί να εγκαταστασθούν εξαρτώνται από τον τύπο των χορηγούμενων κυτταροστατικών φαρμάκων, από την ηλικία της ασθενούς και από τη γενική κατάσταση της υγείας της.

Η νοσηλεύτρια κατά τη θεραπεία βοηθάει την ασθενή να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού της ειδώλου και τα τυχόν εμφανιζόμενα, προβλήματα από το γεννητικό της σύστημα. Την ενημερώνει για τις πιθανές αλλαγές, οι οποίες είναι:

α. Αλλαγές στον καταμήνιο κύκλο. Η περίοδος μπορεί να γίνει ακανόνιστη ή μπορεί να σταματήσει.

β. Εξάψεις καθώς και άλλα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης.

γ. Ορμονικές αλλαγές λόγω τις χημειοθεραπείας, που μπορεί να προκαλέσουν κνησμό, κάψιμο και ξηρότητα του κολπικού επιθηλίου.

δ. Μερικά κυτταροστατικά φάρμακα είναι δυνατόν να προκαλέσουν στειρότητα, η οποία μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη εξαρτάται από την ηλικία της ασθενούς και το είδος των χορηγούμενων χημειοθεραπευτικών.

ε. Συνιστάται αποφυγή εγκυμοσύνης κατά τη διάρκεια της θεραπείας, για την πρόληψη τερατογενέσεων. Σε περίπτωση που η ανακάλυψη του καρκίνου γίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συνιστάται καθυστέρηση της έναρξης της θεραπείας μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης. Αν όμως η άμεση έναρξη της χημειοθεραπείας κριθεί απαραίτητη, συνιστάται να αρχίζει κατά τη 72η εβδομάδα.³⁶

Δίαιτα και χημειοθεραπεία

Με τη σωστή και επαρκή διατροφή, η ασθενής δίνει στον εαυτό της την καλύτερη δυνατότητα να αντιμετωπίσει τη χημειοθεραπεία, αλλά και την ίδια την αρρώστια της. Γιατροί, νοσηλεύτριες/τές και ερευνητές έχουν αποδείξει ότι καρκινοπαθείς που ακολουθούν ισορροπημένη διαίτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, μπορούν καλύτερά να ανταποκριθούν στις ανεπιθύμητες ενέργειές της.

Σωστή και επαρκής διατροφή σημαίνει ποικιλία φαγητών, τα οποία είναι πλούσια σε βιταμίνες, πρωτεΐνες και υδατάνθρακες και άλλα στοιχεία που θα βοηθήσουν στη σωστή λειτουργία του οργανισμού.

Η χορήγηση τροφών πλούσιων σε θερμίδες εκεί σκοπό να διατηρήσει ή αν υπάρχει ανάγκη να αυξήσει το βάρος της ασθενούς, ενώ πλούσιων σε πρωτεΐνες να βοηθήσει τη σωστή λειτουργία του δέρματος; των μυών, των διαφόρων οργάνων και την ανάπτυξη των τριχών: Αν κριθεί απαραίτητο, χορηγούνται κατόπιν ιατρικής εντολής βιταμινούχα σκευάσματα.

Η λήψη περισσότερων πρωτεϊνών αποσκοπεί στη βοήθεια του οργανισμού για ανασύσταση των ιστών του, οι οποίοι έχουν καταστραφεί με τη χημειοθεραπεία. Ειδικευμένοι διαιτολόγοι πιστεύουν ότι κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας είναι δυνατόν να χρειασθούν 50% περισσότερες πρωτεΐνες από ότι συνήθως και 20% περισσότερες θερμίδες.

Προκειμένου η ασθενής να κατορθώσει να διατηρήσει ένα καλά ισορροπημένο διαιτολόγιο, η νοσηλεύτρια της συνιστά να συμπεριλαμβάνει στα καθημερινά της γεύματα τις εξής ομάδες φαγητών:

α. Φρούτα και λαχανικά: σαλάτες, βραστά λαχανικά, ωμά ή βραστά φρούτα, Αυτές οι τροφές παρέχουν τις απαραίτητες βιταμίνες και τα μεταλλικά στοιχεία που έχει ανάγκη ο οργανισμός.

β. Πουλερικά, ψάρια και κρέας: με τις τροφές αυτές λαμβάνονται τόσο πρωτεΐνες όσο και βιταμίνες.

γ. Ψωμί και δημητριακά: Οι τροφές αυτής της κατηγορίας παρέχουν αρκετές πρωτεΐνες και ποικιλία βιταμινών, μεταλλικών στοιχείων, υδατανθράκων. Το διαιτολόγιο πρέπει να περιλαμβάνει δημητριακά από καλαμπόκι, σιτάρι, ρύζι και βρώμη μέχρι ψωμί, τηγανίτες και ζυμαρικά.

δ. Γαλακτοκομικά προϊόντα: Γάλα και προϊόντα του, όπως τυρί, γιαούρτι, βούτυρο κ.ά., παρέχουν πρωτεΐνες, ασβέστιο και μεγάλο αριθμό βιταμινών.

Αν η ασθενής έχει ανορεξία ή χάνει βάρος, συνιστάται να παίρνει μικρά γεύματα σε τακτικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Να κάνει (αν μπορεί) έναν περίπατο πριν από το γεύμα και να πίνει ένα ποτήρι κρασί ή μπύρα, εφόσον το επιτρέπει ο γιατρός.

Διάφοροι παράγοντες είναι δυνατόν να συντελέσουν στη διάθεση της ασθενούς για φαγητό ή όχι και να οδηγήσουν σε υποβάθμιση της ποιότητας ζωής της ασθενούς. Τέτοιοι παράγοντες είναι:

- α. Η γενικότερη οργανική κατάσταση
- β. Η φυσική κατάσταση
- γ. Η ψυχική κατάσταση
- δ. Η οικονομική κατάσταση
- ε. Η άνεση και η διάθεση

Την ημέρα της χημειοθεραπείας, η ασθενής δεν τρώει τίποτα 2-3 ώρες πριν και μετά τη θεραπεία.

6.1.9. Διδασκαλία της ασθενούς

Η διδασκαλία της ασθενούς είναι σημαντικό μέρος της χημειοθεραπείας και βασικό στοιχείο της νοσηλευτικής διαδικασίας. Με την κατάλληλη διδασκαλία, προετοιμάζεται η ασθενής και η οικογένειά της για τα πιθανά ποθητά αποτελέσματα της χημειοθεραπείας καθώς και για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες και βοηθούνται να αποφασίσουν τι να κάνουν και πώς να αντιμετωπίσουν αλλαγή του σωματικού ειδώλου της ασθενούς.

Πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας, η νοσηλεύτρια αναπτύσσει ένα πρόγραμμα ατομικής διδασκαλίας με βάση την εκτίμηση της ασθενούς ή / και της οικογένειάς της όσον αφορά στην ανάγκη ενημέρωσης, στο θεραπευτικό πρόγραμμα και στην οικογενειακή της κατάσταση.

Κατόπιν πληροφορεί την ασθενή, αφήνοντας χρόνο για ερωτήσεις και συζήτηση.⁵

6.1.10. Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία είναι επίσης μια από τις βασικές μεθόδους θεραπείας του καρκίνου του Μαστού. Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στη θεραπευτική του μαστού έχει ως βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με τη ζωή.

Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του Μαστού μπορεί να χρησιμοποιηθεί:

- α. Ως κύριο μέσο θεραπείας, όταν δεν γίνεται εγχείρηση.
- β. Μετεγχειρητικώς, ως συμπληρωματική θεραπεία της προηγηθείσας εγχείρησης.
- γ. Επί ανεγχειρητων περιπτώσεων, όταν η χειρουργική επέμβαση δε είναι δυνατή λόγω της τοπικά προχωρημένης κατάστασης.
- δ. Παρηγορητικά, επί μεταστάσεων ή υποτροπών.
- ε. Για ακτινική στείρωση (καταστροφή των ωοθηκών με ακτινοβολήση).³⁴

Παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας είναι:

- α. Το είδος της ακτινοβολίας
- β. Η δόση της ακτινοβολίας
- γ. Ο ρυθμός δόσης
- δ. Το είδος του ιστού
- ε. Η οξυγόνωση του ιστού που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινευαισθησία.
- στ. Η θερμοκρασία που έχει σχέση επίσης ανάλογη με την ακτινευαισθησία. Η θερμοκρασία επηρεάζει το βαθμό κυκλοφορίας και επομένως την οξυγόνωση του ιστού.

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

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

β. Εσωτερική ακτινοθεραπεία με εμφύτευση. Χρησιμοποιείται ιρίδιο 192, το οποίο με στερεά μορφή βελόνων ή ελασμάτων ή κόκκων εμφυτεύεται μέσα στον όγκο του μαστού και αφαιρείται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα (48 – 72 ωρών). Τα εμφυτεύματα συνήθως συνδυάζονται με εξωτερική ακτινοβολία για καλύτερα αποτελέσματα.³⁶

Τα σημαντικότερα ερωτήματα που προκύπτουν κατά τον σχεδιασμό ακτινοθεραπείας στην ακτινοβόληση του μαστού. Μετά από ογκεκτομή αφορούν:

- i. τη γεωμετρία
- ii. την πυκνότητα του μαστού, του θωρακικού τοιχώματος
- iii. την ανατομική θέση³⁸

6.1.11. Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία

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

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

Η ακτινοθεραπεία πρέπει να χορηγείται αμέσως μετά την εγχείρηση και όχι να περιμένουμε την εμφάνιση υποτροπών, διότι τότε αντιμετωπίζονται μόνο σε ποσοστό 50 – 70 %. Όλες οι μελέτες τονίζουν το απαραίτητο της μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν θετικοί λεμφαδένες της μασχάλης, για ελάττωση των υποτροπών. Τώρα με την τάση που υπάρχει να εγκαταλειφθεί η ριζική μαστεκτομή και την όλο συχνότερη εφαρμογή λιγότερο ριζικών επεμβάσεων, ο ρόλος της μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας γίνεται όλο και περισσότερο σημαντικός.⁵

6.1.12. 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.

Η έκταση που τα κύτταρα και οι ιστοί καταστρέφονται από την ακτινοβολία εξαρτάται από τους ακόλουθους παράγοντες:

Η έκταση που τα κύτταρα και οι ιστοί καταστρέφονται από την ακτινοβολία εξαρτάται από τους ακόλουθους παράγοντες.

α. Ένταση της δόσης που έχει ορισθεί.

β. Έκταση του σώματος που δέχεται ακτινοβολία. γ. Ακτινοευσθαισιθσία των κυττάρων.

δ. Ατομικές διαφορές.

Τις ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

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

Γενική καταβολή δυνάμεων, κόπωση

➤ Ναυτία, εμετός

➤ Λνορεξία

➤ Απώλεια βάρους

➤ Δεκατική πυρετική κίνηση

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

β. Τοπικές, οι οποίες διακρίνονται σε:

➤ Πρώιμες

➤ Όψιμες

Πρώιμες επιπλοκές

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

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

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

Εσχαροποιητική: Εμφανίζει αμέσως μετά από έκθεση στην ακτινοβολία, με επώδυνη ερυθρότητα, οίδημα και φυσαλίδες, οι οποίες σπάζουν και παρουσιάζονται βαθιές εξελκώσεις.

Ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών: Τα μητρικά κύτταρα του μυελού των οστών είναι πολύ ακτινοευαίσθητα, με αποτέλεσμα την εμφάνιση καθολικής αναστολής των διαιρέσεων των μητρικών κυττάρων και έτσι, ενώ τα κυκλοφορούντα κύτταρα του αίματος αποθνήσκουν συνεχώς, δεν παράγονται νέα κύτταρα για να αντικαταστήσουν. Έχουμε μεγάλη μείωση του αριθμού των κοκκιοκυττάρων (ακοκκιοκυταραιμία). Επίσης, έχουμε ελάττωση των λεμφοκυττάρων, των πολυμορφοπύρηνων, των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων, που οδηγεί σε θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση, αναιμία και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις.

Για τους παραπάνω λόγους, η ασθενής υποβάλλεται σε εβδομαδιαίο ή και συχνότερο πλήρη αιματολογικό έλεγχο.

Δυσκαταποσία - δυσφαγία: Είναι δυνατόν να προκληθούν ως αποτέλεσμα της ακτινοβολήσης τμήματος του οισοφάγου.

Ναυτία, έμετος διάρροια, κόπωση, αδυναμία είναι συνήθη συμπτώματα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Η διάρροια προκαλεί έντονη αφυδάτωση, η οποία μαζί με τον έμετο προκαλεί μεγάλη απώλεια βάρους και απίσχνανση.

Οφείλεται σε αρνητική επίδραση της ακτινοβολήσης στους αδένες της παρωτίδας που εκκρίνουν το σίελο.

Όψιμες επιπλοκές

Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε. Το δέρμα γίνεται λεπτό και χαρακτηρίζεται από ατροφία. Αυτά αποφεύγονται με τον καλό καταμερισμό των δόσεων και την παρακολούθηση της ασθένειας.

Καρκίνος δέρματος πνευμόνων και οστών. Είναι σοβαρή αντίδραση από την ακτινοβολήση που μπορεί να εμφανισθεί μακροπρόθεσμα.

Αλωπεκία: Η ακτινοβολία επηρεάζει τα επιθηλιακά κύτταρα και τους θύλακους των τριχών. Οι θύλακες του τριχωτού της κεφαλής είναι πιο ευαίσθητοι στην ακτινοβολία από τους θύλακες των τριχών των άλλων περιοχών του σώματος. Η αλωπεκία αρχίζει να εμφανίζεται 2-3 εβδομάδες μετά την έκθεση στην ακτινοβολία. Τα μαλλιά εμφανίζονται ξανά μέσα σε 2-3 μήνες μετά τη διακοπή της ακτινοβολήσης, τάξης 300-400 cGy, αλλά μεγαλώνουν πολύ αργά και είναι πολύ λεπτά. Με δόσεις ακτινοβολίας τάξης 700 cGy και άνω η αποτρίχωση είναι μόνιμη.

Πνευμονική ίνωση και λεμφικό οίδημα σύστοιχου άνω άκρου είναι δυνατόν να εμφανισθούν.

Λευχαιμία: Είναι, ίσως, η περισσότερη τεκμηριωμένη νεοπλασία, από τις συνδεόμενες με την ακτινοβολία

Μεταλλάξεις: Έχει υπολογισθεί ότι περίπου 50 rem είναι απαραίτητα για να διπλασιασθεί ο ρυθμός της φυσικής μετάλλαξης στον άνθρωπο. Έχει επίσης υπολογισθεί ότι η ετήσια δόση την οποία δέχονται οι μονάδες από την ακτινοβολία του περιβάλλοντος είναι 0,12 rem και επομένως, στα 30 αναπαραγωγικά χρόνια του ανθρώπου, το ποσό αυτό ανέρχεται σε 3,6 rem και, σύμφωνα με την Επιστημονική Επιτροπή των Ηνωμένων Εθνών για την επίδραση της ακτινοβολίας, 1 rem ανά γενεά θα αυξήσει το ρυθμό των «αυτόματων» μεταλλάξεων στον άνθρωπο κατά. 1/17. Αυτό δείχνει πόσο ανεπιθύμητη είναι κάθε αύξηση του επιπέδου της ακτινοβολίας, την οποία δέχεται ο άνθρωπος από οποιαδήποτε πηγή.

Πολυτερηδονισμός: Όπως αναφέρθηκε και στις πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες, έχουμε την εμφάνιση ξηροστομίας, επειδή μειώνεται η ποιότητα και η ποσότητα του σιέλου από καταστροφή των παρωτίδων αδένων. Φυσιολογικά, ο σιέλος περιέχει ειδικά ένζυμα, τα οποία προστατεύουν τα δόντια από την τερηδόνα. Λόγω έλλειψης λοιπόν των ενζύμων αυτών είναι δυνατόν, μετά 1 περίπου χρόνο από την παύση της ακτινοθεραπείας, να εμφανισθεί το φαινόμενο του πολυτερηδονισμού.

6.1.13. Νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έλθει σε επαφή μαζί της. Από τη στιγμή αυτή, η νοσηλεύτρια με την αγάπη, το ενδιαφέρον, την κατανόηση της

θέσης της ασθενούς και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στην ασθενή ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

- α. Στην ενημέρωση της ασθενούς για τη θεραπεία.
- β. Στην προετοιμασία και τη βοήθεια της ασθενούς για τη θεραπεία.
- γ. Στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την ασθενή, το περιβάλλον και τον εαυτό της.
- δ. Στην ψυχολογική τόνωση της ασθενούς πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.

6.1.14. Εξωτερική ακτινοθεραπεία

Η νοσηλεύτρια ενημερώνεται από το φάκελο της ασθενούς για:

- α. Το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε.
- β. Την ακριβή θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία.
- γ. Το σκοπό της ακτινοβολήσης (θεραπευτικό ή ανακουφιστικό).
- δ. Τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και που προγραμματίζεται να χάνει. Αξιολογεί πώς αντιλαμβάνεται η ασθενής το είδος αυτό της θεραπείας, επισημαίνει τα προβλήματα και τις ανάγκες της ασθενούς και με βάση αυτές θέτει τους σκοπούς και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.³⁶

Ανάγκες - Προβλήματα των ασθενών

- Διδασκαλία:
- α. Έλλειψη γνώσης που να αφορά στην καθορισμένη ακτινοθεραπεία.
 - β. Φόβος - άγχος που έχει σχέση με την έλλειψη γνώσης για της θεραπεία.
- Διατροφή:
- α. Αλλαγή στη θρέψη, η οποία είναι ελλιπής, λόγω της ναυτίας, του εμέτου και της ανορεξίας.

β. Αλλαγές στο βλεννογόνο του στόματος, λόγω της ακτινοθεραπείας, που εμποδίζουν τη μάσηση, και τη λήψη τροφής.

γ. Ηλεκτρολυτικές διαταραχές που σχετίζονται με τη ναυτία, τον έμετο και την ανορεξία.

Ανεπιθύμητες ενέργειες από τη θεραπεία:

α. Ακτινοδερματίτιδα

β. Καταβολή του μυελού των οστών

γ. Διαταραχές στην κένωση του εντέρου εμφάνιση διάρροιας, λόγω μεγάλης ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία.

δ. Γενικότερες διαταραχές του πεπτικού συστήματος, όπως, στοματίτιδα / μυκητίαση, στοματοφαρυγγικός πόνος, ξηροστομία, οισοφαγίτιδα, ανεπιθύμητες ενέργειες οι οποίες επιδρούν αρνητικά στη, λήψη τροφής.

Έξοδος:

α. Ανάγκη ενημέρωσης και διδασκαλίας της ασθενούς για το σωστό προγραμματισμό συνέχισης της ακτινοθεραπείας όπως έχει καθορισθεί από το γιατρό.

β. Λήψη προφυλακτικών μέτρων για την πρόληψη ερεθισμού ή τραυματισμού της περιοχής του δέρματος που ακτινοβολείται. Την περιοχή αυτή πρέπει να τη φροντίζει και να την περιποιείται κατάλληλα.

Νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις

Διδασκαλία

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Διατροφή

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

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

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

δ. Προγραμματίζει για την ασθενή και την οικογένειά της συμβουλευτική συνάντηση με τη διαιτολόγο.

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

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

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

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

θ. Χορηγεί Βιταμίνες (με εντολή γιατρού).

ι. Κανονίζει κατά τη διάρκεια των γευμάτων της ασθενούς, να παρευρίσκονται οι συγγενείς και οι φίλοι της. Η ενθάρρυνση και η συντροφιά αυξάνουν την όρεξη και τη λήψη τροφής.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

κβ. Συζητεί με την ασθενή και αξιολογεί τη χρήση καπνού και τη λήψη οινόπνευματος.

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

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

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

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

Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών

α. Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται.

β. Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών και καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό.

γ. Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά επό ιατρική εντολή.

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

ε. Ενημερώνεται να αποφεύγει τα στενά ρούχα, που αυξάνουν τον ερεθισμό.

στ. Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα, διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.

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

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

θ. Πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται, το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή.

ι. Δεν τοποθετούνται αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός και αν υπάρχει ιατρική εντολή.

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

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

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

ιδ. Αποφεύγεται η χρήση στηθόδεσμου, αν δημιουργεί πίεση.

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

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

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

ιη. Όσον αφορά στη διάρροια, η νοσηλεύτρια εκτιμά την ποιότητα και τη συχνότητα των κοπράνων.

ιθ. Παρακολουθεί τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά, το βάρος και την ηλεκτρολυτική ισορροπία. Αφυδάτωση, μείωση του βάρους και διαταραχή των ηλεκτρολυτών είναι αποτελέσματα της διάρροιας.

κ. Χορηγούνται τροφές με μικρό υπόλειμμα. Αποφεύγονται άπεπτα ινώδη στοιχεία που αφήνουν μεγάλο υπόλειμμα, όπως το μαύρο ψωμί, τα λαχανικά, τα χόρτα, οι φλούδες των φρούτων κ.λ.π. Με τον τρόπο αυτόν, αποφεύγεται ο ερεθισμός του εντέρου και η διάρροια.

κα. Ενθαρρύνεται η ασθενής να καταπίνει αργά, αφού πρώτα μασάει καλά την τροφή της, για να ελαττωθεί ο σπασμός και να αυξηθεί η απορρόφηση των τροφών.

κβ. Ενθαρρύνεται η αυξημένη λήψη υγρών για την αντικατάσταση των υγρών και των ηλεκτρολυτών που χάθηκαν.

κγ. Με εντολή γιατρού, η νοσηλεύτρια χορηγεί αντιδιαοροϊκά φάρμακα και αξιολογεί την αποτελεσματικότητά τους.

Προετοιμασία της ασθενούς για έξοδο

α. Η νοσηλεύτρια ενημερώνει την ασθενή σχετικά με τον προγραμματισμό τη, Θεραπείας και το σχεδιασμό της φροντίδας του δέρματος.

β. Παρέχει στην ασθενή κατάλογο με τις ακριβείς ημερομηνίες κάθε συνεδρίας και των συναντήσεων με το γιατρό.

γ. Ενημερώνει την ασθενή σχετικά με αλλαγές στο διαιτολόγιο και τη λήψη τροφής κατά τη διάρκεια της Θεραπείας.

δ. Διδάσκει την ασθενή πως να παρακολουθεί και να ελέγχει την ακεραιότητα της περιοχής του δέρματος που ακτινοβολείται.

ε. Παρέχει / προτείνει τη χρησιμοποίηση βιβλίων μαγειρικής, τα οποία είναι ειδικά για τον καθορισμό του διαιτολογίου των καρκινοπαθών.

στ. Εκτιμά και αξιολογεί τις ανάγκες φροντίδας της ασθενούς στο σπίτι.

6.1.15. Εσωτερική ακτινοθεραπεία

Το ραδιοϊσότοπο που χρησιμοποιείται στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι το Ir-192. Για την τοποθέτησή του (με τη μορφή βελονών, ελασμάτων ή κόκκων), η ασθενής προετοιμάζεται για χειρουργείο.

Η ασθενής ενημερώνεται για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας της. Μετά την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου, η ασθενής έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα.

Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, η ασθενής απομονώνεται, επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή, που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί (με τον υποδιπλασιασμό ελαχιστοποιείται η ραδιενεργός δράση του - χρόνος υποδιπλασιασμού $1\tau = 192 = 74$ ημέρες) ή να αφαιρεθεί.

Η νοσηλεύτρια, πριν φθάσει ακόμα στην ασθενή για την εκτίμηση των αναγκών και των προβλημάτων της και στον προγραμματισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεών της, ενημερώνεται από το φάκελο της ασθενούς για: (α) το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί (Ir-192), (β) τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη), (γ) τον τρόπο χορήγησής της (ενδοϊστικώς), (δ) την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, (ε) το σημείο εφαρμογής και (στ) τον αριθμό των ημερών που η ασθενής πρέπει να απομονωθεί. Επίσης, οφείλει να γνωρίζει το είδος της ακτινοβολίας που θα εκπέμπει (β και γ ακτίνες).

Ανάγκες - Προβλήματα των ασθενών

- Διδασκαλία :
- α. Έλλειψη γνώσης σχετικά με την ακτινοθεραπεία που εκτελείται υπό εμφύτευση ραδιοϊσοτόπου.
 - β. Βλάβη των ιστών λόγω της εμφύτευσης.

Διατροφή : α. Αλλαγή των διατροφικών συνηθειών της ασθενούς. Η Ορέξη γίνεται ελλιπής, σχετιζόμενη με την τοποθέτηση του ραδιοϊσοτοπικού εμφυτεύματος.

Ανεπιθύμητες ενέργειες :

α. Έλλειψη άνεσης, επειδή εμφανίζεται πόνος οφειλόμενος στο ραδιοϊσοτοπικό εμφύτευμα.

β. Αλλαγή της κατάστασης του στοματικού βλεννογόνου (εμφάνιση πληγών, μυκητιάσεων, ξηροστομίας κ.α.), λόγω της εκπομπής ακτινοβολίας από το ραδιοϊσότοπο.

Κοινωνική απομόνωση και έλλειψη αυτοφροντίδας σχετιζόμενη με τους επιβαλλόμενους θεραπευτικούς περιορισμούς.

Φροντίδα – Αυτοεξυπηρέτηση :

α. Έλλειψη γνώσης σχετικά με της αυτοφροντίδα μετά το τέλος της Θεραπείας.

β. Μείωση των δραστηριοτήτων, η οποία σχετίζεται με την κόπωση, δευτεροπαθές χαρακτηριστικό της ακτινοθεραπείας συνήθως, εμφανίζεται αμέσως και είναι δυνατόν να διαρκέσει για μερικούς μήνες.

Νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις

Διδασκαλία

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

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

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

Διατροφή

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

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

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

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

Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών

α. Εκτιμά την έλλειψη άνεσης και χρησιμοποιεί ατομική κλίμακα αξιολόγησης από 0 – 10 για να αποκτήσει αντικειμενική αντίληψη του πόνου.

β. Παρατηρεί την ασθενή για σημεία πόνου και έλλειψη άνεσης, όπως κόπωση, εξάντληση, ανησυχία, άγχος, ευερεθιστότητα, υψηλή συχνότητα σφυγμών.

δ. Χορηγεί αναλγητικά (με εντολή γιατρού), εκτιμά και καταγράφει την ανταπόκριση της ασθενούς.

ε. Παρέχει φροντίδα για τη σωστή υγιεινή της στοματικής κοιλότητας κάνει πλύσεις κάθε 3-4 ώρες, χρησιμοποιώντας ήπια διαλύματα, όπως 1 κουταλιά γλυκού σόδας σε 250ml νερού.

στ. Το διαιτολόγιο της ασθενούς περιλαμβάνει μαλακές και ήπιες τροφές, ενώ αποφεύγονται οι σάλτσες, τα κόκκινα κρέατα, τα ξινά φαγητά, ο καπνός και το οινόπνευμα, τα οποία είναι δυνατόν να προκαλέσουν αλλαγές στη γεύση και φλεγμονή του στόματος.

Κοινωνική απομόνωση και έλλειψη αυτοφροντίδας

α. Η ασθενής τοποθετείται σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με το χώρο των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούθησης της ασθενούς, τουαλέτα, λουτρό. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος. Ενημερώνεται η ασθενής πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό και γιατί εφαρμόζεται.

β. Στην πόρτα του δωματίου, στο φάκελο της ασθενούς τοποθετείται η ειδική πινακίδα με το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας.

γ. Η νοσηλεύτρια που νοσηλεύει ασθενή με ραδιοϊσοτοπικό εμφύτευμα φέρει πάνω της ειδικό δοσίμετρο, το οποίο μετράει την έκθεση στην ακτινοβολία και δεν πρέπει να το μοιράζεται με το άλλο προσωπικό. Όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο που τον χρησιμοποιεί δέχθηκε περισσότερη από την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας, απομακρύνεται από το χώρο της ακτινοβολίας. Επίσης, όλο το προσωπικό που εργάζεται σε αυτό το χώρο φοράει τέτοιο μετρητή, ο οποίος ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς.

δ. Περιορίζει τους επισκέπτες. Δεν αφήνει παιδιά κάτω των 16 ή έγκυες γυναίκες να επισκεφθούν την ασθενή ή να προσφέρουν οποιαδήποτε άλλη

φροντίδα. Η παραμονή κάθε επισκέπτη στο χώρο δεν πρέπει να ξεπερνά τα 15 min/24ωρο.

ε. Οι επισκέπτες ενημερώνονται για τον τρόπο επικοινωνίας με την ασθενή (μέσω του παραθύρου για την παρακολούθηση της ασθενούς), εξηγείται ο σκοπός του μέτρου αυτού και παροτρύνονται να επικοινωνούν τηλεφωνικώς μαζί της, ώστε να περιορίζεται το αίσθημα της μοναξιάς.

στ. Κατά την προσφορά νοσηλείας στην ασθενή, η νοσηλεύτρια γνωρίζει και λαμβάνει τα προστατευτικά μέτρα, απόσταση και χρόνο, για τον εαυτό της, χωρίς όμως να εγκαταλείπεται η ασθενής. Κατά την προσέγγιση της ασθενούς, φοράει μπλούζα και γάντια, τα οποία βάζει σε δοχεία από μολύβι πριν φύγει από το θάλαμο.

ζ. Η νοσηλεύτρια ταΐζει την ασθενή ή τη βοηθάει να φάει. Καθαρίζει το πρόσωπο και τα χέρια της ασθενούς και προσφέρει περιποίηση του στόματος πριν και μετά τα γεύματα.

η. Η απομόνωση ελαττώνεται με την τηλεόραση και το ραδιόφωνο. Ενθαρρύνεται, ακόμη, η επίσκεψη της ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο χώρο.

θ. Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς προγραμματίζεται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε διαφορετικά καθήκοντα και παρεμβάσεις να διεκπεραιώνονται στις καθορισμένες επισκέψεις της νοσηλεύτριας.

ι. Η νοσηλεύτρια αφιερώνει χρόνο στην ασθενή για συζήτηση, διδασκαλία, ενημέρωση, έκφραση αποριών και φόβων.

ια. Η νοσηλεύτρια ελέγχει όλο τον ιματισμό του κρεβατιού και της ασθενούς για εξακριβώσει, αν η πηγή ακτινοβολίας είναι στη θέση της. Αν ωρακισμένη πηγή ραδιοϊσοτόπου έφυγε από τη θέση που εμφυτεύτηκε ή

τοποθετήθηκε και βρίσκεται στο κρεβάτι της ασθενούς ή στο δάπεδο, πρέπει να πιάνεται με ειδικές μακριές λαβίδες και τοποθετείται στη θήκη της.

ιβ. Ποτέ δεν πρέπει να πιάνεται ραδιενεργός πηγή με υγρά χέρια.

ιγ. Αν υπάρχει υπόνοια για μόλυνση του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, ειδοποιείται αμέσως η αρμόδια υπηρεσία του ιδρύματος (τμήμα ραδιοϊσοτόπων) και εντοπίζεται η μόλυνση με ειδικά όργανα.

ιδ. Η ασθενής προετοιμάζεται ψυχικά και συναισθηματικά για την αφαίρεση του εμφυτεύματος.

Γίνεται (με εντολή γιατρού) προκαταρκτική χορήγηση φαρμάκων (αναλγητικών – ηρεμιστικών κ.λ.π.) περίπου μία ώρα πριν από την αφαίρεση.

Δίπλα στο κρεβάτι υπάρχουν ειδικές μακριές λαβίδες και γάντια.

Υπάρχει ακόμα δίπλα στο κρεβάτι ο ειδικός μεταφορέας της πηγής μετά την αφαίρεσή της.

Εξηγούνται στην ασθενή οι ακολουθούμενες διαδικασίες και απαντιούνται ερωτήσεις της.

ιε. Η ασθενής τοποθετείται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να μην δυσχεραίνεται η αφαίρεση του ραδιοϊσοτόπου.

ιστ. Σε περίπτωση που έχει τοποθετηθεί ουροκαθετήρας, αφαιρείται και συλλέγονται τα ούρα σε αποστειρωμένο φιαλίδιο.

ιζ. Σημειώνεται η ώρα της αφαίρεσης του εμφυτεύματος. Παρακολουθείται ταυτόχρονα η ανταπόκριση της ασθενούς.

ιη. Ενημερώνονται οι τεχνικοί του τμήματος ραδιοϊσοτόπων να πάνε στο τμήμα για την απομάκρυνση και τη μεταφορά της πηγής.

ιθ. Βοηθείται η ασθενής να σηκωθεί και να περπατήσει, να κάνει ένα ντουζ και να δεχθεί επισκέψεις.

κ. Διαβεβαιώνεται η ασθενής ότι από τη στιγμή της αφαίρεσης της πηγής δεν εκπέμπει πια ακτινοβολία.

Φροντίδα μετά την έξοδο της ασθενούς

α. Διδάσκεται η ασθενής να εκτελεί κάθε μήνα την αυτοεξέταση του μαστού.

β. Ενημερώνεται ότι, εφόσον δεν ακολουθεί εξωτερική ακτινοβολήση, αν επιθυμεί, μπορεί να χρησιμοποιήσει στην περιοχή του δέρματος από όπου αφαιρέθηκε το εμφύτευμα κρέμες, λοσιόν, αρώματα ή σαπούνια.

γ. Καθοδηγείται να προστατεύει την περιοχή του δέρματος από την ακτινοβολία του ήλιου, χρησιμοποιώντας αντηλιακά υψηλού δείκτη προστασίας (10 – 15).

δ. Ενημερώνεται ότι φλεβοκεντήσεις και λήψεις της αρτηριακής πίεσης δεν πρέπει να γίνονται στον αντίστοιχο βραχίονα. Γνωστοποιείται ακόμη ότι, παροδικά απότομοι πόνοι διάχυτοι στο στήθος, θα οφείλονται στην ακτινοβολήση και στην αύξηση του ερεθισμού των θωρακικών μυών και είναι δυνατό να εμφανίζονται περιοδικά μέχρι και ένα χρόνο μετά. Διδάσκονται επίσης από τη νοσηλεύτρια ασκήσεις βαθμιαίας κινητικότητας του άκρου, με σκοπό την επαναφορά στη φυσιολογική κατάσταση της περιοχής της μασχάλης.

ε. Συμβουλεύεται η ασθενής να συνεχίσει την καθημερινή και προσεκτική περιποίηση και φροντίδα της στοματικής της κοιλότητας.

στ. Συμβουλεύεται τέλος να συνεχίσει την υπερλευκωματούχο διαίτα. Αν κριθεί απαραίτητο, η νοσηλεύτρια παραπέμπει την ασθενή σε διαιτολόγο.⁵

6.1.16. Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική εξαίρεση είναι η αρχαιότερη μέθοδος θεραπείας του καρκίνου του μαστού.⁵ Σκοπός της εγχείρησης είναι να διατηρηθεί ο τοπικός έλεγχος της νόσου στο θωρακικό τοίχωμα και να προσφέρει ακριβές πληροφορίες απαραίτητες για την επιλογή συμπληρωματικής θεραπείας.³⁹ Αποβλέπει στην εκρίζωση της πρωτοπαθούς εστίας και στην αφαίρεση μεταστατικών περιοχικών λεμφαδένων. Στην εποχή μας, η πρόοδος της αντισηψίας και της νάρκωσης έχει ελαττώσει πολύ τους μετεγχειρητικούς κινδύνους από τη μαστεκτομή.

Υπάρχει κίνδυνος διασποράς της νόσου από χειρουργικούς χειρισμούς, καθώς έχει δείξει η έρευνα. Για το λόγο αυτόν, κάθε επέμβαση στο μαστό πρέπει να συνδυάζεται με ταχεία βιοψία, η οποία – αφού θα έχει προηγηθεί η συναίνεση της ασθενούς – θα δίνει το δικαίωμα στο χειρουργό να προχωρήσει αμέσως, ανάλογα με το αποτέλεσμα.⁵

Τα είδη χειρουργικών επεμβάσεων στο μαστό είναι :

Ριζική μαστεκτομή

Συνίσταται στη χειρουργική αφαίρεση του μαζικού αδένου, των θωρακικών μυών (μείζονος και ελάσσονος), του περιεχομένου της μασχालιαίας κοιλότητας και όλου του λίπους και των γειτονικών ιστών.²⁸ Σημειώνεται ότι στις παραπάνω διεργασίες αφαιρούνται και το δέρμα και η θηλή.

α. Η ριζική μαστεκτομή εφαρμόζεται συνήθως στα στάδια I ή II, σε γυναίκες μέσης και μεγάλης ηλικίας.

Η τομή που γίνεται μπορεί να είναι εγκάρσια ή κάθετη και τοποθετείται στο τραύμα παροχέτευση συνεχούς αναρρόφησης (Hemovac). Η εγχείρηση έχει αυξημένη νοσηρότητα, κατά κοσμητικό αποτέλεσμα, εμφάνιση οιδήματος άνω άκρων και ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας.

Παραλλαγές της ριζικής μαστεκτομής είναι η εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή και η υπερριζική μαστεκτομή, η οποία περιλαμβάνει και την αφαίρεση των υπερκλείδιων λεμφαδένων. Η εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή εκτός από το μαστό, τους μύς και τους μασχαλιαίους λεμφαδένες, περιλαμβάνει και την εξαίρεση των αδένων της έσω μαστικής. Τα αποτελέσματά της όμως είναι πολύ πτωχά και όχι καλύτερα της ριζικής μαστεκτομής. Λίγοι χειρουργοί τη συνιστούν και πολύ λίγες εγχειρήσεις γίνονται σήμερα, ακόμη και στα πιο μεγάλα ογκολογικά κέντρα.

β. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Συνιστάται στην αφαίρεση του μαζικού αδένου και των λεμφαδένων της μασχάλης, ανώ διατηρούνται οι θωρακικοί μύες.

Με την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, δεν έχουν επιτευχθεί μόνο καλύτερα κοσμητικά αποτελέσματα, αλλά και αύξηση του ποσοστού επιβίωσης, σε σύγκριση με αυτό της ριζικής μαστεκτομής, σε επιλεγμένες περιπτώσεις και στα αρχικά στάδια (I και II) της νόσου.

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είναι η πιο συχνά εφαρμοζόμενη χειρουργική μέθοδος στον καρκίνο του μαστού σήμερα.

Όσον αφορά στην τεχνική, η τομή που γίνεται είναι εγκάρσια· επιτυγχάνεται έτσι το καλύτερο δυνατό αισθητικό αποτέλεσμα. Η ασθενής μπορεί να την τομή αυτή να φοράει φορέματα ή ρούχα με ντεκολτέ, δίχως να φαίνεται η ουλή της τομής. Η ίδια τομή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και πάλι σε περίπτωση που θα γίνει τοποθέτηση τεχνητού στήθους μελλοντικά (τοποθετείται προσθήκη από σιλικόνη κάτω από το μείζονα θωρακικό μυ). Μεταξύ μαστεκτομής και ανασύστασης του μαστού, αφήνουμε διάστημα 4 – 6 μηνών.

γ. Μερική Μαστεκτομή

Η μερική μαστεκτομή εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όγκων του μαστού μεγέθους 2cm ή και μικρότερων, εντοπισμένων στην περιφέρεια του μαστού, δίχως εμφανή λεμφαδενική διασπορά. Η τομή που γίνεται είναι εγκάρσια, αλλά επειδή έχει επισημανθεί αλλαγή της θέσης της Θηλής και της Θηλαίας άλω, τελευταία η τομή γίνεται γύρω από την τομή της πρόσφατης βιοψίας. Από αυτήν αφαιρούνται τα πέριξ του όγκου, 2/3 του μαστού και οι μασχαλιαίοι αδένες. Η διαδικασία των παραπάνω στοιχείων και του καθαρισμού της μασχάλης φαίνεται στις εικόνες.

δ. Απλή μαστεκτομή

Η απλή μαστεκτομή γίνεται σε ασθενείς με μικρούς όγκους (2cm ή και μικρότερους), εντοπισμένους ενδιάμεσα ή κεντρικά στο μαστό, δίχως λεμφαδενική διασπορά. Γίνεται σε ηλικιωμένες ασθενείς, στις οποίες δεν αναμένεται ταχεία εξέλιξη της νόσου. Συνδυάζεται συνήθως με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

Ουγκεκτομή είναι η αφαίρεση ενός μικτού τμήματος του μαστού, το οποίο περιλαμβάνει τον όγκο κι ένα τμήμα υγιούς ιστού γύρω από τον όγκο. Πολλές φορές συναφαιρείται ένα τμήμα λίπους της μασχάλης μαζί με τους λεμφαδένες του.⁴⁰

Αυτή η διαδικασία ενδείκνυται για ασθενείς με κλινικώς ή/και μαστογραφικώς εντοπισμένους μονοεστιακούς όγκους, οι οποίοι συχνά δεν ξεπερνούν τα 3cm σε μέγεθος και δίχως κλινικώς ψηλαφητούς λεμφαδένες. Η τομή για την αφαίρεση του όγκου γίνεται ακριβώς πάνω από τη μάζα του. Αφαιρούνται ταυτόχρονα 2cm φυσιολογικού ιστού που περιλαμβάνουν τον όγκο.

Μεγάλη προσοχή πρέπει να δοθεί, ώστε κατά την εγχείρηση να επιτευχθεί κατάλληλη αιμόσταση για την αποφυγή αιματώματος, το οποίο μπορεί να προκαλέσει παραμόρφωση του μαστού και καθυστέρηση της έναρξης της ακτινοθεραπείας. Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία με $Co - 60$ αρχίζει αμέσως μόλις επουλωθεί το τραύμα συνήθως μετά 10 – 14 ημέρες.

Τα διάφορα αίτια, στα οποία υφίονται οι παραπάνω διαφορές, είναι :

α. Η φύση της νόσου : Ο καρκίνος του μαστού κάνει μεταστάσεις όχι μόνο με τα λεμφογάγγλια, αλλά και με τα αιμοφόρα αγγεία· όχι μόνο συχνά αλλά και πολύ νωρίς μετά την αρχική του εγκατάσταση. Έτσι, η νόσος γενικεύεται πριν από οποιαδήποτε θεραπεία και οι προϋπάρχοντες καρκινογόνοι παράγοντες εξακολουθούν να δρουν και μετά την εφαρμογή της θεραπείας. Πέρα από αυτά, είναι άγνωστο ποια επίδραση έχουν στην εξέλιξη του καρκίνου :

- η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς που υποβάλλεται σε μαστεκτομή,
- η συνειδητοποίηση του ότι πάσχει από καρκίνο και
- η επίδραση της εγχειρητικής καταπόνησης, της ακτινοθεραπείας και των κυτταροστατικών φαρμάκων στους ανοσολογικούς μηχανισμούς του ξενιστή.

β. Η φύση της θεραπείας : Εκείνο το οποίο δεν έχει γίνει ακόμη κατανοητό είναι ότι οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση, με ή χωρίς ακτινοβολία, περιορίζεται απλά και μόνο στην τοπική θεραπεία της νόσου. Έιλικά, οι ασθενείς πεθαίνουν από γενικευμένες μεταστάσεις, τις οποίες και οι δύο θεραπευτικές μέθοδοι δεν είναι δυνατόν να παρεμποδίσουν.

γ. Η ανθρώπινη φύση : Πολλές φορές η μεγάλη επιθυμία του θεράποντος να διασώσει την ασθενή, μεγεθύνει υποσυνείδητα τη θεραπευτική δύναμη της μεθόδου που χρησιμοποιεί. Έτσι, ο χειρουργός υπεραμύνεται της

χειρουργικής εξαίρεσης και ο ακτινοθεραπευτής της ακτινοθεραπείας. Η φανατική υποστήριξη θεραπευτικών μεθόδων παρεμποδίζει την ψύχραιμη επιστημονική σκέψη.

Νοσηλευτικές δραστηριότητες – παρεμβάσεις

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλεύτρια για να μπορέσει να βοηθήσει, αλλά και για να ανταποκριθεί η ίδια στο κάλεσμα βοήθειας της ασθενούς, οφείλει να προχωρήσει στη λήψη νοσηλευτικών μέτρων τα οποία είναι :

α. Εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς συμπεριλαμβανομένης της αντίδρασης αυτής στη διάγνωση και στους σκοπούς της εγχείρησης καθώς και των φόβων και των αβεβαιοτήτων που θα αντιμετωπίσει.

β. Προσδιορίζει τα πιθανά αποτελέσματα, που το συγκεκριμένο είδος εγχείρησης μπορεί να έχει στη λειτουργικότητα του σώματος της ασθενούς και στη διαταραχή του σωματικού ειδώλου.

γ. Εκτιμά τις πιθανές επιπλοκές καθώς και τα ειδικά νοσηλευτικά μέτρα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση προεγχειρητικών σωματικών καταστάσεων της ασθενούς συμπεριλαμβανομένων των παθολογικών εξεργασιών.

δ. Εκτιμά το επίπεδο άγχους της ασθενούς σχετικά με τη διάγνωση, την εγχείρηση και τα αποτελέσματά της καθώς και την ανταπόκριση της οικογένειας της ασθενούς στη νόσο.

ε. Προσδιορίζει το επίπεδο κατανόησης της ασθενούς σχετικά με τις πληροφορίες που της δίνονται για την εγχείρηση, τις διαδικασίες που θα ακολουθηθούν και τους χώρους που θα βρεθεί κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, αλλά και αμέσως μετά από αυτήν.

στ. Παρέχει στην ασθενή πληροφορίες σύμφωνα με την εκτίμηση της ικανότητάς της να καταλάβει και να ανταποκριθεί στη γνώση των θεραπευτικών διαδικασιών.

ζ. Διαβεβαιώνεται ότι ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας συμπεριλαμβάνει κατάλληλα και τη φροντίδα που παρέχεται από το υπόλοιπο προσωπικό υγείας και ότι το σχέδιο φροντίδας είναι κατανοητό και έχει κοινή υποστήριξη.

Προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία

Η παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας θα γίνει μετά τη διεκπεραίωση της νοσηλευτικής διάγνωσης των αναγκών και των προβλημάτων της ασθενούς τα οποία είναι :

α. Λμφιβολίες για τη διάγνωση

Η υποψία του καρκίνου του μαστού δημιουργεί στις περισσότερες γυναίκες πραγματική καρκινοφοβία. Για το λόγο αυτόν, πολλές γυναίκες αποφεύγουν την έγκαιρη ιατρική εξέταση, με ολέθρια βεβαίως αποτελέσματα για την υγεία και τη ζωή τους.

Η νοσηλεύτρια στο νοσοκομείο υποστηρίζει ηθικώς την ασθενή κατά την περίοδο των εξετάσεων, οι οποίες γίνονται πριν από την εγχείρηση. Αναγνωρίζει και δικαιολογεί το φόβο για τη διάγνωση, ο οποίος διακατέχει την ασθενή και της εξηγεί ότι, και αν ακόμη επιβεβαιωθεί η ύπαρξη καρκίνου του μαστού, μπορεί να γίνει καλά με τα μέσα, τα οποία διαθέτει η ιατρική επιστήμη σήμερα. Ενισχύει επίσης η νοσηλεύτρια την πεποίθηση της ασθενούς ότι ο γιατρός στα χέρια του οποίου βρίσκεται, είναι πεπειραμένος και θα εφαρμόσει την ενδεικνυόμενη θεραπεία κατά τον καλύτερο επιστημονικό τρόπο.

β. Άγχος, κατάθλιψη, ψυχική και σωματική αδυναμία σχετιζόμενα με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τα αποτελέσματα της εγχείρησης και ιδιαίτερα με την αλλαγή του σωματικού ειδώλου.

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 της διαταραχής του σωματικού ειδώλου.

Κανονίζει την επίσκεψη της ασθενούς στο χειρουργείο και στο δωμάτιο ανάνηψης.

Εξηγεί στην ασθενή πράγματα που πιθανόν να της δημιουργούν φόβο (π.χ. μηχανήματα), τις διαδικασίες που ακολουθούνται και τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Εκτιμά την αντίδραση της ασθενούς στην πληροφόρηση των διαδικασιών. Επαναλαμβάνει / επαναπροσδιορίζει αυτά που έχουν ληχθεί, αν αυτό κριθεί απαραίτητο.

Παρέχει πληροφορίες και διαβεβαιώσεις, που η ασθενής επιθυμεί και χρειάζεται, για την παραμονή της στο νοσοκομείο, την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και την αναμενόμενη μετεγχειρητική πορεία.

Σχεδιάζει εκπαιδευτικά μαθήματα πάνω σε συγκεκριμένους τομείς, αν αυτό είναι δυνατό, με σκοπό την αύξηση της παροχής των πληροφοριών σε κάθε τομέα.

Ο σχεδιασμός της φροντίδας είναι τέτοιος που να επιτρέπει καθημερινά για τουλάχιστον 15 λεπτά στη νοσηλεύτρια να κάθεται και να ακούει τις απόψεις και τα συναισθήματα της ασθενούς για την κατάστασή της. Εκτιμά επίσης την προσαρμογή της ασθενούς στην πιθανότητα αφαίρεσης του μαστού.

Ενθαρρύνει την ασθενή στην έκφραση των συναισθημάτων της και των φόβων της, ακόμη και να κλάψει. Οι συνηθισμένοι και κοινοί φόβοι

περιλαμβάνουν την ιδέα του θανάτου, του καρκίνου, της παραμόρφωσης και του πόνου.

Περιλαμβάνει στη διδασκαλία της θέματα όπως ασκήσεις βήχα και βαθιών αναπνοών, λήψη αναπνευστικών θέσεων, ανακούφιση του πόνου, ασκήσεις του χεριού (του σύστοιχου με τη μαστεκτομή), τοποθέτηση παροχετεύσεων.

Παρέχει στην ασθενή χρόνο για εκμάθηση (βήχα ή βαθιάς αναπνοής) ή εξάσκηση (ασκήσεις του άκρου).

Ενθαρρύνει την ενεργητική συμμετοχή της ασθενούς στις αποφάσεις που αφορούν στη θεραπεία της.

Στο τέλος επανεξετάζει τι έχει διδαχθεί, σε τι έχει ενημερωθεί η ασθενής και σε τι όχι.

γ. Δυσκολία αποδοχής της εγχείρησης

Σκοπός εξάλλου της νοσηλεύτριας είναι να βοηθήσει την ασθενή να αποδεχθεί και να αντιμετωπίσει με θάρρος και ψυχραιμία το είδος της επέμβασης. Η νοσηλεύτρια θα τη διαφωτίσει, ώστε να πεισθεί ότι ο μαστός, όταν πάσχει, θεωρείται όργανο άχρηστο λειτουργικώς και επιβλαβές για την υγεία της. Επίσης θα επισημάνει ότι η απώλεια του ενός μαστού είναι η μικρότερη θυσία, την οποία προσφέρει ως αντίτιμο της υγείας της και αυτής ακόμα της ζωής της.

Η ασθενής πρέπει να πιστέψει ότι δεν θα είναι η μοναδική γυναίκα με ένα μαστό. Άλλωστε, θα της απομείνουν αρκετές σωματικές και πνευματικές δυνάμεις για μια ωφέλιμη και δημιουργική ζωή.

Πρέπει τέλος να τονισθεί ότι ένα από τα σπουδαιότερα καθήκοντα της νοσηλεύτριας είναι να χειρίζεται κάθε ασθενή ως ξεχωριστή προσωπικότητα, με τους δικούς της φόβους, τις ανησυχίες και τις ελπίδες, οι οποίες είναι χωριστές από τους φόβους, τις ανησυχίες και τις ελπίδες των άλλων. 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 εκφράζει συνήθως την ανησυχία και το φόβο του πόνου και του θανάτου. Πράγματι, ο σωματικός πόνος δημιουργεί και ψυχική δοκιμασία, ταλαιπωρεί και ταπεινώνει τον άνθρωπο, εξαντλεί τα αποθέματα της υπομονής και μειώνει την ελπίδα για τη θεραπεία του.

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

Η ασθενής εξωτερικεύει επίσης το φόβο του θανάτου, διατυπώνοντας σειρά ερωτήσεων, όπως :

- Μήπως πεθάνω;
- Λξιζει τον κόπο να υποβληθώ στην εγχείρηση;
- Δεν είμαι καταδικασμένη;
- Θα βγω από το νοσοκομείο;

Η νοσηλεύτρια θεωρεί φυσικό το φαινόμενο του φόβου για το θάνατο, τον οποίο δοκιμάζει η ασθενής και τη βεβαιώνει ότι η χειρουργική στην εποχή μας έχει προσδεύσει τόσο, ώστε και στην περίπτωση της το αποτέλεσμα θα είναι άριστο. Επίσης, από τη νοσηλευτική της πείρα, η νοσηλεύτρια αναφέρει περιπτώσεις ασθενών, οι οποίες έχουν θεραπευθεί ριζικώς μετά τη μαστεκτομή επειδή η εγχείρηση έγινε εγκαίρως.

ε. Οικογενειακά προβλήματα

Η ασθενής ανήκει σε μια οικογένεια και το πρόβλημα της υγείας της προκαλεί διαταραχή στην ατμόσφαιρα της οικογενειακής της ζωής.

Αν η ασθενής είναι νέα στην ηλικία, έγγαμη και χωρίς παιδιά, δοκιμάζει πολλούς φόβους και ανησυχίες και πολλά ερωτηματικά τη βασανίζουν :

- Θα μπορέσει να γίνει μητέρα μετά τη μαστεκτομή;
- Θα συνεχισθεί η συζυγική της ζωή ανεπηρέαστη;
- Μήπως καταστεί ανεπιθύμητη στο άμεσο περιβάλλον της;

Οι φόβοι αυτοί απασχολούν βεβαίως και την έγγαμη ασθενή μεγαλύτερης ηλικίας, η οποία έχει παιδιά. Μεγαλύτερη όμως είναι η ανησυχία της άγαμης γυναίκας, η οποία οραματίζεται να δημιουργήσει χαρούμενη και ευτυχισμένη οικογένεια.

- Τι θα γίνει με τη μαστεκτομή;
- Ποιόν προσανατολισμό πρέπει να ακολουθήσει;

Εκτός των παραπάνω, δεν πρέπει να αγνοείται και η άλλη πλευρά, δηλαδή η τοποθέτηση του συζύγου, των παιδιών και των άλλων οικείων έναντι της ασθενούς, η οποία θα υποστεί τη μαστεκτομή.

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι να λάβουν τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς 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 ενθαρρύνοντάς τα.
- Βοηθάει τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν τα αισθήματα της ασθενούς.

- Βοηθάει την ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανάγκες της στην οικογένειά της.
- Ενθαρρύνει την οικογένεια να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι η θηλυκότητά της, η σεξουαλικότητα και η αγάπη των άλλων προς αυτήν δεν επηρεάζονται από την εμφάνισή της.
- Γνωστοποιεί ότι ο θάνατος, είτε άμεσος είτε απώτερος, μπορεί να είναι πιθανό αποτέλεσμα. Βοηθάει την ασθενή / οικογένεια να ερευνήσουν / εκφράσουν την έννοια του θανάτου.
- Βοηθάει την ασθενή / οικογένεια να επικοινωνήσουν με τον ιερωμένο της εκκλησίας του νοσοκομείου, αν το επιθυμούν.

στ. Δυνατότητα μετεγχειρητικής αυτοφροντίδας

Η ασθενής και η οικογένειά της θα χρειαστεί να καθοδηγηθούν σχετικά με τη φροντίδα της τομής και τους σημαντικούς περιορισμούς με σκοπό την προαγωγή της γρήγορης ανάρρωσης και την παρεμπόδιση των επιπλοκών. Η νοσηλεύτρια :

- Καθοδηγεί την ασθενή να παρακολουθεί το μαστό της για ενδείξεις φλεγμονής, αιμορραγίας, αιματώματος και να τις αναφέρει αμέσως στο γιατρό.
- Διδάσκει στην ασθενή συγκεκριμένες τεχνικές φροντίδας της περιοχής.
- Διδάσκει την κατά στάδια αύξηση των δραστηριοτήτων. Η ασθενής είναι δυνατόν να προχωρήσει στις δουλειές του σπιτιού 3 – 4 εβδομάδες μετά την εγχείρηση.
- Συμβουλεύει την ασθενή να αποφεύγει τις έντονες αθλητικές δραστηριότητες (π.χ. τροχάδην, τένις) για 6 – 8 εβδομάδες μετά την εγχείρηση.

- Τη συμβουλεύει να αποφεύγει οποιονδήποτε τραυματισμό στην περιοχή του μαστού.
- Η νοσηλεύτρια προσέχει ιδιαίτερα την ασθενή για σημεία κατάθλιψης, τα οποία οφείλονται στη δυσαρέσκεια των αποτελεσμάτων (π.χ. άρνηση κατάθλιψης), τα οποία οφείλονται στη δυσαρέσκεια των αποτελεσμάτων (π.χ. άρνηση να κοιτάζει την περιοχή της τομής, να λάβει μέρος σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας κ.λ.π.)

Προεγχειρητική σωματική ετοιμασία

Μετά το πέρας των διαγνωστικών και των εργαστηριακών εξετάσεων, γίνεται προετοιμασία της ασθενούς για το χειρουργείο. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την:

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

Την παραμονή της εγχείρησης :

- α. Λαμβάνεται αίμα για καθαρισμό της ομάδας και γίνεται διασταύρωση για την εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση αν χρειασθεί.
- β. Γίνεται ευπρεπισμός του εγχειρητικού πεδίου και του αντίστοιχου μηρού για τυχόν λήψη δερματικού μοσχεύματος· ακολουθεί λουτρό καθαριότητας.
- γ. Χορηγούνται υπατιτικά φάρμακα για την κένωση του εντέρου.
- δ. Δίνεται ελαφρό γεύμα κατά το δείπνο και, κατόπιν ιατρικής οδηγίας, υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση καλού ύπνου.

Κατά την ημέρα της εγχείρησης :

α. Λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. Επί πυρετού, ενημερώνεται ο χειρουργός.

β. Συνιστάται στην ασθενή η κένωση της κύστης.

γ. Αφαιρούνται τα κοσμήματα και οι τεχνητές οδοντοστοιχίες και φυλάσσονται από την προϊσταμένη.

δ. Τοποθετείται ταυτότητα χειρός με το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία της ασθενούς.

ε. Η ασθενής φοράει τα ρούχα του χειρουργείου.

στ. Η ασθενής τοποθετείται στο φορείο και οδηγείται στο χειρουργείο με ολόκληρο το φάκελό της (ιστορικό και νοσηλευτικό).

Η προεγχειρητική ετοιμασία κατά την παραμονή και την ημέρα της εγχείρησης φαίνεται, εκ πρώτης όψεως, σαν μια σειρά μηχανικών πράξεων. Εντούτοις, είναι νοσηλευτικό έργο μεγάλης σημασίας, γιατί συμπληρώνει την όλη νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς, την ετοιμάζει πλήρως για τη χειρουργική τράπεζα, επισφραγίζει το ενδιαφέρον της νοσηλεύτριας προς την πάσχουσα και την πείθει, ότι πράγματι η νοσηλεύτρια θα δείξει το ανάλογο ενδιαφέρον και μετά την εγχείρησή της.

Ως συμπέρασμα, θεωρείται ότι η νοσηλεύτρια πέτυχε στην προεγχειρητική ψυχοσωματική ετοιμασία της ασθενούς, αν η ασθενής :

α. Αποδέχεται την αναπηρία της και δεν θεωρεί ότι υποβιβάζει την αξία της ως ατόμου.

β. Δίνει πρωτεύουσα θέση στα πνευματικά και ηθικά χαρίσματα και δευτερεύουσα στη σωματική αρτιότητα.

γ. Είναι αποφασισμένη να ζήσει με την αναπηρία της, υπερβαίνοντας τη σωματική αδυναμία με την ψυχική καλλιέργεια.

δ. Πιστεύει ότι η ζωή της θα συνεχισθεί και μετά τη μαστεκτομή να έχει νόημα και σκοπό, γιατί θα διαθέτει πολλές δυνατότητες και ικανότητες, οι οποίες δεν θα επηρεασθούν από τη μαστεκτομή και ότι η κοινωνία της επιφυλάσσει μια χρήσιμη θέση.

ε. Προχωρεί στο χειρουργείο με την καλύτερη σωματική προεγχειρητική ετοιμασία, με αισιοδοξία και ελπίδα και με εμπιστοσύνη στο χειρουργό και στη νοσηλεύτρια του χειρουργείου για την επιτυχή εκτέλεση της εγχείρησης.

6.1.17. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς μετά τη μαστεκτομή αποτελεί συνέχεια της προεγχειρητικής και της εγχειρητικής περιόδου. Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή, κατά την οποία η ασθενής επανέρχεται από το χειρουργείο στο νοσηλευτικό τμήμα. Η φροντίδα είναι πολύπλευρη και πολυμερής και θεωρείται μια από τις σοβαρότερες και πλέον υπεύθυνες εργασίες της νοσηλεύτριας.

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

Εμφάνιση πόνου

Οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν πάντα ως αποτέλεσμα την εμφάνιση πόνου. Στη μαστεκτομή. Ο πόνος οφείλεται στη χειρουργική τομή, αλλά και στην περιορισμένη κινητικότητα της ασθενούς, λόγω της τοποθέτησης του επιδεσμικού υλικού, των ορών και των συσκευών παροχέτευσης (κλειστό σύστημα αναρρόφησης με Hemovac).

Η νοσηλεύτρια :

α. Χορηγεί με εντολή γιατρού αναλγητικά και παρακολουθεί / εκτιμά τα επιθυμητά ή ανεπιθύμητα αποτελέσματά τους (ο πόνος λόγω της τομής διαρκεί για 1 – 2 εβδομάδες, αλλά ορισμένες ασθενείς έχουν διαρκή πόνο και παραισθησία της σύστοιχης με τη μαστεκτομή πλευράς, για μεγαλύτερο διάστημα).

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

γ. Χρησιμοποιεί μαξιλάρια, για να μπορέσει να τοποθετήσει τον αγκώνα ψηλότερα από τον ώμο και την άκρα χείρα ψηλότερα από τον αγκώνα. Όλο το άκρο τοποθετείται σε λειτουργική θέση.

δ. Αποφεύγει να μετακινεί την ασθενή, σηκώνοντάς την ή τραβώντας την από τους ώμους. Κάνει ήρεμες και σταθερές κινήσεις, όταν μετακινεί το σύστοιχο προς τη μαστεκτομή άκρο. Υποστηρίζει το θώρακα κατά τη διάρκεια του βήχα, με ένα ή δύο μαξιλάρια.

ε. Λόγω του πόνου και της πιεστικής επίδρασης του τραύματος και ορισμένες φορές και του σύστοιχου βραχίονα επί του θώρακος, η ασθενής αναπνέει επιπόλαια και αποφεύγει να βήξει για να αποβάλλει πτύελα. Κινδυνεύει όμως έτσι να πάθει υποστατική πνευμονία. Η νοσηλεύτρια τη διδάσκει πως να αναπνέει και να βήχει, ιδιαίτερα μετά τη χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου.

στ. Ενθαρρύνει την έγερση της ασθενούς από την πρώτη κιόλας μετεγχειρητική μέρα. Κατά την έγερση συχνά ο βραχίονας της προσβεβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο, για να παρεμποδισθεί η πίεση στο τραύμα και η αύξηση του πόνου. Όταν για πρώτη φορά σηκώνεται η ασθενής από το κρεβάτι, η νοσηλεύτρια την υποβαστάζει, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της, εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.

ζ. Υπενθυμίζει στην ασθενή να περιορίσει την κινητικότητα του σύστοιχου άκρου.

η. Τη συμβουλεύει να κοιμάται ανάσκελα, όσο αυτό είναι δυνατόν.

Αιμορραγία

Ο μαστός είναι όργανο με μεγάλη αγγείωση. Για λόγο αυτόν, γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μετεγχειρητικής αιμορραγίας.

Η νοσηλεύτρια :

α. Παρακολουθεί το επιδεσμικό υλικό τουλάχιστον κάθε 2 ώρες κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο.

β. Ελέγχει τον ιματισμό του κρεβατιού και το επιδεσμικό υλικό κάτω από τη μασχάλη και την πλάτη, γιατί συμβαίνει ορισμένες φορές το αίμα να ρέει προς τα πίσω, ενώ το επιδεσμικό υλικό επί του τραύματος να διατηρείται καθαρό.

γ. Παρακολουθεί και εκτιμά τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 2 – 4 ώρες, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για τη διαπίστωση αιμορραγίας και shock (ταχύς και νηματοειδής σφυγμός, πτώση της αρτηριακής πίεσης, αυξημένες και άτακτες αναπνοές).

δ. Ελέγχει τις συσκευές παροχέτευσης του τραύματος (αναρροφητική συσκευή Hemovac). Η αναρρόφηση γίνεται με τη δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γι' αυτό και πρέπει να αδειάζεται, προτού γεμίσει τελείως. Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά, ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευομένων υγρών από τη συσκευή ελέγχονται και αναγράφονται καθημερινά, μια και θα χρησιμεύσουν στο χειρουργό ως κριτήριο για το χρόνο αφαίρεσης της παροχέτευσης.

ε. Παρακολουθεί την ενδοφλέβια χορήγηση ορών για την εξασφάλιση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και για τη θερμοδική κάλυψη. Παρατηρεί επίσης το ποσό των ούρων για εμφάνιση ολιγουρίας (σε αιμορραγία το ποσό του αίματος που κυκλοφορεί στα νεφρά μειώνεται, με αποτέλεσμα την υπολειτουργία των νεφρών και την εμφάνιση ολιγουρίας).

στ. Έκτιμά αλλαγές του διανοητικού επιπέδου της ασθενούς (π.χ. σύγχυση, ευερεθιστότητα, μειωμένο επίπεδο συνείδησης), οι οποίες είναι δυνατόν να υποδεικνύουν μειωμένη παροχή αίματος στον εγκέφαλο.

ζ. Ενημερώνει το γιατρό για σημεία αιμορραγίας. Προετοιμάζεται για μετάγγιση αίματος.

Φροντίδα του τραύματος και πρόληψη φλεγμονής

Η νοσηλεύτρια τηρεί αυστηρά τις αρχές της άσηπτης τεχνικής κατά τις αλλαγές του τραύματος, αν υπάρχει, της μαστεκτομής και του μηρού. Η φροντίδα περιλαμβάνει :

α. Επεξήγηση για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.

β. Σημείωση ότι το πρόσφατα επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση, εξαιτίας της κάκωσης νεύρων.

γ. Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.

δ. Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο κακάο για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος (γίνεται με έγκριση γιατρού).

Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τον τακτικό έλεγχο του τραύματος για εμφάνιση σημείων φλεγμονής :

α. Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 4 ώρες και εκτιμά σημεία που υποδηλώνουν φλεγμονή (π.χ. αύξηση της θερμοκρασίας).

β. Παρατηρεί την τομή για τοπική αύξηση της θερμοότητας, οίδημα, εμφάνιση πύου. Καταγράφει και αναφέρει αυτά αμέσως στο γιατρό.

γ. Ελέγχει το ποσό των παροχετεύσεων, το χρώμα και την οσμή.

δ. Σημειώνει και αναφέρει παράπονα της ασθενούς για έντονο πόνο στο στήθος ή ευαισθησία.

Η θέα του τραύματος, η οπτική δηλαδή διαπίστωση της έλλειψης του μαστού, ωθεί την ασθενή σε βαθύτερη συνειδητοποίηση της αναπηρίας της. Η ασθενής καταλαμβάνεται από απογοήτευση, υπάρχει ακόμα και ο φόβος να λιποθυμήσει. Η παρουσία της νοσηλεύτριας σε αυτή τη δύσκολη ώρα είναι πολύτιμη. Η νοσηλεύτρια, για να μην αντικρίσει η ασθενής από την πρώτη αλλαγή τον ακρωτηριασμό της, αφαιρεί τους επιδέσμους και στρέφει το κεφάλι της προς το αντίθετο μέρος του τραύματος. Η νοσηλεύτρια όμως έχει καθήκον να βοηθήσει την ασθενή βαθμιαία και, πριν φυσικά βγει από το νοσοκομείο, να αντικρίσει το τραύμα της, ώστε πηγαίνοντας σπίτι της να είναι πλέον εξοικειωμένη με αυτό και με τη φροντίδα του, χάρη στην αγάπη και την προσωπική φροντίδα της νοσηλεύτριας.

Πρόληψη ή / και αντιμετώπιση λεμφοιδήματος

Μετά από ριζική ή τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είναι δυνατόν να έχουμε την εμφάνιση οιδήματος του σύστοιχου προς τη μαστεκτομή άκρου, λόγω της αφαίρεσης των λεμφαδένων και των λεμφαγγείων με αποτέλεσμα τη μη παροχέτευση της λέμφου και τη λίμνασή της στην περιοχή. Η καταπολέμηση της λοίμωξης σε αυτό το άκρο είναι πολύ δύσκολη, λόγω μειωμένης αντίστασης του οργανισμού σε αυτή.

Πρόληψη λοίμωξης

α. Η ασθενής πρέπει να αποφεύγει εμβολισμούς, ενέσεις, αιμολήψεις, τοποθέτηση ορών στο προσβεβλημένο χέρι. Αν κάτι από τα παραπάνω κριθεί

αναγκαίο, η ίδια η ασθενής πρέπει να υπενθυμίσει στο γιατρό ή στη νοσηλεύτρια τη χρησιμοποίηση του άλλου χεριού. Στο νοσοκομείο, η νοσηλεύτρια τοποθετεί στο κρεβάτι της ασθενούς κάρτα με τη σημείωση «προσοχή λεμφοιδηματικό χέρι», ώστε να αποφεύγονται από το υπόλοιπο προσωπικό ενέσεις, αιμοληψίες κ.α.

β. να αποφεύγονται τα καψίματα κατά το μαγείρεμα. Κατά την επαφή με το φούρνο, να φορά προστατευτικά γάντια.

γ. Προσοχή στα μαχαίρια της κουζίνας, στο σιδέρωμα, στο ράψιμο – κέντημα (να φορά δακτυλήθρα).

δ. Προκειμένου να κόβονται παρωνυχίδες, είναι καλύτερο να χρησιμοποιείται κρέμα και στο λιμάρισμα των νυχιών.

ε. Πρέπει να προσέχονται υπάρχοντα κοψίματα και γδαρσίματα· να πλένονται με σαπούνι αντισηπτικό.

στ. Αν καπνίζει, πρέπει να ανάβει και να κρατά το τσιγάρο με άλλο χέρι.

ζ. Να περιμένει για τη χρησιμοποίηση αποτριχωτικής μηχανής (ξυραφιού), κρεμών ή αποσμητικών στη μασχάλη του προσβεβλημένου χεριού, τη συγκατάθεση του γιατρού. Ίως ότου επουλωθεί η χειρουργική τομή, τα χημικά που περιέχουν οι κρέμες και τα αποσμητικά είναι δυνατόν αν ερεθίσουν την τομή. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται, όταν επιχειρείται αποτρίχωση της περιοχής και αυτό γιατί η αισθητικότητά της είναι μειωμένη. Έχουμε την εμφάνιση αιμωδιών (ορισμένες μπορεί να διαρκέσουν και μήνες), λόγω του τραυματισμού ή της τομής νεύρων κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.

Πρόληψη οιδήματος

α. Καθημερινή άσκηση του χεριού, ώμου – αγκώνα – καρπού και δακτύλων, όπως έχει καθορισθεί από το γιατρό.

β. Αποφυγή ανύψωσης βάρους (τσάντας, βαλίτσας) με το προσβεβλημένο χέρι, ιδιαίτερα τις πρώτες εβδομάδες μετά την εγχείρηση, όπου η τομή βρίσκεται ακόμη στην αναρρωτική φάση ή υπάρχουν ενδείξεις για λοίμωξη.

γ. Συνιστάται συχνή ανύψωση του χεριού. Το βράδυ, κατά τη διάρκεια του ύπνου, αν είναι δυνατόν το χέρι να τοποθετείται ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα (π.χ. με την τοποθέτηση μαξιλαριών). Η βαρύτητα βοηθάει την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός οιδήματος.

δ. Απαγορεύεται η μέτρηση της πίεσης στο σύστοιχο προς τη μαστεκτομή χέρι. Να αποφεύγεται η σάουνα και το εντατικό μασάζ (μαλάξεις).

ε. Να αποφεύγονται τα ρούχα και τα κοσμήματα, τα οποία παρεμποδίζουν την κινητικότητα και τη σωστή κυκλοφορία του προσβεβλημένου χεριού (π.χ. σφικτά ρολόγια, φορέματα με λάστιχο στα μανίκια, σφικτά δακτυλίδια).

στ. Αν επιθυμεί η ασθενής να κάνει ηλιοθεραπεία, η έκθεση της περιοχής στον να γίνεται με μεγάλη προσοχή και σταδιακά, ώστε να αποφευχθούν εγκαύματα. Αν πρέπει η ασθενής να παραμείνει για πολύ ώρα στον ήλιο, επιβάλλεται η κάλυψη της περιοχής με αντηλιακό μεγάλου δείκτη προστασίας.

ζ. Συνιστάται άμεση επίσκεψη του γιατρού, αν παρουσιασθεί ερυθρότητα ή οίδημα στο χέρι.

Το φαινόμενο του λεμφοιδήματος, που παρουσιάζεται άλλοτε πολύ περιορισμένα και άλλοτε περισσότερο, αποτελεί πηγή ανησυχίας για τις γυναίκες με μαστεκτομή. Αναφέρονται διάφορες φοβίες, οι οποίες περιλαμβάνουν :

α. Ότι το διογκωμένο χέρι θα γίνει αντιληπτό στους άλλους και θα πρέπει η ασθενής να δώσει εξηγήσεις, κάτι βέβαια που θα της είναι δυσάρεστο.

β. Δυσκολίες στο ταίριασμα των ρούχων.

γ. Αλλαγές στον τρόπο ζωής. Μείωση της κινητικότητας και των κοινωνικών συναναστροφών.

δ. Φόβος ότι η νόσος χειροτερεύει.

Μια επεξηγηματική στάση από την πλευρά της νοσηλεύτριας και θα καθιστούσε το άτομο και θα προλάμβανε τη χειροτέρευση του οιδήματος.

Διαταραχή του σωματικού ειδώλου – Μείωση αυτοεκτίμησης

Η αφαίρεση του μαστού προκαλεί ψυχικά προβλήματα στη γυναίκα με όλες τις συνέπειες, όπως κατάθλιψη, αίσθημα μειονεκτικότητας και αυτουποτίμησης, αϋπνίες, άγχος. Απαραίτητο είναι να αποδεχθεί η γυναίκα τον ακρωτηριασμό και να αντιμετωπίσει την αλλαγή αυτή στο σώμα της, να προσαρμοσθεί στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού, να αποδεχθεί τα όρια που επέβαλε το χειρουργείο στη ζωή της, να αποκτήσει υπευθυνότητα, φυσική και συναισθηματική επάρκεια, ανεξάρτητα από τα μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν για να κρύψει τη δυσμορφία της από τους άλλους. Η νοσηλεύτρια :

α. Παρέχει την ευκαιρία στην ασθενή να εκφράζει τα συναισθήματά της με το να αναφέρει η ίδια τις παρατηρήσεις της και τα αισθήματά της (π.χ. Πως αισθάνεσαι σήμερα; Πως τα πιάς; Μου φαίνεσαι λίγο αναστατωμένη / Ολιμμένη. Είσαι; κ.α.). Γίνεται καλή ακροάτρια και δέχεται αυτά που λέει η ασθενής. Δεν λαμβάνει προσωπικά υπόψη της το θυμό, την ευερεθιστότητα ή την επιθετικότητα της ασθενούς (είναι ίσως ο μόνος πιθανός τρόπος για την ασθενή να κυριαρχήσει σε αυτά τα συναισθήματα).

β. Συγκεντρώνεται στα συναισθήματα της ασθενούς και προσπαθεί να αντιμετωπίσει τη συμπεριφορά της.

γ. Καθορίζει τη σημασία που έχει για την ασθενή η αλλαγή του σωματικού ειδώλου και ίσως πιστεύει η ασθενής ότι θα επηρεάζει τη ζωή της.

δ. Συμπεριλαμβάνει για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας τις απόψεις της ασθενούς για τη σημασία της αλλαγής του σωματικού ειδώλου και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

ε. Παρακολουθεί τη συμπεριφορά της ασθενούς. Αν η ασθενής αρνείται ή ντρέπεται για την επισυμβαίνουσα αλλαγή, θα παρακολουθεί τους γύρω της, φάχνοντας να βρει πάνω τους αρνητικά σημεία, με τα οποία θα καθησυχάσει το δικό της φόβο και θα μετριάσει την αυτοϋποτίμησή της. Η νοσηλεύτρια βοηθάει την οικογένεια της ασθενούς να αποδεχθεί τέτοιες αλλαγές και να αποφεύγει την ενίσχυση και την προβολή αρνητικών συναισθημάτων.

στ. Ενημερώνει την ασθενή ότι συναισθήματα και ανησυχίες που βιώνει κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο είναι φυσιολογικές και ότι αυτή βρίσκεται εκεί για να την αφήνει να κλάψει και να εκφράσει το θυμό της, με σκοπό να περάσει σιγά – σιγά το στάδιο της κατάθλιψης και της αυτοϋποτίμησης.

ζ. Παρέχει χρόνο προς συζήτηση, ερωτήσεις και λύση αποριών.

η. Παραμένει δίπλα στην ασθενή, ακόμη κι αν αυτή δεν θέλει να μιλήσει.

θ. Συζητά την προσαρμογή της ασθενούς με την οικογένειά της και τους φίλους της, ενθαρρύνοντάς τους να την υποστηρίξουν, ενισχύοντας την ελκυστικότητά της και την αξία της· τους βοηθάει να αποδεχθούν, να καταλάβουν και να βοηθήσουν την ασθενή.

ι. Ενημερώνει το χειρουργό σχετικά με τις πληροφορίες που έχουν δοθεί στην ασθενή (και από ποιόν) σχετικά με τη δυνατότητα ανασύστασης του μαστού.

ια. Τονίζει τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα της ασθενούς. Ψυχική δύναμη χαρίσματα, αξίες.

ιβ. Ανακαλύπτει και υποστηρίζει την επιθυμία της ασθενούς να ζήσει όσο το δυνατόν περισσότερο και να εξακολουθήσει το ρυθμό της ζωής της, όπως και πρώτα.

ιγ. Διδάσκει στην ασθενή κατάλληλες τεχνικές αυτοεξέτασης του μαστού. Της εξηγεί ότι οι ασθενείς που έχουν υποστεί μαστεκτομή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο επανεμφάνισης καρκίνου και ότι η ίδια η ασθενής είναι η μόνη που μπορεί να τον προλάβει σε πρώιμο στάδιο.

Διατροφή

Μέχρι την πλήρη ανάνηψη και την παύση της ναυτίας και των εμετών, χορηγούνται οροί. Είν συνεχεία, δίνονται υγρά από το στόμα και σύντομα αρχίζει η κανονική διατροφή. Συνιστάται υπελευκωματούχος δίαιτα για την διευκόλυνση της επούλωσης του τραύματος, φρούτων και χόρτων για την τακτική λειτουργία του εντέρου και άφθονων υγρών για να εξασφαλίζεται επαρκής διούρηση.

Η ψυχική ένταση και το άγχος που έζησε και εξακολουθεί να ζει η ασθενής της δημιουργούν μειωμένη διάθεση για τη λήψη τροφής. Εξάλλου, η αδυναμία της ασθενούς να χρησιμοποιεί το ένα χέρι, επειδή ακινητοποιείται πρόσκαιρα ο βραχίονας, την καθιστά αδύναμη να τρώει μόνη της. Η νοσηλεύτρια υποβοηθάει την ασθενή κατά το φαγητό ώστε να τρώει με το ένα χέρι. Ιδιαίτερα κατά τις πρώτες μέρες, η νοσηλεύτρια δεν αφήνει ποτέ το φαγητό στην ασθενή, όταν δεν μπορεί να παραμείνει η ίδια, αν προηγουμένως δεν εξασφαλίσει τον άνθρωπο που θα της το χορηγήσει.

Μείωση της κινητικότητας / δραστηριότητες

Στη μαστεκτομηθείσα ασθενή, είναι φυσικό να περιορίζεται η κινητικότητα της αντίστοιχης προς τη μαστεκτομή πλευράς· οφείλεται στην τοποθέτηση των παροχετεύσεων και του επιδεσμικού υλικού. Η πρόληψη της μόνιμης

σύσπασης των μυών με αποτέλεσμα τη δημιουργία παραμορφώσεων και τη μείωση της λειτουργικότητας είναι ζωτικής σημασίας. Είναι δυνατόν επίσης η ασθενής να αισθάνεται κάποια διαταραχή της ισοδύναμης των μυών. Η νοσηλεύτρια :

α. Κινητοποιεί την ασθενή, όταν περάσουν οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αναισθησίας.

β. Μετά το πρώτο 24ωρο, αρχίζει η έναρξη παθητικών ασκήσεων του χεριού της προσβεβλημένης πλευράς. Οι αρχικές ασκήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση δακτύλων· γίνονται για την πρόληψη των μυϊκών συσπάσεων και τη διατήρηση του βαθμού της κινητικότητας και του μυϊκού τόνου. Το εύρος των ασκήσεων αυξάνεται προοδευτικά και η ασθενής πρέπει να είναι σε θέση να κάνει τις περισσότερες δραστηριότητές της, όπως χτένισμα, βούρτσισμα δοντιών, τάισμα κ.α.

γ. Αρχικά, η ασθενής μπορεί να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις, εξαιτίας του πόνου που νιώθει, αλλά η νοσηλεύτρια θα τονίσει τη σπουδαιότητα των ασκήσεων και θα συνεχίσει τις ασκήσεις μέσα στα όρια αντοχής της ασθενούς.

δ. Οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η ασθενής δεν πρέπει να αισθάνεται δυσχέρεια στις κινήσεις.

ε. Πρέπει να ενθαρρύνεται η αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα.

στ. Η ασθενής ενθαρρύνεται να διατηρεί κανονική θέση του σώματός της κατά την εκτέλεση των ασκήσεων. Η σωστή θέση όχι μόνο προάγει την καλή μηχανική του σώματος, αλλά βοηθάει και στο να φαίνεται η γυναίκα φυσιολογική.

ζ. Σε περίπτωση που έχει τοποθετηθεί μόσχευμα, η νοσηλεύτρια προσπαθεί να μην κάνει απαγωγή του βραχίονα (συνήθως το χέρι αυτό είναι καλά ακινητοποιημένο με ελαστικούς επιδέσμους για να προληφθεί η αποκόλληση των δερματικών κρημνών, μέχρι να ολοκληρωθεί η επούλωση).

η. Για την εξασφάλιση της πλήρους κινητικότητας της άρθρωσης του ώμου της προσβλημένης πλευράς και την αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μυών που έπαθαν κάκωση, αρχίζει την 4^η – 5^η μετεγχειρητική ημέρα πρόγραμμα διδασκαλίας και εκμάθησης ασκήσεων.

θ. Η νοσηλεύτρια συμβουλευέται να συζητήσει με το γιατρό για το είδος, τη συχνότητα και τη διάρκεια των ασκήσεων.

ι. Διδάσκει την ασθενή να αρχίζει με απλές ασκήσεις, τις οποίες θα επαναλαμβάνει αργά για περιορισμένο χρονικό διάστημα. Κατόπιν, θα προστεθούν σταδιακά πιο πολύπλοκες ασκήσεις, οι οποίες θα επαναλαμβάνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα και θα διαρκούν περισσότερο. Η ασθενής ενθαρρύνεται και συμβουλευέται να ξεκουράζεται και να αναπνέει βαθιά στο διάστημα μεταξύ των ασκήσεων.

ια. Εφόσον είναι δυνατόν, η ασθενής πρέπει να ασκείται μπροστά σε καθρέπτη για να διαπιστώνει μόνη της τη σωστή στάση και θέση της. Όλες οι ασκήσεις αρχίζουν με την ασθενή τοποθετημένη όρθια, με ίσιο το κορμί της, τους ώμους κάτω και πίσω, τους βραχίονες σε προσαγωγή, την κοιλιά επίπεδη και τα πόδια ανοικτά σε απόσταση του ενός από το άλλο 15 – 20cm για τη διατήρηση της ισορροπίας. Η αναπνοή πρέπει να είναι ήρεμη και φυσιολογική με μικρή παύση μεταξύ εισπνοής – εκπνοής.

ιβ. Καλό είναι οι ασκήσεις να συνοδεύονται με χαμηλή, ήρεμη και ρυθμική μουσική. Η ασθενής με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνει τη διενέργεια σταθερών και ήρεμων κινήσεων και οι ασκήσεις γίνονται πιο ευχάριστα και ξεκούραστα.

ιγ. Η νοσηλεύτρια εξηγεί στην ασθενή την κάθε άσκηση, την επιδεικνύει και κατόπιν τη βοηθάει στο να την επαναλάβει σωστά, με την καθοδήγησή της τις πρώτες φορές.

ιδ. Η νοσηλεύτρια παραμένει κοντά στην ασθενή κατά τη διενέργεια των ασκήσεων τις πρώτες ώρες. Με αυτό τον τρόπο, της δίνεται και η ευκαιρία για παροχή πληροφοριών στην ασθενή, ενθάρρυνση, εκτίμηση των προβλημάτων της ασθενούς και απάντηση στις ερωτήσεις της.

ιε. Διδάσκει αρχικά απλές ασκήσεις, όπως :

Να κρατά με το χέρι ένα λαστιχένιο μπαλάκι και να σφίγγει δυνατά. Επαναλαμβάνει, ενώ κατά διαστήματα ξεκουράζεται. Είναι μια απλή άσκηση που βοηθάει στο δυνάμωμα των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας.

Να χτενίζει τα μαλλιά της, δίχως όμως να σκύβει το κεφάλι της.⁵

Κινήσεις του βραχίονα

α. Η ασθενής στέκεται στη συνηθισμένη όρθια θέση και τεντώνει τους βραχίονες στα πλάγια (απαγωγή).

β. Λυγίζει τους αγκώνες και ακουμπά τα δάκτυλά της πίσω, στον τράχηλο.

γ. Φέρνει τους αγκώνες μπροστά, ώστε να ακουμπήσουν.

δ. Λύνει τα δάκτυλά της και τεντώνει τους βραχίονες στα πλάγια.

ε. Παίρνει την αρχική της στάση, ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.

Κινήσεις προς την πλάτη

α. Παίρνει τη συνηθισμένη της θέση.

β. Βάζει τα χέρια της στη μέση για ισορροπία.

γ. Λυγίζει τον αγκώνα και φέρνει το προσβεβλημένο χέρι πίσω στην πλάτη, έως ότου τα δάκτυλά της φτάσουν στην αντίθετη ωμοπλάτη.

δ. Επαναφέρει τα χέρια της στην αρχική θέση, ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.

Κινήσεις εκκρεμούς

α. Παίρνει τη συνηθισμένη της θέση.

β. Λυγίζει το σώμα της μπροστά, κρεμώντας τα χέρια της προς το πάτωμα.

γ. Από αυτή τη θέση, κουνάει τα χέρια της χαλαρά και ελεύθερα σαν εκκρεμές.

Κινήσεις κουπιού

α. Παίρνει τη συνηθισμένη της θέση.

β. Λυγίζει το σώμα της μπροστά, κρεμώντας τα χέρια της προς το πάτωμα.

γ. Από τη θέση αυτή, φέρνει το δεξί της χέρι μπροστά πάνω από το κεφάλι και το αριστερό της χέρι πίσω, δίχως να λυγίζει τους αγκώνες.

δ. Κάνει συνεχώς αυτή την άσκηση, αλλάζοντας χέρια.

ε. Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.

στ. Διδάσκει προχωρημένες ασκήσεις όπως :

Αναρρίχηση στον τοίχο

α. Η ασθενής στέκεται στη συνηθισμένη της θέση, γυρισμένη προς τον τοίχο, με τα δάκτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο, όσο πιο κοντά είναι δυνατόν.

β. Λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο, ισιώνοντας τους ώμους.

γ. Υψώνει τα χέρια της πάνω στον τοίχο, παράλληλα μεταξύ τους τόσο, ώστε οι βραχίονες να τεντωθούν πλήρως.²⁸

Γύρισμα σχοινάκι

α. Δένει σφικτά με διπλό κόμπο στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί ή μια ζώνη από γερό ύφασμα, 3 περίπου μέτρων.

β. Στέκεται 2 μέτρα μακριά από την πόρτα στη συνηθισμένη της στάση, κοιτάζοντας την πόρτα.

γ. Πιάνει χαλαρά την άκρη της ζώνης με το προσβεβλημένο χέρι, κάνει έναν κόμπο και τον τοποθετεί στην παλάμη της.

δ. Βάζει το άλλο χέρι στη μέση, για να βοηθήσει την ισορροπία της.

ε. Γυρίζει με μικρούς κύκλους στην αρχή τη ζώνη· οι κύκλοι σιγά – σιγά μεγαλώνουν και τέλος, προσπαθεί οι κινήσεις να γίνονται από τον ώμο. Γι' αυτό πρέπει να κρατάει τεντωμένο το χέρι της.

στ. Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.²⁸

Κινήσεις τροχαλίας

Παίρνει ένα κομμάτι σχοινί ή μια γερή ζώνη από ύφασμα, περίπου 3 μέτρων και την περνάει στο σίδερο του μπάνιου, αφού κάνει στις άκρες δύο κόμπους.

β. Στέκεται ανάμεσα στο σχοινί στη συνηθισμένη στάση.

γ. Κρατά τους κόμπους που έχει το τέλος του σχοινοῦ στις παλάμες της και κάνει απαγωγή των βραχιόνων.

δ. Κατεβάζει το γερό χέρι προς τα κάτω έτσι, ώστε καθώς το κατεβάζει να ανεβαίνει το χειρουργημένο χέρι όσο το δυνατόν πιο ψηλά.

ε. Κρατά τεντωμένα τα χέρια της. Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.²⁸

Ανύψωση των βραχιόνων και τέντωμά τους

α. Κρατά από τις άκρες με τις δύο παλάμες της μια ομπρέλα ή ένα ραβδί και το φέρνει πίσω από το κεφάλι της.

β. Οι βραχίονες υψώνονται από το ύψος του λαιμού ως πάνω από το ύψος της κεφαλής. Η άσκηση επαναλαμβάνεται σιγά – σιγά, έως ότου η ασθενής να μπορέσει να ευθείασει από τη θέση αυτή τους βραχίονες.

γ. Έν συνεχεία, ξαναφέρει τους βραχίονες στην αρχική θέση. Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.

δ. Η νοσηλεύτρια καθοδηγεί την ασθενή να συμβουλευτείται αυτήν ή το γιατρό, πριν προχωρήσει σε δυσκολότερη άσκηση, η οποία να χρειάζεται μεγαλύτερη προσπάθεια.

ε. Η ασθενής ενημερώνεται ότι μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο, θα μπορεί να ασχολείται με ό,τι της αρέσει, όπως και πρώτα.

στ. Η νοσηλεύτρια ενημερώνει την ασθενή ότι κατά διαστήματα χρειάζεται πλήρη ανάπαυση και χαλάρωση, ενώ συγχρόνως να φροντίζει να απασχολεί ευχάριστα το μυαλό της. Έης δίνει συμβουλές όπως : όταν αναπαύεστε, τοποθετείτε κάτω από τον ώμο που έχει γίνει η μαστεκτομή ένα μικρό μαξιλάρι και το προσβεβλημένο χέρι πάνω από το κεφάλι σας. Κατά την ώρα της ανάπαυσης αφήστε το σώμα σας χαλαρό, αφού προηγουμένως το τεντώσετε όσο περισσότερο μπορείτε. Κατόπιν, αναπνεύστε αργά και βαθιά από τη μύτη και βγάλτε τον αέρα από το στόμα. Γίπαναλάβετε, μέχρι να αισθανθείτε τέλεια χαλάρωση.

Η απλή αυτή άσκηση χαλαρώνει τους σφικτούς μυς, που είναι μουδιασμένοι και σκληροί.

6.1.18. Χρήση προσθηκών μετά από μαστεκτομή – ενδυμασία

α. Προσωρινή προσθήκη

Η νοσηλεύτρια γνωρίζοντας τη μεγάλη σημασία που έχει για κάθε γυναίκα, η σωματική της ακεραιότητα και ιδιαίτερα η διάθεση των μαστών της, που είναι σύμβολα θηλυκότητας και σεξουαλικότητας, τόσο για τη γυναίκα όσο και για τον άνδρα, βρίσκεται ίσως στη μοναδική θέση να προσφέρει βοήθεια και να υποστηρίξει τη μαστεκτομηθείσα ασθενή όχι μόνο να επανακτήσει την ψυχική της ισορροπία, αλλά και να την οδηγήσει στη μετεγχειρητική απόκτηση της συμμετρίας της όσο το δυνατόν πιο γρήγορα. Αυτή είναι δυνατόν να αποκατασταθεί με τη χρησιμοποίηση προσωρινής προσθήκης στο νοσοκομείο ή στο σπίτι.

Στο νοσοκομείο : η προσθήκη, πριν από την αφαίρεση των επιδέσμων, σταθεροποιείται στο νυχτικό της ασθενούς με παραμάνες ασφαλείας, δίνοντας έτσι κάποια συμμετρία και στις δύο πλευρές. Η προσθήκη πρέπει να τοποθετείται κατά τέτοιον τρόπο, ώστε να βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο με τον παραμένοντα μαστό.

Στο σπίτι : Αυτό είναι το πρώτο βήμα της γυναίκας έξω από το νοσοκομείο και κάθε προσπάθειά της αποσκοπεί στο να επανακτήσει τη θηλυκότητά της. Ενημερώνεται η ασθενής να μη φοράει στενά ρούχα, αλλά ρούχα που να την κολακεύουν. Συνιστάται να φοράει ριγέ μπλούζες ή πουλόβερ με οριζόντιες ρίγες.

Τονίζεται στην ασθενή ότι η προσθήκη αυτή είναι προσωρινή και ότι είναι απαραίτητη μέχρι να αποκατασταθεί η περιοχή της τομής και μέχρι να αισθανθεί η ασθενής έτοιμη για μόνιμη ανασύσταση (εάν αυτή ενδείκνυται).

β. Μόνιμη προσθήκη

Η τοποθέτηση μόνιμης προσθήκης εξαρτάται από ορισμένους παράγοντες, οι οποίοι είναι :

α. Επιθυμία της ασθενούς : Πολλές φορές, η επιθυμία της ασθενούς για αποκατάσταση μένει ανεκπλήρωτη, διότι δεν υπάρχει ειδικός πλαστικός χειρουργός. Άλλες φορές, τυχαίνει ο χειρουργός της να έχει αντίθετη γνώμη και να καταπνίγει την επιθυμία της ασθενούς.

β. Ηλικία : Συνήθως, νεώτερες γυναίκες επιζητούν συχνότερα και νωρίτερα την αποκατάσταση του μαστού τους για ευνόητους λόγους.

γ. Μέγεθος του όγκου : Είναι γνωστό ότι μεγάλοι όγκοι, με ιδιαίτερα άνω των 4cm², συνοδεύονται από υψηλότερη πιθανότητα τοπικής υποτροπής, γεγονός που μεταθέτει το χρόνο αποκατάστασης γι' αργότερα (αν βέβαια γίνει μαστεκτομή).

δ. Λεμφαδενική κατάσταση.

ε. Ιστολογική εικόνα : Όγκοι που θεωρούνται πολυκεντρικοί, αποτελούν αντένδειξη για άμεση και πρώιμη αποκατάσταση. Ο ιστολογικός τύπος κάθε όγκου, ο βαθμός κακοήθειας, η διήθηση αγγείων και λεμφαδένων, η παρουσία νεκρωτικών εστιών και άλλοι παράγοντες επηρεάζουν αρνητικά την απόφαση και μεταθέτουν την αποκατάσταση γι' αργότερα.

στ. Βιολογική και τοπική συμπεριφορά του όγκου : Όγκοι με ταχεία εξέλιξη και έντονες τοπικές αλλοιώσεις, όπως δερματικό λεμφοίδημα, φλεγμονή κ.α., πολύ συχνά καταλήγουν σε τοπική υποτροπή.

ζ. Σχήμα θεραπείας : Το είδος της χειρουργικής επέμβασης και η εφαρμογή άλλων μορφών θεραπείας π.χ. ακτινοθεραπείας, αναλαμβάνουν την αποκατάσταση για ευθετότερο χρόνο.

Η ανασύσταση του μαστού μετά από ριζική μαστεκτομή, ιδιαίτερα όταν η επέμβαση είχε ακολουθηθεί από ακτινοθεραπεία, δεν είναι εύκολη· πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ακόλουθοι παράγοντες, για να εξασφαλίζονται ικανοποιητικά αποτελέσματα :

α. Η ανασύσταση πρέπει να οδηγήσει σε συμμετρικό αποτέλεσμα.

β. Η ανασύσταση πρέπει οπωσδήποτε να διενεργηθεί την καταλληλότερη περίοδο μετά τη μαστεκτομή, συνήθως δηλαδή μετά από 6 – 12 μήνες.

γ. Πρέπει να γίνει έτσι, ώστε να αφήσει όσο το δυνατόν μικρότερη ουλή.

δ. Συνιστάται να γίνεται στις γυναίκες, στις οποίες η διάγνωση του καρκίνου ήταν πρώιμη και γι' αυτό το λόγο έχουν μικρές πιθανότητες επανεμφάνισής του.⁵

Η πλαστική αποκατάσταση μπορεί να γίνει με δύο τρόπους σε σχέση με το χρόνο της επέμβασης.

(1) Άμεσα – αμέσως μετά την μαστεκτομή την ίδια ώρα και μέρα

(2) Λαγότερα – σε δεύτερο χρόνο μετά την παρέλευση κάποιου χρόνου.⁴¹

Οι μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού είναι :

Α. Αποκατάσταση με κρημνούς. Η μεταφορά στην περιοχή της μαστεκτομής δέρματος καλής ποιότητας αποτελεί προϋπόθεση, όταν η περιοχή αυτή παρουσιάζει προβλήματα, όπως πλατιά και καθηλωμένη ουλή, στρωφικό δέρμα, μετακινικές αλλοιώσεις, δέρμα υπό τάση κ.λ.π. Οι κρημνοί που χρησιμοποιούνται είναι :

α. Μυοδερματικός κρημνός από τον πλατύ ραχιαίο μυ.

β. Κρημνοί από το ορθό κοιλιακό μυ.

γ. Διάφοροι άλλοι κρημνοί, π.χ. οριζόντιος θωρακοεπιγαστρικός δερματικός κρημνός.

Β. Αποκατάσταση με διατατήρες ιστών. Δίνεται η δυνατότητα διάτασης του δέρματος στην περιοχή της μαστεκτομής. Η μέθοδος αυτή, όπου μπορεί να εφαρμοστεί, υπερτερεί σημαντικά των άλλων μεθόδων.

Γ. Αποκατάσταση με ελεύθερο κρημνό και μικροχειρουργική αναστόμωση. Από τους πιο χρήσιμους κρημνούς που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται ο βουβωνικός, ο ετερόπλευρος πλατύς ραχιαίος και τέλος ο μείζον γλουτιαίος.

Προεγχειρητική ετοιμασία

Από τη στιγμή που η ασθενής επιλέγει για χειρουργική αποκατάσταση του μαστού, ενημερώνεται για τις πιθανές μετεγχειρουργικές επιπλοκές, όπως η ανάπτυξη ινωδών στοιχείων σφαιρικά γύρω από το ένθεμα ή η έντονη μετεγχειρητική ουλή. Επίσης, η ασθενής ενημερώνεται για τις παροχτεύσεις που θα τοποθετηθούν μετεγχειρητικώς. Η παρουσία παροχτεύσεων (Hemovac, Redi – Vac) αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, όχι όμως και για την ασθενή, η οποία είναι δυνατόν να θορυβηθεί από την ύπαρξή τους, αν δεν έχει ενημερωθεί εγκαίρως.

Διενεργείται μαστογραφία του φυσιολογικού μαστού και σπινθηρογράφημα οστών, ώστε να εξαλειφθούν οι υποψίες για επανεμφάνιση ή μετάσταση του αρχικού καρκινώματος.

Σημαντική είναι η ψυχική υποστήριξη της ασθενούς κατά τη διάρκεια της παραμονής της στο νοσοκομείο. Πολλές ασθενείς νομίζουν ότι σπαταλούν το χρόνο όλων, για τη διενέργεια μιας εγχείρησης που μερικοί ίσως θεωρούν εντελώς περιττή. Η νοσηλεύτρια τονώνει συναισθηματικά την ασθενή και προσπαθεί να την απαλλάξει από αισθήματα ενοχής και ντροπής.

Μετεγχειρητική φροντίδα

α. Αμέσως μόλις η ασθενής συνέλθει από την αναισθησία, η νοσηλεύτρια την κινητοποιεί.

β. Περιορίζονται οι κινήσεις του βραχίονα και του ώμου, το λιγότερο για 2 εβδομάδες μετεγχειρητικώς.

γ. Αποφεύγεται η ανύψωση των χεριών πάνω από το επίπεδο της κεφαλής ή η έντονη κινητικότητα των θωρακικών μυών, όπως συμβαίνει κατά το χτένισμα ή την οδήγηση.

δ. Οι δραστηριότητες της ασθενούς αυξάνονται σταδιακά, περιλαμβάνοντας δουλειές του σπιτιού σε 3 – 4 εβδομάδες και κολύμπι, τένις, γκολφ σε 8 εβδομάδες.

Επιδεσμικό υλικό

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

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

γ. Οι επίδεσμοι αφαιρούνται την 3^η – 4^η μετεγχειρητική ημέρα.

δ. Καθοδηγείται η ασθενής να φορά σφικτό υποστηρικτικό στηθόδεσμο, ακόμη και κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Μετά από 6 εβδομάδες η ασθενής μπορεί να μη χρησιμοποιεί στηθόδεσμο, αν δεν θέλει· αλλά συμβουλεύεται να τον φορά συνεχώς όταν έχει έντονη δραστηριότητα ή όταν ασχολείται με αθλητισμό, π.χ. με το τροχάδην.

Πόνος

Η ασθενής παρακολουθείται συνεχώς για την εμφάνιση πόνου. Η ένταση του πόνου ποικίλλει. Η νοσηλεύτρια παρατηρεί και καταγράφει την ένταση, τη διάρκεια και τη συχνότητά του και ενημερώνει το γιατρό για την αναγκαιότητα λήψης μέτρων.

Κατάθλιψη

Η μετεγχειρητική κατάθλιψη είναι συνηθισμένη κατά τη διάρκεια των πρώτων 72 ωρών και φαίνεται να είναι πιο έντονη σε αυτό το είδος επεμβάσεων από ό,τι σε άλλες. Η ασθενής συνήθως ξεσπά σε κλάματα και αισθάνεται ένοχη.

Η νοσηλεύτρια βοηθάει την ασθενή να κατανοήσει την πηγή των συναισθημάτων της και τη διαβεβαιώνει ότι τα αισθήματα κατάθλιψης είναι συνηθισμένα και κυρίως παροδικά.

Επιπλοκές

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί συνεχώς την ασθενή για την εμφάνιση επιπλοκών όπως :

α. Εξαγγείωση όρου. Είναι η πιο συνηθισμένη επιπλοκή και παρατηρείται κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας. Βέβαια, οι τοποθετούμενες κατά την εγχείρηση παροχετεύσεις εμποδίζουν τη συσσώρευση υγρών. Η τοποθέτηση παγοκύστης στο μαστό κάνει την ασθενή να αισθάνεται πιο άνετα. Επίσης, ενδείκνυται και η ακινητοποίηση του μαστού και η μειωμένη δραστηριότητα γενικά.

β. Λιμάτωμα. Συμβαίνει σε ποσοστό 2% και λιγότερο των ασθενών.

γ. Φλεγμονή. Δεν συμβαίνει συχνά, αλλά είναι η κύρια αιτία αφαίρεσης της προσθήκης, η οποία επανατοποθετείται 4 – 6 μήνες μετά. Η νοσηλεύτρια ελέγχει την ασθενή για εμφάνιση σημείων φλεγμονής, όπως πυρετό, πόνο ή

ευερεθιστότητα, τοπική αύξηση της θερμοκρασίας του μαστού ή εμφάνιση πυώδους υγρού από την τομή.

δ. Μη επούλωση της τομής. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αντιμετωπίζεται με εκτομή του νεκρωμένου δέρματος και επανασυρραφή των χειλέων της τομής.

ε. Ανάπτυξη ινωδών στοιχείων σφαιρικά γύρω από την προσθήκη. Η προσθήκη γίνεται σκληρή και στην αίσθηση και στην αφή και δυσανασχετεί την ασθενή.

Ανάπτυξη καρκίνου του μαστού

Δεν έχει αποδειχθεί ότι η ανάπλαση του μαστού μπορεί να οδηγήσει σε νέα εμφάνιση του καρκίνου. Για προληπτικούς όμως λόγους, συνιστάται η υποβολή της ασθενούς σε ετήσιες διαγνωστικές εξετάσεις μαστογραφία – θερμογραφία, ιδιαίτερα στην περίπτωση της εμφύτευσης σάκκων σιλικόνης.

Η νοσηλεύτρια διδάσκει επίσης στην ασθενή την αυτοεξέταση του μαστού, αν δεν τη γνωρίζει, και τη συμβουλεύει να την πραγματοποιεί κάθε μήνα.

Μέθοδοι για την αποκατάσταση θηλής / θηλαίας άλω

Η αποκατάσταση θηλής / θηλαίας άλω καθυστερεί 2 – 3 μήνες και πραγματοποιείται ταυτόχρονα με τη χειρουργική επέμβαση συμμετρίας στο άλλο μαστό. Η χειρουργική του άλλου μαστού σχετίζεται απολύτως με το τι έχει γίνει ή θα γίνει στην πλευρά της μαστεκτομής, αλλά σε γενικές γραμμές ο άλλος μαστός μπορεί : α) να μείνει ως έχει, β) να μειωθεί σε όγκο, γ) να διαφοροποιηθεί ως προς το σχήμα του και ως προς το ύψος της θηλής (μαστοπηξίδα) και δ) να μεγαλώσει (με προσθετική πλαστική), πράγμα ασύνηθες.

Για την αποκατάσταση της άλω, μπορεί να χρησιμοποιηθεί δισκοειδές μόσχευμα αλικού πάχους από τα μικρά χείλη του αιδίου ή την έσω επιφάνεια

του μηρού, ανάλογα με την απόχρωση ποτ επιδιώκεται. Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθούν και μοσχεύματα από την άλλη θηλή, πράγμα που πολύ συχνά γίνεται στη δεύτερη φάση της αποκατάστασης, όταν διαφοροποιείται το σχήμα και το μέγεθος του άλλου μαστού.

Για τη δημιουργία της θηλής, μπορεί να χρησιμοποιηθούν μικροί δερματικοί κρημνοί από το κέντρο του μαζικού κώνου ή σύνθετα μοσχεύματα από το λοβίο του ωτός ή τεχνητή (από ελαστικό) θηλή η οποία επικολλάται στο μαστό.⁵

Ορμονικοί χειρισμοί στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού :

Ο κίνδυνος εμφάνισης Ca του μαστού αποτελεί τη μεγαλύτερη ανησυχία των γυναικών που παίρνουν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης. Υπάρχουν μελέτες που δείχνουν μείωση του κινδύνου, άλλες που δε δείχνουν καμία μεταβολή του και άλλες που δείχνουν τόση αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης του Ca του μαστού. Η πρόγνωση των περιστατικών καρκίνων του μαστού, που εμφανίζονται σε γυναίκες που παίρνουν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης είναι πολύ καλύτερη.⁴² Η χορήγηση ορμονών είναι συνήθως επιτυχέστερη στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, Ικανοποιητική ανταπόκριση στην χορήγηση ορμονών εμφανίζεται στο ένα τρίτο των ασθενών με καρκίνο του μαστού.³³

Μέθοδοι ορμονικών χειρισμών

Χειρουργική αφαίρεση ενδοκρινών αδένων

Ωοθηκεκτομή ή ακτινική στείρωση

Επινεφριδεκτομή, υποφυσεκτομή

Φαρμακευτική ορμονοθεραπεία

Λνδρογόνα

Οιστρογόνα

Γ'εσταγόνα

Γλυκοκορτικοειδή

Αντιορμόνες

Αντιοιστρογόνα

Φάρμακα που διακόπτουν τη σύνθεση στεροειδών

Αμινογλουτεθιμίδη

Απόκριση στην ορμονοθεραπεία αναμένεται :

α. Σε ασθενείς με όγκο που αναπτύσσεται με βραδύ ρυθμό (δηλαδή σε περιπτώσεις που μεταξύ της διάγνωσης και της εμφάνισης μεταστάσεων παρεμβάλλεται μακρό χρονικό διάστημα).

β. Σε ασθενείς με μεταστάσεις σε οστά και μαλακά μόρια ή στον υπεζωκότα.

γ. Σε πολύ ηλικιωμένες ασθενείς.

δ. Σε ασθενείς που είχαν εμφανίσει προηγουμένως καλή απόκριση.

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

Γενικά κριτήρια ορμονοθεραπείας :

A. Ηλικία και έμμηνη ρύση

B. Βιολογικά χαρακτηριστικά του όγκου

α. Ιστολογική μορφή

β. Βαθμός διαφοροποίησης

γ. Ταχύτητα ανάπτυξης

Γ. Άλλοι παράγοντες, όπως π.χ. δεύτερη νόσος

Δ. Φαρμακολογικά κριτήρια και προϋποθέσεις – αντενδείξεις

6.1.19. Περιγραφή των ορμονικών χειρισμών

Ωοθηκεκτομή

Η αμφοτερόπλευρη ωοθηκεκτομή στις προεμμηνόπαυσιακές ασθενείς υπήρξε από τις πρώτες μεθόδους συστηματικής θεραπείας του προχωρημένου καρκίνου του μαστού. Σε ασθενείς με ορμονοεξαρτώμενους όγκους, η απάντηση φθάνει σε 60%, ενώ σε μη επιλεγμένες περιπτώσεις κυμαίνεται γύρω στο 30%. Η απάντηση είναι πιθανότερη σε γυναίκες πάνω από τα 35 μέχρι και ένα χρόνο μετά την εμμηνόπαυση και έχει διάρκεια 9 – 16 μήνες.

Για τη νοσηλεύτρια, η ωοθηκεκτομή παρουσιάζει τα εξής προβλήματα : Η ασθενής αντιμετωπίζει το θέμα της στειρώσης και χάνει κάθε ελπίδα να αποκτήσει παιδί. Η νοσηλεύτρια 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 μια μαστεκτομή, δεν είναι εύκολο να πεισθεί η ασθενής για νέα χειρουργική επέμβαση, ακόμη και αν αναγνωρίζει ότι τα αποτελέσματά της είναι συζητήσιμα. 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.

Από πλευράς νοσηλείας, η ωοθηκεκτομή παρουσιάζει τα προβλήματα μιας απλής επέμβασης κοιλίας και δεν παρουσιάζει επιπλοκές.

Επινεφριδεκτομή

Η επινεφριδεκτομή, όταν εφαρμόζεται σε ασθενείς που είχαν απαντήσει προηγουμένως σε άλλον ενδοκρινικό χειρισμό ή έχουν θετικούς υποδοχείς,

δίνει απάντηση σε ποσοστό 50%, ενώ σε μη επιλεγμένα περιστατικά 30 – 40%. Η επινεφριδική για προχωρημένο καρκίνο του μαστού εγκαταλείφθηκε μετά την εισαγωγή της αμινογλουτεθιμίδης.

Υποφυσεκτομή

Για περισσότερα από 25 χρόνια, η υπεφυσεκτομή χρησιμοποιούνταν για την ανακουφιστική θεραπεία ασθενών με καρκίνο του μαστού σταδίου ΙΩ και άλλοτε ως εναλλακτικός αφαιρετικός χειρισμός με την επινεφριδεκτομή, ενώ τώρα εφαρμόζεται σπανιότερα.

Γίνεται κρανιοτομή που συνεπάγεται όλους τους κινδύνους μιας τέτοιας επέμβασης, και ακτινοβόληση της υπόφυσης ή εμφύτευση ραδιενεργού υτρίου μέσω της ρινικής κοιλότητας για την αναστολή της λειτουργίας του αδένου.

Οιστρογόνα

Τα οιστρογόνα είναι τα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν περισσότερο από όλες τις άλλες ομάδες φαρμάκων για τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με προχωρημένο καρκίνο του μαστού, ιδιαίτερα κατά τη δεκαετία 1960 – 1970. Μετά την εισαγωγή των αντιοισδοτρογόνων, η χρήση τους με αυτή την ένδειξη περιορίστηκε στο ελάχιστο.

Αντικειμενική απάντηση στα οιστρογόνα δίνει το 30% των μη επιλεγμένων μετεμμηνοπαυσιακών ασθενών με διάρκεια 12 – 16 μήνες. Η απάντηση σε ER + περιπτώσεις είναι της τάξης του 50%. Η αντινεοπλασματική απάντηση είναι συνήθως αργή, μετά από αρκετές εβδομάδες, και περιορίζεται κυρίως στις μεταστάσεις του δέρματος, των λεμφογαγγλίων και του μαστού και στις οστικές βλάβες. Το πιο εύχρηστο και πιο χρησιμοποιούμενο φάρμακο είναι η διαθυλοστριβεστρόλη σε δόσεις 5mg τρεις φορές την ημέρα. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της χρόνιας χορήγησης οιστρογόνων περιλαμβάνουν μελάγχρωση των θηλών, κατακράτηση νατρίου, αιμορραγία από διακοπή του φαρμάκου,

ακράτεια ούρων και αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας (libido). Σε σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν να παρατηρηθεί έκρηξη της νόσου με δυνατούς οστικούς πόνους ή / και υπερασβεστιαϊμία που αντιμετωπίζεται με ενυδάτωση, κορτιζόνη και καλσιτονίνη.

Ασθενείς που απάντησαν στα οιστρογόνα και μετά έγιναν ανθεκτικές σε αυτά είναι δυνατόν να απαντήσουν με ύφεση και μόνο στη διακοπή της θεραπείας (περίπου στο 30%).

Ο μηχανισμός δράσης των υψηλών δόσεων οιστρογόνων δεν είναι γνωστός.

Ανδρογόνα

Τα ανδρογόνα (Α) που είχαν χρησιμοποιηθεί σε μεγάλη κλίμακα μέχρι το 1975 θεωρούνται λιγότερο αποτελεσματικά από τα οιστρογόνα δε μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς, έχουν ένδειξη κυρίως σε προεμμηνοπαυσιακές, στις οποίες η προηγηθείσα ωοθήκεκτομή ήταν αποτελεσματική. Οστικές μεταστάσεις απαντούν γενικά καλύτερα από άλλες εντοπίσεις. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι αρρενοποίηση, αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας, κατακράτηση νατρίου και ερυθροκυττάρωση. Ο μηχανισμός δράσης είναι όπως και στα οιστρογόνα, άγνωστος.

Διαδοχική χορήγηση ανδρογόνων και οιστρογόνων μπορεί να δώσει και στις δύο περιπτώσεις αποτελέσματα ή απάντηση στα οιστρογόνα, έστω και αν υπήρξε αποτυχία στα οιστρογόνα, ενώ δεν συμβαίνει το αντίστροφο.

Αντιοιστρογόνα

Τα αντιοιστρογόνα είναι συνθετικά παράγωγα που αποκλείουν την πρόληψη των οιστρογόνων από τους ιστούς – στόχους, συνδεδεμένα με τους οιστρογονικούς υποδοχείς.

Γλυκοκορτικοειδή

Αντικειμενική ύφεση στον καρκίνο του μαστού μπορεί να προκληθεί με τη χορήγηση κορτικοστεροειδών στο 15% περίπου των ασθενών.

Ο κύριος μηχανισμός δράσης των κορτικοστεροειδών στις ασθενείς αυτές είναι η καταστολή του φλοιού των επινεφριδίων, γεγονός που έχει ως συνέπεια την ελάττωση της παραγωγής ανδρογόνων, που στη συνέχεια μετατρέπονται σε οιστρογόνα.

Τα γλυκοκορτικοειδή (ECH) είναι επίσης απαραίτητα για την αντιμετώπιση της υπερασβεστιαϊμίας που είναι συχνή σε οστικές μεταστάσεις από καρκίνο του μαστού. Επίσης, έχουν σημαντική θέση στο χημειοθεραπευτικό συνδυασμό σε μεταστάσεις ορογόνων υμένων και σε σύνοδο συλλογή υγρού σε κοιλότητες π.χ. στην υπεζωκοτική.

Αμινογλουτεθιμίδη

Μολονότι 03 – 40% των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε ωθηεκτομή απαντούν σε χειρουργική επινεφριδεκτομή, η μέθοδος αυτή παρουσιάζει σχετικά υψηλή θνητότητα και μετεγχειρητική νοσηρότητα, γεγονός που περιορίζει τη χρήση της.

Η αμινογλουτεθιμίδη καταστέλλει τη μετατροπή των ανδρογόνων σε οιστρογόνα (οιστρογόνη και οιστραδιόλη) στους περιφερειακούς (εξωπινεφριδικούς) ιστούς, δεσμεύοντας και καταστέλλοντας το ένζυμο αρωματάρη. Η αμινογλουτεθιμίδη καταστάλλει τη σύνθεση των στεροειδών στα επινεφρίδια, εμποδίζοντας το πρώτο βήμα στη μεταβολική τους οδό, δηλαδή τη μετατροπή της χοληστερόλης σε προγνενολόνη.

Προγεστερόνη (Pg)

Οι υψηλές δόσεις MPA στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες φαίνεται ότι παρεμποδίζουν τη δράση των γοναδοτροπινών της υπόφυσης, ελατώνουν τα

επίπεδα της 17βιοιστραδιόλης, της τεστοστερόνης, της ACTH και της υδροκορτιζόνης, προκαλούν πτώση των επιπέδων της τριωδοθυρονίνης (T₃) και της θυροξίνης (T₄), ενώ αυξάνουν τα επίπεδα της θυροειδοτρόπου ορμόνης (TSH). Τα επίπεδα της προλακτίνης δεν μεταβάλλονται, της αυξητικής ορμόνης (GH) παραμένουν σταθερά ή μειώνονται.

Η ΜΡΛ μπορεί να συνδυασθεί με χημειοθεραπεία ή άλλη ορμονοθεραπεία, π.χ. εναλλάξ με ταμοξιφαίνη. Η τελευταία αυτή ένδειξη ξεκινάει από την παρατήρηση ότι η ταμοξιφαίνη αυξάνει τους υποδοχείς προγεστερόνης και έτσι στη συνέχεια η απάντηση στην προγεστερόνη γίνεται πιο πιθανή.

6.1.20. Νοσηλευτική παρέμβαση

Από τη στιγμή που η ορμονική θεραπεία συνεπάγεται την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών, υψηλό καθήκον της νοσηλεύτριας είναι η διαδικασία της ασθενούς σχετικά με τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες βέβαια δεν είναι πολύ συχνές. Βασικά, όλα τα ορμονικά σκευάσματα χορηγούνται από το στόμα, ώστε οι ασθενείς να έχουν τη δυνατότητα να συνεχίσουν τη θεραπεία στο σπίτι. Η ασθενής πρέπει να ενημερωθεί, ότι είναι δυνατόν να εμφανισθούν φυσικές μεταβολές, οι οποίες εκδηλώνονται με τρεις τρόπους :

α. Προσωρινή ερυθρότητα, οίδημα ή εμφάνιση δερματικών αλλοιώσεων ή αύξηση του μεγέθους του όγκου. Η αύξηση του μεγέθους του όγκου είναι δυνατόν να προκαλέσει φόβο στην ασθενή, η οποία αισθάνεται ότι με την επιταχυνόμενη αύξηση του μεγέθους του όγκου κατά τις 2 πρώτες εβδομάδες της θεραπείας δεν υποδηλώνει ότι η θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική.

β. Εκδήλωση αυξημένου οστικού πόνου, ο οποίος μπορεί να σχετίζεται με οστική μετάσταση. Αναλγητικά και αντιστεροειδή είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν για την ελάττωση και την αντιμετώπιση του πόνου αυτού.

γ. Υπερασβεστιαϊμία, η οποία δεν είναι πολύ συχνή. Η ασθενής και η οικογένειά της πρέπει να ενημερωθούν ότι υπερασβεστιαϊμία είναι δυνατόν να επισυμβεί πολύ γρήγορα. Το πιο συχνό και πρωταρχικό σύμπτωμά της είναι η διαταραχή του διανοητικού επιπέδου, η οποία εκφράζεται με μείωση της μνήμης και της προσοχής και άκαιρα σχόλια. Άλλο συνηθισμένο σύμπτωμα είναι η ναυτία, η πολυδιψία, η πολουουρία, η δυσκοιλιότητα και η εμφάνιση οστικού πόνου. Η ασθενής και η οικογένειά της οφείλουν να ενημερώσουν αμέσως το γιατρό, αν εμφανισθεί κάτι από τα παραπάνω. Η μέτρηση των επιπέδων του ασβεστίου είναι απαραίτητη και η γνώση και διατήρησή τους σε φυσιολογικά επίπεδα, ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών.

Ανεπιθύμητες ενέργειες όπως εξάψεις, αύξηση του βάρους, αρρενοποίηση ή εμφάνιση εξανθήματος, είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε δυσχέρεια συνέχισης της θεραπείας.

Συμπληρωματική της ενημέρωσης και της διδασκαλίας της ασθενούς σχετικά με την εμφάνιση και την αντιμετώπιση των συνήθων ανεπιθύμητων ενεργειών της ορμονοθεραπείας είναι και η βοήθεια να κατανοήσει και να αντισταθμίσει τα πλεονεκτήματα σε σχέση με τα μειονεκτήματα.

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

6.1.22. Αντιμετώπιση μεταστάσεων

Οστά

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, ναρκωτικά ή αναλγητικά και ηρεμιστικά.
- β. Πρόληψη καταγμάτων σπονδυλικής στήλης. Η ασθενής συμβουλεύεται να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις, να μη σηκώνει βαριά αντικείμενα, αν μην γυρίζει και να μην πέφτει απότομα στο κρεβάτι.
- γ. Ακινητοποίηση καταγμάτων, αν συμβούν.

Πνεύμονες

- α. Πόνος.
- β. Δυσφορία, δύσπνοια.

Νοσηλευτική παρέμβαση

- α. Παρακέντηση θώρακα για ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια. Επειδή η παρακέντηση προκαλεί προσωρινή ανακούφιση, πιθανόν να επαναληφθεί.
- β. Χορήγηση οξυγόνου.

Ήπαρ

Νοσηλευτική εκτίμηση

- α. Λσσίτης.
- β. Δυσφορία – δύσπνοια.
- γ. Ναυτία – εμετοί.
- δ. Κοιλιακοί πόνοι.
- ε. Λνορεξία.
- στ. Απώλεια βάρους.

Νοσηλευτική παρέμβαση

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

Εγκέφαλος

Νοσηλευτική εκτίμηση

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

Νοσηλευτική παρέμβαση

- α. Εξασφάλιση άνεσης.

β. Πρόληψη τραυματισμού από πτώση ή από πρόκληση βλάβης κατά τη διάρκεια των σπασμών.

γ. Παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

ε. Παροχή υγιεινής φροντίδας στο σώμα.⁵

Εμβόλιο κατά του καρκίνου

Ελπίδες σε όσους πάσχουν από καρκίνο έρχονται να δώσουν οι ειδικοί που προχωρούν στη δημιουργία δύο νέων εμβολίων. Πρόκειται για το εμβόλιο του καρκίνου του μαστού, που ήδη κυκλοφορεί στις ΗΠΑ και εφαρμόζεται κλινικά στην Βρετανία και στην Αυστραλία. Τα εμβόλια αυτά δεν χρησιμοποιούνται για την πρόληψη του καρκίνου, αλλά ως γονιδιακή θεραπεία που εφαρμόζεται συμπληρωματικά μαζί με την χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία.⁴³

Φάρμακο κατά του καρκίνου

Ένα νέο φάρμακο για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού σε προχωρημένο στάδιο, που λαμβάνεται από το στόμα και καταστρέφει μόνο τα καρκινικά κύτταρα, κυκλοφόρησε στην Μ. Βρετανία από την φαρμακευτική εταιρεία Roche και την εμπορική ονομασία Xeloda. Πρόκειται για την ουσία capecitabine, που έχει την ιδιότητα να ενεργοποιείται όταν έρχεται σε επαφή με ένα ένζυμο το οποίο παράγεται σε υψηλά επίπεδα μόνο στα καρκινικά κύτταρα με αποτέλεσμα να καταστρέφει μόνο αυτά και να μην επιδρά στα υγιή κύτταρα.⁴⁴

Μικροτσιπ για την ανίχνευση του καρκίνου

Οι επιστήμονες έχουν αναπτύξει μια μικροσκοπική συσκευή νανομηχανή για να ανιχνεύσουν τα πρώτα σημάδια του καρκίνου. Το μικροτσιπ λειτουργεί με την ανίχνευση των αποκαλυπτικών πρωτεϊνών γνωστών ως PSA. Οι ειδικές πρωτεΐνες βρίσκονται σε ανεβασμένα επίπεδα στο αίμα των ατόμων. Οι

υπεύθυνοι για την ανάπτυξη θεωρούν ότι η συσκευή θα μπορούσε επίσης να είναι χρήσιμη στην διάγνωση κι άλλων ασθενειών που παράγουν ένα χαρακτηριστικό τύπο πρωτεϊνών είτε στο αίμα είτε στα ούρα.⁴⁵

6.2. Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς με καρκίνο του μαστού

6.2.1. Στάδια της νόσου και ψυχική υποστήριξη από τη νοσηλεύτρια

Η νοσηλεύτρια οποιαδήποτε ψυχολογική της παρέμβαση πρέπει να λαμβάνει υπόψη της το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από την ίδια την ασθενή, την προσδοκώμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και στο στάδιο εξέλιξης της νόσου (πρώιμο, ενδιάμεσο, τελικό). Ο ρόλος της νοσηλεύτριας ανάλογα με τα στάδια ανάπτυξης της νόσου πρέπει να είναι ο ακόλουθος.

6.2.2. 1^η φάση – πρώιμο στάδιο

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης, οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και shock που ακολουθούνται ή από άρνηση, που οδηγεί στην καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής και νοσηλευτικής βοήθειας, ή από άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Άλλες λοιπόν αποφεύγουν να έχουν πληροφόρηση, άλλες αναζητούν πληροφορίες για να μειώσουν το άγχος. Όταν η πιθανότητα κακοήθους νεοπλασίας δεν μπορεί να αποκλεισθεί, το άτομο πρέπει να μπει στο νοσοκομείο. Μέχρι τη στιγμή της εισαγωγής πολλά άτομα είναι αγχώδη, ανήσυχα, σε κατάθλιψη και συχνά εκφράζουν φόβο ακρωτηριασμού ή θανάτου. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, το άτομο αναγκάζεται να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή, το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι γνώριμο, η ανεξαρτησία και ο έλεγχος

χάνονται, ενώ πρέπει να υποβληθεί σε πρόσθετες εξετάσεις. Όλα αυτά μπορεί να προκαλέσουν συναισθήματα αποπροσανατολισμού και έλλειψης βοήθειας.

Οι στόχοι μας ως νοσηλευτριών στη φάση αυτή είναι η εξής :

α. Να βοηθήσουμε την ασθενή να μπορεί να ζει με επίγνωση της σοβαρής νόσου και των συνεπειών της.

β. Να τη βοηθήσουμε να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και τις άλλες σχετικές ανησυχίες.

γ. Να τη βοηθήσουμε να προσαρμοσθεί στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού.

δ. Να τη βοηθήσουμε να επαναπροσαρμοσθεί στο κοινωνικό περιβάλλον.

Οι πρώτες συναντήσεις με την ασθενή πρέπει να αφιερώνονται στην ενημέρωσή της γύρω από τη λειτουργία της πτέρυγας του νοσοκομείου, στο οποίο έχει εισαχθεί, και στην κατατόπισή της στους ρόλους που έχει το νοσοκομειακό προσωπικό.

Κατόπιν, θα λαμβάνεται λεπτομερειακό ιστορικό. Αν η ασθενής πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, την ενημερώνουμε και την προετοιμάζουμε ψυχικά. Στην περίπτωση γυναίκας που πρόκειται να υποβληθεί σε μαστεκτομή, α. περιγράφουμε τις διαδικασίες που η ασθενής θα περάσει πριν και μετά την επέμβαση, δίνουμε πληροφορίες για τη διαδικασία της επέμβασης, την έκτασή της, το διάστημα ανάρρωσης, τα μετεγχειρητικά προφυλακτικά μέτρα και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπευτικής αγωγής. Με το να είναι προετοιμασμένη, δεν δημιουργείται ασυνέπεια μεταξύ προσδοκώμενων και βιούμενων γεγονότων και το άγχος μειώνεται. β. Αντιμετωπίζουμε λανθασμένες αντιλήψεις γύρω από τη νόσο, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, τα μετεγχειρητικά προβλήματα και την

ενθαρρύνουμε να δει αυτές τις πλευρές με θετικό τρόπο, ξεπερνώντας αδικαιολόγητους και αβάσιμους φόβους.^{46,5}

6.2.3. Αντιμετώπιση της καρκινοπαθούς από την οικογένεια

Τα μέλη της οικογένειας που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τη διάγνωση της νόσου, που αρνούνται να γνωρίσουν τους φόβους της ασθενούς, που δεν δίνουν την υποστήριξη και το ενδιαφέρον που αυτή χρειάζεται, μπορεί να καθλώσουν την ικανότητά της να αντιμετωπίσει τη νόσο.

Ένα από τα περισσότερα συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη οικογενειών και φίλοι καρκινοπαθών είναι μια αμηχανία που εκφράζεται με το φόβο ότι δεν θα ξέρουν τι να πουν. Είλικρινή αισθήματα πρέπει να εκφράζονται. Το κράτημα του χεριού της ασθενούς ή μια τρυφερή ματιά μπορεί να μεταφέρουν συναισθήματα που διαφορετικά δύσκολα εκφράζονται.

Πολλές οικογένειες υποθέτουν πως ο καρκίνος είναι κατά κανόνα θανατηφόρα ασθένεια. Έτσι, αποτυγχάνουν να δώσουν στην ασθενή την υποστήριξη που χρειάζεται.

Συχνά, τα μέλη της οικογένειας, ενώ βρίσκονται γύρω από την ασθενή, μπορεί να προσποιηθούν ότι δεν γνωρίζουν την κατάστασή της. Σαν απάντηση, η ασθενής επίσης μπορεί να υποκρίνεται, ώστε να προστατεύσει την οικογένειά της. Ως αποτέλεσμα, ένα πλαίσιο αμοιβαίας απάτης αναπτύσσεται, καθιστάμενο διαρκώς συνθετότερο, καθώς η νόσος εξελίσσεται. Η ασθενής μπορεί να αντιδράσει με δυσπιστία («μου λένε ψέματα») στην άρνηση του καρκίνου από την οικογένεια και η οικογένειά της μπορεί άθελά τους να εγκαταλείψουν η μια την άλλη και να αναπτυχθούν αμοιβαία συναισθήματα απόρριψης.

Ακόμη, δεν πρέπει να περιμένουμε από τα μέλη της οικογένειας να αφιερώσουν όλο το χρόνο τους στην ασθενή. Χρειάζονται χρόνο μακριά της,

για να φύγουν από τη συνεχή ένταση που δημιουργεί η νόσος, η φροντίδα της ασθενούς, οι νέες ευθύνες και ρόλοι.

Οι άνδρες μπορεί να σταθούν σεξουαλικά απαθείς για ένα διάστημα ή οι γυναίκες να αποτύχουν να νιώσουν ερωτική επιθυμία. Αν όμως στο ζευγάρι υπάρχει αμοιβαία κατανόηση και συζητούνται τα θέματα, τα προβλήματα θα ξεπεραστούν και μπορεί να οδηγηθούν σε μια νέα, στενότερη, ευαίσθητη σχέση και η ποιότητα της επαφής τους να βελτιωθεί.

6.2.4. Τα παιδιά

Τα παιδιά συχνά νιώθουν ανασφάλεια, όταν βρίσκουν μια διαφορετική για παράδειγμα μητέρα, αδύναμη και θλιμμένη. Άλλα παιδιά τραυματίζονται ψυχικά με τις επισκέψεις στο νοσοκομείο, άλλα αισθάνονται ενοχή, καθώς φαντάζονται ότι αυτά έφταιζαν για την αρρώστια της μητέρας τους.

Και οι δύο γονείς πρέπει να αποφασίσουν μαζί, πως θα πληροφορήσουν τα παιδιά για τη νοσηλεία και τη νόσο της μητέρας τους. Στα παιδιά λοιπόν πρέπει να εξηγηθεί ότι η μητέρα τους είχε παραμείνει για λίγο στο νοσοκομείο για ένα θέμα υγείας και η μητέρα μπορεί να τους ζητήσει να τη βοηθήσουν να ξαναβρεί τον εαυτό της. Με το να απαντηθούν ειλικρινά οι ερωτήσεις που θα θέσουν τα παιδιά, βοηθούνται στο να διαλυθούν οι φόβοι τους. Ό,τι έχουν φανταστεί τα παιδιά, συχνά είναι χειρότερο από την πραγματικότητα. Μερικά παιδιά ανήσυχια και αγχώδη, με το να μην κάνουν ερωτήσεις και να μην εκφράζουν τα συναισθήματά τους, αποσύρονται και εμφανίζονται σαν να μην ενδιαφέρονται. Στην πραγματικότητα ενδιαφέρονται, αλλά χρειάζονται βοήθεια, ώστε να αρχίσει μια επικοινωνία.

Έτσι, η περιέργεια ενός παιδιού πρέπει να ικανοποιηθεί, ενώ η σιωπή ενός άλλου πρέπει να γίνει σεβαστή και ακολούθως να ενθαρρύνει να σπάσει αυτή η σιωπή. Δεν πρέπει να ξεχνούμε πως τα παιδιά, προκειμένου να δεχθούν

κάποιες πληροφορίες, θα πρέπει να είναι έτοιμα. Άλλωστε, δεν θα πάφουν να αγαπούν, όπως και να έρθουν τα πράγματα, τη ,μητέρα τους, αν αυτή είναι άρρωστη. Οι έφηβοι μπορεί να σαστίσουν τους γονείς τους με ξαφνικές μεταβολές στη συμπεριφορά τους (εμπόλεμη διάθεση, αδιακρισίες), να αρχίσουν να απειθαρχούν, να μη βοηθούν τους γονείς σε μικροδουλειές ή να αρνούνται να επισκεφθούν τη μητέρα στο νοσοκομείο. Γίξηγήσεις για αυτά είναι πως οι έφηβοι τη στιγμή που αρχίζουν να σπάνε τους δεσμούς με τους γονείς, προετοιμάζονται να ζήσουν ανεξάρτητα, αναγκάζονται από τα οικογενειακά προβλήματα να επιστρέψουν πίσω και γι' αυτό παρουσιάζονται επιθετικοί ή αρνητικοί.

Αν ο έφηβος είναι κοπέλα, μπορεί να αναρωτηθεί μήπως είναι και αυτή ύποπτη για μελλοντική ανάπτυξη καρκίνου (αν η εντόπιση στη μητέρα είναι ο μαστός ή το ενδομήτριο) στα όργανα που στην εφηβεία παρουσιάζουν ευαισθησία. Οι γονείς, νιώθοντας ενοχή (γιατί ίσως μεταφερθεί το στίγμα του καρκίνου στην κόρη τους), δεν επιβεβαιώνουν τους φόβους της κόρης τους: όμως, το άγνωστο είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπισθεί από την αλήθεια που η κοπέλα θα ψάξει να μάθει οπωσδήποτε.

6.2.5. 2^η φάση – ενδιάμεσο στάδιο

Διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύθηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίσθηκε και υφίσταται ανάγκη άλλων μορφών θεραπείας. Η ασθενής έχει γνώση της εξέλιξης της υγείας της με βάση τη φυσική της κατάσταση, την ένταση και την έκταση του πόνου, την αδυναμία και την καχεξία και άλλα συμπτώματα, όπως αιμορραγίες κ.λ.π.

Μερικές ασθενείς καθυστερούν να δουν το γιατρό, όταν εμφανίζονται συμπτώματα υποτροπής του καρκίνου. Είναι οι ασθενείς που θέλουν να αποφύγουν να αντικρίσουν την επιστροφή του καρκίνου, μια και αυτό θα ανακινούσε παλιούς φόβους για τη διάγνωση. Η επανεμφάνιση θα σήμαινε γι'

αυτές την αρχή του τέλους, που τίποτε δεν μπορεί να γίνει για να το αποτρέψουν.

Άλλοι ασθενείς κατηγορούν το γιατρό ή την αρχική θεραπευτική αγωγή για την επανεμφάνιση του καρκίνου· μπορεί να αμφισβητήσουν τις καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους και να θελήσουν να προσανατολισθούν σε όχι πάντα επιστημονικά παραδεκτές λύσεις, όπως φαρμακευτικά σκευάσματα βιταμινών, γιατροσόφια, διαλογισμό. Ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήσουν στην ασθενή ότι μια τέτοια αγωγή είναι χωρίς αξία και να την κατευθύνουν σε παραδεκτές θεραπείες.

Ορισμένες ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για μεταστατικό καρκίνο βρίσκουν πως η ατελείωτη σειρά εργαστηριακών εξετάσεων είναι μια ιδιαίτερα δυσάρεστη πλευρά της νοσηλείας. Η αναμονή των αποτελεσμάτων φαίνεται πως είναι από τις δύσκολες στιγμές, ενώ, όταν τα αποτελέσματα βγουν και επιβεβαιώσουν τις υποψίες, ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήσουν στην ασθενή και στην οικογένειά της τα θεραπευτικά προγράμματα που σχεδιάζουν. Επίσης πρέπει να εξηγηθούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες της Θεραπείας, ώστε η ασθενής να είναι έτοιμη να τις αντιμετωπίσει με ψυχραιμία. Πρέπει η νοσηλεύτρια να εξηγήσει στην ασθενή και στους συγγενείς της τα υπέρ και τα κατά της χημειοθεραπείας και να προετοιμάσει την ασθενή να τα δεχθεί. Θα πρέπει να γίνει σαφές στην ασθενή ότι τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της Θεραπείας μπορεί να την απασχολούν και να την ενοχλούν· όμως, υπάρχει ο κλονισμός της υγείας της από τη νόσο που είναι σοβαρότερος. Πρέπει να υπομείνει τις ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες άλλωστε με το πέρασμα του χρόνου θα εκλείψουν και η προτεραιότητα θα δοθεί στην αντιμετώπιση της κυρίως νόσου. Όταν η ασθενής υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, ο ακτινοθεραπευτής γιατρός θα πρέπει να εξηγήσει στην ασθενή πως επενεργεί αυτή η θεραπεία, ποια αποτελέσματα και ποιες

ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να επιφέρει, ώστε να μειωθεί το άγχος και ο φόβος όταν οι ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανισθούν. Επίσης, ανάλογη πληροφόρηση πρέπει να έχουν και οι συγγενείς της ασθενούς, ώστε να διευκρινισθούν ορισμένες αντιλήψεις, όπως ότι η ασθενής γίνεται ραδιενεργή και την εγκαταλείπουν.

Η μεταστατική νεοπλασματική νόσος μπορεί να έχει σοβαρά αποτελέσματα στη ζωή της ασθενούς. Ο έντονος πόνος και οι φυσικοί περιορισμοί την αναγκάζουν να μην μπορεί να εργασθεί πια· να παραμένει στο σπίτι, να σταματήσει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που παλαιότερα την ευχαριστούσαν. Η ζωή της μπορεί να διακόπτεται από επανειλημμένες εισόδους στο νοσοκομείο για χημειοθεραπεία ή ακτινοβολήση, ενώ ο ανεξέλεγκτος πόνος μπορεί να της θυμίζει συνεχώς ότι το μοιραίο επίκειται. Με την επιδείνωση της νόσου, η ασθενής φοβάται ότι η οικογένειά της θα την εγκαταλείψει. Έτσι, μερικές ασθενείς γίνονται υπάκουες χωρίς παράπονα, ώστε να αποφύγουν καταστάσεις που ίσως οδηγήσουν τους άλλους να τις εγκαταλείψουν. Πρέπει να βεβαιώσουμε την ασθενή ότι ο γιατρός, η νοσηλεύτρια, οι συγγενείς θα μείνουν κοντά της, θα κάνουν τα πάντα για να νιώθει περισσότερο ανακουφισμένη. Πρέπει να ακούσουμε τις ανησυχίες, τους φόβους, τις ανάγκες της, να την υποστηρίξουμε συναισθηματικά, να της δώσουμε κουράγιο και ελπίδα στη μάχη με τη μεταστατική νόσο. Τότε θα μειωθεί το άγχος, η κατάθλιψη, οι συγχυτικές αντιδράσεις, οι ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας και κάποια αποδιοργάνωση που κλιμακώνεται· η επαφή μαζί της θα βελτιωθεί· θα γίνει πιο συνεργάσιμη και θα έχει περισσότερη εμπιστοσύνη σε όσους φροντίζουν γι' αυτή.

6.2.6. 3^η φάση – τελικό στάδιο

Σε αυτό το στάδιο, όπου η θεραπεία είναι μόνον ανακουφιστική, η ασθενής και η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζουν μαζί το ενδεχόμενο του θανάτου. Κατά τη

διάρκεια της τελικής φάσης της νόσου, η ασθενής μπορεί να ταλαντεύεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής. Μπορεί να φαίνεται πως ξέρεi ότι πρόκειται να πεθάνει, αλλά την ίδια στιγμή μπορεί να εκφράζεται σαν να μη γνωρίζει τίποτα για τη νόσο της. Η ασθενής μπορεί να κατηγορήσει τη νοσηλεύτρια ότι δεν την είχε προειδοποιήσει για τις επιπλοκές ή για ενδεχόμενο θάνατο, παρά το γεγονός ότι σε όλη τη διάρκεια της νόσου μπορεί να ενημερωνόταν για την πρόγνωση της.

Ο θάνατος δεν έρχεται σαν ξαφνικό σοκ στην καρκινοπαθή σε προχωρημένο στάδιο. Θα έχει περάσει πολλούς μήνες με χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, θα έχει υποβληθεί σε εγχειρήσεις, θα έχει μπει και βγει από πολλές μονάδες νοσοκομείων, πιθανόν να έχει δει άλλους ασθενείς να πεθαίνουν στα νοσοκομεία από την ίδια νόσο. Αλλά ο φυσικός θάνατος που όλα τα ζωτικά όργανα παύουν αν λειτουργούν, είναι μόνο μια μορφή θανάτου. Υπάρχει ο κοινωνικός θάνατος, όπου η ασθενής απομονώνεται και αποχωρίζεται από τους άλλους, ή με αυτοεγκατάλειψη ή οι συγγενείς απομακρύνονται και σταματούν να την επισκέπτονται. Υπάρχει ο ψυχικός θάνατος, στον οποίο η ασθενής αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο και αποσύρεται στον εαυτό της. Συνήθως ο ψυχικός και φυσικός θάνατος συμβαίνουν ταυτόχρονα, αλλά μερικοί ασθενείς δέχονται το θάνατο πρόωρα, εγκαταλείπουν τον αγώνα απελπισμένοι – στηριζόμενοι στο ανίατο του καρκίνου – και αρνούνται να συνεχίσουν να ζούν. Ακόμη, υπάρχει ο βιολογικός θάνατος, που ορίζεται από την απουσία συνείδησης ή γνωστικών λειτουργιών.

Είναι σημαντικό για την ασθενή σε αυτή τη φάση να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια δεν πρόκειται να την εγκαταλείψει, αλλά ότι θα μείνει δίπλα της και θα είναι διαθέσιμη για να συζητήσουν τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες της, να της παρέχει ανακούφιση και υποστήριξη ως την τελευταία στιγμή.

Πίσω από όλα αυτά κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει, η ελπίδα. Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά είναι απλώς ένας εφιάλτης και όχι αλήθεια, ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Παίρνει κουράγιο για να αντέξει ακόμη λίγον καιρό. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι νοσηλεύτριες πρέπει να πουν ψέματα στην ασθενή. Σημαίνει ότι μοιραζόμαστε μαζί της την ελπίδα πως κάτι απρόβλεπτο μπορεί να αλλάξει τη ροή των πραγμάτων. Πρέπει να προσέξουμε, ώστε να μην απελπίσουμε την ασθενή, ενώ χρειάζεται ακόμα την ελπίδα. Αν εγκαταλείψουμε μια τέτοια ασθενή και παραιτηθούμε, μπορεί να εγκαταλείψει και η ίδια τον εαυτό της και η περαιτέρω ιατρική και νοσηλευτική βοήθεια θα μπορούσε να έλθει πολύ αργά, βρίσκοντάς την απροετοίμαστη για μια νέα μάχη.

Στην ασθενή σε τελικό στάδιο πρέπει να κάνουμε τακτικές επισκέψεις, υποστηρίζοντάς την και δείχνοντάς της ότι δεν την ξεχάσαμε. Ζητούμε από την οικογένεια, τους φίλους και τους γνωστούς της να μη την εγκαταλείφουν. Συζητάμε το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης με την ίδια την ασθενή και φροντίζουμε να διευθετήσει όλες τις υποθέσεις της. Της δίνουμε την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες, τις ανάγκες, τα συναισθήματά της και της δείχνουμε κατανόηση και συμπάρασταση.

6.2.7. Νοσηλευτική φροντίδα της καρκινοπαθούς στα τελικά στάδια της ζωής της

Σωματική φροντίδα και εξασφάλιση άνεσης

Η σωματική φροντίδα και η εξασφάλιση άνεσης και ασφάλειας για την ασθενή που πεθαίνει αποτελούν σημαντικούς τομείς δράσης και παρέμβασης της νοσηλεύτριας. Αποτελεσματική σωματική φροντίδα της ασθενούς στα τελευταία στάδια της ζωής της μπορεί να συμβάλει σημαντικά σε έναν ήσυχο θάνατο. Ανεξάρτητα από το αν η ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο ή στο σπίτι, οι ανάγκες για φροντίδα και συμπάρασταση είναι ίδιες.

Αντιμετώπιση του πόνου

Η αντιμετώπιση του πόνου σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο είναι ένα από τα κύρια νοσηλευτικά καθήκοντα. Οι εξελίξεις που σημειώνονται στη φαρμακολογία καθώς και στους τρόπους χορήγησης των φαρμάκων σε ασθενείς με οξύτατη εξασθένηση έχουν βελτιώσει τη δυνατότητα αντιμετώπισης του πόνου. Είναι επίσης εποικοδομητικό να βοηθήσει η νοσηλεύτρια την ασθενή να διατηρήσει ημερολόγιο, στο οποίο θα σημειώνονται τα χορηγούμενα αναλγητικά φάρμακα, τα αποτελέσματα καθώς και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων αυτών.

Είναι ζωτικής σημασίας για τη νοσηλεύτρια η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων. Η εκτίμηση αυτή παρέχει πληροφορίες στο γιατρό, με τις οποίες αυτός θα επιτύχει τον πιο αποτελεσματικό συνδυασμό φαρμάκων για την καλύτερη και ταχύτερη αντιμετώπιση του πόνου. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα των ναρκωτικών, λόγω χάρη, μπορεί να αυξηθεί με την παράλληλη χορήγηση αντιαγχωτικών φαρμάκων σε περίπτωση βέβαια που η ασθενής εμφανίζει αυξημένο άγχος.

Όταν η ασθενής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο νοσηλεύεται στο σπίτι, η νοσηλεύτρια πρέπει να διδάξει την οικογένεια πως και πότε θα χορηγεί τα φάρμακα καθώς και πως να εκτιμά την ανταπόκριση της ασθενούς στη φαρμακευτική αγωγή. Αναποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου στο σπίτι είναι συχνά η αιτία για τη διακομιδή της ασθενούς στο νοσοκομείο. Αν η ασθενής και η οικογένειά της επιθυμούν να παραμείνει η πρώτη στο σπίτι, η διδασκαλία τους για την αντιμετώπιση του πόνου είναι απαραίτητη.

Η νοσηλεύτρια ίσως ξεκινήσει αρχικά τη διδασκαλία των μελών της οικογένειας με τα απαραίτητα μέτρα φροντίδας, όσο ακόμη η ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο, με συστηματικές επισκέψεις στο σπίτι της ασθενούς, αν χρειασθεί. Η διδασκαλία των μελών της οικογένειας να

καταγράφουν πότε αρχίζει ο πόνος, το χρόνο έναρξης της επίδρασης της φαρμακευτικής αγωγής και της ανακούφισης θα βοηθήσει στην εκτίμηση και την αξιολόγηση αυτών και της αποτελεσματικότητας της φροντίδας. Η θετική ενίσχυση των μελών της οικογένειας στη συμβολή τους στην αντιμετώπιση του πόνου συχνά τους δίνει τη δύναμη να συνεχίσουν την προσφορά της φροντίδας και όταν ακόμη η ασθενής βρίσκεται κοντά στο θάνατο.

Οι τεχνικές χαλάρωσης αποτελούν επίσης βοηθητικά μέσα για την ασθενή που πονάει. Ασκήσεις βοήθειας αναπνοής, χαλάρωσης των μυών καθώς και η αποκόλληση της ασθενούς από τη σκέψη του πόνου τη βοηθούν να γίνει περισσότερο ανεκτική σ' αυτόν.

Δυσκοιλιότητα

Οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο, που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ζωής, υποφέρουν πολύ από δυσκοιλιότητα. Η επισυμβαίνουσα διόγκωση, η πίεση του διογκωμένου εντέρου στο διάφραγμα και ο συνοδευόμενος μετεωρισμός επιτείνουν τον πόνο και την έλλειψη άνεσης της ασθενούς. Η νοσηλεύτρια οφείλει να δώσει, σύμφωνα με κάποιο σχέδιο, οδηγίες στα μέλη της οικογένειας, για τα μέτρα που είναι περισσότερο αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση της κατάστασης. Χυμός δαμάσκηνων ή φρούτων καθώς και φρουτόκρεμες εμπορίου (αυτές που χορηγούνται στα παιδιά) μπορούν να χορηγούνται στο νοσοκομείο και στο σπίτι για την καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας. Η οικογένεια πρέπει επίσης να διδαχθεί όλες τις απαραίτητες διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένων του υποκλυσμού και της απομάκρυνσης των ενσφηνωμένων στο έντερο κοπρανωδών μαζών. Η νοσηλεύτρια είναι υποχρεωμένη να αναλάβει αυτή τη φροντίδα με επισκέψεις στο σπίτι της ασθενούς, αν η οικογένειά της δεν είναι ικανή να την παρέχει.

Ναυτία και εμετός

Η ναυτία και ο εμετός είναι πολύ συχνά και βασανιστικά συμπτώματα της ασθενούς που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής της. Μπορούν να αντιμετωπισθούν με προσεκτική επιλογή της χορηγούμενης τροφής η οποία να δίνεται σε μικρά και συχνά γεύματα καθώς και με φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία να δίνονται με τη μορφή υποθέτων.

Διατροφή

Οι ασθενείς στα τελικά στάδια της ζωής τους χαρακτηρίζονται από ανορεξία. Συχνά δεν ενδιαφέρονται καθόλου για το φαγητό και μερικές φορές ακόμη και η μυρωδιά του φαγητού τους προκαλεί ναυτία. Σε αυτό το στάδιο, οι ασθενείς μπορούν να τρώνε οτιδήποτε τους ευχαριστεί και δεν τους προκαλεί δυσάρεστα ενοχλήματα.

Πρέπει επίσης να επιδιώκουμε και να επιτυγχάνουμε την κατάλληλη ενυδάτωση αυτών των ασθενών με σκοπό την αποφυγή χορήγησης υγρών παρεντερικώς. Μικρή και συχνή χορήγηση υγρών που αρέσουν στην ασθενή (π.χ. πορτοκαλάδας) στην κατάλληλη θερμοκρασία, βοηθούν να αποφευχθεί η αφυδάτωση.

Πρόληψη κατακλίσεων

Στην ασθενή που βρίσκεται στην τελική φάση της ζωής της, εμφανίζονται όλα τα προδρομικά σημεία των κατακλίσεων, αν όχι κατακλίσεις. Έτσι οι ασθενείς είναι συνήθως κατάκοπες, τρέφονται ανεπαρκώς, συχνά είναι αφυδατωμένες και αποφεύγουν τη συχνή εναλλαγή θέσεων, επειδή προτιμούν να παραμένουν συνεχώς σε μια συγκεκριμένη θέση, αν αυτή ανακουφίζει και δεν τους προκαλεί άλλα δυσάρεστα ενοχλήματα. Για τους παραπάνω λόγους, η ανάπτυξη κατακλίσεων είναι συχνό φαινόμενο. Είναι βασικής σημασίας η προσπάθεια να αποφευχθεί αυτό το στάδιο. Για την ασθενή που βρίσκεται στο

σπίτι, είναι πολύ σημαντικό τα πρόσωπα που τη φροντίζουν να έχουν διδαχθεί πως να την πλένουν και να της αλλάζουν θέση, καθώς και πως να αξιολογούν ενδείξεις αρχόμενης κατάκλισης. Αν χρειασθεί θεραπευτική αντιμετώπιση, η νοσηλεύτρια οφείλει να δώσει στην οικογένεια να καταλάβει τους λόγους της αρχόμενης θεραπείας και να τους διδάξει τον τρόπο.

Υποστήριξη της ασθενούς

Γνώση του επικείμενου θανάτου

Η νοσηλεύτρια που φροντίζει μια ασθενή κατά τη διάρκεια της νόσου της, έχει αναπτύξει μια σχέση με αυτή, βασισμένη στην εμπιστοσύνη και στον αλληλοσεβασμό. Η νοσηλεύτρια που γνωρίζει την ασθενή μπορεί να δημιουργήσει το κλίμα εκείνο που θα ενισχύει την ανοιχτή έκφραση των συναισθημάτων της, όσον αφορά στον επικείμενο θάνατο. Ακόμη και οι ασθενείς που αρνούνται την πληροφόρηση από το γιατρό ή την οικογένεια και την αποδοχή της κατάστασης, αισθάνονται και γνωρίζουν συνήθως τον επερχόμενο θάνατο.

Η νοσηλεύτρια μπορεί να γεφυρώσει τα διαφορούμενα και ασαφή συναισθήματα μεταξύ της ασθενούς και του γιατρού ή της οικογένειάς της. Μπορεί να τεκμηριώσει το γιατί πιστεύει ότι η ασθενής γνωρίζει ότι θα πεθάνει και να μοιραστεί αυτές τις πληροφορίες με το γιατρό, και με τον κατάλληλο τρόπο, με την οικογένεια της ασθενούς. Από τη στιγμή που η πραγματικότητα βιωθεί από την ασθενή και την οικογένειάς της και επιβεβαιωθεί από το γιατρό, γίνεται ευκολότερα να αντιμετωπισθούν τα προβλήματα που έχουν σχέση με τον επερχόμενο θάνατο της ασθενούς.

Συναισθηματικές αντιδράσεις

Συχνά η ασθενής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής της εκδηλώνει κάποια μορφή θυμού· μερικές φορές ακόμη και οργής. Η συμπεριφορά που

πηγάξει από αυτό το «δικαιολογημένο θυμό» ίσως εξαντλήσει σωματικά και ψυχικά την ασθενή και είναι δυνατόν να απομακρύνει και να αποξενώσει τους ανθρώπους, τους οποίους στη φάση αυτή της ζωής της χρειάζεται πιο πολύ, την οικογένειά της και το προσωπικό που τη φροντίζει και τη νοσηλεύει. Η ασθενής μπορεί να είναι επιθετική και προσβλητική, δείχνοντας γενικά συμπεριφορά που ούτε η ίδια μπορεί να αποδεχθεί και να συζητήσει.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να βοηθήσει την ασθενή να αναγνωρίσει αυτά τα αισθήματά της, όπως το θυμό, και να τη βοηθήσει να περάσει ομαλά και ήρεμα από αυτή τη φάση αντίδρασης. Αν τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς έχουν εκτεθεί σε αυτά τα ξεσπάσματα θυμού, προσβλητικότητας και επιθετικότητας, τα οποία δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν, η νοσηλεύτρια τα βοηθάει με το να τους εξηγήσει ότι η ασθενής είναι πιθανότερο, λόγω της κατάστασης που βρίσκεται, να περνάει μια ψυχική ταραχή και σύγκρουση η οποία να εκδηλώνεται με θυμό παρά με κατάθλιψη. Τα μέλη της οικογένειας πρέπει να καταλάβουν ότι ο θυμός είναι «μηχανισμός άμυνας για την ασθενή και ότι η νοσηλεύτρια βοηθάει την ασθενή να εκδηλώσει κατά το δυνατόν αυτό το θυμό της, ώστε να αισθάνεται καλύτερα και πιο ήρεμη.

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι να δημιουργήσει κλίμα ηρεμίας και εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και οικογένειας, να γίνει συνδετικός κρίκος κατανόησης μεταξύ τους στη δύσκολη αυτή περίοδο. Μερικές ασθενείς δεν εκδηλώνουν θυμό, αλλά δείχνουν σημεία κατάθλιψης. Συχνά, είναι το πρόσωπο που φαίνεται να αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο δίχως αντίσταση. Ο θυμός ή η κατάθλιψη ή και τα δύο είναι ως ένα σημείο αναμενόμενα. Η νοσηλεύτρια πρέπει να τα αντιμετωπίσει κατάλληλα, ώστε να μη γίνουν αιτία να διαταραχθεί η ποιότητα της ζωής της ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι καλή ακροάτρια για την ασθενή. Η αποτελεσματική ακρόαση περιλαμβάνει όχι μόνο αυτά που λέγονται, αλλά και

την κατανόηση του τρόπου που αυτά διατυπώνονται. Άλλη σημαντική επιδίωξη της νοσηλεύτριας δεν είναι μόνο να μιλάει στην ασθενή ή να συζητάει με αυτή, αλλά να επιτυγχάνει την εκδήλωση των προβλημάτων, των φοβιών και των ανησυχιών της ασθενούς σε οποιαδήποτε στιγμή.

Φροντίδα της οικογένειας και υποστήριξη

Η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς με καρκίνο αντανακλά όλη την οικογένεια. Η νοσηλεύτρια μπορεί να υποστηρίζει και να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας, με τον ίδιο τρόπο που βοηθάει την ασθενή.

Για παράδειγμα τα μέλη της οικογένειας μπορεί να διακατέχονται από άγχος, αγωνία, ευερεθιστότητα. Όσο η ασθενής πλησιάζει προς το τέλος της ζωής της, η επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και οικογένειας δυσχεραίνεται. Σκοπός της νοσηλεύτριας στο σημείο αυτό είναι η αποκατάσταση της επικοινωνίας και η ψυχική ενίσχυση των δύο πλευρών.

Ίσως κριθεί απαραίτητη και η συμμετοχή ιερωμένου ή κοινωνικής λειτουργού, για την υποστήριξη της οικογένειας και για τη βοήθεια στην καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών της.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη σημασία λόγω της μεγάλης συχνότητας του καρκίνου του μαστού, στον προληπτικό έλεγχο του γυναικείου πληθυσμού. Βέβαια πρόληψη εννοείται η έγκαιρη διάγνωση ενός όγκου στο μαστό. Στο θέμα αυτό ο ρόλος του γυναικολόγου είναι σημαντικότερος. Εξίσου σημαντικός είναι και ο ρόλος των γιατρών άλλων ειδικοτήτων όπως αγροτικοί ιατροί, παθολόγοι και χειρουργοί, οι οποίοι εξετάζουν συχνά των ανωτέρω γυναικείο πληθυσμό. Οι γιατροί αυτοί πρέπει να εκπαιδεύονται ειδικά στην εξέταση του μαστού. Ο γυναικολόγος πρέπει (α) να συμπεριλαμβάνει την εξέταση των μαστών στην γυναικολογική εξέταση (β) να διδάσκει την αυτοεξέταση στην γυναίκα (γ) να συνιστά εκεί που επιτρέπεται ή επιβάλλεται μαστογραφία (δ) να εκτελεί εφ' όσον μπορεί ή να συνιστά μικρές διαγνωστικές εξετάσεις (παρακέντηση, βιοψία) και (ε) να ξεχωρίζει και να παραπέμπει σε ειδικά κέντρα τις γυναίκες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου.⁴⁷

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

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα μέτρα που εφαρμόζονται, όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση του νοσήματος στο κατά το δυνατόν πρωϊμότερο στάδιο (π.χ. με μαστογραφία). Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς πρόληψης ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων για δευτερογενή πρόσληψη είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης.⁵

7.1. Πρωτογενής Πρόληψη

Ανακάλυψη των αιτιολογικών παραγόντων

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

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

Ωστόσο, ο εργαστηριακός έλεγχος δεν μπορεί να αντικαταστήσει την επιδημιολογική ή πειραματική αξιολόγηση της καρκινογενετικής ικανότητας των ύποπτων ουσιών, γιατί αρκετά συχνά παρέχει εσφαλμένα «θετικά» ή «εσφαλμένα αρνητικά» ευρήματα.⁴⁸

7.2. Εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης

Τέτοια προγράμματα είναι

α. Η αγωγή υγείας και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον ΚΜ βοηθάει στην πρόληψη του π.χ. οι διατροφικές συνήθειες και η σχέση τους με τον ΚΜ

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

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

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

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

β. Η προληπτική υποχρέωση εξέτασης του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40^ο έτος

γ. Η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο

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

ε. Η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα

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

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

η. Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιοριστούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση

θ. Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του ΚΜ.⁵

7.3. Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενή πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια και να την θεραπεύσει αποτελεσματικά. Ο σκοπός της είναι να θεραπευθεί η αρρώστια κατά το δυνατό στα πρώτα της στάδια, σε περίπτωση δε που τούτο δεν είναι δυνατόν, να περιοριστεί η εξέλιξη της και να προληφθούν επιπλοκές και αναπηρίες. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος του πληθυσμού (γνωστός διεθνώς ως screening) είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος για τη δευτερογενή πρόληψη. Ο έλεγχος αυτός μπορεί έγκαιρα να διαπιστώσει σημεία και ενδείξεις μιας νόσου, πριν ακόμη το άτομο παρουσιάσει οποιαδήποτε συμπτώματα.⁴⁹

Πολλοί όμως λόγοι και ιδιαίτερα οικονομικοί και τεχνικοί κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού στο γυναικείο πληθυσμό μιας χώρας, γι' αυτό η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες υψηλού κινδύνου.

Ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά το χάσιμο του χρόνου και άλλα είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμα χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που υπάρχουν στην διάθεση του για πρόληψη.

Η πρόωμη πρόληψη σε γυναίκα με καρκίνο του μαστού είναι αμφιλεγόμενη διότι η μακροπρόθεσμη επιβίωση πλεονεκτεί στην ανίχνευση μικρών ογκιδίων, όμως το πρώτο στάδιο δεν καταφέρεται. Οι καλύτεροι τρόποι για πρόωμη πρόληψη είναι αυτοί του ACS. Αυτούς τους εξηγούμε με συντομία παρακάτω:

1. Μηνιαία αυτοεξέταση για όλες τις γυναίκες άνω των 20 ετών . Γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση θα έπρεπε να κάνουν αυτή την εξέταση 5 μέρες μετά το τέλος της περιόδου. Μετά την εμμηνόπαυση πρέπει να κάνουν αυτοεξέταση την ίδια ημέρα κάθε μήνα.

2. Φυσική εξέταση θα πρέπει να γίνεται από ένα γιατρό κάθε 3 χρόνια για γυναίκες μεταξύ 20 και 40 ετών και κάθε χρόνο για γυναίκες άνω των 40 ετών

3. Μαστογραφία οι μέθοδοι τωρινής μαστογραφίας χρησιμοποιούν ειδικό εξοπλισμό με φιλμ και οθόνη και αποκαλύπτει το μαστό σε 0,02 ggy σε δύο όψεις. Η ξηρογραφία αυξάνει αυτή τη διπλή όψη σε τριπλή όψη. Αν εκτεθείς σε ακτινοβολία 1 ggy τότε αυξάνονται οι πιθανότητες να αποκτήσεις καρκίνο μαστού σε συχνότητα έξι άτομα ανά 1.000.000 πληθυσμού

α. Ετήσιες μαστογραφίες έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν τη θνησιμότητα του καρκίνου μαστού σε γυναίκες άνω των 50 ετών

β. Η μέθοδος ACS προτείνει να γίνεται μια μαστογραφία σε γυναίκες ηλικίας 35-39 χρόνων και μαστογραφία κάθε 1 ή 2 χρόνια σε ειδικές γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών και μια ετησίως σε γυναίκες 50 ετών και άνω

γ. Η μέθοδος NCI δεν κάνει καμία πρόταση για μαστογραφία πριν τα 50 χρόνια αλλά προτείνει ετήσια μαστογραφία κατά τα 50.⁵⁰

7.4. Μέθοδοι διενέργειας προσυμπτωματικού ελέγχου

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για τη σημασία της προσυμπτωματικής διάγνωσης στη δευτερογενή πρόληψη του ΚΜ. Το μεγαλύτερο και ίσως το σπουδαιότερο βήμα για την επιτυχία ενός τέτοιου περιοδικού προληπτικού ελέγχου αποτελεί η προσέλκυση υγιών γυναικών για το σκοπό αυτό. Πρέπει συνεπώς να δημιουργηθούν κίνητρα για το σκοπό αυτό και τα ερεθίσματα για την προσέλκυση των γυναικών πρέπει να είναι συχνά

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

Η εξέταση του μαστού συνήθως περιλαμβάνει:

- α. Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό)
- β. Γενική φυσική εξέταση
- γ. Κλινική εξέταση (επισκόπηση, ψηλάφηση)
- δ. Λιματολογικές εξετάσεις
- ε. Ακτινολογικές εξετάσεις (μαστογραφία)

Στις μεθόδους προσυμπτωματικού ελέγχου δεν πρέπει να παραλείψουμε να σημειώσουμε τη μεγάλη συμβολή μιας άλλης μεθόδου, περισσότερο αποδέκτης από τις γυναίκες και περισσότερο εφικτής ως προς την πραγματοποίηση της και το διάμεσο χρόνο επανάληψης της, της αυτοεξέτασης του μαστού (ΑΕΜ), η οποία θα αναπτυχθεί παρακάτω.⁵

Με τη μαστογραφία διαπιστώνονται ογκίδια σχετικώς μικρά, μετά την εμμηνόπαυση, αλλά μεγαλύτερα πριν από την εμμηνόπαυση. Κατά συνέπεια, η μαστογραφία είναι χρήσιμη κυρίως μετά την εμμηνόπαυση, γιατί η

διαγνωστική της αξία είναι τότε η μεγαλύτερη, αλλά επίσης πριν από την εμμηνόπαυση γιατί ο αθροιστικός κίνδυνος για την ενδεχόμενη καρκινογένεση πριν την εμμηνόπαυση είναι ουσιαστικότερος. Η μαστογράφια μπορεί να αποτύχει να εντοπίσει μερικές περιπτώσεις Κ.Μ.: 3 στις 1^ο γυναίκες με ΚΜ μπορεί να ξεφύγουν από τον ανά τριετία περιοδικό έλεγχο.

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

Αυτός ο έλεγχος υγείας ή «check up» όπως συνήθως λέγεται, επαναλαμβάνεται μια φορά το χρόνο από τον οικογενειακό γιατρό ή από ειδικά ιατρεία νοσοκομείων ή (ιδεωδώς) από ειδικά κέντρα συμπτωματικής διάγνωσης του καρκίνου. Τέτοια κέντρα υπάρχουν λίγα στον κόσμο. Πιο γνωστό είναι η Strang Clinic της Νέας Υόρκης, το κέντρο που συνέβαλε περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο στην παρώθηση, στη θεωρία και στην πράξη της ιδέας των προληπτικών εξετάσεων για καρκίνο.⁴⁸

7.5. Κινητές μονάδες

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

α. Την ενημέρωση στις δυνατότητες πρόληψης του καρκίνου και στις δυνατότητες βελτίωσης των σημερινών θεραπευτικών αποτελεσμάτων και

β. Τη διενέργεια δωρεάν και χωρίς ταλαιπωρίες κλινικών εξετάσεων για πρώιμη διάγνωση του ΚΜ

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

7.6. Ιατρεία προκλινικής διάγνωσης

Τα ιατρεία για την ασυμπτωματική διάγνωση του Κ.Μ. στηρίζουν πρωταρχικά τη λειτουργία τους όχι σε γιατρούς, αλλά σε νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο συχνά πραγματοποιεί και το ρόλο των εκπαιδευτικών υγείας και δευτερευόντως σε επιστήμονες συμπεριφοράς και διάφορους τεχνικούς. Γιατροί υπάρχουν μόνο ως σύμβουλοι. Έτσι, η εξέταση δεν είναι δαπανηρή. Η εξεταζόμενη συμπληρώνει μόνη της ένα είδος ερωτηματολογίου.

Ο έλεγχος σε αυτά τα προγράμματα είναι προκλινικός, δεν βλέπουμε δηλαδή αν η εξεταζόμενη πάσχει από ΚΜ αλλά αν διατρέχει υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου αυτού του είδους.

7.7. Εκτίμηση προγραμμάτων περιοδικού ελέγχου

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

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

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

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

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

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

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

Τα μειονεκτήματα του περιοδικού ελέγχου είναι

α. Δαπάνη για το κοινωνικό σύνολο

β. Καρκίνος από την έκθεση στην ακτινοβολία μετά τις μαστογραφίες

γ. Αύξηση του αριθμού των χειρουργικών επεμβάσεων

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

ε. Ψυχικά τραύματα σε άτομα που βρέθηκε καρκίνος

7.8. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού

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

Η υλοποίηση ενός εθνικού προγράμματος πρόληψης του ΚΜ είναι στρατηγική και πολυεπίπεδη, μια και οι γνωστοί αιτιολογικοί παράγοντες

βρίσκονται στο μικροπεριβάλλον (κακή διατροφή, έκθεση σε ακτινοβολία) και στο μακροπεριβάλλον (γενική ατμοσφαιρική, ειδική βιομηχανική ρύπανση).

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

7.9. Ειδικές δραστηριότητες στην πρωτογενή πρόληψη

Γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Μπορεί να κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας, να παίρνει διαιτολογία, να βλέπει τις παρεκκλίσεις, αφού γνωρίζει ότι η διατροφή αποτελεί τη βασικότερη ίσως παράμετρο του μικροπεριβάλλοντος και για το λόγο αυτό θεωρείται πιθανός αιτιολογικός παράγοντας για τον κ.μ. Συνιστά την αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και υποδεικνύει τη χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών Α και C.. Ενισχύει την προσπάθεια του κοινού για τη βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντός του. Στόχος της είναι να επενδύονται στην καθημερινότητα της ζωής οι υγιεινές συνήθειες και τα προληπτικά μέτρα κατά του Ca να γίνονται συμπεριφορά, στάση, πεποίθηση. Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας, σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες. Στοχεύει να διαμορφώσει νέα πρότυπα συμπεριφοράς στην απομάκρυνση των δυνητικών

αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου. Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό, αποδεικνύοντας στατιστικώς τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες που προσήλθαν στο στάδιο I με ποσοστό θεραπείας 90% σε αντίθεση με εκείνες που προσήλθαν στο στάδιο IV με ποσοστό θεραπείας 24%. Είναι τραγικό ότι πολλές γυναίκες καθυστερούν αρκετό χρόνο πριν να συμβουλευτούν ένα γιατρό από τότε που ανακαλύπτουν πιθανά συμπτώματα και ακόμη καθυστερούν αρκετό καιρό για να αποφασίσουν τη βιοψία και τη θεραπεία. Στόχος της νοσηλεύτριας που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό είναι με ένα καλό ιστορικό να προσπαθήσει να εντοπίσει τους παράγοντες που δυνατόν να οδηγήσουν σε μια καθυστέρηση, να ανιχνεύσει τα αίτια που τους δημιουργούν και να τους αναχαιτίσει με τη σωστή διδασκαλία και ενημέρωση.

7.10. Ειδικές δραστηριότητες στη δευτερογενή πρόληψη

Θα αναφερθούμε ιδιαίτερα στη μεγάλη συμβολή της νοσηλεύτριας στα εξής θέματα:

- (α) Λήψη καλού ιστορικού
- (β) Κλινική εξέταση
- (γ) Αυτοεξέταση του μαστού

Είναι σαφές ότι όπως σε κάθε πάθηση έτσι και για τις παθήσεις του μαστού – πριν προχωρήσει κανείς στην κλινική εξέταση πρέπει πρώτα να συγκεντρώσει ορισμένες πληροφορίες για την ασθενή. Οι σπουδαιότερες από αυτές είναι: ηλικία, τεκνοποίηση, αναπαραγωγική κατάσταση, οικογενειακό ιστορικό για ΚΜ, προηγηθείσες παθήσεις μαστού, ηλικία πρώτου μαστού, ηλικία εμμηναρχής, θηλασμός, χρήση ορμονών, αντισυλληπτικών, επίσης άλλες λιγότερες σπουδαιές πληροφορίες που είναι τόπος γέννησης, τόπος

διαμονής βάρους, ύψος, διατροφή, χρήση φαρμάκων, επάγγελμα, κάπνισμα, κατανάλωση καφεΐνης, προηγηθείσες εγχειρήσεις κτλ. Επίσης κατά τη λήψη του ιστορικού πρέπει να γίνονται και ειδικές ερωτήσεις όπως:

- (α) ποιο είναι , αν υπάρχει, το κύριο σύμπτωμα
- (β) πότε εμφανίστηκε
- (γ) πως ανακαλύφθηκε
- (δ) πως εξελίχθηκε
- (ε) πόσο καθυστέρησε, η ασθενής να πάει στο γιατρό

Οι ειδικές αυτές ερωτήσεις γίνονται στην ασθενή για να πληροφορηθούμε σε περίπτωση νόσου, πως άρχισε κτλ και να βγάλουμε μερικά συμπεράσματα για τη διάγνωση, αλλά και για τη πιθανή πρόγνωση της νόσου. Γυναίκες που πήγαν στο γιατρό με 12μηνη και μεγαλύτερη καθυστέρηση από την ημέρα που ανακαλύφθηκε ο καρκίνος τους, έχουν 3 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να έχουν θετικούς λεμφαδένες μαστού από αυτές που πήγαν με καθυστέρηση 3 μηνών ή μικρότερη. Πρέπει να πληροφορηθούμε αν υπάρχει ιστορικό τραύματος, γιατί πολλές φορές η νέκρωση λίπους που είναι αποτέλεσμα κάκωσης μπορεί να εκληφθεί σαν καρκίνος. Επίσης αν το δέρμα του μαστού παρουσίασε αλλοιώσεις φλεγμονής και την εξέλιξη των αλλοιώσεων αυτών για να μπορέσουμε να κάνουμε διαφορική διάγνωση μεταξύ απλής καλοήθους φλεγμονής και φλεγμονώδους καρκίνου. Με τη λήψη καλού ιστορικού, η νοσηλεύτρια μπορεί να βγάλει συμπεράσματα για την κατάσταση της εξεταζόμενης και να μάθει να εκτιμά την αντίληψη των εξεταζόμενων γυναικών για τα προβλήματά τους. Το νοσηλευτικό ιστορικό πρέπει να λαμβάνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα και με οργανωμένο τρόπο, ακολουθώντας καθοδηγητική δομή. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι άνετη και ευχάριστη κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και ικανή να την καθοδηγήσει σε μια ανταλλαγή

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

7.11. Κλινική εξέταση

Όσο σημαντική είναι η αξία ενός καλού ιστορικού τόσο σημαντική για την πρώιμη διάγνωση της νόσου είναι και μια καλή κλινική εξέταση. Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

Πριν από την κλινική εξέταση, η νοσηλεύτρια:

- Εξηγεί στον ασθενή τι πρόκειται να γίνει και της εμπνέει διάθεση συνεργασίας
- Συνιστά να πάει τουαλέτα, για την κένωση της ουροδόχου κύστεως, ώστε να διευκολύνει την εξέταση
- Την προστατεύει με παραβάν και φροντίζει για την αφαίρεση ορισμένων ενδυμάτων που θα παρεμποδίζουν την εξέταση
- Κλείνει τα παράθυρα για να μην κρυολογήσει και εξασφαλίζει απόλυτη ησυχία
- Εξασφαλίζει καλό φωτισμό
- Την πληροφορεί ότι ο γιατρός θα τη ρωτήσει για το ιστορικό ώστε να ετοιμαστεί να απαντήσει

- Τη βοηθά με επαρκείς εξηγήσεις να πάρει θέση κατάλληλη για το είδος της εξέτασης

(α) Επισκόπηση

Η νοσηλεύτρια τοποθετεί τη γυναίκα σε καθιστή θέση και ελέγχονται το σχήμα, το μέγεθος και η ασυμμετρία των μαστών, οι θηλές, κάθε εξέλκωση του δέρματος και των θηλών, το χρώμα, οίδημα, εισολκή του δέρματος ή των θηλών. Η εισολκή του δέρματος η οποία οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του Cooper, φαίνεται καλύτερα όταν η επισκόπηση γίνεται με υψωμένα τα χέρια. Σπανίως, η εισολκή φαίνεται όταν η ασθενής με υψωμένα τα χέρια σκύψει προς τα εμπρός. Είναι ίσως το σπουδαιότερο σημείο που δεν το συναντούμε στις καλοήθεις παθήσεις, παρά σπανίως σε νέκρωση λίπους. Μπορεί να μας οδηγήσει να βρούμε έναν Κ.Μ. που δεν ψηλαφάτε εύκολα. Το χρώμα και το οίδημα του δέρματος καθώς και η εξέλκωση μας βοηθούν στην πιθανή διάγνωση απλής φλεγμονής, φλεγμονώδους καρκίνου ή προχωρημένου Κ. Μ. ή ακόμη νόσου του Paget, όταν υπάρχει εξέλκωση της θηλής

Για την ψηλάφηση η γυναίκα τοποθετείται σε ύπτια θέση. Με την ψηλάφηση ελέγχουμε

- την παρουσία μάζας που ξεχωρίζει από τον υπόλοιπο αδένα, σκληρίας ή πληρότητας
- ευαισθησία των θηλών
- εκκρίσεις των θηλών
- τους υπερκλείδιους ή μασχαλιαίους λεμφαδένες

Η νοσηλεύτρια συμβουλεύει την εξεταζόμενη να ξαπλώσει και τοποθετεί ένα μαξιλάρι κάτω από τον ώμο της. Το σύστοιχο χέρι τοποθετείται πάνω από το κεφάλι, ενώ το αντίστοιχο βρίσκεται κάτω, παράλληλα με το σώμα. Η ψηλάφηση πρέπει να γίνεται με την άκρη των δακτύλων και κυκλικά

αρχίζοντας από τη θηλή προς την περιφέρεια, ψηλαφούμε όλο το μαστό. Ο ΚΜ παρουσιάζεται κατά 80% με μάζα, η οποία συνήθως ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες. Για την ακριβή εκτίμηση της κατάστασης των μαστών με την ψηλάφηση η νοσηλεύτρια οφείλει να γνωρίζει ότι:

- Το άλγος και η ευαισθησία αντιπροσωπεύουν πολύ μικρό ποσοστό στα συμπτώματα του ΚΜ και συνήθως έχουν μεγαλύτερη διαγνωστική αξία στις μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες

- Οι εκκρίσεις συνήθως είναι χωρίς σημασία και αντιπροσωπεύουν φυσιολογικές καταστάσεις πολλές φορές. Όμως, είναι παθολογικές και οφείλονται σε μονήρη ή πολλαπλά θηλώματα. Των πόρων και σπανίως σε εδνοπορώδη Ca. Συνήθως είναι ορώδεις ή γαλακτώδεις, από αύξηση της προλακτίνης που μπορεί να οφείλεται στη λήψη φαρμάκων, πράσινης χροιάς σε κυστικομαστοπάθειες και αιματηρές σε μονήρη ή πολλαπλή θηλωμάτωση πόρου ή καρκίνου.

- Με την ψηλάφηση πρέπει να εξετάζονται και οι περιοχές των επιχώριων λεμφαδένων που είναι οι μασχαλιαίες κοιλότητες. Η εξέταση γίνεται με την ασθενή καθισμένη και η νοσηλεύτρια να κρατά με το αντίστοιχο χέρι το χέρι της εξεταζόμενης, ώστε να επιτυγχάνεται χαλάρωση της ωμικής ζώνης. Για την ψηλάφηση της δεξιάς μασχάλη πρέπει να χρησιμοποιείται από τη νοσηλεύτρια που πραγματοποιεί την εξέταση, η αριστερή παλάμη και το αντίθετο

- Επίσης σωστό είναι εκτός από τις μασχαλιαίες να εξετάζονται και οι υπερκλείδιοι χώροι καθώς και το δεξιό υποχόνδριο αν υπάρχει ψηλαφητό ήπαρ σε περιπτώσεις όγκου στο μαστό.

7.12. Αυτοεξέταση του μαστού (ΑΕΜ)

Όπως γνωρίζουμε οι περισσότεροι Ca μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Γι' αυτό ένας καλός τρόπος για να φτάσει κανείς στην ανακάλυψη νέων περιπτώσεων και σε κάθε πρωϊμότερα στάδια, είναι η αυτοεξέταση η οποία και εύκολη είναι και ανέξοδη και χωρίς κανένα κίνδυνο. Πόσο συχνά εφαρμόζεται η αυτοεξέταση από τις γυναίκες; Έχει αποδειχθεί ότι και σε χώρες ακόμη που υπάρχει καλή ενημέρωση το ποσοστό δεν ξεπερνά το 25%.

Οι λόγοι για τους οποίους συνήθως οι γυναίκες εγκαταλείπουν την ΑΕΜ είναι:

- (α) Φόβος και άγχος για την ανεύρεση Ca στο μαστό
- (β) Έλλειψη γνώσης για την ΑΕΜ και εμπιστοσύνης σχετικά με τον τρόπο διενέργειάς της
- (γ) Άγνοια της εξαιρετικής σημασίας της μηνιαίας ΑΕΜ, ως απαραίτητου στοιχείου της γνώσης της φυσικής κατάστασης της εξεταζόμενης
- (δ) Σεμνοτυφία και ενόχληση

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού με επιμορφωτικά σεμινάρια και συγκεντρώσεις

Η νοσηλεύτρια θεωρείται το καταλληλότερο πρόσωπο για την ενημέρωση του κοινού για την ΑΕΜ και για τη βοήθεια στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου

Η νοσηλεύτρια επίσης οφείλει να ενημερώνει το κοινό για το κάθε πότε και ποιες ιδιαίτερα γυναίκες πρέπει να κάνουν ΑΕΜ έτσι:

- (α) Κάθε γυναίκα άνω των 25 πρέπει να μάθει για την ΑΕΜ και να την εφαρμόζει. Αυτό βέβαια εκτός από τον παράγοντα ενημέρωση που πρέπει να γίνεται με διαλέξεις, έντυπα και από τα ΜΜΕ, εξαρτάται και από το επίπεδο μόρφωσης της γυναίκας και ακόμη από το πόσο ανησυχεί η γυναίκα

(β) Οι γυναίκες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου πρέπει να εφαρμόζουν πιο συχνά την ΑΕΜ. Έχει πράγματι υπολογιστεί ότι, όταν οι γυναίκες έχουν κληρονομικό τον Ca μαστού, βαρία ινοκυστική μαστοπάθεια ή είναι πάνω από 40 ετών, εφαρμόζουν την ΑΕΜ σε ποσοστό 68%, 50%, και 44% αντίστοιχα.

(γ) Η γυναίκα πρέπει να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού. Είναι σημαντικό η ΑΕΜ να γίνεται κάθε μήνα στο ίδιο χρονικό διάστημα και να συνδέεται με ε'να γεγονός που επαναλαμβάνεται κάθε μήνα ως να μην ξεχνιέται. Ο καλύτερος τρόπος για να γίνεται η εξέταση είναι 7-8 ημέρες μετά την έναρξη της περιόδου, για τις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Για τις γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάλια, η ΑΕΜ πρέπει να γίνεται την πρώτη μέρα του νέου κύκλου λήψης των αντισυλληπτικών. Για τις γυναίκες που λαμβάνουν συνεχώς προγεστερονικά σκευάσματα, συνίσταται η ΑΕΜ να γίνεται την 1^η ημέρα κάθε μηνός. Η αυτοεξέταση πρέπει να συνεχίζεται κάθε μήνα και μετά την εμμηνόπαυση. Οι γυναίκες μετά τη εμμηνόπαυση πρέπει να συνηθίσουν την ΑΕΜ μια ορισμένη ημέρα κάθε μήνα. Η συχνότητα με την οποία η ΑΕΜ πρέπει να διεξάγεται με τον κίνδυνο της μικροβιοφοβίας. Έτσι δεν θέλουμε οι γυναίκες να εξετάζουν τους μαστούς τους πολύ συχνά ούτε πολύ αραιά αλλά κατά τρόπο που να έχουν την πιθανότητα να ανακαλύψουν τον ΚΜ όσο ακόμη είναι σε πρώιμο στάδιο. Σκοπός της ΑΕΜ είναι να καταστήσουμε τις γυναίκες ικανές να ανακαλύψουν τους όγκους των μαστών τους όσο πιο νωρίς γίνεται από τότε που είναι ψηλαφητοί.

Οι γυναίκες που δεν έχουν φθάσει στην εμμηνόπαυση είναι σημαντικό να διαλέγουν τη σωστή φάση του μηνιαίου κύκλου για την ΑΕΜ. Στις περισσότερες γυναίκες, υπάρχει σημαντική αγγειακή διάγνωση των μαστών στην προεμμηνόπαυσιακή φάση του κύκλου που μπορεί να δημιουργήσει

ελαφρά μεγέθυνση των μαστών και κάποια ευαισθησία. Σε μικρό αριθμό γυναικών, η διάγνωση είναι αρκετά έντονη και προκαλεί ως ένα βαθμό οξειδιακή πύκνωση που μπορεί να τις ξεγελάσει και να τις κάνει να πιστέψουν πως έχουν πραγματικά νόσο του μαστού. Γι' αυτό η νοσηλεύτρια συνιστά να γίνεται η εξέταση σε χρονικό διάστημα που αυτές οι παροδικές μεταβολές είναι στο ελάχιστο, δηλαδή 7-10 ημέρες μετά την έναρξη της περιόδου.

7.13. Τρόπος διενέργειας της ΑΕΜ (Τεχνική)

(α) Επισκόπηση

Το πρώτο βήμα στην ΑΕΜ είναι η προσεκτική επισκόπηση των μαστών μπροστά σε έναν καθρέπτη. Η γυναίκα γυμνή από τη μέση και πάνω παρατηρεί τους μαστούς της σε όρθια στάση με τα χέρια κάτω, με τα χέρια στη μεσολαβή πιέζοντας σφικτά πάνω στη λεκάνη και με προτεταμένο το θώρακα, με τα χέρια στην ανάταση και τέλος με τα χέρια πίσω και γέρνοντας προς τα εμπρός ώστε οι μαστοί να αιωρούνται κάπως σε αυτές τις 4 θέσεις υπάρχει πλήρης εποπτεία του μαστού από την ΑΕΜ από την εξεταζόμενη. Οι γυναίκες πρέπει να εφησυχάζουν για την ανισότητα στο μέγεθος των μαστών που πολλές από αυτές έχουν και μπορεί να ανακαλύψουν για πρώτη φορά όταν παρατηρήσουν τους μαστούς τους προσεκτικά. Πρέπει να συστήσουμε να φάχνουν για ασυμμετρία στα περιγράμματα των μαστών και για ριχνωση ή εισολκή του δέρματος ή όψη αυτού «εν είδει φλοιού πορτοκαλιού» καθώς και για χρόνια ερυθρότητα και πάχυνση του επιθηλίου της θηλής ή διάβρωση της επιφάνειας της, ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από κνησμό. Εισολκή της θηλής που δεν μπορεί να αναστραφεί είναι σημαντικό σημείο ΚΜ αυτόματη ορώδης ή αιματηρή ρύση από τη θηλή είναι συνήθως σημείο της νόσου και χρειάζεται χειρουργική εξέταση. Ελέγχεται επίσης η τοπική αγγειοβριθεία και αξιολογείται ανάλογα η αύξησή της.

(β) Ψηλάφηση

Το 2^ο βήμα στην ΛΕΜ είναι να ξαπλώσει η γυναίκα σε κρεβάτι ή καναπέ. Το σύστοιχο χέρι, με την πλευρά που πρόκειται να εξεταστεί πρώτη, πρέπει να υψώνεται πάνω από το κεφάλι και ένα μικρό μαξιλάρι ή μια τυλιγμένη πετσέτα του μπάνιου να τοποθετείται κάτω από το σύστοιχο ώμο. Αυτό ανεβάζει τον ώμο και μετατοπίζει το μαστό προς τα έσω έτσι, ώστε αυτός να ισορροπεί και να επιδεινώνεται. Εάν ο όμως δεν σηκωθεί ο μαστός γέρνει προς τα έξω και διπλώνει κάνοντας δύσκολη την ψηλάφηση του έξω ημιμορίου του μαστού ξεκινά με την παλαμιαία επιφάνεια των δακτύλων του αντίθετου χεριού. Η ψηλάφηση πρέπει να είναι λεπτή, γιατί η ευαισθησία τα κάνει να γλιστρούν πιο εύκολα πάνω από το δέρμα του μαστού και αυξάνει την ψηλαφητική ευαισθησία. Η όλη έκταση του έσω ημιμορίου του μαστού ερευνάται με την παλάμη που ακολουθεί τα ίχνη εγκάρσιων γραμμών από τη γραμμή της θήλης προς το στερνικό άκρο, αρχίζοντας ακριβώς κάτω από την κλείδα και κατεβαίνοντας προς την έσω μαστική πτυχή. Ο μαζικός αδένας μπορεί να εκτείνεται μέχρι την κλείδα και προς τα έσω τουστέρνου σαν λεπτό φύλλο, μικροί όγκοι του μαστού που φθάνουν μέχρι την περιφέρειά του μπορεί να φαίνονται ότι είναι τόσο επιπολής, ώστε να εκλαμβάνονται συχνά σαν αθώες δερματικές βλάβες. Συγκεκριμένος όγκος οπουδήποτε στο μαστό πρέπει να εξετάζονται σαν εκδήλωση νόσου. Έχοντας συμπληρώσει την ψηλάφηση της στο έσω ημιμόριο του μαστού και του κατώτερου άκρου, η γυναίκα είναι έτοιμη να εξετάσει το έξω ημιμόριο του μαστού και ακολούθως τη μασχάλη. Σε αυτή τη φάση, είναι προτιμότερο να έχει το χέρι κάτω στην πλευρά. Στη θέση αυτή, το άνω έξω τμήμα του μαστού είναι πιο ακραίο και γι' αυτό πιο προσιτό. Η παλάμη ερευνά όλη την έκταση του έξω ημιμορίου του μαστού, ακολουθώντας τα ίχνη μιας σειράς γραμμών από την πλευρική άκρη του μαστού προς τη γραμμή της θηλής κατά προτίμηση, ξεκινώντας από την υπομαστική ακρολοφία και ανεβαίνοντας προς τη μασχάλη. Η εξέταση τελειώνει στο άνω έξω τμήμα του μαστού, το οποίο είναι και το πιο δύσκολο

στην εξέταση, επειδή είναι το πιο συμπαγές τμήμα του μαστού. Αυτό το τμήμα συχνότερα από οποιοδήποτε άλλο εμφανίζεται σταδιακή ανάπτυξη που προκαλεί ανησυχία αλλά συχνά βρίσκεται μέσα στα φυσιολογικά όρια. Είναι επίσης το τμήμα, στο οποίο οι καρκίνοι ανευρίσκονται συχνότερα. Για όλα αυτά το τμήμα αυτό του μαστού πρέπει να συγκεντρώνει τη μεγαλύτερη προσοχή σε κάθε εξέταση. Άλλος τρόπος εξέτασης είναι κατανοητούς ομόκεντρους κύκλους, αρχίζοντας από το άνω έσω τεταρτημόριο και καταλήγοντας στο άνω έξω και από την περιφέρεια προς τη θηλή του μαστού, χωρίς να παραλείπεται φυσικά η μασχάλη. Η εξέταση κάθε μαστού διαρκεί περίπου 3min. Οι περισσότερες γυναίκες μάλλον απογοητεύονται από την ψηλάφηση των μαστών τους, στην όρθια θέση. Αν ο μαστός είναι μεσαίου μεγέθους ή μεγαλύτερος, η ψηλάφηση είναι πιο δύσκολη στην όρθια θέση παρά στην ύπτια. Στην όρθια θέση, το κατώτερο προπίπτον ημιμόριο του μαστού διπλώνεται πάνω στον εαυτό του και έτσι ένας μικρός όγκος μπορεί να καλυφθεί από την αυξημένη πύκνωση. Όταν οι γυναίκες εκτελούν τακτικά την ΛΓΕΜ, εξοικειώνονται με τα φυσικά χαρακτηριστικά των μαστών τους και είναι πιθανότερο να αναγνωρίσουν κάθε μικρό όγκο που μπορεί να αναπτυχθεί. Τέλος πρέπει να συνιστούμε την εξέταση της θηλής. Η θηλαία άλως και η θηλή ψηλαφώνται για ύπαρξη μάζας έκκρισης, ευαισθησία. Οφείλουμε να κάνουμε γνωστό ότι το μέγεθος της θηλής μικραίνει με τα χρόνια. Κλείνοντας αυτό το κεφάλαιο, μπορούμε να αναφέρουμε συμπερασματικά, ότι η νοσηλεύτρια οφείλει να προσεγγίσει ένα ευρύ σύνολο του ώριμου γυναικείου πληθυσμού με την πληροφορία του σπουδαιότατου ρόλου των γυναικών στην πρώιμη ανακάλυψη του ΚΜ. Το μήνυμα αυτό δεν είναι δυνατόν να διαδοθεί τόσο καλά μέσω του εκπαιδευτικού συστήματος, γιατί οι γυναίκες στο σχολείο είναι πολύ μικρές και αδιάφορες για τη νόσο του μαστού. Επίσης τα γυναικεία περιοδικά και η τηλεόραση δεν μπορούν να παρουσιάσουν με αποτελεσματικό και μεθοδικό τρόπο το θέμα, γιατί είναι μακροσκελές και ειδικό. Η καλύτερη

ελπίδα είναι η ορθή πληροφόρηση και εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο είναι το μόνο που μπορεί με τη σειρά του να διδάξει άμεσα, να παροτρύνει και να ενθαρρύνει τις γυναίκες, ασθενείς και υγιείς, στην αυτοεξέταση των μαστών τους.⁵

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού, μια πάθηση της οποίας η συχνότητα αυξάνεται ραγδαία τα τελευταία χρόνια, αποτελεί πρωταρχική αιτία θανάτου των γυναικών ηλικίας 40-44 ετών. Η διάγνωση ότι πάσχουν από καρκίνο του μαστού προκαλεί απελπισία, απόγνωση και κατάθλιψη σε αυτές.

Η ασθένεια αυτή προσβάλλει 1 στις 8 γυναίκες και η συχνότητα τής είναι μεγαλύτερη σε ανύπαντρες ή παντρεμένες γυναίκες που δεν έχουν αποκτήσει παιδιά, σε γυναίκες που έλαβαν οιστρογόνα, καθώς και σε γυναίκες των οποίων οι μητέρες είχαν καρκίνο. Οι παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση του καρκίνου είναι πολλοί.

Γίνδεικτικά αναφέρουμε: την κληρονομικότητα, που αφορά συγγενείς πρώτου βαθμού, διάφορους εξωγενείς και περιβαλλοντικούς παράγοντες καθώς και γονιδιακούς παράγοντες.

Ο τύπος αυτός του καρκίνου, πολύ συχνά, ανακαλύπτεται από την ίδια τη γυναίκα, μέσω της αυτοεξέτασης και κάποιων έκδηλων συμπτωμάτων (αιματηρή έκκριση, ύπαρξη ογκιδίου, ασυμμετρία θηλής κλπ.). Αμέσως μετά τη συνειδητοποίηση της ύπαρξης του προβλήματος, η γυναίκα εισέρχεται στη φάση της διαγνωστικής διαδικασίας. Εξετάσεις, όπως η μαστογραφία, η θερμογραφία, η βιοψία αποσκοπούν στην εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Η θεραπεία διακρίνεται σε συντηρητική (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία), σε λειτουργική και σε ορμονική.

Σημαντική είναι στη φάση αυτή η συμβολή των νοσηλευτών – νοσηλευτριών στην φροντίδα των ασθενών, η οποία και αποτελεί βασική αναφορά της εργασίας του. Η συνεισφορά τους στο επίπεδο υγείας του κοινωνικού συνόλου είναι εξέχουσας σημασίας για τις ασθενείς, οι οποίες

εκτός από νοσηλευτική φροντίδα έχουν ανάγκη από ψυχολογική υποστήριξη, η οποία θα πρέπει να παρέχεται στην γυναίκα από τη πρώτη στιγμή που έρχεται αντιμέτωπη με το πρόβλημα.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι ζωτικής σημασίας σε όλα τα επίπεδα: διάγνωση, θεραπεία, νοσηλευτική φροντίδα, υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους. Για να μπορέσει να αντεπεξέλθει στο ρόλο του, απαιτείται να αγαπά τους ασθενείς και να έχει υψηλό το αίσθημα της ευθύνης, συμπεριλαμβανομένης της επιστημονικής κατάρτισής του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄

Η ασθενής Ίσαγγαρά – Μπαλάπα Αθανασία, ηλικίας 45 ετών, έγγαμη κάτοικος Πατρών, συνοικίας Ζαρουχλείων, προσήλθε στη χειρουργική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών στις 17/04/03. Λιτία εισαγωγής Ca μαστού (Δ.Ε.). Ανακάλυψε σε αυτοεξέταση μαστών ψηλαφητό όγκο στο (Δ.Ε.) μαστό. Κατά τη χειρουργική επέμβαση έγινε τεταρτεκτομή και λεμφαδενικός καθαρισμός. Η ασθενής μετά 10 ημερών νοσηλείας εξήλθε στις 27/04/03 από το νοσοκομείο.

Νοσηλευτική Παρέμβαση ασθενούς με καρκίνο του μαστού

ΑΝΑΓΚΕΣ / ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Πόνος που οφείλεται σε μαστεκτομή 	<ul style="list-style-type: none"> Άμεση αντιμετώπιση του πόνου και ανακούφιση του αρρώστου 	<ul style="list-style-type: none"> Τοποθέτηση ασθενούς σε θέση ημίψωιτ, για τη βελτίωση της αναπνοής Εξασφάλιση ήρεμο περιβάλλοντος Αποφυγή μετακίνησης ασθενούς Διδασκαλία αναπνευστικών ασκήσεων Περιορισμός κινητικότητας σύστοχου άκρου Ενθάρρυνση έγερσης ασθενούς από την 1^η μετεγχειρητική μέρα Χορήγηση αναλγητικών κατόπιν ιατρικής εντολής 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση ημίψωιτ Εξασφαλίθηκε ήρεμο περιβάλλον Διδάχθηκαν αναπνευστικές κινήσεις Επί πόνου χορηγήθηκε πεθιδίου κατ'όπιν ιατρικής εντολής 	<p>Μείωση του πόνου στο ελάχιστο και ανακούφιση της ασθενούς</p>
<ul style="list-style-type: none"> Ανησυχία ασθενούς για την αποκατάσταση της κινητικότητας του σύστοχου άκρου 	<ul style="list-style-type: none"> Απομάκρυνση της ανησυχίας και του φόβου της ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> Έναρξη παθητικών ασκήσεων Ενθάρρυνση ασθενούς για δραστηριότητα Διδασκαλία και εκμάθηση ασκήσεων Παραμονή της νοσηλείας κοντά στην ασθενή κατά την διενέργεια των ασκήσεων 	<ul style="list-style-type: none"> Έγινε διδασκαλία παθητικών ασκήσεων και έναρξη αυτών 	<p>Αντιμετώπιση του άγχους και αποκατάσταση της κινητικότητας του σύστοχου άκρου</p>
<ul style="list-style-type: none"> Αίσθημα απομόνωσης λόγω αναπηρίας 	<ul style="list-style-type: none"> Εξάλειψη αισθήματος απομόνωσης 	<ul style="list-style-type: none"> Ενθάρρυνση της αρρώστου για συμμετοχή σε δραστηριότητες της κοινότητας Προτροπή για συμμετοχή σε προγράμματα ψυχαγωγίας και δημιουργικής απασχόλησης Επικοινωνία, με την ασθενή ψυχολογική υποστήριξη αυτής και τόνωση ρηθικού 	<ul style="list-style-type: none"> Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς Συμμετοχή ασθενούς σε δραστηριότητες της κοινότητας 	<p>Συμμετέχει ελάχιστα σε κάποιες δραστηριότητες</p>

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄

Η ασθενής Πλάκα Δέσποινα, ηλικίας 68 ετών, έγγαμη κάτοικος Λαγρινίου εισήλθε στην χειρουργική κλινική του Π.Γ.Ν.Π. στις 23/02/03. Αιτία εισαγωγής όγκος στο (Δ.Ε.) μαστό. Ανακάλυψε σε αυτοεξέταση μαστών προ μηνός ψηλαφητό όγκο, η μαστογραφία απεικόνισε ογκίδιο που εντοπίζεται στο άνω έξω ¼ Δ.Ε μαστό, ακανόνιστες πολλαπλές σκιάσεις που παίρνουν μορφή ακτινωτής σκίασης με προεκβολές προς τη θηλή χωρίς ύποπτες μικροασβεστώσεις. Αναφέρεται οικογενειακό ιστορικό μητέρας και αδελφής με Ca μαστού. Κατά την χειρουργική επέμβαση έγινε αφαίρεση του όγκου. Η ασθενής μετά 12 ημερών νοσηλείας εξήλθε στις 3/03/03 από το νοσοκομείο.

Νοσηλευτική Παρέμβαση ασθενούς με καρκίνο του μαστού

ΑΝΔΙΑΓΚΕΣ / ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Πόνος που οφείλεται σε μαστεκτομή 	<ul style="list-style-type: none"> Άμεση αντιμετώπιση του πόνου και ανακούφιση του αρρώστου σε μισή ώρα 	<ul style="list-style-type: none"> Τοποθέτηση ασθενούς σε θέση ημίψωλης για τη βελτίωση της αναπνοής Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος Αποφυγή μετακίνησης ασθενούς Διδασκαλία αναπνευστικών ασκήσεων Περιορισμός κινητικότητας σύστοιχο άκρο Ενθάρρυνση έγερσης από την 1^η μεταχειριστική ημέρα Χορήγηση αναλγητικών κατόπιν ιατρικής εντολής 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση ημίψωλης Εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον Διδάχθηκαν αναπνευστικές ασκήσεις στην ασθενή Χορηγήθηκε επί πόνου <i>ωιλάτην</i>, κατόπιν <i>ιατρικής εντολής</i> 	<p>Μείωση του πόνου στο ελάχιστο και αναχώρηση της ασθενούς</p>
<ul style="list-style-type: none"> Αυξημένη δεκατηή πυρετική γέννηση, 38° C λόγω λοίμωξης 	<ul style="list-style-type: none"> Ρύθμιση θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα σε μισή ώρα 	<ul style="list-style-type: none"> Λήψη τρίωρης θερμομέτρησης Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων Ελαφρά κνυσοεπάσματα Χορήγηση αντιπυρετικών κατόπιν ιατρικής εντολής Λήψη αίματος για καλλιέργεια 	<ul style="list-style-type: none"> Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων Λήψη θερμομέτρησης ανά τρίωρο Λήψη αίματος για καλλιέργεια Χορηγήθηκε <i>αροίει</i>, κατόπιν <i>ιατρικής εντολής</i> 	<p>Απύρετη μετά από ένα 24ωρο</p>
<ul style="list-style-type: none"> Ναυτία και έμετος λόγω νόσησης 	<ul style="list-style-type: none"> Ανακούφιση από την ναυτία και απαλλαγή από εμέτους 	<ul style="list-style-type: none"> Παρακολούθηση της συχνότητας των εμέτων, το χαρακτήρα και της ποσότητας των εμέτων Συγκράτηση της περιοχής του τραύματος κατά τον έμετο για την πρόληψη ρήξεως των ραμμάτων Χορήγηση αντιεμετικών σύμφωνα με 	<ul style="list-style-type: none"> Παρακολούθηση συχνότητας των εμέτων Χορηγήθηκε <i>primetan</i> ύστερα από ιατρική εντολή 	<p>Ανακούφιση από τη ναυτία και τους εμέτους εντός 2 ωρών</p>

Νοσηλευτική Παρέμβαση ασθενούς με καρκίνο του μαστού

ΑΝΑΓΚΕΣ / ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Ψυχική κατάρτιση και μεταρχολία λόγω αφαιρέσης μαστού 	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφάλιση ψυχολογικής άνεσης εντός πέντε ημερών 	<p>ιατρικές οδηγίες</p> <ul style="list-style-type: none"> Τοποθέτηση <i>Levin</i> Ευκαιρίες στην άρρωστη για συζήτηση και εξωτερίκευση των συναισθημάτων της Διδασκαλία της οικογένειας για τους τρόπους συμπεριφοράς προς την άρρωστη έτσι ώστε να μην αισθανθεί μειονεκτικά Χρησιμοποίηση παραδειγμάτων προηγούμενων ασθενών που έχουν εξελχθεί καλά Λύση των αποριών της ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> Συζήτηση προβλημάτων με την ασθενή Ενθάρρυνση ασθενούς από το οικογενειακό περιβάλλον 	<p>Εξέφρασε την ανηχία για την πορεία και έκφραση της νόσου. Την απασχολεί έντονα η αποκατάσταση και η κλητικότητα του σύστοιχου άχρου</p>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Νικολούδη – Μερκουράκη Π.:** «Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού», 26^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Κέρκυρα, Μάιος 1999, σ. 409-412
2. **Παπαδημητρίου Μ., Αλεξανδρή Σ.:** «Καρκίνος μαστού: επιπτώσεις στην ψυχοσωματική οντότητα της γυναίκας», Νοσηλευτική, τόμος 38, τεύχος 2, Αθήνα, Απρίλιος – Ιούνιος 1999, σ. 164-173
3. <http://www.medlab.cs.uoi.gr/erga/pathology/kefalaio2/kefalaio22.htm>
4. **Χρηστίδου Ε.:** «Καρκίνος μαστού», Πτυχιακή εργασία, εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 2000, σ. 13-14
5. **Κονιάρη Ε.:** «Καρκίνος του μαστού – Νοσηλευτική Παρέμβαση», Εκδόσεις ΒΗΓΛ, Αθήνα 1991, σ.2-8, 19-25, 34-111, 131-173, 181-238
6. **Παπανικολάου Ν.:** «Γυναικολογία», εκδόσεις Παρισσιανός, έκδοση 3^η, Αθήνα 1999 σ.446-448, 469-472
7. **Παπανικολάου Ν.:** «Μαστολογία», εκδόσεις Φωτοτυπική, Θεσσαλονίκη 1989, σ.104-116
8. **Χρυσόχου Μ.:** «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, αποκατάσταση καρκινοπαθούς», Σεμινάριο νοσηλευτριών, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991, σ. 11-21
9. **Κονιάρη Ε.:** «Μετεγχειρητική αποκατάσταση στον καρκίνο μαστού – Συμβολή του Νοσηλευτή στην αποκατάσταση – εκπαίδευση», Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1998, σ.126-127
10. **Αλεξόπουλος Κ.Γ.:** «Βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου του μαστού σε συνάρτηση με το ορμονικό περιβάλλον», Νοσοκομειακά Χρονικά, τόμος 54,

τεύχος 2, Τριμηνιαία Έκδοση της Ένωσης Επιστημονικού Προσωπικού Θεραπευτηρίου «Ευαγγελισμός», Αθήνα, Απρίλιος – Ιούνιος 1992, σ. 95-99

11. **Καραμανάκος Π.:** «*Καρκίνος Μαστού*», χειρουργική, τόμος Α, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 1987, σ.361-363

12. **Δοντάς Ν.:** «*Περιβάλλον και καρκίνος*», Σεμινάριο νοσηλευτριών, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991, σ. 11-15

13. **Σπηλιώτης Ι.:** «*Από την άγνοια στο φόβο*», Αχαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα 1999, σ. 65-67

14. <http://www.clais.gr/clais/dhtml/home/katanalosi.html>.

15. <http://health.in.gr/news/narticle.asp?acode=20>

16. **Rotter John D.:** “*Diet, Alcohol and Breast Cancer*”, “*Breast Cancer*”, editor B.J Kennedy, New York 1989, p.7

17. **Χρυσόχου Μ.,** «*Διατροφή και Καρκίνος*», Σεμινάριο νοσηλευτριών, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991, σ. 61-68

18. **Βασιλαματιζής Μ., Καπριδάκη – Βασιλαματιζή Κ.:** «*Δίαιτα, διατροφή και Ca*», Νοσοκομειακά Χρονικά, τόμος 54, τεύχος 1, Τριμηνιαία Έκδοση της Ένωσης Επιστημονικού Προσωπικού Θεραπευτηρίου «Ευαγγελισμός», Αθήνα, Ιανουάριος – Μάρτιος 1992, σ. 17-18

19. <http://health.in.gr/narticle.asp?arcode=6955.19k>

20. <http://www.carc.gr./daily/?pdt=20600314>

21. **Μαρκόπουλος Χ, Πολύζος Α.:** «*Μείωση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του μαστού από την αλλαγή του τρόπου ζωής μέχρι την προφυλακτική μαστεκτομή*», Ιατρική, τόμος 78, τεύχος 5, Μηνιαία Έκδοση Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Αθήνα, Νοέμβριος 2000, σ. 399-408

22. <http://www.medicum.gr/cidiscis/21-6-01.html>.

23. <http://www.ivf.gr/articles.html>.

24. **Γιαννούτσου Κ.:** «Καρκίνος Στήθους», Ε. Ιατρικά, τεύχος 57, Εβδομαδιαία Επιστημονική Έκδοση της Εφημερίδας Ελευθεροτυπίας, Απρίλιος 2003, σ. 22

25 **Πανάγος Γ.:** «Αξιολόγηση της νεοπλασματικής νόσου» Γ.Ν Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισίας «Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα 1991, σ. 61-63

26. <http://medlab.cs.uio.gr/crga/pathology/kefalaio2/kefalaio28.htm>

27. **Τζωρακοελευθεράκης Ε.:** «Χειρουργικές παθήσεις του μαστού», ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992, σ.99

28. **Σαχίνη Α., Πάνου Μ.:** «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», τόμος 2^{ος}, εκδόσεις ΒΗΓΑ, Έκδοση 2^η, Αθήνα 1997, σ. 480-492

29. **Χαλαζωνίτης Α., Φερέτης Α. κ.ά.** «Ελληνική Ογκολογία – Μαστογραφικά Ευρήματα στον μετά επέμβαση μαστό», τόμος 33, τεύχος 1, Ιατρικές Εκδόσεις ΖΗΓΑ, Ιανουάριος – Μάρτιος 1997, σ. 57-61

30. http://www.iatronet.gr/HTMLpages/mainpages/ygiaNosoi/Iatrikesesexctasis/iatrikes_m...

31. **Γιαννούτσου Κ.:** «Καρκίνος μαστού», Ε Ιατρικά, τεύχος 32, Εβδομαδιαία Επιστημονική έκδοση της εφημερίδας Ελευθεροτυπίας, Οκτώβριος 2002, σ. 22

32. **Παπαθανασίου Κ., Σαπίδης Α., κ.ά :** «Επιπτώσεις της ταμοξιφαίνης στο ενδομήτριο σε 11 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με καρκίνο του μαστού», Ελληνική Ιατρική, τόμος 64, τεύχος 8, Διμηνιαία Ιατρική Έκδοση, Αθήνα, Μάρτιος – Απρίλιος 1998, σ. 116-117

33. **Giuliano Armando C.MD:** «Μαστός», Σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική, τόμος Α, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1994, σ.784-807

34. **Κωνσταντινίδης Θ., Τζαγκαράκη Ε.:** «Νοσηλευτική Αντιμετώπιση της γυναίκας με καρκίνο του μαστού στη φάση της θεραπείας», Νοσηλευτική, τόμος 40, τεύχος 3, Αθήνα, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2001, σ.65-72

35. **Αθανάτου Ε.:** «Κλινική Νοσηλευτική», Έκδοση 1 αναθεωρημένη, Αθήνα 1999, σ. 245-247

36. **Μαλγαρινού Μ., Κωνσταντινίδου Σ.:** «Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική», Τόμος Β', μέρος 2^ο, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Έκδοση δέκατη όγδοη, Αθήνα 1997, σ. 113-118, 139-145

37. **Ρηγάτος Γ.:** «Καρκίνος – Για καλύτερη ποιότητα ζωής», Ή Ιατρικά, τεύχος 33, Εβδομαδιαία επιστημονική έκδοση της εφημερίδας Ήλευθεροτυπίας, Οκτώβριος 2002, σ. 36-40

38. **Τσεκέρης Λ., Μποζιάρη Α, κ.ά :** «Σχεδιασμός ακτινοθεραπείας στο Ca μαστού», Ελληνική Ογκολογία, τόμος 35, τεύχος 1, Αθήνα, Ιανουάριος – Μάρτιος 1999, σ. 63-67

39. **Πολυχρόνης Α.Β.:** «Θέματα Παθολογίας Ογκολογίας – Αρχικά στάδια Ca μαστού. Χειρουργικοί Προβληματισμοί», Αθήνα 1992, σ. 63

40. **Νάνος Ε.:** «Καρκίνος του μαστού- ένα χαϊδεμα «χαστούκι» στην κακοήθεια», Ή Ιατρικά, τεύχος 10, Εβδομαδιαία Επιστημονική Έκδοση της εφημερίδας Ήλευθεροτυπίας, Μάιος 2002, σ. 8-11

41.

<http://www.medlab.cs.uoi.gr/erga/pathology/kcfaiaio2/kcfaiaio2c.htm>

42. <http://www.novonordisk.gr//view.asp?ID=127>

43. <http://www.medicum.gr/cidiscis/19-4-01.6.html>

44. <http://www.startpoint.gr/page.aspx?id=719>

45. <http://www.physics4u.gr/news/2001/5chews333.html>

46. **Donegan and Spratt:** “*Cancer of the Breast*”, fourth edition, United States of America 1995, p. 631

47. **Αραβαντινός Δ.:** «*Μαστός*», Παθολογία της γυναίκας, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα 1985, σ.387

48. **Τριχόπουλος Δ., Τριχοπούλου Α.:** «*Πρόληψη των κακοηθών νεοπλασιών*», Προληπτική Ιατρική, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα,, σ. 61-63, 107

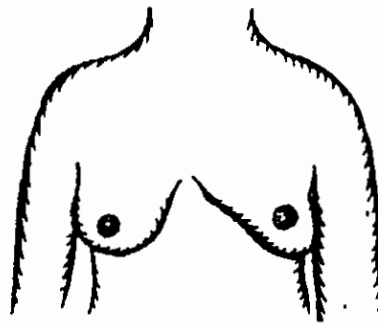
49. **Κυριακίδου Ε.:** «*Δευτερογενής Πρόληψη*», Κοινωνική Νοσηλευτική, Έκδοση Τρίτη βελτιωμένη, εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1998, σ.206-207

50. **Αγγελούπουλου Ε.:** «*Καρκίνος Μαστού – Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά της χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και τη χειρουργική θεραπεία*», Πτυχιακή Εργασία, Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 2002, σ. 35-36.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Εικόνα 1: Ανύψωση



Εικόνα 3: Ασυμετρία



Εικόνα 3:
Λιμοραραγία



Εικόνα 4:
Δέρμα «δικην
Φλοιού πορτοκαλιού»



Εικόνα 5:
Εισολκή

Θηλής



Εικόνα 6: Κρανιο-ουραία προβολή (siemens Radiographic manual for the MAMMOMAT)

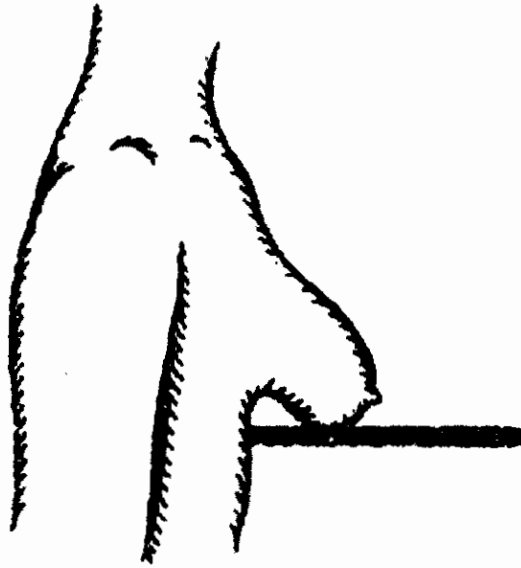


Εικόνα 7: Ουραιοκρανιακή Εικόνα 8: Μεσοπλάγια προβολή
προβολή

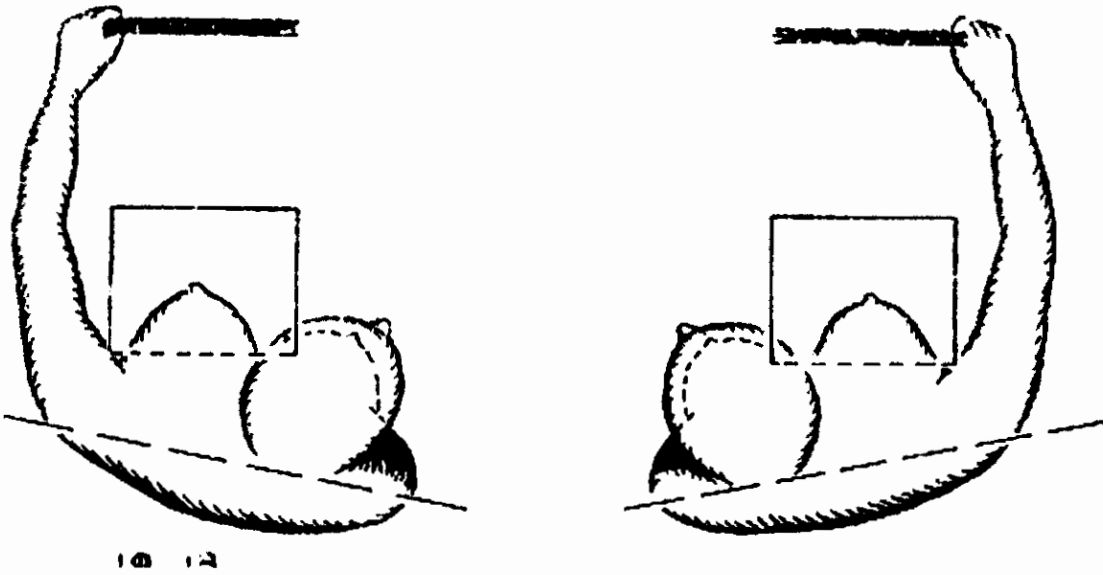


Εικόνα 9: Μεσοπλάγια προβολή Εικόνα 10: Πλάγια-μεση προβολή

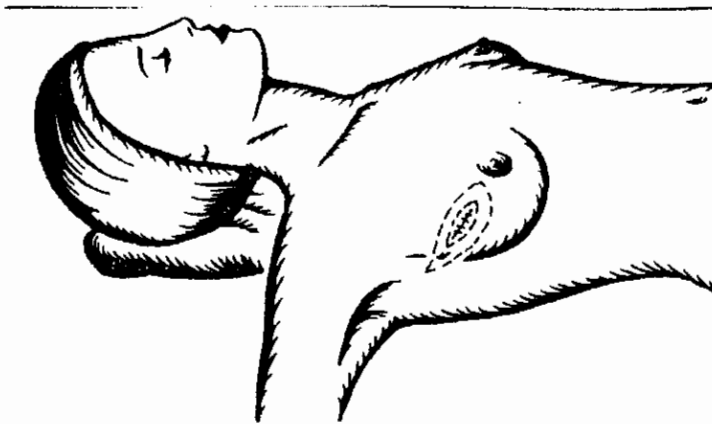
94



Εικόνα 11. Κακή τοποθέτηση του μαστού στη βάση του μαστογράφου



Εικόνα 12-13: Στη θέση αυτή, ο κορμός της ασθενούς είναι ελαφρά στραμμένος προς την πλευρά του μαστού που εξετάζεται, ενώ το κεφάλι προς την αντίθετη



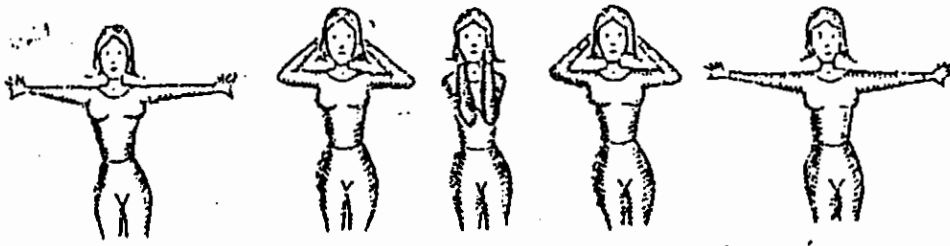
Εικόνα 14: Ελλειπτική
τομή γύρω από την τομή
της πρόσφατης βιοψίας



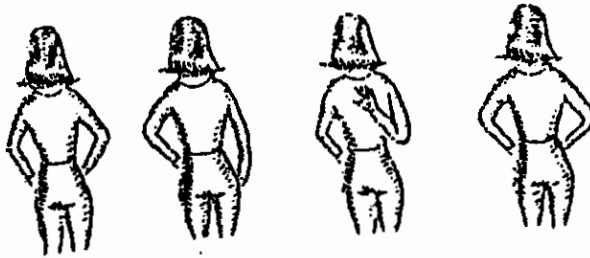
Εικόνα 15: Τύπος τομής που
γίνεται σε μερική μαστεκτομή



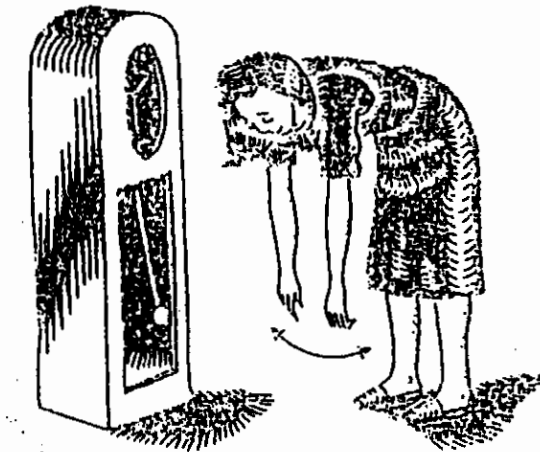
Εικόνα 16: Τρόπος τομής του
δέρματος στην τροποποιημένη
ριζική μαστεκτομή



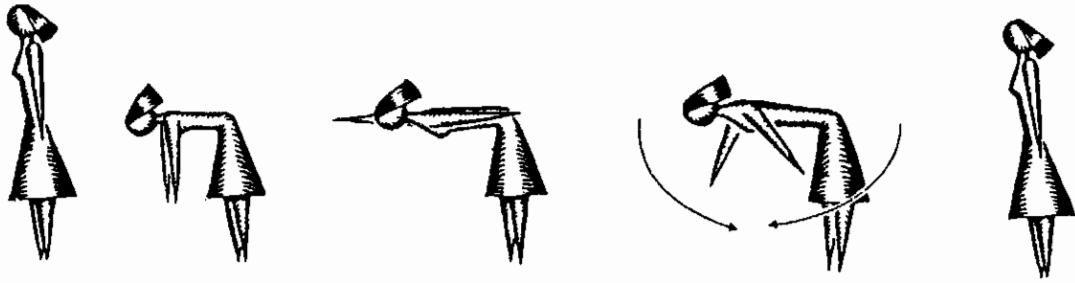
Εικόνα 17: Κινήσεις του βραχίονα



Εικόνα 18: Κινήσεις προς την πλάτη



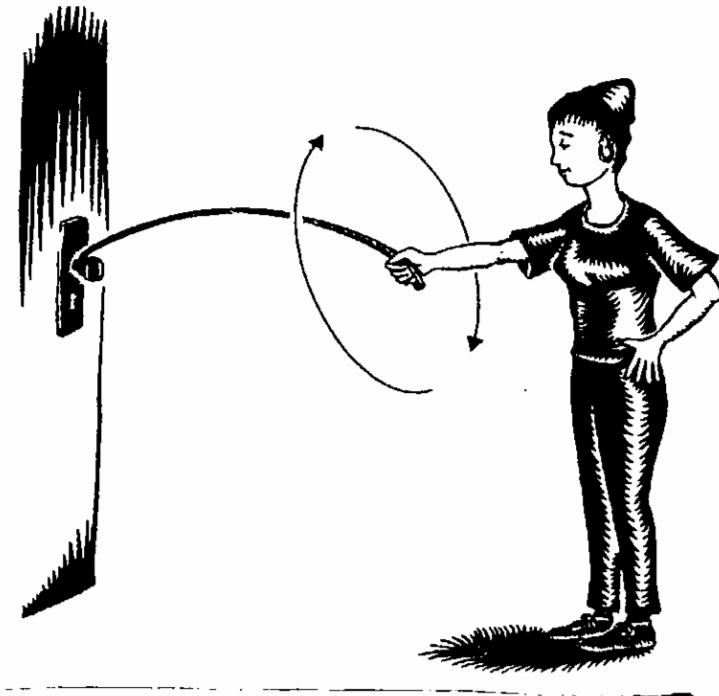
Εικόνα 19 Κινήσεις εκκρεμούς



Εικόνα 20: Κινήσεις κουπιού



Εικόνα 21: Αναρρίχηση στον τοίχο



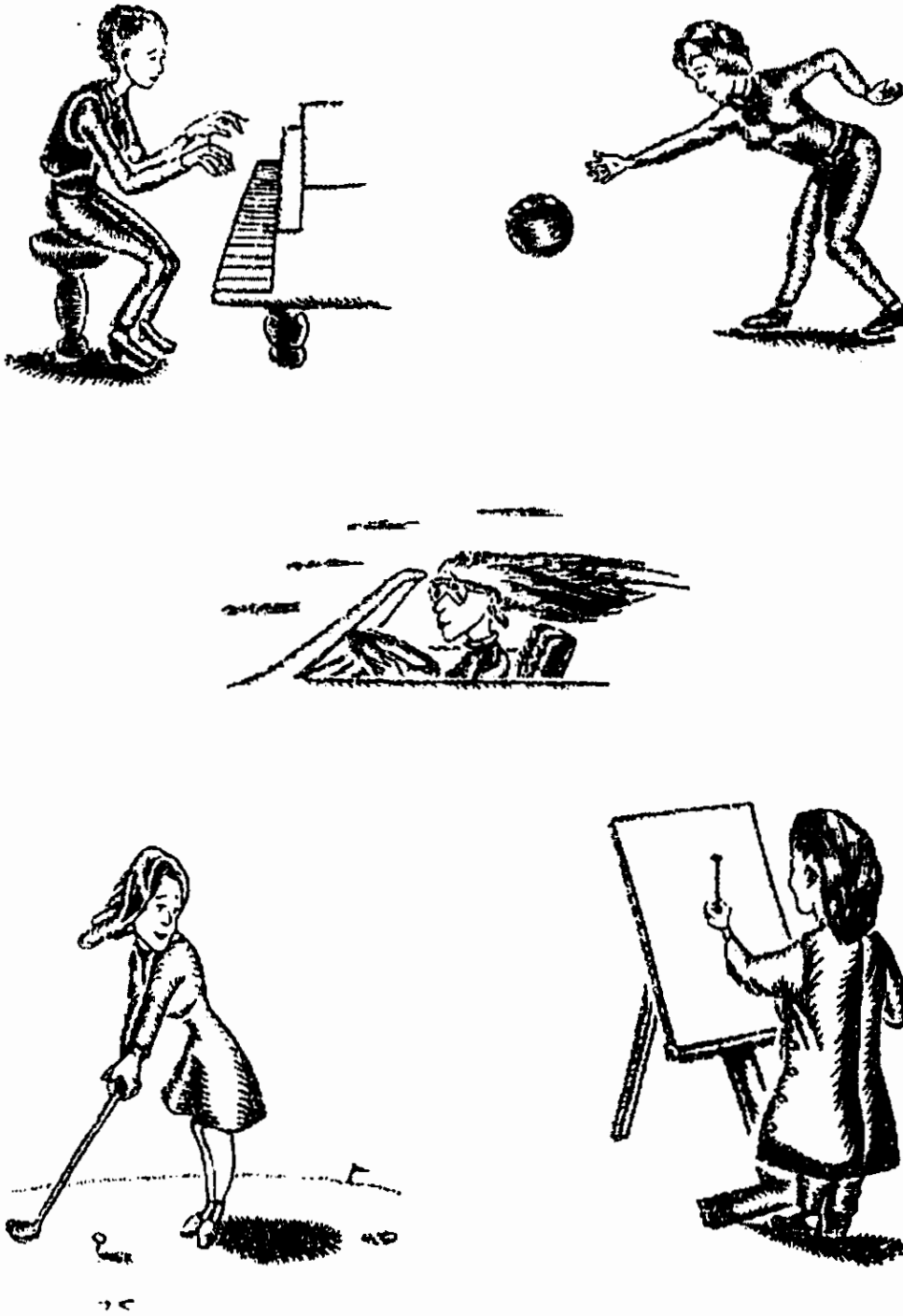
Εικόνα 22: Γύρισμα σχοινάκι



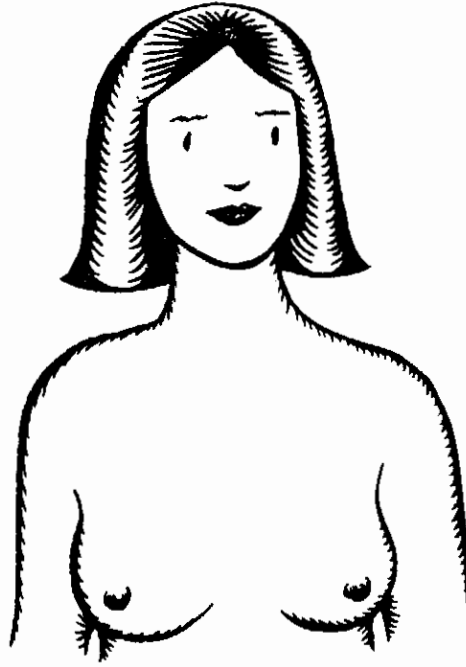
Εικόνα 23: Κινήσεις τροχαλίας



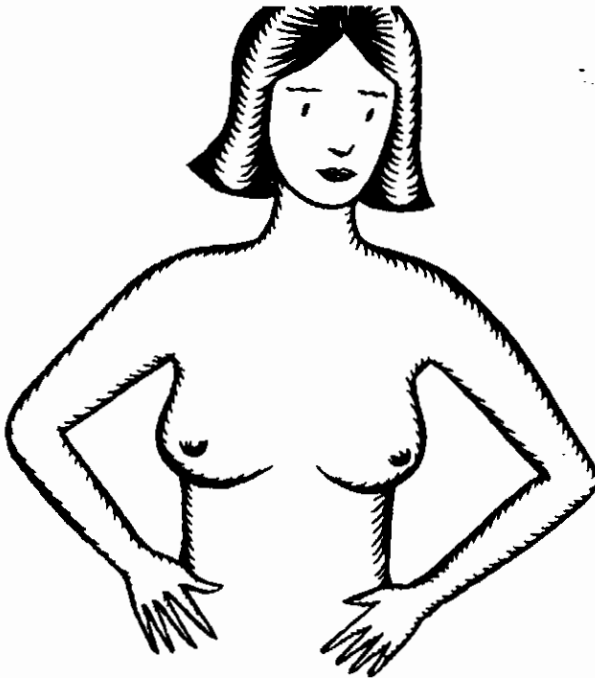
Εικόνα 24: Ανύψωση των βρασιόνων και τέντωμά τους



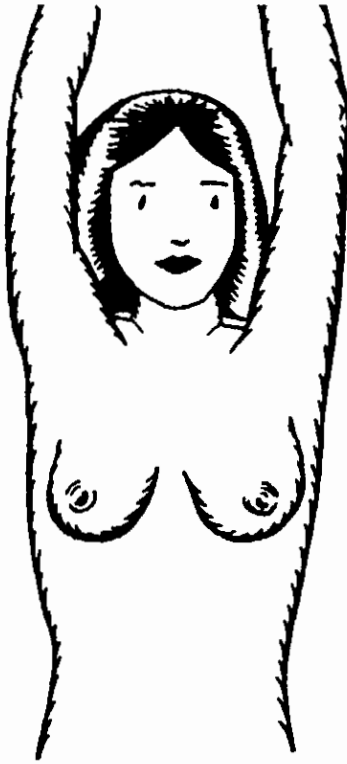
Εικόνα 25: Ασχοληθήτε με ότι σας αρέσει όπως πρώτα



Εικόνα 26: Σταθήτε όρθια με τα χέρια κάτω



Εικόνα 27: Με τα χέρια στη μεσολαβή, στηρίζετε το θώρακα και τους βραχίονες πιέζοντας σφιχτά τα χέρια πάνω στη λεκάνη



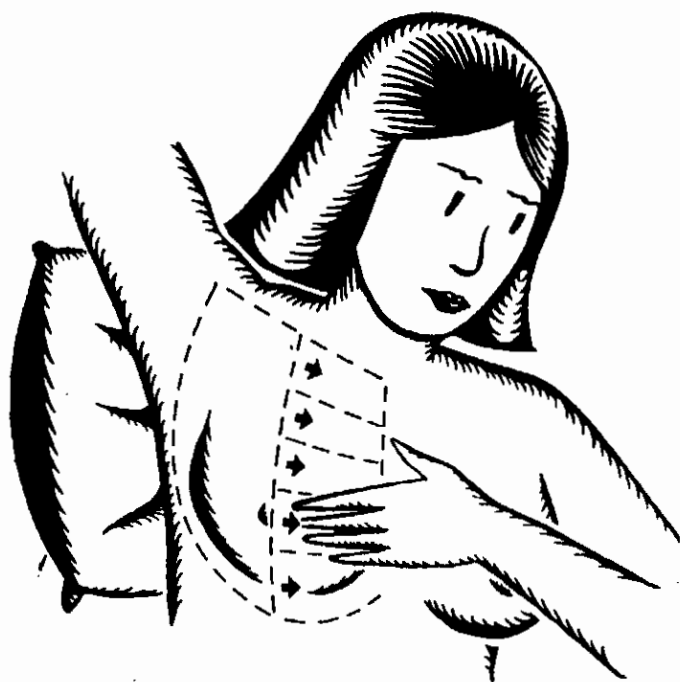
Εικόνα 28: Με τα χέρια στη θέση της ανάπαυσης



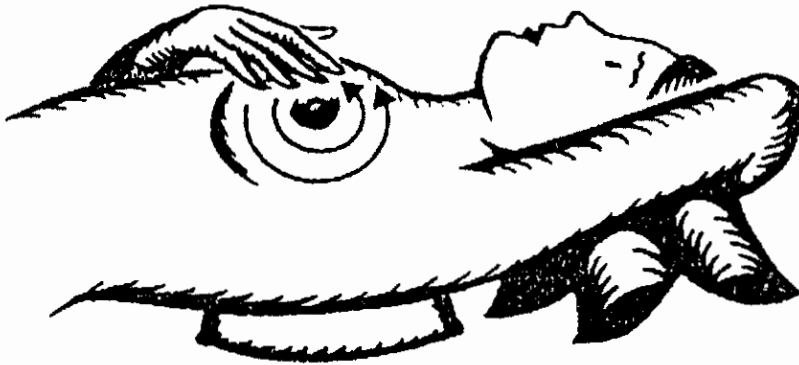
Εικόνα 29: Κλίνετε προς τα εμπρός



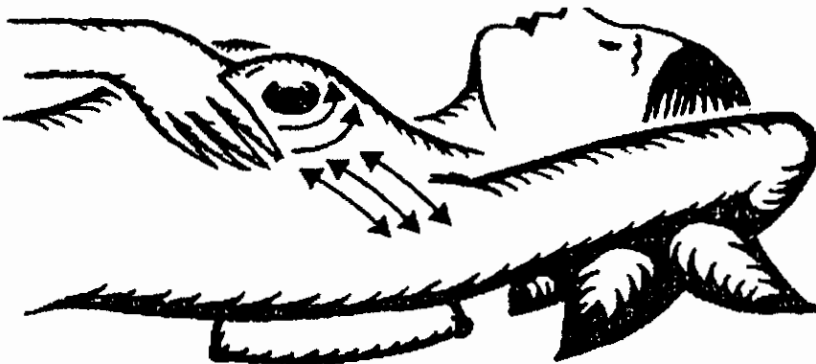
Εικόνα 30: Ψηλαφήστε στο έξω ημιμόριο του μαστού, από πάνω προς τα κάτω



Εικόνα 31: Ψηλαφήστε το έσω ημιμόριο του μαστού, από πάνω προς τα κάτω



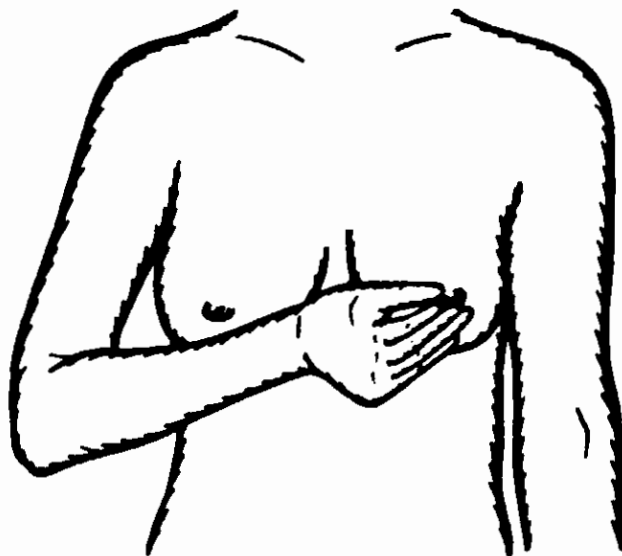
Εικόνα 32: Ψηλαφήστε το μαστό κυκλικά σε ομόκεντρους νοητούς κύκλους και από την περιφέρεια προς τη θηλή



Εικόνα 33: Μην παραλείψετε να εξετάσετε σχολαστικά την περιογή μεταξύ μαστού και μασγάλης



Εικόνα 34: Ψηλαφήστε προσεκτικά τη μασχάλη



Εικόνα 35: Εξέταση της θηλής κατά την αυτοεξέταση του μαστού

