

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

### «Καρκίνος του μαστού»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ  
Ρήγα Αδριάννα

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
Γεωργούση Παρασκευή

Πάτρα 2002

**Αφιερώνεται :**

**Στους γονείς μου**

Κωνσταντίνο και Σωτηρία

**Στον αδελφό μου**

Ιωάννη

Επίσης θα ήθελα να  
ευχαριστήσω ολόψυχα την  
καθηγήτριά μου  
κ. Γεωργούση,  
για την πολύτιμη βοήθεια  
και υποστήριξή της.

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
Ιστορική αναδρομή.....	3

## **ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ**

### **ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

Εμβρυϊκή προέλευση και ανάπτυξη του μαστού.....	6
---	---

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

Ανατομία του μαστού.....	8
Ιστολογία του μαστού.....	28

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

Φυσιολογία του μαστού.....	31
----------------------------	----

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

Ορισμός καρκίνου.....	38
Πρόληψη του καρκίνου του μαστού.....	39

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

Καλοήθεις και κακοήθεις όγκοι του μαστού.....	44
Γενικευμένος καρκίνος του μαστού.....	50

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

Παθοφυσιολογία του καρκίνου του μαστού.....	52
Παθολογική ανατομική.....	52

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

Αιτιολογία και προδιαθεσικοί παράγοντες.....	57
--	----

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

Κλινική εικόνα.....	64
Μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού.....	65

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9**

Διάγνωση του καρκίνου του μαστού.....	69
---------------------------------------	----

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10**

Ταξινόμηση - Σταδιοποίηση.....	85
--------------------------------	----

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11</b>	
Θεραπεία του καρκίνου του μαστού.....	87
Συμπληρωματική συστηματική θεραπεία.....	91
Θεραπεία της μεταστατικής νόσου.....	92
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12</b>	
Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές.....	94
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13</b>	
Ορμονοθεραπεία.....	100
Χημειοθεραπεία.....	100
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14</b>	
Τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.....	106
Ανεπιθύμητες ενέργειες - επιπλοκές της ακτινοθεραπείας....	107
Ανεπιθύμητες ενέργειες της ορμονοθεραπείας.....	109
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15</b>	
Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού.....	110
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16</b>	
Τεχνικές αποκατάστασης του μαστού μετά την μαστεκτομή .....	114
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17</b>	
Ο καρκίνος του μαστού κατά την κύηση και την γαλουχία .....	120
<b>ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ</b>	
<i>Νοσηλευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού</i>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>	
Ο ρόλος του νοσηλευτή στο διαγνωστικό έλεγχο.....	126
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>	
Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού	136
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>	
Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού	144
Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χειρουργική αντιμετώπιση.....	145
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b>	
Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	150
Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και την αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών.....	153
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5</b>	
Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χημειοθεραπεία.....	158
Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία.....	164

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ορμονοθεραπεία..... 172

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

Αρχές ψυχοκοινωνικής νοσηλευτικής φροντίδας στην ασθενή με καρκίνο μαστού..... 174

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

Διδασκαλία - πληροφόρηση της ασθενούς για έξοδο από το νοσοκομείο..... 177

A. Πληροφόρηση - Εκπαίδευση στις τεχνικές προσωρινής και μόνιμης αποκατάστασης του μαστού..... 178

B. Πληροφόρηση - Εκπαίδευση στη χημειοθεραπεία..... 179

Γ. Πληροφόρηση - Εκπαίδευση στην ακτινοθεραπεία..... 182

Δ. Πληροφόρηση - Εκπαίδευση στην πρόληψη / αντιμετώπιση λεμφοιδήματος μετά τη μαστεκτομή..... 183

E. Πληροφόρηση - Εκπαίδευση στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας μετά τη μαστεκτομή..... 184

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

Αποκατάσταση ασθενούς με καρκίνο μαστού ..... 192

## **ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ**

Νοσηλευτική διεργασία ..... 195

A' Κλινική περίπτωση ..... 196

B' Κλινική περίπτωση ..... 201

ΕΠΙΛΟΓΟΣ ..... 207

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ..... 208

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

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 καρκίνο των γυναικών στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου (πίνακας. 1). Ο καρκίνος του μαστού είναι η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο σε γυναίκες στις Η.Π.Α. και τη Δυτική Ευρώπη. Μία στις εννέα γυναίκες που γεννιούνται στις Η.Π.Α, θα εμφάνιση καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της. Περίπου 180.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού εμφανίστηκαν στις Η.Π.Α. το 1995 και 45.000 πέθαναν από τη νόσο. Χαρακτηριστικά, αυτός ο καρκίνος είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου από ασθένεια σε νέες γυναίκες ηλικίας 25 και 35 ετών και η πιο συχνή αιτία θανάτου γενικά στις γυναίκες ηλικίας 35-50 ετών. Σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας η θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού είναι μόλις δεύτερη μετά από εκείνη των καρδιαγγειακών παθήσεων. Η θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα σε γυναίκες ξεπερνάει σήμερα σε ορισμένες περιοχές των Η.Π.Α. εκείνη του καρκίνου του μαστού. Στην Ελλάδα, 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

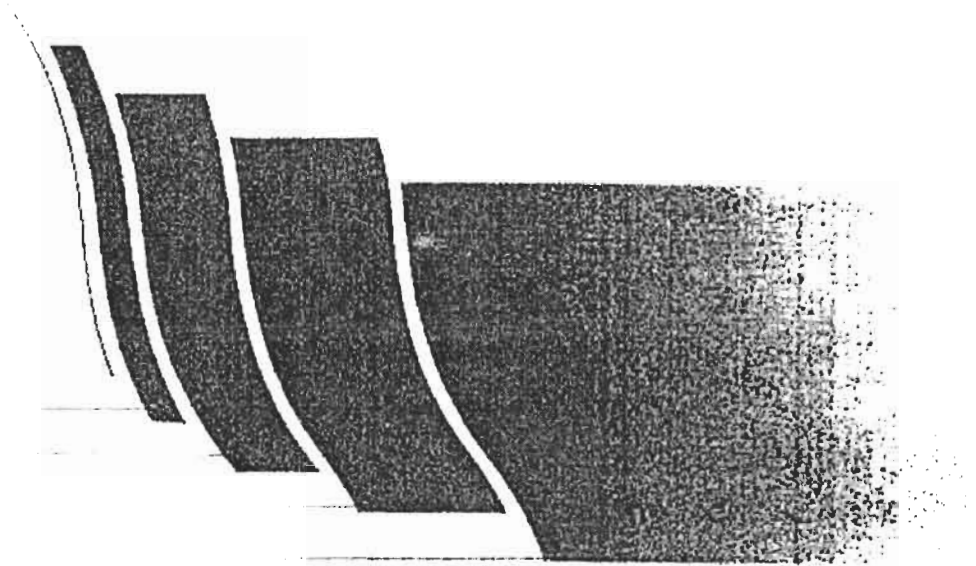
υγείας, ομορφιάς και φιλαρέσκειας, έχουν γεννήσει στη σύγχρονη γυναίκα άγχος, φόβο και ανασφάλεια όσο ποτέ άλλοτε στο παρελθόν.

Τα τελευταία χρόνια, στη χώρα μας καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια για την καλύτερη ενημέρωση των γυναικών, όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του μαστού (αυτοεξέταση-μαστογραφία). Είναι γεγονός ότι πολλές παραμελημένες περιπτώσεις φθάνουν στα νοσοκομεία για θεραπεία με κύρια αιτία καθυστέρησης την άγνοια των γυναικών αυτών.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να μάθει να μπαίνει με διάκριση και λεπτομέρεια στη ζωή του ατόμου, με σκοπό να αντιληφθεί τις ιδιαίτερες ανάγκες του, να διαπιστώσει πως συλλαμβάνει το ίδιο το άτομο τις ανάγκες του αυτές και να χρησιμοποιήσει τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα σε συνεργασία και συνεννόηση με το ίδιο το άτομο, το οποίο συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του.

Ο δικός μας ρόλος λοιπόν είναι να αποδείξουμε ότι η "κακιά" αυτή νόσος όπως κατά καιρούς έχει χαρακτηριστεί δεν είναι ανίκητη τελικά. Από μέρους μας χρειάζεται κατανόηση, αγάπη, συμπάρασταση, υπομονή και επιμονή, χρόνο και κόπο, αλλά και γνώσεις για να μπορέσουμε να δώσουμε τη δυνατότητα, σε όλους αυτούς τους συνανθρώπους μας που πάσχουν από καρκίνο να ζήσουν ένα καλύτερο αύριο.

Καρκίνος της μήτρας 1%  
Καρκίνος των ωοθηκών 5%  
Καρκίνος του κόλου 9%  
Καρκίνος του στήθους 20%  
Άλλοι καρκίνοι 65%



**Πίνακας 1.** Συγκριτικά ποσοστά θανάτων κοινού τύπου καρκίνου.  
Ο καρκίνος του στήθους είναι ο πιο συνηθής τύπος στις γυναίκες.

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η πρώτη επιστημονική αναφορά του καρκίνου αναφέρεται σε περίπτωση καρκίνου του μαστού από τον Ιπποκράτη, τον επιφανέστερο όλων των Ελλήνων, Ασκληπιάδη και πατέρα της Ιατρικής. Γράφει: «σε μια γυναίκα από τα Άβδηρα, αναπτύχθηκε καρκίνος στο στήθος και από τη θηλή έτρεχε έκκριση λίγο αιματηρή, όταν όμως σταμάτησε η ροή, πέθανε».

Ο Δημοκίδης, γιατρός της αρχαιότητας, θεράπευσε την Αιοΐσα, κόρη του Κύρου και σύζυγο του Δαρείου που είχε «επί του μαστού φύμα» δηλ. απόστημα, αναφέρει ο Ηρόδοτος. Η ονομασία «καρκίνωμα» αποδίδεται στον Ιπποκράτη πρώτα και ύστερα την επανέλαβαν - ο Ρούφος και ο Διοσκουρίδης, ενώ ο όρος «καρκίνος» είναι σε γενική χρήση.

Η παρομοίωση της πάθησης με καρκίνο (κάβουρα), οφείλεται στο ότι, όταν τον παρατήρησε ο Ιπποκράτης στο μαστό, οι φλέβες είχαν



ακτινοειδή διάταξη και έμοιαζαν με πόδια κάβουρα. Η ετοιμολογία της λέξης καρκίνος ανάγεται στο σανσειριτικό *Katkata-h* (τραχύς), λατινικά και αγγλικά *cancer*. Οι Έλληνες θεράπευαν τον καρκίνο του μαστού με ακρωτηριασμό του, χωρίς μεγάλη επιτυχία. Τον XVII αιώνα ο *Seultetus* (1595-1645) πρότεινε τον ακρωτηριασμό των μαστών σε καρκίνο, με την χρησιμοποίηση κορδονιού από λινό και το σταμάτημα της αιμορραγίας με πυρακτωμένο σίδηρο. Το 1739 ο Ολλανδός χειρουργός *Helvetius*, προτείνει δική του μέθοδο μαστεκτομής με τη χρησιμοποίηση τανάλιας από χάλυβα.<sup>1</sup>

Τα αρχεία κείμενα που σώζονται μέχρι σήμερα, είναι αδιάψευστοι μάρτυρες του αγώνα του ανθρώπου ενάντια στον καρκίνο και μας αποδεικνύουν, πως πρέπει να βαδίσουμε στο δρόμο της έρευνας και του αγώνα προς την απόλυτη ίαση του καρκίνου του μαστού, στο δρόμο που άνοιξαν οι πρόγονοί μας. Εξάλλου οι απόψεις των προγόνων μας και των σύγχρονων γιατρών σε ότι αφορά την νόσο και την θεραπεία της συμπορεύονται και έτσι επιβεβαιώνεται η θεωρία πως μέσα από το παρελθόν διδασκόμαστε το παρόν και το μέλλον.<sup>14</sup>

# ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΣΤΟΝ

ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΕΜΒΡΥΪΚΗ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

Η πρώτη καταβολή του εμφανίζεται ως χοριοειδής πάχυνση του εξωδέρματος που σχηματίζει συνεχή ακρολοφία από τη μασχάλη, αριστερά και δεξιά, ως τη βουβωνική χώρα. Οι χοριοειδείς επιθηλιακές καταβολές των μαστών είναι ευδιάκριτες σε έμβρυο μήκους 9 mm περίπου και ονομάζονται "μαζικές ακρολοφίες".

Τα ουραία 2/3 της μαζικής ακρολοφίας πολύ γρήγορα ατροφούν στον άνθρωπο, ενώ το κεφαλικό τμήμα αναπτύσσει τον αρχέγονο μαστό, αριστερά και δεξιά. Στα κατώτερα θηλαστικά, όπως στο χοίρο, οι μαζικές ακρολοφίες διατηρούνται σε όλο το μήκος τους, αναπτύσσοντας πολλαπλούς μαστούς. Ο μαστός που σχηματίζεται αρχικά έχει δισκοειδή μορφή. Αργότερα, γίνεται σφαιρικός και κατά τον 4<sup>ο</sup> μήνα της κύησης πολυλοβώδης.

Στη διάρκεια του 5ου μήνα της εμβρυϊκής ζωής, ο αρχέγονος μαζικός αδένας παρουσιάζει 15-20 προεκβολές που απωθούν το υποκείμενο μεσέγχυμα και αναπτύσσονται προς τα κάτω, σχηματίζοντας πολλαπλές διακλαδώσεις. Αυτές αποτελούν τους πρωτογενείς εκφορητικούς πόρους που συνεχίζουν την ανάπτυξη τους σε όλη τη διάρκεια της εμβρυϊκής ζωής. Στην αρχή είναι συμπαγείς, αλλά σταδιακά αποκτούν αυλό. Επίσης, η αρχικά προέχουσα ελεύθερη επιφάνεια, του αρχέγονου μαστού γίνεται επίπεδη και στη συνέχεια σχηματίζει κεντρικά εμβάθυνση, στην οποία εκβάλλουν οι νεοσχηματιζόμενοι εκφορητικοί πόροι.

Κατά τη γέννηση η εκβαθυμένη περιοχή υπεγείρεται και σχηματίζει τη θηλή του μαστού, Η θηλή αναγνωρίζεται από τον 5<sup>ο</sup> εμβρυϊκό μήνα ως κυκλική, χωρίς καταβολές τριχών περιοχή, με τους χαρακτηριστικούς αδένες του Montgomery. Στη γυναίκα η περιοχή αυτή ανυψώνεται πριν από την ήβη. Την εποχή αυτή, παρατηρείται γρήγορη ανάπτυξη του μεγέθους του μαστού που οφείλεται κυρίως στην εναπόθεση λίπους γύρω από τους πόρους, που επίσης αναπτύσσονται με την επίδραση των οιστρογόνων. Τελικά, ο μαστός παίρνει ημισφαιρικό σχήμα, με τη θηλή στη κορυφή. Η ανάπτυξη των εκφορητικών πόρων συνεχίζεται σε όλη τη διάρκεια της ήβης, με νέες διακλαδώσεις και ανάπτυξη τελικά, στα ακραία τμήματα, παχύνσεων οι οποίες είναι οι καταβολές των αδενοκυψελών.

Στην εγκυμοσύνη, οι ορμόνες που κυκλοφορούν προκαλούν παραπέρα αύξηση του όγκου του μαστού, με υπερτροφία και διαφοροποίηση της δομής των πόρων και των αδενοκυψελών. Όταν συμπληρωθεί η διαφοροποίηση και η ανάπτυξη ο μαστός είναι έτοιμος να παράγει γάλα.<sup>2</sup>

### **Διαταραχές στη διάπλαση τον μαστού.**

Η μακριά περιοχή, στην οποία εκτείνεται η μαστική ακρολοφία στο έμβρυο, δικαιολογεί τη μεγάλη ποικιλία των συγγενών ανωμαλιών, που εμφανίζουν οι μαστοί. Έτσι αν η υποστροφή της αρχέγονης ακρολοφίας δεν είναι τέλεια οδηγεί στην ανάπτυξη περισσότερων θηλών, δηλ. στην πολυθηλία, ή στην ανάπτυξη υποτυπωδών μαστών, κατά μήκους της μαστικής γραμμής, δηλ. στην πολυμαστία.

Πολύ σπάνια είναι δυνατό να απουσιάζει η θηλή και να έχουμε αθηλία ή να μην διπλασιαστεί ο μαστός και να έχουμε αμαστία, που συνοδεύεται και από άλλες διαπλαστικές ανωμαλίες του θωρακικού τοιχώματος.<sup>3</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μαστοί έχουν στενή σχέση με το γεννητικό σύστημα της γυναίκας, είναι οι δεύτερες ωθήκες. Όπως οι ωθήκες πλάθουν τη γυναίκα, έτσι και ολόκληρος ο οργανισμός της προβάλλεται μέσα από τους μαστούς σε όλα τα σκαλοπάτια της ζωής της.

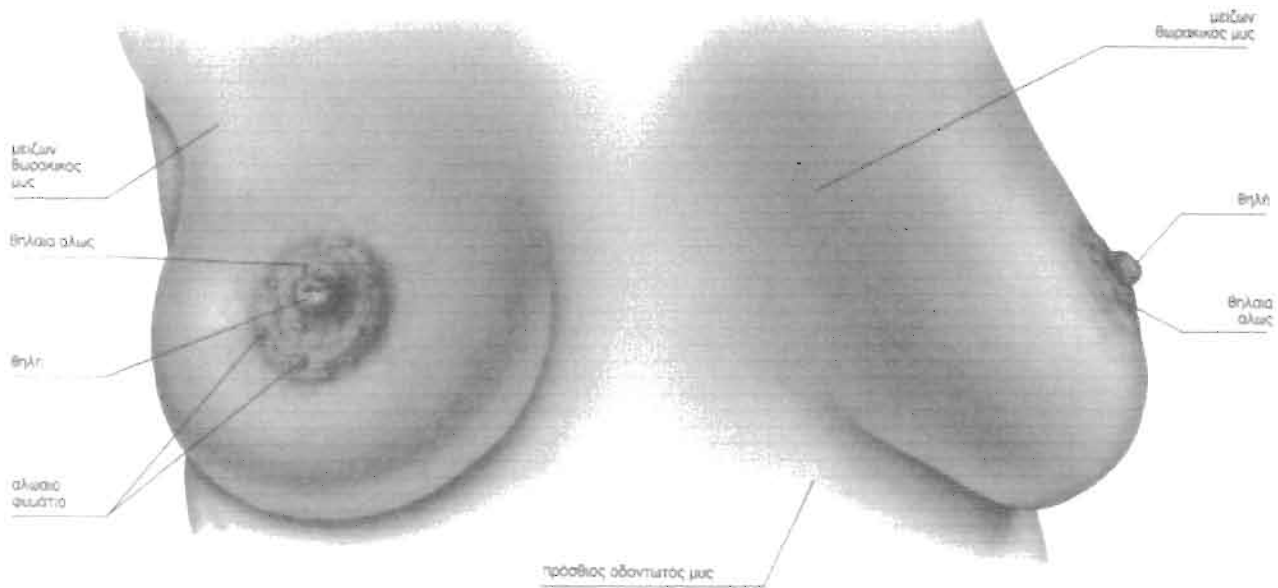
Ο μαστός στον άνδρα και στην άτοκη γυναίκα βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ανάμεσα στην 2η και την 6η πλευρά, με τη θηλή αντίστοιχα προς την 4η πλευρά. Το όριο του προς τη μέση γραμμή είναι το χείλος του στέρνου, ενώ προς τα πλάγια είναι η πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Τα 2/3 της μάζας του μαστού καλύπτουν το μείζονα θωρακικό μυ και το 1/3 τον πρόσθιο οδοντωτό, ενώ το κάτω χείλος του φθάνει στο πάνω όριο της θήκης του ορθού κοιλιακού (εικ.1).<sup>4</sup>

Η επιπολής περιτονία του προσθίου θωρακικού τοιχώματος αποτελείται από δύο στιβάδες. Μία επιπολής λιπώδη στιβάδα και μία 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 λοβία 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 του μαστού (εικ. 2).

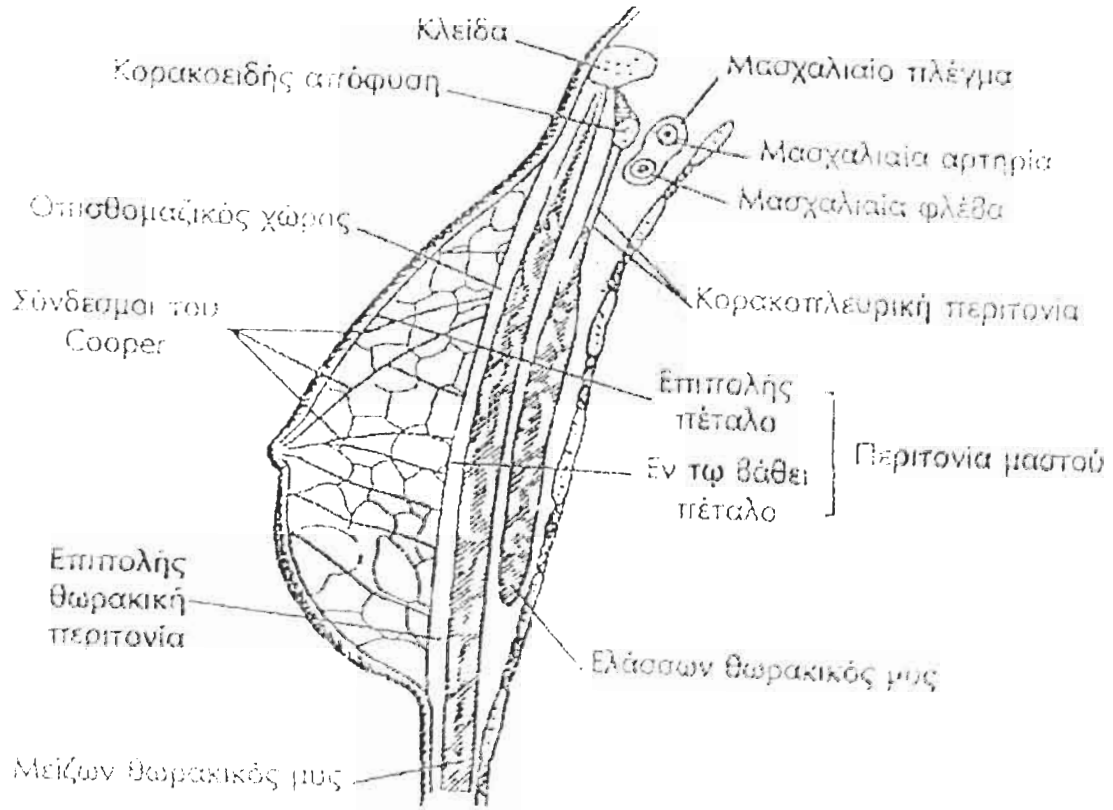
Η σχέση του μαζικού αδένος και πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος διαφαίνεται παρακάτω στην εικόνα 3. Ο αδενικός ιστός φαίνεται ότι επεκτείνεται εντός της μασχαλιαίας κοιλότητας σε 95% των περιπτώσεων, προς το επιγάστριο σε 15% και κατά μήκος της μέσης γραμμής σε 0,5% των περιπτώσεων. Μπορεί να επεκταθεί και πλάγια μέχρι την οπίσθια μασχαλιαία γραμμή (2% των περιπτώσεων). Λόγω της ευρείας κατανομής του μαζικού ιστού, οι ανατομικοί περιορισμοί

μίας 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.

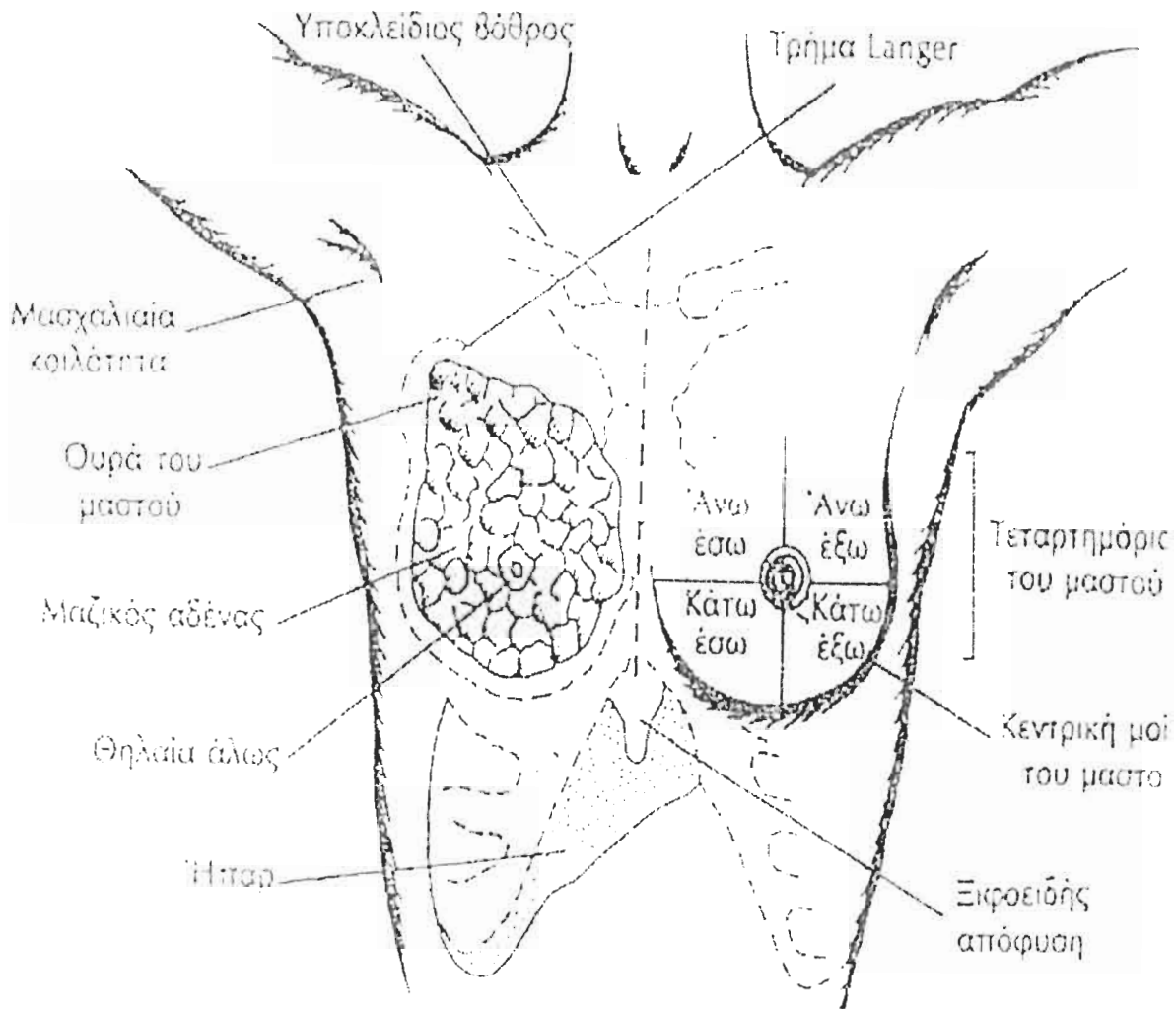
Ο μαστός έχει περίμετρο κυκλική. Στη γυναίκα το άνω έξω τεταρτημόριο επεκτείνεται προς τη μασχάλη και σχηματίζει την ουρά του μαστού (του Spencer). Το άκρο της ουράς του μαστού περνάει από το τρήμα του Langer της εν τω βάθει περιτονίας, καταλήγοντας στην κορυφή της μασχάλης.



**Εικόνα 1.** Απεικόνιση του γυναικείου στήθους.



**Εικόνα 2.** Οβελιαία διατομή του μαστού και του θωρακικού τοιχώματος.



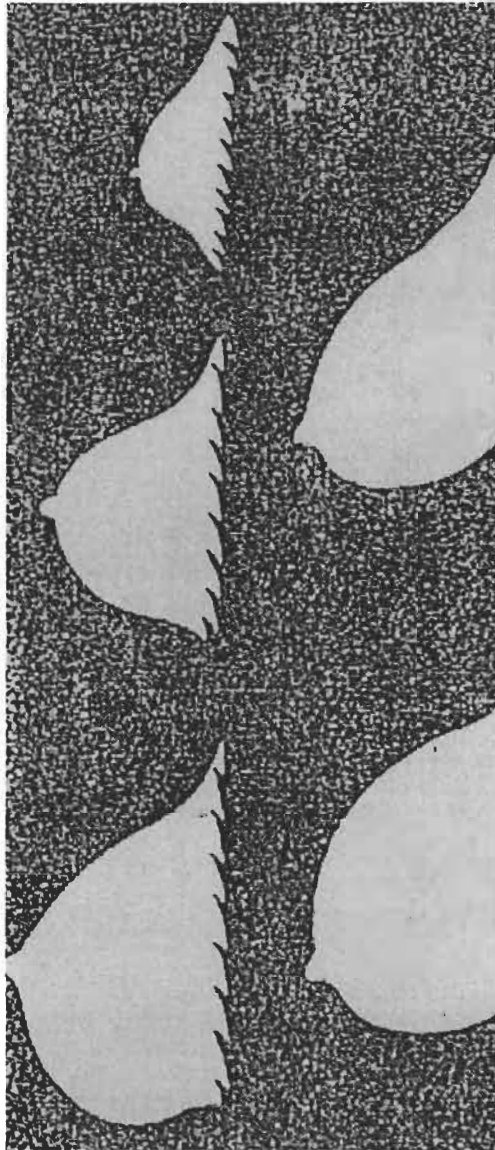
**Εικόνα 3.** Σχέση μαζικού αδένος και πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος.

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

Στην ενήλικη γυναίκα οι μαστοί έχουν κατά μέσο όρο τις εξής διαστάσεις: ύψος 11-12 cm, πλάτος 10 cm, πάχος 5-6 cm. Παρατηρούνται 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 (εικ. 4).<sup>2</sup>



**Εικόνα 4.** Διάφορες μορφές μαστών.

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

Αν αποκολλήσουμε το μαστό από το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, θα διακρίνουμε δύο επιφάνειες του, την πρόσθια, την οπίσθια και την περιφέρεια του.

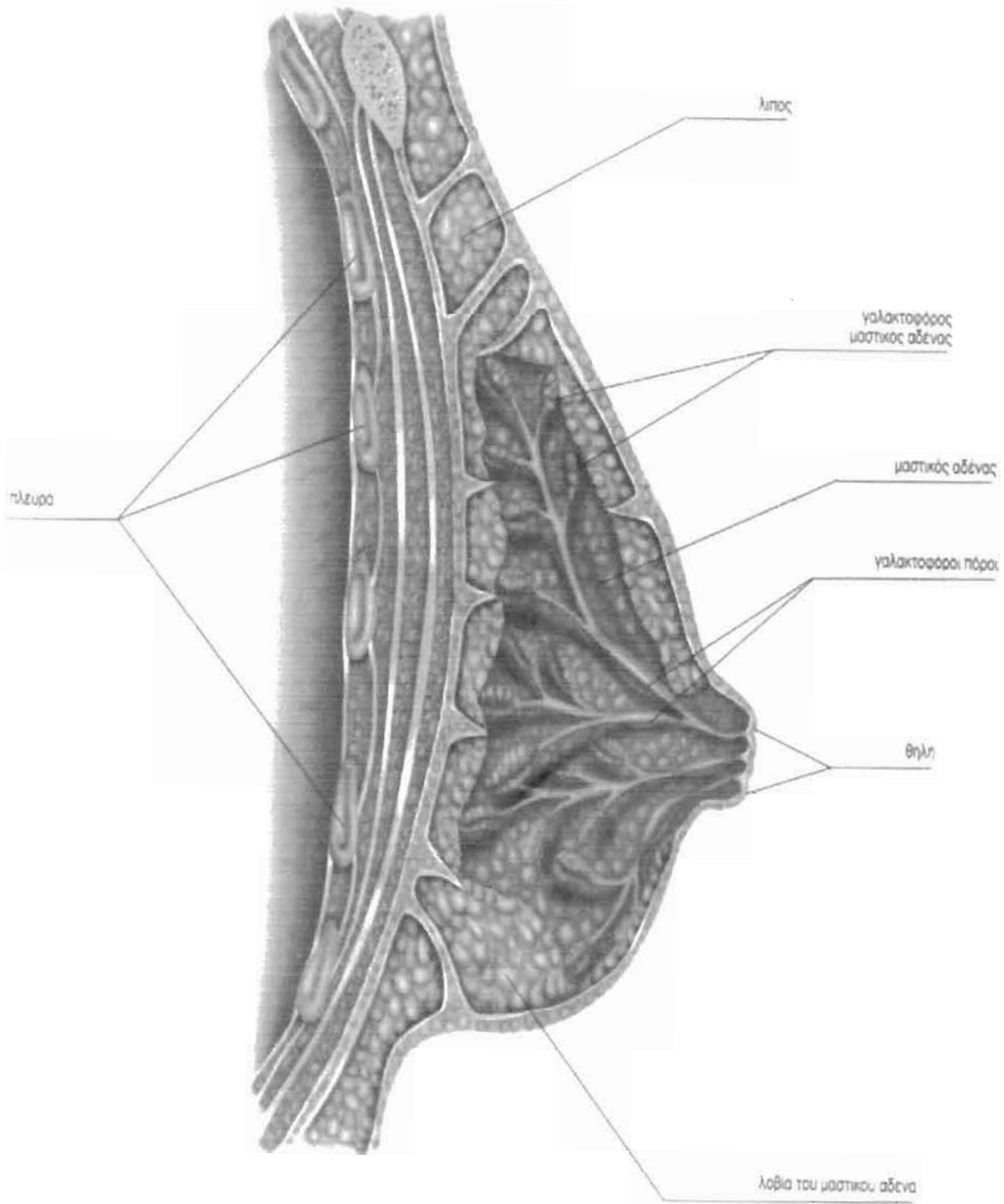
- **ΠΡΟΣΘΙΑ, ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ:** Αποτελείται από δέρμα λεπτό και μαλακό προς την περιφερική ζώνη. Στην κεντρική περιοχή και στο ύψος του τέταρτου μεσοπλεύριου διαστήματος προβάλλει από το μαστό ένα μικρό κυλινδρικό ή κωνικό έπαρμα η θηλή του, η οποία περιβάλλεται από τη θηλαία άλω, μια στεφάνη κεχρωσμένοι, 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.
- **ΟΠΙΣΘΙΑ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ:** Αυτή λέγεται και βάση του μαστού, είναι επίπεδη, βρίσκεται πάνω στην περιτονία του μείζονα θωρακικού μυ και συνάπτεται μαζί του με συνδετικό ιστό. Στους μεγάλους μαστούς η οπίσθια επιφάνεια περνάει το κάτω χείλος του μείζονα θωρακικού μυ και σκεπάζει τα οδοντώματα του πρόσθιου οδοντωτού μυ και τον έξω λοξό της κοιλιάς μυ, στο ύψος της πέμπτης ως έκτης πλευράς.
- **ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ:** Αυτή είναι λεπτή και συνέχεια με ινολιπόδη ιστό με τους γύρω ιστούς. Κάθε μαστός, αποτελείται από το δέρμα, το περιμαστικό λίπος και το μαστικό αδένα.
- **ΔΕΡΜΑ:** Αυτό διαφέρει στις διάφορες περιοχές του και εμφανίζει κεντρικά τη θηλή και γύρω από αυτή τη θηλαία άλω. Το δέρμα του μαστού έχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες.
- **ΘΗΛΗ:** Αυτή έχει σχήμα κωνικό ή κυλινδρικό, στην παρθένο αντιστοιχεί στο ύψος της 4ης περίπου πλευράς και αλλάζει στην άνηθη γυναίκα, γιατί αυτό εξαρτάται από τη λειτουργία των λείων μυϊκών ινών, που είναι άφθονες στην περιοχή της.

Μερικές φορές συμβαίνει η θηλή να είναι βυθισμένη προς τα μέσα, να μοιάζει με ομφαλό και να κάνει το θηλασμό δύσκολο ή ανέφικτο. Η θηλή τότε, λέγεται εισέχουσα. Η κατασκευή της θηλής, είναι συμμετρική, στερεά, ελαστική και παρακολουθεί κάθε μετακίνηση του μαστικού αδένου. Η θηλή είναι ευδιέγερτη, γιατί μέσα σε αυτή υπάρχουν πολλές νευρικές απολήξεις. Έτσι σε προστριβή της ή στο θηλασμό γίνεται σκληρότερη και μεγαλύτερη. Αυτό οφείλεται στην αντανακλαστική συστολή των λείων μυϊκών ινών της και στην ύπαρξη δικτύου, που την περιβάλλει. Η βάση της θηλής, ξεχωρίζει από τη θηλαία άλω με αύλακα, η κορυφή της είναι τραχιά, γιατί εμφανίζει ρωγμές, που στον πυθμένα τους βρίσκονται τα στόμια των εκφορητικών πόρων, και τα πλάγια αυτής καλύπτονται από δίκτυο λεπτών ρυτίδων (εικ. 5). Η θηλή όπως και η θηλαία άλω, περιέχει ιστό που εμφανίζει ενδιαφέρον, γιατί σ' αυτόν αναπτύσσονται νεοπλάσματα. Ο ιστός αυτός αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες, που έχουν διάταξη επιμήκη και κυκλωτήρη γύρω από τους πόρους και αποτελούν τον σφιγκτήρα ή θηλαίο μυ. Αυτός όταν συσπαστεί, ορθώνει τη θηλή, την κάνει σκληρή και βοηθάει στην εκκένωση των γαλακτοφόρων κόλπων. Το επιθήλιο της θηλής δεν περιέχει θυλάκους τριχών, ούτε ιδρωτοποιούς αδένες, περιέχει όμως μεγάλο αριθμό σμηγματογόνων αδένων. Στη θηλή του μαστού υπάρχουν η τελική μοίρα και τα στόμια των 15-20 γαλακτοφόρων πόρων, που καλύπτονται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Το επιθήλιο αυτό καταδύεται μέσα στον αυλό, γίνεται κυλινδρικό και σκεπάζει ολόκληρο το υπόλοιπο εκφορητικό σύστημα. Αυτό το πλακώδες επιθήλιο του τελικού τμήματος των γαλακτοφόρων πόρων παράγει κεράτινη, ουσία που φράζει τα στόμια τους, εμποδίζοντας έτσι την έξοδο των εκκρίσεων στο στόμιο που δεν θηλάζεται. Στην επιδερμίδα της θηλής υπάρχουν κύτταρα, που μοιάζουν με τα κύτταρα του Paget, αλλά είναι μικρότερα τους και φυσικά μεγαλύτερα από τα κύτταρα της επιδερμίδας.

- **ΘΗΛΑΙΑ ΑΛΩΣ:** Αυτή αποτελεί κυκλωτερή ζώνη γύρω από τη θηλή, έχει διάμετρο 15-35 cm και χρώμα σκοτεινότερο από το υπόλοιπο δέρμα. Το δέρμα της θηλαίας άλω περιέχει μικρές τρίχες και άπειρους αδένες, που διακρίνονται σε ιδρωτοποιούς σμηγματογόνους και επικουρικούς μαστικούς αδένες. Οι σμηγματογόνοι αδένες βρίσκονται και στην άλω και λέγονται αλωαίοι αδένες ή φυμάτια του Montgomery. Οι αδένες αυτοί είναι περισσότεροι στην περιφέρεια της άλω και στην εγκυμοσύνη φαίνονται σαν μικρά επάρματα. Ανάμεσα στις λείες μυϊκές ίνες βρίσκονται διάσπαρτοι εξωκρινείς αδένες, που ο πόρος τους εκβάλλει στο δέρμα της θηλαίας άλω. Οι αδένες αυτοί είναι ανάλογοι με τους οσμηγόνους αδένες της μασχάλης και της ηβικής χώρας. Η θηλαία άλως ξεχωρίζει για την αφθονία της σε λείες μυϊκές ίνες, που έχουν διάταξη ακτινωτή και κυκλωτερή· και σχηματίζουν το θηλαίο μυ. Αυτός καταφεύεται στον χόριο της άλω και με τη σύσπαση του κατορθώνει τη συμπίεση της βάσης της θηλής. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης η θηλή και η θηλαία άλως γίνονται περισσότερο μελαχρινές μετά την 8η εβδομάδα. Η θηλαία άλως επιτείνεται περιφερειακά, γι' αυτό και μεγαλώνει και τα φυμάτια του Montgomery υπερτρέφονται.
- **ΠΕΡΙΜΑΣΤΙΚΟ ΛΙΠΟΣ:** Αυτό παριστάνει τη συνέχεια του υποδόριου λίπους και μέσα σ; αυτό κατασκηνιώνει ο μαστικός αδένας. Διακρίνουμε σε αυτό την πρόσθια και την οπίσθια στιβάδα του. Στη θηλή υπάρχουν οι εκφορητικοί πόροι που καταλήγουν στο γαλακτοφόρο κόλπο, ο οποίος με τη σειρά του καταλήγει στους γαλακτοφόρους πόρους και στις αδενοκυψέλες (εικ. 5). Οι λοβοί περιβάλλονται με λιπώδη ιστό και χωρίζονται μεταξύ τους με ινώδη διαφράγματα. Τα διαφράγματα αυτά εισχωρούν και μέσα στους λοβούς και χωρίζουν αυτούς σε λόβια. Κάθε λοβός αποτελείται από 10-100 λόβια. Τα λόβια αποτελούνται από μικρό αριθμό αδενοκυψελών, που εκβάλλουν σε κοινό πόρο. Κάθε λοβός αποτελείται :

1. Από ένα γαλακτοφόρο πόρο. ο οποίος εκβάλλει με δικό του τρήμα στη θηλή.
2. Από διάφορο αριθμό λοβίων, που εκβάλλουν στο δικό τους γαλακτοφόρο πόρο.
3. Από αδενοκυψέλες. Τα τρία παραπάνω στοιχεία περιβάλλονται όλα από συνδετικό ιστό.

- **ΕΚΦΟΡΗΤΙΚΟΙ ΠΟΡΟΙ** : Αυτοί διελαύνουν τη θηλή και φέρνουν το έκκριμα του μαστού από τους γαλακτοφόρους πόρους προς τα έξω. Όπως προαναφέρθηκε, ανέρχονται σε 15-20.
- **ΓΑΛΑΚΤΟΦΟΡΟΙ ΚΟΛΠΟΙ** : Αυτοί είναι 20 περίπου, αποτελούν ανευρύσματα, που βρίσκονται στη βάση της θηλής και σχηματίζονται από την αναστόμωση των γαλακτοφόρων πόρων, που εκβάλλουν σ' αυτούς. Οι γαλακτοφόροι κόλποι είναι περισσότερο ανεπτυγμένοι στο μαστό, που θηλάζει, και φέρνουν το έκκριμα τους στη θηλή με τους εκφορητικούς πόρους.
- **ΓΑΛΑΚΤΟΦΟΡΟΙ ΠΟΡΟΙ** : Αυτοί είναι τόσοι, όσος ένας αριθμός των λοβών του μαστού και ανάλογα με την εντόπιση τους, οι μικρότεροι από αυτούς χαρακτηρίζονται σαν ενδολόβιοι ή μεσολόβιοι, ενώ αυτοί που βρίσκονται στην περιφέρεια, σαν ενδολοβιακοί οι μεσολοβιακοί. Από την τελική μοίρα των γαλακτοφόρων πόρων διαπλάθονται οι αδενοκυψέλες, που παριστάνουν άθροισμα πολλών αβαθών εκκολπώσεων (εικ. 5).



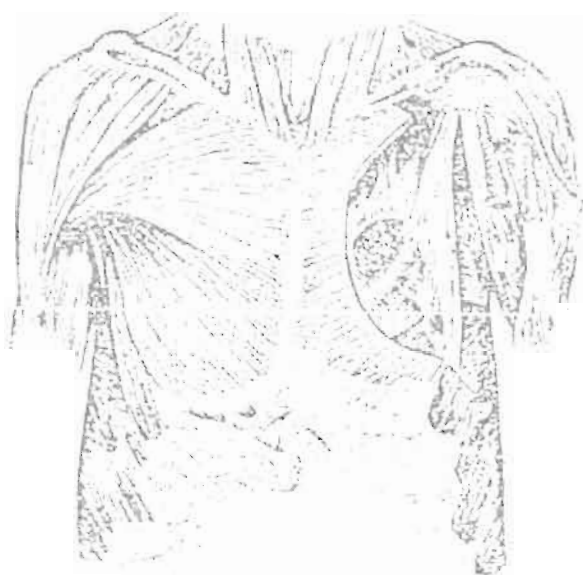
**Εικόνα 5.** Θηλή, περιμαστικό λίπος, γαλακτοφόροι πόροι.

Οι μύες που ανήκουν στην περιοχή του μαστού (εικ. 6-7) και έχουν σχέση με τις εγχειρήσεις σ' αυτόν :

- **ΜΕΙΖΩΝ ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΜΥΣ** : Αυτός εκφύεται από το στερνικό άκρο της κλείδας, το στέρνο, του χόνδρους της 6ης και 7ης πλευράς και από την απονεύρωση του έξω λοξού κοιλιακού μυ. Καταφύεται στο μεγάλο βραχιόνιο όγκωμα (εικ. 6α). Η κλειδική μοίρα του μυ δεν είναι απαραίτητο να εκταμεί στην εκτέλεση μαστεκτομής για να επιτευχθεί η ριζικότητά της.
- **ΕΛΑΣΣΩΝ ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΜΥΣ** : Αυτός εκφύεται από την πρόσθια επιφάνεια και το πάνω χείλος της 3ης και 6ης πλευράς. Καταφύεται στην κορακοειδή απόφυση (εικ. 6α). Στη ριζική μαστεκτομή είναι απαραίτητη η εκτομή του, γιατί τότε αποκαλύπτονται τα λεμφογάγγλια της μασχάλης. Στη τροποποιημένη μαστεκτομή είναι δυνατή η διατήρηση του και ο καθαρισμός της μασχάλης μπορεί να πραγματοποιηθεί μετά το τέλος αυτής.
- **ΠΡΟΣΘΙΟΣ ΟΔΟΝΤΩΤΟΣ ΜΥΣ** : Αυτός εκφύεται με οδοντώματα από την εξωτερική επιφάνεια των εννέα πρώτων πλευρών και καταφύεται στο νωτιαίο χείλος της ωμοπλάτης (εικ. 6β).
- **ΠΛΑΤΗΣ ΡΑΧΙΑΙΟΣ ΜΥΣ** : Αυτός εκφύεται από τις ακανθώδες αποφύσεις των 5-6 κατώτερων θωρακικών και όλων των οσφυϊκών σπονδύλων, από τη λαγόνιο ακρολοφία και από τις 3-4 κατώτερες πλευρές. Καταφύεται κάτω από το μικρό βραχιόνιο όγκωμα (εικ. 6γ). Ο καταφυτικός τένοντας του πλατύ ραχιαίου μυ και το εξωτερικό του χείλος αποτελούν χρήσιμα οδηγία σημεία στην εκτέλεση ριζικής μαστεκτομής. Ο πλατύς ραχιαίος μυς νευρώνεται από το θωρακοραχιαίο, που συχνά βρίσκεται και περιβάλλεται από διηθημένους λεμφαδένες και γι' αυτό κόβεται υποχρεωτικά.
- **ΚΟΡΑΚΟΒΡΑΧΙΟΝΙΟΣ ΜΥΣ** : Αυτός εκφύεται από την κορακοειδή απόφυση και καταφύεται στην εσωτερική επιφάνεια του βραχιόνιου οστού (εικ. 6α). Επειδή στη ριζική μαστεκτομή

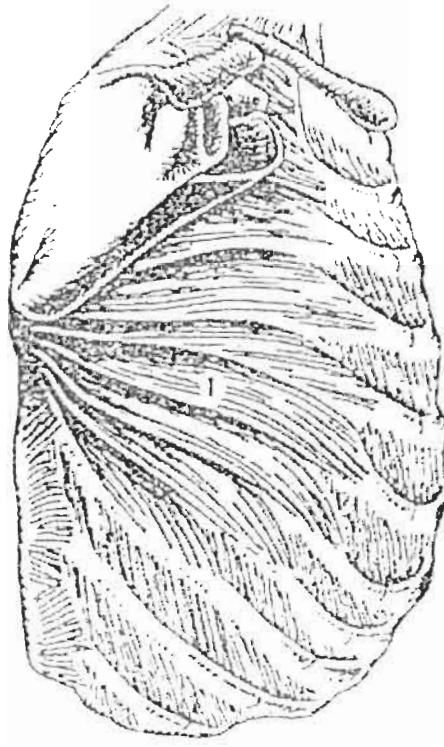
πρέπει να αποκολληθεί η κλειδοθωρακική περιτονία, που είναι χαλαρά ενωμένη μαζί του, γι' αυτό και παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην εγχειρητική του μαστού.

- **ΥΠΟΠΛΑΤΙΟΣ ΜΥΣ** : Αυτός παίρνει μέρος στο σχηματισμό του οπίσθιου τοιχώματος της μασχάλης και συμβάλλει σημαντικά στις κινήσεις του βραχίονα. Έτσι η νεύρωση του, που γίνεται από το υποπλάτιο νεύρο, πρέπει να διατηρείται όταν καθαρίζεται η μασχάλη στην εκτέλεση ριζικής μαστεκτομής. Το νεύρο αυτό βρίσκεται στο πάνω μέρος της πρόσθιας επιφάνειας του υποπλατίου μυ.
- **ΕΞΩ ΛΟΞΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΜΥΣ** : Αυτός αποτελεί το κατώτερο όριο κατά την εκτέλεση ριζικής μαστεκτομής (εικ. 6γ).



**Εικόνα 6.α.** (1) Κορακοβραχιόνιος μυς, (2) ελάσσων θωρακικός μυς, (3) μείζων θωρακικός μυς.

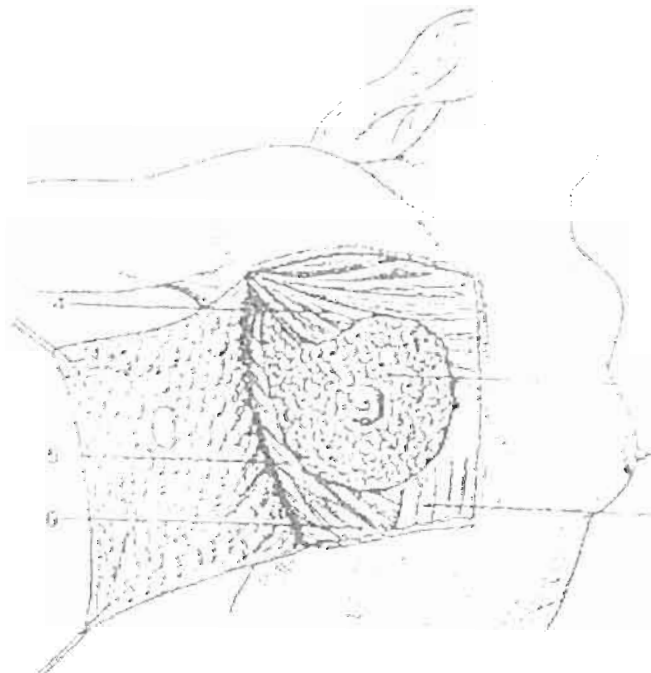




Εικόνα 6.β. Πρόσθιος οδοντωτός μυς.



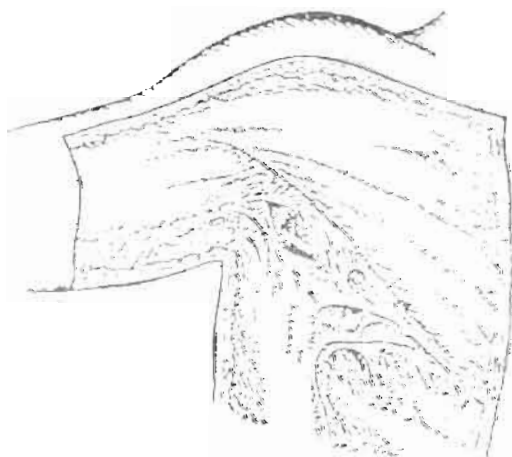
Εικόνα 6.γ. (1) Πλατύς ραχιαίος μυς, (2) έξω λοξός κοιλιακός μυς.



Εικόνα 7. Οπίσθιες σχέσεις μαστικού αδένα.

1. Μαστός, 2. Θηλή, 3. Αριστερός ορθός κοιλιακός μυς, 4. Μείζονας θωρακικός μυς, 5. Πρόσθιος οδοντωτός μυς, 6. Έξω λοξός μυς.

- **ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑ ΠΕΡΙΤΟΝΙΑ** : Η μασχαλιαία περιτονία αποτελεί συνέχεια της περιτονίας του μείζονος θωρακικού μυός μέχρι την περιτονία του πλατέος ραχιαίου (εικ. 8). Συμφύεται προς τα άνω στην κλείδα, στο μέσο του στέρνου και προς τα πλάγια λεπτύνεται και περιβάλλει τον ελάσσονα θωρακικό μυ. Από το πλάγιο τμήμα της εν τω βάθει περιτονίας σχηματίζεται η πλευροκορακοει-δής 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 εγγύ 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 τη διάρκεια της ριζικής μαστεκτομής. Η ουρά του Spencer 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 Spencer.<sup>5</sup>



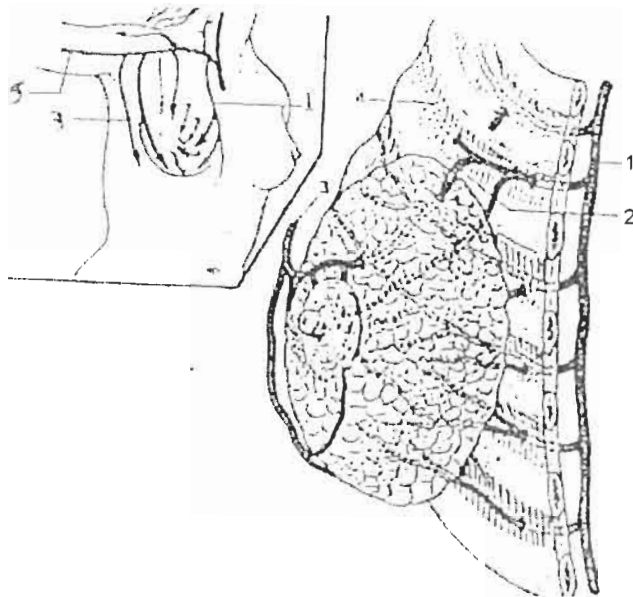
**Εικόνα 8.** Μασχαλιαία περιτονία: (1) πρόσθιο τοίχωμα, (2) οπίσθιο τοίχωμα

## **ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.**

Η αγγείωση του μαστού επιτελείτε με τις αρτηρίες, τις φλέβες, και τα λεμφαγγεία, που διανώνονται., στο πρόσθιο και στο πλάγιο τοίχωμα του θώρακα.

### **A. Αρτηρίες.**

Ο Μαζικός αδένας δέχεται αίμα από την έσω μαστική, την πλάγια και την ανώτερη θωρακική, τους διατιτραίνοντες κλάδους των μεσοπλεύριων και την υποπλάτιο αρτηρία, που αναστομώνονται μεταξύ τους. σχηματίζοντας πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες (εικ. 9). Η υποπλάτιος αρτηρία έχει ιδιαίτερη σημασία, γιατί στην πορεία της συνοδεύεται από ομάδα λεμφαδένων, που παίρνουν μέρος στις μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού και οι κλάδοι της προκαλούν μεγάλη αιμορραγία, όταν γίνεται ριζική μαστεκτομή.



**Εικόνα 9. Αρτηρίες του μαστού.**

1. Έσω μαστική, 2. Διατιτραίνοντες κλάδοι, 3. Πλάγια θωρακική,
4. Μεσόπλευρες, 5. Μασχαλιαία, 6. Υποκλείδια.

## B. Φλέβες.

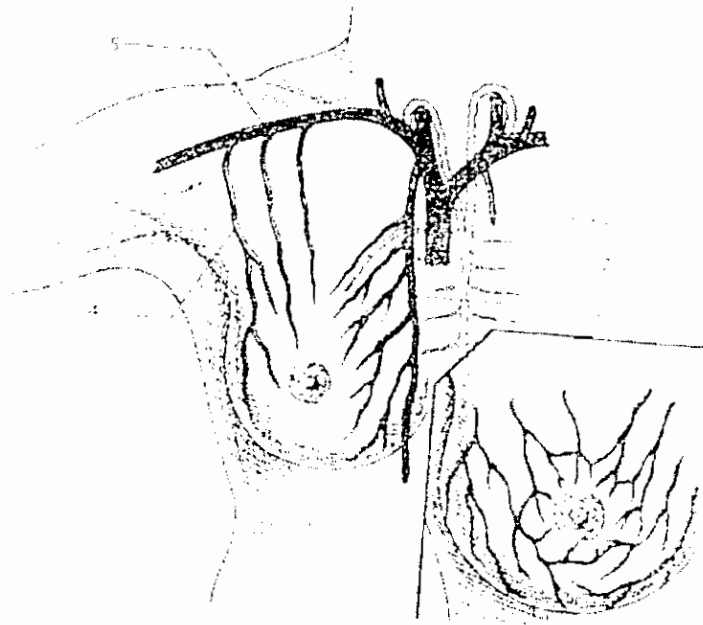
Η φλεβική οδός (εικ. 10) είναι σημαντική στη μελέτη του καρκίνου του μαστού, γιατί : (α) οι μεταστάσεις συχνά γίνονται δια αυτής της οδού, (β) η λεμφική οδός, που έχει ιδιαίτερο ρόλο στις μεταστάσεις, ακολουθεί τις φλέβες. Το αίμα απάγεται από τους μαστούς και το θωρακικό τοίχωμα με τρεις ομάδες εν τω βάθει φλεβών:

**Μασχαλιαία φλέβα:** Αυτή δέχεται κλάδους από το θωρακικό τοίχωμα, τους θωρακικούς μυς και την οπίσθια επιφάνεια του μαστού (εικ. 10). Οι παραπάνω κλάδοι αντιστοιχούν προς τους κλάδους της μασχαλιαίας αρτηρίας και εμφανίζουν ποικιλία στο σχηματισμό τους. Με τη μασχαλιαία φλέβα το" αίμα από το μαστό φτάνει στο πνευμονικό δίκτυο των τριχοειδών και ύστερα από την ομάδα της έσο) μαστικής (εικ. 10). αποτελεί τη δεύτερη οδό για μετάσταση καρκίνου του μαστού στους πνεύμονες.

**Μεσοπλευρίες φλέβες:** Αυτές αποτελούν τη σπουδαιότερη οδό με την οποία απάγεται το αίμα από τους μαστούς. Οι μεσοπλευρίες φλέβες κατευθύνονται προς τα πίσω, επικοινωνούν με τις σπονδυλικές φλέβες και τελικά εκβάλλουν 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.

**Σπονδυλικές φλέβες:** Αυτές αποτελούν μία άλλη, διαφορετική οδό, με την οποία ο καρκίνος του μαστού μπορεί να μεταστεί στα οστά. χωρίς να περάσει από τις κοίλες φλέβες στους πνεύμονες. Αυτό συμβαίνει, γιατί οι σπονδυλικές φλέβες απάγουν το αίμα από τη σπονδυλική στήλη, τους παρακείμενους μυς και το νωτιαίο μυελό και αποτελούν φλεβικά πλέγματα, που βρίσκονται μέσα και έξω από το σπονδυλικό σωλήνα σε όλη την έκταση του.

Οι βασικές αυτές σπονδυλικές φλέβες σχηματίζουν μέσα στα σπονδυλικά σώματα φλεβικούς αγωγούς, που μοιάζουν με τους αγωγούς της διπλής των οστών του κρανίου και εκβάλλουν μέσα στο πρόσθιο σπονδυλικό πλέγμα. Τα σπονδυλικά αυτά πλέγματα αναστομώνονται με τα πλέγματα των μεσοπλευρίων φλεβών. Το σπονδυλικό σύστημα των φλεβών απάγει το αίμα όχι μόνο από τους σπονδύλους, αλλά και από τα οστά της πυέλου, το πάνω άκρο του μηριαίου οστού, τα οστά της ωμικής ζώνης, τα οστά του κρανίου και το πάνω άκρο του βραχιόνιου οστού.



**Εικόνα 10. Φλέβες μαστού.**

1. Άνω κοίλη,
2. Θωρακικός πόρος,
3. Έσω μαστική,
4. Πλάγια θωρακική,
5. Μασχαλιαία.

### **Γ. Λεμφαγγεία.**

Η γνώση των λεμφικών αποχετευτικών οδών (εικ. 11) του μαστού αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη μελέτη της θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού.

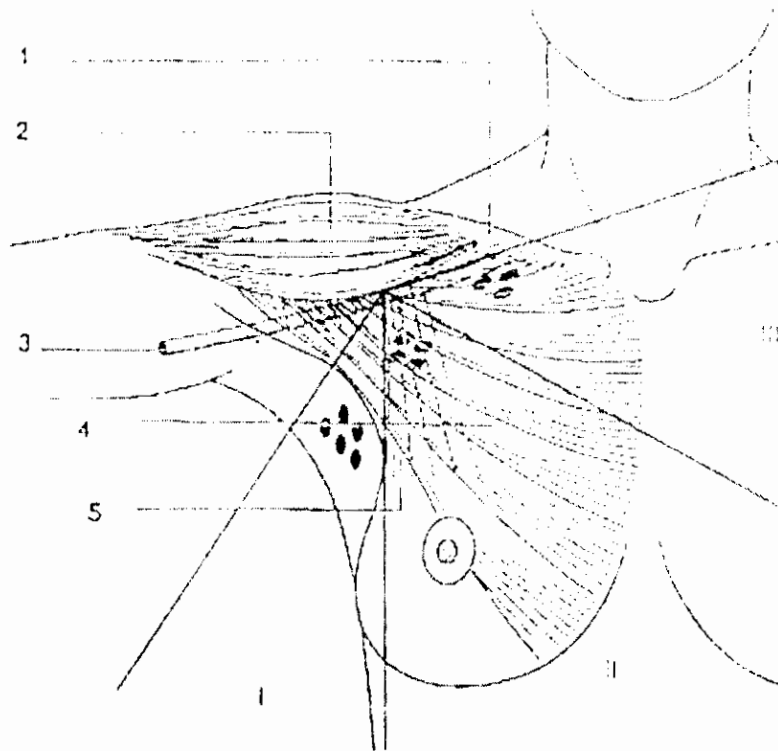
Ως καλύτερη περιγραφή και κατάταξη θεωρείται αυτή των Poirier και Cuneo (1902). Σύμφωνα με αυτήν, υπάρχουν έξι ομάδες μασχαλιαίων λεμφαδένων οι οποίες είναι οι εξής :

1. **Εσω μαστικά λεμφογάγγλια** : Είναι μία ομάδα λίγων λεμφογαγγλίων που βρίσκονται κατά μήκος της πορείας της πλάγιας θωρακικής αρτηρίας και συμφύονται χαλαρά με την περιτονία του πρόσθιου οδοντωτού μυός. Αν και βρίσκονται κοντά στο μαστό, μόνο το 72% των καρκινωμάτων του μαστού που μεθίστανται στους μασχαλιαίους αδένες συμπεριλαμβάνουν ως μεταστατική εστία και την ομάδα αυτών των λεμφαδένων.
2. **Ωμοπλατιαία λεμφογάγγλια** : Αποτελούν ομάδα 5-6 λεμφαδένων και βρίσκονται κατά την πορεία της υποπλάτιας φλέβας. Βρίσκονται σε στενή σχέση με το θωρακοραχιαίο νεύρο και είναι συχνή η βλάβη του νεύρου αυτού κατά την προσπάθεια εκτομής των αδένων, όταν έχουν διηθηθεί από καρκίνο του μαστού.
3. **Κεντρικά λεμφογάγγλια** : Η ομάδα αυτή των λεμφαδένων είναι η μεγαλύτερη και η πιο προσιτή στην ψηλάφηση. Συνήθως, βρίσκονται επιφανειακά, κάτω από το δέρμα της μασχάλης, και είναι η συχνότερα προσβαλλόμενη από μεταστάσεις ομάδα, στον καρκίνο μαστού.
4. **Διαθωρακικά λεμφογάγγλια** : Βρίσκονται μεταξύ του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός, κατά μήκος των θωρακικών κλάδων των ακρωμιοθωρακικών αγγείων.
5. **Λεμφογάγγλια της μασχαλιαίας φλέβας** : Βρίσκονται κατά μήκος του πλάγιου τμήματος της μασχαλιαίας φλέβας. Η ψηλάφηση τους είναι δυσχερής, γιατί καλύπτονται από τον τένοντα του μείζονος θωρακικού μυός. Λόγω της στενής επαφής με τη μασχαλιαία φλέβα, παρουσιάζονται ιδιαίτερα προβλήματα στην αφαίρεση τους, όταν έχουν διηθηθεί από μεταστατική νόσο.

6. **Υποκλείδια λεμφογάγγλια (κορυφαίοι λεμφαδένες)** : Βρίσκονται στην ανατομική κορυφή της μασχάλης, στο σημείο όπου η μασχαλιαία φλέβα χάνεται κάτω από τον καταφυτικό τένοντα του υποκλείδιου μυός. Ένας ή δύο υποκλείδιοι αδένες βρίσκονται κατά μήκος της μασχαλιαίας φλέβας σε σημείο μη προσιτό χειρουργικός, εκτός αν αφαιρεθεί ο ελάσσων θωρακικός μυς. Συλλεκτικοί λεμφικοί κορμοί αποβολές τις άλλες ομάδες λεμφαδένων καταλήγουν στα υποκλείδια λεμφογάγγλια. Η σημασία αυτών των αδένων είναι μεγάλη στον καρκίνο του μαστού. Αν διαπιστωθεί ότι έχουν διηθηθεί από μεταστατική νόσο, η χειρουργική θεραπεία μόνη δεν πρέπει να θεωρείται αρκετή.

**Λεμφική οδός της έσω μαστικής:** Το πιο πρόσφατο βήμα στη μελέτη της λεμφικής παροχέτευσης αποτελεί η αναγνώριση του σπουδαίου ρόλου της έσω μαστικής λεμφικής οδού. Η οδός αυτή αρχίζει από τα προπερικαρδιακά λεμφογάγγλια, που βρίσκονται στην άνω επιφάνεια του διαφράγματος. Συλλέγουν λέμφο από την πρόσθια κάτω επιφάνεια του ήπατος, από την πρόσθια μοίρα του διαφράγματος, από την άνω μοίρα του ορθού κοιλιακού μυός και της θήκης του, όπως και από το κάτω και έσω τμήμα του μαστού. Αν μεταστάσεις από καρκίνο του μαστού διηθήσουν λεμφαδένα της έσω μαστικής αλυσίδας στο 1<sup>ο</sup> και το 2<sup>ο</sup> μεσοπλεύριο διάστημα, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα εισόδου μεταστατικών εμβόλων στη φλεβική κυκλοφορία.





**Εικόνα 11.** Οι τρεις ομάδες των λεμφαδένων του μαστού.

1. Κλείδα, 2. Δελτοειδής μυς, 3. Μασχαλιαία φλέβα, 4.

Μείζονας θωρακικός μυς,

5. Ελάσσονας θωρακικός μυς,

I. Εξωτερική ομάδα, II. Εσωτερική ομάδα, III. Υποκλείδια ομάδα.

## ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

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

### ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Στην ηλικία αυτή οι μαστοί παθαίνουν τέτοιες μεταβολές, που θυμίζουν μεταβολές του ενδομητρίου. Ειδικότερα:

- 1) Στην προεμμηνορρυσιακή φάση οι μαστοί διογκώνονται, γιατί διευρύνονται και επιμηκύνονται οι γαλακτοφόροι πόροι και

αναπτύσσονται από αυτούς πολλές προσεκβολές. Επίσης, το επιθήλιο των πόρων υπερπλάσσεται και ο γύρω από τους πόρους συνδετικός ιστός είναι διογκωμένος, μαλακός και διηθημένος με λεμφοκύτταρα. Οι μεταβολές αυτές κάνουν το μαστό ευαίσθητο και προκαλούν αίσθημα πληρότητας, διάτασης και ελαφρύ πόνο.

- 2) Όταν αρχίσει η εμμηνορρυσία, οι πόροι και το αδενικό επιθήλιο υποστρέφονται. Η υποστροφή τους αυτή γίνεται όλο και περισσότερο προοδευτική ως την ωοθυλακιορρηξία και την ανάπτυξη του ωχρού σωματίου.
- 3) Ο μαστός της ώριμης γυναίκας που δεν θηλάζει δεν έχει μόνο εκκριτική, αλλά και απορροφητική ικανότητα. Δηλαδή, αν εξετάσουμε ιστολογικά τα αδενικά λόβια, θα παρατηρήσουμε, πως εμφανίζονται με τη μορφή ωχρού, άμορφου υλικού, που περιέχει κύτταρα ή κυτταρικά συγκρίματα και λιποσφαίρια.
- 4) Οι μαστοί παίρνουν μέρος στον οργασμό με διόγκωση τους και αύξηση του μεγέθους των.<sup>5</sup>

### **ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

Κατά την εγκυμοσύνη, παρατηρείται μεγάλη διαφοροποίηση του μαστού. Στο πρώτο ήμισυ της κύησης παρατηρείται ταχεία ανάπτυξη των τελικών τμημάτων των πόρων και των αδενοκυψελών. Η αύξηση των επιθηλιακών στοιχείων του αδένου συνοδεύεται από αντίστοιχη ελάττωση του διάμεσου λιπώδους ιστού και από συρροή λεμφοκυττάρων και ηωσινόφιλων κυττάρων στον ενδολόβιο χαλαρό συνδετικό ιστό (εικ 12).

Στο δεύτερο ήμισυ, ο ρυθμός της υπερπλασίας του αδένου επιβραδύνεται και η παραπέρα αύξηση του μεγέθους των μαστών οφείλεται κυρίως στην αύξηση του μεγέθους των επιθηλιακών κυττάρων και σε πλήρωση του αυλού των αδενοκυψελών από κολλοειδές ηωσινόφιλο έκκριμα, πλούσιο σε γαλακτοπρωτεΐνες, αλλά φτωχό σε λίπη. Το έκκριμα αυτό, που λέγεται πύαρ, εκκρίνεται τις δύο με τρεις πρώτες ημέρες της γαλουχίας, έχει υπακτικές ιδιότητες και περιέχει αντισώματα για την παθητική ανοσοποίηση του νεογνού. Στη συνέχεια, και ενώ η λεμφοκυτταρική διήθηση του αδένου υποχωρεί,

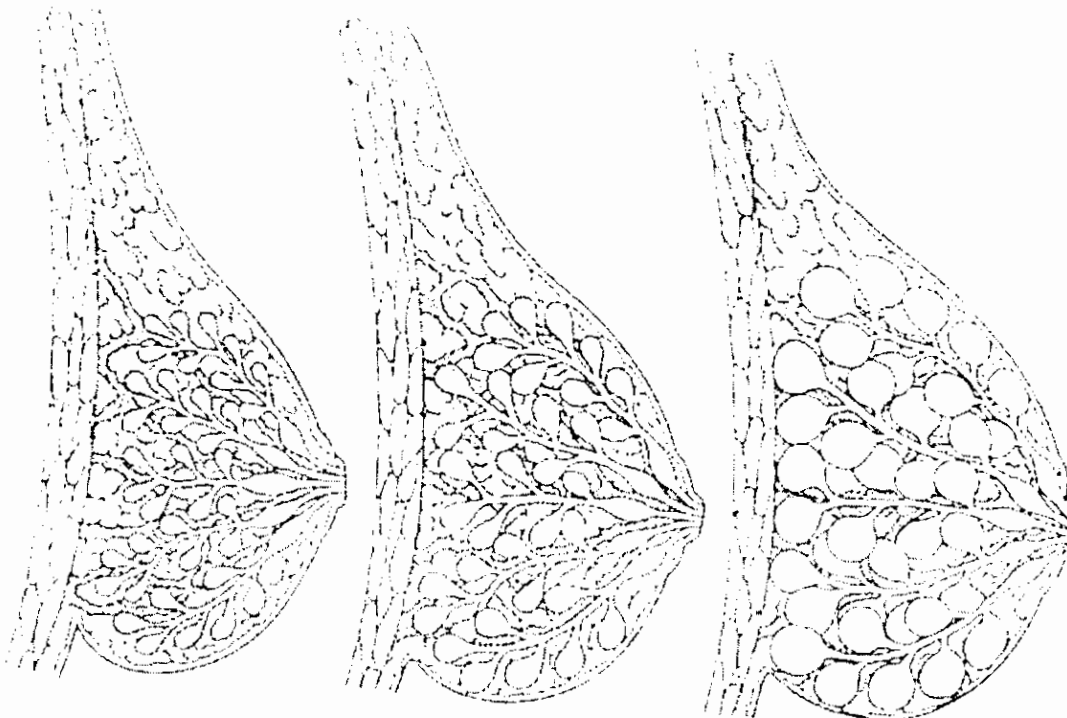
αρχίζει η παραγωγή γάλακτος πλούσιου σε λιπίδια, κάτω από την επίδραση της προλακτίνης.

### ΓΑΛΟΥΧΙΑ

Στη γαλουχία, (εικ. 12) η ανάπτυξη των μαστών φτάνει στο μέγιστο της και η λειτουργική τους δραστηριότητα αποκορυφώνεται με τη συνδυασμένη δράση των οιστρογόνων ορμονών, της προγεστερόνης, της ινσουλίνης και της κορτιζόλης, ιδιαίτερα, όμως, της προλακτίνης.<sup>2</sup>

### ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

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



**Εικόνα 12.** (α). Μαστός άτοκης. (β) Μαστός εγκύου. (γ) Μαστός θηλάζουσας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

Ο μαστός για την ανάπτυξη και τη λειτουργία του εξαρτάται αποκλειστικά από την επίδραση πολλαπλών ορμονικών παραγόντων, για τους οποίους αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους αδένες - στόχους. Οι ενδοκρινείς επιδράσεις γίνονται δυνατές από την παρουσία ειδικών υποδοχέων, που βρίσκονται στη μεμβράνη και τον πυρήνα των κυττάρων και του αδενικού επιθηλίου και του διάμεσου και λιπώδους ιστού. Τέτοιοι υποδοχείς έχουν απομονωθεί για την προλακτίνη, τα οιστρογόνα, την προγεστερόνη, την αυξητική και τις θυρεοειδικές ορμόνες, την ινσουλίνη και τα γλυκοκορτικοειδή. Η ενδοκρινική δραστηριότητα χαρακτηρίζεται από καθορισμένες χρονικά μεταβολές γι' αυτό, η ανάπτυξη και η λειτουργική κατάσταση του μαστού αποτελεί σε κάθε φάση της ζωής της γυναίκας, έκφραση της δραστηριότητας του ενδοκρινικού της συστήματος, κυρίως όμως της έκκρισης προλακτίνης από την αδενούπόφυση και των στεροειδών ορμονών του φύλου από τις ωοθήκες.

Παρακάτω αναφέρονται αναλυτικότερα οι παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού :

1. **Υποθάλαμος** : Ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση, γιατί ανάμεσα σ' αυτόν και στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης υπάρχουν νευρικές συνδέσεις, που προέρχονται από τους υπεροπτικούς και

παρακοιλιακούς πυρήνες και αποτελούν το υποθαλαμο-νευροϋποφυσικό σύστημα. Ο υποθάλαμος εκκρίνει ειδικό εκλυτικό παράγοντα για τις γοναδοτρόπες ορμόνες των ωθηκών, δηλαδή την ωθηλακιοτρόπο (FSH) και την ωχρινοτρόπο (LH).

2. **Υπόφυση** : Η συμμετοχή της υπόφυσης στην ανάπτυξη των μαστών είναι μεγάλη. Η έκκριση της ωθηλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και της ωχρινοτρόπου (LH) διεγείρουν την ανάπτυξη και την έκκριση της ωθήκης και του ωχρού σωματίου.

**Προλακτίνη** : Από όλες τις ορμόνες με μαστοτρόπο δράση φαίνεται να είναι αυτή που ασκεί κυρίαρχη επίδραση στα επιθηλιακά στοιχεία του μαστού, αλλά αυτή εκδηλώνεται κυρίως σε συνεργεία με τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη (ορμόνες, οι οποίες παράγονται από τις ωθήκες μετά την επίδραση σε αυτές των γοναδοτρόπων ορμονών του πρόσθιου λοβού της υποφύσεως). Τα οιστρογόνα φαίνεται ότι αυξάνουν τον αριθμό των υποδοχέων για την προλακτίνη, με τρόπο ανάλογο προς την αύξηση υποδοχέων για την προγεστερόνη. Η δράση της ορμόνης ασκείται μέσω υποδοχέων στη μεμβράνη των εκκριτικών κυττάρων του επιθηλίου κυστιδίων και των γαλακτοφόρων πόρων και με τη συνδυασμένη των οιστρογόνων και της προγεστερόνης προκαλεί την παραγωγή γάλακτος, ελέγχοντας τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος, καζεΐνη και α-λακταλβουμίνης. Η προλακτίνη, μετά τη σύνδεση με τους υποδοχείς της, μεταφέρεται με άγνωστο μηχανισμό διαμέσου των επιθηλιακών κατάρων στους πόρους, ώστε να βρίσκεται σε πολύ μεγάλες συγκεντρώσεις στο γάλα ή στο υγρό των πόρων και έτσι να περιλαμβάνεται στους προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Η προλακτίνη βρίσκεται αυξημένη λίγο πριν την ωθηλακιορρηξία αμέσως μετά την αύξηση των οιστρογόνων ορμονών, όπως επίσης και στην εκκριτική φάση του ενδομητρίου κύκλου. Κατώτερες φυσιολογία τιμές της θεωρούμε τις 300 μονάδες ανά κ. εκ. ή τα 12,5hg στο κ. εκ.<sup>5</sup>

**Εναρξη της γαλουχίας** : Μέχρι τη γέννηση του νεογνού δεν εκκρίνονται από το μαστό παρά μόνο λίγα ml υγρού κάθε μέρα. Το

υγρό αυτό ονομάζεται πύαρ (πρωτόγαλα) και περιέχει πρωτεΐνες και λακτόζη στην ίδια ουσιαστικά συγκέντρωση με το γάλα, αλλά σχεδόν καθόλου λίπος, ενώ ο μέγιστος ρυθμός παραγωγής του ισοδυναμεί με το 1/100 του ρυθμού της παραγωγής γάλακτος που ακολουθεί.

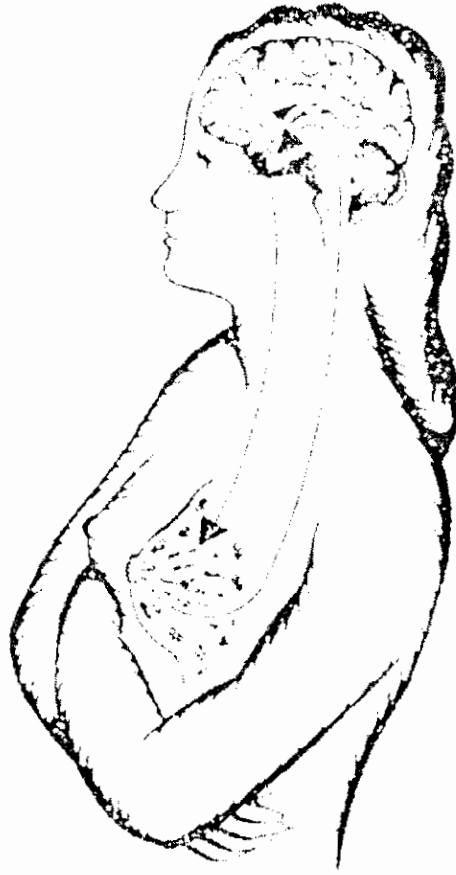
Η απουσία παραγωγής γάλακτος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης οφείλεται στην κατασταλτική επίδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, που εκκρίνονται σε τεράστιες ποσότητες από τον πλακούντα και που υπερισχύουν απολύτως πάνω στις γαλακτογόνες επιδράσεις της προλακτίνης και του πλακουντικού γαλακτογόνου. Ωστόσο, αμέσως μετά τη γέννηση του νεογνού, η απότομη εξαφάνιση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης του πλακούντα (ο οποίος δεν υπάρχει πια) από την κυκλοφορία επιτρέπει στην προλακτίνη της υπόφυσης της μητέρας να αναλάβει το φυσικό γαλακτογόνο ρόλο της και έτσι, μέσα σε δύο με τρεις ημέρες, οι μαστοί αρχίζουν να εκκρίνουν όχι πια πρωτόγαλα, αλλά πλήρες γάλα σε άφθονη ποσότητα.

Μετά τη γέννηση του νεογνού και μέσα στις επόμενες εβδομάδες, η βασική τιμή της έκκρισης προλακτίνης επανέρχεται στα προ της εγκυμοσύνης επίπεδα. Κάθε φορά, ωστόσο, που η μητέρα θηλάζει το μωρό της νευρικές ώσεις που οδεύουν από τις θηλές προς τον υποθάλαμο προκαλούν την έκκριση ενός κύματος προλακτίνης που δεκαπλασιάζει τη συγκέντρωσή της και διαρκεί περίπου μία ώρα. Η προλακτίνη αυτή επιδρά στους μαστούς και εξασφαλίζει την παραγωγή του γάλακτος που θα χρειασθεί για τον επόμενο θηλασμό. Αν αυτό το κύμα προλακτίνης δεν υπάρχει ή αν ανασταλεί εξαιτίας βλάβης του υποθαλάμου ή της υπόφυσης ή αν δεν συνεχισθεί ο θηλασμός, οι μαστοί μέσα σε λίγες ημέρες χάνουν την ικανότητα να παράγουν γάλα. Αντίθετα, αν το παιδί εξακολουθήσει να θηλάζει, η παραγωγή γάλακτος μπορεί να συνεχισθεί, ακόμα και για μερικά χρόνια, αλλά ο ρυθμός της ελαττώνεται σημαντικά μέσα στους επόμενους επτά ως εννέα μήνες.<sup>6</sup>

**Ωκυτοκίνη :** Αυτή λέγεται και οξυτοκίνη, αποτελείται από αμινοξέα, παράγεται σε υποθαλάμια κέντρα και αποθηκεύεται στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Μία από τις κύριες δράσεις της ωκυτοκίνης είναι η

πρόκληση σύσπασης της μήτρας. Η σύσπαση αυτή επιτυγχάνεται με νευρικό ερεθισμό, που προκαλεί ο θηλασμός.<sup>5</sup>

**Διαδικασία απέκκρισης γάλακτος :** Το γάλα εκκρίνεται συνεχώς μέσα στις αδενοκυψέλες των μαστών, αλλά δεν ρέει εύκολα από αυτές προς τους γαλακτοφόρους πόρους και κατά συνέπεια, δεν εκρέει συνεχώς από τις θηλές των μαστών. Αντίθετα, το γάλα θα πρέπει να εκρεύσει από τις αδενοκυψέλες στους γαλακτοφόρους πόρους, για να μπορέσει το νεογνό να το απομυζήσει. Η διαδικασία αυτή πραγματοποιείται με ένα συνδυασμένο νευρογενές και ορμονικό αντανακλαστικό, στο οποίο συμμετέχει η ορμόνη που προαναφέραμε, η ωκυτοκίνη με τον εξής τρόπο: Όταν το νεογνό θηλάζει, αισθητικές ώσεις που οδεύουν με σωματικά νεύρα περνούν στο νωτιαίο μυελό και μετά στον υποθάλαμο, προκαλώντας έκκριση ωκυτοκίνης. Η ορμόνη αυτή φθάνει με την κυκλοφορία του αίματος στους μαστούς, όπου προκαλεί την διαστολή των μυοεπιθηλιακών κυττάρων που περιβάλλουν τα εξωτερικά τοιχώματα των αδενοκυψελών με αποτέλεσμα έκθλιψη του γάλακτος που περιέχουν οι αδενοκυψέλες στους γαλακτοφόρους πόρους (εικ. 13). Έτσι μέσα σε 30 sec - 1 min από τη στιγμή που το νεογνό αρχίζει να θηλάζει, αρχίζει η απέκκριση του γάλακτος.<sup>2</sup>



**Εικόνα 13.** Διαδικασία απέκκρισης γάλακτος.

3. **Ωοθήκες** : Οι ωοθήκες αποτελούν τους γενετικούς αδένες της γυναίκας και αποτελούνται από το βλαστικό επιθήλιο, που καλύπτει την επιφάνειά τους, τη φλοιώδη ουσία και τη μυελώδη ουσία. Αυτές είναι υπεύθυνες για την έκκριση των οιστρογόνων ορμονών.

**Οιστρογόνες ορμόνες** : Αυτές είναι στεροειδείς ουσίες, παράγωγα οιστρανίου. Οι φυσικές οιστρογόνες ορμόνες είναι η οιστραδιόλη, η οιστρόνη και η οιστριόλη. Ισχυρότερη αυτών είναι η οιστραδιόλη. Η βιολογική δράση των οιστρογόνων ορμονών αφορά περισσότερο στο γενετικό σύστημα και στους ιστούς, που κάνουν τη γυναίκα να ξεχωρίζει από τους άνδρες.

Ο ρόλος των οιστρογόνων στην ανάπτυξη και τη λειτουργία του μαστού είναι πολύπλοκος και απαιτεί τη συνεργική δράση της προλακτίνης κυρίως, και λιγότερο της αυξητικής ορμόνης. Με την



παρουσία αυτών, τα οιστρογόνα ασκούν επίδραση στο αδενικό επιθήλιο, προάγοντας την ανάπτυξη του εκφορητικού συστήματος με επιμήκυνση και πάχυνση των γαλακτοφόροι πόρων.

4. **Επινεφρίδια** : Αυτά επιδρούν στους μαστικούς αδένες με την έκκριση της προγεστερόνης.

**Προγεστερόνη** : Είναι ορμόνη που εκκρίνεται από το φλοιό των επινεφριδίων, για τα οποία αποτελεί ενδιάμεσο προϊόν στη σύνθεση της κορτιζόνης και από τον πλακούντα.

Η προγεστερόνη, όπως και τα οιστρογόνα, δεν ασκεί βιολογική δράση στο μαστό παρά μόνο με τη συνεργεία των υποφυσιακών ορμονών και των οιστρογόνων. Η δράση της συνίσταται κυρίως στην ανάπτυξη των κυστιδίων κατά το τελικό άκρο των πόρων. Προκαλεί αύξηση του μεγέθους των λοβίων του μαζικού αδένα, πολλαπλασιασμό των αδενοκυψελών και εμφάνιση εκκριτικών χαρακτηριστικών στα κύτταρα τους.

5. **Θυροειδής αδένας** : Έχει δευτερεύουσας σημασία επίδραση στους μαστικούς αδένες. Η θυροξίνη μπορεί να αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης. Η θυροξίνη και η τριιδοθυρονίνη, επικρατεί η άποψη ότι σχετίζονται και με την παθολογία προβλημάτων του αδένα, αφού η συχνότητα θυροειδοπάθειας σε καλοήθεις μαστοπάθειες και νεοπλάσματα του μαστού έχει βρεθεί σημαντικά αυξημένη.

6. **Πλακούντας** : Ο πλακούντας αποτελεί ενδοκρινή αδένα. Από αυτόν εκκρίνονται κατά τη διάρκεια της κύησης τεράστιες ποσότητες οιστρογόνων και προγεστερόνης. Οι ορμόνες του πλακούντα έχουν σχέση με την ανάπτυξη των μαστών, τις μεταβολές του κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και με την έκκριση του γάλακτος.

7. **Νευρικό σύστημα** : Αυτό φαίνεται πως έχει επίδραση στην ανάπτυξη των μαστών, γιατί οι διαταραχές του στη διάρκεια

φυσιολογικών ή παθολογικών περιόδων της γεννητικής ζωής της γυναίκας δείχνουν, πως υπάρχει νευρικός ή αντανακλαστικός μηχανισμός, που επιδρά στους μαστούς.<sup>7</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η λέξη καρκίνος είναι συνώνυμος με τον όρο κακόηθες νεόπλασμα. Άλλες λέξεις που έχουν την έννοια νεοπλασματικής αρρώστιας είναι κακοήθεια, όγκος καρκίνωμα, εκτροπή στην ανάπτυξη κυττάρων και η συντομογραφία "Ca".

Ο οργανισμός του ανθρώπου, όπως και των ζώων και φυτών, αποτελείται από εκατομμύρια κύτταρα. Τα κύτταρα έχουν ζωή πολύ συντομότερη από τον οργανισμό σαν σύνολο. Τη θέση των νεκρών κυττάρων παίρνουν τα αναγεννώμενα νέα κύτταρα. Η κυτταρική αυτή κοσμογονία γίνεται με ένα θαυμαστό ρυθμό αρμονίας, τάξης και συστήματος και έτσι ο οργανισμός μας μένει πάντα ο ίδιος. Από την αρμονική συμβίωση και την κανονική λειτουργία του απέραντου κυτταρικού κόσμου, που συνθέτει ο οργανισμός μας, εξαρτάται η υγεία, η ύπαρξη, η ζωή μας. Η επιστήμη ονομάζει τη θαυμαστή αυτή τάξη αρμονικής διαβίωσης των κυττάρων μας "ομοιοστασία".

Το νεόπλασμα, διαταραχή της "ομοιοστασίας" των κυττάρων, αποτελείται από κύτταρα παθολογικά, αλλά χωρίς ουσιώδη διαφορά στη λειτουργία τους από τα φυσιολογικά. Το νεόπλασμα, αποτελεί ομάδα απείθαρτων, επαναστατικών κυττάρων, που η ανάπτυξη τους είναι άσκοπη, επιζήμια και μπορεί να οδηγήσει τον οργανισμό σε θάνατο.

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

### **ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε δυο κατηγορίες: σε μέτρα πρωτογενούς και σε μέτρα δευτερογενούς πρόληψης. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα βασικά προληπτικά μέτρα που έχουν ως σκοπό να προλάβουν την έναρξη των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα, με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικώς αιτιολογικών παραγόντων (π.χ. περιορισμός έκθεσης του ατόμου στην ιοντίζουσα ακτινοβολία) ή αποφυγή της έκθεσης σε αυτούς (π.χ. διακοπή αυθαίρετης λήψης οιστρογόνου χωρίς ιατρική εντολή ή προγεστερονική κάλυψη) ή ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σε αυτούς (π.χ. εμβολιασμός κατά του ιού της ηπατίτιδας Β).

Στην δεύτερη κατηγορία, ανήκουν τα μέτρα που εφαρμόζονται, όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προ-συμπτωματική διάγνωση του νοσήματος στο κατά δυνατόν πρωιμότερο στάδιο (π.χ. μαστογραφία, αυτοεξέταση).<sup>8</sup>

### **ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ**

#### **ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ**

Αυτά τα προγράμματα είναι :

1. Η υγειονομολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο μαστού βοηθάει στην πρόληψη του (οι διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα, και οι σχέσεις τους με τον καρκίνο του μαστού).
2. Η προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (γυναικών που εργάζονται σε ακτινολογικά εργαστήρια) γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων,

σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.

3. Η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα σε εθνικούς και διεθνείς κανονισμούς.<sup>9</sup>

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

1. Η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.
2. Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40ο έτος.
3. Η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.
4. Η ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα, οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση.
5. Η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα.
6. Η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση νοσηλευτριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.
7. Η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των ασχολούμενων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.
8. Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιορισθούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.
9. Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

### **ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Στη δευτερογενή πρόληψη, γίνεται προσπάθεια να διαγνωσθεί η ύπαρξη νόσου έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανισθούν τα συμπτώματα, ώστε

να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε βαριές και μερικές φορές ανίατες μορφές. Επομένως, η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

### **ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ**

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για τη σημασία της προσυμπτωματικής διάγνωσης στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Όταν μια γυναίκα αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα με τους μαστούς της, αποφασίζει σχετικά εύκολα να προσέλθει για εξέταση. Όταν όμως πρόκειται για προσυμπτωματικό έλεγχο είναι πράγματι πρόβλημα, γιατί αφορά σε γυναίκες φαινομενικά υγιείς, δύσκολα πείθονται να προσέρχονται τακτικά για εξέταση επί μακρό χρονικό διάστημα. Συνεπώς, το μεγαλύτερο και ίσως το σπουδαιότερο βήμα για, την επιτυχία ενός τέτοιου περιοδικού προληπτικού ελέγχου αποτελεί η προσέλκυση υγιών γυναικών για το σκοπό αυτό. Η κινητοποίηση όμως φυσιολογικών γυναικών δεν είναι καθόλου εύκολη και η δυσκολία αυτή δεν πρέπει να υποτιμάται από τους φορείς που πρόκειται να διενεργήσουν τον έλεγχο. Πρέπει συνεπώς να δημιουργηθούν κίνητρα για το σκοπό αυτόν και τα ερεθίσματα για την προσέλκυση των γυναικών πρέπει να είναι συχνά.

Για την επιτυχία ενός τέτοιου προγράμματος, πρέπει να ενημερώνεται το κοινό για την ύπαρξη του και οι γυναίκες να διδάσκονται όχι μόνο να αποδέχονται την εξέταση αλλά και να την επιδιώκουν.

Για τη διενέργεια του περιοδικού προληπτικού ελέγχου, απαιτείται συνήθως η συνεργασία πολλών ατόμων με τη βοήθεια ενός ή και περισσότερων μεθόδων ή μηχανημάτων. Κύριος σκοπός του ελέγχου δεν είναι η συγκεκριμένη διάγνωση, αλλά η ανίχνευση ανωμαλιών, οι οποίες στη συνέχεια θα διερευνηθούν από ειδικούς γιατρούς, για να τεθεί τελικά η διάγνωση.

Η εξέταση του μαστού συνήθως περιλαμβάνει :

- α. Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό).
- β. Γενική φυσική εξέταση.

- γ. Κλινική εξέταση (επισκόπηση-ψηλάφηση).
- δ. Αιματολογικές εξετάσεις.
- ε. Ακτινολογικές εξετάσεις (μαστογραφία).

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 από ειδικά κέντρα ασυμπτωματικής 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 προώθηση, στη θεωρία και στην πράξη, τις ιδέες των προληπτικών εξετάσεων για καρκίνο.

### ΚΙΝΗΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ

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:

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

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.

### ΙΑΤΡΕΙΑ ΠΡΟΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Τα ιατρεία για την ασυμπτωματική διάγνωση του καρκίνου μαστού 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 καρκίνο του μαστού, αλλά αν διατρέχει υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου αυτού του είδους.<sup>10</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

#### Α. ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

Οι συχνότεροι καλοήθεις όγκοι του μαστού είναι η ινοκυστική μαστοπάθεια, η μεγαλοκυστική νόσος, διάφορες μορφές επιθηλιακής υπερπλασίας, τα ιναδενώματα, το καλοήθες φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα και η νεανική υπερτροφία. Άτυπη υπερπλασία των λοβών ή των πόρων δε σημαίνει υποχρεωτικά την εμφάνιση καρκίνου αργότερα. Επίσης η καλοήθης σκληρωτική αδένωση μπορεί εύκολα να χαρακτηριστεί ως καρκίνος, λόγω της ιστολογικής ομοιότητας, που παρουσιάζει κατά την μικροσκοπική εξέταση με μικρή μεγέθυνση. Σπάνια συναντώνται κοκκιοκυτταρικοί όγκοι στο μαστό, που μπορεί να χαρακτηρισθούν μικροσκοπικά ως κακοήθεις. Η διαφορική διάγνωση γίνεται με προσεκτική ιστοπαθολογική εξέταση των εξαιρεθέντων ιστών από εξειδικευμένο παθολογοανατόμο.

Οι καλοήθεις όγκοι του μαστού δεν αποτελούν σοβαρό πρόβλημα παρά μόνο για τη διαφορική τους διάγνωση από τον καρκίνο. Όσο προχωρά η γνώση για τις βλάβες αυτές ελαττώνονται και τα διαγνωστικά προβλήματα. Μεγάλη σημασία έχει η επιλογή του σημείου βιοψίας και η λεπτομερής κλινική εξέταση.

1. **Ιναδένωμα** : Είναι ο πιο συχνός καλοήθης όγκος σε νεαρές γυναίκες ηλικίας 15-35 ετών. Είναι μαλακοί σε σύσταση όγκοι, πολύ καλά περιγραμμένοι μονήρεις ή πολλαπλοί. Ο όγκος ανευρίσκεται ψηλαφητικά σαν κινητή μάζα μαλθακής συστάσεως που διολισθαίνει μεταξύ των δακτύλων. Συνήθως είναι ανώδυνος αλλά τις ημέρες της περιόδου μπορεί να είναι επώδυνος. Έχει μέγεθος 3-4 εκ. και η αντιμετώπιση είναι η χειρουργική

αφαίρεση του ογκιδίου και η βιοψία. Ο όγκος αν παραμείνει για πολλά χρόνια μπορεί να απασβεστωθεί.

**2. Θηλώματα των εκφορητικών πόρων :** Αυτά παρουσιάζονται πιο συχνά κοντά στην εμμηνόπαυση και μετά από αυτή. Είναι όγκοι διαμέτρου 2-3 εκ. και εντοπίζονται συνήθως στην περιοχή της άλω γύρω από την θηλή. Διάχυτη θηλωμάτωση εμφανίζεται συχνά σε κυστική μαστοπάθεια. Συχνά ο μικροσκοπικός διαχωρισμός από το διηθητικό καρκίνωμα είναι δύσκολος. Το σύμπτωμα του θηλώματος αυτού είναι σχεδόν πάντα ορώδες ή αιματηρό έκκριμα από τη θηλή. Το μικρό μέγεθος του δυσκολεύει τη διάγνωση, που συνήθως μπαίνει μετά από τη βιοψία. Η θεραπεία του είναι απλή χειρουργική εξαίρεση, που είναι πιο δύσκολη στα πολλαπλά θηλώματα. Η συνύπαρξη κακοήθειας δεν αποκλείεται. Άλλοι καλοήθεις όγκοι από το δέρμα του μαστού είναι τα θηλώματα επί πλακώδους επιθηλίου και η σημηματοροϊκή κεράτωση.

**3. Λιπώματα :** Είναι οι πιο συχνοί μη επιθηλιακοί όγκοι του μαστού. Είναι συνήθως μονήρη, ασυμπτωματικά, μαλακά επίκτητα, και περιγεγραμμένα. Η διάγνωση θα πρέπει να επιβεβαιώνεται με βιοψία.

**4. Κυσταδένωμα :** Παρατηρείται σε ηλικιωμένες γυναίκες. Οι εργαστηριακές εξετάσεις βοηθούν, αλλά η καλύτερη μέθοδος είναι η αφαίρεση και η ιστολογική εξέταση του όγκου (βιοψία).

Ακόμα στους καλοήθεις όγκους περιλαμβάνονται τα λειομύωματα, τα ινώματα, τα νευρινώματα, οι όγκοι από κοκκώδη κύτταρα, τα αιμαγγειώματα και τα λεμφαγγειώματα που παρουσιάζουν κλινικό ενδιαφέρον μόνο για τη διαφορική διάγνωση από άλλους κακοήθεις όγκους.

**B. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ**

**1. Διηθητικός καρκίνος των αδενικών λοβίων και των γαλακτοφόρων πόρων :** Σε ποσοστό 85% έως 90% προέρχεται από καρκίνο *in situ* των λοβών των γαλακτοφόρων πόρων. Το καρκίνωμα *in situ* είναι η εξέλιξη μιας επιθηλιακής υπερπλασίας μετά από ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Στην ταχεία εξέλιξη του η έγκαιρη επέμβαση μπορεί να έχει ένα επιθυμητό αποτέλεσμα. Όταν φθάσουν οι όγκοι να είναι ψηλαφητοί, τότε η δεκαετής επιβίωση δεν ξεπερνάει το 45%. Στην κατηγορία των καρκίνων αυτών υπάγονται ο μυελοειδής καρκίνος, ο θηλωματώδης, ο αδενοκυστικός και ο σωληνώδης καρκίνος. Το κακόηθες φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα και το στρωματικό σάρκωμα του μαστού σπάνια. Μεθίστανται στους τοπικούς λεμφαδένες και έχουν καλύτερη πρόγνωση μετά από θεραπεία ακόμη και στις περιπτώσεις, που υπάρχουν μεταστάσεις σε απομακρυσμένες περιοχές του σώματος.

- **Μυελοειδής καρκίνος :** Ο τύπος αυτός του πορογενούς διηθητικού καρκινώματος απαντάται σε συχνότητα 5% όλων των καρκίνων του μαστού, συχνότερα γύρω στην ηλικία των 50 ετών. Ιστολογικά, το μυελοειδής καρκίνωμα εμφανίζει εκφυλιστικές αλλοιώσεις του συνδετικού του υποστρώματος, τα κύτταρα του είναι μεγαλύτερα σε σύγκριση με τα κύτταρα των άλλων κακοηθών νεοπλασμάτων του μαστού, είναι στρόγγυλα, πυκνά, υπερχρωματικά, έχουν ευδιάκριτα κυτταροπλασματικά όρια, και σχηματίζουν βλάστες που περιβάλλονται από λεμφοκυτταρικές και πλασματοκυτταρικές αντιδράσεις. Το μυελοειδής καρκίνωμα έχει καλή πρόγνωση.
- **Αδενοκυστικός καρκίνος :** Αυτή η μορφή καρκίνου του μαστού είναι σπάνια. Εντοπίζεται, τις περισσότερες φορές, κοντά στη θηλή και τα κύτταρα του σχηματίζουν κύστες, που περιέχουν βλέννα. Το αδενοκυστικό καρκίνωμα μοιάζει με το ίδιο των σιελογόνων αδένων και των αδένων του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος. Σπάνια κάνει μεταστάσεις και έχει καλή πρόγνωση.

- **Σωληνώδης καρκίνος** : Το καρκίνωμα αυτό είναι διαφοροποιημένο. Είναι σπάνιο και σε συχνότητα 80% συνδυάζεται με όλα τα είδη καρκίνου του μαστού. Ιστολογικά χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη σωληνωδών βλαστών, που αποτελούνται από ένα στοίχο στρόγγυλων ή σε σχήμα αβγού κυττάρων. Το καρκίνωμα αυτό σπάνια κάνει μεταστάσεις και έχει καλή πρόγνωση.
- **Νεανικός καρκίνος** : Είναι σπάνιος καρκίνος και ιστολογικά μοιάζει με το σωληνώδη διηθητικό της ενήλικης γυναίκας. Εμφανίζεται σε παιδιά ηλικίας 8 έως 15 ετών και έχει καλή πρόγνωση μετά την εξαίρεσή του.

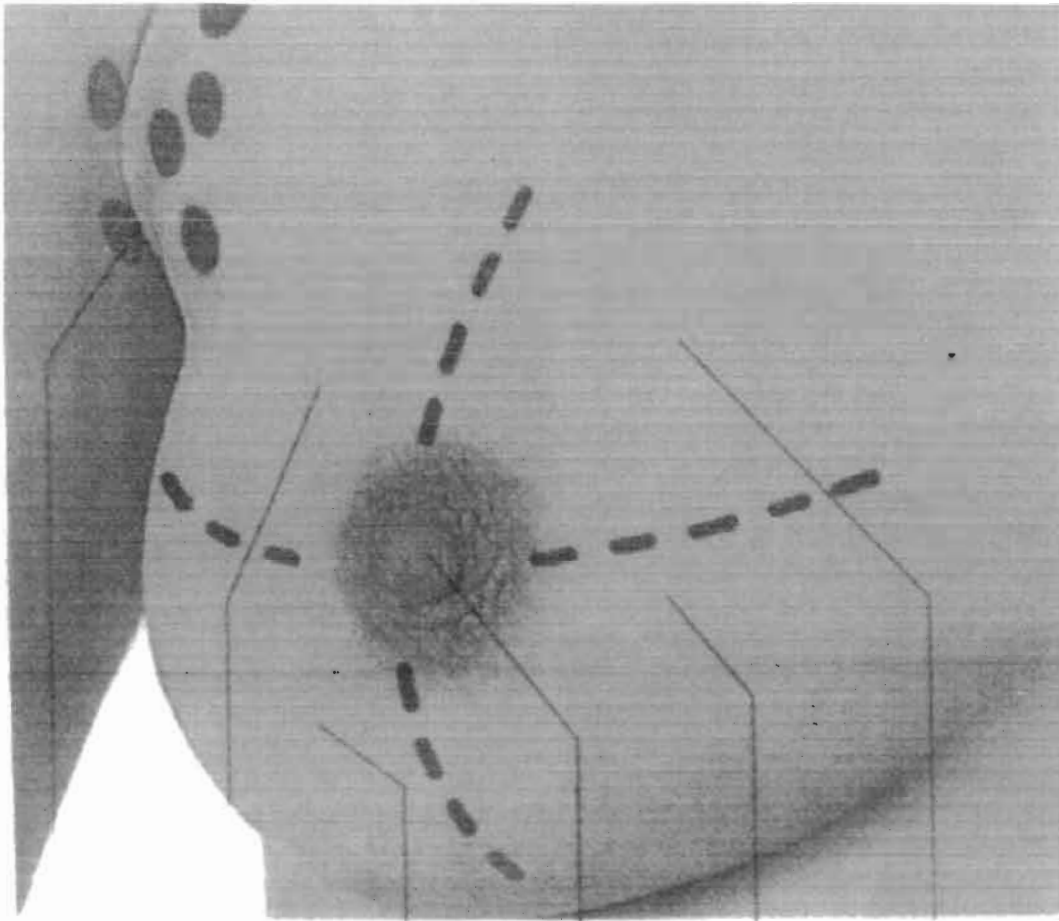
2. **Νόσος του Paget** : Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση στην επιδερμίδα της θηλής, των μεγάλων κυττάρων του Paget με διαυγές ή θολερό κυτταρόπλασμα και μεγάλους πυρήνες. Σε αυτή τη φάση συνήθως δεν υπάρχει διηθητικό καρκίνωμα και η ολική μαστεκτομία με λεμφαδενικό καθαρισμό μασχάλης έχει θαυμάσια αποτελέσματα, Σε προχωρημένη κατάσταση με ανάπτυξη ψηλαφητού πλέον διηθητικού καρκίνου, η πρόγνωση είναι ίδια με τις άλλες μορφές του καρκίνου. Η εξέλιξη, η διάγνωση και η παραμόρφωση της θηλής είναι ύποπτα σημεία για νόσο του Paget. Συνιστάται η βιοψία της θηλής και των υποκείμενων γαλακτοφόρων πόρων σε βάθος. Η επιπολής εντόπιση της νόσου του Paget βοηθάει την πρώιμη διάγνωση και την επιτυχή θεραπεία. Οι ασθενείς με νόσο του Paget συνήθως προσέρχονται για θεραπεία πολύ αργότερα απ' ότι εκείνες με καρκίνο του μαστού, γιατί οι περισσότερες εφαρμόζουν τοπική αντιφλεγμονώδη θεραπεία.

3. **Αγγειοσάρκωμα** : Έχει τη χειρότερη πρόγνωση από όλους τους άλλους καρκίνους του μαστού. Αναπτύσσεται ταχύτατα, εξαπλώνεται και μεθίσταται με την αιματική κυκλοφορία. Ιστολογικά δίνει εικόνα μάλλον καλοήθους όγκου.<sup>11</sup>

- 4. Φλεγμονώδης καρκίνος :** Είναι μια σπάνια και θανατηφόρος μορφή της νόσου με πενταετή επιβίωση λιγότερο από 2% έως 3%. Χαρακτηρίζεται από διασπορά των καρκινικών κυττάρων στους λεμφαδένες του μαστού και του δέρματος. Η βλάβη έχει τυπική εμφάνιση ερυσιπέλατος με διογκωμένα τα όρια της βλάβης του δέρματος και ερυθρότητα της περιοχής. Η διαφορική διάγνωση μεταξύ της φλεγμονής και του καρκίνου γίνεται μετά από βιοψία της βλάβης σε βάθος. Στον φλεγμονώδη καρκίνο προηγείται ακτινοβολία και ακολουθεί χειρουργική επέμβαση.<sup>12</sup>
- 5. Βλεννώδης καρκίνος :** Αυτός απαντάται σε συχνότητα 2.5% στο σύνολο των καρκινωμάτων του μαστού και αποτελεί όγκο μαλακό, με σαφή όρια, που όταν τον κόψουμε, μοιάζει με ζελατίνα. Τις περισσότερες φορές εμφανίζεται στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού και έχει καλύτερη πρόγνωση σε σύγκριση με άλλα καρκινώματα. Το καρκίνωμα αυτό διακρίνεται σε τέσσερις τύπους: τυπικό, βλεννοπαραγωγό, λοβιακό και καρκίνωμα από κύτταρα «δίκην σφαγιστήρα δαχτυλιδιού». Η βλέννα αυτών των τύπων είναι όξινος ή ουδέτερος πολυσακχαρίτης. Το βλεννώδες καρκίνωμα κλινικά θα το διαγνώσουμε με την ψηλάφηση και μαστογραφικά από την ύπαρξη σφαιρικής μάζας με ομαλά όρια στην οποία υπάρχει διάσπαση των ορίων της σκιάς της. Σπάνια παρατηρούνται απασβεστώσεις.<sup>5</sup>
- 6. Λιποεκκριτικός καρκίνος :** Αυτός εμφανίζεται σε συχνότητα 1% όλων των καρκίνων του μαστού σε γυναίκες, γύρω στα 60 χρόνια της ηλικίας τους.<sup>13</sup>
- 7. Αμφοτερόπλευρος πρωτοπαθής καρκίνος :** Σε συχνότητα 1-15% είναι δυνατών να αναπτυχθεί καρκίνος και στον άλλο μαστό, ύστερα από αντιμετώπιση του πρώτου και σε συχνότητα 0,1-11% είναι δυνατό να συνυπάρχει σύγχρονη αμφοτερόπλευρη εντόπιση. Αυτό έχει σημασία, γιατί δείχνει πόσο απαραίτητος είναι ο έλεγχος και του μαστού, που κλινικά δεν εμφανίζει σημεία

πάθησης του. Προδιαθεσικούς παράγοντες στην εμφάνιση αμφοτερόπλευρου πρωτοπαθούς καρκινώματος αποτελούν η νεαρή ηλικία στην οποία διαγνώστηκε ο πρώτος καρκίνος, το επιβαρημένο κληρονομικό, το πολυεστιακό της πάθησης και ο ιστολογικός του τύπος. Ο πορογενής διηθητικός καρκίνος θεωρείται περισσότερο υπεύθυνος για την αμφοτερόπλευρη εντόπιση του. Στο αν καρκίνος του άλλου μαστού αποτελεί μετάσταση από τον πρώτο ή ανεξάρτητο καρκίνωμα, θα μας βοηθήσει ο ιστολογικός του τύπος και η συμπεριφορά των δύο καρκινωμάτων.

8. **Μεταστατικός καρκίνος** : Οποιοσδήποτε καρκίνος του σώματος της γυναίκας μπορεί να κάνει μεταστάσεις και στο μαστό. Τις περισσότερες όμως φορές, ο μεταστατικός καρκίνος του μαστού προέρχεται από τους πνεύμονες, τις ωθήκες και από κακόηθες μελάνωμα. Ο μεταστατικός καρκίνος κλινικά εμφανίζεται με χαρακτηριστικές καλοήθους πάθησης του μαστού και μαστογραφικά δύσκολα ξεχωρίζει η κακοήθεια του.



50%	11%		
Λεμφαδένες	18%	6%	15%

**Εικόνα 14.** Η συχνότητα, με την οποία ανιχνεύεται καρκίνος σε δεδομένα μέρη του μαστού σε ποσοστά επί τοις εκατό. Καρκίνος μπορεί επίσης να εμφανισθεί στους λεμφαδένες της μασχάλης.

**ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού, αντιμετωπίζεται ως γενικευμένος καρκίνος του μαστού, διότι εκ των ιδιοτήτων του κρίνεται ανεγχείρητος. Ο καρκίνος αυτός δεν αποτελεί ιδιαίτερο ιστολογικό τύπο αλλά χαρακτηρίζεται από την παρουσία διάχυτου

οιδήματος του υπερκειμένου δέρματος σε μεγαλύτερη έκταση από εκείνη που καταλαμβάνει ο ίδιος ο όγκος. Χαρακτηρίζεται από εξαιρετικά αδιαφοροποίητα κύτταρα σε συνδυασμό συχνά με φλεγμονώδη κύτταρα και υπεραιμία του υποθηλώδους πλέγματος. Σημαντική είναι συνήθως η διάχυτη προσβολή των λεμφαγγείων του δέρματος.

Γενικευμένο καρκίνωμα του μαστού θεωρείται εκείνο που έχει ξεπεράσει τα όρια των συστοίχων λεμφαδένων και έχει κάνει μεταστάσεις σε άλλα όργανα, όπως οστά, δέρμα, πνεύμονες, ήπαρ, άλλα κοιλιακά σπλάχνα, εγκέφαλο. Σε αυτή την περίπτωση λέμε ότι η νόσος βρίσκεται, επί τη βάση της ταξινομήσεως της κατά στάδια, στο 4<sup>ο</sup> στάδιο της. Σήμερα μια ασθενής με προσβολή των επιχωρίων λεμφαδένων (στάδιο III) θεωρείται ότι έχει νόσο γενικευμένη, έστω και αν δεν έχουν διαπιστωθεί κλινικό-εργαστηριακώς μεταστάσεις σε άλλα όργανα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η εμπειρία των τελευταίων δεκαετιών έδειξε ότι η πρόγνωση των ασθενών αυτών είναι πολύ χειρότερη από εκείνη των ασθενών χωρίς μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες και θα έπρεπε να αντιμετωπίζονται διαφορετικά ή μεν από τους δε. Αυτό αφορά κυρίως στο θέμα της προφυλακτικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού, δηλαδή της χορηγήσεως θεραπείας μετά την αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου και πριν από την εμφάνιση μεταστάσεων.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η πλειοψηφία των καρκινωμάτων του μαστού προέρχονται από το επιθήλιο των μεγάλου, μετρίου και μικρού μεγέθους πόρων. Νεοπλάσματα που προέρχονται από το επιθήλιο των πόρων, που ακόμη περιορίζονται στον αυλό τους χωρίς να εκτείνονται στους υποκείμενους ιστούς, καλούνται ενδοπορικά ή καρκινώματα *in situ* (DCIS). Αυτά τα νεοπλάσματα σπάνια μεθίστανται και έχουν υψηλά ποσοστά ίασης με τοπική θεραπεία. Τα καρκινώματα που επεκτείνονται στους υποκείμενους ιστούς καλούνται διηθητικά καρκινώματα των πόρων. Αυτά τα νεοπλάσματα έχουν τάση για πρώιμες μεταστάσεις και χειρότερη πρόγνωση.

### ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Η πλειονότητα των διηθητικών καρκινώματος του μαστού ξεκινά από το επιθήλιο των λοβίων και τους πόρους του αδένα. Τόσο τα λοβιακά όσο 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 συχνοί από ότι 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 ποικίλουν από απλή υπερπλασία μέχρι υπερπλασία με κυτταρική ατυπία, που πολλές φορές παίρνει τη μορφή γνήσιου μη διηθητικού καρκινώματος. Όλο το φάσμα

των κυτταρικών μεταβολών μπορεί, και συνήθως έτσι συμβαίνει, να βρεθεί σε ένα και μόνο μαζικό αδέννα.

Η νεώτερη κατάταξη των κακοηθών νεοπλασμάτων του μαστού δείχνει τα εξής :

### **Κακοήθη επιθηλιακά νεοπλάσματα:**

#### *Πορογενές μη διηθητικό (in situ)*

- Θηλώδες
- Comedo
- Ηθμοειδές

#### *Πορογενές διηθητικό*

- Μετά σκιρρώδους αντιδράσεως
- Θηλώδες
- Comedo διηθητικό
- Μυελοειδές
- Βλεννώδες ή κολλοειδές
- Αδενοειδές κυστικό
- Καρκίνωμα εξ αποκρινών αδένων

#### *Λοβιακό*

- Μη διηθητικό (in situ)
- Διηθητικό ή μικροκυτταρικό
- Paget

#### *Κακοήθη μεσεγχυματογενή νεοπλάσματα*

- Ινοσάρκωμα
- Λιποσάρκωμα
- Αγγειωσάρκωμα
- Λειομυοσάρκωμα

## ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

---

- Ραβδομυοσάρκωμα
- Λεμφαγγειοσάρκωμα
- Κακότηδες φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα

Διακρίνουμε δηλαδή δύο τύπους επιθηλιακού καρκίνου :

- A. Το μη διηθητικό (πορογενή ή λοβιακό)
- B. Το διηθητικό (πορογενή ή λοβιακό)

### ΛΟΒΙΑΚΟΣ ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ (IN SITU)

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

Η συχνότητα του σε υλικό από επεμβάσεις για καλοήθειες νόσους φθάνει περίπου σε 2%, αλλά ο αριθμός εξαρτάται από τον αριθμό των τομών που πάρθηκαν από το παρασκεύασμα. 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%).<sup>14</sup>

### ΠΟΡΟΓΕΝΗΣ ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ (IN SITU)

Η διάγνωση 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.

## **ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

---

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.

## **ΛΟΒΙΑΚΟΣ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ**

Το ποσοστό του είναι 5-10%. Η πιθανότητα αμφοτερόπλευρης ύπαρξης καρκίνου είναι μεγαλύτερη από ότι 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 σφαγιστήρος και ο ιστοκυτταροειδής καρκίνος είναι κατά κανόνα λοβιακός.

## **ΠΟΡΟΓΕΝΗΣ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ**

Ορισμένοι τύποι πορογενούς καρκίνου έχουν καλύτερη πρόγνωση. Έτσι το μυελοειδές καρκίνωμα έχει ποσοστό 5%. Είναι όγκος συνήθως περιγραφπτός 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 συναντάμε σε ποσοστό 18% των αρρώστων αμφοτερόπλευρο. Τέτοια 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 κύτταρα 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.

### ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ 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.

Στον πίνακα 2 παρουσιάζεται σε εκατοστιαία αναλογία η συχνότητα, με την οποία εμφανίζονται διάφοροι τύποι καρκινωμάτων του μαστού.<sup>2</sup>

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

**Πίνακας 2.** Συχνότητα εμφάνισης καρκινωμάτων του μαστού.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Παρά το γεγονός, ότι η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού παραμένει μέχρι σήμερα αδιευκρίνιστη, μια σειρά ενδογενών και εξωγενών παράγονται έχει αποδειχθεί με βάση επιδημιολογικά δεδομένα, ότι σχετίζονται με την έναρξη και εξέλιξη της νόσου. Η επίπτωση του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες "υψηλού κινδύνου", με έναν ή περισσότερους επιβαρυντικούς παράγοντες είναι διπλάσια μέχρι και πενταπλάσια σε σχέση με τις γυναίκες "χαμηλού κινδύνου", χωρίς δηλαδή επιβαρυντικούς παράγοντες. Παρ' όλα όμως αυτά, η αξία των επιβαρυντικών παραγόντων στο σχεδιασμό προγραμμάτων πρόληψης της νόσου περιορίζεται από το γεγονός, ότι στο 70% έως 80% του συνόλου των ασθενών με καρκίνο του μαστού δεν διαπιστώνεται η ύπαρξη κάποιου επιβαρυντικού παράγοντα.

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: Α) τους ενδογενείς, Β) τους εξωγενείς:

#### **A) ΕΝΔΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ :**

**Κληρονομικότητα.** Η σχέση της κληρονομικότητας με τον καρκίνο του μαστού είναι διαπιστωμένη και αφορά σε συγγενείς πρώτου βαθμού, δηλ. μητέρα η αδελφή.

Έτσι, αν μια από αυτές πέρασε καρκίνο μετεμμηνοπαυσικά, οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, είναι μια και μισή φορά περισσότερες. Αν τον πέρασαν προεμμηνοπαυσικά, τότε αυτές φτάνουν τις τρεις φορές. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε μετεμμηνοπαυσικά και από τους δύο μαστούς, τότε αυτές φτάνουν τις τέσσερις φορές. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε προεμμηνοπαυσικά και στους δύο μαστούς, τότε αυτές φτάνουν τις οκτώ φορές.

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

**Φύλο.** Στους 100 καρκίνους του μαστού μόνο ο ένας αφορά στον άντρα. Συχνότερα εμφανίζεται σε όσους πάσχουν από σύνδρομο Klinefelter (XXY).<sup>5</sup>

**Ηλικία.** Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών 35-55 ετών. Δεν είναι συχνή η εμφάνιση του πριν από την ήβη. Η συχνότητα ανεβαίνει μέχρι την εποχή της εμμηνόπαυσης, για να περιορισθεί μετά από αυτή. Ειδικότερα, ο καρκίνος μαστού κάτω από την ηλικία των 30 ετών εμφανίζεται σε συχνότητα, που δεν φτάνει το 1%, και στο 85% των περιπτώσεων η μέση ηλικία εμφάνισης του είναι των 40 ετών.

**Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης.** Η πρόωμη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση διαπιστώθηκε, πως συμβάλλουν στις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, γιατί υπάρχουν στην περίπτωση αυτή περισσότεροι ανωθυλακιορρηκτικοί κύκλοι και επομένως λιγότερη έκκριση προγεστερόνης, που προστατεύει το μαστό. Το ίδιο ισχύει και για τις γυναίκες που πάσχουν από στέρωση, λόγω ύπαρξης πολυκυστικών ωθηκών. 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 ωθηκεκτομία κοντά στην εμμηνόπαυση, και μάλιστα στις γυναίκες, που δεν απέκτησαν παιδιά, και σε αυτές, που έπασχαν από πολυκυστικές ωθήκες, κρίθηκε δικαιολογημένη για την προστασία της γυναίκας από τον καρκίνο του μαστού.

Ο εγχειρητικός ευνουχισμός πριν από τα 40 χρόνια της γυναίκας ελλατώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά 70-75% για τα πρώτα δέκα χρόνια. Μετά τη δεκαετία η συχνότητα αυξάνει.

**Ηλικία πρώτου τοκετού.** Διαπιστώθηκε, ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ηλικία της γυναίκας, που θα αποκτήσει το πρώτο της παιδί, και στον καρκίνο του μαστού.

Αν, αυτή γεννήσει το πρώτο της παιδί πριν από τα 20 χρόνια της ηλικίας της, τότε ο μαστός της προστατεύεται περισσότερο από τον καρκίνο σε σύγκριση με αυτή, που θα γεννήσει το πρώτο της παιδί μετά τα 35 χρόνια της. Ειδικότερα, οι πιθανότητες σ' αυτή την περίπτωση τριπλασιάζονται.

Η προστατευτική από τον καρκίνο επίδραση της πρώτης τελειόμηνης εγκυμοσύνης έχει σχέση με τον καρκίνο, που εμφανίζεται μετά την ηλικία των 40 ετών, γιατί η προστασία κρατάει για 15 περίπου χρόνια.

Οι επόμενες μετά την πρώτη εγκυμοσύνη της γυναίκας, που γέννησε πριν από τα 35 χρόνια της, δεν επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

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

Φύλο του πρώτου εμβρύου. Πιστεύεται, πως, όταν το πρώτο έμβρυο είναι αρσενικό, η γυναίκα προστατεύεται περισσότερο από καρκίνο στο μαστό της λόγω, των εκκρινόμενων από το έμβρυο ανδρογόνων ορμονών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

**Αριθμός τοκετών.** Ενώ, όπως αναφέρθηκε, έχει σημασία η ηλικία της γυναίκας στον πρώτο της τοκετό, δεν διαπιστώθηκε, πως ο μαστός προστατεύεται από τον καρκίνο στις πολύτοκες.<sup>5</sup>

**Θηλασμός.** Πιστευόταν, πως ο θηλασμός προστατεύει τη γυναίκα από καρκίνο του μαστού. Τα τελευταία χρόνια η άποψη αυτή δεν θεωρήθηκε παραδεκτή. Σήμερα, όμως, δεχόμαστε την προστασία του θηλασμού και μάλιστα, πως, όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κρατήσει τόσο η προστασία είναι μεγαλύτερη.<sup>15</sup>



**Αμβλώσεις.** Οι διακοπές της εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνο της διαπιστώθηκε, πως αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες εκδήλωσης καρκίνου του μαστού.

**Ορμονικοί παράγοντες.** Η επίδραση των ορμονών στο επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων απασχόλησε ιδιαίτερα τους ερευνητές. Φάρμακα, που χορηγούνται για την αντιμετώπιση θυρεοειδοπαθειών, η λήψη οιστρογόνων ορμονών και η χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων χωρίς προγεστερόνη, ενοχοποιήθηκαν για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού.

Οι πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες, που τους χορηγήθηκαν οιστρογόνες ορμόνες, διπλασιάζονται. Το αντίθετο συμβαίνει, αν τους χορηγήθηκε προγεστερόνη.

Σημασία φαίνεται πως έχει η σχέση οιστριόλης, προς την οιστρόνη και την οιστραδιόλη. Αύξηση της σχέσης, σημαίνει ελαττωμένες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, ενώ ελάττωση της αυξημένες πιθανότητες.

Η αυξημένη παραγωγή οιστριόλης, που παρατηρείται στην εγκυμοσύνη, προστατεύει το μαστό από την καρκινογόνο δράση της οιστρόνης και της οιστραδιόλης.

Η άποψη, πως, οι γυναίκες, που εμφανίζουν υπερπρολακτιναιμία, έχουν αυξημένες πιθανότητες προσβολής τους από καρκίνο του μαστού, δεν έχει τεκμηριωθεί.

**Άλλης εντόπισης καρκίνος.** Όταν εμφανισθεί καρκίνος στον ένα μαστό, υπάρχει πιθανότητα 8-10 φορές συχνότερα να αναπτυχθεί και στον άλλο. Επίσης, συχνότερα εμφανίζεται καρκίνος στο μαστό, όταν υπάρχει στο ενδομήτριο, στις ωθήκες και στο παχύ έντερο. Ανεξάρτητη ταυτόχρονη ανάπτυξη καρκίνου και στους δύο μαστούς παρατηρείται σε ποσοστό μέχρι και 4% του συνόλου των ασθενών.

**Κυστική νόσος του μαστού.** Πρόκειται για συχνότατη καλοήγη νόσο του μαστού. Μεταξύ των διαφόρων ιστολογικών τύπων της νόσου μόνο ο τύπος με άτυπη υπερπλασία του επιθηλίου των πόρων ή των αδενικών λοβίων σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Τα ευρήματα της αντικειμενικής εξέτασης και της

μαστογραφίας δεν διαφοροποιούνται ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο και για το λόγο αυτό σε κάθε περίπτωση απαιτείται βιοψία του κυστικού μορφώματος του μαστού.

### **B) ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

**Γεωγραφική κατανομή.** Στατιστικά δεδομένα αναφέρουν, πως ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στο Δυτικό κόσμο απ' ότι στην Αμερική, στην Ασία και στη Μέση Ανατολή. Στη Βόρεια Αμερική και στη Βόρεια Ευρώπη εμφανίζεται πέντε φορές συχνότερα από ότι στην Ασία και στην Αφρική. Στην Νότια Αμερική και στη Νότια Ευρώπη εμφανίζεται σε μέση συχνότητα. Στην Ολλανδία εμφανίζεται στη μεγαλύτερη συχνότητα από όλα τα άλλα κράτη. Επίσης, διαπιστώθηκε, πως ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται επτά φορές συχνότερα στις Αμερικανίδες απ' ότι στις Γιαπωνέζες και πως, όταν οι Γιαπωνέζες μεταναστεύσουν στην Αμερική, στους απογόνους τους δεν υπάρχει αυτή η διαφορά.<sup>5</sup>

**Διαιτητικοί παράγοντες.** Πιστεύεται, πως οι παχύσαρκες γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο του μαστού. Παρατηρήθηκε, πως στο δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο σημειώθηκε αισθητή κάμψη εμφάνισης της πάθησης.

Οι διαιτητικοί παράγοντες υπεισέρχονται στη σύνθεση και στο μεταβολισμό των οιστρογόνων ορμονών, δηλ. το λίπος και μάλιστα το ζωικό οδηγεί σε αυξημένη μετατροπή της ανδροστενδιόνης σε οιστρόνη και αυξάνει την απελευθέρωση προλακτίνης από την υπόφυση και την παραγωγή χολικών αλάτων, που μεταβάλλουν την εντερική χλωρίδα, έτσι, ώστε να παράγονται καρκινογόνες ουσίες.

Ο σχετικός κίνδυνος για καρκίνο του μαστού είναι σημαντικά μεγαλύτερος στις γυναίκες της ανώτερης οικονομικής τάξης στη Δυτική Ευρώπη και Βόρεια Αμερική σε σχέση με γυναίκες της κατώτερης κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης καθώς και με γυναίκες της Ανατολικής Ασίας και της Ιαπωνίας. Η διαφορά αυτή έχει

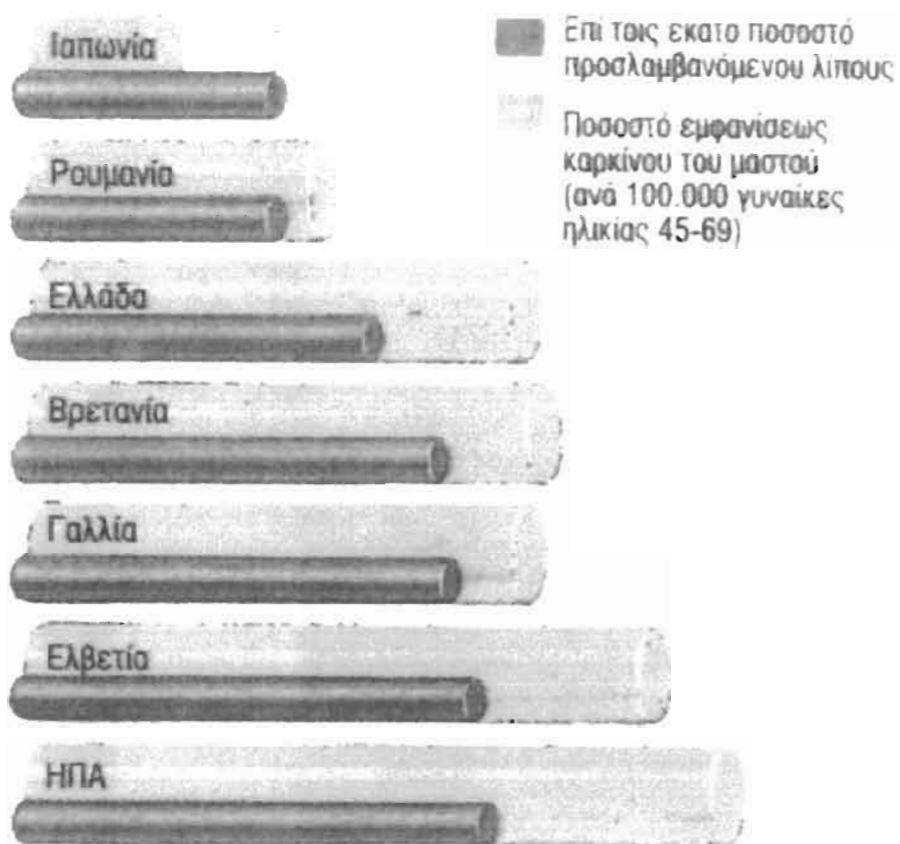
αποδοθεί στην υψηλή περιεκτικότητα λίπους στη δίαιτα δυτικού τύπου καθώς και την κατανάλωση μέτριας ποσότητας αλκοόλης (πίνακας 3)

Αυξημένη επίπτωση καρκίνου του μαστού έχει παρατηρηθεί και σε πειραματόζωα, τα οποία ελάμβαναν τροφή πλούσια σε λίπος.

Σε διαιτητικούς παράγοντες αποδόθηκε και η εμφάνιση καρκίνου στο παχύ έντερο, που σχετίστηκε θετικά, έστω και σε μικρό βαθμό, με τον καρκίνο του μαστού.<sup>4</sup>

**Άλλοι παράγοντες.** Διαπιστώθηκε, πως , όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος σπουδών της γυναίκας, τόσο αυξάνεται και η συχνότητα του καρκίνου του μαστού. Επίσης, πως οι ψηλές γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα, από τις κοντές, όπως συχνότερα προσβάλλονται οι γυναίκες αστικών τάξεων σε σύγκριση με τις γυναίκες αγροτικών. Ακόμη, πιστεύεται, πως η έντονη ψυχική δοκιμασία και η χορήγηση ορισμένων φαρμάκων, όπως της ρεσερπίνης σε μεγάλες δόσεις, μπορούν να θεωρηθούν αιτιολογικοί παράγοντες του καρκίνου του μαστού. Γυναίκες που εκτέθηκαν σε ακτινοβολία (Χιροσίμα), όπως και γυναίκες που έπασχαν από φυματίωση και υποβλήθηκαν σε συχνό ακτινοσκοπικό έλεγχο, εμφανίζουν συχνότερα καρκίνο στο μαστό τους. Σε όσο μικρότερη ηλικία η γυναίκα εκθέσει τον εαυτό της σε ακτινοβολία, τόσο ο κίνδυνος να εμφανίσει καρκίνο στο μαστό της μεγαλώνει. Την μεγαλύτερη ευαισθησία την εμφανίζει στην ηλικία των 10-19 ετών και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Τέλος, εκφράσθηκε η άποψη, πως υπάρχει κάποιος ιός, που βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση, και ενεργοποιείται κάτω από την επίδραση διαιτητικών, ενδοκρινικών και γενετικών παραγόντων και προκαλεί καρκίνο στο μαστό.<sup>16</sup>



Πίνακας 3. Ποσοστά καρκίνου του μαστού ανά τον κόσμο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ο καρκίνος του μαστού στην αρχή μπορεί να είναι ασυμπτωματικός και η ανακάλυψη του να γίνει σε τυχαία ψηλάφηση του. Τις περισσότερες φορές εμφανίζεται με τα παρακάτω συμπτώματα τα οποία διακρίνονται σε πρώιμα και όψιμα :

Πρώιμα	Όψιμα
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ανώδυνη διόγκωση μαστού</li> <li>2. Εισολκή θηλής.</li> <li>3. Διήθηση δέρματος.</li> <li>4. Ακίνητη διόγκωση.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Προσήλωση στους θωρακικούς μυς.</li> <li>2. Ρυτίδωση δέρματος.</li> <li>3. Εκροή αίματος από τη θηλή (Peau d' orange).</li> <li>4. Διήθηση μασχαλιαίων λεμφαδένων.</li> </ol>

**Όγκος.** Σε συχνότητα πάνω από 80% κάνει την εμφάνιση του με τη μορφή όγκου, που σε αναλογία 90-95% των περιπτώσεων, γίνεται αντιληπτός από την ίδια τη γυναίκα, λίγο πιο συχνότερα στον αριστερό μαστό.<sup>5</sup> Εμφάνιση όγκου στο μαστό στην πέμπτη δεκαετία της ζωής της γυναίκας, και ιδιαίτερα στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού, πρέπει να θεωρηθεί καρκίνος.<sup>17</sup>

**Πόνος.** Ο πόνος θα οδηγήσει τη γυναίκα στο γιατρό σε συχνότητα 10% και είναι ύποπτος για καρκίνο, όταν εμφανισθεί ετερόπλευρα σε γυναίκα, που δεν βρίσκεται σε εμμηνόπαυση και δεν παίρνει

οιστρογόνες ουσίες. Πόνοι προκαλούνται και από μεταστάσεις στα οστά.

**Έκκριση από τη θηλή.** Η έκκριση από τη θηλή του μαστού, που πάσχει, εμφανίζεται σε συχνότητα 8% περίπου και, αν είναι αιματηρή, σε συχνότητα 18% πρόκειται για καρκίνο.

Η απόφραξη των λεμφαγγείων του δέρματος του μαστού από νεοπλασματικά κύτταρα δημιουργεί τη χαρακτηριστική εικόνα "φλοιού πορτοκαλιού" η δε συνύπαρξη και φλεγμονής χαρακτηρίζει τον ιδιαίτερα επιθετικό τύπο του φλεγμονώδους καρκίνου του μαστού.<sup>11</sup>

**Εισολκή δέρματος και θηλής.** Η εισολκή του δέρματος ή της θηλής ή η εκτροπή του άξονα της θηλής, αποτελούν παθογνωμικά σημάδια καρκίνου του μαστού. Κάθε προβολή, εισολκή ή ασυμμετρία του μαστού καθώς και η πρόσφατη εισολκή της θηλής του μαστού πρέπει να αξιολογούνται στα πλαίσια υποκείμενης νεοπλασίας.

**Άλλα συμπτώματα.** Σπανιότερα, ο καρκίνος του μαστού κάνει την εμφάνιση του με: εξέλκωση στη θηλή, φλεγμονή, οίδημα, βήχα και δύσπνοια από πνευμονικές μεταστάσεις, θωρακικούς πόνους, από διήθηση του υπεζωκότα, κοιλιακούς πόνους; ίκτερο, κεφαλαλγία, διπλωπία και άποιο διαβήτη από μετάσταση στην υπόφυση.<sup>5</sup>

## ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

### Τοπική διήθηση.

Η τοπική διήθηση του όγκου κατά την ιστολογική εξέταση βρίσκεται πάντοτε ότι είναι μεγαλύτερη από ότι υπολογίζεται κατά την εγχείρηση. Για τον 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.<sup>18</sup>

### **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 υπερκλειδίων, των υποκλειδίων και των έσω μαστικών λεμφαδένων. Εφόσον η καρκινωμάτωσης 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 μπουνε στη φλεβική κυκλοφορία.

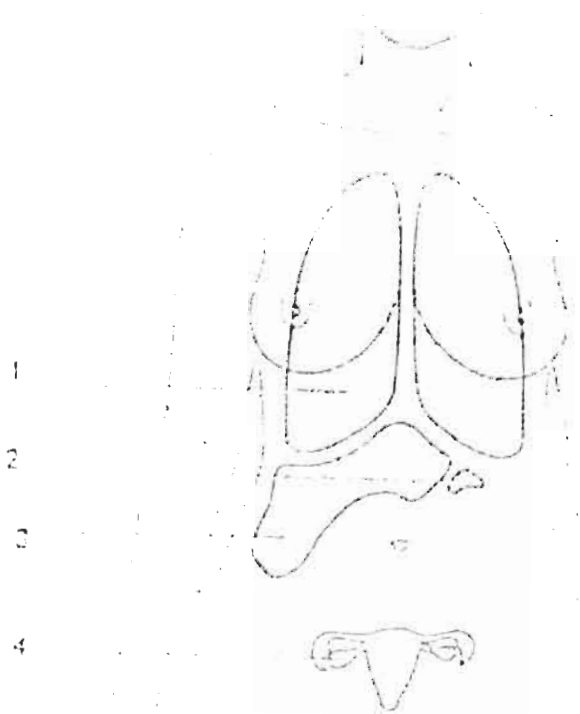
### **Αιματογενής διασπορά.**

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.<sup>2</sup>

Η αιματική διασπορά, η οποία είναι συνήθης, έχει ιδιαίτερη προτίμηση σε ορισμένα όργανα ή συστήματα: σκελετό, πνεύμονες, σπλήνας, ήπαρ, ωθήκη και εγκέφαλο (εικ. 15). Η συχνή μετάσταση

στο σκελετό (κύρια σπονδυλική στήλη και οστά της πυέλου), όταν δεν υπάρχουν πνευμονικές μεταστάσεις, αποδίδεται στη διασπορά των καρκινικών κυττάρων μέσω του παρασπονδυλικού φλεβικού πλέγματος, το οποίο συνδέεται άμεσα με το μαστό με τα μεσοπλεύρια αγγεία. Οι σκελετικές μεταστάσεις μπορεί να είναι οστεολυτικές (85% περίπου) ή οστεοβλαστικές (15% περίπου) αλλά και μεικτού τύπου (εικ. 16).

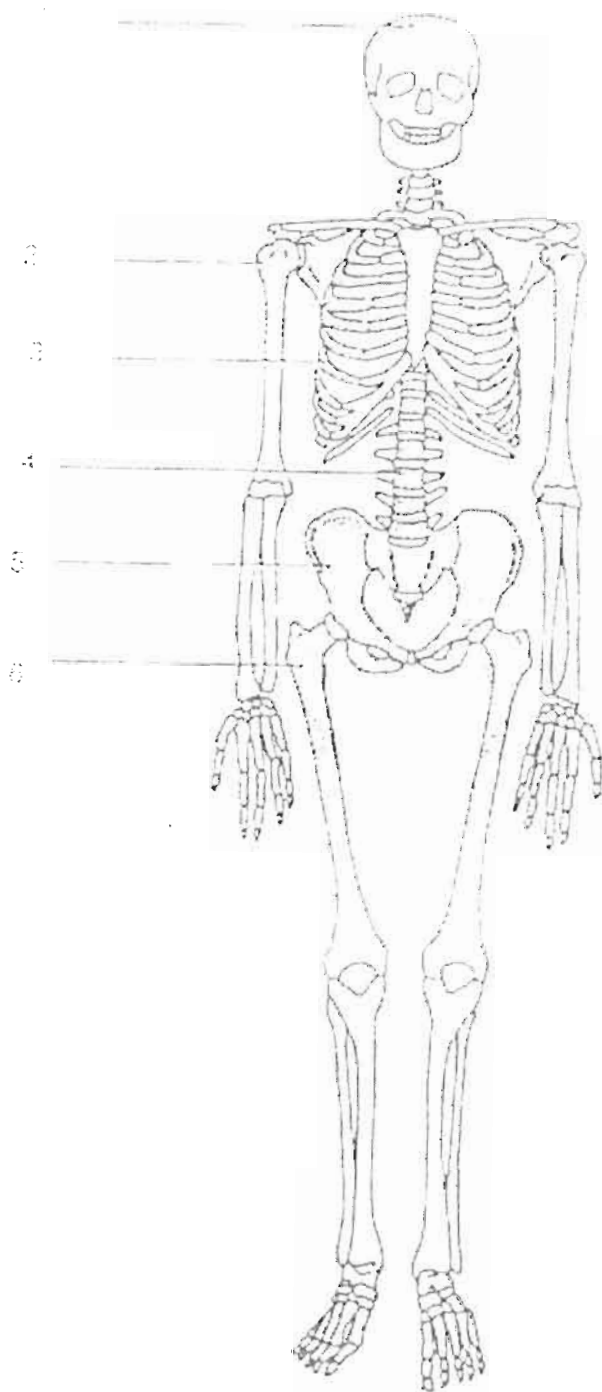
Είναι γενικά παραδεκτό σήμερα, ότι συχνά κατά τη διάγνωση του ο καρκίνος του μαστού έχει επεκταθεί πέρα από τα τοπικά-επιχώρια όρια, άσχετα αν αυτό δεν μπορεί να ανιχνευτεί. Υπάρχει δηλαδή υποκλινική μικροσκοπική διασπορά της νόσου, ο κίνδυνος της οποίας μπορεί να εκτιμηθεί από διάφορες παραμέτρους, όπως είναι το μέγεθος του (πρωτοπαθούς) όγκου και ο αριθμός των θετικών μασχαλιαίων λεμφαδένων. Τα παραπάνω αποτελούν και τη βάση της επικουρικής χημειοθεραπείας.<sup>5</sup>



**Εικόνα 15.** Εντόπιση σπλαχνικών μεταστάσεων στον καρκίνο του μαστού:

1. Πνεύμονες, 2. Στιτήνας, 3. Ήπαρ, 4. Ωοθήκη.





**Εικόνα 16.** Εμφάνιση σκελετικών μεταστάσεων στον καρκίνο του μαστού.

1. Κρανίο,
2. Βραχιόνιο οστό,
3. Πλευρά,
4. Σπόνδυλοι,
5. Πύελος,
6. Μηριαίο οστό.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι κλινική, εργαστηριακή και εγχειρητική. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις αυτό που θα οδηγήσει την ασθενή στο γιατρό για λεπτομερείς εξετάσεις που θα θέσουν τη διάγνωση, είναι η αυτοεξέταση του μαστού κατά την οποία μπορεί να διαπιστώσει την ύπαρξη όγκου ή την παρουσία άλλων ύποπτων ευρημάτων.

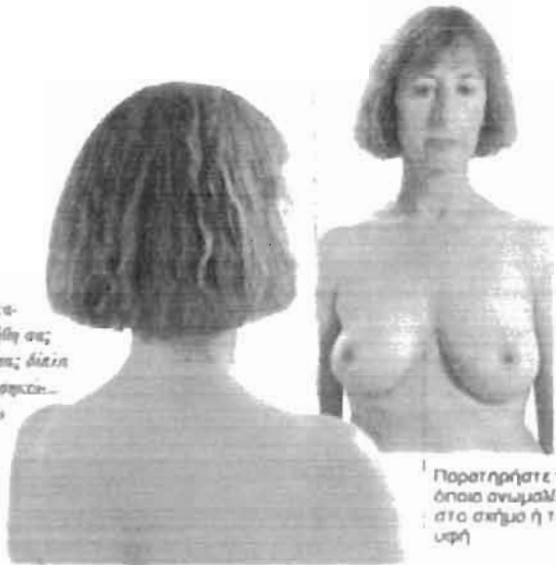
#### **Αυτοεξέταση του μαστού.**

Ο καρκίνος του μαστού ανευρίσκεται σε ποσοστό πάνω από 90% από τις ίδιες τις άρρωστες. Το γεγονός ότι πολλοί τύποι καρκίνου δεν είναι εύκολο να διαγνωστούν στα αρχικά στάδια δεν πρέπει να αποθαρρύνει τη μέθοδο αυτή. Η αυτοεξέταση του μαστού δε θα πρέπει να γίνεται κατά την περίοδο της εμμηνορρυσίας, αλλά μία εβδομάδα αργότερα. Η επισκόπηση των μαστών θα πρέπει να γίνεται μπροστά στον καθρέπτη, με καλό φωτισμό και τα χέρια σε τρεις διαδοχικές θέσεις: πάνω από το κεφάλι, πίσω από το κεφάλι, και στα πλάγια. Η ψηλάφηση του μαστού θα πρέπει να γίνεται σε ύπτια θέση, με το σύστοιχο του προς εξέταση μαστού χέρι τοποθετημένο κάτω από το κεφάλι, ενώ με τα δάχτυλα του αντίστοιχου χεριού ψηλαφάται μεθοδικά όλος ο μαστός (εικ. 17). Πολλές φορές διογκώσεις μέσα στο μαστό ανιχνεύονται από τις γυναίκες κατά τα διάρκειά του μπάνιου, καθώς η σαπουνάδα βοηθάει το χέρι να γλιστράει πάνω στο μαστό. Αυτή η εμπειρία θα πρέπει να συνιστάται, ώστε να αποτελεί μέρος της αυτοεξέτασης.

Η γυναίκα θα πρέπει να γνωστοποιεί έγκαιρα στο γιατρό κάθε ύποπτο εύρημα, που δεν υπήρχε στην προηγούμενη εξέταση της.<sup>4</sup>

**Τι θα ψάξετε**

Σταθείτε μπροστά στον καθρέφτη και παρατηρήστε τη στήθος σας, προσεκτικά με τους βραχίονες σας διπλωμένους στα πλευρά σας. Στη συνέχεια, σκεφτείτε τους μηρό με τη χέρια κλειστά από το κεφάλι. Δείτε τις διαφορές, στο σχήμα και την υφή του στήθους, και των θηλών.

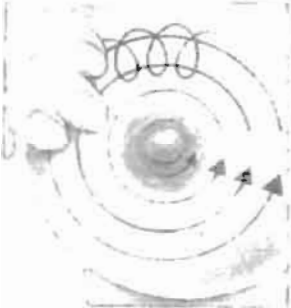


Παρατηρήστε την όποια ανωμαλία στο σχήμα ή την υφή

Δείτε ιδιαίτερα προσεχώς σε διαφορές: όγκους, έλκους, ή σε μια καινούρια μασχάρα που θα βλάψι.

**Πώς να ελέγξετε το στήθος σας**

Σταθείτε ανάσκελα ακουμπώντας το κεφάλι σας πάνω σε μια μπάλα, με τους καρπούς σας ελαφρώς σηκωμένους. Κινήστε τα δάχτυλά σας, επίπεδα και ελκυστικά κάθε τμήμα του στήθους σας, λούφοντας, ήμικρο, και λούφοντας κινήσεις.



Χρησιμοποιήστε το δεξί σας χέρι για να αντιληφθείτε τι συμβαίνει στο αριστερό σας στήθος, και το αριστερό σας χέρι για να ελέγξετε το δεξί σας. Κινήστε το βραχίονά σας, και δεν χρησιμοποιείτε όπλο σας.

Κινήστε το χέρι σας, με τη φορά των δεικτών του ρολογιού, αλλόπου, στο αριστερό στήθος, και με την αντίθετη από το ρολόι κατεύθυνση στο δεξί στήθος.



Ολοκληρώστε την εξέταση σας με το να τεντώσετε το βραχίονα που δεν χρησιμοποιείτε πίσω από το κεφάλι σας, ελέγξτε για την ύπαρξη όγκων κατά μήκος της αλβίδας και της μασχάλης.

**Εικόνα 17.** Μέθοδος αυτοεξέτασης του μαστού.

### ΚΛΙΝΙΚΗ

Μόνο το 70% των καρκίνων του μαστού μπορούν να διαγνωσθούν με την κλινική εξέταση και του πλέον έμπειρου γιατρού. Στο υπόλοιπο ποσοστό καταφεύγουμε σε. διαγνωστικές μεθόδους.

### Φυσική εξέταση των μαστών.

Ο μαστός πρέπει να εξετάζεται κάθε 6 μήνες ενώ πολλοί γυναικολόγοι συνιστούν για το ίδιο διάστημα συνδυασμό γυναικολογικής εξέτασης με εξέταση του μαστού. Σε γυναίκες υψηλού κινδύνου λόγω οικογενειακού ιστορικού, η εξέταση επιβάλλεται κάθε 3 μήνες, ιδιαίτερα όταν υπάρχει κυστική νόσος.

Η εξέταση των μαστών πρέπει να γίνεται την εβδομάδα μετά το τέλος της εμμηνορρυσίας. Ο λόγος είναι ότι προ της εμμηνορρυσίας ο μαστός είναι διογκωμένος και αυτό μπορεί να αποκρύψει σημαντικές βλάβες ή μάζες, που ανευρίσκονται εύκολα μετά την εμμηνορρυσία.

Η επισκόπηση των μαστών αρχίζει εφόσον έχει προηγηθεί η λήψη του ιατρικού ιστορικού της ασθενούς. Η επισκόπηση των μαστών γίνεται κάτω από επαρκή φωτισμό με την ασθενή σε καθιστή θέση και γυμνή από τη μέση και πάνω. Στην αρχή η ασθενής έχει τους βραχίονες στο πλάι πάνω από το κεφάλι της. Οι μαστοί εξετάζονται προσεκτικά για να εντοπισθούν τυχόν ύποπτες βλάβες. Η δυσαναλογία των μαστών, η χροιά του δέρματος, η εμφάνιση του φλεβικού δικτύου, η ύπαρξη οιδήματος, που παίρνει την όψη "φλοιού πορτοκαλιού" (εικ. 18) από έμφραξη των υποδόριων αγγείων, η εισολκή του δέρματος, που για να γίνει, εμφανής, πρέπει να σηκώσουμε το μαστό προς τα πάνω, για να σχηματισθεί η κύλανση (τεστ οροπεδίου), πρέπει να εκτιμηθούν. Επίσης, η εμφάνιση της θηλής, η εισολκή της ή η εκτροπή του άξονα της ή η αυτόματη έκκριση της πρέπει και αυτές να συνεκτιμηθούν.<sup>5</sup>



**Εικόνα 18.** Δέρμα "δίκην φλοιού πορτοκαλιού" σε καρκίνο.

### Ψηλάφηση .

Αυτή πρέπει να γίνεται από εξεταστή, που να είναι γνώστης των φυσιολογικών και παθολογικών μεταβολών του μαστού. Μια αμφοτερόπλευρη ινώδης σκλήρυνση που διαδράμει το μαστό ανευρίσκεται συχνά στην υπομαζική πτυχή σε μεγάλους κρεμασμένους μαστούς, ιδίως σε μεγάλες γυναίκες και δεν πρέπει να συγχέεται με κακοήθη όγκο. Πολλές ασθενείς πίσω από τη θηλή και την άλω παρουσιάζουν ένα μαλακό διάστημα, το οποίο συνέχεια με αδενικό ιστό πίσω από την περιφέρεια της άλω. Αυτό το φυσιολογικό εύρημα μπορεί να χαρακτηριστεί σαν όγκος, ιδιαίτερα στην περιοχή που αντιστοιχεί στα όρια της άλω.

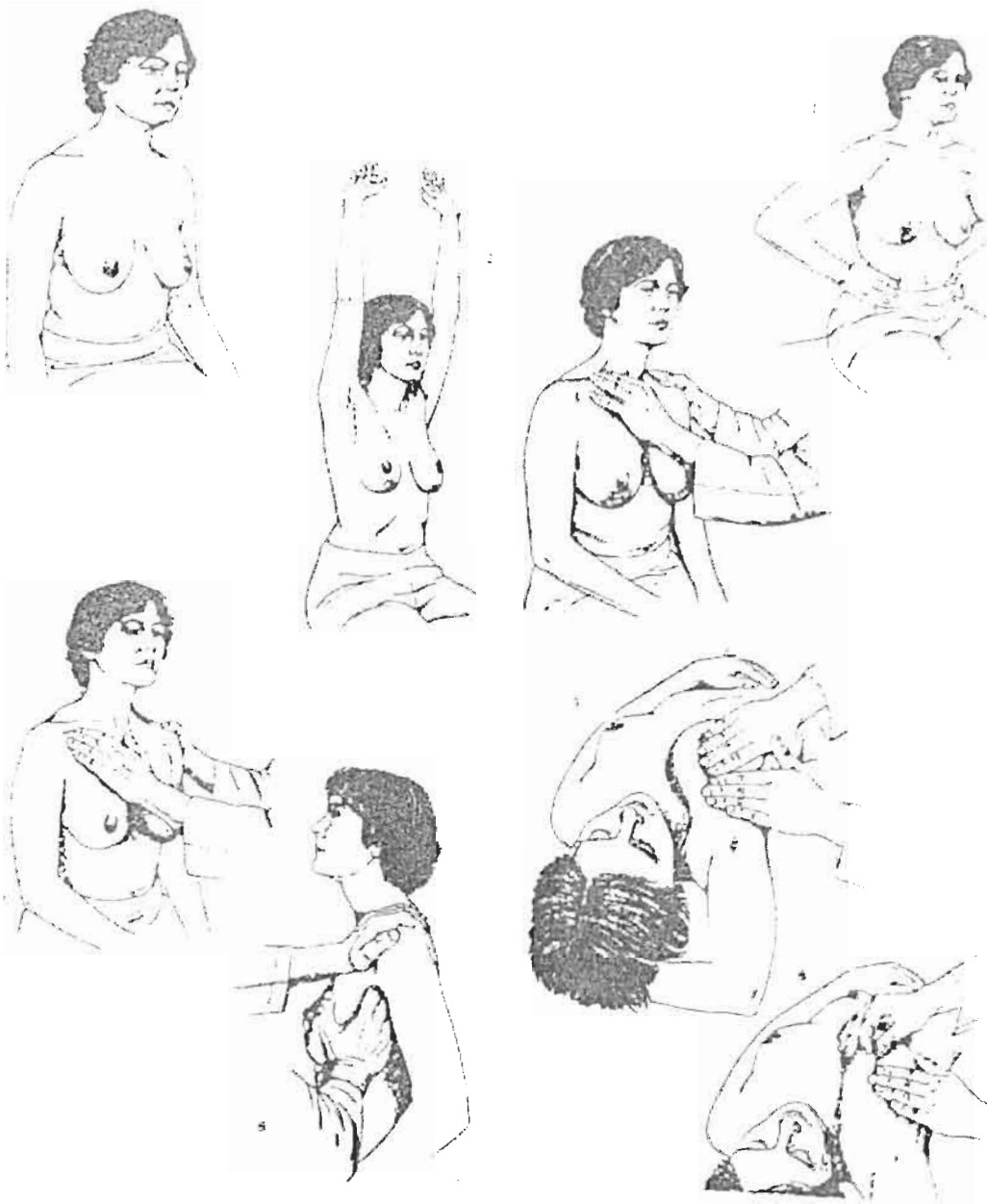
Η ψηλάφηση γίνεται αρχικά με την ασθενή σε καθιστή θέση. Δίδεται προσοχή στην υπερκλείδια χώρα, στη μασχάλη και στο μαστό. Οι σκαληνοί αδένες βρίσκονται πίσω από το έσω τριτημόριο της κλείδας. Η ψηλάφηση των υπερκλειδίων χώρων γίνεται συγκριτικά με τις άκρες των δακτύλων. Η μασχάλη εξετάζεται με το βραχίονα της ασθενούς, που στηρίζεται στο ελεύθερο χέρι του εξεταστή με σκοπό να χαλαρώσουν οι θωρακικοί μύες. Τα δάκτυλα του εξεταστή τοποθετούνται στην κορυφή της μασχάλης και η ψηλάφηση γίνεται από πάνω προς τα κάτω στο θωρακικό τοίχωμα. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες

ανευρίσκονται ψηλάφητοί στα 2/3 των περιπτώσεων, που έχει γίνει μετάσταση.

Η ψηλάφηση του μαστού σε όρθια θέση ενδείκνυται σε ατροφικούς και σε κρεμάμενους μαστούς. Οι θηλές εξετάζονται με απαλή πίεση ανάμεσα στο δείκτη και τον αντίχειρα. Η

ψηλάφηση σε κατακεκλιμένη θέση γίνεται σε όλες τις περιοχές του μαστού και είναι συγκριτική. Πρώτα η ασθενής έχει τους αγκώνες ελαφρώς κεκαμμένους και τις παλάμες να ακουμπούν στους γλουτούς και ύστερα φέρνει τους βραχίονες πάνω από την κεφαλή, ώστε οι μαστοί να απλωθούν στο θωρακικό τοίχωμα (εικ.19). Η εξέταση των μεγάλων και κρεμασμένων μαστών διευκολύνεται με την τοποθέτηση ενός μικρού μαξιλαριού κάτω από τους ώμους, ώστε οι μαστοί να έρθουν πάνω στο θωρακικό τοίχωμα και να γίνει πιο εύκολη η εξέταση.

Όταν τα ευρήματα συμφωνούν μπορεί να γίνουν διάφοροι χειρισμοί, ώστε μια ανωμαλία να γίνει περισσότερο φανερή εάν ανυψωθεί ο βραχίονας της γυναίκας πάνω από το κεφάλι της ή εάν τα χέρια της γυναίκας ασκήσουν πίεση στους μηρούς της, οι θωρακικοί μύες συσπώνται σε ένα βαθμό, ώστε οι σύνδεσμοι του Cooper βραχύνονται και εμφανίζουν εισολκή του δέρματος πάνω από τον όγκο ή εισολκή της θηλής. Ένα άλλο σημείο είναι η εμβάθυνση του δέρματος, όταν η ύποπτη περιοχή του μαστού ανυψώνεται πιεζόμενη αμφίχειρα από τα πλάγια. Σε περιπτώσεις ύπαρξης όγκου κάτω από το δέρμα, αντί να εμφανίζεται κυρτό στην ελεύθερη επιφάνεια του, από την τάση που ασκείται από τα χέρια του εξετάζοντα στο μαζικό αδένα, εμφανίζεται επίπεδο ή κοίλο. Ο καρκίνος που αναπτύσσεται σε ινώδη πάχυνση ανάμεσα από τα λόβια του μαζικού αδένου δεν ανευρίσκεται εύκολα με άμεση ψηλάφηση, ενώ ο παραπάνω χειρισμός μπορεί να βοηθήσει.



**Εικόνα 19.** Ψηλάφηση των μαστών από το γιατρό.

### **ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ**

Στον εργαστηριακό έλεγχο, για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, ανήκουν εξετάσεις αιματολογικές, ακτινολογικές και διάφορες άλλες οι οποίες αναλύονται παρακάτω.

### **Αιματολογικές εξετάσεις :**

Έλεγχος για αναιμία και προσδιορισμός της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Έλεγχος τρανσαμινάσων, χολυρεθρίνης και αλκαλικής φωσφατάσης που αποτελούν ενδεικτικά και όχι αποδεικτικά στοιχεία για ηπατικές μεταστάσεις.

Προσδιορισμός των τιμών του ασβεστίου εξαιτίας του ότι η υπερασβεστιαμία σε πάσχοντες από καρκίνο μαστού ιδίως γενικευμένου και με οστικές μεταστάσεις είναι αρκετά συχνή. Αποτελεί μια παρανεοπλασματική εκδήλωση του όγκου πιθανούς εξ εκκρίσεως πολυπεπτιδικής ουσίας, που δρα σαν ορμόνη αυξάνοντας το ασβέστιο στο αίμα. Η υπερασβαστιαιμία στον καρκίνο του μαστού, εκδηλώνεται κυρίως με πολυδιψία, πολουρία, ναυτία, είναι επικίνδυνη κατάσταση και μπορεί ταχέως να οδηγήσει σε θάνατο. Ιδιαίτερα σε περίπτωση πολουρίας ο έλεγχος του ασβεστίου είναι απαραίτητος και χρειάζεται ταχεία εφαρμογή θεραπείας με ορούς και κορτικοειδή ή Mithramycin.

### **Ακτινολογικές εξετάσεις :**

Ακτινογραφία θώρακος πρόσθια και πλάγια για την αποκάλυψη πνευμονικών και ή υπεζωκοτικών μεταστάσεων.

Ακτινολογικός έλεγχος του σκελετού καθολικός. Με αυτόν αποκαλύπτονται οστεολυτικές (σπανίως και οστεοσκληρυντικές) αλλοιώσεις των οστών προχωρημένου βαθμού. Είναι δυνατόν να υπάρχουν πόνοι π.χ.στη σπονδυλική στήλη ή λεκάνη (συχνές θέσεις μεταστάσεων) και ακτινολογικός να μη διαπιστωθεί παθολογική αλλοίωση.

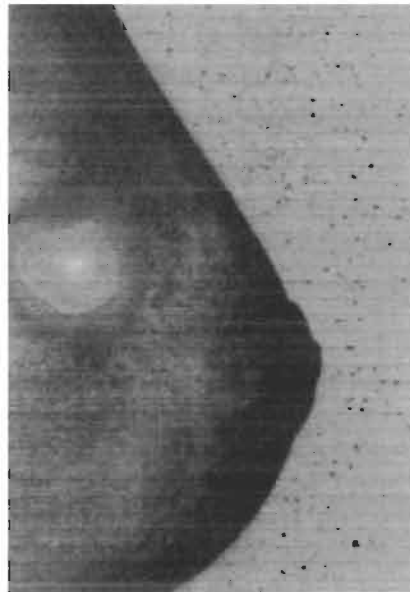


## Μαστογραφία και ξηρογραφία.

Αυτές οι ακτινογραφικές μέθοδοι χαρακτηρίζονται από μικρή ακτινοβολή του μαστού και αποτελούν σημαντικά βοηθήματα για τη διάγνωση (εικ. 20α,β,γ). Δεν υπάρχουν ξεκαθαρισμένα στοιχεία για την καρκινογόνο δράση της ακτινοβολίας-X πάνω στο μαστό.

**Η γαλακτογραφία** (έγχυση σκιαστικού στους εκφορητικούς πόρους του μαζικού αδένου) έχει περιορισμένη αξία στον καθορισμό της θέσης επεξεργασιών, που εντοπίζονται ενδιάμεσα από τους εκφορητικούς πόρους, που είναι συνήθως θηλώματα.

Η αξιοπιστία της μαστογραφίας είναι σημαντική, όχι όμως απόλυτη. Φυσιολογική μαστογραφία σε ασθενή με ψηλαφητή μάζα σημαίνει παραπέρα διερεύνηση, με αναρροφητική ή εγχειρητική βιοψία.<sup>5</sup>



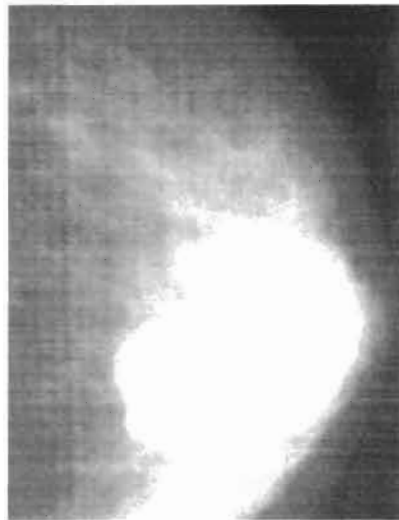
**α. Όγκος βαθιά στο στήθος.**

Ο κίτρινος πυρήνας σ' αυτό το έγχρωμο μαστογράφημα εμφανίζει έναν καρκινογενή όγκο βαθιά στον ιστό του στήθους.



**β. Όγκος στο μαστικό πόρο.**

Η κόκκινη περιοχή εμφανίζει ένα μεγάλο κακοήγη όγκο στο μαστικό πόρο, πιθανότατα περιέχοντα πυκνό ινώδη ιστό.



**γ. Αποτιτανωμένος όγκος.**

Η ανώμαλη λευκή περιοχή είναι ένας αποτιτανωμένος καρκινικός όγκος. Η αποτιτάνωση είναι μια συνήθης μορφή κακοηθών όγκων.

**Εικόνα 20 α, β, γ:** Διακρίβωση του καρκίνου του στήθους.

Το μαστογράφημα εξειδικεύεται στη διαδικασία της ακτινογράφησης που εμφανίζει τις καρκινογόνες αλλαγές στους ιστούς των μαστών.

Είναι πολύ αποτελεσματικό για τη διακρίβωση των ανωμαλιών, οι οποίες είναι πολύ μικρές για να γίνουν αντιληπτές δια της αφής.

Από την άλλη μεριά η μαστεκτομή δεν θα πρέπει να γίνεται με θετικά ευρήματα μόνο από τη μαστογραφία. Η αξία της μαστογραφίας είναι μειωμένη για ηλικίες κάτω από τα 40 χρόνια.

Η μαστογραφία δεν θα πρέπει να επαναλαμβάνεται πάνω από μια φορά το χρόνο, ειδικά για τις γυναίκες που δεν βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο, όπως και στις γυναίκες που είναι μικρές σε ηλικία. Η μαστογραφία θα πρέπει να γίνεται σε όλες τις γυναίκες (εικ. 21), στις οποίες θα γίνει βιοψία και στον υγιή μαστό των γυναικών, που έχουν εμφανίσει καρκίνο και του άλλου μαστού. Ακόμη θα πρέπει να γίνεται στις περιπτώσεις αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, όπως γυναίκες με κληρονομικό ιστορικό, με βιοψίες που δείχνουν άτυπες υπερπλασίες και με προηγούμενη κυστική νόσο του μαστού. Σε μικρές ύποπτες βλάβες συνιστάται συνεχής κλινική παρακολούθηση, με τη χρήση όλων των εργαστηριακών διαγνωστικών μεθόδων.



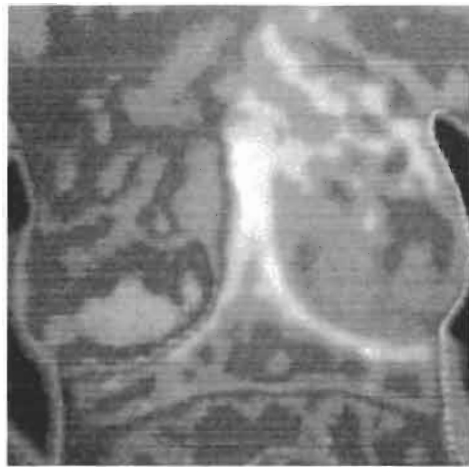
**Εικόνα 21.** Μαστογράφημα.

Κάθε μαστός τοποθετείται σε ένα μικρό δίσκο εξέτασης και συμπιέζεται απαλά. Έτσι ο μαστός απλώνεται, ώστε να εκτίθεται όσο το δυνατόν περισσότερος ιστός στις ακτίνες Χ. Πραγματοποιούνται έως και τρεις διαφορετικές ακτινογραφήσεις.

### **Θερμογραφία.**

Παράγει εικόνες που βασίζονται στην ακτινοβολήση θερμότητας από την επιφάνεια του μαστού. Έτσι αποκαλύπτονται θερμές περιοχές, που προκαλούνται από κακοήθεις επεξεργασίες (εικ. 22). Η θερμότητα που παράγεται από τους περισσότερους καρκίνους του μαστού είναι μεγαλύτερη από τους γύρω ιστούς και απάγεται από το φλεβικό δίκτυο που εμφανίζεται και πιο θερμό από το αρτηριακό. Αρχικά η εφαρμογή της θερμογραφίας συνάντησε μεγάλο ενθουσιασμό, αλλά σήμερα δε

θεωρείται η πιο κατάλληλη μέθοδος, γιατί έχει υψηλό ποσοστό σφάλματος επί θετικού ή αρνητικού αποτελέσματος.



**Εικόνα 22.** Καρκίνος στο στήθος.

Από τη θερμική απεικόνιση, φαίνεται καθαρά ο καρκίνος του αριστερού μαστού ως μία ανοιχτόχρωμη σχεδόν άσπρη περιοχή.

### **Υπερηχογραφία.**

Είναι μια 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 κλπ. Στο μαστό η υπερηχογραφία είναι χρήσιμη για τη διάκριση μεταξύ κυστικών και συμπαγών όγκων και προσδιορίζει τη φύση (καλοήθεια - κακοήθεια) μιας συμπαγούς μάζας.

### **Υπολογιστική τομογραφία.**

Είναι μια ακτινοδιαγνωστική εξέταση, κατά την οποία φίλμ 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 αξία και δίνει σαφέστερη εικόνα της έκτασης και του αριθμού των μεταστάσεων.

### **Σπινθηρογράφημα.**

Θεωρείται αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδος, τόσο για την ανακάλυψη ύπαρξης καρκίνου στο μαστό, όσο και μεταστάσεων στο συκώτι, στα οστά και στον εγκέφαλο. Ο συνδυασμός του όμως με άλλη διαγνωστική μέθοδο, όπως η μαστογραφία, ανεβάζει τη διαγνωστική του αξία σε υψηλά επίπεδα. Το σπινθηρογράφημα των οστών κρίνεται απαραίτητο και όταν στα ούρα βρεθεί αυξημένη η υδροξυπρολίνη.

Αν η αλκαλική φωσφατάση είναι αυξημένη, ενώ οι βιοχημικοί δείκτες των μεταστάσεων στο συκώτι (γ-γλουταμυλτρανσπεπτιδάση, γλυκοζο-φοσφοροϊσομεράση) είναι φυσιολογικοί, τότε το σπινθηρογράφημα των οστών και του συκωτιού είναι απαραίτητο όπως απαραίτητος είναι και ο έλεγχος του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου.

### **Άλλες εξετάσεις :**

#### **Μυελόγραμμα.**

Συνήθως αυτό και σπανιότερα η βιοψία οστού, βεβαιώνει, αλλά όχι πάντα, την ύπαρξη κακοηθών κυττάρων στο μυελό των οστών.

#### **Κυτταρολογικός έλεγχος.**

Είναι η κυτταρολογική εξέταση του υγρού από τη θηλή του μαστού μετά από έκθλιψη του μαζικού αδένου. Η εξέταση αυτή έχει αξία μόνο στις περιπτώσεις, που ανευρίσκονται καρκινικά κύτταρα και θα πρέπει να συνδυάζεται με βιοψία. Επί αρνητικού αποτελέσματος δε θα πρέπει να αποκλείεται ο καρκίνος.

### **Καρκινικοί δείκτες.**

Όπου υπάρχει η δυνατότητα, πρέπει ο σύγχρονος γιατρός να προσδιορίζει τους βιολογικούς δείκτες και προκειμένου για τον καρκίνο του μαστού, εύκολος κλινικά είναι ο έλεγχος του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA. γιατί αυτό αυξάνεται στον ορό του αίματος πάνω από 5 mg/ml. Το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο μας βοηθάει, τόσο στη διάγνωση, όσο και στη σταδιοποίηση του καρκίνου. Ακόμη, στη θεραπευτική αντιμετώπιση και στην εξακρίβωση υποτροπών ή μεταστάσεων.

Το CEA είναι αυξημένο στο στάδιο I σε συχνότητα 14.8%, στο στάδιο II σε συχνότητα 23.7%, στο στάδιο III 40,5% και στο στάδιο IV σε συχνότητα 73.1%.<sup>5</sup>

### **ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ**

Η επέμβαση στο μαστό για διαγνωστικό σκοπό, εκτελείται αφού προηγουμένως έχει εξαντληθεί κάθε κλινική και εργαστηριακή εκτίμηση. Διαγνωστικά εκτελούμε τις παρακάτω επεμβάσεις στον καρκίνο του μαστού:

### **Ιστοληψία.**

Με αυτή επιβεβαιώνουμε την κλινική και εργαστηριακή διάγνωση. Δυνατό η βιοψία να είναι ταχεία ή ο έλεγχος να γίνει με έγκλειστα σε παραφίνη, γιατί μερικοί ιστολογικοί τύποι καρκίνου δεν είναι δυνατό να διαγνωσθούν με ταχεία βιοψία. Η κάποια καθυστέρηση της ιστολογικής εξέτασης δεν επηρεάζει τα θεραπευτικά αποτελέσματα.

### **Προσδιορισμός των οιστρογονικών (ER) και προγεστερονικών (PR) υποδοχέων (ορμονικών υποδοχέων).**

Κατά την εκτέλεση της ιστοληψίας. και όταν υπάρχουν με το μακροσκοπικό έλεγχο υποψίες ύπαρξης καρκίνου, μικρό τμήμα της

επεξεργασίας στέλνεται στο εργαστήριο τοποθετημένο μέσα σε δοχείο, που περιέχει μικρά κομμάτια πάγου, για προσδιορισμό των ορμονικών υποδοχέων, που δείχνουν το ορμονοεξαρτώμενο ή όχι του καρκίνου. Το ύψος της θετικότητας αυτών είναι ανάλογο με το βαθμό διαφοροποίησης των όγκων και του ιστολογικού του τύπου.

### **Εισρόφηση.**

Η εισρόφηση της κύστης - ογκιδίου πραγματοποιείται κάτω από τοπική αναισθησία και με τη χρησιμοποίηση βελόνας παρακέντησης μεγάλης διαμέτρου. Δεν αποτελεί πάντα μέθοδο εκλογής.

### **Ανάτρηση.**

Στη μέθοδο αυτή, αντί βελόνας χρησιμοποιείται ειδικό τρυπάνι για τη λήψη ιστού προς έλεγχο. Δεν έχει ένδειξη σε μικρού μεγέθους όγκους.

### **Παρακέντηση.**

Η παρακέντηση του όγκου εκτελείται, προκειμένου να διαπιστωθεί, αν αυτός είναι συμπαγής ή κυστικός. Αυτή γίνεται επειδή ο κυτταρολογικός έλεγχος του υγρού της κύστης του μαστού, δεν αποτελεί αξιόπιστη μέθοδο.<sup>5</sup>

## **ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Πολλές καλοήθειες βλάβες μιμούνται κλινικά τα καρκινώματα του μαστού. Η οξεία βακτηριακή μαστίτιδα μπορεί εύκολα να συγχυθεί με τον φλεγμονώδη καρκίνο. Η νέκρωση λίπους μπορεί να παρουσιάζεται ως ένας συμπαγής ανώμαλος επικρατών όγκος. Η δυσπλασία του μαστού συχνά εμφανίζει διάχυτες αλλοιώσεις (ογκίδια), αλλά μπορεί να



παρουσιαστεί και ως μία μονήρης ύποπτη μάζα. Οι καλοήθειες νεοπλασίες μπορούν επίσης να συγχυθούν κλινικά με καρκινώματα.

Η πλειονότητα των ογκιδίων του μαστού αποδεικνύεται ότι είναι καλοήθη, ειδικά σε προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Πάντως, αν υπάρχει οποιαδήποτε κλινική αμφιβολία για τη διάγνωση, πρέπει να ακολουθεί έλεγχος που να περιλαμβάνει και τη βιοψία. Η μαστογραφία και το υπερηχογράφημα είναι μερικές φορές χρήσιμα για το διαχωρισμό καλοήθους από καοήθη νόσο του μαστού. Είναι σημαντικό πάντως να τονιστεί ότι σε ύποπτους όγκους πρέπει πάντα να εκτελείται βιοψία έστω και αν τα μαστογραφικά ευρήματα είναι ασήμαντα. Το 10-20% των καρκίνων δεν αποκαλύπτονται μαστογραφικά. Η αναρρόφηση υγρού με βελόνα σε ύποπτες κύστες είναι επίσης χρήσιμη. Αν εξαχθεί υγρό και το ογκίδιο μικραίνει με την αναρρόφηση, ο γιατρός μπορεί να είναι σίγουρος ότι η κύστη είναι καλοήθης.

Το σπάνιο κυστικό καρκίνωμα μπορεί να ανιχνευθεί μερικές φορές με την κυτταρολογική εξέταση του υγρού της κύστης. Οι συμπαγείς όγκοι συνήθως απαιτούν εξέταση του ιστού με αναρροφητική κυτταρολογική εξέταση, βιοψία με βελόνα ή ανοιχτή βιοψία. Αν το αποτέλεσμα της βιοψίας είναι θετικό για καρκίνωμα, μία δεύτερη εξέταση μπορεί να σχεδιαστεί μετά από συζήτηση με την ασθενή.

Ασθενείς με "οζώδεις" μαστούς που έχουν και άλλους σχετιζόμενους με τη νόσο παράγοντες κινδύνου, παριστούν ένα δύσκολο πρόβλημα χειρισμού. Απαιτείται η τακτική αυτοεξέταση συνδυασμένη με συχνό έλεγχο του μαστού, που θα περιλαμβάνει λεπτομερειακή χαρτογράφηση των βλαβών από εξειδικευμένο γιατρό. Η μαστογραφία ίσως δεν είναι χρήσιμη σε τέτοιες ασθενείς, λόγω της πυκνότητας του μαζικού αδένά τους. Σε μερικές ασθενείς απαιτούνται επανειλημμένες βιοψίες σε περίοδο ετών, ώστε να αποκλεισθεί μια κακοήθης εξαλλαγή.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

### ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ - ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Λέγοντας ταξινόμηση ή σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού, εννοούμε τον ευρύτερο προσδιορισμό της νόσου σε σχέση με την έκταση 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 = Επιχώρια λεμφαδενοπάθεια (Nodes)
- M = Μετάσταση (Metastasis).

#### TNM ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

- $T_0$  Δεν υπάρχει φανερός όγκος.
- $T_1$  Όγκος 2 cm ή μικρότερος στη μεγαλύτερη διάμετρο του.
- $T_2$  Όγκος 2-5 cm.
- $T_3$  Όγκος μεγαλύτερος των 5 cm.
- $T_4$  Οποιοδήποτε μέγεθος όγκου, εφόσον υπάρχει επέκταση της νόσου στο δέρμα ή το θωρακικό τοίχωμα.
- $T_x$  Δεν υπάρχουν οι ελάχιστες απαραίτητες πληροφορίες για την εκτίμηση του πρωτοπαθούς όγκου.
  
- $N_0$  Μη ψηλαφητοί σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες.
- $N_1$  Ψηλαφούνται ευκίνητοι σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

## ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

---

- $N_2$  Σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες με σημεία καρκινικής διήθησης και καθηλωμένοι είτε σε παρακείμενους ιστούς είτε μεταξύ τους (block).
- $N_3$  Υποπτοι καρκινικής διήθησης σύστοιχοι υπερκλείδιοι ή υποκλείδιοι λεμφαδένες ή οίδημα του σύστοιχου άνω άκρου που οφείλεται στη νόσο.
- $N_x$  Κατάσταση λεμφαδένων αδιευκρίνιστη.
- $M_0$  Δεν υπάρχουν μεταστάσεις σε άλλα όργανα.
- $M_1$  Υπάρχουν μεταστάσεις σε άλλα όργανα.
- $M_x$  Δεν υπάρχουν οι αναγκαίες πληροφορίες για τον καθορισμό της παρουσίας μακρινών μεταστάσεων.

Με το σύστημα TNM ο καρκίνος του μαστού μπορεί να ταξινομηθεί σε 4 στάδια :

1. Στο στάδιο I ανήκει το  $T_1$  εφόσον έχει  $N_0, N_1, M_0$ .
2. Στο στάδιο II ανήκει το  $T_2$  εφόσον έχει  $N_0, N_1, M_0$ .
3. Στο στάδιο III ανήκει:
  - το  $T_1$ , εφόσον έχει  $N_2, M_0$ .
  - Το  $T_2$  εφόσον έχει  $N_2$ .
  - Το  $T_3$  εφόσον έχει  $N_0, N_1, M_0$ .
4. Στο στάδιο IV ανήκει κάθε T και κάθε N, εφόσον έχει  $M_1$ .<sup>20</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

#### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Πριν από 20 χρόνια στην πλειονότητα των γυναικών με πρωτοπαθή εντοπισμένο καρκίνο του μαστού, η ριζική μαστεκτομή εκτελούνταν αμέσως με τη βιοψία και την ιστολογική εξέταση τμήματος του ιστού.

Η ριζική μαστεκτομή κατά Halsted που περιλαμβάνει την ολική εξαίρεση του πάσχοντος μαστού συμπεριλαμβανομένων του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός, καθώς και en bloc λεμφαδενικό καθαρισμό της σύστοιχης μασχάλης θεωρείται σήμερα ακρωτηριαστική και έχει εγκαταλειφθεί (εικ. 23α).

Με την κατανόηση των μηχανισμών των μεταστάσεων της νόσου και τη γνώση ότι στις περισσότερες ασθενείς η επιβίωση προκαθορίζεται από τις απομακρυσμένες μεταστάσεις άρχισαν περισσότερο συντηρητικές και κοσμητικά αποδεκτές κλινικές μελέτες.<sup>11</sup>

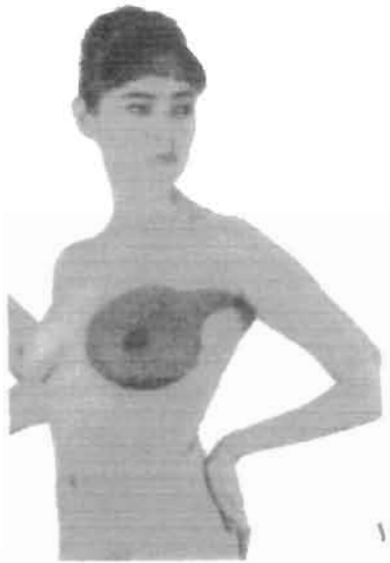
Η ολική - απλή μαστεκτομή συνίσταται στην εξαίρεση του μαστού και των επιφανειακών λεμφαδένων της μασχάλης (εικ. 23β). Εκτελείται σε αρχόμενο στάδιο καρκίνου, όταν δεν υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες. Συνήθως όμως από πολλούς χειρουργούς δεν προτιμάται, αν και όταν συνοδευτεί από ακτινοθεραπεία, έχει τα ίδια αποτελέσματα με αυτά της τροποποιημένης ριζικής\_ μαστεκτομής.

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή σήμερα έχει γίνει η πιο συχνή χειρουργική επέμβαση που εκτελείται στις ΗΠΑ, σε γυναίκες με νόσο κλινικού σταδίου I και II. Η μέθοδος εξακολουθεί να περιλαμβάνει την en bloc αφαίρεση του μαστού και του περιεχομένου της μασχάλης, αλλά η διατήρηση των θωρακικών μυών και οριζόντια

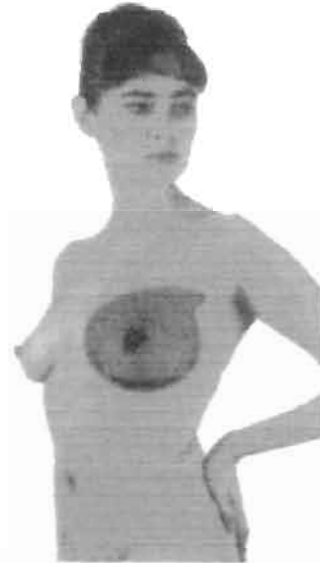
ουλή οδηγούν σε μια πιο φυσιολογική εμφάνιση του ανώτερου θωρακικού τοιχώματος (εικ. 24).

**Η τμηματική μαστεκτομή** συνίσταται στην εξαίρεση του τμήματος του μαστού ή ολόκληρου του τεταρτημορίου που βρίσκεται ο όγκος (εικ. 23γ).

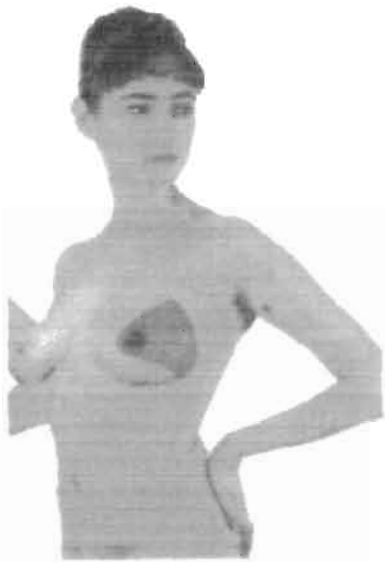
**Η ογκεκτομή** περιλαμβάνει αφαίρεση του όγκου, συνήθως με ένα μικρό όριο 3-4 εκ. παρακείμενου φυσιολογικού ιστού γύρω από αυτών (εικ. 23δ). Ο μασχαλιαίος καθαρισμός πρέπει να εκτελείται σε όλες τις ασθενείς που υποβάλλονται σε συντηρητική επέμβαση του μαστού τόσο για τον τοπικό έλεγχο στη μασχάλη όσο και για την παθολογοανατομική σταδιοποίηση.



α. Ριζική μαστεκτομή



β. Ολική (απλή) μαστεκτομή.



γ. Τμηματική μαστεκτομή.



δ. Ογκεκτομή.

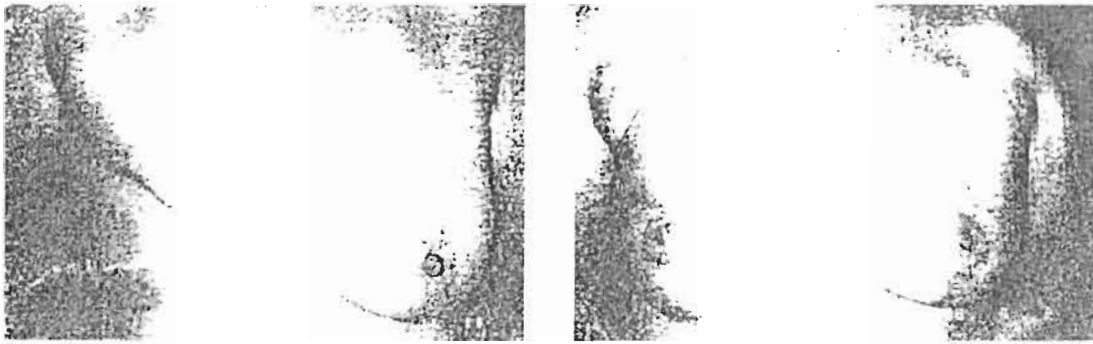
**Εικόνα 23 α, β, γ, δ.** Είδη μαστεκτομής.

α. Ριζική μαστεκτομή

β. Ολική (απλή) μαστεκτομή.

δ. Ογκεκτομή.

γ. Τμηματική μαστεκτομή.



**Εικόνα 24.** Α. Δεξιά τροποποιημένη ρυική μαστεκτομή. Β. Επανόρθωση σε δύο χρόνους με διαθέσιμους ιστούς και πρόθεση σιλικόνης.

Στη συνέχεια δίδεται **ακτινοθεραπεία** στο μαστό. Χορηγούνται συνήθως τοπικά δόσεις 45-50 Gy σε διάστημα 5 εβδομάδων, καθώς και συμπληρωματική δόση (boosting) 16-18 Gy στην περιοχή της εξαίρεσης του όγκου. Με το σωστό σχεδιασμό, την επιλογή των ασθενών και την τεχνική εμπειρία, αυτές οι μέθοδοι μπορούν να δώσουν άριστα κοσμητικά αποτελέσματα.

Οι ασθενείς με πολύ μεγάλους όγκους, μικρούς μαστούς ή πολυκεντρικές βλάβες αναγνωρίσιμες με τη μαστογραφία, είναι κακές υποψήφιος για τμηματεκτομή και αντιμετωπίζονται καλύτερα με τη ριζική τροποποιημένη μαστεκτομή ακολουθούμενη από μια επανορθωτική επέμβαση για το άριστο κοσμητικό αποτέλεσμα. Ασθενείς με ενεργές κολλαγονικές αγγειακές νόσους είναι επίσης κακές υποψήφιος για ακτινοβολία του μαστού λόγω του αυξημένου κινδύνου τοπικών επιπλοκών. Οι περισσότερες ασθεντίες συμφωνούν σήμερα ότι η μετεγχειρητική ακτινοβολία του θωρακικού τοιχώματος και των επιχωρίων λεμφαδένων, δεν είναι απαραίτητη στις περισσότερες ασθενείς που υποβάλλονται σε ριζική τροποποιημένη μαστεκτομή.

Εξαίρεση μπορεί να είναι οι ασθενείς με πολύ αυξημένο κίνδυνο τοπικής υποτροπής, όπως αυτές, με καρκινική διήθηση στα όρια της χειρουργικής τομής, αυτές με επέκταση στο μασχαλιαίο λίπος από έντονα διηθημένους λεμφαδένες ή αυτές με μεγάλους κεντρικούς ή ενδιάμεσους όγκους με περισσότερους από τέσσερις διηθημένους

μασχαλιαίους λεμφαδένες. Ο συνδυασμός εγχείρησης και ακτινοβολίας είναι χρήσιμος για τον τοπικό έλεγχο, σε ασθενείς με περισσότερο προχωρημένους πρωτοπαθείς όγκους σταδίου III και IV.

### **ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Στόχος της συμπληρωματικής (adjuvant) θεραπείας είναι ο έλεγχος της συστηματικής νόσου υπό τη μορφή των μη αποκαλυπτόμενων μικρομεταστάσεων. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται κατά κανόνα συνδυασμός χημειοθεραπευτικών φαρμάκων ή ορμονικοί χειρισμοί όπως η χορήγηση αντιοιστρογόνων (ταμοξιφένη) και η ωθηκεκτομή. Οι θεραπείες αυτές έχουν αποδεδειγμένη δράση στη μεταστατική νόσο ιδιαίτερα σε ασθενείς με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς. Τα ευνοϊκά αποτελέσματα της χορήγησης συμπληρωματικής θεραπείας όσον αφορά τόσο το ελεύθερο νόσου χρονικό διάστημα όσο και τη συνολική επιβίωση έχουν αποδειχθεί σε μεγάλες σειρές τυχαιοποιημένων μελετών. Γενικά η συμπληρωματική θεραπεία θα πρέπει να χορηγείται το συντομότερο μετά την εφαρμογή της τοπικής θεραπείας (εγχείρηση - ακτινοβολία). Το είδος της συμπληρωματικής θεραπείας εξαρτάται από παράγοντες όπως η λειτουργική κατάσταση των ωθηκών, οι οιστρογονικοί υποδοχείς του πρωτοπαθούς όγκου και η ιστολογία των μασχαλιαίων λεμφαδένων (Πίνακας 4).

Η ταμοξιφένη χορηγείται στη δόση των 20 mg ημερησίως για 2 τουλάχιστον χρόνια. Όσο αφορά τη συστηματική χημειοθεραπεία χορηγούνται συνήθως 4-6 κύκλοι ενός από τα κλασικά σχήματα χημειοθεραπείας της συστηματικής νόσου. Η χορήγηση λιγότερων κύκλων χημειοθεραπείας θεωρείται ανεπαρκής, η δε χορήγηση άνω των 6 κύκλων δεν προσφέρει κανένα πλεονέκτημα. Η χορήγηση της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας στις περισσότερες εμμηνοπαυσιακές ασθενείς, ιδιαίτερα εκείνες άνω των 30 ετών, προκαλεί πρόιμη εμμηνόπαυση. Η με αυτόν τον τρόπο προκαλούμενη ωθηκική ανεπάρκεια και υποοιστρογοναιμία συμβάλλει ουσιαστικά στον έλεγχο της νόσου.



Σε ασθενείς με πρωτοπαθή όγκο μικρών διαστάσεων (1 cm) και αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες δεν συνιστάται η χορήγηση συμπληρωματικής θεραπείας, αφού ο κίνδυνος υποτροπής είναι μικρότερος του 10%.

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Μετά την αρχική τοπική θεραπεία του καρκίνου του μαστού μεταστάσεις είναι δυνατό να εκδηλωθούν και μετά παρέλευση πολλών ετών. Η μεταστατική νόσος αφορά κατά κανόνα προσβολή περισσοτέρων του ενός οργάνων. Όργανα που προσβάλλονται με ιδιαίτερα μεγάλη συχνότητα είναι το δέρμα, οι λεμφαδένες, οι πνεύμονες, το ήπαρ και τα οστά. όπως προαναφέρθηκε. Η συμμετοχή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος στη μεταστατική νόσο είναι αρκετά συχνή, ενώ σπανιότερα μεταστάσεις είναι δυνατό να εντοπισθούν στις ωθήκες, τα επινεφρίδια, το περιτόναιο και το χοριοειδή χιτώνα του οφθαλμού. Επί μεταστατικής νόσου οι εκδηλώσεις των αντίστοιχων σε κάθε εντόπιση της νόσου συμπτωμάτων και κλινικών σημείων, οι διαταραχές από το βασικό αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο, καθώς και η αύξηση των τιμών των καρκινικών δεικτών CEA και CA 15-3 επιβάλλουν τον πληρέστερο έλεγχο της ασθενούς προκειμένου να γίνει η εντόπιση και η ακριβής εκτίμηση της εκτάσεως της νόσου.

Η θεραπεία της μεταστατικής νόσου εξακολουθεί μέχρι σήμερα να μη θεωρείται ικανοποιητική. Κατά βάση εφαρμόζεται η ορμονοθεραπεία και η συνδυασμένη χημειοθεραπεία, εκτός των περιπτώσεων τοπικής υποτροπής στην περιοχή της προηγηθείσας μαστεκτομής και των επιχώριων λεμφαδένων, όπου έχει θέση η ακτινοβολία και η χειρουργική θεραπεία ή ο συνδυασμός και των δύο αυτών θεραπευτικών μεθόδων. Επίσης τοπική ακτινοβολία, εφαρμόζεται σε μεμονωμένες μεταστάσεις, ιδιαίτερα των οστών του αξονικού σκελετού με κίνδυνο καταγμάτων, στις μεταστάσεις στο ΚΝΣ.

Σε περιπτώσεις νεοπλασματικής πλευριτικής συλλογής ως θεραπεία εκλογής θεωρείται η πλευροδεσία (έγχυση σκληρυντικών ουσιών ή χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στην υπεζωκοτική κοιλότητα μετά από πλήρη εκκένωση του πλευριτικού υγρού), δοθέντος ότι και

σε περιπτώσεις καλής ανταπόκρισης στη χημειοθεραπεία, η παρουσία του πλευριτικού υγρού εξακολουθεί κατά κανόνα να προκαλεί ενοχλήματα στην ασθενή. Αν και η θεραπεία της μεταστατικής, νόσου προσφέρει μικρή αύξηση στη διάμεση επιβίωση, το κύριο όφελος για την ασθενή είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα και η βελτίωση της ποιότητας ζωής. Στη δεύτερη υποτροπή της νόσου τα αποτελέσματα της θεραπείας όσον αφορά τα ποσοστά ύφεσης και τη συνολική επιβίωση είναι ακόμα πιο περιορισμένα. Ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ της πρώτης και δεύτερης υποτροπής της νόσου είναι σχετικά μικρός, κατά κανόνα ανάλογος του ελεύθερου νόσου χρονικού διαστήματος, δηλ. του χρόνου που μεσολαβεί μεταξύ της αρχικής χειρουργικής θεραπείας και της πρώτης εκδήλωσης απομακρυσμένων μεταστάσεων.

Με βάση τους διάφορους προγνωστικούς παράγοντες διακρίνουμε ασθενείς "χαμηλού" και "υψηλού κινδύνου" με σχετικά καλή ή κακή πρόγνωση αντίστοιχα. Ασθενείς "υψηλού κινδύνου" χαρακτηρίζονται αυτοί που εμφανίζουν: ορμονικούς υποδοχείς αρνητικούς, λεμφαγγειακή καρκινωμάτωση του πνεύμονα, ηπατικές μεταστάσεις, μεταστάσεις στο ΚΝΣ, υπερασβεστιαϊμία και φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού. Ως γενικός κανόνας θα μπορούσε να αναφερθεί ότι ασθενείς χαμηλού κινδύνου αντιμετωπίζονται αρχικά με ορμονοθεραπεία, ενώ ασθενείς υψηλού κινδύνου με συνδυασμένη χημειοθεραπεία. Στην πρώτη ομάδα ασθενών, επί αστοχίας ή εξαντλήσεως των ευεργετικών αποτελεσμάτων της ορμονοθεραπείας. Η χημειοθεραπεία παρέχει συχνά ικανοποιητικά αποτελέσματα. Το αντίθετο, δηλ. η χορήγηση ορμονοθεραπείας σε ασθενείς που έχουν ήδη λάβει χημειοθεραπεία, δεν συνιστάται.<sup>22</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

#### Α. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

**1. Πόνος - μυϊκοί σπασμοί - παράλυση:** Οι ασθενείς εκθέτουν μια ποικιλία παραπόνων μετά από τη μαστεκτομή. Η απώλεια της κινητικότητας του δέρματος στο θωρακικό τοίχωμα είναι πρωταρχικής σημασίας. Ο σχηματισμός συμφυτικών ινών σαν αποτέλεσμα της παρασκευής των δερματικών κρημνών και αφαίρεσης περιτονιών βοηθά στη δυσλειτουργία της ωμικής ζώνης. Σαν αποτέλεσμα μπορεί να εγκατασταθεί ένας κύκλος μυϊκού σπασμού και απώλειας του εύρους της κίνησης. Μια άλλη σημαντική δυσλειτουργία του ώμου είναι ο τραυματισμός του μακρού θωρακικού νεύρου κατά τη διάρκεια μασχαλιαίου καθαρισμού. Είναι δυνατό να προκύψει παράλυση του πρόσθιου οδοντωτού μυός η οποία μειώνει κινήσεις, όπως αυτή που γίνεται για να "φθάσει" κανείς ένα αντικείμενο. Ο αναφερόμενος πόνος μπορεί συνήθως να ταξινομηθεί στις ακόλουθες κατηγορίες :

- Οξύς διαλείπων πόνος του θωρακικού τοιχώματος οφειλόμενος σε αναγέννηση δερματικού νεύρου.
- Καυστικός οξύς πόνος στον πρόσθιο θώρακα οφειλόμενος σε σπασμό του μείζονα θωρακικού μυός.
- Πόνος στο ανώτερο τμήμα του βραχίονα οφειλόμενος σε αναφερόμενη παρενόχληση από τον τραπεζοειδή μυ, τους μυς που στρέφουν το βραχιόνιο ή την αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης,
- Πόνος της οπίσθιας άνω επιφάνειας του βραχίονα
- Πόνος του κατωτέρου βραχίονα ή της πρόσθιας επιφάνειας του αγκώνα, που μπορεί να υποσημαίνει κυτταρίτιδα. Η τελευταία συνήθως χρειάζεται θεραπεία με αντιβιοτικά.

**2. Δίψα :** Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή ακόμα και τοπική αναισθησία. Αυτή δικαιολογείται από την ξηρότητα του στόματος, που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης, η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από τη μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται απ' τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα, ιδρώτας, εμετοί).

**3. Εμετός :** Ο εμετός και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέραν των 24 ωρών από την απονάρκωση. Ο μετεγχειρητικός εμετός μπορεί να οφείλεται σε : α) Χορήγηση αιθέρα. β) Συλλογή υγρών στο στομάχι. γ) Λήψη υγρών από το στόμα προεγχειρητικά.

Ο εμετός που παρατείνεται μετά το πρώτο μετεγχειρητικό 24ωρο μπορεί να οφείλεται σε ένα από τα ακόλουθα αίτια: α) Παρενέργειες από την αναισθησία. β) Παράλυση της εντερικής λειτουργίας που αντιμετωπίζεται με ρινογαστρική αναρρόφηση. γ) Ευαισθησία σε φάρμακα -μορφίνη ή άλλα- οπότε και παρουσιάζεται μετά τη χορήγηση τους.

**4. Δυσκοιλιότητα:** Αιτία μετεγχειρητικής δυσκοιλιότητας μπορεί να είναι μια ήδη υπάρχουσα χρόνια δυσκοιλιότητα την οποία το άτομο να αντιμετωπίζει με τη λήψη υπακτικών στο σπίτι. Στην άρρωστη αυτή, το συντομότερο δυνατό μετά την εγχείρηση, πρέπει να επιτραπεί η εφαρμογή των βοηθητικών μέτρων που έπαιρνε στο σπίτι. Επίσης στη λύση του προβλήματος μπορεί να βοηθήσουν, η έγκαιρη έγερση, το είδος της δίαιτας η χορήγηση άφθονων υγρών και οι χαμηλοί υποκλυσμοί.

**5. Ανησυχία - δυσφορία:** Οι αιτίες που δημιουργούν ανησυχία και δυσφορία στην άρρωστη είναι : α) Βρεγμένο επιδερμικό υλικό του τραύματος. β) Επίσχεση ούρων. γ) Μετεωρισμός κοιλίας και λόξιγκας. δ) Αϋπνία.<sup>23</sup>

## **B. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

### **Από το Κυκλοφορικό Σύστημα**

**1. Αιμορραγίες :** Οι μετεγχειρητικές αιμορραγίες διακρίνονται σε:

- Πρωτογενείς, που είναι αυτές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης.
- Διάμεσες, που είναι αυτές που συμβαίνουν τις πρώτες ώρες μετά την εγχείρηση.
- Δευτερογενείς, είναι εκείνες που συμβαίνουν αρκετό χρόνο μετά την επέμβαση.

Σε ύπαρξη αιμορραγίας η άρρωστη εμφανίζεται αγχώδης, ανήσυχη και κινείται συνεχώς, διψά, το δέρμα και το πρόσωπο της είναι υγρό και ωχρο και τα άκρα της ψυχρά. Ο σφυγμός της είναι γρήγορος και νηματοειδής, η θερμοκρασία πέφτει, παρουσιάζει εφίδρωση και οι αναπνοές είναι συχνές και βαθιές. Με τη συνέχιση της αιμορραγίας ελαττώνονται η κεντρική φλεβική πίεση, η αρτηριακή πίεση και ο αιματοκρίτης. Τα χείλη γίνονται ωχρά και η ασθενής αρχίζει να βλέπει κηλίδες μπροστά στα μάτια της και εξασθενεί συνεχώς ως το τέλος.

Όταν η απώλεια αίματος είναι μεγάλη η άρρωστη θα παρουσιάσει Shock και πνευμονικό οίδημα.

**2. Shock ή καταπληξία:** Χειρουργική καταπληξία, είναι η κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού.

Τα κύρια συμπτώματα είναι: α) Μικρός σχεδόν (δεν γίνεται αντιληπτός) σφυγμός. β) Επιπόλαιη αναπνοή. γ) Απλανές βλέμμα. δ) Πτώση πίεσης και θερμοκρασίας. ε) Ψυχρά άκρα. στ) Εφιδρώσεις. ζ) Καταβολή δυνάμεων.

**3. Θρομβοφλεβίτιδες:** Η πιο συχνή θρόμβωση αγγείου είναι του μηρού. Συνίσταται στο σχηματισμό θρόμβου, ο οποίος εγκαθίσταται σε κάποιο απ' τα αγγεία που βρίσκονται "εν τω βάθει" ή "επιπολής".

Τα συμπτώματα είναι : πυρετός, οίδημα (πρήξιμο) και πόνο στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου καθώς και μικρή αύξηση της θερμοκρασίας του άκρου.

### **Μετεγχειρητικά προβλήματα ισορροπίας νερού, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας.**

Η περίσσεια νερού, σύνδρομο αραιώσης ή τοξίκωσης με νερό ή υπονατριαιμία: Η διαταραχή αυτή συμβαίνει συχνότερα την 1η ή 2η μετεγχειρητική ημέρα εξαιτίας της κατακράτησης νερού, που είναι απόκριση στο stress, όταν χορηγούνται στην άρρωστη, μεγάλες ποσότητες διαλύματος 5% γλυκόζης σε αποσταγμένο νερό.<sup>24</sup>

### **Από το Αναπνευστικό Σύστημα**

**1. Αναπνευστική οξέωση:** Η χειρουργημένη άρρωστη μπορεί να αναπτύξει αναπνευστική οξέωση εξαιτίας μίας ή ορισμένων από τις ακόλουθες αιτίες:

- Καταστολή της αναπνοής εξαιτίας της αναισθησίας.
- Μείωση του ρυθμού ανταλλαγής των αερίων εξαιτίας ατελεκτασίας πνευμονίας ή βρογχικής απόφραξης.
- Καταστολή αναπνοής εξαιτίας χορήγησης μεγάλων δόσεων ναρκωτικών.
- Επιπόλαια αναπνοή εξαιτίας κοιλιακής διάτασης και πόνου. ε) Εισπνοή μεγάλης ποσότητας CO<sub>2</sub> κατά την αναισθησία.

Η αλόγιστη χρήση του οξυγόνου μετεγχειρητικά αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης αναπνευστικής οξέωσης. Η κυάνωση που είναι

συνήθως το κύριο κριτήριο για την ανίχνευση του ανεπαρκούς αερισμού, καταργείται από την οξυγονοθεραπεία, ενώ η αναπνευστική οξέωση προχωρεί.

**2. Πνευμονία - ατελεκτασία:** Αυτές οφείλονται στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα της ασθενούς από βλεννώδεις εκκρίσεις κατά τη νάρκωση της. Έτσι σε προγραμματισμένα χειρουργεία αποφεύγεται η επέμβαση σε άτομα με κρυολόγημα ή βρογχίτιδα. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η δύσπνοια.

**3. Πνευμονική εμβολή:** Αυτή εμφανίζεται κυρίως κατά το στάδιο της ανάρρωσης και οφείλεται στη μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη από αυτόν κάποιου αγγείου, το οποίο αιματώνει τμήμα του πνεύμονα. Χαρακτηριστικά συμπτώματα της πνευμονικής εμβολής είναι ο έντονος πόνος στο θώρακα, δυσκολία στην αναπνοή, ανησυχία, αφρώδη και με αίμα πτύελα.

**4. Πνευμοθώρακας:** Εμφανίζεται λόγω τραυματισμού του πνευμονικού παρεγχύματος, από αδέξιο χειρισμό του θεραπευτή, κατά την εισαγωγή βελόνας για τη λήψη υγρού από την κύστη του μαστού.

**5. Ασφυξία:** Η ασθενής εμφανίζει δυσκολία στην αναπνοή. Αυτή εκδηλώνεται με παραλλαγή του ρυθμού της αναπνοής και κυάνωση, η οποία φανερώνει την έλλειψη οξυγόνου.

### **Από το Ουροποιητικό Σύστημα**

**1. Επίσχεση ούρων :** Είναι η κατάσταση κατά την οποία η ασθενής ενώ έχει ούρα στην ουροδόχο κύστη, δεν μπορεί να ουρήσει.

### **Επιπλοκές που έχουν σχέση με το τραύμα**

**1. Μόλυνση τραύματος:** Τα συμπτώματα παρουσιάζονται συνήθως 36 με 38 ώρες μετά την έναρξη της φλεγμονώδους επεξεργασίας. Τοπικά

συμπτώματα της μόλυνσεως είναι: αυξημένος πόνος, ερυθρότητα, θερμότητα, οίδημα και πυώδης εκροή. Γενικά συμπτώματα είναι πυρετός, ρίγος, κεφαλαλγία και ανορεξία.

- 2. Αιμάτωμα:** Πολλές φορές η αιμορραγία από το τραύμα γίνεται υποδόρια και γΓ αυτό είναι καλυμμένη. Σταματά μόνη της, δημιουργεί όμως θρόμβο μέσα στο τραύμα. Αν ο θρόμβος είναι μικρός απορροφάται χωρίς θεραπεία. Αν είναι μεγάλος αφαιρείται αφού κοπούν ορισμένα ράμματα του τραύματος.

### **Άλλες επιπλοκές**

- 1. Λεμφοίδημα:** Μετά από ριζική ή τροποποιημένη 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 αυτήν.

- 2. Μετεγχειρητική ψύχωση:** Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της είναι η προδιάθεση του ατόμου, η νάρκωση και η παρατεταμένη χρήση της.<sup>24</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

### ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για ασθενείς μετά την εμμηνόπαυση με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς χωρίς σπλαχνικές μεταστάσεις ή ταχέως εξελισσόμενη μεταστατική νόσο, η ορμονοθεραπεία αποτελεί τη θεραπεία εκλογής. Χορηγούνται τα αντιοιστρογόνα (ταμοξιφένη), η προγεστερόνη (οξεική μεγεστρόλη) και η αμινογλουτεθιμίδη σε συνδυασμό με υδροκορτιζόνη (Πίνακας 5). Η αμινογλουτεθιμίδη αναστέλλει τη βιοσύνθεση των στεροειδών ορμονών στα επινεφρίδια, καθώς και τη μετατροπή της ανδροστενεδιόνης σε οιστρόνη/οιστραδιόλη. Η χορήγηση των LHRH αγωνιστών έχει υποκαταστήσει την ωθηκεκτομή. Ασθενείς που ανταποκρίνονται σε μια ορμονοθεραπεία ανταποκρίνονται κατά κανόνα και σε μια δεύτερη ή τρίτη ορμονοθεραπεία με διαφορετικά φάρμακα.

Οι παρενέργειες της ορμονοθεραπείας, όπως ναυτία, εξάψεις, θρομβοφλεβίτιδα, σπάνια αποτελούν εμπόδιο στη συνέχιση της θεραπείας. Στην έναρξη της ορμονοθεραπείας δυνατόν να παρατηρηθεί υπερασβεστιαϊμία, επίταση των οστικών αλγών, καθώς και παροδική αύξηση των νεοπλασματικών δεικτών CEA και CA 15-3. Τα φαινόμενα αυτά είναι ενδεικτικά ανταπόκρισης και σε καμία περίπτωση δεν αποτελούν λόγο διακοπής της θεραπείας, με μόνη εξαίρεση τη μεγάλη και απειλητική για τη ζωή αύξηση της τιμής του ασβεστίου.

### ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η κυτταροτοξική χημειοθεραπεία είναι αρχική θεραπεία εκλογής για ασθενείς με ER - αρνητικούς όγκους και γι' αυτές με επιθετική, απειλητική για τη ζωή νόσο ανεξάρτητα από την κατάσταση των υποδοχέων στις ασθενείς με ER + θετικούς ή άγνωστους υποδοχείς, η χημειοθεραπεία αναβάλλεται μέχρι να φανεί ότι η ασθενής είναι ανθεκτική στην ορμονοθεραπεία. Αν και με τη χημειοθεραπεία συχνά

μπορούν να επιτευχθούν μερικές ανταποκρίσεις σε προχωρημένο καρκίνο του μαστού, οι πλήρεις ανταποκρίσεις είναι ασυνήθεις και σπάνια η χημειοθεραπεία προσφέρει ένα μακροχρόνιο διάστημα ελεύθερο νόσου.

**Μεμονωμένοι παράγοντες.** Μια ποικιλία μεμονωμένων παραγόντων με διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης και διαφορετικές τοξικότητες, είναι δραστικοί σ' αυτή τη νόσο (Πίνακας 6). Μεταξύ των πιο δραστικών και συχνά χρησιμοποιούμενων φαρμάκων είναι η δοξορουβικίνη (αδριαμυκίνη), η κυκλοφωσφαμίση, η μεθοτρεξάτη και η 5-φθοριοουρακίλη. Οι μεμονωμένοι παράγοντες συνήθως επιτυγχάνουν διάρκεια ανταπόκρισης μόνο λίγων μηνών και σπάνια πλήρεις ανταποκρίσεις. Το Taxol είναι ένας νέος παράγοντας με ποσοστό ανταπόκρισης που πλησιάζει το 50%.

**Συνδυασμένη χημειοθεραπεία.** Η συνδυασμένη χημειοθεραπεία αναπτύχθηκε με τη λογική ότι συνδυάζοντας παράγοντες με διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης και τοξικότητα, μπορεί να αυξηθεί το ποσοστό ανταπόκρισης χωρίς να αυξηθεί η νοσηρότητα. Αυτή έχει επιδείξει σημαντικές επιτυχίες, ιδιαίτερα στις αιματολογικές κακοήθειες. Η συνδυασμένη χημειοθεραπεία για τον καρκίνο του μαστού μελετάται εκτεταμένα από το 1969, όταν ο Cooper ανέφερε υψηλά ποσοστά ανταπόκρισης με το συνδυασμό πέντε φαρμάκων: της κυκλοφωσφαμίδης, της μεθοτρεξάτης της 5-φθοριοουρακίλης, της βινκριστίνης, και της πρεδνιζόνης (CMFVP).

Γενικά η συχνότητα ανταπόκρισης, ιδίως της πλήρους ανταπόκρισης, είναι υψηλότερη με τα συνδυασμένα σχήματα. Παρόλα αυτά, δεν έχει παρατηρηθεί σαφές όφελος στην επιβίωση από αυτά τα σχήματα όταν συγκρίνονται με τη διαδοχική χρήση των ίδιων παραγόντων εκτός από τις ασθενείς με εκτεταμένη σπλαχνική συμμετοχή.

Πάντως, η συνδυασμένη χημειοθεραπεία έχει γίνει το πρότυπο της αρχικής αντιμετώπισης του προχωρημένου καρκίνου του μαστού στις ΗΠΑ. Αν και υπάρχουν άπειρες παραλλαγές του γνήσιου σχήματος CMFVP δεν υπάρχουν μεγάλες διαφορές στο ποσοστό και τη διάρκεια ανταπόκρισης. Τα ποσοστά των αντικειμενικών ανταποκρίσεων κυμαίνονται μεταξύ 34% και 73% ενώ οι διάμεσοι χρόνοι ανταπόκρισης

είναι σταθερά < 1 χρόνου. Το ποσοστό της πλήρους ανταπόκρισης είναι κατά μέσο όρο 15%. Οι παρενέργειες αυτών των σχημάτων περιλαμβάνουν κυρίως την παροδική καταστολή του μυελού των οστών, περιστασιακές βλεννογονίτιδες, αλωπεκία, ναυτία και εμετούς.

Οι δόσεις των φαρμάκων τροποποιούνται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης ασθενούς και την παρατηρούμενη τοξικότητα. Τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα χημειοθεραπευτικά σχήματα είναι : το CMF, το CMFVP, το AC και το FAC (Πίνακας 7). Από μερικούς ογκολόγους η εισαγωγή στη θεραπεία της δοξορουβικίνης (αδριαμυκίνης) θεωρείται μία μεγάλη πρόοδος.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για να συστηθεί χημειοθεραπεία είναι:

- Να μην υπάρχει εγκυμοσύνη. Αν υπάρχει πρέπει να διακοπή.
- Να μην υπάρχουν νεφρικές ή ηπατικές παθήσεις
- Να μην υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις,
- Να χορηγούνται αντισυλληπτικά δισκία στις γυναίκες, που έχουν εμμηνορρυσία, στους πρώτους μήνες της θεραπείας,
- Να αρχίσει η θεραπεία πριν περάσουν τρεις εβδομάδες από την εγχείρηση.
- Να κρατήσει η θεραπεία για 6-8 μήνες τουλάχιστον.
- Να μην επιμηκύνονται τα μεσοδιαστήματα μεταξύ δύο θεραπειών δηλ. να εφαρμόζεται η θεραπεία σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- Να έχει προηγηθεί η ενημέρωση και η συγκατάθεση της άρρωστης.

	Λεμφαδένες	Υποδοχείς Οιστρογόνων	Συμπληρωματική θεραπεία
Πριν την εμμηνόπαυση	Θετικοί Θετικοί Αρνητικοί Αρνητικοί	Θετικοί Αρνητικοί Θετικοί Αρνητικοί	Χημειοθεραπεία Χημειοθεραπεία Tamoxifen Χημειοθεραπεία
Μετά την εμμηνόπαυση	Θετικοί Θετικοί Αρνητικοί Αρνητικοί	Θετικοί Αρνητικοί Θετικοί Αρνητικοί	Tamoxifen Χημειοθεραπεία Tamoxifen Χημειοθεραπεία

**Πίνακας 4.** Συμπληρωματική (adjuvant) θεραπεία σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

<b>ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Οιστρογόνα</li> <li>▪ Διαιθυλστυλβεστρόλη</li> <li>▪ Αιθινική οιστραδιόλη</li> <li>▪ Αντιοιστρογόνα</li> <li>▪ Ταμοξιφένη</li> <li>▪ Προγεσταγόνα</li> <li>▪ Οξεική μεγεστρόλη</li> <li>▪ Ανδρογόνα</li> <li>▪ Φαρμακευτική επινεφριδεκτομή</li> <li>▪ Φθοριοξυμεστερόνη</li> <li>▪ Αμινογλουτεθιμίδη συν Υδροκορτιζόνη</li> <li>▪ Αφαιρετική θεραπεία</li> <li>▪ Ωθηκεκτομή</li> <li>▪ Χειρουργική επινεφριδεκτομή</li> <li>▪ Υποφυσεκτομή</li> </ul>

**Πίνακας 5.** Ορμονικές θεραπείες χρήσιμες στον καρκίνο του μαστού.

Απλοί παράγοντες
Κυκλοφωσφάμιδη
Μεθοτρεξάτη
5-φθοριοουρακίλη
Φαινυλαλανίνη μουστάρδα
Χλωραμβουκίλη
Βινκριστίνη
Βινβλασστίνη
Δοξορουβικίνη
Μιτομυκίνη C
Ταξόλη
Συνδυασμοί
CMF
CMFP
CMFVP
FAC

**Πίνακας 6.** Κυτταροτοξικά φάρμακα χρήσιμα στην αντιμετώπιση του προχωρημένου καρκίνου του μαστού.

<b>Σχήμα</b>	
<p><b>Σχήμα CMF (επανάληψη, κάθε 28 μέρες)</b></p> <p>C = κυκλοφωσφαμίδη</p> <p>M = μεθοτρεξάτη</p> <p>F= 5-φθοριοουρακίλη</p>	<p><b>Σχήμα CMFVP (συνεχώς για 1 χρόνο)</b></p> <p>C = κυκλοφωσφαμίδη</p> <p>M = μεθοτρεξάτη</p> <p>F = 5-φθοριοουρακίλη</p> <p>V = βινκριστίνη</p> <p>P = πρεδνιζόνη</p>
<p><b>Σχήμα AC (επανάληψη κάθε 21 ημέρες)</b></p> <p>A = αδριαμυκίνη</p> <p>C = κυκλοφωσφαμίδη</p>	<p><b>Σχήμα FAC (επανάληψη κάθε 21 ημέρες)</b></p> <p>F = 5-φθοριοουρακίλη</p> <p>A = αδριαμυκίνη</p> <p>C = κυκλοφωσφαμίδη</p>

Πίνακας 7. Συνήθως χρησιμοποιούμενα χημειοθεραπευτικά σχήματα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14

### ΤΟΞΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των κακοηθών νεοπλασμάτων του μαστού χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: 1) Αλκυλιούντες παράγοντες, 2) Αντιμεταβολίτες, 3) Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης (ορισμένα αλκαλοειδή και αντιβιοτικά).

Ορισμένες γενετικές ορμόνες χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του καρκίνου, όπως η υδροκορτιζόνη και τα ανδρογόνα. Ακόμη χρησιμοποιούνται ένζυμα όπως η ασπαραγινάση.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα ανάλογα με το είδος τους χορηγούνται: από το στόμα, ενδοφλέβια, υποδόρια, ενδομυϊκά, ενδαρτηριακά, ενδοραχιαία, ενδοθωρακικά, σε κοιλότητες και όγκους καθώς και με τοπική εφαρμογή. Τα φάρμακα αυτά προκαλούν τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες οι οποίες είναι οι ακόλουθες :

#### 1. Η καταστολή του μυελού των οστών.

Εκδηλώνεται με:

- Λευκοπενία.
- Θρομβοπενία.
- Αναιμία.

#### 2. Γαστρεντερικές διαταραχές.

Εκδηλώνεται με :

1. Ναυτία - Εμετούς.
2. Διάρροια.
3. Σύσπαση κοιλιακών μυών.

4. Στοματίτιδα -Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας.

**3. Νευροτοξικότητα.**

4. Ωτοτοξικότητα (τοξική βλάβη των αυτιών).

5. Ηπατοτοξικότητα.

6. Νεφροτοξικότητα.

7. Άνοσο κατασταλτική επίδραση.

8. Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων.

9. Αλωπεκία (πτώση μαλλιών).

10. **Αλλαγές στο δέρμα** (ξηρότητα, λύση της συνεχείας του, αλλαγή στο χρώμα του - γίνεται πιο σκούρο).

11. **Αλλεργική αντίδραση.**

12. **Υπεργλυκαιμία.**

13. **Παγκρεατοτοξικότητα.**

## **ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Παρά τις βελτιώσεις των ακτινοθεραπευτικών πηγών και των τεχνικών, που εφαρμόζονται δεν αποφεύγεται η βλάβη των υγιών ιστών και των κυττάρων. Η έκταση που τα κύτταρα και οι ιστοί καταστρέφονται από την ακτινοβολία εξαρτάται από τους παρακάτω τέσσερις παράγοντες :

1. **Ένταση της δόσης που έχει οριστεί.** Ο άρρωστος που παίρνει μεγάλη δόση ακτινοβολίας έχει περισσότερες πιθανότητες καταστροφής υγιών κυττάρων και ιστών σε σύγκριση με όσους παίρνουν μικρή δόση.

2. **Έκταση του σώματος που δέχεται την ακτινοβολία.** Όταν ακτινιβολείται μεγάλη έκταση του σώματος δημιουργούνται



περισσότερες βλάβες από την περίπτωση που ακτινοβολείται μικρή έκταση.

3. **Ακτινευσαισθησία των κυττάρων.** Κύτταρα που διαιρούνται με μεγάλη ταχύτητα και παρουσιάζουν μικρή διαφοροποίηση καταστρέφονται πιο εύκολα με την ακτινοβολία συγκριτικά με τα κύτταρα που δεν έχουν τα χαρακτηριστικά αυτά.

4. **Ατομικές διαφορές.** Μερικά άτομα κληρονομούν μεγαλύτερη ευαισθησία στην ακτινοβολία από άλλα.

**Οι ανεπιθύμητες ενέργειες - επιπλοκές της ακτινοθεραπείας διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες:**

### **A. Πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες - επιπλοκές:**

- Ακτινοδερματίτιδα η οποία διακρίνεται σε τρεις μορφές : (1) ερυθρηματώδης, (2) φυσαλιώδης, (3) εσχαροποιητική.
- Σπάνια. μπορεί να παρουσιαστεί ατροφία ή συρίκνωση του δέρματος.
- Ανασταλτική επίδραση του μυελού των οστών, με αποτέλεσμα την ελάττωση των λεμφοκυττάρων, των πολυμορφοπύρηνων, των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων που οδηγούν σε θρομβοπενία. αιμορραγική διάθεση, αναιμία και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις.
- Βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων που ακτινοβολούνται και ιδιαίτερα του επιθηλίου που καλύπτει το έντερο με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαρροϊκού συνδρόμου.

### **B. Όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες - επιπλοκές:**

- Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε.
- Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων και οστών (μπορεί να εμφανιστεί μακροπρόθεσμα).

## **ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

---

- Αλωπεκία (πτώση μαλλιών της κεφαλής εξαιτίας της ευαισθησίας που παρουσιάζουν οι θύλακες του τριχωτού της κεφαλής σε σύγκριση με τους θύλακες των τριχών των άλλων περιοχών του σώματος).
- Βλάβη γενετικών αδένων (στείρωση μόνιμη ή παροδική και μετάλλαξη των γονιδίων που απειλεί τους απογόνους).
- Νέφρωση.
- Αυτόματα κατάγματα.
- Βλάβη του φακού του ματιού (καταρράκτη).
- Λευχαιμία.
- Βράχυνση του χρόνου ζωής.

Η ακτινοβολία μπορεί επίσης να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντίδρασης όπως :

- Γενική καταβολή δυνάμεων.
- Ναυτία - εμετούς.
- Ανορεξία.
- Απώλεια βάρους.
- Πυρετική δεκατική κίνηση.

Αν και τα ενοχλήματα αυτά θορυβούν τον άρρωστο είναι παροδικά και διαρκούν λίγες μέρες ή εβδομάδες.

## **ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Οι παρενέργειες της ορμονοθεραπείας είναι τέτοιες που συνήθως δεν αποτελούν ένδειξη διακοπής της θεραπείας. Αυτές είναι: ναυτία, εξάψεις, θρομβοφλεβίτιδα, αρρενοποίηση, αύξηση του βάρους, υπερασβεστιαϊμία, επίταση των οστικών αλγών και παροδική αύξηση των νεοπλασματικών δεικτών CEA και CA 15-3.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15**

### **ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Η θεραπεία του καρκίνου μαστού έχει βελτιώσει την πρόγνωση των ασθενών και μάλιστα ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου. Τόσο 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 ασθενών μπορεί να επιζήσει για 5 ή 10 χρόνια χωρίς θεραπεία.

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

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες και είναι οι εξής:

### **ΤΟΠΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

1. Τοπική έκταση του όγκου.
2. Καθήλωση του όγκου.
3. Οίδημα.
4. Φλεγμονή και εξέλκωση δέρματος.
5. Παρουσία δορυφόρων οζιδίων.
6. Σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινώματος και φυσιολογικού μαστού.
7. Γεωγραφική θέση του όγκου.

### 8. 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 :

1. Οίδημα του δέρματος.
2. Εξέλκωση του δέρματος.
3. Καθήλωση του όγκου.
4. Μεταστατικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες μεγέθους από 2,5 cm και άνω.
5. Καθήλωση των μεταστατικών μασχαλιαίων λεμφαδένων στους υποκείμενους ιστούς της μασχάλης.

Περιπτώσεις καρκίνου μαστού 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 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.

### **ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

1. Το μέγεθος του όγκου.
2. Λεμφαδενικές μεταστάσεις

3. Ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου.
4. Η ιστοκυτταρική αντίδραση των λεμφοκόλπων των λεμφαδένων.
5. Η μικροσκοπική καρκινωμάτωσης διήθηση μυών νεύρων και αγγείων.
6. Ο βαθμός κακοήθειας και η διαφοροποίηση.

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

Το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης σε ασθενείς με βαθμό κακοήθειας I και κλινικό στάδιο καρκίνου μαστού I είναι 86%, ενώ σε ασθενείς με βαθμό κακοήθειας III και κλινικό στάδιο IV είναι μόλις 3%.

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

Ορισμένα καρκινώματα, τα οποία παρουσιάζουν μεταστάσεις σε μικρό ποσοστό, όπως το θηλώδες, το ενδοσωληνώδες, ο βλεννοκαρκίνος, το διηθητικό comedo, έχουν σχετικά καλύτερη πρόγνωση. Ο μυελοειδής καρκίνος, παρά τη συνήθως υψηλού βαθμού κακοήθεια που εμφανίζει, έχει σχετικά καλή πρόγνωση. Η καλή του πρόγνωση σχετίζεται με τις περιπτώσεις που περιορίζεται στο μαστό και δεν έχει λεμφαδενικές μεταστάσεις. Έχει δεκαετή επιβίωση ως 84% και εικοσαετή 74%. Αντίθετα, ασθενείς με φλεγμονώδες καρκίνωμα έχουν βαρύτερη πρόγνωση και μικρό ποσοστό πενταετούς επιβίωσης. Ο συνήθης μέσος χρόνος επιβίωσης τους είναι κάτω των 24 μηνών.

Η διήθηση μυών, νεύρων και αγγείων αποτελεί δείκτη της επέκτασης του νεοπλασματος. Η ανεύρεση νεοπλασματικών κυττάρων μέσα σε ένα αιμοφόρο αγγείο δείχνει αιματογενή διασπορά, που μπορεί να μη φαίνεται ακόμη κλινικώς.

### ΓΕΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

1. Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.
2. Ρυθμός αύξησης του όγκου.
3. Απάντηση στη θεραπευτική αγωγή.
4. 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.α.
5. Εμφάνιση καρκίνου και στους δύο μαστούς.

Οι αιτίες θανάτου από καρκίνο του μαστού, κατά σειρά συχνότητας, είναι: πνευμονική ανεπάρκεια (26%), λοίμωξη (24%), καρδιακή ανεπάρκεια (15%), άλλες επιπλοκές (20%).<sup>2</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16

### ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Πολυάριθμες τεχνικές έχουν αναπτυχθεί για την αποκατάσταση του μαστού, είτε αυτή αφορά την ριζική μαστεκτομή κατά Halsted, είτε την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή που γίνεται στην τοπική υποτροπή μετά από ογκοεκτομή και ακτινοθεραπεία. Πριν την εμφάνιση της αποκατάστασης του μαστού, το κύριο μέλημα του θεράποντα ήταν η αντιμετώπιση του καρκίνου και δεν δινόταν ιδιαίτερη σημασία στην παραμόρφωση και την αλλοιωμένη εικόνα των γυναικών που έπασχαν από Ca του μαστού. Η πρόοδος η οποία έχει συντελεστεί τα τελευταία 20 χρόνια στην αποκατάσταση του μαστού, οδήγησε σε πιο φυσικές και περισσότερο αποδεκτές λύσεις αποκατάστασης. Επίσης μπορεί να έχει σημαντικά ψυχολογικά οφέλη σε πολλές γυναίκες, διότι τους δίνει εκ νέου αίσθημα πληρότητας και επιστροφής στην φυσιολογική κατάσταση.<sup>22</sup>

#### 1. ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΠΡΟΣΘΗΚΗ

Η προσωρινή προσθήκη είναι ένα προσθετικό υλικό που εφαρμόζεται εξωτερικά στο μαστό που έχει αφαιρεθεί, δίνοντας έτσι κάποια συμμετρία και στις 2 πλευρές.<sup>25</sup>

#### 2. ΜΟΝΙΜΗ ΠΡΟΣΘΗΚΗ

Η τοποθέτηση μόνιμης προσθήκης εξαρτάται από ορισμένους παράγοντες, οι οποίοι είναι:

1. **Επιθυμία της ασθενούς:** θεωρείται αυτονόητη, παρόλο που όχι σπάνια η ασθενής επιθυμεί πρωτίστως να απαλλαγεί από τον καρκινοπληγέντα μαστό και τον καρκίνο γενικότερα.,
2. **Ηλικία:** Συνήθως, νεώτερες γυναίκες επιζητούν συχνότερα και νωρίτερα την αποκατάσταση του μαστού τους.
3. **Μέγεθος του όγκου:** Είναι γνωστό ότι μεγάλοι όγκοι, με διάμετρο άνω των 4 cm<sup>2</sup>, συνοδεύονται από υψηλότερη πιθανότητα τοπικής υποτροπής, γεγονός που μεταθέτει το χρόνο αποκατάστασης γι' αργότερα.
4. **Λεμφαδενική κατάσταση:** Όταν η μασχάλη είναι προσβεβλημένη, φρόνιμο είναι να περιμένει κανείς.
5. **Ιστολογική εικόνα:** Όγκοι που θεωρούνται πολυκεντρικοί, αποτελούν αντένδειξη για άμεση και πρώιμη αποκατάσταση.
6. **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.
7. **Σχήμα θεραπείας:** Το είδος της χειρουργικής επέμβασης και η εφαρμογή άλλων μορφών θεραπείας, π,χ. ακτινοθεραπείας.

Η ανασύσταση του μαστού μετά από ριζική μαστεκτομή, ιδιαίτερα όταν η επέμβαση είχε ακολουθηθεί από ακτινοθεραπεία, είναι ιδιαίτερα δύσκολη, διότι οι ακτινοβολημένοι ιστοί, είναι σχετικά ανελαστικοί και κατά συνέπεια δεν μπορούν να διαταθούν. Γι' αυτό πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ακόλουθοι παράγοντες, για να εξασφαλίζονται ικανοποιητικά αποτελέσματα:

- Η ανασύσταση πρέπει να οδηγήσει σε συμμετρικό αποτέλεσμα.
- Η ανασύσταση πρέπει οπωσδήποτε να διενεργηθεί την καταλληλότερη περίοδο μετά τη μαστεκτομή, συνήθως δηλαδή μετά από 6-12 μήνες.
- Πρέπει να γίνει έτσι, ώστε να αφήνει όσο το δυνατόν μικρότερη ουλή.
- Συνιστάται να γίνεται στις γυναίκες, στις οποίες η διάγνωση του καρκίνου ήταν πρώιμη και γι' αυτό το λόγο έχουν μικρές πιθανότητες επανεμφάνισης του.

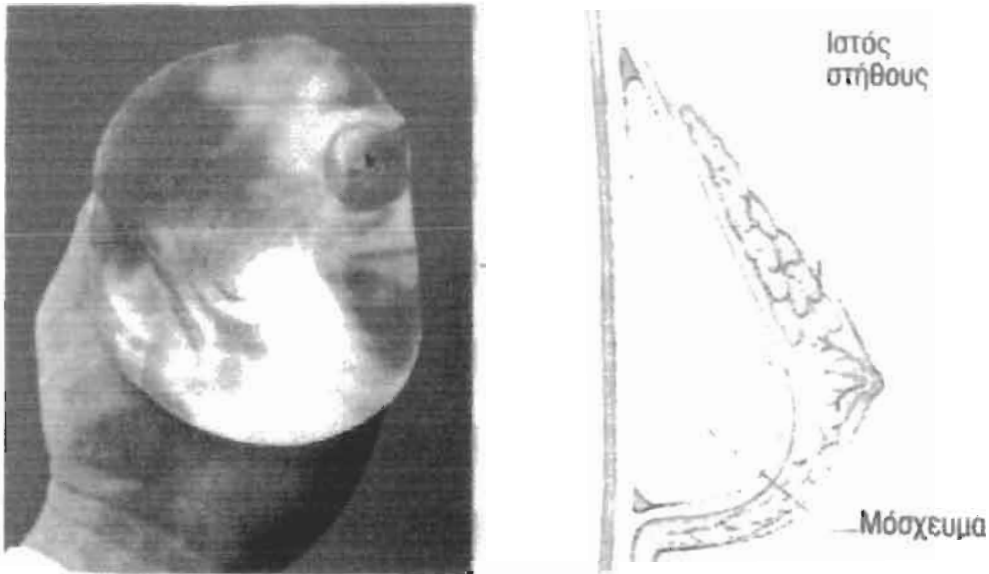


**Οι τεχνικές αποκατάστασης του μαστού είναι:**

1. Απλή τοποθέτηση ενθέματος σιλικόνης, μετά από απλή ή τροποποιημένη ριζική ή υποδόρια μαστεκτομή. Χρησιμοποιούνται σάκκοι από αδρανές υλικό (σιλικόνη), που μπορεί να γεμίζονται από το χειρουργό μετά την τοποθέτησή τους στο μαστό, ανάλογα με το επιθυμητό μέγεθος, είτε με το ίδιο υλικό σε ζελατινώδη κατάσταση είτε με υγρό μεγάλου μοριακού βάρους, π.χ. Dextran. η ακόμη και με φυσιολογικό ορό. Η χρησιμοποίηση σάκκων σιλικόνης γεμισμένων με σιλικόνη σε ζελατινώδη κατάσταση έχει μειώσει σημαντικά τα τραυματικά αποτελέσματα της εγχείρησης (εικ. 25). Οι τελευταίες βελτιώσεις στα μαστικά ενθέματα αφορούν στην κατασκευή δίχωρων μοσχευμάτων, όπου ο κεντρικός χώρος είναι γεμάτος σιλικόνη, ενώ ο περιφερικός χώρος γεμίζεται από τον ίδιο το χειρουργό με φυσιολογικό ορό.

2. 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, ατροφικό δέρμα, μετακτινικές αλλοιώσεις, δέρμα υπό τάση κ.λπ. Οι κρημνοί που χρησιμοποιούνται είναι:

- α) Μυοδερματικός κρημνός από τον πλατύ ραχιαίο μυ.
- β) Κρημνοί από τον ορθό κοιλιακό μυ.
- γ) Διάφοροι άλλοι κρημνοί, πχ οριζόντιος θωρακοεπιγαστρικός δερματικός κρημνός.



**Εικόνα 25.** Μοσχεύματα στήθους.

Πρόκειται για μικρές σακούλες γεμάτες με πηκτή (ζελέ) σιλικόνης ή με διάλυμα αλάτων. Το μόσχευμα της φωτογραφίας περιέχει σιλικόνη.

**3. Αποκατάσταση με διατατήρες ιστών.** Δίνεται η δυνατότητα διάτασης του δέρματος στην περιοχή της μαστεκτομής. Η μέθοδος αυτή, όπου μπορεί να εφαρμοσθεί, υπερτερεί σημαντικά των άλλων μεθόδων εξαιτίας του ότι:

- Χρησιμοποιείται δέρμα της περιοχής (όχι ετερότοπο που διαφέρει σε σύσταση, απόχρωση κ.λπ.).
- Δεν δημιουργείται δευτερογενές έλλειμα σε άλλες περιοχές.
- Δεν δημιουργούνται νέες υλές
- Η παραμονή στο νοσοκομείο είναι σύντομη.
- Οι επιπλοκές είναι σχετικά μικρές.

**4. Αποκατάσταση με ελεύθερο κρημό και μικροχειρουργική αναστόμωση.** Από τους πιο χρήσιμους κρημούς που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι ο βουβωνικός, ο ετερόπολευρος πλατύς ραχιαίος και ο μείζον γλουτιαίος.<sup>2</sup>

5. Μέθοδοι για την αποκατάσταση θηλής/θηλαίας άλω. Η αποκατάσταση θηλής/θηλαίας άλω καθυστερεί 2-3 μήνες και πραγματοποιείται ταυτόχρονα με τη χειρουργική επέμβαση συμμετρίας στον άλλο μαστό. Για την αποκατάσταση της άλω, μπορεί να χρησιμοποιηθεί δισκοειδές μόσχευμα ολικού πάχους από τα μικρά χείλη του αιδοίου ή την έσω επιφάνεια του μηρού, ανάλογα με την απόχρωση που 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 α) μικροί δερματικοί κρημνοί από το κέντρο του μαζικού κώνου, β) σύνθετα μοσχεύματα από το λοβίο του ωτός, γ) τεχνητή (από ελαστικό) θηλή, η οποία επικολλάται στο μαστό.

### Επιπλοκές

Οι πιθανές επιπλοκές μετά την χρήση μόνιμης προσθήκης είναι:

1. **Εξαγγελίωση ορού.** Είναι η πιο συνηθισμένη επιπλοκή και παρατηρείται κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας.
2. **Αιμάτωμα.** Συμβαίνει σε ποσοστό 2% και λιγότερο των ασθενών.
3. **Φλεγμονή.** Δεν συμβαίνει συχνά, αλλά είναι η κύρια αιτία αφαίρεσης της προσθήκης, η οποία επανατοποθετείται 4-6 μήνες μετά. Η ασθενής εμφανίζει σημεία φλεγμονής, όπως πυρετό, πόνο η ευερεθιστότητα, τοπική αύξηση της θερμοκρασίας του μαστού ή εμφάνιση πυώδους υγρού από την τομή.
4. **Μη επούλωση της τομής.** Στις περισσότερες περιπτώσεις, αντιμετωπίζεται με εκτομή του νεκρωμένου δέρματος και επανασυρραφή των χειλέων της τομής.

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.

Σχετικά με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μετά από χειρουργική εμφύτευση πρόθεσης από σιλικόνη μία πρόσφατη μελέτη που έγινε από το Πρόγραμμα Επιτήρησης Καρκίνου του Los Angeles κατέληξε στα εξής συμπεράσματα:

- Γυναίκες με πρόθεση μαστού παρουσίασαν μικρότερη επίπτωση καρκίνου από την αναμενόμενη αλλά όχι σε στατιστικά σημαντικό βαθμό.
- Δεν παρατηρήθηκε αύξηση του καρκίνου σε άλλα όργανα.
- Γυναίκες με πρόθεση μαστού για περισσότερα από 15 χρόνια δεν είχαν μεγαλύτερη επίπτωση καρκίνου από το φυσιολογικό πληθυσμό σύγκρισης.
- Δεν παρατηρήθηκε καθυστέρηση στην ανίχνευση του καρκίνου. Οι προθέσεις δεν φάνηκε να εμποδίζουν τη μαστογραφική διάγνωση του καρκίνου.
- Με τις πληροφορίες που έχουμε σήμερα στη διάθεση μας είναι πιθανό ότι οι κοσμητικές επεμβάσεις αύξησης του μαστού και η ανάπτυξη καρκίνου -στο μαστό ή αλλού- αποτελούν δύο διαφορετικά γεγονότα στο ιστορικό των γυναικών χωρίς εμφανή σχέση μεταξύ τους.

Η θεωρία της εμφάνισης νόσων του συνδετικού ιστού μετά από τοποθέτηση προσθέσεων από σιλικόνη δεν φαίνεται να ευσταθεί.<sup>2</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17

### Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΓΑΛΟΥΧΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού 3-4 χρόνια πριν εκδηλωθεί βρίσκεται κλινικώς στο μικρότερο ανιχνεύσιμο μέγεθος (1 cm).

Ως καρκίνο του μαστού στην εγκυμοσύνη ή τη γαλουχία εννοούμε αυτόν που αναπτύχθηκε, στη διάρκεια της ή και ένα χρόνο μετά από αυτήν.

Πριν από 30 χρόνια, η συνύπαρξη, καρκίνου του μαστού και εγκυμοσύνης ήταν αντένδειξη για εγχείρηση. Σήμερα, αν και έχει αλλάξει η άποψη αυτή, η πάθηση αποτελεί ακόμη σοβαρή μορφή καρκίνου με κακή πρόγνωση για τους ακόλουθους λόγους :

1. Η διάγνωση καθυστερεί 2 περίπου μήνες, επειδή στην εγκυμοσύνη η υπερτροφία του μαστικού αδένα δυσχεραίνει την ψηλάφηση.
2. Οι γιατροί διστάζουν να αφαιρέσουν κάθε ογκίδιο του μαστού στην εγκυμοσύνη και να το εξετάσουν ιστολογικώς. Έτσι καθυστερεί η διάγνωση.
3. Σε νέες γυναίκες, η υπερπαραγωγή οιστρογόνων και προγεστερόνης επιταχύνει την ανάπτυξη καρκίνου, που υπάρχει πριν από τη σύλληψη. Η έγκυος δεν συμβουλευέται το γιατρό της για κάθε διόγκωση που ψηλαφά στο μαστό της.
4. Ο μαιευτήρας παραλείπει την εξέταση μαστού κατά την παρακολούθηση της εγκύου.

#### ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ

Περίπου 15-20% των νεοδιαγνωσθέντων καρκίνων του μαστού εμφανίζονται σε γυναίκες κάτω των 45 ετών, π.χ. κατά την

αναπαραγωγική περίοδο. Περίπου 3% των καρκίνων του μαστού διαγιγνώσκονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού. Μια στις 3.000 έγκυες έχει καρκίνο του μαστού. Είναι πιθανόν ότι υπάρχουν πολύ περισσότερες, οι οποίες βρίσκονται σε υποκλινικό στάδιο.<sup>27</sup>

### **ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

Η μέση πενταετής επιβίωση στον καρκίνο του μαστού είναι 59% εάν συνυπάρχει εγκυμοσύνη ή γαλουχία, μειώνεται σε 15 - 20%.

Σε καρκίνο του μαστού σταδίων I - III και εγκυμοσύνη πρώτου τριμήνου η επιβίωση είναι 48% έναντι 14% στο δεύτερο τρίμηνο. Κύρια αιτία η καθυστερημένη διάγνωση και θεραπεία.

Αναφέρεται ποσοστό πενταετούς επιβίωσης 54% σε 120 γυναίκες που κυοφόρησαν 6 μήνες μετά από μαστεκτομή για καρκίνο του μαστού, δηλ. καλύτερη από την αντίστοιχη 1.942 προεμμηνοπαυσιακών μαστεκτομηθεισών, που δεν κυοφόρησαν.

Βρέθηκε πως οι γυναίκες που έκαναν μαστεκτομή για καρκίνο και το πρώτο τους παιδί ήταν αγόρι είχαν, στατιστικώς, σημαντικά καλύτερη πρόγνωση από εκείνες που γέννησαν κορίτσι, άσχετα με το αν είχαν θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες. Η διαφορά αυτή ίσως οφείλεται στις διάφορες εκκρίσεις των γονάδων του εμβρύου. Έχει σημασία, όχι μόνο το φύλο του πρώτου ζωντανού παιδιού, αλλά και της πρώτης εγκυμοσύνης ηλικίας άνω της 15<sup>ης</sup> εβδομάδας. Είναι τέλος γνωστό, πως οι εμβρυϊκοί όρχεις παράγουν σημαντικά ποσά τεστοστερόνης μεταξύ 8ης και 15ης εβδομάδας της εγκυμοσύνης.

Όσο μικρότερης ηλικίας είναι η ασθενής τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση της. Οι ανοσολογικοί μηχανισμοί εξασθενούν όσο περνάει η ηλικία, ενώ οι όγκοι παραμένουν βιολογικώς, αμετάβλητοι. Εκτός από την άποψη αυτή, υπάρχει και η άποψη ότι οι όγκοι διαφέρουν βιολογικώς στις διάφορες ηλικίες. Η δεύτερη ενισχύεται από τη μεγαλύτερη παρουσία ΕΚ στους όγκους μετεμμηνοπαυσιακών παρά προεμμηνοπαυσιακών γυναικών.

### **ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ**

Σε 50% μέχρι 75 - 85% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού σε εγκυμοσύνη ή γαλουχία υπάρχουν θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Αιτία είναι η διερεύνηση των λεμφαγγείων και η τριχοειδική διασπορά των καρκινικών κυττάρων.

### **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού κατά την εγκυμοσύνη ή τη γαλουχία στηρίζεται στα ακόλουθα τρία βασικά σημεία:

1. Εκτίμηση και πρόβλεψη της πορείας της νόσου.
2. Κατάλληλη θεραπεία χειρουργική ή συντηρητική ή μικτή. Στη συντηρητική ανήκουν: ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία ή συνδυασμός αυτών. Στη χειρουργική ανήκουν η ογκεκτομή, οι διάφορες μορφές μαστεκτομής και η ωθηκεκτομή.
3. Η παράλληλη με τον καρκίνο αντιμετώπιση της εγκυμοσύνης.

### **ΚΥΗΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ**

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

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

Άλλοι συνιστούν σε ασθενείς με θετικούς λεμφαδένες να περιμένουν 3 χρόνια μετά τη μαστεκτομή, ενώ η σύλληψη να επιτραπεί

## **ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

---

κατόπιν λεπτομερούς επανελέγχου της κατάστασης της ασθενούς. Σε ασθενείς με θετικούς λεμφαδένες άλλοι συνιστούν αποφυγή σύλληψης για 5 χρόνια και μετά επανέλεγχο, ενώ άλλοι αποφυγή για 10 χρόνια ή ισοβίως.

Οι γυναίκες, μετά τη μαστεκτομή και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του θηλασμού, δεν πρέπει να ξεχνούν να κάνουν αυτοεξέταση των μαστών τους ως προληπτικό μέσο διάγνωσης νέου καρκίνου.<sup>2</sup>

## **ΑΝΔΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Αν και σπάνιος ο καρκίνος του μαστού σε άνδρες καλύπτει σχεδόν το 1% όλων των καρκίνων του μαστού. Το γεγονός ότι οι άνδρες έχουν περίπου το 1% του μαζικού ιστού των γυναικών, υποδηλώνει ότι η διαφορά στην επίπτωση της νόσου μεταξύ ανδρών και γυναικών σχετίζεται με τον όγκο του ιστού που είναι ευάλωτος στη νεοπλασματική εξαλλαγή. Υπάρχουν πολλές αναφορές για οικογενή ανδρικό καρκίνο του μαστού και ως πιθανός αιτιολογικός παράγοντας έχει προταθεί η αλλαγή του μεταβολισμού των οιστρογόνων. Πάντως, με εξαίρεση την ιδιοπαθή γυναικομαστία και το σύνδρομο Klinefelter, προδιαθεσικές καταστάσεις για την ανάπτυξη του ανδρικού καρκίνου του μαστού ελάχιστα έχουν προσδιοριστεί.

Μεγάλος αριθμός αναφορών έχει επιβεβαιώσει την υψηλή συχνότητα οιστρογονικών και προγεστερονικών υποδοχέων στον μαζικό ιστό. Επιπλέον η νόσος μιμείται το γυναικείο καρκίνο στα ιστολογικά χαρακτηριστικά, την κλινική εμφάνιση και την τάση να μεθίσταται στα οστά.

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

Οι θεραπευτικές αποφάσεις είναι επίσης παρόμοιες με το γυναικείο καρκίνο, αν και δεν υπάρχει πλήρης ομοφωνία. Ειδικότερα, θα ήταν λογικό οι άνδρες αρχικά να αντιμετωπίζονται με ορμονικό



χειρισμό, ακόμη και σε αρκετά προχωρημένη νόσο. Ο πρώτος ορμονικός χειρισμός στον άνδρα γενικά περιλαμβάνει την ορχεκτομή. Εναλλακτικά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η ταμοξιφένη και σπανιότερα, τα ανδρογόνα ή η διαιθυλστιλβεστρόλη (ΔΑΣ). Η υποφυσεκτομή και η επινεφριδεκτομή μπορούν επίσης να εφαρμοσθούν σε επιλεγμένους ασθενείς αν και οι φαρμακευτικοί χειρισμοί τείνουν να αντικαταστήσουν αυτές τις επεμβάσεις στους άνδρες όπως και στις γυναίκες. Αν και υπάρχουν λίγα δεδομένα, στους άνδρες η συνδυασμένη χημειοθεραπεία δείχνει να προσφέρει τα ίδια οφέλη μ' αυτά των γυναικών.<sup>11</sup>

# ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΤΟΥ

ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ**

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 του νοσηλευτή 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 κλπ.), οι οποίες φέρνουν την ασθενή αντιμέτωπη με ένα άγνωστο και μη οικείο περιβάλλον.

### **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

Ο νοσηλευτής είναι συχνά ο πρώτος από τους ειδικούς, με τον οποίο έρχεται σε επαφή η ασθενής και το οικογενειακό της περιβάλλον, όταν εισέρχονται στο νοσοκομειακό σύστημα. Αυτή η πρώτη συνάντηση είναι η αρχή της σχέσης νοσηλευτή-ασθενούς, η οποία μπορεί να αποδειχθεί σημαντική πηγή σταθερότητας για την ασθενή - και την οικογένεια της - κατά τη διάρκεια της παραμονής της στο νοσοκομείο.

Η νοσηλευτική εκτίμηση ξεκινά από την πρώτη αυτή συνάντηση. Ο νοσηλευτής συστηματικά αναζητεί δεδομένα για την ασθενή και την οικογένεια της κάνοντας σχετικές ερωτήσεις και παρατηρήσεις, ακούγοντας και εξετάζοντας την ασθενή.

Το νοσηλευτικό ιστορικό είναι πολύτιμο εργαλείο, το οποίο βοηθάει το νοσηλευτή να αποκτήσει στοιχεία σχετικά με τη

φυσιολογική και ψυχολογική κατάσταση. Ένα δείγμα νοσηλευτικού ιστορικού φαίνεται στον πίνακα 8.

Ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει ως πηγή πληροφοριών για τη συμπλήρωση του ιστορικού την ασθενή, την οικογένεια της ή και τις δύο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Παράδειγμα νοσηλευτικού ιστορικού

Ανορακτόνομο ασθενούς		Θρησκείμα		Ηλικία
Επάγγελμα	Από (οικογραφή)	Γρότος άφιξης στο νοσοκομείο	Ημερομηνία	Ωρα
Α.Π.	Σφραγιάς     Φ.	Αναπνοές /min	Βάρος	
Θερμοκρασία	<input type="checkbox"/> Μ.Φ.		Υψος	
Γιατρός				
1. Αιτία εισαγωγής				
2. Σημεία και συμπτώματα και διάρκειά				
3. Προσδοκώμενος χρόνος νοσηλείας				
4. Προσδοκίες από τη νοσηλεία				
5. Σχέδια μετά την έξοδο				
6. Προβλεπόμενες παθολογικές καταστάσεις				
Αλλεργίες (σε τρόφιμα και φάρμακα)				
Αναπνευστικό				
Κυκλοφορικό				
Κεντρικό νευρικό				
Ενδοκρινικό				
Ουρογεννητικό				
Γαστρεντερικό				
Σωματική ανικανότητα				
Διατροφικοί περιορισμοί				
Μηχανικά βοηθήματα: Δεκανίκι     Μπιστόνι     Πρόθετη οδοντοστοιχία				
Περιορισμοί δραστηριότητας				
Αισθητήρια: Γυαλιά <input type="checkbox"/> Φακοί επαφής     Ακουστικά				
Συναισθηματική/Ψυχιατρική				
Επίπεδο συνείδησης				
Λήψη φαρμάκων				
Ακριμότητα δέρματος				
7. Συνήθειες ύπνου				
8. Πώς η εισαγωγή της ασθενούς επιπρά στην: Οικογένεια				
			Εργασία	
Αρχική εκτίμηση της νοσηλεύτριας για την ασθενή				
Προσαρμογή στο περιβάλλον του θαλάμου				
Σχόλια				
Φ. Φαστολογικός	Μ.Φ. -Μη φαστολογικός			

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

Κατά τη συνέντευξη, ο νοσηλευτής πληροφορείται από την ασθενή για την ηλικία της το επάγγελμα της, για προηγούμενες παθήσεις του μαστού, για τη λήψη αντισυλληπτικών σκευασμάτων, για τους προηγούμενες θηλασμούς της, για τις διαιτητικές της συνήθειες, για τις κυήσεις που προηγήθηκαν και για την ύπαρξη άλλου ατόμου στην οικογένεια με καρκίνο μαστού. Επίσης, 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.

### **Νοσηλευτική φροντίδα κατά την 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. Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει τον έλεγχο της σε αυτό το άγνωστο περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσεται αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης με την ασθενή, με τα εξής:

- Ενημερώνοντας την για όλες τις εξετάσεις, στις οποίες θα υποβληθεί.
- Εξηγώντας για ποιο σκοπό αποφασίσθηκε η διενέργεια της εξέτασης.
- Ενημερώνοντας την σχετικά με τον τρόπο που θα γίνει η εξέταση και με το χρόνο διάρκειά της.
- Αν είναι γνωστό από προηγουμένως, ενημερώνοντας την για πότε έχουν προγραμματισθεί οι εξετάσεις.

Τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων εκτιμώνται από τους γιατρούς και συνήθως από ομάδα ογκολόγων. Οι διαγνωστικές εξετάσεις πραγματοποιούνται για τη διαπίστωση της παρουσίας μάζας ή της συγκεκριμενοποίησης του τύπου του όγκου ή της εντόπισης των ορίων ανώμαλης μάζας. Αλλά ακόμη και αν η ασθενής έχει υποβληθεί σε μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων, η εξακρίβωση της θετικότητας ενός αποτελέσματος μπορεί να εξαρτάται από χειρουργικές διαδικασίες.

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ**

Σκοποί νοσηλευτικής παρέμβασης-φροντίδας:

1. Ενημέρωση και κατατόπιση της ασθενούς στις διαδικασίες της εξέτασης προς αποφυγή ή ανακούφιση του άγχους και της αγωνίας.
2. Προετοιμασία ψυχολογική-σωματική για την αποδοχή της εξέτασης χωρίς δυσάρεστα επακόλουθα.
3. 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 σπουδαιότητας της.

### **Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:**

1. Ενημερώνεται η ασθενής για τον τόπο και το χρόνο διενέργειας της εξέτασης καθώς και για το σκοπό της.
2. Ενημερώνεται για τον τρόπο διενέργειας της. Είναι αναίμακτη εξέταση και δεν προκαλεί πόνο.

3. Σε έντονο άλγος καθώς και στην εμφάνιση έντονου άγχους και αγωνίας χορηγούνται αναλγητικά ή ελαφρά ηρεμιστικά κατόπιν ιατρικής εντολής.
4. Εκτιμάται η γενική σωματική κατάσταση της ασθενούς. Σε περίπτωση αναπηρίας, η εξέταση διενεργείται σε καθιστή θέση. Ο νοσηλευτής μπορεί να συνοδεύσει την ασθενή και να της παρασταθεί κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Η μεταφορά της ασθενούς γίνεται με καρέκλα.
5. Σε περίπτωση αφυδάτωσης, ο νοσηλευτής 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.
6. Αν υπάρχουν άλλα μεταβολικά νοσήματα, π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, φροντίζει για τη χορήγηση ινσουλίνης στην ασθενή και καθορίζει τη δίαιτα της φροντίζει επίσης τέτοιες ασθενείς να μπαίνουν πρώτες στο πρόγραμμα για εξέταση.
7. Ενημερώνει και καθησυχάζει τους συγγενείς της ασθενούς.

Σε περίπτωση που ο νοσηλευτής 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.<sup>2</sup>

Η σπουδαιότητα της μαστογραφίας έναντι της κλινικής εξέτασης ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο του μαστού, το στάδιο του καρκίνου και την ηλικία της ασθενούς. Έτσι στο μικρό αδενικό μαστό, στη μεγάλη καρκινική μάζα και στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, η κλινική εξέταση είναι πιο αποτελεσματική. Στο μεγάλο λιπώδη μαστό, όπως και στις μεγαλύτερες γυναίκες, στη μικρή καρκινική μάζα ή στον καρκίνο χωρίς μάζα, η ακτινογραφική πληροφορία μπορεί να είναι πιο ενημερωτική.



### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ

Ο νοσηλευτής, 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.

Ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει τους παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την εικόνα του θερμογραφήματος, και είναι:

1. Η θερμοκρασία του περιβάλλοντος.
2. Η σωστή τοποθέτηση της ασθενούς.
3. Η σαφήνεια της εικόνας.
4. Η αντίθεση των σκιάσεων.
5. Η φωτεινότητα της εικόνας.<sup>28</sup>

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ

*Κατά την προετοιμασία της ασθενούς:*

1. Ελέγχεται η κατάσταση του μαστού, στον οποίο θα γίνει η εξέταση.
2. Αν υπάρχουν έντονα δερματικά προβλήματα ή μικροεξελκώσεις, η εξέταση είναι καλύτερα να μην πραγματοποιηθεί.
3. Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει υπόψη του την ακολουθούμενη δίαιτα και τη χορήγηση ινσουλίνης σε διαβητικές ασθενείς. Αυτές οι ασθενείς πρέπει να προγραμματίζονται πρώτες για την εξέταση.
4. Η παχυσαρκία δύναται να επηρεάσει αρνητικά τη διεκπεραίωση της εξέτασης.
5. Έντονο άγχος και αγωνία εκτιμώνται από το νοσηλευτή και γίνεται προσπάθεια αναχαίτισης αυτών με βάση την ενημέρωση, τη διδασκαλία και την ψυχολογική υποστήριξη.

6. Η ασθενής πριν από τη διενέργεια της εξέτασης πρέπει να ουρήσει. Η ασθενής ενημερώνεται ότι κατά την διάρκεια της εξέτασης θα είναι ξαπλωμένη. Ο εξεταστής θα επαλείψει την περιοχή του μαστού με ειδικό λάδι, το οποίο θα επιτρέπει την καλύτερη επαφή του πομπού με το δέρμα. Καθώς ο πομπός θα κινείται κατά μήκος του δέρματος, θα αναπαριστάνεται και θα φωτογραφίζεται το εσωτερικό του μαστού. Η εξέταση δεν είναι δυσάρεστη και διαρκεί περίπου 30-60 min.

Μετά την εξέταση, δεν απαιτείται ιδιαίτερη νοσηλευτική φροντίδα. Συζητούνται μόνο και εκτιμώνται οι εμπειρίες της ασθενούς και οι προσδοκίες της για τα αναμενόμενα αποτελέσματα.<sup>2</sup>

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ**

#### **Προετοιμασία:**

- Αλλεργίες που οφείλονται σε λήψη ιωδίου (θαλασσινών) ή αλλεργικές αντιδράσεις σε πρόσφατες δοκιμασίες ιωδίου πρέπει να αναφέρονται από το νοσηλευτή σε περίπτωση που θα δοθεί εντολή για ενδοφλέβια έγχυση ακτινοσκιερών ουσιών.
- Σε πολύ ανήσυχες ασθενείς είναι δυνατόν κατόπιν ιατρικής εντολής να γίνει νάρκωση, για να διευκολυνθεί η διεκπεραίωση της εξέτασης.
- Σε περίπτωση που παραγγελθεί η έγχυση ιωδιούχων σκευασμάτων, ενδοφλεβίως αυτή γίνεται πολύ αργά.
- Η ασθενής ενημερώνεται για τον τρόπο που θα γίνει η εξέταση καθώς και για τον τόπο και τον χρόνο διάρκειας της (45-60 min).

#### **Μετά την εξέταση:**

- Αλλεργική αντίδραση πρέπει να αναμένεται, αν η ασθενής είναι αλλεργική στα ιωδιούχα σκευάσματα. Ναυτία, εμετός,

## **ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

---

αναπνευστική δυσχέρεια, ερυθρότητα ή κνησμός πρέπει να αναφέρονται αμέσως στο γιατρό.

- Το σημείο που έγινε η ενδοφλέβια έγχυση των ουσιών παρακολουθείται και ελέγχεται για σημεία φλεγμονής, όπως ερυθρότητα, οίδημα, πόνο, αύξηση της θερμοκρασίας. Σε τέτοια περίπτωση, τοποθετούμε πάγο στην περιοχή και ενημερώνουμε το γιατρό.
- Η χορήγηση ενδοφλέβιων ακτινοσκιερών ουσιών μπορεί να προκαλέσει υποθερμία.
- Ούρα για τον έλεγχο του ειδικού βάρους πρέπει να λαμβάνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα, μέχρι να βεβαιωθούμε ότι το χορηγούμενο σκεύασμα έχει απεκκριθεί εντελώς.
- Εμφανιζόμενη διάρροια είναι δυνατόν να οφείλεται στη λήψη ακτινοσκιερών ουσιών από το στόμα.
- Η λήψη υγρών ενθαρρύνεται, εκτός αντεδεικνύται για άλλους λόγους.<sup>29</sup>

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

- Διαφανοσκοπούμε τον όγκο ή την υπάρχουσα αλλοίωση, για να κατατοπιστούμε για τη φορά των τυχόν παρακείμενων αγγείων.
- Προετοιμάζουμε το πεδίο με το συνηθισμένο τρόπο χειρουργικής αντισηψίας του δέρματος.
- Με τα δάκτυλα του ο γιατρός ακινητοποιεί τον όγκο και το υπερκείμενο δέρμα.
- Χρησιμοποιεί βελόνα 18-22 G προσαρμοσμένη σε σύριγγα 10 mL. Η εισαγωγή της βελόνας γίνεται αργά υπό ορθή γωνία.
- Ακολούθως, εφαρμόζεται αρνητική πίεση και πραγματοποιούνται πολλές διελεύσεις στη μάζα του ογκιδίου και σε διάφορες κατευθύνσεις με σκοπό τη λήψη όσο το δυνατόν περισσότερου υλικού από περισσότερες θέσεις του ογκιδίου.

- Το υλικό μονιμοποιείται αμέσως με αλκοόλη 95° και αποστέλλεται σε ένα μικρό δοχείο για κυτταρολογική εξέταση.
- Στο μέρος που έγινε η παρακέντηση εφαρμόζουμε πιεστικό επίδεσμο για 24 ώρες και παρακολουθείται η περιοχή για την εμφάνιση φλεγμονής.<sup>30</sup>

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΒΙΟΨΙΑ**

Η χειρουργική αυτή παρέμβαση χρειάζεται, για την εντόπιση του καρκίνου, για την επιβεβαίωση της διάγνωσης ή για τον καθορισμό της έκτασης του καρκίνου. Κατά την περίοδο αυτή της διαγνωστικής διαδικασίας, η ασθενής και η οικογένεια 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 οικογένειας της και του φιλικού περιβάλλοντος της.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Όλοι γνωρίζουμε σήμερα ότι η πρόληψη του καρκίνου μαστού επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες της φροντίδας υγείας (πρωτοβάθμιας κυρίως, αλλά και δευτεροβάθμιας). Ο ρόλος λοιπόν του νοσηλευτή, αφού πρωτοστατεί στις υπηρεσίες φροντίδας για την υγεία, είναι πολυδύναμος, πολυεπίπεδος και γι' αυτό στρατηγικός.<sup>31</sup>

#### Α. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

1. Γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου μαστού. Μπορεί να κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας, να παίρνει διαιτολόγια, 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 καρκίνο μαστού. Συνιστά την αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και υποδεικνύει τη χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών Α και C.

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

3. Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες. Στοχεύει να διαμορφώσει νέα πρότυπα συμπεριφοράς στην απομάκρυνση των δυνητικώς αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου.
4. Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό.<sup>32</sup>

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

### **Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες**

Το υπερβολικό κόστος νοσηλείας και οι υψηλές αμοιβές των χειρουργών ευνοούν την καθυστέρηση, επειδή ασθενείς με περιορισμένα οικονομικά μέσα (ανασφάλιστες, μικρών ταμείων) βρίσκουν ότι δεν μπορούν να διαθέσουν τα ποσά αυτά και, όταν απειλούνται από μια νέα ασθένεια, καθυστερούν να κάνουν κάτι γι' αυτά τους τα συμπτώματα.

### **Έλλειψη μόρφωσης**

Πολλές ασθενείς με καρκίνο μαστού που καθυστερούν αρκετό χρόνο, αφελώς, υποθέτουν ότι αφού δεν έχουν κανένα πόνο και αισθάνονται γενικά καλά ο όγκος του μαστού, που δεν φαίνεται να αυξήθηκε, είναι ακίνδυνος. Αυτό το είδος άγνοιας συναντάται ακόμη και μεταξύ αποφοίτων λυκείου, καθώς όμως το επίπεδο μόρφωσης και καλλιέργειας ανεβαίνει, οι γυναίκες ενημερώνονται όλο και περισσότερο για την απειλή από τον καρκίνο μαστού. Παρ' όλα αυτά, η πλειονότητα των γυναικών αγνοεί βασικούς παράγοντες της φυσιολογίας και της παθολογίας του μαστού, επειδή κανένα

εκπαιδευτικό πρόγραμμα γύρω από τον καρκίνο μαστού δεν περιλαμβάνεται στη διδακτέα ύλη των σχολείων. Βασικός σκοπός ενός τέτοιου προγράμματος θα ήταν να πεισθούν οι γυναίκες ότι ο καρκίνος μαστού είναι ιάσιμος σε αρχικά στάδια, αντίθετα με ότι πιστεύουν πολλές από τις καρκινοπαθείς γυναίκες, ότι δηλαδή η νόσος τους είναι ανίατη και καθυστερούν γι' αυτό να προσέλθουν στο γιατρό τους. Στην Ελλάδα, η ανεπαρκής ενημέρωση φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο.

### **B. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ**

*Η νοσηλεύτρια συμβάλει σημαντικά στα εξής θέματα:*

- α. Λήψη καλού ιστορικού
- β. Κλινική εξέταση
- γ. Αυτοεξέταση του μαστού

### **ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ**

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 (προ- ή μετά- εμμηνοπαυσιακή περίοδος) οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο μαστού, προηγηθείσες παθήσεις μαστού, ηλικία πρώτου τοκετού, ηλικία εμμηναρχής, θηλασμός, χρήση ορμονών-αντισυλληπτικών, επίσης άλλες λιγότερο σπουδαίες πληροφορίες που είναι: τόπος γέννησης, τόπος διαμονής, βάρος, ύψος, διατροφή, χρήση φαρμάκων, επάγγελμα, κάπνισμα, κατανάλωση καφεΐνης, προηγηθείσες εγχειρήσεις κ.λ.π.

Επίσης, κατά τη λήψη του ιστορικού πρέπει να γίνονται και ειδικές ερωτήσεις, όπως: α. ποιο είναι, αν υπάρχει, το κύριο σύμπτωμα, β. Πότε εμφανίσθηκε, γ. πώς ανακαλύφθηκε, δ. πώς εξελίχθηκε, ε. πόσο καθυστέρησε η ασθενής να πάει στο γιατρό.

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

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

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

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Όσο σημαντική είναι η αξία ενός καλού ιστορικού άλλο τόσο σημαντική για την πρόιμη 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, ο νοσηλευτής:

- Εξηγεί στην ασθενή τι πρόκειται να γίνει και της εμπνέει διάθεση συνεργασίας.
- Συνιστά να πάει στην τουαλέτα, για την κένωση της ουροδόχου κύστης, ώστε να διευκολύνει την εξέταση.
- Εξασφαλίζει καλό φωτισμό.



- Την πληροφορεί ότι ο γιατρός θα τη ρωτήσει για το ιστορικό της υγείας της, ώστε να ετοιμασθεί να απαντήσει.
- Τη βοηθεί με επαρκείς εξηγήσεις να πάρει θέση κατάλληλη για το είδος της κλινικής εξέτασης.

### α. Επισκόπηση

Ο νοσηλευτής τοποθετεί τη γυναίκα σε καθιστή θέση και ελέγχονται το σχήμα, το μέγεθος και η συμμετρία των μαστών, οι θηλές, κάθε εξέγκωση του δέρματος ή των θηλών, το χρώμα, οίδημα, εισολκή του δέρματος ή των θηλών. Η εισολκή του δέρματος, η οποία οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του Cooper, φαίνεται καλύτερα, όταν η επισκόπηση γίνεται με υψωμένα τα χέρια.

### β. Ψηλάφηση

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.
- Την ευαισθησία των θηλών.
- Τις εκκρίσεις των θηλών.
- Τους υπερκλείδιους ή μασχαλιαίους λεμφαδένες.

Ο νοσηλευτής 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, ψηλαφάται όλος ο μαστός. Ο καρκίνος μαστού παρουσιάζεται κατά 80% με μάζα η οποία συνήθως ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες.<sup>33</sup>

### ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ (ΑΕΜ)

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού, με επιμορφωτικά σεμινάρια και συγκεντρώσεις, καθώς και με οπτικά-ενημερωτικά μέσα. Σημειώνονται τα πλεονεκτήματα τη ΑΕΜ, σε κάθε γυναίκα που έρχεται σε επαφή για οποιοδήποτε λόγο με τη νοσηλεύτρια, δηλαδή ότι:

- α. Είναι μέθοδος πρώιμης διάγνωσης και πρόληψης του καρκίνου μαστού.
- β. Είναι εύκολη στην εφαρμογή της.
- γ. Είναι ακίνδυνη.
- δ. Δεν κοστίζει τίποτε χρειάζονται μόνον 5 λεπτά, τα οποία ίσως αποδειχθούν καθοριστικά.
- ε. Κάθε γυναίκα μπορεί και οφείλει στον εαυτό της να την πραγματοποιεί.
- στ. Επιτρέπει την αναγνώριση μικρών ογκιδίων στο μαστό και εδώ ακριβώς είναι η σημασία της.

Η νοσηλεύτρια θεωρείται το καταλληλότερο πρόσωπο για την ενημέρωση του κοινού για την ΑΕΜ και για τη βοήθεια στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Ως γυναίκα ανήκει στην κατηγορία των ανθρώπων που μαστίζονται από το νόσημα αυτό, μπορεί να αναπτύξει καλύτερη επαφή με τις γυναίκες και ιδιαίτερα με τις γυναίκες της υπαίθρου, στις οποίες το αίσθημα της ντροπής γίνεται ανασταλτικός παράγων για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Η νοσηλεύτρια οφείλει επίσης να ενημερώνει το κοινό για το κάθε πότε και ποιες ιδιαίτερα γυναίκες πρέπει να κάνουν ΑΕΜ.

#### **Έτσι:**

1. Κάθε γυναίκα πάνω από τα 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 μέσα μαζικής ενημέρωσης, εξαρτάται και από το επίπεδο

μόρφωσης της γυναίκας και ακόμη από το πόσο ανησυχεί η γυναίκα.

2. Οι γυναίκες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου πρέπει να εφαρμόζουν πιο συχνά την ΑΕΜ. Έχει πράγματι υπολογισθεί ότι, όταν οι γυναίκες έχουν κληρονομικό του καρκίνου του μαστού, βαριά ινοκυστική μαστοπάθεια ή είναι πάνω από 40 ετών εφαρμόζουν την ΑΕΜ σε ποσοστό 68%, 50% και 44%, αντίστοιχα.

3. Η γυναίκα πρέπει να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού. Είναι σημαντικό η αυτοεξέταση να γίνεται κάθε μήνα στο ίδιο χρονικό διάστημα και να συνδέεται με ένα γεγονός που επαναλαμβάνεται κάθε μήνα, ώστε να μην ξεχνιέται.

Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η εξέταση είναι 7-8 ημέρες μετά την έναρξη της περιόδου, για τις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Για τις γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια, η ΑΕΜ πρέπει να γίνεται την πρώτη ημέρα του νέου κύκλου λήψης των αντισυλληπτικών.

Για τις γυναίκες που λαμβάνουν συνεχώς προγεστερονικά σκευάσματα, συνιστάται η ΑΕΜ να γίνεται την πρώτη ημέρα κάθε μηνός. Η αυτοεξέταση των μαστών πρέπει να συνεχίζεται κάθε μήνα και μετά την εμμηνόπαυση.

Σκοπός της ΑΕΜ είναι να καταστήσουμε τις γυναίκες ικανές να ανακαλύπτουν τους όγκους των μαστών τους όσο πιο νωρίς γίνεται, από τότε που γίνονται ψηλαφητοί, θέλουμε, αν είναι δυνατόν, να ελαττώσουμε το διάστημα των 6-12 μηνών που παρέρχεται από τότε που ένας όγκος γίνεται ψηλαφητός μέχρι τότε που ανακαλύπτεται πραγματικά. Γι' αυτό συμβουλεύουμε τις γυναίκες να κάνουν ΑΕΜ κατά μηνιαία διαστήματα, συνιστώντας σε αυτές να μην ψηλαφούν συνεχώς τους μαστούς τους και να μη σκέπτονται τη νόσο του μαστού.

Ο νοσηλευτής είναι αυτός που πρώτος θα έρθει σε επαφή με την εξεταζόμενη γυναίκα και θα κερδίσει την εμπιστοσύνη της. Αυτός θα την ενημερώσει για την ύπαρξη της ΑΕΜ και για τα πλεονεκτήματά της και, αφού λύσει απορίες και δισταγμούς, θα προχωρήσει στην τεχνική της ΑΕΜ. Από το νοσηλεύτη, τις γνώσεις του και την ικανότητα διδασκαλίας και μετάδοσης γνώσεων θα εξαρτηθούν η αποδεκτικότητα της ΑΕΜ από τη γυναίκα και το κατά πόσο θα εφαρμοσθεί σωστά.

Συμπερασματικά λοιπόν ο νοσηλευτής είναι αυτός που οφείλει να προσεγγίσει ένα ευρύ σύνολο του ώριμου γυναικείου πληθυσμού με την πληροφορία του σπουδαιότατου ρόλου των γυναικών στην πρόιμη ανακάλυψη του καρκίνου μαστού. 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 παρουσιάζουν 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.<sup>2</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη συμβολή του για τη θεραπεία της καρκινοπαθούς είναι σημαντικός. Πρέπει να βοηθήσει την άρρωστη να διατηρήσει τις δυνάμεις της και την ακεραιότητα της ώστε να τα χρησιμοποιήσει εναντίον των κακοηθών κυττάρων.

Η θεραπεία της άρρωστης που πάσχει από καρκίνο του μαστού είναι πολύπλοκη, και όσο πολύπλοκη είναι η θεραπεία τόσο πιο διαπλεκόμενος είναι και ο ρόλος του νοσηλευτή. Η ασθενής θα πρέπει να αισθάνεται ότι ο νοσηλευτής την κατανοεί και θέλει να την βοηθήσει. Μ' αυτόν τον τρόπο θα αποκτήσει εμπιστοσύνη απέναντι στο πρόσωπο της και θα γίνει συνεργάσιμη.

Αυτό είναι που θέλει να εξασφαλίσει ο νοσηλευτής με την έναρξη της θεραπείας, συνεργασία. Χωρίς αυτή δεν θα μπορεί να κάνει τίποτε. Η άρρωστη θέλει διαφορετική αντιμετώπιση σε κάθε φάση της θεραπείας.

Σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης η ασθενής χρειάζεται ενθάρρυνση και τόνωση του ηθικού δίνοντας της ελπίδες για την εγχείρηση κάτι που γίνεται κατά την προεγχειρητική ετοιμασία.

Όταν γίνεται χημειοθεραπεία η ασθενής έχει απαισιοδοξία και μελαγχολία και τότε χρειάζεται τόνωση του ηθικού και αναφορά σε περιστατικά ασθενών που έχουν θεραπευτεί.

Ακόμη ο νοσηλευτής θα πρέπει να βοηθά την άρρωστη χωρίς όμως αυτή να χάσει την αξιοπρέπεια της και τον αυτοσεβασμό της. Αυτό θα το επιτύχει με το να την σέβεται αυτή πρώτη βλέποντας την άρρωστη σαν μια προσωπικότητα που δίνει μια μάχη για να κρατηθεί στη ζωή.

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

**ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Ο σκοπός της εγχείρησης στην ασθενή με καρκίνο του μαστού είναι θεραπευτικός ή περιοριστικός της έκτασης του καρκίνου. Ως αποτέλεσμα της εγχειρητικής παρέμβασης, μπορεί να έχουμε κάποια παραμόρφωση ή και την αφαίρεση του μαστού, καταστάσεις βέβαια που η ασθενής αντιμετωπίζει με φόβο και ιδιαίτερα άγχος. Για το λόγο αυτόν, η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα έχει σχέση με την ανταπόκριση της ασθενούς στη διάγνωση και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Στο σημείο αυτό, η νοσηλευτική διδασκαλία και η εκτίμηση του σωματικού και ψυχοσυναισθηματικού επιπέδου της ασθενούς παρέχουν απαραίτητα και σημαντικά στοιχεία για τον άμεσο σχεδιασμό των νοσηλευτικών μέτρων αντιμετώπισης της νόσου.<sup>2</sup>

**A. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ**

Η παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας θα γίνει μετά τη διεκπεραίωση της νοσηλευτικής διάγνωσης των αναγκών και των προβλημάτων της ασθενούς, τα οποία είναι:

**α. Αμφιβολίες για τη διάγνωση**

Η υποψία του καρκίνου του μαστού δημιουργεί στις περισσότερες γυναίκες πραγματική καρκινοφοβία. Για το λόγο αυτό, πολλές γυναίκες αποφεύγουν την έγκαιρη ιατρική εξέταση, με ολέθρια βεβαίως αποτελέσματα για την υγεία και τη ζωή τους.

Ο νοσηλευτής 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 ο νοσηλευτής 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 σκέψη ότι είναι ενδεχόμενο να πάσχουν από καρκίνο του μαστού φέρνει αντιμέτωπες τις ασθενείς με τη σκληρή πραγματικότητα, δηλαδή με την απειλή της σωματικής τους αρτιμέλειας. Η αφαίρεση του μαστού είναι μια από τις περιπτώσεις εκείνες, κατά τις οποίες ο αναπόφευκτος ακρωτηριασμός δημιουργεί έντονο ψυχικό κλονισμό. Η σκέψη και μόνο του ακρωτηριασμού του μαστού προκαλεί στη γυναίκα ψυχικό τραύμα, διότι από τη νεανική της ηλικία η ζωή της είναι συνυφασμένη με την ύπαρξη του οργάνου αυτού.

Ο νοσηλευτής, για να μειώσει το άγχος, την αγωνία, την αδυναμία, την κατάθλιψη και όλα τα δυσάρεστα συναισθήματα:

1. Εξηγεί στην ασθενή πράγματα που πιθανόν να της δημιουργούν φόβο (π.χ. μηχανήματα), τις διαδικασίες που ακολουθούνται και τα αναμενόμενα αποτελέσματα.
2. 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.
3. Ο σχεδιασμός της φροντίδας είναι τέτοιος που να επιτρέπει καθημερινά για τουλάχιστον 15 λεπτά στο νοσηλευτή να κάθεται και να ακούει τις απόψεις και τα συναισθήματα της ασθενούς για την κατάσταση της. Εκτιμά επίσης την προσαρμογή της ασθενούς στην πιθανότητα αφαίρεσης του μαστού.
4. Ευθαρρύνει 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.

5. 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).
6. Παρέχει στην ασθενή χρόνο για εκμάθηση ή εξάσκηση.
7. Στο τέλος ανακαλύπτει και λύνει απορίες και παρανοήσεις, που πιθανόν να έχει η ασθενής.

### **γ. Δυσκολία αποδοχής της εγχείρησης**

Ο χρόνος αναμονής της εγχείρησης είναι χρόνος ψυχικής έντασης, άγχους, αγωνίας και ανησυχίας για την ασθενή. Συνήθως, η σωματική νόσος αυξάνει την ψυχική ευαισθησία και ορισμένες φορές προκαλεί συναισθηματική κρίση, η οποία εκδηλώνεται, ιδιαίτερα όταν απειλείται η σωματική αριμείλεια ή επίκειται ο θάνατος. Η προετοιμασία για την επικείμενη ψυχική ένταση πρέπει να εξατομικεύεται.

Καλείται η νοσηλεύτρια να βοηθήσει την ασθενή να αντιληφθεί το πρόβλημα της. Δημιουργεί ασφαλές και ενθαρρυντικό περιβάλλον και συντελεί στην ελάττωση της ψυχικής έντασης της ασθενούς και στην ενίσχυση των ψυχικών της δυνάμεων, για να είναι σε θέση να αποδεχθεί με ευκολία την εγχείρηση.

Προσπαθεί με υπομονή και αγάπη να τη διαβεβαιώσει ότι η εγχείρηση είναι απαραίτητη για τη θεραπεία της και ότι ασφαλώς ο γιατρός θα κάνει ότι είναι καλύτερο γι' αυτήν.

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι να βοηθήσει την ασθενή να αποδεχθεί και να αντιμετωπίσει με θάρρος και ψυχραιμία το είδος της επέμβασης.

### **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.

Ο νοσηλευτής 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.

Ο νοσηλευτής θεωρεί φυσικό το φαινόμενο του φόβου για το θάνατο, τον οποίο δοκιμάζει η ασθενής και τη βεβαιώνει ότι η χειρουργική στην εποχή μας έχει προοδεύσει τόσο, ώστε και στην περίπτωση της το αποτέλεσμα θα είναι άριστο.

### **ε. Οικογενειακά προβλήματα**

Η ασθενής ανήκει σε μια οικογένεια και το πρόβλημα της υγείας της προκαλεί διαταραχή στην ατμόσφαιρα της οικογενειακής της ζωής.

Σκοπός του νοσηλευτή 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 του, συζητώντας με τα μέλη της οικογένειας για την κατάσταση της ασθενούς, προσφέροντας πληροφορίες, απαντώντας σε ερωτήσεις, ενθαρρύνοντας τα.
- Βοηθάει τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν τα αισθήματα της ασθενούς.
- Βοηθάει την ασθενή να εκφράσει τα αισθήματα και τις ανάγκες της στην οικογένειά της.

Μετά το πέρας των διαγνωστικών και των εργαστηριακών εξετάσεων, γίνεται προετοιμασία της ασθενούς για το χειρουργείο. Ο νοσηλευτής προσπαθεί να μειώσει το χρόνο αναμονής πριν από την εγχείρηση με:

- Διαπίστωση των φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπιση τους.
- Εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή.
- Χορήγηση ηρεμιστικών (με εντολή γιατρού) για να μειωθούν οι ανησυχίες της ασθενούς.

### ***Την παραμονή της εγχείρησης:***

- Λαμβάνεται αίμα για καθορισμό της ομάδας και γίνεται διασταύρωση για την εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση, αν χρειασθεί.
- Γίνεται ευπρεπισμός του εγχειρητικού πεδίου και του αντίστοιχου μηρού για τυχόν λήψη δερματικού μοσχεύματος ακολουθεί λουτρό καθαριότητας.
- Χορηγούνται υπακτικά φάρμακα για την κένωση του εντέρου.

### ***Κατά την ημέρα της εγχείρησης:***

- Λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. Επί πυρετού, ενημερώνεται ο χειρουργός.
- Συνιστάται στην ασθενή η κένωση της κύστης.
- Αφαιρούνται τα κοσμήματα και οι τεχνητές οδοντοστοιχίες.
- Η ασθενής φοράει τα ρούχα του χειρουργείου.

Η προεγχειρητική ετοιμασία κατά την παραμονή και την ημέρα της εγχείρησης, είναι νοσηλευτικό έργο μεγάλης σημασίας, γιατί συμπληρώνει την όλη νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς, την ετοιμάζει πλήρως για τη χειρουργική τράπεζα, επισφραγίζει το ενδιαφέρον του νοσηλευτή προς την πάσχουσα και την πείθει, ότι πράγματι ο νοσηλευτής θα δείξει το ανάλογο ενδιαφέρον και μετά την εγχείρηση της.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

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 κάλυψη των αναγκών της ασθενούς όπως κατάλληλη σίτιση, εξασφάλιση άνεσης, αντιμετώπιση των προβλημάτων και πρόληψη των μετεγχειρητικών δυσχεριών και επιπλοκών.<sup>2</sup>

### ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Μέχρι την πλήρη ανάνηψη και την παύση της ναυτίας και των εμετών, χορηγούνται οροί. Εν συνεχεία, δίνονται υγρά από το στόμα και σύντομα αρχίζει η κανονική διατροφή.

Συνιστάται υπερλευκωματούχος δίαιτα για τη 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. Επίσης η αδυναμία της να χρησιμοποιεί το ένα χέρι, επειδή ακινητοποιείται πρόσκαιρα ο βραχίονας, την καθιστά αδύναμη να τρώει μόνη της.

Ο νοσηλευτής υποβοηθεί την ασθενή κατά το φαγητό, ώστε να τρώει με το ένα χέρι. Ιδιαίτερα κατά τις πρώτες ημέρες, ο

νοσηλευτής δεν αφήνει ποτέ το φαγητό στην ασθενή, όταν δεν μπορεί να παραμείνει ο ίδιος, αν προηγουμένως δεν εξασφαλίσει τον άνθρωπο που θα της το χορηγήσει.<sup>35</sup>

1. Αφού γυρίσει στο θάλαμο νοσηλείας, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ελέγχει συχνά την αρτηριακή πίεση, το σφυγμό και την αναπνοή της.
2. Ο νοσηλευτής θα της επισημάνει ότι πρέπει να γυρίζει από πλευρά σε πλευρά, να βήχει και να αναπνέει βαθιά.
3. Αρχικά, δεν θα της επιτρέψει να σηκώνεται από το κρεβάτι, εκτός αν υποβαστάζεται από τον ίδιο τον νοσηλευτή.
4. Πόνος. Ελαφρός πόνος στην περιοχή της τομής είναι συνηθισμένος, αλλά υπάρχουν τρόποι για την αντιμετώπιση του και για απαλλαγή της ασθενούς από το δυσάρεστο αυτό συναίσθημα:

- Χορηγούνται αναλγητικά κατόπιν ιατρικής εντολής.
- Συνιστάται στην ασθενή να φοράει υποστηρικτικό στηθόδεσμο όλο το 24ωρο.
- Ενημερώνεται η ασθενής για μερικές ημέρες να αποφεύγει από τομές και βαριές κινήσεις (σήκωμα, σπρώξιμο) με το χέρι της σύστοιχης με τη βιοψία πλευράς.
- Αποφεύγονται οι πολύ χαμηλές θερμοκρασίες, οι οποίες προκαλούν σύσπαση των θηλών και τράβηγμα των ραμμάτων.

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.

- Γύρω από την τομή θα σχηματισθεί μια μελανιασμένη περιοχή. Αυτή εν συνεχεία θα γίνει γαλαζωπή πράσινη και θα εξαφανισθεί περίπου σε 2 εβδομάδες.
- 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.

- Η θηλή είναι δυνατόν να τραβηχτεί προς μια πλευρά, αλλά θα επιστρέψει στην κανονική της θέση σε ένα ή δύο μήνες.
- Τα ράμματα της τομής θα αφαιρεθούν μια περίπου, εβδομάδα μετά την εγχείρηση.

6. Η περιοχή γύρω από την τομή είναι δυνατόν να είναι μουδιασμένη. Η αισθητικότητα του μαστού θα επαναποκτηθεί μετά από 2 περίπου μήνες.

7. Η περιοχή της τομής πρέπει να εξετάζεται συχνά:

1. 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.
2. 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 για περαιτέρω διερεύνηση.

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

Η αντίδραση των γυναικών στη βιοψία του μαστού ποικίλλει. Νέες γυναίκες, υψηλού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και γυναίκες με μικρούς μαστούς συνήθως στενοχωρούνται περισσότερο σχετικά με δυσμορφίες του μαστού τους από ότι άλλες γυναίκες.

Κατά τη χρονική αυτή περίοδο, η ασθενής αντιμετωπίζει ταυτόχρονα τη θέα του άγνωστου μέλλοντος με πιθανότητα αλλαγής

στον τρόπο ζωής και τις επιλογές που παρουσιάζονται στη μελλοντική θεραπεία.<sup>2</sup>

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΔΥΣΧΕΡΕΙΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ**

#### **A. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ**

1. Πόνος: 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. Ο νοσηλευτής:

α. Χορηγεί με εντολή γιατρού αναλγητικά και παρακολουθεί/εκτιμά τα επιθυμητά ή ανεπιθύμητα αποτελέσματα .

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.

δ. Αποφεύγει να μετακινεί την ασθενή, σηκώνοντας 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 αποβάλει πτύελα. Ο νοσηλευτής την διδάσκει πώς να αναπνέει και να βήχει, ιδιαίτερα μετά τη χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου.

στ. Ενθαρρύνει την έγερση της ασθενούς από την πρώτη κιόλας μετεγχειρητική μέρα.

ζ. Υπενθυμίζει στην ασθενή να περιορίσει την κινητικότητα του σύστοιχου άκρου.

η. Τη συμβουλεύει να κοιμάται ανάσκελα, όσο αυτό είναι δυνατόν.

### **2. Μείωση της κινητικότητας / δραστηριότητας:**

Ο νοσηλευτής:

1. Κινητοποιεί την ασθενή, όταν περάσουν οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αναισθησίας.
2. 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 των δακτύλων δίνονται 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 δραστηριότητες της. όπως χτένισμα, βούρτσισμα δοντιών, τάισμα, κ.α.
3. Αρχικά, η ασθενής μπορεί να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις, εξαιτίας του πόνου που νιώθει, αλλά ο νοσηλευτής θα τονίσει τη σπουδαιότητα των ασκήσεων και θα συνεχίσει τις ασκήσεις μέσα στα όρια αντοχής της ασθενούς.
4. Η ασθενής ενθαρρύνεται να διατηρεί κανονική θέση του σώματος 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.

**3. Δίψα:** Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι (port cotton), ποτισμένο με κρύο νερό, και με χορήγηση υγρών δια της παρεντερικής οδού.

**4. Εμετός:** Αν η ασθενής έχει εμετούς, η νοσηλεύτρια τοποθετεί το κεφάλι της προς τα πλάγια και της προμηθεύει το νεφροειδές, το

οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον εμετό, διότι η παραμονή του κοντά στην άρρωστη προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και εμετό. Μετά από κάθε εμετό πρέπει το στόμα της άρρωστης να πλένεται με νερό και να διατηρούνται καθαρά τα κλινοσκεπάσματα. Τα έχοντα σχέση με τους εμετούς (ποσό, συχνότητα, χρώμα), πρέπει να αναγράφονται στη λογοδοσία και στο δελτίο νοσηλείας της άρρωστης.

**5. Δυσκοιλιότητα:** Σε περίπτωση δυσκοιλιότητας χορηγείται καθαρτικό σιρόπι (γάλα μαγνησίας, x-prep κ.α.), τοποθετούνται υπόθετα γλυκερίνης, γίνονται υποκλισμοί.

**6. Ανησυχία-Δυσφορία:** Χορηγούνται ήπια ηρεμιστικά σε περίπτωση αϋπνίας, αγχολυτικά σε έντονο άγχος και παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη. Επίσης ελέγχεται το επιδερμικό υλικό ώστε να διατηρείται στεγνό για την αποφυγή προκλήσεως δυσφορίας στην άρρωστη.

## **B. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

**1. Αιμορραγία:** Ο μαστός είναι όργανο με μεγάλη αγγείωση. Για το λόγο αυτόν, γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μετεγχειρητικής αιμορραγίας.

Ο νοσηλευτής:

- Παρακολουθεί το επιδερμικό υλικό τουλάχιστον κάθε 2 ώρες κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο.
- Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 2-4 ώρες γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για τη διαπίστωση αιμορραγίας και shock.
- Ελέγχει τις συσκευές παροχέτευσης του τραύματος.
- Παρακολουθεί την ενδοφλέβια χορήγηση ορών για την εξασφάλιση ισοζυγίου νερού και ηλεκτρολυτών και για τη θερμοδίκη κάλυψη. Παρατηρεί επίσης το ποσό των ούρων για εμφάνιση ολιγουρίας.



- Εκτιμά αλλαγές του νοητικού επιπέδου της ασθενούς (π. χ. σύγχυση, ευερεθιστότητα, μειωμένο επίπεδο συνείδησης), οι οποίες είναι δυνατόν να αποδεικνύουν μειωμένη παροχή αίματος στον εγκέφαλο.

**2. Shock ή καταπληξία.** Η προφύλαξη της ασθενούς από το μετεγχειρητικό shock συνίσταται στην ανακούφιση από τον πόνο, στην χορήγηση άφθονων υγρών μετεγχειρητικά, στο έλεγχο καλής λειτουργίας του κυκλοφορικού συστήματος και τέλος στην τόνωση του ηθικού της ασθενούς.

**3. Φροντίδα του τραύματος και πρόληψη φλεγμονής:** Ο νοσηλευτής τηρεί αυστηρά τις αρχές της άσηπτης τεχνικής κατά τις αλλαγές του τραύματος, αν υπάρχει, της μαστεκτομής και του μηρού λόγω λήψης μοσχεύματος.

Ο νοσηλευτής φροντίζει για τον τακτικό έλεγχο του τραύματος για εμφάνιση σημείων φλεγμονής:

- Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 4 ώρες και εκτιμά σημεία που υποδηλώνουν φλεγμονή (π.χ. αύξηση της θερμοκρασίας).
- Παρατηρεί την τομή για τοπική αύξηση της θερμότητας, οίδημα, εμφάνιση πύου. Καταγράφει και αναφέρει αυτά αμέσως στο γιατρό.
- Ελέγχει το ποσό των παροχετεύσεων, το χρώμα και την οσμή.
- 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 ακόμη 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.

**4. Ρήξη τραύματος:** Η ασθενής προφυλάσσεται από τη ρήξη τραύματος με τα μέτρα που ακολουθούν:

- Υποστηρίζεται το τραύμα με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης.
- Καταστέλλεται ο εμετός και ο βήχας.
- Διδάσκεται η ασθενής να συγκρατεί με τις δύο παλάμες της το τραύμα, όταν βήχει.

**5. Πνευμονία - ατελεκτασία:** Η πρόληψη της εκδήλωσης αυτών των επιπλοκών περιλαμβάνει:

- Στενή παρακολούθηση της ασθενούς, μέχρι την τέλεια απονάρκωσή της.
- Ταχεία απονάρκωσή της ασθενούς.
- Έγκαιρη τοποθέτηση της ασθενούς σε ανάρροπη θέση.
- Ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει και να κάνει κινήσεις των άκρων.

**6. Μετεγχειρητική ψύχωση:** Σε περίπτωση εμφάνισης μετεγχειρητικής ψυχώσεως πρέπει να ληφθούν μέτρα προφύλαξης της ασθενούς και του περιβάλλοντος της. Συνίσταται η παρακολούθηση της ασθενούς και η θεραπευτική αγωγή από ψυχίατρο. Η καλή ψυχολογική προετοιμασία της ασθενούς πριν από την εγχείρηση, προλαμβάνει πολλές φορές την επιπλοκή αυτή.<sup>23</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο νοσηλευτής φέρει μεγάλη ευθύνη και ένα σημαντικό ρόλο για την αποδοχή και συνεργασία της ασθενούς στη θεραπεία όσο και για την σωστή έκβαση αυτής με τα καλύτερα επιθυμητά αποτελέσματα. Για τον λόγο αυτό πριν από κάθε θεραπεία θα πρέπει:

- Να γίνεται ενημέρωση της άρρωστης και των συγγενών για το θεραπευτικό πρόγραμμα (τι περιλαμβάνει, τη διάρκεια του, τις ώρες εφαρμογής της θεραπείας κ.α.).
- Να λύνει κάθε απορία της γύρω από τη θεραπεία, τις τοξικές ενέργειες, τα επιθυμητά αποτελέσματα έτσι ώστε, να μη νιώθει άγνοια με αποτέλεσμα φόβο, αγωνία, άγχος, μη συνεργασία στη θεραπεία.
- Να προσφέρει κάθε πληροφορία για τις ανεπιθύμητες ενέργειες και πως πρέπει να αντιμετωπιστούν καλύτερα.
- Να γίνει μία γενική εκτίμηση της ασθενούς τόσο για τη θρέψη της, την κατάσταση του δέρματος, στόματος όσο και της κινητικότητας και της συναισθηματικής της κατάστασης. Πάνω απ' όλα θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν μια ολοκληρωμένη προσωπικότητα με φυσικές, κοινωνικές, συναισθηματικές αναζητήσεις και ανάγκες.

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΙΣ ΤΟΞΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

1. Σε καταστολή του μυελού των οστών που εκδηλώνεται με:

#### Λευκοπενία

- Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός χτύπος.

- Η θερμοκρασία του σώματος.
- Το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη.

Προλαμβάνονται οι λοιμώξεις με μέτρα όπως:

- Εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής καθαριότητας.
- Κάθε 4-6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας.
- Όταν η άρρωστη έχει ενδοφλέβια έγχυση αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.<sup>9</sup>

### Θρομβοπενία

Παρακολουθούνται:

- Τα αιμοπετάλια (φυσιολογικές τιμές 200.000-300.000/mm<sup>3</sup>). Αν η άρρωστη έχει κάτω από 50.000/mm<sup>3</sup> θα πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο.
- Τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα.
- Η Αρτηριακή πίεση του αίματος.

Προλαμβάνονται οι αιμορραγίες με μέτρα όπως:

- Περιορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις.
- Οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πιέσεως σε κάποιο σημείο του σώματος πρέπει να είναι μικρής διάρκειας.
- Δίνονται συμβουλές στην άρρωστη να εφαρμόζει μέτρα πρόληψης αιμορραγίας που μπορεί να δημιουργηθεί με την σκληρή οδοντόβουρτσα, την ακατάλληλη ξυριστική μηχανή κ.α.

### Αναιμία

- Παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη (φυσ. τιμ. 14-16 g/100ml αίματος), ο αιματοκρίτης (φυσ. τιμ. 40-45% άνδρες και 37-42% γυναίκες) και η παρουσία, συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, απάθεια.

Βοηθείται η άρρωστη με:

- Διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο.
- Αποφυγή κόπωσης.
- Χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού.
- Περιορισμός της απώλειας αίματος.

2. Σε γαστρεντερικές διαταραχές που εκδηλώνονται με:

### Ναυτία, εμετούς

Παρακολουθείται η συχνότητα των εμετών, ο χαρακτήρας και η ποσότητα. Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης όπως:

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων.
- Χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου με άδειο στομάχι.
- Δίνονται μικρά κομμάτια πάγου μόλις παρουσιαστεί η ναυτία.
- Δίνονται μικρά και συχνά γεύματα και τροφές χωρίς έντονη οσμή.
- Ενημερώνεται η άρρωστη, πως η ναυτία και οι εμετοί είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα.
- Διορθώνεται αν χρειάζεται η διαταραχή του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και εξασφαλίζεται καλή θρέψη.

### Διάρροια / Συσπαση κοιλιακών μυών.

Παρακολουθείται:

- Το χρώμα, η ποσότητα και η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης.
- Η άρρωστη για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνει διαταραχή ισοζυγίου ηλεκτρολυτών.
- Η συχνότητα και η ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.
- Χορηγούνται ενδοφλεβίως υγρά για πρόληψη της αφυδάτωσης και για την διατήρηση του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών σε φυσιολογικά επίπεδα.

### **Στοματίτιδα - Ελκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας**

Προλαμβάνεται η στοματίτιδα με:

- Την καθημερινή παρακολούθηση της στοματικής κοιλότητας για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο, όταν χρησιμοποιούνται όξινες τροφές.
- Επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη τρεις φορές τη μέρα.
- Για τη θεραπεία της στοματίτιδας γίνεται συνεχή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και προσφορά χλιαρής τροφής χωρίς σάλτσες και καρυκεύματα.

### **3. Νευροτοξικότητα**

Βοηθείται η άρρωστη στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας:

- Με τη χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία της.
- Με τη διατήρηση των μελών του σώματος της σε φυσιολογική θέση.
- Με την εξασφάλιση οδηγίας γιατρού για τη χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων.<sup>9</sup>

### **4. Ωτοτοξικότητα (τοξική βλάβη των αυτιών)**

- Εκτιμάται η ακοή της αρρώστου πριν αρχίσει τη θεραπεία.
- Ενημερώνεται η άρρωστη να αναφέρει, αν αισθανθεί βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

### **5. Ηπατοτοξικότητα**

Παρακολουθείται:

- Η λειτουργικότητα του ήπατος με τις γνωστές , ηπατικές εξετάσεις.
- Η εμφάνιση συμπτωμάτων πιθανόν να προέρχονται από βλάβη του ήπατος, όπως πόνο στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος.

Ανακουφίζεται η άρρωστη από τα συμπτώματα της ηπατοτοξικότητας με ανάλογες νοσηλευτικές δραστηριότητες. Ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός όταν επιδεινωθούν τα συμπτώματα από την επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας.

### **6. Νεφροτοξικότητα**

Παρακολουθείται:

- Η λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας.
- Η άρρωστη για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας όπως οίδημα, μείωση του ποσού των ούρων.
- Το ισοζύγιο των λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

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

### **7. Ανοσοκατασταλτική επίδραση**

- Παρακολουθείται η άρρωστη για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο, πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων.
- Προστατεύεται η άρρωστη από μολύνσεις.

### **8. Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων**

- Παρακολουθείται η άρρωστη για συμπτώματα όπως αμηνόρροια, διαφοροποίηση χαρακτηριστικών του φύλου κ.α.
- Ενημερώνεται πως κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για μερικούς μήνες μετά τη θεραπεία δεν θα πρέπει να μείνει έγκυος για την πρόληψη τερατογένεσης.

### **8. Αλωπεκία (πτώση μαλλιών)**

- Ενημερώνεται η άρρωστη ότι μπορεί να πέσουν τα μαλλιά της στο διάστημα της θεραπείας.
- Μειώνεται η αλωπεκία αν κατά τη θεραπεία και 10-15 λεπτά μετά από αυτή εφαρμοστεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.
- Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, γίνεται αποτρίχωση του κεφαλιού και καλύπτεται με μαντήλι ή περούκα.

### **10. Αλλαγές στο δέρμα**

- Παρακολουθείται το δέρμα για διακοπή της συνέχειας του, διατηρείται καθαρό, προστατεύεται από την ξηρότητα και την μεγάλη έκθεση στον ήλιο ή σε τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες.
- Δίνονται στην άρρωστη έντυπες πληροφορίες σχετικά με την προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα (γίνεται πιο σκούρο κ.α.) αν υπάρχουν.<sup>2</sup>

## **ΔΙΑΙΤΑ ΚΑΙ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

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 καλύτερα να ανταποκριθούν στις ανεπιθύμητες ενέργειες 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 έχει σκοπό να διατηρήσει ή αν υπάρχει ανάγκη να αυξήσει το βάρος της ασθενούς, ενώ πλούσιων σε πρωτεΐνες να βοηθήσει τη σωστή λειτουργία του



## **ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

---

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 απ' 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:

1. 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.
2. Πουλερικά, ψάρια και κρέας: με τις τροφές αυτές λαμβάνονται τόσο πρωτεΐνες όσο και βιταμίνες.
3. 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.
4. Γαλακτοκομικά προϊόντα: Γάλα και προϊόντα του, όπως τυρί, γιαούρτι, βούτυρα κ.α., παρέχουν πρωτεΐνες, ασβέστιο και μεγάλο αριθμό βιταμινών.

Την ημέρα της χημειοθεραπείας, η ασθενής δεν τρώει τίποτα ώρες πριν και μετά τη θεραπεία.<sup>36</sup>

## **Β. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η νοσηλευτική φροντίδα της άρρωστης που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που ο νοσηλευτής θα έλθει σε επαφή με την άρρωστη του. Από τη στιγμή αυτή, ο νοσηλευτής με την

κατανόηση της θέσης της άρρωστης και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στην άρρωστη ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει άρρωστη στην οποία εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρονται:

1. Στην ενημέρωση της άρρωστης για τη θεραπεία.
2. Στην προετοιμασία και βοήθεια της άρρωστης για τη θεραπεία.
3. Στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την άρρωστη, το περιβάλλον και τον εαυτό της.
4. Στην ψυχολογική τόνωση της άρρωστης πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.<sup>9</sup>

**Τρόποι εφαρμογής ακτινοθεραπείας.** Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί εξωτερικά και εσωτερικά.

1. **Εξωτερική εφαρμογή.** Είναι η τηλεθεραπεία που εφαρμόζεται με:

- Ακτίνες Χ οι οποίες παράγονται από ειδικό μηχάνημα.
- Ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε ραδιοθεραπευτικές βόμβες, π.χ. κοβάλτιο -60, καίσιιο -137 (τηλεραδιοθεραπεία).

Τα πλεονεκτήματα των πιο πάνω εφαρμογών είναι ότι η μεγαλύτερη απορρόφηση της ακτινοβολίας γίνεται κάτω από την επιφάνεια του δέρματος. Χρησιμοποιείται και μεγάλης εντάσεως ακτινοβολία για την ακτινοβόληση "εν των βάθει" (στο βάθος) κακοηθών νεοπλασιών όπως του εγκεφάλου, του τραχήλου, των πνευμόνων κ.α.

- Ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα σε θήκες (εκμαγεία) που εφαρμόζονται πάνω στο σημείο που πρέπει να ακτινοβοληθεί (δέρμα, βλεννογόνοι).

2. **Εσωτερική εφαρμογή, εφαρμόζεται:**

- Ενδοκοιλιακά. Γίνεται εισαγωγή ραδιοϊσοτόπου σε κοίλα όργανα σε κοίλα όργανα ή σε κοιλότητες του οργανισμού π. χ. μήτρα,

υπεζωκοτική κοιλότητα. Το ραδιοϊσότοπο, όπως χρυσός -196 κ.α., εισάγεται με έγχυση (υγρή μορφή) ή τοποθέτηση στην κοιλότητα (στερεά μορφή).

- Εμφύτευση. Τα ραδιοϊσότοπα με στερεά μορφή βελονών, κάψουλων, κόκκων, ράβδων, συρμάτων εμφυτεύονται και μένουν μόνιμα ή αφαιρούνται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα μέσα σε ιστούς (όγκο). Ισότοπα που χρησιμοποιούνται για εμφύτευση είναι, το ραδόνιο, το κοβάλτιο, ο χρυσός κ.α. Επίσης ενδοϊστική ακτινοβολία είναι δυνατόν να γίνει με έγχυση κολλοειδούς διαλύματος ραδιοϊσοτόπου μέσα σε νεοπλασματικό ιστό.
- Εσωτερική χορήγηση από το στόμα ή ενδοφλέβια (ραδιόχρυσος, ραδιοφώσφορος).

Για την προετοιμασία και βοήθεια την άρρωστη στην οποία πρόκειται να εφαρμοστεί εξωτερική ακτινοθεραπεία (ακτίνες X - τηλεακτινοθεραπεία, εικ. 26) γίνονται οι πιο κάτω ενέργειες:

1. Ο νοσηλευτής ενημερώνεται από το φάκελο της ασθενούς για το είδος της θεραπείας, τη θέση της, το σκοπό της θεραπείας και τον αριθμό των συνεδριών που έχει ήδη κάνει και προγραμματίζει να κάνει.
2. Ενημερώνει την άρρωστη για τη σημασία να μη χαλάσει το σχεδιασμένο σημείο που γίνεται η θεραπεία (εικ. 27).



**Εικόνα 26.** Μηχάνημα για την εφαρμογή τηλεακτινοθεραπείας.



**Εικόνα 27.** Όταν γίνεται το λουτρό καθαριότητας στον άρρωστο, προσέχουμε να διατηρείται η σήμανση που διευκολύνει τους ακτινοθεραπευτές στην εφαρμογή της θεραπείας.

3. Παρακολουθεί συνεχώς την ασθενή για συμπτώματα έτσι ώστε να την βοηθήσει έγκαιρα.
4. Αν η ασθενής παρουσιάσει ναυτία, εμετό, ζάλη. χορηγούνται αντιεμετικά και της συνίσταται η κατάκλιση για λίγη ώρα.
5. Λύνεται κάθε απορία της άρρωστης για το αν η θεραπεία πονά, πόσο διαρκεί, αν εκπέμπει ακτινοβολία, από που θα ζητήσει βοήθεια αν νιώσει κάποιο σύμπτωμα (ναυτία, εμετός κ.α.).

Στην περίπτωση που νοσηλεύεται γίνονται οι εξής φροντίδες:

1. Η περιοχή της ακτινοθεραπείας διατηρείται καθαρή με πλύσιμο από νερό και σαπούνι. Διατηρείται στεγνή χωρίς να τρίβεται το δέρμα κατά το σκούπισμα.
2. Αποφεύγονται οι αλοιφές ή πούδρες εκτός και αν υπάρχει ιατρική εντολή.
3. Προστατεύεται η περιοχή της θεραπείας από θερμότητα, ξηρότητα, τον ήλιο και το κρύο.
4. Προσέχεται το διαιτολόγιο της ασθενούς που πρέπει να είναι ελαφρό και πλούσιο σε λευκώματα και βιταμίνες.<sup>2</sup>

Στην εφαρμογή εσωτερικής ακτινοθεραπείας τα καθήκοντα του νοσηλευτή είναι τα εξής:

1. Ενημερώνεται από το φάκελο της αρρώστου για:
  - α. Το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί,
  - β. Τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη ή μη θωρακισμένη),
  - γ. Τον τρόπο χορηγήσεως (από το στόμα, ενδοφλέβια, ενδοκοιλιακά, ενδοϊστικά),
  - δ. Την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία,
  - ε. Το σημείο εφαρμογής (σε θωρακισμένη πηγή) και
  - στ. Τον αριθμό των ημερών που η άρρωστη πρέπει να απομονωθεί.

2. Ενημερώνει την άρρωστη όσο και τους συγγενείς ότι όταν το ραδιοϊσότοπο που εφαρμόζεται είναι θωρακισμένο δεν γίνεται μόλυνση από τα υγρά της ασθενούς (αίμα, ούρα, ιδρώτα κ.α.).
3. Όταν δεν πρόκειται για θωρακισμένη πηγή τηρεί τα μέτρα προστασίας για την ίδια, όπως χρήση μπλούζας, γαντιών και τα τοποθετεί σε μολυβδένια δοχεία στο τέλος της θεραπείας.
4. Στην παραπάνω περίπτωση ενημερώνονται οι συνοδοί για την μόλυνση που μπορεί να προκληθεί και η ασθενής νοσηλεύεται σε ειδικό διαμορφωμένο θάλαμο και στο φάκελο της ασθενούς τοποθετείται το σήμα της ραδιενέργειας.
5. Δεν πρέπει να ξεχνά τα μέτρα προστασίας και ειδικότερα το τρίπτυχο: απόσταση, χρόνος, θωράκιση.

Κατά τη νοσηλεία της ασθενούς σε ειδικό θάλαμο προσέχονται τα εξής:

1. Στο δωμάτιο τοποθετείται το ραδιενεργό σήμα (εικ. 28).



**Εικόνα 28.** Το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας.

2. Παρέχεται οποιαδήποτε νοσηλευτική φροντίδα χρειαστεί η ασθενής με τη λήψη προστατευτικών μέτρων.
3. Η συλλογή ούρων γίνεται σε ειδικά δοχεία και στέλνονται στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων.
4. Γίνεται η σίτιση με υλικά μιας χρήσεως.<sup>23</sup>

**ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

**1. Σε ακτινοδερματίτιδα:**

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

**2. Σε καταστολή του μυελού των οστών:**

Η άρρωστη, παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς και γι' αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγηση της. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση της άρρωστης για εμφάνιση αιμορραγιών. Σε περίπτωση εμφάνισης αιμορραγίας αντιμετωπίζεται με χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως, συχνό αιματολογικό έλεγχο και χορήγηση αίματος αν κριθεί απαραίτητο.

**3. Σε εμφάνιση φαινομένων γενική αντίδρασης** όπως: γενική καταβολή δυνάμεων, ναυτία, εμετοί, ανορεξία, απώλεια βάρους, η νοσηλεύτρια μετά από ιατρική εντολή:

- Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά φάρμακα.
- Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση της άρρωστης (ενισχύει την άρρωστη να παίρνει υγρά ή -αν αυτό δεν είναι εφικτό- γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε λευκώματα και υψηλής θερμιδικής αξίας:

- Φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών της άρρωστης όταν η άρρωστη είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες κάλυψης των φυσικών της αναγκών.
- Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού της που συμβάλλει στη μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

**4. Σε εμφάνιση διάρροιας** (λόγω ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία):

- Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα ανάλογα με την ιατρική εντολή.
- Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια.
- Χορηγείται ειδική δίαιτα (τροφές χωρίς υπολείμματα).

### **ΔΙΑΙΤΑ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

1. 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.
2. Ενθαρρύνονται τα μικρά και συχνά γεύματα.
3. Ενθαρρύνεται η επαρκής λήψη υγρών. Οι μεταβολικές ανάγκες των ιστών είναι αυξημένες και απαιτείται αυξημένη χορήγηση υγρών για την αποβολή των άχρηστων ουσιών.
4. Προγραμματίζει για την ασθενή και την οικογένεια της συμβουλευτική συνάντηση με τη διαιτολόγο.
5. Ζυγίζει καθημερινά την ασθενή και συγκρίνει τα αποτελέσματα μεταξύ τους, αλλά και με τα αντίστοιχα πριν από την έναρξη της θεραπείας.
6. Χορηγεί αναλγητικά και αντιεμετικά φάρμακα περίπου δύο ώρες πριν από το γεύμα. Αξιολογεί την αποτελεσματικότητά τους.
7. Ελέγχει τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορεί να αυξάνουν τη ναυτία και τον εμετό (π.χ. αποφυγή έντονων και δυσάρεστων οσμών, φαγητά που δεν προτιμά κλπ.).



8. Χορηγεί βιταμίνες, (με εντολή γιατρού).
9. 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.
10. Γνωστοποιεί στην ασθενή ότι η λήψη κρύων τροφών μπορεί να βοηθήσει στην αναισθητοποίηση και στη ανακούφιση του πόνου της στοματικής κοιλότητας.<sup>2</sup>

### Γ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Από τη στιγμή που η ορμονική θεραπεία συνεπάγεται την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών, υψηλό καθήκον του νοσηλευτή είναι η διδασκαλία 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 συνεχίζουν τη θεραπεία στο σπίτι. Η ασθενής πρέπει να ενημερωθεί, ότι είναι δυνατόν να εμφανισθούν φυσικές μεταβολές, οι οποίες εκδηλώνονται με τρεις τρόπους:

- 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 ορμονική θεραπεία η νόσος χειροτερεύει. Ο νοσηλευτής διαβεβαιώνει την ασθενή ότι η επιταχυνόμενη αύξηση του μεγέθους του όγκου κατά τις 2 πρώτες εβδομάδες της θεραπείας δεν υποδηλώνει ότι η θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική.
- 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.
- Υπερασβεστιαϊμία, η οποία δεν είναι πολύ συχνή. Η ασθενής και η οικογένεια της πρέπει να ενημερωθούν ότι υπερασβεστιαϊμία

είναι δυνατόν να επισυμβεί πολύ γρήγορα. Το πιο συχνό και πρωταρχικό σύμπτωμα 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 πολυουρία, η δυσκοιλιότητα και η εμφάνιση οστικού πόνου. Η ασθενής και η οικογένεια 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 διατήρηση τους σε φυσιολογικά επίπεδα, ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών.

Πολλές από τις ανεπιθύμητες ενέργειες της ορμονοθεραπείας είναι προσωρινές, ναυτία, εξάψεις) και αυτό πρέπει να τονισθεί στην ασθενή από τη νοσηλεύτρια. Η αύξηση του βάρους όμως παραμένει και μετά το τέλος της θεραπείας. Ο νοσηλευτής 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 την έναρξη της θεραπείας, είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση του προβλήματος.<sup>26</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΑΡΧΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Η ασθενής με καρκίνο μαστού εκτός από την ασθένεια της έχει να αντιμετωπίσει και ένα πλήθος άλλων προβλημάτων που συνθέτουν την ψυχοκοινωνική της κατάσταση.

Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα αποτελούν αντικείμενο της νοσηλευτικής μας φροντίδας. Ορισμένα απ' αυτά είναι:

- α) Η ψυχολογική ένταση (Stress).
- β) Ο φόβος της διάγνωσης.
- γ) Η θεραπευτική αγωγή - Η άρνηση της θεραπείας.
- δ) Το αίσθημα της απομόνωσης.
- ε) Αλλαγή στην εμφάνιση.
- ζ) Η ζωή με τον καρκίνο.

Κάθε νοσηλευτής πρέπει να νοσηλεύει με δεξιοτεχνία την καρκινοπαθή, ενώ η φροντίδα της πρέπει να διέπεται από τις πιο κάτω αρχές:

#### 1. Νοσηλευτικός διάλογος

Ο διάλογος με την άρρωστη δημιουργεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης. Μέσω του διαλόγου ο νοσηλευτής γνωρίζει την άρρωστη καλύτερα ενώ η άρρωστη αποκτά θάρρος και δε νοιώθει αποκομμένη ή σαν αντικείμενο.

Ο νοσηλευτής συζητώντας με την άρρωστη ακούγοντας την με προσοχή και δημιουργώντας μια διαπροσωπική σχέση ανάμεσα τους θα βοηθήσει την άρρωστη στην πορεία της ασθένειας της και στην αποδοχή της θεραπείας.

### 2. Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης της ασθενούς

Οι νοσηλεύτριες /τες, ενισχύουν την αυτοεκτίμηση της άρρωστης όταν επαινούν την αυτοφροντίδα, όταν αντανακλούν θετικές εκτιμήσεις με λόγια ή χωρίς λόγια, με πράξεις ή συμπεριφορά, όταν ακούνε την άρρωστη, όταν αποδέχονται τις αντιδράσεις της, όταν αναγνωρίζουν και σέβονται τα συναισθήματα της, όταν δημιουργούν ευκαιρίες για να ρωτά και να λύνει τις απορίες της, όταν την φροντίζουν με προσωπικό ενδιαφέρον και ευγένεια. Το σπουδαιότερο είναι η ύπαρξη συναισθηματικού τόνου σε κάθε παρεχόμενη Νοσηλεία γιατί μεταβιβάζει προστασία, θαλπωρή, στοργή, γαλήνη, φροντίδα, συμμετοχή.

### 3. Ανακούφιση του πόνου

Η ανακούφιση του πόνου είναι εξαιρετικά σημαντικός νοσηλευτικός στόχος του προγράμματος. Ο πόνος αποτελεί το σοβαρότερο πρόβλημα για το 70% αρρώστων με καρκίνο, ποσοστό που επηρεάζεται από το στάδιο της νόσου και την εντόπιση του όγκου ενώ υπολογίζεται ότι το 25% αυτών των αρρώστων πεθαίνει χωρίς ικανοποιητική ανακούφιση του.

Κάθε Νοσηλεύτρια /της αρχικά αξιολογεί τον πόνο, έργο που απαιτεί συστηματική προσπάθεια για τη συλλογή όλων των στοιχείων πληροφοριών που αφορούν τις φυσιολογικές και ψυχικές αντιδράσεις της άρρωστης

Η εφαρμογή του προγράμματος περιλαμβάνει παρεμβάσεις που συμβάλλουν στην πρόληψη και ανακούφιση του πόνου και μπορούν να διακριθούν σε τρεις ομάδες: α) εκείνες που επιδιώκουν την αντιμετώπιση της αιτίας του πόνου, β) εκείνες που επηρεάζουν την αίσθηση και αντίληψη του πόνου και γ) εκείνες που μειώνουν την οδυνηρή εμπειρία βίωσης πόνου.

Με στοιχεία της ΠΟΥ τα αναλγητικά όταν χορηγούνται στο κατάλληλο είδος, στην κατάλληλη δόση, με τον κατάλληλο τρόπο και στον κατάλληλο χρόνο προσφέρουν ανακούφιση στους περισσότερους αρρώστους. Βέβαια, η χορήγηση των φαρμάκων δεν είναι η μόνη Νοσηλευτική επιλογή. Και μόνο η αναγνώριση του παραπόνου της αρρώστου ότι πονά προκαλεί ανακούφιση.

Η σημαντικότερη Νοσηλευτική παρέμβαση, αν και συχνά υποτιμάται, είναι η ίδια η παρουσία μας κοντά στην άρρωστη.

#### 4. Ενίσχυση της προσωπικότητας

Αποτελεί βασικό στόχο της ψυχοκοινωνικής βοήθειας που παρέχουν στην καρκινοπαθή. Αυτό είναι αναγκαίο να γίνει γιατί η ασθενής λόγω των επιπτώσεων της θεραπείας είναι δυνατό να μη γνωρίζει τον εαυτό της. Η ασθενής με καρκίνο μαστού μπορεί να θελήσει να κλειστεί στον εαυτό της, και να αποκοπεί απ' τους γύρω της. Η επιστημονική όμως προσέγγιση της νοσηλεύτριας, η άμεση ικανοποίηση των αναγκών της άρρωστης, όπως τις περιγράφει ο MASLOW, η εκπαίδευση να ζει μόνη της, και παράλληλα η ικανοποίηση της ανάγκης της δημιουργικότητας, μπορούν να βοηθήσουν την άρρωστη να ξεπεράσει προβλήματα απομόνωσης και αλλαγής εμφάνισης και να την επανεεντάξουν σε ένα τρόπο ζωής φυσιολογικό.

Γενικά λοιπόν η ψυχοκοινωνική νοσηλευτική φροντίδα μπορεί να αντιμετωπίσει την/τον καρκινοπαθή σαν οντότητα με προβλήματα, ανάγκες κλπ., από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια /της κατανοήσει, χωρίς ποτέ να ξεχάσει, ότι πρέπει να νοσηλεύει την/τον καρκινοπαθή σαν μια βιο/ψυχο/κοινωνικο/πνευματική οντότητα αδιαίρετη και αυτούσια.<sup>23</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η αφαίρεση του μαστού προκαλεί ψυχικά προβλήματα στις γυναίκες με όλες τις συνέπειες όπως κατάθλιψη, αισθήματα μειονεκτικότητας και αυτοϋποτίμησης, αϋπνίες, και άγχος.

Ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει την άρρωστη να αποδεχθεί τον ακρωτηριασμό της, να αντιμετωπίσει την αλλαγή αυτή στο σώμα της και να αποκτήσει φυσική και συναισθηματική επάρκεια.

Ο νοσηλευτής στην προσπάθεια του να εκπληρώσει αυτό το στόχο θα φροντίσει εκτός από την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της προσωπικότητας της ασθενούς που προαναφέραμε, να την καθησυχάσει πληροφορώντας την για τις μεθόδους προσωρινής και μόνιμης αποκατάστασης (προσθήκης) του μαστού μετά τη μαστεκτομή.

Επίσης θα φροντίσει για την διδασκαλία της ασθενούς σχετικά με τη χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία, την πρόληψη λεμφοιδήματος και την αποκατάσταση της λειτουργικότητας της άρθρωσης μετά την μαστεκτομή.

Η πληροφόρηση και η διδασκαλία θα συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση του άγχους και των φόβων της αρρώστου, που αφορούν τη μελλοντική της εικόνα και το πώς θα τη βλέπουν οι άλλοι, και θα της δώσει ελπίδες ότι είναι δυνατό να ξαναζήσει μια φυσιολογική ζωή, όπως πριν την μαστεκτομή.

**Α. ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΙΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΚΑΙ ΜΟΝΙΜΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

**α. Προσωρινή προσθήκη (τεχνητό στήθος)**

Ο νοσηλευτής προσφέρει βοήθεια και υποστηρίζει τη μαστεκτομηθείσα ασθενή όχι μόνο για να επανακτήσει την ψυχική της ισορροπία αλλά και για να την οδηγήσει στην 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 που θα αποτελείται από ένα μαλακό υλικό (μαλλί) ή από ένα ομοίωμα στήθους (εικ. 29).



**Εικόνα 29.** Ομοίωμα στήθους. Τα ομοιώματα αυτά είναι σχεδιασμένα ώστε να απομιμούνται την εμφάνιση και την αίσθηση ενός φυσιολογικού μαστού.

**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.

Μετά την αφαίρεση του επιδεσμικού υλικού - και αφού η ασθενής αισθανθεί ότι μπορεί να φορέσει το στηθόδεσμο της - η προσθήκη τοποθετείται μέσα σε αυτόν.

**Στο σπίτι:** Αυτό είναι το πρώτο βήμα της γυναίκας έξω από το νοσοκομείο και κάθε προσπάθεια της αποσκοπεί στο να επανακτήσει τη θηλυκότητα 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.

Για να φορέσει μαγιό, συνιστάται η εσωτερική τοποθέτηση και στήριξη ενός σφουγγαριού κομμένου στο κατάλληλο σχήμα, το οποίο αντικαθιστά το χαμένο μαστό.

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**

Ο νοσηλευτής πρέπει να πληροφορήσει την άρρωστη με απλά λόγια για τις τεχνικές αποκατάστασης του μαστού, για τις πιθανές επιπλοκές και για τα αναμενόμενα αποτελέσματα της κάθε τεχνικής. Πρέπει να καθησυχάσει την άρρωστη και να την βεβαιώσει ότι η επιστήμη είναι σε θέση να φτιάξει ένα στήθος που να μοιάζει και να δημιουργεί την αίσθηση του φυσιολογικού.

Η αποκατάσταση του μαστού της μετά τη μαστεκτομή είναι συμπλήρωμα της θεραπείας και υποστήριξη της ίδιας και όχι απλά και μόνο αισθητική επέμβαση.

## **Β. ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η άρρωστη γνωρίζει:

- Την ανάγκη θεραπείας της.
- Το θεραπευτικό σχήμα (τα φάρμακα που θα της δοθούν).
- Τη διάρκεια και τη συχνότητα της χορηγήσεως τους.
- Τις διαδικασίες που θα γίνουν πριν, κατά και μετά τη χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.
- Τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας, πως και πότε παρουσιάζονται και την αντιμετώπιση τους.



**ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ** στην άρρωστη μπορεί να δοθούν προφορικά ή γραπτώς. Ένα φύλλο ή ένα φυλλάδιο με πληροφορίες της είναι εξαιρετικά χρήσιμο, όπως για:

- Ονόματα κυτταροστατικών φαρμάκων.
- Οδηγίες χρήσεως τους.
- Παρενέργειες και αντιμετώπιση τους.
- Ονόματα και τηλέφωνα προσώπων που θα έρθει σε επαφή η άρρωστη όταν εξέλθει από το νοσοκομείο, ώστε να αισθάνεται άνετα, ζητώντας περαιτέρω εξηγήσεις, όταν βρίσκεται σε παρακολούθηση και έχει άγχος ή ενοχλήματα από τη χημειοθεραπεία.

Επίσης μπορεί να δοθεί στην άρρωστη ένας κατάλογος οδηγιών που μπορεί να πάρει σπίτι της (πίνακας 9). Οι περισσότεροι άρρωστοι βρίσκουν τον κατάλογο πολύ χρήσιμο, γιατί είναι απλός και ακριβής σχετικά με πράγματα που πρέπει ή δεν πρέπει να γίνονται.<sup>2</sup>

<p>Διατροφή:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να λαμβάνεις μικρά γεύματα</li> <li>▪ Να τρως μαλακές τροφές</li> <li>▪ Συζήτησε με το διαιτολόγο</li> <li>▪ Τα γεύματα σου να είναι συχνά</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να πίνεις χυμό πορτοκαλιού</li> <li>▪ Να λαμβάνεις τα φάρμακα με τα γεύματα</li> <li>▪ Η διαιτητική αγωγή να είναι ανεκτή</li> </ul>
<p>Υγρά (προσλαμβανόμενα-αποβαλομένα)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να πίνεις υγρά άφθονα μια μέρα πριν από τη χημειοθεραπεία, τη μέρα αυτής. και την επόμενη ημέρα. Συνιστώνται 8-12 ποτήρια</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Να ουρείς τακτικά και να αδειάζεις την κύστη σου πριν κοιμηθείς</li> </ul>
<p>Μολύνσεις / Αιμορραγική διάθεση</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Αποφεύγετε τις εστίες μόλυνσης</li> <li>▪ Τηλεφώνησε ή επικοινωνήσε με το γιατρό, αν εμφανισθούν σημεία λοίμωξης, όπως πυρετός, ρίγη, βήχας κ.α.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Μη λαμβάνεις ασπιρινούχα σκευάσματα</li> <li>▪ Ενημέρωσε το γιατρό, αν εμφανισθούν σημεία αιμορραγίας (μελανιές του δέρματος, αιματουρία, ρινορραγία)</li> </ul>

**Πίνακας 9.** Δείγμα πληροφοριακού υλικού που δίνεται στην ασθενή.

**Γ. ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

1. Ανάγκη ενημέρωσης και διδασκαλίας της ασθενούς για το σωστό προγραμματισμό συνέχισης της ακτινοθεραπείας όπως έχει καθορισθεί από το γιατρό.
2. 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.

**Νοσηλευτικοί σκοποί**

1. Η ασθενής και η οικογένεια της πρέπει να ενημερωθούν σωστά για την ακτινοθεραπεία και το ακτινοθεραπευτικό πρόγραμμα που θα ακολουθηθεί. Η σωστή νοσηλευτική προσέγγιση θα μετριάσει το φόβο και το άγχος του άγνωστου.
2. Να εξασφαλίσει ηλεκτρολυτική ισορροπία καθώς και ισορροπία των προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών.
3. Να προστατέψει την περιοχή του δέρματος που δέχεται την ακτινοβολία από υπερβολική καταστροφή. Να μειώσει, κατά το δυνατόν, την καταστολή του μυελού των οστών. Να βοηθήσει την ασθενή να αποκτήσει πάλι τις συνηθισμένες συνήθειες στην κένωση του εντερικού σωλήνα.

**Προετοιμασία της ασθενούς για έξοδο**

1. Ο νοσηλευτής ενημερώνει την ασθενή σχετικά με τον προγραμματισμό της θεραπείας και το σχεδιασμό της φροντίδας του δέρματος.
2. Παρέχει στην ασθενή κατάλογο με τις ακριβείς ημερομηνίες κάθε συνεδρίας και των συναντήσεων με το γιατρό.
3. Ενημερώνει την ασθενή σχετικά με αλλαγές στο διαιτολόγιο και στη λήψη τροφής κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

**Δ. ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ / ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ  
ΑΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ**

**1. Πρόληψη λοίμωξης**

- Η ασθενής πρέπει να αποφεύγει εμβολιασμούς, ενέσεις, αιμοληψίες, τοποθέτηση ορών στο προσβεβλημένο χέρι.
- Να αποφεύγονται κοψίματα κατά το μαγείρεμα. Κατά την επαφή με το φούρνο, να φορά προστατευτικά γάντια.
- Προσοχή στα μαχαίρια της κουζίνας, στο σιδέρωμα, στο ράψιμο-κέντημα (να φορά δακτυλήθρα).
- Προκειμένου να κόβονται παρωνυχίδες, είναι καλύτερο να χρησιμοποιείται κρέμα λανολίνης για να διατηρούνται μαλακές. Προσοχή στο κόψιμο και στο λιμάρισμα των νυχιών.
- Πρέπει να προσέχονται υπάρχοντα κοψίματα και γδαρσίματα. να πλένονται με σαπούνι και αντισηπτικό.

**2. Πρόληψη οιδήματος**

- Καθημερινή άσκηση του χεριού, ώμου-αγκώνα-καρπού και δακτύλων, όπως έχει καθορισθεί από το γιατρό.
- Αποφυγή ανύψωσης βάρους (ισάντας, 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.
- 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).
- Απαγορεύεται η μέτρηση της πίεσης στο σύστοιχο προς τη μαστεκτομή χέρι.
- Να αποφεύγονται τα ρούχα και τα κοσμήματα, τα οποία περιορίζουν την κινητικότητα και τη σωστή κυκλοφορία του προσβεβλημένου χεριού (π.χ. σφιχτά ρολόγια, φορέματα με λάστιχο στα μανίκια, σφιχτά δακτυλίδια).

- Αν επιθυμεί η ασθενής να κάνει ηλιοθεραπεία, η έκθεση της περιοχής στον ήλιο να γίνεται με μεγάλη προσοχή και σταδιακά, ώστε να αποφευχθούν εγκαύματα.
- Συνιστάται άμεση επίσκεψη του γιατρού, αν παρουσιασθεί ερυθρότητα ή οίδημα στο χέρι.<sup>2</sup>

### **Ε. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ**

Για την εξασφάλιση της πλήρους κινητικότητας της άρθρωσης του ώμου της προσβεβλημένης πλευράς και την αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μυών που έπαθαν κάκωση, αρχίζει την 4η-5η μετεγχειρητική ημέρα πρόγραμμα διδασκαλίας και εκμάθησης ασκήσεων.

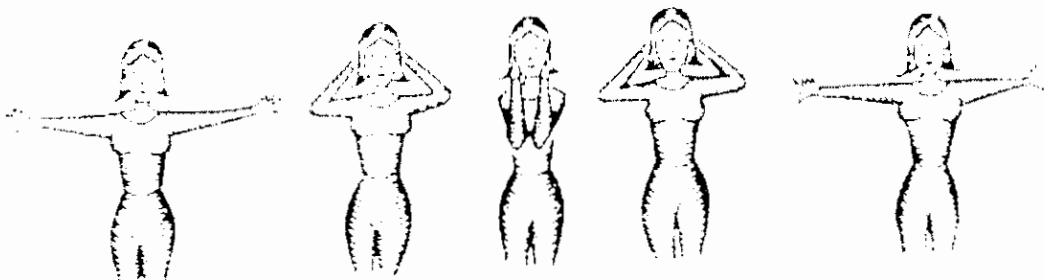
Ο νοσηλευτής:

1. Συμβουλευτείται και συζητεί με το γιατρό για το είδος, τη συχνότητα και τη διάρκεια των ασκήσεων.
2. 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 τακτικά χρονικά διαστήματα και θα διαρκούν περισσότερο. Η ασθενής ενθαρρύνεται και συμβουλευτείται να ξεκουράζεται και να αναπνέει βαθιά στο διάστημα μεταξύ των ασκήσεων.
3. 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.
4. Καλό είναι οι ασκήσεις να συνοδεύονται με χαμηλή, ήρεμη και ρυθμική μουσική.

5. Ο νοσηλευτής εξηγεί στην ασθενή την κάθε άσκηση, την επιδεικνύει και κατόπιν τη βοηθάει στο να την επαναλάβει σωστά, με την καθοδήγηση του τις πρώτες φορές.
6. Ο νοσηλευτής παραμένει κοντά στην ασθενή κατά τη διενέργεια των ασκήσεων τις πρώτες ώρες. Με αυτό τον τρόπο, της δίνεται και η ευκαιρία για την παροχή πληροφοριών στην ασθενή, ενθάρρυνση, εκτίμηση των προβλημάτων της ασθενούς και απάντηση στις ερωτήσεις της.
7. Διδάσκει αρχικά απλές ασκήσεις, όπως:
  1. Να κρατά με το χέρι ένα λαστιχένιο μπαλάκι και να το σφίγγει δυνατά. Επαναλαμβάνει, ενώ κατά διαστήματα ξεκουράζεται. Είναι μια απλή άσκηση που βοηθάει στο δυνάμωμα των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας.
  2. Να χτενίζει τα μαλλιά της, δίχως όμως να σκύβει το κεφάλι της.

### **Κινήσεις του βραχίονα (εικ. 30)**

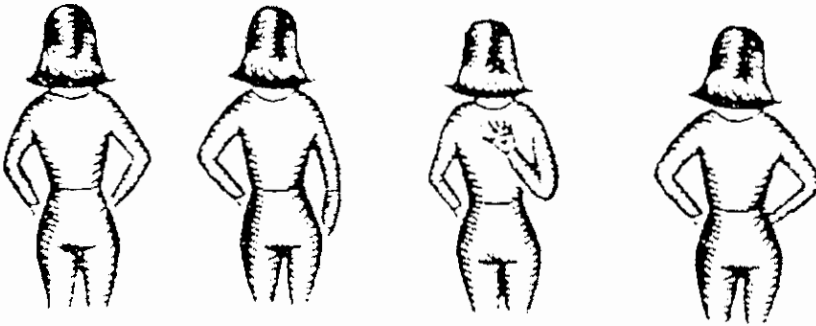
- Η ασθενής στέκεται στη συνηθισμένη όρθια θέση και τεντώνει τους βραχίονες στα πλάγια (απαγωγή).
- Λυγίζει τους αγκώνες και ακουμπά τα δάκτυλα της πίσω, στον τράχηλο.
- Φέρνει τους αγκώνες μπροστά, ώστε να ακουμπήσουν.
- Επαναφέρει τους βραχίονες στη θέση (π) με τα δάκτυλα πίσω στον τράχηλο.
- Λύνει τα δάκτυλα της και τεντώνει τους βραχίονες στα πλάγια.
- Παίρνει την αρχική της στάση, ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.



**Εικόνα 30.** Κινήσεις του βραχίονα.

**Κινήσεις προς την πλάτη (εικ. 31)**

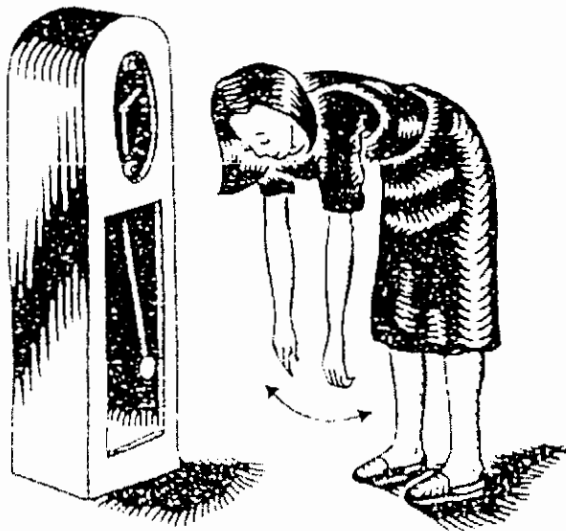
- Παίρνει τη συνηθισμένη της θέση.
- Βάζει τα χέρια της στη μέση για ισορροπία.
- Λυγίζει τον αγκώνα και φέρνει το προσβεβλημένο χέρι πίσω στην πλάτη, έως ότου τα δάκτυλα της φθάσουν την αντίθετη ωμοπλάτη.
- Επαναφέρει τα χέρια της στην αρχική θέση, ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.



**Εικόνα 31.** Κινήσεις προς την πλάτη.

**Κινήσεις εκκρεμούςς (εικ. 32)**

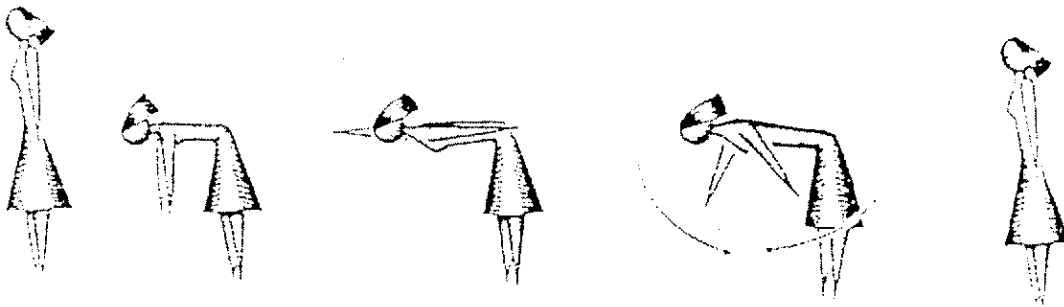
- Παίρνει τη συνηθισμένη της θέση.
- Λυγίζει το σώμα της μπροστά, κρεμώντας τα χέρια της προς το πάτωμα.
- Από αυτή τη θέση, κουνάει τα χέρια της χαλαρά και ελεύθερα σαν εκκρεμές.



**Εικόνα 32.** Κινήσεις εκκρεμούςς.

**Κινήσεις κουπιού (εικ. 33)**

- Παίρνει τη συνηθισμένη της θέση.
- Λυγίζει το σώμα της μπροστά, κρεμώντας τα χέρια της προς το πάτωμα.
- 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.
- Κάνει συνεχώς αυτή την άσκηση, αλλάζοντας χέρια.
- Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.

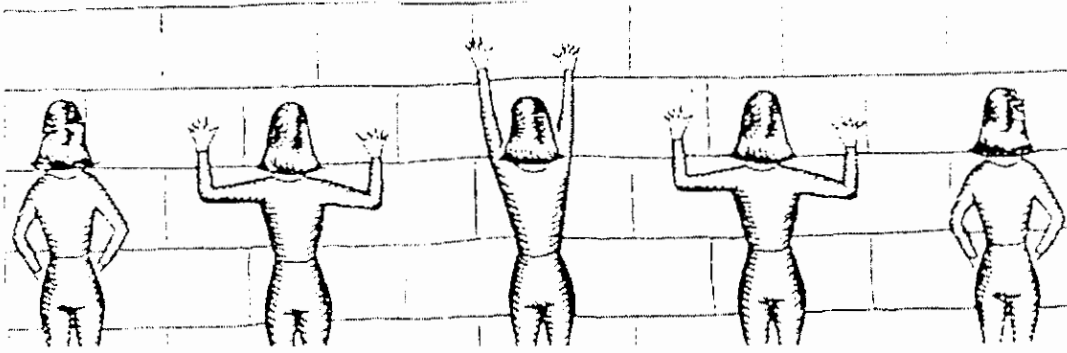


**Εικόνα 33.** Κινήσεις κουπιού.

**Αναρρίχηση στον τοίχο (εικ. 34)**

- Η ασθενής στέκεται στην συνηθισμένη της θέση, γυρισμένη προς τον τοίχο, με τα δάκτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο, όσο πιο κοντά είναι δυνατόν.
- Λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο ισιώνοντας τους ώμους.
- Υψώνει τα χέρια της πάνω στον τοίχο, παράλληλα μεταξύ τους τόσο, ώστε οι βραχίονες να τεντωθούν πλήρως.
- Επαναφέρει τα χέρια της στην αρχική θέση, ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.

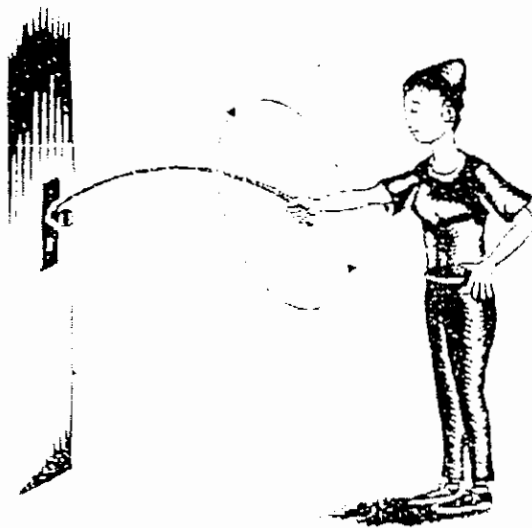




**Εικόνα 34.** Αναρρίχηση στον τοίχο.

**Γύρισμα σχοινάκι (εικ. 35)**

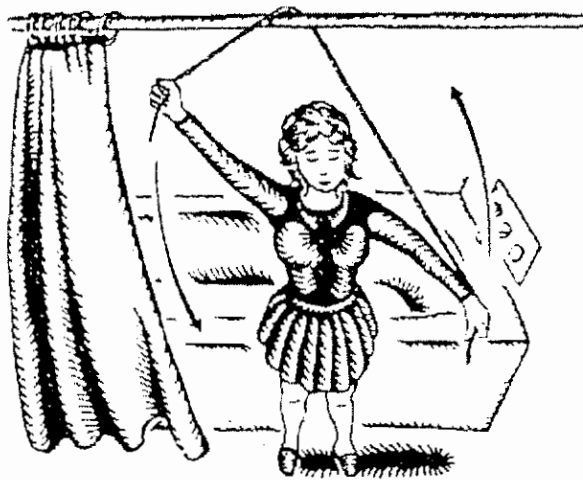
- Δένει σφικτά με διπλό κόμπο στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί ή μια ζώνη από γερό ύφασμα, 3 περίπου μέτρων.
- Στέκεται 2 μέτρα μακριά από την πόρτα στη συνηθισμένη της στάση, κοιτάζοντας την πόρτα.
- Πιάνει χαλαρά την άκρη της ζώνης με το προσβεβλημένο χέρι. κάνει έναν κόμπο και τον τοποθετεί στην παλάμη της.
- Βάζει το άλλο χέρι στη μέση, για να βοηθήσει την ισορροπία της.
- 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.
- Εκκουράζεται και επαναλαμβάνει.



**Εικόνα 35.** Γύρισμα σχοινάκι.

**Κινήσεις τροχαλίας (εικ. 36)**

- Παίρνει ένα κομμάτι σχοινί ή μια γερή ζώνη από ύφασμα, περίπου 3μέτρων και την περνάει στο σίδερο του μπάνιου, αφού κάνει στις άκρες δύο κόμπους.
- Στέκεται ανάμεσα στο σχοινί στη συνηθισμένη στάση.
- Κρατά τους κόμπους που έχει το τέλος του σχοινιού στις παλάμες της και κάνει απαγωγή των βραχιόνων.
- Κατεβάζει το γερό χέρι προς τα κάτω έτσι, ώστε καθώς το κατεβάζει να ανεβαίνει το χειρουργημένο χέρι όσο το δυνατόν πιο ψηλά.
- Κρατά τεντωμένα τα χέρια της. Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.



**Εικόνα 36.** Κινήσεις τροχαλίας.

**Ανύψωση των βραχιόνων και τέντωμά τους (εικ. 37)**

- Κρατά από τις άκρες με τις δύο παλάμες της μια ομπρέλα ή ένα ραβδί και το φέρνει πίσω από το κεφάλι της.
- 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.
- Εν συνεχεία, ξαναφέρει τους βραχίονες στην αρχική θέση. Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.



**Εικόνα 37.** Ανύψωση των βραχιόνων και τέντωμά τους.

- Η νοσηλεύτρια καθοδηγεί την ασθενή να συμβουλευτείται αυτήν ή το γιατρό, πριν προχωρήσει σε δυσκολότερη άσκηση, η οποία να χρειάζεται μεγαλύτερη προσπάθεια.
- Η ασθενής ενημερώνεται ότι, μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο, θα μπορεί να ασχολείται με ότι της αρέσει, όπως και πρώτα (οδήγηση, ζωγραφική, άθληση κλπ.).
- Η νοσηλεύτρια ενημερώνει την ασθενή ότι κατά διαστήματα χρειάζεται πλήρη ανάπαυση και χαλάρωση, ενώ συγχρόνως να φροντίζει να απασχολεί ευχάριστα το μυαλό της. Της 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. Επαναλάβετε, μέχρι να αισθανθείτε τέλεια χαλάρωση. Η απλή αυτή άσκηση χαλαρώνει τους σφικτούς μυς, που είναι μουδιασμένοι και σκληροί.

Στο τέλος της διδασκαλίας της ασθενούς η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να παραλείψει να της τονίσει τη σπουδαιότητα του μετανοσοκομειακού Check up για:

1. Αξιολόγηση της επούλωσης του τραύματος.
2. Εκτίμηση της προσπάθειας για αποκατάσταση - έλεγχος πρόδου ασκήσεων.
3. Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της πρόθεσης.
4. Αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής της άρρωστης.
5. Διαπίστωση πιθανής υποτροπής.<sup>37</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Η αποκατάσταση γενικά περιλαμβάνει όλες τις διαδικασίες με τις οποίες αντιμετωπίζονται ψυχολογικές, λειτουργικές και αισθητικές επιπτώσεις που η νόσος και οι θεραπείες προκαλούν. Αποσκοπούν στην επανένταξη του ατόμου, είτε στη προηγούμενη κοινωνική ζωή του, είτε στη δημιουργία νέων τέτοιων συνθηκών. Η αποκατάσταση της άρρωστης αρχίζει από την είσοδο της στο νοσοκομείο. Βασικός σκοπός της είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής της, με τη μεγαλύτερη δυνατή αποδοτικότητα και τη μικρότερη εξάρτηση, άσχετα προ του προβλεπόμενου χρόνου επιβίωσης της. Η εφαρμογή αποκατάστασης, απαιτεί συνεργασία πολλών συντελεστών. Αυτό σημαίνει ότι ο καρκίνος απαιτεί ομαδική εργασία. Συχνά συνεργάζομαι άρρωστος, οικογένεια, γιατρός, νοσηλεύτες, φυσικοθεραπευτές, κ.α.<sup>38</sup>

Το πρώτο βήμα προς την ανάρρωση είναι να βοηθήσουμε τους καρκινοπαθείς να ενισχύσουν τα πιστεύω τους σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και τη δύναμη των μηχανισμών άμυνας του σώματος τους.

Τότε διδάσκονται να αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά το στρες στη ζωή τους. Έχει μεγάλη σημασία να αλλάξει κάτι μέσα τους είτε η αντίληψη για το άτομο τους, ότι μπορούν να επιλύσουν οποιαδήποτε προβλήματα είχαν στην ζωή τους πριν την έναρξη του καρκίνου. Είτε την αντίληψη για τα προβλήματα τους, και να πιστέψουν ότι μπορούν να τα αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά. Όλα τα μέλη της ομάδας υγείας πρέπει να κρατήσουν στάση κατανόησης, σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον άρρωστο. Επίσης σπουδαίο ρόλο θα παίξει η συμπαράσταση και βοήθεια της οικογένειας και του κοινωνικού περιβάλλοντος της άρρωστης.

Μερικές οικογένειες έχουν πρότυπα επικοινωνίας. Σύμφωνα με τα οποία μόνο ευχάριστα συναισθήματα ενισχύονται και αμείβονται, ενώ δυσάρεστες συγκινησιακές καταστάσεις αποκλείονται. 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 ικανότητα της αντιμετώπισης τη νόσο.

Ειλικρινή αισθήματα πρέπει να εκφράζονται και, όταν λέξεις δεν μπορούν να βρεθούν, αίσθηση εγγύτητας μπορεί να μεταδοθεί χωρίς λόγια. Το κράτημα του χεριού της ασθενής 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 κατάσταση της. Σαν απάντηση, η ασθενής επίσης μπορεί να υποκρίνεται άγνοια, ώστε να προστατεύσει την οικογένεια της. Ως αποτέλεσμα, ένα πλαίσιο αμοιβαίας απάτης αναπτύσσεται, καθώς η νόσος εξελίσσεται. Η ασθενής μπορεί να αντιδράσει με δυσπιστία ("μου λένε ψέμα") στην άρνηση του καρκίνου από την οικογένεια της και στις ανησυχίες τους και μπορεί να αποτραβηχτεί από αυτούς. Έτσι, η ασθενής και η οικογένεια της μπορεί άθελα τους να εγκαταλείψουν η μια την άλλη και να αναπτυχθούν αμοιβαία αισθήματα απόρριψης.

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

Ο νοσηλευτής μπορεί να υποστηρίξει και να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας με τον ίδιο τρόπο που βοηθάει την ασθενή. Σκοπός της είναι να δημιουργήσει κλίμα ηρεμίας και εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και οικογένειας, να γίνει συνδεδειμένος κρίκος κατανόησης μεταξύ τους στη δύσκολη αυτή περίοδο της ζωής της ασθενούς και να φροντίζει για την ψυχική ενίσχυση και των δύο πλευρών.<sup>39</sup>

Ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας που βοηθάει τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μαρτύριο της ψυχικής αναστάτωσης, είναι και η πνευματική τοποθέτηση του όλου προβλήματος της νόσου. Έχει παρατηρηθεί ότι οι άρρωστοι που αποδέχονται τη νόσο και τα οποιαδήποτε επακόλουθα της με πίστη, ως δοκιμασία με κάποιο πνευματικό νόημα και σκοπό, κατορθώνουν να περάσουν τις κρίσιμες αυτές φάσεις της ζωής με υπομονή, ειρηνικά και ανάλαφρα. Κάνουν απίστευτες υπερβάσεις, δραστηριοποιούνται και αποκαθίστανται επαγγελματικά γρηγορότερα, όσο το επιτρέπει η περίπτωση τους. Δεν χάνουν το θάρρος και την ελπίδα και στις δυσκολότερες στιγμές, ακόμα και όταν γνωρίζουν ότι βαδίζουν προς το τέλος της ζωής τους. Επιτυχής, όποιος βρει το ισχυρό αυτό φάρμακο της πίστης, έστω και όταν που επισκεφτεί ο καρκίνος.<sup>23</sup>

**ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ**  
**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**



# 1<sup>η</sup> ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ:** 20/11/2001

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:** Μητρογιάννη Ελένη

**ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:** Ι.Κ.Α.

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ :** Άγαμος  
Έγγαμη: Ναι

**ΗΛΙΚΙΑ:** 66 ετών

**ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:** Πάτρα

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:** Δεν υπήρχε άτομο στην οικογένειά της με καρκίνο μαστού.

**ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΠΑΘΗΣΗ ΜΑΣΤΟΥ:** Καμία

**ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΝΟΣΟΣ:** Η κυρία Μητρογιάννη Ελένη επισκέφτηκε το γυναικολόγο της, με κύριο σύμπτωμα την εμφάνιση πόνου. Ένωθε κάποιο βάρος στον αριστερό της μαστό και κατά τη διάρκεια της νύχτας καθώς γύριζε στο αριστερό πλευρό και πιεζόταν ο μαστός της το ενόχλημα αυτό γινότανε εντονότερο. Μετά από μία σειρά εξετάσεων στις οποίες υποβλήθηκε η ασθενής ο γιατρός διέγνωσε κακοήθη όγκο με μεταστατική καρκινωματώδη διήθηση στον αριστερό μασχαλιαίο αδένα. Η ασθενής υποβλήθηκε σε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή του αριστερού μαστού.

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:**

Γενική αίματος

Γενική ούρων

Ακτινογραφία θώρακος

Μαστογραφία

<b>ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες-προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b> <b>(Υλοποίηση του</b> <b>προγράμματος)</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<p>Πόνος που οφείλεται στη χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>Εξάλειψη του πόνου σε 30 λεπτά.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Τοποθέτηση της άρρωστης σε αναπαυτική θέση.</li> <li><input type="checkbox"/> Συχνή επαφή με την ασθενή και δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης όπου η ασθενής θα μπορεί να συζητήσει άνετα.</li> <li><input type="checkbox"/> Ενθάρρυνση της άρρωστης να ακούσει μουσική ή να διαβάσει για να αυξηθεί το όριο ανοχής του πόνου.</li> <li><input type="checkbox"/> Μείωση των παραγόντων του περιβάλλοντος που δημιουργούν στην άρρωστη στρες.</li> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων κατάπιν ιατρικής οδηγίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Έδωσα στην άρρωστη την κατάλληλη θέση στο κρεβάτι.</li> <li><input type="checkbox"/> Τοποθέτησα μαξιλάρι κάτω από τον ώμο στη χειρουργηθείσα περιοχή.</li> <li><input type="checkbox"/> Μείωσα το βάρος των λευχειμάτων.</li> <li><input type="checkbox"/> Έδωσα βιβλία στην άρρωστη για να διαβάξει και να απασχολείται.</li> <li><input type="checkbox"/> Δημιούργησα ήρεμο περιβάλλον, ρύθμιση την θερμοκρασία του περιβάλλοντος, το φωτισμό και τον αερισμό του θαλάμου.</li> <li><input type="checkbox"/> Μείωσα τους παράγοντες που επιτείνουν τον πόνο.</li> <li><input type="checkbox"/> Χορήγησα 1 amp Zideron βάση ιατρικών οδηγιών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Υποχώρησε μέρος του πόνου με την τοποθέτηση της ασθενούς στην κατάλληλη θέση.</li> <li><input type="checkbox"/> Αυξήθηκε το όριο ανοχής του πόνου με το διάβασμα.</li> <li><input type="checkbox"/> Εξαλείφθηκε η ανησυχία και το στρες με τη δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος που αυξάνουν το αίσθημα του πόνου.</li> <li><input type="checkbox"/> Η ένταση του πόνου υποχώρησε 30 λεπτά μετά τη χορήγηση Zideron λόγω της αναλγητικής του δράσης.</li> </ul>
<p><b>Ναυτία - Έμετοι λόγω της</b> <b>νάρκωσης.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διακοπή του αισθήματος της ναυτίας.</li> <li>• Εξάλειψη εμέτων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Παρακολούθηση της συχνότητας και ποσότητας των εμέτων.</li> <li><input type="checkbox"/> Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς.</li> <li><input type="checkbox"/> Εξαφάλιση επαρκούς ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών.</li> <li><input type="checkbox"/> Μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Παρακολούθησα τη συχνότητα, την ποσότητα και τον χαρακτήρα των εμέτων και το κατέγραψα.</li> <li><input type="checkbox"/> Έκανα περιποίηση της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς με Port Cotton και διάλυμα Hexalen.</li> <li><input type="checkbox"/> Εξαφάλισα την επαρκή ενδοφλέβια χορήγηση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Το αίσθημα της ναυτίας άρχισε να υποχωρεί και εξαλείφθηκαν οι έμετοι λόγω χορήγησης του Primperan.</li> </ul>

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b>  <b>Ανάγκες-προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b> <b>(Υλοποίηση του</b> <b>προγράμματος)</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
		<input type="checkbox"/> Ενθάρρυνση της άρρωστης να παίρνει βαθιές αναπνοές. <input type="checkbox"/> Πίεση στην περιοχή του τραύματος κατά τον έμετο. <input type="checkbox"/> Χορήγηση αντιεμετικού σύμφωνα με ιατρική οδηγία.	<input type="checkbox"/> υγρών. <input type="checkbox"/> Μέτρια τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά και τα κατέγραφα. <input type="checkbox"/> Ενθάρρυνα την άρρωστη να παίρνει βαθιές αναπνοές για να αποβάλλει το αναίσθητικό φάρμακο. <input type="checkbox"/> Τοποθέτησα την άρρωστη με το κεφάλι στο πλάι για την πρόληψη εισρόφησης των εμεσμάτων. <input type="checkbox"/> Πίεσα την περιοχή του τραύματος κατά τον έμετο για την πρόληψη ρήξης των ραμμάτων. <input type="checkbox"/> Χορήγησα 1 amp Primperan ενδοφλεβίως	
<b>Αλλαγή σωματικού ειδώλου</b> <b>λόγω μαστεκτομής.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Βοήθεια της άρρωστης και της οικογένειάς της να κατανοήσουν τη φύση της αρρώστιας κα. να αποδεχτούν την πραγματικότητα.</li> <li>• Διατήρηση καλής ιδέας της ίδιας της άρρωστης για τη σωματική της εμφάνιση</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Επικοινωνία και επαφή της ασθενούς με άτομα με το ίδιο πρόβλημα που είναι πολύ καλά. <input type="checkbox"/> Ενημέρωση της ασθενούς για τους τύπους τεχνητού μαστού που υπάρχουν. <input type="checkbox"/> Δραστηριοποίηση της ασθενούς.	<input type="checkbox"/> Έγινε πεικονωνία - συζήτηση της ασθενούς με άτομα που αντιμετώπισαν το ίδιο πρόβλημα και είναι πολύ καλά. <input type="checkbox"/> Ενίσχυσα ψυχολογικά την άρρωστη. <input type="checkbox"/> Περιποιήθηκα την άρρωστη χωρίς να την εκθέτω. <input type="checkbox"/> Ήμουν δίπλα της όταν αντίκρισε την τομή για πρώτη φορά. <input type="checkbox"/> Συμβούλεψα την άρρωστη να φοράει	<input type="checkbox"/> Η ασθενής δείχνει ένα βαθμό αποδοχής του χειρουργηθέντος μαστού. <input type="checkbox"/> Συνειδητοποιεί τις αλλαγές στο σώμα της σαν μία πραγματικότητα. <input type="checkbox"/> Σκέφτεται το ενδεχόμενο για πλαστική αποκατάσταση του μαστού της. <input type="checkbox"/> Εκδήλωσε την επιθυμία να ασχολείται με την ανάγνωση βιβλίων.

<b>ΑΣΙΟΛΟΓΗΝ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες-προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b> <b>(Υλοποίηση του</b> <b>προγράμματος)</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΝΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<p>Πυρετός 38°C που οφείλεται σε ενδοοσκοκομειακή λοίμωξη</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ρύθμιση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα στα επόμενα 20 λεπτά.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων.</li> <li><input type="checkbox"/> Ξηρη θερμομέτρηση.</li> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση πολλών υγρών</li> <li><input type="checkbox"/> Παρακολούθηση της άρρωστης για εφίδρωση</li> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση αντιπυρετικού σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</li> </ul>	<p>κανονικό στηθόδεσμο με ένα μαλακό υλικό μέσα (μαλλί).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ενημέρωσα την άρρωστη για τους διάφορους τύπους τεχνητής πρόσθεσης που υπάρχουν στο εμπόριο.</li> <li><input type="checkbox"/> Έπεισα την άρρωστη να ασχολείται με στιδήποτε της αρέσει για να περνούν ευχάριστα οι ώρες της</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ο πυρετός έπεσε στο 36,8°C και ανακουφίστηκε η άρρωστη με τη χορήγηση αντιπυρετικού μετά από 20 λεπτά.</li> </ul>
<p>Αύξηση της αρτηριακής πίεσης άνω των φυσιολογικών ορίων.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση της αρτηριακής πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση διουρητικών Lasix 1x1, Catapresan 1x3 κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Εφαρμοσα στην άρρωστη ψυχρά επιθέματα και έκανα συχνή αλλαγή.</li> <li><input type="checkbox"/> Έπαιρνα τη θερμοκρασία της άρρωστης μέχρι να σταθεροποιηθεί και να μην παρουσιάζει αυξημειώσεις.</li> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση άφθονα υγρά, νερό και χυμούς.</li> <li><input type="checkbox"/> Παρακολούθησα την άρρωστη για τυχόν εφίδρωση.</li> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση 1 amp Apotel σε ογκομετρικό.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Επαναφορά αρτηριακής πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα λόγω χορήγησης Lasix και Catapresan.</li> </ul>

## 2<sup>η</sup> ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ:** 10/10/2001

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:** Αντωνοπούλου Αναστασία

**ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:** Ο.Γ.Α.

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ :** Άγαμος  
Έγγαμη: Ναι

**ΗΛΙΚΙΑ:** 55 ετών

**ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:** Καλάβρυτα

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:** Δεν υπήρχε στην οικογένειά της άτομο με νεοπλασία.

**ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΠΑΘΗΣΗ ΜΑΣΤΟΥ:** Είχε ενοχλήσεις

**ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ:** Η κυρία Αντωνοπούλου Αναστασία με αυτοεξέταση στο μαστό παρατηρεί κάποιο όγκο. Αυτό ήταν η αρχή για μια σειρά από επισκέψεις και εξετάσεις στους γιατρούς για το πρόβλημά της. Διαπίστωση των όλων εξετάσεων ήταν ότι είχε συμπαγή εστιακού τύπου αλλοίωση στην περιοχή του δεξιού μαστού. Επίσης οι εξετάσεις ανέδειξαν πολλαπλές εστιακού τύπου αλλοιώσεις σε όλη την επιφάνεια του ήπατος και πολλαπλές οστεολυτικού τύπου αλλοιώσεις στους σπονδύλους και στο λαγόνιο.

Η ασθενής υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία ταυτόχρονα με σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων και περιορισμό των μεταστάσεων.

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΘΗΝ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες-προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΕΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b> <b>(Υλοποίηση του</b> <b>προγράμματος)</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΘΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<p>Αλωπεκία λόγω ΧΜΘ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Βοήθεια της ασθενούς να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού της ειδώλου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ενημέρωση της ασθενούς ότι αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια είναι προσωρινή.</li> <li><input type="checkbox"/> Βοήθεια της ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματά της σχετικά με τη διαφοροποίηση της εμφάνισής της.</li> <li><input type="checkbox"/> Διδασκαλία της ασθενούς να χρησιμοποιεί μαντήλια ή περούκα.</li> <li><input type="checkbox"/> Εφαρμογή πίεσης με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ενημέρωσα την ασθενή με πραγματικό ενδιαφέρον και αγάπη ότι θα επανεμφανιστούν τα μαλλιά της 8 περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της ΧΜΘ.</li> <li><input type="checkbox"/> Υποστήριξα ψυχολογικά την ασθενή και την ενθάρρυνα να εκφράσει τα συναισθήματά και τις σκέψεις της.</li> <li><input type="checkbox"/> Έκανα τη διδασκαλία για να χρησιμοποιεί η ασθενής μαντήλια ή περούκα.</li> <li><input type="checkbox"/> Εφάρμοσα πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι κατά τη διάρκεια της ΧΜΘ και 15 λεπτά μετά από αυτή.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Η ασθενής δέχτηκε τη διαφοροποίηση της εμφάνισής της και η χρησιμοποίηση περούκας την κάνει να αισθάνεται πιο άνετα.</li> </ul>
<p>Στοματίτιδα Ελκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας λόγω χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αντιμετώπιση της στοματίτιδας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Παρακολούθηση της κατάστασης της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς.</li> <li><input type="checkbox"/> Διατήρηση της υγρασίας του στόματος.</li> <li><input type="checkbox"/> Διδασκαλία της ασθενούς για περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.</li> <li><input type="checkbox"/> Ενυδάτωση βλεννογόνων, χειλέων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Παρακολουθούσα συχνά την κατάσταση της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς.</li> <li><input type="checkbox"/> Διατήρησα την υγρασία του στόματος με ξέπλυμα στοματικής κοιλότητας της ασθενούς με σάδα και φυσιολογικό ορό.</li> <li><input type="checkbox"/> Σύστησα στην ασθενή να πλένει τα δόντια με μαλακή βούρτσα και να πίνει άφθονα υγρά.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Η άρρωστη ανακουφίστηκε από τα συμπτώματα με τη συνεχή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και τη χορήγηση μυκοστατίνης.</li> </ul>



<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΘΗΝ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες-προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΕΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b> <b>(Υλοποίηση του</b> <b>προγράμματος)</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΘΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
	<p>και στόματος με λιπαρή ουσία γλυκερίνης.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση μαλακής τροφής.</li> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.</li> </ul>	<p>και στόματος με λιπαρή ουσία γλυκερίνης.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση μαλακής τροφής.</li> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ενυδάτωση τους βλεννογόνους των χειλιών με γλυκερίνη.</li> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση μαλακής τροφής και απέφυγα τις τροφές με καρυκεύματα και σάλτσες που ερεθίζουν το βλεννογόνο.</li> <li><input type="checkbox"/> Έκανα πλύση της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς με Hexalen κάθε 3 ώρες.</li> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση Mycostatin με βάση τις ιατρικές οδηγίες.</li> </ul>	
<b>Διάρροια λόγω</b> <b>Χημειοθεραπευτικών</b> <b>φαρμάκων.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αντιμετώπιση της διάρροιας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Παρακολούθηση του χρώματος, της ποσότητας και του περιεχομένου της διαρροϊκής κένωσης.</li> <li><input type="checkbox"/> Παρακολούθηση της ασθενούς για εμφάνιση συμπτωμάτων αφυδάτωσης.</li> <li><input type="checkbox"/> Διαμόρφωση του διαιτολογίου ώστε να μην υπάρχει κυτταρίνη στις τροφές.</li> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση άφθονων υγρών.</li> <li><input type="checkbox"/> Φροντίδα του δέρματος της ασθενούς.</li> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Πρόσεξα και κατέγραφα τον αριθμό, το χρώμα και τη σύσταση των κενώσεων.</li> <li><input type="checkbox"/> Παρακολούθησα την ασθενή να μην εμφανίσει συμπτώματα αφυδάτωσης.</li> <li><input type="checkbox"/> Διαμόρφωσα το διαιτολόγιο έτσι ώστε να αποφεύγονται οι τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια .</li> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση τροφές με μικρό υπόλειμμα (χωρίς πολύ κυτταρίνη)</li> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση άφθονα υγρά.</li> <li><input type="checkbox"/> Φρόντισα το δέρμα της ασθενούς ιδιαίτερα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Αντιμετώπιστηκε η διάρροια και η ασθενής ανακουφίστηκε από τα συμπτώματά της τον περιορισμό της κυτταρίνης στο διαιτολόγιο, την προτίμηση τροφών που προκαλούν δυσκοιλιότητα και τη χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων.</li> </ul>

ΛΕΙΟΛΟΓΗΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΕΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (Υλοποίηση του προγράμματος)	ΕΚΤΙΜΗΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<p>στην περιοχή του περίνεου για την πρόληψη ερεθισμού. Χορήγηση σταγόνες Ibodium σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p>	
Καταστολή του μυελού των οστών που οφείλεται στη χημειοθεραπεία.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγκαιρη διαπίστωση των σημείων καταστολής του μυελού των οστών.</li> <li>• Προστασία της ασθενούς από λοιμώξεις.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων της ασθενούς.</li> <li><input type="checkbox"/> Παρακολούθηση των λευκών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων της ασθενούς.</li> <li><input type="checkbox"/> Διακοπή των φαρμάκων αν τα λευκά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια μειωθούν περισσότερο από 3.500 και 100.000 αντίστοιχα / mm<sup>3</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Εφαρμογή μέτρων προστασίας της ασθενούς αν τα λευκά της αιμοσφαίρια πέσουν κάτω από 2.000/mm<sup>3</sup>.</li> <li><input type="checkbox"/> Συστηματική φροντίδα της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς.</li> <li><input type="checkbox"/> Διδασκαλία της ασθενούς για αποφυγή κόπωσης.</li> <li><input type="checkbox"/> Τήρηση σωστού διαιτολογίου.</li> <li><input type="checkbox"/> Αποφυγή της ασθενούς να έχει επαφή με</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Παρακολούθησα τα ζωτικά σημεία της ασθενούς.</li> <li><input type="checkbox"/> Παρακολούθησα τις τιμές των λευκών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων της ασθενούς.</li> <li><input type="checkbox"/> Περιποιήθηκα συστηματικά την στοματική κοιλότητα της ασθενούς με διάλυμα Hexalen.</li> <li><input type="checkbox"/> Χορήγηση τροφή που δεν ερεθίζει το βλεννογόνο του στόματος.</li> <li><input type="checkbox"/> Σύστημα στην ασθενή να ελαττώνει τις δραστηριότητες, να αποφεύγει την κόπωση και δημιούργησα συνθήκες για καλή και επαρκή ανάπαυση της ασθενούς.</li> <li><input type="checkbox"/> Εξασφάλισα διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο.</li> <li><input type="checkbox"/> Σύστημα στην ασθενή να αποφεύγει να έχει</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Προστατεύτηκε η ασθενής από λοιμώξεις με το συστηματικό αιματολογικό έλεγχο και τα μέτρα πρόληψης που λαμβάνονται.</li> </ul>

<b>ΒΙΟΛΟΓΙΑ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες-προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b> <b>(Υλοποίηση του</b> <b>προγράμματος)</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
		<p>άτομα με λοιμώδη μεταδοτική νόσο.</p>	<p>επαφή με άτομα που έχουν λοιμώδη μεταδοτική νόσο.</p>	

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Φθάνοντας στο τέλος αυτής της εργασίας ευελπιστώ ότι μετά από κοπιαστικές προσπάθειες να καλύψουμε όσο το δυνατόν καλύτερα και με τον πιο αντικειμενικό τρόπο το τόσο πολύπλοκο και τεράστιο θέμα του καρκίνου του μαστού. Επιδίωξα να καταγράψω τις προσπάθειες και των δύο κλάδων Ιατρικού και Νοσηλευτικού που έχουν θέσει σαν στόχο τη συνεχή έρευνα για πρόληψη και θεραπεία του καρκίνου μαστού.

Εκείνο όμως που είναι σημαντικό και ενθαρρυντικό και πρέπει να τονισθεί είναι ότι όσο και αν η ασθένεια αυτή για κάθε γυναίκα φαντάζει ανίκητη τελικά μπορεί να καταπολεμηθεί στις περισσότερες περιπτώσεις, όταν όλοι οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας φροντίζουν επιμελώς να πληροφορούν τον κόσμο σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου, όταν εκτελούν με υπευθυνότητα και με γνώσεις τα νοσηλευτικά τους καθήκοντα, όταν προσπαθούν να προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες σε κάθε ασθενή ξεχωριστά.

Σημαντικός επίσης παράγοντας για την καταπολέμηση της νόσου είναι και η ψυχολογική υποστήριξη της κάθε ασθενούς διότι η καλή ψυχολογία κάνει τις ασθενείς να σκέφτονται θετικά και κατ' επέκταση φέρνει θετικά αποτελέσματα στη θεραπεία..

Καθήκον λοιπόν του καθενός από εμάς που εργάζεται στο χώρο της υγείας και θέλει να προσφέρει σωστές υπηρεσίες υγείας στους συνανθρώπους του που πάσχουν, είναι να φροντίσει για τη συνεχή ενημέρωση και εκπαίδευση του γύρω από θέματα υγείας, όπως ο καρκίνος που είναι και φλέγον θέμα υγείας, μέσω συνεδρίων, βιβλίων και σεμιναρίων, ώστε οι γνώσεις του να είναι ολοκληρωμένες και ο ίδιος σίγουρος γι' αυτό που πράττει κατά την άσκηση των καθηκόντων του και για τις πληροφορίες που μεταφέρει στο απλό κοινό.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Πανάγος Γ., «Τι είναι καρκίνος», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, 1992.
2. Κόνιαρη Ε., «Καρκίνος του μαστού-Νοσηλευτική Παρέμβαση», Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991.
3. Taylor G.T., «Anatomy of the breast with particular reference to lymphatic drainage», Springfield 1959.
4. Stoppard M., «Το γυναικείο σώμα», Εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1996
5. Παπανικολάου Ν., Παπανικολάου Α., «Γυναικολογία», Εκδόσεις Παρισσιανός, 3<sup>η</sup> Έκδοση, Αθήνα 1994.
6. Guyton A., «Φυσιολογία του ανθρώπου», 3<sup>η</sup> Έκδοση, Λίτσας, Αθήνα 1984
7. Rush B.J., «Pregnacy and Lactation, Menopausal Changes», St h Ed.
8. Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ., Εκδόσεις Προληπτική Ιατρική, Παρισσιανός, Αθήνα 1986.
9. Μαλγαρινού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ., «Νοσηλευτική: Παθολογική Χειρουργική», Τόμος Β', Μέρος 2<sup>ο</sup>, Έκδοση 17<sup>η</sup>, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1995.
10. Ραζής Δ., «Ασυμπτωματική- Κλινική Ογκολογία – Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας», Αθήνα 1981.
11. Πινακίδης Μ., Μπούτης Λ., «Καρκίνος του μαστού», Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1993.
12. Αλετράς Ο., Παπαδημητρίου Κ., Φανταχτίδης Ε και συνεργατών, «Το φλεγμονώδες καρκίνωμα του μαστού», Ελληνική Ιατρική, Τόμος 60, Τεύχος 6, Αθήνα 1994

13. Μαρκάκη Σ, Παπαδημητρίου-Καραπάνου Κ., Πράτσικα Κ, «Λιποεκκριτικό καρκίνωμα μαστού», Ιατρική, Τόμος 47, Αθήνα 1985.
14. Δελίδης Γ., «Η παθολογική ανατομική των κακοήθων νεοπλασμάτων του μαστού», Σεμινάριο: Καρκίνος μαστού, Πόρτο-Χέλι 1985.
15. Παπαχαραλάμπους Α., «Παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού», Ιατρική, Τόμος 49, Τεύχος 1, Αθήνα 1996.
16. Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., «Η επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού», Ιατρική, Τόμος 47, Αθήνα 1985.
17. Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ.μ «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Τόμος 2<sup>ος</sup>, Μέρος Β', Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1996.
18. Τσακρακλίδης Β., «Βιολογική συμπεριφορά των όγκων», Κλινική ογκολογία – Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, Αθήνα 1981.
19. Marcus A., Krupp-Milton, J. Chatton, «Σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική», Αθήνα 1978.
20. UICC, TNM, «Ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού», Γενεύη 1983.
21. Αποστολίδης Σ.Ν., Πανουσόπουλος Γ.Δ., «Ο καρκίνος του μαστού – Σύγχρονες απόψεις», Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1998.
22. Τζωρακολευθεράκης Ε., «Χειρουργικές παθήσεις του μαστού», Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992.
23. Αθανάτου Ε., Κλινική Νοσηλευτική, «Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες», Έκδοση 6<sup>η</sup>, Αθήνα 1996.
24. Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ., «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Τόμος 1<sup>ος</sup>, Ε' Επανέκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1996.

25. Dollinger M, Μετάφραση Μαθάς Χ., «Ο Καρκίνος – Διάγνωση και Πρόληψη, Θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση: Ένας οδηγός για όλους», Έκδοση Α, Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1992.
26. Med B, «Θέματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας», Τρίμηνο περιοδικό της ένωσης Μαιευτήρων, Γυναικολόγων, Τόμος ΣΤ', Τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1992.
27. Onion P, «Breast Cancer: Prognosis with Pregnancy», Am. J. Nurs. 1984.
28. Τριανταφύλλου Δ., «Ειδικά διαγνωστικά μέσα», Σεμινάριο: Καρκίνος μαστού, Πόρτο-Χέλι 1985.
29. Ασημακόπουλος Γ., «Ιατρική Προσέγγιση – Περιοδική Παρακολούθηση», Σεμινάριο: Καρκίνος Μαστού, Αθήνα 1990.
30. Σκόπα Χ., Τζωρακολευθεράκης Ε., Κούκουρας Δ., Ανδουλάκης Ι., «Παρακέντηση συμπαγών όγκων του μαστού με λεπτή βελόνα», Ιατρική 1989.
31. Δαρβίρη Χρ., «Ο ρόλος του επισκέπτη-τριας υγείας στην πρόληψη του καρκίνου», 3<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας, Αθήνα 1985.
32. Πλατή Χ. «Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στον καρκίνο του μαστού», Νοσηλευτική 1989.
33. Παπαδιαμάντης Ι., «Κλινική Εξέταση – Αυτοεξέταση – Ομαδικός Έλεγχος», Σεμινάριο: Καρκίνος Μαστού, Πόρτο-Χέλι 1985.
34. Πάλλης Λ., «Η αυτοεξέταση των μαστών – Η γνώση και η θέση της Ελληνίδας για τη μέθοδο», Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 1984.
35. Holmes S., «Nutritional needs for surgical patients», Nurs Times 1986.
36. Carolyn E., Υγιεινή Διατροφή και Θεραπευτικές Δίαιτες», 6<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδόσεις Έλλην, Απόδοση υπό Χατηρίου Γ.

37. «Ένα μήνυμα για σας», Θεραπευτήριο Ευαγγελισμός.
38. Ρηγάτος Γ, Ψυχολογικοί και κοινωνικοί συντελεστές στον καρκίνο του μαστού, Ογκολογική ενημέρωση, Τόμος 2<sup>ος</sup>, Τεύχος 3<sup>ο</sup>, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2000.
39. Γιδοπούλου – Στραβολαίμου Κ., «Εξειδικευμένη προσέγγιση ασθενών με καρκίνο ανάλογα με την εντόπιση και το είδος της θεραπείας», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1991.

