

**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2004-05**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Καρκίνος του μαστού»



Εισηγητής : Δρ.Ι.Δετοράκης

Σπουδάστρια : Γαβριήλ Ελένη

Πάτρα 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
----------------------	----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

1.1. Γενικές πληροφορίες για τα νεοπλάσματα.....	8
1.2. Επιδημιολογία του καρκίνου.....	11
1.3. Συμπτώματα καρκίνου.....	15
1.4. Επέκταση-Μετάσταση καρκίνου.....	17
1.5. Θεραπεία.....	19
1.6. Γενικές Νοσηλευτικές οδηγίες για άρρωστο με καρκίνο.....	20
1.7. Η εξειδικευμένη στην ογκολογία Νοσηλεύτρια.....	22
1.7.1. <i>Επαγγελματική Εκπαίδευση.....</i>	<i>22</i>
1.7.2. <i>Η συνεργασία αδελφών και γιατρών.....</i>	<i>24</i>
1.8. Περιθαλψη των ασθενών στο νοσοκομείο, την κλινική και το ιατρείο.....	25
1.9. Νοσηλεία στο σπίτι και στο ίδρυμα.....	27
1.10. Συμπαράσταση στον ασθενή και την οικογένειά του.....	28
1.11. Ο έλεγχος του πόνου.....	30
1.11.1. <i>Πηγές του πόνου.....</i>	<i>31</i>
1.11.2. <i>Το σχέδιο της θεραπείας.....</i>	<i>32</i>
1.11.3. <i>Οι μύθοι για την μορφίνη και τον πόνο του καρκίνου.....</i>	<i>34</i>
1.11.4. <i>Τρόποι για να βελτιωθεί ο έλεγχος του πόνου.....</i>	<i>36</i>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

2.1. Ανατομία μαστού.....	40
2.1.1. <i>Στοιχεία εμβρυολογίας.....</i>	<i>40</i>
2.1.2. <i>Τοπογραφική Ανατομική.....</i>	<i>40</i>
2.1.3. <i>Κατασκευή του μιστού.....</i>	<i>41</i>
2.1.4. <i>Η μασχαλιαία κοιλότητα.....</i>	<i>42</i>
2.1.5. <i>Περιτονίες.....</i>	<i>42</i>
2.1.6. <i>Μυς-Νεύρα.....</i>	<i>43</i>
2.1.7. <i>Αγγεία.....</i>	<i>44</i>
2.1.8. <i>Λεμφική παροχέτευση του μιστού.....</i>	<i>45</i>
2.1.9. <i>Λεμφογάγγλια του μαστού.....</i>	<i>46</i>
2.2. Φυσιολογία μαστού.....	46
2.3. Καλοήθεις παθήσεις του μαστού.....	47
2.3.3. <i>Καλοήθεις επιθηλιακοί όγκοι.....</i>	<i>48</i>
2.3.4. <i>Όγκοι μικτοί επιθηλιακοί και μεσεγχυματογενείς όγκοι.....</i>	<i>49</i>
2.3.5. <i>Άλλοι καλοήθεις όγκοι του μαστού.....</i>	<i>51</i>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

3.1. Καρκίνος μαστού(Γενικά).....	57
3.2. Επιδημιολογία και πρόληψη της νεοπλασίας του μαστού.....	58
3.2.1. <i>Παράγοντες κινδύνου.....</i>	<i>59</i>
3.2.2. <i>Πρόληψη και ανίχνευση.....</i>	<i>62</i>
3.3. Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.....	64
3.4. Κλινικά σημεία-Συμπτωματολογία.....	66
3.4.1. <i>Μάζα στο μαστό.....</i>	<i>67</i>

3.4.2. Έκκριση θηλής.....	67
3.4.3. Έλξη του δέρματος.....	68
3.4.4. Αλλοιώσεις του δέρματος.....	68
3.4.5. Αλλοιώσεις θηλής.....	69
3.4.6. Μασχαλιμία λεμφαδενοπάθεια.....	70
3.4.7. Φλεγμονώδες καρκίνωμα.....	70
3.5. Φυσική εξέταση.....	71
3.5.1. Επισκόπηση.....	72
3.5.2. Ψηλάφηση.....	72
3.5.3. Αυτοεξέταση.....	73
3.6. Διαγνωστικά μέσα.....	75
3.6.1. Παρακέντηση με λεπτή βελόνη.....	75
3.6.2. Βιοψία.....	76
3.6.3. Ταχεία μόνιμη βιοψία.....	77
3.6.4. Βιοψία δέρματος.....	77
i. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	77
3.7. Απεικονιστικές μέθοδοι.....	78
3.7.1. Μαστογραφία.....	78
i. Μαστογραφία:πότε;.....	81
ii. Κίνδυνοι από την ακτινοβολία.....	82
iii. Ύποπτα σημεία στη μαστογραφία.....	83
iv. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη μαστογραφία.....	84
v. Προστασία του προσωπικού από την ακτινοβολία.....	87
3.7.2. Υπερηχογράφημα.....	87
i. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στο υπερηχογράφημα.....	88
3.7.3. Θερμογραφία.....	88
i. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη θερμογραφία.....	89
3.7.4. Ο ρόλος γενικά του νοσηλευτή κατά την διάρκεια των εξετάσεων.....	89
3.7.5. Διαφανογραφία.....	91
3.7.6. Γαλακτογραφία.....	91
3.7.7. Αξονική τομογραφία.....	91
3.8. Πρώιμη διάγνωση.....	92

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

4.1. Θεραπεία:Πώς διακρίνεται.....	94
4.2. Χημειοθεραπεία.....	94
4.2.1. Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή χημειοθεραπείας.....	95
4.3. Ακτινοθεραπεία.....	96
4.3.1. Νοσηλευτική παρέμβαση για να εφαρμοστεί εξωτερική ακτινοθεραπεία.....	96
4.3.2. Νοσηλευτική παρέμβαση για να εφαρμοστεί εσωτερική ακτινοθεραπεία.....	97
4.4. Χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού.....	98
4.4.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την χειρουργική θεραπεία.....	114
4.5. Ανακατασκευή του μαστού.....	131
4.6. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την ορμονοθεραπεία.....	135
4.7. Ωοθηκεκτομή.....	136
4.8. Επινεφριδεκτομή-Υποφυσεκτομή.....	137

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

5.1. Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου του μαστού.....	140
5.1.1. Οι ιδιαιτερότητες του καρκίνου του μαστού.....	140

5.1.2. Μηχανισμοί προσαρμογής και αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού.....	141
5.1.3. Χρονική αλληλουχία των μηχανισμών προσαρμογής και αντιμετώπισης.....	142
5.1.4. Σχέση των μηχανισμών προσαρμογής και αντιμετώπισης με την πρόγνωση...	142
5.1.5. Ψυχιατρική νοσηρότητα στον καρκίνο του μαστού.....	143
5.1.6. Διαφορές μεταξύ μαστεκτομής και ογκεκτομής.....	144
5.1.7. Συνέπειες της ψυχιατρικής νοσηρότητας στην ποιότητα ζωής και πρόγνωσης	145
5.1.8. Ψυχοανοσολογικοί παράγοντες.....	145
5.1.9. Θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών.....	146
5.1.10. Κοινωνικές παράμετροι στον καρκίνο του μαστού.....	147
5.1.11. Τελικά σχόλια.....	148
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	149
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	152

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Μάργκαρετ ήταν σαράντα δύο ετών και μητέρα δύο παιδιών. Ανακάλυψε έναν μικρό όγκο στο στήθος λίγους μήνες αφότου έμαθε την τεχνική αυτοψηλάφησης μαστού από τη Νάνσυ, αδελφή στο τοπικό κέντρο εκπαίδευσης για την εξέταση του στήθους. Αφού υπεβλήθη σε μαστογραφία και βιοψία με αναρρόφηση διά λεπτής βελόνης, επισκέφθηκε το γιατρό της, ο οποίος επιβεβαίωσε τη διάγνωση του καρκίνου. Μετά την παρουσίαση της περίπτωσης της στο Ογκολογικό Συμβούλιο του νοσοκομείου, ο ογκολόγος της παρουσίασε όλα τα στοιχεία και εξήγησε στη Μάργκαρετ και το σύζυγό της όλες τις εναλλακτικές λύσεις και επιλογές. Αποφάσισαν να προχωρήσουν σε χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία και ακτινοβολία.

Μετά τη μαστεκτομή, η Μάργκαρετ συνάντησε διάφορες αδελφές όπως τη Μαρία που της έκανε αλλαγές στο χειρουργικό τραύμα, της έδινε τα φάρμακα και καθόταν δίπλα στο κρεβάτι κρατώντας της το χέρι όταν εκείνη έκλαιγε στη μέση της νύχτας.

Μόλις βγήκε από το νοσοκομείο, την επισκέπτονταν στο σπίτι της η Λουίζ και η Τζο για να παρακολουθούν την πορεία της νόσου. Και όταν άρχισε χημειοθεραπεία, στο ιατρείο του ογκολόγου, οι αδελφές Έλεν, Αίβην και Μπεθ της εξηγούσαν τις διαφορετικές επιδράσεις των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Της χορηγούσαν τις ενέσεις, αλλά και τη στήριζαν ψυχολογικά.

Έπειτα από τέσσερις μήνες χημειοθεραπείας η Μάργκαρετ άρχισε ακτινοβολία. Η Μαρία τη βοηθούσε να καταλάβει αυτές τις θεραπευτικές αγωγές, της έπαιρνε αίμα για αναλύσεις και ήταν πάντα πρόθυμη να της πει έναν γλυκό λόγο όποτε είχε ανάγκη.

Αργότερα, τόσο η Μάργκαρετ όσο και ο σύζυγός της για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν από κοινού τον καρκίνο, συμμετείχαν σε εβδομαδιαίες ομαδικές συγκεντρώσεις συμπαράστασης στο τοπικό νοσοκομείο, που γίνονταν με επικεφαλής την Κέητ. Εκεί μπορούσαν να μοιραστούν τα αισθήματα και τους φόβους με άλλους που γνώριζαν πραγματικά την πορεία και την εξέλιξη της νόσου.

Αφηγηθήκαμε την παραπάνω ιστορία για να επισημάνουμε το ρόλο της εξειδικευμένης στην ογκολογία νοσηλεύτριας, που βρίσκεται σε συνεχή επαφή με τη ζωή των καρκινοπαθών.

Πριν από τη διάγνωση, κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής, αλλά και μετέπειτα κατά την υποστηρικτική φροντίδα, ο καρκινοπαθής έρχεται συνεχώς σε

επαφή με τις εξειδικευμένες νοσοκόμες οι οποίες μοιράζονται μαζί του τις γνώσεις και την εμπειρία τους και προσφέρουν τη συμπλήρωση και την κατανόησή τους όποτε παρουσιαστεί ανάγκη.¹

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού έχει θνησιμότητα στους άνδρες 0 και στις γυναίκες 12. Είναι ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου (εκτός από την Ιαπωνία και την Ταϊβάν), καθώς και στην Ελλάδα. Κάθε χρόνο, περίπου 1.500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού, αλλά από αυτές οι 65% (85%) επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία.

Η επίπτωση της νόσου στην Ελλάδα αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία μέχρι το 50ό έτος, στη συνέχεια όμως παραμένει στο ίδιο επίπεδο χωρίς ουσιαστικές ανοδικές ή καθοδικές τάσεις.

Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες οικονομικό - κοινωνικές τάξεις, και φαίνεται ότι αυξάνεται στη χώρα μας με ανησυχητικό ρυθμό (2% κάθε χρόνο).

Η παχυσαρκία, η πρόωμη εμμηναρχή, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση και η γέννηση του πρώτου παιδιού σε μεγάλη ηλικία συνδυάζονται με αυξημένη πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του μαστού, ενώ ο θηλασμός δεν παίζει ουσιαστικό ρόλο.

Αυξημένος είναι επίσης ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με επιβαρυσμένο κληρονομικό αναμνηστικό, σε γυναίκες με κυστική μαστοπάθεια, σε όσες κάνουν μακροχρόνια χρήση εμμηνοπαυσιακών οιστρογόνων, και σε όσες δέχονται μεγάλες τοπικές δόσεις ιονίζουσας ακτινοβολίας.

Αντίθετα η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων και η βαφή των μαλλιών δεν φαίνεται να συσχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού. Η γενικότερη αιτιολογία της νόσου παραμένει σκοτεινή.

Η επικρατούσα άποψη είναι ότι διαιτητικοί παράγοντες επηρεάζουν τη στάθμη ή το μεταβολισμό των οιστρογόνων ορμονών, αλλά δεν αποκλείεται να παίζουν κάποιο ρόλο η ωορρηξία, η έκκριση της προλακτίνης, η δυναμική των ιστολογικών μεταβολών του μαζικού αδένου, και ίσως και άλλοι παράγοντες.²



1.1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Νεόπλασμα χαρακτηρίζεται κάθε ανεξέλεγκτη και ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων, που δεν οφείλεται σε φυσιολογική ανάγκη του οργανισμού.³ Τα νεοπλάσματα έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της Ιατρικής και μάλιστα από τον *Ιπποκράτη* και τον *Γαληνό* οι οποίοι πρώτοι ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού. Η εικόνα νεοπλασματος του μαστού, όπως την περιέγραψαν οι δυο μεγάλοι σοφοί, με τη διόγκωση και διήθηση της θηλής και τη διάταξη των αγγείων και των φλεβών γύρω από τον όγκο έμοιαζε με τον καρκίνο, τον κάβουρα της θάλασσας. Ακόμη η ονομασία *καρκίνος* (κάβουρας) του κακοήθους νεοπλασματος παρουσιάζει τον πόνο από τον καρκίνο όμοιο με αυτόν που δοκιμάζει κάποιος όταν τον δαγκώσει ο κάβουρας.⁴ Για αρκετούς αιώνες θεωρούνταν ότι οφείλεται σε εξαγγείωση οργανικών χυμών, η πραγματική ιστοική του σύσταση έγινε γνωστή το 18^ο αι. χάρη στην ανάπτυξη της παθολογικής ανατομικής κατά την περίοδο αυτή.

Κατά τον περασμένο αιώνα, και χάρη στις βελτιώσεις που πραγματοποιήθηκαν στο μικροσκόπιο και στην ιστολογική τεχνική, άρχισε η διάκριση των νεοπλασιών ανάλογα με τους ιστούς που τις αποτελούν κι έτσι έγινε δυνατή η μορφολογική τους ταξινόμηση και καθιερώθηκε μια ονοματολογία, η οποία κατά μεγάλο μέρος ισχύει ως σήμερα.

Κατά την ίδια περίοδο προτάθηκαν οι πρώτες αιτιοπαθογενετικές θεωρίες: ο *Γιούλιος Κόνχαϊμ* (1839 - 84) υποστήριξε ότι οι νεοπλασίες προέρχονται από εμβρυϊκά στοιχεία (κύτταρα) που μπορεί να έχουν εγκλειστεί απομονωμένα σε ιστούς του ενηλίκου, ο *Βίρχωβ* απέδινε την αιτία του καρκίνου στο χρόνια ερεθισμό των ιστών, ο *Καρλ Τιρς* (1822 - 95) θεωρούσε τον καρκίνο εκφυλιστική νόσο που προκαλείται από διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ διαφορετικών και συνεχόμενων ιστών, άλλοι αποδέχονταν ότι ο νεοπλασματικός πολλαπλασιασμός ξεκινούσε από τη σύζευξη ή γονιμοποίηση σωματικών κυττάρων, άλλοι τέλος πίστευαν ότι ανακάλυψαν τον αιτιολογικό παράγοντα του καρκίνου σε βακτηρίδια, πρωτόζωα ή μύκητες.⁵

Η λέξη καρκίνος είναι συνώνυμος με τον όρο κακοήθες νεόπλασμα. . Άλλες λέξεις που έχουν την έννοια νεοπλασματικής αρρώστιας είναι κακοήθεια, όγκος,

καρκίνωμα, εκτροπή στην ανάπτυξη κυττάρων και η συντομογραφία «Ca» χωρίς όμως να είναι και συνώνυμη.

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. Μένουμε όμως ουσιαστικά πάντοτε οι ίδιοι; 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. Λέγεται ότι το νεόπλασμα αποτελεί ομάδα απειθαρχών, επαναστατικών κυττάρων, που η ανάπτυξή τους είναι άσκοπη, επιζήμια και μπορεί να οδηγήσει τον οργανισμό στο 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.

Ο «καρκίνος», που όπως αναφέρθηκε είναι γνωστός από τον Ιπποκράτη, εκπροσωπεί μια μεγάλη ομάδα από αρρώστιες που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη ανάπτυξη και διασπορά ανώμαλων κυττάρων (Cancer Facts and Figures 1977). Αυτή η ομάδα ασθενειών,

- ✚ Εμφανίζεται σε διάφορους ιστούς και όργανα.
- ✚ Παρουσιάζει μεγάλες διαφορές μεταξύ των ατόμων στην εμφάνιση και ταχύτητα ανάπτυξης.
- ✚ Μπορεί να ακολουθεί διαφορετική πορεία ανάπτυξης στο άτομο που εκδηλώνεται

✚ Συχνά παρουσιάζει διαφορετική ευαισθησία στα διάφορα είδη θεραπείας που εφαρμόζονται σ' αυτό.

Για τα άτομα όμως, που δεν έχουν σχέση με τα επαγγέλματα υγείας και γι' αυτούς τους σπουδαστές της Νοσηλευτικής ακόμη η λέξη «καρκίνος» δεν έχει το ίδιο νόημα με αυτό που δίνεται εδώ. Για πολλούς καρκίνος σημαίνει προειδοποίηση θανάτου, πόνος, αναπηρία, απογοήτευση κ.ά. Η αντίληψη όμως του κοινού για την έννοια αυτή του καρκίνου έχει ιστορική βάση. Στις αρχές του αιώνα μας οι περισσότεροι που παρουσίαζαν καρκίνο πέθαιναν. Σήμερα όμως το ποσοστό των καρκινοπαθών που θεραπεύονται ανέβηκε στη σχέση 1:3, δηλαδή ένας καρκινοπαθής θεραπεύεται, ενώ οι τρεις πεθαίνουν. Το ποσοστό αυτό θα ήταν πολύ πιο υψηλό αν γινόταν έγκαιρη η διάγνωση.

Η βασική μορφολογική ανωμαλία των καρκινωματοδών κυττάρων έχει να κάνει με βασικές αλλαγές στη γενετική πληροφορία, που φέρουν τα νουκλεϊνικά οξέα. Οι υιοί, οι ακτινοβολίες, οι κυτταροστατικές ουσίες δρώντας ακριβώς με τη μεταβολή που προκαλούν στη δομή του DNA είναι γνωστοί καρκινογόνοι παράγοντες. Αλλά για να δημιουργηθεί ο όγκος πρέπει να συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες, διαφορετικά δεν γίνεται

Γνωρίζουμε σήμερα ότι πολλά νεοπλασματικά κύτταρα πολλαπλασιάζονται με αργότερο ρυθμό σε σχέση με τα φυσιολογικά, δηλ. ανά 10ήμερο κατά μέσο όρο. Πολλαπλασιάζονται συνέχεια και σταθερά και σχηματίζουν έτσι τα νεοπλάσματα. Για να γίνει ένα νέο νεοπλασματικό ογκίδιο αντιληπτό πρέπει να έχει διάμετρο ένα τουλάχιστο εκατοστόμετρο. Ογκίδιο αυτού του μεγέθους αποτελείται από 500 περίπου εκατομμύρια νεοπλασματικά κύτταρα και έχει μετρηθεί ο χρόνος που χρειάζεται να περάσει (10 μήνες περίπου), ώστε από αρχικό νεοπλασματικό κύτταρο να σχηματιστεί το ογκίδιο αυτό.

Έτσι εξηγείται, γιατί περνούν πολλά χρόνια από την αρχή του νεοπλάσματος μέχρι να γίνει αυτό αισθητό με τον όγκο και τα συμπτώματά του. Αν προστεθεί και ο χρόνος που απαιτείται για τη μεταβολή των φυσιολογικών σε μη φυσιολογικά κύτταρα, τότε καταλαβαίνουμε ότι το νεόπλασμα έχει την πιο μακροχρόνια επώαση, δηλαδή 5-10 και 20 ακόμη χρόνια. Έχουμε, λοιπόν, στη διάθεσή μας χρόνια ολόκληρα πριν εκδηλωθεί το νόσημα με τα βαριά συμπτώματά του. Έχουμε χρόνο για να διαγνώσουμε την ύπαρξη νεοπλάσματος που αρχίζει ⁴

1.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Από βιοστατιστικά στοιχεία μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι η συχνότητα του καρκίνου παγκόσμια αυξάνει σταθερά τα τελευταία χρόνια. Η αύξηση είναι συνάρτηση επίδρασης των πιο κάτω τριών παραγόντων και γεγονότων, με διαφορετική βαρύτητα το καθένα.

1. Νεοφανεείς, εξωγενείς, περιβαλλοντικοί καρκινογόνοι παράγοντες.

2. Αύξηση του μέσου όρου ζωής του ανθρώπου, με αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των ατόμων ηλικίας πάνω από 60-65 χρόνων, ηλικία στην οποία παρουσιάζουν μεγάλη συχνότητα κυρίως τα νεοπλάσματα.

3. Διάγνωση διαφόρων μορφών καρκίνου που στο παρελθόν, από αδυναμία διάγνωσης, καταχωρούνταν σε άλλες ομάδες παθήσεων ή παρέμεναν αδιάγνωστες.

Φαίνεται πως η αύξηση αυτή του καρκίνου αφορά περισσότερο τον άνδρα. Υπάρχουν ενδείξεις πως στις χώρες με άρτια υγειονομική οργάνωση σημειώνεται σταθερότητα στη συχνότητα του καρκίνου και στις γυναίκες. Το θέμα μελετάται .

Η συνεχής αύξηση των κακοηθών νεοπλασμάτων στους άνδρες οφείλεται κυρίως στην συνεχή αύξηση των περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα, που ουσιαστικά οφείλεται στο κάπνισμα. Γι' αυτό στις χώρες που και οι γυναίκες άρχισαν να καπνίζουν, παρατηρείται αύξηση του καρκίνου του πνεύμονα και στις γυναίκες.

Τα στατιστικά στοιχεία της περιόδου 1969-1979, που μας δίνει η *Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος* (ΕΣΥΕ), σχετικά με τον καρκίνο αποκαλύπτουν την πιθανή στασιμότητα ή και πτώση των κρουσμάτων του καρκίνου στη χώρα μας. Φαίνεται πρόωρο να υποστηριχθεί με βεβαιότητα το εύρημα αυτό όταν μάλιστα γνωρίζουμε τις ατέλειες που υπάρχουν στην καταγραφή νέων περιστατικών ώστε να μη υπάρχουν διαφυγές ή διπλοεγγραφές που πιθανόν να ήταν πολλές στο παρελθόν.

Η συχνότητα του καρκίνου έχει θετική συσχέτιση με το μέσο όρο ζωής, δηλαδή όσο υψηλότερο είναι το προσδόκιμο επιβιώσεως τόσο μεγαλύτερος είναι και ο ειδικός συντελεστής θνησιμότητας από καρκίνο.

Ο πίνακας 1.2.1. που ακολουθεί παρουσιάζει αυτή τη συσχέτιση, ακόμη όμως παρατηρούνται και μερικές αποκλίσεις. π.χ. η Ιαπωνία ενώ παρουσιάζει το μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης ταυτόχρονα παρατηρείται μικρή συχνότητα θανάτων από καρκίνο,

Για το φαινόμενο αυτό υπάρχουν πολλές επιδημιολογικές ερμηνείες.

Οι βασικοί επιδημιολογικοί χαρακτήρες του καρκίνου, που ισχύουν γενικά σε όλους τους πληθυσμούς είναι:

1. Η δημογραφική μεταβλητότητα της ολικής συχνότητας.
2. Η συχνότητα των διαφόρων εντοπίσεων διαφέρει,
 - ⊕ από χώρα σε χώρα
 - ⊕ στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες
 - ⊕ ως προς το φύλο και την ηλικία
 - ⊕ στα διάφορα επαγγέλματα
 - ⊕ ανάλογα με τις ατομικές συνήθειες
 - ⊕ ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική θέση (Κατσουγιαννόπουλος 1984).

Η εντόπιση του καρκίνου στα όργανα και τους ιστούς του ανθρώπου διαφέρει από χώρα σε χώρα. Η διαφορετική συχνότητα παίρνει δημογραφικό και φυλετικό χαρακτήρα. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του καρκίνου μαστού.

Η εντόπιση του καρκίνου στο μαστό είναι πολύ συχνή στις ΗΠΑ, την Κεντρική και Βόρεια Ευρώπη, έχει ενδιάμεση συχνότητα στα Βαλκανικά κράτη και στην Ανατολική Ευρώπη, μικρότερη συχνότητα στις γυναίκες της Νότιας Ασίας και σπάνια στον γυναικείο πληθυσμό της Ιαπωνίας και Ινδονησίας.

Γενικά οι γυναίκες της κίτρινης φυλής εμφανίζουν τη χαμηλότερη συχνότητα καρκίνου μαστού.

Ο καρκίνος στομάχου παρουσιάζει αντίθετη συχνότητα, είναι πολύ συχνός στη Νότια και την Άπω Ασία.

Η πορεία της θνησιμότητας από καρκίνο σε σχέση με την ηλικία παρουσιάζει μεγάλη έξαρση μετά το 50ό έως 55ό έτος της ηλικίας, ενώ στην ηλικία 30-40 χρόνων είναι πολύ περιορισμένη (Κατσουγιαννόπουλος 1984). Για τη σχέση θνησιμότητας του καρκίνου με το φύλο ήδη έχουμε αναφερθεί.

Η μελέτη της σχέσης που έχει το επάγγελμα στην εμφάνιση καρκίνου αποκάλυψε τους επαγγελματικούς κινδύνους καρκινογένεσης. Είναι γνωστό ότι το βινυλοχλωρίδιο προκαλεί καρκίνο του ήπατος, οι αζωτοχρωστικές και οι χρωστικές της ανιλίνης καρκίνο της ουροδόχου κύστης κ.ά.

Η συνήθεια του καπνίσματος αποτελεί παράδειγμα συσχέτισής της με το βρογχογενές καρκίνωμα του πνεύμονα.

Μέσοι όροι ζωής και θάνατοι από καρκίνο σε 100.000 πληθυσμό σε μερικές χώρες της γης (Κ.Κ. Demographic Yearbook 1979) (Πηγή: Κατσογιαννόπουλος 1984)

Χώρα	Θάνατοι από καρκίνο	Μέσος όρος ζωής
Κένυα	6,1 (1969)	50,1 (1972)
Αίγυπτος	19,9 (1974)	52,2 (1969)
Μεξικό	36,0 (1974)	64,7 (1975)
Γιουγκοσλαβία	113,8 (1975)	67,3 (1972)
Ιαπωνία	124,6 (1976)	74,6 (1976)
Βουλγαρία	138,1 (1975)	71,3 (1971)
Καναδάς	150,1 (1974)	72,9 (1972)
Ελλάδα	155,5 (1975)	71,0 (1972)
ΗΠΑ	171,7 (1975)	72,6 (1975)
Δανία	246,0 (1976)	73,9 (1977)
Αυστρία	255,3 (1976)	71,3 (1976)

Στον πίνακα ↓ φαίνεται η θνησιμότητα του ελληνικού πληθυσμού από καρκίνο, αναλύονται οι απόλυτοι και σχετικοί αριθμοί των θανάτων στην Ελλάδα το 1976 και ταυτόχρονα παρουσιάζεται ο Ειδικός Συντελεστής περιστατικά θνησιμότητας (ΕΣΘ= $\frac{\text{περιστατικά}}{\text{πληθυσμός χώρας}} \times 100.000$) και η Αναλογική

θνησιμότητα (ΑΘ) από τις κακοήθειες νεοπλασίες κάθε μορφής. Τα συμπεράσματα από την ανάλυση του πίνακα αυτού είναι ότι (1) τα κακοήθη νεοπλασμάτα αποτελούν, ως αρρώστια, την πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα, (2) ένας στους πέντε Έλληνες πεθαίνουν από καρκίνο και (3) οι κακοήθειες νεοπλασίες αποτελούν τη δεύτερη αιτία θανάτου του ελληνικού πληθυσμού, μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις εφόσον νοσήματα καρδιάς και αγγείων θεωρηθούν συλλογικά ως μια αιτία θανάτου

Θάνατοι από καρκίνο και αντίστοιχοι συντελεστές στην Ελλάδα το 1976 (Πηγή: Κατσογιαννόπουλος 1984)

Ελλάς 1976			
Πληθυσμός:	9.167.190	Α 4.489.964	Γ 4.677.226
Θάνατοι:	81.818	Α 42.206	Γ 39.612
ΑΣΘ:	8,9‰	Α 9,4‰	Γ 8,47‰
Θάνατοι Ca:	15.175	Α 9.111	Γ 6.064
ΕΣΘ-Ca:	1,65‰	Α 2,03‰	Γ 1,29‰
Αναλογική Θν.	18,55%	Α 21,59%	Γ 15,31%

Πίνακας 1.2.1.

Άμεσα επίσης επηρεάζει τη συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου η κοινωνική θέση και η οικονομική κατάσταση του ατόμου π.χ. οι γυναίκες με υψηλό

κοινωνικοοικονομικό και πολιτιστικό επίπεδο παρουσιάζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνο μαστού. Εδώ η επίδραση είναι έμμεση. Συνήθως τα άτομα αυτά αποκτούν το πρώτο τους παιδί σε μεγαλύτερη ηλικία από τις γυναίκες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, παράγοντας (κύηση) που δρα προστατευτικά στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού.

Στον πίνακα 1.2.2. φαίνονται οι πιθανότητες που έχει το κάθε άτομο ενός πληθυσμού στη διάρκεια της ζωής του να παρουσιάσει καρκίνο σε κάποιο όργανο. Τα στοιχεία αφορούν τον αγγλικό πληθυσμό και χρησιμοποιήθηκαν από έλλειψη ανάλογων ελληνικών στοιχείων. .

Από την ανάλυση των στοιχείων του πίνακα διαπιστώνεται ότι οι άνδρες εμφανίζουν καρκίνο πιο συχνό από τις γυναίκες. Στους άνδρες ο καρκίνος του πνεύμονα παρουσιάζει την πιο μεγάλη συχνότητα, ακολουθεί το δέρμα και τρίτο το στομάχι. Για τις γυναίκες οι μαστοί έχουν την πρώτη θέση στη συχνότητα εντόπισης του καρκίνου.

Αλλά ενδιαφέρον παρουσιάζει η επιδημιολογία της θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου. Ευτυχώς η συχνότητα των περιστατικών με καρκίνο που θεραπεύονται αυξάνει σε μεγαλύτερο ρυθμό από τη συχνότητα της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από καρκίνο.

Στις αρχές του αιώνα μας οι περισσότεροι άρρωστοι που πάθαιναν καρκίνο πέθαιναν, στα τέλη του 1930 ένας στους πέντε θεραπευόταν, προς τα τέλη του 1940 ένας στους τέσσερις. Σήμερα το ποσοστό των αρρώστων από καρκίνο που θεραπεύεται έφθασε στο 1 :3, δηλαδή στους τέσσερις αρρώστους ο ένας θεραπεύεται ενώ οι τρεις πεθαίνουν (Luckmann 1979).

Η μείωση της θνησιμότητας των αρρώστων με καρκίνο και η αύξηση της επιβίωσης οφείλονται σε ορισμένους παράγοντες όπως (1) η διάγνωση της αρρώστιας γίνεται στα αρχικά της στάδια, πριν ακόμη γίνουν μεταστάσεις, (2) τα διαγνωστικά μέσα και οι τεχνικές είναι πολύ καλύτερες σήμερα, (3) οι άρρωστοι εφαρμόζουν θεραπεία μέσα στους πρώτους τέσσερις μήνες από τη διάγνωση της αρρώστιας, (4) οι μέθοδοι θεραπείας και οι τεχνικές με τις οποίες εφαρμόζεται είναι πιο τελειοποιημένα από ό,τι ήταν στο παρελθόν, και (5) υπάρχουν περισσότερες πληροφορίες και γίνεται καλύτερη ενημέρωση του κοινού για τους καρκινογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος.

Αν και οι πρόοδοι, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, αναφορικό με την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου είναι αξιόλογοι, εν τούτοις πολλές χιλιάδες ατόμων κάθε χρόνο πεθαίνουν από καρκίνο. Οι άρρωστοι αυτοί πεθαίνουν επειδή η κακοήθης νεοπλασία που αναπτύχθηκε σε κάποιο σημείο του οργανισμού τους δεν διαγνώστηκε έγκαιρα ή δεν αντιμετωπίστηκε σωστό.

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

Πίνακας 1.2.2.

1.3. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η εγκατάσταση και η έναρξη του καρκίνου συνήθως είναι σιωπηλή και ύπουλη. Τα **πρώτα συμπτώματα** που παρουσιάζει ο άρρωστος είναι τόσο ελαφρά που παραβλέπονται. Όταν όμως ο καρκίνος μεγαλώσει αρκετό τότε προκαλεί ένα ή περισσότερα από τα προβλήματα που αναφέρονται στη συνέχεια.

- ✓ Ασκεί πίεση στα όργανα που βρίσκονται γύρω από την κακοήθη νεοπλασία.
- ✓ Διαταράσσει τους γύρω ιστούς.
- ✓ Αποφράσσει τον αυλό κοίλων οργάνων όπως έντερο, ουρητήρες κ.ά.
- ✓ Παρεμβαίνει στην αιμάτωση των παρακειμένων ιστών.
- ✓ Επεμβαίνει στη λειτουργία οργάνου.

- ✓ Διαταράσσει το μεταβολισμό.
- ✓ Χρησιμοποιεί, σε βάρος του οργανισμού, τα θρεπτικά συστατικά.
- ✓ Επιδρά αρνητικά (μειώνει) στην αμυντική ικανότητα του οργανισμού.

Οι πιο πάνω παθοφυσιολογικές διαταραχές μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση χαρακτηριστικών γενικών και ειδικών συμπτωμάτων.

Γενικά συμπτώματα είναι:

1. Η *αναιμία*, την οποία προκαλεί αιμορραγία από εξελκώσεις ή διάβρωση αιμοφόρων αγγείων, μολύνσεις, μεταστάσεις στα οστά με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της ερυθροποίησης ή την καταστολή του μυελού των οστών από τη χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.

2. Ο *πόνος*, ο οποίος εμφανίζεται συνήθως πολύ αργά αν και η παρουσία του εξαρτάται από το όργανο ή το σύστημα που προσβάλλει.

3. Ο *πυρετός*, που τις περισσότερες φορές προέρχεται από μολύνσεις επιφανειακού όγκου ή άλλες φλεγμονές.

4. Η *καχεξία*, που χαρακτηρίζεται από απώλεια βάρους, μυϊκή αδυναμία, ανορεξία και οξέωση. Μερικά από τα πιθανά αίτια της καχεξίας είναι τοξικά προϊόντα που εκκρίνει ο καρκίνος, επιβάρυνση της πέψης και της απορρόφησης των τροφών, σε καρκίνο του πεπτικού συστήματος, τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας.

Τα *ειδικά* συμπτώματα προέρχονται από το όργανο που πάσχει π.χ. σε κακοήγη νεοπλασία πνευμόνων, εκτός από τα γενικά συμπτώματα, ο άρρωστος παρουσιάζει βήχα με αιματηρά πτύελα ή χαρακτηριστική συρίττουσα (που σφυρίζει) αναπνοή.

Προκειμένου να βοηθηθεί ο γιατρός να προγραμματίσει τη θεραπεία, να δώσει μερικές ενδείξεις για την πρόγνωση της αρρώστιας και να βοηθηθεί στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων από τη θεραπεία που εφάρμοσε στον άρρωστο με καρκίνο, πρέπει να προσδιοριστεί ευρύτερα η νόσος σε σχέση με την έκτασή της. Αυτή η διαδικασία καλείται *σταδιοποίηση*. Όταν κατά τη σταδιοποίηση του καρκίνου γίνεται συστηματική διερεύνηση (1) των χαρακτηριστικών του πρωτοπαθούς καρκίνου (με κλινική και παθολογοανατομική εξέταση), (2) της προσβολής λεμφαδένων (με κλινική εξέταση, λεμφαγγειογραφία και ίσως βιοψία) και (3) της διαπίστωσης ύπαρξης μεταστάσεων, τότε χρησιμοποιείται το σύστημα TNM σταδιοποίησης. Το σύστημα TNM είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος σταδιοποίησης του καρκίνου σήμερα.

Τ .N.M. είναι τα αρχικά γράμματα των λέξεων *Tumor*, *Node* και *Metastasis* (όγκος, αδένας, μετάσταση)⁴

1.4. ΕΠΕΚΤΑΣΗ - ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Για τοπικούς λόγους και συνθήκες του περιβάλλοντος ή για λόγους των ίδιων των κυττάρων όλα τα καρκινικά κύτταρα δεν εξελίσσονται. Μερικά θα νεκρωθούν από έλλειψη δυνατοτήτων διατροφής. Άλλα θα καταστραφούν από μηχανισμούς άμυνας, αλλά θα χάσουν προσωρινά ή μόνιμα την δυνατότητα διπλασιασμού, άλλα θα επεκταθούν στους γύρω ιστούς και άλλα θα μετακινηθούν με διάφορους τρόπους σε άλλα όργανα για να δημιουργηθούν οι μεταστάσεις. Μερικοί καρκίνοι δεν κάνουν μεταστάσεις, όπως του δέρματος, των νευρογλοιοκυττάρων κ.ά., άλλοι μεθίστανται (μεταφέρονται) κυρίως μέσω του λεμφικού συστήματος ή των αιμοφόρων αγγείων και άλλοι χρησιμοποιούν και τους δυο δρόμους όπως το μελάνωμα, ο καρκίνος του ματιού, των πνευμόνων κ.ά.

Η επέκταση του καρκίνου μπορεί να γίνει με τους πιο κάτω τρόπους.

1. Άμεση επέκταση ή διήθηση των γειτονικών ιστών. Τα καρκινικά κύτταρα επεκτείνονται στους γύρω ιστούς, ιδιαίτερα κατά μήκος του επιπέδου των ιστών και στο φυσικό χώρο. Κατά την κλινική εξέταση, διαπιστώνεται ο καρκίνος από το γεγονός ότι ο όγκος καταλαμβάνει γειτονικούς ιστούς, π.χ. ο καρκίνος του μαστού πιάνει το δέρμα και τους θωρακικούς μυς.

Η άμεση επέκταση του καρκίνου οφείλεται στις κινήσεις του οργάνου και τις αμοιβαδοειδείς κινήσεις των νεοπλασματικών κυττάρων.

2. Είσοδος στα λεμφαγγεία. Το καρκίνωμα και όχι το σάρκωμα, παρουσιάζει μεγαλύτερη τάση να εισβάλει στα λεμφικά αγγεία στο αρχικό στάδιο και τα κύτταρα να μεγαλώνουν κατά μήκος σαν χορδή. Η διαδικασία λέγεται *λεμφική διάχυση*. Η εξεργασία αυτή αποφράσσει τα λεμφικά αγγεία και δημιουργεί το λεμφικό οίδημα.

3. Είσοδος στις αρτηρίες και τις φλέβες. Είναι συχνό γεγονός και προκαλεί θρόμβωση και απόφραξη.

4. Μετάσταση. Ομάδες κακοηθών κυττάρων μπορεί να αποσπαστούν από το σημείο εμφανίσεώς τους και να φθάσουν σε κάποιο απομακρυσμένο σημείο του

σώματος, να εμφυτευτούν και να συνεχίσουν την ανάπτυξη τους. Τα λεμφικά αγγεία, τα αιμοφόρα αγγεία και κοιλότητες με ορώδες υγρό είναι κυρίως τα μονοπάτια.

4.1 Μετάσταση με τη λέμφο: Αποσπασμένες ομάδες κακοηθών κυττάρων που μπήκαν στη λεμφική κυκλοφορία ταξιδεύουν στους περιφερικούς λεμφικούς αδένες. Αν τα κύτταρα αυτά επιζήσουν αναπτύσσονται και παίρνουν τη θέση του λεμφικού αδένου τα κύτταρα, στη συνέχεια, μετακινούνται σε άλλη ομάδα λεμφαδένων. Αυτό είναι συχνό φαινόμενο στο καρκίνωμα και το μελάνωμα, αλλά είναι σπάνιο στο σάρκωμα.

4.2 Μετάσταση με το αίμα. Η μετάσταση με την κυκλοφορία του αίματος είναι χαρακτηριστικό στοιχείο της σοβαρότητας του καρκίνου και ευθύνεται για τους περισσότερους θανάτους. Περιορίζει πολύ τη δυνατότητα εφαρμογής, τόσο της χειρουργικής θεραπείας, όσο και της ακτινοθεραπείας.

Θα περίμενε κανείς πως, η μετάσταση του καρκίνου με το αίμα να γίνεται σε όλα τα όργανα, εφόσον όλα αιματώνονται, παρατηρούνται όμως όργανα όπως ο καρδιακός μυς, οι σκελετικοί μυς και ο σπλήνας να δέχονται σπάνια μετάσταση καρκίνου, αν και έχουν μεγάλη αιμάτωση. Ο όρος που χρησιμοποιείται για το φαινόμενο αυτό καλείται *εκλεκτική μετάσταση*.

Αναφέρονται μερικά παραδείγματα εκλεκτικής μετάστασης.

Το ήπαρ (σηκώτι). Είναι το όργανο που υπόκειται στις αιματογενείς μεταστάσεις καρκίνου, ανεξάρτητα αν ο πρωτογενής καρκίνος είναι σε όργανο που αιματώνεται ή όχι από την πυλαία φλέβα.

Οι πνεύμονες είναι οι δεύτεροι στη σειρά σε συχνότητα μεταστάσεων καρκίνου.

Τα οστά. Οι καρκίνοι του μαστού, των πνευμόνων, του προστάτη συχνά χορηγούν μεταστάσεις στα οστά.

4.3. Μεταφύτευση. Αυτή παρατηρείται σε όγκους που εμφανίζονται μέσα σε κοιλότητες όπως π.χ. το περιτόναιο. Η μεταφύτευση μπορεί να γίνει και κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων (Walter 1982).

Και μόνο η ψηλάφηση κυρίως, κοιλιακού όγκου ή οι χειρισμοί κατά τις εγχειρήσεις, οδηγούν σε καρκινοκυτταραιμία.

1.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι επιστήμονες υγείας, που ασχολούνται με τον άρρωστο που πάσχει από καρκίνο, έχουν σαν κύριο στόχο τη *θεραπεία* του. Ταυτόχρονα όμως τον ενημερώνουν για τις επιπτώσεις της αρρώστιας, που πολύ συχνά έχουν σχέση με τη λειτουργία οργάνων και συστημάτων και την ακεραιότητά τους. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται αναφορικά με τη θεραπεία, στη φάση που γίνεται η διάγνωση της αρρώστιας, συνήθως είναι κριτικές. Στον άρρωστο που διαπιστώνεται μετάσταση του καρκίνου δεν υπάρχει θεραπεία. Η αξιοποίηση των θεραπευτικών δυνατοτήτων, που υπάρχουν σήμερα στη διάθεσή μας, σε σχέση με τη νοσηρότητα ή θνησιμότητα που δημιουργεί η θεραπευτική αγωγή συχνά είναι πολύ δύσκολη. Αν η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί, οι επιδιώξεις του γιατρού και της νοσηλεύτριας(-τή) θα πρέπει να είναι: (1) η πρόληψη νέων μεταστάσεων του καρκίνου, (2) η ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της αρρώστιας και (3) η εξασφάλιση για τον άρρωστο μιας καλής ποιότητας ζωής για περισσότερο χρόνο.

Οι τρεις βασικοί μέθοδοι που εφαρμόζονται για τη βοήθεια του αρρώστου με καρκίνο είναι η χειρουργική, η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία. Τέταρτη μέθοδος, που ακόμα βρίσκεται στο πειραματικό στάδιο, είναι η ανοσοθεραπεία.

Ποτέ δεν δικαιολογείται η επιλογή και εφαρμογή μιας θεραπείας καρκίνου χωρίς την κυτταρολογική ή ιστολογική επιβεβαίωση της αρρώστιας. Οι εξετάσεις αυτές θα δώσουν πληροφορίες για τον καθορισμό όχι μόνο του είδους, αλλά και του τρόπου της θεραπείας. Η κάθε θεραπευτική μέθοδος έχει καθορισμένες ενδείξεις, είτε σαν μόνη θεραπεία, είτε σε συνδυασμό με τις άλλες, ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο, το βαθμό διαφοροποίησης, την έκταση της αρρώστιας, την ηλικία και την υγεία του ατόμου.⁴

Τέλος, να πούμε γενικά, ότι οι καταστάσεις που προσβάλλουν τον καρκινοπαθή και χρειάζονται συνήθως άμεση διάγνωση και επείγουσα και συνεχή παρακολούθηση συνήθως είναι αποτέλεσμα:

1. Τοξικής δράσης των αντικαρκινικών φαρμάκων
2. Επιπλοκών εκ του αναπνευστικού συστήματος
3. Λοιμώξεων
4. Επιπλοκών εκ του καρδιαγγειακού συστήματος

5. Διαταραχών εκ βλάβης του μυελού των οστών
6. Διαταραχών του μηχανισμού της αιμόστασης
7. Υδατοηλεκτρολυτικών διαταραχών
8. Διαταραχών της νεφρικής λειτουργίας
9. Προβλήματα εκ του ΓΕΣ
10. Ενδοκρινολογικών διαταραχών
11. Νευρολογικών επιπλοκών
12. Διαταραχών της θρέψης
13. Προ-ή μετεγχειρητικών προβλημάτων⁶

1.6. ΓΕΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ο κάθε άρρωστος έχει ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας και επίβλεψης ανάλογα με την κατάστασή του. Όλοι οι άρρωστοι με καρκίνο, εκτός από μερικές ομάδες με ειδικά προβλήματα και ανάγκες για ειδική νοσηλευτική φροντίδα, έχουν ανάγκη από τη συνηθισμένη γενική νοσηλευτική φροντίδα με περισσότερη όμως έμφαση στα εξής: Ο ασθενής διαισθάνεται τη στάση της νοσηλεύτριας(-τή). Το να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια(-τής) έχει θετική στάση στην αρρώστια του είναι σημαντικό, σαν πρώτο βήμα στην εργασία της με τον άρρωστο. Γι' αυτό,

✓ Δείξτε κατανόηση στον άρρωστο και παρουσιάστε την ευχάριστη όψη της ζωής. Αυτό του δίνει ελπίδα.

✓ Διατηρήστε την αξιοπρέπεια και την υπόληψη του αρρώστου. Ίσως σε καμιά άλλη ασθένεια δεν υπάρχει τέτοια απειλή της οντότητας του ατόμου, όπως υπάρχει στον καρκίνο. Πολλοί άρρωστοι που γνωρίζουν ότι έχουν καρκίνο, λένε ότι δε φοβούνται τόσο πολύ τον πόνο ή τη δυσμορφία ή άλλη ειδική άποψη της ασθένειας, όσο φοβούνται μη χάσουν τον αυτοέλεγχο και την αξιοπρέπεια στα τελευταία στάδια της νόσου.

✓ Προσπαθήστε να βοηθήσετε τον άρρωστο να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του.

✓ Φροντίστε να μην εκτίθεται ο άρρωστός σας κατά τις νοσηλείες.

✓ Προσέξτε πολύ την καθαριότητα, τη συμμετοχή του στον προγραμματισμό της φροντίδας του, εφόσον είναι ικανός γι αυτό. Τα παραπάνω είναι μέτρα που θα τον βοηθήσουν να διατηρήσει την αξιοπρέπειά του παρά την προσβολή της αρρώστιας.

✓ Ευγένεια και θαλπωρή δίνει στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας.

✓ Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να ενεργεί με τρόπο ευχάριστο για τον εαυτό του.

✓ Βοηθήστε στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης ότι είναι καλά και μπορεί να περιοποιηθεί τον εαυτό του (όταν αυτό αποτελεί πραγματικότητα)

✓ Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να σηκώνεται από το κρεβάτι, εφόσον αυτό επιτρέπεται

✓ Ενισχύστε τη συχνή αλλαγή θέσεως του αρρώστου στο κρεβάτι

✓ Ενισχύστε την καλή διατροφή του αρρώστου. Η απώλεια σωματικού βάρους δηλώνει διαταραχή στο ισοζύγιο αναγκών του.

✓ Χρησιμοποιήστε τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα για την πρόληψη επιπλοκών όπως πνευμονίας, κατακλίσεων, υποσιτισμού.

✓ Πάρτε κάθε μέτρο για τη διατήρηση καλής ατομικής καθαριότητας του αρρώστου.

✓ Στο σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας μη παραλείπετε, εφόσον η κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει, την εργασιοθεραπεία, επειδή η απασχόληση προλαμβάνει πολλά ψυχολογικά προβλήματά του.

✓ Ενισχύστε - το γρηγορότερο δυνατό - την αποκατάσταση του αρρώστου. εφόσον η αναπηρία είναι προϊόν της νόσου.

✓ Ακόμη μην παραλείψετε να διδάξετε, όποιον και αν έλθει σε επαφή μαζί σας, για τη σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης του όγκου στην πρόγνωση της νόσου.

✓ Πριν αναχωρήσει ο άρρωστος από το νοσοκομείο, διδάξτε του τον τρόπο αυτοφροντίδας, όπως στην κολοστομία, τραχειοτομή κ.λ.π. Για τέλεια αποκατάσταση, οι άρρωστοι πρέπει να αισθάνονται πως τίποτε δεν ανέκοψε το σχέδιο της ζωής τους και ότι μπορούν να συμμετέχουν σ' αυτήν.

✓ Στη φροντίδα του καρκινοπαθή οι επιδιώξεις είναι ο περιορισμός της νόσου και η βοήθεια του αρρώστου να ξαναγυρίσει κατά το δυνατό στη φυσιολογική ζωή.

Για κάλυψη των αναγκών του αρρώστου, κατά την περίοδο αναζήτησης της νόσου, διαγνώσεως και θεραπείας, προσοχή θα πρέπει να δοθεί,

1. Στις ανάγκες του αρρώστου ως ατόμου,
2. Στις ανάγκες της αρρώστιας,
3. Στις ανάγκες της θεραπείας που εφαρμόζεται,
4. Στις ανάγκες του αρρώστου από την επίδραση της θεραπείας στην ψυχική και φυσική του κατάσταση.

Η ευθύνη μας, ως νοσηλευτριών(-τών) στη φροντίδα καταδικασμένου σε θάνατο αρρώστου, περιλαμβάνει κάλυψη όσο το δυνατό περισσότερων φυσικών και ψυχολογικών αναγκών του. Η ενθάρρυνση και η μετάγχιση ελπίδας θα περιορίσουν την απαισιοδοξία και απογοήτευση του αρρώστου.⁴

1.7. Η ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

1.7.1. Επαγγελματική Εκπαίδευση

Πολλές μελέτες απέδειξαν ότι οι καρκινοπαθείς θέλουν και αναμένουν πολλά από τις αδελφές και προπαντός να εκτελούν άψογα το καθήκον τους. Οι ασθενείς θέλουν να ξέρουν ότι η αδελφή γνωρίζει πώς να κάνει την ενδοφλέβια ένεση και να χορηγεί τη χημειοθεραπεία, πώς να κάνει την αλλαγή του τραύματος, να τοποθετεί τον καθετήρα και πώς να αντιδρά αποτελεσματικά σε μια επείγουσα κατάσταση.

Όταν ο ασθενής υποβάλλεται σε αντικαρκινική θεραπευτική αγωγή, προφανώς επιθυμεί να είναι σίγουρος πως βρίσκεται στα χέρια κάποιου έμπειρου, καταρτισμένου και ενήμερου για τις πιο σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους.

◆ **Επαγγελματική οργάνωση** Στις ΗΠΑ ο εθνικός οργανισμός των αδελφών ογκολογίας είναι η Εταιρεία Νοσηλευτικής Περίθαλψης Καρκινοπαθών, η οποία ιδρύθηκε το 1975 για να εξελιχθεί σε έναν μεγάλο οργανισμό με πολλά τοπικά παραρτήματα. Η Εταιρεία έχει αναλάβει την επαγγελματική εξέλιξη, την

προαγωγή της ποιότητας της κλινικής πρακτικής, την έρευνα και την εκπαίδευση, επηρεάζει δε και διάφορους πολιτικούς παράγοντες. Πολλές αδελφές εξειδικευμένες στην ογκολογία ανήκουν σε τοπικά παραρτήματα και παρακολουθούν ενημερωτικά σεμινάρια για τις ιατρικές ή άλλες εξελίξεις που μπορούν να βελτιώσουν την περίθαλψη των ασθενών. Υπάρχει επίσης ένας οργανισμός αδελφών εξειδικευμένων στην περίθαλψη των καρκινοπαθών παιδιών που ονομάζεται Εταιρεία Αδελφών Παιδιατρικής Ογκολογίας.

◆ **Εξειδικευμένη εκπαίδευση** Οι αδελφές ογκολογίας εκπαιδεύονται ειδικά στην περίθαλψη των καρκινοπαθών μέσα στο νοσοκομείο, στο ιατρείο, στο σπίτι ή σε ειδικά τμήματα όπως είναι οι μονάδες ακτινοθεραπείας. Για να συμπληρώσουν τις βασικές ιατρικές τους γνώσεις εκπαιδεύονται στα εξής:

- ✦ Χορήγηση χημειοθεραπείας και αντιμετώπιση των παρενεργειών όπως η ναυτία, οι εμετοί και η τριχόπτωση.
- ✦ Ανακούφιση και έλεγχος του πόνου.
- ✦ Αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών καρκίνου.
- ✦ Παροχή ψυχολογικής συμπαράστασης στους ασθενείς και τους συγγενείς τους.
- ✦ Μετεγχειρητική περίθαλψη.
- ✦ Διδασκαλία και φροντίδα των μόνιμων ενδοφλέβιων καθετήρων, όπως οι καθετήρες Hickman και Groshong και των συσκευών ενδοφλέβιας έγχυσης.
- ✦ Συμμετοχή σε ομάδες κλινικών ερευνών ή άλλων ανεξάρτητων ερευνών για θέματα περίθαλψης.
- ✦ Χρήση νέας τεχνολογίας και θεραπευτικών μεθόδων που βρίσκονται υπό εξέλιξη, όπως οι μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών ή οι βιολογικές θεραπείες.

Οι αδελφές μπορούν επίσης να συμπληρώνουν τις γνώσεις τους σε διάφορες υποειδικότητες, όπως στην ακτινοθεραπεία, τη χειρουργική ή την παθολογική ογκολογία, στην παρηγορητική θεραπεία, στην πρόληψη και την έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου, στην περίθαλψη των ασθενών μέσα στα νοσοκομεία, στα ιδρύματα ή στο σπίτι, στην ενημέρωση του ασθενούς, στην περίθαλψη των περιπατητικών ασθενών και σε διοικητικά καθήκοντα νοσηλείας. Μερικές αδελφές, ιδίως μεγάλων αντικαρκινικών περιφερειακών κέντρων, μπορεί να μετεκπαιδευτούν σε πιο συγκεκριμένους τομείς ειδικότερου ενδιαφέροντος, όπως ο καρκίνος του μαστού, η ανοσοθεραπεία ή ο έλεγχος του πόνου.

1.7.2. Η Συνεργασία αδελφών και γιατρών

Σήμερα, η θεραπεία του καρκίνου αποτελεί συλλογική προσπάθεια. Συνεργαζόμενες στενά και με τα υπόλοιπα μέλη της ιατρικής ομάδας, οι αδελφές ογκολογίας εμπλέκονται συνεχώς περισσότερο με την περίθαλψη των καρκινοπαθών.

Μολονότι ο προσωπικός γιατρός ή ο ογκολόγος είναι οι υπεύθυνοι για τη διάγνωση και το σχεδιασμό μιας αποτελεσματικής αγωγής, σήμερα η επαγγελματική συνεργασία μεταξύ γιατρών και αδελφών είναι ευρύτερη απ' ό,τι στο παρελθόν. Οι αδελφές αποφασίζουν για την περίθαλψη του ασθενούς εντός των ορίων των αρμοδιοτήτων τους. Ο γιατρός ενθαρρύνει και εκτιμά τις συστάσεις και τη συνεισφορά των αδελφών.

- Στο νοσοκομείο, οι αδελφές είναι εκείνες που βρίσκονται κοντά στον ασθενή είκοσι τέσσερις ώρες το εικοσιτετράωρο, επτά ημέρες την εβδομάδα. Έτσι ο γιατρός ζητά συχνά από την ομάδα των αδελφών να τον ενημερώσουν για την πορεία του ασθενούς. Οι αδελφές συνοδεύουν το γιατρό κατά την επίσκεψή του στους θαλάμους για να διαπιστώσει την πρόοδο και να καταρτίσει το πρόγραμμα της επόμενης η-μέρας. Η εξειδικευμένη στην ογκολογία αδελφή είναι εκείνη που μέσα στο νοσοκομείο παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία του οργανισμού, εκτιμά τις εργαστηριακές εξετάσεις και τα κλινικά ευρήματα, αξιολογεί τις ανάγκες του ασθενούς και καλεί το γιατρό όταν χρειαστεί.

- Στις περιπτώσεις εξωτερικών ασθενών ή στο ιατρείο η αδελφή συνεργάζεται με τον ασθενή σε ένα πιο ανεξάρτητο επίπεδο. Ο γιατρός, βεβαίως, είναι ο υπεύθυνος για τον προγραμματισμό της θεραπείας, όμως η αδελφή αποτελεί πολύτιμο συνεργάτη για την εκτέλεσή της. Οι αδελφές ίσως βοηθούν το γιατρό να προγραμματίσει και να αποφασίσει τον πιο αποτελεσματικό τρόπο χορήγησης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Η γνώμη τους π.χ. είναι πολύτιμη στην επιλογή των φαρμάκων κατά της ναυτίας που θα αποβεί πιο αποδοτική για τη συγκεκριμένη χημειοθεραπεία.

- Γιατροί και αδελφές συνήθως συσκέπτονται γύρω από θέματα που αφορούν την περίθαλψη των ασθενών. Συχνά οι αδελφές επισημαίνουν τις ανεπαισθητες αλλαγές στην κατάσταση του ασθενούς, που πιθανόν ο γιατρός να μην τις γνωρίζει, και κάποιες από αυτές ίσως αλλάξουν την πορεία της θεραπευτικής αγωγής.

■ Στον τομέα της έρευνας, οι εξειδικευμένες στην ογκολογία αδελφές μπορεί να εργάζονται είτε ανεξάρτητα είτε σε συνεργασία με τους γιατρούς. Τις περισσότερες φορές, όμως, η συνεργασία τους είναι πολύ στενή. Η αδελφή αποτελεί μέλος της ερευνητικής ομάδας, που διενεργεί κλινικές μελέτες νέων θεραπειών, συλλέγει τα στοιχεία και εκτιμά το βαθμό ανταπόκρισης και τις παρενέργειες. Όταν συγκεντρωθούν και αναλυθούν τα δεδομένα της έρευνας θα σταλούν προς δημοσίευση και το όνομα της εξειδικευμένης στην ογκολογία αδελφής θα αναγραφεί μαζί με το όνομα του γιατρού.

■ Επειδή συνήθως ο ασθενής περνά πολύ περισσότερο χρόνο με την αδελφή παρά με το γιατρό του, συχνά αναπτύσσεται ένας ιδιαίτερος δεσμός. Μερικές φορές ο ασθενής σαστίζει με τους πρωτόγνωρους όρους και τα πολύπλοκα θεραπευτικά προγράμματα, και η αδελφή αναγκάζεται να αφιερώσει περισσότερο χρόνο για να εξηγήσει όσες πληροφορίες παρέχει ο γιατρός. Συχνά, η αδελφή θα επικοινωνήσει την επόμενη μέρα, είτε μέσα στο νοσοκομείο είτε τηλεφωνικώς στο σπίτι, για να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής κατανόησε πλήρως το πρόγραμμα της αγωγής του και νιώθει άνετα με τη θεραπεία του.

Η περίθαλψη και η θεραπευτική αγωγή αποτελεί στην πραγματικότητα μια συλλογική προσπάθεια του ασθενούς, του ογκολόγου και της αδελφής. Και σίγουρα ο καρκινοπαθής είναι εκείνος που ωφελείται περισσότερο από τη συνεργασία αυτή.

1.8. ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Ενώ ο ρόλος των αδελφών ποικίλλει στο ιατρείο, στο νοσοκομείο, στο σπίτι ή στο ίδρυμα, οι περισσότερες ειδικευμένες στον καρκίνο αδελφές εργάζονται στα νοσοκομεία. Τα περισσότερα αντικαρκινικά κέντρα και πολλά περιφερειακά νοσοκομεία διαθέτουν τμήματα περίθαλψης καρκινοπαθών -μονάδες ογκολογίας- στα οποία εργάζονται οι εξειδικευμένες αδελφές.

Οι αδελφές που ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου παρέχουν άμεση περίθαλψη στους καρκινοπαθείς με βάρδιες οκτάωρες, δεκάωρες ή δωδεκάωρες. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο ο ασθενής θα έρθει σε επαφή με αδελφές διαφόρων επιπέδων εκπαίδευσης και αρμοδιοτήτων.

↓ Οι βοηθοί αδελφές ή το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό τελειώνουν ένα βασικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα και μπορεί να διαθέτουν μακροχρόνια πείρα. Είναι, λοιπόν, ικανές να παρέχουν άμεση πρακτική περίθαλψη αλλά δεν χορηγούν φάρμακα.

↓ Οι διπλωματούχες αδελφές, που διαθέτουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, τελειώνουν ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα και μπορούν να παρέχουν τόσο άμεση περίθαλψη όσο και φάρμακα. Συνεργάζονται με τις πτυχιούχες προϊστάμενες αδελφές.

↓ Οι πτυχιούχες αδελφές εκπαιδεύονται στο πλαίσιο ενός πανεπιστημιακού προπτυχιακού προγράμματος ή ενός προγράμματος πτυχίου Bachelor σε κολλέγιο ή σε πανεπιστήμιο. Πολλά νοσοκομεία διαθέτουν θέσεις διαφόρων επιπέδων κλινικής επιμόρφωσης και αρμοδιοτήτων, τις οποίες καταλαμβάνουν προοδευτικά οι αδελφές, με βάση τα προσόντα τους και τη διάρκεια εκπαίδευσής τους. Μια πτυχιούχος αδελφή, έμπειρη σε θέματα καρκίνου, μπορεί να αποκτήσει Πιστοποιητικό Ογκολογίας (OCN) ύστερα από σχετικές εξετάσεις από την αρμόδια επιτροπή.

↓ Μερικές αδελφές κατέχουν πτυχίο Master στη νοσηλεία των καρκινοπαθών. Άσκούν το επάγγελμά τους ως ιδιωτικές αδελφές, ως εξειδικευμένες νοσοκομειακές αδελφές, ως προϊστάμενες ή ως ερευνήτριες. Ακόμη μπορεί να επιλέξουν να συνεχίσουν την άσκηση της εργασίας τους δίπλα στον ασθενή. Σε επίπεδα εξειδικευμένης κλινικής πρακτικής, οι αδελφές αυτές διδάσκουν θεωρητικά και πρακτικά άλλες αδελφές, συμμετέχουν σε εξειδικευμένες διαδικασίες επίλυσης προβλημάτων ή σε κλινικές έρευνες και προϊστανται διαφόρων δραστηριοτήτων.

Η περιπατητική περίθαλψη/ αδελφή ιατρού

Είναι πιθανό η αντικαρκινική θεραπεία να γίνεται και εκτός νοσοκομείου. Σήμερα μάλιστα η τάση αυτή ενισχύεται συνεχώς. Έτσι, ο ασθενής μπορεί να επισκέπτεται ένα γενικό αντικαρκινικό κέντρο, τα εξωτερικά ιατρεία μιας κλινικής, το κέντρο περίθαλψης περιπατητικών ασθενών ή ένα ιδιωτικό ιατρείο.

Ένας βασικός λόγος γι' αυτή τη μεταστροφή είναι το τεράστιο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχει μεγάλη ανάγκη να μειωθεί ο χρόνος νοσηλείας στα νοσοκομεία, επειδή η εξωτερική περίθαλψη είναι πιο οικονομική για τους

ασθενείς, για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και την κοινωνική πρόνοια. Και το σπουδαιότερο, ο ασθενής ωφελείται περισσότερο με το να πηγαίνει στο ιδιωτικό ιατρείο ή στα εξωτερικά ιατρεία μιας κλινικής, να υποβάλλεται στη θεραπεία και να επιστρέφει στο σπίτι του για να συνέλθει μέσα στο οικείο περιβάλλον του και να κοιμηθεί στο κρεβάτι του.

Οι θεραπευτικές αγωγές κατά της ναυτίας έχουν γίνει τόσο αποτελεσματικές ώστε έχουν εκλείψει πολλές παρενέργειες που άλλοτε σήμαιναν μακρά παραμονή στο νοσοκομείο. Οποσδήποτε όμως, η εξειδικευμένη ή η ερευνητική αντικαρκινική θεραπεία συνήθως χορηγείται ακόμη μέσα στο νοσοκομείο, ώστε η κατάσταση του ασθενούς να ελέγχεται και να παρακολουθείται συνεχώς. Και σε αυτήν την περίπτωση όμως ο ασθενής μπορεί να περνά περισσότερο χρόνο εκτός νοσοκομείου απ' όσο χρειαζόταν παλαιότερα.

Η εξωνοσοκομειακή νοσηλεία περιλαμβάνει τη χορήγηση διαφόρων μορφών χημειοθεραπείας, που ποικίλλουν από μια γρήγορη ένεση έως μια έγχυση διάρκειας πέντε έως επτά ωρών. Οι εξωνοσοκομειακές αδελφές μαθαίνουν τα τελευταία θεραπευτικά πρωτόκολλα και τις ερευνητικές μελέτες και παρέχουν στον ασθενή και στην οικογένειά του σημαντικές πληροφορίες για την ασθένεια, τη θεραπευτική αγωγή, τις πιθανές παρενέργειες της και για το πώς να ρυθμίζουν τα φάρμακα.

Οι έμπειρες αυτές αδελφές γνωρίζουν καλά πώς να ξεκινούν μια ενδοφλέβια ένεση ή πώς να χειρίζονται οποιονδήποτε χειρουργικά εμφυτευόμενο καθετήρα, όπως τον Hickman, το Port-a-Cath (φορητός καθετήρας), την αντλία Infusaid κ.ά. Στα καθήκοντά τους περιλαμβάνεται η ανάμειξη και προετοιμασία των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, ο χειρισμός της σύριγγας και των φιαλών καθώς και των σάκων που χρησιμοποιούνται για ενδοφλέβια έγχυση.

1.9. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ

Για τους ίδιους λόγους που έλαβε έκταση η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, η κατ' οίκον θεραπεία αρχίζει πλέον να αποτελεί σημαντικό τμήμα της ογκολογικής θεραπείας. Σήμερα υπάρχουν πολλά γραφεία για περίθαλψη κατ' οίκον όπου εργάζονται αδελφές ογκολογίας. Πολλοί επιλέγουν αυτόν τον τρόπο θεραπευτικής αγωγής απλώς επειδή προτιμούν να λαμβάνουν τη χημειοθεραπεία στην ησυχία του σπιτιού τους, συντροφιά με την οικογένεια και τους φίλους τους.

Κατ' οίκον περίθαλψη Οι αδελφές μπορεί να μένουν στο σπίτι από μερικές ώρες έως και όλο το εικοσιτετράωρο. Η χημειοθεραπεία δεν είναι η μόνη θεραπευτική αγωγή που μπορεί να χορηγηθεί κατ' οίκον. Υπό την καθοδήγηση του ογκολόγου, η αδελφή μπορεί να επιμελείται τραύματα, να φροντίζει και να παρέχει οδηγίες σχετικά με την περιποίηση της κεντρικής φλεβικής γραμμής, την ενδοφλέβια ανάμιξη υγρών, την ενδοφλέβια παροχή αντιβίωσης και την ολική παρεντερική διατροφή.

Περίθαλψη σε ιδρύματα Το ίδρυμα μπορεί να αποδειχθεί σημαντική εναλλακτική λύση αν ο καρκίνος είναι πολύ προχωρημένος. Στα τελευταία στάδια του καρκίνου πριν από το θάνατο, η περίθαλψη σε ίδρυμα προσφέρει στον ασθενή την επιλογή να περάσει τις τελευταίες του μέρες όχι στο νοσοκομείο αλλά σε ένα οικείο περιβάλλον, με τους αγαπημένους του στο πλευρό του.

Όπως συμβαίνει και με τις άλλες ειδικότητες ογκολογίας, οι αδελφές των ιδρυμάτων βρίσκονται σε άμεση επαφή με τον ασθενή και την οικογένειά του. Υπό την καθοδήγηση του γιατρού η αδελφή του ιδρύματος χορηγεί παυσίπονα φάρμακα, περιλαμβανομένων και ναρκωτικών με διαφόρους τρόπους.

Η αδελφή καθοδηγεί τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους πώς να φροντίζουν τα αγαπημένα τους πρόσωπα και να αμβλύνει την αγωνία και τη θλίψη τους. Μαζί με τους κοινωνικούς λειτουργούς και τους ιερείς βοηθάει την οικογένεια να αντιμετωπίσει τον επερχόμενο θάνατο και να περάσει ομαλά την περίοδο πένθους που ακολουθεί. Στο διάστημα αυτό, η αδελφή του ιδρύματος αφιερώνει πολύ χρόνο στο πλευρό της οικογένειας και είναι διαθέσιμη ανά πάσα στιγμή, μέρα και νύχτα.

1.10. ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ

Ο ρόλος της αδελφής ογκολογίας ποικίλλει και εξαρτάται από το χώρο και το είδος της περίθαλψης που χρειάζεται ο ασθενής ανά πάσα στιγμή. Όμως ο βασικός στόχος είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών. Για να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός η αδελφή ογκολογίας αφιερώνεται ολόψυχα στην ανακούφιση του σωματικού πόνου και στην παροχή ψυχολογικής βοήθειας στον ασθενή και την οικογένειά του.

Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων Ο καρκίνος και οι παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής ίσως προκαλέσουν συμπτώματα που ταλαιπωρούν τον ασθενή και επιδρούν στην καθημερινή του ζωή. Η ομάδα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να εργαστεί συλλογικά για να τα εντοπίσει και να τα ανακουφίσει. Σήμερα υπάρχει τεράστια πείρα πρακτικής νοσηλευτικής η οποία επιτρέπει στην αδελφή ογκολογίας να αξιολογεί τα συμπτώματα, να παρέχει συμβουλές και να τα περιορίζει. Τέτοια συμπτώματα είναι η ναυτία και οι εμετοί, οι πόνοι, η δυσκοιλιότητα, η διάρροια, ο ερεθισμός της στοματικής κοιλότητας, η δύσπνοια, η ανορεξία και η ψυχολογική κατάπτωση.

Ομάδες συμπαράστασης και άλλα μέσα υποστήριξης Για να καλυφθούν οι ψυχολογικές ανάγκες του καρκινοπαθούς είναι απαραίτητο να γνωρίζει τις σχετικές πηγές βοήθειας που μπορεί να υπάρχουν στην περιοχή του. Συχνά, κατά τη διάρκεια της ασθένειας οι ανάγκες μεταβάλλονται, μπορεί δε να διαφέρουν ανάλογα με το άτομο και την παροχή βοήθειας από την οικογένειά του, τους φίλους και την κοινωνική συμπαράσταση.

Υπάρχουν αδελφές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και ψυχίατροι που είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, και διαθέτουν ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον και εμπειρία για τους καρκινοπαθείς. Οι περισσότερες αδελφές ογκολογίας είναι σε θέση να παρέχουν πληροφορίες για τις πηγές υποστήριξης. Μπορεί επίσης να συστήσουν υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης και ενίοτε γνωρίζουν πού βρίσκονται οι ομάδες συμπαράστασης. Οι ομάδες αυτές κατευθύνονται ή υποβοηθούνται από κοινωνικές λειτουργούς, ψυχολόγους ή ψυχιάτρους και σε πολλές από αυτές οι νοσοκόμες παρέχουν τις υπηρεσίες τους. Σε πολλές ομάδες οι επικεφαλής τους είναι άτομα που πάσχουν οι ίδιοι από καρκίνο.

Ασφαλώς δεν επιθυμούν όλοι οι καρκινοπαθείς να συμμετέχουν σε οργανωμένες ομάδες συμπαράστασης. Πολλοί ασθενείς χρησιμοποιούν επιτυχώς τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους τους ως πηγή ψυχολογικής υποστήριξης. Άλλοι επιλέγουν την ατομική ψυχοθεραπεία, είτε με τη βοήθεια τη ομάδας υποστήριξης είτε χωρίς αυτήν. Ωστόσο, είναι γνωστό ότι πολλοί καρκινοπαθείς αναγνωρίζουν πως οι ομάδες συμπαράστασης κατορθώνουν να δώσουν ελπίδα και να στηρίξουν την ανάρρωσή τους.

Μια ειδική σχέση Πολλές αδελφές καρκινοπαθών διαλέγουν να ειδικευτούν στην ογκολογία γιατί θέλουν να διακριθούν. Επιθυμούν να εδραιώσουν μόνιμες και ουσιαστικές σχέσεις με τους καρκινοπαθείς, τις οικογένειές τους και τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Πραγματικά, η αδελφή ογκολογίας αγγίζει πολλές ζωές με πολλούς και ποικίλους τρόπους. Οι αδελφές που εξειδικεύονται στην ογκολογία αναπτύσσουν προσόντα απαραίτητα για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Συμπαραστέκονται και παρέχουν πληροφορίες στον ασθενή και την οικογένειά του σε όλη τη διάρκεια της ασθένειας και πάντοτε ενεργούν ως συνήγοροι των ασθενών.

Με απλά λόγια, οι αδελφές ογκολογίας προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τον κάθε ασθενή με ευγένεια και φροντίδα, με εμπειρία και ικανότητα, με στοργή και καλό χιούμορ και, πάνω απ' όλα, με αξιοπρέπεια.

1.11. Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

«Ο πόνος είναι ο φοβερότερος δυνάστης του ανθρώπινου γένους. Πιο φοβερός και από τον ίδιο το θάνατο»

Albert Schweitzer

Είναι πρόδηλο ότι ο φόβος του πόνου αποτελεί καθοριστική παράμετρο του εν γένει φόβου έναντι του καρκίνου. Το 60% έως 90% των καρκινοπαθών νιώθουν τόσο σοβαρό πόνο που έχουν ανάγκη κάποια φάρμακα, συμπεριλαμβανομένων των ναρκωτικών. Για τους περισσότερους, ο πόνος δεν αποτελεί πρόωρο σύμπτωμα του καρκίνου. Μπορεί όμως να δημιουργήσει ένα σοβαρότατο πλέγμα προβλημάτων όσο εξελίσσεται η νόσος.

Ο πόνος ενδέχεται να επιβαρύνει τον τρόπο της ζωής σας. Μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη, απώλεια όρεξης, ευερεθιστότητα, θυμό ή δυσκολία στον ύπνο. Εάν δεν αντιμετωπιστεί, ίσως καταστρέψει την ποιότητα της ζωής και την επιθυμία σας να ζήσετε.

Ευτυχώς ο πόνος αντιμετωπίζεται. Πρέπει να κατανοηθεί τι τον προκαλεί, να εκτιμηθεί ο τύπος του και να εφαρμοστεί σωστά ένα σχέδιο κατάλληλης θεραπείας. Ο γιατρός σας ή και ο ειδικός για τον πόνο διαθέτουν πλέον τα κατάλληλα εφόδια για να σας ανακουφίσουν.

1.11.1. Πηγές του πόνου

Ο πόνος είναι σύνθετο φαινόμενο. Τα αίτιά του βέβαια είναι φυσικά, έχει όμως και συγκινησιακές και ψυχολογικές παραμέτρους. Ακόμη και η πολιτιστική σας ανατροφή και τα «πιστεύω» σας παίζουν ρόλο. Οι Ινδιάνοι της Αμερικής, λόγω χάρη, διδάσκονται να ανέχονται τον πόνο και αρκετοί λαοί με μεγάλο πολιτιστικό παρελθόν μαθαίνουν να είναι στωικοί. Υπομένουν λοιπόν τον πόνο χωρίς να εκφράζουν τα παράπονά τους. Άλλοι πάλι δύσκολα ανέχονται τον πόνο και εκφράζουν ό,τι αισθάνονται με έμφαση.

Το πώς αντιμετωπίζει ο καθένας τον πόνο εξαρτάται κατά ένα μέρος από την προηγούμενη εμπειρία του, από τη θρησκεία του, το πολιτιστικό του παρελθόν και τη φυλή του, από την ψυχολογική του κατάσταση ως ένα βαθμό και βέβαια από την έκταση της νόσου.

Φυσικές πηγές Υπάρχουν δύο είδη φυσικού πόνου. Ο οξύς είναι αιφνίδιος και δυνατός. Μπορεί να εκδηλωθεί με σφοδρότητα και να υποχωρήσει γρήγορα. Ο χρόνιος πόνος μπορεί να είναι καμιά φορά και έντονος αλλά συνήθως προϋπάρχει. Η έντασή του αυξομειώνεται, ουδέποτε όμως μηδενίζεται. Προκαλεί έτσι την γκρίνια και την αγωνία.

Για τους καρκινοπαθείς ο οξύς πόνος μπορεί να είναι αποτέλεσμα χειρουργικής επέμβασης ή κατάγματος οστού ή απόφραξης του εντέρου ή του ουροποιητικού συστήματος. Μερικές φορές αποτελεί παρενέργεια της θεραπείας, λόγω χάρη ερεθισμός του στόματος από τη χημειοθεραπεία, μετεγχειρητικός πόνος ή ερεθισμός του δέρματος μετά από ακτινοβολία.

Ο χρόνιος πόνος έχει πολλές αιτίες. Υπάρχει η πιθανότητα να είναι ή απευθείας απάντηση στην ανάπτυξη του όγκου και στην πίεση που ασκεί στα νεύρα ή να οφείλεται σε όγκο που αποφράσσει ή μπλοκάρει ένα εσωτερικό κοίλο όργανο, όπως είναι η γαστρεντερική οδός. Μπορεί να προκληθεί από απόφραξη αγγείου, φλεγμονή, λοίμωξη, οίδημα των άνω ή κάτω άκρων. Ενδέχεται επίσης να οφείλεται στις αθροιστικές επιδράσεις της μακροχρόνιας ασθένειας. Ο χρόνιος πόνος σπάνια οφείλεται στην αντικαρκινική θεραπεία. Σπανιότατα, πάντως, ενέχονται κάποια χημειοθεραπευτικά φάρμακα όπως η cisplatin ή η vincristine.

Συγκινησιακές πηγές Ο πόνος επιδεινώνεται από τη στενοχώρια και το φόβο - το φόβο του θανάτου, της ταλαιπωρίας, της δυσμορφίας, της οικονομικής δυσχέρειας και της απομόνωσης. Όλοι αυτοί οι φόβοι μεγεθύνονται όταν σκεφτόμαστε τον πόνο μας. Σε ορισμένες περιπτώσεις ο πόνος επιδεινώνεται από το περιβάλλον, την ελλιπή ψυχολογική υποστήριξη ή τα αισθήματα μοναξιάς και απογοήτευσης.

Η στάση έναντι του πόνου και η αντιμετώπισή του εξαρτάται από τον τρόπο που προσεγγίζετε τα προβλήματα της ζωής. Γι' αυτό και οι τρόποι ελέγχου του πόνου διαφέρουν πολύ.

1.11.2. Το σχέδιο της θεραπείας

Η θεραπεία και ο έλεγχος του πόνου αποτελεί τη μεγαλύτερη πρόκληση για κάθε ιατρική ομάδα. Κάθε πρόγραμμα ελέγχου του πόνου πρέπει να προσαρμοστεί στο άτομο που πάσχει και στη φάση που διέρχεται η νόσος του. Επειδή ο πόνος εξαρτάται από την έκταση της τοπικής νόσου, είναι πολύ διαφορετικός κατά την αρχική φάση από εκείνον που εμφανίζεται στην περίοδο των μεταστάσεων.

Ο γιατρός σας πριν χορηγήσει τη θεραπεία, θα σας ρωτήσει για τη φύση του πόνου, για την εντόπισή του, τη διάρκεια και την αιτία που τον εκλύει. Ο σκοπός της αναλγητικής θεραπείας είναι η πλήρης ύφεση του πόνου. Μερικές φορές δεν είναι εφικτός ο πλήρης έλεγχος του πόνου, και η ανακούφιση γίνεται ο κυριότερος σκοπός. Πρέπει, λοιπόν, να συζητήσετε τα πάντα με το γιατρό σας στην αρχή της θεραπείας ώστε να μπορέσετε να αντιμετωπίσετε το φόβο του πόνου στην περίπτωση που ο καρκίνος επιδεινώνεται.

Η κλίμακα ελέγχου του πόνου Ο τρόπος ρύθμισης του πόνου ακολουθεί τις βαθμίδες της κλίμακας ελέγχου του πόνου.

Βαθμίδα 1. Μη ναρκωτικά Ασπιρίνη, Tylenol (ακεταμινοφαίνη) και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα.

Βαθμίδα 2. Ισχυρότερα αναλγητικά Προποξυφαίνη (Darvon).

Βαθμίδα 3. Ελαφρά ναρκωτικά Κωδεΐνη, ο οξυκωδόνη (Percocet, Percodan), Vicodan (υδροκωδόνη).

Βαθμίδα 4. Ισχυρά ναρκωτικά Μορφίνη, υδρομορφόνη (Dilaudid), δολοφίνη (Methadone) Demerol και λεβορφανόλη (Levo-Dromeran).

Τα απλά μέτρα, όπως η ασπιρίνη, το Tylenol μαζί ή χωρίς κωδεΐνη ή η ιβουπροφαίνη, δρουν αρκετά ικανοποιητικά. Όταν όμως ο πόνος είναι σοβαρός οι

δόσεις των φαρμάκων αυξάνονται. Εάν η αύξηση της δοσολογίας ή η συχνότερη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής δεν αποβεί αποτελεσματική, πρέπει να ακολουθήσετε την κλίμακα -από τα μη ναρκωτικά στα ελαφρά ναρκωτικά, στην από του στόματος μορφίνη ή στα παράγωγά της, όπως η Dilaudid ή το Methadone. Τα ισχυρά ναρκωτικά μπορεί να χορηγούνται μαζί με μη ναρκωτικά, όπως η ασπιρίνη ή το Tylenol, ώστε να μειωθεί η απαιτούμενη για τον έλεγχο του πόνου δοσολογία ή να παραταθεί η επίδραση.

Πότε πρέπει να παίρνετε τα φάρμακά σας Τουλάχιστον το 1/4 των καρκινοπαθών δεν ελέγχουν επαρκώς τους πόνους τους επειδή δεν συνταγογραφούνται τα κατάλληλότερα φάρμακα. Κατά ένα μέρος αυτό οφείλεται στο ότι τα φάρμακα για τον πόνο γράφονται τη στιγμή που χρειάζονται. Συνήθως αυτό σημαίνει ότι χρησιμοποιούνται αναλγητικά μόνον όταν ο πόνος, επιδεινώνεται ή όταν επανέρχεται ένας παλιός πόνος. Για να υπάρχουν καλύτερα αποτελέσματα, τα αναλγητικά πρέπει να χορηγούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Μερικά φάρμακα δίνονται κάθε 3 έως 4 ώρες και μερικά μακράς διάρκειας σκευάσματα χορηγούνται κάθε 8 έως 12 ώρες, με κατάλληλη αύξηση της δοσολογίας ώστε να ελέγχεται επαρκώς ο πόνος. Προτιμάται να χορηγούνται τα φάρμακα μετά την έναρξη του πόνου. Για να αρχίσουν να δρουν χρειάζονται τουλάχιστον 30 λεπτά. Όταν τα λαμβάνετε σε τακτά χρονικά διαστήματα και όχι μόνο μόλις αισθάνεστε τον πόνο, ο έλεγχος είναι πολύ καλύτερος.

Παρενέργειες Τα ναρκωτικά έχουν συχνά παρενέργειες -δυσκοιλιότητα, ναυτία, εμέτους, υίγγους, πτώση της πίεσης, διανοητική σύγχυση και συχνουρία ή κατακράτηση ούρων. Εάν παίρνετε δυνατά ναρκωτικά, Π.χ. μορφίνη, μπορεί να σας φέρουν υπνηλία ή λήθαργο τις πρώτες ημέρες αλλά αυτή η αντίδραση σιγά σιγά υποχωρεί. Ανάλογα με το ποια παρενέργεια θα εκδηλωθεί, η δοσολογία σταθεροποιείται σε κάποιο σημείο σύμφωνα με το πρόγραμμα για τον έλεγχο του πόνου. Να έχετε κατά νουν ότι και οι παρενέργειες είναι δυνατό να ρυθμιστούν.

1.11.3. Οι μύθοι για τη μορφίνη και τον πόνο του καρκίνου

Πολλοί καρκινοπαθείς θέλουν να αποφεύγουν τη λήψη ναρκωτικών, ιδίως επειδή σήμερα ο όρος μορφίνη καλύπτεται από αρνητικές αντιλήψεις. Δεν είναι όμως σωστό να υποφέρετε από πόνους και να μη χρησιμοποιείτε ναρκωτικά όταν είναι αναγκαία και ενδείκνυνται. Όσοι χρησιμοποιούν μορφίνη για να αντιμετωπίζουν τους

πόνους πρέπει να αναπαύονται περισσότερο και να τρώνε καλύτερα. Έτσι ανέχονται καλύτερα την αντικαρκινική τους θεραπεία από όσους ταλαιπωρούνται από συνεχείς πόνους.

Μερικοί γιατροί ανθίστανται στη χορήγηση μορφίνης. Αλλά το να στερείς τα ναρκωτικά από τους καρκινοπαθείς μέσης ή μεγάλης βαρύτητας είναι τραγικό, μπορεί δε να δοθούν και σε προωμότερα στάδια. Η ανοχή στον πόνο δεν είναι λύση. Οι δόσεις των ναρκωτικών πρέπει να είναι οι απαιτούμενες.

Το πρόβλημα είναι ότι υπάρχουν πολλοί μύθοι για τη μορφίνη, τα άλλα ναρκωτικά και τον πόνο του καρκίνου.

Μύθος 1 Η μορφίνη χορηγείται για να ανακουφιστούν από τον πόνο ασθενείς που ή χειροτερεύουν ή βρίσκονται κοντά στο θάνατο. Όταν χορηγείται μορφίνη, δεν σημαίνει ότι ο ασθενής είναι σε βαρύτερη κατάσταση. Η μορφίνη είναι πλέον ένα πολύ γνωστό, πολύ δραστικό φάρμακο που μπορεί να χρησιμοποιείται σε όλα τα στάδια της νόσου.

Μύθος 2 Όλοι οι ασθενείς που παίρνουν μορφίνη θα αποκτήσουν εθισμό. Φυσική εξάρτηση μπορεί να παρατηρηθεί έπειτα από παρατεταμένη χρήση ναρκωτικών, δεν πρόκειται όμως υποχρεωτικά για εθισμό. Μεγαλύτερο ενδιαφέρον έχει η ψυχική ανάγκη λήψεως φαρμάκων η οποία αναπτύσσεται σε όσους χρησιμοποιούν μορφίνη για να ελέγχουν τον πόνο. Πλην όμως ψυχολογική εξάρτηση αναπτύσσεται σπάνια, αν όχι ποτέ, όταν τα ναρκωτικά χρησιμοποιούνται για τον πόνο που προκαλεί ο καρκίνος. Εάν ο πόνος σταματήσει, η χορήγηση ναρκωτικών διακόπτεται ασφαλώς και εύκολα.

Μύθος 3 Οι ασθενείς που παίρνουν μορφίνη αναπτύσσουν ανοχή και χρειάζονται συνεχώς μεγαλύτερες δόσεις. Εάν πρέπει να αυξηθούν οι δόσεις για να αντιμετωπιστεί ο πόνος, σημαίνει ότι η ως τότε δοσολογία ήταν μικρή. Η ικανοποιητική υποχώρηση του πόνου μπορεί να επιτευχθεί συχνά με αυξημένες δόσεις. Η δόση της μορφίνης μπορεί να αυξηθεί ώσπου να αμβλυυνθεί ο πόνος και κατόπιν μειώνεται, όταν το αίτιο του πόνου ελεγχθεί ή υποχωρήσει. Η ανοχή στη μορφίνη -ή η ανάγκη για υψηλότερες δόσεις- δεν αναπτύσσεται συνήθως γρήγορα, και σε τέτοιες περιπτώσεις συνήθως υπάρχει επιδείνωση της νόσου και όχι ανοχή. Αν ο γιατρός αυξήσει τη δόση, δεν σημαίνει ότι εγκαταλείπει τον ασθενή. Αυτό που χρειάζεται να γνωρίζετε είναι ότι όταν αισθάνεστε σοβαρότερο πόνο, χρειάζεστε περισσότερο φάρμακο.

Μύθος 4 Η μορφίνη είναι επικίνδυνη επειδή μπορεί να προκαλέσει αναπνευστική δυσχέρεια σε όποιον πάσχει από νόσο τελικού σταδίου. Η μορφίνη σε καρκινοπαθείς που πονούν δεν αποτελεί επικίνδυνο καταστολέα της αναπνοής. Συνήθως χορηγείται σε ειδικές δόσεις οι οποίες αυξάνονται σταδιακά, ανάλογα με τις ανάγκες.

Μύθος 5 Τα άτομα που παίρνουν μορφίνη πρέπει πάντοτε να κάνουν ενέσεις επειδή η μορφίνη απορροφάται δύσκολα όταν λαμβάνεται από το στόμα. Όταν η μορφίνη χορηγείται έγκαιρα από το στόμα ο πόνος ελέγχεται ικανοποιητικότερα. Τα από του στόματος χορηγούμενα σκευάσματα της μορφίνης μακράς διάρκειας έχουν γίνει δημοφιλέστατα διότι απλουστεύουν τη χορήγηση και μειώνουν τις ημερήσιες δόσεις. Οι υψηλότερες δόσεις χρειάζονται διότι ένα μέρος του φαρμάκου δεν χρησιμοποιείται από τον οργανισμό για τον έλεγχο του πόνου και χάνεται. Η σχέση μεταξύ της μορφίνης που χορηγείται από το στόμα και της παρεντερικής (ενδοφλέβιας ή ενδομυϊκής) όσον αφορά τον πόνο είναι 3 προς 1. Δηλαδή 10 mg ενέσιμης μορφίνης αντιστοιχούν σε 30 mg μορφίνης που χορηγείται από το στόμα.

Πώς χρησιμοποιείται η μορφίνη Η μορφίνη λαμβάνεται με ποικίλους τρόπους. Όλες οι μέθοδοι ελέγχουν τον πόνο με ιδιαίτερη επιτυχία.

- Η απευθείας χορήγηση μορφίνης ενδοφλεβίως μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν ο ασθενής νοσηλεύεται.
- Η μορφίνη κυκλοφορεί και με μορφή δισκίων ή διαλυμάτων που λαμβάνονται από το στόμα -βραχείας διάρκειας (3-4 ώρες) και μακράς διάρκειας (8-12 ώρες).
- Υπάρχει και υπό μορφή υπόθετου.
- Χορηγείται επίσης με υποδόριο ένεση. Μπορείτε εσείς ο ίδιος να μάθετε εύκολα πώς να κάνετε τις ενέσεις σας, αφού κανένας άλλος δεν είναι αρμόδιος, ακριβώς όπως οι διαβητικοί κάνουν μόνοι τους τις ενέσεις της ινσουλίνης.
- Τέλος, η μορφίνη χορηγείται με τη βοήθεια φορητής αντλίας από μια μικρή βελόνα πεταλούδα, η οποία εισέρχεται κάτω από το δέρμα. Γίνεται επίσης βραδεία ενδοφλέβια έγχυση (μορφίνη σε σταγόνες).

Όλοι οι τρόποι εισόδου της μορφίνης στο κυκλοφορικό σας σύστημα είναι εύκολοι. Χρησιμότητα και αποτελεσματική είναι η εξής μέθοδος, η οποία μάλιστα μειώνει τη δόση του ναρκωτικού: Γίνονται κατά διαστήματα ενέσεις μορφίνης είτε γύρω από τον σπονδυλικό σωλήνα (επισκληρίδια) είτε μέσα στο νωτιαίο σωλήνα (ενδοραχιαία). Οι ενέσεις γίνονται μέσω ενός καθετήρα ή δια συνεχούς χορηγήσεως με αντλία. Η αντλία μπορεί να είναι εξωτερική, αν και υπάρχουν επίσης εμφυτευόμενες.

Το πλεονέκτημα της ενδοραχιαίας χορήγησης της μορφίνης είναι το ότι με μικρές δόσεις υποχωρεί ο πόνος για μεγάλο χρονικό διάστημα -συχνά για 18 ώρες ή και περισσότερες. Εξασφαλίζονται μεγαλύτερες συγκεντρώσεις μορφίνης στον νωτιαίο σωλήνα απ' ό,τι όταν το φάρμακο χορηγείται από το στόμα ή με ένεση. Επειδή λοιπόν με τη μικρή δόση εξασφαλίζεται μακρά περίοδος δράσης, οι παρενέργειες είναι ελάχιστες και η ποιότητα της ζωής γενικά βελτιώνεται.

1.11.4. Τρόποι για να βελτιωθεί ο έλεγχος του πόνου

Ένα αποτελεσματικό σχέδιο ελέγχου του πόνου δεν περιορίζεται μόνο στα αναλγητικά φάρμακα. Χρησιμοποιούνται πολλές μέθοδοι και τεχνικές με στόχο να ενισχυθούν τα μέσα που οδηγούν σε πλήρη ύφεση του πόνου.

Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των αναλγητικών Οι νευρικές οδοί συνδέουν την περιοχή του πόνου με τον νωτιαίο μυελό. Άλλες οδοί ξεκινούν από τον νωτιαίο μυελό και μεταφέρουν την πληροφορία του πόνου στον εγκέφαλο. Η μορφίνη και τα άλλα ναρκωτικά ελέγχουν τον πόνο σε διαφορετικά επίπεδα, μπλοκάροντας τις περιοχές των υποδοχέων του πόνου στον νωτιαίο μυελό και στα κατώτερα ή ανώτερα κέντρα του εγκεφάλου.

Διάφορα άλλα φάρμακα ενισχύουν τις δράσεις αυτές. Λόγου χάρη, τα αντικαταθλιπτικά, όπως το Elavil (αμιτριπτυλίνη), ενισχύουν τη δράση επί της οδού από τον εγκέφαλο έως την περιοχή του πόνου.

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα όπως το Naprosyn (ναπροξένη) και το Motrin (ιβουπροφαίνη), βοηθούν δια του αποκλεισμού του πόνου στην αρχική του θέση, όπως σ' ένα σπασμένο πόδι ή σε μια χειρουργημένη περιοχή.

Η κορτιζόνη (πρεδνιζόνη, Decadron) βοηθά στην ύφεση του πόνου μέσω αντιφλεγμονώδους μηχανισμού. Όλα αυτά τα φάρμακα, δηλαδή τα τρικυκλικά

αντικαταθλιπτικά, τα κορτικοστεροειδή και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, χορηγούμενα μαζί με Tylenol, κωδεΐνη ή μορφίνη, διπλασιάζουν ή και τριπλασιάζουν την αναλγητική τους ικανότητα.

Αναλγησία ρυθμιζόμενη από τον ασθενή Εάν παίρνετε μορφίνη ή άλλα αναλγητικά ενδοφλεβίως, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε μια πολύ χρήσιμη συσκευή. Όταν ο πόνος αυξάνει, απλώς πατάτε ένα κουμπί, οπότε μια επιπρόσθετη δόση ναρκωτικού -καθοριζόμενη από το γιατρό- εισέρχεται μέσω της αντλίας στο κυκλοφορικό σας σύστημα. Ένα αυτόματο σύστημα προλαμβάνει την υπερδοσολογία. Έτσι, η ρύθμιση, και για τον χρόνιο πόνο και για τον οξύ, γίνεται πολύ καλύτερα.

Αποκλεισμός των νεύρων Σε εκτός ελέγχου καταστάσεις, θα πρέπει να εφαρμόζονται νευροχειρουργικές και αναισθητικές τεχνικές ελέγχου του πόνου. Με τις χειρουργικές μεθόδους, που ονομάζονται χορδοτομή ή ριζοτομή, αποκόπτονται οι νευρικές ίνες και υφίεται ο πόνος. Τα νεύρα όμως κόβονται μόνο όταν οι απλές μέθοδοι ελέγχου του πόνου δεν είναι ικανοποιητικές. Όταν ο καρκίνος είναι πολύ προχωρημένος, ο απλός νευρικός αποκλεισμός -ο οποίος γίνεται με ενέσεις τοπικών αναισθητικών ή με έγχυση φαρμάκων που καταστρέφουν τα νεύρα- μπορεί να σταματήσει πλήρως τον πόνο, οπότε τα ναρκωτικά δεν χρειάζονται.

Υποβοηθητικές τεχνικές Είναι πολύ σημαντικό να λαμβάνεται μέριμνα και για την ψυχική παράμετρο του πόνου. Οι ψυχολογικής φύσεως συμβουλές βοηθούν ποικιλότροπα. Παρέχουν υποστήριξη στους ευσυγκίνητους, αμβλύνουν το αίσθημα της απομόνωσης, συμφιλιώνουν τον ασθενή με την κατάσταση του και του δίνουν τη δυνατότητα να κάνει σχέδια για το μέλλον. Μιλώντας με τον κληρικό ή με άλλο έμπιστο πνευματικό σύμβουλο μπορεί να μειωθούν τα άγχη σας και οι φόβοι σας που τροφοδοτούνται από τον πόνο.

Κατά βάση, οτιδήποτε σας βοηθά να χαλαρώσετε, μπορεί να συμβάλει και στον έλεγχο του πόνου. Οι ασκήσεις χαλάρωσης, το μασάζ, η νευρική τόνωση, ο βελονισμός και η βελονοθεραπεία μπορεί να φανούν ωφέλιμα.

Και η έκπληξη! Ένας πολύ δραστικός τρόπος ελέγχου του πόνου είναι το στερεοφωνικό σας συγκρότημα. Έχει εκτιμηθεί ότι η μουσική δρα αναλγητικά. Να ακούτε τη μουσική που σας αρέσει. Θα χαλαρώσετε, θα εγκαρδιωθείτε και με τη χαρά που θα απολαύσετε, θα ελέγχετε αποτελεσματικότερα τον πόνο.¹



ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2

2.1. ANATOMIA TOY ΜΑΣΤΟΥ

2.1.1. Στοιχεία Εμβριολογίας

Η πρώτη καταβολή των μαστών παρουσιάζεται την 6η εμβρυϊκή εβδομάδα με τη μορφή εξωδερμικής πάχυνσης κατά μήκος επιμήκους γραμμής, που εκτείνεται μεταξύ της καταβολής των άνω και κάτω άκρων. Η πάχυνση αυτή ονομάζεται μαστική ακρολοφία (Milk line). Μέχρι την 9η εμβρυϊκή εβδομάδα έχουν ατροφήσει τα δύο τρίτα αυτής, ενώ στο τμήμα που βρίσκεται στη θωρακική περιοχή αναπτύσσονται 5-6 οζίδια, τα μαστικά λοφίδια, που αποτελούν τις καταβολές των μαστών. Κατά τον 5ο εμβρυϊκό μήνα από κάθε καταβολή αναπτύσσονται 15-20 συμπαγείς δοκίδες, οι οποίες φέρονται σε βάθος, στο υποκείμενο χόριο, σχηματίζοντας έτσι του γαλακτοφόρους εκφορητικούς πόρους. Το ελεύθερο άκρο των γαλακτοφόρων πόρων διευρύνεται και διακλαδιζόμενο σχηματίζει τους λοβούς. Κατά τον 7ο ή 8ο εμβρυϊκό μήνα οι πόροι κοιλαινόμενοι αποκτούν αυλό. Η θηλή του μαστού διαπλάσσεται από την ελεύθερη επιφάνεια της αρχικής του καταβολής.

Στις ανωμαλίες της ανάπτυξης ανήκουν η αμαστία (έλλειψη του ενός ή και των δύο μαστών), η μικρομαστία (παραμονή σε παιδική κατάσταση), η μακρομαστία (υπερμεγέθης ανάπτυξη), ενώ στους άνδρες η μεγάλη αύξηση των μαστών ονομάζεται γυναικομαστία. Η αύξηση του αριθμού των μαστών (υπερμαστία) είναι σπάνια. Πιο συνηθισμένη είναι η υπερθηλία (ύπαρξη υπεράριθμων θηλών) συνήθως στη θέση της μαστικής ακρολοφίας.⁷

2.1.2. Τοπογραφική Ανατομική

Ο μαστός είναι προσαρτημένος στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, εκτεινόμενος από τη 2η ως την 6η πλευρά και από το στερνικό χείλος μέχρι την πρόσθια μασχάλιαία γραμμή. Σ το κέντρο (λίγο προς τα έξω) φέρει τη θηλή στη οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι και την θηλαία άλω.

Ο μαζικός αδένας είναι επιθηλιακής προέλευσης και καλύπτεται από τα δύο πέταλα της επιπολής θωρακικής περιτονίας. Στο άνω έξω τεταρτημόριό του φέρει μια προσεκβολή, την ουρά του Spence που διατρυπά την περιτονία και εισέρχεται στη μασχάλη.⁸

2.1.3. Κατασκευή του μαστού

Από άποψη κατασκευής ο μαστός αποτελείται από **το δέρμα, το περιμαστικό λίπος και το μαστικό αδένα.**

1. Το δέρμα του μαστού είναι λεπτό, διαφανές και περιέχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες. Στην περιοχή της θηλής και της θηλαίας άλω υπάρχουν πολλά χρωστικοφόρα κύτταρα που δίνουν τη σκοτεινότερη χροιά των περιοχών αυτών.

2. Το περιμαστικό λίπος αποτελεί συνέχεια του υποδόριου λίπους και είναι άφθονο στην πρόσθια περιοχή του μαστού, ανάμεσα στο δέρμα και το μαστικό αδένα.

3. Ο μαστικός αδένας αποτελεί δισκοειδή αδένα. Το μέγεθός του εξαρτάται από το αν η γυναίκα έχει γεννήσει ή όχι. Η πρόσθια επιφάνεια παρουσιάζει εντυπώματα που χωρίζονται από τις ακρολοφίες.

Ανάμεσα στις ακρολοφίες και το χόριο του δέρματος εκτείνονται ινώδεις δεσμίδες **οι κρεμαστήριοι σύνδεσμοι του μαστού** - του Cooper - , που διαιρούν τον αδένα σε 15-20 λοβούς.

Από άποψη κατασκευής ο μαστός αποτελείται από το δέρμα, το περιμαστικό λίπος και το μαστικό αδένα.

1. Το δέρμα του μαστού είναι λεπτό, διαφανές και περιέχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες. Στην περιοχή της θηλής και της θηλαίας άλω υπάρχουν πολλά χρωστικοφόρα κύτταρα που δίνουν τη σκοτεινότερη χροιά των περιοχών αυτών.

2. Το περιμαστικό λίπος αποτελεί συνέχεια του υποδόριου λίπους και είναι άφθονο στην πρόσθια περιοχή του μαστού, ανάμεσα στο δέρμα και το μαστικό αδένα.

3. Ο μαστικός αδένας αποτελεί δισκοειδή αδένα.

Το μέγεθός του εξαρτάται από το αν η γυναίκα έχει γεννήσει ή όχι. Η πρόσθια επιφάνεια παρουσιάζει εντυπώματα που χωρίζονται από τις ακρολοφίες.

Ανάμεσα στις ακρολοφίες και το χόριο του δέρματος εκτείνονται ινώδεις δεσμίδες οι κρεμαστήριοι σύνδεσμοι του μαστού - του Cooper - , που διαιρούν τον αδένα σε 15-20 λοβούς.⁹

2.1.4. Η μασχαλιαία κοιλότητα

Η μασχαλιαία κοιλότητα έχει σχήμα τετράπλευρης πυραμίδας με 4 τοιχώματα, κορυφή και βάση. Το **πρόσθιο** τοίχωμα σχηματίζεται από την έξω μοίρα του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός, μεταξύ των οποίων φέρονται τα πρόσθια θωρακικά αγγεία και ο έσω κλάδος της ακρωμιοθωρακικής αρτηρίας. Το **οπίσθιο** τοίχωμα σχηματίζεται από τον υποπλάτιο, το μείζονα στρογγύλο και τον πλατύ ραχιαίο μυ. Πάνω σ' αυτό πορεύονται τα υποπλάτια αγγεία και νεύρα, καθώς και τα περισπώμενα αγγεία της ωμοπλάτης. Το **έσω** τοίχωμα σχηματίζεται από τον πρόσθιο οδοντωτό, ενώ επάνω σ' αυτόν κατέρχονται τα πλάγια θωρακικά αγγεία και πίσω από αυτά το μακρό θωρακικό νεύρο. Το **έξω** τοίχωμα σχηματίζεται από το βραχιόνιο οστόν, από τον κορακοβραχιόνιο και από τη βραχεία κεφαλή του δικέφαλου βραχιόνιου μυός. Στο τοίχωμα αυτό πορεύονται τα μασχαλιαία αγγεία και το βραχιόνιο πλέγμα. Η **κορυφή** φέρεται προς τα άνω και έσω και εκβάλλει στην υπερκλείδια χώρα. Η **βάση** (μασχαλιαίος βόθρος) σχηματίζεται από το τριχωτό δέρμα και τη μασχαλιαία περιτονία. Αφορίζεται από δύο χείλη, την πρόσθια και την οπίσθια μασχαλιαία πτυχή, με υπόθεμα το κάτω χείλος του μείζονα θωρακικού μυός η πρώτη και τον πλατύ ραχιαίο και το μείζονα θωρακικό η δεύτερη.

2.1.5. Περιτονίες

1) Η υποδόρια περιτονία είναι διπέταλη και περιβάλλει το μαζικό αδένα σαν έλυτρο. Προς τα άνω συνέχεια με την υποδόρια περιτονία του τράχηλου και των άνω άκρων, προς τα κάτω με την ομώνυμη περιτονία της κοιλιάς, πίσω δε με την ράχη.

2) Η περιτονία του μείζονα θωρακικού μυός είναι διπέταλη και περιβάλλει το μείζονα θωρακικό μυ.

3) Η περιτονία του ελάσσονα θωρακικού μυός προς τα πάνω αποτελείται από παχύ ινώδες πέταλο που βρίσκεται στο υποκλείδιο τρίγωνο και σκεπάζει τα μασχαλιαία αγγεία και το βραχιόνιο πλέγμα. Το πέταλο αυτό ονομάζεται

κλειδοθωρακική περιτονία. Αντίστοιχα προς το κάτω χείλος του ελάσσονα θωρακικού μυός τα 2 πέταλα της περιτονίας αυτής ενώνονται και προσφύονται στη μασχαλιαία περιτονία και το δέρμα της μασχάλης (κρεμαστήρας σύνδεσμος της μασχάλης).

2.1.6. *Μυς- Νεύρα*

Οι μύες που ενέχονται στην χειρουργική του μαστού είναι οι 1)μείζονας θωρακικός 2) ελάσσονας θωρακικός 3) πρόσθιος οδοντωτός 4) πλατύς

ραχιαίος 5) υποπλάτιος και 6) η απονεύρωση του έξω λοξού και του ορθού κοιλιακού μυός.

Ο μείζονας θωρακικός εκφύεται από τα 2 έσω ημιμόρια της κλείδας (κλειδική μοίρα), την πρόσθια επιφάνεια του στέρνου και το 2ο-6ο πλευρικό χόνδρο (στερνοπλευρική μοίρα) και το πρόσθιο πέταλο της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός (κοιλιακή μοίρα). Οι μοίρες αυτές μπορούν να διαχωρισθούν χειρουργικά, γεγονός που έχει μεγάλη σημασία τόσο στην τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή όσο και στην αποκατάσταση του μαστού όταν χρησιμοποιούνται κρημνοί απ' αυτό το μυ. Ο μείζονας θωρακικός καταφύεται στην ακρολοφία του μείζονος βραχιονίου ογκώματος και νευρώνεται από τα έξω πρόσθια θωρακικά νεύρα. Τα νεύρα αυτά περνούν πάνω από το εσω τμήμα της μασχαλιαίας φλέβας και διαπερνούν την κλειδοθωρακική περιτονία για να εισδύσουν στο μυ.

Ο ελάσσονας θωρακικός μυς βρίσκεται κάτω από τον μείζονα. Εκφύεται με οδοντώματα από την κορακοειδή απόφυση της ωμοπλάτης. Νευρώνεται από τα έσω πρόσθια θωρακικά νεύρα.

Ο πρόσθιος οδοντωτός μυς παίζει σημαντικό ρόλο στη σταθεροποίηση της ωμοπλάτης στον κορμό. Εκφύεται με οδοντώματα από τις 9 πρώτες πλευρές και καταφύεται στο σπονδυλικό χείλος της ωμοπλάτης. Νευρώνεται από το μακρό θωρακικό νεύρο (νεύρο του Bell). Μπροστά από το νεύρο αυτό πορεύεται η πλάγια θωρακική αρτηρία, ενώ η παράλυσή του καταλήγει σε "πτερυγοειδή ωμοπλάτη".

Ο πλατύς ραχιαίος εμφανίζει σπονδυλική, λαγόνια και πλευρική μοίρα και καταφύεται στον πυθμένα της αύλακας του δικέφαλου βραχιονίου μυός. Το πρόσθιο χείλος είναι σχεδόν κάθετο προς τη μέση μασχαλιαία γραμμή και σηματοδοτεί τη ραχιαία έκταση της μαστεκτομής με ή χωρίς διατήρηση του μείζονα θωρακικού.

Νευρώνεται από το θωρακορραχιαίο νεύρο, το οποίο συνοδεύει την ομόνυμη αρτηρία στο οπίσθιο τοίχωμα της μασχάλης.

Θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια διατήρησης του πλατύ ραχιαίου, τόσο για να αποφύγουμε έκπτωση λειτουργικότητας, όσο και για να μπορέσει να χρησιμοποιηθεί σε πιθανή μεταγενέστερη χειρουργική αποκατάσταση του μαστού.

Ο **υποπλάτιος** μυς εκφύεται από τον υποπλάτιο βόθρο, καταφύεται στο έλασσον βραχιόνιο όγκωμα και νευρώνεται από τα υποπλάτια νεύρα. Ο **έξω λοξός κοιλιακός** σηματοδοτεί τα κάτω όρια της μαστεκτομής και έχει σημασία στην πλαστική αποκατάσταση. Ο μαστός νευρώνεται από τους έξω μαστικούς κλάδους του 2ου-6ου μεσοπλεύριου νεύρου, καθώς και από τους έσω μαστικούς κλάδους του 2ου-4ου μεσοπλεύριου νεύρου. Συμπαθητικά νεύρα που φέρονται κατά μήκος της πλάγιας θωρακικής και των μεσοπλευρίων αρτηριών διανέμονται στο δέρμα, στις λείες μυϊκές ίνες της θηλής, της άλω, στα αγγεία και στο παρέγχυμα του μαστού. Το έσω δερματικό νεύρο του βραχίονα κατέρχεται πάνω στον υποπλάτιο μυ και τον τένοντα του πλατύ ραχιαίου και κατά τη βάση της μασχαλιαίας κοιλότητας αναστομώνεται με τον πλάγιο διατιτραίνοντα κλάδο του 2ου μεσοπλεύριου νεύρου (μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο), το οποίο νευρώνει το δέρμα της βάσης της μασχαλιαίας κοιλότητας.

Αισθητικές ίνες του πόνου πορεύονται με το 2ο-6ο μεσοπλεύριο νεύρο, υπάρχουν όμως αναστομώσεις με τη 2η-3η αυχενική ρίζα και το βραχιόνιο πλέγμα. Έτσι ο πόνος από τις παθήσεις του μαστού μπορεί να επεκτείνεται προς τον τράχηλο, τη μασχάλη, τον ώμο, την έσω επιφάνεια του άνω άκρου ή και σε ολόκληρο το τοίχωμα του ημιθωρακίου. Όγκοι που εντοπίζονται μόνο στο παρέγχυμα, το οποίο στερείται αισθητικές ίνες του πόνου, είναι ανώδυνοι.

2.1.7. Αγγεία

Τρεις είναι οι κύριες αρτηρίες του μαστού: 1) οι διατιτραίνοντες κλάδοι της έσω μαστικής, που από το 1ο,2ο,3ο και 4ο μεσοπλεύριο διάστημα πλάγια από το στέρνο διαπερνούν το μείζονα θωρακικό μυ και φθάνουν στο χείλος του μαστού συμβάλλοντας στο 50 % της συνολικής του αιμάτωσης 2) η πλάγια θωρακική αρτηρία, κλάδος της μασχαλιαίας, που πορεύεται κατά μήκος του έξω χείλους του ελάσσονα θωρακικού μυός και αποτελεί τη δεύτερη μεγαλύτερη πηγή αίματος και 3)

ο έσω κλάδος της ακρωμιοθωρακικής αρτηρίας, κλάδου επίσης της μασχαλιαίας, που πορεύεται μεταξύ του μείζονα και του ελάσσονα θωρακικού μυός και παρέχει αίμα στην οπίσθια επιφάνεια του μαστού. Στην αιμάτωση του μαστού συμβάλλουν και οι πλάγιοι διατιτραίνοντες κλάδοι των μεσοπλευρίων αγγείων καθώς και κλάδοι της υποπλάτιας αρτηρίας (θωρακοραχιαία).

Ο μαζικός αδένας έχει πλούσιο αναστομωτικό δίκτυο επιφανειακών φλεβών. Οι φλέβες αυτές διατείνονται κατά την εγκυμοσύνη, ενώ μερικές φορές γίνονται ιδιαίτερα εμφανείς σε περιοχές υπερκείμενες νεοπλασμάτων. Η πλειονότητα των επιφανειακών φλεβών καταλήγει στην έσω μαστική φλέβα. Οι εν τω βάθει φλέβες του μαστού έχουν σε γενικές γραμμές ανάλογη πορεία με αυτή των αρτηριών.

Εκβάλλουν α) στις πρόσθιες διατιτραίνουσες μεσοπλευρίες φλέβες και από εκεί στην έσω μαστική φλέβα β) με πολλαπλούς κλάδους στη μασχαλιαία φλέβα και γ) με οπίσθιους αναστομωτικούς κλάδους στις μεσοπλευρίες φλέβες. Η τελευταία οδός έχει μεγάλη σημασία, καθώς οι μεσοπλευρίες φλέβες επικοινωνούν με τις σπονδυλικές.

Κατά τον Batson η αναστόμωση αυτή με τις σπονδυλικές φλέβες εξηγεί την παρουσία στον καρκίνο του μαστού οστικών μεταστάσεων στα σπονδυλικά σώματα ή ακόμη και στο ιερό οστόν ή στη πύελο, χωρίς να υπάρχουν πνευμονικές μεταστάσεις. Ο Batson θεωρεί ότι οι διαφορές πιέσεων στη θωρακική κοιλότητα αλλάζουν τη ροή του αίματος στις χωρίς βαλβίδες αναστομωτικές φλέβες, έτσι ώστε το αίμα που απάγεται από το μαστό με τους πλάγιους διατιτραίνοντες κλάδους στα μεσοπλευρία αγγεία να ωθείται προς το σπονδυλικό πλέγμα.⁷

2.1.8. Λεμφική Παροχέτευση του Μαστού.

Ένα πολύ πλούσιο λεμφικό πλέγμα αποχετεύει το δέρμα και τον αδενικό ιστό του μαστού προς δύο κυρίως κατευθύνσεις: τα μασχαλιαία και τα έσω μαστικά λεμφογάγγλια. Η μελέτη των λεμφικών οδών κατέληξε σήμερα στην αποδοχή ότι τα μασχαλιαία και τα έσω μαστικά λεμφογάγγλια δέχονται λέμφο από όλα τα τεταρτημόρια του μαστού. Η εξωτερική οδός προς τη μασχάλη αποχετεύει το 75% της λέμφου από τη θηλή και το έξω τμήμα του μαστού, η δε εσωτερική οδός προς τα έσω μαστικά γάγγλια αποχετεύει κυρίως τη λέμφο από το εν τω βάθει και έσω τμήμα του μαστού. Μεταξύ των δύο αυτών κυρίων οδών υπάρχουν πολλές αναστομώσεις

καθώς και με τις υπόλοιπες μικρότερης σημασίας οδούς (π.χ. διαθωρακική οδός προς τα γάγγλια του Rotter).

2.1.9. Λεμφογάγγλια του Μαστού

α. Μασχαλιαία: Προς αυτά κατευθύνεται η κύρια έξω λεμφική οδός η οποία καταλήγει στα κεντρικά γάγγλια και από εκεί στις διάφορες άλλες ομάδες που διασταυρώνονται μεταξύ τους (κορυφαία, κεντρικά, έσω, οπίσθια και πρόσθια).

β. Υποκλείδια: Αποτελούν τη συνέχεια των κορυφαίων μασχαλιαίων και βρίσκονται κάτω από τον τένοντα του υποκλείδιου μυ.

γ. Υπερκλείδια: Δηθούνται όταν πλέον έχουν προσβληθεί τα υποκλείδια. Ψηλαψώνται επιφανειακά και πλάγια στην υπερκλείδια τραχηλική χώρα.

δ. Έσω μαστικά: Συνήθως εντοπίζονται στο ύψος των τριών πρώτων μεσοπλευρίων διαστημάτων. Δέχονται προσαγωγή λεμφαγγεία από το έσω ημιμόριο του μαστού, το υποκείμενο θωρακικό τοίχωμα και το περικάρδιο. Αποχετεύουν προς το πλέγμα της κοιλιακής αρτηρίας και από εκεί στο ήπαρ. Λόγω του ότι τα έσω μαστικά γάγγλια είναι αψηλάφητα (αδυναμία έγκαιρης διάγνωσης), παροχετεύουν προς το ήπαρ και δύσκολα (σχεδόν ποτέ) αφαιρούνται χειρουργικά, η πρόγνωση των καρκινωμάτων του έσω ημιμορίου του μαστού είναι πολύ δυσμενέστερη.

ε. Διαθωρακικά γάγγλια Rotter. Εντοπίζονται μεταξύ των δύο θωρακικών μυών. Αφαιρούνται πάντα σε ριζική μαστεκτομή ενώ στην τροποποιημένη δυσκολότερα. Αναστομώνονται πολύπλευρα με την ομάδα των μασχαλιαίων λεμφογαγγλίων.^{8, 20}

2.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μαστοί αρχίζουν να αναπτύσσονται κατά την εφηβεία, η ανάπτυξή τους διεγείρεται από τα οιστρογόνα των καταμήνιων (γενετήσιων) κύκλων που διεγείρουν την αύξηση του μαζικού παρεγχύματος και του συστήματος των γαλακτοφόρων πόρων, ενώ παράλληλα συντελούν και στην εναπόθεση λίπους, το οποίο αυξάνει τον όγκο των μαστών.

Πολύ μεγαλύτερη, ωστόσο είναι η αύξηση του μεγέθους των μαστών στη διάρκεια της κύησης, και μόνο τότε ο αδενικός τους ιστός αποκτά την πλήρη του ανάπτυξη και είναι έτοιμος για την παραγωγή γάλακτος.

Καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι τεράστιες ποσότητες οιστρογόνων που εκκρίνονται από τον πλακούντα μαζί με πρόσθετες ποσότητες αυξητικής ορμόνης, προλακτίνης και διαφόρων άλλων ορμονών – προκαλούν αύξηση του μήκους και των διακλαδώσεων του γαλακτοφόρου συστήματος των μαστών. Ταυτόχρονα αυξάνει και το παρέγχυμα των μαστών, στο οποίο εναποτίθενται μεγάλες ποσότητες λίπους.

Η δράση της προγεστερόνης προκαλεί αύξηση του μεγέθους των λοβίων του μαζικού αδένου, πολλαπλασιασμό των αδενοκυψελών και εμφάνιση εκκριτικών χαρακτηριστικών στα κύτταρα τους, κυρίως με τη δράση των μεγάλων ποσοτήτων της προγεστερόνης που εκκρίνονται από τον πλακούντα.¹⁰

2.3. ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Παρόλο που παγκοσμίως στις συζητήσεις για τις παθήσεις του μαστού κυριαρχεί σαν θέμα η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου του μαστού, στην πραγματικότητα οι καλοήθειες παθήσεις του οργάνου αυτού είναι πιο συχνές. Οι διαθέσιμες κλινικές, ακτινολογικές και κυτταρολογικές τεχνικές, που χρησιμοποιούνται σήμερα, καθιστούν εφικτή τη διάγνωση για τις περισσότερες από τις παθήσεις αυτές.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (W.H.O.) προτείνει την ακόλουθη ιστοπαθολογική ταξινόμηση:

1. Καλοήθειες επιθηλιακοί όγκοι
 - ενδοσωληνώδες θήλωμα
 - αδένωμα της θηλής (θηλώδες)
 - αδένωμα του μαστού (σωληνώδες και lactating)
 - αδеноμυοεπιθηλίωμα
2. Όγκοι μικτοί επιθηλιακοί και συνεκτικού ιστού
 - ιναδενώματα
 - φυλλοειδή κυστεοσαρκώματα
3. Άλλοι μικτοί όγκοι
 - Όγκοι του δέρματος και μαλακών μορίων
 - Μυοβλάστωμα

4. Ινοκυστική νόσος (μαστοπάθεια - μαζική δυσπλασία)

5. Βλάβες παρομοιάζουσες με όγκο

- Εκτασία των πόρων

-Φλεγμονώδες "ψευδο-ογκίδιο"

- Αμάρτωμα

- Γυναικομαστία

2.3.1. Καλοήθης Επιθηλιακοί Όγκοι

-Ενδοσωληνώδες θηλώμα (θηλώδες αδένωμα)

Οι όγκοι αυτοί κυρίως εντοπίζονται σε μεγάλα τμήματα των πόρων (συνήθως κάτω από τη θηλαία άλω) και συνίστανται από ένα σκελετό από

συνδετικό ιστό, με καλή αιμάτωση, που καλύπτεται από μία ή δύο στιβάδες κυττάρων. Συνήθως συνυπάρχουν αποκρινείς και μυοεπιθηλιακές προσεκβολές.

Το πρωτεύον σύμπτωμα είναι η αιμορραγία από τη θηλή (80-100 %), διότι τα θηλώματα αυτά αιμορραγούν πολύ εύκολα. Συνήθως τα ενδοσωληνώδη θηλώματα είναι ευμεγέθη (2-3 εκ.), εμφανίζονται σαν μαλακοί όγκοι και προκαλούν απόφραξη των πόρων, με αποτέλεσμα εκτασία των πόρων, γαλακτοφορίτιδα και μαστίτιδα.

-Πολλαπλά θηλώματα

Τα μικρά αυτά θηλώματα απαντούν στην ινοκυστική νόσο, εντοπίζονται στους περιφερικούς γαλακτοφόρους πόρους και μορφολογικά έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά με τα μεγάλα θηλώματα. Συνήθως η ύπαρξή του διαπιστώνεται μόνο ιστοπαθολογικά. Τα θηλώδη κυσταδενώματα προέρχονται από τη διεύρυνση του πόρου λόγω απόφραξης, με αποτέλεσμα τη δημιουργία κύστεως.

Υποτροπιάζουσες αιμορραγίες προκαλούν αιμοσιδήρωση του τοιχώματος της κύστεως και χρειάζεται προσοχή στη διαφορική διάγνωση από το ενδοκυστικό θηλώδες καρκίνωμα.

Τα θηλώματα των πόρων υποτροπιάζουν στο 10% των περιπτώσεων με δυναμικότητα εξαλλαγής σε διηθητικό καρκίνωμα κατά 5,2%.

-Θηλώδες αδένωμα της θηλής

Είναι μια καλοήθης οντότητα, που προκαλεί πρόπτωση της θηλής, διάβρωση και αιμορραγία. Οι όγκοι αυτοί έχουν μέγεθος συνήθως μέχρι 1-1,5 εκ. και εντοπίζονται στο άκρο της θηλής. Μικροσκοπικά χαρακτηρίζονται από αδενωματώδη υπερπλασία του επιθηλίου των πόρων. Οι όγκοι είναι καλοήθεις παρά την έντονη κυτταρική διαφοροποίηση.

-Αδενώματα του μαστού

Οι μονήρεις αυτοί καλοήθεις όγκοι έχουν υψηλό βαθμό κυτταρικής διαφοροποίησης και απαντώνται συχνά σε νεαρές γυναίκες ηλικίας 20-30 ετών. Έχουν μέγεθος 3-4 εκ., είναι σφαιρικοί, καλώς αφοριζόμενοι και κιτρινόλευκης χροιάς.

Η ελάττωση της αιμάτωσης του πλούσιου παρεγχύματος των όγκων αυτών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή γαλουχίας μπορεί να οδηγήσει σε ισχαιμικές αλλοιώσεις των τριχοειδών αγγείων και δευτερογενή αιμορραγικά έμφρακτα.

-Αδενομυοεπιθηλίωμα

Χαρακτηρίζεται από επικράτηση των μυοεπιθηλιακών στοιχείων, σε αντίθεση με τα αδενώματα και θηλώματα που είναι όγκοι από κυβοειδή και πρισματικά κύτταρα του επιφανειακού επιθηλίου των γαλακτοφόρων πόρων.

2.3.2. Όγκοι Μικτοί Επιθηλιακοί και Μεσεγχυματογενείς Όγκοι

-Ιναδενώματα

Είναι οι πιο συχνοί όγκοι του μαστού προεμμηνοπαυσιακά και μετά την ινοκυστική νόσο και το καρκίνωμα η τρίτη σε συχνότητα πάθηση του οργάνου αυτού.

Συνήθως εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία (20-24 ετών) και υπολογίζεται ότι περίπου μία στις τέσσερις γυναίκες θα αναπτύξει ιναδένωμα σε κάποια φάση της ζωής της. Τα Juvenile ιναδενώματα, που εμφανίζονται κατά την εφηβεία, αναπτύσσονται ταχύτατα και εξαιτίας του μεγέθους τους καλούνται και "γιγαντιαία" ιναδενώματα.

Τα ιναδενώματα συνήθως είναι μονήρη, αλλά μπορεί να είναι και πολλαπλά (10-17 %) ή αμφοτερόπλευρα (3-5 %). Με την πάροδο του χρόνου δημιουργούνται εκφυλίσεις, επασβεστώσεις και τελικά πλήρης ατροφία του επιθηλίου.

Στο 0,5-1,5 % των ιναδενωμάτων έχει παρατηρηθεί κακοήθης επιθηλιακή μεταπλασία προερχόμενη από δύο κατευθύνσεις: α) πρωτοπαθές καρκίνωμα από το επιθήλιο του, που κατά 70 % είναι λοβιακό καρκίνωμα (in situ) β) καρκίνωμα προερχόμενο από τους περιβάλλοντες το ιναδένωμα ιστούς, που στη συνέχεια το διηθεί και έχει την μορφή λοβιακού καρκινώματος ή σπανιότερα των πόρων (πορογενούς).

Ιναδενώματα με συνύπαρξη λοβιακού καρκινώματος απαντώνται συνήθως σε γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 40 ετών και επειδή κακοήθης εξαλλαγή μπορεί να συμβεί μετά από περίοδο ύπαρξης 10-20 ετών, συνιστάται η αφαίρεσή τους ειδικά σε ηλικίες αυξημένου κινδύνου.

-Φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα

Ο όρος αυτός δόθηκε από τον Muller το 1938 και από τότε έχουν προταθεί περί τα 65 ονόματα, πράγμα που υποδηλώνει την αδυναμία πετυχημένου χαρακτηρισμού του όγκου αυτού. Πρόσφατα η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας πρότεινε την αποφυγή του χαρακτηρισμού "σάρκωμα" και την καθιέρωση του όρου "φυλλοειδής όγκος".

Κλινικά οι όγκοι αυτοί είναι πολύ μεγάλοι, μπορεί να παραμορφώνουν το μαστό και να προκαλούν εξελκώσεις και αιμορραγίες. Σε αντίθεση με τα ιναδενώματα, τα φυλλοειδή κυστεοσαρκώματα εμφανίζονται συνήθως σε μεγαλύτερη ηλικία.

Ιστοπαθολογικά το σημαντικότερο στους όγκους αυτούς είναι η ταχεία ανάπτυξη μεσεγχυματικών κυττάρων του τύπου των ινοβλαστών. Με βάση το βαθμό πολλαπλασιασμού των κυττάρων αυτών, του αριθμού των ατυπιών και των μιτώσεων, καθορίζονται τα κριτήρια της βιολογικής συμπεριφοράς των όγκων αυτών, καθώς και της πρόγνωσής τους. Σε κάθε περίπτωση η πρόγνωση του φυλλοειδούς κυστεοσαρκώματος επηρεάζεται δυσμενώς από τη συχνότητα των τοπικών υποτροπών μετά από ανεπαρκή αφαίρεση, που ανέρχονται σε 10-20 % των περιπτώσεων και αφορούν συχνότερα τις νεαρές γυναίκες. Δεν είναι εξακριβωμένο,

κατά πόσο οι τοπικές υποτροπές είναι πάντα αποτέλεσμα ανεπαρκούς αφαίρεσης ή ανάπτυξης νέου όγκου.

Περισσότερο από 50 % των φυλλοειδών κυστεοσαρκωμάτων είναι καλοήθεις όγκοι, ένα 30 % κακοήθεις και τα υπόλοιπα στο μεταίχμιο καλοήθειας και κακοήθειας.

2.3.3. Άλλοι Καλοήθεις Όγκοι του Μαστού

-Αιμαγγειώματα

Μικροσκοπικού μεγέθους όγκοι, που ανακαλύπτονται τυχαία κατά την ιστοπαθολογική εξέταση. Μεγάλα αιμαγγειώματα ή αμαρτώματα είναι σπάνια.

-Λειομυώματα

Όγκοι που προέρχονται από τις λείες μυϊκές ίνες της θηλαίας άλω και αποτελούν τη "μήτρα" ανάπτυξης των λειομυοσαρκωμάτων.

-Νευροϊνώματα

Όγκοι που συναντώνται συνήθως στη θηλαία άλω και τις περισσότερες φορές αποτελούν ένδειξη νευροϊνομάτωσης (Recklinghausen).

-Ιστιοκυττώματα

Εμφανίζονται ως καλοήθη ή κακοήθη, προερχόμενα από το στρώμα ή την περιτονία του θωρακικού μυός.

-Ινοκυστική νόσος (μαστοπάθεια - μαζική δυσπλασία)

Στη συμβατική ορολογία, ο όρος ινοκυστική μαστοπάθεια δόθηκε σε μία "νόσο" του μαστού που στην πραγματικότητα δεν είναι νόσος και η οποία προκαλείται από μεταπλαστικές διεργασίες ορμονικής αιτιολογίας, πριν ή κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης και απαντώνται στο 90 % των γυναικών.

Κλινική πορεία: Η ινοκυστική μαστοπάθεια αναπτύσσεται με βραδύ ρυθμό και προσβάλλει συχνότερα γυναίκες ηλικίας 45-50 ετών, αν και σπανιότερα απαντάται και σε νέες γυναίκες μαζί με τη θηλωματώδη επιθηλιακή υπερπλασία και είναι γνωστή σαν Juvenile θηλωμάτωση. Τα κύρια σημεία και συμπτώματα είναι ο σχηματισμός κυστικών ογκιδίων με διάχυτη ή οζώδη αύξηση της σύστασης και του

μεγέθους του μαζικού αδένου, μαστοδυνία στο 44-56 % των περιπτώσεων και παθολογική έκκριση από τις θηλές στο 3-10 % των περιπτώσεων.

Παθογένεση και ιστοπαθολογία: Στην ινοκυστική μαστοπάθεια η αιτία της μεταπλαστικής διεργασίας στο μαστό οφείλεται σε ορμονικές διαταραχές και συγκεκριμένα την αύξηση των οιστρογόνων και τη σχετική ελάττωση της προγεστερόνης. Η ορμονική αυτή διαταραχή προκάλει α) έκκριση και κατωκρίτηση του εκκρίματος με αποτέλεσμα την ανάπτυξη εκτασίας των πόρων ή κύστεων. β) έντονη κυτταρική ανάπτυξη του επιθηλίου των πόρων και των λοβίων με τη μορφή της επιθηλιακής υπερπλασίας και αδένωσης.

Στην ιστοπαθολογική διάγνωση και ταξινόμηση προεξάρχουν τρεις μορφολογικές οντότητες: α) **κύστες:** Μπορεί να είναι μεγάλες (μεγέθους μέχρι 6 εκ. μονήρεις ή πολλαπλές, ή πολλές μικροκύστες μεγέθους 1-2 χιλ. Το υδαρές συνήθως περιεχόμενο των κύστεων λόγω αιμορραγίας μπορεί να γίνει πρασινόχρουν. β) **αδένωση** απλή ή σκληρυντική γ) **επιθηλίωση.** Η ταξινόμηση της ινοκυστικής νόσου επιχειρείται ως ακολούθως:

1.Ινοκυστική μαστοπάθεια (απλή) χωρίς επιθηλιακές αλλοιώσεις. Αποτελεί το 70 % και δεν εμφανίζει κανέναν κίνδυνο κακοήθους εξαλλαγής.

2.Ινοκυστική μαστοπάθεια με επιθηλιακές αλλοιώσεις αλλά χωρίς ατυπίες. Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει την αδένωση και επιθηλίωση, δηλαδή ενδοσωληνώδη επιθηλιακή υπερπλασία και ο κίνδυνος κακοήθους εξαλλαγής είναι πολύ μικρός (λίγο υψηλότερος του φυσιολογικού). Η κατηγορία αυτή αποτελεί το 25 % των περιπτώσεων.

3.Ινοκυστική μαστοπάθεια με επιθηλιακές αλλοιώσεις και ατυπίες. Αποτελεί το 5 % των περιπτώσεων, χαρακτηρίζεται από άτυπη υπερπλασία του επιθηλίου των πόρων και των λοβίων και με την έννοια αυτή είναι προκαρκινωματώδης κατάσταση.

Από τα ανωτέρω φαίνεται ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό της ινοκυστικής νόσου (περίπου 5 %) αποτελεί κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Ο κίνδυνος κακοήθους εξαλλαγής γενικά ανέρχεται στο 1,5-3 %.⁷

-Γυναιομαστία

Η γυναιομαστία είναι η ανάπτυξη στους άνδρες μαστού που είναι μεγαλύτερος από εκείνον που συνήθως υπάρχει στους άνδρες. Η γυναιομαστία μπορεί να επηρεάζει τον ένα ή και τους δύο μαστούς οι οποίοι συχνά παρουσιάζουν αύξηση διαφορετικού μεγέθους. Σε ορισμένες περιπτώσεις πιθανόν να υπάρχει ευαισθησία με πόνο στο

μαστό που επηρεάζεται. Συνήθως η κανονική διάμετρος του μαστού κυμαίνεται από 2,5 έως 3,8 εκατοστά και βρίσκεται ακριβώς κάτω από τη θηλή.

Μερικοί άνδρες και αγόρια έχουν περισσότερο λίπος στο στήθος που τους κάνει να φαίνονται ότι έχουν γυναικομαστία ενώ στην πραγματικότητα ο μαστός δεν έχει αυξηθεί.

Οι συχνότερες αιτίες της γυναικομαστίας είναι:

- **Εφηβεία:** Είναι η συχνότερη αιτία γυναικομαστίας. Περίπου 65% των αγοριών ηλικίας 14 ετών παρουσιάζουν γυναικομαστία. Η αύξηση του μεγέθους των μαστών υποχωρεί από μόνη της σε περίπου 2 με 3 χρόνια. Η γυναικομαστία σε παιδιά που δεν έχουν ακόμη φτάσει σε εφηβική ηλικία χρειάζεται διερεύνηση
- **Ορμόνες:** Η έκθεση σε εξωγενή οιστρογόνα και ανδρογόνα μπορεί να προκαλέσει γυναικομαστία. Η λήψη αναβολικών μπορεί να προκαλέσει γυναικομαστία διότι ορισμένα αναβολικά περιέχουν ορμονικές ουσίες. Ανωμαλίες του ισοζυγίου της ενδογενούς παραγωγής ή του μεταβολισμού των οιστρογόνων και ανδρογόνων είναι επίσης αιτία πρόκλησης γυναικομαστίας. Οι όγκοι των όρχεων, ο ανδρικός υπογοναδισμός και ο υπερθυρεοειδισμός είναι σπάνιες αιτίες γυναικομαστίας
- **Νεογνά:** Στα νεογνά μπορεί να υπάρχει γυναικομαστία που προκαλείται λόγω της έκθεσης του νεογέννητου στις μητρικές ορμόνες. Στις περιπτώσεις αυτές δυνατόν να υπάρχει και γαλακτόρροια
- **Ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια:** Είναι μεταξύ των συχνότερων καταστάσεων που προκαλούν γυναικομαστία
- **Φάρμακα:** Υπάρχουν αρκετά φάρμακα που μπορούν να προκαλέσουν γυναικομαστία όπως η δακτυλίτιδα, η σπιρονολακτόνη, η σιμετιδίνη, μεθυλντόπα, τα στεροειδή, οι φαινοθειαζίδες και άλλα

- **Ναρκωτικά και αλκοόλ:** Η μαριχουάνα, η ηρωίνη, η κατάχρηση αλκοόλ είναι συχνές αιτίες γυναικομαστίας

- **Γήρανση:** Η αύξηση της ηλικίας μπορεί να συνοδεύεται με γυναικομαστία

- Ο καρκίνος του μαστού στους άντρες αποτελεί περίπου το 1% του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. Είναι μια σπάνια πάθηση.

Συνήθως οι καρκίνοι μαστού στους άνδρες δεν εντοπίζονται κάτω από τη θηλή. Η γυναικομαστία αντίθετα εντοπίζεται σε αυτή την περιοχή. Ο καρκίνος αυτός μπορεί να προκαλέσει ανωμαλίες του δέρματος στην περιοχή που βρίσκεται και να συνοδεύεται από αιματηρές εκκρίσεις από τη θηλή.

- Εάν υπάρχει αμφιβολία για το τι είναι μια αύξηση του μαστού ή ένα οζίδιο που είναι ψηλαφητό στην περιοχή του μαστού, πρέπει να γίνεται μαστογραφία και ανάλογα ο γιατρός θα αποφασίσει για την αναγκαιότητα βιοψίας.

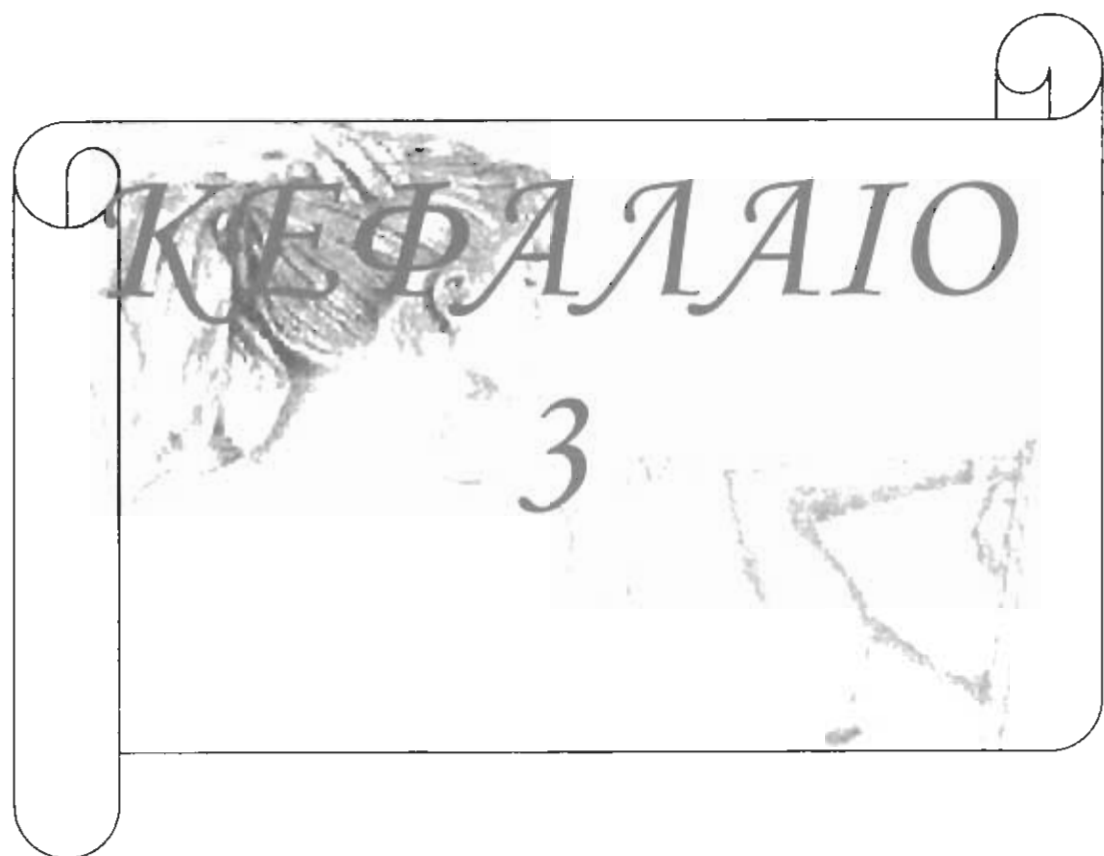
Κατά την αξιολόγηση του ασθενούς με γυναικομαστία το ιστορικό μπορεί να δώσει πολύτιμες πληροφορίες αναφορικά με την αιτία που έχει προκαλέσει το πρόβλημα.

Η κλινική εξέταση θα ερευνησει κατά πόσο επηρεάζονται ο ένας ή και οι δύο μαστοί, εάν υπάρχουν άλλα σημεία που συνοδεύουν μια πάθηση που πιθανόν να προκαλεί γυναικομαστία.

Σε ορισμένες περιπτώσεις πιθανόν να επιβάλλεται να γίνουν εξετάσεις αίματος με μετρήσεις ορμονών, τεστ της νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας όπως επίσης εξέταση με υπέρηχους του μαστού ή και μαστογραφία.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η γυναικομαστία υποχωρεί από μόνη της. Κάποτε εάν σε ένα έφηβο, η γυναικομαστία είναι τόσο μεγάλη που να προκαλεί συναισθηματικά προβλήματα, είναι χρήσιμο να λαμβάνεται και η γνώμη του χειρουργού.

- Η αντιμετώπιση μιας ασθένειας που προκαλεί γυναικομαστία οδηγεί στην υποχώρηση του προβλήματος. Στις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχει φαρμακευτική αιτία θα πρέπει να εξεταστεί κατά πόσο το φάρμακο μπορεί να διακοπεί ή ακόμη να αντικατασταθεί με κάποιο άλλο.
- Σε περίπτωση που η γυναικομαστία συνοδεύεται από πόνο, η τοπική εφαρμογή κρύας κομπρέσας και η λήψη αναλγητικών φαρμάκων μετά από ιατρική συμβουλή μπορούν να βοηθήσουν.¹¹



3.1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ(ΓΕΝΙΚΑ)

Ο καρκίνος του μαστού έχει θνησιμότητα στους άνδρες 0 και στις γυναίκες 12. Είναι ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου (εκτός από την Ιαπωνία και την Ταϊβάν), καθώς και στην Ελλάδα. Κάθε χρόνο, περίπου 1.500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού, αλλά από αυτές οι 65% (85%) επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία.

Η επίπτωση της νόσου στην Ελλάδα αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία μέχρι το 50ό έτος, στη συνέχεια όμως παραμένει στο ίδιο επίπεδο χωρίς ουσιαστικές ανοδικές ή καθοδικές τάσεις. Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες οικονομικό - κοινωνικές τάξεις, και φαίνεται ότι αυξάνεται στη χώρα μας με ανησυχητικό ρυθμό (2% κάθε χρόνο).

Η παχυσαρκία, η πρόωμη εμμηνарχή, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση και η γέννηση του πρώτου παιδιού σε μεγάλη ηλικία συνδυάζονται με αυξημένη πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του μαστού, ενώ ο θηλασμός δεν παίζει ουσιαστικό ρόλο. Αυξημένος είναι επίσης ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με επιβαρυσμένο κληρονομικό αναμνηστικό, σε γυναίκες με κυστική μαστοπάθεια, σε όσες κάνουν μακροχρόνια χρήση εμμηνοπαυσιακών οιστρογόνων, και σε όσες δέχονται μεγάλες τοπικές δόσεις ιονίζουσας ακτινοβολίας.

Αντίθετα η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων και η βαφή των μαλλιών δεν φαίνεται να συσχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού. Η γενικότερη αιτιολογία της νόσου παραμένει σκοτεινή. Η επικρατούσα άποψη είναι ότι διαιτητικοί παράγοντες επηρεάζουν τη στάθμη ή το μεταβολισμό των οιστρογόνων ορμονών, αλλά δεν αποκλείεται να παίζουν κάποιο ρόλο η ωορρηξία, η έκκριση της προλακτίνης, η δυναμική των ιστολογικών μεταβολών του μαζικού αδένου, και ίσως και άλλοι παράγοντες.²

3.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η νεοπλασία του μαστού είναι από τις πιο συχνές νεοπλασίες ιδιαίτερα στις βιομηχανικές περιοχές του κόσμου. Οι πληροφορίες για τη συχνότητά της προέρχονται, όπως άλλωστε για όλες τις νεοπλασίες, από τα αρχαία νεοπλασιών (όπου υπάρχουν όπως στη Δανία και Αγγλία) ή από τα πιστοποιητικά θανάτου. Πρέπει να σημειωθεί όμως ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο αυτών πηγών πληροφοριών διότι η νεοπλασία του μαστού δεν είναι πάντοτε θανατηφόρος λόγω των θεραπευτικών προόδων που σημειώθηκαν κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Αλλωστε η θνησιμότητα δεν συμπίπτει χρονικά με την επίπτωση, διότι η επιβίωση των πασχόντων ατόμων μπορεί να ανέρχεται σε 10 ή και περισσότερα έτη.

Η νεοπλασία του μαστού εμφανίζεται από νεαράς σχετικά ηλικίας (25 - 30 ετών) και παρουσιάζει προοδευτική αύξηση μέχρι την ηλικία των 50 ετών, οπότε η επίπτωση σταθεροποιείται ή και παρουσιάζει μείωση μετά την ηλικία των 60-65 ετών δείχνοντας έτσι ότι η κάθε γενιά έχει εκτεθεί διαφορετικά στο ή στους καρκινογόνους παράγοντες. Στην Ελλάδα όμως, όπως και σε άλλες χώρες μικρής επίπτωσης, η αύξηση της θνησιμότητας με την ηλικία παρουσιάζεται πιο προοδευτική (Σχ. 1). Ενδείξεις υπάρχουν ότι οι γυναίκες που πλήττονται πριν από την εμμηνόπαυση έχουν, πιο συχνά από τις άλλες, κληρονομικό ιστορικό νεοπλασίας του μαστού.

Η επίπτωση της νεοπλασίας του μαστού παρουσιάζει αύξηση με την πάροδο του χρόνου. Στην Αγγλία π. χ. και η θνησιμότητα και η επίπτωση της νόσου αυξήθηκαν κατά 20% από το 1964 μέχρι το 1978 και η αύξηση αυτή παρατηρείται σε όλες τις πάνω από 45 ετών ηλικίες. Η θνησιμότητα ήταν γύρω στο 20 στις 100000 γυναίκες πριν από το 1940 και ανήλθε στο επίπεδο του 45 στις 100000 γυναίκες κατά τα μέσα της δεκαετίας του '60.

Υπάρχουν επίσης μεγάλες γεωγραφικές διαφορές. Στις βιομηχανικές περιοχές η ετήσια επίπτωση ανέρχεται γύρω στο 80 στις 100000 γυναίκες όλων των ηλικιών και η θνησιμότητα στο 50 στις 100000 γυναίκες όλων των ηλικιών. Στις μη βιομηχανικές περιοχές, που χαρακτηρίζονται άλλωστε από υψηλή γεννητικότητα, η θνησιμότητα βρίσκεται στο επίπεδο του 20 - 25 στις 100000 γυναίκες όλων των ηλικιών. Στην Ελλάδα κατά τα έτη '80-'82 η θνησιμότητα ήταν 22.3 στις 100000 γυναίκες όλων των ηλικιών.

3.2.1.

Πολυάριθμοι παράγοντες έχουν μελετηθεί με σταθερά ή ασταθή αποτελέσματα. Θα περιορισθούμε εδώ στη μελέτη των κυριοτέρων παραγόντων.

Η **τεκνογονία** είναι ο πιο σταθερός παράγοντας κινδύνου και η επίδρασή του είναι γνωστή από το 18^ο αιώνα όταν είχε παρατηρηθεί ότι η επίπτωση της νεοπλασίας στις καλόγριες ήταν ιδιαίτερα υψηλή σε σχέση με τις άλλες γυναίκες. Ο σχετικός κίνδυνος των ατέκνων γυναικών σε σχέση με τις γυναίκες που έχουν 6 ή περισσότερα παιδιά ανέρχεται σε 7 και αυτό έχει αποδειχθεί σε διάφορες περιοχές με διαφορετικές κοινωνικοοικονομικές καταστάσεις και για όλες τις ηλικίες γυναικών.

Οι γυναίκες με ενδιάμεσο αριθμό παιδιών παρουσιάζουν επίσης ενδιάμεσες τιμές σχετικού κινδύνου, αλλά ο σχετικός κίνδυνος των γυναικών με ένα μόνο παιδί δεν διαφέρει εκείνου των ατέκνων.

Οι στειρές γυναίκες όμως δεν παρουσιάζουν την ίδια υψηλή πιθανότητα νεοπλασίας του μαστού. Η γέννηση παιδιού σε μικρή ηλικία (κάτω των 25 ετών) είναι προστατευτική κατά της νεοπλασίας, αλλά οι αυτόματες αποβολές ή προκλητές εκτρώσεις αυξάνουν τον κίνδυνο νεοπλασίας.

Συμπερασματικά επομένως ο σχετικός κίνδυνος νεοπλασίας του μαστού σε σχέση με γυναίκες με πολλά παιδιά και που δεν παρουσιάζουν τα αναγραφόμενα χαρακτηριστικά, έχει ως εξής:

<u>Χαρακτηριστικό</u>	<u>Σχετικός κίνδυνος</u>
Άτεκνες ή με ένα μόνο παιδί	πολύ υψηλός
Γέννηση παιδιού σε μικρή ηλικία	μικρός
Αποβολές ή εκτρώσεις	υψηλός
Στειρότης	χωρίς αλλαγή
Γέννηση διδύμων	μικρός ή χωρίς αλλαγή
Νεαρά ηλικία εμμηναρχής	αύξηση

Ο δεύτερος βασικός παράγοντας κινδύνου φαίνεται να είναι η **κατανάλωση λιπιδίων ζωικής προέλευσης** αν και τα αποτελέσματα των διερευνήσεων είναι σχετικά ασταθή.

Οι περισσότερες εργασίες καταλήγουν όμως στο συμπέρασμα ότι ο σχετικός κίνδυνος νεοπλασίας του μαστού στις γυναίκες που καταναλίσκουν πάνω από 115 γραμμ. λιπών ημερησίως βρίσκεται γύρω στο 3. 5 σε σχέση με τις γυναίκες που καταναλίσκουν λιγότερο από 65 γραμμ. ημερησίως.

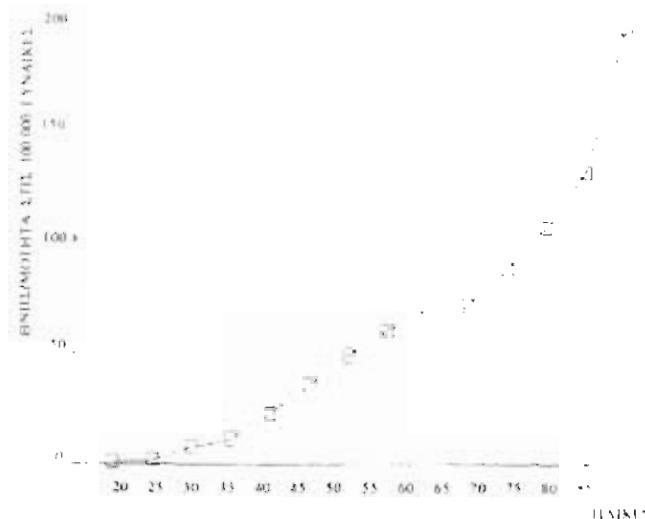
Η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων λιπών συνοδεύεται με μεγάλη κατανάλωση θερμίδων και, συχνά, παχυσαρκία η οποία όμως δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι παράγοντας κινδύνου αν και φαίνεται ότι επιδεινώνει τη πρόγνωση μιας ήδη εκδηλωμένης νεοπλασίας του μαστού.

Από τους άλλους παράγοντες κινδύνου που μελετήθηκαν (κάπνισμα, χρήση αντισυλληπτικών δισκίων, βιταμίνη Α κ. ά.) με πολύ ασταθή αποτελέσματα θα αναφερθούμε μόνο στο **οινόπνευμα** που πρόσφατα συμπεριελήφθη στους παράγοντες κινδύνου, διότι ορισμένες έρευνες δείχνουν ότι κατανάλωση άνω των 30 γραμμ. οινοπνεύματος ημερησίως αυξάνει σημαντικά το σχετικό κίνδυνο, στο επίπεδο μάλιστα του 7 - 8.

Όλες οι πιο πάνω διερευνήσεις των παραγόντων κινδύνου παρουσιάζουν μεγάλες μεθοδολογικές δυσκολίες. Απαιτείται πράγματι η εφαρμογή πολυμεταβλητικών μεθόδων ανάλυσης που λαμβάνουν υπόψη τους και την ηλικία και το αναπαραγωγικό παρελθόν των υπό μελέτη ατόμων. Οι συγχυτικοί παράγοντες είναι πολυάριθμοι.

Πολλοί ερευνητές έκαναν λάθη. Π. χ. όταν παρατηρήθηκε ότι η υψηλή κοινωνική τάξη είναι παράγοντας κινδύνου, δεν ελήφθη επαρκώς υπόψη ότι σ' αυτές τις κοινωνικές τάξεις η τεκνοποιία είναι μικρότερη από τις άλλες τάξεις. Πρέπει να είναι κανείς πολύ προσεκτικός και να αναλύει σε βάθος τα αποτελέσματα των επιδημιολογικών μελετών που θέλουν να αποδείξουν την επίδραση του ενός ή του άλλου παράγοντα.

Η **κληρονομικότητα** έχει επίσης μεγάλη σημασία. Ο κατωτέρω πίνακας δίνει το σχετικό κίνδυνο νεοπλασίας του μαστού ενός ατόμου με θετικό οικογενειακό ιστορικό.



Σχήμα 1

Μέλος της οικογενείας με νεοπλασία του μαστού	Σχετικός κίνδυνος του ατόμου σε ηλικία..	
	30 ετών	50 ετών
Μητέρα	4.3	1.7
Αδελφή	9.4	3.6
Μητέρα και αδελφή	15.1	5.9
Μητέρα και δύο αδελφές	44.2	17.1

Σχήμα 2

Επομένως η κληρονομική προδιάθεση της νόσου είναι σαφής. Σημειώνουμε πάντως ότι οι σχετικοί κίνδυνοι έχουν υπολογισθεί σε σχέση με άλλα άτομα της ίδιας ηλικίας και χωρίς οικογενειακό ιστορικό και δεδομένου ότι η γενική πιθανότητα νεοπλασίας αυξάνει με την ηλικία η τελική πιθανότητα σε ηλικία 50 ετών είναι μεγαλύτερη εκείνης στην ηλικία των 30 ετών.¹²

Σημειώνουμε ότι ο ρόλος της χρόνιας κυστικής μαστοπάθειας ως προδιαθεσικού παράγοντα στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού αποτέλεσε θέμα μακροχρόνιων ερευνών. Σήμερα γίνεται δεκτό, ότι η "επιθηλίωση" (δηλαδή ταχεία αύξηση των επιθηλιακών στοιχείων) χωρίς άτυπη υπερπλασία αυξάνει τον κίνδυνο

κατά 1,9 φορά. Όταν υπάρχει άτυπη υπερπλασία ο κίνδυνος αυξάνει κατά 5,3 φορές, ενώ ατυπία που συνοδεύεται από θετικό οικογενειακό ιστορικό αυξάνει τον κίνδυνο κατά 11 φορές. Η παρουσία ασβεστώσεων σε συνδυασμό με επιθηλίωση αποτελεί επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα.⁷

Η *δράση των ορμονών* (προστατευτική της προγεστερόνης και προωθητική των οιστρογόνων) σαν παράγοντας κινδύνου δεν πρόκειται να μας απασχολήσει εδώ διότι αποτελούν ακόμη αδρές και μόνο υποθέσεις. Ίσως η κατάσταση των ορμονικών υποδοχέων του μαστού να έχει μεγαλύτερη σημασία, αλλά περαιτέρω έρευνες είναι αναγκαίες.¹²

Επίσης το *φύλο* αποτελεί τον πιο καθοριστικό παράγοντα στη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Υπολογίζεται ότι στον άνδρα αντιστοιχεί ένας μόλις καρκίνος του μαστού για κάθε 100 περιπτώσεις καρκίνου μαστού σε γυναίκες. Η συχνότητα πάντως καρκίνου μαστού σε άνδρες με σύνδρομο Kline- felter (XXY) είναι 66 φορές μεγαλύτερη από αυτή του γενικού ανδρικού πληθυσμού και υπολογίζεται, ότι το 3,3% των ανδρών με καρκίνο του μαστού εμφανίζουν τη χρωμοσωματική αυτή ανωμαλία.^{7,29,30}

3.2.2.

Δεδομένων των παραγόντων κινδύνου, η πρωτογενής πρόληψη της νεοπλασίας του μαστού είναι ανέφικτη. Η αντιμετώπιση της νόσου βασίζεται στην ανίχνευση και πρόωπη θεραπεία.

Η ανίχνευση βασίζεται σήμερα στην κλινική εξέταση και τη μαστογραφία. Από τα πολυάριθμα προγράμματα ανίχνευσης που εφαρμόστηκαν ανά τον κόσμο αποδεικνύεται ότι η ευαισθησία της κλινικής εξέτασης ανέρχεται στο επίπεδο του 70%. Η κλινική εξέταση έχει μεγάλο κόστος όταν γίνεται από ιατρό και γι 'αυτό προσπάθειες έχουν γίνει, ώστε η εξέταση να γίνεται από άλλο ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό υγείας. Για τους ίδιους λόγους προωθήθηκε και η αυτοεξέταση του ατόμου που έχει και το πλεονέκτημα ότι μπορεί να γίνεται σε πολύ πιο συχνά διαστήματα. Η αυτοεξέταση έχει όμως μικρή ευαισθησία που δεν υπέρβαινε το 33%. Η μέθοδος δεν είναι απλή, αλλά πολλοί συγγραφείς αναφέρουν ότι η εκμάθησή της μπορεί να γίνει σε 10-15 πρώτα λεπτά.

Τυπικά αποτελέσματα ενός προγράμματος ανίχνευσης της νεοπλασίας του μαστού

που βασίζεται στην ετήσια κλινική εξέταση και τη μαστογραφία μιας όψης έχουν συνήθως ως εξής:

Αριθμός που προσκλήθηκε για εξέταση: 30000

Αριθμός ατόμων που δέχθηκε: 25500 ήτοι 85%

Αριθμός νεοπλασιών στην πρώτη εξέταση: 175 ήτοι 7 στις 1000 γυναίκες που εξετάστηκαν

Αριθμός νεοπλασιών που εκδηλώθηκαν μετά την εξέταση: 10 κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους

Αριθμός ανιχνεύσεων που αποδείχθηκε τελικά (μετά από βιοψία) αρνητικός: 8 ήτοι περίπου 4,6% των ανιχνεύσεων

Επίπτωση στο γενικό πληθυσμό (ομάδα ελέγχου): 1,6 στις 1000 γυναίκες ηλικίας άνω των 20 ετών ετησίως.

Επομένως η ευαισθησία της μεθόδου ανίχνευσης ανέρχεται σε 95%, ενώ το κατώτερο όριο της ειδικότητας είναι επίσης 95% περίπου. Η διάρκεια παραμονής είναι ιδιαίτερα μακράς διάρκειας (περίπου 5 έτη), γεγονός που μειώνει την ανάγκη συχνών, π. χ. ετήσιων, εξετάσεων.

Είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι τα αποτελέσματα ενός προγράμματος εξαρτώνται κατά πολύ από τις ηλικίες των γυναικών που εξετάζονται. Πράγματι η ευαισθησία της μεθόδου μειώνεται σημαντικά όταν πρόκειται για άτομα κάτω των 45 ετών. Άλλωστε, κάτω από αυτή την ηλικία, η μαστογραφία γενικώς αποφεύγεται λόγω των κινδύνων της ακτινοβολίας. Η αποτελεσματικότητα της ανίχνευσης είναι πάντως σαφής και αυτό φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα που δείχνει την αισθητή μείωση της θνησιμότητας από νεοπλασία του μαστού στη πληθυσμιακή ομάδα που υπέστη την ανίχνευση σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η μείωση αυτή αφορά όμως μόνο τα άνω των 50 ετών άτομα δηλαδή τις ηλικίες, όπου η επίπτωση της νεοπλασίας είναι μεγάλη.

Ηλικία στο θάνατο	Με ανίχνευση	Χωρίς ανίχνευση
40 - 49	16	18
50 - 59	44	71
60 -	37	48
Ολικό	97	137

Σχήμα 3

Σημειώνεται τελικά ότι ελέγχθησαν πολλές υπερβολές όσον αφορά τους κινδύνους από την ακτινοβολία της μαστογραφίας. Οι κίνδυνοι είναι ελάχιστοι όταν τηρηθεί ο όρος της ηλικίας (βλέπε πιο πάνω) και η μαστογραφία χρησιμοποιηθεί ανά διετία με μέγιστη ακτινοβολία 1 rad στο κέντρο των εκτιθέμενων ιστών. Φαίνεται επίσης ότι η αξία της μαστογραφίας δεν περιορίζεται μόνο στην ανίχνευση προκλινικών νεοπλασιών, αλλά και στην εκτίμηση ενός παράγοντα κινδύνου που είναι η παρεγχυματική εικόνα του μαστού. Υπάρχουν πράγματι ενδείξεις ότι όταν πάνω από το 50% του παρυγχύματος εμφανίζει οζώδεις σκιές ή ομοιογενή σκιά ο σχετικός κίνδυνος νεοπλασίας ανέρχεται σε 1.8 - 2.0.¹²

3.3. Η ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Έγκαιρη διάγνωση τού καρκίνου τού μαστού σημαίνει ανακάλυψη τού καρκίνου σε τέτοιο στάδιο της ανάπτυξής του, ώστε με τις σημερινές γνώσεις και μεθόδους, να μπορούμε να τον θεραπεύσουμε.

Από την αρχή θα πρέπει ν' αναφερθούμε στη φύση και εξέλιξη του καρκίνου τού μαστού, για να τοποθετήσουμε πιο σωστά τις προσπάθειες και τα μέσα για την έγκαιρη διάγνωση, αλλά και τη σημασία της.

Ο καρκίνος τού μαστού αρχίζει από το επιθήλιο των λοβίων ή των πόρων τού μαζικού αδένου. Για αρκετό καιρό παραμένει μέσα στα όρια των λοβίων η των πόρων. Είναι το αρχικό στάδιο τού μη διηθητικού λοβιακού η ενδοσωληνώδους καρκίνου, η

καρκίνου σε στάδιο 0, ή, διεθνώς, καρκίνου in situ. Στο στάδιο αυτό, τα καρκινικά κύτταρα δεν έρχονται σε επαφή με λεμφαγγεία ή αιμοφόρα αγγεία και δε δημιουργούν μεταστάσεις στα λεμφογάγγλια ή τα διάφορα όργανα. Ο μη διηθητικός καρκίνος των λοβίων και των πόρων είναι τοπική νόσος, ανεξάρτητα δε από την έκτασή του, η χειρουργική αφαίρεση τού μαζικού αδένου συνεπάγεται ίαση 100%.

Η ανακάλυψη επομένως της νόσου από μη διηθητικό αυτό στάδιο, είναι η πραγματική «έγκαιρη διάγνωση».

Με την πάροδο τού χρόνου ο καρκίνος γίνεται διηθητικός. Τα καρκινικά δηλ. κύτταρα διασπούν την βασική μεμβράνη και αναπτύσσονται διηθώντας τούς γύρω ιστούς. Έρχονται σε επαφή με τα λεμφαγγεία και εισδύουν κυρίως σ' αυτά, πορεύονται προς τα επιχώρια λεμφογάγγλια, όπου εγκαθίστανται και αναπτύσσονται, και από εκεί στη γενική κυκλοφορία, ή και, με τις λεμφαγγειοφλεβικές επικοινωνίες, κατ' ευθείαν στη γενική κυκλοφορία. Τα καρκινικά κύτταρα πού κυκλοφορούν στο αίμα εγκαθίστανται στα διάφορα όργανα και αναπτύσσονται σαν μεταστάσεις πού προκαλούν το θάνατο των αρρώστων.

Όλοι οι καρκίνοι μαστού δεν παρουσιάζουν τον ίδιο ρυθμό ανάπτυξης. Ο ρυθμός αυτός εξαρτάται από το χρόνο διπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων, πού παρουσιάζει μεγάλο εύρος, από 17 μέχρι 200 περίπου μέρες. Έτσι, για έναν καρκίνο μέσης διάρκειας διπλασιασμού των κυττάρων του 100 ημερών, χρειάζονται 10 περίπου χρόνια για να φθάσει το μέγεθος 1 εκ. στο οποίο γίνεται κλινικά αντιληπτός. Στο μέγεθος αυτό τα καρκινικά κύτταρα είναι 10^9 και έχουν διπλασιασθεί 30 περίπου φορές. Αντιλαμβάνεται κανείς τις ευκαιρίες και δυνατότητες πού έχει ο τεράστιος αυτός αριθμός κυττάρων να δημιουργήσει μεταστάσεις.

Όμως τα καρκινικά αυτά κύτταρα πού πηγαίνουν στους λεμφαδένες ή κυκλοφορούν από αίμα και εγκαθίστανται στα διάφορα όργανα δεν εξελίσσονται πάντα σε μεταστάσεις. Δεν ξέρουμε τούς παράγοντες πού καθορίζουν πότε ένας εντοπισμένος στο μαστό καρκίνος θα δώσει κύτταρα στα λεμφαγγεία ή στη γενική κυκλοφορία, ούτε και τούς παράγοντες πού αποφασίζουν εάν και πότε ένα καρκινικό κύτταρο πού εγκαθίσταται κάπου θα εξελιχθεί σε μετάσταση. Αυτό, υποτίθεται ότι εξαρτάται από την έκβαση των βιολογικών ικανοτήτων τού καρκίνου και της αντίστασης τού οργανισμού.

Τα αποτελέσματα μιας θεραπείας δεν εξαρτώνται μόνο από τη μέθοδο πού εφαρμόζουμε, αλλά και από τη βιολογική συμπεριφορά τού καρκίνου, ή πιο

σωστά τού συστήματος καρκίνου ασθενούς. Έτσι ένας «έγκαιρα διαγνωσμένος», με ιστολογικά ή ανατομικά κριτήρια, καρκίνος, μπορεί να είναι βιολογικά προχωρημένος, από το προκλινικό του ακόμη στάδιο. Ίσως δεν είναι μακριά από την πραγματικότητα ή άποψη τού Devitt, ότι οι καρκίνοι πού ανακαλύπτονται νωρίς, είναι αυτοί πού αναπτύσσονται αργά και οι προχωρημένοι καρκίνοι είναι εκείνοι πού αναπτύσσονται γρήγορα. Η αλλιώς ο χρόνος από την αρχική θεραπεία ως την υποτροπή και τις μεταστάσεις και από εκεί στο θάνατο είναι μεγάλος για τούς καρκίνους με πρόωμη διάγνωση και βραχύς για τούς καρκίνους πού ανακαλύφθηκαν αργά.

Η πρόγνωση κάθε καρκίνου τού μαστού γυναίκας καθορίζεται από το ρυθμό ανάπτυξής του. Ο ρυθμός αυτός εξαρτάται από τη διηθητικότητα, την ανατομική σχέση με λεμφαγγεία και αιμοφόρα αγγεία, την ηλικία τού όγκου, τούς αμυντικούς μηχανισμούς της ασθενούς και τις ειδικές συνθήκες των περιοχών μεταστάσεων.

Παρά τις απαισιόδοξες σκέψεις και προβληματισμούς πού δημιουργεί ή παραπάνω ανάλυση βασικών στοιχείων τής παθοφυσιολογίας τής νόσου, γεγονός παραμένει, τουλάχιστο στατιστικά, ότι ή αντιμετώπιση τού καρκίνου είναι τόσο πιο αποτελεσματική, όσο αυτός έχει ανακαλυφθεί σε πρόωμα στάδια, όσο δηλ. πιο μικρός είναι, τόσο λιγότερο(ή καθόλου) έχει προχωρήσει στα επιχώρια λεμφογάγγλια, στους γύρω ιστούς, στο δέρμα και φυσικά πριν κάνει μεταστάσεις.¹³

3.4. ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού είναι δυνατό να παρουσιάζουν όγκο στο μαστό, οίδημα, πόνο, εισολκή θηλής, έκκριμα θηλής αιματηρό ή μη, μασχαλιαία μάζα ή έλξη δέρματος. Όσον αφορά την εντόπιση, υπολογίζεται ότι στο 37 % των περιπτώσεων θέση εμφάνισης του καρκίνου του μαστού αποτελεί το άνω-έξω τεταρτημόριο του μαστού. Ακολουθεί η κεντρική περιοχή με ποσοστό 15 %, το άνω-έσω τεταρτημόριο με ποσοστό 12 %, το κάτω-έξω με 8 %, ενώ η λιγότερο συχνή εντόπιση είναι στο κάτω- έσω τεταρτημόριο (ποσοστό μόλις 5 %). Στο 20 % των περιπτώσεων ο καρκίνος είναι διάχυτος ή καταλαμβάνει περισσότερα από ένα τεταρτημόρια.

Η μεγαλύτερη συγκέντρωση του μαζικού αδένου στο άνω-έξω τεταρτημόριο του είναι πιθανώς και η αιτία που ο καρκίνος εμφανίζεται συχνότερα σ' αυτό. Το ίδιο

ισχύει και για τον αριστερό μαστό, που έχοντας συνήθως μεγαλύτερο μέγεθος έχει παρατηρηθεί ότι προσβάλλεται συχνότερα από το δεξιό μαστό.

3.4.1.

Υπολογίζεται ότι στο 76 % των περιπτώσεων ο καρκίνος μαστού εμφανίζεται σαν μάζα του μαζικού αδένου. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 15 % των περιπτώσεων η μάζα αυτή είναι επώδυνη, γι' αυτό και ο πόνος ή η ευαισθησία δεν θα πρέπει να θεωρούνται άνευ σημασίας και να εφησυχάζουν τον κλινικό γιατρό.

Βέβαια και καλοήθεις νόσοι του μαστού, όπως τα ιναδενώματα (στις νεαρές κυρίως ηλικίες) και η ινοκυστική νόσος (συνήθως σε ηλικίες 25-55 ετών), εμφανίζονται σαν μάζες στο μαστό και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διαφορική διάγνωση, αλλά θα πρέπει να τονισθεί ξανά ότι καμία ηλικία ασθενούς δεν την απαλλάσσει από τον κίνδυνο του καρκίνου, έτσι το ενδεχόμενο αυτό δεν θα πρέπει να αποκλείεται μέχρι να εξακριβωθεί η φύση της μάζας.

3.4.2.

Η έκκριση της θηλής δεν αποτελεί συχνό σύμπτωμα του καρκίνου του μαστού. Σύμφωνα με τον Devitt περίπου το 2 % των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού εμφανίζει έκκριμα θηλής, ενώ το 80 % από αυτές παρουσιάζει και μάζα στο μαστό. Έτσι μόνο ένα 12-20 % των περιπτώσεων εκκρίματος από τη θηλή, που οφείλονται σε καρκίνο, παρουσιάζονται κλινικά χωρίς όγκο στο μαστό, ενώ ένα 10 % δεν εμφανίζει ούτε μαστογραφικές ανωμαλίες.

Έκκριση από πολλαπλά τμήματα της θηλής και στους δύο μαστούς συνήθως σχετίζεται με ενδοκρινολογικά προβλήματα, με χρήση φαρμάκων ή με διάχυτη ινοκυστική νόσο. Γαλακτόρροια με υπερπρολακτιναιμία είναι δυνατό να οφείλεται είτε σε φαρμακολογικά είτε σε παθολογικά αίτια. Στα φάρμακα που είναι δυνατό να προκαλέσουν υπερπρολακτιναιμία ανήκουν τα ψυχοτρόπα (φαινοθειαζίνες, βουτυροφαινόνες), τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα οπιούχα, ορισμένα αντιυπερτασικά, όπως η ρεσερπίνη και η μεθυλντόπα, καθώς επίσης και η σιμετιδίνη και η μετοκλοπραμίδη. Παθολογικά αίτια υπερπρολακτιναιμίας, αποτελούν ο πρωτοπαθής υποθυρεοειδισμός, οι διαταραχές στο επίπεδο του υποθαλάμου, τα αδενώματα της υπόφυσης, η έκτοπος παραγωγή προλακτίνης σε βρογχογενές καρκίνωμα του πνεύμονα ή σε υπερνέφρωμα (παρνεοπλασματικό σύνδρομο), η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, η ακρομεγαλία, η νόσος Cushing, καθώς και οι βλάβες

του θωρακικού τοιχώματος (χειρουργικές τομές, νεοπλάσματα, έρπης ζωστήρας). Τα επίπεδα προλακτίνης στον ορό, το λεπτομερές ιστορικό, η μέτρηση των TSH, T3 και T4, η ακτινογραφία κρανίου, καθώς και η αξονική τομογραφία αποτελούν χρήσιμα μέσα που θα βοηθήσουν στη διάγνωση.

Αιματηρή έκκριση υγρού κατά το τέλος της κύησης δεν είναι ανησυχητική, αλλά οφείλεται συνήθως σε υπερπλασία του επιθηλίου και σταματά με τον τοκετό.

Έκκριση θηλής που θέτει υποψία καρκίνου είναι αυτή που εξορμά από ένα ή δύο τμήματα της θηλής και εντοπίζεται στον ένα μαστό. Ο χαρακτήρας του εκκρίματος δεν μπορεί να συσχετισθεί απόλυτα με καλοήγη ή κακοήγη νόσο. Έτσι παχύ υλικό υποδηλώνει συχνά εκτασία των πόρων, γαλακτώδες υποδηλώνει γαλουχία και ίσως υπερπρολακτιναιμία, ενώ αιματηρό εμφανίζεται σε θήλωμα των πόρων. Σύμφωνα με τους Leis και συν. πάντως, ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται στο 45 % των περιπτώσεων με υδαρή έκκριση, στο 24 % αιματηρή, στο 12 % οροαιματηρή και σε ένα 6 % ορώδη.

Καταλήγοντας λοιπόν μπορεί κανείς να πει, ότι η έκκριση θηλής δεν συσχετίζεται συχνά με καρκίνο, αλλά όταν αυτό συμβαίνει, τότε σχεδόν πάντα συνυπάρχει όγκος στο μαστό. Ο όγκος αυτός όταν δεν είναι ψηλαφητός είναι σχεδόν πάντα σε πρόιμη φάση (ενδοσωληνώδες, θηλώδες ή λοβιακό καρκίνωμα *in situ*).

3.4.3.

Καθώς ο όγκος αυξάνει σε μέγεθος και διηθεί το γειτονικό αδενικό ιστό, η συνοδός ίωση συρρικνώνει τους συνδέσμους του Cooper με αποτέλεσμα τη χαρακτηριστική έλξη του δέρματος. Η έλξη του δέρματος θεωρήθηκε διαγνωστικό σημείο του καρκίνου του μαστού, σήμερα όμως γνωρίζουμε ότι μπορεί να προκληθεί και από καλοήθεις παθήσεις, όπως η νέκρωση λίπους, η πλασματοκυτταρική μαστίτιδα και η νόσος του Mondor (επιπολής θρομβοφλεβίτιδα της θωρακοεπιγάστριας φλέβας).

3.4.4.

Εκτός από την έλξη του δέρματος ο καρκίνος του μαστού μπορεί να αλλοιώσει το φυσιολογικά σφαιρικό περίγραμμα του μαστού, ευθειάζοντάς το κατά θέσεις με αποτέλεσμα την απώλεια της συμμετρίας των δύο μαστών.

Άμεση διήθηση του δέρματος εμφανίζεται σαν μεμονωμένη πεπαχυσμένη πλάκα.. Άλλες φορές διάταση των επιφανειακών φλεβών υποδηλώνει την ύπαρξη καρκίνου. Καθώς ο όγκος μεγαλώνει επέρχεται απόφραξη των λεμφαγγείων με επακόλουθο οίδημα δέρματος, ενώ οι σύνδεσμοι του Cooper που παραμένουν προκαλούν την όψη "φλοιού πορτοκαλιού". Σε προχωρημένα στάδια παρατηρούνται επίσης δορυφόρα οζίδια στο δέρμα, εξέλκωση ή ρίκνωση ολόκληρου του μαστού.

3.4.5.

Από κλινική άποψη δύο είναι οι συνηθισμένες εκδηλώσεις από τη θηλή που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού: η εισολκή της θηλής και η νόσος Paget Η εισέχουσα θηλή αρκετές φορές είναι καλοήθης. Όταν όμως οφείλεται σε καρκίνο, η θηλή είναι καθηλωμένη, δεν καθίσταται δυνατή η ανάσπασή της και η προσεκτική εξέταση συνήθως αποκαλύπτει μάζα στο μαστό.

Το 1874 ο Sir James Paget πρώτος περιέγραψε εκζεματοειδή, διαβρωτική νόσο της θηλής και τη συσχέτισε με καρκίνο του μαστού. Η νόσος Paget μοιάζει με δερματίτιδα της θηλής και δεν συνοδεύεται πάντα από όγκο. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κνησμό, αίσθημα καύσους και νυγμών στη πάσχουσα περιοχή. Η βλάβη αντιπροσωπεύει ενδοεπιθηλιακή ανάπτυξη καρκινώματος από πρωτοπαθή όγκο μέσα στο μαστό διαμέσου των πόρων και ως την επιφάνεια της θηλής. Η χαρακτηριστική αυτή βλάβη μπορεί να συνυπάρχει ή όχι με όγκο στο μαστό. Όταν πάντως δεν ανευρίσκεται μάζα, η πρόγνωση είναι καλύτερη, γεγονός που αποδίδεται σε χαμηλότερο ποσοστό κατελιημένων λεμφογαγγλίων και σε λιγότερο επιθετικούς ιστολογικούς τύπους καρκινωμάτων.

Έτσι όταν υπάρχει υποψία για νόσο Paget της θηλής ή όταν υπάρχει εμμένουσα αλλοίωση της θηλής, αίσθημα κνησμού ή καύσου που παραμένει και δεν υποχωρεί με τοπική θεραπεία, θα πρέπει να γίνεται βιοψία θηλής. Η διάγνωση της νόσου Paget είναι απόδειξη για την ύπαρξη καρκίνου του μαστού και αποτελεί ένδειξη για την ανάλογη θεραπεία.

Όσον αφορά τη συμμετοχή της θηλής όταν υπάρχει καρκίνωμα στο μαστό, θα πρέπει να σημειωθεί ότι είναι συχνή ακόμη κι όταν λείπουν τα κλινικά σημεία, ιδιαίτερα όταν ο όγκος δεν απέχει περισσότερο από 2,5 εκ. από τη θηλαία άλω και όταν έχει μέγεθος μεγαλύτερο των 2 εκ. Το γεγονός αυτό οδήγησε στην εγκατάλειψη

της τακτικής διατήρησης της θηλής μετά από μαστεκτομή με σκοπό τη χρησιμοποίησή της σε μελλοντική επανορθωτική επέμβαση.

3.4.6.

Ήδη το 1907 ο Halsted παρατήρησε, ότι διόγκωση των μασχαλιαίων λεμφογαγγλίων μπορεί να είναι και το μόνο σημείο "αφανούς" καρκίνου του μαστού. Λιγότερο πάντως από το 1 % των περιπτώσεων εκδηλώνεται με αυτόν τον τρόπο. Οι Pierce και συν σε βιοψίες διογκωμένων λεμφογαγγλίων μασχάλης χωρίς εμφανή μάζα στο μαστό βρήκαν, ότι μία στις δεκατέσσερις περιπτώσεις οφείλεται σε αδενοκαρκίνωμα.

Πιθανές πρωτοπαθείς εστίες μεταστατικού αδενοκαρκινώματος είναι το ήπαρ, ο πνεύμονας, οι ωοθήκες, ο νεφρός, ο στόμαχος, το πάγκρεας και ο μαστός. Όταν αποκλεισθεί το ενδεχόμενο πρωτοπαθούς εστίας του πνεύμονα και του γαστρεντερικού σωλήνα, τότε ο σύστοιχος μαστός αποτελεί την πιθανότερη εστία προέλευσης. Υπάρχει διχογνωμία σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των γυναικών με μεταστατικό αδενοκαρκίνωμα μασχάλης, όταν ο μαστός τόσο κλινικά όσο και μαστογραφικά εμφανίζεται φυσιολογικός. Ορισμένοι προτείνουν λεμφογαγγλιακό καθαρισμό μασχάλης και ακτινοθεραπεία με ή χωρίς χημειοθεραπεία, αντίθετα με άλλους που προτιμούν τη μαστεκτομή.

3.4.7.

Ερυθρότητα, θερμότητα, ευαισθησία και οίδημα δέρματος αποτελούν τα χαρακτηριστικά του επονομαζόμενου φλεγμονώδους καρκίνου. Η κατάσταση αυτή μιμείται τόσο πολύ τις οξείες λοιμώξεις, που δυστυχώς πολλές φορές αντιμετωπίζεται λανθασμένα με αντιβίωση ή με παροχέτευση του υποτιθέμενου αποστήματος.

Τα χαρακτηριστικά σημεία του φλεγμονώδους καρκίνου μπορεί να υπάρχουν ευθύς εξαρχής (πρωτοπαθές φλεγμονώδες καρκίνωμα) ή εμφανισθούν αργότερα κατά τη διαδρομή της νόσου (δευτεροπαθές φλεγμονώδες καρκίνωμα), αν και η δεύτερη περίπτωση είναι πιο σπάνια. Ευτυχώς το φλεγμονώδες καρκίνωμα συνιστά μόνο το 1,5-4 % των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού με μια μικρή τάση να εμφανίζεται στις νεότερες γυναίκες.

Η διαδρομή της νόσου είναι ταχεία. Συνήθως παρατηρείται πρώτα όγκος στο μαστό ο οποίος ακολουθείται από ταχεία αύξηση του μεγέθους του μαστού μαζί με οίδημα και ερυθρότητα.

Κατά τη φυσική εξέταση το προεξάρχον σημείο είναι μια γενικευμένη σκληρία στο μαστό, η οποία μπορεί να συνοδεύεται από πόνο και αυξημένη θερμοκρασία. Συστηματικά πάντως σημεία λοίμωξης απουσιάζουν (μόνο ένα 20 % εμφανίζει μέτρια λευκοκυττάρωση της τάξης των 10000-14000, ενώ ο πυρετός είναι πολύ σπάνιος). Οι μεταστάσεις στα επιχώρια μασχαλιαία λεμφογάγγλια εμφανίζονται γρήγορα και κατά τη φυσική εξέταση είναι συνήθως παρούσες και εκσεσημασμένες.

Το νεόπλασμα αυτό δεν έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά πέρα από τη διήθηση των λεμφαγγείων του δέρματος. Η πρόγνωση είναι κακή, ιδιαίτερα όταν απουσιάζει ψηλαφητή μάζα στο μαστό, όταν τα μασχαλιαία λεμφογάγγλια είναι κατειλημμένα και όταν η ασθενής είναι κάτω των 50 ετών.

Κάθε εμμένουσα "μαστίτιδα" θα πρέπει να ερευνάται για το πιθανό ενδεχόμενο φλεγμονώδους καρκίνου, ενώ η βιοψία δέρματος είναι απαραίτητη για να καταδείξει τη διήθηση των δερματικών λεμφαγγείων.

3.5. ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Το 70 % περίπου των καρκινωμάτων του μαστού μπορούν να ψηλαφηθούν, ενώ οι μισοί από τους όγκους που έχουν διάμετρο 0,6-1 εκ. μπορούν να ανακαλυφθούν με την προσεκτική κλινική εξέταση. Το ποσοστό αυτό αυξάνει όσο μεγαλύτερη είναι η μάζα και όσο πιο πολύς χρόνος αφιερώνεται στην προσεκτική ψηλάφηση του μαστού από έμπειρο εξεταστή.

Καμία εξέταση δεν μπορεί να υποκαταστήσει την ψηλάφηση του μαστού που απαιτεί και κατάλληλη εκμάθηση και κλινική πείρα.

Ο πιο πρόσφορος χρόνος για την εξέταση του μαστού στις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες είναι 8 ημέρες μετά την έναρξη της τελευταίας έμμηνης ρύσης. Η μαστογραφία βοηθά στην ακρίβει της διάγνωσης αυξάνοντάς την σε 90 %³. Άλλες βοηθητικοί μέθοδοι είναι ο συνδυασμός της ψηλάφησης με παρακέντηση με λεπτή βελόνη (Fine Needle Aspiration) και η κυτταρολογική εξέταση του υλικού.

Η σωστή εξέταση περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού, την οποία ακολουθούν η επισκόπηση και η ψηλάφηση του μαστού και της μασχάλης.

3.5.1.

Κατά την επισκόπηση ελέγχεται το ομαλό σφαιρικό περίγραμμα των μαστών και η συμμετρία, ενώ σημειώνεται η τυχόν παρουσία ερυθρότητας, εξέλκωσης, οιδήματος ή δορυφόρων οζιδίων. Εισολκή της θηλής, διάταση φλεβών, έλξη δέρματος και επιπέδωση του περιγράμματος των μαστών είναι σημεία που θα πρέπει επίσης να διερευνηθούν. Ο εξεταστής σημειώνει τυχόν ύπαρξη υπεράριθμων θηλών ή μαστών και την παρουσία και θέση ουλών.

Η εξέταση αρχίζει με την ασθενή καθισμένη αντίκρυ από τον εξεταστή με τα χέρια στο πλάι, ενώ στη συνέχεια της ζητείται να υψώσει τα χέρια. Μετά τοποθετεί τα χέρια της στους γοφούς ασκώντας πίεση σ' αυτούς. Οι χειρισμοί αυτοί αποσκοπούν στη σταθεροποίηση του μείζονα θωρακικού μυ. ενώ παράλληλα προκαλούν έλξη του δέρματος στη γειτονική προς το νεόπλασμα περιοχή και αποκαλύπτουν έτσι αλλοιώσεις, που πιθανά διέφυγαν από την αρχική επισκόπηση.

3.5.2.

Αν η ασθενής προσέρχεται εξαιτίας κάποιου όγκου στο μαστό, καλόν είναι να της ζητείται από την αρχή της εξέτασης να προσδιορίσει μόνη της τη μάζα. Ο εξεταστής μπορεί έτσι να κάνει μια πρώτη εκτίμηση για το ανησυχητικό ή μη της κατάστασης και να δώσει μεγαλύτερη έμφαση στην εξέταση της προβληματικής περιοχής.

Η ψηλάφηση των επιχώριων λεμφογαγγλίων γίνεται με την ασθενή καθισμένη και προηγείται της εξέτασης του μαστού. Εξετάζονται τα μασχαλιαία, τα υποκλείδια και τα υπερκλείδια λεμφογάγγλια.

Η μασχάλη είναι ο πρώτος τόπος μετάστασης του καρκίνου του μαστού, ενώ κατάληψη των υπερκλειδίων λεμφογαγγλίων δηλώνει προχωρημένη ήδη νόσο.

Τα υποκλείδια λεμφογάγγλια είναι ουσιαστικά κορυφαία μασχαλιαία λεμφογάγγλια και μπορούν να ψηλαφηθούν, όταν διογκώνονται, στο θωρακοδελτοειδές διάστημα. Τα λεμφογάγγλια της έσω μαστικής αρτηρίας

αποτελούν επίσης πρώιμο σημείο μετάστασης του καρκίνου του μαστού, αλλά δεν μπορούν να ψηλαφηθούν καθώς βρίσκονται μέσα στο θωρακικό κλωβό, εκτός κι αν προσλάβουν μεγάλες διαστάσεις.

Μετά την εξέταση των υποκλειδίων περιοχών και των υπερκλειδίων λεμφογαγγλίων, που μπορεί να γίνει ενώ ο εξεταστής βρίσκεται αντίκρυ από τον ασθενή ή πίσω από την πλάτη της, ακολουθεί η εξέταση της μασχάλης της ασθενούς ως εξής: Η ασθενής καθιστή φέρει το χέρι της στο πλάι και σε ελαφρά απαγωγή. Για να εξετασθεί η αριστερή μασχάλη, ο εξεταστής με το αριστερό του χέρι σταθεροποιεί τον αριστερό ώμο της ασθενούς και ψηλαφεί με το δεξί. Ασκεί στον ώμο ελαφρά πίεση προς τα μέσα, έτσι ώστε τα λεμφογάγγλια να παραμένουν κεντραρισμένα στη μασχάλη, ενώ τα δάκτυλα του δεξιού χεριού εισέρχονται ψηλά στη μασχαλιαία κοιλότητα, πριν ψηλαφήσουν το θωρακικό τοίχωμα, με στόχο να παγιδεύσουν τα λεμφογάγγλια. Καθώς τα δάκτυλα κατεβαίνουν κατά μήκος του θωρακικού τοιχώματος, ο εξεταστής αντιλαμβάνεται το μέγεθος, τον αριθμό, τη σύσταση και την καθήλωση των λεμφογαγγλίων. Για την εξέταση της δεξιάς μασχάλης τα χέρια του εξεταστή αλλάζουν αντίστοιχα θέση.

Κατά την εξέταση του μαστού η ασθενής τοποθετείται ύπτια, ενώ η προς εξέταση πλευρά καλόν είναι να ανυψώνεται ελαφρά με ένα μαξιλάρι. Το χέρι της ασθενούς φέρεται σε ανάταση και κάμψη πίσω από το κεφάλι της σαν προσκέφαλο. Ο μαστός ψηλαφάται με τις άκρες των δακτύλων είτε κατά ομόκεντρους από τη θηλή κύκλους είτε κατά άξονες με κέντρο πάλι τη θηλή και κατεύθυνση προς την περιφέρεια του μαστού.

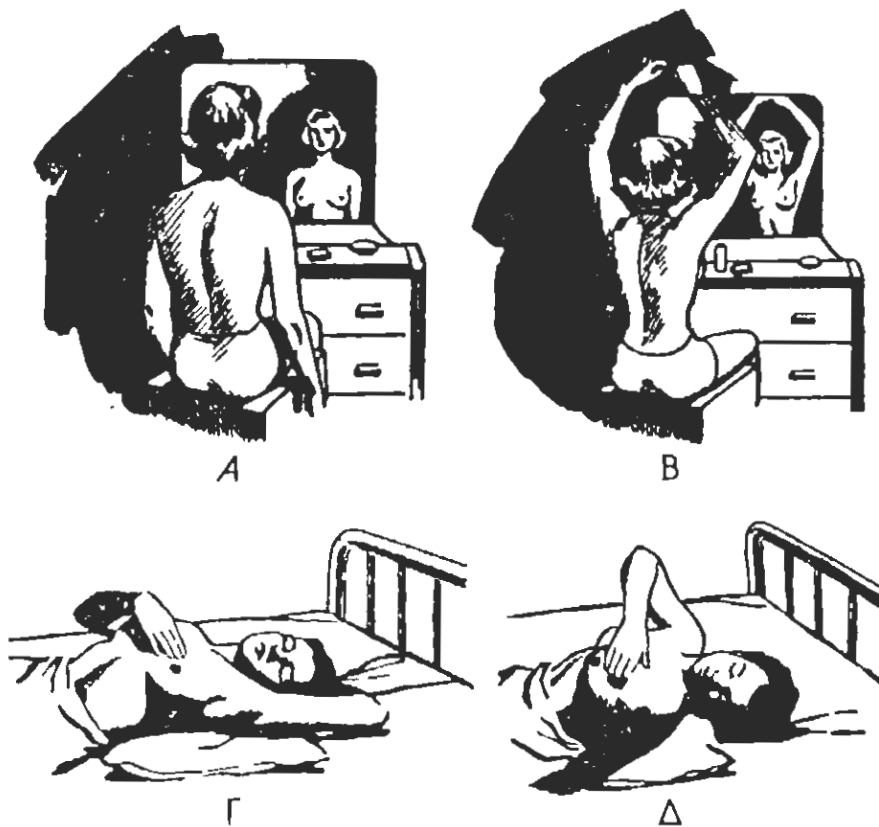
Η παρουσία μάζας περιγράφεται με βάση το μέγεθος, την κινητικότητά της, τη σύμφυση με το δέρμα ή τους υποκείμενους ιστούς, την ευαισθησία, τη σύσταση και τη θέση της. Έλεος η θηλή συμπιέζεται για διαπίστωση τυχόν εκκρίματος. Ακολουθεί πάντα η εξέταση του άλλου μαστού, ενώ η σύγχρονος ψηλάφηση των δύο μαστών συμπληρώνει την εξέταση.

3.5.3.

Η αυτοεξέταση των μαστών θα πρέπει να αρχίζει από την ηλικία των 21 και η εξέταση να γίνεται μια φορά τον μήνα.

Η ασθενής απέναντι από έναν καθρέπτη επισκοπεί τους μαστούς, αρχικά με τα χέρια στο πλάι, στη συνέχεια με τα χέρια στην ανάταση και τέλος πιέζοντας τους γοφούς. Παρατηρεί τυχόν ανωμαλία στο σχήμα ή κάποια έλξη δέρματος, ενώ στη συνέχεια με το χέρι της σύστοιχης πλευράς πίσω από το κεφάλι ψηλαφά με το αντίθετο χέρι τα 4 τεταρτημόρια του μαστού, τελειώνοντας με την ψηλάφηση της μασχάλης και τη συμπίεση της θηλής.

Έχει διαπιστωθεί ότι σε γυναίκες που εκτελούν αυτοεξέταση του μαστού, ο καρκίνος του μαστού ανακαλύπτεται νωρίτερα, όταν ο όγκος είναι ακόμη μικρός και σπάνια υπάρχουν μεταστάσεις στη μασχάλη, γεγονός που αποδεικνύει την τεράστια σημασία της αυτοεξέτασης σαν προληπτικό μέτρο στον καρκίνο του μαστού.^{7,21,23}



Απεικονίζονται τα διαδοχικά στάδια αυτοεξέτασης της ασθενούς. Α απροστά στον καθρέπτη με τα χέρια κάτω.

και Β με τα χέρια ψηλά, για την επισκόπηση των μαστών. Γ και Δ για την ψηλάφηση των μαστών.

Σχήμα 4

3.6. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

Σαν συμπλήρωμα της κλινικής εξέτασης του μαστού μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορα διαγνωστικά μέσα και απεικονιστικές μέθοδοι.

Τέτοια είναι:

Η παρακέντηση με λεπτή βελόνη (Fine needle aspiration)

Η βιοψία

Η μαστογραφία

Το υπερηχογράφημα

Η θερμογραφία

Η διαφανογραφία

Η γαλακτογραφία

Η αξονική τομογραφία

Ιδιαίτερα για τη μαστογραφία θα πρέπει να σημειωθεί, ότι είναι η απεικονιστική μέθοδος η οποία, προς το παρόν τουλάχιστον, χρησιμοποιείται και σαν διαγνωστικό μέσο και σαν μέσο διαλογής στον προσυμπτωματικό έλεγχο των γυναικών (screening).

Καμία πάντως από τις προαναφερθείσες εξετάσεις δεν μπορεί και δεν πρέπει να υποκαθιστά την κλινική εξέταση, η οποία είναι αυτή που θα θέσει την ένδειξη για περαιτέρω έλεγχο και για τη (τις) διαγνωστική (-ές) μέθοδο που προσφέρεται για κάθε περίπτωση.

3.6.1.

Αποτελεί μια εύκολη, ασφαλή και αποδοτική μέθοδο στη διαφοροδιάγνωση των κύστεων από τους συμπαγείς όγκους του μαστού, ελαττώνει τον αριθμό των απαραίτητων βιοψιών και προσφέρεται για μια πρώτη εκτίμηση της φύσης του όγκου.

Πρόκειται για μια απλή παρακέντηση, που δεν απαιτεί ούτε καν τοπική αναισθησία. Ο εξεταστής σταθεροποιεί ανάμεσα στα δάκτυλα του ενός χεριού την εξεταζόμενη μάζα, ενώ με το άλλο χέρι κατευθύνει με γωνία προς το θωρακικό τρίχωμα τη βελόνη της σύριγγας στον όγκο, ο οποίος εφόσον είναι κυστικός εξαφανίζεται πλήρως με την εκκενωτική αυτή παρακέντηση. Ο κίνδυνος να

παραβλεφθεί με τον τρόπο αυτό ένα ενδοκυστικό καρκίνωμα είναι μικρός. Οι σπάνιοι αυτοί όγκοι συνήθως αποδίδουν αιματηρό υγρό, ενώ η εκκένωσή τους με την παρακέντηση δεν είναι πλήρης, αλλά αφήνει υπολειπόμενη μάζα. Η συχνότητα των ενδοκυστικών καρκινωμάτων είναι μικρή (λιγότερο από 0,5 % του συνόλου των κυστικών μορφωμάτων) και το μικρό ενδεχόμενο διαγνωστικού λάθους ξεπερνιέται με την αφαίρεση της βλάβης όταν: 1) η παρακέντηση δεν αποδίδει καθόλου υγρό 2) παρέχει αιματηρό υγρό 3) δεν καταλήγει σε πλήρη εξαφάνιση μάζας ή 4) ακολουθείται από ταχεία αναπαραγωγή του υγρού (συντομότερα από 2 εβδομάδες) και απαιτούνται περισσότερες από 2 παρακεντήσεις για την εκκένωση της μάζας.

Για περισσότερη ασφάλεια συνιστάται από ορισμένους η κυτταρολογική εξέταση του υλικού από παρακέντηση (FNAC) κύστεων, αλλά η πιθανότητα ύπαρξης καρκίνου είναι αμελητέα, όταν τηρούνται οι παραπάνω περιορισμοί.

3.6.2.

Ενδείξεις για βιοψία αποτελούν: εμμένουσα μάζα ή οζίδιο στο μαστό, εμμένουσα έκκριση από γαλακτοφόρο πόρο, απόστημα στο μαστό ή ανεξήγητα σημεία φλεγμονής, αλλοιώσεις της θηλής και ύποπτα μαστογραφικά σημεία.

Υπάρχουν δύο τεχνικές για τη βιοψία του μαστού: η βιοψία με βελόνη, και η χειρουργική ή "ανοικτή" βιοψία. Η πρώτη γίνεται με τοπική αναισθησία και επιτρέπει τη συλλογή υλικού από οποιοδήποτε σημείο του μαστού, αρκεί ο όγκος να έχει διάμετρο μεγαλύτερη από 2 εκ. και να είναι αρκετά επιφανειακός. Χρειάζεται προσοχή ώστε να μη γίνει κατά λάθος διάτρηση του θωρακικού τοιχώματος και να μην καταστραφούν ιστοί που δεν θα πειραχθούν σε ενδεχόμενη επακόλουθη μαστεκτομή. Στη βιοψία αυτή χρησιμοποιούνται διάφορα Drills ή βελόνες και συνήθως το Tru-cut. Το μειονέκτημά της είναι, ότι η ποσότητα ιστού που συλλέγεται δεν αρκεί συνήθως και για προσδιορισμό ορμονικών υποδοχέων.

Η χειρουργική βιοψία γίνεται με τοπική ή γενική αναισθησία και μπορεί να αφορά τμήμα μόνο του όγκου ή την καθολική εξαίρεσή του. Ο προσδιορισμός των ορμονικών υποδοχέων είναι προτιμότερο να γίνεται από το δείγμα της βιοψίας και όχι από τον υπόλοιπο όγκο που αφαιρείται με την μαστεκτομή, γιατί μπορεί αυτός να μην επαρκεί για ανάλυση, ενώ εξάλλου η ισχαιμική περίοδος των ιστών κατά τη μαστεκτομή μπορεί θεωρητικά τουλάχιστον να ελαττώσει τα επίπεδα των υποδοχέων.

3.6.3.

Η ταχεία βιοψία κατά τη διάρκεια της αναισθησίας της ασθενούς επιτρέπει τη λήψη αποτελεσμάτων σε 15-20 λεπτά με ποσοστό ακρίβειας 98 %. Βλάβες που μπορεί να προκαλέσουν διαγνωστικό πρόβλημα είναι οι θηλωματώδεις βλάβες, η άτυπη υπερπλασία των πόρων, η σκληρυντική αδένωση, η νέκρωση λίπους και το *in situ* λοβιακό καρκίνωμα. Αυτές διαγιγνώσκονται καλύτερα στη μόνιμη βιοψία με παραφίνη.

3.6.4.

Η βιοψία του δέρματος του μαστού επιβάλλεται τόσο στη νόσο Paget του μαστού όσο και στο φλεγμονώδες καρκίνωμα του μαστού. Με τοπική αναισθησία αφαιρείται μικρό τεμάχιο ολικού πάχους από τη θηλή στην περίπτωση νόσου Paget, ενώ στο φλεγμονώδες καρκίνωμα αφαιρείται τεμάχιο δέρματος ολικού πάχους, στο οποίο η ανεύρεση διήθησης των δερματικών λεμφαγγείων και μόνο θα θέσει τη διάγνωση φλεγμονώδους καρκινώματος. Το δείγμα στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να είναι από το οίδηματώδες δέρμα. Αν υπάρχει μάζα στο μαστό λαμβάνεται δείγμα από αυτήν, ενώ αν δεν υπάρχει λαμβάνεται δείγμα από τον υποκείμενο μαζικό αδένα με σκοπό των προσδιορισμό ορμονικών υποδοχέων.

Σε εξελκωμένα καρκινώματα του μαστού γίνεται επίσης βιοψία. Και αυτή αφορά το τμήμα του δέρματος στο χείλος του έλκους. Η περιοχή αυτή εμφανίζει τόση υπαισθησία, ώστε ορισμένες φορές δεν χρειάζεται ούτε τοπική αναισθησία.

i. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Η νοσηλεύτρια δίνει έμφαση στην κατάλληλη διδασκαλία, στην άνεση, στην ακριβή προετοιμασία και στην ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.

Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας

Η νοσηλεύτρια ενσωματώνει τα εξής στοιχεία στο σχεδιασμό της φροντίδας.

1. Φροντίζει τη διενέργεια όλων των αιματολογικών, ουρολογικών, ακτινολογικών εξετάσεων και του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, την παραλαβή των αποτελεσμάτων, την αξιολόγηση και την καταγραφή τους.
2. Είναι σημαντικό η νοσηλεύτρια να γνωρίζει τον τύπο της αναισθησίας καθώς

επίσης και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της γενικής αναισθησίας και να είναι προετοιμασμένη να απαντήσει σε όποιες ερωτήσεις της ασθενούς.

3. Γνωρίζει το ιστορικό της ασθενούς, όπως σακχαρώδη διαβήτη, καρδιολογικά προβλήματα και πρόσφατη φαρμακευτική αγωγή.

4. Γνωρίζει το σκοπό, την πιθανή φαρμακευτική αλληλεπίδραση και τη δράση κάθε

προεγχειρητικής φαρμακευτικής αγωγής που συνιστάται όπως χορήγηση μορφίνης, ατροπίνης κλπ.

5. Χορηγεί με ακρίβεια τα φάρμακα, για να εξασφαλίσει τα επιθυμητά καταπραϋντικά αποτελέσματα, να διατηρήσει την ασφάλεια της ασθενούς και να παρακολουθήσει τυχόν ανεπιθύμητες αντιδράσεις πριν η ασθενής εισαχθεί στο χειρουργείο.

3.7. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

3.7.1.

Η γνωστότερη μέθοδος πρόωιμης ανίχνευσης του καρκίνου του μαστού είναι η **μαστογραφία**. Μέχρι σήμερα γνωρίζαμε πως η μαστογραφία σε γυναίκες ηλικίας 50-70 ετών προκαλεί μια ελάττωση της συχνότητας των θανάτων από καρκίνο του μαστού σε ποσοστό μέχρι 35% σε χρονικό διάστημα μετά από πέντε έως έξι χρόνια. Νεώτερα στατιστικά δεδομένα όμως δείχνουν πως σε χρονικό διάστημα 12 ετών δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στους θανάτους από τη νόσο αυτή σε γυναίκες που υποβάλλονται ή όχι σε μαστογραφία. Αυτό φαίνεται παραστατικά στον παρακάτω πίνακα:

Από σύνολο 1000 γυναικών μέσα σε 10 χρόνια (για κάθε ομάδα)

	ΜΕ Μαστογραφία	ΧΩΡΙΣ Μαστογραφία
Συνολικός αριθμός θανάτων (όλες οι αιτίες)	100	100

Συνολικός αριθμός θανάτων (όλες οι αιτίες)	100	100
Θάνατοι από καρκίνο μαστού	3	4
Γυναίκες στις οποίες διαγνώστηκε καρκίνος μαστού	25	20
Συνολικός αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων στο στήθος	24	19
Χημειοθεραπεία ή Ακτινοθεραπεία	13	11
Γυναίκες με ύποπτο εύρημα στο μαστό για καρκίνο (ψευδώς θετικά)	250	
Γυναίκες που υποβλήθηκαν σε βιοψία από το μαστό, χωρίς τελικά να έχουν καρκίνο	50	

Πίνακας 3.7.1.

Από τον απλοποιημένο αυτόν πίνακα, μπορούμε να υπογραμμίσουμε ορισμένα συμπεράσματα:

μέσα σε δέκα χρόνια, ο αριθμός των γυναικών που τελικά θα πεθάνουν από καρκίνο του μαστού είναι ουσιαστικά ο ίδιος, ασχέτως εάν αυτές οι γυναίκες έκαναν ή δεν έκαναν “προληπτική” μαστογραφία (Lancet; 355: 129-134, 2000)

οι γυναίκες που έχουν καρκίνο μαστού αλλά αυτός τελικά δε διαγνώστηκε και δεν υποβλήθηκαν σε θεραπεία είναι πολύ μικρός (κυρίως ηλικιωμένες γυναίκες, στις οποίες η

διάγνωση της νόσου δεν επηρεάζει τελικά την επιβίωση)

πέρα όμως από τη στιγμιαία αριθμολογία της στατιστικής, είναι απαράδεκτα μεγάλος ο αριθμός των γυναικών οι οποίες θα δεχτούν την ψυχρολουσία της ανακοίνωσης ύπαρξης ενός πιθανού καρκίνου του μαστού χωρίς τελικά αν υπάρχει κανένα πρόβλημα και εξίσου υψηλός είναι ο αριθμός των γυναικών που υποβάλλονται σε κάποιου είδους βιοψία (ανοικτή ή με βελόνα) για καλοήγη πάθηση!!!

Παρά τα μειονεκτήματα της μαστογραφίας ως μεθόδου έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, προς το παρόν είναι η μοναδική που μπορεί να εφαρμοστεί σε μεγάλες ομάδες ατόμων στα πλαίσια πληθυσμιακού ελέγχου, κυρίως επειδή τα ευρήματα μπορούν να εκτιμηθούν από ειδικό ιατρό που δεν είναι απαραίτητο να βρίσκεται στο χώρο όπου έγινε η εξέταση (π.χ. Τηλεϊατρική, Κινητή Μονάδα της Αντικαρκινικής Εταιρείας) και πως η επαλήθευση των ευρημάτων μπορεί να γίνει από περισσότερους ειδικούς. Πέρα από τις στατιστικές, η μαστογραφία για την κάθε γυναίκα ξεχωριστά αποτελεί προς το παρόν αναπόσπαστο κομμάτι της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Δεν πρέπει να παραλείψουμε και το γεγονός, πως πολλές γυναίκες με άγχος για την υγεία του στήθους τους ηρεμούν όταν τα αποτελέσματα μιας μαστογραφίας δε δείξουν σημάδια νόσου.

Το πρόβλημα του βαθμού χρησιμότητας της μαστογραφίας είναι σύνθετο και απαιτεί τη συνεργασία ιατρών, στατιστικολόγων, ειδικών δημόσιας υγείας. Επειδή όμως δεν μπορούμε να αφήσουμε τη γυναίκα να αποφασίσει μόνη της λέγοντάς της τα υπέρ και τα κατά, πρέπει να καταλήξουμε στο εξής:

Εάν η γυναίκα επισκέπτεται τακτικά (ετησίως) το γυναικολόγο της, σε συνδυασμό με αυτοεξέταση, κλινική εξέταση των μαστών και άλλες απεικονιστικές μεθόδους όπως το **υπερηχογράφημα των μαστών**, η μαστογραφία θα εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό όπλο στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Έγκαιρη διάγνωση στον καρκίνο του μαστού σημαίνει και ίαση στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων.

i. Μαστογραφία:πότε;

1. Σε γυναίκες χωρίς επιβαρημένο κληρονομικό ιστορικό (συγγενείς με καρκίνο μαστού ή ωοθηκών), μια μαστογραφία αναφοράς στην ηλικία των 40 ετών και επί ελλείψεως ευρημάτων, επανάληψη κάθε 2 χρόνια μέχρι την ηλικία των 50 ετών

2. Σε ηλικία άνω των 50 ετών, μαστογραφία ετησίως (ή ανά δύο χρόνια με παρεμβολή στο έτος ενός υπερηχογραφήματος μαστών από ειδικευμένο ιατρό γυναικολόγο ή ακτινολόγο)

3. Σε γυναίκες με επιβαρημένο ιστορικό, η πρώτη μαστογραφία αναφοράς καλό είναι να γίνεται στην ηλικία των 35 ετών

4. σε κάθε περίπτωση ψηλαφητής βλάβης στο μαστό

ii. Κίνδυνοι από την ακτινοβολία:

Η ακτινοβολία είναι γνωστό ότι είναι καρκινογόνος. Η δράση της αυτή αποδείχθηκε στις γυναίκες που εκτέθηκαν σε ακτινοβολία κατά την ατομική έκρηξη στην Ιαπωνία και σε αυτές που δέχθηκαν ακτινοβολία για θεραπευτικούς σκοπούς (αντιμετώπιση φυματίωσης, μαστίτιδας μετά από τοκετό και καλοηθών παθήσεων του μαστού).

Όλες οι μελέτες καταλήγουν στο ότι η καρκινογόνος επίδραση της ακτινοβολίας έχει άμεση σχέση με τη δόση (γραμμική συνάρτηση μετά από ένα όριο), αλλά και με την ηλικία της γυναίκας κατά την έκθεσή της στην ακτινοβολία. Η μεγαλύτερη ευαισθησία εμφανίζεται στην παιδική και εφηβική ηλικία (10-19 ετών), ενώ οι γυναίκες άνω των 40 ετών δεν διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο.

Όσον αφορά τα επίπεδα ακτινοβολίας που χρησιμοποιούνται για διαγνωστικούς σκοπούς, είναι αμφίβολο αν η συνάρτηση της δόσης με τον κίνδυνο είναι γραμμική. Φαίνεται ότι υπάρχει ένα όριο (50-75 rads), μετά από το οποίο η σχέση αυτή γίνεται γραμμική.

Η μοντέρνα μαστογραφία επιβαρύνει το μαστό μόνο με 0,06-0,5 rads για τις δύο λήψεις της εξέτασης. Ο υπολογιζόμενος φυσικός κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού είναι 8 %. Αν ένας πληθυσμός γυναικών θεωρήσουμε ότι δέχεται 1 rad κάθε χρόνο στους μαστούς μετά την ηλικία των 35 χρόνων, τότε ο υπολογιζόμενος αυτός κίνδυνος αυξάνει σε 8,3 %, ενώ αν η ετήσια δόση είναι 0,1 rad, τότε ο κίνδυνος είναι 8,03 %.

Έτσι αν σαν όριο θεωρηθούν τα 50 rads (πέρα από το οποίο η συνάρτηση δόσης/κινδύνου γίνεται γραμμική), τότε μια γυναίκα που δέχεται 1 rad το χρόνο στους μαστούς θα πρέπει να φθάσει σε ηλικία 90 ετών για να γίνει η συνάρτηση γραμμική, και σε ηλικία 900 ετών αν η ετήσια δόση που δέχεται είναι της τάξης του 0,1 rad.

Ο μεγαλύτερος πάντως κίνδυνος από την ακτινοβολία υφίσταται για τις γυναίκες ηλικίας 10-19 ετών και υπολογίζεται σε 6 περιπτώσεις ανά rad ανά 1.000.000 γυναίκες, καθώς όμως η ηλικία των γυναικών που υποβάλλονται σε προσυμπτωματικό έλεγχο είναι 40 ετών και άνω, ο κίνδυνος που προκύπτει γι' αυτές από τη μαστογραφία είναι ουσιαστικά αμελητέος.

iii. Υποπτα σημεία στη μαστογραφία:

Διακρίνονται σε άμεσα και έμμεσα. Από αυτά τα άμεσα υποδιαιρούνται σε πρωτογενή και δευτερογενή.

Τα πρωτογενή άμεσα σημεία είναι αυτά που "αντανακλούν την ακτινολογική σκιά" της ίδιας καρκινωματούδους μάζας, ενώ τα δευτερογενή είναι αυτά που οφείλονται στον καρκίνο όπως Π.χ. η πάχυνση του δέρματος, η εισολκή της θηλής, η έλξη του δέρματος ή η συρρίκνωση του μαστού.

Όταν υπάρχουν άμεσα σημεία στη μαστογραφία, τότε γίνεται καλή εκτίμηση της φύσης της βλάβης και η διαγνωστική αξία της μαστογραφίας είναι πολύ υψηλή.

Τα έμμεσα σημεία αντίθετα αντιπροσωπεύουν αλλοιώσεις στο μαστό, που συχνά εμφανίζονται σε καλοήθεις παθήσεις του μαστού και περιστασιακά σε κακοήθεις. Όταν τελικά αποδεικνύεται κακοήθεια ο όγκος είναι συνήθως πολύ πιο μικρός (5mm ή λιγότερο) από ότι όταν υπάρχουν άμεσα σημεία. Η διαγνωστική αξία των έμμεσων σημείων είναι φυσικά πολύ μικρότερη απ' ότι των άμεσων, αλλά πάντως μεγαλύτερη από την απλή υπόθεση.

Μάζες μονήρεις στρογγυλές, ωοειδείς ή πολυλοβωτές, διαμέτρου άνω του 1 εκ. είναι συνήθως καλοήθεις όγκοι του μαστού. Δεν παρουσιάζουν σημεία διήθησης, αναπτύσσονται ομοιόμορφα προς κάθε κατεύθυνση και λόγω της απόθησης των πέριξ ιστών περιβάλλονται συχνά από ακτινοδιαφανή στεφάνη στην περιφέρειά τους. Αντίθετα μάζες με ακτινοειδείς προσεκβολές, με αυξημένη πυκνότητα για το μέγεθός τους, με ασύμμετρη εμφάνιση των πόρων και των αγγείων και διαταραχή της αρχιτεκτονικής του παρεγχύματος είναι συνήθως κακοήθεις.

Σημείο έρευνας αποτελούν και οι μικροασβεστώσεις των μαστών, μια και ορισμένα είδη αυτών συνδυάστηκαν με μεγάλη πιθανότητα ύπαρξης καρκίνου. Σήμερα αναγνωρίζεται ότι δεν είναι όλες οι ασβεστώσεις στο μαστό προγνωστικές καρκίνου. Ορισμένες από αυτές δεν θέτουν υποψία καρκίνου και θεωρούνται καλοήθεις. Πρόκειται για μεγάλες ασβεστώσεις (συνήθως πάνω από 200-250 mm) στρογγύλες που απεικονίζονται στη μαστογραφία "μαλακά" και όχι κατά μήκος των πόρων.

Η κύρια αξία των μικροασβεστώσεων είναι ότι αποτελούν δείκτες πρώιμης διάγνωσης ορισμένων καρκίνων του μαστού σε ασυμπτωματικές γυναίκες, όταν το καρκίνωμα είναι ακόμη ενδοσωληνώδες ή διηθητικό χωρίς να ξεπερνά τα 5mm. Νέες

γυναίκες με μικροασβεστώσεις είναι υποψήφιες για βιοψία, ενώ η αντιμετώπιση είναι λιγότερο επιθετική σε γυναίκες άνω των 40 ετών.

Οι μαστοί συχνά χαρακτηρίζονται ως οπτικά ισομερή και έτσι κάθε ασυμμετρία γεννά υποψίες. Η ασύμμετρη απεικόνιση - πυκνότητα των δύο μαστών αποτελεί το πιο συχνά παραγνωρισμένο σημείο καρκίνου του μαστού. Πάντως μη ειδικές περιοχές ασύμμετρη ς πυκνότητας εμφανίζονται συχνά στο γενικό πληθυσμό και οφείλονται απλώς σε ίνωση. Όταν υπάρχει ασύμμετρη απεικόνιση αλλά κανένα κλινικό σημείο, μπορεί να συστηθεί μία επαναληπτική μαστογραφία σε 6 μήνες και επανεξέταση σε 3-6 μήνες ενώ ενθαρρύνεται η μηνιαία αυτοεξέταση. Αν υπάρξει μεταβολή είτε της κλινικής είτε της μαστογραφικής εικόνας καταφεύγουμε σε βιοψία.⁷

iv. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη μαστογραφία

Η νοσηλεύτρια :

α. Σε έντονο άλγος και στην εμφάνιση έντονου άγχους, χορηγεί αναλγητικά ή ελαφρά ηρεμιστικά, κατόπιν ιατρικής εντολής.

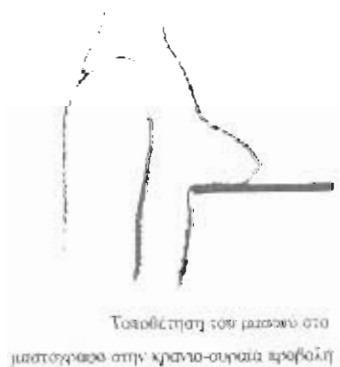
β. Εκτιμά τη σωματική κατάσταση της ασθενούς. Σε περίπτωση αναπηρίας η εξέταση διενεργείται σε καθιστή θέση.

γ. Φροντίζει για την ενυδάτωση της ασθενούς, σε περίπτωση αφυδάτωσης, με τη χορήγηση παρεντερικών διαλυμάτων, με βάση ιατρικές οδηγίες.

δ. Βοηθάει στην σωστή τοποθέτηση του μαστού της ασθενούς στο μαστογράφο.

Πιο ειδικά:

➤ Κρανιοουριαία προβολή





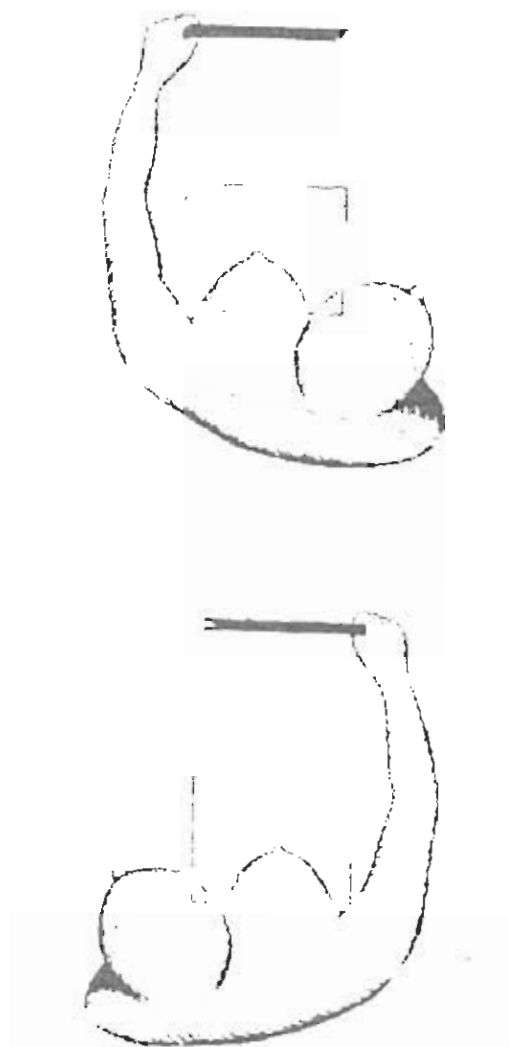
Κρανιο-ουραία προσβολή.

α. Υποδεικνύει στην ασθενή να τοποθετήσει το μαστό στη βάση του μαστογράφου, κατά τρόπο ώστε να βρίσκεται συμμετρικά προς τη μέση του φιλμ. Επίσης, να στρέψει τον κορμό της ελαφρά προς την πλευρά του μαστού που εξετάζεται, και το κεφάλι της προς την αντίθετη πλευρά.

β. Να γύρει ελαφρά τον κορμό της προς το μέρος του μηχανήματος και πιάνοντας με το σύστοιχο προς το μαστό που θα εξεταστεί χέρι το βοηθητικό βραχίονα, να σπρώξει το κορμί της προς την πλευρά του μηχανήματος.

γ. Φροντίζει η νοσηλεύτρια, ώστε η ασθενής να μη γέρνει προς τα πίσω, προκειμένου να ελαττωθεί ο βαθμός έκθεσής της στην ακτινοβολία και τα αποτελέσματά της





Στη θέση αυτή, ο κορμός της ασθενούς είναι ελαφρά στραμμένος προς την πλευρά του μαστού που εξετάζεται, ενώ το κεφάλι προς την αντίθετη

➤ Ουραιο-κρανιακή προβολή

α. Φροντίζει ώστε να τοποθετηθεί ο μαστός πάνω στην κατώτερη επιφάνεια του κώνου.

➤ Μεσο-πλάγια προβολή

➤ Πλάγια-μέση προβολή

➤ Μασχαλιαία προβολή

Σ' όλες τις προβολές, κύρια μέριμνα της νοσηλεύτριας είναι να επιτευχθεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συμπίεση, για τους λόγους που ήδη αναφέρθηκαν.

ν. Προστασία του προσωπικού από την ακτινοβολία

Κατά τη διάρκεια της μαστογραφίας, η νοσηλεύτρια και ο τεχνικός πρέπει να είναι βέβαιοι ότι προστατεύονται. Γι' αυτό το σκοπό οι εναλλακτικές λύσεις είναι:

α. Η νοσηλεύτρια να πάρει θέση σε απόσταση τουλάχιστον 1 μέτρου από την ασθενή.

β. Να φορέσει προστατευτική ποδιά από μόλυβδο πάχους 0,25mm.

γ. Να παραμένει πίσω από την προστατευτική πόρτα, η οποία είναι προσαρμοσμένη πάνω στο μηχάνημα.¹⁴

3.7.2.

Το υπερηχογράφημα στηρίζεται στην ιδιότητα των υπερήχων να μεταδίδονται με διαφορετική ταχύτητα στους διάφορους ιστούς και να αντανακλώνται ανάλογα με την πυκνότητα αυτών. Είναι μέθοδος μη αιματηρή, δεν εκθέτει το μαστό σε ακτινοβολία και αποτελεί τη μόνη απεικονιστική μέθοδο που διακρίνει τις κύστες από τις συμπαγείς βλάβες. Στο υπερηχογράφημα τα ηχογενή στοιχεία εμφανίζονται φωτεινά, ενώ τα μη ηχογενή σκοτεινά.

Στη διαφοροδιάγνωση των καλοήθων όγκων από τους κακοήθεις βοηθούν τα εξής στοιχεία: 1) τα όρια της μάζας και το σχήμα της 2) η παρουσία ήχων στο εσωτερικό της μάζας και 3) η σκιά πίσω από τον όγκο. Οι καλοήθεις μάζες έχουν στρογγυλό ή ωοειδές ομαλό περίγραμμα. Δεν έχουν καθόλου ήχους στο εσωτερικό τους (κύστες) ή αν έχουν αυτοί είναι ομοιογενείς (ιναδενώματα). Η σκιά πίσω από τη μάζα είναι χαρακτηριστικά φωτεινή και ηχογενής και προβάλλει έντονα προς τα πίσω. Αντίθετα στις κακοήθεις μάζες τα όρια διασπώνται, οι εσωτερικοί ήχοι είναι ανομοιογενείς και το οπίσθιο χείλος σκοτεινό με μία σκούρα, χωρίς ήχους σκιά να προβάλλει προς τα πίσω.

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

Στις προεμμηνοπαυσιακές πάντως γυναίκες με ψηλαφητή μάζα στο μαστό η παρακέντηση με βελόνη μπορεί εύκολα και γρήγορα να διαχωρίσει μία κύστη από

ένα συμπαγή όγκο και να εκκενώσει ταυτόχρονα την κύστη. Στην περίπτωση αυτή η αξία του υπερηχογραφήματος είναι μικρότερη απ' ό τι στην εκτίμηση των βαθέως κείμενων μη ψηλαφητών όγκων που ανακαλύφθηκαν από μαστογραφία.

Ενδείξεις για υπερηχογραφικό έλεγχο αποτελούν 1) νεαρές γυναίκες 2) έγκυες γυναίκες 3) πυκνοί ακτινοσκοπεροί μαστοί 4) ινοκυστική νόσος 5) ψηλαφητή μάζα 6) συμπληρωματικά σε μαστογραφία 7) γυναίκες με πρόθεση μαστού 8) γυναίκες που αρνούνται μαστογραφία 9) πρόσφατο νεόπλασμα μαστού και 10) βοηθητικά στην καθοδήγηση παρακέντησης σε μη ψηλαφητά κυστικά μορφώματα.⁷

i. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στο υπερηχογράφημα

Η νοσηλεύτρια, για να προετοιμάσει την ασθενή για τη συγκεκριμένη εξέταση:

α. Ελέγχει την κατάσταση του μαστού, στον οποίο θα γίνει η εξέταση. Αν υπάρχουν έντονα δερματικά προβλήματα ή μικροεξελκώσεις, η εξέταση αναβάλλεται

β. Γνωρίζει πως η παχυσαρκία επηρεάζει αρνητικά τη διεκπεραίωση της εξέτασης.

γ. Πληροφορεί την ασθενή πως πριν από την εξέταση πρέπει να ουρήσει.

δ. Πληροφορεί ότι ο εξεταστής θα επαλείψει την περιοχή του μαστού με ειδικό λάδι,

το οποίο θα επιτρέψει την καλύτερη επαφή του πομπού με το δέρμα.

ε. Την καθησυχάζει πως η εξέταση δεν είναι δυσάρεστη και διαρκεί 30-60'.¹⁴

3.7.3.

Όλα τα σώματα απορροφούν και εκπέμπουν θερμότητα με τη μορφή υπέρυθρης ακτινοβολίας. Το ίδιο ισχύει και για τον ανθρώπινο μαστό.

Η θερμογραφία στηρίζεται στη διαπίστωση ότι ο καρκίνος εξαιτίας του υψηλού μεταβολισμού του παράγει μεγάλα ποσά θερμότητας, που μεταδίδονται στο δέρμα άμεσα ή διαμέσου των αρδευόντων αγγείων.

Δυστυχώς η αυξημένη θερμότητα δεν είναι ειδική για τον καρκίνο. Καλοήθειες καταστάσεις όπως η πλασματοκυτταρική μαστίτιδα, η αδένωση, η επιθηλιακή υπερπλασία και οι ιστοί που περιβάλλουν κύστεις μπορούν να προκαλέσουν αυξημένες θερμοκρασίες.

Άλλες δυσκολίες στην εξέταση είναι ότι το θερμογραφικό προφίλ του μαστού επηρεάζεται από την έμμηνο ρύση, την κύηση και δεν είναι όμοιο στους δύο μαστούς ώστε να υπάρχει κάποιο μέτρο σύγκρισης. Εξάλλου οι εν τω βάθει όγκοι χωρίζονται από το δέρμα με αρκετό στρώμα υποδόριου λίπους, το οποίο δρά μονωτικά και εμποδίζει τη μετάδοση της θερμότητας.

Έτσι η θερμογραφία δεν έχει, προς το παρόν τουλάχιστον, καθιερωθεί σαν μέθοδος εκτίμησης της κατάστασης των μαστών. Ένα μη φυσιολογικό θερμογράφημα δεν αποτελεί από μόνο του ένδειξη για βιοψία, ενώ από την άλλη ένα φυσιολογικό δεν είναι επαρκές για να αποκλεισθεί το ενδεχόμενο κακοήθειας.⁷

ι. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη θερμογραφία

Η νοσηλεύτρια, αφού εφαρμόσει τη νοσηλευτική παρατήρηση και φροντίδα από προηγούμενη ημέρα (όπως και στη 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 βαθμούς Κελσίου, για 3-15'. Τα χέρια της ασθενούς τοποθετούνται στην απαγωγή, ώστε να μην έρχονται σε επαφή με το σώμα.

Επίσης, η νοσηλεύτρια οφείλει να γνωρίζει:

- α.** Την θερμοκρασία του περιβάλλοντος.
- β.** Τη σωστή τοποθέτηση της ασθενούς.
- γ.** Τη σαφήνεια της εικόνας.
- δ.** Την αντίθεση των σκιάσεων.

3.7.4.

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 την διάγνωση του καρκίνου. Από την ανησυχία αυτή ανακουφίζεται μόνο όταν η διάγνωση έχει τεθεί. Κάθε εξέταση που κάνει η ασθενής, κάθε νέο άτομο που συναντά, μπορεί να της αυξήσει το αίσθημα ότι χάνει τον έλεγχο. Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει τον 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 διάρκειας της και,
- ↓ Αν είναι γνωστό από προηγουμένως, ενημερώνοντας την για πότε έχουν προγραμματισθεί οι εξετάσεις.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να εξηγήσει στην ασθενή την όλη διαδικασία, να την ενθαρρύνει και να την υποστηρίξει το διάστημα που εκείνη πρέπει να αποφασίσει για την συμμετοχή της στις διαγνωστικές διαδικασίες να δώσει την συγκατάθεση της και κατά τη διάρκεια τους. Ειδική προετοιμασία, όπως ειδική δίαιτα, καθαρτικοί υποκλουμοί ή χορήγηση ηρεμιστικών, είναι συνήθως για πολλές διαγνωστικές εξετάσεις. Πριν από την προετοιμασία της ασθενούς, πρέπει η νοσηλεύτρια να εκτιμήσει την κατάσταση της. Η εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής:

Βασική φυσική κατάσταση της ασθενούς. Τυχόν παρουσία αφυδάτωσης, πόνου, ικανότητας να σταθεί όρθια, δυνατότητα να παραμείνει ξαπλωμένη τουλάχιστον για μια ώρα.

Αποτελέσματα που έχει η συγκεκριμένη προετοιμασία. Τι μπορεί να προκαλέσει στην ασθενή δηλαδή διάρροια, επιδείνωση αιμορραγίας ή αύξηση του πόνου.

- Αν η ασθενής είναι αλλεργική σε κάποιο φάρμακο που πρέπει να πάρει.

Αν η ασθενής είναι ασταθής, αλλά η εξέταση είναι απαραίτητη, οφείλει η νοσηλεύτρια να συνοδεύει την ασθενή. Μέσα με τα οποία είναι δυνατή η εξασφάλιση της άνεσης και της ασφάλειας της ασθενούς.

Αν χρειάζεται η χορήγηση παρεντερικών διαλυμάτων για την αντιμετώπιση αφυδάτωσης. Χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων είναι απαραίτητη κατά τη διάρκεια της εξέτασης ή για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της.

- † Αν είναι απαραίτητη η χορήγηση αναλγητικών πριν από την εξέταση, για να αισθάνεται πιο άνετα.¹⁴

3.7.5.

Αποτελεί τη σημερινή εκδοχή μιας παλιάς τεχνικής προβολής φωτός διαμέσου του μαστού, της διαφανοσκόπησης. Μία φωτεινή πηγή τοποθετείται κάτω από το μαστό σε απόλυτα σκοτεινό εξεταστήριο και παρατηρούνται τμηματικές διαφορές στη φωτεινότητα, που δημιουργούνται από βλάβες του μαζικού περιεγγύματος.

Οι κυστικές βλάβες ενισχύουν τη φωτεινότητα, όπως επίσης και τα λιπώματα, ενώ η αυξημένη αγγείωση των νεόπλαστων ιστών τη μειώνει, αφού το αίμα δρα σαν φίλτρο στο ερυθρό και υπέρυθρο τμήμα του φάσματος. Πάντως μικρές μάζες είναι δύσκολο να εκτιμηθούν και μία σκοτεινή σκιά δεν μπορεί να διαχωρίσει μια καλοήγη από μια κακοήγη μάζα.

3.7.6.

Η γαλακτογραφία γίνεται με παλίνδρομη έγχυση ραδιογραφικού υλικού αντίθεσης σε ένα γαλακτοφόρο πόρο με ακόλουθη απεικόνιση. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται εξαιρετική απεικόνιση του εξεταζόμενου πόρου, ενώ διαγράφονται επίσης τυχόν εκτασίες, ενδοαυλικά ελλείμματα, απόθεση των πόρων και τυφλά άκρα. Σε αυτόματη αιματηρή ή ορώδη έκκριση η γαλακτογραφία μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη για την περαιτέρω εκτίμηση, πάντως πρακτικά η χειρουργική αντιμετώπιση συνιστάται μάλλον από τον τύπο της έκκρισης παρά από τα στοιχεία της γαλακτογραφίας.

3.7.7.

Η αξονική τομογραφία του μαστού έχει την ικανότητα να αποκαλύψει ορισμένους καρκίνους του μαστού, που δεν γίνονται αντιληπτοί με άλλη μέθοδο. Επιτρέπει την απεικόνιση τόσο των μασχαλιαίων όσο και των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων, καθώς και των εν τω βάθει μαστικών και οπισθομαστικών ιστών.

Έχουν απεικονισθεί όγκοι έως 2mm, αλλά η κύρια συμβολή της αξονικής τομογραφίας είναι στους πυκνούς μαστούς όπου η μαστογραφία δεν είναι διαφωτιστική, καθώς και στις περιπτώσεις που η βιοψία των μασχαλιαίων λεμφογαγγλίων είναι θετική αλλά η μαστογραφία δεν αποκαλύπτει πρωτοπαθή εστία στο μαστό και τέλος σε μικρού μεγέθους καρκίνους που δεν ανιχνεύονται ούτε κλινικά ούτε μαστογραφικά.

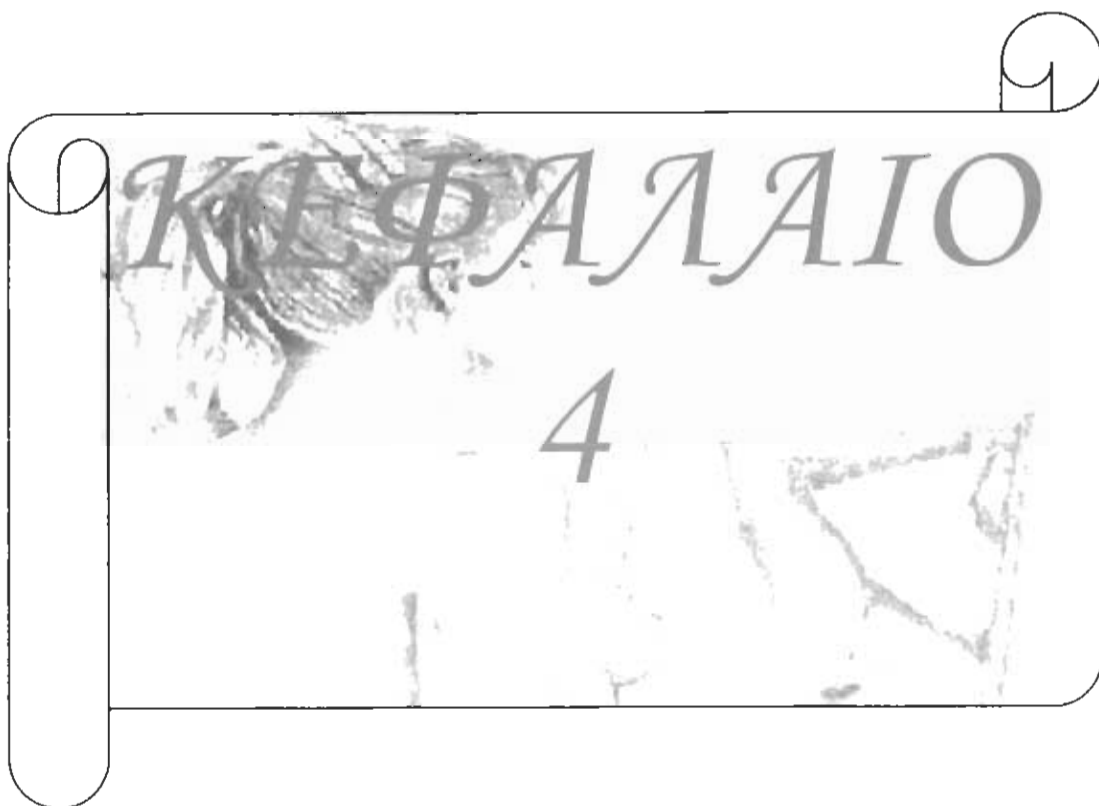
Δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μέθοδος διαλογής σε προσυμπτωματικό έλεγχο εξαιτίας της υψηλής δόσης ακτινοβολίας (15 φορές μεγαλύτερη της μαστογραφίας) στην οποία εκθέτει το μαστό. Άλλα μειονεκτήματα αυτής της εξέτασης είναι η αδυναμία της να αποκαλύψει μικροασβεστώσεις, η ταυτόχρονη ακτινοβολήση τμημάτων του θώρακα, το υψηλό κόστος και το μεγάλο χρονικό διάστημα που απαιτείται για την εκτέλεσή της.

3.8. ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου. Ο πρωτοπαθής όγκος αυξάνει, οι επιχώριοι ιστοί όπως το δέρμα και οι θωρακικοί μύες και τέλος το θωρακικό τοίχωμα διηθούνται και τελικά εμφανίζονται απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η αυτόματη υποχώρηση του καρκίνου είναι σπάνια και παροδική. Το μεγάλο μέγεθος του όγκου, οι μεταστάσεις στα επιχώρια λεμφογάγγλια και το προχωρημένο κλινικό στάδιο συνδυάζονται με φτωχή πρόγνωση.

Δυστυχώς πολύ συχνά παρατηρείται μεγάλη καθυστέρηση στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Σ' αυτό συμβάλλουν η άγνοια των σημείων του καρκίνου του μαστού, η έλλειψη χρημάτων για θεραπεία, η απουσία πόνου, η ελπίδα ότι η μάζα θα εξαφανισθεί και ο φόβος μπροστά στο ενδεχόμενο καρκίνου. Οι κλινικοί γιατροί δυστυχώς ορισμένες φορές συμβάλλουν σ' αυτή την καθυστέρηση με την "παρακολούθηση" όγκων, με αδικαιολόγητη εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να διαχωρίζουν έναν καλοήγη όγκο από έναν κακοήγη και με επανάπαυση σε μία αρνητική μαστογραφία.

Η κατάσταση αυτή θα βελτιωθεί μόνο με κατάλληλη εκπαίδευση και ενημέρωση. Οι γυναίκες θα πρέπει να κατευθύνονται προς την αυτοεξέταση του μαστού, αφού έχουν επιδείξει ικανότητα να ψηλαφούν στο μαστό τους όγκους 1 εκ. ή και μικρότερους. Σ' αυτό το μέγεθος μόνο το 28,5 % έχει κάνει μεταστάσεις στα μασχαλαία λεμφογάγγλια. Οι γυναίκες θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με το ότι ο καρκίνος του μαστού και μπορεί και πρέπει να αντιμετωπίζεται, ώστε να μην εγκαταλείπονται στην άγνοια και στην απελπισία, ενώ οι γιατροί από την πλευρά τους θα πρέπει να παίρνουν σοβαρά υπόψη τους το **"ότι οποιοδήποτε σημείο νόσου στο μαστό μπορεί να οφείλεται σε καρκίνο μέχρι αποδείξεως του εναντίου"**.⁷



4.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΠΩΣ ΔΙΑΚΡΙΝΕΤΑΙ

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού διακρίνεται σε συντηρητική και σε χειρουργική.

Την συντηρητική θεραπεία αποτελούν η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, ενώ τη χειρουργική οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις στο μαστό καθώς και η ορμονοθεραπεία, η οποία περιλαμβάνει και στοιχεία συντηρητικής παρέμβασης.

4.2. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

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

Τα κακοήθη κύτταρα, επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα φυσιολογικά κύτταρα των ιστών, όπως ο μυελός των οστών, που είναι πολύ δραστήρια, είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα φάρμακα αυτά.

Είναι πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσης του φαρμάκου, που θα καταστρέψει τα παθολογικά κύτταρα, χωρίς να επηρεάσει τα φυσιολογικά π.χ. του μυελού των οστών.

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

1. Από τη μορφή και την ακριβή εντόπιση της νόσου
2. Από το στάδιο εξέλιξης της νόσου
3. Από την κατάσταση της ασθενούς
4. Από το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας
5. Από τις συνθήκες και την πείρα των γιατρών
6. Από την τακτική που εφαρμόζει το νοσοκομείο

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού διακρίνεται σε 2 βασικές κατηγορίες:

1. Σε εκείνη που σκοπεύει να συμπληρώσει τη θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου, δηλαδή την χειρουργική με σκοπό να καταστρέψει

υπολείμματα όγκου που δεν είναι κλινικοεργαστηριακώς διαπιστώσιμα και ευθύνονται για τη μελλοντική υποτροπή της νόσου(προφυλακτική χημειοθεραπεία) και

2. Σε εκείνη που αφορά στην αντιμετώπιση ήδη διαπιστωμένων μεταστάσεων(αποδεδειγμένως γενικευμένη νόσος)¹⁴

4.2.1. Νοσηλευτικές εθιές στην εφαρμογή χημειοθεραπείας

Α. Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας, στην οποία συμμετέχει η ασθενής και η οικογένεια της) προσέγγιση της ασθενούς και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθεια της ως ενιαίας οντότητας, που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

Β. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την τοποθέτηση των ασθενών που θα υποβληθούν σε θεραπεία σε μικρό θάλαμο, ετοιμάζονται για την αντιμετώπιση επιλοκών και, προκειμένου για ειδικό τμήμα, εξοικειώνεται με τη χρήση του εξοπλισμού, όπως της άσηπτης κλίνης και περιορίζει στο τμήμα της το επισκεπτήριο στο ελάχιστο.

Γ. Η νοσηλεύτρια βεβαιώνει την ασθενή πως οι τοξικές ενέργειες και οι ανεπιθύμητες επιδράσεις του φάρμακου δεν είναι τίποτε άλλο από τη μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα με την ευεργετική καταστροφή των κακοηθών κυττάρων καταστρέφουν και τα υγιή.

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

Ε. Προσφέρεται στην ασθενή ότι έντυπη πληροφορία.

Στ. Γίνεται γενική αξιολόγηση της ασθενούς για τη θρέψη της, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, το βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, την ευαισθησία της σε διάφορα φάρμακα. κλπ. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων ακτινογραφικών η χημειοθεραπείας.^{15, 27}

4.3. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν ένα ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στον οργανισμό για θεραπευτικό σκοπό η δόση του είναι της τάξης των millicuries και γι' αυτό δεν είναι ακίνδυνο. Εφόσον όμως εφαρμοστούν τα μέτρα προστασίας γίνεται ακίνδυνο. Τα μέτρα που θα εφαρμοστούν, εξαρτώνται από :

1. Το είδος του ραδιοϊσότοπου.
2. Τον τρόπο εφαρμογής του.

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

- α. στην ενημέρωση για τη θεραπεία. β. στην προετοιμασία της άρρωστης.
- γ. στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων.
- δ. στην ψυχολογική τόνωση της άρρωστης πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.¹⁶

4.3.1. Νοσηλεύτρια Πρωτοβάθμια για την προετοιμασία ασθενών στην οποία τροφοδοτείται εξωτερική ακτινοθεραπεία

(Τηλεραδιοθεραπεία - ακτίνες Χ), η νοσηλεύτρια :

- Ενημερώνεται για το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας, τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, το σκοπό (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός), τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει.
- Αξιολογεί τι και πώς αντιλαμβάνεται η άρρωστη σχετικά με τη θεραπεία.
- Χορηγεί αναλγητικά πριν τη θεραπεία, αν χρειάζεται, επειδή η ασθενής θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητη στην ίδια θέση για λίγα λεπτά, και την προστατεύει από ψύξη (η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι χαμηλή).

* Πριν αρχίσει η ακτινοθεραπεία εκπαιδεύει την άρρωστη στα πιο κάτω:

1. Η περιοχή της ακτινοβολίας.
 - διατηρείται στεγνή
 - πλένεται με H₂O και σαπούνι
 - αποφεύγονται αλοιφές, πούδρες κλπ
 - προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο

- δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή / ερεθισμό

2. Δεν αφαιρείται το σημάδι που δηλώνει το σημείο εφαρμογής της ακτινοθεραπείας.

3. Το διαιτολόγιό της πρέπει να είναι ελαφρύ, πλούσιο σε λευκώματα.

4. Μετά από κάθε συνεδρία, είναι ακίνδυνη και επιστρέφει στο θάλαμο.

4.3.2. Νοσηλευτική παρέμβαση για την προετοιμασία ασθενούς στην οποία προβλέπεται να εφαρμοστεί εστιαστική ακτινοθεραπεία

Η νοσηλεύτρια :

Ενημερώνεται από το φάκελο της ασθενούς για το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί (Ir-192), τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη), τον τρόπο χορήγησης της (ενδοϊστικής) την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, το σημείο εφαρμογής της και τον αριθμό των ημερών που η ασθενής πρέπει να απομονωθεί.

Ενημερώνει την ασθενή για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας της.

Αναρτεί πινακίδια, όπου αναγράφεται η περιοχή εφαρμογής και το είδος - δόση του ραδιοϊσοτόπου.

Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, απομονώνει την ασθενή, επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή που εκπέμπει ακτινοβολία, και λαμβάνει προστατευτικά μέτρα.

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

Διδάσκει την ασθενή και την προετοιμάζει μετά την έξοδο ως εξής:

- να εκτελεί κάθε μήνα την αυτοεξέταση του μαστού.
- να προστατεύει την περιοχή του δέρματος από την ακτινοβολία του ήλιου, χρησιμοποιώντας αντηλιακά υψηλού δείκτη προστασίας.
- ότι παροδικά, απότομοι πόνοι στο στήθος θα εμφανίζονται, ακόμη και ένα χρόνο μετά την ακτινοθεραπεία.
- να εκτελεί ασκήσεις βαθμιαίας κινητικότητας του σύστοιχου άκρου, με σκοπό την επαναφορά στη φυσιολογική κατάσταση της περιοχής της μασχάλης.¹⁴

4.4. Χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού

1. Ριζική μαστεκτομή

Περιγράφηκε το 1891 από τον Halsted και έχει σήμερα περισσότερο ιστορική σημασία, αφού απετέλεσε το σημείο εκκίνησης για υπόλοιπες εγχειρήσεις που εφαρμόζονται σήμερα στον καρκίνο του μαστού. Η ριζική μαστεκτομή ήταν αποτέλεσμα του δόγματος Halsted, που πρέσβευε ότι η νόσος είναι καταρχήν τοπική βάσει της θεωρίας της διείσδυσης (Permeation) του Sampson Handley.

Η εγχείρηση αυτή αφορούσε την en block αφαίρεση ολόκληρου του μαστικού αδένου μαζί με το υπερκείμενο δέρμα, το μείζονα θωρακικό μυ και το περιεχόμενο της μασχάλης. Έγινε αποδεκτή με ενθουσιασμό και πέτυχε την εντυπωσιακή ελάττωση τόσο των άμεσων όσο και των αψότερων τοπικών υποτροπών στο θωρακικό τοίχωμα, που εμφανίζονταν τότε σε ποσοστό 82 % μετά από μικρότερες επεμβάσεις. Όμως δεν υπάρχουν αξιόλογα στοιχεία για το αν τα ποσοστά αυτά επιβίωσης ήταν πράγματι καλύτερα. Η σύγκριση της εγχείρησης κατά Halsted με τις υπόλοιπες εγχειρήσεις στο μαστό είναι δυσχερής διότι: α) εφαρμόζονταν σε σχετικά προχωρημένες περιπτώσεις που μέχρι τότε θεωρούνταν ανεγχείρητες και β) έλειπε ένα ενιαίο σύστημα σταδιοποίησης, καθώς και η εφαρμογή κλινικών μελετών.

Το 1975 οι Fisher και συνεργάτες δημοσίευαν τα αποτελέσματα της ριζικής κατά Halsted μαστεκτομής μετά πενταετία και δεκαετία. Το ποσοστό υποτροπής στη δεκαετία ήταν 49,5 %, ενώ το ποσοστό αποτυχίας 76,1 % όταν τα μασχαλιαία λεμφογάγγλια ήταν θετικά. Μάλιστα το ποσοστό αποτυχίας έφθανε το 86,2 %, όταν ο αριθμός των κατελημμένων λεμφογαγγλίων ξεπερνούσε τα τρία. Οι υποτροπές ήταν συχνές (24,1 %) ακόμη και όταν τα λεμφογάγγλια ήταν ελεύθερα μεταστάσεων. Τα απογοητευτικά αυτά μακροχρόνια αποτελέσματα δείχνουν τα όρια της τοπικής θεραπείας ακόμα και όταν αυτή έχει τόση έκταση όσο η εγχείρηση κατά Halsted, όπως επίσης και την υψηλή πιθανότητα αποτυχίας της θεραπείας όταν έχουν προσβληθεί τα μασχαλιαία λεμφογάγγλια. Έτσι η εγχείρηση εφαρμόζεται κατά περίπτωση σε τοπικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού ή με σκοπό να προσφέρει ανακούφιση. Σήμερα η ριζική μαστεκτομή, που για οκτώ δεκαετίες υπήρξε η εγχείρηση εκλογής για τον καρκίνο του μαστού, συγκρινόμενη με προοπτικές μελέτες με τις υπόλοιπες εναλλακτικές θεραπείες διαπιστώνεται πως δεν προσφέρει κανένα

πλεονέκτημα στα αρχικά στάδια της νόσου, ενώ η νοσηρότητά της είναι σημαντική (λεμφοίδημα, παραμύρρωση, δυσκινησία άνω άκρου, περισσότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές).

2.Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή (υπερριζική)

Τα λεμφογάγγλια της έσω μαστικής αποτελούν μία από τις κύριες οδούς λεμφικής αποχέτευσης του μαζικού αδένου, καθώς και συχνή θέση ανάπτυξης μεταστάσεων. Με αυτό το σκεπτικό ορισμένοι χειρουργοί συμπεριέλαβαν την αφαίρεση των λεμφογαγγλίων της έσω μαστικής στη ριζική μαστεκτομή. Η παραλλαγή αυτή ονομάστηκε υπερριζική μαστεκτομή. Οι καθοριστικοί παράγοντες για την εμφάνιση μεταστάσεων στα λεμφογάγγλια της έσω μαστικής είναι α) η θέση του όγκου (κεντρική ή στο έσω ημιμόριο του μαστού) και β) η κατάληψη των μασχαλιαίων λεμφογαγγλίων. Έτσι πρωτοπαθείς όγκοι στην κεντρική (υποθηλαία) περιοχή ή στα έσω τεταρτημόρια του μαστού μεθίστανται στα λεμφογάγγλια της έσω μαστικής στο 28 % των περιπτώσεων, ενώ οι όγκοι των έξω τεταρτημορίων στο 18 %. Όταν τα μασχαλιαία λεμφογάγγλια είναι κατελημμένα, οι αντίστοιχες συχνότητες είναι 50 % και 25 %, ενώ όταν είναι ελεύθερα μεταστάσεων τα ποσοστά αυτά κατέρχονται στο 13 % και 4 % αντίστοιχα.

Η υπερριζική μαστεκτομή δεν αύξησε το μικρό ποσοστό θνησιμότητας που παρουσίασε η ριζική μαστεκτομή. Οι βασικές αρχές της υπερριζικής επέμβασης ήταν α) βελτίωση του ελέγχου της νόσου στο θωρακικό τοίχωμα και β) καλύτερες πιθανότητες θεραπείας. Η πρώτη κλινική μελέτη συνέκρινε την υπερριζική μαστεκτομή των Dahl-Iversen's (αφαίρεση των λεμφογαγγλίων της έσω μαστικής καθώς και των υπερκλειδίων) με την τεχνική κατά McWhirter's που αφορούσε απλή μαστεκτομή και μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία όλων των επιχωρίων λεμφογαγγλίων και δεν βρήκε σημαντικές διαφορές στην ολική επιβίωση, στο ελεύθερο νόσου διάστημα ή στις τοπικές υποτροπές. Η ακτινοθεραπεία των περιφερικών λεμφογαγγλίων αποδείχθηκε εξίσου αποτελεσματική όσο τουλάχιστον και η αφαίρεσή τους. Άλλες μελέτες που συνέκριναν τη ριζική μαστεκτομή με την υπερριζική (Iacour και συνεργάτες 1983, Veronesi & Valagussa 1981) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο επεμβάσεων: επιβίωση στην πενταετία 69 % για τη ριζική και 72 % για την υπερριζική μαστεκτομή, ενώ στη δεκαετία τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 60,7% και 57 %.

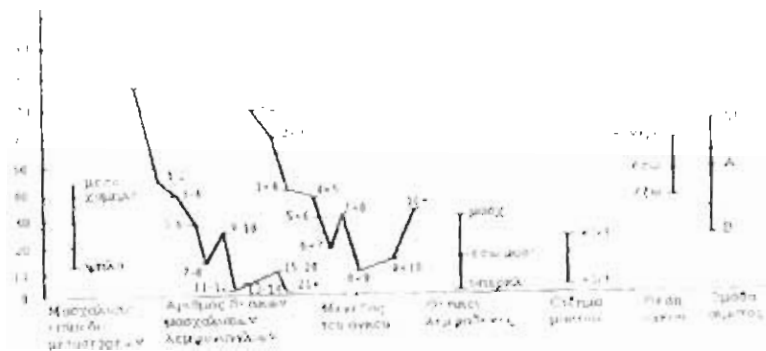
Οι τοπικές επιχώριες υποτροπές ήταν παρόμοιες σε όλες τις περιπτώσεις και στις δύο ομάδες εκτός από αυτές που αφορούσαν την παραστερνική περιοχή. Η αφαίρεση των λεμφογαγγλίων της έσω μαστικής τις ελάττωνε στο 0,3 %, ενώ το ποσοστό αυτό έφθανε στο 3,7 % μετά από τη ριζική μαστεκτομή.

Συμπερασματικά η αφαίρεση των λεμφογαγγλίων της έσω μαστικής δεν επηρεάζει αποφασιστικά τη θεραπεία. Ελαττώνει τις παραστερνικές υποτροπές, αλλά αυτές αποτελούν πρόβλημα όχι τόσο συχνό, το οποίο μάλιστα αντιμετωπίζεται εξίσου καλά με ακτινοθεραπεία.



Πίνακας I.

Δέκα χρόνια σχετικής επιβίωσης 801 ασθενών μετά από ριζική μαστεκτομή συσχετίζεται στενά με τον αριθμό των μασχαλιαίων λεμφαδένων που περιέχουν μεταστάσεις και με το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου. Δυσμενή χαρακτηριστικά είναι οι μεταστάσεις σε ψηλούς μασχαλιαίους λεμφαδένες, υπερκλειδίες μεταστάσεις, οίδημα μεγαλύτερο του ενός τρίτου του μαστού, πρωτοπαθής όγκος στο έσω τμήμα του μαστού και ομάδα αίματος Β. Μικρές διαφορές στην πρόγνωση παρατηρήθηκαν μεταξύ μεταστάσεων στο μέσο και κάτω τμήμα της μασχάλης.



Πίνακας 11. Η τοπική υποτροπή μετά από 5-24 χρόνια παρατήρησης σύμφωνα με ένα αριθμό επιλεγμένων μεταβλητών απεικονίζεται παραπάνω. Μεταστάσεις σε ψηλούς μασχάλιους λεμφαδένες, πολλές μασχάλιαιες μεταστάσεις, μεταστάσεις σε υπερκλειδίους λεμφαδένες, οίδημα μεγαλύτερο του ενός τρίτου του μαστού, ερύθημα του δέρματος του μαστού, έσω θέση του όγκου στο μαστό και ομί!15α αίματος τύπου B σχετίζονται στενά με τοπική υποτροπή.

3.Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή συνίσταται στην αφαίρεση του μαστού με το υπερκείμενο δέρμα και του περιεχομένου της μασχάλης με διατήρηση του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός.

Στα μέσα της δεκαετίας του '70 η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή καθιερώθηκε και στις ΗΠΑ μετά την Ευρώπη σαν η πιο δημοφιλής εγχείρηση για τα πρώτα στάδια του καρκίνου του μαστού.

Μέχρι και σήμερα παραμένει η εγχείρηση εκλογής στις περιπτώσεις που ενδείκνυται ή σε ασθενείς που δεν επιθυμούν τη διατήρηση του μαστού στη χειρουργική θεραπεία.

Η εγχείρηση επιτυγχάνει πολύ καλύτερα κοσμητικά αποτελέσματα από τη ριζική μαστεκτομή, καθώς ο μείζονας θωρακικός μυς, ο οποίος εδώ διατηρείται, είναι υπεύθυνος για τη φυσιολογική εμφάνιση του θωρακικού τοιχώματος.

Η διατήρησή του έχει σαν συνέπεια δυνατό βραχίονα και δυνατότητα για πλαστική αποκατάσταση του μαστού πολύ μεγαλύτερη απ' ότι μετά τη ριζική μαστεκτομή.

Η προσκόλληση του πρωτοπαθούς όγκου στους μυς δεν αποτελεί αντένδειξη για την εγχείρηση. Όταν κατά την επέμβαση διαπιστώνεται επέκταση στους μυς, τότε θα πρέπει να αφαιρείται η κατελημμένη περιοχή χωρίς αναγκαστικά να θυσιάζεται ολόκληρος ο μυς.

Οι λόγοι που οδήγησαν τον Patey στην εγχείρηση αυτή είναι: α) τα λεμφαγγεία που διαπερνούν το μείζονα θωρακικό μυ συνοδεύουν κλάδους των ακρωμοθωρακικών καθώς και των πλαγίων διατιτραινόντων μεσοπλευρίων αγγείων.

Στα πρώτα στάδια η λεμφαγγειακή διασπορά του καρκίνου δια μέσου των οδών αυτών είναι με έμβολα.

Έτσι δεν φαίνεται να υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα "διατομής" του καρκίνου σ' αυτά τα λεμφαγγεία, απ' ότι στα λεμφαγγεία που καταλήγουν στα λεμφογάγγλια της έσω μαστικής και τα οποία διατέμνονται στις επεμβάσεις ρουτίνας στο μαστό. β) Η εν τω βάθει περιτονία περιέχει πολύ λίγα ή καθόλου λεμφαγγεία και έτσι δεν αποτελεί υπόστρωμα για τη μετάδοση της νόσου.

Διακρίνονται δύο τύποι τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής.

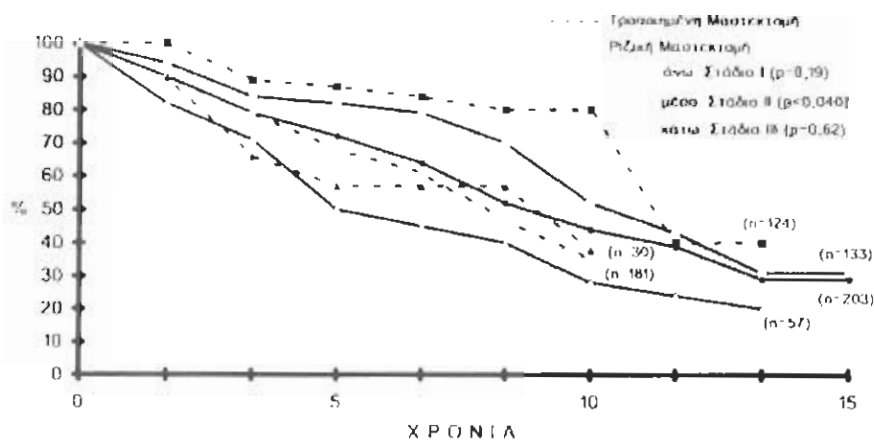
Η εγχείρηση κατά Patey και Scanlon με πλήρη λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης (I, II και III επίπεδα) και η εγχείρηση κατά Auckincloss-Madden στην οποία ο λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης περιορίζεται στα επίπεδα I και II.

Η εγχείρηση κατά Auckincloss-Madden διαφέρει από την εγχείρηση κατά Patey στο ότι δεν γίνεται αφαίρεση ούτε του ελάχιστου θωρακικού μυός ούτε των λεμφογαγγλίων της κορυφής της μασχάλης.

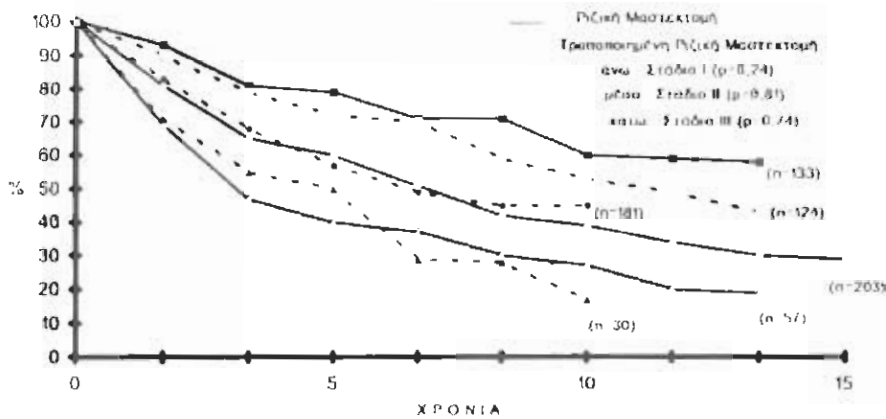
Ο καθαρισμός της μασχάλης περιορίζεται στο Ιο και Ιιο επίπεδο, καθώς με έναν τέτοιο καθαρισμό αποκαλύπτεται το 98,5 % των περιπτώσεων με μεταστάσεις, ενώ η αφαίρεση των λεμφογαγγλίων στο ΙΙιο επίπεδο σπάνια δρα θεραπευτικά, όταν αυτά είναι κατελημμένα².

Δύο μεγάλες κλινικές μελέτες (Manchester 1969-1976, και University of Alabama 1975-1978), που συγκρίνουν την τροποποιημένη ριζική με καθαρισμό μασχάλης στο Ιο και Ιιο επίπεδο με τη ριζική μαστεκτομή, δε βρήκαν διαφορά στην επιβίωση, τις τοπικές μεταστάσεις και το ελεύθερο νόσου διάστημα ανάμεσα στις δύο επεμβάσεις.

Το 1979 η συνεδρίαση του Εθνικού Ινστιτούτου Καρκίνου των ΗΠΑ, καταλήγει ότι η ολική μαστεκτομή με καθαρισμό μασχάλης θα πρέπει να αντικαταστήσει τη ριζική μαστεκτομή κατά Halsted σαν θεραπεία εκλογής του καρκίνου του μαστού (NIH Consensus Development Panel, 1979).

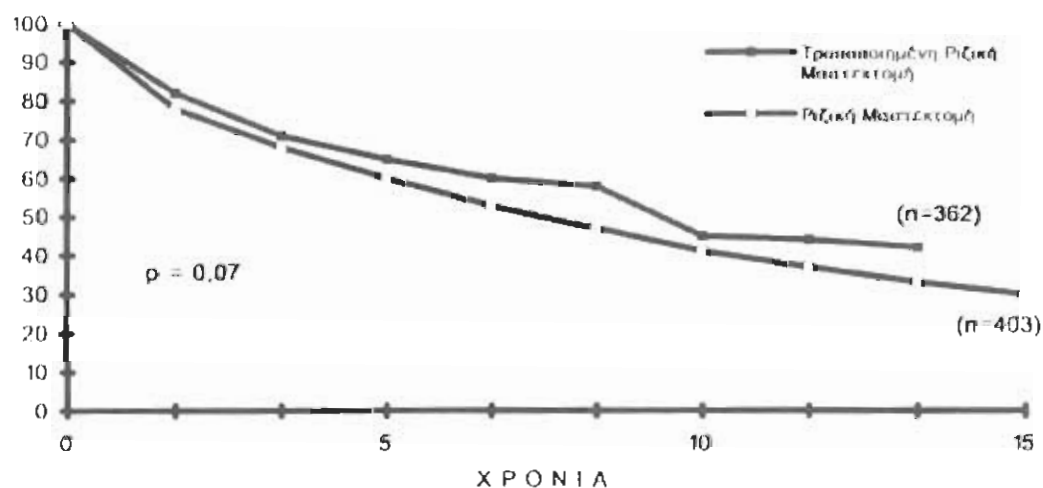
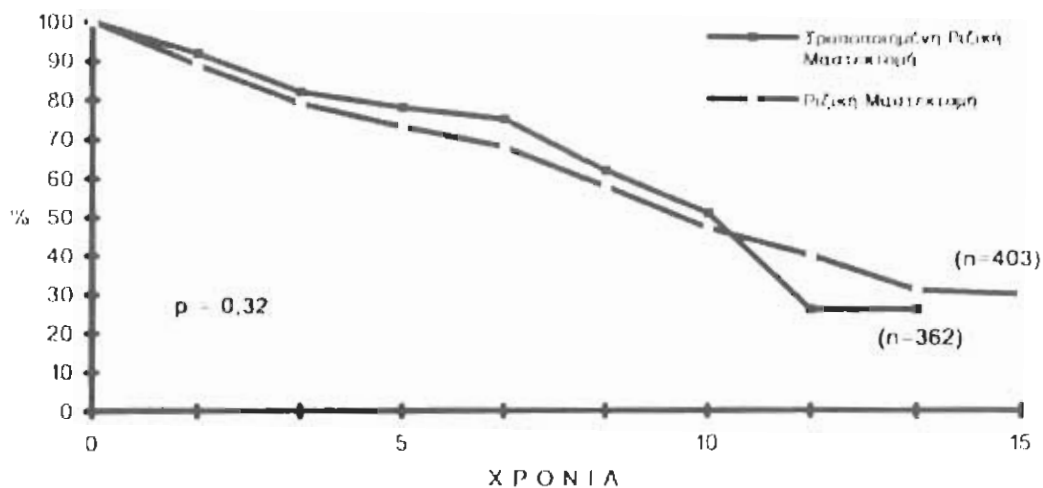


Δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά στην επιβίωση μεταξύ τροποποιημένης και ριζικής μαστεκτομής όταν συγκρίνονται με τα TNM κλινικά στάδια. Οι ολικές περιπτώσεις φαίνονται στις παρενθέσεις.



Η επιβίωση χωρίς μεταστατική νόσο μετά από τροποποιημένη και ριζική μαστεκτομή δεν δείχνει σημαντική διαφορά συγκριτικά με όμοια κατά TNM κλινικά στάδια.

Πίνακες III, IV.



Η τροποποιημένη και η ριζική μαστεκτομή καταλήγουν σε ποσοστά επιβίωσης που είναι πανομοιότυπα. Ακτινοβολία και επικουρική χημειοθεραπεία χρησιμοποιήθηκαν επιλεκτικά.

Η τροποποιημένη και η ριζική μαστεκτομή παράγουν ποσοστά επιβίωσης ελεύθερα νόσου τα οποία δεν διαφέρουν σημαντικά. Το μικρό πλεονέκτημα της τροποποιημένης μαστεκτομής πιθανόν να σχετίζεται με το γεγονός ότι περισσότερο ενδοϊκές περιπτώσεις έχουν επιλεγεί για την εκχείρηση αυτή κατά τη διάρκεια της εισαγωγής της.

Πίνακες V, VI.

4.Ολική (απλή) μαστεκτομή

Ο όρος ολική μαστεκτομή αντικατέστησε τον όρο "απλή" μαστεκτομή για να υπογραμμίσει το σκοπό της επέμβασης, την αφαίρεση δηλαδή ολόκληρου του μαστικού αδένου χωρίς να παραμένουν υπολείμματα του ιστού. Η διαδικασία αυτή απαιτεί δημιουργία κρημών τόσο εκτεταμένων όσο και αυτών των ριζικών

επεμβάσεων με συναφαίρεση των περισσότερων λεμφογαγγλίων στο Ιο επίπεδο, έτσι ώστε να είναι δυνατή η αφαίρεση της ουράς του μαστού.

Το 1971 το NSABP (National Adjuvant Breast Project) άρχισε μια προοπτική κλινική μελέτη, στην οποία ασθενείς σε αρχικά στάδια καρκίνου περιορισμένου στο μαστό (κλινικό στάδιο I, αλλά ανεξάρτητα από μέγεθος) αντιμετώπιζονταν α) με ριζική μαστεκτομή β) ολική μαστεκτομή μόνο και γ) ολική μαστεκτομή σε συνδυασμό με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία των επιχώριων λεμφογαγγλίων (μασχαλιαίων, έσω μαστικής, υπερκλειδίων). Οι ασθενείς της ομάδας της ολικής μαστεκτομής υποβάλλονταν στη συνέχεια σε λεμφογαγγλιακό καθαρισμό μασχάλης αν εμφάνιζαν μεταστάσεις σ' αυτήν, πράγμα που δεν θεωρούνταν σαν θεραπευτική αποτυχία εκτός αν ξαναεμφανιζόταν ο καρκίνος. Το 1985 ανακοινώθηκαν τα αποτελέσματα σε σύνολο 1665 ασθενών. Για ασθενείς σταδίου I δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στο ελεύθερο νόσου διάστημα, στις απομακρυσμένες μεταστάσεις ή στην ολική επιβίωση ανάμεσα στις τρεις περιγραφείσες μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η ακτινοθεραπεία πράγματι ελάττωνε τις επιχώριες υποτροπές, αλλά δεν βελτίωνε την επιβίωση. Το ίδιο ίσχυε και για την ακτινοθεραπεία των λεμφογαγγλίων της έσω μαστικής. Ενδιαφέρον είναι ότι ένα 40 % των μασχαλιαίων λεμφογαγγλίων που εκτιμήθηκαν κλινικά σαν αρνητικά, παθολογοανατομικά απεδείχθησαν θετικά, αλλά μόνο 20 % των ασθενών με απλή μαστεκτομή είχαν κλινική υποτροπή της νόσου στη μασχάλη.

Οι ασθενείς που ανήκαν στο στάδιο II (με λεμφογάγγλια δηλαδή που κλινικά θεωρήθηκαν θετικά) υποβάλλονταν είτε σε ριζική μαστεκτομή είτε σε ολική μαστεκτομή με ακτινοθεραπεία των μασχαλιαίων και των επιχώριων λεμφογαγγλίων. Η μελέτη έδειξε ότι οι δύο θεραπείες ήταν παρόμοιες, όσον αφορά την επιβίωση και το ελεύθερο νόσου διάστημα. Η χειρουργική θεραπεία ήταν περισσότερο αποτελεσματική από την ακτινοθεραπεία στον έλεγχο των διογκωμένων μασχαλιαίων λεμφογαγγλίων (στάδιο II), ενώ ήταν σχεδόν εξίσου επιτυχής στον έλεγχο των αφανών μασχαλιαίων μεταστάσεων του σταδίου II.

Η μελέτη αυτή έθεσε ερωτηματικά σχετικά με την θεραπευτική συμβολή της προφυλακτικής αφαίρεσης ή της ακτινοθεραπείας των επιχώριων λεμφογαγγλίων. Φαίνεται λοιπόν ότι η αφαίρεση των λεμφογαγγλίων έχει νόημα α) για την παθολογοανατομική σταδιοποίηση και β) για την πρόληψη της προδευτικής ανάπτυξης επιχωρίων μεταστάσεων.

Η ολική μαστεκτομή από μόνη της είναι ανεπαρκής για παροχή ιδανικού τοπικο-επιχώριου ελέγχου του διηθητικού καρκίνου του μαστού, κυρίως εξαιτίας της συχνής ανάπτυξης της νόσου στη μασχάλη. Έτσι η αντιμετώπισή της εξαρχής με αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφογαγγλίων απαλάσσει κατά το δυνατόν την ασθενή από την ταλαιπωρία μιας μελλοντικής δεύτερης επέμβασης. Η χειρουργική επέμβαση και η ακτινοθεραπεία είναι σχεδόν εξίσου αποτελεσματικές στον έλεγχο των αφανών μασχαλιαίων μεταστάσεων και στην πρόληψη της διασποράς της νόσου στα στάδια I και II, ο λεμφογαγγλιακός καθαρισμός όμως παρέχει επιπλέον το πλεονέκτημα της σταδιοποίησης, που καθορίζει με μεγαλύτερη ακρίβεια την πρόγνωση και βοηθά στην επιλογή της θεραπείας.

4.Μερική μαστεκτομή (ευρεία τμηματεκτομή)

Η εγχείρηση αυτή έχει στόχο να διασώσει τον προσβεβλημένο μαστό. Συνίσταται στην αφαίρεση του τμήματος του μαστού που περιέχει τον όγκο μαζί με το υπερκείμενο δέρμα και λεμφογαγγλιακό καθαρισμό της μασχάλης.

Η σύλληψη της ιδέας της μερικής μαστεκτομής εξορμά από τη διαπίστωση της πολυκεντρικότητας του καρκίνου του μαστού. Αντιπαραθέτει λοιπόν το εξής ερώτημα στο "παράδοξο" της μαστεκτομής: γιατί να συνιστάται η ολική αφαίρεση του προσβεβλημένου μαστού από φόβο μην αφεθεί υπολειπόμενος καρκίνος και να μην προτείνεται τότε και η αφαίρεση και του άλλου μαστού, καθώς είναι γνωστό ότι αφανής μικροσκοπικός καρκίνος βρίσκεται και εκεί με μικρότερη συχνότητα;

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι με την μερική μαστεκτομή παραμένουν στο μαστό μικροσκοπικές εστίες καρκίνου. Το 1975 οι Rosen και συνεργάτες διαπίστωσαν υπολειπόμενο καρκίνο είτε στο μαστό είτε στα λεμφογάγγλια είτε και στα δύο στο 63 % των περιπτώσεων μετά από μερική μαστεκτομή. Το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου είχε μεγάλη σημασία, καθώς υπολειπόμενος καρκίνος βρισκόταν στο 26 % των περιπτώσεων όταν ο όγκος ήταν μικρότερος από 2εκ., ενώ το ποσοστό αυτό έφθανε στο 38 % όταν ο όγκος ήταν μεγαλύτερος. Η ακτινοθεραπεία του μαστού, που ακολουθεί, έχει σκοπό να ελέγξει αυτόν ακριβώς τον υπολειπόμενο μικροσκοπικό.

Το 1954 στη Φινλανδία ο Mustakallio πρώτος διαπίστωσε, ότι αφαιρώντας τον όγκο στο μαστό και εφαρμόζοντας μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία σε όγκους μικρού μεγέθους χωρίς λεμφογαγγλιακές μεταστάσεις έχουμε ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η πρώτη όμως προοπτική μελέτη της μερικής μαστεκτομής άρχισε το 1961 από τους Atkins και συνεργάτες στο Guys Hospital του Λονδίνου. Οι ασθενείς

υποβάλλονταν είτε σε μερική μαστεκτομή είτε σε ριζική μαστεκτομή. Και στις δύο εγχειρήσεις ακολουθούσε ακτινοβολία των επιχωρίων λεμφογαγγλίων, ενώ στη μερική μαστεκτομή ακολουθούσε ακτινοβολία και του υπολοίπου μαστού. Η ακτινοθεραπεία ήταν της τάξης των 2700 rads στην κορυφή της μασχάλης και 3800 rads στον υπόλοιπο μαστό, δόσεις που σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα θεωρούνται ανεπαρκείς, με αποτέλεσμα να εμφανισθεί πολύ μεγάλος αριθμός τοπικών υποτροπών στις περιπτώσεις της μερικής μαστεκτομής.

Η μελέτη αυτή έδειξε ότι ο τοπικός και επιχώριος έλεγχος του καρκίνου του μαστού είναι ανεπαρκής, όταν χρησιμοποιούνται χαμηλές δόσεις ακτινοβολίας, ενώ ο φτωχός αυτός έλεγχος της νόσου τοπικά φαίνεται να προκαλεί τη διασπορά και το θάνατο. Παραμένει πάντως η μοναδική μελέτη που συμπεραίνει ότι ο ανεπαρκής έλεγχος της νόσου τοπικά καταλήγει πράγματι σε μικρότερη επιβίωση.

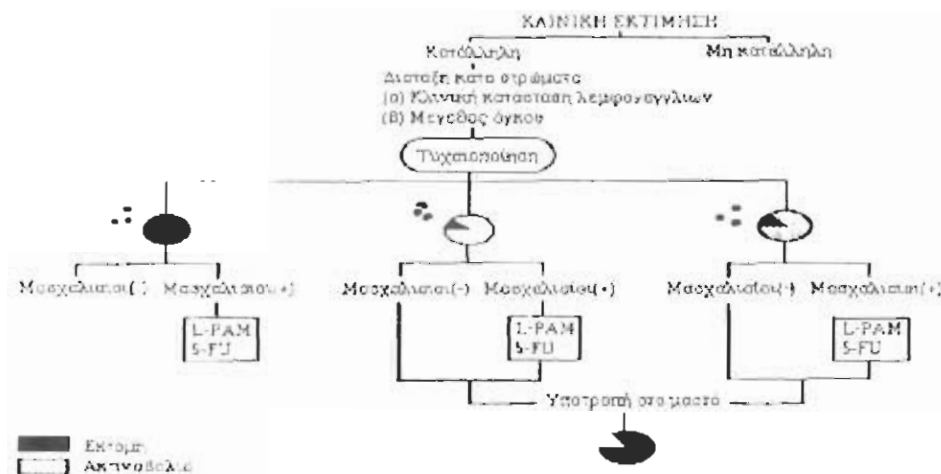
Στα 1973-1980 ακολούθησε στην Ιταλία η μελέτη του Μιλάνου (Milan Trial), όπου η ευρεία τμηματεκτομή συνδυαζόταν με υψηλές δόσεις ακτινοβολίας. Ασθενείς σταδίου I υποβάλλονταν είτε σε ριζική μαστεκτομή (αργότερα σε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή), είτε σε τεταρτημοριακτομή με πλήρη λεμφογαγγλιακό καθαρισμό (επίπεδα I-III) σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία 5000 rads στο μαστό μόνο και 1000 rads boosting δόση στην περιοχή εκτομής. Η ολική επιβίωση και η χωρίς νόσο επιβίωση στη δεκαετία ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες. Οι υποτροπές στον ακτινοβολημένο μαστό (4 %) ήταν περισσότερες από τις υποτροπές στο θωρακικό τοίχωμα (2 %).

Το 1976-1983 εφαρμόστηκε από το NSABP το πρωτόκολλο B-06, που περιελάμβανε ασθενείς σταδίου I κατά TNM καθώς και ασθενείς σταδίου II με όγκους όμως μικρότερους από 4 εκ. Τα κριτήρια εισόδου των ασθενών στη μελέτη ήταν τα εξής:

1. Η νόσος να περιορίζεται στο μαστό και στη μασχάλη
2. Ο όγκος να είναι μικρότερος ή ίσος με 4 εκ.
3. Ο μαστός να είναι ικανοποιητικού μεγέθους, ώστε να επιτρέπει την κοσμητική αποκατάσταση
4. Ο όγκος να μην είναι κάτω από τη θηλαία άλω
5. Ο όγκος να είναι κινητός χωρίς διήθηση του δέρματος

Ιδιαίτερη προσοχή δινόταν, ώστε τα όρια εκτομής του όγκου να είναι ελεύθερα καρκίνου, ενώ δεν ακολουθούσε boosting δόση 1000 rads στη θέση εκτομής. Ο

λεμφογαγγλικός καθαρισμός της μασχάλης δεν ήταν πλήρης, διότι θεωρήθηκε ικανοποιητικός ο καθαρισμός του Ιου και ΙΙου επιπέδου. Έγινε σύγκριση ανάμεσα στις εξής ομάδες ασθενών: α) αυτών με ολική μαστεκτομή β) με μερική μαστεκτομή γ) με μερική μαστεκτομή και ακτινοθεραπεία.



L-PAM = L-φαινολαλανίνη 5-FU = 5-φλουοροουρακίλη

Πρωτόκολλο B-06 του NSABP (όγκος < 4 cm, μασχαλιαία λεμφογάγγλια < 2 cm που σχετίζεται με τμηματεκτομή). Οι κόκκοι παριστάνουν το μαστό· οι σκιασμένες περιοχές παριστάνουν χειρουργική αφαίρεση· οι μικρότερες σφαίρες, συμβολίζουν τους μασχαλιαίους λεμφαδένες και οι διαγώνιες γραμμές την ακτινοθεραπεία. Τα μασχαλιαία λεμφογάγγλια αφαιρέθηκαν σε όλες τις περιπτώσεις και οι μεταστάσεις είναι μια ένδειξη για επικουρική χημειοθεραπεία. Το θέμα είναι να καθοριστεί αν οι μη θεραπευμένες μικροσκοπικές εστίες καρκίνου στον εναπομείνοντα μαστό έχουν μια επιβλαβή επίδραση στην κλινική πορεία του ασθενούς και αν είναι έτσι, αν θεραπεύονται καλύτερα με ακτινοβολία ή εξαίρεση. Αν η αρχική θεραπεία είναι τμηματεκτομή, η τοπική υποτροπή θεραπεύεται με ολική αφαίρεση του μαστού.

Πίνακας VII

Μελετήθηκαν 2000 ασθενείς και τα αποτελέσματα στα 9 χρόνια δείχνουν, ότι η ολική επιβίωση ή η ελεύθερη μεταστάσεων επιβίωση είναι περίπου ίδια στις τρεις ομάδες της μελέτης, παρόλο που υποτροπή της νόσου στο σύστοιχο μαστό εμφανίστηκε στο 43 % των ασθενών με μόνο μερική μαστεκτομή και στο 12 % αυτών με μερική μαστεκτομή και ακτινοθεραπεία, Στους παρακάτω πίνακες φαίνεται η επιβίωση και το ποσοστό των υποτροπών.

Παρόλο που η διατήρηση του μαστού είναι ο κύριος στόχος της μερικής μαστεκτομής, θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι αυτό δεν είναι πάντα εφικτό και ότι ορισμένες ασθενείς θα υποβληθούν σε δεύτερο χρόνο αναγκαστικά σε μαστεκτομή εξαιτίας τοπικής υποτροπής. Ασθενείς υψηλού

κινδύνου για εμφάνιση υποτροπών είναι αυτοί με 1) λεμφαγγειακή επέκταση στο μαστό 2) με ανεπαρκή ακτινοθεραπεία του μαστού 3) με μακροσκοπικά υπολειπόμενο καρκίνο 4) με προεξέχον μη διηθητικό των πόρων στοιχείο στο μαστό 5) με μικρό βαθμό διαφοροποίησης 6) με νεαρή ηλικία. Η ηλικία αυτή καθαυτή δεν αποτελεί αίτιο, αλλά τυχαίνει στις μικρές ηλικίες (κάτω των 40 ετών) να υπάρχει επικράτηση του μη διηθητικού των πόρων καρκίνου, του αδιαφοροποίητου των καρκινωμάτων και αύξησης MCR (Major Cellular Stroma Reaction) δηλαδή της Μεγίστης Λεμφοκυτταρικής Διήθησης του Υποστρώματος.

Σημαντικό είναι το ερώτημα αν η υποτροπή στο μαστό αντιμετωπίζεται επιτυχώς με μαστεκτομή σε δεύτερο χρόνο. Παρατηρήθηκε ότι η υποτροπή στο μαστό έχει καλύτερη πρόγνωση απ' ότι οι υποτροπές στα λεμφογάγγλια ή στο δέρμα και ότι η χωρίς νόσο επιβίωση των ασθενών με υποτροπή στο μαστό δεν ελαττώνεται όταν αυτές υποβάλλονται σε μαστεκτομή. Έχει διαπιστωθεί ότι η τοπική υποτροπή αποτελεί δείκτη κινδύνου μεταστάσεων, γι' αυτό μετά τη μαστεκτομή θα πρέπει να ακολουθεί και συστηματική θεραπεία. (Τεχνική τμηματεκτομής και λεμφ. καθαρισμού μασχάλης στα σχέδια 1-8).

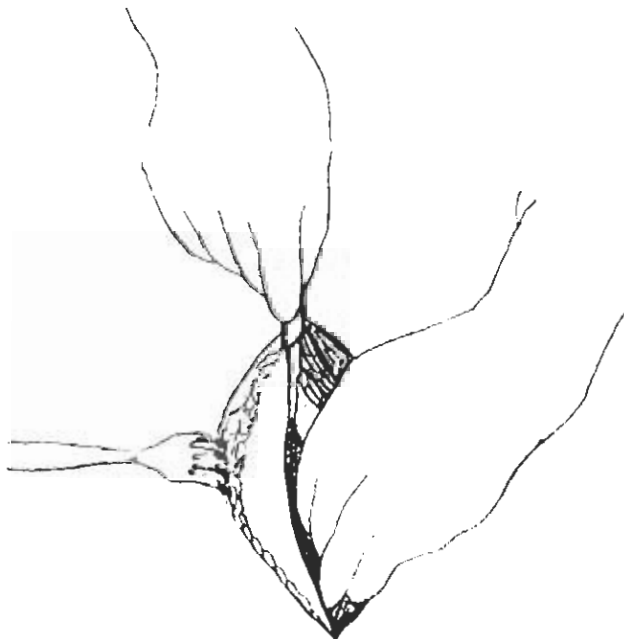
Αντενδείξεις για την εφαρμογή της μερικής μαστεκτομής είναι:

1. Ασθενείς με μη καλά αφοριζόμενους όγκους στο μαστό
2. Πολλαπλοί πρωτοπαθείς όγκοι
3. Μεγάλοι πρωτοπαθείς όγκοι σε μικρό μαστό
4. Η κύηση και

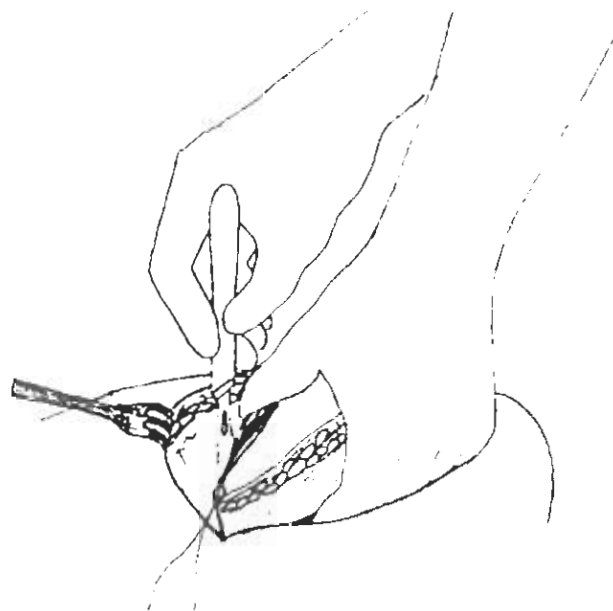
5. Η προηγηθείσα ακτινοβολία στο θώρακα, ενώ οι κεντρικοί όγκοι και οι χαμηλώς διαφοροποιημένοι με υψηλό ενδοσωληνώδες στοιχείο αποτελούν σχετικές αντενδείξεις.⁷



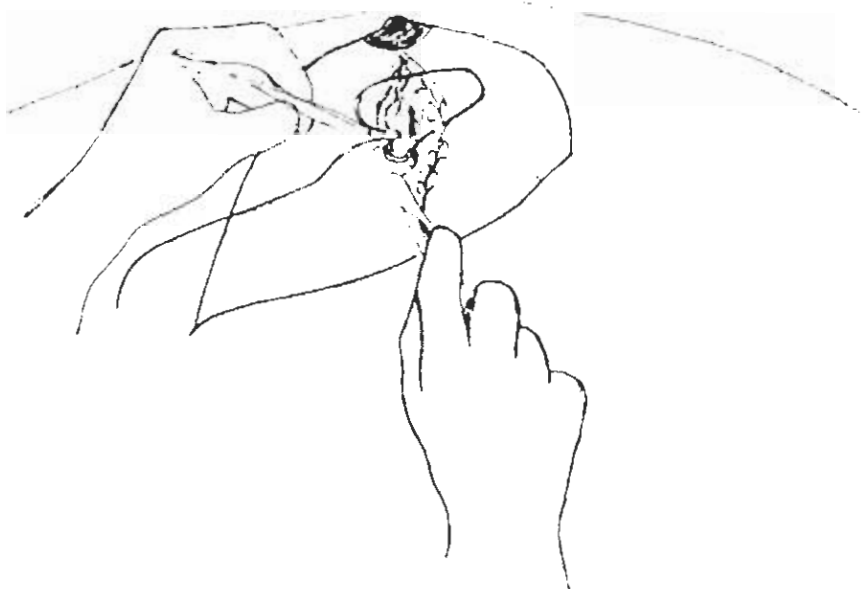
Σχήμα 1. Ακτινωτή τομή τμηματεκτομής για όγκο στο κάτω ημιμόριο του μαστού.



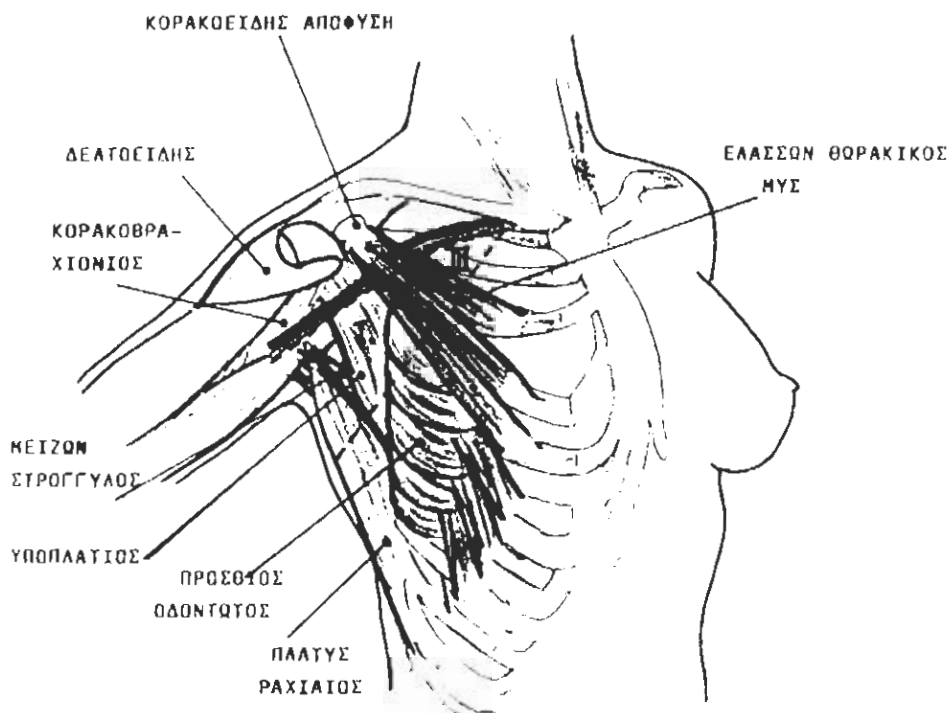
Σχήμα 2. Η τομή προχωρά μέχρι το εν τω βάθει πέταλο της επιπολής θωρακικής περιτονίας με προσοχή να μη διαταμεί ο όγκος.



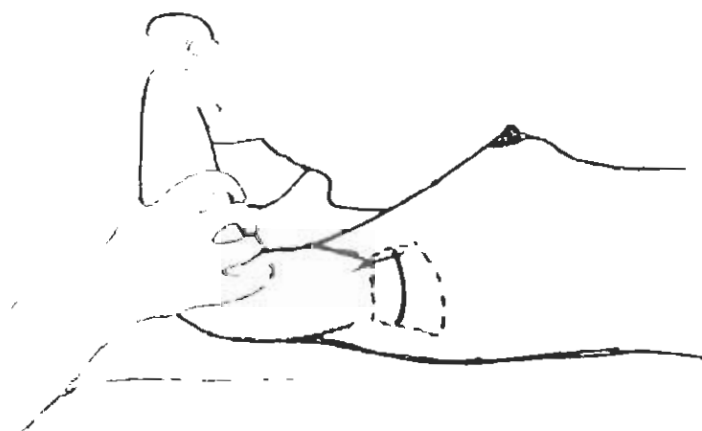
Σχήμα 3. Τα δάκτυλα εισέρχονται στο βαθύ χεῦλος που δημιουργήθηκε, αγκαλιάζοντας τον όγκο και εξασφαλίζοντας την εξαίρεση του σε υγιή όρια.



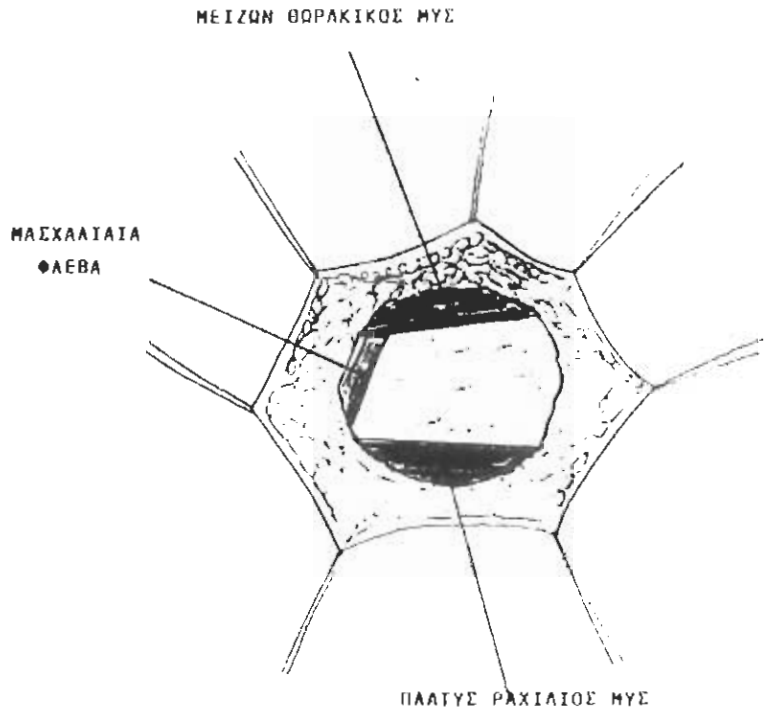
Σχήμα 4. Συρραφή με απλή συμπλησίαση του υποδόριου και στη συνέχεια του δέρματος.



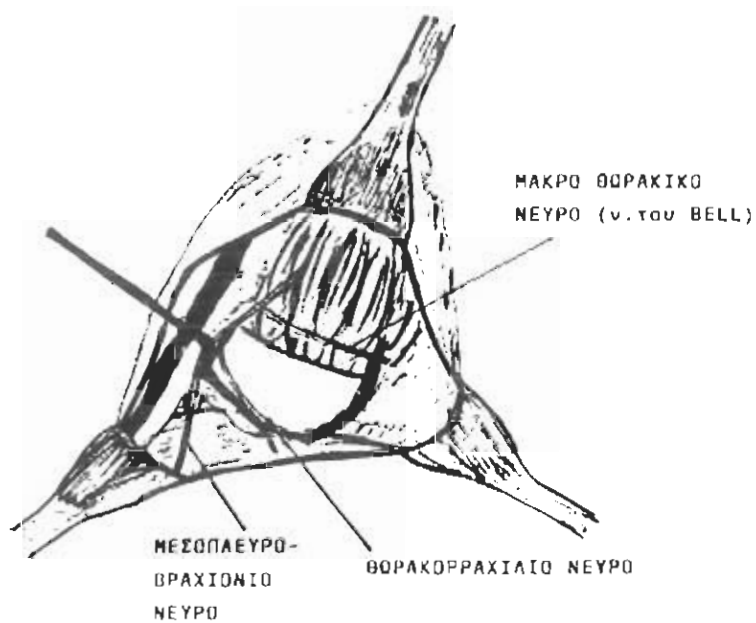
Σχήμα 5. Οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες διακρίνονται σε τρία επίπεδα ανάλογα με τη σχέση τους ως προς τον ελάσσονα θωρακικό μυ.



Σχήμα 6. Τομή για λεμφαδενικό καθαρισμό μασχάλης που εκτείνεται από το χείλος του μείζονα θωρακικού μυός μέχρι τον πλατύ ραχιαίο.



Σχήμα 7. Μετά την ανύψωση των δερματικών κρημνών αποκαλύπτονται τα χείλη του μείζονα θωρακικού, του πλατύ ραχιαίου και η μασχάλιαία φλέβα.



Σχήμα 8. Ολοκλήρωση του λεμφαδενικού καθαρισμού της μασχάλης με διατήρηση του μακρού θωρακικού, του θωρακορραχιαίου και του μεσοπλευροβραχιόνιου νεύρου.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην χειρουργική θεραπευτική αντιμετώπιση της ασθενούς με καρκίνο του μαστού αναφέρεται:

- ❖ στην προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.
- ❖ στη μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.

Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα.

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 ιδιαίτερο άγχος. Για το λόγο αυτό, η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα έχει σχέση με την ανταπόκριση της ασθενούς στην 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. Η ασθενής είναι πληροφορημένη για την πιθανή παραμόρφωση ή την αφαίρεση του στήθους ως αποτέλεσμα της εγχείρησης. Στο σύνολο των προβλημάτων της ασθενούς προστίθεται λοιπόν και αυτό της αλλαγής του σωματικού ειδώλου. Μερικές ασθενείς μπορούν να καταλάβουν τις πιθανές επιπλοκές της εγχείρησης και ζητούν πληροφορίες σχετικά με την μετεγχειρητική αποκατάστασή τους, ενώ άλλες δεν έχουν την ικανότητα αυτοσυγκέντρωσης μετά την εγχείρηση.¹⁴

Ο φόβος, η ανησυχία και η αγωνία τις περισσότερες φορές αγγίζουν τα όρια του πανικού. Πολλοί συγγραφείς αναφέρουν ότι ο φόβος της ασθενούς δεν οφείλεται στον ίδιο τον καρκίνο, αλλά στις συνέπειες που θα προκύψουν και που δυσκολεύεται να εκφράσει ακόμη και στα πιο αγαπημένα της πρόσωπα.

Ο φόβος της κοινωνικής απομόνωσης, της συζυγικής απόρριψης της αποπροσωπιοποίησης, της αναπηρίας, των μεταστάσεων και τέλος του θανάτου, την κάνουν να αποσύρεται στον εαυτό της και να αιχμαλωτίζεται από τις εφιαλτικές και γεμάτες απόγνωση σκέψεις της. Σε αυτήν ακριβώς τη φάση της κρίσης και του stress επεμβαίνει η Νοσηλευτική, με σκοπό την αποκατάσταση της εσωτερικής διαπροσωπικής της ισορροπίας.

Η νοσηλευτική προσέγγιση στοχεύει στην αλλαγή της συμπεριφοράς της ασθενούς προς τη νόσο, και αυτό μπορεί να επιτευχθεί όταν η νοσηλεύτρια διαθέτει ειδικές γνώσεις και επιτυχείς διαπροσωπικές δεξιότητες, οι οποίες πρέπει να διέπονται από κατανόηση, συμπόνια και αγάπη και για το πάσχοντα άνθρωπο.¹⁷

Στην προεγχειρητική περίοδο ο νοσηλευτής καλείται να προετοιμάσει τον ασθενή τόσο ψυχολογικά όσο και σωματικά.

Η ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς περιλαμβάνει:

- α. Τη δυσκολία αποδοχής της εγχείρησης.
- β. Το φόβο του πόνου και του θανάτου.
- γ. Τα οικογενειακά προβλήματα.

α. 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 αρτιμέλεια ή επίκειται ο θάνατος. Η ασθενής συνομιλεί με μεγαλύτερη ευκολία με τη νοσηλεύτρια, παρά με το γιατρό. Είναι λοιπόν, εύλογο ότι ο νοσηλευτής - τρια θα πρέπει:

- ✚ Η προετοιμασία για την επικείμενη ψυχική ένταση πρέπει να εξατομικεύεται.
- ✚ Δημιουργεί ασφαλές και ενθαρρυντικό περιβάλλον και συντελεί στην ελάττωση της ψυχικής έντασης της ασθενούς καις την ενίσχυση των ψυχικών της δυνάμεων, για να είναι σε θέση να αποδεχθεί με ευκολία την εγχείρηση.
- ✚ Προσπαθεί με υπομονή και αγάπη να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι η εγχείρηση είναι απαραίτητη για την θεραπεία της και ότι ασφαλώς ο γιατρός θα κάνει ό,τι είναι καλύτερο γι' αυτήν.
- ✚ Η νοσηλεύτρια θα την βοηθήσει να αποδεχθεί και να αντιμετωπίσει με θάρρος και ψυχραιμία το είδος της επέμβασης.
- ✚ Θα τη διαφωτίσει, ώστε να πεισθεί ότι ο μαστός, όταν πάσχει, θεωρείται όργανο άχρηστο λειτουργικώς και επιβλαβές για την υγεία της.
- ✚ Η ασθενής πρέπει να πιστέψει ότι δεν θα είναι η μοναδική γυναίκα με ένα μαστό. Άλλωστε, θα της απομείνουν αρκετές σωματικές και πνευματικές δυνάμεις για μια ωφέλιμη και δημιουργική ζωή.

↓ Τέλος, πρέπει η νοσηλεύτρια να χειρίζεται κάθε ασθενή ως ξεχωριστή προσωπικότητα, με τους δικούς της φόβους, τις ανησυχίες και τις ελπίδες, οι οποίες είναι ξεχωριστές από τους φόβους, τις ανησυχίες και τις ελπίδες των άλλων.

Η κατανόηση και η προσέγγιση μιας ασθενούς απαιτεί εξ ολοκλήρου προσωπική μεταχείριση και όχι εφαρμογή τυποποιημένων κανόνων.

β. 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 την θεραπεία του.

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

Η ασθενής εξωτερικεύει επίσης το φόβο του θανάτου, διατυπώνοντας σειρά ερωτήσεων, όπως:

- Μήπως πεθάνω;
- Αξίζει τον κόπο να υποβληθώ στην εγχείρηση ;
- Δεν είμαι καταδικασμένη ;
- Θα βγώ από το νοσοκομείο;

Η νοσηλεύτρια θεωρεί φυσικό το φαινόμενο του φόβου για τον 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. Επίσης, από τη νοσηλευτική της πείρα, η νοσηλεύτρια αναφέρει περιπτώσεις ασθενών, οι οποίες έχουν θεραπευθεί ριζικώς μετά την μαστεκτομή, επειδή η εγχείρηση έγινε εγκαίρως.

γ. Οικογενειακά προβλήματα

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

Αν η ασθενής είναι νέα στην ηλικία, έγγαμη και χωρίς παιδιά, δοκιμάζει πολλούς φόβους και ανησυχίες και πολλά ερωτηματικά τη βασανίζουν: Οι φόβοι αυτοί απασχολούν και την έγγαμη ασθενή μεγαλύτερης ηλικίας, η οποία έχει παιδιά. Μεγαλύτερη είναι η ανησυχία της άγαμης γυναίκας, η οποία οραματίζεται να δημιουργήσει χαρούμενη και ευτυχισμένη οικογένεια.

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

- ✎ Παρέχει μέρος του χρόνου της, συζητώντας με τα μέλη της οικογένειας για την κατάσταση της ασθενούς, προσφέροντας πληροφορίες, απαιτώντας 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 οικογένειας της.
- ✎ Ενθαρρύνει την οικογένεια να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι η θηλυκότητα της, η σεξουαλικότητα της και η αγάπη των άλλων προς αυτήν δεν επηρεάζονται από την εμφάνιση της.
- ✎ Γνωστοποιεί ότι ο θάνατος, είτε άμεσος είτε απότερος μπορεί να είναι πιθανό αποτέλεσμα. Βοηθάει την ασθενή / οικογένεια να ερευνήσουν /εκφράσουν την έννοια του θανάτου.
- ✎ Βοηθάει την ασθενή / οικογένεια να επικοινωνήσουν με τον ιερωμένο της εκκλησίας του νοσοκομείου, αν το επιθυμούν.

Προεγχειρητική σωματική ετοιμασία

Η προεγχειρητική σωματική ετοιμασία της ασθενούς είναι έργο της νοσηλεύτριας, η οποία προσπαθεί να μειώσει το χρόνο αναμονής πριν από την εγχείρηση. Περιλαμβάνει:

A. 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 υακτικά φάρμακα για την κένωση του εντέρου.

Δίνεται ελαφρό γεύμα κατά το δείπνο και, κατόπιν ιατρικής οδηγίας, υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση καλού ύπνου.

B. Κατά την ημέρα της εγχείρησης:

Λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. Επί πυρετού, ενημερώνεται ο χειρουργός.

Συνίσταται στην ασθενή η κένωση της κύστης.

Λφαιρούνται τα κοσμήματα και οι τεχνητές οδοντοστοιχίες και φυλάσσονται από την προϊσταμένη.

Τοποθετήστε ταυτότητα χειρός με το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία της ασθενούς.

Η ασθενής φοράει τα ρούχα του χειρουργείου.

: Η ασθενής τοποθετείται στο φορείο και οδηγείται στο χειρουργείο με ολόκληρο το φάκελο της, (ιατρικό και νοσηλευτικό).

Η προεγχειρητική ετοιμασία κατά την παραμονή και την ημέρα της εγχείρησης φαίνεται, εκ πρώτης όψεως, σαν μια σειρά μηχανικών πράξεων. Εντούτοις, είναι νοσηλευτικό έργο μεγάλης σημασίας, γιατί συμπληρώνει την όλη νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς, την ετοιμάζει πλήρως για την χειρουργική τράπεζα, επισφραγίζει το ενδιαφέρον της νοσηλεύτριας προς την πάσχουσα και την πείθει ότι πράγματι η νοσηλεύτρια θα δείξει το ανάλογο ενδιαφέρον και μετά την εγχείρηση της.

Ως συμπέρασμα, θεωρείται ότι η νοσηλεύτρια πέτυχε την προεγχειρητική ψυχοσωματική ετοιμασία της ασθενούς, αν η ασθενής:

☒ Αποδέχεται την αναπηρία της και δεν θεωρεί ότι υποβιβάζει την αξία της ως ατόμου.

☒ Δίνει πρωτεύουσα θέση στα πνευματικά και ηθικά χαρίσματα και δευτερεύουσα στην σωματική αρτιότητα.

☒ Είναι αποφασισμένη να ζήσει με την αναπηρία της, υπερβαίνοντας τη σωματική αδυναμία με την ψυχική καλλιέργεια.

☒ Πιστεύει ότι η ζωή της θα συνεχισθεί και μετά τη μαστεκτομή να έχει νόημα και σκοπό γιατί θα διαθέτει πολλές δυνατότητες και ικανότητες, οι οποίες δεν θα επηρεασθούν από την μαστεκτομή και ότι η κοινωνία της επιφυλάσσει μια χρήσιμη θέση.

☒ Προχωρεί στο χειρουργείο με την καλύτερη σωματική προεγχειρητική ετοιμασία, με αισιοδοξία και ελπίδα και με εμπιστοσύνη στο χειρουργό και στη νοσηλεύτρια του χειρουργείου για την επιτυχή εκτέλεση της εγχείρησης.

Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς μετά τη μαστεκτομή αποτελεί συνέχεια της προεγχειρητικής και της εγχειρητικής περιόδου. Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή, κατά την οποία η ασθενής επανέρχεται από το χειρουργείο στο νοσηλευτικό τμήμα. Η φροντίδα είναι πολύπλευρη και πολυμερής και θεωρείται μια από τις σοβαρότερες και πλέον υπεύθυνες εργασίες της νοσηλεύτριας.

Βασικό λοιπόν μέλημα της νοσηλεύτριας επιστρέφοντας η ασθενής από το χειρουργείο για την ταχεία και ομαλή επιστροφή της γυναίκας στο κοινωνικό περιβάλλον είναι:

α. Η αποκατάσταση της ψυχικής ισορροπίας, θα μπορέσει να επιτευχθεί με την συνειδητοποίηση του ακρωτηριασμού, την προσαρμογή στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού, την αποδοχή της αλλαγής και τα όρια που επέβαλλε το χειρουργείο στην ζωή της, την απόκτηση φυσικής και συναισθηματικής επάρκειας αναγνωρίζοντας, εκφράζοντας και αντιμετωπίζοντας τα διάφορα αρνητικά συναισθήματα από τα οποία έχει κυριευθεί.

β. Πρόληψη τυχόν επιπλοκών.

γ Πρόληψη τυχόν παραμορφώσεων που πιθανόν να συμβούν μετεγχειρητικά.¹⁴

α. Ψυχική Αποκατάσταση.

Όσο περισσότερη απόγνωση βιώνει ένα άτομο, τόσο περισσότερο κυριεύεται η σκέψη και η συμπεριφορά του από αισθήματα αγωνίας και φόβου και τόσο πιθανόν το άτομο αυτό να δείξει μειωμένη αντίσταση σε ασθένειες. Όσο πιο απαισιόδοξο αισθάνεται ένα άτομο τόσο μειώνεται η πιθανότητα να κυριευθεί από φόβο και αγωνία, τόσο πιο πιθανό από την άλλη να αναπτύξει στρατηγικές που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει την ασθένεια του.

Οι άνθρωποι βιώνουν απαισιοδοξία όταν νιώθουν ότι δεν μπορούν να ελέγχουν μια κατάσταση, όταν νιώθουν ανήμποροι και όταν νιώθουν απομονωμένοι ή εγκαταλειμμένοι.¹⁸

Η νοσηλεύτρια λοιπόν πρέπει να :

- ✦ Παρέχει την ευκαιρία στην ασθενή να εκφράζει τα συναισθήματα της με το να αναφέρει η ίδια τις παρατηρήσεις και τα συναισθήματα της. Έχει αποδειχθεί ότι παρακινώντας τους ασθενείς να μιλήσουν για τα αισθήματά τους μπορεί να συντελέσει στο να μετριαστούν τα αισθήματα απαισιοδοξίας του ασθενή. Η ενθάρρυνση για εξωτερίκευση, ταξινόμηση και, τέλος, αντιμετώπιση των αισθημάτων βοηθά στην καταπολέμηση των αρνητικών σωματικών επιπτώσεων οι οποίες συσχετίζονται με την προσπάθεια καταστολής και συγκράτησης του φόβου και της απόγνωσης.
- ✦ Γίνεται καλή ακροάτρια και δέχεται αυτά που λέει η ασθενής. Δεν λαμβάνει προσωπικά υπόψη της το θυμό, την ευερεθιστότητα ή την επιθετικότητα της ασθενούς.
- ✦ Συγκεντρώνεται στα συναισθήματα της ασθενούς και προσπαθεί να αντιμετωπίσει τη συμπεριφορά της.
- ✦ Καθορίζει τη σημασία που έχει για την ασθενή η αλλαγή του σωματικού ειδώλου και το πώς πιστεύει η ασθενής ότι θα επηρεάσει τη ζωή της.
- ✦ Συμπεριλαμβάνει για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας τις απόψεις της ασθενούς για τη σημασία της αλλαγής του σωματικού ειδώλου και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.
- ✦ Παρακολουθεί τη συμπεριφορά της ασθενούς. Αν η ασθενής αρνείται ή ντρέπεται για την επισυμβαίνουσα αλλαγή, θα παρακολουθεί τους γύρω της, ψάχνοντας να βρει πάνω τους αρνητικά σημεία, με τα οποία θα καθησυχάσει το δικό της φόβο και θα μετριάσει την αυτοϊσοτιμία της. Η νοσηλεύτρια βοηθάει

την οικογένεια της ασθενούς να αποδεχθεί τέτοιες αλλαγές και να αποφεύγει την ενίσχυση και την προβολή αρνητικών συναισθημάτων.

✦ Ενημερώνει την ασθενή ότι συναισθήματα και ανησυχίες που βιώνει κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο είναι φυσιολογικές και ότι αυτή βρίσκεται εκεί για να την ακούσει, να της συμπαρασταθεί και να τη βοηθήσει να αντιμετωπίσει το μέλλον. Την αφήνει να κλάψει και να εκφράσει το θυμό της, με σκοπό να περάσει σιγά - σιγά το στάδιο της κατάθλιψης και της αυτοϋποτίμησης.

✦ Συζητά την προσαρμογή της ασθενούς με την οικογένεια της και τους φίλους της, ενθαρρύνοντας τους να την υποστηρίζουν ενισχύοντας την ελκυστικότητα της και την αξία της. τους βοηθάει να αποδεχθούν, να καταλάβουν και να βοηθήσουν την ασθενή.

✦ Τονίζει τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα της ασθενούς: ψυχική δύναμη, χαρίσματα, αξίες.

✦ Ανακαλύπτει και υποστηρίζει την επιθυμία της ασθενούς να ζήσει όσο το δυνατόν περισσότερο και να εξακολουθήσει το ρυθμό της ζωής της, όπως και πρώτα.

✦ Διδάσκει στην ασθενή κατάλληλες τεχνικές αυτοεξέτασης του μαστού. Της εξηγεί ότι οι ασθενείς που έχουν υποστεί μαστεκτομή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο επανεμφάνισης καρκίνου και ότι η ίδια η ασθενής είναι η μόνη που μπορεί να τον προλάβει σε πρώιμο στάδιο.

Με όλα λοιπόν τα παραπάνω επιτυγχάνεται σταδιακά η ασθενής να αποδεχθεί τον ακρωτηριασμό στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού, να αποδεχθεί τα όρια που επέβαλε το χειρουργείο στη ζωή της, να αποκτήσει υπευθυνότητα, φυσική και συναισθηματική επάρκεια, ανεξάρτητα από τα μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν για να κρύψει τη δυσμορφία της από τους άλλους.

β, Πρόληψη επιπλοκών

Γυναίκες που υπεβλήθησαν σε μαστεκτομή μπορεί να παρουσιάσουν μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως:

✓ Πόνος

✓ Λιμορραγία

✓ Φλεγμονή

✓ Λεμφοίδημα

✓ Λοίμωξη

Πιο αναλυτικά αναφέρουμε τη νοσηλευτική παρέμβαση για την πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών που μπορεί να εμφανιστούν.

Εμφάνιση Πόνου

Οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν πάντα ως αποτέλεσμα την εμφάνιση πόνου. Στη μαστεκτομή, ο πόνος οφείλεται στη χειρουργική τομή, αλλά και στην περιορισμένη κινητικότητα της ασθενούς, λόγω της τοποθέτησης του επιδεσμικού υλικού, των ορών και των συσκευών παροχέτευσης.

Η νοσηλεύτρια κατά την εμφάνιση πόνου:

- ✘ Χορηγεί με εντολή γιατρού αναλγητικά και παρακολουθεί / εκτιμά τα επιθυμητά ή ανεπιθύμητα αποτελέσματα τους.
- ✘ Τοποθετεί την ασθενή σε θέση ημι-Fowler για την βελτίωση αναπνοής.
- ✘ Χρησιμοποιεί μαξιλάρια για να μπορέσει να τοποθετήσει τον αγκώνα ψηλότερα από τον ώμο και την άκρα χείρα ψηλότερα από τον αγκώνα, όλο το άκρο τοποθετείται σε λειτουργική θέση.

Ο νοσηλευτής για να προλάβει τον πόνο:

- ✘ 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.
- ✘ Η νοσηλεύτρια τη διδάσκει πώς να αναπνέει και να βήχει, ιδιαίτερα μετά τη χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου.
- ✘ Ενθαρρύνει την έγερση της ασθενούς από την πρώτη κιάλας μετεγχειρητική μέρα. Κατά την έγερση, συχνά ο βραχίονας της προσβεβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο, για να παρεμποδισθεί η πίεση στο τραύμα και η αύξηση του πόνου.
- ✘ Υπενθυμίζει στην ασθενή να περιορίσει την κινητικότητα του σύστοιχου άκρου.
- ✘ Την συμβουλεύει να κοιμάται ανάσκελα, όσο αυτό είναι δυνατόν.

Αιμορραγία

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

Η νοσηλεύτρια:

- ✘ Παρακολουθεί το επιδεσμικό υλικό τουλάχιστον κάθε 2 ώρες κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο.
- ✘ Ελέγχει τον ιματισμό του κρεβατιού και τα επιδεσμικά κάτω από την μασχάλη και την πλάτη γιατί συμβαίνει ορισμένες φορές το αίμα να ρέει προς τα πίσω, ενώ το επιδεσμικό υλικό επί του τραύματος να διατηρείται καθαρό.
- ✘ Παρακολουθεί και εκτιμά τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 2-4 ώρες, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για την διαπίστωση αιμορραγίας και shock.
- ✘ Ελέγχει τις συσκευές παροχέτευσης του τραύματος. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευμένων υγρών από την συσκευή ελέγχονται και αναγράφονται καθημερινά.
- ✘ Παρακολουθεί την ενδοφλέβια χορήγηση ορών για την εξασφάλιση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και για τη θερμιδική κάλυψη.
- ✘ Εκτιμά αλλαγές του διανοητικού επιπέδου της ασθενούς, οι οποίες είναι δυνατόν να υποδεικνύουν μειωμένη παροχή αίματος στον εγκέφαλο.
- ✘ Ενημερώνει το γιατρό για σημεία αιμορραγίας. Προετοιμάζεται για μετάγγιση αίματος.

Φροντίδα του τραύματος και πρόληψη φλεγμονής.

Η νοσηλεύτρια τηρεί αυστηρά τις αρχές της άσηπτης τεχνικής κατά τις αλλαγές του τραύματος. Η φροντίδα του τραύματος περιλαμβάνει:

- Επεξήγηση για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.
- Σημείωση ότι το πρόσφατα επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση εξαιτίας της κάκωσης των νεύρων.
- Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.
- Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο κακάο για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος (με έγκριση γιατρού).

Η νοσηλεύτρια 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 φλεγμονής. (αύξηση θερμοκρασίας).
- ✘ Παρατηρεί την τομή για τοπική αύξηση της θερμότητας, οίδημα, εμφάνιση πύου. Καταγράφει και αναφέρει 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.

Λεμφοίδημα

Μετά από ριζική ή τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είναι δυνατόν να έχουμε την εμφάνιση οιδήματος του σύστοιχου προς τη μαστεκτομή άκρου, λόγω της αφαίρεσης των λεμφαδένων και των λεμφαγγείων με αποτέλεσμα τη μη παροχέτευση της λέμφου και τη λίμναση της στην περιοχή.

Το φαινόμενο του λεμφοιδήματος που παρουσιάζεται άλλοτε πολύ περιορισμένα και άλλοτε περισσότερο, αποτελεί πηγή ανησυχίας για τις γυναίκες με μαστεκτομή.

Αναφέρονται φοβίες, οι οποίες περιλαμβάνουν:

- ✘ Ότι το διογκωμένο χέρι θα γίνει αντιληπτό στους άλλους και θα πρέπει η ασθενής να δώσει εξηγήσεις, κάτι βέβαια που θα της είναι δυσάρεστο.
- ✘ Δυσκολίες στο ταίριασμα των ρούχων.
- ✘ Αλλαγές στον τρόπο ζωής. Μείωση της κινητικότητας και των κοινωνικών συναναστροφών.
- ✘ Φόβος ότι η νόσος χειροτερεύει.

Μια επεξηγηματική στάση από την πλευρά της νοσηλεύτριας και θα καθησύχαζε το άτομο και θα προλάμβανε τη χειροτέρευση του οιδήματος.

Στην πρόληψη του οιδήματος η νοσηλεύτρια μπορεί να συμβουλεύσει την ασθενή να :

Καθημερινή άσκηση του χεριού, ώμου - αγκώνα - καρπού και δακτύλων.

- Αποφυγή ανύψωσης βάρους με το προσβεβλημένο χέρι, ιδιαίτερα τις πρώτες εβδομάδες μετά την εγχείρηση, όπου η τομή βρίσκεται ακόμη στην αναρρωτική φάση.

· Συνίσταται συχνή ανύψωση του χεριού. Το βράδυ, κατά τη διάρκεια του ύπνου, αν είναι δυνατόν το χέρι να τοποθετείται ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα (τοποθέτηση μαξιλαριών). Η βαρύτητα βοηθάει την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός οιδήματος.

· 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.

Αν επιθυμεί η ασθενής να κάνει ηλιοθεραπεία, η έκθεση της περιοχής στον ήλιο να γίνεται με μεγάλη προσοχή και σταδιακά, ώστε να αποφευχθούν εγκαύματα.

· Αν πρέπει η ασθενής να παραμείνει για πολύ ώρα στον ήλιο, επιβάλλεται η κάλυψη της περιοχής με αντηλιακό μεγάλου δείκτη προστασίας.

· Συνίσταται άμεση επίσκεψη στον γιατρό, αν παρουσιασθεί ερυθρότητα ή οίδημα στο χέρι.

Λοίμωξη

Η νοσηλεύτρια ενημερώνει και διδάσκει τη γυναίκα για τα μέτρα πρόληψης της λοίμωξης. Αυτά είναι:

❖ Η ασθενής πρέπει να αποφεύγει εμβολιασμούς, ενέσεις, αιμοληψίες, τοποθέτηση ορών στο προσβεβλημένο χέρι. Αν κάποιο από τα παραπάνω κριθεί αναγκαίο, η ίδια η ασθενής πρέπει να υπενθυμίσει στο γιατρό ή στη νοσηλεύτρια τη χρησιμοποίηση του άλλου χεριού.

❖ Να αποφεύγονται τα καψίματα κατά το μαγείρεμα. Κατά την επαφή με τον φούρνο, να φορά προστατευτικά γάντια.

❖ Προσοχή στα μαχαίρια της κουζίνας, στο ράψιμο - κέντημα.

❖ 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.

❖ Αν καπνίζει, πρέπει να ανάβει και να κρατά το τσιγάρο με το άλλο χέρι

❖ Να περιμένει για τη χρησιμοποίηση αποτριχωτικής μηχανής, κρεμών ή αποσμητικών στην μασχάλη του προσβεβλημένου χεριού, τη

συγκατάθεση του γιατρού. Έως ότου επουλωθεί η χειρουργική τομή, τα χημικά που περιέχουν οι κρέμες και τα αποσμητικά είναι δυνατόν να ερεθίσουν την τομή. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται, όταν επιχειρείται αποτρίχωση της περιοχής και αυτό γιατί η αισθητικότητα της είναι μειωμένη.

γ. Πρόληψη παραμορφώσεων.

Στη μαστεκτομηθείσα ασθενή, είναι φυσικό να περιορίζεται η κινητικότητα της αντίστοιχης προς τη μαστεκτομή πλευράς' οφείλεται στην τοποθέτηση των παροχετεύσεων και του επιδεσμικού υλικού.

Η πρόληψη της μόνιμης σύσπασης των μυών με αποτέλεσμα τη δημιουργία παραμορφώσεων και τη μείωση της λειτουργικότητας είναι ζωτικής σημασίας. Είναι δυνατόν επίσης η ασθενής να αισθάνεται κάποια διαταραχή της ισορροπίας της ως αποτέλεσμα της εγχείρησης, οφειλόμενη σε ασυμμετρία και μείωση της δύναμης των μυών.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να :

- ❖ Κινητοποιεί την ασθενή, όταν περάσουν οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αναισθησίας.
- ❖ Μετά το πρώτο 24ωρο, αρχίζει η έναρξη παθητικών ασκήσεων του χεριού της προσβεβλημένης πλευράς, οι οποίες περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση των δακτύλων. Σκοπός των ασκήσεων είναι η πρόληψη των μυϊκών συσπάσεων και η διατήρηση του βαθμού κινητικότητας και του μυϊκού τόνου. Το εύρος των ασκήσεων αυξάνεται προοδευτικά και η ασθενής πρέπει να είναι σε θέση να κάνει τις περισσότερες δραστηριότητες όπως χτένισμα, βούρτσισμα δοντιών, τάισμα.
- ❖ Οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η ασθενής δεν πρέπει να αισθάνεται δυσχέρεια στις κινήσεις.
- ❖ Πρέπει να ενθαρρύνεται η αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα καθώς και η σωστή θέση κατά την εκτέλεση τους.
- ❖ Η νοσηλεύτρια συμβουλευέται και συζητεί με το γιατρό για το είδος, τη συχνότητα και τη διάρκεια των ασκήσεων.
- ❖ 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 μέρα πρόγραμμα διδασκαλίας και εκμάθησης ασκήσεων.

❖ Διδάσκει την ασθενή να αρχίζει με απλές κινήσεις, τις οποίες θα επαναλαμβάνει αργά για περιορισμένο χρονικό διάστημα. Η ασθενής ενθαρρύνεται και συμβουλεύεται να ξεκουράζεται και να αναπνέει βαθιά στο διάστημα των ασκήσεων.

❖ Καλό είναι οι ασκήσεις να συνοδεύονται με χαμηλή, ήρεμη και ρυθμική μουσική.

❖ Η νοσηλεύτρια παραμένει κοντά στην ασθενή κατά τη διενέργεια των ασκήσεων τις πρώτες ώρες.

❖ Διδάσκει αρχικά απλές ασκήσεις όπως: να κρατά με το χέρι ένα λαστιχένιο μπαλάκι και να το σφίγγει δυνατά, να χτενίζει τα μαλλιά της, δίχως όμως να σκύβει το κεφάλι της. Στην συνέχεια ακολουθεί η εκμάθηση δυσκολότερων ασκήσεων όπως:

Κινήσεις του βραχίονα

- Η ασθενής στέκεται στη συνηθισμένη όρθια θέση και τεντώνει τους βραχίονες στα πλάγια (απαιγωγή)

- Λυγίζει τους αγκώνες και ακουμπά τα δάκτυλα της πίσω, στον τράχηλο. Φέρνει τους αγκώνες μπροστά, ώστε να ακουμπήσουν.

- Επαναφέρει τους βραχίονες στη θέση 2 με τα δάκτυλα πίσω στον τράχηλο.

- Λύνει τα δάκτυλα της και τεντώνει τους βραχίονες στα πλάγια.

Κινήσεις προς την πλάτη.

- Παίρνει την συνηθισμένη της θέση

- Βάζει τα χέρια της στη μέση για ισορροπία

- Λυγίζει τον αγκώνα και φέρνει το προσβεβλημένο χέρι πίσω την πλάτη, έως ότου τα δάκτυλα της φθάσουν στην αντίθετη ωμοπλάτη.

- Επαναφέρει τα χέρια της στην αρχική θέση, ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.

Κινήσεις εκκρεμούςς

- 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.

Κινήσεις κουπιού

- Παίρνει τη συνηθισμένη της θέση
- Λυγίζει το σώμα της μπροστά, κρεμώντας τα χέρια της στο 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 αυτήν την άσκηση, αλλάζοντας χέρια.
- Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.

Διδάσκει προχωρημένες ασκήσεις όπως:

- Αναρρίχηση στον τοίχο
- 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.

Ύψισμα σχοινάκι

- 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 στην 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.

- Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.

Κινήσεις τροχαλίας

- Παίρνει ένα κομμάτι σχοινί ή μια γερή ζώνη από ύφασμα, περίπου 3 μέτρων και την περνάει στο σίδερο του μπάνιου, αφού κάνει στις άκρες δύο κόμπους.

- Στέκεται ανάμεσα στο σχοινί στην συνηθισμένη στάση.

- Κρατά τους κόμπους που έχει το τέλος του σχοινοῦ 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.

Ανόψωση των βραχιόνων και τέντωμα τους.

- 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 την θέση αυτή τους βραχίονες.

- Εν συνεχεία, ξαναφέρει τους βραχίονες στην αρχική θέση. Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.

- Η νοσηλεύτρια καθοδηγεί την ασθενή να συμβουλευέται 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.

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 αναπαύεται, τοποθετείται κάτω από τον ώμο που έχει γίνει η μαστεκτομή ένα μικρό μαξιλάρι και το προσβεβλημένο χέρι πάνω από το κεφάλι της. Κατά την ώρα της ανάπαυσης, αφήνει το σώμα της χαλαρό, αφού προηγουμένως το τεντώσει όσο περισσότερο μπορεί. Κατόπιν αναπνέει αργά και βαθιά από τη μύτη και βγάζει τον αέρα από το στόμα. Επαναλαμβάνει, μέχρι να αισθανθεί τέλεια χαλάρωση.

Η απλή κίνηση χαλαρώνει τους εφικτούς μυς, που είναι μουδιασμένοι και σκληροί.^{14, 22, 24}

4.5. ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

Υπάρχουν αρκετοί τρόποι ανακατασκευής του μαστού, κι ο καθένας τους έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Υπάρχουν επίσης τρόποι ανακατασκευής της θηλής. Μπορεί να χρειαστεί να τροποποιήσουμε το σχήμα του άλλου μαστού, να τον μικρύνουμε ή να τον μεγαλώσουμε, ώστε να υπάρχει η καλύτερη δυνατή συμμετρία ώστε να επιτευχθεί η αρμονικότερη εμφάνιση. Απαιτείται συνήθως η συνεργασία ομάδας ειδικών (πλαστικού χειρουργού, γενικού χειρουργού, ακτινολόγου, ογκολόγου και γενικού γιατρού).

Το πρώτο ερώτημα είναι αν η ανακατασκευή του μαστού θα γίνει αμέσως μετά τη μαστεκτομή ή θα καθυστερήσει. Το πλεονέκτημα της άμεσης ανακατασκευής είναι ότι μειώνονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις («πένθος» για τον χαμένο μαστό).

Η άμεση ανακατασκευή ενδείκνυται σε γυναίκες με μικρής έκτασης καρκίνο και αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες που επιθυμούν να αποφύγουν μια δεύτερη επέμβαση αλλά έχουν συνειδητοποιήσει πως υπάρχει κάποιος ελαφρώς αυξημένος κίνδυνος να προκύψουν προβλήματα επούλωσης. Όταν όμως ο όγκος είναι μεγάλος και πρέπει να γίνει τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, αποφεύγεται συνήθως η άμεση ανακατασκευή του μαστού. Ο αρχικός στόχος είναι η ίαση από τον καρκίνο, ενώ η ικανοποιητική πλαστική ανακατασκευή έρχεται σε δεύτερη μοίρα.

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

Η ανακατασκευή του μαστού καθυστερεί όταν μαζί με τη χειρουργική επέμβαση εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, οι οποίες ενδέχεται να επηρεάσουν τα συστατικά του αίματος και το ανοσολογικό σύστημα, οπότε αυξάνεται ο κίνδυνος λοίμωξης, επιβραδύνεται η επούλωση του τραύματος και εκδηλώνονται και άλλες επιπλοκές. Συνήθως η ανακατασκευή αναβάλλεται για τέσσερις έως έξι εβδομάδες μετά τη συμπλήρωση της ακτινοθεραπείας και δύο έως τρεις μήνες μετά το πέρας της χημειοθεραπείας.

Πρόσθεση μαστού σιλικόνης σε ένα στάδιο Σε ελάχιστες περιπτώσεις, τοποθετείται μικρό εμφύτευμα σιλικόνης κάτω από τους μυς του θωρακικού τοιχώματος και κατά τη διάρκεια της μαστεκτομής. Η τεχνική εφαρμόζεται σε γυναίκες με μικρούς μαστούς από τις οποίες αφαιρέθηκε πολύ μικρό τμήμα του μαστού.

Πλεονεκτήματα

- ✚ Ο μαστός ανακατασκευάζεται σε μία επέμβαση.

Μειονεκτήματα

- ✚ Συνήθως δεν δημιουργείται το περίγραμμα του μαστού όπως φαίνεται στον φυσιολογικό μαστό και όπως επιτυγχάνεται με τις άλλες τεχνικές.

↓ Όπως συμβαίνει με κάθε εμφύτευμα σιλικόνης, υπάρχει μικρός κίνδυνος λοίμωξης που θα μπορούσε να οδηγήσει σε προσωρινή απόρριψη του εμφυτεύματος.

↓ Σε ορισμένες ασθενείς εμφανίζονται μακροχρόνιες παρενέργειες από τη σιλικόνη. Το ενδεχόμενο μελετάται ενδελεχώς και ο γιατρός πρέπει να το συζητά με την ασθενή.

Τεχνική επέκτασης των ιστών Κάτω από τους μυς του θωρακικού τοιχώματος τοποθετείται πρόσθεση σιλικόνης που φουσκώνει προοδευτικά με αποστειρωμένο φυσιολογικό ορό. Αυτό γίνεται στο ιατρείο κάθε εβδομάδα.

Συνήθως απαιτούνται δύο με τρεις μήνες ώσπου ο μαστός να φτάσει το μέγεθος του αντίθετου μαστού.

Χρησιμοποιούμε το εμφύτευμα για μεγάλο χρονικό διάστημα ή μπορούμε να το αλλάξουμε με μόνιμη πρόσθεση με απλή επέμβαση.

Πλεονεκτήματα

Η τεχνική είναι απλή και εφαρμόζεται στα εξωτερικά ιατρεία με τοπική ή γενική αναισθησία.

Μειονεκτήματα

Καθυστερεί μέχρις ότου ολοκληρωθεί.

Υπάρχει ο κίνδυνος λοίμωξης, όπως συμβαίνει και με την πρόσθεση μαστού σιλικόνης σε ένα στάδιο.

Τεχνική χρησιμοποίησης κρημονού από τον πλατύ ραχιαίο μυ (LATS) Η τεχνική αυτή έγινε δημοφιλής στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και τις αρχές της δεκαετίας του 1980.

Χρησιμοποιείται κυρίως όταν οι ιστοί του κατώτερου θωρακικού τοιχώματος είναι τεταμένοι ή λεπτοί ή όταν υπάρχει βλάβη από προηγούμενη εντοπισμένη ακτινοβολία έπειτα από μαστεκτομή.

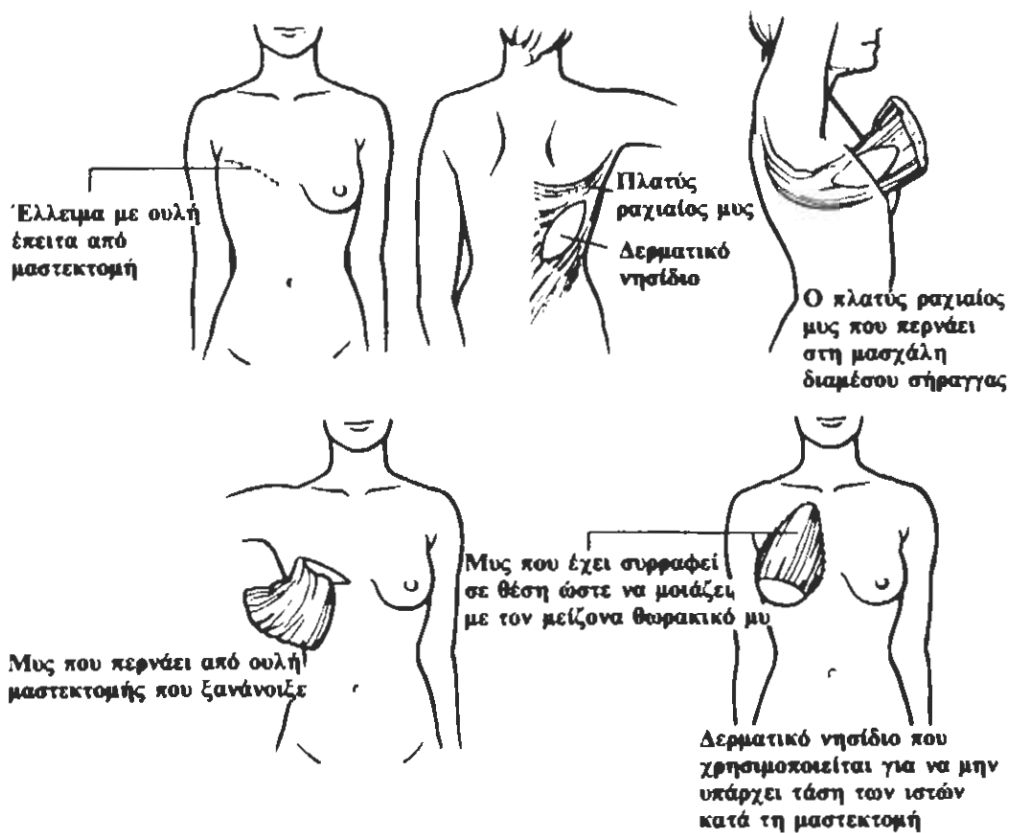
Χρησιμοποιείται εμφύτευση μαστού σιλικόνης μαζί με τον ευρύ, σχήματος βεντάλιας, πλατύ ραχιαίο μυ που στρέφεται γύρω από το θωρακικό τοίχωμα για να υποκαταστήσει τον ιστό που αφαιρέθηκε κατά τη μαστεκτομή.

Πλεονεκτήματα

- ❖ Προσδίδει αίσθημα πληρότητας στο κατώτερο τμήμα του μαστού, όπου και χρειάζεται κατ' εξοχήν.
- ❖ Δημιουργεί πιο φυσική την πτυχή του μαστού.

Μειονεκτήματα

- ❖ Το δέρμα της πλάτης μπορεί να έχει διαφορετική απόχρωση ή υφή.
- ❖ Προκαλείται συμπληρωματική ουλή στο θώρακα και ορατή ουλή στην πλάτη.
- ❖ Η μεταφορά των μυών της πλάτης στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα μπορεί να επηρεάσει τη μυϊκή ισχύ για ορισμένες αθλητικές δραστηριότητες.



Ανακατασκευή μαστού με την τεχνική LATS με χρησιμοποίηση δερματικού κρημνού από μυ της πλάτης.

Σχήμα 9.

Τεχνική χρησιμοποίησης μυοδερματικού κρημνού από τον εγκάρσιο ορθό κοιλιακό μυ (TRAM)

Είναι η πιο περίπλοκη τεχνική απ' όσες χρησιμοποιούνται συνήθως και δεν είναι δυνατό να εφαρμοστεί σε όλες τις ασθενείς.

Ένα τμήμα του κάθετου μυός που βρίσκεται στο κέντρο της κοιλιάς (ορθός κοιλιακός) καθώς και μεγάλο τμήμα δέρματος και λίπους ελλειψοειδούς σχήματος από το κάτω τμήμα της κοιλιάς, μεταφέρονται στο θωρακικό τοίχωμα και σχηματίζουν τη μορφή του μαστού.

Πλεονεκτήματα

- ❖ Τα αισθητικά αποτελέσματα γενικά είναι ικανοποιητικά. Το δέρμα που μεταφέρεται από την κοιλιά στο θωρακικό τοίχωμα συνήθως είναι παρόμοιο στο χρώμα και τη σύσταση. . Συνήθως δεν χρειάζεται πρόσθεση σιλικόνης.

- ❖ Συνήθως μετά τη μεταφορά του δέρματος και του λίπους από την κοιλιά δημιουργείται κάποια «κοιλιακή πτόχωση».

Μειονεκτήματα

- ❖ Πιθανή μυϊκή αδυναμία των κοιλιακών τοιχωμάτων ή δημιουργία κήλης στο κοιλιακό τοίχωμα.

- ❖ Επιπρόσθετες ουλές στην περιοχή του άνω μαστού και του κατώτερου τμήματος της κοιλιάς.

- ❖ Η επέμβαση είναι μεγάλη και χρονοβόρα.

Μικροχειρουργική τεχνική ελεύθερης επιλογής κρημνού Η μέθοδος αυτή, η πιο σύγχρονη μαζί με την τεχνική TRAM, εφαρμόζεται επίσης όταν οι απλούστερες τεχνικές αποτυγχάνουν. Σπανίως επιχειρείται και αποτελεί την τελευταία επιλογή.

Ιστός από το κέντρο της κοιλιάς, την πλάτη ή τους γλουτούς μεταφέρεται στο θωρακικό τοίχωμα και μορφοποιείται εν είδει μαστού. Τα αγγεία από τον ελεύθερο κρημνό συνδέονται με τα αγγεία του θωρακικού τοιχώματος με μικροχειρουργικές τεχνικές.

Πλεονεκτήματα

- ❖ Τα ίδια με τη μέθοδο TRAM.

Μειονεκτήματα

- ❖ Επιπρόσθετες,ουλές.

❖ Ο πλαστικός χειρουργός πρέπει να είναι ιδιαίτερα επιδέξιος και να έχει ειδικευτεί στη μικροχειρουργική.¹

4.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ορμονική θεραπεία συνεπάγεται την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών, οι οποίες εκδηλώνονται με τρεις τρόπους: (1) προσωρινή ερυθρότητα, οίδημα ή εμφάνιση δερματικών αλλοιώσεων ή αύξηση του μεγέθους του όγκου, (2) Εκδήλωση αυξημένου οστικού πόνου, ο οποίος μπορεί να σχετίζεται με οστική μετάσταση, (3) Υπερασβεστιαμία, η οποία δεν είναι πολύ συχνή. Το πιο συχνό και πρωταρχικό σύμπτωμα της είναι η διαταραχή του διανοητικού επιπέδου, η οποία εκφράζεται με μείωση της μνήμης και της προσοχής. Άλλο συνηθισμένο σύμπτωμα είναι η ναυτία, η πολυδιψία, η πολουρία, η δυσκοιλιότητα και η εμφάνιση οστικού πόνου. Ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως εξάψεις, αύξηση του βάρους, αρρενοποίηση ή εμφάνιση εξανθήματος, είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε δυσχέρεια συνέχισης της θεραπείας.

Υψηλό καθήκον, λοιπόν, της νοσηλεύτριας είναι να βοηθήσει και να στηρίξει την ασθενή στα εξής:

- ▶ Διδασκαλία της ασθενούς σχετικά με τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες της ορμονοθεραπείας.
- ▶ Ενημερώνει για την αύξηση του μεγέθους του όγκου και την καθησυχάζει.
- ▶ Χορηγεί αναλγητικά και αντιστεροειδή για την ελάττωση και την αντιμετώπιση του οστικού πόνου (σύμφωνα με ιατρική εντολή).
- ▶ Ενημερώνει την ασθενή και την οικογένεια της για την πιθανή εμφάνιση υπερασβεστιαμίας.
- ▶ Τέλος, οφείλει να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει το βάρος της σε φυσιολογικό επίπεδο κατά τη διάρκεια της ορμονοθεραπείας. Η ενημέρωση και η αποδοχή των συμβουλών ενός διαιτολόγου, πριν από την έναρξη της θεραπείας, είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση του προβλήματος.¹⁴

4.7. ΩΟΘΗΚΕΚΤΟΜΗ

Ο ρόλος της αμφοτερόπλευρης ωοθηκεκτομής στην ενδοκρινολογική θεραπεία του καρκίνου του μαστού στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι καλά τεκμηριωμένος. Η ανταπόκριση στη θεραπεία αυτή διαρκεί πάνω από 6 μήνες στο 20-48 % των περιπτώσεων. Παράγοντες που επηρεάζουν την ανταπόκριση είναι α) η προεμμηνοπαυσιακή κατάσταση β) το μεγάλο ελεύθερο νόσου διάστημα γ) οι ομάδες αίματος Β και ΑΒ δ) μεταστατική νόσος περιορισμένη στα οστά και ε) η παρουσία μετάστασης και ωχρού σωματίου στην αφαιρούμενη ωοθήκη. Οι οιστρογονικοί υποδοχείς σχετίζονται με υψηλή πιθανότητα ανταπόκρισης στη στείρωση. Η ταμοξιφένη έχει παρουσιάσει ανάλογους ρυθμούς ανταπόκρισης με την ωοθηκεκτομή στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και μπορεί να δοκιμασθεί αρχικά. Ίσως δρα μέσω του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα (EGF) και του TEGF, παρόλο που η χορήγησή της προκαλεί αύξηση της FSH, προλακτίνης και οιστραδιόλης στο αίμα, ανθιστάμενη έτσι κατά της "φαρμακευτικής ωοθηκεκτομής".

Ασθενείς που αντενδείκνυνται για ωοθηκεκτομή είναι αυτές με εκτεταμένες πνευμονικές, ηπατικές ή του ΚΝΣ μεταστάσεις, αυτές που έχουν αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς και αυτές με ελεύθερο νόσου διάστημα μικρότερο του έτους. Η ακτινική στείρωση με 2000 rad δίνει παρόμοια αποτελέσματα, αλλά απαιτούνται δύο περίπου μήνες για να γίνουν εμφανή. Η προφυλακτική πάντως ωοθηκεκτομή μετά από μαστεκτομή δεν ελαττώνει την πιθανότητα υποτροπής, ούτε παρατείνει την επιβίωση των ασθενών που υποτροπιάζουν. Οι ασθενείς που ανταποκρίνονται στην ωοθηκεκτομή είναι πιθανό να ανταποκριθούν και σε άλλους ορμονικούς χειρισμούς σε ποσοστό 40-50 %.

4.8. ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΚΤΟΜΗ - ΥΠΟΦΥΣΕΚΤΟΜΗ

Η επινεφριδεκτομή δεν γίνεται πλέον σήμερα όσο παλιότερα, καθώς το αποτέλεσμά της επιτυγχάνεται με το συνδυασμό αμινογλουτεθιμίδης και υδροκορτιζόνης. Ασθενείς που δεν μπορούν να ανεχθούν τις ανεπιθύμητες ενέργειες της αμινογλουτεθιμίδης αποτελούν τις υποψήφιες για επινεφριδεκτομή.

Σαν μέθοδος θεραπείας παρουσιάζει ένα ποσοστό ανταπόκρισης της τάξης του 30-40 %. Όπως και με την ωοθηκεκτομή καλύτερα ανταποκρίνονται οι ασθενείς με

μεταστάσεις στα οστά ή στα μαλακά μέρη, παρόλο που είναι πιθανόν να ανταποκριθούν εξίσου καλά και οι μικρές μεταστατικές εστίες στον πνεύμονα ή στον υπεζωκότα (30-40 %). Αντίθετα οι πολλαπλές σπλαχνικές μεταστάσεις ή ο συνδυασμός σπλαχνικής και οστικής μετάστασης ανταποκρίνεται στο 20-30 % των περιπτώσεων. Όταν το ελεύθερο νόσου διάστημα ξεπερνά τα 2,5 χρόνια, τότε υπάρχει πιθανότητα ανταπόκρισης (50 %).

Αντενδείξεις για την επινεφριδεκτομή είναι α) μεταστάσεις στο ΚΝΣ ή στο ήπαρ β) προχωρημένες λεμφαγγειακές μεταστάσεις στον πνεύμονα και γ) ελεύθερο νόσου διάστημα μικρότερο από 18 μήνες.

Κατά την περίοδο του follow-up ο γιατρός δεν πρέπει να αγνοεί συμπτώματα υπερβολικής αδυναμίας, ναυτίας-εμέτων, αυξημένης θερμοκρασίας, απότομης απώλειας βάρους, υπότασης, διότι αυτά μπορεί να αποτελούν εκδηλώσεις επινεφριδικής ανεπάρκειας.

Η υποφουσεκτομή αποτελεί εναλλακτική λύση έναντι της επινεφριδεκτομής. Η ανταπόκριση κυμαίνεται στο 40 % και φθάνει το 65 % σε ασθενείς με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς. Οι μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ανταποκρίνονται καλύτερα και ιδιαίτερα όταν έχουν περάσει πάνω από 10 χρόνια από την εμμηνόπαυση. Η θεραπεία υποκατάστασης συνίσταται σε χορήγηση κορτιζόνης και θυρεοειδικής ορμόνης, ενώ η ανάπτυξη όποιου διαβήτη απαιτεί επιπλέον και χορήγηση αντιδιουρητικής ορμόνης.

Και αυτή η εγχείρηση δεν εφαρμόζεται σήμερα λόγω της ύπαρξης ουσιών, που ανταγωνίζονται τις περισσότερες από την υπόφυση εκκρινόμενες ορμόνες (LHRH-Luteinising Hormone Releasing Hormone).⁷



ΚΕΦΑΛΑΙΟ

5

5.1. Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι γνωστό ότι αποτελεί έναν από τους πιο συχνούς καρκίνους στη γυναίκα. Παρά την σοβαρότητα του νοσήματος, η εκτεταμένη έρευνα των τελευταίων δεκαετιών όσον αφορά την επιδημιολογία, την αιτιολογία, την θεραπεία και την πρόληψη, είχε ως αποτέλεσμα την βελτίωση της επιβίωσης των γυναικών που έχουν την ατυχία να προσβληθούν από αυτόν.

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης έφερε στην επιφάνεια και κάποιες άλλες πτυχές που συνδέονται άρρηκτα με το νόσημα και που μπορεί να επηρεάζουν το τελικό αποτέλεσμα : τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις.

Από τότε που ο G. Engel δημοσίευσε το 1977 στο περιοδικό Science την πρότασή του για ένα νέο ιατρικό μοντέλο, το οποίο ονόμασε βιοψυχοκοινωνικό σε αντιδιαστολή με το ισχύον βιοιατρικό, αυξήθηκε πολύ το ενδιαφέρον για μια ολιστική προσέγγιση των ατόμων που ασθενούν. Δεδομένου ότι ο άνθρωπος είναι μέρος ενός ευρύτερου συστήματος, η αποτελεσματική θεραπεία πρέπει να απευθύνεται ταυτόχρονα και στις τρεις διαστάσεις, δηλαδή και στην βιολογική και στην ψυχολογική και στην κοινωνική. Η ανάγκη αυτή είναι φανερό ότι γίνεται πιο επιτακτική σε νοσήματα που όπως ο καρκίνος, έχουν πολλές φορές άσχημο αποτέλεσμα ή/και σχετικά μακροχρόνια πορεία. Στο κείμενο αυτό θα κάνουμε μια σύντομη αναφορά σε μερικές από τις ψυχοκοινωνικές πλευρές του καρκίνου του μαστού βασιζόμενοι στις πολλές εργασίες που έχουν γίνει τα τελευταία 20 χρόνια στον τομέα αυτό.

5.1.1. Οι ιδιαιτερότητες του καρκίνου του μαστού.

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει μερικές ιδιαιτερότητες αναφορικά με την ψυχοκοινωνική διάστασή του, οι οποίες οφείλονται κατά κύριο λόγο σ'αυτό καθαυτό το όργανο στόχο αλλά και στα επιδημιολογικά δεδομένα. Συγκεκριμένα, η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα που δυνητικά μπορεί να προκαλέσει τον θάνατό της, αλλά και με την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματός της που συμβολίζει δυο από τις πιο σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της : την μητρότητα και την ερωτική της υπόσταση. Το τελευταίο έχει

ιδιαίτερη σημασία, αν αναλογιστεί κανείς ότι ο καρκίνος του μαστού είναι πιο συχνός σε μια ηλικία που και άλλοι παράγοντες (πχ. εμμηνόπαυση, φυσιολογική γήρανση) επιδρούν αρνητικά στην αίσθηση θηλυκότητας και ελκυστικότητας που αισθάνονται και νιώθουν οι γυναίκες.

5.1.2. Μηχανισμοί προσαρμογής και αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού.

Κάθε άνθρωπος, όταν έρχεται αντιμέτωπος με ένα δυνητικά θανατηφόρο νόσημα προσπαθεί να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση με σκοπό να μπορέσει να χρησιμοποιήσει όλες τις εφεδρείες που έχει ώστε να αντιμετωπίσει καλύτερα τον κίνδυνο για την ζωή του. Όλοι οι άνθρωποι δεν τα καταφέρνουν το ίδιο καλά και αυτό φαίνεται να έχει σχέση με τα εγγενή χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους . Άλλοι κατορθώνουν γρήγορα να προσαρμοστούν με τα καινούρια δεδομένα της ζωής τους, άλλοι αργούν περισσότερο και άλλοι δεν το κατορθώνουν ποτέ. Εκτεταμένες έρευνες πάνω στους τρόπους αντιμετώπισης των σοβαρών νοσημάτων έχουν δείξει ότι οι κύριοι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται για την προσαρμογή είναι οι ακόλουθοι :

α) Άρνηση (Denial). Το άτομο που νοσεί αρνείται ενεργητικά κάθε ένδειξη που συνηγορεί ότι πάσχει από σοβαρό νόσημα. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού π.χ., αρνείται κατηγορηματικά την διάγνωση, ενώ δικαιολογεί την χειρουργική επέμβαση με λόγια όπως : "δεν ήταν κάτι σοβαρό, απλώς έβγαλαν το στήθος για λόγους προληπτικούς". Οι γυναίκες αυτές δεν μιλούν ποτέ από μόνες τους για το θέμα και κλείνουν γρήγορα την συζήτηση όταν αναφερθεί από κάποιον άλλον.

β) Μυχητικότητα (Fighting Spirit). Η ασθενής είναι αποφασισμένη να πολεμήσει και να νικήσει. Κρατάει θετική στάση και ελπίζει και συνήθως ψάχνει μόνη της για να συλλέξει όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί σχετικά με το νόσημά της και την αντιμετώπισή του. Συνήθως ρωτούν τον γιατρό τους για να μάθουν λεπτομέρειες για την κατάστασή τους, ή άλλες φίλες τους που τυχαίνει να πάσχουν από το ίδιο νόσημα, και μπορεί να αισθάνονται τυχερές που το "ανακάλυψαν γρήγορα".

γ) Στωϊκή αποδοχή (Stoic Acceptance). Οι ασθενείς αυτές δέχονται την διάγνωση. Δεν αναζητούν πληροφορίες γι'αυτήν εκτός αν προκύψουν καινούρια συμπτώματα και γενικά συνεχίζουν να ζούν όπως πρώτα χωρίς να ασχολούνται ιδιαίτερα με το

νόσημά

τους.

δ) Αποδοχή με συνοδό άγχος/θλίψη (Anxious/depressed Acceptance). Οι ασθενείς αυτές αντιδρούν στην διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή/και θλίψη. Όπως και οι γυναίκες με μαχητικό πνεύμα, επιδιώκουν ενεργητικά να μάθουν όσες περισσότερες πληροφορίες μπορούν, αλλά αντίθετα από τις πρώτες έχουν την τάση να τις ερμηνεύουν με τρόπο αρνητικό και απαισιόδοξο. Πάντως, είναι ικανές να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές δραστηριότητές τους.

ε) Απελπισία/Αβοηθητότητα (Hopeless/Helpless). Οι γυναίκες αυτές φαίνεται να έχουν κυριευτεί απόλυτα από την διάγνωση. Θεωρούν ότι είναι συνεχώς άρρωστες είτε έχουν είτε δεν έχουν συμπτώματα, και μερικές φορές ενεργούν σα να πρόκειται να καταλήξουν άμεσα. Η καθημερινή τους λειτουργικότητα είναι απόλυτα επηρεασμένη και αποδιοργανωμένη.

5.1.3. Χρονική αλληλουχία των μηχανισμών προσαρμογής και αντιμετώπισης.

Διάφορες εργασίες έχουν δείξει ότι η προσαρμογή στον καρκίνο του μαστού δεν είναι στατική αλλά μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου από την στιγμή της διάγνωσης. Η εργασία των Morris και συν. (1977) έδειξε ότι πάνω από τις μισές γυναίκες προσαρμόζονται από την αρχή χρησιμοποιώντας αυτό που ονομάστηκε πιο πάνω στωϊκή αποδοχή. Ένα ποσοστό περίπου 15% αντιδρά με άρνηση και ένα άλλο 15% αντιδρά με μαχητικότητα. Μία στις δέκα γυναίκες περίπου μπορεί να αντιδράσει με αβοηθητότητα ή/και απελπισία ενώ λιγότερες, αντιδρούν με άγχος/θλίψη. Ένα έως δύο χρόνια μετά την διάγνωση μειώνονται αισθητά οι γυναίκες με μαχητικότητα και άρνηση, και έτσι εφτά στις δέκα εμφανίζουν στωϊκή αποδοχή, μηχανισμός που αποτελεί τον κυρίαρχο τρόπο προσαρμογής και αντιμετώπισης των περισσότερων καρκίνων.

5.1.4. Σχέση των μηχανισμών προσαρμογής και αντιμετώπισης με την πρόγνωση.

Εκτεταμένες έρευνες έχουν γίνει τα τελευταία 15 χρόνια για να διαπιστωθεί εάν ο τρόπος αντιμετώπισης της νόσου καθώς και άλλες πτυχές της προσωπικότητας των

ασθενών μπορούν να επηρεάσουν την επιβίωση και την πρόγνωση. Τα συμπεράσματα μπορούν να συνοψισθούν ως εξής :

- α) Οι ασθενείς που τρεις μήνες μετά την χειρουργική θεραπεία για καρκίνο του μαστού πρώιμου σταδίου αντιμετωπίζουν τη νόσο με τη μέθοδο της άρνησης, φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ελεύθερο νόσου.
- β) Οι ασθενείς, που τρεις μήνες μετά την χειρουργική θεραπεία καρκίνου πρώιμου σταδίου εμφανίζουν μαχητικότητα, φαίνεται να έχουν επίσης καλύτερη πρόγνωση, αν και το εύρημα αυτό δεν έχει αναπαραχθεί από όλους τους ερευνητές.
- γ) Οι ασθενείς με απελπισία ή/και αβοηθητότητα εμφανίζουν σταθερά σε όλες τις εργασίες πιο άσχημη πρόγνωση.
- δ) Σε ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου, οι ψυχολογικοί παράγοντες αντιμετώπισης δεν φαίνεται να επηρεάζουν την επιβίωση. Στην ομάδα αυτή των ασθενών οι βιολογικοί παράγοντες φαίνεται να έχουν τον κύριο ρόλο σχετικά με την επιβίωση.

5.1.5. Ψυχιατρική Νοσηρότητα στον Καρκίνο του Μαστού

Στην εκτίμηση της μέτρησης της ψυχιατρικής νοσηρότητας στον καρκίνο του μαστού όπως και σε άλλα καταληκτικά νοσήματα εγείρονται πολλά μεθοδολογικά προβλήματα. Το κυριότερο πρόβλημα αφορά στα κριτήρια με τα οποία θα διακριθούν οι "περιπτώσεις" από τις "μη περιπτώσεις". Τα υπάρχοντα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται γι'αυτόν τον σκοπό στην ψυχιατρική έρευνα αν και είναι πολύ έγκυρα και αξιόπιστα για την ανίχνευση πρωτοπαθών ψυχιατρικών διαταραχών δεν μπορούν το ίδιο καλά να διακρίνουν την παροδική "δυσφορία" που αποτελεί φυσιολογική αντίδραση σε ένα αρνητικό γεγονός από την "αληθινή" ψυχιατρική διαταραχή. Με τον όρο "αληθινή" εννοείται εκείνη η διαταραχή που θα κρινόταν από έναν κλινικό ψυχίατρο ότι απαιτεί ειδική θεραπεία (φαρμακευτική ή/και ψυχοθεραπευτική) και η οποία μετά την ειδική αυτή θεραπεία θα βελτιωνόταν σημαντικά. Κρατώντας αυτή την επιφύλαξη, τα ευρήματα των περισσότερων ερευνών συνοψίζονται ως εξής :

- α) Ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών, περίπου μία στις τέσσερις εμφανίζουν τα πρώτα δύο χρόνια από την διάγνωση του καρκίνου του μαστού κάποιο είδος συναισθηματικής διαταραχής του τύπου της αγχώδους διαταραχής ή της κατάθλιψης.

Στις περισσότερες φορές ωστόσο η διαταραχή αυτή είναι ήπια ή αυτοπεριοριζόμενη έτσι ώστε αρκετοί είναι εκείνοι που πιστεύουν ότι δεν υπάρχει λόγος να παραπέμπονται οι γυναίκες αυτές σε ψυχίατρο. Ένα 5% ωστόσο παρουσιάζει ενδείξεις σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής, κυρίως μείζονος κατάθλιψης που απαιτεί θεραπεία.

β) 30% των γυναικών μετά την χειρουργική θεραπεία παρουσιάζει δυσκολίες στην σεξουαλική προσαρμογή της (μείωση της επιθυμίας, μείωση της συχνότητας των επαφών, μείωση της ικανοποίησης). Ωστόσο η σεξουαλική αυτή δυσλειτουργία είναι συνήθως μέτριου βαθμού και μόνο σε ένα μικρό ποσοστό είναι σοβαρή (περίπου στο 5%), ενώ όπως θα αναφερθεί παρακάτω φαίνεται να εξαρτάται και από το είδος της επέμβασης (μαστεκτομή ή ογκεκτομή).

5.1.6. Διαφορές μεταξύ μαστεκτομής και ογκεκτομής

Στην χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού δεν υπάρχει ακόμη συναίνεση αναφορικά με το είδος της θεραπείας που πρόκειται να ακολουθηθεί. Το είδος της επέμβασης, ριζικής ή μη ριζικής αποφασίζεται ανάλογα με το στάδιο της νόσου, την ηλικία της ασθενούς, τις προτιμήσεις του χειρουργού ή της γυναίκας. Υπάρχουν ωστόσο αρκετά στοιχεία που δείχνουν ότι η επιβίωση μεταξύ των δύο μεθόδων δεν φαίνεται να διαφέρει σημαντικά. Έχει, λοιπόν, ενδιαφέρον να δει κανείς αν οι ψυχολογικές επιπτώσεις μεταξύ των δύο μεθόδων διαφέρουν, αφού οι υποστηρικτές των μη ριζικών επεμβάσεων τονίζουν ιδιαίτερα αυτήν την πλευρά.

Τα συμπεράσματα των λίγων σχετικά εργασιών συνοψίζονται ως εξής :

α) Διαφορές στην εικόνα του εαυτού : Λίγους μήνες μετά την επέμβαση και οι δύο ομάδες γυναικών αναφέρουν μειωμένη ελκυστικότητα και θηλυκότητα. Ένα χρόνο μετά όμως οι γυναίκες με μη ριζικές επεμβάσεις επιστρέφουν στην προ χειρουργική κατάσταση, σε αντίθεση με τις γυναίκες με ριζικές επεμβάσεις που συνεχίζουν να έχουν αισθήματα απώλειας της θηλυκότητάς τους και της εικόνας του εαυτού τους.

β) Διαφορές στην σεξουαλική λειτουργία : Φαίνεται ότι οι ασθενείς με μαστεκτομή έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν σοβαρή έκπτωση της σεξουαλικής λειτουργίας μετά την επέμβαση όπως αυτή εκδηλώνεται στην μείωση της επιθυμίας, της ικανοποίησης και της συχνότητας. Η επιπλοκή αυτή αν και γενικά όπως αναφέρθηκε είναι σχετικά μικρή, ωστόσο φαίνεται να εκδηλώνεται σχεδόν

αποκλειστικά στην ομάδα των γυναικών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή.

γ) Διαφορές στις ψυχιατρικές διαταραχές (αγχώδεις - καταθλιπτικές διαταραχές) : Από τα υπάρχοντα στοιχεία δεν φαίνεται να υπάρχουν διαφορές στην συχνότητα ψυχιατρικών διαταραχών.

5.1.7. Συνέπειες της ψυχιατρικής νοσηρότητας στην ποιότητα ζωής και στην πρόγνωση.

Οι γυναίκες που παρουσιάζουν ψυχιατρικές επιπλοκές μετά την διάγνωση και την χειρουργική θεραπεία επηρεάζονται σε δύο τομείς: α) στην ποιότητα ζωής : η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών είναι σαφώς επηρεασμένη, κάτι που έχει δειχτεί σε αρκετές εργασίες αλλά πού είναι και προφανές αν σκεφτεί κανείς ότι ήδη υπάρχει ένας επιβαρυντικός παράγοντας που από μόνος του είναι ικανός να μειώσει το επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών αυτών. Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν έχει γίνει κάποια προσπάθεια ποσοτικού προσδιορισμού των επιπτώσεων στην ποιότητα ζωής, π.χ. με την μέθοδο των QUALYs (Ποιοτικώς Προσαρμοσμένων Ετών Ζωής - Quality-Adjusted Life Years).

β) στην πρόγνωση : Μερικές ενδιαφέρουσες εργασίες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που εμφανίζουν μείζονα κατάθλιψη έχουν υψηλότερο ποσοστό τοπικής υποτροπής σε καρκίνο πρώιμου σταδίου.

5.1.8. Ψυχοανοσολογικοί μηχανισμοί

Πολλοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει να διερευνήσουν τους μηχανισμούς με τους οποίους οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στην πορεία του καρκίνου του μαστού. Ιδιαίτερα έχουν μελετηθεί οι πιθανοί ανοσολογικοί μηχανισμοί που μπορεί να μεσολαβούν. Δύο τέτοιοι μηχανισμοί, που έχουν αναφερθεί στην σχετική βιβλιογραφία είναι οι ακόλουθοι :

α) Γυναίκες, που μια εβδομάδα μετά τη μαστεκτομή εμφανίζουν μεγαλύτερη δυσφορία και όχι καλή προσαρμογή εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα των φυσικών κυτταροκτόνων κυττάρων (natural killer cells, NK), και αυτό σχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση.

β) Γυναίκες που 3 μήνες μετά τη μαστεκτομή χρησιμοποιούν το μηχανισμό της

άρνησης εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα ανοσοσφαιρινών IgM σε σχέση με αυτές που χρησιμοποιούν το μηχανισμό της στωϊκής αποδοχής ή της μαχητικότητας. Η υπόθεση που έχει γίνει είναι ότι οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν την απάντηση του ανοσολογικού συστήματος του ασθενή και είτε να προκαλούν αύξηση των ανοσοσφαιρινών που δεν ενεργοποιούν το συμπλήρωμα (όπως IgG2 και IgG4), γεγονός που μπορεί να εμποδίζει την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, είτε να προκαλούν αύξηση των ανοσοσφαιρινών που ενεργοποιούν το συμπλήρωμα (όπως IgM), γεγονός που μπορεί να βοηθά στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων.

5.1.9. Θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών

Οι ψυχιατρικές επιπλοκές του καρκίνου του μαστού πρέπει πάντα να θεραπεύονται όταν είναι αρκετά σοβαρές διότι μειώνουν δραματικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και ενδεχομένως επηρεάζουν την πρόγνωση ιδίως των πρώιμων σταδίων.

- Η θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης που επιπλέκει τον καρκίνο του μαστού δεν διαφέρει ουσιαστικά στις αρχές της από τη θεραπεία άλλων μορφών κατάθλιψης. Ωστόσο πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής:

α) Η πιθανότητα φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων είναι αυξημένη σε ασθενείς με καρκίνο λόγω της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας που μπορεί να λαμβάνουν οι ασθενείς αυτοί ή/και της δυσλειτουργίας και άλλων οργάνων όπως του ήπατος. Απαιτείται λοιπόν γνώση της φαρμακοκινητικής και φαρμακοδυναμικής του σκευάσματος που χρησιμοποιείται και κατάλληλη ρύθμιση της ημερήσιας δόσης.

β) Η επιλογή για το αν η φαρμακοθεραπεία θα συνδυαστεί ή όχι και με ψυχοθεραπεία (κυρίως γνωσιακού συμπεριφορικού τύπου ή διαπροσωπικού τύπου) οπωσδήποτε εξαρτάται από την κάθε περίπτωση. Ωστόσο μερικοί υποστηρίζουν ότι η παραπομπή μιας γυναίκας για ψυχοθεραπεία μπορεί να προσθέσει στο ήδη δυσβάστακτο φορτίο του καρκίνου και ένα άλλο: το στίγμα που χαρακτηρίζει ακόμη τις ψυχιατρικές διαταραχές. Η φαρμακοθεραπεία μόνη της δεν παρουσιάζει τέτοιους κινδύνους αφού μπορεί να χορηγηθεί ακόμη και από τον θεράποντα γιατρό σε συνεργασία με τον ειδικό. Απαιτείται, λοιπόν, περαιτέρω έρευνα για να διαπιστωθεί εάν ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας σε κατάθλιψη που επιπλέκει καρκίνο του μαστού είναι πράγματι αποτελεσματικότερος, κάτι που ισχύει για άλλες μορφές

κατάθλιψης.

- Η θεραπεία των διαταραχών άγχους είναι επίσης επιβεβλημένη. Όταν η διαταραχή είναι βραχυχρόνια η χρήση βενζοδιαζεπινών φαίνεται να είναι μια καλή επιλογή χωρίς ιδιαίτερους κινδύνους για την δημιουργία εξάρτησης εφόσον προβλεφθεί η σταδιακή διακοπή τους. Σε περιπτώσεις που η αγχώδης διαταραχή είναι πιο μακροχρόνια η χρήση της βουσπιρόνης είναι απόλυτα δικαιολογημένη αφού έχει παρόμοια αποτελέσματα και ο κίνδυνος εξάρτησης είναι σαφώς μικρότερος.

- Για τις σεξουαλικές διαταραχές σπάνια απαιτεί ειδική θεραπεία εκτός αν την ζητήσει η ίδια η γυναίκα. Βεβαίως, οι γυναίκες ασθενείς σπάνια θα αναφέρουν το θέμα αυτό στον γιατρό τους. Γι' αυτό κρίνεται σκόπιμο ο γιατρός να ρωτάει απ' ευθείας την γυναίκα χρησιμοποιώντας ανοιχτές ερωτήσεις. Οι περισσότερες γυναίκες τότε με μεγάλη προθυμία θα απαντήσουν εάν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα και θα ενδιαφερθούν να μάθουν με ποιο τρόπο μπορούν να το λύσουν. Για τις ήπιες και παροδικές διαταραχές η απλή υποστήριξη είναι επαρκής.

5.1.10. Κοινωνικές Παράμετροι στον Καρκίνο του Μαστού.

Το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα που διαθέτει η γυναίκα που νοσεί από καρκίνο του μαστού φαίνεται να παίζει κρίσιμο ρόλο στην προσαρμογή στη νόσο και στην επακόλουθη δυσφορία. Ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζουν τα μέλη της οικογένειας και ο σύζυγος της γυναίκας. Οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια αλλά και οι ευρύτερες διαπροσωπικές σχέσεις δεν φαίνεται να επηρεάζονται από τη νόσο και σε μερικές περιπτώσεις βελτιώνονται. Η αντίληψη από την ίδια την γυναίκα ότι της παρέχεται υψηλού βαθμού υποστήριξη από το περιβάλλον της αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα που βελτιώνει την προσαρμογή της και μειώνει την δυσφορία της. Ο ρόλος παραγόντων του κοινωνικού περιβάλλοντος της γυναίκας στην πρόκληση καρκίνου του μαστού έχει μελετηθεί με διάφορες αναδρομικού τύπου επιδημιολογικές έρευνες. Μια τελευταία έρευνα με πολύ καλή μεθοδολογία (C C Chen 1995) έδειξε ότι σοβαρά γεγονότα ζωής κατά την διάρκεια των προηγούμενων 5 ετών πριν την διάγνωση, αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού από 3 έως 11 φορές. Τέτοια σοβαρά γεγονότα ζωής είναι μεταξύ άλλων ο θάνατος αγαπημένου προσώπου και η σοβαρή αρρώστια στο οικογενειακό περιβάλλον.

5.1.11. Τελικά Σχόλια

Η προσπάθεια αποκατάστασης των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού είναι σίγουρα μια επίπονη και ιδιαίτερα απαιτητική διαδικασία. Το ίδιο ισχύει και για την ανίχνευση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων. Ωστόσο δεν πρέπει ποτέ να μας διαφεύγει ότι οι ανάγκες των ασθενών που πάσχουν δεν ταυτίζονται πάντοτε με τις επιστημονικές ανάγκες και επιδιώξεις όσων έχουν το "προνόμιο" να διαγιγνώσκουν και να θεραπεύουν το νόσημα αυτό. Οι έρευνες πολλών ετών κατέδειξαν ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην αποκατάσταση των ασθενών αυτών. Και ότι το έργο αυτό είναι ορθότερο να γίνεται από τους ίδιους τους θεράποντες που αναλαμβάνουν την καθαρά βιολογική θεραπεία, εκτός από ένα μικρό αριθμό ασθενών για τις οποίες απαιτείται συνεργασία ειδικών.¹⁹

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Εικόνα 1.

Άρρωστη, ηλικίας 53 χρονών, αγρότισσα. Πρόκειται για τυπική περίπτωση μονοσυμπτωματικού καρκινώματος του αριστερού μαστού, με την παρουσία , δηλαδή μόνο μιας ανώδυνης διόγκωσης.

Η διαπίστωση της απλής αυτής διόγκωσης κατά το μαστό αποτελεί το συχνότερο αρχικό σύμπτωμα του καρκίνου του μαστού, που κατά τους διάφορους συγγραφείς υπολογίζεται σε 40-80% των περιπτώσεων. Από αυτές, λιγότερες από τις μισές συνοδεύονται και από πόνο στο μαστό.

Στην προκειμένη περίπτωση η ασθενής ψηλάφισε τυχαία τον όγκο με το αντιβράχιο κατά την αλλαγή της φανέλας της. Τότε τον εκτίμησε σε μέγεθος αυγού κότας. Τον παρακολούθησε επί 10 μήνες (!) και μόνο όταν παρατήρησε την ταχύτερη μεγέθυνση του όγκου, αποκάλυψε το εύρημα της στο άμεσο περιβάλλον της. Όταν ρωτήθηκε γι' αυτήν της, την αργοπορία, απήντησε, ότι δεν ήθελε να μπει σε μελάδες και φασαρίες.

Μολονότι δεν το ομολογούσε καθαρά, εν τούτοις γινότανε φανερό κατά τη συζήτηση, ότι καταλάβαινε απ' αρχής που διαπίστωσε τον όγκο, πως κάτι σοβαρό συμβαίνει στο μαστό της. Ίσως, «σκεπτότανε», να είναι και καρκίνος. Τα παραπάνω συμβαίνουν συχνότατα μεταξύ των ηλικιωμένων γυναικών και ιδιαίτερα των επαρχιών.



Εικόνα 2.

Στην εικόνα αυτή διαπιστώνονται τρία από τα βέβαια κλινικά σημεία παρουσίας κακοήθους νεοπλασίας στο δεξιό μαστό, που μπορεί να τα διαπιστώσει εύκολα κάθε άτομο που τα αναζητάει.

Έτσι παρατηρείται :

1. Μεταβολή της όλης μορφολογίας του μαστού.
2. Σαφής εισολκή της θηλής του δεξιού μαστού.
3. Το δέρμα πάνω από τον όγκο δεν διπλώνει σε πτυχές όπως συμβαίνει φυσιολογικά, αλλά συγκρατείται πολύ στερεά από τους υποκείμενους ιστούς.



Εικόνα 3.

Πρόκειται για πολυσυμπτωματικό καρκίνωμα του δεξιού μαστού.

Σαφέστατα απεικονίζεται στη φωτογραφία η εισολκή της θηλής του μαστού, καθώς και η μετατόπισή της προς τα επάνω και έξω. Διακρίνονται ακόμα η μεταβολή του σχήματος και της συμμετρίας του μαστού, οι διευρυμένες φλέβες του δέρματος, που καλύπτει τη διόγκωση.

Συμπερασματικά, στη συγκεκριμένη περίπτωση διαπιστώνονται, με την επισκόπηση και την ψηλάφηση, πολλαπλά και σαφέστατα κλινικά σημεία παρουσίας καρκίνου του μαστού. Πρόκειται για γυναίκα 64 ετών, αγρότισσα, μητέρα πέντε παιδιών. Τις μεταβολές στο μαστό της τις είχε επισημάνει από 8 μήνες!

«Δεν αισθανόμουν κανέναν πόνο. Νόμιζα ότι ήταν μεταβολές του μαστού που συμβαίνουν στην ηλικία μου». Διηγείται.

Η άρρωστη ήδη εμφανίζει μεταστάσεις στους αδένες της μασχάλης, που έχουν φτάσει το μέγεθος αυγού. Οι πιθανότητες να επιζήσει πέντε χρόνια μετά τη θεραπεία είναι βέβαια εξαιρετικά ελαττωμένες

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Dollinger N., Rosenbaum E.**, *Ο καρκίνος : Διάγνωση και πρόληψη, Θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση : Ένας οδηγός για όλους*, Εκδόσεις Κάτοπτρο, 1^η Έκδοση 1992, σελ. 141-146, 183-187, 306-308.
2. **Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ.**, *Προληπτική Ιατρική*, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα 1986 , σελ. 49.
3. **Τσίκου Ν., Καραγεωργοπούλου-Γραβάνη Σ.**, *Πρακτική άσκηση Νοσηλευτικής II*, Εκδόσεις Έλλην 1996, σελ. 140.
4. **Μαλγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ.**, *Νοσηλευτική : Παθολογική Χειρουργική*, Τόμος Β', Μέρος 2^ο, Έκδοση 18^η, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1997, σελ.80-87, 97-98, 105-108, 154-155.
5. **Εγκυκλοπαίδεια Δομή**, Τόμος 16^{ος}, Εκδόσεις Δομή, Αθήνα 1996, σελ. 137-138.
6. **Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία-Εταιρεία νοσηλευτικών σπουδών-Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας**, Επιμέλεια Έκδοσης : Δρ.Δημήτριος Χιωτόπουλος, Αθήνα 1999, σελ. 37.
7. **Πινακίδης Μ., Μπούτης Α.**, *Καρκίνος Μαστού*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1993, σελ. 9-14, 33-36, 39-45, 47-49, 54-56, 107-124, 129-130.
8. **Παναγιωτόπουλος Γ., Παπαλάμπρος Σ.**, *Χειρουργική*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδη, Αθήνα 1991, σελ.431-432.
9. **Κακλαμάνη Ν., Καμμά Α.**, *Η ανατομική του ανθρώπου*, Εκδόσεις M-Edition, Αθήνα 1998, σελ. 547.
10. **Arthur C.Guyton, M.D.**, *Φυσιολογία του ανθρώπου*, Μετάφραση-Επιμέλεια : Ευαγγέλου Α., Έκδοση 5^η, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2001, σελ. 1006-1007.
11. <http://www.medlook.net.cy/latest.asp>
12. **Κονδάκης Ξ.**, *Στοιχεία Υγιεινής και επιδημιολογίας*, Εκδόσεις Φωτοσυν ΛΒΕΕ, Πάτρα 1992, σελ.346-351.
13. **Γεωργίου Χ.Σακοράφα.**, *Ο καρκίνος του μαστού*, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγος Δημήτριος, Αθήνα 2000, σελ.19, 52-55.
14. **Κόνιαρη Ε.**, *Καρκίνος του μαστού-Νοσηλευτική Παρέμβαση*, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991, σελ.91-106, 113-128.

15. Vincent J.Devita, *Cancer:Principles and Practice of Oncology*,1993
- 16.Σαζίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*, Τόμος 2^{ος}, Μέρος Β', Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1996, σελ.105-117.
- 17.Πλατή Χ., *Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στον Καρκίνο του Μαστού*, Τόμος 28^{ος}, Τεύχος 1,1989, σελ. 67-68.
- 18.Lambley Peter., *Φοβίες, αγωνίες και ελπίδες των καρκινοπαθών : Πώς να βοηθήσουμε τους ασθενείς μας να βοηθήσουν εαυτούς*, Ελληνική Ογκολογία, Τόμος 30^{ος}, Τεύχος 3^ο, 1991, σελ. 182.
- 19.<http://www.mednct.gr/psycho/top.htm>
20. www.womanshealth.gr
21. www.iatroclub.gr
22. Αθανάτου Ε., *Κλινική Νοσηλευτική, Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες*, Έκδοση 6^η, Αθήνα 1996, σελ. 198-200.
23. www.euromed.com
24. Τούσης Δ., Μπούτης Α. και συνεργατών, *Πρόληψη έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο*, Ελληνική Εταιρεία προληπτικής ιατρικής, Τεύχος Α, Αθήνα 1980, σελ.314-319.
25. <http://users.otenet.gr/raibom/cabrest.htm>
26. <http://disabled.gr/portal/modules.php?name=News&File=article&sid=2325>
27. Μπαρμπουνάκη-Κωνστανιάκου, *Χημειοθεραπεία*, Β Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1989, σελ.37-40.
28. <http://www.mastologia.gr/pathology.html>
29. <http://www.surgical-oncology.org/info.htm>
30. <http://www.e-one.gr/4dcgi/-w-articles-epistimi-154669-22/09/2003-67497>

