

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΈΤΟΣ 2001-2002**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Καρκίνος του μαστού – Νοσηλευτική παρέμβαση
Ψυχοσωματική υποστήριξη**



Υπεύθυνη Καθηγήτρια :
Δημοπούλου Ειρήνη

Σπουδάστρια:
Νταλίπη Άννα

ΠΑΤΡΑ 2002



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
> ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	8
1. Ανατομία του μαστού	9
1.1 Στοιχεία εμβρυολογίας	9
1.2 Τοπογραφική Ανατομική	9
1.3 Τα αγγεία του μαστού	13
2. Φυσιολογία του μαστού	15
2.1 Ανάπτυξη και μεταβολές του μαστού	15
2.2 Ορμονικές επιδράσεις και φυσιολογικές μεταβολές του μαστού ..	17
> ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	19
1. Ιστορική ανάδρομη σχετικά με τον καρκίνο του μαστού	20
2. Επιδημιολογικά στοιχεία	21
3. Αιτιολογία – παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού	23
3.1 Δημογραφικοί παράγοντες	24
3.2 Γενετικοί παράγοντες	24
3.3 Ορμονικοί παράγοντες	25
3.4 Περιβαλλοντικοί παράγοντες	26
3.5 Προηγούμενο ιστορικό	26
3.6 Παράγοντες που συνδέονται με την αναπαραγωγή	26
3.7 Μορφολογικοί παράγοντες	27
> ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	29
1. Φυσική εξέλιξη καρκίνου του μαστού	30
1.1 Ο ρυθμός αύξησης του όγκου	30
2. Ταξινόμηση	31
2.1 Ιστολογική ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού	31
3. Κλινική σταδιοποίηση	34

➤ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°	36
1. Πρόληψη του καρκίνου του μαστού	37
1.1 Πρωτογενής πρόληψη	37
1.2 Δευτερογενής πρόληψη	39
2. Πληθυσμιακός έλεγχος	49
➤ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°	52
1. Κλινική εικόνα	53
2. Διάγνωση του καρκίνου του μαστού	54
2.1 Κλινική διάγνωση	54
2.2 Εργαστηριακή διάγνωση	57
2.3 Απεικονιστική διάγνωση	59
3. Διαφοροδιάγνωση	66
3.1 Καλοήθεις όγκοι του μαστού	66
3.2 Φλεγμονώδες παθήσεις του μαστού	66
3.3 Μεσοπλεύρια νευραλγία	67
➤ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°	68
1. Θεραπεία του καρκίνου του μαστού	69
1.1 Είδη θεραπευτικών μεθόδων	69
2. Νοσηλευτική παρέμβαση στις θεραπευτικές μεθόδους	85
➤ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°	107
1. Επιπλοκές	108
1.1 Τοπική υποτροπή	110
1.2 Περιοχική υπότροπη	110
1.3 Μεταστάσεις σε άλλα όργανα	110
2. Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού	111

➤ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο	113
1. Ψυχολογική υποστήριξη καρκινοπαθούς	114
2. Η έννοια της αποκατάστασης	122
2.1 Νοσηλευτική αποκατάσταση	124
2.2 Ψυχολογική νοσηλευτική αποκατάσταση	126
2.3 Πνευματική αποκατάσταση	127
➤ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο	129
1. 1 ^η Κλινική περίπτωση – Νοσηλευτική Διεργασία	130
2. 2 ^η Κλινική περίπτωση – Νοσηλευτική Διεργασία	148
Επίλογος	164
Περίληψη	165
Abstract	166
Βιβλιογραφία	167
Παράρτημα	173

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη κακοήθεια και η συνηθέστερη αιτία θανάτου στις γυναίκες.

Η κλινική πάρα πολλές φορές αποδεικνύει ότι οι περισσότερες παραμελημένες περιπτώσεις φτάνουν στα νοσοκομεία για θεραπεία, με κύρια αιτία καθυστέρησης την άγνοια των γυναικών αυτών. Γι' αυτό και τα τελευταία χρόνια καταβάλλονται μεγάλες προσπάθειες για την καλύτερη ενημέρωση των γυναικών όσον αφορά την πρόληψη του Ca μαστού.

Θα ήταν θετικό με την συμβολή αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης να γίνει αντιληπτό πως πρέπει να γίνει πεποίθηση των γυναικών ότι για να πολεμηθεί ο Ca μαστού θα πρέπει να τον ψάξουν πριν γίνει κλινικά αντιληπτός, σύμφωνα με το ρητό που αναφέρει ότι η ``καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη``.

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των δεδομένων και δυνατοτήτων που υπάρχουν σήμερα για τον Ca μαστού.

Η αναφορά στην εμβρυολογία, στην ανατομία και στη φυσιολογία του κρίθηκε αναγκαία για την καλύτερη κατανόηση της νόσου.

Στην συνέχεια παρουσιάζονται επιδημιολογικά στοιχεία και παραγόντων κινδύνου του Ca μαστού και τονίζεται ιδιαίτερα ο ρόλος της ηλικίας και του οικογενειακού ιστορικού στην εμφάνισή του.

Ακολουθεί η παρουσίαση της φυσικής εξέλιξης του καρκίνου του μαστού και τονίζεται ιδιαίτερα η ταξινόμηση, η πρόληψη της νόσου με σκοπό την ευαισθητοποίηση των γυναικών για έγκαιρη διάγνωση, καθώς και η κλινική εικόνα και στοιχεία για διαγνωστικές μεθόδους για την ανίχνευση του Ca μαστού και την καλύτερη δυνατή χρήση τους με σκοπό την αποφυγή άσκοπης εφαρμογής τους.

Οι θεραπευτικές μέθοδοι (χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, ακτινοθεραπεία χειρουργική θεραπεία) και οι αναφορές στις τοπικές

υποτροπές και στις μεταστάσεις του Ca μαστού βοηθούν τον αναγνώστη να λάβει γνώση για τις δυνατότητες που υπάρχουν σήμερα.

Στη συνέχεια παρατίθενται στοιχεία όσον αφορά τους προγνωστικούς δείκτες οι οποίοι βοηθούν σημαντικά τους ογκολόγους στον καλύτερο σχεδιασμό της πιο κατάλληλης εξατομικευμένης θεραπείας με σκοπό τη βελτίωση της έκβασης της νόσου.

Ακολουθούν αναφορές για το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στην πρόληψη, στην φροντίδα γυναικών με Ca μαστού, στην ψυχική τους υποστήριξη και στην εξασφάλιση της ποιότητας της ζωής τους μετά από μαστεκτομή.

Τέλος παρουσιάζονται συμπεράσματα και κάποιες προτάσεις για το μέλλον, όσον αφορά την καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου.

Εκφράζω τη βαθιά ευγνωμοσύνη μου για την πολύτιμη βοήθεια που μου πρόφερε η υπεύθυνη καθηγήτρια μου κα Δημοπούλου Ειρήνη, καθώς και τη μεθοδική και σχολαστική εποπτεία της σ' αυτή την προσπάθεια μου.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τα άτομα από το φιλικό μου περιβάλλον για την ηθική και ψυχική τους συμπαράσταση καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειάς μου.

Τέλος, το μεγαλύτερο ευχαριστώ το οφείλω στην οικογένεια μου που με την αγάπη, τη στήριξη και την πίστη της σε μένα, σε κάθε στάδιο της πορείας μου ως τώρα, κατάφερε να με κάνει να προσπαθώ συνεχώς για τη βελτίωσή μου ως άτομο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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 του νεοπλάσματος 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 ¹.

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται σε συχνότητα 27% σε σχέση με τον καρκίνο κάθε άλλης εντόπισης.

Μια στις 13 άρρωστες του γυναικολόγου θα εμφανίσει καρκίνο στο μαστό της σε κάποια εποχή της ηλικίας της.

Στην Ελλάδα, όπως και σε όλο τον κόσμο, είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες. Μια στις 12 Ελληνίδες θα εμφανίσει καρκίνο στο μαστό της στη διάρκεια της ζωής της. Προσβάλλει 1500 γυναίκες το χρόνο².

Οι πρόοδοι στη φαρμακευτική αντιμετώπιση του ΚΜ είναι κάτι παραπάνω από εντυπωσιακές, με αποτέλεσμα η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων να είναι αντιμετωπίσιμη.

Παρά τις προόδους στα διαγνωστικά μέσα η θνησιμότητα από τη νόσο εξακολουθεί να είναι υψηλή και σχετικά σταθερή επί τριάντα χρόνια.

Τα υψηλότερα ποσοστά έχουν σημειωθεί στην Βόρεια Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, μέτρια στη Νότια Ευρώπη και Λατινική Αμερική και χαμηλή στην Ιαπωνία και Αφρική.

Αλλαγές που έχουν παρατηρηθεί στη συχνότητα του καρκίνου ανάμεσα σε λαούς που μεταναστεύουν δείχνουν ότι το περιβάλλον παίζει ενδεχομένως ένα μεγάλο ρόλο στην ανάπτυξη του. Για παράδειγμα, Γιαπωνέζες πρώτης, δεύτερης και τρίτης γενιάς που ζουν στις Η.Π.Α.

εμφανίζουν ένα συνεχώς αυξανόμενο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, που πλησιάζει αυτόν των Αμερικανίδων.

Ο καρκίνος του μαστού είναι νόσος με μακρά διάρκεια και μεγάλες αποκλίσεις ως προς την πορεία και την έκβαση μεταξύ των ασθενών. Πολλές περιπτώσεις είναι ιάσιμες, αλλά περίπου, το ένα τρίτο του συνόλου των περιπτώσεων οδηγούνται στο θάνατο ³.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

1. Ανατομία του μαστού
2. Φυσιολογία του μαστού

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Ανατομία του μαστού

1.1. Στοιχεία Εμβρυολογίας

Οι μαστοί είναι εξωκρινείς αδένες που χαρακτηρίζουν την τάξη των θηλαστικών και των δυο φύλων. Είναι, όμως σημαντικά ατροφικοί στο αρσενικό και αρκετά ανεπτυγμένοι στο θηλυκό.

Έκκριμα των μαστών είναι το γάλα που αποτελεί απαραίτητη τροφή για το νεογνό.

Η καταβολή των μαστών, αν και θα χρησιμοποιηθούν πολλά χρόνια μετά τη γέννηση, πραγματοποιείται πριν από την καταβολή των άλλων αδένων του δέρματος.

Η καταβολή τους αρχίζει την 6^η περίπου εβδομάδα της ενδομήτριας ζωής, έστω και αν δεν υπάρχουν γονάδες, με το σχηματισμό στενής πάχυνσης του έξω βλαστικού δέρματος, που λέγεται μαστική ακρολοφία ή γαλακτοφόρος γραμμή.

Η μαστική ακρολοφία εκτείνεται από τις ρίζες των άνω μέχρι τις ρίζες των κάτω, δηλαδή, αρχίζει από το μέρος της μασχάλης και τελειώνει στους βουβώνες.

Η τέλεια ανάπτυξη του εκκριτικού συστήματος των μαστών δεν πραγματοποιείται στη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής, αλλά μόνο στο τέλος της, όταν οι γαλακτοφόροι πόροι έχουν σχηματισθεί και καλυφθεί από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο ².

1.2. Τοπογραφική Ανατομική

- **Θέση και έκταση.** Οι μαστοί είναι ημισφαιρικοί και βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ανάμεσα στη 2^η – 3^η και 6^η – 7^η πλευρά

και ανάμεσα από το χείλος του στέρνου και την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή.

Η πραγματική έκταση του μαστού είναι σημαντικά μεγαλύτερη, γιατί αυτός εκτείνεται με τη μορφή λεπτής στοιβάδας, προς τα πάνω στην κλείδα, προς το κέντρο στη μέση γραμμή και προς τα έξω στο έξω χείλος του πλατύ ραχιαίου μυ.

➤ **Μορφολογία.** Οι μαστοί αποτελούνται από δυο ημισφαιρικές προεξοχές, τοποθετημένες συμμετρικά στο ανώτερο μέρος της πρόσθιας επιφάνειας του θώρακα, αφήνοντας ανάμεσά τους το μεσομάστιο κόλπο. Ο μαστός έχει σχήμα κώνου ή μοιάζει με ημισφαίριο, που από το κέντρο του προβάλλει προς τα εμπρός και έξω η θηλή.

Το σχήμα των μαστών μεταβάλλεται από πολλά αίτια, όπως είναι η εγκυμοσύνη, η γαλουχία.

Το μέγεθος των μαστών εξαρτάται ακόμα από τη φυλή και από την ηλικία της γυναίκας.

Οι δυο μαστοί είναι συχνά άνισοι μεταξύ τους, ενώ είναι τέλεια συμμετρικοί περιφερειακά. Ο αριστερός μαστός τυχαίνει, πολλές φορές, να είναι μεγαλύτερος από τον δεξιό.

➤ **Υφή.** Η υφή του μαστού έχει σημασία, γιατί εμφανίζει μεγάλες διαφορές, που βρίσκονται μέσα σε φυσιολογικά όρια. Αυτό οφείλεται στην επίδραση ορμονών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και του ωθητικού κύκλου.

Αν αποκολλήσουμε το μαστό από το πρόσθιο θωρακικό πεδίο, θα διακρίνουμε δυο επιφάνειές του, την πρόσθια και την οπίσθια και την περιφέρειά του.

❖ **Πρόσθια επιφάνεια.** Αυτή είναι υπόκυρτη και αποτελείται από δέρμα, που στο φυσιολογικό μαστό, είναι ευκίνητο, λείο, λεπτό και

επιτρέπει, περισσότερο στη γυναίκα που θηλάζει, να διαγράφονται κάτω από αυτό οι φλέβες.

Στο κέντρο της επιφάνειας αυτής προέχει η θηλή και γύρω από αυτή υπάρχει η θηλαία άλως, που και οι δυο τους ξεχωρίζουν από το υπόλοιπο δέρμα για τη χροιά τους.

- ❖ **Οπίσθια επιφάνεια.** Αυτή λέγεται και βάση του μαστού, είναι επίπεδη, βρίσκεται πάνω στην περιτονία του μείζονα θωρακικού μυ και συνάπτεται μαζί του με συνδετικό ιστό.
- ❖ **Περιφέρεια.** Αυτή είναι λεπτή και συνέχεια με ινολιπώση ιστό και μαστικό αδένα.
- γ **Δέρμα.** Εμφανίζει κεντρικά τη θηλή και γύρω από αυτή τη θηλαία άλω. Το δέρμα του μαστού έχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες.
- ❖ **Θηλή.** Αυτή έχει σχήμα κωνικό ή κυλινδρικό. Η κατασκευή της θηλής είναι συμμετρική, στερεά, ελαστική και παρακολουθεί κάθε μετακίνηση του μαστικού αδένα. Επίσης, είναι ευδιέγερτη γιατί μέσα σε αυτήν υπάρχουν πολλές νευρικές απολήξεις.
- **Θηλαία άλως.** Αυτή αποτελεί κυκλοτερή ζώνη γύρω από τη θηλή. Έχει διάμετρο 15 – 35 χιλ. και χρώμα σκοτεινότερο από το υπόλοιπο δέρμα. Το δέρμα της θηλαίας άλω περιέχει μικρές τρίχες και άπειρους αδένες που διακρίνονται σε ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και επικουρικούς.
- **Περιμαστικό λίπος.** Αυτό παριστάνει τη συνέχεια του υποδόριου λίπους και μέσα σ' αυτό κατασκηνώνει ο μαστικός αδένας. Διακρίνουμε σ' αυτό την πρόσθια και οπίσθια στιβάδα του.

- **Μαστικός αδένας.** Αυτός έχει σχήμα δίσκου και περιβάλλεται από πέταλο συνδετικού ιστού. Διακρίνουμε σ' αυτόν δυο επιφάνειες : **την πρόσθια και την οπίσθια και περιφέρεια.**

Ο μαστικός αδένας αποτελείται από τους λοβούς, τους εκφορητικούς πόρους, τους γαλακτοφόρους κόλπους, τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες.

- ❖ **Λοβοί.** Ο μαστικός αδένας αποτελείται από 15 – 20 λοβούς. Ο κάθε λοβός έχει ένα γαλακτοφόρο πόρο, στον οποίο εκβάλλουν άλλοι δευτερότεροι πόροι, βρίσκεται μέσα στο μαστικό αδένα σε ακτινωτή διάταξη και συγκλίνει προς τη θηλή.

Στη θηλή υπάρχουν οι εκφορητικοί πόροι που καταλήγουν στο γαλακτοφόρο κόλπο και αυτός στους γαλακτοφόρους πόρους και στις αδενοκυψέλες.

Οι λοβοί περιβάλλονται από λιπώδη ιστό και χωρίζονται μεταξύ τους με ινώδη διαφράγματα. Κάθε λοβός αποτελείται από 10 – 100 λοβία. Τα λοβία αποτελούνται από μικρό αριθμό αδενοκυψελών, που εκβάλλουν σε κοινό πόρο.

Κάθε λοβός αποτελείται :

1. Από ένα γαλακτοφόρο πόρο, που εκβάλλει δικό του τμήμα στη θηλή.
2. Από διάφορο αριθμό λοβίων, που εκβάλλουν στο δικό τους γαλακτοφόρο πόρο.
3. Από αδενοκυψέλες.

- **Εκφορητικοί πόροι.** Αυτοί διευλάνουν τη θηλή και φέρουν το έκκριμα του μαστού από τους γαλακτοφόρους πόρους προς τα έξω. Ανέρχονται σε 15 –20.

- **Γαλακτοφόροι κόλποι.** Αυτοί είναι 20 περίπου, αποτελούν ανευρύσματα, που βρίσκονται στη βάση της θηλής και

σχηματίζονται από την αναστόμωση των γαλακτοφόρων πόρων, που εκβάλλουν σ' αυτούς.

- **Γαλακτοφόροι πόροι.** Αυτοί είναι τόσoι, όσoς είναι και ο αριθμός των λοβών του μαστού και, ανάλογα με την εντόπιή τους, οι μικρότεροι από αυτούς χαρακτηρίζονται ως ενδολόβιοι ή μεσολόβιοι.
- **Αδενοκυψέλες.** Αυτές αποιελούν την εκκριτική μοίρα του μαστικού αδένα και περιβάλλονται από εξειδικευμένο συνδετικό ιστό ².

1.3. Τα αγγεία του μαστού

- **Οι αρτηρίες.** Ο μαστός διαθέτει ένα πλούσιο αρτηριακό δίκτυο με κύριες αρτηρίες την έσω μαστική και πλάγια θωρακική. Οι δυο αυτές αρτηρίες εξασφαλίζουν το 90% της αιμάτωσης του μαστού (60% η πρώτη και 30% η δεύτερη), ενώ σε πολύ μικρότερο βαθμό συμμετέχουν και οι οπίσθιες μεσόπλευρες αρτηρίες.
- **Η έσω μαστική αρτηρία,** γνωστή και ως έσω θωρακική, εκφύεται από το κάτω τοίχωμα της υποκλείδιας αρτηρίας, απ' όπου διαγράφει μια ενδοθωρακική πορεία κατά μήκος του στέρνου, σε απόσταση 1 εκ. από το πλάγιο χείλος του. Χορηγεί στο μαστό τους πρόσθιους μεσοπλευρίους κλάδους και τους πρόσθιους διατιπρώντες κλάδους του δεύτερου, τρίτου και τέταρτου μεσοπλευρίου διαστήματος.
- **Η πλάγια θωρακική αρτηρία** εκφύεται από τη μασχαλιαία αρτηρία και, ακολουθώντας το κάτω χείλος του ελάσσονος θωρακικού μυός, φέρεται στο πλάγιο τοίχωμα του θώρακα. Αποτελεί την κύρια χορηγό αρτηριακού αίματος του άνω έξω τεταρτημορίου του μαστού και μέρους του κάτω έξω

τεταρτημορίου. Η ίδια αρτηρία χορηγεί κλάδους στους λεμφαδένες της μασχαλιαίας κοιλότητας.

- **Οι οπίσθιες πλευρικές αρτηρίες** αποτελούν τους τοιχικούς κλάδους της θωρακικής αορτής. Εκφύονται από το οπίσθιο τοίχωμα της και, μετά από σύντομη πορεία, διχάζονται και δημιουργούν εννέα ζεύγη.
 - **Οι οπίσθιες μεσοπλεύριες αρτηρίες** αναστομώνονται με τους πρόσθιους μεσοπλεύριους κλάδους της έσω μαστικής αρτηρίας, αναπτύσσοντας παράπλευρη κυκλοφορία μεταξύ της θωρακικής αορτής και της υποκλειδίας αρτηρίας.
- **Οι φλέβες.** Οι φλέβες του μαστού είναι πολυπληθέστατες και κατεργάζονται δυο κύρια πλέγματα αποχέτευσης του αίματος, το υποδόριο και το εν τω βάθει.
- **Το υποδόριο ή επιπολής φλεβώδες πλέγμα** αναπτύσσεται στο επιπολής πέταλο της υποδορίας περιτονίας. Υποδέχεται φλεβίδια του δέρματος, της θηλής και της θηλαίας άλω.
 - **Το εν τω βάθει φλεβώδες πλέγμα** αναπτύσσεται σε επίπεδο λοβιακής μονάδας και συστήματος μεγάλων εκφορητικών πόρων, απ' όπου φλεβίδια σχηματίζουν φλέβες και αυτές, φερόμενες στην περιφέρεια του μαστού, συνοδεύουν τις αντίστοιχες μεγάλες αρτηρίες του μαστού, την έσω μαστική, την πλάγια θωρακική και τις οπίσθιες μεσοπλεύριες αρτηρίες. Με τον τρόπο αυτό σχηματίζονται οι τρεις κύριες οδοί φλεβικής αποχέτευσης.
 1. Η οδός αποχέτευσης αίματος της έσω μαστικής φλέβας.
 2. Η οδός αποχέτευσης αίματος της πλάγιας θωρακικής φλέβας.
 3. Η οδός αποχέτευσης αίματος των οπίσθιων μεσοπλεύριων φλεβών.

Υ Η λεμφική αποχέτευση του μαστού

- **Τα λεμφικά δίκτυα.** Το σύστημα της λεμφικής αποχέτευσης του μαστού παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, κυρίως λόγω της σχέσης του με τη διασπορά του καρκίνου. Βασικά τα λεμφαγγεία του μαστού αναπτύσσονται στο διάμεσο συνδετικό ιστό που παρεμβάλλεται μεταξύ των λοβίων και των πόρων του αδένου, διαμορφώνοντας έτσι **το δίκτυο της λοβιακής μονάδας και του συστήματος των μεγάλων εκφορητικών πόρων**

Το δίκτυο είναι βαλβιδοφόρο και επικοινωνεί α) με τα επιπολής λεμφαγγεία του δέρματος, ιδιαίτερα αναπτυγμένα γύρω από τη θηλή του μαστού, και β) με τα εν τω βάθει λεμφαγγεία της εν τω βάθει περιτονίας ⁴.

- **Νεύρωση**

Η νεύρωση του μαστού γίνεται από το μέσο πλευροβραχιόνιο νεύρο, το θωρακοραχιαίο ή μέσο υποπλάτιο νεύρο, το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

2. Φυσιολογία του μαστού

Ο μαστός είναι το πλέον ορμονοεξαρτώμενο όργανο και αυτό συμβαίνει τόσο στην φυσιολογική ανάπτυξη και διατήρηση του όσο και σε ποικίλες παθολογικές καταστάσεις.

Η λειτουργία του μαστού εκφράζεται με την έκκριση γάλακτος από τα επιθηλιακά του κύτταρα τα οποία οργανώνονται σε αδενοκυψέλες και πόρους.

2.1. Ανάπτυξη και μεταβολές του μαστού

- **Εμβρυϊκή ζωή.** Η ανάπτυξη του μαστού ξεκινάει νωρίς κατά την εμβρυϊκή ζωή (περίπου 6^η εβδομάδα) με την εμφάνιση ενός ζεύγους

ζωνοειδών παχύνσεων της επιδερμίδας, εκατέρωθεν της μέσης γραμμής, που αποτελούν τις ``μαστικές ακρολοφίες ή μαστικές γραμμές`` και επεκτείνονται από το ανώτερο μέχρι το κατώτερο άκρο του κορμιού.

- **Παιδική ηλικία.** Η ανάπτυξη του μαστού συνεχίζεται κατά την παιδική ηλικία οπότε οι γαλακτοφόροι πόροι επιμηκύνονται και διακλαδίζονται.
- **Εφηβεία.** Στην εφηβεία οι μαστοί των γυναικών αναπτύσσονται περαιτέρω λόγω της αυξημένης εναπόθεσης λίπους και συνδετικού ιστού, του πολλαπλασιασμού των μεγάλων και ενδιάμεσων γαλακτοφόρων πόρων και της ανάπτυξης των τελικών τμημάτων τους. Κυκλικές μεταβολές των μαστών παρατηρούνται σε κάθε εμμηνορρυσιακό κύκλο, οι οποίες αφορούν τους τελικούς αλλά όχι τους μεγάλους και ενδιάμεσους γαλακτοφόρους πόρους. Συγκεκριμένα, οι τελικοί πόροι συρρικνώνονται κατά την εμμηνορρυσία και παρατηρείται απόπτωση επιθηλιακών κυττάρων. Μετά την ωοθυλακιορρηξία επακολουθεί εκ νέου πολλαπλασιασμός των επιθηλιακών κυττάρων των τελικών πόρων και το στρώμα των μεσολοβίων γίνεται οίδηματώδες, οπότε οι γυναίκες συχνά αισθάνονται μια τάση στη δεύτερη φάση του κύκλου.
- **Εγκυμοσύνη.** Στην περίοδο της εγκυμοσύνης, η αύξηση των μαστών είναι εντυπωσιακή και οφείλεται στην περαιτέρω διακλάδωση των γαλακτοφόρων πόρων και στη διαφοροποίηση των τελικών τμημάτων τους σε κυψελίδες με εκκριτική ικανότητα. Κάθε κυψελίδα περιβάλλεται από 4 – 6 μυοεπιθηλιακά κύτταρα.
- **Γαλουχία.** Κατά τη διάρκεια της γαλουχίας, τα επιθηλιακά κύτταρα των μαστών εμφανίζουν εκκριτικά κυστίδια και οι γαλακτοφόροι

πόροι διατείνονται από τις εκκρίσεις των κυττάρων αυτών. Τέλος της γαλουχίας, οι μαστοί εμφανίζουν μερική υποστροφή.

- **Εμμηνόπαυση.** Μετά την εμμηνόπαυση, τα τελικά λοβίδια και οι πόροι τους ατροφούν, ενώ παραμένουν αμετάβλητοι οι μεγάλοι και ενδιάμεσοι γαλακτοφόροι πόροι.

2.2. Ορμονικές επιδράσεις και φυσιολογικές μεταβολές του μαστού

Η φυσιολογική ανάπτυξη του μαστού προϋποθέτει τη συντονισμένη επίδραση οκτώ τουλάχιστον ορμονών. **1.** της προλακτίνης, **2.** των οιστρογόνων, **3.** της προγεστερόνης, **4.** της αυξητικής ορμόνης, **5.** της σωματομεδίνης C (IGF-1), **6.** της ινσουλίνης, **7.** των γλυκοκορτικοειδών και **8.** της θυροξίνης. Επιπλέον, η ωκυτοκίνη και πιθανώς η θυροειδοτρόπος ορμόνη (TRH) διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο κατά την περίοδο της γαλουχίας.

1. **Η προλακτίνη** φαίνεται πως είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων και των τελικών λοβιδίων του μαστού. Η καλή ανάπτυξη αυτών προϋποθέτει και την ταυτόχρονη παρουσία της προγεστερόνης. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, παράγεται η ανθρώπινη πλακουντιακή γαλακτογόνος ορμόνη (HPL), η οποία έχει σχεδόν την ίδια δράση με την προλακτίνη και προκαλεί περαιτέρω ανάπτυξη των μαστών. Στην περίοδο της γαλουχίας, η προλακτίνη ρυθμίζει επίσης τη σύνθεση των πρωτεϊνών καζεΐνης και α-λακταλβουμίνης καθώς και των λιπών του γάλακτος. Για το σκοπό αυτό σημαντική είναι και η συνεργική δράση της αυξητικής ορμόνης, της ινσουλίνης και της κορτιζόλης.
2. **Τα οιστρογόνα** μαζί με την αυξητική ορμόνη παράγουν την ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων, επίσης, τα οιστρογόνα πιθανώς ρυθμίζουν τον αριθμό των υποδοχέων προλακτίνης και προγεστερόνης στο μαστό και παρόλο που τον προπαρασκευάζουν

κατά την εγκυμοσύνη για την παραγωγή γάλακτος, αναστέλλουν την έκκρισή του.

3. **Παρουσία οιστρογόνων**, η προγεστερόνη δρα συνεργικά με την προλακτίνη για την ανάπτυξη των τελικών λοβιδίων και των κυψελίδων του μαστού, κατά την εγκυμοσύνη, και για την διαφοροποίηση των κυττάρων των κυψελίδων σε κύτταρα ικανά για παραγωγή γάλακτος.
4. **Η αυξητική ορμόνη**, δρώντας συνεργικά με την προλακτίνη και τα οιστρογόνα, προάγει την περαιτέρω ανάπτυξη του μαστού και κυρίως των γαλακτοφόρων πόρων.
5. **Η σωματομεδίνη C** και **η ινσουλίνη** διεγείρουν τη σύνθεση β-καζεΐνης. Επιπλέον η σωματομεδίνη C αυξάνει την παραγωγή γάλακτος που προκαλείται από την προλακτίνη.
6. **Τα γλυκοκορτικοειδή** φαίνεται πως έχουν γενικά ``ευωδοτικό`` ρόλο στη δράση των υπόλοιπων ορμονών για την ανάπτυξη του μαστού, κατά την εγκυμοσύνη και κατά τη γαλουχία, ενώ η θυροξίνη διαταράσσει τη φυσιολογική λειτουργία του μαζικού αδένου μόνο όταν βρίσκεται σε παθολογικά επίπεδα (υψηλά ή χαμηλά) ⁵.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

- 1.** Ιστορική αναδρομή σχετικά με τον καρκίνο μαστού
- 2.** Επιδημιολογικά στοιχεία
- 3.** Αιτιολογία – Παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

1. Ιστορική αναδρομή του Καρκίνου του μαστού

Στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, όταν για πρώτη φορά ο καρκίνος του μαστού άρχισε να αντιμετωπίζεται ως θεραπεύσιμο νόσημα, θεωρήθηκε ότι ο καρκίνος εμφανιζόταν πρώτα στο μαστό και μετά αναπτυσσόταν έξω απ' αυτόν κατά συνεχή τρόπο – θα μετέβαινε κατ' ευθείαν στους λεμφαδένες, κατ' ευθείαν στους πνεύμονες ή κατ' ευθείαν στο ήπαρ (σुकώτι). Εκείνη την εποχή, ώσπου να προσέλθει στο γιατρό η γυναίκα με καρκίνο του μαστού, είχε πιθανώς αναπτύξει μεγάλο πρωτοπαθή όγκο, ο οποίος καταλάμβανε το μεγαλύτερο μέρος του μαστού : είχε ήδη δώσει μεταστάσεις στο ήπαρ και σε άλλα όργανα, και οι γιατροί δεν σκέπτονταν να ρωτήσουν πως είχε φτάσει εκεί. Οι γυναίκες δεν ανακάλυπταν τους όζους, παρά μόνο αφού αποκτούσαν μεγάλο μέγεθος: δεν υπήρχε κανένα ενδιαφέρον για την αυτοεξέταση των μαστών, και οι ευυπόληπτες γυναίκες υποτίθετο ότι δεν έπρεπε να αγγίζουν τους μαστούς τους, παρά μόνο και όσο ήταν αναγκαίο για να πλυθούν και να ντυθούν.

Μέχρι τα τέλη του 19^{ου}, ο Γερμανός χειρουργός von Volkmann απέδειξε ότι η επέκταση δεν είναι ο μόνος τρόπος διασποράς του καρκίνου του μαστού – διασπείρεται, επίσης, μέσω των λεμφαγγείων. Ο καρκίνος θεωρήθηκε τότε ότι εμφανιζόταν στο μαστό, αναπτυσσόταν σε μέγεθος με βραδύ ρυθμό και εν συνεχεία μετέβαινε κύτταρο – κύτταρο στους λεμφαδένες.

Με βάση το παραπάνω σκεπτικό, ο William Stuart Halsted ανέπτυξε μια μορφή εγχείρησης, γνωστή ως ριζική μαστεκτομή (διενεργήθηκε για πρώτη φορά στην Αγγλία το 1857 από τον Charles Moore), κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1890 στο νοσοκομείο John Hopkins. Όταν διαπιστώθηκε ότι η ριζική μαστεκτομή δεν ήταν πάντοτε αποιολεσματική, θεωρήθηκε ότι δεν ήταν αρκετά εκτεταμένη. Ο Halsted δοκίμασε να αφαιρέσει τους υπερκλειδίους λεμφαδένες (πάνω από την

κλειδα) και ο Sampson Handley, χειρουργός του Λονδίνου, συμπεριέλαβε την αφαίρεση τμήματος του στέρνου και των πλευρών, για να υπάρχει πρόσβαση στους εσωτερικούς μαστικούς λεμφαδένες. Καμία από τις προαναφερόμενες ριζικές εγχειρήσεις δεν αποδείχθη ότι βελτιώνουν την επιβίωση, αλλά και οι δυο έγιναν δημοφιλείς και ορισμένες φορές πραγματοποιούνται ακόμα και σήμερα.

Ο Geoffrey Keynes στην Αγγλία και ο R.McWhirter στη Σκωτία, εξέτασαν το συνδυασμό ακτινοθεραπείας και περιορισμένων μορφών χειρουργικής. Τη δεκαετία του 1940, οι D.H.Paley και W.H.Dyson, επίσης στην Αγγλία, ανταποκρινόμενοι στην ανατομική μελέτη των λεμφαγγείων του μαστού από τον J.H.Gray, υποστήριξαν τη διενέργεια λιγότερο εκτεταμένης εγχείρησης, κατά την οποία αφαιρούντο ο μαστός και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, ενώ παρέμεναν άθικτοι οι θωρακικοί μύες. Η μέθοδος αυτή ονομάστηκε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

Παρά τις ευνοϊκές αναφορές από την Αγγλία, οι Αμερικανοί χειρουργοί άργησαν να εφαρμόσουν αυτή την ελάσσονα εγχείρηση.

Μεχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1970, η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είχε αντικαταστήσει στα περισσότερα νοσοκομεία τη ριζική μαστεκτομή⁶.

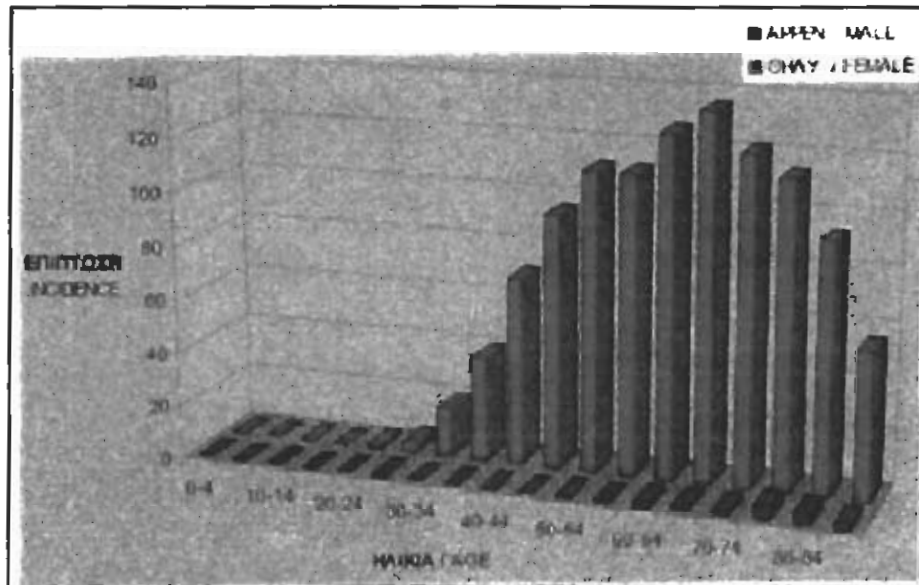
2. Επιδημιολογικά στοιχεία

Η American Cancer Society (ACS) υπολόγισε ότι στις ΗΠΑ το 1993 διαγνώστηκαν 182.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού στις γυναίκες και 46.000 θάνατοι γυναικών μπορούν να αποδοθούν σε αυτόν. Το 1996 διαγνώστηκαν 184.000 νέες περιπτώσεις και σημειώθηκαν 44.000 θάνατοι από καρκίνο του μαστού.

Το 1999 διαγνώστηκαν 175.000 νέες περιπτώσεις διηθητικού καρκινώματος του μαστού και περίπου 39.900 μη διηθητικού, *in situ* καρκινώματος.

Σύμφωνα με την ACS για το έτος 2000 διαγνώστηκαν 182.800 νέες περιπτώσεις διηθητικού καρκίνου του μαστού στην Αμερική, ενώ διαπιστώθηκαν 40.800 θάνατοι από την ασθένεια.

Κάθε χρόνο πάνω από 3.500 Ελληνίδες παρουσιάζουν Κ.Μ. 500.000 Ευρωπαίες προσβάλλονται από αυτό (δηλ. 1 στις 11 Ευρωπαίες θα αναπτύξουν καρκίνο ΚΜ κατά τη διάρκεια της ζωής τους.



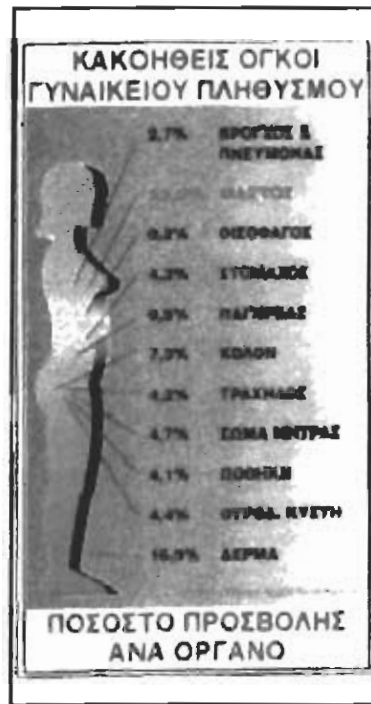
Ελληνικό Αρχείο Νεοπλασιών 1990-1991

Φαίνεται ότι υπάρχει μια διαφορά στη συχνότητα του καρκίνου του μαστού στις διάφορες χώρες. Η συχνότητα είναι υψηλή στη Βόρεια Αμερική και Βόρεια Ευρώπη, μέτρια στη Νότια Ευρώπη και Λατινική Αμερική και χαμηλή στην Ιαπωνία και Αφρική.

Υπολογίζεται ότι ο καρκίνος του μαστού απαντάται στις ηλικίες 40-49 ετών σε 1,3-1,6 στις 1.000 γυναίκες ετησίως, συχνότητα που αυξάνει σε 2,2-2,6 σε γυναίκες 50-59 ετών και σε 3,3-3,9 σε γυναίκες ηλικίας 60-69 ετών.

Οι περιπτώσεις καρκίνου του μαστού σε γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών αντιστοιχούν στο 16% του συνόλου των καρκίνων του μαστού. Το ποσοστό αυτό αυξάνει σε 17% του αθροίσματος των καρκίνων για γυναίκες 50-59 ετών⁷.

Συνεπώς πρόκειται για τον πιο συνηθισμένο καρκίνο στις γυναίκες, όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα :



Σε παγκόσμια κλίμακα το ποσοστό θανάτων από καρκίνο του μαστού είναι περίπου 60%.

3. Παράγοντες Κινδύνου του Καρκίνου του Μαστού

Η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού είναι άγνωστη. Ωστόσο, έχουν προσδιοριστεί ορισμένοι επιβαρυντικοί παράγοντες, παράγοντες κινδύνου (risk factors), οι οποίοι ασκούν επίδραση στην ανάπτυξη της νόσου. Κάποιοι από αυτούς μπορούν να ελεγχθούν, όπως το κάπνισμα, ενώ άλλοι παραμένουν αμετάβλητοι και δεν ελέγχονται, όπως είναι το οικογενειακό ιστορικό. Η ύπαρξη των παραγόντων κινδύνου σε μια γυναίκα δεν σημαίνει ότι οπωσδήποτε θα αναπτύξει τη νόσο, αλλά ότι υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες για την ανάπτυξή της. Άλλωστε υπάρχουν γυναίκες που δεν έχουν κανένα παράγοντα κινδύνου και έχουν αναπτύξει καρκίνο του μαστού και άλλες που έχουν αρκετούς παράγοντες και δεν έχουν εμφανίσει ακόμη τη νόσο ^{8, 9}.

Οι επιβαρυντικοί παράγοντες κινδύνου είναι :

1. δημογραφικοί,
2. γενετικοί,
3. ορμονικοί,
4. περιβαλλοντικοί,
5. προηγούμενο ιστορικό,
6. παράγοντες που συνδέονται με την αναπαραγωγή,
7. μορφολογικοί παράγοντες.

3.1 Δημογραφικοί παράγοντες

- **Το φύλο.** Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού είναι 100 φορές μεγαλύτερη στις γυναίκες παρά στους άντρες. Σ' αυτούς αντιπροσωπεύει μόνο ένα 0,5% του συνόλου των αντρικών καρκίνων και πρέπει να έχει διαφορετική αιτιολογία, αν και πιστεύεται ότι και οι δυο καρκίνοι συνδέονται με τα οιστρογόνα ¹⁰.
- **Η ηλικία.** Ο καρκίνος του μαστού είναι σπάνιος σε ηλικία μικρότερη των 20 ετών. Γυναίκες 39 ετών έχουν πιθανότητα 1/23 να εμφανίσουν τη νόσο, ηλικίας 40-59 ετών έχουν πιθανότητα 1/25 και ηλικίας 60/79 ετών έχουν πιθανότητα 1/15.
- **Η φυλή.** Όπως αναφέρθηκε, οι λευκές γυναίκες έχουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της νόσου σε σχέση με τις αφρικανο-αμερικάνες οι οποίες παρουσιάζουν αυξημένη θνησιμότητα σε σχέση με τις πρώτες. Επίσης ασιάτισσες και ισπανίδες παρουσιάζουν μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου.

3.2 Γενετικοί παράγοντες

- **Το οικογενειακό ιστορικό.** Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε μια γυναίκα, αυξάνει, όταν στο οικογενειακό της

περιβάλλον υπάρχει άτομο με 1^{ου} βαθμού συγγένεια που έχει εμφανίσει τη νόσο ^{9,11}.

Γυναίκες των οποίων η μητέρα ή η αδελφή είχε καρκίνο έχουν 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού¹².

Γονιδιακές μελέτες έχουν χαρακτηρίσει ως "γονίδια του καρκίνου του μαστού" τα γονίδια BRCA 1 και BRCA 2. Σε ασθενείς που φέρουν τα γονίδια αυτά το ποσοστό εμφάνισης καρκίνου του μαστού ή της ωοθήκης ανέρχεται στο 60% μέχρι του 50^{ου} έτους της ηλικίας, ενώ ως το 70^ο έτος το ποσοστό ανέρχεται στο 85% ^{11,13}.

3.3 Ορμονικοί παράγοντες : Φαίνεται να συνδυάζονται με την αυξημένη πιθανότητα προσβολής από τη νόσο :

1. πρόωμη έναρξη της εμμηνορύσεως (10-12 χρονών).
2. καθυστερημένη εμμηνόπαυση (μετά 50 χρονών).
3. ανώμαλη περίοδος (μικρή πιθανότητα προσβολής).
4. λήψη ορμονικής αντισύλληψης. Η μόνη ομάδα που συνδέεται με την αύξηση του κινδύνου του Ca του μαστού είναι αυτή που περιελάμβανε κορίτσια που ξεκίνησαν την λήψη των αντισυλληπτικών πριν από το 20^ο έτος της ηλικίας τους ¹³.
5. Θεραπευτική λήψη ορμονών. Όσο περισσότερο χρόνο διαθέτουν τα κύτταρα για να μεταλλαχθούν τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να συμβεί μετάλλαξη από την επίδραση κάποιου καρκινογόνου που κατά κάποιο τρόπο οδηγεί στην ανάπτυξη του καρκίνου. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί με την «θεωρία παραθύρου οιστρογόνων, του Dr. S. G. Korenman, η οποία υπαινίσσεται ότι υπάρχουν δύο χρονικές περιοδοί ιδιαίτερης ευαισθησίας ως προς τα οιστρογόνα κατά τις οποίες η ισορροπία των ορμονών είναι ατελής στην εφηβεία, όταν οι ορμόνες αυξάνονται στην εμμηνόπαυση, όταν ελαττώνονται τα οιστρογόνα που δεν εξισορροπούνται από την προγεστερόνη, έχουν καρκινογόνο δράση ⁶.

3.4 Περιβαλλοντικοί παράγοντες :

- **Ψυχρά κλίματα.**
- **Η διατροφή.** Τα αποτελέσματα μελετών των τελευταίων ετών προσανατολίζονται στο ότι η ελάττωση του λίπους και της ολικής θερμιδικής αξίας των γευμάτων, προκαλεί μια δυναμική καταστολής στην εξέλιξη του καρκίνου του μαστού^{8, 10}. Βρέθηκε ότι αύξηση του βάρους σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες αυξάνει τον κίνδυνο του καρκίνου γεγονός που εξηγείται με ορμονικούς μηχανισμούς^{9, 10, 11}.
- **Η κατανάλωση οινοπνεύματος.** Σύμφωνα με την ACS υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ κατανάλωσης οινοπνεύματος και καρκίνου του μαστού. Γυναίκες που καταναλώνουν 2-5 ποτήρια αλκοόλ ημερησίως έχουν σχετικό κίνδυνο της τάξης 1,4 σε σύγκριση με αυτές που δεν καταναλώνουν^{8, 10}.
- **Η ακτινοβολία.** Έκθεση σε ακτινοβολία στο στήθος ή το θώρακα σε παιδική ή νεαρά ηλικία, αυξάνει οσημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.
- **Κάπνισμα.**
- **Παρατεταμένη ψυχολογική πίεση**^{10, 11, 6}.

3.5 Το προηγούμενο ιστορικό καρκίνου του μαστού ή άλλων καλοηθών παθήσεων. Για παράδειγμα, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου στον άλλο μαστό σε μαστεκτομηθείσα γυναίκα από διηθητικό καρκίνο, για κάθε χρόνο είναι 0,5-1%. Γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μια ή περισσότερες βιοψίες έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου σε σύγκριση με αυτές που έχουν υποβληθεί σε βιοψία. Η διαπίστωση άτυπης υπερπλασίας μαζί με οικογενειακό ιστορικό αυξάνει 9 φορές τον κίνδυνο⁸.

3.6 Παράγοντες που συνδέονται με την αναπαραγωγή

Η ηλικία πρώτης τελειόμηνης εγκυμοσύνης. Η ηλικία της γυναίκας κατά τον πρώτο τελειόμηνο τοκετό είναι ο πιο σημαντικός

παράγοντας κινδύνου από το συνολικό αριθμό τοκετών και ότι σχετίζεται με μια αύξηση του κινδύνου κατά 3,5% για κάθε χρόνο που μεγαλώνει η ηλικία στον πρώτο τελειόμηνο τοκετό. Η πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσύνη πριν το 20^ο έτος δρα προστατευτικά στο ενδεχόμενο μελλοντικής προσβολής από Ca Μαστού. Η ηλικία στους επόμενους τοκετούς έχει ασθενέστερη επίδραση 0,9% ανά έτος αύξησης της ηλικίας των μετέπειτα τοκετών.

Ηλικία τελευταίου τοκετού. Η μεγάλη ηλικία γέννησης του τελευταίου παιδιού συνδέεται με την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης της νόσου, ανεξάρτητα από την ηλικία γέννησης του πρώτου παιδιού ¹².

Ο θηλασμός. Για την επίδραση του θηλασμού στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου δεν υπάρχει ταυτότητα απόψεων. Μια υπόθεση είναι ότι ο θηλασμός προκαλεί ορμονικές μεταβολές, αύξηση της προλακτίνης και μείωση των οιστρογόνων, που μπορούν να μειώσουν την αθροιστική έκθεση της γυναίκας στα οιστρογόνα αναστέλλοντας έτσι την έναρξη ή την αύξηση του καρκίνου του μαστού ^{8, 12}.

Κύηση. Η κύηση εμφανίζεται να επηρεάζει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες που δεν συνέλαβαν ποτέ φαίνεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο σε σύγκριση μ' εκείνες που απέκτησαν παιδί. Ο μεγάλος αριθμός των τοκετών φαίνεται να δρα προστατευτικά στη μείωση του καρκίνου μαστού ⁶.

3.7 Μορφολογικοί παράγοντες

Καλοήθης νοσήματα του μαστού

Οι κύστες (ινοκυστική μαστοπάθεια), τα αδενώματα, τα λιπώματα, τα θηλώματα και άλλα δεν αποτελούν σοβαρό κίνδυνο για την υγεία. Όμως ορισμένα από αυτά υποχωρούν αυτομάτως με την περίοδο της ηλικίας και ιδίως με την εμμηνόπαυση και μεταλλάσσονται σε καρκίνο.

Κακοήθεις νεοπλασίες

Η ύπαρξη καρκίνου σε άλλο όργανο και ιδιαίτερα στο ενδομήτριο, ωοθήκες, στο παχύ έντερο αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού ¹⁴.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°

1. Φυσική εξέλιξη καρκίνου του μαστού
2. Ταξινόμηση
3. Κλινική σταδιοποίηση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

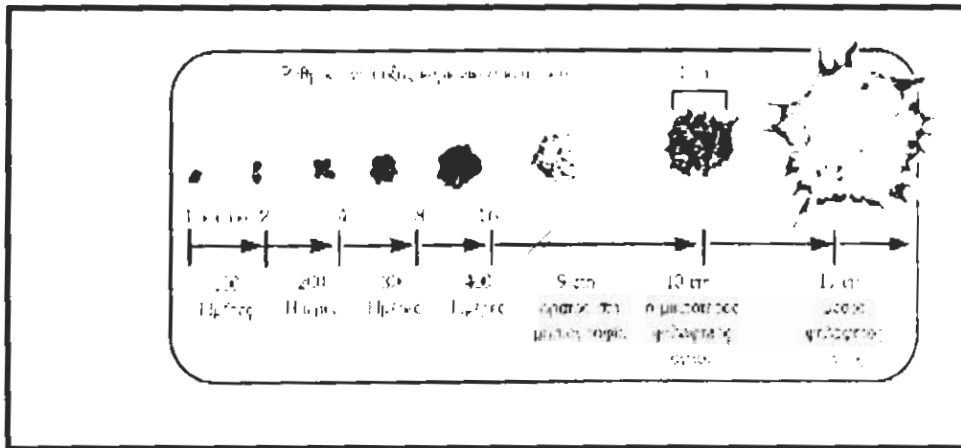
1. Φυσική εξέλιξη καρκίνου του μαστού

Όγκοι μπορούν να εμφανισθούν σε οποιοδήποτε ανατομικό στοιχείο του μαστού αλλά το καρκίνωμα του μαστού εξορμάται από τον αδενικό ιστό ενός μεγάλου πόρου.

Σε όποια περιοχή του μαστού και αν αναπτύσσεται ο όγκος, θα πρέπει αν έχει μέγεθος μπιζελιού, περίπου, ώστε να είναι ψηλαφητός από ένα εκπαιδευόμενο άτομο. Εκτιμάται ότι ένας μέσος όγκος του μαστού διπλασιάζεται κατά το μέγεθος του κάθε τέσσερις μήνες. Με το ρυθμό αυτό, μπορεί ένας όζος του μαστού να έχει προϋπάρξει, μέχρι τη στιγμή που γίνεται ανιληπτός, μέχρι και δύο χρόνια. Στο χρόνο αυτό, καρκινικά κύτταρα μπορεί να έχουν εισέλθει στο αίμα ή στο λεμφικό σύστημα και να κυκλοφορούν σε ολόκληρό τον οργανισμό ³.

1.1 Ο ρυθμός αύξησης του όγκου

Ο Bemard Fisher, στο Pittsburgh εξέτασε την υπάρχουσα έρευνα συμπεριλαμβανομένης της μελέτης του J. Gershon - Cohem, η οποία παρακολούθησε τις μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού – περιοχές όπου είχε διασπαρεί ο καρκίνος – με την πάροδο του χρόνου, για να διαπιστώσει τον ρυθμό ανάπτυξής τους. Μπόρεσε να υπολογίσει ότι ο μέσος χρόνος διπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων ήταν περίπου 100 ημέρες. Απαιτήθηκαν 100 ημέρες για να πολλαπλασιαστεί το πρώτο κύτταρο σε δύο κύτταρα, αυτά τα δύο κύτταρα να γίνουν τέσσερα, τα τέσσερα να γίνουν οκτώ. Επειδή απαιτούνται 100 δισεκατομμύρια κύτταρα για να δημιουργηθεί καρκίνος μεγέθους ενός εκαστόμετρου περίπου, αυτό σημαίνει ότι οι περισσότεροι καρκίνοι υπάρχουν στο σώμα εννέα χρόνια προτού καταστεί δυνατό να ανιχνευτούν στη μαστογραφία και δέκα χρόνια προτού γίνουν ανιληπτοί ως όζοι ⁶.



2. Ταξινόμηση

Η ταξινόμηση του καρκίνου μπορεί να γίνει με βάση

1. ιστογένεση
2. τη διηθητικότητα του ή μη
3. μορφολογία, το μεγαλύτερο ποσοστό καρκίνου του μαστού προέρχεται από το επιθήλιο των πόρων (80%)
4. και το υπόλοιπο από το επιθήλιο των λοβών

2.1 Ιστολογική ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού

Η ιστοπαθολογική εξέταση παρέχει πληροφορίες που :

1. Επικυρώνουν τη διάγνωση της βλάβης
2. Βοηθούν στον καθορισμό της πρόγνωσης
3. Οδηγούν σε καλύτερη κατανόηση της βιολογικής συμπεριφοράς του όγκου

Διακρίνουμε τους παρακάτω τύπους καρκίνου του μαστού :

- A. Διηθητικά καρκινώματα του μαστού
- B. Σπάνια καρκινώματα του μαστού
- Γ. Μη διηθητικός καρκίνος του μαστού

A. Διηθητικά καρκινώματα του μαστού. Διακρίνουμε 2 μεγάλες κατηγορίες

A1. Διηθητικό καρκίνωμα των πόρων (Invasive Ductal Carcinoma).

Εξορμάται από τους γαλακτοφόρους πόρους, διηθεί το τοίχωμά τους και φτάνει στο λιπώδη ιστό του μαστού. Αποτελεί τον πιο κοινό τύπο καρκίνου του μαστού σε ποσοστό 75% περίπου.

A2. Διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα (Invasive Lobular Carcinoma).

Εξορμάται από τα λόβια, είναι συνήθως πολυκεντρικό, καλύπτει το 5% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού και είναι συχνότερο σε λευκές γυναίκες. Αυτός ο τύπος δεν βρέθηκε ποτέ σε άνδρες, αφού το μαστικό επιθήλιο του φυσιολογικού άντρα αποτελείται αποκλειστικά από πόρους και δεν έχει καθόλου λοβιακή δομή.

A1. Το διηθητικό καρκίνωμα των πόρων παρουσιάζει μεγάλη μορφολογική ποικιλία :

- Μυελοειδές καρκίνωμα, 4% (Medullary Carcinoma)
- Βλενώδες καρκίνωμα, 3% (Mucinous or Colloid Carcinoma)
- Θηλώδες καρκίνωμα (Papillary Carcinoma)
- Σωληνώδες καρκίνωμα (Tubular or Olderly Carcinoma)

A2. Το διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα

- τύπος κοινός

Σπάνια καρκινώματα. Σε αυτά ανήκουν :

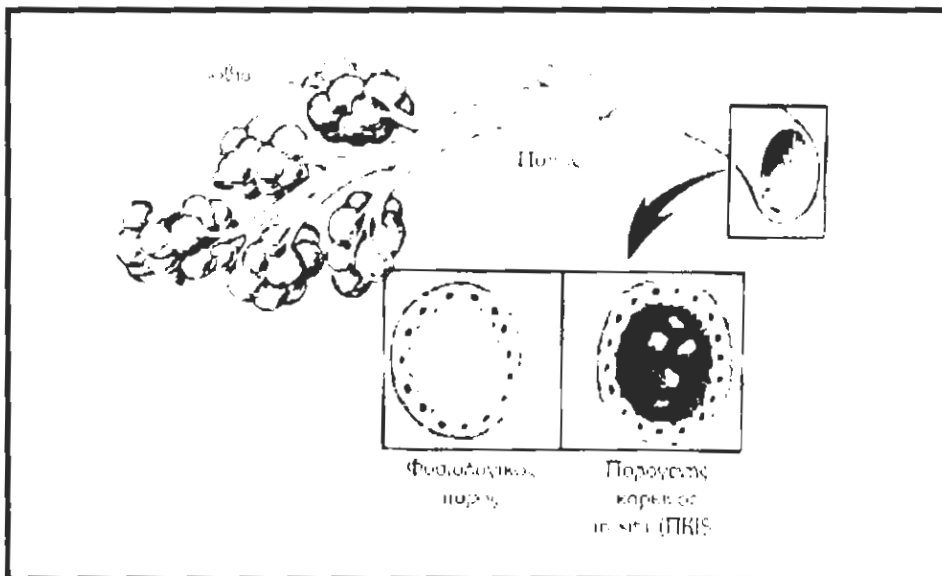
- Το ενδοκυστικό θηλώδες καρκίνωμα
- Η νόσος του Paget
- Φλεγμονώδες καρκίνωμα
- Λιποεκκριτικό καρκίνωμα

- Μεταπλαστικό καρκίνωμα
- Καρκίνωμα από αποκρίνεις αδένες
- Καρκινοσάρκωμα
- Αδενοκυστικό καρκίνωμα
- Μεταστατικό καρκίνωμα
- Αμφοτερόπλευρο πρωτοπαθές καρκίνωμα ^{10,15}

Γ. Μη διηθητικό καρκίνος του μαστού : Χαρακτηρίζεται ως καρκίνος στον οποίο τα καρκινικά κύτταρα παραμένουν εντός της βασικής μεμβράνης και δεν έχουν διηθήσει τους γύρω ιστούς.

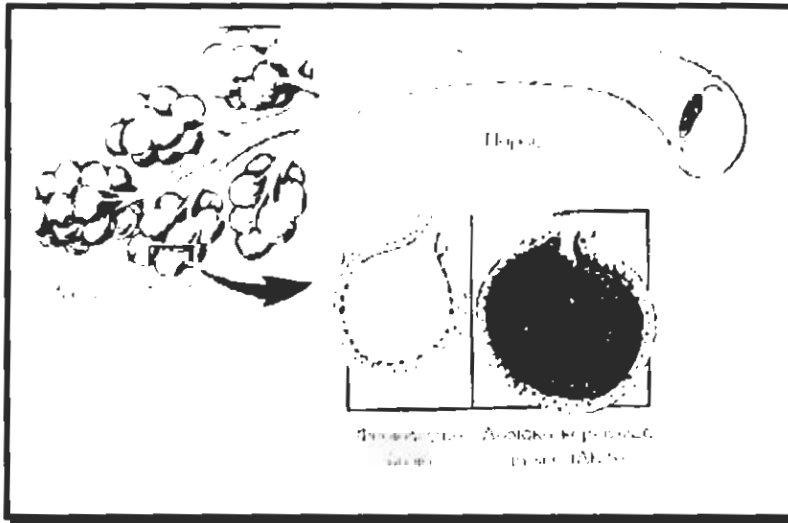
Γ1. Πορογενές Καρκίνωμα in Situ (Ductal Carcinoma in situ).

Εξορμάται από τους πόρους. Αντιπροσωπεύει το 50% των καρκίνων, εμφανίζεται σε γυναίκες 50-59 ετών.



Γ2. Λοβιακό καρκίνωμα in Situ (Lobular Carcinoma),

χαρακτηρίζεται ως "δυσνητική μορφή" η οποία εξελίσσεται σε καρκίνο. Ενιοπίζεται συνήθως αμφοτεροπλευρά σε ποσοστό 60-80%, είναι πολυεστιακός και η συνήθης ηλικιακή επίπτωση κατά μέσο όρο τα 44-47 χρόνια ^{8,11,6}.



3. Σταδιοποίηση

Η σταδιοποίηση της νόσου γίνεται σύμφωνα με την ταξινόμηση της UICC κατά TNM. Χρησιμεύει για την ομαδοποίηση των ασθενών και τη μέτρηση διαφόρων παραμέτρων (επιβίωση, θνησιμότητα) τον καθορισμό της πρόγνωσης και της θεραπείας.

Ο πρωτοπαθής όγκος T (Tumor) ανάλογα με το μέγεθος χαρακτηρίζεται ως :

T0 : Μη ψηλαφητό μόρφωμα

T1 : Μέγεθος έως 2.0 εκ.

T2 : Μέγεθος από 2.0 εκ. έως 5.0 εκ.

T3 : Μέγεθος από 5.0 εκ. και πάνω

T4 : Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα.

Η κατάσταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων N (nodes) χαρακτηρίζεται ως εξής :

N0 : Όταν δεν υπάρχουν μεταστάσεις

N1 : Όταν υπάρχουν μεταστάσεις σε κινητούς λεμφαδένες

N2 : Όταν υπάρχουν μεταστάσεις σε block λεμφαδένων

N3 : Όταν υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες της έσω μαστικής.

Υπάρχει και η ιστοπαθολογική κατάταξη pN σύμφωνα με το βαθμό της διήθησης και τον αριθμό των διηθημένων λεμφαδένων.

Η ύπαρξη ή όχι των μεταστάσεων M χαρακτηρίζεται ως :

M0 : Δεν υπάρχουν μεταστάσεις

M1 : Υπάρχουν μεταστάσεις απομεμακρυσμένες (συμπεριλαμβάνονται και οι σύστοιχοι Υπερκλείδαιοι λεμφαδένες)

Με το συνδυασμό του T, N και M προσδιορίζουμε τα 4 στάδια του ΚΜ^{6,16}.

ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ & ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ			
TNM ΣΤΑΔΙΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ % ΣΤΑ 5		ΠΟΣΟΣΤΑ % ΣΤΑ 10 ΧΡΟΝΙΑ
	ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟ ΔΙΑΓΝΩΣΗ		ΑΠΟ ΔΙΑΓΝΩΣΗ
0	95		90
I	85		70
II	70		50
III	55		30
IV	5-15		2



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

1. Πρόληψη του Καρκίνου του μαστού
2. Πληθυσμιακός έλεγχος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

1. Πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Εκείνο που αποτελεί στόχο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες είναι η πρόληψη η οποία αποτελεί το μεγαλύτερο εχθρό του καρκίνου.

Όσον αφορά τα προληπτικά μέτρα που λαμβάνονται για τον καρκίνο μαστού διακρίνονται δυο κατηγορίες : μέτρα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα βασικά προληπτικά μέτρα που έχουν ως σκοπό να προλάβουν την έναρξη των παθογενετικών διαδικασιών που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο. Στη δεύτερη κατηγορία, ανήκουν τα μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση του νοσήματος στο κατά το πρωϊμότερο στάδιο.

1.1 Πρωτογενή πρόληψη

Τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης είναι :

- Η υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον ΚΜ βοηθάει στην πρόληψή του, π.χ. οι διατροφικές συνήθειες και η σχέση τους με τον ΚΜ.
- Η προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. γυναικών που εργάζονται σε ακτινολογικά εργαστήρια) γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων, σχετικά με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.
- Η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα σε εθνικούς και διεθνείς κανονισμούς.

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

- Υ Η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.
- Υ Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40^ο έτος.
- Υ Η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.
- Υ Η ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα, οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση.
- Υ Η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση νοσηλευτριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.
- Υ Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του ΚΜ ^{1,17}.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας αφού πρωτοστατεί στις υπηρεσίες φροντίδας για την υγεία είναι πολυδύναμος, πολυεπίπεδος και γι' αυτό στρατηγικός.

Η νοσηλεύτρια, ως μέλος της υγειονομικής ομάδας, προσφέρει πολύτιμο έργο στη διαφώτιση του κοινού σχετικά με την ανίχνευση και την πρόιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού καθώς και στην καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας.

Η νοσηλεύτρια

1. Γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

Η νοσηλεύτρια επισημαίνει τους

Παράγοντες υψηλού κινδύνου για καρκίνο του μαστού	Προκατασκευαστικούς παράγοντες	Παράγοντες με μικρότερες πιθανότητες για καρκίνο του μαστού
Φύλο : Θήλυ	<ul style="list-style-type: none"> • Πρώτη έμμηνη ρύση σε ηλικία 12 ετών • Εγκυμοσύνη των 25 ετών • Θηλασμός 	<ul style="list-style-type: none"> • Κυστική μαστίδα • Οξείδης μαστός • Υγρό από τη θηλή • Παχυσαρκία • Σακχαρώδης διαβήτης • Καρκίνος σε άλλο μέρος του σώματος
Ηλικία : Άνω των 40		
Οικ. Ιστορικό : Μητέρα ή αδελφή με καρκίνο μαστού		
Ατομ. Ιστορικό: Καρκίνος μαστού χειρουργηθείς		
Εγκυμοσύνη : Όχι		
Θηλασμός : Όχι		

2. Παρεμβαίνει στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας και συνιστά την αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης, υποδεικνύει τη χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών Α και C.
3. Τονίζει τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρο.
4. Προσπαθεί να εντοπίσει τα αιτία καθυστερημένης προσέλευσης (κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, έλλειψη μόρφωσης, ψυχολογικοί παράγοντες) και να αναχαιτίσει τους παράγοντες αυτούς.
5. Προστρέπει τις γυναίκες να προσέρχονται στα ειδικά κέντρα για περιοδικές εξετάσεις και προσπαθεί να απαλλάξει από την καρκινοφοβία και το φάσμα του θανάτου ¹⁷,

1.2 Δευτερογενής πρόληψη

Βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο και κύριος σκοπός είναι η ανίχνευση των ανωμαλιών οι οποίες στη συνέχεια θα διερευνηθούν από ειδικούς γιατρούς για να τεθεί τελικά η διάγνωση.

Οι αρχές του Screening και η εφαρμογή τους στον καρκίνο μαστού.

- Η αναζητούμενη νόσος πρέπει να είναι σχετικά σοβαρή και συχνή. Πράγματι, ο καρκίνος μαστού είναι ο συχνότερος μεταξύ των κακοηθών νοσημάτων που αφορούν τις γυναίκες.
- Πρέπει να υπάρχει ένα αναγνωρίσιμο προκλινικό στάδιο. Στο μαστολογικό screening γίνεται προσπάθεια ανίχνευσης καρκίνων που εντοπίζονται στο μαστό και δεν έχουν δώσει μεταστάσεις.
- Πρέπει να υπάρχει μια κατάλληλη δοκιμασία διαλογής (screening test). Η μαστογραφία μπορεί να ανιχνεύσει τον καρκίνο σε πρώιμο στάδιο πλεονεκτώντας, λόγω της ευαισθησίας της αυτοεξέτασης και της κλινικής εξέτασης.
- Η συμμετοχή και η συνεργασία του κοινού αποτελεί προϋπόθεση για την επιτυχία του προγράμματος.
- Πρέπει να υπάρχει ένα σαφές πρωτόκολλο περιοδικού επανέλεγχου των ατόμων που θα προκύψουν υγιείς από το test. Στο μαστογραφικό screening επανέλεγχοι ανά δυο ή τρία χρόνια είναι σε θέση να αναδειξουν μικρούς προκλινικούς καρκίνους με ελάχιστο ποσοστό ενδιαμέσων.
- Πρέπει να υπάρχει ένα διαγνωστικό πρωτόκολλο για τα άτομα που θα προκύψουν θετικά από το test, με ενεργό "follow up" όσων περιπτώσεων κριθούν τελικά ότι πάσχουν από τη νόσο.
- Πρέπει τέλος να υπάρχει σε συνεχή βάση ένα πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου όλων των παραμέτρων του screening ¹⁸.

Οι βασικότερες δραστηριότητες του νοσηλευτή στον τομέα της δευτερογενούς πρόληψης, συνοψίζονται στα εξής σημεία :

- Λήψη καλού ιστορικού.
- Κλινική εξέταση.
- Διδασκαλία αυτοεξέτασης μαστού.
- Συμβολή στη διαδικασία πληθυσμιακού ελέγχου όλων των γυναικών.
- Ψυχολογική αντιμετώπιση των ασθενών.

➤ **Λήψη ιστορικού.**

Η λήψη ιστορικού περιλαμβάνει στοιχεία από το ατομικό και κληρονομικό ιστορικό της ασθενούς :

❖ **Προσωπικά στοιχεία.**

- Ονοματεπώνυμο.
- Ημερομηνία γέννησης.
- Επάγγελμα.
- Διεύθυνση.
- Τηλέφωνο.
- Οικογενειακή κατάσταση.
- Ύψος.
- Βάρος.
- Δεξιοχειρία ή μη.

❖ **Στοιχεία του συζύγου**

- Ονοματεπώνυμο.
- Ημερομηνία γέννησης.
- Επάγγελμα.

❖ **Στοιχεία του παραπέμποντος ιατρού.**

- Ονοματεπώνυμο.
- Ειδικότητα.
- Διεύθυνση.

❖ **Ατομικό ιστορικό.**

- Ηλικία εμμηναρχής.
- Ποιότητα κύκλου.
- Ηλικία εμμηνόπαυσης.
- Ημερομηνία τελευταίας έμμηνου ρήσεως.
- Αριθμός τοκετών.
- Θηλασμός.

- Αριθμός τεχνητών αποβολών.
- Αριθμός αυτόματων αποβολών.
- Σεξουαλικές σχέσεις – Ασθένειες.
- Χειρουργικές επεμβάσεις.
- Λήψη φαρμάκων (αντιουλληπτικά, ορμόνες για σύλληψη, θεραπεία υποκατάστασης).
- Ψυχολογική κατάσταση.

❖ **Μαστολογικό ιστορικό.**

- Προηγηθείσα επέμβαση (σε ποιο μαστό, πότε, για ποιο λόγο, αποτέλεσμα ιστολογικής εξέτασης).
- Ακτινοθεραπεία (σε ποιο μαστό, που, είδος, διάρκεια, συνολική δόση).
- Χημειοθεραπεία (πότε, τι φάρμακα, πόσοι κύκλοι).
- Ορμονοθεραπεία (πότε, ποιο φάρμακο, διάρκεια).

❖ **Κληρονομικό ιστορικό**

- Καρκίνος του μαστού στην οικογένεια (σε ποιον, σε τι ηλικία, αν ζει ή όχι).
- Καρκίνος άλλων οργάνων (σε ποιον, σε ποιο όργανο).

❖ **Αιτία προελεύσεως**

- Μαστοδυνία (αυτόματη – προκλητή, συνεχής – κυκλική, εντοπισμένη – διάχυτη).
- Ογκίδιο (πότε εμφανίσθηκε, σε ποιο σημείο, αν έχει σχέση με την έμμηνου ρύση).
- Έκκριμα.
- Ανωμαλία θηλής (εισολκή, εξέλκωση).
- Ανωμαλία δέρματος (ερυθρότης, πάχυνση) ¹⁹.
- Η λήψη ιστορικού πρέπει να γίνεται όταν η ασθενής είναι μόνη με τον νοσηλευτή γιατί τότε η άρρωστη αισθάνεται άνεση και

εμπιστοσύνη. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι ευχάριστη κατά τη διάρκεια της συνέντευξης της ασθενούς και ικανή να την καθοδηγεί σε μια ανταλλαγή πληροφοριών στην οποία θα βασιστεί η πορεία αντιμετώπισης της εξεταζόμενης²⁰.

➤ **Κλινική εξέταση**

Όσο σημαντική είναι η αξία ενός καλού ιατρικού, άλλο τόσο σημαντική είναι μια καλή κλινική εξέταση, για την πρώιμη διάγνωση της νόσου. Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

Πριν από την κλινική εξέταση ο νοσηλευτής

1. Εξηγεί στην ασθενή τι πρόκειται να γίνει και της εμπνέει διάθεση συνεργασίας.
2. Εξασφαλίζει απόλυτη ησυχία και καλό φωτισμό.
3. Την προσοικειώνει με παραβάν, ώστε να μην εκτεθεί. Με αυτόν τον τρόπο ανακουφίζει ή και εξουδετερώνει το φόβο, τη νευρικότητα και τη συστολή της ασθενούς.
4. Την βοηθά με επαρκείς εξηγήσεις να πάρει θέση κατάλληλη για το είδος της κλινικής εξέτασης.
5. Συνιστά να πάει στην τουαλέτα για την κένωση της ουροδόχου κύστεως ώστε να διευκολυνθεί η εξέταση.

α. Επισκόπηση

Ο νοσηλευτής τοποθετεί τη γυναίκα σε καθιστή θέση και ελέγχονται το σχήμα, το μέγεθος και η συμμετρία των μαστών, οι θηλές, κάθε εξέλκωση του δέρματος ή των θηλών, το χρώμα, οίδημα, εισολκή του δέρματος ή των θηλών.

Το χρώμα και το οίδημα του δέρματος καθώς και η εξέλκωση μας βοηθούν στην πιθανή διάγνωση απλής φλεγμονής, φλεγμονώδους

καρκίνου ή προχωρημένου καρκίνου του μαστού ή ακόμα και νόσο του Paget, όταν υπάρχει εξέγκωση της θηλής.

β. Για την **ψηλάφηση**, η γυναίκα ισοθετείται σε ύπια θέση. Με την ψηλάφηση, ελέγχουμε :

- Την παρουσία μάζας που ξεχωρίζει από τον υπόλοιπο αδένα σκληρίας ή πληρότητας.
- Την ευαισθησία των θηλών
- Τις εκκρίσεις των θηλών
- Τους υπερκλειδίου ή μασχαλιαίου λεμφαδένες.

Για την ακριβή εκτίμηση της κατάστασης των μαστών με την ψηλάφηση, η νοσηλεύτρια οφείλει να γνωρίζει ότι :

- Το άλγος και η ευαισθησία αντιπροσωπεύουν πολύ μικρό ποσοστό στα συμπτώματα του ΚΜ και συνήθως έχουν μεγαλύτερη διαγνωστική αξία στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.
- Οι εκκρίσεις συνήθως είναι χωρίς σημασία και αντιπροσωπεύουν φυσιολογικές καταστάσεις πολλές φορές όμως, είναι παθολογικές και οφείλονται σε μονήρη ή πολλαπλά θηλώματα των πόρων.
- Με την ψηλάφηση πρέπει επίσης να εξετάζονται και οι περιοχές των επιχώριων λεμφαδένων που είναι οι μασχαλιαίες κοιλότητες.
- Επίσης, σωστό είναι, εκτός από τις μασχάλες να εξετάζονται και οι υπερκλειδίοι χώροι καθώς και το δεξιό υποχόνδριο, αν υπάρχει ψηλαφητό ήπαρ σε περιπτώσεις όγκου στο μαστό¹⁷.

➤ **Η διδασκαλία της αυτοεξέτασης του μαστού βήμα προς βήμα**

Η αυτοεξέταση του μαστού είναι μια απλούστατη εξέταση ρουτίνας, που μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και τη πλήρη θεραπεία της γυναίκας από τη νόσο αυτή.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να ενημερώνει το κοινό για το κάθε πότε και γιατί γίνεται ΑΕΜ.

Εξετάζετε – με αυτοεξέταση – τους μαστούς σας κάθε μήνα, έτσι θα γνωρίζεται πως είναι το στήθος σας φυσιολογικά και θα μπορέσετε να διακρίνετε όποιες αλλαγές όταν και εάν εμφανιστούν. Οι γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση καλό είναι να κάνουν 3 ή 4 ημέρες μετά το τέλος της εμμηνορρύσεως, τότε οι μαστοί είναι ήρεμοι και οι πιθανές διογκώσεις που είχαν εμφανιστεί και οφειλόντουσαν σε συγκεντρώσεις υγρών κατά την έμμηνο ρύση, θα έχουν φυσιολογικά φύγει. Εάν έχετε περάσει την εμμηνόπαυση, τότε διαλέξτε μια εβδομάδα – την ίδια – κάθε μήνα (π.χ. την πρώτη εβδομάδα) για να κάνετε την αυτοεξέταση. Ο φόβος να επισκεφθείτε το γιατρό σας και ακόμα καλύτερα το ειδικό μαστολόγο, πρέπει να απουσιάζει υποχρεωτικά από την ψυχολογία σας. Η έγκαιρη διάγνωση είναι σωτήρια.

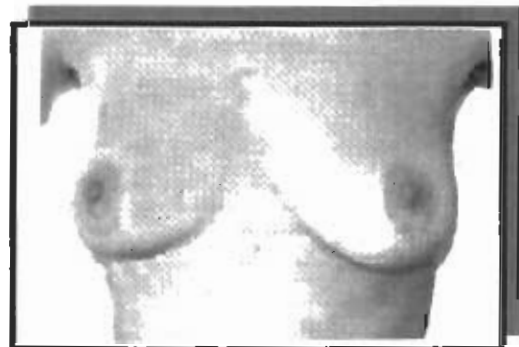
- Βλέπετε και ψηλαφίζετε
- Προσέχετε κάθε είδους αλλαγή
- Χωρίς καθυστέρηση αναφέρετε στο γιατρό σας κάθε αλλαγή
- Κάνετε αυτοεξέταση κάθε μήνα

Μην ξεχνάτε ποτέ ! Έχετε υποχρέωση στον εαυτό σας να τον κρατήσετε υγιή. Είναι το σώμα σας, είναι η ζωή σας, είστε η ζωή των παιδιών σας και της οικογένειάς σας.

Εικόνα 1

Σταθείτε μπροστά από ένα καθρέπτη με τα χέρια στη μέση χαλαρά – χωρίς να τα σφίγγετε στο κορμί σας.

Κοιτάξτε και ελέγξτε κάθε μαστό χωριστά για κάτι ασυνήθιστο όπως κάποιο μικρό ή μεγάλο βαθούλωμα, μια πληγή στο δέρμα του μαστού, κάποια ερυθρότητα (κοκκινίλα), αλλά και αυτό το μέγεθος κάθε



μαστού. Είναι απόλυτα φυσιολογικό ο ένας μαστός να διαφέρει σε

μέγεθος από τον άλλο, όμως αν αυτή η διαφορά δεν την έχετε προσέξει σε προηγούμενες – αυτοεξετάσεις, να το πείτε στο γιατρό σας. Τέλος, προσέξτε τη θέση της θηλής, εάν δείτε ότι αυτή έχει αλλάξει, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.

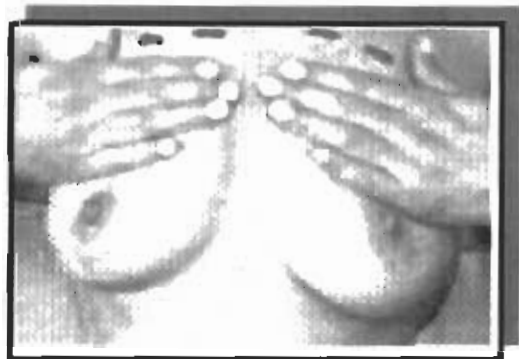
Εικόνα 2

Σηκώστε τα χέρια, βάλτε τα πίσω από το κεφάλι και πιέστε προς τα πίσω. Οι μυς του θώρακα σφίγγουν. Κοιτάξτε το σχήμα και το περίγραμμα των μαστών και εξετάστε και τους δύο μαστούς όπως και στην εικόνα. Ελέγξτε για οποιαδήποτε αλλαγή στο μέγεθος του μαστού, στο σχήμα τους, ή εάν υπάρχει κάποια διόγκωση ή βαθούλωμα, ή ερυθρότητα (κοκκινίλα) ή οποιαδήποτε αλλαγή χρώματος στο δέρμα, ή ακόμα κάποια πληγή ή εκδορά. Εάν προσέξετε κάτι από τα παραπάνω, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.



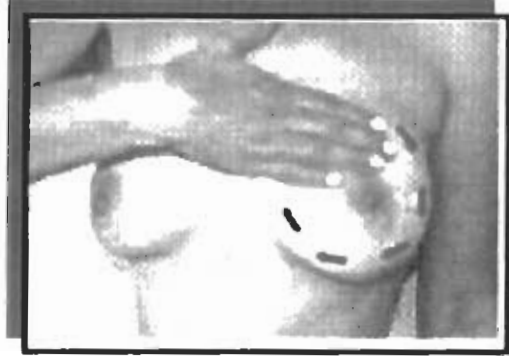
Εικόνα 3

Χρησιμοποιώντας τα άκρα των δακτύλων. Ψηλαφίστε τους μαστούς σας από τα μέσα προς τα έξω, με κυκλικές κινήσεις και σε περιοχές που να καλύπτει η μία την άλλη. Εάν αισθανθείτε κάτι σκληρό κάτω από τις άκρες των δακτύλων σας, ψηλαφίστε ξανά την περιοχή και αφού βεβαιωθείτε ότι πράγματι κάτι υπάρχει εκεί, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.

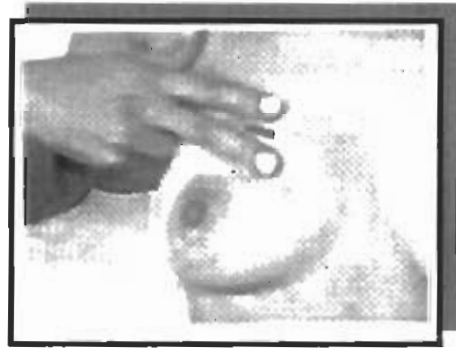


Εικόνα 4

Με το δεξί σας χέρι (χρησιμοποιώντας τα άκρα των δακτύλων) ψηλαφίστε τον αριστερό μαστό, και με το αριστερό σας χέρι ψηλαφίστε το δεξιό μαστό ψηλαφίστε ανά μικρές περιοχές όσο ένα νόμισμα. Εάν αισθανθείτε κάτι σκληρό κάτω από τις άκρες των δακτύλων σας, ψηλαφίστε ξανά την περιοχή και αφού βεβαιωθείτε ότι πράγματι κάτι υπάρχει εκεί, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.

**Εικόνα 5**

Χρησιμοποιώντας δύο δάκτυλα, τον δείκτη και τον μέσο, επαναλάβετε ότι και στην εικόνα 4 για κάθε μαστό. Εάν αισθανθείτε κάτι σκληρό ανάμεσα στα δύο δάκτυλα, ψηλαφίστε ξανά την περιοχή και αφού βεβαιωθείτε ότι πράγματι κάτι υπάρχει εκεί να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.

**Εικόνα 6**

Τοποθετήστε το δείκτη του χεριού σας στη θηλή και πιέστε βαθιά γύρω τη θηλή, και μετά πιέζοντας ελαφρά τραβήξτε τη θηλαία άνω προς τα πάνω. Αν αισθανθείτε κάτι σκληρό κάτω από τη θηλή, ή κάτι που κρατάει τη θηλή και δεν την αφήνει ελεύθερα να κινηθεί προς τα πάνω ή αν αισθανθείτε ασυνήθιστο πόνο, να το



αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.

Εικόνα 7

Πιάστε και πιέστε προσεκτικά απαλά αλλά σταθερά κάθε θηλή. Χρησιμοποιήστε τον αντίχειρα και τον δείκτη. Εάν αισθανθείτε πόνο, έστω και μέτριο αλλά ασυνήθιστο, ή εάν παρατηρήσετε να τρέχει υγρό απ' τη θηλαία άλω, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.



Εικόνα 8

Φύγετε από τον καθρέπτη και ξαπλώστε ανάσκελα σε ένα ισοκρεβάτι. Βάλτε ένα μικρό μαξιλάρι πίσω από την πλάτη και ψηλά μέχρι τους ώμους. Βάλτε το αριστερό σας χέρι πίσω από το κεφάλι και με το δεξί σας χέρι ψηλαφίστε τον αριστερό μαστό σας. Κάντε το ίδιο αντίστροφα, βάλτε το δεξί σας χέρι πίσω από το κεφάλι και με το αριστερό σας χέρι ψηλαφίστε το δεξιό μαστό σας. Χρησιμοποιήστε και πάλι τα άκρα των δακτύλων σας όπως και στις εικόνες 3 και 4. Εάν αισθανθείτε κάπου πόνο, ή κάτι σκληρό, ή κάτι που κολλάει πάνω στο θώρακάς σας, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας ²¹.



Οι λόγοι για τους οποίους οι γυναίκες εγκαταλείπουν την ΑΕΜ, είναι :

- ❖ Φόβος και άγχος για την ανεύρεση καρκίνου στο μαστό.
- ❖ Έλλειψη γνώσης για την ΑΕΜ και εμπιστοσύνης σχετικά με τον τρόπο διενέργειάς της.

❖ Άγνοια της εξαιρετικής σημασίας της μηνιαίας ΑΕΜ, ως απαραίτητου στοιχείου της γνώσης της φυσικής κατάστασης της αυτοεξεταζόμενης.

❖ Σεμινοτυφία ή / και ενόχληση.

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

- Είναι μέθοδος πρώιμης διάγνωσης και πρόληψης του ΚΜ
- Είναι εύκολη στην εφαρμογή της
- Είναι ακίνδυνη
- Δεν κοστίζει τίποτε, χρειάζονται μόνο 5 λεπτά, τα οποία ίσως αποδειχθούν καθοριστικά.
- Κάθε γυναίκα μπορεί και οφείλει στον εαυτό της να την πραγματοποιεί.
- Επιτρέπει την αναγνώριση μικρών ογκιδίων στο μαστό και εδώ ακριβώς είναι η σημασία της ¹⁷.

Οι γυναίκες που κάνουν αυτοεξέταση κάθε μήνα μπορούν να ανακαλύπτουν όγκους της τάξεως του 1,2 εκ. ενώ αυτές που δεν κάνουν ποτέ ανακαλύπτουν τον όγκο στα 3,8 εκ ²¹.

2. Πληθυσμιακός έλεγχος

Πληθυσμιακός έλεγχος (Π.Ε.) σύμφωνα με τον ΠΟΥ είναι ένα «Οργανωμένο πρόγραμμα ανίχνευσης μιας νόσου σε πρώιμο στάδιο σε ένα φαινομενικά υγιή πληθυσμό με τη χρήση κλινικών ή εργαστηρίων εξετάσεων που μπορούν να εφαρμοστούν γρήγορα, ανώδυνα και με χαμηλό κόστος.»

Στόχος των προγραμμάτων Π.Ε. είναι

1. Η ελάττωση της θνησιμότητας κατά 30%

2. Η καλύτερη ποιότητα ζωής για τη γυναίκα
Πρώιμη διάγνωση σημαίνει συντηρητικά χειρουργική επέμβαση (όχι μαστέκτομη) και λιγότερη χημειοθεραπεία.
3. Η ελάττωση του νοσοκομειακού κόστους

Λειτουργική διαδικασία προγράμματος Π.Ε.

1. Ατομική πρόσκληση
2. Μαστογραφία
3. Απάντηση με επιστολή στις γυναίκες χωρίς ευρήματα
4. Επανάκληση
 - Κλινική εξέταση
 - Υπερηχογράφημα
 - Πρόσθετες λήψεις μαστογραφίας
 - Παρακέντηση με λεπτή βελόνα – κυτταρολογική εξέταση
 - Παρακέντηση με βελόνα μέσω στερεοτακτικού μαστογράφου
5. Ανοικτή βιοψία
 - Καλοήθεις
 - Κακοήθεις – Θεραπεία βάση πρωτοκόλλου σε κλινικές αναφοράς
6. Παρακολούθηση (Follow – up) ²².

Έχει φάνει σε μελέτες ότι οι γυναίκες που εντοπίζουν καρκίνο του μαστού πρώιμα, σε προγράμματα διαλογής πληθυσμού, έχουν μείωση της θνησιμότητας κατά 25% έως 30% συγκριτικά με γυναίκες στις οποίες ο ΚΜ εντοπίστηκε με άλλους τρόπους.

Φυσική εξέταση

Οι γιατροί, γενικά εξετάζουν τους μαστούς σαν μέρος της φυσικής εξέτασης ρουτίνας – ειδικά σε γυναίκες 40 ετών και άνω – ώστε να ελέγχεται ο πληθυσμός για ενδεχόμενο καρκίνο του μαστού. Είναι συνήθως πιο καχύποπτοι, σε σχέση με τις ασθενείς, απέναντι σε

ανωμαλίες του μαστού και σε θέση να εντοπίζουν σημεία πιθανού καρκίνου τα οποία οι ασθενείς δεν παρατήρησαν στην αυτοεξέταση.

Μαστογραφία

Η φυσική εξέταση των μαστών δεν είναι σε θέση να εντοπίσει όγκους που είναι πολύ μικροί για να μπορεί κανείς να τους ψηλαφίσει. Με τη μαστογραφία (ακτινολογική απεικόνιση του μαστού) έγινε δυνατό να εντοπίζονται σε πολλές γυναίκες όγκος του μαστού σε φάση όπου η ανάπτυξή τους είναι μικρή και, επομένως εύκολα ιάσιμοι. Η μαστογραφία εφαρμόζεται πρόσθετα στη φυσική εξέταση αλλά όχι αντί αυτής διότι κάποιοι όγκοι, ανιληπτοί στην ψηλάφηση, διαφεύγουν από τις μαστογραφίες ⁷.

Την άνοιξη του έτους 1989, η συνεδρίαση του Παγκόσμιου Αντικαρκινικού Ιδρύματος με την Αντικαρκινική Εταιρία της Αμερικής καθώς και με άλλους φορείς της υγείας κατέληξε σε συμφωνία όσον αφορά την ηλικία έναρξης του προληπτικού μαστογραφικού ελέγχου και τη συχνότητά του ομόφωνα κατέληξε στα παρακάτω συμπεράσματα :

- ❖ Η πρώτη μαστογραφία θα πρέπει να γίνεται στην ηλικία μεταξύ 35-40 ετών
- ❖ Η μαστογραφία σε συνδυασμό με την κλινική εξέταση να διενεργείται κάθε 1-2 χρόνια σε γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών.
- ❖ Να διενεργείται ετήσιος προληπτικός μαστογραφικός έλεγχος σε γυναίκες ηλικίας 50 ετών κι άνω ¹¹.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

1. Κλινική εικόνα
2. Διάγνωση Καρκίνου του μαστού
3. Διαφοροδιάγνωση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

1. Κλινική εικόνα

Τα πρώιμα κλινικά συμπτώματα του καρκίνου του μαστού είναι :

α. Όγκος (77%)

Συνήθως εμφανίζεται σαν ψηλαφητό μόρφωμα στο μαστό, μπορεί να είναι ανώδυνο ή να πονάει, σκληρό στην ψηλάφηση, βαθιά μέσα στο μαστό ή στην επιφάνεια και να κολλάει (διηθεί) το δέρμα ⁹.

β. Πόνος

Περίπου 10% όλων των μαστικών πόνων (κυκλικός πόνος, ο μη κυκλικός πόνος) ζωνικής εντόπισης οφείλεται στον καρκίνο.

γ. Έκκριση από τη θηλή

Η έκκριση από τη θηλή όταν είναι αυτόματη, επιμένουσα και ετερόπλευρη δηλαδή όταν εμφανίζεται από μονή της, χωρίς πίεση, είτε είναι διαυγής και κολλώδης, όπως το ασπράδι του αυγού, είτε αιματηρή εμφανίζετε σε συχνότητα 8%, πρόκειται για καρκίνο ^{6,23}.

δ. Η εισολκή του δέρματος, οφείλεται στη συρρίκνωση των ινωδών δοκίδων, που συνοδεύουν τον όγκο με το δέρμα. Εντοπίζεται επιπολής και όχι στο βάθος του μαστού.

ε. Η εισολκή θηλής μπορεί να έχει σχέση με την ύπαρξη καρκίνου πίσω από αυτή.

ζ. Εξέλκωση θηλής (2%)

η. Η απολέπιση ή αποφολίδωση της θηλής μπορεί να σημαίνει πως υπάρχει νόσος του Paget με μορφή εντοπισμένου καρκίνου της θηλής. Η νόσος του Paget όταν συνδυάζεται μόνο με ενδοπορικό (in situ) καρκινώματος στους υποθηλαίους πόρους έχει καλή πρόγνωση, ενώ όταν συνδυάζεται με διηθητικό καρκίνωμα η πρόγνωση δεν διαφέρει από εκείνη του μη ειδικού τύπου καρκινώματος.

θ. Πάχυνση του δέρματος

Μπορεί να είναι τοπική ή διάχυτη σ' ολόκληρο το μαστό οφείλεται δε, σε διήθηση και απόφραξη λεμφικών αγγείων του δέρματος από νεοπλασματικά κύτταρα ^{23,24}.

Είναι δυνατόν να υπάρχει ερυθρότητα, οίδημα και αυξημένη θερμοκρασία του δέρματος.

Ορισμένες φορές ο καρκίνος του μαστού που παρουσιάζεται για πρώτη φορά ως μεταστατική νόσος με σημεία ή συμπτώματα από οποιοδήποτε άλλο όργανο – πόνο σε περιοχή οστικής μετάστασης, οίδημα στο λαιμό, οζίδια στον πνεύμονα που φαίνονται στις ακτινογραφίες του θώρακα ή διάγνωση του ήπατος ⁶.

2. Διάγνωση του καρκίνου του μαστού

Η διάγνωση σκοπό έχει, να εντοπίσει τη νόσο όταν το μέγεθος του όγκου είναι τόσο μικρό που μπορεί με τα θεραπευτικά μέσα που διαθέτουμε να έχουμε ίαση. Είναι γνωστό ότι όσο μικρότερος είναι ο όγκος όταν γίνεται η διάγνωση τόσο μεγαλύτερη είναι και η επιβίωση. Ασθενείς με όγκους διαμέτρου ως 1 εκ. έχουν πιθανότητα επιβίωσης στη 10ετία, 90% ενώ αντίθετα σε όγκους μεγαλύτερους των 5 εκ. η επιβίωση πέφτει στο 50%.

Κάθε χρόνο 130.000 νέες περιπτώσεις γυναικών με καρκίνο μαστού διαγιγνώσκονται στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ¹⁶.

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι

- Κλινική
- Εργαστηριακή
- Απεικονιστική

2.1 Κλινική διάγνωση

Η κλινική εξέταση του υπόπτου για καρκίνο του μαστού περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού, την επισκόπηση και η ψηλάφηση του μαστού και της μασχάλης ^{2,17}.

Λήψη ιστορικού

Με το ιστορικό παίρνουμε πληροφορίες για την πάθηση που αναφέρει η άρρωστη. Ο αριθμός των πληροφοριών αυτών και η αξία τους εξαρτώνται πολύ από τον εξεταστή (γιατρός και νοσηλεύτης) και τον τρόπο της εξέτασής του.

Η πρώτη επαφή με το γιατρό είναι σημαντική για την άρρωστη. Γι' αυτό και οι ερωτήσεις του πρέπει να γίνονται με τέτοιο τρόπο, ώστε η άρρωστη να αισθάνεται άνεση και αισιοδοξία για την αντιμετώπισή της πάθησής της.

Επισκόπηση : Μετά τη λήψη του ιστορικού της άρρωστης επισκοπούμε τους μαστούς της, συγκρίνοντας αυτούς μεταξύ τους, αφού αυτή γυμνωθεί από τη μέση και πάνω. Η επισκόπηση γίνεται με καθισμένη ή όρθια την άρρωστη ή με το κορμί της να γέρνει προς τα εμπρός και με τους βραχίονες κρεμασμένους στο πλάι ή πάνω από το κεφάλι. Η επισκόπηση γίνεται κάτω από άπλετο φωτισμό.

Παρατηρούμε το μαστό όσον αφορά τα ακόλουθα : Περίμετρο, δυσαναλογία, δέρμα, υποδόριες φλέβες, ερυθρότητα του δέρματος, οίδημα, εσολκή του δέρματος, θηλή, θηλαία άλως.

Ψηλάφηση : Μετά την επισκόπηση ακολουθεί η ψηλάφηση του μαστού, που έχει σκοπό την ανακάλυψη και μελέτη των ανωμαλιών του, της σύστασής του και τη διαπίστωση της ύπαρξης όγκου, όπως και τους χαρακτήρες του.

Η επιτυχία της διάγνωσης με την ψηλάφηση εξαρτάται από την πείρα του εξεταστή και τον τρόπο που αυτός θα την εκτελέσει.

Η ψηλάφηση του μαστού αρχίζει με την ψηλάφηση της υπερκλειδιάς χώρας, ύστερα της μασχάλης και τελευταία του ίδιου του μαστού αδένα.

Ψηλάφηση της υπερκλειδιάς χώρας : Αυτή γίνεται με την άρρωστη καθισμένη και με τον εξεταστή πίσω από αυτή. Ελέγχεται η περιοχή που βρίσκεται πάνω από την κλείδα και το κάτω μέρος της τραχηλικής χώρας.

Ψηλάφηση της μασχάλης : Αυτή γίνεται, όταν ο εξεταστής κρατάει τον πηχύ για να χαλαρώσουν οι θωρακικοί μύες. Όσο ηπιότερη είναι η ψηλάφηση, τόσο ευκολότερα ανακαλύπτονται οι λεμφαδένες. Με την ψηλάφηση της μασχάλης δεν καθορίζουμε μόνο τον αριθμό, αλλά και τη σύσταση και την κινητικότητα των λεμφαδένων.

Ψηλάφηση του μαστικού αδένου : Αυτή γίνεται όταν η άρρωστη βρίσκεται σε κατάκλιση, τότε, ο μαστός απλώνεται πάνω στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα με τη μορφή επίπεδης και λεπιής σιβάδας. Ψηλάφηση που γίνεται με την άρρωστη σε όρθια θέση, δεν είναι σωστή, γιατί το πάνω και έξω τμήμα του μαστού, που το προσβάλλουν συχνότερα τα νεοπλάσματα, δεν είναι προσιτό, επειδή είναι παχύτερο και ογκωδέστερο, εκτός αν ο μαστός είναι μικρό και κρεμασιμένος. Για να το κατορθώσουμε αυτό, όπως και στην αυτοεξέταση, τοποθετούμε κάτω από τον ώμο της πλευράς που εξετάζεται, ένα μαξιλάρι και σηκώνουμε το χέρι μιας γυναίκας πάνω από το κεφάλι της. Ο μαστός τότε, γέρνει στη μέση γραμμή του σώματος απλώνεται πάνω στο θωρακικό τοίχωμα και αποφεύγεται η πτώση του προς τα έξω, που τον κάνει δύσκολο στην ψηλάφηση.

Η ψηλάφηση πρέπει να γίνεται με λεπτούς χειρισμούς για να μην προκαλέσουμε δυσφορία στην άρρωστη και γιατί ο τρόπος αυτός μας παρέχει περισσότερες και ακριβέστερες πληροφορίες.

Η ψηλάφηση γίνεται με τα δάκτυλα τεντωμένα σε όλη την πιθανή έκταση του μαστού και από την περιφέρεια προς την περιοχή της θηλής. Είναι μεγάλο σφάλμα να έλκουμε το μαστό ανάμεσα στα δάκτυλα και να τον ψηλαφούμε έτσι.

Ο εξεταστής θα πρέπει να αναγράφει τα ευρήματά του με όσο γίνεται καλύτερο εκφραστικό σύστημα. Θα πρέπει να καθορίσει τη θέση του όγκου, το σχήμα του όγκου, τη σύσταση του όγκου, το βαθμό κινητικότητας του όγκου, τον πόνο, τη θερμότητα του μαστού ².

2.2 Εργαστηριακή διάγνωση

Στον εργαστηριακό έλεγχο, για τη διάγνωση του ΚΜ ανήκουν οι κυτταρολογικές εξετάσεις και η βιοψία.

α) Κυτταρολογικά

Η συμβολή της κυτταρολογίας είναι μεγάλη στη διάγνωση καρκίνου του μαστού.

Η Κυτταρολογική εξέταση του μαστού γίνεται :

- Στο έκκριμα από τη θηλή (όταν αυτό υπάρχει)
- Σε υλικό παρακέντησης με λεπτή βελόνα. Αυτή η διαδικασία είναι απλή και ανώδυνη όπως η λήψη αίματος, κατά την οποία παίρνουμε υλικό από ένα συγκεκριμένο σημείο του μαστού, το οποίο θεωρείται ύποπτο ή κατά την κλινική εξέταση (ψηλαφητή μάζα) ή κατά την μαστογραφία (ψηλαφητή ή μη μάζα) ⁷.
- Στο αποτύπωμα του ογκιδίου στο χειρουργείο, ή πολύ σπάνια στο αποτύπωμα από εξωτερική πληγή ή στο δέρμα ή στη θηλή του μαστού. Το υλικό που λαμβάνεται αφού επιστρωθεί σε πλακίδιο και χρωματισθεί εξετάζεται στο μικροσκόπιο από τον κυτταρολόγο ¹³.

β) Παθολοανατομικά

Η ιστολογική διάγνωση μπορεί να δοθεί σε τρεις φάσεις :

- Προεγχειρητικά** : υπάρχει η δυνατότητα να ληφθεί ιστοτεμάχιο σε σχήμα κυλίνδρου χωρίς να γίνει χειρουργική επέμβαση και νάρκωση, χρησιμοποιώντας ειδικό πιστόλι με τη βοήθεια υπερήχων, όταν αυτή κρίνεται απαραίτητη ή με τη λήψη ανοικτής μικρής διαγνωστικής βιοψίας. Έτσι μπορούμε

να γνωρίζουμε εάν ένα ψηλαφητό ογκίδιο αντιστοιχεί σε καλοήγη ή κακοήγη πάθηση του μαστού.

- ii. **Διεγχειρητικά** : (κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης) λαμβάνεται βιοπτικό υλικό το οποίο πρέπει να επεξεργαστεί από τον Παθολογοανατομό μέσα σε λίγα λεπτά της ώρας και να διαγνωστεί με τη μέθοδο της ταχείας βιοψίας.
- iii. **Μετεγχειρητικά** : επεξεργάζονται όλα τα εγχειρητικά παρασκευάσματα (τμημάτων ή ολόκληρου του μαστού), με ή χωρίς λεμφαδένες από τη μασχάλη, ασχέτως του αποτελέσματος της ταχείας βιοψίας και βγαίνει το τελικό πόρισμα της ιστολογικής διάγνωσης. Έτσι δίνεται η τελική διάγνωση και τα στοιχεία σχετίζονται με την πρόγνωση και την βιολογική συμπεριφορά της αλλοίωσης ⁷.

• **Τύποι βιοψίας**

Υπάρχουν 3 είδη βιοψιών

- Βιοψία με βελόνα
- Αφαίρεση μόνο ενός τμήματος από τον όγκο
- Αφαίρεση ολόκληρου του όγκου

Στην πρώτη και ηπιέστερη μορφή βιοψίας, την αναρρόφηση με λεπτή βελόνα ο χειρουργός συγκρατεί τον όζο ανάμεσα στα δάκτυλα του και αναισθητοποιεί το περιβάλλον δέρμα. Μετά εισάγει και εξάγει λίγες φορές τη βελόνα στον όζο και αφαιρεί κύτταρα τα οποία μπορούν εν συνέχεια να αναλυθούν.

Η δεύτερη μορφή βιοψίας, η βιοψία με βελόνα tru-cut, περιλαμβάνει αφαίρεση ενός «πυρήνα» από τα μέσα του ύποπτου ιστού αντί μερικών μόνο κυττάρων. Αυτός ο πυρήνας όπως κάθε ιστός που αφαιρείται με βιοψία μπορεί να παρασκευαστεί και να τεθεί σε πλακίδια. Η διαδικασία είναι λίγο-περισσότερο δυσάρεστη από ότι η παρακέντηση με λεπτή βελόνα, αφού ο χειρουργός πρέπει να ασκήσει μεγαλύτερη πίεση για την αφαίρεση του πυρήνα.

Τέλος, υπάρχει η βιοψία εκτομής – αφαίρεση ολόκληρου του όζου. Συνήθως διενεργείται με τοπική αναισθησία, αλλά μερικές φορές χρησιμοποιείται γενική νάρκωση ⁶.

2.3 Απεικονιστική διάγνωση

❖ Μαστογραφία

Η κύρια απεικονιστική μέθοδος που χρησιμοποιείται για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι η μικρογραφία, της οποίας η δόση ακτινοβολίας δεν είναι καθόλου επικίνδυνη και αντιστοιχεί όσο μιας απλής ακτινογραφίας θώρακα. Αποτελεί την πιο ασφαλή εξέταση για αναγνώριση της αρχιτεκτονικής του μαστού, την ανεύρεση βλαβών και τη διάγνωση βλαβών (ψηλαφητών και μη) ⁷.

Αποτελεί την έρευνα που μας επιτρέπει την καλύτερη και οφαιρική απεικόνιση της μορφολογίας, της δομής και των παθολογικών αλλοιώσεων του μαστού ²⁵.

Η μαστογραφία μπορεί να διακρίνει πολύ μικρές βλάβες – μεγέθους περίπου ½ εκατοστόμετρου, ενώ συνήθως δεν μπορεί να ψηλαφάτε κανένα όζο παρά μόνο εάν αποκτήσει μέγεθος ενός εκατοστόμετρου ⁶.

Σκοπός της μαστογραφίας είναι η απεικόνιση των διάφορων παθολογικών και κακοηθών εξεργασιών του μαστού.

Με τη μαστογραφία μπορεί να ανακαλυφθούν παθήσεις του μαστού.

α. καλοήθειες : Κύστεις, αδένωμα μαστού, ίνωση, πλασματοκυτταρική μαστίτιδα, αποστήματα και λιπώματα

β. κακοήθειες : Καρκινώματα και σάρκωμα ¹⁷

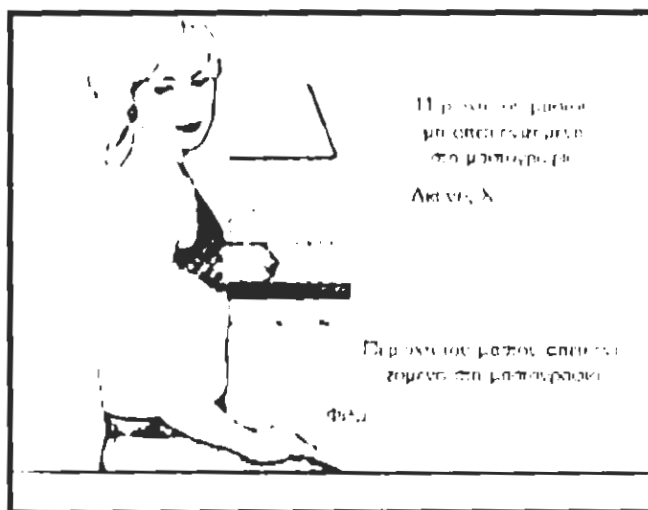
Τεχνική

Ο μαστός τοποθετείται στην ειδική θέση του μηχανήματος και συμπιέζεται ελαφρά. Η απεικόνιση του μαστού γίνεται σε φιλμ.

Η μαστογραφία μπορεί να απεικονίσει μόνο το τμήμα του μαστού που εξέχει – οι ακτινογραφικές πλάκες τοποθετούνται κάτω από το μαστό

ή στα πλάγια – συνεπώς, είναι ευκολότερο να ληφθεί ακριβής εικόνα ενός μεγάλου μαστού από ότι ενός μικρού. Το Περιφερειακό τμήμα του μαστού δεν θα περιληφθεί καθόλου στην ακτινογραφία.

Επίσης, εάν οι μαστοί είναι πυκνοί, ο όζος μπορεί να μην διακριθεί μέσα στο μαστό ⁶.



Ενδείξεις και περιορισμοί μαστογραφίας

Η μεγάλη αξία της μαστογραφίας έγκειται στην εντόπιση υπόπτων περιοχών πριν ακόμη από την ψηλάφηση ογκιδίου.

Ενδείκνυται σε :

- Ανεύρεση συμπαγούς μάζα κατά την κλινική εξέταση, ευκίνητης με καλοήθεις κλινικούς χαρακτήρες. Στη μαστογραφία συνήθως απεικονίζεται ως σκίαση, ομαλή, με σαφή όρια.
- Σε πολυεστιακές ογκικές εξεργασίες στο μαστό
- Σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού
- Σε προηγούμενη βιοψία μαστού
- Σε περιπτώσεις εκκρίσεως από το μαστό ή εισόλης της θηλής χωρίς να διαπιστώνεται ογκική επεξεργασία στο μαστό κατά την κλινική εξέταση.

- Σε ασθενή με καρκίνο στον έναν μαστό γίνεται έλεγχος και στον άλλο μαστό.
- Σε άτομα με υπερμεγέθεις λιπώδεις μαστούς, στα οποία με την ψηλάφηση δεν μπορεί να τεθεί σαφής διάγνωση.
- Σε ανεύρεση μασχαλιαίων αδενικών μεταστάσεων άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας
- Σε άτομα με καρκινοφοβία
- Για τον έλεγχο του θεραπευτικού αποτελέσματος άλλων μεθόδων σε ανεγχείρητους καρκίνους του μαστού ¹⁷.

Περιορισμοί μαστογραφίας

Η μαστογραφία δεν πρέπει να εκτελείται :

- Σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 18 ετών, γιατί οι μαστοί σ' αυτή την ηλικία είναι ακτινοεύαιστοι.
- Σε έγκυες για τον κίνδυνο της ακτινοβολίας, λόγω της υπερτροφίας των μαστών, τα μαστογραφικά ευρήματα δεν είναι ικανοποιητικά, όπως δεν είναι ικανοποιητικά κατά τη διάρκεια της λοχείας ².

Η επίπτωση της ακτινοβολίας από τη μαστογραφία

Παρόλο ότι δεν έχει περιγραφεί ανάπτυξη καρκίνου του μαστού μετά από μαστογραφία ή μετά από επανειλημμένους μαστογραφικούς επανέλεγχους επί σειρά ετών, ο κίνδυνος αυτός υφίσταται και έχει παρατηρηθεί σε πληθυσμούς που έλαβαν μεγαλύτερες δόσεις ακτινοβολίας της τάξης των 0,25-20Gy (25-2.000 rads).

Όσο νεότερη είναι η γυναίκα κατά το χρόνο έκθεσης στην ακτινοβολία, τόσο μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχει να αναπτύξει στη διάρκεια της ζωής της καρκίνο του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού μετακινικής αιτιολογίας εμφανίζεται τουλάχιστον 10 χρόνια μετά από την έκθεση.

Η μέση δόση ακτινοβολίας από τη λήψη δύο προβολών σε κάθε μαστό είναι 4 mGy. Το άθροισμα αυτό, σε 100.000 γυναίκες για δέκα συνεχόμενα έτη, με έναρξη μαστογραφικού ελέγχου στην ηλικία των 40 ετών, έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση τουλάχιστον 8 θανάτων από καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους ²⁶.

Άλλες βοηθητικές απεικονιστικές μέθοδοι είναι :

Η Αξονική ηλεκτρονική τομογραφία

Εκτελείται με τη χρησιμοποίηση ειδικού μαστογραφικού αξονικού τομογράφου.

Ενδείξεις : Οι συχνότερες από αυτές είναι

- Στη διάγνωση κακοηθών παθήσεων του μαστού
- Στην ανίχνευση καρκινικής βλάβης διαμέτρου 2-3mm σε πυκνοτικούς μαστούς, εκεί που η μαστογραφία, για να αποδείξει την ύπαρξή της, η βλάβη πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 5mm.
- Στην ακριβή διάγνωση ινοκυστικής μαστοπάθειας, εκεί που τα μαστογραφικά ευρήματα αμφισβητούνται.
- Στην προληπτική εξέταση των μαστών δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί, γιατί απαιτεί ψηλές δόσεις ακτινοβολίας.

Θερμογραφία

Η θερμογραφία είναι πρόσφατη εφεύρεση, βασισμένη στη θεωρία ότι ο καρκίνος εκπέμπει περισσότερη θερμότητα απ' ό τι ο φυσιολογικός ιστός. Στην αρχή θεωρήθηκε πολλά υποσχόμενη τεχνική, αφού δεν περιλαμβάνει καθόλου ιονίζουσα ακτινοβολία. Τοποθετείται ένας αισθητήρας πάνω στο μαστό και μετράται η θερμότητα που εκπέμπεται από διαφορετικά τμήματα του μαστού. Κατ' αυτόν τον τρόπο σχηματίζεται ένας χάρτης, μια πολύχρωμη εικόνα, στην οποία το γαλάζιο χρώμα αντιπροσωπεύει τις ψυχρές περιοχές και το κόκκινο τις θερμές. Οι θερμές περιοχές θεωρείται ότι είναι καρκινικές.

Διαφανοσκόπηση

Μια άλλη τεχνική η διαφανοσκόπηση βασίζεται στην ιδέα ότι το φως θα διαπερνά τους περισσότερους ιστούς, αλλά θα απορροφηθεί από τον όζο. Η φωτεινή πηγή τοποθετείται δίπλα στο μαστό, το φως τον διαπερνά και καταγράφεται στην άλλη πλευρά. Όπως και η θερμογραφία, έχει το πλεονέκτημα ότι δεν χρησιμοποιεί ιονίζουσα ακτινοβολία.

Υπέρηχοι

Στη μέθοδο των υπερήχων εκπέμπονται προς το μαστό μικροί παλμοί ηχητικών κυμάτων υψηλής συχνότητας. Ο μαστός επαλείφεται με gel για να γλιστράει και σύρεται στην επιφάνεια του δέρματος ένα μικρό όργανο (ονομαζόμενο μεταλλάκτης ενέργειας), το οποίο εκπέμπει σήματα δια μέσου του μαστού.

Μέρος του προβλήματος είναι ότι κατά τη διαδικασία συμπιέζεται ο μαστός, μεταβάλλοντας τα ηχητικά κύματα ⁶.

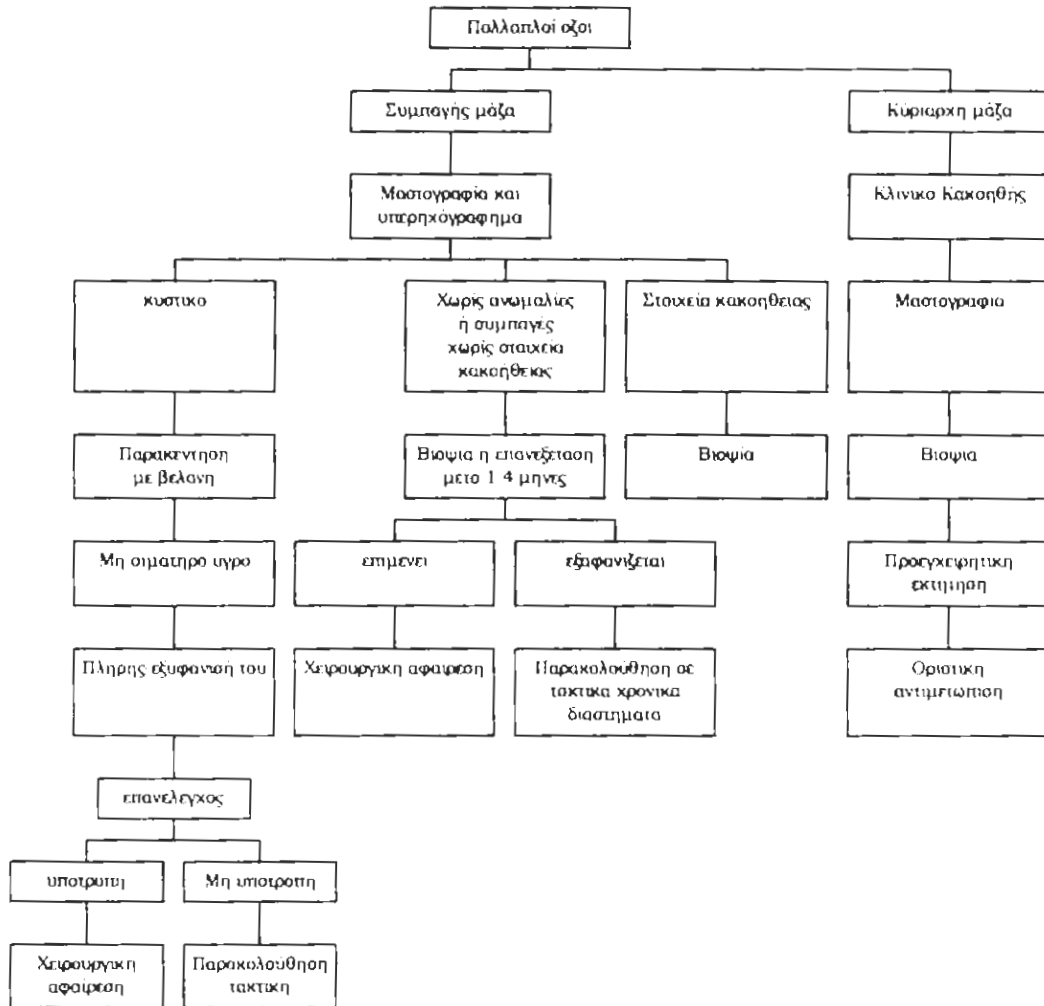
Σπινθηρογράφημα

Σπινθηρογραφικός έλεγχος : Στον σπινθηρογραφικό έλεγχο περιλαμβάνεται ο έλεγχος του μαστικού αδένου. Το σπινθηρογράφημα θεωρείται αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδος, τόσο για την ανακάλυψη καρκίνου στο μαστό, όσο και μεταστάσεων στο σκύτι και στα οστά. Χρησιμοποιούνται ραδιενεργά ισότοπα ¹.

Ξηρογραφία. Είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από οελήνιο αντί της φωτογραφικής πλάκας. Κατά την ξηρογραφία παράγεται θετική εκτύπωση με έμφαση στις διάφορες πυκνότητες.

Φλεβογραφία. Ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων. Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας με γενική νάρκωση ενδομυελικά στο κάτω άκρο του στέρνου ²⁷.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΟΓΚΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΠΡΟΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ



ΕΚΤΙΜΗΝΗ ΟΓΚΩΝ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ



3. Διαφοροδιάγνωση

Οι διάφορες παθήσεις του μαστού, οι οποίες είναι δυνατό να δώσουν εικόνα του καρκίνου είναι :

3.1 Καλοήθεις όγκοι του μαστού

- **Ινοκυστική μαστοπάθεια.**

Είναι η παρουσία ογκιδίων που είναι βασικά κύστες, οι οποίες προέρχονται από διάταση των πόρων του μαστικού αδένος.

- **Ιναδενώματα.**

Αποτελούν καλοήθεις νεοπλασίες των αδενικών λοβών του μαστού.

- **Θηλώματα.**

Είναι καλοήθης υπερπλαστική εξεργασία του επιθηλίου των γαλακτοφόρων πόρων του μαστού. Η νόσος αυτή δεν εμφανίζεται συχνά.

- **Λιπώματα.**

Τα λιπώματα του μαστού είναι αγνώστου αιτιολογίας ¹⁴.

3.2 Φλεγμονώδες παθήσεις του μαστού.

Υπάρχουν δυο κύριες κατηγορίες φλεγμονών του μαστού.

Οι ενδογενείς και οι εξωγενείς.

Οι ενδογενείς φλεγμονές του μαστού είναι εκείνες που συμβαίνουν στον ίδιο το μαστό.

Διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες.

- Μαστίτιδα κατά τη διάρκεια του θηλασμού.
- Μαστίτιδα εκτός της περιόδου του θηλασμού.
- Χρόνιο υποθηλαίο απόστημα.

- **Μαστίτιδα κατά τη διάρκεια του θηλασμού.**

(οξεία μαστίτιδα).

Η μαστίτιδα του θηλασμού είναι η συνηθέστερη και συμβαίνει την περίοδο που η γυναίκα θηλάζει.

- **Μαστίτιδα εκτός της περιόδου θηλασμού.**

Το είδος αυτής της μαστίτιδας συμβαίνει στις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ογκεκτομή ακολουθούμενη από ακτινοβολία ή σε διαβητικές.

- **Χρόνιο υποθηλαίο απόστημα.**

Αυτό το είδος φλεγμονής είναι πολύ συνηθισμένο σε γυναίκες με εσέχουσες (ανεστραμμένες) θηλές, επειδή οι αδένες τους έχουν στενότερα στόμια ⁶.

3.3 Μεσοπλευρία νευραλγία

Για τη διαφοροδιάγνωση της μεσοπλευρίας νευραλγίας από τη μασταλγία που οφείλεται σε καρκίνο του μαστού χρησιμοποιείται η δοκιμασία Παπανικολάου ².



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

1. Θεραπεία του καρκίνου του μαστού
2. Νοσηλευτική παρέμβαση στις θεραπευτικές μεθόδους

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

1. Θεραπεία του καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνά ιάσιμος και στόχος της θεραπείας είναι να προσφέρει στις ασθενείς τη μέγιστη πιθανότητα επιβίωσης. Η θεραπεία κανονικά περιλαμβάνει :

- α) την εξάλειψη των καρκινικών κυττάρων από τους ιστούς του μαστού.
- β) τον εντοπισμό των ασθενών εκείνων που βρίσκονται σε κίνδυνο υποτροπής και τη χορήγηση σε αυτές συστηματικής θεραπείας ώστε να καταστραφούν τα εναπομείναντα κακοήθη κύτταρα.

Πολλές ασθένειες με καρκίνο του μαστού πρώιμου σταδίου μπορούν να αντιμετωπιστούν με τέτοιους τρόπους ώστε να παραμείνουν ελεύθερες νόσου επί δεκαετίες ή καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Στις ασθενείς εκείνες με μεταστατικό καρκίνο του μαστού (ο οποίος διαπιστώνεται κατά τη διάγνωση ή επισημαίνεται λόγω ανάπτυξης και διασποράς κυττάρων τα οποία δεν καταστράφηκαν με την αρχική θεραπεία) η θεραπεία έχει στόχο να παρατείνει την επιβίωση και να διατηρήσει ένα επίπεδο ποιότητας ζωής ^{3, 28}.

Έτσι οι θεραπευτικές αγωγές διακρίνονται σε δυο κατηγορίες.

- Τοπικές (θεραπεία του ίδιου του μαστού).
- Συστηματικές (θεραπεία για το υπόλοιπο σώμα, μεταστάσεις) ⁶.

1.1. Είδη θεραπευτικών μεθόδων

Τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού τη διακρίνουμε σε :

1. χειρουργική.
2. ακτινοθεραπεία.
3. χημειοθεραπεία.
4. ορμονοθεραπεία.
5. ανοσοθεραπεία.

• Η χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται για να εξαφανίσει τα καρκινικά κύτταρα από το μαστό και τους πέριξ ιστούς. Είναι πολύ αποτελεσματική ως προς το να προσφέρει μακρές υφέσεις του καρκίνου του μαστού. Έχει φανεί σε ανασκοπήσεις ότι επιτυγχάνει 77% ποσοστό 10ετούς επιβίωσης ελεύθερης νόσου σε ασθενείς χωρίς λεμφαδενική συμμετοχή και 49% σε ασθενείς με θετικούς για νόσο λεμφαδένες³.

Η χειρουργική θεραπεία επίσης γίνεται

- Για επιβεβαίωση διάγνωσης με ταχεία βιοψία.
- Παρηγορητικά για ανακούφιση από επιπλοκές του Ca, όπως πόνος από επεκτάσεις του όγκου στα περιφερειακά προς αυτόν νεύρα, αιμορραγία, κ.α²⁹.

Η εγχειρητική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει τις παρακάτω επεμβάσεις :

α) Μερική Μαστεκτομή και χειρουργικός καθαρισμός της μασχάλης

Η μερική μαστεκτομή, η ογκεκτομή, η ευρεία εκτομή, η τμηματική μαστεκτομή και ταταρτημοριεκτομή αποτελούν όλες ονόματα αυτού του τύπου εγχείρησης⁶.

Οι ενδείξεις μερικής μαστεκτομής είναι :

- Στάδιο 1 :
- Πρωτοπαθής όγκος είναι = μικρότερος των 4 cm και είναι μονήρης.
- Όταν το κοσμητικό αποτέλεσμα και η διατήρηση του μαστού είναι σπουδαίο για την ασθενή.
- Σε ασθενείς νεαρής ηλικίας³⁰.

β) Ολική Μαστεκτομή

Η ολική μαστεκτομή είναι μια εγχείρηση κατά την οποία αφαιρείται μόνο ο μαστικός ιστός. Ο μαστικός ιστός εκτείνεται από την κλείδα μέχρι τα όρια των πλευρών προς τα κάτω, και από το στήρνο μέχρι το μη στην

πίσω επιφάνεια της μασχάλης. Ο χειρουργός οφείλει να αφαιρέσει όλο το μαστικό ιστό. Έτσι αρχίζει εκτελώντας ελλειπτική τομή, η οποία περιλαμβάνει τη θηλή και τυχόν ουλή από την βιοψία.

γ) Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (ολική μαστεκτομή με χειρουργικό καθαρισμό της μασχάλης) αφορά την ολική αφαίρεση του μαστού με το υπερκείμενο δέρμα, το σύμπλεγμα θηλής – θηλαίας άλω, την περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός και το περιεχόμενο της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας, ενώ αφήνει άθικτους τους θωρακικούς μυς.

Ενδείξεις τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής

- Κλινικό στάδιο 2 :
- Όταν το κοσμητικό αποτέλεσμα ενδιαφέρει.
- Πρωτοπαθής όγκος μεγαλύτερος 4 cm.
- Όταν ο όγκος είναι σε περιοχή του μαστού που το κοσμητικό αποτέλεσμα δεν θα ικανοποιήσει την ασθενή.
- Πολλαπλές πρωτοπαθείς εστίες.
- Ηλικιωμένα άτομα.
- Μικρός μαστός ^{2, 6}.

δ) Ριζική μαστεκτομή

Μερικές φορές ο όγκος είναι τόσο μεγάλος, ώστε η ριζική μαστεκτομή αποτελεί τη μόνη μέθοδο για την αφαίρεσή τους.

Εκτός από την αφαίρεση όλου του μαστού, αφαιρούμε και τον μεγάλο και τον μικρό θωρακικό μυ. Αφαιρούνται επίσης όλοι οι λεμφαδένες στην περιοχή της μασχάλης (μέχρι την κλείδα) ⁶.

ε) Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή.

Περιλαμβάνει την αφαίρεση του μαστού, του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός, τους αδένες της μασχάλης και τους έσω μαστικούς λεμφαδένες. Η εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή πολύ σπανίως εκτελείται σήμερα λόγω του ότι υπάρχει η τάση για συντηρητικότερες επεμβάσεις ²⁴.

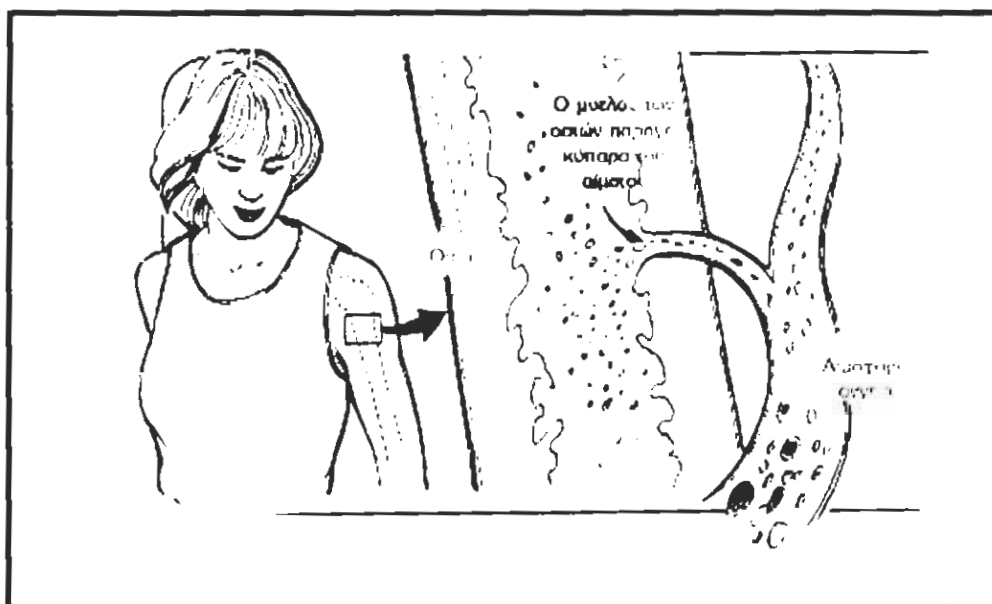
Μη χειρουργήσιμος καρκίνος μαστού

- Α. Τοπικά προχωρημένος καρκίνος μαστού στάδιο III.
- Β. Προχωρημένος καρκίνος μαστού με μακρινές μεταστάσεις στάδιο IV.
- Α + Β. Κλινικά κριτήρια που χαρακτηρίζουν τον τοπικά προχωρημένο καρκίνο :
 - Μεγάλο μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου > 5 cm.
 - Διήθηση του υπερκείμενου δέρματος.
 - Εκτεταμένο ενδοδερμικό οίδημα.
 - Καθήλωση στο θωρακικό τοίχωμα.
 - Καθήλωση μασχάλιαίων λεμφαδένων.
 - Διόγκωση των υπερκλειδιών λεμφαδένων ³⁰.

• Χημειοθεραπεία

Κάθε κύτταρο κατά τη διαδικασία της κυτταρικής διαίρεσης ή αναπαραγωγής, διέρχεται από διάφορα στάδια. Τα φάρμακα της χημειοθεραπείας παρεμβαίνουν σε αυτή την διαδικασία, έτσι ώστε δεν μπορούν να διαιρεθούν τα κύτταρα, κατά συνέπεια πεθαίνουν ⁶.

Ο μυελός των οστών μπορεί να παρομοιαστεί με εργοστάσιο παραγωγής ερυθρών αιμοσφαιρίων, λευκών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων, επί συνεχούς βάσεως. Η χημειοθεραπεία μειώνει αυτή την παραγωγή.



Όταν χορηγούμε χημειοθεραπεία, λοιπόν πρέπει να προσέξουμε να μη διακόψουμε τελείως την παραγωγή. Αυτός είναι ένας από τους λόγους για τους οποίους η χημειοθεραπεία χορηγείται κατά κύκλους, με παρεμβολή χρονικών διαστημάτων μεταξύ των θεραπειών, ώστε να επιραπεί στον μυελό των οστών να ανανήψει.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη χημειοθεραπεία είναι πολλά και μπορεί να χορηγηθούν είτε από το στόμα, ενδοφλεβίως ή με έγχυση μέσα σε κοιλότητες. Τα κυτταροστατικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα μόνα ή σε συνδυασμό με χειρουργική ή και ακτινοθεραπεία χορηγούνται για να επιτευχθεί ίαση, έλεγχος ή ανακούφιση από τα συμπτώματα της νόσου.

**ΦΑΡΜΑΚΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΑ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Κυκλοφωσφαμιδη cyclophosphamide (Cytoxan).	Από το στόμα, ενδοφλεβίως.	Συνήθεις : ναυτία, εμετός, ανορεξία, εμμηνορρυσιακές ανωμαλίες, ελάττωση των κυτάρων του αίματος, τριχόπτωση. Σπάνιες : προβλήματα της ουροδόχου κύστης, ηπατικά προβλήματα, στείρωση.
Μεθοτρεξάτη. methotrexate.	Ενδοφλεβίως.	Συνήθεις : ναυτία, εμετός, έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας, ελάττωση των κυτάρων του αίματος, επιπεφυκίτιδα, έλκη γαστρεντερικού συστήματος, εξάνθημα. Σπάνιες : τριχόπτωση, κεφαλαλγία, ηπατικά προβλήματα, διαταραχές της όρασης, βλάβη στον πνεύμονα.
5 φθοριουρακίλη. 5 fluorouracil (5-FU).		Συνήθεις : έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας, ναυτία, εμετός, διάρροια, ελάττωση των κυτάρων του αίματος, ανορεξία, τριχόπτωση, φαρυγγίτιδα. Σπάνιες : εξάνθημα, μεταβολές ούσους όνυχες, μελάγχρωση του δέρματος.
δοξορουβικίνη. doxorubicin (Adriamycin)	ενδοφλεβίως.	Συνήθεις : τριχόπτωση, έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας, ναυτία, εμετός, ελάττωση των κυτάρων του αίματος. Σπάνιες : καρδιακά προβλήματα, μελάγχρωση ούλων και δέρματος, ηπατικά προβλήματα.
χλωραμβουκίλη chlorambucil (Leukeran).	Από το στόμα.	Συνήθεις : ελάττωση των κυτάρων του αίματος, κόπωση. Σπάνιες : τριχόπτωση, ναυτία, εμετός, εμμηνορρυσιακές ανωμαλίες.
μελφαλίνη. melphalan (L-PAM).	Από το στόμα.	Συνήθεις : ελάττωση των κυτάρων του αίματος, εμετός. Σπάνιες : εξάνθημα, ανορεξία, έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας, προβλήματα του πνεύμονα

<p>τριαιθυλενοθειοφωσφοραμίδη. thiotepa.</p>	<p>Ενδοφλεβίως.</p>	<p>Συνήθεις : ελάττωση των κυττάρων του αίματος, εμετός. Σπάνιες : εξάνθημα, ανορεξία, έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας, προβλήματα του πνεύμονα.</p>
<p>βινκριστίνη. vincristine.</p>	<p>Ενδοφλεβίως.</p>	<p>Συνήθεις : τριχόπτωση, μούδιασμα και "μυρμήγκιασμα" στα δάκτυλα των χεριών και των ποδιών, τοπικός πόνος στη θέση της ενδοφλέβιας κορήγησης, δυσκοιλιότητα, κεφαλαλγία. Σπάνιες : πόνος στους μύες και τη σιαγόνα, απώλεια των αντανακλαστικών, κατάθλιψη, αύπνιες.</p>
<p>βιντλαστίνη. vinblastine</p>	<p>Ενδοφλεβίως.</p>	<p>Συνήθεις : ναυτία, εμετός, ελάττωση των κυττάρων του αίματος, τριχόπτωση. Σπάνιες : μαύδιασμα, "μυρμήγκιασμα" και αδυναμία στα χέρια και τα πόδια, πόνος στη σιαγόνα, δυσκοιλιότητα.</p>
<p>μιτομυκίνη. (mitomycin.Velban).</p>	<p>Ενδοφλεβίως.</p>	<p>Συνήθεις : ελάττωση των κυττάρων του αίματος, ναυτία, εμετός. Σπάνιες : αίμα στα ούρα, ανορεξία, έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας, τριχόπτωση, εξάνθημα, βλάβες στους πνεύμονες ή στους νεφρούς.</p>
<p>μιτοξανθρόνη. mitoxanthrone.</p>	<p>Ενδοφλεβίως.</p>	<p>Συνήθεις : ελάττωση των κυττάρων του αίματος, ήπια ναυτία, εμετός, γαλάζια δυσχρωμάτωση κατά μήκος της φλέβας, γαλαζο-πράσινη χρώση των ούρων. Σπάνιες : τριχόπτωση.</p>
<p>μιτοξανθρόνη. mitoxanthrone.</p>	<p>Ενδοφλεβίως.</p>	<p>Συνήθεις : ελάττωση των κυττάρων του αίματος, ήπια ναυτία, εμετός, γαλάζια δυσχρωμάτωση κατά μήκος της φλέβας, γαλαζο-πράσινη χρώση των ούρων. Σπάνιες : τριχόπτωση.</p>

Παρενέργειες από την χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία μπορεί να εμφανίσει παρενέργειες οι οποίες εξαρτώνται από το είδος των φαρμάκων, τη δοσολογία αλλά και από την αντίδραση της κάθε ασθενούς. Τα κυτταροστατικά φάρμακα επηρεάζουν τα κύτταρα του μυελού των οστών και τα κύτταρα που καλύπτουν το γαστρεντερικό σωλήνα. Έτσι κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας μπορεί να παρουσιασθούν παρενέργειες που έχουν σχέση με το αίμα, όπως μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων που έχει ως συνέπεια τη μειωμένη αντίσταση του οργανισμού και ευαισθησία στις λοιμώξεις, προβλήματα από το γαστρεντερικό σύστημα ¹³.

ΑΜΕΣΑ	ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΑ	ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΑ
<p>Πόνος στο σημείο εισόδου. Φλεβικός πόνος. Ερεθισμός κατά μήκος της φλέβας. Κνησμός κατά μήκος και στην παρακείμενη φλέβα. Κοκκίνισμα του προσώπου, κοκκίνισμα του σώματος. Υπόταση. Ανιδρώσεις υπερευαίσθησίας. Αναφυλαξία. Μη φυσιολογικές γεύσεις - οσμίες.</p>	<p>Ανορεξία. Ναυτία - εμετός. Στοματίτιδα. Πόνος στο σημείο του όγκου και την περιοχή των σαγονιών. Ασθενικότητα. Σύνδρομο τύπου γρίπης με πυρετό. Χημική κυστίτιδα. Αιματουρία. Κόκκινα, πράσινα ούρα. Δυσκοιλιότητα, διάρροια.</p>	<p>Κατάπτωση του μυελού των οστών και των θρομβωτικών παραγόντων. Αλωπεκία : ανιδρώσεις του δέρματος, εξανθήματα, φλεγμονή, χρωματισμός, φωτοευαισθησία. Ανωμαλία της επιφάνειας των νυχιών : χρωματισμός. Θρομβοφλεβίτιδα. Πνευμονική συμφόρηση. Καρδιακή δυσλειτουργία. Ηπατική δυσλειτουργία. Νεφρική τοξικότητα : υπερουριχαιμία. Νευρολογικά προβλήματα : Περιφερειακή Νευροπάθεια, μυϊκή αδυναμία, απώλεια ακοής σε υψηλές συχνότητες, παραλυτικός ετελός. Τοξικότητα ΚΝΣ : λήθαργος, κόπωση, κατάθλιψη, πονοκέφαλοι. Σεξουαλική δυσλειτουργία : αμηνόρροια, στειρότητα, χρωμοσωματική καταστροφή.</p>

Σήμερα υπάρχει η δυνατότητα να περιορίσουμε ή να αποφύγουμε σε μεγάλο βαθμό τις παρενέργειες αυτές με φάρμακα ή και να τις αντιμετωπίσουμε ³¹.

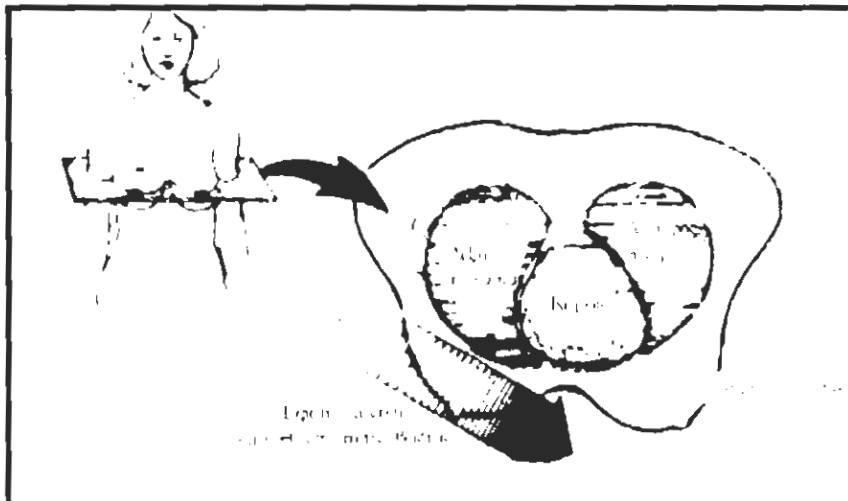
Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία είναι η χρήση της ιονίζουσας ακτινοβολίας στη θεραπεία των κακοηθών όγκων ³².

Μπορεί να συνδυάζεται με χειρουργική θεραπεία ή όχι. Όταν συνδυάζεται με χειρουργική θεραπεία μπορεί να είναι προεγχειρητική ή μετεγχειρητική. Η μετεγχειρητική είναι η πιο συχνή. Η εφαρμογή της στηρίζεται στην υπόθεση ότι ενδέχεται να υπάρχουν μετά την επέμβαση κρυμμένα καρκινικά κύτταρα στο θωρακικό τοίχωμα ή στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, τα οποία καταστρέφονται αποτελεσματικά με την ακτινοβολία ^{33, 34}.

Η ακτινοβολία χορηγείται καθημερινά 5 ημέρες την εβδομάδα και επί 6 εβδομάδες περίπου.

Χορηγούμε την ακτινοβολία εφαπτομενικά, έτσι ώστε να διαπερνά συγκεκριμένη περιοχή του μαστού και καταλήγει στον αέρα, φιάνοντας μικρότερη ποσότητα στην καρδιά ή στον πνεύμονα. Συγχρόνως καλύπτουμε τα άλλα μέρη του σώματος, ώστε να τα προφυλάξουμε από την επίδραση της ακτινοβολίας.



Πηγή της ακτινοβολίας είναι ένα μηχάνημα που ονομάζεται "γραμμικός επιταχυντής" το οποίο επιταχύνει τα ραδιενεργά σωματίδια, και τα εκτοξεύει κατευθείαν στο τμήμα του σώματος για τον οποίο προορίζονται, σαν περιστροφο⁶.

Εξωτερική Ακτινοβολία μεταχειριζόμαστε σε περιπτώσεις θεραπείας μεγάλου όγκου με αμετάβλητη δόση.

Ο άλλος τρόπος είναι εκείνος στον οποίο η πηγή ακτινοβολίας είναι σε επαφή με τον όγκο. Αυτό ονομάζεται Βραχυθεραπεία. Η θεραπεία αυτού του είδους μπορεί να δοθεί με διαφορετικούς τρόπους. Ένας τρόπος είναι να τοποθετηθεί στην κοιλότητα που περιέχει τον όγκο, ένας υποδοχέας και στη συνέχεια, να τοποθετηθεί εντός του υποδοχέα ή του καθετήρα η ραδιενεργός ουσία.

Μεταχειριζόμαστε τη Βραχυθεραπεία για να δώσουμε μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας σε μικρή έκταση η οποία είναι προσπελάσιμη¹³.

Για την επίτευξη των στόχων της ακτινοβολίας, κατά το μέγιστο δυνατό τρόπο, θα πρέπει να τηρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις :

Η μέθοδος να εφαρμόζεται σε αρχικά στάδια T₁- T₂, N₀, M₀

Η ακτινοθεραπεία πρέπει επίσης να γίνεται από έμπειρα χέρια και σε κέντρα με σύγχρονο εξοπλισμό.

Δίνονται μέχρι και 6000-7000 rads μέσα σε 6-7 εβδομάδες. Η δόση στους λεμφαδένες μπορεί να ανέρχεται περίπου στα 4500-5000 rads μέσα σε 4-5 εβδομάδες.

Με τη βιοψία πρέπει να αφαιρείται ολόκληρος ο όγκος και όχι μέρος του, εφόσον αυτό είναι εφικτό.

Προεγχειρητική Ακτινοθεραπεία (ΑΘ)

Χρησιμοποιείται σε ασθενείς με Ca μαστού που είναι στα όρια του χειρουργήσιμου – ανεγχείρητου σταδίου, επειδή υπάρχει τοπική επέκταση της νόσου.

Χορηγείται δόση 4000 cGy σε 4 εβδομάδες στο μαστό που πάσχει.

Μετεγχειρητική Ακτινοθεραπεία

Εφαρμόζεται :

- i. Κατόπιν ριζικής μαστεκτομής.
- ii. Κατόπιν εκτεταμένης ριζικής μαστεκτομής (ριζική μαστεκτομή μετά εξαίρεση του θωρακικού μυός).
- iii. Επίσης εφαρμόζεται σε υψηλού κινδύνου προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με Ca μαστού οι οποίες έλαβαν προεγχειρητική ΧΜΘ (CMF).

Πολυπαραγοντικές αναλύσεις που έγιναν απέδειξαν πως η ακτινοβολία μετά μαστεκτομή βελτιώνει σημαντικά το διάστημα ελεύθερο νόσου και τη συνολική 10ετή επιβίωση, ανεξάρτητα από το μέγεθος του όγκου, τον αριθμό των θετικών λεμφαδένων και το ιστοπαθολογικό στάδιο.

Η επιπρόσθετη λοιπόν μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία στη μαστεκτομή και προεγχειρητική χημειοθεραπεία μειώνουν τις τοπικές υποτροπές και παρατείνουν την επιβίωση στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες αυξημένου κινδύνου με Ca μαστού σταδίου II ή III.

Παρενέργειες από την ακτινοθεραπεία

Οι παρενέργειες που μπορούν να προκληθούν στην ασθενή εξαρτώνται από τη θέση της θεραπείας και τη δόση της ακτινοβολίας που εκπέμπεται. Υπάρχουν επίσης και άλλοι παράγοντες όπως η τυχόν χημειοθεραπεία που προηγήθηκε η οποία μπορεί να συμβάλλει στο βαθμό αντίδρασης του οργανισμού.

Οι κυριότερες παρενέργειες στο μαστό είναι :

- Το δέρμα μπορεί να κοκκινίσει ή και να ξεφλουδίσει, αλλά αν το φροντίσουμε κατάλληλα αυτή η αντίδραση μπορεί να μειωθεί. Στα ιλαίσια της φροντίδας αυτής, συμπεριλαμβάνεται η πλύση της περιοχής του υπό θεραπεία μαστού, με κλιαρό νερό (προσέχοντας να μη φύγουν τα σημάδια που έχει βάλει ο γιατρός). Αν το δέρμα

αρχίσει να κοκκινίζει σταματάει το πλύσιμο. Το σκούπισμα πρέπει να γίνεται με μια μαλακή βαμβακερή πετοέτα και να δίνεται προσοχή ούτως ώστε να στεγνώνει καλά η περιοχή. Απαγορεύεται η χρήση αποσμητικών ή αρωματικής πούδρας στην υπό θεραπεία περιοχή. Καλό είναι να αποφεύγονται τα σφικτά ενδύματα όπως στηθόδεσμος και να προτιμάται ιματισμός από φυσικές ίνες. Αν το δέρμα ερεθίζεται ο ιατρός θα δώσει ειδική κρέμα.

- ❑ Υπάρχουν και άλλες παρενέργειες τις οποίες όμως μπορεί να μην αισθάνεται ο ασθενής, αλλά που είναι και αυτές σημαντικές, όπως η μείωση των ερυθρών και των λευκών αιμοσφαιρίων.
- ❑ Αναλόγως της κατασκευής του θώρακα μικρό ποσοστό της ακτινοβολίας ίσως προσβάλλει τον πνεύμονα και μπορεί να προκαλέσει βήχα.
- ❑ Το άλλο κύριο σύμπτωμα που ουσιαστικά παρουσιάζει κάθε ασθενής υποβαλλόμενη σε ακτινοβολία είναι σωματική κόπωση.
- ❑ Υπάρχουν παρενέργειες οι οποίες μπορεί να εμφανιστούν ύστερα από μήνες ή ακόμη και χρόνια. Γι' αυτές ενημερώνει ο ιατρός στο τέλος της θεραπείας. Μερικές φορές, όταν η αντίδραση είναι σοβαρή, ο ιατρός μπορεί να αποφασίσει τη διακοπή της αγωγής μέχρις ότου αποκατασταθεί η ανωμαλία. Αυτό είναι καλύτερο από τη συνέχιση της αγωγής, παρουσία μιας σοβαρής αντίδρασης, η οποία μπορεί να προκαλέσει περισσότερο κακό παρά καλό ¹³.

Ορμονοθεραπεία

Ο καρκίνος του μαστού εξαρτάται, σε μεγάλο ποσοστό, από τις ορμόνες, ιδιαίτερος δε από τα οιστρογόνα. Είναι μια παλαιά διαπίστωση που η ηλικία της ξεπερνά ήδη τον αιώνα, καθώς έγινε στα 1896 από το χειρουργό Beatson.

Αν ο όγκος εκφράζει στα κύτταρα του ορμονικούς υποδοχείς τότε σημαίνει πως είναι πιο διαφοροποιημένος αλλά και ευαίσθητος στις αντιορμονικές θεραπείες. Σε ποσοστό 60% ``απαντούν`` θετικά στην

αντιοιστρογονική θεραπεία οι όγκοι με θετική την ανίχνευση ορμονοϋποδοχέων ενώ σε ποσοστό μικρότερο από 10% ‘‘απαντούν’’ θετικά εκείνοι με αρνητικούς ορμονοϋποδοχείς.

Το τοίχωμα που επενδύει στους εκφορητικούς πόρους και τους λοβούς του μαστού μεταβάλλεται υπό την επίδραση των ορμονών και κατά συνέπεια οι ορμονικοί χειρισμοί ή η ορμονική θεραπεία παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού ³⁵.

Κριτήρια επιλογής αρρώστων για ορμονοθεραπεία – ορμονικοί υποδοχείς

1. Σε ασθενείς με όγκο που αναπτύσσεται με βραδύ ρυθμό (δηλαδή σε περιπτώσεις που μεταξύ της διάγνωσης και της εμφάνισης μεταστάσεων παρεμβάλλεται μεγάλο χρονικό διάστημα).
2. Σε ασθενείς με μεταστάσεις σε οστά και μαλακά μέρη ή στον υπεζωκότα.
3. Σε πολύ ηλικιωμένες ασθενείς.
4. Ιστορικό ανταποκρίσεως σε ένα ορμονικό χειρισμό στο παρελθόν.
5. Προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες πάνω από 35 χρονών και μετεμμηνόπαυσιακές τουλάχιστον 5 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση.
6. Θετικοί υποδοχείς οιστρογόνων – προγεστερόνης.

Βασικός κανόνας για τις ενδοκρινικές θεραπείες στον ΚΜ είναι ότι οι θεραπείες πρέπει να είναι διαδοχικές και όχι σύγχρονες ²³.

Οι ορμονικοί χειρισμοί είναι οι ακόλουθοι αναφορικά :

- Ωοθηκεκτομή.
- Επινεφριδεκτομή (δεν γίνεται σήμερα).
- Χορήγηση οιστρογόνων. Τα οιστρογόνα δίνουν αντικειμενική ανταπόκριση στο 25-33%, περίπου των αρρώστων.
- Χορήγηση ανδρογόνων.
- Χορήγηση αντιοιστρογόνων (Tamoxifen).

- Χορήγηση γλυκοκορτικοειδών.
- Χορήγηση αμινογλουτεθιμίδης, δηλ. η ανακουφιστική ορμονοθεραπεία επιτυγχάνεται με χορήγηση κορτικοστεροειδών (υδροκορτιζόνη).
- Χορήγηση προγεστερόνης³⁶

Η Tamoxifen είναι μια συνθετική αντιοιστρογονική ουσία. Ευρίσκεται στο προσκήνιο από τη 10ετία του '70 και αρχικά χρησιμοποιήθηκε στον προχωρημένο καρκίνο του μαστού. Τα τελευταία όμως χρόνια χρησιμοποιείται σαν επικουρική ορμονοθεραπεία του Κ.Μ.

Η ταμοξιφαίνη δεσμεύει τους υποδοχείς οιστρογόνων στα κύτταρα του καρκίνου του μαστού παρεμβαίνοντας στην πρωτεϊνοσύνθεση.

Η ταμοξιφαίνη χορηγείται υπό μορφή διοκίου, συνήθως δυο φορές την ημέρα. Οι παρενέργειες συνήθως είναι μηδαμινές, αλλά ίσως περιλάβουν εξάψεις, ναυτία που συνήθως μειώνεται μετά από ένα ή δυο μήνες και κολπικές κηλίδες.

Στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες προκαλεί αύξηση τόσο των οιστρογόνων όσο και της προγεστερόνης, διεγείροντας πιθανώς την ωοθήκη, ενώ διακόπτει επίσης τις περιόδους σας. Συνεπώς μπορεί να έχει τόσο αντιφατικές επιδράσεις, όπως αύξηση των κύστεων της ωοθήκης, ακόμα και πρόκληση ωορρηξίας ενώ αναστέλλει τα οιστρογόνα στο μαστό.

Στις μειομηνόπαυσιακές γυναίκες αυξάνει τα επίπεδα των FHS και LH, όχι όμως των οιστρογόνων και της προγεστερόνης⁶.

Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα της ταμοξιφαίνης είναι καλά αποδεκτά από τις περισσότερες γυναίκες που είναι υπό θεραπεία.

Τα οιστρογόνα δίνουν αντικειμενική ανταπόκριση στο 25-33% περίπου των αρρώστων. Χορηγούνται σε γυναίκες που έχουν περάσει τα 5 χρόνια από την τελευταία έμμηνο ρήση, πριν και κατά τα πρώτα χρόνια μετά την εμμηνόπαυση δεν είναι αποτυχεστικά.

Τα ανδρογόνα

Για την εκτίμηση του αποτελέσματος των ανδρογόνων χρειάζονται 6-12 εβδομάδες θεραπείας. Η πιο συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια της θεραπείας με ανδρογόνα είναι η αρρενοποίηση. Ο μηχανισμός, με τον οποίον τα ανδρογόνα προκαλούν ύφεση στον ΚΜ, φαίνεται ότι είναι απευθείας επίδραση στο επίπεδο του όγκου. Το ποσοστό ανταποκρίσεως στα ανδρογόνα εξαρτάται από τους υποδοχείς οιστρογόνων. Υποδοχείς οιστρογόνων υπάρχουν στο 30% των όγκων του μαστού.

Τα αντιοιστρογόνα

Σημαντική πρόοδο την περασμένη δεκαετία απειτέλεσε η εισαγωγή των αντιοιστρογόνων στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Μαστού. Δίνουν ποσοστό ανταποκρίσεως 33% περίπου σε διάρκεια ίση με τα οιστρογόνα αλλά έχουν το πλεονέκτημα ότι είναι λιγότερο τοξικά. ...αιτιό την ταμοξιφαίνη.

Αμινογλουτεθιμίδη

Η αμινογλουτεθιμίδη δεσμεύει τη μετατροπή της χοληστερόλης σε πρεγνενολόλη στα επινεφρίδια και παράλληλα εμποδίζει τη μείωση των ανδρογόνων σε οιστρογόνα στους περιφερικούς ιστούς αναστέλλοντας το ένζυμο αρωμάτωση. Χρησιμοποιείται συνήθως σε δόση 1000 mg ημερησίως με υδροκορτιζόνη. Μελετάται η χορήγηση χαμηλότερων δόσεων αμινογλουτεθιμίδης με ή χωρίς υδροκορτιζόνη. Το ποσοστό ανταποκρίσεως στη θεραπεία με αμινογλουτεθιμίδη και υδροκορτιζόνη κυμαίνεται γύρω στο 31%.

Η διαδοχική χορήγηση και ο συνδυασμός ορμονοθεραπειών

Η ``κλασσική`` αυτή αντιμετώπιση στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες άρχισε με ωοθηκεκτομή και επί αρχικής ανταποκρίσεως και στη συνέχεια επιδεινώσεως ακολουθούσε επινεφριδεκτομή ή υποφυσεκτομή, χορήγηση ανδρογόνων και στο τέλος χορήγηση

προγεστερινοειδών. Στις μετεμμηνόπαυσιαικές γυναίκες, η θεραπεία άρχιζε με τη χορήγηση οιστρογόνων, ακολουθούσε διακοπή χορηγήσεως οιστρογόνων, επινεφριδεκτομή ή υποφυσεκτομή και χορήγηση προγεστερινοειδών ή ανδρογόνων³⁷.

**ΦΑΡΜΑΚΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

ταμοξιφαίνη tamoxifen (Nolvadex)	Από το στόμα.	Συνήθεις : εξάψεις, παροδική ναυτία, κοιλιακή αιμορραγία ή κνησμός. Σπάνιες : κεφαλαλγία, αναζωπύρωση του οστικού πόνου, κατάθλιψη.
προγεστίνες progestins (Megace)	Από το στόμα.	Συνήθεις : αύξηση του σωματικού βάρους, οίδημα, ευαισθησία των μαστών. Σπάνιες : σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, τριχόπτωση.
αμινογλουταιθιμιδία aminoglutethimide	Από το στόμα.	Συνήθεις : υπνηλία, κόπωση, εξάνθημα. Σπάνιες : μείωση της λειτουργίας του θυροειδούς, κεφαλαλγία, ηπατοτοξικότητα, ίσως χρειαστεί υποκατάσταση κορτιζόνης.
διαεθυλοοιστράδιόλη diethylstilbestrol (DES)	Από το στόμα.	Συνήθεις : αύξηση σωματικού βάρους λόγω κατακράτησης υγρών, ναυτία, αύξηση της πίεσης του αίματος, διόγκωση και ευαισθησία των μαστών. Σπάνιες : θρόμβοι αίματος, αυξημένη τριχοφυΐα του σώματος.
φθοριοξυμειστερόνη fluoxymesterone (Halotestin)	Από το στόμα	Συνήθεις : κατακράτηση υγρών, βαθύτερη χροιά της φωνής, δερματικές μεταβολές, αυξημένη λιμπινιο, μεταβολές στην περίοδο. Σπάνιες : ναυτία, εμετός, ηπατικές βλάβες.
πρεδνιζόνη prednisone	Από το στόμα	Συνήθεις : μεταβολές στη ψυχική διάθεση, αυξημένη όρεξη, κατακράτηση υγρών. Σπάνιες : μετά από παρατεταμένη χρήση: ακμή, μυϊκή εξασθένηση, διαβήτης, υψηλή πίεση αίματος.

Συνήθεις συνδυασμοί χημειοθεραπείας χρησιμοποιούμενοι στον καρκίνο του μαστού :

- CMF (Cytosan, μεθοιρεξάτη, 5-FU).
- CAF (Cytosan, Adriamycin, 5-FU).
- CMFVP (Cytosan, μεθοιρεξάτη, 5-FU, βινκριστίνη, πρεδνιζόνη).
- CFP (Cytosan, 5-FU, πρεδνιζόνη).
- FAC (5-FU, Adriamycin, Cytosan).

Ανοσοθεραπεία

Στις μέρες μας η ανοσοθεραπεία μας βοηθάει μόνο στην παράταση της επιβίωσης. Επικρατέστερο φάρμακο, που χρησιμοποιείται, είναι το BCG. Το BCG μπορεί να συνδυαστεί με αδριαμυκίνη (Adriblastin), φθοριοουρακίλη (Fluoro - uracill) και άλλα κυτταροστατικά φάρμακα ⁶.

2. Νοσηλευτική παρέμβαση στις θεραπευτικές μεθόδους

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

- Προεγχειρητική ετοιμασία

Σκοπός της προεγχειρητικής ετοιμασίας της αρρώστης είναι :

- Η καλύτερη δυνατή εξασφάλιση ψυχολογικής, σωματικής και φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης της αρρώστου.
- Η ελάττωση του κινδύνου των λοιμώξεων με τη μείωση πηγών μόλυνσης και ενίσχυση της άμυνας του οργανισμού της αρρώστου.
- Η πρόληψη επιπλοκών.

- Προηγούμενη μέρα της επέμβασης

- Λήψη αίματος για ομάδα, Rhesus και διασταύρωση.
- Τροφή χωρίς υπολείμματα το βράδυ, 6 ώρες πριν την εγχείρηση η ασθενής δεν λαμβάνει τίποτα από το στόμα για τον κίνδυνο εμειών και μετεωρισμού κοιλίας.

- Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα για την αποφυγή της εκκένωσης του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι.
- Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου.
- Προετοιμασία και εκπαίδευση της ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις των άκρων.
- Τεχνική διαφραγματικής αναπνοής για την ισχυροποίηση του διαφράγματος.
- Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία, δηλαδή η προετοιμασία του μέρους του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση.

- **Ημέρα της επέμβασης**

- Λήψη Ζ.Σ. (θερμοκρασία, ΑΠ, σφυγμό, αναπνοή).
- Κένωση της ουροδόχου κύστης.
- Κατάλληλη ένδυση της ασθενούς (ποδονάρια, χειρουργική ρόμπα, σκούφο).
- Αφαιρούνται φακοί επαφής, κοσμήματα, τεχνητές οδοντοστοιχίες.
- Προνάρκωση της ασθενούς.
- Μεταφορά της άρρωστης με φορείο στο χειρουργείο ³⁸.

- **Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα**

Έχει ως σκοπό :

- Την ανακούφιση από τον πόνο.
- Την διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών της ασθενούς.
- Την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- Τη βοήθεια της άρρωστης να ανεξαρτητοποιηθεί το συντομότερο δυνατό ³⁹.

Η νοσηλεύτρια ενεργεί :

- Τοποθέτηση της άρρωστου σε ύπτια θέση.
- Εκτίμηση της ΑΠ, του σφυγμού, της αναπνοής, και θερμοκρασίας.
- Επισκόπηση του επιδεσμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας.

- Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών για την πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών.
- Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος.
- Πρόληψη λοίμωξης.
- Έγκαιρη έγερση της άρρωστης από το κρεβάτι.
- Σχεδιασμός για έξοδο από το Νοσοκομείο – Διδασκαλία.
 - Ενθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή χρήσιμων πληροφοριών.
 - Βοήθεια της άρρωστης κατά την εκτέλεση των παθητικών ασκήσεων.

Διδασκαλία του αρρώστου στις ειδικές ασκήσεις για πρόληψη παραμορφώσεων.

Κινήσεις του βραχίονα

- Η ασθενής στέκεται όρθια και φέρνει τους βραχίονες σε απαγωγή.
- Λυγίζει τους αγκώνες και ακουμπά τα δάκτυλά της πίσω στον τράχηλο.
- Φέρνει τους αγκώνες μπροστά ώστε να ακουμπήσουν.
- Επαναφέρει τους βραχίονες στη δεύτερη στάση.
- Λύνει τα δάκτυλά της και κάνει απαγωγή των βραχιόνων.
- Παίρνει την αρχική της στάση, ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.

Κινήσεις προς την πλάτη

- Σε όρθια θέση βάζει τα χέρια της στη μέση για ισορροπία.
- Λυγίζει τον αγκώνα και φέρνει το προσβεβλημένο χέρι πίσω στην πλάτη, έως ότου τα δάκτυλά της, φθάσουν στην αντίθετη ωμοπλάτη.
- Επαναφέρει τα χέρια στην αρχική θέση, ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.

Κινήσεις εκκρεμούς

- Από την όρθια θέση λυγίζει το σώμα της μπροστά, κρεμώντας τα χέρια της προς το πάτωμα.
- Κουνάει τα χέρια της χαλαρά και ελεύθερα σαν εκκρεμές.

Κινήσεις κουπιού

- Από την όρθια θέση λυγίζει το σώμα της μπροστά, κρεμώντας τα χέρια της προς το πάτωμα.
- Κατόπιν φέρνει το δεξί της χέρι μπροστά πάνω από το κεφάλι και το αριστερό της χέρι πίσω, δίχως να λυγίζει τους αγκώνες.
- Κάνει συνεχώς αυτή την άσκηση εναλλάσσοντας τα χέρια της.

Κινήσεις τροχαλίας

- Παίρνει ένα σχοινί ή μια γερή ζώνη από ύφασμα και την περνάει από κάποιο ψηλό στοιχείο, αφού κάνει στις άκρες δυο κόμπους.
- Στέκεται όρθια ανάμεσα στο σχοινί και κρατώντας τους κόμπους κάνει απαγωγή βραχιόνων.
- Κατεβάζει το γέρο χέρι προς τα κάτω έτσι ώστε ταυτόχρονα να ανεβαίνει το χειρουργημένο κατά το δυνατόν ψηλότερα.
- Κρατά τα χέρια της τεντωμένα. Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.

Αναρρίχηση στον τοίχο

- Στέκεται όρθια, 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 χεριά της στην αρχική θέση.

Γύρισμα σχοινάκι

- Δένει σφιχτά στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί 3 μέτρων περίπου.

- Στέκεται 2 μέτρα μακριά από την πόρτα και πιάνει με το προσβεβλημένο χέρι την άκρη του σχοινιού αφού πρώτα δημιουργήσει σ' αυτήν ένα κόμπο.
- Βάζει το άλλο χέρι στη μέση για να βοηθήσει την ισορροπία της.
- Γυρίζει με μικρούς κύκλους στην αρχή το σχοινί. Οι κύκλοι σιγά – σιγά έως ότου οι κινήσεις να γίνονται από τον ώμο. Γι' αυτό πρέπει να κρατάει το χέρι της τεντωμένο.

Ανύψωση των βραχιόνων και τέντωμά τους

- Κρατά από τις άκρες με τις δυο παλάμες της μια ομπρέλα ή ένα ραβδί και το φέρνει πίσω από το κεφάλι της.
- Οι βραχιόνες υψώνονται από το ύψος του λαιμού ως πάνω από το ύψος της κεφαλής. Η άσκηση επαναλαμβάνεται σιγά – σιγά, έως ότου ο ασθενής να μπορέσει να ευθείασει από τη θέση αυτή τους βραχιόνες.
- Εν συνέχεια, ξαναφέρνει τους βραχιόνες στην αρχική θέση. Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει ¹⁷.

Πρόληψη και αντιμετώπιση του Λεμφοιδήματος

Ως λεμφοίδημα, ορίζεται η εμφάνιση οιδήματος του σύστοικου, προς την μαστεκτομή άκρου λόγω της αφαίρεσης των λεμφαδένων και των λεμφαγγείων με αποτέλεσμα τη μη παροχέτευση της λέμφου και τη λίμναση της στην περιοχή.

Η συχνότερη εμφάνιση λεμφοιδήματος σε γυναίκες με καρκίνο μαστού έχει αποδειχτεί ότι κυμαίνεται στο 25-38%.

Ενώ, οι γυναίκες που έχουν ακολουθήσει ένα συνδυασμό ακτινοθεραπείας και χειρουργικής στους μασχαλιαίους λεμφαδένες φαίνεται ότι έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης οιδήματος.

Το λεμφοίδημα αποτελεί ένα τμήμα της θεραπείας κατά του καρκίνου του μαστού, ενισχύεται ακόμα περισσότερο από τα

συμπτώματα αλλά και τα προβλήματα που προκύπτουν από την εμφάνισή του :

- Δυσφορία, κόπωση και πόνος, που οφείλονται σε πίεση των μυών, φλεβών και των νεύρων του άκρου ή σε ίνωση από ακτινοθεραπεία.
- Μόλυνση, που μπορεί να οφείλεται στη στάση της λέμφου στους ιστούς, η οποία στην συνέχεια καταστρέφει τα υπάρχοντα λεμφικά αγγεία με αποτέλεσμα την επιδείνωση του ήδη υπάρχοντος οιδήματος.
- Αλλαγές στο δέρμα και στους ιστούς με αποτέλεσμα το τέντωμα και τη λέπτυνση του δέρματος και την εμφάνιση ίνωσης.
- Η αλλαγή του οωματικού ειδώλου, οι δυσκολίες ένδυσης, η μείωση της κινητικότητας του άκρου οδηγούν στην εμφάνιση ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων ⁴⁰.

Για την πρόληψη του λεμφοιδήματος ο νοσηλευτής, οφείλει να διδάξει τις γυναίκες ασθενείς να ακολουθήσουν τις γενικές οδηγίες και προφυλάξεις όπως :

➤ **Κοψίματα – Τσιμπήματα – Αμυχές**

- Στην κουζίνα : Προσοχή στα μαχαίρια.
- Στο ράψιμο – κέντημα : Προσοχή στις βελόνες και το ψαλίδι (Απαραίτητη η χρησιμοποίηση δακτυλήθρας).
- Περιποίηση των χεριών : Προσοχή στο κόψιμο και στο λιμάρισμα των νυχιών.
- Στον κήπο : Αποφυγή μικροατυχημάτων (αγκάθια, τραυματισμοί, κλπ.).
- Κατοικίδια ζώα : Προσοχή στα δαγκώματα και τις γρατσουνιές.
- Καλοκαίρι και διακοπές : Προσοχή στα τσιμπήματα από ένιομα (κουνούπια, σφήκες κλπ.) και στη θάλασσα (τσούχτρες).

➤ **Θερμότητα – Εγκαύματα**

- Στην κουζίνα : Προσοχή στην κατσαρόλα που καίει, στο άνοιγμα του καπακιού από τον καυτό ατμό, στο ψήσιμο στο φούρνο (χρησιμοποιείται προστατευτικά γάντια κουζίνας για τη θερμότητα – όχι πλαστικά).
- Στο μπάνιο : Όχι καυτό νερό.
- Όχι σάουνα.
- Στο κομμωτήριο : Προσοχή στο στέγνωμα (χαμηλή θερμοκρασία).

➤ **Κόπωση – Υπερκόπωση**

- Στο νοικοκυριό : Καθαρίστε χρησιμοποιώντας το υγιές σας χέρι (ιζάμια, είδη υγιεινής, πατώματα κλπ).
- Στην αγορά : Μη μεταφέρετε βαριές τσάντες.
- Στο ταξίδι : Χρησιμοποιείτε βαλίτσες με ροδάκια.
- Επαναλαμβανόμενες κινήσεις επί μακρόν : Ράψιμο – κέντημα, βάψιμο τοίχων, αλλαγή ταχυτήτων στην οδήγηση, παίξιμο χαρτιών κλπ. κουράζουν το πρησμένο σας χέρι.
- Στα αθλήματα : Γυμναστείτε χωρίς να κουραστείτε.

➤ **Γιατρός – Νοσοκομείο**

- Απαγορεύεται να σας κάνουν ένεση ή να σας πάρουν αίμα από το χέρι της εγχειρισμένης πλευράς.
- Απαγορεύεται να σας κάνουν νάρκωση ή να σας βάλουν ορό σε αυτό το χέρι.
- Απαγορεύεται να κάνετε βελονισμό σε αυτό το χέρι και στην πλευρά της εγχείρησης.
- Απαγορεύεται να σας πάρουν την πίεση από το χέρι αυτό.

➤ **Διατροφή – Βάρος**

- Μην παίρνετε βάρος.
- Τρώτε κρέας (όχι αρνί), ψάρια, λαχανικά, χορταρικά, φρέσκα φρούτα.
- Όχι πολύ αλάτι.

➤ **Ύπνος – Ξεκούραση**

- Το πρησιμένο χέρι σας τοποθετείται υψηλότερα από το σώμα σας (π.χ. σε μαξιλάρι).
- Μην κοιμάστε από την εγχειρισμένη πλευρά.

➤ **Ασκήσεις**

- Κάνετε καθημερινά ασκήσεις ώμου, αγκώνα, καρπού και δακτύλων⁴¹.

Για την φροντίδα λεμφοιδηματικού χεριού :

- ⇒ Να βάζετε κρέμα λανολίνης στο χέρι, πολλές φορές την ημέρα.
- ⇒ Να αναφέρετε στον ιατρό αμέσως αν τραυματίσατε το χέρι αυτό, αν είναι ερυθρό, θερμό ή ασυνήθιστα σκληρό ή οίδηματώδες.
- ⇒ Να επιστρέψετε για επανεξέταση σε διάστημα 2 μηνών ²⁷.
- ⇒ Επίδεση του λεμφοιδηματικού άκρου, συνήθως με τη χρήση ελαστικών επιδέσμων, γιατί χωρίς επίδεση θα υπάρξει εκ νέου οίδημα. Βασική συνέπεια του λεμφοιδήματος είναι η καταστροφή των ελαστικών ινών. Οι επίδεσμοι εξισορροπούν την ανεπάρκεια της ελαστικότητας, αλλά αυξάνουν και την πίεση των ιστών.
- ⇒ Η ανάρροπη θέση, είναι αποτελεσματική στο πρώτο στάδιο του λεμφοοιδήματος και μόνο προσωρινά ⁴¹.

Νοσηλευτική παρέμβαση στη χημειοθεραπεία

Στόχοι της φροντίδας

Οι στόχοι της φροντίδας θα πρέπει να αποσκοπούν ώστε να υπάρξει τόσο σωματική όσο και ψυχολογική προετοιμασία και υποστήριξη και μπορούν να τεθούν ως εξής :

1. Να δοθούν πληροφορίες για την χημειοθεραπεία στο επίπεδο που ζητάει η ασθενής, οι συγγενείς και οι φίλοι και να αποφευχθούν παρερμηνείες.
2. Να δοθεί χρόνος στην ασθενή να προσαρμοστεί.
3. Να γίνει αποτελεσματική αγωγή στην ασθενή χωρίς να προκληθεί τραυματισμός ή εκνευρισμός στην ασθενή.
4. Να αναμένουμε πιθανές συνέπειες και τοξικότητες και να προετοιμάσουμε νοσηλευτικές παρεμβάσεις ώστε να τις αποτρέψουμε, ελαχιστοποιήσουμε ή να τις ελαφρύνουμε.
5. Να συμμετέχει η ασθενής στον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των παρεμβάσεων.
6. Να ενθαρρυνθεί η συμμετοχή των συγγενών και των φίλων.
7. Να εντοπισθούν πιθανά και πραγματικά προβλήματα.
8. Να καταστήσουμε την ασθενή να ζήσει μια όσο το δυνατό φυσιολογική ζωή κατά τη διάρκεια της θεραπείας δίνοντας έμφαση στην αυτοφροντίδα.
9. Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει ότι σε πολλές περιπτώσεις δεν μπορεί να κάνει κάτι ώστε να απαλλάξει την ασθενή από τα συμπτώματα ³¹.

Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας

1. Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει ο άρρωστος και η οικογένειά του) προσέγγιση της άρρωστης και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό

πρόγραμμα για τη βοήθειά της σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

2. Βεβαιώνεται η άρρωση πως οι τοξικές ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από την μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοηθών όγκων καταστρέφουν και υγιή.
3. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση της άρρωστης ώστε να αποδεχθεί να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.
4. Προσφέρεται στην άρρωση ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.
5. Γίνεται γενική αξιολόγηση της άρρωστης για τη θρέψη της, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητη σε διάφορα φάρμακα κ.α. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας ¹.

Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Η θεραπεία με χημειοθεραπευτικά φάρμακα προκαλεί τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες στον οργανισμό των ασθενών. Οι κυριότερες είναι:

- Καταστολή του μυελού των οστών.
- Λευκοπενία.
- Θρομβοπενία.
- Αναιμία.

Καταστολή του μυελού των οστών

Όλα τα κυτταροστατικά φάρμακα με εξαίρεση τη μπλεομυκίνη, επιφέρουν διαταραχές του μυελού των οστών. Λευκοπενία, θρομβοπενία είναι συνηθισμένες ενώ η αναιμία είναι λιγότερο συχνή. Η ασθενής ενημερώνεται για την σημασία και την οπουδαιότητα των συμπτωμάτων ερυθρών, αιμοπεταλίων και λευκών αιμοσφαιρίων και για το πώς η χημειοθεραπεία είναι δυνατόν να τα επηρεάσει.

Λευκοπενία

Απαραίτητη είναι η ενημέρωση της ασθενούς ότι η λευκοπενία είναι προσωρινή και ότι θα πρέπει να εξασφαλίσει καθαρό και υγιεινό περιβάλλον, λόγω της πτώσης των λευκών, έχουμε εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Έτσι, η παρέμβαση συνίσταται στην πρόληψη των λοιμώξεων.

- ⇒ Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση των λευκών, διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός.
- ⇒ Εξηγούνται στην ασθενή τα γενικά συμπτώματα λοίμωξης και η σημασία της έγκαιρης αναφοράς τους : αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, η οποία μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία, ρίγη, βήχας, οίδημα ή ερυθρότητα, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, συχνότητα της ούρησης.
- ⇒ Ελέγχονται επίσης το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία, επειδή προλαμβάνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις.
- ⇒ Η ασθενής τοποθετείται σε μονόκλινο δωμάτιο, ενώ το προσωπικό του νοσοκομείου και οι συγγενείς φορούν μάσκα, γάντια και ποδιά κατά την παραμονή τους στο δωμάτιό της. Σε περίπτωση που κυκλοφορεί η ίδια στο διάδρομο συνιστάται να φοράει μάσκα.

- ⇒ Αποφεύγεται η λήψη ωμών φρούτων και φαγητών, επειδή αυξάνεται ο κίνδυνος για μετάδοση νόσου, μια και δεν απολυμαίνονται με το βρασμό.
- ⇒ Εφαρμόζεται καλή και σχολαστική ατομική καθαριότητα. Κάνει καθημερινό λουτρό και πλύσιμο χειρών με αντισηπτικά υγρά, όπως το Betadine scrub.
- ⇒ Οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος αντιμετωπίζεται ως τραύμα (απολυμαίνεται).
- ⇒ Κάθε 4-6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. Η χρησιμοποίηση γλυκερίνης ή λεμονιού αναστέλλει την έκκριση σιέλου και αλλάζει το pH της στοματικής κοιλότητας γι' αυτό, και δεν συνιστάται.
- ⇒ Μετά τη χρήση της τουαλέτας, πλένεται καλά και στεγνώνει στην περιοχή του πρωκτού.
- ⇒ Όταν η ασθενής έχει ενδοφλέβια έγχυση, αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες κι η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.
- ⇒ Με εντολή του γιατρού, ενισχύεται η ασθενής με αντιβιοτικά.
- ⇒ Μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο, θα πρέπει να αποφεύγει τους κλειστούς και πολυσύχναστους χώρους, οι οποίοι είναι επικίνδυνοι, μια και δεν υπάρχει αρκετή καθαριότητα, επαρκής αερισμός και ο αυξημένος αριθμός των ατόμων αυξάνει τις πιθανότητες μετάδοσης κάποιας νόσου.
- ⇒ Να αποφεύγει επίσης να έρχεται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από λοιμώδεις ή μεταδοτικές νόσους.

Θρομβοπενία (μείωση αιμοπεταλίων)

Τα αιμοπετάλια συμμετέχουν στην πήξη του αίματος. Αν μειωθεί ο αριθμός του μπορεί ένα μικρό τραύμα να προκαλέσει αιμορραγία ή αιμάτωμα. Ο νοσηλευτής :

1. Παρακολουθεί τα αιμοπετάλια από τις εξετάσεις που κάνει η ασθενής (φυσιολογική τιμή 200.000 – 300.000).

2. Παρακολουθεί τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα, τις διάφορες κοιλότητες (μύτη – στόμα) για ρινοουλορραγίες.
3. Παρακολουθεί την αρτηριακή πίεση (σε πτώση αυτής η ασθενής οδηγείται στο νοσοκομείο).
4. Περιορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις. Σε περίπτωση που πρέπει να γίνουν, ασκείται πίεση για 3 min στον σημείο της ένεσης για την πρόληψη αιματώματος.
5. Ασουνήθιστη αιμορραγία μετά από ένεση πρέπει να αναφέρεται στο γιατρό.
6. Ενημερώνει την ασθενή να μην ακολουθεί οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή και ιδιαιτέρως σαλικυλικά (Aspirine).
7. Δίνει συμβουλές στην ασθενή ώστε να εφαρμόζει μέτρα για την πρόληψη της αιμορραγίας.

Αναιμία

Απαγορεύεται η χορήγηση χημειοθεραπευτικών σε ασθενή αν δεν είναι γνωστή η τιμή των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Ο νοσηλευτής :

1. Παρακολουθεί την αιμοσφαιρίνη, τον αιματοκρίτη.
2. Παρακολουθεί συμπτώματα όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, απάθεια.
3. Χορηγεί τροφές πλούσιες σε λευκώματα, οίδηρο, καθώς και σκευάσματα σιδήρου εάν είναι απαραίτητο.
4. Συνιστά την ελάττωση των δραστηριοτήτων της ασθενούς, την επαρκή ανάπαυση.
5. Να περιορίζεται κατά το δυνατόν η απώλεια αίματος.
6. Ο νοσηλευτής ετοιμάζεται για μετάγγιση αίματος σε μεγάλη πτώση των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Τοξικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα. Είναι η πιο συχνή επιπλοκή της χημειοθεραπείας. Ο νοσηλευτής λαμβάνει προληπτικά μέτρα όπως :

➤ **Ναυτία, εμετός :**

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (με εντολή γιατρού πριν την έναρξη της θεραπείας και ανά εξάωρο).
- Χορήγηση χημειοθεραπευτικών με άδειο στομάχι ή την ώρα που η ασθενής θα κοιμηθεί.
- Σερβίρεται η τροφή μετά την υποχώρηση της ναυτίας.
- Προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα.
- Χορηγούνται τροφές μαλακές και παγωμένες.
- Αποφεύγονται τα υγρά κατά τη διάρκεια του φαγητού.
- Συνιστάται καλή μάσηση της τροφής.
- Η ανάπαυση μετά το φαγητό βοηθάει την ασθενή.

➤ **Διάρροια :** Ο νοσηλευτής λαμβάνει μέτρα πρόληψης της διάρροιας όπως :

- Περιορίζει την κυτταρίνη στο διαιτολόγιο διότι αυξάνει την κένωση του εντέρου.
- Αποφεύγει τροφές που μπορεί να προκαλέσουν σπασμό, όπως καφέ, πικάντικα, φασόλια, χορταρικά κτλ.
- Αποφεύγεται το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα.
- Συνιστά μικρά και συχνά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας.

➤ **Στοματίτιδα :** Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας. Η στοματίτιδα είναι οδυνηρή και συχνά ανεπιθύμητη ενέργεια της χημειοθεραπείας. Περίπου επτά ημέρες μετά τη χημειοθεραπεία ο βλεννογόνος του στόματος ατροφεί και λεπταίνει με συνέπεια κάθε μικρό τραύμα να καταλήγει σε εξέλκωση και πολλές φορές σε μόλυνση ¹⁷.

Κύριο μέλημα της νοσηλεύτριας είναι η στοματική υγιεινή, με σκοπό τη διατήρηση της υγείας της ασθενούς και εμποδίζοντας τη μόλυνση⁴².

Η νοσηλεύτρια λαμβάνει τα ακόλουθα μέτρα:

- Λαμβάνει το οδοντιατρικό ιστορικό της ασθενούς (ιστορικό στοματίτιδας, ουλίτιδων ή άλλων παθολογικών εξεργασιών).
- Ελέγχει τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς και την αξιολογεί με βάση την υγρασία, το χρώμα και τις οδοντοστοιχίες.
- Ενθαρρύνει την προληπτική υγιεινή του στόματος και διδάσκει την ασθενή να : βουρτσίζει τα δόντια της με μαλακή οδοντόβουρτσα 2 φορές την ημέρα. Κάνει ελαφρό μασάζ στα ούλα για να διευκολυνθεί η κυκλοφορία. Καθαρίζει το στόμα της 3-4 φορές την ημέρα με διάλυμα σκόνης σόδας και H₂O. Διδάσκει την ασθενή πώς να διατηρεί την υγρασία του στόματος, πράγμα που τη βοηθάει να τρώει ευκολότερα (να πίνει άφθονα υγρά, να τρώει τροφές που αποδίδουν υγρασία).
- Αν εμφανιστεί στοματίτιδα, χρησιμοποιεί τα ακόλουθα θεραπευτικά μέτρα :
 - Συνεχής εκτίμηση του στοματικού βλεννογόνου
 - Καθαρίζει 3 ή 4 φορές ημερησίως τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς με φυσιολογικό ορό.
 - Χρησιμοποιεί διαλύματα για την επούλωση της λύσης του βλεννογόνου (ξεπλένει τη στοματική κοιλότητα με 50% Benadryl elixir, 50% Kaopectate με Xylocaine viscus 5'-10' μετά το φαγητό^{1, 17}.

Αλωπεκία

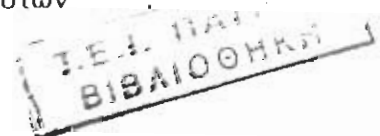
Έχοντας επίγνωση των ψυχολογικών επιπτώσεων που δύναται να προκαλέσει η πτώση των τριχών της κεφαλής και του σώματος στο άτομο, η νοσηλεύτρια :

- Εξηγεί την αλωπεκία στην ασθενή. Δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο ότι αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια ποικίλει από άτομο σε άτομο και είναι προσωρινή.
- Βάζει την ασθενή να υπογράψει ότι είναι ενημερωμένη σχετικά με την τριχόπτωση και ότι αποδέχεται την χημειοθεραπεία.
- Προετοιμάζει την ασθενή να περιμένει την πτώση των τριχών 2 – 3 εβδομάδες μετά την αρχική χορήγηση των χημειοθεραπευτικών.
- Μειώνεται ο βαθμός της αλωπεκίας με την τοποθέτηση κάσκας υποθερμίας.

Νεφροτοξικότητα

Η χημειοθεραπεία προκαλεί αύξηση του ουρικού οξέως και καθίζηση κρυστάλλων ουρικού οξέως στα εσπειραμένα σωληνάκια, στους κάλυκες ή στην πύελο. Η νοσηλεύτρια :

- Παρακολουθεί τη λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας.
- Παρακολουθεί την ασθενή για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας όπως οίδημα, μείωση του ποσοστού των ούρων κ.α.
- Ελέγχει και αξιολογεί το ισοζύγιο των λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- Λαμβάνει μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα και τη διατήρηση της αντίδρασης των ούρων (pH) σε φυσιολογικά επίπεδα, με χορήγηση υγρών και φαρμάκων. Η χορήγηση υγρών αναφέρεται σε ισχυρή ενυδάτωση του ασθενούς 12 h πριν τη χορήγηση χημειοθεραπείας και 12 h μετά, ώστε να μην επιτραπεί αύξηση του ουρικού οξέος.
- Χορηγεί τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και λίπος, αλλά φτωχές σε K και Na, για αποφυγή αύξησης ηλεκτρολυτών ^{17, 43}.



Νευροτοξικότητα

Η νευροτοξικότητα είναι συνηθισμένο αποτέλεσμα της θεραπείας με φυτικά αλκαλοειδή. Η βαρύτητα σχετίζεται με το μέγεθος της δόσης. Η νοσηλεύτρια οφείλει να παρακολουθεί τις ασθενείς για συμπτώματα :

- Ήπιας νευροπάθειας, όπως ελαφρό πόνο στα χέρια και στα πόδια και απώλεια των εν τω βάθει αντανακλαστικών των τενόντων, αν εμφανιστούν σημεία μυϊκής αδυναμίας, η δόση πρέπει να ελαττωθεί ή ακόμη και να διακοπεί μέχρι την ανάρρωση.
- Σοβαρότερης νευροπάθειας, όπως μείωση της δύναμης των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού, παραλυτικό ειλεό, ψυχικές διαταραχές, ορθοστατική υπόταση.

Η ασθενής προστατεύεται από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας με την ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νευροτοξικότητας του φαρμάκου.

Βοηθείται η ασθενής στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με :

1. Τη χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία της.
2. Τη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση.
3. Την εξασφάλιση οδηγίας ιατρού για τη χρησιμοποίηση καθαρικών φαρμάκων, που βοηθούν στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας ¹⁷.

Προβλήματα στο γεννητικό σύστημα. Ο νοσηλευτής ενημερώνει για αλλαγές όπως :

- Αλλαγές στον καταμήνιο κύκλο.
- Εξάψεις και άλλα συμπτώματα εμμηνόπαυσης.
- Ορμονικές αλλαγές, που μπορεί να προκαλέσουν κνησμό, κάψιμο, ξηρότητα του κολπικού επιθηλίου.
- Η θεραπεία είναι δυνατόν να προκαλέσει στειρότητα προσωρινή ή μόνιμη.

Συνίσταται αποφυγή εγκυμοσύνης κατά τη διάρκεια της θεραπείας για τον κίνδυνο τερατογενέσεων ¹⁷.

Ωτοτοξικότητα (τοξική βλάβη των αυτιών)

Η νοσηλεύτρια :

1. Εκτιμά την ακοή της ασθενούς πριν την θεραπεία.
2. Ενημερώνει την άρρωστη να αναφέρει, αν αισθανθεί βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

Ηπατοτοξικότητα

Η νοσηλεύτρια :

1. Παρακολουθεί τη λειτουργικότητα του ήπατος, με τις γνωστές ηπατικές εξετάσεις.
2. Παρακολουθεί για εμφάνιση συμπτωμάτων που υποδηλώνουν βλάβη του ήπατος, όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, ίκτερος ¹.

Νοσηλευτική παρέμβαση στην ακτινοθεραπεία

Τα μέτρα προστασίας που θα παρθούν εξαρτούνται :

1. από το είδος του ραδιοϊσοτόπου.
2. από τον τρόπο εφαρμογής.

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

1. στην ενημέρωση για την θεραπεία.
2. στην προετοιμασία και βοήθεια της άρρωστης για την θεραπεία.
3. στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την άρρωστη, το περιβάλλον και τον εαυτό της.
4. στην ψυχολογική τόνωση της άρρωστης κατά και μετά τη θεραπεία.

Για την προετοιμασία ασθενούς στην οποία πρόκειται να εφαρμοστεί εξωτερική ακτινοθεραπεία.

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 πως αντιλαμβάνεται η άρρωστη σχετικά με την 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 επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι χαμηλή.
- Πριν αρχίσει η ακτινοθεραπεία εκπαιδεύει την άρρωστη στα πιο κάτω :

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.

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

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

Μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας είναι ακίνδυνη και επιστρέφει στο θάλαμο.

Για την προετοιμασία ασθενούς στην οποία πρόκειται να εφαρμοστεί εσωτερική ακτινοθεραπεία.

Η νοσηλεύτρια :

- Ενημερώνεται από το φάκελο της ασθενούς για το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί, τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη ή μη θωρακισμένη), τον τρόπο χορηγήσεως, 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 περιοχική 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 περιοχική 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 σύστοικου άκρου, με σκοπό την επαναφορά στη φυσιολογική κατάσταση της περιοχής της μασχάλης ^{1,17}.
- Περιορίζει τους επισκέπτες.
- Νοσηλεύει την ασθενή με μπλούζα και γάντια, τα οποία βάζει σε δοχεία από μολύβι, πριν φύγει από το θάλαμο.
- Διαβεβαιώνει την ασθενή ότι από τη μια στιγμή της αφαίρεσης της πηγής δεν εκπέμπει πια ακτινοβολία ³².

Σε ακτινοδερματίτιδα

Η νοσηλεύτρια :

- Ελέγχει το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται.
- Αποφεύγει τη χρήση ερεθιστικών ουσιών.

- Καθαρίζει την περιοχή με χλιαρό νερό.
- Τοποθετεί στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή.
- Ενημερώνει την ασθενή να μην ξαπλώσει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα.
- Ενθαρρύνει την ασθενή να αποφεύγει τα στενά ρούχα, που αυξάνουν τον ερεθισμό.

Σε εμφάνιση φαινομένων γενικής αντίδρασης όπως :

Καταβολή δυνάμεων, Ναυτίες, εμέτων, ανορεξίας, απώλεια βάρους, η νοσηλεύτρια μετά από ιατρική εντολή :

- Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιισταμινικά φάρμακα.
- Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση της ασθενούς.
- Φροντίζει την κάλυψη των φυσικών αναγκών της ασθενούς όταν αυτή είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες κάλυψης των φυσικών αναγκών.
- Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού της που συμβάλλει στην μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

Αν η ασθενής εμφανίσει διάρροια (λόγω ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία), η νοσηλεύτρια :

- χορηγεί αντιδιαρροϊκά φάρμακα ανάλογα με την εντολή του ιατρού.
- αποφεύγει τροφές που επιδεινώνουν την διάρροια.
- χορηγεί ειδική διαίτα (τροφές χωρίς υπολείμματα) ¹.

Νοσηλευτική παρέμβαση στην ορμονοθεραπεία

Η ορμονοθεραπεία συνεπάγεται την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών. Η νοσηλεύτρια γνωρίζει αυτές στη χρόνια χορήγηση οιστρογόνων οι οποίες είναι μελάγχρωση των θηλών, κατακράτηση Na, αιμορραγία από διακοπή του φαρμάκου, ακράτεια ούρων και αύξηση

της ερωτικής επιθυμίας. Επίσης γνωρίζει πως σε σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν να παρατηρηθεί έκρηξη της νόσου με δυνατούς οστικούς πόνους ή υπερασβεστιαμία που αντιμετωπίζεται με ενυδάτωση και κορτιζόνη.

Έτσι η νοσηλεύτρια :

- Ενημερώνει την ασθενή σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της ορμονοθεραπείας.
- Φροντίζει για τη μέτρηση του σωματικού βάρους της ασθενούς σε καθημερινή βάση.
- Παρακολουθεί την ασθενή για οιδήματα ...σφυρων...
- Χορηγεί στην ασθενή αναλγητικά όταν υπάρχει πόνος (κατόπιν ιατρικής εντολής).
- Καταγράφει τα προσλαμβανόμενα – αποβαλλόμενα υγρά.
- Χορηγεί δίαιτα χωρίς αλάτι και πλούσια σε Κ.
- Χορηγεί διουρητικά, σύμφωνα με ιατρικές εντολές.
- Ενημερώνει την ασθενή και την οικογένειά της για την πιθανή εμφάνιση υπερασβεστιαμίας.

Η νοσηλεύτρια επίσης γνωρίζει τις ανεπιθύμητες ενέργειες σε περίπτωση ορμονοθεραπείας, ανδρογόνα όπως αρρενοποίηση, κατακράτηση H₂O και υπερασβεστιαμία. Η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει το πρόβλημα της κατακράτησης H₂O και παρακολουθεί την ασθενή για συμπτώματα υπερασβεστιαμίας, πόνοι στα οστά, χάλαση σκελετικών μυών.

Μετά τη θεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση καρκίνου μαστού, είναι σημαντική η συνεχής και προοδευτική παρακολούθηση της ασθενούς για να αποκαλυφθεί ενδεχόμενη υποτροπή της νόσου και να παρακολουθεί η ανταπόκριση στη θεραπεία ⁴⁴.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

1. Επιπλοκές
2. Πρόγνωση καρκίνου του μαστού

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

1. Επιπλοκές

Ο καρκίνος του μαστού σε κάποια φάση της ανάπτυξης του μεθίσταται με τα λεγόμενα καρκινικά έμβολα, αποτελούμενα από καρκινικά κύτταρα. Τα έμβολα αυτά μεταφέρονται κατεξοχήν με τη λεμφική κυκλοφορία και σε μικρότερο βαθμό με την κυκλοφορία του αίματος ή κατά συνεχεία ιστού.

- **Λεμφική οδός**

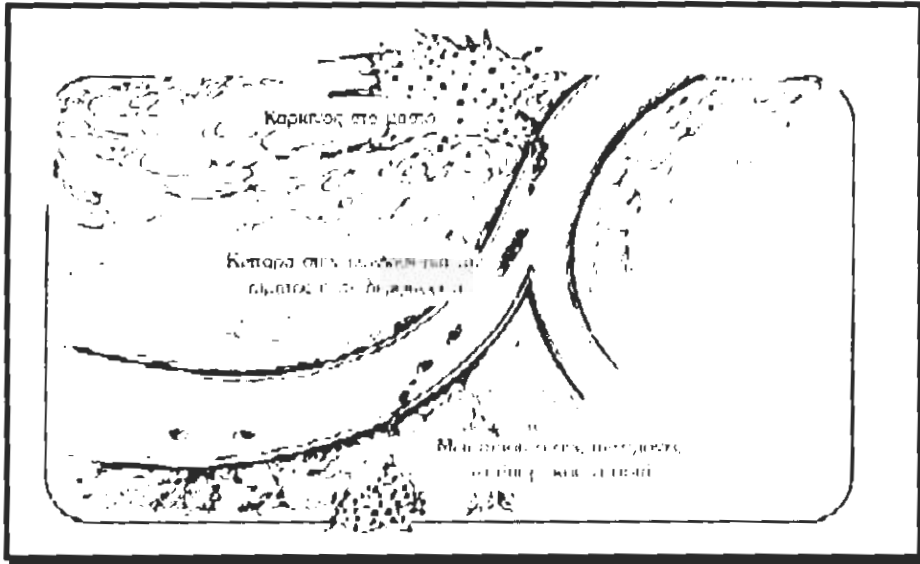
Τα καρκινικά κύτταρα προσβάλλουν τους σύστοιχους λεμφαδένες : μασχαλιαίοι (75%), υποκλείδιοι, υπερκλείδιοι, έσω μαστικοί.

- **Κυκλοφορία του αίματος**

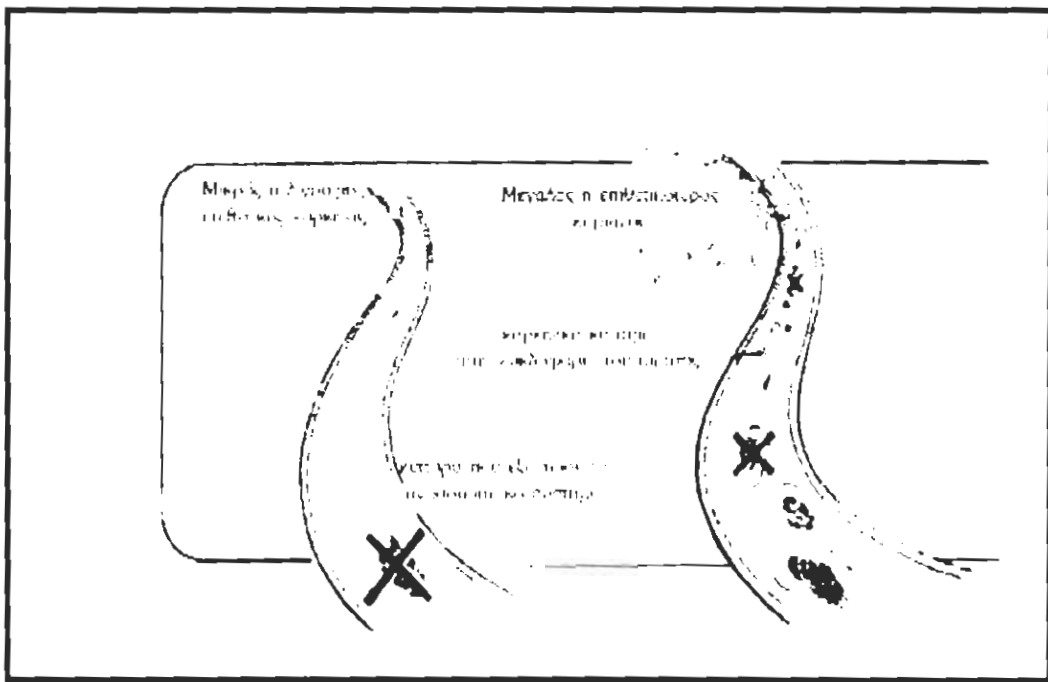
Νεοπλασματικά κύτταρα πρωτοπαθή εστία μπορεί να παρακάμψει τους επιχώριους λεμφαδένες και να μπουν στην κυκλοφορία χωρίς να προκαλέσουν μετάσταση. Τα 99% από αυτά τα κύτταρα φαίνεται ότι καταστρέφονται. Το 1% από αυτά τα κύτταρα εγκαθίστανται σε μακρινούς ιστούς σε λανθάνουσα μορφή και επί επίδραση διαφόρων παραγόντων και σε άλλο χρόνο μπορεί να μετατραπούν σε κλινικώς έκδηλες μεταστάσεις.

- **Διηθώντας κατά συνεχεία τους ιστούς που τον περιβάλλουν^{30,45}**

Όμως ένας μικρότερος καρκίνος, προφανώς θα έχει απελευθερώσει λιγότερα καρκινικά κύτταρα στην κυκλοφορία του αίματος, σε σύγκριση με κάποιον μεγαλύτερο, και ένας επιθετικός καρκίνος θα έχει αποστείλει περισσότερα κύτταρα από ότι ένας βραδύτερα αναπτυσσόμενος καρκίνος.



Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού εξαρτάται από την ισορροπία μεταξύ του καρκίνου και της ικανότητας του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού να τον καταπολεμήσει. Είναι παρόμοιος με τη λοίμωξη και τα μικρόβια ⁶.



1.1 Τοπική υποτροπή

Ο καρκίνος μπορεί να επιστρέψει στην περιοχή του αρχικού καρκίνου.

Ένας άλλος τρόπος τοπικής υποτροπής εντοπίζεται στους λεμφαδένες κάτω από το βραχίονα.

Για τους μασχαλιαίους λεμφαδένες έχει σημασία το επίπεδο μέχρι το οποίο υπάρχουν και πρέπει να γίνει λεμφαδενικός χειρουργικός καθαρισμός.

Επίπεδο I : λεμφαδένες που βρίσκονται στον ίδιο μασχαλιαίο βόθρο.

Επίπεδο II : λεμφαδένες που βρίσκονται ψηλά στο μασχαλιαίο βόθρο και κατά μήκος του ελάσσονος θωρακικού μυός.

Επίπεδο III : οι λεμφαδένες που βρίσκονται στην περιοχή της κλείδας.

Εάν η τοπική υποτροπή εμφανίζεται στο δέρμα ή στο θωρακικό τοίχωμα και τις πλευρές ή το στερνό μετά τη μαστεκτομή είναι επίσης σοβαρή ⁶.

1.2 Περιοχική υποτροπή

Γύρω στο 8% των ασθενών με μεταστάσεις στα μασχαλιαία λεμφογάγγλια έχουν υποκλινικές μεταστάσεις στα υπερκλείδια λεμφογάγγλια ²³.

1.3 Μεταστάσεις σε άλλα όργανα

Οι μεταστάσεις στο καρκίνο του μαστού προκαλούνται με διήθηση των γειτονικών ιστών, κατά μήκος των γαλακτοφόρων πόρων, με το λεμφικό σύστημα και με αιματικά έμβολα.

Κατά σειρά συχνότητας ο καρκίνος του μαστού προκαλεί μεταστάσεις.

- Στα οστά (συχνότερα της πυέλου και στο μηριαίο οστό) σε συχνότητα 70%.
- Στο ουκώτι σε συχνότητα 65%.

- Στους πνεύμονες σε συχνότητα 40%.
- Στις ωθήκες σε συχνότητα 15%.

Επίσης σε μικρότερη συχνότητα εμφανίζεται στο δέρμα, στον εγκέφαλο, στους νεφρούς και στην καρδιά ^{2, 46}.

2. Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού

Η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού δεν είναι πάντοτε απλή, διότι αυτή καθορίζεται από πολλούς παράγοντες που την επηρεάζουν. Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού είναι μια μεγάλη ομοιογενής ομάδα με πολλές ιδιαιτερότητες.

Θεωρητικά οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού θα μπορούσαν να χωρισθούν σε 3 προγνωστικές ομάδες :

- ❖ ασθενείς με εξαιρετική πρόγνωση και αναμενόμενη επιβίωση όπως αυτή του υγιούς πληθυσμού.
- ❖ ασθενείς με πολύ κακή πρόγνωση που η αναμενόμενη επιβίωσή τους είναι <50% του υγιούς πληθυσμού και
- ❖ μια ενδιάμεση ομάδα ⁴⁷.

Προγνωστικοί δείκτες καρκίνου μαστού

- Μέγεθος όγκου
- Κατάσταση λεμφαδένων
- Ιστολογικά χαρακτηριστικά καρκινώματος.
 - Διαφοροποίηση / βαθμός κακοήθειας
 - Ιστολογικός τύπος
 - Μιτώσεις ή μιτωτική δραστηριότητα
 - Πυρηνικός βαθμός κακοήθειας
 - Διήθηση αγγείων κ.ά
- Υποδοχείς οιστρογόνων – προγεστερόνης
- Πλοειδικότητα όγκου
- Έκφραση ογκογονιδίων :
c-myc, H-ras, c-erbB-2, P53
- Μικρομεταστάσεις στο μυελό ή στους λεμφαδένες
- Δείκτες πολλαπλασιασμού του όγκου
 - S-phase
 - Ki-67, PCNA
 - Δείκτης θυμιδίνης (TLI)
- Διάφοροι :
PS2, Cathepsin-D
Ca 15-3, Growth factors, AgnNORS κ.ά.

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να προκαλέσει ένα ευρύ φάσμα παθολογικών καταστάσεων, οι οποίες κυμαίνονται από το φλεγμονώδες καρκίνωμα, που επιφέρει ταχέως το θάνατο, μέχρι τις όψιμα εμφανιζόμενες μεταστάσεις οι οποίες μπορεί να διατρέχουν επί 10 έως 15 χρόνια. Δυο μείζονες παράγοντες πρόβλεψης της επιβίωσης είναι το στάδιο της νόσου και το "status" των υποδοχέων οιστρογόνων/προγεστερόνης.

Γυναίκες ηλικίας κάτω των 50 χρόνων έχουν καλύτερη πρόγνωση σε σχέση με τις γυναίκες άνω των 50 χρόνων. Επίσης κακή πρόγνωση έχουν οι νέες γυναίκες κάτω των 35 χρόνων, οι οποίες έχουν και μεγαλύτερο κίνδυνο τοπικής υποτροπής και απομακρυσμένων μεταστάσεων^{30, 45}.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8°

1. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς
2. Αποκατάσταση καρκινοπαθούς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

1. Ψυχολογική υποστήριξη καρκινοπαθούς

➤ Γενικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Κύριος σκοπός της νοσηλεύτριας είναι να φροντίσει την άρρωστη με καρκίνο και την οικογένειά της, ώστε να διατηρήσουν την ελπίδα για ζωή για να αντιμετωπίσουν τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια ⁴⁸.

Η σωστή ψυχολογική υποστήριξη αρχίζει πριν ακόμα η ασθενής υποβληθεί στην χειρουργική επέμβαση. Ψυχολογική υποστήριξη και κατάλληλοι χειρισμοί είναι χρήσιμο να γίνουν και προς την κατεύθυνση του άμεσου περιβάλλοντος της καρκινοπαθούς, δεδομένου ότι η ψυχοσυναλλαγή της με το περιβάλλον συμβάλλουν αποφασιστικά στη διαμόρφωση των ψυχολογικών της αντιδράσεων. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις της καρκινοπαθούς επηρεάζουν ακόμα και την καθαρά βιολογική πλευρά της αρρώστιας της.

Αυτό που έχει σημασία από την πλευρά της ψυχολογικής υποστήριξης δεν είναι τόσο η λέξη, όσο ο τρόπος που θα λεχθεί, καθώς και κατά πόσο γνωρίζει και επιθυμεί να ακούσει η νοσηλεύτρια αυτά που θέλει και κυρίως έχει ανάγκη να της πει η ασθενής ⁴⁹.

➤ Προϋποθέσεις για την παροχή νοσηλευτικής υποστήριξης

Προκειμένου οι νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες της υγείας να συμβάλλουν στη διαδικασία αποκατάστασης των γυναικών με καρκίνο του μαστού, στη φάση της θεραπείας και όχι μόνο, πρέπει να γνωρίζουν τους ψυχολογικούς μηχανισμούς άμυνας που μπορεί να αναπτύξει η γυναίκα μπροστά σε ένα απειλητικό για τη ζωή της γεγονός, αλλά και τον τρόπο που θεωρεί και αντιμετωπίζει την ασθένεια και τη θεραπεία της.

Έχουν περιγραφεί διάφορα στάδια για την αποδοχή της νόσου από την Kubler Ross το 1969, όπως η άρνηση, ο θυμός, η διαπραγμάτευση, η κατάθλιψη και η αποδοχή.

Ο πιο συχνός ψυχολογικός αμυντικός μηχανισμός είναι η **άρνηση** της νόσου και των επιπτώσεών της. Η γυναίκα αρνείται ή ελαχιστοποιεί τα συμπτώματα και τις επιπτώσεις της νόσου, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η συνεργασία μαζί της.

Στο στάδιο **του θυμού** εκφράζεται μια βαθύτερη αίσθηση αδικίας, αδυναμίας και έλλειψης ελέγχου. Συχνά η γυναίκα μεταθέτει το θυμό της σε άλλα πρόσωπα, τους οικείους, τους φίλους και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Το στάδιο **της διαπραγμάτευσης**, του παζαρέματος, παρέχει στο άτομο την ψευδαίσθηση ότι αποφεύγοντας ή επιδιώκοντας ορισμένες πράξεις, μπορεί να καθυστερήσει ή να αποτρέψει την αρνητική εξέλιξη της ασθένειας ή και το θάνατο.

Στο στάδιο **της κατάθλιψης**, η γυναίκα αποδέχεται πλέον την ασθένεια ή τη θεραπεία και θρηνεί. Εκδηλώνονται αισθήματα θλίψης, αναξιότητας, απαισιοδοξίας, απόγνωσης και απόσυρσης. Η φάση αυτή επιτρέπει στη γυναίκα να θρηνήσει, να αποχαιρειτήσει την απώλεια της προηγούμενης κατάστασης και να προσαρμοστεί στη νέα.

Το στάδιο **της αποδοχής**, είναι αυτό που η ασθενής διακρίνεται από εσωτερική ηρεμία και έχει συμφιλιωθεί με την κατάστασή της.

Τα στάδια αυτά της Kubler – Ross δεν διαδέχονται αυστηρά το ένα το άλλο, αλλά συχνά συνυπάρχουν ή επανεμφανίζονται σε διάφορες φάσεις της ασθένειας⁵⁰.

Αναφέρεται ότι οι γυναίκες που δεν εμφανίζουν καθόλου άγχος προεγχειρητικά και που αμύνονται με άρνηση του φόβου τους, εκφράζοντας υπερβολικά μεγάλη αισιοδοξία, όπως και εκείνες που παρουσιάζουν πολύ έντονο και μη ελεγχόμενο άγχος, που φθάνει μέχρι τον πανικό, έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν ψυχολογικές μετεγχειρητικές επιπλοκές και αυτές ιδιαίτερα χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη⁴⁹.

Η προεγχειρητική υποστήριξη αρχίζει από την ώρα της διάγνωσης και της ενημέρωσης για τη θεραπευτική πορεία.

Η ενημέρωση για τη διάγνωση, ο τρόπος που θα γίνει, το πόσο η γυναίκα γνωρίζει και επιθυμεί να ακούσει, είναι παράγοντες που πρέπει να εκτιμηθούν. Από το είδος της επικοινωνίας εξαρτάται αν θα αποτελέσει πηγή υποστήριξης για τη γυναίκα ή αίτιο επιδείνωσης των συναισθηματικών της προβλημάτων. Η πλέον κοινωνικοποιημένη μορφή απόρριψης που βιώνουν τα άτομα με καρκίνο είναι ο οίκτος που συγκεντρώνουν ⁵¹.

Για να στηρίξει κανείς μια γυναίκα στην αποδοχή τόσο σημαντικών απωλειών σαν αυτές που συνοδεύουν τη μαστεκτομή, χρειάζεται πολύ περισσότερο από την καλή θέληση, τις παρηγορητικές λέξεις και τον αυτοσχεδιασμό. Χρειάζονται ειδικές γνώσεις και επιστημονική προσέγγιση στο πρόβλημά της. Ο σύγχρονος τρόπος σκέψης έχει σχεδόν επιβάλλει τη συμμετοχή της ασθενούς στην αντιμετώπιση της ασθένειάς της. Ωστόσο, αυτό προϋποθέτει κατάργηση της σιωπής και αντικατάστασή της με την ανοικτή επικοινωνία. Εκφράζοντας τα συναισθήματά της η ασθενής, υποστηρίζεται στο να τα επεξεργαστεί, και να τα διοχετεύσει κατά τρόπο θετικό, να δει το πρόβλημα στη σωστή του διάσταση, αποφεύγοντας τις επιπλοκές και μεγιστοποιήσεις που προκαλεί η σιωπή και η σύγχυση.

Μ' αυτό τον τρόπο μόνο μπορεί να αποτραπεί η παθητική αποδοχή της μαστεκτομής και η γυναίκα προτρέπει να συνειδητοποιήσει ότι : *''*θυσιάζω κάτι πολύτιμο, όπως είναι ο μαστός μου, για να κερδίσω κάτι πολύτιμότερο, τη ζωή μου''*.* Μόνο μέσα από αυτή τη συναισθηματική διεργασία μπορεί να δει τη μαστεκτομή ως όφελος, και όχι ως τιμωρία ή στείρα θυσία ⁵².

Η υποστήριξη και η επανένταξη δεν έχουν σχέση με το *''*ξεπέρασμα''*,* αλλά με την αποδοχή και προσαρμογή, η οποία θα αποκλείσει την κοινωνική απομόνωση. Προσαρμογή στη συγκεκριμένη περίπτωση σημαίνει την αποδοχή της απώλειας του μαστού, την

αποκατάσταση της νέας εικόνας εαυτού και την παραδοχή της πιθανότητας υποτροπής της νόσου στα επόμενα χρόνια.

Συχνά οι γυναίκες μετά τη μαστεκτομή κοιτάζουν στον καθρέφτη και 'βλέπουν' ότι η εικόνα του σώματός τους έχει καταστραφεί από την επέμβαση, και ότι η πιθανότητα να γίνουν αρεστές από τους συντρόφους τους έχει καθεί για πάντα. Αυτή τη ματαιόδοξη και παθητική αντίληψη ο νοσηλευτής καλείται να ανατρέψει με τη στάση και τη συμπεριφορά του. Είναι σημαντικό να τονίσει ότι η γυναίκα κρίνεται και εκτιμάται από τη νοημοσύνη και την προσωπικότητά της και όχι από το μπούστο της⁵³.

Η ενθάρρυνση της γυναίκας μετά τη μαστεκτομή, να έρθει σε επαφή με ομάδες ή μεμονωμένα με γυναίκες με καρκίνο του μαστού, θα βοηθήσει στην ψυχοκοινωνική της προσαρμογή.

Ο γιατρός κάνει τη διάγνωση και ενημερώνει τη γυναίκα. Στη συνέχεια, την παραπέμπει στο νοσηλεύτη, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την προεγχειρητική προετοιμασία, τη μειεγχειρητική παρακολούθηση, την ψυχολογική υποστήριξη και κατάλληλη συμβουλευτική και συμπεριλαμβάνει στο σχέδιο της φροντίδας την οικογένεια, τους φίλους και άλλους επαγγελματίες υγείας εάν είναι αναγκαίο. Εξετάζει χαρακτηριστικά, συμπεριφορές, κινδύνους, απειλές και οφέλη και πράττει ανάλογα για κάθε περίπτωση. Ο γιατρός συνήθως εμφανίζεται ως τεκνοκράτης εκτελεστής των αποφάσεων που παίρνει ο ίδιος για άλλους, χωρίς να ενδιαφέρεται για τις συνέπειες, επαγγελματικές και προσωπικές αυτών των αποφάσεων. Αντίθετα, ο νοσηλευτής μπορεί να αναλάβει ένα ευρύ φάσμα επαγγελματικών και προσωπικών δραστηριοτήτων με σκοπό την παροχή ποιοτικής φροντίδας στην ασθενή. Οι βασικές δεξιότητες του νοσηλευτή περιλαμβάνουν την προσεκτική ακρόαση, την ολιστική αντιμετώπιση της γυναίκας, την ενθάρρυνση για την έκφραση των συναισθημάτων, την αποδοχή της αυτογνωσίας της ασθενούς και τη συμμετοχή της στο σχέδιο της φροντίδας υγείας. Πρόκειται για δεξιότητες με ευρεία εφαρμογή και σημαντικά οφέλη για τις γυναίκες με μαστεκτομή, αλλά και όλα τα άτομα με καρκίνο.

Είναι σημαντικό να δοθούν ορισμένες πρακτικές συμβουλές στη γυναίκα προκειμένου να προσαρμοστεί στη φυσική δυσμορφία που της επέβαλλε η μαστεκτομή. Μερικές γυναίκες φορούν ωραία δανιελωιά ρούχα και νυχτικά για να καλύψουν τη ουλή από το χειρουργείο. Άλλες φορούν την πρόθεση και στηθόδεσμο στο κρεβάτι, ενώ άλλες φορούν ειδικούς στηθόδεσμους για επιπλέον υποστήριξη της πρόθεσης. Ορισμένες γυναίκες χρησιμοποιούν τη δύναμη της φαντασίας ότι έχουν δυο μαστούς, ενώ άλλες δεν έχουν κανένα πρόβλημα με τη γύμνια τους παρά τη φυσική τους δυσμορφία.

Η ψυχολογική υποστήριξη, ξεκινά μέσα από τις προηγούμενες παρεμβάσεις και συνεχίζει με την περιγραφή του πως η γυναίκα αντιλαμβάνεται τον κόσμο και πως αυτή η απειλητική κατάσταση επηρεάζει την πορεία της ζωής της. Πηγές υποστήριξης μπορεί να είναι το ίδιο το άτομο, η οικογένεια και οι φίλοι, οι συνεργάτες ή / και οι ομοιοπαθείς και η θρησκεία.

Βασική προϋπόθεση είναι η ανοικτή επικοινωνία των ασθενών με τις πηγές υποστήριξης, η έκφραση των συναισθημάτων τους, των καλών και δυοάρεστων εμπειριών, με σκοπό τη μείωση των συναισθημάτων απομόνωσης. Θετικά στοιχεία του προγράμματος είναι ότι οι ασθενείς συνεργάζονται με τα μέλη της ομάδας υποστήριξης, συμμετέχουν ενεργά και με αυξημένη υπευθυνότητα στο πρόγραμμα φροντίδας τους, αξιολογούν τις παρεμβάσεις και τα αποιελέσματά τους και αναπτύσσουν δεξιότητες που τους παρέχουν τη δυνατότητα αντιμετώπισης δύσκολων μελλοντικών καταστάσεων.

Οι νοσηλευτές δίνοντας πληροφορίες, ακούγοντας προσεκτικά και εκφράζοντας ενδιαφέρον για οτιδήποτε απασχολεί τη γυναίκα με μαστεκτομή, επιβεβαιώνουν την παρουσία της ως μοναδικό πρόσωπο, ανατροφοδοτούν την πρόδοσή της, δίνουν την ευκαιρία σύγκρισης με άλλες ασθενείς, και ενισχύουν την αυτοφροντίδα και ανεξαρτησία της στις καθημερινές της δραστηριότητες.

Εικόνα σώματος

Η σωματική εικόνα δεν αλλάζει ξαφνικά με την εμφάνιση μιας αρρώστιας, ούτε μένει ποτέ στάσιμη αλλά είναι σε συνεχή αλλαγή ανάλογα με τον τρόπο αντίδρασης του ατόμου σε πιεστικές καταστάσεις. Υπάρχει μια διαρκής μεταβολή στην εικόνα που υπογραμμίζει τις διαφορετικές εμπειρίες και τις αλλαγές του ψυχικού κόσμου.

Η αλλαγή στη σωματική εικόνα θα πρέπει να αντιμετωπιστεί ως μια πρωταρχική απώλεια. Για να ξεπεράσει κανείς αυτή την απώλεια και να αποδεχθεί μια νέα εικόνα εαυτού, χρειάζεται πρώτα να πενθήσει την εικόνα που έχασε με εποικοδομητικό τρόπο. Δεν πρέπει να πιεστεί και να αναγκαστεί η γυναίκα να υιοθετήσει μια νέα ταυτότητα εαυτού πριν αφήσει την παλιά της ταυτότητα με τη διαδικασία της απευαισθητοποίησης, του αποχωρισμού και της αναδιοργάνωσης του ψυχικού και διαπροσωπικού κόσμου⁵⁴.

Η θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού αλλάζει το ιδεατό και την πραγματικότητα του σώματος και επηρεάζει την παρουσία του. Η νέα εικόνα σώματος απαιτεί μήνες για να γίνει αποδεκτή και βελτιώνεται ή επιδεινώνεται ανάλογα με τις στρατηγικές αντιμετώπισης του ατόμου.

Ο μαστός είναι για τη γυναίκα σύμβολο θηλυκότητας, σεξουαλικής ελκυστικότητας και γαλουχίας. Η απώλεια αυτού του μέρους του σώματος, που τόση σημασία έχει για τη γυναικεία ταυτότητα, έχει ως αποτέλεσμα την αρνητική μεταβολή στην "εικόνα σώματος" και την "αυτοαντίληψη". Ο βαθμός της αρνητικής επίδρασης εξαρτάται, από τη συσχέτιση του βαθμού της φυσικής αλλαγής του σώματος και τη σημασία του μέλους που ακρωτηριάστηκε για το άτομο. Αποκατάσταση του ακρωτηριασμένου μέλους σε ικανοποιητικό βαθμό προάγει την "εικόνα σώματος" και την "αυτοαντίληψη"⁵⁴.

Σεξουαλικότητα

Μύθοι όπως ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες με καρκίνο του μαστού δεν ενδιαφέρονται για θέματα σεξουαλικότητας και θηλυκότητας, καθώς και ότι τα θέματα επιβίωσης επισκιάζουν αυτά της σεξουαλικότητας, δημιουργούν εμπόδια και φραγμούς στην ανοικτή επικοινωνία. Οι νοσηλεύτριες πρέπει να γνωρίζουν τις αλλαγές στη γυναικεία σεξουαλικότητα που προκαλεί η διαχείριση του καρκίνου του μαστού αλλά και ότι η άνεση με τη δική τους γυναικεία φύση και σεξουαλικότητα βοηθά να αναγνωρίσουν, να απαντήσουν και να βοηθήσουν πραγματικά τη γυναίκα που τη δεδομένη δύσκολη στιγμή έχει ανάγκη υποστήριξης.

Ο νοσηλευτής είναι από τα πρώτα πρόσωπα που θα ξεκινήσουν τη διαδικασία αξιολόγησης και προσδιορισμού των σεξουαλικών προβλημάτων της γυναίκας, αλλά και των αναγκών της για επιπλέον πληροφόρηση και ενημέρωση.

Με την παρατήρηση και την αξιολόγηση ο νοσηλευτής θα σχεδιάσει και θα θέσει σε εφαρμογή ένα ολοκληρωμένο και εξατομικευμένο πρόγραμμα φροντίδας. Επίσης, με την κατάλληλη εκπαίδευση θα μπορεί να αναγνωρίσει και θα συζητήσει για σημεία, συμπτώματα, στάσεις, συμπεριφορές, ενδιαφέροντα και ερωτηματικά που αφορούν τα θέματα σεξουαλικότητας και όχι μόνο. Είναι σημαντικό να εκτιμήσει το βαθμό προσαρμογής στη νέα μετά τη μαστεκτομή κατάσταση, να εστιάσει στις δεξιότητες της γυναίκας, τη σχέση της σεξουαλικότητας με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, να εκτιμήσει και να παρέμβει, αν χρειαστεί, σε στάσεις και συμπεριφορές που αφορούν την έκφραση της σεξουαλικότητάς της. Ο νοσηλευτής μπορεί να παρέχει άνεση και εμπιστοσύνη, να προάγει υγιείς συμπεριφορές προσαρμογής, να υποστηρίζει τις ατομικές ικανότητες προσαρμογής και να προάγει την ανεξαρτησία της γυναίκας στις συνήθεις λειτουργίες της.

Ο γυναικείος μαστός, η "εικόνα σώματος", η θηλυκότητα, η οικειότητα και η σεξουαλικότητα είναι έννοιες με στενή σχέση μεταξύ

τους. Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα είναι κάτι περισσότερο από την απλή σεξουαλική λειτουργία, κάτι που δεν καταστρέφεται από τον καρκίνο και τη θεραπεία του. Είναι μια συνεχώς μεταβαλλόμενη εμπειρία ζωής που όμως επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βλέπει τον εαυτό του και το σώμα του.

Η Προσαρμογή της Οικογένειας

Η ασθένεια, η αναπηρία και ο θάνατος αποτελούν ένα από τα κρισιμότερα γεγονότα στη ζωή μιας οικογένειας, δεδομένου ότι και τα τρία σηματοδοτούν μια πολύ σημαντική απώλεια. Μια απώλεια που αγγίζει όλους τους τομείς, βιολογικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς.

Σήμερα, στην ελληνική κοινωνία συνυπάρχουν δυο τύποι οικογένειας, η παραδοσιακή, εκτεταμένη και η σύγχρονη, πυρηνική. Μεταξύ των δυο υπάρχουν σημαντικές διαφορές στους ρόλους, τις σχέσεις, τους δεσμούς και τις αξίες.

Στην παραδοσιακή οικογένεια, οι ρόλοι είναι καθορισμένοι, οι δεσμοί στενοί, με έντονη τάση εξάρτησης και υπερπροστασίας. Ο καρκίνος γίνεται "οικογενειακό μυστικό" και κάτω από την πίεση του στίγματος διατηρείται "ένοχο μυστικό" από τον ασθενή και τον κοινωνικό του περίγυρο. Η κοινωνική απομόνωση ασθενούς και οικογένειας είναι πλέον πραγματικότητα.

Στην πυρηνική σύγχρονη οικογένεια, υπάρχει ανεξαρτησία, οι δεσμοί και οι ρόλοι είναι χαλαροί. Η απειλή του "θανατηφόρου μυστικού" εστιάζεται μέσα στην οικογένεια και όχι στον κοινωνικό περίγυρο. Το μυστικό είτε παραμένει μυστικό από τον ασθενή είτε όχι μετά από απαίτηση του ίδιου. Ο τρόπος που αντιμετωπίζει η οικογένεια τον ασθενή με καρκίνο, τον αναγκάζει συχνά να προσποιείται τον δυνατό. Έτσι κουράζεται και απομονώνεται ⁵¹.

Η προσαρμογή του συζύγου στη μαστεκτομή

Η ασθενής εκφράζει ανησυχία για την έκταση της νόσου και φόβους για την υποτροπή της, ενώ ο σύζυγος ανησυχεί περισσότερο για τις αλλαγές στη ζωή της γυναίκας του και φοβάται ότι η απώλεια του μαστού με τη μαστεκτομή, ίσως, να σημάνει και απώλεια της συζύγου του, με την έννοια ότι τίποτα δεν θα είναι όπως παλιά. Η συντριπτική πλειοψηφία των συζύγων είδε την τομή μέσα στον πρώτο μήνα από την επέμβαση και ανέφεραν καμία ή μικρή δυσκολία για να τη δουν και να συζητήσουν γι' αυτή. Η περίοδος της διάγνωσης και της θεραπείας είναι οι πιο δύσκολες, σε σχέση με την περίοδο της προσαρμογής, όταν η γυναίκα επιστρέφει στο σπίτι. Αναζητούν και αυτοί πηγές υποστήριξης στους επαγγελματίες υγείας, τους φίλους, την οικογένεια και τη θρησκεία. Παράγοντες που συμβάλλουν στην προσαρμογή του συζύγου, είναι η συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων και στη νοσοκομειακή φροντίδα της χειρουργημένης συζύγου, η ικανότητά του να αρχίσει ξανά τη σεξουαλική σχέση με την γυναίκα του και να κοιτάξει το σώμα της μετά την επέμβαση.

Τα συμπεράσματα για την ελληνική πραγματικότητα, όπως αυτά προκύπτουν από τα ευρήματα του Κέντρου Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρίας, είναι ότι οι συζυγικές σχέσεις μετά τη μαστεκτομή, πολλές φορές περνούν κρίση που οφείλεται στις αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις της.

2. Η έννοια της αποκατάστασης

Η Dittmar. S. ορίζει την αποκατάσταση ως μια προσέγγιση, μια φιλοσοφία, μια συμπεριφορά και μια διαδικασία που περιλαμβάνει τόσο εξειδικευμένες τεχνικές όσο και δημιουργικές σχέσεις των μελών της ομάδας αποκατάστασης. Το σχέδιο φροντίδας της αποκατάστασης, είναι εξατομικευμένο και αναπτύσσεται από όλα τα μέλη της ομάδας αποκατάστασης του ίδιου του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Σκοπός της αποκατάστασης είναι η επαναφορά και διατήρηση της λειτουργικότητας, η παροχή γνώσεων και δεξιοτήτων στο άτομο και την οικογένειά του ώστε να διατηρήσουν το μέγιστο επίπεδο λειτουργικότητας μέσα στα όρια που θέτει η ασθένεια. Η αποκατάσταση εστιάζει σε καθημερινές δραστηριότητες, ώστε άτομο και οικογένεια να μεγιστοποιήσουν τις δυνάμεις και τις δραστηριότητες αντιμετώπισης προσωρινών ή μόνιμων αλλαγών που προκαλεί η ασθένεια – ο καρκίνος – στον προσωπικό τους χρόνο, την εργασία και την οικογένεια. Σύμφωνα με την American Cancer Society ή ACS, η αποκατάσταση βοηθά το άτομο να μεγιστοποιήσει την ανεξαρτησία του, να επαναποκτήσει τον έλεγχο στη ζωή του και την εμπιστοσύνη στον εαυτό του και να προάγει την ποιότητα της ζωής του. Να μεταβεί, δηλαδή, από το επίπεδο του "θύματος" στο επίπεδο της επιβίωσης.

Με τον όρο αποκατάσταση χαρακτηρίζεται η επαναφορά του ατόμου με καρκίνο στην πριν την διάγνωση του νεοπλασματος κατάσταση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας. Αντίστοιχα, διακρίνει τη σωματική, ψυχική και κοινωνική αποκατάσταση. Κάθε μια από αυτές τις διαστάσεις περιέχει πλήθος από διαφορετικές συνιστώσες, επηρεάζει και επηρεάζεται από τις άλλες, συνδέεται άμεσα με αυτές, τόσο που η διάκρισή τους να είναι μια δύσκολη διαδικασία. Επίσης, η αποκατάσταση προϋποθέτει τη συνεργασία πολλών συνιελεστών, αποδεικνύοντας για άλλη μια φορά ότι ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής διεπιστημονικής εργασίας⁵⁵.

Την ομάδα αποκατάστασης συνήθως απαρτίζουν ο γιατρός, ο νοσηλεύτης, ο κοινωνικός λειτουργός, ο ψυχίατρος, ο ψυχολόγος, ο φυσικοθεραπευτής, ο εργασιοθεραπευτής και άλλοι επαγγελματίες υγείας, ανάλογα με τους συγκεκριμένους ασθενείς που πρόκειται να συμμετέχουν στο πρόγραμμα¹¹.

2.1 Η Νοσηλευτική αποκατάσταση

Γενικά, είναι γνωστό ότι η αποκατάσταση αποτελεί μια σημαντική διάσταση της ολιστικής νοσηλευτικής πρακτικής και ένα ξεχωριστό γνωστικό αντικείμενο στα πλαίσια της γενικότερης νοσηλευτικής εκπαίδευσης των άλλων επιστημών υγείας.

Η νοσηλευτική αποκατάσταση, διευκολύνει τη μετάβαση των ατόμων από την περιοριστική κατάσταση που τους υποβάλλει η ασθένεια, σε μια κατάσταση ανεξαρτησίας και παράλληλα συνεπικούρησης στην ικανοποίηση των τρεχουσών αναγκών τους. Αυτό προσδίδει στη νοσηλευτική αποκατάσταση τον ολιστικό της χαρακτήρα, γιατί ο εστιασμός σε μια ανάγκη περισσότερο από τις άλλες σημαίνει άγνοια της αλληλεπίδρασης των αναγκών και άρνηση της ολότητας του ατόμου.

Σκοπός της νοσηλευτικής αποκατάστασης, είναι να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ατόμου με τη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας και την ελαχιστοποίηση της εξάρτησής του, ανεξάρτητα από το προσδόκιμο αποτέλεσμα επιβίωσης. Πρόκειται, δηλαδή, για μια νοσηλευτική παρέμβαση που δίνει έμφαση στην αποκατάσταση των ικανοτήτων, την καλή λειτουργική εκτέλεση δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής για την ικανοποίηση των αναγκών, μέσα από τους περιορισμούς που επιβάλλει η ασθένεια, και όχι την ίδια την ασθένεια. Επίσης βοηθά στην ολοκλήρωση του ατόμου μέσα από τις καθιερωμένες λειτουργίες και βελτιώνει την ποιότητα ζωής του στο χρόνο που του απομένει και όχι στο πόσο είναι αυτός ο χρόνος. Η δικαίωση της ύπαρξης του νοσηλευτικού επαγγέλματος, είναι η παρουσία δίπλα στο νοσηλευόμενο και η υποστήριξή του για να προσαρμοστεί ευεργετικά στο μεταβατικό ρόλο του αρρώστου να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του προέκυψαν, ιδιαίτερα την αντιμετώπιση του πόνου. Το πρόβλημα του πόνου υπάρχει στο 1/2 περίπου των περιπτώσεων στα αρχικά στάδια αλλά φτάνει το 60-80% στο τελικό στάδιο της νόσου. Η δικαίωση της ύπαρξης του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι επίσης η υποστήριξη του

νοσηλεύόμενο να ξαναβρεί τη μέγιστη δυνατή ανεξαρτησία του ή να πεθάνει με αξιοπρέπεια ^{56, 57}.

Καρκίνος του μαστού - Μαστεκτομή & Νοσηλευτική Αποκατάσταση

Δεδομένου ότι ο μαστός έχει τόσο συμβολική όσο και ουσιαστική σημασία για τη θηλυκότητα, τη μητρότητα και τη σεξουαλική ζωή της γυναίκας, ο καρκίνος του μαστού και η χειρουργική αντιμετώπισή του αλλοιώνουν τη σωματική και ψυχολογική εικόνα που το άτομο έχει για τον εαυτό του.

Υποστηρίζεται ότι τα ψυχολογικά προβλήματα της γυναίκας μετά τη μαστεκτομή είναι ευθέως ανάλογα με την προηγούμενη συναισθηματική επένδυση που η ίδια είχε κάνει στο μαστό της, σε σημείο τέτοιο, ώστε ο βαθμός εξάρτησης της αυτοεκτίμησης που σχετίζεται με τον μαστό να θεωρείται ένας ασφαλής προγνωστικός δείκτης προβλημάτων μετά την απώλειά του, περισσότερο από τις παραμέτρους της ηλικίας, της κοινωνικο-οικονομικής και οικογενειακής κατάστασης ⁴⁹.

Μετά τη μαστεκτομή, έρχονται στην επιφάνεια πιο συγκεκριμένα συναισθήματα και προβλήματα. Λύπη, άγχος, καταπίεση, θυμός, μελαγχολία, έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος, αλλαγή στην εικόνα του σώματος και έλλειψη ικανοποίησης, απώλεια της θηλυκότητας, τα οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα. Άλλα προβλήματα περιλαμβάνουν το λεμφοίδημα, τη μείωση της κινητικότητας του άκρου, τον πόνο, την κεφαλαλγία και τις παρενέργειες των επικουρικών θεραπειών.

Ο βαθμός της εσωτερίκευσης των συναισθημάτων ή της έκφρασης και της αποיעλεσματικής διαχείρισής τους, εξαρτάται από την προσωπικότητα της γυναίκας, τις συμπεριφορές και τους τρόπους αντιμετώπισης, τη συνύπαρξη και άλλων στρεσογόνων παραγόντων, το ικανοποιητικό υποστηρικτικό δίκτυο, την ικανότητα της να αναγνωρίζει αυτό το δίκτυο και να δέχεται την υποστήριξη που της προσφέρει.

Η νοσηλευτική αποκατάσταση ως έννοια, αλλά και ως λειτουργική εφαρμογή, αντιμετωπίζει τον άνθρωπο ως βιοψυχοκοινωνική οντότητα και παίζει το δικό της ρόλο σε κάθε μια υπόσταση της γυναίκας με καρκίνο του μαστού σε οποιαδήποτε φάση της δύσκολης πορείας και αν βρίσκεται.

Η αποκατάσταση και κατ' επέκταση η νοσηλευτική αποκατάσταση πρέπει να ασχοληθεί με προβλήματα που προέρχονται από την ίδια τη νόσο, α) τα σωματικά : πόνος, εικόνα σώματος, β) τα ψυχολογικά : άγχος, στρες, κατάθλιψη, φόβος, γ) τα κοινωνικά : διαταραχές στην οικογένεια, επαγγελματικές και οικονομικές δυσκολίες. Επίσης, με τα προβλήματα από τη θεραπεία, α) σωματικά : λεμφοίδημα, περιορισμένη κινητικότητα άκρου, β) ψυχολογικά : μείωση αυτοεκτίμησης και θηλυκότητας, διαταραχές στην ερωτική ζωή και ικανοποίηση, γ) κοινωνικά : προβλήματα επικοινωνίας στην οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Ο νοσηλευτής καλείται να παίξει ένα πολύ σοβαρό και υπεύθυνο ρόλο, λόγω της θέσης κλειδί που έχει απέναντι στη γυναίκα και το στενό της περιβάλλον, καθώς και των άλλων επαγγελματιών υγείας που θα χρειαστεί να παίξουν το δικό τους ρόλο στην αποκατάσταση. Πρώτα ο νοσηλευτής με την 24ωρη παρουσία και επικοινωνία με τη γυναίκα, θα αναγνωρίσει σημεία και συμπτώματα προβλημάτων που δημιουργεί η νόσος και η θεραπεία και θα κλιθεί να παίξει το ρόλο εκτιμητή, εκπαιδευτικού, συμβούλου και συντονιστή⁵⁸.

2.2 Ψυχολογική Νοσηλευτική Αποκατάσταση

Οι κοινωνίες όλων των εποχών, έμαθαν τη γυναίκα να δίνει ιδιαίτερη σημασία στο μαστό της, άλλοτε ως μέσο έκφρασης της μηρότητας και άλλοτε ως πρότυπο ομορφιάς και θηλυκότητας και άλλοτε ως σύμβολο της γυναικείας ταυτότητας.

Τα προβαλλόμενα κατά καιρούς πρότυπα, απαιτούσαν και έκαναν ευτυχισμένες τις γυναίκες άλλοτε με μεγάλο και άλλοτε με μικρό στήθος.

Ποτέ, όμως, δεν προβλήθηκε πρότυπο που να το αγνοεί και πολύ περισσότερο να έχει ένα μαστό. Ακόμη και στην περίπτωση των Αμαζόνων ο ακρωτηριασμός του μαστού ήταν σύμβολο θυσίας και απάρνησης της θηλυκότητας και υιοθέτηση ενός ανδρικού μοντέλου συμπεριφοράς.

Από τις έννοιες θυσία – τιμωρία δεν διαφοροποιείται η μαστεκτομή, έστω και αν γίνεται για λόγους θεραπευτικούς.

Όταν η στάση της κοινωνίας συνδέεται με αξίες οι οποίες εξισώνουν τη σωματική ακεραιότητα και ομορφιά με την επιτυχία, το σεξ και το ρομαντισμό, η μαστεκτομή σημαίνει πολύ περισσότερα από την αφαίρεση ενός μέλους του σώματος. Ο μαστός γίνεται δέκτης συναισθηματικών, πολιτιστικών και κοινωνικών παραγόντων και η μαστεκτομή θεωρείται η πλέον βάνουση προσβολή στην “εικόνα του σώματος” και φέρνει τη γυναίκα σε σύγκρουση με τα προβαλλόμενα κοινωνικά πρότυπα ⁵¹.

2.3 Πνευματική Αποκατάσταση

Ο όρος “πνευματική αποκατάσταση” ίσως δεν είναι επιστημονικά ο πιο ορθός, για να δηλώσει την ανάγκη ικανοποίησης και των πνευματικών αναγκών ενός ανθρώπου, ενός ατόμου με καρκίνο, μιας γυναίκας με μαστεκτομή. Η νοσηλευτική προσεγγίζει τον άνθρωπο σαν ολότητα, με βιολογικές, ψυχικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες. Αυτό υποστηρίζουν πολλές νοσηλευτικές θεωρίες, όπως της Henderson, της Rogers, της Travelbee.

Οι ορισμοί της πνευματικότητας ποικίλουν σε εύρος και αριθμό. Θεωρείται ως το βασικό ανθρώπινο φαινόμενο (human phenomenon) το οποίο βοηθάει στη δημιουργία νόημα και σημασίας του κόσμου.

Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει υπόψη του τα ακόλουθα :

- Η πνευματική προσέγγιση μπορεί να γίνει με ερωτήσεις, όπως “τι δίνει νόημα και ελπίδα στη ζωή σας”, “ποια είναι η θρησκεία

σας'', ''που στρέφεστε όταν νιώθετε θλίψη''. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις αυτές θα βοηθήσουν στο σχεδιασμό των παρεμβάσεων.

- Οι εκφράσεις όπως, κλάμα, θυμός, ενοχή, άρνηση της θεραπείας, ευχή για το θάνατο, πρέπει να αξιολογούνται συνεχώς.
- Η παρουσία του νοσηλευτή πρέπει να είναι αισθητή και να υπάρχει ανοικτή επικοινωνία με την ασθενή.
- Η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης, αποδοχής χωρίς όρους και χρήση του θεραπευτικού αγγίγματος, είναι σημαντικά και πρέπει να εφαρμόζονται όταν είναι αναγκαίο.
- Ενθάρρυνση για ανασκόπηση της ζωής και έκφραση της πνευματικότητας.
- Η ικανοποίηση των θρησκευτικών αναγκών, πρέπει να ενθαρρύνεται.
- Η συμμετοχή της οικογένειας και των ''σημαντικών άλλων στην πνευματική φροντίδα της ασθενούς, θα πρέπει να ενθαρρύνεται^{11,56}.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9°

1. 1^η Κλινική περίπτωση – Νοσηλευτική Διεργασία
2. 2^η Κλινική περίπτωση – Νοσηλευτική Διεργασία

1^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

Δημογραφικά Στοιχεία

Ημερομηνία εισαγωγής	07/08/2001
Όνοματεπώνυμο	Σ. Α.
Διεύθυνση ασθενούς	Αθήνα (Περιστέρι)
Ασφαλιστικός φορέας	ΙΚΑ
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμη, 2 Παιδιά,
Ηλικία	66 ετών
Τόπος γεννήσεως	Μεσσηνία
Επάγγελμα	Συνταξιούχος
Ημερομηνία λήψης ιστορικού	07/08/2001
Πηγή και αξιοπιστία ιστορικού	Η ίδια. Φαίνεται αξιόπιστη
Κύριο Ενόχλημα	Ψηλάφηση όγκου στον Δεξιό μαστό

Ατομικό Αναμνηστικό υγείας

Γενική κατάσταση υγείας

Σχετικά καλή

Νοσήματα Ενήλικα

- Υπέρταση
- Οξεία σκωληκοειδίτιδα το 1990
- Κολπίτιδα το 1987

Εισαγωγές στο νοσοκομείο

- 1^{ος} φυσιολογικός τοκετός το 1961
- 2^{ος} φυσιολογικός τοκετός το 1968
- Σκωληκοειδεκτομή το 1990

Ατυχήματα

Δεν αναφέρει

Φάρμακα

- Monopril tab
- Aldomet tab

Περιοδικές εξετάσεις

Test Pap κάθε 3 χρόνια (αρνητικά)

Κλινική εξέταση από γυναικολόγο κάθε χρόνο

Έκθεση σε τοξικές ουσίες

- Κάπνισμα Δεν καπνίζει
- Οινόπνευμα Ελάχιστη κατανάλωση
- Καφεΐνη Πίνει ελληνικό καφέ και νες καφέ
- Άλλες ουσίες Δεν αναφέρει

Περιβαλλοντικοί κίνδυνοι

Ασχολείται μόνο με οικιακές εργασίες κάποιες ώρες την ημέρα.

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΝΟΣΟΣ

Η ασθενής αναφέρει ότι ανακάλυψε με την αυτοεξέταση μαστού πριν από περίπου 1 μήνα ένα ογκίδιο στο δεξιό της μαστό. Το μέγεθός του το περιγράφει σκληρό σαν μικρό αμύγδαλο και της προκαλεί άλγος.

Η ασθενής αναφέρει πως αντιλήφθη το ογκίδιο ενώ έκανε μπάνιο και την ίδια ημέρα φοβισμένη και ανήσυχη το αναφέρει στην κόρη της. Αποφάσισαν να επισκεφτεί αμέσως κάποιο ιατρό. Η ασθενής απευθύνθηκε σε γυναικολόγο του ΙΚΑ. Εκεί, ο γιατρός της συνέστησε να απευθυνθεί σε κάποιο εξειδικευμένο νοσοκομείο. Η ασθενής εισήλθε στη Χειρουργική Κλινική του Περιφερειακού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Αθηνών "Ο Άγιος Σάββας" στις 07/08/2001. Γίνεται εργαστηριακός έλεγχος, ακτινογραφία θώρακος και μαστογραφία. Από το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς, τα αποτελέσματα των εξετάσεων και τον

μαστογραφικό έλεγχο της ασθενούς διαγνώστηκε ογκίδιο στο δεξιό μαστό (φλεγμονώδες Ca Δεξιού μαστού). Ο μαστογραφικός έλεγχος έγινε με μαστογράφο χαμηλής δόσεως και μεγάλης ευκρίνειας. Μαστοί μεγάλου μεγέθους, λιποβριθείς, με λίγα ινώδη και μικροοζώδη στοιχεία.

Στο δεξιό μαστό και οπισθίως της θηλής αυτού παρατηρείται ευμέγεθες μόρφωμα με ασαφή και ανώμαλα όρια. Νοσηλεύεται στην κλινική Δ' Χειρουργική (Μαστού) για 5 ημέρες. Υποβλήθη προεγχειρητικά σε 3 κύκλους χημειοθεραπείας Στην κλινική έγινε η εκτίμηση της γενικής κατάστασης. Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου το πρωί της 13/08/2001.

Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η ριζική τροποποιημένη μαστεκτομή. Ταχεία βιοψία εδόθη θετική. Έγινε αιμόσταση, τοποθέτηση 2 Redon και συρραφή τραύματος. Μετεγχειρητική πορεία ομαλή. Η ασθενής εξέρχεται της 31/08/2001. Υποβλήθει στον (4) κύκλο χημειοθεραπείας. Χρήση ελέγχου.

Εκτίμηση γενικής κατάστασης

Έγινε η λήψη ζωτικών σημείων

Αρτηριακή πίεση 160/105mmHg

Σφύξεις 78/min

Αναπνοές 18/min

Θερμοκρασία 37,2°C

Βάρος 105Kg

Ύψος 1.64cm

Η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή

1. Selectol 1 x 1
2. Resoferon tab 1 x 3
3. Zymoplex 20mg ½ x 1
4. Radacef 1grFe 1V
5. Tavor tab 1 x 1
6. Zideron 50mg IM 1 x 4

Φάρμακα που χορηγήθηκαν στην ασθενή

Selectol (celiprol)

Ενδείξεις

Αρτηριακή υπέρταση, στηθάγχη (για την ελάττωση της συχνότητας των κρίσεων και την αύξηση της ικανότητας για κόπωση).

Δοσολογία

Υπέρταση : Η αρχική δόση είναι 200mg και μπορεί να λαμβάνεται εφάπαξ το πρωί.

Resoferon (Ferrous sulphate)

Το Resoferon είναι ένα σιδηρούχο σκεύασμα μέγιστης απορρόφησης και άριστης ανοχής.

Ενδείξεις

Πρόληψη και θεραπεία της σιδηροπενικής αναιμίας.

Zymoplex

Το Zymoplex (tamoxifen citrate) είναι το trans - ισομερές του 1[4-(2-dimethylaminoethoxy)phenyl] 1,2 diphenyl-1-butene.

Ενδείξεις

Συμπληρωματική θεραπεία αρχικών σταδίων του μαστού.

Ανακουφιστική θεραπεία μεταστατικού καρκίνου του μαστού στις γυναίκες. Αποτελεί φάρμακο εκλογής σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, όπου τα 2/3 των περιπτώσεων καρκίνου είναι θετικά σε οιστρογονικούς υποδοχείς.

Δοσολογία

Η ημερήσια δόση είναι 20-40mg εφάπαξ ή σε δύο διηρημένες δόσεις.

Radacef (Ceforanide)

Το Radacef (κεφορανίδη) είναι μια ημισυνθετική ευρέος φάσματος κεφαλοσπορίνη για παρεντερική χορήγηση.

Ενδείξεις

Το Radacef ενδείκνυται στη θεραπεία λοιμώξεων που οφείλονται σε

1. Λοιμώξεις οστών και αρθρώσεων
2. Λοιμώξεις των κατωτέρων αναπνευστικών οδών
3. Λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων
4. Λοιμώξεις ουροποιητικού – από κολοβακτηρίδιο, πρωτέα mirabilis, κλεμπσιέλλα της πνευμονίας.

Δοσολογία

Δοσολογία

Ενήλικες : Τα συνήθη όρια της δόσης του Radacef είναι 0.5 – 1.0g δύο φορές την ημέρα ανάλογα με την βαρύτητα της λοίμωξης.

Παιδιά : Η χορήγηση 20-40mg/kg ημερησίως σε δύο μοιρασμένες δόσεις κάθε 12 ώρες.

Tavor

Το Tavor (lorazepam) λοραζεπάμη, είναι κατασταλτικό του ΚΝΣ.

Ενδείξεις

Αντιμετώπιση διαταραχών του άγχους ή μικρής διάρκειας ανακούφισης από τα συμπτώματα του άγχους συνδεδεμένου με καταθλιπτικά συμπτώματα.

Δοσολογία

Η μέση ημερήσια δοσολογία για θεραπεία του άγχους είναι 2mg έως 3mg κορηγούμενο σε ίσα διαστήματα.

Σε προεγχειρητική αγωγή συνιστάται δοσολογία 2-4mg Tavor την προηγούμενη νύχτα ή πριν την εγχείρηση 1-2 ώρες.

Zideron

Το Zideron (Dextropropoxyphene Hydrochloride) είναι φάρμακο που υπάγεται στην κατηγορία των ναρκωτικών αναλγητικών

Ενδείξεις

Πόνοι μέτριας έντασης σε βαριά τραύματα, νευρολογικές και νεοπλασματικές νόσοι, καθώς και στην χειρουργική.

Δοσολογία

Μία έως δύο φύσιγγες των 50mg ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως ανάλογα με την περίπτωση. Όχι περισσότερα από 600mg ανά 24ωρο.

**ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
ΠΡΙΝ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ 07-8-2001**

	Ευρεθείσα Τιμή	Τιμή Αναφοράς
Γλυκόζη	116mg/dl	65-110
Ουρία	55 mg/dl	15-49
Ουρικό Οξύ	5,8 mg/dl	2,5-7,0
Νάτριο (Na)	149 mmol/l	132-148
Κάλιο (K)	4,5mmol/l	3,7-5,3
Χλωριούχα (CL)	112mmol/l	101-111
Ασβέστιο (Ca)	9,6 mg/dl	8,0-10,3
Λευκώματα ολικά	7,3gr/dl	6,0-8,3
Αλβουμίνη	4,4gr/dl	3,5-5,3
Ολική Χολερυθρίνη	0,50 mg/dl	0,2-1,0
Άμεση Χολερυθρίνη	0,09 mg/dl	0-0,2
SGPT (ALT)	18u/l	5-40
AGOT (AST)	19u/l	5-34
Αлкаλική φωσφάταση	56u/l	37-147
γ-GT	10u/l	0-53
Χοληστερόλη	209 mg/dl	140-200
Τριγλυκερίδια	85 mg/dl	35-150
Ολικά λιπίδια	647 mg/dl	500-1000

Γενική Αίματος
Πριν το Χειρουργείο

		Ευρεθείσα Τιμή	Φυσικές Τιμές
WBC	Λευκά	3,9x10 ³ /ml	4-10
NE	Ουδέτερα	54,7%	40-75
LY	Λεμφοκύτταρα	39,8%	20-50
MO	Μονοκύτταρα	11,2%	1-10
EO	Ηωσινοφ	1,3%	1-6
BA	Βασεοφ.	0,9%	0-1
Απόλυτη Τιμή Χ10³/μl			
NE	Ουδέτερα	1,2	1,5-7,5
LY	Λεμφοκύτταρα	1,3	1,2-3,4
MO	Μονοκύτταρα	0,3	0,1-1,0
EO	Ηωσινοφ	0,3	0,0-0,6
BA	Βασεοφ	0,0	0,0-0,1
RBC	Ερυθρά	3,70x10 ⁶ /ml	4,2-5,4
HGB	Αιμοσφαιρίνη	12,7g/dl	12,0-16,0
HCT	Αιματοκρίτης	39,8%	37,0-47,0
MCV	Μέσος όγκος	91,5fl	80,0-95,0
MCH	Μέση συγκέντρωση HGB	30,6pg	27,0-32,0
RDW	Εύρος κατανομής	16,6	11,5-14,5
PLT	Αιμοπετάλια	276x 10 ³ /ml	150-450
MCV	Μέσος όγκος	7,5	7,2-9,5
PCT	Αιμοπεταλιοκρίτης	0,206	0,16-0,34
PDW	Εύρος κατανομής	16,2	12,8-16,8

Α΄ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ
ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο και αντιμετώπιση των συναισθημάτων που της δημιουργούν αγωνία, φόβοι, άγχος. 	<ul style="list-style-type: none"> Ψυχολογική υποστήριξη και ενθάρρυνση της ασθενούς 	<p>Νοσηλευτικές Φροντίδες</p> <ul style="list-style-type: none"> Δημιουργία άνετης και φιλικής ατμόσφαιρας στα πλαίσια της προστάθειας ψυχολογικής υποστήριξης της ασθενούς και αποβολή του άγχους και φόβου που νιώθει. Συζήτηση με την ίδια την ασθενή για να της δοθούν εξηγήσεις. Προσπάθεια του νοσηλευτή να λύσει τις απορίες της άρρωστης που προέκυψαν από την συζήτηση. Να αξιολογηθεί το επίπεδο κατανόησης και αποδοχής της ασθενούς σχετικά με την εγκείριση. Προσπάθεια από τον νοσηλευτή να ικανοποιήσει τις ανάγκες της. 	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφαλίστηκε άνετο και ήρεμο περιβάλλον με περιορισμό των θορύβων και αιτιολόγηση των επισκεπτών. Της δόθηκε η δυνατότητα να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες της. Δόθηκαν απαντήσεις στις απορίες της. Για τη μείωση του άγχους ο νοσηλευτής χρησιμοποίησε βοηθητικά μέσα όπως παραδείγματα άλλων ασθενών. Αξιολογήθηκε η κατανόηση και η αποδοχή της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο νοσηλευτής κατάφερε να εμπνεύσει το αίσθημα της ασφάλειας στην ασθενή η οποία κατόπιν νόησε και αιτιολόγησε την κατάρτασή της

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Διεξαγωγή απαραίτητων εξετάσεων την προηγούμενη ημέρα της επέμβασης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόληψη επιπλοκών κατά και μετά την επέμβαση. 	<ul style="list-style-type: none"> • Λήψη ζωτικών σημείων • Λήψη αίματος • Λήψη Η.Κ.Γ. • Λήψη ακτινογραφία θώρακος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε λήψη ζωτικών σημείων. A/Π 160/105mmHg, οφύξεις 78/min, αναπνοές 18/min, θερμοκρασία 37,2°C. • Έγινε λήψη αίματος για τον έλεγχο της ηηκτικότητας, διασταύρωση, γενική αιμάτιος και βιοχημικός έλεγχος. • Έγινε έλεγχος της καρδιακής λειτουργίας και εύρεση τυχόν προβλημάτων με τη λήψη Η.Κ.Γ. • Έγινε ακτινογραφία θώρακος με σκοπό την εύρεση τυχόν παθολογικών καταστάσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η γενική αίματος έδειξε : Ht : 39,4% Hb : 13,1gr/dL Λευκά : $50 \times 10^3/\mu\text{l}$, τα οποία αξιολογήθηκαν φυσιολογικά • Ο βιοχημικός έλεγχος έδωσε τις ακόλουθες τιμές των : NaCl : 145mmol/L KCL : 5,2 mmol/L Ca : 9,6mg/dL τα οποία αξιολογήθηκαν φυσιολογικά
<ul style="list-style-type: none"> • Ατομική υγιεινή 	<ul style="list-style-type: none"> • Καθαριότητα του σώματος της ασθενούς ώστε να απαλλαγεί από τα μικρόβια. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να δοθούν πληροφορίες και εξηγήσεις ώστε να αντιληφθεί η οπουδαίονη και η σημασία της προεγχειρητικής προετοιμασίας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Δόθηκαν οι κατάλληλες πληροφορίες και ο νοσηλευτής πέτυχε την καλύτερη συνεργασία με την ασθενή. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Προεγχειρητική ετοιμασία του εντέρου για την εγχείρηση 	<ul style="list-style-type: none"> • Κένωση του εντέρου με καθαρτικό υποκλυσμό. • Πρόληψη συλλογής αερίων και μειεγχειρητικής διαίτης του εντέρου 	<ul style="list-style-type: none"> • Να δοθεί η κατάλληλη θέση της ασθενούς στο κρεβάτι. • Ο καθαρτικός υποκλυσμός να γίνει το απόγευμα, την προηγούμενη ημέρα της επέμβασης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκε παραβάν. • Δόθηκε στην ασθενή η αριστερή πλάγια θέση στο κρεβάτι με ελαφριά κάμψη των γονάτων προς την κοιλία. • Έγινε καθαρτικός υποκλεισμός στην ασθενή για την αποφυγή κένωσης του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο υποκλεισμός απεδώσε και ενημερώθηκε η λογοδοσία.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Προεγχειρητική ετοιμασία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Απαλλαγή του δέρματος από μικροοργανισμούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει απορρόωση του δέρματος • Να γίνει τοπική αντισηψία του εγχειρητικού πεδίου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε η απορρόωση του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου και ξύρισμα της μασχάλης. • Έγινε τοπική αντισηψία της περιοχής με οινόπνευμα και betadine. Η περιοχή καλύφθηκε με αποστειρωμένο πεδίο. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξαιλεψήθηκε ο κίνδυνος εμφάνισης μικροοργανισμών του εγχειρητικού πεδίου.
Ημέρα χειρουργείου 7-3πμ <ul style="list-style-type: none"> • Πόνος που σφειλείται στη χειρουργική επέμβαση. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να εξασφαλιστεί η άνεση της ασθενούς και να ανακουφιστεί από τον πόνο. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να τοποθετηθεί η ασθενής σε ανακλιτική θέση. • Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με ιατρική οδηγία. • Εξθάρρυνση βαθιών αναπνοών. • Να υποστηριχθούν οι σωλήνες παροχέτευσης Red - ο Pack, ώστε να μην τραβά το θωρακικό τοίχωμα. • Εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκε η ασθενής στην θέση Fowler : ο κορμός οκημιτίζει γωνία 60° έως 70° με το οριζόντιο επίπεδο. Κάτω από τα πόδια τοποθετείται υποστηρίγματα ώστε η ασθενής να διατηρείται στη θέση αυτή. Τοποθετήθηκε μαξιλάρι κάτω από τον ώμο στην χειρουργηθήσα περιοχή. • Στηρίχθηκαν οι σωλήνες παροχέτευσης με λευκόπλάστη στο κρεβάτι. • Ο Νοσηλευτής μείωσε τους παράγοντες του περιβάλλοντος που δημιουργούν στην άρρωστη στρες: • Ο Νοσηλευτής δημιούργησε ήρεμο και άνετο περιβάλλον. Ρυθμίσε την θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Εξασφαλίθηκε επαρκής αερισμός και φωτισμός του θαλάμου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Με την τοιθέτηση της ασθενούς στην κατάλληλη θέση, μειώθηκε η πίεση στην χειρουργηθήσα περιοχή με αιτιόληση την υποχώρηση μέρους του άλγους. • Με τη δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος εξασφαλίστηκε η αποφυγή της ανησυχίας και δυσφορίας, τα οποία αυξάνουν το σιόθημα του πόνου. • Επιτεύχθηκε η καταστολή του πόνου με την χορήγηση Zideron (οτις 14μl) λόγω της αναλγητικής του δράσης. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την αποκατάσταση της ηρεμίας της ασθενούς.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>3-11μη</p> <ul style="list-style-type: none"> • Πυρετός (38,7°C) που οφείλεται σε πιθανή μόλυνση τραύματος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ελάττωση του πυρετού με επαναφορά της θερμοκρασίας του σώματος στα φυσιολογικά όρια. • Διατήρηση του τραύματος καθαρή. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση της θερμοκρασίας της ασθενούς ανά τρεις ώρες. Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων. • Να ελέγχεται το τραύμα για οίδημα τοπικής φλεγμονής. • Να ελέγχεται η καλή λειτουργία της παροχέτευσης. • Να γίνεται φροντίδα της τομής και αλλαγή του τραύματος. • Αποφυγή δημιουργίας ρευμάτων στο δαμάτιο. • Χορήγηση αντιπυρετικού και αντιβιοτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλευτής χορήγησε 1amp Ziderson IM στις 14μμ βίαση ιατρικών οδηγιών • Ενημέρωση της ασθενούς ότι ο πόνος που αισθάνεται είναι φυσιολογικός μετά την εγχείρηση και να μην ανησυχεί. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η θερμοκρασία του σώματος της είναι 37.1° που οφείλεται στην δράση του Αρτεϊ.
			<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε η λήψη ζωικών σημείων και ιδιαίτερα της θερμοκρασίας ανά 3 ώρες. Τέθηκαν ψυχρά επιθέματα. • Ελέγχθηκε η τομή για ερυθρότητα, οίδημα, εμφύσηση πύου, μη σύγκληση των χειλέων του τραύματος. • Παρατηρήθηκε και αξιολογήθηκε το χρώμα και η ποσότητα του παροχέτευσιμου υγρού και καταγράφεται στην λογοδοσία. • Το Red-oPack τοποθετήθηκε κάτω από το επίπεδο του κρεβατιού. • Έγινε η αλλαγή του τραύματος με άσηπτη τεχνική και εφαρμόστηκε πιεστική περίδεση. • Αποφεύχθηκε η δημιουργία ρευμάτων για την πρόληψη κρυολογήματος. 	

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>3-11μμ</p> <ul style="list-style-type: none"> Ελαφρά δύσπνοια που οφείλεται στην αναισθησία και τον ανεπαρκή αερισμό. 	<ul style="list-style-type: none"> Να παραληφθεί η εμφάνιση πνευμονικών επιπλοκών. 	<ul style="list-style-type: none"> Να ληφθούν το ζωτικά σημεία της άρρωστης πριν από την έγερσή της. Να διδαχθεί η ασθενής πώς να αναπνέει. Να προγραμματιστεί η έγκαιρη κινητοποίηση της. 	<ul style="list-style-type: none"> Παράλληλα με την αντιβιοτική αγωγή χορηγήθηκε 1 amp Αροτέλ σύμφωνα με ιατρική οδηγία. Ληφθηκαν τα ζωτικά σημεία της ασθενούς ΑΠ : 130mmHg Σφύξεις : 78/min Αναπνοές : 17/min Η ασθενής διδάσκεται να αναπνέει βαθιά. Έγινε σταδιακή κινητοποίηση της ασθενούς από το κρεβάτι. Η νοσηλεύτρια: Βοήθησε την άρρωστη να καθίσει στο κρεβάτι αφήκοντας τα άκρα της κρεμασμένα. Μετά από λίγα λεπτά τη σήκωσε την ασθενή και τη συνόδευσε μέχρι τη πολυθρόνα του θαλάμου. Βοήθησε την ασθενή να ξαπλώσει ξανά στο κρεβάτι. 	<ul style="list-style-type: none"> Η έγκαιρη έγερση της ασθενούς αιτέρεψε την εμφάνιση πνευμονικών επιπλοκών.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>1^η Μειεγχειρητική Ημέρα 3-11μμ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αιματοκρίτης Ht 28% • Αιμοσφαιρίνη Hb 9g/dl <p>Λόγω αυξημένη αιτώλειας αίματος από την παροξέτευση.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόληψη εμφάνισης της αναιμίας και διατήρηση του σταθερού του όγκου του αίματος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να χορηγηθεί 1 μονάδα ολικού αίματος κάτω από άσπτες άσπτες συνθήκες τεχνικής με την παρουσία ιατρού. • Να αυξηθεί ο όγκος των υγρών για την πρόληψη του ολιγαϊμικού shock. • Να γίνει λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων κάθε μισή ώρα τις πρώτες 3 ώρες και κατόπιν κάθε 3 ώρες. • Να ελέγχεται το χρώμα του δέρματος της ασθενούς. • Να ελέγχεται ο ιματισμός και το επιδερμικό υλικό. • Να εκτιμάται η ποσότητα του παροχαιευσμένου με τη συσκευή Hemovac αίματος. • Να εξασφαλισθεί άνετη θέση της ασθενούς στο κρεβάτι. • Να ληφθεί και να σταλεί γενική αίματος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Το αίμα χορηγήθηκε στις 16:00μμ κάτω από άσπτες συνθήκες με την παρουσία ιατρού με ρυθμό ροής 40 σταγ/μιν σε 3 ώρες. • Πραγματοποιήθηκε λήψη ζωτικών σημείων της ασθενούς κατά τη χορήγηση αίματος κάθε μισή ώρα τις πρώτες 3 ώρες και κατόπιν κάθε 3 ώρες. • Ενδεικτικά αναφέρονται: <ul style="list-style-type: none"> τις πρώτες 3 ώρες: <ul style="list-style-type: none"> ΑΠ : 120mmHg, Σφύξεις 70/min, Θ: 36,7°C • Πραγματοποιήθηκε συνεχής έλεγχος του χρώματος του δέρματος της ασθενούς. • Ελέγχεται από το νοσηλεύτη ο ιματισμός του κρεβατιού και το επιδερμικό υλικό γύρω από την χειρουργηθήσα περιοχή της ασθενούς. • Ελέγχεται και αξιολογείται η ποσότητα του παροχαιευσμένου αίματος. • Ελήφθη και εστάλη γενική αίματος και αναμένονται τα αποτελέσματα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής δεν παρουσίασε καμία αντίδραση κατά την χορήγηση αίματος. • Τα ζωτικά σημεία της ασθενούς είναι στα σταθερά και φυσιολογικά όρια. Ελήφθησαν στις 20:00μμ τα αποτελέσματα της γενικής αίματος <ul style="list-style-type: none"> Ht : 33% Hb : 11 g/dl Ερυθρά : 4,03 x 10⁶ • Η ποσότητα του παροχαιευσμένου αίματος είναι φυσιολογική. • Το επιδερμικό υλικό παραμένει καθαρό.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Κίνδυνος για σωματική αιονία και εξάντληση ασθενούς που οφείλεται σε διαταραχή του θερμοιδικού ισοζυγίου. 	<ul style="list-style-type: none"> Αποκατάσταση του θερμοιδικού ισοζυγίου της ασθενούς. Κάλυψη θερμοιδικών αναγκών. 	<ul style="list-style-type: none"> Να δοθούν οδηγίες για το κατάλληλο διατοίλογο. Να τονιστεί η σημασία εξαφύλισης οστών συνθηκών διατροφής. 	<ul style="list-style-type: none"> Δόθηκαν οδηγίες για την κορήνηση τροφών κατάλληλων με την παρουσία κατάστασης. Ο νοσηλευτής τόνισε την δημιουργία ευχάριστου και καθαρού περιβάλλοντος. Προγραμματίστηκε η κορήνηση γευμάτων πλούσια σε λευκώματα και υδατιάνθρακες, μικρά και συχνά. 	<ul style="list-style-type: none"> Επιτεύχθηκε η διατήρηση του θερμοιδικού ισοζυγίου και κάλυψη θερμοιδικών αναγκών.
<p>3-11μμ</p> <ul style="list-style-type: none"> Ανάγκη διατήρησης υδατοηλεκτρολυτικής ισοφρονίας 	<ul style="list-style-type: none"> Να διατηρηθεί η υδατοηλεκτρολυτική ισοφρονία. 	<ul style="list-style-type: none"> Να μετράνται τα προσλαμβανόμενα και αποβάλλομα υγρά. Να κορηγηθούν υγρά από φυσικούς οδούς και παρεντερικά βάση ιατρικών οδηγιών. Να ρυθμιστεί και να παρακολουθείται η ροή της ενδοφλέβιας έγχυσης. Να γίνεται καθημερινά έλεγχος ηλεκτρολυτών ορού. 	<ul style="list-style-type: none"> Μετράνται και καταγράφονται τα προσλαμβανόμενα - αποβαλλόμενα υγρά. Η ασθενής παίρνει : 3000 ml IV το 24 ώρο 1000 cc N/S 0,9% 1000 cc D/W 5% 1000 cc L/R Στις 16:00 μμ έγινε αιμοληψία για προσδιορισμό των τιμών KCL, Na, Ca, Mg και αναμείνονται τα αποτελέσματα. 	<ul style="list-style-type: none"> Ελήφθησαν τα αποτελέσματα από τον έλεγχο των ηλεκτρολυτών στις 18:00μμ. KCl : 4,2 mEq/L Na : 143 mEq/L Mg : 3,2 mg/dl Ca : 8,8 mg/dl Συμφωνά με τα αποτελέσματα δεν υπάρχει ηλεκτρολυτικό έλλειμμα.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Επίτευξη Αποτελέσματος
<p>2^η Μετεγχειρητική Ημέρα 7-3</p> <ul style="list-style-type: none"> Ενδεχομενη μόλυνση τραύματος 	<ul style="list-style-type: none"> Να προληφθεί η μόλυνση τραύματος 	<ul style="list-style-type: none"> Να ελέγχεται το τραύμα για στοιχεία τοπικής φλεγμονής Να γίνεται φροντίδα της τομής και αλλαγή του τραύματος. Να χορηγηθεί αντιβιοτική αγωγή σύμφωνα με ιατρική οδηγία. 	<ul style="list-style-type: none"> Ελέγχεται η τομή για ερυθρότητα, οίδημα, εμφάνιση πύου, μη σύγκλιση των κελών του τραύματος. Γίνεται αλλαγή του τραύματος με άσηπη τεχνική. Απολυμάνθηκε η τραυματική χώρα με αντισηπτικό διάλυμα betadine και έγινε καθαρισμός της περιοχής με φυσιολογικό όρο. Χορηγείται Radacef Igr x 2 σύμφωνα με ιατρική οδηγία το οποίο ενδείκνυται στην περίπτωση λοιμώξεων σε εγχειρήσεις μαστού. 	<ul style="list-style-type: none"> Δεν υπάρχουν στοιχεία μόλυνσης του τραύματος. Από τη κορήνη του αντιβιοτικού δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες εκδηλώσεις.
<ul style="list-style-type: none"> Έναρξη λεμφοοίδηματος του δεξιού άνω άκρου που οφείλεται, σε περιορισμένη κινητικότητα. 	<ul style="list-style-type: none"> Έγκαιρη κινητοποίηση και έγερση της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> Συνεχή παρακολούθηση του δεξιού άνω άκρου και τοποθέτηση μαξιλαριού κάτω από αυτό. Να γίνει λήψη ΖΣ πριν την έγερση της ασθενούς. Έγκαιρη κινητοποίηση του προσβεβλημένου άκρου. 	<ul style="list-style-type: none"> Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να διατηρεί τη θέση του δεξιού χεριού εφόσον τοποθετήθηκε μαξιλάρι κάτω από αυτό. Παρακολουθείται για ερυθρότητα ή οίδημα Έγινε η λήψη ζωτικών σημείων πριν από την έγερση της ασθενούς. ΑΠ : 110/90mmHg Σφύξεις : 83/min Θερμοκρασία 36,5°C Αναπνοές : 18/min Δεν λαμβάνεται ΑΠ από το προσβεβλημένο άκρο. 	<ul style="list-style-type: none"> Με την έγκαιρη κινητοποίηση του δεξιού άκρου επιτεύχθηκε η υποχώρηση του λεμφαοίδηματος. Βελτιώθηκε αισθητά η επιστροφή του φλεβικού αίματος και η απαγωγή του άκρου.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Κίνδυνος για ελλιπή φροντίδα στο σπίτι που οφείλεται σε ανεπαρκείς γνώσεις για αυτόφροντίδα. 	<ul style="list-style-type: none"> Κατάλληλη ενημέρωση και σωστή προετοιμασία της ασθενούς κατά την έξοδο της από το νοσοκομείο. 	<ul style="list-style-type: none"> Να τονιστεί η σημασία της συνεχούς παρακολούθησης του τραύματος. Να διδαχτεί η ασθενής μέτρα για την προστασία του ώμου της χειρουργηθείσας περιοχής. Να δοθούν οδηγίες για την θεραπευτική παρακολούθηση μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο. 	<ul style="list-style-type: none"> Έγινε σταδιακή κινητοποίηση του προσβεβλημένου χεριού με την έναρξη παθητικών ασκήσεων με την βοήθεια του φυσιοθεραπευτή. 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής είναι σε θέση να παρέχει αυτοφροντίδα στο σπίτι. Ενημερώθηκε η ασθενής για την ανάγκη να αρχίσει την εργασία βαθμιαία και με την τήρηση οδηγιών που αναφέρθηκαν έχει την δυνατότητα εκτίμησης της κατάστασης της.
		<ul style="list-style-type: none"> Να τονιστεί η σημασία της συνεχούς παρακολούθησης του τραύματος. Να διδαχτεί η ασθενής μέτρα για την προστασία του ώμου της χειρουργηθείσας περιοχής. Να δοθούν οδηγίες για την θεραπευτική παρακολούθηση μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο. 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής ενημερώθηκε σχετικά με τον τρόπο περιποίησης του τραύματος καθώς και τα μέτρα προστασίας του ώμου της χειρουργηθείσας περιοχής. Αποφεύγεται το κράτημα και η ανύψωση βαριών αντικειμένων από τον ώμο της χειρουργηθείσας περιοχής. Δεν γίνονται ενέσεις, φλεβοκεντήσεις, δεν μειώνεται η ΑΠ στον ώμο της χειρουργηθείσας περιοχής. Τονίστηκε η σημασία του μετά νοσοκομειακού check-up. 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής είναι σε θέση να παρέχει αυτοφροντίδα στο σπίτι. Ενημερώθηκε η ασθενής για την ανάγκη να αρχίσει την εργασία βαθμιαία και με την τήρηση οδηγιών που αναφέρθηκαν έχει την δυνατότητα εκτίμησης της κατάστασης της.

2^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

Δημογραφικά Στοιχεία

Ημερομηνία εισαγωγής	22/08/2001
Όνοματεπώνυμο	Χ. Ζ
Διεύθυνση ασθενούς	Κόνιτσα (Ιωάννινα)
Ασφαλιστικός φορέας	ΟΓΑ
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμη, 3 Παιδιά
Ηλικία	47 ετών
Τόπος γεννήσεως	Κεφαλονιά
Επάγγελμα	Οικιακά
Ημερομηνία λήψης ιστορικού	22/08/2001
Πηγή και αξιοπιστία ιστορικού	Η ίδια. Φαίνεται αξιόπιστη
Κύριο Ενόχλημα	Ψηλάφηση όγκου στον αριστερό μαστό

Ανατομικό Αναμνηστικό Υγείας

Γενική κατάσταση υγείας

Σχετικά καλή

Νοσήματα ενήλικα

- Αρθρίτιδα
- Οξεία σκωληκοειδίτιδα
- Πνευμονική εμβολή μετά από το χειρουργείο

Εισαγωγές στο νοσοκομείο

- 1^{ος} φυσιολογικός τοκετός το 1976
- 2^{ος} φυσιολογικός τοκετός το 1982
- 3^{ος} φυσιολογικός τοκετός 1983
- σκωληκοειδεκτομή το 1987

Ατυχήματα

Δεν αναφέρει

Αλλεργίες

Στην ασπιρίνη

Φάρμακα

Δεν αναφέρονται

Περιοδικές εξετάσεις

Δεν αναφέρονται

Έκθεση σε τοξικές ουσίες

- Κάπνισμα : Ναι, 1 πακέτο την ημέρα
- Καφεΐνη : Πίνει ελληνικό καφέ 2 φορές την ημέρα
- Οινόπνευμα : Δεν καταναλώνει
- Άλλες ουσίες : Δεν αναφέρονται

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Η ασθενής αναφέρει ότι διαπίστωσε την ύπαρξη ογκιδίου ένα πρωί που φόρεσε τον στηθόδεσμο της, χωρίς όμως να αναφέρει τίποτα στον σύζυγο της. Μετά από δύο εβδομάδες αφού παρακολούθησε το ογκίδιο αφού δεν έφυγε, η ασθενής στις 20/08/2001 επισκέφτηκε ιατρό του Κέντρου Υγείας της περιοχής της. Εκεί ο ιατρός της συνέστησε να υποβληθεί σε ακτινολογικό και μικροβιολογικό έλεγχο για διάγνωση τυχόν κακοήθους νεοπλασίας. Μετά από διενέργεια αυτών των εξετάσεων και την σοβαρότητα της κατάστασης ο γιατρός στο Κέντρο Υγείας συνέστησε να απευθυνθεί σε κάποιο εξειδικευμένο νοσοκομείο. Η ασθενής εξετάστηκε στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μαστού του Περιφερειακού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Αθηνών "Άγιος Σάββας" στις 22/08/2001.

Το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς, η κλινική εξέταση βασισμένο στη μαστογραφία περιγράφει την περίπτωση της ως εξής.

Έγινε αμφοτερόπλευρος μαστογραφικός έλεγχος με μαστογραφία χαμηλής δόσης. Στο άνω και έσω τμήμα του αριστερού μαστού παρατηρείται οζώδης σκίαση με σαφή όρια και ανώμαλο περίγραμμα. Το εύρημα χρήζει περαιτέρω ελέγχου. Στο άνω έξω τεταρτημόριο αριστερού μαστού ψηλαφίζεται ασαφή σκληρία 2 x 2,5 με εντύπωμα υπερκείμενο δέρματος. Δεξιός μαστός χωρίς επιπρόσθετη σκίαση με την έννοια της ογκόμορφης εξεργασίας.

Παρατηρούνται διογκωμένοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Πυκνής σύστασης μαστοί στην μαστογραφία μπορεί να αποκρύψουν υπερκείμενες βλάβες. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε ογκεκτομή και κένωση μασχάλης αριστερού μαστού. Παραπεμφθεί στην Α' Παθολογική κλινική για προεγχειρητική χημειοθεραπεία, όπου υποβλήθει σε 3 κύκλους.

Εκτίμηση γενικής κατάστασης

Έγινε λήψη ζωτικών σημείων :

Αρτηριακή πίεση 130/90mmHg

Σφύξεις 75/min

Θερμοκρασία 36.5 °C

Αναπνοές 16/min

Στις 27/08/2001 έγινε ευρεία αφαίρεση του όγκου και υπερκείμενου δέρματος μέχρι το μείζονα θωρακικού μυ. Τοποθετήθηκε 1 Redon. Με ξεχωρή τομή έγινε ριζική κένωση της αριστερής μασχάλης.

Η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή κατά την παραμονή της στην κλινική

1. Lexotanil 1 x 2
2. Radasef 1gr 1Fl IV
3. Salospir 325mg 1 x 1
4. Zantac 150mg 1 x 2
5. Taxol 290 mg σε 500 cc N/S V IV
6. Apotel 600mg επί πόνου
7. Ceclor 50mg caps 1 x 3
8. Fenistil
9. Primperam 1 x 3
10. Endoxan (Cyclophosphamide – Κυκλοφωσφαμίδη)

Φάρμακα που χορηγήθηκαν στην ασθενή

Lexotanil (Bromazepam)

Το Lexotanil περιέχει το δραστικό συστατικό βρωμαζεπάμη. Η βρωμαζεπάμη ελατώνει το άγχος, χαλαρώνει τους μύες και ενδείκνυται για τη θεραπεία συγκεκριμένων ψυχολογικών παθήσεων.

Ενδείξεις

Άγχος

Δοσολογία

Η συνολική ημερήσια ποσότητα του Lexotanil θα πρέπει να λαμβάνεται 9mg την ημέρα.

Radacef (Ceforamide)

Το Radacef (κεφορανίδη) είναι μια ημισυνθετική ευρέος φάσματος κεφαλοσπορίνη για παρεντερική χορήγηση.

Ενδείξεις

Το Radacef ενδείκνυται στη θεραπεία λοιμώξεων που οφείλονται σε

1. Λοιμώξεις οστών και αρθρώσεων
2. Λοιμώξεις των κατωτέρων αναπνευστικών οδών
3. Λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων
4. Λοιμώξεις ουροποιητικού – από κολοβακτηρίδιο, πρωτέα mirabilis, κλεμπσιέλλα της πνευμονίας.

Δοσολογία

Δοσολογία

Ενήλικες : Τα συνήθη όρια της δόσης του Radacef είναι 0.5 – 1.0g δύο φορές την ημέρα ανάλογα με την βαρύτητα της λοίμωξης.

Παιδιά : Η χορήγηση 20-40mg/kg ημερησίως σε δύο μοιρασμένες δόσεις κάθε 12 ώρες.

Salospir

Το Salospir είναι αναλγητικό – αντιπυρετικό – αντιφλεγμονώδες – αντιρευματικό – αντιθρομβωτικό.

Ενδείξεις

Πόνοι μικρής ή μέτριας έντασης, όπως κεφαλίες, νευραλγίες, μυαλγίες, αρθραλγίες και γενικά πόνοι μη σπλαχνικής προέλευσης. Μπορεί να είναι αποτελεσματικό σε μετεγχειρητικούς πόνους, πόνους μετά τον τοκετό, από τραύματα ή καρκίνο.

Δοσολογία

Αναλγητικό – αντιπυρετικό : 300-900mg κάθε 4-6 ώρες. Μέγιστη ημερήσια δόση : 4 g.

Zandac (Ranitidine)

Η Ranitidine είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικός H₂-ανταγωνιστής της ισταμίνης.

Ενδείξεις

Η χρήση της Ranitidine συνιστάται κυρίως σε έλκος βολβού 12δακτύλου, στομάχου και αναστομωτικό.

Δοσολογία

Η συνήθης δοσολογία για γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος είναι 150mg δύο φορές την ημέρα είτε 300mg το βράδυ.

Taxol (Πακλιταξέλη)

Ανήκει στην ομάδα χημειοθεραπευτικών : Ταξάνες

Ενδείξεις

Καρκίνος των ωοθηκών, καρκίνος του μαστού, προχωρημένος μη μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα

Δοσολογία

Η συνιστώμενη δόση είναι 175mg/m², σε διάστημα 3h, ενδοφλέβια.

Apotel

Το Apotel (Παρακεταμόλη). Έχει αναλγητική και αντιπυρετική δράση όμοια με εκείνη του ακετυλοσαλικυλικού οξέος.

Ενδείξεις

Η χρήση του Apotel συνιστάται κυρίως σε αρθραλγίες, μυαλγίες, νευραλγίες, κεφαλγία, οδονταλγίες, δυσμηνόρροια, εμπύρετες κατάστασεις.

Δοσολογία

Η ημερήσια δόση δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 4g για δόση βραχείας διάρκειας και τα 2.5g για χρόνια χορήγηση.

Ceclor

Το Ceclor (κεφακλόρη) είναι κεφαλοσπορίνη α' γενιάς.

Ενδείξεις

Το Ceclor ενδείκνυται στην θεραπεία των ακόλουθων λοιμώξεων :

- ❖ Μέση πυώδη ωτίτιδα
- ❖ Οξεία βρογχίτιδα και οξείες εξάρσεις χρόνιας βρογχίτιδας
- ❖ Φαρυγγίτιδα και αμυγδαλίτιδα
- ❖ Πνευμονία

Δοσολογία και Χορήγηση

Η συνιστώμενη δοσολογία είναι 250mg κάθε 8 ώρες.

Fenistil (Μηλεϊνική διμεθινδένη)

(Μηλεϊνική διμεθινδένη) Αντιϊσταμινικό, ανταγωνιστικό Η1 υποδοχέων της ισταμίνης.

Ενδείξεις

Ανακούφιση από συμπτώματα αλλεργικής ρινίτιδας, επιπεφυκίτιδα, κνίδωσης, σε αναφυλακτικές αντιδράσεις

Δοσολογία – Τρόπος χορήγησης

Σακχαρόπηκτα δισκία : 1mg 3 φορές/ημέρα

Σιρόπι : 0.5mg/5ml 2-4 φορές /ημέρα

IV : 1-2amp.

PRIMPERAN

Το PRIMPERAN (Μετοκλοπραμιδη) είναι ουσία χημικά συγγενής της προκανιναμιδης.

Ενδείξεις

Αντιμετώπιση συμπτωμάτων (ναυτίας, εμετών, αισθήματος βάρους, πληρότητας ή διάτασης του στομάχου) που οφείλονται σε βραδεία κένωση του στομάχου, ή σε καθυστερημένη διάβαση στο λεπτό έντερο.

Δοσολογία

Από το στόμα : Ανήλικες 10mg 3-4 φορές την ημέρα ½ ώρα πριν τα γεύματα.

Endoxan (Cyclophosphamide – Κυκλοφωσφαμίδη)

Αλκυλιοτικός παράγοντας. Έχει δράση κυτταροστατική.

Ενδείξεις

Οξεία και χρόνια λεμφική και μυελογενή λευχαιμία, κακήθεις λέμφωμα, κακήθεις όγκοι (μαστού, ωθήκης, όρχεων), αυτοάνοσα νοσήματα, μεταμόσχευση οργάνων και μυελού των οστών.

Δοσολογία

Ενήλικοι και παιδιά : 3-6mg/Kg την ημέρα

Σε διακεκομμένη χρήση 10-15mg/Kg κατά διαστήματα 2-5 ημερών.

ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ
ΠΡΙΝ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ 22-8-2001

	Ευρεθείσα Τιμή	Τιμή Αναφοράς
Γλυκόζη	98mg/dl	65-110
Ουρία	51 mg/dl	15-49
Ουρικό Οξύ	6,7 mg/dl	2,5-7,0
Νάτριο (Na)	147mmol/l	132-148
Κάλιο (K)	4,7mmol/l	3,7-5,3
Χλωριούχα (CL)	115mmol/l	101-111
Ασβέστιο (Ca)	9,7 mg/dl	8,0-10,3
Λευκώματα ολικά	8,5gr/dl	6,0-8,3
Αλβουμίνη	4,7gr/dl	3,5-5,3
Ολική Χολερυθρίνη	0,70 mg/dl	0,2-1,0
Άμεση Χολερυθρίνη	0,20 mg/dl	0-0,2
SGPT (ALT)	18U/l	5-40
AGOT (AST)	17U/l	5-34
Αλκαλική φωσφάταση	624 U/l	37-147
γ-GT	11,U/l	0-53
Χοληστερόλη	190 mg/dl	140-200
Τριγλυκερίδια	83 mg/dl	35-150
Ολικά λιπίδια	630mg/dl	500-1000

Γενική Αίματος
Πριν το Χειρουργείο

		Ευρεθείσα Τιμή	Φυσικές Τιμές
WBC	Λευκά	5,0X10 ³ /μl	4-10
NE	Ουδέτερα	55,4%	40-75
LY	Λεμφοκύτταρα	32,6%	20-50
MO	Μονοκύτταρα	9,2%	1-10
EO	Ηωσινοφ	1,15%	1-6
BA	Βασεοφ.	0,6%	0-1
Απόλυτη Τιμή Χ10³/μl			
NE	Ουδέτερα	2,8	1,5-7,5
LY	Λεμφοκύτταρα	1,4	1,2-3,4
MO	Μονοκύτταρα	0,3	0,1-1,0
EO	Ηωσινοφ	0,2	0,0-0,6
BA	Βασεόφ	0,0	0,0-0,1
RBC	Ερυθρά	4,59X10 ⁶ /μl	4,2-5,4
HGB	Αιμοσφαιρίνη	13,1g/dl	12,0-16,0
HCT	Αιματοκρίτης	39,8%	37,0-47,0
MCV	Μέσος όγκος	86,6fl	80,0-95,0
MCH	Μέση συγκέντρωση HGB	28,4pg	27,0-32,0
RDW	Εύρος κατανομής	14,6	11,5-14,5
PLT	Αιμοπετάλια	190X10 ³ /μl	150-450
MCV	Μέσος όγκος	8,0	7,2-9,5
PCT	Αιμοπεταλιοκρίτης	0,105	0,16-0,34
PDW	Εύρος κατανομής	17,0	12,8-16,8

Β' ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ
ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Πρόληψη αφυδάτωσης ασθενούς που οφείλεται στους εμετούς που προκαλεί η δράση των Endoxan και Taxol. 	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφάλιση επαρκούς ενυδάτωσης της ασθενούς. Να αιταλλαγει η ασθενής από το αίσθημα ναυτίας και να αντιμετωπισθούν οι εμετοί. 	<ul style="list-style-type: none"> Να τοποθετηθεί η ασθενής στη σωστή θέση. Να ενθαρρυνθεί η ασθενής να αναιχνεί βαθιά για την αποδρομή της δράσης του αναλγητικού φαρμάκου. Να γίνει ενδοφλέβια χορήγηση υγρών σύμφωνα με ιατρική οδηγία. Να ρυθμίζει και να παρακολουθείται η ροή της ενδοφλέβιας έγχυσης. Να αναγράφουν στην λογοδοσία το ποσό, η συχνότητα και ο χαρακτήρας των εμετούων. Να γίνει η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς. Να χορηγηθούν αντιεμετικά φάρμακα. Να γίνει έλεγχος του ειδικού βάρους των ουρών. 	<ul style="list-style-type: none"> Τοποθετήθηκε η ασθενής σε θέση Fowler με το κεφάλι προς τα πλάγια για την πρόληψη εισρόφησης εμεομαίων. Τέθηκε στα υγρά του 24ώρου 1 amp primperan σε 1000cc 0,9% N/S βάσει ιατρικών οδηγιών και ρυθμίστηκε να πέσει με ρυθμό 42 σταγ / min. Σε κάθε εμετό καταγράφεται η ποσότητα και ο χαρακτήρας των εμεομαίων στη λογοδοσία. Γίνεται πλύση της στοματικής κοιλότητας με διάλυμα Hexalen. Έγινε η αξιολόγηση της ποσότητας των ουρών του 24ώρου. Ειδικό βάρος : 1020 	<ul style="list-style-type: none"> Επιτεύχθηκε η επαρκής ενυδάτωση της ασθενούς. Το αίσθημα της ναυτίας άρχισε να υποχωρεί και οι εμετοί αντιμετωπίστηκαν με τη βοήθεια του Primperan.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Στοιματίδια που σφείλονται σε καταστροφή του οτομιατικού βλεννογόνου από την επίδραση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων εφόσον υποβλήθηκε σε τρεις κύκλους χημειοθεραπείας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να αντιμετωπισθεί η οτομιατίδια. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να παρακολουθείται η κατάσταση της οτομιατικής κοιλότητας της ασθενούς. • Να χορηγηθεί η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. • Να διατηρηθεί η υγρασία του οτόματος. • Να γίνει διδασκαλία της ασθενούς για περιποίηση της οτομιατικής κοιλότητας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλευτής ελέγχει τη σταματική κοιλότητα της ασθενούς για αιμορραγία και ξηρότητα. • Έγινε ξέπλυμα οτομιατικής κοιλότητας της ασθενούς με οόδα και φυσιολογικό ορό διατηρώντας έτσι και την υγρασία του οτόματος. • Ο νοσηλευτής διδάσκει την ασθενή να πιίνει άφθονα υγρά και να λαμβάνει κλιμαρά ή κρύα φαγητά. Να πλένει τα δόντια με μαλακή βούρτσα μετά από κάθε γεύμα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η πλήση του οτόματος με οόδα και φυσιολογικό ορό ρύθμισε το PH της οτομιατικής κοιλότητας. γεγονός που βοηθάει στην απομάκρυνση μικροβίων. • Η ήπια υγιεινή του οτόματος από την ίδια την ασθενή θα προάγει την ανακούφιση της από τα συμπτώματα.
<ul style="list-style-type: none"> • Αλωπεκία που σφείλεται στην χρήση των Taxol & Etoposan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συναισθηματική υποστήριξη της ασθενούς ώστε να αποδεχθεί τη διαφθοροποίηση της εμφάνισής της. • Να ληφθούν μέτρα ώστε η τριχοπίωση να αντιμετωπιστεί ή να αντιμετωπιστεί θετικά 	<ul style="list-style-type: none"> • Να μειωθεί η ανησυχία της ασθενούς. • Να ενημερωθεί η ασθενής σχετικά με την εμφάνιση της τριχοπίωσης. • Διδασκαλία της ασθενούς : <ul style="list-style-type: none"> - Να χρησιμοποιεί μανιλάκια ή περούκα. - Εφαρμογή πίεσης με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι ή τοποθέτηση κάσας υποθερμίας. - Να μην λούζεται συχνά. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλευτής προσπαθεί να μειώσει την ανησυχία της ασθενούς τονίζοντας ότι αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια είναι προσωρινή. Τα μαλλιά θα επαναρμφαντιστούν μαλλον οκτώ εβδομάδες μετά το τέλος της χημειοθεραπείας. • Έγινε η διδασκαλία της ασθενούς. • Δόθηκε η δυνατότητα να εκφράσει τους φόβους της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής δείχνει ένα βαθμό αποδοχής της πραγματικότητας μετά τη διαβεβαίωση πως θα επανερμφαντιστούν τα μαλλιά της οκτώ εβδομάδες μετά το τέλος της χημειοθεραπείας.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Τοπική ιστική νέκρωση που οφείλεται σε υποδόρια έγχυση (βξω από τη φλέβα) του Taxol. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακούφιση της ασθενούς από τα τοπικά συμπτώματα που προκαλεί η υποδόρια έγχυση του χημειοθεραπευτικού φαρμάκου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να παρακολουθείται ο ρυθμός ροής του διαλύματος • Για σημεία διήθησης η περιοχή της έγχυσης. • Αν παρατηρηθεί διήθηση <ul style="list-style-type: none"> - Να διακοπεί η χορήγηση του φαρμάκου. - Να γίνει έγχυση και εξωτερική πλύση της περιοχής με φυσιολογικό ορό. - Να τοποθετηθεί κρέμα hydrocortisone 1% - Να τοποθετηθούν ψυχρά επιθέματα στο σημείο έγχυσης. • Να ενημερωθεί η ασθενής πως πρέπει να αναφέρει αν αισθανθεί άλγος στην περιοχή έγχυσης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολουθείται η περιοχή της έγχυσης συνεχώς για σημεία διήθησης. • Διακόπηκε η χορήγηση του φαρμάκου Taxol, διότι παρατηρήθηκε διήθηση μισή ώρα μετά την έναρξη της έγχυσης του. • Έγινε έγχυση και πλύση της περιοχής με διάλυμα 0,9 % N/S. • Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα. • Εφαρμόστηκε Sodium Bicarbonate στο σημείο της ιστικής νέκρωσης 	<ul style="list-style-type: none"> • Προλήφθηκε η περιαιερωστική διήθηση με την έγχυση διαλύματος 0,9% N/S και την τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων. • Η χορήγηση Sodium Bicarbonate μείωσε το άλγος.
<ul style="list-style-type: none"> • Καταστολή του μυελού των οστών που παρατηρείται λόγω χορήγησης Endoxan και Taxol. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγκαιρη διαπίστωση των σημείων καταστολής του μυελού των οστών. • Λήψη μέτρων για την πρόληψη λοίμωξης. • Να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη των αιμορραγιών. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολουθούνται τα ζωτικά σημεία. Ενδεικτικά αναφέρονται: ΑΠ = 130 mmHg. ΣΦ = 72 / min. Θ = 36,7 ° C. • Οι τιμές των κυττάρων του αίματος πριν την έναρξη της ΧΜΘ είναι: Λευκά : 5000 /mm³ Ερυθρά : 4.500.000/mm³ Αιμοπετάλια : 310.000/mm³ 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολουθούνται τα ζωτικά σημεία. Ενδεικτικά αναφέρονται: ΑΠ = 130 mmHg. ΣΦ = 72 / min. Θ = 36,7 ° C. • Οι τιμές των κυττάρων του αίματος πριν την έναρξη της ΧΜΘ είναι: Λευκά : 5000 /mm³ Ερυθρά : 4.500.000/mm³ Αιμοπετάλια : 310.000/mm³ 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής δεν απομειώθηκε διότι τα λευκά αιμοσφαίρια δεν μειώθηκαν στο όριο των 2000 /mm³ • Αποφεύχθηκε η εκδήλωση αιμορραγιών επεισοδίων και η λοίμωξη κατόπιν ουσηματικού αιματολογικού ελέγχου που έγινε από τον νοσηλευτή.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Ενδεχόμενη αιμορραγική κυστίτιδα που προκαλείται από τη δράση του Endoxan στην ουροδόχο κύστη. 	<ul style="list-style-type: none"> Πρόληψη της αιμορραγικής κυστίτιδας. Ανακούφιση της ασθενούς από τα συμπτώματα της κυστίτιδας. 	<ul style="list-style-type: none"> Να διακοπεί η χορήγηση των φαρμάκων όταν τα λευκά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια μειωθούν κάτω από 3.500 /mm³ και τα αιμοπετάλια μειωθούν κάτω από 100.000/mm³. Να αισιμονωθεί η ασθενής και να εφαρμοστούν μέτρα προστασίας αν ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων μειωθεί κάτω από 2.000/mm³. Να παρακολουθούνται τα κόπρανα και τα ούρα για αιμορραγία κατά τη διάρκεια της ΧΜΘ. 	<p>Μετά από 2 ώρες από την έναρξη της ΧΜΘ :</p> <p>Λευκά : 4.800 /mm³</p> <p>Ερυθρά : 4.300.000/mm³</p> <p>Αιμοπετάλια : 300.000 /mm³</p> <ul style="list-style-type: none"> Εφαρμόζονται μέτρα πρόληψης των λοιμώξεων κατά τη διάρκεια της ΧΜΘ. <p>Δεν διαπαινώθηκε παρουσία αιματος στα ούρα και κόπρανα.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Ενδεχόμενη αιμορραγική κυστίτιδα που προκαλείται από τη δράση του Endoxan στην ουροδόχο κύστη. 	<ul style="list-style-type: none"> Πρόληψη της αιμορραγικής κυστίτιδας. Ανακούφιση της ασθενούς από τα συμπτώματα της κυστίτιδας. 	<ul style="list-style-type: none"> Να χορηγηθούν επαρκή ούρα πριν την θεραπεία. Να χορηγηθούν διουρητικά για αποβολή ούρων. Να δίδεται η ασθενής να αναφέρει τυχόν συμπτώματα κυστίτιδας στον ιατρό : δυσουρία, ουκνοουρία κ.α. 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκαν 1000cc 0,9% N/S 1 ώρα πριν την έναρξη της ΧΜΘ. Το Endoxan χρησιμοποιήθηκε σε ποσότητα 825 mg, αραιωμένο σε 250cc 0,9% N/S. Ο νοσηλευτής ελέγχει την ποσότητα, το χρώμα των ούρων και για παρουσία αιματος σε αυτά. 	<ul style="list-style-type: none"> Μειώθηκε σημαντικά η τοξική δράση του χημειοθεραπευτικού φαρμάκου στην ουροδόχο κύστη της ασθενούς με τη λήψη πολλών υγρών και την αραιώσή του.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η φροντίδα της γυναίκας με καρκίνο του μαστού, λαμβάνει τη μορφή πρόκλησης για το νοσηλευτή, ο οποίος μπορεί και πρέπει να δηλώνει την παρουσία του σε αυτή τη δύσκολη πορεία, ο' αυτόν τον Γολγοθά.

Ο 'καρκινοπαθής' σήμερα δεν βαδίζει υποχρεωτικά στο θάνατο. Δικαιούται και πρέπει να στοχεύει στη ζωή, και ζωή δεν σημαίνει μόνο σύνολο ετών, αλλά και ποιότητα μέσα στο διάστημα αυτών των ετών. Ο καρκίνος του μαστού και η μαστεκτομή υποβάλλουν κάθε γυναίκα σε μια περιπέτεια με πολύ πόνο, φόβο και απογοήτευση. Σε πολλές γυναίκες, τα συναισθήματα αυτά τις ακολουθούν μια ζωή, ακόμη και αν κέρδισαν την ίδια τη ζωή τους. Σε άλλες, ίσως με μικρότερη διάρκεια ζωής, κέρδισαν ποιότητα, γιατί έμαθαν να ζουν με τον καρκίνο και τη μαστεκτομή, αλλά κυρίως έμαθαν τη διαφορά του 'υπάρχω' από το 'ζω'. Την ανακάλυψη αυτής της αλήθειας μοιράζονται οι ασθενείς με καρκίνο όταν τον αντιμετωπίσουν όχι ως 'θάνατο' αλλά ως μια 'ευκαιρία' για μια νέα ζωή.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια, η οποία προκαλεί υψηλά επίπεδα άγχους στην ίδια τη γυναίκα, αλλά και την οικογένειά της, στην προσπάθειά τους να κατανοήσουν αλλά και να αντιμετωπίσουν τις σοβαρές καταστάσεις. Αυτή η βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφέρεται στα οργανικά προβλήματα, το κοινωνικό στρες, τα ψυχολογικά προβλήματα και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη που χρειάζεται η γυναίκα μετά την μαστεκτομή. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει το σημαντικό ρόλο της έγκαιρης αναγνώρισης των αναγκών της γυναίκας, όπως είναι οι ψυχολογικές, οι συζυγικές – σεξουαλικές, η εικόνα του σώματος/αυτοεικόνα, η κοινωνική προσαρμογή, η πληροφόρηση και ο φόβος της υποτροπής που ακολουθούν τη θεραπεία του. Η νοσηλευτική παρέμβαση προάγει την αίσθηση ελέγχου της γυναίκας, προσφέρει υποστήριξη σ' αυτή και την οικογένειά της, τους βοηθά στη λήψη αποφάσεων, την ανοικτή επικοινωνία, την έκφραση συναισθημάτων, το σχεδιασμό και τη λύση προβλημάτων με αποτέλεσμα να αυξάνει την προσαρμογή στη νέα κατάσταση, να προάγει την ανάρρωση και την αποκατάσταση.

ABSTRACT

Breast cancer as a life threatening illness produces high stress in both patients and families as they attempt to understand its meaning and cope with the critical situation.

This paper is a review the literature concerning the physical problems, social stress, psychological distress and psychosocial support. The nurse has an important role in addressing patients needs, such as psychological, marital-sexual, social adjustment, body/self image, cancer fears and concerns, following the treatment for breast cancer. The nursing intervention, improving women's sense of control, offering support to the patient as to the whole family, aiding them in decision making, opening communication expression of emotion and collaborative planning and problem solving enhance adjustment, improve recovery and rehabilitation.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Μαλγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ.,** *Παθολογική – χειρουργική Νοσηλευτική*, Τόμος Β', Μέρος 2^ο, έκδοση δέκατη όγδοη, Αθήνα, 1997, σελ. 80-95, 112-167.
2. **Παπανικολάου Ν., Παπανικολάου Α.,** *Γυναικολογία, Επιστημονικές εκδόσεις 'Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος'*, 3^η έκδοση, Αθήνα, 1994 σελ. 437-481.
3. *Hellenic Cancer Society (HCS) providing information on breast cancer*, In [www. In. gr](http://www.in.gr) (βήμα 6), Οκτώβριος 2001.
4. **Σιβρίδης Ε.,** *Ανατομική και ιστολογική θεώρηση του μαστού, Σύγχρονη μαστολογία*, Υπεύθυνη έκδοσης Λυδία Ιωαννίδου – Μουζάκα, Αθήνα, 1996, σελ. 88-90.
5. **Καρύδης Ι., Τόλης Γ.,** *Φυσιολογία του μαστού και της γαλουχίας. Επίδραση παθήσεων των ενδοκρινών αδένων στο μαστό. Σύγχρονη μαστολογία*. Υπεύθυνη έκδοσης Λυδία Ιωαννίδου – Μουζάκα., Αθήνα, 1996, σελ. 99-100.
6. **Suzan M. Love, M.D. Kare Lindsey,** *Το βιβλίο του μαστού*, εκδόσεις Λύχνος, έκδοση 1^η, Αθήνα 1994, σελ. 115-228, 259-390.
7. **Ε. Φιλόπουλος,** *Καρκίνος του μαστού.*, in. [www. melab. cs. uoi. gr.](http://www.melab.cs.uoi.gr), Οκτώβριος 1997.
8. **Αποστολίδης Σ.Ν., Πανουσόπουλος Γ.Δ.,** *Ο καρκίνος του μαστού.*, Σύγχρονες απόψεις, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 1998, σελ. 5-3, 67-125.
9. *Εγκυκλοπαίδεια υγείας – Χειρουργική*. in [www. Flash gr.](http://www.flash.gr) 2001.
10. **Lip worth L.,** *Ανασκόπηση της επιδημιολογίας του καρκίνου του μαστού.*, *Σύγχρονη Μαστολογία*, Υπεύθυνη έκδοσης Λυδία Ιωαννίδου – Μουζάκα, Αθήνα 1996, σελ. 182-226.
11. *American Cancer Society (ACS), Types and treatment., Rehabilitation., Breast cancer.*, in. [www. cancer. org](http://www.cancer.org), 2001.

12. **Παπακαραλάμπους Α.**, *Παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού*, Ιατρική, Τόμος 49, Τεύχος 1, Αθήνα 1986, σελ. 7-12.
13. *Ελληνικός Σύνδεσμος "Susan Komen" για την καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού.*, In [www. suzan komen. gr](http://www.suzan komen. gr). Οκτώβριος 2001.
14. *Η Ευρώπη κατά του καρκίνου.*, Πρόγραμμα δράσης 1990-1994., In [www health in. gr /woman](http://www.health in. gr /woman)
15. **Κόνδη - Παφίτη Α.**, *Καρκίνωμα του μαστού.*, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Γενικής Χειρουργικής, Τόμος Α., Εκδόσεις Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας, Αθήνα 1993, σελ. 65 - 68.
16. **Πατέρας Χ.**, *Καρκίνος του μαστού*, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο - ογκολογίας., εκδόσεις ελληνικής Αντικαρκινικής εταιρείας, Αθήνα, 1998 σελ. 247-251.
17. **Κονιάρη Ε.**, *Καρκίνος του μαστού - Νοσηλευτική παρέμβαση.*, εκδόσεις Β, Αθήνα, 1991, σελ. 63-171, 189-192.
18. **Γεωργούντζος Β.**, *Ο περιοδικός πληθυσμιακός έλεγχος στην Ελληνίδα για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού στα πλαίσια του προγράμματος της Ε.Ο.Κ. "η Ευρώπη κατά του καρκίνου.* Ελληνική Διατριβή 1993, σελ. 17-20.
19. **Ιωαννίδου - Μουζάκα Α., Pusterld Edio -**, *Κλινική εξέταση των μαστών, Σύγχρονη μαστολογία.* Υπεύθυνη έκδοσης Λυδία Ιωαννίδου - Μουζάκα, Αθήνα 1996, σελ. 135.
20. **Νικολούδη - Μερκουράκη Π.**, *Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας σε γυναίκες με καρκίνο μαστού.* Πρακτικά 26^{ου} ετησίου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Κέρκυρα 25-27 Μαΐου 1999, σελ. 411-412.
21. *Woman - Today - Γυναίκα.*, *Η αυτοεξέταση του μαστού.*, βήμα προς βήμα. In [www womantoday.gr](http://www.womantoday.gr) Αύγουστος 2001.
22. **Πατέρας Χ.**, *Πληθυσμιακός έλεγχος (Screening) για καρκίνο του μαστού με μαστογραφία.*, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας, εκδόσεις Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, Αθήνα 1999 σελ. 258-262.

23. **Πινακίδης Μ., Μπούτης Λ.,** *Καρκίνος του μαστού.*, Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1993, σελ. 20-26.
24. **Καμπούρης Θ.,** *Η μαστογραφία στον Καρκίνο του μαστού.*, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια, Σταδιοποίηση – εγχειρητική αντιμετώπιση καρκίνου μαστού, εκδόσεις Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας, 1993, σελ. 76-83.
25. **Αγγελάτου Ρ., Σπαντιδέας Α.,** *Ιατρικές εξετάσεις – Μαστογραφία.*, in [www. Iatronet.gr](http://www.Iatronet.gr) , Οκτώβριος 2001.
26. *Medκοσμο – Υγεία – Ιατρικές εξετάσεις – Περιοδικός προληπτικός έλεγχος*, In [www. embioiatriki. gr](http://www.embioiatriki.gr).
27. **Σακίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ.,** *Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική*, Τόμος 2^{ος}, Μέρος Β', εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1997 σελ. 485-492.
28. **Παπαδημητρίου Γ., Ανδρουλάκης Γ.,** *Αρχές γενικής χειρουργικής*, Τόμος Β, Επιστημονικές εκδόσεις Παριοιανός, Αθήνα, 1989, σελ. 320-322.
29. **Σακίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ.,** *Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική*, τόμος 1, Ε' επανέκδοση, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1996, σελ. 105-117.
30. *''Καρκίνος του μαστού''* Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία, Mednet Hellas In. [www. mednet. gr.](http://www.mednet.gr), 2001.
31. **Μόσχου Κάκκου.,** *Ογκολογική Νοσηλευτική*, εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα, 1999, σελ. 81.
32. **Αθανάτου Ε.,** *Παθολογική Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική*, Αθήνα 1995, σελ. 56, 432-437.
33. **Θρουβαλής Ν.,** *Κακοήθεις όγκοι του μαστού. Στοιχεία ακτινοβολίας και ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας*, Αθήνα 1990, σελ. 160-187.
34. **Δαρδούφας Κ.,** *Ακτινοθεραπεία του πρώιμου καρκίνου του μαστού.* Εκδόσεις Ελληνικής Χειρουργικής εταιρείας, Αθήνα 1993, σελ. 87-99.

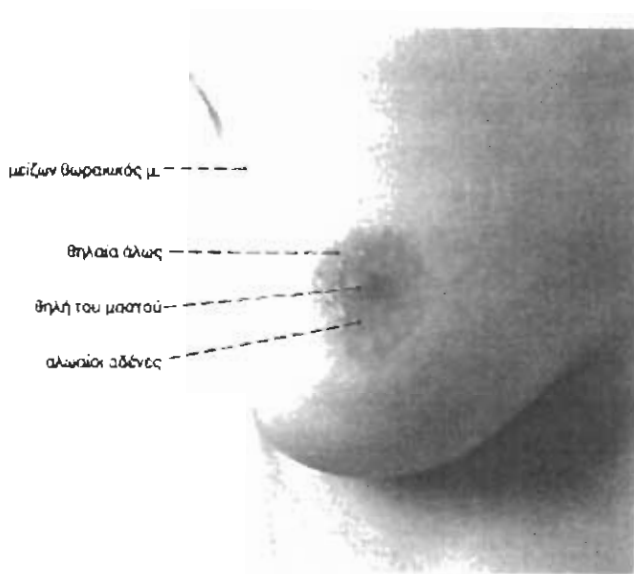
35. **Dollinger M., Μετάφραση Μαθάς Χ.**, *Ο καρκίνος : Διάγνωση και Πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση : (Ένας οδηγός για όλους)*, έκδοση Α, Εκδόσεις Κάτοπιρο, Αθήνα, 1992, σελ. 301-306.
36. **Παπαδόπουλος Α.Σ., Πλατανιώτης Γ.Α., Γομπάκη Κ.Π.**, *Μαθήματα ακτινοθεραπείας.*, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1998, σελ. 80-162.
37. **Γεννατάς Σ.Κ.**, *Καρκίνος μαστού – Χημειοθεραπεία – Ορμονοθεραπεία.* Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Γενικής Χειρουργικής, Τόμος Α, Εκδόσεις Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας, Αθήνα, 1993, σελ. 101-104.
38. **Μαλγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ.**, *Γενική Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική*, Τόμος Α', έκδοση 19^η, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα, 1995, σελ. 241-250.
39. **Αθανάτου Ε.**, *Κλινική Νοσηλευτική, Βασικές και Ειδικές Νοσηλίες*, έκδοση 6^η, Αθήνα 1996, σελ. 198-200.
40. **Παππά Δ., Χρυσανθού Β.**, *Εκπαίδευση γυναικών μετά από μαστεκτομή για μείωση του κινδύνου εμφάνισης λεμφοιδήματος.* Πρακτικά 26^{ου} ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Κέρκυρα 25-27 Μαΐου 1999, σελ. 667-668.
41. **Peters S.** *Το λεμφοίδημα του άνω άκρου μετά τη μαστεκτομή και η θεραπεία του.*, *Σύγχρονη Μαστολογία*, Υπεύθυνη έκδοσης Λυδία Ιωαννίδου – Μουζάκα, Αθήνα, 1996, σελ. 643.
42. **Σταματάκη Π., Καπαρελιώτου Χ.**, *Στοματική υγιεινή ασθενών που υπόκειται σε αντικαρκινική αγωγή.* Πρακτικά 27^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Ερέτρια 23-25 Μαΐου 2000, σελ. 127.
43. **Μπαρμπουνάκη – Κωνσταντιάκου**, *Χημειοθεραπεία*, Β' έκδοση, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1989, σελ. 15-40.
44. **Σιδερή Ι.**, *Η συμβουλή της Νοσηλευτικής στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του καρκινοπαθούς "Ελληνική ογκολογία"*, 1993, σελ. 105-108.
45. *Ο καρκίνος του μαστού.*, Παγκράτιο διαγνωστικό κέντρο., In [www all the web. com](http://www.alltheweb.com) 2001.

46. **Ξανίδας Η., Βαλασιάδου Χ.,** *Χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού : η αρχική πορεία προς τις συντηρητικές εκτομές,* Ελληνική Ιατρική, Τόμος 64., Τεύχος 3, 1998 σελ. 186.
47. **Αραπαντώνη - Δαδιώτη Π.,** *Προγνωστικές Παράμετροι στον καρκίνο του μαστού. Σύγχρονη Μαστολογία,* υπεύθυνη έκδοσης Λυδία Ιωαννίδου - Μουζάκα, Αθήνα 1996, σελ. 347.
48. **Πηλικού Α., Μπούτζουρη Ο.,** *Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα αρρώστου με καρκίνο και στην οικογένεια του. Πρακτικά 27^{ου} Ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου.,* Ερέτρια 23-25 Μαΐου 2000, σελ. 175.
49. **Μαντωνάκης Ι.,** *Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση της γυναίκας με καρκίνο του μαστού. Σύγχρονη Μαστολογία,* Υπεύθυνη έκδοσης Λυδία Ιωαννίδου - Μουζάκα, Αθήνα, 1996, σελ. 178-179.
50. **Παπαδάτου Δ.,** *Ο άρρωστος που πεθαίνει και το άμεσο περιβάλλον του. Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας,* Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα, 1995.
51. **Γιδοπούλου - Στραβολαίρου Κ.,** *Κοινωνική και εργασιακή επανένταξη της γυναίκας μετά από μαστεκτομή. Ψυχολογική υποστήριξη πριν και μετά τη μαστεκτομή. Σύγχρονη Μαστολογία.* Υπεύθυνη έκδοσης Λυδία Ιωαννίδου - Μουζάκα, Αθήνα, 1996.
52. **Strouse T.** *Identifying and treating depression in women with cancer. A primary care approach,* Women's Health, Medscape free article page 29.
53. **Johnson JR.,** *Caring for the women who has had a mastectomy.* American journal of Nursing, page 25-32.
54. **Κοφινάς Σ.,** *Ψυχικές ανάγκες του αρρώστου σε σχέση με τη σωματική του εικόνα. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας. Εκδόσεις Ελληνικής Αντικαρκινικής εταιρείας, Αθήνα 1997.*
55. **Ρηγάτος Γ.,** *Ψυχολογικοί και κοινωνικοί συντελεστές στον καρκίνο του μαστού, Ογκολογική ενημέρωση, Τόμος 2^{ος}, Τεύχος 3^ο, Ιούλιος - Σεπτέμβριος, 2000, σελ. 186-188.*

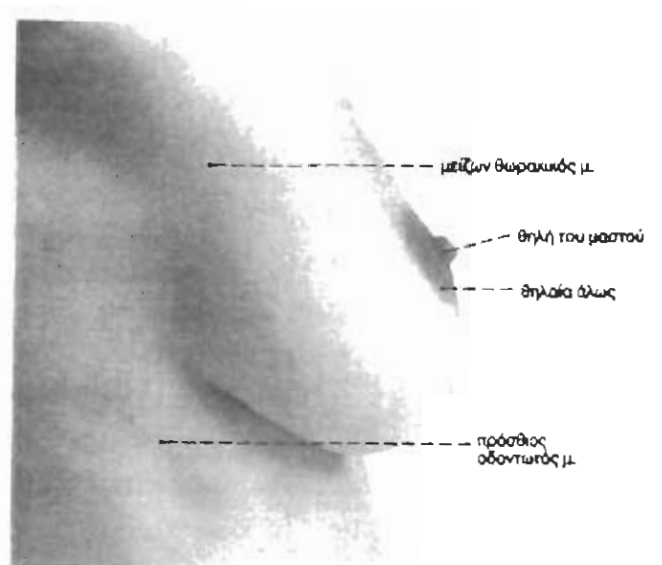
56. **Πατηράκη - Κουρμπάνη Ε.**, *Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, ποιότητα ζωής*. Πρακτικά επιστημονικής Ημερίδας Ελληνικής Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής ογκολογίας, εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα, 1991.
57. **Κούκουρας Δ.**, *Ο χρόνιος πόνος του καρκινοπαθούς και η θεραπεία του*, Πάτρα, 1990, σελ. 9-12.
58. **Ρηγάτος Γ.**, *Εγκόλπιο Ογκολογίας*, εκδόσεις Ascent, 1999, σελ. 42-50.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Εικ. 784 Μαστός: από εμπρός.



Εικ. 785 Μαστός: από πλάγια (δεξ.).

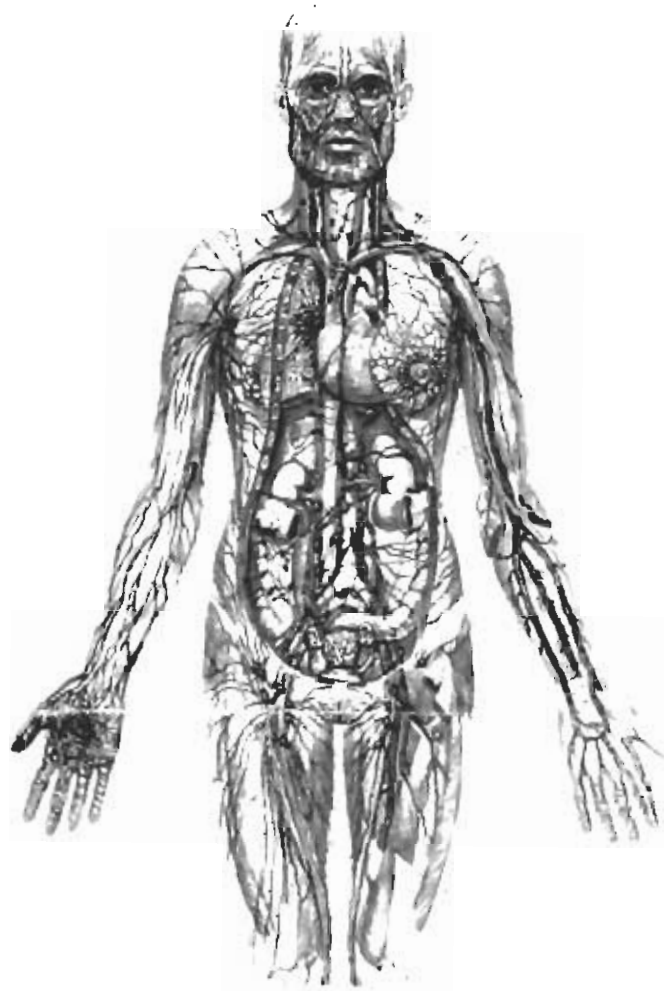
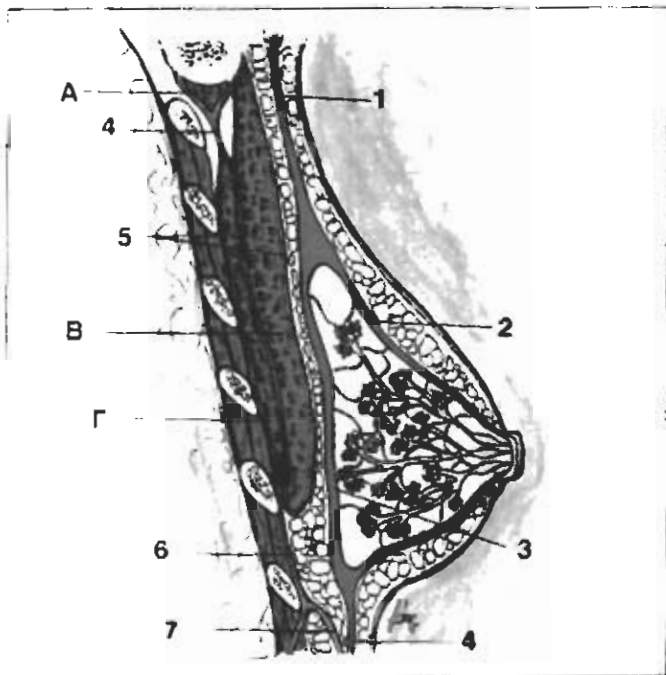
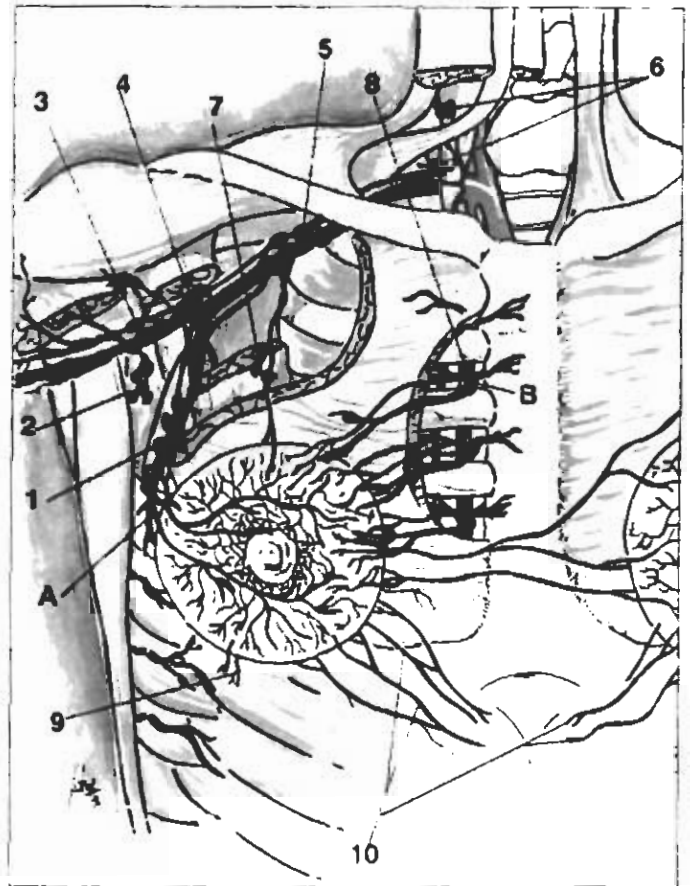


Fig. 1. Anterior view of the human muscular system.



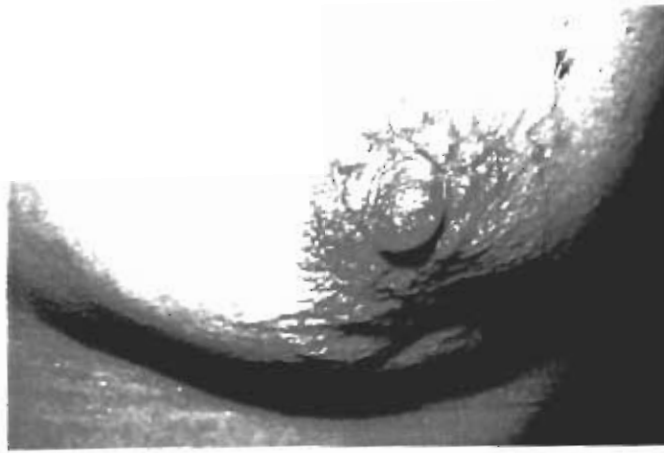
Σχήμα 4. Οι περιτονίες του θώρακα. 1. Επιτολής η υποφρενική περιτόνια. 2. Επιτολής πέταλο της υποφρενικής περιτονίας. 3. Εν το βύθω πέταλο της υποφρενικής περιτονίας. 4. Κλειδοθωρακική περιτόνια. 5. Εν το βύθω η θωρακική περιτόνια. 6. Κρανιοσπληνικός συνδέσμος της μασχάλης. 7. Μασχαλιαία περιτόνια. Α. Υποκλειδίος υψός. Β. Μειζόν θώρακος υψός. Γ. Ελάσιον θωρακικός υψός.



Σχήμα 5. Η λεμφική αποχέτευση του μαστού και οι χείρες αόθριες. 1. Θωρακικοί λεμφαδένες (προσθίοι). 2. Υποκλαπικοί λεμφαδένες. 3. Λεμφαδένες έξω ομώδας. 4. Κεντροικοί λεμφαδένες. 5. Κορυμφαίοι λεμφαδένες. 6. Υπερκλειδικοί λεμφαδένες. 7. Λεμφαδένες του Rotter. 8. Εσω μαστιχοί θωρακικοί λεμφαδένες. 9. Λεμφική οδός προς τους μεσοπλευριούς λεμφαδένες. 10. Λεμφική οδός προς τους διαφραγματικούς λεμφαδένες. Α. Πλάγια θωρακική αρτηρία. Β. Εσω μαστιχη (θωρακική) αρτηρία.



Fig. 2. Eye signs (white to teeth) and (stippled) dentures with (white) teeth (white) and (stippled) dentures (white) and (stippled) dentures (white).



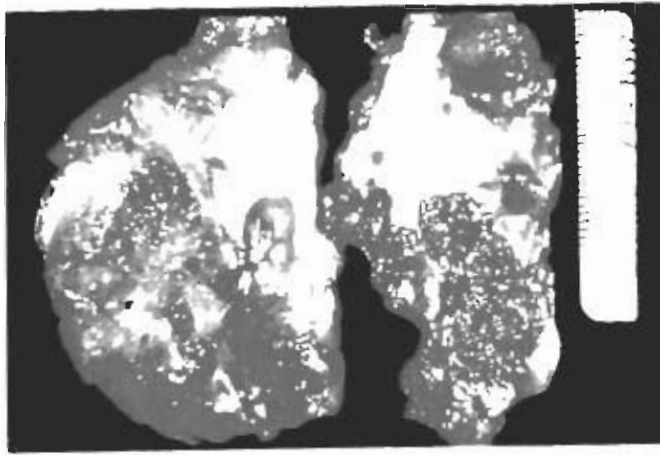
Εικ. 19. Εισόκλη δερμάτος στο επιφανειακά εντολιζόμενο σκίρρο καρκίνο.



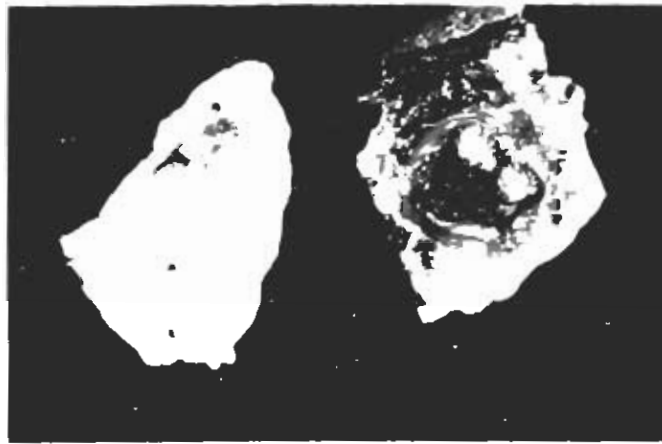
Εικ. 20. Παχύνση του δερμάτος και θψη δικην φλοιού πορτοζαίλου φλεγμονώδης καρκίνος.



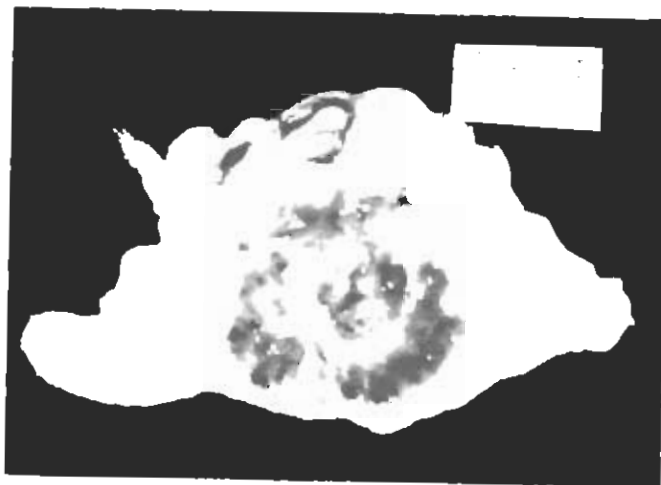
Εικ. 4. Μετά από το πέρας της θεραπείας, διακρίνεται το αποτέλεσμα της απομάκρυνσης του λεμφοιδήματος και η χαλαρότητα του δέρματος του βραχίονος και του αντιβραχίου.



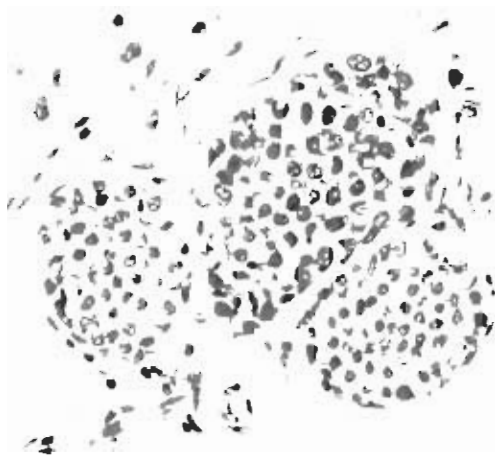
Εικ. 43. Μακροσκοπική εικόνα αποχρινικού καρκινώματος του μαστού.



Εικ. 40. Μακροσκοπική απεικόνιση διηθητικού θηλώδους καρκινώματος.



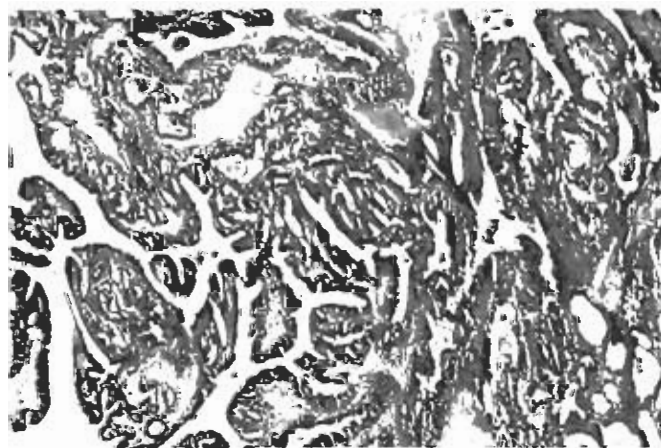
Εικ. 42. Μακροσκοπική απεικόνιση μυελοειδούς καρκινώματος.



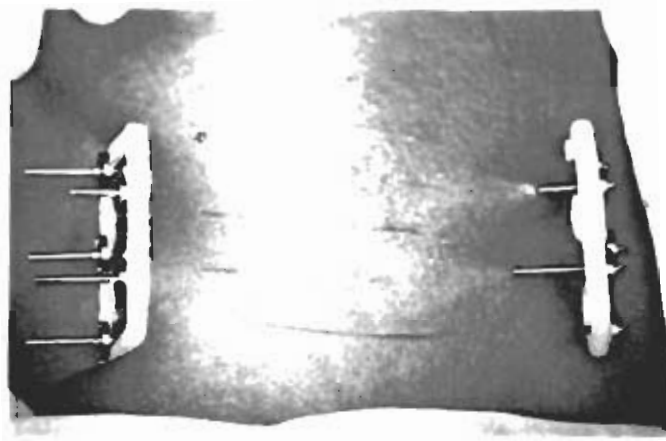
Εικ. 34. Ιστολογική εικόνα από λοβιακό μη διηθητικό καρκίνωμα.



Εικ. 33. Ιστολογική εικόνα από θηλώδες μη διηθητικό καρκίνωμα.



Εικ. 39. Ιστολογική εικόνα διηθητικού θηλώδους καρκινώματος.



Εικ. 1. Συμπληρωματική χορήγηση ακτινοθεραπείας (booster dose) με βραχυθεραπεία. Υποδοχείς σε γεωμετρική διατάξη σε δύο επίπεδα με ίσες μεταξύ τους αποστάσεις.



Fig. 15. Ενδοκλή θήλης δεξιού ματιού στο ακροκάνθα. Δεν ανταποδίδει τίποτα υπό την πίεση



Fig. 16. Αποκλιση της θήλης του ακροκάνθα στο δεξιό μάτι. Η θήλη ανταποδίδει υπό την πίεση. Το μάτι είναι ήπια διογκωμένο



Fig. 31. Η θήλη ανταποδίδει υπό την πίεση

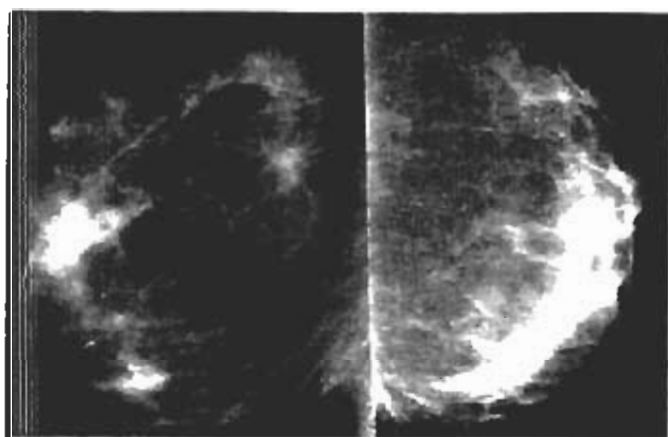


Fig. 5. Κλινικός μη φρακτός μεγθός ακροκάνθος του ματιού

Fig. 5a. Μυϊκό σπασμα (Κομμοτόντσια δε Γουαρ). Στα δεξιά 2 υποπίεζ πιεζόμετρο στο μάθος. Κίτρινο τυπικό σημείο ακροκάνθου



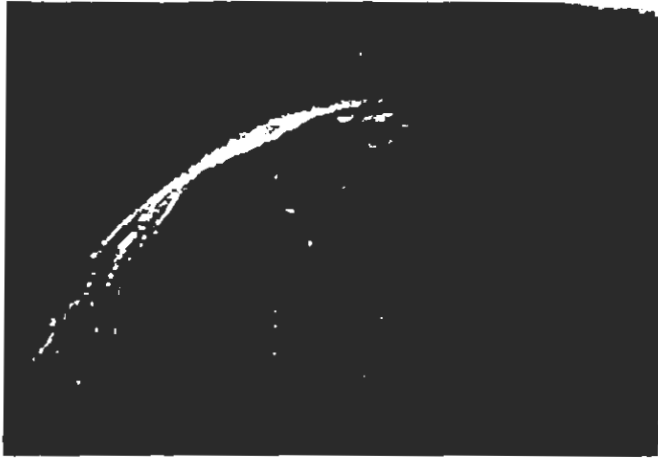
Fig. 2. Λιπώδη με το χρομίζο αποτέλεσμα φθάνει η θέση της τσίχλας



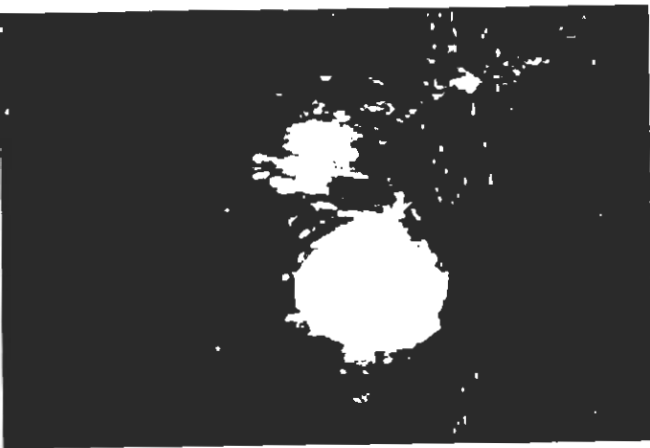
Fig. 12a. Επέχος του θρόνου ματιού και θήλη. Η θήλη ανταποδίδει υπό την πίεση του ακροκάνθα και καθίζηση του ακροκάνθα του ματιού λόγω ακροκάνθου δεξιού



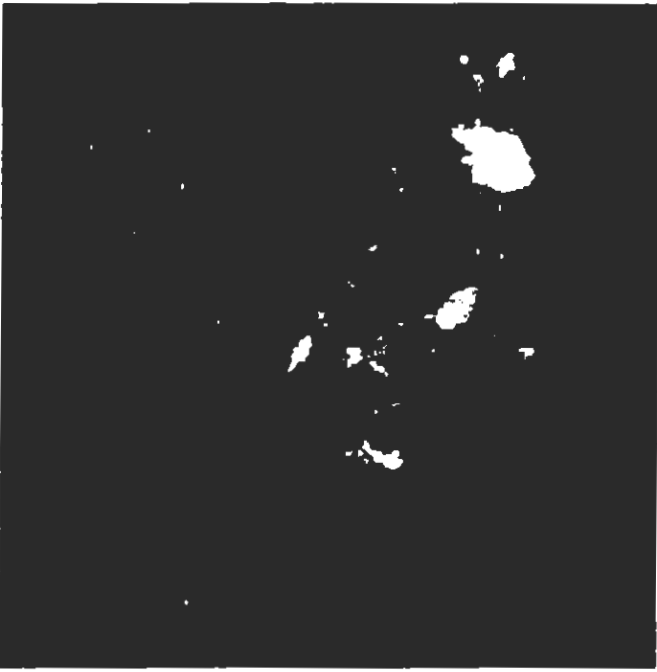
Εικ. 3β. Ιστολογική τομή του εν λόγω καρκινώματος. Διακρίνεται η πλήρωση του αυλού του ποφού από ασήκ- στοποιημένο νεκρωτικό υλικό.



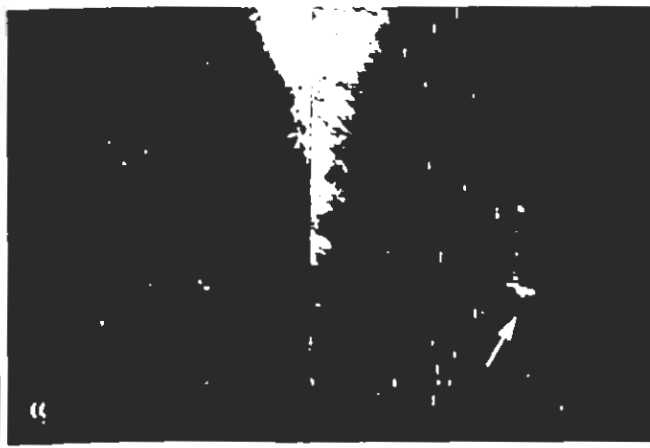
Εικ. 4. Πολλαπλές σχεδόν όλες μικροκροτοτινωδείς σε μέγε- λημάζαι φείλουσινες οι καρκίνοι του μαστού (έγκριση/χημεία)



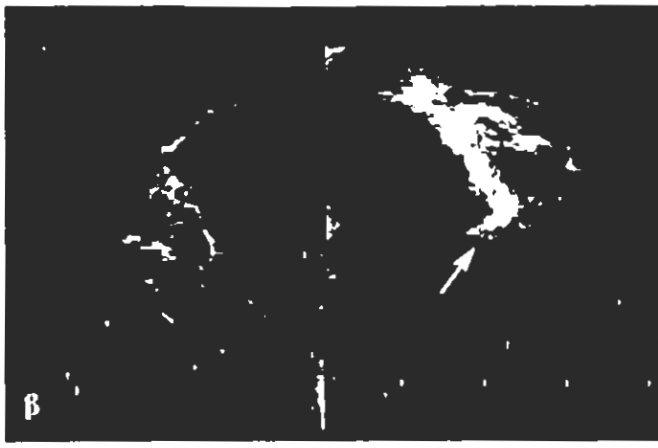
Εικ. 5β. Οξωδης σκίαση με κατά τοπους ανομοια όρια Ιστολ.: Μυελουιδης καρκίνος.



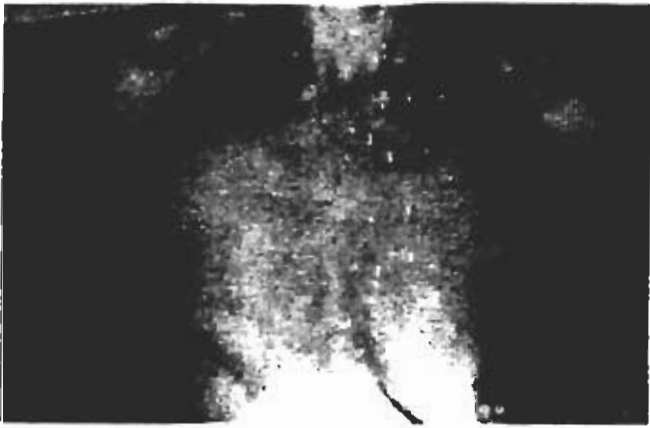
Εικ. 4. Πολλαπλές ιστιες οξωδους σκίασης με ανομοια όρια, δοκιωδου παρρηφη και ιστιουιδεις προσεφβολεις. Ιστολ.: Πολυεστιακος ποφωμνης διηθητικος καρκίνος (σκιωφως)



Εικ. 9. Ασυμμετρη σκίαση που διαπιστώνεται ανεξφρτικα στον αριστεφφ μαστο. Σταθεφφ εφρημα και στις δυο πεφφ- λές α) λωξη β) κερφάλοφφμα



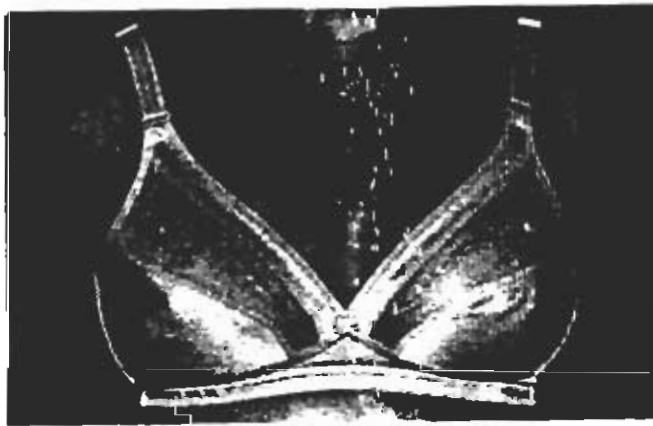
Ιστολ.: Ποφωμνες διηθητικο αδινωκαρκίνωμα μη ειδικου τυπου, μεγιστης διαμετρου 0,8 cm



Εικ. 9α. Τροποποιημένη φιλική προστασία σε κοιλική περιοχή κεντρικά



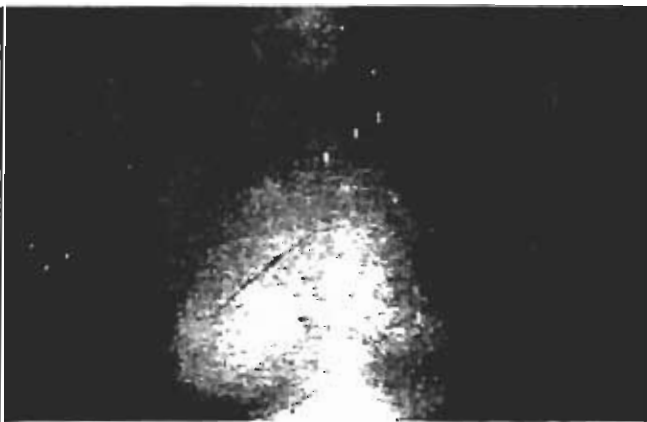
Εικ. 10α. Τροποποιημένη φιλική προστασία με ελαστικό κολλητικό σφραγιστικό υλικό



Εικ. 11α. Μη τενωστικό υλικό είναι σημαντικό να διαζευγεί ζώνες του λαιμού και το στήθος



Εικ. 12α. Τροποποιημένη φιλική προστασία με κολλητικό υλικό με υψηλή αδιαπέραση στην φασματική ζώνη υπεριώδους ακτινοβολίας



Εικ. 13α. Αποτέλεσμα της εφαρμογής φιλικής προστασίας στην περιοχή του λαιμού και του στήθους. Η φιλική προστασία είναι σημαντική για την προστασία του δέρματος από την υπεριώδη ακτινοβολία. Η φιλική προστασία είναι σημαντική για την προστασία του δέρματος από την υπεριώδη ακτινοβολία. Η φιλική προστασία είναι σημαντική για την προστασία του δέρματος από την υπεριώδη ακτινοβολία.