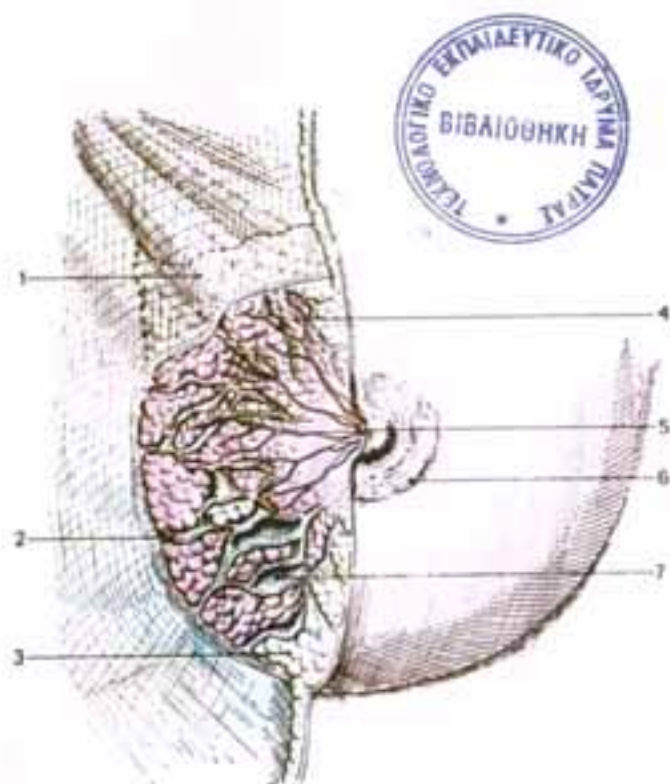


ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

Dr ΜΑΧΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2004

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	6608
----------------------	------



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΜΕΡΟΣ Α - ΓΕΝΙΚΟ

- ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

- ΜΑΣΤΟΣ
- ΑΝΑΤΟΜΙΑ
- ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ
- ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΜΑΣΤΟΥ
- ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΜΑΣΤΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

- ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ
- ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ
- ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ
- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
- ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΕΩΣ ΚΑΡΚΙΝΟΓΟΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

- ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ
 1. ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ
 2. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ
 3. ΨΗΛΑΦΗΣΗ
- ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

- ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ
 1. ΚΑΤΑ T.N.M.
 2. ΚΤΑ GRADES
- ΔΙΑΓΝΩΣΗ
 1. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ - ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ - ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΣ
 2. ΑΝΑΛΥΣΗ DNA - ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΤΡΙΑ
 3. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

- ΘΕΡΑΠΕΙΑ
 1. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
 2. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
 3. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
 4. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
 5. ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ
 6. ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
- ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

- ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ
- ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ
 - ΠΡΟΓΝΩΣΗ

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ - ΕΙΔΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

- ΕΙΣΑΓΩΓΗ
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

- ΠΡΟΛΗΨΗ
 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ
 2. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ
 3. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

- ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
 1. ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ
 2. Ο ΠΟΝΟΣ
 3. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
 4. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
 5. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΣΗΣ
 6. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

- ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
 1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
 2. ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΟΣ ΜΑΣΤΟΣ
 3. ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΜΑΣΤΟΥ
 4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
 5. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

- ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ
 1. ΠΡΩΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ
 2. ΕΝΔΙΑΜΕΣΟ ΣΤΑΔΙΟ
 3. ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:**
 - ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ
 - ΕΠΙΛΟΓΟΣ
 - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη δεύτερη μορφή καρκίνου για το γυναικείο πληθυσμό , με πρώτη τον καρκίνο του πνεύμονα .Αποτελεί το 30% των καρκίνων του γυναικείου πληθυσμού

Ο συστηματικός προληπτικός έλεγχος του γυναικείου πληθυσμού, μπορεί να διαγνώσει έγκαιρα την κακοήθεια , με αποτέλεσμα η πενταετής επιβίωση να ξεπερνάει το 90% .Ο Σ.Π.Ε. περιλαμβάνει τη φυσική εξέταση , τη μαστογραφία , και την αυτοεξέταση μαστού .Γίνεται μετά τα 35 - 40 χρόνια της γυναίκας αν δεν υπάρχει λόγος να γίνει νωρίτερα .Είναι πολύ σημαντικό ,επομένως να γίνεται ενημέρωση σε μεγάλες μάζες του πληθυσμού , ώστε να εφαρμόζεται ο Σ.Π.Ε. από ολόκληρο το γυναικείο πληθυσμό ,γιατί όσο πιο έγκαιρη είναι η διάγνωση τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση και η θεραπεία πιο αποτελεσματική .Ο καρκίνος του μαστού , λοιπόν , ανήκει στις περιπτώσεις , που μπορούμε να μιλήσουμε ,εφόσον έχουμε έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση ,για ίαση του συντριπτικού ποσοστού του .

Βασικό όπλο στη μάχη κατά του καρκίνου του μαστού είναι η ενημέρωση ,η οποία επιτυγχάνεται με την πρωτογενή πρόληψη .Βασική είναι η συμβολή των επαγγελματιών υγείας ,πολύ δε περισσότερο για τους νοσηλευτές που έρχονται καθημερινά σε επαφή με μεγάλα μέρη του πληθυσμού κι έχουν την ευχέρεια να επικοινωνούν μαζί τους για θέματα υγείας .

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πλέον μελετημένος σε σχέση με τις ψυχολογικές του επιπτώσεις , όχι μόνο γιατί είναι ο πλέον συχνός καρκίνος στις γυναίκες αλλά και γιατί προσβάλλεται ένα όργανο που είναι συνυφασμένο με τη γυναικεία θηλυκότητα και σεξουαλικότητα . Επιπρόσθετα ,αν και δευτερεύον , χαρακτηριστικό του φύλου , είναι ορατός και διαχωρίζει καθαρά τους άνδρες απ'τις γυναίκες να έχει συχνά πιο μεγάλη σημασία από τα πρωτεύοντα γεννητικά όργανα .

Ο ψυχολογικός αντίκτυπος από αυτή καθαυτή τη νόσο , από την απώλεια του μαστού και από τη διαταραχή των σχέσεων είναι σημαντικός αν και πρόσφατες μελέτες τείνουν να αναθεωρήσουν τον πρωταρχικό ρόλο της απώλειας του μαστού στην ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Συγκεκριμένα δεν βρέθηκαν διαφορές στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή και στην ποιότητα ζωής ,ανάμεσα σε γυναίκες με καρκίνο μαστού που αντιμετώπιστηκαν με μαστεκτομή και σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπείες διατήρησης μαστού . Μάλιστα , για τις γυναίκες που επιλέγουν

την αποκατάσταση μαστού οι Reed και Jacobsen (1998) πιστεύουν ότι η επιθυμία αυτή των γυναικών αποτελεί ένδειξη ψυχικής υγείας και οδηγεί σε βελτίωση της ψυχολογικής προσαρμογής .

Δείκτες πτωχής προσαρμογής είναι επιπρόσθετα ταυτόχρονα νοσήματα ή στρεσογόνες καταστάσεις , προσδοκία ελλιπούς υποστήριξης από τους άλλους και μια τάση να εκλαμβάνουν τα γεγονότα της ζωής ως μη ελεγχόμενα από αυτές . Η ψυχολογική προσαρμογή εξαρτάται επίσης απο την αντίδραση για την γυναίκα προσώπων .

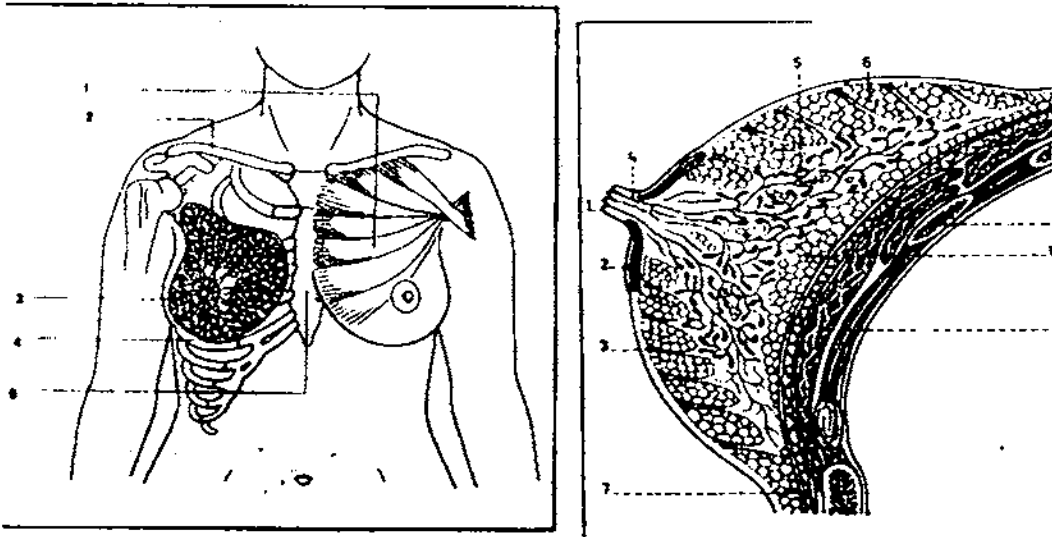
Παρακάτω , θα αναλύσουμε τα γενικά στοιχεία της νόσου ,τη νοσηλευτική παρέμβαση καθώς και την ψυχολογική υποστήριξη .

ΜΕΡΟΣ Α - ΓΕΝΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΜΑΣΤΟΣ

Ο μαστός αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα για την κατάταξη του ανθρώπου στην τάξη των θηλαστικών . Στον άνδρα εκτός από λίγες εξαιρέσεις παραμένει ανενεργής , ενώ στη γυναίκα υπόκειται σε πλήθος λειτουργικών και μορφολογικών μεταβολών , που σχετίζονται με την εμμηνόρρυσια , την εγκυμοσύνη και την εμμηνόπαυση . Ο δυναμικός αυτός ρόλος του έχει σαν συνέπεια πλήθος δυσλειτουργικών και κλινικών εκδηλώσεων , που καθιστούν τα νοσήματα του μαστού συχνά κλινικά προβλήματα .



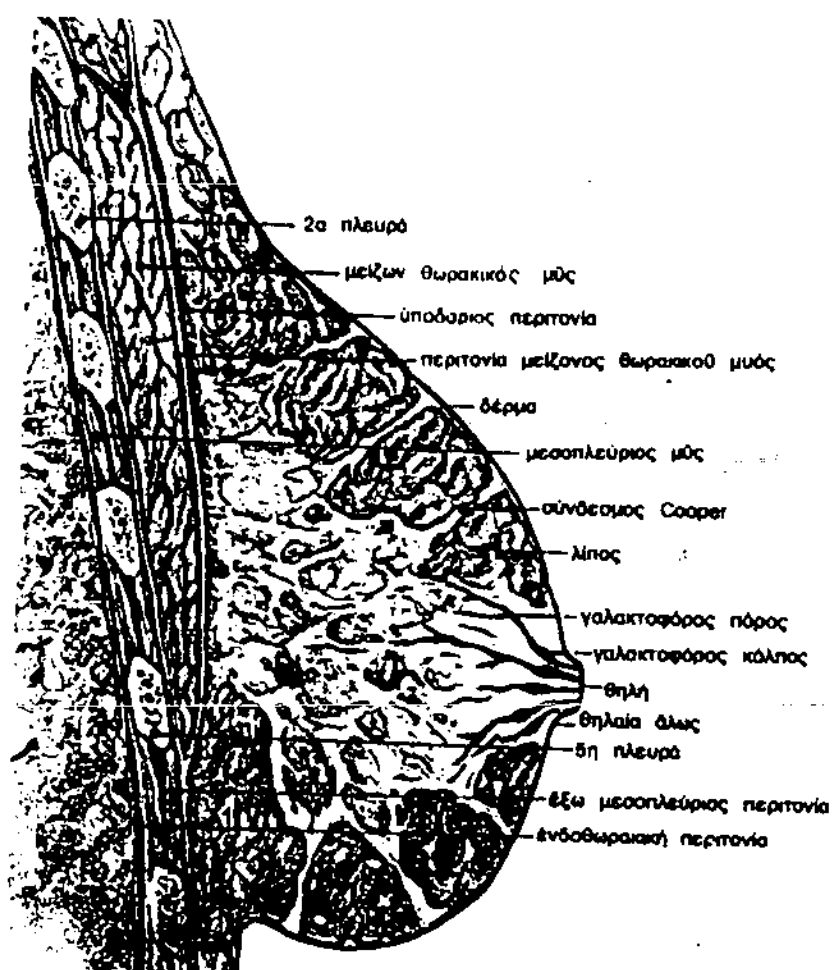
ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ο μαστός βρίσκεται στην υποδόριο περιτονία της πρόσθιας επιφάνειας του θώρακα , μεταξύ του πλάγιου χείλους του στέρνου και της πρόσθιας μασχαλιαίας γραμμής , από το 2ο έως το 6ο - 7ο μεσοπλεύριο διάστημα . Το σχήμα του είναι κωνικό ή ημισφαιρικό ενώ στο άνω έξω τεταρτημόριο υπάρχει προσεκβολή προς την μασχαλιαία κοιλότητα γνωστή ως *ουρά του Spence* . 2

Διακρίνονται μια πρόσθια και μια οπίσθια επιφάνεια στο μαστό , καθώς και η περιφέρεια . Η πρόσθια επιφάνεια φέρει τη *θηλή* και τη *θηλαία άλω* . Στην κορυφή της θηλής εκβάλλουν 10-15 στόμια , οι *γαλακτοφόροι πόροι* . Στη θηλαία άλω παρατηρούνται 10-15 μικρά επάρματα γνωστά ως *αδένες του Montgomery* . Η οπίσθια επιφάνεια του μαστού έρχεται σε επαφή με την περιτονία του μείζωνος θωρακικού μυός.

Ο μαστός αποτελείται από έξω προς τα μέσα απο το δέρμα , το περιμαστικό λίπος και το μαζικό αδέν . Ο μαζικός αδένς διαιρείται σε 15 - 20 λοβούς από ινώδεις δεσμίδες (*σύνδεσμος του Cooper*) . Οι λοβοί αυτοί διατάσσονται ακτινοειδώς γύρω από τη θηλή και από τη θηλαία άλω . Κάθε λοβός έχει το δικό του γαλακτοφόρο πόρο , που αφού έχει σχηματίσει κάτω από τη θηλή ένα ανεύρυσμα , το γαλακτοφόρο κόλπο , εκβάλλει από το δικό του στόμιο στη θηλή . Οι γαλακτοφόροι πόροι μέσα στο λοβό διακλαδίζονται σε μικρότερους πόρους , καθένας από τους οποίους καταλήγει σε μια *αδενοκυψέλη* . 3

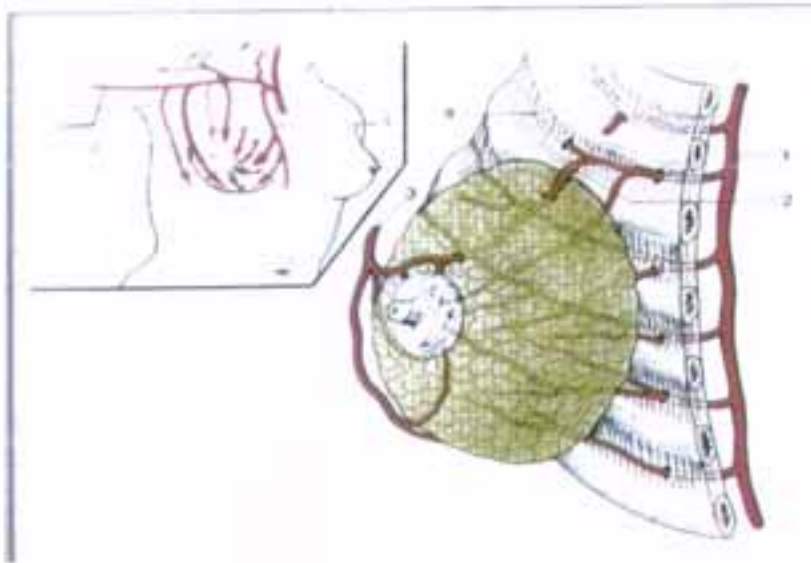
Το στρώμα κάθε λοβού αποτελείται από το μεσολόβιο συνδετικό ιστό , που είναι στηρικτικός , βρίσκεται ανάμεσα στις διακλαδώσεις των πόρων και έχει διαφόρου βαθμού περιεκτικότητα σε λιποκύτταρα και το ενδοφλέβιο στρώμα που αποτελεί το υπόστρωμα του αδενικού ιστού .



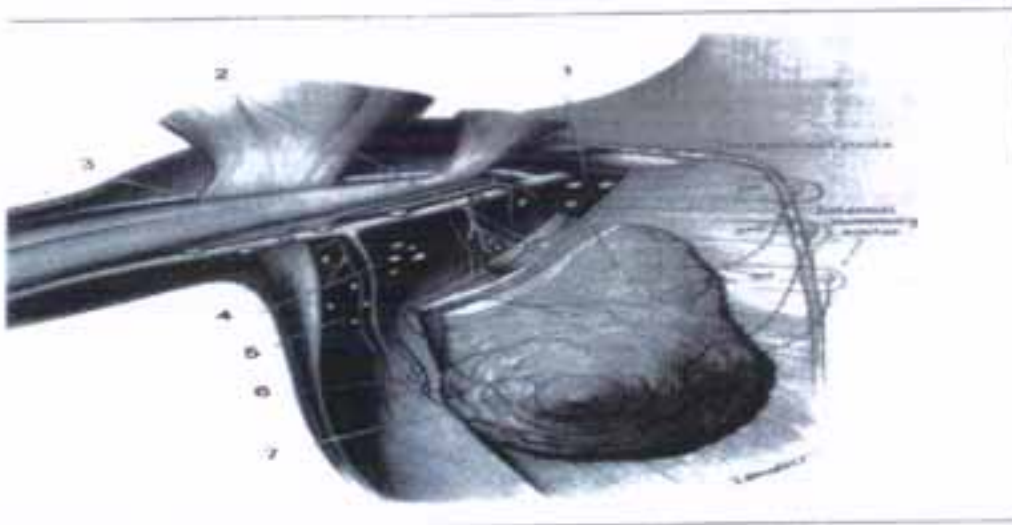
Εικ. 257. Μαστός.

Τα νεύρα του μαστού προέρχονται από τους έξω μαστικούς κλάδους των 2 - 6 μεσοπλευρίων νεύρων, τους έσω μαστικούς κλάδους των 2 - 4 μεσοπλευρίων νεύρων κι από τα συμπαθητικά δίκτυα στο δέρμα, τη θηλή, τη θηλαία άλω και το πάρεγμα.

Οι αρτηρίες του μαστού προέρχονται από την έξω μαστική αρτηρία που είναι κλάδος της πλάγιας θωρακικής, την έσω μαστική, τις μεσοπλευρίες αρτηρίες και κλάδους από τη μασχαλιαία αρτηρία. Οι φλέβες του δέρματος του μαστού σχηματίζουν γύρω απ' τη θηλή δίκτυο, που εκβάλλει στη μασχαλιαία και έσω μαστικό φλέβα.



Τα λεμφαγγεία του μαστού αποτελούν ιδιαίτερο ανατομολειτουργικό σχηματισμό, με σημαντική κλινική σημασία, λόγω των όγκων που εμφανίζονται στο μαστό. Τα λεμφαγγεία προέρχονται από ένα εν τω βάθει δίκτυο που σχηματίζεται γύρω από τις αδενοκυψέλες του μαστικού αδένος και από ένα υποδόριο δίκτυο. Τα δύο δίκτυα επικοινωνούν μεταξύ τους. Το 75% των λεμφογαγγλίων απάγουν τη λέμφο στα μασχαλιαία λεμφογάγγλια, ενώ το υπόλοιπο 25%, που βρίσκονται στην έσω επιφάνεια του μαστού, διοχετεύουν τη λέμφο στα στερνικά λεμφογάγγλια κατά μήκος των έσω μαστικών αγγείων. Αξιοσημείωτο είναι δε ότι τα λεμφογάγγλια του ενός μαστού αναστομώνονται με αυτά του άλλου. Σ' αυτή την αναστόμωση οφείλονται οι μεταστάσεις του μαστού και στο δεύτερο μαστό. 4



ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Οι μαστικοί αδένες αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από ορμονικό έλεγχο, είναι δηλαδή ένα ορμονοεξαρτώμενο όργανο.

Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού ανήκουν ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι ωθήκες, ο θυροειδής αδένας, τα επινεφρίδια, ο πλακούντας και το νευρικό σύστημα.

Αυτή η ορμονοεξάρτηση του μαστικού αδένος δεν περιορίζεται μόνο στα επιθήλια του αδενικού ιστού, επεκτείνεται και στο συνδετικό ιστό, που αποτελεί το ερείστικο υπόστρωμα του μαστού και ιδιαίτερα στους μεγάλους ιστούς, που βρίσκονται γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους.⁵

Η ανάπτυξη και η παραγωγή του γάλακτος, εξαρτώνται από την ύπαρξη γεννητικών και άλλων ορμονών. Στενότερη σχέση με το μαστό έχουν κι οι ορμόνες της υπόφυσης και κυρίως η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη.

Η προλακτίνη αποτελεί ορμόνη που παράγεται στην αδενουπόφυση. Η δράση της στο μαστικό αδένος είναι διττή. Ο μαστός που αποτελεί όργανο στόχο της προλακτίνης, δεν ασκεί παλίνδρομη αλληλορύθμιση στην υπόφυση. Φαίνεται όμως πως η αυξημένη έκκριση της προλακτίνης, οδηγεί σε αύξηση της έκλυσης της ντοπαμίνης στον υποθάλαμο. Υπάρχει δηλαδή ένα είδος βραχείας παλίνδρομης αλληλορύθμισης.⁴

Η προλακτίνη μαζί με τις οιστρογόνες ορμόνες, την προγεστερόνη, τα κορτικοειδή, την ινσουλίνη και την ωκυτοκίνη προετοιμάζει τους μαστούς για το θηλασμό, γι' αυτό τα επίπεδά της στην εγκυμοσύνη είναι υψηλά. Δεν είναι όμως δυνατό να προκαλέσουν την έκκριση γάλακτος, γιατί είναι επίσης αυξημένα τα επίπεδα των οιστρογόνων ορμονών μετά τον τοκετό. Όταν αυτά πέσουν ελευθερώνεται η δράση της προλακτίνης.

Αλλά και χωρίς εγκυμοσύνη εκκρίνεται προλακτίνη σε μικρή ποσότητα, που γίνεται μεγαλύτερη γύρω στην 2η - 4η πρωινή ώρα. Η αιχμή αυτή φαίνεται πως έχει σχέση με τη φάση του ύπνου.

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

ελέγχει τη σύνθεση των πρωτεΐνων του γάλακτος . 5

Η ωκυτοκίνη είναι ορμόνη που παράγεται από τον παρακοιλιακό πυρήνα του υποθαλάμου και εκκρίνεται από τη νευροπόφυση . Η δράση της εντοπίζεται στη μήτρα και στο μαστικό αδένα . Στη μήτρα οδηγεί στη σύσπασή της με αποτέλεσμα την εξώθηση του εμβρύου κατα τον τοκετό ενώ στο μαστικό αδένα αποτελεί τη βασική ορμόνη του αντανεκλαστικού του θηλασμού , κατά το οποίο έχουμε παραγωγή της ωκυτοκίνης μετά από τον τοκετό , συνηθέστερα δε μετά την επαφή των χειλέων του νεογνού με τη θηλή .

Σαν αποτέλεσμα της παραγωγής ωκυτοκίνης έχουμε τη σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων των αδενοκυψελών ,την εξώθηση του γάλακτος προς τους γαλακτοφόρους πόρους και την έναρξη του θηλασμού. Τις πρώτες 2 - 3 ημέρες παράγεται το πύαρ ή πρωτόγαλα . Έπειτα αρχίζει η παραγωγή του γάλακτος που ρυθμίζεται από τη προλακτίνη . 4

ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

ΙΝΑΔΕΝΩΜΑ

Αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία εμφάνισης ογκιδίου στους μαστούς μέχρι την ηλικία των 30 ετών . Αφορά το 7 - 12 % των περιπτώσεων που προσέρχονται στα κέντρα μαστού για περαιτέρω έλεγχο . Παλαιότερα πίστευαν ότι πρόκειται για καλοήθες νεόπλασμα γι'αυτό κατατάσσεται στην κατηγορία αυτή . Πρόσφατες όμως μελέτες έδειξαν , ότι δεν πρόκειται για αληθή νεοπλάσματα , αλλά για αποκλίσεις της φυσιολογικής ανάπτυξης κι υποστροφής του μαζικού αδένου .

Συνήθως πρόκειται για μονήρες μικρό ογκίδιο , με διάμετρο 1-3 c.m. που σπάνια μπορεί να φθάσει τα 5 c.m. Στο 15% των περιπτώσεων παρατηρείται πολλαπλή εντόπιση στον ένα ή και στους δύο μαστούς . Συνήθως αποτελεί ανώδυνη διόγκωση που ανακαλύπτεται τυχαία κατά την ψηλάφηση του μαστού στην οποία δεν παρουσιάζεται ευαισθησία . Η διόγκωση αυτή είναι σκληρή και δεν εμφύεται προς το δέρμα ή προς τους θωρακικούς μύες . Κύριο χαρακτηριστικό στην ψηλάφηση είναι η μεγάλη κινητικότητα του ογκιδίου . Δίνει την αίσθηση στρογγυλού όγκου , σαφώς περιγεγραμμένου , που γλιστράει ανάμεσα στα δύο δάκτυλα του εξετάζοντος (ποντικός του μαστού) .

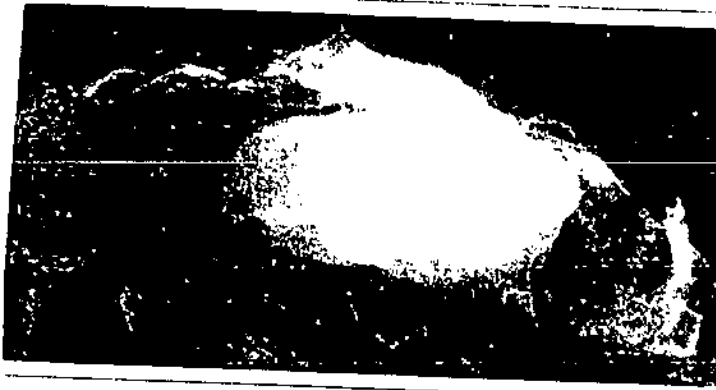
Το ιναδένωμα συνήθως μεγενθύνεται βραδέως , απαιτούνται περίπου 6 - 12 μήνες για το διπλασιασμό του . Συνήθως δε η αύξηση σταματάει όταν φθάσει στα 3 c.m. Το ιναδένωμα μπορεί να μεγαλώσει κατά την κύηση ή την γαλουχία , ενώ δεν είναι ασυνήθιστη η αυτόματη υποστροφή του . Γι'αυτό το λόγο καταρχήν ακολουθείται στάση αναμονής . Όταν κατά την περίοδο αυτή το ογκίδιο μεγαλώνει , καθώς και όταν υπάρχει η παραμικρή αμφιβολία για την ορθότητα της κλινικής διάγνωσης , συνίσταται η χειρουργική αφαίρεση του και η αποστολή του για ιστολογική εξέταση . 6



ΦΥΛΛΟΕΙΔΕΣ ΚΥΣΤΟΣΑΡΚΩΜΑ

Παρατηρείται σε γυναίκες ηλικίας άνω των 25 ετών, συχνότερα στη δεκαετία των 40 - 50 ετών και η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από την ταχύτατη ανάπτυξή του. Συνήθως παρουσιάζεται ως ογκώδης μάζα με μισή διάμετρο 10 - 15 c.m., που περιορίζεται στον ένα μαστό. Δε συμφύεται με το δέρμα, ούτε με τους θωρακικούς μύς. Λόγω του μεγάλου μεγέθους του, το υπερκείμενο δέρμα διατείνεται και λεπτύνεται, παρουσιάζει δε χαρακτηριστική διάταση των επιπολής φλεβών. Στην ψηλάφηση δίνει την εντύπωση μη ευαίσθητης διόγκωσης, με σκληρή σύσταση και ανώμαλα όρια. Σπάνια παρατηρείται και διόγκωση των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων.

Σε περίπτωση κακοήθους εξαλλαγής που παρατηρείται συνήθως στο 3 - 12 % των περιπτώσεων σπάνια δίνει μεταστάσεις κατά κανόνα αιματογενώς στους πνεύμονες και στα οστά. 6



Μαστογράφημα
Φιλλοειδές κυτταρικό όγκωμα

ΘΗΛΩΜΑ ΤΩΝ ΓΑΛΑΚΤΟΦΟΡΩΝ ΠΟΡΩΝ

Οφείλεται σε τοπική υπερπλασία και προσεκβολή του επιθηλίου από τους μεγάλους πόρους του μαστού και συνήθως βρίσκεται μέσα σε απόσταση 1 c.m. από τη θηλή . Πρόκειται για μικρό μισχωτό ή επίπεδο όγκο , που αποτελεί τη πιο συχνή αιτία για τη χαρακτηριστική ανώμαλη έκκριση αιματηρή χροιάς από τη θηλή . Αναπτύσσεται σε γυναίκες κάθε ηλικίας , συχνότερα όμως μετά το 40ο έτος .

Επειδή δεν ψηλαφάται η διαγνωστική προσπέλαση γίνεται με τους υπέρηχους , με τη μαστογραφία και με τη γαλακτοφορογραφία , όπου το θήλωμα εμφανίζεται ως έλλειμα . Επειδή στο 20 - 30 % των περιπτώσεων η αιματηρή έκκριση οφείλεται σε καρκίνο των πόρων , είναι απαραίτητη η χειρουργική αφαίρεση του πόρου που φέρει το θήλωμα μαζί με τον περιβάλλοντα μαζικό ιστό και η αποστολή του για ιστολογική εξέταση . 7

ΑΠΟ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟ ΙΣΤΟ

Στους όγκους αυτούς που είναι αρκετά σπάνιοι περιλαμβάνονται λιπώματα , αγγειώματα , λειομύωματα κ.τ.λ. Πιο συχνά είναι το λίπωμα που είναι μαλακής σύστασης , λοβωτό και στη μαστογραφία ακτινοδιαπερατό . Επειδή μπορεί να προκληθεί σύγχυση με το λιπώδη ιστό που συχνά περιβάλλει ένα μικρό σκίρο καρκίνο (ψευδολίπωμα) , είναι απαραίτητη η αφαίρεση και η ιστολογική εξέταση των λιπωμάτων του μαστού . 6

Κ Α Κ Ο Η Θ Η Ν Ε Ο Π Λ Α Σ Μ Α Τ Α

Τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού συνήθως είναι επιθηλιακά (αδενοκαρκινώματα) και σπανιότερα μη επιθηλιακά. Τα αδενοκαρκινώματα παρουσιάζουν ποικιλία προελεύσεως και ιστολογικής εικόνας, μπορεί να είναι αμιγή ή να συνδυάζονται μεταξύ τους.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των διήθητικών καρκινωμάτων του μαστού προ-έρχονται από το επιθήλιο των αδενοκυψελών και των μικρών πόρων. Επίσης είναι δυνατόν να αρχίζει από το επιθήλιο των αδενοκυψελών και να επεκτείνεται προς τους πόρους και το αντίθετο.

Τα καρκινοματώδη κύτταρα διατάσσονται σε συμπαγείς και αδενικούς σχηματισμούς, ανάλογα με το βαθμό της κακοήθειας τους. Το υπόστρωμα συνήθως εμφανίζει σκιρρώδη αντίδραση και ποικίλου βαθμού λεμφοκυτταρικές και πλασματοκυτταρικές διηθήσεις. 2

Κ Α Ρ Κ Ι Ν Ω Μ Α Γ Α Λ Α Κ Τ Ο Φ Ο Ρ Ω Ν Π Ο Ρ Ω Ν

Ονομάζεται και ενδοσωληνώδες καρκίνωμα. Απαντάται σε συχνότητα 80 % περίπου. Στην in situ μορφή του η διήθησή του δεν έχει περάσει τη βασική μεμβράνη, είναι πολυεστιακό και, πολύ σπάνια, συνοδεύεται από μεταστάσεις στους λεμφαδένες.

Στη διηθητική μορφή σε συχνότητα 90 % δεν έχει ειδικά χαρακτηριστικά μακροσκοπικά εξεταζόμενο. Αποτελεί συμπαγή, σκληρής σύστασης όγκο, δια-μέτρου 2 - 4 c.m. που όταν κοπεί έχει λευκότεφρη χροιά, με λευκές ή κιτρινωπές γραμμές και επεκτείνεται διηθητικά στο γειτονικό μαστικό αδένα. Όταν το κόβουμε έχουμε αίσθηση πως κόβουμε υλικό που έχει σύσταση άμμου. Η πρόγνωση του εξαρτάται από το βαθμό διαφοροποίησης. 3

ΜΥΕΛΟΕΙΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Είναι μακροκυστικός και μικροκυστικός περιγεγραμμένος όγκος . Τα καρκινοματώδη κύτταρα είναι πολύ μεγαλύτερα από εκείνα άλλου τύπου καρκινώματος , έχουν σαφή κυτταροπλασματικά όρια (συγκύττια) , διατάσσονται σε συνεχείς καρκινοματώδεις βλάστες , οι οποίες περιβάλλονται από πυκνές λεμφοκυτταρικές και πλασματοκυτταρικές αθροίσεις . Παρατηρούνται επίσης περιοχές νευρώσεως του όγκου , ενώ σπάνια στις περιπτώσεις γνήσιου μυελώδους καρκινώματος υπάρχει *in situ* καρκίνωμα . Συνήθως είναι καλής προγνώσεως . 2

ΛΟΒΙΔΙΑΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Αυτό απαντάται σε συχνότητα 5 % όλων των καρκίνων του μαστού , τις περισσότερες φορές είναι πολυεστιακό και αμφοτερόπλευρο και διηθεί περισσότερα αγγεία .

Στην *in situ* μορφή του αποτελεί τυχαίο εύρημα βιοψιών ινοκυστικής μαστοπάθειας και , πολλές φορές , συνυπάρχει με τη διηθητική του μορφή και με ενδοσωληνώδες καρκίνωμα .

Στη διηθητική του μορφή έχει μέγεθος 1-4 c.m., ασαφή όρια και ελαστική σύσταση . Επειδή είναι δυνατό να είναι αμφοτερόπλευρο , μετά τη μαστεκτομή συστήνεται στενή παρακολούθηση του εναπομείναντος μαστού . 5

ΒΛΕΝΝΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Απαντάται σε συχνότητα 2,5 % και αποτελεί μαλακό όγκο με σαφή όρια , που όταν κοπεί μοιάζει με ζελατίνα . 3

ΣΩΛΗΝΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Αυτό λέγεται και καλά διαφοροποιημένο καρκίνωμα , είναι σπάνιο και σε συχνότητα 80% συνδυάζεται με όλους τους άλλους ιστολογικούς τύπους . Εκδηλώνεται με τη μορφή όγκου και σπάνια προκαλεί μεταστάσεις .

ΑΔΕΝΟΚΥΣΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Είναι πολύ σπάνιος όγκος και οι χαρακτήρες του είναι παρόμοιοι με το αδενοκυστικό καρκίνωμα των σιελογόνων αδένων .Εντοπίζεται κυρίως κάτω ή κοντά στη θηλή και τα κύτταρα διατάσσονται σε μικρές κύστες , οι οποίες περιέχουν βλέννα . Η πρόγνωση είναι καλή . 3

ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Το αμιγές θηλώδες καρκίνωμα είναι σπάνιο και αναπτύσσεται από το επιθήλιο μεγάλων πόρων . Τα καρκινωματώδη κύτταρα σχηματίζουν θηλές χωρίς συνήθως αγγειοσυνδετικό άξονα , εμφανίζουν σχετική ομοιομορφία και λίγες πυρηνοκινησίες . Παρουσιάζει έκκριση από τη θηλή . 7

ΚΑΡΚΙΝΟΣΑΡΚΩΜΑ

Συνύπαρξη καρκινώματος και σαρκώματος , τα κύτταρα του οποίου είναι ατρακτοειδή . Πολλές φορές σε καρκίνωμα τα κύτταρα είναι ατρακτοειδή και η ύπαρξή τους δεν σημαίνει ότι το νεόπλασμα είναι καρκινοσάρκωμα . 7

ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΡΑΓΕΤ

Συνήθως συνοδεύει το πορογενές καρκίνωμα κι αντιπροσωπεύει διήθηση της επιδερμίδας της θηλής από καρκινοματώδη κύτταρα . Κλινικώς εμφανίζεται ως έκζεμα και είναι δυνατόν να επικαλύπτεται η θηλή από εφελκίδα . Η νόσος , μπορεί να συνοδεύεται ή όχι από ψηλαφητό όγκο .

Οι ως άνω τύποι αποτελούν αμιγείς μορφές . Σε ένα μεγάλο ποσοστό μπορεί να συνδυάζονται μορφές σε έναν όγκο . 7

ΜΗ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΙ ΟΓΚΟΙ

Το φυλλοειδές κυστοσάρκωμα μπορεί να παρουσιάζει κακοήθεις χαρακτήρες λιποσαρκώματος , ινোসαρκώματος , χονδροσαρκώματος .

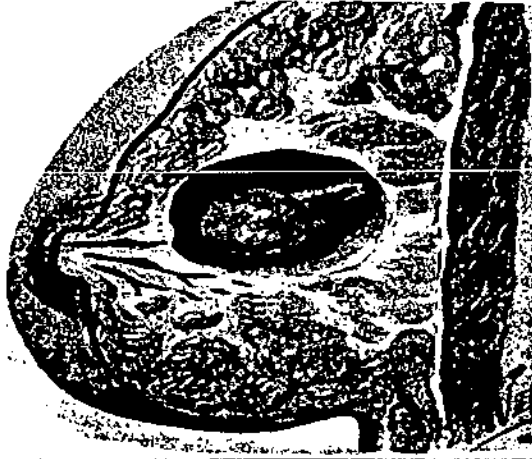
Έχουν περιγραφεί κι άλλοι σπάνιοι πρωπαθείς μη επιθηλιακοί κακοήθεις όγκοι , όπως λειομυοσαρκώματα , αγγειοσαρκώματα , ραβδομυοσαρκώματα . Σπανιότατα λεμφώματα ή νόσος του Hodgkin δίνουν αρχικά την εικόνα ενός όγκου στο μαστό , ενώ είναι δυνατόν να παρατηρηθούν μεταστάσεις στο μαστό κατά τη διάρκεια των ανωτέρω

νόσων . 2

ΑΠΟ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟ ΙΣΤΟ

Στους όγκους αυτούς που είναι εξαιρετικά σπάνιοι , περιλαμβάνονται τα ινοσαρκώματα , τα ραβδουσαρκώματα , τα αγγειοσαρκώματα , τα λεμφοσαρκώματα κ.τ.λ. Εκδηλώνονται κλινικά ως ταχέως αναπτυσσόμενοι όγκοι .

Μεθίστανται κυρίως αιματογενώς και δίνουν μεταστάσεις στον πνεύμονα και άλλα σπλάχνα . Η θεραπεία συνίσταται σε ριζική χειρουργική θεραπεία . Η ακτινοθεραπεία δεν προσφέρει καμία βοήθεια . 6



Ενδοαγγειακό θηλωμα

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2ο

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένα επιθηλίωμα που προέρχεται από τα κυλινδρικά κύτταρα των αδενωσωλήνων του μαζικού αδένου . Πρόκειται για ένα όγκο μικρού μεγέθους στην αρχή , με ασαφή όρια σχετικά καθηλωμένο στο θωρακικό τοίχωμα , που συμφύεται με το περιβάλλον δέρμα .

Αποτελεί τη συχνότερη κακοήθεια και τη συνηθέστερη αιτία θανάτου στις γυναίκες .Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να θεραπευτεί , αν διαγνωστεί έγκαιρα και ακολουθηθεί η κατάλληλη θεραπεία . Η έγκαιρη ανίχνευση είναι το κλειδί της επιτυχημένης θεραπείας και επιτυγχάνεται με τη διαφώτιση των γυναικών για αυτοεξέταση των μαστών .

Η θεραπεία είναι κυρίως χειρουργική που συμπληρώνεται με χημειοθεραπεία , ορμονοθεραπεία , ακτινοθεραπεία , ωθηκεκτομή . Σκοπός της θεραπείας εκτός από την αποκατάσταση είναι και η πρόληψη μεταστάσεων . Ο καρκίνος του μαστού ως κακοήθης όγκος μεθίσταται σε διάφορα όργανα . Αιματογενώς στους πνεύμονες , το ήπαρ και τα οστά . Λεμφογενώς στους επιχώριους λεμφαδένες και κατά συνέχεια ιστού στο περιβάλλον δέρμα και τους υποκείμενους μύες .

Η συνηθέστερη εντόπιση του είναι στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού ενώ η συχνότερη θεραπεία είναι η μαστεκτομή . Πολλές φορές κρίνεται σκόπιμη η ταυτόχρονη , με τη μαστεκτομή , πλαστική αποκατάσταση , για καλύτερη αισθητική εμφάνιση της αρρώστου . 8,9

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο συνηθισμένη μορφή καρκίνου στις γυναίκες . Υπολογίζεται ότι εμφανίζεται κατά 30 % στους καρκίνους του γυναικείου πληθυσμού ενώ η συχνότητα στους άνδρες είναι μόλις 1 % .Πιο συγκεκριμένα :

Μια στις έντεκα γυναίκες θα εμφανίσει καρκίνο μαστού πριν την ηλικία των 75 ετών .

Ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συνηθισμένη αιτία θανατηφόρου καρκίνου .

Ένα ποσό των 2.521 πέθαναν στις Η.Π.Α. το 2.000 ¹⁰

Το ίδιο έτος διαγνώστηκε καρκίνος μαστού σε 11.314 γυναίκες και άνδρες στην Αυστραλία .

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου μαστού αυξάνεται παράλληλα με την ηλικία . Κατά 25% διαγνώστηκε καρκίνος μαστού σε γυναίκες ηλικίας μεταξύ 29 - 40 ετών , 48% μεταξύ 50 - 69 ετών και 27% σε γυναίκες άνω των 70 ετών το 2000 στην Ελλάδα .

Η συχνότητα καρκίνου μαστού στις γυναίκες αυξήθηκε από 9,5% το 1970 σε 12,5% το 2000 παγκοσμίως .

Από το 1990 έως το 2000 η θνησιμότητα καρκίνου του μαστού κυμαίνεται γενικά στο 2% του πληθυσμού στην Ελλάδα . ¹¹

Η πενταετή επιβίωση σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού κατά το διάστημα 1992 -7 ήταν 84% ενώ κατά το διάστημα 1982 -6 ήταν 73% .

Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία επισημαίνει ότι όλες οι γυναίκες από την ηλικία των 40 ετών και άνω πρέπει να κάνουν μαστογραφία κάθε χρόνο.

Συμβουλεύει επίσης τις γυναίκες να εξοικειωθούν με την εικόνα και την υφή των μαστών τους και να επισκέπτονται το γιατρό τους αμέσως όταν οποιαδήποτε σημάδια ή συμπτώματα εμφανιστούν . ¹²

Ακόμα η επιδημιολογία , όσον αφορά στα αρχικά συμπτώματα , τα οποία κατά 90% ανακαλύπτονται από την ίδια τη γυναίκα είναι

- | | |
|----------------------|------------------|
| 1) Ανώδυνη μάζα | 60% |
| 2) Επώδυνη μάζα | 11% |
| 3) Έκκριση θηλής | 9% |
| 4) Τοπικό οίδημα | 4% |
| 5) Εισολκή θηλής | 3% |
| 6) Ξεφλούδισμα θηλής | 2% |
| 7) Διάφορα άλλα | 5% ¹³ |

1. Δημογραφικοί

- α) φύλο
- β) ηλικία
- γ) φυλή

2. Γενετικοί

- α) Αν είχαν μητέρα ή αδελφή με Ca έχουν 2-3 φορές αυξημένο κίνδυνο
- β) Αύξησης κινδύνου εάν εμφανιστεί πριν την εμμηνόπαυση
- γ) Εάν είναι αμφοτερόπλευρη τότε 5 ή 9 φορές μεγαλύτερος
- δ) Τελευταία επισήμανσης το ένζυμο γλουταμινικής πυρουβικής τρανσαμινάσης {ιστογονίδιο}

3. Ορμονικοί :

πρώιμος έμμηνος ρήσης 10-12 χρόνων, εμμηνόπαυσης μετά 50 χρόνων τότε αύξησης 1,5, ανώμαλη περίοδος μικρή πιθανότητας προσβολής, ωοθηκεκτομή άμφω κάτω των 37 χρόνων μείωσης 3 φορές της προσβολής από τη νόσου, εγκυμοσύνη πριν τα 19 μείωσης 4 φορές , μετά τα 28 ελάχιστη προστασία , μετά τα 35 για 1, παιδί αύξησης κινδύνου 3 φορές μεγαλύτερος και από τις άτοκες, η γονιμότητα ασκεί ευνοϊκή επίδραση στην πορεία της νόσου , σε περίπτωση αναπύξεως Ca μαστού. (60% πολύτοκες, 46% άτοκες , 5ετής επιβίωση), θηλασμός μόνο ο παρατεταμένος μειώνει τον κίνδυνο, οιστρογόνα συζητήσιμος ο ρόλος τους, αντισυλληπτικά δεν έχει αποδειχτεί ότι σχετίζονται με Ca μαστού

Προηγούμενο ιστορικό :

- α) ινωκυστική μαστοπάθεια αύξησης 1,9 φορές
- β) βιοψία για καλοήγη πάθηση αύξησης 2-3 φορές
- γ) Ατυπία κυττάρων αύξησης 5,3 φορές
- δ) Ατυπία + οικογενειακό ιστορικό > 11 φορές

Περιβαλλοντικοί παράγοντες

- α) ψυχρά κλίματα > 1,5 φορές
- β) ανώτερα κοινωνικά στρώματα > 2 φορές
- γ) ψυχοπαθείς >
- δ) διαιτητικοί παράγοντες [παχυσαρκία , διαβήτης]
- ε) αλλά όργανα [Ca εντέρου, ωοθήκης κλ.] 14

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Από κλινικό-εργαστηριακή άποψη η φυσική ιστορία των περισσότερων κακοηθών νεοπλασιών μπορεί να διακριθεί σε τέσσερις φάσεις .

α) Φάση επαγωγής , που χαρακτηρίζεται από υπομικροσκοπικές βιοχημικές και κυτταρογενετικές εκτροπές .

β) Προδιηθητική φάση (ενδοεπιθηλιακή) , που χαρακτηρίζεται από μικροσκοπικές κυτταρικές διαταραχές .

γ) Διηθητική φάση , που χαρακτηρίζεται από ιστολογικά (παθολογοανατομικά) ευρύματα .

δ) Φάση διασποράς , που χαρακτηρίζεται από κλινικές εκδηλώσεις .

Η χρονική διάρκεια των τεσσάρων αυτών φάσεων ποικίλλει από νεοπλασία σε νεοπλασία και από άτομο σε άτομο . Από αιτιολογική άποψη , σημαντικότερη φάση είναι βέβαια η πρώτη που υποδιαιρείται στο στάδιο της ενάρξεως και στο στάδιο της ευοδώσεως . Το στάδιο ενάρξεως είναι το βασικό στάδιο της καρκινογένεσης , προσδιορίζεται από τη δράση ενός ή περισσοτέρων καρκινογόνων παραγόντων και υλοποιείται με την πραγματοποίηση μίας μη αναστρέψιμης νεοπλασματικής μεταμορφώσεως σε κάποιο σωματικό κύτταρο . Το στάδιο της ευοδώσεως προσδιορίζεται από τη επίδραση των ίδιων ή άλλων καρκινογόνων ή ακόμα και μη καρκινογόνων παραγόντων , που έχουν ως κοινό αποτέλεσμα τη συντήρηση , τη ανάπτυξη και τη διαφορική επιβίωση του κλώνου των καρκινογόνων κυττάρων . Είναι φανερό ότι η παρουσία καρκινογόνων παραγόντων είναι αναγκαία αλλά δεν είναι πάντα αρκετή για την πραγματοποίηση της καρκινογένεσης . Σε πολλές περιπτώσεις η ολοκλήρωση του φαινομένου προϋποθέτει τη συγχρονισμένη επίδραση ενός ή περισσοτέρων ευοδωτικών παραγόντων . 15

Ο καρκίνος του μαστού θεωρείται πολυπαραγοντική νόσος και αποτελεί τη πρώτη αιτία θανάτου για τις γυναίκες ορισμένων ηλικιών . Είναι γενικά αποδεκτό ότι η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού δεν έχει γίνει κατανοητή μέχρι σήμερα .

Αναφέρεται ένα σύνολο παραγόντων που η παρουσία τους και η δράση τους μπορεί να αυξάνει ή να μειώνει τη συχνότητα του καρκίνου του μαστού . Οι παράγοντες αυτοί έχουν αποδειχθεί μετά από μακροχρόνιες κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες και έχουν αξιολογηθεί με στατιστικές αναλύσεις . 11

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Αυξανόμενη ηλικία .

Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού , αρχικά στους γονείς , τις κόρες και τις αδελφές αλλά και σε συγγενείς δευτέρου βαθμού . ο κίνδυνος εξαπλασιάζεται αν η μητέρα ή η αδελφή είχαν καρκίνο του μαστού πριν από την εμμηνόπαυση και δεκαπλασιάζεται αν ο καρκίνος αφορούσε και τους δύο μαστούς .

Μερικές προκαρκινοματώδεις βλάβες του μαστού ενδέχεται να σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου , όπως η πολλαπλή θηλωμάτωση , η άτυπη υπερπλασία και ορισμένες φορές οι πολύ μεγάλες κύστεις του μαστού . Η ινοκυστική μαστοπάθεια και ο καρκίνος του μαστού φαίνεται να έχουν κοινό ορμονικό υπόστρωμα , αλλά δεν υπάρχει βεβαιότητα ότι η ινοκυστική μαστοπάθεια μπορεί να θεωρηθεί προκαρκινοματώδης βλάβη .

Ελαφρώς αυξημένο κίνδυνο αντιμετωπίζουν οι γυναίκες που ουδέποτε έφεραν σε πέρας μία εγκυμοσύνη ή όσες έμειναν έγκυες μετά τα τριάντα τους .

Ιστορικό προηγούμενου καρκίνου του μαστού στον ένα μαστό , ιδίως αν αναπτύχθηκε πριν από την εμμηνόπαυση .

Πρώιμη έναρξη της εμμήνου ρύσεως και καθυστερημένη εμμηνόπαυση .

Χορήγηση μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας . Η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία αυξάνει τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού . Ιδιαίτερα κινδυνεύουν οι γυναίκες που ακτινοβολήθηκαν για μαστίτιδα μετά τον τοκετό , όσες υπέστησαν μακροχρόνιο ακτινοσκοπικό έλεγχο για φυματίωση ή όσες υπέστησαν ακτινοβολία στο άνω τμήμα του σώματος πριν από τα 40 τους. Η ακτινοβολία από τη μαστογραφία δεν παρουσιάζει κανένα κίνδυνο λόγω της χαμηλής δόσεως που παίρνει η γυναίκα .

Η παχυσαρκία με αυξημένη πρόσληψη θερμίδων και λιπών . 13

Αντισυλληπτικά και οιστρογόνα . Δεν έχει αποδειχθεί ισχυρή συσχέτιση αντισυλληπτικών δισκίων και καρκίνου του μαστού . Ο κίνδυνος ποικίλλει με τα χρόνια λήψης και ειδικότερα με τον τελευταίο χρόνο λήψης . Ο κίνδυνος για όσες λαμβάνουν δισκία είναι 1,24 % , για όσες τα σταμάτησαν πριν από 1 έως 4 χρόνια είναι 1,16 % και για όσες τα σταμάτησαν από 5 έως 9 χρόνια μειώνεται σε 1,07 % . Εν τούτοις η παρατεταμένη χρήση οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση πρέπει να αποφεύγεται .

Ο καρκίνος του μαστού συχνότερα προσβάλλει άτομα υψηλής κοινωνικής και οικονομικής τάξης και κατοίκους των πόλεων .

Η γαλουχία φαίνεται ότι δεν σχετίζεται με την ανάπτυξη καρκίνου μαστού, όπως ήταν πιστευτό παλαιότερα .

Οι γυναίκες που συνδυάζουν τους παραπάνω επιβαρυντικούς παράγοντες χαρακτηρίζονται ως άτομα υψηλού κινδύνου (H.R.G.) και υποβάλλονται σε πρόγραμμα συστηματικής κλινικής και μαστογραφικής παρακολούθησης , ώστε αν παρουσιάσει καρκίνο του μαστού να γίνει έγκαιρη διάγνωση . Η έγκαιρη διάγνωση σκοπό έχει να εντοπίσει τη νόσο όταν το μέγεθος του όγκου είναι τόσο μικρό , ώστε με τα υπάρχοντα θεραπευτικά μέσα να έχουμε ακόμα και ίαση .

Είναι γνωστό ότι όσοι μικρότερος είναι ο όγκος όταν γίνεται η διάγνωση , τόσο μεγαλύτερη είναι η επιβίωση . Ασθενείς με όγκους διαμέτρου έως 1 c.m. έχουν πιθανότητα επιβίωσης στην δεκαετία 90% , ενώ αν ο όγκος είναι μεγαλύτερος των 5 c.m. , η επιβίωση στην πενταετία πέφτει στο 50% . 12

ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΕΩΣ ΚΑΡΚΙΝΟΓΟΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Πιστεύεται σήμερα ότι οι καρκινογόνες ουσίες ανήκουν σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει ουσίες που δρούν απευθείας στα ευαίσθητα κυτταρικά στοιχεία . Οι ουσίες αυτές χαρακτηρίζονται απο έντονη ηλεκτροφιλία και ονομάζονται άμεσα καρκινογόνες .Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει ουσίες που δεν είναι οι ίδιες καρκινογόνες αλλά μεταβολίζονται στον οργανισμό σε δραστικές καρκινογόνες μορφές .

Οι δραστικές καρκινογόνες ουσίες δημιουργούν επιγενετικές μεταβολές ή το πιθανότερο , αντιδρούν με το πυρηνικό DNA προκαλώντας σ'αυτό βλάβες . Αν οι βλάβες αυτές δεν αναταχθούν και δεν οδηγήσουν σε κυτταρικό θάνατο θα δημιουργήσουν έναν κλώνο νεοπλασματικών κυττάρων , που αν υποστηριχθεί από τον κατάλληλο συνδυασμό ινοδωτικών παραγόντων μπορεί να οδηγήσει τελικά στην εμφάνιση μιας κλινικής νεοπλασίας . 16



"Στην Ελλάδα μία στις δώδεκα γυναίκες έχει πιθανότητα να αναπτύξει καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της ζωής της ενώ ο αντίστοιχος αριθμός για τον καρκίνο της ωοθήκης είναι μία στις εβδομήντα. Μερικές γυναίκες, οι οποίες έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο μαστού ή ωοθηκών, συνήθως ανήκουν σε οικογένειες των οποίων και άλλα μέλη είχαν αυτές τις ασθένειες.

Κάθε άνθρωπος γεννιέται με δύο ομάδες από εκατό περίπου χιλιάδες διαφορετικά γονίδια. Η μία ομάδα γονιδίων προέρχεται από την μητέρα και η άλλη από τον πατέρα.

Σε μερικές οικογένειες, ο καρκίνος προκαλείται από μία μεταλλαγή στα γονίδια αυτά, η οποία κληρονομείται από τη μητέρα ή τον πατέρα στα παιδιά.

Δύο γονίδια, τα BRCA 1 και BRCA 2 βρέθηκαν να παίζουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο στον κληρονομούμενο καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών και να αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης του, όταν φέρουν γενετική μεταλλαγή.

Γι αυτό είναι σημαντικό, η γυναίκα με κληρονομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού ή ωοθηκών στην οικογένεια να υποβάλλεται σε εξέταση (γενετικό τεστ για BRCA 1 και BRCA 2) για να μάθει εάν έχει αυτή τη προδιάθεση.

Είναι εξίσου σημαντικό μια γυναίκα που έχει ήδη προσβληθεί από τη νόσο να επιλέξει να κάνει το τεστ, καθότι ο κίνδυνος για αμφοτερόπλευρο καρκίνο του μαστού (στον άλλο μαστό), είναι περίπου 60% μεγαλύτερος εάν μια γυναίκα έχει μεταλλαγμένο BRCA 1 ή BRCA 2.

Τι είναι η γενετική ανάλυση των γονιδίων BRCA 1 και BRCA 2

Η ανάλυση των γονιδίων BRCA 1 και BRCA 2 είναι μια ιδιαίτερα εξειδικευμένη και λεπτομερής εξέταση, που ερευνά και ανιχνεύει τις μεταλλαγές (αλλοιώσεις του DNA) που μπορεί να υπάρχουν σ' αυτά τα γονίδια.

Η απόφαση για το γενετικό τεστ

Το γενετικό τεστ, με το οποίο διαπιστώνεται η προδιάθεση για καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών, απευθύνεται σε ανθρώπους που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για έναν από αυτούς τους καρκίνους, λόγω βεβαρημένου οικογενειακού ιστορικού.

Πριν πάρετε την απόφαση να κάνετε το γενετικό τεστ, είναι σημαντικό να ενημερωθείτε γι' αυτό από εξειδικευμένους ιατρούς και ιδιαίτερα για τις δυνατότητες αντιμετώπισης που υπάρχουν μετά τη λήψη των αποτελεσμάτων.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3

Κ Α Ι Ν Ι Κ Η Ε Ξ Ε Τ Α Σ Η

Λ Η Ψ Η Ι Σ Τ Ο Ρ Ι Κ Ο Υ

Είναι σαφές ότι όπως σε κάθε πάθηση , έτσι και για τις παθήσεις του μαστού , πριν προχωρήσει κανείς σε κλινική εξέταση πρέπει πρώτα να συγκεντρώσει ορισμένες πληροφορίες για τον ασθενή . Οι σπουδαιότερες από αυτές είναι η τεκνοποίηση , η αναπαραγωγική κατάσταση , το οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο του μαστού , προηγηθείσες παθήσεις μαστού , ηλικία πρώτου τοκετού , ηλικία εμμηναρχής , θηλασμός , χρήση ορμονών - αντισυλληπτικών .

Επίσης , κατά τη λήψη ιστορικού πρέπει να γίνονται ειδικές ερωτήσεις για να πληροφορηθούμε , σε περίπτωση νόσου , πως άρχισε , πότε άρχισε , πως εξελίχθηκε , ώστε να βγάλουμε μερικά συμπεράσματα για τη διάγνωση αλλά και για την πιθανή πρόγνωση της νόσου .

Πρέπει να πληροφορηθούμε επίσης αν υπάρχει ιστορικό τραύματος στο μαστό , γιατί πολλές φορές η νέκρωση λίπους που είναι αποτέλεσμα κάκωσης μπορεί να εκληφθεί σαν καρκίνος . Επίσης αν το δέρμα του μαστού παρουσίασε αλλοιώσεις φλεγμονής και τη εξέλιξη των αλλοιώσεων αυτών , για να μπορέσουμε να κάνουμε διαφορική διάγνωση μεταξύ απλής καλοήθους φλεγμονής και φλεγμονώδους καρκίνου .

Το ιστορικό πρέπει να λαμβάνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα και με οργανωμένο τρόπο , ακολουθώντας κάποια καθοδηγητική δομή . Κατά τη λήψη του ιστορικού το άτομο πρέπει να είναι άνετο και ευχάριστο κατά τη διάρκεια της συνέντευξης της ασθενούς και ικανό να την καθοδηγεί σε μια ανταλλαγή πληροφοριών , στην οποία θα βασιστεί η πορεία της αντιμετώπισης της εξεταζόμενης . Είναι ακόμα σημαντικό το άτομο που θα πραγματοποιήσει τη συνέντευξη να γνωρίζει την εκτίμηση της ασθενούς για την κατάστασή της , όπως επίσης , και το πως θα αντιμετώπιζε ενδεχόμενη εισαγωγή της στο νοσοκομείο , τη φυσική και συναισθηματική της κατάσταση και τους διαθέσιμους πόρους . 18

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Όσο σημαντική είναι η αξία ενός καλού ιστορικού άλλο τόσο σημαντική είναι για την πρόωμη διάγνωση της νόσου και μια καλή κλινική εξέταση . Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση . 18

Με την επισκόπηση γίνεται σύγκριση των μαστών μεταξύ τους αφού η γυναίκα γυμνωθεί από τη μέση και πάνω . Η επισκόπηση με καθισμένη ή όρθια την ασθενή με το κορμί της να γέρνει προς τα εμπρός και με τους βραχίονες κρεμασμένους στο πλάι ή πάνω από το κεφάλι της ή με τις παλάμες της τοποθετημένες πάνω στα ισχία της .

Με την επισκόπηση , που γίνεται κάτω από άπλετο φωτισμό , κατατοπιζόμαστε σχετικά με τα γενικά χαρακτηριστικά των μαστών , αν δηλαδή οι μαστοί είναι μικροί και παρθενικοί ή μητρικοί και λιπώδεις .

Συμβαίνει , μερικές φορές , αυτά τα χαρακτηριστικά να μας βοηθάνε στη διάγνωση , γιατί έχει παρατηρηθεί πως οι μικροί μαστοί πάσχουν συχνότερα από μασταλγία και ιναδενώματα , ενώ οι μεγάλοι και λιπώδεις από ινοκυστική μαστοπάθεια , θηλώματα και καρκίνο . Συγκεκριμένα εξετάζουμε τα εξής σημεία :

α)Περίμετρος , αυτή εξετάζεται παρακολουθώντας την απο την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή ως εκεί που εξαφανίζεται , στη μέση γραμμή . Ανωμαλίες ή διογκώσεις στην περίμετρο του μαστού , πολλές φορές αποκαλύπτουν τη θέση της βλάβης .

β)Δυσαναλογία , αυτή καμία φορά παρατηρείται μεταξύ των δύο μαστών και οφείλεται σε ανωμαλία της ανάπτυξης . Δεν πρέπει να μας ανησυχεί . Συμβαίνει δηλαδή ο ένας μαστός , και συχνότερα ο αριστερός , να είναι μεγαλύτερος από τον άλλο , αλλά και οι δύο μαζί να είναι συμμετρικοί .

γ)Δέρμα , εξετάζεται προσεκτικά για την ανεύρεση ερυθρότητας ή οιδήματος ή διευρυσμένων λεβών ή αγγειωμάτων ή σπιλών , υπερτερατώσεων , τελαγγειεκτασιών , χειλοειδών , δοθινηών κ.τ.λ.

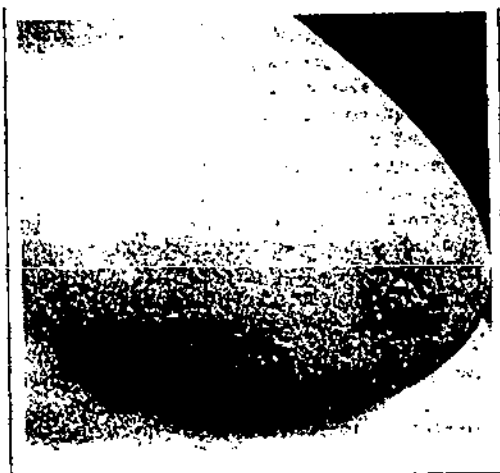
δ)Υποδόριες φλέβες , αυτές είναι δυνατόν να διαγράφονται διευρυσμένες από αυξημένη παραγωγή αίματος , όταν το νεόπλασμα καλοήθες ή κακοήθες αναπτύσσεται γρήγορα .

ε)Ερυθρότητα δέρματος , αυτή κι η αύξηση της θερμοκρασίας , παρατηρούνται σε οξείες και χρόνιες φλεγμονές του μαστού και σε νεοπλασίες του , όπως σε φλεγμονώδη τύπο καρκίνου . Παρατηρείται επίσης στη γαλακτοφορεκτασία , όταν το υλικό , που βρίσκεται μέσα στους πόρους , περνάει στο μαστικό ιστό .

στ)Οίδημα , αυτό προκαλείται ύστερα από έμφραξη υποδόριων λεμφαγγείων , τόσο σε φλεγμονές του μαστού και της μασχάλης

όσο και σε προχωρημένο καρκίνο . Η λέμφος τότε συσσωρεύεται μέσα στο δέρμα , κάνει αυτό πολύ παχύτερο και προκαλεί ανώμαλες εμβυθύνσεις στα στόμια των υποδόριων αδένων που κάνουν ο μαστός να παίρνει την όψη φλοιού πορτοκαλιού .

ζ)Θ η λ ή - θ η λ α ί α ά λ ω ς , αυτές παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην επισκόπηση των μαστών . Η θηλή , λόγω βλάβης που βρίσκεται κατωαπο αυτήν και μέσα στο μαστικό αδένα , παίρνει διάφορες μορφές . Έτσι γίνεται εισέχουσα,εγκολεασθείσα , ομφαλωτή , συρρικνωθείσα . Άλλες φορές ο άξονας της εκτρέπεται από εισολκή αυτής ή της θηλαίας άλω . 19



Δέρμα "δίκην φλοιού πορτοκαλιού" σε

Ψ Η Λ Α Φ Η Σ Η

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 καλή ψηλάφηση του μαστού απαιτεί μεθοδική πορεία , που κατορθώνεται με αλλαγές στη θέση της αρρώστου και σχολαστική ψηλάφηση όλης της έκτασης του μαστού . Αυτό απαιτεί κάποιο χρόνο και όταν δεν υπάρχει καμία ανωμαλία , ακόμα δε περισσότερο όταν ο εξεταστής ανακαλύψει κάτι ύποπτο . Η ψηλάφηση του μαστού αρχίζει με την ψηλάφηση της υπερκλείδιας χώρας , ύστερα της μασχάλης και τελευταία του ίδιου του μαστικού αδένου . 1,5

A) **Υ π ε ρ κ λ ε ί δ ι α χ ώ ρ α** , γίνεται με την άρρωστη καθισμένη και με τον εξεταστή πίσω από αυτή. Ελέγχεται έτσι η περιοχή , που βρίσκεται πάνω από την κλείδα και στο κάτω μέρος του τραχήλου. Οι λεμφαδένες που ψηλαφώνται συχνότερα στην υπερκλείδια χώρα είναι και αυτοί που βρίσκονται επιφανειακά και πλάγια .

Οι υπερκλείδιοι λεμφαδένες βρίσκονται στη συμβολή της έσω σφαγίτιδας με την υποκλείδια φλέβα . Από τη στιγμή που αυτοί θα γίνουν ψηλαφητοί εκείνοι που βρίσκονται στο κέντρο έχουν κι όλας προσβληθεί

B) **Μ α σ χ ά λ η** , ο εξεταστής κρατάει τον πήχυ , για να χαλαρώσουν οι θωρακικοί μύες . Οσο ηπιότερη είναι η ψηλάφηση , τόσο ευκολότερα ανακαλύπτονται οι λεμφαδένες . Με την ψηλάφηση της μασχάλης δεν καθορίζουμε μόνο τον αριθμό , αλλά και τη σύσπαση και την κινητικότητα των λεμφαδένων .

Αν με την ψηλάφηση αποδειχθεί η ύπαρξη μεγάλων και καθηλωμένων λεμφαδένων , πρέπει να επισκοπήσουμε την άκρα χείρα , το βραχίονα και ιδιαίτερα τις πλευρές για την ανακάλυψη κωλύματος στη φλεβική ή στη λεμφική κυκλοφορία . Διευρησμένες φλέβες στη ράχη του χεριού ή οίδημα στο βραχίονα αποδεικνύουν την ύπαρξη τέτοιου κωλύματος .

Γ) **Μ α σ τ ι κ ό ς α δ έ ν α ς** , η άρρωστη πρέπει να είναι κατακεκλιμένη με τα χέρια της απλωμένα άνετα στα πλάγια ή τοποθετημένα πάνω απο το κεφάλι της . Ψηλαφάται ο μαστικός ιστός με την παλαμιαία επιφάνεια των τριών μεσαίων δακτύλων , εφαρμόζοντας ομαλή κυκλική

κίνηση και συμπιέζοντας ήπια το μαστικό ιστό πάνω στο θωρακικό τοίχωμα . Ο κάθε μαστός εξετάζεται χωριστά , ακολουθώντας ομόκεντρη ή παράλληλη πορεία , με μεθοδική εξεταστική διαδρομή που να αρχίζει και να τελειώνει πάντοτε σε ένα σταθερό σημείο . Η επίμονη και μεθοδική διερεύνηση όλου του μαστικού ιστού διασφαλίζει την ανίχνευση μικρών ογκιδίων , που εύκολα μπορούν να ξεφύγουν της προσοχής . Αν οι μαστοί είναι υπέρμετρα μεγάλοι ή κρεμασμένοι , χρησιμοποιείται το ένα χέρι στο κατώτατο όριο του , ενώ με το άλλο χέρι γίνεται η ψηλάφηση .

Η υφή του φυσιολογικού μαστικού ιστού ποικίλλει από λεία ως κοκκώδης ή ακόμα και οζώδης . Πρέπει όμως φυσιολογικά η υφή να είναι συμμετρική και στους δύο μαστούς , γι'αυτό πρέπει να γίνεται σύγκριση για να συμπεράνουμε αν μία περιοχή είναι παθολογική ή όχι .

Δ)Ψ η λ ά φ η σ η τ η ς θ η λ ή ς , κρατώντας τη θηλή μεταξύ του αντίχειρα και των δακτύλων ασκείται πίεση απαλά , ώστε να προκληθεί η αποβολή πιθανού απεκκρίματος . Αν εμφανιστεί υγρό , γίνεται παρατήρηση του χρώματος του , παρασκευάζεται επίχρισμα για κυτταρολογική εξέταση και αποστέλλεται δείγμα εκκρίματος για μικροβιολογικές εξετάσεις . 17

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Στις πιο πολλές ασθενείς η νόσος εκδηλώνεται ως ένα ψηλαφητό , ανώδυνο , μη κινητό ογκίδιο που η ίδια η ασθενής ανακάλυψε . Εάν δε ζητηθεί ιατρική βοήθεια αμέσως μετά τη ψηλάφηση , το ογκίδιο προοδευτικά μεγαλώνει , διηθεί τους υπερκείμενους και υποκείμενους ιστούς , καθίσταται ακίνητο και ανώμαλο κατά την ψηλάφηση , το δέρμα παίρνει τη χαρακτηριστική όψη φλοιού πορτοκαλιού και παρατηρείται χαρακτηριστική εισολκή της θηλής , όταν το ογκίδιο εντοπίζεται στο κέντρο . Οι μασχالياίοι αδένες και λεμφαδένες της σύστοιχης και της αντίστοιχης μασχάλης καθώς και οι υπερκλείδιοι λεμφαδένες διηθούνται και διογκώνονται προοδευτικά . Πιο συγκεκριμένα τις περισσότερες φορές εμφανίζεται με τα παρακάτω συμπτώματα . 18

α) Ό γ κ ο ς . Σε συχνότητα πάνω από 80% των περιπτώσεων κάνει την εμφανισή του με τη μορφή όγκου , που σε αναλογία 90 - 95 % των περιπτώσεων γίνεται αντιληπτός από την ίδια τη γυναίκα , λίγο πιο συχνότερα στον αριστερό μαστό .

Επομένως η εμφανισή του στο μαστό , στην πέμπτη δεκαετία της ζωής της γυναίκας και ιδιαίτερα στο άνω και έξω τεταρτημόριο , πρέπει να θεωρηθεί καρκίνος . 8

β) Π ό ν ο ς . Ο πόνος θα οδηγήσει τη γυναίκα στο γιατρό σε συχνότητα 10% και είναι ύποπτος για καρκίνο , όταν εμφανισθεί ετερόπλευρα σε γυναίκα που δε βρίσκεται σε εμμηνόπαυση και δεν παίρνει οιστρογόνες ουσίες . Πόνοι προκαλούνται κι από μεταστάσεις στα οστά . 5

γ) Έ κ κ ρ ι σ η α π ο τ η θ η λ ή . Η έκκριση από τη θηλή του μαστού που πάσχει , εμφανίζεται σε συχνότητα 8% περίπου και αν είναι αιματηρή σε συχνότητα 18% πρόκειται για καρκίνο .



δ) **Εισολκή δέρματος**. Η εισολκή του δέρματος αποτελεί παθολογικό σημάδι του καρκίνου του μαστού. Καθώς ο όγκος αυξάνει σε μέγεθος και διηθεί τους γειτονικό αδενικό ιστό, η συνοδός ίνωση συρρικνώνει τους συνδέσμους του Cooper με αποτέλεσμα τη χαρακτηριστική έλξη του δέρματος.

ε) **Αλλοιώσεις δέρματος**. Εκτός από την έλξη του δέρματος ο καρκίνος του μαστού μπορεί να αλλοιώσει το φυσιολογικό σφαιρικό περίγραμμα του μαστού, ευθειάζοντας το κατά θέσεις, με αποτέλεσμα την απώλεια της συμμετρίας των δύο μαστών. Άμεση διήθηση του δέρματος εμφανίζεται σαν μεμονομένη πεπαχυσμένη πλάκα. Άλλες φορές διάταση των επιφανειακών φλεβών υποδηλώνει την ύπαρξη καρκίνου. Σε προχωρημένα στάδια παρατηρούνται επίσης, διάφορα οζίδια στο δέρμα, εξέλκωση ή ρίκνωση όλου του μαστού. 20

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

Η νόσος του Paget μοιάζει με δερματίτιδα της θηλής και συνοδεύεται από συμπτώματα όπως κνησμός, αίσθημα καύσου και νυγμοί στην πάσχουσα περιοχή.

ζ) **Μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια**. Η διόγκωση των μασχαλιαίων λεμφογαγγλίων μπορεί να είναι και το μόνο σημείο αφανούς καρκίνου του μαστού. Λιγότερο πάντως από 1% των περιπτώσεων εκδηλώνεται με αυτόν τον τρόπο. 1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η σταδιοποίηση της νόσου γίνεται με την ταξινόμηση της UICC με το TNM σύστημα (T = όγκος , N=λεμφαδένες , M = μεταστάσεις) . Η σταδιοποίηση χρησιμεύει για την ομαδοποίηση των ασθενών , τη μετρηση διαφόρων παραμέτρων (επιβίωση , θνησιμότητα) και τον καθορισμό της πρόγνωσης και της θεραπείας . Η σταδιοποίηση κατά TNM έχει ως εξής . 13

T. ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΟΓΚΟΣ

T₀ Μη εμφανής (αψηλάφητη) πρωτοπαθής εστία .

T_c Προδιηθητικό καρκίνωμα (in situ) , μη διηθητικό ενδοπορικό , νόσος Paget της θηλής χωρίς ψηλαφητό όγκο .

T₁ Όγκος μικρότερος από 2 cm .

T_{1a} Όγκος μικρότερος από 0,5 cm.

T_{1b} Όγκος από 0,5 έως 1 cm.

T_{1c} Όγκος από 1 έως 2 cm.

T₂ Όγκος διαμέτρου από 2 cm. έως 5 cm.

T₃ Όγκος μεγαλύτερος των 5 cm.

T_{4a} Όγκος κάθε μεγέθους με καθήλωση στο θωρακικό τοίχωμα .

T_{4b} Όγκος με οίδημα , διήθηση ή εξέλκωση του δέρματος του μαστού ή διάφορα δερματικά ριζίδια .

T_{4γ} Συνύπαρξη T_{4a} και T_{4b} συγχρόνως .

T_{4δ} Φλεγμονώδης καρκίνος .

T_x Δεν απαντώνται τα ελάχιστα απαραίτητα στοιχεία για να

προσδιορισθεί η πρωτοπαθής εστία .

N. ΠΕΡΙΟΧΙΚΟΙ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ

N₀ Περιοχικά , κλινικά ελεύθεροι νόσου σύστοιχα προς τη βλάβη .

N₁ Προσβεβλημένοι σύστοιχοι μασχάλιαίοι λεμφαδένες κινητοί .

N₂ Σύστοιχοι μασχάλιαίοι λεμφαδένες καθηλωμένοι μεταξύ τους ή σε άλλους ιστούς και διηθημένοι από τη νόσο .

N₃ Σύστοιχοι λεμφαδένες έσω μαστικής διηθημένοι από τη νόσο .

N_x Κατάσταση λεμφαδένων άγνωστη .

M. ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

M₀ Απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων .

M₁ Υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις .

M_x Δεν υπάρχουν τα απαραίτητα ελάχιστα στοιχεία για να προσδιορισθεί η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων .

Με το συνδυασμό του TNM καθορίζονται τα στάδια του καρκίνου τα οποία είναι τέσσερα . 12

ΣΤΑΔΙΟ 1 T₁ N₀ M₀

Σημαίνει ότι η κλινική εξέταση αποκαλύπτει μια μάζα η οποία περιορίζεται μόνο στην πρωτοπαθή εστία ανάπτυξης . Οι ασθενείς του σταδίου αυτού εμφανίζουν συνήθως πενταετή επιβίωση 70 - 90 .

ΣΤΑΔΙΟ 2 T₂ N₁ M₀

Η εξέταση αποκαλύπτει μάζα με ενδείξεις τοπικής επέκτασης και διηθημένους λεμφαδένες . Απομακρυσμένες μεταστάσεις δεν υπάρχουν . Η πενταετής επιβίωση στο στάδιο αυτό φθάνει συνήθως το 50 % .

ΣΤΑΔΙΟ 3 T₃ N₂ M₀

Η εξέταση αποκαλύπτει ευμεγέθη πρωτοπαθή μάζα που διηθεί γειτονικούς ιστούς και όργανα . Υπάρχουν διηθημένοι αδένες , χωρίς μεταστάσεις . Η πενταετής επιβίωση στο στάδιο αυτό δεν ξεπερνά το 20% .

ΣΤΑΔΙΟ 4 T₄ N₃ M₁

Υπάρχουν ενδείξεις απομακρυσμένων μεταστάσεων με ποσοστά επιβίωσης ελάχιστα έως καθόλου .

Επίσης υπάρχει η σταδιοποίηση κατά GRADES , που έχει ως εξής

ΒΑΘΜΟΣ 1

Νεοπλάσματα με υψηλή διαφοροποίηση , 3/4 η κα περισσότερο είναι διαφοροποιημένα .

ΒΑΘΜΟΣ 2

Νεοπλάσματα μέσης διαφοροποίησης , 3/4 - 1/2 είναι διαφοροποιημένα .

ΒΑΘΜΟΣ 3

Νεοπλάσματα χαμηλής διαφοροποίησης , με 1/2 - 1/4 διαφοροποιημένα κύτταρα .

ΒΑΘΜΟΣ 4

Αδιαφοροποίητα νεοπλάσματα με λιγότερο από το 1/4 των κυττάρων η και καθόλου διαφοροποιημένα κύτταρα . 18

	T ₀	T ₁	T _{1a}	T _{1b}	T ₂	T _{2a}	T _{2b}	T ₃	T _{3a}	T _{3b}	T ₄	T _{4a}	T _{4b}
N ₀			M ₀	M ₀		M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀
N ₁								M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀
N _{1a}	M ₀		M ₀	M ₀		M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀
N _{1b}	M ₀		M ₀	M ₀		M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀
N ₂	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀
N ₃	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀	M ₀

Στάδιο I

Στάδιο II

Στάδιο III

Στάδιο IV

T₀,N_{1a},Mo
 T_{1a},No - N_{1a},Mo
 T_{1b},No - N_{1a},Mo

T₀,N_{1b},Mo
 T_{1a},N_{1b},Mo
 T_{1b},N_{1b},Mo
 T_{2a},No-N_{1a}-N_{1b},Mo
 T_{2b},No-N_{1a}-N_{1b}-Mo

Οποιαδήποτε T₃
 οποιαδήποτε N,Mo
 T₄ N,Mo
 T N₂,Mo
 T N₃,Mo

με

Οποιαδήποτε T
 οποιαδήποτε N,M₁

Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

Στον εργαστηριακό έλεγχο για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, ανήκουν εξετάσεις αιματολογικές , κυτταρολογικές , ακτινολογικές , σπινθηρογραφικές κ.τ.λ.

Αιματολογικές - Βιοχημικές - Ιστολογικές

Γίνονται αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις για να ελεγχθεί η λειτουργία άλλων οργάνων και να βρεθούν τυχόν μεταστάσεις . Γίνεται οπωσδήποτε έλεγχος της ηπατικής λειτουργίας (αλκαλική φωσφατάση , LDH και SGOT) . 13

Στις αιματολογικές εξετάσεις περιλαμβάνονται ακόμα εκτίμηση τυχόν αναιμίας , προσδιορισμός της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων , ο προσδιορισμός των τιμών του ασβεστίου και του φωσφόρου . 5

Στις εξετάσεις αίματος ελέγχονται , επίσης , οι νεοπλασματικοί δείκτες, συμπεριλαμβανομένου του καρκινοεμβρυικού αντιγόνου . Έτσι διευκολύνεται ο προσδιορισμός της πρόγνωσης και η παρακολούθηση της πορείας της νόσου . 13

Πραγματοποιούνται ιστολογικές εξετάσεις του όγκου , συμπεριλαμβανομένων ορμονικών υποδοχέων , DNA και άλλων πρωτεϊνικών δεικτών με δυναμική και προγνωστική αξία .

Στον κυτταρολογικό έλεγχο περιλαμβάνεται ο έλεγχος των οστών , του ήπατος αλλά και του ίδιου του μαστικού αδένου . 5

Ανάλυση DNA - Κυτταρομετρία

Η περιεκτικότητα των κυττάρων σε DNA αποτελεί ένα επιπλέον διαγνωστικό κριτήριο , όταν η μικροσκοπική εικόνα ενός κυττάρου δεν επιτρέπει , με βάση μορφολογικά μόνο κριτήρια , την κατάταξη του σε φυσιολογικό ή εξαλλαγμένο (καλοήθες ή κακοήθες) . Σ'αυτές τις περιπτώσεις μπορεί η ανάλυση του DNA να προσφέρει επιπλέον πληροφορίες , οι οποίες συλλέγονται με αντικειμενικές και αναπαραγόμενες μεθόδους .

Η πιο συνηθισμένη μέθοδος είναι η κυτταρομετρία της DNA- εικό, κατα την οποία μέσω ειδικού συνδεδεμένου με το μικροσκόπιο ηλεκτρονικού υπολογιστή δίνεται η δυνατότητα να μετρηθεί η ποσότητα του DNA των πυρήνων ορισμένων κυττάρων , τα οποία εκλεκτικά ξεχωρίζονται απο το συνολικό κυτταρικό πληθυσμό του επιχρίσματος , στην ειδική συνδεδεμένη με το μικροσκόπιο και τον υπολογιστή οθόνη .

Εκτός απο τις υπόλοιπες κυτταρομορφικές παραμέτρους , ο υπολογιστής αποδίδει τον λεγόμενο DNA-δείκτη τη μέση DNA-ποσότητα και το ποσοστό υπέρβασης της ορισμένης ως φυσιολογικής (σύμφωνα με τα δεδομένα φυσιολογικά κύτταρα - μάρτυρες) ποσότητας DNA , δηλαδή κατα μερικούς συγγραφείς την ποσότητα 5c (όπου 2c η τιμή ενός φυσιολογικού διπλοειδικού κυττάρου και 4c 8c 16c κ.ο.κ. οι τιμές των φυσιολογικών εν δαιρέσει ευρισκομένων ευπλοειδικών κυττάρων) . Έτσι η μέθοδος ανακαλύπτει κατα κάποιον τρόποτα ανευπλοειδικά κύτταρα , τα οποία θεωρούνται ως κύτταρα με κακοήθες δυναμικό . 20

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ Α ΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ

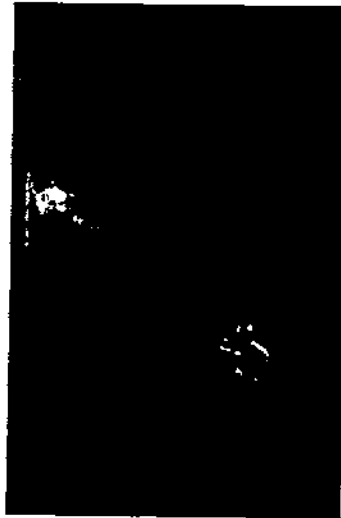
Μαστογραφία

Η περισσότερο σε χρήση μέθοδος ακτινολογικού ελέγχου του μαστού . Είναι η μέθοδος η οποία χρησιμοποιεί ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία για να απεικονίσει τα φυσιολογικά ή παθολογικά στοιχεία του μαστού πάνω σε ακτινολογικό φιλμ .

Η ακτινολογική απεικόνιση του μαστού πρέπει να προηγείται κάθε άλλου εργαστηριακού ή ακτινολογικού ελέγχου , γιατί η αιμορραγία που προκαλείται απο την ιστοληψία ή την παρακέντηση κύστης του μαστού , δυσκολεύει την ανάγνωση του μαστογραφήματος .

Όταν μελετάται μία μαστογραφία παρατηρούνται τα εξής σημεία

- α. Γενική συγκριτική εικόνα των μαστών .
- β. Η πάχυνση του δέρματος .
- γ. Η περιοχή της θηλής .
- δ. Η αρχιτεκτονική των αδενικών στοιχείων .
- ε. Η ύπαρξη πύκνωσης ή μάζας .
- στ. Η ύπαρξη αποτιτανώσεων .



Η μαστογραφία ενδύκνεται στις ακόλουθες περιπτώσεις .

1. Σε ανεύρεση συμπαγούς μάζας κατά την κλινική εξέταση .
2. Σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού .
3. Σε περιπτώσεις έκκρισης από τη θηλή ή εισολκή της .
4. Σε ασθενείς με καρκίνο στον ένα μαστό .
5. Σε ασθενείς με μεγάλους λιπώδεις μαστούς , όπου με την ψηλάφηση δεν μπορεί να γίνει σαφής διάγνωση .
6. Σε ανεύρεση μασχαλιαίων αδενικών μεταστάσεων άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας .

Ο κίνδυνος της ακτινοβολίας από τη μαστογραφία έχει αποτελέσει πηγή άγχους κι αβεβαιότητας από τις γυναίκες και τους γιατρούς . Όλες οι πειραματικές μελέτες δείχνουν ότι η ιονίζουσα ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του μαστού . Εντούτοις ο κίνδυνος μειώνεται προοδευτικά με την αύξηση της ηλικίας . Ο μεγαλύτερος κίνδυνος από επανειλημμένες εκθέσεις υπάρχει στις ηλικίες 9 - 19 ετών , ενώ πάνω από τα 50 έτη ο μαστός δεν είναι ευαίσθητος στην ακτινοβολία . Ο κίνδυνος δε από μία μόνο μαστογραφία είναι μάλλον ανύπαρκτος ακόμα και σε γυναίκες κάτω των 30 ετών .

Σήμερα χρησιμοποιείται ευρύτατα η μαστογραφία χαμηλής δόσης , η οποία επιτρέπει την εφαρμογή της σε νεαρές γυναίκες και επιτρέπει τον περιοδικό προληπτικό έλεγχο , που είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού . 18

Ξηρογραφία

Είναι μία παραλλαγή της μαστογραφίας . Η ακτινολογική πλάκα αντικαθίσταται με φορτισμένη με στατικό ηλεκτρισμό πλάκα σεληνίου , που με ειδική επεξεργασία μας δίνει το τελικό αποτέλεσμα σε χαρτί .

Οι διαφορές που παρουσιάζει από τη μαστογραφία είναι οι εξής .

- α. Η ξηρογραφία είναι πιο σύντομη μέθοδος
- β. Μας δίνει περισσότερες πληροφορίες για τον οπισθομαζικό χώρο και για την μασχάλη .
- γ. Οι μικροασβεστώσεις φαίνονται καλύτερα ενώ στη μαστογραφία οι μάζες στο μαστό φαίνονται καλύτερα .
- δ. Η ξηρογραφία είναι ανώτερη σε διαγνωστική αξία κατά 5 % .

Σε τελική όμως ανάλυση η διαγνωστική ακρίβεια των δύο μεθόδων εξαρτάται από την καλή ποιότητα της εικόνας και από την εμπειρία του γιατρού σε κάθε μέθοδο . 16



Εικ. 11.3.9. Περίπτωση του σπινθηρογραφία. Ξηρογραφία και μαστογραφία 4-μυτηρού μιστού γυναικας 35 ετών Στο άνω τμήμα της Ξηρογραφίας διακρίνονται μ.

Θερμογραφία

Είναι η διαγνωστική μέθοδος με την οποία παίρνουμε φωτογραφία της θερμοκρασίας της επιφάνειας του μαστού με τη βοήθεια του θερμογράφου . Στηρίζεται στην υπέρυθρη ακτινοβολία που εκπέμπει φυσιολογικά το ανθρώπινο σώμα . Στο υπερκείμενο δέρμα κακοήθους νεοπλασίας , η θερμοκρασία ανεβαίνει 1 - 3 βαθμούς C , βοηθά έτσι στη διαπίστωση

σημείων ανώμαλης αιμάτωσης . 5

Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στα κέντρα έγκαιρης διάγνωσης , όπου εξετάζονται μαζικά ασυμπτωματικές γυναίκες και κυρίως έχει μεγάλη αξία η σύγκριση επαναλαμβανόμενων θερμογραφημάτων , γιατί το θερμογράφημα μίας γυναίκας είναι σταθερό για μεγάλες περιόδους σχετικά σταθερής ορμονικής λειτουργίας . Σε αντίθεση με τη μαστογραφία , που μας παρέχει πληροφορίες για την ανατομική κατάσταση των μαστών , η θερμογραφία δείχνει κυρίως τις λειτουργικές αλλαγές σ'ένα μαστό . Έτσι , μπορεί να δείξει την ύπαρξη καρκινώματος στο μαστό μερικών μόνο εκατοστών που δεν είναι ακόμα ορατός με τη μαστογραφία . 16

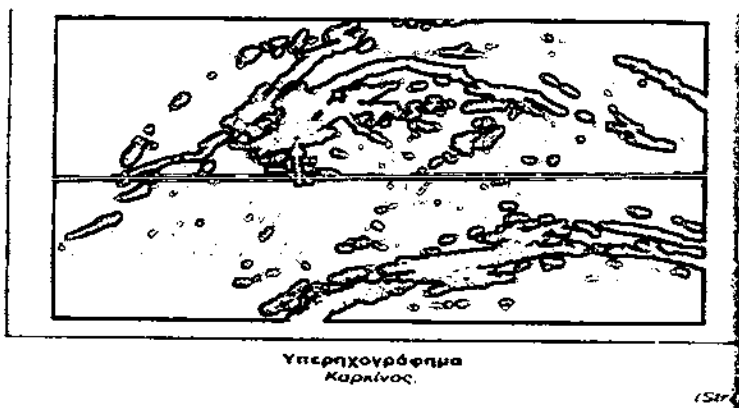


Θερμογράφημα
Μετρήσεις Δεξιά (αριστερό άκρο)

Υπερηχογράφημα

Είναι η διαγνωστική μέθοδος που βασίζεται στους υπέρηχους , δηλαδή σε ηχητικά κύματα , που έχουν την ικανότητα να εισχωρούν στους ιστούς με σταθερή ταχύτητα και να αντανakλώνται σε κάθε επιφάνεια που χωρίζει δύο διαφορετικούς ιστούς .

Δεν εκθέτει το μαστό σε ακτινοβολία και αποτελεί τη μόνη διαγνωστική μέθοδο που διακρίνει τις κυστικές από τις συμπαγείς βλάβες . Είναι λιγότερο στην αποκάλυψη καρκίνου σε παχύσαρκες μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και και τα μικρού μεγέθους καρκινώματα . Αντίθετα προσφέρει σημαντική βοήθεια στους έντονα ακτινοσκίερους νεανικούς μαστούς , καθώς και στη διαπίστωση κύστεων . 1



Αξονική τομογραφία

Η κύρια συμβολή της αφορά τους πυκνούς μαστούς, όπου η μαστογραφία δεν είναι διαφωτιστική, καθώς και τους μικρούς σε μέγεθος καρκίνους που δεν ανιχνεύονται ούτε κλινικά ούτε μαστογραφικά. Από την άλλη μεριά όμως δίνει υψηλή δόση ακτινοβολίας, 15 φορές μεγαλύτερη της μαστογραφίας, γι' αυτό δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Διαφανογράφημα

Αποτελεί τη σημερινή εκδοχή μιας παλιάς τεχνικής προβολής φωτός διαμέσου του μαστού, της διαφανοσκόπησης. Μία φωτεινή πηγή τοποθετείται κάτω από το μαστό σε απόλυτα σκοτεινό εξεταστήριο και παρατηρούνται τμηματικές διαφορές στη φωτεινότητα. Οι μικρές μάζες είναι δύσκολο να εκτιμηθούν και μια σκοτεινή σκιά δεν μπορεί να ξεχωρίσει μία καλοήγη από μία κακοήγη μάζα.

Φλεβογραφία

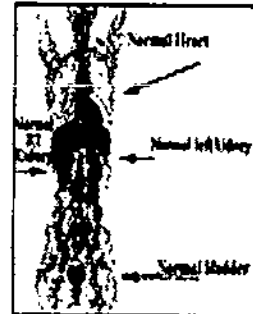
Με την εξέταση αυτή ελέγχεται η κατάσταση των εσωμαστικών λεμφοαγγλίων. Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας ενδομυελικώς στο κάτω άκρο του στέρνου με γενική νάρκωση. Φυσιολογικά, οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι τους σκιαγραφούνται. Διακοπή της σκιαγράφησης των φλεβών αυτών και ανάπτυξη παράπλευρης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

Γαλακτοφορογραφία

Γίνεται με έγχυση σκιαγραφικής ουσίας μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους , διαμέσου των πόρων της θηλής . Έτσι μπορούμε να διαγνώσουμε διευρυμένους ή παραμορφωμένους ή αποφραγμένους απο νεοπλασία πόρους . Η εξέταση αυτή γίνεται όταν υπάρχει εκκροή υγρού από τη θηλή και γίνεται αφού προηγηθεί κυτταρολογική εξέταση υγρού . 18

Σπινθηρογράφημα

Με τη εξέταση αυτή ανακαλύπτονται οστικές αλλοιώσεις πολλούς μήνες πριν εκδηλωθεί πόνος στα οστά . Είναι πιο ευαίσθητη απότι ο ακτινολογικός έλεγχος και δίνει πολύ καλή απεικόνιση του αριθμού και των θέσεων των μεταστάσεων . 18



Ακτινολογικός έλεγχος

Γίνεται στον πνεύμονα και στο μεσοθωράκιο για τον αποκλεισμό μεταστάσεων . 8

Τρυπανοβιοψία

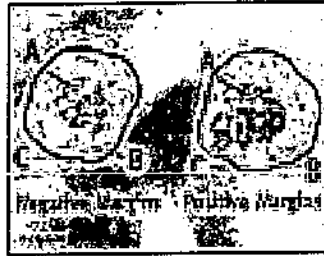
Πρόκειται για τη βιοψία μετά τρυπανισμού , είναι απλή , αναίμακτη και σε υψηλό βαθμό ακριβής μέθοδος για την ιστολογική διάγνωση όγκων του μαστού , σε ταχεία ή κανονική ιστολογική εξέταση και ακόμη για τη μέτρηση οιστρογονικών υποδοχέων , ιδίως σε ανεγχείρητα νεοπλάσματα . Η μέθοδος αυτή υπερτερεί σαφώς της λήψης υλικού απο τον όγκο με σύριγγα , για κυτταρολογική εξέταση , η οποία δίνει υψηλό ποσοστό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων . 18

Βιοψία

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

1. Η βιοψία με αναρρόφηση ή παρακέντηση . Χρησιμοποιείται βελόνα 17 - 18 Νο , προσαρμοσμένη σε σύριγγα 20 - 50 cm που εισάγεται μέσα στο νεόπλασμα και αναρροφά υλικό .

2. Η βιοψία με ολική εκτομή , δηλαδή η αφαίρεση του ογκιδίου που έχει διαγνωστεί κλινικώς . Με αυτόν τον τρόπο πολλά φλεβικά και λεμφαγγειακά στελέχη τέμνονται και υπάρχουν κίνδυνοι διασποράς καρκινικών κυττάρων . 18



Πνευμονομαστογραφία

Γίνεται με εμφύσηση ποσότητας αέρα , για να δημιουργηθεί υποδόριο εμφύσημα . Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται κυρίως για να διαπιστώσουμε εάν ο όγκος είναι προσκολλημένος πάνω στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα, έπειτα από διήθηση . 18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Σήμερα αποτελεί πάγια τακτική η συνεργασία των οικογενειακών γιατρών , των χειρουργών , των ακτινοθεραπευτών και των ογκολόγων για να προγραμματίσουν και να εφαρμόσουν τη θεραπεία σε κάθε ασθενή . Ο καθένας τους είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις που λαμβάνονται και μπορεί να πληροφορεί την ασθενή και την οικογενειά της , καθώς και τα άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας . Σε ορισμένες χώρες ορίζεται δια νόμου ότι οι πληροφορίες για τα διάφορα είδη θεραπείας παρέχονται γραπτώς . 13

Παρακάτω περιγράφονται περιληπτικά οι ιατρικές θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού .

1. Χημειοθεραπεία

Μία από τις συνηθισμένες μεθόδους θεραπείας του καρκίνου του μαστού είναι η χημειοθεραπεία . Η χημειοθεραπεία δεν θεραπεύει τον καρκίνο , επιβραδύνει όμως την εξελιγή του και περιορίζει τις διαστάσεις του . Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι κυτταροτοξικά , δηλαδή δηλητηριάζουν τα κύτταρα . Η δηλητηριώδης δράση τους , όμως , δεν απευθύνεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα , αλλά επεκτείνεται και στα υγιή . Γι'αυτό είναι πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσης του φαρμάκου που θα καταστρέψει τα καοήθη κύτταρα , χωρίς να επηρεάσει τα υγιή . 13

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΧΗΜΕΙΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

1. Αλκυλικές ενώσεις :
 Μελωραιθαμίνη
 Κυκλοφωσφαμίδη
 Χλωραμβουκίλη
 Βουσουλφάνη
 Νιτροζουρίες

2. Αντιμεταβολίτες
 Μεθοτρεξάτη
 5 - φλουορο - ουρακίλη
 Μερκαπτοπυορίνη

3. Αντιβιοτικά
 Ακτινομυκίνη
 Μιθρομυκίνη
 Μπλεομυκίνη
 Μιτομυκίνη

4. Αλκαλοειδή των φυτών
 Βινκριστίνη

5. Ορμόνες
 Κορτιζόνη
 Ταμοξιφεν

6. Ενζυμα και άλλες ενώσεις
 ι - ασπραγινάση 2

Επίσης σημειώνεται ότι η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού διακρίνεται σε δύο κατηγορίες με διαφορετικό στόχο η καθεμία :

α. Η προφυλακτική χημειοθεραπεία, η οποία συμπληρώνει τη θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου, δηλαδή τη θεραπεία με στόχο να καταστρέψει τα υπολείμματα όγκου που δεν είναι κλινικοεργαστηριακά διαπιστώσιμα και ευθύνονται για τη μελλοντική υποτροπή της νόσου.

β. Η θεραπεία γενικευμένου καρκίνου του μαστού, η οποία έχει στόχο την αντιμετώπιση ήδη διαπιστωμένων μεταστάσεων. Η εκλογή της

χημειοθεραπείας ως μεθόδου θεραπείας του καρκίνου του μαστού , καθορίζεται απο τους εξής παράγοντες :

- 1) Απο τη μορφή και την ακριβή εντόπιση της νόσου .
- 2) Απο το στάδιο εξέλιξης της νόσου .
- 3) Απο την κατάσταση της ασθενούς .
- 4) Απο το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας .
- 5) Απο τις συνήθειες και την πέ'θρα των γιατρών .
- 6) Απο την τακτική που εφαρμόζεται στο νοσοκομείο . 18

Προφυλακτική ή συμπληρωματική Χημειοθεραπεία .

Η προφυλακτική χημειοθεραπεία χορηγείται σήμερα στις περισσότερες ασθενείς μετά την επέμβαση για να προληφθεί ή να ελαχιστοποιηθεί η ανάπτυξη των ενυπαρχόντων νεοπλασματικών κυττάρων , τα οποία μπορεί να αυξηθούν , με αποτέλεσμα να υποτροπιάσει η νόσος .

Η έναρξη της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας πρέπει να γίνεται μέσα στις τρεις πρώτες μετεγχειρητικές εβδομάδες και να αποφεύγεται η επιμήκυνση των μεσοδιαστημάτων . Οι ανεπιθύμητες παρενέργειες της χημειοθεραπείας όπως η αλωπεκία , η ναυτία , οι έμετοι , οι δερματικές αλλαγές , η διάρροια η φθορά των αιμοφόρων αγγείων , η διαταραχή της σεξουαλικής επιθυμίας , της αυτοεκτίμησης και του σωματικού ειδώλου και οι οποίες μπορεί να έχουν καταστρεπτικές επιδράσεις στη σωματική και ψυχοσυναισθηματική υγεία της ασθενούς . 18

Χημειοθεραπεία γενικευμένου "Καρκίνου μαστού "

Πολλοί θεραπευτικοί συνδυασμοί έχουν σημαντικές πιθανότητες να περιορίσουν το μέγεθος ή να σταματήσουν την ανάπτυξη των μεταστατικών όγκων . Σ'αυτή την περίπτωση η ίαση δεν είναι συνήθως δυνατή αν και η βελτίωση των συμπτωμάτων και η σμίκρυνση του όγκου ενδέχεται να διαρκέσουν επί μήνες και συχνά επί αρκετά χρόνια . Σε διάφορες κλινικές μελέτες ερευνώνται επιθετικότεροι και δραστικότεροι θεραπευτικοί συνδυασμοί . 13

2. Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί καθιερωμένο είδος θεραπείας μετά την αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου και των λεμφαδένων . Άλλη ένδειξη της ακτινοβολίας ως αρχικής θεραπείας είναι η ακτινοθεραπεία του θωρακικού τοιχώματος έπειτα απο μαστεκτομή . Αυτό μπορεί να είναι αν κατα την επέμβαση ή μετά την εξέταση των ιστών διαπιστωθεί ότι ο όγκος έχει προσβάλλει το δέρμα ή τους μυς του θωρακικού τοιχώματος , πράγμα που συμβαίνει αν ο όγκος είναι πολύ μεγάλος ή αν έχουν προσβληθεί πολλοί λεμφαδένες . Η εφαρμογή της στηρίζεται στην υπόθεση ότι ενδέχεται να υπάρχουν μετά την επέμβαση κρυμμένα καρκινικά κύτταρα στο θωρακικό τοίχωμα ή στους μασχαλιαίους λεμφαδένες , το οποία καταστρέφονται αποτελεσματικά με την ακτινοβολία . Πλήν του θωρακικού τοιχώματος ορισμένες φορές ακτινοβολούνται οι λεμφαδένες της μασχαλιαίας χώρας πάνω απο την κλείδα (υπερκλειίδιοι λεμφαδένες) .

Στις ασθενείς στις οποίες αναπτύσσεται αργότερα υποτροπή της νόσου στο θωρακικό τοίχωμα , συχνά εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία ευρείας έκτασης αν δεν έχει ακτινοβοληθεί προηγουμένως η περιοχή , ώστε να καταστραφούν τα καρκινικά κύτταρα που ενδεχομένως υπάρχουν στη γύρω περιοχή . Έτσι στις εντοπισμένες υποτροπές επιτυγχάνεται μόνιμος έλεγχος της νόσου περίπου στις μισές ασθενείς . 13

Η ακτινοβολία χορηγείται καθημερινά , πέντε ημέρες την εβδομάδα και επι έξι εβδομάδες περίπου . Συνήθως χρησιμοποιείται η εξωτερική ακτινοβολία σε ολόκληρο το μαστό και ορισμένες φορές χορηγείται αναμνηστική συμπληρωματική δόση ακτινοβολίας με χειρουργική εμφύτευση ραδιενεργών κόκκων απευθείας μέσα στον όγκο (βραχυθεραπεία) . Με την ακτινοθεραπεία δεν αυξάνεται ο κίνδυνος να αναπτυχθεί και η δεύτερη κακοήθεια ή καρκίνος του άλλου μαστού .

Η ακτινοβολία χρησιμοποιείται συχνά σε μεταστατική νόσο τόσο για να μικρύνει τον όγκο όσο και για να ανακουφίσει απο τα τοπικά συμπτώματα , όπως ο πόνος ή αίσθημα πίεσης . Αν υπάρξει μεταστατική εστία σε κάποιο οστόν που φέρει βάρος , λόγω χάρη στο πόδι , μπορεί να επέλθει κάταγμα με πολύ μικρή κάκωση (παθολογικό κάταγμα) . Στις περιοχές αυτές χορηγείται συνήθως ακτινοβολία για να επιβληθεί η επούλωση του οστού , να ελατωθεί ο ο πόνος και να ελεγχθεί η τοπική επέκταση της νόσου .

Αν η οπτική βλάβη είναι εκτεταμένη υπάρχει αυξημένος κίνδυνος παθολογικών καταγμάτων για μερικούς μήνες μέχρις ότου ολοκληρωθεί η ακτινοθεραπεία και η επούλωση . Αν υπάρχει πόνος στην περιοχή της σπονδυλικής στήλης οι σπονδυλικές βλάβες που φαίνονται στο

σπινθηρογράφημα ή στις ακτινογραφίες πρέπει να διερευνώνται αμέσως. Αν υπάρχει μεταστατικός όγκος , υπάρχει κίνδυνος κατάγματος των σπονδύλων απο συμπίεση (ακόμα και με το απλό βάδισμα) .

Συχνά ο πόνος οφείλεται σε πίεση των νεύρων απο τον όγκο , και τότε η ακτινοβολία βοηθάει στην ανακούφιση απο τον πόνο μειώνοντας το μέγεθος του όγκου . Όπως συμβαίνει και σε άλλους τύπους καρκίνου , η δόση της χορηγούμενης ακτινοβολίας σε ορισμένες περιοχές είναι μικρή , λόγω της περιορισμένης ανοχής των φυσιολογικών ιστών . 21

Πολλές απο τις ανεπιθύμητες ενέργειες των ακτινοβολιών έχουν πέρα απο το βιολογικό , ψυχολογικό και κοινωνικό σκέλος . Μία απο τις συχνές παρενέργειες η ναυτία και ο έμετος επιβαρύνουν πολύ έντονα τη ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς . Πολλά φάρμακα έχουν χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπισή τους , αλλά θεωρείται οτι η ασφαλέστερη αντιμετώπισή τους είναι η προληψή τους . Η ναυτία και οι έμετοι είναι απο τις πιο συχνές αιτιάσεις , δεν οφείλονται πάντα στις ακτινοβολίες , ιδιαίτερα μετά τη συμπλήρωση της θεραπείας , και σ' αυτό επικαλείται η προσοχή μας . Επιπλέον κατα τους Sallan και Cronin (1992) εκτός απο τη συμαντική συγκινησιακή φόρτιση οι έμετοι συχνά αναγκάζουν τις ασθενείς να αρνούνται την παραπέρα θεραπεία . 10

Πρόβλημα , κύρια αισθητικό , παραμένει η υπερχρώση και οι τηλαγγειακτεσίες , καθώς και σε ατροφικές αλλοιώσεις του δέρματος που ακολουθούν την ακτινοθεραπεία και φυσικά το δυσίατα εγκαύματα που παρουσιάζονται σε ορισμένες περιπτώσεις . 13

3. Ορμονοθεραπεία

Το τοίχωμα που επενδύει τους εκφορητικούς πόρους και τους λοβούς του μαστού μεταβάλλεται υπο την επίδραση των ορμονών και κατα συνέπεια οι ορμονικοί χειρισμοί ή η ορμονική θεραπεία παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του σε καρκίνο μαστού . Έχουν χρησιμοποιηθεί πολλές μέθοδοι για να ελεγχθεί η ορμονική ισορροπία όπως η αφαίρεση των ωοθηκών ή ορισμένες φορές και της υπόφυσης . Πολλές γυναίκες ανταποκρίθηκαν σ'αυτούς τους χειρισμούς , ενώ άλλες όχι . Όσες ανταποκρίθηκαν φαίνεται πως όχι μόνο είχαν λιγότερο επιθετική νόσο , αλλά και αν ακόμα παρουσίαζαν υποτροπή , μπορούσαν ν αντιμετωπιστούν με ορμονικούς χειρισμούς με αυξημένη πιθανότητα ανταπόκρισης .

Πρόσφατα ανακαλύφθηκε οτι το ποσό των οιστρογόνων και των προγεστερονικών υποδοχέων του όγκου σημαίνει οτι η ανάπτυξη του εξαρτάται απο τις εν λόγω ορμόνες . Οι σχετικές μετρήσεις είναι σημαντικές για να προσδιορισθεί η συμπεριφορά του όγκου και η θεραπεία .

Οι όγκοι ταξινομούνται ως θετικοί ή αρνητικοί ανάλογα με το ποσό των πρωτεΐνικών υποδοχέων που διαθέτουν . Όταν οι όγκοι έχουν θετικούς ορμονικούς υποδοχείς η πρόγνωση είναι καλύτερη και η επιβίωση της ασθενούς μακρύτερη .

Οι υποδοχείς οιστρογόνων ανευρίσκονται περίπου στα 2/3 των ασθενών , ενώ μόνο το 40 - 50 % παρουσιάζουν υποδοχείς για την προγεστερόνη . Όγκοι με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς παρουσιάζονται συνήθως στις γυναίκες που έχουν περάσει την εμμηνόπαυση .¹³

Περίπου οι μισές ασθενείς με όγκους θετικούς για ορμονικούς υποδοχείς και ιδίως οι μεγαλύτερης ηλικίας που έχουν περάσει την εμμηνόπαυση , θα ανταποκριθούν στην ορμονοθεραπεία αν λάβουν κάποιο φάρμακο όπως το Ταμοξιφεν που εμποδίζει τη δράση των οιστρογόνων στα καρκινικά κύτταρα . Ωστόσο μερικές φορές χρησιμοποιείται η προγεστερονοειδής ορμόνη Megace , άλλοτε δε ο παράγοντας με ανδρογονική δράση Halotestin . Και τα δύο φάρμακα δίνονται συνήθως όταν το Ταμοξιφεν δεν αναστέλλει πλέον την ανάπτυξη του όγκου , όταν ο όγκος δεν έχει ούτε οιστρογονικούς ούτε προγεστερονικούς υποδοχείς , οι ασθενείς παρουσιάζουν μικρή ανταπόκριση στην ορμονοθεραπεία . Συνήθως , δεν παίρνουν φάρμακα όπως Ταμοξιφεν ως συμπληρωματική θεραπεία ή για μεταστατική νόσο , επειδή μπορεί να παραμείνουν στο σώμα κάποια κρυμμένα καρκινικά κύτταρα του μαστού μετα την αρχική θεραπεία είναι εξαιρετικά σημαντικό πριν δοθεί οποιοδήποτε είδος γυναικείων ορμονών , η ασθενής να συζητήσει με τον ογκολόγο της τον κίνδυνο που δυνητικά υπάρχει .

Το Ταμοξίφεν μπορεί να αποτελεί την αρχική θεραπεία σε ορισμένες πολύ ειδικές καταστάσεις , λόγου χάρη σε ηλικιωμένες ασθενείς που αδυνατούν να υποστούν χειρουργική επέμβαση ή την αρνούνται , σε ασθενείς με μη χειρουργήσιμους όγκους με θετικούς οιστρογονικούς υποδοχείς όταν άλλα προβλήματα υγείας απαγορεύουν τη χημειοθεραπεία . Συχνά , στις ηλικιωμένες , ιδιαίτερα όταν υπερβούν το 80ο έτος , η Ταμοξίφεν μικραίνει τον όγκο . Εκτός απο τις παραπάνω ειδικές περιπτώσεις , η Ταμοξίφεν δεν πρέπει να χορηγείται αρχικά ως εναλλακτικός τρόπος θεραπείας έναντι της καθιερωμένης αρχικής θεραπείας . ¹⁰

4. Χειρουργική

Στο παρελθόν ο κύριος ρόλος της χειρουργικής ήταν η επέμβαση σε ένα μόνο στάδιο κατά το οποίο γινόταν βιοψία και ακολουθούσε ριζική μαστεκτομή . Συχνά η ασθενής ανακάλυπτε ξυπνώντας οτι είχε υποστεί ριζική μαστεκτομή . Ευτυχώς , τα τελευταία 20 χρόνια , η χειρουργική επέμβαση γίνεται σε τρία στάδια .

Κατ'αρχάς γίνεται βιοψία , έτσι καθίσταται δυνατό να γίνει εμπειριστατωμένη συζήτηση με την ασθενή και την οικογενεία της για τους τρόπους θεραπείας . ¹³

Αν κατά τη βιοψία διαπιστωθεί καρκίνος υπάρχουν ποικίλλες θεραπευτικές λύσεις .

α. Λεμφεκτομή

Η λεμφεκτομή αποτελεί σήμερα την πιο συνηθισμένη μέθοδο χειρουργικής θεραπείας , για τον καρκίνο του μαστού . Κατα την εγχείρηση αφαιρείται μόνο ένα μέρος του μαστού που περιέχει τον όγκο αλλά και μερικοί υγείς ιστοί που την περιβάλλουν . Όλοι οι ιστοί που αφαιρούνται απο το μαστό εξετάζονται προσεκτικά για να εξακριβωθεί η ύπαρξη καρκινικών κυττάρων στους υγείς ιστούς που περιέβαλαν τον όγκο .

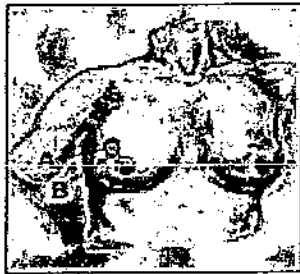
Αν βρεθούν καρκινικά κύτταρα στους περιβάλλοντες υγείς ιστούς και επεκτείνονται έξω απο τα όρια του όγκου που αφαιρέθηκε , θα χρειαστεί και δεύτερη επέμβαση για να αφαιρεθεί ο καρκίνος που ξεκινά .

Οι περισσότερες γυναίκες που έχουν υποστεί λεμφεκτομή κάνουν για 5 - 7 εβδομάδες , μετα την εγχείρηση , ακτινοθεραπεία ώστε να καταστρέψουν οποιαδήποτε καρκινικά κύτταρα που πιθανόν να υπάρχουν

στην περιοχή που έγινε επέμβαση .

Ένα σημαντικό θέμα των ερευνών , που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια , είναι η πιστοποίηση η λεμφεκτομή είναι το ίδιο αποτελεσματική όσο η μαστεκτομή για την θεραπεία του καρκίνου του μαστού . Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η λεμφεκτομή συνοδευόμενη από ακτινοθεραπεία είναι το ίδιο αποτελεσματική σε γυναίκες με :

- Τοπικό καρκίνο του μαστού .
- Ογκο μικρότερο από 4 cm , ο οποίος αφαιρείται και στον περιβάλλοντα υγιή ιστό δεν υπάρχουν καρκινικά κύτταρα . 21



Βέβαια η λεμφεκτομή συνδυασμένη με ακτινοβολία δεν αποτελεί την καλύτερη επιλογή για όλες τις περιπτώσεις καρκίνου μαστού . Αντιθέτως πρέπει να αποφεύγεται στις παρακάτω περιπτώσεις :

- Σε ασθενείς που έχουν ήδη ακτινοβοληθεί στον ίδιο μαστό σε προηγούμενο καρκίνο μαστού .
- Σε εκτεταμένο (γενικευμένο) καρκίνο μαστού ή αν υπάρχουν δύο ή περισσότεροι όγκοι σε διαφορετικές περιοχές του ίδιου μαστού .
- Σε περιπτώσεις όπου σε μικρό μαστό υπάρχει μεγάλος όγκος , επομένως η αφαίρεση του όγκου θα ήταν εξαιρετικά αντιαισθητική .
- Σε περιπτώσεις όπου με την αφαίρεση του όγκου δεν είναι δυνατόν να αφαιρεθεί ο καρκίνος και να αποκατασταθούν οι περιβάλλοντες ιστοί .
- Όταν υπάρχει πιθανότητα να παρουσιάσει η ασθενής ευαισθησία στην ακτινοβολία .
- Σε εγκυμοσύνη κατά τη διάρκεια της οποίας δεν πρέπει η ασθενής να εκτεθεί σε ακτινοβολία .
- Σε γυναίκες , που οι ίδιες προτιμούν τη μαστεκτομή ως αποτελεσματικότερη θεραπεία . 10

β Μαστεκτομή

Είναι η χειρουργική αφαίρεση του μαστού . Υπάρχουν 3 τύποι επεμβάσεων σ'αυτή την κατηγορία :

- Τμηματεκτομή
- Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή
- Ριζική μαστεκτομή

Όποτε είναι δυνατό δίνεται στις ασθενείς η ευκαιρία να διαλέξουν να υποβληθούν σε *λεμφεκτομή* . Όπως απέδειξαν οι μελέτες των τελευταίων χρόνων , αφαιρώντας μεγαλύτερη μάζα , όπως γίνεται στη ριζική μαστεκτομή δεν είναι αποτελεσματικότερη η θεραπεία απ'ότι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή . Αλλά , ακόμα και η λεμφεκτομή συνοδευόμενη απο ακτινοθεραπεία , αποδυναμώνεται οτι είναι το ίδιο αποτελεσματική . Φυσικά όσο πιο έγκαιρη είναι η διάγνωση τόσες περισσότερες επιλογές έχουν οι ασθενείς για την κατάλληλη θεραπεία .

Ο θεράπων ιατρός οφείλει να συλλέγει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για το ιστορικό της ασθενούς του , ώστε να αποφασίσει ποια είναι η αποτελεσματικότερη και ιδανική θεραπεία γι'αυτή . Στην αποφαση του συντελούν καθοριστικά αρκετοί παράγοντες όπως :

- Το μέγεθος του όγκου σε σχέση με το μαστό .
- Ο τύπος του όγκου .
- Το στάδιο καρκίνου μαστού στο οποίο βρίσκεται η ασθενής .
- Η κατάσταση των λεμφαδένων .
- Τα αποτελέσματα απο τον ιστολογικό έλεγχο .
- Η δυνατότητα θεραπείας με ακτινοβολία στην περιοχή .
- Αν ο καρκίνος εντοπίζεται σε περισσότερα απο ένα σημεία του μαστού .
- Αν είναι δυνατό να υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία .
- Αν η ασθενής θεωρεί ως αποτελεσματικότερη θεραπεία τη μαστεκτομή . 22

Υπάρχουν όπως προαναφέρθηκε τρία είδη μαστεκτομής , ανάλογα με την κατάσταση της ασθενούς . Αυτά είναι :

1. Τμηματεκτομή

Περιλαμβάνει την αφαίρεση ολόκληρου του μαζικού αδένου, δέρματος της θηλής και της θηλαίας άλω, αλλά σπανίως επεκτείνεται στους λεμφαδένες. Δεν αφαιρούνται μύς, οι οποίοι βρίσκονται ακριβώς κάτω από το μαστό. Αυτό το είδος της επέμβασης πραγματοποιείται σε κάποιες περιπτώσεις για προφυλακτικούς λόγους, όταν υπάρχει πολύ μεγάλη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου μαστού.

Μια γυναίκα μπορεί να επιλέξει να κάνει ανακατασκευή μαστού ή προσθετική μαστού ακολουθώντας αυτό το είδος της θεραπείας. Το θωρακικό τοίχωμα παραμένει συνήθως επίπεδο ακολουθώντας μια απλή μαστεκτομή και η γυναίκα έχει πολλές επιλογές στην προσθετική μαστού. 10.

21



2. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Αυτό το είδος της επέμβασης είναι το πιο συνηθισμένο σε περιπτώσεις καρκίνου μαστού. Περιλαμβάνει την αφαίρεση ολόκληρου του μαζικού αδένου, τη θηλή, τη θηλαία άλω και τους λοβούς καθώς επίσης και ποικίλους αριθμούς λεμφαδένων από την περιοχή της μασχάλης. Συνήθως γίνεται οριζόντια τομή μήκους περίπου 5 - 8 cm. Το θωρακικό τοίχωμα είναι τυπικά είναι τυπικά επίπεδο, ελαφρώς αναδιπλωμένο. Σήμερα το είδος αυτό της θεραπείας εφαρμόζεται κυρίως όταν η συντηρητική θεραπεία ή η

επέμβαση που συνδυάζεται με ακτινοθεραπεία , δεν αποτελεί την καλύτερη επιλογή της ασθενούς . 20



3. Ριζική μαστεκτομή

Η ριζική μαστεκτομή περιλαμβάνει την αφαίρεση ολόκληρου του μαστού , των μασχαλιαίων λεμφαδένων και των μυών του θωρακικού τοιχώματος . Μέχρι το 1970 η επέμβαση αυτή ήταν η πιο συνηθισμένη σε καρκίνο μαστού . Σήμερα , όμως , εκτελείται όταν κατά τη διάγνωση διαπιστώσουμε ότι βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο ή όταν ο καρκίνος έχει προσβάλλει τους μύες του θωρακικού τοιχώματος . Αυτό συμβαίνει επειδή έχει αποδειχτεί με μελέτες ετών ότι οι δείκτες επιβίωσης είναι ίδιοι με την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή ενώ η ριζική μαστεκτομή εμφανίζει συνάμα και πιο αντιαισθητικό αποτέλεσμα .

Επίσης η επέμβαση αυτή δημιουργεί μεγαλύτερη δυσκολία με την αποκατάσταση της κινητικότητας στο βραχίονα και στον ώμο . Γι'αυτό συνήθως συνίσταται φυσικοθεραπεία για να επανέρθει πλήρως η κινητικότητα του όγκου . Το θωρακικό τοίχωμα παρουσιάζει περιοχές που σχηματίζονται εσοχές οι οποίες μπορεί να δημιουργήσουν πρόβλημα κατά την ανακατασκευή . 10, 22

Σε όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις που προσφέρονται χρειάζεται γενική αναισθησία και διαμονή στο νοσοκομείο . Οι ασθενείς πρέπει να μείνουν σε κατάκλιση για 3 - 4 ημέρες . Ωστόσο , ορισμένες ασθενείς δεν μένουν σε κατάκλιση καθ'όλη τη διάρκεια της ανάρρωσης . Οι επίδεσμοι που τοποθετούνται στο μαστό και στη μασχάλη αφαιρούνται τελείως μετά απο 10 - 14 ημέρες . 22



enlarge image

γ Ανακατασκευή του μαστού

Ένας άλλος ρόλος της χειρουργικής είναι η ανακατασκευή του μαστού μετά την αφαίρεσή του . Αυτό γίνεται πλέον συχνότερα , νωρίτερα και με τεχνικές που έχουν πιο αποδεκτά αισθητικά αποτελέσματα . Κάποιος έμπειρος πλαστικός χειρουργός μπορεί να δει την ασθενή πριν από τη χειρουργική επέμβαση και να της δώσει τις συμβουλές του . Συνήθως όμως ζητείται η συμβουλή του προς το τέλος της θεραπείας εφόσον η ασθενής επιθυμεί να ανακατασκευαστεί ο μαστός της . Εκτενέστερα σ' αυτό το θέμα θα αναφερθούμε παρακάτω . 13

5. Γονιδιακή Θεραπεία

Οι πρόοδοι στη μοριακή βιολογία που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια έχουν βοηθήσει σημαντικά στην κατανόηση του φαινομένου που ονομάζεται "εξαλλαγή των κυττάρων". Οι μηχανισμοί που διέπουν την ανάπτυξη, τον πολλαπλασιασμό και τη διαφοροποίηση ενός φυσιολογικού κυττάρου δεν είναι εντελώς κατανοητοί. Οι διαταραχές που συμβαίνουν στο κύτταρο είναι στενά συνδεδεμένες με τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Ένα κύτταρο "εν ηρεμία" ποτέ δεν υφίσταται τον κίνδυνο εξαλλαγής, ενώ ένα κύτταρο το οποίο πολλαπλασιάζεται επιδέχεται και είναι επιρρεπές σε όλων των ειδών τις βλάβες που μπορεί να προέρχονται από μία πληθώρα αιτιών: ιούς, χημικά καρκινογόνα, ορμόνες τραυματισμούς κ.τ.λ. Έτσι λοιπόν η κακοήθης εξαλλαγή είναι συνυφασμένη με τον πολλαπλασιασμό του κυττάρου και είναι ανάλογη με το βαθμό πολλαπλασιασμού.

Οι πρόοδοι που έχουν γίνει στους τομείς της αναπαραγωγής DNA, στους μεταγραφικούς παράγοντες και την έκφραση των γονιδίων, τους μηχανισμούς επισκευής, τη μεταγωγή σήματος, τα ογκογονίδια και τα κατασταλτικά γονίδια, τη χαρτογράφηση του γενώματος και τον προσδιορισμό ακολουθίας, δίνουν τη βάση για μια νέα εποχή στη Βιοϊατρική έρευνα με στόχο την εισαγωγή θεραπευτικών γονιδίων στα κύτταρα των ασθενών.

Δύο μη συμβατικές θεραπευτικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του καρκίνου που ίσως στο εγγύς μέλλον να παίξουν βασικό ρόλο στη θεραπεία της νόσου. 23

Η γονιδιακή θεραπεία είναι ένα άλλο αποτέλεσμα έρευνας πάνω στο ανασυνδυασμένο DNA είναι η εισδοχή ενός γονιδίου στα κύτταρα του ασθενούς για να επισκευασθεί ένα έμφυτο λάθος μεταβολισμού (γενετική ανωμαλία) ή να δοθεί μια νέα λειτουργία στο κύτταρο. Αυτός, φυσικά, είναι ένας ευρύς ορισμός που περιλαμβάνει τη δυνατότητα θεραπείας γενετικών ανωμαλιών, καρκίνου, μολυσματικών νόσων και αυτοάνοσων ανωμαλιών μέσω γενετικώς τροποποιημένων κυττάρων με σκοπό την αποτροπή ή την εξάλειψη της νόσου.

Τα σωματικά είναι αυτά που δεν αναπαράγονται (δέρμα, οστά, εγκέφαλος κ.τ.λ.): Η γονιδιακή θεραπεία που θα μετέβαλλε τα αναπαραγωγικά κύτταρα (σπέρμα, ωάρια) ονομάζεται θεραπεία γενετικής σειράς. Προς το παρόν η μόνη μορφή θεραπείας που είναι τεχνικώς εφικτή και ηθικώς παραδεκτή είναι η θεραπεία των σωματικών κυττάρων. Η γονιδιακή θεραπεία σωματικών κυττάρων μπορεί να επανορθώσει κληρονομικές καταστάσεις, αλλά μόνο για μια νέα γενιά. Η θεραπεία της γενετικής σειράς μπορεί να απαλείψει νοσήματα για όλες τις γενιές, αλλά

προς το παρόν δεν είναι τελείως εφικτή για τεχνικούς λόγους .

Δύο τρόποι προσεγγίσεως ακολουθούνται για τη μεταφορά γονιδίων σε σωματικά κύτταρα :

α) Άμεσος μεταφορά με τη χρήση ιών .

β) Θεραπεία ex vivo που συνεπάγεται αφαίρεση των κυττάρων από συγκεκριμένο όργανο ή τον όγκο , γενετική επιδιόρθωση των μη φυσιολογικών κυττάρων σε καλλιέργεια ή μεταφορά ενός διαφορετικού γονιδίου στα λεμφοκύτταρα του όγκου , ώστε να επιτευχθεί η κυτταροτοξικότητα του όγκου και η επανατοποθέτηση των κυττάρων στον ασθενή . 24

6. Ανοσοθεραπεία

Η έρευνα πάνω στα εμβόλια εναντίον του καρκίνου στον άνθρωπο έχει αρχίσει να εντατικοποιείται τα τελευταία χρόνια .

Τα εμβόλια στοχεύουν σε έλεγχο του καρκίνου μέσω ενεργού ανοσοθεραπεία . Ο καρκίνος είναι ελαφρώς αντιγονικός ή καθόλου αντιγονικός . Επίσης η ανοσολογική ανταπόκριση , ιδίως αυτή των Τ-λεμφοκυττάρων , είναι κρίσιμη στην απόρριψη του όγκου και πολύ λίγα είναι γνωστά γύρω από τη φύση των αντιγόνων απόρριψης στον ανθρώπινο καρκίνο . Δεν είναι γνωστό αν αυτά τα αντιγόνα διαφέρουν για κάθε περίπτωση ανθρώπινου καρκίνου ή εαν υπάρχουν κλινικώς χρήσιμα αντιγόνα που μοιράζονται από τους περισσότερους όγκους ενός ιστολογικού τύπου .

Υπάρχουν τρεις βασικές προϋποθέσεις για επιτυχή ανοσοθεραπεία:

- 1) Ανοσογόνοι όγκοι .
- 2) Ακέραια κυτταρική ανοσία
- 3) Μικρό φορτίο καρκινικών κυττάρων . 25

Ενεργητική ανοσοθεραπεία

Στην ενεργητική ανοσοποίηση γίνεται ένεση αντιγόνου στην ασθενή που τη κινητοποιεί να αναπτύξει αντισώματα . Με τον τρόπο αυτό βελτιώνεται και είναι σε δράση το ανοσοβιολογικό σύστημα . Κατά την ειδική ενεργητική ανοσοθεραπεία εμβολιάζεται η ασθενής με αντιγόνα που έχουν σχέση με τον καρκίνο , ενώ στη μη ειδική εμβολιάζεται με αντιγόνα που δεν έχουν σχέση με τον καρκίνο , αλλά επιδιώκεται η ισχυροποίηση της

ανοσοβιολογικής ικανότητας του οργανισμού .

Ο απλούστερος τρόπος να παρασκευαστεί ένα εμβόλιο κατα του καρκίνου είναι η χρησιμοποίηση ακέραιων κυττάρων . Μπορεί να γίνει χρήση αυτόλογων ή αλλογενών καρκινικών κυττάρων . Τα αυτόλογα εμβόλια απαιτούν ένα δείγμα απο τον όγκο για κάθε ασθενή χωριστά . Η αποτελεσματικότητα του αυτόλογου εμβολίου μπορεί να ενισχυθεί τροποποιώντας τα κύτταρα ώστε να αυξηθεί η αντιγονικότητά τους . Αυτό μπορεί να γίνει με διάφορες προσεγγίσεις όπως :

- 1) Χημική τροποποίηση με απτένιο .
- 2) Επιμόλυνση με γονίδιο το οποίο παράγει κυττοκίνες .

Τα αυτόλογα εμβόλια έχουν δύο πλεονεκτήματα σε σχέση με τα αλλογενή :

A) Λίγα είναι γνωστά ως προς τα αντιγόνα απόρριψης του όγκου . Τα αλλογενή εμβόλια εξαρτώνται απο την ύπαρξη αντιγόνων τα οποία μοιράζονται απο πολλούς ή όλους τους όγκους του ίδιου ιστολογικού τύπου .

B) Τα αντιγόνα που αναγνωρίζονται απο τα T - κύτταρα με ταιριασμένο προφίλ αντιγόνου ανθρώπινων λευκοκυττάρων (HLA) . Αυτό το φαινόμενο είναι γνωστό ως μείζων σύμπλεγμα ιστοσυμβατότητας .

Τα εμβόλια αυτά χορηγούνται ενδοδερμικά και παρακολουθείται τοπικά το δέρμα για συμπτώματα φλεγμονής και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να δημιουργηθούν εξελκώσεις . Ακόμη μπορούν να παρατηρηθούν και συμπτώματα γενικής αντίδρασης όπως ρίγος , πυρετός και γενική αδιαθεσία . Η ασθενής ενημερώνεται να πλένει δύο φορές τη μέρα την περιοχή όπου έγινε το εμβόλιο .

Παθητική ανοσοθεραπεία

Παθητική ανοσοθεραπεία επιτυγχάνεται με την άμεση μεταφορά αντικαρκινογόνων αντισωμάτων , ανοσοβιολογικά ικανών λεμφοκυττάρων ή άνοσων λεμφοκυττάρων δότη (συνήθως ατόμου που θεραπεύτηκε απο καρκίνο ή βρίσκεται σε κατάσταση υφέσεως) σε ασθενή με νεόπλασμα εν ενεργεία . Η παθητική ανοσοθεραπεία προκαλεί ανοσία για μικρή χρονική περίοδο (εβδομάδες - μήνες) . Οι δότες λεμφοκυττάρων ανευρίσκονται απο τον τύπο των αντιγόνων των ανθρώπινων λευκοκυττάρων .Ακόμη οι ερευνητές προσπαθούν να απομονώσουν στον ορό του δότη αντισώματα , που έχουν σχέση με καρκίνο απο άλλα που δεν έχουν σχέση με καρκίνο . Η

χορήγηση στον ασθενή μόνο αντισωμάτων που έχουν σχέση με τον καρκίνο περιορίζει τον κίνδυνο τα αντισώματα που δεν έχουν σχέση με τον καρκίνο του δότη να προσβάλλουν τους φυσιολογικούς ιστούς του αρρώστου . 26

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ

ΚΟΣΜΗΤΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ : Σαφής υπεροχή των συντηρη-τικών επεμβάσεων .

ΕΠΙΒΙΩΣΗ : Σε μεγάλο βαθμό πολυκεντρικών μελετών δεν υπάρχει διαφορά .

ΥΠΟΤΡΟΠΗ : Λόγω του κινδύνου υποτροπής σε μεγαλύτερο ποσοστό στις συντηρητικές επεμβάσεις , μερικές προϋποθέσεις πρέπει να τηρούνται . Για τον έλεγχο της τοπικής υποτροπής πρέπει να ακολουθεί :

α) Ακτινοθεραπεία :

Τοπική υποτροπή μετα την ακτινοθεραπεία 4,4 %

Τοπική υποτροπή χωρίς την ακτινοθεραπεία 20 %

β) Εκτομή μασχαλιαίων λεμφαδένων :

Οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση και αν αποφασισθεί για τη θεραπεία του διηθητικού καρκίνου του μαστού (μαστεκτομή ή συντηρητική επέμβαση) πρέπει να ακολουθείται απο αφαίρεση των λεμφαδένων της μασχάλης .

Είναι γενικά αποδεκτό οτι η κλινική εκτίμηση της κατάστασης των λεμφαδένων της μασχάλης ενέχει υψηλά ποσοστά λάθους . Ενώ η ιστολογική εκτίμηση των λεμφαδένων προσφέρει σωστή σταδιοποίηση και συνάμα αποτελεί τον σπουδαιότερο μέχρι σήμερα προγνωστικό παράγοντα . Ο συνολικός αριθμός των προσβεβλημένων λεμφαδένων καθορίζει την πρόγνωση και όχι το επίπεδο που αυτοί ευρίσκονται .

Αμφιλεγόμενο σημείο παραμένει η έκταση του καθαρισμού της μασχάλης . Για άλλους αποτελεί θεραπευτική αγωγή και απαιτείται λήρη καθαρισμός της μασχάλης και για άλλους διαδικασία σταδιοποίησης αναγνωρίζοντας τους ασθενείς υποψήφιους για υποτροπή ή μετάσταση , οπότε θα απαιτηθεί συστηματική θεραπεία .

Ηεκτομή του 1 και 2 επιπέδου των μασχαλιαίων λεμφαδένων ίσως

είναι η μόνη λύση που βρίσκεται μεταξύ των δύο . Δίνει σαφή ιστοπαθολογική εικόνα και προγνωστική πληροφορία , ενώ ελέγχει σε μεγάλο ποσοστό τις λεμφαδενικές μεταστάσεις . Η ανάγκη βέβαια συμβιβασμού ευρείας εκτομής με καλό αισθητικό αποτέλεσμα , παραμένει το σπουδαιότερο πρόβλημα στη χειρουργική του μαστού .

γ) Φρουρός λεμφαδένας στον Καρκίνο μαστού :

Τα τελευταία χρόνια γίνεται μεγάλη συζήτηση αν πρέπει να γίνεται λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης όταν οι λεμφαδένες δεν είναι προσβεβλημένοι από τη νόσο . Χρησιμοποιείται εσχάτως μέθοδος εντοπισμού του πρώτου λεμφαδένας που μπορεί να προσβληθεί . Ο εντοπισμός του φρουρού λεμφαδένας γίνεται με μπλέ χρωστική ή χρησιμοποιείται ραδιενεργό τεχνητό . Η αξιοπιστία της μεθόδου ενέρχεται σε 90 - 95 % . Υπάρχουν ακόμα πολλά προβλήματα που μελετώνται σε τυχαιοποιημένες μελέτες και έτσι η μέθοδος δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέθοδος ρουτίνας .

Έτσι με τη μέθοδο αυτή αν εντοπισθεί ο φρουρός λεμφαδένας να είναι διηθημένος , τότε γίνεται λεμφαδενικός καθαρισμός . Αν , όμως είναι αρνητικός , τότε η ασθενής θα πρέπει να αποφύγει τον μασχαλιαίο λεμφαδενικό καθαρισμό . 25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 60

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Απο τις κακοήθειες του μαστού το 2 - 5 % παρατηρείται σε εγκυμονούσες γυναίκες . Η ανίχνευση ογκιδίων , μεταβολών στο μαζικό ιστό ή μαζών είναι πιο δύσκολή κατά την εγκυμοσύνη , εξαιτίας των φυσιολογικών μεταβολών που συμβαίνουν σ' αυτή την περίοδο . Αν διαπιστωθεί κάποιο ογκίδιο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι σκόπιμο να γίνει μαστογραφία με κατάλληλη θωράκιση ή βιοψία μαστού, είτε με αναρρόφηση είτε χειρουργικά . Η θεραπεία βασικά είναι ίδια , αν και η ακτινοβολία αντενδείκνυται κατά την εγκυμοσύνη . Αν διαπιστωθεί επιθετική νόσος κατά την αρχή της εγκυμοσύνης και συσταθεί χημειοθεραπεία , η διακοπή της εγκυμοσύνης είναι μία επιλογή. »

Τα δεδομένα είναι ανεπαρκή για την οριστική απόφαση του αν η διακοπή της κύησης βελτιώνει την πρόγνωση των ασθενών , που ανακαλύφθηκε κατά την κύηση ότι έχουν δυνητικά θεραπεύσιμο καρκίνο του μαστού και που δέχονται οριστική θεραπεία . Θεωρητικά , τα συνεχώς αυξανόμενα επίπεδα των οιστρογόνων που παράγονται απο τον πλακούντα , καθώς η κύηση προχωρεί , μπορεί να είναι επιβλαβή για την ασθενή με λανθάνουσες μεταστάσεις καρκίνου μαστού , που είναι ευαίσθητες σε ορμόνες . Επιπλέον λανθάνουσες μεταστάσεις παρατηρούνται στις περισσότερες ασθενείς με θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες και η θεραπεία με συμπληρωματική χημειοθεραπεία θα είναι δυνητικά βλαπτική για το έμβρυο . Υπό αυτές τις συνθήκες η διακοπή της κύησης στα αρχικά στάδια είναι λογική , ενώ όσο προχωρεί προς τα τελικά στάδια , η διαδικασία της διακοπής της κύησης δεν συνίσταται . Βέβαια , η απόφαση πρέπει να είναι άκρως εξατομικευμένη και επηρεάζεται απο πολλούς παράγοντες , περιλαμβανομένης της επιθυμίας της ασθενούς να αποκτήσει παιδί και της γενικά κακής πρόγνωσης , όταν έχουν προσβληθεί οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες .

Το ίδιο προβληματική και σημαντική είναι η συμβουλή όσον αφορά στη μέλλουσα κύηση , που πρέπει να δοθεί στις γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας , που έχουν ήδη υποστεί μαστεκτομή ή άλλη οριστική θεραπεία για καρκίνο μαστού . Υπό αυτές τις συνθήκες , θα πρέπει να υπολογίσει κανείς ότι η κύηση πιθανώς θα είναι επιβλαβής , αν υπάρχουν λανθάνουσες μεταστάσεις , αν και αυτό δεν έχει αποδειχτεί . Οι ασθενείς των οποίων το νεόπλασμα είναι αρνητικό για οιστρογονικούς υποδοχείς , πιθανώς δεν επηρεάζονται απο τη κύηση . Σε αρκετές μελέτες δεν έχει αποδειχτεί αρνητική επίδραση της κύησης στην επιβίωση των γυναικών που είχαν ήδη καρκίνο του μαστού και στη συνέχεια έμειναν έγκυες . 26

Μερικοί χειρουργοί συμβουλεύουν την ασθενή να περιμένει δύο χρόνια μετα τη θεραπεία για καρκίνο , πρίν αποφασίσει να μείνει έγκυος . Στην περίπτωση σταδίου 2 ή σταδίου 3 της νόσου , οι ασθενείς συμβουλεύονται να περιμένουν 4 χρόνια . Εγκυμοσύνη μετα απο θεραπεία για καρκίνο μαστού δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής της νόσου . 8

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

Παρόλο που ο καρκίνος μαστού σπάνια μπορεί να επηρεάσει τους άνδρες, περίπου 200 άνδρες αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού στο Ηνωμένο Βασίλειο και 90 άνδρες το χρόνο πεθαίνουν από αυτόν, ενώ 1 % από όλους τους καρκίνους μαστού επηρεάζουν τους άνδρες συνήθως σε μεγαλύτερη ηλικία από τις γυναίκες. Αυτοί που πάσχουν, συχνά υποβάλλονται σε χειρουργείο για καρκίνο μαστού σε πρωταρχικό στάδιο, όπου η νόσος εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα διότι ο όγκος προσβάλλει το δέρμα. 27

Αν και το συνηθέστερο σημείο της νόσου είναι κάποιο ανώδυνο εξόγκωμα, τα περισσότερα τέτοια εξογκώματα στους άνδρες είναι καλοήγη και οφείλονται σε άλλους λόγους 'όπως σε φάρμακα ή σε κάποια ηπατική νόσο. 13

Οι θεραπείες που προσφέρονται γενικά είναι παρόμοιες με αυτές του γυναικείου καρκίνου μαστού. Οι Paterson, Batterrsbys and Bach, ανέφεραν ότι όταν δινόταν Tamoxifen στους άνδρες με καρκίνο μαστού παρήγαγε μία ύφεση σχεδόν στους μισούς από τους θεραπεύονταν. Επειδή είναι μια πολύ σπάνια μετάσταση, πολύ λίγα έχουν καταγραφεί για τα ψυχολογικά προβλήματα που εντοπίζονται στους άνδρες με καρκίνο μαστού. Αρχικά ο άνδρας πρέπει να αντιμετωπίσει τη σπανιότητα της ασθένειας του, η οποία μπορεί να τον κάνει να νιώθει απομονωμένος και ντροπιασμένος, ειδικά αφού πρέπει να συμβιβαστεί με μία ασθένεια που είναι κυρίως γυναικεία.

Η θεραπεία μπορεί να καθιστά αναγκαίο τον ευνουχισμό, ο οποίος μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την εικόνα του ανδρικού κορμιού. Σε αντίθεση με τις γυναίκες οι άνδρες, μπορεί να αναπτύξουν λεμφοίδημα του άνω άκρου, το οποίο μπορεί να καταστήσει τον άνδρα ανίκανο θυμίζοντάς του συνεχώς την ασθένειά του. 27

Ο άνδρας με καρκίνο μαστού χρειάζεται την ίδια φροντίδα με μία γυναίκα, όπως και η κατανόηση των ειδικών αναγκών ενός άνδρα με αυτή την ασθένεια.

Η φτωχή πρόγνωση του καρκίνου μαστού των ανδρών ίσως σχετίζεται με την καθυστέρηση της θεραπείας (έως και 10 μήνες), που πιθανώς οφείλεται στην ελλατωματική ευαισθησία του κοινού και των γιατρών ως προς τη διάγνωση της νόσου. 13

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Επειδή η βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου του μαστού είναι κάθε φορά και διαφορετική, παρά τις προσπάθειες που καταβάλλει η σύγχρονη επιστήμη, αυτός παραμένει ύπουλος και με αβέβαιη πρόγνωση. Ο γιατρός, που θα βιασθεί να την προσδιορίσει, δεν έμαθε ακόμα όσα έχουν σχέση με τον καρκίνο του μαστού. Γενικά, στην πρόγνωση, είναι δυνατό να μας βοηθήσουν: η εντόπισή του στα τέσσερα τεταρτημόρια του μαστού, ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων, οι αγγειακές διηθήσεις, το εντοπισμένο ή διηθητικό του όγκου, το μέγεθός του και το φλεγμονώδες αυτού, ο ιστολογικός του τύπος, η διαφοροποίησή του, η σταδιοποίησή του και η ύπαρξη αρμονικών υποδοχέων.

Σχετικά με τη διαφοροποίηση, όταν αυτή είναι υψηλή, η 20ετής επιβίωση φτάνει το 40%, όταν είναι χαμηλή, το 20%.

Σχετικά με τη σταδιοποίηση, όταν ο καρκίνος βρίσκεται στο στάδιο I, το ελεύθερο νόσου διάστημα για 10 χρόνια φτάνει το 50-90%, στο στάδιο II το 40-70%, στο στάδιο III, στο 10-20% και στο στάδιο IV, μέχρι 5%.

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

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΤΟΠΙΚΟΥ

ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ευνοϊκή	<ul style="list-style-type: none"> Μακρά διάρκεια συμπτωμάτων Όγκος κατάλληλος για μαστεκτομή < του όγκου . Βάθια καθήλωση στο μείζονα θώρακικό
Μη ευνοϊκή	<ul style="list-style-type: none"> 1-5 χρόνια μετακλιμακτήριοι κατάσταση διάρκεια συμπτωμάτων κάτω από 6 μήνες Πρωτοπαθής όγκος διάχυτος Φλεγμονώδης καρκίνος
Ουδέτεροι	<ul style="list-style-type: none"> Το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου . Η συμμετοχή του δέρματος.

1. Διηθημένοι λεμφαδένες	<ul style="list-style-type: none"> Υπαρξη διηθημένων μασχαλιαίων λεμφαδένων ή μη .Ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων
2. Ο βαθμός διαφοροποίησης του όγκου	<ul style="list-style-type: none"> Όγκος χαμηλής διαφοροποίησης κακή πρόγνωση
3. Όγκος ορμονοεξαρτώμενος ή όχι	<ul style="list-style-type: none"> Ορμονοεξαρτώμενοι όγκοι καλής προγνώσεως
4. Ηλικία	<ul style="list-style-type: none"> 20-45 ετών χειρότερη πρόγνωση
5. Μέγεθος του όγκου	<ul style="list-style-type: none"> όγκος > 4 cm κακή πρόγνωση
6. Ιστολογικός τύπος του όγκου	<ul style="list-style-type: none"> καρκινολί χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κακή πρόγνωση
7. Άλλοι	<ul style="list-style-type: none"> Διήθηση αγγείων,νεύρων,λεμφαγγείων Διήθηση του δέρματος και της θηλής Συνύπαρξη του όγκου με εξελκτική ινώδη κυστική μαστοπάθεια Αμφοτεροπλευρός καρκίνος μαστού Υπαρξη υποκλινικών μεταστάσεων Καρκίνος έσω ημιόριου μαστού

ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΚΑΙ ΔΕΚΑΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ

Μασχαλιαίες λεμφαδένες	Επιβίωση πενταετής	Επιβίωση δεκαετής
Χωρίς διηθημένους λεμφαδένες	78%	65
1-3 διηθημένες λεμφαδένες	62%	35%
>3 διηθημένες λεμφαδένες	32%	13%

Μ Ε Ρ Ο Σ Β - Ε Ι Δ Ι Κ Ο

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

Ο στόχος της ογκολογικής νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητα του και να τα χρησιμοποιήσει , για την καταπολέμηση των κακοηθών κυττάρων , να ανεχθεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά , ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια . Ακόμη οι γνώσεις και οι δεξιότητες βοηθούν το νοσηλευτή να προβλέψει και να παρεμποδίσει την εμφάνιση των προβλημάτων αυτών .

Οι συγγραφείς του βιβλίου *Cancer Care Nursing* , *Danova* και *Pierce* , περιγράφουν στην παράγραφο που ακολουθεί τα προσόντα που πρέπει να έχει ο νοσηλευτής για να νοσηλεύσει τον άρρωστο με καρκίνο.

" Ο νοσηλευτής που εργάζεται με τον άρρωστο , που έχει καρκίνο , πρέπει να είναι περισσότερο από ένας έμπειρος τεχνικός . Πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει τον συνάνθρωπο και προσφέρει τον εαυτό του με τις γνώσεις , τις δεξιότητες και την ανθρωπιά του . Για να μπορέσει όμως να επιτύχει αυτό χρειάζεται :

- 1) Γνώσεις
- 2) Φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική
- 3) Ικανοποίηση (θετική ενίσχυση)
- 4) Βοήθεια και υποστήριξη .

Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική περιλαμβάνει εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναπόφευκτου του θανάτου . Πιο μεγάλη σημασία έχει να πιστεύει πως μπορεί να βοηθήσει τους άλλους με ο,τι είναι και ό,τι γνωρίζει και ό,τι έχει τη δύναμη να κάνει . "

Η ικανότητα του καρκινοπαθή να αντιμετωπίσει την κατάσταση του επηρεάζεται από παράγοντες όπως : η ηλικία , το πολιτιστικό του επίπεδο , η

βοήθεια και υποστήριξη που του προσφέρεται στο σύστημα υγείας και η πείρα απο αρρώστια στο παρελθόν . Τα προβλήματα του αρρώστου είναι ανάλογα με το στάδιο της αρρώστιας και με το είδος της θεραπείας που εφαρμόζεται . 26

Γι'αυτό οι νοσηλευτές της ογκολογίας εκπαιδεύονται ειδικά στην περίθαλψη των καρκινοπαθών μέσα στο νοσοκομείο , στο ιατρείο , στο σπίτι ή σε ειδικά τμήματα , όπως είναι οι μονάδες ακτινοθεραπείας . Για να συμπληρώσουν τις βασικές ιατρικές τους γνώσεις εκπαιδεύονται στα εξής :

- χορήγηση χημειοθεραπείας και αντιμετώπιση των παρενεργειών όπως η ναυτία , οι έμετοι και η τριχόπτωση .

- Ανακούφιση και έλεγχος του πόνου .

- Αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών καρκίνου .

- Παροχή ψυχολογικής συμπαράστασης στους ασθενείς και στους συγγενείς τους .

- Μετεγχειρητική περίθαλψη .

- Συμμετοχή σε ομάδες κλινικών ερευνών ή άλλων ανεξάρτητων ερευνών για θέματα περίθαλψης .

- Χρήση νέας τεχνολογίας και θεραπευτικών μεθόδων που βρίσκονται υπό εξέλιξη, όπως οι μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών ή οι βιολογικές θεραπείες .

Οι νοσηλευτές , επίσης , μπορούν να συμπληρώνουν τις γνώσεις τους σε διάφορες υποειδικότητες , όπως στην ακτινοθεραπεία , τη χειρουργική ή την παθολογική ογκολογία , στην παρηγορητική θεραπεία , στην πρόληψη και την έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου , στην περίθαλψη των ασθενών μέσα στα νοσηλευτικά ιδρύματα ή στο σπίτι , στην ενημέρωση του ασθενούς , στην περίθαλψη των περιπατητικών ασθενών και σε διοικητικά καθήκοντα νοσηλείας . 13

Επειδή ο καρκινοπαθής υπόκειται σε πολλών ειδών αλλαγές οι οποίες δεν είναι ευχάριστες , αισθάνεται φοβισμένος και αποθαρρυσμένος , ο νοσηλευτής πρέπει να επέμβει :

1. Με την άριστη νοσηλευτική φροντίδα κατά την οποία ενισχύεται η εμπιστοσύνη και το αίσθημα ασφάλειας με τη σωστή εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών , δηλαδή τη σωστή εφαρμογή κανόνων νοσηλείας και διευκόλυνση προμήθειας απαραίτητων υλικών .

2. Με την πληροφόρηση - εκπαίδευση , όπου ο νοσηλευτής μέσω του ρόλου του θα δώσει πληροφορίες για τη θεραπεία και τα αποτελέσματα της , ανάλογα με το είδος αλλά και το επίπεδο της και θα δώσει χρόνο στον ασθενή να συνηθίσει στην ιδέα της θεραπείας .

3. Με την αρμονική νοσηλευτή με την υγειονομική ομάδα , ο νοσηλευτής θα ανοίξει και θα κρατήσει ανοικτούς δρόμους επικοινωνίας αρρώστου , οικογένειας , και υγειονομικής ομάδας .

4. Με την ψυχολογική υποστήριξη , η οποία θα επιτευχθεί με την επικοινωνία του αρρώστου με σκοπό να μετριάσει το φόβο και το άγχος του αγνώστου . 12

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη και σκοπός της η επιστημονική προσέγγιση του ανθρώπου . Η Νοσηλευτική θεωρία και η νοσηλευτική μέθοδος δίδει στους νοσηλευτές τη δυνατότητα να :

- Προσεγγίζουν ολιστικά τα άτομα .
- Οργανώνουν τη γνώση τους .
- Βασίζουν την πράξη τους στη θεωρία .

Στην πραγματικότητα η νοσηλευτική θεωρία και μέθοδος βοηθά τους νοσηλευτές στην ανάπτυξη ενός τρόπου σκέψης και πράξης . Η νοσηλευτική θεωρία και μέθοδος προσφέρει την επιστημονική βάση του νοσηλευτικού επαγγέλματος .

Έχουν αναφερθεί αρκετές ωφέλειες απο τη χρήση των νοσηλευτικών θεωριών . Οι κυριότερες είναι ότι :

- 1) Οι νοσηλευτικές θεωρίες είναι αντίποδας του ιατρικού μοντέλου .
- 2) Θα βοηθήσουν στην ανάπτυξη και διάδοση της νοσηλευτικής γνώσης .

Αυτές οι ωφέλειες είναι αναντίρρητα μεγάλες , και για τα άτομα που χρησιμοποιούν τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και για τους νοσηλευτές . Στην βιβλιογραφία όμως αναφέρονται και άλλες ωφέλειες των νοσηλευτικών θεωριών . Αυτές είναι :

1. Στην κλινική πράξη έχει λεχθεί ότι η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας χωρίς νοσηλευτική θεωρία είναι σαν να εργάζεται κανείς στο σκοτάδι . Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια προσέγγιση που βοηθά στη λύση διάφορων νοσηλευτικών προβλημάτων , και για να είναι αποτελεσματική πρέπει να έχει το ντύμα της νοσηλευτικής θεωρίας .

2. Στην εκπαίδευση : παρόλο που η θεωρία μέσα στην τάξη και η κλινική άσκηση βρίσκονται πολύ συχνά σε αντίθεση , η διδασκαλία της νοσηλευτικής θεωρίας στους σπουδαστές της νοσηλευτικής είναι ωφέλιμη , διότι σε τελική ανάλυση η θεωρία και η πράξη συναντώνται . Σε έρευνα της Mc Kenna συγκρίνοντας τη στάση των σπουδαστών του κολλεγίου της Νοσηλευτικής , βρέθηκε ότι όλοι πιστεύουν οτι οι θεωρίες οδηγούν σε καλύτερη καθοδήγηση των σπουδαστών με αποτέλεσμα την καλύτερη εκπαίδευση των σπουδαστών της Νοσηλευτικής , πράγμα που οδηγεί στην καλύτερη ποιοτικά φροντίδα των ασθενών .

3. Στην ισχυροποίηση του επαγγέλματος : Η χρήση της θεωρίας σαν βάση της πρακτικής είναι ένα απο τα χαρακτηριστικά του επαγγέλματος . Ο Smith λέγει οτι η Νοσηλευτική μπορεί να επιτύχει πλήρη επαγγελματική θέση , αντίστοιχη των άλλων επαγγελμάτων , με το να στηρίζει την πρακτική της πάνω στη θεωρία . Οι θεωρίες επίσης προσφέρουν αυτονομία και υπευθυνότητα η οποία οδηγεί στην ευθύνη , πράγμα που δίδει στους νοσηλευτές το δικαίωμα να εξηγούν τι κάνουν και να προλέγουν τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών τους παρεμβάσεων . Επίσης οι νοσηλευτικές θεωρίες μπορούν :

- Να διαφοροποιήσουν τη Νοσηλευτική απο τα άλλα επαγγέλματα
- Να της διασφαλίσουν μια ισότιμη θέση μεταξύ των συναδέλφων της πολυδύναμης ομάδας υγείας .
- Να δώσουν στη νοσηλευτική τη δική της ταυτότητα και να την ξεχωρίζουν απο τις άλλες δραστηριότητες .

4. Στην ποιότητα φροντίδας : Έχει βρεθεί οτι η ποιότητα φροντίδας που προσφέρεται απο νοσηλευτές οι οποίοι χρησιμοποιούν νοσηλευτική θεωρία , ήταν υψηλής ποιότητας διότι είχε βασιστεί σε συστηματική γνώση . Ο George (1995) ισχυρίζεται οτι η ποιότητα φροντίδας μπορεί να προαχθεί μόνον όταν υποστηριχτεί απο τη θεωρία . Ο Farmer (1996) τονίζει οτι η τοποθέτηση των κριτηρίων της ποιότητας της φροντίδας μπορεί να γίνει με τη χρήση των θεωριών . 24

Ο νοσηλευτής είναι ο κεντρικός φάρος που πρέπει να φωτίζει κάθε ενέργεια ή κάθε πρόβλημα του ανθρώπου με την υγεία του . Υγεία σωματική , υγεία πνευματική , υγεία ψυχική . Και η παρουσία αυτή του του νοσηλευτού πρέπει να είναι συνεχής , στο σπίτι , στο νοσοκομείο , σε ένα απλό ιατρείο ή ακόμα και στην κοινωνία που ζούμε .

Πιο συγκεκριμένα η Ογκολογία είναι μια διαφορετική ειδικότητα απο άλλες και ο νοσηλευτής πρέπει να μάθει να επικοινωνεί και να ενεργεί σε όλη την πολύπλευρη φάση του καρκίνου . Και ο καρκίνος είναι μία αρρώστια που μπορεί να προληφθεί σε ένα μεγάλο βαθμό περιπτώσεων , όπως μπορεί και να διαγνωσθεί έγκαιρα . Έτσι η εκπαίδευση των νοσηλευτών αρχίζει με την πρόληψη και τους τρόπους έγκαιρης διάγνωσης , προχωρεί στα διαγνωστικά μέσα που χρειάζονται να εφαρμοσθούν για τον καλύτερο έλεγχο κάθε ατόμου , ακολουθεί η θεραπεία , η αποκατάσταση και τέλος χρειάζεται η προσαρμογή τους και οι ιδιαίτερες γνώσεις για τη συνεχιζόμενη φροντίδα . Ωστε το νοσηλευτικό πρόγραμμα της Νοσηλευτικής Ογκολογίας θα αρχίζει με την πρόληψη της αρρώστιας που πρέπει να γίνεται απο οποιαδήποτε θέση και αν υπηρετεί ο νοσηλευτής .

Είτε δηλαδή βρίσκεται σε ένα Κέντρο Υγείας , είτε στα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου ή ακόμα και στο περιβάλλον της κοινωνικής του ζωής . Φυσικά , θα πρέπει , πρώτα απ'όλα , ο νοσηλευτής όχι απλά να γνωρίζει , αλλά να συνειδητοποιήσει οτι η ύπαρξη του αποτελεί ένα υπόδειγμα τρόπου ζωής για τους άλλους . 12

Βέβαια η εξειδικευμένη γνώση χρειάζεται μεν για την αντιμετώπιση των ιδιαιτεροτήτων κάθε ειδικότητας , αλλά δεν αποτελεί την ουσία της νοσηλευτικής και της φροντίδας . Σύμφωνα με τη Watson , συγκεκριμένα , περιγράφονται δέκα σημαντικοί παράγοντες οι οποίοι διαφοροποιούν τη νοσηλευτική φροντίδα απο την ιατρική θεραπευτική . Η θεραπεία αποτελεί μέρος ή να είναι το αποτέλεσμα φροντίδας .

Οι δέκα αυτοί παράγοντες αποτελούν τον πυρήνα της νοσηλευτικής και μπορούν να εφαρμοσθούν σε όλες τις νοσηλευτικές μονάδες .Οι παράγοντες αυτοί είναι :

1) Η δημιουργία ενός συστήματος αξιών , οι οποίες να είναι ανθρωπιστικές - αλτρουιστικές . Οι αξίες που διέπουν τη ζωή του ανθρώπου διδάσκονται και μαθαίνονται κατά τη διάρκεια του κύκλου της ζωής . Η καθημερινή εμπειρία σε διδάσκει το να αποδέχεσαι τις ανθρώπινες αξίες , όπως αγάπη προς τους άλλους και ενδιαφέρον , καθώς και ικανοποίηση δια μέσου της προσφοράς .

2) Η ενστάλλαξη της πίστεως και της ελπίδας . Διαμέσου της αποτελεσματικής σχέσης νοσηλευτού - αρρώστου μπορεί να αναπτυχθεί μια θετική στάση έναντι των θετικών αποτελεσμάτων .

3) Η καλλιέργεια της αυτογνωσίας . Η αυτογνωσία δίνει στον νοσηλευτή την ικανότητα να επικοινωνεί σωστά με τα άτομα κι έτσι να μπορεί να τα βοηθά αποτελεσματικά .

4) Η ανάπτυξη αμοιβαίας εμπιστοσύνης . Η ανάπτυξη της σχέσης εμπιστοσύνης προϋποθέτει του ς τρεις προαναφερόμενους παράγοντες , αλλά βασικά στηρίζεται στην ειλικρίνεια , τη συμπάθεια και την προσφορά χωρίς αντάλλαγμα .

5) Η προώθηση και η αποδοχή της έκφρασης θετικών και αρνητικών συναισθημάτων .

6) Η συστηματική χρησιμοποίηση της επιστημονικής μεθόδου λύσεως προβλημάτων για τη λήψη αποφάσεων .

7) Η προώθηση της αμοιβαίας διεργασίας διδασκαλία / μάθηση .

8) Η πρόνοια για ένα υποστηρικτικό , προστατευτικό και διορθωτικό περιβάλλον , το οποίο να καλύπτει όλους τους τομείς , όπως ψυχολογικό , φυσικό , κοινωνικοπολιτισμικό και πνευματικό .

9) Η ιεράρχηση των αναγκών , αφού η ικανοποίηση των κατώτερων αναγκών θα ανοίξει τον δρόμο για την ικανοποίηση των ανώτερων αναγκών

10) Η γνώση , εκτός της νοσηλευτικής θεωρίας , και των υπαρξιακών και των φαινομενολογικών επιστημών καθώς και η επίδραση τους , μπορούν να βοηθήσουν τους νοσηλευτές στο να κατανοήσουν τις ανάγκες των ασθενών και να δίνουν σωστές ερμηνείες στις διάφορες αντιδράσεις τους .

Η Watson πιστεύει ότι οι νοσηλευτές προκειμένου να εργασθούν χρειάζονται πολλές γνώσεις και talέντα . Τα κυριότερα talέντα που πρέπει να διαθέτει ο νοσηλευτής είναι :

- Νοημοσύνη
- Δημιουργικότητα
- Φαντασία
- Οξύνοια
- Ευαισθησία

Επίσης τονίζεται ότι η νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη . Για τη Watson το επίκεντρο της νοσηλευτικής βρίσκεται στα άτομα και στον άξονα υγεία / ασθένεια , τα οποία αντιμετωπίζονται με επιστημονικές , επαγγελματικές , προσωπικές , αισθητικές και ηθικές τεχνικές ανθρώπινων φροντίδων , οι οποίες ανθρώπινες φροντίδες θα διαφωτίζονται από την καινούργια νοσηλευτική γνώση . Η Watson δίνει έμφαση στην ανάγκη της χρησιμοποίησης των ποιοτικών μεθόδων για την προαγωγή της επιστήμης της νοσηλευτικής . 25

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2

Π Ρ Ο Λ Η Ψ Η

Εισαγωγή

Παρά τις προόδους στην ακτινοθεραπεία , τη χημειοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία , η θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού τα τελευταία 40 χρόνια έχει επηρεασθεί πολύ λίγο . Ο βασικός λόγος αυτής της " αποτυχίας " θεωρείται η καθυστερημένη διάγνωση του όγκου σε στάδια που η θεραπεία δεν μπορεί να δώσει πλέον πλήρη ίαση στην ασθενή .

Για να λυθεί αυτό το πρόβλημα δύο είναι οι κύριες μέθοδοι πρόληψης του καρκίνου του μαστού :

- α) Η πρωτογενής πρόληψη και
- β) Η δευτερογενής πρόληψη . 28

Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει μέτρα που έχουν ως σκοπό την αποφυγή ενάρξεως παθογενετικών διαδικασιών , που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο .

Βέβαια παρά τις επίπονες και συνεχείς μελέτες , δεν έγινε ακόμα εφικτή η ακριβής προσέγγιση της αιτιολογίας του καρκίνου του μαστού . Παρόλο που οι γενετικοί , ιδιοσυστατικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες εμφανίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον καρκίνο του μαστού , κανένας απο αυτούς μόνος του ή σε συνδυασμό δεν μπορεί να εξηγήσει το μηχανισμό γένεσης της νόσου .

Η εφαρμογή μέτρων πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού προϋποθέτει τη γνώση των αιτιολογικών παραγόντων . Τα μέτρα συνίστανται κυρίως στην πλήρη ή περιορισμένη αποφυγή έκθεσης στους παράγοντες αυτούς ή ακόμη σε μείωση της ευαισθησίας σε αυτούς .

Με το πέρασμα του χρόνου , όταν πλέον διαπιστώθηκε ότι ο καρκίνος

του μαστού επηρεάζεται απο εξωγενείς παράγοντες άρχισαν να εφαρμόζονται προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης τα οποία είναι :

α) Η Υγειονομολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού βοηθά στην πρόληψη του .

β) Γνωστοποίηση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων αλλά και των προστατευτικών παραγόντων για την ανάπτυξη καρκίνου μαστού . Μπορεί να κάνει ο νοσηλευτής παρέμβαση , λόγω χάρη στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας .

γ) Ενισχύει την προσπάθεια του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του περιβαλλοντός του .

δ) Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό , αποδεικνύοντας στατιστικώς τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες που προσήλθαν στο στάδιο I με ποσοστό θεραπείας 90 % , σε αντίθεση με εκείνες που προσήλθαν στο στάδιο 4 με ποσοστό θεραπείας 24 % .¹⁵

Στόχος του νοσηλευτή που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό είναι , μ'ένα καλό ιστορικό , να προσπαθήσει να εντοπίσει τους παράγοντες που είναι δυνατόν να οδηγήσουν στην καθυστερημένη διάγνωση , ν'ανιχνεύσει τα αίτια που τους δημιουργούν και να τους αναχαιτίσει με τη σωστή διδασκαλία κι ενημέρωση . Οι κυριότεροι παράγοντες είναι :

- Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες

Το υψηλό κόστος της νοσηλείας και οι υψηλές αμοιβές των χειρουργών ευνοούν την καθυστέρηση , κυρίως σε ασθενείς με περιορισμένα οικονομικά μέσα . Επίσης , πολλές φορές , μία ασθενής είναι μητέρα μικρών παιδιών ή σύζυγος ενός αναπήρου ή ασθενούς άνδρα ., με αποτέλεσμα να θυσιάζει την προσωπική της υγεία για το καλό της οικογένεια της .

- Έλλειψη ενημέρωσης

Πολλές ασθενείς με καρκίνο μαστού που καθυστερούν αρκετό χρόνο , υποθέτουν οτι αφού δεν έχουν κανένα πόνο και αισθάνονται γενικά καλά , ο όγκος του μαστού που δεν φαίνεται να αυξήθηκε είναι ακίνδυνος . Αυτό

συμβαίνει γιατί η πλειονότητα των γυναικών αγνοεί βασικούς παράγοντες της φυσιολογίας και της παθολογίας του μαστού , επειδή κανένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα γύρω από τον καρκίνο του μαστού δεν προβάλλεται . Βασικός σκοπός ενός τέτοιου προγράμματος θα ήταν να πεισθούν οι γυναίκες ότι ο καρκίνος του μαστού είναι ιάσιμος σε αρχικά στάδια .

- Ψυχολογικοί παράγοντες

Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στις γυναίκες με όγκο στο μαστό και τις κάνουν να καθυστερούν στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας . Αυτοί είναι :

Ο φόβος , η ντροπή , η αποφυγή ψηλάφησης του μαστού , ο αρνητισμός , η κατάθλιψη και η καταπίεση .

Κατά την πρωτογενή πρόληψη επίσης , ο νοσηλευτής προτρέπει τις γυναίκες να προσέρχονται στα ειδικά κέντρα για περιοδικές εξετάσεις , ενώ παράλληλα προσπαθεί να τις απαλλάξει από την καρκινοφοβία και το φάσμα του θανάτου . Πολύ περισσότερο όταν υπάρχουν ενδείξεις ή υπόνοιες για καρκίνο μαστού , προτρέπει τη γυναίκα να κάνει κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις .

Έχει ακόμα , ο νοσηλευτής , ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο του μαστού . Καθώς επίσης και καθήκον του είναι η διαφώτιση του κοινού για να μεταφέρει ότι ο καρκίνος είναι η νόσος :

- α) του αναπόφευκτου θανάτου , αν δεν θεραπευτεί .
- β) της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας και
- γ) της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων που μοιάζουν με συμπτώματα νόσων που δεν είναι τόσο σοβαρές . 18

Δευτερογενής Πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού είναι η διαγνωσή του σε προσυμπτωματικό στάδιο και προϋποθέτει την ύπαρξη αξιόπιστων μεθόδων . Οι μέθοδοι αυτές πρέπει να είναι φθηνές , εύρηστες και ανώδυνες , έτσι ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν μαζικά , χωρίς ιδιαίτερους και περίπλοκους τρόπους προσέγγισης του πληθυσμού . Άλλωστε όσο μικρότερος είναι ο όγκος τη στιγμή της διάγνωσης , τόσο μεγαλύτερη είναι και η επιβίωση . 15

Για τον καρκίνο του μαστού συνίσταται να γίνεται αυτοεξέταση των μαστών , κλινική εξέταση των μαστών απο το γιατρό και μαστογραφία . Το σύνολο των παραπάνω ενεργειών ονομάζεται συστηματικός προσυμπτωματικός έλεγχος . Εκτός απο την αυτοεξέταση που πρέπει να γίνεται κάθε μήνα μετά απο την ηλικία των 20 ετών , τα υπόλοιπα μέρη γίνονται κάθε χρόνο μετα την ηλικία των 35 - 40 ετών και κάθε εξάμηνο μετά την εμμηνόπαυση . Η αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου στον καρκίνο του μαστού θεωρείται τεκμηριωμένη , με ενδεχόμενη μείωση της θνησιμότητας κατα το 1/4 του σημερινού της επιπέδου . 28

Ιδιαίτερη είναι η συμβολή του νοσηλευτή στα εξής :

- Λήψη Ιστορικού .

- Προσυμπτωματικός έλεγχος που , όπως προαναφέρθηκε, περιλαμβάνει την αυτοεξέταση , την κλινική εξέταση και τη μαστογραφία .

Έχουμε αναφερθεί αναλυτικά παραπάνω σε όλα αυτά τα μέρη , εκτός απο την αυτοεξέταση που ο νοσηλευτής πρέπει να διδάσκει στις γυναίκες . 13

Αυτοεξέταση μαστών

Η τεχική της αυτοεξέτασης έχει αποδειχθεί πολύτιμο μέσο έγκαιρης διαπίστωσης του καρκίνου του μαστού . Η πείρα έχει δείξει οτι το 95 % των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτονται απο τις ίδιες τις γυναίκες . Όταν η ανίχνευση ενός ογκιδίου γίνει σε πρώιμο στάδιο η χειρουργική επέμβαση μπορεί να αποβεί σωτήρια στι 70 - 80 % των περιπτώσεων .

Πρέπει να γίνεται απο τη γυναίκα μία φορά το μήνα μετά το 20ό έτος της ηλικίας της με κύριο σκοπό την εξοικείωση με τη μορφή και τη σύσταση των μαστών της . Αυτή η συνήθεια κάνει ευκολότερη την ανίχνευση κάθε μορφολογικής ανωμαλίας . 16

Η γυναίκα θα πρέπει λοιπόν να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού . Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η εξέταση αυτή είναι μία εβδομάδα μετά την εμμηνορρυσία . Η αυτοεξέταση θα πρέπει να συνεχίζεται μετά την εμμηνόπαυση κάθε μήνα .

Η αυτοεξέταση αρχίζει με την επισκόπηση των μαστών μπροστά στον καθρέφτη . Με τα χέρια στα πλάγια του σώματος , η γυναίκα θα πρέπει να παρατηρήσει τους μαστούς της για ασυμμετρία , εισολκή του δέρματος , αλλαγή στο χρώμα ή εισολκή της θηλής . Επίσης παρατηρεί το σχήμα και το μέγεθος των μαστών .

Κατόπιν σηκώνει τα χέρια ψηλά και επαναλαμβάνει την επισκόπηση μπροστά στον καθρέφτη παρατηρώντας τα ίδια φυσικά σημεία .

Μετά την εξέταση μπρός στον καθρέφτη , ξαπλώνει σε ύπτια θέση με το βραχίονα , που βρίσκεται σύστοιχα προς τον εξεταζόμενο μαστό , προς το πάνω μέρος της κεφαλής της . Ένα μικρό μαξιλάρι ή μια διπλωμένη πετσέτα λουτρού πρέπει να τοποθετηθεί κάτω απο τον σύστοιχο ώμο . Με τον τρόπο αυτό επιδιώκεται η ανύψωση του . Έτσι ο μαστός παίρνει θέση στο μέσο του θώρακα , γίνεται επίπεδος και όσο το δυνατό λεπτός . Αν όμως ο ώμος δεν ανυψωθεί , ο μαστός πέφτει πλάγια και η ψηλαφησή του γίνεται δύσκολη , γιατί αυξάνεται το πάχος του .

Στη θέση αυτή αρχίζει η ψηλάφηση , που πρέπει να εκτελείται ήπια , γιατί τότε η ευαισθησία της αφής είναι μεγαλύτερη . Το αντίθετο απο τον εξεταζόμενο μαστό χέρι ψηλαφά το εσωτερικό ημιμόριο του μαστού , αρχίζοντας απο το πάνω μέρος του και κάτω από την κλείδα και φτάνοντας στην πτυχή , που είναι κάτω απο το μαστό .

Όταν γίνει η ψηλάφηση του ημιμορίου του μαστού , που βλέπει προς το στέρνο , ακολουθεί η ψηλάφηση του εξωτερικού . Η αυτοεξεταζόμενη τότε , θα ψηλαφήσει τον υπόλοιπο μαστό της , αρχίζοντας από την πτυχή , που βρίσκεται κάτω απο αυτόν και τελειώνοντας στο άνω και έξω τμήμα του . Τό τμήμα αυτό του μαστού πρέπει να το προσέχει περισσότερο , γιατί είναι δυσκολότερο στην εξέταση και γιατί ο καρκίνος το προτιμά συχνότερα . s

Το χέρι της εξεταζόμενης πλευράς τοποθετείται πλάγια προς τα κάτω κι ελέγχεται ο μαστός με τα δάκτυλα του άλλου χεριού εφαιπτόμενα σ'αυτόν . Η τεχνική απαιτεί ήπια ψηλάφηση του μαζικού αδένα , αρχίζοντας απο το άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού αφού οι περισσότερες αλλοιώσεις αρχίζουν απο την περιοχή αυτή . Κατόπιν το χέρι ανυψώνεται πάνω απο το κεφάλι και γίνεται μια πλήρης εξέταση της έσω ημίσεως του μαστού αρχίζοντας απο το στέρνο .Μετά την ολοκλήρωση μιας κυκλικής κίνησης των δακτύλων, το χέρι μετακινείται 2cm προς τη θηλή κι επαναλαμβάνεται η ίδια διαδικασία ,μέχρις ότου ολοκληρωθούν τέσσερις τουλάχιστον κύκλοι . Όταν η εξέταση του μαστού ολοκληρωθεί το μαξιλάρι τοποθετείται κάτω απο τον αντίθετο ώμο και εξετάζεται ο άλλος μαστός κατά τον ίδιο ακριβώς τρόπο . s

Θα πρέπει να τονιστούν στην άρρωστη οι περιοχές μεγαλύτερης συχνότητας εμφανισης του καρκίνου ,κυρίως το άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού και κάτω απο τη θηλή .Η μέθοδος αυτοεξέτασης μαστού είναι αποτελεσματική μόνο αν γίνεται σωστά και σε κανονικά διαστήματα . s

ΠΡΩΤΗ ΕΠΕΚΡΑΣΗ**ΠΡΩΤΗ ΕΠΕΚΡΑΣΗ**

Η επεκράση πρέπει να γίνεται με την σφαιρική των δακτύλων με κυκλικές κινήσεις σε όλη την επιφάνεια του μαστού. Αρχίζοντας από την κλείδα μέχρι τη βάση του μαστού και από τη μασχάλη μέχρι το στήθος. Οι κυκλικές αυτές κινήσεις στην αρχή να γίνονται με μικρή πίεση και στη συνέχεια με αρκετή πίεση.

ΕΠΕΚΡΑΣΗ

Γιαποιόνται καλά κάθε μήνα. Με το δεξί χέρι ψηλά, ελέγχετε το δεξιό σας μαστό με το αριστερό σας χέρι. Στη συνέχεια, κάντε το ίδιο για τον αριστερό σας μαστό με το δεξί σας χέρι.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΟΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΟ

Παρατηρήστε αν υπάρχουν αλλαγές στους μαστούς σας (σχήμα, μέγεθος, δέρμα, συμμετρία, θηλής): 1) με το χέρι κάτω, 2) με το χέρι ψηλά που από το κεφάλι, 3) με το χέρι ενωμένο κάτω από το πηγούνι σας και σφγγώντας αγγυρόνως τους μίς του στήθους, και 4) ακούοντας εμπρός με τους μαστούς να κρέμονται.

ΠΡΟΣΟΧΗ

Σταλάστε και τοποθετήστε μια διατεταμένη γαστέρα κάτω από την πλάτη σας και επαναλάβετε με κυκλικές κινήσεις και με την σφαιρική των δακτύλων την εξέταση κάθε μαστού. Συμβουλευθείτε το γιατρό σας αν διαπιστώσετε οποιαδήποτε ανωμαλία.

ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Με τη μαστογραφία μπορούμε να βρούμε και ανωμαλίες οι οποίες δεν είναι φανερά. Κάθε γυναίκα πρέπει να κάνει την πρώτη της μαστογραφία με τα 35-40 χρόνια και μετά το 40 με κάθε χρόνο.



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ: ΠΑΝΟΣ ΠΑΝΟΣ
ΕΚΔΟΣΗ: 1988, 2002, 2007
20074-0236-0247

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Τα κυριότερα συμπτώματα που παρουσιάζονται συνήθως σε ασθενείς με καρκίνο μαστού κατά τη νοσηλεία και θεραπεία είναι ο πόνος , η καταβολή δυνάμεων , η ανορεξία , η απώλεια γεύσης , η ανορεξία , η ναυτία - έμετος , η κακοσμία , η αυπνία , η δυσκοιλιότητα , η διάρροια , δερματικές παθήσεις και λεμφοίδημα . Τα συμπτώματα αυτά αποθαρρύνουν την ασθενή να συμμετέχει ενεργά στις ευχάριστες δραστηριότητες της ζωής . 29

Για το λόγο αυτό πρέπει να εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση της ασθενούς ώστε να αποδεχτεί να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της . Επίσης είναι θετική η προσφορά έντυπων πληροφοριών στην ασθενή για τη θεραπεία της , ώστε να υπάρχει περισσότερη ενημέρωση . 27

Κατά την εμφάνιση των συμπτωμάτων η αξιολόγηση και αντιμετώπιση τους αποτελούν νοσηλευτική πρόκληση , επειδή μπορεί να υποδηλώνουν σημεία επιδείνωσης της νόσου ή παρενέργειες από την εφαρμογή της θεραπείας . Παρακάτω θα ασχοληθούμε ιδιαίτερα με την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων , αφού πρώτα αναφερθούμε στη διδασκαλία ασθενών και συγγενών . 29

Διαπαιδαγώγηση ασθενούς και συγγενών

Η πληροφόρηση είναι ο καταλύτης στη λήψη των αποφάσεων και στην αλλαγή της συμπεριφοράς . Η ζωή του ανθρώπου είναι μία δυναμική διεργασία , η οποία συγκεντρώνει πληροφορίες μέσω των αισθήσεων , τις επεξεργάζεται , τις ερμηνεύει και ενεργεί ανάλογα .

Στη νοσηλευτική φροντίδα των καρκινοπαθών ασθενών , πρωταρχικός ρόλος των νοσηλευτών είναι η πληροφόρηση του ασθενή και των συγγενών του σχετικά με την αιτιολογία της νόσου , τις εκδηλώσεις της , το θεραπευτικό σχήμα , τις παρενέργειες , την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων , τα εφαρμοζόμενα προληπτικά μέτρα , τη χρησιμοποίηση κοινοτικών πόρων κ.α.

Πολλές φορές η συναισθηματική κατάσταση του αρρώστου και των συγγενών του είναι ασταθής , με αποτέλεσμα να εξασθενεί τη δυνατότητα τους να ζητήσουν και να διατηρήσουν τις πληροφορίες που τους παρέχονται . Ιδιαίτερα , τα άτομα που κατέχονται απο υπερβολική ανησυχία , δεν είναι σε θέση να ακούσουν και να κατανοήσουν τη διδασκαλία . Ενδέχεται μάλιστα η διδασκαλία , σ'αυτή τη φάση , να λειτουργήσει

αρνητικά , να αυξήσει το επίπεδο του άγχους και να ελατώσει τη δεκτικότητα για μάθηση.

Καταστάσεις που εμποδίζουν τη διδασκαλία ,και πρέπει να προσεχθούν ιδιαίτερα απο τους νοσηλευτές είναι ο πόνος η σύγχυση και η μεταβολή της ψυχικής λειτουργίας .

Σημαντικοί συντελεστές για την επιτυχία της διαπαιδαγώγησης των ατόμων είναι η πνευματική κατάσταση και η ψυχική σταθερότητα . Κατά συνέπεια , οι αναφερόμενες οντότητες πρέπει να εντοπίζονται πριν από τη διαδικασία της διαπαιδαγώγησης . 29, 25

Ο πόνος

Ο πόνος αποτελεί το σοβαρότερο πρόβλημα για το 70 % των αρρώστων με καρκίνο , ποσοστό που επηρεάζεται από το στάδιο της νόσου και την εντόπιση του όγκου , ενώ υπολογίζεται οτι το 25 % αυτών πεθαίνει χωρίς ικανοποιητική ανακούφισή του .

Ο νοσηλευτής πρέπει αρχικά να αξιολογεί τον πόνο , έργο που απαιτεί συστηματική προσπάθεια για τη συλλογή όλων των στοιχείων και πληροφοριών για τις φυσικές και ψυχικές αντιδράσεις της ασθενούς .

Οι παρεμβάσεις που συμβάλλουν στην πρόληψη και ανακούφιση του πόνου μπορούν να διακριθούν σε τρεις ομάδες :

- 1) Εκείνες που επιδιώκουν την ανακούφιση του πόνου .
- 2) Εκείνες που επηρεάζουν την αίσθηση και αντίληψη του πόνου .
- 3) Εκείνες που μειώνουν την οδυνηρή εμπειρία βίωσης του πόνου . 30

Ο πόνος στον καρκίνο συνήθως είναι αποτέλεσμα πίεσης αισθητικών απολήξεων των νεύρων , πίεσης οργάνων , εξέλκωσης ή μόλυνσης του όγκου . Ο ίδιος ο όγκος δεν πονά . Ο πόνος μπορεί να εμφανιστεί κατά την πορεία της νόσου ή με την εφαρμογή χειρουργικής επέμβασης ή θεραπείας με ακτινοβολία και αποτελεί πρώιμο αλλά και και όψιμο σύμπτωμα της αρρώστιας . Γενικά εμφανίζεται σε προχωρημένα στάδια , γι'αυτό και η ασθενής δεν καταφεύγει έγκαιρα στο γιατρό .

Τα χαρακτηριστικά του πόνου του καρκίνου είναι τα εξής :

- 1) Συνεχής και μπορεί να περιοριστεί όταν μειωθεί το μέγεθος του όγκου μετά από τη θεραπεία .
- 2) Χρόνιος , δηλαδή μεγάλης χρονικής διάρκειας .

3) Μπορεί να έχει μεγάλη ένταση ή και μικρή ανάλογα με την εντόπιση του όγκου .

Ο βαθμός που η ασθενής μπορεί να ανεχθεί τον πόνο επηρεάζεται από :

- 1) Την έννοια που έχει ο πόνος για την άρρωστη .
- 2) Τα ήθη έθιμα και το πολιτιστικό επίπεδο της ασθενούς .
- 3) Την πείρα πόνου που είχε η ασθενής στο παρελθόν .
- 4) Το άγχος - το μεγάλο άγχος δεν δίνει περιθώρια μεγάλης ανοχής του πόνου .
- 5) Τη γενική κατάσταση της ασθενούς .

Η πρωταρχική θεραπεία του πόνου , που προκαλεί ο καρκίνος , είναι η αφαίρεση , η καταστροφή ή η μείωση του μεγέθους του όγκου . Και όταν η θεραπεία (αντιμετώπιση) του πόνου είναι αδύνατον να γίνει , με τον περιορισμό της εντάσεως του βελτιώνεται η ποιότητα ζωής της ασθενούς .

Ο νοσηλευτής έχει πολύ πιο μεγάλη ευθύνη στην προσφορά βοήθειας στον άρρωστο για τον περιορισμό του πόνου από την απλή χορήγηση φαρμάκων . Ανακούφιση από τον πόνο μπορεί να γίνει με το πλησίασμα της ασθενούς γεμάτο σκέψη και συναίσθημα . Ο τρόπος που ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει τον πόνο της ασθενούς επηρεάζει την ένταση (stress) και το άγχος του . Ο πόνος γίνεται αφόρητος όταν η κατανόηση και το προσωπικό ενδιαφέρον δεν εκδηλώνεται και νομίζει ότι την παραμελούν όλοι .

Υπάρχουν πολλά ενοχλήματα , εκτός από τον πόνο που κουράζουν την άρρωστη και την κάνουν ευαίσθητη στον πόνο . Γι'αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να καταβάλλει προσπάθεια για την ανακούφιση της άρρωστης από όλα τα ενοχλήματα με κατανόηση και αποδοχή των προβλημάτων της .

Στη συνέχεια αναφέρονται ορισμένες οδηγίες που μπορούν να κατευθύνουν το νοσηλευτή στην προσπάθεια του να περιορίσει τον πόνο της ασθενούς .

- Μείωση των παραγόντων στο περιβάλλον που δημιουργούν στην άρρωστη άγχος .

- Πρόληψη των δυσάρεστων επιπτώσεων της ακινησίας και της παραμονής στο κρεβάτι (κατακλίσεις , δυσκοιλιότητα , λοιμώξεις) .

- Πρόληψη των καταθλιπτικών επιπτώσεων της στέρησης των αισθητικών ερεθισμάτων , που έχουν σχέση με την ακινησία , την προστατευτική απομόνωση ή την απομόνωση .

- Βοήθεια στην ασθενή να διατηρείται πολύ καθαρή και να ελέγχει την κακοσμία .

- Χρησιμοποίηση διακριτικής προσέγγισης και ήπιου τόνου φωνής στην επαφή του με την άρρωστη .

- Να πλησιάζει την ασθενή πάντοτε με στοργή και να εκδηλώνει το ενδιαφέρον του .

- Να διδάξει την άρρωστη πως να αποφεύγει τραύμα και μόλυνση , παράγοντες που αυξάνουν τον πόνο και περιορίζουν το βαθμό της ανεκτικότητας της σε αυτόν .

- Να διερευνά αν , εκτός από το φυσικό πόνο , υπάρχουν και άλλοι παράγοντες φυσικοί , συναισθηματικοί , κοινωνικοί που συμβάλλουν στη γέννηση ή στην επιδείνωση η στη μείωση του πόνου .

- Τοποθέτηση της ασθενούς σε αναπαυτική θέση .

- Να διερευνά κατά πόσο ο πόνος είναι εντονότερος τη νύχτα και ενημερώνεται απο την ίδια την ασθενή για την εντόπιση και την περιγραφή του πόνου . 26

Φυσικά για την αντιμετώπιση και ανακούφιση του πόνου απαιτείται η φαρμάκων ανάλογα με το βαθμό του πόνου :

- Βαθμίδα 1 Μη ναρκωτικά , ασπιρίνη , αναλγητικά μη στεροειδή , αντιφλεγμονώδη .

- Βαθμίδα 2 Ισχυρότερα αναλγητικά , προποξυφαίνη .

- Βαθμίδα 3 Ελαφρά ναρκωτικά κωδεΐνη , οξυκωδύνη .

- Βαθμίδα 4 ισχυρά ναρκωτικά , μορφίνη . 13

Ο καρκίνος συχνά συνοδεύεται με πόνο ακόμα κι όταν ο ίδιος ο καρκίνος δεν προκαλεί πόνο . Στην ανακούφιση του πόνου συντελεί η εφαρμογή της αντικαρκινικής θεραπείας . Όταν όμως , η θεραπεία της νόσου αδυνατεί να ελέγξει την εξέλιξη του καρκίνου , οι νοσηλευτές εφαρμόζουν , σε συνεργασία και με άλλους ειδικούς , ένα ευρύ φάσμα συμπληρωματικών θεραπειών , όπως είναι το massage , η χαλάρωση κ.α., πριν εφαρμοστεί ο έλεγχος του πόνου με φάρμακα .

Ακόμα ο πόνος θεωρείται υπεύθυνος για δυσλειτουργίες που σχετίζονται με την πρόσληψη τροφής , τον ύπνο , τη σκέψη , τη δραστηριότητα , την κοινωνική αντίδραση και τη συναισθηματική απόκριση της ασθενούς στις αντιδράσεις της καθημερινής ζωής . 29

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εξάντληση

Η εξάντληση είναι συχνό σύμπτωμα που προκύπτει από την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή, ειδικότερα τη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία. Οι αυξημένες μεταβολικές απαιτήσεις του καρκινικού όγκου, η αναιμία και η κατάθλιψη μπορούν επίσης να προκαλέσουν καταβολή δυνάμεων. Η εξάντληση που σχετίζεται με τη δραστηριότητα της νεοπλασματικής επεξεργασίας είναι δύσκολο να αναταχθεί. Οι υπόλοιπες περιπτώσεις αντιμετωπίζονται αιτιολογικά.

Για την αντιμετώπιση της εξάντλησης εφαρμόζονται τα ακόλουθα νοσηλευτικά μέτρα:

1. Τροποποίηση των δραστηριοτήτων της ασθενούς για συμμετοχή της στις ευχάριστες εκδηλώσεις της ζωής, στα πλαίσια των περιορισμών που της θέτει η νόσος.

2. Χορήγηση ενισχυμένης τροφής με βιταμίνες και άλλα θεραπευτικά στοιχεία.

3. Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στην ασθενή.

4. Χορήγηση μεταγγίσεων για την ανάταξη της αναιμίας.

Θρέψη

Ο καρκίνος ή η θεραπεία του καρκίνου προκαλούν προβλήματα τα οποία εμπλέκονται με τις θρεπτικές ανάγκες των διαιτητικών συνθηκών του ασθενή.

Κοινά θρεπτικά προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζονται στη φροντίδα των καρκινοπαθών ασθενών είναι οι αυξημένες θρεπτικές απαιτήσεις, η επιδείνωση της πρόσληψης, της αφομοίωσης και της απορρόφησης των τροφών.

Όταν η διαιτητική πρόσληψη δεν επαρκεί να αντιμετωπίσει τις αυξημένες μεταβολικές ανάγκες που δημιουργεί ο καρκινοματώδης όγκος, τότε ο οργανισμός χρησιμοποιεί δικά του αποθέματα για να αντιμετωπίσει τις αυξημένες μεταβολικές του ανάγκες. Άλλωστε η απώλεια του σωματικού βάρους υποδηλώνει ότι οι θρεπτικές ανάγκες του οργανισμού δεν αντιμετωπίστηκαν με τη διαιτητική πρόσληψη.

Το σχέδιο της νοσηλευτικής παρέμβασης στην κάλυψη των διατροφικών αναγκών της ασθενούς περιλαμβάνει:

1. Μικρά , συχνά κι ελκυστικά γεύματα .
2. Ευχάριστο περιβάλλον .
3. Τροφή ενισχυμένη με συμπληρωματικά θρεπτικά συστατικά όπως λευκώματα , βιταμίνες , άλατα .

Όταν υπάρχουν μηχανικές ανωμαλίες στο στόμα , όπως είναι η ξηροστομία , η στοματίτιδα , η οισοφαγίτιδα ή άλλες αλλαγές στη δομή της στοματικής κοιλότητας , οι οποίες εμποδίζουν την ασθενή να μασήσει το σχέδιο της νοσηλευτικής παρέμβασης τροποποιείται ως εξής :

1. Συχνή αξιολόγηση της στοματικής κοιλότητας .
2. Πλύση στόματος με σόδα και άλλα αντισηπτικά καθημερινά .
3. Φροντίδα δοντιών .
4. Μαλακή τροφή , πλούσια σε λευκώματα και βιταμίνες .
5. Τεχνητή τροφή όταν δεν είναι σωστή η μάσηση .

Η ανορεξία αποτελεί συχνό πρόβλημα για τους καρκινοπαθείς . Οι αλλαγές στη λειτουργία της γεύσης και της όσφρησης συμβάλλουν στην επέλευση της ανορεξίας . Εάν δεν είναι δυνατόν να βελτιωθεί η όρεξη με τα παραπάνω μέσα τότε σε συνεργασία με το διαιτολόγο και το γιατρό μπορούμε να χορηγήσουμε φάρμακα ικανά να διεγείρουν την όρεξη όπως είναι :

1. Η Prednisone , μία κορτικοστεροειδής ορμόνη , η οποία δίνεται σε μικρές δόσεις , 10 έως 20 mg , 2 έως 4 φορές την ημέρα .
2. Το Megace , μία προγεστερονοειδής ουσία 40 mg , 2 έως 4 φορές την ημέρα .
3. Το Marinol , μία νόμιμα διαθέσιμη συνθετική μορφή της μαριχουάνας υπό μορφή κάψουλας . Συνήθως χρησιμοποιείται έως φάρμακο κατά της ναυτίας και η διέγερση της όρεξης αποτελεί θετική παρενέργεια . 13

Απώλεια της γεύσης

Πολλά χημειοθεραπευτικά φάρμακα επιδρούν στην αίσθηση της γεύσης και της όσφρησης . Οι αλλαγές αυτές διαφέρουν ανά άτομο , αφορούν όμως συχνότερα φαγητά είτε πολύ γλυκά , είτε πολύ πικρά . Παραδόξως , τα γλυκά φαγητά μπορεί να φαίνεται πως έχουν ξινή γεύση και τα ξινά φαγητά γλυκιά γεύση . Το κρέας ίσως έχει πικρή γεύση επειδή απελευθερώνονται λευκώματα στο στόμα . Μερικές φορές υπάρχει μια

μόνιμη μεταλλική γεύση στο στόμα μετά τη χημειοθεραπεία , γεγονός που επηρεάζει το τι τρώει ένας ασθενής και πώς τρώει .

Οι αλλαγές της γεύσης μπορεί να διαρκέσουν πολύ . Οι νοσηλευτική παρέμβαση κατά το χρονικό αυτό διάστημα είναι η εξής :

1. Συχνό βούρτσισμα των δοντιών και πλύση στόματος με σόδα .
2. Εάν οι τροφές έχουν πικρή γεύση προσθέτουμε γλυκά φρούτα και μέλι .
3. Εάν το κρέας έχει πικρή γεύση το αντικαθιστούμε με κοτόπουλο ή ψάρι , αυγά και ελαφριά τυριά .
4. Οι αμυλώδεις τροφές , όπως το ψωμί , οι πατάτες και το ρύζι , έχουν πιο ανεκτή γεύση όταν δεν περιέχουν βούτυρο ή μαργαρίνη . 13

Ναυτία και έμετος

Η ναυτία και οι έμετοι αποτελούν συνηθισμένες παρενέργειες της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας . Μπορεί να εκδηλωθούν 1 έως 3 ώρες αργότερα ή ακόμα και 2 έως 4 μέρες μετά τη θεραπεία .

Όπως και η προκαταβολική ναυτία , η μετά τη θεραπεία ναυτία και οι έμετοι είναι δυνατόν να έχουν σοβαρές θεραπευτικές επιπλοκές . Μπορεί να προκαλέσει φόβο και να θελήσει η ασθενής να την αποφύγει . Ενδέχεται , επίσης , να προκύψουν προβλήματα στον έλεγχο του πόνου . οπότε είναι δύσκολο να επιτευχθεί η επιθυμητή ποιότητα ζωής .

Βέβαια έχουν ανακαλυφθεί ποκίλλα φάρμακα κατά της ναυτίας . Κάποιοι συνδυασμοί , προσαρμοσμένοι στις ανάγκες του κάθε ασθενή , μπορεί να αμβλύνουν το πρόβλημα ή ακόμα και να το προλάβουν .

Δύο περιοχές στον εγκέφαλο έχουν θεωρηθεί υπεύθυνες για τη ναυτία και τους εμέτους . Μερικά φάρμακα , όπως και άλλες μέθοδοι , μπορούν εκλεκτικά να μπλοκάρουν τις εν λόγω περιοχές . Ο γιατρός μπορεί να φτιάξει ένα πρόγραμμα για την αντιμετώπιση της ναυτίας . Γενικά τα αντιεμετικά φάρμακα πρέπει να λαμβάνονται 30 λεπτά πριν από τη χημειοθεραπεία , ώστε να υπάρξει χρόνος να δώσουν κάποιο αποτέλεσμα . Εάν βέβαια έχει ήδη αρχίσει ο έμετος και δεν είναι δυνατή η χορήγηση του χαπιού , συνίσταται η χορήγηση υποθέτου . Υπάρχουν ακόμα κάψουλες μακράς διάρκειας , όπως το Compazine , οι οποίες μπορεί να προσφέρουν μεγάλη βοήθεια , επειδή η δράση τους διαρκεί 12 ώρες . Ακόμα πιο δραστικά και αποτελεσματικά είναι τα φάρμακα , το οποία μπλοκάρουν το κέντρο του έμετου στον εγκέφαλο (Ativan , Decadron) . 13

Αυπνία

Η αυπνία είναι ένα σοβαρό ενόχλημα για την ασθενή που προκαλείται από διάφορες αιτίες όπως είναι ο φόβος , η ανησυχία , ο πόνος , ο πυρετός , ο βήχας , η δύσπνοια και η γεμάτη με ούρα κύστη . Περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως ο θόρυβος , το φως και η θερμοκρασία μπορούν επίσης να διαταράξουν τον ύπνο .

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην προαγωγή του ύπνου περιλαμβάνουν τα ακόλουθα νοσηλευτικά μέτρα :

1. Τον έλεγχο του πόνου και άλλων συμπτωμάτων .
2. Τον έλεγχο των περιβαλλοντικών παραγόντων . 30

Κακοσμία

Οι κυριότερες αιτίες που προκαλούν προβλήματα κακοσμίας είναι οι λοιμώξεις , οι εξελκωμένοι όγκοι , οι εκροές τραυμάτων , οι απώλειες ούρων και κοπράνων , οι διάφορες στομίες .

Νοσηλευτικά μέτρα και παρεμβάσεις για τον έλεγχο της κακοσμίας είναι :

1. Διατήρηση σχολαστικής ατομικής υγιεινής της ασθενούς .
2. Προσεκτική φροντίδα του τραύματος με συχνές αλλαγές .
3. Χρησιμοποίηση ειδικών συσκευών για τα διάφορα στόμια .
4. Χρησιμοποίηση αποσμητικών σκευασμάτων σε διάφορες μορφές .29

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αλλαγή της εικόνας

Ιδιαίτερο πρόβλημα σε προχωρημένο καρκίνο του μαστού και απο τη θεραπεία του είναι οι αλλαγές της εικόνας του σώματος . Σύμφωνα με τον ορισμό του ιατρικού εγκυκλοπαιδικού λεξικού του Taber εικόνα του σώματος είναι η υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τη φυσική τους εμφάνιση βασισμένη σε δικές τους παρατηρήσεις αλλά και στις αντιδράσεις των γύρω τους . Η αντίληψη αυτή μπορεί να είναι συνειδητή ή ασυνείδητη και τροποποιείται κατά τη διάρκεια της ζωής , καθώς διάφοροι

παράγοντες συνεισφέρουν στην ανάπτυξη αυτή ης εικόνας , όπως η στάση των γονιών , η κοινωνία , το περιβάλλον και η νοοτροπία .

Η εικόνα του σώματος και η σημασία της για την ασθενή είναι συχνά ένα περίπλοκο θέμα με σημαντικές επιπλοκές για τους νοσηλευτές που ασχολούνται με την ανακουφιστική φροντίδα . Η σωστή αξιολόγηση τους μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην υποστήριξη των ασθενών και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος , και να οδηγήσει σε θετικές στάσεις από την πλευρά των ασθενών ως προς την προώθηση της αυτοεκτίμησης και της αυτοαντιληψής τους . Σύμφωνα με το νοσηλευτικό μοντέλο του Bob Price , οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορούν να καταταχθούν σε τρία στάδια :

1. Αξιολόγηση της εικόνας του σώματος , Διάγνωση και Σχεδιασμός της φροντίδας

Στο στάδιο αυτό μας ενδιαφέρει η αξιολόγηση της πραγματικής εικόνας του σώματος της γυναίκας , η έννοια του ιδανικού σώματος γι'αυτήν , ο τρόπος παρουσίασης του σώματός της , οι στρατηγικές αντιμετώπισης της αλλαγής της εικόνας του σώματος μετά την μαστεκτομή καθώς και το κοινωνικό υποστηρικτικό της σύστημα .

2. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Αυτές αφορούν την προληπτική νοσηλευτική φροντίδα όπως είναι η συζήτηση με τη γυναίκα πριν τη μαστεκτομή για τις αλλαγές που θα προκύψουν στην εικόνα του σώματός της , η κατάλληλη ψυχολογική της προετοιμασία , αλλά και η συζήτηση μαζί της για την πιθανότητα αποκατάστασης του χαμένου της μαστού από πλαστικό χειρουργό , την υποστηρικτική νοσηλευτική φροντίδα με την τοποθέτηση προσθέσεων αμέσως μετά τη μαστεκτομή , την εκπαίδευση της ασθενούς στην τοποθέτηση της πρόσθεσης , την συμβουλευτική σε θέματα ένδυσης που κολακεύουν το σώμα και τέλος τη διασύνδεση της ασθενούς με ένα ισχυρό κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα (γυνακείου συλλόγους μαστεκτομημένων γυναικών , αντικαρκινικές εταιρείες κ.α .)

3. Αξιολόγηση της Νοσηλευτικής φροντίδας

Στο στάδιο αυτό πρέπει να επανεκτιμηθούν η πραγματική εικόνα του σώματος σε σχέση με την ιδανική εικόνα της ασθενούς , η παρουσίαση του αλλαγμένου σώματος και οι στρατηγικές αντιμετώπισης της αλλαγής της εικόνας του καθώς και το κοινωνικό υποστηρικτικό της σύστημα . Αν τα προβλήματα της ασθενούς από την αλλαγή της εικόνας του σώματος παραμένουν άλυτα , ξαναγυρίζουμε στο στάδιο 1 και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να διαφοροποιηθούν . Στην αντίθετη περίπτωση έχουμε

πετύχει τη λύση των προβλημάτων που δημιουργήθηκαν απο την αλλαγή του ειδώλου που επέφερε η μαστεκτομή στην εικόνα του σώματος της ασθενούς μας . 25

Λεμφοίδημα

Το λεμφοίδημα , συχνό πρόβλημα των μαστεκτομημένων γυναικών στο παρελθόν , μπορεί ακόμα και σήμερα παρά την εκτεταμένη μορφή των ογκεκτομών να γίνει εξαιρετικά δυσάρεστη κατάσταση η οποία μάλιστα παραμένει χωρίς θεραπεία , πράγμα που καθιστά την αντιμετώπισή του πραγματική νοσηλευτική πρόκληση . Το λεμφοίδημα μετά από μαστεκτομή είναι η συσσώρευση λέμφου στο διάμεσο διάστημα του υποδόριου ιστού , που οφείλεται στην καταστροφή των λεμφαδένων από τη χειρουργική αντιμετώπιση ή την ακτινοθεραπεία , στην μόλυνση των λεμφαδένων ή σε μεταστατικό καρκίνο . Συμβαίνει μήνες ή και χρόνια μετά από μία απλή ή και ριζική μαστεκτομή και παρουσιάζει προβλήματα όπως :

1. Δυσφορία και πόνο που οφείλεται στην πίεση των μυών , φλεβών και νεύρων του σκέλους ή σε ίνωση από ακτινοθεραπεία .

2. Μόλυνση που μπορεί να οφείλεται στην στάση της λέμφου στους ιστούς η οποία στη συνέχεια καταστρέφει τα υπάρχοντα λεμφικά αγγεία και χειροτερεύει το ήδη υπάρχον οίδημα .

3. Αλλαγές στο δέρμα και στους ιστούς που οφείλονται στο οίδημα , στο τέντωμα και στη λεπτύνση του δέρματος και οδηγούν ορισμένες φορές σε ίνωση .

4. Ψυχολογικά προβλήματα που οφείλονται στην αλλαγή της εικόνας του σώματος και ακόμη λειτουργικά προβλήματα που επιβαρύνουν την καθημερινότητα της ασθενούς .

Καθώς το λεμφοίδημα δε θεραπεύεται , στόχος μας είναι να πετύχουμε όσο το δυνατόν βελτίωση και μακροπρόθεσμο έλεγχο . Όσο πιο έγκαιρα αρχίσει η αντιμετώπιση του τόσο πιο εύκολα θα πετύχουμε ένα καλό αποτέλεσμα . Η θεραπεία του περιλαμβάνει :

1. Ενημέρωση και εκπαίδευση της ασθενούς .
2. Φροντίδα του δέρματος .
3. Μασάζ
4. Επιδέσεις - ειδικά μανίκια (sleeves) .

Προσοχή πρέπει να δίδεται , επίσης , από το νοσηλευτή στα λειτουργικά προβλήματα της ασθενούς με λεμφοίδημα . Η άσκηση και

γενικά η κίνηση έχει ζωτική σημασία για την επίτευξη μίας καλής λεμφικής κινητικότητας . Η φυσιολογική χρησιμοποίηση του πρέπει γι' αυτό το λόγο να ενθαρρύνεται όσο το δυνατόν περισσότερο . Στις ασθενείς που δε μπορούν να καταφέρουν δραστικές κινήσεις , η παθητική άσκηση και το μασάζ πρέπει να εφαρμόζονται τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα . Με το μασάζ επιδιώκουμε να κινήσουμε το λεμφικό υγρό από το σκέλος σε σημεία του σώματος με καλή λεμφική λειτουργία . Ξεκινάμε το μασάζ πάντα από μία φυσιολογική σε λεμφική λειτουργία περιοχή και βαθμιαία προχωράμε στην λεμφοειδηματική περιοχή .

Η συμπλήρωση ενός ιστορικού με στοιχεία που να αφορούν στη λήψη φαρμάκων όπως διουρητικά , ορμόνες , στεροειδή κ.τ.λ. , καθώς και στοιχεία που αφορούν στην κατάσταση του δέρματος , την έκταση του οιδήματος , τη λειτουργικότητα του μέλους , την ύπαρξη πόνου ή μόλυνσης , καθώς και οι τακτικές μετρήσεις του οιδήματος είναι στοιχεία απαραίτητα για τη σωστή αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας . 24

ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Το δέρμα , οι βλεννογόνοι , η νευρομυϊκή και αισθητική λειτουργία καθώς και το αιμοποιητικό και ανοσοποιητικό σύστημα ανήκουν στους προστατευτικούς μηχανισμούς του ανθρώπου . Οι παραπάνω μηχανισμοί προστατεύουν τον οργανισμό από εισβολή μικροοργανισμών ή ξένων σωμάτων .

Η παρουσία του καρκίνου στον οργανισμό πολύ συχνά διαταράσσει τη λειτουργία των προστατευτικών μηχανισμών του οργανισμού με αποτέλεσμα το άτομο να βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο για αιμορραγίες και λοιμώξεις . Αναφέρεται δε ότι οι λοιμώξεις ευθύνονται για το 50 % των θανάτων καρκινοπαθών ασθενών . Η φροντίδα ασθενών με υψηλό κίνδυνο για αιμορραγία και λοιμώξεις περιλαμβάνει τα ακόλουθα νοσηλευτικά μέτρα :

Αιμορραγία

1. Αξιολόγηση της αιμορραγίας και των προδιαθεσιακών παραγόντων
2. Λήψη ειδικών μέτρων όπως :
 - αποφυγή ενδομυϊκών ενέσεων
 - Χρησιμοποίηση ηλεκτρικής ξυριστικής μηχανής
 - αποφυγή αιχμηρών αντικειμένων

- αποφυγή σκληρής βούρτσας για τον καθαρισμό των δοντιών
 - διατήρηση της ακεραιότητας του δέρματος και των βλεννογόνων
 - αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας ή της διάρροιας
 - αποφυγή παρατεταμένης έκθεσης στις ηλιακές ακτίνες .
3. Διαπαιδαγώγηση ασθενούς και συγγενών του να αναγνωρίζουν , προλαμβάνουν και αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της αιμορραγίας .

Λοίμωξη

1. Αξιολόγηση παραγόντων που συμβάλλουν στην επιδείνωση των αμυντικών μηχανισμών , όπως η χημειοθεραπεία , η ακτινοθεραπεία , η κορτιζονοθεραπεία κ.α.
2. Παρατήρηση των σημείων που θεωρούνται ύποπτα για λοιμώξεις , όπως τραύματα , δέρμα .
3. έλεγχος της θερμοκρασίας του σώματος .
4. Διατήρηση ικανοποιητικής θρέψης και υδάτωσης .
5. Εξασφάλιση ατομικής υγιεινής και ανάπαυσης .
6. Διατήρηση καλής αναπνευστικής λειτουργίας .
7. Αποφυγή έκθεσης σε λοιμώδη νοσήματα .
8. Διαπαιδαγώγηση ασθενούς και συγγενών του για την ανάπτυξη δεξιοτήτων που συμβάλλουν στην αναγνώριση και διευθέτηση της λοίμωξης. 29

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Μετά την κύρια θεραπεία οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού πρέπει να παρακολουθούνται δια βίου , για δύο τουλάχιστον λόγους : για τη διάγνωση υποτροπών και για την παρατήρηση του άλλου μαστού για δεύτερο πρωτοπαθές καρκίνωμα . Οι τοπικές και απομακρυσμένες μεταστάσεις εμφανίζονται συχνότερα στα τρία πρώτα χρόνια . Κατά την περίοδο αυτή η ασθενής εξετάζεται κάθε 3 - 4 μήνες . Στη συνέχεια η εξέταση γίνεται κάθε 6 μήνες για τα πρώτα 5 μετεγχειρητικά χρόνια και κατόπιν κάθε 6 - 12 μήνες .

Ειδική προσοχή δίδεται στον άλλο μαστό λόγω του αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης δεύτερου πρωτοπαθούς νεοπλάσματος . Η ασθενής πρέπει να ελέγχει το μαστό κάθε μήνα και να γίνεται μαστογραφία κάθε χρόνο . Σε μερικές περιπτώσεις οι μεταστάσεις είναι σε λανθάνουσα

κατάσταση για μακρές περιόδους και μπορεί να εμφανιστούν μέχρι και 10 - 15 χρόνια , ή αργότερα , μετά την αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου.

Η χρήση οιστρογόνων και προγεστινών πιθανώς δεν συνίσταται στις ασθενείς χωρίς νόσο μετά από θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου του μαστού , ιδιαίτερα σ'εκείνες τις ασθενείς των οποίων το νεόπλασμα ήταν θετικό για ορμονικούς υποδοχείς . 31

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Παραδοσιακά η έννοια της αποκατάστασης ακολουθείται από κάποιο είδος σωματικής ανικανότητας ή δυσλειτουργίας που προέκυψε από κάποιο τραυματισμό ή από κάποια νόσο . Με την ίδια έννοια οι υπηρεσίες αποκατάστασης παρέχονται σχεδόν αποκλειστικά σε άτομα που παρουσιάζουν λειτουργικούς περιορισμούς και σωματική ανικανότητα . 29

Πιο συγκεκριμένα η αποκατάσταση του καρκινοπαθούς ασθενούς περιλαμβάνει δύο σκέλη : τη σωματική ή οργανική αποκατάσταση (χειρουργική και αισθητική) που είναι το πρώτο σκέλος και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση , το δεύτερο σκέλος . 32

Η έννοια της αποκατάστασης όπως αυτή εφαρμόζεται στους καρκινοπαθείς συνήθως αποβλέπει στην απόκτηση επιθυμητής σωματικής , ψυχικής , επαγγελματικής και οικονομικής χρησιμότητας του ατόμου .

Ο στόχος της Νοσηλευτικής αποβλέπει στην παροχή ανθρωπιστικής φροντίδας στον καρκινοπαθή ασθενή και την οικογένεια του , προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη νόσο και τη θεραπεία , ώστε να μπορέσει ο άρρωστος να συμμετέχει ικανοποιητικά στις δραστηριότητες της ζωής . 24

Α . Σωματική αποκατάσταση

ΓΕΝΙΚΑ

Μία μαστεκτομηθείσα γυναίκα , όταν μάλιστα είναι νεαρής ηλικίας , είναι πολύ πιθανόν να εκδηλώσει διάφορες ψυχολογικές επιδράσεις : φόβο , αυπνία , βαθειά μελαγχολία , αίσθημα ντροπής και αδράνεια στη ζωή .

Επομένως καθίσταται σαφές και επιβεβλημένη η άμεση αποκατάσταση των οργάνων αυτών που επηρεάστηκαν από την εγχείρηση λειτουργικά και αισθητικά .

Παλαιότερα επικρατούσε η άποψη ότι η αποκατάσταση έχει θέση μόνο κι εφόσον επιτευχθεί ίαση της νόσου . Η καλύτερη , όμως , γνώση και αντιμετώπιση του προβλήματος των καρκινοπαθών σε εξειδικευμένα

αντικαρκινικά κέντρα αφ'ενός και οι τελειότερες μέθοδοι της πλαστικής χειρουργικής για την αποκατάσταση, επέτρεψαν αλλαγή της θέσεως αυτής και η αποκατάσταση γίνεται συγχρόνως με τη χειρουργική εκτομή του όγκου. 29

Σήμερα πια, ένα σύγχρονο αντικαρκινικό κέντρο δεν προβλέπει μόνο στην προσφορά θεραπείας της νόσου, αλλά και στην ποιότητα ζωής της καρκινοπαθούς ασθενούς η οποία και εξασφαλίζεται με την πλαστική αποκατάσταση. Βέβαια η σωστή αποκατάσταση πρέπει να έχει δύο στόχους :

1. Λειτουργική αποκατάσταση και
2. αισθητική αποκατάσταση.

Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται καλύτερα όταν η αποκατάσταση είναι άμεση, η οποία πλεονεκτεί της αψώτερης στα εξής :

1. Είναι πλέον ασφαλής κι επιτυχής.
2. Μειώνει το χρόνο νοσηλείας.
3. Απαλλάσσει την ασθενή με καρκίνο του μαστού από τα πιθανά λειτουργικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που πιθανώς θα προκύψουν. 32

1. ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΟΣ ΜΑΣΤΟΣ

Οι γυναίκες που υπέστησαν μαστεκτομή μπορούν να αποκαταστήσουν τη φυσική τους εμφάνιση με ποικίλους τρόπους, στους οποίους συγκαταλέγεται ο προσθετικός μαστός.

Η τοποθέτηση της σωστής πρόσθεσης και η εκπαίδευση της γυναίκας σε αυτή θα την βοηθήσει να ανακτήσει την αυτοπεποίθηση της και θα απομακρύνει τους φόβους που απειλούν τη ζωή της. Μερικά σημεία που πρέπει να προσέξουμε κατά την τοποθέτηση της πρόσθεσης είναι :

1. Η ασθενής μας έχει το δικαίωμα να ζητήσει τοποθέτηση από γυναίκα νοσηλεύτρια.
2. Είναι σημαντικό να μετρηθεί σωστά ο θώρακας, ώστε να επιλεγεί ο σωστός στηθόδεσμος.
3. Η γυναίκα πρέπει να έχει τη δυνατότητα επιλογής σε κάθε προσφερόμενο μοντέλο που διατίθεται.
4. Η ασθενής θα πρέπει να εκπαιδευθεί στη σωστή τοποθέτηση της πρόσθεσης και στην φροντίδα της.
5. Η ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για την διάρκεια ζωής της πρόσθεσης της και το πως θα αποκτήσει μία καινούρια.

6. Ο κατάλληλος χώρος είναι ένα δωμάτιο με ικανό φυσικό φωτισμό , έναν μεγάλο καθρέφτη και μία - δύο άνετες καρέκλες που θα επιτρέψουν τη διεξαγωγή της νοσηλευτικής επέμβασης κάτω από μία άνετη και ευχάριστη ατμόσφαιρα .

7. Η σωστή τοποθέτηση της πρόσθεσης πρέπει να αξιολογηθεί όχι μόνο μπροστά στον καθρέφτη , αλλά και ενθαρρύνοντας την ασθενή μας σε καθημερινές της δραστηριότητες . Αν προκύψουν προβλήματα , τότε είτε η πρόσθεση είτε ο στηθόδεσμος είναι ακατάλληλα . 24

ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΜΑΣΤΟΥ - ΓΕΝΙΚΑ

Με την ανακατασκευή του μαστού δημιουργείται αίσθημα πληρότητας , δεν τοποθετείται εξωτερικά προσθετικό υλικό και δεν είναι τόσο μεγάλη η ανάγκη να τροποποιηθεί ο ρουχισμός .

Η άμεση ανακατασκευή ενδύκνεται σε γυναίκες με μικρής έκτασης καρκίνο και αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες που επιθυμούν να αποφύγουν μία δεύτερη επέμβαση αλλά έχουν συνειδητοποιήσει ότι υπάρχει κάποιος ελαφρώς αυξημένος κίνδυνος να προκύψουν προβλήματα επούλωσης . Όταν όμως ο όγκος είναι μεγάλος και πρέπει να γίνει τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή , αποφεύγεται συνήθως η άμεση ανακατασκευή του μαστού .

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

Υπάρχουν αρκετοί τρόποι ανακατασκευής του μαστού κι ο καθένας τους έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα . Υπάρχουν επίσης τρόποι ανακατασκευής της θηλής . Μπορεί να χρειαστεί να τροποποιήσουμε το σχήμα του άλλου μαστού , να τον μικρύνουμε ή να τον μεγαλώσουμε ώστε να υπάρχει η καλύτερη δυνατή συμμετρία , ώστε να επιτευχθεί η αρμονικότερη εμφάνιση . Απαιτείται συνήθως η συνεργασία ομάδας ειδικών (πλαστικού χειρουργού , γενικού χειρουργού , ακτινολόγου , ογκολόγου και γενικού γιατρού) . 28

2. ΠΡΟΣΘΕΣΗ ΜΑΣΤΟΥ ΣΙΛΙΚΟΝΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΣΤΑΔΙΟ

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

Πλεονεκτήματα

- Ο μαστός ανακατασκευάζεται σε μία επέμβαση .

Μειονεκτήματα

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

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

- Σε ορισμένες ασθενείς εμφανίζονται μακροχρόνιες παρενέργειες από τη σιλικόνη . Το ενδεχόμενο μελετάται και ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει και να το συζητά με την ασθενή . 13

3. ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΠΕΚΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΙΣΤΩΝ

Κάτω από τους μύς του θωρακικού τοιχώματος τοποθετείται πρόσθεση σιλικόνης που φουσκώνει προοδευτικά με αποστειρωμένο φυσιολογικό ορό . Αυτό γίνεται στο ιατρείο κάθε εβδομάδα . Συνήθως απαιτούνται δύο με τρεις μήνες ώσπου ο μαστός να φτάσει το μέγεθος του άλλου μαστού . Χρησιμοποιούμε το άλλο εμφύτευμα για μεγάλο χρονικό διάστημα ή μπορούμε να το αλλάξουμε με μόνιμη πρόσθεση με απλή επέμβαση .

Πλεονεκτήματα

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

Μειονεκτήματα

- Καθυστερεί μέχρις ότου ολοκληρωθεί .
 - Υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης ,όπως συμβαίνει και με την πρόσθεση μαστού σιλικόνης σε ένα στάδιο . 13

4. ΤΕΧΝΙΚΗ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΡΗΜΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΛΑΤΥ ΡΑΧΙΑΙΟ ΜΥ (LATS)

Χρησιμοποιείται κυρίως όταν οι ιστοί του κατώτερου θωρακικού τοιχώματος είναι τεταμένοι ή λεπτοί ή όταν υπάρχει βλάβη από προηγούμενη εντοπισμένη ακτινοβολία από μαστεκτομή . Χρησιμοποιείται εμφύτευση μαστού σιλικόνης μαζί με τον ευρύ , σχήματος βεντάλιας , πλατύ ραχιαίο μυ , που στρέφεται γύρω από το θωρακικό τοίχωμα για να υποκαταστήσει τον ιστό που αφαιρέθηκε κατά τη μαστεκτομή .

Πλεονεκτήματα

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

Μειονεκτήματα

- Το δέρμα της πλάτης μπορεί να έχει διαφορετική απόχρωση ή υφή .
 - Προκαλείται συμπληρωματική ουλή στο θώρακα και ορατή στην πλάτη .
 - Η μεταφορά των μυών της πλάτης στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα μπορεί να επηρεάσει τη μυική ισχύ για ορισμένες αθλητικές δραστηριότητες . 13

5. ΤΕΧΝΙΚΗ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΥΟΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥ ΚΡΗΜΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΡΘΟ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΜΥ (TRAM)

Είναι η πιο περίπλοκη τεχνική από όσες χρησιμοποιούνται συνήθως και δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστεί σε όλες τις ασθενείς .

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

Πλεονεκτήματα

- Τα αισθητικά αποτελέσματα γενικά είναι ικανοποιητικά . Το δέρμα που μεταφέρεται από την κοιλιά στο θωρακικό τοίχωμα συνήθως είναι παρόμοιο στο χρώμα και στη σύσταση .

- Συνήθως δε χρειάζεται πρόσθεση σιλικόνης .

- Συνήθως μετά τη μεταφορά του δέρματος και του λίπους από την κοιλιά δημιουργείται κάποια κοιλιακή πτύχωση .

Μειονεκτήματα

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

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

- Η επέμβαση είναι μεγάλη και χρονοβόρα . 13

B. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Ο φόβος του καρκίνου και της μαστεκτομής είναι η κυριότερη αιτία , διεθνώς , για την καθυστερημένη προσέλευση για εγχείρηση , που σημαίνει ότι μία θεραπευτική ενέργεια μπορεί να δημιουργεί συνέπειες πριν καν εφαρμοστεί . Ο φόβος αυτός είναι αποτέλεσμα της εξαιρετικά σημαντικής συμβολικής σημασίας του οργάνου αυτού για τη γυναίκα .

Η γυναίκα με τη μαστεκτομή κυριεύεται από αισθήματα ανεπάρκειας του ρόλου της , εφόσον ο μαστός συμβολίζει την αγάπη , την εμπιστοσύνη , την ασφάλεια , τη θηλυκότητα και τη μητρότητα . Είναι όργανο που παρέχει στο βρέφος τροφή και συνακόλουθα ευχαρίστηση , αγάπη και αίσθημα ασφάλειας . Για τη γυναίκα συνηφαίνεται με την αγάπη που μπορεί να προσφέρει , είναι δεμένο με τη μητρότητα και τη θηλυκότητα . Για τον άνδρα σημαίνει ότι θα του εκπληρώσει τις επιθυμίες και θα του προσφέρει αγάπη . Για όλα αυτά η απώλεια του μαστού παίρνει διαστάσεις μίας καταστροφικής απώλειας .

Τυχόν συνοδές δυσμορφίες όπως παραμόρφωση του θώρακα και της μασχάλης , οίδημα , δυσχέρεια στην κινητικότητα και περιορισμός της δραστηριότητας δημιουργούν πρόσθετες ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις .

Η αποκατάσταση της γυναίκας αυτής σωματικά , ψυχολογικά και κοινωνικά , είναι ένα σύνολο πολύπλοκων διαδικασιών και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες . Για τη μορφολογική μιλήσαμε παραπάνω . Όσο για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση , η επικοδομητική αντιμετώπιση της μαστεκτομής εξαρτάται από ψυχολογικούς και κοινωνικούς συντελεστές . Η προσωπικότητα , οι κοινωνικές και θρησκευτικές αντιλήψεις , η μόρφωση , το πολιτισμικό υπόστρωμα αλλά και η ωριμότητα και η δυνατότητα να ξεπερνά ή και να ωφελείται από μία τραυματική εμπειρία παίζουν το καθένα το ρόλο του . Η μεταχείριση από το σύζυγο , την οικογένεια και το ευρύτερο περιβάλλον έχουν πολύ μεγάλη σημασία για την εξέλιξη και τη σταδιακή επανένταξη της άρρωστης στο κοινωνικό σύνολο . Σημαντικό ρόλο παίζει εδώ η συμβουλευτική παρέμβαση με λεπτομερή καθοδήγηση για μία φυσιολογική και ολοκληρωμένη ζωή .

Αυτό , όμως , που αποδείχτηκε ότι έχει πάρα πολύ μεγάλη σημασία για την αποκατάσταση γυναικών με καρκίνο του μαστού είναι το μοίρασμα των εμπειριών από την εγχείρηση ή συντηρητική θεραπεία με άλλη γυναίκα , που έχει πια ξεπεράσει το πρόβλημα της βιολογικά και ψυχολογικά .

Παρακάτω θα αναφερθεί εκτενέστερα ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς ώστε να είναι πιο εφικτή και πλήρης

η αποκατάσταση , σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο , της ασθενούς με καρκίνο μαστού . 33,34

Γ. Νοσηλεία στο σπίτι

Ένας καινούριος θεσμός έχει ήδη αρχίσει στη χώρα μας και γρήγορα συνειδητοποιείται η ανάγκη επέκτασης του , είναι ο θεσμός της " κατ'οίκον νοσηλείας " .

Η καρκινοπαθής που υπέστη ήδη την ενεργό θεραπευτική της αγωγή δεν μπορεί , ίσως και δεν πρέπει να παραμείνει στο νοσοκομείο . Είναι σωστό να επανέρχεται στο δικό της περιβάλλον , με τη χαλαρή σύνθεση του , χωρίς τη σχετική πειθαρχία που υπάρχει πάντοτε στο περιβάλλον του Νοσοκομείου , που μπορεί να είναι και απρόσωπο με τη συνεχή εναλλαγή της νοσηλευτικής υποστήριξης .

Στο σπίτι που μένει η ασθενής με καρκίνο μαστού , χρειάζεται αποκατάσταση , μικρή συνεχιζόμενη φροντίδα , ή και πιο έντονη φαρμακευτική αγωγή , όπως χημειοθεραπεία . Και η νοσηλεία στο σπίτι , με τη γενική αναφορά του όρου νοσηλεία , είναι ένας νέος φορέας νοσηλευτικής . Ένας φορέας που μπορεί να βρίσκεται σε συνδυασμό και εξάρτηση με το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο , όπως μπορεί να έχει μία χαλαρή μόνο σχέση με ένα νοσοκομείο και να κατευθύνεται από μία αντικαρκινική εταιρεία .

Η νοσηλευτική ομάδα που επισκέπτεται το σπίτι είναι απλή σε σύνθεση ή είναι και πολύπλευρη . Ίσως η πρώτη επίσκεψη να πρέπει να είναι πιο οργανωμένη , αλλά οι τακτικές επικοινωνίες στο σπίτι δε χρειάζονται γιατρό , αφού οι νοσηλευτές μπορεί να δημιουργήσουν με τον άρρωστο τις κατάλληλες προϋποθέσεις ώστε να αρχίζει να εκδηλώνει συναισθήματα , να βλέπει τις οικονομικές ανάγκες και τις οικονομικές δυνατότητες . 24

Ο Νοσηλευτής θα επισκέπτεται την ασθενή στο σπίτι της και ο ρόλος του είναι πολύπλευρος . Πρέπει να δει το περιβάλλον και να αξιολογήσει :

1. Το χώρο που θα ζει η ασθενής . Να δώσει οδηγίες πως θα γίνει λειτουργικός γι'αυτήν , σύμφωνα με τις ανάγκες της .

2. Το οικογενειακό περιβάλλον , θα καθοδηγήσει τους συγγενείς πώς θα την αντιμετωπίσουν , σύμφωνα με την ψυχική της διάθεση , την ηλικία της , τις ανησυχίες της .

3. Την οικονομική κατάσταση της οικογένειας και στην περίπτωση οικονομικής αδυναμίας θα πρέπει να ενεργοποιήσει την κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου , την κοινωνική πρόνοια , την Εκκλησία , τους συλλόγους , το Δήμο , την κοινότητα . Επίσης πρέπει να φροντίζει την ψυχολογική υποστήριξη των συγγενών .

4. Να δώσει μαθήματα στους συγγενείς πώς να περιποιηθούν την άρρωστη .

5. Να ακούει με προσοχή τις ανησυχίες ή τις παραξενιές της ασθενούς και να προσπαθεί να της μεταδώσει αισιοδοξία και την πεποίθηση πώς τα θέματα που την ανησυχούν έχουν λύση . 34

Οι στόχοι της κατ'οίκον νοσηλείας είναι :

1. Να διατηρήσει την ασθενή στο σπίτι όσο το δυνατόν περισσότερο .
2. Να βοηθήσει τις ιατρικές υπηρεσίες του Γενικού Νοσοκομείου .
3. Να εκπαιδεύσει τόσο τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και τους συγγενείς .
4. Να χρησιμοποιήσει την οικογένεια σαν μονάδα .
5. Να βοηθήσει την ασθενή να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής της .
6. Να ελατώσει το κόστος νοσηλείας . 34

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 5

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Οι ασθενείς με καρκίνο μαστού αντιμετωπίζουν διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα , που επηρεάζουν τόσο την πορεία και την έκβαση της νόσου , όσο και την ποιότητα της ζωής τους .

Η αναγνώριση των προβλημάτων αυτών αυξάνει την επίγνωση ότι η ασθενής σε όλη τη διάρκεια της πορείας της νόσου της χρειάζεται συνεχόμενη υποστήριξη , που αφορά όχι μόνο το σώμα της , αλλά και την ψυχολογική και πνευματική της κατάσταση . 25

Ο νοσηλευτής στην οποιαδήποτε ψυχολογική του παρέμβαση πρέπει να λαμβάνει υπόψη του το κοινωνικό-μορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από την ίδια την ασθενή ,την προσδοκώμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της νόσου (πρώιμο ,ενδιάμεσο ,τελικό) . Ο ρόλος των νοσηλευτών ανάλογα με τα στάδια ανάπτυξης της νόσου πρέπει να είναι ο ακόλουθος : 18

7

Π Ρ Ω Ι Μ Ο Σ Τ Α Δ Ι Ο

Η αρρώστια , ιδιαίτερα σοβαρή και απειλητική για τη ζωή , έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο σε σωματικό επίπεδο , όσο και σε όλες τις πτυχές της ζωής της ασθενούς . Από τη στιγμή κι όλας που μία γυναίκα παρατηρεί ανησυχητικά συμπτώματα και ξεκινά τη διαδικασία του ιατρικού ελέγχου , είναι δυνατό να βιώσει έντονο άγχος , φόβο και αγωνία για το μέλλον . 24

Με την ανακοίνωση της διάγνωσης , η ασθενείς αντιδρούν με πανικό και shock , που ακολουθούνται ή από άρνηση , που οδηγεί στην καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής και νοσηλευτικής βοήθειας , ή από άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης . Άλλες λοιπόν αποφεύγουν να έχουν πληροφόρηση , άλλες αναζητούν πληροφορίες για να μειώσουν το άγχος τους . 28

Όταν η πιθανότητα κακοήθους νεοπλασίας δεν μπορεί να αποκλειστεί, το άτομο πρέπει να μπει στο νοσοκομείο . Μέχρι τη στιγμή της εισαγωγής , πολλά άτομα είναι αγχώδη , ανήσυχα , σε κατάθλιψη και συχνά εκφράζουν φόβο ακρωτηριασμού ή θανάτου . Με την εισαγωγή στο Νοσοκομείο , το άτομο αναγκάζεται να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή , το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι γνώριμο , η ανεξαρτησία και ο έλεγχος χάνονται , ενώ πρέπει να υποβληθεί σε πρόσθετες εξετάσεις . Όλα αυτά μπορεί να προκαλέσουν συναίσθημα αποπροσανατολισμού και έλλειψη βοήθειας .

Υπάρχουν όμως και οι μακροπρόθεσμες διαστάσεις που συνδέονται πρώτον με τις επιπτώσεις που θα έχει η νόσος στην οικογενειακή , κοινωνική ζωή , την επαγγελματική δραστηριότητα και στα οικονομικά και δεύτερον με την κακοήθεια της νόσου που βιώνεται ως απειλή για τη συνέχεια της υγείας και την ίδια της τη ζωή . 18

Ο καρκίνος είναι μία αρρώστια σοβαρή , με αβέβαιη πρόγνωση , η οποία απαιτεί θεραπευτική αντιμετώπιση με σημαντικό κόστος για το άτομο και η οποία στα μάτια του κοινωνικού συνόλου ταυτίζεται με το θάνατο . Από τη στιγμή της διάγνωσης της συγκεκριμένης αρρώστιας το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με μία νέα οδυνηρή πραγματικότητα η οποία αναπόφευκτα θα έχει σοβαρές επιπτώσεις σε όλες τις πτυχές της ζωής του : στο σώμα , στην εικόνα του σώματος του στο πώς αντιλαμβάνεται τον εαυτό της και τον κόσμο , στα όνειρα και στα σχέδια της για το μέλλον , στη γενικότερη λειτουργικότητα και τη δυνατότητα του να επιτελεί τους ρόλους της , ακόμα και στον τρόπο με τον οποίο την βλέπουν οι άλλοι . 25

Οι στόχοι των νοσηλευτών σε αυτή τη φάση είναι η εξής :

1. Να βοηθήσουν την ασθενή να μπορεί να ζει με επίγνωση της σοβαρής νόσου και των συνεπειών της .
2. Να τη βοηθήσουν να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και τις άλλες σχετικές ανησυχίες .
3. Να την βοηθήσουν να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού .
4. Να τη βοηθήσουν να επαναπροσαρμοσθεί στο κοινωνικό περιβάλλον . 18

Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί με ποικίλους τρόπους να βοηθήσει τις ασθενείς να νιώσουν ελπίδες και να ελατώσουν τα αισθήματα πρόγνωσης , φόβου και αγωνίας .

Κύριος σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητας του , ώστε να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα , να αντέχει στη θεραπεία και ν'αντιμετωπίζει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα , που συνοδεύουν την αρρώστια .

Γι'αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να αξιολογεί έγκαιρα τις προσωπικές δυνάμεις και ικανότητες κάθε αρρώστου για την αντιμετώπιση του καρκίνου και να προβλέπει τα ενδεχόμενα προβλήματα ,ώστε να προγραμματίζει ανάλογες υποστηρικτικές παρεμβάσεις στα πλαίσια της νοσηλευτικής διεργασίας . Κατά την αξιολόγηση ,ο νοσηλευτής θυμάται ότι η αντίδραση κάθε αρρώστου προς τον καρκίνο είναι προσωπική και μοναδική . 35

Ακόμα ,έρευνες έδειξαν ότι οι ασθενείς χρειάζονται ενημέρωση .Οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκονται σε ιδανική θέση για να υπηρετήσουν αυτό το σκοπό. Οι περισσότεροι καρκινοπαθείς χρειάζονται σημαντική βοήθεια να ξέρουν τι έχουν , τι προσδοκούν από τη θεραπεία και να μάθουν το είδος και την έκταση του καρκίνου τους. Άπαξ και διαγνωστεί καρκίνος σ'ένα άτομο, το οπτικό του πεδίο στενεύει, νιώθει πως αντικρίζει το θάνατο . Αισθάνεται επίσης η ασθενής οτι ανάμεσα στην ίδια και το θάνατο της βρίσκεται μόνο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και αναπτύσσεται μια έντονη εξάρτηση από αυτό . 36

Η απαίτηση για περισσότερη ενημέρωση έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια και σ'αυτό βοήθησε σε μεγάλο βαθμό η επιρροή που ασκούν τα μέσα ενημέρωσης , η γενική γνώση όσον αφορά στην ελληνική πραγματικότητα είναι ότι οι νοσηλευτές δε δρούν αρκετά σαν επαγγελματίες και συχνά διαπιστώνεται ότι οι ασθενείς με καρκίνο μαστού δεν είναι ικανοποιητικά ενημερωμένοι για τη θεραπεία που θα ακολουθήσει με τις πιθανές παρενέργειες .

Οι πληροφορίες που δίνονται στην ασθενή πρέπει να είναι κατανοητές και όχι διφορούμενες , αμερόληπτες και η ασθενής να έχει την ευκαιρία να συζητήσει , και να υποβάλλει ερωτήσεις . Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαδικασία αυτή περιλαμβάνει κάποιες προϋποθέσεις όπως να είναι διαθέσιμη , ευάλωτη αλλά και τρωτή :

1. ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ

Να παρέχει δηλαδή ειλικρινή ενημέρωση :

- Να ενημερώνει την ασθενή στο βαθμό που εκείνη επιθυμεί .
- Να ακούει με προσοχή τυχόν ερωτήσεις που σχετίζονται με τη νόσο ή τα υπαρξιακά της προβλήματα .
- Να παρέχει υποστηρικτική βοήθεια προς την αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων (θυμού , θλίψης , απόγνωσης) .

2. ΤΡΩΤΗ

- Να αποδεχτεί δηλαδή εκδηλώσεις θυμού , πόνου , θλίψης απ'την ασθενή .

- Να προετοιμαστεί για πιθανή ανεπάρκεια γνώσεων ή αδυναμία απαντήσεων .

Ακόμα στην ενημέρωση της ασθενούς πρέπει να συμπεριλαμβάνονται πληροφορίες γύρω από την πτέρυγα του Νοσοκομείου , στο οποίο έχει εισαχθεί , και στην κατατόπισή της στους ρόλους που έχει το νοσοκομειακό προσωπικό (επισκέψεις ιατρών , νοσηλεύτριας , χορήγηση θεραπευτικής αγωγής , θέματα κοινωνικής υπηρεσίας , ζητήματα διατροφής) . 24

Σε συναφές επίπεδο έρευνες έδειξαν ότι νοσηλευτικό προσωπικό που αφιερώνει χρόνο να ενημερώσει ασθενείς για τη μελλοντική τους κατάσταση και ακούει τα προβλήματα και τα συναισθήματα τους , βοηθά τους ασθενείς στο να νιώθουν ότι οι αγωνίες τους και οι φοβίες τους προσέχονται και στο να καταστούν πιο ικανοί να ανταπεξέλθουν στη θεραπεία . 37

Αν η ασθενής πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, την ενημερώνουμε και την προετοιμάζουμε ψυχικά . Στην περίπτωση γυναίκας που πρόκειται να υποβληθεί σε μαστεκτομή , περιγράφουμε τις διαδικασίες που η ασθενής θα περάσει πριν και μετά την επέμβαση, δίνουμε πληροφορίες για την διαδικασία της επέμβασης , την έκταση της, το διάστημα ανάρρωσης, τα μετεγχειρητικά προφυλακτικά μέτρα και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπευτικής αγωγής . Με το να είναι προετοιμασμένη , δεν δημιουργείται ασυνέπεια μεταξύ προσδοκωμένων και βεβαιωμένων γεγονότων και το άγχος μειώνεται .

Τέλος , αντιμετωπίζουμε λαθεμένες αντιλήψεις γύρω από τη νόσο , την αποτελεσματικότητα της θεραπείας , τα μετεγχειρητικά προβλήματα και την ενθαρρύνουμε να δει αυτές τις πλευρές με θετικό τρόπο, ξεπερνώντας αδικαιολόγητους και αβάσιμους φόβους. -- 18

ΕΝΔΙΑΜΕΣΟ ΣΤΑΔΙΟ

Διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύτηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίστηκε και υφίσταται ανάγκη άλλων μορφών θεραπείας . Η ασθενής έχει γνώση της εξέλιξης της υγείας της με βάση τη φυσική της κατάσταση , την ένταση και την έκταση του πόνου, την αδυναμία και την καχεξία ,καθώς και άλλα συμπτώματα .

Σ'αυτό το στάδιο πρέπει ο νοσηλευτής να εξηγήσει στην ασθενή και στους συγγενείς της τα υπέρ και τα κατά της θεραπείας και να προετοιμάσει την ασθενή να τα δεχθεί. Θα πρέπει να γίνει σαφές ότι τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της θεραπείας μπορεί να την ενοχλούν και να την απασχολούν ,με το πέρασμα του χρόνου ,όμως, θα εκλείψουν και η προτεραιότητα θα δοθεί στην αντιμετώπιση της κυρίως νόσου . 18

Βέβαια η αναγγελία μίας θανατηφόρου νόσου , όπως ο καρκίνος του μαστού σε προχωρημένο στάδιο είναι ένα θέμα που προκαλεί το φόβο του θανάτου στην ασθενή , ο φόβος του θανάτου μπορεί να σχετίζεται με το φόβο για τον πραγματικό θάνατο και με τον φόβο για τη διαδικασία του θανάτου , με τον πόνο , την αναπηρία , την εξάρτηση και την απόρριψη . 35

Σ'αυτό το στάδιο οι στόχοι μας είναι :

1. Να βοηθηθεί η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματα της (φόβος , άγχος , κατάθλιψη) .
2. Να αντιμετωπιστούν τα άμεσα προβλήματα που συνδέονται με την αρρώστια .
3. Να βοηθηθούν ώστε να μπορούν να ζούν με τη γνώμη της σοβαρής αρρώστιας και των συνεπειών της και να μπορούν να αντιμετωπίζουν το γεγονός της επανεμφάνισης και τις ανησυχίες της .
4. Να βοηθηθούν στο να προσαρμοστούν στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού .
5. Να ευαισθητοποιηθούν σε θέματα που αφορούν προσωπικά προβλήματα και ανάγκες .
6. Να ενεργοποιηθούν προς την κοινωνική τους επανένταξη . 32

Άλλη μία αντίδραση που θα μπορούσε να βιώσει το άτομο , σ'αυτή τη χρονική στιγμή , είναι ο θυμός που πηγάζει από το συναίσθημα της αδικίας και της αδυναμίας . Ο θυμός μπορεί να στρέφεται ενάντια στο ίδιο της το σώμα που την πρόδωσε , ενάντια στο Θεό και τη μοίρα . Το συναίσθημα αυτό ορισμένες φορές μπορεί να μετατίθεται στους επαγγελματίες υγείας ή ακόμα και στα πρόσωπα του οικείου της περιβάλλοντος . Ακόμα ο θυμός μπορεί να στρέφεται και προς τον ίδιο της τον εαυτό με τη μορφή ενοχών , είτε εξαιτίας κάποιων συμπεριφορών που μπορεί να θεωρεί ότι προκάλεσαν τον καρκίνο (για παράδειγμα ανθυγιεινές συνθήκες ή το να μην πάει έγκαιρα στο γιατρό) είτε γιατί αισθάνεται ότι δεν έκανε όσα ήθελε στη ζωή

της , είτε γιατί θεωρεί ότι τιμωρείται για κάποια μη ηθική πράξη που έκανε στο παρελθόν , είτε τέλος γιατί αισθάνεται ότι αποτελεί βάρος και πηγή θλίψης για τα αγαπημένα της πρόσωπα . 25

Άλλες ασθενείς κατηγορούν το γιατρό ή την αρχική θεραπευτική αγωγή για την επανεμφάνιση του καρκίνου , μπορεί να αμφισβητούν τις καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους και να θελήσουν να προσανατολιστούν σε όχι πάντα επιστημονικά παραδεκτές λύσεις ,όπως φαρμακευτικά σκευάσματα βιταμινών , γιαιτροσόφια , διαλογισμό. Ο γιατρός και οι νοσηλευτές πρέπει να εξηγήσουν στην ασθενή ότι μία τέτοια αγωγή είναι χωρίς αξία και να την κατευθύνουν σε παραδεκτές θεραπείες .

Στο παρελθόν ελάχιστη σημασία δόθηκε στα αισθήματα του ασθενή . Ενώ υπήρχε μέριμνα και ενδιαφέρον για τη συγκινησιακή κατάπτωση του ασθενούς .Τα τελευταία χρόνια , όμως, οι ψυχικές αυτές αντιδράσεις τυγχάνουν συστηματικής προσοχής .

Η μεταστατική νεοπλασματική νόσος μπορεί να έχει σοβαρά αποτελέσματα στη ζωή της ασθενούς . Ο έντονος πόνος και οι φυσικοί περιορισμοί την αναγκάζουν να μην μπορεί να εργασθεί πια , να παραμένει στο σπίτι , να σταματήσει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που παλιότερα την ευχαριστούσαν . Η ζωή της μπορεί να διακόπτεται από επανειλημμένες εισόδους στο Νοσοκομείο για χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία , ενώ ο ανεξέλεγκτος πόνος μπορεί να της θυμίζει συνεχώς ότι το μοιραίο επίκειται . Ακόμα με την επιδείνωση της νόσου η ασθενής φοβάται ότι η οικογένεια της θα την εγκαταλείψει . Έτσι μερικές ασθενείς γίνονται υπάκουες , χωρίς παράπονα , ώστε να αποφύγουν καταστάσεις που ίσως να οδηγήσουν τους άλλους να τις εγκαταλείψουν . 18

Η παροχή επαφών μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών πέρα από τις καθαρά ιατρικές ,βοηθά στην κατοχύρωση της σοβαρότητας και της αξίας των αισθημάτων τους . Έχει αποδειχθεί ότι παρακινώντας τις ασθενείς να μιλήσουν για τα συναισθήματα τους μπορεί να συντελέσει στο να μετριαστούν τα αισθήματα απαισιοδοξίας τους. Η ενθάρρυνση για εξωτερίκευση, ταξινόμηση και τέλος αντιμετώπιση των αισθημάτων, βοηθά στην καταπολέμηση των αρνητικών σωματικών επιπτώσεων , οι οποίες σχετίζονται με την προσπάθεια καταστολής και συγκράτησης του φόβου και της απόγνωσης . Το να μοιράζεται κανείς με κάποιον τα συναισθήματα του, πολύ περισσότερο με το νοσηλευτή, βοηθά στο να μετριαστεί η απόγνωση και γεννά ελπίδες . 36

Η ικανότητα του νοσηλευτή να δώσει χρόνο προκειμένου να χτίσει μία σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού με την άρρωστη , την βοηθά επικοινωνώντας μαζί της να εκφράσει με την ομιλία τα θετικά ή αρνητικά

συναισθήματα της , τα προερχόμενα τόσο από την ίδια τη νόσο της όσο και από τις παρενέργειες της αντινεοπλασματικής θεραπείας .

Αντίθετα , μικρά διαστήματα σιωπής από το νοσηλευτή συχνά δίνουν στην ασθενή την ευκαιρία να ταυτοποιήσει τις σκέψεις της και να ξεπεράσει την αμηχανία της .Είναι γνωστό ότι οι καρκινοπαθείς υποχρεώνονται να κάνουν δύσκολους συμβιβασμούς , να αποδεχθούν τη νόσο με τους περιορισμούς της που ολοένα αυξάνουν , ακολουθήσει θεραπείες σε τακτά χρονικά διαστήματα με κόστος νοσηλείας και αμφίβολα αποτελέσματα , και να δεχθεί από τους άλλους την ατομική της περιποίηση , όταν παρ'όλη την προσπάθεια της δεν επιτυγχάνει μόνη της . Η πολύπλευρη αυτή εξάρτηση δημιουργεί ψυχολογικές συγκρούσεις , με αποτέλεσμα η μείωση αισθήματος της προσωπικής της αξίας , της αυτοεκτίμησης , εμπιστοσύνης , γνώσης , της ικανότητας , της υπόληψης , του σεβασμού και την ανάπτυξη αισθημάτων μόνωσης που ευνοούν την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων και η σωματική νόσος με τη σειρά της επισπεύδει το αισθήματα μόνωσης .

Η στάση της ασθενούς και γενικά η συμπεριφορά της απέναντι στη νόσο με τη δημιουργία ή όχι ψυχολογικών προβλημάτων από :

- Οργανικά συμπτώματα .
- Αλλαγές σωματικού ειδώλου .
- Αλλαγή τρόπου ζωής .

Επηρεάζονται τόσο από την οικογένεια , το περιβάλλον , τη μόρφωση, το βαθμό ωριμότητας όσο και από την προσωπικότητα κάθε ατόμου .

Με την ακρόαση παρέχεται η ευκαιρία στην άρρωστη να συγκεντρώσει τη σκέψη της , ο τρόπος δηλαδή που μιλά , αντιδρά , πειθαρχεί στο περιβάλλον ή κρατά στάση απόστασης , απόσυρσης , εχθρικότητας ή εξάρτησης από αυτό , προσφέροντας έτσι πολύτιμες πληροφορίες για την επίδραση της νόσου στην υγεία της . Η ακρόαση αποτελεί ειδική δεξιότητα γιατί ο νοσηλευτής επιστρατεύει την προσοχή, το ενδιαφέρον, τη σκέψη και τη διαίσθηση του παρακολουθώντας προσεκτικά τη φιλία της ασθενούς . Ενθαρρύνει δηλαδή την άρρωστη να εκφράσει τις ανησυχίες και τα προβλήματα της και ενισχύει την αυτοέκφραση και την ψυχική της εκτόνωση .

Με την παρατήρηση ο νοσηλευτής αποσκοπεί στην αντιμετώπιση της σωματικής και ψυχολογικής κατάστασης της ασθενούς. Μελετά δηλαδή την :

- Γενική της εμφάνιση και στάση .
- Διανοητική της κατάσταση (επίπεδο συνείδησης , προσανατολισμός)
- Έκφραση προσώπου (χαρά , λύπη , πόνος , θυμός κ.τ.λ.)
- Επιθυμία ή αποστροφή πρόσληψης τροφής .

Προυποθέσεις για την ορθή και ακριβή παρατήρηση είναι :

- Κλινική πείρα του νοσηλευτή .
- Διαπροσωπικές του δεξιότητες .
- Αντίληψη , μνήμη , κριτικό πνεύμα .
- Ενδιαφέρον , αίσθημα ευθύνης .
- Γνωριμία του με την ασθενή σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα . 12

Εξάλλου ο διάλογος του νοσηλευτή με την άρρωστο χρησιμοποιείται ως υπεύθυνη νοσηλεία . Διαθέτοντας ετοιμότητα και χρόνο δίπλα στον άρρωστο , ενθαρρύνουμε την αυτοέκφραση και την ψυχική εκτόνωση του αρρώστου ενώ καταπολεμούμε την κοινωνική απομόνωση του . 35

Με την επικοινωνία και την παρατήρηση ο νοσηλευτής συνειδητοποιεί ότι οι ασθενείς νιώθουν ανασφάλεια όσον αφορά στην ασθένεια τους που εκφράζεται με :

- Το φόβο του αγνώστου και του απροσδόκητου , του παρόντος και του μέλλοντος , δηλαδή ότι σε κάθε χρονική στιγμή είναι πιθανό να εμφανιστεί νέο πρόβλημα που θα τους οδηγήσει σε νέες ταλαιπωρίες .
- Τις στερήσεις και τις θυσίες που θα απαιτηθούν .
- Τον πόνο , την αναπηρία , τη χρόνια αρρώστια .
- Το φόβο του θανάτου .

Μερικές ασθενείς αντιμετωπίζουν το συναίσθημα της ανασφάλειας , ζητώντας περισσότερες πληροφορίες από διάφορες πηγές κι έτσι ανταποκρίνεται θετικότερα στη νόσο τους . Από την άλλη κάποιες βιώνουν έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις , που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής και αξιολόγησης από όλους τους επαγγελματίες υγείας , που απαρτίζουν τη θεραπευτική ομάδα της ασθενούς .

Οι νοσηλευτές βρίσκονται συνέχεια κοντά στην ασθενή με αποτέλεσμα να έχουν τη δυνατότητα να επισημάνουν και να αξιολογούν καλύτερα όλα τα ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών τους . Επίσης μπορούν να παρέμβουν πολλαπλά κατά τη διάρκεια της νοσηλείας :

- Στην επισήμανση των προβλημάτων .
- Τη συμβουλευτική αντιμετώπιση καθώς και

- στη χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής .

Η αλλαγή του σωματικού ειδώλου έχει πάρα πολλές ψυχολογικές επιδράσεις στις ασθενείς . Οι ασθενείς νιώθουν πολύ δύσκολο να αντέξουν και να σηκώσουν το βάρος της αλλαγής του σώματος τους .

Έχουν την αντίληψη ότι παύουν πια να είναι ένα , άλλες έχουν χωρίσει σε κομμάτια . Το σημαντικό πρόβλημα της αλλαγής του ειδώλου μπορεί να αντιμετωπιστεί αν επισημάνουμε ότι είναι φαινόμενο παροδικό και αναστρέψιμο . Η παρέμβαση ειδικών επιστημόνων (πλαστικής χειρουργικής , προσθετικής) την κατάλληλη στιγμή δίνει τη δυνατότητα αποκατάστασης .

Όσον αφορά στην απώλεια της σεξουαλικότητας , εκτός των περιπτώσεων εκείνων που οφείλεται σε ενδοκρινολογική δυσλειτουργία , στις υπόλοιπες των περιπτώσεων το άγχος και η κατάθλιψη συχνά συνοδεύουν την ασθενή και η ανάγκη για ψυχολογική παρέμβαση είναι επιβεβλημένη .

Όμως , για να είναι ικανός ο νοσηλευτής να αξιολογήσει τις ψυχολογικές δυσλειτουργίες της ασθενούς του , θα πρέπει να αναπτύξει δυνατότητες επικοινωνίας μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων και εξάσκησης . Με την επιδέξια επικοινωνία και την προσεκτική παρατήρηση ο νοσηλευτής αντιλαμβάνεται τις διάφορες ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών του . Με υπομονή , προσοχή , ενδιαφέρον και δημιουργία περιβάλλοντος που να εμπνέει εμπιστοσύνη και ασφάλεια , δίνεται η δυνατότητα στην ασθενή ελεύθερα και χωρίς ενδοιασμούς να ξεδιπλώσει τον εαυτό της . Ακόμα , άλλα ψυχολογικά - ψυχιατρικά προβλήματα που διακρίνονται σε ασθενείς με καρκίνο μαστού είναι : »

Ι. Α Γ Χ Ω Δ Η Σ Δ Ι Α Τ Α Ρ Α Χ Η

-- Χαρακτηρίζεται από ταυτόχρονη και συνδυασμένη εμφάνιση επίμονων φυσικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων , διάρκειας μίας με δύο εβδομάδων . Πρωταρχικά τα ψυχολογικά συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν : αδυναμία συγκέντρωσης , επαναλαμβανόμενες ανήσυχες σκέψεις και αντίληψη , νευρικότητα , ανησυχία . Τα φυσικά συμπτώματα είναι γαστρεντερικές διαταραχές , καρδιαγγειακές διαταραχές , και διαταραχές στο κεντρικό νευρικό σύστημα καθώς και στο γενετήσιο .

2. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Συνδυάζεται με τον καρκίνο και χαρακτηρίζεται από μικρής έως και σοβαρής διάρκειας ψυχολογικές διαταραχές (2-4 εβδομάδες) που εμφανίζονται με τα παρακάτω συμπτώματα : απαισιόδοξες σκέψεις , κακή διάθεση , αδυναμία να αισθανθούν χαρά , ενοχή , αδυναμία και απώλεια κάθε αισθήματος ελπίδας .

3. ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Διαρκούν 1 - 2 εβδομάδες και παρουσιάζονται σαν υπερβολικές συναισθηματικές αντιδράσεις του stress .

Η κατάθλιψη είναι η πιο σημαντική και συχνή ψυχιατρική διαταραχή , αφού οι γυναίκες με καρκίνο μαστού έχουν αρκετούς λόγους που θα μπορούσαν να αποτελέσουν επισπεύδουσες αφορμές για την έκλυση μίας μείζονος κατάθλιψης (μελαγχολία) . Δεν είναι σπάνιο η κατάθλιψη να περάσει απαρατήρητη σε ένα Γενικό Νοσοκομείο ή στα πολυάσχολα Ογκολογικά τμήματα .³⁷

Όλες όμως αυτές οι διαταραχές και τα ψυχολογικά προβλήματα έχουν σαν αποτέλεσμα η καρκινοπαθής να παρουσιάζει μειωμένη αυτοεκτίμηση κι υποβαθμισμένο το αίσθημα της προσωπικής αξίας, διότι ο καρκίνος επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία του . Ο νοσηλευτής προσπαθεί να εξυψώσει και να διατηρήσει υψηλή την αυτοεκτίμηση του αρρώστου ,με τις εξής παρεμβάσεις:²⁸

-Διδάσκει νέες τεχνικές αυτοφροντίδας ,ώστε να είναι ανεξάρτητος .

-Επαινεί την προοδευτική ανάκτηση της ικανότητας για αυτοεξυπηρέτηση .

-Βοηθά τον ασθενή, επισημαίνοντας τις θετικές πλευρές και δυνατότητες που έχει.

-Αντανακλά θετικές εκτιμήσεις χωρίς λόγια , με πράξεις και με τη συμπεριφορά του (φροντίδα , ενδιαφέρον , εκτίμηση)-.³⁸

Είναι πολύ σημαντικό σ'αυτό το σημείο να βεβαιώσουμε την ασθενή ότι ο γιατρός οι νοσηλευτές κι οι συγγενείς θα μείνουν κοντά της και θα κάνουν τα πάντα για να νιώσει περισσότερο ανακουφισμένη .Πρέπει ν'ακούσουμε τις ανησυχίες, τους φόβους, τις ανάγκες της ,να την υποστηρίξουμε συναισθηματικά ,να της δώσουμε κουράγιο κι ελπίδα στη μεταστατική νόσο. Τότε θα μειωθεί το άγχος ,η κατάθλιψη, οι συγχυτικές ιδέες ή αυτοκτονίας και κάποια αποδιοργάνωση που κλιμακώνεται .Η επαφή μαζί της θα βελτιωθεί ,η άρρωση θα γίνει πιο συνεργάσιμη και θα έχει περισσότερη εμπιστοσύνη σε όσους φροντίζουν γι'αυτήν .¹⁸

ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Κάποτε ο ασθενής αρχίζει να καταλαβαίνει ότι πλησιάζει ο θάνατος. Ο τρόπος της αντιμετώπισεώς του εξαρτάται από πολλούς παράγοντες . Η κοσμοθεωρία περί ζωής και θανάτου ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Ο ένας φοβάται το θάνατο, ο άλλος τον βλέπει σαν λύτρωση και απαλλαγή από τον επίγειο πόνο και τη δυστυχία .Υπάρχει και μια ακόμη μερίδα ασθενών που προσμένει το θάνατο αποβλέποντας στη χαρά μιας άλλης ζωής .Η ηλικία ,επίσης, επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής δέχεται κι αντιμετωπίζει το θάνατο .

Είναι σημαντικό για την ασθενή σ'αυτή τη φάση να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια δεν πρόκειται να την εγκαταλείψει ,αλλά ότι θα μείνει δίπλα της και θα είναι διαθέσιμη για να συζητήσουν τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες της ,να της παρέχει ανακούφιση και υποστήριξη ως την τελευταία στιγμή .

Πίσω από όλα αυτά κρύβεται κάτι , που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει ,η ελπίδα .Είναι η ελπίδα ότι όλα αυτά είναι απλώς ένας εφιάλτης και όχι η αλήθεια , ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Παίρνει κουράγιο ν'αντέξει λίγο ακόμα καιρό. Αυτό δε σημαίνει ότι ο νοσηλευτής πρέπει να πεί ψέμματα στην ασθενή .Σημαίνει ότι μοιραζόμαστε μαζί της την ελπίδα πως κάτι απρόβλεπτο μπορεί να αλλάξει τη ροή των πραγμάτων .20

Στην ασθενή σε τελικό στάδιο πρέπει να κάνουμε συχνές επισκέψεις, υποστηρίζοντας την και δείχνοντάς της ότι δεν την ξεχάσαμε .Ζητούμε από την οικογένεια , τους φίλους και τους γνωστούς της να μην την εγκαταλείψουν . Συζητούμε το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης με την ίδια την ασθενή και φροντίζουμε να διευθετήσει όλες τις υποθέσεις της. Της δίνουμε την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους ,τις ανησυχίες της, τις ανάγκες ,τα συναισθήματα της και της δείχνουμε κατανόηση και συμπάρασταση . 18

... Η βοήθεια στον ασθενή να εκφράσει τα προβλήματα και τους φόβους του , συντελεί στην ψυχική γαλήνη και ηρεμία ,στοιχεία τόσο απαραίτητα αυτές τις ώρες .Βοήθεια δε σημαίνει να αλλάζεις θέμα, όταν ο άρρωστος θέλει να μιλήσει για την αρρώστια του, αλλά να τον αφήσεις ελεύθερο να εκφράσει τις σκέψεις του και ανάλογα να τον βοηθήσεις .Είναι φανερό ότι μόνο η καλή επαγγελματική κατάρτιση για το έργο μας είναι ανεπαρκής. Χρειάζεται παράλληλα ψυχική και πνευματική καλλιέργεια ,η οποία θ'αντανakλά την αγάπη και το σεβασμό προς τον συνάνθρωπο μας ,ιδιαίτερα στις πιο κρίσιμες στιγμές της ζωής του, αυτές που αντικρύζει το θάνατο . 17

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Ο στόχος της επιστήμης σήμερα ,είναι ο άνθρωπος με καρκίνο και όχι ο καρκίνος ως ασθένεια .Είναι γνωστό επίσης ότι το ενδιαφέρον των ειδικών στρέφεται όχι μόνο στο να βοηθήσει να ζήσει ή πόσο θα ζήσει ,αλλά και στο πως θα ζήσει . Στοχεύουν , δηλαδή στην ποιότητα ζωής .

Με βάση τις έρευνες της νευροψυχοανοσολογίας και σύμφωνα με τις μελέτες της στον άνθρωπο ,συνοπτικά θα λέγαμε ότι φάνηκε πως είναι σημαντικό να εξεταστεί ο ρόλος της ψυχολογικής επέμβασης στο πλαίσιο της συνειδητής θεραπείας , στις περιπτώσεις που ασθενείς έχουν ανοσολογική μεσολάβηση . Η επίδραση της ικανότητας αντιμετώπισης και ψυχολογικών επεμβάσεων στην κλινική πορεία κακοηθών ασθενειών σε πρόσφατες μελέτες , φαίνεται να παρουσιάζουν ότι , μπορεί να υπάρξει ως αποτέλεσμα ψυχολογικών παραγόντων μια επαύξηση της ανοσίας που οδηγεί σε πιο ήπια πορεία και καλύτερη επιβίωση .

Επίσης , εκτός των άλλων , σύμφωνα με τα αποτελέσματα ,που έχουν επιτευχθεί μέχρι στιγμής υποστηρίζεται η γνώμη ότι οι ψυχολογικές παρεμβάσεις μπορούν να οδηγήσουν τόσο σε παροδικές όσο και σε μακροχρόνιες αλλαγές στην ανοσολογική λειτουργία και να επηρεάσουν έτσι την ανάπτυξη και κλινική πορεία των σωματικών ασθενειών .

Εν ολίγοις ,η ψυχολογική βοήθεια στην ασθενή με καρκίνο μαστού ,θα της προσφέρει την ευκαιρία να τροποποιήσει τις διαστάσεις της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς της , να βελτιώσει τις συνθήκες και τον τρόπο ζωής της συνεχίζοντας με ελπίδα και αισιοδοξία τον αγώνα και πορεία της με ένα καινούργιο χάρτη ο οποίος θα την οδηγήσει πιο σύντομα σε ευτυχέστερες στιγμές για το άτομο και την οικογένειά της .Να αποκτήσει ,δηλαδή, ποιότητα ζωής .

Οι νοσηλευτές πρέπει να ανιχνεύσουν, να εκτιμήσουν και να μεταφράσουν τις ανεκδήλωτες ανάγκες των ασθενών σε έκδηλες και , είτε να ανταποκριθούν με τη γνώση τις ικανότητες και την εμπειρία που διαθέτουν ή να τους παραπέμψουν σε άλλους επαγγελματίες με την απαιτούμενη ικανότητα . Η ψυχολογική υποστήριξη εξαρτάται από τα προσόντα και την ικανότητα επικοινωνίας του νοσηλευτή . Μία ειλικρινής σχέση επικοινωνίας με το νοσηλευτή αποτελεί τη σημαντικότερη προϋπόθεση για την καλύτερη δυνατή ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη της ασθενούς με καρκίνο μαστού .

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς με καρκίνο έχει ήδη γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς , χωρίς αυτό να σημαίνει πως όλες οι

χώρες έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδίκευσης . Η ανάγκη καλύτερης ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού στην ογκολογική νοσηλευτική οδήγησε στην ίδρυση Κοινωνίας Ογκολογικής Νοσηλευτικής με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων και αλληλοβοήθειας , για την κάλυψη της ανάγκης ενημερώσεως στα νέα επιστημονικά δεδομένα για την αρρώστια και τη νοσηλευτική βοήθεια του ατόμου που πάσχει από αυτήν . Παράλληλα συνέχεια γίνονται νοσηλευτικές έρευνες για μία πιο ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στον άρρωστο με καρκίνο . Βέβαια σήμερα είναι αδύνατον όλοι οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο να νοσηλεύονται από εξειδικευμένο νοσηλευτή στην ογκολογική νοσηλευτική , είναι όμως δυνατόν όλοι οι νοσηλευτές που νοσηλεύουν ασθενείς με καρκίνο να φροντίζουν να γνωρίζουν ότι καινούριο υπάρχει στη νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με καρκίνο .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Πινακίδης Μ. , Μπούτης Λ. , Καρκίνος Μαστού , University Studio Press , Θεσσαλονίκη 1993 , σελ. 19 , 51 , 53 – 55 .
2. Αραβαντινός Δ. , Παθολογία της γυναίκας , Επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού , Αθήνα 1990 , σελ. 365 – 370 .
3. Παπαδημητρίου Κων. , Ειδική Παθολογική Ανατομική (Συστηματική Παθολογία) , εκδόσεις Λίτσας , Αθήνα 1990 , σελ. 285 – 292 , 305 – 307 .
4. Κακλαμάνης Ν. , Κάμμας Α. , Η Ανατομική του Ανθρώπου , εκδόσεις Μ- Edition , Αθήνα 1998 , σελ. 548 – 550 .
5. Παπανικολάου Ν. , Παπανικολάου Α. , Γυναικολογία , 3^η έκδοση , Επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού , Αθήνα 1998 , σελ. 243 , 452- 454 , 462 – 467 .
6. Γολεμάτης Β. , Χειρουργική Παθολογία , Τόμος Β , Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη , Αθήνα 1991 , σελ. 702-704 .
7. Σπηλιώτης Ι. , Παναγόπουλος Κ. , Κλινικά προβλήματα Χειρουργικής , εκδόσεις Βούλαρη , Πάτρα 1998 , σελ. 48 – 50 .
8. Σαχίνη Καρδάση Α. , - Πάνου Μ. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική , 2^η έκδοση , Εκδόσεις ΒΗΤΑ , 2^{ος} τόμος , Αθήνα 1997, σελ. 481 – 483 .
9. Πετρίδης Α. , Εγχειρίδιο Χειρουργικής , 2^η έκδοση , εκδόσεις ΕΛΛΗΝ , Αθήνα 1998 , σελ. 87 – 89 .
10. www.breastcancer.org
11. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία , Ευρώπη κατά του Καρκίνου , Σεμινάριο Νοσηλευτών , ΘΕΜΑ : Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα στον Καρκινοπαθή , Αθήνα 8 – 9 Ιουνίου 1999 , σελ. 49 – 54 .
12. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία , Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας , Μάρτιος - Ιούνιος 1999 , σελ. 49 – 58 , 83 – 95 .
13. M. Dollinger , E. Rosenbaaum , M.D. Greg Gable , Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ, η θεραπεία του και καθημερινή αντιμετώπιση , ένας οδηγός για όλους , εκδόσεις Κάτοπτρο , Αθήνα 1991 , σελ. 85 – 98, 345 – 354 .
14. www.carcinomaofbreast.com
15. Τριχοπούλου Α. , Τριχόπουλος Δ. , Προληπτική Ιατρική , Επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού , Αθήνα 1996 , σελ. 49 , 55 , 61-65 .
16. Ελληνική εταιρεία προληπτικής Ιατρικής , Πρόληψη , έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο , Αφοί Πετρίδη , Αθήνα 1991, Σελ. 132 – 133 , 124 .
17. www.IVFDDoctors.gr

18. Κονιάρη Ευδοξία , Καρκίνος Μαστού – Νοσηλευτική παρέμβαση, εκδόσεις ΒΗΤΑ , Αθήνα 1991, σελ. 60 – 75 , 249 – 255 .
19. Epstein , Perkin , de Bono , Cookson, Κλινική Εξέταση , Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας , 2000 , σελ. 222 – 224 .
20. Baldonado A. , Williams K., Davis P. , Καραχάλιος Γ. , Γαλανοπούλου Ν. , Παθολογική και Γενική Χειρουργική ,εκδόσεις ΕΛΛΗΝ , Αθήνα 1999 , σελ. 68-72 .
21. www.breasthealth.com
22. www.healthcare.com
23. www.nci.nih.gov
24. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία , Ευρώπη κατά του Καρκίνου του μαστού Αθήνα Φεβρουάριος 2000, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών Αθήνα 2001 , σελ. 50-58 , 70- 76 , 92-98 .
25. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία , Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας , Αθήνα Απρίλιος- Ιούνιος 2000, σελ. 35 – 62 .
26. Μαλγαρινού Μ.Α. ,Κωνσταντινίδου Σφ. , Νοσηλευτική – Γενική – Παθολογική – Χειρουργική , Τόμος Β , Έκδοση 3^η , εκδόσεις ΒΗΤΑ , Αθήνα 1997 , σελ. 153-162 ,205 –213 .
27. Denton Sylvania , Breast Cancer, Nursing Chapman and Hall, Philadelphia 1996 ,pg. 12 – 13 .
28. Δόσιος Αθ., Πόσο θα πρέπει να ενημερώνεται ο καρκινοπαθής για την αρρώστια του , Εκδόσεις Φλόγα , Αθήνα 1986 , σελ. 15, 20 – 22 .
29. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία , Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων “Ευρώπη κατά του Καρκίνου” , Σεμινάριο Νοσηλευτριών με θέμα : Πρόληψη και έγκαιρη Διάγνωση του Καρκίνου , Αποκατάσταση του καρκινοπαθούς , Αθήνα 1997, σελ. 45-62 , 79-85 , 91-95 .
30. Σαπουντζή – Κρέπια Δ. , Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα , μία ολιστική θεώρηση , Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ , Αθήνα 1998 , σελ. 207-225 .
31. Σύγχρονη Διαγνωστική και θεραπευτική , Schroeder , Tierney, McPheel , Papadakis , Kurrp , Τόμος Α, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού , Αθήνα 1998 , σελ.128 – 135, 142 – 153, 162-163 .
32. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία , Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας , Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων “Ευρώπη κατά του καρκίνου” ,Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου , Αθήνα 1997 , σελ. 75-86 , 98 –106 , 112-115 .
33. Ρηγάτος Γ. , Εισαγωγή στην Ψυχοκοινωνική Ογκολογία , Ιατρικές εκδόσεις ΖΗΤΑ , Αθήνα 1985 , σελ. 58 – 61 .

34. Κούκουρας Δημ., Ο χρόνιος πόνος του καρκινοπαθούς και η θεραπεία του , Εκδόσεις Λίτσα , Πάτρα 1990 , σελ. 92-93 .
35. Ραγιά Αφ., Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας – Ψυχιατρική Νοσηλευτική , Γ έκδοση , Αθήνα 2001 , σελ. 169-174 .
36. Κορδιάλης Π. , Πληροφόρηση και Καρκίνος , μάχη κι Ελπίδα, εκδόσεις Παρισιανού , Αθήνα 1990, σελ.4-7.
37. Lamprey P., Φοβίες , Αγωνίες κι Ελπίδες Καρκινοπαθών : Πως θα βοηθήσουμε τους ασθενείς μας να βοηθήσουν τον εαυτό τους , Ελληνική Ογκολογία 1994 , σελ.180-184 .

