

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: Dr. Μπατσολάκη Μαρία

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΤΣΕΝΤΟΥΡΟΥ ΕΙΡΗΝΗ



ΠΑΤΡΑ, 2006

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	4035
----------------------	------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	7
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	7
1.2 ΕΤΥΜΟΛΟΓΙΑ «ΜΑΣΤΟΥ»	8
1.3 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΜΑΣΤΟΥ	10
2.1 ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ	10
2.2 ΥΦΗ	11
2.3 ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	12
2.4 ΜΥΕΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΩΣΗ	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΜΑΣΤΟΥ	16
3.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	16
3.2 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ – ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ	20
4.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	20
4.2 ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ	21
4.3 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ: ΠΑΡΕΛΘΟΝ – ΠΑΡΟΝ – ΜΕΛΛΟΝ	23
4.4 ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ	25
4.5 ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΕΣ ΕΞΕΡΓΑΣΙΕΣ	26
4.5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο: ΑΙΤΙΑ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ	30
5.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	30
5.2 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	31
5.3 ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	34
5.4 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	37
6.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο: ΠΡΟΛΗΨΗ	39
7.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ	39
7.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ	40
7.3 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	42
7.3.1 ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ	43
7.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ	45
7.5 Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο: ΔΙΑΓΝΩΣΗ	55
8.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	55
8.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	60
8.3 ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	64
8.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ	68
8.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΣΤΗ ΒΙΟΨΙΑ	70
8.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	73
8.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	75
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο: ΘΕΡΑΠΕΙΑ	76
9.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	76
9.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΡΙΝ – ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ	81
9.3 ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	89
9.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	93
9.5 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	99
9.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	102
9.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	106
9.8 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	107
9.9 ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	109
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10ο: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΤΡΑ	110
10.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	110
10.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ	111
10.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ	112

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11ο: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	114
11.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ	114
11.2 ΣΚΟΠΟΙ – ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ – ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ	120
11.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	123
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1^Η	128
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2^Η	134
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	137
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	139

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο μαστός, το σύμβολο της θηλυκότητας και της μητρότητας χαρίζει πράγματι ομορφιά στη γυναίκα. Δυστυχώς όμως ο γυναικείος μαστός είναι ένα από τα κύρια όργανα που απειλείται από μια σειρά ασθενειών με πρωταρχική τη μάστιγα της εποχής μας, τον καρκίνο.

Ο καρκίνος όπως όλοι γνωρίζουμε απειλεί κάθε άνθρωπο, αλλά ο καρκίνος του μαστού εκτός από τον ακρωτηριασμό προκαλεί και μεγάλο άγχος και αγωνία στις γυναίκες αφού συνεχεται με κίνδυνο να χάσουν τη θηλυκότητά τους και την αυτοπεποίθησή τους. Είναι τραγικό φαινόμενο ότι αυτό το είδος του καρκίνου προκαλεί όλο και περισσότερα θύματα παρόλο που σε περίπτωση έγκαιρης διάγνωσης μπορεί να θεραπευθεί με επιτυχία και χωρίς ακρωτηριασμό του οργάνου.

Στην εργασία μου αυτή δεν θα αναφερθώ σε κάτι νέο, μια έρευνα ή μια ανακάλυψη πάνω στον καρκίνο του μαστού. Στόχος μου είναι να δώσω μια εικόνα για το σύνολο των μέχρι τώρα γνωστών επάνω στον καρκίνο του μαστού και κυρίως να δείξω το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού που κατά τη γνώμη μου ο νοσηλευτής είναι ο κεντρικός φάρος που πρέπει να φωτίζει κάθε ενέργεια και κάθε πρόβλημα υγείας της γυναίκας με καρκίνο του μαστού. Υγεία σωματική, υγεία πνευματική, υγεία ψυχική.

Μου είναι άγνωστο εάν όσοι διαβάσουν την εργασία μου θα ευχαριστηθούν. Προσωπικά εμένα η συγγραφή της, η αναζήτηση και η μελέτη πηγών μου προκάλεσε μεγάλη ευχαρίστηση. Ήταν μια μοναδική ευκαιρία για μένα για μια αναλυτική εξέταση και κατανόηση ενός τόσο ενδιαφέροντος θέματος.

Θεωρώ ηθική υποχρέωσή μου, να ευχαριστήσω θερμά την υπεύθυνη καθηγήτρια της πτυχιακής μου εργασίας Δρ. Μπατσολάκη Μαρία για την καθοδήγησή της καθώς επίσης και τους διδάσκοντες ιατρούς και καθηγητές νοσηλευτικής για τα γνωστικά οφέλη που αποκόμισα από το χώρο του ΑΤΕΙ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη στις γυναίκες κακοήθεια και η δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του πνεύμονος.

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εικοσαετίας σημειώθηκαν σημαντικές αλλαγές στον τρόπο αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού. Οι εξελίξεις αυτές είναι αποτέλεσμα όχι μόνο της βελτίωσης των διαγνωστικών μεθόδων και της πρωιμότερης διάγνωσης αλλά και της τεκμηριωμένης πλέον ασφάλειας των λεγόμενων συντηρητικών χειρουργικών επεμβάσεων στον καρκίνο του μαστού. Οι προσπάθειες για πιο αποτελεσματικά και ισχυρότερα σχήματα συστηματικής θεραπείας συνεχίζονται με εντατικό ρυθμό.¹

Η θεραπεία, η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού δεν είναι υπόθεση μιας μόνο ειδικότητας. Η συνεργασία χειρουργού, ογκολόγου, ακτινοθεραπευτή, πλαστικού χειρουργού και φυσικά του νοσηλευτικού προσωπικού είναι προϋπόθεση για να τύχει η κάθε γυναίκα με καρκίνο του μαστού της καλύτερης δυνατής αντιμετώπισης.²

Ο/η νοσηλεύτης/τρια πρέπει να έχει και έχει ενεργό ρόλο στο σχεδιασμό προγραμμάτων πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης και στην εφαρμογή θεραπευτικών και αποκαταστασιακών σχημάτων. Επίσης παρεμβαίνει στη λύση δευτερογενών από τη νόσο, τη θεραπεία και την αποκατάσταση νοσηλευτικών προβλημάτων.

Η νοσηλευτική επιστήμη εμπλουτισμένη από την εμπειρία στο χώρο του νοσοκομείου ακολουθεί την ασθενή βήμα-βήμα στον αγώνα της για τη ζωή. Η καρκινοπαθής είναι γεμάτη κατάθλιψη, αγωνία και ανασφάλεια από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης της ασθένειάς της. Γι' αυτό έχει την ανάγκη της νοσηλευτικής υποστήριξης και συμπαράστασης.³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Χωρίς να υπάρχουν και γραπτά αποδεικτικά κείμενα, εν τούτοις, έχουμε όλες τις ενδείξεις ότι ο καρκίνος είναι αρρώστια τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος και τα ζώα. Αυτό εξάγεται κυρίως από το γεγονός ότι όσο παλιά και αν είναι τα οστά ανθρώπων και ζώων που βρήκαμε μέχρι σήμερα στη γη, διαπιστώνονται σε ορισμένα από αυτά οστικές αλλοιώσεις που μας πείθουν ότι έχουν προκληθεί από την παρουσία κακοήθων όγκων.

Αφ' ότου όμως έχουμε γραπτά κείμενα έχουμε και τα αποδεικτικά πλέον στοιχεία της αναφοράς των κακοήθων όγκων στο άνθρωπο. Συγκεκριμένα αυτά αναφέρονται στα κείμενα της Παλαιάς Διαθήκης, των Αρχαίων Αιγυπτίων, καθώς και των Ελλήνων και Περσών. Στις αναφορές αυτές δεν αναφέρονται μόνο οι όγκοι των οστών αλλά και όγκοι των μαλακών μορίων.

Τα νεοπλάσματα έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της Ιατρικής και μάλιστα από τον Ιπποκράτη και το Γαληνό οι οποίοι πρώτοι ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού. Η εικόνα του νεοπλάσματος του μαστού, όπως την περιέγραψαν οι δύο μεγάλοι σοφοί, με τη διόγκωση και διήθηση της θηλής και τη διάταξη των αγγείων και των φλεβών γύρω από τον όγκο έμοιαζε με τον κάβουρα της θάλασσας.

«Επί δε των πιθών είδομεν πολλάκις ακριβώς όγκον όμοιον καρκίνω ζώω. Κάθαπερ γαρ επ' εκείνον πόδες εκατέρωθεν εισί του σώματος ούτω και επί τούδε του πάθους αι φλέβες αποτεταμέναι του πάρα φύσιν όγκου το σχήμα καρκίνω παραπλήσιον εργάζονται». Γαληνός⁵

Έπρεπε να περάσει και όλος ο Μεσαίωνας και να φτάσουμε στην ανακάλυψη του μικροσκοπίου, να αναπτυχθούν νέες θεωρίες για την προέλευση των ασθενειών που βασίζονταν στην παρατήρηση, στα στατιστικά δεδομένα και στο πείραμα για να παραμερισθούν παλιές θεωρίες, δοξασίες και πεποιθήσεις όπως του Γαληνού, ότι ο καρκίνος οφειλόταν στην παρουσία υπερβολικής μαύρης χολής στον άνθρωπο. Η θεωρία αυτή αποτέλεσε αδιάσειστη πεποίθηση που επιβίωσε σε όλο το Μεσαίωνα και απορρίφθηκε μετά ζωή 1.300 χρόνων αφ' ότου αρχικά αναπτύχθηκε. Σταθμός για την

ερμηνεία του καρκίνου ήταν το 1652 όταν ο Owen περιέγραψε τα λεμφαγγεία και αναπτύχθηκε η λεμφική θεωρία ανάπτυξης του καρκίνου.

Από τότε μέχρι και σήμερα πολλές θεωρίες και ανακαλύψεις έγιναν όπλο για την κατανόηση και την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.⁴

1.2 ΕΤΥΜΟΛΟΓΙΑ «ΜΑΣΤΟΥ»

Η ετυμολογία της λέξης «μαστός» ανάγεται στην αρχική ρίζα «μας» - (λατινικά MAD-EO = είμαι υγρός) ή «μασδός» που είναι δωρικός τύπος και με ανομάωση του «δ» σε «θ» γίνεται «μασθός» και τελικά του «θ» σε «τ» γίνεται «μαστός». Ο μαστός ετυμολογικά ταυτίζεται ή συγγενεύει με το «μεστός» (γεμάτος γάλα, υγρός). Συγγενεύει και με το «μύδος» (υγρασία). Από αυτό προήλθαν τα μεσαιωνικά ρήματα: μυδάω (είμαι υγρός), μυζάω, απομυζάω, εκμυζώ (ρουφάω με το στόμα, αποσπώ) και βυζαίνω (θυλάζω από το μαστό).⁶

1.3 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

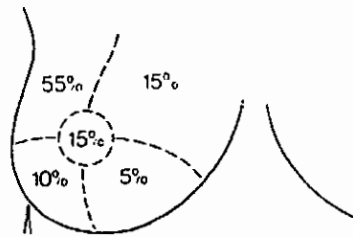
Ο οργανισμός αποτελείται από έναν τεράστιο αριθμό κυττάρων. Τα κύτταρα αυτά στη διάρκεια της ζωής τους υπόκεινται σε φυσιολογική φθορά και μετά από ένα χρονικό διάστημα αποθνήσκουν.

Τα κύτταρα που αποθνήσκουν αντικαθίστανται από άλλα, μέσω ενός μηχανισμού πολλαπλασιασμού των κυττάρων. Ο κύκλος αυτός της ζωής των κυττάρων ρυθμίζεται από πληροφορίες που υπάρχουν καταγεγραμμένες στο γενετικό τους υλικό.

Ο πολλαπλασιασμός αυτός φυσιολογικά στοχεύει στην αντικατάσταση των φυσιολογικών απωλειών των κυττάρων. Όταν ο κύκλος αυτός διαταραχθεί για κάποιο λόγο είναι δυνατόν ο πολλαπλασιασμός του κυττάρου να γίνει ανεξέλεγκτος και να μην υπόκειται στους φυσιολογικούς μηχανισμούς ρύθμισης που λειτουργούν με βάση τις ανάγκες του οργανισμού. Έτσι, τα κύτταρα αυτά μετατρέπονται σε καρκινικά κύτταρα που έχουν ιδιότητες διαφορετικές από αυτές των φυσιολογικών κυττάρων. Ένα από τα πιο βασικά

χαρακτηριστικά των καρκινικών κυττάρων είναι το γεγονός ότι πολλαπλασιάζονται συνεχώς και ανεξέλεγκτα, δημιουργώντας έτσι τους όγκους.⁷

Ο καρκίνος του μαστού δημιουργείται από μία αλόγιστη, μη ελεγχόμενη υπερβολική ανάπτυξη κυττάρων των γαλακτοφόρων πόρων και του μαστικού αδένου. Επειδή ο μαστικός αδένος καταλαμβάνει μία έκκεντρη θέση στον μαστό, αναπτύσσεται συχνότερα ο καρκίνος του μαστού συχνότερα στο άνω έξω τεταρτημόριο. Παράλληλα προς την τοπικά περιορισμένη νεοπλασία αρχίζει και ο μεγάλος κίνδυνος του καρκίνου του μαστού για δημιουργία μεταστάσεων.⁸



Συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΜΑΣΤΟΥ

2.1 ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ

Η γνώση της ανατομικής του μαστού για τη μελέτη πολλών παθήσεών του και κυρίως του καρκίνου είναι απαραίτητη.

Οι μαστοί βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα ανάμεσα στη 2^η - 3^η και 6^η - 7^η πλευρά και ανάμεσα από το χείλος του στέρνου και την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Η πραγματική όμως έκτασή του είναι σημαντικά μεγαλύτερη γιατί αυτός εκτείνεται με τη μορφή λεπτής στιβάδας προς τα πάνω στην κλείδα, προς το κέντρο στη μέση γραμμή και προς τα έξω στο έξω χείλος του πλατύ ραχιαίου μυός.

Οι μαστοί αποτελούνται από 2 ημισφαιρικές προεξοχές, τοποθετημένες συμμετρικά στο ανώτερο μέρος της πρόσθιας επιφάνειας του θώρακα, αφήνοντας ανάμεσά τους το μεσομάστιο κόλπο. Ο μαστός της άτοκης έχει σχήμα κώνου ή μοιάζει με ημισφαίριο, που από το κέντρο του προβάλλει προς τα εμπρός και έξω η θηλή.⁹

Το σχήμα των μαστών μεταβάλλεται από πολλά αίτια, όπως είναι η εγκυμοσύνη, η γαλουχία κ.λπ. Τότε το επάνω μέρος τους επιπεδώνεται ενώ το κάτω από το βάρος τους κυρτώνεται περισσότερο. Έτσι ανάμεσα στο μαστό και στο θωρακικό τοίχωμα σχηματίζεται πτυχή που λέγεται υπομάστια πτυχή.

Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στη μορφή και στο μέγεθος των μαστών. Σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωσή τους παίζει η παχυσαρκία, η φυλή και η ηλικία. Είναι σημαντικό να τονισθεί πως οι δύο μαστοί είναι συχνά άνισοι μεταξύ τους, ενώ είναι τέλεια συμμετρικοί περιφερειακά. Γι' αυτό σε υποψία νεοπλασματικής επεξεργασίας στο μαστό δεν πρέπει να συγχέουμε τις διαφορές του μεγέθους που είναι αποτέλεσμα ανάπτυξης των μαστών με εκείνες που οφείλονται σε παθολογικές καταστάσεις.¹⁰

2.2 ΥΦΗ

Η υφή του μαστού έχει σημασία γιατί εμφανίζει μεγάλες διαφορές που βρίσκονται μέσα σε φυσιολογικά όρια. Αυτό οφείλεται στην επίδραση ορμονών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και του ωοθηκικού κύκλου. Αν αποκολλήσουμε το μαστό από το πρόσθιο θωρακικό πεδίο, θα διακρίνουμε 2 επιφάνειές του, την πρόσθια και την οπίσθια και την περιφέρειά του.

Πρόσθια επιφάνεια: είναι υπόκυρτη και αποτελείται από το δέρμα και την θηλαία άλω.

Οπίσθια επιφάνεια: λέγεται και βάση του μαστού είναι επίπεδη, βρίσκεται πάνω στην περιτονία του μείζονα θωρακικού μυ και συνάπτεται μαζί του με συνδετικό ιστό.

Περιφέρεια: είναι λεπτή και συνεχεται με ινολιπώδη ιστό με τους γύρω ιστούς.¹¹

Ο μαστός από έξω προς το βάθος εμφανίζει: 1) το δέρμα 2) το περιμαστικό λίπος 3) τον μαστικό αδένα (αδενικό σώμα).

1) Δέρμα: Περιβάλλει το μαστό και διαφέρει στη θηλή και στη θηλαία άλω. Η θηλή προβάλλει στη μεσότητα της θηλαίας άλω και έχει σχήμα κυλινδρικό ή κωνικό, ενώ η θηλαία άλω περιβάλλει τη θηλή σε ακτίνα 1 έως 2,5 cm και με χρώμα βαθύτερο από το άλλο δέρμα του μαστού.

2) Περιμαστικό λίπος: Παριστάνει τη συνέχεια του υποδόριου λίπους και μέσα σ' αυτό κατασκηλώνει ο μαστικός αδένας. Διακρίνουμε σ' αυτό την πρόσθια και την οπίσθια στοιβάδα του. Η πρόσθια στοιβάδα είναι παχιά ενώ η οπίσθια είναι λεπτή περίπου 1 εκατοστό και βρίσκεται πίσω από το μαστικό αδένα.⁹

3) Μαστικός Αδένας: έχει σχήμα δίσκου και περιβάλλεται από πέταλο συνδετικού ιστού. Διακρίνουμε σ' αυτόν 2 επιφάνειες: την πρόσθια και την οπίσθια και την περιφέρειά του.

Πρόσθια: είναι υπόκυρτη και ανώμαλη, εμφανίζει εντυπώματα, βοθρία και ακρολοφίες στις οποίες προσφύονται ινώδεις δεσμίδες που λέγονται κρεμαστήριοι σύνδεσμοι του Cooper και διαιρούν το μαστό σε 15-20 λοβούς.¹⁰

Οπίσθια: είναι επίπεδη και υπόκοιλη. Κάθε μαστός αποτελείται από τους λοβούς, τους εκφορητικούς πόρους, τους γαλακτοφόρους κόλπους, τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδenoκυψέλες.¹¹

2.3 ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η αγγείωση του μαστού επιτυγχάνεται με τις αρτηρίες, τις φλέβες και τα λεμφαγγεία.

1. Αρτηρίες

Ο μαζικός αδένας δέχεται αίμα από την έσω μαστική, την πλάγια και την ανώτερη θωρακική, τους διαπιτραίνοντες κλάδους των μεσοπλευρίων και την υποπλάτιο αρτηρία, που αναστομώνονται μεταξύ τους, σχηματίζοντας πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδenoκυψέλες. Η υποπλάτιος αρτηρία έχει ιδιαίτερη σημασία, γιατί στην πορεία της συνοδεύεται από ομάδα λεμφαδένων, που παίρνουν μέρος στις μεταστάσεις του ΚΜ και οι κλάδοι της προκαλούν μεγάλη αιμορραγία, όταν γίνεται ριζική μαστεκτομή.¹²

2. Φλέβες

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

α. Διαπιτραίνοντες κλάδοι της έσω μαστικής φλέβας

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

β. Μασχαλιαία φλέβα

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

γ. Μεσοπλευρίες φλέβες

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

ΛΕΜΦΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

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

α. Έξω μαστικά λεμφογάγγλια

Είναι μια ομάδα λίγων λεμφογαγγλίων που βρίσκονται κατά μήκος της πορείας της πλάγιας θωρακικής αρτηρίας και συμφύονται χαλαρά με την περιτονία του πρόσθιου οδοντωτού μυός. Αν και βρίσκονται κοντά στο μαστό, μόνο 72% των καρκινωμάτων του μαστού που μεθίστανται στους μασχαλιαίους αδένες συμπεριλαμβάνουν ως μεταστατική εστία και την ομάδα αυτών των λεμφαδένων.

β. Ωμοπλαταιία λεμφογάγγλια

Αποτελούν ομάδα 5-6 λεμφαδένων και βρίσκονται κατά την πορεία της υποπλάτιας φλέβας. Βρίσκονται σε στενή σχέση με το θωρακοραχιαίο νεύρο και είναι συχνή η βλάβη του νεύρου αυτού κατά την προσπάθεια εκτομής των αδένων, όταν έχουν διηθηθεί από καρκίνο του μαστού.¹³

γ. Κεντρικά λεμφογάγγλια

Η ομάδα αυτή των λεμφαδένων είναι η μεγαλύτερη και η πιο προσιτή στην ψηλάφηση. Συνήθως, βρίσκονται επιφανειακά, κάτω από το δέρμα της μασχάλης, και είναι η συχνότερα προσβαλλόμενη από μεταστάσεις ομάδα, στον καρκίνο του μαστού.

δ. Διαθωρακικά λεμφογάγγλια

Βρίσκονται μεταξύ του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός, κατά μήκος των θωρακικών κλάδων των ακρωμιοθωρακικών αγγείων. Ο Rotter, το 1899, διαπίστωσε ότι στο 33% των χειρουργικώς αφαιρουμένων για κακοήθεια μαστών τα διαθωρακικά λεμφογάγγλια ήταν διηθημένα από καρκίνο. Σε νεώτερες όμως μελέτες το ποσοστό αυτό είναι σαφώς πολύ μικρότερο.

ε. Λεμφογάγγλια της μασχαλιαίας φλέβας

Βρίσκονται κατά μήκος του πλάγιου τμήματος της μασχαλιαίας φλέβας. Η ψηλάφησή τους είναι δυσχερής, γιατί καλύπτονται από τον τένοντα του μείζονος θωρακικού μυός. Λόγω της στενής επαφής με τη μασχαλιαία φλέβα, παρουσιάζονται ιδιαίτερα προβλήματα στην αφαίρεσή τους, όταν έχουν διηθηθεί από μεταστατική νόσο.

στ. Υποκλείδια λεμφογάγγλια (κορυφαίοι λεμφαδένες)

Βρίσκονται στην ανατομική κορυφή της μασχάλης, στο σημείο όπου η μασχαλιαία φλέβα χάνεται κάτω από τον καταφυτικό τένοντα του υποκλειδίου μυός. Ένας ή δύο υποκλείδιοι αδένες βρίσκονται κατά μήκος της μασχαλιαίας φλέβας σε σημείο μη προσιτό χειρουργικώς, εκτός αν αφαιρεθεί ο ελάσσων θωρακικός μυς. Συλλεκτικοί λεμφικοί κορμοί από όλες τις άλλες ομάδες λεμφαδένων καταλήγουν στα υποκλείδια λεμφογάγγλια. Η σημασία αυτών των αδένων είναι μεγάλη στον καρκίνο του μαστού. Αν διαπιστωθεί ότι έχουν διηθηθεί από μεταστατική νόσο, η χειρουργική θεραπεία μόνη δεν πρέπει να θεωρείται αρκετή.¹³

ζ. Λεμφική οδός της έσω μαστικής.

Η οδός αυτή αρχίζει από τα προπερικαρδιακά λεμφογάγγλια, που βρίσκονται στην άνω επιφάνεια του διαφράγματος. Συλλέγουν λέμφο από την πρόσθια κάτω επιφάνεια του ήπατος, από την πρόσθια μοίρα του διαφράγματος, από την άνω μοίρα του ορθού κοιλιακού όπως και από το κάτω και έσω τμήμα του μαστού.

2.4 ΜΥΕΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΩΣΗ

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

- ο μείζων θωρακικός μυς
- ο ελάσσων θωρακικός μυς
- ο πρόσθιος οδοντωτός μυς
- ο πλατύς ραχιαίος μυς
- ο κορακοβραχιόνιος μυς
- ο έξω λοξός κοιλιακός μυς ¹²

Η νεύρωση του μαστού γίνεται από το μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο, το θωρακορραχιαίο ή μέσο υποπλάτιο νεύρο, το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. ¹³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μαστικοί αδένες αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από ορμονικό έλεγχο. Αν και κατορθώσαμε να απομονώσουμε τέτοιους ορμονικούς παράγοντες πρέπει να ομολογήσουμε πως οι γνώσεις μας σχετικά με τους μηχανισμούς που ελέγχουν τους μαστούς είναι ανεπαρκείς.¹⁴

3.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού ανήκουν:

- ο υποθάλαμος, - η υπόφυση, - οι ωθήκες, - ο θυροειδής αδένας, - τα επινεφρίδια, - ο πλακούντας, - το νευρικό σύστημα.

Αυτή η ορμονοεξάρτηση του μαστικού αδένος δεν περιορίζεται μόνο στο επιθήλιο του αδενικού ιστού. Επεκτείνεται και στο συνδετικό ιστό, που αποτελεί το ερειστικό υπόστρωμα του μαστού και ιδιαίτερα στους ιστούς που βρίσκονται γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους.

Υποθάλαμος → Δύο ορμόνες που συνδέονται στενά με το μαστό η αυξητική και η θυροειδοτρόπος ορμόνη ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο.

Υπόφυση → Η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Οι ορμόνες της υπόφυσης που έχουν στενότερη σχέση με το μαστό είναι η προλακτίνη και η ωκοτοκίνη.⁹

Ωθήκες → Οι ορμόνες των ωθηκών που στενότερα συνδέονται με το μαστό είναι οι οιστρογόνες και η προγεστερόνη.

Θυροειδής αδένας → Αυτός έχει δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες. Η θυροξίνη μπορεί να αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης.

Επινεφρίδια → Όπως και ο θυροειδής αδένας, έτσι και αυτά έχουν δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες.⁹

Πλακούντας → Οι ορμόνες του πλακούντα έχουν σημασία για την ανάπτυξη του μαστού, τις μεταβολές του στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την έκκριση γάλακτος. Από τις ορμόνες του πλακούντα αυτή που έχει στενότερη σχέση με τους μαστούς είναι η πλακουντική γαλακτογόνος ορμόνη (HPL).

Νευρικό σύστημα → έχει επίδραση στην ανάπτυξη των μαστών γιατί οι διαταραχές του στη διάρκεια φυσιολογικών ή παθολογικών περιόδων της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας δείχνουν πως υπάρχει νευρικός ή αντανακλαστικός μηχανισμός που επιδρά στους μαστούς.¹³

3.2 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Εμβρυϊκή ζωή

Ο μαστός αποτελεί προβολή σε σχήμα κάλυκος του έξω βλαστικού δέρματος που αναπτύσσεται πριν από τα άλλα εξαρτήματα του δέρματος.

Γέννηση

Ο μαστός είναι ίδιος και στα 2 φύλα. Αποτελείται από γαλακτοφόρους πόρους που εκβάλλουν στην καλά αναπτυγμένη θηλή. Παρατηρούνται και μερικές αδenoκυψέλες.

Βρεφική ηλικία

Λίγες μέρες μετά τη γέννηση πολύ συχνά διαπιστώνεται η ύπαρξη εκκριτικής λειτουργίας του μαστού σε μικρό βαθμό. Οι μικροί μαστοί του βρέφους διογκώνονται και από τη θηλή εκκρίνεται υλικό που έχει τη μορφή γάλακτος.¹⁵

Παιδική ηλικία

Οι μαστοί αδρανούν γιατί η εκκριτική τους δραστηριότητα που παρατηρήθηκε μετά τη γέννηση υποχωρεί σε μια εβδομάδα περίπου. Ο μαστός της άνηβης γυναίκας αποτελείται από 15-20 γαλακτοφόρους πόρους και συνδετικό ιστό. Εμφανίζεται μικρή διέγερση της θηλής και αργότερα υπέγερση των μαστών και της θηλαίας άλω και αυξάνει τη διάμετρό της. Στη συνέχεια οι μαστοί διογκώνονται περισσότερο και η θηλαία άλως μεγαλώνει και χάνει το περίγραμμά της.

Ήβη

Ανάμεσα στο 10^ο – 15^ο έτος της ηλικίας οι μαστοί έχουν αναπτυχθεί. Η θηλαία άλωσ μεγαλώνει γίνεται μελαχρινότερη, δεν προβάλει και κάτω από αυτή σχηματίζεται μικρή μάζα μαστικού ιστού σε σχήμα δίσκου.¹¹

Αναπαραγωγική ηλικία

Στην προεμμηνορρυσιακή φάση οι μαστοί διογκώνονται γιατί διευρύνονται και επιμηκύνονται οι γαλακτοφόροι πόροι και αναπτύσσονται από αυτούς πολλές προσεκβολές. Επίσης το επιθήλιο των πόρων υπερπλάσσεται και ο γύρω από τους πόρους συνδετικός ιστός είναι διογκωμένος, μαλακός και διηθημένος με λεμφοκύτταρα. Οι μεταβολές αυτές κάνουν τον μαστό ευαίσθητο και προκαλούν αίσθημα πληρότητας διάτασης ή ελαφρύ πόνο.

Όταν αρχίσει η εμμηνορρυσία οι πόροι και το αδενικό επιθήλιο υποστρέφονται. Η υποστροφή τους αυτή γίνεται όλο και περισσότερο προοδευτική ως την ωοθυλακιωρηξία και την ανάπτυξη του ωχρού σωματίου.

Εγκυμοσύνη

Με την επίδραση των ορμονών των ωοθηκών, της προλακτίνης και στο τέλος της εγκυμοσύνης της πλακουντικής γαλακτογόνου ορμόνης επέρχονται μεγάλες μεταβολές στο μαστό της εγκύου. Οι αδενοκυψέλες υπερπλάσσονται σε τέτοιο σημείο, ώστε ο μαστός να αποτελείται από αδενικό ιστό. Επίσης υπάρχει αύξηση των λοβιδίων του μαστού. Η ινσουλίνη αυξάνει περισσότερο τις αδενοκυψέλες, διεγείρει τα εκκριτικά κύτταρα και αλλάζει την αγγείωση και την ποσότητα του λιπώδη ιστού του μαστού. Στο τέλος της εγκυμοσύνης τα επιφανειακά επιθηλιακά κύτταρα γίνονται πύαρ και μετά τον τοκετό και την έξοδο του πλακούντα τα βασικά κύτταρα εκκρίνουν γάλα.¹⁵

Γαλουχία

Στη γαλουχία η ανάπτυξη των μαστών φτάνει στο μέγιστό της και η λειτουργική τους δραστηριότητα αποκορυφώνεται με τη συνδυασμένη δράση των οιστρογόνων ορμόνων, της προγεστερόνης, της ινσουλίνης και της κορτιζόνης ιδιαίτερα όμως της προλακτίνης.

Εμμηνόπαυση

Στην εμμηνόπαυση επέρχεται προοδευτική βράχυνση των γαλακτοφόρων πόρων από την περιφέρειά τους προς τη θηλή. Επίσης ατροφία των αδενοκυψελών και πάχυνση του συνδετικού ιστού που βρίσκεται γύρω από τους πόρους. Πριν από την εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης είναι δυνατό οι μαστοί να διογκωθούν και να γίνουν ευαίσθητοι και επώδυνοι. Στο τελευταίο στάδιο της υποστροφής των μαστών δηλαδή μετά το 30^ο έτος το στρώμα τους γίνεται πυκνό και σκληρό και οι γαλακτοφόροι πόροι και τα αγγεία ατροφούν.¹³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ – ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

4.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Ο χρόνος διπλασιασμού ενός όγκου είναι ένας καλός δείκτης της βιολογικής του συμπεριφοράς και της πιθανότητας επιβίωσης. Εξαρτάται από τη χρονική διάρκεια του κυτταρικού κύκλου, το ποσοστό των κυττάρων που βρίσκονται σε αναπαραγωγική φάση και το ρυθμό απώλειας των κυττάρων του όγκου. Οι χρόνοι διπλασιασμού των όγκων μπορεί να ποικίλλουν από 25 έως 240 ημέρες και είναι ίδιοι για τον πρωτοπαθή όγκο, όσο και για τις αντίστοιχες λεμφαδενικές μεταστάσεις. Έτσι, σε ένα ασθενή με ταχύ χρόνο διπλασιασμού του όγκου, περίπου 25 μέρες, χρειάζονται 2 χρόνια (30 διπλασιασμοί) για να φθάσει ο όγκος από ένα κύτταρο διαμέτρου 10 μ. στο μέγεθος του 1 cm, οπότε να είναι κλινικά ψηλαφητός. Ένας όγκος με 90 μέρες χρόνο διπλασιασμού, χρειάζεται 8-10 έτη για να διαγνωσθεί. Σε ασθενείς με γρήγορο χρόνο διπλασιασμού του όγκου η πενταετής επιβίωση είναι μόλις 5%, ενώ φθάνει το 60% για όγκους με μέτριο χρόνο διπλασιασμού. Ένας όγκος ύστερα από 40 διπλασιασμούς φθάνει το μέγεθος της θανατηφόρου μάζας που είναι 1 kg και περιέχει 10 κύτταρα.¹⁶

Η φυσική ιστορία του καρκίνου του μαστού είναι συνήθως πολύ παρατεταμένη, ώστε θεωρείται χρόνια κακοήθεια. Χρειάζονται περίπου 30 διαδοχικοί διπλασιασμοί και γύρω στα 7-8 χρόνια για να δημιουργηθεί όγκος διαμέτρου 1cm. Η αύξηση αυτή ακολουθεί τη χαρακτηριστική καμπύλη του Gompertz. Κατά την διάρκεια της προκλινικής φάσης αύξησης του καρκίνου του μαστού υπάρχει ένα χρονικό σημείο όπου αυτός είναι ανιχνεύσιμος με την screening μαστογραφία. Το σημείο αυτό καθορίζεται από πολλούς παράγοντες όπως η κινητική του όγκου, η ευαισθησία των χρησιμοποιούμενων μηχανημάτων κ.λπ. Το χρονικό διάστημα μεταξύ του σημείου ανίχνευσης του όγκου με τη μαστογραφία και του σημείου όπου αυτός γίνεται κλινικά έκδηλος ονομάζεται καθοριστικός χρόνος.¹⁷

4.2 ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ

Το 80% των καρκινωμάτων του μαστού είναι διηθητικά από τους γαλακτοφόρους πόρους και το υπόλοιπο 20% αφορά σε μεγάλη ποικιλία άλλων καρκινωμάτων. Ειδικότερα στους 100 καρκίνους του μαστού θα συναντήσουμε την παρακάτω συχνότητα σχετικά με τον ιστολογικό τύπο.¹³

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΥΠΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	
Αμιγές διηθητικό πορογενές αδenoκαρκίνωμα	52,6
Μυελοειδές καρκίνωμα	6,2
Λοβιδιακό καρκίνωμα	4,9
Βλεννώδες καρκίνωμα	2,4
Σωληνώδες καρκίνωμα	1,2
Αδenoκυστικό καρκίνωμα	0,4
Θηλώδες καρκίνωμα	0,3
Καρκινοσάρκωμα	0,1
Paget και φλεγμονώδες καρκίνωμα	2,3
Συνδυασμός διηθητικού πορογενούς με άλλο είδος αδenoκαρκινώματος	28,0
Συνδυασμοί άλλων αδenoκαρκινωμάτων	1,6
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

Ιστογενετικά τα καρκινώματα διακρίνονται σε:

- 1) μη διηθητικά (λοβιακό ή ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα in Situ και ενδοσωληνώδες καρκίνωμα in Situ),
- 2) διηθητικά (λοβιακό διηθητικό και ενδοσωληνώδες διηθητικό καρκίνωμα ή καρκίνωμα των πόρων),
- 3) ακαθόριστης ιστογενετικής προέλευσης (φλεγμονώδες, μεταπλαστικό, καρκινοσάρκωμα και καρκινοειδές).¹⁸

Οι συνηθέστεροι τύποι (α του μαστού είναι: Ca του μαστού είναι:

Καρκίνωμα γαλακτοφόρων πόρων: απαντάται σε συχνότητα 80% περίπου.

Στην in Situ μορφή του η διήθηση δεν έχει περάσει τη βασική μεμβράνη είναι πολυεστικό και πολύ σπάνια συνοδεύεται από μεταστάσεις στους λεμφαδένες. Στη διηθητική του μορφή αποτελεί συμπαγής σκληρής σύστασης όγκο διαμέτρου 2-4 εκατοστά.²⁰

Καρκίνωμα των λοβών: Στην in Situ μορφή του αποτελεί τυχαίο εύρημα βιοψιών ινοκυστικής μαστοπάθειας πολλές φορές συνυπάρχει με τη διηθητική του μορφή και με καρκίνωμα των γαλακτοφόρων πόρων. Στη διηθητική του μορφή έχει μέγεθος 1-4 εκατοστά ασαφή όρια και ελαστική σύσταση.²⁰

Μυελοειδές καρκίνωμα: Τα καρκινωματώδη κύτταρα είναι πολύ μεγαλύτερα από εκείνα άλλου τύπου καρκινώματος. Έχει μορφή μαλακού περιγεγραμμένου όγκου διαστάσεων 5-10 εκατοστά που μοιάζει με απόστημα, δεν έχει κάψα και όταν κοπεί πολλές φορές στο κέντρο του υπάρχει νέκρωση και αιμορραγική διήθηση.

Βλεννώδες καρκίνωμα: Κύριο χαρακτηριστικό του όγκου είναι η παραγωγή μεγάλης ποσότητας βλέννας από τα καρκινωματώδη κύτταρα τα οποία διατάσσονται σε σωληνώδεις σχηματισμούς ή μεμονωμένα και συνήθως παρατηρούνται μέσα σε λίμνες βλέννης. Η πρόγνωση είναι σχετικά καλή.¹⁹

Σωληνώδες καρκίνωμα: Τα καρκινωματώδη κύτταρα διατάσσονται σε σωληνώδεις σχηματισμούς. Είναι σπάνιο και σε συχνότητα 80% συνδυάζεται με όλους τους άλλους ιστολογικούς τύπους. Εκδηλώνεται με τη μορφή όγκου και σπάνια προκαλεί μεταστάσεις.¹⁹

Σπάνια καρκινώματα:

- 1) Το ενδοκυστικό θηλώδες καρκίνωμα. Εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες ηλικίας γύρω στα 55, προτιμάει τις παχύσαρκες, έχει βραδεία εξέλιξη και καλή πρόγνωση.¹⁸
- 2) Καρκινοσάρκωμα: Συνύπαρξη καρκινώματος και σαρκώματος, τα κύτταρα του οποίου είναι ατρακτοειδή.
- 3) Θηλώδες καρκίνωμα: Χαρακτηρίζεται από το σχηματισμό θηλών στο επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων και αιματηρή έκκριση από τη θηλή.
- 4) Φλεγμονώδες καρκίνωμα: Χαρακτηρίζεται από ερύθημα του δέρματος του μαστού, αυξημένη θερμοκρασία του και σκληρία από διήθηση των υποδόριων λεμφαγγείων. Έχει κακή πρόγνωση.
- 5) Λιποεκκριτικό καρκίνωμα: Έχει γρήγορη εξέλιξη και βαριά πρόγνωση. Ανάμεσα στις μεταστάσεις που προκαλεί είναι και αυτές που αφορούν στα μάτια.¹⁹

- 6) Μεταπλαστικό καρκίνωμα: Εμφανίζεται συχνότερα γύρω στο 50^ο έτος της ηλικίας της γυναίκας, συχνά προκαλεί μεταστάσεις.
- 7) Καρκίνωμα από απαρινείς αδένες.
- 8) Καρκινοειδές που εμφανίζεται γύρω στα 48 χρόνια της γυναίκας με τη μορφή ανώδυνης μάζας χωρίς χαρακτηριστικές κακοήθειας και έχει καλή πρόγνωση.¹⁸
- 9) Αδενοκυστικό καρκίνωμα: Είναι πολύ σπάνιος όγκος (λιγότερες από 100 περιπτώσεις στη διεθνή βιβλιογραφία) και οι χαρακτηριστικές του είναι παρόμοιες 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.
- 10) Αμφοτερόπλευρο πρωτοπαθές καρκίνωμα: Σε συχνότητα 1-15% αναπτύχθηκε ύστερα από αντιμετώπιση του ενός μαστού και σε συχνότητα 0,1-11% συνυπήρχε από την αρχή.²⁰
- 11) Μεταστασικό καρκίνωμα που προέρχεται τις περισσότερες φορές από τους πνεύμονες, τις ωοθήκες και από κακοήθεις μελάνωμα.
- 12) Νόσος του Paget. Ο Sir James Paget περιέγραψε μια βλάβη στη θηλή ομοιάζουσα με έκζεμα και αναγνώρισε πως αυτή η αλλαγή στη θηλή σχετιζόταν με μια υποκείμενη κακοήθεια του μαστού. Συνήθως συνοδεύει το πορογενές καρκίνωμα και αντιπροσωπεύει διήθηση της επιδερμίδας της θηλής από καρκινωματώδη κύτταρα. Η νόσος μπορεί να συνοδεύεται ή όχι από ψηλαφητό όγκο.
- 13) Μη επιθηλιακοί όγκοι του μαστού. Έχουν περιγραφεί και άλλοι σπάνιοι πρωτοθαθείς μη επιθηλιακοί κακοήθεις όγκοι όπως λειομυοσαρκώματα, αγγειοσαρκώματα, ραβδομυοσαρκώματα.¹⁹

4.3 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ: ΠΑΡΕΛΘΟΝ – ΠΑΡΟΝ – ΜΕΛΛΟΝ

Ο στόχος της σταδιοποίησης είναι να καθορίσει την ανατομική έκταση της νόσου και την τάση του όγκου για επέκταση, έτσι ώστε να εφαρμοσθεί η κατάλληλη θεραπεία και να προσφέρει στη συνεχή έρευνα του Ca.

Στο παρελθόν, η σταδιοποίηση ήταν αρκετά απλή και βασιζόταν σε κλινική μόνο εκτίμηση χωρίς παρακλινικό έλεγχο. Τα νεοπλάσματα χωρίζονταν σε χειρουργήσιμα και μη, ή σε τοπικά, περιοχικά και μεταστατικά.

Η σύγχρονη σταδιοποίηση βασίζεται σε αντικειμενικά και παθολογοανατομικά δεδομένα, αλλά παρ' όλα αυτά είναι περιορισμένη η ικανότητά της να καθορίζει τη μελλοντική βιολογική συμπεριφορά των καρκινωμάτων. Η εξέλιξη του καρκίνου του μαστού είναι διαφορετική σε κάθε ασθενή και η ασυνήθης μακρά φυσική ιστορία της νόσου, από μερικά μέχρι 25 χρόνια, καθιστά ακόμα δυσκολότερη την πρόβλεψη της συμπεριφοράς του συγκεκριμένου όγκου. Ο βαθμός εξέλιξης εξαρτάται από εκατοντάδες παράγοντες, πολλοί από τους οποίους δεν είναι ακόμα καλά κατανοητοί. Ουσιαστικά, η σύγχρονη σταδιοποίηση είναι αρκετά αρχέγονη, γιατί η προβλεπτική της ικανότητα πηγάζει από απλές μετρήσεις, όπως το μέγεθος του όγκου και η ανατομική έκταση διασποράς της νόσου. Αυτές οι μετρήσεις είναι στατικές και επιτρέπουν μόνο περιορισμένη εκτίμηση ενός συνεχώς εξελισσόμενου, ετερογενούς νεοπλάσματος που συχνά προϋπάρχει χρόνια πριν την έναρξη της διαδικασίας σταδιοποίησής του. Κατά τον Heimann, οι διαφορετικές προγνώσεις καρκίνων μαστού ίδιου σταδίου είναι απόδειξη της ετερογένειας των όγκων. Η νόσος δεν είναι ομοιογενής, αλλά μάλλον ένα φάσμα νόσων με διάφορες ικανότητες αύξησης και μετάστασης.¹⁶

Το μελλοντικά συστήματα σταδιοποίησης αναμφίβολα θα περιλαμβάνουν αλλαγές στον τρόπο χειρουργικής σταδιοποίησης καθώς και στο βάθος της παθολογοανατομικής ανάλυσης των παρασκευασμάτων. Η πρόσφατη χρησιμοποίηση του λεμφαδένα «φρουρού» (sentinel node) για την εκτίμηση της μεταστατικής κατάστασης των μασχαλιαίων λεμφαδένων αποτελεί ένα παράδειγμα. Τεχνικές μοριακής βιολογίας επίσης, ελπίζουμε να μας εφοδιάσουν με περισσότερο αξιόπιστες προγνωστικές πληροφορίες. Η έκρηξη της γενετικής πληροφορίας δεν μπορεί παρά να αποβεί χρήσιμη στην εκτίμηση της πορείας του όγκου σε συσχέτισμό με το ανατομικό στάδιο. Μοριακοί δείκτες προαγωγής και εξέλιξης ενός νεοπλάσματος ίσως περιλαμβάνουν ογκογονίδια, ογκοκατασταλτικά γονίδια και γονίδια που ελέγχουν την απόπτωση.⁷

Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού σύμφωνα με το σύστημα AJCC TNM

- TX Ο πρωτοπαθής όγκος δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθεί
 T0 Δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου
 Tis Καρκίνωμα in situ
 T1 Όγκος διαμέτρου < 2cm
 T2 Όγκος > 2 cm αλλά < 5cm
 T3 Όγκος > 5cm
 T4 Όγκος οποιοδήποτε μεγέθους αλλά με άμεση επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα, συμπεριλαμβανομένου του φλεγμονώδους καρκίνου.

Τοπικοί λεμφαδένες (N)

- NX Οι τοπικοί λεμφαδένες δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθούν
 N0 Δεν υπάρχουν μεταστάσεις στους τοπικούς λεμφαδένες
 N1 Μεταστάσεις σε κινητούς μασχαλιαίους λεμφαδένες στην ίδια πλευρά
 N2 Μεταστάσεις σε λεμφαδένες στην ίδια πλευρά που είναι καθηλωμένοι μεταξύ τους ή πάνω σε άλλα ανατομικά γειτονικά στοιχεία.
 N3 Μεταστάσεις σε έσω μαστικούς λεμφαδένες στην ίδια πλευρά

Μακρινές μεταστάσεις (M)

- MX Η ύπαρξη μακρινών μεταστάσεων δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθεί
 M0 Δεν υπάρχουν μακρινές μεταστάσεις
 M1 Μακρινές μεταστάσεις (συμπεριλαμβανομένων και των υπερκλειδίων λεμφαδένων στην ίδια πλευρά)

Σταδιοποίηση

Στάδιο 0	Tis	N0	M0
Στάδιο I	T1	N0	M0
Στάδιο IIa	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Στάδιο IIb	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
	T4	N0	M0
Στάδιο IIIa	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, 2	M0
Στάδιο IIIb	T4	Οποιοδήποτε N	M0
	Οποιοδήποτε T	N3	M0
Στάδιο IV	Οποιοδήποτε T	Οποιοδήποτε N	M1

4.4 ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ

Ανάλογα με την αναπλασία του όγκου δηλαδή το σχηματισμό σωλήνων, το μέγεθος των κακοήθων κυττάρων ή του πυρήνα, τον αριθμό των μιτώσεων και το βαθμό προσλήψεως της χρωστικής, οι όγκοι του μαστού κατατάσσονται σε τρεις βαθμούς κακοήθειας – grades.²⁰

G1 = Πρόκειται για τον πλέον ευνοϊκό τύπο. Ο όγκος αναπτύσσεται σχετικά αργά και όχι άτακτα, στην περίπτωση αυτή υφίσταται η τυπική δομή των αδένων. Αντιπροσωπεύει το 2,5%.

G2 = Πρόκειται για μια ενδιάμεση μορφή. Η νεοπλασία έχει μια σχετικά ταχεία ανάπτυξη διατηρείται όμως η τοπική δομή των αδένων. Αντιπροσωπεύει το 27%.

G3 = Το νεόπλασμα αναπτύσσεται ταχέως και άτακτα. Η τυπική δομή του μαστικού αδένου δεν δύναται πλέον να αναγνωρισθεί. Ο καρκίνος είναι αδιαφοροποίητος. Αντιπροσωπεύει το 70%.⁸

4.5 ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΕΣ ΕΞΕΡΓΑΣΙΕΣ

Ο μαστός μπορεί να αποτελέσει τόπο μεταστάσεων καρκίνου από άλλα όργανα καθώς επίσης ο καρκίνος του μαστού μπορεί να κάνει μεταστάσεις σε άλλα όργανα.¹¹

Η μεταφορά των καρκινικών κυττάρων γίνεται κατ' εξοχήν με την:

1) Λεμφική κυκλοφορία, 2) Αιματική κυκλοφορία, 3) κατά συνέχεια ιστού.

Συγκεκριμένα: 1) με την λεμφική κυκλοφορία γίνεται η προσβολή των μασχαλαίων λεμφαδένων και προέρχεται από όγκους του άνω έξω τεταρτημορίου ενώ οι όγκοι του έσω τεταρτημορίου του μαστού προσβάλλουν τους λεμφαδένες της έσω μαστικής.

2) Με την αιματική κυκλοφορία τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να δώσουν μακρινές μεταστάσεις όπως στα οστά, στους πνεύμονες, στο ήπαρ, στον εγκέφαλο.²¹

Οι τρόποι μεταφοράς όγκων από άλλα όργανα στον μαστό γίνεται και εδώ με τη λεμφική και την αιματική οδό. Λεμφογενώς γίνεται συνήθως η μετάσταση πρωτοπαθούς καρκίνου στον άλλο μαστό, ενώ Αιματογενής μετάσταση στο μαστό από πρωτοπαθή καρκίνο άλλων οργάνων κάνει πρώτα το μελάνωμα, ο καρκίνος πνεύμονος και ακολουθούν το σάρκωμα και ο καρκίνος των ωοθηκών.²¹

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΟΡΓΑΝΑ ²²	
Λεμφαδένες	74%
Πνεύμονες	64%
Οστά	63%
Ήπαρ	60%
Επινεφρίδια	40%
Υπεζωκότας	37%
Δέρμα	24%
Θυρεοειδής	24%
Σπλήν	18%
Έντερα	18%
Εγκέφαλος	16%
Ωοθήκες	15%
Μήτρα	15%
Νεφρά	15%
Περικάρδιο	15%
Καρδιά	11%
Διάφραγμα	11%
Περιτόναιο	11%

4.5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

ΟΣΤΑ

Νοσηλευτική εκτίμηση

- α. Οστικοί πόνοι, παθολογικά κατάγματα
- β. Δυσκολία στη βάδιση
- γ. Απογοήτευση εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας

Νοσηλευτική παρέμβαση

- α. Ανακούφιση του πόνου με ακτινοθεραπεία, ναρκωτικά ή αναλγητικά και ηρεμιστικά
- β. Πρόληψη καταγμάτων σπονδυλικής στήλης. Η ασθενής συμβουλεύεται να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις, να μη σηκώνει βαριά αντικείμενα, να μη γυρίζει και να μην πέφτει απότομα στο κρεβάτι.
- γ. Ακινητοποίηση καταγμάτων, αν συμβούν

ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ

Νοσηλευτική εκτίμηση

- α. Πόνος
- β. Δυσφορία, δύσπνοια

Νοσηλευτική παρέμβαση

- α. Παρακέντηση θώρακα για ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια.
Επειδή η παρακέντηση προκαλεί προσωρινή ανακούφιση, πιθανόν να επαναληφθεί
- β. Χορήγηση οξυγόνου ¹²

ΗΠΑΡ

Νοσηλευτική εκτίμηση

- α. Ασκίτης
- β. Δυσφορία-δύσπνοια
- γ. Ναυτία-έμετοι
- δ. Κοιλιακοί πόνοι
- ε. Ανορεξία
- στ. Απώλεια βάρους

Νοσηλευτική παρέμβαση

- α. Παρακέντηση κοιλίας για την ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια.
- β. Διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών
- γ. Χορήγηση διουρητικών
- δ. Μικρά και συχνά γεύματα
- ε. Τεχνητή διατροφή μέσω εντερικού σωλήνα Levin ή πλήρης παρεντερική διατροφή, σε περίπτωση που η ασθενής αδυνατεί να φάει

ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

Νοσηλευτική εκτίμηση

- α. Σύγχυση
- β. Διαταραχή της ισορροπίας του σώματος
- γ. Σπασμοί
- δ. Παράλυση

ε. Διαταραχές της όρασης

Νοσηλευτική παρέμβαση

α. Εξασφάλιση άνεσης

β. Πρόληψη τραυματισμού από πτώση ή από πρόκληση βλάβης κατά τη διάρκεια των σπασμών.

γ. Παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών

δ. Εξασφάλιση επαρκούς διαίτας

ε. Παροχή υγιεινής φροντίδας στο σώμα ¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΑΙΤΙΑ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ

5.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Συχνά σήμερα ο καρκίνος του μαστού δεν έχει κάποιες εκδηλώσεις, είναι δηλαδή χωρίς συμπτώματα, και η διάγνωση τίθεται με τη βοήθεια του περιοδικού προληπτικού μαστογραφικού ελέγχου (screening mammography). Εντούτοις αρκετές γυναίκες παρουσιάζονται με διάφορα συνηθισμένα συμπτώματα, όπως είναι ένα ή περισσότερα οζίδια (όγκοι) στον μαστό, αλλοιώσεις του δέρματος και της θηλής, πόνος και ευαισθησία και έκκριση από τη θηλή.

Κάθε μάζα (όγκος ή οζίδιο) του μαστού σε γυναίκα μετά την εμμηνόπαυση θα πρέπει να θεωρείται καρκίνος μέχρις ότου αποδειχτεί το αντίθετο, ακόμη και όταν η γυναίκα λαμβάνει ορμονοθεραπεία υποκατάστασης. Θα πρέπει βέβαια στο σημείο αυτό να τονιστεί ότι κάθε μάζα (όγκος) στον μαστό δεν είναι καρκίνος. Πράγματι, το 70-80% όλων των ψηλαφητών όγκων του μαστού δεν είναι καρκίνος. Αυτό όμως μπορεί να επιβεβαιωθεί μόνο μετά από προσεκτικό διαγνωστικό έλεγχο και κυρίως με τη βοήθεια της βιοψίας.⁷

Σαν ύποπτη θεωρείται η έκκριση από τη θηλή όταν είναι αυτόματη, ετερόπλευρη (παρατηρείται δηλαδή μόνο στον ένα μαστό), όταν παρατηρείται μετά την εμμηνόπαυση, όταν προέρχεται από ένα γαλακτοφόρο πόρο και όταν είναι υδαρής (διαυγής), ορώδης, αιματηρή ή οροαιματηρή.

Κάθε φλεγμονώδης εμφάνιση του δέρματος του μαστού σε γυναίκα ηλικίας πάνω από 40 ετών θα πρέπει να θεωρείται φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού (που είναι μία «άσχημη» μορφή καρκίνου) μέχρις ότου αποδειχτεί το αντίθετο με τη βοήθεια βιοψίας δέρματος / μαστού. Επίσης ύποπτη είναι και η ύπαρξη εισολκών («βαθουλωμάτων») στην επιφάνεια του δέρματος του μαστού. Χαρακτηριστική είναι μερικές φορές η εικόνα του δέρματος του μαστού, που μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού.

Ο πόνος είναι σχετικά ασυνήθης εκδήλωση του καρκίνου του μαστού. Εντούτοις, ο συνδυασμός του πόνου με μία μάζα δεν αποκλείει το ενδεχόμενο

του καρκίνου του μαστού. Παράγοντες όπως η περιοδική εμφάνιση του πόνου και στους δύο μαστούς, η συσχέτιση του πόνου με τον καταμήνιο κύκλο κ.λπ. είναι ένδειξη ότι ο πόνος σχετίζεται με ορμονικές μεταβολές και όχι με καρκίνο.

Σε σχετικά σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν η πρώτη εκδήλωση του καρκίνου του μαστού να είναι οι εκδηλώσεις των μεταστάσεων του (π.χ. πόνος λόγω οστικών μεταστάσεων, διόγκωση μασχαλαίου λεμφαδένα κ.λπ.).

Είναι επομένως φανερό ότι αν η γυναίκα αντιληφθεί οτιδήποτε από τα παραπάνω θα πρέπει να ανησυχήσει και να συμβουλευθεί τον ιατρό της. Ο έλεγχος αρχίζει με την κλινική εξέταση από γιατρό που διαθέτει εμπειρία στην αντιμετώπιση των παθήσεων του μαστού.²³

5.2 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Θα πρέπει εξ αρχής να γίνει κατανοητό ότι σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 75% των γυναικών στις οποίες διαγιγνώσκεται καρκίνος του μαστού δεν μπορεί να αναγνωριστεί κανένας παράγοντας κινδύνου. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με άλλες μορφές καρκίνου, όπως για παράδειγμα ο καρκίνος του πνεύμονα, όπου είναι γνωστό ότι υπάρχει άμεση συσχέτιση με το κάπνισμα. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού είναι πιθανότατα πιο πολύπλοκη και ενοχοποιούνται αρκετοί ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες. Εν τούτοις είναι γνωστό από επιδημιολογικές μελέτες ότι ο καρκίνος του μαστού συνδυάζεται με ορισμένους παράγοντες κινδύνου, που αναλύονται στη συνέχεια.

1) Φύλο: το φύλο σχετίζεται άμεσα με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, αφού αυτή η μορφή καρκίνου είναι πολύ πιο σπάνια στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Η σχέση άνδρες / γυναίκες με καρκίνο του μαστού είναι 1:100. Δηλαδή είναι 100 φορές συχνότερος στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Για αυτό το λόγο εστιάζομαστε στις γυναίκες όταν αναφερόμαστε στον καρκίνο του μαστού.

2) Ηλικία: ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού αυξάνεται καθώς αυξάνεται η ηλικία της γυναίκας. Έχει υπολογιστεί ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού ανά έτος αυξάνεται από 1:5.900 στην ηλικία των 30 ετών σε 1:290 στην ηλικία των 80 ετών.²⁴

3) Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού. Στο οικογενειακό ιστορικό θα πρέπει να αναγνωρισθούν αν υπάρχουν συγγενείς πρώτου βαθμού που είχαν καρκίνο του μαστού και να προσδιορισθεί η ηλικία στην οποία ανέπτυξαν τον καρκίνο. Οι γυναίκες με συγγενή πρώτου βαθμού που παρουσίασε καρκίνο του μαστού πριν την εμμηνόπαυση παρουσιάζουν αυξημένο κατά 3-4 φορές κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έχουν τέτοιο ιστορικό στην οικογένειά τους. Αν η συγγενής πρώτου βαθμού εμφάνισε αμφοτερόπλευρο καρκίνο του μαστού πριν την εμμηνόπαυση ή αν περισσότερες από μια συγγενείς πρώτου βαθμού ανέπτυξαν καρκίνο του μαστού πριν την εμμηνόπαυση, τότε ο κίνδυνος να παρουσιάσει καρκίνο του μαστού η γυναίκα με αυτό το οικογενειακό ιστορικό είναι μεγαλύτερος (8-10 φορές) σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Θεωρείται ακόμη πιθανό ότι στις γυναίκες των οποίων συγγενείς δευτέρου βαθμού (συμπεριλαμβανομένων και ανδρών με καρκίνο του μαστού) είχαν παρουσιάσει καρκίνο μαστού ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.²³

4) Προηγούμενο ιστορικό καρκίνου του μαστού. Περίπου 1 στις 10 γυναίκες με καρκίνο του μαστού θα εμφανίσει και δεύτερη εστία καρκίνου μαστού. Παλαιότερα που συνηθιζόταν η μαστεκτομή, οι νέοι αυτοί κίνδυνοι αναπτύσσονταν στον άλλο μαστό. Καθώς οι συντηρητικές χειρουργικές επεμβάσεις κερδίζουν ολοένα έδαφος στην χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, είναι δυνατόν στον πάσχοντα μαστό που διατηρείται να αναπτυχθεί νέος καρκίνος.²⁵

5) Χαρακτηριστικά αναπαραγωγής: Ποικίλα χαρακτηριστικά συνδυάζονται με υψηλό κίνδυνο για καρκίνο μαστού όπως η πρώιμη εμμηνарχή, καθυστερημένη ηλικία εμμηνόπαυσης, όψιμη ηλικία πρώτης εγκυμοσύνης, ατοκία για γυναίκες που εμφανίζουν καρκίνο μαστού μετά την ηλικία των 40, μικρό διάστημα μεταξύ των εμμηνορρυσιών. Ωθηκεκτομή πριν την ηλικία των 40 μειώνει τον κίνδυνο και πιθανόν το ίδιο η πολυτοκία και η επί μακρόν γαλουχία. Είναι αδιευκρίνιστο εάν η έκτρωση (αυτόματη ή προκλητή) επηρεάζει τον κίνδυνο.

6) Γεωγραφικοί παράγοντες. Στατιστικά δεδομένα αναφέρουν πως ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στο Δυτικό κόσμο απ' ότι στην Αμερική, στην Ασία και στη Μέση Ανατολή. Στη Βόρεια Αμερική και στη

Βόρεια Ευρώπη εμφανίζεται 5 φορές συχνότερα από ό,τι στην Ασία και στην Αφρική. Επίσης διαπιστώθηκε πως ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται εφτά φορές συχνότερα στις Αμερικανίδες απ' ό,τι στις Γιαπωνέζες.²³

7) Διαιτητικοί παράγοντες. Όπως το λίπος και το αλκοόλ. Για το λίπος τα σχετικά δεδομένα είναι ατεκμηρίωτα ενώ για το αλκοόλ βρέθηκε ότι η μέτρια κατανάλωσή του αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού.

8) Ενδογενείς ορμόνες. Τα οιστρογόνα προκαλούν μιτώσεις στα επιθηλιακά κύτταρα του μαστού και πιθανόν συνοδεύονται με αύξηση του κινδύνου καρκίνου του μαστού. Η οιστραδιόλη με την προγεστερόνη συσχετίζονται με ψηλό επίπεδο αναπλαστικής δραστηριότητας και πιθανόν με καρκίνου του μαστού.

9) Εξωγενείς ορμόνες. Η χρήση των εξωγενών ορμονών είτε με τη μορφή από του στόματος αντισύλληψης ή της ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης είναι ευρέως διαδεδομένη. Οι περισσότερες δημοσιευμένες μελέτες δείχνουν ένα μικρό κίνδυνο που συνοδεύει τη χρήση ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης ή της λήψης συνδυασμένων αντισυλληπτικών από το στόμα.

10) Ιοί. Έχουν βρεθεί ότι προκαλούν καρκίνο του μαστού τουλάχιστον σε πειραματόζωα. Ογκογόνοι ιοί όπως ο mammary tumor virus (MTV).

11) Ιατρικό ιστορικό. Μερικοί τύποι καλοήθων νόσων του μαστού (καλοήθης αναπλαστική νόσος με άτυπη υπερπλασία, αναπλαστική νόσος χωρίς ατυπία) έχουν συσχετιστεί με τον αυξημένο κίνδυνο. Ιστορικό καρκίνου μαστού και ιστορικό καρκίνου του ενδομητρίου και ωοθητικού καρκίνου συσχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο.

12) Το Stress²¹

13) Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Ο καρκίνος του μαστού είναι σχετικά συχνότερος σε γυναίκες ανώτερου κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου.

14) Ιονίζουσα ακτινοβολία. Ελαφρά αυξημένος κίνδυνος υπολογίζεται ότι υπάρχει σε γυναίκες που έλαβαν ιονίζουσα ακτινοβολία σε χαμηλή δόση 100-200 rads.

Έχουν μελετηθεί και πολλοί άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες, όπως η φυσική δραστηριότητα, το ύψος, το κάπνισμα, οι χρωστικές των μαλλιών, η επαγγελματική έκθεση σε επιβαρυντικούς παράγοντες καθώς και η έκθεση σε

ορισμένα χημικά προϊόντα. Δεν έχει όμως βρεθεί σημαντική σχέση μεταξύ αυτών των παραγόντων και του καρκίνου του μαστού.

5.3 ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Μια σειρά από μελέτες ασθενών – μαρτύρων που έχουν οργανωθεί στην Ελλάδα, περισσότερο εστιάζονται σε θέματα σχετικά με τη διατροφή. Ανάμεσα στα πιο σταθερά αποτελέσματα είναι αυτά που δείχνουν μια προστατευτική επίδραση της κατανάλωσης λαχανικών, φρούτων, ελαιόλαδου, έλλειψη σχέσης με τα ολικά λευκώματα και τα ολικά λίπη και μια αύξηση του κινδύνου σε γυναίκες που καταναλώνουν περισσότερο από 3 αλκοολούχα ποτά την ημέρα.²⁴

5.4 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

Η ιστορική εξέλιξη της σταδιοποίησης του καρκίνου του μαστού ξεκινά νωρίς τον 20^ο αιώνα. Καθώς όλο και περισσότεροι προγνωστικοί παράγοντες αναγνωρίζονταν, προσπάθειες γίνονταν για την συσσωμάτωσή τους στο σύστημα σταδιοποίησης, έτσι ώστε βλάβες με παρόμοια πρόγνωση να τοποθετούνται στο ίδιο στάδιο. Αυτές οι προσπάθειες είχαν ως κατάληξη το σημερινό TNM σύστημα σταδιοποίησης που κυρίως μας προσφέρει τη δυνατότητα να κάνουμε αξιόπιστες συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών θεραπειών και διαφορετικών κέντρων. Μπορούμε να πούμε πως η επιβίωση σχετίζεται περισσότερο με το σημερινό σύστημα κατάταξης Ajcc.¹⁶

Η 5ετής επιβίωση για το

Στάδιο	I	83%
Στάδιο	II	74%
Στάδιο	III	57%
Στάδιο	IV	27%

Η μετάσταση στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και το μέγεθος του όγκου αποτελούν τους πιο σπουδαίους και ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες. Όσο μικρότερος είναι ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων ή

όσο μικρότερο το μέγεθος του όγκου, τόσο καλύτερη η επιβίωση. Στο τμήμα μαστού του Νοσοκομείου Αλεξάνδρα η επιβίωση για τους όγκους με μέγεθος

0-5 mm	είναι	97%
5-10 mm	είναι	89%
10-20 mm	είναι	88%

οι ασθενείς αρχικών σταδίων ή με αρνητικούς λεμφαδένες αποτελούν την πλειοψηφία των διαγνώσεων και κυρίως θεραπεύονται μόνο χειρουργικά. Όμως περίπου το 30% των ασθενών με αρνητικούς λεμφαδένες θα πεθάνουν από τη νόσο, όπως επίσης και το 75% των ασθενών με θετικούς λεμφαδένες. Η ανάγκη να καθορισθεί ποιοι ασθενείς με αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες βρίσκονται σε κίνδυνο υποτροπής της νόσου έχει οδηγήσει σε έναν καταγισμό μελετών προγνωστικών παραγόντων.¹⁶

Καθώς λοιπόν ο καρκίνος του μαστού περιλαμβάνει μια ετερογενή ομάδα από νόσους με ποικίλους αιτιολογικούς παράγοντες, κλινικές εκδηλώσεις και ιστορικό, ένα κλινικό ή βιολογικό χαρακτηριστικό με προγνωστική αξία που μπορεί να προσφέρει ακριβή ένδειξη της πρόγνωσης του συγκεκριμένου ασθενούς, μπορεί να βοηθήσει στην απόφαση, διακρίνοντας τις ασθένειες που χρειάζονται πρόσθετη θεραπεία από αυτές που θα μπορούσαν να αποφύγουν την ταξικότητα της θεραπείας, με το να τοποθετηθούν στην κατηγορία του «χαμηλού κινδύνου» για υποτροπή. Μερικά από αυτά τα χαρακτηριστικά έχουν τεθεί υπό μελέτη στο παρελθόν συμπεριλαμβανομένου του μεγέθους του πρωτογενούς όγκου, της συμμετοχής των μασχαλιαίων λεμφαδένων, της κατάστασης της κλιμακτηρίου, του ιστολογικού και πυρηνικού βαθμού διαφοροποίησης (grade) του ιστολογικού τύπου του νεοπλασματος και των ορμονικών υποδοχέων.¹²

Ανάμεσα στους προαναφερόμενους παραδοσιακούς προγνωστικούς παράγοντες, ο ιστολογικός τύπος του καρκινώματος είναι μεγάλης σημασίας. Οι όγκοι που έχουν ευνοϊκή ιστολογική εικόνα αναγνωρίζονται τόσο μακροσκοπικά, όσο και μικροσκοπικά από τον παθολογοανατόμο. Έτσι καλύτερη πρόγνωση βρέθηκε ότι έχουν το σωληνώδες, το βλενώδες και το μυελοειδές καρκίνωμα, ενώ την χειρότερη την έχουν τα μεταπλαστικά και ιδιαίτερα εκείνα με σαρκώδη μεταπλασία, καθώς και το φλεγμονώδες καρκίνωμα.²¹

Σήμερα ο κάθε όγκος του μαστού ταξινομείται σε διάφορους βαθμούς διαφοροποίησης όπως έχει λεχθεί παραπάνω. Ο ιστολογικός βαθμός κακοήθειας είναι αξιόπιστος δείκτης, αλλά είναι υποκειμενικός στη μέτρηση, υπό την έννοια ότι ένα καρκίνωμα που εκτιμήθηκε ως grade II μπορεί να είναι grade I ή grade III. Η συνεκτίμηση του ιστολογικού βαθμού και του κλινικού σταδίου αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα.

Το μέγεθος του όγκου, όπως ελέγχθει, είναι ο πιο σπουδαίος δευτερεύων προγνωστικός παράγοντας για τον κίνδυνο υποτροπής και κέρδους από χημειοθεραπεία σε ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες μασχάλης. Το μέγεθος επηρεάζει τη συμμετοχή των λεμφαδένων αλλά επίσης συσχετίζεται καθαρά με την υποτροπή και την επιβίωση.

Μεγάλη σημασία στην πρόγνωση έχει η γνώση τόσο του αριθμού, όσο και των επιπέδων διήθησης των επιχωρίων λεμφαδένων, μασχαλαίων, έσω μαστικών και υπερκλειδών. Όσο αυξάνει ο αριθμός ή το επίπεδο των διηθημένων λεμφαδένων, τόσο δυσμενέστερη γίνεται η πρόγνωση, όχι μόνο για την πιθανότητα υποτροπής, αλλά επίσης και για την ταχύτητα που αυτή θα επέλθει για την επιβίωση μετά την υποτροπή.

Πολλοί νεότεροι προγνωστικοί παράγοντες ερευνώνται, δυστυχώς όμως μέχρι σήμερα, οι περισσότερες έρευνες αναφέρονται σε μικρό αριθμό περιστατικών, είναι αναδρομικές και έχουν μικρή χρονικά παρακολούθηση. Περαιτέρω μελέτες και αναλύσεις γενετικών αλλαγών ίσως στο μέλλον μας οδηγήσουν σε περισσότερο αξιόπιστες προγνωστικές πληροφορίες και θεραπευτικές επιλογές.¹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

6.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Με 570.000 νέες περιπτώσεις στον κόσμο κάθε χρόνο. Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη στις γυναίκες κακοήθεια και η δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του πνεύμονος. Μολονότι οι θάνατοι από τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι τουλάχιστον διπλάσιοι κάθε χρόνο, ο καρκίνος του μαστού φοβίζει περισσότερο.¹⁶

Η συχνότητά του το 1997 στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν 185.000 νέες περιπτώσεις και οι θάνατοι ανέρχονται στις 44.500 ετησίως. Η θνησιμότητα κυμαίνεται από 25-35 θανάτους ανά 100.000 στη Μεγάλη Βρετανία, Δανία, Ολλανδία, Ηνωμένες Πολιτείες και Καναδά, μέχρι 2-5 θανάτους ανά 100.000 στην Ιαπωνία, Μεξικό και Βενεζουέλα.

Στην Ελλάδα το 1978 καταγράφηκαν 1.755 περιπτώσεις καρκίνου μαστού με 15-17 θανάτους ανά 100.000 πληθυσμό. Στο τμήμα μαστού του Νοσοκομείου Αλεξάνδρα από τις 2.812 γυναίκες με καρκίνο μαστού που αντιμετωπίστηκαν τα τελευταία χρόνια και παρακολουθούνται, 1.006 είχαν όγκους T1, 1.166 όγκους T2, 175 όγκους T3 και 340 όγκους T4. Ανεγχείρητα κρίθηκαν 220 περιστατικά ενώ 94 ήταν οι περιπτώσεις in Situ καρκινωμάτων μαστού. Σήμερα υπολογίζεται ότι μια στις 9 γυναίκες θα πάθει καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της. Αν η ετήσια επίπτωση της νόσου και της θνητότητας παραμείνουν χωρίς αλλαγές τότε ο καρκίνος του μαστού θα παρουσιασθεί σε κάθε μία ανά 9 γυναίκες δηλαδή 12,2% κατά τη διάρκεια της ζωής της και το 3,6% των γυναικών θα αποβιώσουν από τη νόσο. Τέλος δε ότι το 7% του γυναικείου πληθυσμού θα παρουσιάσει καρκίνο του μαστού μέχρι της ηλικίας των 70 ετών.²⁶

Δυστυχώς η συχνότητα της νόσου αυξάνει παγκοσμίως και κατά ένα μέρος αυτή η αύξηση μπορεί να αποδοθεί στην αύξηση των γνωστών παραγόντων κινδύνου και κατά ένα άλλο μέρος στην αύξηση του μέσου όρου ζωής και στην ευρεία χρήση της μαστογραφίας που έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη και πρωιμότερη διάγνωση. Η πρωιμότερη διάγνωση με τη σειρά της

οδηγεί στην μείωση της θνησιμότητας των τελευταίων ετών από καρκίνο του μαστού. Υπάρχει μια σταθερή αύξηση στην επίπτωση της νόσου όσο αυξάνει η ηλικία φθάνοντας τα μεγαλύτερα ποσοστά σε μεγάλες ηλικίες, ενώ σπάνια συναντάμε καρκίνο μαστού σε ηλικία κάτω των 25 χρονών. Μια γυναίκα 45 χρονών έχει 3,91% πιθανότητα να αναπτύξει καρκίνο μαστού μέχρι την ηλικία των 60 ετών, ενώ έχει 7,13% πιθανότητα μέχρι την ηλικία των 70 ετών. Σε ένα νεογέννητο ο κίνδυνος αυτός είναι 12,57% για όλη τη διάρκεια της ζωής του.²⁷

Παρότι συχνά σκεφτόμαστε τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού καθ' όλη τη διάρκεια ζωής της γυναίκας, ο κίνδυνος κατά ηλικία είναι αυτός που καθορίζει τα προγράμματα μαστογραφικού ελέγχου. Για παράδειγμα ετήσια μαστογραφία στην ηλικιακή ομάδα γυναικείου πληθυσμού 45 έως 49 ετών αναμένεται να αποφέρει διάγνωση σε 2 νέες περιπτώσεις καρκίνου ανά 1.000 γυναίκες το χρόνο.²⁶

Παρά την τωρινή τάση μείωσης της θνησιμότητας καρκίνου μαστού αυτή αυξήθηκε την τελευταία 20ετία κατά 40% στις βιομηχανικές χώρες. Αξιοσημείωτη εξαίρεση αποτελεί η Ιαπωνία όπου η θνησιμότητα παραμένει σταθερή σε χαμηλά επίπεδα, παρόλο που είναι μια κατεξοχήν βιομηχανική χώρα. Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο με τις Γιαπωνέζες που ζουν στις ΗΠΑ ή στη Χαβάι, οι οποίες έχουν μεγαλύτερη θνησιμότητα απ' ό,τι οι Γιαπωνέζες που ζουν στην Ιαπωνία. Εδώ φαίνεται η επίδραση περιβαλλοντικών συνθηκών στον καρκίνο του μαστού.

Ο καρκίνος μαστού προσβάλλει και τους άντρες αλλά το ποσοστό είναι το 1% της συχνότητας στις γυναίκες. Πολλές επιδημιολογικές έρευνες έγιναν για την επίπτωση του καρκίνου του μαστού στην κύηση όπου είναι κατά προσέγγιση 1:3.000 κηύσεις. Εκτιμάται ότι το 0,2-3,8% των όγκων του μαστού συμπίπτουν με κύηση και σαν τέτοιο ορίζεται εκείνο το καρκίνωμα μαστού το οποίο διαγιγνώσκεται στη διάρκεια της κύησης ή εντός ενός έτους μετά τον τοκετό. Η διάμεσος ηλικία των πασχουσών γυναικών είναι 33 έτη με εύρος από 23 ως 47 έτη. Υπολογίζεται ότι για ένα μαιευτήρα που κάνει περίπου 250 τοκετούς ετησίως, θα χρειαστεί τουλάχιστον 40 χρόνια πρακτικής για να διαγνώσει 2-3 συνυπάρχουσες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού που να επιπλέκει την κύηση.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα συνεχώς διογκούμενο πρόβλημα και οι έρευνες στον τομέα αυτό είναι ιλιγγιώσεις.²⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο ΠΡΟΛΗΨΗ

Το θέμα της πρόληψης είναι ζωτικής σημασίας. Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε δυο κατηγορίες: σε μέτρα πρωτογενούς και σε μέτρα δευτερογενούς πρόληψης. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα βασικά προληπτικά μέτρα, που έχουν ως σκοπό να προλάβουν την έναρξη των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικώς αιτιολογικών παραγόντων (π.χ. περιορισμός έκθεσης του ατόμου στην ιοντίζουσα ακτινοβολία) ή αποφυγή της έκθεσης σε αυτούς (π.χ. διακοπή αυθαίρετης λήψης οιστρογόνων χωρίς ιατρική εντολή ή προγεστερονική κάλυψη) ή ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σε αυτούς (π.χ. εμβολιασμός κατά του ιού της ηπατίτιδας Β).¹⁰

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση του νοσήματος στο κατά το δυνατό πρωιμότερο στάδιο (π.χ. με μαστογραφία). Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς πρόληψης ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων για δευτερογενή πρόληψη είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης.¹⁷

7.1 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

Όπως είναι γνωστό, η πρόληψη του καρκίνου του μαστού σήμερα επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες της φροντίδας υγείας. Ο ρόλος λοιπόν του νοσηλευτικού προσωπικού, αφού πρωτοστατεί στις υπηρεσίες αυτές είναι πολυδύναμος, πολυεπίπεδος και για αυτό πολύ σημαντικός. Το νοσηλευτικό προσωπικό ως μέλος της υγειονομικής ομάδας, μπορεί να προσφέρει πολύτιμο έργο στη διαφώτιση του κοινού σχετικά με την ανίχνευση και την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου μαστού, καθώς και στην καταπολέμηση των

προκαταλήψεων και της ημιμάθειας. Χρησιμοποιώντας τακτικές και τρόπους ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο, μπορεί να προάγει την υγεία του ατόμου.²⁸ Οι νοσηλευτές οφείλουν να προσεγγίζουν ένα ευρύ σύνολο του γυναικείου πληθυσμού με την πληροφορία του σπουδαιότατου ρόλου των γυναικών στην πρόληψη ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού. Το μήνυμα αυτό δεν είναι δυνατόν να διαδοθεί τόσο καλά στο σχολείο, επειδή οι γυναίκες είναι μικρές και αδιάφορες ίσως για τη νόσο. Επίσης τα γυναικεία περιοδικά και τα άλλα μέσα μαζικής ενημέρωσης δεν μπορούν να παρουσιάσουν με αποτελεσματικό και μεθοδικό τρόπο το θέμα επειδή θα πρέπει να αφιερώσουν πολύ χρόνο λόγω της ιδιαιτερότητάς του.²⁹ Προς το παρόν λοιπόν, καλύτερη ελπίδα αποτελεί η ορθή πληροφόρηση και ειδική εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού το οποίο μπορεί στη συνέχεια να διδάξει άμεσα, να παροτρύνει και να ενθαρρύνει τις γυναίκες ασθενείς και υγιείς, στις μεθόδους πρόληψης διάγνωσης.²⁸

7.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού πρέπει να έχουν ιδιαίτερες γνώσεις και ικανότητες. Η νοσηλευτική ασχολείται μ' αυτό το επίπεδο και ο νοσηλευτής που ασχολείται με αυτό είναι ένας επιστήμονας με εκπαίδευση και αυξημένες κλινικές και θεωρητικές γνώσεις που βασίζονται στην έρευνα.¹²

Οι ειδικές ικανότητες που απαιτούνται είναι η επικοινωνία, η εκπαίδευση, η τροποποίηση της συμπεριφοράς και η υποστήριξη στη λήψη της απόφασης.

- **Επικοινωνία:** με αυτή την ικανότητα, ο νοσηλευτής βοηθάει τις γυναίκες να καταλάβουν τον κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να διευκρινίσουν την αντίληψη των γυναικών για αυτό τον κίνδυνο και να τους παράσχουν προφορικές και γραπτές επεξηγήσεις. Οι νοσηλευτές μπορούν επίσης να εκπαιδεύσουν τις γυναίκες για τις διαθέσιμες γενετικές δοκιμασίες.³⁰

- **Τροποποίηση της συμπεριφοράς:** οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τις γυναίκες στο να αναγνωρίσουν τις προσωπικές τους ανάγκες για δράση και να τις υποστηρίξουν στο να αποκτήσουν υγιεινό τρόπο ζωής. Εκεί που πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία είναι στο να τους καταστήσουν την προσοχή στο να εκτελούν αυτοεξέταση του μαστού κάθε μήνα, όπως και τις άλλες διαγνωστικές εξετάσεις για τον καρκίνο του μαστού που τους έχει προτείνει ο γιατρός τους, ώστε να γίνει άμεση αναγνώριση του καρκίνου και να αντιμετωπιστεί αυτός έγκαιρα. Χρησιμοποιώντας τις αρχές της θεωρίας της αλλαγής της συμπεριφοράς, οι νοσηλευτές μπορούν να παρέχουν καθοδήγηση στην εκτίμηση πολλών παραγόντων που επηρεάζουν την υγιεινή πρακτική, παρέχοντας την κατάλληλη συμβουλευτική και εκτιμώντας τα αποτελέσματα.³¹

- **Υποστήριξη στη λήψη απόφασης:** οι νοσηλευτές μπορούν να προτείνουν νέες επιλογές, όπως είναι η χημειοπροφύλαξη, που είναι διαθέσιμες για τις γυναίκες που βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού και να καταστήσουν ικανές τις γυναίκες να λάβουν αποφάσεις που να έχουν συνέπεια με τις προσωπικές τους αξίες. Οι αποφάσεις σχετικά με την χημειοπροφύλαξη, τη γενετική συμβουλευτική και την προφυλακτική μαστεκτομή είναι κάποια από τα θέματα στα οποία ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει παρέχοντας τις κατάλληλες πληροφορίες σχετικά με την αξία του καθενός και να καταστήσει ικανές τις ενδιαφερόμενες γυναίκες στη λήψη της σωστής απόφασης.²⁹

- **Εκπαίδευση:** οι νοσηλευτές πρέπει να γνωστοποιούν τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Για παράδειγμα μπορεί να κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας αφού γνωρίζουμε ότι η διατροφή αποτελεί τη βασικότερη ίσως παράμετρο του μικροπεριβάλλοντος και για το λόγο αυτό θεωρείται πιθανός αιτιολογικός παράγοντας. Οι νοσηλευτές πρέπει να μεταφέρουν το μήνυμα ότι οι γυναίκες πρέπει να προσέρχονται στα ειδικά κέντρα για περιοδικές

εξετάσεις ενώ παράλληλα να προσπαθούν να τις απαλλάξουν από την καρκινοφοβία και το φάσμα του θανάτου. Πρέπει να διαφωτίσουν το κοινό πως ο καρκίνος του μαστού δεν οδηγεί στο θάνατο αν διαγνωστεί αμέσως και αν θεραπευθεί έγκαιρα.³¹

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

- α) Η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.
- β) Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40^ο έτος.
- γ) Η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.
- δ) Η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα.
- ε) Η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση νοσηλευτριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.
- στ) Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιορισθούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.³²

7.3 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Όταν δεν υπάρχουν ή δεν έχουν εφαρμοσθεί μέτρα για την πρωτογενή πρόληψη, η επίδραση του αιτιολογικού παράγοντα στον άνθρωπο δημιουργεί μια αλυσίδα από βλάβες που οδηγούν τελικά στην εμφάνιση της νόσου, η οποία εκδηλώνεται με υποκειμενικά συμπτώματα και αντικειμενικά σημεία. Η μετάβαση της ασθενούς στο γιατρό γίνεται κατά κανόνα, αφού εκδηλωθεί η νόσος και τότε μπορεί να είναι πολύ αργά. Στη δευτερογενή πρόληψη, γίνεται προσπάθεια να διαγνωσθεί η ύπαρξη της νόσου έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανισθούν τα συμπτώματα, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε βαριές και μερικές φορές ανίατες μορφές. Επομένως η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.⁸

Διαλογή – Screening → είναι η προκαταρκτική αναγνώριση ασυμπτωματικών νοσημάτων ή ανωμαλιών με την εφαρμογή κλινικών, παρακλινικών ή εργαστηριακών εξετάσεων που μπορούν να γίνουν εύκολα, φθηνά και γρήγορα.

Μαζική ή Γενική Διαλογή – Mass Screening → ορίζεται η διαλογή που εφαρμόζεται στο σύνολο του πληθυσμού μιας περιοχής ή σ' ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού αυτού.²⁶

Τα προγράμματα screening βασίζονται στα εξής:

- Η ασθένεια έχει συγκεκριμένα προσδιοριζόμενα χαρακτηριστικά.
- Υπάρχουν αποτελεσματικές μέθοδοι και προληπτικές εξετάσεις για την εντόπιση του καρκίνου, σε όλες τις φάσεις της εξέλιξής του.
- Το κοινό πρέπει να γνωρίζει και να συμμετέχει στα προγράμματα, καθώς και να γίνει γνωστή η αξία τους για την πρόληψη του καρκίνου.
- Είναι δυνατός ο προσδιορισμός πληθυσμού ή ομάδων ασθενών, στους οποίους απαντάται επίδραση παραγόντων κινδύνου.¹²

Μερικά κριτήρια, τα οποία πρέπει να ληφθούν υπόψη για την εκτίμηση της καταλληλότητας των προγραμμάτων περιοδικού προληπτικού ελέγχου, είναι ότι τα προγράμματα αυτά είναι:

- Διαθέσιμα και εφαρμόσιμα σε πολλούς ανθρώπους.
- Δεν κοστίζουν ακριβά.
- Εύκολα στην εφαρμογή και απλά τεχνικώς.
- Ακριβή στην πρώιμη εντόπιση.
- Αναγνωρισμένης αξίας.
- Παραγωγικά ως προς τη γρήγορη απόδοση εφικτών αποτελεσμάτων.
- Ανώδυνα.
- Εφαρμοζόμενα από νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο μπορεί να πραγματοποιήσει και να συνδυάσει προληπτική διδασκαλία.¹²

7.3.1 ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για τη σημασία της προσυμπτωματικής διάγνωσης στη δευτερογενή πρόληψη του ΚΜ. Όταν μια γυναίκα

αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα με τους μαστούς της, αποφασίζει σχετικά εύκολα να προσέλθει για εξέταση, όταν όμως πρόκειται για προσυμπτωματικό έλεγχο είναι πράγματι πρόβλημα, γιατί αφορά σε γυναίκες φαινομενικά υγιείς, δύσκολα πείθονται να προσέρχονται τακτικά για εξέταση επί μακρό χρονικό διάστημα. Συνεπώς, το μεγαλύτερο -και ίσως το σπουδαιότερο- βήμα για την επιτυχία ενός τέτοιου περιοδικού προληπτικού ελέγχου αποτελεί η προσέλευση υγιών γυναικών για το σκοπό αυτό. Η κινητοποίηση όμως φυσιολογικών γυναικών δεν είναι καθόλου εύκολη και η δυσκολία αυτή δεν πρέπει να υποτιμάται από τους φορείς που πρόκειται να διενεργήσουν τον έλεγχο. Πρέπει συνεπώς να δημιουργηθούν κίνητρα για το σκοπό αυτόν και τα ερεθίσματα για την προσέλευση των γυναικών πρέπει να είναι συχνά.³³

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

Για τη διενέργεια του περιοδικού προληπτικού ελέγχου, απαιτείται συνήθως η συνεργασία πολλών ατόμων με τη βοήθεια ενός ή και περισσότερων μεθόδων ή μηχανημάτων.³⁰

Κύριος σκοπός του ελέγχου δεν είναι η συγκεκριμένη διάγνωση, αλλά η ανίχνευση ανωμαλιών, οι οποίες στη συνέχεια θα διερευνηθούν από ειδικούς γιατρούς, για να τεθεί τελικά η διάγνωση.

Η εξέταση του μαστού συνήθως περιλαμβάνει:

- α. Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό)
- β. Γενική φυσική εξέταση
- γ. Κλινική εξέταση (επισκόπηση - ψηλάφηση)
- δ. Αιματολογικές εξετάσεις
- ε. Μαστογραφία

Στις μεθόδους προσυμπτωματικού ελέγχου δεν πρέπει να παραλείψουμε να σημειώσουμε τη μεγάλη συμβολή μιας άλλης μεθόδου, περισσότερο αποδεκτής από τις γυναίκες και περισσότερο εφικτής ως προς την πραγματοποίησή της και το διάμεσο χρόνο επανάληψής της, της αυτοεξέτασης του μαστού.³¹

7.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η συμβολή του νοσηλευτή στη δευτεροβάθμια πρόληψη είναι μεγάλη ιδίως στη: 1) λήψη ενός καλού ιστορικού, 2) στην πραγματοποίηση ή στην βοήθεια πραγματοποίησης της κλινικής εξέτασης και 3) στη διδασκαλία της αυτοεξέτασης του μαστού.²⁹

- 1) Νοσηλευτικό ιστορικό. Πρέπει να λαμβάνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα και με οργανωμένο τρόπο ακολουθώντας κάποια καθοδηγητική δομή. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι ευχάριστη και άνετη κατά τη διάρκεια της συνέντευξης της ασθενούς και ικανή να την καθοδηγεί σε μια ανταλλαγή πληροφοριών, στην οποία θα βασισθεί η πορεία αντιμετώπισης της εξεταζόμενης.
- 2) Πραγματοποίηση ή βοήθεια πραγματοποίησης της κλινικής εξέτασης. Όσο σημαντική είναι η αξία ενός καλού ιστορικού άλλο τόσο σημαντικό για την πρώιμη διάγνωση της νόσου είναι και μια καλή κλινική εξέταση. Βασικές πράξεις που πρέπει να κάνει ο νοσηλευτής είναι:
 - εξηγεί στην ασθενή τι πρόκειται να γίνει και να της εμπνέει διάθεση συνεργασίας,
 - συνιστά να πάει στην τουαλέτα, για την κένωση της ουροδόχου κύστης ώστε να διευκολύνει την εξέταση,
 - την προστατεύει με παραβάν και φροντίζει για την αφαίρεση ορισμένων ενδυμάτων που θα παρεμποδίζουν την εξέταση, την καλύπτει όμως αν βρίσκεται σε ύπτια θέση με σεντόνι ή κουβέρτα νοσηλείας ώστε να μην εκτεθεί περισσότερο από ό,τι χρειάζεται,
 - κλείνει τα παράθυρα για να μην κρυώνει η ασθενής και εξασφαλίζει απόλυτη ησυχία,
 - εξασφαλίζει καλό φωτισμό,
 - τη βοηθάει με επαρκείς εξηγήσεις να πάρει την κατάλληλη θέση για το είδος της κλινικής εξέτασης.
- 3) Αυτοεξέταση των μαστών (ΑΕΜ). Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να εξηγήσει τους λόγους που καθιστούν την αυτοεξέταση του μαστού απαραίτητη. Οι πιο βασικοί είναι ότι το ετήσιο χρονικό διάστημα της προληπτικής εξέτασης από τον ιατρό είναι μεγάλο για το μαστό ο οποίος

κινδυνεύει από καρκίνο, καθώς επίσης η γυναίκα λαμβάνει μια εικόνα για το μαστό της και δύναται να διαπιστώσει έγκαιρα ενδεχόμενες μεταβολές.

Πλεονεκτήματα ΑΕΜ:

- είναι μέθοδος πρώιμης διάγνωσης και πρόληψης του καρκίνου του μαστού,
- είναι εύκολη στην εφαρμογή της,
- είναι ακίνδυνη,
- δεν κοστίζει τίποτα, χρειάζονται μόνο 5 λεπτά τα οποία ίσως αποδειχθούν καθοριστικά,
- επιτρέπει την αναγνώριση μικρών ογκιδίων στο μαστό και εδώ βρίσκεται η σημασία της.¹²

Η αυτοεξέταση θα πρέπει να γίνεται στην ίδια πάντα φάση του κύκλου και κατά προτίμηση 2-3 ημέρες μετά το τέλος της έμμηνης ρήσης όταν οι ορμονικές επιδράσεις στο μαστό ελαχιστοποιούνται.

Οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση πρέπει να συνηθίσουν την αυτοεξέταση μια ορισμένη ημέρα κάθε μήνα π.χ. την πρώτη ημέρα του μήνα ή μια άλλη μέρα που τους είναι εύκολο να θυμούνται.³⁴

Τρόπος διενέργειας της ΑΕΜ

Η νοσηλεύτρια είναι αυτή που πρώτη θα έρθει σε επαφή με την εξεταζόμενη γυναίκα και θα κερδίσει την εμπιστοσύνη της. Αυτή θα την ενημερώσει για την ύπαρξη της ΑΕΜ και για τα πλεονεκτήματά της και, αφού λύσει απορίες και δισταγμούς, θα προχωρήσει στην τεχνική της ΑΕΜ. Από τη νοσηλεύτρια, τις γνώσεις της και την ικανότητα διδασκαλίας και μετάδοσης γνώσεων θα εξαρτηθούν η αποδεκτικότητα της ΑΕΜ από τη γυναίκα και το κατά πόσο θα εφαρμοσθεί σωστά. Η ΑΕΜ αρχίζει με την επισκόπηση και τελειώνει με την ψηλάφηση του μαστού.

α. Επισκόπηση

Το πρώτο βήμα στην ΑΕΜ είναι η προσεκτική επισκόπηση των μαστών μπροστά σε έναν καθρέπτη. Η γυναίκα γυμνή από τη μέση και πάνω παρατηρεί τους μαστούς της σε όρθια στάση με τα χέρια κάτω, με τα χέρια στη μεσολαβή πιέζοντας σφικτά πάνω στη λεκάνη και με προτεταμένο το θώρακα, με τα χέρια στην ανάταση και, τέλος, με τα χέρια πίσω και γέρνοντας προς τα εμπρός, ώστε οι μαστοί να αιωρούνται κάπως.³⁵

Σε αυτές τις τέσσερις θέσεις υπάρχει πλήρης εποπτεία του μαστού από την αυτοεξεταζόμενη. Οι γυναίκες πρέπει να εφησυχάζουν για την ανισότητα στο μέγεθος των μαστών που πολλές από αυτές έχουν και που μπορεί να ανακαλύψουν για πρώτη φορά, όταν παρατηρήσουν τους μαστούς τους προσεκτικά. Πρέπει να τους συστήσουμε να ψάχνουν για ασυμμετρία στα περιγράμματα των μαστών και για ρίκνωση ή εισολκή του δέρματος ή όψη αυτού «εν είδει φλοιού πορτοκαλιού» καθώς και για χρόνια ερυθρότητα και πάχυνση του επιθηλίου της θηλής ή διάβρωση της επιφάνειάς της, ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από κνησμό.¹²

Εισολκή της θηλής που δεν μπορεί να αναστραφεί είναι σημαντικό σημείο ΚΜ. Αυτόματη ορώδης ή αιματηρή ρύση από τη θηλή είναι συνήθως σημείο της νόσου και χρειάζεται χειρουργική εξέταση. Ελέγχεται επίσης η τοπική αγγειοβρίθεια και αξιολογείται ανάλογα η αύξησή της.³³

β. Ψηλάφηση

Το δεύτερο βήμα στην ΑΕΜ είναι να ξαπλώσει η γυναίκα σε κρεβάτι ή καναπέ. Το σύστοιχο χέρι, με την πλευρά που πρόκειται να εξετασθεί πρώτη, πρέπει να υψώνεται πάνω από το κεφάλι και ένα μικρό μαξιλάρι ή μια τυλιγμένη πετσέτα του μπάνιου να τοποθετείται κάτω από το σύστοιχο ώμο. Αυτό ανεβάζει τον ώμο και μετατοπίζει το μαστό προς τα έξω έτσι, ώστε αυτός να ισορροπεί και να επιπεδώνεται. Εάν ο ώμος δεν σηκωθεί, ο μαστός γέρνει προς τα έξω και διπλώνει, κάνοντας δύσκολη την ψηλάφηση του έξω ημιμορίου εξαιτίας της αυξημένης του πυκνότητας. Σε αυτή την ύπτια θέση, η ψηλάφηση στο έξω ημιμόριο του μαστού ξεκινά με την παλαμιαία επιφάνεια των δακτύλων του αντίθετου χεριού. Η ψηλάφηση πρέπει να είναι λεπτή, γιατί η ευαισθησία είναι πολύ μεγαλύτερη με την πολύ λεπτή ψηλάφηση. Λίγη

σκόνη ταλκ στα δάκτυλα το κάνει να γλιστρούν πιο εύκολα πάνω από το δέρμα του μαστού και αυξάνει την ψηλαφητική ευαισθησία.²⁸

Η όλη έκταση του έσω ημιμορίου του μαστού ερευνάται με την παλάμη που ακολουθεί τα ίχνη εγκάρσιων γραμμών από τη γραμμή της θηλής προς το στερνικό άκρο, αρχίζοντας ακριβώς κάτω από την κλείδα και κατεβαίνοντας προς την έσω μαστική πτυχή.

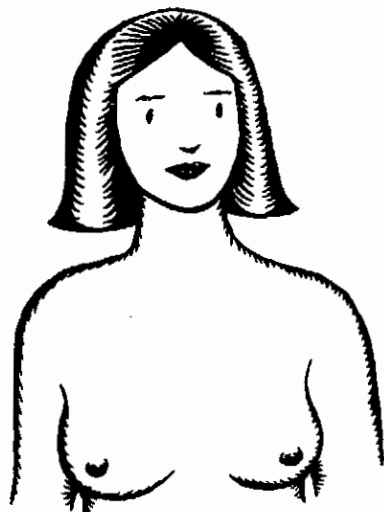
Ο μαζικός αδένας μπορεί να εκτείνεται μέχρι την κλείδα και προς τα έσω του στέρνου σαν λεπτό φύλλο, μικροί όγκοι του μαστού που φθάνουν μέχρι την περιφέρειά του μπορεί να φαίνονται ότι είναι τόσο επιπολής, ώστε να εκλαμβάνονται συχνά σαν αθώες δερματικές βλάβες. Συγκεκριμένος όγκος οπουδήποτε στο μαστό πρέπει να εξετάζεται σαν εκδήλωση νόσου.³⁶

Έχοντας συμπληρώσει την ψηλάφησή της στο έσω ημιμόριο του μαστού και του κατώτερου άκρου, η γυναίκα είναι έτοιμη να εξετάσει το έξω ημιμόριο του μαστού και ακολούθως τη μασχάλη. Σε αυτή τη φάση, είναι προτιμότερο να έχει το χέρι κάτω στην πλευρά. Στη θέση αυτή, το άνω έξω τμήμα του μαστού είναι πιο ακραίο και γι' αυτό πιο προσιτό. Η παλάμη ερευνά όλη την έκταση του έξω ημιμορίου του μαστού, ακολουθώντας τα ίχνη μιας σειράς γραμμών από την πλευρική άκρη του μαστού προς τη γραμμή της θηλής, - κατά προτίμηση, ξεκινώντας από την υπομαστική ακρολοφία και ανεβαίνοντας προς τη μασχάλη.

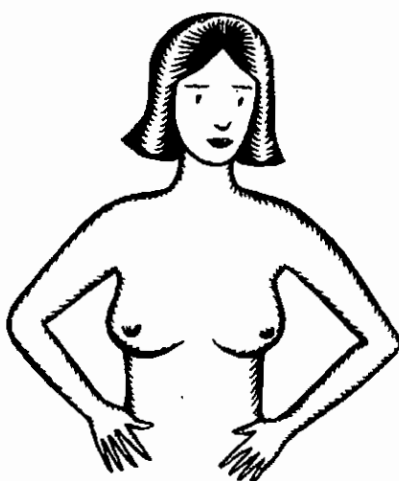
Η εξέταση τελειώνει στο άνω έξω τμήμα του μαστού, το οποίο είναι και το πιο δύσκολο στην εξέταση, επειδή είναι το πιο συμπαγές τμήμα του μαστού. Αυτό το τμήμα, συχνότερα από οποιοδήποτε άλλο, εμφανίζει οζιδιακή ανάπτυξη που προκαλεί ανησυχία, αλλά συχνά βρίσκεται μέσα στα φυσιολογικά όρια. Είναι επίσης το τμήμα, στο οποίο οι καρκίνοι ανευρίσκονται συχνότερα. Για όλα αυτά, το τμήμα αυτό του μαστού πρέπει να συγκεντρώνει τη μεγαλύτερη προσοχή σε κάθε εξέταση. Άλλος τρόπος εξέτασης είναι κατά νοητούς ομόκεντρους κύκλους, αρχίζοντας από το άνω έσω τεταρτημόριο και καταλήγοντας στο άνω έξω και από την περιφέρεια προς τη θηλή του μαστού χωρίς να παραλείπεται φυσικά η μασχάλη.¹⁴

Η εξέταση κάθε μαστού διαρκεί περίπου 3 min. Οι περισσότερες γυναίκες μάλλον απογοητεύονται από την ψηλάφηση των μαστών τους στην όρθια θέση. Αν ο μαστός είναι μεσαίου μεγέθους ή μεγαλύτερος, η ψηλάφηση είναι πιο δύσκολη στην όρθια θέση παρά στην ύπτια.

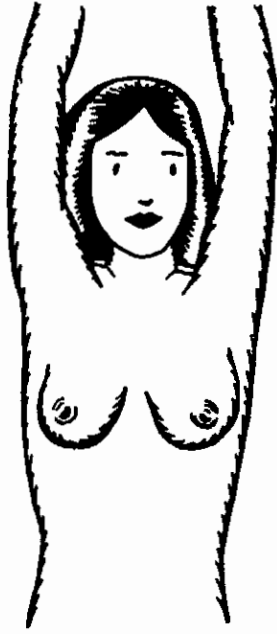
Τέλος πρέπει να συνιστούμε την εξέταση της θηλής. Η θηλαία άλως και η θηλή ψηλαφώνται για ύπαρξη μάζας, έκκριση, ευαισθησία. Οφείλουμε να κάνουμε γνωστό ότι το μέγεθος της θηλής μικραίνει με τα χρόνια.³⁷



Σταθήτε όρθια με τα χέρια κάτω



**Με τα χέρια στη μεσολαβή, σφίξτε το θώρακα και τους βραχίονες,
πιέζοντας σφικτά τα χέρια στη λεκάνη**



Με τα χέρια στη θέση της ανάτασης



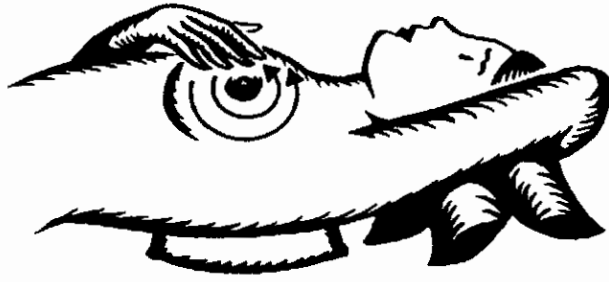
Κλίνετε προς τα εμπρός



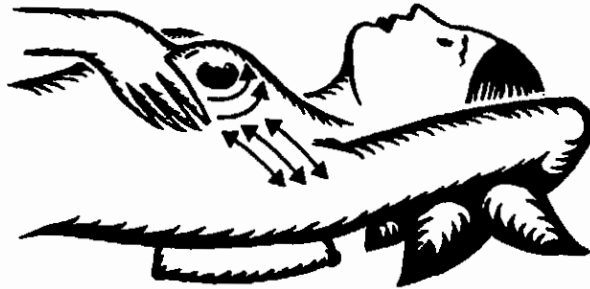
**Ψηλαφήστε το έσω ημιμόριο του μαστού, από πάνω προς τα κάτω,
σύμφωνα με το σχέδιο**



**Ψηλαφήστε το έξω ημιμόριο του μαστού, από πάνω προς τα κάτω,
όπως δείχνει το σχέδιο**



Ψηλαφήστε το μαστό κυκλικά, σε ομόκεντρους νοητούς κύκλους και από την περιφέρεια προς τη θηλή



Μην παραλείψετε να εξετάσετε σχολαστικά την περιοχή μεταξύ μαστού και μασχάλης



Ψηλαφήστε προσεκτικά τη μασχάλη

7.5 Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του '70, ο καθηγητής Αλέξανδρος Συμεωνίδης, ιδρυτής του Θεαγενείου Αντικαρκινικού Νοσοκομείου, έχοντας πλήρη επίγνωση της πραγματικότητας, είχε προβλέψει στον οργανισμό του Νοσοκομείου τη λειτουργία ξεχωριστής Κλινικής Μαστού, η οποία από την αρχή της λειτουργίας του Νοσοκομείου ανέλαβε τον καίριο αυτό τομέα ως αυτοτελής Κλινική. Παράλληλα, η Κλινική Μαστού είχε και την ευθύνη λειτουργίας της Μονάδας Προληπτικού Ελέγχου, στην οποία οι γυναίκες εξετάζονται από εξειδικευμένο προσωπικό για παθήσεις του μαστού. Από τα στοιχεία του Νοσοκομείου, πάνω από 8 χιλ. γυναίκες εξετάζονται στο κέντρο αυτό, που προσφέρει τις υπηρεσίες του για πάνω από 20 χρόνια. Παρόμοια κέντρα για προληπτικό έλεγχο των μαστών λειτουργούν από αρκετά χρόνια στη χώρα μας, κυρίως σε σχέση με αντικαρκινικούς φορείς ή και ως αυτοτελείς μονάδες Γενικών Νοσοκομείων, ενώ από τη 10ετία του '90 γίνονται αξιόλογες προσπάθειες για κάλυψη της επαρχίας με Κινητές Μονάδες.²⁵

Παίρνοντας ως δεδομένο ότι οι ομάδες γυναικών 50-70 ετών αντιπροσωπεύουν συνήθως το 8 με 9% του γενικού πληθυσμού, υπολογίζεται ότι, εάν εφαρμοστεί στην Ελλάδα μαζικός έλεγχος, θα πρέπει να καλύψει περίπου 900.000 γυναίκες. Παίρνοντας, επίσης, ως δεδομένο, ότι ένα κέντρο προληπτικού ελέγχου, με σωστή οργάνωση, υποδομή και στελέχωση, μπορεί να καλύπτει ετησίως περίπου 10.000 γυναίκες, βγαίνει το συμπέρασμα ότι θα πρέπει στην Ελλάδα να λειτουργήσουν περίπου 100 αντίστοιχες μονάδες. Η κατανομή των μονάδων αυτών, βέβαια, θα πρέπει να είναι τέτοια που να καλύπτει τόσο τα αστικά ή ημιαστικά κέντρα όσο και απομακρυσμένες περιοχές με απομονωμένες κοινότητες της ορεινής ή νησιωτικής χώρας.²³ Από εκεί και πέρα, η οργάνωση θα πρέπει να προβλέπει τον τρόπο και τόπο της περαιτέρω διερεύνησης, δηλαδή η κάθε μαστογραφική μονάδα θα πρέπει να συνδέεται με μόνιμη βάση με αντίστοιχη δευτεροβάθμια μονάδα, ώστε η περαιτέρω αντιμετώπιση του κάθε περιστατικού να γίνεται σε λογικά σύντομο χρονικό διάστημα για να μπορούμε να μιλάμε για προληπτικό έλεγχο, δηλαδή να προλαμβάνουμε τον καρκίνο (ανεύρεση και αντιμετώπιση) σε αρχικά στάδια. Τέλος, θα πρέπει να γίνεται συνεχής συγκέντρωση και ανάλυση των αποτελεσμάτων κατά διαμέρισμα της χώρας αλλά και από την κεντρική

υπηρεσία για εξαγωγή συμπερασμάτων, σε μια προσπάθεια βελτίωσης του προγράμματος για μεγαλύτερη ανταποδοτικότητα.

Μέχρι να καθιερωθεί σε κρατικό επίπεδο ένα πρόγραμμα που να καλύπτει όλες τις Ελληνίδες, ίσως θα έπρεπε να κάνουμε ένα είδος αυτοκριτικής και να αναρωτηθούμε πόσο πιέζουμε ή τουλάχιστον πόσο ενθαρρύνουμε τις γυναίκες του περιβάλλοντός μας να καθιερώσουν για τον εαυτό τους η καθεμιά τον προληπτικό έλεγχο, διδάσκοντας την αυτοεξέταση των μαστών ή διανέμοντας και σχετικά φυλλάδια πάνω στο θέμα.²⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Συχνά η έκβαση της μάχης με τον καρκίνο του μαστού κρίνεται από το πότε τίθεται η διάγνωση και κατά συνέπεια από το πότε αρχίζει η κατάλληλη θεραπεία. Πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού σημαίνει έγκαιρη έναρξη της θεραπείας και πολύ καλύτερη έκβαση της νόσου. Επομένως αυτό που μπορεί η κάθε γυναίκα να κάνει για να βοηθηθεί όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού είναι να επιτύχει την πρώιμη διάγνωσή του, εάν συμβεί να προσβληθεί. Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι 1) κλινική, 2) εργαστηριακή, 3) εγχειρητική.³⁸

8.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η κλινική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει: α) το ιστορικό, β) την επισκόπηση, γ) την ψηλάφηση.

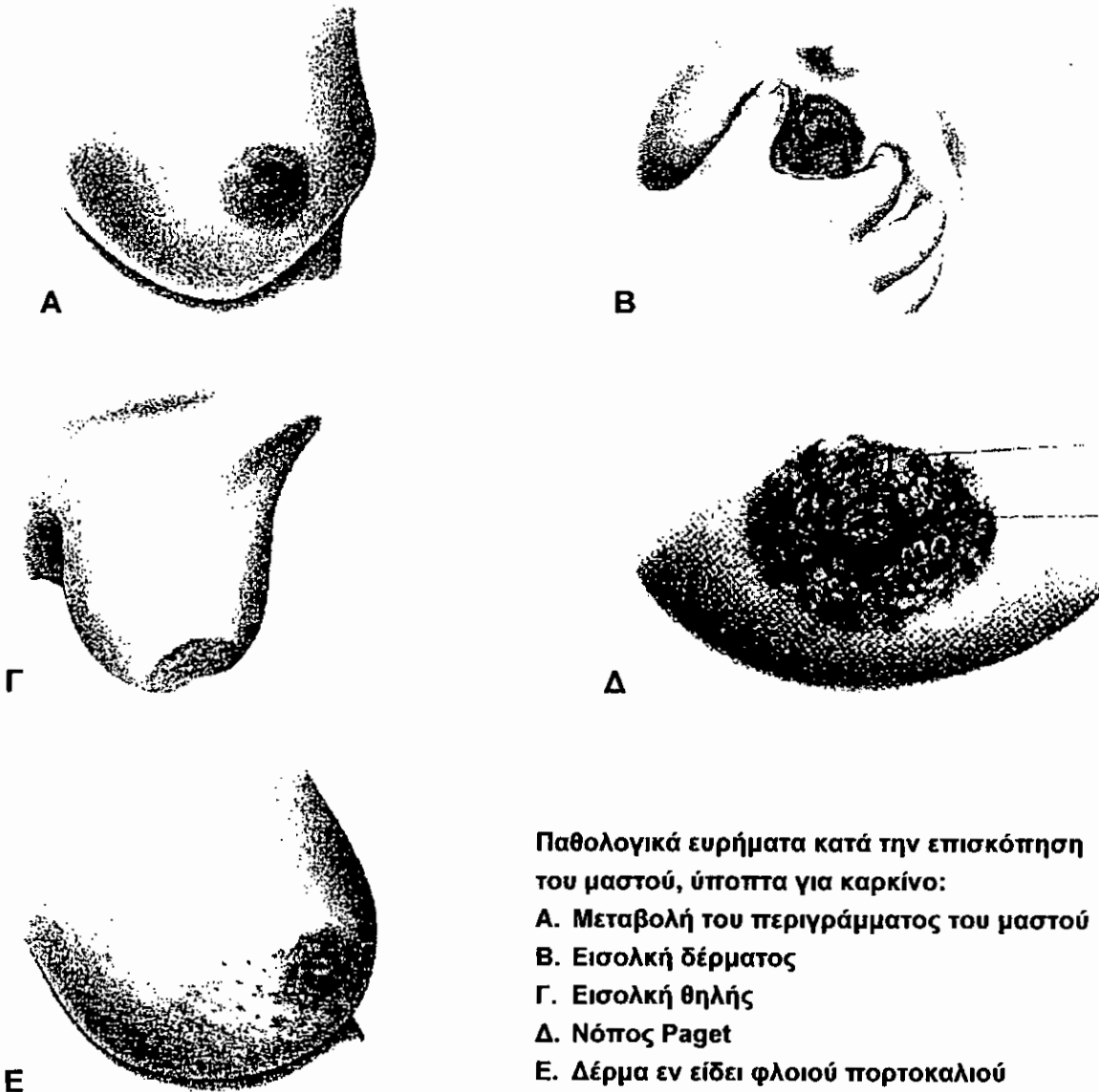
α) Ιστορικό:

Με το ιστορικό παίρνουμε πληροφορίες για την πάθηση που αναφέρει η άρρωστη. Ο αριθμός των πληροφοριών αυτών και η αξία τους εξαρτώνται πάρα πολύ από τον εξεταστή και τον τρόπο της εξέτασής του. Η πρώτη επαφή είναι πολύ σημαντική γι' αυτό οι ερωτήσεις πρέπει να γίνονται με τέτοιο τρόπο ώστε η άρρωστη να αισθάνεται άνεση και αισιοδοξία για την αντιμετώπιση της πάθησής της. Οι βασικές πληροφορίες που πρέπει να μάθουμε είναι:

- Ηλικία
- Επάγγελμα
- Συζυγική κατάσταση
- Καταμήνιο, μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό
- Οικογενειακό ιστορικό (αλλά άτομα οικογένειας με καρκίνο μαστού)
- Προηγούμενη πάθηση μαστού
- Ιστορικό λήψης αντισυλληπτικών
- Πρόσφατος θηλασμός
- Διαιτητικές συνήθειες¹³

β) Επισκόπηση:

Κατά την επισκόπηση ελέγχονται οι μαστοί της γυναίκας για μεταβολές της συμμετρίας, του μεγέθους ή του περιγράμματός τους και για αλλοιώσεις του δέρματος ή της θηλής (ερυθρότητα, εξέλκωση, πάχυνση του δέρματος, εισολκή θηλής, έκκριμα από τη θηλή, εισολκή δέρματος ή δέρμα εν είδει φλοιού πορτοκαλιού). Η επισκόπηση γίνεται με την άρρωστη σε τέσσερις διαφορετικές θέσεις: με τα χέρια της δίπλα στο σώμα της, με τα χέρια πάνω από το κεφάλι της, με τα χέρια της να ακουμπούν στη μέση της και τέλος με τη γυναίκα να σκύβει προς τα εμπρός. Η τελευταία αυτή θέση της γυναίκας κατά την επισκόπηση μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη όταν οι μαστοί είναι αρκετά μεγάλοι και μπορεί στη θέση αυτή να αποκαλυφθούν ασυμμετρίες του μαστού ή εισολκή του δέρματος ή της θηλής που δεν είναι ορατή στις άλλες θέσεις.²⁵



Παθολογικά ευρήματα κατά την επισκόπηση του μαστού, ύποπτα για καρκίνο:

- A. Μεταβολή του περιγράμματος του μαστού
- B. Εισολκή δέρματος
- Γ. Εισολκή θηλής
- Δ. Νόσος Paget
- Ε. Δέρμα εν είδει φλοιού πορτοκαλιού (peau d' orange)

γ) Ψηλάφηση:

Η ασθενής ξαπλώνει σε ύπτια θέση. Η ψηλάφηση γίνεται με ελαφρά συμπίεση του μαστού πάνω στο θωρακικό τοίχωμα και με ελαφρές κυκλοτερείς κινήσεις, αν και μπορεί να γίνει και με άλλους τρόπους. Αν οι μαστοί είναι αρκετά μεγάλοι, προκειμένου να γίνει ψηλάφηση των βαθύτερων τμημάτων τους συνήθως απαιτείται να εξασκηθεί μεγαλύτερη πίεση κατά τη ψηλάφηση. Η ψηλάφηση θα πρέπει να γίνεται συστηματικά, σε όλο το μαστό, συμπεριλαμβανομένης της περιφέρειας του μαστού, της λεγόμενης ουράς του Spencer (είναι το τμήμα του μαστού που «ανεβαίνει» προς τη μασχάλη) και της περιοχής της θηλής / θηλαίας άλω.⁷ Κατά την ψηλάφηση αναζητάται η ύπαρξη σκληρίας, ευαισθησίας κατά την ψηλάφηση και μάζας (όγκου). Αν κατά την ψηλάφηση διαπιστωθεί ότι υπάρχει όγκος θα πρέπει να περιγραφούν οι χαρακτήρες του [εντόπιση στο μαστό (συνήθως σε ποιο τεταρτημόριο του μαστού βρίσκεται), μέγεθος, σχήμα, σύσταση (π.χ. αν είναι μαλακός ή ελαστικός όγκος ή σκληρής συστάσεως), όρια (σαφή ή ασαφή), κινητικότητα (κινητός ή όγκος καθηλωμένος στο δέρμα ή στο θωρακικό τοίχωμα), αν είναι επώδυνος ή ανώδυνος, αν υπάρχει μόνο στον ένα μαστό ή αν ανάλογη μάζα υπάρχει και στον άλλο].



Μέθοδοι ψηλάφησης του μαστού

A. Με κινήσεις από πάνω προς τα κάτω

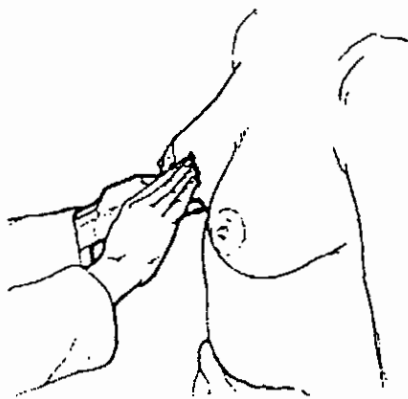
B. Κυκλικές κινήσεις

Γ. Ακτινοειδείς κινήσεις

Θα πρέπει να τονιστεί ότι δεν έχει ιδιαίτερη σημασία ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η ψηλάφηση. Σημασία έχει να γίνεται προσεκτικά, συστηματικά και να ελέγχεται ολόκληρος ο μαστός.

Όγκοι σκληρής σύστασης, ανώδυνοι, με ασαφή όρια, που διηθούν στο δέρμα ή το θωρακικό τοίχωμα είναι κατά πάσα πιθανότητα καρκίνοι. Θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα ότι - αν και συνήθως ο καρκίνος δεν συνδυάζεται με πόνο - ο συνδυασμός μιας μάζας με πόνο δεν αποκλείει το ενδεχόμενο του καρκίνου και επίσης ότι περίπου 1% των καρκίνων του μαστού είναι αμφοτερόπλευροι, αναπτύσσονται δηλαδή και στους δύο μαστούς. Επισημαίνεται ότι σε περιπτώσεις που οι μαστοί είναι πολύ μεγάλου μεγέθους, η ψηλάφηση μπορεί να γίνει αμφίχειρα με την άρρωση σε όρθια θέση.⁷

Μετά την εξέταση του μαστού ακολουθεί η εξέταση της μασχάλης. Κατά την επισκόπηση παρατηρείται το δέρμα της μασχάλης για τυχόν ερυθρότητα ή άλλα σημεία φλεγμονής. Η ψηλάφηση της μασχάλης είναι δυνατόν να γίνει και με την άρρωση ξαπλωμένη σε ύπτια θέση, συχνά όμως προτιμάται η άρρωση να είναι καθιστή.



Αμφίχειρη ψηλάφηση του μαστού, με τη γυναίκα καθιστή

Για να εξεταστεί η αριστερή μασχάλη, η άρρωση χαλαρώνει έχοντας το αριστερό της χέρι κάτω υποβασταζόμενο από το χέρι του γιατρού.³⁹ Με το δεξιό του χέρι ο γιατρός ψηλαφά τη μασχάλη, προσπαθώντας να φτάσει όσον το δυνατόν ψηλότερα στην κορυφή της μασχάλης. Στη θέση αυτή τα δάχτυλα του γιατρού πρέπει να βρίσκονται πίσω από τους θωρακικούς μυς, με κατεύθυνση προς το μέσον της κλείδας. Στην συνέχεια η κατεύθυνση της πίεσης αλλάζει (πίεση προς το θωρακικό τοίχωμα) ενώ ταυτόχρονα τα δάχτυλα σύρονται προς τα κάτω, παραμένοντας πάντα με ελαφρά πίεση πάνω στο θωρακικό τοίχωμα. Στην φάση αυτή είναι δυνατόν να γίνουν

ψηλαφητοί οι κεντρικοί λεμφαδένες, που είναι αυτοί που γίνονται ευκολότερα αντιληπτοί, ακόμη και όταν είναι μικρότεροι του 1 εκατοστού, ιδιαίτερα όταν είναι σκληρής συστάσεως. Διογκωμένοι λεμφαδένες (διάμετρος μεγαλύτερη του 1 εκατοστού) και σκληρής συστάσεως, καθηλωμένοι στο δέρμα ή στους παρακείμενους ιστούς ή μεταξύ τους («block» λεμφαδένων) είναι ισχυρή ένδειξη ότι είναι προσβεβλημένοι από καρκίνο.¹⁷



Ψηλάφηση της μασχάλης

Ο γιατρός ακόμη προσπαθεί με την ψηλάφηση να ανιχνεύσει τυχόν διογκωμένους λεμφαδένες και σε άλλες θέσεις, όπως π.χ. υπερκλείδιοι, υποκλείδιοι ή τραχηλικοί λεμφαδένες που μπορεί να είναι προσβεβλημένοι από τη νόσο. Με τη βοήθεια της ψηλάφησης μπορεί να διαπιστώσει και πάλι αν είναι ένας ή πολλοί οι διογκωμένοι λεμφαδένες, καθώς επίσης και αν είναι σκληρής ή μαλακής υφής, κινητοί ή καθηλωμένοι. Ψηλαφώντας τη θηλή ο γιατρός προσπαθεί να επιβεβαιώσει τυχόν αναφερόμενη έκκριση από τη θηλή, και να εντοπίσει -αν είναι δυνατόν- από ποιόν γαλακτοφόρο πόρο προέρχεται η έκκριση αυτή. Η ψηλάφηση περιλαμβάνει επίσης ψηλάφηση της κοιλιάς για την ανίχνευση τυχόν διόγκωσης του ήπατος που θα μπορούσε να οφείλεται σε ενδεχόμενες ηπατικές μεταστάσεις, αν και αυτό είναι σπάνιο.

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να εμφανιστεί με διάφορους τρόπους και διάφορες κλινικές εκδηλώσεις.³⁴



ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΙ
ΥΠΕΡΚΛΕΙΔΙΟΙ
ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΟΙ
ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΙ

↙ ΕΣΩ ΜΑΣΤΙΚΟΙ

Ομάδες λεμφαδένων που είναι δυνατόν να προσβληθούν από τον καρκίνο του μαστού. Κατά την κλινική εξέταση ελέγχονται ψηλαφητικά – εκτός από τους μασχαλαίους – και οι τραχηλικοί, οι υπερκλειδίοι και οι υποκλειδίοι λεμφαδένες για την ανίχνευση τυχόν λεμφαδενικών μεταστάσεων, όπως επίσης και το ήπαρ για τυχόν ηπατικές μεταστάσεις.

8.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- **Μαστογραφία:** είναι η μέθοδος με την οποία επιτυγχάνεται η απεικόνιση των διαφόρων φυσιολογικών και παθολογικών στοιχείων του μαστού σε ακτινογραφικό φιλμ. Γίνεται με Roentgen μηχανήματα που έχουν ειδική λυχνία ακτίνων Roentgen και λέγονται μαστογράφοι.

- Ενδείξεις μαστογραφίας:

- Γυναίκες με σημεία αμφισβητούμενα ή συμπτώματα της ασθένειας από την κλινική εξέταση.
- Προηγηθείσα ριζική μαστεκτομή σε γυναίκες με ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού και ηλικία κάτω από τα 40 χρόνια.
- Υψηλή οικογενής εμφάνιση καρκίνου του μαστού.
- Γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών μια φορά το χρόνο.²³

- **Κίνδυνοι από τη μαστογραφία:**

Η δόση ακτινοβολίας που δέχεται ο μαστός σε μια ικανοποιητική μαστογραφία έχει περιορισθεί τελευταία σε 0,2-0,3 rad στο δέρμα και σε 0,02-0,03 στο μαστό, ποσότητα ασήμαντη για βλαπτική δράση, ιδιαίτερα όταν γίνεται σε σχετικά μεγάλες γυναίκες. Σε γενικές γραμμές 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 μεγάλος κίνδυνος από επανειλημμένες εκθέσεις υπάρχει στις ηλικίες από 9-19 ετών, ενώ πάνω από τα 50, πιθανότατα ο μαστός δεν είναι από πρακτική σκοπιά ευαίσθητος στην ακτινοβολία.¹²

- **Ξηρομαστογραφία:** είναι μια μέθοδος κατά την οποία η όλη διεργασία γίνεται «εν ξηρώ». Χρησιμοποιείται λυχνία Coolidge παραγωγής ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας και αντί για ακτινογραφικό φιλμ χρησιμοποιούνται ειδικές πλάκες αλουμινίου με επίστρωση σεληνίου. Έτσι η δέσμη των ακτίνων Roentgen προσπίπτει στο μαστό και εξέρχεται με διάφορου βαθμού εξασθένηση ανάλογα με την υφή των διαφόρων στοιχείων του μαστού. Παρέχει μεγαλύτερη ακτινοβολία από τη χαμηλής δόσης μαστογραφία γι' αυτό χρησιμοποιείται ιδιαίτερα σε γυναίκες πάνω των 50 χρόνων.¹⁶

- **Γαλακτοφορογραφία:** είναι μαστογραφικός έλεγχος μετά από έγχυση υδροδιαλυτού σκιαστικού στη θηλή – γαλακτοφόρους πόρους. Η τεχνική είναι απλή και εφαρμόσθηκε για πρώτη φορά από τον Hichen. Γίνεται διαστολή ενός πόρου στο άκρο της θηλής και εν συνεχεία έγχυση υδροδιαλυτού σκιαστικού με καθετηριασμό ή με βελόνα χωρίς αιχμή και παίρνοντας ακτινογραφίες με το μαστό να βρίσκεται στη θέση της μαστογραφίας. Πρέπει να εφαρμόζεται σε ασθενείς με έκκριση από τη θηλή οροαιματηρού υγρού όταν η παροχέτευση γίνεται με ένα πόρο. Με τη γαλακτοφορογραφία μπορούμε να εντοπίσουμε ακριβώς των ενδοαυλικό όγκο για τη χειρουργική αφαίρεση.¹²

- **Πνευμοκυστογραφία:** η πνευμοκυστογραφία μαζί με τη γαλακτοφορογραφία αποτελούν παρεμβατικούς τρόπους μαστογραφίας. Η πνευμοκυστογραφία είναι η αφαίρεση υγρού από την κύστη του μαστού και η εισαγωγή αέρος. Δηλαδή γίνεται μαστογραφία ή και υπερηχοτομογραφία και στην απεικονισμένη κύστη γίνεται παρακέντηση, αφαίρεση του περιεχομένου και εισαγωγή αέρος. Ακολουθεί μαστογραφικός έλεγχος. Με την πνευμοκυστογραφία ελέγχεται η ομαλότητα του τοιχώματος της κύστεως και μπορεί να αποκαλυφθούν ενδοκυστικοί όγκοι.⁸

- **Υπερηχογράφημα:** το υπερηχογράφημα του μαστού αποδείχθηκε μια χρήσιμη εξέταση που παίζει σπουδαίο ρόλο ως συμπλήρωμα της κλινικής εξέτασης και της μαστογραφίας. Είναι μια χαμηλού κόστους τεχνική. Είναι 95-99% ακριβής για διάγνωση κύστεων αλλά δεν είναι οριστική στον αποκλεισμό κακοήθειας.¹²

- **Θερμογραφία:** είναι η μέθοδος με την οποία μπορεί να γίνει φωτογραφική απεικόνιση της θερμοκρασίας της επιφάνειας του μαστού και εκπέμπεται σαν υπέρυθρη ακτινοβολία από το ανθρώπινο σώμα και έτσι έμμεσα παίρνουμε πληροφορίες για την κατάσταση της κυκλοφορίας στα υποκείμενα στρώματα. Σε κακοήθη εξεργασία εμφανίζεται χαρακτηριστική θερμή περιοχή εξαιτίας αυξημένης αιμάτωσης.¹¹

- **Διαφανοσκόπηση:** Χρησιμοποιούμε δυνατό φως στο κάτω μέρος του μαστού σε ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο, έτσι φωτίζεται ο μαζικός ιστός. Οι κύστες διαυγάζουν, ενώ ο συμπαγής όγκος παραμένει αδιαφανής. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνεται εύκολα η ύπαρξη κύστης ή νεοπλασματος.¹¹

- **Καρκινικοί δείκτες (Tumormarker):** Καρκινικοί δείκτες είναι λευκώματα, των οποίων η πυκνότητα σε ύπαρξη ενός κακοήθους όγκου είναι σε υψηλά επίπεδα. Η ανίχνευση αυτών των καρκινικών δεικτών επιτυγχάνεται με αιμοληψία και εξέταση του αίματος σε τελείως εξειδικευμένο εργαστήριο. Οι δείκτες αυτοί σημαίνουν μεγάλη πρόοδο στην διαγνωστική, δεδομένου ότι η άνοδος αυτών προηγείται συχνά αρκετούς μήνες πριν από τα κλινικά συμπτώματα. Σαν πρώτος καρκινικός δείκτης βρήκε εφαρμογή το CEA στη

διάγνωση, πρόκειται για έναν μη εξειδικευμένο καρκινικό δείκτη, ο οποίος ανευρίσκεται σε διάφορους καρκίνους. Αργότερα διαπιστώθηκε ο CA 15-3 για τον καρκίνο του μαστού. Ενδείκνυται προκειμένου να ελέγξουμε την επιτυχία της θεραπείας. Σε επιτυχία πέφτει η τιμή του CA 15-3.⁸

- **Εξετάσεις αίματος:** ο προσδιορισμός των καρκινικών δεικτών είναι μια σύγχρονη εξέταση αίματος. Παράλληλα υπάρχουν επιπλέον «κλασικές» εξετάσεις οι οποίες προσφέρουν διαγνωστικά στοιχεία.

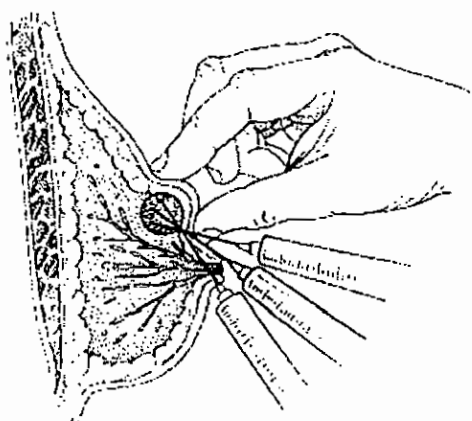
- α) Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών. Σε έναν καρκίνο του μαστού υφίσταται μια επιταχυμένη καθίζηση σε επίπεδα μέσου βαθμού δηλαδή κάτω του 100 κατά την δεύτερη ώρα. Μόνο μια επιτυχημένη καθίζηση δεν είναι αξιόπιστο στοιχείο.⁸
- β) Αλκαλική φωσφατάση. Η αλκαλική φωσφατάση είναι ένα ένζυμο το οποίο δημιουργείται στο ήπαρ και στα οστά και του οποίου οι τιμές αυξάνονται σε παθήσεις του ήπατος, χολής και μεταστάσεις στα οστά. Σε μια ασθενή με καρκίνο του μαστού πρέπει κανείς να υπολογίζει με μια αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης παράλληλα προς τις παθήσεις του ήπατος και χολής και την παρουσία μεταστάσεων στα οστά.
- γ) Ασβέστιο. Ο έλεγχος του επιπέδου ασβεστίου εξυπηρετεί την αποσαφήνιση τυχόν μεταστάσεων στα οστά.⁷

- **Σπινθηρογράφημα οστών:** είναι μια περαιτέρω εξέταση για διαπίστωση τυχόν οστικών μεταστάσεων. Για το σκοπό αυτό ενίεται ενδοφλεβίως μια ασθενής ραδιενεργός ουσία. Μετά πάροδο κάποιου χρόνου αποθηκεύεται προσωρινά σε όλα τα οστά. Τμήματα οστών με έντονη δραστηριότητα κατακρατούν περισσότερη ραδιενεργό ουσία από ότι σε άλλα τμήματα οστών. Οι οστικές μεταστάσεις παριστάνουν τμήματα με έντονη δραστηριότητα. Στο σπινθηρογράφημα τα τμήματα αυτά εντοπίζονται από τον εντονότερο εμπλουτισμό τους σε ραδιενεργείς ουσίες. Εντοπίζει όγκο μεγέθους περίπου 0,5 cm.³⁴

- **Εξετάσεις του ήπατος:** Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να εμφανίσει μεταστάσεις ακόμη και στο ήπαρ. Για το λόγο αυτό αιτιολογείται η επέκταση της εξέτασης ρουτίνας και στο ήπαρ.⁷

8.3 ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Παρακέντηση με λεπτή βελόνη: Η παρακέντηση με λεπτή βελόνη (FNA, Fine Needle Aspiration) είναι εξαιρετικά χρήσιμη σαν βοήθημα στην διαγνωστική διερεύνηση μιας ψηλαφητής μάζας. Η FNA είναι δυνατόν να είναι διαγνωστική και να αποτελέσει ταυτόχρονα και τη θεραπεία των κύστεων (που περιέχουν υγρό, το οποίο αναρροφάται από την κύστη). Με την FNA είναι επίσης δυνατόν να αναρροφηθεί υλικό για κυτταρολογική εξέταση από μια συμπαγή μάζα. Η μέθοδος είναι εύκολη, φθηνή και ανώδυνη, γίνεται χωρίς αναισθησία στο εξωτερικό ιατρείο και είναι πολύ χρήσιμη στον έλεγχο όλων των ψηλαφητών μαζών του μαστού. Το βασικό της μειονέκτημα είναι το αυξημένο ποσοστό των ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων. Πραγματικά, η μέθοδος αυτή μπορεί να δώσει εσφαλμένα αρνητικά αποτελέσματα (δηλαδή ότι μία μάζα δεν είναι καρκίνος ενώ στην πραγματικότητα είναι καρκίνος) στο 15-20% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. Επίσης θα πρέπει να τονιστεί ότι οποιαδήποτε μάζα παραμένει μετά την παρακέντηση και την αναρρόφηση του υγρού μιας κύστης θα πρέπει να αφαιρείται. Όταν υπάρχει μια κλινικά ύποπτη μάζα, το αρνητικό αποτέλεσμα της FNA δεν σημαίνει τίποτε και δεν θα πρέπει να αποκλείει τον περαιτέρω διαγνωστικό έλεγχο. ¹⁶

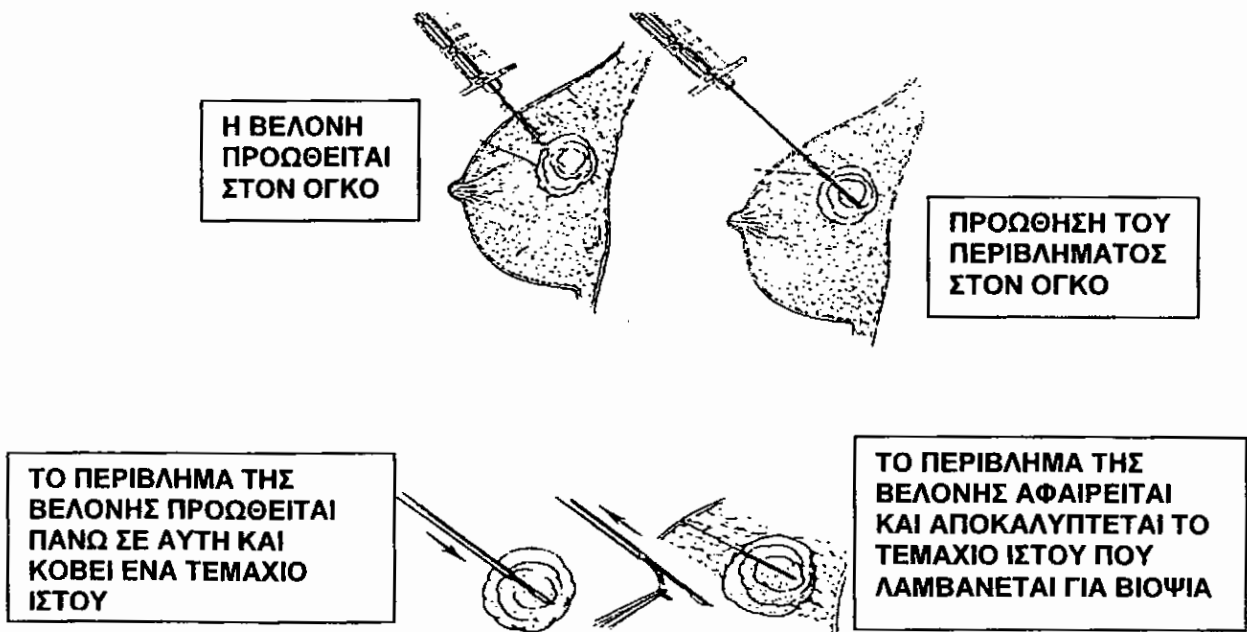


Παρακέντηση με λεπτή βελόνη (Fine Needle Aspiration, FNA). Το υλικό που λαμβάνεται μετά από μια απλή και εύκολη επεξεργασία, υποβάλλεται σε κυτταρολογική εξέταση.

Βιοψία tru-cut: Στην περίπτωση αυτή λαμβάνεται προς εξέταση από την ύποπτη βλάβη του μαστού τεμάχιο ιστού («core» biopsy) (και όχι μεμονωμένα, κύτταρα, όπως στην FNA). Το πλεονέκτημα είναι ότι με τον τρόπο αυτό είναι δυνατόν να γίνει από τον παθολογοανατόμο η εξέταση της

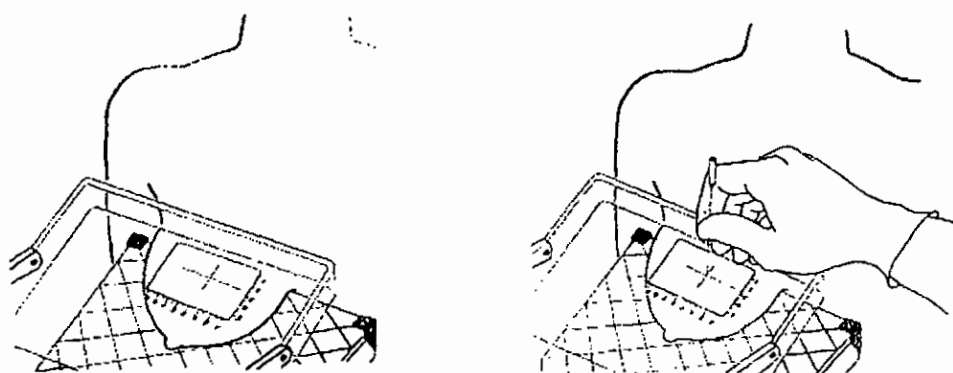
αρχιτεκτονικής του ιστού και να διευκρινιστεί αν ο καρκίνος περιορίζεται στο βλεννογόνο (in Situ) ή τον έχει ξεπεράσει (διηθητικός καρκίνος). Η πληροφορία αυτή είναι πολύ σημαντική για το χειρουργό, αφού με βάση αυτή είναι δυνατόν να αλλάξει το είδος της χειρουργικής επέμβασης που θα ακολουθήσει. Το μεγάλο πλεονέκτημα των δύο αυτών μεθόδων (FNA και βιοψία tru-cut) είναι ότι είναι δυνατόν να διαγνώσουν τον καρκίνο του μαστού πριν τη χειρουργική επέμβαση.

Γνωρίζοντας την ακριβή διάγνωση πριν την επέμβαση, ο χειρουργός μπορεί να συζητήσει με την άρρωστη τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κάθε μίας και να επιλέξει -σε συνεργασία με την άρρωστη, που θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένη- το είδος της επέμβασης που θα ακολουθήσει. Τα πλεονεκτήματα αυτής της τακτικής είναι προφανή, αν κανείς σκεφτεί ότι πολύ συχνά η γυναίκα (μη έχοντας την ενημέρωση που πρέπει) οδηγείται στο χειρουργείο χωρίς να είναι σίγουρη αν -όταν θα ξυπνήσει- θα έχει «χάσει» τον μαστό της (και μερικές φορές και τους δύο μαστούς της).⁷



Βιοψία tru-cut. Χρησιμοποιείται ειδική συσκευή, με την οποία λαμβάνεται τεμάχιο ιστού (και όχι μεμονωμένα κύτταρα όπως στην παρακέντηση με λεπτή βελόνη). Αυτό είναι και το βασικό πλεονέκτημα της μεθόδου.

Στερεοτακτική FNA/βιοψία tru-cut: Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται για βλάβες που δεν είναι ψηλαφητές και κυρίως σε δύο περιπτώσεις: α) βλάβες με συρρέουσες μικροαποπιτανώσεις που ανιχνεύθηκαν στη μαστογραφία και που θεωρούνται αρκετά ύποπτες και β) βλάβες που θεωρούνται ότι κατά πάσα πιθανότητα δεν είναι καρκίνος, αλλά που έχουν μεταβληθεί με την πάροδο του χρόνου στις περιοδικές μαστογραφίες σε μια ασθενή που δεν επιθυμεί να υποβληθεί σε ανοικτή βιοψία. Με τη βοήθεια ειδικών συσκευών μαστογραφίας, προσδιορίζονται οι συντεταγμένες στο χώρο της ύποπτης μη ψηλαφητής βλάβης. Ακολουθεί η λήψη υλικού για παθολογοανατομική ή κυτταρολογική εξέταση (βιοψία tru-cut ή FNA αντίστοιχα). Η χρήση της μεθόδου αυτής διαδίδεται τα τελευταία χρόνια. Θα πρέπει όμως να τονιστεί ότι η μέθοδος δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται αδιάκριτα και χωρίς συγκεκριμένες ενδείξεις, γιατί αλλιώς προστίθεται μια ακριβή εξέταση η οποία πρακτικά δεν αλλάζει πάντοτε τη θεραπευτική αντιμετώπιση και το σχεδιασμό της θεραπείας. Για παράδειγμα, όταν η μάζα είναι ψηλαφητή δεν έχει κατά κανόνα θέση η μέθοδος. Επίσης αν ο χειρουργός έχει επιλέξει την ανοικτή βιοψία (ογκεκτομή, η οποία είναι ταυτόχρονα και θεραπευτική) ούτως ή άλλως, η προσθήκη της στερεοτακτικής βιοψίας απλώς προσθέτει κόστος και καθυστέρηση στην οριστική θεραπεία. Επί πλέον η μέθοδος συνοδεύεται από ένα μικρό αλλά υπαρκτό ποσοστό ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων.

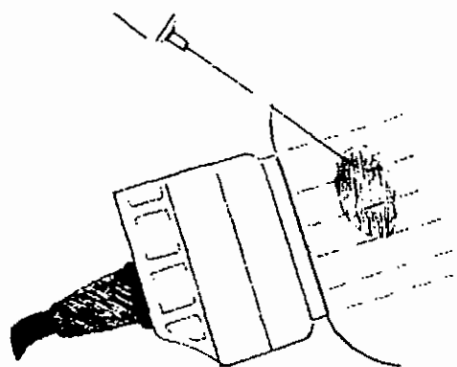


Στην στερεοτακτική FNA ή βιοψία tru-cut, η βελόνη κατευθύνεται με τη βοήθεια ειδικής στερεοτακτικής συσκευής (μαστογράφου)

Σημειωτέον ότι είναι δυνατόν η βιοψία tru-cut/FNA να κατευθυνθεί σε μερικές περιπτώσεις με τη βοήθεια υπερηχογραφήματος, μέθοδος που κερδίζει έδαφος και που δεν απαιτεί τον ακριβό εξοπλισμό που απαιτείται για τις στερεοτακτικές συσκευές μαστογραφίας και εντοπισμού των βλαβών. Το πρόβλημα των ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων (δηλαδή: λανθασμένο αρνητικό αποτέλεσμα ενώ υπάρχει καρκίνος) -αν και μικρό- είναι σαφώς υπαρκτό. Για τους παραπάνω λόγους, η μέθοδος θα πρέπει να εκτιμηθεί προσεκτικά σε όλες της τις παραμέτρους πριν συσταθεί η ευρεία της εφαρμογή.³⁵

Ανοικτή (χειρουργική) βιοψία: Η οριστική ιστολογική διάγνωση μιας βλάβης του μαστού επιτυγχάνεται με την ανοικτή βιοψία της ύποπτης βλάβης. Κατά την ανοικτή βιοψία είναι δυνατόν να αφαιρεθεί είτε ολόκληρος ο όγκος ή -αν είναι αρκετά μεγάλος- ένα μέρος αυτού.

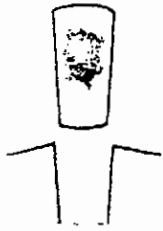
Η ανοικτή βιοψία είναι δυνατόν να γίνει τόσο σε ψηλαφητές μάζες όσο και σε μη ψηλαφητές μάζες μετά από εντοπισμό και σήμανσή τους με οδηγό σύρμα με τη βοήθεια μαστογραφίας ή υπερηχογραφήματος. Οι μικρές βλάβες (που είναι σήμερα ο κανόνας) θα πρέπει να αφαιρούνται πλήρως κατά τη βιοψία που θα πρέπει να ικανοποιεί τις απαιτήσεις της «ογκεκτομής»: δηλαδή μαζί με την ύποπτη μάζα (όγκο) θα πρέπει να αφαιρείται ένα χείλος περιβάλλοντος υγιούς ιστού πάχους τουλάχιστον 1cm.¹²



Κατευθυνόμενη με υπερήχους βιοψία με λεπτή βελόνη (FNA). Με τον ίδιο τρόπο είναι δυνατόν να γίνει κατευθυνόμενη με υπερήχους βιοψία tru-cut

Αν η βλάβη δεν είναι ψηλαφητή, όπως συμβαίνει σήμερα συχνά με τις μικροαποστιτανώσεις που αποκαλύπτονται τυχαία στον πληθυσμιακό μαστογραφικό έλεγχο, τότε για να μπορέσει ο χειρουργός να τις αφαιρέσει θα πρέπει να τις επισημάνει με ένα σύρμα, η κορυφή του οποίου τοποθετείται στον όγκο με τη βοήθεια συνήθως της μαστογραφίας. Κατά τη διάρκεια του

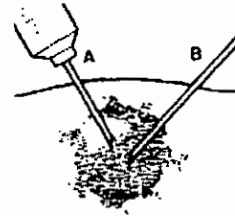
χειρουργείου ο χειρουργός ακολουθεί το «οδηγό» σύρμα, για να φτάσει στην ύποπτη βλάβη, την οποία στη συνέχεια αφαιρεί.



ΒΙΟΨΙΑ ΜΕ ΠΛΗΡΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ
(excisional biopsy)



ΒΙΟΨΙΑ ΜΕ ΜΕΡΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ
(incisional biopsy)



ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ (ΒΙΟΨΙΑ) ΜΕ ΛΕΠΤΗ ΒΕΛΟΝΗ (FNA) (A) ΚΑΙ TRU-CUT (B)

Οι διαφορές μέθοδοι βιοψίας: Ανοικτή (χειρουργική βιοψία):

- Βιοψία με πλήρη αφαίρεση του όγκου
- Βιοψία με μερική αφαίρεση του όγκου
- Βιοψία tru-cut ή FNA.

Ο χειρουργός προκειμένου να είναι σίγουρος ότι αφαίρεσε όλη την ύποπτη βλάβη, στέλνει το υλικό που αφαίρεσε από το μαστό για μαστογραφία (μαστογραφία του παρασκευάσματος), ώστε να βεβαιωθεί ότι η ύποπτη βλάβη που φαινόταν στην αρχική μαστογραφία τώρα παρατηρείται εξ ολοκλήρου στην μαστογραφία του παρασκευάσματος. Μερικές φορές για να επιβεβαιωθεί η πλήρης αφαίρεση της ύποπτης βλάβης μπορεί να χρειαστεί η γυναίκα να υποβληθεί σε μαστογραφία μετά τη βιοψία. Στην μαστογραφία αυτή ο χειρουργός με τη βοήθεια του ακτινολόγου αναζητούν τυχόν υπολειμματικές αλλοιώσεις από την αρχική βλάβη.⁷

8.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Εκτίμηση-αξιολόγηση προβλημάτων-αναγκών

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

Σκοποί νοσηλευτικής παρέμβασης

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

Η φροντίδα των παραπάνω θα συντελέσει στο να διεξαχθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η εξέταση, χωρίς να δημιουργήσει δυσάρεστα συναισθήματα, καθώς και να βοηθήσει την ασθενή στην ευκολότερη αποδοχή της και στην κατανόησή της τη σπουδαιότητάς της.¹²

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- α. Ενημερώνεται η ασθενής για τον τόπο και το χρόνο διενέργειας της εξέτασης καθώς και για το σκοπό της.
- β. Ενημερώνεται για τον τρόπο διενέργειάς της. Είναι αναίμακτη εξέταση και δεν προκαλεί πόνο.
- γ. Σε έντονο άλγος καθώς και στην εμφάνιση έντονου άγχους και αγωνίας χορηγούνται αναλγητικά ή ελαφρά ηρεμιστικά κατόπιν ιατρικής εντολής.
- δ. Εκτιμάται η γενική σωματική κατάσταση της ασθενούς. Σε περίπτωση αναπηρίας, η εξέταση διενεργείται σε καθιστή θέση. Η νοσηλεύτρια μπορεί να συνοδεύσει την ασθενή και να της παρασταθεί κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Η μεταφορά της ασθενούς γίνεται με καρέκλα.
- ε. Σε περίπτωση αφυδάτωσης, η νοσηλεύτρια φροντίζει για τη σωστή ενυδάτωση του οργανισμού με τη χορήγηση, κατόπιν ιατρικής εντολής, παρεντερικών διαλυμάτων, με σκοπό την αναχαίτιση ανασταλτικών για τη διενέργεια της εξέτασης παραγόντων και την ευχάριστη διάθεση της ασθενούς.
- στ. Αν υπάρχουν άλλα μεταβολικά νοσήματα, π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, φροντίζει για τη χορήγηση ινσουλίνης στην ασθενή και καθορίζει τη διαίτά της, φροντίζει επίσης τέτοιες ασθενείς να μπαίνουν πρώτες στο πρόγραμμα για εξέταση.

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

Σε περίπτωση που η νοσηλεύτρια ακολουθήσει την ασθενή στο διαγνωστικό εργαστήριο μπορεί να βοηθήσει στη σωστή τοποθέτηση του μαστού στο μαστογράφο.²⁹

8.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΣΤΗ ΒΙΟΨΙΑ

Πριν από την εγχείρηση

1. Μετά την εγχείρηση, πρέπει να βήχεις για την αποβολή των εκκρίσεων και να αναπνέεις βαθιά για την έκπτυξη των πνευμόνων, πράγματα τα οποία είναι ζωτικής σημασίας, μια και υποβλήθηκες σε αναισθησία.
 - α. Βήξιμο: για να βήχεις σωστά, πάρε βαθιά αναπνοή, βήξε, χρησιμοποιώντας τους κοιλιακούς μυς.
 - β. Διαφραγματική αναπνοή: Τοποθέτησε το χέρι σου πάνω στο στομάχι σου και εξέπνευσε με το στόμα. Θα αισθανθείς το στομάχι σου σφιγμένο. Να εισπνεύσεις χαλαρώνοντας το στομάχι σου και αφήνοντάς το μαζί με το χέρι σου να ανυψωθούν. Κράτησε το επάνω μέρος του θώρακα ακίνητο. Κατόπιν να εκπνεύσεις.
 - γ. Πλάγια ετερόπλευρη αναπνοή: Ξαπλωμένη ή καθιστή τοποθέτησε το χέρι σου στις πλευρές. Πίεσε τις πλευρές, εκπνέοντας ταυτόχρονα. Να εισπνεύσεις απελευθερώνοντας τις πλευρές από την πίεση.
2. Ίσως σου δώσουν ένα υπνωτικό χάπι, το οποίο θα βοηθήσει να κοιμηθείς καλά. Επειδή όμως το υπνωτικό θα επιφέρει χαλάρωση και αδυναμία θα ανυψώσει η νοσηλεύτρια τα προστατευτικά σίδερα του κρεβατιού σου (το προηγούμενο βράδυ της εγχείρησης).
3. Μετά τα μεσάνυχτα θα ήταν καλύτερα να μην έτρωγες και να μην έπινες τίποτα (συμπεριλαμβανομένου του νερού).
4. Επειδή δεν θα τρως και δεν θα πίνεις τίποτα, θα τοποθετηθεί ορός, είτε στο δωμάτιό σου το βράδυ πριν την εγχείρηση είτε στο χειρουργείο το πρωί.

5. Ως προληπτικό μέτρο για την αποφυγή μόλυνσης, η περιοχή του σώματος (ο μαστός) όπου θα γίνει η τομή για τη βιοψία πρέπει να καθαριστεί καλά. Γι' αυτό, θα σου ζητηθεί να κάνεις ντουζ με ειδικό σαπούνι πριν από την εγχείρηση.¹²

Το πρωί της εγχείρησης

1. Η νοσηλεύτρια θα σε ξυπνήσει νωρίς, για να σου δώσει χρόνο να πλυθείς και να προετοιμασθείς.
2. Η νοσηλεύτρια θα πάρει τη θερμοκρασία σου και την πίεσή σου και θα παρακολουθήσει το σφυγμό και την αναπνοή σου.
3. Θα σου ζητηθεί να απομακρύνεις τεχνητή οδοντοστοιχία, φακούς επαφής ή οποιοδήποτε άλλο πρόσθετο αντικείμενο.
4. Δακτυλίδια, κοσμήματα, χρήματα, πιστωτικές κάρτες ή άλλα πολύτιμα αντικείμενα θα δοθούν στους συγγενείς σου ή στη νοσηλεύτρια για να τα φυλάξει.
5. Θα φορέσεις ποδιά χειρουργείου.
6. Αμέσως πριν φύγεις για το χειρουργείο, πρέπει να ουρήσεις.
7. Κατόπιν, η νοσηλεύτρια θα σου δώσει τα φάρμακα που πρέπει. Μετά θα παραμείνεις στο κρεβάτι. Θα αρχίσεις να αισθάνεσαι νυσταγμένη. Ενώσω το σώμα σου θα ηρεμεί, θα αρχίσεις να αισθάνεσαι ξηρότητα στο στόμα.
8. Στο χειρουργείο θα μεταφερθείς με φορείο, συνοδευόμενη από το φάκελό σου.
9. Κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, η οικογένειά σου και οι φίλοι σου μπορούν να σε περιμένουν στο δωμάτιο αναμονής.
10. Αφού τελειώσει η εγχείρηση, θα μεταφερθείς στο δωμάτιο ανανήψεως μέχρι να συνέλθεις εντελώς.⁴⁰

Μετά την εγχείρηση

1. Αφού γυρίσεις στο θάλαμο νοσηλείας, η νοσηλεύτρια θα ελέγχει συχνά την αρτηριακή πίεση, το σφυγμό και την αναπνοή σου.
2. Η νοσηλεύτρια θα επιμένει να γυρίζεις από πλευρά σε πλευρά, να βήχεις και να αναπνέεις βαθιά.

3. Αρχικά, δεν θα σου επιτραπεί να σηκώνεσαι από το κρεβάτι, εκτός αν υποβαστάζεσαι από τη νοσηλεύτρια.
4. Πόνος: Ελαφρός πόνος στην περιοχή της τομής είναι συνηθισμένος, αλλά υπάρχουν τρόποι για την αντιμετώπισή του και για απαλλαγή της ασθενούς από το δυσάρεστο αυτό συναίσθημα:
 - α. Χορηγούνται αναλγητικά κατόπιν ιατρικής εντολής.
 - β. Συνιστάται στην ασθενή να φοράει υποστηρικτικό στηθόδεσμο όλο το 24ωρο.
 - γ. Ενημερώνεται η ασθενής για μερικές ημέρες να αποφεύγει απότομες και βαριές κινήσεις (σήκωμα, σπρώξιμο) με το χέρι της σύστοιχης με τη βιοψία πλευράς.
 - δ. Αποφεύγονται οι πολύ χαμηλές θερμοκρασίες, οι οποίες προκαλούν σύσπαση των θηλών και τράβηγμα των ραμμάτων.
5. Εμφάνιση του μαστού. Ενημερώνεται η ασθενής ότι αρχικά ίσως απογοητευθεί από τη θέα του μαστού της αμέσως μετά την εγχείρηση, αλλά σε μερικούς μήνες θα γίνει καλύτερα.
 - α. Γύρω από την τομή θα σχηματισθεί μια μελανιασμένη περιοχή. Αυτή εν συνεχεία θα γίνει γαλαζωπή πράσινη και θα εξαφανισθεί περίπου σε 2 εβδομάδες.
 - β. Θα παρατηρηθεί στην εγχειρισμένη περιοχή ανομοιομορφία του δέρματος και της μάζας του μαστού σαν να έχει «ξεφουσκώσει». Σε έξι περίπου εβδομάδες, λιπώδης ιστός θα αναπτυχθεί και θα γεμίσει την περιοχή με αποτέλεσμα το μέγεθος και το σχήμα του μαστού να πάρουν τη φυσιολογική τους μορφή.
 - γ. Η θηλή είναι δυνατόν να τραβηχθεί προς μια πλευρά, αλλά θα επιστρέψει στην κανονική της θέση σε έναν ή δύο μήνες.
 - δ. Τα ράμματα της τομής θα αφαιρεθούν μια περίπου εβδομάδα μετά την εγχείρηση.¹²
6. Η περιοχή γύρω από την τομή είναι δυνατόν να είναι μουδιασμένη. Η αισθητικότητα του μαστού θα επαναποκτηθεί μετά από 2 περίπου μήνες.
7. Η περιοχή της τομής πρέπει να εξετάζεται συχνά:
 - α. Είναι δυνατόν να παρατηρηθεί ελαφρά ερυθρότητα και φλεγμονή κατά μήκος της τομής ή λίγη έκκριση υγρού. Τα παραπάνω είναι

φυσιολογικά. Αν όμως τα συμπτώματα αυτά γίνουν πιο έντονα ή παρατηρηθεί αιματηρή έκκριση, πρέπει να ενημερωθεί ο γιατρός.

β. Η ουλή αρχικά έχει ερυθρό χρώμα, αλλά σταδιακά θα αποκατασταθεί το φυσιολογικό χρώμα.

8. Στο μέλλον: Η ασθενής συμβουλεύεται να πραγματοποιεί κάθε μήνα αυτοεξέταση του μαστού. Αν παρατηρήσει κάποιον όγκο, θα πρέπει να φροντίσει για περαιτέρω διερεύνηση.

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

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

Κατά τη χρονική αυτή περίοδο, η ασθενής αντιμετωπίζει ταυτόχρονα τη θέα του άγνωστου μέλλοντος με πιθανότητα αλλαγής στον τρόπο ζωής και τις επιλογές που παρουσιάζονται στη μελλοντική θεραπεία.⁴⁰

8.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

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

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

νοσηλευτικό προσωπικό, μπορεί να βοηθούν ουσιαστικά την οικογένεια να δεχθεί τη νέα αυτή πραγματικότητα και να προσαρμοσθούν αποτελεσματικά.¹²

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

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

- α. Έχουν καταλάβει σωστά και έχουν συνειδητοποιήσει τη φάση της αρρώστιας της συζύγου και μητέρας.
- β. Έχουν την ικανότητα να ενημερώσουν και να συζητήσουν ανοιχτά το θέμα της αρρώστιας και της θεραπείας μεταξύ τους, αλλά και με το στενό συγγενικό περιβάλλον.
- γ. Έχουν μια φυσιολογική συναισθηματική αντίδραση απέναντι στη διάγνωση που περιλαμβάνει το αρχικό shock, άρνηση, θυμό, κατάθλιψη και άγχος, ώσπου να φθάσουν να αποδεχθούν τη νέα πραγματικότητα.
- δ. Ενθαρρύνονται μεταξύ τους να εκφράζουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους.⁴⁰

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

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

- α. Απλή και κατανοητή πληροφόρηση για τη διάγνωση με απλοποιημένες έννοιες όλων των ιατρικών όρων.
- β. Ενημέρωση σχετικά με τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της, η οποία πρέπει να γίνεται σταδιακά.
- γ. Ενημέρωση σχετικά με την πρόγνωση, που πρέπει να βασίζεται στην ελπίδα για το μέλλον. Είναι απαραίτητο να συνειδητοποιήσουν τα μέλη της οικογένειας από την αρχή ότι η ζωή της μητέρας και συζύγου απειλείται άμεσα ή και απώτερα από την αρρώστια αυτή. Είναι όμως εξίσου σημαντικό να πιστεύουν ότι ο αγώνας που αρχίζει δεν είναι

μάταιος και να στηρίζουν τις προσδοκίες τους στην ελπίδα ότι θα γίνει κάθε τι δυνατό για να ξεπεραστεί η αρρώστια.

- δ. Κατανόηση ορισμένων κοινών φυσιολογικών συναισθημάτων και αντιδράσεων, που η οικογένεια εκδηλώνει εμπρός στη διάγνωση.²⁹

8.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Εγκυμονούσες γυναίκες βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν πιο προχωρημένη νόσο καθώς μικροί όγκοι στον μαστό δεν ανιχνεύονται εύκολα κλινικά λόγω της συμόρφωσης και ευαισθησίας των μαζικών αδένων στη διάρκεια της κύησης και της γαλουχίας. Αναφέρονται καθυστερήσεις στη διάρκεια μέχρι 5-7 μηνών. Οι περισσότερες ασθενείς παρουσιάζονται με ανώδυνες μάζες 90% των οποίων διαπιστώνονται με την αυτοεξέταση. Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού θα πρέπει να αποτελεί καθιερωμένη κλινική πρακτική για την εντόπιση μαζών, εισολκής θηλής ή δέρματος, άλλων αλλαγών του δέρματος ή μασχαλιαίας λεμφαδενοπάθειας.²⁷

Λόγω της αυξημένης ακτινολογικής πυκνότητας, η ευαισθησία της μαστογραφίας για τη διάγνωση κακοήθων αλλοιώσεων στους μαστούς εγκύων γυναικών είναι αρκετά χαμηλή (68%), ενώ αυτή της υπερηχογραφίας είναι 93%. Η διάγνωση μπορεί να τεθεί με ασφάλεια με βιοψία λεπτής βελόνης ή με εκτομή της βλάβης υπό τακτική αναισθησία. Οι Zemlickis έδειξαν ότι μια έγκυος έχει 2,5 φορές υψηλότερο κίνδυνο να παρουσιαστεί με διάσπαρτο καρκίνο μαστού και μειωμένη πιθανότητα να διαγνωστεί με νόσο σταδίου I.

Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά στους ιστολογικούς τύπους. Οι περισσότεροι από τους καλοήθεις όγκους που διαγιγνώσκονται κατά την κύηση είναι λιπώματα ή θηλώματα. Παρ' όλα αυτά, ένα περίπου 30% των καλοήθων επεξεργασιών των μαστών αφορούν αδενώματα της γαλουχίας, γαλακτοκήλες, μαστίπδα και έμφρακτα.¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

9.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ακόμη και σήμερα χειρουργούμε τον καρκίνο του μαστού με μεθόδους οι οποίες έχουν αναπτυχθεί στο τέλος του 19^{ου} αιώνα. Τότε άρχισαν οι χειρουργοί Rotter και Halsted σε εγχειρήσεις καρκίνου μαστού να αφαιρούν τους θωρακικούς μύες και τους λεμφαδένες της μασχαλιαίας κοιλότητας. Οι μύες αφαιρούνταν διότι σαν άμεσα παρακείμενος ιστός του μαστικού αδένου μπορεί να έχει καρκινικά κύτταρα. Οι λεμφαδένες της μασχαλιαίας κοιλότητας αφαιρούνται, διότι είναι ο πρώτος σταθμός αμύνης.

Καρκινικά κύτταρα, τα οποία έχουν αποσπασθεί, κατακρατούνται αρχικά σε αυτούς τους λεμφαδένες. Αυτή η μέθοδος των Rotter και Halsted διατηρεί τις βασικές του γραμμές αμετάβλητη την εφαρμογή της, εφαρμόζεται όμως σε όλη τη ριζοσπαστικότητα της σπανίως. Σήμερα συνιστώνται σε εγχειρήσεις του καρκίνου του μαστού ολιγότερο ριζικές επεμβάσεις.⁴¹

9.1.1 ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΜΕ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ (ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ)

Ένας καρκίνος του μαστού μπορεί να προέρχεται μόνο από τον μαστικό αδένου. Για το λόγο αυτό η αφαίρεση του μαστικού αδένου είναι ο αποκλειστικός σκοπός σε κάθε εγχείρηση καρκίνου του μαστού. Τα σημερινά δεδομένα των εγχειρήσεων μαστεκτομής επεκτείνονται σε τρεις βασικές επεμβάσεις. Σε όλες τις επεμβάσεις διενεργείται η αφαίρεση του μαστικού αδένου με τα περίξ αυτού λιπώδη και συνδετικό ιστό. Επιπλέον αφαιρούνται η θηλή του μαστού και οι λεμφαδένες της μασχαλιαίας κοιλότητας. Η αναγκαιότητα της αφαίρεσης της θηλής προκύπτει από την ανατομική της σχέση. Στην θηλή του μαστού εκβάλλουν όλοι οι γαλακτοφόροι πόροι. Κάθε τμήμα ιστών, το οποίο μέσα στο μαστικό αδένου είναι ελεύθερο, καταλήγει στην θηλή του μαστού. Επειδή ο καρκίνος δημιουργείται στον μαστικό αδένου,

μπορούν να καταλήγουν καρκινικά κύτταρα μέσω των γαλακτοφόρων πόρων απ' ευθείας στην θηλή του μαστού. Για τον λόγο αυτό αποτελεί η θηλή του μαστού σε καρκίνο το τμήμα με το μεγαλύτερο κίνδυνο.²¹

ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ (ΚΑΤΑ ROTTER – HALSTED)

Παράλληλα προς τον μαστικό αδένα αφαιρούνται ο μείζων και ο ελάσσων θωρακικός μυς καθώς επίσης και οι λεμφαδένες της μασχαλιαίας κοιλότητας. Από τον μείζονα θωρακικό μυ παραμένει μόνο η κλειδική μοίρα αυτού. Η τομή έχει μια λοξή πορεία από άνω και έξω προς τα κάτω και έσω. Γίνεται τομή του υποδόριου ιστού, της εκφύσεως του μείζονος θωρακικού μυός και τομή της καταφύσεώς του στο βραχιόνιο οστού. Μετά παρασκευάζεται η κατάφυση του ελάσσονος θωρακικού μυός στην κορακοειδή απόφυση όπου τέμνεται. Στη συνέχεια αφού κοπεί το οπίσθιο πέταλο της θήκης γίνεται η απολίνωση όλων των αγγείων που οδηγούν στους θωρακικούς μυς και στον μαστικό αδένα. Τέλος αποκαλύπτονται ο υποπλάτιος μυς, ο πρόσθιος άνω οδοντωτός και ο πλατύς ραχιαίος. Η εγχείρηση αυτή θα πρέπει να επιλέγεται μόνο όταν ο μυς εμφανίζει μεταστάσεις. Η τομή δεν μπορεί να θεωρηθεί με τα σημερινά δεδομένα ως επίκαιρη.⁷

ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ ΚΑΤΑ PATEY

Σε αυτήν την ολιγότερο ριζική μαστεκτομή δεν αφαιρείται ο μείζων θωρακικός μυς και επιλέγεται μια οριζόντια τομή. Με τη διατήρηση του μείζονος θωρακικού μυός γίνεται το είδος αυτής της εγχειρήσεως λιγότερο επιβαρυντικό για την ασθενή και ο θώρακας διατηρεί μια καλύτερη περίμετρο. Η αφαίρεση του ελάσσονος θωρακικού μυός δεν έχει δυσμενείς επιπτώσεις για την κινητικότητα του σύστοιχου βραχίονα.⁷

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Αυτή η μέθοδος παριστάνει την πλέον ελαφρά μορφή της μαστεκτομής. Αντιστοιχεί στην από τον Patey υποδειχθείσα μέθοδο, διαφέρει όμως από αυτήν, διότι διατηρείται ο ελάσσων θωρακικός μυς. Η περιορισμένη ριζική μαστεκτομή είναι σήμερα η πλέον εφαρμοσμένη χειρουργική μέθοδος στον καρκίνο του μαστού. Οι δυνατότητες για μια μελλοντική χειρουργική αποκατάσταση του μαστού είναι υπαρκτή και ευνοϊκή.¹¹

ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ

Η πραγματική απειλή σε έναν καρκίνο προέρχεται από τον κίνδυνο των μεταστάσεων. Τα καρκινώματα εμφανίζουν μεταστάσεις πρωτογενώς με τη λεμφική οδό δηλαδή τα καρκινώματα διαβρώνουν αρχικά τα λεμφαγγεία. Μέσω των λεμφαγγείων φθάνουν τα καρκινικά κύτταρα στα λεμφογάγγλια. Το μεγαλύτερο μέρος των λεμφαγγείων του μαστού καταλήγει στα λεμφογάγγλια της μασχαλιαίας κοιλότητας.¹² Για δύο λόγους αποτελεί η αφαίρεση αυτών των λεμφογαγγλίων το σημαντικό στοιχείο κάθε εγχείρησης του μαστού:

- Τα λεμφογάγγλια μπορούν να είναι προσβεβλημένα από καρκινικά κύτταρα. Με την αφαίρεση αυτών παρεμποδίζεται ο κίνδυνος μιας περαιτέρω ανάπτυξης εντός των λεμφαδένων και μειώνεται η δυνατότητα μιας γενικής διασποράς των καρκινικών κυττάρων.

- Η γνώση μιας ενδεχόμενης καρκινικής προσβολής των λεμφογαγγλίων παριστάνει ένα σημαντικό στοιχείο για την αξιολόγηση της παθήσεως και για την απόφαση σχετικά με μια περαιτέρω θεραπεία.

Τα αφαιρούμενα κατά τις διάφορους μεθόδους εγχειρήσεως λεμφογάγγλια ταξινομούνται σε 3 επίπεδα:

Επίπεδο I: Λεμφαδένες στο έξω τμήμα της μασχαλιαίας κοιλότητας.

Επίπεδο II: Λεμφαδένες στο έσω τμήμα της μασχαλιαίας κοιλότητας κάτω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ.

Επίπεδο III: Λεμφαδένες στην υποκλείδια χώρα.

Η πλειονότητα των ειδικών θεωρεί την αφαίρεση των λεμφογαγγλίων των επιπέδων I και II ως ικανοποιητική. Συνεπώς αφαιρούνται κατά κανόνα οι λεμφαδένες του επιπέδου I, συχνά του επιπέδου II και σπανίως του επιπέδου III.¹⁶

9.1.2 ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι υποστηρικτές της διατήρησης του μαστού μπορούν να αναφέρουν 2 σημαντικά επιχειρήματα:

- Η τύχη της ασθενούς με έναν καρκίνο του μαστού εξαρτάται από τον όγκο του μαστού. Αποφασιστικό είναι κυρίως εάν ο όγκος κατά το χρονικό σημείο της εγχείρησης έχει διασκορπίσει ή όχι κύτταρα.

- Ο ακρωτηριασμός με μια μαστεκτομή μπορεί να παριστάνει μια ακραία σωματική και ψυχική καταπόνηση στην πάσχουσα γυναίκα. Η διατήρηση του μαστού μπορεί να μεταβάλλει την κατάσταση αυτή και να βοηθήσει την ασθενή να φέρει σε πέρας την ασθένεια. Η τάση για διεξαγωγή εγχειρήσεων καρκίνου του μαστού με διατήρηση αυτού αυξάνει συνεχώς τα τελευταία χρόνια. Οι διαφορετικές θέσεις αφορούν τόσο τις χειρουργικές μεθόδους όσο και το ερώτημα μέχρι σε ποιο μέγεθος του όγκου επιτρέπεται η διατήρηση του μαστού.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες υπάρχουν για την αφαίρεση του όγκου με ταυτόχρονη διατήρηση του μαστού βασικά δύο χειρουργικές δυνατότητες.¹⁸

ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΜΕ ΜΕΡΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΙΚΟΥ ΑΔΕΝΑ

- Εκτομή του όγκου
- Αφαίρεση μόνο του όγκου
- Εκτομή του τεταρτημορίου
- Αφαίρεση του όγκου με το περίξ αυτού τεταρτημόριο.

Σκοπός αυτής της τεχνικής είναι η διατήρηση μιας μεγάλης απόστασης ασφαλείας προς τους υγιείς ιστούς. Κατά την μέθοδο αυτήν αφαιρείται το ¼ του μαστού. Με άλλη τομή γίνεται ο λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης.

- Μερική μαστεκτομή

Αυτή η μέθοδος η οποία ταυτόχρονα ως γενική έννοια χαρακτηρίζει όλες τις περιορισμένες αφαιρέσεις του μαστικού αδένα, δεν είναι επακριβώς καθορισμένη. Αναφέρεται σε όλες τις τεχνικές στις οποίες αφαιρείται περισσότερο από το ¼ του μαστού.

Όλες αυτές οι μέθοδοι εγκαταλείπουν μεγάλο τμήμα του μαστικού αδένου. Για το λόγο αυτό απαιτεί κάθε μερική αφαίρεση του μαστικού αδένου μια πρόσθετη θεραπεία του υπολοίπου ιστού. Αυτή η θεραπεία ακολουθεί υπό μορφή μιας ακτινοθεραπείας. Σύμφωνα με τα μέχρι σήμερα στοιχεία προσφέρει στην ασθενή η συνδυασμένη μερική μαστεκτομή και η ακτινοθεραπεία τα ίδια θεραπευτικά αποτελέσματα με τη ριζική μαστεκτομή.²³

ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΜΕ ΠΛΗΡΗ ΕΚΤΟΜΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΙΚΟΥ ΑΔΕΝΑ. ΥΠΟΔΟΡΙΑ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η εγχείρηση με διατήρηση του μαστού κατά την οποία αφαιρείται πλήρως ο μαστικός αδένος ονομάζεται υποδόρια μαστεκτομή. Το δέρμα και η θηλή διατηρούνται ενώ οι κάτωθεν αυτού ιστοί αφαιρούνται πλήρως. Η τομή στο δέρμα διενεργείται συνήθως στο έξω ήμισυ της κάτω πτυχής του μαστού. Φυσικά σημαίνει η υποδόρια μαστεκτομή μια σημαντική απώλεια σε όγκο του μαστού, η οποία μπορεί να εξισορροπηθεί με την τοποθέτηση εμφυτεύματος – προθέσεως. Η υποδόρια μαστεκτομή έγινε για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1960 όταν αναπτύχθηκαν τα εμφυτεύματα της σιλικόνης. Όταν διενεργείται σωστά είναι μια μεγάλη βοήθεια για την ασθενή, αντιθέτως μια αποτυχία μπορεί να οδηγήσει σε μια διαρκή παραμόρφωση του μαστού.

Συνιστάται να αποφεύγεται μια περιορισμένη αφαίρεση του μαστικού αδένου όταν:

- στη μαστογραφία παρουσιάζονται διάσπαρτες μικροασβετώσεις
- υπάρχουν περισσότεροι του ενός όγκοι
- οι μαστοί είναι μεγάλοι και χαλαρωμένοι
- υφίσταται μια εγκυμοσύνη.²⁷

9.1.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Με δεδομένα τη τεράστια συμβολική και ψυχολογική σημασία που έχει ο μαστός για τη γυναίκα, δεν είναι περίεργο το γιατί αποδίδεται τόση σημασία όχι μόνο στην επιβίωση, αλλά και στο αισθητικό αποτέλεσμα της χειρουργικής

επέμβασης. Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, το βασικό πλεονέκτημα των συντηρητικών χειρουργικών επεμβάσεων είναι η διατήρηση του μαστού χωρίς να επηρεάζεται το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αν όμως -για διάφορους λόγους- επιλεγεί να γίνει τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή και η γυναίκα «χάσει» το μαστό της υπάρχουν διαθέσιμες δύο μέθοδοι για να επιτευχθεί ικανοποιητικό αισθητικό αποτέλεσμα (με όσα πλεονεκτήματα συνεπάγεται αυτό):

- τοποθέτηση πρόθεσης (με ή χωρίς προηγούμενη τοποθέτηση διατατήρα ιστών)
- χρήση μυοδερματικού κρημνού (είτε πλατέος ραχιαίου είτε ορθού κοιλιακού)

Η επέμβαση πλαστικής αποκατάστασης είναι δυνατόν να γίνει είτε κατά την αρχική επέμβαση είτε μετά από ένα ορισμένο χρονικό διάστημα και αφού ολοκληρωθεί η θεραπεία του καρκίνου του μαστού (συστηματική θεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία). Η κάθε μέθοδος έχει τα πλεονεκτήματά της και τα μειονεκτήματά της που θα πρέπει να συζητούνται με τον πλαστικό χειρουργό πριν την επέμβαση αποκατάστασης.⁷

9.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΡΙΝ – ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

1. Προεγχειρητική παρέμβαση

- α. Αναζήτηση της καλύτερης φυσικής και ψυχολογικής προσέγγισης για ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο.
 - Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης και βοήθεια να απαλλαγεί από τα αισθήματα φόβου με:
 - Ακρόαση των ανησυχιών και προβλημάτων της
 - Έμφαση στο σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης και στη χρήση τεχνητού μαστού
 - Εξασφάλιση επίσκεψης άρρωστης με ικανοποιητική μετεγχειρητική προσαρμογή στη μαστεκτομή
 - Αναζήτηση υποστήριξης από το σύζυγο

- Βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας μαστού. Κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στη μαστεκτομή, γι' αυτό ο νοσηλευτής προσεγγίζει κάθε γυναίκα ως άτομο και τη βοηθά να εκφράσει τα συναισθήματά της. Η γυναίκα μπορεί να φοβάται απόρριψη από τον άνδρα της ή να νοιώθει απογοήτευση, γιατί δεν θα μπορεί να εκπληρώσει το ρόλο της ως μητέρα (να θηλάσει το παιδί της). Η υποστήριξη της άρρωστης από τον άνδρα της και την οικογένειά της, επομένως, θα βοηθήσει πολύ σε μια τέτοια περίπτωση.
 - Ενημέρωση της άρρωστης για τις πρόσφατες έρευνες και τις νέες θεραπευτικές μεθόδους για τον καρκίνο του μαστού.
 - Μείωση χρόνου αναμονής πριν από την εγχείρηση.
 - Διαπίστωση φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους
 - Εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή
 - Χορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης
 - Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας. Η ίδια ετοιμασία γίνεται και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού, για πιθανή λήψη δέρματος για πλαστική επανορθωτική επέμβαση.
- β. Διδασκαλία άρρωστης και οικογένειας σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων, την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού, τα αισθήματα μετά τη μαστεκτομή, τον πόνο, τη δραστηριότητα και τη διορθωτική πλαστική του μαστού.
- γ. Βοήθεια οικογένειας να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της.⁵

2. Μετεγχειρητική παρέμβαση

- α. Εκτίμηση αρτηριακής πίεσης και σφυγμού, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για διαπίστωση shock και αιμορραγίας.
- β. Επισκόπηση του επιδερμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας, ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη.
- γ. Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από τον πόνο.
- δ. Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών, για πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών.

- ε. Έλεγχος της επίδεσης του τραύματος αποφεύγεται η πολύ πιεστική επίδεση, για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων.
- στ. Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος. Συνήθως, ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή Hemovac. Η αναρρόφηση γίνεται με δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γι' αυτό και η συσκευή θα πρέπει να αδειάζεται προτού γεμίσει τελείως. Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά, ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευόμενων υγρών της συσκευής ελέγχονται και αναγράφονται.¹²
- ζ. Πρόληψη λοίμωξης.
- Σε μια ριζική μαστεκτομή, η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας αφαίρεσης των λεμφαδένων. Το προσβλημένο χέρι πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό και δεν θα πρέπει να γίνονται υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις ούτε φλεβοκεντήσεις σ' αυτό, για αποφυγή εισόδου μικροβίων.
- η. Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημι-Fowler. Αν το χέρι είναι ελεύθερο, τοποθετείται πάνω σε μαξιλάρι, η βαρύτητα βοηθά την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός λεμφοιδήματος.
- θ. Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι. Κατά την έγερση, συχνά ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο, για να παρεμποδίζεται η πίεση στο τραύμα. Όταν για πρώτη φορά σηκώνεται η άρρωστη από το κρεβάτι, ο νοσηλευτής τη συνοδεύει, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.
- ι. Χορήγηση διαίτας ανάλογα με την ανοχή και την προτίμηση της άρρωστης. Κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες ίσως η άρρωστη χρειαστεί βοήθεια την ώρα του φαγητού, γιατί δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει το ένα της χέρι.
- ια. Σχεδιασμός για έξοδο από το νοσοκομείο-Διδασκαλία.
- Ενθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή χρήσιμων απαντήσεων.
 - Ετοιμασία συζύγου για παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης στη σύζυγό του.

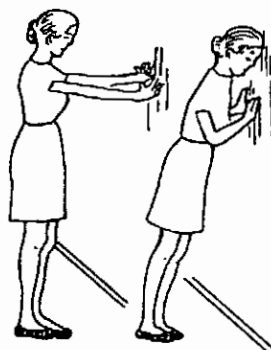
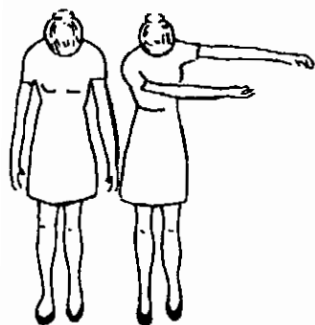
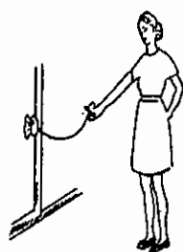
- Βοήθεια άρρωστης κατά την εκτέλεση παθητικών ασκήσεων. Οι ασκήσεις αυτές αρχίζουν 24 ώρες περίπου μετά την επέμβαση στο χέρι της προσβλημένης πλευράς. Οι αρχικές ασκήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση δακτύλων, και γίνονται για πρόληψη μυϊκών συσπάσεων και διατήρηση κινητικότητας και μυϊκού τόνου. Αρχικά, η άρρωστη μπορεί να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις εξαιτίας του πόνου που έχει, αλλά ο νοσηλευτής θα τονίσει τη σπουδαιότητά τους και θα τις συνεχίσει μέσα στα όρια ανοχής της άρρωστης. Το εύρος των ασκήσεων αυξάνει προοδευτικά και η άρρωστη θα πρέπει να είναι σε θέση να εκτελεί τις περισσότερες δραστηριότητές της, όπως χτένισμα, βούρτσισμα δοντιών κ.λπ.
 - Οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η άρρωστη δεν πρέπει να αισθάνεται καμιά δυσχέρεια στις κινήσεις.
 - Αν έχει γίνει πλαστική ή η τομή έχει κλειστεί με αξιόλογη τάση, η άσκηση θα πρέπει να περιορίζεται στον ελάχιστο βαθμό και να αυξάνεται προοδευτικά.
 - Θα πρέπει να ενθαρρύνεται αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα.
 - Η άρρωστη ενθαρρύνεται να διατηρεί κανονική θέση του σώματός της κατά την εκτέλεση των ασκήσεων. Η σωστή θέση όχι μόνο προάγει την καλή μηχανική του σώματος, αλλά βοηθά και στη φυσιολογική εμφάνιση της γυναίκας.⁵

Οι ασκήσεις που συστήνονται από το γιατρό μετά από ριζική μαστεκτομή και που αποβλέπουν στην εξασφάλιση πλήρους κινητικότητας της άρθρωσης του ώμου της προσβλημένης πλευράς και στην αποκατάσταση λειτουργικότητας των μυών που υπέστησαν κάκωση, είναι οι παρακάτω:

- **Σφίξιμο μπάλας.** Είναι μια απλή άσκηση, που βοηθά στην ισχυροποίηση των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας. Μια ελαστική μπάλα ή μια τσαλακωμένη εφημερίδα σφίγγεται με το χέρι της προσβλημένης πλευράς.
- **Πέταγμα μπάλας.** Βελτιώνει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα πετά τη μπάλα, που είναι δεμένη σε ελαστικό κορδόνι. Κάθε βολή προάγει την παραπέρα έκταση του βραχίονα.

- **Αναρρίχηση στον τοίχο.** Προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα βλέπει προς τον τοίχο με τα δάκτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο, όσο είναι δυνατό. Λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο ισιώνοντας τους ώμους. Σηκώνει τα χέρια πάνω στον τοίχο παράλληλα και όταν αισθανθεί πόνο, τα επαναφέρει στην αρχική τους θέση. Σημειώνεται στον τοίχο το σημείο όπου έφθασαν τα χέρια της και όταν επαναληφθεί η άσκηση, προσπαθεί να ξεπεράσει το σημείο αυτό.
- **Γύρισμα σχοινιού.** Είναι μια άσκηση για την ευλυγισία του ώμου. Δένεται σφιχτά με διπλό κόμπο στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί 3 περίπου μέτρων. Η άρρωση στέκεται σε απόσταση 2 περίπου μέτρων μακριά από την πόρτα. Πιάνει χαλαρά την άκρη του σχοινιού με το προσβλημένο χέρι, κάνει ένα κόμπο και τον τοποθετεί στην παλάμη της. Το άλλο της χέρι το τοποθετεί στη μέση της. Με τεντωμένο το προσβλημένο χέρι γυρίζει το σχοινί με μικρούς κύκλους αρχικά. Οι κύκλοι αυτοί σιγά-σιγά μεγαλώνουν, ώστε οι κινήσεις του χεριού να γίνονται από τον ώμο.
- **Αιώρηση χεριών.** Χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών. Η άρρωση σκύβει προς τα εμπρός από τη μέση και αιωρεί τα χέρια της από το ένα πλάγιο στο άλλο με τεντωμένους τους αγκώνες. Ο νοσηλευτής στέκεται δίπλα της, όταν η άσκηση γίνεται για πρώτη φορά, γιατί η άρρωση ενδέχεται να αισθανθεί ζάλη.
- **Τροχαλία.** Ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου. Ένα κομμάτι σχοινί, μήκους 3 μέτρων περίπου, περνιέται στο σίδερο του μπάνιου. Τα άκρα του σχοινιού δένονται σε κόμπους. Με τεντωμένους βραχίονες, η άρρωση τραβά το σχοινί προς τα κάτω με το γερό χέρι, ενώ το προσβλημένο χέρι ανυψώνεται. Η διαδικασία αυτή κατόπιν αντιστρέφεται και κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, το ύψος αυξάνει. Τονίζεται στην άρρωση, κατά τη διάρκεια αυτής της άσκησης να μην κάμπτει τους βραχίονες και τα πόδια της να εφάπτονται στο πάτωμα.

- **Κούμπωμα πίσω κουμπιών.** Απαιτεί δυνατούς επικουρικούς μυς και γίνεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες. Η άρρωστη ανεβοκατεβάζει και τα δύο της χέρια πίσω στη ράχη, σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπιά της μπλούζας της. Κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, τα χέρια φθάνουν ψηλότερα στην πλάτη.
- **Άγγιγμα μετώπου.** Δυναμώνει τους επικουρικούς μυς του ώμου. Η άρρωστη βλέπει προς τον τοίχο σε απόσταση άνω άκρων. Οι παλάμες της τοποθετούνται στον τοίχο στο ύψος του ώμου. Η άρρωστη σιγά-σιγά γέρνει προς τον τοίχο κάμπτοντας τους αγκώνες της και επανέρχεται στην αρχική θέση τεντώνοντας τους αγκώνες.¹¹



Ασκήσεις μετά από μαστεκτομή.

- α. Αναρρίχηση στον τοίχο. β. Γύρισμα σχοινού. γ. Αιώρηση χεριών. δ. Τροχαλία.
ε. Άγγιγμα μετώπου.

- Φροντίδα τραύματος.
 - Επεξήγηση για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.
 - Σημείωση ότι το πρόσφατα επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση εξαιτίας κάκωσης των νεύρων.
 - Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.
 - Αναγνώριση σημείων φλεγμονής: πόνος, ευαισθησία, ερυθρότητα, οίδημα ενημέρωση γιατρού αν παρουσιαστούν.
 - Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο κακάου, για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος. Γίνεται με έγκριση του γιατρού.
- Πρόληψη και/ή αντιμετώπιση λεμφοιδήματος. Επειδή στη ριζική μαστεκτομή αφαιρούνται οι λεμφαδένες και τα λεμφαγγεία, το χέρι ενδέχεται να παρουσιάσει λεμφοίδημα λόγω κακής παροχέτευσης της λέμφου, η δε καταπολέμηση τυχόν λοίμωξης σ' αυτό το άκρο να καταστεί προβληματική λόγω μειωμένης αντίστασης.

Για πρόληψη λεμφοιδήματος θα πρέπει:

- Να αποφεύγονται στο χέρι αυτό κοψίματα, αμυχές, τσιμπήματα, δήγματα εντόμων, εγκαύματα και η χρήση ισχυρών απορρυπαντικών, γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του οιδήματος.
- Οι ασκήσεις να γίνονται όπως υποδείχθηκαν.
- Στο βραχίονα της προσβλημένης πλευράς να γίνεται μασάζ 3 ή 4 μήνες μετεγχειρητικά, για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωση του οιδήματος.
- Ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς να ανυψώνεται συχνά για πρόληψη εξαρτημένου οιδήματος.
- Το χέρι και η εγχειρητική περιοχή να διατηρούνται σχολαστικά καθαρά για πρόληψη λοίμωξης.
- Να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων (σφιχτά μανίκια), για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.
- Να ακολουθούνται οι συμβουλές που αναφέρονται.
- Για αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος μπορεί να παραγγελθούν διουρητικά και η χρήση διαλείπουσας μονάδας συμπίεσης (μέσα σε

μανίκι που εφαρμόζεται στο άνω άκρο εισάγεται περιοδικά αέρας υπό πίεση για την προώθηση του υγρού).¹²

- Βελτίωση σεξουαλικής λειτουργίας. Η μεταβολή του σωματικού ειδώλου της άρρωστης και της αυτοεκτίμησής της, η αντίδραση του συντρόφου και ο βαθμός ανησυχίας του ζευγαριού, είναι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στις σεξουαλικές πρακτικές. Μερικοί σύντροφοι δυσκολεύονται να κοιτάξουν τη μαστεκτομηθείσα περιοχή, ενώ άλλοι φαίνεται να μην επηρεάζονται και νοιώθουν άνετα, μεταβιβάζοντας έτσι στη σύντροφό τους το αίσθημα ότι εξακολουθεί να είναι αγαπητή και ποθητή. Και οι δύο αποκρίσεις επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση της άρρωστης, τη σεξουαλικότητά της και την αποδοχή της.
 - Συζήτηση με την άρρωστη για το πώς αισθάνεται η ίδια και για την πιθανή μείωση του libido που σχετίζεται με κόπωση, ναυτία ή ανησυχία, μπορεί να βοηθήσει στη διευκρίνιση θεμάτων γι' αυτή και το σύντροφό της. Η διόρθωση εσφαλμένων αντιλήψεων (π.χ. ότι ο καρκίνος μεταδίδεται σεξουαλικά) είναι πολύ σημαντική.
 - Η ενθάρρυνση ανοικτής συζήτησης για φόβους, ανάγκες και επιθυμίες, μπορεί να μειώσει το stress του ζευγαριού.
- Χρήση πρόσθετης (τεχνητού στήθους). Η άρρωστη που έχει υποβληθεί σε απλή ή ριζική μαστεκτομή χρειάζεται βοήθεια στην επιλογή της πρόσθεσης (τεχνητού στήθους). Αρχικά, η άρρωστη συμβουλευείται να φορέει κανονικό στηθόδεσμο, που θα τον γεμίζει με ένα μαλακό υλικό (μαλλί), το οποίο δεν θα κολλά πάνω στο τραύμα. Μετά την επούλωση του τραύματος, η άρρωστη ενημερώνεται για τους διάφορους τύπους πρόσθεσης που υπάρχουν στο εμπόριο και από πού μπορεί να τους προμηθευτεί. Η πρόσθεση που θα επιλεγεί πρέπει να είναι άνετη, να έχει κανονική φόρμα και το ίδιο μέγεθος, σχήμα και βάρος με τον άλλο μαστό. Οι παράγοντες αυτοί είναι σημαντικοί, για να επανακτήσει η άρρωστη την ισορροπία της. Ο σύζυγος ενθαρρύνεται να συνοδεύσει τη γυναίκα του στην αγορά της πρόσθεσης, για ενθάρρυνση και αποδοχή. Η πρόσθεση δεν θα πρέπει να φορεθεί, αν δεν το επιτρέψει ο γιατρός.

- ιβ. Τονισμός σπουδαιότητας μετανοσοκομειακού επανελέγχου (check-up)
 - Αξιολόγηση της επούλωσης του τραύματος
 - Εκτίμηση της προσπάθειας για αποκατάσταση, έλεγχος προόδου ασκήσεων Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της πρόσθεσης
 - Αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής της άρρωστης
 - Διαπίστωση πιθανής υποτροπής.⁵

9.3 ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η λέξη «κυτταροστατικό» σημαίνει κατά λέξη «αναστολέας κυττάρων δηλαδή εννοεί μια αναστολή μιτώσεως (διαίρεσεως κυττάρων). Λόγω του μηχανισμού αυτού δράσεως αποκαλεί κανείς τα αντίστοιχα φάρμακα «κυτταροστατικά». Προκειμένου να διαχωρίσουμε αυτό το είδος της χημικής θεραπείας από άλλες μεθόδους θεραπείας όπως εγχείρηση και ακτινοθεραπεία ομιλούμε για «χημειοθεραπεία». Συνεπώς η έννοια χημειοθεραπεία και κυτταροστατική θεραπεία σημαίνουν στην ογκολογία την ίδια θεραπεία.⁷

Η κακοήθεια ενός καρκίνου συνίσταται στην αλόγιστη ανάπτυξη, η οποία προκαλείται από τη διαίρεση των κυττάρων. Μια κυτταροστατική θεραπεία αναχαιτίζει τη διαίρεση των κυττάρων και αναστέλλει την ανάπτυξη ενός κακοήθους όγκου. Στην καλύτερη περίπτωση νεκρώνονται τα καρκινικά κύτταρα με τη θεραπεία αυτή.

Η εφαρμογή των φαρμάκων για κυτταροστατική θεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί:

- Γενικά

Το φάρμακο χορηγείται ενδοφλεβίως ή υπό μορφή δισκίων. Με την ομοιόμορφη κατανομή μπορεί το φάρμακο να ενεργεί σε όλο το σώμα.

- Τοπικά

Το φάρμακο διοχετεύεται τοπικώς μέσω της αντιστοίχου αρτηρίας στο πάσχον όργανο. Αυτή η μέθοδος δεν δύναται να εφαρμοστεί στην περίπτωση του μαστού εφαρμόζεται κατ' εξοχήν στους όγκους του ήπατος, των οργάνων ελάσσονος πυέλου καθώς επίσης και στα άνω και κάτω άκρα.³⁵

Η κυτταροστατική θεραπεία στον καρκίνο του μαστού είναι πάντοτε μια γενική θεραπεία και όχι τοπική. Τα ανάλογα φάρμακα χορηγούνται ενδοφλεβίως, συνήθως στάρδην, ή υπό μορφή δισκίων από το στόμα. Αυτή η θεραπεία είναι σημαντική, διότι με τον τρόπο αυτό μπορεί να εφαρμοστεί θεραπεία σε κάθε μέρος του σώματος. Καρκινικά κύτταρα, τα οποία μέσω της λεμφικής οδού και των αιμοφόρων αγγείων καταλήγουν σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, μπορούν να θεραπευθούν από τα φάρμακα αυτά, τα οποία χορηγήθηκαν κατά τον τρόπο αυτόν. Η έντονη δράση των κυτταροστατικών συνεπάγεται επίσης σπουδαίες παρενέργειες. Στην περίπτωση μιας γενικής θεραπείας οι παρενέργειες είναι περισσότερο έντονες από ότι σε τοπική θεραπεία ενός συγκεκριμένου οργάνου και οφείλονται στο γεγονός, ότι τα κυτταροστατικά φάρμακα αναστέλλουν όχι μόνο τη διαίρεση των καρκινικών κυττάρων αλλά την διαίρεση και των φυσιολογικών κυττάρων. Όσο ταχύτερα διαιρούνται τα κύτταρα, τόσο εντονότερη είναι η δράση των κυτταροστατικών φαρμάκων.³⁴

9.3.1 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

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

- Ο τύπος της νεοπλασίας
- Ο χρόνος που χρειάζεται ο οργανισμός για να απαντήσει θετικά στη χημειοθεραπεία.
- Πώς η ασθενής θα αντιμετωπίσει οποιαδήποτε ανεπιθύμητη ενέργεια.
- Οι συνυπάρχουσες παθήσεις όπως ηπατική βλάβη, καρδιακή ανεπάρκεια, αναπνευστική ανεπάρκεια, νεφρική ανεπάρκεια.

Για κάθε θεραπεία ακολουθεί μια περίοδος ανάπαυσης. Η περίοδος ανάπαυσης είναι συνήθως μεγαλύτερη της θεραπείας. Αυτές οι περιόδους βοηθούν τον οργανισμό να συνέλθει από ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας.¹²

9.3.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΧΕΙΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

- 1) Κατά την προετοιμασία του φαρμάκου χρησιμοποιούνται ελαστικά ή πλαστικά γάντια για την προστασία του δέρματος. Αν διάλυμα φαρμάκου έλθει σε επαφή με το δέρμα ή βλεννογόνο πλένουμε την περιοχή με άφθονο νερό. Η διάλυση των φαρμάκων πρέπει να γίνεται σε ειδικούς χώρους.
- 2) Το σημείο της εγχύσεως προτιμάται να είναι η ράχη της άκρας χείρας, ο καρπός ή ο ωλεκρανικός βόθρος.
- 3) Αποφεύγουμε την έγχυση του φαρμάκου σε σημείο που είχε προηγούμενα χρησιμοποιηθεί.
- 4) Μόλις αρχίσει η ενδοφλέβια έγχυση του διαλύματος χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο, παρακολουθούμε την περιοχή της φλεβοκέντησης για υποδόρια έγχυση του υγρού. Αν το υγρό πάει ενδοφλέβια αρχίζουμε την έγχυση του φαρμάκου.
- 5) Συνεχής παρακολούθηση του σημείου φλεβοκέντησης για συμπτώματα υποδόριας έγχυσης όπως ελάττωση της ροής του υγρού, πόνος, ερυθρότητα και οίδημα.
- 6) Μόλις παρατηρήσουμε τα πιο πάνω συμπτώματα διακόπτεται η έγχυση του φαρμάκου, διατηρείται η φλέβα ανοικτή με έγχυση φυσιολογικού ορού και ενημερώνουμε τον γιατρό.
- 7) Ενημερώνουμε την άρρωστη ώστε να μας αναφέρει αμέσως πόνο, ευθρότητα, οίδημα.
- 8) Μετά την έγχυση του φαρμάκου ξεπλένεται η βελόνα με έγχυση φυσιολογικού ορού και αφαιρείται.
- 9) Κάνουμε την αναγραφή της νοσηλείας ανάλογα με τις διαδικασίες του νοσοκομείου.⁴²

9.3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΥΤΤΑΡΙΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- 1) Γίνεται ομαδική προσέγγιση του αρρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά του σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά, συναισθηματικά και πνευματικά.

- 2) Βεβαιώνουμε τον άρρωστο πως οι τοξικές ενέργειες και οι ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από την μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.
- 3) Εφαρμόζουμε αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση του αρρώστου ώστε να αποδεχτεί, να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της.
- 4) Κάνουμε γενική αξιολόγηση του αρρώστου για τη θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση κ.ά. Λαμβάνουμε επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας.⁴⁰

9.3.4 ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΚΥΤΤΑΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Φάρμακα ενεργώς κυτταροστατικά ευρίσκονται συνεχώς σε μια εξέλιξη. Κάθε χρόνο εμπλουτίζεται η ιατρική φαρέτρα με νέα φάρμακα, τα οποία έχουν μια καλύτερη δράση στον όγκο και υπόσχονται στην ασθενή μικρότερο αριθμό παρενεργειών.

Τα φάρμακα της χημειοθεραπείας του καρκίνου του μαστού ταξινομούνται σε 4 ομάδες ουσιών:

- α) Αντιβιοτικά ενεργούν κατά κύριο λόγο εναντίον μικροοργανισμών, οι οποίοι αποτελούν τα αίτια λοιμώξεων. Μερικές εξελιγμένες μορφές αυτών μπορούν να αναχαιτίσουν την ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων. Μία από τις σημαντικές αυτές ουσίες της ομάδας αυτής είναι η υδροχλωρική δοξορουβικίνη (Adriblastina).
- β) Αλκυλιούντες παράγοντες προέρχονται από τα δηλητήρια του χημικού πολέμου (υπερίτης), ο οποίος χρησιμοποιήθηκε στον πρώτο παγκόσμιο πόλεμο. Οι παράγοντες αυτοί είναι βλαπτικοί για το ριβονουκλεϊνικό οξύ (το οξύ αυτό είναι σημαντικό για τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων) και αναστέλλουν ανάπτυξη όγκου. Η κυκλοφωσφαμίδη (Endoxan), η μελφαλάνη (Alkeran), και

χλωραμπουκιλη (Leukegran) ανήκουν στην ομάδα των αλκυλιούντων παραγόντων.

- γ) Αντιμεταβολίτες. Πρόκειται για ουσίες, οι οποίες αναστέλλουν την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων, δεδομένου ότι δεσμεύουν την ανταλλαγή της ύλης αυτών. Στην ομάδα αυτή ανήκουν η μεθοτρεξάτη και η φθοριο-ουρακίλη.
- δ) Αλκαλοειδή. Τα αλκαλοειδή ενεργούν με την αναστολή της κυτταρικής διαίρεσης. Ουσίες της ομάδος αυτής είναι η θειϊκή βινκριστίνη και η θειϊκή βινπ्लासίνη.⁸

9.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

1. Καταστολή του μυελού των οστών. Παρατηρείται:

1.1 Λευκοπενία

- α) Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση των λευκών διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός, (2) η θερμοκρασία του σώματος μικρή άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία, (3) το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή προλαμβάνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις.
- β) Προλαμβάνονται οι λοιμώξεις με τα μέτρα όπως: (1) εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής καθαριότητας, (2) οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος αντιμετωπίζεται σαν τραύμα (απολυμαίνεται), (3) κάθε 4-6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. Η χρησιμοποίηση γλυκερίνης ή λεμονιού αναστέλλει την έκκριση του σιέλου (σάλιο) και αλλάζει το pH της στοματικής κοιλότητας γι' αυτό δεν συνιστάται, (4) μετά τη χρήση της τουαλέτας πλένεται καλά και στεγνώνεται η περιοχή του πρωκτού, (5) εφαρμόζεται τεχνική απομόνωσης (βλέπετε λοιμώδη νοσήματα όταν τα λευκά αιμοσφαίρια φθάσουν τα 1.500 - 2.000 /mm³, (6) όταν ο άρρωστος έχει ενδοφλέβια έγχυση αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48.⁴²

1.2 Θρομβοπενία

- α) Παρακολουθούνται (1) τα αιμοπετάλια (φυσιολογικές τιμές 200.000-300.000/mm³). Αν ο άρρωστος έχει αιμοπετάλια κάτω από 50.000/mm³ θα πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο, (2) τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες (μάτι, στόμα) για ρινο-ουλορραγίες, (3) η αρτηριακή πίεση του αίματος σε περίπτωση που αυτή βρεθεί χαμηλή ο άρρωστος πρέπει να νοσηλεύεται στο νοσοκομείο.
- β) Προλαμβάνονται οι αιμορραγίες με μέτρα όπως: (1) περιορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις. Αν πρέπει να γίνουν, ασκείται πίεση στο σημείο της ενέσεως για 3 λεπτά περίπου για την πρόληψη αιματώματος ή εξόδου αίματος. Ασυνήθης αιμορραγία μετά από ενδομυϊκή και υποδόρια ένεση γίνεται γνωστή στο γιατρό, (2) οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πίεσεως σε κάποιο σημείο του σώματος, όπως ο ασκός του πιεσόμετρου κ.ά., πρέπει να είναι μικράς διάρκειας, (3) δίνονται συμβουλές στον άρρωστο να εφαρμόζει μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα που μπορεί να δημιουργηθούν με το βίαιο καθάρισμα της μύτης, την ακατάλληλη ξυριστική μηχανή (κατάλληλη είναι η ηλεκτρική), τη σκληρή οδοντόβουρτσα κ.ά.
- γ) Προσφέρεται βοήθεια στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας όπως, να υπάρχει πάντοτε έτοιμο αίμα στην τράπεζα αίματος. Κατά τη μετάγγιση αίματος παρακολουθείται η ροή του και ο άρρωστος για σημεία αντίδρασης από το αίμα.¹²

1.3 Αναιμία

- α) Παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη (φυσ. τιμ. 14-16 g/100 ml αίματος), ο αιματοκρίτης (φυσ. τιμ. 40-54% στους άνδρες και 37-47% στις γυναίκες) και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα εύκολη κόπωση, απάθεια.
- β) Βοηθείται ο άρρωστος με (1) διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο. Ο σίδηρος μπορεί να χορηγηθεί και με φαρμακευτικά σκευάσματα, (2) αποφυγή κόπωσης, (3) χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού, (4) περιορισμός της απώλειας αίματος.

2. Γαστρεντερικές διαταραχές. Εκδηλώνονται με:

2.1 Ναυτία, εμέτους

- Παρακολουθείται (1) η συχνότητα των εμέτων, ο χαρακτήρας και η ποσότητα, (2) η ανορεξία ή αποστροφή στην τροφή, που μπορεί να έχει ο άρρωστος και (3) η θρέψη του αρρώστου.

Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης ναυτίας και εμέτων όπως: (1) χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (με εντολή γιατρού). Πριν από την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ή αμέσως μετά την ολοκλήρωσή της, (2) χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου με άδειο στομάχι ή την ώρα που ο άρρωστος θα κοιμηθεί, (3) εκπαιδεύεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειάς του πως να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα, (4) δίνονται κομμάτια μικρά πάγου μόλις παρουσιαστεί η ναυτία, (5) ενισχύεται ο άρρωστος να φάει λίγη φρυγανιά, (6) σερβίρεται η τροφή μετά την υποχώρηση της ναυτίας, (7) προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα, σε συνεργασία με τον άρρωστο, για το περιεχόμενο και την ώρα, (8) χορηγούνται τροφές πολύ παγωμένες, (9) αποφεύγονται αυτές που έχουν έντονη οσμή (μυρουδιά), (10) ενισχύεται ο άρρωστος να μασάει πολύ καλά την τροφή, (11) μετά από κάθε λήψη τροφής γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.

- Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση (θεραπεία) της ναυτίας και των εμέτων με (1) χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. Εάν δεν υπάρχει εντολή γιατρού, γίνεται επικοινωνία με το γιατρό για την εντολή χορηγήσεως αντιεμετικών. Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται για τους εμέτους του αρρώστου πιθανόν να γίνει αλλαγή του είδους της χημειοθεραπείας και να χρειαστεί διόρθωση τυχόν διαταραχής ισορροπίας ηλεκτρολυτών, (2) προσφορά ανακουφιστικής φροντίδας, όπως η διατήρηση του αρρώστου καθαρού χωρίς την κακοσμία των εμέτων κ.ά., (3) ενημέρωση του αρρώστου, πως η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα και (4) διόρθωση, αν χρειάζεται, της διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και εξασφάλιση καλής θρέψης.⁵

2.2 Διάρροια / Σύσπαση κοιλιακών μυών

- Παρακολουθείται (1) το χρώμα, η ποσότητα, και η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης, (2) ο άρρωστος για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνουν διαταραχή ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και (3) η συχνότητα και η ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.
- Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της διάρροιας και της συσπάσεως των κοιλιακών μυών: περιορίζεται η κυτταρίνη στο διαιτολόγιο και προτιμούνται οι τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα.
- Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας με (1) χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν τη διάρροια, με οδηγία γιατρού και ενημέρωση του γιατρού αν συνεχίζεται η διάρροια και οι σπασμοί των κοιλιακών μυών, επειδή ίσως να χρειαστεί αλλαγή της χημειοθεραπείας και διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών, (2) χορήγηση πολλών υγρών, εφόσον δεν αντενδείκνυνται, (3) βοήθεια στη διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και (4) φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περίνεου, για την πρόληψη ερεθισμού.

2.3 Στοματίτιδα - Έλκη (πληγές) του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας

- Παρατηρείται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου, για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες που είναι σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας.
- Προλαμβάνεται η στοματίτιδα με (1) την καθημερινή παρακολούθηση της στοματικής κοιλότητας για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο όταν χρησιμοποιούνται όξινες (ξυνές) τροφές, (2) την οργάνωση προγράμματος φροντίδας στοματικής κοιλότητας σχετικά με την πρόληψη των λοιμώξεων και (3) επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη τρεις φορές τη μέρα.
- Προσφέρεται βοήθεια για τη θεραπεία της στοματίτιδας με τη συνεχή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και την προσφορά λευκής, χλιαρής τροφής (λευκή είναι η τροφή που δεν περιέχει καρυκεύματα και σάλτσες).⁴²

3. Νευροτοξικότητα

- 3.1** Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα (1) ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρός πόνος στα χέρια και τα πόδια και απώλεια των «εν τω βάθει» αντανακλαστικών των τενόντων και (2) σοβαρότερης νευροπάθειας όπως μείωση της δυνάμεως των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού και παραλυτικός ειλεός.
- 3.2** Προστατεύεται ο άρρωστος από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας με την έγκαιρη ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νευροτοξικότητας του φαρμάκου. Πιθανόν να επιβάλλεται αλλαγή σχήματος χημειοθεραπείας, όταν μάλιστα οι λειτουργικές βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες (δεν αποκαθίστανται μετά τη θεραπεία).
- 3.3** Βοηθείται ο άρρωστος στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με (1) τη χρησιμοποίηση μέτρων ασφάλειας για την προστασία του, (2) τη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση και (3) την εξασφάλιση οδηγίας γιατρού για τη χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων κ.ά. που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

4. Ωτοτοξικότητα (τοξική βλάβη των αυτιών)

- 4.1** Εκτιμάται η ακοή του αρρώστου πριν αρχίσει τη θεραπεία.
- 4.2** Ενημερώνεται ο άρρωστος να αναφέρει, αν αισθανθεί βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

5. Ηπατοτοξικότητα

- 5.1** Παρακολουθείται (1) η λειτουργικότητα του ήπατος με τις γνωστές ηπατικές εξετάσεις, (2) η εμφάνιση συμπτωμάτων, που πιθανόν να προέρχονται από βλάβη του ήπατος, όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος.
- 5.2** Ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός όταν επιδεινωθούν τα συμπτώματα που προκαλούνται από την επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας.

5.3 Ανακουφίζεται ο άρρωστος από τα συμπτώματα της ηπατοτοξικότητας με ανάλογες νοσηλευτικές δραστηριότητες.

6. Νεφροτοξικότητα

6.1 Παρακολουθείται (1) η λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας, (2) ο άρρωστος για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κ.ά. και (3) το ισοζύγιο λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

6.2 Λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα και τη διατήρηση της αντιδράσεως των ούρων (pH) σε φυσιολογικά επίπεδα, με χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

7. Ανοσοκατασταλτική επίδραση

7.1 Παρακολουθείται ο άρρωστος για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο, πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων.

7.2 Προστατεύεται ο άρρωστος από μολύνσεις, όπως αναφέρεται στη λευκοπενία, και αναβάλλεται - αν είχε προγραμματιστεί να γίνει - η ενεργητική ανοσοποίηση του αρρώστου για μερικούς μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

8. Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων

8.1 Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα όπως αμηνόρροια, διαφοροποίηση χαρακτηριστικών του φύλου κ.ά., εκτιμάται ο βαθμός της ενημέρωσής του για την παροδικότητά τους, καθώς και για την πιθανότητα να πάθει μόνιμη στέρωση.

8.2 Ενημερώνεται η άρρωστη πως κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για μερικούς μήνες μετά τη θεραπεία δε θα πρέπει να μείνει έγκυος για την πρόληψη τερατογένεσης.¹²

9. Αλωπεκία (πτύση μαλλιών)

- 9.1** Γίνεται εξακρίβωση αν ο άρρωστος έχει καταλάβει ότι τα μαλλιά του μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας, αλλά θα ξαναβγούν οκτώ περίπου βδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.
- 9.2** Μειώνεται η αλωπεκία αν κατά τη θεραπεία και 10-15 λεπτά μετά από αυτή εφαρμοστεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.
- 9.3** Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, γίνεται αποτρίχωση του κεφαλιού και καλύπτεται το κεφάλι με μανδήλι ή χρησιμοποιείται περούκα. Παράλληλα βοηθείται η άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματά της σχετικά με τη διαφοροποίηση της εμφάνισής της.

10. Αλλαγές στο δέρμα

- 10.1** Παρακολουθείται το δέρμα για διακοπή της συνέχειάς του (ρωγμές), διατηρείται καθαρό, προστατεύεται από την ξηρότητα και τη μεγάλη έκθεση στον ήλιο ή σε τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες.
- 10.2** Δίνονται στον άρρωστο έντυπες πληροφορίες σχετικά με την προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα (γίνεται πιο σκούρο) κ.ά. αν υπάρχουν.

9.5 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην ακτινοθεραπεία προσπαθούμε με τη βοήθεια πλούσιων σε ενέργεια ακτίνων να καταστρέψουμε καρκινικά κύτταρα. Η πολύ υψηλή ενέργεια στη σύγχρονη ακτινοθεραπεία παράγεται σήμερα από επιταχυντή ηλεκτρονίων ή από ραδιενεργά στοιχεία όπως κοβάλτιο, καίσιιο ή ιρίδιο. Οι εφαρμοζόμενες στην ιατρική ακτίνες ρυθμίζονται καλά με τη βοήθεια της σύγχρονης ιατρικής τεχνικής και καθορίζεται επακριβώς η δοσολογία. Η δράση τους αρχίζει με την αναστολή της μιτώσεως των κυττάρων και περατούται με την καταστροφή αυτών. Παρά το γεγονός ότι η δράση των ακτίνων δεν δύναται να διαχωριστεί σε καρκινικά και φυσιολογικά κύτταρα, είναι η εφαρμογή των ακτίνων αυτών σαν θεραπεία σημαντική. Τα καρκινικά κύτταρα αντιδρούν περισσότερο

έντομα στις ακτίνες από ότι τα φυσιολογικά κύτταρα. Η ευαισθησία των όγκων στις ακτίνες είναι τελείως διαφορετική, οι καρκίνοι του μαστού είναι ως επί το πλείστον ευαίσθητοι στην ακτινοθεραπεία. Όταν ένας όγκος δεν αντιδρά στην ακτινοθεραπεία πρέπει να επιλεγεί ένα άλλο είδος θεραπείας. Όσο μεγαλύτερη είναι η ακτινοβολούμενη περιοχή, τόσα περισσότερα υγιή κύτταρα ακτινοβολούνται και συνεπώς είναι περισσότερο έντονες οι παρενέργειες. Μια ακτινοθεραπεία γίνεται καλύτερα ανεκτή εάν αυτή κατανεμηθεί κατά το δυνατόν σε πολλές συνεδρίες.⁴³

Στην ακτινοθεραπεία του μαστού ακτινοβολούμε σε 4 περιοχές:

1. Μαστός
2. Μασχαλιαία κοιλότητα
3. Υποκλείδια περιοχή
4. Περιοχή των οπισθοστερνικών γαγγλίων.

Η ακτινοβολία είναι δυνατόν να χορηγηθεί με τη βοήθεια ραδιενεργού υλικού που τοποθετείται στην περιοχή του όγκου ή με εξωτερική ακτινοθεραπεία.²⁷

9.5.1 ΣΤΟΧΟΙ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Οι στόχοι κατά την εφαρμογή των ακτινοθεραπευτικών τεχνικών είναι δύο: 1) ο μαστός και 2) οι επιχώριοι λεμφαδένες.

- 1) **Ο μαστός:** Η ακτινοθεραπεία μαστού μετά τοπική εκτομή ελαττώνει τον κίνδυνο της υποτροπής στον μαστό από 30-40% στο 5-10% στα πέντε χρόνια. Ολόκληρος ο μαζικός αδένας θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται σε μια συνολική δόση έως 50 Gy σε ημερήσια δοσολογία 1,8-2 Gy ακολουθούμενη από μια επιπλέον δόση στην κοίτη του όγκου σε συνολική δόση των 60-64Gy.
- 2) **Επιχώριοι λεμφαδένες:** Το σκεπτικό της ακτινοβολήσης της λεμφαδενικής οδού είναι η πρόληψη της τοπικής υποτροπής. Παρόλα αυτά η ακτινοβολία αυτή καθαυτή μπορεί να συνδυαστεί με μια ιδιαίτερη επιβάρυνση όσον αφορά διόγκωση του βραχίονος, ακαμψίας ώμου, πνευμονικής ίνωσης ακόμη και ισχαιμικής καρδιακής νόσου. Η ακτινοβολία δεν θα πρέπει να χορηγείται χωρίς να έχει εκτιμηθεί η πιθανότητα και η νοσηρότητα της λεμφαδενικής υποτροπής.¹⁶

9.5.2 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η σπουδαιότερη παρενέργεια στην ακτινοβόληση του μαστού είναι η κόπωση που νοιώθει η άρρωστη συνήθως όμως είναι ήπια και δεν κρατά τις ασθενείς από την εργασία τους ή από τις κοινωνικές τους υποχρεώσεις. Οι παρενέργειες της θεραπείας διακρίνονται σε πρώιμες και απώτερες.

Πρώιμες αντιδράσεις στην ακτινοθεραπεία, συνήθως συμπεριλαμβάνουν ερύθημα του δέρματος ενώ μπορούν να παρατηρηθούν και περιοχές υγρής απολέπισης στην μασχάλη και στην κάτω μαζική πτυχή, ειδικά σε παχιές γυναίκες.

Απώτερες αντιδράσεις συμπεριλαμβάνουν ίνωση στα σημεία επαφής των εφαπτόμενων πεδίων στον μαστό και των πεδίων με τα οποία ακτινοβολούνται οι λεμφαδενικοί οδοί, την ισχαιμική καρδιακή νόσο, το οίδημα του μαστού. Πολλές από τις απώτερες επιπλοκές της θεραπείας μπορούν να αποφευχθούν ή να ελαχιστοποιηθούν με προσεκτικό σχεδιασμό της θεραπείας και επιλογή της δόσης.

Τους πρώτους μήνες μετά την ακτινοθεραπεία του μαστού, ο μαστός παραμένει ζεστός για μερικούς μήνες μετά την ακτινοβόληση. Εάν αυτό προκαλείται από κάποια φλεγμονή του υποδόριου ιστού μπορεί να βελτιωθεί με αντιβιοτικά. Πολλές φορές παρατηρείται κάποιο οίδημα στον μαστό, ένα ερύθημα, πόνος ακόμη και ευαίσθητα σημεία τα οποία οφείλονται στην ακτινοθεραπεία και υποχωρούν με την πάροδο των μηνών.¹²

Πνευμονική ίνωση, περικαρδική ή μυοκαρδιακές επιπλοκές δεν είναι συχνές. Εάν χημειοθεραπευτικά φάρμακα δοθούν ταυτόχρονα με τη ριζική ακτινοθεραπεία θα υπάρξει ενίσχυση τόσο των πρώιμων όσο και των απώτερων αντιδράσεων.¹¹

9.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Διδασκαλία

- Ενημερώνεται η ασθενής για τις αναμενόμενες και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας επίσης, δίνονται συμβουλές για την καλύτερη δυνατή συνεργασία και τη συμβολή της ασθενούς στην ακτινοθεραπεία και το σχεδιασμό της φροντίδας.
- Παρέχει η νοσηλεύτρια έντυπο πληροφοριακό υλικό από το ακτινολογικό τμήμα και, αν είναι δυνατόν, ενισχύει την προφορική διδασκαλία.
- Προκαθορίζει επίσκεψη της ασθενούς στο ακτινολογικό τμήμα.
- Παρέχει στην ασθενή χρόνο για τη διατύπωση ερωτήσεων και απαντήσεων.
- Πληροφορεί την ασθενή για τα αναμενόμενα αποτελέσματα και την αφήνει να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά της.
- Παρέχει γραπτές οδηγίες για τη φροντίδα του δέρματος, τις διατροφικές τροποποιήσεις, την ώρα που έχει καθορισθεί η κάθε συνεδρία, τη φαρμακευτική αγωγή.
- Πληροφορεί την ασθενή για το πώς να αντιμετωπίσει τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες.¹²

2. Διατροφή

- Επισημαίνεται η αναγκαιότητα της διατήρησης των διατροφικών συνηθειών, με πρόσθετη χορήγηση τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας, η οποία είναι ζωτικής σημασίας για την αντοχή του οργανισμού στην ακτινοθεραπεία.
- Ενθαρρύνονται τα μικρά και συχνά γεύματα.
- Ενθαρρύνεται η επαρκής λήψη υγρών. Οι μεταβολικές ανάγκες των ιστών είναι αυξημένες και απαιτείται αυξημένη χορήγηση υγρών για την αποβολή των άχρηστων ουσιών.
- Προγραμματίζει για την ασθενή και την οικογένειά της συμβουλευτική συνάντηση με τη διαιτολόγο.
- Ζυγίζει καθημερινά την ασθενή και συγκρίνει τα αποτελέσματα μεταξύ τους, αλλά και με τα αντίστοιχα πριν από την έναρξη της θεραπείας.
- Ρυθμίζει το διαιτολόγιο πριν και μετά από κάθε συνεδρία.

- Χορηγεί αναλγητικά και αντιεμετικά φάρμακα περίπου δύο ώρες πριν από το γεύμα. Αξιολογεί την αποτελεσματικότητά τους.
- Ελέγχει τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορεί να αυξάνουν τη ναυτία και τον έμετο.
- Κανονίζει τη χορήγηση μεγαλύτερων γευμάτων, όταν η ναυτία και η ανορεξία δεν είναι και τόσο φανερές (συνήθως τα πρωινά) διαφορετικά, χορηγεί καθημερινώς μικρά και συχνά γεύματα.
- Χορηγεί πολτοποιημένες, μαλακές, υψηλής πρωτεϊνικής αξίας τροφές.
- Χορηγεί μεταξύ των γευμάτων υψηλά πρωτεϊνικά και θερμιδικά σκευάσματα του εμπορίου (με εντολή γιατρού).
- Γνωστοποιεί στην ασθενή ότι η λήψη κρύων τροφών μπορεί να βοηθήσει στην αναισθητοποίηση και στην ανακούφιση του πόνου της στοματικής κοιλότητας.⁴²
- Διδάσκει την ασθενή πώς να χρησιμοποιεί καλαμάκι για να διευκολύνει τη λήψη υγρών.
- Να αποφεύγεται η χορήγηση ζεστών τροφών και υγρών που μπορεί να προκαλέσουν αλλοιώσεις του βλεννογόνου του στόματος να αποφεύγονται ο καφές, το τσάι, τα οινόπνευματώδη, τα μπαχαρικά, οι σάλτσες και τα ανθρακούχα αναψυκτικά.
- Διδάσκει στην ασθενή τεχνικές για την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. Συνιστά τη χρησιμοποίηση μαλακής οδοντόβουρτσας καθώς και τη χρήση οδοντιατρικού νήματος. Φροντίζει, ώστε τα χείλη να παραμένουν υγρά.
- Πριν από την έναρξη της ακτινοθεραπείας, η νοσηλεύτρια φροντίζει να επισκεφθεί η ασθενής τον οδοντίατρο για προληπτικές εξετάσεις, ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες μόλυνσης και καταστροφής δοντιών και ούλων. Χαλασμένα δόντια, ακόμη και δόντια με σφραγίσματα, αφαιρούνται πριν από την έναρξη της θεραπείας.
- Διδάσκει την ασθενή να παρατηρεί καθημερινά τη στοματική της κοιλότητα για αλλαγές στο βλεννογόνο και σε τέτοια περίπτωση να τις αναφέρει αμέσως στη νοσηλεύτρια.
- Η νοσηλεύτρια παρατηρεί και αξιολογεί καθημερινά την ασθενή για σημεία και συμπτώματα επιμόλυνσης (π.χ. στοματική καντιντίαση).
- Χορηγεί αναλγητικά αντιβιοτικά (με εντολή γιατρού).

- Συζητεί και ενημερώνει την ασθενή για την πιθανότητα διατροφής με ρινογαστρικό σωλήνα Levin, σε περίπτωση αυξημένης απώλειας βάρους.
- Η νοσηλεύτρια ελέγχει και παρακολουθεί καθημερινά τις εργαστηριακές τιμές των ηλεκτρολυτών, της κρεατινίνης, του αζώτου κ.λπ.
- Φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών της ασθενούς, όταν αυτή είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες για την κάλυψη των φυσικών της αναγκών.
- Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού της, που συμβάλλει στη μείωση και στην καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.¹²

3. Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών

- Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται.
- Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών και καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό.
- Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή.
- Ενημερώνεται η ασθενής να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα.
- Ενθαρρύνεται να αποφεύγει τα στενά ρούχα, που αυξάνουν τον ερεθισμό.
- Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα, διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.
- Η ασθενής ενημερώνεται ότι η περιοχή η οποία ακτινοβολείται είναι σημειωμένη με ειδικό μελάνι.
- Η περιοχή αυτή πρέπει να διατηρείται κατά το δυνατόν στεγνή.
- Πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή.
- Δεν τοποθετούνται αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός και αν υπάρχει ιατρική εντολή. - Τόσο κατά τη θεραπεία όσο και μετά από αυτήν πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας (να μη ζεσταίνεται πολύ).
- Προστατεύεται από τον ήλιο και το κρύο (αέρας κ.ά.).

- Αποτριχώνεται (ξυρίζεται) μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα, αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο.
- Αποφεύγεται η χρήση στηθοδέσμου, αν δημιουργεί πίεση.
- Ενημερώνεται η ασθενής να φοράει άνετα και φαρδιά ρούχα. Επίσης, να αποφεύγεται η επαφή της περιοχής με υφάσματα που προκαλούν τριβή και ερεθισμό.
- Το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται ελέγχεται καθημερινά από τη νοσηλεύτρια για ερύθημα, κνησμό, αφυδάτωση, παρουσία φλυκταινών και απολέπιση.
- Σε καταστολή του μυελού των οστών, η ασθενής παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς και γι' αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγησή της. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση της ασθενούς για εμφάνιση αιμορραγιών. Σε περίπτωση αιμορραγίας, αντιμετωπίζεται ανάλογα.⁵
- Όσον αφορά στη διάρροια, η νοσηλεύτρια εκτιμά την ποιότητα και τη συχνότητα των κοπράνων.
- Παρακολουθεί τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά, το βάρος και την ηλεκτρολυτική ισορροπία.
- Χορηγούνται τροφές με μικρό υπόλειμμα. Αποφεύγονται άπεπτα ινώδη στοιχεία που αφήνουν μεγάλο υπόλειμμα, όπως το μαύρο ψωμί, τα λαχανικά, τα χόρτα.
- Ενθαρρύνεται η ασθενής να καταπίνει αργά, αφού πρώτα μασάει καλά την τροφή της.
- Ενθαρρύνεται η αυξημένη λήψη υγρών για την αντικατάσταση των υγρών και των ηλεκτρολυτών που χάθηκαν.
- Με εντολή γιατρού, η νοσηλεύτρια χορηγεί αντιδιαρροϊκά φάρμακα και αξιολογεί την αποτελεσματικότητά τους.

4. Προετοιμασία της ασθενούς για έξοδο

- Η νοσηλεύτρια ενημερώνει την ασθενή σχετικά με τον προγραμματισμό της θεραπείας και το σχεδιασμό της φροντίδας του δέρματος.
- Παρέχει στην ασθενή κατάλογο με τις ακριβείς ημερομηνίες κάθε συνεδρίας και των συναντήσεων με το γιατρό.

- Ενημερώνει την ασθενή σχετικά με αλλαγές στο διαιτολόγιο και στη λήψη τροφής κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
- Διδάσκει την ασθενή πώς να παρακολουθεί και να ελέγχει την ακεραιότητα της περιοχής του δέρματος που ακτινοβολείται.
- Εκτιμά και αξιολογεί τις ανάγκες φροντίδας της ασθενούς στο σπίτι.⁴²

9.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Διδασκαλία

- Η νοσηλεύτρια εξηγεί στην ασθενή τις διαδικασίες που ακολουθούνται και το τι πρέπει να περιμένει η ασθενής. Η ασθενής από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στο σώμα της πρέπει να απομονωθεί.
- Εξηγούνται στην ασθενή οι απαραίτητες προφυλάξεις, οι οποίες πρέπει να παρθούν μετά την εφαρμογή του ραδιοϊσότοπου εμφυτεύματος.
- Ενθαρρύνεται η συνομιλία και η έκφραση φόβων, συναισθημάτων και ανησυχιών.

2. Διατροφή

- Χορηγεί υπερλευκωματούχο υδρική δίαιτα ή τοποθετεί ρινογαστρικό σωλήνα για την εξασφάλιση της σωστής διατροφής της ασθενούς.
- Ενθαρρύνει την ασθενή να περπατά, για να παρεμποδίσει διαταραχές στην κένωση του εντερικού σωλήνα ή διαταραχές στην ούρηση.
- Παρακολουθεί και ελέγχει την παρεντερική χορήγηση υγρών, η οποία σκοπεύει στην καλή ενυδάτωση της ασθενούς.
- Ελέγχει και παρακολουθεί την περιοχή του δέρματος, κάτω από την οποία βρίσκεται το εμφύτευμα, για την εμφάνιση σημείων φλεγμονής (οιδήματος, πόνου, ερυθρότητας, αύξησης της θερμοκρασίας).¹²

3. Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών

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

- Χορηγεί αναλγητικά (με εντολή γιατρού), εκτιμά και καταγράφει την ανταπόκριση της ασθενούς.
- Παρέχει φροντίδα για τη σωστή υγιεινή της στοματικής κοιλότητας.
- Το διαιτολόγιο της ασθενούς περιλαμβάνει μαλακές και ήπιες τροφές, ενώ αποφεύγονται οι σάλτσες, τα κόκκινα κρέατα, τα ξινά φαγητά, ο καπνός και το οινόπνευμα, τα οποία είναι δυνατόν να προκαλέσουν αλλαγές στη γεύση και φλεγμονή του στόματος.

4. Φροντίδα μετά την έξοδο της ασθενούς

- Διδάσκεται η ασθενής να εκτελεί κάθε μήνα την αυτοεξέταση του μαστού.
- Ενημερώνεται ότι, εφόσον δεν ακολουθεί εξωτερική ακτινοβολία, αν επιθυμεί, μπορεί να χρησιμοποιήσει στην περιοχή του δέρματος από όπου αφαιρέθηκε το εμφύτευμα κρέμες, λοσιόν, αρώματα ή σαπούνια.
- Καθοδηγείται να προστατεύει την περιοχή του δέρματος από την ακτινοβολία του ηλίου.
- Ενημερώνεται ότι φλεβοκεντήσεις και λήψεις της αρτηριακής πίεσης δεν πρέπει να γίνονται στον αντίστοιχο βραχίονα. Γνωστοποιείται ακόμη ότι, παροδικά, απότομοι πόνοι, διάχυτοι στο στήθος, θα οφείλονται στην ακτινοβολία και στην αύξηση του ερεθισμού των θωρακικών μυών και είναι δυνατόν να εμφανίζονται περιοδικά μέχρι και ένα χρόνο μετά. Διδάσκονται επίσης από τη νοσηλεύτρια ασκήσεις βαθμιαίας κινητικότητας του άκρου, με σκοπό την επαναφορά στη φυσιολογική κατάσταση της περιοχής της μασχάλης.
- Συμβουλεύεται η ασθενής να συνεχίσει την καθημερινή και προσεκτική περιποίηση και φροντίδα της στοματικής της κοιλότητας.
- Συμβουλεύεται τέλος να συνεχίσει την υπερλευκωματούχο διαίτα. Αν κριθεί απαραίτητο, η νοσηλεύτρια παραπέμπει την ασθενή σε διαιτολόγο.⁵

9.8 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ορμονική θεραπεία είναι η αρχαιότερη μετεγχειρητική θεραπεία του καρκίνου του μαστού και χαρακτηρίζεται συγκριτικά από τις ελάχιστες

παρενέργειες. Ο μηχανισμός δράσης της ορμονικής θεραπείας στηρίζεται στην περίπλοκη δράση μεταξύ των καρκινικών ιστών εφ' ενός καθώς επίσης και στις ορμόνες των ωοθηκών, των επινεφριδίων και υποφύσεως αφ' ετέρου. Κύριος στόχος της ορμονικής θεραπείας είναι η απομόνωση της ορμονικής ενέργειας στον καρκίνο του μαστού. Μια ορμονική θεραπεία μπορεί να διεξαχθεί τόσο φαρμακευτικώς όσο και χειρουργικώς.²⁷

9.81 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΙΕΡΑΠΕΙΑ

Η αφαίρεση των ωοθηκών το 1896 άνοιξε το δρόμο της ορμονικής θεραπείας. Με τη στέρωση της ωοθηκικής ορμόνης «οιστρογόνα» μπόρεσε να επιτευχθεί μια βελτίωση στο ήμισυ των περιπτώσεων. Αργότερα προσετέθηκαν και άλλες χειρουργικές δυνατότητες επειδή αφαίρεση των επινεφριδίων και της υποφύσεως, βάσει της οποίας αφαιρέθηκε η επίδραση των ορμονών αυτών στον όγκο. Η χειρουργική μορφή της ορμονικής θεραπείας έχει εκτοπισθεί σημαντικά με τις σημερινές φαρμακευτικές αγωγές. Για το λόγο αυτό διενεργείται μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις ωοθηκεκτομή σε ασθενείς πριν από την εμμηνόπαυση.

9.8.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μια ορμονική θεραπεία του καρκίνου του μαστού φαρμακευτικώς μετά την κλιμακτήριο είναι περισσότερο επιτυχής, διότι η παραγωγή των ορμονών από μέρος του οργανισμού έχει περατωθεί και η ορμονική θεραπεία χωρίς αλληλεξάρτηση των ορμονών της ωοθήκης μπορεί να δράσει στα καρκινικά κύτταρα.

Κατά την ορμονική θεραπεία σημαντική θέση έχει η προγεστερόνη όσον αφορά την ορμονική θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Σε περίπτωση θεραπείας με αντιοιστρογόνα σημαντική ουσία είναι η κιτρική ταμοξιφαίνη. Η αμινογλουτεθιμίδη ανήκει επίσης στην ομάδα των αντιοιστρογόνων. Η οξεική βουσερελίδη έχει συζητηθεί ως ενδεχόμενη θεραπεία διαφόρων μορφών καρκίνου.

Η αποτελεσματικότητα μιας ορμονικής θεραπείας αξιολογείται το ενωρίτερον μετά από 6 εβδομάδες, μια αξιόπιστη εκτίμηση απαιτεί μια τρίμηνη θεραπεία. Η ορμονική αγωγή είναι μια μακροχρόνια θεραπεία. Θα πρέπει να διεξάγεται επί τόσο χρόνο, όσο υφίσταται η ανασταλτική δράση της στον όγκο. Για το λόγο αυτό μπορεί μια επιτυχής θεραπεία να διαρκεί επί έτη.⁸

9.9 ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ανοσοθεραπεία είναι η έννοια για διαφορετικές μεθόδους θεραπείας, οι οποίες αποσκοπούν σε μια ενίσχυση της αμυντικής ικανότητας. Ο οργανισμός διαθέτει διάφορους μηχανισμούς άμυνας τους οποίους χαρακτηρίζουμε συνολικά ως ανοσοποιητικό σύστημα. Ένα πλήρες ανοσοποιητικό σύστημα μπορεί να εξουδετερώνει καρκινικά κύτταρα. Πιθανές θαυματουργές θεραπείες με μοναδικά μέτρα δυσφημούν την ανοσοθεραπεία η οποία έχει σκοπό να ενισχύσει τον οργανισμό στον αγώνα του εναντίον του όγκου. Η ανοσοθεραπεία από μόνη της δεν είναι σε θέση να θεραπεύσει έναν όγκο.¹⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10ο

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΤΡΑ

10.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα στις Δυτικές χώρες αποτελεί μόνο το 1% όλων των καρκίνων του μαστού. Ως εκ τούτου και τα μεγάλα ογκολογικά Κέντρα ακόμα στερούνται εμπειρίας επί του θέματος και εξ' άλλου οι ανακοινώσεις με μεγάλο αριθμό περιπτώσεων είναι σπάνιες. Σημειώνεται ότι, από ένα εκατομμύριο άνδρες, μόνο ένας, καταλήγει από τη νόσο. Η βιολογία και η αιτιολογία της πάθησης δεν θεωρείται πλήρως γνωστή. Υποστηρίζεται ότι, το σύνδρομο Klinefelter, οι υπεροιστρογονικές καταστάσεις, το τραύμα και η ακτινοβολία έχουν σχέση με την πάθηση. Τέλος, η εμφάνιση του καρκίνου είναι συνήθως σε πιο προχωρημένο στάδιο απ' ότι στις γυναίκες, και τούτο αφ' ενός μεν οφείλεται στην καθυστερημένη προσέλευση του ασθενούς για θεραπεία και αφ' ετέρου στην ουσιαστική απουσία μαζικού ιστού.

Βιβλιογραφικά σημειώνεται ότι, ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα, εμφανίζεται περισσότερο σε οικογένειες με καρκίνο του μαστού στις γυναίκες. Εξ' άλλου στις οικογένειες με καρκίνο του μαστού, οι γυναίκες και οι άνδρες φέρουν υψηλό βαθμό κινδύνου. Ως εκ τούτου οι γυναίκες και οι άνδρες των οικογενειών με ιστορικό καρκίνου του μαστού πρέπει να παρακολουθούνται.⁴¹

Επίσης, σημειώνεται υψηλή συχνότητα γυναικομαστίας στους άνδρες με καρκίνο του μαστού, καθώς επίσης ότι, ο κίνδυνος καρκίνου στους άνδρες με γυναικομαστία μπορεί αν είναι αυξημένος. Το πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα το αποτελεί το σύνδρομο Klinefelter, κατά το οποίο ο κίνδυνος του καρκίνου αυξάνεται κατά 20 φορές.

Ανευρέθη επίσης, σχέση χρήσης οιοπνεύματος και καρκίνου του μαστού, καθώς και γυναικομαστίας. Η χρήση του οιοπνεύματος με τη δράση της επί του ήπατος διαταράσσει την ισορροπία των στεροειδών του φύλου και έτσι δημιουργείται σχετική περίσσεια των οιστρογόνων. Επί πλέον, η ζύμη της μπύρας (μαγιά μπύρας) παράγει οιστραδιόλη. Ως εκ τούτου σ' αυτούς, που καταναλίσκουν επί μακρόν μπύρα, παρατηρείται διόγκωση των μαστών. Η αναλογική σχέση οιστρογόνων / ανδρογόνων διαταράσσεται και στις

παθήσεις των όρχεων, με συνέπεια να αυξάνεται ο κίνδυνος της γυναικομαστίας.

Χαρακτηριστικά του καρκίνου του μαστού στον άνδρα	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Επίπτωση ▪ Συχνότητα ανάμεσα σε όλους τους καρκίνους ▪ Οικογενειακό ιστορικό ▪ Ηλικία ▪ Νόσοι – Σύνδρομα 	1% 0,2% Αύξηση επίπτωσης 60-65 ετών ↑ Συνδρ. Klinefelter 6% Σχιστοσωμίαση ↑ Χρόνια ηπατική πάθηση; Θωρακικού τοιχώματος (Α=Γ)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ακτινοβολία ▪ Φάρμακα ▪ Παθολογοανατομία ▪ Ορμονικοί υποδοχείς ▪ Διήθηση μασχαλαίων λεμφαδένων 	Οιστρογόνα Πορογενής καρκίνος 87% (+) ER υποδοχείς 80% 55% (κατά τη διάγνωση)

Υπάρχει ο ισχυρισμός ότι, κατά την πορεία του καρκίνου του προστάτου μπορεί να εμφανισθεί γυναικομαστία και καρκίνος του μαστού. Αυτό οφείλεται στη θεραπεία του καρκίνου του προστάτου, η οποία γίνεται με τη χορήγηση οιστρογόνων. Εξ' άλλου, παρ' όλο που είναι σπάνιο, είναι γνωστές οι μεταστάσεις του καρκίνου του προστάτου στους μαστούς.²⁶

10.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι περισσότεροι ανδρικοί καρκίνοι αναγνωρίζονται κλινικά. Διαπιστώνεται με σκληρή ή εξελκωμένη και με έκκεντρης εντόπισης διόγκωση. Μερικές φορές η διάκριση του καρκίνου από τη γυναικομαστία μπορεί να είναι δύσκολη. Προϊούσης της ηλικίας, η αύξηση του μεγέθους των μαστών στους άνδρες παρατηρείται πολύ συχνά. Σ' αυτές τις ομάδες ηλικιών των ανδρών, παρ' όλο που το πρόβλημα είναι πολύ σπάνιο, εμφανίζεται ο καρκίνος του μαστού.

Η ετερόπλευρη εμφάνιση μάζας στο μαστό, σε άνδρες άνω των 40 ετών, μπορεί να προξενήσει διαγνωστικό πρόβλημα.¹¹

Η αιτία της καθυστερημένης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού στον άνδρα, μπορεί να οφείλεται στη σκέψη ότι, ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται αποκλειστικά στη γυναίκα και όχι στον άνδρα. Ως εκ τούτου και ο ασθενής και ο θεράπων πρέπει να γνωρίζουν ότι, όλες οι ετερόπλευρες διογκώσεις του

μαστού σε άνδρα άνω των 40 ετών επιβάλλεται να ερευνώνται. Η ύπαρξη της διόγκωσης χωρίς πόνο θέτει την υπόνοια καρκίνου. Ο σύγχρονος αμφοτερόπλευρος καρκίνος του μαστού στον άνδρα είναι πολύ σπάνιος. Το ποσοστό αμφοτερόπλευρου καρκίνου του μαστού στον άνδρα είναι μικρότερο του 1%, αντίθετα η γυναικομαστία είναι αμφοτερόπλευρα παρούσα στο 95% των αρρώστων. Η γνώση της χρησιμοποίησης φαρμάκων που προκαλούν γυναικομαστία, δεν πρέπει να αποτρέπει τη βιοψία σε ετερόπλευρες διογκώσεις του μαστού σε υπερήλικες ασθενείς. Η γνώση των φαρμάκων, μπορεί να έχει αξία ως αιτία για την αμφοτερόπλευρη αύξηση του μεγέθους των μαστών.

Η κυτταρολογία με αναρρόφηση διά λεπτής βελόνας στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού στον άνδρα, επιβάλλει την εξέταση του υλικού από έμπειρο παθολογοανατόμο, διότι η παραγωγική φάση της γυναικομαστίας συγχέεται με τον καρκίνο.

Ο λοβιακός καρκίνος του μαστού αποτελεί το 15% των καρκίνων του μαστού στη γυναίκα. Αντίθετα, ο λοβιακός καρκίνος του μαστού στον άνδρα είναι άκρως σπάνιος, διότι ο φυσιολογικός μαστός στον άνδρα στερείται λοβίων. Ο μέχρι σήμερα αριθμός του λοβιακού καρκίνου στον άνδρα δεν υπερβαίνει τις 20 περιπτώσεις. Ο πορογενής καρκίνος *in situ* (DCIS) αποτελεί τη συχνότερη νόσο, η οποία αναγνωρίζεται πλέον στη γυναίκα. Αντίθετα στον άνδρα η νόσος αυτή είναι σπάνια και αποτελεί μόνο το 7% των καρκίνων. Η πρόγνωση της τελευταίας στον άνδρα είναι πολύ καλή, και οι περισσότεροι όγκοι είναι θηλώδους τύπου. Προτιμάται η μαστεκτομή, με ή χωρίς καθαρισμό της μασχάλης.²⁶

10.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Γενικά, η τοπική, η επικουρική και η παρηγορητική θεραπεία του καρκίνου του μαστού στον άνδρα, είναι όμοια μ' αυτή της γυναίκας. Μόνο που σ' αυτούς, οι συντηρητικές εγχειρήσεις μπορεί να μην είναι εφαρμόσιμες, ένεκα της ανατομικής γειτονίας του όγκου με το θωρακικό τοίχωμα και το δέρμα.

Η προτιμητέα εγχείρηση είναι η τροποποιημένη μαστεκτομή. Στους άνδρες δεν χρειάζονται συντηρητικές εγχειρήσεις. Τις περισσότερες φορές οι οιστρογονικοί υποδοχείς στον καρκίνο του μαστού στον άνδρα είναι θετικοί και ως εκ τούτου εφαρμόζονται ορμονικές θεραπείες σαν επικουρικές, αλλά και για τις μεταστάσεις. Στο 60-80% των αρρένων ασθενών με καρκίνο του μαστού οι ορμονικοί υποδοχείς είναι θετικοί. Η ανταπόκριση στην ορχυεκτιμή είναι θετική και δεν περιορίζεται στην ηλικία, όπως γίνεται στην ωθηκεκτομή στις γυναίκες.⁴¹ Το φάρμακο πρώτης επιλογής για την ορμονοθεραπεία είναι η ουσία tamoxifen. Αυτό οφείλεται στην αντίδραση του αρρώστου στην ορχυεκτομή και στην καλή ανταπόκριση με την tamoxifen. Η διαφορά από τη χορήγηση στους άνδρες της tamoxifen έγκειται στις περισσότερες παρενέργειες του φαρμάκου, απ' αυτές που εμφανίζονται στις γυναίκες. Η ελάττωση της libido, η προσθήκη βάρους, οι εξάψεις, η κατάθλιψη, η αύπνια, οι εν τω βάθει φλεβικές θρομβώσεις αποτελούν τις κυριότερες παρενέργειες.

Τέλος, ως ήδη αναφέρθηκε, η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού στον άνδρα, είναι άσχημη και ιδιαίτερα όταν κατά τη διάγνωση οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες είναι διηθημένοι.²⁶

Ασθενείς	Επιβίωση	
	5/ετία	10/ετία
Με (-) μασχ. λεμφαδένες	79	62
Με (+) μασχ. λεμφαδένες	28	4
Στο σύνολο	49	35

Αποτελέσματα 5/ετούς και 10/ετούς επιβίωσης ασθενών με καρκίνο ανδρικού μαστού, σε σχέση με τη διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, καθώς και της συνολικής επιβίωσης.²⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11ο

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

11.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Γενικές νοσηλευτικές επεμβάσεις

Η ψυχολογική υποστήριξη της γυναίκας είναι σημαντικό να αρχίζει πριν από την χειρουργική επέμβαση, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι μπορεί να την απαλλάξει από τον πόνο, την οργή και τη μείωση της αυτοεκτίμησης και το σοκ που ακολουθούν την επέμβαση. Η προεγχειρητική υποστήριξη αρχίζει από την ώρα της διάγνωσης και της ενημέρωσης για τη θεραπευτική πορεία.

Η ενημέρωση για τη διάγνωση, ο τρόπος που θα γίνει, το πόσο η γυναίκα γνωρίζει και επιθυμεί να ακούσει είναι παράγοντες που πρέπει να εκτιμηθούν. Από το είδος της επικοινωνίας εξαρτάται αν θα αποτελέσει πηγή υποστήριξης για τη γυναίκα ή αίτιο επιδείνωσης των συναισθηματικών της προβλημάτων. Η πλέον κοινωνικοποιημένη μορφή απόρριψης που βιώνουν τα άτομα με καρκίνο είναι ο οίκτος που συγκεντρώνουν. Ο προβληματισμός για την απόκρυψη της αλήθειας, η σιωπή στην επικοινωνία καθώς και η στάση υπερπροστασίας, αποτελούν την πιο χαρακτηριστική μορφή έκφρασής του. Τον οίκτο τον φοβούνται και απεχθάνονται όλα τα άτομα. Το συναισθηματικό τοίχος σιωπής, που χτίζεται προεγχειρητικά, αναγκάζει τη γυναίκα να ακολουθήσει τη θεραπευτική πορεία αντιμετώπιση με συναισθήματα και ανάγκες που δεν τολμά να εκφράσει και να μοιραστεί με άλλους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να υποκρίνεται ότι διαθέτει θάρρος, να απομονώνεται συναισθηματικά και να ακολουθεί το μονόδρομο της αυτολύπησης και της απομόνωσης.²²

Για να στηρίξει κανείς μια γυναίκα στην αποδοχή τόσο σημαντικών απωλειών σαν αυτές που συνοδεύουν τη μαστεκτομή, χρειάζεται πολύ περισσότερο από την καλή θέληση, τις παρηγορητικές λέξεις και τον αυτοσχεδιασμό. Χρειάζονται ειδικές γνώσεις και επιστημονική προσέγγιση στο πρόβλημά της. Ο σύγχρονος τρόπος σκέψης έχει σχεδόν επιβάλλει τη συμμετοχή της ασθενούς στην αντιμετώπιση της ασθένειάς της. Ωστόσο, αυτό

προϋποθέτει κατάργηση της σιωπής και αντικατάστασή της με την ανοικτή επικοινωνία. Εκφράζοντας τα συναισθήματά της η ασθενής, υποστηρίζεται στο να τα επεξεργαστεί, και να τα διοχετεύσει κατά τρόπο θετικό, να δει το πρόβλημα στη σωστή του διάσταση, αποφεύγοντας τις επιπλοκές και μεγιστοποιήσεις που προκαλεί η σιωπή και η σύγχυση.²⁵

Μ' αυτό τον τρόπο μόνο μπορεί να αποτραπεί η παθητική αποδοχή της μαστεκτομής και η γυναίκα προτρέπεται να συνειδητοποιήσει ότι: «θυσιάζω κάτι πολύτιμο, όπως είναι ο μαστός μου, για να κερδίσω κάτι πολυτιμότερο, τη ζωή μου». Μόνο μέσα από αυτή τη συναισθηματική διεργασία μπορεί να δει τη μαστεκτομή ως όφελος, και όχι ως τιμωρία ή στείρα θυσία. Η παθητική αποδοχή της μαστεκτομής και η απουσία έκφρασης συναισθημάτων, οδηγεί συχνά σε μια παραπλανητική εκτίμηση: «μα η γυναίκα αυτή το ξεπέρασε μια χαρά». Ο όρος «αλεξιθυμία» χρησιμοποιείται σήμερα για να δηλώσει αυτό το φαινόμενο της αδυναμίας έκφρασης των συναισθημάτων. Η υποστήριξη και η επανένταξη δεν έχουν σχέση με το «ξεπέρασμα», αλλά με την αποδοχή και προσαρμογή, η οποία θα αποκλείσει την κοινωνική απομόνωση. Προσαρμογή στη συγκεκριμένη περίπτωση σημαίνει την αποδοχή της απώλειας του μαστού, την αποκατάσταση της νέας εικόνας εαυτού και την παραδοχή της πιθανότητας υποτροπής της νόσου στα επόμενα χρόνια.

Συχνά οι γυναίκες μετά τη μαστεκτομή κοιτάζουν στον καθρέφτη και «βλέπουν» ότι η εικόνα του σώματός τους έχει καταστραφεί από την επέμβαση, και ότι η πιθανότητα να γίνουν αρεστές από τους συντρόφους τους έχει χαθεί για πάντα. Αυτή τη ματαιόδοξη και παθητική αντίληψη ο νοσηλευτής καλείται να ανατρέψει με τη στάση και τη συμπεριφορά του. Είναι σημαντικό να τονίσει ότι η γυναίκα κρίνεται και εκτιμάται από τη νοημοσύνη και την προσωπικότητά της και όχι από το μπούστο της. Ορισμένες γυναίκες καταφέρνουν να υπερβούν τα ανθρώπινα όρια και να αφήσουν πίσω τους την επιφανειακή προσέγγιση και προσκόλληση στην εικόνα του σώματος.³⁵

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι γυναίκες οι οποίες συνέχισαν τις καθημερινές τους δραστηριότητες και οικογενειακές συνήθειες και μετά τη μαστεκτομή, ανάρρωσαν γρηγορότερα και βίωσαν σε μικρότερο βαθμό την κατάθλιψη σε σχέση με τις γυναίκες που δέχτηκαν παθητικά το ρόλο της ασθενούς. Επομένως, είναι σημαντικό να ενθαρρύνεται η γυναίκα να συνεχίσει την καθημερινή προσωπική της φροντίδα όπως πριν από την

επέμβαση (να ντύνεται και να φροντίζει τον εαυτό της). Αυτό θα της δώσει την αίσθηση της ιδιωτικότητας, και θα συμβάλλει στην προσαρμογή της στην απώλεια του μαστού, αλλά και στη νέα εικόνα του εαυτού της. Η ενθάρρυνση της γυναίκας μετά τη μαστεκτομή, να έρθει σε επαφή με ομάδες ή μεμονωμένα με γυναίκες με καρκίνο του μαστού, θα βοηθήσει στην ψυχοκοινωνική της προσαρμογή.

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την προεγχειρητική προετοιμασία, τη μετεγχειρητική παρακολούθηση, την ψυχολογική υποστήριξη και κατάλληλη συμβουλευτική και συμπεριλαμβάνει στο σχέδιο της φροντίδας την οικογένεια, τους φίλους και άλλους επαγγελματίες υγείας εάν είναι αναγκαίο. Εξετάζει χαρακτηριστικά, συμπεριφορές, κινδύνους, απειλές και οφέλη και πράττει ανάλογα για κάθε περίπτωση. Ο νοσηλευτής μπορεί να αναλάβει ένα ευρύ φάσμα επαγγελματικών και προσωπικών δραστηριοτήτων με σκοπό την παροχή ποιοτικής φροντίδας στην ασθενή. Οι βασικές δεξιότητες του νοσηλευτή περιλαμβάνουν την προσεκτική ακρόαση, την ολιστική αντιμετώπιση της γυναίκας, την ενθάρρυνση για την έκφραση των συναισθημάτων, την αποδοχή της αυτογνωσίας της ασθενούς και τη συμμετοχή της στο σχέδιο της φροντίδας υγείας. Πρόκειται για δεξιότητες με ευρεία εφαρμογή και σημαντικά οφέλη για τις γυναίκες με μαστεκτομή, αλλά και όλα τα άτομα με καρκίνο.¹²

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

Εικόνα Σώματος

Η σωματική εικόνα δεν αλλάζει ξαφνικά με την εμφάνιση μιας αρρώστιας ούτε μένει ποτέ στάσιμη αλλά, είναι σε συνεχή αλλαγή ανάλογα με τον τρόπο αντίδρασης του ατόμου σε πιεστικές καταστάσεις. Υπάρχει μια διαρκής

μεταβολή στην εικόνα που υπογραμμίζει τις διαφορετικές εμπειρίες και τις αλλαγές του ψυχικού κόσμου. Αυτή η μεταβολή περνάει τη διαδικασία της δημιουργίας, της αποσύνθεσης και της αναδημιουργίας. Για την υποστήριξη κάποιου που διέρχεται αυτή τη διαδικασία, δεν χρειάζεται μόνο ευαισθητοποίηση στις δυσκολίες, αλλά, κυρίως ευαισθητοποίηση στο πως διαμορφώνεται η δική του σωματική εικόνα, πως τη χρησιμοποιεί για να εκφράσει τον ψυχικό του κόσμο, και πως αποδέχεται τη ψυχοσωματική του οντότητα.

Η αλλαγή στη σωματική εικόνα θα πρέπει να αντιμετωπιστεί ως μια πρωταρχική απώλεια. Για να ξεπεράσει κανείς αυτή την απώλεια και να αποδεχθεί μια νέα εικόνα εαυτού, χρειάζεται πρώτα να πενθήσει την εικόνα που έχασε με εποικοδομητικό τρόπο. Δεν πρέπει να πιεστεί και να αναγκαστεί η γυναίκα να υιοθετήσει μια νέα ταυτότητα εαυτού πριν αφήσει την παλιά της ταυτότητα με τη διαδικασία της απευαισθητοποίησης, του αποχωρισμού και της αναδιοργάνωσης του ψυχικού και διαπροσωπικού κόσμου.⁴⁴

Οι γυναίκες μετά τη μαστεκτομή νιώθουν λύπη και απελπισία όχι μόνο λόγω της επέμβασης αλλά και λόγω της ουλής που ακολουθεί. Οι νοσηλευτές συχνά δεν δίνουν έμφαση στο θέμα αυτό. Ωστόσο, πρέπει να γνωρίζουν ότι ακόμη και όταν η ουλή έχει καλή εμφάνιση ή καλύπτεται, ο καρκίνος εξακολουθεί να υπάρχει στο σώμα της και να παραβιάζει τη σωματική ακεραιότητα και την ψυχολογία της γυναίκας. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός. Συνήθως, είναι το πρώτο άτομο που θα δει και θα αντιδράσει στη θέα της ουλής. Αν ο νοσηλευτής είναι απρόθυμος να συζητήσει και να αγγίξει την προσβαλλόμενη περιοχή, η γυναίκα ίσως αντιληφθεί και αποδεχθεί αυτή την αρνητική αντίδραση ως αποτέλεσμα της αρνητικής εικόνας του σώματός της. Όμως, αγγίζοντας τη γυναίκα και την ουλή, ο νοσηλευτής μπορεί να τη βοηθήσει να νιώσει φυσιολογική και τη μεταβολή στην εικόνα του σώματός της ως λιγότερο τραγική. Η απωθητική συμπεριφορά της γυναίκας και η αδυναμία της να συμβιβαστεί εποικοδομητικά με την απώλεια του μαστού και τον αποχωρισμό, που είναι κατ' επέκταση και απώλεια της αυτοεκτίμησης, της αυτοεικόνας και της ταυτότητας, είναι ίσως η πιο δύσκολη πλευρά στην προσπάθεια παροχής συναισθηματικής υποστήριξης.¹²

Έχει αναφερθεί ότι το πως αισθάνεται κάποιος για τον εαυτό του έχει στενή σχέση με το πως αισθάνεται για το σώμα του. Οποιαδήποτε αλλαγή στο σώμα έχει άμεση επίδραση στον τρόπο που βλέπει και αισθάνεται το άτομο το φυσικό, αλλά, και τον προσωπικό του εαυτό. Έτσι, στην περίπτωση μιας γυναίκας μετά από μαστεκτομή, ο νοσηλευτής πρέπει να συμβάλλει στην ανάπτυξη της αίσθησης του εαυτού, των σεξουαλικών σχέσεων, και την απόκτηση ανεξαρτησίας. Για να το επιτύχει αυτό πρέπει να κατανοήσει πως η γυναίκα αντιλαμβάνεται το σώμα της, πως και πόσο έχει επηρεάσει η μαστεκτομή την εικόνα του σώματός της, αλλά κυρίως την εικόνα του εαυτού της. Εκτός, δηλαδή, από τη φυσική αποκατάστασή της πρέπει να ασχοληθεί με την αποκατάσταση της εικόνας του σώματος, της αυτοεικόνας και των προσωπικών σχέσεών της. Αυτά μπορεί να τα επιτύχει λαμβάνοντας ταυτόχρονα τέσσερις βασικούς ρόλους: της άμεσης παροχής φροντίδας υγείας, του εκπαιδευτή, του συμβούλου και του ερευνητή.²⁹

Σεξουαλικότητα

Έχει διαπιστωθεί, ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται με ογκολογικούς ασθενείς συχνά χρησιμοποιούν την «επαγγελματική αποστασιοποίηση» από τους ασθενείς και μάλιστα σε στιγμές που αυτοί αισθάνονται τρωτοί και διακατέχονται από έντονη μοναξιά. Αυτή η αποστασιοποίηση, ίσως υπάρχει όταν οι νοσηλευτές αισθάνονται ανίκανοι να απαντήσουν σε δύσκολες ερωτήσεις που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα ή δεν νιώθουν άνετα με το θέμα και περιμένουν από τη γυναίκα να το θίξει. Ωστόσο, αυτή η τακτική αποστασιοποίησης, προάγει τα αισθήματα μοναξιάς, απομόνωσης και έλλειψης ελέγχου στη δεδομένη κατάσταση. Ακόμη, μύθοι όπως ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες με καρκίνο του μαστού δεν ενδιαφέρονται για θέματα σεξουαλικότητας και θηλυκότητας, καθώς και ότι τα θέματα επιβίωσης επισκιάζουν αυτά της σεξουαλικότητας, δημιουργούν εμπόδια και φραγμούς στην ανοικτή επικοινωνία. Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν τις αλλαγές στη γυναικεία σεξουαλικότητα που προκαλεί η διαχείριση του καρκίνου του μαστού αλλά και ότι η άνεση με τη δική τους γυναικεία φύση και σεξουαλικότητα βοηθά να αναγνωρίσουν, να απαντήσουν και να βοηθήσουν

πραγματικά τη γυναίκα που τη δεδομένη δύσκολη στιγμή έχει ανάγκη υποστήριξης.³²

Ο νοσηλευτής είναι από τα πρώτα άτομα που θα ξεκινήσουν τη διαδικασία αξιολόγησης και προσδιορισμού των σεξουαλικών προβλημάτων της γυναίκας, αλλά και των αναγκών της για επιπλέον πληροφόρηση και ενημέρωση. Ωστόσο, όλοι οι επαγγελματίες δεν είναι επαρκώς προετοιμασμένοι για να συζητήσουν άμεσα τα σεξουαλικά ενδιαφέροντα και προβλήματα της γυναίκας. Με την παρατήρηση και την αξιολόγηση ο νοσηλευτής θα σχεδιάσει και θα θέσει σε εφαρμογή ένα ολοκληρωμένο και εξατομικευμένο πρόγραμμα φροντίδας. Επίσης, με την κατάλληλη εκπαίδευση θα μπορεί να αναγνωρίσει και να συζητήσει για σημεία, συμπτώματα, στάσεις, συμπεριφορές, ενδιαφέροντα και ερωτηματικά που αφορούν τα θέματα σεξουαλικότητας και όχι μόνο. Είναι σημαντικό να εκτιμήσει το βαθμό προσαρμογής στη νέα μετά τη μαστεκτομή κατάσταση, να εστιαστεί στις δεξιότητες της γυναίκας, τη σχέση της σεξουαλικότητας με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, να εκτιμήσει και να παρέμβει, αν χρειαστεί, σε στάσεις και συμπεριφορές που αφορούν την έκφραση της σεξουαλικότητάς της. Ο νοσηλευτής μπορεί να παρέχει άνεση και εμπιστοσύνη, να προάγει υγιείς συμπεριφορές προσαρμογής, να υποστηρίζει τις ατομικές ικανότητες προσαρμογής και να προάγει την ανεξαρτησία της γυναίκας στις συνήθεις λειτουργίες της. Η αντικειμενική πληροφόρηση για τη σεξουαλικότητα, τη φυσιολογία και τη λειτουργία της συχνά κρίνεται απαραίτητη.⁴⁵

Ειδικές ομάδες γυναικών

Καθώς η συχνότητα του καρκίνου του μαστού αυξάνεται σε όλο και νεότερης ηλικίας γυναίκες, θέματα όπως η επίδραση της ασθένειας στη γονιμότητα είναι εξαιρετικής σημασίας. Συχνά, οι γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού επιθυμούν να κάνουν παιδιά ή μπορεί ήδη να κυοφορούν. Είναι σημαντικό να ενημερωθούν ότι η μαστεκτομή δεν θα επηρεάσει καθόλου αυτή τους την επιθυμία. Εντούτοις, η επικουρική χημειοθεραπεία αν και δεν σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για εμβρυική δυσμορφία, όμως σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής. Συστήνεται, συνήθως, η εγκυμοσύνη να πραγματοποιείται δύο με πέντε χρόνια μετά το

τέλος της χημειοθεραπείας. Αν η γυναίκα βρίσκεται στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, είναι πιθανόν να γίνει διακοπή της. Στην Αυστραλία πρόσφατα, δίνεται η ευκαιρία στις γυναίκες να καταψύξουν ώριμα ωάρια ή και έμβρυα πριν από την έναρξη της θεραπείας τους για τον καρκίνο. Είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η επιτυχία αυτού του προγράμματος αλλά τέτοιου είδους τεχνολογικά ευρήματα αποτελούν μελλοντική ελπίδα και για τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού.

Ιδιαίτερη υποστήριξη χρειάζονται οι ανύπανδρες γυναίκες, οι οποίες επιθυμούν μια μελλοντική σχέση αλλά και τη δημιουργία οικογένειας. Οι γυναίκες αυτές ανησυχούν για το πως ο καρκίνος και η μαστεκτομή θα επηρεάσουν τη συμπεριφορά του μελλοντικού συντρόφου, αλλά και πως θα τον το αποκαλύψουν. Ο φόβος της απόρριψης είναι πραγματικός. Σημαντική βοήθεια για τις γυναίκες αυτές προσφέρουν οι ομάδες ανύπανδρων γυναικών με καρκίνο του μαστού. Στις ομάδες έχουν την ευκαιρία να ακούσουν και να συζητήσουν για το πως αντιμετώπισαν άλλες γυναίκες παρόμοιες καταστάσεις.²²

11.2 ΣΚΟΠΟΙ – ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ – ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

Σκοποί νοσηλευτικής ψυχολογικής υποστήριξης

Η παρουσία του νοσηλευτή στην ομάδα αποκατάστασης και ο ρόλος του είναι απολύτως απαραίτητη. Έρευνες για την ποιότητα ζωής γυναικών με μαστεκτομή έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που αφιερώνει χρόνο για να ενημερώσει τους ασθενείς για την κατάστασή τους και ακούει τα προβλήματά τους, τους βοηθά να νιώσουν ότι οι αγωνίες και οι φοβίες τους δεν παραβλέπονται και να καταστούν πιο ικανοί να ανταπεξέλθουν στη θεραπεία τους.

Οι βασικοί σκοποί αυτής της αποκατάστασης είναι να:

- μειώσει το άγχος, την κατάθλιψη και τα άλλα ψυχιατρικά συμπτώματα που οφείλονται στον καρκίνο και την αλλαγή της «εικόνας του σώματος»,

- προάγει τη φυσική προσαρμογή στον καρκίνο και τη νέα εικόνα σώματος ενισχύοντας το θετικό μαχητικό πνεύμα,
- προάγει στις γυναίκες την αίσθηση του προσωπικού ελέγχου στη ζωή τους και της ενεργητικής συμμετοχής στη θεραπεία τους,
- βοηθήσει τις γυναίκες να αναπτύξουν αποτελεσματικά στρατηγικές αντιμετώπισης, συζητώντας για τα προβλήματα που συσχετίζονται με τον καρκίνο και τη μαστεκτομή, καθώς και άλλες στρεσογόνες καταστάσεις,
- προάγει την ανοικτή επικοινωνία μεταξύ της ασθένειας και του συντρόφου της ή της οικογένειας,
- ενθαρρύνει την ανοικτή έκφραση των συναισθημάτων, κυρίως του θυμού και των άλλων αρνητικών συναισθημάτων.¹²

Δυσχέρειες για την Παροχή Νοσηλευτικής Ψυχολογικής Υποστήριξης

Η ψυχολογική νοσηλευτική αποκατάσταση είναι καλά αποδεκτή από τη συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών με μαστεκτομή. Η δυνατότητα εφαρμογής της σε ένα νοσηλευτικό τμήμα, όμως δυσχεραίνεται από παράγοντες, όπως έλλειψη χρόνου από τους νοσηλευτές για να ασκήσουν μια ολοκληρωμένη νοσηλευτική υποστηρικτική παρέμβαση, δεδομένου ότι στην πράξη το έργο τους δεν περιορίζεται μόνο στην άσκηση της νοσηλευτικής.

Ακόμη, υπάρχουν αντιδράσεις από άλλους επαγγελματίες υγείας όπως φυσιοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και γιατρούς, λόγω της αντίληψης ότι οι νοσηλευτές εμπλέκονται στο αντικείμενό τους. Αυτές οι αναφορές αντανακλούν αφ' ενός μεν την πιθανή αδιαφορία των άλλων επαγγελματιών για την προσέγγιση του ασθενούς και την επίλυση των προβλημάτων του και αφ' ετέρου το μεγάλο εύρος, την πολύπλευρη και πολύ-παραγοντική προσέγγιση του ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό που σε 24ωρη βάση βρίσκεται σε επαφή και επικοινωνία μαζί του.

Έχει διαπιστωθεί ότι οι νοσηλευτές αναφέρουν έλλειψη γνώσεων για τη διαχείριση των ψυχολογικών προβλημάτων, αλλά και έλλειψη ειδικών δεξιοτήτων για τη φροντίδα των νοσηλευομένων γυναικών με μαστεκτομή. Η εκπαίδευση παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στον τρόπο που οι νοσηλευτές επικοινωνούν με τους ασθενείς με καρκίνο.⁴⁰

Προϋποθέσεις για την Παροχή Νοσηλευτικής Υποστήριξης

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

Έχουν περιγραφεί διάφορα στάδια για την αποδοχή της νόσου όπως η άρνηση, ο θυμός, η διαπραγμάτευση, η κατάθλιψη και η αποδοχή. Ο πιο συχνός ψυχολογικός αμυντικός μηχανισμός είναι η άρνηση της νόσου και των επιπτώσεών της. Η γυναίκα αρνείται ή ελαχιστοποιεί τα συμπτώματα και τις επιπτώσεις της νόσου, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η συνεργασία μαζί της.¹²

Στο στάδιο του θυμού εκφράζεται μια βαθύτερη αίσθηση αδικίας, αδυναμίας και έλλειψης ελέγχου. Συχνά η γυναίκα μεταθέτει το θυμό της σε άλλα πρόσωπα, τους οικείους, τους φίλους και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Το στάδιο της διαπραγμάτευσης, του παζαρέματος, παρέχει στο άτομο την ψευδαίσθηση ότι αποφεύγοντας ή επιδιώκοντας ορισμένες πράξεις, μπορεί να καθυστερήσει ή να αποτρέψει την αρνητική εξέλιξη της ασθένειας ή και το θάνατο.

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

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

Τα στάδια αυτά δεν διαδέχονται αυστηρά το ένα το άλλο, αλλά συχνά συνυπάρχουν ή επανεμφανίζονται σε διάφορες φάσεις της ασθένειας. Αναφέρεται ότι οι γυναίκες που δεν εμφανίζουν καθόλου άγχος προεγχειρητικά και που αμύνονται με άρνηση του φόβου τους, εκφράζοντας υπερβολικά μεγάλη αισιοδοξία όπως και εκείνες που παρουσιάζουν πολύ έντονο και μη ελεγχόμενο άγχος, που φθάνει μέχρι τον πανικό, έχουν

περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν ψυχολογικές μετεγχειρητικές επιπλοκές και αυτές ιδιαίτερα χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη.⁴⁰

11.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ο αριθμός και το είδος των προγραμμάτων αποκατάστασης στην Ελλάδα διαφοροποιείται από αυτόν του εξωτερικού. Διακρίνονται το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Καρκίνο της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρίας, τα προγράμματα του Πανελληνίου Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού, τα προγράμματα πληροφόρησης και υποστήριξης διαφόρων συλλόγων και τα ατομικά και ομαδικά προγράμματα υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας σε μεγάλα αντικαρκινικά νοσοκομεία στην πρωτεύουσα και τη συμπρωτεύουσα, ενώ στην επαρχία δεν υπάρχουν παρόμοια προγράμματα.

Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Καρκίνο

Η ανάγκη υποστήριξης του ατόμου με καρκίνο και πέρα από το νοσοκομειακό πλαίσιο, οδήγησε την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, στην οργάνωση του «Κέντρου Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Καρκίνο», τον Ιανουάριο του 1983. Πρόκειται για ένα εξωνοσοκομειακό φορέα, που βρίσκεται σε άμεση συνεργασία με νοσοκομεία, κλινικές, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και με άλλους φορείς και ειδικότητες, στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει υπεύθυνα το θέμα της Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Στο πρόγραμμα μπορεί να απευθυνθεί κάθε άτομο που προσβάλλεται από καρκίνο, ανεξάρτητα από το φύλο, την εντόπιση της νόσου, την ηλικία και τη μόρφωση, με μόνη προϋπόθεση την πληροφόρηση της διάγνωσης της αρρώστιας του.

Σκοπός του προγράμματος είναι η αντιμετώπιση των ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων, που αντιμετωπίζει το άτομο με καρκίνο. Η λειτουργία του κέντρου στηρίζεται κυρίως στη συνεργασία κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων.

Το Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης έχει διαιρεθεί σε τρία επίπεδα. Κάθε επίπεδο αποτελεί συνέχεια του προηγούμενου, ενώ παράλληλα είναι αυτοτελές, έτσι ώστε το άτομο ολοκληρώνοντας το κάθε επίπεδο να έχει αποκομίσει τις απαραίτητες πληροφορίες που θα το βοηθήσουν να πορευτεί στη ζωή, αντιμετωπίζοντας τα προβλήματα που θα προκύψουν με τρόπο αποτελεσματικό και ικανοποιητικό για το ίδιο. Προηγείται της ένταξης του ατόμου στην ομάδα η λήψη πλήρους ψυχολογικού και κοινωνικού ιστορικού για τη σκιαγράφηση του ψυχοκοινωνικού του προφίλ.

Η μεγαλύτερη έμφαση δίνεται στις ομάδες. Είναι κλειστές, συναντώνται κάθε εβδομάδα, σε τακτές ημέρες και ώρες.

Το πρώτο επίπεδο είναι η Ομάδα Σεμιναρίου. Τα άτομα βρίσκονται συνήθως στην πρώτη φάση της ασθένειας, μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία. Θέματα που καλύπτονται είναι οι σχέσεις με το άλλο φύλο, την οικογένεια πριν και μετά την εμφάνιση της αρρώστιας, οι σχέσεις με το θεράποντα γιατρό, η εικόνα σώματος και εαυτού, το ολιστικό μοντέλο υγείας, η σχέση ψυχισμού / σώματος, η επίδραση του stress στη μεταβολή της σωματικής ισορροπίας, οι ασκήσεις χαλάρωσης, τι πιστεύουν ότι προκάλεσε την αρρώστια. Σκοπός αυτής της φάσης είναι να ευαισθητοποιήσει τα άτομα με ειδικές γνώσεις, ώστε να μάθουν να εκφράζουν τα συναισθήματά τους και ιδιαίτερα τα αρνητικά. Μαθαίνοντας το άτομο να εκφράζει τα συναισθήματά του, τις αντιλήψεις και τις ανάγκες του, να κάνει ένα πολύ σημαντικό βήμα για την απόκτηση εμπιστοσύνης στον εαυτό του, ώστε να μπορεί να βρει τη δύναμη για να αγωνιστεί στη ζωή.

Με το τέλος της Ομάδας Σεμιναρίου, το άτομο, εφόσον επιθυμεί, εντάσσεται στην **Ομάδα Υποστήριξης**. Επιδιώκονται αυθόρμητες αναφορές των ατόμων και στη συνέχεια η επεξεργασία τους. Οι τεχνικές αντιμετώπισης στην ομάδα αυτή, συνίστανται στο να εδραιώσουν μια αποτελεσματική μορφή προσαρμοστικότητας, τόσο στις κρίσιμες φάσεις της αρρώστιας, όσο και σε κάθε θέμα σχέσης που παίζει πιθανόν επιβαρυντικό ρόλο για το άτομο. Μερικές φορές κρίνεται σκόπιμο ένα μέλος της ομάδας να αντιμετωπίζεται παράλληλα και σε ατομικό επίπεδο.

Στο τρίτο επίπεδο, η **υποστήριξη** συνεχίζεται με διαφορετική μεθοδολογία, ώστε τα άτομα να μπορέσουν να σταθεροποιήσουν τις αλλαγές

που κατόρθωσαν να επιτύχουν. Μέσα από την ομαδική υποστήριξη, το άτομο οδηγείται σε ένα είδος αυτογνωσίας με την έννοια του τι μπορεί και τι δεν μπορεί να κάνει, τι θέλει και πόσο θέλει να το κάνει. Έτσι, συνειδητοποιούν σιγά σιγά ότι δεν είναι ανυπεράσπιστα θύματα της αρρώστιας, αλλά ότι μπορούν και οι ίδιοι να συμβάλουν στην αντιμετώπισή της.

Ακολουθεί η **Ομάδα Εθελοντών**, στην οποία εντάσσονται άτομα που έχουν ολοκληρώσει την Υποστηρικτική πορεία και επιθυμούν να ενταχθούν σ' αυτήν. Σκοπός της ομάδας, είναι τόσο η εκπαίδευση των εθελοντών, όσο και η αντιμετώπιση των πρακτικών και συναισθηματικών προβλημάτων που δημιουργούνται από το ρόλο του εθελοντή. Η Ομάδα έχει σεμιναριακό χαρακτήρα και επεξεργάζεται, μέσα από θεωρητικό και βιωματικό πλαίσιο, θέματα όπως: το ολιστικό μοντέλο υγείας, η οικογένεια, η επικοινωνία, σε αναφορά με το ρόλο των ατόμων ως εθελοντών (Γιδοπούλου, 1991; Λάκκα, Καριπίδου, Τερζή και συν., 1991).

Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού (2000) ιδρύθηκε το 1988 μετά από πρόταση της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου Μεταξά. Σκοπός του συλλόγου είναι η οργανωμένη αλληλοβοήθεια, ενθάρρυνση, υποστήριξη και ενημέρωση των μελών του και κάθε άλλης γυναίκας σε θέματα που αφορούν στην αποκατάσταση, στην πρόληψη - έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, στην απομυθοποίησή του και στην έρευνα. Στο Σύλλογο υλοποιούνται τα παρακάτω προγράμματα:

Το **πρόγραμμα ψυχολογικής στήριξης**, το οποίο συμβάλλει στην αναγνώριση, την έκφραση και την αποδοχή των συναισθημάτων που δημιουργούνται από την κρίση της εμφάνισης του καρκίνου. Δίνει την ευκαιρία να αξιοποιηθούν οι εσωτερικές πηγές της γυναίκας και στοχεύει σε δημιουργικές αλλαγές, που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής σε προσωπικό, επαγγελματικό και κοινωνικό επίπεδο. Οι στόχοι αυτοί υλοποιούνται μέσα από την ατομική συμβουλευτική, την συμβουλευτική του ζευγαριού και της οικογένειας, τις ομάδες ψυχολογικής στήριξης και τα βιωματικά σεμινάρια ευαισθητοποίησης για τις ανθρώπινες σχέσεις και την επικοινωνία.

Το **εθελοντικό πρόγραμμα**, το οποίο δίνει την ευκαιρία στην ασθενή, εάν το επιθυμεί, να συζητήσει με εθελόντρια του συλλόγου από την επόμενη μέρα από το χειρουργείο της, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην ψυχοκοινωνική της αποκατάσταση.

Το **πρόγραμμα εκπαίδευσης των εθελοντριών**, με το οποίο μέλη του συλλόγου που επιθυμούν να προσφέρουν εθελοντική εργασία, εκπαιδεύονται για διάστημα οκτώ εβδομάδων, σε ομάδες που συντονίζουν ειδικοί επαγγελματίες. Στόχος της εκπαίδευσης είναι να μάθουν οι εθελόντριες να «ακούνε» και να στηρίζουν τις γυναίκες που επισκέπτονται, αξιοποιώντας την προσωπική τους εμπειρία.

Τα **προγράμματα ενημέρωσης**, τα οποία αποσκοπούν στην σωστή και υπεύθυνη πληροφόρηση των γυναικών σε θέματα ιατρικά, ψυχολογικά, εργασιακά, συνταξιοδότησης και ασφαλιστικών καλύψεων.

Τα **προγράμματα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης**, τα οποία εφαρμόζονται μέσα από την συνεργασία του συλλόγου με φορείς του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, όπως νοσοκομεία, δήμοι, εργοστάσια, γυναικείοι σύλλογοι και εθελοντικές οργανώσεις.

Τα **προγράμματα συμμετοχής σε επιστημονικά συνέδρια και σεμινάρια**, με σκοπό το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των προγραμμάτων αλλά και των μελών που αξιοποιούν την εμπειρία τους και την βοήθεια που έχουν δεχτεί από την επαφή τους με το σύλλογο.

Τα **προγράμματα συνεργασίας με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης**, τα οποία έχουν στόχο την ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινού σε θέματα πρόληψης, της έγκαιρης διάγνωσης και της αξιοποίησης των υπηρεσιών του συλλόγου από τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού.

Το **ερευνητικό πρόγραμμα**, το οποίο έχει στόχο την ανίχνευση των αναγκών και των προβλημάτων της γυναίκας με καρκίνο του μαστού. (Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού, 2000).

Άλλες πηγές αναφοράς, πληροφόρησης και υποστήριξης είναι:

Ο **Ελληνικός Σύνδεσμος Susan Komen για την Καταπολέμηση του Καρκίνου του μαστού**, ο οποίος ιδρύθηκε το 1999 ως παράρτημα του μεγαλύτερου κοινωφελούς φορέα της Αμερικής τον Susan Komen Breast Cancer Foundation. Σκοπός του ιδρύματος είναι η εξάλειψη του καρκίνου του

μαστού, ως νόσου που απειλεί τη ζωή της γυναίκας , μέσω της έρευνας, της εκπαίδευσης, της προληπτικής εξέτασης και της ολοκληρωμένης θεραπευτικής αντιμετώπισης. Διοργανώνει σεμινάρια και ημερίδες στην Αθήνα και κυρίως την επαρχία, διανέμει ενημερωτικά έντυπα και παρέχει πληροφορίες σε όσες γυναίκες ζητήσουν τη βοήθειά του. Στα μελλοντικά σχέδια του Συνδέσμου Susan Komen είναι η δημιουργία και υλοποίηση προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των γυναικών με καρκίνο του μαστού.

Άλλες πηγές είναι η **Ελληνική Εταιρία Μαστολογίας**, η **Ελληνική Εταιρία Έρευνας του Καρκίνου του Μαστού** και η **Ελληνική Ογκολογική Εταιρία**.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1^Η

Η πρώτη κλινική περίπτωση την οποία περιλαμβάνω στην εργασία μου είναι μια γυναίκα ηλικίας 72 ετών, συνταξιούχος του ΙΚΑ από το Αργίριο.

Η κα Β. Β. προσήλθε στο Γενικό Νοσοκομείο «Η Παμακάριστος» στις 21/10/05 με διάγνωση Ca Αριστερού Μαστού.

Το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς αναφέρει ότι πριν 25 ημέρες εψηλάφησε τυχαία ογκίδιο στον αριστερό μαστό. Το ογκίδιο είναι ανώδυνο, σκληρό το οποίο κάνει τοπική εισολκή του δέρματος. Η ασθενής παρουσιάζει απώλεια βάρους 2-3 ΚGR σε 30 ημέρες. Οι λεμφαδένες αριστερά είναι ελαφρά διογκωμένοι. Μετά από την εκτίμηση της καταστάσεως η ασθενής υποβάλλεται σε Μαστογραφία, η οποία δείχνει ογκίδιο του αριστερού μαστού. Έτσι στις 23/10/05 εισάγεται στην κλινική του νοσοκομείου για χειρουργική αντιμετώπιση.

Το ατομικό αναμνηστικό της ασθενούς αναφέρει:

1. Ρευματοειδής αρθρίτιδα (Κάτω άκρων από 20ετίας)
2. Ασταθή στηθάγχη (πριν 5 έτη)
3. Δεν πίνει
4. Δεν καπνίζει

Κατά την κλινική εξέταση ευρέθησαν τα παρακάτω:

Κεφαλή – Τράχηλος: Φυσιολογική χροιά δέρματος προσώπου, όχι ψηλαφητοί λεμφαδένες.

Θώρακας: Φυσιολογική έκπτυση ημιθωρακίων
Φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα

Μαστοί: Δεξιός μαστός φυσιολογικός. Αριστερός μαστός.
Στο κάτω έξω τεταρτημόριο του αριστερού μαστού, ψηλαφάται μόρφωμα σκληρό, ανώδυνο, καθηλωμένο διαστάσεων 3x3,5 CM ψηλαφώνται ελαφρώς διογκωμένοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

Κοιλιά: Μαλακή, ευπίεστη, φυσιολογικοί εντερικοί ήχοι, όχι ψηλαφητό ήπαρ.

Άκρα: Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Τελικό συμπέρασμα: Ca Αριστερού Μαστού.

Η κατάσταση της ασθενούς είναι αρκετά καλή. Για την ρύθμιση της ασταθούς στηθάγχης ενημερώθηκε καρδιολόγος. Έγινε ΗΚΓ, το οποίο δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα. Στις 24/10/05, την προηγούμενη της εγχείρησης πάρθηκε πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος, η ασθενής ήταν άπυρετη και της έγινε προεγχειρητική ετοιμασία. Στις 25/10/05, έγινε η επέμβαση χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Η ασθενής κατέβηκε στο τμήμα με ΑΠ 150MMHG – 80MMHG. Σφύξεις 72/min και θερμ. 36,4° C.

Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς είναι καλή. Η ασθενής παρουσίασε μια ερυθρότητα στην στερνική γωνία, έγινε αφαίρεση ενός ράμματος και στην συνέχεια διάνοιξη.

Η ερυθρότητα υποχώρησε.

Έγινε α/α θώρακος. Η κατάσταση του τραύματος είναι καλή. Η ασθενής εξέρχεται από το νοσοκομείο στις 4/11/05 αφού πρώτα της δόθηκαν οι οδηγίες για επανέλεγχο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Έχει ανάγκη ασφαλείας και κατανόησης από τα μέλη της ομάδας υγείας. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Δημιουργία ζεστού φιλικού και άνετου περιβάλλοντος για την ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Διάλογος με την νοσηλεύτρια, γιατρό και την κοινωνική λειτουργό, έτσι ώστε να λυθούν όλες οι απορίες της ασθενούς και να μπορέσει να καθησυχάσει. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ακρόαση όλων των ερωτημάτων και ανησυχιών της ασθενούς και κατανόηση αυτών. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η ασθενής αισθάνεται εμπιστοσύνη μέσα στο χώρο του νοσοκομείου.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Φόβος και άγχος για το χειρουργείο. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Βοήθεια της άρρωστης να αποδεχθεί την ασθένειά της. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Διάλογος της ασθενούς με το γιατρό και νοσηλεύτρια. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ενθάρρυνση της άρρωστης. Της χορηγούμε 1 STEDON την ημέρα πριν το χειρουργείο. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η ασθενής είναι έτοιμη για το χειρουργείο σε αρκετά καλή ψυχολογική κατάσταση.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Πόνος μετά το χειρουργείο. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ανακούφιση του πόνου με προσέγγιση της άρρωστης. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος. Μείωση παραγόντων που δημιουργούν ένταση. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η νοσηλεύτρια καθησυχάζει και ηρεμεί την άρρωστη. Χορήγηση 1 amp Aprotel + 1 amp πεθιδίνη x 4 I.M. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η άρρωστη αισθάνεται καλύτερα που ο πόνος άρχισε να υποχωρεί.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Πιθανή μόλυνση του τραύματος. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Αποφυγή μόλυνσης 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Αντιβιοτική κάλυψη 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορήγηση 1 Flagyl x 3 2 fl. Mefoxil x3 I.M. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Καμία μόλυνση της ασθενή.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ναυτία, εμετός 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Μείωση ή εξάλειψη των συμπτωμάτων 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορήγηση αντιεμετικών 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορήγηση 1 amp Primperan x 2 I.V. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Υποχώρησαν οι εμετοί και η ναυτία.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Δυσκολία κινήσεων 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Σταδιακή αποκατάσταση της άρρωστης. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η άρρωστη διδάχθηκε τις απαραίτητες ασκήσεις που θα τη βοηθήσουν να έλθει στη φυσική της κατάσταση και να μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η νοσηλεύτρια ενθαρρύνει ψυχολογικά την άρρωστη και την βοηθάει στις πρώτες ασκήσεις. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Σταδιακά μπόρεσε η άρρωστη να εκτελέσει όλες τις απαραίτητες κινήσεις.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Δυσκολία στην αποδοχή της μαστεκτομής. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Αποδοχή της θεραπευτικής της μαστεκτομής. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Συζήτηση με το γιατρό και τη νοσηλεύτρια για την μαστεκτομή. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η νοσηλεύτρια εμπυχώνει την ασθενή και προσπαθεί να τονώσει την πίστη και την ελπίδα της. Εξήγηση στην ασθενή για την αναγκαιότητα της μαστεκτομής και ότι υπάρχουν πολλά άτομα που ζουν άνετα και εργάζονται με μαστεκτομή. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η άρρωστη αρχίζει σιγά-σιγά να αποδέχεται την μαστεκτομή.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2^Η

Η δεύτερη κλινική περίπτωση την οποία περιλαμβάνω στην εργασία μου είναι ένας λανδρας 86 ετών, συνταξιούχος του ΙΚΑ από την Αθήνα.

Ο κ. Σ. Κ. προσήλθε στο Γενικό Νοσοκομείο «Η Παμακάριστος» στις 3/12/05 με διάγνωση Ca Δεξιού Μαστού.

Το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς αναφέρει ότι πριν από 2 μήνες παρατηρούσε μια διόγκωση στον δεξιό του μαστό. Ο ασθενής δεν παρουσίασε αξιοσημείωτη απώλεια βάρους. Οι λεμφαδένες δεν είναι καθόλου διογκωμένοι. Μετά από μαστογραφικό έλεγχο διαπιστώνεται ογκίδιο στον δεξιό μαστό.

Το ατομικό αναμνηστικό του ασθενή αναφέρει:

1. Δεν πίνει
2. Δεν καπνίζει τα τελευταία 15 χρόνια
3. Αρτηριακή υπέρταση
4. Προβλήματα αρυθμιών.

Κατά την κλινική εξέταση ευρέθησαν τα παρακάτω:

Κεφαλή – Τράχηλος: Φυσιολογική χροιά δέρματος προσώπου, όχι ψηλαφητοί λεμφαδένες.

Θώρακας: Φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα

Μαστοί: Αριστερός μαστός φυσιολογικός. Δεξιός μαστός διογκωμένος, ψηλαφάται μόρφωμα σκληρό, ανώδυνο, στο άνω και έξω τέταρτημόριο.

Κοιλιά: Μαλακή, όχι ψηλαφητό ήπαρ

Τελικό συμπέρασμα: Ca Δεξιού Μαστού.

Η κατάσταση του ασθενή είναι αρκετά καλή.

Στις 6/12/05, την προηγούμενη της εγχείρησης πάρθηκε πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος. Ο ασθενής ήταν απύρετος με Α.Π. 130/70mmHg. Έγινε προεγχειρητική ετοιμασία. Στις 7/12/05, έγινε η επέμβαση ο ασθενής κατέβηκε στο τμήμα με Α.Π. 120MMHG και Σφύξεις 55/min. Θερμοκρασία 36,6° C.

Η μετεγχειρητική πορεία ήταν καλή.

Στις 16/12/05 εξήλθε του νοσοκομείου.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής νοιώθει φόβο και ανησυχία. 	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση της ανησυχίας του ασθενή και εξάλειψη του φόβου. 	<ul style="list-style-type: none"> Αναπτύσσουμε σχέσεις εμπιστοσύνης – κατανόησης και παρότρυνση του ασθενή να εξωτερικεύσει τους φόβους του. 	<ul style="list-style-type: none"> Συζήτηση και ενημέρωση για όσα θέματα έχει φόβους και απορίες. 	<ul style="list-style-type: none"> Ύστερα από τη συζήτηση ο ασθενής νοιώθει ήρεμος και καθόλου ανήσυχος.
<ul style="list-style-type: none"> Πόνος μετά το χειρουργείο. 	<ul style="list-style-type: none"> Ανακούφιση του πόνου. 	<ul style="list-style-type: none"> Δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος. 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση 1 amp Arotel + ½ amp πεθιδίνη x 4 I.M. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο πόνος υποχωρεί.
<ul style="list-style-type: none"> Ναυτία, εμετοί 	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση ή εξάλειψη των συμπτωμάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση αντιεμετικών 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση 1 amp Primperan x 3 I.V. 	<ul style="list-style-type: none"> Υποχώρησαν οι εμετοί και η ναυτία.
<ul style="list-style-type: none"> Πιθανή μόλυνση του τραύματος 	<ul style="list-style-type: none"> Αποφυγή μόλυνσης 	<ul style="list-style-type: none"> Αντιβιοτική κάλυψη 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση 1 Zetagal fl. 1 Flagyl x 3 I.V. 	<ul style="list-style-type: none"> Καμία μόλυνση του ασθενή.
<ul style="list-style-type: none"> Χαμηλή τιμή καλίου 	<ul style="list-style-type: none"> Αναπλήρωση του καλίου 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση καλίου ενδοφλεβίως 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση 3 amp καλίου στον ορό του. 	<ul style="list-style-type: none"> Τιμή καλίου φυσιολογική

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Υψηλή πυρετική κίνηση. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα. ▪ Ανακούφιση από τον πυρετό και των επιμέρους επιπτώσεών του. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων. Συστηματική παρακολούθηση για εμφάνιση εφιδρώσεων και αποφυγή από κρυολόγημα. Καταγραφή της θερμοκρασίας του σώματος σε προγραμματισμένα χρονικά διαστήματα. Ακριβής μέτρηση και αναγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Χορήγηση πολλών υγρών. Διατήρηση στοματικής κοιλότητας καθαρής. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορήγηση 1 amp Aprotel I.M. Ανά 3 ώρες παρακολούθηση για εμφάνιση εφιδρώσεων. Αποφυγή έκθεσης σε ρεύματα αέρα. Συχνή αλλαγή λευχειμάτων. Τρίωρη λήψη της θερμοκρασίας. Μέτρηση ανά εξάωρο των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Παρότρυνση για τη λήψη άφθονων υγρών. Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας 3 φορές την ημέρα με διάλυμα σόδας και Helaxen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Πτώση της υψηλής πυρετικής κίνησης σε φυσιολογικά επίπεδα. ▪ Ανακούφιση από τον πυρετό.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού δεν περιγράφεται πλήρως σε τόσες σελίδες, είναι ένα θέμα μεγάλο με πολλές επεκτάσεις. Τα πολλά και ειδικά προβλήματα των ασθενών με καρκίνο του μαστού και η ανάγκη για την αποτελεσματική αντιμετώπισή τους καθιστούν απαραίτητη και ζωτικής σημασίας την παρουσία του νοσηλευτή, του νοσηλευτή με τις διαρκώς βελτιούμενες γνώσεις.

Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που φθάνουν στα εξωτερικά ιατρεία ή στα ιατρεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης με καρκίνο του μαστού στο τελευταίο στάδιο, τότε που η αντιμετώπισή τους θα μπορούσε να χαρακτηριστεί παρηγορητική. Είναι πραγματικά κρίμα να πεθάνει κανείς ενώ ήταν δυνατόν να επιζήσει. Η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη και σ' αυτόν τον τομέα το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να έχει πρωταρχικό ρόλο.

Οι ερευνητές συνεχίζουν τη μάχη ενάντια στο καρκίνο του μαστού, μια μάχη σκληρή για τη σωτηρία χιλιάδων γυναικών και οι νοσηλευτές συνεχίζουν να βρίσκονται στο πλευρό κάθε γυναίκας πριν και μετά τη διάγνωση του καρκίνου.

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Επιτροπή ειδικών ογκολόγων

«Εάν τηρηθούν οι δέκα ευρωπαϊκές εντολές, θα μειωθεί σημαντικά ο αριθμός των θανάτων από καρκίνο στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Η μείωση αυτή θα μπορούσε μάλιστα να φθάσει το 15% στον ορίζοντα του έτους 2000».

ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΛΗΦΘΟΥΝ:

1. **Μην καπνίζετε.** Καπνιστές, σταματήστε το γρηγορότερο δυνατό το κάπνισμα και μην καπνίζετε όταν είστε μαζί με άλλους.
2. **Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.**
3. **Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο.**
4. **Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας,** ιδιαίτερα στο χώρο εργασίας κατά την παραγωγή, διακίνηση ή χρήση οποιουδήποτε υλικού που είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκίνο.
Ακολουθώντας τις δύο επόμενες οδηγίες θα ωφελησετε την υγεία σας και ταυτόχρονα θα περιορίσετε τις πιθανότητες να προσβληθείτε από καρκίνο.
5. **Τρώτε συχνότερα φρούτα και λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες.**
6. **Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά.**

ΟΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΕΙΝΑΙ ΙΑΣΙΜΕΣ ΑΝ ΕΝΤΟΠΙΣΤΟΥΝ ΕΓΚΑΙΡΑ

7. **Επισκεφτείτε το γιατρό αν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος και στο χρώμα σε ελιά του δέρματος.**
8. **Επισκεφτείτε το γιατρό αν έχετε επίμονα ενοχλήματα,** όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα.

Για τις γυναίκες

9. **Κάνετε περιοδικά το τεστ Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας.**
10. **Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και, αν είναι δυνατόν, κάνετε περιοδικά μαστογραφία**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΚΛΑΨΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ, ΑΘΗΝΑ 1989.
2. ΖΑΝ ΓΚΥΡ, ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΗ, ΑΘΗΝΑ 1993.
3. ΚΟΥΡΜΠΑΝΗ Ε., ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ, ΑΘΗΝΑ 1991.
4. ΚΑΤΡΑΚΗΣ Γ., ΚΟΥΤΟΥΛΙΔΗΣ Κ., ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΥΓΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΑΘΗΝΑ 1980.
5. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ., ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, ΤΟΜΟΣ Β΄, ΜΕΡΟΣ 2^ο, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΤΑΒΙΘΑ, ΑΘΗΝΑ 1997.
6. ΠΑΠΥΡΟΥΣ ΛΑΡΟΥΣ ΜΠΡΙΤΑΝΙΚΑ, ΜΑΣΤΟΣ, ΤΟΜΟΣ 41, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΟΥΡΝΑΡΑ, ΑΘΗΝΑ 1990.
7. ΣΑΚΟΡΑΦΑ Χ.Γ., Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΑΓΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΑΘΗΝΑ 2000.
8. ΤΟΚΜΑΚΙΔΗΣ Κ.Π., Ο ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΣ ΜΑΣΤΟΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ 2001.
9. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Ν., ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΑ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ 1995.
10. ΡΑΜΕΛΑ J. SHAPIRO, ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ 2001.

11. ΣΩΦΡΟΝΙΔΗΣ Κ.Ι., Ο ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΠΡΟΛΗΨΗ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1991.
12. ΚΟΝΙΑΡΗ Ε., ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1991.
13. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν.Α. – ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Ν., ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ 1994.
14. ΜΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Α.Μ., ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1991.
15. HERBERT LIPPERT., ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ 2000.
16. ΚΕΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Α., ΔΗΜΗΤΡΑΚΑΚΗΣ Κ., ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΜΟΡΙΑΚΗ ΒΙΟΛΟΓΙΑ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ 2000.
17. ΤΖΩΡΑΚΟΛΕΥΘΕΡΑΚΗΣ Ε., ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ, ΑΘΗΝΑ 1992.
18. ΝΤΟΛΑΤΖΑΣ Θ., ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ, ΑΘΗΝΑ 1994.
19. JONATHAN S. BEREK, ΡΑΥΛΑ Α. HILLARD, ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ ΙΙΙ ΤΟΜΟΣ 3^{ΟΣ}, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, ΑΘΗΝΑ 2002.
20. ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΥ Δ., ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ 1985.
21. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝ., ΚΑΝΕΛΛΟΣ Ε., ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΒΑΣΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΥΧΝΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1994.

22. ΜΟΥΖΑΚΑ ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ Λ., ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΑ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΜΟΥΖΑΚΑ, ΑΘΗΝΑ 1996.
23. ΚΡΕΑΤΣΑ Κ.Γ., ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, ΑΘΗΝΑ 1998.
24. ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ Θ., ΒΑΒΙΛΗΣ Δ., ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1999.
25. ΜΠΟΝΤΗΣ Ι., ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ Θ., ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ ΣΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1997.
26. ΠΑΝΟΥΣΟΠΟΥΛΟΣ Δ., ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ Ν., Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΠΤΑΛΟΦΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1998.
27. ΛΩΛΗ Ε., ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ, ΤΟΜΟΣ Β΄, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ 2004.
28. ΜΠΟΥΤΗΣ Λ., ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1987.
29. Σ. ΑΝΔΡΕΑ, ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ Α΄ ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ, ΤΟΜΟΣ 2, ΤΕΥΧΟΣ 2, ΑΠΡΙΛΙΟΣ – ΙΟΥΝΙΟΣ 2003.
30. ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ – ΣΤΡΑΒΟΛΑΙΜΟΥ Κ., ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΔΑΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ, ΠΡΑΚΤΙΚΑ 2^{ΟΥ} ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ 22-24 ΜΑΪΟΥ 1987.

31. ΡΗΓΑΙΟΣ Γ., ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ASCENT, ΑΘΗΝΑ 2000.
32. Σ.Σ. ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΥ, ΒΑΣΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΑ ΒΑΛΚΑΝΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΜΕΣΗ ΑΝΑΤΟΛΗ. ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ Α΄ ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ, ΤΟΜΟΣ 1, ΤΕΥΧΟΣ 3, ΙΟΥΛΙΟΣ – ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2002.
33. ΛΙΑΚΟΣ Α., Η ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, ΠΡΑΚΤΙΚΑ 6^{ΟΥ} ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ 1980.
34. ΠΑΛΛΗ Δ., Η ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ: Η ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΔΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ, ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ, ΑΘΗΝΑ 1984.
35. KAREN LINDSEY, ΤΟ ΒΙΒΛΙΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΥΧΝΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1994.
36. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ, ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ, ΑΘΗΝΑ 1985.
37. ΣΠΑΡΟΥΝΗΣ Χ., ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, ΤΟΜΟΣ Β΄, ΕΚΔΟΣΕΙΣ UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1990.
38. ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΥ Δ., ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ 1982.
39. ΣΑΧΙΝΗ Α., ΚΑΡΔΑΣΗ Μ., ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ, ΤΟΜΟΣ 2^{ΟΣ}, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1997.

40. ΝΙΚΟΛΟΥΔΗ – ΜΕΡΚΟΥΡΑΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ, ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ 26^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ, ΚΕΡΚΥΡΑ ΜΑΪΟΣ 1999.
41. ΠΙΝΑΚΙΔΗΣ Μ., ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1993.
42. ΣΑΧΙΝΗ Α., ΚΑΡΔΑΣΗ Μ., ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ, ΤΟΜΟΣ 1^οΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1997.
43. ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΣ Χ., ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΜΑΘΗΜΑ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ – ΒΑΣΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1997.
44. ΜΟΣΧΟΥ ΚΑΚΚΟΥ Α., ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ, ΠΑΤΡΑ 1999.
45. ΚΟΦΙΝΑΣ Σ., ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ, ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΤΟΥ ΕΙΚΟΝΑ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ 1997.

