



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΦΙΛΙΠΠΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΚΗ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:
Dr. ΖΗΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ**

ΠΑΤΡΑ, 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	iv
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	vi

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	1
1.2. ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	4
1.3. ΛΕΜΦΙΚΗ ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	6
1.4. ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	7
1.5. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ – ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

2.1. ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	11
2.2. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	12
2.3. ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	13
2.4. ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	15
2.5. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	15
2.6. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	16
2.7. ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ Η ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	18
2.8. ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	19
2.9. ΔΙΗΘΗΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ	20

	Σελίδα
2.10. ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	23
2.11. ΟΡΜΟΝΕΣ	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	28
3.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	31
4.2. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ	31
4.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	36
4.4. ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	40
4.5. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	41
4.6. ΤΟΠΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟ- ΓΝΩΣΗ	42
4.7. ΓΕΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟ- ΓΝΩΣΗ	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	44
5.2. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	45
5.3. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	46
5.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	53
6.2. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	53
6.3. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	58
6.4. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	63
6.5. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1. ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΘΗΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ – ΕΝΔΥΜΑΣΙΑ	72
7.2. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ	75

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1. ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	77
---------------------------------	----

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ****ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο**

9.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	81
9.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	88
9.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	96

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο**

10.1. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩ- ΡΗΣΗ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	111
10.1.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	111
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	128
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	129

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η λέξη καρκίνος ακόμα και σήμερα που η εξέλιξη της επιστήμης και ειδικότερα της ιατρικής έχει τόσο προχωρήσει, συνεχίζει και προκαλεί φόβο, άγχος και αφωνία στον άνθρωπο και αυτό γιατί παραμένουν αδιευκρίνιστες οι αιτίες που τον προκαλούν και τα θεραπευτικά μέτρα φαντάζουν περίπλοκα.

Ανάμεσα στους λοιπούς καρκίνους, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο στόχο του καρκίνου των γυναικών στις περισσότερο αναπτυγμένες χώρες του κόσμου. Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που βάζουν «πρώτο» τον καρκίνο του μαστού τα απαρίθμησε ο Grant πριν από 23 χρόνια, εκδότης τότε του περιοδικού CANCER.

- § Είναι ο πιο θανατηφόρος καρκίνος της γυναίκας.
- § Είναι ο καρκίνος που πιο συχνά ανακαλύπτεται από την ίδια τη γυναίκα.
- § Είναι ο καρκίνος για τον οποίο έχουν γίνει και γίνονται οι περισσότερες ακτινογραφίες και βιοψίες.
- § Είναι ο καρκίνος για τον οποίο γίνονται οι περισσότερες ακτινοθεραπείες και χημειοθεραπείες.
- § Είναι ο καρκίνος για τον οποίο υπάρχει και εφαρμόζεται η μεγαλύτερη ποικιλία ενδοκρινικών θεραπειών.
- § Είναι ο καρκίνος με την πιο έντονη ετερογένεια του κυτταρικού πληθυσμού.
- § Είναι ο πιο φοβερός καρκίνος για τον οποίο έχουν γραφθεί τα περισσότερα άρθρα.
- § Είναι ο καρκίνος που η θεραπεία του έχει προκαλέσει πάντα τις περισσότερες διχογνωμίες.

Στόχος της εργασίας αυτής είναι να δώσει μια εικόνα του πως πρέπει να νοσηλευτεί η ασθενής με καρκίνο του μαστού σε όλες τις φάσεις της αρρώστιας της, προκλινική, κλινική, διαγνωστική, θεραπευτική μετά τη μαστεκτομή, πως γίνεται η ψυχολογική προσέγγιση και υποστήριξη αυτής της ασθενούς και στα αρχικά και στα

τελικά στάδια της νόσου της, αλλά και τους στόχους και τις παρεμβάσεις της προληπτικής νοσηλευτικής. Έχοντας υπόψη το ρητό που αναφέρει ότι «η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη» καταλαβαίνουμε τη ζωτικότητα του παραπάνω πεδίου της νοσηλευτικής παρέμβασης και τη συμμετοχή της στην εμφάνιση και στην εμφάνιση και στην εξέλιξη της νόσου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που μαστίζει κυριολεκτικά τον ανθρώπινο πληθυσμό εδώ και αρκετά χρόνια. Μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα θεωρείται ως η δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου στη Ελλάδα.

Χιλιάδες άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο ενώ αρκετοί είναι αυτοί που αναγκάζονται να ζήσουν το υπόλοιπο της ζωής τους με μια μόνιμη αναπηρία. Ανάμεσα στους λοιπούς καρκίνους ο καρκίνος του μαστού, ο πλέον συχνός και θανατηφόρος καρκίνος της γυναίκας, απορροφά το μεγαλύτερο μέρος της βασικής και κλινικής έρευνας από όλους τους άλλους κακοήθεις όγκους. Αν και δεν θεωρείται γυναικολογική διαταραχή, οι γυναίκες μόλις διαπιστώσουν κάποιο ογκίδιο στο μαστό καταφεύγουν στο γυναικολόγο. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να θεραπευτεί αν διαγνωστεί έγκαιρα και ακολουθήσει η κατάλληλη θεραπεία. Τη στρατηγική αντιμετώπισης του γυναικείου καρκίνου του μαστού σήμερα χαράζει η ογκολογική ομάδα γιατί στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει ανάγκη συνεργασίας θεραπειάς από πολλές ειδικότητες.

Η ευαισθητοποίηση της γυναίκας σε σχέση με το μαστό της, που δε θα ήθελε ποτέ να στερηθεί, είναι ένας από τους σοβαρούς παράγοντες που θα μπορούσε η προληπτική νοσηλευτική να στηρίξει στην προσπάθεια της για πρόωμη διάγνωση και την ελπίδα για έγκαιρη θεραπεία.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια σοβαρή ασθένεια που η συχνότητα έχει μειωθεί κατά πολύ τα τελευταία χρόνια χάρη στη μεγάλη προσπάθεια που γίνεται για την καλύτερη ενημέρωση των γυναικών, όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Η κλινική πείρα μας πείθει ότι παραμελημένες περιπτώσεις αφορούν στα νοσοκομεία για θεραπεία με κύρια αίτια καθυστέρησης την άγνοια των γυναικών αυτών.

Ιδιαίτερα σημαντικός ο ρόλος της νοσηλεύτριας που πρέπει να μάθει να μπαίνει με διάκριση και λεπτομέρεια στη ζωή του ατόμου, προκειμένου να αντιληφθεί τις ιδιαίτερες ανάγκες του, να χρησιμοποιήσει τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα σε συνεργασία με το ίδιο το άτομο. Αυτό θα το καταφέρει χάρη στη δεξιοτεχνία που θα αναπτύξει στη τέχνη της επικοινωνίας και στην καλλιέργεια της κριτικής τέχνης για να μπορεί να εκτιμά τις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου.



ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.3. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο ΜΑΣΤΟΣ

Ο μαστός αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα για την κατάταξη του ανθρώπου στην τάξη των θηλαστικών. Ο μαστός υπάρχει και στα δύο φύλα αν και στον άνδρα παραμένει ανενεργός. Στη γυναίκα αναπτύσσεται και μετά την ήβη και φθάνει στη μέγιστη του ανάπτυξη κατά την διάρκεια των τελευταίων μηνών της κύησης και της γαλουχίας. Ο δυναμικός αυτός ρόλος του έχει σαν συνέπεια πλήθος δυσλειτουργιών και κλινικών εκδηλώσεων που καθιστούν τα νοσήματα του μαστού συχνά κλινικά προβλήματα.

Στην έφηβη γυναίκα οι μαστοί είναι ημισφαιρικοί και βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα. Εκτείνονται από το πλάγιο χείλος του στερνού ως την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή, ανάμεσα στην 2^η-3^η και 6^η-7^η πλευρά. Το βάρος του μαστού κυμαίνεται από 150-200 γραμμάρια αλλά στη γαλουχία μπορεί να φτάσει τα 400-500 γραμμάρια. Συνήθως ο αριστερός μαστός είναι μεγαλύτερος από τον δεξιό. Το άνω έξω τμήμα του εκτείνεται από τα άνω και έξω στην κατεύθυνση της μασχάλης σχηματίζοντας τη λεγόμενη «μασχαλιαία ουρά» ή ουρά «ουρά του Spence».

Κάθε μαστός εμφανίζει στην πρόσθια επιφάνεια μια κεντρική κυκλική περιοχή διαμέτρου 15-35 χιλ. Τη θηλαία άλω, το δέρμα της οποίας περιέχει μικρές τρίχες και άπειρες αδένες που διακρίνονται σε ιδρωτοποιούς, σμηματογόνους και επικουρικούς. Τα αλωαία οξίδια που παράγονται από τους σμηματογόνους αδένες λέγονται φυμάτια του Montquery.

Στο κέντρο της άλω προέχει κωνοειδές έπαρμα του δέρματος, η θηλή, όπου συνήθως βρίσκεται κάτω από το κέντρο του μαστού και αντίστοιχα στο 4^ο μεσοπλεύριο διάστημα.

Έχει χρώμα ροζ ή ανοικτό καφέ ή πιο σκούρο και στην κορυφή της υπάρχουν τα στόμια των 15-20 γαλακτοφόρων που καλύπτονται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Η κατασκευή της θηλής είναι συμμετρική, στερεά συμμετρική και παρακολουθεί κάθε κίνηση του αδένου.

Το δέρμα του μαστού είναι λεπτό ώστε διακρίνονται οι φλέβες κάτω από αυτό ενώ διαφέρει από το υπόλοιπο δέρμα του σώματος και στην περιοχή της θηλής και της άλλης όπου δεν υπάρχουν τρίχες και ιδρωτοποιά αδένες αλλά άφθονη χρωστικοί και σμηγματογόνοι αδένες.

Το περιμαστικό λίπος αποτελεί συνέχεια του υποδόριου λίπους. Είναι άφθονο στην πρόσθια επιφάνεια του αδένου μεταξύ των καθετήρων δεσμίδων ενώ στην οπίσθια είναι ελάχιστο. Το περιμαστικό λίπος απουσιάζει στην περιοχή που αντιστοιχεί στη θηλή και στη θηλαία άλλη.

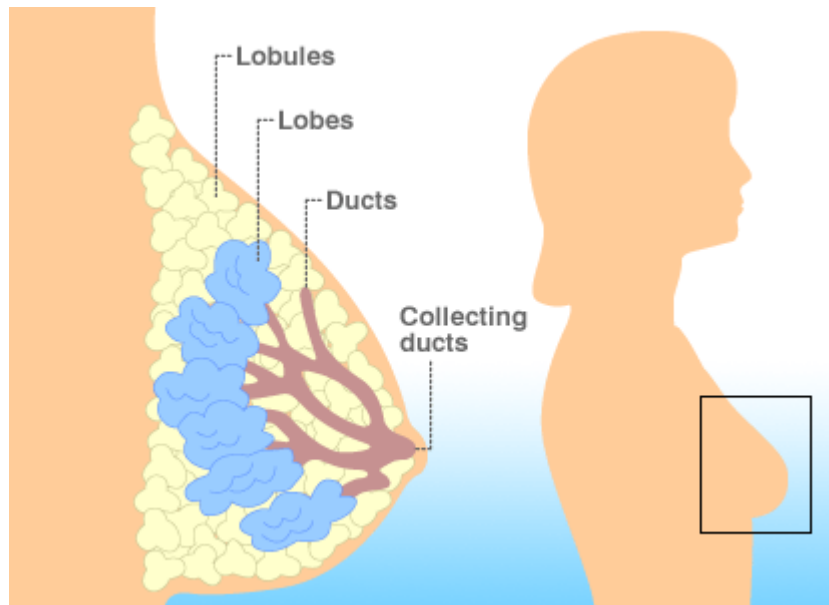
Ο μαστικός αδένου διαιρείται με τους συνδέσμους του Cooper σε 15-20 λοβούς καθέναν από τους οποίους χωρίζεται σε μικρότερα λόβια. Εμφανίζει δύο επιφάνειες, πρόσθια και οπίσθια και μια περιφέρεια. Η πρόσθια επιφάνεια είναι υπόκυρτη και ανώμαλη και εμφανίζει εντυπώματα, βοθρία και ακρολοφίες. Η οπίσθια επιφάνεια είναι υπόκοιλη και βρίσκεται επάνω από τη περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός και του πρόσθιου οδοντοτού.

Η περιφέρεια του μαστικού αδένου εμφανίζει τρεις αποφύσεις, μία στερνική και δύο μασχαλιαίες (άνω και κάτω).

Ο μαστικός αδένου αποτελεί σύνθετο σωληνοκυψελοειδή αδένου και συνίσταται από 15-20 λοβούς ανώμαλου σχήματος που φέρονται ακτινοειδώς από τη θηλή προς την περιφέρεια. Ινώδη διαγράμματα διαχωρίζουν τους λοβούς και τους διαιρούν σε διαφόρου μεγέθους λοβία.

Κάθε λοβός αποτελείται:

- α. από ένα γαλακτοφόρο πόρο που εκβάλλει με δικό του τρήμα στη θηλή,
- β. από διάφορο αριθμό λοβίων που εκβάλλουν στο δικό τους γαλακτοφόρο πόρο και
- γ. από αδενοκυψέλες.



Κάθε γαλακτοφόρος πόρος συνίσταται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, ενώ πριν εκβάλλει στη θηλή διευρύνεται και σχηματίζει το γαλακτοφόρο κόλπο μέσα στον οποίο αθροίζεται το γάλα. Οι αδενοκυψέλες αποτελούνται από ένα βασικό υμένα και ένα στίχο αδενικών κυττάρων (κυβοειδών ή κυλινδρικών) (Τζωρακοελευθεράκης 1992, Παπανικολάου Ν. 1994, Παπαδημητρίου Γ. Ανδρουλάκης 1998, Παπανικολάου Ν. 1989).

Η ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ

Η μασχαλιαία κοιλότητα έχει σχήμα τετράπλευρης πυραμίδας με 4 τοιχώματα, κορυφή και βάση. Το πρόσθιο τοίχωμα σχηματίζεται από την έξω μοίρα του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός, μεταξύ των οποίων φέρονται τα πρόσθια θωρακικά αγγεία και ο έσω κλάδος της ακρωμιοθωρακικής αρτηρίας. Το οπίσθιο τοίχωμα σχηματίζεται από τον υποπλάτιο, το μείζονα στρογγυλό και τον πλατύ ραχιαίο μυ. Πάνω σε αυτόν πορεύονται τα υποπλάτια αγγεία και νεύρα καθώς και τα περισπώμενα αγγεία της ωμοπλάτης.

Το έσω τοίχωμα σχηματίζεται από τον πρόσθιο οδοντωτό ενώ επάνω σε αυτόν κατέρχονται τα πλάγια θωρακικά αγγεία και πίσω από αυτά το

μακροθωρακικό νεύρο. Το έξω τοίχωμα σχηματίζεται από το βραχιόνιο οστό, από τον κορακοβραχιόνιο και από την βραχεία κεφαλή του δικέφαλου βραχιόνιου μύος. Στο τοίχωμα αυτό πορεύονται τα μασχαλιαία αγγεία και το βραχιόνιο πλέγμα. Η κορυφή φέρεται προς τα άνω και έσω και εκβάλλει στην υπερκλείδια χώρα. Η βάση (μασχαλιαίος βόθρος) σχηματίζεται από το τριχωτό δέρμα και τη μασχαλιαία περιτονία. Αφορίζεται από δύο χείλη, την πρόσθια και την οπίσθια μασχαλιαία πτυχή, με υπόθεμα το κάτω χείλος του μείζονα θωρακικού μύος η πρώτη και τον πλατύ ραχιαίο και το μείζονα θωρακικό η δεύτερη (Μάρκος Πινακίδης, 1993).



1.4. ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

- A.** Τρεις είναι οι κύριες **αρτηρίες** του μαστού:
- 1. Η έσω μαστική αρτηρία.** Οι διατριτώντες κλάδοι της έσω μαστικής συμβάλλουν στο 50% της συνολικής αιμάτωσης.
 - 2. Η πλάγια θωρακική αρτηρία.** Αυτή εκφύεται από τη μασχαλιαία αρτηρία πίσω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ ή από την ακρωμιοθωρακική ή την

υποπλάτιο αρτηρία, περνάει από τον πλάγιο θωρακικό τοίχωμα και φθάνει ως τον οδοντωτό μυ και το δέρμα του μαστού.

- 3. Ο έσω κλάδος της ακρωμιοθωρακικής αρτηρίας.** Κλάδου επίσης της μασχαλιαίας που πορεύεται μεταξύ του μείζονα και ελάσσονα θωρακικού μυ και παρέχει αίμα στην οπίσθια επιφάνεια του μαστού. Στην αιμάτωση του μαστού συμβάλλουν και οι πλάγιοι διατριταίνοντας κλάδοι των μεσοπλεύριων αγγείων καθώς και κλάδοι της υποπλάτιας αρτηρίας (θωρακοτραχειαία).

B. Φλέβες

Ο μαστικός αδένας έχει πλούσιο αναστομωτικό δίκτυο επιφανειακών φλεβών. Η φλεβική οδός είναι σημαντική στη μελέτη του καρκίνου του μαστού γιατί:

- α. Οι μεταστάσεις γίνονται δι' αυτής της οδού.
- β. Η λεμφική οδός που έχει ιδιαίτερο ρόλο στις μεταστάσεις, ακολουθεί τις φλέβες. Το αίμα απάγεται από τους μαστούς και το θωρακικό τοίχωμα με τρεις ομάδες εν των βάθει φλεβών.

Έσω μαστικές φλέβες

Αυτές πορεύονται πίσω από το θωρακικό τοίχωμα και έρχονται σε άμεση επαφή με τους πλευρικούς χόνδρους και η δεξιά και η αριστερή εκβάλλουν στις αντίστοιχες ανώνυμες φλέβες.

Μασχαλιαίες φλέβες

Αυτές δέχονται κλάδους από το θωρακικό τοίχωμα τους θωρακικούς μύες και την οπίσθια επιφάνεια του μαστού.

Μεσοπλεύριες φλέβες

Η τρίτη οδός φλεβικής παροχέτευσης από τους μαστούς είναι μέσω των μεσοπλεύριων φλεβών. Αυτές οι φλέβες επικοινωνούν με τις σπονδυλικές φλέβες και μετά εκβάλλουν στην άζυγο φλέβα (Παπανικολάου Ν. 1989, Παπανικολάου Ν. 1994).

1.3. ΛΕΜΦΙΚΗ ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ένα πλούσιο λεμφικό πλέγμα παροχετεύει το δέρμα και το μαζικό αδένια και καταλήγει στα μασχालιαία και στα της έσω μαστικής λεμφογάγγλια. Υπάρχουν περίπου 53 λεμφογάγγλια στη μασχालιαία κοιλότητα κατά μήκος των αρτηριών και φλεβών και διακρίνονται τοπογραφικά σε κεντρικά, υποπλάτια, υποκλείδια, παραμαστικά και υπομαστικά.

Ως καλύτερη περιγραφή και κατάταξη θεωρείται αυτή των Poirew και Cunco η οποία υιοθετήθηκε και από τον Rouviere.

Σύμφωνα με αυτήν υπάρχουν 6 ομάδες μασχालιαίων λεμφαδένων:

1. Έξω μαστικά λεμφογάγγλια
2. Ωμοπλατιαία λεμφογάγγλια
3. Κεντρικά λεμφογάγγλια
4. Διαθωρακικά λεμφογάγγλια
5. Λεμφογάγγλια της μασχालιαίας φλέβας
6. Υποκλείδια λεμφογάγγλια
7. Λεμφική οδός της έσω μαστικής

Τα λεμφογάγγλια της έσω μαστικής αρτηρίας είναι 3 ή 4 και βρίσκονται στο 1^ο, 2^ο και 3^ο μεσοπλευρίο διάστημα. Υπάρχει λεμφαγγειακή επικοινωνία μεταξύ των δύο μαστών οπισθοστερνικά. Λέμφος από την κορυφή της μασχάλης οδεύει στα υπερκλείδια λεμφογάγγλια και από εκεί μέσω λεμφικών πόρων στη συμβολή της υποκλείδιας και έσω σφαγίτιδας φλέβας.

Τα λεμφογάγγλια της μασχालιαίας κοιλότητας για λόγους πρακτικούς διαιρούνται σε 3 επίπεδα:

πρώτο επίπεδο – ιστός αμέσως κάτω από το χείλος του ελάσσονα θωρακικού μυ.

δεύτερο επίπεδο –ιστός αμέσως κάτω και πίσω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ.

τρίτο επίπεδο – ιστός πάνω και μέσα από τον ελάσσονα θωρακικό μυ.

Η πρόγνωση στον καρκίνο του μαστού έχει άμεση σχέση με το επίπεδο των κατελιημένων λεμφογάγγλιων (Κονιάρη Ε. 1991, Σάββας 1979, Μάρκος Πινακίδης 1993).

1.4. ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μύες που ενέχονται στην χειρουργική του μαστού είναι:

1. Μείζονος θωρακικός μυς που νευρώνεται από τα έσω πρόσθια θωρακικά νεύρα.
2. Ελάσσοнос θωρακικός μυς που νευρώνεται από τα έσω πρόσθια θωρακικά νεύρα.
3. Πρόσθιος οδοντωτός μυς που νευρώνεται από το μακρύ θωρακικό νεύρο.
4. Πλατύς ραχιαίος μυς.

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

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

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

Ο πλατύς ραχιαίος εμφανίζει σπονδυλική, λαγόνια και πλευρική μοίρα και καταφύεται στον πυθμένα της αύλακας του δικέφαλου βραχιόνιου μυός. Το πρόσθιο χείλος είναι σχεδόν κάθετο προς την μέση μασχαλιαία γραμμή και σηματοδοτεί την

ραχιαία έκταση της μαστεκτομής με ή χωρίς διατήρηση του μείζονα θωρακικού. Νευρώνεται από το θωρακοραχιαίο νεύρο, το οποίο συνοδεύει την ομώνυμη αρτηρία στο οπίσθιο τοίχωμα της μασχάλης. Θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια διατήρησης του πλατύ ραχιαίου, τόσο για να αποφύγουμε έκπτωση λειτουργικότητας όσο και για να μπορέσει να χρησιμοποιηθεί σε πιθανή μεταγενέστερη χειρουργική αποκατάσταση του μαστού.

Ο μαστός νευρώνεται από τους έξω μαστικούς κλάδους του 2^{ου}-6^{ου} μεσοπλεύριου νεύρου, καθώς και από τους έσω μαστικούς κλάδους του 2^{ου}-4^{ου} μεσοπλεύριου νεύρου (Μάρκος Πινακίδης 1993, Παπαδημητρίου Κωνσταντίνος, 1990).

1.5. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Κάθε λοβός του μαστού αποτελεί έναν ανεξάρτητο κυψελοειδή αδένα. Έτσι ο μαστός στο σύνολο που παριστά τη συνάθροιση αυτών των ανεξάρτητων μονάδων καθεμία από τις οποίες έχει τον δικό της εκφορητικό πόρο και κατά συνέχεια την δική της εκβολή στην επιφάνεια της θηλής. Ο εκφορητικός πόρος (γαλακτοφόρος πόρος) έχει διάμετρο 0,4-0,7 εκ. και πριν εκβάλει στη θηλή σχηματίζει μια μικρή διεύρυνση που ονομάζεται γαλακτοφόρος κόλπος.

Το επιθήλιο στις αδενοκυψέλες των λοβίων είναι μονόστιβο κυβοειδές ή κυλινδρικό, στο γαλακτοφόρο πόρο αποτελείται από δύο στοιβάδες κυβοειδών ή κυλινδρικών κυττάρων ενώ στο γαλακτοφόρο κόλπο γίνεται πολύστιβο πλακώδες. Τα κύτταρα αυτά στηρίζονται σε βασικό υμένα, στη βάση του οποίου προσφύονται μυοεπιθηλιακά κύτταρα.

Τα μυοεπιθηλιακά αυτά κύτταρα σχηματίζουν ένα δίκτυο γύρω από τις αδενοκυψέλες και κατά μήκος των εκφορητικών πόρων και παίζουν ρόλο στην προώθηση του γάλακτος από τις αδενοκυψέλες προς την θηλή.

Η δομή, το μέγεθος και η λειτουργία του μαζικού αδένα υπόκεινται σε πλήθος μεταβολών που σχετίζονται με την έμμηνο ρύση, την κύηση, τη γαλουχία και την εμμηνόπαυση (Μάρκος Πινακίδης 1993).

ΕΜΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ

Ο γυναικείος μαστός βαθμιαία αυξάνει σε μέγεθος, αρχίζοντας από την 8^η μέρα του κύκλου ενώ ο όγκος του πριν από την εμμηνορρυσία μπορεί να αυξάνει ως 50%. Η αύξηση αυτή του μεγέθους του μαστού δεν έχει απόλυτα διευκρινιστεί που οφείλεται αλλά μέρος αυτής αποδίδεται σε ενδολοβιακό οίδημα και υπεραιμία. Υποστηρίζεται ότι υφίσταται και πολλαπλασιασμός του παρεγχύματος με εμφάνιση νέων λοβίων τα οποία κατά την εμμηνορρυσία υποστρέφονται και υφίστανται ίνωση.

Με την εμφάνιση της έμμηνης ρύσης τόσο η αγγειακή συμφόρηση όσο και το οίδημα αρχίζουν να υποχωρούν και ο μαστός φθάνει ξανά στο μικρότερο μέγεθος του κατά την 8^η μέρα του κύκλου (Μάρκος Πινακίδης 1993).

ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Στην εμμηνόπαυση επέρχεται η προοδευτική βράχυνση των γαλακτοφόρων πόρων από την περιφέρεια τους προς τη θηλή. Επίσης ατροφία των αδενοκυψέλων και πάχυνση του συνδετικού ιστού, που βρίσκονται γύρω από τους πόρους, πριν από την εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης, τότε που υπάρχουν μονοφασικοί κύκλοι, είναι δυνατόν οι μαστοί να διογκωθούν και να γίνουν ευαίσθητοι και επώδυνοι. Επειδή τότε παρατηρούνται αλλοιώσεις των μαστών, που μοιάζουν με της ινοκυστικής μαστοπάθειας, με ή χωρίς κλινικές εκδηλώσεις της πάθησης. Μετά το 30^ο έτος το στρώμα των μαστών γίνεται πυκνό και σκληρό και οι γαλακτοφόροι πόροι και τα αγγεία ατροφούν (Παπανικολάου Ν. 1994, Παπανικολάου Ν. 1989).

ΓΑΛΟΥΧΙΑ

Το φαινόμενο της γαλουχίας ελέγχεται από πλήθος ορμόνες, όπως η προγεστερόνη, τα οιστρογόνα, η προλακτίνη, το πλακουντιακό γαλακτογόνο και η κορτιζόνη. Τα οιστρογόνα από μόνα τους δεν φαίνεται να παίζουν τόσο σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του μαστού, όσο αρχικά πιστευόταν.

Αντίθετα η προγεστερόνη διεγείρει την ανάπτυξη των κυψέλων του μαστού, ενώ αναστέλλει την εκκριτική τους λειτουργία. Αυτό το επιτυγχάνει μπλοκάροντας

την τελική διαφοροποίηση τους η οποία αργότερα προάγεται από την προλακτίνη. Τη δράση της προλακτίνης ενισχύει η κορτιζόνη. Η προλακτίνη θεωρείται απαραίτητη ορμόνη για την παραγωγή γάλακτος και η χορήγηση ανταγωνιστών αυτής, όπως η βρωμοκρυπτίνη, μπορεί να καταστείλει την γαλουχία.

Σήμερα το αληθινό ερέθισμα της γαλουχίας θεωρείται η μετά τον τοκετό πτώση των επιπέδων της προγεστερόνης, ενώ παράλληλα τόσο η προλακτίνη του πλάσματος όσο και η ανάπτυξη του μαστού είναι επαρκείς για να προωθήσουν την έκκριση του γάλακτος. Το ερέθισμα από τη θηλή πρέπει να μεταφερθεί στον εγκέφαλο ώστε να διεγερθεί η έκκριση της προλακτίνης και της οξυτοκίνης από την υπόφυση.

Η οξυτοκίνη προκαλεί σύσπαση των μυοεπιθυλιακών κυττάρων και έκκριση γάλακτος, ενώ η προλακτίνη προάγει τη σύνθεση του γάλακτος στις αδenoκυψέλες των λοβίων του μαστού. Στη γαλουχία η ανάπτυξη των μαστών φτάνει στο μέγιστο της και η λειτουργική τους δραστηριότητα αποκορυφώνεται με την συνδυασμένη δράση των οιστρογόνων ορμονών, της προγεστερόνης, της ινσουλίνης της προλακτίνης και της κορτιζόνης, ιδιαίτερα όμως της προλακτίνης (Μάρκος Πινακίδης 1993, Τζωρακοελευθεράκης 1992, Παπανικολάου Ν. 1994).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ – ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

2.1. ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το 1936, ο Bittner βρήκε ότι στα ποντίκια, η ανάπτυξη καρκίνου εξαρτάται από έναν παράγοντα που μεταφέρεται με το μητρικό γάλα στη διάρκεια του θηλασμού. Ο παράγοντας αυτός ονομάστηκε Bittner ή «ιός που προκαλεί όγκους στους μαζικούς αδένες των ποντικίων». Η ανακάλυψη αυτή τροφοδότησε την υπόθεση ότι κάποιος ιός ευθύνεται για τον καρκίνο του μαστού του ανθρώπου. Η ανεύρεση σε ανθρώπινο γάλα τμημάτων ογκορναϊού με δραστηριότητα αναστροφής τρανσκριπτάσης και ONA που μπορεί να υβριδοποιήσει με τον ογκογόνο ιό καρκίνου μαστού του ποντικίου, ενίσχυσε την υπόθεση ότι κάποιος ογκογόνος ιός μεταδίδεται κατά τον θηλασμό.

Όλα αυτά είναι ενδείξεις ότι ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες σε έναν ιό, ο οποίος είναι δυνατόν ευρισκόμενος σε λανθάνουσα κατάσταση να δραστηριοποιηθεί από την επίδραση άλλων ενδοκρινικών διαιτητικών και γενετικών παραγόντων. Εξάλλου, η ανίχνευση σε όρο ασθενών με καρκίνο του μαστού ενός αντισώματος έναντι του καρκίνου του μαστού του ποντικίου, ενισχύει την υπόθεση της ιογενούς συμμετοχής στον καρκίνο μαστού.

2.2. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Τόσο οι παλαιότερες όσο και οι πρόσφατες μελέτες δείχνουν σταθερά ότι οι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου. Όλες οι μελέτες δείχνουν ότι γυναίκες που η μητέρα τους ή η αδερφή τους εμφάνισε καρκίνο μαστού έχουν διπλάσια ως τριπλάσια πιθανότητα να προσβληθούν και οι ίδιες από καρκίνο του μαστού. Ο κίνδυνος είναι ακόμα μεγαλύτερος, αν αυτή η πρώτου βαθμού συγγενής έχει προσβληθεί σε μικρή ηλικία ή αν η νόσος ήταν αμφοτερόπλευρη. Αν η μητέρα ή η αδερφή πέρασε καρκίνο μετεμμηνοπαυσιακά, οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου είναι μία και μισή φορά περισσότερες. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε προεμμηνοπαυσιακά τότε αυτές φτάνουν τις τρεις φορές.

Σε σχετική μελέτη διαπιστώθηκε ότι σε γυναίκες των οποίων τόσο η μητέρα όσο και η αδερφή παρουσίασαν τη νόσο, η πιθανότητα προσβολής μέχρι την ηλικία των 65 ετών έφτασε το 50%. Σήμερα είναι δυνατόν να υπολογιστεί ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου μαστού στους συγγενείς της ασθενούς με βάση την ηλικία που διαγνώστηκε νόσος και αν αμφοτερόπλευρη ή όχι εντόπιση.

ΦΥΛΟ

Το φύλο αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου, μια και όπως είναι γνωστό οι γυναίκες προβάλλονται συχνότερα από καρκίνο μαστού από ότι οι άνδρες. Στους 100 καρκίνους μόνο ο ένας αφορά στον άνδρα. Συχνότερα εμφανίζεται σε όσους πάσχουν από σύνδρομο Klinefelter (XXY)

ΗΛΙΚΙΑ

Η ηλικία μιας γυναίκας παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο, όσον αφορά την πιθανότητα να πάθει καρκίνο του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού είναι εξαιρετικά σπάνιος πριν από τα 20 χρόνια. Από την ηλικία των 20 χρονών παρατηρείται μια

βαθμιαία αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου μέχρι περίπου την ηλικία των 50 χρόνων.

ΤΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ

Η αύξηση του βάρους του σώματος ιδιαίτερα κατά την εμμηνόπαυση συνοδεύεται και με περισσότερες πιθανότητες καρκίνου του μαστού. Η επιστημονική εξήγηση για το φαινόμενο αυτό είναι η παραγωγή οιστρογόνων που μπορεί να γίνεται από τους λιπώδεις ιστούς του σώματος (Παπανικολάου Ν. 1994, Physical activity and epithelial ovarian Cancer risk Ιούλιος 2003).

2.3. ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΜΗΝΑΡΧΗΣ ΚΑΙ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ

Είναι γνωστό ότι η πρόωμη εμμηνάρχη και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση συμβάλλουν στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού γιατί υπάρχουν στην περίπτωση αυτή περισσότεροι ανωθυλακιορρηκτικοί κύκλοι και επομένως λιγότερη έκκριση προγεστερόνης, που προστατεύει τον μαστό.

Το 1971, από έρευνες που έγιναν, αποδείχτει ότι η πρόωμη εμμηνάρχη συνδυάζεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Γυναίκες που είχαν εμμηναρχή σε μεγάλη σχετικά ηλικία (μεγαλύτερη των 15 ετών) έχουν λιγότερες πιθανότητες προσβολής από την νόσο σε σχέση με το γενικό γυναικείο πληθυσμό.

Επίσης, όσο η εμμηνόπαυση έρχεται σε προχωρημένη ηλικία τόσο το ποσοστό προσβολής από καρκίνο του μαστού αυξάνεται σε αντίθεση με τις γυναίκες που έχουν εμμηνόπαυση σε μικρή ηλικία.

ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗ

Οι γυναίκες που άργησαν να κάνουν το πρώτο τους παιδί, μετά την ηλικία των 30 ετών, παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο για καρκίνο μαστού σε σύγκριση με

τις γυναίκες εκείνες που τεκνοποίησαν σε πιο μικρή ηλικία. Η εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία πιστεύεται ότι προασπίζει από καρκίνο του μαστού. Γυναίκες που γέννησαν πριν από την ηλικία των 20 χρόνων έχουν 1/3 της πιθανότητας να πάθουν καρκίνο μαστού σε σύγκριση με γυναίκες που γέννησαν μετά την ηλικία των 35 ετών, όπου η πιθανότητα νοσήματος τριπλασιάζεται.

ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ

Η διακοπή κύησης δεν φαίνεται να είναι παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού. Υπάρχουν, όμως, διάφορες εργασίες που υποστηρίζουν το αντίθετο. Οι Ricketal το 1981 βρήκαν αυξημένο κίνδυνο στις γυναίκες που έκαναν έκτρωση σε νεαρή ηλικία και πριν να έχουν τεκνοποιήσει. Επίσης, αργότερα ο Χατζημιχαήλ το 1981 με μια ανάλογη εργασία απέδειξαν, ότι πραγματικά υπάρχει αυτός ο κίνδυνος.

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΞΩΓΕΝΗ ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ

Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, η λήψη ορμονικής αντισύλληψης συνδέεται με αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Εντούτοις σειρά από μελέτες που μέχρι σήμερα είχαν αντικείμενο τη συσχέτιση λήψης αντισυλληπτικών δισκίων και καρκίνου μαστού δεν απέδειξαν θετική συσχέτιση. Αντίθετα διαπιστώθηκε ότι υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης της νόσου σε ορισμένες υποομάδες γυναικών, όπως σε αυτές που παρουσιάζουν και δεύτερο σημαντικό παράγοντα κινδύνου, όπως επίσης σε γυναίκες που έκαναν χρήση της αντισύλληψης σε πολύ μικρή ή πολύ μεγάλη ηλικία.

ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Τα τελευταία χρόνια, η άποψη ότι ο θηλασμός προστατεύει τη γυναίκα από καρκίνο μαστού δε θεωρήθηκε παραδεκτή. Σήμερα, όμως δεχόμαστε τη προστασία του θηλασμού και μάλιστα πως όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κρατήσει τόσο μεγαλύτερη η προστασία (Παπανικολάου Ν. 1994, Κονιάρη Ε. 1991, Physical activity and epithelial ovarian cancer risk Ιούλιος 2003).

2.4. ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Είναι γνωστό ότι σχεδόν όλες οι ορμόνες παίζουν κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη του γυναικείου μαστού. Ποιες από αυτές εκτός των οιστρογόνων επιδρούν στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού είναι άγνωστο.

- **Οιστρογόνα:** Από τις τρεις κύριες μορφές οιστρογόνων, η οιστρόλη και η οιστραδιόλη προάγουν τον καρκίνο του μαστού σε πειραματόζωα ενώ η οιστρόλη μειώνει την παραγωγή αυτή.
- **Προλακτίνη:** Ο ρόλος της προλακτίνης ως αιτιολογικού παράγοντα στον καρκίνο μαστού παραμένει άγνωστος. Θα ήταν δυνατό να ενοχοποιηθεί αν η τιμή στις καρκινοπαθείς γυναίκες είναι υψηλή. Υπάρχουν όμως δύο καταστάσεις στη ζωή της γυναίκας που συνδυάζονται σταθερά με αύξηση της στάθμης της προλακτίνης στον οργανισμό: η εγκυμοσύνη και ο θηλασμός. Αν δεχόμασταν ότι τα αυξημένα επίπεδα προλακτίνης σχετίζονται με εμφάνιση καρκίνου μαστού, θα έπρεπε η εγκυμοσύνη και ο θηλασμός να συνδυάζονται με αύξηση της πιθανότητας προβολής, πράγμα βέβαια που δεν συμβαίνει.
- **Προγεστερόνη:** Η σχέση της προγεστερόνης με τον καρκίνο μαστού είναι ασαφής. Άλλες εργασίες την δείχνουν ως ορμόνη που προάγει τη καρκινογένεση, ενώ άλλες τη θεωρούν αντικαρκινογόνο λόγω της αντιοιστρογονικής δράσης της (Κονιάρη Ε. 1991).

2.5. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Διαπιστώθηκε πως όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος σπουδών της γυναίκας, τόσο αυξάνεται και η συχνότητα του καρκίνου του μαστού. Σχολική μόρφωση που ξεπερνά τα 16 χρόνια τριπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, σε σχέση με τις γυναίκες στις οποίες η εκπαίδευση δεν ξεπερνά τα 12 χρόνια.

ΕΘΝΙΚΟΙ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ

Η επίπτωση του καρκίνου του μαστού εμφανίζει μεγάλες διακυμάνσεις στις διάφορες χώρες του κόσμου. Είναι συχνότερες στον Δυτικό κόσμο από ότι στην Αμερική, στην Ασία και στην Μέση Ανατολή. Στη Βόρεια Αμερική και στη Βόρεια Ευρώπη εμφανίστηκε πέντε φορές συχνότερα από ότι στην Ασία και στην Αφρική. Στην Ολλανδία εμφανίζεται συχνότερα από όλα τα άλλα κράτη.

Επίσης, η επίπτωση του καρκίνου του μαστού είναι επταπλάσια στις Αμερικανίδες από ότι στις Γιαπωνέζες. Στις Γιαπωνέζες όμως που μεταναστεύουν στην Αμερική και στους απογόνους η διαφορά αυτή εξαλείφεται προοδευτικά (Παπανικολάου Ν. 1994, Παπανικολάου Ν. 1989).

2.6. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΛΙΠΟΥΣ

Η συσχέτιση του καρκίνου του μαστού με τον τρόπο θρέψης έχει διερευνηθεί τα τελευταία χρόνια. Στο τέλος της δεκαετίας του 60 παρατηρήθηκε ότι δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε θερμίδες και λιπαρά και πλούσια σε φυτικές ίνες ή γενικά διαιτολόγιο τύπου ανατολικών χωρών μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Είναι δυνατόν η σύγχρονη δίαιτα να περιέχει διάφορες ουσίες όπως συντηρητικά, προσθετικά ή παραμένοντας στα αγροτικά προϊόντα φυτοφάρμακα που πιθανόν να έχουν δυνατότητες καρκινογένεσης. Τέλος έχει παρατηρηθεί ότι παχύσαρκες γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο του μαστού, όπως και ψιλές γυναίκες σε σχέση με τις κοντές και οι γυναίκες των αστικών τάξεων σε σχέση με τις γυναίκες των αγροτικών.

ΚΑΦΕΣ

Δεν έχει αποδειχθεί καρκινογόνος δράση του καφέ για το μαστό. Αντίθετα υπάρχουν ενδείξεις για αντικαρκινική δράση. Σε μία εργασία μάλιστα επισημάνθηκε ότι γυναίκες που έπιναν πολύ καφέ όταν εμφάνιζαν καρκίνο μαστού, ο καρκίνος τους άνηκε στο μεγαλύτερο ποσοστό στους ιστολογικά καλά διαφοροποιημένους

τύπους. Σε μία άλλη εργασία που διερευνήθηκε η κατανάλωση ξανθινών (τσάι, καφές, κακάο, coca-cola) και η σχέση με την ανάπτυξη καρκίνου μαστού το μόνο που αποδείχθηκε τελικά ήταν ότι υπήρχαν μαστωδυνίες που περνούσαν με την διακοπή της λήψης των ξανθινούχων ποτών.

ΤΑ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΗ

Έχουν γίνει αρκετές έρευνες για να βρεθεί η σχέση κατανάλωσης οινοπνευματωδών και ανάπτυξης καρκίνου μαστού. Ελάχιστες μόνο από αυτές δεν βρήκαν να υπάρχει σχέση. Στις περισσότερες από αυτές αποδείχτηκε ότι η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο. Σε μία μάλιστα από αυτές τις έρευνες μελετήθηκαν 90000 Αμερικανές νοσοκόμες. Βρέθηκε ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου μαστού ήταν 30% μεγαλύτερος για τις αδερφές που έπιναν 5-15 gr. αλκοόλ την ημέρα και έφθανε το 60% στις αδερφές που έπιναν περισσότερο. Οι μηχανισμοί που το οινόπνευμα αυξάνει τον κίνδυνο σε μία γυναίκα να εμφανίσει καρκίνο μαστού δεν έχουν ακόμη διευκρινιστεί.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το κάπνισμα αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο προσβολής από καρκίνο διάφορων συστημάτων και οργάνων. Η σχέση μεταξύ καπνίσματος και γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος είναι σύνθετη. Έτσι έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα μειώνει τα ποσοστά καρκίνου του ενδομητρίου, ενώ αυξάνει τα ποσοστά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Δεν έχει αποδειχθεί καμία σχέση με τον καρκίνο του μαστού (Διατροφή και Καρκίνος 1991, Malin Dollinger 1992).

2.7. ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ Η ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ψυχολογικοί παράγοντες, ψυχολογικά άγχη, ψυχικές διαταραχές φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Η ψυχική όμως ένταση δύσκολα μπορεί να μετρηθεί και έτσι η ποσοτικοποίηση του σχετικού κινδύνου αυτών των παραγόντων είναι δυσχερής.

ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Υπάρχει αύξηση του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες που ακτινοβολήθηκαν στο θώρακα (φυματίωση, πνευμονία) και στις γυναίκες που πήραν ακτινοβολία από ατομική βόμβα (Χιροσίμα, Ναγκασάκι κ.τ.λ.).

Σε όσο μικρότερη ηλικία η γυναίκα εκθέτει τον εαυτό της στην ακτινοβολία τόσο ο κίνδυνος να εμφανίσει καρκίνο στο μαστό μεγαλώνει. Τη μεγαλύτερη ευαισθησία την εμφανίζει σε ηλικία των 10-10 ετών και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Ο ρόλος των χαμηλών δόσεων που χορηγούνται κατά την μαστογραφία σε νεαρές ηλικίες δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί, αλλά γενικά εκτιμάται ότι είναι μικρότερο από το αναμενόμενο όφελος (Παπανικολάου Ν. 1994, Παπανικολάου Ν. 1989).

2.8. ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ιστολογική ταξινόμηση των νεοπλασμάτων έχει την έννοια της προσπάθειας αναγνώρισεως διαφόρων ιστολογικών τύπων, που ενδεχομένως συνοδεύονται από διαφορετική βιολογική συμπεριφορά. Το 80% των καρκινωμάτων του μαστού είναι διηθητικά από τους γαλακτοφόρους πόρους και το υπόλοιπο 20% αφορά σε μεγάλη ποικιλία άλλων καρκινωμάτων.

Η ταξινόμηση των νεοπλασμάτων συνεχώς συμπληρώνεται με νέα στοιχεία που προκύπτουν από κλινικοπαθολογικές και αναδρομικές μελέτες πολλών περιπτώσεων. Μεγάλη απήχηση βρήκε πρόσφατα η ταξινόμηση του Fischer που θεωρείται αρκετά εμπειριστατωμένη αλλά και εύχρηστη. Ο Fischer διαίρεσε τα καρκινώματα του μαστού σε διηθητικά και μη διηθητικά.

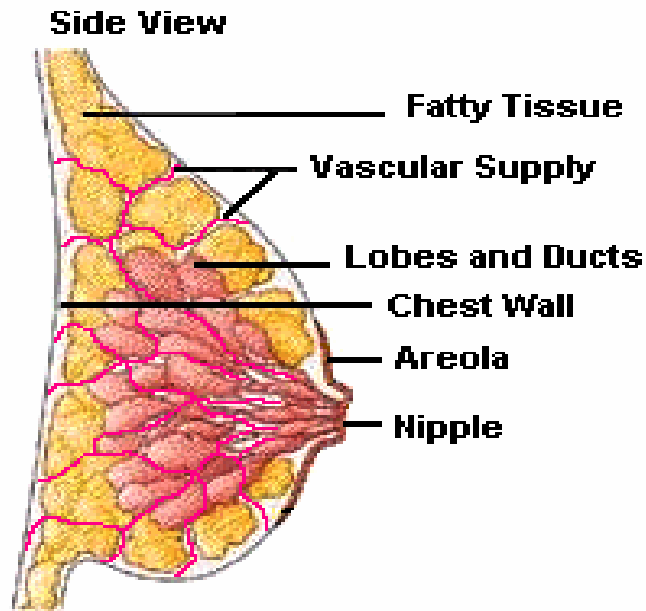
ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

1. Διηθητικά καρκινώματα

- Διηθητικό καρκίνωμα των πόρων χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά
- Μυελοειδές
- Διηθητικό λοβιακό
- Βλεννώδες
- Σωληνώδες
- Θηλώδες
- Νόσος Paget.

2. Μη διηθητικά καρκινώματα του μαστού

- 1)Ενδοσωληνώδες
- 2)Ενδοεπιθηλιακό (in situ) των λοβίων (Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής – ογκολογίας 1999).



2.9. ΔΙΗΘΗΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ

1. Διηθητικό καρκίνωμα των πόρων χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά

Ο τύπος αυτού του καρκίνου αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκινωμάτων του μαστού. Εντοπίζεται συχνότερα στον αριστερό μαστό. Παρατηρείται συχνότερα και στους άνδρες. Η συχνότητα του κυμαίνεται από 52-84% όλων των καρκινωμάτων του μαστού.

Το διηθητικό καρκίνωμα των πόρων έχει την μορφή κεντρικής πυκνής σκληρίας με ανώμαλο περίγραμμα που περιβάλλεται από ακτινωτές προεκβολές με ομιχλώδη όρια και τους γύρω ιστούς να είναι διηθημένοι. Όταν φτάσει τα 3 εκ. εμφανίζει ίνωση οίδημα, πάχυνση του δέρματος και έλξη του δέρματος της θηλής. Η πρόγνωση δεν είναι καλή και οι μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες της μασχάλης είναι συχνά εκτεταμένες.

3. Μυελοειδές καρκίνωμα

Η καλή πρόγνωση του μυελοειδούς καρκινώματος σχετίζεται με τις περιπτώσεις όπου περιορίζεται στο μαστό και δεν έχει λεμφαδενικές μεταστάσεις. Η συχνότητα της νεοπλασίας κυμαίνεται από 5-7% των κακοηθών νεοπλασίας του μαστού. Παρατηρείται συχνότερα γύρω στην ηλικία των 45-50 ετών με τη μορφή μαλακού περιγεγραμμένου όγκου διαστάσεων 5-10 εκ. που μοιάζει με απόστημα.

Μακροσκοπικά ο όγκος είναι σφαιρικός. Αναπτύσσεται κατά κανόνα στο βάθος του μαστού. Εμφανίζει μικρή πιθανότητα μετάστασης στους επιχώριους λεμφαδένες.

4. Βλεννώδες καρκίνωμα

Ο τύπος αυτού του καρκινώματος του μαστού προκαλεί ξεχωριστό ενδιαφέρον, γιατί είναι γνωστό από παλιά, ότι έχει καλή πρόγνωση και εμφανίζεται συχνότερα σε μεγάλη ηλικία.

Χαρακτηριστικό είναι η παρουσία βλέννης που πιστεύεται ότι συνδυάζεται με καλύτερη πρόγνωση. Η συχνότητα του κυμαίνεται στο 2,5% και αποτελεί μαλακό όγκο με σαφή όρια. Η εξέλιξη του όγκου είναι βραδεία και οι μεταστάσεις εμφανίζονται σε προχωρημένες φάσεις.

5. Σωληνοειδές καρκίνωμα

Το σωληνοειδές καρκίνωμα του μαστού είναι ένας πολύ σπάνιος τύπος καρκινώματος. Αποτελεί το 1-2% όλων των καρκινωμάτων του μαστού. Έχει πολύ καλή πρόγνωση, σπάνια προκαλεί μεταστάσεις αλλά και όταν προκαλέσει αυτές είναι περιορισμένες και εντοπίζονται στους χαμηλότερους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

6. Διθητικό λοβιακό καρκίνωμα

Η συχνότητα του κυμαίνεται από 5-10%. Εμφανίζεται σαν μια περιοχή μη φυσιολογικής πάχυνσης. Είναι σε μεγαλύτερη αναλογία πολυεστιακό στον

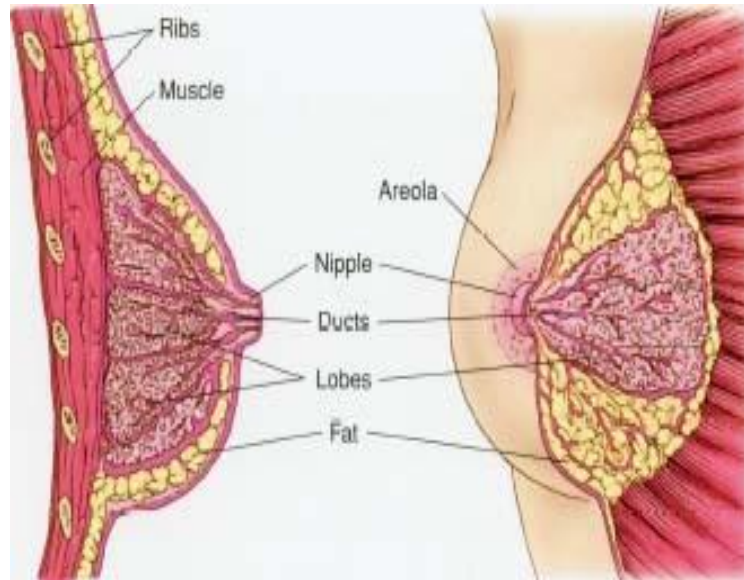
ομόπλευρο ή στον ετερόπλευρο μαστό. Η πρόγνωση δεν είναι πολύ καλή. Ο λοβιακός διηθητικός καρκίνος παρουσιάζει μικρότερο ποσοστό λεμφαδενικών μεταστάσεων και έχει σε μεγαλύτερο ποσοστό οιστρογονικούς υποδοχείς.

7. Νόμος Paget

Το καρκίνωμα του Paget δεν είναι συχνό (γύρω στο 1% όλων των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού), αλλά είναι σημαντικό, γιατί εμφανίζεται ως αθώο. Συχνά διαγιγνώσκεται και θεραπεύεται ως δερματίτιδα ή μικροβιακή λοίμωξη, με αποτέλεσμα δυστυχώς την καθυστέρηση της σωστής διάγνωσης. Όταν η βλάβη αποτελείται μόνο από αλλοιώσεις στη θηλή, το ποσοστό των μασχαλιαίων μεταστάσεων είναι περίπου 5% και η πρόγνωση άριστη. Όταν υπάρχει παράλληλα και όγκος στο μαστό το ποσοστό των μασχαλιαίων μεταστάσεων αυξάνει και συνοδεύεται από σημαντική ελάττωση της πιθανότητας θεραπείας με εγχείρηση ή με άλλη μέθοδο αντιμετώπισης.

8. Θηλώδες καρκίνωμα

Το διηθητικό θηλώδες καρκίνωμα είναι σπάνιο νεόπλασμα. Ο όγκος εμφανίζεται συνήθως σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και είναι καλά περιγραμμένος. Μικροσκοπικά χαρακτηρίζεται από το σχηματισμό θηλών στο επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων και αιματηρή έκκριση από τη θηλή. Η πρόγνωση του είναι καλή και οι μεταστάσεις στα επιχώρια μασχαλιαία λεμφογάγγλια σπάνια (Γρηγόριος Παρισσιανός 1994, Jay R. Harris, Monica Morrow, 1993, Παπανικολάου Ν. 1994).



2.10. ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1. Ενδοσωληνώδες

Το ενδοσωληνώδες καρκίνωμα σπάνια συνοδεύεται από κλινικά συμπτώματα και συχνά αποτελεί τυχαίο ιστολογικό εύρημα σε τμήματα του μαστικού αδένα που αφαιρούνται για άλλες αλλοιώσεις. Μακροσκοπικά στην *in situ* μορφή του η διήθηση δεν έχει περάσει την βασική μεμβράνη, είναι συχνά πολυεστιακό ή εκτεταμένο.

Στη διηθητική του μορφή αποτελεί συμπαγή, σκληρή σύστασης όγκο, διάμετρο 2-4 εκ και καταλαμβάνει σαν πλάκα σχεδόν ολόκληρο τον μαστικό αδένα. Τα ενδοσωληνώδη καρκινώματα αναπτύσσονται βραδέως και έχουν την ευνοϊκή πρόγνωση.

2. Ενδοεπιθυλιακό (*in situ*) των λοβίων

Το *in situ* λοβιακό καρκίνωμα του μαστού είναι βλάβη πολυεστιακή σε ποσοστό 80% και αμφοτερόπλευρη σε ποσοστό 15-40%. Αντιπροσωπεύει 6-14%

του συνόλου των καρκινωμάτων του μαστού. Πρόκειται για μη ψηλαφητή βλάβη, που παραμένει κλινικά και αναγνωρίζεται μόνο μικροσκοπικά, καθώς απουσιάζουν από αυτήν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Το λοβιακό in situ καρκίνωμα αποτελεί συνήθως τυχαίο εύρημα σε βιοψίες μαστού που γίνονται για κάποια άλλη καλοήγη ή κακοήγη πάθηση. Η μαστογραφία μπορεί να δείχνει ασβεστώσεις, πολλές από τις οποίες αφορούν γειτονικά φυσιολογικά λόβια. Το 90% των περιπτώσεων εμφανίζεται σε προεμμηνοπαυσικές γυναίκες μέσης ηλικίας 44 ετών.

Μπορεί να συνδυάζεται με άλλα διηθητικά καρκινώματα ή με κακοήθεις όγκους όπως τα ιναδενώματα.

Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές η βλάβη αποτελεί απλώς δείκτη χρόνιας κυστικής μαστοπάθειας και είναι κατάσταση προνεοπλασματική που μπορεί να γίνει ή να μη γίνει κακοήθης. Άλλοι αντίθετοι πιστεύουν ότι πρόκειται για αληθές κακοήθες νεόπλαστα, προπομπό διήθησης. Έτσι υπάρχει αντιγνωμία ως προς τον κατάλληλο τρόπο αντιμετώπισης του λοβιακού in situ καρκινώματος.

Ορισμένοι ερευνητές συνιστούν την στενή κλινική παρακολούθηση ενώ άλλοι διάφορους τύπους μαστεκτομής. Ο κίνδυνος πάντως ανάπτυξης διηθητικού καρκινώματος υπολογίζεται σε 4-27% για το σύστοιχο μαστό και σε 10% για τον αντίστοιχο (Γρηγόριος Παρισσιανός 1994, Μάρκος Πινακίδης 1993, Lawrence M. Teirney, Tr, Stephen J, McPhee, Maxine A Papadakis, 1995).

2.11. ΟΡΜΟΝΕΣ

- **Ωκυτοκίνη**

Η ορμόνη αυτή παράγεται σε υποθαλαμικά κέντρα και αποθηκεύεται στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Κύρια δράση της είναι η πρόκληση σύσπασης των μυοεπιθηλιακών κυττάρων των γαλακτοφόρων πόρων των μαστών. Με τον τρόπο αυτό συμβάλλει στην έξοδο του εκκρινόμενου γάλακτος (Παπανικολάου Ν. 1994).

- **Προλακτίνη**

Η προλακτίνη παίρνει ουσιαστικό μέρος στην ανάπτυξη του μαστού και ιδιαίτερα στη διαμόρφωση των κυττάρων των τελικών γαλακτοφόρων πόρων. Επίσης, ελέγχει τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος. Η αυξημένη έκκριση της

προλακτίνης οδηγεί σε αύξηση της έκλυσης της ντοπαμίνης στον υποθάλαμο. Η αύξηση της προλακτίνης εμποδίζει την έκκριση των εκλυτικών παραγόντων των γοναδοτρόπων ορμονών στον υποθάλαμο. Η προλακτίνη μαζί με τις οιστρογόνες ορμόνες, την προγεστερόνη, τα κροκοειδή, την ινσουλίνη και την ωκυτοκίνη, προετοιμάζει τους μαστούς για το θηλασμό. Επίσης ενισχύει τη δράση των οιστρογόνων ορμονών στο μαστό μέχρι τότε που η γυναίκα θηλάσει. Η προγεστερόνη αναστέλλει την αύξηση του αριθμού των υποδοχέων προλακτίνης.

- **Το ανθρώπινο πλακουντιακό γαλακτογόνο**

Μαζί με την προλακτίνη και την αυξητική ορμόνη αποτελεί τις λεγόμενες γαλακτογόνες ορμόνες αυξάνει κατά την κύηση και ελαττώνεται απότομα μετά τον τοκετό. Φαίνεται λοιπόν ότι ο κύριος λόγος που περιορίζεται στην ανάπτυξη και διαφοροποίηση του μαστού κατά τη κύηση, ενώ μετά τον τοκετό τα χαμηλά επίπεδα του έχουν δράση παρόμοια με αυτήν της προλακτίνης.

- **Τα οιστρογόνα**

Έχουν σύνθετο ρόλο. Προάγουν την ανάπτυξη του μαστού και σε χαμηλές δόσεις την έκκριση προλακτίνης, ενώ σε υψηλές δόσεις αναστέλλουν την γαλουχία. Στο μαζικό αδένια ενώνονται με ειδικούς υποδοχείς στο κυτταρόπλασμα και στη συνέχεια το σύμπλεγμα ορμόνη – υποδοχέας μετακινείται στο πυρήνα. Οι υποδοχείς των οιστρογόνων είναι και δεν αντιδρούν με άλλες ορμόνες. Φαίνεται ότι οι μεγάλες ποσότητες οιστρογόνων καταλαμβάνουν τους υποδοχείς της προλακτίνης στα κύτταρα του μαζικού αδένια και έτσι σταματούν την γαλουχία.

- **Η προγεστερόνη**

Μαζί με τα οιστρογόνα και την προλακτίνη προάγει την ανάπτυξη των κυστιδίων κατά το τελικό άκρο των πόρων. Προκαλεί αύξηση του μεγέθους των λοβίων του μαζικού αδένια, πολλαπλασιασμό των αδενοκυψελών και εμφάνιση εκκριτικών χαρακτηριστικών στα κύτταρα τους.

- **Ινσουλίνη**

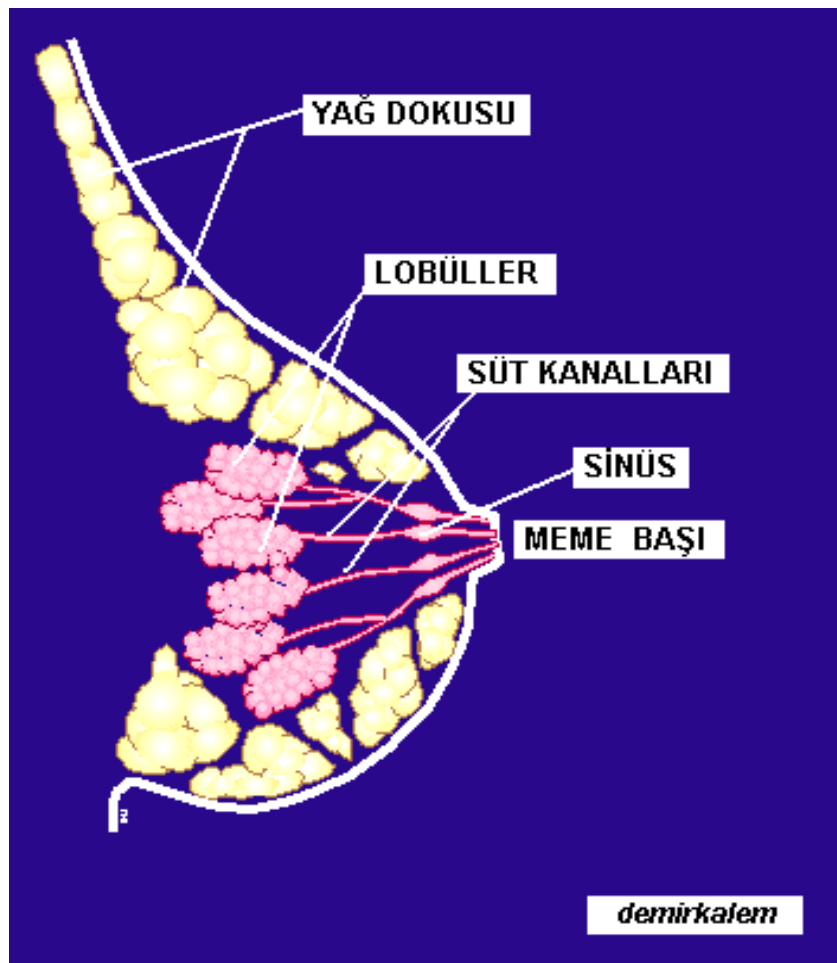
Η ινσουλίνη παίζει ρόλο στη σύνθεση των λιπιδίων των κυττάρων του μαστού ρυθμίζοντας τη μεταφορά γλυκόζης στα κύτταρα.

- **Οι προσταγλαδίνες**

Πιστεύεται ότι δρουν σαν ένας από τους ανασταλτικούς παράγοντες της γαλουχίας πριν από τον τοκετό.

- **Τα κορτικοστεροειδή**

Είναι απαραίτητα τόσο για την έναρξη όσο και για την διατήρηση της γαλουχίας. Ευνοούν την άθροιση καζεΐνης στα κύτταρα του μαστού, όταν ο μαστός εκτίθεται στη δράση της προλακτίνης (Κονιάρη Ε. 1991, Μάρκος Πινακίδης 1993, Home Medical Advisor).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ, ΕΠΙΒΙΩΣΗ, ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ, ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Στην Ελλάδα όπως και στις περισσότερες χώρες του κόσμου, ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες, ενώ στους άνδρες εμφανίζεται σπανιότατα. Κάθε χρόνο περίπου 1500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού αλλά από αυτές οι 65% επιβιώνουν πάνω από μία δεκαετία. Κατά την πενταετία 1981-1985 προκάλεσε 5757 θανάτους γυναικών (σε σύνολο θανάτων από καρκίνο 33904). Η επίπτωση της νόσου στην Ελλάδα αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία μέχρι το 50^ο έτος στη συνέχεια όμως παραμένει στο ίδιο επίπεδο χωρίς ουσιαστικές ανοδικές και καθοδικές τάσεις. Η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης του είναι μεταξύ 45 και 50 ετών ενώ μετά την ηλικία των 65 εμφανίζει προοδευτική μείωση. Η εμφάνιση του σε ηλικίες μικρότερες των 30 ετών είναι εξαιρετικός σπάνια.

Η θνησιμότητα από καρκίνο μαστού στη χώρα μας είναι χαμηλή σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρώπης ή της Β. Αμερικής αλλά είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη θνησιμότητα. Στην Ιαπωνία και στις υπόλοιπες χώρες της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο έχουμε 3000 νέες περιπτώσεις καρκίνου μαστού. Οι θάνατοι εισέρχονται στους 1200 το χρόνο. Η θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη στις υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού διαφέρει από χώρα σε χώρα. Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι από τις γυναίκες που γεννήθηκαν το 1987 ένα 10% θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού κατά την διάρκεια της ζωής του ενώ ένα 3% θα πεθάνει από καρκίνο του μαστού. Αξίζει να σημειωθεί ότι στις Η.Π.Α. ο καρκίνος του μαστού ήταν η πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες μέχρι το έτος 1985 που

ξεπεράσθηκε από τον καρκίνο του πνεύμονα και σήμερα αποτελεί την Τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου από καρκίνο. Μετανάστες από χώρες με χαμηλή επίπτωση καρκίνου του μαστού σε χώρες όπου ο καρκίνος του μαστού είναι συχνός εμφανίζουν, μετά την δεύτερη γενεά, μεγαλύτερη επίπτωση, προσομοιάζουσα με αυτή του υπόλοιπου πληθυσμού.

Ευρείας κλίμακας επιδημιολογικές μελέτες έχουν εντοπίσει δύο επιβαρυντικούς παράγοντες: **α)** Ιστορικό καρκίνου του μαστού σε εξ αίματος συγγενείς και **β)** καρκίνο του μαστού στο ίδιο άτομο στο παρελθόν. Η παχυσαρκία, η πρόωμη εμμηναρχή, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση και η γέννηση του πρώτου παιδιού σε μεγάλη ηλικία συνδυάζονται με αυξημένη πιθανότητα προσβολής από καρκίνο μαστού. Το 1964 περίπου 10 γυναίκες ανά 100.000 πληθυσμού εμφάνισαν την νόσο, το 1980 18-19 γυναίκες εμφάνισαν καρκίνο του μαστού.

Μέχρις ότου γίνει δυνατή η πρόληψη του καρκίνου του μαστού, η μεγαλύτερη ελπίδα για τον έλεγχο της νόσου είναι η πρόωμη ανίχνευση, η διάγνωση και η θεραπεία (Μάρκος Πινακίδης 1993, Τριχοπούλου Δ. 1986, Δημόπουλος Ν.Ι. 1992, Home medical advisor).

3.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η έκταση της νόσου, που αποκαλύπτεται από τα κλινικά ευρήματα και τις ειδικές προεγχειρητικές εξετάσεις, χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό του κλινικού σταδίου. Οι περισσότερες περιπτώσεις εμφανισμένου καρκίνου του μαστού βρίσκονται μεταξύ του 45^{ου} και 55^{ου} έτους της ηλικίας. Και οι νεότερες γυναίκες όμως και μάλιστα κάτω των 35 ετών είναι δυνατόν να παρουσιάζουν καρκίνο του μαστού ο οποίος μπορεί να είναι κακοηθέστερος και με ταχύτερη εξέλιξη. Κάτω των 20 ετών ο καρκίνος είναι εξαιρετικά σπάνιος. Η σταθεροποίηση του μαστού είναι απαραίτητη για τον σχεδιασμό της θεραπευτικής τακτικής καθώς και για την πρόγνωση της νόσου. Κυρίως αφορά στον καθορισμό της νόσου με κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις μιας και από την έκταση της θα εξαρτηθεί και τι είδος θα ακολουθήσει (τοπική ή συστηματική).

Στον καρκίνο του μαστού η σταδιοποίηση που είναι κυρίως κλινική στηρίζεται στα αποτελέσματα της φυσικής εξέτασης και στα εργαστηριακά και

ακτινολογικά ευρήματα. Υπάρχουν διάφορα συστήματα σταδιοποίησης τα οποία είναι χρήσιμα στην επιλογή της θεραπείας, στην εκτίμηση της πρόγνωσης και στην σύγκριση των αποτελεσμάτων διαφόρων θεραπευτικών σχημάτων.

Το πλέον αναγνωρισμένο σύστημα σταδιοποίησης είναι το σύστημα T.N.M. Από τα στοιχεία λαμβάνονται υπόψη το μέγεθος του όγκου (T) και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες. (N) εκτιμώνται κυρίως κλινικώς, ενώ η ύπαρξη μεταστάσεων (M) με παρακλινικές εξετάσεις οι οποίες στην καθημερινή πράξη περιλαμβάνουν: ακτινογραφία θώρακος, αλκαλική φωσφατάση, υπερηχοτομογραφία ύπατος, C.E.A. και σπινθηρογράφημα σκελετού. Με τον συσχετισμό των τριών παραμέτρων του T.N.M. συστήματος διακρίνουμε 4 στάδια κλινικής σταδιοποίησης του καρκίνου του μαστού.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στάδιο 1^ο: Ο πρωτοπαθής όγκος έχει μέχρι 2 cm διάμετρο. Οι λεμφαδένες της μασχάλης δεν είναι ψηλαφητοί και δεν δίνουν την εντύπωση ότι περιέχουν μεταστάσεις. Η συχνότητα εμφάνισης του σταδίου αυτού είναι 55-70 %.

Στάδιο 2^ο: Ο πρωτοπαθής όγκος έχει μέχρι 5 cm διάμετρο με διηθημένους αλλά κινητούς λεμφαδένες, δεν υπάρχουν ενδείξεις απομακρυσμένων μεταστάσεων. Η συχνότητα εμφάνισης του σταδίου αυτού είναι 20-25 %.

Στάδιο 3^ο: Ο πρωτοπαθής όγκος είναι μεγαλύτερος των 5 cm ή είναι καθηλωμένος στο θωρακικό τοίχωμα ή υπάρχει προσβολή του δέρματος. Οι υπερκλείδιοι λεμφαδένες εμφανίζονται διηθημένοι και δεν υπάρχουν ενδείξεις απομακρυσμένων μεταστάσεων. Η συχνότητα εμφάνισης του σταδίου αυτού είναι 10 %.

Στάδιο 4^ο: Πέρα από τον πρωτοπαθή όγκο υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις. Συχνά ο καρκίνος μεθίσταται πολύ πρώιμα σε απομακρυσμένες θέσεις και η μεταστατική διασπορά δεν ακολουθεί κανένα προβλέψιμο πρότυπο. Η συχνότητα εμφάνισης του σταδίου αυτού είναι 10 % (Γρηγόριος Παρισσιανός 1994, Παπαδημητρίου Γ. 1989, Μουτσόπουλος Χ. 1989, «Cancer Principles and Practice of oncology», 1992).

3.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Πολλές φορές, τυχαία ή κατά την ψηλάφηση, μπορεί να διαπιστωθεί σκληρία στο μαστό, άλλοτε ενός μεγέθους, κινητή ή ακίνητη ανάλογα με το σημείο πρόσφυσης. Εάν δεν ζητηθεί ιατρική βοήθεια αμέσως μετά την ανακάλυψη, το ογκίδιο προοδευτικά μεγαλώνει, διηθεί τους υπερκείμενους και υποκείμενους ιστούς, καθίσταται ακίνητο και ανώμαλο κατά την ψηλάφηση, το δέρμα παίρνει χαρακτηριστική όψη φλοιού πορτοκαλιού και παρατηρείται χαρακτηριστική εισολκή της θηλής, όταν το ογκίδιο εντοπίζεται στο κέντρο. Το 90% περίπου των μαζών του μαστού ανακαλύπτονται από την ίδια την ασθενή. Το πιο συνηθισμένο σημείο του καρκίνου του μαστού είναι ψηλαφητή μάζα 77%. Η μάζα αυτή είναι συνήθως ανώδυνη σκληρή, στερεά που δύσκολα διαχωρίζεται από τον υπόλοιπο μαστό. Η ψηλάφηση των μαστών για μάζες ή άλλες αλλοιώσεις πρέπει να γίνεται με την ασθενή καθιστή και σε ύπτια θέση με τα χέρια σε απαγωγή. Η ορώδη ή αιματηρή έκκριση της θηλής είναι το δεύτερο συνήθως κλινικό σημείο του καρκίνου μαστού.

Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα, υπό μορφή φλοιού πορτοκαλιού λόγω απόφραξης των λεμφαγγείων από καρκινικά κύτταρα. Εισολκή του δέρματος πάνω από την μάζα αποτελεί πρώιμο κλινικό σημείο και οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του Cooper από τον όγκο.

Εισολκή της θηλής οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από την θηλή

Ο πόνος συνήθως απουσιάζει εκτός από τα προχωρημένα στάδια όπου ένα 20% περίπου των γυναικών μπορεί να αναφέρουν κάποιο ενόχλημα που να έχει σχέση με τον καρκίνο.

Η ασυμμετρία και ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού καθώς η ακινητοποίηση του μαστού και η διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων αποτελούν άλλες κλινικές εκδηλώσεις της νόσου.

Σε σπανιότερες εκδηλώσεις κάποιος μασχαλιαίος αδένας ή οίδημα του ώμου ή οστικός πόνος μπορεί να αποτελούν την πρώτη κλινική εκδήλωση (Γρηγόριος Παρισιανός 1994).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Μπορεί να είναι δύσκολο να διακρίνει κανείς τις κακοήθειες από τις καλοήθειες μάζες του μαστού, όπως τους ινώδεις όγκους (ιναδενώματα), περιοχές συσσώρευσης λίπους, φλεγμονώδεις μάζες, λοιμώξεις ή κύστεις. Στις προεμμηνοπαυσικές ασθενείς οι καλοήθειες όγκοι συνήθως διογκώνονται λίγο πριν από την περίοδο της εμμηνορρυσίας και εν συνεχεία μικραίνουν.

4.2. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

A. Μαστογραφία

Η μαστογραφία είναι ειδική ακτινογραφική τεχνική του μαστού με φωτόνια χαμηλής σε ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα, το μαστογράφο, χωρίς την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας.

Η μαστογραφία είναι η μόνη αξιόπιστη μέθοδος στην ανίχνευση του καρκίνου του μαστού πριν ο όγκος μπορέσει να γίνει ψηλαφητός στο μαστό. Μεγαλώνοντας αργά ο καρκίνος στους μαστούς μπορεί να προσδιοριστεί με μαστογραφία τουλάχιστον 2 χρόνια πριν επεκταθεί και αποκτήσει μέγεθος που μπορεί να ανιχνευτεί με ψηλάφηση. Σκοπός της μαστογραφίας είναι η απεικόνιση των διάφορων παθολογικών καλοηθών και κακοηθών εξεργασιών.

Κυρίως, όμως είναι η ανίχνευση μικρών καρκινωμάτων του μαστού, όταν αυτά βρίσκονται ακόμη στο αρχικό στάδιο, χωρίς να δίνουν υποκειμενικό ή αντικειμενικό εύρημα.

Συχνότερες ενδείξεις εκτέλεσης μαστογραφίας είναι:

1. Στον προληπτικό έλεγχο.
2. Σε υγιείς γυναίκες, που έχουν οικογενειακό αναμνηστικό βεβαρημένο με καρκίνο και πάσχουν από καρκινοφοβία.
3. Σε κύστη του μαστού μετά από παρακέντηση για τον έλεγχο κακοήθους βλάβης.
4. Σε ινοκυστική μαστοπάθεια προληπτικά.
5. Σε ασθενείς χωρίς ψηλαφητό όγκο.
6. Σε μεγάλους μαστούς, όταν δεν είναι εύκολη η ψηλάφηση τους.
7. Σε γυναίκες που υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία για την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.
8. Σε ψηλαφητούς λεμφαδένες της μασχάλης, όταν η κλινική εξέταση δεν απέδειξε την ύπαρξη όγκου.
9. Σε κάθε περίπτωση ψηλαφητού όγκου του μαστού.

Η μαστογραφία δεν πρέπει να εκτελείται:

1. Σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 18 ετών γιατί οι μαστοί σε αυτήν την ηλικία είναι ακτινοευαίσθητοι.
2. Σε έγκυες λόγω της ακτινοβολίας.
3. Σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 40 ετών που δεν εμφανίζουν κάτι το παθολογικό από τους μαστούς, ούτε επιβαρύνονται με κληρονομικό ιστορικό καρκίνο του μαστού (Παπανικολάου Ν. 1989, Σαχίνη – Καρδάση Δ. 1996, Καμπάνης Άγγελος 1980, Lawrenc M. 1995).

B. Ξηρογραφία

Πρόκειται για μια άλλη αξιόλογη ακτινολογική εξέταση του μαστού. Ξηρογραφία είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα, από σελήνιο, αντί της φωτογραφικής πλάκας. Είναι μέθοδος “ξηρά” και διαφέρει της μαστογραφίας μόνο στον τρόπο επεξεργασίας της εικόνας. Η ξηρογραφία είναι

ιδιαίτερα χρήσιμη για την ακτινογράφιση των μαλακών ιστών. Ενδείκνυται για την απεικόνιση αγγείων, παραμορφωμένων φλεβών, ινωδών αναπτύξεων οστών και αρθρώσεων. Το ποσοστό της διάγνωσης του καρκίνου σε έμπειρα χέρια με την ξηρομαστογραφία ανέρχονται στο 90%.

Γ. Θερμογραφία

Όλα τα σώματα απορροφούν και εκπέμπουν θερμότητα με την μορφή υπέρυθρης ακτινοβολίας. Το ίδιο ισχύει και για τον ανθρώπινο μαστό. Η θερμογραφία στηρίζεται στην διαπίστωση ότι ο καρκίνος εξαιτίας του υψηλού μεταβολισμού του παράγει μεγάλα ποσά θερμότητας, που μεταδίδονται στο δέρμα άμεσα η διαμέσου των αρδεόντων αγγείων. Δυστυχώς η αυξημένη θερμότητα δεν είναι ειδική για τον καρκίνο. Καλοήθεις καταστάσεις όπως η πλασματοκυτταρική μαστίτιδα, η αδένωση, η επιθυλιακή υπερπλασία και οι ιστοί που περιβάλλουν κύστες μπορούν να προκαλέσουν αυξημένες θερμοκρασίες. Άλλες δυσκολίες στην εξέταση είναι ότι το θερμογραφικό προφίλ του μαστού επηρεάζεται από την έμμηνο ρύση, την κύηση και δεν είναι όμοιο στους δύο μαστούς ώστε να υπάρχει κάποιο μέτρο σύγκρισης. Εξάλλου οι εν τω βάθει όγκοι χωρίζονται από το δέρμα με αρκετό στρώμα υποδόριου λίπους το οποίο δρα μονωτικά και εμποδίζει τη μετάδοση της θερμότητας. Έτσι η θερμοκρασία δεν έχει, προς το παρόν τουλάχιστον, καθιερωθεί στην μέθοδο εκτίμησης της κατάστασης του μαστού. Ένα μη φυσιολογικό θερμογράφημα δεν αποτελεί από μόνο του ένδειξη για βιοψία, ενώ από την άλλη ένα φυσιολογικό δεν είναι επαρκές για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο κακοήθειας.

Δ. Υπερηχογραφία

Η υπερηχογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος, που βασίζεται στους υπέρηχους, δηλαδή σε ηχητικά κύματα, που έχουν την ικανότητα να εισχωρήσουν στους ιστούς. Στο μαστό η υπερηχογραφία είναι χρήσιμη για την διάκριση μεταξύ κυστών και συμπαγών όγκων. Με ποσοστό ακριβείας 95% προσδιορίζει τη φύση (καλοήθεια – κακοήθεια) μιας συμπαγούς μάζας. Η μέθοδος εμφανίζει αδυναμία

στην αποκάλυψη μικρών λανθανόντων καρκινωμάτων και δεν χρησιμοποιείται για μαζικό έλεγχο συμπτωματικών γυναικών. Η υπερηχογραφία όπως και η θερμοκρασία βρίσκουν κυρίως εφαρμογή σε νέες γυναίκες όπου δεν εφαρμόζεται η μαστό – ξηρογραφία.

Ε. Γαλακτογραφία

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

ΣΤ. Πνευμοκυστογραφία

Γίνεται με εμφύσηση ποσότητας αέρα ή αερίων στο μαστό για να δημιουργηθεί υποδόριο εμφύσημα. Η μέθοδος χρησιμοποιείται για να διαπιστώσουμε αν ο όγκος είναι προσκολλημένος πάνω στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα έπειτα από διήθηση. Ακολούθως εκτελείται μαστογραφία ή ξηρογραφία.

Ζ) Κυτταρολογική εξέταση

Η κυτταρολογική εξέταση υλικού που έχει ληφθεί αποτελεί γενικά προεγχειρητική μέθοδο για την διάγνωση των αλλοιώσεων του μαστού. Παρέχει πολύτιμη βοήθεια στην ανίχνευση καρκινικών κυττάρων, ύποπτο έκκριμα της θηλής του μαστού ή υγρού παρακέντησης μιας κυστικής βλάβης. Η ακρίβεια της μεθόδου κυμαίνεται από 70-92,6%. Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι η σωστή

κυτταρολογική διάγνωση επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως ο σωστός τρόπος λήψης και ο τύπος του νεοπλάσματος.

H. Αναρρόφηση με λεπτή βελόνα

Αποτελεί μια απλή, ασφαλής και οικονομική μέθοδος για άμεση διάκριση των κύστεων από τις συμπαγές μάζες. Με τη βοήθεια λεπτής βελόνας σε σύριγγα 10 εκ. αναρροφούνται κύτταρα από την ύποπτη βλάβη. Η αναρρόφηση γίνεται μετά από παρακέντηση του όγκου και με διαδοχικές έλξεις του εμβόλου (5-9 φορές). Με αυτόν τον τρόπο λαμβάνεται μεγάλος αριθμός κυττάρων. Το ποσοστό θετικών αποτελεσμάτων της μεθόδου αυτής δεν ξεπερνά το 10%.

Θ. Ανοικτή βιοψία

Οι περισσότερες μάζες απαιτούν ανοικτή βιοψία και ιστολογική εξέταση για να τεθεί η οριστική διάγνωση. Σήμερα αυτή γίνεται με τοπική ή γενική αναισθησία από όπου αφαιρείται ολόκληρος πάντοτε ο όγκος και στέλνεται για ιστολογική εξέταση. Επειδή όμως, πραγματοποιείται κυρίως διερεύνηση καλοηθών βλαβών και παραμένει μια ουλή, υπάρχουν αισθησιακές επιφυλάξεις.

I. Βιοψία δια βελόνης

Γίνεται με τοπική αναισθησία και επιτρέπει την συλλογή υλικού από οποιοδήποτε σημείο του μαστού, αρκεί ο όγκος να έχει διάμετρο μεγαλύτερη από 2 εκ. και να είναι αρκετά επιφανειακός. Χρειάζεται προσοχή ώστε να μη γίνει κατά λάθος διάτρηση του θωρακικού τοιχώματος και να καταστραφούν ιστοί που δεν θα πειραχθούν σε ενδεχόμενη επακόλουθη μαστεκτομή. Στη βιοψία αυτή χρησιμοποιούνται διάφορα Drills ή βελόνες και συνήθως το Tri-cut. Το μειονέκτημα της είναι ότι η ποσότητα ιστού που συλλέγεται δεν αρκεί συνήθως και για προσδιορισμό ορμονικών υποδοχέων.

ΙΑ. Αξονική τομογραφία

Η αξονική τομογραφία εκτελείται με τη χρησιμοποίηση ειδικού μαστογραφικού αξονικού τομογράφου. Έχει την ικανότητα να ανακαλύψει ορισμένους καρκίνους του μαστού, που δεν γίνονται αντιληπτοί με άλλη μέθοδο. Συμβάλλει στην διάγνωση κακοηθών παθήσεων του μαστού στις οποίες διακρίνεται υπέρ συγκέντρωση σκιαγραφικής ουσίας.

Κύρια είναι η συμβολή της στην ανίχνευση καρκινικής βλάβης διαμέτρου 2-3 mm, σε πυκνωτικούς μαστούς, εκεί που μαστογραφία, για να αποδείξει την ύπαρξη της η βλάβη πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 5 mm.

Δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μέθοδος διαλογής σε προσυμπτωματικό έλεγχο εξαιτίας της υψηλής δόσης ακτινοβολίας στην οποία εκθέτει το μαστό. Άλλα μειονεκτήματα της είναι η αδυναμία της να αποκαλύψει μικροασβεστώσεις, η ταυτόχρονη ακτινοβόληση τμημάτων του θώρακος, το υψηλό κόστος και το μεγάλο χρονικό διάστημα που απαιτείται για την εκτέλεση της (Μάρκος Πινακίδης 1993, Παπανικολάου Ν. 1994, Jay R. Harris 1993).

4.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Ως τα τελευταία χρόνια, η προσπάθεια στο έλεγχο των μαστοπαθειών είχε συγκεντρωθεί στη διάγνωση τους και τη θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Καμία προσπάθεια δεν έγινε για την ανίχνευση του σε πρώιμο στάδιο.

Στη διάρκεια της κλινικής εξέτασης ο γιατρός έχει την ευκαιρία να ανιχνεύσει νόσο στον μαστό της ακόμα και όταν αυτή δεν έγινε αντιληπτή.

Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει το ιστορικό της άρρωστης, την επισκόπηση και την ψηλάφηση των μαστών.

A. Ιστορικό

Η προσεκτική λήψη του κατάλληλου ιστορικού της ασθενούς συμβάλλει στη διαγνωστική διερεύνηση κάθε πάθησης του μαστού. Η ασθενής ερωτάται για κάθε

στοιχείο που μπορεί να σχετίζεται με το πρόβλημα στο μαστό της και ιδιαίτερα αν παρουσιάζει οποιοδήποτε σύμπτωμα ή αν διαπίστωσε οποιαδήποτε μεταβολή στη συνήθη φυσιολογική κατάσταση του μαστού (εισολική ή παραμόρφωση της θηλής, ψηλαφητό ογκίδιο). Αναζητούνται επίσης από το ιστορικό τυχόν τραύμα στο μαστό, κι αν έχει μαστογραφία στο παρελθόν και αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού.

Τέλος λαμβάνεται λεπτομερές γυναικολογικό ιστορικό σχετικά με περίοδο ενώ σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση ενδιαφέρει η ηλικία διακοπής της περιόδου. Επίσης λαμβάνονται πληροφορίες για τον αριθμό των τοκετών και την ηλικία κατά την πρώτη εγκυμοσύνη καθώς και για τον θηλασμό και την χρήση αντισυλληπτικών.

B. Επισκόπηση

Η επισκόπηση γίνεται με καθισμένη όρθια την άρρωστη ή με το κορμί της να γέρνει προς τα εμπρός και με τους βραχίονες κρεμασμένους στο πλάι ή πάνω από το κεφάλι της ή τις παλάμες τις τοποθετημένες πάνω στα ισχία της.

Με την επισκόπηση κατατοπιζόμαστε σχετικά με τα γενικά χαρακτηριστικά των μαστών. Ο εξεταστής παρακολουθεί προσεκτικά για τα ακόλουθα: συμμετρία των μαστών και των θηλών, οίδημα, ανωμαλίες της θηλής, ανωμαλίες του δέρματος των μαστών, φλεγμονή, ύπαρξη διογκώσεων στους υπερκλείδιους βόθρους και στις μασχालιαίες κοιλότητες, ομαλότητα της περιμέτρου των μαστών και τέλος τυχόν διόγκωση στην επιφάνεια του μαστού.

Όταν τα άνω άκρα κρέμονται χαλαρά προς τα κάτω οι θηλές των μαστών βρίσκονται στο ίδιο ύψος και στην ίδια απόσταση από τη μέση γραμμή. Σε όγκους η θηλή μετακινείται μερικές φορές προς την πλευρά του όγκου. Οι φυσιολογικοί μαστοί είναι σχεδόν ίσου μεγέθους. Σε πολλές όμως γυναίκες ο ένας μαστός είναι μεγαλύτερος. Ύποπτη είναι η διαφορά μεγέθους όταν πριν οι μαστοί ήταν ίσοι. Το δέρμα φυσιολογικού μαστού δεν παρουσιάζει πουθενά εισολκή ή αλλοίωση ενώ στον μαστό με καρκίνο έχει την εμφάνιση φλοιού πορτοκαλιού. Επίσης η συμμετρία των μαστών δεν πρέπει να αλλάζει όταν τα χέρια σηκωθούν ομοιόμορφα.

Γ. Ψηλάφηση

Η ψηλάφηση του μαστού έχει σκοπό την ανακάλυψη των ανωμαλιών του, της σύστασης του και τη διαπίστωση ύπαρξης όγκου καθώς και τους χαρακτήρες του.

Για την ψηλάφηση του μαστού με σκοπό την εξέταση της συστάσεως του και την ανεύρεση διογκώσεων η ασθενής κατακλίνεται υπτίως ώστε ο μαστός να απλώνεται πάνω στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα με τη μορφή επίπεδης και λεπτής στοιβάδας. Στην περίπτωση πολύ μεγάλων μαστών η εξέταση γίνεται καλύτερα με τοποθέτηση κάτω από τον ώμο της πλευράς που εξετάζεται ένα μαξιλάρι και σηκώνοντας το χέρι της γυναίκας πάνω από το κεφάλι της.

Η ψηλάφηση αρχίζει από το άνω και έσω τεταρτημόριο, ακολουθεί την φορά των δεικτών ρολογιού και καταλήγει στο άνω έξω τεταρτημόριο και τέλος στην ουρά του μαστού. Η ψηλάφηση γίνεται με λεπτούς χειρισμούς με τα δάκτυλα τεντωμένα σε όλη την πιθανή έκταση του μαστού και από την περιφέρεια στην περιοχή της θηλής.

Εάν η άρρωστη παραπονείται για έκκριση από την θηλή προσπαθούμε να την προκαλέσουμε πιέζοντας την περιοχή της θηλαίας άνω με το δακτυλο από την περιφέρεια προς το κέντρο γύρω γύρω. Με αυτόν τον τρόπο εντοπίζουμε και την θέση της βλάβης.

Τέλος η ψηλάφηση συμπληρώνεται με την εξέταση των μασχαλιαίων κοιλότητων και της υπερκλειδιάς χώρας.

Δ. Αυτοεξέταση

Η τεχνική της αυτοεξέτασης του μαστού έχει αποδειχτεί πολύτιμο μέσο έγκαιρης διαπίστωσης του καρκίνου του μαστού. Η πείρα έχει δείξει ότι τα 95% των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Όταν η ανίχνευση ενός ογκιδίου γίνει σε πρώιμο στάδιο, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να αποβεί σωτήρια στο 70-80% των περιπτώσεων.

Θα πρέπει να τονιστούν στην άρρωστη οι περιοχές μεγαλύτερης συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου, κυρίως στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού και κάτω από την θηλή.

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

- Φόβος και άγχος για την ανεύρεση καρκίνου του μαστού.
- Η έλλειψη γνώσης για την ΑΕΜ και εμπιστοσύνης σχετικά με τον τρόπο διενέργειας της.
- Άγνοια της εξαιρετικής σημασίας της ΑΕΜ.
- Σεμνοτυφία και ενόχληση.

Η γυναίκα θα πρέπει να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού. Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η εξέταση είναι 7-8 ημέρες μετά την έναρξη της περιόδου, για τις προεμμηνόπαυσικές γυναίκες. Για τις γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια η ΑΕΜ πρέπει να γίνεται την πρώτη ημέρα του νέου κύκλου λήψης των αντισυλληπτικών. Για τις γυναίκες που λαμβάνουν προγεστερονικά σκευάσματα, συνίσταται η ΑΕΜ να γίνεται την πρώτη ημέρα κάθε μηνός.

Η νοσηλεύτρια θεωρείται το καταλληλότερο πρόσωπο για την ενημέρωση του κοινού για την ΑΕΜ και για την βοήθεια στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Σκοπός είναι η ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού με επιμορφωτικά σεμινάρια και συγκεντρώσεις καθώς και με οπτικά – ενημερωτικά μέσα.

Ως γυναίκα η νοσηλεύτρια ανήκει στην κατηγορία των ανθρώπων που μαστιζονται από το νόσημα αυτό, μπορεί να αναπτύξει καλύτερη επαφή με τις γυναίκες της υπαίθρου.

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

Οι περισσότερες γυναίκες δεν εφαρμόζουν την αυτοεξέταση και η αξία της αμφισβητείται. Εν τούτοις, σαφώς δεν είναι βλαβερή και μπορεί να αποδεχτεί ωφέλιμη (Μάρκος Πινακίδης 1993, Παπανικολάου Ν. 1994, Παπανικολάου Ν. 1989, Κονιάρη Ε. 1991, Lawrence Μ. 1995, Prof. Dr Med Dr Phil. 1993, Γρηγόριος Παρισσιανός 1994).

4.4. ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μεταστάσεις στον καρκίνο του μαστού προκαλούνται με διήθηση των γειτονικών ιστών, κατά μήκος των γαλακτοφόρων πόρων, με το λεμφικό σύστημα και με αιματικά έμβολα. Σε μεγάλο βαθμό εξαρτώνται από την κακοήθεια του νεοπλασματος και από το υπόστρωμα που τις περιβάλλει. Επίσης από ορμονικούς και ανοσολογικούς παράγοντες, από τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου και από τα χαρακτηριστικά του μαστικού αδένου.

Είκοσι με είκοσι πέντε τις εκατό των γυναικών με μεταστατικό καρκίνο του μαστού θα αντιμετωπίσουν προβλήματα σχετιζόμενα με το νευρικό σύστημα (π.χ. Εγκέλαδος κ.τ.λ..)

Η αντιμετώπιση των μεταστάσεων στον εγκέφαλο περιλαμβάνει χορήγηση δεξαμεθαζόνης αμέσως μετά τη διάγνωση και ακτινοθεραπεία. Χειρουργική αντιμετώπιση ενδείκνυται μόνο όταν υπάρχουν διαγνωστικές αμφιβολίες, όταν η εστία είναι χειρουργικά προσπελάσιμη ή όταν ο όγκος δεν είναι ακτινοευαίσθητος ή τα συμπτώματα παραμένουν μετά την ακτινοθεραπεία.

Ο καρκίνος του μαστού προκαλεί επίσης μεταστάσεις στα οστά σε συχνότητα 70%. Οι οστικές μεταστάσεις όταν είναι εντοπισμένες ακτινοβολούνται αλλιώς αντιμετωπίζονται με συστηματική, ενδοκρινική θεραπεία ή χημειοθεραπεία. Το πρόβλημα με τις οστικές μεταστάσεις είναι ο πόνος και τα κατάγματα.

Μεταστάσεις στον μυελό των οστών έχει το 55% περίπου των γυναικών με οστικές μεταστάσεις διαγνωσμένες με απλή ακτινογραφία ή σπινθηρογραφία οστών. Σε γυναίκες χωρίς οστικές μεταστάσεις βρίσκονται μεταστάσεις του μυελού με ειδικές ευαίσθητες ανοσοϊστοχημικές χρώσεις. Η μεταστατική νόσος στο μυελό των οστών πρέπει να αντιμετωπίζεται με συστηματική θεραπεία.

Οι πνευμονικές μεταστάσεις είναι τριών ειδών:

- 1) **Οζίδια.** Η οζιδιακή μορφή των μεταστάσεων έχει πολύ καλή ανταπόκριση στη χημειοθεραπεία.
- 2) **Λεμφαγγειακή διασπορά.** Στον πνεύμονα είναι δύσκολο να επιβεβαιωθεί και γενικά θεωρείται κακής πρόγνωσης. Η μεταστατική νόσος των πνευμόνων πρέπει να αντιμετωπίζεται με συστηματική θεραπεία.

3) Κακοήθης υπεζοκοτίνη συλλογή. Παρουσιάζεται σε μεγάλο ποσοστό γυναικών με μεταστατική νόσο. Εάν είναι ασυμπτωματική δεν χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση. Θέμα αντιμετώπισης μπαίνει από την στιγμή που αρχίζει να γίνεται συμπτωματική. Η καλύτερη αντιμετώπιση τότε είναι η παροχέτευση της συλλογής με τη βοήθεια συστήματος κλειστής παροχέτευσης θώρακα και στη συνέχεια έγχυση σκληρυντικών ουσιών.

Επίσης, μεταστάσεις σε μικρότερη συχνότητα εμφανίζονται στις ωοθήκες, στο δέρμα, στους νεφρούς και στην καρδιά.

Οι μεταστάσεις είναι δυνατό να είναι και τοπικές δηλαδή να αναπτυχθούν αργότερα σε σημείο του μαστού που υποβλήθηκε σε θεραπεία, εγχειρητική ή συντηρητική. Τέτοιες μεταστάσεις είναι μασχαλιαίες, παραστερνικές και στο θωρακικό τοίχωμα (Παπανικολάου Ν. 1994, Τζωρακοελευθεράκης Ε. 1992).

4.5. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η πρόγνωση εξαρτάται από το μέγεθος, τον τόπο και το στάδιο του καρκίνου, την μικροσκοπική του εμφάνιση, την προσβολή ή όχι των μασχαλιαίων λεμφαδένων και τον αριθμό όσων ενδεχομένως προσβλήθηκαν, την ηλικία της γυναίκας και την μετεμμηνοπαυσική της κατάσταση (αν δηλαδή η διακοπή της έμμηνου ρύσεως είναι φυσιολογική ή προκλήθηκε χειρουργικά) κατά το χρόνο της διάγνωσης. Όσο μεγαλύτερος είναι ο καρκίνος τόσο πολλαπλασιάζονται οι πιθανότητες να προσβληθούν οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες και να εκδηλωθούν μεταστάσεις.

Η πρόγνωση εξαρτάται και από ορισμένους άλλους προγνωστικούς παράγοντες που αποκτούν συνεχώς μεγαλύτερη σημασία.

Πρόκειται για εξετάσεις που προσφέρουν κάποιες πληροφορίες για το ενδεχόμενο υποτροπής ή μεταστάσεων. Θα μπορούσε λοιπόν να προσδιοριστεί ποιες γυναίκες έχουν την δυσμενέστερη πρόγνωση ώστε η θεραπεία τους να αρχίσει νωρίτερα και να είναι επιθετικότερη. Οι προγνωστικοί δείκτες βοηθούν τους ογκολόγους να σχεδιάσουν την καταλληλότερη εξατομικευμένη συμπληρωματική χημειοθεραπεία.

Σε αυτές τις ιστολογικές εξετάσεις περιλαμβάνονται:

- Η μέτρηση των πρωτεϊνικών υποδοχέων για τα δύο είδη γυναικείων ορμονών που επηρεάζουν τον καρκίνο του μαστού. Η ύπαρξη ή η απουσία τέτοιων υποδοχέων στον όγκο σχετίζεται με την πρόγνωση.
- Η κυτταρομετρία ροής για την ανάλυση του DNA που περιέχει ο όγκος.
- Η ανάλυση του κυτταρικού κύκλου. Τόσο τα φυσιολογικά όσο και τα κακοήθη κύτταρα συμπληρώνουν έναν πλήρη κυτταρικό κύκλο γνωστό ως μίτωση.
- Η ανοσοϊστοχημική ανεύρεση παθολογικών νεοπλασματικών πρωτεϊνών. Τα χαμηλά επίπεδα του ενζύμου Cathepsin D ή των ειδικών πρωτεϊνών «θερμικού σοκ» συνδυάζονται με καλύτερη επιβίωση.
- Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε πως ο αριθμός και πυκνότητα των μικροσκοπικών αγγείων του όγκου σχετίζονται με τον κίνδυνο να εκδηλωθούν μεταστάσεις. Θα χρειαστούν πολλά χρόνια ερευνών για να επιβεβαιωθεί ποιες ειδικές εξετάσεις μας βοηθούν όντως να διακρίνουμε ποιες ασθενείς αντιμετωπίζουν υψηλό κίνδυνο να υποτροπιάσει η νόσος και έχουν μειωμένη πιθανότητα να επιβιώσουν. Αναμένεται, πάντως, ότι στα αμέσως επόμενα χρόνια θα ανακαλυφθούν πολλές νέες εξετάσεις που θα πραγματοποιούνται ως έλεγχος ρουτίνας σε όλες τις περιπτώσεις καρκίνου του μαστού.

4.8. ΤΟΠΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

- Τοπική έκταση του όγκου
- Καθήλωση του όγκου
- Οίδημα
- Φλεγμονή και εξέλκωση δέρματος
- Παρουσία δορυφόρων οξείδιων
- Σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινώματος και φυσιολογικού μαστού.

- Γεωγραφική θέση του όγκου
- Προσβολή της θηλής

Βαρύτερη είναι η πρόγνωση, όταν ο καρκίνος εμφανίζεται συγχρόνως και στους δύο μαστούς.

4.7. ΓΕΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

- Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων
- Ρυθμός αύξησης του όγκου
- Απάντηση στη θεραπευτική αγωγή
- Αντίσταση του οργανισμού και βιολογικοί δείκτες
- Εμφάνιση καρκίνου και στους δύο μαστούς
- Απάντηση στη θεραπευτική αγωγή
- Αντίσταση του οργανισμού και βιολογικοί δείκτες
- Εμφάνιση καρκίνου και στους δύο μαστούς (Καμπάνης Άγγελος 1980, Κονιάρη Ε. 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε δύο 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 νόσο και στο θάνατο. Τα

έτοια είναι τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων (π.χ. περιορισμός έκθεσης του ατόμου στην ιονίζουσα ακτινοβολία) η αποφυγή της έκθεσης σε αυτούς (π.χ. διακοπή αυθαίρετης λήψης οιστρογόνων χωρίς ιατρική εντολή ή προγεστερονική κάλυψη) η ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σε αυτούς (π.χ. εμβολιασμός κατά του ιού της ηπατίτιδας Β).

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα μέτρα που εμφανίζονται, όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση του νοσήματος στο κατά το δυνατόν πρωιμότερο στάδιο.

Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς πρόληψη ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντιστοιχών αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων για δευτερογενή πρόληψη είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης.

5.2. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Με το πέρασμα του χρόνου, όταν πλέον διαπιστώθηκε ότι ο καρκίνος του μαστού προκαλείται από εξωγενείς παράγοντες άρχισαν να εφαρμόζονται προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης τα οποία είναι:

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

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

- Η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.
- Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40^ο έτος.
- Η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.
- Η ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση.
- Η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα.
- Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιοριστούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.

- Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού.
- Η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωση των ασχολούμενων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.
- Η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και απασχόλησης νοσηλευτριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.

5.3. 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 γιατί οι βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες. Στη δευτερογενή πρόληψη γίνεται προσπάθεια να διαγνωστεί η ύπαρξη νόσου έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανισθούν τα συμπτώματα, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε βαριές και ανίατες μορφές. Επομένως η δευτερογενή πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για την σημασία της προσυμπτωματικής διάγνωσης στη δευτερογενή πρόληψη του μαστού. Πολλοί όμως λόγοι και ιδιαίτερα οικονομικοί και τεχνικοί κάνουν αδύνατο τον συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού στο γυναικείο πληθυσμό μιας χώρας, για αυτό η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες υψηλού κινδύνου.

Ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά, το χάσιμο του χρόνου κ.α. είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμα χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που υπάρχουν στη διάθεση του για πρόληψη.

Η πρώιμη πρόληψη σε γυναίκα με καρκίνο μαστού είναι αμφιλεγόμενη διότι η μακροπρόθεσμη επιβίωση πλεονεκτεί στην ανίχνευση μικρών ογκιδίων, όμως σε

πρώτο στάδιο δεν είναι εφικτό. Οι καλύτεροι τρόποι για πρόληψη είναι αυτοί του ACS.

Αυτούς τους εξηγούμε με συντομία παρακάτω:

- 1) **Μηνιαία αυτοεξέταση:** για όλες τις γυναίκες άνω των 20 ετών. Γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση θα έπρεπε να κάνουν αυτή την εξέταση 5 μέρες μετά το τέλος της περιόδου. Μετά την εμμηνόπαυση πρέπει να κάνουν αυτοεξέταση την ίδια ημέρα κάθε μήνα.
- 2) **Φυσική εξέταση:** θα πρέπει να γίνεται από ένα γιατρό κάθε 3 χρόνια για γυναίκες μεταξύ 20 και 40 ετών και κάθε χρόνο για γυναίκες άνω των 40 ετών.
- 3) **Μαστογραφία:** οι μέθοδοι τωρινής μαστογραφίας χρησιμοποιούν ειδικό εξοπλισμό με φιλμ και οθόνη και αποκαλύπτει το μαστό σε 0,02 CGy σε δύο όψεις. Η ξηρογραφία αυξάνει αυτή τη διπλή όψη σε τριπλή όψη. Αν εκτεθείς σε ακτινοβολία 1 CGy τότε αυξάνονται οι πιθανότητες να αποκτήσεις καρκίνο μαστού σε συχνότητα έξι άτομα ανά 1.000.000 πληθυσμού.
 - Ετήσιες μαστογραφίες έχει αποδειχτεί ότι μειώνουν τη θνησιμότητα του καρκίνου μαστού σε γυναίκες άνω των 50 ετών.
 - Η μέθοδος ACS προτείνει να γίνεται μια μαστογραφία σε γυναίκες ηλικίας 35-39 χρόνων και μαστογραφία κάθε 1 ή 2 χρόνια σε ειδικές γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών και μια ετησίως σε γυναίκες 50 ετών και άνω.
 - Η μέθοδος NCI δεν κάνει καμία πρόταση για μαστογραφία πριν τα 50 χρόνια αλλά προτείνει ετήσια μαστογραφία μετά τα 50.

Προσυμπτωματικός έλεγχος

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για την σημασία της προσυμπτωματικής διάγνωσης στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Όταν η 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 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 αυτό και τα ερεθίσματα για την προσέλκυση των γυναικών πρέπει να είναι συχνά.

Η εξέταση του μαστού περιλαμβάνει:

- Ø Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό)
- Ø Γενική Φυσική εξέταση.
- Ø Κλινική εξέταση (επισκόπηση, ψηλάφηση)
- Ø Αιματολογικές εξετάσεις.
- Ø Ακτινολογικές εξετάσεις (μαστογραφία)

Επίσης να παραλείψουμε να σημειώσουμε τη μεγάλη συμβολή της αυτοεξέτασης του μαστού (ΑΕΜ) η οποία είναι περισσότερο αποδεκτή από τις γυναίκες.

5.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Όλοι γνωρίζουμε σήμερα ότι η παρόλη του καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες της φροντίδας υγείας. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας, αφού πρωτοστατεί στις υπηρεσίες φροντίδας για την υγεία, είναι πολυδύναμος, πολυεπίπεδος και γι αυτό στρατηγικός.

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

της ημιμάθειας. Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους, ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, για να προάγει την υγεία του ατόμου. Όμως κάθε παιδεία, έτσι και η υγειονομική παιδεία, για να έχει απόδοση έχει από μεθοδολογία. Συνδέονται μοιραία στην υγειονομική διαφώτιση, σε κάθε πρόγραμμα πρόληψης, παράγοντες πολιτικοί, κοινωνικοί, περιβαλλοντικοί.

1. Ειδικές δραστηριότητες στην πρωτογενή πρόληψη

Στην πρωτογενή πρόληψη η νοσηλεύτρια γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Μπορεί να κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας, να παίρνει διαιτολόγια, να βλέπει τις παρεκκλίσεις, αφού γνωρίζει ότι η διατροφή αποτελεί τη βασικότερη ίσως παράμετρο του μικροπεριβάλλοντος και για το λόγο αυτό θεωρείται πιθανός αιτιολογικός παράγοντες για τον καρκίνο μαστού. Συνιστά στην αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και υποδεικνύει τη χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών Α και C.

Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας, σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες. Στοχεύει να διαμορφώσει νέα πρότυπα συμπεριφοράς στην απομάκρυνση των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου.

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

Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσελεύσεως στο γιατρό, αποδεικνύονται στατιστικώς τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες που προήλθαν στο στάδιο I με ποσοστό θεραπείας 90%, σε αντίθεση με εκείνες που προσήλθαν στο στάδιο IV με ποσοστό 24%.

Είναι τραγικό ότι πολλές γυναίκες καθυστερούν αρκετό χρόνο πριν να συμβουλευτούν ένα γιατρό από τότε που ανακαλύπτουν πιθανά συμπτώματα καρκίνου του μαστού και ακόμα καθυστερούν αρκετό καιρό, για να αποφασίσουν τη βιοψία και τη θεραπεία.

Στόχος της νοσηλεύτριας που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό είναι με ένα καλό ιστορικό να προσπαθήσει να εντοπίσει τους παράγοντες που είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε μια τέτοια καθυστέρηση, ανιχνεύσει τα αίτια που τους δημιουργούν και να τους αναχαιτίσει με την σωστή διδασκαλία και ενημέρωση. Τέτοιοι παράγοντες είναι :κοινωνικοί-οικονομικοί, ψυχολογικοί και μορφωτικοί.

2. Ειδικές δραστηριότητες στη δευτερογενή πρόληψη

Θα αναφερθούμε ιδιαίτερα στη μεγάλη συμβολή της νοσηλεύτριας στα εξής θέματα:

- 1) Λήψη καλού ιστορικού.
- 2) Κλινική εξέταση.
- 3) Αυτοεξέταση του μαστού.

Είναι σαφές ότι – όπως σε κάθε πάθηση έτσι και στις παθήσεις του μαστού – πριν προχωρήσει κανείς στην κλινική εξέταση πρέπει πρώτα να συγκεντρώσει ορισμένες πληροφορίες για την ασθενή.

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

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

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

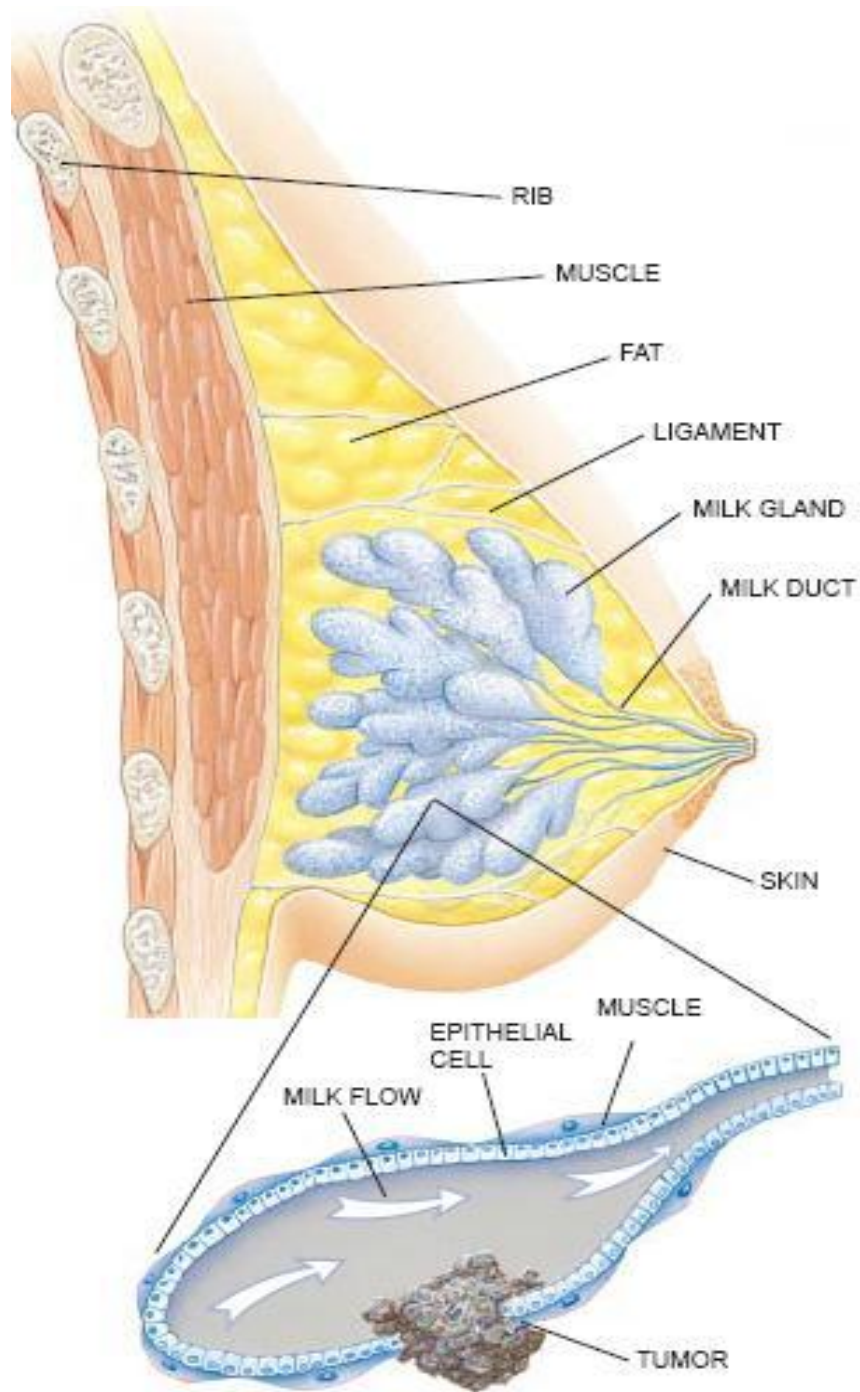
Πριν από την κλινική εξέταση, η νοσηλεύτρια:

- Εξηγεί στην ασθενή τι πρόκειται να γίνει και της εμπνέει διάθεση συνεργασίας.
- Εξασφαλίζει απόλυτη ησυχία και καλό φωτισμό.
- Την προστατεύει με παραβάν, ώστε να μην εκτεθεί. Με αυτόν τον τρόπο ανακουφίζει ή και εξουδετερώνει το φόβο, τη νευρικότητα και τη συστολή της ασθενούς.
- Τη βοηθά με επαρκείς εξηγήσεις να πάρει θέση κατάλληλη για το είδος της κλινικής εξέτασης.
- Συνιστά να πάει στην τουαλέτα, για την κένωση της ουροδόχου κύστης, ώστε να διευκολυνθεί η εξέταση.
- Την πληροφορεί ότι ο γιατρός θα τη ρωτήσει για το ιστορικό υγείας της.

Όπως γνωρίζουμε, οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Γι' αυτό ένας καλός τρόπος για να φτάσει κανείς στην νέων περιπτώσεων και σε πρωιμότερα στάδια, είναι η αυτοεξέταση, η οποία είναι εύκολη, ανέξοδη και χωρίς κανένα κίνδυνο.

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

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού με επιμορφωτικά σεμινάρια και συγκεντρώσεις, καθώς και με οπτικά – ενημερωτικά μέσα (Κονιάρη Ε. 1991, Charles M. 1995, Παρισσιανός 1985).



TOMO HARASHIMA

BREAST contains various tissues. Tumors are most likely to arise in the epithelial cells (*cutaway*) that line the milk glands and ducts.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Σήμερα αποτελεί πάγια τακτική η συνεργασία των οικογενειακών γιατρών, των χειρουργών, των ακτινοθεραπευτών και των ογκολόγων για να προγραμματίσουν και να εφαρμόσουν την θεραπεία σε κάθε ασθενή. Ο καθένας τους είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις που λαμβάνονται και μπορεί να πληροφορεί την ασθενή και την οικογένεια της, καθώς και τα άλλα μέλη της ιατρικής ομάδας. Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού διακρίνεται σε συντηρητική και σε χειρουργική.

Τη συντηρητική θεραπεία αποτελούν η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, ενώ τη χειρουργική οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις στο μαστό καθώς και η ορμονοθεραπεία, η οποία περιλαμβάνει και στοιχεία συντηρητικής παρέμβασης (π.χ. χορήγηση ορμονών).

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

6.2. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για τη μεταστατική νόσο με αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς, σε ασθενείς με ταχείς εξελισσόμενη νόσο, β) με ηπατικές ή πνευμονικές μεταστάσεις, όταν τα κύτταρα δεν εκφράζουν οιστρογονικούς και προγεστερονικούς υποδοχείς και όταν αποτυγχάνει η ορμονική

θεραπεία, και γ) στη βαριά μορφής μεταστατική νόσο η οποία απειλεί την ζωή της ασθενούς, στην οποία μεταξύ των άλλων χρειαζόμαστε γρήγορη ανακούφιση από τα συμπτώματα. Η μέση επιβίωση από την έναρξη της χημειοθεραπείας είναι 12 με 30 μήνες.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν θεραπεύουν το νεόπλασμα όμως επιβραδύνουν την εξέλιξη του και περιορίζουν τις διαστάσεις του. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι κυτταροτοξικά, δηλαδή δηλητηριάζουν τα κύτταρα. Η τοξικότητα των φαρμάκων εκδηλώνεται στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα στις ωοθήκες και σε άλλους ιστούς και όργανα.

Η εκλογή αυτής της μεθόδου θεραπείας καθορίζεται:

- Από την μορφή και την ακριβή εντόπιση της νόσου.
- Από την κατάσταση της ασθενούς.
- Από το στάδιο εξέλιξης της νόσου.
- Από το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας.
- Από τις συνήθειες και την πείρα των γιατρών.
- Από την τακτική που εφαρμόζει το νοσοκομείο.

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

- 1) Σε εκείνη που σκοπεύει να συμπληρώσει τη θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου δηλαδή τη χειρουργική, με σκοπό να καταστρέψει υπολείμματα όγκου (προφυλακτική χημειοθεραπεία) και
- 2) Σε εκείνη που αφορά στην αντιμετώπιση ήδη διαπιστωμένων μεταστάσεων (αποδεδειγμένης γενικευμένη νόσος).

1. Προφυλακτική χημειοθεραπεία

Ως προφυλακτική χημειοθεραπεία εννοούμε τη χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων μετά την αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας με σκοπό την καταστροφή των μη ορατών μικρομεταστάσεων με επιδιωκόμενο αποτέλεσμα την αύξηση της

ελευθέρου νόσου μεσοδιαστήματος, την αύξηση της τελικής επιβίωσης και την αύξηση του ποσοστού ίασης.

Η προφυλακτική χημειοθεραπεία χορηγείται σήμερα στους περισσότερους ασθενείς μετά την επέμβαση για να προληφθεί ή να ελαχιστοποιηθεί η ανάπτυξη των ενυπάρχοντων νεοπλασματικών κυττάρων, τα οποία μπορεί να αυξηθούν, με αποτέλεσμα να υποτροπιάσει η νόσος. Ορισμένες ασθενείς που δεν παρουσιάζουν προφανείς μεταστάσεις κατά το χρόνο της επέμβασης αλλά είναι υψηλού κινδύνου για τέτοιες μεταστάσεις, μπορούν να απαλλαγούν από τη νόσο.

Ένας τρόπος θεραπείας του καρκίνου του μαστού που η χημειοθεραπεία θεωρείται σαν αρχικό είδος θεραπείας είναι ο ακόλουθος :

- Εάν μετά από τη χημειοθεραπεία ο πρωτοπαθής όγκος εξαλειφθεί ή περιορισθεί κάτω από 2 εκ τότε ακολουθεί ακτινοβολία μαστού, μασχαλιαίας χώρας, της περιοχής της εσωμαστικής και υπερκλείδιας χώρας. Στην περίπτωση που οι μαστοί είναι μεγάλοι σε μέγεθος, για να διευκολυνθεί η ακτινοβολία, προηγείται απλή μαστεκτομή.
- Εάν όμως ο περιορισμός του όγκου είναι μικρότερος, τότε εκτελείται απλή μαστεκτομή και ακολουθεί κατά τα γνωστά ακτινοβολία.
- Εάν ουσιαστικά δεν προκληθεί καμία ελάττωση του όγκου, ο δε όγκος θεωρείται τεχνικά ανεγχείρητος Η έκταση της νόσου, που αποκαλύπτεται από τα κλινικά ευρήματα και τις ειδικές, τότε εφαρμόζεται ακτινοβολία στην περιοχή του όγκου και των λεμφαδένων.

Η χημειοθεραπεία μπορεί όχι μόνο να προηγείται αλλά και να ακολουθεί την ακτινοθεραπεία. Συνδυασμός χημειοθεραπείας με BCG είχε σαν αποτέλεσμα αύξηση της πενταετούς επιβίωσης.

2. Χημειοθεραπεία γενικευμένου καρκίνου μαστού

Ως γενικευμένο καρκίνο μαστού εννοούμε τον καρκίνο που βρίσκεται στο στάδιο IV, όπου έχουμε απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται χωρίζονται στις εξής κατηγορίες:

- P** Αλκυλιούντες παράγοντες: αυτά επηρεάζουν την πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές εξεργασίες του κυττάρου (π.χ. χλωραβουκίλη, μελφαλάνη κ.τ.λ.).
- P** Αντιμεταβολίτσες: υποκαθιστούν τους μεταβολίτες, δρουν στη φάση του καρκίνου που γίνεται η σύνθεση του DNA. Τέτοια φάρμακα είναι μεθοτρεξάτη, 5-γλουουρουρακίλη κ.τ.λ.
- P** Αναστολές της κυτταρικής μίτωσης: αναστέλλουν την εξέλιξη της μίτωσης των κυττάρων.
- P** Αντιβιοτικά με δράση όμοια με τη δράση των αναστολέων της κυτταρικής μίτωσης (π.χ. κρυσταλλική μιτομικίνη, υδροχλωρική αδριαμικίνη κ.τ.λ.)
- P** Ορμόνες: χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του καρκίνου, επειδή πιστεύεται ότι η ανάπτυξη τους έχει σχέση με την αλλαγή του ορμονικού περιβάλλοντος του οργανισμού (πχ οιστρογόνα, ανδρογόνα κ.τ.λ.).

Τρόποι χορήγησης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι δυνατόν να χορηγηθούν με τους εξής τρόπους:

- Ενδοφλεβίως – ενδοαρτηριακώς
- Ενδομυκώς
- Ενδοκοιλιοτικώς
- Υποδορίως
- Από το στόμα
- Τοπικώς

Οι συσκευές χορήγησης ποικίλλουν ανάλογα με το φάρμακο και τη μέθοδο χορήγησης. Έτσι, χημειοθεραπευτικά τα οποία όταν χορηγούνται ενδαγγειακώς υπάρχει κίνδυνος εξαγγείωσης και ιστικής νέκρωσης, πρέπει να χορηγούνται διαλυμένα μέσα σε ορούς Dextrose 5% 250 cc πράγμα που βοηθάει τη μεγαλύτερη αραίωση του φαρμάκου έτσι που, αν συμβεί κάποια εξαγγείωση ή τοξική δράση στους τοπικούς ιστούς, να είναι περιορισμένη.

Πόσο συχνά γίνεται η χημειοθεραπεία

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

- P** Από τον τύπο της νεοπλασίας.
- P** Από τον χρόνο που χρειάζεται ο οργανισμός για να απαντήσει θετικά στη χημειοθεραπεία.
- P** Από το πώς η ασθενής θα αντιμετωπίσει οποιαδήποτε ανεπιθύμητη ενέργεια.
- P** Από τις συνυπάρχουσες παθήσεις (καρδιακά ανεπάρκεια, ηπατική βλάβη κ.τ.λ.).

Γενικά, για κάθε θεραπεία θα ακολουθήσει μια περίοδο ανάπαυσης. Η περίοδος ανάπαυσης είναι συνήθως μεγαλύτερη της θεραπείας. Αυτές οι περιόδους βοηθούν τον οργανισμό να συνέλθει από ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας.

Ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας

Η χημειοθεραπεία είναι δυνατό να προκαλέσει ναυτία, εμετό, αλωπεκία η οποία είναι παροδική, διάρροια, στοματίτιδα, κοκκιοκυτταραιμία, δευτεροπαθή αμηνόρροια στο 1/3 των περιπτώσεων μικρή αύξηση του βάρους του σώματος, ελάττωση της σεξουαλικότητας, ανοσοκαταστολή στην αρχική της φάση κ.τ.λ.

Επίσης είναι δυνατόν να επιβραδύνει την επούλωση του τραύματος λόγω καταστολής των ινοβλαστών, να ελαττώσει την άμυνα του οργανισμού της άρρωστης στην επίδραση λοιμογόνου παράγοντα και τέλος να προκαλέσει αιμορραγική διάθεση, λόγω πτώσης των αιμοπεταλίων (Κονιάρη Ε. 1991, Malin Dolliny 1992, Παπανικολάου Ν. 1989).

6.3. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αν και ο καρκίνος του μαστού θεωρείται ακτινοαντόχος σχετικά, η συμβολή της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του έχει θέση και μάλιστα στην ελάττωση των υποτροπών μετά την εγχείρηση.

Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού δεν φαίνεται να παρατείνει τη ζωή της άρρωστης. Κάποτε, εμποδίζει την καλή επούλωση του τμήματος και άλλες φορές προκαλεί νέκρωση των ιστών, που ακτινοβολήθηκαν, και ρίκνωση τους. Επίσης προκαλεί εγκαύματα και ελαττώνει την συστηματική αντικαρκινική αντίδραση του οργανισμού. Ακόμα είναι δυνατό να προκαλέσει αίσθημα κόπωσης, αδιαθεσία, ναυτία, εμετό και λευκοπενία.

Γενικά, τις περισσότερες φορές, η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται με την χρησιμοποίηση ακτινοβολίας ή ακτινών Rontagen ή είναι σωματιδιακή β.

Η ακτινοθεραπεία έχει ένδειξη σε ασθενείς με μεγάλο όγκους που διηθούν το δέρμα ή τους υποκειμενικούς ιστούς, καθώς επίσης και σε ασθενείς με μεταστάσεις στον εγκέφαλο, τους οφθαλμικούς κόγχους, τους σπόνδυλους, τα μηριαία οστά και σε μονήρεις επώδυνες μεταστάσεις όπου επιτυγχάνεται σε μεγάλο ποσοστό ανακούφιση από τον πόνο.

Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν προεγχειρητική, μετεγχειρητική, στην αντιμετώπιση τοπικά προχωρημένης ανεγχείρητης νόσου και παρηγορητικά στις απομακρυσμένες μεταστάσεις και τοπικές υποτροπές.

1. Προεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία μπορεί να μετατρέψει όγκους οριακούς από άποψη χειρουργικής εκτομής σε πλήρως εξαιρέσιμους όγκους (με το μηχανισμό της συρρίκνωσης του όγκου) και παράλληλα να αποστειρώσει το πεδίο της μαστεκτομής και να ελαττώσει την λεμφαδενική διήθηση. Επίσης το αποτέλεσμα της προεγχειρητικής ακτινοθεραπείας όπως τουλάχιστον προκύπτει από μελέτες σε

ασθενείς που υπέστησαν ριζική μαστεκτομή είναι ότι ελαττώνει την εμφάνιση τοπικής ή επιχώριας υποτροπής.

Η χορήγηση 45 με 50 Gy στα επιχώρια λεμφαγγεία και τους ιστούς του θωρακικού τοιχώματος ανάλογα με την περίπτωση και τις ανάγκες κάθε ασθενούς αποδεικνύεται ότι προλαμβάνει την υποτροπή στα 90% με 95% των ασθενών που είναι προδιαθεσιμες σε τέτοιες υποτροπές. Με βάση τα παραπάνω βρίσκει εφαρμογή και σε όγκους III.

2. Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Πολυάριθμες αναδρομικές μελέτες έχουν δείξει ότι η χρησιμοποίηση μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας ελαττώνει την εμφάνιση τοπικής ή επιχώριας υποτροπής.

Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία για τον καρκίνο μαστού καθιερώθηκε αμέσως μόλις έγινε αντιληπτό ότι λεμφαδενικές μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού αφορούσαν όχι μόνο τους μασχالياίους αλλά και τους αδένες της έσω μαστικής αρτηρίας, καθώς και της υπερκλείδιας και της υποκλείδιας περιοχής.

Χρειάζεται προσεκτική επιλογή των ασθενών οι οποίες έχουν αυξημένο κίνδυνο μετεγχειρητικών υποτροπών ώστε να ακτινοβοληθούν αυτές πραγματικά οι οποίες θα ωφεληθούν.

Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία δίνεται σε δόσεις όγκου 5000 Rads περίπου σε 5 εβδομάδες. Συνήθως συνίσταται ακτινοβόληση των κορυφαίων μασχالياίων, υπερκλείδιων και εσωμαστικών λεμφαδένων σε γυναίκες με ιστολογικά θετικούς μασχالياίους λεμφαδένες ή με τον πρωτοπαθή όγκο κεντρικά ή στα έσω τεταρτημόρια του μαστού. Το θωρακικό τοίχωμα θα ακτινοβοληθεί μόνο αν έχουμε μεγάλο όγκο, διήθηση από τον όγκο του δέρματος του μαστού ή του θωρακικού τοιχώματος και εκτεταμένη λεμφαδενική προσβολή. Επίσης μετεγχειρητική ακτινοβολία επιβάλλεται όταν τα όρια της χειρουργικής εκτομής είναι ανεπαρκή, υπάρχει υποψία παραμονής νόσου ή υπάρχει πολυεστιακή νόσος.

Η ακτινοθεραπεία πρέπει να χορηγείται αμέσως μετά την εγχείρηση και όχι να περιμένουμε την εμφάνιση των υποτροπών διότι τότε αντιμετωπίζονται μόνο σε ποσοστό 50-70%. Όλες οι μελέτες τονίζουν το απαραίτητο της μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας. Τώρα με την τάση που υπάρχει να εγκαταλειφθεί η ριζική

μαστεκτομή και την όλο συχνότερη εφαρμογή λιγότερο ριζικών επεμβάσεων, ο ρόλος της μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας γίνεται όλο και περισσότερο σημαντικός.

3. Ακτινοθεραπεία στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού

Τοπικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού εννοούμε βασικά το στάδιο III(IIIα και IIIβ) και το στάδιο IIIα (όγκοι T3α, NonN1, Mo) όπου ο καρκίνος του μαστού θεωρείται χειρουργίσιμος, η χρησιμοποίηση της ακτινοθεραπείας μπορεί να γίνει είτε προεγχειρητικά είτε μετεγχειρητικά όπου επιτυγχάνουμε καλύτερη αποστείρωση του πεδίου μας από μικροσκοπική νόσος.

Το M.D Anderson Hospital διαιρεί τον τοπικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού σε δύο κατηγορίες: κλινικά ανεγχείρητο αλλά τεχνικά εξαιρεσιμo χωρίς ασφαλή (υγιή) όρια. Και στις δύο περιπτώσεις γίνεται χειρουργική επέμβαση και ακολουθεί ακτινοθεραπεία με δόσεις 5000 rads στο μαστό όπου επιτυγχάνεται τοπικός έλεγχος της νόσου στο 72% των περιπτώσεων.

Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του τοπικά προχωρημένου καρκίνου του μαστού έχει δύο συνισταμένες : 1) οριστική αντιμετώπιση της νόσου μετά από τη βιοψία και 2)επικουρική ακτινοθεραπεία μετά από μαστεκτομή.

Εκτός της τοπικής θεραπείας στις ασθενείς αυτές, πρέπει να γίνεται και συστηματική συστηματική θεραπεία προς αντιμετώπιση των υπάρχουσων μεταστάσεων και αυτές είναι η χημειοθεραπεία και οι διάφοροι ορμονικοί χειρισμοί. Πολλές φορές, στις τοπικά προχωρημένες περιπτώσεις, γίνεται ακτινοθεραπεία προεγχειρητικώς, με σκοπό τη βελτίωση των τοπικών ευρημάτων και χειρουργική επέμβαση η οποία πριν από την ακτινοβόληση δεν μπορούσε να γίνει.

4. Ακτινοθεραπεία στις τοπικές υποτροπές και τη μεταστατική νόσο

Ο αριθμός των τοπικών υποτροπών μετά από εγχείρηση ανέρχεται στο 20-25% των περιπτώσεων. Το ποσοστό των τοπικών υποτροπών εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου, τον αριθμό των διηθημένων αδένων, λιγότερη ριζική εγχείρηση, εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό τοπικής υποτροπής.

Τοπικές υποτροπές της νόσου μετά από μαστεκτομή μπορεί να αντιμετωπίσουν παρηγορητικά με ακτινοθεραπεία η οποία αποσκοπεί απλά στην ανακούφιση της άρρωστης για τον υπόλοιπο χρόνο ζωής της, παρότι έχει αναφερθεί στατιστικά καλύτερη επιβίωση των γυναικών.

Δόσεις τουλάχιστον 6000 rads απαιτούνται για την αντιμετώπιση ογκίδιων υποτροπής διαμέτρου 1-3 cm. Όσο ογκωδέστερη υποτροπή τόσο μεγαλύτερη η απαιτούμενη δόση για τον έλεγχο της. Εφ' όσον υπάρχει λεμφαδενική υποτροπή, υποτροπή στο θωρακικό τοίχωμα, βραχύ ελεύθερο νόσου διάστημα και προχωρημένο στάδιο στην αρχική διάγνωση, η πρόγνωση γενικά είναι κακή.

Η συνεισφορά της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση της μεταστατικής νόσου είναι σημαντική.

Οι συνηθέστερες θέσεις όπου έχουμε σημαντικά οφέλη από τη χρησιμοποίηση της ακτινοθεραπείας είναι οι μεταστάσεις στο σκελετό (90% των ασθενών έχουν κάποια ανακούφιση και 50% πλήρη εξαφάνιση του πόνου) και στο Κ.Ν.Σ. (35-72% εμφανίζουν πλήρη ανακούφιση από τα συμπτώματα).

Οι οστικές μεταστάσεις, οι οποίες εμφανίζονται στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, στη λεκάνη και στα ισχία, είναι ως επί το πλείστον επώδυνες και περισσότερο επικίνδυνες για την εμφάνιση παθολογικών καταγμάτων.

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται παρηγορητικός σε εγκεφαλικές μεταστάσεις, που εμφανίζονται σε 10% των περιπτώσεων με προχωρημένη μεταστατική νόσο από καρκίνο του μαστού, 45% των ασθενών πεθαίνουν από εγκεφαλικές μεταστάσεις ενώ 55% πεθαίνουν από μεταστάσεις εκτός ΚΝΣ. Η μέση διάρκεια ζωής είναι 4 μήνες. Οι δόσεις που χρησιμοποιούνται και στις οστικές και στις εγκεφαλικές μεταστάσεις είναι 3000 rads.

Μια άλλη μεταστατική εντόπιση παρατηρείται στο νωτιαίο μυελό όπου είναι απαραίτητη η πεταλεκτομή και η ακτινοθεραπεία. Τέλος, μεταστάσεις μπορούν να γίνουν και στο μεσοπνευμόνιο με σύνδρομο πίεσης της άνω κοίλης.

Ανεπιθύμητες ενέργειες από την ακτινοθεραπεία

Τις διακρίνουμε σε δύο κατηγορίες:

1. Συστηματικές όπου χαρακτηρίζονται από γενική καταβολή δυνάμεων, κόπωση, ναυτία, εμετούς, ανορεξία, απώλεια βάρους, δεκατική πυρετική κίνηση και
2. Τοπικές όπου διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες.

ΠΡΩΙΜΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

A. Ακτινοδερματίτιδα

Είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος του μαστού που ακτινοβολείται. Ο βαθμός του ερεθισμού και της καταστροφής του δέρματος εξαρτάται από το είδος, τη δόση της ακτινοβολίας και την ακτινοευαιθησία του δέρματος. Διακρίνονται τρεις μορφές ακτινοδερματίτιδας : α) ερυθματώδης, β)φυσαλιδώδης, γ) εσχαροποιητική.

B. Ανασταλτική επίδραση στο μυελό

Τα μητρικά κύτταρα του μυελού των οστών είναι πολύ ακτινοευαίσθητα με αποτέλεσμα την εμφάνιση καθολικής αναστολής των διαιρέσεων των μητρικών κυττάρων. Έχουμε μεγάλη μείωση του αριθμού των κυκλιοκυττάρων, λεμφοκυττάρων, ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων. Όλα αυτά οδηγούν σε θροβοπένια, αιμορραγική διάθεση, αναιμία και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις.

Γ. Δυσκαταποσία

Δυσφαγία, ναυτία, εμετός, διάρροια, κόπωση, αδυναμία. Η διάρροια προκαλεί έντονη αφυδάτωση η οποία μαζί με εμετό προκαλεί μεγάλη απώλεια βάρους.

Δ. Ξηροστομία

Οφείλεται σε αρνητική επίδραση της ακτινοβολήσεως στους αδένες της παρωτίδας που εκκρίνουν το σίελο.

ΟΨΙΜΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

- P** Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε. Το δέρμα γίνεται λεπτό και ατροφεί. Αυτά αποφεύγονται με καλό καταμερισμό των δόσεων.
- P** Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων και ιστών.
- P** Αλωπεκία. Αρχίζει να εμφανίζεται 2-3 εβδομάδες μετά την έκθεση στην ακτινοβολία.
- P** Πνευματική ίνωση και λεμφικό οίδημα σύστοιχου άνω άκρου.
- P** Λευχαιμία
- P** Μεταλλάξεις
- P** Πολυτερηδονισμός. Οφείλεται στη μείωση του σιέλου λόγω ξηροστομίας. Ο σίελος περιέχει ειδικά ένζυμα που προστατεύουν τα δόντια από την τερηδόνα (Παπανικολάου Ν. 1994, Παπανικολάου Ν. 1989, Κονιάρη Ε. 1991, Τζωρακοελευθεράκης 1992).

6.4. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η διεσπαρμένη νόσος μπορεί να ανταποκριθεί στην παρατεταμένη ενδοκρινική θεραπεία, όπως τη χορήγηση ορμονών (π.χ. οιστρογόνα, ανδρογόνα, προγεστερόνη κτλ), στην εκτομή των ωοθηκών, των επινεφριδίων ή της υπόφυσης ή στη χορήγηση φαρμάκων που αποκλείουν τις θέσεις των ορμονών στους υποδοχείς (π.χ. αντιοιστρογόνα) ή φαρμάκων που αναστέλλουν τη σύνθεση των ορμονών (π.χ. αμινογλουταιθιμίδη). Η χορήγηση ορμονών είναι συνήθως επιτυχέστερη στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Εντούτοις, αν η θεραπεία βασίζεται στην παρουσία

πρωτεϊνικού υποδοχέα των οιστρογόνων στον πρωτοπαθή όγκο ή τις μεταστάσεις, το ποσοστό απάντησης είναι σχεδόν ίδιο για τις προεμμηνοπαυσικές και μετεμμηνοπαυσικές γυναίκες.

Οι ορμόνες επιτελούν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και διατήρηση του φυσιολογικού μαζικού ιστού, ρυθμίζοντας την κυτταρική λειτουργία, με επακόλουθο η κυτταροκινητική ενός όγκου του μαστού να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την πυκνότητα και τις σχέσεις ορισμένων υποδοχέων.

Τα ορμονοεξαρτώμενα κύτταρα περιέχουν ορμονουποδοχείς στο κυτταρόπλασμα τους για κάθε ορμόνη, η οποία επηρεάζει την ανάπτυξη και τη λειτουργία τους.

Η ένδειξη για την σωστή εφαρμογή της ορμονοθεραπείας εξαρτάται από διάφορους παράγοντες :

- P** Από την ύπαρξη ή μη ορμονουποδοχέων. Είναι γενικά παραδεκτό ότι η ορμονική θεραπεία αποδίδει μόνο στο 8-10% των ασθενών με αρνητικούς υποδοχείς.
- P** Από την χρονική περίοδο που η ασθενής παραμένει ελεύθερη συμπτωμάτων. Ασθενής με βραχύ μεσοδιάστημα μικρότερο από ένα χρόνο, μεταξύ της πρωτοπαθούς θεραπείας και της επακόλουθης μεταστατικής νόσου, δεν αποτελούν ένδειξη για αποτελεσματική ορμονική θεραπεία. Αντίθετα σε ασθενείς με μεγάλο ελεύθερο ενοχλημάτων μεσοδιάστημα (πάνω από 5 χρόνια) υπάρχει μεγαλύτερη ανταπόκριση στην ορμονική θεραπεία.
- P** Από την θέση της μεταστατικής νόσου. Μεταστατική νόσος που εντοπίζεται στα μαλακά μόρια, το δέρμα, τους επιχώριους, λεμφαδένες, την υπεζωκοτική κοιλότητα και τα οστά, έχει πιο καλή ανταπόκριση στην ορμονοθεραπεία. Αντίθετα, μεταστάσεις που εντοπίζονται στα σπλάχνα ανταποκρίνονται καλύτερα στη χημειοθεραπεία.
- P** Από την ηλικία της ασθενούς. Η ορμονική θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική στις μεγαλύτερες σχετικά γυναίκες απ' ότι οι νεότερες. Τα αντιοιστρογόνα βρίσκουν καλύτερη ανταπόκριση στις αμέσως μετεμμηνοπαυσικές.
- P** Από την ανταπόκριση στην προηγούμενη θεραπευτική αγωγή. Ασθενείς με καλή ανταπόκριση σε μια μορφή πχ ορμονοθεραπείας αναμένεται ότι θα έχουν εξίσου καλή ανταπόκριση σε μια μορφή πχ ορμονοθεραπείας αναμένεται ότι

θα έχουν εξίσου καλή ανταπόκριση και σε μια άλλη μορφή ορμονικής θεραπείας.

Κατά την εφαρμογή της συστηματικής θεραπείας στο διεσπαρμένο καρκίνο του μαστού πρέπει να τηρούνται τα ακόλουθα:

1. Η εφαρμογή μιας μόνο θεραπευτικής αγωγής σε δεδομένο χρόνο.
2. Η αλλαγή της αγωγής που εφαρμόζεται επιτρέπεται μόνο όταν η νόσος είναι σε εξέλιξη και ποτέ όταν είναι στάσιμη.

Η επιλογή της κατάλληλης ορμονικής θεραπείας γίνεται με βάση την κλιμακτήριο κατάσταση της ασθενούς. Προς το σκοπό αυτό διακρίνουμε δύο μεγάλες κατηγορίες ασθενών, τις προεμμηνοπαυσιακές που περιλαμβάνονται και γυναίκες, ένα χρόνο από της τελευταίας έμμηνου ρύσεως και τις μετά εμμηνοπαυσιακές που περιλαμβάνονται στις υπόλοιπες.

Οι ορμόνες που χρησιμοποιούνται στην ορμονοθεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι:

1) Αντιοιστρογόνες ορμόνες

Οι αντιοιστρογόνες ορμόνες ανήκουν στις στεροειδείς ορμόνες και έχουν την ιδιότητα να ανταγωνίζονται τις οιστρογόνες ορμόνες σε κυτταρικό επίπεδο.

Από τις αντιοιστρογόνες ορμόνες που χρησιμοποιούμε η κύρια ορμόνη είναι η ταμοξιφαίνη, η οποία έχει αποδειχτεί ασφαλής και αποτελεσματική. Χορηγείται συνήθως σε δόση 20 με 40 mg τη μέρα. Έχει χρόνο ζωής παρατεταμένο και χρειάζεται παρακολούθηση του ασβεστίου της άρρωστης.

Η ταμοξιφαίνη δεν έχει σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, γι' αυτό η διακοπή της θεραπείας είναι ασυνήθιστη. Είναι δυνατό να διαταράξει την εμμηνορρυσία, να προκαλέσει δευτεροπαθή αμηνόρροια ή να προκαλέσει διάρροια, κοιλιακή υπερέκκριση, κνησμό στο αιδοίο, ζάλη, κεφαλαλγία και πόνο στα οστά.

Η ταμοξιφαίνη έχει αντικαταστήσει πλήρως τις άλλες ορμόνες ως πρώτο ορμονοθεραπευτικό φάρμακο στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες σε όγκους θετικούς ή με κλινικές ενδείξεις που προδικάζουν ορμονική απάντηση.

Εκτός από τη ταμοξιφαίνη δοκιμάστηκε η χορήγηση της ναφοξιδίνης και της κιτρικής κλομιφαίνης στην αντιμετώπιση γενικευμένου καρκίνου του μαστού. Όμως, δεν έτυχαν γενικής επιδοκίμασias, γιατί έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες που αφορούν περισσότερο στο δέρμα, στο συκώτι και στο γαστρεντερικό σύστημα.

2) Οιστρογόνες ορμόνες

Η χορήγηση οιστρογόνων ορμονών συστήνεται ιδιαίτερα σε αδενοκαρκίνωμα, όταν έχουν περάσει παραπάνω από 5 χρόνια από την τελευταία εμμηνοπαυσία. Οι οιστρογόνες ορμόνες δρουν στην υπόφυση, αναστέλλοντας την έκκριση των γοναδοτρόπων ορμονών. Αυτή η αναστολή δε συμβαίνει πάντοτε γι' αυτό έχουμε κάποτε έξαρση της πάθησης.

Τα οιστρογόνα είναι τα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν περισσότερο από όλες τις άλλες ομάδες φαρμάκων για τις μετεμμηνοπαυσικές γυναίκες με προχωρημένο καρκίνο του μαστού. Το πιο εύχρηστο φάρμακο είναι η διαιθυλοστιλβεστρόλη σε δόση 15 mg τη μέρα. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της χρόνιας χορήγησης οιστρογόνων περιλαμβάνουν μελάγχρωση των θηλών, κατακράτηση νατρίου, αιμορραγία, ακράτεια ούρων και αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας.

3) Ανδρογόνες ορμόνες

Οι ανδρογόνες ορμόνες χορηγούνται περισσότερο σε προχωρημένες μεταστάσεις και ιδιαίτερα σε οστικές και σε γυναίκες που βρίσκονται πριν την εμμηνόπαυση ή 2-3 χρόνια μετά την τελευταία εμμηνορρυσία και σε αυτές που υποβλήθηκαν σε ωθηκτεκτομία. Δε χορηγούνται στο αδενοκαρκίνωμα του μαστού του άνδρα. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι αρρενοποίηση, αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας, κατακράτηση νατρίου και ερυθροκυττάρωση.

Η χορήγηση οιστρογόνων ορμονών σε θετικούς οιστρογόνους υποδοχείς προκαλεί ανταπόκριση στη θεραπεία σε συχνότητα 10%. Η ύφεση εμφανίζεται μετά από TM-12 εβδομάδες.

4) Προγεστερόνη

Στη θεραπεία του αδενοκαρκινώματος του μαστού μπορούμε να περιλάβουμε και τα προγεστερονοειδή γιατί προκαλούν αναστολή της έκκρισης των γοναδότροπων ορμονών από την υπόφυση.

Απ' αυτά προτιμάμε τη χορήγηση της μεδροξυπρογεστερόνης (MPA). Οι υψηλές δόσεις της στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες φαίνεται ότι παρεμποδίζουν τη δράση των γοναδοτροπίνων της υπόφυσης, ελαττώνουν τα επίπεδα της οιστροδιόλης, της τεστοτερόνης, της ACTH και της υδροκορτιζόνης προκαλούν πτώση των επιπέδων της τριωδοθυρονίνης (T3) και της θυροξίνης (T4) ενώ αυξάνουν τα επίπεδα της θυροειδοτροπών ορμόνης (TSH). Τα επίπεδα της προλακτίνης δε μεταβάλλονται, της αυξητικής ορμόνης (GH) παραμένουν σταθερά ή μειώνονται.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της MPA είναι γενικά ελαφρές και συνοψίζονται σε ιδρώτες, κολπόρροια, αύξηση του σωματικού βάρους, λεπτό τρόμο, κράμπες και δημιουργία αποστημάτων στους γλουτούς από τις ενδομυϊκές ενέσεις. Συγχρόνως, όμως έχουμε πρόσθετα επιθυμητά αποτελέσματα : την ελάττωση του πόνου, την αναβολική ενέργεια και την καλύτερη αντοχή του αιμοποιητικού ιστού στη χημειοθεραπεία.

5) Αμινογλουτεθιμίδη

Την αμινογλουτεθιμίδη τη χορηγούμε σε γενικευμένο καρκίνο του μαστού και ιδιαίτερα σε άρρωστες, που είχαν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία με ταμοξιφαίνη. Δίνεται αρχικά σε δόση 250mgx2 τη μέρα και για δύο εβδομάδες και στην συνέχεια αν δεν υπάρχει πρόβλημα τοξικότητας αυξάνεται στην πλήρη ημερήσια δόση των 250mgx4. Τις 2 πρώτες εβδομάδες δίνεται και θεραπεία υποκατάστασης με υδροκορτιζόνη 100 mg την μέρα και στη συνέχεια ελατώνεται σε 40 mg τη μέρα. Η υδροκορτιζόνη αποτρέπει υπερέκκριση ACTH από την υπόφυση, πράγμα που θα μπορούσε να οδηγήσει σε υπερκορασμό της επινεφριδικής αναστολής.

Η χορήγηση αμινογλουτεθιμίδης έχει θεραπευτική ανταπόκριση σε συχνότητα 53%. Ανεπιθύμητες ενέργειες αποτελούν ο ίλιγγος, η ναυτία, οι

αλλεργικές αντιδράσεις, η ανορεξία κτλ, που εμφανίζονται στην αρχή της θεραπείας, αλλά αργότερα υποχωρούν.

6) Η ωοθηκοεκτομή

Εκτελείται σε άρρωστες με προοδευτικά εξελισσόμενη μεταστατική νόσο, όταν η γυναίκα βρίσκεται στην εμμηνορρυσιακή της ηλικία ή είχε την τελευταία εμμηνορρυσία όχι περισσότερο από ένα χρόνο.

Αν οι ορμονικοί υποδοχείς του όγκου ήταν θετικοί, τότε η εκτέλεση ωοθηκοεκτομίας είναι αποτελεσματικοί σε συχνότητα 65%, αν όμως αρνητικοί, τότε μόνο σε συχνότητα 3%. Η ωοθηκεκτομή παρουσιάζει τα εξής προβλήματα: Η ασθενής αντιμετωπίζει το θέμα της στέρησης και χάνει κάθε ελπίδα για να αποκτήσει παιδί. Η νοσηλεύτρια μπορεί να τονίσει ότι η εξασφάλιση της υγείας είναι εκείνο που προέχει και να επιστρατεύσει το οικογενειακό περιβάλλον για υποστήριξη.

Από πλευράς νοσηλείας, η ωοθηκεκτομή παρουσιάζει τα προβλήματα μιας απλής επέμβασης κοιλιάς και δεν παρουσιάζει επιπλοκές.

7) Επινεφριδεκτομή – Υποφυσεκτομή

Η χρησιμοποίηση των σημερινών αντιοιστρογόνων φαρμάκων η επιτυχία αναίμακτης κατάργησης της εκρηκτικής δραστηριότητας των επινεφριδίων με τη χορήγηση αμινογλουταμιδης και δεξαμεθαζόνης εξοστράκισαν την υποφυσεκτομία και επινεφριδεκτομία στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

Και οι δύο εγχειρήσεις παρουσιάζουν το μειονέκτημα της υψηλής εγχειρητικής θνητότητας και της μετεγχειρητικής νοσηρότητας, καθώς και τις μόνιμες διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος που απαιτούν θεραπεία αντικατάστασης. Γι' αυτό σήμερα δεν εφαρμόζονται πλέον, αφού έχουν αντικατασταθεί από φαρμακευτικές θεραπείες καταστολής οιστρογόνων, με αμινογλουτεθιμίδη, με αντιοιστρογόνα και άλλες συμπληρωματικές ορμόνες ιδιαίτερα στις μετεμμηνοπαυσικές γυναίκες.

6.5. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Από την εποχή του Halsted (1894) που περιέγραψε τη γνωστή μέθοδο της ριζικής μαστεκτομής, επί 7 δεκαετίες περίπου η εγχειρητική αυτή ήταν η θεραπεία εκλογής για ασθενείς με χειρουργίσιμο καρκίνο του μαστού.

Εν συνεχεία όμως άλλες εγχειρήσεις, λιγότερο ριζικές, εφαρμόστηκαν για ένα καλύτερο κοσμητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα, χωρίς να υστερούν της ριζικής μαστεκτομής ως προς την επιβίωση.

Τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να διαγράφεται μία τάση προς λιγότερο ριζικές εγχειρήσεις, με σκοπό την διατήρηση του μαστού και την αποφυγή ως εκ τούτου του φυσικού και ψυχικού ακρωτηριασμού σε γυναίκες με καρκίνο σε πρώιμο στάδιο.

A. Ριζική μαστεκτομή (Halsted)

Η ριζική μαστεκτομή περιλαμβάνει την αφαίρεση ολόκληρου του μαστού, των θωρακικών μυών (μείζονα και ελάσσονα) καθώς και καθαρισμό της μασχάλης, όλου του λίπους και των γειτονικών ιστών, εμφανίζει δε το μικρότερο ποσοστό των τοπικών υποτροπών. Προτιμάται και σήμερα σε ειδικές περιπτώσεις είτε επί μεγάλου όγκου είτε επί όγκου που διηθεί το μείζονα θωρακικό μυ.

Η τομή που γίνεται μπορεί να είναι εγκάρσια ή κάθετη και τοποθετείται στο τραύμα παροχέτευσης συνεχούς αναρρόφησης. Η εγχείρηση έχει αυξημένη νοσηρότητα, κακό αισθητικό αποτέλεσμα, εμφάνιση οιδήματος άνω άκρων και μεγάλα ψυχολογικά προβλήματα στη γυναίκα.

Παράλληλες της ριζικής μαστεκτομής είναι η εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή και η υπερριζική μαστεκτομή, η οποία περιλαμβάνει και την αφαίρεση των υπερκλειδίων λεμφαδένων.

Η εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή, εκτός από το μαστό, τους μυς και τους μασχαλιαίους λεμφαδένες, περιλαμβάνει και την εξαίρεση των αδένων της έσω μαστικής. Τα αποτελέσματα της όμως είναι πολύ φτωχά και όχι καλύτερα της ριζικής μαστεκτομής.

B. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αποτελεί σήμερα την εγχείρηση εκλογής για τον καρκίνο του μαστού. Περιλαμβάνει ολική αφαίρεση του μαστού, αφαίρεση της περιτονίας του μείζονα θωρακικού μυός και καθαρισμό της μασχάλης. Μερικοί προτιμούν τη διατομή της κατάφυσης ή και αφαίρεση του ελάσσονα θωρακικού μυός για διευκόλυνση του λεμφαδενικού καθαρισμού της μασχάλης.

Η εγχείρηση αυτή προτιμάται από τους περισσότερους χειρουργούς του μαστού, γιατί δεν διαπιστώθηκε διαφορά επιβίωσης στις άρρωστες, σε σύγκριση με τη ριζική μαστεκτομή, γιατί το αισθητικό της αποτέλεσμα είναι καλύτερο και γιατί δε δημιουργεί ψυχολογικά προβλήματα στη γυναίκα γιατί δίνει την δυνατότητα ανάπλασης του μαστού.

Η τομή που γίνεται είναι εγκάρσια και έτσι επιτυγχάνεται το καλύτερο δυνατό αισθησιακό αποτέλεσμα. Η ασθενής μπορεί με την τομή αυτή να φοράει φορέματα ρούχα με ντεκολτέ, δίχως να φαίνεται η ουλή της τομής. Η ίδια τομή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και πάλι σε περίπτωση που θα γίνει τοποθέτηση τεχνητού στήθους μελλοντικά. Μεταξύ μαστεκτομής και ανασύστασης του μαστού, αφήνουμε διάστημα 4-6 μηνών.

Γ. Υποδόρια μαστεκτομή

Η υποδόρια ή προφυλακτική μαστεκτομή περιλαμβάνει αφαίρεση του αδενικού ιστού του μαστού με διατήρηση του δέρματος, του υποδόριου ιστού και του συμπλέγματος θηλής – θηλαίας άλω με σκοπό την άμεση ή απώτερη αποκατάσταση του μαστού.

Ενδείξεις της θεωρούνται η γενικευμένη ινοκυστική νόσος, προκαρκινωματώδεις καταστάσεις του μαστού και η βαριά μαστοδυνία.

Μια άλλη χρησιμότητα της απλής μαστεκτομής είναι η αντιμετώπιση τοπικής υποτροπής στο μαστό καθώς και η αφαίρεση ευμεγεθών όγκων του μαστού σε ασθενείς με απομακρυσμένες μεταστάσεις απλώς και μόνο για να διευκολυνθεί ο τοπικός έλεγχος της νόσου.

Δ. Μερική μαστεκτομή

Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όγκων του μαστού μεγέθους 2 cm ή και μικρότερων, εφαρμοσμένων στην περιφέρεια του μαστού, δίχως εμφανή λεμφαδενική διασπορά. Η τομή που γίνεται είναι εγκάρσια και αφαιρούνται τα περίξ του όγκου, 2/3 του μαστού και οι μασχαλιαίοι αδένες (Παπανικολάου Ν. 1989, Κονιάρη Ε. 1993, Τζωρακοελευθεράκης Ε. 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1. ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΘΗΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ – ΕΝΔΥΜΑΣΙΑ

α. Προσωρινή προσθήκη

Η νοσηλεύτρια γνωρίζοντας τη μεγάλη σημασία που έχει για κάθε γυναίκα, η σωματική της ακεραιότητα και ιδιαίτερα η διάθεση των μαστών της, που είναι σύμβολα θηλυκότητας και σεξουαλικότητας, τόσο για τη γυναίκα όσο και για τον άνδρα, βρίσκεται ίσως στη μοναδική θέση να προσφέρει βοήθεια και να υποστηρίξει τη μασεκτομείσα ασθενή όχι μόνο να επανακτήσει την ψυχική της ισορροπία, αλλά και να την οδηγήσει στη μετεγχειρητική απόκτηση της συμμετρίας της όσο το δυνατόν πιο γρήγορα. Αυτή είναι δυνατόν να αποκαταστήσει με τη χρησιμοποίηση προσθήκης στο νοσοκομείο ή στο σπίτι.

Στο νοσοκομείο: Η προσθήκη, πριν από την αφαίρεση των επιδέσμων, σταθεροποιείται στο νυχτικό της ασθενούς με παραμάνες ασφάλειας, δίνοντας έτσι κάποια συμμετρία και στις δύο πλευρές. Η προσθήκη πρέπει να τοποθετείται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο με τον παραμένοντα μαστό.

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

Για να κρατηθεί αυτή η πρόχειρη προσθήκη στην κανονική της θέση, μπορεί να προσαρτηθεί ένα κομμάτι από λάστιχο σε σχήμα V στο κάτω άκρο του στηθόδεσμου και να στερεωθεί στη συνέχεια στη ζώνη.

Η τιράντα του στηθόδεσμου πρέπει επίσης να μακρύνει λίγο, για να αποφευχθεί η πίεση στον ώμο η μπορεί ακόμη να ράψει εσωτερικά στο στηθόδεσμο δυο σταυρωτές υφασμάτινες ταινίες και να τοποθετήσει ανάμεσα στην προσθήκη.

Στο σπίτι: Αυτό είναι το πρώτο βήμα της γυναίκας έξω από το νοσοκομείο και κάθε προσπάθεια της αποσκοπεί στο να επανακτήσει τη θηλυκότητα της. Ενημερώνεται η ασθενής να μην φοράει ριγέ μπλούζες ή πουλόβερ με οριζόντιες ρίγες.

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

Τονίζεται στην ασθενή ότι η προσθήκη αυτή είναι προσωρινή και ότι είναι απαραίτητη μέχρι να αποκατασταθεί η περιοχή της τομής και μέχρι να αισθανθεί η ασθενής έτοιμη για μόνιμη ανασύσταση (εάν αυτή ενδείκνυται).

β. Μόνιμη προσθήκη

Η ανασύσταση του μαστού μετά από ριζική μαστεκτομή, ιδιαίτερα όταν η επέμβαση είχε ακολουθηθεί από ακτινοθεραπεία, δεν είναι εύκολη. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ακόλουθοι παράγοντες, για να εξασφαλίζονται ικανοποιητικά αποτελέσματα:

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

Οι μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού είναι:

- 1. Απλή τοποθέτηση ενθέματος σιλικόνης** μετά από απλή ή τροποποιημένη ριζική ή υποδόρια μαστεκτομή από το χειρουργό μετά την τοποθέτηση τους στο μαστό. Χρησιμοποιούνται σάκοι από αδρανές υλικό (σιλικόνη) που μπορεί να γεμίζονται ανάλογα με το επιθυμητό μέγεθος, είτε με το ίδιο ζελατινώδη

κατάσταση είτε με υγρό μεγάλου μοριακού βάρους, π.χ. Dextran η ακόμα και φυσιολογικό ορό.

Η χρησιμοποίηση σάκων σιλικόνης γεμισμένων με σιλικόνη σε ζελατινώδη κατάσταση έχει μειώσει σημαντικά τα τραυματικά αποτελέσματα της εγχείρησης.

Οι τελευταίες βελτιώσεις στα μαστικά ενθέματα αφορούν στην κατασκευή δίχρων μοσχευμάτων, όπου ο κεντρικός χώρος είναι γεμάτος σιλικόνη, ενώ ο περιφερειακός χώρος γεμίζεται από τον ίδιο το χειρουργό με φυσιολογικό ορό.

- 2. Αποκατάσταση με κρημνούς.** Η μεταφορά της μαστεκτομής δέρματος καλής ποιότητας αποτελεί προϋπόθεση, όταν η περιοχή αυτή παρουσιάζει προβλήματα όπως καθηλωμένη ουλή, ατροφικό δέρμα, μετακτινικές αλλοιώσεις, δέρμα υπό τάση κ.λπ.

Οι κρημνοί που χρησιμοποιούνται είναι:

- α. Μυοδερματικός κρημνός από τον πλατύ ραχιαίο μυ.
- β. Κρημνοί από τον ορθοκοιλιακό μυ.
- γ. Διάφοροι άλλοι κρημνοί π.χ. οριζόντιος θωρακοεπιγαστρικός δερματικός κρημνός.

- 3. Αποκατάσταση με διατατήρες ιστών.** Δίνεται η δυνατότητα διάτμησης του δέρματος στη περιοχή της μαστεκτομής. Η μέθοδος αυτή μπορεί να εφαρμοσθεί, υπερτερεί σημαντικά των άλλων μεθόδων.

Οι λόγοι είναι οι εξής:

- Ø Χρησιμοποιείται δέρμα της περιοχής (όχι ετερότυπου που διαφέρει σε σύσταση, απόχρωση κλπ.)
- Ø Δεν δημιουργείται δευτερογενές έλλειμμα σε άλλες περιοχές.

- ∅ Δεν δημιουργούνται λειτουργικά ελλείμματα από τη χρήση μυών σε μυοδερματικούς ή μυϊκούς κρημνούς.
- ∅ Δεν δημιουργούνται άλλες ουλές.
- ∅ Υπάρχει ευχέρεια προσαρμογής του μεγέθους και του σχήματος με την κατάλληλη επιλογή και του βαθμού διάτασης.
- ∅ Μικρή επιβάρυνση της ασθενούς διότι:
 - P** Οι επεμβάσεις είναι βραχύχρονες
 - P** Η παραμονή στο νοσοκομείο είναι σύντομη
 - P** Οι επιπλοκές είναι σχετικά μικρές.

- 4. Αποκατάσταση με ελεύθερο κρημνό και μικροχειρουργική αναστόμωση.**
 Από τους χρήσιμους κρημνούς που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται ο βουβωνικός, ο ετερόπλευρος πλατύς ραχιαίος και τέλος ο μείζων γλουτιαίος (Malin Dollinger 1992, Κονιάρη Ε. 1993).

7.2. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η θεραπεία του καρκίνου έχει αλλάξει δραματικά τα τελευταία χρόνια. Οι κλινικές δοκιμές έχουν δείξει ότι, ανάλογα με την έκταση της νόσου τα αποτελέσματα από περιορισμένη εκτομή και ακτινοθεραπεία πλησιάζουν αυτά της τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής.

Η καλύτερη θεραπεία για καρκίνο του μαστού είναι ασαφής, αλλά η θεραπεία εκλογής οφείλει να εξαρτάται από την προκύπτουσα ποιότητα ζωής.

Όταν συγκρίνεται η έκβαση της αποκατάστασης λειτουργικότητας μετά από διαφορετικές εγχειρήσεις για καρκίνο μαστού προκύπτει ότι η ριζική μαστεκτομή οδηγεί σε σοβαρές αλλαγές στάσης, συχνή ελάττωση του εύρους της κίνησης και της ισχύος στον ώμο και συχνά χρόνιο λεμφοίδημα. Με την χρήση περισσότερων συντηρητικών επεμβάσεων, η παραμόρφωση που οφείλεται στην απώλεια του θωρακικού μυός και ρίκνωση της χειρουργικής ουλής μειώνεται. Μερικά πράγματα

εν τούτοις δεν έχουν αλλάξει. Το 1976 ο Rollard και συν καθόρισαν ότι η εύκαιρη έναρξη φυσιοθεραπείας σε όλες τις μορφές της θεραπείας για καρκίνο μαστού είναι σημαντικότερος παράγοντας στην επίτευξη καλύτερης κινητικότητας του ώμου.

Άλλωστε δεν υπάρχουν μαρτυρίες ή τεκμηρίωση για διάσπαση του τραύματος όταν γίνει πρώιμη κινητοποίηση του άκρου μετεγχειρητική, πράγμα που ενισχύει την άποψη για αναγκαιότητα της πρώιμης έναρξης φυσιοθεραπείας. Επειδή οι άρρωστες που χειρουργούνται για καρκίνο του μαστού μένουν τουλάχιστον για 5 μέρες στο νοσοκομείο κατά μέσο όρο, γίνεται δυνατή η άμεση μετεγχειρητική έναρξη φυσιοθεραπείας με την παράλληλη εξοικείωση του θεράποντα γιατρού στο θέμα ο οποίος πρέπει να έχει άμεσο ενδιαφέρον σε αυτό (Κονιάρη Ε. 1993).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1. ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Υπάρχουν τέσσερα βασικά σημεία για τα οποία έχει αναγνωριστεί ότι η φυσιοθεραπευτική παρέμβαση είναι αναγκαία στα άτομα που έχουν χειρουργηθεί για καρκίνο του μαστού : στάση, εύρος της κίνησης, ισχύς και λεμφοίδημα.

1. **Στάση:** Οι ασθενείς πρέπει να είναι ενήμεροι εκ των προτέρων για ενδεχόμενες αλλαγές στη στάση του σώματος που μπορούν να συμβούν μετά από μαστεκτομή. Αν και οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν γίνει λιγότερο παραμορφωτικές, οι ασθενείς μπορεί ακόμη να αναπτύξουν ασυμμετρία η οποία εξαρτάται από την έκταση στην εγχείρησή τους. Όπως είναι δυνατόν να συμβεί με οποιαδήποτε χειρουργικό τραύμα, η ασθενής μπορεί να παρουσιάσει προστατευτική ακινητοποίηση κύρια προς το μέρος της δυσανεξίας και κάμψη του κορμού. Ακόμη και με τις παροχετεύσεις τοποθετημένες στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο, είναι σημαντικό ότι η ασθενής πρέπει να είναι ενήμερη της κακής στάσης και πρέπει να οδηγηθεί στη διόρθωσή της. Οι διδασκόμενες ασκήσεις περιλαμβάνουν την πωγωνιαία κάμψη με ραχιαία έκταση, ανάσπαση και έσω έλξη της ωμοπλάτης ενθαρρύνεται η φυσική αιώρηση του άκρου. Όταν γίνεται μεταφορά αντικειμένων, ιδανικό είναι να χρησιμοποιούνται και τα δύο χέρια.

Εκτός διαφορετικής συμβουλής του χειρουργού, δε θα πρέπει να μεταφέρεται βάρος πάνω από 2,5 Kgr με το πάσχον άκρο για μια περίοδο μέχρι 8 εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Καθώς τα άνω και τα κάτω άκρα συσχετίζονται στενά, ένα οσφυϊκό μαξιλάρι μπορεί να βοηθήσει για δραστηριότητες σε καθημερινή θέση συνδυασμό με ρύθμιση του ύψους της καρέκλας και του τραπέζιου ώστε να επιτρέπουν καλή υποστήριξη του κορμού όταν η ασθενής χρησιμοποιεί το πάσχον άνω άκρο. Οι ασθενείς

πρέπει να διδάσκονται από το φυσιοθεραπευτή τους πως θα αποκτήσουν καλές συνήθειες στάσης του σώματος.

2. **Εύρος κίνησης:** Η προοπτική μελέτη έχει δείξει ότι οι ασθενείς που υφίστανται μετεγχειρητική φυσιοθεραπεία έχουν επιτύχει καλύτερο εύρος κίνησης και επιστρέφουν νωρίτερα στην προεγχειρητική τους κατάσταση από τους ασθενείς που δεν έκαναν θεραπεία. Αναφέρει ότι στους 3 μήνες που ακολουθούν την εγχείρηση, οι ασθενείς που είχαν άμεση φυσιοθεραπεία μετά την εγχείρηση εξασφάλισαν ένα πλεονέκτημα παραπάνω από αυτούς που δεν είχαν υποστεί. Όταν οι φυσιοθεραπευτές αρχίζουν το μετεγχειρητικό πρόγραμμα εξάσκησης πρέπει να δίνονται συχνές οδηγίες στους ασθενείς εφόσον παροχετεύεται ακόμη το τραύμα. Ενώ η παροχέτευση είναι μέσα, προσαγωγή και απαγωγή του ώμου επιτρέπονται μέχρι 90 βαθμούς στην προσβληθείσα περιοχή. Μετά την αφαίρεση της παροχέτευσης, πλήρης κίνηση του ώμου πρέπει να είναι εφικτή μέσα σε 2 έως 4 εβδομάδες από μαστεκτομή. Πιστεύεται ότι αυτή η χρονική περίοδος επιτρέπει την πλήρη κινητοποίηση και εμποδίζει την πρόσκληση επιπλοκής από το τραύμα, που οφείλεται μερικές φορές στην πολύ επιθετική άσκηση. Δίνονται προσεκτικές οδηγίες για μετεγχειρητικές ασκήσεις ώστε να αποτραπούν ενδεχόμενες κινήσεις υποκατάστασης.

Παραδείγματα διδασκόμενων ασκήσεων περιλαμβάνουν:

- Ø Κάμψη και απαγωγή του ώμου (κίνηση αναρρίχησης σε τοίχο με τα άνω άκρα)
- Ø Χέρια πίσω από τον αυχένα και όρθια κεφαλή με τους αγκώνες να κινούνται αργά προς τα μέσα και έξω.
- Ø Κίνηση σκουπίσματος της ράχης με πετσέτα.
- Ø Κινήσεις κουπιού
- Ø Γύρισμα σχοινάκι
- Ø Κινήσεις τροχαλίας

Επιπροσθέτως οι ασθενείς ενθαρρύνονται στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους για να μπορέσουν να επανακτήσουν την πλήρη κινητικότητα.

Μόλις αφαιρεθούν τα ράμματα να αρχίσει η κινητοποίηση του δέρματος στο προσβληθέν θωρακικό τοίχωμα. Η εφαρμογή απαλών αλλά σταθερών μαλάξεων πάνω και γύρω από την επιφάνεια της ουλής μπορεί να προλάβει τη δημιουργία συμφύσεων στο όριο μαλακών μορίων και ουλής και έτσι η κινητικότητα των γύρω ιστών και των άνω άκρων μπορεί να βοηθηθεί.

Ομαδικές δραστηριότητες επίσης βοηθούν αυτούς τους ασθενείς στο να φέρουν εις πέρας τους κινητικούς της σκοπούς. Δραστηριότητες όπως χορός, οργανωμένα προγράμματα και ασκήσεις στο νερό έχουν δείξει ευνοϊκά αποτελέσματα.

- 3. Μυϊκή Ισχύς:** Όταν οι φυσιοθεραπευτές δουλεύουν με ασθενείς καρκίνο του μαστού πρέπει να αποβλέπουν σε ειδική μυϊκή ενίσχυση καθώς και σε βελτίωση της γενικής κατάστασης. Επιπροσθέτως στην άμεση μετεγχειρητική φυσιοθεραπεία οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού μπορούν να επωφεληθούν από ένα πρόγραμμα ασκήσεων για όλη τη μετεγχειρητική περίοδο ακόμη και κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας, τροποποιήσεις όπου είναι αναγκαίες.

Οι ειδικοί μύες που αφορούν τη μαστεκτομή είναι ο μείζων θωρακικός, πλατύς ραχιαίος και πρόσθιος οδοντωτός. Αν και οι αλλαγές στη χειρουργική τεχνική έχουν επιστρέψει τη διατήρηση αυτών των μυών, η δυσχρηστία και η μείωση στη κινητικότητα κάνουν ακόμα πιο αναγκαία τη διδασκαλία ασκήσεων. Παραδείγματα για ειδικές ενισχυτικές ασκήσεις περιλαμβάνουν σπρώξιμο με τα χέρια στον τοίχο (κάμψεις) με προοδευτική μετάβαση σε κάμψεις επί του εδάφους για την ενίσχυση του πρόσθιου οδοντωτού και τη χρήση προοδευτικά αυξανόμενων βαρών για την ενίσχυση του πλατέα ραχιαίου μυός. Τονίζεται η σημασία της συνέχισης του προγράμματος άσκησης στο σπίτι και δίνονται οδηγίες για μια σειρά αναγκαίων ασκήσεων που δεν χρειάζονται εξοπλισμό και γυμνάζουν 3 περιοχές – κλειδιά για σωστή στάση (παράστημα), κινητικότητα και μυϊκή ενίσχυση.

- 4. Λεμφοίδημα.** Το λεμφοίδημα όταν παρουσιαστεί, εξακολουθεί και σήμερα να είναι δύσκολο στη θεραπεία. Ειδικά μέτρα βρέθηκαν χρήσιμα για τη μείωση της συνόδου διόγκωσης, του άκρου, περιλαμβάνουν συμπίεση μια μικρής μαλακής μπάλας ανύψωση του άκρου και απαλή αλλά συμπαγή μάλαξη του άνω άκρου με κατεύθυνση από την περιφέρεια προς το κέντρο. Όταν επιτύχουμε στο την επιθυμητή μείωση της διόγκωσης του τότε είναι αναγκαία η εφαρμογή μιας θήκης (μαζί με γάντι) πίεσης προκειμένου να διατηρηθεί μαλακό το μέλος. Σήμερα υπάρχει μια πληθώρα πειστικών ενδυμάτων που είναι διαθέσιμα στο εμπόριο. Τα πιο άνετα φαίνεται να είναι αυτά χωρίς ραφή και με τρισδιάστατη ύφανση. Για να έχουμε μακρόχρονη μείωση της διόγκωσης του άνω άκρου, πρέπει οπωσδήποτε να φοριέται μια θήκη και γάντι (Παπανικολάου Ν. 1994, Κονιάρη Ε. 1993, Isseibacher, Braunwald 1991, Guiseppe Cilia 1993).



ΜΕΡΟΣ
ΔΕΥΤΕΡΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Α. Μέτρα ασφαλείας κατά τη χρήση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων Μπορούμε να χωρίσουμε τα μέτρα ασφαλείας σε δύο φάσεις:

Α. Τη φάση παραγωγής, η οποία αφορά το υγειονομικό προσωπικό κυρίως. Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει πληροφορίες σχετικά με τα χειριζόμενα φάρμακα, όσον αφορά στη δοσολογία στη διατήρηση τους και στη σταθερότητα, στον τρόπο χορήγησης, στις ανεπιθύμητες ενέργειες και στους κινδύνους από την έκθεση σε αυτά.

Η έκθεση του προσωπικού κατά τη διάλυση και τη χορήγηση τους είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκινογένεση. Κατ'αρχήν, πρέπει να αναφερθούν οι οδοί μόλυνσης, οι οποίες είναι:

- α. Το δέρμα :δηλαδή η άμεση επαφή του φαρμάκου με το δέρμα.
- β. Η αναπνευστική οδός, δηλαδή η εισπνοή και η λήψη αεροδιασκορπισμένων σωματιδίων των φαρμάκων.

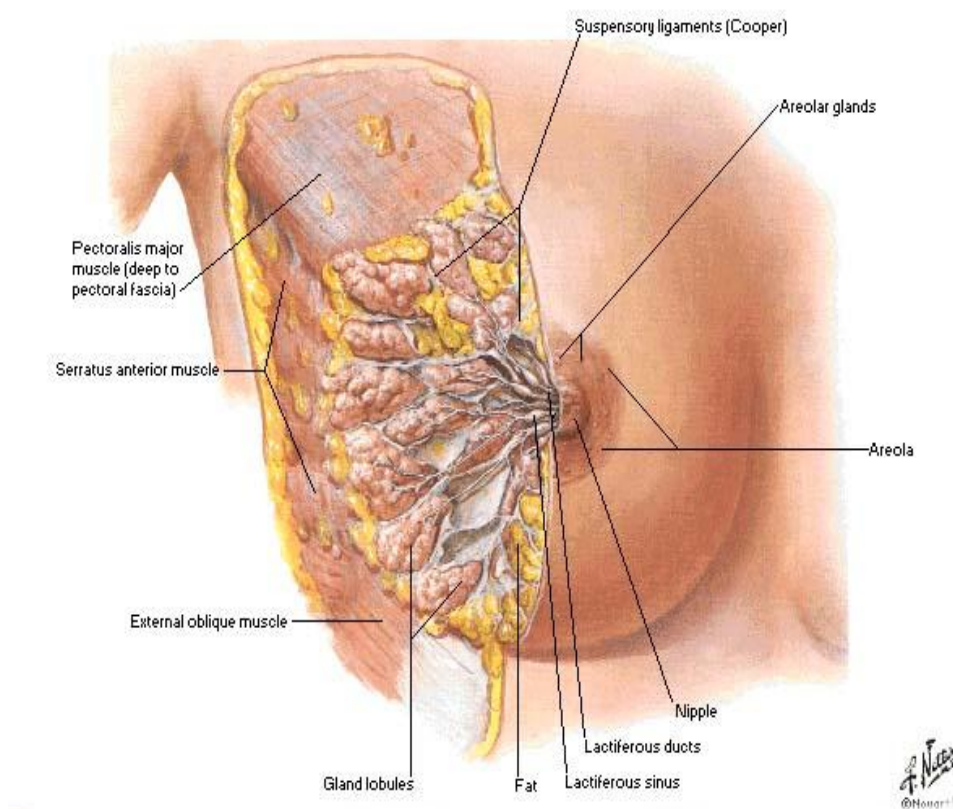
Σε αυτή την φάση, κάθε φαρμακευτική εταιρία μπορεί να περιορίσει τον αεροδιασκορπισμό σωματιδίων των φαρμάκων κατά τη διάλυση τους (αυτά δηλαδή που συσκευάζονται υπό τη μορφή σκόνης).

Β. Τη φάση της προετοιμασίας και της χορήγησης των φαρμάκων, η οποία αφορά το ασθενή και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

- α. Μέτρα ασφάλειας για τον ασθενή

Η φάση της προετοιμασίας και της χορήγησης χημειοθεραπευτικών φαρμάκων πρέπει να γίνεται από πεπειραμένο και εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την αποφυγή περισσότερων ανεπιθύμητων ενεργειών σε βάρος της ασθενούς. Πρέπει εδώ να τονισθεί ιδιαίτερα η επέμβαση της νοσηλεύτριας για την ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με τη χημειοθεραπεία και την ενθάρρυνση της για την αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών. Οι ασθενείς χρειάζεται να γνωρίζουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες των χορηγούμενων φαρμάκων και το τι μπορούν να κάνουν για να τις εμποδίσουν ή να τις μειώσουν. Η ασθενής διδάσκεται πώς να αναγνωρίζει σημεία και συμπτώματα φλεγμονής ή αιμορραγίας. Η ασθενής πρέπει να εξοικειωθεί με τη χημειοθεραπεία και τα διαστήματα επανάληψης της σύμφωνα με το πρωτόκολλο.

Κατά την έναρξη και τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής απαιτείται προσεκτικός έλεγχος εργαστηριακών εξετάσεων όπως π.χ. δοκιμασία ούρων για pH σε θεραπεία με μεθοτρεξάτη (δηλαδή αφού αλκαλοποιηθούν ούρα με διττανθρακική σόδα ελέγχεται η αποβολή του φαρμάκου με τα ούρα). Δώδεκα ώρες πριν από την χορήγηση νεφροτοξικών φαρμάκων αρχίζει η ενυδάτωση (με ορούς) της ασθενούς και συνεχίζει επί 12 μετά ώρες.



Γίνεται ηλεκτροκαρδιογράφημα της ασθενούς πριν από την έναρξη της θεραπείας, ιδίως όταν το φάρμακο είναι καρδιοτοξικό. Π.χ. Adriblastina.

Απαιτείται η παρακολούθηση για σημεία αφυδάτωσης και ηλεκτρολυτικής ισορροπίας (σε διάρροια, εμετούς και απώλεια ουρών) της ασθενούς. Γι' αυτό, γίνεται μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών της.

Προσοχή στην ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων, τα οποία πρέπει να προφυλάσσονται από το φως (καλυμμένοι οροί).

Να βρίσκονται έγκαιρα στον όροφο και τοποθετημένα στον κατάλληλο χώρο (ψυγείο αν χρειάζεται) τα φάρμακα που θα χρειαστούν για τη θεραπεία. Πρέπει να δοθεί προσοχή ώστε να μη βγαίνουν τα φάρμακα την τελευταία στιγμή από το ψυγείο (όχι παγωμένα)

Να υπάρχουν τα αντίδοτα των φαρμάκων, όπως π.χ. για τη μεθοτρεξάτη ή λευκοβορίνη. Φάρμακα για την αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών, αντιεμετικά, αντιδιαρροικά, γλυκονικό ασβέστιο και χλωριούχο μαγνήσιο για την αντιμετώπιση σπασμών. Ακόμη, αντίδοτα για νέκρωμα φλεβών, π.χ. θειικό νάτριο.

Μερικά από τα κυτταροστατικά φάρμακα δημιουργούν εκδορές και, όταν φύγουν από τη φλέβα, δημιουργούν εξέλκωση ή νέκρωση στους ιστούς. Όλα τα φάρμακα που δίνονται ενδοφλεβίως πρέπει να παρακολουθούνται με εξαιρετική προσοχή σε όλη τη διάρκεια της χορήγησης τους και, αν υπάρχουν αμφιβολίες για την καταλληλότητα της φλέβας, η θεραπεία πρέπει να διακόπτεται.

Κατά την ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκων, η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει ότι:

P Προσθέτοντας διαλυτικό μέσα σ' ένα φιαλίδιο, μπορεί να παρουσιασθεί δυσκολία και να εκτιναχθεί το φάρμακο προς τα έξω, εκτός αν προσέξει, ώστε να δημιουργείται περίπου ίση πίεση έξω και μέσα στα φιαλίδια.

P Εάν είναι γνωστό ότι ένα φάρμακο προκαλεί εκδορές, πρέπει να χορηγείται πρώτο, γιατί στην αρχή η φλέβα είναι υγιής και ο κίνδυνος για υποδόρια έγχυση είναι μικρότερος.

P Η φλέβα πρέπει να είναι σταθερή και ελαστική και κατά το δυνατόν να μην έχει τρυπηθεί πριν.

P Το σημείο της έγχυσης προτιμάται να είναι η ράχη της άκρας χειρός, ο καρπός ή ο ωλεκράνιος βόθρος.

P Εξελκωμένες και ερεθισμένες περιοχές πρέπει να αποφεύγονται.

- P** Σε μέρος που δυσκολεύεται η κυκλοφορία του αίματος, η θεραπεία πρέπει να αποφεύγεται, π.χ. θρομβοφλεβίδια, τραύμα, ακινητοποιημένο μέλος λόγω κατάγματος. Επίσης, στο χέρι από την πλευρά που έχει γίνει η μαστεκτομή, γιατί δημιουργείται λεμφοίδημα.
- P** Για το καλό όλων, συνίσταται να μη γίνεται απόπειρα φλεβοκέντησης με τη βελόνα από το ίδιο πρόσωπο από 3 φορές. Είναι προτιμότερο να συνεχίσει άλλο άτομο.
- P** Κατά την ενδοφλέβια έγχυση των φαρμάκων, πρέπει να χρησιμοποιείται βελόνα Νο. 21 η 23 G.
- P** Πάντα πριν από ενδοφλέβια έγχυση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου, χορηγούμε φυσιολογικό ορό και παρακολουθείται η περιοχή για υποδόρια έγχυση του υγρού (οίδημα, πόνο, ερυθρότητα). Αν το υγρό πάει ενδοφλεβίως, αρχίζει έγχυση του φαρμάκου.
- P** Μετά την έγχυση του φαρμάκου, ξεπλένεται η βελόνα με έγχυση φυσιολογικού ορού και αφαιρείται.
- P** Αν πρόκειται να δοθούν πολλά φάρμακα, η φλέβα πρέπει να ξεπλένεται καλά πριν από κάθε χορήγηση νέου φαρμάκου.
- P** Φάρμακα που φυλάσσονται στο μπoreί να είναι κρύα για τη φλέβα και είναι σημαντικό η νοσηλεύτρια να μπορεί να ξεχωρίζει μεταξύ αυτού και της αίσθησης του καύσωνα που προκαλείται από την έγχυση.
- P** Αν αμφισβητείται η καταλληλότητα της φλέβας, η έγχυση πρέπει να επαναληφθεί σε άλλη φλέβα και κατά προτίμηση στο άλλο χέρι.
- P** Κατά την χορήγηση, γίνεται συνεχής παρακολούθηση του σημείου της φλεβοκέντησης για συμπτώματα υποδόριας έγχυσης, όπως ελάττωση της ροής του υγρού, πόνο, ερυθρότητα, οίδημα στο σημείο φλεβοκέντησης, μη επιστροφή του αίματος στη σύριγγα, αν εφαρμόσουμε αναρρόφηση.
- P** Η νοσηλεύτρια, σε υποψία έγχυσης του φαρμάκου έξω από τη φλέβα, ενεργεί ως εξής:
- Ø** Βγάξει αμέσως τη βελόνα.
 - Ø** Σκεπάζει αμέσως το σημείο με παγάκια.
 - Ø** Ενημερώνει το γιατρό.
 - Ø** Χορηγεί 100mg υδροκορτιζόνης υποδόριος στο σημείο που υποπτεύεται την έγχυση του χημειοθεραπευτικού (εντολή γιατρού).

- P** Απλώνει κρέμα υδροκορντιζόνης 1%. Συνεχίζει να βάζει κρέμα δυο φορές τη ημέρα, μέχρι να υποχωρήσει ο ερεθισμός.
- P** Ενημερώνει επίσης τον ασθενή να τοποθετεί ο ίδιος παγάκια για 10min σε περιοδικά διαστήματα κατά τη διάρκεια του πρώτου 24ώρου και να αναφέρει τις αλλαγές.
- P** Μέτρα ασφαλείας για το υγειονομικό προσωπικό.

Στη φάση προετοιμασίας και χορήγησης των χημειοθεραπευτικών υπάγονται και τα μέτρα ασφαλείας που πρέπει να λαμβάνει το υγειονομικό προσωπικό που χειρίζεται τα κυτταροστατικά φάρμακα, για να απαλλαγεί από τις μεταλλαξιογόνες και τις καρκινογόνες επιδράσεις που ασκούν πάνω του.

Στις περιπτώσεις που τα κυτταροστατικά φάρμακα ετοιμάζονται στα νοσοκομεία, σε ορόφους ή στα εξωτερικά ιατρεία πρέπει να υπάρχει διαφανές διάφραγμα μεταξύ εργαζομένου και χώρου προετοιμασίας. Ο ιδεώδης τρόπος είναι αυτά τα φάρμακα να ετοιμάζονται σε ειδικό χώρο, όπου υπάρχει ανεμιστήρας με αέρα που βγαίνει με κάθετη κατεύθυνση προς τα έξω, και ακόμη η διαδικασία αυτή να γίνεται σε ειδικό χώρο που το προσωπικό χειρίζεται μόνο χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας των κυτταροστατικών φαρμάκων στους ορόφους η νοσηλεύτρια πρέπει να φορά:

- P** Πλαστικά γάντια κατά την διάλυση, που να αλλάζονται κατά την έγχυση του φαρμάκου στη φλέβα.
- P** Προστατευτικά γυαλιά κατά τη διάλυση.
- P** Μάσκα κατά την διάλυση.
- P** Πλαστικά ποδιά κατά τη διάλυση και κατά την έγχυση του φαρμάκου στη φλέβα. Τα χέρια πρέπει να πλένονται καλά πριν φορεθούν τα γάντια καθώς και μετά την αφαίρεση τους.

Σε περίπτωση μόλυνσης του δέρματος, πρέπει να πλένεται καλά η περιοχή με σαπούνι και νερό και αν εκτεθούν τα μάτια, πρέπει να πλένονται με άφθονη ποσότητα νερού.

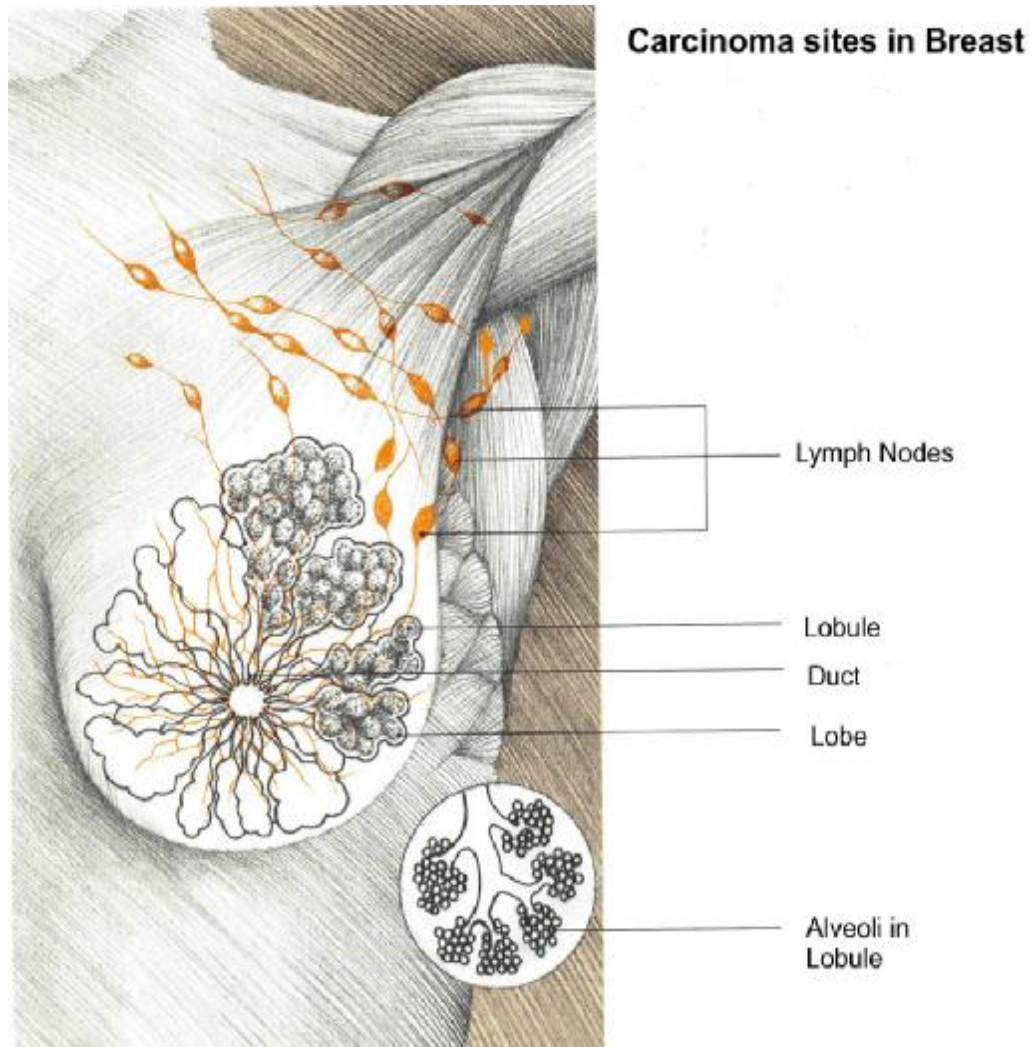
Μεγάλη προσοχή πρέπει να δίνεται επίσης στην απόρριψη των απεκκριμάτων των ασθενών που μπορεί να περιέχουν αναλλοίωτα φάρμακα ή κυτταροστατικούς μεταβολίτες. Τα κυτταροστατικά φάρμακα ή απεκκρίνονται από τα ούρα ή από τα κόπρανα ή και από τα δύο. Επίσης, έχει αναφερθεί φάρμακο στο μητρικό γάλα, π.χ. Endoxan. Καλό είναι οι επίτοκες νοσηλεύτριες να αποφεύγουν όλες τις φάσεις χρήσης των κυτταροστατικών φαρμάκων, ειδικά τους πρώτους μήνες της κύησης, για την αποφυγή τερατογεννήσεων.

Όλα τα μολυσμένα υλικά, όπως μπλούζες, γάντια, κενά φιαλίδια φαρμάκων, αχρησιμοποίητα φάρμακα, πρέπει να μαζεύονται σε δοχεία με κόκκινη ετικέτα με την επιγραφή «ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΑΠΟΡΡΙΜΑΤΑ».

B. Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή χημειοθεραπείας

- A. Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει η ασθενής και η οικογένεια της) προσέγγιση της ασθενούς και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθεια της ως ενιαίας οντότητας, που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.
- B. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την τοποθέτηση των ασθενών που θα υποβληθούν σε θεραπεία σε μικρό θάλαμο, ετοιμάζονται για την αντιμετώπιση επιπλοκών και, προκειμένου για ειδικό τμήμα, εξοικειώνεται με τη χρήση του εξοπλισμού, όπως της άσηπτης κλήνης και περιορίζει στο τμήμα της το επισκεπτήριο στο ελάχιστο.
- Γ. Η νοσηλεύτρια βεβαιώνει την ασθενή πως οι τοξικές ενέργειες και οι ανεπιθύμητες επιδράσεις του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από την μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα με την ευεργετική καταστροφή των κακοηθών κυττάρων καταστρέφουν και τα υγιή.
- Δ. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση της ασθενούς, για να δεχθεί να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της.
- Ε. Προσφέρεται στην ασθενή ότι έντυπη πληροφορία.
- Στ. Γίνεται γενική αξιολόγηση της ασθενούς για τη θρέψη της, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, το βαθμό κινητικότητας, τη

συναισθηματική κατάσταση, την ευαισθησία της σε διάφορα φάρμακα κλπ. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων ακτινογραφικών ή χημειοθεραπείας (Παπανικολάου Ν. 1989, Κονιάρη Ε. 1991, Cancer: Principles and Practice of oncology 1993).



9.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έλθει σε επαφή μαζί της. Από τη στιγμή αυτή, η νοσηλεύτρια με το ενδιαφέρον, την κατανόηση της θέσης της ασθενούς και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στην ασθενή ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας αναφέρονται:

- Στην ενημέρωση της ασθενούς για τη θεραπεία. Οι ασθενείς χρειάζονται σωστή ενημέρωση για την θεραπεία στην οποία θα υποβληθούν και νιώθουν την ανάγκη να βεβαιωθούν ότι αυτή θα είναι ανώδυνη και ακίνδυνη. Η νοσηλεύτρια πρέπει να βρει την κατάλληλη στιγμή κατά την διάρκεια της θεραπείας ώστε να δώσει στην ασθενή ρεαλιστική εικόνα των ανεπιθύμητων ενεργειών που πρόκειται να εμφανισθούν, των μέτρων που πρόκειται να ληφθούν για την πρόληψη και αντιμετώπιση τους και των ατόμων στα οποία μπορεί να απευθυνθεί για την λήψη πληροφοριών.
- Στην προετοιμασία και τη βοήθεια της ασθενούς για την θεραπεία.
- Στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την ασθενή, το περιβάλλον και τον εαυτό της.
- Στην ψυχολογική τόνωση της ασθενούς πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.

Προεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Η νοσηλεύτρια ενημερώνεται από τον φάκελο της ασθενούς για:

- α. Το είδος της ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε.
- β. Την ακριβή θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία.

- γ. Το σκοπό της ακτινοβόλησης (θεραπευτικό ή ανακουφιστικό).
- δ. Τον αριθμό των συνεδρίων που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει. Ανάλογα με το πώς αντιλαμβάνεται η ασθενής το είδος αυτό της θεραπείας επισημαίνει τα προβλήματα και τις ανάγκες της ασθενούς και με βάση αυτές θέτει τους σκοπούς και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις

Διδασκαλία

- α. Ενημερώνεται η ασθενής για τις αναμενόμενες και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας, επίσης δίνονται συμβουλές για την καλύτερη δυνατή συνεργασία και την συμβολή της ασθενούς στην ακτινοθεραπεία και τον σχεδιασμό της φροντίδας.
- β. Παρέχει η νοσηλεύτρια έντυπο πληροφοριακού υλικού από ακτινολογικό τμήμα και αν είναι δυνατόν ενισχύει την προφορική διδασκαλία.
- γ. Παρέχει γραπτές οδηγίες για την φροντίδα του δέρματος τις διατροφικές τροποποιήσεις, την ώρα που έχει καθοριστεί η κάθε συνεδρία, τη φαρμακευτική αγωγή.

Διατροφή

- α. Επισημαίνεται η αναγκαιότητα της διατήρησης των διατροφικών συνηθειών, μια πρόσθετη χορήγηση τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας, η οποία είναι ζωτικής σημασίας για την αντοχή του οργανισμού στην ακτινοθεραπεία.
- β. Ενθαρρύνονται τα μικρά και συχνά γεύματα. Εκτός των τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας, χορηγούνται και συμπληρωματικές τροφές, οι οποίες παρέχουν πρόσθετες θερμίδες και πρωτεΐνες που συμβάλλουν στην ανασύσταση των καταστραμμένων ιστών.
- γ. Ενθαρρύνεται η επαρκής λήψη υγρών. Οι μεταβολικές ανάγκες των ιστών είναι αυξημένες και απαιτείται αυξημένη χορήγηση υγρών για αποβολή των άχρηστων ουσιών.
- δ. Ζυγίζει καθημερινά τον ασθενή και συγκρίνει τα αποτελέσματα μεταξύ τους αλλά και αντίστοιχα πριν από την έναρξη της θεραπείας.

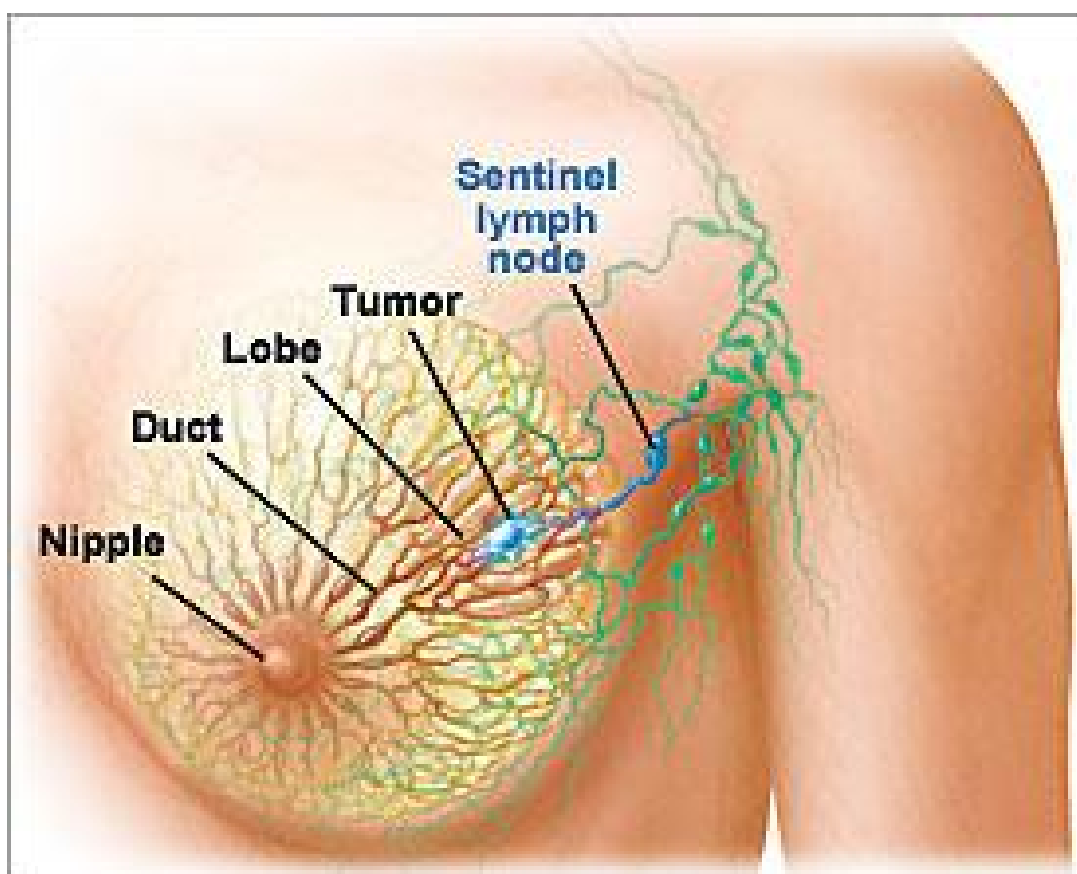
- ε. Χορηγεί αναλγητικά και αντιεμετικά φάρμακα περίπου δύο ώρες πριν από το γεύμα. Αξιολογεί την αποτελεσματικότητά τους.
- στ. Γνωστοποιεί στην ασθενή ότι η λήψη κρύων τροφών μπορεί να βοηθήσει στην αναισθητοποίηση και στην ανακούφιση του πόνου της στοματικής κοιλότητας. Για την αντιμετώπιση στοματοφαρυγγικού πόνου, ο οποίος παρεμποδίζει όχι μόνο την λήψη τροφής αλλά και την ομιλία, συμβουλεύει την ασθενή να αποφεύγει όλες εκείνες τις ουσίες, όπως καπνό και οινοπνευματώδη, που μπορεί να επιδεινώσουν την κατάσταση της. Η τροφή να λαμβάνεται κρύα (σε θερμοκρασία δωματίου) και όχι καυτή ή παγωμένη.
- ζ. Διδάσκει στην ασθενή τεχνικές για την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. Συνιστά τη χρησιμοποίησης μαλακής οδοντόβουρτσας καθώς και τη χρήση οδοντιατρικού νήματος. Φροντίζει ώστε τα χείλη να παραμείνουν υγρά.
- η. Χορηγεί αναλγητικά και αντιβιοτικά (με εντολή γιατρού).
- θ. Η νοσηλεύτρια ελέγχει και παρακολουθεί καθημερινά τις εργαστηριακές τιμές των ηλεκτρολυτών, της κρεατινίνης, του αζώτου κτλ.

Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών

- α. Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται.
- β. Ενημερώνεται η ασθενής να μην ξαπλώνει στην περιοχή δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα.
- γ. Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.
- δ. Η ασθενής ενημερώνεται ότι η περιοχή η οποία ακτινοβολείται είναι σημειωμένη με ειδικό μελάνι. Για τον προσδιορισμό της περιοχής αυτής δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ποτέ αυτοκόλλητες ταινίες.
- ε. Η περιοχή αυτή πρέπει να διατηρείται κατά το δυνατόν στεγνή.
- στ. Πλένεται με νερό χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα αποφεύγεται η τριβή.
- ζ. Προστατεύεται από τον ήλιο, το κρύο, αέρα κ.α. Αποφεύγεται η έκθεση της περιοχής στην ηλιακή ακτινοβολία κατά την διάρκεια της θεραπείας αλλά και

ένα χρόνο μετά το τέλος της. Σε αντίθετη περίπτωση χρησιμοποιεί αντηλιακό με δείκτη προστασίας μεγαλύτερο από 15.

- η. Το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται ελέγχεται καθημερινά από τη νοσηλεύτρια για ερύθημα, κνησμό, αφυδάτωση, παρουσία φλυκταινών και απολέπιση.
- θ. Όσον αφορά στη διάρροια, η νοσηλεύτρια εκτιμά την ποιότητα και την συχνότητα των κοπράνων.
- ι. Παρακολουθεί τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά, το βάρος και την ηλεκτρολυτική ισορροπία. Αφυδάτωση, μείωση του βάρους και διαταραχή των ηλεκτρολυτών είναι αποτέλεσμα της διάρροιας.



Προετοιμασία της ασθενούς για έξοδο

- α. Παρέχει στην ασθενή κατάλογο με τις ακριβείς ημερομηνίες κάθε συνεδρίας και των συναντήσεων με το γιατρό.
- β. Ενημερώνει την ασθενή σχετικά με αλλαγές στο διαιτολόγιο και στη λήψη τροφής κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
- γ. Εκτιμά και αξιολογεί τις ανάγκες φροντίδας της ασθενούς στο σπίτι.

Μετεγχειριτική ακτινοθεραπεία

Το ραδιοϊσότοπο που χρησιμοποιείται στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι Ir-192. Για την τοποθέτηση του (με μορφή βελόνων, ελασμάτων ή κόκκων) η ασθενής προετοιμάζεται για χειρουργεί.

Η ασθενής ενημερώνεται για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας της. Μετά την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου, η ασθενής έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα.

Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, η ασθενής απομονώνεται επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί (με υποδιπλασιασμό ελαχιστοποιείται η ραδιενεργός δράση του – χρόνος υποδιπλασιασμού Ir -192=74 ημέρες) ή να αφαιρεθεί.

Η νοσηλεύτρια, πριν φτάσει ακόμα στην ασθενή για την εκτίμηση των αναγκών και των προβλημάτων της και στον προγραμματισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων της,

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

Επίσης, οφείλει να γνωρίζει το είδος της ακτινοβολίας που θα εκπέμπει (β και γ ακτίνες).

Νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις

Διδασκαλία

- α) Η νοσηλεύτρια εξηγεί στην ασθενή τις διαδικασίες που ακολουθούνται και το τι πρέπει να περιμένει η ασθενής.
- β) Εξηγούνται στην ασθενή απαραίτητες προφυλάξεις οι οποίες πρέπει να παρθούν μετά την εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου εμφυτεύματος, συμπεριλαμβανομένων της απομόνωσης και του περιορισμού των επισκεπτών.
- γ) Ενθαρρύνεται η συνομιλία και η έκφραση φόβων, συναισθημάτων και ανησυχιών.

Διατροφή

- α) Ενθαρρύνει την ασθενή να περπατά για να παρεμποδίσει τις διαταραχές στην κένωση του εντερικού σωλήνα ή διαταραχές στην ούρηση.
- β) Παρακολουθεί και ελέγχει την παρεντερική χορήγηση υγρών η οποία σκοπεύει στην καλή ενυδάτωση της ασθενούς, ενθαρρύνει επίσης την λήψη υγρών από το στόμα, ενώ ταυτόχρονα καταγράφει τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά για την διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.
- γ) Ελέγχει και παρακολουθεί την περιοχή του δέρματος, κάτω από την οποία βρίσκεται το εμφύτευμα, για την εμφάνιση σημείων φλεγμονής (οιδήματος, πόνου, ερυθρότητας, αύξηση της θερμοκρασίας).

Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών

- α) Παρατηρεί την ασθενή για σημεία πόνου και έλλειψη άνεσης, όπως κόπωση, εξάντληση, ανησυχία, άγχος, ευερεθιστότητα, υψηλή συχνότητα σφυγμών.
- β) Χορηγεί αναλγητικά (με εντολή γιατρού), εκτιμά και καταγράφει την ανταπόκριση της ασθενούς.
- γ) Παρέχει φροντίδα για τη σωστή υγιεινή της στοματικής κοιλότητας.

Κοινωνική απομόνωση και έλλειψη αυτοφροντίδας

- P** Η ασθενής τοποθετείται σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με το χώρο των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούθησης της ασθενούς, τουαλέτα, λουτρό. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν την μόλυνση του περιβάλλοντος. Ενημερώνεται η ασθενής πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό και γιατί εφαρμόζεται.
- P** Στην πόρτα του δωματίου, στο φάκελο και στο φάκελο της ασθενούς τοποθετείται η ειδική πινακίδα με το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας.
- P** Η νοσηλεύτρια που νοσηλεύει ασθενή με ραδιοισοτοπικό εμφύτευμα φέρει πάνω της ειδικό δοσίμετρο, το οποίο μετράει την έκθεση στην ακτινοβολία και δεν πρέπει να το μοιράζεται με το άλλο προσωπικό. Όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο που τον χρησιμοποιεί δέχτηκε περισσότερη από την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας απομακρύνεται από τον χώρο της ακτινοβολίας. Επίσης όλο το προσωπικό που εργάζεται σε αυτόν τον χώρο φοράει τέτοιο μετρητή, ο οποίος ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς.
- P** Περιορίζει τους επισκέπτες. Δεν αφήνει παιδιά κάτω των 16 ή έγκυες γυναίκες να επισκεφτούν την ασθενή ή να της προσφέρουν οποιαδήποτε άλλη φροντίδα. Η παραμονή κάθε επισκέπτη στον χώρο δεν πρέπει να ξεπερνά τα 15min/24ωρο.
- P** Κατά την προσφορά νοσηλείας στην ασθενή, η νοσηλεύτρια γνωρίζει και λαμβάνει τα προστατευτικά μέτρα, απόσταση και χρόνο, για τον εαυτό της, χωρίς όμως να εγκαταλείπεται η ασθενής. Κατά την προσέγγιση της ασθενούς φοράει μπλούζα και γάντια τα οποία βάζει σε δοχεία από μολύβι πριν φύγει από το θάλαμο.
- P** Η νοσηλεύτρια ταΐζει την ασθενή ή την βοηθάει να φάει. Καθαρίζει το πρόσωπο και τα χέρια της ασθενούς και προσφέρει περιποίηση του στόματος πριν και μετά τα γεύματα.
- P** Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς προγραμματίζεται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε διαφορετικά καθήκοντα και παρεμβάσεις να διεκπεραιώνονται στις καθορισμένες επισκέψεις της νοσηλεύτριας.
- P** Η νοσηλεύτρια ελέγχει όλον τον ιματισμό του κρεβατιού και της ασθενής για να εξακριβώσει αν η πηγή της ακτινοβολίας είναι στην θέση της. Αν

θωρακισμένη πηγή έφυγε από την θέση που εμφυτεύτηκε ή τοποθετήθηκε και βρίσκεται στο κρεβάτι της ασθενούς ή στο δάπεδο πρέπει να πιάνεται με ειδικές μακριές λαβίδες και τοποθετείται στη θήκη της.

P Ποτέ δεν πρέπει να πιάνεται ραδιενεργός πηγή με γυμνά χέρια.

P Η ασθενής προετοιμάζεται ψυχικά και συναισθηματικά για την αφαίρεση του εμφυτεύματος.

- Γίνεται με εντολή γιατρού προκαταρτική χορήγηση φαρμάκων (αναλγητικών – ηρεμιστικών κ.λ.π.) περίπου μία ώρα πριν από την αφαίρεση.
- Δίπλα στο κρεβάτι υπάρχουν ειδικές μακριές λαβίδες και γάντια.
- Υπάρχει ακόμη δίπλα στο κρεβάτι ο ειδικός μεταφορέας της πηγής μετά την αφαίρεσή της.
- Εξηγούνται στην ασθενή οι ακολουθούμενες διαδικασίες και απαιτούνται ερωτήσεις.

ια. Η ασθενής τοποθετείται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να μην δυσχεραίνεται η αφαίρεση του ραδιοϊσοτόπου.

ιβ. Σημειώνεται η ώρα της αφαίρεσης του εμφυτεύματος. Παρακολουθείτε ταυτόχρονα η ανταπόκριση της ασθενούς.

ιγ. Ενημερώνονται οι τεχνικοί του τμήματος ραδιοϊσοτόπων να πάνε στο τμήμα για απομάκρυνση και τη μεταφορά της πηγής.

- Βοηθείται η ασθενής να σηκωθεί και να περπατήσει να κάνει ένα ντους και να δεχθεί επισκέψεις.
- Διαβεβαιώνεται η ασθενής ότι από την στιγμή της αφαίρεσης της πηγής δεν εκπέμπει πια ακτινοβολία.

Φροντίδα μετά την έξοδο της ασθενούς

α. Διδάσκεται η ασθενής να εκτελεί κάθε μήνα την αυτοεξέταση του μαστού.

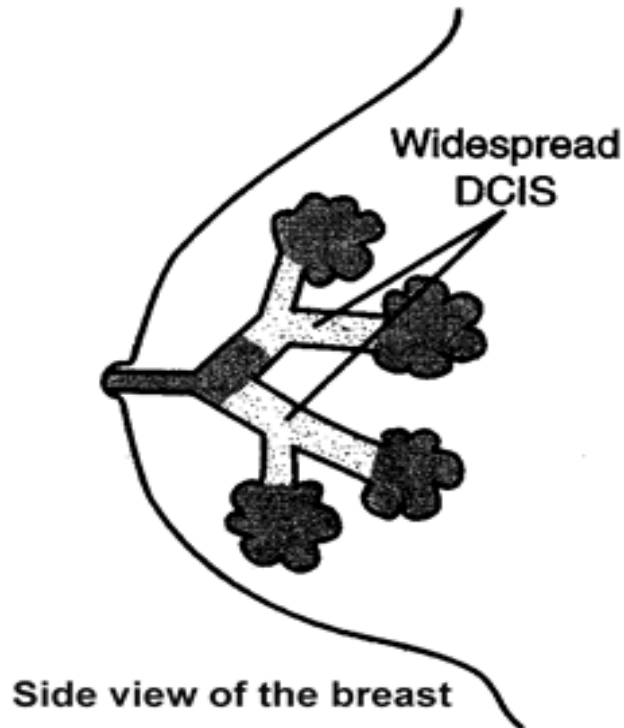
β. Καθοδηγείται να προστατεύει την περιοχή του δέρματος από την ακτινοβολία του ήλιου χρησιμοποιώντας αντηλιακά υψηλού δείκτη προστασίας (10-15).

- γ. 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 ακτινοβολήση 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.
- δ. Συμβουλεύεται τέλος να συνεχίσει την υπερλευκωματούχα δίαιτα. αν κριθεί απαραίτητο, η νοσηλεύτρια παραπέμπει την ασθενή σε διαιτολόγο (Αννα Σαχίνη – Καρδάση 1997, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής – ογκολογίας 1999).

9.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

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



Στο σύνολο των προβλημάτων της ασθενούς προστίθεται λοιπόν και αυτό της αλλαγής του σωματικού ειδώλου. Μερικές ασθενείς μπορούν να καταλάβουν τις πιθανότητες της εγχείρησης και ζητούν πληροφορίες σχετικά με τη μετεγχειρητική αποκατάστασή τους, ενώ άλλες δεν έχουν την ικανότητα αυτοσυγκέντρωσης μετά την εγχείρηση.

Η ικανότητα των ασθενών να κατανοήσουν τις πληροφορίες σχετικά με τις διαδικασίες της επέμβασης και τα πιθανά αποτελέσματά της, επηρεάζεται από την σωματική τους κατάσταση. Προϋπάρχοντες παθολογικές καταστάσεις, όπως αναπνευστικά και καρδιακά προβλήματα, είναι δυνατόν να μειώσουν το ενεργειακό επίπεδο της ασθενούς καθώς και τη θέληση για την αυτοσυγκράτηση της, ώστε να αντιμετωπίσει το άγχος της επικείμενης διόγκωσης και θεραπείας.

Η νοσηλεύτρια, για να μπορέσει να βοηθήσει, αλλά και για να ανταποκριθεί η ίδια στο κάλεσμα βοήθειας της ασθενούς, οφείλει να προχωρήσει στη λήψη νοσηλευτικών μέτρων, τα οποία είναι:

- P** Εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς συμπεριλαμβανομένης της αντίδρασης αυτής στη διόγκωση και στους σκοπούς της εγχείρησης καθώς και των φόβων και των αβεβαιοτήτων που θα αντιμετωπίσει.
- P** Προσδιορίζει τα πιθανά αποτελέσματα, που το συγκεκριμένο είδος της εγχείρησης μπορεί να έχει στη λειτουργικότητα του σώματος της ασθενούς και στη διαταραχή του σωματικού ειδώλου.
- P** Εκτιμά τις πιθανές επιπλοκές καθώς και τα ειδικά νοσηλευτικά μέτρα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση προεγχειρητικών σωματικών καταστάσεων της ασθενούς συμπεριλαμβανομένων παθολογικών εξεργασιών.
- P** Εκτιμά το επίπεδο άγχους της ασθενούς σχετικά με διάγνωση, την εγχείρηση και τα αποτελέσματα της καθώς και την ανταπόκριση της οικογένειας της ασθενούς στη νόσο.
- P** Προσδιορίζει το επίπεδο κατανόησης της ασθενούς σχετικά με τις πληροφορίες που της δίνονται για την εγχείρηση τις διαδικασίες που θα ακολουθήσουν και τους χώρους που θα βρει κατά την διάρκεια της εγχείρησης αλλά και αμέσως μετά από αυτήν.
- P** Διαβεβαιώνεται ότι ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας συμπεριλαμβάνει κατάλληλα και την φροντίδα που παρέχεται από το υπόλοιπο προσωπικό υγείας και ότι το σχέδιο φροντίδας είναι κατανοητό και έχει κοινή υποστήριξη.

Προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία

Η παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας θα γίνει μετά την διεκπεραιώσει της νοσηλευτικής διάγνωσης των αναγκών και των προβλημάτων της ασθενούς τα οποία είναι:

α. Αμφιβολίες για την διάγνωση

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

Η νοσηλεύτρια στο νοσοκομείο υποστηρίζει ηθικώς την ασθενή κατά την περίοδο των εξετάσεων οι οποίες γίνονται πριν από την εγχείρηση. Αναγνωρίζει και δικαιολογεί τον φόβο για την διάγνωση ο οποίος διακατέχει την ασθενή και της εξηγεί ότι και αν ακόμα διαπιστωθεί καρκίνος του μαστού, μπορεί να γίνει καλά με

Τα μέσα, τα οποία διαθέτει η ιατρική επιστήμη σήμερα. Ενισχύει επίσης η νοσηλεύτρια την πεποίθηση της ασθενούς ότι ο γιατρός, στα χέρια του οποίου βρίσκεται, είναι πεπειραμένος και θα εφαρμόσει την επιδεινούμενη θεραπεία κατά τον καλύτερο επιστημονικό τρόπο.

β. Άγχος, κατάθλιψη, ψυχική και σωματική αδυναμία σχετιζόμενα με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τα αποτελέσματα της εγχείρησης και ιδιαίτερα με την αλλαγή του σωματικού ειδώλου.

Η σκέψη ότι είναι ενδεχόμενο να πάσχουν από καρκίνο του μαστού φέρνει αντιμέτωπες τις ασθενείς με τη σκληρή πραγματικότητα, δηλ. με την απειλή της σωματικής τους αρτιμέλειας. Η αφαίρεση του μαστού είναι μια από τις περιπτώσεις εκείνες, κατά τις οποίες ο αναπόφευκτος ακρωτηριασμός δημιουργεί έντονο ψυχικό κλονισμό.

Η νοσηλεύτρια, για να μειώσει το άγχος, την αγωνία, την αδυναμία, την κατάθλιψη και όλα τα δυσάρεστα συναισθήματα που σχετίζονται με την ιδέα του άγνωστου και της διαταραχής του σωματικού ειδώλου.

- Κανονίζει την επίσκεψη της ασθενούς στο χειρουργείο και στο δωμάτιο ανάνηψης.
- Εξηγεί στην ασθενή πράγματα που πιθανόν να τις δημιουργούν φόβο, τις διαδικασίες που ακολουθούνται και τα αναμενόμενα αποτελέσματα.
- Εκτιμά την αντίδραση της ασθενούς στην πληροφόρηση των διαδικασιών, επαναλαμβάνει/επαναπροσδιορίζει αυτά που έχουν λεχθεί, αν αυτό κριθεί απαραίτητο.
- Παρέχει πληροφορίες και διαβεβαιώσεις, που η ασθενής επιθυμεί και χρειάζεται για την παραμονή της στο νοσοκομείο, την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και την αναμενόμενη μετεγχειρητική πορεία.

- Ο σχεδιασμός της φροντίδας είναι τέτοιος που να επιτρέπει καθημερινά για τουλάχιστον 15min στη νοσηλεύτρια να κάθεται να ακούσει τις απόψεις και τα συναισθήματα της ασθενούς για την κατάσταση της. Εκτιμά επίσης την προσαρμογή της ασθενούς στην πιθανότητα αφαίρεσης του μαστού.
- Περιλαμβάνει στη διδασκαλία της θέματα, όπως ασκήσεις βήχα και βαθιών αναπνοών, λήψη αναπνευστικών θέσεων, ανακούφιση του πόνου, ασκήσεις του χεριού (σύστοιχου με τη μαστεκτομή), τοποθέτηση παροχετεύσεων.
- Στο τέλος επανεξετάζει τι έχει διδαχθεί, σε τι έχει ενημερωθεί η ασθενής και σε τι όχι. Ανακαλύπτει και λύνει απορίες και παρανοήσεις, που πιθανόν να έχει η ασθενής.

γ. **Δυνατότητα μετεγχειρητικής αυτοφροντίδας**

Η ασθενής και η οικογένεια της θα χρειασθεί να καθοδηγηθούν σχετικά με τη φροντίδα της τομής και τους σημαντικούς περιορισμούς με σκοπό την προαγωγή της γρήγορης ανάρρωσης και την παρεμπόδιση των επιπλοκών.

Η νοσηλεύτρια:

- Καθοδηγεί την ασθενή να παρακολουθεί το μαστό της για τυχόν φλεγμονές, αιμορραγία, αιμάτωμα και να τα αναφέρει στο γιατρό.
- Διδάσκει στην ασθενή συγκεκριμένες τεχνικές φροντίδας της περιοχής.
- Διδάσκει την κατά στάδια αύξηση των δραστηριοτήτων. Η ασθενής είναι δυνατόν να προχωρήσει στις δουλειές του σπιτιού 3-4 εβδομάδες μετά την εγχείρηση.
- Συμβουλεύει την ασθενή να αποφύγει τις έντονες αθλητικές δραστηριότητες (π.χ. τροχάδην, τένις) για 6-8 εβδομάδες μετά την εγχείρηση.
- Τη συμβουλεύει να αποφεύγει οποιοδήποτε τραυματισμό στην περιοχή του μαστού.
- Η νοσηλεύτρια προσέχει ιδιαίτερα την ασθενή για σημεία κατάθλιψης, τα οποία οφείλονται στη δυσαρέσκεια των αποτελεσμάτων(π.χ. άρνηση να κοιτάζει την περιοχή της τομής, να λάβει μέρος σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας κ.λπ.).

Προεγχειρητική σωματική ετοιμασία

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

- P** Λαμβάνεται αίμα για καθορισμό της και γίνεται διασταύρωση για την εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση αν χρειασθεί.
- P** Γίνεται ευπρεπισμός του εγχειρητικού πεδίου και του αντίστοιχου μηρού για τυχόν λήψη δερματικού μοσχεύματος. Ακολουθεί λουτρό καθαριότητας.
- P** Χορηγούνται υπακτικά φάρμακα για την κένωση του εντέρου.
- P** Δίνεται ελαφρό γεύμα κατά το δείπνο και κατόπιν ιατρικής οδηγίας, υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση καλού ύπνου.

Κατά την ημέρα της εγχείρησης:

- P** Λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. Επί πυρετού, ενημερώνεται ο χειρουργός.
- P** Συνιστάται στην ασθενή η κένωση της κύστης.
- P** Αφαιρούνται τα κοσμήματα και οι τεχνικές οδοντοστοιχίες και φυλάσσονται από την προϊστάμενη.
- P** Τοποθετείται ταυτότητα χειρός με το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία της ασθενούς.
- P** Η ασθενής φορά ρούχα χειρουργείου.
- P** Η ασθενής τοποθετείται στο φορείο και οδηγείται στο χειρουργείο με ολόκληρο το φάκελο της (ιατρικό και νοσηλευτικό).

Η προεγχειρητική προετοιμασία κατά την παραμονή και την ημέρα της εγχείρησης φαίνεται, εκ πρώτης όψεως, σαν μια σειρά μηχανικών πράξεων. Εντούτοις, είναι νοσηλευτικό έργο μεγάλης σημασίας, γιατί συμπληρώνει την όλη νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς, την προετοιμάζει πλήρως για την χειρουργική τράπεζα, επισφραγίζει το ενδιαφέρον της νοσηλεύτριας προς την πάσχουσα και την

πείθει, ότι πράγματι η νοσηλεύτρια θα δείξει το ανάλογο ενδιαφέρον και μετά την εγχείρηση της.

Ως συμπέρασμα, θεωρείται ότι η νοσηλεύτρια πέτυχε στην προεγχειρητική ψυχοσωματική προετοιμασία της ασθενούς, αν η ασθενής:

- α) Αποδέχεται την αναπηρία της και δεν θεωρεί ότι υποβιβάζει την αξία της σαν άτομο.
- β) Δίνει πρωτεύουσα θέση στα πνευματικά και ηθικά χαρίσματα και δευτερεύουσα στη σωματική αρτιότητα.
- γ) Είναι αποφασισμένη να ζήσει με την αναπηρία της, υπερβαίνοντας τη σωματική αδυναμία με την ψυχική καλλιέργεια.
- δ) Πιστεύει ότι η ζωή της θα συνεχισθεί και μετά τη μαστεκτομή γιατί θα διαθέτει πολλές δυνατότητες και ικανότητες, οι οποίες δεν θα επηρεασθούν από τη μαστεκτομή και ότι η κοινωνία της επιφυλάσσει μια χρήσιμη θέση.
- ε) Προχωρεί στο χειρουργείο με την καλύτερη σωματική προεγχειρητική ετοιμασία, με αισιοδοξία και ελπίδα, και με εμπιστοσύνη στον χειρουργό και στη νοσηλεύτρια του χειρουργείου για την επιτυχή εκτέλεση της εγχείρησης.

Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

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

Η νοσηλεύτρια μετά από αξιολόγηση και εκτίμηση των αναγκών και των προβλημάτων της ασθενούς, προβαίνει σε υπεύθυνη παρέμβαση και ανάπτυξη δραστηριοτήτων με σκοπό την αντιμετώπιση προβλημάτων και την πρόληψη/ αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Εμφάνιση πόνου

Οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν πάντα ως αποτέλεσμα την εμφάνιση πόνου. Στην μαστεκτομή, ο πόνος οφείλεται στην χειρουργική τομή, αλλά και στην περιορισμένη κινητικότητα του ασθενούς, λόγω της τοποθέτησης του επιδεσμικού υλικού των όρων και των συσκευών παροχέτευσης (κλειστό σύστημα αναρρόφησης με Hemovac).

Η νοσηλεύτρια:

- α) Χορηγεί με εντολή γιατρού αναλγητικά και παρακολουθεί τα επιθυμητά ή ανεπιθύμητα αποτελέσματα τους.
- β) Τοποθετεί την ασθενή σε θέση ημι-Fowler, για την βελτίωση της αναπνοής.
- γ) Χρησιμοποιεί μαξιλάρια για να τοποθετήσει τον αγκώνα ψηλότερα από τον ώμο και την άκρα χείρα ψηλότερα από τον αγκώνα. Όλο το άκρο τοποθετείται σε λειτουργική θέση.
- δ) Αποφεύγει να μετακινεί την ασθενή, σηκώνοντας την ή τραβώντας την από τους ώμους. Κάνει ήρεμες και σταθερές κινήσεις, όταν μετακινεί το σύστοιχο προς την μαστεκτομή άκρο. Υποστηρίζει το θώρακα κατά τη διάρκεια του βήχα με 1-2 μαξιλάρια.
- ε) Λόγω του πόνου και της πιεστικής επίδεσης του τραύματος και ορισμένες φορές και του σύστοιχου βραχίονα επί του θώρακος, η ασθενής αναπνέει επιπόλαια και αποφεύγει να βήξει για να αποβάλλει πτύελα. Κινδυνεύει έτσι να πάθει υποστατική πνευμονία. Η νοσηλεύτρια την διδάσκει πώς να αναπνέει και να βήχει, ιδιαίτερα μετά την χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου.
- στ) Ενθαρρύνει την έγερση της ασθενούς από την πρώτη κιόλας μετεγχειρητική μέρα. Κατά την έγερση συχνά ο βραχίονας της προσβεβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο, για να παρεμποδιστεί η πίεση στο τραύμα και η αύξηση του πόνου. Όταν για πρώτη φορά σηκώνεται η ασθενής από το κρεβάτι, η νοσηλεύτρια την υποβαστάζει, γιατί ενδέχεται να παραχθεί ελαφρά η ισορροπία της, εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.
- ζ) Υπενθυμίζει στην ασθενή να περιορίζει την κινητικότητα του σύστοιχου άκρου.
- η) Τη συμβουλεύει να κοιμάται ανάσκελα, όσο αυτό είναι δυνατόν.

Αιμορραγία

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

Η νοσηλεύτρια:

- A. Παρακολουθεί το επιδεσμικό υλικό τουλάχιστον κάθε 2 ώρες κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο.
- B. Ελέγχει τον ιματισμό του κρεβατιού και του επιδεσμικού υλικού κάτω από την μασχάλη και την πλάτη.
- Γ. Παρακολουθεί και εκτιμά τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 2-4 ώρες γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι για την διαπίστωση αιμορραγίας και shock (ταχύς κυματοειδής ρυθμός, πτώση της αρτηριακής πίεσης, και άτακτες αναπνοές).
- Δ. Ελέγχει τις συσκευές παροχέτευσης ηλεκτρικού ρεύματος (αναρροφητική συσκευή Hemovac). Η αναρρόφηση γίνεται με τη δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γι' αυτό και πρέπει να αδειάζετε προτού γεμίσει τελείως. Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετεύσεων υγρών από τη συσκευή ελέγχονται και αναγράφονται καθημερινά, αφού θα χρησιμεύσουν στο χειρουργείο ως κριτήριο για το χρόνο αφαίρεσης της παροχέτευσης. Όταν τα παροχετευμένα υγρά είναι 50-100cc με αιματηρή σύσταση το πρώτο 24ωρο, το αναφέρει στο γιατρό.
- E. Παρακολουθεί την ενδοφλέβια ορών για την εξασφάλιση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και για τη θερμιδική κάλυψη. Παρατηρεί επίσης το ποσό των ούρων για την εμφάνιση ολιγουρίας (σε αιμορραγία το ποσό του αίματος που κυκλοφορεί στα νεφρά μειώνεται, με αποτέλεσμα την υπολειτουργία των νεφρών και την εμφάνιση ολιγουρίας).
- Στ. Εκτιμά αλλαγές του διανοητικού επιπέδου της ασθενούς (π.χ. σύγχυση, ευερεθιστότητα, μειωμένο επίπεδο συνείδησης) οι οποίες είναι δυνατόν να υποδεικνύουν μειωμένη παροχή αίματος στον εγκέφαλο.
- Z. Ενημερώνει το γιατρό για σημεία αιμορραγίας.

Φροντίδα του τραύματος και πρόληψη φλεγμονής

Η νοσηλεύτρια τηρεί τις αρχές της άσηπτης τεχνικής κατά τις αλλαγές του τραύματος αν υπάρχει, της μαστεκτομής και του μηρού.

Η φροντίδα περιλαμβάνει:

- Ø Επεξήγηση για την βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.
- Ø Σημείωση ότι το πρόσφατο επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση, εξαιτίας της κάκωσης νεύρων.
- Ø Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο κακάο για διενεργήσει της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος (γίνεται με έγκριση γιατρού).

Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τον τακτικό έλεγχο του τραύματος για εμφάνιση σημείων φλεγμονής:

- α. Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 4 ώρες και εκτιμά σημεία που υποδηλώνουν φλεγμονή (π.χ. αύξηση της θερμοκρασίας).
- β. Παρατηρεί την τομή για τοπική αύξηση της θερμότητας, οίδημα, εμφάνιση πύων.

Καταγράφει και αναφέρει αυτά αμέσως στο γιατρό.

- γ. Ελέγχει το πόσο των παροχετεύσεων, το χρώμα και την οσμή.
- δ. Σημειώνει και αναφέρει παράπονα της ασθενούς για έντονο πόνο στο στήθος ή ευαισθησία.

Η θέα του τραύματος, η οπτική δηλαδή διαπίστωση της έλλειψης του μαστού ωθεί την ασθενή σε βαθύτερη συνειδητοποίηση της αναπηρίας της. Η ασθενής καταλαμβάνεται από απογοήτευση, υπάρχει ακόμη και ο φόβος να λιποθυμήσει. Η νοσηλεύτρια, για να μην αντικρίσει η ασθενής από την πρώτη αλλαγή τον ακρωτηριασμό της αφαιρεί του επιδέσμους και στρέφει το κεφάλι της προς το αντίθετο μέρος του τραύματος. Η νοσηλεύτρια όμως έχει καθήκον να βοηθήσει την ασθενή βαθμιαία και πριν φυσικά βγει από το νοσοκομείο, να αντικρίσει το τραύμα

της, ώστε πηγαίνοντας σπίτι της να είναι πλέον εξοικειωμένη με αυτό και με την φροντίδα του, χάρη στην αγάπη και την προσωπική φροντίδα της νοσηλεύτριας.

Πρόληψη ή και αντιμετώπιση λεμφοιδήματος

Μετά από ριζική ή τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είναι δυνατόν να έχουμε την εμφάνιση οιδήματος του σύστοιχου προς την μαστεκτομή άκρου, λόγω αφαίρεσης των λεμφαδένων και των λεφογγείων με αποτέλεσμα της λοίμωξης σε αυτό το άκρο είναι πολύ δυσκολη, λόγω μειωμένης αντίστασης του οργανισμού σε αυτήν.

Πρόληψη λοίμωξης

- α. Η ασθενής πρέπει να αποφεύγει εμβολιασμούς, ενέσεις, αιμοληψίες, τοποθέτηση ορών στο προσβεβλημένο χέρι. Αν κάτι από τα παραπάνω κριθεί αναγκαίο, η ίδια η ασθενής πρέπει να υπενθυμίσει στον γιατρό ή στην νοσηλεύτρια την χρησιμοποίηση του αλλού χεριού. Στο νοσοκομείο η νοσηλεύτρια τοποθετεί στο κρεβάτι της ασθενούς κάρτα με την σημείωση «προσοχή λεμφοιδηματικό χέρι» ώστε να αποφεύγονται από το υπόλοιπο προσωπικό ενέσεις, αιμοληψίες και αλλά.
- β. Να αποφεύγονται τα καψίματα κατά το μαγείρεμα. Κατά την επαφή με το φούρνο να φορά προστατευτικά γάντια.
- γ. Προσοχή στα μαχαιριά της κουζίνας, στο σιδέρωμα, στο ράψιμο-κέντημα (να φορά δακτυλήθρα).
- δ. Προκείμενου να κόβονται παρωνυχίδες είναι καλύτερα να χρησιμοποιείται κρεμά λανολίνης για να διατηρούνται μαλακές. Προσοχή στο κάψιμο και στο λιμάρισμα των νυχιών.
- ε. Πρέπει να προσδέχονται υπάρχοντα καψίματα και γδαρσίματα να πλένονται με σαπούνι και αντισηπτικό.
- στ. Αν καπνίζει, πρέπει να ανάβει και να κρατά το τσιγάρο με το άλλο χέρι.
- ζ. Να περιμένει για τη χρησιμοποίηση αποτριχωτικής μηχανής (ξυραφιού), κρεμών ή αποσμητικών στη μασχάλη του προσβεβλημένου χεριού, τη συγκατάθεση του γιατρού. Έως ότου επουλωθεί η χειρουργική τομή, τα χημικά που περιέχουν οι κρέμες και τα αποσμητικά είναι δυνατόν να

ερεθίσουν την τομή. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται, όταν επιχειρείται αποτρίχωση της περιοχής και αυτό γιατί η αισθητικότητα της είναι μειωμένη. Έχουμε εμφάνιση αιμωδιών.

Πρόληψη οιδήματος

- A. Καθημερινή εξάσκηση του χεριού, όπως έχει καθοριστεί από το γιατρό.
- B. Αποφυγή ανύψωσης βάρους με το προσβεβλημένο χέρι ιδιαίτερα τις πρώτες εβδομάδες μετά την εγχείρηση, όπου η τομή βρίσκεται ακόμη σε αναρρωτική φάση.
- Γ. Συνίσταται συχνή ανύψωση του χεριού. Τα ο βράδυ, κατά τη διάρκεια του ύπνου αν είναι δυνατόν να τοποθετείται ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα.
- Δ. Απαγορεύεται η μέτρηση πίεσης στο σύστοιχο προς τη μαστεκτομή χέρι. Να αποφεύγεται η σάουνα και τι εντατικό μασάζ.
- E. Να αποφεύγονται τα ρούχα και τα κοσμήματα, τα οποία εμποδίζουν την κινητικότητα και την σωστή κυκλοφορία του προσβεβλημένου χεριού.
- Στ. Αν επιθυμεί η ασθενής να κάνει ηλιοθεραπεία, η έκθεση της περιοχής στον ήλιο να γίνεται με μεγάλη προσοχή ώστε να αποφευχθούν τα εγκαύματα. Αν πρέπει η ασθενής να παραμείνει πολύ ώρα στον ήλιο, επιβάλλεται η κάλυψη της περιοχής με αντηλιακό με μεγάλο δείκτη προστασίας.
- Z. Συνιστάται άμεση επίσκεψη του γιατρού, αν παρουσιασθεί ερυθρότητα ή οίδημα.

Το φαινόμενο του λεμφοιδήματος, που παρουσιάζεται άλλοτε πολύ περιορισμένα και άλλοτε περισσότερο, αποτελεί πηγή ανησυχίας για τις γυναίκες με μαστεκτομή. Αναφέρονται διάφορες φοβίες οι οποίες περιλαμβάνουν:

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

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

Διαταραχή του σωματικού ειδώλου-Μείωση αυτοεκτίμησης

Η αφαίρεση του μαστού προκαλεί προβλήματα στη γυναίκα με όλες τις συνέπειες, όπως κατάθλιψη, αίσθημα μειονεκτικότητας, και αυτουποτίμησης, αυπνίας, άγχος.

Απαραίτητο είναι να αποδεχτεί η γυναίκα τον ακρωτηριασμό και να αντιμετωπίσει αυτήν την αλλαγή μόνη της, να αποδεχτεί τα όρια που επέβαλε το χειρουργείο στη ζωή της, να αποκτήσει υπευθυνότητα, συναισθηματική και φυσική επάρκεια, ανεξάρτητα από τα μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν για να κρύψει την δυσμορφία της από τους άλλους.

Η νοσηλεύτρια:

- α. Παρέχει την ευκαιρία στην ασθενή να εκφράζει τα συναισθήματα της με το να αναφέρει η ίδια τις παρατηρήσεις της και τα αισθήματα της. (π.χ. πως αισθάνεσαι σήμερα; Πώς τα πας; Μου φαίνεσαι λίγο αναστατωμένη/θλιμμένη, κ.ά.). Γίνεται καλή ακροάτρια και δέχεται αυτά που λέει η ασθενής. Δεν λαμβάνει προσωπικά υπόψη της το θυμό, την ευερεθιστότητα ή την επιθετικότητα της ασθενούς.
- β. Συγκεντρώνει τα συναισθήματα της ασθενούς και προσπαθεί να αντιμετωπίσει την συμπεριφορά της.
- γ. Καθορίζει την σημασία που έχει για την ασθενή η αλλαγή του σωματικού ειδώλου και πως πιστεύει ασθενής πως θα επηρεάσει την ζωή της.
- δ. Συμπεριλαμβάνει για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας της απόψεις της ασθενούς για την σημασία της αλλαγής του σωματικού ειδώλου και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.
- ε. Παρακολουθεί την συμπεριφορά της ασθενούς. Αν η ασθενής αρνείται η ντρέπεται για την επισυμβαίνουσα αλλαγή, θα παρακολουθεί τους γύρω της, ψάχνοντας να βρει πάνω τους αρνητικά σημεία με τα οποία θα καθησυχάσει τον δικό της φόβο και θα μετριάσει την αυτουποτίμηση τους. Η νοσηλεύτρια

- βοηθάει την οικογένεια της ασθενούς να αποδεχτεί τέτοιες αλλαγές και να αποφύγει την ενίσχυση και την προβολή αρνητικών συναισθημάτων.
- στ. Ενημερώνει την ασθενή ότι συναισθήματα και ανησυχίες που βιώνει κατά την συγκεκριμένη χρονική περίοδο είναι φυσιολογικές και ότι αυτή βρίσκεται εκεί για να ακούσει, να της συμπαρασταθεί και να την βοηθήσει να αντιμετωπίσει το μέλλον. Την αφήνει να κλάψει και να εκφράσει τον θυμό της, με σκοπό να περάσει σιγά το στάδιο της κατάθλιψης και της αυτουποτίμησης.
- ζ. Παρέχει χρόνο προς συζητήσει, ερωτήσεις και λύση αποριών.
- η. Παραμένει δίπλα στην ασθενή ακόμα και αν δεν θέλει να μιλήσει.
- θ. Συζητά την προσαρμογή της ασθενούς με την οικογένεια της και τους φίλους της, ενθαρρύνοντας τους να την υποστηρίζουν ενισχύοντας την ελαστικότητα της και την αξία της. Τους βοηθάει να αποδεχτούν, να καταλάβουν και να βοηθήσουν την ασθενή.
- ι. Ενημερώνει τον χειρουργό σχετικά με τις πληροφορίες που έχουν δοθεί στην ασθενή σχετικά με την δυνατότητα ανασύστασης του μαστού.
- ια. Τονίζει τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα της ασθενούς – ψυχική δύναμη, χαρίσματα, αξίες.
- ιβ. Ανακαλύπτει και υποστηρίζει την επιθυμία της ασθενούς να ζήσει όσο το δυνατόν περισσότερο και να ακολουθήσει το ρυθμό της ζωής.
- ιγ. διδάσκει στην ασθενή κατάλληλες τεχνικές αυτοεξέτασης του μαστού. Της εξηγεί ότι οι ασθενείς που έχουν υποστεί μαστεκτομή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο επανεμφάνισης καρκίνου και ότι η ίδια η ασθενής είναι η μόνη που μπορεί να τον προλάβει σε πρώιμο στάδιο.

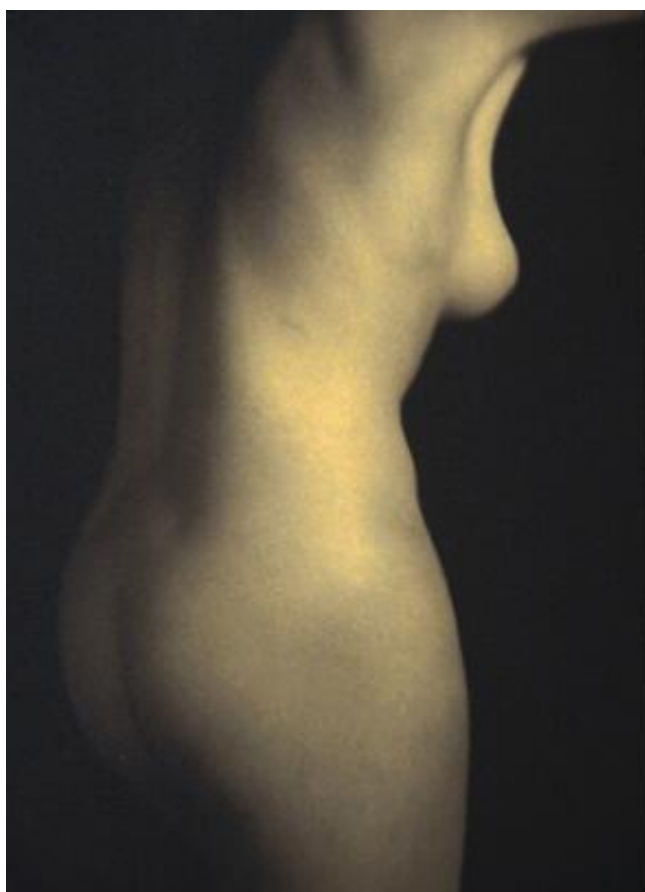
Διατροφή

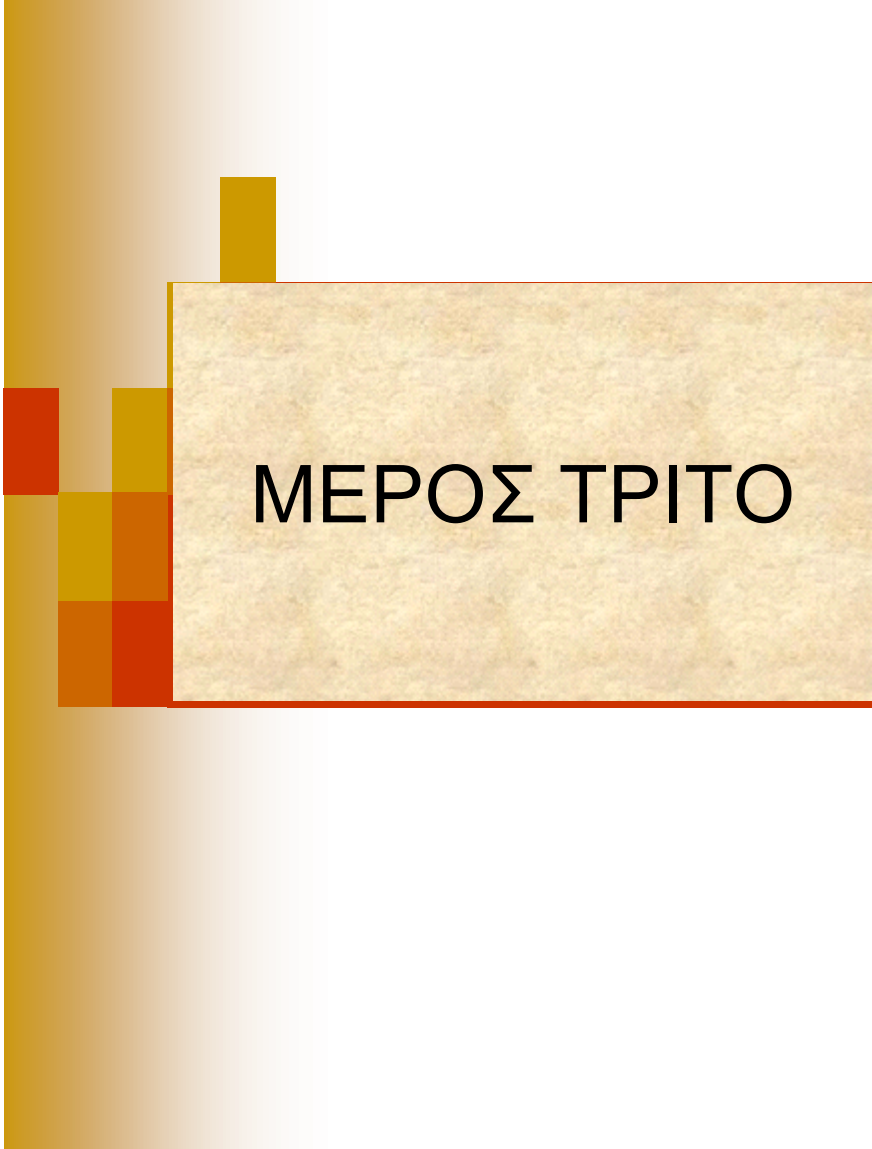
Μέχρι την πλήρη ανάληψη και την παύση της ναυτίας και των εμετών, χορηγούνται οροί. Εν συνεχεία, δίνονται υγρά από το στόμα και σύντομα αρχίζει η κανονική διατροφή. Συνίσταται υπερλευκωματούχος διαίτα για την διευκόλυνση της επούλωσης του τραύματος, φρούτα και λαχανικά για την τακτική λειτουργία του εντέρου και άφθονα υγρά για να εξασφαλίζεται επαρκώς διούρηση.

Η ψυχική ένταση και το άγχος που έζησε και εξακολουθεί να ζει η ασθενής της δημιουργούν μειωμένη διάθεση για την λήψη τροφής. Εξάλλου η αδυναμία της

ασθενούς να χρησιμοποιεί το ένα χέρι επειδή ακινητοποιείται πρόσκαιρα ο βραχίονας την καθιστά αδύναμη να τρώει μόνη της.

Η νοσηλεύτρια υποβοηθάει την ασθενή κατά το φαγητό. Ιδιαίτερα κατά τις πρώτες μέρες η νοσηλεύτρια δεν αφήνει ποτέ το φαγητό στην ασθενή, όταν δεν μπορεί να παραμείνει η ίδια αν προηγουμένως δεν εξασφαλίζει τον άνθρωπο που θα της το χορηγήσει (Άννα Σαχίνη – Καρδάση 1997, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής – ογκολογίας 1999).





ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

10.1. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου. Ακολουθεί η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου.
2. Η πρόληψη της νόσου.
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος
4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου (Κυριακίδου Ε. 1995).

10.1.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α

Όνομα ασθενούς : Ε.Κ.

Ηλικία ασθενούς : 40

Διάγνωση εισόδου : Καρκίνος δεξιού μαστού

Ημερομηνία εισαγωγής : 18/05/06

Η ασθενής εισήλθε στη χειρουργική κλινική του νοσοκομείου Αγίου Ανδρέα. Η ίδια η ασθενής ανακάλυψε με την αυτοεξέταση μαστού πριν ένα χρόνο ένα ογκίδιο στο δεξιό της μαστό διαστάσεων 1x 1cm χωρίς άλλα συνωδά ευρήματα.

Το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς περιγράφει την περίπτωση ως εξής με σαφή όρια διαστάσεων 1x1 cm. Στην περιοχή της μασχάλης διακρίνονται ψηλαφητοί, ανώδυνοι κινητοί λεμφαδένες. Αριστερός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Η ασθενής αναφέρει ότι δεν κάνει χρήση αλκοόλ ή καπνού δεν είναι παχύσαρκη και το οικογενειακό της ιστορικό είναι ελεύθερο. Είναι παντρεμένη έχει μία κόρη και δύο γιους. Έναρξη έμμηνου ρύσεως 14 χρόνων.

Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και εμετός για τη διεξαγωγή εξετάσεων. Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου το πρωί της 19/05/06. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αναλόγως των αποτελεσμάτων της ταχείας βιοψίας.

Μετά την επέμβαση η ασθενής δεν παρουσίασε κανένα και πήρε εξιτήριο στις 30/05/06. Εκδόθηκαν οδηγίες για την φροντίδα της τομής στο σπίτι και ορίστηκε επανεξέταση μετά από 8 ημέρες.

Κατά την παραμονή της στην κλινική, η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

SUP Γλυκερίνης 1x1(προεγχειρητικά)

FL Fraxiparine 1x1(επί 4ημέρες μετεγχειρητικά)

AMP Pethidine (μετεγχειρητικά)

O/N 50% 1000cc 1x1(1^η μετεγχειρητική ημέρα)

- R 1000cc 1x1(1^η μετεγχειρητική ημέρα)

Δίαιτα ελεύθερη

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

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – προβλήματα</i> Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Άγχος, φόβος, κατάθλιψη (προεγχειρητικά) λόγω της επέμβασης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του άγχους, της αγωνίας και όλων των αρνητικών συναισθημάτων. • Εξασφάλιση ηρεμίας της ασθενούς. • Ενθάρρυνση ως προς την ασθένεια. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ηθική και ψυχολογική τόνωση. • Επίσκεψη στους χώρους του χειρουργείου. • Γνωριμία με το προσωπικό και τους χώρους της κλινικής. • Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας από τους νοσηλευτές. • Χορήγηση μυοχαλαρωτικού, με εντολή ιατρού, προς αποφυγή του άγχους. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενισχύθηκε ψυχολογικά η ασθενής και έγινε τόνωση του ηθικού της. • Έγινε γνωριμία με το προσωπικό και τους χώρους του χειρουργείου και της κλινικής. • Συζητήθηκαν και λύθηκαν όλες οι απορίες γύρω από την επέμβαση και τη μετεγχειρητική πορεία. • Το προηγούμενο βράδυ του χειρουργείου χορηγήθηκαν μυοχαλαρωτικό tavor +b 2,5 mg 1X1 για την εξασφάλιση καλού ύπνου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Περιορίστηκε το άγχος και υπήρξε καλύτερη αποδοχή της επέμβασης από την ασθενή, λόγω της ψυχολογικής τόνωσης και της χορήγησης του μυοχαλαρωτικού φαρμάκου.

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

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – προβλήματα</i> Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Πόνος (μετεγχειρητικά). 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του πόνου και εξασφάλιση άνεσης. • Σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αναλγητικών, με ιατρική εντολή και συχνή λήψη ζωτικών σημείων. • Εξασφάλιση σωστής θέσης στο κρεβάτι. • Έλεγχος της παροχέτευσης Red-pack και του υλικού της παροχέτευσης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε Nubain amp 3 mgr σε 150 cc/D/W 5% 1/2X2 για τη μείωση του πόνου. • Έγινε λήψη ζωτικών σημείων και κυρίως πριν από τη χορήγηση διότι το Nubain προκαλεί πτώση της αρτηριακής πίεσης. • Δόθηκε σωστή θέση στο κρεβάτι και ελέγχθηκε η παροχέτευση για τυχόν εμφάνιση αιμορραγίας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Με τη χορήγηση ½ Nubain μειώθηκε ο πόνος από μισή ώρα και η ασθενής ένοιωσε ανακούφιση. Τα ζωτικά σημεία βρίσκονταν διαρκώς σε φυσιολογικά όρια. Συνεχώς παρακολουθούνταν η παροχέτευση και δεν υπήρχε καμία ένδειξη αιμορραγίας. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς εξελίχθηκε ομαλά και ανώδυνα.

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

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – προβλήματα</i> Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Αναπνευστική δυσχέρεια (βήχας, δυσφορία) λόγω ανεπαρκούς αερισμού. 	<ul style="list-style-type: none"> • Επαρκής αερισμός της ασθενούς. • Πρόληψη ατελεκτασίας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Διδασκαλία της ασθενούς να βήχει και να αναπνέει βαθιά. • Έλεγχος των ζωτικών σημείων κυρίως της αναπνοής ως προς το είδος καθώς και της θερμοκρασίας. • Συχνή έγερση της ασθενούς από το κρεβάτι. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε διδασκαλία της ασθενούς να βήχει και να παίρνει βαθιές αναπνοές μετά την επέμβαση με τη βοήθεια της νοσηλεύτριας. • Εξασφαλίστηκε επαρκής αερισμός, έγινε λήψη των Ζ.Σ., και κυρίως του βάθους των αναπνοών και της θερμοκρασίας για τυχόν άνοδο. Με την συχνή έγερση της ασθενούς από το κρεβάτι αποφεύχθηκε η συμφόρηση του αναπνευστικού συστήματος από τις εκκρίσεις. 	<ul style="list-style-type: none"> • Με τη διδασκαλία η ασθενής κατάφερε να βήχει και να επιτευχθεί επαρκής αερισμός. Η ασθενής συνεργάστηκε άψογα στις αναπνοές και στις ασκήσεις τον βήχα με αποτέλεσμα τα ζωτικά σημεία να παραμένουν στα φυσιολογικά επίπεδα.

--	--	--	--	--

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

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες – προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Λεμφοίδημα δεξιού άνω άκρου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόληψη λεμφοιδήματος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθέτηση στο κάτω μέρος του κρεβατιού ειδικής ενημερωτικής πινακίδας. • Ενημέρωση του φακέλου της ασθενούς. • Ανάρτηση του άνω άκρου. • Συνεννόηση με φυσιοθεραπευτή για την έναρξη των ασκήσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκε ειδική ενημερωτική πινακίδα στο κάτω μέρος του κρεβατιού. • Έγινε ενημέρωση του φακέλου της ασθενούς σχετικά με το σύμπτωμα που προέκυψε. • Κατά τη διάρκεια της νύχτας τοποθετήθηκε μαξιλάρι κάτω από το προσβεβλημένο χέρι. • Έγιναν ασκήσεις όπως έκταση-κάμψη των 	<ul style="list-style-type: none"> • Με τις ειδικές ασκήσεις που έγιναν στην ασθενή από το φυσιοθεραπευτή, η ασθενής ένοιωσε καλύτερα εφόσον επιτεύχθηκε καλύτερη κινητοποίηση του προσβεβλημένου χεριού. Επίσης επιτεύχθηκε και ο

			δάκτυλων, υπτιασμός- πρηνισμός του πήχεως.	βασικός στόχος αφού υπήρξε σταδιακή υποχώρηση του λεμφοιδήματος.
--	--	--	---	--

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

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες – προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<ul style="list-style-type: none"> • Επίσης, κατόπιν συμφωνίας του γιατρού, έγινε απαγωγή και κινητοποίηση του βραχίονα. • Έγινε επίσκεψη από το φυσιοθεραπευτή και έναρξη ασκήσεων. • Αποφεύχθηκε η λήψη αρτηριακής πίεσης και αίματος από το χέρι της 	•

			προσβεβλημένης πλευράς.	
--	--	--	-------------------------	--

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

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες – προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Αλλαγή σωματικού ειδώλου (απώλεια ενός μαστού) 	<ul style="list-style-type: none"> Να αποδειχτεί η ασθενής την καινούργια της εικόνα στον λιγότερο δυνατό χρόνο και με το μικρότερο ψυχικό κόστος. 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση των συγγενών για την αποδοχή της ασθενούς. Ψυχολογική ενίσχυση της ασθενούς έτσι ώστε να ελαττωθεί το άγχος και η ανησυχία. Επίσκεψη σε άλλη 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημερώθηκαν οι συγγενείς σχετικά με τη μεταβολή της σωματικής της εικόνας. Ενισχύθηκε ψυχολογικά και έγινε τόνωση του ηθικού της. Η ασθενής επισκέφθηκε άλλη ασθενή μετά το 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής έδειξε να αποδέχθηκε το χειρουργικό αποτέλεσμα: Ακολούθησε και τήρησε όλες τις οδηγίες που τις δόθηκαν. Έδειξε μεγάλη κατανόηση και υπομονή,

		<p>ασθενή με παρόμοιο πρόβλημα.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Τοποθέτηση περούκας αν χρειάζεται. 	<p>χειρουργείο όπου είχε το ίδιο πρόβλημα και ενθαρρύνθηκε.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκε περούκα για μικρό χρονικό διάστημα. 	<p>πράγμα που τη βοήθησε να στηρίξει τον εαυτό της ψυχολογικά.</p>
--	--	--	--	--

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

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – προβλήματα</i> Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση για τη χρήση προθηκών μετά από μαστεκτομή καθώς και για την ενδυμασία της. • Βοήθεια αποδοχής της από το κοινωνικό περίγυρο της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε σχετικά με τον τρόπο χρήσης των προσθηκών και σχετικά με την ενδυμασία της. • Έγινε προσπάθεια να προσαρμοσθεί στο κοινωνικό περιβάλλον της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η τοποθέτηση της προσωρινής προσθήκης ενίσχυσε την αυτοπεποίθηση της και την έκανε να ανησυχεί λιγότερο για το τι εικόνα θα δείξει στους

				άλλους.
--	--	--	--	---------

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β

Όνομα ασθενούς : Μ.Π.

Ηλικία ασθενούς : 47

Διάγνωση εισόδου : Καρκίνος αριστερού μαστού

Ημερομηνία εισαγωγής : 12/07/06

Η ασθενής ανακάλυψε τυχαία πριν ένα χρόνο ένα ογκίδιο στον αριστερό μαστό. Πριν έξι μήνες υποβλήθηκε σε μαστογραφία που έδωσε την εικόνα ινοαδενώματος. Στο ενδιάμεσο διάστημα το ογκίδιο μεγάλωσε σε μέγεθος και η επανάληψη του παρακλινικού ελέγχου έδειξε εικόνα έτοιμη για κακοήθεια.

Η ασθενής αναφέρει ότι δεν κάνει χρήση αλκοόλ ή καπνού, πάσχει από αρτηριακή υπέρταση. Είναι παντρεμένη και έχει 2 κόρες. Έναρξη έμμηνου ρύσεως 12 χρόνων.

Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και αίματος για τη διεξαγωγή εξετάσεων. Η αρτηριακή πίεση ήταν 170 mmHg. Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου το πρωί της 15/07/06. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

Μετά την επέμβαση η ασθενής παρουσίασε κάποια προβλήματα τα οποία αντιμετωπίστηκαν εγκαίρως και πήρε εξιτήριο στις 23/07/06.

Κατά την παραμονή της στην κλινική, η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

SUP Γλυκερίνης 1x1(προεγχειρητικά)

PL Fraxiparine 1x1,1cc(αντιπηκτική αγωγή)

Tab Stedon 1x1, 7,5 mg (προεγχειρητικά –ηρεμιστικό)

AMP Pethidine ΕΠ(1/2)(ηρεμιστικό)

AMP Primperan 1x1 (αντιεμετικό)

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

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – προβλήματα</i> Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Φόβος, κατάθλιψη, άγχος (προεγχειρητικά) λόγω της επέμβασης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του άγχους, της αγωνίας και όλων των αρνητικών συναισθημάτων. • Εξασφάλιση ηρεμίας της ασθενούς. • Ενθάρρυνση ως προς την ασθένεια. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ηθική και ψυχολογική τόνωση. • Επίσκεψη σε άλλους ασθενείς με το ίδιο πρόβλημα. • Γνωριμία με το προσωπικό και τους χώρους της κλινικής. • Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας από τους νοσηλευτές. • Χορήγηση μυοχαλαρωτικού, με εντολή Ιατρού, προς αποφυγή του πόνου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενισχύθηκε ψυχολογικά η ασθενής και έγινε τόνωση του ηθικού της. • Έγινε γνωριμία με το προσωπικό και τους ασθενείς με το ίδιο πρόβλημα. • Συζητήθηκαν και λύθηκαν όλες οι απορίες γύρω από την επέμβαση και τη μετεγχειρητική πορεία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Περιορίστηκε το άγχος της ασθενούς. Με τη χορήγηση του μυοχαλαρωτικού φάρμακου και με την ψυχολογική τόνωση που της έγινε, υπήρξε καλύτερη αποδοχή της επέμβασης από την ασθενή. Η γνωριμία της με το προσωπικό και τους ασθενείς καθώς και οι διάφορες συζητήσεις μαζί της, την βοήθησαν να

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

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – προβλήματα</i> Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<ul style="list-style-type: none"> • Το προηγούμενο βράδυ του χειρουργείου χορηγήθηκαν μυοχαλαρωτικό stodon+b 2,5 mg 1x1 για την εξασφάλιση καλού ύπνου με εντολή του αναισθησιολόγου. 	<p>απαλλαγθεί από το φόβο που την κατέβαλε και έτσι να περιοριστεί και το άγχος της.</p>

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

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – προβλήματα</i> Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Πόνος, ανησυχία (μετεγχειρητικά) 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του πόνου και εξασφάλιση άνεσης. • Σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αναλγητικών, με ιατρική εντολή, ανάλογα με τον τύπο και την ένταση του πόνου. • Συχνός έλεγχος των ζωτικών σημείων. • Σωστή τοποθέτηση της ασθενούς στο κρεβάτι. • Έλεγχος του τραύματος. • Έλεγχος της λειτουργικότητας της παροχέτευσης Red-o-Pack και του υλικού της παροχέτευσης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε 1/2 Amb Pethidine 100mg 1x1 για τη μείωση του πόνου. • Έγινε συχνός έλεγχος των ζωτικών σημείων. • Η ασθενής τοποθετήθηκε σε σωστή θέση στο κρεβάτι. • Έγινε έλεγχος του τραύματος και της παροχέτευσης για τυχόν εμφάνιση αιμορραγίας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο πόνος μειώθηκε μετά μισή ώρα από τη χορήγηση 1/2 amp Pethidine και η ασθενής ένοιωσε ανακούφιση. Παρακολουθούνταν συνεχώς η παροχέτευση και δεν υπήρξε καμία ένδειξη αιμορραγίας. Τα ζωτικά σημεία βρίσκονταν διαρκώς στα φυσιολογικά επίπεδα. Η μετεγχειρητική πορεία της νόσου εξελίχθηκε ομαλά και ανώδυνα.

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

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – προβλήματα</i> Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Εμφάνιση αιμορραγίας από τραύμα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόληψη της αιμορραγίας. • Έλεγχος της παροχέτευσης υγρών. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνή λήψη των ζωτικών σημείων και καταγραφή στο διάγραμμα. • Αυστηρός έλεγχος των προσλαμβανόμενων υγρών για τυχόν πρόληψη αφυδάτωσης. • Έλεγχος σημείων εμφάνισης αίματος στο επιδεσμικό υλικό. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε συχνή λήψη των ζωτικών σημείων αρτηριακή πίεση, σφίξεις, αναπνοές, θερμοκρασία ακόμα και το χρώμα δέρματος. • Έγινε συχνός έλεγχος των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών για την διατήρηση του ισοζυγίου. • Ελέγχθηκε το επιδεσμικό υλικό για τυχόν εμφάνιση σημείων αιμορραγίας. • Χορηγήθηκε L/R 1000ccx2. 	<ul style="list-style-type: none"> • Υπήρξε σωστή νοσηλευτική φροντίδα που αυτό βοήθησε στο να διατηρηθούν τα ζωτικά σημεία. Με τη συχνή και σωστή παρακολούθηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, η ασθενής δεν παρουσίασε κανένα σημείο αφυδάτωσης.

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

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – προβλήματα</i> Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση L/R 1000ccx2 προς αναπλήρωση του όγκου των υγρών. Άσηπτη τεχνική κατά την τεχνική της IV χορηγήσεως. 	<ul style="list-style-type: none"> Τηρήθηκε η άσηπτη τεχνική κατά τη φλεβοκέντηση και αποφεύχθηκε η φλεγμονή στην περιοχή. 	<p>Με τη σωστή νοσηλεία που της παρήχθη αποφεύχθηκε η αιμορραγία, η αφυδάτωση. Εξασφαλίστηκε γρήγορη και ανώδυνη ανάρρωσή της.</p>

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

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – προβλήματα</i> Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Φλεγμονή του τραύματος. 	<ul style="list-style-type: none"> Εξάλειψη της φλεγμονής. Άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος. 	<ul style="list-style-type: none"> Παρακολούθηση του τραύματος για τυχόν ερυθρότητα, οίδημα, εμφάνιση πύου, αύξηση θερμοκρασίας, μη σύγκλιση των χειλέων του τραύματος(σημεία φλεγμονής). Συχνός έλεγχος της τομής. Αλλαγή του επιδεσμικού υλικού με άσηπτη τεχνική. Έλεγχος της λειτουργικότητας της παροχέτευσης Red-o-Pack και του υλικού παροχέτευσης. 	<ul style="list-style-type: none"> Έγινε συχνή παρακολούθηση του τραύματος για πρόληψη της φλεγμονής. Έγινε συχνή λήψη παρακολούθηση της τομής και αλλαγή του επιδεσμικού υλικού πάντα με άσηπτη τεχνική. Έγινε εκτίμηση του είδους και του ποσού της παροχέτευσης. Η τομή πάντοτε διατηρούνταν στεγνή μετά την περιποίηση της με άσηπτη τεχνική. 	<ul style="list-style-type: none"> Με τη νοσηλευτική φροντίδα εξασφαλίσθηκε η πρόληψη των σημείων της φλεγμονής τόσο στο τραύμα όσο και στην παροχέτευση.

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

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες – προβλήματα</i> Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Αύξηση της θερμοκρασίας (38,7° C). 	<ul style="list-style-type: none"> • Άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος. • Πρόληψη λοίμωξης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση της θερμοκρασίας της ασθενούς κάθε 3 ώρες. • Ανάρτηση του δελτίου τρίωρης θερμομέτρησης και καταγραφή της θερμοκρασίας. • Συχνός έλεγχος του τραύματος. Αλλαγή του επιδεσμικού υλικού με άσηπτη τεχνική. • Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων. • Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων, με ιατρική εντολή. • Διατήρηση της τομής στεγνής. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε συχνή παρακολούθηση της θερμοκρασίας ανά τρίωρο. Έγινε καταγραφή της θερμοκρασίας στο δελτίο τρίωρης θερμομέτρησης. • Έγινε συχνός έλεγχος του επιδεσμικού υλικού με άσηπτη τεχνική (set αλλαγής). • Χορηγήθηκε αντιπυρετικό, amp Apotel M 1X2. • Εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Με τον συχνό έλεγχο της θερμοκρασίας και τη σωστή περιποίηση του τραύματος με την εφαρμογή άσηπτης τεχνικής βοήθησαν σημαντικά στη μείωση και διατήρηση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα. Η ασθενής με τη χορήγηση του αντιπυρετικού και των ψυχρών επιθεμάτων ένοιωσε μεγάλη ανακούφιση.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Μελετώντας τα παραπάνω δεδομένα, στοιχεία και στατιστικές διαπιστώνουμε ότι, παρ'όλες τις προόδους στους τομείς της πρόγνωσης και πρόβλεψης, ο καρκίνος του μαστού εξακολουθεί να είναι ένας από τους μεγαλύτερους κινδύνους για την υγεία των γυναικών στην σημερινή εποχή.

Από την πλευρά τους οι γυναίκες πρέπει να συνειδητοποιήσουν την σοβαρότητα της νόσου και να πηγαίνουν από μόνες τους στον γιατρό για τις απαραίτητες εξετάσεις. Πρέπει όλες οι γυναίκες να αφυπνιστούν πριν να εμφανιστούν κάποια σημάδια της πάθησης. Άλλωστε όσο νωρίτερα γίνει η πρόβλεψη τόσο πιο αποτελεσματική και καλύτερη θα είναι η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

Όλοι οι άνθρωποι ανά τον κόσμο, ανεξαρτήτου φύλου και ηλικίας, πρέπει να δραστηριοποιηθούν και να ενεργοποιηθούν ενάντια στον καρκίνο του μαστού λαμβάνοντας μέρος στις παγκόσμιες εκστρατείες, ενεργά και πρακτικά, ώστε κάποια στιγμή στο μέλλον να βρεθεί μία αποτελεσματική θεραπεία του καρκίνου του μαστού η οποία θα σώσει την ζωή εκατομμυρίων γυναικών ανά τον κόσμο.

Στην παρούσα εργασία έγινε προσπάθεια ανασκόπησης του όλου θέματος σχετικά με τις υπάρχουσες απόψεις που αφορούν την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με καρκίνο του μαστού.

Βέβαια το θέμα δεν καλύφθηκε πλήρως αλλά πιστεύεται ότι έγινε μια ικανοποιητική παρουσίαση των προβλημάτων και τονίσθηκε ιδιαίτερα η σημασία της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας που πρέπει να παρέχεται στον ασθενή. Η άρτια κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη των στόχων, αλλά η ουσία της νοσηλευτικής φροντίδας βρίσκεται στην ικανότητα της νοσηλεύτριας να κατανοεί τα σημεία συμπεριφοράς που δείχνουν την κατάσταση άνεσης του ασθενή ή την ικανότητα να διαπραγματεύεται με προβλήματα που δημιουργούνται εξαιτίας της απειλής της υγείας του.

Η ικανότητα της νοσηλεύτριας να αναγνωρίζει τα σημεία συμπεριφοράς είναι ζωτικής σημασίας για την εκπλήρωση του ρόλου της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αραβαντινός Διονύσιος, *Παθολογία της Γυναίκας*, 1985, Εκδόσεις Παρισιανός, σελ. 358-362.
2. Καμπάνης Άγγελος, *Πρόληψη Έγκαιρη Διάγνωση και Διαφυγή από τον Καρκίνο*, *Ιατρική* 1980, σελ. 328-334.
3. Κονιάρη Ε., *Καρκίνος του μαστού, Νοσηλευτική Παρέμβαση*, Επίτομος, Έκδοση 1^η, Έκδοση Β΄, Αθήνα 1991.
4. Μ. Χρυσόχου Επιμελήτης Α, Κλινική μαστού νοσοκομείου *Ο Άγιος Σάββας*, Διατροφή και καρκίνος, Αθήνα 1991, σελ. 61-66.
5. Μουτσόπουλος Χ., *Παθολογία*, Τόμος 2^{ος}, Έκδοση 5^η, Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 1989.
6. Παναγιώτου Π.Π., *Σύγχρονος Γυναικολογία*, Έκδοση 4^η, Εκδόσεις Β΄, Αθήνα 1991.
7. Παπαδημητρίου Γ., Ανδρουλάκης Γ. *Αρχές Γενικής Χειρουργικής*, τόμος Α΄, Έκδοση 1^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Γρ., Αθήνα 1989, σελ. 311-328.
8. Παπαδημητρίου Κωνσταντίνος, *Ειδική Παθολογική Ανατομική*, 1990, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, σελ. 484-506.
9. Παπανικολάου Ν., *Γυναικολογία*, Έκδοση 3^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Γρ., Αθήνα 1994, σελ. 437-502.
10. Παπανικολάου Ν., *Μαστολογία*, Έκδοση 2^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Γρ., Θεσσαλονίκη 1989, σελ. 60-471.
11. Πινακίδης Μάρκος, *Καρκίνος Μαστού*, 1993, Εκδόσεις: University Studio Press, σελ. 33-65.
12. Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική* Τόμος 2^{ος}, Μέρος Β΄, Εκδόσεις Β΄, Αθήνα 1996, σελ. 480-493.
13. Τζωρακοελευθεράκης Ε., *Χειρουργικές Παθήσεις του Μαστού*, Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992.
14. Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ., *Προληπτική Ιατρική*, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Γρ. Αθήνα 1986, σελ. 49.

15. Braunwald, Isseibacher, Peterdort, Wilson, Martin, Fauci, «*Εσωτερική Ογκολογία*», Έκδοση 11^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιανού Γρ., Αθήνα 1990.
16. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, Edited by Vincent J. Devita et al 1993.
17. Charles M. Haskell and Dennis A. Casciato, *Breast Cancer*, 4th Edition, Philadelphia 1995.
18. Guiseppe Cilia, Antonio Mancuso, *LA SALUTE DEL SENNO*, Brain Edizion 1993.
19. Home Medical Advisor *Breast Cancer*.
20. Isseibacher, Braunwald, Wilson, Martin, Fava Kasper, *Principles of Internal Medicine*, Volume 2, Thirteen Edition, Edited by Harison's 1991.
21. Jay R. Harris, Monica Morrow, Gianni Bonadonna, *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, Fourth Edition, Edited by Vincent T. Devita, Jr, Samuel Hellman, J.B. Lippincott Co, Philadelphia 1993.
22. Lawrence M. Teirney, Tr, Stephen J, McPhee, Maxine A Papadakis, *Medical Diagnosis and Treatment*, 34th Edition, 1995.
23. Malin Dollinger, MD, Ernest H. Rosenbaum, MD, and Christopher Benl, MD, *Ο Καρκίνος. Διάγνωση και Πρόληψη, Θεραπεία και Καθημερινή Αντιμετώπιση: ένας οδηγός για όλους*, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Λίστας, Αθήνα 1992, σελ. 297-323.
24. Schroeder Steven *Σύγχρονη Διαγνωστική και θεραπευτική*, 1993, Εκδόσεις Παρισσιανός, σελ. 784-808.
25. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής – ογκολογίας, 1999.
26. Physical activity and epithelial ovarian Cancer risk. Ιούλιος 2003.