

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ.**

**ΤΗΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ
ΠΑΣΧΑΛΗ ΕΙΡΗΝΗΣ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
ΕΛΕΝΗ ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ Bsc (Hons), MSc**

ΠΑΤΡΑ 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α' ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ σελ.5

ΕΙΣΑΓΩΓΗ σελ.6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Καρκίνος μαστού και αιτιολογικοί παράγοντες σελ.9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Καρκινογένεση σελ.15

Επιδημιολογία σελ.18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Κλινική εικόνα σελ.21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Διαγνωστικές εξετάσεις σελ.23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Σταδιοποίηση σελ.30

Ταξινόμηση σελ.34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Θεραπεία σελ.41

Χειρουργική θεραπεία σελ.41

Ακτινοθεραπεία σελ.43

Χημειοθεραπεία σελ.45

Ορμονοθεραπεία σελ.47

Συνδυασμός θεραπειών σελ.49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Η Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου του Μαστού σελ.50

Αποκατάσταση σωματικού ειδώλου σελ.59

Β' ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ σελ.61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η Πρόληψη του καρκίνου του μαστού σελ.62

Πρωτογενής- Δευτερογενής Πρόληψη σελ.62-σελ.64

Ο Ρόλος της νοσηλευτικής στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού. σελ.67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Τεχνική της αυτοεξέτασης σελ.72

Τρόπος διενέργειας ΑΕΜ σελ.74

Ευρήματα αυτοεξέτασης σελ.79

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Σκοπός του μαστογραφικού ελέγχου σελ.83

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων σελ.85

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Αξιολόγηση και εκτίμηση της κατάστασης των αρρώστων σελ.86

Ανάγκες και προβλήματα ασθενούς με καρκίνο του μαστού σελ.88

Σκοποί νοσηλευτικής παρέμβασης σελ.89

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την προεγχειρητική και μετεγχειρητική αγωγή σελ.90

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

1. Χημειοθεραπεία σελ.98

2. Διατροφή κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας σελ.100

3. Νοσηλευτική παρέμβαση στη χημειοθεραπεία σελ.102

4. Παρενέργειες της χημειοθεραπείας - Αντιμετώπιση τους σελ.103

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

1. Νοσηλευτική παρέμβαση στην ακτινοθεραπεία σελ.122

2. Εξωτερική ακτινοθεραπεία σελ.122

3. Εσωτερική ακτινοθεραπεία σελ.123

4. Διδασκαλία-Διατροφή σελ.124

5. Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών σελ.125

6. Εναλλακτικές θεραπείες σελ.125

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

Φροντίδα μετά την έξοδο της ασθενούς σελ. 129

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

Αποκατάσταση της ασθενούς με καρκίνο μαστού σελ. 130

Ασκήσεις μετά τη μαστεκτομή σελ. 134

Ενημέρωση της ασθενούς για αποτελεσματική ανάρρωση-φροντίδα χειρουργημένου πεδίου σελ. 136

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

Νοσηλευτική διεργασία σελ. 143

1^η Κλινική Περίπτωση σελ. 143

2^η Κλινική Περίπτωση σελ. 152

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

Νοσηλευτική φροντίδα καρκινοπαθούς στο τελευταίο στάδιο της ζωής της σελ. 160

Συναισθηματικός πόνος σελ. 160

Κοινωνικός πόνος σελ. 161

Προτάσεις και συμπεράσματα σελ. 162

Νέες ανακαλύψεις και πρόοδος στην έρευνα σελ. 164

Επιστημονικές εξελίξεις σελ. 177

ΕΠΙΛΟΓΟΣ σελ. 188

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ σελ. 189

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Πιστεύεται ότι ο καρκίνος εμφανίστηκε από τότε που υπάρχει η ζωή στον πλανήτη μας και αποτελεί ως γνωστόν μια από τις σοβαρότερες μορφές ασθένειας που έχει ποτέ αντιμετωπίσει ο άνθρωπος.

Τα βήματα που έχουν γίνει μέχρι σήμερα για την ανίχνευση των καρκινικών κυττάρων δεν χαρακτηρίζονται ως αλματώδη μιας και δεν έχει ορισθεί σαφές αίτιο και δεν υπάρχει πλήρες και αποτελεσματικό, θεραπευτικό σχήμα. Η ιδιαιτερότητα του καρκίνου είναι που έκανε τους ανθρώπους να φοβηθούν κάθε τι γύρω από αυτό, αφού ακόμα και ο ίδιος ο όρος δεν προφέρεται εύκολα από το στόμα ενός απλού ανθρώπου.

Η εργασία που ακολουθεί ερευνά το θέμα ‘Καρκίνος Μαστού’ από όλες του τις πλευρές. Απευθύνεται σε όλους τους νοσηλευτές/τριες με βασικό σκοπό να καλύψει τα κενά γνώσεων που υπάρχουν γύρω από το θέμα. Έτσι μόνο μπορεί να έχει αποτελεσματικότητα το έργο του νοσηλευτικού προσωπικού και να επιδιώκεται ότι καλύτερο για τη σωματική και ψυχική υγεία του αρρώστου με Ca μαστού.

Η εργασία αποτελείται από δύο βασικά μέρη:

1. Το Γενικό Μέρος
2. Το Ειδικό Μέρος

Το γενικό μέρος βασίζεται πάνω σε ιατρικά δεδομένα. Περιληπτικά ξεκινά με αιτιολογικούς παράγοντες, καρκινογένεση και προχωρά στην έρευνα διαφόρων τύπων Ca μαστού.

Το ειδικό μέρος αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος της εργασίας αυτής και έχει ιδιαίτερη σπουδαιότητα αφού αναφέρεται στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε όλα τα στάδια της πάθησης. Ξεκινώντας αρχικά με το νοσηλευτικό προσωπικό κοντά στον ασθενή με πιθανή διάγνωση Ca μαστού, προχωρά στη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου πριν και μετά τη μαστεκτομή και φτάνει ως τη φροντίδα αρρώστου στο τελευταίο στάδιο της πάθησης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα και δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Χιλιάδες άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο και σε μεγαλύτερο ακόμη αριθμό ατόμων, ο καρκίνος υποχρεώνει να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους. Ο φόβος, η ανησυχία, η κατάθλιψη, η αλλοίωση του σωματικού ειδώλου είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά που έχουν σχέση με τη λέξη καρκίνος.

Στον καρκίνο, δυστυχώς, η μεταβολή του σωματικού ειδώλου είναι τόσο στρεσογόνο για το άτομο, ώστε συνήθεις τρόποι αντιδράσεως, συμπεριφοράς και μηχανισμών αντιμετώπισης να μην είναι επαρκείς στο χειρισμό που προέκυψαν από αυτήν.

Ο Ιπποκράτης και ο Γαληνός πρώτοι ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού. Η λέξη καρκίνος είναι συνώνυμος με τον όρο 'Κακοήθες νεόπλασμα'. Άλλες λέξεις που έχουν την έννοια νεοπλασματικής αρρώστιας είναι κακοήθεια, όγκος, καρκίνωμα, εκτροπή στην ανάπτυξη κυττάρων και η συντομογραφία 'Ca' χωρίς όμως να είναι συνώνυμος.

Ένα νεόπλασμα μπορεί να είναι καλοήθες ή κακοήθες. Το καλοήθες νεόπλασμα είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων τα οποία δεν είναι πολύ βλαπτικά, δεν μεταναστεύουν σε άλλα μέρη του οργανισμού και δεν διηθούν τους παρακείμενους ιστούς. Τα κακοήθη νεοπλάσματα είναι ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων τα οποία είναι πάντοτε επιβλαβή στον οργανισμό, διασπείρονται ή μεταναστεύουν σε άλλους ιστούς μακριά από την αρχική τους εμφάνιση.

Ο καρκίνος εκπροσωπεί μία πολύ μεγάλη ομάδα από αρρώστιες που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη ανάπτυξη και διασπορά ανώμαλων κυττάρων. Αυτή η ομάδα ασθενειών:

☛ Εμφανίζεται σε διάφορους ιστούς και όργανα

Ε Παρουσιάζει μεγάλες διαφορές μεταξύ των ατόμων στην εμφάνιση και στην ταχύτητα ανάπτυξης

Ε Μπορεί να ακολουθεί διαφορετική πορεία ανάπτυξης στο κάθε άτομο που εκδηλώνεται

Ε Συχνά παρουσιάζει διαφορετική ευαισθησία στα διάφορα είδη θεραπείας που εφαρμόζονται σ'αυτή . Η βασική μορφολογική ανωμαλία των καρκινωματωδών κυττάρων σχετίζεται με βασικές αλλαγές στη γενετική πληροφορία που φέρουν τα νουκλειικά οξέα.

Οι ακτινοβολίες, οι κυτταροστατικές ουσίες δρουν ακριβώς με τη μεταβολή που προκαλούν στη δομή του DNA είναι γνωστοί καρκινογόνοι παράγοντες. Αλλά για να δημιουργηθεί ο όγκος θα πρέπει να συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες.

Στις αρχές του αιώνα μας, οι περισσότεροι άρρωστοι που πάθαιναν καρκίνο πέθαιναν, στα τέλη του 1930 ένας στους πέντε θεραπευόταν, προς τα τέλη του 1940 ένας στους τέσσερις. Σήμερα, το ποσοστό των αρρώστων από καρκίνο που θεραπεύεται έφτασε στο 1:4, δηλαδή στους τέσσερις αρρώστους ο ένας θεραπεύεται και οι τρεις πεθαίνουν.

Η μείωση της θνησιμότητας των αρρώστων με καρκίνο και η αύξηση της επιβίωσης οφείλονται σε πολλούς παράγοντες όπως:

1. Το γεγονός ότι η διάγνωση της αρρώστιας γίνεται στα αρχικά στάδια πριν προλάβουν να γίνουν μεταστάσεις
2. Ότι τα διαγνωστικά μέσα και οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι πολύ καλύτερες σήμερα
3. Οι άρρωστοι κάνουν θεραπεία μέσα στους πρώτους τέσσερις μήνες από τη στιγμή που θα γίνει η διάγνωση της αρρώστιας
4. Οι μέθοδοι θεραπείας είναι πιο τελειοποιημένες απ' ό τι στο παρελθόν
5. Υπάρχουν περισσότερες πληροφορίες και γίνεται καλύτερη ενημέρωση του κοινού για τους καρκινογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος

Επομένως, βασική προϋπόθεση για την επιτυχία στο δύσκολο αυτό αγώνα κατά του καρκίνου είναι όχι μόνο η καλή εκπαίδευση των υγειονομικών, αλλά εξίσου σημαντική είναι η εκπαίδευση κοινού, των ασθενών και των οικογενειών τους. Η ενημέρωση του κοινού πρέπει να είναι συνεχής και να χαρακτηρίζεται από σαφήνεια.

Από τις πιο συνηθισμένες μορφές καρκίνου είναι ο καρκίνος που εντοπίζεται στο γυναικείο μαστό και ο οποίος αποτελεί τη συνηθέστερη κακοήθεια και αιτία θανάτου στο γυναικείο πληθυσμό. Αν και δεν θεωρείται γυναικολογική διαταραχή, οι γυναίκες μόλις διαπιστώσουν κάποιο ογκίδιο στο μαστό, καταφεύγουν στον γυναικολόγο.

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να θεραπευθεί αν διαγνωστεί έγκαιρα και ακολουθηθεί η κατάλληλη θεραπεία. Η έγκαιρη διάγνωση είναι το κλειδί της επιτυχημένης θεραπείας και γίνεται με την ενημέρωση των γυναικών για αυτοεξέταση των μαστών. Κατά την περίοδο της διάγνωσης του καρκίνου, της μαστεκτομής, της συμπληρωματικής θεραπείας και αργότερα της αποκατάστασης, υπάρχει έντονο και παρατεταμένο συγκινησιακό 'STRESS' που χαρακτηρίζεται περισσότερο από φόβο, αγωνία και 'ψυχικό μαρασμό'.

Γι' αυτούς τους λόγους, διάλεξα να αναλύσω και να μελετήσω το θέμα 'Καρκίνος' μαστού, έχοντας πάντα την αρχή ότι ο σκοπός κάθε νοσηλευτικής μου παρέμβασης θα πρέπει να είναι εκτός από την αποκατάσταση των σωματικών λειτουργιών μιας άρρωστης με καρκίνο μαστού, η ψυχική ισορροπία της και η κοινωνική της επαφή με την οικογένεια και το ευρύτερο περιβάλλον της (Νομικός, 1990).

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες, στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου (εξαιρέση η Ιαπωνία) καθώς και στην Ελλάδα.

Στη χώρα μας, περισσότερες από 1500 γυναίκες προσβάλλονται κάθε χρόνο από καρκίνο του μαστού. Το ενδιαφέρον είναι ότι στην Ελλάδα η συχνότητα της νόσου αυξάνει ανησυχητικά. Υπολογίζεται ότι τα τελευταία 20 χρόνια η νόσος σχεδόν διπλασιάστηκε, ενώ η τρέχουσα ετήσια αύξηση της συχνότητας ανέρχεται σε 20% περίπου.

Η επίπτωση της νόσου στην Ελλάδα αυξάνει σε συνάρτηση με την ηλικία μέχρι το 50^ο έτος³.

Παρακάτω ακολουθεί πίνακας ενημερωτικός για το τι συνέβη στην Ελλάδα κατά την πενταετία 1986-1990 όσον αφορά τις ηλικίες που προσβάλλονται. Οι στατιστικές αυτές προέρχονται από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία και είναι στατιστικές κοινωνικής πρόνοιας. Η επεξεργασία έγινε στο 50% των δελτίων νοσηλευτικής κίνησης.

ΟΜΑΔΕΣ	ΕΤΗ				
	1986	1987	1988	1989	1990
ΗΛΙΚΙΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ					
29 ΗΜ-19 ΕΤΩΝ	3	18	4	8	13
20-29 ΕΤΩΝ	59	72	49	48	86
30-39 ΕΤΩΝ	473	392	428	362	461
40-49 ΕΤΩΝ	1304	1618	1307	1339	1303
50-59 ΕΤΩΝ	2198	2430	2028	1963	2209
60-64 ΕΤΩΝ	859	1100	1056	967	1049
65-69 ΕΤΩΝ	601	788	764	758	858
70-79 ΕΤΩΝ	767	844	798	757	861
80-89 ΕΤΩΝ	148	210	198	208	238
90-99 ΕΤΩΝ	6	12	13	14	25
100 ΕΤΩΝ	1	0	0	1	0
ΔΕΝ ΔΗΛΩΣΑΝ	79	84	70	86	95
ΣΥΝΟΛΟ	6498	7568	6715	6515	7198

ΠΙΝΑΚΑΣ (1) Ασθενείς προσβαλλόμενοι από καρκίνο του μαστού κατά ομάδες ηλικιών κατά την πενταετία 1986-1990.

Η επίπτωση της νόσου διαφέρει κατά πολύ ανά τον κόσμο και παρατηρείται με μεγαλύτερη συχνότητα στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Ο καρκίνος του μαστού είναι η κυριότερη αιτία θανάτου στις γυναίκες κατά σειρά συχνότητας μετά τις καρδιοπάθειες για γυναίκες μεγαλύτερες των 55 ετών. Η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού είναι άγνωστη. Παρά τις τεράστιες έρευνες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα έχουν προσδιορισθεί μόνο ορισμένοι επιβαρυντικοί παράγοντες (risk factors).

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Γενετικές ορμονικές και ανοσολογικές επιδράσεις, διηθητοί ιοί και πολλοί άλλοι παράγοντες φαίνεται ότι βοηθούν ο ένας τον άλλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού στον άνθρωπο. Βασικά αυτό που ονομάζουμε γενετική προδιάθεση μπορεί να παίξει ίσως το σημαντικότερο ρόλο προσδιορίζοντας πόσο ευάλωτος ή πόσο ανθεκτικός είναι ο οργανισμός σε μια καρκινογόνο επίδραση. Παρά τις έρευνες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα, έχουν προσδιορισθεί μόνο ορισμένοι επιβαρυντικοί παράγοντες που ασκούν επίδραση και οι οποίοι παρουσιάζονται στη συνέχεια (Καρβέλου, 1999).

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ

1. **Φύλο:** Ο καρκίνος του μαστού είναι εξαιρετικά σπάνιος στους άνδρες. Παρατηρείται 1 καρκίνος μαστού σε άνδρα για κάθε 100 περιπτώσεις καρκίνου σε γυναίκες.
2. **Ηλικία:** Ο καρκίνος του μαστού είναι εξαιρετικά σπάνιος πριν τα είκοσι χρόνια. Από την ηλικία των είκοσι χρόνων όμως παρατηρείται μια βαθμιαία αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου μέχρι περίπου την ηλικία των 50 χρόνων.
3. **Φυλετικοί:** Στις Η.Π.Α. παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα της νόσου σε γυναίκες μαύρου χρώματος από ότι στις λευκές. Η διαφορά αυτή θεωρείται ότι έχει σχέση με το διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο παρά ότι οφείλεται σε κάποια φυλετική ιδιοσυγκρασία.

ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ

Γυναίκες που οι μητέρες ή οι αδελφές τους είχαν καρκίνο του μαστού, έχουν 2 έως 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνει όταν ο καρκίνος είχε εμφανιστεί πριν την εμμηνόπαυση, ήταν αμφοτερόπλευρος ή είχε παρουσιασθεί σε δύο ή περισσότερες συγγενείς πρώτου βαθμού. Οι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό που εμφανίζουν καρκίνο του μαστού είναι συνήθως νεότερης ηλικίας και έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο και στον άλλο μαστό (Κρεατζά, 1988).

ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ

Οι παράγοντες αυτοί φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, χωρίς να είναι ακόμα γνωστό ποιες διαταραχές του μεταβολισμού των ορμονών είναι υπεύθυνες.

Ενδιαφέροντα επιδημιολογικά ευρήματα είναι τα εξής:

1. Η μακρά αναπαραγωγική ηλικία γυναίκας(πρώιμη εμμηνарχή, καθυστερημένη εμμηνόπαυση) σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο.
2. Η αμφότερη ωθηκεκτομή προστατεύει τις γυναίκες κάτω των 45 χρόνων.
3. Οι γυναίκες που γέννησαν το πρώτο τους παιδί πριν τα 20 χρόνια τους έχουν στο 1/3 μειωμένο τον κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο μαστού από τις γυναίκες που γέννησαν μετά την ηλικία των 30 χρόνων και έχουν τον ίδιο κίνδυνο με τις γυναίκες που δεν έκαναν ποτέ παιδιά.
4. Οι γυναίκες με τρία ή περισσότερα παιδιά έχουν μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο απ' ότι γυναίκες με λιγότερα παιδιά.

5. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η παρατεταμένη χορήγηση οιστρογόνων στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση έχει σαν αποτέλεσμα να αυξηθεί ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου μετά 10-20 χρόνια.
6. Ο θηλασμός δεν φαίνεται να ασκεί κάποια προστατευτική δράση.
7. Τέλος, η χρήση αντισυλληπτικών φαρμάκων δεν έχει αποδειχτεί μέχρι σήμερα ότι σχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Νομικός, 1990).

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

1. Όταν έχει προυπάρξει κυστική μαστοπάθεια έχουμε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Πάντως οι διάφορες μορφές κυστικής μαστοπάθειας ενοχοποιούνται σε διάφορο βαθμό. Η κυστική μαστοπάθεια που συνοδεύεται από υπερπλασία των πόρων και θηλωμάτωση εμφανίζει 4 έως 7 φορές αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου.
2. Μια γυναίκα με καρκίνο στον ένα μαστό έχει πολλές πιθανότητες να εμφανίσει καρκίνο και στον άλλο μαστό.
3. Γυναίκες με καρκίνο της μήτρας έχουν σχεδόν διπλάσια πιθανότητα απ' ότι ο υπόλοιπος γενικός πληθυσμός να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού (Νομικός, 1990).

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Το περιβάλλον σήμερα θεωρείται υπεύθυνο για τα 2/3 μέχρι και τα 4/5 του συνόλου των κακοηθών νεοπλασμάτων. Με βάση επιδημιολογικά δεδομένα 3 ανεξάρτητες ομάδες ερευνητών υπολόγισαν ότι το 1/3 των περιπτώσεων κακοηθών νεοπλασμάτων στον άνθρωπο μπορεί να αποδοθεί σε ποσοτικές ή ποιοτικές διατροφικές εκτροπές. Η παχυσαρκία και ειδικά η διατροφή

πλούσια σε λίπη αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Οι διαφορετικές συνήθειες διατροφής πιθανολογείται ότι ευθύνονται για τις παρατηρούμενες διαφορές στη συχνότητα του καρκίνου του μαστού στις διάφορες χώρες. Η αυξημένη κατανάλωση λίπους και ιδιαίτερα κεκορεσμένων λιπαρών οξέων φαίνεται ότι σχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Κρεατζά, 1988).

ΙΟΓΕΝΗΣ ΘΕΩΡΙΑ: Στο ανθρώπινο γάλα έχουν ανιχνευθεί σωματίδια με μορφολογικά χαρακτηριστικά ίδια με αυτά των ιών, που ευθύνονται για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού στα ποντίκια. Τα σωματίδια αυτά βρίσκονται σε ποσοστό 60% στο γάλα των Αμερικανίδων με θετικό οικογενειακό ιστορικό ενώ αντίθετα συναντώνται σε ποσοστό 5% στο γάλα των αμερικανίδων με αρνητικό οικογενειακό ιστορικό.

ΙΟΝΙΖΟΥΣΑ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ: Θεωρείται σίγουρο ότι η τοπική έκθεση σε μεγάλες δόσεις ιονίζουσας ακτινοβολίας έχει σχέση με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι ο κίνδυνος αυξάνει όταν η γυναίκα εκτίθεται σε νεαρότερη ηλικία (μέγιστη ευπάθεια ηλικία των 10-19 χρόνων).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ

Ο μηχανισμός έναρξης της καρκινογένεσης είναι ακόμη άγνωστος. Πιθανόν είναι το αποτέλεσμα μιας αλυσίδας εργασιών που ξεκινά όταν εξωτερικά ερεθίσματα βρίσκουν ανταπόκριση σε κυτταρικό επίπεδο. Στη συνέχεια θ' ακολουθήσουν ποικίλες διεργασίες που προσβάλλουν και μετατρέπουν το σύμπλεγμα των μοριακών και βιοχημικών αλληλεπιδράσεων που συμβαίνουν φυσιολογικά μέσα σε ένα κύτταρο και τέλος θα προβληθεί και ο κυτταρικός πυρήνας και τα επιμέρους σωματίδια που βρίσκονται στο πυρηνόπλασμα οπότε θα έχουμε εξαλλαγή.

Υπάρχει δηλαδή προϋπόθεση οι βλαπτικοί μηχανισμοί να είναι σε βαθμό που όχι μόνο δεν θα καταστρέψουν το φυσιολογικό κύτταρο αλλά θα εξακολουθεί να ζει και να πολλαπλασιάζεται.

Αν και πολλά συγχρόνως κύτταρα υπόκεινται σ' ένα καρκινογόνο ερεθισμό ή ακόμα, αν και αν όλα τα κύτταρα του οργανισμού είναι ανεπηρέαστα στις αλλαγές που μπορούν να οδηγήσουν σε νεοπλασία πιστεύεται ότι αυτή η εξαλλαγή αρχίζει από ένα απλό πλήρες και λειτουργικό κύτταρο. Ανεξάρτητα από τον αιτιολογικό παράγοντα, το νεοπλασματικό κύτταρο είναι απόγονος ενός φυσιολογικού κυττάρου που κάποια στιγμή έχασε το μηχανισμό ελέγχου του πολλαπλασιασμού του. Σχεδόν όλα τα κακοήθη νεοπλάσματα φαίνεται ότι ξεκινούν από ένα μεμονωμένο κύτταρο, το οποίο υπέστη μια κακοήθη εξαλλαγή για να σχηματίσει πολλαπλασιαζόμενο ανεξέλεγκτα, μια ομάδα κακοηθών κυττάρων. Από τη στιγμή που θα συμβεί η κακοήθης εξαλλαγή, το καρκινικό κύτταρο διαφέρει από το φυσιολογικό κύτταρο όχι μόνο όσον αφορά τον τρόπο πολλαπλασιασμού αλλά τη μορφολογία, βιοχημεία, αντιγονική έκφραση και διάφορες άλλες ιδιότητες.

Από πλευράς μορφολογίας τα κακοήθη κύτταρα έχουν την τάση να διαφοροποιούνται. Σε γενικές γραμμές όσο πιο αδιαφοροποιημένα είναι τα

κύτταρα ενός κακοήθους όγκου, τόσο ο βαθμός κακοήθειας του όγκου μεγαλώνει αντίστροφα (Κρεατζά, 1988).

Η βιοχημική δραστηριότητα ενός καρκινικού και ενός φυσιολογικού κυττάρου είναι παρόμοια και ενώ οπωσδήποτε υπάρχουν μερικές διαφορές όμως, δεν έχει ακόμα προσδιορισθεί μια συγκεκριμένη βιοχημική διαφορά, η οποία να είναι απόλυτα χαρακτηριστική της κακοήθους εξαλλαγής.

Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθούν επιγραμματικά ορισμένα βασικά δεδομένα τα οποία προς το παρόν τουλάχιστον ισχύουν για τη νεοπλασματική νόσο όπως:

1. Τα νεοπλάσματα προέρχονται πάντοτε από κύτταρα τα οποία έχουν τη δυνατότητα να πολλαπλασιάζονται.
2. Τα καρκινικά κύτταρα δεν διαφοροποιούνται, μπορεί όμως να μην ωριμάζουν αρκετά με αποτέλεσμα να έχουμε τα λεγόμενα αναπλασματικά ή 'αδιαφοροποίητα' κύτταρα.
3. Ένας καρκίνος μπορεί να προκληθεί από τη δράση πολλών καρκινογόνων ερεθισμάτων πριν την κλινική εκδήλωση της νόσου προηγείται μια μακρά λανθάνουσα περίοδος.
4. Τα νεοπλάσματα είναι συχνά πολυκεντρικά ή πολυεστιακά. Αυτό εξηγεί την ταυτόχρονη εμφάνιση πολλαπλών εστιών νεοπλάσματος του ίδιου τύπου στον ίδιο ιστό και στο ίδιο όργανο, π.χ ταυτόχρονη εμφάνιση αμφοτερόπλευρου ή πολυεστιακού καρκίνου στο μαστό.
5. Υπερπλασία και δυσπλασία των κυττάρων συχνά προηγούνται της ανάπτυξης καρκίνου κατά μήνες ή και έτη.
6. Τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να παραμένουν σε ηρεμία 'κοιμώμενα' για μικρές περιόδους.
7. Δεν έχουν προσδιορισθεί ακόμα συγκεκριμένες χαρακτηριστικές διαφορές στη λεπτή υφή και βιοχημεία μεταξύ καρκινικών και φυσιολογικών κυττάρων.
8. Τα νεοπλασματικά κύτταρα μερικών συμπαγών είναι δυνατόν να 'αναδιπλασιάζονται' πιο αργά από ότι τα φυσιολογικά κύτταρα με τα οποία συνυπάρχουν (Καρβέλου, 1999).

Για την αιτιολογία των περισσότερων όγκων που προκαλούνται από φυσικά ή χημικά καρκινογόνα υπάρχει η υπόθεση ότι από τη μεταλλακτική επίδραση των καρκινογόνων ουσιών εξουδετερώνονται ρυθμιστικά ή ανασταλτικά γονίδια των όγκων. Έτσι ενεργοποιείται το ογκογόνο γονίδιο με αποτέλεσμα μετασχηματισμό των κυττάρων σε νεοπλασματικά κύτταρα. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω τα νεοπλασματικά κύτταρα διαφέρουν από τα υγιή όσον αφορά κάποιες ιδιότητες των μεμβρανών τους. Η εμφάνιση αυτών των αλλαγμένων ιδιοτήτων στην κυτταρική μεμβράνη προκαλεί δευτερογενώς την καταστροφή των μηχανισμών που ρυθμίζουν και ελέγχουν τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και την κυτταρική αύξηση. Παρ' όλα αυτά οι περισσότερες ιδιότητες των νεοπλασματικών κυττάρων έγιναν γνωστές από πειράματα σε ζώα και από μελέτες σε κυτταροκαλλιέργειες. Όσα αναφέρθηκαν λοιπόν αφορούν πειραματικούς όγκους. Είναι άγνωστο αν οι γνώσεις αυτές μπορούν να επεκταθούν και στους ανθρώπινους όγκους. Οι διαφορές που υπάρχουν μεταξύ όγκων διαφόρων ειδών ζώων κάνουν τους επιστήμονες επιφυλακτικούς (Νομικός, 1990)

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Τα γονίδια του πλακούντα και καρκίνος του μαστού: μπορούν οι γενότυποι του απογόνου ή του πατέρα να προβλέψουν τον κίνδυνο της μητέρας;

Τα μισά από τα γονίδια του πλακούντα στα οποία εκτίθεται μια γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προέρχονται από τον σύντροφο της. Οι ορμόνες του πλακούντα, ειδικά η ανθρώπινη χοριονική γοναδοτροπίνη και η ανθρώπινη λακτόζη του πλακούντα, θεωρούνται ότι μεσολαβούν σαν προστατευτικά για τα αποτελέσματα της εγκυμοσύνης και της γαλακτοπαραγωγής στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Οι παραλλαγές στην ανθρώπινη χοριονική γοναδοτροπίνη του πλακούντα μιας γυναίκας ή τα ανθρώπινα γονίδια λακτόζης του πλακούντα, που μπορούν να μετρηθούν μέσω των γενότυπων του απογόνου της, συνδέονται με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού της. Εάν αυτή η υπόθεση είναι αληθινή θα έδειχνε ότι ο γενότυπος του συντρόφου μιας γυναίκας μπορεί να έχει επιπτώσεις στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού της και ότι ο γενότυπος του απογόνου μπορεί να είναι χρήσιμος στο να προβλεφθεί ένας τέτοιος κίνδυνος.

Επειδή ο πλακούντας παράγει ένα μεγάλο φάσμα ορμονών και ενζύμων (εκτός από την ανθρώπινη χοριονική γοναδοτροπίνη και την ανθρώπινη λακτόζη του πλακούντα), οδηγεί σημαντικά αυτή την υπόθεση που θα μπορούσε να ανοίξει νέους ορίζοντες στην γενετική έρευνα για τις ασθένειες πέρα από τον καρκίνο του μαστού (συμπεριλαμβανομένων των γυναικολογικών όγκων και των αναπαραγωγικών και των αναταραχών που έχουν σχέση με την εγκυμοσύνη (Beral et al, 2004).

Ο καρκίνος του μαστού και η άμβλωση: στοιχεία που αφορούν 53 επιδημιολογικές μελέτες, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται 83?000 γυναίκες με καρκίνο του μαστού από 16 χώρες.

Η ομάδα που ασχολήθηκε με τους ορμονικούς παράγοντες στον καρκίνο του μαστού έχει συγκεντρώσει τα παγκόσμια επιδημιολογικά στοιχεία για την πιθανή σχέση μεταξύ του καρκίνου του μαστού και των προηγούμενων αυτόματων και προκληθεισών αποβολών.

Τα στοιχεία όσον αφορά τις μεμονωμένες γυναίκες από 53 μελέτες που έγιναν σε 16 χώρες με τους φιλελεύθερους νόμους άμβλωσης ελέγχθηκαν και αναλύθηκαν κεντρικά. Οι σχετικοί κίνδυνοι καρκίνου του μαστού—συγκρίνοντας τα αποτελέσματα μιας εγκυμοσύνης που τελείωσε ως άμβλωση με αυτές που ποτέ δεν είχαν εγκυμοσύνη—υπολογίστηκαν, σωματοποιήθηκαν από τη μελέτη, την ηλικία στη διάγνωση, την ισοτιμία και την ηλικία στην πρώτη γέννηση. Επειδή η έκταση της ψευδούς δήλωσης του παρελθόντος προκάλεσε οι αμβλώσεις να επηρεαστούν από το εάν οι γυναίκες ήταν εντοπισμένων ή όχι με τον καρκίνο του μαστού, αποτελέσματα των μελετών—συμπεριλαμβανομένων συνολικά 44000 γυναικών με τον καρκίνο του μαστού—που χρησιμοποίησε τις ενδεχόμενες πληροφορίες για την άμβλωση(δηλ., πληροφορίες που είχαν καταγραφεί πριν από τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού)εξετάστηκε χωριστά από τα αποτελέσματα των μελετών—συμπεριλαμβανομένων 39000 γυναικών με την ασθένεια—που χρησιμοποίησε αναδρομικές πληροφορίες(που καταγράφονται μετά από τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού).

Το συμπέρασμα είναι ότι ο γενικός σχετικός κίνδυνος καρκίνου του μαστού, που συγκρίνει τις γυναίκες με ένα ενδεχόμενο αρχείο της κατοχής μιας ή περισσότερων εγκυμοσυνών τελειωμένων ως αυτόματη αποβολή εναντίον των γυναικών χωρίς τέτοιο αρχείο, ήταν 0,98.Αντίστοιχα ο σχετικός κίνδυνος για την προκληθείσα άμβλωση ήταν 0,93.Μεταξύ των γυναικών με ένα ενδεχόμενο αρχείο της κατοχής

μιας αυτόματης ή προκληθείσας αποβολής, ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού δεν διέφερε σημαντικά σύμφωνα με τον αριθμό ή το συγχρονισμό καθενός τύπου άμβλωσης. Τα δημοσιευμένα αποτελέσματα για την προκληθείσα άμβλωση από τις λίγες μελέτες με τις ενδεχομένως καταγραμμένες πληροφορίες που δεν ήταν διαθέσιμες για το συνυπολογισμό είναι εδώ σύμφωνα με αυτά τα συμπεράσματα. Τα γενικά αποτελέσματα για την προκληθείσα άμβλωση διέφεραν ουσιαστικά μεταξύ των μελετών με ενδεχόμενο και εκείνων με τις αναδρομικές πληροφορίες για την άμβλωση(δοκιμή για την ετερογένεια μεταξύ των σχετικών κινδύνων).

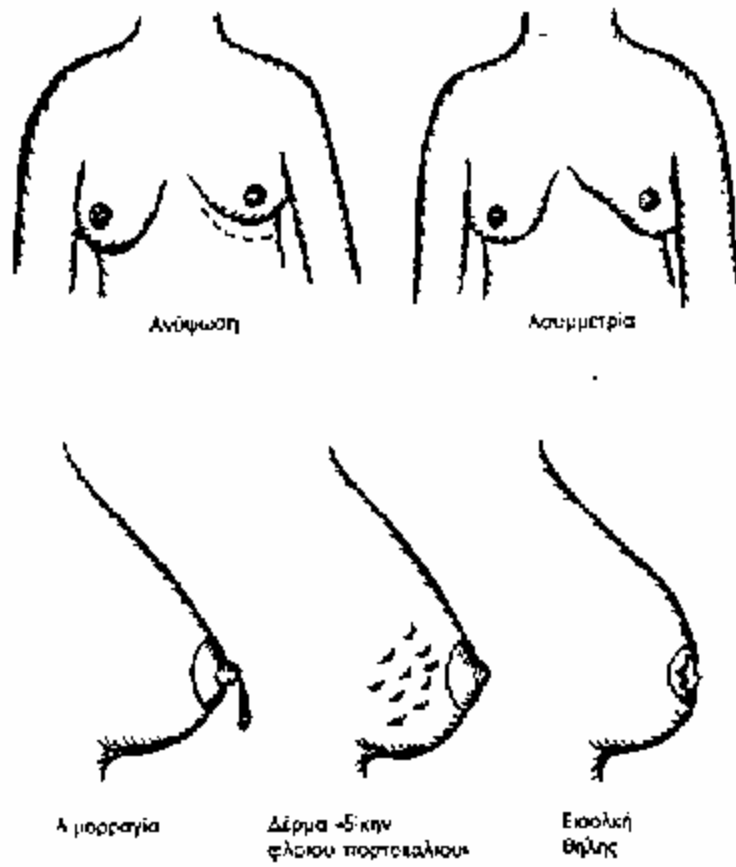
Επομένως οι εγκυμοσύνες που τελειώνουν ως αυτόματη ή προκληθείσα αποβολή δεν αυξάνουν τον κίνδυνο μιας γυναίκας στον καρκίνο του μαστού. Συλλογικά, οι μελέτες του καρκίνου του μαστού με την αναδρομική καταγραφή της προκληθείσας άμβλωσης δημιουργούσαν τα παραπλανητικά αποτελέσματα, προφανώς επειδή οι γυναίκες που είχαν αναπτύξει τον καρκίνο του μαστού ήταν, κατά μέσον όρο, πιθανότερο από άλλες γυναίκες να αποκαλύψουν τις προηγούμενες προκληθείσες αμβλώσεις (Beral et al,2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το πιο συχνό εύρημα στον καρκίνο του μαστού είναι ο όγκος που στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ανώδυνος και οι γυναίκες τον ανακαλύπτουν τυχαία. Πρόκειται για σκληρό όγκο που βρίσκεται σε συνέχεια με το δέρμα ενώ στο πρώιμο στάδιο ψηλαφάται σαν μικρή και σκληρή διόγκωση που δεν έχει συνέχεια με το δέρμα. Η εξέταση λοιπόν ενός μαστού που είναι ύποπτος για καρκίνο μπορεί να παρουσιάσει:

1. Ορώδη ή αιματηρή έκκριση
2. Ανώδυνο σκληρό μη κινητό ογκίδιο
3. Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα. Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού στα εκτυπώματα του οποίου αντιστοιχούν οι πόροι των τριχών και των σμηγματογόνων αδένων
4. Έχουμε ασυμμετρία και ανύψωση του μαστού που έχει προσβληθεί
5. Εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα (**Εικ. 1**)
6. Εισολκή της θηλής, που οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή
7. Ακίνητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων
8. Η εξέλκωση της θηλής οφείλεται στην αδυναμία του αγγειακού δικτύου να αναπτυχθεί λόγω του γρήγορου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων και της ταχύτητας που αναπτύσσεται η μάζα
9. Πόνος που συνήθως απουσιάζει εκτός από τα προχωρημένα στάδια (Μαγλαρινού, 1987)



Εικόνα 1

- Σημεία ύποπτα για καρκίνο του μαστού

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες 40 έως 45 ετών και είναι ο συχνότερος καρκίνος που εμφανίζεται στις γυναίκες της δύσης.

Εκτός όμως από τη συνηθισμένη αυτοεξέταση που πρέπει να γίνεται απ' όλες τις γυναίκες μετά από το 20^ο έτος της ηλικίας τους υπάρχουν και άλλοι τρόποι επιστημονικοί που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν προληπτικά για την διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Πριν μιλήσουμε όμως για τις μεθόδους αυτές θα πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι το καθήκον του γιατρού είναι πάνω από όλα να καθορίσει τι βρίσκεται μπροστά στην περίπτωση που μια γυναίκα παραπονιέται για κάποια αλλοίωση στο μαστό της. Υπάρχουν πάρα πολλές άλλες βλάβες που είναι διαφορετικές από τους κακοήθεις όγκους, γιατί φυσικά είναι διαφορετική και η θεραπεία και η πρόγνωση. Μία πάρα πολύ γνωστή είναι η χρόνια κυστική μαστίτιδα.

Αυτή η νόσος έχει και άλλα πολλά ονόματα όπως: ινοκυστική μαστίτιδα ή απλά μαστίτιδα, κυστική νόσος του μαστού, ιναδένωση, οζώδη υπερπλασία, αδενοίωση, κυκλομαστοπάθεια, δυσπλασία του μαστού, όλες οι μορφές είναι καλοήθεις νεοπλασίες χωρίς να μπορούμε τουλάχιστον να έχουμε στη διάθεση μας ένα κομμάτι του ιστού για να το παρατηρήσουμε στο μικροσκόπιο.

Το 1980 η Αμερικανική αντικαρκινική εταιρεία αναφέρει 107,000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού και 35,000 θανάτους. Η συχνότητα του καρκίνου σε γυναίκες κάτω των 40 ετών έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Πάνω από το 90% του καρκίνου του μαστού ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες με την αυτοεξέταση (Μπάλας, 1990).

Ο κύριος σκοπός των διαφόρων απεικονιστικών μεθόδων δεν είναι μόνο το να αναδείξουν τους ψηλαφητούς όγκους του μαστού, αλλά και να ανιχνεύσουν τους μικρούς όγκους οι οποίοι δεν δίνουν ευρήματα.

Αυτές οι μέθοδοι είναι:

Μαστογραφία

Θερμογραφία

Υπερηχογραφία

Ξηρογραφία

Διαφανοσκόπηση

Φλεβογραφία

Ακτινογραφία θώρακος

ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Απ' όλες τις μεθόδους αυτή που είναι περισσότερο δοκιμασμένη και παραδεκτή σήμερα είναι η μαστογραφία γιατί με τη μέθοδο αυτή ανιχνεύονται και ελάχιστοι καρκίνοι και μικρο ασβεστώσεις. Η κριτική κατά της μαστογραφίας έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια όχι μόνο γιατί έχει βελτιωθεί η ποιότητα των εικόνων και η διαγνωστική ακρίβεια αλλά και γιατί έχει μειωθεί σημαντικά η δόση ακτινοβολίας στην οποία εκτίθενται οι μαστοί και κατά συνέπεια και ο κίνδυνος καρκινογένεσεως . Η διαγνωστική ακρίβεια της μαστογραφίας φτάνει το 89%.

Η μαστογραφία άρχισε να χρησιμοποιείται συστηματικά κατά τη δεκαετία του 1960. Η βελτίωση της εικόνας της μαστογραφίας έγινε με τη χρησιμοποίηση μαλακής ακτινοβολίας 23-35 KV ακτινοβολικής λυχνίας με μικρή εστία και ειδικά βιομηχανικά λεπτοκοκκώδη φιλμ. Στην προσπάθεια να βελτιωθεί η εικόνα και να μειωθεί η δόση εκθέσεως κατασκευάστηκαν

ειδικά ακτινολογικά μηχανήματα (μαστογράφοι με ακτινολογική λυχνία από μολυβδένιο ακτινοφράμιο).

Το πλεονέκτημα του μολυβδένιου είναι ότι δίνει τη χαρακτηριστική ακτινοβολία του μολυβδένιου και έτσι αυξάνεται η σκιαγραφική αντίθεση και η απεικόνιση των μικρο αποτιτανώσεων. Στα νέα μηχανήματα είναι δυνατή και η συμπίεση των μαστών. Με τη συμπίεση του μαστού μικραίνει το πάχος και οι ιστοί που πρόκειται να απεικονιστούν είναι πλησιέστεροι προς το φιλμ με αποτέλεσμα να έχουμε την ελάττωση της δόσεως της ακτινοβολίας και αύξηση της ευκρίνειας⁸.

Από την περιγραφή τα μαστογραφικά σημεία του καρκίνου του μαστού θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες: Στα κύρια και στα δευτερεύοντα.

Τα κύρια σημεία αφορούν την κύρια καρκινική μάζα η οποία προκύπτει από υπέρμετρη υπερπλασία των καρκινικών κυττάρων και αναδεικνύεται στη μαστογραφία με τη μορφή **α)** οζώδους σκιάσεως, **β)** ασύμμετρης σκιάσεως και **γ)** μικρό αποτιτανώσεις με ή χωρίς σκίαση (οζώδη ή ασύμμετρη).

Τα δευτερεύοντα σημεία έχουν άμεση σχέση με την επίδραση που ασκεί στους γειτονικούς ιστούς του μαζικού παρεγχύματος και αυτά μπορεί να είναι **α)** μεμονωμένη διάταξη ενός γαλακτοφόρου πόρου, **β)** τοπική ανωμαλία της δομής του μαστού, **γ)** εισολκή του δέρματος ή της θηλής (Μαγλαρινού, 1987).

ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ

Η θερμογραφία όπως και η υπερηχοτομογραφία έχουν το πλεονέκτημα ότι δεν εκθέτουν το άτομο σε ακτινοβολία. Τόσο οι εξετάσεις αυτές, όσο και άλλες που βρίσκονται ακόμα σε πειραματικό στάδιο πχ. του πυρηνικού μαγνητικού κραδασμού, υπόσχονται πολλά για τις μελλοντικές δυνατότητες της ιατρικής στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Η θερμογραφία είναι τελείως ακίνδυνη σε σύγκριση με την ξηρογραφία και τη μαστογραφία. Στην εξέταση αυτή καταγράφεται η υπέρυθρος

ακτινοβολία που εκπέμπεται από το όργανο που εξετάζεται, δηλαδή το μαστό. Η θερμογραφία σήμερα είναι μια αναγνωρισμένη διαγνωστική μέθοδος και είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί σε αρρώστους με συμπτώματα, αλλά χωρίς σαφή σημεία καρκίνου και στο κλινικό στάδιο του καρκίνου του μαστού.

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ

Η υπερηχογραφία στη διαγνωστική Ιατρική κατακτά συνεχώς έδαφος. Η υπερηχογραφία βοηθά στη διαφορετική διάγνωση της κυστικής από τη συμπαγή επεξεργασία και προσδιορίζει τη φύση (καλοήθη-κακοήθη) μιας συμπαγούς επεξεργασίας.

ΞΗΡΟΓΡΑΦΙΑ

Είναι η αποτύπωση εικόνων σε πλάκα από σελήνιο αντί για τη φωτογραφική πλάκα. Κατά την ξηρογραφία παράγεται θετική εκτύπωση με έμφαση στις διάφορες πυκνότητες, ιώδεις αναπτύξεις και παραμορφωμένες φλέβες διαπιστώνονται με την ξηρογραφία. Σε σχέση με τη μαστογραφία είναι μια εξέταση λιγότερο ακριβή και πιο γρήγορη ενώ αναδεικνύει τις πιθανές νεοπλασματικές μορφές.

ΔΙΑΦΑΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η διαφανοσκόπηση γίνεται χρησιμοποιώντας δυνατό ψυχρό φως σ' ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο φωτίζεται ο μαζικός ιστός. Οι κύστες φωτίζονται ενώ ο συμπαγής όγκος παραμένει αδιαφανής. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνουμε αν υπάρχει κύστη ή νεόπλασμα.

ΦΛΕΒΟΓΡΑΦΙΑ

Με αυτή τη μέθοδο ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων. Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, με γενική νάρκωση, ενδομυελικά στο κάτω άκρο του στέρνου. Φυσιολογικά οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι τους σκιαγραφούνται. Η διακοπή της σκιαγράφησης των πλευρών αυτών και η ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας αποτελεί ένδειξη πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφογαγγλίων χωρίς όμως να αποκλείεται και η ύπαρξη μεταστάσεων.

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Γενική αίματος, αιμοπετάλια, καθίζηση, ουρία- κρεατινίνη. Μ' αυτές δεν διαπιστώνεται ύπαρξη ή αποκλεισμός νόσου αλλά έμμεσα μπορεί να κρίνει κανείς την πληρότητα της υγείας του ατόμου, πχ. Ύπαρξη αναιμίας ή θρομβοπενίας , μπορεί να προκαλείται από τοξική επίδραση ή κατάληψη του μυελού των οστών από τη νόσο, ουραιμία ή αύξηση της κρεατινίνης είναι δυνατόν να οφείλεται σε διήθηση νεφρών από τη νόσο ή συχνότερα από αποφρακτική ουροπάθεια λόγω των πολλαπλών μεταστάσεων στα όργανα της πυέλου και εκ πίεσεως ουρητήρων ή κύστεως , ανάπτυξης υδρονεφρώσεων.

Ο έλεγχος των τρανσαμινασών, χολερυθρίνης και αλκαλικής φωσφατάσης, είναι ενδείξεις και όχι αποδείξεις για ηπατικές μεταστάσεις (Μπάλας, 1990).

ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ

Η πρόσθια και η πλάγια ακτινογραφία για την αποκάλυψη πνευμονικών ή υπεζωκοτικών μεταστάσεων. Γίνεται ακτινολογικός έλεγχος του σκελετού καθολικός. Τα συμπτώματα που προέρχονται από τις οστικές μεταστάσεις (κυρίως πόνοι) προηγούνται των ακτινολογικών αλλοιώσεων για πολλούς μήνες συνήθως.

Το σπινθηρογράφημα ήπατος είναι μια χρήσιμη διαγνωστική μέθοδος κυρίως όταν πρόκειται για μεγάλες μεταστατικές εστίες στο ήπαρ. Το σπινθηρογράφημα εγκεφάλου γίνεται όταν υπάρχει υποψία για εγκεφαλικές μεταστάσεις, όπως και η αξονική τομογραφία.

Εκτός από τις βασικές αυτές εργαστηριακές εξετάσεις για την ανίχνευση και τελική διάγνωση του όγκου του μαστού, χρησιμοποιούνται και άλλες ανάλογα την κάθε περίπτωση, διαγνωστικές μέθοδοι όπως:

Τρυπανοβιοψία : Κατά την οποία λαμβάνεται ύποπτος ιστός για ιστολογική εξέταση με τη βοήθεια περιστρεφόμενης βελόνας προσαρμοσμένης σε ειδική συσκευή αεροτρύπανου.

Κανονική βιοψία

Ταχεία βιοψία: Πριν από τη θεραπευτική χειρουργική επέμβαση

Παρακέντηση: και κυτταρολογική εξέταση του δείγματος

Γαλακτογραφία : Κατά την οποία γίνεται απεικόνιση του γαλακτοφόρου δέντρου με σκιαρά ουσία η οποία ενίεται από τους πόρους της θηλής. Η εξέταση αυτή εφαρμόζεται όταν έχουμε εκροή υγρού από τη θηλή και γίνεται αφού προηγηθεί κυτταρολογική εξέταση υγρού

Ραδιοισοτοπικός έλεγχος: Τελευταία έχει προξενήσει σύγχυση η αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας της κάθε μεθόδου και η πιθανότητα κινδύνων. Η λογική όμως χρήση των μεθόδων αυτών μαζί με τη συνεισφορά της κλινικής εξέτασως από έμπειρο γιατρό βοηθούν στην ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού αλλά και στην ψυχολογική υποστήριξη την οποία περισσότερο από κάθε άλλο άτομο έχει ανάγκη η γυναίκα που προβληματίζεται με την πιθανότητα του καρκίνου του μαστού (Μαγλαρινού, 1987).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Η ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΕΧΕΙ ΣΑΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΙΔΙΑΣ
2. Η ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΠΑΙΖΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΡΟΛΟ ΩΣΤΕ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΕΙ ΕΓΚΑΙΡΑ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
3. ΟΤΑΝ ΑΝΑΚΑΛΥΠΤΟΥΜΕ ΨΗΛΑΦΩΝΤΑΣ ΚΑΠΟΙΟΝ ΟΖΟ ΣΤΟ ΣΤΗΘΟΣ ΔΕΝ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΣ
4. Ο ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ, ΓΑΛΑΚΤΟΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΕΙΝΑΙ Η ΠΙΟ ΕΓΚΥΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ (Μπάλας, 1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η σταδιοποίηση του καρκίνου μας δείχνει την ανατομική έκταση του όγκου κατά το χρόνο που εκείνος διογκώνεται.

Η σταδιοποίηση είναι απαραίτητη για να μας βοηθήσει στην επιλογή της καλύτερης μεθόδου θεραπείας σε κάθε ασθενή, να προσδιορίσει την πρόγνωση, να συγκρίνει τα αποτελέσματα διαφόρων προγραμμάτων θεραπείας και να προσφέρει στη συνεχή έρευνα του καρκίνου.

Έχουν αναπτυχθεί διάφορα συστήματα για την κλινική σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού. Αυτό που έχει την ευρύτερη εφαρμογή είναι το κλινικό σύστημα σταδιοποίησης. Στηρίζεται στο **T.N.M** (T-TY-MOR,N-NODES,M-METASTASES).

Οι ορισμοί για την ταξινόμηση του αρχικού όγκου είναι οι ίδιοι για την κλινική και την παθολογική ταξινόμηση. Εάν η μέτρηση γίνεται με φυσική εξέταση, ο εξεταστής θα χρησιμοποιήσει τους σημαντικούς τίτλους(T1,T2 ή T3).Εάν χρησιμοποιούνται άλλες μετρήσεις όπως οι μαστογραφικές ή παθολογικές τότε μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα υποσύνολα του T1.Οι όγκοι μπορούν να μετρηθούν στην κοντινότερη αύξηση 0,1 εκατοστά (Bhuijan, 1999).

Πίνακας 1: Η κλινική σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού σύμφωνα με το σύστημα **T.N.M**

Στάδιο I	T1	N0	N1	M0
Στάδιο II	T2	N0	N1	M0
Στάδιο III	T3	N0	N1	M0
	T1	N2		
	T2	N2		M0

Στάδιο IV κάθε T κάθε NM1

Όπου: T= όγκος, N= αδένες, M= μετάσταση

T1 <= 2cm, T2 > 2 <= 5cm, T3 > 5cm

T4: Οποιοδήποτε μέγεθος που έχει επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή δέρμα

N0: Εδώ δεν υπάρχουν ψηλαφητοί αδένες

N1: Κινητοί αδένες

T Αρχικός όγκος

T0=Ο όγκος στο μαστό δεν είναι ψηλαφητός

T1=Όγκος <= 2cm στη μεγαλύτερη διάμετρο

T1α=Ο όγκος δεν καθιλώνεται στο θωρακικό μυ ή την υποκείμενη περιτονία

T1β=Ο όγκος καθιλώνεται στο θωρακικό μυ ή την υποκείμενα περιτονία

T2=Όγκος μεγέθους 2-5cm στη μεγαλύτερη διάμετρο

T2α=Ο όγκος δεν καθιλώνεται στο θωρακικό τοίχωμα ή την υποκείμενη περιτονία

T2β=Ο όγκος καθηλώνεται στο θωρακικό τοίχωμα ή την υποκείμενη περιτονία

T3=Όγκος>5cm στη μεγαλύτερη διάμετρο

T3α=Ο όγκος δεν καθηλώνεται στο θωρακικό μυ ή την υποκείμενη περιτονία

T3β=Ο όγκος καθηλώνεται στο θωρακικό μυ ή την υποκείμενη περιτονία

T4=Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους που εμφανίζει άμεση επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα

T4α=Ο όγκος εμφανίζει καθήλωση στο θωρακικό τοίχωμα

T4β=Οίδημα,διήθηση του δέρματος, εξέλκωση,περιλαμβανομένης της εικόνας φλοιού πορτοκαλιού ή από δορυφόρα οζίδια του δέρματος που περιορίζονται στον ίδιο μαστό

T4c=T4α+T4β (Bhuijan, 1999).

N Περιφερειακοί λεμφαδένες

N0=Μη ψηλαφητοί σύστυχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες

N1=Ψηλαφητοί κινητοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες

N1α=Χωρίς ύποπτα στοιχεία καρκινικής διήθησης

N1β=Με σημεία καρκινικής διήθησης

N2=Καρκινικώς διηθημένοι σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, καθηλωμένοι μεταξύ τους σε ένα ή περισσότερους σχηματισμούς και συμφυόμενοι με τους υποκείμενους ιστούς

N3=Διηθημένοι υπερκλείδιοι και υποκλείδιοι ή οίδημα ώμου και βραχίονα

M Απόμακρη μετάσταση

M0=Όχι απομακρυσμένες μεταστάσεις

M1=Απομακρυσμένες μεταστάσεις

ΣΤΑΔΙΟ I

T0	N1α	M0
T1α	N0 ή N1α	M0
T1β	N0 ή N2β	M0

ΣΤΑΔΙΟ II

T0	N1β	M0
T1α	N1β	M0
T1β	N1β	M0
T2α	N0 ή N1α ή N1β	M0
T2β	N0 ή N1α ή N1β	M0

ΣΤΑΔΙΟ III

Οποιοδήποτε T3	με οποιοδήποτε N	M0
Οποιοδήποτε T4	με οποιοδήποτε N	M0
Οποιοδήποτε T	με οποιοδήποτε N2	M0
Οποιοδήποτε T	με οποιοδήποτε N3	M0

ΣΤΑΔΙΟ IV

Οποιοδήποτε T με οποιοδήποτε N M1
N2: Ακίνητοι αδένες
N3: Υπερκλείδιοι ή υποκλείδιοι αδένες
M0: Καμιά απομακρυσμένη μετάσταση
M1: Απομακρυσμένες μεταστάσεις

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Κυψελοειδής ταξινόμηση: Ο ακόλουθος είναι ένας κατάλογος ιστολογικής ταξινόμησης του καρκίνου του μαστού. Ο διεισδύοντας ή της εισβολής **ductal** καρκίνος είναι ο πιο κοινός ιστολογικός τύπος καρκίνου του μαστού που περιλαμβάνει το 70% όλων των περιπτώσεων (Bhuijan, 1999).

Ductal

- Intraductal (επί τόπου)
- Της εισβολής με το κυρίαρχο intraductal συστατικό
- Της εισβολής
- Εμπρηστικό
- Comedo
- Μυελλώδης με λεμφοκυτταρική διείσδυση
- Κολλοειδής
- Σωληνοειδής
- Άλλος

Lobular

- Επί τόπου
- της εισβολής το κυρίαρχο συστατικό
- Της εισβολής

Θηλή

- Ασθένεια Paget
- Ασθένεια Paget με το intraductal καρκίνωμα
- Ασθένεια Paget με το της εισβολής ductal καρκίνωμα

Άλλο

- Αδιαφοροποίητο καρκίνωμα

Ο ακόλουθος είναι υποκατηγορίες όγκων που εμφανίζονται στο στήθος αλλά δεν θεωρούνται χαρακτηριστικοί καρκίνοι του μαστού.

- Cystosarcoma
- Αγγειοσάρκωμα
- Αρχικό λέμφωμα

1. **Ductal** καρκίνωμα επί τοπου

Το ductal καρκίνωμα επί τόπου (DCIS) είναι ένας μη καταπατητικός προκαρκινικός όρος. Το DCIS μπορεί να προχωρήσει και να γίνει της εισβολής καρκίνος, αλλά οι εκτιμήσεις της πιθανότητας αυτής δεν έχουν ανακαλυφθεί ευρέως. Μερικοί άνθρωποι περιλαμβάνουν το DCIS στις στατιστικές του καρκίνου του μαστού¹⁹. Η πιθανότητα της διάγνωσης DCIS έχει αυξηθεί εμφανώς (ΗΠΑ) από τη διαδεδομένη χρήση της μαστογραφίας

διαλογής. Το 1998 DCIS αποτέλεσε περίπου το 18% όλων των πρόσφατα-διαγνωσμένων εισβολής συν μη καταπατητικών όγκων στο μαστό (ΗΠΑ). Πολύ λίγες περιπτώσεις DCIS παρουσιάζονται ως προφανή μάζα, 80% εντοπίζονται από τη μαστογραφία μόνο. Ο **comedo**-τύπος DCIS αποτελείται από κύτταρα που εμφανίζονται κυτταρολογικά κακοήθη, με την παρουσία άριστης ποιότητας πυρήνων. Ο **comedo** -τύπος εμφανίζεται να είναι ο επιθετικότερος με μια μεγάλη πιθανότητα να γίνει **ductal** καρκίνωμα της εισβολής (Silverstein 1996).

ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ DCIS

1. Η στήθος-συντήρηση της θεραπείας χειρουργικών επεμβάσεων και ακτινοθεραπείας.
 2. Η συνολική μαστεκτομή
 3. Η στήθος-συντήρηση της χειρουργικής επέμβασης χωρίς θεραπεία ακτινοβολίας.
- ♦ Μία μεγάλη διεθνής κλινική δοκιμή που συγκρίνει τη χειρουργική επέμβαση στήθος-συντήρησης με ή χωρίς ακτινοθεραπεία βρίσκεται καθ' οδόν..

2. Lobular καρκίνωμα επί τόπου

Ο όρος **lobular** καρκίνωμα επί τόπου είναι παραπλανητικό. Αυτό το τραύμα καταλληλότερα λέγεται 'lobular νεοπλασία'. Στην κυριολεξία δεν είναι γνωστό σαν ένα προ κακοήθες τραύμα αλλά μάλλον ένας δείκτης που προσδιορίζει τις γυναίκες σε έναν αυξανόμενο κίνδυνο στο να αναπτύξουν της εισβολής καρκίνου του μαστού. Αυτός ο κίνδυνος παραμένει πολύ υψηλός περισσότερο από δύο δεκαετίες και οι περισσότεροι από τους

επόμενους καρκίνους είναι ductal παρά lobular. Το LCIS είναι συνήθως πολυκεντρικό και είναι συχνά διμερές (Chank, 2001).

ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ LCIS

1. Παρατήρηση μετά τη διαγνωστική βιοψία
2. Tamoxifen για να μειωθεί η εμφάνιση επόμενων καρκίνων του μαστού
3. Τρέχουσα πρόληψη καρκίνου του μαστού
4. Διμερής προφυλακτική συνολική μαστεκτομή χωρίς μασχαλιαία ανατομή λεμφαδένων

ΣΤΑΔΙΟ I II III ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΣ IIIC ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Το στάδιο I II III και λειτουργικός IIIC καρκίνος του μαστού απαιτούν συχνά μια πολλαπλή θεραπεία. Ανεξάρτητα από την ενδεχόμενη διαδικασία που επιλέγεται η διαγνωστική βιοψία και η χειρουργική διαδικασία που θα χρησιμοποιηθούν στην αρχή θα πρέπει να εκτελεσθούν ως διαφορετικές διαδικασίες. Σε πολλές περιπτώσεις η διάγνωση του καρκινώματος του μαστού που χρησιμοποιεί τη βιοψία ή τη λεπτή βελόνα κυτταρολογίας μπορεί να είναι επαρκής για να επιβεβαιώσει μία κακοήθεια. Αφού επιβεβαιωθεί η παρουσία της κακοήθειας και η ιστολογία είναι καθορισμένη, οι επιλογές θα συζητηθούν με τον ασθενή πριν επιλεγεί μία θεραπευτική διαδικασία.

ΣΤΑΔΙΟ ΙΙΙΒ , ΜΗ ΕΠΙΔΕΧΟΜΕΝΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΙΙΙC ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Η πολλαπλή θεραπεία που παραδίδεται με τη θεραπευτική πρόθεση είναι το πρότυπο φροντίδας για τους ασθενείς με το κλινικό στάδιο της ΙΙΙΒ ασθένειας. Μία αναδρομική έρευνα δείχνει ότι η πλειοψηφία των ασθενών που έχουν συμμετοχή λεμφαδένων και κανένα στοιχείο μεταστάσεων μπορούν να παρατείνουν την υγιή επιβίωση τους σε 10 έτη με συνδυασμό θεραπείας. Αν και αυτά τα αποτελέσματα δεν έχουν ξαναειπωθεί σε άλλη σειρά το αποτέλεσμα προτείνει ότι τέτοιοι ασθενείς πρέπει να θεραπευθούν με την ίδια πρόθεση. Η χειρουργική επέμβαση περιορίζεται γενικά στη βιοψία για να επιτρέψει τον προσδιορισμό του οιστρογόνο-δέκτη (ER) και των επιπέδων προγεστερόνη-δεκτών και της υπερέκφρασης HER2/neu. Η αρχική θεραπεία με ανθρακυκλίνες βασισμένα χημειοθεραπεία και/ή βασισμένη ακτινοθεραπεία είναι σπάνια.

Σε πρώτη σειρά 178 ασθενείς με εμπρηστικό καρκίνο μαστού η υγιής επιβίωση τους ήταν 28% σε 15 έτη με μια συνδυαστική μορφή θεραπευτικής προσέγγισης. Στους ασθενείς που ανταποκρίνονται στη βοηθητική χημειοθεραπεία, η τοπική θεραπεία μπορεί να αποτελεσθεί από τη συνολική μαστεκτομή με τη μασχालιαία ανατομή λεμφαδένων που ακολουθείται από την θεραπεία ακτινοβολίας στο θωρακικό τοίχωμα και τους περιφερικούς λεμφαδένες.

Η συντήρηση της θεραπείας μπορεί να εκτιμηθεί στους ασθενείς με μια καλή μερική ή πλήρη βοηθητική χημειοθεραπεία. Η επόμενη συστηματική θεραπεία μπορεί να αποτελεσθεί από περεταίρω χημειοθεραπεία. Η θεραπεία ορμονών πρέπει να χορηγηθεί στους ασθενείς των οποίων οι όγκοι είναι ER-θετικοί ή άγνωστοι.

Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να θεωρηθούν υποψήφιοι για κλινικές δοκιμές για να αξιολογηθεί η πιο κατάλληλη φόρμουλα στην οποία θα χορηγηθούν τα διάφορα συστατικά αγωγής (Jacobson, 1995).

ΣΤΑΔΙΟ ΙV ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο επαναλαμβανόμενος καρκίνος του μαστού ανταποκρίνεται συχνά στη θεραπεία αν και σπάνια θεραπεύεται όταν η ασθένεια βρίσκεται σε αυτό το στάδιο³¹. Παρ' όλα αυτά οι ασθενείς αυτοί μπορεί να έχουν μία μακρά επιβίωση με την κατάλληλη θεραπεία. Επομένως πριν από τη θεραπεία για τον επαναλαμβανόμενο και μεταστατικό καρκίνο η αξιολόγηση της έκτασης της ασθένειας είναι υποδειγμένος (Fisher, 2001).

Πίνακας 1: Οι κατηγορίες κινδύνου για τις γυναίκες που ανήκουν στην κατηγορία με αρνητικό καρκίνο μαστού.

	Χαμηλός κίνδυνος	Ενδιάμεσος κίνδυνος	Υψηλός κίνδυνος
Μέγεθος όγκων	≥ 1 cm	1-2 cm	< 2 cm
ER ή PR	Θετικός	Θετικός	Αρνητικός
Βαθμός όγκων	Βαθμός 1	Βαθμός 1-2	Βαθμός 2-3

[ER: οιστρογόνο-δέκτης, PR:επίπεδα προγεστερόνης-δεκτών]

Πίνακας 2: Επιλογές θραπείας για τις γυναίκες που ανήκουν στην κατηγορία με αρνητικό καρκίνο του μαστού (Pritchard, 2002).

Ομάδα ασθενών	Χαμηλός κίνδυνος	Ενδιάμεσος κίνδυνος	Υψηλός κίνδυνος
Πριν την εμμηνόπαυση, ER-θετικός ή PR-θετικός	καμία	Χημειοθεραπεία, Ωοθηκική αφαίρεση	Χημειοθεραπεία συν Ωοθηκική αφαίρεση ή Μόνο ωοθηκική αφαίρεση
Πριν την εμμηνόπαυση, ER-αρνητικός ή PR-αρνητικός	—	—	χημειοθεραπεία
Μετά την εμμηνόπαυση, ER-θετικός ή PR-θετικός	καμία	Tamoxifen συν χημειοθεραπεία	Tamoxifen συν χημειοθεραπεία
Μετά την εμμηνόπαυση, ER-αρνητικός ή PR-αρνητικός	—	—	χημειοθεραπεία
Μεγαλύτερος από 70 ετών	καμία	Tamoxifen μόνο ή συν χημειοθεραπεία	Tamoxifen (περιλαμβάνει χημειοθεραπεία αν ER-αρνητικός ή PR-αρνητικός

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική αγωγή του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει:

1. Τη χειρουργική θεραπεία
2. Την ακτινοθεραπεία
3. Τη φαρμακευτική θεραπεία (Χημειοθεραπεία-Ορμονοθεραπεία)
4. Την αποκατάσταση του σωματικού ειδώλου

Στη συνέχεια θα περιγράφεται ξεχωριστά το κάθε είδος θεραπείας.

1. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι η αρχαιότερη μέθοδος θεραπείας του Ca μαστού. Στόχος της είναι αφαίρεση του όγκου και των σύστοιχων λεμφαδένων. Σκοπός πρέπει να είναι η αφαίρεση του όγκου επί υγιούς ιστού και στην επιφάνεια και εν τω βάθει και συγχρόνως των λεμφαδένων. Κάθε επέμβαση στο μαστό θα πρέπει να συνδυάζεται με ταχεία βιοψία γιατί υπάρχει κίνδυνος να έχουμε διασπορά της νόσου από χειρουργικούς χειρισμούς (Μπάλας, 1990).

Είδη επεμβάσεων του μαστού είναι:

A) Η Ριζική μαστεκτομή

Είναι η χειρουργική αφαίρεση του μαζικού αδένου, των θωρακικών μυών(μείζονα-ελάσσονα) και του περιεχομένου της μασχालιαίας κοιλότητας. Παραλλαγές της είναι: η εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή που περιλαμβάνει εκτός από τα προηγούμενα και την αφαίρεση των έσω μαστικών γαγγλίων και η υπερριζική μαστεκτομή που περιλαμβάνει

εκτός των προηγούμενων και την αφαίρεση των έσω μαστικών γαγγλίων και εφαρμόζεται συνήθως και στο στάδιο I ή II σε γυναίκες μέσης ή μεγάλης ηλικίας και αφήνει μια αισθητή παραμόρφωση στο σώμα της γυναίκας. Πάντοτε προηγείται ταχεία βιοψία που καθορίζει τη φύση του όγκου και η οποία καθοδηγεί το χειρουργό (Μαγλαρινου, 1987).

B) Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Είναι η αφαίρεση του μαζικού αδένα και των λεμφαδένων της μασχάλης, ενώ διατηρούνται οι θωρακικοί μύες. Το αποτέλεσμα από πλευράς καλαισθησίας είναι το καλύτερο και αυτό το είδος της θεραπείας προτιμάται γιατί όταν συνδυαστεί με ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία έχει τα ίδια αποτελέσματα με τη ριζική μαστεκτομή.

Γ) Μερική μαστεκτομή

Αφαιρούνται τα γύρω του όγκου 2/3 του μαστού και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Εφαρμόζεται σε νέες γυναίκες. Για ψυχολογικούς λόγους διατηρείται η θηλή και η επέμβαση συνδυάζεται με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία .

Δ) Απλή μαστεκτομή

Αφαιρείται μόνο ο μαζικός αδένας. Εφαρμόζεται σε ηλικιωμένους ασθενείς στους οποίους δεν αναμένεται ταχεία εξέλιξη της νόσου. Συνδυάζεται με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

Ε) Ογκεκτομή

Εφαρμόζεται στο στάδιο III 'Η IV για λόγους καθαριότητας όταν υπάρχει εξέλκωση ή για να προληφθεί η εξέλκωση

2. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία είναι πολύ αποτελεσματική θεραπεία σε πολλούς πρωτοφανείς όγκους, εμποδίζει το κύτταρο να αναδιπλασιασθεί (κατά τη μιτωτική φάση) και τελικά το καταστρέφει. Επειδή τα καρκινικά κύτταρα αυξάνονται με ταχύτερο ρυθμό απ' ό τι τα γειτονικά φυσιολογικά, είναι και περισσότερο ευαίσθητα στην ακτινοβολία.

Στον καρκίνο του μαστού η ακτινοβολία χρησιμοποιείται σαν βασική θεραπεία για τοπικά προχωρημένους καρκίνους, που είναι ανεγχείρητοι αλλά δεν έχουν κάνει μεταστάσεις σε άλλα μέρη του σώματος.

Σε ορισμένες περιπτώσεις η ακτινοθεραπεία φέρνει ουσιαστικά αποτελέσματα ενώ σε άλλες είναι μόνο παρηγορητική. Πλήρης ίαση είναι η καταστροφή των κακοηθών κυττάρων και η θεραπεία του αρρώστου.

Στην ακτινοθεραπεία χρησιμοποιούνται ραδιενεργά στοιχεία όπως το ράδιο σε δερματικές υποτροπές και τοπικές μεταστάσεις και οι ακτίνες Roentgen και το ραδιενεργό κοβάλτιο για εξωτερικές ακτινοβολίες με ειδικά μηχανήματα που επιτρέπουν ακριβή καθορισμό των πεδίων της ακτινοβολίας.

Για θεραπευτικούς σκοπούς χορηγούνται 5,000-6,000 Rads σε διάστημα έξι εβδομάδων περίπου. Για παρηγορητικούς σκοπούς δίνονται τα 2/3 της ανωτέρω δόσεως. Φυσικά ο ασθενής παρακολουθείται και η δόση εξατομικεύεται ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο του όγκου και την αντοχή του ασθενούς (Σαχίνη-Καρδάση, 1985).

Στην θεραπεία του Ca του μαστού η ακτινοθεραπεία γίνεται στις εξής περιπτώσεις:

- Μετά από μαστεκτομή για 'αποστείρωση' όταν υπάρχουν μεταστάσεις στους μασχάλιους λεμφαδένες ή όταν ο όγκος εντοπίζεται στο έσω ημιμόριο του μαστού.

- Σε ανεγχείρητες περιπτώσεις όταν δεν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις.
- Σε δερματικές περιπτώσεις όταν δεν είναι στο μεσοθωράκιο, στο νωτιαίο μυελό ή στον εγκέφαλο.
- Σε οστικές μεταστάσεις για την ανακούφιση από τον πόνο.

Παρενέργειες της ακτινοθεραπείας

Η ακτινοβολία στον ανθρώπινο οργανισμό έχει κάποιες επιπλοκές. Αυτές είναι:

- 1) οι πρώιμες και όψιμες που χαρακτηρίζονται σαν σωματικές
- 2) οι γενετικές

Οι **πρώιμες** είναι:

- § Τοπικές βλάβες του δέρματος που δέχεται άμεσα την ακτινοβολία
- § Αλωπεκία που παρουσιάζεται μετά από 2 έως 3 εβδομάδες
- § Αλλοιώσεις του αίματος και του αιμοποιητικού οστού (λευκοπενία, αιμορραγία)
- § Αλλαγή της εξωτερικής εμφάνισης

Οι **γενετικές** είναι:

- § Λευχαιμία
- § Βράχυνση του χρόνου ζωής

3. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

Σ' εκείνη που σκοπεύει να συμπληρώσει τη θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου, δηλαδή τη χειρουργική με σκοπό να καταστρέψει υπολείμματα νόσου που δεν είναι κλινικά και εργαστηριακά διαπιστώσιμα και ευθύνονται για τη μελλοντική υποτροπή της νόσου. Η τελευταία ονομάζεται προφυλακτική χημειοθεραπεία.

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού έχει αρχίσει εδώ και 20 χρόνια υποτυπωδώς, μπαίνει όμως επίσημα μετά το 1969-70 όταν διαπιστώνεται ότι η χορήγηση συνδυασμών κυτταροστατικών φαρμάκων έχει ένα ικανοποιητικό ποσοστό να αναστέλλει την εξέλιξη της νόσου και την ύφεση ή τη σμίκρυνση του όγκου. Στην αρχή διαπιστώθηκε ποια κυτταροστατικά φάρμακα έχουν θεραπευτικό αποτέλεσμα στον καρκίνο του μαστού όταν χορηγηθεί το καθένα μόνο του. Ακολούθως έγιναν συνδυασμοί δύο έως πέντε φαρμάκων από αυτά που είχαν θεραπευτικό αποτέλεσμα και με βάση τις αρχές της συνδυασμένης χημειοθεραπείας.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται δεν είναι ειδικά κατά των καρκινικών κυττάρων αλλά προσβάλλουν και τα υγιή κύτταρα, γι' αυτό το λόγο η χρησιμοποίησή τους προκαλεί τον κίνδυνο της τοξικότητας. Περισσότερο επηρεάζεται το αιμοποιητικό και το πεπτικό σύστημα. Σε ασθενείς με Ca μαστού η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται:

- Προληπτικά για την πρόληψη σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία
- Σε σπλαχνικές μεταστάσεις
- Σε γενικευμένη καρκινωμάτωση σε όγκους που δεν είναι ορμονοεξαρτώμενοι

Σκοπός της είναι να βελτιώσει την κατάσταση της ασθενούς και των συνθηκών της ζωής της. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ανήκουν σε τρεις κατηγορίες:

- ü Αλκυλιούντες παράγοντες: κυκλοφωσφαμίδη (Endoxan), χορηγείται από το στόμα ή ενδοφλεβίως. Ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η αλωπεκία και αιμορραγικά κυστίτις.
- ü Αντιμεταβολίτες: 5-φθοριουρακίλη, χορηγείται ενδοφλεβίως ή από το στόμα σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα-Methotrexale σε ενέσιμη μορφή ή από το στόμα.
- ü Αντιβιοτικά: **Adriamycin** που εφαρμόστηκε τελευταία.

Τα φάρμακα που αναφέραμε χορηγούνται σε διάφορα σχήματα μεταξύ τους και συχνά σε συνδυασμό με ορμονικά σκευάσματα. Η θεραπεία μπορεί να διαρκέσει για χρόνια και τα σχήματα μπορεί να είναι εβδομαδιαία, ανά 15

ημέρες ή ανά μήνα, αλλά συνεχώς μεταβάλλεται ανάλογα με τα αποτελέσματα των ερευνών.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να έχει και τοπική εφαρμογή. Τοποθετείται ειδικός καθετήρας στη μαστική αρτηρία από τον οποίο γίνεται έγχυση των φαρμάκων κατά διαστήματα. Γίνεται σε περιπτώσεις που δεν ενδείκνυται μαστεκτομή λόγω της προχωρημένης τοπικής καταστάσεως και της παρουσίας μεταστάσεων.

Επίσης κατά τη διάρκεια της μαστεκτομής χορηγείται από μερικούς χειρουργούς *Trioter*, ενδοφλεβίως στο σύστοιχο άνω άκρο.

Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τις ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, αλωπεκία, αιμορραγική κυστίτιδα, ναυτία, εμετούς. Χρειάζεται να ενημερώνει την ασθενή και να την προετοιμάζει ψυχολογικά. Φροντίζει για τη χορήγηση των χημειοθεραπευτικών (ή και κατά τη διάρκεια της) (Κωνσταντακάτου, 1987).

4. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην έρευνα για την αιτιολογία του Ca μαστού βρέθηκε ότι οι ορμονικές επιδράσεις αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες. Σε ορμονοεξαρτώμενα καρκινώματα του μαστού εφαρμόζεται ορμονοθεραπεία με την οποία πολλές φορές κατορθώνεται να σταματήσει ή να υποχωρήσει σημαντικά η ανάπτυξη του όγκου. Η ορμονοθεραπεία γίνεται είτε με την εξωτερική χορήγηση ορμονών είτε με την εγχειρητική εξαίρεση ορισμένων ενδοκρινών αδένων, όπως των ωοθηκών, των επινεφριδίων και της υπόφυσης, για εξουδετέρωση ή και εξαφάνιση από την κυκλοφορία των ορμονών εκείνων που ασκούν επίδραση πάνω στην ανάπτυξη του καρκίνου.

Η ηλικία της γυναίκας είναι αυτή που θα καθορίσει το είδος της ορμονικής θεραπείας (Μπάλας, 1990).

Υπάρχουν δύο τρόποι για την παραγωγή ορμονικών μεταβολών στον οργανισμό:

α) Η χορήγηση μεγάλων δόσεων ορμονών. Χορηγούνται μεγάλες δόσεις οιστρογόνων σε ασθενείς που εμφάνισαν Ca μαστού τουλάχιστον 5 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούνται είναι: ανορεξία, εμετοί, μητρορραγία, διόγκωση των μαστών.

Τα ανδρογόνα (τεστοστερόνη) χορηγούνται σε προχωρημένες καταστάσεις σε ασθενείς πριν την εμμηνόπαυση ή μετά από ωοθηκεκτομή. Ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η αλλαγή των δευτερευόντων χαρακτήρων του φύλου.

Σε γενικευμένο καρκίνο μαστού χορηγούνται επίσης σκευάσματα προγεστερόνης ή κορτικοειδή.

β) Η ανακοπή της λειτουργίας των αδένων η οποία επιτυγχάνεται με επεμβάσεις. Τέτοιου είδους επεμβάσεις είναι:

Αμφοτερόπλευρη σαλπινγο-ωοθηκεκτομή: Είναι η μέθοδος εκλογής της αρχικής θεραπείας, όταν η γυναίκα βρίσκεται στην πριν την εμμηνόπαυση ηλικία και έχει μεταστατικό καρκίνο μαστού. Η ύφεση διαρκεί από έξι μήνες έως αρκετά χρόνια (κατά μέσο όρο ένα χρόνο). Εάν εμφανιστούν σημεία επαναδραστηριοποίησης της αύξησης του όγκου, εφαρμόζεται στην άρρωστη κυτταροτοξική χημειοθεραπεία.

Επινεφριδεκτομή: Είναι η αφαίρεση των επινεφριδίων και προτιμάται στις οστικές μεταστάσεις μετά την ωοθηκεκτομή στην οποία η ασθενής είχε ανταπόκριση. Είναι μεγάλη επέμβαση και έχει θνησιμότητα 10%.

Υποφυσεκτομή: Ενδείκνυται όταν εμφανιστούν υποτροπές μετά από μαστεκτομή. Αποφασίζεται δύσκολα γιατί πραγματοποιείται μέσω κρανιοτομής. Γίνεται και ακτινοβολία της υποφύσεως ή εμφύτευση ραδιενεργού υπρίου μέσω της ρινικής κοιλότητας για την αναστολή της λειτουργίας του αδένου.

Θυμεκτομή: Συνήθως είναι αποτελεσματική (Harrey, 1999).

5. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

Ανάλογα με το στάδιο του καρκίνου του μαστού προτιμώνται διάφοροι μέθοδοι θεραπείας σε συνδυασμό. Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα διάφορα στάδια καρκίνου μαστού και η αντίστοιχη αντιμετώπιση τους (Δημητρίου, 1993).

ΚΛΙΝΙΚΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
<p>ΣΤΑΔΙΟ I</p> <p>Μάζα εντοπισμένη στο μαστό, όλοι οι αδένες αρνητικοί</p>	<p>Ριζική μαστεκτομή προτιμάται από τους περισσότερους Αμερικανούς χειρουργούς. Μερικοί προτιμούν απλή μαστεκτομή και ακτινοβολία. Άλλοι προτιμούν απλή μαστεκτομή χωρίς ακτινοβολία.</p>
<p>ΣΤΑΔΙΟ II</p> <p>Μάζα εντοπισμένη στο μαστό, μασχαλιαίοι αδένες διηθημένοι</p>	<p>Προτιμάται η ριζική μαστεκτομή με ή χωρίς μετεγχειρητική ακτινοβολία</p>
<p>ΣΤΑΔΙΟ III</p> <p>Μάζα μαστού τοπικά εκτεταμένη, μασχαλιαίοι αδένες υπερκλείδιοι και έσω μαστικοί αδένες διηθημένοι</p>	<p>Η κατάσταση αυτή θεωρείται ανεγχείρητη. Η παρέμβαση εξαρτάται από την έκταση.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Απλή μαστεκτομή με ακτινοβολία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία. 2. Ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία
<p>ΣΤΑΔΙΟ IV</p> <p>Απομακρυσμένες μεταστάσεις</p>	<p>Η παρέμβαση εξαρτάται από την εντόπιση της μετάστασης (οστά, μαλακά μόρια κ.λ.π)</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ακτινοθεραπεία για αρχική αλλοίωση ή μετάσταση 2. Ορμονοθεραπεία <ol style="list-style-type: none"> A) Συστηματική-οιστρογόνα, ανδρογόνα ή στεροειδή B) Χειρουργική εξαίρεση-ωοθηκεκτομή-επινεφριδεκτομή-υποφυσεκτομή 3. Χημειοθεραπεία
--	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι γνωστό ότι είναι ένας από τους πιο συχνούς καρκίνους στη γυναίκα. Επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι 1 στις 10 έως 1 στις 14 γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο στο μαστό κατά την διάρκεια της ζωής της. Επίσης, σύμφωνα με τα στοιχεία της **American Cancer Society** ο καρκίνος του μαστού προκαλεί τους περισσότερους θανάτους από οποιοδήποτε άλλο καρκίνο στις γυναίκες. Παρά το γεγονός ότι το νόσημα, η εκτεταμένη έρευνα των τελευταίων δεκαετιών όσον αφορά την επιδημιολογία, την αιτιολογία, την θεραπεία και την πρόληψη, είχε ως αποτέλεσμα στο να βελτιώσει την επιβίωση των γυναικών που έχουν την ατυχία να προσβληθούν από αυτόν. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης έφερε στην επιφάνεια και κάποιες άλλες πτυχές που συνδέονται άρρηκτα με το νόσημα και που μπορεί να επηρεάζουν το τελικό αποτέλεσμα : τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Από τότε που ο **G. Engel** δημοσίευσε το 1977 στο περιοδικό **Science** την

πρότασή του για ένα νέο ιατρικό μοντέλο, το οποίο ονόμασε βιοψυχοκοινωνικό σε αντιδιαστολή με το ισχύον βιοιατρικό, αυξήθηκε πολύ το ενδιαφέρον για μια ολιστική προσέγγιση των ατόμων που ασθενούν. Αν πάρουμε ως δεδομένο ότι ο άνθρωπος είναι μέρος ενός ευρύτερου συστήματος, η αποτελεσματική θεραπεία πρέπει να απευθύνεται ταυτόχρονα και στις τρεις διαστάσεις, δηλαδή και στην βιολογική και στην ψυχολογική και στην κοινωνική. Η ανάγκη αυτή είναι φανερό ότι γίνεται πιο επιτακτική σε νοσήματα που όπως ο καρκίνος, έχουν πολλές φορές άσχημο αποτέλεσμα ή/και σχετικά μακροχρόνια πορεία. Παρακάτω θα αναφέρουμε σύντομα μερικές από τις ψυχοκοινωνικές πλευρές του καρκίνου του μαστού βασιζόμενοι στις πολλές εργασίες που έχουν γίνει τα τελευταία 20 χρόνια στον τομέα αυτό (Πατηράκη, 1985).

2. Οι ιδιαιτερότητες του καρκίνου του μαστού.

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει μερικές ιδιαιτερότητες αναφορικά με την ψυχοκοινωνική διάστασή του, οι οποίες οφείλονται κατά κύριο λόγο σε αυτό καθαυτό το όργανο στόχο αλλά και στα επιδημιολογικά δεδομένα. Συγκεκριμένα, η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα που δυνητικά μπορεί να προκαλέσει τον θάνατό της, αλλά και με την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματός της που συμβολίζει δυο από τις πιο σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της, την μητρότητα και την ερωτική της υπόσταση. Το τελευταίο έχει ιδιαίτερη σημασία, αν αναλογιστεί κανείς ότι ο καρκίνος του μαστού είναι πιο συχνός σε μια ηλικία που και άλλοι παράγοντες (πχ. εμμηνόπαυση, φυσιολογική γήρανση) επιδρούν αρνητικά στην αίσθηση θηλυκότητας και ελκυστικότητας που αισθάνονται και νιώθουν οι γυναίκες.

3. Μηχανισμοί προσαρμογής και αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού.

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

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

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

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

δ) Η αποδοχή μαζί με άγχος/θλίψη (Anxious/depressed Acceptance). Οι ασθενείς αυτές αντιδρούν στην διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή/και θλίψη. Όπως και οι γυναίκες με μαχητικό πνεύμα, προσπαθούν να μάθουν όσο πιο πολλές πληροφορίες μπορούν, αλλά αντίθετα από τις πρώτες έχουν την τάση να τις ερμηνεύουν με τρόπο αρνητικό και απαισιόδοξο. Πάντως, είναι ικανές να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές τους δραστηριότητές.

ε) Η απελπισία/Αβοηθητότητα (Hopeless/Helpless). Οι γυναίκες αυτές φαίνεται να έχουν κυριευτεί απόλυτα από την διάγνωση. Νιώθουν ότι είναι συνεχώς άρρωστες είτε έχουν είτε δεν έχουν συμπτώματα, και μερικές φορές ενεργούν σα να πρόκειται να πεθάνουν σύντομα. Η λειτουργικότητα τους στην καθημερινότητα είναι απόλυτα επηρεασμένη και αποδιοργανωμένη (Σαββοπούλου, 1986).

4. Χρονική αλληλουχία των μηχανισμών προσαρμογής και αντιμετώπισης.

Διάφορες εργασίες έχουν δείξει ότι η προσαρμογή στον καρκίνο του μαστού δεν είναι σταθερή αλλά μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου από την στιγμή της διάγνωσης. Η εργασία των Morris και συν. (1977) έδειξε ότι πάνω από τις μισές γυναίκες προσαρμόζονται από την αρχή χρησιμοποιώντας αυτό που ονομάστηκε πιο πάνω στωική αποδοχή. Ένα ποσοστό περίπου 15% αντιδρά με άρνηση και ένα άλλο 15% αντιδρά με μαχητικότητα. Μία στις δέκα γυναίκες περίπου μπορεί να αντιδράσει με αβοηθητότητα ή/και απελπισία ενώ λιγότερες, αντιδρούν με άγχος/θλίψη. Ένα έως δύο χρόνια μετά την διάγνωση μειώνονται αισθητά οι γυναίκες με μαχητικότητα και άρνηση, και έτσι επτά στις δέκα εμφανίζουν στωική αποδοχή, μηχανισμός που αποτελεί τον κυρίαρχο τρόπο προσαρμογής και αντιμετώπισης των περισσότερων καρκίνων (Σταθόπουλος, 1994).

5. Η αντιμετώπιση και η προσαρμογή και η σχέση τους με την πρόγνωση.

Εκτεταμένες έρευνες έχουν γίνει τα τελευταία 15 χρόνια για να διαπιστωθεί εάν ο τρόπος αντιμετώπισης της νόσου καθώς και άλλες πτυχές της προσωπικότητας των ασθενών μπορούν να επηρεάσουν την επιβίωση και την πρόγνωση. Τα συμπεράσματα μπορούν να συνοψισθούν ως εξής :

α) Οι ασθενείς που τρεις μήνες μετά την χειρουργική θεραπεία για καρκίνο του μαστού πρώιμου σταδίου αντιμετωπίζουν τη νόσο με τη μέθοδο της άρνησης, φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ελεύθερο νόσου.

β) Οι ασθενείς, που τρεις μήνες μετά την χειρουργική θεραπεία καρκίνου πρώιμου σταδίου εμφανίζουν μαχητικότητα, φαίνεται να έχουν επίσης καλύτερη πρόγνωση, αν και το εύρημα αυτό δεν έχει αναπαραχθεί από όλους τους ερευνητές.

γ) Οι ασθενείς με απελπισία ή/και αβοηθητότητα εμφανίζουν σταθερά σε όλες τις εργασίες πιο άσχημη πρόγνωση.

δ) Σε ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου, οι ψυχολογικοί παράγοντες αντιμετώπισης δεν φαίνεται να επηρεάζουν την επιβίωση. Στην ομάδα αυτή των ασθενών οι βιολογικοί παράγοντες φαίνεται να έχουν τον κύριο ρόλο σχετικά με την επιβίωση (Bhuijan, 1999).

6. Ψυχιατρική Νοσηρότητα στον Καρκίνο του Μαστού

Στην εκτίμηση της μέτρησης της ψυχιατρικής νοσηρότητας στον καρκίνο του μαστού όπως και σε άλλα καταληκτικά νοσήματα εγείρονται πολλά μεθοδολογικά προβλήματα. Το κυριότερο πρόβλημα αφορά στα κριτήρια με τα οποία θα διακριθούν οι "περιπτώσεις" από τις "μη περιπτώσεις". Τα υπάρχοντα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για αυτόν τον σκοπό στην ψυχιατρική έρευνα αν και είναι πολύ έγκυρα και αξιόπιστα για

την ανίχνευση πρωτοπαθών ψυχιατρικών διαταραχών δεν μπορούν το ίδιο καλά να διακρίνουν την παροδική "δυσφορία" που αποτελεί φυσιολογική αντίδραση σε ένα αρνητικό γεγονός από την "αληθινή" ψυχιατρική διαταραχή. Με τον όρο "αληθινή" εννοείται εκείνη η διαταραχή που θα κρινόταν από έναν κλινικό ψυχίατρο ότι απαιτεί ειδική θεραπεία (φαρμακευτική ή/και ψυχοθεραπευτική) και η οποία μετά την ειδική αυτή θεραπεία θα βελτιωνόταν σημαντικά. Κρατώντας αυτή την επιφύλαξη, τα ευρήματα των περισσότερων ερευνών συνοψίζονται ως εξής :

α) Ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών, περίπου μία στις τέσσερις εμφανίζουν τα πρώτα δύο χρόνια από την διάγνωση του καρκίνου του μαστού κάποιο είδος συναισθηματικής διαταραχής του τύπου της αγχώδους διαταραχής ή της κατάθλιψης. Στις περισσότερες φορές ωστόσο η διαταραχή αυτή είναι ήπια ή αυτο περιοριζόμενη έτσι ώστε αρκετοί είναι εκείνοι που πιστεύουν ότι δεν υπάρχει λόγος να παραπέπονται οι γυναίκες αυτές σε ψυχίατρο. Ένα 5% ωστόσο παρουσιάζει ενδείξεις σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής, κυρίως μείζονος κατάθλιψης που απαιτεί θεραπεία.

β) 30% των γυναικών μετά την χειρουργική θεραπεία παρουσιάζει δυσκολίες στην σεξουαλική προσαρμογή της (μείωση της επιθυμίας, μείωση της συχνότητας των επαφών, μείωση της ικανοποίησης). Ωστόσο η σεξουαλική αυτή δυσλειτουργία είναι συνήθως μέτριου βαθμού και μόνο σε ένα μικρό ποσοστό είναι σοβαρή (περίπου στο 5%).

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

Οι γυναίκες που παρουσιάζουν ψυχιατρικές επιπλοκές μετά την διάγνωση και την χειρουργική θεραπεία επηρεάζονται σε δύο τομείς: α) στην ποιότητα ζωής: η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών είναι σαφώς επηρεασμένη, κάτι που έχει δειχτεί σε αρκετές εργασίες αλλά πού είναι και προφανές αν σκεφτεί κανείς ότι ήδη υπάρχει ένας επιβαρυντικός παράγοντας που από μόνος του είναι ικανός να μειώσει το επίπεδο

λειτουργικότητας των ασθενών αυτών. Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν έχει γίνει κάποια προσπάθεια ποσοτικού προσδιορισμού των επιπτώσεων στην ποιότητα ζωής, π.χ. με την μέθοδο των QALYs (Ποιοτικώς Προσαρμοσμένων Ετών Ζωής - Quality-Adjusted Life Years).
β) στην πρόγνωση : Μερικές ενδιαφέρουσες εργασίες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που εμφανίζουν μείζονα κατάθλιψη έχουν υψηλότερο ποσοστό τοπικής υποτροπής σε καρκίνο πρώιμου σταδίου.

8. Ψυχοανοσολογικοί μηχανισμοί

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

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

β) Γυναίκες που 3 μήνες μετά τη μαστεκτομή χρησιμοποιούν το μηχανισμό της άρνησης εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα ανοσοσφαιρινών *IgM* σε σχέση με αυτές που χρησιμοποιούν το μηχανισμό της στωικής αποδοχής ή της μαχητικότητας. Η υπόθεση που έχει γίνει είναι ότι οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν την απάντηση του ανοσολογικού συστήματος του ασθενή και είτε να προκαλούν αύξηση των ανοσοσφαιρινών που δεν ενεργοποιούν το συμπλήρωμα (όπως *IgG2* και *IgG4*), γεγονός που μπορεί να εμποδίζει την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, είτε να προκαλούν αύξηση των ανοσοσφαιρινών που ενεργοποιούν το συμπλήρωμα (όπως *IgM*), γεγονός που μπορεί να βοηθά στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων (Δημητρίου, 1993).

9. Θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών .

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

- Η θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης που επιπλέκει τον καρκίνο του μαστού δεν διαφέρει ουσιαστικά στις αρχές της από τη θεραπεία άλλων μορφών κατάθλιψης. Ωστόσο πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής: α) Η πιθανότητα φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων είναι αυξημένη σε ασθενείς με καρκίνο λόγω της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας που μπορεί να λαμβάνουν οι ασθενείς αυτοί ή/και της δυσλειτουργίας και άλλων οργάνων όπως του ήπατος. Απαιτείται λοιπόν γνώση της φαρμακοκινητικής και φαρμακοδυναμικής του σκευάσματος που χρησιμοποιείται και κατάλληλη ρύθμιση της ημερήσιας δόσης. β) Η επιλογή για το αν η φαρμακοθεραπεία θα συνδυαστεί ή όχι και με ψυχοθεραπεία (κυρίως γνωσιακού-συμπεριφορικού τύπου ή διαπροσωπικού τύπου) οπωσδήποτε εξαρτάται από την κάθε περίπτωση. Ωστόσο μερικοί υποστηρίζουν ότι η παραπομπή μιας γυναίκας για ψυχοθεραπεία μπορεί να προσθέσει στο ήδη δυσβάστακτο φορτίο του καρκίνου και ένα άλλο : το στίγμα που χαρακτηρίζει ακόμη τις ψυχιατρικές διαταραχές. Η φαρμακοθεραπεία μόνη της δεν παρουσιάζει τέτοιους κινδύνους αφού μπορεί να χορηγηθεί ακόμη και από τον θεράποντα γιατρό σε συνεργασία με τον ειδικό. Απαιτείται, λοιπόν, περαιτέρω έρευνα για να διαπιστωθεί εάν ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας σε κατάθλιψη που επιπλέκει καρκίνο του μαστού είναι πράγματι αποτελεσματικότερος, κάτι που ισχύει για άλλες μορφές κατάθλιψης.

- Η θεραπεία των διαταραχών άγχους είναι επίσης επιβεβλημένη. Όταν η διαταραχή είναι βραχυχρόνια η χρήση βενζοδιαζεπινών φαίνεται να είναι μια καλή επιλογή χωρίς ιδιαίτερους κινδύνους για την δημιουργία εξάρτησης εφόσον προβλεφθεί η σταδιακή διακοπή τους. Σε περιπτώσεις

που η αγχώδης διαταραχή είναι πιο μακροχρόνια η χρήση της βουσπιρόνης είναι απόλυτα δικαιολογημένα αφού έχει παρόμοια αποτελέσματα και ο κίνδυνος εξάρτησης είναι σαφώς μικρότερος.

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

10. Κοινωνικές Παράμετροι στον Καρκίνο του Μαστού.

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

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

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΙΔΩΛΟΥ

Μέχρι τώρα η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού γίνεται με κάποιο είδος μαστεκτομής (ριζική τροποποιημένη, ριζική μερική ή απλή μαστεκτομή), εγχειρήσεις που όσο καλά και να γίνονται οδηγούν πάντα σε παραμόρφωση του μαστού, γεγονός που δεν γίνεται εύκολα αποδεκτό από τη σύγχρονη γυναίκα που συχνά οδηγεί σε μία μόνιμη και μη αναστρέψιμη ψυχική αναπηρία, ισοδύναμη μερικές φορές ακόμα και με ψυχολογικό θάνατο.

Σήμερα όμως με την τεχνολογική ανάπτυξη και τη μέθοδο της πλαστικής χειρουργικής δεν τίθεται πια το θέμα αν μπορεί να γίνει αποκατάσταση, αλλά 'αν πρέπει να γίνεται σε σταθερή βάση'.

Ίσως είναι γνωστό ότι η δυνατότητα της αποκατάστασης μετά τη μαστεκτομή είναι το τελικό στάδιο του προγράμματος θεραπείας για τη βασική νόσο, και δεν πρόκειται για μια εκλεκτική επέμβαση για ορισμένες μόνο γυναίκες που οι ίδιες το ζητούν από μόνες τους.

Η ενημέρωση αυτής της δυνατότητας θα πρέπει να αποτελεί ευθύνη του θεράποντος ιατρού και να μην αφήνεται μόνο στην ευθύνη της ίδιας της άρρωστης. Η γνώση ότι η άρρωστη έχει τη δυνατότητα για αποκατάσταση, η οποία είναι ακίνδυνη και εφικτή, από τεχνικής απόψεως και σε όλες τις περιπτώσεις πρέπει να γίνει ευρέως γνωστή. Έτσι η γυναίκα δεν θα φοβάται πλέον να ψάχνει το μαστό της και να πηγαίνει έγκαιρα στο γιατρό όταν ανακαλύπτει ότι θα κερδίζει το μαστό της με την αποκατάσταση (Δημητρίου, 1993).

Οι μέθοδοι και οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται σήμερα από την πλαστική χειρουργική είναι πολλές και η επιλογή τους εξαρτάται από:

- Τη διάπλαση της γυναίκας
- Το είδος της μαστεκτομής που έχει γίνει
- Τον προσανατολισμό της προηγηθείσας τομής
- Την ποιότητα του δέρματος της συγκεκριμένης περιοχής (εάν έχει προηγηθεί ή όχι ακτινοβολία)

Οι τεχνικές στηρίζονται σε 4 βασικές μεθόδους αποκατάστασης:

- Τη χρησιμοποίηση ενθεμάτων σιλικόνης
- Τη χρησιμοποίηση τοπικών κρημνών
- Το διχασμό του άλλου μαστού
- Τη χρησιμοποίηση διαφόρων μυοκερδικών κρημνών που είναι και το μεγάλο επίτευγμα της πλαστικής χειρουργικής τα τελευταία 5 χρόνια (Πατηράκη, 1985).

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηλεύτρια είναι το πρόσωπο εκείνο το οποίο μαζί με άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας συμβάλλει σημαντικά στο πολύπλοκο πρόβλημα της υγείας.

Η νοσηλευτική έχει σκοπό τη διαπίστωση και ικανοποίηση των οργανικών, κοινωνικών, ψυχολογικών και πνευματικών αναγκών του ατόμου. Η νοσηλεύτρια με την επιδέξια επικοινωνία και την προσεκτική παρατήρηση διαπιστώνει τις διάφορες ανάγκες υγείας, αναλαμβάνει να ικανοποιήσει όσες αφορούν τη δική της αρμοδιότητα και μεταφέρει στις ανάλογες επιστημονικές ειδικότητες τις ανάγκες της άρρωστης που πρέπει να αντιμετωπιστούν από άλλους επιστήμονες.

Μπορούμε λοιπόν να πούμε ότι η νοσηλεύτρια είναι εκείνη που αντιμετωπίζει την άρρωστη σαν ενιαίο σύνολο με κοινές και ειδικές ανάγκες.

Ας δούμε όμως ποιος είναι ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην ομάδα και ποιοι οι αντικειμενικοί σκοποί στην αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας αφορά τους τρεις τομείς φροντίδας:

1. την πρόληψη
2. τη θεραπεία
3. την αποκατάσταση του καρκινοπαθούς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

Πρόληψη καρκίνου του μαστού

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

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

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η γνώση ότι ο καρκίνος του μαστού προκαλείται από εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες επιτρέπει και την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου τα οποία είναι:

A. Η υγειονομολογική 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.

B. Η προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. γυναικών που εργάζονται σε ακτινολογικά εργαστήρια) γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων, σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.

Γ. Η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα σε εθνικούς και διεθνείς κανονισμούς.

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

A. Ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.

B. Προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40^ο έτος.

Γ. Ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.

Δ. Ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα, οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση.

E. Οργάνωση και προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα.

Στ. Αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και απασχόληση νοσηλευτριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.

Z. Δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των ασχολούμενων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.

H. Διεξαγωγή ερευνών για να προσδιορισθούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.

Θ. Τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Όταν δεν υπάρχουν ή δεν έχουν εφαρμοστεί 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 διαγνωσθεί η ύπαρξη νόσου έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανιστούν τα συμπτώματα, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε βαριές και μερικές φορές ανίατες μορφές. Επομένως, η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για τη σημασία της προσυμπτωματικής διάγνωσης στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Πολλοί όμως λόγοι- και ιδιαίτερα οικονομικοί και τεχνικοί-κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού στο γυναικείο πληθυσμό μιας χώρας γι'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 'χασιμο 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 την πρόληψη.

Συγκεκριμένα για τον καρκίνο του μαστού συνίσταται να γίνεται:

- εξέταση των μαστών από το γιατρό κάθε τρία έτη μέχρι το 40ο έτος, ή κάθε έτος μετά το 40ο έτος της ζωής και
- μαστογραφία κάθε έτος μετά το 45ο έτος της ζωής
 - a. Γυναίκες ηλικίας από 35-39 να κάνουν μια μαστογραφία 'βάσεως' και κλινική εξέταση κάθε 3 χρόνια.
 - B. Γυναίκες ηλικίας 40-49 να κάνουν μια μαστογραφία κάθε 1-2 χρόνια και κλινική εξέταση κάθε χρόνο (Sawyer, 2005).

Γ. Γυναίκες ηλικίας 50 ετών και πάνω, να κάνουν μια μαστογραφία κάθε χρόνο και κλινική εξέταση κάθε χρόνο.

Δ. Σήμερα η μαστογραφία με φιλμ χαμηλής δόσεως υπολογίζεται ότι αντιστοιχεί σε μια ακτινογραφία θώρακος. Δεν είναι λοιπόν κουτό να φοβόμαστε την ακτινοβολία η οποία είναι ελάχιστη όταν μπορούμε να σώσουμε τη ζωή μας

Ε. Πιθανότητα προσβολής από τη νόσο κατά τη διάρκεια της ζωής μας υπολογίζεται για την Ελλάδα σε 1 στις 12-13 γυναίκες, για την Ευρώπη σε 1 στις 11 και για τις Η.Π.Α σε 1 στις 9.

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

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

Προσυμπτωματικός έλεγχος

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για τη σημασία της προσυμπτωματικής διάγνωσης στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Όταν μια γυναίκα αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα με τους μαστούς της αποφασίζει σχετικά εύκολα να προσέλθει για εξέταση, όταν όμως πρόκειται για προσυμπτωματικό έλεγχο είναι πράγματι πρόβλημα, γιατί αφορά σε γυναίκες φαινομενικά υγιείς, που δύσκολα πείθονται να προσέρχονται τακτικά για εξέταση επί μακρό χρονικό διάστημα.

Συνεπώς, το μεγαλύτερο- και ίσως το σπουδαιότερο-βήμα για την επιτυχία ενός τέτοιου περιοδικού προληπτικού ελέγχου αποτελεί η προσέλευση

υγείων 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 τον σκοπό αυτό και τα ερεθίσματα για την προσέλκυση των γυναικών πρέπει να είναι συχνά. Κύριος σκοπός του ελέγχου δεν είναι η συγκεκριμένη διάγνωση αλλά η ανίχνευση ανωμαλιών, οι οποίες στη συνέχεια θα διερευνηθούν από ειδικούς γιατρούς, για να τεθεί η διάγνωση.

Η εξέταση του μαστού περιλαμβάνει:

- A. Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό).**
- B. Γενική φυσική κατάσταση.**
- Γ. Κλινική εξέταση (επισκόπηση, ψηλάφηση).**
- Δ. Αιματολογικές εξετάσεις.**
- Ε. Ακτινολογικές εξετάσεις (μαστογραφία).**

Στις μεθόδους προσυμπτωματικού ελέγχου δεν πρέπει να παραλείψουμε να σημειώσουμε τη μεγάλη συμβολή μιας άλλης μεθόδου, περισσότερο αποδεκτής από τις γυναίκες και περισσότερο εφικτής ως προς την πραγματοποίηση της και το διάμεσο χρόνο επανάληψης της, της αυτοεξέτασης του μαστού (Α.Ε.Μ.)

Εκτίμηση προγραμμάτων περιοδικού ελέγχου

Τα οφέλη από τον περιοδικό έλεγχο για την ανίχνευση του καρκίνου του μαστού είναι:

- A. Παράταση επιβίωσης (στην ομάδα ηλικιών 50-64, μείωση θνησιμότητας κατά 30%).
 - B. Χαμηλότερα ποσοστά προχωρημένης νόσου και επομένως λιγότερο δαπανηρή και λιγότερο κουραστική θεραπεία.
- Είναι όμως δυνατό να εκτιμηθούν, με οποιαδήποτε ακρίβεια, τα μακροπρόθεσμα οφέλη από μαζικά προγράμματα περιοδικού ελέγχου, επειδή:

- A. Η χρονική διάρκεια των ανιχνευτικών προγραμμάτων είναι ακόμα σχετικά βραχεία.
- B. Ο αριθμός των ατόμων που υποβάλλονται σε περιοδικό έλεγχο στις διάφορες μελέτες είναι σχετικά μικρός.
- Γ. Η επιτυχία των προγραμμάτων εξαρτάται από την εμπειρία και την αφοσίωση της ομάδας που έχει την ευθύνη εφαρμογής των προγραμμάτων ελέγχου του μαστού.

Τα μειονεκτήματα του περιοδικού ελέγχου είναι:

- A. Δαπάνη για το κοινωνικό σύνολο.
- B. Καρκίνος από την έκθεση στην ακτινοβολία μετά τις μαστογραφίες.
- Γ. Αύξηση του αριθμού των εγχειρητικών επεμβάσεων.
- Δ. Ψυχικά τραύματα σε άτομα που δεν βρέθηκε καρκίνος κατά τον έλεγχο.
- Ε. Ψυχικά τραύματα σε άτομα που βρέθηκε καρκίνος (Olsen, 2001).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Όλοι γνωρίζουμε σήμερα ότι η πρόληψη του καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες της φροντίδας υγείας (πρωτοβάθμιας κυρίως αλλά και δευτεροβάθμιας). Ο ρόλος λοιπόν 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 πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, καθώς και την καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας. Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους, ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο, για να προάγει την υγεία του ατόμου. Όπως κάθε παιδεία, έτσι και η υγειονομική παιδεία, για να έχει απόδοση έχει ανάγκη από μεθοδολογία. Συνδέονται μοιραία στην υγειονομική διαφώτιση, σε κάθε

πρόγραμμα πρόληψης, παράγοντες πολιτικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί, περιβαλλοντικοί.

Ειδικές δραστηριότητες στην πρωτογενή πρόληψη

Στην πρωτογενή πρόληψη η νοσηλεύτρια γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου 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 παράγοντας για τον καρκίνο μαστού. Συνιστά την αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και υποδεικνύει τη χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών Α και C.

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

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.

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

Είναι τραγικό ότι πολλές γυναίκες καθυστερούν αρκετό χρόνο πριν συμβουλευθούν ένα γιατρό από τότε που ανακαλύπτουν πιθανά συμπτώματα καρκίνου μαστού και ακόμη καθυστερούν αρκετό καιρό, για να αποφασίσουν τη βιοψία και τη θεραπεία (Smith, 2003).

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, να ανιχνεύσει τα αίτια που τους δημιουργούν και να τους αναχαιτίσει με τη σωστή διδασκαλία και ενημέρωση. Τέτοιοι παράγοντες είναι: κοινωνικό-οικονομικοί, ψυχολογικοί και μορφωτικοί.

Ειδικές δραστηριότητες στη δευτερογενή πρόληψη

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

A. Λήψη καλού ιστορικού.

B. Κλινική εξέταση.

Γ. Αυτοεξέταση του μαστού.

A. 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 τη 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 τη διάρκεια της συνέντευξης της ασθενούς και ικανή να την καθοδηγεί σε μια ανταλλαγή πληροφοριών, στην οποία θα βασιστεί η πορεία αντιμετώπισης της εξεταζόμενης.

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

Πριν από την κλινική εξέταση, η νοσηλεύτρια:

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

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

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού, με επιμορφωτικά σεμινάρια και συγκεντρώσεις, καθώς και με οπτικά-ενημερωτικά μέσα. Σημειώνονται τα πλεονεκτήματα της Α.Ε.Μ, σε κάθε γυναίκα που έρχεται σε επαφή για οποιοδήποτε λόγο με τη νοσηλεύτρια.

Η νοσηλεύτρια θεωρείται το καταλληλότερο πρόσωπο για την ενημέρωση του κοινού για την Α.Ε.Μ και για τη βοήθεια στην 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 με τις γυναίκες της υπαίθρου, στις οποίες το αίσθημα της ντροπής γίνεται ανασταλτικός παράγων για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Η νοσηλεύτρια οφείλει επίσης να ενημερώνει το κοινό για το κάθε πότε και ποιες ιδιαίτερα γυναίκες πρέπει να κάνουν ΑΕΜ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ

Τα τελευταία χρόνια η πρόγνωση των γυναικών με καρκίνο του μαστού έχει βελτιωθεί σημαντικά, γιατί ο αριθμός των ασθενών, που θεωρείται ότι έχουν πλέον γίνει καλά, αυξάνεται συνεχώς, ενώ τόσο η επιβίωση όσο και η ποιότητα ζωής όλων όσων ασθένησαν, έχουν γίνει πολύ καλύτερες. Αυτή η ευχάριστη εξέλιξη, στο μεγαλύτερο μέρος της, δεν οφείλεται σε κάποια νέα θεραπεία ή ας πούμε σε κάποιο μαγικό χάπι. Οφείλεται, κυρίως, στην έγκαιρη διάγνωση, στο γεγονός, δηλαδή, ότι όλο και πιο πολλές είναι οι γυναίκες στις οποίες η ασθένεια ανακαλύπτεται έγκαιρα, στα αρχικά στάδια.

Πολλές είναι ακόμη οι γυναίκες που δεν γνωρίζουν τους μαστούς τους. Αυτό είναι λάθος. Όσο πιο καλά ξέρει η ίδια η γυναίκα τους μαστούς της τόσο πιο εύκολα και έγκαιρα μπορεί να ανακαλύψει τα σημάδια κάποιας πάθησης. Η πλειοψηφία των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι οι καρκίνοι που ανακαλύπτονται από την τακτική αυτοεξέταση των μαστών είναι κατά πολύ μικρότεροι σε μέγεθος από αυτούς που διαπιστώνονται σε γυναίκες οι οποίες δεν έλεγχαν οι ίδιες το στήθος τους (Ιπποκράτης, 2001).

Ο καλύτερος τρόπος για να ελέγξει μια γυναίκα τους μαστούς της είναι να ακολουθεί ένα σταθερό πρόγραμμα παρακολούθησης τους. Αυτό μπορεί να το ξεκινήσει από την ηλικία των 20 ετών. Μία φορά το μήνα να παρατηρεί με προσοχή τους μαστούς της στον καθρέφτη(π.χ. όταν ντύνεται ή μετά το μπάνιο) και να αναζητεί τα σημάδια εκείνα που θα την βοηθήσουν να ανακαλύψει έγκαιρα μια κακοήθη πάθηση. Μία εβδομάδα μετά το τέλος της περιόδου, την ίδια πάντοτε μέρα, να παρατηρεί και να ψηλαφεί τους μαστούς της.

Η ψηλάφηση μπορεί να γίνει όταν είναι σε όρθια θέση ή ξαπλωμένη. Πολλές γυναίκες προτιμούν να ψηλαφούν τους μαστούς τους όταν

πλένονται, γιατί η σαπουνάδα διευκολύνει στο να γλιστρούν ευκολότερα τα δάχτυλα πάνω στο δέρμα των μαστών. Αν οι μαστοί είναι μεγάλοι, τότε είναι πιο εύκολο να τους ψηλαφήσει ξαπλωμένη. Για την ψηλάφηση θα χρησιμοποιεί τα τρία μεσαία δάχτυλα του χεριού απλωμένα. Το κάθε χέρι εξετάζει το μαστό που βρίσκεται στην αντίθετη από αυτό πλευρά του σώματος. Θα πρέπει να ψηλαφήσει όλο το μαστό, από την περιφέρεια προς την θηλή, χωρίς να τον συνθλίβει και στη συνέχεια να ψηλαφήσει και τις μασχάλες (Λώλης, 1995).

Αν βρίσκεται σε ηλικία εμμηνόπαυσης, θα πρέπει να συνεχίσει να παρατηρεί και να ψηλαφεί το μαστό της την ίδια πάντοτε μέρα του μήνα, όπως έκανε και παλιότερα. Θα πρέπει να μάθει τις ιδιομορφίες του στήθους της και τις αλλαγές που είναι φυσιολογικές. Όταν παρατηρήσει κάτι ασυνήθιστο, να πηγαίνει να εξεταστεί από το γιατρό και να συζητήσει μαζί του τυχόν απορίες. Δεν θα πρέπει να ντρέπεται να τον ρωτήσει οτιδήποτε την απασχολεί. Είναι καθήκον του να την ενημερώσει πλήρως.

ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗΣ

Η τεχνική της αυτοεξέτασης είναι ο τρόπος με τον οποίο η ίδια η γυναίκα θα εξετάσει τους μαστούς της για την ανακάλυψη κάποιου όγκου σ' αυτούς ή για συμπτώματα κάποιας άλλης μαστοπάθειας. Μεγάλη σημασία για την γυναίκα που εξετάζεται, έχει η εξέταση να είναι ακριβής, πλήρης και μεθοδική.

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι να ενημερώσει το γυναικείο πληθυσμό με επιμορφωτικά σεμινάρια και συγκεντρώσεις καθώς και με οπτικά-ενημερωτικά μέσα. Σημειώνονται τα πλεονεκτήματα της αυτοεξέτασης του μαστού, σε κάθε γυναίκα που έρχεται σε επαφή για οποιοδήποτε λόγο με τη νοσηλεύτρια.

✓ Είναι ένας τρόπος να διαγνωστεί νωρίς η νόσος και να προληφθεί

- ✓ Είναι εύκολη στην εφαρμογή της
- ✓ Είναι ακίνδυνη και δεν κοστίζει τίποτε
- ✓ Επιτρέπει στο να αναγνωρίσει μικρά ογκίδια στο μαστό

Η νοσηλεύτρια είναι το καταλληλότερο πρόσωπο για να ενημερώσει το κοινό για την αυτοεξέταση του μαστού διότι ενημερώνει το κοινό για το κάθε πότε και ιδιαίτερα ποιες γυναίκες πρέπει να κάνουν αυτοεξέταση μαστού.

Έτσι:

- Ø Κάθε γυναίκα πάνω από τα 25 πρέπει να μάθει πως γίνεται η αυτοεξέταση μαστού
- Ø Οι γυναίκες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου θα πρέπει να εφαρμόζουν πιο συχνά την αυτοεξέταση μαστού
- Ø Η γυναίκα πρέπει να υιοθετήσει ένα κανονικό πρόγραμμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού. Είναι σημαντικό η αυτοεξέταση να γίνεται κάθε μήνα στο ίδιο χρονικό διάστημα και να συνδέεται μ' ένα γεγονός που επαναλαμβάνεται κάθε μέρα ώστε να μην ξεχνιέται.

Ο καλύτερος τρόπος για να γίνεται η εξέταση είναι 7-8 ημέρες μετά την έναρξη της περιόδου για τις γυναίκες που βρίσκονται πριν την εμμηνόπαυση, για τις γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια πρέπει να γίνεται την πρώτη μέρα του νέου κύκλου λήψης των αντισυλληπτικών ενώ για τις γυναίκες που παίρνουν συνεχώς σκευάσματα προγεστερόνης, συνίσταται να γίνεται την πρώτη μέρα κάθε μηνός. Η αυτοεξέταση πρέπει να συνεχίζεται κάθε μήνα και μετά την εμμηνόπαυση (Λώλης, 1995).

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΕΜ

Η αυτοεξέταση του μαστού αρχίζει με την επισκόπηση και τελειώνει με την ψηλάφηση του μαστού.

1. Επισκόπηση

Το πρώτο βήμα στην ΑΜΕ είναι η προσεκτική επισκόπηση των μαστών μπροστά σε ένα καθρέφτη. Η γυναίκα είναι γυμνή από τη μέση και πάνω και παρατηρεί τους μαστούς της σε όρθια θέση με τα χέρια στα πλάγια του σώματος, θα πρέπει να παρατηρήσει τους μαστούς για ασυμετρία, εισολκή της θηλής⁴. Στη συνέχεια σηκώνει τα χέρια ψηλά και επαναλαμβάνει την επισκόπηση για τα ίδια φυσικά σημεία (**Εικ. 2**). Επίσης παρατηρεί το σχήμα και το μέγεθος των μαστών (**Εικ. 3**).

2. Ψηλάφηση

Μετά την επισκόπηση των μαστών ακολουθεί η ψηλάφηση για να διαπιστώσει πιθανά ασυνήθιστα ογκίδια. Η ψηλάφηση θα πρέπει να γίνεται σε ύπτια θέση. Ένα μικρό μαξιλάρι ή μια διπλωμένη πετσέτα μπαίνει κάτω από τον ώμο της πλευράς που θα εξετασθεί. Με τον τρόπο αυτό, ανυψώνεται αυτή η πλευρά του σώματος και ο μαστικός αδένας διανέμεται ομοιόμορφα πάνω στο θωρακικό τοίχωμα. Το χέρι της πλευράς που εξετάζεται τοποθετείται πλάγια προς τα κάτω και εξετάζεται ο μαστός με τα δάχτυλα του άλλου χεριού επίπεδα σ' αυτόν.

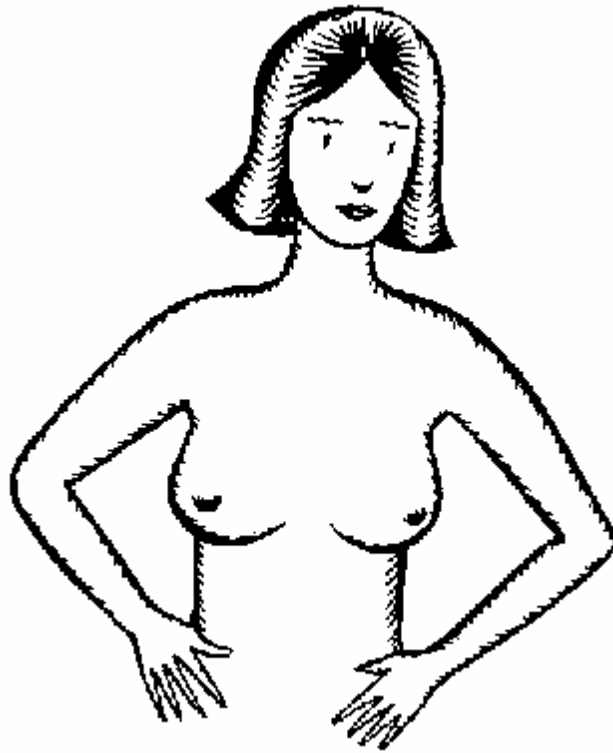
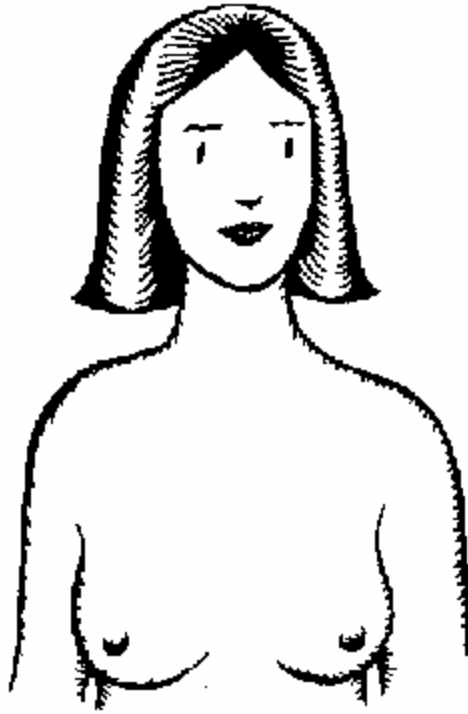
Η τεχνική πρέπει να γίνει με προσεκτική ψηλάφηση του μαστικού αδένα, αρχίζοντας από το άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού αφού οι περισσότερες αλλοιώσεις αρχίζουν από εκεί. Στη συνέχεια το χέρι ανυψώνεται πάνω από το κεφάλι και γίνεται μια πλήρης εξέταση έσω μισού του μαστού αρχίζοντας από το στήρνο. Αφού ολοκληρώσει μιας

κυκλική κίνηση των δακτύλων, το χέρι μετακινείται προς τη θηλή και επαναλαμβάνεται η ίδια διαδικασία, μέχρι να ολοκληρωθούν τουλάχιστον τέσσερις κύκλοι.

Όταν η εξέταση του μαστού ολοκληρωθεί, το μαξιλάρι τοποθετείται κάτω από τον αντίθετο ώμο και εξετάζεται και ο άλλος μαστός. Θα πρέπει να τονιστούν στην άρρωση οι περιοχές που έχουν τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου, κυρίως στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού και κάτω από τη θηλή (**Εικ. 4**).

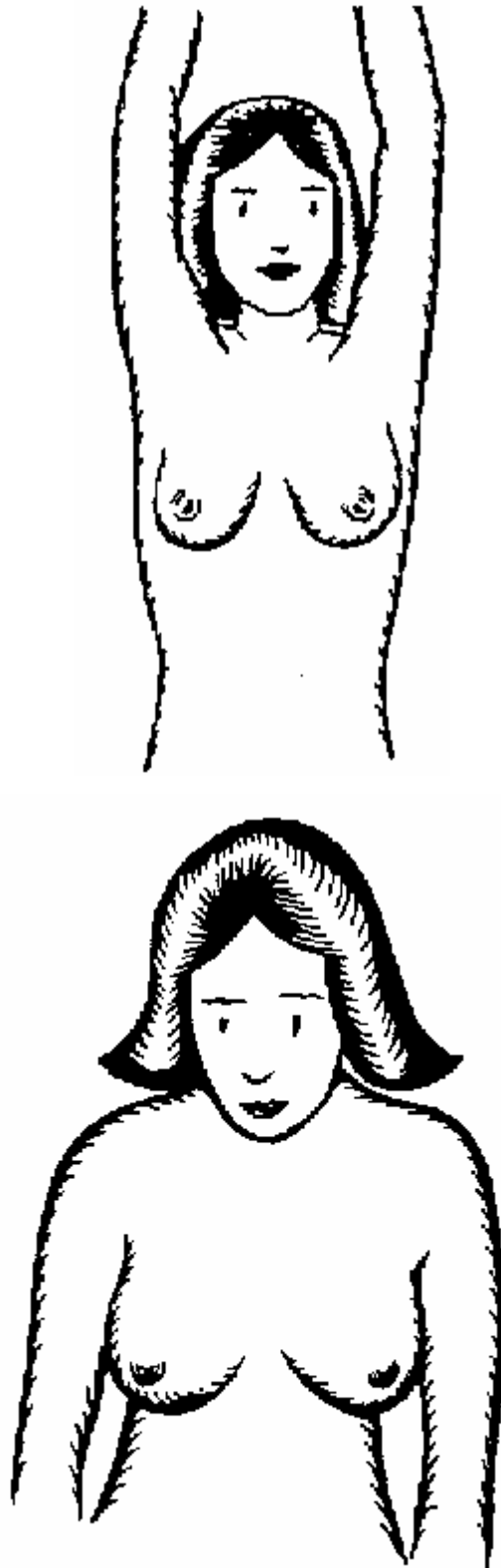
Η εξέταση για κάθε μαστού διαρκεί περίπου 3 λεπτά. Αν ο μαστός είναι μεσαίου μεγέθους ή μεγαλύτερος η ψηλάφηση είναι πιο εύκολη στην ύπτια θέση.

Όταν οι γυναίκες κάνουν συχνά ΑΕΜ, εξοικειώνονται με τα φυσικά χαρακτηριστικά των μαστών τους και έτσι είναι πιο εύκολο να αναγνωρίσουν κάθε μικρό όγκο που μπορεί να αναπτυχθεί. Τέλος πρέπει να συνιστάται η εξέταση της θηλής. Η θηλαία άλως και η θηλή ψηλαφώνται για την ύπαρξη μάζας, έκκρισης και ευαισθησίας. (**Εικ. 5**) (Σαχίνη-Καρδάση, 1985).



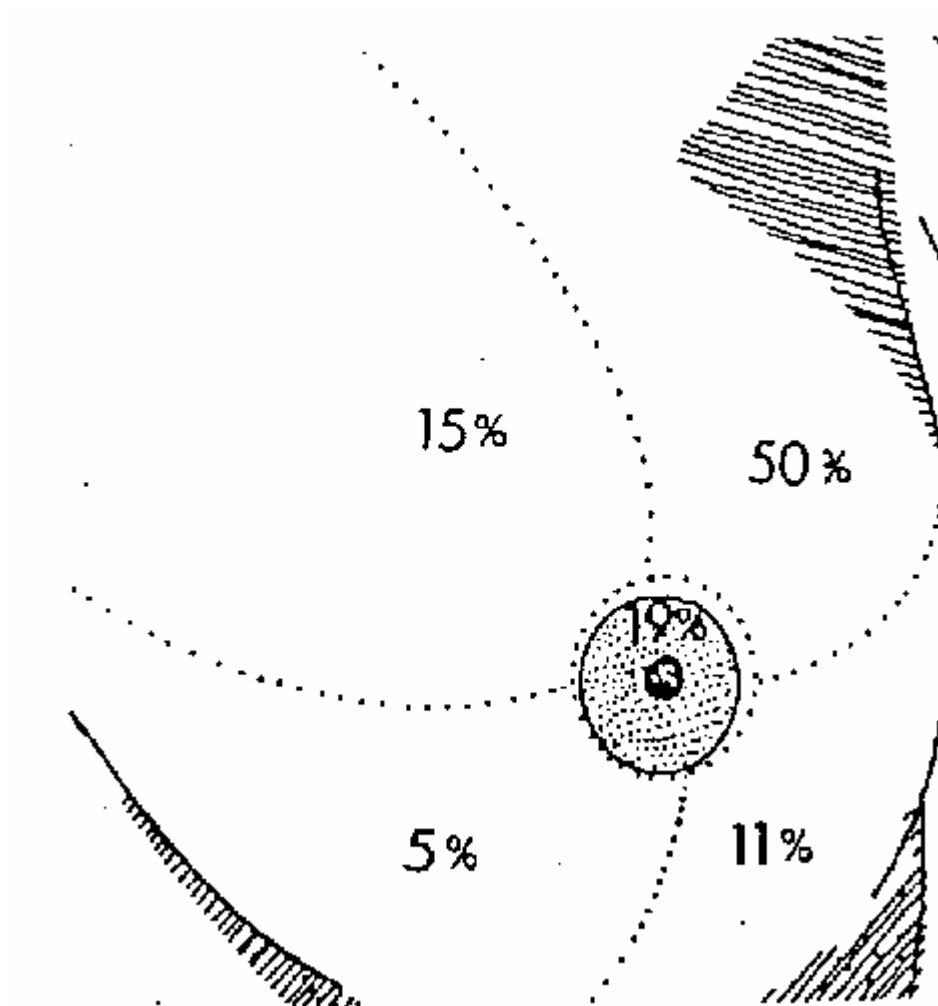
Εικόνα 2

- Στέκεται όρθια με τα χέρια κάτω (πάνω)
- Στέκεται με τα χέρια στην μέση, σφίγγει το θώρακα και τους βραχίονες, πιέζοντας σφιχτά τα χέρια πάνω στην λεκάνη. (κάτω)



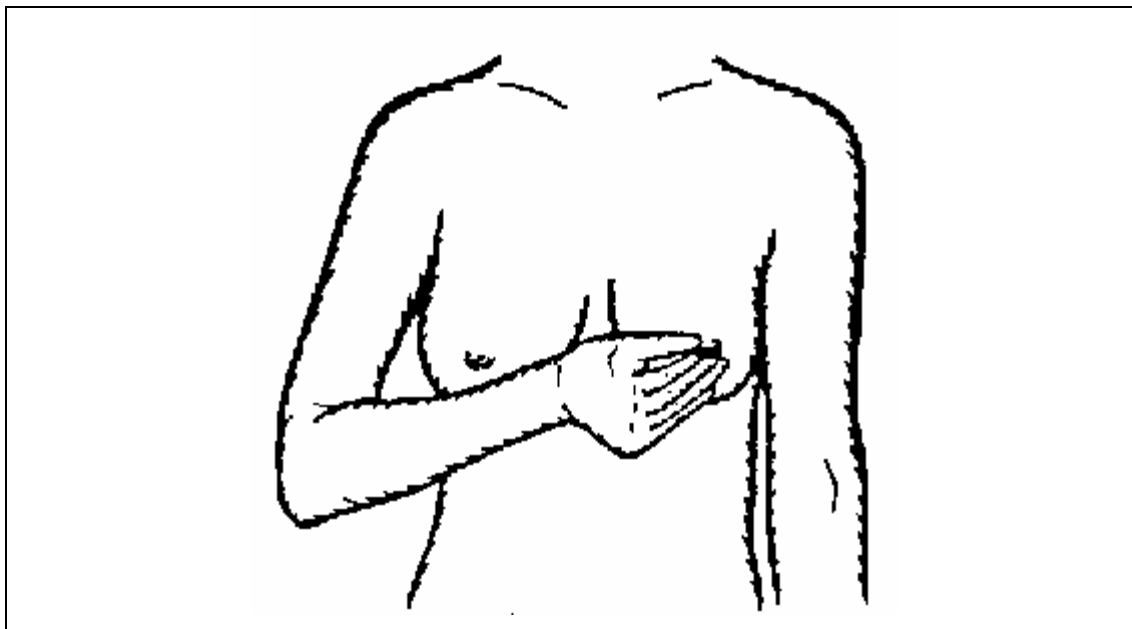
Εικόνα 3

- Στέκεται όρθια με τα χέρια στην ανάταση (πάνω)
- Στέκεται όρθια με το κεφάλι να κλίνει προς τα εμπρός (κάτω)



Εικόνα 4

- Τα τμήματα του μαστού που έχουν την μεγαλύτερη συχνότητα να προσβληθούν από καρκίνο



Εικόνα 5

- Εξέταση θηλής κατά την αυτοεξέταση μαστού

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗΣ **ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΟΥΝ ΣΥΜΒΟΥΛΗ**

- Ø Η εμφάνιση ενός πρηξίματος που δεν υπήρχε και δεν υποχωρεί, η αίσθηση τάσης ή πόνου στο μαστό ή μια εντοπισμένη ή διάχυτη διόγκωση.
- Ø Η εμφάνιση ενός νέου όζου ή το μεγάλωμα και η αλλαγή ενός που υπήρχε (στην μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων, σχεδόν στο 80%, πρόκειται για καλοήθους αιτιολογίας όζους).
- Ø Η εκροή υγρού από τη θηλή (η εκροή λίγων σταγόνων υγρού από τη θηλή δεν είναι κάτι ασυνήθιστο).
- Ø Η αιματηρή ή απρόκλητη εκροή από τη μια θηλή θα πρέπει να ερευνάται άμεσα. Το ' 'τράβηγμα' ' της θηλής προς τα μέσα (αν η θηλή ανέκαθεν ήταν στραμμένη προς τα μέσα, αυτό δεν είναι ανησυχητικό. Αν, όμως, σ' έναν από τους δύο μαστούς η θηλή

αρχίζει να εισχωρεί προς τα μέσα, τότε η γυναίκα θα πρέπει να το ψάξει περαιτέρω).

- Ø Ένα έκζεμα ή μια ' 'πληγή' ' στη θηλή ή γύρω από αυτή που δεν υποχωρεί.
- Ø Οι αλλαγές στο δέρμα (πάχυνση ή ρυτίδωση του δέρματος, δέρμα σαν φλοιός πορτοκαλιού, έντονη ερυθρότητα) (Παπανικολάου, 1994).

** Επισημαίνεται ότι τα παραπάνω συμπτώματα δεν αποτελούν πάντα ενδείξεις ύπαρξης καρκίνου. Τη σωστή αξιολόγηση των συμπτωμάτων και των κλινικών σημείων μπορεί να την κάνει μόνο ο ειδικός. 10*

Απαντήσεις σε συγκεκριμένα ερωτήματα για τον καρκίνο του μαστού.

- 1) Αν μία γυναίκα ψηλαφίσει έναν όζο στο στήθος της, αυτό είναι ένδειξη κακοήθειας;

Η απάντηση είναι όχι. Η γυναίκα δεν θα πρέπει να ανησυχεί επειδή σχεδόν στο 80% των περιπτώσεων θα πρόκειται για κάποια καλοήγη πάθηση. Αυτός είναι ένας επιπρόσθετος λόγος να απαλλαγεί η γυναίκα από το φόβο της και να επισκεφθεί έναν ειδικό για να το διερευνήσει περαιτέρω.

- 2) Ποιοι παράγοντες προστατεύουν τη γυναίκα από το να εμφανίσει καρκίνο του μαστού;

Η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού δεν έχει διαλευκανθεί πλήρως. Από τις επιδημιολογικές και πειραματικές έρευνες έχει φανεί πως η αποφυγή κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων ζωικών λιπών, η προτίμηση στα φρούτα και τα λαχανικά, η διατήρηση του σωστού σωματικού βάρους και η τακτική σωματική άσκηση προστατεύουν από την εμφάνιση της νόσου. Επίσης, η απόκτηση παιδιών σε νεαρή ηλικία και ο θηλασμός, φαίνεται να έχουν προστατευτική δράση.

- 3) Μία γυναίκα με μεγάλο στήθος σημαίνει ότι έχει περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσει καρκίνο;

Σε καμία περίπτωση. Ο καρκίνος του μαστού δεν συνδέεται με το μέγεθος του στήθους. Τα αδενικά λοβία, απ' όπου ξεκινά ο καρκίνος του μαστού, είναι ίδια σε αριθμό, είτε η γυναίκα έχει μεγάλα ή μικρά στήθη. Απλώς, το μεγάλο στήθος έχει περισσότερο λίπος.

- 4) Αν μία γυναίκα εμφανίσει καρκίνο του μαστού αυτό σημαίνει ότι μπορεί να μεταδώσει την ασθένεια και στα παιδιά της;

Όχι! Καθώς ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες, συμβαίνει συχνά να υπάρχει κρούσμα καρκίνου του μαστού στα μέλη της ίδιας οικογένειας. Στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων, σε

ποσοστό περισσότερο από 80% ο καρκίνος εμφανίζεται τυχαία, χωρίς να υπάρχει προηγούμενο ιστορικό.

5) Αν μία γυναίκα έχει κάνει εκτρώσεις και αποβολές αυτό σημαίνει ότι έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσει καρκίνο;

Όσον αφορά στο κατά πόσο οι αποβολές και οι εκτρώσεις αποτελούν παράγοντες κινδύνου, ορισμένες μελέτες παλιότερα είχαν καταλήξει σε αλληλοσυγκρουόμενα αποτελέσματα. Οι τελευταίες έρευνες, όμως, απέδειξαν ότι τόσο η έκτρωση όσο και η αποβολή δεν αποτελούν παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

6) Η ακτινοβολία της μαστογραφίας είναι βλαπτική;

Αν συγκρίνουμε το όφελος που υπάρχει από την έγκαιρη ανακάλυψη των κακοηθών παθήσεων, η επιβάρυνση από την ακτινοβολία που χρησιμοποιείται στη μαστογραφία, όταν αυτή γίνεται κάθε χρόνο ή κάθε δύο χρόνια, είναι αμελητέα.

7) Πότε είναι πιο εύκολο να θεραπευθεί ο καρκίνος;

Ο καρκίνος μπορεί να θεραπευτεί όταν είναι δυνατή η πλήρης αφαίρεση του και δεν υπάρχουν μεταστάσεις σε άλλα όργανα του σώματος. Δηλαδή, η θεραπεία του καρκίνου είναι δυνατή στα αρχικά στάδια του. Όταν υπάρχουν μεταστάσεις είναι πιο δύσκολη η ριζική εξόντωση των καρκινικών κυττάρων, γι' αυτό έχει μεγάλη σημασία η όσο το δυνατό πιο έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας, η οποία εξασφαλίζεται με την τακτική αυτοεξέταση των μαστών και την μαστογραφία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ (ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ)

Ο σκοπός είναι:

1. Η ανίχνευση του καρκίνου του μαστού εάν είναι δυνατόν στα πρώτα στάδια.
2. Η μελέτη των καλοηθών παθήσεων.
3. Η κατάταξη των μαστών σε κατηγορίες αυξημένου κινδύνου ανάλογα με την αρχιτεκτονική του υποστρώματος και των γαλακτοφόρων πόρων (Tabar, 2001).

Ο **WOLF** κατατάσσει τους μαστούς σε τέσσερις κατηγορίες.

Πρώτη κατηγορία N1 χαμηλού κινδύνου: Μαστοί φυσιολογικοί με άφθονο λίπος.

Δεύτερη κατηγορία P1 χαμηλού κινδύνου: Μαστοί στους οποίους προέχει η απεικόνιση των γαλακτοφόρων πόρων και οι ινοκυστικές αλλοιώσεις δεν υπερβαίνουν το ¼ του αδένα.

Τρίτη κατηγορία P2 υψηλού κινδύνου: Μαστοί στους οποίους η απεικόνιση των γαλακτοφόρων πόρων και οι ινοκυστικές αλλοιώσεις υπερβαίνουν το ¼ του αδένα.

Τέταρτη κατηγορία DY υψηλότερου κινδύνου: Μαστοί σκιεροί λόγω αφθονίας συνδετικού ιστού με ή χωρίς επιπρόσθετες σκιάσεις που οφείλονται σε κύστη και ινοαδενομάτωση (Van Dongen, 2000).

Ποιες γυναίκες χρειάζονται μαστογραφία και πότε;

Ο μαστογραφικός έλεγχος σε οποιαδήποτε γυναίκα με συμπτώματα πρέπει να γίνεται μόνο μετά από προηγούμενη εξέταση από το γιατρό. Στις ΗΠΑ έχει υπολογιστεί ότι με την έγκαιρη διάγνωση μετά από μαστογραφικό έλεγχο σώζονται τουλάχιστον 12.000 γυναίκες κάθε χρόνο, ένα το τίμημα από πιθανή καρκινογένεση σαν συνέπεια της διαγνωστικής ακτινοβολίας μπορεί κατά ανώτατο όριο να φτάνει στην απώλεια 120 γυναικών για χρονική περίοδο 30 ετών.

Γυναίκες που είναι μεγαλύτερες από 50 ετών μ' έναν ή περισσότερους επιβαρυντικούς παράγοντες θα πρέπει να υποβάλλονται μια φορά το χρόνο σε μαστογραφικό έλεγχο. Η χρησιμότητα του περιοδικού μαστογραφικού ελέγχου στις γυναίκες αυτής της ηλικίας που δεν έχουν επιβαρυντικούς παράγοντες είναι οριακή και χρειάζεται εκ των προτέρων ελεγχόμενες μελέτες για να καθορίσουν την σκοπιμότητα του¹³.

Επειδή δεν έχει ακόμα διαπιστωθεί η αξία του μαζικού προ συμπτωματικού ελέγχου (SCREENING) σε γυναίκες κάτω των 50 ετών, τέτοιος έλεγχος δεν συνίσταται σε όσες είναι από 35-50 ετών εκτός αν υπάρχουν επιβαρυντικοί παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού⁴³.

Πόσο συχνά θα πρέπει να γίνεται σε μια γυναίκα που έχει επιλεγεί για περιοδικό έλεγχο; Αν υπάρχουν αποδεδειγμένα αποτελέσματα φαίνεται ότι σε γενικές γραμμές το λιγότερο χρονικό διάστημα μεταξύ δύο μαστογραφιών είναι ένας χρόνος. Είναι όμως ενδεχόμενο ο γιατρός με βάση τον κίνδυνο που διατρέχει η γυναίκα, την ηλικία της και άλλα να μικρύνει το μεσοδιάστημα αυτό (Van Dongen, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Η νοσηλεύτρια μόνο μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει την υπομονή της αναπτύσσοντας ένα αίσθημα αμοιβαίας εμπιστοσύνης μαζί με τα εξής:

- α)** Να παρέχει ηθική συμπαράσταση στην άρρωστη βοηθώντας την να αποβάλλει το άγχος της και κάνοντας να νιώθει άνετα.
- β)** Να ενημερώνει την άρρωστη για όλες τις εξετάσεις στις οποίες πρόκειται να υποβληθεί
- γ)** Να της εξηγήσει για ποιο σκοπό αποφασίστηκε να γίνει κάποια εξέταση
- δ)** Να την ενημερώνει σχετικά με τον τρόπο που θα γίνει η εξέταση και το χρόνο που θα διαρκέσει
- ε)** Να τοποθετεί την άρρωστη στην κατάλληλη θέση που χρειάζεται για την εξέταση

Μετά την ολοκλήρωση του ιστορικού, των προκαταρκτικών εξετάσεων και της φυσικής εξέτασης αποφασίζονται οι περαιτέρω διαγνωστικές διαδικασίες. Πολλές από αυτές τις διαδικασίες απαιτούν τη γραπτή συγκατάθεση της γυναίκας, όμως προτού υπογράψει η γυναίκα πρέπει να γνωρίζει:

- Τι περιλαμβάνει η εξέταση
- Για ποιο λόγο πρέπει να κάνει αυτή την εξέταση και ποιος είναι ο ρόλος της στη διαγνωστική διαδικασία
- Ποιες είναι οι πιθανές επιπλοκές
- Αν υπάρχουν άλλες εναλλακτικές λύσεις και ποιες είναι αυτές

Η νοσηλεύτρια οφείλει να εξηγήσει στην ασθενή την όλη διαδικασία, να την ενθαρρύνει και να την υποστηρίξει το διάστημα που εκείνη πρέπει να αποφασίσει για την εξέλιξη και την πορεία της κατάστασης της.

Ειδική προετοιμασία, όπως ειδική διαίτα, καθαρτικοί υποκλυσμοί ή χορήγηση ηρεμιστικών είναι συνήθεις για τις διαγνωστικές εξετάσεις για την οποία η ασθενής πρέπει να είναι ενημερωμένη (Σαχίνη-Καρδάση, 1985).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ

Με την είσοδο της ασθενούς στο νοσοκομείο η νοσηλεύτρια πρέπει να εξετάσει και να αξιολογήσει την αρρώστια. Η αξιολόγηση της ασθενούς συμβάλλει στο να αποφασιστεί το σχέδιο της νοσηλείας, καθορίζοντας άμεσα τις ανάγκες της άρρωστης και τους σκοπούς της νοσηλευτικής φροντίδας.

Είναι σαφές ότι η άρρωστη η οποία έρχεται στο νοσοκομείο με πιθανή διάγνωση καρκίνου στο μαστό διακατέχεται από φόβο.

Η νοσηλεύτρια δημιουργώντας ένα άνετο και φιλικό περιβάλλον συγκεντρώνει ορισμένες πληροφορίες οι οποίες αποτελούν το νοσηλευτικό ιστορικό.

Επίσης γίνονται και ειδικότερες ερωτήσεις στην ασθενή όπως:

- § Ποιο είναι το κύριο σύμπτωμα;
- § Πότε άρχισε;
- § Πως ανακαλύφθηκε;
- § Πως εξελίχθηκε;
- § Πόσο καθυστέρησε να πάει στο γιατρό;
- § Αν στο σημείο το δέρμα παρουσίασε αλλοιώσεις;

- § Αν υπάρχει έκκριση από τις θηλές και το είδος της έκκρισης.
- § Αν υπάρχει πόνος ή όχι.

Είναι αναγκαία η ανάλυση των παραμέτρων του νοσηλευτικού ιστορικού για να αξιολογηθεί καλύτερα η κατάσταση της άρρωστης.

1. **Η ηλικία:** Είναι μια σημαντική παράμετρος στον καρκίνο του μαστού. Η συχνότητα του καρκίνου στο μαστό μεγαλώνει ανάλογα με την ηλικία.
2. **Συζυγική κατάσταση-τεκνοποίηση:** Το ότι μια γυναίκα δεν έχει κάνει παιδιά λειτουργεί γι' αυτήν ως επιβαρυντικός παράγοντας για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.
3. **Ηλικία πρώτου τοκετού:** Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά στοιχεία, ο πρώτος τοκετός σε μικρή ηλικία προφυλάσσει τη γυναίκα από τον καρκίνο. Γυναίκες που δεν γέννησαν μέχρι τα 30, έχουν τον ίδιο κίνδυνο με τις γυναίκες που δεν γέννησαν καθόλου.
4. **Ηλικία εμμηνόπαυσης:** Έχει σημασία με την έννοια ότι η πρόωμος εμμηνарχή σε συνδυασμό με την καθυστερημένη εμμηνόπαυση αυξάνει την αναπαραγωγική περίοδο της γυναίκας, το οποίο είναι παράγοντας επιβαρυντικός για τη δημιουργία καρκίνου.
5. **Οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο μαστού:** Γυναίκα, στην οικογένεια της οποίας υπάρχουν άτομα με καρκίνο μαστού, έχει υπερδιπλάσια πιθανότητα προσβολής από τη νόσο από μια άλλη γυναίκα που δεν έχει τέτοιο ιστορικό.
6. **Προηγούμενη πάθηση μαστού:** Αν μία γυναίκα έχει καρκίνο στον ένα μαστό, έχει αυξημένες πιθανότητες κατά 10% να προσβληθεί και στον άλλο μαστό (Σαχίνη-Καρδάση, 1985).

ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ **ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ**

Κάθε άρρωστος που μπαίνει στο νοσοκομείο εμφανίζει μια σειρά από βιολογικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες και προβλήματα.

Οι ψυχικές ανάγκες και τα προβλήματα τα οποία αφορούν την ψυχική οντότητα του ανθρώπου είναι ιδιαίτερο χαρακτηριστικό γνώρισμα του καθενός ενώ οι ανάγκες και τα προβλήματα που έχουν σχέση με την οργανική πλευρά του ανθρώπου είναι κοινό στοιχείο για όλους τους ζώντες οργανισμούς.

A. Οι βιολογικές ανάγκες είναι:

- Της τροφής
- Του νερού
- Του ύπνου
- Του οξυγόνου
- Της άνεσης

B. Οι ψυχικές ανάγκες είναι:

- Της ασφάλειας. Η ασθενής νιώθει ανασφάλεια λόγω των οργανικών διαταραχών που προκαλούνται από τη νόσο.
- Της αναγνώρισης. Η αποδοχή της άρρωστης από το οικογενειακό και το άμεσο περιβάλλον καθώς επίσης και του νοσηλευτικού και γενικότερα υγειονομικού προσωπικού.
- Της δημιουργικότητας. Η ασθενής λόγω της χρονιότητας της νόσου και της μεγάλης της παραμονής στο νοσοκομείο νομίζει ότι έγινε βάρος στους άλλους και έχει αισθήματα υποτίμησης. Για την βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης της ασθενούς πρέπει να τη βοηθήσουμε ώστε να ασχολείται με κάτι για να αισθάνεται χρήσιμη.

- Της κοινωνικοποίησης. Αφορά τους χρόνιους πάσχοντες οι οποίοι με τη βοήθεια της νοσηλεύτριας πρέπει να επανενταχθούν στην κοινότητα.

A. Τα ψυχολογικά προβλήματα ασθενούς με καρκίνο μαστού είναι:

- Αδυναμία στο να αποδεχτεί τη νόσο
- Έχει αρνητικά συναισθήματα (φόβος, κατάθλιψη, ιδέα θανάτου)
- Διακατέχεται από φόβο και δεν μπορεί να αποδεχτεί την πιθανότητα ότι θα αλλάξει η σωματική της εικόνα.
- Έχει προβλήματα που έχουν σχέση με την οικογένεια και τον κοινωνικό περίγυρο
- Αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής κούρασης και έντασης λόγω της χρονιότητας της νόσου

B. Τα βιολογικά προβλήματα

Είναι τα προβλήματα από τις μεταστάσεις του καρκίνου στα διάφορα όργανα του σώματος.

ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η νοσηλεύτρια για να παρέχει αποτελεσματική φροντίδα στην άρρωστη, βάζει ορισμένους άμεσους αλλά και μακροπρόθεσμους στόχους, που όταν αυτοί επιτευχθούν θα αλλάξει η θεραπευτική πορεία και εξέλιξη της άρρωστης.

α) Άμεσοι σκοποί είναι

1. Να ικανοποιήσει τις ψυχικές και βιολογικές ανάγκες της άρρωστης.
2. Να παρέχει ηθική συμπαράσταση και κάθε είδους βοήθεια για να μπορέσει να αποδεχθεί η άρρωστη τη νόσο και την πιθανότητα απώλειας του μαστού ενώ ταυτόχρονα να την πληροφορεί για τις δυνατότητες που υπάρχουν στο να αποκατασταθεί η σωματική της εικόνα.

β) Μακροπρόθεσμοι σκοποί είναι

1. Να βοηθήσει την άρρωστη και την οικογένεια της να αποδεχθούν και να αντιμετωπίσουν την πραγματικότητα.
2. Να μειώσει τον κινδύνου υποτροπής
3. Να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που θα δημιουργηθούν από τυχόν μεταστάσεις.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η βοήθεια προς την ασθενή, ώστε να σταθεί σωστά απέναντι στη νόσο και να αποκτήσει πολύτιμη και θετική εμπειρία καθώς ο φόβος της αναπηρίας ή και του θανάτου προκαλούν έντονη ψυχοσωματική κρίση στην ασθενή.

Η προεγχειρητική ετοιμασία διακρίνεται στην ψυχολογική, η οποία αρχίζει και πραγματοποιείται από την χρονική στιγμή που γίνονται οι διαγνωστικές εξετάσεις και τη σωματική, η οποία γίνεται μια μέρα πριν την εγχείρηση, καθώς και την ημέρα της εγχείρησης.

Η προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία δίνει βάση στο εξής:

1. Οι αμφιβολίες σχετικά με τη διάγνωση. Η νοσηλεύτρια στο νοσοκομείο υποστηρίζει την άρρωστη ηθικά και δικαιολογεί το φόβο της και την διαβεβαιώνει ότι ακόμα και αν έχει καρκίνο μπορεί να γίνει καλά με τα μέσα που διαθέτει η επιστήμη.

2. Το πρόβλημα της αναπηρίας μετά την εγχείρηση και η δυσκολία στο να αποδεχτεί την εγχείρηση. Η σκέψη και μόνο της ασθενούς ότι μπορεί να έχει καρκίνο του μαστού τη φέρνει αντιμέτωπη με τη σκληρή πραγματικότητα, δηλαδή το γεγονός ότι απειλείται η σωματική της αρτιμέλεια. Η αφαίρεση του μαστού μπορεί να την οδηγήσει σε ψυχικό κλονισμό, να νιώθει υποτιμητικά και μειονεκτικά. Γι' αυτό το λόγο έρχεται η νοσηλεύτρια να δημιουργήσει ένα ασφαλές και ενθαρρυντικό περιβάλλον ώστε να βοηθήσει στην ελάττωση της ψυχολογικής εντάσεως της ασθενούς αλλά και να ενισχύσει τις ψυχικές της δυνάμεις για να μπορέσει να αποδεχτεί την εγχείρηση. Πρέπει να πειστεί η γυναίκα ότι δεν θα είναι μόνη μ' ένα μαστό. Επίσης τονίζεται ότι η νοσηλεύτρια πρέπει να χειριστεί κάθε ασθενή σαν μια ξεχωριστή προσωπικότητα και όχι εφαρμόζοντας τυποποιημένους κανόνες (Σαχίνη-Καρδάση, 1985).
3. Ο φόβος του πόνου και του θανάτου. Πράγματι ο σωματικός πόνος δημιουργεί ψυχική δοκιμασία, ταλαιπωρεί και ταπεινώνει τον ασθενή, εξαντλεί τα αποθέματα της υπομονής του και μειώνει την ελπίδα της θεραπείας του. Η νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήσει στην ασθενή ότι κατά τη διάρκεια της εγχείρησης δεν θα πονέσει, γιατί θα γίνει αναισθησία αλλά και ο πόνος που θα νιώσει μετά θα είναι μικρής διάρκειας και θα μπορεί να αντιμετωπιστεί με αναλγητικά φάρμακα. Ακόμα θα πρέπει να αναφέρει στην ασθενή τα θετικά αποτελέσματα από τη νοσηλευτική πείρα, που έχει μια τέτοια επέμβαση αν γίνει εγκαίρως.
4. Τα οικογενειακά προβλήματα. Η ασθενής ανήκει σε μια οικογένεια και το πρόβλημα της υγείας της προκαλεί διαταραχή στην ατμόσφαιρα της οικογενειακής ζωής. Ανάλογα με το αν είναι παντρεμένη ή όχι οι ανησυχίες και τα ερωτηματικά της είναι πολλά.

Η αντιμετώπιση αυτού του τομέα είναι πολύπλοκη και θα πρέπει να γίνεται σε στενή συνεργασία νοσηλεύτριας-γιατρού.

Αφού τελειώσουν οι διαγνωστικές εξετάσεις και βγει η διάγνωση γίνεται η σωματική προετοιμασία της ασθενούς για το χειρουργείο. Την παραμονή

της εγχειρήσεως γίνονται εξετάσεις αίματος για να καθοριστεί η ομάδα και γίνεται διασταύρωση προκειμένου να εξασφαλιστεί αίμα για πιθανή μετάγγιση. Ετοιμάζεται το εγχειρητικό πεδίο και ακολουθεί λουτρό καθαριότητας. Χορηγείται υπακτικό φάρμακο για την κένωση του εντέρου και υπνωτικό φάρμακο μετά από εντολή γιατρού ώστε να έχει η άρρωστη ήρεμο ύπνο. Το βράδυ δίνεται ελαφρύ γεύμα. Την ημέρα της εγχειρήσεως παίρνονται τα ζωτικά σημεία (θερμοκρασία, σφίξις, αρτηριακή πίεση), γίνεται η προνάρκωση, αφαιρούνται τα κοσμήματα και η τεχνητή οδοντοστοιχία (αν υπάρχει) και δίνεται στη γυναίκα να φορέσει τη στολή του χειρουργείου. Στο χειρουργείο πηγαίνει με το φορείο που τη συνοδεύει ο νοσοκόμος μαζί με το ιατρικό και νοσηλευτικό της ιστορικό.

Η νοσηλεύτρια πρέπει όλη αυτή την ώρα να βρίσκεται κοντά στην άρρωστη για να την εμψυχώνει. Η παραπάνω προεγχειρητική ετοιμασία μοιάζει σαν μια σειρά μηχανικών πράξεων αλλά στην πραγματικότητα είναι ένα έργο μεγάλης σημασίας γιατί αυτές οι πράξεις συμπληρώνουν την όλη νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς, την ετοιμάζουν για τη χειρουργική τράπεζα, αποδεικνύουν το ενδιαφέρον της νοσηλεύτριας προς την ασθενή και την πείθουν ότι αυτό το ενδιαφέρον θα συνεχιστεί και μετά την εγχείρηση.

Η μετεγχειρητική φροντίδα της ασθενούς μετά τη μαστεκτομή αρχίζει από το χειρουργείο στο δωμάτιο ανάνηψης και ολοκληρώνεται με την πλήρη αποκατάσταση της (Bhuijan, 1999).

Τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας μέχρι την ανάνηψη της ασθενούς είναι:

1. Να διατηρεί τη γυναίκα σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στραμμένο προς το πλάι.
2. Να παρακολουθεί συνεχώς την κατάσταση της γυναίκας με τη συχνή λήψη των ζωτικών σημείων.
3. Να ελέγχει το τραύμα για πιθανή αιμορραγία
4. Να παρακολουθεί τη διανοητική και ψυχική της κατάσταση

5. Να έχει δελτίο για την ποσότητα των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Η μεταφορά της άρρωστης από το δωμάτιο ανάνηψης στο χειρουργικό τμήμα, θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή και ταχύτητα για να αποφύγουμε τυχόν επιπλοκές (να μην εκτεθεί ιδρωμένη η άρρωστη γιατί αυτό την προδιαθέτει σε πνευμονικές παθήσεις).

Οι ανάγκες της άρρωστης μετά την ανάνηψη, όταν βρίσκεται ακόμη κάτω από την επιρροή της ναρκώσης, αλλά είναι πλέον στο θάλαμο της και έχει ξυπνήσει είναι οι ακόλουθες:

A. Η σωστή θέση της άρρωστης: Αν η άρρωστη είναι τοποθετημένη σε κακή θέση στο κρεβάτι μετά τη χειρουργική επέμβαση μπορεί να εμφανιστούν επιπλοκές. Η ασθενής θα πρέπει να τοποθετείται σε οριζόντια θέση για να τη διευκολύνουμε να αποβάλει τις εκκρίσεις της στοματικής κοιλότητας και να ελευθερωθούν οι αεραγωγοί.

B. Η εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης και του σφυγμού, γιατί τα αναισθησιολογικά φάρμακα και η απώλεια αίματος κατά την επέμβαση μπορούν να προκαλέσουν επιπλοκές όπως η απότομη πτώση της αρτηριακής πίεσης, άπνοια κ.λ.π. Όλα αυτά είναι πολύτιμα στοιχεία για να διαπιστώσουμε Shock ή αιμορραγία.

Γ. Χορήγηση αναλγητικών για να καταστείλουμε τον πόνο.

Δ. Έλεγχος της επίδεσης της περιοχής του τραύματος. Θα πρέπει να αποφεύγεται η πολύ πιεστική επίδεση για να έχουμε καλή λειτουργία των πνευμόνων.

Ε. Επισκόπηση του επιδεσμικού υλικού που καλύπτει το τραύμα για να διαπιστωθεί τυχόν εξωτερική αιμορραγία. Γίνεται έλεγχος στην περιοχή της μασχάλης, καθώς επίσης και στη ράχη της άρρωστης, γιατί υπάρχει κίνδυνος το αίμα να ρέει προς τα πίσω και το τραύμα να είναι φαινομενικά καθαρό.

ΣΤ. Ενθάρρυνση να αλλάζει θέσεις η άρρωστη και να παίρνει βαθιές αναπνοές για πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών. Παροτρύνεται η άρρωστη να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει ώστε να αποβάλλονται οι εκκρίσεις, ν' αλλάζει θέση στο κρεβάτι αφ' ενός για να ξεκουράζεται, αφετέρου για να διευκολύνεται η παροχέτευση των υγρών.

Ζ. Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος. Ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφική συσκευή HEMOVAC (Εικ. 6). Η αναρρόφηση γίνεται με τη δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γι' αυτό και θα πρέπει να αδειάζετε προτού γεμίσει τελείως. Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Τέλος γίνεται έλεγχος και καταγραφή της ποιότητας και του χρώματος των παροχτευόμενων υγρών της συσκευής.

Η. Σίτιση. Τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες χορηγούνται στην ασθενή διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών που δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 3.000 ml/24ωρο αν η ασθενής δεν έχει παθολογικές απώλειες.

Θ. Πρόληψη της λοίμωξης. Σε μια ριζική μαστεκτομή η άμυνα εναντίων των λοιμώξεων μειώνεται λόγω της αφαίρεσης των λεμφαδένων. Το προσβεβλημένο χέρι πρέπει να διατηρείται καθαρό και θα πρέπει να

αποφεύγονται οι ενδομυϊκές ενέσεις ή φλεβοκεντήσεις για να αποφύγουμε την είσοδο μικροβίων.

Μετά την πλήρη ανάνηψη της άρρωστης η νοσηλεύτρια φροντίζει:

α) Να παρακολουθεί την ασθενή. Η ασθενής τοποθετείται σε θέση ημι-fowler. Εάν το χέρι είναι ελεύθερο, τοποθετείται πάνω σε μαξιλάρι, η βαρύτητα βοηθά στην επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός λεμφοιδήματος .

β) Να σηκώσει έγκαιρα την άρρωστη. Συνήθως μέσα στις πρώτες 24-28 ώρες μετά την εγχείρηση, οι λόγοι της έγκαιρης έγερσης είναι:

1. Η πρόληψη από πνευμονικές, αγγειακές, πεπτικές επιπλοκές.
2. Να επιταχύνουμε την επούλωση του τραύματος.
3. Να συντομεύσουμε το χρόνο που η άρρωστη θα επιστρέψει σε πλήρη διαίτα.
4. Να μειώσουμε το χρόνο παραμονής της άρρωστης στο νοσοκομείο.

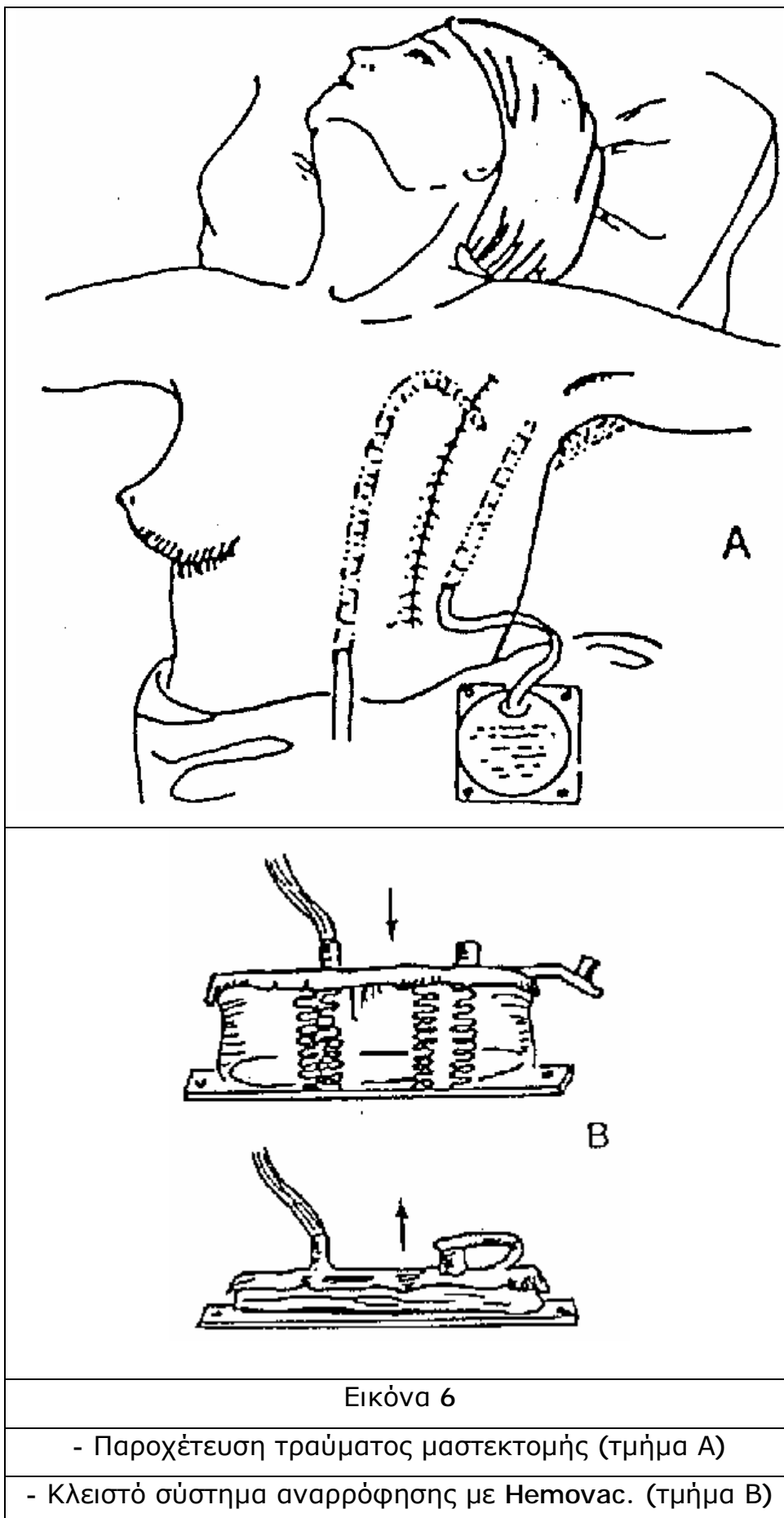
Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται την πρώτη φορά. Η άρρωστη τοποθετείται σε ανάρροπη θέση, κατόπιν σε καθιστή με τα άκρα κρεμασμένα και τέλος σηκώνεται.

γ) Να χορηγεί την κατάλληλη διαίτα. Αρχικά χορηγούνται οροί (παρεντερική διατροφή), στη συνέχεια δίνονται υγρά από το στόμα και σύντομα αρχίζει η κανονική διατροφή. Πρέπει να δίνεται άφθονο λεύκωμα το οποίο βοηθάει στην επούλωση του τραύματος, φρούτα και χόρτα για τη σωστή λειτουργία του εντέρου και άφθονα υγρά για να εξασφαλιστεί η διούρηση. Εξαιτίας της ψυχικής έντασης και του άγχους που πέρασε η ασθενής δεν έχει όρεξη για φαγητό. Παράλληλα η αδυναμία της να χρησιμοποιήσει το ένα χέρι έχουν σαν αποτέλεσμα να μην μπορεί να φάει μόνη της. Γι'αυτούς τους λόγους η νοσηλεύτρια πρέπει να μένει κοντά της και να τη βοηθάει.

δ) Να φροντίζει το τραύμα. Κατά την αλλαγή του τραύματος η νοσηλεύτρια θα πρέπει να τηρεί αυστηρά τις αρχές άσηπτης τεχνικής σε συνεργασία με το γιατρό. Καλό είναι να μην αφήνει την ασθενή να βλέπει γιατί η θέα του θα της προκαλέσει απογοήτευση και άγχος. Φυσικά καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να δει η ασθενής το τραύμα της πριν βγει από το νοσοκομείο, ώστε να εξοικειωθεί μ' αυτό.

ε) Να φροντίζει ώστε η άρρωστη να απασχολείται, να αναπαύεται, να έχει καλό ύπνο και να ασκείται. Η νοσηλεύτρια πρέπει να φροντίζει για τη δημιουργική απασχόληση της άρρωστης κατά τη διάρκεια της ημέρας ώστε να διώχνει από το μυαλό της τις μελαγχολικές σκέψεις και την απελπισία. Αυτό μπορεί να γίνει με κάποιο βιβλίο, μια ενδιαφέρουσα συζήτηση ή και με μουσική. Επίσης κύριο μέλημα της νοσηλεύτριας είναι η ανάπαυση της άρρωστης, η οποία πρέπει να φροντίζει ώστε η άρρωστη να έχει αναπαυτική θέση στο κρεβάτι και ήρεμο ύπνο. Εάν η ασθενής πονάει την ανακουφίζει με κάποιο αναλγητικό και εάν έχει αϋπνία της δίνει υπνωτικό φάρμακο μετά από εντολή γιατρού. Απαραίτητη είναι και η άσκηση της άρρωστης για να επανακτήσει την κινητικότητα της κατ' ώμου αρθρώσεως και να διατηρήσει καλή μυοσκελετική λειτουργία.

στ) Συνεργασία με την άρρωστη. Η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με μαστεκτομή επιτυγχάνεται μόνο αν έχουμε αρμονική συνεργασία της νοσηλεύτριας με την υπόλοιπη ομάδα υγείας και η συνεργασία της νοσηλεύτριας με την ασθενή εξασφαλίζει στην τελευταία την αξιοπρέπεια της και αυξάνει την ελπίδα και την αισιοδοξία της ότι θα θεραπευτεί (Σαχίνη-Καρδάση, 1985).



Εικόνα 6

- Παροχέτευση τραύματος μαστεκτομής (τμήμα A)

- Κλειστό σύστημα αναρρόφησης με Hemovac. (τμήμα B)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χημειοθεραπεία

1. Αυτό που προκαλεί τις παρενέργειες

Επειδή τα κύτταρα καρκίνου μπορούν να αυξηθούν και να διαιρεθούν γρηγορότερα από τα κανονικά κύτταρα, πολλά αντικαρκινικά φάρμακα θανατώνουν τα αυξανόμενα κύτταρα. Αλλά ορισμένα κανονικά, υγιή κύτταρα πολλαπλασιάζονται επίσης γρήγορα και η χημειοθεραπεία μπορεί να έχει επιπτώσεις σε αυτά τα κύτταρα επίσης. Αυτή η ζημιά στα κανονικά κύτταρα προκαλεί τις παρενέργειες. Τα κανονικά κύτταρα που αναπτύσσονται ταχύτατα και που πιθανότατα επηρεάζονται είναι κύτταρα αίματος, του μυελού των οστών και κύτταρα στην πεπτική οδό (στόμα, στομάχι, έντερα, οισοφάγο) στο αναπαραγωγικό σύστημα (σεξουαλικά όργανα) και τους θύλακες της τρίχας. Μερικά αντικαρκινικά φάρμακα μπορεί να έχουν επιπτώσεις στα κύτταρα οργάνων ζωικής σημασίας όπως η καρδιά, τα νεφρά, η κύστη, οι πνεύμονες και το νευρικό σύστημα. Τα είδη των παρενεργειών που θα έχει η άρρωστη και πόσο σκληρές θα είναι εξαρτώνται από τον τύπο και τη δόση της χημειοθεραπείας που κάνει και πώς το σώμα της αντιδρά. Πριν αρχίσει τη χημειοθεραπεία θα πρέπει να συζητήσει με τη νοσηλεύτρια και το γιατρό της για τις παρενέργειες που πιθανόν να έχει από τα φάρμακα που θα παίρνει. Πριν αρχίσει τη χημειοθεραπεία θα κληθεί να υπογράψει μια μορφή συγκατάθεσης. Πρέπει να της δοθούν όλες οι λεπτομέρειες για την χημειοθεραπεία καθώς και των φαρμάκων που θα της δοθούν και τις παρενέργειες τους προτού υπογράψει αυτή τη μορφή συγκατάθεσης (Bhuijan, 1999).

3. Πόσο καιρό διαρκούν οι παρενέργειες

Τα κανονικά κύτταρα ανακτούν συνήθως όταν τελειώνει η χημειοθεραπεία, έτσι οι περισσότερες παρενέργειες εξαφανίζονται κατά το τέλος της χημειοθεραπείας και τα υγιή κύτταρα έχουν μια πιθανότητα να αυξηθούν και πάλι κανονικά.

Ο χρόνος που θα περάσει για να εξαφανιστούν οι παρενέργειες εξαρτάται από πολλά πράγματα όπως η γενική υγεία του ατόμου καθώς και το είδος χημειοθεραπείας που κάνει. Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν έχουν κανένα σοβαρό μακροπρόθεσμο πρόβλημα από τη χημειοθεραπεία. Εντούτοις, σε μερικές περιπτώσεις η χημειοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει μόνιμες αλλαγές ή ζημιά στην καρδιά, τους πνεύμονες, τα νεύρα, τα νεφρά ή το αναπαραγωγικό σύστημα, και ορισμένοι τύποι χημειοθεραπειών μπορεί να καθυστερήσουν τα αποτελέσματα, όπως ένας δεύτερος καρκίνος, τα οποία παρουσιάζονται πολλά έτη αργότερα (Brown, 1997).

Η άρρωστη θα πρέπει να ρωτήσει το γιατρό της για το αν έχει πιθανότητες να εμφανίσει σοβαρά, μακροπρόθεσμα προβλήματα που μπορούν να προκύψουν από τη χημειοθεραπεία που θα κάνει (αλλά να θυμηθεί να ισορροπήσει τις ανησυχίες της με την άμεση απειλή του καρκίνου). Μεγάλη πρόοδος έχει σημειωθεί στην παρεμπόδιση και τη μεταχείριση μερικών από τις κοινές καθώς επίσης και σπάνιες σοβαρές παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Πολλά νέα φάρμακα και μέθοδοι θεραπείας «πολεμούν» τον καρκίνο αποτελεσματικότερα κάνοντας τη λιγότερη ζημιά στα υγιή κύτταρα του σώματος. Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας μπορεί να είναι δυσάρεστες αλλά πρέπει να μετρηθούν με τη δυνατότητα της θεραπείας να καταστραφεί ο καρκίνος. Τα φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν να αποτραπούν μερικές παρενέργειες όπως η ναυτία. Μερικές φορές οι άνθρωποι που κάνουν χημειοθεραπεία αποθαρρύνονται το χρονικό διάστημα που κάνουν τη χημειοθεραπεία ή όσο διαρκούν οι παρενέργειες. Ο ασθενής μπορεί να το συζητήσει με τη νοσηλεύτρια ή το γιατρό του. Εκείνοι είναι σε θέση να προτείνουν στον ασθενή τρόπους για να γίνουν ευκολότερες ή να μειωθούν οι παρενέργειες (Fisher, 2001).

Διατροφή κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας

Είναι πολύ σημαντικό ο ασθενής να τρώει σωστά ενώ κάνει τη χημειοθεραπεία του. Να τρώει καλά κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας σημαίνει μια ισορροπημένη διατροφή που περιέχει όλες τις θρεπτικές ουσίες για τις ανάγκες του σώματος. Να τρώει καλά σημαίνει μια διατροφή αρκετά υψηλή σε θερμίδες για να κρατήσει το βάρος του και να είναι αρκετά υψηλή σε πρωτεΐνες για να επανοικοδομήσει τους ιστούς που η θεραπεία του καρκίνου μπορεί να βλάψει. Οι άνθρωποι που τρώνε καλά μπορούν να αντιμετωπίσουν τις παρενέργειες και να παλέψουν καλύτερα την αρρώστια. Επίσης οι οργανισμοί τους μπορούν να επανοικοδομήσουν τους υγιείς ιστούς γρηγορότερα (Messina, 1999).

1. Όταν η άρρωση δεν έχει όρεξη για φαγητό;

Μερικές ημέρες η άρρωση μπορεί να αισθάνεται ότι δεν μπορεί να φάει. Μπορεί να χάσει την όρεξή της εάν αισθάνεται καταθλιπτική ή κουρασμένη. Οι παρενέργειες όπως η ναυτία ή τα προβλήματα στόματος και λαιμού μπορεί να το κάνει δύσκολο ή επίπονο να φάει. Σε μερικές περιπτώσεις εάν δεν μπορεί να φάει για μια μεγάλη χρονική περίοδο, ο γιατρός μπορεί να συστήσει να της δίνεται διατροφή ενδοφλεβίως έως ότου να είναι σε θέση να φάει.

Όταν μια φτωχή όρεξη είναι το πρόβλημα μπορεί να δοκιμάσει αυτές τις προτάσεις:

- Να τρώει μικρά γεύματα συχνά όποτε θέλει ίσως τέσσερις έως έξι φορές την ημέρα. Δεν είναι απαραίτητο να τρώει τρία κανονικά γεύματα κάθε ημέρα.
- Να κρατάει τα πρόχειρα φαγητά, ευκολοπρόσιτα σε αυτήν, έτσι ώστε να μπορεί να έχει κάτι να φάει όποτε πεινάει.
- Αν δεν θέλει να φάει στέρεα τρόφιμα να προσπαθήσει να πίνει ποτά κατά τη διάρκεια της ημέρας. Οι χυμοί ή οι σούπες μπορούν να της δώσουν τις σημαντικές θερμίδες και τις θρεπτικές ουσίες.

- Να προσπαθήσει να μην γίνεται ρουτίνα η ώρα του γεύματός. για παράδειγμα να τρώει σε μία διαφορετική θέση.
- Να τρώει με τους φίλους ή τα μέλη της οικογένειάς της. την ώρα του φαγητού μπορεί να ακούει ραδιόφωνο ή TV.
- Να ρωτήσει τη νοσηλεύτρια και το γιατρό της για τα συμπληρώματα διατροφής.
- Να μιλήσει με το διαιτολόγο της για το ποιες είναι οι συγκεκριμένες ανάγκες της διατροφής της.

2. Επιτρέπεται να πίνει η άρρωστη οινοπνευματώδη ποτά;

Τα μικρά ποσά οινοπνεύματος μπορούν να την βοηθήσουν να χαλαρώσει και να αυξήσει την όρεξή της. Το οινόπνευμα όμως μπορεί να παρεμποδίσει τη λειτουργία μερικών φαρμάκων ή και να επιδεινώσει τις παρενέργειες. Γι' αυτό το λόγο μερικοί άνθρωποι μπορούν να πιουν λιγότερο οινόπνευμα ή να αποφύγουν το οινόπνευμα εντελώς κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας. Θα πρέπει να ρωτήσει τη νοσηλεύτρια ή το γιατρό της εάν και πόση μπίρα, κρασί ή άλλα οινοπνευματώδη ποτά μπορεί να πει κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.

3. Μπορεί η άρρωστη να πάρει πρόσθετα βιταμίνες και ανόργανα άλατα;

Συνήθως οι άνθρωποι παίρνουν όλες τις βιταμίνες και τα ανόργανα άλατα που χρειάζονται όταν καταναλώνουν μια υγιεινή διατροφή. Καλύτερα να το συζητήσει με την νοσηλεύτρια ή το γιατρό της πριν πάρει οποιαδήποτε βιταμίνη ή συμπληρώματα με ανόργανα άλατα. Πάρα πολύ μεγάλη ποσότητα βιταμινών και ανόργανων αλάτων μπορεί να είναι εξίσου επικίνδυνο με λίγα. Θα πρέπει να ανακαλύψει τι είναι κατάλληλο γι'αυτήν (Messina, 1999).

Νοσηλευτική παρέμβαση στην χημειοθεραπεία

Η νοσηλεύτρια που είναι σωστά εκπαιδευμένη-πεπειραμένη στη χημειοθεραπεία θα πρέπει να έχει υπόψη της τα εξής:

1. Την ηλικία, το επάγγελμα και το φύλο της άρρωστης
2. Το μορφωτικό της επίπεδο
3. Την κοινωνικοοικονομική της κατάσταση
4. Την οικογενειακή της κατάσταση
5. Την πρόγνωση και θεραπεία της αρρώστιας της

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας προς την άρρωστη με χημειοθεραπεία αποβλέπουν στο να αποδώσει η θεραπεία στο μέγιστο βαθμό, στην ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος και στην έγκαιρη διαπίστωση επιπλοκών και η αντιμετώπιση τους.

Γι' αυτό το λόγο λαμβάνονται τα εξής μέτρα:

1. Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει η άρρωστη και η οικογένεια της) προσέγγιση του αρρώστου και γίνεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθεια του σαν μία ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.
2. Βεβαιώνεται η άρρωστη πως οι τοξικές ενέργειες και οι ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από το γεγονός ότι τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την καταστροφή των κακοηθών κυττάρων καταστρέφουν και τα υγιή.
3. Γίνεται διδασκαλία στην άρρωστη ώστε να μάθει να αποδεχθεί και να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της (ναυτία, εμετοί, ανορεξία, καχεξία).
4. Δίνεται στην άρρωστη ο ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για να ενημερωθεί περισσότερο.
5. Γίνεται γενική αξιολόγηση της άρρωστης για την θρέψη της, την κατάσταση του δέρματος, τη συναισθηματική της κατάσταση. Φροντίζεται ώστε τα γεύματα της να είναι συχνά ή μικρά και να

προστατεύεται από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις) (Σαχίνη-Καρδάση, 1985).

Μερικές προτάσεις για μερικές από τις πιο κοινές παρενέργειες της χημειοθεραπείας:

1. Κούραση

Η κούραση από τον καρκίνο είναι διαφορετική από την κούραση της καθημερινής ζωής. Η κούραση που προκαλείται από τη χημειοθεραπεία μπορεί να εμφανιστεί ξαφνικά. Οι ασθενείς με καρκίνο την έχουν περιγράψει ως συνολική έλλειψη ενέργειας και έχουν χρησιμοποιήσει λέξεις όπως φθαρμένος, αποστραγγιζόμενος κτλ. για να περιγράψουν την κούρασή τους. Δεν αισθάνονται όλοι το ίδιο είδος κούρασης και δεν έχει την ίδια διάρκεια σε όλους. Μπορεί να διαρκέσει ημέρες, εβδομάδες ή μήνες. Αλλά η κούραση απομακρύνεται βαθμιαία καθώς ο όγκος αποκρίνεται στη χημειοθεραπεία

Πώς μπορεί η ασθενής να αντιμετωπίσει την κούραση

- Να προγραμματίσει την ημέρα της έτσι ώστε να έχει χρόνο.
- Να κάνει συχνά διαλείμματα παρά μία μεγάλη περίοδο ανάπαυσης.
- Να δοκιμάσει τις ευκολότερες ή πιο σύντομες εκδόσεις των δραστηριοτήτων που απολαμβάνει.
- Να κάνει σύντομους περιπάτους ή να ασκείται εάν είναι δυνατό.
- Να συζητήσει με την νοσηλεύτριά για τους τρόπους που μπορεί να σωθεί η ενέργειά της και να αντιμετωπιστεί η κούρασή της.
- Να δοκιμάσει δραστηριότητες όπως η περισυλλογή, η προσευχή, η γιόγκα κτλ. οι οποίες μπορεί να την βοηθήσουν αρκετά.
- Να τρώει καλά και να πίνει άφθονα υγρά.
- Μπορεί να μπει σε μια ομάδα υποστήριξης. Η διανομή των συναισθημάτων της με άλλους μπορεί να διευκολύνει το φορτίο της

κούρασης. Μπορεί να μάθει πως οι άλλοι αντιμετωπίζουν την κούρασή τους. Η νοσηλεύτριά της μπορεί να την ενημερώσει αν υπάρχει κάποια ομάδα υποστήριξης στην περιοχή της.

- Να περιορίσει το ποσό καφεΐνης και οινοπνεύματος που πίνει.
 - Να επιτρέψει σε άλλους να κάνουν πράγματα για εκείνη απ' ότι συνήθως.
 - Να κρατάει ένα ημερολόγιο για το πώς αισθάνεται κάθε ημέρα. Αυτό θα την βοηθήσει να προγραμματίσει τις καθημερινές της δραστηριότητες.
- Να εκθέτει οποιεσδήποτε αλλαγές στο ενεργειακό της επίπεδο στη νοσοκόμα ή το γιατρό της (Messina, 1999).

2. Ναυτία και εμετός

Πολλοί ασθενείς φοβούνται ότι θα έχουν ναυτία και εμετό κάνοντας χημειοθεραπεία αλλά με τα νέα φάρμακα αυτές οι παρενέργειες είναι πιο σπάνιες και όταν εμφανίζονται είναι λιγότερο επώδυνες. Αυτά τα ισχυρά φάρμακα για τον εμετό και τη ναυτία μπορούν να αποτρέψουν ή να ελαττώσουν τη ναυτία και τον εμετό στους περισσότερους ασθενείς. Τα φάρμακα λειτουργούν διαφορετικά στον κάθε άνθρωπο και μπορεί ένας ασθενής να χρειαστεί περισσότερα από ένα φάρμακα για να ανακουφιστεί. Δεν πρέπει να σταματήσει αλλά να συνεχίσει να συνεργάζεται με τη νοσηλεύτρια και το γιατρό για να βρει το φάρμακο που λειτουργεί καλύτερα σε αυτήν.

Τι μπορεί να κάνει η άρρωστη εάν έχει ναυτία ή εμετό.

- Να παίρνει υγρά ή ποτά πριν ή μετά από το γεύμα και όχι μαζί.
- Να τρώει και να πίνει αργά.
- Να τρώει μικρά γεύματα σε όλη τη διάρκεια της ημέρας αντί ενός, δύο ή τριών μεγάλων γευμάτων.
- Να τρώει τα τρόφιμα κρύα ή σε θερμοκρασία δωματίου, έτσι δεν θα ενοχληθεί από τις ισχυρές μυρωδιές.
- Να μασάει καλά την τροφή της για να διευκολύνει την πέψη. Εάν η ναυτία εμφανίζεται το πρωί να προσπαθεί να τρώει ξηρά τρόφιμα όπως

τα δημητριακά ή φρυγανιά. Μπορεί να πίνει δροσερούς χυμούς φρούτων χωρίς ζάχαρη όπως ο χυμός μήλων ή σταφυλιών.

- Να τρώει καραμέλες με μέντα ή ξινές καραμέλες (να μην τρώει ξινές καραμέλες εάν έχει πληγές στο στόμα ή στο λαιμό).
- Να προετοιμάζει και να παγώνει τα γεύματά εκ των προτέρων για τις ημέρες που δεν αισθάνεται καλά για να μαγειρέψει.
- Να φοράει άνετα ενδύματα.
- Να αποσπάει την προσοχή της με το να κουβεντιάζει με τους φίλους ή τα οικογενειακά μέλη, να ακούει μουσική ή να βλέπει τηλεόραση.
- Να προσπαθήσει να αποφεύγει τις μυρωδιές που την ενοχλούν όπως οι μυρωδιές μαγειρέματος, ο καπνός ή το άρωμα.
- Να αποφεύγει τα γλυκά, τηγανισμένα ή λιπαρά τρόφιμα.
- Να αποφεύγει να τρώει μερικές ώρες πριν από την χημειοθεραπεία εάν η ναυτία εμφανίζεται συνήθως κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.

3. Πόνος

Τα φάρμακα της χημειοθεραπείας μπορούν να προκαλέσουν μερικές παρενέργειες που είναι επίπονες. Τα φάρμακα μπορούν να βλάψουν τα νεύρα που οδηγούν στον πόνο καψίματος, μουδιάσματος ή τσουξίματος συχνότερα στα δάχτυλα. Μερικά φάρμακα μπορούν επίσης να προκαλέσουν στοματικές πληγές, πονοκεφάλους, πόνους μυών ή πόνους στο στομάχι. Δεν έχουν όλοι οι ασθενείς τον ίδιο πόνο, μπορούν όμως να ανακουφιστούν. Το πρώτο βήμα που πρέπει να κάνει η ασθενής είναι να μιλήσει με τη νοσηλεύτρια ή το γιατρό της για τον πόνο που νιώθει. Μπορεί η ασθενής να μιλήσει και να περιγράψει τον πόνο της στην οικογένεια και τους φίλους της.

- Πρέπει να πει η ασθενής στη νοσηλεύτρια, στο γιατρό, την οικογένεια ή τους φίλους για τον πόνο που νιώθει.
- Πόσο ισχυρός είναι ο πόνος που αισθάνεται.
- Πόσο διαρκεί.
- Τι είναι αυτό που διευκολύνει τον πόνο.
- Τι κάνει τον πόνο χειρότερο.

- Ποια φάρμακα παίρνει για τον πόνο και τι ανακούφιση νιώθει η ασθενής από αυτά.
- Η χρησιμοποίηση μιας κλίμακας πόνου είναι χρήσιμη στο να περιγράψει τον πόνο που αισθάνεται. Να προσπαθήσει να ορίσει έναν αριθμό από το 0 έως 10 στο επίπεδο του πόνου του. Δεδομένου ότι οι αριθμοί όσο ανεβαίνουν αντιπροσωπεύουν τον ισχυρό πόνο. Μπορεί ο ασθενής αν επιθυμεί να φτιάξει μια κλίμακα πόνου χρησιμοποιώντας αριθμούς από 0 έως 5 ή ακόμα και 0 έως 100. Θα πρέπει να ενημερώσει τους άλλους για το ποια κλίμακα πόνου χρησιμοποιεί και να χρησιμοποιεί την ίδια κλίμακα κάθε φορά. Ο στόχος του ελέγχου του πόνου είναι να αποτραπεί ο πόνος που μπορεί να αποτραπεί και να αντιμετωπιστεί ο πόνος που δεν μπορεί.

Για να γίνει αυτό:

- Εάν έχει επίμονο ή χρόνιο πόνο να παίρνει τα φάρμακα για τον πόνο σε ένα κανονικό πρόγραμμα (από το ρολόι).
- Να μην ξεχνάει τις δόσεις του φαρμάκου για τον πόνο . Εάν περιμένει να πάρει το φάρμακό μέχρι να αισθανθεί πόνο θα είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί.
- Να προσπαθήσει να κάνει ασκήσεις χαλάρωσης συγχρόνως με τα φάρμακα που παίρνει για τον πόνο. Αυτό μπορεί να βοηθήσει στο να ελαττώσει την ένταση, να μειώσει την ανησυχία και να διαχειριστεί τον πόνο. Υπάρχουν πολλά φάρμακα και μέθοδοι διαθέσιμα για τον έλεγχο του καρκινικού πόνου. Εάν ο γιατρός δεν έχει καμία περαιτέρω πρόταση για τον πόνο να ζητήσει να δει έναν ειδικό πόνου. Ένας ειδικός πόνου μπορεί να είναι ογκολόγος , αναισθησιολόγος, νευρολόγος, νευροχειρουργός, άλλος γιατρός ή νοσηλεύτρια (Πατηράκη, 1985).

4. Απώλεια τρίχας

Η απώλεια τρίχας είναι μία κοινή παρενέργεια της χημειοθεραπείας αλλά δεν προκαλούν όλα τα φάρμακα απώλεια τρίχας.

Όταν η απώλεια τρίχας εμφανίζεται η τρίχα μπορεί να γίνει λεπτότερη ή να πέσει εξ ολοκλήρου. Η απώλεια τρίχας μπορεί να εμφανιστεί σε όλα τα μέρη του σώματος συμπεριλαμβανομένου του κεφαλιού, του προσώπου, των ποδιών και της ηβικής περιοχής. Η τρίχα αρχίζει να αυξάνεται όταν τελειώσουν οι θεραπείες. Μερικοί άνθρωποι ανακτούν την τρίχα τους ενώ βρίσκονται ακόμα σε θεραπεία. Μερικές φορές η τρίχα μπορεί να αυξηθεί με διαφορετικό χρώμα ή σύσταση. Η απώλεια μπορεί να αρχίσει αρκετές εβδομάδες μετά από την πρώτη θεραπεία ή μετά από μερικές θεραπείες. Πολλοί άνθρωποι λένε ότι το κεφάλι τους γίνεται ευαίσθητο πριν χάσουν την τρίχα. Η τρίχα μπορεί να πέσει βαθμιαία ή σε μεγάλη ποσότητα. Οποιαδήποτε τρίχα που αυξάνεται ακόμα μπορεί να γίνει θαμνή και ξηρή.

Πώς μπορεί η ασθενής να φροντίσει το κρανίο και την τρίχα της κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας

- Να χρησιμοποιεί ένα ήπιο σαμπουάν.
- Να χρησιμοποιεί μια μαλακή βούρτσα τρίχας.
- Να χρησιμοποιεί χαμηλή θερμότητα όταν στεγνώνει τα μαλλιά της.
- Να χρησιμοποιεί ένα καπέλο ή ένα μαντήλι για να προστατεύσει το κρανίο της από τον ήλιο ή αν χάνει την τρίχα σας.

Μερικοί άνθρωποι που χάνουν όλες ή το μεγαλύτερο μέρος της τρίχας τους επιλέγουν να φορέσουν τουρμπάνια, μαντήλια, καλύμματα ή περούκες. Άλλοι αφήνουν το κεφάλι τους ακάλυπτο. Ακόμα άλλοι αλλάζουν το χτένισμά τους πέρα δώθε ανάλογα με το αν είναι έξω ή στο σπίτι με φίλους και τα οικογενειακά μέλη. Καμία αλλαγή δεν είναι «σωστή» ή «λάθος», μπορεί η ασθενής να κάνει ότι αισθάνεται αρκεί να νιώθει άνετα. Εάν επιλέξει να καλύψει το κεφάλι της μπορεί να πάρει μια περούκα πριν χάσει πολλή τρίχα. Είναι ένας τρόπος για να ταιριάζει με το κούρεμα και το χρώμα της τρίχας της.

Η ασθενής χάνοντας την τρίχα απ' το κεφάλι της, το πρόσωπο ή το σώμα μπορεί να είναι πολύ δύσκολο να το δεχτεί. Το συναίσθημα είναι καταθλιπτικό. Θα πρέπει να σκεφτεί η ασθενής ότι είναι μια προσωρινή παρενέργεια. Η ομιλία για τα συναισθήματά της μπορεί να βοηθήσει. Εάν

είναι δυνατόν μοιραστείτε τις σκέψεις της με κάποια που είχε μια παρόμοια εμπειρία.

5. Αναιμία

Η χημειοθεραπεία μπορεί να μειώσει τη δυνατότητα του μυελού των οστών να δημιουργεί ερυθρά αιμοσφαίρια τα οποία μεταφέρουν το οξυγόνο σε όλα τα μέρη του σώματος. Όταν υπάρχουν πολύ λίγα ερυθρά αιμοσφαίρια οι ιστοί του σώματος δεν παίρνουν αρκετό οξυγόνο για να κάνουν την εργασία τους. Αυτός ο όρος λέγεται αναιμία. Η αναιμία μπορεί να κάνει την ασθενή πολύ αδύνατη και κουρασμένη. Η ασθενής θα πρέπει να καλέσει το γιατρό εάν έχει οποιοδήποτε από αυτά τα συμπτώματα.

- Αν νιώθει κούραση
- Αν έχει ίλιγγο ή νιώθει εξασθενημένη
- Αν έχει συντομία αναπνοής
- Αν νιώθει ότι η καρδιά της «σφυροκοπά» ή χτυπά πολύ γρήγορα

Τα πράγματα που μπορεί να κάνει η άρρωστη είναι:

- Να κοιμάται το βράδυ και ξεκουράζεται κατά τακτά χρονικά διαστήματα στη διάρκεια της ημέρας εάν μπορεί.
- Να περιορίσει τις δραστηριότητές της, κάνοντας μόνο τα πράγματα που είναι ουσιαστικά ή σημαντικότερα για αυτήν.
- Να ζητάει βοήθεια όταν τη χρειάζεται. Να ζητήσει από την οικογένεια και τους φίλους να την βοηθήσουν με πράγματα όπως η παιδική μέριμνα, οι αγορές, τα οικιακά ή την οδήγηση.
- Να ακολουθεί μια ισορροπημένη διατροφή.
- Κατά το κάθισμα, σηκωθείτε αργά, κατά το ξάπλωμα καθίστε πρώτα και σταθείτε έπειτα. Αυτό θα βοηθήσει στο να προλάβετε τον ίλιγγο.

6. Προβλήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος

Η χημειοθεραπεία μπορεί να παρεμποδίσει ορισμένες λειτουργίες στο κεντρικό νευρικό σύστημα (εγκέφαλος) και να προκαλέσει κούραση, σύγχυση

και κατάθλιψη. Αυτά τα συναισθήματα θα απομακρυνθούν όταν χαμηλώσει η δόση της χημειοθεραπείας ή όταν τελειώσει (Δημητρίου, 1993).

7. Μόλυνση

Η χημειοθεραπεία μπορεί να κάνει την ασθενή ευάλωτη στις μολύνσεις. Αυτό συμβαίνει επειδή τα περισσότερα αντικαρκινικά φάρμακα έχουν επιπτώσεις στο μυελό των οστών, επηρεάζοντας τα λευκά αιμοσφαίρια που παλεύουν πολλούς τύπους μολύνσεων. Ο γιατρός θα ελέγχει τον αριθμό των λευκών σας αιμοσφαιρίων όσο κάνει τη χημειοθεραπεία.

Υπάρχουν φάρμακα που βοηθούν στην αποκατάσταση των λευκών αιμοσφαιρίων. Η αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων χαμηλώνει τον κίνδυνο σοβαρής μόλυνσης.

Οι περισσότερες μολύνσεις προέρχονται από τα βακτηρίδια που βρίσκονται κανονικά στο δέρμα, στο στόμα, στο έντερο κτλ. Μερικές φορές η αιτία μιας μόλυνσης δεν μπορεί να μαθευτεί. Ακόμα και αν ο ασθενής προσέχει μπορεί να πάθει κάποια μόλυνση.

Τι μπορεί να κάνει η ασθενής για να προλάβει τις μολύνσεις

- Να πλένει τα χέρια της συχνά κατά τη διάρκεια της ημέρας. Να τα πλένει πριν φάει, μετά από την τουαλέτα και αφού έχει αγγίξει ζώα.
- Να παραμένει μακριά από ανθρώπους που έχουν ασθένειες που μπορεί να κολλήσει όπως κρύωμα, γρίπη, ιλαρά. Να προσπαθεί να αποφεύγει τα πλήθη. Να πηγαίνει σινεμά ή θέατρο όταν είναι πιθανό να μην είναι πολυάσχολα. Να παραμένει μακριά από παιδιά που πρόσφατα έχουν κάνει εμβόλια «ζωντανών ιών» όπως η φλυκταινώδης νόσος κοτόπουλου και η πολιομυελίτιδα, δεδομένου ότι μπορούν να είναι μεταδοτικοί στους ανθρώπους με μια χαμηλή αριθμηση κυττάρων αίματος.
- Να είναι προσεκτική να μην κοπεί κατά τη χρησιμοποίηση ψαλιδιού, βελόνων ή μαχαιριών.
- Μην συμπιέζει ή γρατζουνάει τα σπυράκια.
- Να κάνει ένα θερμό (όχι καυτό) λουτρό ή ένα ντους κάθε ημέρα.

- Να χρησιμοποιεί λοσιόν ή βαζελίνη για να μαλακώσει το δέρμα της εάν γίνεται ξηρό.
- Να αποφεύγει την επαφή με ζωικά κιβώτια απορριμμάτων και τα απόβλητα, τα κλουβιά πουλιών και τις δεξαμενές ψαριών.
- Να αποφεύγει τα βάζα με λουλούδια ή τους υγραντές .
- Να μην παίρνει οποιεσδήποτε ανοσοποιήσεις όπως οι εμβολιασμοί γρίπης.
- Να μην τρώει ακατέργαστα ψάρια, θαλασσινά, κρέας ή αυγά.

Συμπτώματα μόλυνσης

Η άρρωστη θα πρέπει να καλέσει το γιατρό εάν έχει οποιοδήποτε από αυτά τα συμπτώματα.

- Πυρετός πάνω από 38°C
- Αν ιδρώνει
- Αν νιώθει συχνά την ανάγκη για ούρηση ή αισθάνεται κάψιμο όταν ουρεί
- Αν έχει βήχα ή πονόλαιμο
- Αν παρατηρήσει ασυνήθιστη κοιλιακή αλλαγή
- Αν εμφανιστεί ερυθρότητα, διόγκωση ειδικά γύρω από μία πληγή, ένα σπυράκι, την πρωκτική περιοχή
- Αν έχει πονοκέφαλο
- Αν έχει φουσκάλες στα χείλη ή στο δέρμα
- Αν έχει στοματικές πληγές

Θα πρέπει να πει οποιαδήποτε σημάδια μόλυνσης αμέσως στο γιατρό .Αυτό είναι πολύ σημαντικό όταν τα λευκά αιμοσφαίρια είναι χαμηλά. Εάν έχει πυρετό να μην πάρει ασπιρίνη ή οτιδήποτε άλλο για να ρυθμίσει τη θερμοκρασία της χωρίς πρώτα να την δει ο γιατρός .

8. Προβλήματα στην πήξη του αίματος

Τα αντικαρκινικά φάρμακα μπορούν να έχουν επιπτώσεις στη δυνατότητα του μυελού των οστών να παράγει αιμοπετάλια.

Εάν το αίμα της άρρωστης δεν έχει αρκετά αιμοπετάλια μπορεί να αιμορραγήσει ή να μωλωπίσει ευκολότερα ακόμη και χωρίς έναν τραυματισμό.

Η άρρωστη να καλέσει το γιατρό εάν έχετε κάποιο από αυτά τα συμπτώματα:

- Αν εμφανίσει μικρά κόκκινα σημεία κάτω από το δέρμα
- Αν έχει κοκκινωπά ή ροζ ούρα
- Αν έχει μαύρες ή αιματηρές κενώσεις
- Αν έχει αιμορραγία των ούλων ή της μύτης
- Αν έχει κοιλιακή αιμορραγία που διαρκεί περισσότερο από μια κανονική περίοδο
- Αν έχει πονοκέφαλο.

Πώς μπορεί η ασθενής να βοηθήσει στο να αποτρέψει τα προβλήματα εάν ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι χαμηλός

- Πριν πει ποτό θα πρέπει να ενημερώσει το γιατρό της.
- Να χρησιμοποιεί μια πολύ μαλακή οδοντόβουρτσα για να καθαρίζει τα δόντια της.
- Να δώσει ιδιαίτερη προσοχή ώστε να μην κοπεί όταν χρησιμοποιεί ψαλίδι, βελόνες, μαχαίρι ή εργαλεία.
- Να είναι προσεκτική να μην καεί κατά το σιδέρωμα ή το μαγείρεμα.
- Να αποφεύγει τον αθλητισμό που έρχεται σε επαφή με άλλους και άλλες δραστηριότητες που μπορούν να οδηγήσουν στον τραυματισμό.
- Να χρησιμοποιεί μια ηλεκτρική ξυριστική μηχανή αντί για ξυράφι για την αποφυγή λύσης της συνέχειας του δέρματος.
- Να ρωτάει το γιατρό ή τον νοσηλευτή αν πρέπει να αποφεύγει τη σεξουαλική δραστηριότητα (Κωνσταντακάτου, 1987).

9. Στόμα, ούλα και προβλήματα λαιμού

Η καλή στοματική φροντίδα είναι σημαντική κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου. Μερικά αντικαρκινικά φάρμακα μπορούν να

προκαλέσουν πληγές στο στόμα και το λαιμό, ένας όρος που λέγεται στοματίτιδα.

Τα αντικαρκινικά φάρμακα επίσης μπορούν να κάνουν αυτούς τους ιστούς ξηρούς και ερεθισμένους ή να τους κάνουν να αιμορραγήσουν. Εκτός από την ύπαρξη οι επίπονες στοματικές πληγές μπορούν να γίνουν μολυσμένες από τα πολλά μικρόβια που ζουν στο στόμα. Κάθε βήμα πρέπει να ληφθεί για να προλάβει τις μολύνσεις επειδή μπορεί να είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας και μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρά προβλήματα (Δημητρίου, 1993).

Πώς μπορεί η ασθενής να κρατήσει το στόμα, τα ούλα και το λαιμό της υγιή

- Να συζητήσει με το γιατρό της αν μπορεί να δει έναν οδοντίατρο τουλάχιστον αρκετές εβδομάδες πριν αρχίσει τη χημειοθεραπεία. Μπορεί να πρέπει να καθαρίζει τα δόντια της, να φροντίσει οποιαδήποτε προβλήματα όπως τα αποστήματα των ούλων, οι ασθένειες των ούλων ή η κακή εγκατάσταση οδοντοστοιχιών. Να ζητήσει από τον οδοντίατρό της να της παρουσιάσει τους καλύτερους τρόπους να βουρτσίζει τα δόντια της κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.
- Να βουρτσίζει τα δόντια και τα ούλα της μετά από κάθε γεύμα. Να χρησιμοποιεί μια μαλακή οδοντόβουρτσα. Το πάρα πολύ σκληρό βούρτσισμα μπορεί να βλάψει τους μαλακούς στοματικούς ιστούς. Να ζητήσει από το γιατρό, τη νοσηλεύτρια ή τον οδοντίατρο να της προτείνουν μια ειδική οδοντόβουρτσα και μια οδοντόπαστα εάν τα ούλα της είναι πολύ ευαίσθητα.
- Να ξεβγάζει το στόμα της με χλιαρό νερό μετά από τα γεύματα και πριν από την ώρα για ύπνο. Να ξεπλένει την οδοντόβουρτσά της καλά μετά από κάθε χρήση και να την αποθηκεύει σε μια ξηρή θέση.
- Να αποφεύγει στοματικά διαλύματα που περιέχουν οποιοδήποτε ποσό οινόπνεύματος. Να ζητήσει από το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια να της προτείνουν ένα ήπιο στοματικό διάλυμα. Για παράδειγμα στοματικό

διάλυμα με διττανθρακικό άλας νατρίου (σόδα ψησίματος) που δεν ενοχλεί.

Εάν αναπτύσσει πληγές στο στόμα να το πει στο γιατρό ή τη νοσηλεύτρια. Η άρρωστη μπορεί να χρειαστεί φαρμακευτική αγωγή για να αντιμετωπίσει τις πληγές.

Πώς μπορεί η ασθενής να αντιμετωπίσει τις στοματικές πληγές

- Να τρώει κρύα τρόφιμα ή σε θερμοκρασία δωματίου. Τα καυτά και θερμά τρόφιμα μπορεί να ενοχλήσουν ένα ερεθισμένο στόμα ή λαιμό.
- Να τρώει μαλακά, κατευναστικά τρόφιμα όπως το παγωτό, μιλκ σέικ, οι παιδικές τροφές, τα μαλακά φρούτα (μπανάνες) οι πολτοποιημένες πατάτες, τα μαγειρεμένα δημητριακά, τα βρασμένα αυγά, το γιαούρτι, το τυρί, οι πουτίγκες, το ζελέ. Μπορεί επίσης να πολτοποιήσει τα μαγειρεμένα τρόφιμα στο μπλέντερ για να γίνουν ομαλότερα και να μπορεί να τα φάει.
- Να αποφεύγει όξινα τρόφιμα όπως η ντομάτα και τα εσπεριδοειδή (πορτοκάλι, γκρέιπ φρουτ και λεμόνι) πικάντικα ή αλμυρά τρόφιμα, τραχιά ή χονδροειδή τρόφιμα όπως τα ακατέργαστα λαχανικά, ποπ κορν και η φρυγανιά.

Πώς μπορεί η ασθενής να αντιμετωπίσει τη στοματική ξηρότητα

- Θα πρέπει να ρωτήσει το γιατρό της εάν πρέπει να χρησιμοποιεί ένα τεχνητό προϊόν σάλιου για να υγραίνει το στόμα της.
- Να πίνει άφθονα υγρά.
- Να υγραίνει τα ξηρά τρόφιμα με το βούτυρο, τη μαργαρίνη, ζωμό σάλτσας.
- Να τρώει μαλακά και πολτοποιημένα τρόφιμα.
- Να χρησιμοποιεί για τα χείλη, αν είναι ξηρά, βουτυροκακάο ή βαζελίνη.
- Να κρατάει ένα μπουκάλι με νερό και να πίνει συχνά γουλιά γουλιά .

10. Διάρροια

Όταν η χημειοθεραπεία έχει επιπτώσεις στα κύτταρα που ευθυγραμμίζουν το έντερο μπορεί να προκαλέσει διάρροια. Εάν έχετε διάρροια που συνεχίζεται πάνω από 24 ώρες ή έχετε πόνο μαζί με τη διάρροια καλέστε τον γιατρό σας. Σε βαριές περιπτώσεις ο γιατρός μπορεί να ορίσει μια φαρμακευτική αγωγή για να ελέγξει τη διάρροια.

Εάν η διάρροια επιμένει μπορεί να χρειαστεί ενδοφλέβια υγρά για να αντικαταστήσει το νερό και τις θρεπτικές ουσίες που έχει χάσει. Συνήθως αυτά τα υγρά δίνονται εξωτερικά στην ασθενή και δεν απαιτούν εισαγωγή στο νοσοκομείο. Να μην πάρει οποιαδήποτε φάρμακα χωρίς να ρωτήσει το γιατρό της (Messina, 1999).

Πώς μπορεί η ασθενής να αντιμετωπίσει την διάρροια

- Να πίνει άφθονα υγρά.
- Να πίνει αργά και σιγουρευτεί ότι τα ποτά είναι σε θερμοκρασία δωματίου. Τα ποτά που έχουν ανθρακικό να τα αφήνει να χάσουν το ανθρακικό τους πριν τα πει.
- Να τρώει μικρά ποσά τροφίμων καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας αντί τριών μεγάλων γευμάτων.
- Να τρώει τρόφιμα πλούσια σε κάλιο. Οι μπανάνες, τα πορτοκάλια, οι πατάτες και τα νέκταρ ροδάκινων και βερίκοκων. Είναι καλές πηγές καλίου. Θα πρέπει να ρωτήσει το γιατρό της αν πρέπει να δοκιμάσει μια σαφή υγρή διατροφή. Μια σαφής υγρή διατροφή δεν παρέχει όλες τις θρεπτικές ουσίες που χρειάζεται η άρρωστη, έτσι δεν ακολουθείται για περισσότερο από 3 έως 5 μέρες.
- Να τρώει τρόφιμα χαμηλά σε ίνες. Τρόφιμα χαμηλά σε ίνες είναι το άσπρο ρύζι, τα αποβουτυρωμένα δημητριακά, ώριμες μπανάνες, τα κονσερβοποιημένα ή μαγειρεμένα φρούτα χωρίς δέρματα, το γιαούρτι, τα αυγά, οι πολτοποιημένες ή ψημένες πατάτες χωρίς το δέρμα, τα πολτοποιημένα λαχανικά, το κοτόπουλο και ψάρια.
- Να αποφεύγει τρόφιμα υψηλά σε ίνες τα οποία μπορούν να οδηγήσουν στη διάρροια. Τα τρόφιμα υψηλά σε ίνες είναι το ψωμί, τα δημητριακά

σιταριού, τα ακατέργαστα λαχανικά, τα φασόλια, τα καρύδια, το ποπ-κορν και οι φρέσκοι και ξηροί καρποί.

- Να αποφεύγει τα καυτά ή πολύ κρύα υγρά τα οποία μπορεί να κάνουν τη διάρροια χειρότερη.
- Να αποφεύγει τον καφέ, το τσάι με καφεΐνη, το οινόπνευμα και τα γλυκά. Τα τηγανητά λιπαρά ή ιδιαίτερα καρυκευμένα φαγητά.
- Να αποφεύγει το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα, συμπεριλαμβανομένου του παγωτού, εάν κάνει τη διάρροιά χειρότερη.

11. Δυσκοιλιότητα

Μερικά αντικαρκινικά φάρμακα και φάρμακα πόνου μπορούν να προκαλέσουν δυσκοιλιότητα. Μπορεί επίσης να εμφανιστεί εάν είστε λιγότερο ενεργοί ή αν η διατροφή της άρρωστης στερείται υγρά και ίνες. Εάν δεν έχει μετακίνηση του εντέρου για μια ή δύο μέρες να καλέσει το γιατρό της, ο οποίος μπορεί να προτείνει ένα καθαρτικό. Να μη κάνει κάτι πριν ελεγχθεί από το γιατρό της.

Τι μπορεί να κάνει η ασθενής για τη δυσκοιλιότητα

- Να πίνει άφθονα υγρά για να βοηθήσει να χαλαρώσει το έντερο. Εάν δεν έχει στοματικές πληγές να δοκιμάσει θερμά και καυτά ρευστά συμπεριλαμβανομένου και του νερού τα οποία λειτουργούν ιδιαίτερα καλά.
- Να τρώει τρόφιμα υψηλά σε ίνες.
- Να κάνει μια άσκηση κάθε ημέρα όπως να περπατήσει για ένα περίπατο ή μπορεί να δοκιμάσετε ένα πιο δομημένο πρόγραμμα άσκησης.
- Να συζητήσει με το γιατρό για το ποσό αλλά και τον τύπο άσκησης που είναι σωστός για εκείνη.

12. Αποτελέσματα νεύρων και μυών

Μερικές φορές τα αντικαρκινικά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα με τα νεύρα του σώματός σας. Ένα παράδειγμα ενός όρου που έχει επιπτώσεις στο νευρικό σύστημα είναι η απομακρυσμένη νευροπάθεια όπου ο ασθενής αισθάνεται ένα κάψιμο, αδυναμία ή

μούδιασμα ή πόνο στα χέρια και στα πόδια. Μερικά φάρμακα μπορούν επίσης να έχουν επιπτώσεις στους μυς κάνοντας τους αδύνατους. Μερικές φορές αυτές οι νεύρο και παρενέργειες των μυών αν και ενοχλητικές μπορεί να μην είναι σοβαρές.

Σε άλλες περιπτώσεις τα συμπτώματα νευρών και μυών μπορούν να είναι σοβαρά και να χρειαστούν ιατρική προσοχή. Τις περισσότερες φορές αυτά τα συμπτώματα εξαφανίζονται, μπορεί όμως να διαρκέσουν μέχρι το τέλος της θεραπείας.

Τα συμπτώματα αυτά είναι:

- αδυναμία ή μούδιασμα στα χέρια/ πόδια
- πόνος κατά το περπάτημα
- αδύνατοι , επώδυνοι κουρασμένοι μύες
- απώλεια ισορροπίας
- αδεξιότητα
- απώλεια ακοής
- δυσκοιλιότητα

Πώς μπορεί η ασθενής να αντιμετωπίσει τα προβλήματα νευρών και μυών:

- Εάν τα δάχτυλά της είναι μουδιασμένα να μην πιάνει αντικείμενα που είναι αιχμηρά, καυτά ή επικίνδυνα.
- Εάν η αίσθηση ισορροπίας ή δύναμης των μυών της επηρεάζεται, να αποφεύγει τις πτώσεις, να κινείται προσεκτικά, χρησιμοποιώντας τα κιγκλιδώματα όταν ανεβαίνει ή κατεβαίνει σκαλοπάτια και χρησιμοποιώντας χαλιά στο λουτρό, στη μπανιέρα στο ντους.
- Να φοράει πάντα παπούτσια με λαστιχένια πέλματα (εάν είναι δυνατόν).

13. Αποτελέσματα στο δέρμα και τα νύχια

Μπορεί να η άρρωστη να έχει δευτερεύοντα προβλήματα του δέρματος ενώ κάνει χημειοθεραπεία όπως η ερυθρότητα, οι αναφυλαξίες, το ξεφλούδισμα, η ξηρότητα, η ακμή και η αυξανόμενη ευαισθησία στον ήλιο. Ορισμένα αντικαρκινικά φάρμακα όταν δίνονται ενδοφλεβίως μπορούν να

κάνουν το δέρμα κατά μήκος της φλέβας να σκουραίνει ειδικά στους ανθρώπους που έχουν πολύ σκούρο δέρμα. Μερικοί άνθρωποι χρησιμοποιούν make-up για να καλύψουν την περιοχή, αλλά αυτό μπορεί να πάρει πολύ χρόνο εάν διάφορες φλέβες επηρεάζονται. Οι περιοχές θα εξασθενήσουν μερικούς μήνες αφότου τελειώσει η θεραπεία. Τα νύχια της μπορεί να γίνουν κίτρινα, εύθραυστα ή ραγισμένα. Ενώ τα περισσότερα απ' αυτά τα προβλήματα δεν είναι σοβαρά και μπορεί να τα φροντίσει η ίδια μερικοί χρειάζονται την άμεση προσοχή. Ορισμένα φάρμακα που χορηγούνται ενδοφλεβίως (IV) μπορούν να προκαλέσουν σοβαρή και μόνιμη ζημιά ιστού εάν διαρρέουν από τη φλέβα. Να πει το δικαίωμά της στους γιατρούς και τους νοσηλευτές αν αισθάνεται οποιοδήποτε κάψιμο ή πόνο όταν παίρνει φάρμακα ενδοφλέβια. Αυτά τα συμπτώματα δεν σημαίνουν ότι υπάρχει ένα πρόβλημα αλλά πρέπει να ελεγχθούν.

Μερικά συμπτώματα μπορεί να σημαίνουν ότι έχει μια αλλεργική αντίδραση που μπορεί να πρέπει να αντιμετωπιστεί αμέσως. Να καλέσει γιατρό ή νοσηλεύτη εάν:

- το δέρμα της ξεσπά σε μια αναφυλαξία
- αν έχει οποιοδήποτε πρόβλημα στην αναπνοή.

Πώς μπορεί η ασθενής να αντιμετωπίσει το πρόβλημα του δέρματος - νυχιών

- Ακμή. Να προσπαθεί να κρατήσει το πρόσωπό της καθαρό και ξηρό.
- Να ρωτήσει τη νοσηλεύτρια ή το γιατρό εάν μπορεί να χρησιμοποιήσει τις κρέμες ή σαπούνια που βρίσκονται στο εμπόριο.
- Για να βοηθήσει να φύγει η ξηρότητα να κάνει γρήγορα ντους. Να μην κάνει μακροχρόνια καυτά λουτρά. Να χρησιμοποιεί ένα ενυδατικό σαπούνι.
- Να βάζει κρέμα και λοσιόν ενώ το δέρμα της είναι ακόμα υγρό.
- Να αποφεύγει τα αρώματα που περιέχουν οινόπνευμα.

Προβλήματα νυχιών

- Μπορεί να αγοράσει ένα προϊόν που ενισχύει τα νύχια από το φαρμακείο.
- Να προστατεύει τα νύχια της από τη φθορά φορώντας γάντια όταν πλένει πιάτα καλλιεργεί ή κάνει άλλη εργασία στο σπίτι.

Να ενημερώνει το γιατρό εάν έχει ερυθρότητα, πόνο ή αλλαγή στην επιδερμίδα γύρω από τα νύχια.

Ευαισθησία στο φως του ήλιου

- Να αποφεύγει το άμεσο φως του ήλιου όσο το δυνατόν περισσότερο, ειδικά μεταξύ 10 π.μ. και 4 μ.μ. όταν οι ακτίνες του ήλιου είναι ισχυρότερες.
- Να χρησιμοποιεί ένα αντηλιακό προϊόν με δείκτη προστασίας 15 (spf) ή υψηλότερο για να προστατευθεί από τον ήλιο.
- Να χρησιμοποιεί ένα αντηλιακό για τα χείλη.
- Να φοράει πουκάμισα, εσώρουχα, καπέλα βαμβακερά και με μακρύ μανίκι για να εμποδίσει τον ήλιο.

Ακόμη και οι άνθρωποι με σκούρο δέρμα πρέπει να προστατευθούν κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.

14. Αποτελέσματα νεφρών και κύστεων

Μερικά αντικαρκινικά φάρμακα μπορούν να ενοχλήσουν την κύστη ή να προκαλέσουν προσωρινή ή μόνιμη ζημιά στην κύστη ή τα νεφρά. Εάν η άρρωστη παίρνει ένα ή περισσότερα από αυτά τα φάρμακα, ο γιατρός μπορεί να της ζητήσει να συλλέξει ένα 24ωρο δείγμα ούρων. Ένα δείγμα αίματος μπορεί επίσης να ληφθεί προτού αρχίσει τη χημειοθεραπεία για να ελέγξει τη λειτουργία των νεφρών σας. Μερικά αντικαρκινικά φάρμακα αναγκάζουν τα ούρα να αλλάξουν χρώμα (πορτοκαλί, κόκκινο, κίτρινο, πράσινο) ή να πάρουν μια ισχυρή μυρωδιά φαρμάκου για 24-72 ώρες. Θα πρέπει να ελέγξει με το γιατρό εάν τα φάρμακα που παίρνει μπορεί να έχουν οποιαδήποτε από αυτά τα αποτελέσματα. Να πίνει άφθονα υγρά για

να εξασφαλίσει καλή ροή ούρων. Αυτό είναι πολύ σημαντικό εάν παίρνει φάρμακα που έχουν επιπτώσεις στο νεφρό και την κύστη.

15. Αποτελέσματα στα σεξουαλικά όργανα

Η χημειοθεραπεία – αλλά όχι πάντα – έχει επιπτώσεις στα σεξουαλικά όργανα. Οι παρενέργειες που θα εμφανιστούν εξαρτώνται από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται και την γενική υγεία του ασθενή.

Τα αντικαρκινικά φάρμακα μπορούν να έχουν επιπτώσεις στις ωοθήκες και να μειώσουν το ποσό ορμονών που παράγουν.

Μερικές γυναίκες διαπιστώνουν ότι η έμμηνος ρήση τους γίνεται ανώμαλη ή σταματάει εντελώς όσο κάνουν τη χημειοθεραπεία. Οι σχετικές παρενέργειες μπορούν να είναι προσωρινές ή μόνιμες.

Στεριρότητα

Η ζημιά στις ωοθήκες μπορεί να οδηγήσει στη στεριρότητα ή ανικανότητα να μείνει έγκυος. Η στεριρότητα μπορεί να είναι είτε προσωρινή είτε μόνιμη. Εάν η στεριρότητα εμφανίζεται και πόσο καιρό διαρκεί εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του τύπου φαρμάκου, τη δόση που δίνεται και την ηλικία της γυναίκας.

Εμμηνόπαυση

Η ηλικία μιας γυναίκας και τα φάρμακα και οι δόσεις που χρησιμοποιούνται θα καθορίσουν αν η γυναίκα βρίσκεται στην εμμηνόπαυση όσο κάνουν τη θεραπεία τους. Η χημειοθεραπεία μπορεί επίσης να προκαλέσει τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης όπως οι εξάψεις και να ξηράνει τους κολπικούς ιστούς. Αυτές οι αλλαγές ιστού μπορούν να καταστήσουν την επαφή ανήσυχη και μπορούν να κάνουν μια γυναίκα περισσότερο επιρρεπή σε κολπικές μολύνσεις και μολύνσεις της κύστης. Οποιαδήποτε μόλυνση πρέπει να θεραπευθεί. Η εμμηνόπαυση μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη.

Βοήθεια για τις εξάψεις

- Να αποφεύγει να πίνει καφέ και αλκοόλ
- Να ασκείται
- Μπορεί να δοκιμάσει διάφορες μεθόδους χαλάρωσης

- Να χρησιμοποιεί ένα υγρό ή ένα στερεό βασισμένο στο λάδι κολπικό λιπαντικό κατά τη διάρκεια της επαφής
- Υπάρχουν προϊόντα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να σταματήσουν την κολπική ξηρότητα. Να ρωτήσει το φαρμακοποιό της.
- Να αποφεύγει τη βαζελίνη η οποία είναι δύσκολο για το σώμα να την αποβάλλει και αυξάνει τον κίνδυνο για μόλυνση.
- Να φοράει βαμβακερά εσώρουχα.
- Μπορεί να ρωτήσει το γιατρό για μια κολπική κρέμα που θα μειώσει τις πιθανότητες μόλυνσης και ένα κολπικό λιπαντικό αν η επίπονη επαφή συνεχίζεται.

Εγκυμοσύνη

Αν και η εγκυμοσύνη μπορεί να είναι δυνατή κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, δεν είναι ακόμα ενδεδειγμένο επειδή μερικά αντικαρκινικά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν ατέλειες γέννησης. Οι γιατροί συμβουλεύουν τις γυναίκες της τεκνοποιητικής ηλικίας να χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο αντισύλληψης κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας τους, όπως τα προφυλακτικά, το διάφραγμα κ.τ.λ. εκτός από τα αντισυλληπτικά χάπια όπου δεν επιτρέπονται στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Η γυναίκα πρέπει να ρωτήσει το γιατρό της για αυτές τις αντισυλληπτικές επιλογές.

Εάν μια γυναίκα είναι έγκυος όταν ανακαλύπτεται ο καρκίνος της μπορεί να είναι δυνατό να καθυστερηθεί η χημειοθεραπεία μέχρι το μωρό να γεννηθεί. Για μια γυναίκα που χρειάζεται την χημειοθεραπεία πιο σύντομα τα πιθανά αποτελέσματα της χημειοθεραπείας στο έμβρυο πρέπει να αξιολογηθούν.

Συναισθήματα για τη σεξουαλικότητα

Τα σεξουαλικά συναισθήματα και οι τοποθετήσεις διαφέρουν μεταξύ των ανθρώπων κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας. Μερικοί άνθρωποι διαπιστώνουν ότι αισθάνονται πιο κοντά από πάντα στους συντρόφους τους και έχουν μια αυξανόμενη επιθυμία για τη σεξουαλική δραστηριότητα. Άλλοι έχουν ελάχιστη ή καμία αλλαγή στο σεξουαλικό επίπεδο της

επιθυμίας και της ενέργειάς τους. Ακόμα άλλοι διαπιστώνουν ότι το σεξουαλικό ενδιαφέρον τους μειώνεται λόγω των φυσικών και συναισθηματικών πιέσεων της από τον καρκίνο. Αυτές οι πιέσεις μπορεί να περιλαμβάνουν:

- ανησυχία για την αλλαγή στην εμφάνιση
- ανησυχία για την υγεία ή τους πόρους χρηματοδότησης, παρενέργειες της χημειοθεραπείας συμπεριλαμβανομένης της κούρασης και ορμονικές αλλαγές.

Οι ανησυχίες ή οι φόβοι ενός συντρόφου μπορούν να έχουν επιπτώσεις στη σεξουαλική σχέση. Μερικοί μπορούν να ανησυχήσουν ότι η φυσική οικειότητα θα βλάψει το πρόσωπο που έχει καρκίνο. Άλλοι φοβούνται ότι μπορεί να κολλήσουν καρκίνο ή να επηρεαστούν από τα φάρμακα και η ασθενής και ο σύντροφός της θα πρέπει να αισθανθούν ελεύθεροι να συζητήσουν τις σεξουαλικές τους ανησυχίες με το γιατρό, τη νοσηλεύτρια, τον κοινωνικό λειτουργό ή άλλο σύμβουλο που μπορούν να δώσουν πληροφορίες.

Η άρρωστη και ο σύντροφός της πρέπει να προσπαθήσουν να μοιραστούν τα συναισθήματά τους ο ένας με τον άλλο. Εάν μιλώντας ο ένας στον άλλο για τον καρκίνο δεν ανοίγονται μπορεί να θελήσουν να μιλήσουν σε ένα σύμβουλο που μπορεί να τους βοηθήσει να μιλήσουν πιο ανοιχτά. Άνθρωποι που μπορούν να βοηθήσουν είναι ένας ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, συμβούλους γάμου, μέλη της ιεροσύνης.

Εάν είναι άνετοι και απολαμβάνουν τις σεξουαλικές σχέσεις πριν αρχίσει τη χημειοθεραπεία της η άρρωστη, οι πιθανότητες είναι να βρουν ακόμα την ευχαρίστηση στη φυσική οικειότητα κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας σας. Μπορούν επίσης να ανακαλύψουν, ότι η οικειότητα αλλάζει κατά τη διάρκεια της θεραπείας της γυναίκας. Η αγκαλιά μπορεί να γίνει σημαντικότερη ενώ η σεξουαλική επαφή μπορεί να γίνει λιγότερο σημαντική. Δεν υπάρχει κανένας «σωστός» τρόπος να εκφραστεί η σεξουαλικότητά. Η άρρωστη και ο σύντροφός της πρέπει να αποφασίσουν μαζί, τι δίνει και στους δυο ευχαρίστηση (Pritchard, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία είναι δύσκολη και με πολλές παρενέργειες. Για να την αποδεχθεί η άρρωστη με λιγότερο άγχος και ψυχική ένταση είναι αναγκαία η ενημέρωση για τη φύση και το σκοπό της.

Η νοσηλευτική φροντίδα της άρρωστης που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έρθει σε επαφή μαζί της και με τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στην ασθενή ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και ευθύνες της νοσηλεύτριας είναι:

- Η ενημέρωση της άρρωστης για την θεραπεία
- Η προετοιμασία και η βοήθεια της άρρωστης για τη θεραπεία
- Η εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την ασθενή, το περιβάλλον και τον εαυτό της
- Η ψυχολογική τόνωση της άρρωστης πριν, κατά και μετά τη θεραπεία

A. ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσηλεύτρια ενημερώνεται από το φάκελο της άρρωστης για:

1. Το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που θα γίνει
2. Την ακριβή θέση του όγκου που θα υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία
3. Το σκοπό που πρέπει να γίνει ακτινοβολία (θεραπευτικό ή ανακουφιστικό)
4. Τον αριθμό των συνεδριών που έχει κάνει και που πρόκειται να κάνει

Οι νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις επικεντρώνονται στη διδασκαλία, στη διατροφή και στην αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Στην περίπτωση που η άρρωστη κάνει την εξωτερική ακτινοθεραπεία η νοσηλεύτρια θα πρέπει:

Να προφυλάξει την άρρωστη από το άσχημο αίσθημα του πόνου. Αυτό το κατορθώνει με τη χορήγηση αναλγητικού. Συνοδεύει την άρρωστη στο χώρο στον οποίο γίνονται οι ακτινοθεραπείες και βεβαιώνεται πως η άρρωστη έχει το σήμα το οποίο δείχνει ακριβώς το σημείο που γίνονται οι ακτινοθεραπείες.

Μετά την ακτινοθεραπεία, η νοσηλεύτρια ελέγχει το δέρμα της περιοχής που γίνεται η ακτινοβολία για την πρόληψη δερματίτιδας και παίρνει τα κατάλληλα μέτρα.

Επίσης αν εμφανιστεί αίσθημα καταβολής, ναυτίας, εμετών, ανορεξίας, απώλειας βάρους, η νοσηλεύτρια μετά από ιατρική εντολή χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά, αντιδιαρροϊκά, φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση της άρρωστης, για την κάλυψη των φυσικών της αναγκών και γενικά η νοσηλεύτρια κάνει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού που συμβάλλει στη μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

Όταν, σε περίπτωση άρρωστης με καρκίνο του μαστού, γίνεται εσωτερική ακτινοθεραπεία η νοσηλεύτρια θα πρέπει να γνωρίζει ότι το ραδιοϊσότοπο μένει σε ορισμένο σημείο, δεν εισέρχεται στην κυκλοφορία και δεν μολύνει τα απεκρίματα. Η άρρωστη όμως δεν παύει να είναι πηγή ακτινοβολίας και το προσωπικό πρέπει να παίρνει τα μέτρα ακτινοπροστασίας. Σε τέτοιου είδους ακτινοθεραπεία προετοιμάζεται για χειρουργείο.

B. ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

Η νοσηλεύτρια, πριν φτάσει στην ασθενή για την εκτίμηση των αναγκών και των προβλημάτων της ενημερώνεται από το φάκελο της για **α)** το είδος του ραδιοϊσότοπου, **β)** τον τύπο της πηγής (θωρακισμένοι), **γ)** τον

τρόπο που θα χορηγηθεί (ενδοϊστικώς), **δ)** την ημερομηνία που άρχισε τη θεραπεία, **ε)** σε ποιο σημείο θα εφαρμοστεί **στ)** τις ημέρες που η ασθενής πρέπει να απομονωθεί (Μαγλαρινού, 1987)

Οι νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις βασίζονται στη διδασκαλία, στη διατροφή, στην αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών, στην απομόνωση και στην έλλειψη αυτοφροντίδας και στη φροντίδα μετά την έξοδο της άρρωστης από το νοσοκομείο.

Γ. ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ-ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Διδασκαλία

1. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να εξηγήσει στην άρρωστη τις διαδικασίες που θα γίνουν για να εμφυτευθεί το ραδιοϊσότοπο.
2. Εξηγεί τις απαραίτητες προφυλάξεις, που πρέπει να πάρει μετά την εμφύτευση.
3. Ενθαρρύνει την άρρωστη στο να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες της και γενικότερα τα συναισθήματα της.

Διατροφή

1. Χορηγεί στην άρρωστη υπερλευκωματούχο υδρική δίαιτα ή τοποθετεί ρινογαστρικό καθετήρα.
2. Παρακολουθεί και ελέγχει την παρεντερική χορήγηση υγρών και ενθαρρύνει στο να λαμβάνονται υγρά από το στόμα για την καλή ενυδάτωση. Ταυτόχρονα καταγράφει τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά για τη διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.
3. Ενθαρρύνει την ασθενή να περπατά για να παρεμποδίζει τις διαταραχές στην κένωση του εντερικού σωλήνα ή της ούρησης.

Δ. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

1. Η νοσηλεύτρια ελέγχει και παρακολουθεί την περιοχή του δέρματος κάτω από την οποία βρίσκεται το εμφύτευμα , μήπως εμφανιστούν σημεία φλεγμονής (οιδήματος, πόνου, ερυθρότητας, αύξησης της θερμοκρασίας).
2. Παρατηρεί την ασθενή αν πονάει, αν νιώθει κόπωση, εξάντληση, ανησυχία και αν έχει υψηλή συχνότητα σφυγμών.
3. Χορηγεί στην άρρωστη αναλγητικά.
4. Φροντίζει για τη σωστή υγιεινή της στοματικής κοιλότητας.
5. Το διαιτολόγιο περιλαμβάνει μαλακές τροφές και αποφεύγονται οι σάλτσες, τα ξινά φαγητά, ο καπνός και το οινόπνευμα τα οποία προκαλούν φλεγμονή του στόματος (Σαχίνη-Καρδάση, 1985).

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Πολλοί άνθρωποι με καρκίνο ψάχνουν για συμπληρωματικές θεραπείες. Αυτές οι μέθοδοι εστιάζουν στο μυαλό, το σώμα και το πνεύμα. Δεν παίρνουν τη θέση της ιατρικής θεραπείας αλλά προστίθενται σε αυτήν. Μπορούν να μειώσουν την πίεση, να ελαττώσουν τις παρενέργειες από τις θεραπείες του καρκίνου και να ενισχύσουν την ευημερία. Βοηθάει τον ασθενή να αισθανθεί ότι έχει περισσότερο τον έλεγχο κάνοντας κάτι για τον εαυτό του.

Μερικές από αυτές τις θεραπείες περιγράφονται εδώ. Υπάρχουν πολύ περισσότερες θεραπείες όπως θεραπεία τέχνης, το χιούμορ, η μουσικοθεραπεία και άλλες. Μπορεί η ασθενής να θελήσει να ελέγξει με το γιατρό του πριν χρησιμοποιήσει αυτές τις τεχνικές ειδικά εάν έχει προβλήματα πνευμόνων. Ένας κοινωνικός λειτουργός, ένας ψυχολόγος ή μια νοσηλεύτρια μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή. Μπορεί η ασθενής να ενημερωθεί σχετικά με αυτές τις τεχνικές διαβάζοντας βιβλία, ακούγοντας κασέτες, βλέποντας βιντεοταινίες (Krag, 1998).

1. ΒΙΟΑΝΑΔΡΑΣΗ

Όταν κάποιος μάθει τη βιοανάδραση μπορεί να ελέγξει τις λειτουργίες του σώματος του όπως τους χτύπους της καρδιάς, την πίεση του αίματος και την ένταση των μυών. Μια μηχανή θα αισθανθεί τότε το σώμα δείχνει σημάδια έντασης και ενημερώνει την άρρωστη με κάποιο τρόπο όπως η παραγωγή ενός ήχου ή φωτός. Τελικά, μπορεί να ελέγξει τις απαντήσεις της χαλάρωσης χωρίς να χρειάζεται να εξαρτιέται από την ανατροφοδότηση της μηχανής. Ο γιατρός, η νοσηλεύτρια ή ο κοινωνικός λειτουργός μπορούν να της πουν κάποιον που ειδικεύεται στη διδασκαλία της βιοανάδρασης.

2. ΑΠΟΣΠΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ

Η απόσπαση της προσοχής είναι ένας τρόπος για να βγάλει από το μυαλό τις ανησυχίες και τις ενοχλήσεις της άρρωστης. Μιλώντας με τους φίλους ή τους συγγενείς, βλέποντας τηλεόραση, ακούγοντας ραδιόφωνο, διαβάζοντας, πηγαίνοντας σινεμά ή εργαζόμενος με τα χέρια κάνοντας ραπτική, παζλ ή ζωγραφική είναι τρόποι για να αποσπάσουν την προσοχή της. Πολλά κέντρα καρκίνου έχουν τώρα μουσική ή δημιουργικούς θεράποντες τεχνικούς που είναι πολύ χρήσιμοι ενώ εκείνη κάνει τη θεραπεία της για τον καρκίνο. Μπορεί να ρωτήσει τη νοσηλεύτρια ή τον κοινωνικό λειτουργό για τους πιθανούς πόρους στην περιοχή της.

3. ΎΠΝΩΣΗ

Η ύπνωση βάζει την ασθενή σε μια βαθιά-χαλαρωμένη κατάσταση που μπορεί να βοηθήσει στη μείωση των ενοχλήσεων και την ανησυχία. Μπορεί η ασθενής να υπνωτιστεί από ένα καταρτισμένο άτομο. Εάν κάποιος ενδιαφέρεται για την εκμάθηση περισσότερων, μπορεί να ζητήσει από το γιατρό, τη νοσηλεύτρια ή τον κοινωνικό λειτουργό να τον παραπέμψει σε κάποιον που μπορεί να τον εκπαιδεύσει στην τεχνική.

4. ΦΑΝΤΑΣΙΑ

Η φαντασία είναι ένας τρόπος ονειροπόλησης που χρησιμοποιεί όλες τις αισθήσεις. Γίνεται συνήθως με τα μάτια κλειστά. Για να αρχίσει πρέπει η άρρωστη να αναπνέει αργά και να αισθανθεί να χαλαρώνει. Να φανταστεί μια σφαίρα της ενέργειας ή ένα άσπρο φως διαμορφώνοντας το κάπου στο σώμα της. Όταν μπορεί να «δει» τη σφαίρα της ενέργειας να φανταστεί ότι καθώς εισπνέει μπορεί να φυσήξει τη σφαίρα σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος της νιώθει πόνο, ένταση ή ενόχληση όπως η ναυτία. Όταν εκπνέει βλέπει τον αέρα που κινεί τη σφαίρα μακριά από το σώμα της να παίρνει μαζί του οποιοδήποτε επώδυνο ή ενοχλητικό συναίσθημα. (Να είναι βέβαιη ότι αναπνέει φυσικά και ότι δεν φυσάει.) Θα πρέπει να συνεχίσει να βλέπει την εικόνα της σφαίρας που κινείται προς αυτήν ή μακριά της κάθε φορά που εισπνέει ή εκπνέει. Βλέπει τη σφαίρα να γίνεται όλο και μεγαλύτερη δεδομένου ότι παίρνει μαζί της όλο και μεγαλύτερη ένταση και ανησυχία. Για να τελειώσει τη φαντασία να μετρήσει αργά ως το τρία να αναπνεύσει βαθιά να ανοίξει τα μάτια της και να πει στον εαυτό της «αισθάνομαι ζωντανή και χαλαρωμένη».

5. ΜΑΣΑΖ

Το ότι η αφή μπορεί να θεραπεύσει είναι παλιά. Τα πρώτα γραπτά αρχεία του μασάζ χρονολογούνται 3.000 χρόνια πίσω στην Κίνα. Η θεραπεία μασάζ περιλαμβάνει την αφή και διάφορες μεθόδους μάλαξης των μυών του σώματος. Ένας εξουσιοδοτημένος θεράπων μασάζ πρέπει να κάνει τη θεραπεία. Μπορεί η άρρωστη να μιλήσει με το γιατρό της πριν αρχίσει αυτή τη θεραπεία.

6. ΠΕΡΙΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΥΧΗ

Η περισυλλογή είναι μια τεχνική χαλάρωσης που επιτρέπει να στρέψει η άρρωστη την ενέργεια της και τις σκέψεις της σε κάτι πολύ συγκεκριμένο. Αυτό είναι ιδιαίτερα εξυπηρετικό όταν το σώμα της και το μυαλό της είναι στρεσαρισμένο από τη θεραπεία του καρκίνου. Για παράδειγμα, μπορεί να επαναλάβει μια λέξη (επανειλημμένως) ή να εξετάσει ένα αντικείμενο π.χ

μια φωτογραφία. Άλλη μορφή περισυλλογής που επιτρέπει τις σκέψεις τα συναισθήματα και τις εικόνες να γεμίσουν το μυαλό της. Για τους ασθενείς που πιστεύουν σε μία υψηλότερη πνευματική δύναμη, η προσευχή τους παρέχει τη δύναμη την άνεση και τη θεία φώτιση σε όλη αυτή άσχημη εμπειρία του καρκίνου. Εάν προσεύχεται μόνη, με την οικογένεια και τους φίλους της ή είναι μέλος μιας θρησκευτική κοινότητας, η προσευχή μπορεί να βοηθήσει. Ένα μέλος της ιεροσύνης ή ο πνευματικός της σύμβουλος μπορεί να την βοηθήσει να βάλει την προσευχή στην καθημερινή της ζωή.

7. ΑΣΚΗΣΗ

Η άσκηση μπορεί να βοηθήσει στο να ελαττωθεί ο πόνος, να ενισχύσει τους αδύνατους μυς, να αποκαταστήσει την ισορροπία και να μειώσει την κατάθλιψη και την κούραση. Μετά την έγκριση από το γιατρό της η άρρωστη μπορεί αν θέλει να περπατάει 5-10 λεπτά δύο φορές την ημέρα και αργότερα να αυξήσει τη δραστηριότητα της.

8. ΡΥΘΜΙΚΗ ΑΝΑΠΝΟΗ

Αυτό γίνεται αφού η άρρωστη πάρει μια άνετη θέση και χαλαρώσει όλους τους μυς της. Εάν έχει τα μάτια της ανοιχτά, να εστιάσει σε ένα απόμακρο αντικείμενο. Εάν κλείσει τα μάτια της να φανταστεί ένα γαλήνιο τοπίο ή απλά να καθαρίσει το μυαλό της από σκέψεις και να εστιάσει στην αναπνοή της. Να αναπνέει μέσα και έξω αργά και άνετα μέσω της μύτης. Εάν επιθυμεί, μπορεί να κρατήσει ένα σταθερό ρυθμό λέγοντας στον εαυτό της «μέσα, ένα δύο έξω, ένα δύο». Να αισθάνεται ότι χαλαρώνει κάθε φορά που εκπνέει.

9. ΓΙΟΓΚΑ

Αυτό που χρειάζεται είναι ένας ήρεμος και άνετος χώρος και κάποιος χρόνος κάθε ημέρα για να εξασκηθεί στην αναπνοή, το τέντωμα και την περισυλλογή. Για να μάθει η άρρωστη γιόγκα μπορεί να πάρει μαθήματα, να διαβάσει βιβλία ή να δει dvd με γιόγκα. Μπορεί να ρωτήσει τον κοινωνικό λειτουργό, τον ψυχολόγο ή τον ψυχίατρο της για μαθήματα γιόγκα στην περιοχή της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ

1. Η άρρωστη ενημερώνεται ότι αν επιθυμεί μπορεί να χρησιμοποιήσει στην περιοχή του δέρματος από όπου αφαιρέθηκε το εμφύτευμα , κρέμες, λοσιόν, αρώματα ή σαπούνια.
2. Ενημερώνεται ότι θα πρέπει να αποφεύγει την ακτινοβολία του ήλιου.
3. Ενημερώνεται ότι φλεβοκεντήσεις και λήψεις της αρτηριακής πίεσης δεν πρέπει να γίνονται σ' αυτό το χέρι. Θα πρέπει να γνωρίζει ότι παροδικοί, απότομοι πόνοι, διάχυτοι στο στήθος, θα οφείλονται στην ακτινοβόληση και στην αύξηση του ερεθισμού των θωρακικών μυών και είναι δυνατόν να εμφανίζεται περιοδικά μέχρι ένα χρόνο μετά. Επίσης η άρρωστη διδάσκεται από τη νοσηλεύτρια να κάνει ασκήσεις για την κινητικότητα του άκρου με σκοπό να επαναφέρει στη φυσιολογική κατάσταση την περιοχή της μασχάλης (Δημητρίου, 1993).
4. Ενημερώνεται πως θα πρέπει να αποφεύγει τα βαριά σπορ (τένις, κολύμπι, κλπ) για 3-4 εβδομάδες και να μην σηκώνει βάρη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός είναι ένα όργανο του σώματος, όπως το χέρι ή το πόδι και το γεγονός ότι μπορεί να ακρωτηριαστεί είναι μια δυσάρεστη υπόθεση.

Σύμφωνα με ανακοινώσεις που έγιναν το 1990 σε μια διεθνή συνάντηση για τον καρκίνο του μαστού, ο δρ. RONALD RAYEN που χαρακτηρίζεται από τους συναδέλφους του σαν φιλόσοφος-γιατρός παραδέχεται ότι η αφαίρεση του μαστού μπορεί να προκαλεί πολλά ψυχολογικά προβλήματα στις γυναίκες όπως κατάθλιψη, αίσθημα μειονεκτικότητας, αυτουποτίμηση και άγχος.

«...Η απειλή του θανάτου κρεμόταν πάνω μου μέρα και νύχτα, πρώτα αυτό και μετά ο ακρωτηριασμός...Στην αρχή βρήκα τον εαυτό μου να προετοιμάζεται να πεθάνει. Σταμάτησα να αγοράζω ρούχα και να τακτοποιώ τις υποθέσεις μου. Ζούσα κάθε μέρα με το φόβο πως δεν υπάρχει αύριο...Έβλεπα τα παιδιά μου και με έπιανε δέος για το πως θα τα εγκαταλείψω...»

Αυτά τα λόγια ειπώθηκαν από μια γυναίκα στα 40 της χρόνια όπου παρουσίασε καρκίνο μαστού.

Το σοκ είναι λίγο πολύ το ίδιο για όλες τις γυναίκες, μερικές φορές εντονότερο για εκείνες που περνούν μια ήσυχη ζωή. Γενικά οι πιο συχνές αντιδράσεις (ψυχολογικές) είναι: το άγχος, κατάθλιψη, η αίσθηση ακρωτηριασμού και μια μείωση συναισθήματος της θηλυκότητας.

Απαραίτητο είναι να αποδεχθεί ψυχολογικά η γυναίκα τον ακρωτηριασμό και να αντιμετωπίσει την αλλαγή αυτή του σώματος της, ανεξάρτητα από τα μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν για να κρύψει τη δυσφορία της από τους άλλους.

Έτσι ένα από τα πολλά προβλήματα που βασανίζουν τις γυναίκες με μαστεκτομή και για το οποίο η νοσηλεύτρια πρέπει να βοηθήσει είναι η αποκατάσταση (Hunter, 1993).

Η αποκατάσταση είναι η επαναφορά στην κοινωνία και η είσοδος της στον αγώνα της ζωής από την οποία είχε απομακρυνθεί για μικρό χρονικό

διάστημα. Η απομάκρυνση της άρρωστης που έχει κάνει μαστεκτομή έχει τρεις βασικούς σκοπούς:

1. Να αποκατασταθεί η εξωτερική εμφάνιση
2. Να διατηρηθεί η κινητικότητα και λειτουργικότητα του άνω άκρου από την πλευρά που χειρουργήθηκε
3. Να βοηθήσει ώστε να προσαρμοστεί ψυχολογικά η άρρωστη

Η αποκατάσταση της ασθένειας αρχίζει από τη στιγμή που θα μπει στο νοσοκομείο και τελειώνει με την καλή και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα, σε συνδυασμό με την κατανόηση και ικανότητα να εφαρμόζει τις μεθόδους ώστε να διορθωθεί η παραμόρφωση της (Μπάλας, 1990).

Αποκατάσταση βέβαια δεν σημαίνει μόνο η ασθενής με μαστεκτομή, να τοποθετήσει τεχνητό στήθος, αλλά σημαίνει να αποδεχτεί την αναπηρία της, να εξοικειωθεί, να συμφιλιωθεί και να ζήσει μ' αυτή ως δημιουργικό μέλος της κοινωνίας.

Η ασθενής πρέπει να έχει θάρρος, υπομονή και πίστη γιατί η αποκατάσταση πολλές φορές είναι δύσκολη και εξαρτάται από το ίδιο το άτομο.

Η νοσηλεύτρια κατά την επαφή της με την ασθενή πρέπει να προσέχει τα εξής:

- Να μη μιλάει για την αναπηρία της ασθενούς εκτός εάν η ίδια αναφέρει ότι το θέλει.
- Να μην της κάνει ερωτήσεις για την αναπηρία της.
- Να λαμβάνει υπόψιν της τη διάθεση της ασθενούς.
- Να μην αρχίζει αυτή πρώτη τη συζήτηση.
- Να μην προσπαθεί αυτή να απομακρύνεται από το θέμα αυτό.

Η νοσηλεύτρια είναι αυτή που θα της διδάξει ορισμένες ενέργειες τις οποίες αν κάνει θα ξανακερδίσει το παλιό της ενδιαφέρον για τη ζωή. Αυτές είναι:

1. Να σκέφτεται σωστά. Να παραδεχτεί ότι ο γιατρός είναι φίλος της που η πρωταρχική του φροντίδα είναι η γρήγορη ανάρρωση της ώστε να μπορέσει να γυρίσει στον κανονικό της τρόπο ζωής. Πρέπει να καταλάβει ότι ο γιατρός διάλεξε με προσοχή την τεχνική της

επεμβάσεως που ήταν καλύτερη για την περίπτωση της, συνεπώς και το πρόγραμμα ανάρρωσης της πρέπει να ακολουθήσει τις ίδιες γραμμές. Αν τον εμπιστευθεί και συμμορφωθεί με τις συμβουλές του, πολύ γρήγορα θα ξεπεράσει τις διαταραχές που προκλήθηκαν από την επέμβαση.

2. Να μάθει να ξεκουράζεται. Να κοιμάται με το προσβεβλημένο χέρι της πάνω από το κεφάλι, ενώ ένα μικρό μαξιλάρι κάτω από τον ώμο θα την βοηθήσει να αισθανθεί πιο άνετα. Στο κρεβάτι πρέπει να είναι σε ύπτια θέση και το σώμα της να είναι χαλαρό.
3. Να προσέχει τη δίαιτα της. Γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να επισκεφθεί ένα διαιτολόγο.
4. Να φροντίζει για την εμφάνιση της και να είναι περιποιημένη. Η χρησιμοποίηση του προσβεβλημένου χεριού της είναι μια καλή άσκηση και θα δυναμώσει τους μύς της. Επιβάλλεται να πλένει και να περιποιείται το πρόσωπο της όπως πριν χειρουργηθεί χρησιμοποιώντας πάντα το προσβεβλημένο χέρι της.
5. Κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης πρέπει να φορά την κομψότερη και βολικότερη ρόμπα της. Το στηθόδεσμο της τον φορά αμέσως μόλις το επιτρέψει ο γιατρός. Η νοσηλεύτρια τη συμβουλεύει πως να τον βάζει πάνω από τους επιδέσμους, αφού επουλωθεί πλήρως το τραύμα θα πρέπει να της μιλήσει και να της πει και να την παροτρύνει να προμηθευτεί ένα άνετο εξισορροπημένο τεχνητό στήθους, με κανονική φόρμα, φυσικό μέγεθος, σχήμα, θέση και βάρος.
6. Η ασθενής πρέπει να δει την πληγή της πριν φύγει από το νοσοκομείο και να ενημερωθεί από τη νοσηλεύτρια για το ανώμαλο δέρμα στο σημείο τομής. Επίσης, πρέπει να ασκηθεί στο τοπικό πλύσιμο του τραύματος.
7. Η ασθενής κάνει ορισμένες ασκήσεις που τις διδάσκει η νοσηλεύτρια γιατί ορισμένοι μύες έχουν επηρεαστεί από την επέμβαση και χρειάζονται γυμναστική εκπαίδευση. Αυτές οι ασκήσεις πρέπει να γίνονται κάθε μέρα για να εξαφανιστούν τα αισθήματα του

μουδιάσματος, της αδυναμίας και της έλλειψης άνεσης. Παράλληλα θα βοηθήσουν την ασθενή για να αποκτήσει την κανονική θέση του σώματος, το σωστό ύψος του ώμου και θα εξασφαλίσουν την πλήρη ελευθερία των κινήσεων του προσβεβλημένου χεριού της. Η νοσηλεύτρια παρατηρεί αν το χέρι της ασθενούς πάει να πρησθεί προς το μέρος της εγχειρήσεως και τότε πρέπει να του βάζει υποστηρίγματα τη νύχτα και μερικές φορές την ημέρα. Στην περίπτωση που παρουσιάζει οίδημα το χέρι της ασθενούς θα χρειαστεί να φορέσει ελαστικό μανίκι με προσοχή ώστε να μην πιέζει τη μασχάλη και να φθάνει μέχρι την παλάμη (τα δάχτυλα πρέπει να μένουν απ' έξω).

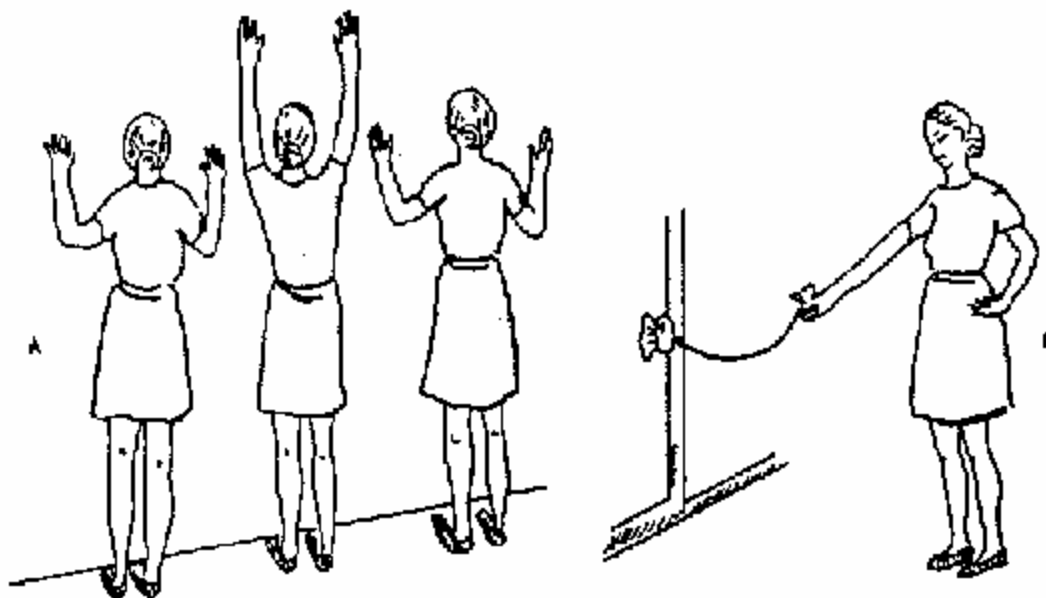
8. Φροντίδα του χεριού. Μετά από την επέμβαση ριζικής μαστεκτομής το χέρι μπορεί να εξοιδηθεί γιατί λεμφικοί αδένες και λεμφαγγεία μετακινήθηκαν και ο οργανισμός έχει χάσει την ικανότητα του να καταπολεμήσει οποιαδήποτε φλεγμονή σ' αυτό το άκρο. Γι' αυτό το λόγο η ασθενής θα πρέπει να αποφεύγει: **α)** να μεταφέρει οτιδήποτε βαρύ, **β)** να φοράει ρολόι ή άλλο κόσμημα, **γ)** να γίνονται ενέσεις σ' αυτό το χέρι, **δ)** να γίνει μετάγγιση απ' αυτό το χέρι, **ε)** να μετράει την αρτηριακή πίεση ή ακόμα και να τραυματίζεται σ' αυτό. Πρέπει να φροντίζει να απλώνει στα χέρια της μια καλή κρέμα για να κάνει μασάζ ώστε να τονώσει την κυκλοφορία τους και να βελτιώσει την εμφάνιση τους. Ακόμα είναι απαραίτητο να αναφέρει στο γιατρό αν ο βραχίονας της παρουσιάζει ερυθρότητα, αύξηση της θερμοκρασίας, αν είναι σκληρός ή οίδηματώδης. Δεν πρέπει να παραλείψει να τον επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα για κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο όπως scanning, ήπατος και οστών για τυχόν μεταστάσεις (Πατηράκη, 1985).

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

1. Όταν η άρρωστη κάνει ασκήσεις δεν πρέπει να νιώθει πόνο και δυσκολία στις κινήσεις.

2. Εάν έχει κάνει πλαστική ή η τομή έχει κλειστεί με αξιόλογη τάση, η άσκηση θα πρέπει να περιοριστεί στον ελάχιστο βαθμό και να αυξηθεί σιγά σιγά .
3. Η άρρωστη θα πρέπει να διατηρεί σε κανονική θέση το σώμα της όταν κάνει τις ασκήσεις. Η σωστή θέση όχι μόνο προάγει την καλή μηχανική του σώματος αλλά βοηθά στο να φαίνεται και η γυναίκα φυσιολογική.

Οι ασκήσεις που συστήνονται από το γιατρό μετά από τη ριζική μαστεκτομή και που αποβλέπουν στο να εξασφαλιστεί η πλήρης κινητικότητα της άρθρωσης του ώμου της προσβεβλημένης πλευράς ώστε να αποκατασταθεί η λειτουργικότητα των μυών που έπαθαν κάκωση και είναι οι παρακάτω (Σαχίνη-Καρδάση, 1985). **(ΕΙΚ.7)**



Εικόνα 7

- A)** Η αναρρίχηση στον τοίχο (προάγει την έκταση του προσβεβλημένου όγκου)
- B)** Γύρισμα σχοινάκι (είναι μια άσκηση για την ευλυγισία του ώμου)
- Γ)** Η αιώρηση των χεριών (χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών)

Δ) Η τροχαλία (ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου)

Ε) Το άγγιγμα του μετώπου (δυναμώνει τους επικουρικούς μύες του ώμου)

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΠΙΤΙ

1. Να μην σηκώνει βάρη
2. Να μη σκύβει για δουλειές στο σπίτι τουλάχιστον για μία εβδομάδα
3. Για τις πρώτες 2-3 ημέρες να κάθεται στο σπίτι
4. Να μην κοιμάται μπρούμυτα για δύο εβδομάδες
5. Να μην εκτίθεται στον ήλιο για δύο εβδομάδες
6. Το ντους επιτρέπεται μετά περίπου από 6 ημέρες
7. Να φορέσει το στηθόδεσμο για όσο διάστημα της συστηθεί
8. Να αποφεύγει στηθόδεσμούς που έχουν συρμάτινο σκελετό

Μετά την εγχείρηση μπορεί να παρουσιαστούν μικροπροβλήματα όπως πόνος, πρήξιμο, μελανιές, αίσθημα βάρους στην περιοχή, τα οποία όμως εξαφανίζονται σε λίγες μέρες (Σαχίνη-Καρδάση, 1985).

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ ΓΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΡΡΩΣΗ & ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΥ ΠΕΔΙΟΥ

Η νοσηλεύτρια ενημερώνει την άρρωστη, με βάση το θεραπευτικό πρόγραμμα, για την αγωγή που πρέπει να συνεχίσει στο σπίτι της. Ένθαρρύνεται η άρρωστη να κάνει ερωτήσεις και υπάρχει προθυμία για να πάρει χρήσιμες απαντήσεις.

1. Η νοσηλεύτρια εξηγεί στην άρρωστη, ότι με την πάροδο του χρόνου θα έχει βαθμιαία αλλαγή στην περιοχή του τραύματος.
2. Πρέπει να γνωρίζει ότι η χειρουργημένη πλευρά δεν θα έχει καλή αίσθηση λόγω της κάκωσης των νεύρων.
3. Η νοσηλεύτρια πρέπει να επιστήσει την προσοχή της άρρωστης να πλένει με ήπιο τρόπο την περιοχή και να την στεγνώνει προσεκτικά για την αποφυγή τυχόν βλάβης. Πρέπει να μάθει η άρρωστη να γνωρίζει τα σημεία φλεγμονής (πόνος, ευαισθησία, ερυθρότητα, οίδημα) και αν παρουσιαστούν να ενημερώσει αμέσως το γιατρό.

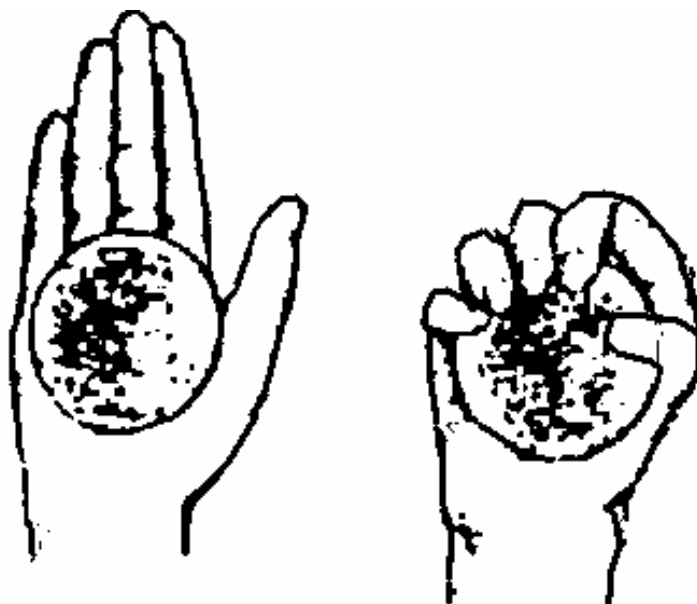
1



Η ΑΣΚΗΣΗ ΓΙΑ ΤΙ ΒΟΥΡΤΣΙΣΜΑ ΤΩΝ ΜΑΛΛΙΩΝ (ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ)

Ακούμπησε τον αγκώνα σου στο κομοδίνο. Κράτησε το κεφάλι σου ίσιο και σταθερό. Άρχισε βουρτσίζοντας την μια πλευρά του κεφαλιού σου μόνο. Κατόπιν σιγά σιγά προχωρείς σε ολόκληρο το κεφάλι. Μην παρακουράζεσαι αλλά να είσαι επίμονη.

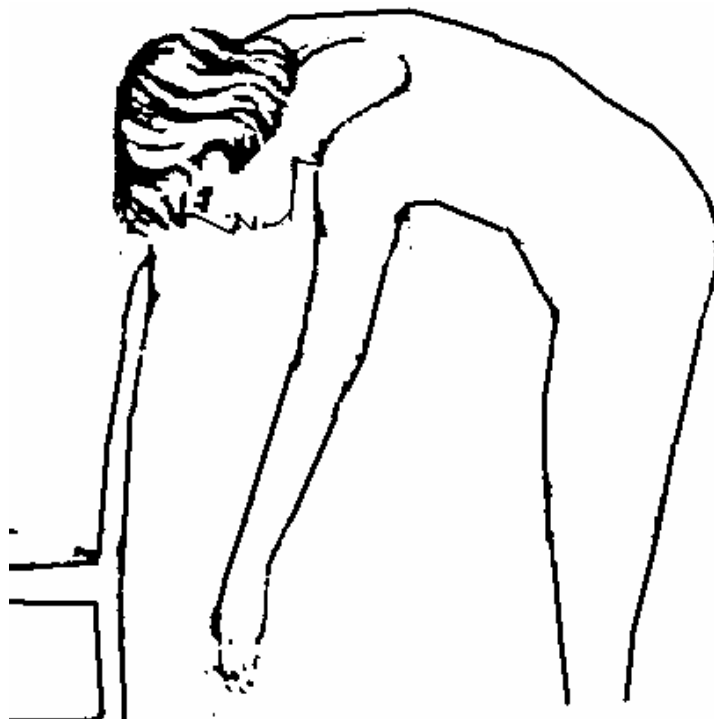
2



ΣΦΙΓΓΟΝΤΑΣ ΚΑΙ ΞΕΚΟΥΡΑΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΑΛΑΜΗ (ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ)

Μια πλαστική μπάλα ή ένα παρόμοιο αντικείμενο (μπορείς να χρησιμοποιήσεις)

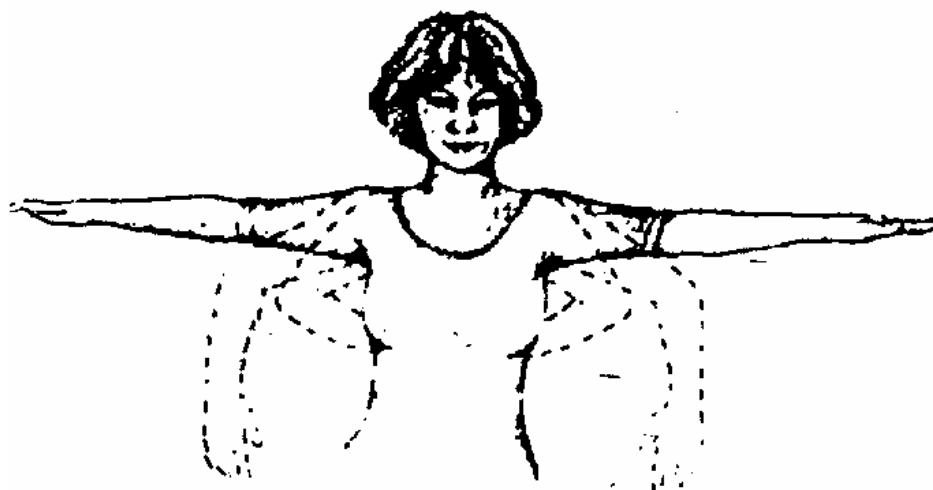
3



ΚΟΥΝΩΝΤΑΣ ΤΟ ΜΠΡΑΤΣΟ

Βάλε το μπράτσο σου (από τη μεριά που δεν υπάρχει πρόβλημα) στο πίσω μέρος της καρέκλας, ξεκούρασε το μέτωπο σου στο μπράτσο σου. Άφησε το άλλο μπράτσο να κρεμαστεί απαλά και κούνησε το μπράτσο σου από τον ώμο μπροστά και πίσω, και από μεριά σε μεριά κάνοντας μικρούς κύκλους. Όπως το μπράτσο σου ξεκουράζεται αυξάνεις το «μήκος από το κούνημα» (LENGTH OF SWINGS) και το μέγεθος των κύκλων. Κούνησε το μπράτσο σου μπροστά να ξεκουραστεί.

4



ΓΙΑ ΝΑ ΚΟΥΜΠΩΣΕΙΣ ΤΟ ΣΟΥΤΙΕΝ ΣΟΥ

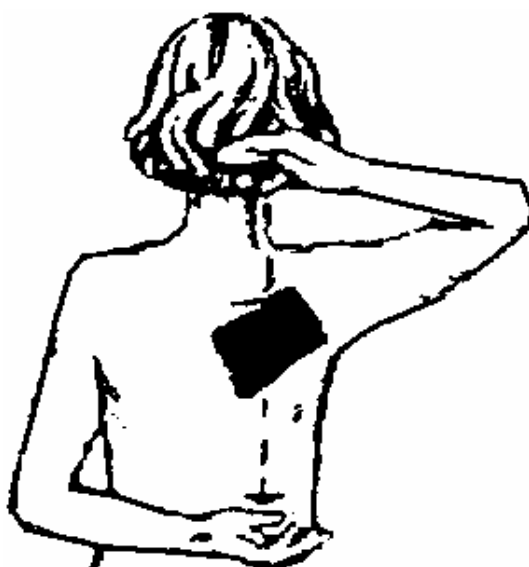
Άνοιξε τα χέρια σου- άφησε τα να πέσουν κάτω από τους αγκώνες, κατόπιν σιγά σιγά πιάσε πίσω στο ύψος που κουμπώνεις το σουτιέν.

5



Άνοιξε τα πόδια σου για ισορροπία. Στάσου μπροστά κοιτώντας προς τον τοίχο. Άρχισε με τα χέρια στο ύψος του ώμου και σιγά σιγά δούλεψε τα χέρια πάνω στον τοίχο. Άφησε τα χέρια να γλιστρήσουν στο ύψος του ώμου πριν αρχίσεις την άσκηση πάλι. Επανάλαβε την άσκηση μερικές φορές την ημέρα. Σημείωσε που έχεις φτάσει και έχε σαν στόχο πιο ψηλά κάθε φορά.

6

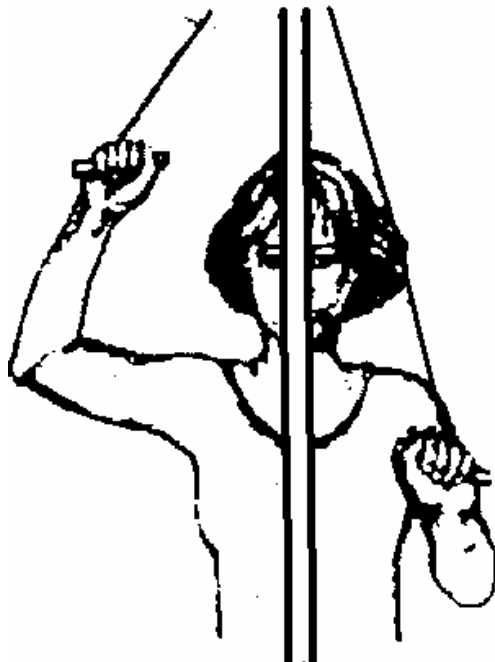


Η ΑΣΚΗΣΗ ΜΕ ΕΝΑ ΣΑΚΟΥΛΑΚΙ ΦΑΣΟΛΙΑ

ΤΟ ΤΣΑΝΤΑΚΙ ΜΕ ΤΑ ΚΑΛΛΥΝΤΙΚΑ ΣΟΥ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΙΔΙΟ ΠΡΑΓΜΑ

Άφησε το σακουλάκι να πέσει από το δεξι χέρι πάνω από το δεξι ώμο μέσα στο αριστερό χέρι πίσω. Επανάλαβε πέντε φορές το ίδιο πράγμα και κάνε το ίδιο από την αντίθετη μεριά.

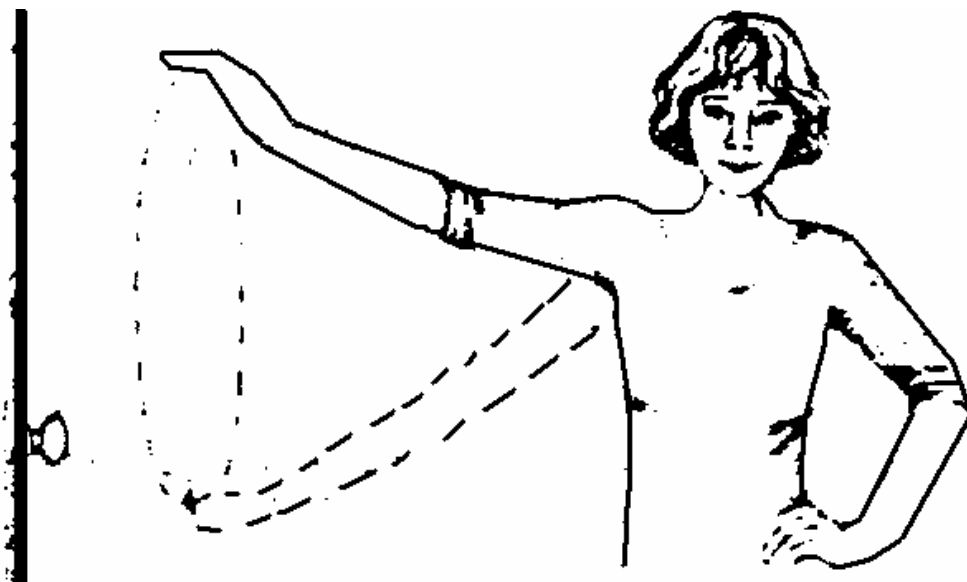
7



Η ΑΣΚΗΣΗ ΤΡΑΒΩΝΤΑΣ ΤΟ ΣΚΟΙΝΙ

Πέταξε ένα σκοινάκι ή τη ζώνη από το νυχτικό σου πάνω από μια ανοιχτή πόρτα. Στάσου με την πόρτα ανάμεσα στα πόδια σου. Κράτησε το πιο κοντό άκρο από το μέρος που έχεις χειρουργηθεί και απαλά απαλά τράβηξε το άλλο άκρο. Ύψωσε το μπράτσο σου όσο ψηλότερα μπορείς κάθε φορά μέχρι να ολοκληρώσεις. (FULL ELEVATION)

8



Η ΑΣΚΗΣΗ ΔΕΝΟΝΤΑΣ ΕΝΑ ΣΚΟΙΝΙ

Δένεις ένα σκοινάκι στο πόμολο της πόρτας. Κάνεις μικρούς κύκλους με το σκοινί κουνώντας ολόκληρο το μπράτσο από τον ώμο. Κάνεις το ίδιο πράγμα πέντε φορές από μια κατεύθυνση και πέντε φορές από την άλλη και σιγά σιγά αυξάνεις το μέγεθος των κύκλων (κουνώντας πιο κοντά) και το νούμερο των κύκλων.

9



Η ΑΣΚΗΣΗ ΣΚΟΥΠΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΛΑΤΗ

Με μια πετσέτα ή με κάτι παρόμοιο απαλά κάνεις την κίνηση σκουπίζοντας την πλάτη.

4. Συνίσταται ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής μετά από την έγκριση του γιατρού για να βοηθήσει την κυκλοφορία και την αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος.

Σε μια ριζική μαστεκτομή επειδή γίνεται αφαίρεση των λεμφαδένων και λεμφαγγείων υπάρχει πιθανότητα αφ' ενός να παρουσιαστεί στο προσβεβλημένο χέρι λεμφοίδημα, λόγω κακής παροχέτευσης της λέμφου, αφ' ετέρου λοίμωξη, η οποία είναι δύσκολο να καταπολεμηθεί λόγω του ότι αυτό το άκρο έχει μειωμένη αντίσταση.

Για την πρόληψη **λεμφοιδήματος** θα πρέπει:

- Ø Να αποφεύγει τομές, θλάσεις, δαγκώματα εντόμων, τη χρήση ισχυρών απορρυπαντικών, τους τραυματισμούς παρανυχίδων που αυξάνουν την πιθανότητα προσβολής από λοίμωξη.

- Ø Να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων καθώς επίσης και κοσμημάτων για τη διευκόλυνση της κυκλοφορίας.
- Ø Η άρρωστη **θα πρέπει** να ακολουθεί μια σειρά από οδηγίες οι οποίες είναι οι :
 1. Δεν θα πρέπει να κρατά τσιγάρο, την τσάντα ή κάποιο άλλο βαρύ αντικείμενο μ' αυτό το χέρι
 2. Να μη σκάβει τον κήπο και να μην κόβει αγκαθωτούς θάμνους γιατί να μην τραυματιστεί
 3. Να μην πλησιάζει ζεστό φούρνο γιατί μπορεί να πάθει κάποιο έγκαυμα
 4. Να μην επιτρέπει τις φλεβοκεντήσεις σ' αυτό το χέρι, ούτε την λήψη Α.Π.

Αντίθετα θα πρέπει:

1. Να φορά ελαστικό γάντι όταν κάνει δουλειές στο σπίτι
 2. Να φορά δακτυλήθρα όταν ράβει ή κεντά
 3. Να βάζει κρέμα λανολίνης στο προσβεβλημένο χέρι πολλές φορές την ημέρα
 4. Να φορά ιατρική ταυτότητα που να λέει **«ΠΡΟΣΟΧΗ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟ ΧΕΡΙ-ΟΧΙ ΥΠΟΔΟΡΙΕΣ»**
- Ø Οι ασκήσεις οι οποίες θα βοηθήσουν στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μυών και στην πλήρη κινητικότητα του ώμου, θα πρέπει να γίνονται ακριβώς όπως τις έδειξε η νοσηλεύτρια
 - Ø Ο βραχίονας του προσβεβλημένου άκρου θα πρέπει να ανυψώνεται συχνά για να μειωθεί το οίδημα. Επίσης θα πρέπει να γίνεται μασάζ τρεις ή τέσσερις μήνες μετά την εγχείρηση για να βελτιωθεί η κυκλοφορία και να προληφθεί το οίδημα (Σαχίνη-Καρδάση, 1985).
 - Ø Σε περίπτωση που εμφανιστεί λεμφοίδημα για να αντιμετωπιστεί θα πρέπει να χορηγούνται διουρητικά.

Τονίζεται η σπουδαιότητα του τακτικού μετά-νοσοκομειακού check-up για να γίνει:

1. Η αξιολόγηση για το αν έχει επουλωθεί το τραύμα
2. Η εκτίμηση της προσπάθειας για την αποκατάσταση
3. Η εκτίμηση για το πόσο αποτελεσματική ήταν η χρήση πρόσθεσης
4. Αξιολόγηση για την ψυχοκοινωνική προσαρμογή της άρρωστης
5. Τέλος να διαπιστωθεί η πιθανή υποτροπή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

1^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ημερομηνία εισαγωγής	25 / 7 / 06
Όνοματεπώνυμο	Μ. Χριστίνα
Ασφαλιστικός φορέας	Ο.Γ.Α
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμη
	Φύλο: θήλυ
Ηλικία	48 ετών
Ημερομηνία γέννησης	8 / 10 / 58
Τόπος γέννησης	Λαμία
Επάγγελμα	Οικιακά
Ημερομηνία λήψης ιστορικού	25 / 7 06
Πηγή και αξιοπιστία ιστορικού	Η ίδια κρίνεται αξιόπιστη

ΚΥΡΙΟ ΕΝΟΧΛΗΜΑ Πόνος στο δεξιό μαστό

1. ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Η ασθενής προ 5 μηνών, παραπονείται για άλγος στο δεξιό μαστό. Δεν δίνει ιδιαίτερη σημασία, καθώς αποδίδει τον πόνο αυτό στην ινοκυστική μαστοπάθεια, από την οποία πάσχει από 10ετία. Πριν από 10 ημέρες σημειώθηκε προοδευτικά αύξηση της έντασης του πόνου, που

επιδεινωόνταν κατά τη διάρκεια της νύχτας, καθώς γύριζε στο δεξιό πλευρό. Η ασθενής ψηλαφώντας τον δεξιό μαστό δεν ανακάλυψε κάτι ασυνήθιστο, παρά μόνο τις κύστες που προκαλεί η μαστοπάθεια της. Ωστόσο, αποφάσισε να επισκεφθεί κάποιο γιατρό, διότι θορυβήθηκε και ανησύχησε για την εμφάνιση του επίμονου αυτού πόνου.

Εισέρχεται προς ιατρική εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας». Γίνεται εργαστηριακός έλεγχος (γενική αίματος), ακτινογραφία θώρακος, ηλεκτροκαρδιογράφημα και μαστογραφία. Από τα αποτελέσματα των εξετάσεων και την κλινική εξέταση της ασθενούς από τον ιατρό που ευφημέρε, γίνεται διάγνωση ογκιδίου (Δ) μαστού. Προγραμματίζεται η εισαγωγή της ασθενούς. Εισάγεται στην χειρουργική κλινική, όπου και νοσηλεύεται για 12 ημέρες. Κατά την εισαγωγή ενημερώθηκε από τον θεράποντα ιατρό ότι θα πρέπει να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση δεξιού μαστού και προγραμματίστηκε το χειρουργείο για την επόμενη μέρα 26 / 7 / 06 και ώρα 10:30 π.μ, για αφαίρεση ογκιδίου στο δεξιό μαστό με τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

2. ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

Γενική κατάσταση υγείας

Σχετικά καλή

Νοσήματα ενήλικα

- Κολπίτιδα το 1992
- Ινοκυστική μαστοπάθεια από το 1990
- Οξεία σκωληκοειδίτιδα από το 1982

Εισαγωγές στο νοσοκομείο

- Σκωληκοειδεκτομή το 1982
- 1^{ος} φυσιολογικός τοκετός το 1983
- 2^{ος} φυσιολογικός τοκετός το 1985

Αλλεργίες

Δεν αναφέρονται

Φάρμακα

Διουρητικά, κατόπιν εντολής ιατρού, παραμονές εμμηνορυσίας

Περιοδικές εξετάσεις

Τεστ παπ κάθε 2 χρόνια (αρνητικά)

Επισκέψεις στο γυναικολόγο για κλινική εξέταση (ψηλάφηση) μαστού κάθε χρόνο

Έκθεση σε τοξικές ουσίες

- Κάπνισμα Ναι, 5-8 τσιγάρα την ημέρα
- Οινοπνευματώδη Ελάχιστη κατανάλωση
- Καφεΐνη Πίνει μόνο ελληνικό καφέ (1-2 ημερησίως)
- Άλλες ουσίες Δεν αναφέρονται

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>Πόνος που οφείλεται στη χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>1. Να ανακουφιστεί από τον πόνο 2. Να εξασφαλιστεί η άνεση της ασθενούς.</p>	<p>1. Να ενθαρρυνθεί η άρρωστη να εντοπίσει και να περιγράψει τον πόνο. 2. Να παρατηρηθεί και να ψηλαφηθεί η περιοχή όπου εντοπίζεται ο πόνος. 3. Να τοποθετηθεί η άρρωστη σε αναπαυτική θέση. 4. Να διερευνηθούν οι παράγοντες που γεννούν τον πόνο ή τον επιδεινώνουν. 5. Να χορηγηθούν αναλγητικά κατόπιν ιατρικής εντολής και να παρακολουθείται η δράση τους. 6. Να γίνεται συνεχής αξιολόγηση της αρρώστιας κατά την ύφεση του πόνου.</p>	<p>1. Η άρρωστη περιέγραψε τα χαρακτηριστικά του πόνου: είναι συνεχής, οξύς και επιδεινώνεται με την κίνηση. Εντοπίζεται στην περιοχή του τραύματος. 2. Η νοσηλεύτρια παρατήρησε την περιοχή για τυχόν ερυθρότητα, οίδημα και αυξημένη θερμοκρασία. Έλεγε την περίδεση του τραύματος και τις συσκευές παροχέτευσης για πιθανή άσκηση πίεσεως στο σώμα και το τραύμα. 3. Έδωσε στην άρρωστη αναπαυτική θέση: Δεν τοποθέτησε την άρρωστη στη χειρουργηθείσα περιοχή. Τοποθέτησε κάτω από το χέρι υποστηρικτικό μαξιλάρι στη χειρουργηθείσα περιοχή και συνέστησε αποφυγή της απότομης μετακίνησης του χεριού. Ανύψωσε την κεφαλή του κρεβατιού κατά 30 μοίρες. 4. Μείωσε τους παράγοντες του περιβάλλοντος που δημιουργούν στην άρρωστη στρες: δημιούργησε ήρεμο περιβάλλον και ρύθμισε την θερμοκρασία του περιβάλλοντος, το φωτισμό και τον αερισμό του θαλάμου. Διερεύνησε την ύπαρξη παραγόντων που επιτείνουν τον πόνο: αϋπνία, κακοσμία. 5. Η νοσηλεύτρια χορήγησε στις 12:05 1 amp zideron ενδομυϊκά βάση ιατρικών οδηγιών. 6. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί και καταγράφει ανά μισή ώρα μετά την χορήγηση του zideron και για μια ώρα τα ζωτικά σημεία της άρρωστης και το επίπεδο συνείδησης. Ενδεικτικά αναφέρονται ΑΠ=130mmhg ΣΦ=70/min, αναπνοές=18/min, επίπεδο συνείδησης: ΚΦ</p>	<p>1. Η προσεκτική παρατήρηση της περιοχής του τραύματος απέκλεισε ως αίτιο του πόνου την πίεση του σώματος και του τραύματος. 2. Με την τοποθέτηση της ασθενούς στην κατάλληλη θέση, μειώθηκε η πίεση στη χειρουργηθείσα περιοχή και η μυϊκή τάση με συνέπεια την υποχώρηση μέρους του άλγους. 3. Με τη δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος και τη διατήρηση της άρρωστης καθαρής εξαλείφθηκε η ανησυχία και η δυσφορία που επιδρούν αρνητικά και αυξάνουν το αίσθημα του πόνου. Ωστόσο, ο πόνος παραμένει της ίδιας έντασης. 4. Η ένταση του πόνου υποχώρησε 40' μετά τη χορήγηση zideron στις (12:45) λόγω της αναλγητικής του δράσης. 5. Με την καταγραφή των ζωτικών σημείων και τη γενικότερη παρακολούθηση της ασθενούς προέκυψε πως τα ζωτικά σημεία είναι σταθερά και δεν παρουσίασε παρενέργειες από τη δράση του.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>Διαταραχή του υδατοηλεκτρικού ισοζυγίου που οφείλεται στη ναυτία και στον εμετό που παρουσίασε η ασθενής τις πρώτες 6ΜΤΧ ώρες.</p>	<p>1. Απαλλαγή της άρρωστης από το αίσθημα της ναυτίας και από τον έμετο. 2. Διατήρηση του ισοζυγίου των υγρών και των ηλεκτρολυτών.</p>	<p>1. Να χορηγηθεί αντιεμετικό βάση ιατρικών οδηγιών. Να γίνει περιποίηση της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς. Να δοθεί η κατάλληλη θέση στην ασθενή. Να ενθαρρυνθεί η άρρωστη να παίρνει βαθιές αναπνοές. 2. Να παρακολουθείται η συχνότητα, ο χαρακτήρας και η ποσότητα των εμέτων. Να εξασφαλισθεί η επαρκής ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. Να μετρώνται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Να ρυθμιστεί και να παρακολουθείται η ροή της ενδοφλέβιας έγχυσης. Να γίνει έλεγχος των ηλεκτρολυτών. Να γίνεται έλεγχος του ειδικού βάρους των ούρων ανά βάρδια.</p>	<p>1. Ετέθη 1 amp primperan σε 1000cc N/σ 0,9% στις 3μ.μ και ρυθμίστηκε να πέσει με ρυθμό 42 σταγ./min σε 6h. Έγινε περιποίηση της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς με διάλυμα hexalen. Τοποθετήθηκε η άρρωστη σε ανάρροπη θέση, με το κεφάλι στο πλάι για την πρόληψη εισρόφησης των εμεσμάτων. Ενθαρρύνθηκε η άρρωστη να αναπνέει βαθιά. 2. Η νοσηλεύτρια κατέγραψε 3 εμέτους στο 8ωρο, στις 6μ.μ. Η σύσταση αυτών ήταν βλέννη, σίελος και μικρή ποσότητα γαστρικού υγρού και η ποσότητα τους 50cc. Η ασθενής λαμβάνει 3000ml iv/24ωρο: 1000ml LR+1000ml D/W+1000ml N/S 0,9%. Γίνεται μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών, καταγραφή τους και αξιολόγηση της ποσότητας των ούρων του 24ωρου Στις 3μ.μ έγινε αιμοληψία για προσδιορισμό KCl-Na-Mg-Ca. Και αναμένονται τα αποτελέσματα.</p>	<p>1. Το αίσθημα της ναυτίας άρχισε να υποχωρεί και οι έμετοι μειώθηκαν σε συχνότητα λόγω χορήγησης του primperan το οποίο είναι μετοκλοπραμίδη και βοηθάει στη γρήγορη κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο. 2. Εξασφαλίστηκε η επαρκής ενυδάτωση της ασθενούς. Ελήφθησαν τα αποτελέσματα από τον έλεγχο των ηλεκτρολυτών στις 6μ.μ: K:4,3mEq/l, Na:142mEq/l, Ca: 4,9mEq/l, Mg:2,4mEq/l. Δεν υπάρχει ηλεκτρολυτικό έλλειμμα. Το ειδικό βάρος των ούρων δεν παρουσιάζει απόκλιση από τις φυσιολογικές τιμές. Διατηρήθηκε το ισοζύγιο των υγρών- ηλεκτρολυτών.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
Ενδεχόμενη αιμορραγία από το τραύμα	Να προληφθεί η αιμορραγία	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να γίνεται έλεγχος των ζωτικών σημείων της άρρωστης καθώς και του χρώματος του δέρματος της. 2. Να ελέγχεται ο ιματισμός και το επιδεσμικό υλικό. 3. Να εκτιμάται η ποσότητα του παροχетеυόμενου με τη συσκευή Hemovac αίματος. 4. Να ληφθεί και να σταλεί γενική αίματος. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία της άρρωστης κάθε μισή ώρα τις πρώτες 3 ώρες και κατόπιν κάθε 3 ώρες. Ενδεικτικά αναφέρονται: 1^ο μισάωρο: ΑΠ 125 mmhg, ΣΦ=70/min, Θ=36,8C 2^ο μισάωρο: ΑΠ 120 mmhg, ΣΦ=70/min, Θ=36,5 3^ο μισάωρο: ΑΠ 130 mmhg, ΣΦ=68/min, Θ=36,5C 2. Η νοσηλεύτρια ελέγχει τον ιματισμό του κρεβατιού και το επιδεσμικό υλικό κάτω από την πλάτη και τη μασχάλη της άρρωστης. 3. Ελέγχει την ποσότητα του παροχетеυόμενου αίματος ανά 8ωρο. 4. Ελήφθη και εστάλη γενική αίματος και αναμένονται τα αποτελέσματα. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής δεν παρουσιάζει καμιά ένδειξη αιμορραγίας. Τα ζωτικά σημεία της είναι σταθερά και δεν υπήρξε απόκλιση από τα φυσιολογικά όρια. 2. Το επιδεσμικό υλικό είναι καθαρό. 3. Η ποσότητα του αίματος που παροχетеύεται είναι φυσιολογική. 4. Ελήφθησαν τα αποτελέσματα της γενικής αίματος. Επιβεβαιώνεται πως δεν υπάρχει καμιά ένδειξη αιμορραγίας

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>Κατάθλιψη και άγχος που οφείλονται στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου.</p>	<p>1. Απαλλαγή της ασθενούς από την καταθλιπτική διάθεση και συναισθηματική υποστήριξη αυτής.</p>	<p>1. Να εκτιμηθεί η ψυχολογική κατάσταση της άρρωστης. 2. Να μειωθεί η ανησυχία της ασθενούς. 3. Να ενημερωθεί για τις δυνατότητες πλαστικής αποκατάστασης που υπάρχουν.</p>	<p>1. Εκτιμήθηκε η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς. 2. Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να μειώσει την ανησυχία της ασθενούς και να τη βοηθήσει να αποδεχτεί τη νέα πραγματικότητα. Βρίσκεται δίπλα στην ασθενή όταν αυτή αντικρίσει την τομή για πρώτη φορά. Ενισχύει τη συμμετοχή της ασθενούς στη φροντίδα της τομής. Της δόθηκε η δυνατότητα να εκφράσει τις ανησυχίες και τους φόβους της. Ενημερώθηκε η ασθενής για τις δυνατότητες πλαστικής αποκατάστασης.</p>	<p>1. Η ασθενής δείχνει ένα βαθμό αποδοχής του χειρουργηθέντος μαστού. 2. Είναι σε θέση να αντικρίσει την τομή της. 3. Σκέφτεται το ενδεχόμενο για πλαστική αποκατάσταση του μαστού της.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>Κίνδυνος για ελλιπή φροντίδα στο σπίτι, που οφείλεται σε ελλιπείς γνώσεις για αυτοφροντίδα.</p>	<p>1. Σωστή προετοιμασία της ασθενούς κατά την έξοδο της από το νοσοκομείο</p>	<p>1. Να διδαχτεί η ασθενής μέτρα για την προστασία του χεριού της χειρουργηθείσας περιοχής. 2. Να τονιστεί η σημασία της παρακολούθησης του σημείου τομής για σημεία λοίμωξης. 3. Να δοθούν οδηγίες για την επαναφορά της ασθενούς στις προηγούμενες δραστηριότητες της. 4. Να τονιστεί η μεταθεραπευτική παρακολούθηση της ασθενούς.</p>	<p>1. Δόθηκαν οδηγίες για τον τρόπο περιποίησης ου τραύματος. 2. Διδάχτηκε η ασθενής: Ότι δεν μετριέται ΑΠ, δεν γίνονται ενέσεις, φλεβοκεντήσεις στο χέρι της χειρουργηθείσας περιοχής. Ότι αποφεύγεται το κράτημα βαλίτσας κλπ, από τον χέρι της χειρουργηθείσας περιοχής, η χρήση αποσμητικών στη μασχαλιαία περιοχή, μέχρις ότου το επιτρέψει ο γιατρός, η κατάκλιση επί της χειρουργηθείσας περιοχής και τέλος η ανύψωση βαρέων αντικειμένων. Την τεχνική ΑΕΜ 3. Τόνισε η νοσηλεύτρια πως η ασθενής πρέπει να παρατηρεί το σημείο της τομής για ερυθρότητα και αυξημένη ευαισθησία και να επικοινωνήσει με το γιατρό σε τυχόν διαπίστωση αυτών. 4. Ενημερώθηκε η ασθενής για την ανάγκη να αρχίσει την εργασία βαθμιαία, με μεσοδιαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας. 5. Τονίστηκε η σημασία του μετανοσοκομειακού checkup.</p>	<p>1. Η ασθενής είναι ικανή να παρέχει ασφαλή αυτοφροντίδα στο χώρο του σπιτιού της. 2. Αντιμετωπίζει με ρεαλιστικό τρόπο τη δημιουργηθείς κατάσταση. 3. Με την τήρηση των οδηγιών που αναφέρθηκαν και το νοσοκομειακό check-up έχει τη δυνατότητα εκτίμησης της κατάστασης της υγείας της και νιώθει ασφαλής.</p>

2^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ημερομηνία εισαγωγής	15 / 5 / 06
Όνοματεπώνυμο	Π. Μαρία
Ασφαλιστικός φορέας	Ο.Γ.Α
Οικογενειακή κατάσταση	έγγαμη
	Φύλο: θήλυ
Ηλικία	45 ετών
Ημερομηνία γέννησης	5 / 10 / 1961
Τόπος γέννησης	Άμφισσα
Επάγγελμα	οικιακά
Ημερομηνία λήψης ιστορικού	15/5/06
Πηγή και αξιοπιστία ιστορικού	Η ίδια κρίνεται αξιόπιστη
ΚΥΡΙΟ ΕΝΟΧΛΗΜΑ	Έκκριση από το μαστό,
ανώδυνο σκληρό ογκίδιο	

2. ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Η ασθενής προ 2 μηνών παρατήρησε έκκριση από τον δεξιό μαστό της. Δεν έδωσε όμως ιδιαίτερη σημασία καθώς υπέθεσε ότι δεν πρόκειται για κάτι σοβαρό. Πριν από 5 ημέρες περίπου παρατήρησε αλλαγές στο δέρμα της περιοχής του μαστού και με την ψηλάφηση ανακάλυψε ένα σκληρό ογκίδιο μεγέθους όσο ένα αμύγδαλο το οποίο πιέζοντας το δεν νιώθει πόνο. Ωστόσο αποφάσισε να επισκεφθεί κάποιο γιατρό, διότι θορυβήθηκε με την ανακάλυψη αυτού του ογκιδίου.

Εισέρχεται προς ιατρική εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου «Ο Άγιος Ανδρέας». Γίνεται εργαστηριακός έλεγχος (γενική αίματος), ακτινογραφία θώρακος, ηλεκτροκαρδιογράφημα και μαστογραφία. Από τα αποτελέσματα των εξετάσεων και την κλινική εξέταση της ασθενούς από τον ιατρό που ευφημέρευε, γίνεται διάγνωση ογκιδίου στο (Δ) μαστό. Γίνεται ταχεία βιοψία που μας δείχνει ότι πρόκειται για κακοήθεια. Προγραμματίζεται η εισαγωγή της ασθενούς. Εισάγεται στη χειρουργική κλινική, όπου και νοσηλεύεται για 10 ημέρες. Κατά την εισαγωγή ενημερώθηκε από τον θεράποντα ιατρό ότι θα πρέπει να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση δεξιού μαστού και προγραμματίστηκε το χειρουργείο για την επόμενη μέρα 16/5/06 και ώρα 10:00πμ για αφαίρεση ογκιδίου στο δεξιό μαστό με απλή μαστεκτομή.

3. ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

Γενική κατάσταση υγείας

Αρκετά καλή

Νοσήματα ενήλικα

- Κολπίτιδα το 1982
- Οξεία σκωληκοειδίτιδα το 1984
- Αρτηριακή υπέρταση από το 1999

Εισαγωγές στο νοσοκομείο

- Σκωληκοειδεκτομή το 1984
- 1^{ος} φυσιολογικός τοκετός το 1981

Αλλεργίες

Δεν αναφέρονται

Φάρμακα

Αντιυπερτασικά κατόπιν εντολής ιατρού

Περιοδικές εξετάσεις

Test Pap κάθε 2 χρόνια (αρνητικά)

Επισκέψεις στο γυναικολόγο για κλινική εξέταση (ψηλάφηση) μαστού
σπάνια

Έκθεση σε τοξικές ουσίες

- Κάπνισμα ναι, μισό πακέτο την ημέρα
- Οινόπνευμα καθόλου
- Καφεΐνη Πίνει μόνο γαλλικό καφέ (3 ημερησίως)
- Άλλες ουσίες Δεν αναφέρονται

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>Βήχας και ελαφρά δύσπνοια, που οφείλονται στην αναισθησία, την ακινησία και τον ανεπαρκή αερισμό.</p>	<p>1. Να προληφθεί η ατελεκτασία του πνεύμονα-υποστατική πνευμονία.</p>	<p>1. Να διδαχτεί η άρρωστη πως να βήχει και να αναπνέει. 2. Να εξασφαλιστεί η καλή ενυδάτωση της ασθενούς. 3. Να ληφθούν τα ζωτικά σημεία της άρρωστης πριν από την έγερση της. 4. Να προγραμματιστεί η έγκαιρη κινητοποίηση της.</p>	<p>1. Η ασθενής διδάσκεται να αναπνέει βαθιά και να βήχει και παρακινείται να αποβάλλει τις εκκρίσεις του αναπνευστικού. 2. Εξασφαλίστηκε η καλή ενυδάτωση της ασθενούς με χορήγηση υγρών παρεντερικά: D/W 5% 2x1 και N/S 0,9% 1x1 με ρυθμό ροής 31 σταγ/min. 3. Λήφθηκαν τα ζωτικά σημεία της άρρωστης : ΑΠ= 120 mmhg ΣΦ= 72/min αναπνοές=18/min. Τα ζωτικά σημεία της άρρωστης επιτρέπουν την έγερση της. 4. Πραγματοποιήθηκε η κινητοποίηση της ασθενούς το πρωί της πρώτης μετεγχειρητικής μέρας. Η νοσηλεύτρια: Βοήθησε την άρρωστη να καθίσει στο κρεβάτι, αφήνοντας τα άκρα της κρεμασμένα. Σήκωσε την άρρωστη και τη συνόδευσε μέχρι το διάδρομο της κλινικής. Βοήθησε την άρρωστη να επιστρέψει στο θάλαμο και να ξαπλώσει ξανά στο κρεβάτι. Τόνισε τη σπουδαιότητα της έγερσης της ασθενούς αρχικά με τη βοήθεια της νοσηλεύτριας ή των συγγενών της και κατόπιν με τις δικές της δυνάμεις.</p>	<p>1. Οι ασκήσεις βήχα και αναπνοής βοηθούν στην αποβολή των εκκρίσεων. 2. Με τη χορήγηση υγρών παρεντερικά ρευστοποιήθηκαν οι εκκρίσεις με αποτέλεσμα την ευκολότερη αποβολή τους. 3. Η έγκαιρη έγερση της ασθενούς απέτρεψε την εμφάνιση πνευμονικών επιπλοκών.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
Ενδεχόμενη μόλυνση του τραύματος	1. Να προληφθεί η μόλυνση του τραύματος.	1. Να παρακολουθείται η άρρωση για σημεία μόλυνσης του τραύματος. 2. Να τεθεί η άρρωση σε τρίωρη θερμομέτρηση. 3. Να χορηγηθεί αντιβιοτική αγωγή σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες. 4. Να γίνεται αλλαγή του τραύματος με άσηπτη τεχνική.	1. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τον τακτικό έλεγχο του τραύματος για εμφάνιση φλεγμονής. Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία της ασθενούς και τη θέτει σε τρίωρη θερμομέτρηση Ενδεικτικά αναφέρονται : 9πμ θ=36,8 C 12πμ θ=37C Ελέγχει το τραύμα ανά 8ωρο, το ποσό των παροχетеύσεων, το χρώμα και την οσμή. Ποσότητα Ap Redon 5cc Ποσότητα Δ Redon 15cc χρώμα οροαιματηρό. Χορηγείται αντιβίωση Radacef (iv) 1x2 και Metronidazole (iv) 1x3 Έγινε αλλαγή τραύματος Προγραμματίστηκε να γίνεται αλλαγή τραύματος κάθε 2 ημέρες- ενημερώθηκε η ασθενής για την ακολουθούμενη διαδικασία. Έγινε κοπή του ενός παροχетеυτικού σωλήνα (αρ) Redorack Απολυμάνθηκε η τραυματική χώρα με αντισηπτικό διάλυμα Betadine και έγινε καθαρισμός της περιοχής με φυσιολογικό ορό. Τοποθετήθηκε Colloplast στο σημείο κοπής του αρ παροχетеυτικού σωλήνα. Εφαρμόστηκαν αποστειρωμένες γάζες εμποτισμένες με Betadine στο σημείο εξόδου του 2 ^{ου} παροχетеυτικού (δε) σωλήνα και καλύφθηκε η περιοχή.	1. Η ασθενής είναι απύρετη. 2. Το Radacef (κεφορανίδη) είναι κεφαλοσπορίνη β' γενιάς ενώ το Metronidazole (μετρονιδαζόλη) είναι αντιπρωτοζωικό και συγκεκριμένα μικτό αμοιβαδοκτόνο και τα δύο αντιβιοτικά ενδείκνυνται για την πρόληψη λοίμωξης σε εγχειρήσεις μαστού. 3. Από τη χορήγηση των δύο αντιβιοτικών δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες εκδηλώσεις. 4. Το τραύμα είναι καθαρό. Η τομή διατηρείται καθαρή και προστατεύεται από εξωγενείς μολυσματικούς παράγοντες, με επούλωση του τραύματος.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>Έναρξη λεμφοιδήματος και ελαφρύ πόνο του δ. Άνω άκρου που οφείλεται σε περιορισμένη κινητικότητα.</p>	<p>1. Υποχώρηση του λαμφοιδήματος</p> <p>2. Βελτίωση της κινητικότητας του δεξιού άκρου</p>	<p>1. Να τοποθετηθεί μαξιλάρι κάτω από το προσβεβλημένο χέρι</p> <p>2. Απαγορεύεται η λήψη ΑΠ και αίματος από το χέρι της προσβεβλημένης πλευράς.</p> <p>3. Παρακολουθείται το δ. Άνω άκρο για σημεία λεμφοιδήματος.</p> <p>4. Να κινητοποιηθεί το προσβεβλημένο χέρι.</p>	<p>1. Το δεξί χέρι της ασθενούς τοποθετήθηκε σε μαξιλάρι, ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα.</p> <p>2. Δεν λαμβάνεται ΑΠ και αίμα από το προσβεβλημένο άκρο- ενημερώθηκε η λογοδοσία της ασθενούς- ενημερώθηκε η ασθενής.</p> <p>3. Παρακολουθείται το δεξί άκρο για ερυθρότητα ή οίδημα κάθε 2 ώρες και παρατηρείται έναρξη υποχώρησης του οιδήματος ή μείωση της ερυθρότητας.</p> <p>4. Γίνονται ασκήσεις του δεξιού χεριού και προγραμματίζονται καθημερινά για μια εβδομάδα με τη βοήθεια φυσιοθεραπευτή.</p> <p>Η ασθενής αρχίζει με έκταση- κάμψη των δακτύλων, ύπτιο-πρηνισμό του πήχεως- συνεχίζει με κάμψη-έκταση του αγκώνα και σφίξιμο γροθιάς.</p>	<p>1. Με τη βοήθεια της βαρύτητας έχουμε επιστροφή του φλεβικού αίματος και προοδευτική υποχώρηση του λεμφοιδήματος.</p> <p>2. Η κινητοποίηση του δ. Άκρου δίνει θετικά αποτελέσματα και βελτιώνεται αισθητά η απαγωγή του άκρου.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>Κατάθλιψη και άγχος που οφείλονται στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου.</p>	<p>1. Απαλλαγή της ασθενούς από την καταθλιπτική διάθεση και συναισθηματική υποστήριξη αυτής.</p>	<p>1. Να εκτιμηθεί η ψυχολογική κατάσταση της άρρωστης. 2. Να μειωθεί η ανησυχία της ασθενούς. 3. Να ενημερωθεί για τις δυνατότητες πλαστικής αποκατάστασης που υπάρχουν.</p>	<p>1. Εκτιμήθηκε η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς. 2. Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να μειώσει την ανησυχία της ασθενούς και να τη βοηθήσει να αποδεχτεί τη νέα πραγματικότητα. Βρίσκεται δίπλα στην ασθενή όταν αυτή αντικρίσει την τομή για πρώτη φορά. Ενισχύει τη συμμετοχή της ασθενούς στη φροντίδα της τομής. Της δόθηκε η δυνατότητα να εκφράσει τις ανησυχίες και τους φόβους της. Ενημερώθηκε η ασθενής για τις δυνατότητες πλαστικής αποκατάστασης.</p>	<p>1. Η ασθενής δείχνει ένα βαθμό αποδοχής του χειρουργηθέντος μαστού 2. Είναι σε θέση να αντικρίσει την τομή της. 3. Σκέφτεται το ενδεχόμενο για πλαστική αποκατάσταση του μαστού της.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>Κίνδυνος για ελλιπή φροντίδα στο σπίτι, που οφείλεται σε ελλιπείς γνώσεις για αυτοφροντίδα</p>	<p>1. Σωστή προετοιμασία της ασθενούς κατά την έξοδο της από το νοσοκομείο.</p>	<p>1. Να διδαχτεί η ασθενής μέτρα για την προστασία του χεριού της χειρουργηθείσας περιοχής. 2. Να τονιστεί η σημασία της παρακολούθησης του σημείου τομής για σημεία λοίμωξης. 3. Να δοθούν οδηγίες για την επαναφορά της ασθενούς στις προηγούμενες δραστηριότητες της. 4. Να τονιστεί η μεταθεραπευτική παρακολούθηση της ασθενούς.</p>	<p>1. Δόθηκαν οδηγίες για τον τρόπο περιποίησης του τραύματος. 2. Διδάχθηκε η ασθενής: Ότι δεν μετριέται ΑΠ, δεν γίνονται ενέσεις, φλεβοκεντήσεις στο χέρι της χειρουργηθείσας περιοχής. Ότι αποφεύγεται το κράτημα βαλίτσας κλπ από το χέρι της χειρουργηθείσας περιοχής, η χρήση αποσμητικών στη μασχαλιαία περιοχή, μέχρις ότου το επιτρέψει ο γιατρός, η κατάκλιση επί της χειρουργηθείσας περιοχής και τέλος η ανύψωση βαρέων αντικειμένων. Την τεχνική ΑΕΜ 3. Τόνισε η νοσηλεύτρια πως η ασθενής πρέπει να παρατηρεί το σημείο της τομής για ερυθρότητα και αυξημένη ευαισθησία και να επικοινωνήσει αμέσως με το γιατρό σε τυχόν διαπίστωση αυτών. 4. Ενημερώθηκε η ασθενής για την ανάγκη να αρχίσει την εργασία βαθμιαία, με μεσοδιαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας. 5. Τονίστηκε η σημασία του μετανοσοκομειακού check-up.</p>	<p>1. Η ασθενής είναι ικανή να παρέχει ασφαλή αυτοφροντίδα στο χώρο του σπιτιού της. 2. Αντιμετωπίζει με ρεαλιστικό τρόπο τη δημιουργηθείς κατάσταση. 3. Με την τήρηση των οδηγιών που αναφέρθηκαν και το μετανοσοκομειακό check-up, έχει η δυνατότητα εκτίμησης της κατάστασης της υγείας της και νιώθει ασφαλής.</p>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

ΣΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΗΣ

Οι αρρώστιες είναι τόσο ατομικές όσο και οι άνθρωποι που τις έχουν, όμως ειδικά ο καρκίνος φαίνεται να έχει ένα σύνολο από χαρακτηριστικά εξ' ολοκλήρου δικό του.

Σε πολλούς ανθρώπους ο καρκίνος σημαίνει υπερβολικό πόνο, σε μερικούς παραμόρφωση του σώματος και σχεδόν σε όλους ανεξαιρέτως μια σοβαρή απειλή για τη ζωή τους. Ο καρκινοπαθής που βρίσκεται στα τελικά στάδια της ζωής του γεύεται τον πόνο στην τρισδιάστατη μορφή του. Τον σωματικό πόνο, τον συναισθηματικό πόνο και τον κοινωνικό¹.

Ο Tyco's (1978) υποστηρίζει ότι ο πόνος είναι διπλό φαινόμενο, στο οποίο το ένα σκέλος είναι η αίσθηση του πόνου και το άλλο η ψυχολογική του κατάσταση και το ηθικό του. Επομένως το καθήκον μας είναι να βελτιώσουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν την αντοχή του αρρώστου στον πόνο, όπως το άγχος, η αγωνία, η μελαγχολία.

Στον καρκινοπαθή που πεθαίνει δεν μας ενδιαφέρει πλέον η ποσότητα αλλά η ποιότητα της ζωής, επομένως η ανακούφιση του πόνου με τη χρησιμοποίηση οποιουδήποτε μέσου είναι καθήκον μας (Renton, 1996).

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Ο φόβος, η αγωνία και η μελαγχολία είναι κοινά συναισθήματα στον καρκινοπαθή που πεθαίνει και που τον κάνουν να εμφανίζεται πολλές φορές όχι ευχάριστος στους άλλους. Ο φόβος είναι ο φόβος για το άγνωστο, αλλά μπορεί να συνδέεται με την ανάμνηση για ανεπαρκή έλεγχο του πόνου στο παρελθόν. Οι καρκινοπαθείς άρρωστοι έχουν συχνά αγωνία και άγχος που μπορεί να οφείλεται στο ότι δεν γνωρίζουν ποια

είναι η διάγνωση τους ή γιατί εσκεμμένα οι γιατροί, οι νοσηλευτές και οι συγγενείς τους έκρυψαν την αλήθεια και τους είπαν ότι θα γίνουν καλύτερα¹².

Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι τις περισσότερες φορές οι καρκινοπαθείς άρρωστοι υποψιάζονται ποια είναι πραγματικά η φύση της αρρώστιας τους, αλλά δεν ξέρουν σε ποιον να μιλήσουν αν δεν αισθάνονται σιγουριά ότι θα πάρουν μια αληθινή απάντηση στην ερώτηση τους.

Όσο περισσότεροι άνθρωποι μέσα στο περιβάλλον του αρρώστου γνωρίζουν τη διάγνωση της καταστάσεως, τόσο γρηγορότερα ο ίδιος ο άρρωστος θα αναγνωρίσει οπωσδήποτε την κατάσταση των πραγμάτων.

Εφόσον λίγοι είναι αρκετά ηθοποιοί για να διατηρήσουν μια προσωπίδα ευθυμίας για μακρά περίοδο χρόνου. Οι περισσότεροι αν όχι όλοι οι άρρωστοι, το γνωρίζουν οπωσδήποτε. Το αισθάνονται με την αλλαγμένη προσοχή, από τη νέα και διαφορετική προσέγγιση που παίρνουν οι άνθρωποι απέναντι τους, από το χαμήλωμα της φωνής, από ένα δακρυσμένο πρόσωπο ενός συγγενούς που δεν μπορούν να κρύψουν τα αληθινά συναισθήματα τους.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Κοινωνικός πόνος είναι η αγωνία του αρρώστου που προκαλείται από τον αντίκτυπο που έχει η ασθένεια και ο επικείμενος θάνατος του στην οικογένεια του, στους φίλους και τους συγγενείς. Αυτοί οι άνθρωποι με τους οποίους ο ασθενής έχει ζήσει για πολλά χρόνια είναι λυπημένοι και ήδη θρηνούν. Ο άρρωστος το σκέφτεται αυτό και μπορεί να αισθάνεται ευθύνη που αφήνει έρημους και μόνους τα παιδιά, το σύζυγο ή τους γέροντες γονείς του (Hanausek, 2003)

Η άρρωστη περνάει από διάφορα στάδια χρησιμοποιεί τους μηχανισμούς άμυνας (άρνηση, απομόνωση), θυμώνει, οργίζεται, αναλογίζεται το τραγικό τέλος, μελαγχολεί, βρίσκεται στην πορεία της απώλειας του κάθε τι και όλων των αγαπημένων της προσώπων.

Ο τύπος αυτός της μελαγχολίας είναι αναγκαίος και ενεργητικός αν πρόκειται να πεθάνει η άρρωστη μέσα σε ένα στάδιο αποδοχής και ειρήνης.

Η αποδοχή δεν πρέπει να εκλαμβάνεται σαν ένα χαρούμενο στάδιο. Είναι σχεδόν άδεια από συναισθήματα. Είναι σαν να έχει φύγει ο πόνος, ο αγώνας τελείωσε και τώρα έρχεται ο καιρός «για την τελική ανάπαυση πριν από το μεγάλο ταξίδι για την αιωνιότητα». Είναι ο καιρός που η μελλοθάνατη θέλει να προσευχηθεί, που θέλει να μείνει μόνη ή τουλάχιστον να μην ενοχλείται από άλλα προβλήματα. Μπορεί να κρατά το χέρι μας και να μην παρακαλά να κάτσουμε σιωπηλά. Η παρουσία μπορεί να βεβαιώσει ακριβώς ότι βρισκόμαστε εκεί γύρω μέχρι το τέλος.

Το προσωπικό του νοσοκομείου είτε είναι γιατροί, είτε νοσηλευτές είναι αυτοί που πρέπει να ενδιαφέρονται για την ανθρώπινη συμπεριφορά, για προσαρμογές ή για τρόπους άμυνας που οι ανθρώπινες υπάρξεις υποχρεώνονται να χρησιμοποιήσουν για να αναμετρηθούν με τη δοκιμασία του επικείμενου θανάτου. Εδώ είναι ο τόπος όπου θα μάθει γι' αυτά τα πράγματα.

Εάν η νοσηλεύτρια καθίσει κοντά της, η άρρωστη γρήγορα θα αναπτύξει ένα αίσθημα εμπιστοσύνης, ότι υπάρχει κάποιος που την φροντίζει, που προσφέρεται, που βρίσκεται εδώ γύρω και αυτός θα είναι ο/η νοσηλευτής/τρια.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Προτάσεις

Για την καλύτερη αντιμετώπιση της μάστιγας της εποχής που λέγεται καρκίνος του μαστού θα πρέπει:

1. Να γίνει προγραμματισμός ώστε να ενημερώνεται ουσιαστικά το κοινό, μέσω ενημερωτικών εκπομπών σε τηλεόραση και ραδιόφωνο, για το τι εστί καρκίνος του μαστού, τη συχνή δημοσίευση σε εφημερίδες και περιοδικά διαφόρων ερευνών και ειδικότερα την

κυκλοφορία διαφωτιστικών ειδικών εντύπων σχετικά με τον καρκίνο στο μαστό.

2. Να ενημερωθεί η γυναίκα για το πόσο σημαντική είναι η έγκαιρη διάγνωση. Πρέπει να ωριμάσει σε κάθε γυναίκα η άποψη ότι «όσο πιο νωρίς γίνεται η διάγνωση τόσο πιο κοντά έρχεται η μέρα που ο καρκίνος του μαστού όλο και πιο σπάνια θα χρειάζεται τη θυσία του μαστού».
3. Να τονιστεί ότι είναι εφικτή η δυνατότητα αποκατάστασης μετά, από μια μαστεκτομή σε όλες τις περιπτώσεις. Η γυναίκα που γνωρίζει τις δυνατότητες της αποκατάστασης μπαίνει πιο εύκολα στα προγράμματα πρόωμης διάγνωσης και πηγαίνει έγκαιρα στο γιατρό της, χωρίς να αρνείται τη θεραπεία έστω και αν αυτή απαιτεί μαστεκτομή.
4. Να ιδρυθούν στις πόλεις και επαρχίες περισσότερα αντικαρκινικά διαγνωστικά κέντρα μαστού, ώστε να γίνεται εξέταση ενός μεγαλύτερου αριθμού γυναικών.
5. Να μπει σε εφαρμογή η ιδέα της Αμερικάνικης Αντικαρκινικής Εταιρείας, ότι κάθε ιατρικό κέντρο να γίνει κέντρο ανίχνευσης του καρκίνου.
6. Να γίνονται περισσότερα σεμινάρια για τον καρκίνο (Woodward, 2003).

Συμπεράσματα

1. Η ποιότητα ζωής του καρκινοπαθή είναι πολύ στενά συνδεδεμένη με τον τρόπο που τον αντιμετωπίζει ο θεραπευτής (νοσηλευτικό προσωπικό, γιατροί) και το περιβάλλον.
2. Ο θεραπευτής θα παίζει το συντονιστικό ρόλο αλλά και όλοι οι άλλοι που καλούνται για συμπληρωματική βοήθεια.
3. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στις παρενέργειες και στα επακόλουθα που έχει η θεραπεία.
4. Η σωστή χρήση των οικονομικών της ασθενούς

5. Η αποφυγή της καταθλιπτικής και αγχώδους συμπεριφοράς η οποία βοηθά σημαντικά στην πρόοδο της θεραπευτικής αγωγής.
6. Η στήριξη του καρκινοπαθή από την οικογένεια τόσο συγκινησιακά όσο και λειτουργικά.
7. Η παρέμβαση σε μια γυναίκα με μαστεκτομή πρέπει να γίνεται βάσει σωματικών-ψυχολογικών-κοινωνικών παραγόντων.
8. Η αποκατάσταση της ψυχικής υγείας της άρρωστης, μετά από το σοκ που παθαίνει λόγω της μαστεκτομής.
9. Η βοήθεια που δίνεται από την οικογένεια πρέπει να δίνεται με κατανόηση και όχι οίκτο.
10. Υπάρχουν προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και είναι ένα πρόσθετο χέρι βοήθειας για να υπάρχει ισορροπημένη συμπεριφορά της άρρωστης.

ΝΕΕΣ ΑΝΑΚΑΛΥΨΕΙΣ & ΠΡΟΟΔΟΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Ο καρκίνος δεν υπάρχει αμφιβολία ότι είναι μια πληγή στο σώμα της ανθρωπότητας, φαίνεται όμως ότι στο βάθος του τούνελ άρχισε να διαφαίνεται το φως της ελπίδος. Αυτή η ελπίδα ονομάζεται TIL (Tumor Infiltrating Lymphocyte) λεμφοκύτταρα που εισάγονται στο λόγο, σε ελληνική απόδοση και είναι λευκά αιμοσφαίρια, που λαμβάνονται από ένα καρκίνωμα, πολλαπλασιάζονται σε δοκιμαστικό σωλήνα και μετά από μερικές εβδομάδες εισάγονται στον οργανισμό του ασθενούς για την αντιμετώπιση της διαδικασίας της μετάστασης στον οποίο ασθενή έχει δοθεί προηγουμένως ένα άλλο φάρμακο η ιντερλευκίνη-2, που προκαλεί πολλαπλασιασμό των λευκών αιμοσφαιρίων και προετοιμάζει το έδαφος για τα (TIL). Με πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα πράγματι τα (TIL) αντιπροσωπεύουν ίσως την πιο πειστική σήμερα προοπτική για την αντιμετώπιση του καρκίνου, καθώς είναι ικανά να διαλύσουν όγκους μεγέθους γροθιάς σε διάστημα μιας εβδομάδας, να προσφέρουν

δυνατότητες που οι γιατροί πριν 5 μόλις χρόνια δεν τολμούσαν ούτε να το φανταστούν. Κύριο χαρακτηριστικό τους είναι το εξής:

Μπορούν να αναγνωρίσουν τα καρκινικά κύτταρα και προσπαθούν να τα καταστρέψουν δεδομένου ότι ο ρόλος τους είναι να περιφρουρούν το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού. Η τεχνική ενίσχυση του, επομένως θα μπορούσε να διευκολύνει αυτό τον αγώνα και κατά συνέπεια θα ακυρώσει τη διαδικασία των μεταστάσεων. Με αυτό το στόχο, έχουν αρχίσει να καλλιεργούνται εκατομμύρια αυτών των πολύτιμων λεμφοκυττάρων στο νοσοκομείο COCHIN στο Παρίσι. Ο επικεφαλής της ερευνητικής ομάδας Dr. Μερνάρ Ντεμπρέ λέει ότι είναι η πρώτη φορά που η ιατρική διαθέτει κάποιο όπλο εναντίον του καρκίνου διότι αυτά τα κύτταρα, αντί να ερεθίζουν τους ιστούς όπως συμβαίνει στην περίπτωση της ραδιοθεραπείας ή στη χημειοθεραπεία, αφήνουν τους ιστούς απολύτως υγιείς, πράγμα που μας δίνει τη δυνατότητα να εκμεταλλευτούμε ένα φυσικό εργαλείο ανθρώπινου σώματος.

Ο Dr Ντεμπρέ είναι ενθουσιασμένος, με όσα υπόσχεται η μέθοδος αντιμετώπισης του καρκίνου μέσω των (TIL), είναι εντούτοις πολύ νωρίς για να μπορεί να μιλήσει για οριστική νίκη. Όταν η θεραπεία λειτουργεί όλα τελειώνουν. Σε κάποιες περιπτώσεις όμως οι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στην αγωγή, δεν γνωρίζουμε γιατί (Beral,2004).

Γεγονός όμως είναι ότι έχουμε πολύ καλά αποτελέσματα σε περιπτώσεις καρκίνου όπου πριν 2 χρόνια δεν θα μπορούσαμε να κάνουμε τίποτα.

Μία σπουδαία βρετανική ανακάλυψη είναι το ελπιδοφόρο εμβόλιο για τον καρκίνο, το οποίο στηρίζεται στη βιολογία. στη βιολογία το γονίδιο, η οποία καθώς περνάει ο καιρός αποδεικνύεται η σωστότερη όσον αφορά τον τρόπο μελέτης της ζωής και ιδιαίτερα της ανθρώπινης ζωής. το κυνήγι του γονιδίου που θεωρείται υπεύθυνο για μια ανθρώπινη αρρώστια, γιατί σύμφωνα με τη νέα βιολογία στη βάση κάθε καρκίνου βρίσκεται πάντοτε ένα γονίδιο.

Τα γονίδια ως τμήμα του γενετικού υλικού DNA μεταφέρουν οδηγίες για την παραγωγή πρωτεϊνών που καθορίζουν τα φυσικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου. Περνούν από μια γενιά στην άλλη και είναι η βασική μονάδα

κληρονομικότητας. Διαταραχές στα γονίδια μπορούν να προκαλέσουν κληρονομικές δυσλειτουργίες. Οι επιστήμονες εντείνουν τις έρευνες τους στην ανεύρεση των γονιδίων και κατευθύνονται προοδευτικά και μεθοδικά σ' ένα χάρτη γενετικού αρχέτυπου που προσδιορίζει τον άνδρα και τη γυναίκα. Προς το παρόν έχουν κατορθώσει να βρουν ένα-ένα τα γονίδια που θεωρούνται υπεύθυνα για 4,000 διαφορετικές ασθένειες.

Μια πρόσφατη ανακάλυψη στο πανεπιστήμιο του Garvant του Σίδνεϋ ανοίγει νέους ορίζοντες στη θεραπεία **του καρκίνου του μαστού** με αποφυγή της μαστεκτομής και αναφέρεται στη δράση της προλακτίνης. Πρόκειται για ορμόνη η οποία ελέγχει την παραγωγή γάλακτος. Υπεύθυνες για την παραγωγή αυτής της ορμόνης είναι η προγεστερόνη και η τεστοστερόνη. Πολύ λίγα γνωρίζουμε για τη λειτουργία της προλακτίνης και μόνο πολύ πρόσφατα την ξεχωρίσαμε από την (STH) αυξητική ορμόνη ή σωματότροπος η GH που δρα σε περιφερειακούς ιστούς, πέρα από την λειτουργία έκκρισης γάλακτος τη στιγμή του θηλασμού. Και ο θηλασμός πράγματι εξαρτάται (σύμφωνα με μια καινούρια θεωρία) από ταυτόχρονη επίδραση πολυάριθμων ορμονών, όλες απαραίτητες για μια κανονική ανάπτυξη του μαζικού αδένου και την παραγωγή γάλακτος.

Η υπερβολική έκκριση της προλακτίνης μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του μαστού. Άρα καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι μιλάμε για ορμόνο-εξαρτούμενο καρκίνο. Με την έρευνα όμως βρέθηκαν ορισμένα κύτταρα-υποδοχείς που επιτρέπουν τη διάσπαση της προλακτίνης αρκεί να ενεργοποιηθούν. Το πρόβλημα που αντιμετωπίζει η ερευνητική ομάδα του Garvant είναι με ποιο τρόπο θα επιτευχθεί η ενεργοποίηση των υποδοχέων αυτών, ικανών για να διασπαστεί η προλακτίνη σε τέτοιο σημείο όμως που να επιτρέπει σε κάποιο βαθμό την απαραίτητη μορφή λειτουργίας της, την παραγωγή γάλακτος.

Πιστεύεται ότι πολύ σύντομα θα βρεθεί λύση και τότε θα διευρυνθούν οι ορίζοντες για την πλήρη αποκατάσταση και πρόληψη της υγείας των γυναικών από τον καρκίνο του μαστού.

Η ΑΛΗΘΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Λίγα βήματα πριν από την κυκλοφορία του πρώτου εμβολίου για τον καρκίνο βρίσκονται Αμερικανοί ερευνητές. Ήδη δοκιμάζεται σε ασθενείς με μελάνωμα με πολύ καλά αποτελέσματα, ενώ φαίνεται ότι έχει ευεργετική δράση και σε περιπτώσεις καρκίνου του παχέος εντέρου, του προστάτη και του μαστού¹⁷.

Την απόλυτη θεραπεία για τον καρκίνο αναζητούν οι γιατροί παγκοσμίως, αλλά πλέον είναι σαφές ότι προσανατολίζονται σε μια γενετικού τύπου προσέγγιση και ένα εμβόλιο που θα σταματά την καταστρεπτική δράση του καρκίνου χωρίς να χρειάζεται να υποβάλλονται οι ασθενείς σε χρονοβόρες και επίπονες επεμβατικές μεθόδους.

Στο Αντικαρκινικό Ινστιτούτο John Wayne στη Σάντα Μόνικα των ΗΠΑ ο επικεφαλής του χειρουργικού τμήματος και κορυφαίος στην έρευνα κατά του καρκίνου δρ Μόρτον μαζί με τους συνεργάτες του εφαρμόζουν ήδη πρωτοποριακές μεθόδους αντιμετώπισης των προχωρημένων σταδίων μελανώματος (στάδιο 3 και 4), άλλοτε με χειρουργικές επεμβάσεις και ειδική χημειοθεραπεία και άλλοτε με ένα μοναδικό εμβόλιο που δρα γενετικά και θεραπεύει τη νόσο. Το εμβόλιο αυτό φέρει την κωδική ονομασία CancerVax και βρίσκεται σε προχωρημένο πειραματικό στάδιο, αφού δοκιμάζεται ήδη σε ανθρώπους, με πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Οι ερευνητές ετοιμάζονται να καταθέσουν τη σχετική αίτηση έγκρισης στον Αμερικανικό Οργανισμό Φαρμάκων και Τροφίμων (FDA), προκειμένου να κυκλοφορήσει σύντομα το εμβόλιο στην παγκόσμια αγορά.

Με το εν λόγω εμβόλιο έχει ήδη βελτιωθεί η κατάσταση της υγείας ασθενών με προχωρημένη μορφή μελανώματος (που είναι ο επιθετικός καρκίνος του δέρματος). Σήμερα δοκιμάζεται σε δύο ομάδες ασθενών που βρίσκονται στα πιο προχωρημένα στάδια της νόσου. Όταν οι δοκιμές αυτές ολοκληρωθούν και από τη στιγμή που τα αποτελέσματα θα είναι τόσο

ενθαρρυντικά όσο αναμένουν οι ερευνητές, τότε ενδεχομένως το ίδιο εμβόλιο θα χρησιμοποιηθεί στην αντιμετώπιση και άλλων ειδών καρκίνου.

Συγκεκριμένα, ο καρκίνος του παχέος εντέρου, του προστάτη και του μαστού φαίνεται ότι μπορούν να αντιμετωπιστούν με το εμβόλιο αυτό, το οποίο στην ουσία καταφέρνει να διεγείρει το ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενούς.

Ταυτόχρονα, με το ίδιο θεραπευτικό εμβόλιο θα επιτελείται και τροποποίηση του γενετικού κώδικα των ασθενών, κάτι που ενδεχομένως θα προστατεύει το συγκεκριμένο άνθρωπο και από μελλοντικές περιπέτειες υγείας. Πρέπει να τονίσουμε ωστόσο ότι το εμβόλιο που ετοιμάζεται και δοκιμάζεται ήδη κλινικά (φάση 3) για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι διαφορετικό από το «πολυδύναμο» εμβόλιο για το μελάνωμα και τα άλλα είδη (Coombes, 2004).

Το ένοχο γονίδιο

Το εμβόλιο για τον καρκίνο του μαστού θα αφορά μόνο το 5% των πασχόντων γυναικών, οι οποίες έχουν εμφανίσει την ασθένεια εξαιτίας του «ένοχου» γονιδίου. Στις γυναίκες αυτές θα είναι πολύ σύντομα δυνατό να γίνεται ένα εμβόλιο το οποίο θα τροποποιεί το γενετικό τους κώδικα και θα τις θεραπεύει από αυτό το είδος κακοήθειας.

Θα πρέπει να κατανοήσουμε ότι τα εμβόλια για την αντιμετώπιση του καρκίνου δεν θα είναι προληπτικά αλλά θεραπευτικά. Δεν θα μπορούν δηλαδή να τα κάνουν οι υγιείς άνθρωποι για να μην αναπτύξουν κάποιο είδος καρκίνου αλλά μόνο όσοι ήδη ασθενούν και χρειάζονται θεραπεία.

Αλλά και αυτό από μόνο του θα αποτελέσει-όταν συμβεί-την ιατρική επανάσταση του 21^{ου} αιώνα, καθώς θα καταστήσει όλες τις κακοήθειες απλές, απολύτως αντιμετωπίσιμες νόσους και θα αφαιρέσει ένα μεγάλο κομμάτι...πόνου από τις «πλάτες» τις ανθρωπότητας.

Εξάλλου, εάν αντιμετωπιστούν με τόσο απόλυτο τρόπο όλα τα είδη καρκίνου, τότε θα αυξηθεί κατακόρυφα και το προσδόκιμο ζωής ανδρών και γυναικών μέχρι και κατά μια δεκαετία.

Η ΚΑΛΥΤΕΡΗ αντιμετώπιση του καρκίνου προς το παρόν είναι η έγκαιρη διάγνωση. Γι' αυτό, κανείς δεν πρέπει να ξεχνά τις ετήσιες εξετάσεις μαστογραφίας και τεστ ΠΑΠ για τις γυναίκες, όπως και του προστατικού αντιγόνου και ψηλάφησης όρχεων για τους άνδρες. Εξάλλου, κάθε εξόγκωμα, σημάδι ή ασυνήθιστο ογκίδιο πρέπει να μας οδηγεί αμέσως στο γιατρό.

SERMS ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι αντί-οιστρογονικές 'αγωγές' δεσπόζουν στην καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού ήδη από τις αρχές του 20ού αιώνα και η ουσία **tamoxifen** υπήρξε ο πρώτος επιλεκτικός τροποποιητής του υποδοχέα των οιστρογόνων (**Selective Estrogen Receptor Modulator, SERM**) που αναπτύχθηκε ως φάρμακο.

Το tamoxifen είναι ένας ασθενής οιστρογονικός αγωνιστής (δρα, δηλαδή, στον ίδιο υποδοχέα και έχει παρόμοια δράση με τον φυσικό συνδέτη), ο οποίος προσδένεται στον οιστρογονικό υποδοχέα (ER) και έτσι ανταγωνίζεται τα αποτελέσματα της οιστρογόνο-επαγόμενης ενεργοποίησης του. Η πρόσδεση της ουσίας δεν επηρεάζει την ικανότητα του ER να αλληλεπιδρά με το DNA περιοχών ελέγχου των γονιδίων-στόχων, αλλά μπορεί να ανταγωνίζεται την επιτηδειότητα του να 'χτίζει στερεές γέφυρες' με τις πρωτεΐνες της μεταγραφικής συσκευής, μεταβάλλοντας τη διαμόρφωση του.

Παραδόξως, το tamoxifen αντιμάχεται τη δράση των οιστρογόνων στον μαζικό ιστό και, ταυτόχρονα, μιμείται την ογκογονικότητά τους στο ενδομήτριο. Το φάρμακο αποδείχθηκε πολύτιμο στην αντιμετώπιση του ER-θετικού καρκίνου του μαστού, ενώ παραλλαγές του μορίου του υποδοχέα-όπως και υπερέκφραση της p130Cas, μιας πρωτεΐνης-ροοστάτη της κυτταρικής μηνυματοδότησης-προκαλούν αντίσταση στη δράση του²¹.

Ένας άλλος SERM, το raloxifene, προσδένεται στους Ers και αναστέλλει συναγωνιστικά την οιστρογόνο-επαγόμενη μεταγραφή γονιδίων τόσο στο μαστό όσο και στο ενδομήτριο. Η χαμηλή βιοδιαθεσιμότητά του και η

μικρή ημί-περίοδος ζωής οριοθετούν τη χρήση του έναντι του **tamoxifen** στην κλινική πράξη.

Πρόσφατες μελέτες υποδεικνύουν ότι η αντί-καρκινογόνος δράση του **tamoxifen** μπορεί να καθορίζεται, εν μέρει, από τα επίπεδα έκφρασης στον όγκο των πρωτεϊνών AIB1 (‘αναφλεκτήρας’ του ER που μπορεί να μειώνει την ανταγωνιστική δραστικότητα των σύμπλοκων **tamoxifen-ER**) και ERBB2 (μεμβρανικός υποδοχέας χωρίς ταυτοποιημένο συνδέτη). Συνεπώς, η πρωτεΐνη AIB1 συνιστά έναν δυνητικά σημαντικό διαγνωστικό και θεραπευτικό στόχο.

Ο προσδιορισμός των μοριακών παραμέτρων ιστικής εκλεκτικότητας των **SERMs** αποτελεί πεδίο εντατικής έρευνας, και είναι ήδη κατανοητό ότι τα ιστοειδικά επίπεδα έκφρασης των μεταγραφικών συνενεργοποιητών-αναφλεκτήρων καθορίζουν τις διαφορετικές δράσεις του **tamoxifen** στο μαστό και το ενδομήτριο. Η αποσαφήνιση τέτοιων μηχανισμών αναμένεται να δρομολογήσει την ανακάλυψη αποτελεσματικότερων **SERMs**, απαλλαγμένων από ογκογόνους παρενέργειες.

Τα κύτταρα των θηλαστικών μετατρέπουν τα οιστρογόνα σε σχετικούς μεταβολίτες, οι οποίοι παράγουν ελεύθερες ρίζες ικανές να προξενήσουν αλλοιώσεις στο **DNA** και –συνδεδεμένοι με τη διπλή έλικα-οδηγούν σε απώλεια μιας νουκλεοτιδικής βάσης. Μολονότι υπάρχουν επιδιορθωτικά ‘συνεργεία’, η διαδικασία αποκατάστασης της βλάβης είναι επιρρεπής σε σφάλματα, με αποτέλεσμα την ενσωμάτωση μιας λάθος βάσης και, έτσι, μια μετάλλαξη με πιθανά συμβολή σε καρκινογένεση. Η προσδοκία είναι πως η νέα αυτή γνώση για το άμεσο ογκογόνο δυναμικό των οιστρογόνων θα προσφέρει επιπρόσθετες επιλογές στη θεραπευτική προσέγγιση του καρκίνου του μαστού (Swain, 1996).

ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η αντίσταση ορισμένων καρκινικών όγκων του μαστού στη θεραπευτική αγωγή μπορεί πλέον να αντιμετωπιστεί, υποστηρίζουν ερευνητές από την Ιατρική Σχολή Baylor. Λύση στο πρόβλημα αποτελεί το φάρμακο γεφτινίβη , που μπορεί να εξουδετερώσει την αντίσταση στη δράση της τομοξιφένης, η οποία λειτουργεί μόνο σε γυναίκες των οποίων οι όγκοι είναι ευαίσθητοι στα οιστρογόνα. Οι νεότερες έρευνες έδειξαν ότι ο συνδυασμός γεφτινίβης και τομοξιφένης αποκαθιστά την αποτελεσματικότητα της τελευταίας στα οιστρογόνα και εμποδίζει την ανάπτυξη του καρκινικού όγκου.

Μια νέα ραδιοθεραπεία φαίνεται να είναι αποτελεσματική σε γυναίκες με καρκίνο στήθους, που έχουν ήδη χειρουργηθεί.

Οι ασθενείς, αντί να υποστούν μακρόχρονες ακτινοθεραπείες, με συνέπειες στην ψυχική και σωματική τους υγεία, θα μπορούν πλέον να υποβάλλονται στη νέα θεραπεία, που ολοκληρώνεται μέσα σε λίγες ώρες και δεν έχει καμία παρενέργεια.

Η μέθοδος ανακαλύφθηκε στον Καναδά και βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο.

Καλοί οιωνοί

«Ο καρκίνος δεν είναι πλέον μία ανίατη ασθένεια. Με τα νέα φάρμακα μπορείς να τον παλέψεις και να τον νικήσεις». Το αισιόδοξο αυτό μήνυμα στέλνει μια 53χρονη γυναίκα από το Σαν Ντιέγκο των ΗΠΑ, η Barbara

Howell, που πριν από τρία χρόνια έμαθε ότι έπασχε από μια σοβαρή μορφή καρκίνου.

«Κανονικά θα έπρεπε εδώ και καιρό να είχα πεθάνει. Η διάγνωση ήταν καρκίνος του μαστού με μεταστάσεις στα κόκαλα. Σε λίγο χρονικό διάστημα, οι μεταστάσεις είχαν προχωρήσει. Η κατάσταση μου ήταν τόσο σοβαρή ώστε ο σύζυγος μου κάλεσε το γιο μας που έμενε στο εξωτερικό να έρθει να με δει γιατί το πιθανότερο ήταν να μην είχε άλλη ευκαιρία. Οι γιατροί μου χορήγησαν την ουσία pamidronate sodium, για να αντιμετωπίσουν τις μεταστάσεις στα κόκαλα και tamoxifen για τον καρκίνο στο μαστό. Συνέβη κάτι απίστευτο. Κάθε ημέρα αισθανόμουν και καλύτερα. Τα φάρμακα έσωσαν τη ζωή μου. Η βελτίωση της υγείας μου ήταν κάτι το αναπάντεχο ακόμα και για τους ίδιους τους γιατρούς. Μάλιστα, ο γιατρός μου ανακοίνωσε τα αποτελέσματα των εξετάσεων, με δάκρυα στα μάτια! Παραδέχτηκε ότι δεν είχε ξαναδεί κάτι τέτοιο...»

Κανείς βέβαια δεν μπορεί να προβλέψει αν θα υπάρξει υποτροπή στην υγεία της Μπάρμπαρα. Οι γιατροί σε αυτό το στάδιο της θεραπείας χορηγούν στη Μπάρμπαρα την ουσία zoledronic acid, για να προληφθούν οι επιπλοκές που εμφανίζονται συνήθως στους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο των οστών.

Οι μεταστάσεις στα οστά μπορούν να θεραπευτούν στο 65%-70% των ασθενών που πάσχουν από προχωρημένο καρκίνο του μαστού και του προστάτη και σε ποσοστό 40% στους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του πνεύμονα (Brown, 1997).

Η πρόοδος όμως της επιστήμης είναι μεγάλη.

Καθημερινά ανακαλύπτονται νέες θεραπείες που αυξάνουν το προσδόκιμο της επιβίωσης των καρκινοπαθών.

Ο καρκίνος του μαστού και το νερό

Έρευνα που έγινε στο Πανεπιστήμιο του Σέφιλντ στη Βόρειο Αγγλία μεταξύ 90 γυναικών (40 υγιείς και 50 καρκινοπαθείς) παρατηρήθηκε ότι το 70% των γυναικών που παθαίνουν καρκίνο του μαστού πίνουν λιγότερο από 4 ποτήρια νερό ημερησίως.

Έτσι, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η αφυδάτωση του σώματος συντελεί σε μεγάλο βαθμό στην ανάπτυξη καρκινικών ογκιδίων στο μαστό.

Και μάλιστα ανακαλύφθηκε και ένας πρόσθετος λόγος γιατί οι γυναίκες που έχουν αποκτήσει παιδιά έχουν λιγότερες πιθανότητες να πάθουν αυτό το είδος καρκίνου.

Είναι επειδή κατά τη διάρκεια της κύησης, το σώμα της γυναίκας κατακρατά νερό για να παράσχει αρκετή ενυδάτωση στο έμβρυο (Messina, 1999).

Φυτο-οιστρογόνα και καρκίνος του μαστού

Στη Δυτική Ευρώπη και στην Αμερική ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο διαδεδομένη μορφή καρκίνου στον γυναικείο πληθυσμό. Ιστορικά, τα ποσοστά καρκίνου του μαστού στις Ασιατικές χώρες ήταν χαμηλότερα από αυτά της Δύσης, ακόμη και πριν διαδοθεί ο δυτικός τρόπος διατροφής (Clough, 2002).

Η διαίτα πλούσια σε φυτο-οιστρογόνα, φαίνεται να έχει προστατευτική δράση στον καρκίνο του μαστού. Τα φυτο-οιστρογόνα μπορούν να δρουν σαν ασθενή οιστρογόνα, σε περιβάλλον χαμηλών επιπέδων ενδογενών οιστρογόνων, να δρουν σαν οιστρογόνα. Η επιστημονική κοινότητα είναι διχασμένη, όσον αφορά αυτή τη θεραπεία, που προτείνει ουσιαστικά ότι πριν την εμμηνόπαυση τα φυτο-οιστρογόνα μπορούν να προστατεύσουν από τον καρκίνο του μαστού, ενώ μετά την εμμηνόπαυση μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο του μαστού. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι ισοφλαβόνες, σε συγκεντρώσεις των 100 n M/L έως και 1μ M/L, διεγείρουν

τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό σε καρκινικά κύτταρα μαστού. Παρουσία φυσιολογικών επιπέδων οιστραδιόλης, οι ισοφλαβόνες την ανταγωνίζονται και φαίνεται ότι μειώνεται ο κυτταρικός πολλαπλασιασμός (Garny, 2002). Σε συγκεντρώσεις πάνω από 10 μ M/L οι ισοφλαβόνες αναστέλλουν πλήρως τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό, γεγονός που συνδέεται με την επίδραση των ισοφλαβονών στην δράση της κινάσης της τυροσίνης στους υποδοχείς των αυξητικών παραγόντων. Επομένως η δράση τους μπορεί να εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τη συγκέντρωσή τους. Ορισμένες μελέτες έχουν καταλήξει σε προστατευτική δράση των ισοφλαβονών στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Άλλες μελέτες συνιστούν την προσοχή του καταναλωτικού κοινού, μετά τη διαπίστωση ότι οι ισοφλαβόνες μπορούν να διεγείρουν την ανάπτυξη ορμονο-εξαρτώμενων όγκων, σε γυναίκες με χαμηλά επίπεδα ενδογενών οιστρογόνων (Manson, 2002). Ο μηχανισμός δράσης των φυτό-οιστρογόνων στον καρκίνο του μαστού είναι πολύπλοκος και φαίνεται πως, εκτός από την αλληλεπίδραση τους με τους οιστρογονικούς υποδοχείς, αναστέλλουν την κινάση της τυροσίνης και άλλες πρωτεϊνικές κινάσες, αναστέλλουν την αγγειογένεση, τροποποιούν αυξητικούς παράγοντες και πρωτεΐνες πρόσδεσης.

Πάντως, φαίνεται πως διατροφή χαμηλή σε λιπαρά και πλούσια σε σόγια, όσπρια και λαχανικά γενικώς, σαφώς συσχετίζεται με σημαντικά μειωμένες πιθανότητες για εμφάνιση καρκίνου του μαστού (Wu, 2002).

Εμπόδιο στον καρκίνο το μπρόκολο και τα λαχανάκια Βρυξελλών

Δύο από τα διατροφικά συστατικά, που εδώ και χρόνια βρίσκονται στο μικροσκόπιο των ερευνών για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, είναι η σουλφοραφάνη και η ινδόλη 3C, ουσίες που βρίσκονται σε σημαντική ποσότητα στο μπρόκολο και τα λαχανάκια Βρυξελλών. Πιο συγκεκριμένα η σουλφοραφάνη συμβάλλει στην ενίσχυση της δράσης ενζυμικών μηχανισμών που παίζουν πρωταρχικό ρόλο στην εξουδετέρωση καρκινογόνων ουσιών. Σε μια πολύ πρόσφατη μελέτη φάνηκε ότι η

σουλφοραφάνη ενεργεί επίσης και ως αντιπολλαπλασιαστικός παράγοντας σε περιπτώσεις καρκίνου του μαστού (Jackson, 2004). Το γεγονός ότι η σουλφοραφάνη σε μεγάλες δόσεις έχει τοξική επίδραση στον ανθρώπινο οργανισμό, ώθησε κάποιους επιστήμονες στην παραγωγή συνθετικού παρασκευάσματος ανάλογου της σουλφοραφάνης με 7 φορές λιγότερο τοξική δράση από τη φυσική σουλφοραφάνη. Το συγκεκριμένο παρασκεύασμα εδόθη σε πειραματόζωα που είχαν εκτεθεί σε καρκινογόνες χημικές ενώσεις και παρατηρήθηκε ότι τα πειραματόζωα αυτά είχαν τις μισές πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού, σε σχέση με εκείνα που δεν έλαβαν το εν λόγω σκεύασμα. Ιδιαίτερης μνείας αξίζει το γεγονός της συνεργιστικής δράσης του σεληνίου με την σουλφοραφάνη, που πρόσφατα ανακαλύφθηκε, μιας και τα σταυρανθή (μπρόκολο, λαχανάκια Βρυξελλών κ.λ.π) εμπεριέχουν σημαντικά ποσά σεληνίου.

Η ινδόλη 3C, ένα ακόμα από τα «θαυματοурγά» συστατικά των σταυρανθών, εμπλέκεται στον μεταβολισμό των οιστρογόνων. Με την παρουσία της ινδόλης 3C, έχουμε έως και 50% μείωση της μετατροπής των οιστρογόνων σε 16-α-υδροξυ-οιστρόνη, που αποτελεί ισχυρότατο μεταβολίτη οιστρογόνων. Πέρα όμως από τη συγκεκριμένη επίδραση, το εντυπωσιακό που προκύπτει από πρόσφατα επιστημονικά στοιχεία που βρίσκονται υπό έκδοση είναι ότι η ινδόλη 3C αναστέλλει την έκφραση μιας γλυκοπρωτεΐνης, της MUC1, που εμπλέκεται σημαντικά στη διαδικασία της καρκινογένεσης και της μετάστασης. Η πλούσια λοιπόν περιεκτικότητα των σταυρανθών σε αυτές τις ουσίες ώθησαν ερευνητές του United States Department of Agriculture, στο να ανάγουν τα σταυρανθή σε «ασπίδες» έναντι του καρκίνου του μαστού (Keck, 2004).

Σόγια ψάρια & θαλασσινά όπλο στην πρόληψη καρκίνου του μαστού

Πέρα όμως από τα σταυρανθή και άλλες τροφές, όπως η σόγια με τις ισοφλαβόνες της, τα λιπαρά ψάρια και τα θαλασσινά με την περιεκτικότητά τους σε EPA και DHA της οικογένειας των ω-3 λιπαρών οξέων και ο λιναρόσπορος με την πλούσια περιεκτικότητά του σε α-λινολενικό οξύ και λιγνάνες, είναι εδώ και χρόνια αντικείμενο μελέτης για το αν έχουν προφυλακτικές επιδράσεις έναντι του καρκίνου του μαστού.

Σε έρευνα Ιταλών και Ελβετών, που κράτησε 10 χρόνια και που δημοσιεύθηκε πρόσφατα, φαίνεται ξεκάθαρα ότι το πλούσιο σε λιπαρά οξέα σιτηρέσιο, μειώνει τις πιθανότητες για εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει η μεγάλη επιδημιολογική μελέτη **The Singapore Chinese Health Study** που έγινε ανάμεσα σε 35.298 γυναίκες ηλικίας 45-74 ετών (Gago-Dominiguez, 2003). Στη συγκεκριμένη μελέτη η πρόσληψη των ω-3 λιπαρών οξέων, συνυπολογίστηκε από τα ψάρια και τα θαλασσινά και πρέπει να τονιστεί αυτό, γιατί υπάρχουν αξιόπιστα επιστημονικά δεδομένα, που διευκρινίζουν ότι είναι σημαντικότερη η αρωγή των EPA και DHA των ιχθυελαίων, από την αντίστοιχη του α-λινολενικού ως πηγή ω-3 λιπαρών. Βέβαια θα μπορούσε κάποιος να εικάσει πως από τη στιγμή που ο οργανισμός μας μετατρέπει το α-λινολενικό σε EPA και DHA οδηγούμαστε στο ίδιο αποτέλεσμα, όμως μελέτες δείχνουν πως η εν λόγω μετατροπή δεν λαμβάνει χώρα άρτια σε όλους τους οργανισμούς, σε όλες τις ηλικιακές φάσεις κτλ.

Η αναλογία ω6/ω3 είναι ένα ακόμα θέμα που χρήζει αναφοράς, μια και πολλοί ερευνητές επισημαίνουν την αναγκαιότητα για αλλαγή της υπάρχουσας αναλογίας, που στις Δυτικές χώρες φθάνει 16/1 και τονίζουν πως η χαμηλότερη αναλογία ω6/ω3 αντιστοιχεί σε μείωση του ενδεχομένου εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Pritchard, 2002).

Black cohosh

Το φυτό αυτό προέρχεται από την νοτιοανατολική Αμερική. Οι ιθαγενείς της Αμερικής χρησιμοποιούσαν το ρίζωμα και τις ρίζες του για κάποιες παθήσεις του γυναικείου πληθυσμού. Τον 19^ο αιώνα Αμερικανοί γιατροί το αναγνώρισαν επίσημα και η φήμη του πέρασε γρήγορα τον Ατλαντικό.

Η δράση του φυτού στον καρκίνο του μαστού, σε *in-vitro* πειράματα, φαίνεται πως δεν είναι καθαρά οιστρογονική αλλά δρα περισσότερο επιλεκτικά ως **SERM**. Εκχυλίσματα του φυτού μελετήθηκαν για την οιστρογονική ή αντιοιστρογονική δράση τους σε κύτταρα **MCF-7** και διαπιστώθηκε ότι έχουν αντιοιστρογόνο δράση και είναι ικανά να ανταγωνίζονται την οιστραδιόλη.

Χορήγηση του φυτού ταυτόχρονα με ταμοξιφένη , μείωσε σημαντικά τις εξάψεις μετεγχειρητικά σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

Μπαχαρικό κατά της εξάπλωσης του καρκίνου του μαστού

Η χρυσόρριζα ή κουρκούμη, είναι πολύ γνωστό μπαχαρικό στην ινδική κουζίνα που ίσως συμβάλλει στην πρόληψη της εξάπλωσης του καρκίνου, σύμφωνα με αμερικανική μελέτη που παρουσιάστηκε κατά τη διάρκεια επιστημονικού συνεδρίου για τον καρκίνο του μαστού στην Φιλαδέλφεια.

Πειράματα που έγιναν σε ποντίκια έδειξαν ότι η κουρκουμίνη, ένα ενεργό συστατικό της χρυσόρριζας, βοηθά επειδή αναστέλλει την εξάπλωση των καρκινικών κυττάρων του μαστού στους πνεύμονες.

Έχουν ήδη αρχίσει κλινικές δοκιμές και σε ανθρώπους.

Έγιναν ενέσεις στα ποντίκια με ανθρώπινα καρκινικά κύτταρα του μαστού και οι όγκοι που προέκυψαν αφέθηκαν να αναπτυχθούν και στην συνέχεια αφαιρέθηκαν ώστε να εξομοιωθεί η μαστεκτομή. Στη συνέχεια

τα πειραματόζωα είτε δεν έλαβαν καθόλου επιπρόσθετη θεραπεία ή μόνο κουρκούμη, ή τη δραστική ουσία πακλιταξέλη, ή συνδυασμό πακλιταξέλης και κουρκούμης.

Τα μισά ποντίκια της ομάδα της μονοθεραπείας με κουρκούμη και το 22% εκείνων της ομάδας της συνδυαστικής θεραπείας είχαν αποδείξει ότι ο καρκίνος του μαστού είχε εξαπλωθεί στους πνεύμονες.

Αλλά το 75% των ζώων που πήραν μόνο πακλιταξέλη και το 95% εκείνων που δεν ακολούθησαν καμιά θεραπευτική αγωγή εκδήλωσαν πνευμονικούς όγκους.

Παλαιότερες μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα των οποίων η διατροφή είναι πλούσια σε χρυσόρριζα έχουν μειωμένη συχνότητα καρκίνου του μαστού, του προστάτη, των πνευμόνων και του ορθού.

Επόμενος στόχος είναι να ελεγχθεί η δράση της κουρκουμίνης κατά του καρκίνου του παγκρέατος και του πολλαπλού μυελώματος, ενώ θα μπορούσε να χορηγηθεί κουρκουμίνη σε γυναίκες που έχει διαπιστωθεί ότι έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνου του μαστού, όπως αυτές με οικογενειακό ιστορικό (Messina, 1999).

Οι στατίνες μειώνουν τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού

Οι γυναίκες που παίρνουν στατίνες έχουν μειωμένη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού, σύμφωνα με μια αμερικανική μελέτη.

Έρευνα που έγινε στο Πολιτειακό Πανεπιστήμιο της Λουϊζιάνα συνέκρινε τη χρήση στατινών μεταξύ 548 γυναικών με ιστορικό καρκίνου του μαστού και σχεδόν 40.000 γυναικών χωρίς καρκίνο του μαστού. Ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών ήταν τα 58 χρόνια και συνολικά 4,771 (περίπου το 12%) ήταν χρήστριες στατινών.

Η ανάλυση στοιχείων όπως η ηλικία, το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ και ο διαβήτης έδειξε ότι οι στατίνες σχετίζονταν με 51% μειωμένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού.

«η μελέτη είναι μια επιπλέον απόδειξη ότι οι στατίνες έχουν χημειοπροφυλακτική πιθανότητα».

«Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να χορηγούνται στατίνες σε όλους; Η απάντηση είναι όχι. Δεν είμαστε έτοιμοι για κάτι τέτοιο».

Ορμόνη της κύησης κατά του καρκίνου του μαστού

Η ορμόνη που «αγγέλλει» την εγκυμοσύνη μπορεί να προσφέρει έναν νέο τρόπο στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού, σύμφωνα με μια αμερικανική μελέτη .

Έρευνα που έγινε στο Αντικαρκινικό Κέντρο Fox Chase της Φιλαδέλφεια υποστηρίζει ότι ο προστατευτικός ρόλος που έχει η κύηση έναντι του καρκίνου του μαστού οφείλεται στην ορμόνη hCG, η οποία παράγεται από τον πλακούντα κατά τη διάρκεια της κύησης.

Τα πειράματα που έγιναν σε αρουραίους δείχνουν πως η hCG αλλάζει το DNA των κυττάρων του μαστού, κάνοντάς τα περισσότερο ανθεκτικά στις καρκινικές αλλαγές.

Συγκεκριμένα, έγινε σύγκριση ανάμεσα σε παρθένους αρουραίους που είχαν λάβει ενέσεις αυτής της hCG ορμόνης με παρθένους αρουραίους που είχαν υποβληθεί σε θεραπεία με οιστρογόνα και προγεστερόνη με παρθένους αρουραίους χωρίς θεραπεία και εγκύους αρουραίους.

Μόνο οι έγκυοι αρουραίοι και οι παρθένοι αρουραίοι που είχαν λάβει ενέσιμη hCG είχαν τις μόνιμες γενετικές αλλαγές που παρέχουν προστασία κατά του καρκίνου του μαστού.

Είναι ήδη γνωστό ότι η απόκτηση ενός παιδιού σε μικρή ηλικία, περίπου στα 20 μειώνει στο μισό τον κίνδυνο που αντιμετωπίζει μια γυναίκα να εκδηλώσει καρκίνο του μαστού. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα κύτταρα του μαστού δεν ωριμάζουν πλήρως έως ότου η γυναίκα κυοφορήσει και γεννήσει.

Αυτή η πειραματική μελέτη απλά επιβεβαιώνει ότι ο προστατευτικός ρόλος της κύησης οφείλεται αποκλειστικά στην hCG και όχι σε άλλες γυναικείες ορμόνες.

Μελλοντικά ίσως είναι δυνατό να προσφέρεται στις γυναίκες που δεν θέλουν ή δεν μπορούν να αποκτήσουν παιδί η προστασία της ορμόνης με φαρμακευτική μορφή.

Διερευνήθηκε το κατά πόσο η χορήγηση ενέσιμης hCG σε γυναίκες μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού.

Αυτό ήταν εφικτό, λόγω της τάσης που επικρατούσε τα μέσα της δεκαετίας του '90 στις ΗΠΑ, οι γυναίκες να παίρνουν hCG σε ενέσιμη μορφή στα πλαίσια ενός προγράμματος για να χάσουν βάρος.

Εξετάστηκαν 744 γυναίκες με καρκίνο του μαστού και 744 υγιείς ίδιας ηλικίας, φυλής και ιστορικού κυήσεως (κυμαινόμενο από καμιά έως πολλές προηγούμενες κυήσεις).

«Διαπιστώθηκε μια σημαντική μείωση του κινδύνου στο να εκδηλωθεί καρκίνος του μαστού γενικά με τις ενέσεις hCG, αλλά στις γυναίκες που δεν είχαν ποτέ τελειόμηνη κύηση, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του κινδύνου. Ωστόσο αν η γυναίκα είναι παχύσαρκη, η προστασία δεν υπάρχει» (Lamartiniere, 2000).

Η ασπιρίνη προστατεύει από τον καρκίνο του μαστού

Η ασπιρίνη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φαίνεται ότι έχουν προστατευτική δράση απέναντι στον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες που τα παίρνουν τακτικά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα κλινικής μελέτης.

Μελετήθηκαν 1.442 γυναίκες που είχαν καρκίνο του μαστού κατά το χρονικό διάστημα 1996-1997 καθώς και 1.420 υγιείς γυναίκες προκειμένου να γίνει σύγκριση.

Εκείνες που έπαιρναν το φάρμακο τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα για διάστημα έξι μηνών τουλάχιστον είχαν μικρότερη πιθανότητα να

αναπτύξουν καρκίνο του μαστού κατά 20% από τις γυναίκες που δεν έπαιρναν καθόλου ασπιρίνη.

Οι γυναίκες που έπαιρναν επτά ή περισσότερα δισκία ασπιρίνης την εβδομάδα παρουσίαζαν ακόμη μικρότερο κίνδυνο, κατά 20%. Προστατευτική ήταν και η δράση της ιβουπροφένης σε τακτική βάση, αλλά το όφελος ήταν γενικά λιγότερο. Τα στοιχεία που έχουν σχέση με τη λήψη ασπιρίνης και άλλων ΜΣΑΦ προέρχονται από διάφορα ερωτηματολόγια (Van-Dongen 2000).

Όταν αναλύθηκαν τα στοιχεία διαπιστώθηκε ότι η ασπιρίνη είχε θετική επίδραση μόνο στους ορμονοεξαρτώμενους όγκους του μαστού (μείωση κατά 26%).

Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι η ασπιρίνη και τα υπόλοιπα ΜΣΑΦ αναστέλλουν την κυκλοοξυγενάση και τη σύνθεση προσταγλανδινών, οι οποίες ενεργοποιούν τη βιοσύνθεση των οιστρογόνων.

Επίσης ενισχύεται και από το γεγονός ότι οι γυναίκες που έπαιρναν παρακεταμόλη, που είναι γνωστό ότι δεν αναστέλλει την κυκλοοξυγενάση, δεν παρουσίαζαν ανάλογη προστασία.

Η σωματική άσκηση αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης στον καρκίνο του μαστού

Η σωματική δραστηριότητα αυξάνει τις πιθανότητες επιβίωσης των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού, ανεξάρτητα από το επίπεδο της σωματικής δραστηριοποίησης τους πριν τη διάγνωση, σύμφωνα με αμερικανική μελέτη .

Μελετήθηκαν 2.987 γυναίκες που είχαν εγγραφεί στην μελέτη Nurses' Health Study και είχαν καρκίνο του μαστού την περίοδο 1984-1998. Αυτές που συμμετείχαν παρακολουθούνταν ιατρικά μέχρι τον Ιούνιο του 2002 ή μέχρι τον θάνατό τους.

Ο κίνδυνος θανάτου εξαιτίας του καρκίνου του μαστού μειωνόταν όσο αυξανόταν η σωματική δραστηριότητα.

Για παράδειγμα, οι γυναίκες που περπατούσαν τρεις έως πέντε ώρες την εβδομάδα μείωναν από 20% έως 50% τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με τις γυναίκες που γυμνάζονταν λιγότερο από μια ώρα την εβδομάδα (Hunter, 1993).

Ακόμα και το περπάτημα για μια ώρα την εβδομάδα αυξάνει την επιβίωση, αλλά η σωματική άσκηση περισσότερες από πέντε ώρες την εβδομάδα δεν φάνηκε να προσφέρει κανένα επιπλέον όφελος.

Η τακτική σωματική άσκηση πιστεύεται ότι αυξάνει την επιβίωση μειώνοντας την παραγωγή των οιστρογόνων, τα οποία προάγουν την ανάπτυξη των όγκων στον πιο κοινό τύπο καρκίνου του μαστού.

Τα περιττά κιλά επιδεινώνουν την επιβίωση στον καρκίνο του μαστού

Οι γυναίκες που παίρνουν κιλά μετά τη διάγνωση καρκίνου του μαστού έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να πεθάνουν από τη νόσο, σύμφωνα με αμερικανική μελέτη.

Μελετήθηκε η επίδραση της αύξησης του σωματικού βάρους στην επιβίωση του καρκίνου του μαστού σε 5.204 γυναίκες που εκδήλωσαν την συγκεκριμένη μορφή καρκίνου ενώ συμμετείχαν στη μελέτη Nurses' Health Study.

Διαπιστώθηκε ότι η αύξηση του σωματικού βάρους μετά τη διάγνωση είχε σχέση με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής της νόσου και θανάτου εξαιτίας αυτής, αλλά μόνο μεταξύ των γυναικών που δεν ήταν καπνίστριες.

Η σχέση των περιττών κιλών με τη θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού ήταν φανερή μόνο μεταξύ των γυναικών που το βάρος τους ήταν φυσιολογικό και όχι μεταξύ αυτών που ήταν υπέρβαρες ήδη στη στιγμή της διάγνωσης.

«Το γεγονός ότι τόσες πολλές γυναίκες πήραν επιπλέον κιλά μετά τη διάγνωση (το 60% ή και περισσότερο) δείχνει ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία αντιμετωπίζουν συγκεκριμένες δυσκολίες και εμπόδια στην προσπάθεια διατηρήσουν ένα υγιές σωματικό βάρος».

Για παράδειγμα η θεραπεία με χημειοθεραπεία έχει συνδεθεί με επιπλέον κιλά, αλλά οι νέες θεραπείες που βρίσκονται σε εξέλιξη θα έχουν λιγότερες παρενέργειες.

Επόμενος στόχος είναι να διερευνηθεί η επίδραση που έχει η απώλεια βάρους στην επιβίωση του καρκίνου του μαστού (Winer, 2002).

Το τσιγάρο αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού στις γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση

Τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού στις γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση όχι όμως και στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, σύμφωνα με μια ιαπωνική μελέτη.

Μελετήθηκε η επίδραση του καπνίσματος στον καρκίνο του μαστού σε δείγμα 22.000 γυναικών ηλικίας από 40 έως 59 ετών το 1990.

Συνολικά οι 180 γυναίκες εκδήλωσαν καρκίνο του μαστού μέχρι τα τέλη του 1999. Μεταξύ όλων των γυναικών, το 5,7% ήταν καπνίστριες, το 1,7% πρώην καπνίστριες και το 92,6% δεν είχαν υπάρξει ποτέ ενεργητικές καπνίστριες. Εξήντα εννέα τοις εκατό αυτών που δεν κάπνιζαν ανέφερε ότι είχαν εκτεθεί στον καπνό του τσιγάρου.

Σε σύγκριση με τις μη ενεργητικές καπνίστριες που ποτέ δεν είχαν εκτεθεί στον καπνό του τσιγάρου, οι καπνίστριες που είχαν μπει στη φάση της εμμηνόπαυσης είχαν μεγαλύτερο από τριπλάσιο κίνδυνο να εκδηλώσουν καρκίνο του μαστού. Ο αυξημένος κίνδυνος νόσησης δεν παρατηρήθηκε στις καπνίστριες που βρίσκονται μετά την εμμηνόπαυση.

Οι γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση που δεν ήταν καπνίστριες αλλά είχαν εκτεθεί στον καπνό του τσιγάρου είχαν σχεδόν τριπλάσιο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου στο μαστό (Manson, 2002).

Από τα συμπεράσματα της μελέτης προκύπτει ότι τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού στις γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση. Τα αυξημένα επίπεδα των οιστρογόνων στο σώμα των συγκεκριμένων γυναικών ίσως συνεργούν με τους εξωτερικούς καρκινογόνους παράγοντες, όπως ο καπνός, στην εκδήλωση της νόσου.

Νέα εξέταση εντοπίζει τον καρκίνο του μαστού χρόνια νωρίτερα

Μια νέα εξέταση που εφαρμόζεται πιλοτικά στο νοσοκομείο «Αττικόν» ανιχνεύει κύτταρα που μπορούν να εξελιχθούν σε καρκίνο του μαστού πολλά χρόνια πριν εμφανιστεί ο όγκος. Η μέθοδος παρουσιάστηκε στο 2ο Διαιτητικό Αντικαρκινικό Συνέδριο που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα.

Παρατηρήθηκε ότι το 95% των καρκίνων του μαστού ξεκινούν από κύτταρα που βρίσκονται στους γαλακτοφόρους πόρους. Για να εντοπιστούν από την μαστογραφία τα κύτταρα αυτά θα χρειαστεί ίσως να περάσουν οκτώ με δέκα χρόνια, καθώς μέσα στο διάστημα αυτό θα έχουν εξελιχθεί σε ορατό όγκο.

Τώρα, η «τεχνική έκπλυσης των γαλακτοφόρων πόρων» προσφέρεται ως η πλέον πιο έγκαιρη και αποτελεσματική μέθοδος για τον εντοπισμό των γυναικών με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού.

Πρόκειται για μια απλή και σύντομη διαδικασία, ελάχιστα επεμβατική, η οποία μπορεί να γίνει σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου. Αρχικά εφαρμόζεται στην θηλή μικρή ποσότητα αναισθητικής αλοιφής για να αποφευχθεί και ο ελάχιστος πόνος που μπορεί να προκληθεί.

Με την βοήθεια ενός θήλαστρου εντοπίζονται οι γαλακτοφόροι πόροι και μέσω ενός μικροκαθετήρα διοχετεύεται φυσιολογικός ορός, με τον οποίο γίνεται έκπλυση των κυττάρων. Στην συνέχεια τα κύτταρα συλλέγονται σε ειδικό φιαλίδιο και στέλνονται για κυτταρολογική εξέταση.

Με την εξέταση αναγνωρίζονται τα κύτταρα που παρουσιάζουν ατυπία (μη φυσιολογικά χαρακτηριστικά) και τα οποία μπορούν να εξελιχτούν σε

καρκίνο. Στην περίπτωση που έχουμε κυτταρική ατυπία παίρνονται μέτρα πρόληψης, όπως τακτικός έλεγχος, προληπτική θεραπεία, ή και προφυλακτική μαστεκτομή, εάν η γυναίκα ανήκει σε ομάδα πολύ υψηλού κινδύνου.

Η μέθοδος έχει εγκριθεί ήδη από την Αμερικανικό Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) για εφαρμογή στις γυναίκες υψηλού κινδύνου.

Το Νοσοκομείο «Αττικών» στη χώρα μας έχει επιλεγεί ως κέντρο αναφοράς και εκπαίδευσης της μεθόδου για τις χώρες της Ε.Ε.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν, ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει 1.200.000 γυναίκες κάθε χρόνο σε όλο τον κόσμο. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση η νόσος το 2004 έπληξε 370.000 γυναίκες, αριθμός που αντιστοιχεί στο 27% των καρκίνων του γυναικείου πληθυσμού. Ταυτόχρονα αποτελεί αιτία θανάτου για το 17,4% των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο.

Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού είναι κατά 60% μεγαλύτερος στην Δυτική Ευρώπη απ ότι στην Ανατολική. Στη χώρα μας κάθε χρόνο καταγράφονται 4000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, ενώ 1.500 γυναίκες χάνουν την ζωή τους από την νόσο (Winer, 2002).

Τα νέα όμως είναι ενθαρρυντικά, καθώς ο μεγαλύτερος αριθμός γυναικών με καρκίνο του μαστού δεν θα πεθάνει από την νόσο, καθώς οι μέθοδοι διάγνωσης και θεραπείας έχουν εξελιχθεί αρκετά.

Απλούστερη η θεραπεία του καρκίνου του μαστού που έχει εντοπιστεί με μαστογραφία

Ο καρκίνος του μαστού που έχει διαγνωστεί με μαστογραφία έχει περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπιστεί με διατήρηση του μαστού και χωρίς χημειοθεραπεία σε σύγκριση με τον καρκίνο που έχει διαγνωστεί κατά τη διάρκεια φυσικής εξέτασης, σύμφωνα με μια αμερικανική μελέτη (Tabar, 2003).

Διαπιστώθηκε ότι μεταξύ 992 γυναικών με διηθητικό καρκίνο του μαστού, 532 είχαν διαγνωστεί με φυσική εξέταση και 460 με μαστογραφία.

Οι όγκοι που είχαν εντοπιστεί με μαστογραφία ήταν του μισού μεγέθους και είχαν λιγότερες από τις μισές πιθανότητες να είναι με θετικούς λεμφαδένες, σε σύγκριση με τους όγκους που είχαν διαγνωστεί με φυσική εξέταση.

Μόνο το 7% των όγκων που είχαν εντοπιστεί με ψηλάφηση ήταν μικρότεροι από εκείνους, για τους οποίους είχε συστηθεί χημειοθεραπεία, σε σύγκριση με το ένα τρίτο εκείνων που είχαν βρεθεί με μαστογραφία.

Μόνο το 28% των γυναικών των οποίων ο καρκίνος του μαστού είχε εντοπιστεί με μαστογραφία έκαναν χημειοθεραπεία, σε σύγκριση με το 56% των γυναικών που ο καρκίνος τους είχε διαγνωστεί με φυσική εξέταση.

Οι γυναίκες, στις οποίες ο καρκίνος του μαστού είχε εντοπιστεί με μαστογραφία είχαν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες να αντιμετωπιστούν με θεραπεία διατήρησης του μαστού, αντί μαστεκτομής που έκαναν οι γυναίκες που ο καρκίνος τους εντοπίστηκε με ψηλάφηση.

Από τη μελέτη διαπιστώνεται επίσης ότι οι γυναίκες των οποίων οι όγκοι είχαν εντοπιστεί δια φυσικής εξέτασης είχαν σχεδόν τριπλάσιες πιθανότητες να υποβληθούν σε χημειοθεραπεία και μαστεκτομή παρά με διατήρηση μαστού συγκριτικά με εκείνες των οποίων οι όγκοι είχαν διαγνωστεί με μαστογραφία.

«Η μαστογραφία για την διάγνωση του διηθητικού καρκίνου του μαστού επιτρέπει να εντοπιστούν οι όγκοι σε πρώιμο στάδιο, άρα επιτρέπει στις ασθενείς να αντιμετωπιστούν με λιγότερο τοξικές θεραπείες» (Tabar, 2001)

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

1. Να μην καπνίζετε
2. Να μην κάνετε κατάχρηση αλκοολούχων ποτών
3. Να αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο
4. Να ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας
5. Να τρώτε συχνότερα φρούτα, λαχανικά και τροφές πλούσια σε ίνες
6. Να περιορίσετε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά ώστε να αποφύγετε την παχυσαρκία
7. Να επισκεφθείτε το γιατρό σας αν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος και το χρώμα σε κάποια ελιά του δέρματος
8. Να επισκεφθείτε το γιατρό σας αν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα
9. Να κάνετε τεστ Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας
10. Να εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και αν είναι δυνατόν- κάνετε περιοδικά μαστογραφία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα ακόμα και σήμερα, η ακτινοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία δεν αποτελούν ριζική θεραπεία του προβλήματος, αντίθετα από την πρώιμη διάγνωση και την έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Παρά τις επίμονες και χρονοβόρες μελέτες μέχρι σήμερα δεν έγινε εφικτή η προσέγγιση του καρκίνου του μαστού. Επιβάλλεται όμως η σωστή αξιολόγηση και χρησιμοποίηση των δεδομένων για την τακτοποίηση των ατόμων που ανήκουν στην κατηγορία υψηλού κινδύνου και την περίθαλψη της νόσου.

Εμείς βέβαια σαν νοσηλευτικό προσωπικό, μαζί με τα άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας πρέπει να συμβάλλουμε στο σημαντικά πολύπλοκο πρόβλημα της υγείας της ασθενούς.

Πρέπει να έχουμε ειδικές ευθύνες και καθήκοντα, να προσφέρουμε τις υπηρεσίες μας, οι οποίες αφορούν την πρόληψη, την προαγωγή και την διατήρηση της υγείας.

Γι' αυτό χρειάζεται να διαθέσουμε τις γνώσεις μας και τις δυνάμεις μας στην προσπάθεια για τον αγώνα ενάντια στον καρκίνο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Beral V. Bull D. et al 2004 «Breast cancer and abortion» Elsevier Science No 27(9414): 1007-16
2. Bhuijan L. and Sarkar F. 1999 «Breast Cancer» International Journal Of Oncology No(15): 525-533
3. Brown P. 1997 «Effectiveness of adjuvant chemotherapy in combination with tamoxifen for node-positive postmenopausal breast cancer patients». Journal Of Clinical Oncology No(4): 1385-94
4. Δημητρίου Εκ. 1993 «Ποιότητα ζωής καρκινοπαθή» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής NO 10 :204-207
5. Chank C. et al 2001 «Extent of excision margin with required in breast conserving surgery for ductal carcinoma in situ cancer» Journal Of National Cancer Institute No(1): 9-16
6. Clough K. et al 2002. «Phytoestrogens after breast cancer» Oncology No(3) :364-373
7. Coombes RC. et al 2004 «A randomized trial of exemestane after two to three years tamoxifen therapy in postmenopausal women with primary breast cancer» National English Journal Medline No(11): 1081-92.
8. Coxam V. 2003 «Prevention of osteopathia by phytoestrogens» British Journal Of Nutrition No(89): 575-585
9. Cunningham BL. 1986 «Breast reconstruction Following mastectomy» in: Najarian JS, Delaney JP eds: Advances in Breast and Endocrine surgery Chicago III Year Book Medical Publishers p.p. 213-226.

10. Fisher B. et al 2001 «Tamoxifen and chemotherapy for axillary node-negative, estrogen receptor-negative breast cancer'» Journal Of Clinical Oncology No(4): 931-49
11. Gago-Dominguez M. et al 2003 «Opposing effects of dietary fatty acids on mammary carcinogenesis» British Journal Of Cancer No(2) :89.
12. Garry O. 2002 «Phytoestrogen and breast cancer prevention» European Journal Of Cancer No(6): 519-22.
13. Hanausek M. et al 2003 «Detoxifying cancer causing agents to prevent cancer» Journal Of Cancer No (2): 139-44.
14. Harrey JM. et al 1999 «estrogen receptor status by immunohistochemistry is superior to the ligand-binding assay for predicting response to adjuvant endocrine therapy in breast cancer» Journal Of Clinical Oncology No(5): 1474-81
15. Hunter P. et al 1993 «Breast Cancer factors, associated with stage at diagnosis in black and white women» Journal Of National Cancer Institute No (14) :1129-1130
16. Ιπποκράτης 2001 Περί γυναικείων 1^η Έκδοση Θεσσαλονίκη Εκδόσεις Ζήτρος
17. Jackson SJ. Et al 2004 «Sulfaraphane: a naturally occurring mammary carcinoma mitotic inhibitor which disrupts tubulin polymerization and carcinogenesis» Journal Of National Cancer Institute No (2): 219-27
18. Jacobson JA. et al 1995 «Ten year results of a comparison of a conservation with mastectomy in the treatment of stage I and II breast cancer» National English Of Journal Medline No(14): 907-11

19. Καρβέλου Φ. 1999 «Ιατρική» Ιατρική Νο (57) 25-30.
20. Keck AS. Et al 2004 «Cruciferous vegetables: protective mechanisms of glucosinolate hydrolysis products and selenium» Journal Of Cancer No (1):5-12.
21. Krag D. et al 1998 «The sentinel node in breast cancer –a multicenter validation study» National English Of Journal Medline No(14): 941-6
22. Κρεατζά Κ. 1988 Εφηβική Γυναικολογία 2^η Έκδοση Αθήνα
23. Κωνσταντακάτου Ε. 1987 «Χημειοθεραπεία» Νοσηλευτική Νο(121):166-168
24. Lamartiniere CA. 2000 «Protection against breast cancer with genistein» American Journal Of Clinical Nutrition No(6) :17055-75.
25. Lee IJ. Et al 2004 «Inhibition of MUC1 expresion by indole –3-carbinol» International Journal Of Cancer No (109): 810-6
26. Λώλης Δ. 1995 «Γυναικολογία και Μαιευτική» 1^η Έκδοση Αθήνα Εκδόσεις Παρισιάνου
27. Μαγλαρινού Μ. και Κωνσταντινίδου Σ. 1987 «Βασικές αρχές παθολογική χειρουργική» 2^η Έκδοση Αθήνα Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ
28. Manson J. et al 2002 «Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women» Journal Of The American Association No (288): 321-333
29. Messina M. et al 1999 «Over new of the nutritional profiles and health effects» American Journal Of Clinical Nutrition No(70): 4395-4505

30. Μπάλας Π. 1990 Χειρουργική 1^η Έκδοση Αθήνα Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας
31. Νομικός Ι. 1990 «Φυσική εξέλιξη του καρκίνου του μαστού» Ιατρική Νο(57): 12-17
32. Olsen O 2001 «Screening for breast cancer with mammography» International Journal Of Cancer No (9): 497-503
33. Παπανικολάου Ν. 1994 «Γυναικολογία» 3^η Έκδοση Αθήνα Εκδόσεις Παρισιάνου
34. Πατηράκη Ε. 1985 «Υπεύθυνη Νοσηλευτική ανταπόκριση στο κάλεσμα του ανθρώπου με καρκίνο που πονά» ΙΒ Πανελλήνιο Συνέδριο Αθήνα 213-218.
35. Pritchard KI. 2002 «Adjuvant therapy for premenopausal women with breast cancer» Journal Of Clinical Oncology No(24): 4611-4
36. Renton SC. et al 1996 «The importance of the resection margin in conservative surgery for breast cancer» European Journal Of Surgical Oncology No(1) :17-22
37. Σαββοπούλου Γ. 1986 «Νοσηλευτική Φροντίδα Καρκινοπαθούς στα τελικά στάδια της ζωής του» 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας Αθήνα 101-106.
38. Σαχίνη-Καρδάση Α. και Πάνου Μ. 1985 «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική» 2^η Έκδοση Αθήνα Εκδόσεις ΒΗΤΑ
39. Σαχίνη-Καρδάση Α. και Πάνου Μ. 1985 «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική» 1^η Έκδοση Αθήνα Εκδόσεις ΒΗΤΑ

40. Sawyer KA Et al 2005 «Cancer facts and figures» G.A American Cancer Society Atlanta No (28): 150-178
41. Silverstein MJ. et al 1996 «A prognostic index for ductal carcinoma in situ of the breast cancer» No(11): 2267-74
42. Smith RA Et al 2003 «Breast cancer screening» Journal Of Cancer In Clinical Research No (53): 141-169
43. Σταθόπουλος Κ. 1994 «Γενικευόμενος καρκίνος μαστού» Εθνικό συμβούλιο Ογκολογίας Αθήνα 364-370
44. Swain SM 1996 «Tamoxifen: the Long and short of it» Journal Of National Cancer Institute No(21) :1510-2
45. Tabar L. et al 2003 «Mammography Service screening and mortality in breast cancer patients: 20 year follow-up before and after introduction of screening» Oncology No(361):1405-10
46. Tabar L. et al 2001 «mammographic screening substantially reduces breast carcinoma mortality» Cancer No(91):1824-31
47. Van Dongen JA. et al 2000 «A randomized trial comparing breast-conserving therapy with mastectomy» National Cancer Institute No(14):1143-50
48. Winer EP. et al 2002 «The use of aromatase inhibitors as adjuvant therapy for women with hormone receptor positive breast cancer» Journal Of Clinical Oncology No(15) :3317-27

49. Woodward WA. et al 2003 «American Joint Committee on Cancer staging for breast cancer dramatically affect stage-specific survival» Journal Of Clinical Oncology No(17): 3244-8

50. Wu AH. Et al 2002 «Adolescent and adult soy intake and risk of breast cancer in Asian-Americans Carcinogenesis» No(9): 1492-6.

