

**Α. Τ. Ε. Ι  
Σ. Ε. Υ. Π.  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: «ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ  
ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ GAIL»**



**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:  
ΤΣΑΛΑΜΑΝΔΡΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ  
ΤΣΙΦΤΕΛΗ ΓΕΩΡΓΙΑ  
ΦΡΑΓΚΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:  
DR. Κ. ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ**

Πάτρα 2006

**ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ  
ΜΑΣΤΟΥ  
ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ GAIL**



**ΠΑΤΡΑ 2006**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<b>Σελ.</b>
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b>	5
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	6
<b>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>	
<b>ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ</b>	
1.1 Ανατομία μαστών	7
1.2 Φυσιολογία μαστών	8
1.3 Ρόλος γυναικείου μαστού	9
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>	
<b>ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b>	
2.1 Ορισμός καρκίνου μαστού	10
2.2 Είδη νεοπλασμάτων μαστού	10
2.3 Κλινική σταδιοποίηση καρκίνου μαστού με το σύστημα TNM	12
2.4 Θέσεις όπου εντοπίζεται ο καρκίνος του μαστού	13
2.5 Επέκταση - Μεταστάσεις	14
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>	
<b>ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ</b>	
3.1 Συχνότητα - Στατιστικά στοιχεία	15
3.2 Σύγκριση στοιχείων από παρελθόν και παρόν	16
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b>	
<b>ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ</b>	
4.1 Ενοχοποιητικοί παράγοντες	17
4.2 Συμπτώματα - Ύποπτα σημεία	18
4.3 Διάγνωση	20

4.3.1 Αυτοεξέταση	20
4.3.2 Κλινική εξέταση	27
4.3.3 Εργαστηριακός έλεγχος	28

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ**

5.1 Συχνότητα	29
5.2 Διάγνωση	30
5.3 Αντιμετώπιση	31
5.4 Πρόγνωση	32

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ**

6.1 Χειρουργική θεραπεία	33
6.2 Χημειοθεραπεία	34
6.3 Ακτινοθεραπεία	35
6.4 Ορμονοθεραπεία	36
6.5 Πληροφορίες για το Tamoxifen	36

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

### **ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

7.1 Πρόληψη του καρκίνου του μαστού	37
7.1.1 Πρωτογενής πρόληψη και ο ρόλος του νοσηλευτή	37
7.1.2 Δευτερογενής πρόληψη και ο ρόλος του νοσηλευτή	39
7.2 Ενημέρωση και προετοιμασία για την αρρώστια και την θεραπεία	39

7.3 Παράγοντες που συμβάλλουν στην καθυστερημένη προσέλευση των γυναικών για εξέταση	43
7.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την θεραπεία	45
7.5 Αποκατάσταση μαστού μετά από μαστεκτομή	52

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

### **ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ**

8.1 Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας	58
8.2 Ολιστική θεώρηση	58
8.3 Ψυχολογική στήριξη ασθενών και αλλαγή εικόνας σώματος	59

## **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9**

### **ΠΡΟΛΗΨΗ-ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ-GAIL MODEL**

9.1 Το μοντέλο Gail για την πρόληψη Ca μαστού	66
9.2 Τι είναι το μοντέλο Gail	67
9.3 Καθορισμός υψηλού κινδύνου	68
9.4 Λεπτομερής υπολογισμός του κινδύνου	69

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10**

### **GAIL MODEL ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑ**

10.1 Ανατομία του μοντέλου Gail	72
10.2 Ανάλυση των παραγόντων	74
10.3 Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου	76
10.4 Υλικό - Μέθοδος	77

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** 79

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** 87

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ** 89

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

“ Καρκίνος “. Μια λέξη που τρομάζει ακόμα και σήμερα πάρα πολλούς ανθρώπους. Ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνή μορφή καρκίνου των γυναικών. Χιλιάδες γυναίκες κάθε χρόνο προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού. Βέβαια προσβάλλει και τους άνδρες, άλλα σε πολύ μικρά ποσοστά. Σήμερα θεωρείτε μια από τις λίγες μορφές καρκίνου που με την έγκαιρη διάγνωση μπορεί να θεραπευτεί ικανοποιητικά.

Η εισβολή των νέων τεχνολογιών της πληροφορικής και της ψηφιακής τεχνολογίας στη ζωή των ανθρώπων έχει επιδράσει θετικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, στον τομέα της υγείας καθώς η χρήση τους θεωρείται σημαντική στη διάγνωση, στην υποστήριξη και στη θεραπεία των ασθενών. Επομένως καθίσταται αναγκαίο ο υποψήφιος Νοσηλευτής να γνωρίζει πώς να χρησιμοποιεί όλα αυτά τα τεχνολογικά μέσα, αφού στο μέλλον θα είναι απαραίτητα για τη διεκπεραίωση της εργασίας του. Τα σύγχρονα εκπαιδευτικά προγράμματα σπουδών στη Νοσηλευτική παγκοσμίως περιλαμβάνουν μαθήματα ειδικά για τις εφαρμογές της πληροφορικής και της τεχνολογίας, γενικότερα, στην υγεία.

Στα πλαίσια της παραπάνω προσπάθειας αναλάβαμε να διερευνήσουμε τον τομέα των εφαρμογών της πληροφορικής στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού και πιο ειδικά στο ιδιαίτερα σημαντικό πεδίο της πρόληψης. Μέσα από την προσπάθεια αυτή μπορούν να αναδειχθούν οι τομείς εφαρμογών των νέων τεχνολογιών στους οποίους μπορούν να δραστηριοποιηθούν οι επαγγελματίες υγείας.

Στόχος της νοσηλευτικής είναι, να κατανοήσουν οι γυναίκες ότι με την αυτοεξέταση μπορεί να οδηγηθούν σε μια έγκαιρη διάγνωση, η οποία θα τους σώσει την ζωή και θα τις προστατέψει από πιθανή μετάσταση, χημειοθεραπεία, ακτινοβολία και μαστεκτομή.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Ογκολογία αποτελεί ένα γρίφο για όσους ασχολούνται με αυτή. Μπορεί να παρομοιαστεί μόνο με λαβύρινθο, εξαιρετικά πολύπλοκη και ενδιαφέρουσα. Για τους Νοσηλευτές και τους άλλους επιστήμονες υγείας ο τομέας αυτός χαρακτηρίζεται ως πρόκληση και διαρκής αγώνας με στόχο τη νίκη κατά του καρκίνου.

Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που πάσχει από καρκίνο είναι το πρώτο μέλημα της Νοσηλευτικής Ογκολογίας, ενώ καθήκον κάθε Ογκολόγου Νοσηλευτή αποτελεί η πρόληψη, η διάγνωση, η θεραπεία και η κατάλληλη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα του καρκινοπαθούς.

Παρά τη σοβαρότητα του νοσήματος, η εκτεταμένη έρευνα των τελευταίων δεκαετιών όσον αφορά την επιδημιολογία, την αιτιολογία, τη θεραπεία και την πρόληψη, είχε ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της επιβίωσης των γυναικών που έχουν την ατυχία να προσβληθούν από τον καρκίνο.

Αν διαγνωστεί νωρίς, το 90% των ασθενών επιβιώνει. Μάθε περισσότερα για να ανησυχείς λιγότερο.

Στις μέρες μας οι γυναίκες οφείλουν να εξετάζουν μόνες τους τους μαστούς τους και να μην διστάζουν να επισκεφτούν τον γιατρό τους και στην παραμικρή υποψία ανεύρεσης ενός ογκιδίου.

Η νοσηλευτική είναι επιστήμη που έχει ως χρέος της να επισημάνει την αξία της ενημέρωσης και διαφώτισης του κοινού για την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου και να στηρίζει ψυχολογικά την γυναίκα σε κάθε στάδιο του προληπτικού διαγνωστικού ελέγχου και του θεραπευτικού προγράμματος.

Το Μοντέλο Gail χρησιμοποιήθηκε ερευνητικά, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, το προηγούμενο έτος. Έτσι, σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η συνέχιση και η συλλογή περισσότερων στοιχείων για την ενίσχυση της αρχικής προσπάθειας.

# ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

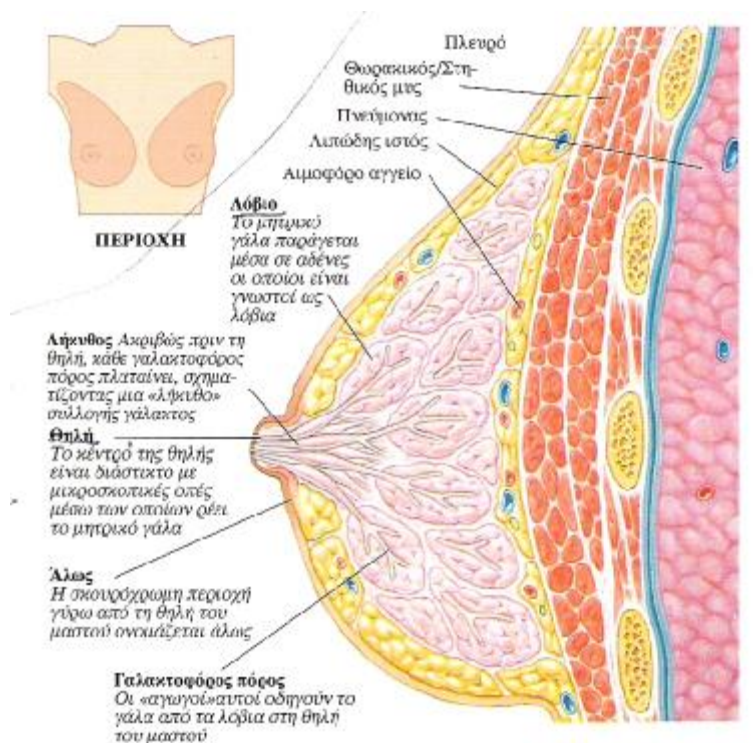
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

#### 1.1 Ανατομία μαστών

Ο μαστικός αδένας (μαστός) ανήκει στους αδένες του δέρματος. Ο ανθρώπινος μαστός αποτελείται από 14 με 15 ξεχωριστούς αδένες που εκβάλουν με ανεξάρτητους εκφορητικούς πόρους στην θηλή του μαστού. Η εξωτερική μορφή του μαστού καθορίζεται λιγότερο από τον αδενικό και περισσότερο από τον λιπώδη ιστό. Η βαρύτερη πάθηση του μαστού είναι ο καρκίνος. Δυστυχώς η μορφή αυτή καρκίνου εμφανίζεται και σε νέες γυναίκες (σε αντίθεση με τα περισσότερα άλλα είδη καρκίνου, που προτιμούν τις μεγάλες ηλικίες). Στον άνδρα ο μαστικός αδένας παραμένει φυσιολογικά στην παιδική μορφή. Ο καρκίνος του μαστού είναι εδώ σπάνιος.

Ο μαστός αποτελείται από:





*Ο μαστός της γυναίκας* ως όργανο του δέρματος δεν περιέχει χόνδρινο ή οστέινο σκελετό, κρέμεται σακκοειδώς προς τα κάτω ανάλογα με την πλήρωσή του και άρα το βάρος του. Στο νεανικό μαστό, ο συνδετικός ιστός κρατά κατά κάποιο τρόπο σταθερή τη μορφή του. Όσο αυξάνεται η ηλικία χαλαρώνει ο συνδετικός ιστός και ο μαστός κατεβαίνει χαμηλότερα.

*Οριζόντια διατομή του θωρακικού τοιχώματος γυναίκας στο ύψος της θηλής του μαστού.* Οι επιμέρους λοβοί του αδένου χωρίζονται από τους γειτονικούς με συνδετικό ιστό. Ο μαστικός αδένου χωρίζεται σαφώς από τη θωρακική περιτονία. Δεν έρχονται αιμοφόρα αγγεία ή νεύρα σημαντικού μεγέθους από το μείζονα θωρακικό μυ προς τον αδένου. Ο υγιής μαστός μετακινείται εύκολα σε σχέση με το υπόστρωμά του. Αν ο καρκίνος του μαστού επεκταθεί από τον αδένου στην υποκείμενη περιτονία ή τον μείζονα θωρακικό μυ, η κινητικότητα αίρεται, πράγμα που είναι σημαντικό σημείο και δείχνει ότι πρόκειται για προχωρημένο στάδιο.

*Η θηλή του μαστού και η άλως της θηλής γυναίκας.* Τα μικρά οζίδια στην περιοχή της άλως δημιουργούνται από σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες, οι οποίοι υπεργείρουν το λεπτό δέρμα της άλως της θηλής. Αυτοί λιπαίνουν και υγραίνουν το δέρμα της άλως και έτσι βοηθούν στην καλύτερη επαφή με το δέρμα του νεογνού<sup>1</sup>.

## 1.2 Φυσιολογία μαστών

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

Ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργία του μαστού είναι ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι ωθήκες, ο θυρεοειδής αδένου, τα επινεφρίδια, ο πλακούντας και το νευρικό σύστημα.

*Ο υποθάλαμος.* Είναι γνωστό, πως ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση. Ένας αντανεκλαστικός παράγοντας του υποθαλάμου που έχει σχέση με την υπόφυση είναι και της προλακτίνης, ο PIF. Η προλακτίνη είναι ορμόνη της υπόφυσης, που έχει στενότερη σχέση με τον μαστό. Δύο άλλες ορμόνες που ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο και έχουν σχέση με τον μαστό είναι η αυξητική και η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη.

*Υπόφυση.* Η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Η έκκριση της ωθυλακιοτρόπου ορμόνης και της ωχρινοτρόπου διεγείρουν την ανάπτυξη και την έκκριση της ωθήκης και του ωχρού σωματίου. Οι ορμόνες της υπόφυσης που έχουν στενότερη σχέση με τον μαστό είναι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη.

*Ωοθήκες.* Το γεγονός πως οι ωοθηκικές ορμόνες επιδρούν στους μαστούς διαπιστώνεται από τις παρακάτω παρατηρήσεις :

1. Από τις αρχές του αιώνα αποδείχθηκε, πως, αν κόψουμε τις ωοθήκες σε άνηθα θηλυκά ζώα, η ανάπτυξη των μαστών εμποδίζεται.
2. Η ανάπτυξη των μαστών αρχίζει στην ήβη και πριν την εμφάνιση της εμμηνορρυσίας, ύστερα από δραστηριοποίηση των ωοθηκών ορμονών.
3. Στην ωοθηκική αγενεσία, οι μαστοί παραμένουν σε υποτυπώδη ανάπτυξη.
4. Σε περίπτωση καρκίνου του προστάτη όταν χρησιμοποιηθούν οιστρογόνες ορμόνες είναι δυνατόν να παρατηρηθεί αύξηση του μεγέθους των μαστών του άντρα.
5. Η χορήγηση μεγάλων δόσεων οιστρογόνων ορμονών προκαλεί την ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων και το σχηματισμό κύστεων.

Οι ορμόνες των ωοθηκών, που στενότερα συνδέονται με τον μαστό, είναι οι οιστρογόνες και η προγεστερόνη.

*Θυροειδής αδένας.* Αυτός έχει δευτερεύουσας σημασίας στους μαστικούς αδένες. Η θυροξίνη μπορεί ν' αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης.

*Επινεφρίδια.* Όπως και ο θυροειδής αδένας, έτσι και αυτά, έχουν δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστούς.

*Πλακούντας.* Ο πλακούντας αποτελεί ενδοκρινή αδένα και σημαντική πηγή οιστρογόνων ορμονών και χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης, ενώ, σε μικρότερες ποσότητες εκκρίνει προγεστερόνη και πλακουντική γαλακτογόνο ορμόνη. Οι ορμόνες του πλακούντα έχουν σημασία για την ανάπτυξη του μαστού, τις μεταβολές του στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την έκκριση γάλακτος. Από τις ορμόνες του πλακούντα αυτή, που έχει στενότερη σχέση με τους μαστούς, είναι η πλακουντική γαλακτογόνο ορμόνη. Η ορμόνη αυτή μοιάζει με την αυξητική ορμόνη της υπόφυσης, μοιάζει, όμως και με την δράση της προλακτίνης, γιατί διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και αναπτύσσει τον μαστικό αδένα.

*Νευρικό σύστημα.* Αυτό, φαίνεται, πως έχει επίδραση στην ανάπτυξη των μαστών, γιατί οι διαταραχές του στην διάρκεια φυσιολογικών ή παθολογικών περιόδων της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας δείχνουν πως υπάρχει νευρικός ή αντανακλαστικός μηχανισμός που επιδρά στους μαστούς<sup>2</sup>.

### 1.3 Ρόλος γυναικείου μαστού

Οι μαστοί παίζουν σημαντικό ρόλο στην σεξουαλική διέγερση, αλλά η κύρια λειτουργία τους είναι να παράγουν και να τροφοδοτούν με μητρικό γάλα ένα νεογέννητο βρέφος<sup>3</sup>.

Ο μαστός παίζει σημαντικό ρόλο στην εικόνα σώματος της γυναίκας. Η εικόνα σώματος είναι στενά συνδεδεμένη με την αυτοεικόνα, την αυτοεκτίμηση και την αυτοαντίληψη του ατόμου. Η εικόνα σώματος είναι σημαντική για τον κάθε άνθρωπο και η διαταραχή της προκαλεί συναισθήματα ανασφάλειας, απόρριψης, μειωμένης αυτοεκτίμησης και αυτοαντίληψης<sup>4</sup>.

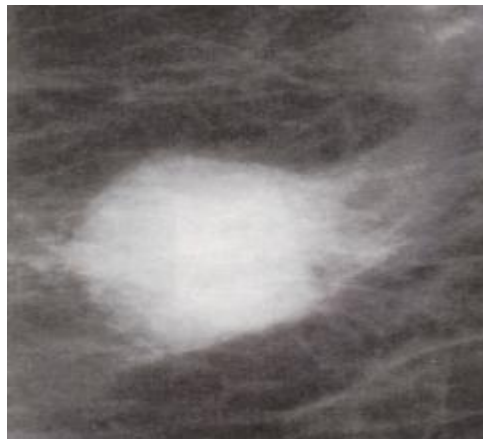
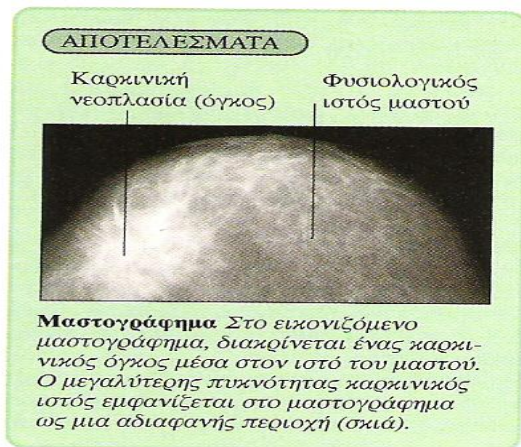
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

#### 2.1 Ορισμός καρκίνου μαστού

Είναι ο πιο συχνός κακοήθης όγκος στις γυναίκες. Είναι ο ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός κυττάρων που προέρχεται από τον μαζικό αδένα της γυναίκας.

Μια στις 10 γυναίκες κατά τη διάρκεια της ζωής της θα εμφανίσει καρκίνο μαστού. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το 32% του συνόλου των καρκίνων που εμφανίζονται στις γυναίκες. Κάθε χρόνο 3000 γυναίκες νοσούν από καρκίνο του μαστού<sup>5</sup>. Αποτελεί για τις γυναίκες την πιο συχνή αιτία θανάτου μεταξύ των ηλικιών 35 και 55<sup>23</sup>. Η νόσος προσβάλλει και άνδρες, παρ' ότι στην προκειμένη περίπτωση παρατηρείται σε λιγότερες από 1 στις 100 περιπτώσεις καρκίνου του στήθους.



#### 2.2 Είδη νεοπλασμάτων μαστού

Τα νεοπλάσματα του μαστού διαχωρίζονται σε Α. **καλοήθη** και Β. **κακοήθη**.

## **A. Καλοήθη νεοπλάσματα μαστού**

- Το ινοαδένωμα. Είναι όγκος της νεαρής ηλικίας, συνήθως καλώς περιγεγραμμένος με ελαστική σύσταση, ευκίνητος στην ψηλάφηση, μονήρης ή πολλαπλός στον έναν ή και στους δύο μαστούς.
- Το αδένωμα. Είναι καλώς περιγεγραμμένος όγκος με τους ίδιους μικροσκοπικούς χαρακτήρες με το ινοαδένωμα. Μερικές φορές ανακαλύπτεται κατά τη διάρκεια της γαλουχίας.
- Ο φυλλοειδής όγκος. Είναι συνήθως περίγραπτος ,μεγέθους από 1 έως 15cm και παρατηρείται σε γυναίκες από 16 έως 70 ετών.
- Το αμάρτωμα. Σπάνιος καλοήθης όγκος του μαστού, γνωστός και ως ιναδενολίπωμα, ο οποίος εύκολα διαγιγνώσκεται μαστογραφικά.
- Τα λιπόματα. Τα οποία αφορούν σε ώριμο λιπώδη ιστό που περιβάλλεται από κάψα, όπως και σε οποιοδήποτε άλλο σημείο του σώματος.

Η θεραπεία των καλοηθών παθήσεων του μαστού συνήθως είναι χειρουργική και συνίσταται στην εξαίρεση της παθολογικής εστίας και τη βιοψία, προκειμένου να αποκλεισθεί η ύπαρξη ενός καρκίνου ή να διαγνωσθεί μια επικίνδυνη ή επιβαρυντική παθολογική οντότητα του μαστού<sup>6</sup>.

## **B. Κακοήθεις όγκοι μαστού**

- Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των διηθητικών καρκινωμάτων του μαστού προέρχεται από το επιθήλιο των μικρών τελικών πόρων και των αδενοκυψελών. Τα καρκινωματώδη κύτταρα διατάσσονται σε συμπαγείς και αδενικούς σχηματισμούς, ανάλογα με τον βαθμό κακοήθειάς τους .
- Μυελοειδές καρκίνωμα . Αποτελείτε από ευμεγέθεις όγκους με μαλθακή σχετικά σύσταση, οι οποίοι παρουσιάζουν βραδύτερα μεταστάσεις και έχουν καλύτερη πρόγνωση.
- Λοβιδιακό καρκίνωμα. Κυριότερο χαρακτηριστικό του είναι ο τρόπος με τον οποίο διατάσσονται τα καρκινωματώδη κύτταρα. Συνήθως παρατηρούνται διηθήσεις του υποστρώματος ενώ τα κύτταρα είναι μικρού μεγέθους και ομοιόμορφα.

- Βλενώδεις(κολλοειδές ) καρκίνωμα. Είναι σπάνιος τύπος αδενοκαρκινώματος που χαρακτηρίζεται από μεγάλη παραγωγή βλένης. Η πρόγνωση είναι σχετικά καλή και οι μεταστάσεις του παρουσιάζονται αργά.
- Αδενοκυστικό καρκίνωμα. Είναι σπάνιος όγκος. Εντοπίζεται κυρίως κάτω ή κοντά στη θηλή. Η πρόγνωση είναι καλή.
- Θηλώδεις καρκίνωμα. Είναι σπάνιος όγκος. Χαρακτηρίζεται από βραδεία σχετικά ανάπτυξη ογκώδους μάζας η οποία αργεί να εμφανίσει μεταστάσεις.
- Νόσος του PAGET. Είναι σχετικά σπάνια εντόπιση και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση δερματικών αλλοιώσεων της θηλής με την μορφή διαβρώσεως ή εξελκώσεως.
- Φλεγμονώδεις καρκίνωμα. Αποτελεί κλινική οντότητα ενός μεγάλου όγκου, ο οποίος διηθεί τον μαστό σχεδόν ολόκληρο και ο μαστός παρουσιάζει χαρακτηριστική εικόνα με διηθημένο το δέρμα.

Η πρόγνωση είναι κακή και οι περισσότερες γυναίκες καταλήγουν μέσα στην πρώτη 5ετία<sup>6</sup>.

### 2.3 Κλινική σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού με το σύστημα TNM

Η κλινική σταδιοποίηση του πρωτοπαθούς όγκου(T) είναι η ακόλουθη:

T<sub>x</sub> : πρωτοπαθής όγκος δεν μπορεί να εκτιμηθεί

T<sub>0</sub> : απουσία πρωτοπαθούς όγκου

T<sub>is</sub>: καρκίνωμα in situ, πορογενές ή λοβιδιακό ή νόσος του PAGET της θηλής, χωρίς υποκείμενο όγκο.

T<sub>1</sub>: όγκος μέχρι 2 cm.

T<sub>2</sub>: όγκος > 2 cm.

T<sub>3</sub>: όγκος > 5 cm

T<sub>4</sub>: όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με απευθείας επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα.

Οι περιοχικοί λεμφαδένες (N) σταδιοποιούνται ως ακολούθως :

N<sub>x</sub>: οι περιοχικοί λεμφαδένες δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθούν.

N<sub>0</sub>: δεν υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες.

N<sub>1</sub>: μετάσταση σε έναν ή περισσότερους κινητούς αδένες της συστοίχου μασχάλης.

N2: μετάσταση σε έναν ή περισσότερους λεμφαδένες οι οποίοι όμως είναι συνδεδεμένοι μεταξύ τους (Block) στην σύστοιχο μασχάλη.

N3: μεταστάσεις στους σύστοιχους έξω μαστικούς λεμφαδένες.

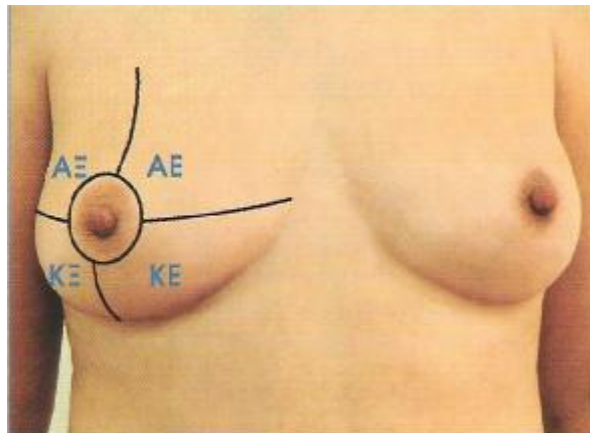
Οι απομακρυσμένες μεταστάσεις (M) σταδιοποιούνται ως ακολούθως :

Mx: η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθεί.

Mo: δεν υφίστανται απομακρυσμένες μεταστάσεις.

M1: απομακρυσμένες μεταστάσεις (περιλαμβάνονται και μεταστάσεις σε έναν ή περισσότερους σύστοιχους υπερκλείδιους λεμφαδένες) <sup>7</sup>.

#### 2.4 Θέσεις όπου εντοπίζεται ο καρκίνος του μαστού.



Οι θέσεις του καρκίνου του μαστού είναι οι ακόλουθες:

- Στο έξω και άνω τεταρτημόριο, σε ποσοστό 50%
- Στην κεντρική περιοχή, σε ποσοστό 20%
- Στο έξω και κάτω τεταρτημόριο, σε ποσοστό 10%
- Στο έσω και άνω τεταρτημόριο, σε ποσοστό 10%
- Στο έσω και κάτω τεταρτημόριο, σε ποσοστό 10%.<sup>8</sup>

#### 2.5 Επέκταση – Μεταστάσεις

Το καρκίνωμα του μαστού επεκτείνεται διηθητικώς:

1. κατά συνέχεια ιστού
2. διά της λεμφικής οδού

### 3. αιματογενώς

Μεταστάσεις του καρκινώματος δυνατόν να υπάρχουν ήδη κατά τον χρόνο της διάγνωσης ή διαπιστώνονται κλινικώς μετά από μήνες, έτη ή και δεκαετίες.

*Τοπική διήθηση* ( πέραν των 2εκ. εγχειρητικών ορίων ) επισυμβαίνει στον γύρω μαστικό αδένα και στις υπόλοιπες δομές του θωρακικού τοιχώματος, στο 11% των καρκινωμάτων διαμέτρου <1εκ. και στο 22% σε όγκους μεγαλύτερης διαμέτρου.

*Διήθηση της θηλής* παρατηρείται στο 23-31% όλων των καρκινωμάτων και η πλειονότητα αφορά νεοπλάσματα που απέχουν < 2,5εκ. από αυτή.

*Η τοπική υποτροπή* μετά μαστεκτομή εμφανίζεται ως επιπολής οζίδιο επί ή πλησίον της ουλής ή ως υποδόριο παραστερνικό οζίδιο και πρέπει πάντοτε να επιβεβαιώνεται ιστολογικά.

Υποτροπή μετά ογκεκτομή συνήθως αναπτύσσεται στο ίδιο τμήμα, γεγονός που ενισχύει την προτίμηση τεχνικών αφαίρεσης της καρκινικής μάζας μετά του συνοδού συστήματος των πόρων.

*Λεμφικές μεταστάσεις* συνηθέστερα υπάρχουν στους μασχαλιαίους λεμφαδένες (40-50%), πιο σπάνια στους υπερκλείδιους (1% & 20% επί απουσίας ή παρουσίας αντιστοίχως μεταστάσεων στους μασχαλιαίους λεμφαδένες), και στους έσω μαστικούς ( 1-50% αναλόγως της εντόπισης του όγκου και της ύπαρξης ή μη διηθημένων μασχαλιαίων λεμφαδένων).

*Απομακρυσμένες μεταστάσεις* παρατηρούνται στα οστά, στους πνεύμονες και στο μεσοθωράκιο, στο ήπαρ, στις ωθήκες, στα επινεφρίδια και στο ΚΝΣ.

Η μετάσταση στον μυελό των οστών αποτελεί κρίσιμο εύρημα και επιβεβαίωση συστηματικής νόσου. Ανιχνεύεται σε <4% των γυναικών με αρνητικά ακτινογραφικά ευρήματα στα οστά. Για την ανίχνευση κρύφια μεταστάσεων στο μυελό των οστών, στους λεμφαδένες και στο περιφερικό αίμα, έχουν αναπτυχθεί ειδικές τεχνικές ανοσοϊστοχημείας και PCR.<sup>24</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

#### 3.1 Συχνότητα-Στατιστικά στοιχεία

Επιδημιολογικά δεδομένα συγκεντρωμένα τα τελευταία τρία χρόνια φανερώνουν για πρώτη φορά την συνεχή μείωση στα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο. Ακόμα όμως παραμένει μια πολύ μεγάλη δημόσια ανησυχία για την υγεία. Τρεις στις τέσσερις οικογένειες θα έχουν την εμπειρία καρκίνου σε έναν από τα μέλη της οικογένειας τους<sup>9</sup>.

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες (προσβάλλει βέβαια και τους άνδρες αλλά σε πολύ μικρότερα ποσοστά) και τα συμπτώματα που υποδηλώνουν αυτήν την νόσο είναι ακόμη πιο συχνά.

Περίπου 15.000.000 γυναίκες στις Η.Π.Α ζητούν την βοήθεια ιατρού κάθε χρόνο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και πάνω από 140.000 νέες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο. Για κάθε γυναίκα στην οποία γίνεται διάγνωση της νόσου άλλες πέντε έως δέκα υποβάλλονται σε βιοψίες που αποβαίνουν καλοήθειες και άλλες δέκα εμφανίζονται με μάζα στον μαστό που τους προκαλεί ανησυχία<sup>10</sup>.

Το 2000 διαγνώσθηκαν δυστυχώς 182.000 γυναίκες στο Ηνωμένο Βασίλειο με καρκίνο του μαστού. Πάνω από 40.800 υπέκυψαν στην αρρώστια<sup>11</sup>.

Στην Ευρώπη κάθε μέρα παρουσιάζονται 1.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Ο κίνδυνος να πάθει μια γυναίκα καρκίνο του μαστού, κατά την διάρκεια της ζωής της είναι 12,2% δηλαδή μία ανά οχτώ γυναίκες και ο κίνδυνος να πεθάνει από καρκίνο είναι 3.6% ή μία στις εικοσιοχτώ γυναίκες.

Στην Ελλάδα αναφέρεται συχνότητα μία στις δώδεκα γυναίκες. Σε 4.500 γυναίκες διαγιγνώσκεται η ασθένεια ενώ μόνο στο 15% των περιπτώσεων ο όγκος ανιχνεύεται στα πρώτα στάδια<sup>6</sup>.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (IARC), περισσότερες από 216.000 γυναίκες παρουσίασαν καρκίνο του μαστού στην Ε.Ε. το 2000 και περισσότερες από 79.000 πέθαναν από την νόσο.

Παγκοσμίως οι αναπτυγμένες βιομηχανικές χώρες, πλην της Ιαπωνίας, έχουν υψηλή επίπτωση (αριθμός νέων περιπτώσεων – νοσηρότητα – ανά έτος σε 100.000 γυναίκες) της νόσου, αλλά με μεγάλες διαφορές μεταξύ τους. Στην Ευρώπη, οι Δυτικές και Βόρειες χώρες έχουν υψηλότερη επίπτωση από τις χώρες της Νοτίου και Ανατολικής Ευρώπης. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού είναι 60% μεγαλύτερος στην Δυτική Ευρώπη απ' ό τι στην Ανατολική.



Το 1997 οι χώρες με την μεγαλύτερη επίπτωση ήταν οι Κάτω Χώρες(120,76), η Δανία(113,24), το Βέλγιο(116,03), η Γαλλία(109,56), και η Σουηδία(107,28), ενώ άλλες χώρες-μέλη όπως η Ελλάδα(70,64 με 4.450 νέες περιπτώσεις) και η Ισπανία είχαν την χαμηλότερη επίπτωση. Στις περισσότερες χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο αριθμός των νέων περιπτώσεων καρκίνου του μαστού αυξάνεται ετησίως περίπου κατά 1,5%. Οι ανισότητες στην επίπτωση του καρκίνου του μαστού στην Ε.Ε., όπου οι γυναίκες της Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης έχουν διπλάσια πιθανότητα να νοσήσουν από αυτές της Νοτίου Ευρώπης, μπορεί να αποδοθούν σε παράγοντες κινδύνου που συνδέονται άμεσα με την κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη κάθε χώρας. Ανισότητες εξ αιτίας αυτών των παραγόντων εμφανίζονται και μέσα στην ίδια χώρα: Γυναίκες που ζουν σε αστικές περιοχές εμφανίζουν περισσότερο καρκίνο του μαστού από αυτές που ζουν σε αγροτικές περιοχές<sup>23</sup>.

### 3.2 Σύγκριση στοιχείων από παρελθόν και παρόν.

Πριν είκοσι χρόνια η συχνότητα του καρκίνου του μαστού στις Η.Π.Α ήταν μια στις δεκατέσσερις γυναίκες, ενώ σήμερα έχει φθάσει μια στις οχτώ, επομένως η συχνότητα συνεχώς αυξάνεται. Η θνησιμότητα όμως παραμένει σταθερή, χωρίς να αυξάνεται ή να μειώνεται<sup>6</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

#### 4.1 Ενοχοποιητικοί παράγοντες

Για τον καρκίνο του μαστού δεν έχουν ανακαλυφθεί συγκεκριμένα αίτια, όμως υπάρχουν επικίνδυνοι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα μια γυναίκα να αναπτύξει καρκίνο μαστού.

Αυτοί οι παράγοντες είναι:

- Κληρονομικότητα-οικογενειακό ιστορικό: Γυναίκες των οποίων συγγενείς πρώτου βαθμού (μητέρα, αδερφή, θεία) είχαν αναπτύξει καρκίνο μαστού ειδικότερα στις μικρότερες ηλικίες παρουσιάζουν δύο έως τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθουν καρκίνο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό<sup>1ο</sup>.
- Αυξημένη αναπαραγωγική διάρκεια: Έχει αποδειχθεί ότι ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος σε γυναίκες που η περίοδος άρχισε σε μικρή ηλικία ( κάτω των δέκα ετών ) ή σταμάτησε σε μεγάλη ηλικία( άνω των 50-53 ετών )<sup>6</sup>.
- Παχυσαρκία: Υπέρβαρες γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Στην πραγματικότητα η αυξημένη πρόσθεση λίπους στις διατροφικές συνήθειες είναι επικίνδυνη<sup>1ο</sup>.
- Γυναίκες άγαμες και χωρίς παιδιά: Έχει αποδειχθεί μεγαλύτερη συχνότητα προσβολής σε γυναίκες άγαμες και χωρίς παιδιά απ' ότι σε έγγαμες που τεκνοποίησαν.
- Εγκομοσύνη σε μεγάλη ηλικία: Η μεγάλη ηλικία κατά τον πρώτο τοκετό αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Γυναίκες που έκαναν το πρώτο τους παιδί σε ηλικία άνω των τριάντα ετών διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο απ' ότι γυναίκες που τεκνοποίησαν κάτω των εικοσιτεσσάρων χρόνων.
- Οιστρογόνα: Η επίδραση των οιστρογόνων είναι οπωσδήποτε καθοριστική στην εμφάνιση και εξέλιξη του καρκινώματος του μαστού ή τουλάχιστον σε ορισμένες περιπτώσεις στις οποίες έχει αποδειχθεί και η ύπαρξη υποδοχέων των οιστρογόνων στα νεοπλασματικά κύτταρα<sup>12</sup>.
- Αντισυλληπτικά: Η παρατεταμένη χρήση αντισυλληπτικών από το στόμα πριν από την πρώτη κύηση μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο.

- Διηθητικό καρκίνο μαστού ή in situ: Οι γυναίκες με ιστορικό in situ ή διηθητικού καρκίνου του μαστού έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στον ετερόπλευρο μαστό μετά από μαστεκτομή είναι περίπου 0.5-1.0% ανά έτος παρακολούθησης.
- Η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία: Πριν από την ηλικία των τριάντα ετών επίσης αυξάνει τον κίνδυνο<sup>1ο</sup>.
- Αλκοόλ: Η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ θεωρείται ότι μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.
- Κάπνισμα: Σύμφωνα με έρευνες το κάπνισμα αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Οι καπνίστριες έχουν 30% περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού σε σχέση με τις μη καπνίστριες.
- Άγχος: Υπάρχουν υποψίες πως το stress μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού χωρίς αυτό να έχει αποδειχθεί επιστημονικά<sup>12</sup>.

#### 4.2 Συμπτώματα-Ύποπτα σημεία.

Σ 'αυτήν την ενότητα θα αναφερθούν περιληπτικά ποια είναι τα σημάδια(σημεία) στο στήθος για τα οποία απαιτείται αυξημένη εγρήγορση και ίσως εξέταση από τον γιατρό<sup>13</sup>.Ο καρκίνος του μαστού στην αρχή μπορεί να είναι ασυμπτωματικός και η ανακάλυψη του να γίνει σε τυχαία ψηλάφηση του<sup>2</sup>.

- Για να διακρίνεται ευκολότερα και γρηγορότερα τυχών αλλαγές σε έναν μαστό πρέπει να τον συγκρίνεται με τον άλλον μαστό.
- Τα σημάδια που υποδουλώνουν κάποια αλλαγή εξ αιτίας κάποιας πάθησης αφορούν, κατά κανόνα τον έναν από τους δυο μαστούς.

Τα σημεία που πρέπει να προσέξετε είναι:

### **A. Ορατά:**

- Αλλαγή στο μέγεθος, το περίγραμμα, και την συμμετρία του μαστού.

Η αλλαγή εμφάνισης μπορεί να αφορά είτε όλο το μαστό είτε μια περιοχή του. Οι αλλαγές όλου του στήθους αφορούν συνήθως την αύξηση του μεγέθους του ή την φλεγμονή του, που γίνεται αντιληπτό ως ερυθρότητα του δέρματος και πρήξιμο του μαστού. Οι τοπικές αλλαγές αφορούν το πρήξιμο κάποιας περιοχής, την πάχυνση της, το ζάρωμα της, τον ερεθισμό του δέρματος, δηλαδή τοπική φλεγμονή και το να αλλάξει η εμφάνιση του δέρματος και να φαίνεται όπως ο φλοιός του πορτοκαλιού.

- Μια κοκκινίλα ή ένα έκζεμα της θηλής και της θηλαίας άλω που δεν υποχωρεί<sup>13</sup>.

Πρόκειται για έκκριση από την θηλή, η οποία εμφανίζεται σε συχνότητα 8% περίπου αν και, αν είναι αιματηρή, σε συχνότητα 18% πρόκειται για καρκίνο. Και εισολκή δέρματος και θηλής τα οποία αποτελούν παθογνωμικά σημάδια για καρκίνο του μαστού.<sup>2</sup>

### **B. Ψηλαφητά.**

Η πιο συνηθισμένη μορφή με την οποία γίνεται αντιληπτός ένας καρκίνος του μαστού είναι αυτή ενός όζου που δεν υπήρχε πριν και η σύσταση και το μέγεθος προκαλούν την ανησυχία της γυναίκας. Έναν νέο όζο που βρείτε ψηλαφώντας τον μαστό ή την μασχάλη σας και ο οποίος δεν συρρικνώνεται ή μικραίνει με την πάροδο μίας έως δύο εβδομάδων(ή το αργότερο μέχρι την έλευση της επόμενης περιόδου) είναι ένα εύρημα που πρέπει να αξιολογηθεί από τον γιατρό.

Βέβαια δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι 9 στους 10 όζους για τους οποίους οι γυναίκες καταφεύγουν στους γιατρούς αποδεικνύονται καλοήθεις.

### **Γ. Γενικά**

Ο πόνος ή το αίσθημα τάσης, αποτελούν συμπτώματα που μπορεί να σχετίζονται με τον καρκίνο. Παρ' όλο που πόνος προκαλούν πολλές παθήσεις και καταστάσεις, ο καρκίνος συχνά είναι ανώδυνος(εκτός από τα προχωρημένα στάδια).

Ένας πόνος που επιμένει θα πρέπει να διερευνηθεί από γιατρό<sup>13</sup>.

## **Δ. Άλλα συμπτώματα**

Σπανιότερα ο καρκίνος του μαστού κάνει την εμφάνιση του με βήχα, δύσπνοια από πνευμονικές μεταστάσεις, θωρακικούς πόνους από διήθηση του υπεζωκότα, κοιλιακούς πόνους, ίκτερο, κεφαλαλγία, διπλωπία, άπιο διαβήτη, από μετάσταση στην υπόφυση κ.λ.π<sup>2</sup>.

**Εδώ όμως πρέπει να τονίσουμε 3 σημεία τα οποία δεν πρέπει να τρομάζουν τις γυναίκες.**

1. Οι περισσότερες γυναίκες αισθάνονται μια τάση ή πόνο στους μαστούς τους άλλες εντονότερα και άλλες λιγότερο, πριν από την εμφάνιση της περιόδου τους.
2. Οι περισσότερες καλοήθεις παθήσεις προκαλούν πόνο.
3. Η κούραση του χεριού ή πόνος στον ώμο είναι συνήθως σημεία που δηλώνουν κάποια πάθηση μυός ή άρθρωσης της περιοχής του ώμου. Δεν πρέπει να συγχέονται με τον πόνο των μαστών ή της περιοχής πίσω από αυτούς<sup>13</sup>.

### 4.3 Διάγνωση

Ο πληθυσμιακός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού μπορεί να αιτιολογηθεί από το γεγονός, ότι οι καρκίνοι που ανιχνεύονται σε μικρό μέγεθος και χωρίς μεταστάσεις στους λεμφαδένες, έχουν καλύτερη επιβίωση από τους όγκους με μεγαλύτερο μέγεθος και με λεμφαδενική ανάμειξη.<sup>23</sup>

Εάν ο καρκίνος στο μαστό αποκαλυφθεί όταν εντοπίζεται ακόμα στον μαστό έχουμε 90% ποσοστό 5ετούς επιβίωσης. Αυτοέλεγχος, μαστογραφία και κλινική εκτίμηση αλληλοσυμπληρούμενα αποτελούν τις ιδανικότερες μεθόδους αποκάλυψης του καρκίνου στο μαστό σε πρόωρα στάδια, λειτουργώντας περίπου αιφνιδιαστικά για την νόσο.<sup>25</sup>

#### 4.3.1 Αυτοεξέταση

Με τον όρο αυτοεξέταση εννοούμε την τακτική και συστηματική εξέταση των μαστών από την ίδια τη γυναίκα, σύμφωνα με την ειδική εκπαίδευση που έχει υποστεί γι' αυτό το σκοπό.

Η αυτοεξέταση θα πρέπει να είναι μια πρακτική που προκύπτει από την υιοθέτηση μιας πιο υπεύθυνης στάσης των γυναικών στο θέμα της φροντίδας του σώματος τους.

Η αυτοεξέταση διευκολύνει τις γυναίκες να γνωρίσουν το στήθος τους και να αντιλαμβάνονται καλύτερα τις αλλαγές που εμφανίζονται σ' αυτό. Από μόνη της, όμως, δεν αποτελεί μέθοδο που εγγυάται την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου. Μόνο αν συνδυαστεί με την τακτική κλινική εξέταση από γιατρό και με τον τακτικό έλεγχο με μαστογραφία, είναι δυνατό να επιτευχθεί η διάγνωση του καρκίνου σε αρχικά στάδια και επομένως να υπάρξει δυνατότητα καλύτερων θεραπευτικών αποτελεσμάτων.

Για την σωστή χρήση της αυτοεξέτασης είναι αναγκαίο να υπάρχουν: πλήρης ενημέρωση των γυναικών, σωστή εκπαίδευση στο πως να βρίσκουν αλλαγές στους μαστούς τους που επιμένουν για αρκετό χρονικό διάστημα και τέλος συστηματική και σωστή συνεργασία με τους γιατρούς.

### **Ποιες γυναίκες πρέπει να κάνουν αυτοεξέταση**

-Οι περισσότερες Αντικαρκινικές Εταιρείες και οργανώσεις συνιστούν η αυτοεξέταση ν' αρχίζει από την ηλικία των 20 χρόνων. Το βασικό σκεπτικό γι' αυτήν την σύσταση είναι πως σ' αυτήν την ηλικία έχουν πλέον διαμορφωθεί οι μαστοί και έτσι η γυναίκα μπορεί να γνωρίσει το πως είναι η φυσιολογική εμφάνιση και σύσταση τους. Ταυτόχρονα, η τακτική αυτοεξέταση από αυτήν την ηλικία μπορεί να βοηθήσει στο να γίνει, αυτή μια πρακτική ρουτίνας.

Θα πρέπει όμως ταυτόχρονα να αναφερθεί ότι σε τόσο νεαρές ηλικίες η εμφάνιση καρκίνου του μαστού είναι εξαιρετικά σπάνια.

-Οι γυναίκες μετά τα 40 μαζί με τον τακτικό κλινικό έλεγχο από τον γιατρό θα πρέπει να είναι πιο συνεπής στην πρακτική της αυτοεξέτασης και να μάθουν να συζητούν τυχόν απορίες τους με τους γιατρούς τους.

-Η αυτοεξέταση πρέπει να συνεχίζεται και κατά την χρονική περίοδο που η γυναίκα είναι έγκυος ή θηλάζει.

-Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται και από τις ηλικιωμένες γυναίκες, σ' αυτές μάλιστα μπορεί να φανεί περισσότερο χρήσιμη, στο βαθμό που ο καρκίνος είναι πιο συχνός στις μεγάλες ηλικίες και με την απίσχναση των μαστών, η ανακάλυψη ενός νέου όζου γίνεται ευκολότερα.

-Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή ή σε αφαίρεση μόνο του όγκου(χωρίς μαστεκτομή) πρέπει να κάνουν τακτικά αυτοεξέταση, τόσο στον άλλον μαστό όσο και στον χειρουργημένο. Ξεχωριστή προσοχή πρέπει να δοθεί στην ψηλάφηση της περιοχής της ουλής της εγχείρησης.

-Η αυτοεξέταση των μαστών αφορά και τους άνδρες οι οποίοι εμφανίζουν και αυτοί καρκίνο του μαστού, άλλα βεβαίως, πολύ σπάνια<sup>13,26</sup>.

## Κάθε πότε πρέπει να γίνεται η αυτοεξέταση?

-Η αυτοεξέταση συστήνεται να γίνεται μια φορά το μήνα. Κατά προτίμηση την 7<sup>η</sup> -11<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου της εμμήνου ρήσεως σε γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση, ενώ μετά την εμμηνόπαυση οι γυναίκες πρέπει να διαλέγουν μια σταθερή ημέρα του μήνα<sup>14</sup>.

-Μην εξετάζεται τους τούς μαστούς σας κατά τη διάρκεια της περιόδου σας.

-Οι γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια συνιστάται να κάνουν αυτοεξέταση την ημέρα που αρχίζει η λήψη χαπιών από το καινούργιο πακέτο.

-Στην περίοδο του θηλασμού η γυναίκα είναι καλό να εξετάζει τους μαστούς της αφού ολοκληρώσει ένα πλήρη θηλασμό του νεογνού ή του βρέφους.

## Η τεχνική της αυτοεξέτασης

Η αυτοεξέταση περιλαμβάνει την *επισκόπηση* και την *ψηλάφηση* των μαστών και της μασχάλης.

-Η επισκόπηση : για τον οπτικό έλεγχο, την επισκόπηση, πρέπει να βγάλετε όλα τα ρούχα σας από την μέση και πάνω και να παρατηρήσετε τους μαστούς σας σ' έναν μεγάλο καθρέπτη.

Ελέγξτε τους μαστούς σας για αλλαγές στο:

-μέγεθος και το σχήμα τους

-χρώμα και υφή του δέρματος

-σχήμα και την υφή των θηλών και για το αν υπάρχει έκκριση από αυτήν

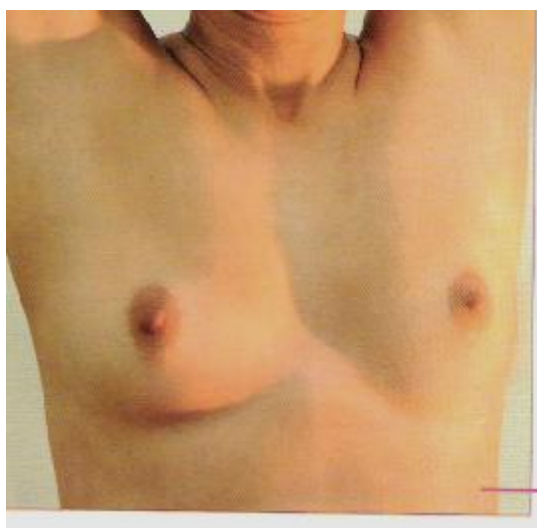


Κάντε τον έλεγχο :

1) σε όρθια στάση με τα χέρια χαλαρά, κρεμασμένα πλάι στο κορμί σας,



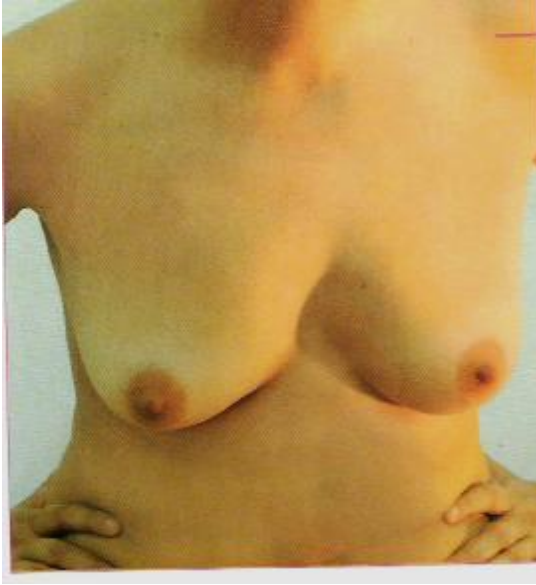
Στην συνέχεια γυρίστε προς το ένα πλάι και μετά προς το άλλο, παρατηρώντας την έξω (πλαϊνή) επιφάνεια του κάθε μαστού. Αν έχετε μεγάλους μαστούς σηκώστε τους με τα χέρια σας και δείτε την κάτω επιφάνεια τους.



2) Σηκώνοντας τα χέρια σας ψηλά, πάνω από το κεφάλι. Παρατηρήστε πως ακολουθούν την κίνηση οι μαστοί και ιδιαίτερα παρατηρήστε την επιφάνεια του δέρματος των μαστών για να δείτε αν σε κάποια περιοχή προβάλλει κάτι πίσω από αυτήν ή αν κάτι από μέσα την τραβάει και την ζαρώνει.

3) Κατεβάστε τα χέρια και πιάστε με αυτά τα πλαϊνά της λεκάνης. Τα χέρια σας είναι λυγισμένα στους αγκώνες και βρίσκονται σε απόσταση από το κορμί σας. Σφίξτε δυνατά την λεκάνη με τα χέρια και παρατηρήστε τους μαστούς σας. Μ' αυτήν την κίνηση συσπώνται οι θωρακικοί μύες και μπορεί να γίνει αντιληπτό στην επισκόπηση αν υπάρχει κάποιος όγκος που συμφύετε μ' αυτούς.





4) Με τα χέρια στα ισχία, χωρίς να τα σφίγγετε δυνατά, όπως προηγουμένως, σκύψτε ελαφρά προς τα εμπρός, έτσι που οι μαστοί να κρέμονται. Παρατηρήστε για αλλαγές στο περίγραμμα ή τράβηγμα σε κάποια περιοχή.

Το περίγραμμα των μαστών πρέπει να είναι απαλό και να έχει ομαλή καμπύλωση σε όλες τις περιοχές .

**-Μην ξεχνάτε ότι:**

- Το ανθρώπινο σώμα δεν είναι τέλεια συμμετρικό. Υπάρχει διαφορά μεταξύ της μιας και της άλλης πλευράς. Μια μικρή διαφορά στο μέγεθος των δυο μαστών είναι φυσιολογική. Εκείνο που προσέχουμε είναι η εμφάνιση μιας ξαφνικής και επιδεινούμενης διαφοράς μεγέθους ενός μαστού.
- Σε πολλές γυναίκες υπάρχουν τρίχες στην θηλαία άλω.
- Αν εμφανισθεί μια κοκκινίλα στην θηλή που επιμένει ή εάν η κοκκινίλα απολεπίζεται και επεκτείνεται προς την θηλαία άλω επισκεφτείτε τον γιατρό σας.
- Σε μερικές γυναίκες κάτω από το δέρμα φαίνονται οι επιφανειακές φλέβες, αυτό δεν είναι ανησυχητικό. Αλλαγές στην εμφάνιση αυτών των φλεβών είναι σημεία για τα οποία θα πρέπει να συμβουλευτείτε τον γιατρό σας.

Η ψηλάφηση, θεωρείται η πλέον σημαντική μέθοδος εξέτασης των μαστών σας, στο βαθμό που οι περισσότεροι καρκίνοι γίνονται αντιληπτοί ως ψηλαφητοί όζοι. Πρέπει να γίνεται με τον ίδιο πάντοτε σταθερό τρόπο που θα επιλέξετε και ο μαστός να ελέγχεται με το χέρι της αντίθετης πλευράς.



Για την ψηλάφηση χρησιμοποιούμε την παλαμιαία επιφάνεια των τριών μεσαίων δακτύλων (δείκτη, μέσου και παράμεσου) και ειδικότερα το τμήμα των δακτύλων από την κορυφή έως την πρώτη άρθρωση. Τα δάχτυλα κατά την ψηλάφηση πρέπει να είναι παράλληλα προς τη βάση των μαστών.



Η ψηλάφηση γίνεται ασκώντας διαδοχικά τρεις διαφορετικούς βαθμούς πίεσης σε κάθε σημείο που εξετάζεται.

Ψηλαφίστε πιέζοντας κάθετα, προς τις πλευρές του θώρακα. Εάν η κατεύθυνση της πίεσης είναι διαφορετική, μπορεί να σας

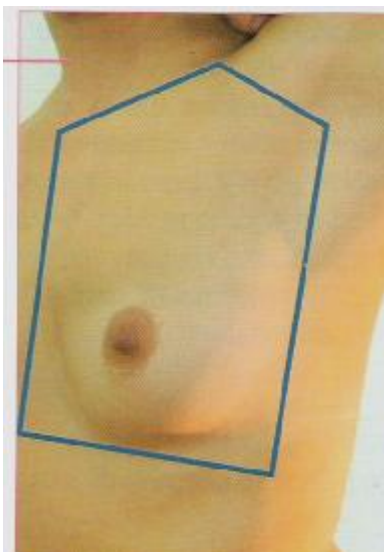
ξεφύγει κάποιος όζος.





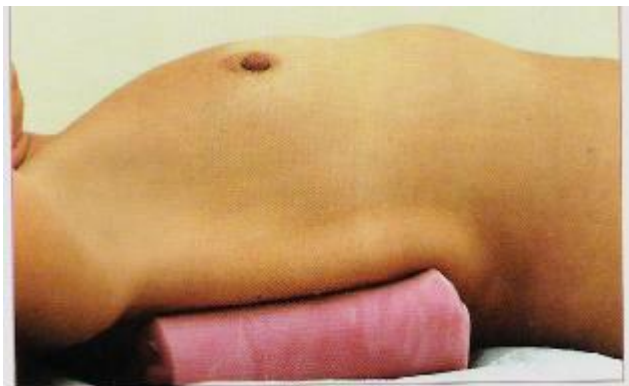
1) Ο πρώτος βαθμός είναι πιέζοντας ελάχιστα το δέρμα, έτσι ώστε να γίνουν αντιληπτές οι επιφανειακές αλλαγές, αυτές που βρίσκονται κοντά στο δέρμα.

2) ο δεύτερος είναι ο ενδιάμεσος βαθμός, που επιτρέπει την ψηλάφηση των ιστών βαθύτερα και ο τρίτος είναι ο πιο έντονος, για να ελεγχθούν τα τμήματα του μαστού που βρίσκονται κοντά στο θωρακικό τοίχωμα. Με την μεγαλύτερη πίεση η γυναίκα μπορεί να αισθανθεί μια μικρή ενόχληση, αλλά σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να πιέσει το μαστό της με όση δύναμη έχει.



Η έκταση που πρέπει να ψηλαφίσετε οριοθετείται από μια γραμμή που εκτείνεται από την μεσότητα της μασχάλης έως κάτω ακριβώς από το μαστό, συνεχίζει εγκάρσια κατά μήκος της κάτω πλευράς του μαστού έως την μεσότητα του στέρνου, μετά ανεβαίνει προς τα πάνω έως ότου να συναντήσει την κλείδα και συνεχίζει και πάλι εγκάρσια, κατά μήκος της κλείδας για να συναντήσει τη μεσότητα της μασχάλης. Όλη η περιοχή που περικλείεται από αυτή τη γραμμή πρέπει να την εξετάζετε με προσοχή κατά την ψηλάφηση.

### Αυτοεξέταση σε ύπτια θέση .



τα πάνω, πίσω από κεφάλι.

Ξαπλώστε από την αντίθετη πλευρά από εκείνη του μαστού που θέλετε να εξετάσετε. Τοποθετήστε ένα μαξιλάρι πίσω από τον ώμο του μαστού που θέλετε να εξετάσετε και γυρίστε τώρα το σώμα σας ανάσκελα, φέρνοντας μετά το χέρι της πλευράς του που θα εξετάσετε λυγισμένο προς

Ξεκινάμε τη ψηλάφηση από την έξω πλευρά του μαστού. Αν θέλετε να εξετάσετε καλύτερα την έξω πλευρά του μαστού, τότε γείρετε λίγο προς την αντίθετη πλευρά, έτσι ώστε το στήθος να γείρει προς τα μέσα.



Κατά την ψηλάφηση τα δάχτυλα πιέζουν κινούμενα κυκλικά σε μια περιοχή όχι μεγαλύτερη από ένα ευρώ για το κάθε δάχτυλο<sup>13,26</sup>.

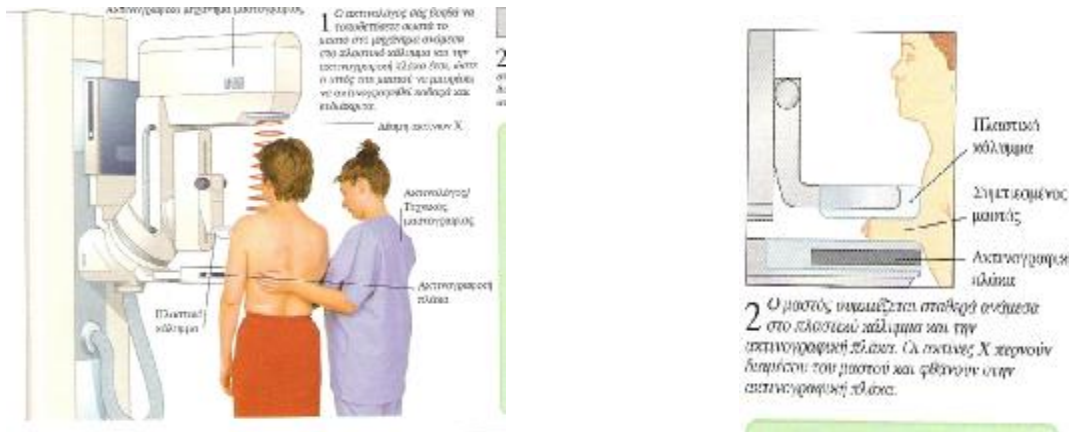
#### 4.3.2 Κλινική εξέταση

Η εξέταση των μαστών από τον ιατρό πρέπει και αυτή να γίνεται την 5<sup>η</sup>-10<sup>η</sup> ημέρα μετά την έναρξη της περιόδου. Η κλινική εξέταση θα πρέπει να γίνεται στις ηλικίες από 20-39 χρόνων κάθε τρία χρόνια και από τα 40 και άνω ανά έτος<sup>14</sup>.

Η γυναίκα είναι καθιστή με τα χέρια στη μέση. Μετά την επισκόπηση, που γίνεται για τυχόν ανωμαλίες του δέρματος των μαστών, της θηλής, αρχίζει η ψηλάφηση από τους υπερκλειδίους χώρους, ακολούθως ψηλαφώνται τα άνω ήμιση των δυο μαστών, καθώς και οι μαστοί αδρώς. Ψηλαφώνται οι μασχάλες, αφού η γυναίκα αφήσει εντελώς ελεύθερο το σύστοιχο άνω άκρο.

Ακολούθως η εξεταζόμενη ξαπλώνει με τα χέρια πίσω από το κεφάλι. Ο γιατρός θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός ώστε να μην παραληφθεί κάποια περιοχή για να βρεθεί και η παραμικρή ανωμαλία και να αντιληφθεί την υφή της<sup>6</sup>.

### 4.3.3 Μαστογραφία



Μαστογραφία είναι η ακτινογραφική απεικόνιση του μαστού με ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα, τον μαστογράφο, χωρίς έγχυση σκιαγραφικής ουσίας . Λαμβάνονται τρεις όψεις του μαστού α) κраниουουραία, β) μεσοπλάγια και γ)μασχαλιαία<sup>15</sup>.

Είναι γεγονός ότι η μαστογραφία χαμηλής δόσης η οποία χρησιμοποιείτε σήμερα, μπορεί να βρει όγκους 6mm και μικρότερους στο μαστό. Επίσης η μαστογραφία μπορεί να μειώσει τη θνητότητα κατά το 30% εφόσον ανά τακτά χρονικά διαστήματα στον πληθυσμό.

Η πρώτη μαστογραφία θα πρέπει να πραγματοποιείτε κατά την ηλικία των 36-39 ετών, η οποία θα αποτελεί την μαστογραφία αναφοράς. Από 40-50 ετών η μαστογραφία θα πρέπει να γίνεται κάθε 1-2 χρόνια, από τα 50 έτη και άνω κάθε ένα χρόνο και από τα 70 και άνω κάθε 2 χρόνια λόγω βραδύτητας αναπαραγωγής των κυττάρων. Η μαστογραφία παρουσιάζει μεγάλο βαθμό ευαισθησίας της τάξεως του 80-90%, η οποία αυξάνεται με την κλινική εξέταση στο 95%<sup>6,14</sup>.

Άλλες διαγνωστικές εξετάσεις για την ανίχνευση όγκων στους μαστούς είναι : η θερμογραφία, η ξηρογραφία, το υπερηχογράφημα, η διαφανοσκόπηση, η φλεβογραφία, η βιοψία και τέλος ο ακτινολογικός έλεγχος πνεύμονα και μεσοθωρακίου για τον αποκλεισμό μεταστάσεων<sup>15</sup>.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ**

Ο καρκίνος του μαστού στην εγκυμοσύνη ορίζεται σαν ο καρκίνος που συμβαίνει στη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης και μέσα σε έναν χρόνο μετά τον τοκετό.

Φαίνεται πως υπάρχει μια στενή σχέση ανάμεσα στα επίπεδα των ορμονών κατά την κύηση και μιας συχνότητας ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Προφανώς μια αύξηση των οιστρογόνων και κυρίως της προγεστερόνης συντελούν σε μια ενεργοποίηση παραγόντων της ανάπτυξης και εξέλιξης του όγκου.

Εάν θεωρήσουμε ότι η συχνότητα του καρκίνου του μαστού σε εγκυμοσύνη είναι 1 στις 3000 κύσεις διαπιστώνουμε ότι αυτός ο καρκίνος είναι ο πιο συχνός καρκίνος στην κύηση και τη λοχεία μαζί με τον καρκίνο του τραχήλου, ενώ ακολουθούν άλλοι όπως ο καρκίνος των ωοθηκών και του μελανώματος.

Με τα νεότερα κοινωνικά και επαγγελματικά δεδομένα, όπου οι γυναίκες επιλέγουν να μείνουν όλο και σε μεγαλύτερη ηλικία, η συχνότητα εμφάνισης αυτού του δίπτυχου ( κύηση και καρκίνος μαστού ) όλο και αυξάνεται.

Σε σοβαρές μελέτες των Crivelleri και συνεργατών συνιστάται θεραπευτική έκτρωση για μια καλύτερη πορεία της νόσου. Ωστόσο, η έλλειψη επιδημιολογικών, κλινικών και προγνωστικών ευρημάτων που να δείχνουν ότι αυτή η ίδια η κύηση ή ο τερματισμός της, μπορούν να αλλάξουν την φυσική εξέλιξη της νόσου, μας κάνει περισσότερο ψύχραιμους και σκεπτόμενους ώστε να προτείνουμε λύσεις λιγότερο επιθετικές που όμως η ασφάλεια του εμβρύου να είναι μια από τις πρώτες επιλογές μας.

#### 5.1 Συχνότητα

Είναι γεγονός ότι η εμφάνιση του καρκίνου του μαστού στην κύηση είναι σχετικά σπάνια. Το γεγονός όμως της τάσης των γυναικών να επιλέγουν να μείνουν έγκυες σε όλο και μεγαλύτερη ηλικία, θα κάνει αυτή την συχνότητα να αυξηθεί υπέρμετρα.

Η μέση ηλικία των ασθενών είναι τα 32 έτη, ενώ σε μελέτη του 1995 το 80% παρουσιάζουν την στιγμή της ανεύρεσης του όγκου ψηλαφητούς λεμφαδένες στην μασχάλη.

## 5.2 Διάγνωση

Όπως γνωρίζουμε η διάγνωση του καρκίνου του μαστού και η σταδιοποίησή του βασίζεται πρωταρχικώς σε μια κλινική εξέταση. Η αύξηση όμως στο μέγεθος, το βάρος την πυκνότητα και την αγγείωση του μαζικού αδένου κατά την διάρκεια μιας εγκυμοσύνης, καθιστούν την ανίχνευση φτωχή και δύσκολη.

Βεβαίως οι όγκοι στην κύηση είναι μεγαλύτεροι και η εμφάνιση των μασχαλιαίων λεμφαδένων περισσότερο ανιχνεύσιμοι αλλά και οι εργαστηριακοί έλεγχοι ( λιγότερο η μαστογραφία και περισσότερο το σπινθηρογράφημα με πυρηνικά ισότοπα) μπορεί να εκθέσουν το έμβρυο σε μια διαδικασία τερατογένεσης.

Προκύπτει λοιπόν η αναγκαιότητα, από την πρώτη κιόλας επίσκεψη της εγκύου στο γυναικολόγο της, της κλινικής εξέτασης του μαστού, αφού έτσι θα αναδειχθούν κάποια πρήξιμα ή όψιμα ευρήματα. Έτσι η εμφάνιση κάποιων επώδυνων ή μη μαζών, διογκούμενων λεμφαδένων, ( υπέρ και υποκλείδιων, αυχενικών και μασχαλιαίων ), αλλαγών στην υφή της χροιάς του δέρματος του status θηλής, όλα αυτά αξιολογούνται προκειμένου να οδηγηθεί η έγκυος σε εργαστηριακό έλεγχο.

Και βεβαίως ο υπέρηχος θεωρείται η πρώτη και πλέον ακίνδυνος εξέταση δοθέντος ότι αυτή πρώτη θα κατευθύνει τον περαιτέρω έλεγχο. Εάν αυτή αποκαλύψει παθολογικά ευρήματα, η μαστογραφία είναι επιβεβλημένη. Μια μαστογραφία με χαμηλές δόσεις ακτινοβολίας και με προστατευτικά μέτρα για την έγκυο ( ακτινολογική ποδιά ), την κάνουν ελάχιστα επιβλαβή για το έμβρυο.

Για να επιστρέψουμε όμως στην μεγάλη προσφορά των υπερήχων, αναφέρουμε ότι ειδικά κατά την διάρκεια μιας εγκυμοσύνης όταν στον μαζικό αδένου της εγκύου αυξάνεται υπέρμετρα η ακτινολογική πυκνότητα του μαστού η ευαισθησία αγγίζει το 93%. Ποσοστό πολύ μεγαλύτερο εκείνου της αντίστοιχης ευαισθησίας της μαστογραφίας που φθάνει το 68%.

Η τελική πάντως διάγνωση γίνεται με μεγάλη ασφάλεια και ακρίβεια με FNA ή βιοψία με τοπική αναισθησία. Η αναβολή τους μετά το πέρας του τοκετού είναι αδικαιολόγητος αφού δεν έχει αποδειχθεί καμία ιστολογική διαφορά μεταξύ βιοψιών ασθενών εντός και εκτός κύησης. Τέλος, η τελευταία μέθοδος εκλογής, με μεγάλη ευαισθησία για τη διάγνωση των πιθανών οστικών μεταστάσεων είναι η ακτινογραφία θώρακος. Ο έλεγχος της προβολής του ήπατος γίνεται με υπερηχογράφημα, ενώ του εγκεφάλου με μαγνητική τοπογραφία (MRI)εξετάσεις χωρίς αποδεδειγμένη βλαπτικότητα στο έμβρυο.

### 5.3 Αντιμετώπιση

Η σωστή αντιμετώπιση της εγκύου γυναίκας με καρκίνο του μαστού απαιτεί πρωτίστως τη συνεργασία Ογκολόγου, γυναικολόγου και γενετιστού. Κι αυτό μόνο μ' αυτή τη συνεργασία επιτυγχάνεται από τη μία η θεραπεία της εγκύου, στην οποία η οποία καθυστέρηση μπορεί να αποβεί μοιραία και από την άλλη, η προστασία και η ασφαλής γέννησης του εμβρύου.

Βασική γνώσης του γεγονότος είναι ότι η έγκυος γυναίκα με καρκίνο του μαστού αντιμετωπίζεται όπως και η μη έγκυος γυναίκα. Βεβαίως η ηλικία κύησης, ο χρόνος διάγνωσης, το στάδιο της νόσου και οι προσωπικές επιλογές της εγκύου διαφοροποιούν τις εκάστοτε συστάσεις των ειδικών.

Σχηματικά λοιπόν παραθέτουμε τις βασικές αρχές αντιμετώπισης της εγκύου με καρκίνο του μαστού.

-Η χειρουργική εξαίρεση του όγκου που συνήθως είναι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Η απλή ογκεκτομή ή η τεταρτεκτομή αποτελούν εναλλακτικές λύσεις, κι αυτό γιατί οι δύο αυτές τεχνικές δεν διαφέρουν αναφορικά με την επιβίωση. Βεβαίως ο συμπληρωματικός λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης, απλή βιοψία, ή λεμφαδένας φρουρός, κρίνεται απαραίτητος μια που σε αυτόν θα στηριχθεί η σταδιοποίηση της νόσου. Όσον αφορά την αναισθησία δεν αντιμετωπίζεται κανένα πρόβλημα καθώς η γνώση των αναισθησιολόγων με τη βοήθεια των σύγχρονων αναισθησιολογικών φαρμάκων μας εγκυώνεται μια ασφαλή διαδικασία της επέμβασης.

-Η ακτινοθεραπεία αποτελεί απόλυτη αντένδειξη σαν μέθοδος θεραπείας κατά τη διάρκεια της κύησης. Ειδικά κατά την περίοδο της οργανογένεσης η ακτινοβολία μπορεί να παρουσιάσει πέρα των εμβρυικών θανάτων, χρωμοσωμακές ανωμαλίες νευρολογικές ανωμαλίες, διαταραχές του αιμοποιητικού, λευχαιμία καθυστέρηση στην ανάπτυξη του εμβρύου κ.α.

-Η χημειοθεραπεία, στα τελευταία χρόνια, φαίνεται να παίζει έναν πρωτεύοντα ρόλο στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Ο Berry(1999) αναφέρει κατηγορηματικά ότι με τη χορήγηση κάποιων χημειοθεραπευτικών σχημάτων από τον 4<sup>ο</sup> μήνα κύησης, αποφεύγεται η τερατογένεση και οι μεταλλάξεις.

Ενώ οι ανωμαλίες φθάνουν και μέχρι το 11,5% όταν η θεραπεία χορηγηθεί στο 1<sup>ο</sup> τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Η δε άποψη του Murrary et al., είναι ότι όταν η χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων γίνει κατά τη διάρκεια του 2<sup>ου</sup> και 3<sup>ου</sup> τριμήνου, είναι μηδαμινές. Ωστόσο όλα τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δυνητικά διαπερνούν τον πλακούντα όμως η προσβολή του εμβρύου εξαρτάται σαφέστατα από το χρόνο χορήγησής τους. Έτσι οι βλαπτικές συνέπειες στο έμβryo είναι σοβαρές και εμφανείς όταν αυτά τα φάρμακα χορηγούνται στο 1 τρίμηνο (και κυρίως κατά τη διάρκεια της εμβρυογένεσης).



-Η ορμονοθεραπεία δεν έχει θέση στην εγκυμοσύνη αντίθετα με τη λοχεία. Στο 60% των περιπτώσεων οι υποδοχείς είναι αρνητικοί, ενώ η ταμοξιφαίνη θεωρείται τερατογόνος και πρέπει να αποφεύγεται.

-Η έκτρωση για θεραπευτικούς λόγους δεν συστήνεται συνήθως μιας και όλες οι μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι αυτή δεν σχετίζεται με την επιβίωση της ασθενούς. Σε στάδια 3<sup>ο</sup> και 4<sup>ο</sup>, όπου υφίσταται κακή πρόγνωση της εγκύου ο Gwyn and Therianlt υποστηρίζουν την έκτρωση.

#### 5.4 Πρόγνωση

Όπως σε όλες τις μορφές του καρκίνου έτσι και εδώ η καθυστέρηση στη διάγνωση και την άμεση επέμβαση, η επιβίωση των εγκύων με καρκίνο του μαστού είναι σαφώς χειρότερη από τις μη έγκυες καρκινοπαθείς. Βεβαίως η πρόγνωση εξαρτάται περισσότερο από την ηλικία της ασθενούς και λιγότερο από την ηλικία της κύησης που έγινε η διάγνωση. Παράλληλα η πρόγνωση εξαρτάται και απ' όλους εκείνους τους παράγοντες που εμπλεκόμενοι επηρεάζουν την πρόγνωση της ασθενούς, όπως μέγεθος του όγκου, ύπαρξη διογκωμένων λεμφαδένων κ.λ.π.

Φαίνεται τελικά ότι η ψηλάφηση του μαστού κατά την διάρκεια μιας εγκυμοσύνης, το ιστορικό της εγκύου, η εφαρμογή τεχνικών ελέγχου και γενικώς η έγκαιρη διάγνωση αποτελούν τον χρυσό κανόνα για την βελτίωση της υγείας και της εγκύου και του εμβρύου της.<sup>27</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

#### 6.1 Χειρουργική θεραπεία

Πριν από μερικά χρόνια η μόνη εγχείρηση ήταν η ριζική μαστεκτομία, και σε ορισμένες περιπτώσεις η υπερριζική μαστεκτομία. Σκοπός ήταν η αφαίρεση του όγκου, η αφαίρεση του υπολειπόμενου μαστού, μήπως ο καρκίνος ήταν πολυεστιακός, και ο καθαρισμός της μασχάλης για προγνωστικούς λόγους.

Τα τελευταία 30-40 χρόνια άρχισαν να εφαρμόζονται συντηρητικότερες επεμβάσεις, διατηρούν το μαστό και η γυναίκα δεν αισθάνεται ακρωτηριασμένη και έχουμε από την άλλη μεριά τον ίδιο στόχο με την μαστεκτομία, δηλαδή αφαιρείται ο πρωτοπαθής όγκος, αφαιρούνται οι λεμφαδένες της μασχάλης για προγνωστικούς λόγους και ακτινοβολείται ο υπολειπόμενος μαστός, προκειμένου να αποστειρωθεί από πιθανή πολυεστιακή ανάπτυξη της νόσου.

Οι εγχειρητικές μέθοδοι στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού αναλύονται ως εξής:

- Ριζική μαστεκτομή

Περιγράφει το 1894 από τον HALSTED & MEYER και συνίσταται στην en block εξαίρεση του μαστού, των θωρακικών μυών, μείζονος και ελάσσονος μυός και των αδένων της μασχάλης. Εμφανίζει δε το μικρότερο ποσοστό τοπικών υποτροπών ( 10–15%). Προτιμάται και σήμερα σε ειδικές περιπτώσεις, είτε επί μεγάλου όγκου είτε επί όγκου που διηθεί τον μείζονα θωρακικό μυ.

- Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή

Περιλαμβάνει, εκτός από τη ριζική, και την αφαίρεση των λεμφαδένων της έσω μαστικής. Προτιμάται από πολύ λίγους χειρουργούς και σε περιπτώσεις εντόπισης του καρκίνου στο έσω ημιμόριο ή στο κέντρο του μαστού με διηθημένους τους μασχαλιαίους λεμφαδένες (όμως χωρίς άλλη εξάπλωση της νόσου), δεδομένου ότι είναι γνωστή η αυξημένη συχνότητα διήθησης των έσω μαστικών λεμφαδένων σε αυτές τις περιπτώσεις.

- Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Συνίσταται στην εξαίρεση του μαστού των λεμφαδένων της μασχάλης και του ελάσσονος θωρακικού μυός, με διατήρηση του μείζονος θωρακικού μυός. Η εγχείρηση αυτή εξακολουθεί να εφαρμόζεται ευρέως και στην Ελλάδα.

- Απλή μαστεκτομή  
Η εγχείρηση αυτή συνίσταται στην ολική αφαίρεση του μαστού και όχι των λεμφαδένων ή μυών. Εάν υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία.
- Υποδόρια μαστεκτομή  
Συνίσταται την εξαίρεση του μαζικού αδένου χωρίς το δέρμα και την θηλή και ακολουθεί τοποθέτηση ενθέματος σιλικόνης.
- Μερική μαστεκτομή-καθαρισμός μασχάλης και ακτινοβολία  
Οι επεμβάσεις που έχουν σκοπό να διατηρήσουν τον μαστό είναι :  
I) η ογκεκτομή (1 mm υγιές όριο), II) η τμηματεκτομία με εξαίρεση τουλάχιστον 2cm υγιούς βάσης, γύρω από τον όγκο, III) η τεταρτεκτομία που αφαιρείτε ολόκληρο το τεταρτημόριο του μαστού που φέρει τον όγκο.  
Ο καθαρισμός της μασχάλης συνήθως είναι πλήρης, ή μερικώς ή δειγματοληπτικός ή χαμηλός. Εάν οι λεμφαδένες της μασχάλης είναι αρνητικοί αρκεί ο μερικός καθαρισμός, εφόσον όμως είναι διηθημένοι, πρέπει να γίνετε πλήρης καθαρισμός της μασχάλης<sup>6</sup>.

## 6.2 Επικουρική χημειοθεραπεία

Γενική είναι η διαπίστωση, κατά την τελευταία δεκαετία, ότι μεγάλος αριθμός ασθενών με πρωτοπαθή καρκίνο του μαστού εμφανίζει μη κλινικά φανερά μεταστάσεις (μικρομεταστάσεις) κατά το χρόνο διάγνωσης του καρκίνου.

Εξάλλου, από πλευράς χρόνου υποτροπής και πενταετούς επιβίωσης, επιτυγχάνεται σημαντική βελτίωση όταν η χειρουργική θεραπεία ακολουθείται από επικουρική χημειοθεραπεία (Adjuvant chemotherapy).

Η επικουρική χημειοθεραπεία συνιστάται στην ύπαρξη διηθημένων μασχαλιαίων λεμφαδένων, 2-3 εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Συνήθως δίνεται με κυκλικό τρόπο, για να παρέχεται η δυνατότητα στο μυελό των οστών να αναλαμβάνει κατά τα μεσοδιαστήματα από την τοξική επίδραση των φαρμάκων. Ο χρόνος εφαρμογής της θεραπείας αυτής κυμαίνεται συνήθως από 1 έως 2 χρόνια, ανάλογα με το χορηγούμενο θεραπευτικό σχήμα.

Δύο είναι τα κατεξοχήν σχήματα που χρησιμοποιούνται:

- § Το L-PAM (L-phenylalamine mustard) σε δόση 6 mgr/m<sup>2</sup> επιφάνειας σώματος, χωρίς όμως να υπερβαίνει τη δόση των 10 mgr ημερησίως, για 5 συνεχόμενες ημέρες κάθε 6 εβδομάδες για 2 χρόνια. Φέρεται στο εμπόριο ως Alkeran και χορηγείται από το στόμα.
- § Το C.M.E. Πρόκειται για συνδυασμό τριών φαρμάκων: κυκλοφωσφαμίδης, μεθοτρεξάτης και 5-φλουορουρακίλης.

Η κυκλοφωσφαμίδη χορηγείται σε δόση 100 mgr/m<sup>2</sup> από την 1<sup>η</sup> ως τη 14<sup>η</sup> ημέρα Peros. Η μεθοτρεξάτη χορηγείται σε δόση 40 mgr/m<sup>2</sup> IV την 1<sup>η</sup> και 8<sup>η</sup> ημέρα και η 5 F.U. χορηγείται σε δόση 600 mgr/m<sup>2</sup> την 1<sup>η</sup> και 8<sup>η</sup> ημέρα IV.

Τα αποτελέσματα από την επικουρική χημειοθεραπεία είναι γενικά καλύτερα στις προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς και με 1-3 διηθημένους αδένες. Ιδιαίτερα μάλιστα όταν προκαλείται αμηνόρροια. Γεγονός που είχε αρχικά σαν συνέπεια να συσχετίζοντο το ευνοϊκό αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας με τη δράση της στις ωοθήκες (φαρμακευτική ωοθηκεκτομή).

Σήμερα από πολλούς γίνεται συνδυασμός διαφόρων κυτταροστατικών φαρμάκων, ιδίως όταν υπάρχουν περισσότεροι διηθημένοι λεμφαδένες με στόχο καλύτερα αποτελέσματα, χωρίς να δίνεται ιδιαίτερη σημασία στη μεγαλύτερη τοξικότητα των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων.

Δεν φαίνεται να υπάρχουν στοιχεία που να δικαιολογούν τη χορήγηση επικουρικής χημειοθεραπείας σε ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες και μάλιστα με όγκους του έξω ημιμορίου του μαστού. Εκτός, ίσως, της περίπτωσης που υπάρχει ιστολογική μαρτυρία διήθησης αιμοφόρου ή λεμφοφόρου αγγείου, ενδεικτική διασποράς της νόσου.<sup>2,5,28</sup>

### 6.3 Η ακτινοθεραπεία

Σημαντικότερη είναι η προσφορά της ιονίζουσας ακτινοβολίας στον τοπικό και περιοχικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού σε όλα τα στάδια. Όλες οι χειρουργικές μέθοδοι μπορούν να συνδυαστούν με ακτινοβολία. Ακτινοβολείτε η περιοχή του μαστού ή του θωρακικού τοιχώματος εφόσον έγινε μαστεκτομή και των επιχωρίων λεμφαδένων αν χρειάζεται με διάφορες τεχνικές και με κατάλληλο σχεδιασμό με σκοπό να δοθεί η μεγαλύτερη δυνατή δόση στο μικρότερο δυνατό πεδίο με τη μεγαλύτερη δυνατή ομοιογένεια. Η ακτινοθεραπεία συστήνεται μόνη της δηλαδή χωρίς προηγηθείσα εγχείρηση όταν δεν είναι δυνατή η εκτέλεση μαστεκτομίας είτε για λόγους ιατρικούς είτε γιατί η άρρωστη δεν την επιθυμεί.

Η ακτινοθεραπεία συστήνεται και στις μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού και ιδιαίτερα των οστών γιατί ανακουφίζει την άρρωστη από τους πόνους σε συχνότητα 90%. Επίσης ανακουφίζει την άρρωστη όταν οι μεταστάσεις αφορούν στον μεσοπνευμόνιο χώρο. Τέλος, ικανοποιητικά αποτελέσματα έχει στην αντιμετώπιση εγκεφαλικών μεταστάσεων.<sup>2,6</sup>

#### 6.4 Ορμονοθεραπεία

Όταν υπάρχουν θετικοί ορμονικοί υποδοχείς, τότε δυνατό να έχει ευεργετική επίδραση στην άρρωστη η χορήγηση ορμονών. Προτιμάται η χορήγηση της κίτρινης ταμοξιφαίνης, γιατί δεν έχει ανεπιθύμητες ενέργειες. Αυτή αναστέλλει την ανάπτυξη του καρκίνου, γιατί συνδέεται με τους υποδοχείς των κυττάρων. Αλλά και όταν οι ορμονικοί υποδοχείς είναι αρνητικοί, χορηγούμε ταμοξαφαίνη συμπληρωματικά ή για την αντιμετώπιση των μεταστάσεων<sup>2</sup>.

Μελέτες έχουν βρει ότι η ταμοξαφαίνη έχει την δυνατότητα να μειώσει το 2<sup>ο</sup> πρωτοπαθές καρκίνωμα στον άλλο μαστό σε ένα ποσοστό 30% και να μειώσει την θνητότητα από τον ήδη υπάρχοντα καρκίνο του μαστού σε ένα ποσοστό 30%. Επομένως μπορεί να υποθέσει κανείς ότι η ταμοξαφαίνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως χημειοπροφύλαξη σε υψηλού κινδύνου (οικογενειακό ιστορικό κ.λ.π) γυναίκες. Η ταμοξιφαίνη χορηγείτε σε δόση 20 mg περίπου ημερησίως και τουλάχιστον για πέντε ή και περισσότερα χρόνια.

#### 6.5 Πληροφορίες για το Tamoxifen

Η Ταμοξιφαίνη (Tamoxifen) είναι μία φαρμακευτική ουσία όπου παρουσιάζεται ως αποκλειστής της δράσης των οιστρογόνων στο μαστό. Από την άλλη, φαίνεται να παρουσιάζει ιδιότητες των οιστρογόνων σε άλλους ιστούς όπως η μήτρα και τα οστά. Παρατηρείται πως υγιείς γυναίκες που βρίσκονται σε υψηλή επικινδυνότητα εμφάνισης της ασθένειας ζητούν πληροφορίες για την ταμοξιφαίνη ως προληπτική θεραπεία για τον καρκίνο μαστού. Μία μεγάλη μελέτη, η *Δοκιμασία Πρόληψης Καρκίνου Μαστού*, έδειξε ότι η ταμοξιφαίνη μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού σε γυναίκες ηλικίας 35 ετών και άνω, στη μέση επικινδυνότητα για την ασθένεια.

Γυναίκες ηλικίας 35 ετών και άνω που έλαβαν ημερήσια δόση 20mg ταμοξιφαίνης για πάνω από 5 χρόνια είχαν περίπου 49% λιγότερες διαγνώσεις διηθητικού καρκίνου μαστού συγκρινόμενες με γυναίκες που ήταν στην ομάδα placebo. Σε γυναίκες ηλικίας 35 με 49, η επικινδυνότητα εμφανίστηκε παρόμοια με την ομάδα placebo. Όμως, το πλεονέκτημα πρόληψης για γυναίκες 50 ετών και άνω εμφανίστηκε με σημαντικούς κινδύνους ανάπτυξης καρκίνου εκτός από το μαστό στη μήτρα, καθώς και δημιουργία θρόμβων.

Στη Δοκιμασία Πρόληψης Καρκίνου Μαστού, γυναίκες ηλικίας 35 με 49 που είχαν εγκριθεί ώστε να λάβουν ταμοξιφαίνη, υπέφεραν από παρενέργειες όπως αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού και θρόμβων, σε παρόμοιο επίπεδο με την ομάδα placebo. Σε νέες γυναίκες που παρουσίασαν υψηλή επικινδυνότητα, η πρόληψη με ταμοξιφαίνη προσέφερε πλεονεκτήματα και δεν αύξησε απαραίτητα τις παρενέργειες.

Στη Δ.Π.Κ.Μ., οι γυναίκες ηλικίας 50 ετών και άνω που έλαβαν ταμοξιφαίνη διπλασίασαν τις πιθανότητες ανάπτυξης ενδομήτριου καρκίνου και τις τριπλασίασαν όσον αφορά τη δημιουργία θρόμβων στις κύριες φλέβες και στους πνεύμονες.<sup>29</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

### **ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

#### 7.1 Πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Όλοι γνωρίζουμε σήμερα ότι η πρόληψη του καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες της φροντίδας υγείας. Ο ρόλος λοιπόν της νοσηλεύτριας, αφού πρωτοστατεί στις υπηρεσίες φροντίδας για την υγεία, είναι πολυδύναμος, πολυεπίπεδος και γι' αυτό στρατηγικός. Η νοσηλεύτρια, ως μέλος τις υγειονομικής ομάδας, προσφέρει πολύτιμο έργο στην διαφώτιση του κοινού σχετικά με την ανίχνευση και την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, καθώς και στην καταπολέμηση των προκαταλήψεων και τις 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.

Για την σωστή προσέγγιση και διαφώτιση των ασυμπτωματικών γυναικών η παιδεία της νοσηλεύτριας πρέπει να περιλαμβάνει :

- γνώσεις για τον καρκίνο του μαστού και την φυσική του εξέλιξη.
- γνώση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων.
- ικανότητα λήψης καλού ιστορικού και
- ικανότητα αναγνώρισης των φυσικών και ψυχοκοινωνικών πλευρών ασθενών με καρκίνο.

Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε δυο κατηγορίες , σε μέτρα *πρωτογενούς* και σε μέτρα *δευτερογενούς* πρόληψης.

#### 7.1.1 Πρωτογενής πρόληψη και ο ρόλος του νοσηλευτή

Η πρωτογενής πρόληψη παραπέμπει σε μέτρα τα οποία πρέπει να ληφθούν για την αποφυγή παραγόντων οι οποίοι μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη του καρκίνου.

Η νοσηλεύτρια γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Μπορεί να κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας, να παίρνει διαιτολόγια, να βλέπει τις παρεκκλίσεις, αφού γνωρίζει ότι η διατροφή αποτελεί την βασικότερη ίσως παράμετρο του μικροπεριβάλλοντος και για το λόγω αυτό θεωρείται πιθανός παράγοντας για τον καρκίνο του μαστού.

Συνιστά την αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και επιδεικνύει την 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. Στοχεύει να διαμορφώσει νέα πρότυπα συμπεριφοράς στην απομάκρυνση των δυνητικώς αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου.

Τονίζει ιδιαίτερα την σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό, αποδεικνύοντας στατιστικώς την 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 να συμβουλευτούν ένα γιατρό από τότε που ανακαλύπτουν πιθανά συμπτώματα καρκίνου του μαστού και ακόμη καθυστερούν αρκετό καιρό για να αποφασίσουν την βιοψία και την θεραπεία.

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

Τέτοιοι παράγοντες είναι:

- κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες
- έλλειψη μόρφωσης
- ψυχολογικοί παράγοντες (φόβος, ντροπή, αρνητισμός, καταπίεση κ.λ.π)

Η νοσηλεύτρια προτρέπει να προσέρχονται στα ειδικά κέντρα για περιοδικές εξετάσεις, ενώ παράλληλα προσπαθεί να τις απαλλάξει από την καρκινοφοβία και το φάσμα του θανάτου.

Όταν υπάρχουν ενδείξεις ή υπόνοιες για καρκίνο του μαστού προτρέπει τη γυναίκα να κάνει ιατρική εξέταση και στην συνέχεια, αφού προηγηθούν οι σχετικές διαπραγματεύσεις ετοιμάζει την εισαγωγή της στο νοσοκομείο<sup>16</sup>.

### 7.1.2 Δευτερογενής πρόληψη και ο ρόλος του νοσηλευτή

Η δευτερογενής πρόληψη συνίσταται σε ενέργειες που αποσκοπούν στην διάγνωση όσο νωρίτερα γίνεται και κατά βάση πριν την εκδήλωση των συμπτωμάτων.

Ο έλεγχος αυτός πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- **Για γυναίκες 20-40 ετών**
  - αυτοεξέταση του μαστού ανά μήνα
  - εξέταση από γιατρό ανά τριετία
  - βασική μαστογραφία (από 36-39)
  
- **Για γυναίκες άνω των 40 ετών**
  - αυτοεξέταση του μαστού ανά μήνα
  - εξέταση από το γιατρό ανά έτος
  - μαστογραφία ανά 1-2 έτη (40-50 ετών) ή ανά έτος (άνω των 50)<sup>8</sup>.

### 7.2 Ενημέρωση και προετοιμασία για την αρρώστια και την θεραπεία

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

Πράγματι, η καταπολέμηση του καρκίνου είναι τόσο βιολογική όσο και ψυχολογική μάχη, επειδή οι επιπτώσεις εκτείνονται πιο πέρα από τις σωματικές βλάβες. Η ανάγκη της διεπιστημονικής προσέγγισης στην πρόληψη, την θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου, παρουσιάζεται ιδιαίτερα επιτακτική στην περίπτωση του καρκινοπαθούς.

Ποιος όμως είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στη ομάδα και ποια η συμβολή του στην αντιμετώπιση του ασθενή;

Ο νοσηλευτής με την επιδέξια επικοινωνία και την προσεκτική παρατήρηση, διαπιστώνει τις διάφορες ανάγκες, αναλαμβάνει να ικανοποιήσει όσες εμπίπτουν στην δική του αρμοδιότητα και μεταφέρει στις ανάλογες επιστημονικές ειδικότητες όσες ανάγκες πρέπει να αντιμετωπιστούν από άλλους επιστήμονες.

Μπορούμε λοιπόν να πούμε ότι ο νοσηλευτής είναι εκείνος που αντιμετωπίζει το άτομο σαν άτομο, όχι σαν ειδικότητα. Αυτό είναι ιδιαίτερα αναγκαίο για τον καρκινοπαθή, στην θεραπεία του οποίου επιστρατεύονται πολλές ειδικότητες, ο γιατρός, ο χειρουργός, ο παθολόγος- ογκολόγος, ο ακτινολόγος, ο ψυχολόγος, ο κοινωνικός λειτουργός κ.ά. Όλοι αυτοί οι επιστήμονες αντιμετωπίζουν τον καρκινοπαθή από την δική τους οπτική γωνία. Ο νοσηλευτής έχει την μοναδικότητα να αντιμετωπίζει το άτομο σαν ένα ενιαίο σύνολο με κοινές αλλά



και ειδικές, ιδιαίτερες ανθρώπινες ανάγκες, οι οποίες πρέπει να διαπιστωθούν και να αντιμετωπιστούν. Αυτό επιτυγχάνεται με τη συνεργασία με όλους τους επιστήμονες που αποτελούν τα μέλη της ομάδας.

Λέγοντας ανάγκη εννοούμε όλα εκείνα τα βιολογικά, περιβαλλοντικά και ψυχοκοινωνικά στοιχεία που απαιτεί ο ανθρώπινος οργανισμός, προκειμένου να διατηρήσει την βιολογική του και ψυχοκοινωνική του υγεία.

Σε μια διερευνητική μελέτη (186) των αναγκών των οικογενειών και των ασθενών τους στην προδιαγνωστική φάση, στην φάση των διαγνωστικών εξετάσεων και της θεραπείας και τέλος της αποκατάστασης και της επανένταξής τους στο κοινωνικό σύνολο, αναφέρονται σε τρεις κατηγορίες :

- Στις φυσικές ανάγκες.
- Στις πληροφοριακές ανάγκες και
- Στις συναισθηματικές.

Στην προδιαγνωστική φάση, που συνοδεύεται από την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο, το άτομο έχει διαπιστώσει κάποια ανωμαλία ή δοκιμάζει κάποια συμπτώματα. Η σκέψη και η υποψία μήπως είναι καρκίνος, του περνούν αμέσως από το μυαλό και η προτροπή του γιατρού να μπει σε νοσοκομείο του επιβεβαιώνουν την υποψία του αυτή.

Ψυχολογικά ο άρρωστος και η οικογένειά του αρνούνται να παραδεχθούν την σοβαρότητα των συμπτωμάτων και τα θεωρούν ασήμαντα και μηδαμινά. Η εισαγωγή όμως στο νοσοκομείο γίνεται πραγματικότητα. Το άτομο αφήνει το σπίτι του, το περιβάλλον του, ίσως και για πρώτη φορά. Εκείνο που είναι πολύ φυσικό να συμβεί είναι η δυσκολία προσαρμογής ως προς τον χώρο.

Και επειδή είναι γνωστό σε μας το Νοσοκομείο και δεν αντιμετωπίζουμε εμείς αυτό το πρόβλημα, νομίζουμε ότι και οι ασθενείς που έρχονται για πρώτη φορά, το ίδιο αισθάνονται. Ας δώσουμε τις απαραίτητες πληροφορίες στον ασθενή και σε αυτούς που τον συνοδεύουν. Ελαττώνουμε με τον τρόπο αυτό τις φορές που θα μας σταματήσουν στο διάδρομο ή θα μας ενοχλήσουν στο γραφείο για πράγματα, απλά για μας, απαραίτητα για εκείνους. Όμως, ο ασθενής και η οικογένειά του έχουν και άλλα ερωτηματικά περισσότερο επώδυνα, που ίσως τα κρατούν κρυφά ο ένας από τον άλλο. Είναι άραγε καρκίνος; Αυτό ήταν όλο; Και η ζωή μου; Η οικογένειά μου; Τα παιδιά μου; Οι σπουδές μου, η καριέρα μου; Θα μείνω πολύ εδώ; Θα πονέσω; Οι θεραπείες θα έχουν παρενέργειες, Αυτά είναι μερικά από τα ερωτήματα που πιθανόν να σκέφτονται.

Ύστερα από την εισαγωγή του ατόμου στο νοσοκομείο αρχίζει η φάση των διαγνωστικών εξετάσεων. Στην φάση αυτή οι φυσικές και οι πληροφοριακές ανάγκες αυξάνουν. Διαγνωστικές εξετάσεις προγραμματίζονται καθημερινά και ο πόνος που προκαλεί η καθεμία προστίθεται στην επόμενη.

Οι πληροφοριακές και συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών, σύμφωνα με τον βαθμό σπουδαιότητάς τους είναι οι εξής:

- Ανάγκη να απαντούμε ειλικρινά στις ερωτήσεις τους.
- Ανάγκη να ξέρουν τι είδους θεραπείες κάνουν.
- Ανάγκη να τους εξηγούμε, ό,τι μας ρωτήσουν, με απλά λόγια για να μας καταλαβαίνουν.
- Ανάγκη να ξέρουν τι συμπτώματα προκαλούν οι διάφορες θεραπείες που κάνουν.
- Ανάγκη να ξέρουν πότε να περιμένουν τα τυχόν συμπτώματα από τις διάφορες θεραπείες που κάνουν.
- Ανάγκη να γνωρίζουν πως αξιολογούν οι Γιατροί και οι Νοσηλευτές την κατάστασή τους.
- Ανάγκη να αισθάνονται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει για αυτούς.
- Ανάγκη να ενισχυθεί η ελπίδα τους για την ζωή.
- Ανάγκη να είναι πάντα κοντά τους ένα μέλος της οικογένειάς τους.
- Ανάγκη να μπορεί να εκφράζει τα συναισθήματά του και όταν τα εκδηλώνει να μην παρεξηγείται.
- Ανάγκη να γνωρίζει το όνομα του γιατρού που τον παρακολουθεί και αυτών που τον φροντίζουν.

Οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο έχουν ανάγκη να μάθουν και να πάρουν πληροφορίες για την αρρώστιά τους. Όμως πόσες πληροφορίες θα τους δώσουμε και ποιές είναι οι πληροφοριακές τους ανάγκες;

Οι εργαστηριακοί και ιατρικοί όροι που ακούει συνεχώς ελαττώνουν την ικανότητά του να καταλάβει και να κρατήσει τις πληροφορίες που του δίνουμε. Συχνά αντιμετωπίζουμε το γεγονός, που προκαλεί να εξηγήσουμε, ή να πούμε σε κάποιο δικό του, σε όποιον αισθάνεται μεγαλύτερη ασφάλεια.

Και άλλο που πρέπει να προσέξουμε είναι το πόσο κατάλληλη είναι η ώρα που πάμε να δώσουμε τις πληροφορίες, ή τις εξηγήσεις που θέλουμε να δώσουμε στον άρρωστο. Αν για παράδειγμα ένας άρρωστος πονάει, ή πέρασε όλο το πρωινό του στα διάφορα εργαστήρια και είναι επομένως κατάκοπος από τις εξετάσεις που του έγιναν, πώς να μας παρακολουθήσει και να καταλάβει τις πληροφορίες που του δίνουμε.

Οι άρρωστοι με καρκίνο δεν χρειάζονται όλοι την ίδια ποιότητα πληροφοριών, όμως υπάρχει μία ποσότητα που την χρειάζονται όλοι. Αυτή η ανάγκη τους είναι περισσότερο έντονη συνήθως, όταν τους ετοιμάζουμε για κάποια διαγνωστική εξέταση ή για ένα θεραπευτικό σχήμα.

Αν εξηγήσουμε στον άρρωστο και σε κάποιο μέλος της οικογένειάς του- ανάλογα με το μορφωτικό του επίπεδο-με λίγα λόγια και απλά τι θα του γίνει, πώς θα γίνει, αν θα πονέσει ή όχι, πού θα πάει και πώς θα πάει, πόσο θα διαρκέσει, το άτομο βλέπει και διαπιστώσει, ότι δεν είναι απλώς το νούμερο ενός κρεβατιού, αλλά ότι τον υπολογίζουν σαν άτομο με οντότητα και επομένως δεν τον έχουν διαγράψει ακόμη από την ζωή.

Ας δούμε όμως τώρα ποιές είναι οι ανάγκες του αρρώστου με καρκίνο κατά την φάση του προγραμματισμού και της εφαρμογής των θεραπευτικών σχημάτων και της τόσο εκτεταμένης σήμερα ιατρικής αγωγής.

Η έναρξη της θεραπείας, είτε είναι χημειοθεραπεία, ακτινοβολία, χειρουργική, είτε συνδυασμός αυτών, είναι για τον άρρωστο μία δύσκολη περίοδος. Ο ασθενής καταπονείται φυσικά και συναισθηματικά. Η ανάγκη για την συνεχή παρουσία μελών της οικογένειας είναι έκδηλη, ιδιαίτερα όταν τα αποτελέσματα της θεραπείας -οποιαδήποτε είναι αυτή- είναι τέτοια που δημιουργούν συναισθηματικά τραύματα, όπως π.χ. η τριχόπτωση, ο ακρωτηριασμός κάποιου μέλους ή οργάνου με διαφορετική αξία και σημασία για κάθε άτομο. Επειδή επίσης ο βαθμός του stress που περνούν αυτοί οι άνθρωποι είναι πολύ μεγάλος, έρευνες υποστηρίζουν ότι η επικοινωνία και η ικανοποίηση των φυσικών, πληροφοριακών και συναισθηματικών αναγκών των ασθενών, πρέπει να αρχίζουν πολύ πριν την έναρξη της θεραπείας και να συνεχίζονται σε όλη την διάρκεια της παραμονής τους στο Νοσοκομείο.

Κατά την πληροφόρηση- εκπαίδευση ο άρρωστος ενημερώνεται για:

- Την ανάγκη της θεραπείας του.
- Το θεραπευτικό σχήμα - τα φάρμακα.
- Την διάρκεια και συχνότητα της χορηγήσεώς τους.
- Τις διαδικασίες της θεραπείας.
- Τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας.
- Τις μεταβολές του Follow up.

Κάτι που απασχολεί την οικογένεια και τους αρρώστους με καρκίνο είναι ο φόβος της επιδείνωσης της κατάστασης και της επανεισαγωγής τους στο Νοσοκομείο. Άλλοι κρυφά και άλλοι φανερά κάνουν αναπροσαρμογή του ρόλου τους - του ρόλου μέσα στην οικογένεια, την εργασία, το κοινωνικό σύνολο- όσο βλέπουν να τους εγκαταλείπουν οι φυσικές τους δυνάμεις και να μην μπορούν να ανταποκριθούν στα καθημερινά τους και πολλές φορές απαραίτητα καθήκοντα. Τα καθημερινά και εναλλασσόμενα σχήματα της χημειοθεραπείας και ακτινοβολίας, τους υπενθυμίζουν συνεχώς την φύση της αρρώστιας τους και τον κίνδυνο της επιδείνωσης της κατάστασής τους.

Με την έξοδο από το Νοσοκομείο δεν σημαίνει ότι ο άρρωστος μας έχει απαλλαγεί από τον πόνο. Εδώ μπορούμε να συμβουλευτούμε και να κατευθύνουμε το άτομο ή τα μέλη της οικογένειάς του να ζητήσουν από τον γιατρό μαζί με άλλες πληροφορίες και τα απαραίτητα παυσίπονα.

Ο άρρωστος με καρκίνο αντιμετωπίζει πολλές απώλειες. Την απώλεια της υγείας του, της ζωής του, του ελέγχου του εαυτού του και του περιβάλλοντος του, μελών του σώματός του, της εργασίας του, του ρόλου του σαν πατέρας, μητέρας, ενός αγαπητού παιδιού.

**Ο πρωταρχικός σκοπός όλων μας είναι: «Να αυξήσουμε την ικανότητα του αρρώστου να ζήσει με τον καρκίνο».**

### 7.3 Παράγοντες που συμβάλλουν στην καθυστερημένη προσέλευση των γυναικών για εξέταση.

Σήμερα είναι γενικά παραδεκτό ότι η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού σημαίνει και καλύτερη πρόγνωση για την εξέλιξη της νόσου. Οι γυναίκες έτσι ενθαρρύνονται να ελέγχουν τακτικά το στήθος τους με αυτοεξέταση για τυχόν ογκίδια και άλλα συμπτώματα και να αποφεύγουν καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής συμβουλής.

Όμως τουλάχιστον ένα ποσοστό 20% των γυναικών καθυστερούν δύο μήνες έως ένα χρόνο, αφότου ανακαλύψουν κάποιο σύμπτωμα στο μαστό και μέχρι να συμβουλευτούν ένα γιατρό.

Μάλιστα το χρονικό διάστημα μεταξύ των πρώτων ανησυχητικών εκδηλώσεων και της αναζήτησης ιατρικής βοήθειας είναι μεγαλύτερο σε γυναίκες που κατόπιν αποδείχτηκε ότι έχουν καρκίνο, απ' ότι στις γυναίκες που η βιοψία έδειξε καλοήγη νόσο στο μαστό.

Αλλά ποιοι είναι οι παράγοντες που επιδρούν, ώστε μία στις τέσσερις γυναίκες να οδηγείται με καθυστέρηση στη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου;

Υπάρχουν λοιπόν γυναίκες που δεν παρουσιάζονται στο γιατρό έγκαιρα επειδή αγνοούν ή αποφεύγουν την αυτοεξέταση. Αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους:

- α) Άγνοια της σημασίας τακτικών εξετάσεων μαστού,
- β) Ανεπαρκής γνώση της συχνότητας εφαρμογής και τεχνικής της αυτοεξέτασης,
- γ) Έλλειψη εμπιστοσύνης στην ικανότητά τους να εφαρμόσουν σωστά την αυτοεξέταση,
- δ) Φόβος μήπως ανακαλύψουν κάποια ανωμαλία στον μαστό,
- ε) Μοιραία στάση στο θέμα: «Τίποτε δεν μπορεί να προλάβει την πιθανή εξέλιξη του καρκίνου ό,τι είναι γραφτό να συμβεί θα συμβεί, ό,τι και να κάνω»,
- στ) Σεξουαλικά ή πολιτισμικά ταμπού, (ορισμένες μεγάλης ηλικίας κυρίως γυναίκες διακρίνονται από μία σεμνότητα και η ανατροφή τους ήταν μάλλον αυστηρών ηθικών αρχών, ώστε να υπάρχουν αναστολές(ντροπή)στην εξέταση μαστών.

Ακόμα, υπάρχουν οι γυναίκες που καθυστερούν να ζητήσουν ιατρική γνώμη, παρ' ότι ανακάλυψαν κάποιο σύμπτωμα. Έχουν επισημανθεί μερικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση μιας τέτοιας στάσης:

- α)** Η μη αναγνώριση της σπουδαιότητας πρώιμης αντιμετώπισης, η άγνοια των χαρακτηριστικών κλινικών σημείων του καρκίνου του

μαστού και ο φόβος πιθανής νοσηλείας.

**β)** Η οικογενειακή κατάσταση ή προβλήματα, η ηλικία, η έλλειψη ευαισθησίας στις αλλαγές στο μαστό, η παρουσία ή όχι πόνου και ανησυχητικών συμπτωμάτων. Η γνωριμία της με φίλες/ συγγενείς που είχαν/ έχουν καρκίνο ή υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή, φαίνεται πως επηρεάζουν τη συμπεριφορά της γυναίκας σε τέτοιες καταστάσεις,

**γ)** Σημαντικότερο ρόλο παίζουν ο φόβος και το άγχος γύρω από την διάγνωση, προηγούμενο ιστορικό καλοήθους όγκου στο μαστό, όπως και ο φόβος για την απειλή της ίδιας της ζωής από την υποτιθέμενη διάγνωση ενός κακοήθους όγκου,

**δ)** Ακόμη φαίνεται πως οι γυναίκες που καθυστερούν έχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, είναι περισσότερο ανεξάρτητες, αυτοκαθοδηγούμενες, διοργανωτικές και με σχεδιασμό στη ζωή, παρορμητικές και αυθόρμητες, προσανατολισμένες με στόχους – σκοπούς και συνηθίζουν να χρησιμοποιούν το μηχανισμό της άρνησης όταν έρχονται αντιμέτωπες με κρίσιμα γεγονότα που δημιουργούν ένταση, αρνούνται τη βαρύτητα των γεγονότων ή προσποιούνται ότι δεν συμβαίνουν.

Σε έρευνα βάσει συνεντεύξεων με γυναίκες μία μέρα πριν την βιοψία στο στήθος για κάποιο σύμπτωμα που αυτές εντόπισαν, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που καθυστερούν α)Χρησιμοποιούν τους αμυντικούς μηχανισμούς της άρνησης και της καταστολής β)Εκφράζουν λεκτικά κατάθλιψη, υπάρχουν σημεία άγχους στη συμπεριφορά αλλά δεν εκφράζουν άγχος λεκτικά.

Από την άλλη, ορισμένες φορές έχει θεωρηθεί υπεύθυνος ο γιατρός για μια τέτοια καθυστέρηση. Αν ο γιατρός που η γυναίκα θα επισκεφθεί είναι άνδρας, τότε αυτή μπορεί να αισθανθεί αμηχανία στο να εξηγήσει πολύ προσωπικά προβλήματα υγείας.

Έτσι, δεν είναι σπάνιο να παρουσιαστούν στον γιατρό εμμέσως, δηλαδή για κάτι άλλο, εκτός των συμπτωμάτων στο μαστό. Οι γιατροί που πιστεύουν πως η πρόληψη είναι προτιμότερη από την θεραπεία, πρέπει να γνωρίζουν αυτές τις τακτικές των γυναικών και να ζητούν πληροφορίες για την γενική κατάσταση της υγείας της ασθενούς.

Οι γιατροί δεν πρέπει να σταθούν απαθείς, πολύ απασχολημένοι, φανερά μη ανεκτικοί ή απόμακροι απέναντι στις ασθενείς, πράγμα που ισχύει και για τους νοσηλευτές οι οποίοι συνήθως υποδέχονται και παραλαμβάνουν τις ασθενείς, αλλά να δώσουν την απαραίτητη προσοχή και ευκαιρία στην γυναίκα να εκφράσει το πρόβλημα που την απασχολεί και να πετύχουν μια αποτελεσματική επικοινωνία.<sup>22</sup>

#### 7.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην θεραπεία

Μετά την ιδιαίτερα στρεσογόνο περίοδο της διάγνωσης της νόσου έρχεται η φάση στην οποία η γυναίκα συνήθως θα εισαχθεί στο νοσοκομείο, για να γίνει η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού και να ληφθεί μια θεραπευτική απόφαση.

**Η θεραπεία περιλαμβάνει :** Α) χειρουργική επέμβαση  
Β) ακτινοθεραπεία  
Γ) χημειοθεραπεία  
Δ) ορμονοθεραπεία<sup>17</sup>.

#### **A. χειρουργική επέμβαση**

\*Ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς και της οικογενείας του για την επικείμενη χειρουργική επέμβαση

Το χειρουργείο είναι από τις σημαντικότερες και τις πιο αγχογόνες μονάδες του Νοσοκομείου, τόσο για τον ασθενή και την οικογένειά του, όσο και για τον νοσηλευτή που εργάζεται σε αυτό. Είναι το κέντρο όπου κατευθύνονται όλες οι προεγχειρητικές ενέργειες (εξετάσεις, προετοιμασία), ο χώρος όπου γίνεται η επέμβαση και επίσης το κέντρο από το οποίο πηγάζουν όλες οι μετεγχειρητικές φροντίδες για τη θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου.

Είναι ένας από τους χώρους, ίσως ο πιο σημαντικός, ή και πολλές φορές ο πιο σίγουρος για την ταυτοποίηση ενός κοινού αρρώστου σε καρκινοπαθή.

Είναι ο χώρος μέσα στον οποίο σβήνονται ή αναζωπυρώνουν εξαρχής οι τελευταίες σπίθες ελπίδες που κρατούν κρυφές εκείνοι οι άρρωστοι για τους οποίους υπάρχει η υποψία του καρκίνου και όχι μόνο.

Σίγουρα το χειρουργείο και ειδικά του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου είναι ο χώρος με το μεγαλύτερο ψυχολογικό stress και για το προσωπικό και για τον ασθενή.

Η εργασία περιλαμβάνει τρία στάδια:

1. Προεγχειρητική νοσηλεία και προετοιμασία του αρρώστου.
2. Διεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς.
3. Μετεγχειρητική νοσηλεία και αποκατάσταση του ατόμου.

Η νοσηλευτική φροντίδα μέσα και έξω από το χειρουργείο είναι μέρος της νοσηλευτικής. Έχει, εκτός από την επιστημονική και τεχνική και ψυχοκοινωνική διάσταση ενδιαφέρουσα και μοναδική, που την

ολοκληρώνει μαζί με την προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα, την κάνει προσωπική απ' ευθείας προς το πρόσωπο του αρρώστου. Έτσι δίνει και κερδίζει τη μάχη ενάντια στην απροσωποποίηση και την αντικειμενοποίηση του αρρώστου μέσα στο χειρουργείο.

#### Παράμετροι της ψυχοκοινωνικής χειρουργικής είναι:

- Ο σεβασμός της αξίας της ζωής και των δικαιωμάτων του αρρώστου.
- Η προσωπική γνωριμία και η εξατομικευμένη προσέγγιση του αρρώστου προεγχειρητικά, διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά.
- Η αντιμετώπιση των νοσηλευτικών διλημμάτων με γνώμονα τις ανώτερες ανθρωπιστικές ηθικές αρχές της Νοσηλευτικής δεοντολογίας.
- Η ελάττωση του ψυχικού stress του αρρώστου προεγχειρητικά και κυρίως μέσα στο χώρο του χειρουργείου, όπου αυξάνεται ακόμη περισσότερο και στη συνέχεια σε όλο το διάστημα της νοσηλείας του.

Ο άρρωστος έρχεται στο χειρουργείο όχι σαν ένας μαστός που χρειάζεται αφαίρεση, ούτε σαν μια μήτρα που θα χρειαστεί ολική υστερεκτομή, ούτε σαν ένα χαλασμένο μάτι που χρειάζεται εξόρυξη.

Έρχεται σαν ένα άτομο με βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα, μοναδική και αδιαίρετη. Έρχεται με την προσωπικότητα του, τις γνώσεις, την πείρα, τις πεποιθήσεις, τους τρόπους συμπεριφοράς, τα ιδιαίτερα χαρίσματα αλλά και τα ελαττώματά του, τον ατομικό του χαρακτήρα δηλαδή, με λίγα λόγια.

Με την αρρώστια και την εισαγωγή του ατόμου στο Νοσοκομείο, του στερείται ο κανονικός του ρυθμός ζωής και η εργασία του. Αποχωρίζεται από την οικογένειά του, από τους φίλους, τους συναδέλφους του, ματαιώνονται τα σχέδιά του, γεμίζει με άγχος και φόβο για την υγεία του, με αποτέλεσμα να οδηγείται σε εξάρτηση από το περιβάλλον του.

Φοβάται την διάγνωση, φοβάται την αναισθησία και την εγχείρηση, φοβάται τον μετεγχειρητικό πόνο, φοβάται τέλος -το αποτέλεσμα της εγχείρησης - κυρίως ο καρκινοπαθής μήπως μείνει ανάπηρος, μήπως έχει ήδη μεταστάσεις και κάπου αλλού, φοβάται μήπως πεθάνει.

Άγχος δημιουργεί στον άρρωστο, επίσης, το άγνωστο και το παράξενο περιβάλλον του Νοσοκομείου. Αισθάνεται χαμένος, μόνος, ανώνυμος, άγνωστος στο προσωπικό που θα τον φροντίζει στην αρρώστιά του. Τρομάζει στη σκέψη: δεν γνωρίζω κανέναν, θα είμαι μόνος στην εγχείρηση και δεν με γνωρίζει κανείς. Αυτά τον γεμίζουν άγχος και ανασφάλεια.

Η σωματική προετοιμασία του αρρώστου προεγχειρητικά προγραμματίζεται και διεκπεραιώνεται σχολαστικά, ζητούνται ευθύνες, αν κάτι παραληφθεί και υπογράφεται από υπεύθυνα πρόσωπα.

Η ψυχολογική προετοιμασία του αρρώστου και ιδιαίτερα του καρκινοπαθή, προγραμματίζεται υπεύθυνα; Περιγράφεται γραπτά; Ή τα πράγματα βαίνουν όπως μπορούν από την πλευρά των ασθενών;

Δυστυχώς, αρκετές φορές παραμελείται τελείως η προετοιμασία του ψυχικού εδάφους του αρρώστου. Δεν είναι λίγες φορές που στην επικοινωνία με τους

αρρώστους, λίγο πριν μπουν στη χειρουργική αίθουσα, διαπιστώνεται ότι όχι μόνο δεν είναι ενημερωμένοι σχετικά με το τι πρόκειται να γίνει στο χειρουργείο, γιατί θα γίνει αυτή η επέμβαση, τι ακριβώς θα γίνει.

Πολλές φορές διαπιστώνεται ότι η ενημέρωσή τους έχει γίνει μέσα στο θάλαμο του τμήματος από τις συζητήσεις τους με τους άλλους αρρώστους, που μπορεί να έχουν, ή που οι ίδιοι νομίζουν, ότι έχουν το ίδιο πρόβλημα με αυτούς. Η έλλειψη υπεύθυνης ενημέρωσης από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό είναι φανερή, γιατί υπάρχουν ένα σωρό ερωτήματα από πολύ απλά, όπως πόση ώρα θα διαρκέσει η επέμβαση, μέχρι αν θα συνέλθουν γρήγορα από τη νάρκωση. Αυτή η ερώτηση κρύβει το φόβο τους μήπως δεν ξυπνήσουν από τη νάρκωση. Περίπου ποία ώρα θα έλθουν στο χειρουργείο, κάτι πολύ απλό και όμως κανείς δεν μπαίνει στον κόπο να τους απαντήσει, γι' αυτό και η αγωνία τους φθάνει έτσι στο κατακόρυφο. Ίσως όλα αυτά για μας να είναι ρουτίνα και ασήμαντα, αλλά για τους αρρώστους έχουν σημαντική σπουδαιότητα.

Πάνω σε αυτό το θέμα, κορυφαίοι επιστήμονες τονίζουν ότι η μετεγχειρητική πορεία εξαρτάται από την υποδομή του αρρώστου και κυρίως από το νευροψυχικό της μέρος.

Εξ' άλλου, ολόκληρη επιστήμη έχει αναπτυχθεί γύρω από την ψυχική απήχηση των χειρουργικών νοσημάτων, που εξαρτάται από την προσωπικότητα του αρρώστου, τις περιστάσεις, την οικογένειά του, αλλά και τον ίδιο τον χειρουργό και από τη νοσηλεύτρια που τον φροντίζουν.

Νοσηλευτικές επιστημονικές έρευνες απέδειξαν ότι η προεγχειρητική ψυχολογική ετοιμασία του αρρώστου, μαζί με την πληροφόρησή του για την εγχείρηση, για το περιβάλλον του χειρουργείου και τα αναμενόμενα αποτελέσματα, καθώς και η μετεγχειρητική ψυχολογική του φροντίδα, έχουν σημαντική επίδραση στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου, στον καλύτερο ύπνο, στο υψηλό ηθικό, στην συνεργασία για την πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών, και όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα την συντόμευση της παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο.

### 1) Προεγχειρητική παρέμβαση

- Αναζήτηση της καλύτερης φυσικής και ψυχολογικής προσέγγισης για ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο.
- Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης και την βοηθάμε να απαλλαγεί από τα αισθήματα φόβου της.
- Βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας μαστού. Κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στην μαστεκτομή γι' αυτό ο/η νοσηλεύτης/ρια προσεγγίζει κάθε γυναίκα ως άτομο και τη βοηθά να εκφράσει τα συναισθήματα της.
- Ενημέρωση της άρρωστης για τις πρόσφατες έρευνες και τις νέες θεραπευτικές μεθόδους για τον καρκίνου του μαστού.



- Μείωση χρόνου αναμονής πριν από την εγχείρηση. Διαπίστωση θρεπτικών και φυσικών αναγκών και αντιμετώπιση τους, εξασφάλιση αίματος αν σχεδιάζετε να γίνει ριζική μαστεκτομή, καθώς και χορήγηση υπνωτικών εφόσον υπάρχει εντολή γιατρού για μείωση ανησυχιών της άρρωστης.
- Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης και μασχαλιαίας κοιλότητας. Η ίδια ετοιμασία γίνεται και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού για πιθανή λήψη δέρματος για πλαστική επανορθωτική επέμβαση.
- Διδασκαλία άρρωστης και οικογένειας σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων, την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού, τα αισθήματα μετά την μαστεκτομή, του πόνου, την δραστηριότητα και την διορθωτική πλαστική του μαστού.
- Βοήθεια οικογένειας να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της.

## 2) Μετεγχειρητική παρέμβαση.

- Εκτίμηση αρτηριακής πίεσης και σφυγμού, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι
- δείκτες για διαπίστωση αιμορραγίας.
- Επισκόπηση του επιδερμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη.
- Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από τον πόνο.
- Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών, για πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών.
- Έλεγχος της επίδεσης του τραύματος, αποφεύγεται η πολύ πιεστική επίδεση, για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων.
- Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος.
- Πρόληψης λοίμωξης :
- Σε μια ριζική μαστεκτομή η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας αφαίρεσης των λεμφαδένων. Το προσβλημένο χέρι πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό και δεν θα πρέπει να γίνονται υποδόριες ή ενδομυϊκή ενέσεις ούτε φλεβοκεντήσεις σ' αυτό για αποφυγή εισόδου μικροβίων.
- Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημι-fowler. Εάν το χέρι είναι ελεύθερο, τοποθετείται πάνω σε μαξιλάρι η βαρύτητα βοηθά την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός λεμφοιδήματος.
- Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι.
- Χορήγηση διαίτας ανάλογα με την ανοχή και την προτίμηση της άρρωστης.
- Κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες ίσως η άρρωστη χρειαστεί βοήθεια την ώρα του φαγητού, γιατί δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει το ένα χέρι.
- Σχεδιασμός για έξοδο από το νοσοκομείο-Διδασκαλία:

1. Ενθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή χρήσιμων απαντήσεων.

2. Ετοιμασία συζύγου για παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης στη σύζυγο του.
3. Βοήθεια της άρρωστης κατά την εκτέλεση παθητικών ασκήσεων. Οι ασκήσεις αυτές αρχίζουν 24 ώρες περίπου μετά την επέμβαση στο χέρι της προσβλημένης πλευράς. Αρχικά η άρρωστη μπορεί να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις εξαιτίας του πόνου που έχει, αλλά ο νοσηλευτής θα τονίσει την σπουδαιότητα τους και θα τις συνεχίσει μέσα στα όρια ανοχής της άρρωστης.

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

5. Σφίξιμο μπάλας, πέταγμα μπάλας, αναρρίχηση στον τοίχο, γύρισμα
6. σχοινού, αιώρηση χεριών, κούμπωμα πίσω κουμπιών, άγγιγμα μετώπου.

- Φροντίδα τραύματος.
- Επεξήγηση για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.
- Σημείωση ότι το πρόσφατο επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση εξαιτίας κάκωσης των νεύρων.
- Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.
- Αναγνώριση σημείων φλεγμονής: πόνος, ερυθρότητα, ευαισθησία, οίδημα, ενήμερωση γιατρού εάν εμφανισθούν.
- Πρόληψη και / ή αντιμετώπιση λεμμοιδήματος. Επειδή στην ριζική μαστεκτομή αφαιρούνται οι λεμφαδένες και τα λεμφαγγεία, το χέρι ενδέχεται να παρουσιάσει λεμφοίδημα. Η νοσηλεύτρια συμβουλεύει την άρρωστη να αποφεύγει τις εκδορές, τις αμυχές, τα τσιμπήματα, τα εγκαύματα και την χρήση δυνατών χημικών ουσιών. Να μην μεταφέρει βαριά αντικείμενα με το χέρι που πάσχει, να μη φορά κοσμήματα, να αποφεύγει την παρατεταμένη ηλιοθεραπεία και να περιποιείται το χέρι της καθημερινά με αλοιφή που της σύστησε ο γιατρός. Για τέσσερις μήνες περίπου να κάνει μασάζ στο βραχίονα της πλευράς που πάσχει και να τον ανυψώνει συχνά για να ελαττωθεί το οίδημα. Επίσης να μην γίνονται ενέσεις, εμβόλια, αιμοληψίες, λήψη αρτηριακής πίεσης σε αυτό το χέρι, ούτε να φορά σφιχτά ρούχα.
- Όταν εμφανισθεί το λεμφοίδημα, χορηγούνται διουρητικά φάρμακα. Ακόμη χρησιμοποιείται η διαλείπουσα μονάδα συμπίεσης, όπου μέσα στο μανίκι του χεριού μπαίνει σταδιακά αέρας με πίεση για να προωθηθεί το υγρό του οιδήματος.
- Τονισμός σπουδαιότητας μετανοσοκομειακού επανελέγχου.<sup>15</sup>

## B. Ακτινοθεραπεία.

Η νοσηλευτική φροντίδα σχετίζεται με την:

- Ενημέρωση για το είδος της θεραπείας και επίλυση αποριών που αφορούν σε αυτήν.
- Ψυχολογική υποστήριξη πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.
- Εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την ασθενή και τον εαυτό της.
- Αντιμετώπιση επιπλοκών. Οι πιο συχνές παρενέργειες που αναφέρονται είναι η κόπωση (> 90%), αλλαγές στο δέρμα, διαταραχές του ύπνου (39%-64%) και αλλαγές αίσθησης στον μαστό (>50%).

### **Γ. Χημειοθεραπεία.**

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

α) Εκείνη που σκοπεύει να χτυπήσει τη μικρομεταστατική νόσο, δηλαδή τα καρκινικά κύτταρα που έχουν διαφύγει από την πρωτοπαθή νόσο προεγχειρητικά ή διεγχειρητικά (συμπληρωματική χημειοθεραπεία).

β) Την εισαγωγική χημειοθεραπεία που χορηγείται πριν από τη χειρουργική επέμβαση.

γ) Εκείνη που αφορά στην αντιμετώπιση της μεταστατικής νόσου.

Η νοσηλευτική φροντίδα, για να είναι αποτελεσματική προϋποθέτει:

- Επιλογή του θεραπευτικού σχήματος από την υγειονομική ομάδα έτσι ώστε ο νοσηλευτής να είναι προετοιμασμένος για τις παρενέργειες που μπορεί να εμφανισθούν και να είναι σε θέση να λύσει ειδικά θέματα που μπορεί να απασχολούν την ασθενή.
- Κατάλληλο κλίμα εμπιστοσύνης και επικοινωνίας με την ασθενή έτσι ώστε να μπορεί να γίνει το εξατομικευμένο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες της ασθενούς τη δεδομένη στιγμή.
- Συντονισμό με τα άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας για την παροχή ολιστικής φροντίδας.
- Εκπαιδευμένους ογκολογικούς νοσηλευτές στη χρήση των χημειοθεραπευτικών.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα της ασθενούς περιλαμβάνει:

- Ασφαλή χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.
- Αντιμετώπιση των γενικών παρενεργειών της χημειοθεραπείας.
- Προφύλαξη από την εξαγγείωση των φαρμάκων και πρόληψη των τοπικών επιπλοκών όταν αυτά χορηγούνται ενδοφλεβίως.

- Συμβουλευτική για τοποθέτηση Hickman ή κεντρικού φλεβοκαθετήρα και τεχνική φροντίδας του.
- Πληροφόρηση και εκπαίδευση της ασθενούς η οποία πρέπει να περιλαμβάνει:
  - \* ποιες είναι οι συχνότερες παρενέργειες ανά φάρμακο και πότε μπορεί να εμφανιστούν.
  - \* ποια προληπτικά μέτρα πρέπει να εφαρμόζει η ασθενής για να τις αποφύγει και πώς μπορεί να γίνει πρόωμη διάγνωση των παρενεργειών στο σπίτι.
  - \* ποιοι είναι οι τρόποι επικοινωνίας με τον θεράποντα γιατρό.
  - \* ποια η σπουδαιότητα της ορθής εφαρμογής των φαρμάκων ανεξάρτητα από τις παρενέργειες, ιδιαίτερα όταν τα φάρμακα αυτά χορηγούνται στο σπίτι.

Τα συχνότερα προβλήματα της ασθενούς από τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας είναι:

- Προβλήματα με τη θρέψη λόγω εμέτων, ναυτίας, ανορεξίας, διάρροιας, ξηροστομίας, στοματίτιδας, μεταλλικής γεύσης, κατάθλιψης, αλλά και λόγω της ίδιας της νόσου.
- Διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών αν υπάρχουν πολλοί έμετοι ή διάρροιες
- Αυξημένος κίνδυνος λοίμωξης.
- Κόπωση.
- Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου( μαστεκτομή-αλωπεκεία).

### Δ. Ορμονοθεραπεία.

Η νοσηλευτική φροντίδα στη χορήγηση ορμονικών σκευασμάτων σχετίζεται κυρίως με τη διδασκαλία της ασθενούς σχετικά με τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες αυτών των φαρμάκων. Αρκετές από αυτές είναι προσωρινές και οι περισσότερες εμφανίζονται στο σπίτι, καθώς η χορήγηση ορμονών δεν απαιτεί νοσηλεία σε νοσοκομείο<sup>17</sup>.

#### 7.5 Αποκατάσταση μαστού μετά από μαστεκτομή

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι θέμα ομάδας ιατρών και άλλων επιστημόνων, που αποτελείται από τον Μαστολόγο Χειρουργό, τον

Πλαστικό Χειρουργό, τον Ακτινοθεραπή, τον Ογκολόγο Παθολόγο, τον Ψυχολόγο και την Κοινωνική Λειτουργό.

Οι ακρωτηριαστικές επεμβάσεις που γίνονται και γίνονται για την θεραπεία του καρκίνου του μαστού οδηγούν συνήθως την ασθενή σε κοινωνική απομόνωση.

Η γυναίκα που έχει υποστεί μαστεκτομή θα αποφασίσει να αποκαταστήσει τον μαστό της επειδή:

1. Η απώλεια του μαστού είναι η απώλεια ενός οργάνου που εκφράζει την θηλυκότητα της γυναίκας .

2. Της προκαλεί ισχυρά συναισθήματα κατωτερότητας έναντι των υγιών γυναικών.

3. Της προκαλεί προβλήματα ένδυσης ιδίως κατά τους καλοκαιρινούς μήνες

4. Προκαλεί προβλήματα στις σχέσεις της με τους συναδέλφους της που γνωρίζουν την πάθηση και την κοιτούν περίεργα

5. Αποφεύγει την σεξουαλική επαφή που ο άνδρας της τις δείχνει υπερβολική αγάπη και υπερπροστασία.

Η επιτυχής αποκατάσταση του μαστού εξαρτάται από την καλή συνεργασία του Μαστολόγου χειρουργού, του πλαστικού χειρουργού και της ασθενούς, τόσο κατά την προεγχειρητική περίοδο όσο και κατά την μεταεγχειρητική.

Ο μαστολόγος χειρουργός και ο πλαστικός χειρουργός θα συζητήσουν την προσφορότερη για κάθε περίπτωση μέθοδο, την ποσότητα του δέρματος που θα παραμείνει, το μέγεθος και την κατεύθυνση της μετεγχειρητικής ουλής, την μετεγχειρητική θεραπεία που πιθανόν χρειάζεται να ακολουθήσει, καθώς και τον προσφορότερο χρόνο αποκατάστασης .

Η καλή συνεργασία πλαστικού χειρουργού και ασθενούς είναι απολύτως απαραίτητη.

Η ασθενής θα πρέπει να ενημερωθεί προεγχειρητικά από τον χειρουργό μαστολόγο για την πιθανή απώλεια του μαστού της, καθώς και την δυνατότητα αποκατάστασής του. Πολλές φορές η απώλεια του μαστού και το άγχος που της προκαλεί οδηγεί την ασθενή στην μη αποδοχή της μαστεκτομής, που στην περίπτωση της είναι η ενδεδειγμένη θεραπεία.

Ο πλαστικός χειρουργός θα την ενημερώσει για τις δυνατότητες αποκατάστασης του μαστού, του χρόνου αποκατάστασης, καθώς και τους τρόπους αποκατάστασης του μαστού της, και τις πιθανές επιπλοκές και μετεγχειρητικές ουλές των επεμβάσεων αυτών. Προπαντός η ασθενής θα πρέπει να ενημερωθεί ότι ο καινούριος μαστός της ποτέ δεν θα είναι εντελώς όμοιος με τον απολεσθέντα και ότι θα χρειαστούν πιθανώς και άλλες μικροεπεμβάσεις για την κατά την δυνατόν συμμετρική αποκατάσταση των μαστών.

### ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Θεωρητικά όλοι οι ασθενείς που έχουν υποστεί μαστεκτομή είναι υποψήφιοι για την αποκατάσταση του μαστού. Βλέποντας όμως την ασθενή σαν σύμπλεγμα ασθενούς - νόσου - αντιμετώπισης της νόσου - αποκατάστασης, υπάρχουν ορισμένα απόλυτα κριτήρια που θα πρέπει να συζητήσουν ο μαστολόγος χειρουργός , ο πλαστικός χειρουργός και η ασθενείς.

Απόλυτα αρνητικά κριτήρια για αποκατάσταση μαστού είναι τα εξής:

1. Νόσος II ή III σταδίου
2. Ασθενείς με τοπική υποτροπή της νόσου
3. Φλεγμονώδης καρκίνος
4. Κακή γενική κατάσταση της ασθενούς

Οποιαδήποτε μέθοδο αποκατάστασης χρησιμοποιήσουμε απαραίτητη είναι η καλή προεγχειρητική κλινική εξέταση της ασθενούς. Η κλινική αυτή εξέταση περιλαμβάνει την εξέταση της ποιότητας και της ποσότητας του δέρματος , την ύπαρξη ουλών από την προηγηθείσα μαστεκτομή, την κατεύθυνση των ουλών αυτών , την ποιότητα του δέρματος εάν έχει προηγηθεί ακτινοβολία και την καλή κατάσταση των ιστών που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την αποκατάσταση.

Όταν η ποιότητα του δέρματος δεν είναι καλή, είτε λόγω της ύπαρξης ουλών από την προηγηθείσα χειρουργική θεραπεία, ή την μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία , τότε χρειάζεται αντικατάσταση του δέρματος με υγιές δέρμα.

Η αντικατάσταση αυτή του δέρματος διενεργείται με την μεταφορά υγιούς δέρματος από άλλο μέρος του σώματος, όπως από την ράχη (μεταφορά του μυοδερματικού κρημνού του πλατέος ραχιαίου μυός ) ή από την κοιλιακή χώρα (μεταφορά του μυοδερματικού κρημνού του ορθού κοιλιακού μυός ).

### ΧΡΟΝΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Η αποκατάσταση του μαστού είναι δυνατόν να διενεργηθεί είτε άμεσα, δηλαδή αμέσως μετά την μαστεκτομή, είτε μετά από την πάροδο τουλάχιστον 6 μηνών.

Η άμεση αποκατάσταση μαστού έχει το πλεονέκτημα ότι απαλλάσσει την ασθενή από το επιπρόσθετο άγχος της απώλειας ενός βασικού οργάνου της θηλυκότητάς της, και επιταχύνει τους χειρουργικούς χρόνους της αποκατάστασης. Η καθυστερημένη αποκατάσταση του μαστού έχει το πλεονέκτημα ότι η ασθενής συνειδητοποιεί την απώλεια του μαστού και εκτιμά καλύτερα το μετεγχειρητικό αποτέλεσμα, διαλέγει τον πλαστικό χειρουργό που θα την χειρουργήσει, συζητά την καλύτερη μέθοδο αποκατάστασης, αποφασίζεται ευκολότερα η μέθοδος εξομοίωσης του υγιούς μαστού, και καλύτερεύουν οι τοπικές συνθήκες.

### ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Καταλληλότερη μέθοδος αποκατάστασης του μαστού είναι εκείνη που αποφασίσθηκε μετά από την συζήτηση του χειρουργού, του πλαστικού και της ασθενούς.

Οι μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού διακρίνονται σε εκείνες που χρησιμοποιούνται ενθέματα σιλικόνης, σε εκείνες που χρησιμοποιούνται αυτόλογοι ιστοί, και σε εκείνες που γίνεται συνδυασμός των προηγούμενων μεθόδων.

**1. Αποκατάσταση του μαστού με διαταγή του δέρματος και ένθεμα σιλικόνης** αποτελεί την απλούστερη μέθοδο αποκατάστασης του μαστού. Η αποκατάσταση διενεργείται συνήθως σε δύο χρόνους. Κατά τον πρώτο χρόνο διενεργείται η παρασκευή της θήκης κάτω από το δέρμα της μαστεκτομής και τον σύστοιχο μείζονα θωρακικό μύ. Εντός αυτής τοποθετείτε ο διατατής του δέρματος, ο οποίος αποτελείται από ένα μπαλόني σιλικόνης που φέρει ή συνδέεται με βαλβίδα η οποία τοποθετείτε υποδορίως. Η ασθενής προέρχεται ανά 15μερον στα εξωτερικά ιατρεία και διενεργείται έγχυση 40 - 60 κ.εκ. φυσιολογικού ορού έως ότου επέλθει η επιθυμητή διάταση του δέρματος. Ακολουθεί μετά από 3-6 μήνες η αντικατάσταση του διατατή με το μόνιμο ένθεμα σιλικόνης, που είναι τραχείας επιφανείας, μειωμένης διαπερατότητας και περιέχει φυσιολογικό ορό ή γέλη σιλικόνης.

Είναι δυνατή σε ορισμένες περιπτώσεις η τοποθέτηση από την αρχή, σε ένα χρόνο, ειδικού μόνιμου ενθέματος εκ σιλικόνης σε συνδυασμό με διατατή του δέρματος, που φέρει ειδική βαλβίδα δια της οποίας εγχέουμε φυσιολογικό ορό μέχρι να αποκτήσουμε τον επιθυμητό όγκο.

**2. Αποκατάσταση του μαστού με τον μυοδερματικό κρημνό του πλατέος ραχιαίου μύς και ένθεμα σιλικόνης**

Η μέθοδος αυτή αποκατάστασης μαστού χρησιμοποιείται όταν δεν υπάρχει ικανή ποσότητα δέρματος για την δημιουργία της θήκης, και όταν το δέρμα είναι ουλώδες ή έχει αλλοιωθεί από την ακτινοθεραπεία, οπότε χρειάζεται να αντικατασταθεί με υγιές δέρμα. Στην περίπτωση αυτή διενεργείται η εκτομή του αλλοιωμένου δέρματος και η αντικατάστασή του με υγιές δέρμα από την ράχη, διά της μεταφοράς του νησιδωτού μυοδερματικού κρημνού του πλατέος ραχιαίου. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται η θήκη κάτω από την οποία τοποθετείται το ένθεμα σιλικόνης.

**3. Αποκατάσταση του μαστού με τον μυοδερματικό κρημνό του ορθού κοιλιακού μύς**

Κατά την μέθοδο αυτή αποκατάστασης του μαστού χρησιμοποιούνται

αυτόλογοι ιστοί και δεν χρειάζεται η χρησιμοποίηση ενθεμάτων σιλικόνης. Προτιμάται στις ασθενείς που διστάζουν να τοποθετήσουν ξένα ενθέματα και σε εκείνες που θέλουν να κάνουν συγχρόνως κοιλιοπλαστική. Έχει το μειονέκτημα του μακρού χειρουργικού χρόνου και το αδυνάτισμα των κοιλιακών τοιχωμάτων και την δημιουργία κοιλιοκήλης, που ίσως να χρειασθεί η τοποθέτηση πλέγματος για την ενίσχυσή τους.

Ο κυριότερος αυτόλογος ιστός που χρησιμοποιείται για την αποκατάσταση του μαστού είναι ο εγκάρσιος νησιδωτός μυοδερματικός κρημνός του ορθού κοιλιακού μυός. Κατά την μέθοδο αυτή λαμβάνεται ο ορθός κοιλιακός μυς με εγκάρσια νησίδα δέρματος της υπομφαλίου χώρας, η οποία αγγειούται από τον υποκείμενο μύ. Ο μυς διερχόμενος δια μέσου παρασκευασθείσης υποδορίου σήραγγας, δημιουργεί τον όγκο του μαστού και συγχρόνως αντικαθιστά το αλλοιωθέν δέρμα της περιοχής της μαστεκτομής.

#### **4. Η αποκατάσταση του μαστού με ελεύθερους μυοδερματικούς κρημνούς**

Άλλη μέθοδος αποκατάστασης του μαστού είναι με την χρήση ελεύθερων κρημνών, εκ των οποίων ο σπουδαιότερος είναι ο ελεύθερος μυοδερματικός κρημνός του ορθού κοιλιακού μυός.

Κατά την μέθοδο αυτή λαμβάνεται τμήμα του ορθού με το υπερκείμενο δέρμα και με τα αγγεία του, τα οποία με την βοήθεια χειρουργικού μικροσκοπίου ενώνονται με τα αγγεία της προς αποκατάσταση περιοχής. Ακολουθεί η δημιουργία του μαστού.

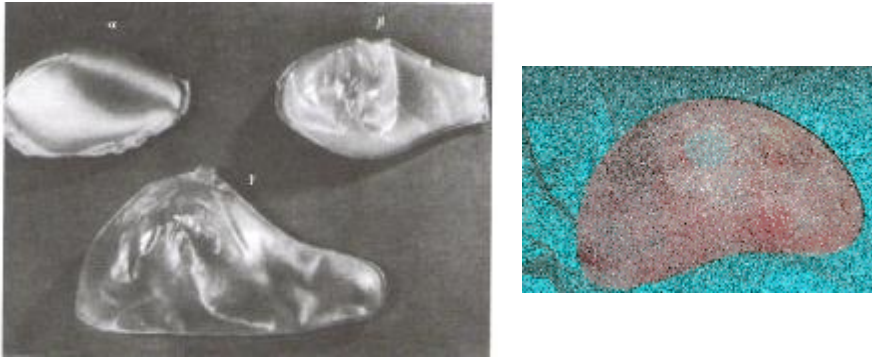
Είναι μία χρονοβόρα μέθοδος, η οποία χρειάζεται την ύπαρξη χειρουργικού μικροσκοπίου και πεπειραμένου προσωπικού, έχει όμως το πλεονέκτημα του πολύ καλού αισθητικού αποτελέσματος και τον μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης.

#### **5. Άλλες μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού με την χρήση αυτόλογων ιστών**

Είναι η αποκατάσταση του μαστού με την χρήση του ελεύθερου μείζονος γλουτιαίου μυός και του ελεύθερου κρημνού της κάτω επιγαστρίας αρτηρίας DTIC.



## ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΕΝΘΕΜΑΤΟΣ



Τα ενθέματα διακρίνονται ανάλογα με την επιφάνεια, το σχήμα τους και το περιεχόμενό τους.

Ανάλογα με την επιφάνειά τους διακρίνονται σε λείας και τραχείας επιφάνειας. Ανάλογα με το σχήμα τους σε στρογγυλά και ανατομικά. Ανάλογα με το περιεχόμενο σε φυσιολογικού ορού, σε γέλης σιλικόνης και στερεοποιημένης σιλικόνης. Υπάρχουν επίσης μόνιμα ενθέματα που συνδυάζουν το περιεχόμενο γέλης σιλικόνης και στερεοποιημένης σιλικόνης με διατατή δέρματος φυσιολογικού ορού.

Κατά τον 2<sup>ο</sup> χρόνο της αποκατάστασης του μαστού διενεργείται και η επέμβαση εξομοίωσης του υγιούς μαστού, είτε υπό την μορφή σμίκρυνσης είτε με την μορφή ανόρθωσης.

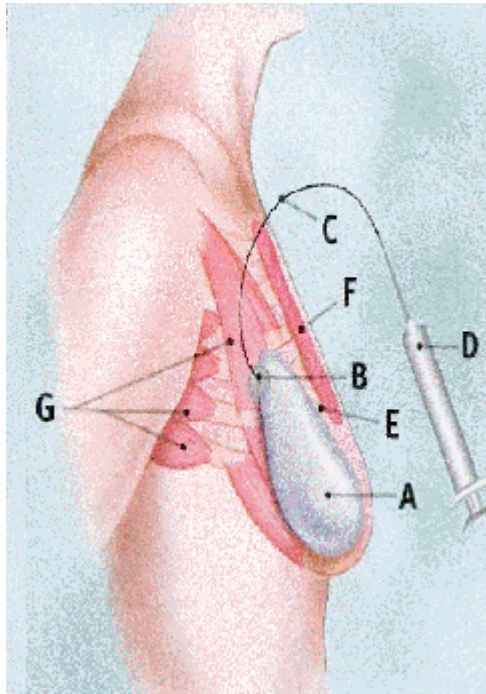
Ακολουθεί μετά 3μηνον περίπου η αποκατάσταση της θηλής. Η θηλαία άλως αποκαθίσταται με ελεύθερο δερματικό μόσχευμα ληφθέν από την μηροβουβωνική πτυχή ή από τα μεγάλα χείλη του αιδοίου, όπου η χροιά δέρματος είναι παρόμοια με την χροιά της θηλαίας άλω του υγιούς μαστού.

Η θηλή αποκαθίσταται με την Παρασκευή μικρών τοπικών κρημνών δίκην προπέλας και συρραφέντων καταλλήλων.

Η απλούστερη μέθοδος αποκατάστασης του μαστού είναι και η καλύτερη.

Η προσπάθεια του πλαστικού χειρουργού είναι η δημιουργία ενός μαστού κατά το δυνατόν όμοιου και συμμετρικού με τον υγιή μαστό.

Ανεξάρτητα με ποια μέθοδος αποκατάστασης του μαστού θα χρησιμοποιηθεί, θα πρέπει να υπάρχει ένα μίγμα επιστήμης, τέχνης, χειρουργικής κατάρτισης, επιμονής, συνεργασίας, και κατανόησης της ασθενούς, και ίσως λίγη τύχη για να επιτευχθεί το προσδοκώμενο αποτέλεσμα.<sup>30</sup>



Αμφοτερόπλευρος υποδόριος μαστεκτομή για καρκίνωμα in situ αρ μαστού και άμεση ανακατασκευή των μαστών με ενθέματα μαστού σε ασθενή ηλικίας 54 ετών. Αποτέλεσμα μετά από 8 χρόνια.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ

#### 8.1 Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας.

Σύμφωνα με την ολιστική θεώρηση του ανθρώπου η οποία διέπει τη Νοσηλευτική Επιστήμη και με τη εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας οι άξονες οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενούς που αφορούν στα βιολογικά προβλήματα καθώς η ψυχολογική του ενίσχυση για διατήρηση της προσωπικής συναισθηματικής του ισορροπίας. Μέσα στους σκοπούς της νοσηλευτικής φροντίδας εντάσσεται και η υποστήριξη και ενίσχυση της οικογένειας του ασθενούς.

Στη θεραπευτική σχέση που είναι χρήσιμο να δημιουργείται μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να:

- Κατανοεί την ειδική θεραπεία του ασθενούς με όλες τις συνέπειες που τυχόν μπορεί να έχει στον ασθενή σε φυσικό συναισθηματικό και πνευματικό επίπεδο.
- Προσεγγίζει θετικά το άτομο – ασθενή σε όλες τις αντιδράσεις του.
- Βοηθά τον ασθενή να αποδεχθεί τους κανόνες και περιορισμούς που του θέτει η ασθένεια και η θεραπεία της, ενώ διατηρεί την ελπίδα ενθαρρύνοντας τις ρεαλιστικές προσδοκίες του.
- Δίνει ευκαιρίες στον ασθενή για ενασχόληση με τις αγαπημένες του ασχολίες εφόσον βέβαια αυτές είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν κάτω από τις συγκεκριμένες συνθήκες υγείας και τις συνθήκες στις οποίες συντελείται η θεραπεία.
- Διατηρεί ήρεμο και τακτικό το περιβάλλον του ασθενούς.
- Παραπέμπει σε ειδικούς τον ασθενή ή μέλη της οικογένειάς του που παρουσιάζουν ειδικά προβλήματα και χρειάζονται περαιτέρω στήριξη.
- Διαθέτει χρόνο για να συζητά με τον ασθενή και την οικογένειά του.
- Ενθαρρύνει τον ασθενή να διατηρεί τον σύνδεσμο με οικογένεια και φιλικά πρόσωπα.<sup>18</sup>

#### 8.2 Ολιστική θεώρηση

Η φιλοσοφία, η τέχνη, η επιστήμη και η ιστορία συνθέτουν ένα κοινωνικό χάρτη των προσπαθειών του ανθρώπου να ολοκληρωθεί, να ανακαλύψει το

έδαφος της προσωπικής ολότητας που συντελεί στην υγεία και το πλήρωμα της ζωής. Τα ίδια αυτά στοιχεία βοηθούν τη νοσηλευτική να αντιμετωπίσει υπεύθυνα τα προβλήματα της ανθρώπινης υγείας στον 21<sup>ο</sup> αιώνα.

Η νοσηλευτική αντιμετωπίζει τα προβλήματα υγείας του ανθρώπου και τις επιπτώσεις τους στο σωματικό οργανισμό και στην ψυχολογία του, στις σχέσεις του με τον εαυτό του, το κοινωνικό περιβάλλον και τον αντικειμενικό κόσμο, στην εργασία και τη ζωή του.

Η νοσηλευτική είναι **τέχνη** καθότι απαιτεί ακριβή, ευαίσθητη, επιδέξια, συμπαθεί έκφραση ή εφαρμογή επιστημονικών και ανθρωπιστικών γνώσεων. Η νοσηλευτική τέχνη-φροντίδα είναι ο κοινός παρανομαστής όλης της νοσηλευτικής ανεξάρτητα ειδικότητας. Θα μπορούσε να χαρακτηριστεί : η προσωπικότητα της νοσηλευτικής.

Για να φωτίσει και αναπτύξει τις θεωρίες και πράξεις της η νοσηλευτική πρέπει να επικεντρωθεί στην αδιαίρετη ολιστική φύση της : την τέχνη και την επιστήμη της. Η φιλοσοφική διάσταση, που εκφράζεται ως αρχή να προσεγγίζει ο άνθρωπος σαν αδιαίρετη ολότητα και με όλες τις σχέσεις του, είναι η ισχυρότερη και φωτεινότερη συνεκτική ουσία της νοσηλευτικής τέχνης και επιστήμης.

Η ολιστική ψυχιατρική νοσηλευτική ενδιαφέρεται για ολόκληρη την περίσταση που ζει ο άρρωστος και με ότι σχετίζεται : το παρελθόν και το παρόν του, τις σχέσεις με τον εαυτό του και με τον κόσμο γενικά, τις αντιλήψεις του για τρέχοντα γεγονότα, τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, την εμφάνιση, τη συμπεριφορά και τη σωματική του κατάσταση.

Στα πλαίσια της ολιστικής νοσηλευτικής, η διαπροσωπική σχέση νοσηλευτού και αρρώστου είναι ενεργητική συνεργασία, που αποβλέπει στη νοσηλεία και θεραπεία καθώς και στη βελτίωση της υγείας με την αμοιβαία ευθύνη και των δύο προσώπων.<sup>29</sup>

Η ανεύρεση των απαραίτητων και κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων γίνεται με σύμφωνη απόφαση του αρρώστου και του νοσηλευτού.

Ο άρρωστος δεν θεωρείτε παθητικός δέκτης της νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά μαθαίνει να βλέπει τον εαυτό του ως ολόκληρο πρόσωπο με ατομικές ανάγκες, που μπορούν να ικανοποιηθούν με υγιείς εναλλακτικούς τρόπους, που ο ίδιος μπορεί να επιλέξει.

Επίσης, βοηθείται να χρησιμοποιήσει την αρρώστια ως ευκαιρία για ανακάλυψη και εκτίμηση της αξίας της υγείας και της ζωής, όπως και για ατομική προσπάθεια προς βελτίωση της ποιότητας της ζωής του<sup>20</sup>.

### 8.3 Ψυχολογική στήριξη ασθενών και αλλαγή εικόνας σώματος.

Η φαινομενολογική ανάλυση του σώματος που μας παρέχει ο Sartre κι ο Maurice Merleau- Ponty, αποκαλύπτει μία θεμελιώδη διάκριση ανάμεσα στο σώμα σαν ύπαρξη και στο σώμα σαν αντικείμενο – εργαλείο μέρος μιας φυσιολογίας. Αυτού του είδους η ανάλυση διακηρύσσει ότι

(α) το σώμα δεν ορίζεται σε σαφήνεια σαν σώμα με την στενή έννοια του βιολογικού οργάνου,

(β) η σχέση μας με το σώμα μας σαν ύπαρξη είναι υπαρξιακή σχέση και όχι σχέση κτήσης αντικειμένου. Δεν κατέχουμε το σώμα μας, είμαστε το σώμα μας.

(γ) Δεν υπάρχει ξέχωρο το εγώ σαν άτομο από το σώμα, και

(δ) το σώμα σαν ύπαρξη παρουσιάζει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, που είναι απαραίτητα για να εκφραστεί το πνεύμα του ατόμου.

Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι η ύπαρξή του στο ευρύτερο πλαίσιο του πραγματικού κόσμου, τα πρωταρχικά νοήματα και η εικόνα του σώματος, κι η αποτύπωση των κινήσεων και η σημασία αυτών.

Ο Merleau Ponty αναφέρει ότι « δεν φέρνω μαζί ή ταυτόχρονα καθένα από τα σημεία του σώματός μου. Η μοναδικότητά του μεταφράζεται με μία κίνηση σαν όλο μία φορά και για πάντα μέσα μου». Η εικόνα του σώματος είναι η πλήρης επίγνωση της θέσης του ατόμου στον πραγματικό κόσμο των αισθήσεων, είναι μια «φόρμα». Αυτή η φόρμα είναι δυναμική και ανταποκρίνεται διαρκώς στον έξω κόσμο.

Το σώμα που αλλάζει με μία ασθένεια αυτόματα λοιπόν χαλάει όλες τις προαναφερθείσες ισορροπίες. Όταν το σωματικό είδωλο τροποποιείται δεν είναι πια ένα ανοικτό και διαλλακτικό σύστημα με τον έξω κόσμο, διότι κάποιες ενέργειες δεν μπορούν πλέον να επιτελεστούν.

Αυτόματα, επειδή το σώμα είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το πνεύμα, το πνεύμα του ατόμου αποδιοργανώνεται και δέχεται την απειλή από την αλλαγή του σωματικού ειδώλου.

Το ότι ο ασθενής που βιώνει την εμπειρία του καρκίνου μετά την θεραπεία νιώθει διαφορετικά για το σώμα του, είναι ένα γεγονός που ισχύει σε όλο τον κόσμο όπου υπάρχει άνθρωπος. Είναι βέβαιο ότι αυτή είναι μία αναμενόμενη αντίδραση: γυναίκα που έχει χάσει το στήθος της αποκτά ένα νέο σωματικό είδωλο. Το να συνηθίσει ο ασθενής στην καινούρια του εικόνα είναι μια τρομερή πρόκληση, ειδικά όταν η αλλαγή διαστρεβλώνει πολύ την αρχική του εικόνα.

Ένα παράδειγμα ασθενούς είναι το παρακάτω.

{ Η κυρία X, μια χωρισμένη γυναίκα ηλικίας σαράντα ετών επισκέφθηκε τον ογκολόγο της με εξαιρετικό άγχος. Έχοντας διαγνωσθεί με μια επιθετική μορφή καρκίνου, υπέστη αμφοτερόπλευρη ολική μαστεκτομή και δέχθηκε έναν κύκλο χημειοθεραπείας. Η κυρία X ήταν ανήσυχη και φοβισμένη συνεχώς. Δεν μπορούσε να κοιμηθεί τα βράδια διότι οποιοσδήποτε ήχος την έκανε ν' αναπηδά. Αντί για τα συνηθισμένα της όνειρα είχε εικόνες από το χειρουργείο της και πόνους στο στήθος επειδή αυτό απουσίαζε. Συνέχεια σκεφτόταν με εμμονή την ζημιά που υπέστη το στήθος της και το σώμα της γενικότερα, θεωρεί ότι έχει κάτι σαν μετάλλαξη κι αυτό την τρελαίνει. }

Η κυρία X ήταν μία από τις γυναίκες που παθαίνουν μετατραυματική διαταραχή, εξαιτίας της ιδιαίτερα σκληρής θεραπείας στην οποία έπρεπε να υποβληθεί για το στήθος της. Όπως μια γυναίκα όμορφη θεωρούσε το σώμα της

σαν την μοναδική της αξία, και γι' αυτό τον λόγο ένιωθε ότι χάνοντάς το δεν είχε αξία σαν άνθρωπος.

Η σωματική εικόνα ενός ατόμου είναι η βάση της ταυτότητάς του, και σχεδόν οποιαδήποτε αλλαγή στην δομή ή την λειτουργία της θεωρείται απειλή.

Ο Dropkin ορίζει την φυσιολογική σωματική εικόνα ως μια νοητική ομοιόσταση. Σαν ένας προσαρμοστικός μηχανισμός διατηρεί ισορροπία μεταξύ φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικοπολιτιστικών στοιχείων του σώματος. Είναι ένας συντελεστής υγείας.

Η σωματική εικόνα σχηματίζεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος σ' ένα συγκεκριμένο χρόνο κατά την διάρκεια της ζωής του ατόμου. Αυτή η εσωτερική εικόνα του εαυτού επηρεάζεται από την αντίληψη του ατόμου για την εμφάνισή του και πληθώρα άλλων παραγόντων, οι οποίοι συμπεριλαμβάνουν τις πεποιθήσεις του ατόμου, τις αξίες και τους στόχους, καθώς επίσης τη νοημοσύνη, την κοινωνική του θέση και το επάγγελμα.

Η αντίληψη της σωματικής λειτουργικότητας, αισθητικότητας και κινητικότητας επίσης συμμετέχει σ' αυτή την διανοητική εικόνα, όπως και η φυσική αντοχή, η φυσική και διανοητική κυριότητα και η αντοχή στον πόνο.

Τα άτομα προστατεύουν την εικόνα από την αλλαγή, την υποτίμηση και την επίθεση, κι όταν μία ασθένεια, τραυματισμός ή θεραπεία προκαλεί κάποια αλλαγή, στο σώμα περνάει καιρός για ν' αφομοιωθούν αυτές οι αλλαγές μέσα στην σωματική εικόνα.

Σύμφωνα με τον Brown οι αντιδράσεις στις αλλαγές του σώματος επηρεάζονται σημαντικά από τους ακόλουθους παράγοντες:

- Την ηλικία
- Την λειτουργική σπουδαιότητα του μέλους του σώματος.
- Την σπουδαιότητα της φυσικής εμφάνισης και γοήτρου για το άτομο.
- Κατά πόσον το τρέχον μέλος είναι αρεστό στους άλλους.
- Κατά πόσον η αποκατάσταση είναι εφικτή.
- Την ταχύτητα με την οποία έγινε η αλλαγή.
- Την προ της αλλαγής ικανότητα του ατόμου ν' αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις.

Η αξιολόγηση της εικόνας του σώματος επηρεάζεται από τους παρακάτω παράγοντες:

- Αξίες για την προσωπική υγιεινή.
- Ατομικές αξίες για την ομορφιά, την αυτοκυριαρχία, τη δραστηριότητα, την ακεραιότητα.
- Αξίες για τις αντιδράσεις των άλλων.
- Νόημα του μέρους του σώματος που προσβλήθηκε για τον ίδιο τον άρρωστο.
- Νόημα της ενδονοσοκομειακής φροντίδας και θεραπείας.

- *Συνειδητοποίηση της έκτασης της ασθένειας.*
- *Επίδραση της ασθένειας στο άτομο, τους ρόλους του, τις καθημερινές του δραστηριότητες, την οικογένεια και τη χρήση του ελεύθερου χρόνου.*
- *Αντίληψη της επίδρασης των άλλων προς το άτομο με την κατάσταση αυτή.*
- *Προβλήματα προσαρμογής στην κατάσταση.*
- *Μηχανισμούς που χρησιμοποιούνται για την προσαρμογή στην κατάσταση και τις επιπτώσεις της.*

Ο ασθενής που βιώνει αλλαγές στο σωματικό του είδωλο, περνά μέσα από τέσσερα στάδια, καθένα από τα οποία χαρακτηρίζεται από προσπάθειες προς επανασύνθεση της νέας εικόνας.

Οι φάσεις αυτές είναι:

- Ο αντίκτυπος
- Η παλινδρόμηση
- Η αναγνώριση
- Η επανόρθωση

Ο **αντίκτυπος** αναφέρεται στην αρχική συναισθηματική αντίδραση του ασθενούς σ' ένα πρόβλημα. Το στάδιο του αντίκτυπου αντιστοιχεί με τα δύο πρώτα επίπεδα των αναγκών του ατόμου- σύμφωνα με την ιεραρχική κλίμακα των αναγκών του A. Maslow- τις φυσικές ή βασικές ανάγκες και την ανάγκη του ατόμου για ασφάλεια.

Στο στάδιο αυτό δεν πρέπει να αρχίσουμε καμία προσπάθεια για διδασκαλία διότι ο φόβος είναι μεγαλύτερος από την ανάγκη να μάθει.

Η **παλινδρόμηση** εμφανίζεται όταν η φυσική- βιολογική κατάσταση της ασθενούς έχει σταθεροποιηθεί. Η ασθενής παλινδρομεί στην προσπάθειά της να γυρίσει σε μία πιο άνετη ψυχολογική σελίδα της ζωής της. Η άρνηση είναι ο σπουδαιότερος μηχανισμός σ' αυτή την φυγή από την πραγματικότητα. Η παλινδρόμηση είναι αναγκαία και πρέπει να δίνουν στον ασθενή την άνεση και τον χρόνο να την εκδηλώσει.

Στην φάση αυτή η ασθενής ψάχνει να βρει τρόπους να θρηνήσει την απώλεια που υπέστη το σωματικό της είδωλο.

Σ' αυτή την φάση ακριβώς, επειδή η ασθενής αδυνατεί ν' αντιμετωπίσει την κατάστασή της, ο καλύτερος τρόπος για να βοηθήσει είναι η χωρίς απειλές προσέγγισή της.

Η φάση της **αναγνώρισης** είναι η περίοδος που η ασθενής θρηνεί την απώλεια του σωματικού της ειδώλου και δεν μπορεί πια να κρύβεται ή να παλινδρομεί. Όταν η ασθενής έχει αναγνωρίσει κι αποδεχθεί την αλλαγή του σωματικού της ειδώλου, είναι έτοιμη να προχωρήσει πλέον στο στάδιο της επανόρθωσης κι ανακατασκευής.

Το στάδιο της **επανόρθωσης** είναι το πιο δημιουργικό. Υπάρχει αναθεώρηση των θετικών δυνάμεων της ασθενούς και νέα κατεύθυνση αυτών, που συνεπάγεται ελπίδα για το μέλλον και συνέχιση της ζωής. Η φάση της επανόρθωσης και αναδημιουργίας είναι παράλληλη προς το επίπεδο της αυτοενεργοποίησης του ατόμου κατά τον Maslow. Η ασθενής σ' αυτό το στάδιο τολμά να κάνει σχέδια και να εφευρίσκει νέες προσεγγίσεις στο πρόβλημά της.

### ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η εικόνα του σώματος και η σεξουαλικότητα, ισορροπίες που απειλούνται από τον καρκίνο του μαστού, λαμβάνονται ως αναπόσπαστα κομμάτια μιας ανθρώπινης οντότητας, και θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στη νοσηλευτική διεργασία και στον σχεδιασμό της φροντίδας, όπως άλλες φυσικές συναισθηματικές και πνευματικές ανάγκες.

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς είναι πολύ σημαντικός και συνίσταται στο να την βοηθήσει να αντιμετωπίσει τη νόσο, τη νοσηλεία και τις συνέπειες της κατά τον καλύτερο τρόπο. Η καρκινοπαθής αισθάνεται έντονα ότι είναι αβοήθητη. Για την αντιμετώπιση αυτού του συναισθήματος, καθοριστική είναι η προσφορά του νοσηλευτή. Η θετική αντιμετώπιση του νοσηλευτικού προσωπικού μειώνει τη συναισθηματική φόρτιση των ασθενών και ταυτόχρονα διευκολύνει τη διάθεσή τους για επικοινωνία<sup>31</sup>

Ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει την ασθενή να συμφιλιωθεί με την νέα εικόνα σώματος της μετά την μαστεκτομή, να αντιμετωπίσει τον καρκίνο γνωρίζοντας την αλήθεια, να συστήσει ομάδες ειδικών, να υποστηρίξει την ασθενή και μετά το τέλος της θεραπείας στο νοσοκομείο, και να παρέχει βοήθεια στην οικογένεια του ασθενούς.<sup>4,21</sup>

Αναλυτικότερα η νοσηλεύτρια:

- Παρέχει την ευκαιρία στην γυναίκα της έκφρασης των συναισθημάτων της
- Επικεντρώνεται στα συναισθήματά της
- Καθορίζει την σημασία που έχει η αλλαγή της εικόνας του σώματος και το πώς πιστεύει ότι θα επηρεάσει την ζωή της.
- Συμπεριλαμβάνει για τον σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας τις απόψεις της ασθενούς για την σημασία της αλλαγής της εικόνας σώματος.
- Παρακολουθεί την συμπεριφορά της.
- Παρέχει χρόνο προς συζήτηση.
- Παραμένει δίπλα της αν το επιθυμεί, ακόμη κι αν εκείνη δεν θέλει να μιλήσει.



- Εξαίρει τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα της: ψυχική δύναμη, χαρίσματα, αξίες.
- Υποστηρίζει και στηρίζει την επιθυμία της να εξακολουθήσει τον ρυθμό της ζωής της όπως πρώτα.
- Διδάσκει κατάλληλες τεχνικές αυτοεξέτασης του μαστού.
- Ενημερώνει για τις προσωρινές ή μόνιμες προσθήκες στον μαστό, οι οποίες αυξάνουν την αυτοπεποίθηση της ασθενούς.
- Την βοηθά να καταλάβει ότι ο μαστός που έχασε δε4ν αποτελεί το όλον της σωματικής της οντότητας.
- Οδηγεί στην αναζήτηση βοήθειας από τα κέντρα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης τα οποία περιλαμβάνουν:

1. ομάδα υποστήριξης
2. σεμινάρια
3. εθελοντικές ομάδες
4. ατομικές συναντήσεις
5. ομάδες συζύγων
6. ομάδες οικογενειακού περιβάλλοντος

### ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΦΙΛΟΙ

Η μαστεκτομή επηρεάζει την εκτίμηση της ασθενούς προς τον εαυτό της και την τοποθέτηση της απέναντι στη ζωή.

Η αλλαγή του σωματικού της ειδώλου(εικόνας σώματος), η οποία είναι στενά συνδεδεμένη με την αυτοεκτίμηση και την αυτοαντίληψη του ατόμου, την γεμίζει με ανασφάλεια, με αισθήματα μειονεκτικότητας για την θηλυκότητα της και φόβου για την πιθανή αποστροφή στο σύντροφο της, γεγονός που ίσως απειλεί τη συζυγική της ζωή. Αναμφίβολα η απώλεια του μαστού επιτείνει την ανασφάλεια.

Όπως σε κάθε σοβαρή εγχείρηση, έτσι και στη μαστεκτομή υπάρχει πάντα το άγχος, το οποίο σχετίζεται με την απώλεια του μαστού αρχικά και στη συνέχεια εντείνεται με το φόβο και την αγωνία για την εξέλιξη της νόσου.

Η οικογένεια και οι φίλοι μπορούν να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί στην υποστήριξη μιας γυναίκας με απώλεια μαστού

- πρέπει να υπάρχει δέσμευση και φροντίδα εκ μέρους της οικογένειας, αλλά όχι δημιουργία δέσμευσης κι εξάρτησης της ασθενούς από αυτήν.
- Ο σύντροφος και τα παιδιά είναι καλό να φέρονται φυσιολογικά και να είναι οι εαυτοί τους. Δεν είναι κακό να εκφράζουν ακόμη και τα' αρνητικά τους συναισθήματα όπως έκαναν πριν την ασθένεια, διότι οι οικογενειακές σχέσεις πρέπει να είναι αυθεντικές κι όχι να βασίζονται στο ψέμα.
- Τα μυστικά πρέπει να καταργούνται.

- Ο ρόλος του συντρόφου που συμμετέχει σ' αυτή την διαδικασία της θεραπείας και αποκατάστασης ενεργά είναι ζωτικός.
- Τα παιδιά δεν πρέπει να απομακρύνονται σε καμία περίπτωση, πρέπει με έντεχνο τρόπο να μαθαίνουν την αλήθεια και να είναι εξίσου υποστηρικτικά όπως ο σύντροφος, λαμβάνοντας βέβαια πάντα υπόψη την ηλικία τους.
- Η οικογένεια είναι θετικό ν' ακούει την ασθενή ακόμη κι όταν δεν έχει απαντήσεις.
- Μικροπράγματα κι εκπλήξεις όπως δώρα, λουλούδια, ανεβάζουν πολύ το ηθικό της ασθενούς.
- Η νοσηλεύτρια καθοδηγεί τους συγγενείς και τους φίλους σε καθημερινές ασχολίες που ελαφρύνουν τα βάρη της ασθενούς.

Ο καρκίνος επηρεάζει όχι μόνο το ίδιο το άτομο που νοσεί, μα κι όλους όσους συνδέονται μ' αυτό. Εάν ακόμα η ζωή δεν μας έχει μάθει ότι κανένας άνθρωπος δε είναι ένα απομονωμένο νησί, ο καρκίνος σίγουρα θα το κάνει. Όταν κάποιος δικός μας πάσχει, η εμπειρία μας είναι τραυματική κι επηρεάζει δυναμικά την σχέση μας με το πάσχον άτομο, κατευθύνοντάς την σε δύσκολους περιορισμούς.

Συχνά οι ψυχο-ογκολόγοι θεωρούν την οικογένεια σαν ασθενείς, οι οποίοι δεν πάσχουν βέβαια από τον καρκίνο, αλλά από διάφορες ψυχολογικές συνέπειες αυτού όπως άρνηση, υπαρξιακή κρίση, άγχος, αϋπνία και κατάθλιψη.

Στις γυναίκες με καρκίνο μαστού ο σύντροφος τείνει να κρύβει το άγχος και τον πόνο του θεωρώντας σωστή αυτή την στρατηγική, όμως οι γυναίκες αντιλαμβάνονται αυτή την αντιμετώπιση σαν απορριπτική προς αυτές, πράγμα που αυξάνει την απόσταση ανάμεσα στο ζευγάρι.

Στις φίλιες πολλές φορές βλέπουμε ότι υπάρχει μεγαλύτερη σταθερότητα σε μία ασθένεια απ' ό τι στην ίδια την οικογένεια. Οι φίλοι συχνά τοποθετούν τους εαυτούς τους στην θέση του πάσχοντος<sup>31</sup>.

Ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει την ασθενή να συμφιλιωθεί με την νέα εικόνα σώματος της μετά την μαστεκτομή, να αντιμετωπίσει τον καρκίνο γνωρίζοντας την αλήθεια, να συστήσει ομάδες ειδικών, να υποστηρίξει την ασθενή και μετά το τέλος της θεραπείας στο νοσοκομείο, και να παρέχει βοήθεια στην οικογένεια του ασθενούς.<sup>4,21</sup>

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### ΠΡΟΛΗΨΗ-ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ-GAIL MODEL

#### 9.1 Το Μοντέλο Gail για την πρόληψη του Ca Μαστού<sup>36</sup>

Παρά τις έρευνες δεκαετιών και τα δισεκατομμύρια δολαρίων που ξοδεύτηκαν στον «πόλεμο κατά του καρκίνου», παραμένουν μερικές απόψεις για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Η γνώση σχετικά με το τι προκαλεί καρκίνο του στήθους είναι επιστημονικά και πολιτικά προβληματική σε ό,τι αφορά την κατανόησή της. Δεδομένου, τι είναι γνωστό ή καλύτερα τι είναι άγνωστο στην αιτιολογία του καρκίνου του μαστού, υπάρχουν μερικές απόψεις για την πρόληψη.

Η χημειοπροφύλαξη ξεπρόβαλε τις τελευταίες δεκαετίες, ως μια από τις λίγες επιλογές για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, ενώ ακόμη δεν έχει αποδειχτεί αρκετά ασφαλής ώστε να καταφέρει να εφαρμοστεί σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Επομένως, η χρήση χημειοπροφυλακτικών φαρμάκων απαιτεί υπολογισμούς κινδύνου ώστε να μπορεί να στοχεύσει επακριβώς μια ομάδα γυναικών για τις οποίες η παρέμβαση είναι πιθανό να κάνει αξιόλογη διαφορά.

Πρόσφατα, το μόνο εγκεκριμένο από τον Ο.Τ.Φ (Οργανισμός Τροφίμων-Φαρμάκων) είναι το Tamoxifen για την χημειοπροφύλαξη του καρκίνου του στήθους, ένα φάρμακο που παράγεται και διατίθεται από την εταιρεία AstraZeneca υπό την επωνυμία Nolvadex.

Το Tamoxifen εμπλέκεται επιλεκτικά στις δραστηριότητες των οιστρογόνων. Επειδή τα οιστρογόνα, πιστεύεται ότι ενθαρρύνουν την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, μπλοκάροντας τα οιστρογόνα από τον μαστό ή από έναν όγκο, το Tamoxifen σταματά την ανάπτυξη του καρκίνου. Παρόλα που το Tamoxifen μιμείται τα οιστρογόνα παραδόξως μπορεί να προκαλέσει καρκίνο της μήτρας.

Προσφάτως, ένα άλλο φάρμακο, το Raloxifene, δοκιμάστηκε εναντίον του Tamoxifen ως χημειοπροφυλακτικός παράγοντας. Το Raloxifene παράγεται από την εταιρεία Eli Lilly και εγκρίθηκε από τον Ε.Ο.Φ το 1997 για την πρόληψη της οστεοπόρωσης στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Βρέθηκε ότι μειώνει επίσης την συχνότητα του καρκίνου μαστού χωρίς τη συνοδευόμενη αύξηση του καρκίνου του ενδομητρίου.

Το μοντέλο Gail έχει γίνει το πρότυπο εργαλείο για την κατάταξη του υψηλού κινδύνου του καρκίνου του στήθους, για τους σκοπούς της χημειοπροφύλαξης στις Η.Π.Α. Πήρε το όνομα του από τον Mitchell H. Gail, τον κυριότερο ερευνητή της έρευνας στην οποία είναι βασισμένο το μοντέλο, το οποίο καθορίζει τον «υψηλό κίνδυνο» μιας γυναίκας ώστε να συμμετάσχει στην

Δ.Π.Κ.Μ (Δοκιμασία Πρόληψης Καρκίνου του Μαστού). Αυτή η διαδικασία κατέληξε στην έγκριση από τον Ο.Τ.Φ, του Tamoxifen, για την εγκριτική διαδικασία, το μοντέλο Gail έγινε ο νομικά αποδεκτός τρόπος για να ποια είναι υποψήφια για αυτό το φάρμακο, στην κλινική πράξη.

## 9.2 Τι είναι το Μοντέλο Gail<sup>36</sup>

Το Μοντέλο Gail αναπτύχθηκε χρησιμοποιώντας δεδομένα πάνω στην επικινδυνότητα του καρκίνου του μαστού από έρευνα που διεξήχθη με συμμετέχοντες από το Σ.Α.Ε.Κ.Μ (Σχέδιο Ανίχνευσης-Επίδειξης Καρκίνου του Μαστού).

Μεταξύ του 1973 και 1975, το Σ.Α.Ε.Κ.Μ διεξήχθη από την Α.Α.Ε (Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία) και χρηματοδοτήθηκε από το Ε.Ι.Κ (Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου). Συμπεριλάμβανε, κατά προσέγγιση, 280.000 γυναίκες ηλικίας 38-74 χρονών από 24 κέντρα των Η.Π.Α ώστε να ελέγχονται κάθε χρόνο για πέντε χρόνια, για καρκίνο του μαστού. Έγινε επομένως συνειδητό ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη και τα συλλεγμένα στοιχεία για αυτές, ήταν ένα απίθανο πολύτιμο δείγμα. Το δείγμα έγινε πηγή για ποικίλα άλλα σχέδια, συμπεριλαμβανομένης της έρευνας, στην οποία είναι βασισμένο το Μοντέλο Gail.

Το 1980 ο Mitchell H. Gail, ένας βιοστατιστολόγος από το Ε.Ι.Κ, και οι συνάδελφοί του, χρησιμοποίησαν δεδομένα από το Σ.Α.Ε.Κ.Μ. και μία επόμενη μελέτη-ελέγχου διεξήχθη με συμμετέχοντες από το Σ.Α.Ε.Κ.Μ ώστε να αναπτύξουν ένα μοντέλο το οποίο θα μπορούσε να υπολογίσει τον «απόλυτο» κίνδυνο μιας γυναίκας να αναπτύξει καρκίνο του μαστού, την πιθανότητα ότι μία συγκεκριμένη γυναίκα με ένα συγκεκριμένο πλαίσιο παραγόντων κινδύνου, θα παρουσιάσει καρκίνο του μαστού μετά από μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Σύμφωνα με τον Gail, η ανάπτυξη ενός τέτοιου σχεδίου θα ξεπρόβαλε ως ιδανικό από μία μελέτη δείγματος μεγάλης κλίμακας στην οποία οι πληροφορίες πάνω σε πιθανούς παράγοντες κινδύνου και οι ακολουθούμενες πληροφορίες συλλέχθηκαν από όλους τους συμμετέχοντες. Το Σ.Α.Ε.Κ.Μ προσέγγισε στενά αυτό το ιδανικό σενάριο εκτός από εκείνες τις πληροφορίες των πιθανών παραγόντων κινδύνου που δε συλλέχθηκαν από όλες τις γυναίκες. Παρόλα αυτά συλλέχθηκε από ένα δείγμα 2.852 γυναικών με καρκίνο του μαστού και από 3.146 γυναίκες ομάδας ελέγχου για μια ξεχωριστή μελέτη ελέγχου-περιστατικού, χρησιμοποιώντας συμμετέχοντες από το Σ.Α.Ε.Κ.Μ.

Εδώ, δημοσιογραφικές πληροφορίες, στοιχεία από οικογενειακά και ιατρικά ιστορικά και πληροφορίες για την υγιεινή συμπεριφορά των ατόμων, συλλέχθηκαν για να καθορίσουν ποιοι παράγοντες συμβάλλουν στον καρκίνο του μαστού. Τα αποτελέσματα απέδειξαν ότι η ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού σε συγγενείς πρώτου βαθμού, η προχωρημένη ηλικία της

πρώτης γέννας, η πρώιμη εμμηναρχή και οι πολλαπλές προηγούμενες βιοψίες που δεν έδειξαν στοιχεία καρκίνου, σχετίζονται περισσότερο με την αύξηση του κινδύνου του καρκίνου του στήθους.

### 9.3 Καθορισμός του «Υψηλού Κινδύνου»<sup>34</sup>

Το μοντέλο Gail υπολογίζει τον κίνδυνο μιας γυναίκας να αναπτύξει καρκίνο και μεταφράζει τις πληροφορίες αυτές, σε ποσοστό επί τοις εκατό, έναν αριθμό που δηλώνει την πιθανότητα να εμφανίσει νεοπλασία στα επόμενα χρόνια.

Πρόσφατα ως υψηλός κίνδυνος κατατάχθηκε το 1.7%. Έτσι υψηλός κίνδυνος καθορίζεται οτιδήποτε συμπεριλαμβάνεται και βρίσκεται πάνω από το 1,7%, εκτιμώντας τον κίνδυνο ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού σε πέντε χρόνια.

## 9.4 Λεπτομερής Υπολογισμός Κινδύνου<sup>29</sup>

### MONTELO GAIL

#### ΛΕΠΤΟΜΕΡΗΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΟΥ

#### Ca ΜΑΣΤΟΥ<sup>16</sup>

1. Πόσες από τις αδερφές, κόρες ή η μητέρα σας είχε καρκίνο μαστού;

- Καμία
- 1 άτομο
- 2 ή περισσότερα άτομα

2. Σε πόσες βιοψίες μαστού έχετε υποβληθεί που δεν έδειξαν ίχνη καρκίνου;

- Καμία
- 1
- 2 ή περισσότερες

Τα αποτελέσματα έδειξαν «άτυπη υπερπλασία »;

- Δεν εφαρμόστηκε ή άγνωστα αποτελέσματα
- Όχι άτυπη υπερπλασία
- Ναι άτυπη υπερπλασία

3. Σε τι ηλικία ξεκίνησε η έμμηνος ρύση σας;

- 14 ετών ή αργότερα
- 12-13
- 11 ετών ή νωρίτερα

4. Σε τι ηλικία γεννήσατε το πρώτο σας παιδί;

- 19 ετών ή νωρίτερα
- 20-24
- 25-29
- 30 ετών ή αργότερα
- Δε γέννησα ακόμη ή ποτέ

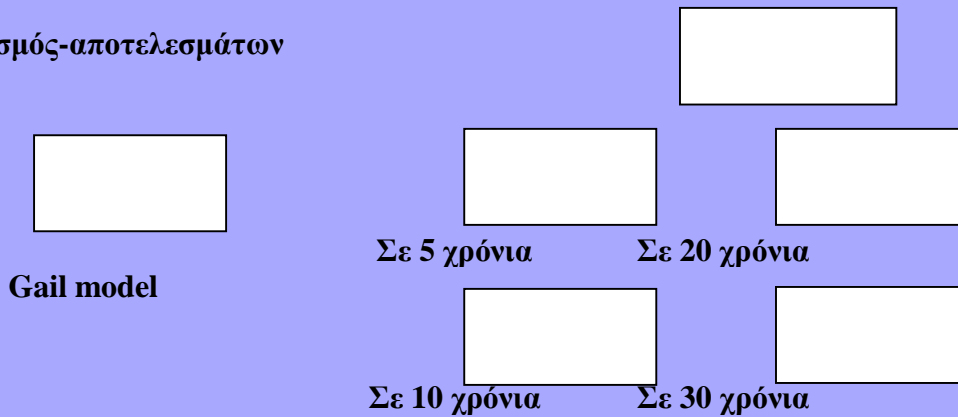
5. Ποια είναι η ηλικία σας;

6. Η φυλή σας είναι:

- Δεν είναι συγκεκριμένη
- Μαύρη
- Λευκή (Καυκάσια)

Η πιθανότητα να διαγνωσθείτε με καρκίνο του μαστού μέχρι την ηλικία των 90 είναι:

Υπολογισμός-αποτελεσμάτων



7. Είναι πιθανό να υποβληθείτε σε τακτικό μαστογραφικό έλεγχο;

- Ναι
- Όχι, όχι τακτικά

8. Λαμβάνετε τη φαρμακευτική ουσία Tamoxifen;

- Όχι
- Ναι

9. Οι μαστογραφίες σας δείχνουν πυκνό μαστικό ιστό; Πόσο πυκνό;

- Άγνωστο
- 0% λιπώδης πυκνότητα
- 1% έως 24%
- 25% έως 49%
- 50% έως 74%
- 75% έως 100%

10. Πίνετε αλκοόλ;

- Όχι συγκεκριμένα
- Καθόλου
- <1.5 γρ./ημέρα
- <5 γρ./ημέρα
- <15 γρ./ημέρα
- <30 γρ./ημέρα
- <60 γρ./ημέρα
- 60 γρ. ή περισσότερα

**11. Είχατε κάνει βιοψία μαστού που να δείχνει αδενοκαρκίνωμα in situ; Αν ναι, πόσων ετών ήσασταν;**

- Δεν εφαρμόστηκε
- Σε ηλικία κάτω των 40 ετών
- Σε ηλικία 40-44
- Σε ηλικία 45-49
- Σε ηλικία 50-54
- Σε ηλικία πάνω των 50 ετών

**12. Έχετε χρησιμοποιήσει αντισυλληπτικά; Πότε ξεκινήσατε τη χρήση τους;**

- Δεν έγινε ποτέ χρήση αντισυλληπτικών
- Ξεκίνησα σε ηλικία <20 ετών
- Ξεκίνησα σε ηλικία 20-24
- Ξεκίνησα σε ηλικία 25-29
- Ξεκίνησα σε ηλικία 30+

**Πότε σταματήσατε τη χρήση τους;**

- Δεν εφαρμόστηκαν
- Κατά την παρούσα περίοδο χρησιμοποιώ ακόμη
- Σταμάτησα 1-4 χρόνια πριν
- Σταμάτησα 5-9 χρόνια πριν
- Σταμάτησα 10-14 χρόνια πριν
- Σταμάτησα 15+ χρόνια πριν

**13. Άλλοι παράγοντες κινδύνου υπάρχουν όπως το ατομικό ιστορικό καρκίνου μαστού ή γεννητικών οργάνων, η ακτινοθεραπεία, μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 και BRCA2, η εθνικότητα, το κάπνισμα, έκθεση σε χημικές ουσίες, αλλά δε μπορούν να συμπεριληφθούν στο συγκεκριμένο μοντέλο υπολογισμού. Εάν έχετε αυτούς ή άλλους παράγοντες κινδύνου τότε ο υπολογιστής αποτελεσμάτων επανεκτιμά την επικινδυνότητά σας.**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

### GAIL MODEL ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑ

#### 10.1 Ανατομία του μοντέλου Gail<sup>29</sup>

Το μαθηματικό μοντέλο Gail απέδειξε την εγκυρότητα του, την πιστότητα των αποτελεσμάτων του στις χώρες που εφαρμόστηκε και αποδείχθηκε ισχυρό προληπτικό-διαγνωστικό εργαλείο στα χέρια των επιστημόνων υγείας και όσων ασχολούνται μ' αυτή.

Ο τρόπος με τον οποίο είναι δομημένο αποδεικνύει το εύρος του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται. Όλος ο γυναικείος πληθυσμός του κόσμου ηλικίας > 20 ετών μπορεί να εφαρμόσει το πρόγραμμα αυτό ώστε να μάθει κάθε γυναίκα ξεχωριστά την επικινδυνότητα που εμφανίζει για την ανάπτυξη του καρκίνου μαστού.

Τα ο μοντέλο παρουσιάζεται σε ηλεκτρονική μορφή στο διαδίκτυο και οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει αφορούν παράγοντες ενδογενείς, δηλαδή τις διεργασίες του οργανισμού μιας γυναίκας και το γενετικό της προφίλ που επιδρούν στην εμφάνιση καρκίνου μαστού, και σε εξωγενείς, δηλαδή περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορούν να επιταχύνουν ή να επιβραδύνουν τις εναρκήριες διαδικασίες για καρκινογένεση, καθώς επίσης να επιδεινώσουν ή να καλυτερεύσουν έναν υψηλό ή χαμηλό ποσοστό που εμφανίζεται ως αποτέλεσμα.

Οι ερωτήσεις του Μοντέλου είναι δομημένες σε 1<sup>ο</sup> ενικό πρόσωπο ενώ για τις ανάγκες του ελληνικού χώρου οι ερωτήσεις έχουν συνταχθεί σε 2<sup>ο</sup> πληθυντικό πρόσωπο ευγενείας.

Κανόνας στο Μοντέλο Gail είναι ότι όλες οι γυναίκες ανεξαρτήτως παρουσιάζουν επικινδυνότητα για την εμφάνιση καρκίνου μαστού, είτε μικρή είτε μεγάλη.

Γι' αυτούς τους λόγους αναγνωρίζεται η διεθνής σημασία ενός σημαντικού εργαλείου υγείας.

## **ΕΝΔΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:**

- Πόσες από τις αδελφές, κόρες, μητέρες σας είχε καρκίνο μαστού;
- Σε πόσες βιοψίες μαστού έχετε υποβληθεί που έδειξαν ίχνη καρκίνου;
- Σε τι ηλικία ξεκίνησε η έμμηνος ρύση;
- Σε τι ηλικία γεννήσατε το πρώτο σας παιδί;
- Ποια είναι η ηλικία σας;
- Ποια είναι η φυλή σας;

## **ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:**

- Είναι πιθανό να υποβληθείτε σε τακτικό μαστικό έλεγχο;
- Λαμβάνεται την ουσία Tamoxifen;
- Οι μαστογραφίες δείχνουν πυκνό μαστικό υγρό; Πόσο;
- Πίνετε αλκοόλ;
- Έχετε κάνει βιοψία in situ;
- Παίρνετε αντισυλληπτικά;

## 10.2 Ανάλυση των παραγόντων

- Το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου σε συγγενείς 1<sup>ου</sup> βαθμού (μητέρα, κόρη, αδελφή) δηλαδή η κληρονομικότητα αυξάνει τον κίνδυνο για την εμφάνιση της νόσου
- Η εφαρμογή βιοψιών που να μην παρουσιάζει ίχνη καρκίνου ή άτυπη υπερπλασία δεν φαίνεται να αποτελεί παράγοντα ιδιαίτερης επικινδυνότητας

- Η πρόωμη εμμηνарχή, δηλαδή 11 ετών ή νωρίτερα δείχνει να αυξάνεται η επικινδυνότητα
- Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του 1<sup>ου</sup> τοκετού, > 30 ετών, αυξάνεται και η επικινδυνότητα
- Η ηλικία είναι ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου ακόμα και σε γυναίκες που δεν παρουσιάζουν άλλους κινδύνους
- Οι λευκές γυναίκες φαίνεται να κατέχουν υψηλότερο κίνδυνο απ'ότι οι γυναίκες που ανήκουν στην μαύρη ή τις Ασιάτισσες. Αυτό πιστεύεται γιατί ο δυτικός κόσμος κατέχει επίπεδα λίπους στον οργανισμό λόγω διατροφικών συνηθειών
- Η έκθεση σε ακτινοβολία είναι από τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου όταν διενεργείται σε τακτά χρονικά διαστήματα, εξαμηνιαίως ή ετησίως. Παρόλο που η πρόληψη σώζει, η συχνή λήψη ακτινογραφίας μπορεί να προκαλέσει καρκίνο
- Η ταμοξιφαίνη, είναι μία φαρμακευτική ουσία που μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου
- Τα αποτελέσματα τις μαστογραφίας μας πληροφορούν για την επικινδυνότητα μιας γυναίκας να εμφανίσει κάποιο όγκο σύμφωνα με την πυκνότητα του λιπώδους ιστού ή την ύπαρξη κάποιου όγκου και του σταδίου που βρίσκεται
- Ο κίνδυνος αυξάνεται με την καθημερινή χρήση αλκοόλ (μπύρα:13% αλκοόλ, κρασί: 11% αλκοόλ, σφηνάκι: 15% αλκοόλ)
- Η εφαρμογή βιοψίας αναφέρεται 2 φορές στο ερωτηματολόγιο με διαφορετικό αποτέλεσμα. Ως ενέργεια από μόνη της δεν

αποτελεί παράγοντα κινδύνου αλλά αν η διάγνωση αναφέρει αδenoκαρκίνωμα in situ τότε η παρέμβαση μας θα πρέπει να είναι άμεση.

- Η χρήση αντισυλληπτικών μπορεί ελαφρώς να αυξήσει τον κίνδυνο σύμφωνα με το εύρος του χρονικού διαστήματος που λαμβάνονται. Η κατάργησή τους μειώνει τον κίνδυνο.

### 10.3 Κύριοι παράγοντες κινδύνου

- Οικογενειακό ιστορικό κινδύνου
- Ηλικία εμμηναρχής <11 ετών
- Ηλικία 1<sup>η</sup> τοκετού >30 ετών ή ατεκνία
- Ηλικία
- Έκθεση σε ακτινοβολία
- Καθημερινή χρήση αλκοόλ
- Χρήση αντισυλληπτικών

## 10.4 Υλικό-Μέθοδος

- *Σχεδιασμός της έρευνας*

Η μέθοδος μας στηρίχτηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή

- *Πληθυσμός-Δείγμα*

Για την συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο του Mitchell H. Gail. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση και μορφωτικό επίπεδο. Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 12 ερωτήσεις, όλες κλειστού τύπου.

- *Τόπος-Χρόνος Έρευνας*

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Ιούνιο-Αύγουστο του 2006 στην Πάτρα. Οι ερωτώμενες απάντησαν στο ερωτηματολόγιο μετά από συνάντηση στο χώρο διαμονής ή στο χώρο εργασίας τους με το ερευνητικό μέλος της ομάδας.

- *Συλλογή δεδομένων*

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη από κάθε ερωτώμενη, ενώ υπήρχε η δυνατότητα να μην απαντήσουν και να διακοπεί η συνέντευξη, η οποία διαρκούσε 10 λεπτά.

- *Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων*

-*Εισαγωγή* : να ανήκουν στο γυναικείο φύλο  
να είναι κάτοικοι Πατρών  
να είναι άνω των 20 ετών

-*Αποκλεισμός* : να μην ανήκουν στον πληθυσμό που  
αναφέραμε  
να μην κατοικούν σε συγκεκριμένη πόλη ή  
προάστιο  
να μην υπάρχει ακριβής συμπλήρωση του  
ερωτηματολογίου

- *Ζητήματα Βιοηθικής*

Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξήγούσαμε το σκοπό της έρευνας μας, επιδεικνύαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα τυχαίο, επίσης αναφέραμε τον φορέα της έρευνας και την σχολή φοίτησής μας.

- *Κωδικοποίηση & Στατιστική ανάλυση*

Χρησιμοποιήθηκε το σύστημα Excel για να γίνει η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.



## Αποτελέσματα Έρευνας



## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

**Ερώτηση 1<sup>η</sup>**: Πόσες από τις αδελφές, κόρες, μητέρες σας είχε καρκίνο μαστού;

Απάντηση:

1η ♀	: 2
2η ♀	: 4
3η ♀	: 1
4η ♀	: 0
5η ♀	: 2
6η ♀	: 3
7η ♀	: 0

**Ερώτηση 2<sup>η</sup>**: Σε πόσες βιοψίες μαστού έχετε υποβληθεί που έδειξαν ίχνη καρκίνου;

Απάντηση:

1η ♀	: 2
2η ♀	: 5
3η ♀	: 1
4η ♀	: 1
5η ♀	: 3
6η ♀	: 2
7η ♀	: 1

**Ερώτηση 3<sup>η</sup>** : Σε τι ηλικία ξεκίνησε η έμμηνος ρύση;

Απάντηση:

1η ♀	: 14
2η ♀	: 12
3η ♀	: 11
4η ♀	: 15
5η ♀	: 13
6η ♀	: 14
7η ♀	: 10

**Ερώτηση 4<sup>η</sup>** : Σε τι ηλικία γεννήσατε το πρώτο σας παιδί;

Απάντηση:

1η ♀	: 24
2η ♀	: 20
3η ♀	: 18
4η ♀	: 17
5η ♀	: 21
6η ♀	: 27
7η ♀	: 23

**Ερώτηση 5<sup>η</sup>** : Ποια είναι η ηλικία σας;

Απάντηση:

1η ♀	: 40
2η ♀	: 35
3η ♀	: 42
4η ♀	: 37
5η ♀	: 35
6η ♀	: 30
7η ♀	: 32

**Ερώτηση 6<sup>η</sup>** : Ποια είναι η φυλή σας;

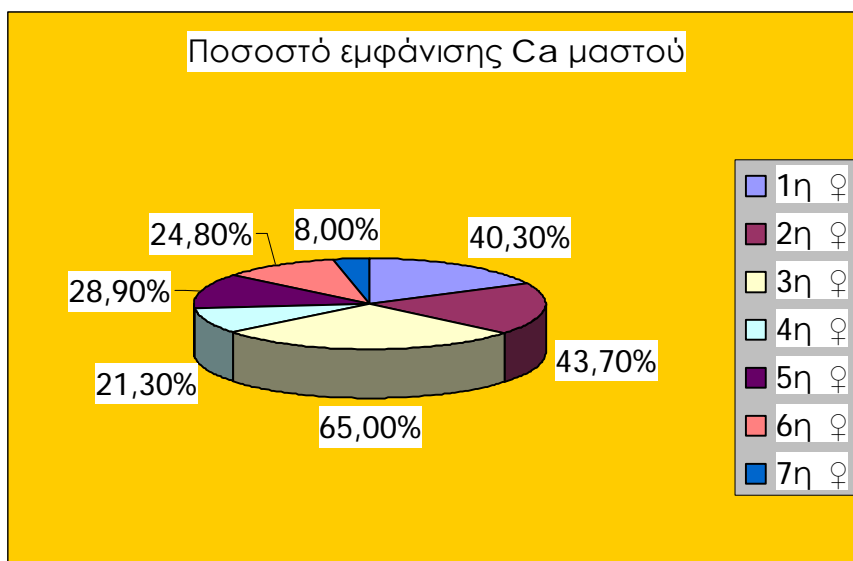
Απάντηση:

1η ♀	: Λευκή
2η ♀	: Λευκή
3η ♀	: Λευκή
4η ♀	: Λευκή
5η ♀	: Λευκή
6η ♀	: Λευκή
7η ♀	: Λευκή

Από τις 6 ερωτήσεις που θέσαμε σ' ένα δείγμα γυναικών με καρκίνο του μαστού, οι πιθανότητες να εμφανίσουν σε λίγα χρόνια αυτή την νόσο είναι οι εξής:

Πίνακας 1

Αριθμός Γυναικών	Ποσοστό εμφάνισης Ca μαστού
1η ♀	40,3%
2η ♀	43,7%
3η ♀	65,0%
4η ♀	21,3%
5η ♀	28,9%
6η ♀	24,8%
7η ♀	8,0%



**Ερώτηση 7<sup>η</sup>** : Είναι πιθανό να υποβληθείτε σε τακτικό μαστικό έλεγχο;

Απάντηση:

1η ♀	: Όχι
2η ♀	: Ναι
3η ♀	: Όχι
4η ♀	: Όχι
5η ♀	: Ναι
6η ♀	: Ναι
7η ♀	: Όχι

**Ερώτηση 8<sup>η</sup>** : Λαμβάνεται την ουσία Tamaxifen;

Απάντηση:

1η ♀	: Όχι
2η ♀	: Ναι
3η ♀	: Ναι
4η ♀	: Ναι
5η ♀	: Όχι
6η ♀	: Ναι
7η ♀	: Ναι

**Ερώτηση 9<sup>η</sup>** : Οι μαστογραφίες δείχνουν πυκνό μαστικό υγρό; Πόσο;

Απάντηση:

1η ♀	: 25%
2η ♀	: 19%
3η ♀	: 20%
4η ♀	: Άγνωστο
5η ♀	: 15%
6η ♀	: Άγνωστο
7η ♀	: Άγνωστο

**Ερώτηση 10<sup>η</sup>** : Πίνετε αλκοόλ;

Απάντηση:

1η ♀	: Όχι
2η ♀	: Ναι
3η ♀	: Ναι
4η ♀	: Όχι
5η ♀	: Όχι
6η ♀	: Ναι
7η ♀	: Ναι

**Ερώτηση 11<sup>η</sup>** : Έχετε κάνει βιοψία in situ;

Απάντηση:

1η ♀	: Όχι
2η ♀	: Ναι
3η ♀	: Ναι
4η ♀	: Όχι
5η ♀	: Όχι
6η ♀	: Όχι
7η ♀	: Ναι

**Ερώτηση 12<sup>η</sup>** : Παίρνετε αντισυλληπτικά;

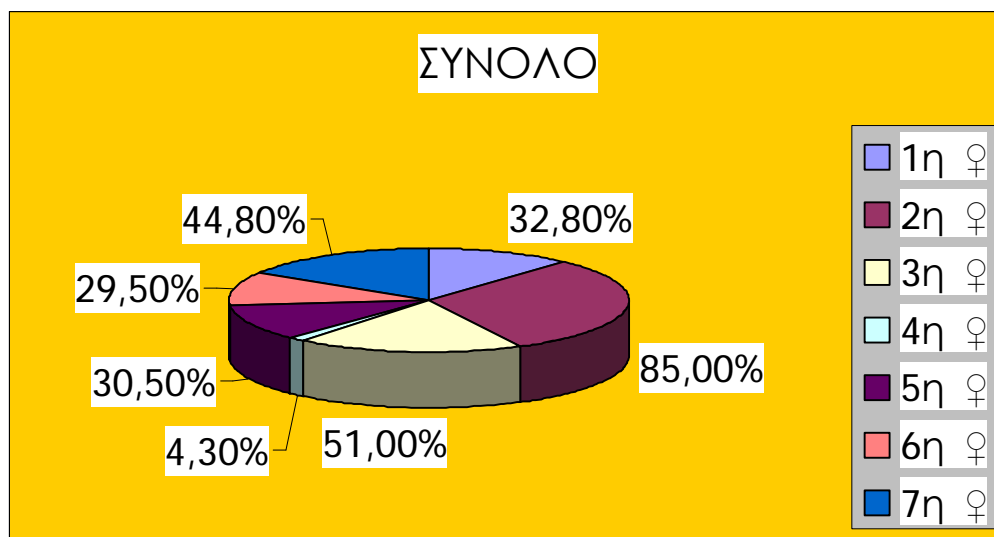
Απάντηση:

1η ♀	: Όχι
2η ♀	: Ναι
3η ♀	: Ναι
4η ♀	: Όχι
5η ♀	: Όχι
6η ♀	: Ναι
7η ♀	: Ναι

Από τις 12 ερωτήσεις που θέσαμε σ' ένα δείγμα γυναικών με καρκίνο του μαστού, οι πιθανότητες να εμφανίσουν Ca μαστού σε 5, 10, 20, 30 χρόνια αντίστοιχα είναι οι εξής:

**Πίνακας 2**

Αριθμός Γυναικών	Χρόνια εμφάνισης				Σύνολο
	5 χρόνια	10 χρόνια	20 χρόνια	30 χρόνια	
1η ♀	2,8%	6,2%	12,8%	19,5%	32,8%
2η ♀	11%	20,7%	40,0%	60,0%	85,0%
3η ♀	6,0%	11,3%	21,8%	32,4%	51,0%
4η ♀	0,2%	0,6%	1,5%	2,4%	4,3%
5η ♀	2,0%	4,8%	10,5%	16,3%	30,5%
6η ♀	0,6%	3,2%	8,5%	13,7%	29,5%
7η ♀	1,6%	5,6%	13,8%	44,8%	44,8%



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με βάση τον Πίνακα 1, βλέπουμε ότι τη μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού μετά από λίγα χρόνια έχει η 3<sup>η</sup> γυναίκα. Με βάση τα στοιχεία της είναι 42 χρονών, προέρχεται από την λευκή φυλή, έχει 1 αδελφή με Ca μαστού, έχει κάνει μια βιοψία που έδειξε ίχνη καρκίνου, η πρώτη έμμηνος ρύση ήταν σε ηλικία 11 χρονών, το πρώτο της παιδί το γέννησε σε ηλικία 18 χρονών. Επίσης πίνει αλκοόλ, έχει κάνει βιοψία *in situ*, παίρνει αντισυλληπτικά και η μαστογραφία της έχει μαστικό υγρό ποσοστού 20%.

Με βάση τον Πίνακα 2, και μετά από τις απαντήσεις και των 12 ερωτήσεων αντιλαμβανόμαστε ότι την μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης Ca μαστού έχει η 2<sup>η</sup> γυναίκα. Με βάση τα στοιχεία της έχει 4 αδελφές με καρκίνο, έχει κάνει 5 βιοψίες που έδειξαν ίχνη καρκίνου, είναι 35 χρονών και το πρώτο της παιδί το απέκτησε σε ηλικία 20 χρονών. Η πρώτη έμμηνος ρύση ήταν σε ηλικία 12 χρονών και προέρχεται από τη λευκή φυλή. Τέλος, έχει υποβληθεί σε μαστικό έλεγχο, παίρνει Tamoxifen, έχει μαστικό υγρό 19%, πίνει, έχει κάνει βιοψία *in situ* και παίρνει αντισυλληπτικά.



## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η εφαρμογή του Μοντέλου Gail στον δυτικό κόσμο απέδειξε την υψηλή δυαγνωστική του αξία και τη συμβολή του στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού, με την σταθεροποίηση των περιπτώσεων.

Το Μοντέλο Gail έχει την ικανότητα να εφαρμόζει πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη μαζί και αποτελεί χρήσιμο εργαλείο όχι μόνο στην κοινότητα αλλά και στο χώρο του νοσοκομείου.

Η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού από το κράτος στις νέες τεχνολογίες και σε προγράμματα όπως το Μοντέλο Gail, θα δώσει ώθηση στην Νοσηλευτική Επιστήμη και θα αναδείξει την πολυπλοκότητα και την μοναδική προσφορά του νοσηλευτικού επαγγέλματος

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Herbert Lippert.: «Ανατομική», Επιστημονικές εκδόσεις "Γρ.Παρισιανός", 5<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα 1993, σελ.82.
2. Παπανικολάου Ν.Α, Παπανικολάου Α.Ν.: «Γυναικολογία», εκδόσεις "Γρ.Παρισιανού", 3<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα 2005, σελ.446-448,480-481.
3. DAVID.R.GOLDMANN,MD FACP.:«Ιατρική στον 21<sup>ο</sup> αιώνα», εκδόσεις "Δομική", Αθήνα 2000, σελ.733.
4. Α.Μ.Μιχαλοπούλου, Ε.Μιχαλοπούλου.:«Ο ρόλος των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση της διαταραχής της εικόνας σώματος του ασθενούς», "Νοσηλευτική" Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2002, τόμος 41, τεύχος 3, σελ.253-257
5. Dr.Θεόδωρος Νταλατζάς.:«Ο γιατρός συμβουλεύει», "Προληπτική Ιατρική", έκδοση 2002, τόμος 3, σελ.469-471,741.
6. Κρεατσάς Γ. Κ.:«Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική»,Ιατρικές εκδόσεις "Πασχαλίδης", 1998, σελ.48,416-417,419-421,423-425,429-431.
7. MEDLINE.: [www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov) , Bery.JW.Huttev.RVP, 2005.
8. Μόσχου- Κάκκου Αθηνά, MSc.( καθηγήτρια εφαρμογών νοσηλευτικής), "Ογκολογική νοσηλευτικής", Πάτρα 2004, σελ.9-10,47-48.
9. Pamela J.Haylock.MA.RN.:«American journal of nursing», "The universal speciality", April 2000, σελ.9.
10. MERCK.:«Εγχειρίδιο MERCK», "Διάγνωση και θεραπεία", έκδοση 1998,σελ.2481.
11. Carol M. Hoskins. PHD. RM. FAAN and Judith Haber PHD. RN. FAAN, «American journal of nursing», "Adjusting to B. cancer", April 2000, σελ.26.
12. Anderson DE.: "Genetic study of B. cancer", "Identification of a high ristgroup cancer" 1974:34:1090-8.
13. Ευάγγελος Φιλόπουλος.: Υπεύθυνος Δικτύου Φροντίδας Μαστού Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας.: "Η αυτοεξέταση του στήθους – Βασικές γνώσεις και οδηγίες ", εκδόσεις ΑΤουTDirect, 2003, σελ.16,19-31.
14. Ε. Τζορακολευτεράκης.: "Ενημερωτική εκδήλωση για τον καρκίνο του μαστού", Πανελλήνιος σύλλογος γυναικών με καρκίνο του μαστού,« Άλμα Ζωής », Πάτρα, Οκτώβριος 2005.
15. Α.Σαχίνη – Καρδάση.: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Β' έκδοση, 2<sup>ος</sup> Τόμος , εκδόσεις "ΒΗΤΑ", Αθήνα 2000, σελ.485.
16. Κόνιαρη Ε.: " Καρκίνος του μαστού – Νοσηλευτική παρέμβαση, Εκδόσεις Βήτα Medical Arts, Αθήνα 1991, σελ.131-134, 165-172.

17. Κωνσταντινίδης Θ. , Τζαγκαράκη Ε.: « Νοσηλευτική αντιμετώπιση της γυναίκας με καρκίνο του μαστού στη φάση της θεραπείας », “ Νοσηλευτική”, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2001, Τόμος 40, Τεύχος 3, σελ.66.
18. Νοσηλευτική Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2000, Τόμος 39, Τεύχος 4, σελ.402-403.
19. Ε. Βαντσή.: «Αρχές ψυχοογκολογίας και ογκολογική νοσηλευτική» “ Νοσηλευτική” Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1998, Τόμος 37, Τεύχος 3, σελ.230-231.
20. Α. Χρ. Ραγιά.: “ Νοσηλευτική ψυχικής υγείας “, Ε΄ Έκδοση, Αθήνα 2005, σελ.51.
21. Παπαδημητρίου .Μ, Αλεξανδρή .Σ, Βρόντου. Ε, Κακουράτου. Π, Φιδάνη. Α, Δημοπούλου. Ε, Στεφανόπουλος. Ν, « Καρκίνος μαστού : Επιπτώσεις στην ψυχοσωματική οντότητα της γυναίκας», “Νοσηλευτική” Απρίλιος – Ιούνιος 1999, Τόμος 38, Τεύχος 2, σελ.165-170.
22. Αναγνωστόπουλος Φ.: « Καρκίνος του μαστού, Καθυστέρηση των ασθενών για εξέταση», “Ελληνική Ογκολογία”, Τόμος 21, Τεύχος 3, 1985, σελ.137-140.
23. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας.: « Καρκίνος του μαστού – Πληθυσμιακός έλεγχος », Δρ. Χαρίλαος Πατέρας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Οκτώβριος 2003 – Ιανουάριος 2004, σελ.20
24. Καρκίνος του μαστού: Στοιχεία Παθολογικής Ανατομίας, Δρ. Κων/νος Σφήκας, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Οκτώβριος 2003 – Ιανουάριος 2004, σελ.50
25. Καρκίνου πρόληψης.: Επίσημο περιοδικό της Ελληνικής εταιρείας προληπτικής ογκολογίας – Ε.Ε.Π.Ο, Τόμος 1, Τεύχος 1, Ιανουάριος – Μάρτιος 2006, «Καρκίνος του μαστού η έγκαιρη διάγνωση είναι το κλειδί» “Ch.Gikas” σελ. 131
- 26.« Αυτοεξέταση του μαστού »,“Ευάγγελος Φιλόπουλος” Ιατρός Χειρουργός Επιμελητής Κλινικής Μαστού Νοσοκομείου ο Άγιος Σάββας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Οκτώβριος 2003 – Ιανουάριος 2004.

27. Καρκίνου πρόληψης : Επίσημο Περιοδικό της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας Προληπτικής Ογκολογίας-Ε.Ε.Π.Ο, Τόμος 1, Τεύχος 1, Ιανουάριος – Μάρτιος 2006, «Καρκίνος του μαστού και κήση», S. Kokkinopoulos, P. Kokkinopoulos, P. Ginopoulos
28. Γ.Μπάλλας, «Χειρουργική» Ιατρικές Εκδόσεις «ΠΧ Πασχαλίδης» Αθήνα 1997
29. St.B.Halls: “Detailed Breast Cancer Risk Calculator” [www.halls.md/breast/risk.htm](http://www.halls.md/breast/risk.htm) (Gail Risk Factor), [www.google.com](http://www.google.com) California 2003.
30. Τσανίρα Στυλιανή: «Ενημέρωση και προετοιμασία για την αρρώστια και την θεραπεία», Κοινωνική Λειτουργός του Κέντρου Συμβουλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας – Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Οκτώβριος 2003-Ιανουάριος 2004, σελ.429-433
31. Τσανίρα Στυλιανή: «Ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς και της οικογένειας του, για την επικείμενη χειρουργική επέμβαση», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Οκτώβριος 2003-Ιανουάριος 2004, σελ.425-428
32. Dr. Γ.Α Κοκκάλης, Πλαστικός Χειρουργός, «Η επανόρθωση του μαστού μετά από μαστεκτομή», Δ/ντής Κλινικής Πλαστικής Χειρουργικής Νοσοκομείου «ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Οκτώβριος 2003-Ιανουάριος 2004, σελ.62-68
33. Παντελή Βασιλική, «Αλλαγή εικόνας σώματος- Ψυχολογικές επιπτώσεις- Εκπαίδευση, ενημέρωση ασθενών και οικογενειακού περιβάλλοντος», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία 2004, σελ.69-75.
34. Σ.Ν Αποστολίδης, Γ.Δ Πανουσόπουλος «Καρκίνος μαστού σύγχρονες απόψεις, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1998
35. Γ. Σακοράφας « Ο Καρκίνος του μαστού» Εκδόσεις Λάγος Δημήτριος, Αθήνα 2000
36. G.E.N. Fosket: Constracting high risk women, the development and standarbigation of a breast cancer risk aseasment tool. Sciency technology and human values, Volume 29, No 3, Sage publications, California 2004.