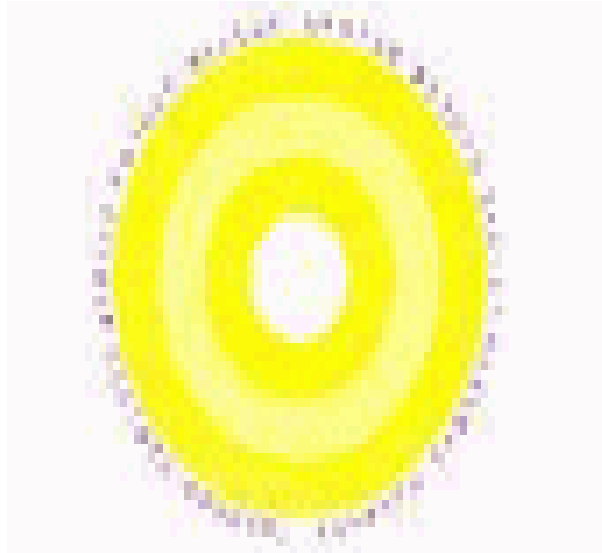


Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



**ΣΑ ΜΑΣΤΟΥ: ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ**  
**ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**  
ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**  
ΑΓΑΘΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ

ΑΛΥΣΑΝΔΡΑΤΟΥ  
ΣΤΑΜΑΤΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2006

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>Πρόλογος</b>	
<b>Εισαγωγή</b>	
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>Κεφάλαιο 1. Επιδημιολογικά στοιχεία</b>	<b>7</b>
1.1. Επιδημιολογικά στοιχεία	8
1.1.1. Εντόπιση	9
1.2. Παράγοντες	9
<b>Κεφάλαιο 2. Ανατομική του μαστού</b>	<b>11</b>
<b>Κεφάλαιο 3. Γνωρίζοντας για τον καρκίνο</b>	
3.1. Τι είναι ο CA μαστού;	16
3.2. Πώς και γιατί εξαπλώνεται	17
3.3. Ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού	18
3.4. Παράγοντες κινδύνου	19
3.5. Συμπτώματα	20
3.6. Διάγνωση	20
<b>Κεφάλαιο 4. Θεραπεία του καρκίνου του μαστού</b>	
4.1. Χημειοθεραπεία	22
4.1.1. Στόχοι χημειοθεραπείας	22
4.1.2. Διάρκεια χημειοθεραπείας	23
4.1.3. Παρενέργειες-Επιπλοκές	23
4.2. Ακτινοθεραπεία	23
4.3. Ορμονική θεραπεία	24
4.4. Χειρουργική θεραπεία	25
4.4.1. Χειρουργικές επεμβάσεις που αφαιρούν τον μαστό	25
4.4.2. Χειρουργικές επεμβάσεις που διατηρούν τον μαστό	25
4.5. Νέα θεραπεία- Ελπίδα για τον καρκίνο του μαστού	26
4.6. Θεραπεία των ψυχικών διαταραχών	26
<b>Κεφάλαιο 5. Ψυχολογία και καρκίνος</b>	
5.1. Ψυχικές αντιδράσεις της καρκινοπαθούς	29
5.1.1. Τι να πω στο παιδί	30
5.1.2. Σε παιδιά κάτω των 5 ετών	30
5.1.3. Σε παιδιά 6 έως 11 ετών	30
5.1.4. Για έφηβους	31
5.2. Αντιμετώπιση των ψυχικών καταστάσεων των ασθενών	31
5.2.1. Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με άγχος- αγωνία	32
5.2.2. Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με κατάθλιψη	33
<b>Κεφάλαιο 6. Ανακατασκευή μαστού</b>	<b>35</b>
<b>Κεφάλαιο 7. Επιστροφή στην καθημερινότητα</b>	
7.1. Επιστροφή στην εργασία	40
7.2. Χαλάρωση και ανάρρωση από τον καρκίνο	40
7.2.1. Αμβλυνση των πόνων	41
7.2.2. Διασκέδαση	41
7.3. <<Ωραία εμφάνιση...ευχάριστη διάθεση>>	41
7.4. Σεξουαλική δραστηριότητα	42

7.4.1. Αντιμετώπιση και πρακτική	43
7.5. Φυσική κατάσταση	43
7.6. Σχεδιασμός του μέλλοντος	44
<b>Κεφάλαιο 8 Πρώιμη και έγκαιρη διάγνωση</b>	
8.1. Μαστογραφία	46
8.2. Αυτοεξέταση μαστού	46
8.3. Δέκα μύθοι και οι αλήθειες τους για τον καρκίνο του μαστού	48
8.4. Δέκα λόγοι που κάνουν την πρόληψη απαραίτητη	50
<b>Κεφάλαιο 9 Κύηση και καρκίνος</b>	53
<b>Κεφάλαιο 10. CA Μαστού στον άνδρα</b>	
10.1. Παράγοντες κινδύνου	55
10.2. Διάγνωση	56
10.3. Θεραπεία	57
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>Κεφάλαιο 11 Νοσηλευτική διεργασία</b>	
Πρώτη περίπτωση	60
Δεύτερη περίπτωση	66
<b>Κεφάλαιο 12. Νοσηλευτική παρέμβαση</b>	
12.1. Επικοινωνία νοσηλεύτριας-ασθενούς	71
12.2. Πως γίνεται η παρακολούθηση της γυναίκας που έχει υποβληθεί θεραπεία για καρκίνο του μαστού	72
<b>Κεφάλαιο 13 Νοσηλεία καρκινοπαθούς στο σπίτι</b>	
13.1. Τι είναι η νοσηλεία στο σπίτι	75
13.2. Βασικοί σκοποί της κατ' οίκον νοσηλείας	75
13.3. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην κατ' οίκον νοσηλεία	76
<b>Κεφάλαιο 14 Μαρτυρία</b>	80
<b>Συμπεράσματα-προτάσεις</b>	83
<b>Περίληψη</b>	84
<b>Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου</b>	85
<b>Βιβλιογραφία</b>	

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο τύπο κακοήθειας στις γυναίκες αντιστοιχώντας σε 20% όλων των γυναικείων καρκίνων.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, περισσότεροι από το 65% των καρκίνων του μαστού είναι σποραδικοί, συμβαίνουν δηλαδή τυχαία και δεν έχουν γενετική βάση. Για την πρόληψη των καρκίνων αυτών, οι ειδικοί συμβουλεύουν να υιοθετήσουμε έναν υγιεινό τρόπο ζωής με άσκηση, σωστή διατροφή και χωρίς καταχρήσεις, όπως π.χ. το κάπνισμα. Επιπροσθέτως, μετά την ηλικία των 40 ετών η μαστογραφία και η ψηλάφηση του στήθους είναι οι ενδεδειγμένοι τρόποι για την έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Όταν δε ο καρκίνος του μαστού διαγνωσθεί εγκαίρως, οι πιθανότητες να θεραπευθεί είναι πολύ μεγάλες.

Η νόσος σχετίζεται θετικά με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και οι γυναίκες που ανήκουν στα ανώτερα μορφωτικά και επαγγελματικά στρώματα εμφανίζουν μέχρι και διπλάσιο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού σχετικά με εκείνες των χαμηλότερων στρωμάτων.

Η οικογενειακή κατάσταση σχετίζεται με τη νόσο και συγκεκριμένα έχει βρεθεί ότι οι ανύπανδρες γυναίκες μετά την ηλικία των 40 ετών παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού.<sup>1</sup>



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

Ανάμεσα στους λοιπούς καρκίνους, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο στόχο του καρκίνου των γυναικών στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου, όπως και στην Ελλάδα, όπου κάθε χρόνο περίπου 1.500 γυναίκες προσβάλλονται και 700 πεθαίνουν από καρκίνο του μαστού. Η επίπτωση του καρκίνου αυτού αυξάνεται μέσα στο χρόνο, σε αντίθεση με τη σύγχρονη θεραπευτική που παραμένει μέχρι σήμερα ανίκανη να βοηθήσει μεγάλο αριθμό γυναικών. Το γεγονός ότι η νόσος αυτή είναι σοβαρή αιτία θανάτου, μαζί με το ότι ο μαστός έχει επηρεασθεί σημαντικά από τον σύγχρονο πολιτισμό μας- αντισύλληψη, έντονη σεξουαλική ζωή, περιορισμός γεννήσεων και γαλουχίας, διατροφή-, ενώ συνάμα παραμένει σύμβολο υγείας, ομορφιάς και φιλαρέσκειας, έχουν γεννήσει στη σύγχρονη γυναίκα άγχος, φόβο και ανασφάλεια, όσο ποτέ άλλοτε στο παρελθόν.

Η ευαισθητοποίηση της γυναίκας, σε σχέση με το μαστό της που δεν θα 'θελε ποτέ να στερηθεί, είναι ένας από τους σοβαρούς παράγοντες που θα μπορούσε η προληπτική νοσηλευτική να στηρίζει την προσπάθειά της για πρόωμη διάγνωση και συνεπώς και την ελπίδα για έγκαιρη θεραπεία.

Τα τελευταία χρόνια, στη χώρα μας καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια για την καλύτερη ενημέρωση των γυναικών, όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του μαστού (αυτοεξέταση-μαστογραφία).<sup>2</sup>

Η εργασία ασχολείται με τον καρκίνο στην γυναίκα καθώς ο χαρακτήρας της και η ψυχή της είναι κάτι πολύπλοκο, κάτι για το οποίο έχουν γραφτεί πολλά τραγούδια και ποιήματα.

Στα παρακάτω κεφάλαια θα αναλύσουμε για τον καρκίνο του μαστού, και πιο συγκεκριμένα για τις επιδράσεις που έχει αυτή η νόσος στην ψυχή της γυναίκας, από την στιγμή που γίνεται η διάγνωση.

Σκοπός της εργασίας είναι να διαδώσει το μήνυμα της πρόληψης και να ενημερώσει ότι πλέον ο καρκίνος μπορεί να αντιμετωπιστεί άμεσα με τακτικούς ελέγχους, είτε με αυτοεξέταση μαστού, είτε με μαστογραφίες.

Καιρός να απομυθοποιηθεί ο καρκίνος και να σωθούν περισσότερες ζωές, έγκαιρα.

<<Μην κλείνεις τα μάτια,

στον καρκίνο του μαστού>>

**ΟΜΙΛΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



# **Κεφάλαιο**

# **1**

# **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

## 1.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο Καρκίνος του Μαστού αποτελεί πλέον την κυριότερη αιτία θανάτου των γυναικών σε πολλές χώρες. Οι αναλογίες των περιπτώσεων αυτών του Καρκίνου του Μαστού και των θανάτων από αυτόν είναι 27 και 19 ανά 100.000 γυναίκες αντίστοιχα.

Τα κυριότερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του μαστού είναι:

1. Η μεγάλη διεθνής μεταβλητότητα, η οποία παρατηρείται κυρίως στις μεγαλύτερες ηλικίες.
2. Η σαφής προστατευτική επίδραση της πρώτης ολοκληρωμένης εγκυμοσύνης και μάλιστα όταν αυτή συμβαίνει κατά τη νεαρή ηλικία της γυναίκας.
3. Η απουσία σχέσης της ασθένειας με τον θηλασμό.
4. Η προστατευτική επίδραση της πρώιμης εμμηνόπαυσης και μάλιστα εκείνης που προκαλείται μετά από επέμβαση πάνω στη λειτουργία της ωοθήκης.
5. Η χωρίς αμφισβήτηση σχέση του καρκίνου του μαστού με την κυστική μαστίτιδα και η πιθανή σχέση του με τον καρκίνο του σώματος της μήτρας, των ωοθηκών και ορισμένων ενδοκρινικών νοσημάτων.
6. Η διαπιστούμενη συμβολή κληρονομικών παραγόντων.

Από τη γεωγραφική κατανομή, διαπιστώνουμε μεγάλες διακυμάνσεις στη θνησιμότητα, οι οποίες κυμαίνονται από 25-30/100.000 γυναίκες στη Βρετανία, τη Δανία, την Ολλανδία, τις ΗΠΑ και τον Καναδά και από 3-8/100.000 στην Ιαπωνία, το Μεξικό και την Βενεζουέλα.

Στην πλειονότητα των χωρών, η αργή αλλά σταθερή αύξηση της θνησιμότητας από καρκίνο μαστού αποδίδεται στην αύξηση του μέσου όρου ζωής.

Ο καρκίνος μαστού δεν εμφανίζεται συχνά σε ηλικία κάτω των 25 ετών, ενώ η συχνότητά του αυξάνεται σταθερά, φθάνοντας στο αποκορύφωμα στις μεγάλες ηλικίες. Στις ΗΠΑ, υπάρχει σταθερή αύξηση των περιπτώσεων, τέτοια που 1 στις 11 γυναίκες τελικά θα νοσήσει από καρκίνο μαστού σε κάποιο στάδιο της ζωής της. Επίσης, από τους καρκίνους των γυναικών ο καρκίνος του μαστού αντιπροσωπεύει την υπ' αριθμόν «ένα» αιτία θανάτου. Η American Cancer Society υπολόγισε σε 110.000 τις περιπτώσεις καρκίνου του μαστού το 1984. Αυτό μπορεί να αντιπαρατεθεί με το συνολικό αριθμό 76.000 νέων περιπτώσεων καρκίνων των γεννητικών οργάνων, συμπεριλαμβανομένων του τραχήλου, του σώματος της μήτρας, των ωοθηκών και άλλων αδιευκρίνιστων γεννητικών καρκίνων.<sup>2</sup>

Η επίδραση της ηλικίας στην επιβίωση έχει αρκετά ερευνηθεί, χωρίς όμως να υπάρχει ομοφωνία στα συμπεράσματα. Ο Haagensen, παραθέτοντας στοιχεία ασθενών μετά από τοπική ριζική μαστεκτομή,

δείχνει δεκαετή επιβίωση 40% για ηλικίες μικρότερες από 30 χρονών, με αντίστοιχη επιβίωση 60% για τις υπόλοιπες ηλικίες. Πιστεύει ότι ο καρκίνος μαστού στα νεαρά άτομα έχει ταχύτερη εξέλιξη και για τον λόγο αυτό προσέρχονται για θεραπεία με μεγαλύτερους όγκους απ' ότι οι υπόλοιπες ηλικίες.

Με τα στοιχεία του συμφωνούν οι Smithers και Norhmans, καταγράφοντας ο πρώτος 25% επιβίωση σε ηλικίες 21-30 χρονών, σε σύγκριση με το 36,5% των ηλικιών πάνω από 30 χρόνια. Σε άλλη μελέτη όμως, από στοιχεία 124 γυναικών ηλικίας κάτω από 31 χρονών με τυπική ριζική μαστεκτομή, βρέθηκε 41% πενταετής επιβίωση.



Η επιβίωση αυτή, σε σύγκριση με 39,6% πενταετή επιβίωση από 13.000 περιπτώσεις του Memorial Hospital της Νέας Υόρκης, δείχνει ότι ο καρκίνος του μαστού στις νεαρές γυναίκες έχει την ίδια πρόγνωση με εκείνη στις ηλικιωμένες.

Γενικά, πιστεύεται ότι στην πενταετή επιβίωση δεν υπάρχουν σοβαρές διαφορές μεταξύ των ποικίλων θεραπευτικών αγωγών, εφόσον αφορούν στο ίδιο στάδιο της νόσου. Στη δεκαετή όμως επιβίωση, οι διαφορές φαίνονται σημαντικές και υπερτερούν τα αποτελέσματα των ριζικών χειρουργικών τεχνικών.

Διακρίνεται επίσης στις διάφορες μελέτες η σημαντικότητα που έχει για την επιβίωση το στάδιο της νόσου. Τα κλινικά στάδια του καρκίνου του μαστού, στοιχειοθετημένα με βάση τα κλινικά σημεία, έχουν περιληφθεί ομόφωνα και από πολλά χρόνια στους σπουδαιότερους παράγοντες που επιδρούν στην επιβίωση. Έτσι, με βάση το στάδιο της νόσου και ανεξάρτητα από τη θεραπευτική αγωγή, η πενταετής επιβίωση για το στάδιο I είναι κατά μέσο όρο 84,8%, ενώ για το στάδιο II 68,3%.

### Εντόπιση

Ως προς την ανατομική θέση του μαστού, η συχνότητα εντόπισης του καρκίνου σε εκατοστιαία ποσοστά έχει ως εξής: κατά 47% ο καρκίνος προσβάλλει το άνω και έξω τεταρτημόριο, 14% το άνω και έσω, 7% το κάτω και έξω, 2% το κάτω και έσω, ενώ το κέντρο της θηλής υπολογίζεται σε 22%. Υπάρχει πιθανότητα προσβολής και του άλλου μαστού σε ποσοστό 20%.<sup>2</sup>

«Η πιο ενδιαφέρουσα παρατήρηση στην επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού είναι ότι η συχνότητα του καρκίνου αυτού είναι πέντε φορές υψηλότερη στις λευκές γυναίκες σε σχέση με εκείνη στις Γιαπωνέζες και Κινέζες», λέει ο κ. Τριχόπουλος. «Ο καρκίνος του μαστού είναι γνωστός ως ένας οιστρογονοεξαρτώμενος καρκίνος, δηλαδή ένας καρκίνος στον οποίο έχουν δεσπόζουσα θέση οι ορμόνες. Οι γυναίκες, όμως, στις δυτικές κοινωνίες (Αμερικανίδες, Δυτικοευρωπαίες κ.ά.) δεν έχει βρεθεί να έχουν διαφορετικά επίπεδα οιστρογόνων ορμονών σε σύγκριση με αυτά των γυναικών στην Κίνα ή την Ιαπωνία. Μια νέα μελέτη δίνει μια εξήγηση γι' αυτό το φαινόμενο και μια πιθανή νέα οδό για την πρόληψη της νόσου».

Οι έως σήμερα ανακαλύψεις για τον καρκίνο του μαστού δεν έχουν επιτύχει να μειώσουν τους θανάτους από τη νόσο. «Τα τελευταία 100 χρόνια, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού δεν έχει μειωθεί», υπογραμμίζει ο κ. Τριχόπουλος. «Στην Ελλάδα, οι θάνατοι από καρκίνο του μαστού αυξάνονται κάθε χρόνο κατά 1,5%».

Τα τελευταία 20 χρόνια, οι επιστήμονες γνωρίζουν ότι τα οιστρογόνα δεν μπορούν να επιδράσουν εάν δεν υπάρχουν ειδικά μόρια, τα οποία αναγνωρίζουν τις ορμόνες και ονομάζονται υποδοχείς. Η νέα έρευνα αποκαλύπτει το μυστικό της «εύνοιας» των Γιαπωνέζικων γυναικών ιδιαίτερα μάλιστα των ηλικιωμένων γυναικών της χώρας του Ανατέλλοντος Ηλίου: έχουν πολύ λιγότερους υποδοχείς στο φυσιολογικό επιθήλιο του μαστού τους σε σχέση με εκείνους των λευκών γυναικών.<sup>3</sup>

## 1.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο καρκίνος του μαστού οφείλεται σε πολύπλοκο συνδυασμό παραγόντων:

### **1.Δημογραφικοί**

- α)φύλο
- β)ηλικία
- γ)φυλή

### **2.Γενετικοί**

- α) Άν είναι μητέρα ή αδερφή με Ca έχουν 2-3 φορές αυξημένο κίνδυνο.
- β) Αύξηση κινδύνου αν εμφανιστεί πριν την εμμηνόπαυση.
- γ) Εάν είναι αμφοτερόπλευρη τότε 5 ή 9 φορές μεγαλύτερος.

### **3.Ορμονικοί**

Πρώϊμος έμμηνος ρύση 10-12 χρονών, εμμηνόπαυση μετά τα 50 χρόνια, ανώμαλη περίοδος. Με την ωθηκεκτομή άμφω κάτω των 37 χρόνων πετυχαίνεται μείωση 3 φορές της προσβολής από τη νόσο, εγκυμοσύνη πριν τα 19- μείωση 4 φορές.

### **Προηγούμενο ιστορικό**

- α) ινωκυστική μαστοπάθεια αύξησης 1,9 φορές
- β) βιοψία για καλοήγη πάθηση αύξησης 2-3 φορές
- γ) ατυπία κυττάρων αύξησης 5.3 φορές
- δ) ατυπία και οικογενειακό ιστορικό >11 φορές<sup>4</sup>



# **Κεφάλαιο**

## **2**

# **ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Ο μαστός βρίσκεται στην υποδόριο περιτονία της πρόσθιας επιφάνειας του θώρακα, μεταξύ του πλαγίου χείλους του στέρνου και της πρόσθιας μασχαλιαίας γραμμής, από το 2<sup>ο</sup> μέχρι το 6<sup>ο</sup>-7<sup>ο</sup> μεσοπλευρίο διάστημα.

Το σχήμα του είναι κωνικό ή ημισφαιρικό ενώ, στο άνω έξω τεταρτημόριο, υπάρχει προεκβολή προς την μασχαλιαία κοιλότητα, γνωστή ως ουρά του Spence.

Διακρίνονται μία *πρόσθια* και μία *οπίσθια* επιφάνεια στο μαστό, καθώς και η *περιφέρεια*. Η πρόσθια επιφάνεια φέρει τη *θηλή* και τη *θηλαία άλω*. Στην κορυφή της θηλής εκβάλλουν με 15-20 στόμια οι *γαλακτοφόροι πόροι*. Στη θηλαία άλω παρατηρούνται 10-15 μικρά επάρματα, γνωστά ως *αδένες του Montgomery*. Η οπίσθια επιφάνεια του μαστού έρχεται σε επαφή με την περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός.

Ο μαστός αποτελείται από έξω προς τα μέσα από το *δέρμα*, το *περιμαστικό λίπος* και το *μαζικό αδένα*. Ο μαζικός αδένας διαιρείται σε 15-20 λοβούς από ινώδεις δεσμίδες (*σύνδεσμος του Cooper*). Οι λοβοί αυτοί διατάσσονται ακτινοειδώς γύρω από τη θηλή και τη θηλαία άλω. Κάθε λοβός έχει το δικό του *γαλακτοφόρο κόλπο*, εκβάλλει από δικό του στόμιο στη θηλή. Οι γαλακτοφόροι πόροι μέσα στο λοβό διακλαδίζονται σε μικρότερους πόρους, καθένας από τους οποίους καταλήγει σε μια αδενοκυψέλη. (Εικ. 1).

Εμβρυολογικά, τα λοβία του μαζικού αδένα δημιουργούνται από πάχυνση του έξω δέρματος κατά την 6<sup>η</sup> περίπου εβδομάδα της κύησης. Η πάχυνση αυτή αφορά τη *γαλακτική γραμμή* από τη μασχάλη μέχρι το αιδού.

Την 9<sup>η</sup> εβδομάδα η πάχυνση υποχωρεί, εκτός από τη θωρακική περιοχή, όπου και θα σχηματισθεί στον 3<sup>ο</sup> περίπου μήνα από συγκεντρώσεις πλακωδών κυττάρων του δέρματος, η *θηλή* και η *θηλαία άλως*. Καταδύσεις των πλακωδών αυτών κυττάρων σχηματίζουν τους εκκριτικούς πόρους των λοβίων του μαζικού αδένα.

Όλοι οι μικροί πόροι επενδύονται από δίστοιβο επιθήλιο. Στους μικρούς αυτούς πόρους το επιθήλιο είναι κυβοειδές, ενώ στους μεγαλύτερους ο εσωτερικός στίχος αποτελείται από κυλινδρικά κύτταρα. Οι μεγαλύτεροι πόροι επενδύονται από ένα στίχο κυβοειδών κυττάρων, που περιβάλλονται από ασυνεχής στιβάδα επιμήκων ή τριγωνικών μυοεπιθηλιακών κυττάρων. Όσο πλησιάζουν προς τη θηλή, οι πόροι παρουσιάζουν επιθήλιο, το οποίο πάλι γίνεται δίστοιβο και μεταπίπτει σε πολύστοιβο πλακώδες στη θέση εκβολής των γαλακτοφόρων πόρων στη θηλή.

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

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

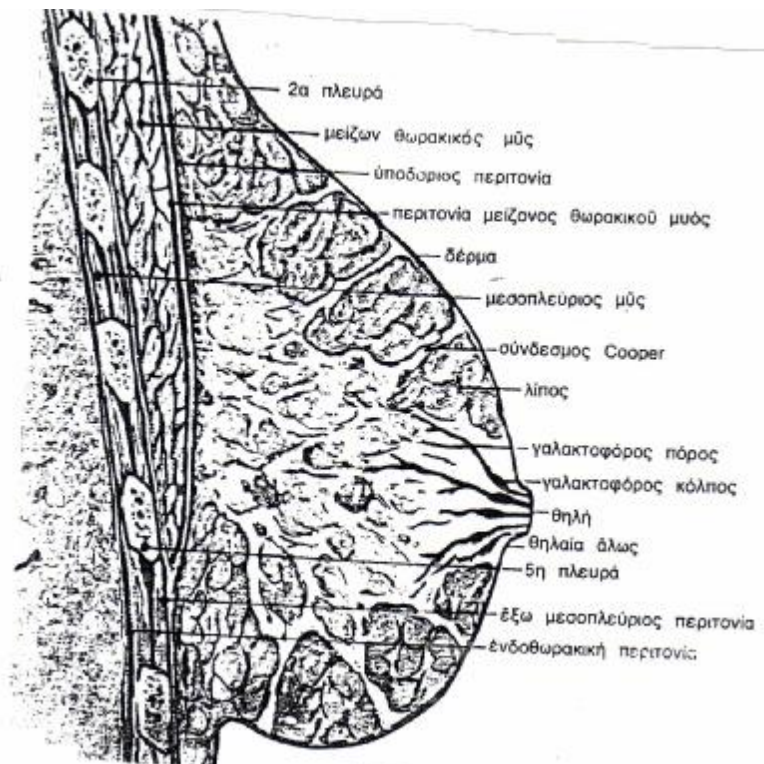
Οι *αρτηρίες* του μαστού προέρχονται από την *έξω μαστική αρτηρία*, που είναι ο κλάδος της πλάγιας θωρακικής, την *έσω μαστική*, τις μεσοπλευρίες αρτηρίες και κλάδους από τη *μασχαλιαία αρτηρία*. Οι φλέβες ακολουθούν τις αρτηρίες. Οι *φλέβες* του δέρματος του μαστού σχηματίζουν γύρω από τη θηλή δίκτυο,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

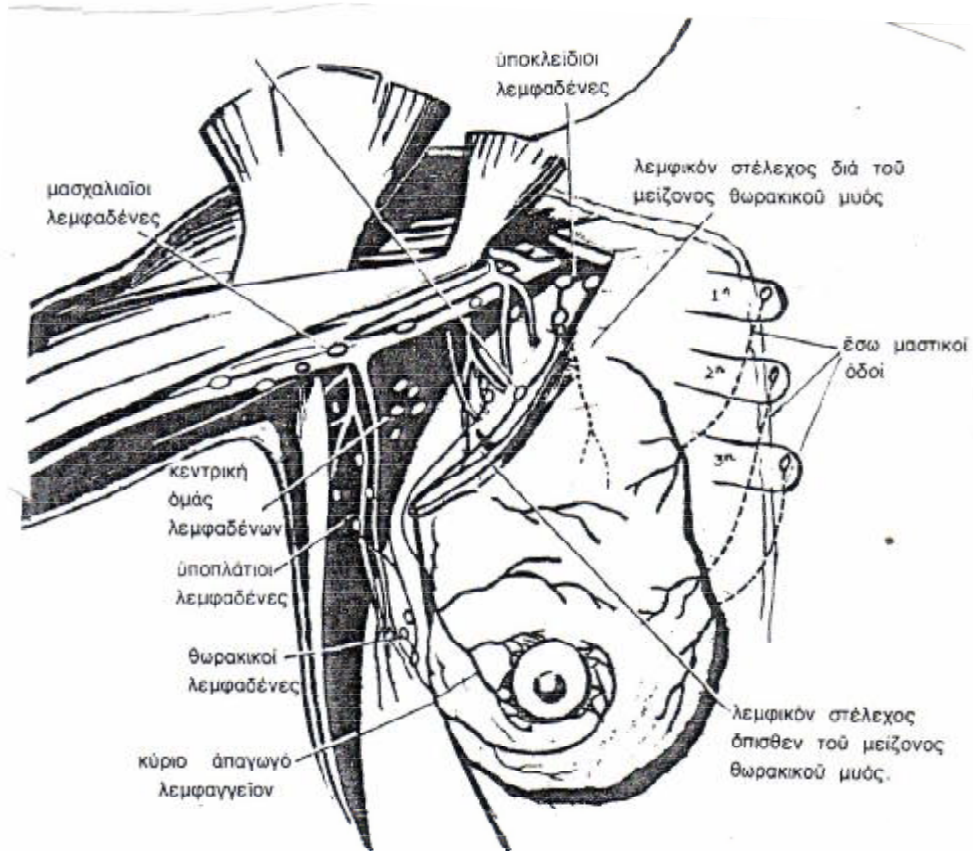
Τα *λεμφαγγεία* του μαστού σχηματίζουν δύο πλέγματα, το επιφανειακό (θηλή, άλως, δέρμα) και το εν' τω βάθει, το οποίο συγκλίνει προς τη θηλή του μαστού, όπου αναστομώνονται με το επιπολής *λεμφικό πλέγμα*.

Από τα λεμφικά πλέγματα εξορμώνται τα απαγωγά λεμφαγγεία του μαστού, προς τα πίσω μέσα από τους θωρακικούς μυς στην ομάδα των κορυφαίων μασχαλιαίων λεμφαδένων και προς τα έξω στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Προς τα έξω πορεύονται διά των έξω μαστικών αγγείων προς τους έξω μαστικούς λεμφαδένες και δι' άπ' ευθείας αναστομώσεως στον άλλο μαστό. Προς τα κάτω και έξω αναστομώνονται κάτω από την ξιφοειδή απόφυση με τα λεμφαγγεία της κοιλίας στην περιοχή του διαφράγματος. Προς τα άνω καταλήγουν στους υπερκλείδιους λεμφαδένες. Τέλος υπάρχουν μεμονωμένα λεμφικά αγγεία, που πορεύονται κατά μήκος των μεσοπλευρίων αγγείων, φερόμενα προς την σπονδυλική στήλη (Εικ. 2).

Οι λεμφαδένες του μαστού χωρίζονται σε τρεις ομάδες : **α)** τους υπερκλείδιους **β)** τους μασχαλιαίους και **γ)** τους αδένες της έξω μαστικής αρτηρίας. Χειρουργικά οι μασχαλιαίοι αδένες χωρίζονται σε τρία επίπεδα που καθορίζονται από τη σχέση τους προς τον ελάσσονα θωρακικό μύ.

Μια μικρή ομάδα λεμφαδένων μεταξύ του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός αποτελεί την ομάδα των λεμφαδένων του Rotter. Όλες οι ομάδες των λεμφαδένων του μαστού έχουν τεράστια σημασία στη διασπορά των κακοήθων όγκων του μαστού. Η ύπαρξη μεταστάσεων καρκινικών κυττάρων σ' αυτούς καθορίζει την έκταση, το στάδιο και την πρόγνωση της νόσου.<sup>5</sup>





Μασχαλιαίοι και έσω μαστικοί λεμφαδένες και λεμφαγγεία του μαστού.

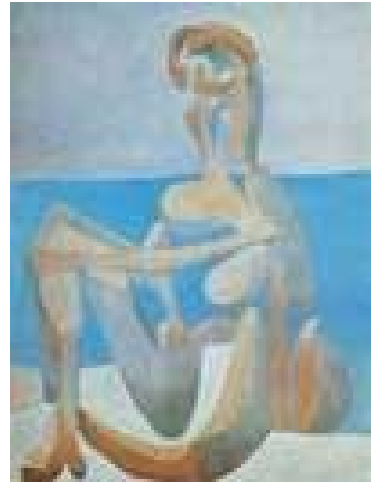


# Κεφάλαιο 3

# ΖΩΝΤΑΣ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Πόσα γνωρίζετε για τον καρκίνο του μαστού; Επειδή οι περισσότερες από εμάς αποφεύγουν να σκέφτονται το ενδεχόμενο προσβολής από την επάρατη νόσο, η απάντηση στο παραπάνω ερώτημα πιθανότατα είναι "όχι αρκετά". Όμως θα πρέπει όλες να συνειδητοποιήσουμε ότι η ζωή μας ή η ζωή της φίλης μας μπορεί να εξαρτηθεί από το πόσο ενημερωμένες είμαστε για [τη νόσο που πλήττει 4.500 Ελληνίδες το χρόνο....](#)

Ο μαστός αντιπροσωπεύει για κάθε γυναίκα ένα από τα σημαντικότερα σημεία του σώματός της, καθώς αποτελεί το σύμβολο της θηλυκότητας και της μητρότητας. Επειδή ακριβώς σχετίζεται άμεσα με τη σεξουαλικότητα, η προσβολή του από κακοήγη ή και από άλλα νοσήματα θεωρείται συχνά θέμα ταμπού, για το οποίο οι περισσότερες γυναίκες αποφεύγουν να μιλήσουν. Μολονότι αληθεύει ότι είναι ένα από τα πιο δυσάρεστα και δύσκολα αντιμετωπιζόμενα γυναικεία προβλήματα, καθώς, εκτός από τις οργανικές επιπλοκές που συνεπάγεται, έχει και ιδιαίτερα σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχολογία της γυναίκας, πρέπει να γίνει απόλυτα κατανοητό ότι είναι ένα ζήτημα που δεν επιτρέπεται να αποσιωπάται. Όσο πιο πρώιμα γίνει η διάγνωσή της, τόσο καλύτερη είναι και η τελική έκβαση της νόσου. Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού έχει τεράστια σημασία. Γι' αυτό μη φοβάστε να αποκαλύψετε το "μυστικό" σας και φροντίστε να αυτοεξετάζεστε όσο το δυνατόν πιο συχνά. Καλό είναι να αποβάλετε την πεποίθηση ότι δεν θα συμβεί σε σας ή το φόβο ότι οπωσδήποτε θα ανακαλύψετε κάτι.



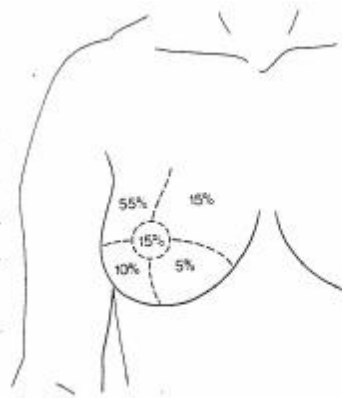
Η διεθνής κοινότητα, λόγω της [αυξανόμενης](#) τάσης που παρουσιάζει η συχνότητα καρκίνου του μαστού, αποφάσισε να αφιερώσει το μήνα Οκτώβριο στην ενημέρωση για τη νόσο. Επ' ευκαιρία, λοιπόν, της ανακήρυξης του Οκτωβρίου ως μήνα κατά του καρκίνου του μαστού θα κάνουμε μια προσπάθεια να λύσουμε τις κύριες απορίες σας και να σας παράσχουμε πληροφορίες που θα βοηθήσουν στην αποφυγή ή τουλάχιστον στην [έγκαιρη διάγνωση](#) αυτής της μαστιγας της σύγχρονης γυναίκας.<sup>6</sup>

### **3.1 Τι είναι ο Ca μαστού;**

Ο καρκίνος του μαστού δημιουργείται από μία αλόγιστη, μη ελεγχόμενη υπερβολική ανάπτυξη κυττάρων των γαλακτοφόρων πόρων και του μαστικού αδένα. Επειδή ο μαστικός αδένας καταλαμβάνει μία έκκεντρη θέση στο μαστό, αναπτύσσεται συχνότερα ο καρκίνος του μαστού συχνότερα στο άνω έξω τεταρτημόριο (Εικ. 3). Παράλληλα προς την τοπικά περιορισμένη νεοπλασία αρχίζει και ο μεγάλος κίνδυνος του καρκίνου του μαστού για δημιουργία μεταστάσεων.

Με τον όρο αυτό (μετάσταση) εννοούμε την ανάπτυξη θυγατρικών νεοπλασιών σε άλλα σημεία του σώματος, στις οποίες απεσπασμένα καρκινικά κύτταρα εγκαθίστανται δια μέσου της λεμφικής οδού ή των αιμοφόρων αγγείων. Όσο μικρότερος είναι ο όγκος, τόσο περιορισμένος είναι ο κίνδυνος δημιουργίας μιας μεταστάσεως.





Σχηματική παράσταση συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου του μαστού στα τέσσερα τεταρτημόρια και στην περιοχή της θηλαίας άλω. Πάνω από το 1/2 των περιπτώσεων εντοπίζεται η νόσος στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού. Σύμφωνα με τα λεμφαγγεία της περιοχής πρέπει να υπολογίζουμε σε ένα ποσοστό περίπου 80% με μετάσταση στα επιχώρια λεμφαγγεία της μασχάλης.

Ο προβληματισμός της δημιουργίας μεταστάσεων είναι ίδιος σε όλες τις μορφές του καρκίνου. Ένας μεμονωμένος όγκος, από τον οποίον δεν έχουν διασκορπιστεί ακόμη κύτταρα, δηλ. δεν έχει οδηγήσει στη δημιουργία μεταστάσεων, μπορεί με μια απλή εκτομή να αποθεραπευθεί. Σε μία όμως νεοπλασία, η οποία ήδη έχει εμφανίσει μεταστάσεις, δεν είναι ήδη αρκετή η αποκλειστική αφαίρεση της νεοπλασίας.

*Ο καρκίνος του μαστού είναι πολύ συχνός. Πρόκειται αναλογικά για την πλέον σημαντική απειλή της ζωής της γυναίκας. Για τον λόγο αυτό δεν πρέπει να αγνοούμε:*

- ✚ Ο καρκίνος του μαστού θεραπεύεται. Πρέπει να διαγνωσθεί έγκαιρα.
- ✚ Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να χειρουργηθεί και να αποθεραπευθεί, χωρίς να θυσιαστεί ο μαστός, με την προϋπόθεση, ότι ο γιατρός έχει την ίδια ευκαιρία να επέμβει έγκαιρα.
- ✚ Σε κάθε ετερόπλευρη μεταβολή του μαστού πρέπει να υποβάλλεται η γυναίκα σε θεραπεία κάτω από ιατρικό έλεγχο.
- ✚ Ο καρκίνος είναι ασυμπτωματικός. Όταν η γυναίκα με τις αλλοιώσεις στον μαστό της αναμένει το σύμπτωμα «άλγος», απλώς παίζει ένα παιχνίδι με τη ζωή της.<sup>7</sup>

### 3.2 Πώς και γιατί εξαπλώνεται;

Οι περισσότεροι άνθρωποι πιστεύουν ότι ένας κακοήθεις όγκος αυξάνει σταθερά σε μέγεθος και ότι εάν ένα ογκίδιο είναι μικρό, πρόκειται για πρώιμο καρκίνο. Αυτό μπορεί να μην είναι αληθές. Το μέγεθος του όγκου από μόνο του δεν προβλέπει τη σοβαρότητα της νόσου. Αν και στις περισσότερες περιπτώσεις οι μικρότεροι όγκοι είναι λιγότερο πιθανό να έχουν επεκταθεί, η επιθετικότητα μιας συγκεκριμένης μορφής καρκίνου αποτελεί σημαντικό παράγοντα για το πόσο μακριά έχει εξαπλωθεί. Μικροί όγκοι μπορεί να επεκτείνονται γρήγορα προς τους λεμφαδένες, ενώ μεγάλοι όγκοι μπορεί να μην εξαπλώνονται καθόλου. Ένας άλλος παράγοντας είναι το ανοσολογικό σύστημα της ασθενούς. Τη στιγμή που ανακαλύπτεται ένας όγκος, τα καρκινικά κύτταρα μπορεί να υπάρχουν ήδη επί αρκετά χρόνια, όμως το ανοσολογικό σύστημα μπορούσε και ήλεγχε τον πολλαπλασιασμό τους. Ειδικοί πιστεύουν ότι κάποια στιγμή, σε ορισμένες γυναίκες, υπάρχουν τόσα πολλά κακοήθη κύτταρα ώστε το ανοσολογικό σύστημα της γυναίκας δεν μπορεί να τα ελέγξει και τα καρκινικά κύτταρα αρχίζουν να μεθίστανται ή να εξαπλώνονται. Η θεραπεία του καρκίνου σήμερα βασίζεται στη θεωρία ότι εάν ο αριθμός των καρκινικών κυττάρων μπορεί να μειωθεί δραστικά – αφαιρώντας τον όγκο και σκοτώνοντας τα καρκινικά κύτταρα που έχουν επεκταθεί σε άλλα όργανα – η πλάστιγγα μπορεί να γείρει υπέρ του οργανισμού και των φυσικών

του μηχανισμών άμυνας. Διάφορες συμπληρωματικές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων των θεραπειών χαλάρωσης, έχουν αρχίσει να χρησιμοποιούνται ως τρόποι ενίσχυσης του ανθρώπινου ανοσολογικού συστήματος.<sup>8</sup>

### **3.3. Ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού**

Προκειμένου να έχουμε δυνατότητες ταξινόμησης και συγκρίσεως του καρκίνου του μαστού, σε διεθνή βάση δημιουργήθηκε ένα υπόδειγμα ταξινόμησης της παθήσεως, το γνωστό σχήμα TNM, όπου:<sup>7</sup>

T=πρωτοπαθής όγκος, N=επιχώριοι λεμφαδένες, M=απομακρυσμένες μεταστάσεις

#### **ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΟΓΚΟΣ (T)**

---

**T<sub>0</sub>**: Καμία ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου.

**T<sub>is</sub>**: Καρκίνωμα in situ:ενδοαυλικό καρκίνωμα. Λοβιδιακό καρκίνωμα in situ ή νόσος του Paget της θηλής χωρίς ύπαρξη όγκου.

**T<sub>2</sub>**: Όγκος άνω των 2 εκ. αλλά όχι άνω των 5 εκ. στη μεγαλύτερη διάστασή του.

**T<sub>3</sub>**: Όγκος άνω των 5 εκ. στη μεγαλύτερη διάστασή του.

**T<sub>4</sub>\***:Όγκος κάθε μεγέθους με απ' ευθείας επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα.

*\* Το θωρακικό τοίχωμα περιλαμβάνει τις πλευρές, τους μεσοπλευρίους μυς και τον πρόσθιο οδοντωτό μύ, όχι όμως τον θωρακικό μύ.*

#### **ΕΠΙΧΩΡΙΟΙ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ (N) (ΚΛΙΝΙΚΩΣ)**

---

**N<sub>0</sub>**: Χωρίς τοπική λεμφαδενική μετάσταση.

**N<sub>1</sub>**: Μεταστάσεις σε σύστοιχους κινητούς μασχαλιαίους λεμφαδένες.

**N<sub>2</sub>**: Μεταστάσεις στους σύστοιχους μασχαλιαίους λεμφαδένες καθηλωμένους μεταξύ τους ή με άλλους ιστούς.

**N<sub>3</sub>**: Μεταστάσεις στους σύστοιχους έσω μαστικούς λεμφαδένες.

#### **ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ (M)**

---

**M<sub>0</sub>**: Η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων δεν μπορεί να πιστοποιηθεί.

**M<sub>0</sub>**: Όχι απομακρυσμένες μεταστάσεις.

**M<sub>1</sub>**: Απομακρυσμένες μεταστάσεις (συμπεριλαμβανομένων των μεταστάσεων στους σύστοιχους υπερκλείδιους λεμφαδένες).<sup>9</sup>

Η ταξινόμηση του συστήματος TNM χαρακτηρίζει ξεχωριστά στάδια νόσου και αναλύονται ως εξής:<sup>7,9</sup>

ΣΤΑΔΙΑ	T	N	M
Στάδιο 0	Tis	No	Mo
Στάδιο I	T1	No	Mo
Στάδιο IIΑ	To	N1	Mo
	T1	N1	Mo
	T2	No	Mo
Στάδιο IIΒ	T2	N1	Mo
	T3	No	Mo
Στάδιο IIIΑ	To	N2	Mo
	T1	N2	Mo
	T2	N2	Mo
	T3	N1, N2	Mo
Στάδιο IIIΒ	T4	Οποιοδήποτε N	Mo
	οποιοδήποτε T	N3	Mo
Στάδιο IV	Οποιοδήποτε T	Οποιοδήποτε N	M1

### 3.4. Παράγοντες κινδύνου

Σημαντικά υψηλότεροι κινδύνου

- + Αυξανόμενη ηλικία.
- + Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού αρχικά στους γονείς, τις κόρες και τις αδελφές αλλά και σε συγγενείς δεύτερου βαθμού, όπως θείες, εξαδέλφες ή γιαγιάδες. Αυτό ισχύει και για τους συγγενείς του πατέρα και για τους συγγενείς της μητέρας. Ο κίνδυνος εξαπλασιάζεται περίπου αν η μητέρα ή η αδελφή είχαν καρκίνο του μαστού πριν από την εμμηνόπαυση, και δεκαπλασιάζεται αν ο καρκίνος αφορούσε και τους δύο μαστούς. Για τον οικογενή καρκίνο του μαστού ανακαλύφθηκε το γονίδιο 17q21.
- + Μερικές προκαρκινοματώδεις βλάβες του μαστού ενδέχεται να σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου, όπως η πολλαπλή θηλωμάτωση,
- + η άτυπη υπερπλασία και ορισμένες φορές οι πολύ μεγάλες κύστες του μαστού
- + Ελαφρώς αυξημένο κίνδυνο αντιμετωπίζουν οι γυναίκες που ουδέποτε έφεραν σε πέρας μια εγκυμοσύνη ή όσες έμειναν έγκυες μετά τα 30 τους.
- + Ιστορικό προηγούμενου καρκίνου στον έναν μαστό, ιδίως αν αναπτύχθηκε πριν από την εμμηνόπαυση.
- + Πρώιμη έναρξη της εμμήνου ρύσεως και καθυστερημένη εμμηνόπαυση.
- + Χορήγηση μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας. Ιδιαίτερα κινδυνεύουν όσες γυναίκες ακτινοβολήθηκαν για μαστίτιδα μετά τον τοκετό, όσες υπέστησαν μακροχρόνιο ακτινοσκοπικό έλεγχο για φυματίωση ή υπέστησαν ακτινοβολία στο άνω τμήμα του σώματος πριν από τα 40 τους.

- ✚ Γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, της μήτρας ή του παχέος εντέρου.
- ✚ Γυναίκες καταγόμενες από Εβραίους της Ευρώπης.
- ✚ Η παχυσαρκία με αυξημένη πρόσληψη θερμίδων και λιπών.

#### *Μικρότερου κινδύνου*

- ✚ Τελειόμηνη εγκυμοσύνη πριν από τα 18.
- ✚ Πρόωρη εμμηνόπαυση.
- ✚ Χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών πριν από την ηλικία των 37 ετών.
- ✚ Ιαπωνική καταγωγή (όχι όμως για γυναίκες που γεννήθηκαν στην Αμερική και υιοθέτησαν τις αμερικανικές διατροφικές συνήθειες).<sup>9</sup>

### **3.5. Συμπτώματα**

Τα συμπτώματα του καρκίνου του στήθους είναι : είναι ένας ανώδυνος όγκος στο στήθος – συνήθως στο επάνω εξωτερικό μέρος· πρήξιμο στο ένα στήθος που παραμένει μετά ή μεταξύ των περιόδων· σούφρωμα του δέρματος στην επιφάνεια του στήθους – εμφάνιση ζαρωμένου δέρματος· βαθμιαία αντιστροφή ή τράβηγμα προς τα μέσα της μίας ρώγας σε κάποια που δεν το είχε πριν· αιμορραγία από την ρώγα – όχι κατά το θήλασμα· πόνο στη ρώγα και ξεφλούδισμα του δέρματος που διαρκεί πάνω από ένα μήνα.<sup>10</sup>

### **3.6. Διάγνωση**

Η διάγνωση στηρίζεται στην

- ✚ Σωστή λήψη ιστορικού της διόγκωσης.
- ✚ Αξιολόγηση προδιαθεσικών ή άλλων παραγόντων κινδύνου.
- ✚ Εξέταση της διόγκωσης.
- ✚ Στην εργαστηριακή ανίχνευση ειδικών δεικτών.
- ✚ Στην απεικόνιση της βλάβης.
- ✚ Στην κυτταρολογική ή ιστολογική επιβεβαίωση.<sup>11</sup>





# Κεφάλαιο

## 4

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

## Γενικά

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

Ποτέ δεν δικαιολογείται η επιλογή και η εφαρμογή μιας θεραπείας χωρίς κυτταρολογική ή ιστολογική επιβεβαίωση της νόσου. Οι εξετάσεις αυτές θα δώσουν πληροφορίες για τον καθορισμό όχι μόνο του είδους, αλλά και του τρόπου της θεραπείας. Κάθε θεραπευτική μέθοδος έχει καθορισμένες ενδείξεις, είτε ως μόνη θεραπεία είτε σε συνδυασμό με άλλες, ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο, το βαθμό διαφοροποίησης, την έκταση της νόσου, την ηλικία και την υγεία του ατόμου.<sup>2</sup>

### 4.1. Χημειοθεραπεία

Διακρίνεται σε Επικουρική (adjuvant) ή θεραπευτική.

Η χημειοθεραπεία με τη μορφή της επικουρικής χρησιμοποιείται σήμερα σε ασθενείς σταδίου I. Για την εφαρμογή της χημειοθεραπείας σε αυτό το στάδιο υπήρχαν αμφιλεγόμενες απόψεις, πρόσφατες όμως μελέτες από τις ΗΠΑ και την Ευρώπη έδειξαν ότι ίσως υπάρχει κάποιο πρώιμο όφελος ιδιαίτερα σε ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες. Δεν υπήρχε όμως διαφορά στην αναμενόμενη επιβίωση. Αντίθετα πολύ σημαντική είναι η εφαρμογή της χημειοθεραπείας σε ασθενείς με στάδιο II. Εδώ ο στόχος είναι και συμπληρωματικός αλλά και θεραπευτικός αφού βοηθάμε στην αντιμετώπιση τυχόν μικρο-μεταστάσεων που είναι σε υποκλινικές μορφές.

Σε μεγαλύτερα κλινικά στάδια, η χημειοθεραπεία αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Στα στάδια αυτά η χημειοθεραπεία δεν αυξάνει την επιβίωση εκτός από ορισμένες ομάδες ασθενών, βελτιώνει όμως την ποιότητα ζωής αυτών των αρρώστων.<sup>9,11</sup>

#### 4.1.1. Στόχοι χημειοθεραπείας

Ο γιατρός συνιστά τη χημειοθεραπεία με τελικό στόχο:

- ✚ Να θεραπεύσει έναν ειδικό τύπο.
- ✚ Να ελέγξει την ανάπτυξή του.
- ✚ Να ανακουφίσει από τα συμπτώματα, όπως ο πόνος.
- ✚ Να μειώσει το μέγεθος του όγκου από την εγχείρηση ή την ακτινοθεραπεία.
- ✚ Να καταστρέψει τις μικροσκοπικές μεταστάσεις μετά τη χειρουργική εξάλειψη του όγκου.<sup>9,11</sup>

### 4.1.2. Διάρκεια χημειοθεραπείας

Η διάρκεια της χημειοθεραπείας πρέπει να τηρείται βάση του συγκεκριμένου πρωτοκόλλου. Μπορεί επίσης να εφαρμόζεται περιοδικά ανάλογα τους στόχους και τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Οι επιπλοκές της εφαρμοζόμενης θεραπείας είναι ένας άλλος σοβαρός παράγων που πολλές φορές μπορεί να οδηγήσει και σε κινδύνους για τη ζωή του αρρώστου.<sup>11</sup>

### 4.1.3. Παρενέργειες-Επιπλοκές

Ιδιαίτερα σοβαρές παρενέργειες είναι αυτές που σχετίζονται με την δραστική μείωση των κυττάρων των διαφόρων σειρών του αίματος και ιδιαίτερα των λευκών αιμοσφαιρίων.

Η πτώση των λευκών μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές θανατηφόρες αφού πολλές φορές συνυπάρχουν με λοιμώξεις, ιδιαίτερα του αναπνευστικού ή του αίματος (σηψαιμία). Λύσεις προσφέρουν διάφοροι αυξητικοί ή διεγερτικοί παράγοντες του αίματος. Μια άλλη σοβαρή παρενέργεια είναι οι διαρροϊκές κενώσεις που σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να είναι >30/24ωρο και να γίνουν αιμορραγικές. Η τροποποίηση της δόσης της θεραπείας και η συμπτωματική αγωγή μπορεί να βελτιώσουν αυτό το φαινόμενο.

Λιγότερο σοβαρές επιπλοκές αλλά με οδυνηρά αποτελέσματα ιδιαίτερα ψυχολογικά είναι η ναυτία και οι έμετοι καθώς και η τριχόπτωση.

Η ναυτία και έμετοι, αντιμετωπίζονται σήμερα με νέας γενιάς αντιεμετικά καθώς επίσης και με σωστό πρωτόκολλο αντιεμετικής αγωγής που ξεκινάει 2-3 ώρες πριν την έναρξη θεραπείας και συνεχίζει 2-3 μέρες μετά από αυτήν.

Η τριχόπτωση είναι ένα πρόβλημα που είναι ιδιαίτερα συχνό και αποτελεί το κύριο ενόχλημα και ιδιαίτερα έναν παράγοντα που πολλές φορές οδηγεί τους ασθενείς στην άρνηση για θεραπεία. Η απώλεια των μαλλιών εξαρτάται από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται αλλά και από την ιδιοσυγκρασία του αρρώστου. Η αντιμετώπιση σήμερα είναι πιο εύκολη: κοντό κόψιμο μαλλιών, εφαρμογή παγοκύστης ή ειδικής κάσκας με πάγο. Αυτό προκαλεί αγγειοσύσπαση στο τριχωτό της κεφαλής και οδηγεί σε μικρότερη κυκλοφορία του αίματος και άρα του φαρμάκου στην περιοχή.

Τέλος, μία ακόμα παρενέργεια της θεραπείας είναι η στοματίτιδα που πολλές φορές είναι τόσο βασανιστική που να οδηγήσει σε αδυναμία σίτισης.

Συμπερασματικά, η χημειοθεραπεία με κυτταροστατικά δεν είναι πλέον αγωγή αντιμετώπισης μόνο των προχωρημένων σταδίων. Τα δεδομένα δικαιολογούν την εφαρμογή της και σε πρώιμα στάδια του καρκίνου. Η τακτική της συνδυασμένης αντιμετώπισης αποτελεί σήμερα και καθημερινή αλλά και πολλά υποσχόμενη στο άμεσο μέλλον αγωγή στους ασθενείς με καρκίνο. Πιθανώς, να μην γνωρίζουμε καλά τη χρήση των όπλων που διαθέτουμε σήμερα εναντίον του καρκίνου. Σίγουρα όμως γνωρίζουμε πολύ καλύτερα και πολύ περισσότερα από ό,τι πριν 20 χρόνια.<sup>9,11</sup>

## 4.2. Ακτινοθεραπεία

Με την ακτινοθεραπεία προσπαθεί κανείς, με τη βοήθεια πλουσίων σε ενέργεια ακτίνων να καταστρέψει καρκινικά κύτταρα. Οι ακτίνες Röntgen, οι οποίες έχουν παραχθεί το 1895 για πρώτη φορά από τον Röntgen σε όργανα υψηλής τάσεως, εφαρμόζονται σήμερα αποκλειστικά και μόνο για διαγνωστικούς σκοπούς. Η πολύ υψηλή ενέργεια στη σύγχρονη ακτινοθεραπεία παράγεται

σήμερα από επιταχυντή ηλεκτρονίων (Betatron), ή από ραδιενεργά στοιχεία όπως Κοβάλτιο, Καίσιιο ή Ιρίδιο. Επίσης και η μέτρηση της ποσότητας ενέργειας έχει μεταβληθεί.

Οι εφαρμοζόμενες στην ιατρική ακτίνες ρυθμίζονται καλά με τη βοήθεια της σύγχρονης ιατρικής τεχνικής και καθορίζεται επακριβώς η δοσολογία αυτών. Η δράση τους αρχίζει με την αναστολή της μιτώσεως των κυττάρων και περατούται με την καταστροφή αυτών. Παρά το γεγονός ότι η δράση των ακτίνων δεν δύναται να διαχωριστεί σε καρκινικά και φυσιολογικά κύτταρα, είναι η εφαρμογή των ακτίνων αυτών σαν θεραπεία σημαντική. Τα καρκινικά κύτταρα αντιδρούν περισσότερο στις ακτίνες απ' ό,τι τα φυσιολογικά κύτταρα.

Εάν σε μια συγκεκριμένη περίπτωση ένας όγκος αντιδρά στην ακτινοθεραπεία, διαπιστώνεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Όταν ο όγκος δεν αντιδρά στην ακτινοθεραπεία, πρέπει να επιλεγεί ένα άλλο είδος θεραπείας. Η ανοχή μιας ακτινοθεραπείας εξαρτάται από διαφορετικούς παράγοντες:

- ✚ Ακτινοβοληθείσα περιοχή του σώματος
- ✚ Μέγεθος της ακτινοβοληθείσας επιφάνειας
- ✚ Ποσότητα ακτινοβολίας στην αντίστοιχη περιοχή του σώματος
- ✚ Δόση και αριθμός των μεμονωμένων ποσοτήτων ακτινοθεραπείας
- ✚ Είδος και τεχνική της ακτινοβολίας

Η ακτινοθεραπεία είναι πολύ αποτελεσματική σε μεταστάσεις των ιστών. Με τη θεραπεία αυτή σχεδόν πάντοτε υποχωρούν τα ενοχλήματα και μειώνεται σημαντικά ο κίνδυνος ενός αυτόματου κατάγματος.<sup>7</sup>

### 4.3 Ορμονική θεραπεία

Η ταμοξιφαίνη, που δρα εμποδίζοντας τον μηχανισμό με τον οποίο τα οιστρογόνα (η γυναικεία ορμόνη του φύλου) ενθαρρύνουν την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων, είναι το πιο συχνά χορηγούμενο φάρμακο στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Αν δοθεί ως συμπληρωματική θεραπεία ύστερα από μια εγχείρηση, μπορεί να βελτιώσει τις πιθανότητες ίασης. Η συμπληρωματική ταμοξιφαίνη συνήθως συνιστάται για λήψη επί πέντε χρόνια. Είναι κυρίως αποτελεσματική στις ασθενείς, των οποίων ο καρκίνος απεδείχθη κατά τους εργαστηριακούς ελέγχους ότι είναι θετικός για τους υποδοχείς οιστρογόνων. Ο υποδοχέας οιστρογόνων είναι ένα πολύπλοκο χημικό μόριο, που υπάρχει σε μεγάλες ποσότητες στην επιφάνεια ορισμένων καρκινικών κυττάρων.

Οι περισσότερες ασθενείς δέχονται καλά την ταμοξιφαίνη, αλλά μερικές φορές προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως εξάψεις, ελαφρά αύξηση του σωματικού βάρους και εκκρίματα από τον κόλπο. Πολύ σπάνια προκαλεί κολπική αιμορραγία. Η ταμοξιφαίνη ενδέχεται ακόμη να χρησιμοποιηθεί ως παρηγορητική θεραπεία. Μερικές φορές καταπραΰνει τα συμπτώματα και διατηρεί τους καρκίνους υπό έλεγχο επί μακρό χρονικό διάστημα. Με τον ίδιο στόχο μπορεί να χρησιμοποιηθούν και πολλά άλλα ορμονικά φάρμακα. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται η αναστροζόλη, η εξεμεστάνη, η λετροζόλη και η μεγεστρόλη, που χορηγούνται καθημερινά με μορφή δισκίων, καθώς και η γοσερελίνη που χορηγείται μια φορά το μήνα με υποδόρια έγχυση στην κοιλιά. Όλες οι παρηγορητικές ορμονικές θεραπείες για τον καρκίνο του μαστού τείνουν να είναι πιο αποτελεσματικές εναντίον καρκίνων που αναπτύσσονται με αργό ρυθμό.<sup>12</sup>



## 4.4. Χειρουργική θεραπεία

Όλες σχεδόν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού θα υποβληθούν σε κάποιο τύπο χειρουργικής επέμβασης για την αφαίρεση του όγκου από το στήθος τους. Υπάρχουν αρκετές διαφορετικές χειρουργικές επιλογές για να συζητήσετε με ειδικό χειρουργό μαστού που θα σας αναλάβει. Οι επιλογές ποικίλλουν, από τη ριζική μαστεκτομή που σπάνια πλέον εκτελείται στις μέρες μας, έως τις χειρουργικές επεμβάσεις διατήρησης του μαστού, οι οποίες αφαιρούν μόνο τον καρκίνο με ένα τμήμα από περιβάλλοντα υγιή ιστό.

Ταυτόχρονα, ο χειρουργός θα αφαιρέσει επίσης έναν ή περισσότερους από τους λεμφαδένες που βρίσκονται στην μασχάλη, για μικροσκοπική εξέταση.<sup>8</sup>

### 4.4.1 Χειρουργικές επεμβάσεις που αφαιρούν τον μαστό

Ριζική μαστεκτομή : Η εκτεταμένη αυτή επέμβαση σπάνια εκτελείται σήμερα και περιλαμβάνει εκτομή όλου του μαστικού αδένα (μαστού), των δύο υποκείμενων θωρακικών μυών (μείζων και ελάσσων) του θωρακικού τοιχώματος και των μασχαλιαίων λεμφαδένων έως την κλείδα. Η επέμβαση αυτή σπάνια χρησιμοποιείται πλέον διότι, η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή έχει αποδειχθεί εξίσου αποτελεσματική και με λιγότερες επιπλοκές. Μία συχνή παρενέργεια της επέμβασης αυτής είναι η ευαισθησία και το επώδυνο οίδημα του άνω άκρου, κατάσταση γνωστή ως λεμφοίδημα.

Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή : Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είναι συχνότερα χρησιμοποιούμενη σήμερα επέμβαση σε ασθενείς με διηθητικό καρκίνο του μαστού και μπορεί να λάβει διάφορες μορφές, οι οποίες ποικίλλουν ανάλογα με τα νεύρα και τους μυς του θωρακικού τοιχώματος που διατηρούνται ή αφαιρούνται. Όλες οι παραλλαγές της περιλαμβάνει την αφαίρεση ολόκληρου του μαστού και μερικών από τους λεμφαδένες τις μασχάλης. Εάν είναι επιθυμητή η άμεση αποκατάσταση του μαστού, διατηρείται όσο το δυνατόν περισσότερο δέρμα και ο πλαστικός χειρουργός που αποτελεί μέρος της χειρουργικής ομάδας, εκτελεί αυτό το μέρος της επέμβασης.

Απλή ή ολική μαστεκτομή : Στην απλή μαστεκτομή, ο χειρουργός αφαιρεί ολόκληρο το μαστικό αδένα, αλλά όχι τους λεμφαδένες ή τους υποκείμενους μυς.<sup>8</sup>

### 4.4.2 Χειρουργικές επεμβάσεις που διατηρούν τον μαστό

Συντηρητικές χειρουργικές επεμβάσεις

Ογκεκτομή / μερική μαστεκτομή : Οι όροι ογκεκτομή, μερική μαστεκτομή και άλλοι χρησιμοποιούνται εναλλακτικά για να περιγράψουν χειρουργικές επεμβάσεις κατά τις οποίες αφαιρούνται μόνο ο όγκος και ένα περιθώριο περιβάλλοντος, υγιούς ιστού. Εάν η μικροσκοπική εξέταση του ιστού που αφαιρέθηκε δείξει ότι ο καρκίνος έχει διηθήσει και το περιβάλλον <<υγιές>> όριο, ο χειρουργός μπορεί να αφαιρέσει επιπλέον ιστούς, με μία επέμβαση που καλείται <<επανεκτομή>>. Η ογκεκτομή και η μερική μαστεκτομή ακολουθούνται σχεδόν πάντοτε από την θεραπεία. Κατά τη διάρκεια των επεμβάσεων διατήρησης του μαστού αφαιρείται πολύ λίγο ή και καθόλου δέρμα, ενώ, εάν αυτό είναι δυνατό, η τομή γίνεται σε τέτοιο σημείο, ώστε να μη φαίνεται όταν η γυναίκα φοράει μαγιό ή κάποιο πιο <<αποκαλυπτικό>> φόρεμα. Η χειρουργική αντιμετώπιση των διηθητικών καρκίνων, συνήθως περιλαμβάνει αφαίρεση και εξέταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων για να διαπιστωθεί εάν έχουν προσβληθεί από τον καρκίνο.<sup>8</sup>

#### 4.5. Νέα θεραπεία-Ελπίδα για τον καρκίνο του μαστού

Νέο φάρμακο που θα μπορούσε να αποτελέσει θεραπεία για ασθενείς με ορισμένους τύπους κληρονομικού καρκίνου του μαστού ανακάλυψαν Βρετανοί επιστήμονες. Η νέα θεραπευτική μέθοδος θα μπορούσε να συμβάλλει στη δραστική αντιμετώπιση- με μικρές παρενέργειες- των καρκίνων του μαστού που προκαλούνται από γενετικές μεταλλάξεις, σύμφωνα με δύο μελέτες που δημοσιεύονται στη βρετανική ιατρική επιθεώρηση «Nature». Το 5% με 10% των καρκίνων του μαστού οφείλονται σε μεγάλη γενετική προδιάθεση και σε αλλοιώσεις των γονιδίων BRCA που ενοχοποιούνται για το 95% των κληρονομικών μορφών καρκίνου του μαστού. Μια γυναίκα φορέας μιας μετάλλαξης των γονιδίων BRCA διατρέχει οκταπλάσιο ή και δεκαπλάσιο κίνδυνο να εκδηλώσει καρκίνο του μαστού έως την ηλικία των 70 ετών.



Η νέα θεραπευτική μέθοδος που βασίζεται στην ουσία που είναι γνωστή ως αναστολέας PARP, υιοθετεί μια νέα προσέγγιση στη θανάτωση των καρκινικών κυττάρων. Τα γονίδια BRCA 1 και BRCA 2, που αποτελούν γενετική κληρονομιά όλων των ανθρώπων, φυσιολογικά δρουν ως «καταστολείς νεοπλασμάτων», παίζοντας σημαντικό ρόλο στην επιδιόρθωση των βλαβών του DNA, του γενετικού υλικού. Όμως διάφορες μεταλλάξεις αυτών των δύο γονιδίων αποτρέπουν τη διορθωτική λειτουργία και προδιαθέτουν για τον καρκίνο του μαστού.<sup>13</sup>

#### 4.6. Θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.

##### Θεραπεία των ψυχικών διαταραχών

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

Η θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης που επιπλέκει τον καρκίνο του μαστού δεν διαφέρει ουσιαστικά στις αρχές της από τη θεραπεία άλλων μορφών κατάθλιψης.

Ωστόσο πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής:

- ✚ Η πιθανότητα φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων είναι αυξημένη σε ασθενείς με καρκίνο λόγω της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας που μπορεί να λαμβάνουν οι ασθενείς αυτοί ή /και της δυσλειτουργίας και άλλων οργάνων όπως του ήπατος. Απαιτείται λοιπόν γνώση της φαρμακοκινητικής και φαρμακοδυναμικής του σκευάσματος που χρησιμοποιείται και κατάλληλη ρύθμιση της ημερήσιας δόσης.
- ✚ Η επιλογή για το αν η φαρμακοθεραπεία θα συνδυαστεί ή όχι και με ψυχοθεραπεία (κυρίως γνωσιακού- συμπεριφορικού τύπου ή διαπροσωπικού

τύπου ) οπωσδήποτε εξαρτάται από την κάθε περίπτωση. Ωστόσο μερικοί υποστηρίζουν ότι η παραπομπή μιας γυναίκας για ψυχοθεραπεία μπορεί να προσθέσει στο ήδη δυσβάστακτο φορτίο του καρκίνου και ένα άλλο: το στίγμα που χαρακτηρίζει ακόμα τις ψυχικές διαταραχές. Η φαρμακοθεραπεία μόνη της δεν παρουσιάζει τέτοιους κινδύνους, αφού μπορεί να χορηγηθεί ακόμη και από τον θεράποντα γιατρό σε συνεργασία με τον ειδικό. Απαιτείται, λοιπόν, περαιτέρω έρευνα για να διαπιστωθεί εάν ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας σε κατάθλιψη που επιπλέκει καρκίνο του μαστού είναι πράγματι αποτελεσματικότερος, κάτι που ισχύει για άλλες μορφές κατάθλιψης.

Η θεραπεία των διαταραχών άγχους είναι επίσης επιβεβλημένη. Όταν η διαταραχή είναι βραχυχρόνια η χρήση βενζοδιαζεπινών φαίνεται να είναι μια καλή επιλογή χωρίς ιδιαίτερους κινδύνους για την δημιουργία εξάρτησης εφόσον προβλεφθεί η σταδιακή διακοπή τους. Σε περιπτώσεις που η αγχώδης διαταραχή είναι πιο μακροχρόνια, η χρήση της βουσπιρόνης είναι απόλυτα δικαιολογημένη αφού έχει παρόμοια αποτελέσματα και ο κίνδυνος εξάρτησης είναι σαφώς μικρότερος.

Για τις σεξουαλικές διαταραχές σπάνια απαιτείται ειδική θεραπεία εκτός αν τη ζητήσει η ίδια η γυναίκα. Βεβαίως, οι γυναίκες ασθενείς σπάνια θα αναφέρουν το θέμα αυτό στο γιατρό τους. Γι' αυτό κρίνεται σκόπιμο ο γιατρός να ρωτάει απ' ευθείας τη γυναίκα χρησιμοποιώντας ανοιχτές ερωτήσεις. Οι περισσότερες γυναίκες τότε με μεγάλη προθυμία θα απαντήσουν εάν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα και θα ενδιαφερθούν να μάθουν με ποιο τρόπο μπορούν να το λύσουν. Για τις ήπιες και παροδικές διαταραχές η απλή υποστήριξη είναι επαρκής.<sup>14</sup>



# Κεφάλαιο 5

# ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

## 5.1. Ψυχικές αντιδράσεις της καρκινοπαθούς

Οι ψυχικές αντιδράσεις κάθε ασθενούς που πάσχει από καρκίνο εξελίσσονται σε τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση (όταν ο ασθενής μαθαίνει για τη νόσο του) χαρακτηρίζεται από αόριστη ανησυχία, που μπορεί να φτάσει μέχρι τον πανικό. Η δεύτερη φάση (όταν το άτομο έχει συνειδητοποιήσει τη νόσο και οργανώνει την ψυχολογική του άμυνα) χαρακτηρίζεται από αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, δηλαδή άγχος, φόβο θανάτου και συχνότερα άρνηση της νόσου. Η τρίτη φάση (όταν έχει πλέον παγιωθεί το σύστημα ψυχολογικής άμυνας) χαρακτηρίζεται είτε απωθητική προσαρμογή στην πραγματικότητα είτε από την παρουσία ψυχικών επιπλοκών.

Η Kübler-Ross μελέτησε τις ψυχικές αντιδράσεις πολλών βαρέως πασχόντων και πήρε συνέντευξη από 200 και πλέον ασθενείς που γνώριζαν ότι θα πεθάνουν από τη νόσο τους και οι οποίοι στη μέγιστη πλειονότητα ήταν καρκινοπαθείς. Κατά την Kübler-Ross, κάθε άρρωστος που πάσχει από βαριά νόσο, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, διέρχεται από πέντε στάδια από τη στιγμή που συνειδητοποιεί ότι είναι ασθενής μέχρι τη στιγμή του θανάτου του.

Το πρώτο στάδιο είναι της *άρνησης* και της *απομόνωσης*. Η πρώτη αντίδραση της μέγιστης πλειονότητας των 200 και πλέον αρρώστων της Kübler-Ross, όταν πληροφορήθηκαν για τη νόσο τους, ήταν << Όχι. Όχι, εμένα. Δεν είναι δυνατόν να είναι αλήθεια >>. Η δεύτερη αντίδραση ήταν : << Και όμως, είναι αλήθεια >>. Τότε, περιέπεσαν σε απομόνωση και περισυλλογή.

Το δεύτερο στάδιο είναι του *θυμού*, που μπορεί να περιγραφεί καλύτερα με τη φράση των ασθενών : << Γιατί εγώ; >>. Ο θυμός στρέφεται προς άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος ή προς τους υγιείς γενικά ή προς τους γιατρούς ή ακόμη και προς το Θεό.

Τα τρίτο στάδιο είναι της *συνδιαλλαγής*. Ο ασθενής ημερεύει, παρακαλεί, μοιάζει να ζητάει αναβολή του μοιραίου και για αντάλλαγμα προσφέρει την καλή του συμπεριφορά.

Μπορεί να παρομοιαστεί με μικρό παιδί που ζητάει μία χάρη και οι γονείς του την αρνούνται. Στην αρχή θυμώνει και κλαίει. Όταν διαπιστώνει ότι οι γονείς του δεν υποκύπτουν σ' αυτή τη συμπεριφορά, γίνεται μειλίχιο και παρακαλεί.

Το τέταρτο στάδιο είναι της *κατάθλιψης*. Κατά την Kübler-Ross, υπάρχουν δύο είδη κατάθλιψης αυτών των ασθενών. Το πρώτο είναι η αντιδραστική κατάθλιψη. Τυπικό παράδειγμα αντιδραστικής κατάθλιψης είναι της γυναίκας που υποβάλλεται σε μαστεκτομή. Αντιλαμβάνεται ότι δεν πλέον πλήρης γυναίκα και πέφτει σε κατάθλιψη. Ενώ βρίσκεται σε κατάθλιψη, η ασθενής συνήθως έχει έντονη ανάγκη να συζητεί. Η εξωτερική των αισθημάτων της και η ανταλλαγή απόψεων με τους γιατρούς, τις κοινωνικές λειτουργούς και κυρίως με συγγενικά και φιλικά της πρόσωπα και, τέλος, η χρήση συνθετικού προσθετικού μαστού, συνήθως έχουν ως αποτέλεσμα να βγει η ασθενής γρήγορα από αυτόν τον τύπο κατάθλιψης. Το δεύτερο είδος της κατάθλιψης είναι η προπαρασκευαστική κατάθλιψη. Ο ασθενής προπαρασκευάζεται για το τελικό στάδιο. Η κατάθλιψη του δεν είναι αποτέλεσμα περασμένων απωλειών ή αποτυχιών, αλλά συνέπεια τις επικείμενης απώλειας των πάντων.

Όταν ο ασθενής δεν είναι πλέον δυνατόν να αρνηθεί τη νόσο του, όταν τα συμπτώματά του συνεχώς επιδεινώνονται, όταν οι δυνάμεις του τον εγκαταλείπουν, δεν μπορεί πλέον να χαρεί. Ο φυσιολογικός άνθρωπος εμφανίζει μελαγχολία, όταν χάσει ένα προσφιλέ του πρόσωπο. Ο ασθενής που γνωρίζει ότι θα πεθάνει, έχει πλήρη συναίσθηση του γεγονότος ότι θα χάσει όλα τα προσφιλή του πρόσωπα. Θα χάσει τα πάντα. Γι' αυτό, πέφτει σε κατάθλιψη. Σε αντίθεση με την αντιδραστική κατάθλιψη, που μπορεί να χαρακτηριστεί ως φλύαρη, η προπαρασκευαστική κατάθλιψη είναι βουβή. Το να επιδιώξει κανείς να κάνει ευχαρή έναν ασθενή που εμφανίζει τέτοια κατάθλιψη, όχι μόνο δεν επιτυγχάνει ευνοϊκά αποτελέσματα, αλλά επιδεινώνει την κατάθλιψη του.

Αυτός ο ασθενής δεν έχει ανάγκη από πολλά λόγια. Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης του είναι να καθίσουμε δίπλα του και να τον αφήσουμε να εκφράσει μόνος του τη λύπη του. Να τον ακούμε και να του δείχνουμε κατανόηση, χωρίς να του λέμε συνέχεια ότι δεν πρέπει να είναι στενοχωρημένος.

Τέλος, το πέμπτο στάδιο είναι της *αποδοχής*. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται το επικείμενο τέλος του. Βαθμιαία, περιορίζει τα ενδιαφέροντά του στο ελάχιστο δυνατόν. Οι επισκέψεις τον ενοχλούν. Θέλει να μένει μόνος του. Η συσκευή της τηλεόρασής του είναι μόνιμως κλειστή. Η επικοινωνία του με το περιβάλλον συνηθέστερα γίνεται με νοήματα και σπάνια με την ομιλία. Συχνά, κοιμάται ακανόνιστα, μέχρι που κοιμάται για πάντα.<sup>2</sup>

### 5.1.1 Τι να πω στο παιδί:

Οι έρευνες δείχνουν ότι τα παιδιά ανησυχούν λιγότερο, όταν γνωρίζουν τι συμβαίνει και ότι είναι λιγότερο τρομακτικό γι' αυτά το να ξέρουν την πραγματικότητα, έστω και αν δεν την καταλαβαίνουν εντελώς. Μπορεί να φαίνεται δύσκολο να μιλήσεις μαζί τους για τον καρκίνο του μαστού ξέρουμε όμως ότι στις περισσότερες περιπτώσεις αυτή η συζήτηση θα βοηθήσει τόσο τις γυναίκες όσο και εκείνα.<sup>15</sup>

### 5.1.2 Σε παιδιά κάτω των 5 ετών.

Στα μικρά παιδιά, αυτό που είναι πολύ σημαντικό να τονίσουμε, είναι ότι η ασθένεια δεν είναι δικό τους φταίξιμο. Τα μικρά παιδιά πολλές φορές κατηγορούν τον εαυτό τους γι' αυτά που συμβαίνουν στους γονείς τους και έτσι, μπορεί να συνδέσουν τον καρκίνο του μαστού με κάτι που είπαν, σκέφτηκαν ή έκαναν. Αυτό μπορεί να τα κάνει να νοιώσουν ενοχές και γι' αυτό θα πρέπει να καθησυχαστούν. Μπορεί ακόμα να σκεφτούν ότι η ασθένεια είναι κολλητική όπως η γρίπη, έτσι θα χρειαστεί να τους εξηγήσουμε ότι κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει.

Ας μιλήσουμε στα παιδιά για τον καρκίνο του μαστού με τον ίδιο τρόπο και τις λέξεις που χρησιμοποιούμε όταν δεν νιώθουμε καλά. Δεν υπάρχει λόγος να τα τρομάξουμε ή να τα <<φορτώσουμε>> με πληροφορίες. Γι' αυτό θα μπορούσαμε να τους πούμε ότι το στήθος – ή όποια λέξη χρησιμοποιούν αυτά όταν αναφέρονται στο στήθος – είναι λίγο άρρωστο και ότι η γυναίκα θα πάει στο νοσοκομείο για να το κάνει καλά. Στα περισσότερα μικρά παιδιά δεν αρέσουν οι αλλαγές στην καθημερινότητά τους. Θα πρέπει η καρκινοπαθής να τους εξηγήσει ότι θα γυρίσει στο σπίτι σύντομα και ότι γι' αυτό το μικρό χρονικό διάστημα που αυτή θα λείπει δεν θα μείνουν μόνα τους. Θα χρειαστεί να τους δώσει πληροφορίες σχετικά με το ποιος θα τα φροντίζει, θα τους ετοιμάζει το φαγητό, θα τα πηγαίνει στον παιδικό σταθμό και θα τα βάζει για ύπνο το βράδυ. Αν πρόκειται να μείνει στο νοσοκομείο για λίγες μέρες, θα μπορούσαν να την επισκεφτούν όταν νοιώσει καλύτερα. Θα είναι καλό γι' αυτά να δουν από κοντά που βρίσκεται και να γνωρίζουν ότι θέλει να τα δει.<sup>15</sup>

### 5.1.3 Σε παιδιά 6 έως 11 ετών

Τα παιδιά σχολικής ηλικίας ανησυχούν περισσότερο για το πώς θα επηρεάσει η ασθένεια την μητέρα τους και τη ζωή τους. Η καθημερινότητα είναι σημαντική γι' αυτά, όπως και για τα μικρότερα παιδιά. Θα πρέπει να γνωρίζουν ότι δεν θ' αλλάξουν τα πράγματα που έχουν συνηθίσει. Χρειάζεται να γνωρίζουν εκ των προτέρων ότι όταν θα ολοκληρωθεί η θεραπεία η μητέρα θα συνεχίσει να κάνει γι' αυτά ότι έκανα και πριν. Μια καλή αρχή θα ήταν να τους πει τι της συμβαίνει και τι πρόκειται να κάνουν οι γιατροί γι' αυτό. Θα βοηθούσε να προσπαθήσει να διερευνήσει τι γνωρίζουν ήδη για τον καρκίνο, ώστε να διορθώσει πιθανές παρανοήσεις. Ακόμα και αν δεν θέλει να χρησιμοποιήσει τη λέξη <<καρκίνος>>, τα παιδιά ή οι φίλοι τους είναι πολύ πιθανό να τη γνωρίζουν ήδη. Να προσπαθήσει να τους μιλήσει για το πώς νοιώθει και να τα ενθαρρύνει να μιλήσουν για τα δικά τους συναισθήματα.<sup>15</sup>

#### 5.1.4 Σε έφηβους

Οι περισσότεροι έφηβοι έχουν ακούσει για τον καρκίνο και μπορεί να γνωρίζουν κάποια πράγματα. Οι ίδιοι και οι φίλοι τους πιθανότατα να ξέρουν κάποιον που πέθανε από καρκίνο. Έτσι, η μητέρα, θα πρέπει να διερευνήσει τι γνωρίζουν για τον καρκίνο του μαστού. Οι έφηβοι είναι πιθανό να θέλουν περισσότερες πληροφορίες για τον καρκίνο του μαστού και τη θεραπεία του. Μερικοί έφηβοι μπορεί να φανούν αδιάφοροι και να υποκρίνονται ότι δεν συμβαίνει τίποτα. Άλλοι πάλι είναι πιο συναισθηματικοί. Τα κορίτσια μπορεί να αγχωθούν ότι και αυτά θα πάθουν καρκίνο του μαστού, ιδίως αν έχουν ακούσει ότι είναι κληρονομική ασθένεια. Τα αγόρια από την άλλη πλευρά μπορεί να νοιώθουν αμήχανα να μιλήσουν για τον καρκίνο του μαστού, καθώς έχουν ήδη αρχίσει να ανακαλύπτουν τη σημασία που έχουν οι μαστοί για τα κορίτσια. Σ' αυτή την περίπτωση θα ήταν ευκολότερο να τους μιλήσει ο πατέρας τους. Ένα ακόμα κοινό στοιχείο όλων των εφήβων είναι ότι εύκολα νοιώθουν ντροπή και αμηχανία. Η εμφάνιση είναι κάτι πολύ σημαντικό γι' αυτούς και έτσι ίσως χρειαστεί να τους επιβεβαιώσει η μητέρα ότι η εξωτερική της εμφάνιση δεν θ' αλλάξει και ότι η επέμβασή της δεν θα φαίνεται όταν είναι ντυμένη. Επειδή συνήθως τα παιδιά κατά την εφηβεία αναζητούν την ανεξαρτησία τους από τους γονείς, θα ήταν καλό να τους πει ότι σε αυτή τη φάση της ζωής της τα χρειάζεται περισσότερο κοντά της και θέλει την υποστήριξή τους.<sup>15</sup>

#### 5.2. Αντιμετώπιση των ψυχικών καταστάσεων των ασθενών

Διάφορες μελέτες έχουν αποδείξει ότι 20% περίπου των γυναικών με καρκίνο του μαστού δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν την ασθένεια, ορισμένες μάλιστα για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η αντιμετώπιση της ασθένειας είναι μια διεργασία, όπου το άτομο προσπαθεί να καταπολεμήσει και να υπερισχύσει της ασθένειάς του, ώστε να κατορθώσει να αποκτήσει την απαραίτητη ηρεμία και ισορροπία του εαυτού του.

Η ασθενής που δύναται να αντιμετωπίσει θετικά την ασθένειά της είναι αυτή που:

- α) αναγνωρίζει τα γεγονότα και κατευθύνει την προσοχή της στους διάφορους υπαρκτούς τρόπους λύσης του προβλήματος
- β) διατηρεί ανεπιφύλακτα επαφή με άλλα πρόσωπα (ιατρονοσηλευτικό προσωπικό) και ζητάει βοήθεια, κατεύθυνση και συμβουλή τους
- γ) διατηρεί αγωνιστικό πνεύμα με τη βοήθεια της αυτοπεποίθησής της, του σωματικού τους ειδώλου και οποιονδήποτε άλλων διαθέσιμων πηγών
- δ) αγωνίζεται να υπερνικήσει αισθήματα απελπισίας, χρησιμοποιώντας το εγώ και τις ψυχικές δυνάμεις της.

Συχνότατα, όμως, ο φόβος του άγνωστου μέλλοντος και περισσότερο ο φόβος του θανάτου είναι δυνατόν να κάνουν την ασθενή να καταρρεύσει. Το αρχικό στάδιο χαρακτηρίζεται από ανασφάλεια, αίσθημα αδυναμίας, απομόνωση, εσωστρέφεια, φόβο για τον θάνατο, ενοχή, θυμό, άγχος, κατάθλιψη, ακόμη και σκέψεις αυτοκτονίας.

Σε αυτή την περίπτωση, είναι πολύ σημαντικό η ασθενής να έχει κάποιον κοντά της, ώστε να μπορεί να συζητά τα προβλήματά της. Επαρκής ψυχοκοινωνική υποστήριξη φαίνεται ότι προστατεύει την ασθενή από τις παρενέργειες μιας αγχώδους κατάστασης.

Οι εμφανιζόμενες ψυχικές αντιδράσεις της ασθενούς αποτελούν σημαντικό πεδίο νοσηλευτικής παρέμβασης.<sup>2</sup>

### 5.2.1. Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με άγχος- αγωνία

**Ορισμός:** Άγχος χαρακτηρίζουμε το ενοχλητικό συναίσθημα της υπερέντασης ή του φόβου, το οποίο δεν συνδέεται με κάποιο εξωτερικό κίνητρο ή ερέθισμα. Είναι ασαφές, ακαθόριστο και μπορεί να γίνει πολύ έντονο. Επισυμβαίνει ως αντίδραση σε μια ασυνείδητη απειλή εναντίον της σωματικής ακεραιότητας ή/ και της αυτοεκτίμησης. Το άγχος διακρίνεται σε:

α. *Ήπιο:* Αυξημένη μεταβολή της κινητικότητας και της ικανότητας να αντιμετωπίζει τα καθημερινά προβλήματα.

β. *Μέτριο:* Μειωμένη αντίληψη του περιβάλλοντος με κύριο χαρακτηριστικό την επιλεκτική απροσεξία. Μειωμένη ικανότητα να σκεφθεί σωστά και καθαρά.

γ. *Αυξημένο :* Δραστικά μειωμένο επίπεδο αντίληψης. Μπορεί να συγκεντρωθεί σε μια μόνο λεπτομέρεια κάθε φορά.

δ. *Πανικό:* Ανικανότητα να συνδιαλλαγεί με το περιβάλλον. Δεν μπορεί να λειτουργήσει. Η φυσική δραστηριότητα έχει αποδιοργανωθεί.

#### ***Νοσηλευτική εκτίμηση***

Η νοσηλευτική εκτίμηση επιτυγχάνεται με τα εξής:

α. *Νοσηλευτικό ιστορικό:* Εκτός από τη γνώση της ασθένειας, η οποία μπορεί να έχει δημιουργήσει το άγχος, η νοσηλεύτρια προσπαθεί να ανακαλύψει και άλλους εξωγενείς παράγοντες που, συνδεδεμένοι κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο με την ασθένεια, να δημιουργούν επίταση του άγχους.

Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι: Πρόσφατες περιβαλλοντικές ή οικογενειακές αλλαγές, αλλαγή στον τρόπο ζωής. Διαταραχή των δεσμών της οικογένειας και της σταθερότητάς της καθώς και της επαγγελματικής κατάστασης. Απώλεια αγαπημένου συγγενικού προσώπου. Οικονομική κατάσταση. Σύγχυση των αξιών και των πεποιθήσεων.

β. *Φυσικά ευρήματα:* Αυξημένα ζωτικά σημεία, μυϊκή υπερένταση, ιδρώτας, πονοκέφαλοι, ίλιγγος, ρίγος, εφίδρωση παλαμών, υπνηλία ή αϋπνία. Εύκολο κλάψιμο, ευερεθιστότητα, ξηρότητα στόματος, διαστολή αγγείων. Ανικανότητα συγκέντρωσης και κατανόησης συστάσεων και συμβουλών.

γ. *Ψυχοκοινωνικές παράμετροι:* Βαθμός αντιλαμβανόμενης αποδιοργάνωσης, βαθμός εξάρτησης από τους άλλους, πρότυπα συνδιαλλαγής της οικογένειας, πρότυπο κοινωνικοποίησης (π.χ. αξίες, πεποιθήσεις, πνευματική καλλιέργεια).

#### ***Νοσηλευτική φροντίδα***

Η νοσηλευτική φροντίδα προέρχεται μετά από νοσηλευτική διάγνωση των προβλημάτων της ασθενούς, που μπορεί να είναι:

#### ***Διαταραχή του ύπνου οφειλόμενη σε έντονο άγχος***

*Αιτιολογία:* Φυσιολογική διαταραχή που προκαλείται από το άγχος, το οποίο έχει συνήθως επίδραση στον ύπνο.

*Άμεση επίδραση:* Η ασθενής να κατορθώσει να κοιμάται/ ξεκουράζεται σύμφωνα με τις ατομικές της ανάγκες.



## Εκπλήρωση επιδιώξεων

1. Η νοσηλεύτρια καθορίζει τη διαταραχή του ύπνου που περνάει η ασθενής.
2. Ρωτάει την ασθενή για να μάθει τις δικές της εκτιμήσεις για την διαταραχή του ύπνου της.
3. Ενθαρρύνει τη συζήτηση των προβλημάτων, που κατά τη γνώμη της προκαλούν το άγχος.
4. Λαμβάνει μέτρα για τη μείωση της αϋπνίας, όπως:
  - α. Εξασφαλίζει ήσυχο και ασφαλές περιβάλλον.
  - β. Εφαρμόζει τεχνικές χαλάρωσης.
  - γ. Μειώνει κατά το δυνατόν τον αριθμό των παρεμβολών την κατά τη διάρκεια του ύπνου της ασθενούς (π.χ. λήψη θερμοκρασίας κατά τη διάρκεια της νύχτας).
  - δ. Χρησιμοποιεί μέσα που μπορεί να διευκολύνουν την ασθενή να κοιμηθεί (π.χ. ζεστό μπάνιο, διάβασμα, ένα ζεστό ρόφημα, ελαφρά μουσική κ.λ.π.)
  - ε. Χρησιμοποιεί όλα τα δυνατά μέσα για την εξασφάλιση άνεσης στην ασθενή (καλοστρωμένο κρεβάτι, άνετα ρούχα).
  - στ. Φροντίζει οι υποχρεώσεις και οι δραστηριότητες της ασθενούς να ολοκληρώνονται κατά τη διάρκεια της ημέρας και να μη μένουν εκκρεμότητες, πράγμα που μπορεί να δημιουργήσει άγχος στην ασθενή.
5. Προγραμματίζει με την ασθενή τις δραστηριότητες της τελευταίας κατά τέτοιον τρόπο, ώστε να αποφεύγονται κατά τη διάρκεια της ημέρας μεσοδιαστήματα ολιγόλεπτου ύπνου, αν υπάρχουν σημάδια υπνηλίας.

## Αποτελέσματα νοσηλευτικής παρέμβασης

- α. Η ασθενής ανακαλύπτει και αξιολογεί μαζί με τη νοσηλεύτρια τους ενοχλητικούς παράγοντες που διαταράσσουν τον ύπνο της.
- β. Εκμεταλλεύεται τα μέσα που θα τη βοηθήσουν να κοιμηθεί και να ξεκουραστεί χωρίς τη λήψη φαρμάκων.

### 5.2.2. Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με κατάθλιψη

**Ορισμός:** Κατάθλιψη ονομάζεται η αλλαγή της συμπεριφοράς, η οποία σχετίζεται με τη γνώση της ασθένειας και η οποία χαρακτηρίζεται από θλίψη, πεσιμισμό, απόγνωση, αποθάρρυνση, απελπισία.

## **Νοσηλευτική εκτίμηση**

Αυτή επιτυγχάνεται με τα εξής:

α. **Νοσηλευτικό ιστορικό:** Εκτός από τη γνώση της ασθένειας, η οποία μπορεί να οδηγήσει την ασθενή σε κατάθλιψη, η νοσηλεύτρια προσπαθεί να ανακαλύψει και άλλους εξωγενείς παράγοντες που είναι συνδεδεμένοι τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο με την ασθένεια να δημιουργούν επίταση της κατάθλιψης.

Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι: πρόσφατη απώλεια συγγενικού αγαπημένου προσώπου, κρίση οικογενειακή ή επαγγελματική, ιδέες αυτοκτονίας, ριζικές αλλαγές στη δομή της οικογένειας, στη δουλειά, στο πρότυπο του ειδώλου του σώματος, στα οικονομικά, κατάχρηση οινόπνευματων ή άλλων ουσιών, διαταραχές του ύπνου.

β. **Φυσικά ευρήματα:** Ψυχοκινητική καθυστέρηση, ανορεξία ή μεγάλη αύξηση της όρεξης, απάθεια, ανεξήγητα κλάματα, μειωμένη συγκέντρωση-προσοχή, άγχος, εξάντληση, θλιμμένη έκφραση, μειωμένη οπτική επαφή.

γ. **Ψυχοκοινωνικές παραμέτρους:** Προσωπικότητα της ασθενούς, φυσιολογικά πρότυπα για την αντιμετώπιση των δυσκολιών, αισθήματα αποτυχίας.

## *Νοσηλευτική φροντίδα*

*Απώτερες επιδιώξεις:* Η ασθενής να γίνει ικανή να συνειδητοποιήσει και να αντιμετωπίσει ενεργητικά τη νόσο της. Να ξαναρχίσει να κατευθύνει μόνη τη ζωή της και να κάνει σχέδια για το μέλλον. Εφαρμόζεται και εδώ η νοσηλευτική διάγνωση των προβλημάτων και των αναγκών, οι οποίες μπορεί να είναι:<sup>2</sup>



# Κεφάλαιο

# 6

# ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΜΑΣΤΟΥ

Οι γυναίκες που υπέστησαν μαστεκτομή μπορούν να αποκαταστήσουν τη φυσική τους εμφάνιση με ποικίλους τρόπους, στους οποίους συγκαταλέγεται ο προσθετικός μαστός. Με την ανακατασκευή του μαστού όμως δημιουργείται αίσθηση πληρότητας, δεν τοποθετείται εξωτερικά προσθετικό υλικό και δεν είναι τόσο μεγάλη η ανάγκη να τροποποιηθεί ο ρουχισμός.

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

Το πρώτο ερώτημα είναι αν η ανακατασκευή του μαστού θα γίνει αμέσως μετά τη μαστεκτομή ή θα καθυστερήσει. Τα πλεονέκτημα της άμεσης ανακατασκευής είναι ότι μειώνονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις ( << πένθος>> για τον χαμένο μαστό).

Η άμεση ανακατασκευή ενδείκνυται σε γυναίκες με μικρής έκτασης καρκίνο και αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες που επιθυμούν να αποφύγουν μια δεύτερη επέμβαση αλλά έχουν συνειδητοποιήσει πως υπάρχει κάποιος ελαφρώς αυξημένος κίνδυνος να προκύψουν προβλήματα επούλωσης. Όταν όμως ο όγκος είναι μεγάλος και πρέπει να γίνει τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, αποφεύγεται συνήθως η άμεση ανακατασκευή του μαστού. Ο αρχικός στόχος είναι η ίαση απ' τον καρκίνο, ενώ η ικανοποιητική πλαστική ανακατασκευή έρχεται σε δεύτερη μοίρα.

Η καθυστερημένη επίλυση του προβλήματος έχει πολλά πλεονεκτήματα. Επιτρέπει στο χειρουργικό τραύμα να επουλωθεί. Επιπλέον, ο παθολογοανατόμος θα μελετήσει τα όρια του ιστού που θα επανακατασκευαστεί και τους μασχαλιαίους λεμφαδένες, πράγμα που επιτρέπει να επιλεγεί σωστότερη τεχνική.

Η ανακατασκευή του μαστού καθυστερεί όταν μαζί με τη χειρουργική επέμβαση εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, οι οποίες ενδέχεται να επηρεάσουν τα συστατικά του αίματος και το ανοσολογικό σύστημα, οπότε αυξάνεται ο κίνδυνος λοίμωξης, επιβραδύνεται η επούλωση του τραύματος και εκδηλώνονται και άλλες επιπλοκές. Συνήθως η ανακατασκευή αναβάλλεται για τέσσερις έως έξι εβδομάδες μετά τη συμπλήρωση της ακτινοθεραπείας και δύο έως τρεις μήνες μετά το πέρας της χημειοθεραπείας.<sup>9</sup>

### Πρόσθεση μαστού σιλικόνης σε ένα στάδιο

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

### **Πλεονεκτήματα**

- ✚ Ο μαστός ανακατασκευάζεται σε μια επέμβαση.

### **Μειονεκτήματα**

- ✚ Συνήθως δεν δημιουργείται το περίγραμμα του μαστού όπως φαίνεται στον φυσιολογικό μαστό και όπως επιτυγχάνεται με τις άλλες τεχνικές.
- ✚ Όπως συμβαίνει με κάθε εμφύτευμα σιλικόνης, υπάρχει μικρός κίνδυνος λοίμωξης που θα μπορούσε να οδηγήσει σε προσωρινή απόρριψη του εμφυτεύματος.

- ✚ Σε ορισμένες ασθενείς εμφανίζονται μακροχρόνιες παρενέργειες από τη σιλικόνη. Το ενδεχόμενο μελετάται ενδελεχώς και ο γιατρός πρέπει να το συζητά με την ασθενή.<sup>9</sup>

### Τεχνική επέκτασης των ιστών

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

### **Πλεονεκτήματα**

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

### **Μειονεκτήματα**

- ✚ Καθυστερεί μέχρις ότου ολοκληρωθεί.
- ✚ Υπάρχει κίνδυνος λοίμωξης, όπως συμβαίνει και με την πρόσθεση μαστού σιλικόνης σε ένα στάδιο.<sup>9</sup>

### Τεχνική χρησιμοποίησης κρημονού από τον πλατύ ραχιαίο μυ (LATS)

Η τεχνική αυτή έγινε δημοφιλής στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και τις αρχές της δεκαετίας του 1980. Χρησιμοποιείται κυρίως όταν οι ιστοί του κατώτερου θωρακικού τοιχώματος είναι τεταμένοι ή λεπτοί ή όταν υπάρχει βλάβη από προηγούμενη εντοπισμένη ακτινοβολία έπειτα από μαστεκτομή.

Χρησιμοποιείται εμφύτευση μαστού σιλικόνης μαζί με τον ευρύ, σχήματος βεντάλιας, πλατύ ραχιαίο μυ που στρέφεται γύρω από το θωρακικό τοίχωμα για να υποκαταστήσει τον ιστό που αφαιρέθηκε κατά την μαστεκτομή.

### **Πλεονεκτήματα**

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

### **Μειονεκτήματα**

- ✚ Το δέρμα της πλάτης μπορεί να έχει διαφορετική απόχρωση ή υφή.
- ✚ Προκαλείται συμπληρωματική ουλή στο θώρακα και ορατή ουλή στην πλάτη.
- ✚ Η μεταφορά των μυών της πλάτης στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα μπορεί να επηρεάσει την μυϊκή ισχύ για ορισμένες αθλητικές δραστηριότητες.<sup>9</sup>

### Τεχνική χρησιμοποίησης μυοδερματικού κρημνού από τον εγκάρσιο ορθό κοιλιακό μυ (TRAM)

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

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

#### **Πλεονεκτήματα**

- + Τα αισθητικά αποτελέσματα γενικά είναι ικανοποιητικά. Το δέρμα που μεταφέρεται από την κοιλιά στο θωρακικό τοίχωμα συνήθως είναι παρόμοιο στο χρώμα και τη σύσταση.
- + Συνήθως δεν χρειάζεται πρόσθεση σιλικόνης.
- + Συνήθως μετά την μεταφορά του δέρματος και του λίπους από την κοιλιά δημιουργείται κάποια << κοιλιακή πτύχωση>>.

#### **Μειονεκτήματα**

- + Πιθανή μυϊκή αδυναμία των κοιλιακών τοιχωμάτων ή δημιουργία κήλης στο κοιλιακό τοίχωμα.
- + Επιπρόσθετες ουλές στην περιοχή του άνω μαστού και του κατώτερου τμήματος της κοιλιάς.
- + Η επέμβαση είναι μεγάλη και χρονοβόρα.<sup>9</sup>

### Μικροχειρουργική τεχνική ελεύθερης επιλογής κρημνού

Η μέθοδος αυτή, η πιο σύγχρονη μαζί με την τεχνική TRAM, εφαρμόζεται επίσης όταν οι απλούστερες τεχνικές αποτυγχάνουν. Σπανίως επιχειρείται και αποτελεί την τελευταία επιλογή.

Ιστός από το κέντρο της κοιλιάς, την πλάτη ή τους γλουτούς μεταφέρεται στο θωρακικό τοίχωμα και μορφοποιείται εν είδει μαστού. Τα αγγεία από τον ελεύθερο κρημό συνδέονται με τα αγγεία του θωρακικού τοιχώματος με μικροχειρουργικές τεχνικές.

#### **Πλεονεκτήματα**

- + Τα ίδια με την μέθοδο TRAM.

#### **Μειονεκτήματα**

- + Επιπρόσθετες ουλές.
- + Ο πλαστικός χειρουργός πρέπει να είναι ιδιαίτερα επιδέξιος και να έχει ειδικευτεί στην μικροχειρουργική.<sup>9</sup>



# Κεφάλαιο 7

# ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ

## 7.1. Επιστροφή στην εργασία

Ασφαλώς, η επιστροφή στην εργασία ίσως δημιουργήσει προβλήματα. Μια πιθανή αναπηρία μπορεί να μην επιτρέπει πια την ενασχόληση του ασθενούς με την προηγούμενη εργασία. Ακόμη, η ασθενής ίσως αντιμετωπίζει κάποια δυσμενή διάκριση ή προκατάληψη στο χώρο εργασίας.

Είναι λυπηρό, αλλά δυστυχώς υπάρχουν ακόμη άτομα που στιγματίζουν τους καρκινοπαθείς. Εργοδότες και συνάδελφοί τους ίσως αντιδρούν έτσι λόγω κάποιου αόριστου φόβου ή ανησυχίας ως προς την αφηρημένη έννοια του καρκίνου. Οι συνάδελφοι μπορεί να μένουν σε απόσταση είτε διότι δεν ξέρουν πώς να συμπεριφερθούν είτε διότι έχουν κάποιες παράλογες ιδέες και λανθασμένες αντιλήψεις και φοβούνται μήπως κολλήσουν τη φοβερή αρρώστια αν έρθουν σε επαφή με τον καρκινοπαθή. Οι εργοδότες ίσως φοβούνται τη μειωμένη απόδοση του καρκινοπαθούς υπαλλήλου ή τις οικονομικές απώλειες εξαιτίας των αναρρωτικών αδειών για θεραπευτικούς λόγους.

Μία έρευνα της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρίας στη δεκαετία του 1970 απέδειξε ότι οι καρκινοπαθείς αντιμετώπιζαν κάποιες διακρίσεις στις προσλήψεις, τις απολύσεις, την ανάθεση έργων, τις απολαβές και την συμπεριφορά απέναντί τους.

- ✚ Σχεδόν το 25% των καρκινοπαθών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, ανέφεραν ότι είτε τους απέρριψαν την αίτηση εργασίας, επειδή υποβάλλονταν σε θεραπευτική αγωγή, είτε αποτέλεσαν στόχο αρνητικής συμπεριφοράς.
- ✚ Τουλάχιστον οι μισοί ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν κάποιο πρόβλημα συνδεδεμένο με την πάθησή τους.

Όμως το ενθαρρυντικό της έρευνας είναι ότι το 46% των καρκινοπαθών δήλωσαν ότι ουδέποτε αντιμετώπισαν προβλήματα στην εργασία τους λόγω του καρκίνου. Και πάνω από το 75% ανέφεραν ότι μετά τη θεραπεία τους αυξήθηκε ο μισθός τους, επειδή προήχθησαν ή τους ανατέθηκαν αυξημένες ευθύνες. Ύστερα από την έρευνα αυτή, πολλές πολιτείες των ΗΠΑ ψήφισαν νόμο που κηρύσσει παράνομες τις διακρίσεις λόγω ασθενειών, μεταξύ των οποίων και ο καρκίνος.

Το σπουδαιότερο είναι να διατηρήσει ο καρκινοπαθής μια θετική στάση παρά τις οποιεσδήποτε απορρίψεις. Οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι εργασιοθεραπευτές, οι φυσικοθεραπευτές, καθώς και οι επαγγελματικοί σύμβουλοι μπορούν να βοηθήσουν στην ομαλή επανένταξή του στο εργασιακό δυναμικό, στην ανεύρεση εργασίας που να ανταποκρίνεται στις ικανότητές του ή, αν είναι απαραίτητο, στην εκπαίδευσή του. Όμως το μυστικό είναι να μάθει κανείς να ζει με τον καρκίνο. Η θετική τάση θα ενισχύσει την αποφασιστικότητα και θα εξομαλύνει τις τυχόν δυσκολίες με εργοδότες και συναδέλφους.

## 7.2. Χαλάρωση και ανάρρωση από τον καρκίνο

Η χαλάρωση είναι ένας εξαιρετικός τρόπος για να ελέγχει κανείς το στρες. Πολλοί πιστεύουν ότι και μόνο με τις τεχνικές χαλάρωσης αντιμετωπίζεται οποιασδήποτε έντασης στρες. Αυτό γενικά ισχύει για όσους δεν βρίσκονται σε κατάσταση κρίσης. Οι καρκινοπαθείς όμως πρέπει να κάνουν μερικά πρακτικά βήματα για να ελαττώσουν το στρες πριν αρχίσει να εκδηλώνεται η επουλωτική δράση της χαλάρωσης.



### 7.2.1. Αμβλυνση των πόνων

Είναι σχεδόν αδύνατο να χαλαρώσετε αν υποφέρετε από οξύ ή χρόνιο σωματικό ή ψυχικό πόνο. Το σημαντικότερο πρακτικό βήμα, λοιπόν, για να ελαττώσετε το στρες είναι να μετριάσετε τον σωματικό πόνο. Ίσως στην αρχή χρειαστείτε αναλγητικά φάρμακα ή αγχολυτικά. Θα παρατηρήσετε όμως ότι όσο προχωρείτε στο πρόγραμμα καταπολέμησης του στρες και εξάσκησης στη χαλάρωση, θα εξαρτάσθε συνεχώς λιγότερο από τα φάρμακα. Μόλις ο έντονος πόνος κάπως αντιμετωπισθεί, μπορείτε να ξεκινήσετε την άσκηση της βαθιάς χαλάρωσης.

### 7.2.2. Διασκέδαση

Για να μετριάσετε το στρες μπορείτε να πάρετε πολλά άλλα πρακτικά μέτρα. Κάντε τον δικό σας κατάλογο, ξεκινώντας, ίσως, από τις παρακάτω προτάσεις:

- ✚ άσκηση ανάλογη με την κατάστασή σας
- ✚ ακρόαση μουσικής
- ✚ συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης
- ✚ συζήτηση των συναισθημάτων σας με τους φίλους και την οικογένεια
- ✚ φροντίδα κατοικίδιου ζώου
- ✚ παρακολούθηση κωμωδιών
- ✚ ανάγνωση κόμικς και διασκεδαστικών βιβλίων
- ✚ μασάζ
- ✚ εκδηλώσεις ευγνωμοσύνης
- ✚ βοήθεια σε άλλους

Μετριάζετε το στρες όταν κάνετε κάτι που το έχετε ανάγκη, δηλαδή όταν ζητάτε μια δεύτερη γνώμη ή συμβουλές, όταν θέλετε τα συμπτώματά σας υπό έλεγχο ή συζητάτε να συναισθηματά σας με άλλους. Επίσης μετριάζετε το στρες όταν κάνετε κάτι που το απολαμβάνετε, λόγου χάρη ακούτε μουσική ή πηγαίνετε στον κινηματογράφο ή την εκκλησία.

Οι μέθοδοι μετριασμού του στρες διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Άλλος πέφτει σε περισυλλογή, άλλος τρέχει μερικά χιλιόμετρα. Πολλοί ανακαλύπτουν ότι χαλαρώνουν με τη μουσική, το είδος της οποίας ποικίλλει ανάλογα με τις προσωπικές προτιμήσεις. Δεν υπάρχει σωστός ή λανθασμένος τρόπος.<sup>9</sup>

### 7.3. <<Ωραία εμφάνιση... ευχάριστη διάθεση>>

Η εξωτερική εμφάνιση επηρεάζει άμεσα την προσωπικότητα και την ψυχική υγεία. Αν υποστείτε κάποιες από τις συνηθισμένες παρενέργειες της ακτινοβολίας ή της χημειοθεραπείας, ενδέχεται ν' αρχίσετε να πιστεύετε ότι είστε πολύ χειρότερα απ' ότι πράγματι είστε. Το πρόσωπό σας, που το αντικρίζετε καθημερινά στον καθρέφτη, σας υπενθυμίζει σκληρά την ασθένειά σας. Καμιά ημέρα δεν μπορεί να διαφύγει της προσοχής σας ότι χάνετε τρίχες από το κεφάλι, τις βλεφαρίδες ή τα φρύδια ή ότι αλλάζει ο τόνος ή η υφή του δέρματός σας.

Μπροστά στον καθρέφτη ίσως φτάσετε να σκεφτείτε ότι ποτέ πια δεν θα ζήσετε <<φυσιολογικά>>. Στον σημερινό κόσμο όμως η φυσιολογική διαβίωση-η διατήρηση των οικογενειακών σχέσεων και των κοινωνικών δραστηριοτήτων-είναι βασικότατος παράγοντας ενόσω υφίστασθε την αντικαρκινική θεραπεία. Αυτό που χρειάζεστε για να ξαναποκτήσετε καλή ποιότητα ζωής, είναι βοήθεια για να ξεπεράσετε τις αλλαγές της εμφάνισης που οφείλονται στην αντικαρκινική θεραπεία.

Ευτυχώς, πρόσφατα στις ΗΠΑ αναπτύχθηκε ένα πρόγραμμα που σας βοηθάει σ' αυτό ακριβώς. <<Ωραία εμφάνιση...Ευχάριστη διάθεση>> (Look Good...Feel Better) ονομάζεται ένα ελεύθερο εθνικό κοινωνικό πρόγραμμα που έχει σχεδιαστεί για να διδάξει στις γυναίκες με καρκίνο-πρακτικά και με βάση την εμπειρία-τις τεχνικές καλλωπισμού που τις βοηθούν να επανακτήσουν την εξωτερική τους εμφάνιση κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας ή της ακτινοθεραπείας.

Έτσι, ενώ η ιατρική θεραπεία βοηθάει στην αποκατάσταση του εσωτερικού του σώματος, το πρόγραμμα <<Ωραία εμφάνιση... Ευχάριστη διάθεση>> συμβάλλει στην ανανέωση της αυτοεκτίμησης βελτιώνοντας την εξωτερική σας εμφάνιση. Σας ενθαρρύνει να ασχοληθείτε με τον εαυτό σας σε μια περίοδο δραματικών σωματικών αλλαγών.<sup>9</sup>

#### **7.4. Σεξουαλική δραστηριότητα**

Μετά τη μαστεκτομή η γυναίκα ανησυχεί για την εμφάνισή της. Όταν γδύνεται μπροστά στον σύντροφό της ή κοιμάται γυμνή νιώθει άχαρη και αδέξια. Αυτό είναι απόλυτα φυσικό, ιδίως λόγω της ιδιαίτερης έμφασης που δίνουν στη σεξουαλικότητα του στήθους τα κοινωνικά μας πρότυπα. Η θλίψη για την απώλεια του στήθους είναι μεγάλη, όμως με το πέρασμα του χρόνου και την υπομονή οι περισσότερες γυναίκες ξεπερνούν την αμηχανία τους και νιώθουν πάλι σίγουρες και άνετες με το σώμα τους.

Μερικές γυναίκες ανακάλυψαν ότι βοηθήθηκαν πολύ εξερευνώντας το σώμα τους, γυμνές μπροστά στον καθρέφτη, και αγγίζοντάς το ιδίως στην περιοχή της ουλής. Ίσως θελήσετε να το κάνετε αυτό στην αρχή μόνη σας και κατόπιν με το σύζυγο, τον εραστή ή κάποια στενή φίλη σας. Μοιραστείτε τα αισθήματα που σας δημιουργεί η νέα μορφή του κορμιού σας.

Να έχετε υπόψη σας ότι ο σύντροφός σας ίσως δεν γνωρίζει πώς να εκφραστεί. Ίσως δεν γνωρίζει πως και πότε είναι η κατάλληλη στιγμή να θίξει το θέμα της σεξουαλικότητας, οπότε αναμένει από σας το πρώτο βήμα. Ενδεχομένως φοβάται μήπως σας πληγώσει ή σας φέρει σε δύσκολη θέση, και θέλει να σας προστατέψει από τα δικά σας συναισθήματα. Καμιά φορά η <<προστασία>> αυτή δημιουργεί το αίσθημα της απόρριψης. Μολονότι ίσως νιώθετε ότι διακινδυνεύετε πολλά σπάζοντας πρώτη εσείς τον πάγο και θίγοντας το θέμα, εντούτοις πρέπει να ξέρετε ότι οι περισσότερες γυναίκες ένιωσαν κατόπιν ανακουφισμένες.

Είναι πιθανό να ανησυχείτε και οι δυο για τον πόνο. Αν η τομή ή οι μύες της περιοχής είναι ευαίσθητοι, μειώστε την πίεση στο στήθος. Αν ξαπλώσετε από την άθικτη πλευρά σας, ίσως θα ελέγχετε καλύτερα τις κινήσεις σας, οπότε θα αμβλυνθεί ο ερεθισμός της τομής.

Εάν νιώσετε κάποιο πόνο σταματήστε και εξηγήστε στο σύντροφό σας γιατί σταματάτε. Αν γνωρίζει τι σας προκαλεί τον πόνο θα αισθανθεί πιο άνετα και θα είναι πιο συγκρατημένος στα χάρδια και στους πειραματισμούς μαζί σας. Ξεκουραστείτε ή αλλάξτε θέση για να χαλαρώσετε. Συνήθως η χαλάρωση μειώνει τον πόνο. Με τη σωστή επικοινωνία και συνεργασία μπορείτε να βρείτε ποια στάση και ποιοι χειρισμοί θα σας προσφέρουν τη μεγαλύτερη ηδονή.

Οι πειραματισμοί και ο χρόνος είναι οι βασικοί παράγοντες που θα σας βοηθήσουν να βρείτε αποτελεσματικούς τρόπους για να προσαρμοστείτε στην απώλεια του στήθους, αυτού του συμβολικά σημαντικού τμήματος του σώματός σας. Συζητώντας με άλλες γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή θα βρείτε συμπαράσταση και θα μάθετε για κάποια διευκολυντικά ρούχα ή προσθέσεις.

Μερικές γυναίκες θεωρούν ότι έχει ιδιαίτερη σημασία για την ψυχική τους ισορροπία ο επανασχηματισμός του στήθους.

### 7.4.1. Αντιμετώπιση και πρακτική

Όταν νιώσετε έτοιμος να επανενεργοποιηθείτε σεξουαλικά, πρέπει να έχετε κατά νου ότι:

- ✚ Σας αγαπούν γι' αυτό που είστε και όχι μόνο για την εμφάνισή σας.
- ✚ Όλοι είμαστε σεξουαλικά όντα.
- ✚ Η επιβίωση υπερβαίνει τη σεξουαλικότητα.
- ✚ Μοιραστείτε τα αισθήματά σας.
- ✚ Περιμένετε το απρόσμενο.
- ✚ Δώστε χρονικά περιθώρια στον εαυτό σας.
- ✚ Διώξτε την ένταση κατά τη συνουσία.
- ✚ Μην αφήσετε τη διάγνωση να καθορίσει την ερωτική σας έκφραση.
- ✚ Προγραμματίστε το σεξ ανάλογα με τις μεταβολές της ενεργητικότητάς σας.
- ✚ Ζητήστε βοήθεια όταν τη χρειάζεστε.
- ✚ Να κάνετε υπομονή.<sup>9</sup>

### 7.5. Φυσική κατάσταση

Η καλή φυσική κατάσταση, που είναι για όλους δείγμα υγείας, είναι ιδιαίτερα σημαντική για κάθε καρκινοπαθή. Αν και είναι ιδιαίτερα σκληρό για τον ασθενή να βρει τη δύναμη να ασκείται, εντούτοις το κέρδος είναι πολύ μεγάλο και δεν μπορεί να το αγνοήσει κανείς. Συμμετέχοντας σε κάποιο καθημερινό πρόγραμμα άσκησης θα έχετε τα εξής οφέλη:

**1.Θα βελτιώσετε την πρόγνωσή σας.** Όταν είστε σε καλή φυσική κατάσταση, θα ανεχθείτε καλύτερα τη θεραπεία. Κατά συνέπεια μπορείτε να υποστείτε επιθετικότερες θεραπείες και επομένως να

έχετε περισσότερες πιθανότητες ύφεσης της νόσου και της ίασης. Είναι πλέον γνωστό ότι η επιτυχία της θεραπείας και η βελτίωση της πρόγνωσης εξαρτώνται άμεσα από τη φυσική κατάσταση. Με απλά λόγια, είναι αλήθεια ότι αν βρίσκεστε σε καλή φυσική κατάσταση, μπορείτε να ζήσετε περισσότερο και να χαρείτε μια πιο δραστήρια ζωή.

**2.Θα αποφύγετε τη μυϊκή αδυναμία και ατροφία.** Όταν είμαστε υγιείς ασκούμε τους μυς μας με τον ένα ή τον άλλο τρόπο-ανεβαίνοντας και κατεβαίνοντας σκάλες, κάνοντας τις δουλειές του σπιτιού, πηγαίνοντας για ψώνια, συμμετέχοντας σε αθλητικές δραστηριότητες, λόγω χάρη παίζοντας γκολφ ή τένις, ή απλώς περπατώντας πηγαίνοντας στη δουλειά. Ακόμα και η μικρή δραστηριότητα εξασφαλίζει ικανοποιητικό μυϊκό τόνο και ισχύ. Κατά τη διάρκεια μιας οξείας ή χρόνιας ασθένειας, όμως, συχνά απαιτείται παρατεταμένη παραμονή στο κρεβάτι. Οι μύες μικραίνουν και χάνουν την ισχύ τους όταν δεν χρησιμοποιούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Μ' ένα πρόγραμμα άσκησης θα αποφύγετε κάτι τέτοιο.

**3.Θα επιταχύνετε την ανάρρωσή σας.** Αν, έπειτα από κάποια χειρουργική επέμβαση ή ενόσω κάνετε ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία δεν ασκείστε, τότε οι μύες σας θα εξασθενούν ολοένα και περισσότερο. Οι ιστοί που ενδεχομένως θα καταστραφούν με τη θεραπεία, δεν θα μπορέσουν να αναπλαστούν όσο γρήγορα θα έπρεπε. Με την άσκηση, βοηθάτε την ανανέωση των ιστών και ελαχιστοποιείτε οποιαδήποτε βλάβη των αρθρώσεων. Επίσης μπορείτε να προλάβετε επιπλοκές όπως η οστεομαλάκυνση, η δημιουργία θρομβώσεων και οι εξελκώσεις λόγω της κατάκλισης. Δεν πρέπει να παραβλέπετε επίσης ότι με την άσκηση αποφεύγετε την πλήξη και την κατάθλιψη που συχνά συνοδεύουν τη μακρά παραμονή στην κλίνη.<sup>9</sup>

## 7.6. Σχεδιασμός του μέλλοντος

Όπως και τα άλλα πλάσματα του ζωικού βασιλείου, και οι άνθρωποι διαθέτουν ισχυρό ένστικτο επιβίωσης. Η θέληση για ζωή-το ένστικτο δηλαδή που μας κάνει να πολεμάμε όταν η ζωή μας κινδυνεύει από ασθένειες ή άλλες κρίσεις-είναι μια φυσιολογική γενική αντίδραση.

Εντούτοις, μερικοί καταβάλλονται εύκολα από την επίδραση που ασκεί στο σώμα και το πνεύμα η ασθένεια, ενώ άλλοι επιστρατεύουν το ψυχικό τους απόθεμα για να κρατηθούν στην κατάσταση αυτή. Γιατί μερικοί ανταποκρίνονται θετικά στον πόνο ενώ άλλοι δεν μπορούν να υποφέρουν; Ίσως, όσοι επιβιώνουν έχουν μάθει να είναι ανθεκτικοί διότι πέρασαν κι άλλες κρίσεις που τους έκαναν πιο δυνατούς και τους ενίσχυσαν την αυτοπεποίθηση. Ίσως η μικρή φλόγα της αποφασιστικότητας που μας κάνει να αγωνιζόμαστε στις πιο δύσκολες καταστάσεις είναι πιο λαμπερή σε μερικούς. Ο σπουδαιότερος παράγων είναι η ελπίδα.

Πολλοί γιατροί έχουν δει δυο ασθενείς, της ίδιας περίπου ηλικίας, με την ίδια διάγνωση, με το ίδιο στάδιο της νόσου και με την ίδια αγωγή, να παρουσιάζουν εντελώς διαφορετικά αποτελέσματα. Και η μόνη ορατή διαφορά βρισκόταν στο ότι ο ένας ήταν απαισιόδοξος και ο άλλος αισιόδοξος.

Η ελπίδα, το κουράγιο, η προσπάθεια, η αποφασιστικότητα, η υπομονή, η αγάπη και η πίστη υποβοηθούν τη θέληση για ζωή. Το σπουδαιότερο, το ξαναλέμε, είναι η ελπίδα. Πολλές φορές μπορεί να αισθάνεστε εξαντλημένοι και νικημένοι από τα ακατάπαυστα προβλήματα, και δείχνετε έτοιμοι να παραιτηθείτε από τον αγώνα για επιβίωση. Αν όμως διατηρείτε την ελπίδα σας, θα συνεχίσετε.

Όσο υπάρχει η παραμικρή πιθανότητα επιβίωσης, όσο σημειώνονται ακόμα και μικρές βελτιώσεις, η ελπίδα μπορεί να αναζωπυρωθεί. Όσο η οικογένειά σας, η φίλοι σας και η ομάδα υποστήριξης σας συμπαρίστανται, η ελπίδα μπορεί να σας βοηθήσει να ξεπεράσετε οποιοσδήποτε κρίσεις και παλινδρομήσεις.

Η ελπίδα όμως πρέπει να γεννιέται κυρίως μέσα μας. Μπορείτε να ελπίζετε, αν είστε διατεθειμένος να πολεμήσετε για τη ζωή σας και έτοιμη να κάνετε ότι μπορείτε για να βελτιώσετε την υγεία σας. Όπως ακριβώς η διάθεση και ο ενθουσιασμός των στρατιωτών αναζωογονείται όταν επιστρέφουν στη βάση τους τραγουδώντας έπειτα από μια εξαντλητική μέρα, έτσι και εσείς μπορεί να δείτε τη ζωτικότητά σας να ανανεώνεται και να αποκτήσετε νέες δυνάμεις.

Ακόμα και στην δυσκολότερη περίοδο, μπορεί να έχετε ανεξάντλητα αποθέματα σωματικής και συναισθηματικής δύναμης. Συγκεντρώστε τα και χρησιμοποιήστε τα για να επιβιώσετε ακόμα μια μέρα. Τα μέσα αυτά αποτελούν τη βάση και την πηγή της ανάρρωσής σας.<sup>9</sup>



# **Κεφάλαιο**

## **8**

# **ΠΡΩΙΜΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

## 8.1. Μαστογραφία

Μαστογραφία είναι η απεικόνιση των μαστών πάνω σε ακτινογραφικό φιλμ με τη βοήθεια ακτινοβολίας. Αποτελεί τη μοναδική εξέταση που μπορεί να ανιχνεύσει ανωμαλίες στο μαστό μεγέθους 2 χιλιοστών. Είναι εξέταση απλή, ανώδυνος, ακίνδυνος και εύκολα αποδεκτή από τις γυναίκες. Είναι απαραίτητη για την εκτίμηση των συμπτωματικών γυναικών και αναντικατάστατη στον πληθυσμιακό έλεγχο (Screening) για καρκίνο του μαστού. Πληθυσμιακός έλεγχος είναι η μέθοδος ανίχνευσης μιας νόσου σε υγιή πληθυσμό με τη χρήση μιας ή περισσότερων εξετάσεων. Στην περίπτωση του μαστού η Μαστογραφία αποτελεί την εξέταση εκλογής. Συνιστάται να γίνεται κάθε 2 χρόνια μετά την ηλικία των 50 ετών. Σε νεότερες γυναίκες δεν έχει μέχρι σήμερα αποδειχθεί ότι η μαστογραφία μπορεί να ελαττώσει τη θνησιμότητα. Καλό είναι η γυναίκα στην ηλικία των 35-40 να κάνει μια μαστογραφία αναφοράς. Παρόλο που η μαστογραφία σε ένα ποσοστό 10-15% δίνει ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα αποτελεί σήμερα τη μόνη εξέταση που μπορεί να ανιχνεύσει πρώιμα τον ΚΜ. Η ευρεία χρήση του υπερηχογραφήματος και της παρακέντησης με λεπτή βελόνη, μέσω στερεοτακτικού μαστογράφου μπορεί να αυξήσει τα ποσοστά ακριβούς διάγνωσης.

Στόχος των προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου είναι η

- ✚ Ελάττωση της θνησιμότητας κατά 30%.
- ✚ Καλύτερη ποιότητα ζωής.



- ✚ Ελάττωση νοσοκομειακού κόστους.<sup>16</sup>

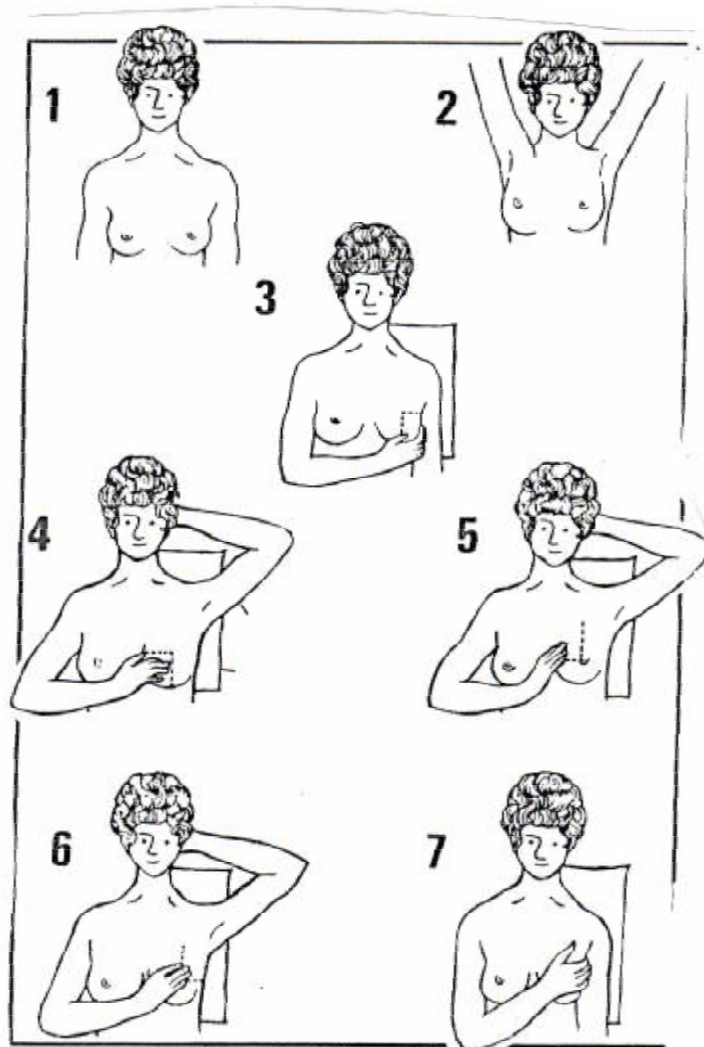
## 8.2. Αυτοεξέταση μαστού

Όταν εξετάζετε το στήθος σας, ψάχνετε για διαφορές που πιθανόν να δημιουργήθηκαν μετά την τελευταία φορά που είχατε εξετασθεί. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο χρειάζεται να εξετάζεστε σε τακτικά χρονικά διαστήματα ώστε να μάθετε την υφή του σώματός σας. Καλό θα είναι να διαλέγετε την ίδια μέρα κάθε μήνα για την εξέταση, ακριβώς μετά την περίοδο, και, αν μπορείτε, την ίδια μέρα του κύκλου της περιόδου. Μπορεί να παρουσιαστεί διαφορά στο μέγεθος ή το σχήμα του μαστού ή της θηλής, αλλοίωση της υφής του δέρματος του μαστού, σούφρωμα (εσολκή) της θηλής ή του δέρματος γύρω από αυτή, έκκριση υγρών απ' τη θηλή ή ακόμη πρήξιμο του μπράτσου ή της μασχάλης. Αυτές οι διαφορές διακρίνονται καλύτερα αν κάνετε την εξέταση μπροστά σ' ένα καθρέφτη με σηκωμένα τα χέρια πάνω από το κεφάλι. Για το υπόλοιπο μέρος της εξέτασης είναι καλύτερα να ξαπλώσετε, σε κάποιο ζεστό χώρο κατά προτίμηση, βάζοντας ένα μικρό μαξιλάρι κάτω από τον ώμο του αντίστοιχου μαστού που εξετάζετε. Αυτό διευκολύνει τη χαλάρωση των ιστών του μαστού.

Σηκώστε το αριστερό χέρι πάνω από το κεφάλι και με το δεξί χέρι εξετάστε τον αριστερό μαστό. Με τα δάχτυλα κλειστά προσπαθήστε να έχετε τη σωστή αφή χρησιμοποιώντας το λείο και σαρκώδες μέρος της παλάμης σας ή τις άκρες των δακτύλων σας. Πιέζοντας ελαφρά αρχίστε από το κάτω αριστερό τέταρτο του μαστού, συνεχίζοντας με το κάτω δεξιό τέταρτο. Μετά εξετάστε το επάνω δεξιό, τελειώνοντας με το επάνω αριστερό τέταρτο του μαστού.

Καθώς κατεβάζετε το αριστερό χέρι ψηλαφίστε με το δεξιό τη μασχάλη σας. Επαναλάβετε το ίδιο με το δεξιό μαστό και τη δεξιά μασχάλη.

Ένας μικρός όγκος μπορεί να είναι μαλακός ή αρκετά σκληρός ή ακόμη να υποχωρεί καθώς τον ψηλαφεύτε. Αλλά υπάρχει πιθανότητα επίσης να βρείτε μια ελαφριά διόγκωση όλης της περιοχής. Όταν πιάσουμε ένα φυσιολογικό μαστό, τον νιώθουμε μαλακό και ευπίεστο, αφού φυσικά αποτελείται από λιπώδη ιστό και ένα μικρό μυώδες τμήμα στην κορυφή. Αν παρατηρήσετε ή νιώσετε κάτι διαφορετικό, κάτι που δεν αντιληφθήκατε στην προηγούμενη εξέταση ή κάτι για το οποίο έχετε αμφιβολίες, σας συνιστούμε να πάτε αμέσως στο γιατρό. Σχεδόν πάντα αυτές οι αλλαγές δεν υποδηλώνουν μια σοβαρή κατάσταση αλλά, αν πράγματι υπάρχει κάποιος κακοήθης όγκος, η έγκαιρη ανίχνευσή του και η άμεση λήψη μέτρων βοηθούν σημαντικά.<sup>10</sup>



### 8.3. Δέκα μύθοι και οι αλήθειες τους για τον καρκίνο του μαστού

**ΜΥΘΟΣ 1<sup>ος</sup>:** *Αν είστε καπνίστριες ή πίνετε πολύ, σημαίνει πως στο μέλλον θα εμφανίσετε τη νόσο.* Κανένας παράγοντας κινδύνου, μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με άλλους, δεν προϋποθέτει ότι θα νοσήσετε. Μερικοί από αυτούς, όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ (περισσότερα από 5 ποτά την εβδομάδα επί πολλά χρόνια), αυξάνουν τον κίνδυνο ελάχιστα. Τους ίδιους κινδύνους έχετε αν η περίοδός σας ξεκίνησε πριν την ηλικία των 12 ετών, αν συνεχίζει μετά τα 50 ή αν δεν έχετε τεκνοποιήσει μέχρι τα 30 σας. Αν συγκεντρώνετε κάποιους από τους παραπάνω, τότε υπάρχει πιθανότητα κινδύνου.

**ΜΥΘΟΣ 2<sup>ος</sup>:** *Αν δεν έχετε ιστορικό του καρκίνου του μαστού στην οικογένεια, δεν διατρέχετε κίνδυνο.*

Κάθε γυναίκα κινδυνεύει να αναπτύξει καρκίνο του μαστού. Μόνο όμως το 10% των γυναικών προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού λόγω των ανωμαλιών στα γονίδια BRCA 1 και BRCA 2. Ακόμα όμως και αν υπάρχει ιστορικό αυτής της γονιδιακής ανωμαλίας στην οικογένειά σας, δεν σημαίνει απαραίτητα ότι θα εμφανίσετε καρκίνο του μαστού. Σχεδόν το 85% των γυναικών που αναπτύσσουν καρκίνο δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό. Γι' αυτό το λόγο είναι σημαντική η τακτική μαστογραφία.

**ΜΥΘΟΣ 3<sup>ος</sup>:** *Ο καρκίνος του μαστού κληρονομείται μόνο από τη μητέρα και όχι από τον πατέρα.*

Οι επιστήμονες υποστηρίζουν πως τα γονίδια του καρκίνου μπορεί να κληρονομηθούν και από την οικογένεια του πατέρα. Καλό θα ήταν λοιπόν να ελέγξετε το οικογενειακό ιστορικό και από τις δύο πλευρές, για να εξακριβώσετε αν κάποιος συγγενής έπασχε από καρκίνο του μαστού, ακόμα και ανάμεσα στους άντρες. Παρόλο που είναι σπανιότερο, ο καρκίνος του μαστού στους άντρες αποτελεί περίπου το 1% του συνόλου των περιπτώσεων τέτοιας μορφής καρκίνου.

**ΜΥΘΟΣ 4<sup>ος</sup>:** *Ακόμα και αν έχετε κάποιον παράγοντα κινδύνου, δεν θα πρέπει να ανησυχείτε μέχρι να περάσετε την περίοδο της εμμηνόπαυσης.*

Η αλήθεια είναι ότι οι πιθανότητες να αναπτύξετε καρκίνο αυξάνονται όσο αυξάνεται και η ηλικία σας. Παρόλα αυτά, οι ειδικοί προειδοποιούν ότι η νόσος μπορεί να <<χτυπήσει>> κάθε ηλικία. Γι' αυτό πρέπει να βρίσκεστε διαρκώς σε επαγρύπνηση. Οι περισσότερες γυναίκες υποβάλλονται σε μαστογραφία μετά τα 40 τους χρόνια. Αν όμως ο γιατρός σας διαπιστώσει πως στην οικογένειά σας έχετε ιστορικό καρκίνου που εκδηλώθηκε σε νεαρή ηλικία, ενδέχεται να σας συστήσει να ξεκινήσετε νωρίτερα την ετήσια αυτή εξέταση.

Θα πρέπει όμως να θυμάστε ότι η μαστογραφία δεν είναι η καταλληλότερη ακτινολογική εξέταση για γυναίκες μικρότερες από τα 40. Κι αυτό γιατί ο μαζικός αδένας του στήθους είναι πιο <<πυκνός>> πριν από την εμμηνόπαυση, κι επομένως είναι πιο δύσκολο να εντοπιστούν τυχόν αλλοιώσεις. Οπότε, αν δεν έχετε ξεπεράσει την ηλικία των 40 ετών, το υπερηχογράφημα μαστών ή η μαγνητική τομογραφία μπορεί να δώσει εξίσου σωστή διάγνωση.

**ΜΥΘΟΣ 5<sup>ος</sup>:** *Ο στήθόδεσμος και τα αποσμητικά αυξάνουν τον κίνδυνο.*

Σύμφωνα με τις φήμες που κυκλοφορούν ευρέως, τα σουτιέν-και ιδιαίτερα όσα διαθέτουν μπανέλα-παγιδεύουν τις τοξίνες, περιορίζοντας τη λέμφο και την κυκλοφορία του αίματος στο στήθος, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο. Κάτι αντίστοιχο υποστηρίζεται και για τη χρήση των αποσμητικών. Τα συγκεκριμένα σκευάσματα εμποδίζουν το σώμα να αποβάλλει μέσα από τον ιδρώτα τις καρκινογόνες ουσίες που αναπτύσσονται στους μαστούς, ενώ περιέχουν επικίνδυνα χημικά που απορροφώνται από το δέρμα. Οι ειδικοί αποκαλύπτουν την αλήθεια: Δεν υπάρχουν επιστημονικές



αποδείξεις που να συνδέουν τη χρήση του στηθόδεσμου και των αποσμητικών με την εμφάνιση καρκίνου.



**ΜΥΘΟΣ 6<sup>ος</sup>:** *Αν έχετε μικρό στήθος, έχετε λιγότερες πιθανότητες να νοσήσετε.*

Το μέγεθος του στήθους δεν έχει σημασία. Τα αδενικά λοβία από όπου ξεκινά ο καρκίνος του μαστού είναι ίδια σε αριθμό είτε η γυναίκα έχει μεγάλο είτε μικρό στήθος. Άλλωστε, θα πρέπει να θυμάστε πως το μέγεθος του στήθους καθορίζεται από το λίπος.

**ΜΥΘΟΣ 7<sup>ος</sup>:** *Οι νέες έρευνες αποδεικνύουν ότι η Θεραπεία Ορμονικής Υποκατάστασης (ΘΟΥ)-ακόμα και για περιορισμένο χρονικό διάστημα-μπορεί να προκαλέσει καρκίνο.*

Πολλές γυναίκες ανησύχησαν-και όχι αδικαιολόγητα-όταν μια πολύ σημαντική μελέτη αποκάλυψε πως η ΘΟΥ με οιστρογόνα και προγεστίνη αυξάνει ελαφρώς τον κίνδυνο καλπάζουσας μορφής καρκίνου του μαστού. Μια πιο πρόσφατη μελέτη επιβεβαίωσε ότι η συνδυασμένη θεραπεία πράγματι αυξάνει τον κίνδυνο. Παρόλα αυτά, αποκάλυψε και κάτι καθησυχαστικό: Αυτός ο κίνδυνος μειώνεται 6 μήνες αφότου η γυναίκα σταματήσει τη θεραπεία. Τα αποτελέσματα της έρευνας αφορούν τις γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε Θεραπεία Ορμονικής Υποκατάστασης για μερικούς μήνες και εκείνες που η θεραπεία διήρκησε περισσότερο από 5 έτη.

**ΜΥΘΟΣ 8<sup>ος</sup>:** *Τα γαλακτοκομικά και τα τρόφιμα με υψηλά λιπαρά αυξάνουν τον κίνδυνο.*

Αρκετές μελέτες αποκαλύπτουν πως οι γυναίκες που ζουν σε χώρες όπου η διατροφή είναι χαμηλή σε λιπαρά έχουν μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Παρόλα αυτά, η πλειονότητα των επιστημονικών ερευνών δεν παρέχει αδιαμφισβήτητα στοιχεία που να συνδέουν τη διατροφή με υψηλά λιπαρά με τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού.

Γιατί όμως τα επιστημονικά ευρήματα είναι τόσο αντιφατικά; Γιατί οι γυναίκες σε άλλες χώρες μπορεί να αθλούνται πιο συχνά, να μην είναι παχύσαρκες, να καπνίζουν λιγότερο, να έχουν διαφορετικό γενετικό προφίλ. Ένα πράγμα είναι σίγουρο: Αν έχετε περάσει την περίοδο της εμμηνόπαυσης, προσέξτε το βάρος σας. Η παχυσαρκία είναι αιτία διαφόρων μορφών καρκίνου.

Όσον αφορά τα γαλακτοκομικά προϊόντα τα αποτελέσματα των ερευνών ποικίλλουν. Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη του Πανεπιστημίου του Harvard ( Harvard's Nurses' Health Study) σε 120.000 γυναίκες, αποκαλύφθηκε ότι εκείνες που πριν την εμμηνόπαυση καταναλώναν μεγάλες ποσότητες γαλακτοκομικών είχαν μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

**ΜΥΘΟΣ 9<sup>ος</sup>:** *Η μαστογραφία τον αποτρέπει.*



Πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε περισσότερες από 500 γυναίκες από την Harris Interactive Inc, μια από τις μεγαλύτερες εταιρίες ερευνών στον κόσμο, που

έχει την έδρα της στην Ν. Υόρκη, αποκάλυψε ότι περίπου το 30% των ερωτηθέντων πίστευαν πως η μαστογραφία προλαμβάνει τον καρκίνο του μαστού. Η μαστογραφία (όπως και η αυτοψηλάφηση) αποτελεί μέτρο πρόληψης. Μπορεί να ανιχνεύσει καρκινικούς όγκους σε πολύ πρώιμα στάδια, αλλά δεν μπορεί να αποτρέψει τη δημιουργία και την εμφάνισή τους.

#### **ΜΥΘΟΣ 10<sup>ος</sup>: Η μαστογραφία είναι άχρηστη σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες.**

Πράγματι δύο νέες σουηδικές μελέτες υποστηρίζουν πως η τακτική μαστογραφία δεν μειώνει τις πιθανότητες θανάτου από καρκίνο του μαστού. Παρόλα αυτά, πολλές άλλες μελέτες διαφωνούν.

Αυτό φυσικά δεν σημαίνει ότι πρέπει να σταματήσετε να υποβάλλεστε σε αυτή την εξέταση. Αναζητήστε τις καλύτερες νοσοκομειακές εγκαταστάσεις στην περιοχή σας ή καταφύγετε στο ακτινολογικό κέντρο που χειρίζεται τις περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού στην πόλη σας. Επισκεφτείτε έναν ειδικό ακτινολόγο που εξειδικεύεται στην ανάγνωση μαστογραφίας και ζητήστε να σας πει πόσες μαστογραφίες διαβάζει κάθε χρόνο. Οι ειδικοί επισημαίνουν ότι οι ακτινολόγοι που διαβάζουν περισσότερες από 300 μαστογραφίες το χρόνο είναι πιο ακριβείς.<sup>17</sup>

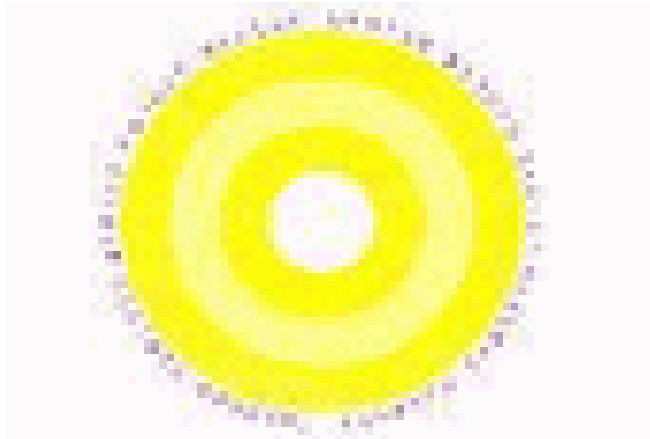
### **8.4. 10 λόγοι που κάνουν την πρόληψη απαραίτητη**

- 1. Κάθε χρόνο στην Ελλάδα 4.500 γυναίκες προσβάλλονται από τον καρκίνο του μαστού, ενώ 1.500 από αυτές χάνουν τη ζωή τους.**



- 2. Μόνο το 5% των Ελληνίδων εντοπίζουν τον καρκίνο του στήθους όταν αυτός είναι το αρχικό στάδιο και επομένως ιάσιμος. Το αντίστοιχο ποσοστό στην Ευρώπη είναι 60%.**
- 3. Ενώ το 12,4% των ενήλικων γυναικών προσβάλλονται από τον καρκίνο του μαστού, μόνο ένα μικρό ποσοστό βρίσκει τον όγκο μέσω προληπτικών εξετάσεων. Οι περισσότερες γυναίκες ανακαλύπτουν τον όγκο από μόνες τους, τυχαία στο μπάνιο ή παρακολουθώντας κάποια ενημερωτική εκπομπή με ανάλογο θέμα.**
- 4. Κάθε 2,5 ώρες γίνεται μια διάγνωση του καρκίνου του στήθους και κάθε 6 ώρες πεθαίνει μια γυναίκα.**
- 5. Σύμφωνα με ευρωπαϊκές οδηγίες τα κράτη-μέλη πρέπει να έχουν δημιουργήσει τις συνθήκες εκείνες, που θα ελαττώσουν τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στην Ευρώπη κατά 25% ως το 2008. Το πιο σημαντικό μέσο για να επιτευχθεί αυτό είναι η προληπτική εξέταση που γίνεται με αυτοεξέταση, τακτική μαστογραφία καθώς και κλινική εξέταση.**
- 6. Η έγκαιρη διάγνωση αυξάνει έως και 95% τα ποσοστά επιβίωσης την πρώτη 5ετία. Επιπλέον συμβάλλει στη μείωση των χειρουργικών επεμβάσεων και της μαστεκτομής.**
- 7. Οι γυναίκες που κάνουν μαστογραφία έχουν 30% πιθανότητες να νικήσουν τον καρκίνο.**
- 8. Ένας όγκος (μικρότερος από 1 εκατοστό) μπορεί να αντιμετωπιστεί με επιτυχία σε ποσοστό έως και 98%. Η μαστογραφία εντοπίζει όγκους 2-3 χιλιοστών. Με ψηλάφηση ένας έμπειρος γιατρός μπορεί να εντοπίσει όγκο μεγαλύτερο του ενός εκατοστού.**
- 9. Η θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού μειώθηκε τα τελευταία χρόνια σε ποσοστό 30%, ενώ με τη χρήση της μαστογραφίας αναμένεται να φτάσει έως και 50%.**

10. Κάθε γυναίκα άνω των 40 πρέπει να κάνει προληπτικές εξετάσεις κάθε 2-3 χρόνια. Οι γυναίκες ηλικίας πενήντα ετών και άνω πρέπει να εξετάζονται κάθε χρόνο. Πέρα όμως από τις κλινικές εξετάσεις, **κάθε γυναίκα πρέπει να βάλει στο πρόγραμμά της την αυτοεξέταση.** Ο καρκίνος του στήθους είναι **ιάσιμος**, όταν εντοπίζεται σε πρώιμο στάδιο.<sup>17</sup>





# Κεφάλαιο 9

# ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Σε περίπου 1-3% των καρκίνων του μαστού γίνεται η διάγνωση κατά τη διάρκεια της κύησης ή της περιόδου του θηλασμού. Κάτω από τέτοιες προϋποθέσεις υφίσταται η πάθηση κάτω από ιδιαίτερους κανόνες:

- ✚ Οι μεταβολές του μαστού κατά τη διάρκεια της κύησης δύσκολα επιτρέπουν τη διάγνωση ενός απομονωμένου όγκου.
- ✚ Το υψηλό επίπεδο ορμονών (οιστρογόνων) κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να ευνοεί την ανάπτυξη του όγκου.

Για τους λόγους αυτούς τίθεται η διάγνωση του καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια της κύησης ή του θηλασμού πολύ αργά. Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι η ίδια όπως και στη μη έγκυο γυναίκα. Λόγω του αυξημένου κινδύνου της νόσου θα πρέπει να εφαρμοσθεί η θεραπεία χωρίς καμιά χρονοτριβή. Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού με εγχείρηση ή ακτινοθεραπεία είναι δυνατή ακόμη και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μια κυτταροστατική θεραπεία αντιθέτως είναι αμφισβητούμενη, διότι κατά το πρώτο τρίμηνο κύησης είναι υπαρκτός ένας αυξημένος κίνδυνος διαμαρτιών του παιδιού.

Στο ερώτημα εάν πρέπει να διενεργηθεί μια διακοπή κύησης σε καρκίνο του μαστού, υπάρχουν διχασμένες γνώμες μεταξύ των ερευνητών. Μια βελτίωση της πορείας της νόσου δεν φαίνεται να λαμβάνει χώρα με τη διακοπή της κύησης.

Υποστηρικτές της διακοπής όμως σταθμίζουν, ότι η μελλοντική φροντίδα του νεογέννητου πιθανόν να μην μπορεί να συμβιβασθεί με την κρίσιμη κατάσταση της υγείας της μητέρας.<sup>7</sup>

### Κύηση μετά τον καρκίνο του μαστού

Περίπου 7% των γυναικών, οι οποίες έχουν θεραπευθεί από καρκίνο του μαστού, έχουν στο ενεργητικό τους μια ή περισσότερες εγκυμοσύνες σε μεταγενέστερο χρονικό σημείο. Η αρχική νόσος φαίνεται να μην επηρεάζεται αρνητικά με την εγκυμοσύνη. Υπάρχουν πληροφορίες, σύμφωνα με τις οποίες θεραπευθείσες από καρκίνο του μαστού γυναίκες, μετά από μια εγκυμοσύνη παρουσίασαν μια βελτίωση στην γενική τους κατάσταση σε σύγκριση προς ασθενείς χωρίς επακολουθήσασα κύηση. Οι υποδείξεις, επί πόσο χρόνο μετά τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού θα πρέπει η γυναίκα να αποφύγει μια εγκυμοσύνη, είναι διαφορετικές. Αυτές κυμαίνονται από την πλήρη παραίτηση μέχρι τη συμβουλή αναμονής ενός χρονικού διαστήματος πέντε ετών. Σκόπιμο είναι να υποδειχθεί μια αναμονή δύο έως τριών ετών, διότι στο χρονικό αυτό διάστημα εμφανίζεται η πλειονότητα των επιπλοκών.<sup>7</sup>



# **Κεφάλαιο 10**

# **ΣΑ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ**

## 10.1. Παράγοντες κινδύνου

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

Βιβλιογραφικά σημειώνεται ότι, ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα, εμφανίζεται περισσότερο σε οικογένειες με καρκίνο του μαστού στις γυναίκες. Εξ' άλλου στις οικογένειες με καρκίνο του μαστού, οι γυναίκες και οι άνδρες φέρουν υψηλό βαθμό κινδύνου. Ως εκ τούτου οι γυναίκες και οι άνδρες των οικογενειών με ιστορικό καρκίνου του μαστού πρέπει να παρακολουθούνται.<sup>18</sup>

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

Ανευρέθη επίσης, σχέση χορήγησης οιστρογόνων και καρκίνου του μαστού, καθώς και γυναικομαστίας. Η χρήση του οιστρογόνου με τη δράση της επί του ήπατος διαταράσσει την ισορροπία των στεροειδών του φύλου και έτσι δημιουργείται σχετική περίσσεια των οιστρογόνων. Επί πλέον, η ζύμη της μύρας ( μαγιά μύρας) παράγει οιστραδιόλη. Ως εκ τούτου σ' αυτούς, που καταναλίσκουν επί μακρόν μύρα, παρατηρείται διόγκωση των μαστών. Η αναλογική σχέση οιστρογόνων / ανδρογόνων διαταράσσεται και στις παθήσεις των όρχεων, με συνέπεια να αυξάνεται ο κίνδυνος της γυναικομαστίας.

<u>Χαρακτηριστικά του καρκίνου του μαστού στον άνδρα</u>	
• Επίπτωση	1%
• Συχνότητα ανάμεσα σε όλους τους καρκίνους	0,2%
• Οικογενειακό ιστορικό	Αύξηση επίπτωσης
• Ηλικία	60-65 ετών↑
• Νόσοι- Σύνδρομα	Σύνδρ. Klinefelter 6%
	Σχιστοσωμίαση ↑
	Χρόνια ηπατική πάθηση;
• Ακτινοβολία	Θωρακικού τοιχώματος (A=Γ)
• Φάρμακα	Οιστρογόνα
• Παθολογοανατομία	Πορογενής καρκίνος 87%
• Ορμονικοί υποδοχείς	(+) ER υποδοχείς 80%
• Δήθηση μασχालιαίων λεμφαδένων	55% (κατά διάγνωση)

Υπάρχει ο ισχυρισμός ότι, κατά την πορεία του καρκίνου του προστάτου μπορεί να εμφανιστεί γυναικομαστία και καρκίνος του μαστού. Αυτό οφείλεται στη θεραπεία του καρκίνου του προστάτου, η οποία γίνεται με τη χορήγηση οιστρογόνων. Εξ' άλλου, παρ' όλο που είναι σπάνιο, είναι γνωστές οι μεταστάσεις του καρκίνου του προστάτου στους μαστούς.<sup>19</sup>

## 10.2. Διάγνωση

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

Η ετερόπλευρη εμφάνιση μάζας στον μαστό, σε άνδρες άνω των 40 ετών, μπορεί να προξενήσει διαγνωστικό πρόβλημα.<sup>20</sup>

Η αιτία της καθυστερημένης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού στον άνδρα, μπορεί να οφείλεται στη σκέψη ότι, ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται αποκλειστικά στη γυναίκα και όχι στον άνδρα. Ως εκ τούτου και ο ασθενής και ο θεράπων πρέπει να γνωρίζουν ότι, όλες οι ετερόπλευρες διογκώσεις του μαστού σε άνδρα άνω των 40 ετών επιβάλλεται να ερευνώνται. Η ύπαρξη της διόγκωσης χωρίς πόνο θέτει την υπόνοια καρκίνου. Ο σύγχρονος αμφοτερόπλευρος καρκίνος του μαστού στον άνδρα είναι πολύ σπάνιος. Το ποσοστό αμφοτερόπλευρου καρκίνου του μαστού στον άνδρα είναι μικρότερο του 1%, αντίθετα η γυναικομαστία είναι αμφοτερόπλευρα παρούσα στο 95% των αρρώστων. Η γνώση της χρησιμοποίησης φαρμάκων που προκαλούν γυναικομαστία, δεν πρέπει να αποτρέπει την βιοψία σε ετερόπλευρες διογκώσεις του μαστού σε υπερήλικες ασθενείς. Η γνώση των φαρμάκων, μπορεί να έχει αξία ως αιτία για την αμφοτερόπλευρη αύξηση του μεγέθους των μαστών.

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

Ο λοβιακός καρκίνος του μαστού αποτελεί το 15% των καρκίνων του μαστού στη γυναίκα. Αντίθετα, ο λοβιακός καρκίνος του μαστού στον άνδρα είναι άκρως σπάνιος, διότι ο φυσιολογικός μαστός στον άνδρα στερείται λοβίων. Ο μέχρι σήμερα αριθμός του λοβιακού καρκίνου στον άνδρα δεν υπερβαίνει τις 20 περιπτώσεις. Ο πορογενής καρκίνος in situ (DCIS) αποτελεί τη συχνότερη νόσο, η οποία αναγνωρίζεται πλέον στη γυναίκα. Αντίθετα στον άνδρα η νόσος αυτή είναι σπάνια και αποτελεί μόνο το 7% των καρκίνων. Η πρόγνωση της τελευταίας στον άνδρα είναι πολύ καλή, και οι περισσότεροι όγκοι είναι θηλώδους τύπου. Προτιμάται η μαστεκτομή, με ή χωρίς καθαρισμό της μασχάλης.<sup>19</sup>



### 10.3. Θεραπεία

Γενικά, η τοπική, η επικουρική και η παρηγορητική θεραπεία του καρκίνου του μαστού στον άνδρα, είναι όμοια μ' αυτή της γυναίκας. Μόνο που σ' αυτούς, οι συντηρητικές εγχειρήσεις μπορεί να μην είναι εφαρμόσιμες, ένεκα της ανατομικής γειτονίας του όγκου με το θωρακικό τοίχωμα και το δέρμα.<sup>19</sup>

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



# Κεφάλαιο 11

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

# ΠΡΩΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

## ΙΣΤΟΡΙΚΟ

\_\_\_ Η πρώτη περίπτωση αφορά μια γυναίκα ηλικίας 78 ετών , μητέρα 2 αγοριών.

Προσήλθε στο Γ.Π.Ν.Π. με διάγνωση Ca δεξιού μαστού.

Το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς αναφέρει ότι πριν από 30 μέρες ψηλάφησε τυχαία ογκίδιο στον δεξιό μαστό. Το ογκίδιο είναι ανώδυνο, σκληρό το οποίο κάνει τοπική εισολκή του δέρματος. Οι λεμφαδένες δεξιά είναι ελαφρά διογκωμένοι. Μετά την εκτίμηση της καταστάσεως η ασθενής υποβάλλεται σε μαστογραφία, η οποία δείχνει ογκίδιο δεξιού μαστού. Έτσι εισάγεται στην κλινική για χειρουργική αντιμετώπιση.

Στο ατομικό της ιστορικό αναφέρεται σαν χρόνια νόσημα αρτηριακή πίεση.

Τα φάρμακα που φέρει είναι:

- Adalat CR 30mg 1×1
- Pritor 80mg 1×1
- Kerlone 20 mg ½×1

Επίσης φέρει Rø θώρακος.

Η κατάσταση της ασθενούς είναι αρκετά καλή. Για την ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης ενημερώθηκε παθολόγος. Προληπτικά, έγινε ΗΚΓ το οποίο δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα. Την προηγούμενη μέρα της εγχείρησης πάρθηκε πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος, η ασθενής ήταν άπυρετη και της έγινε προεγχειρητική ετοιμασία.

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

Έγινε α/α θώρακος. Η κατάσταση του τραύματος είναι καλή.

Η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

- |                       |     |
|-----------------------|-----|
| • D/W 5% 1000cc       | 1×1 |
| • N/S 0.9% 1000cc     | 1×2 |
| • Adalat CR tabl 30mg | 1×1 |
| • Zantac amp          | 1×3 |
| • Primperan amp.      | 1×3 |
| • Apotel amp          | 1×3 |

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΤΙΤΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανάγκη ασφάλειας και κατανόησης από τα μέλη της ομάδας υγείας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δημιουργία φιλικού κα άνετου περιβάλλοντος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διάλογος με τη νοσηλεύτρια, γιατρό και κοινωνική λειτουργό για να λυθούν οι απορίες της ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ακρόαση όλων των ερωτημάτων και ανησυχιών της ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αίσθημα εμπιστοσύνης στο χώρο του νοσοκομείου από την ασθενή.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Φόβος και άγχος για το χειρουργείο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Βοήθεια της ασθενούς να αποδεχθεί την ασθένειά της.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διάλογος ασθενούς με γιατρό και νοσηλεύτρια</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενθάρρυνση της άρρωστης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής έτοιμη για το χειρουργείο σε καλή κατάσταση.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πόνος χειρουργικού τραύματος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εξασφάλιση ήσυχου και άνετου περιβάλλοντος</li> <li>• Ανακουφιστική θέση της ασθενούς.</li> <li>• Ενθάρρυνση βαθιών αναπνοών.</li> <li>• Πausίπινο με εντολή γιατρού.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εξασφαλίστηκε ήρεμο και άνετο περιβάλλον με μείωση του θορύβου, περιορισμό των επισκέψεων, επαρκή αερισμό χώρου.</li> <li>• Τοποθετήθηκε η ασθενής σε αναπαυτική θέση</li> <li>• Χορηγήθηκε amp Zideron σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Επιτεύχθηκε η καταστολή του πόνου με τη χορήγηση του κατάλληλου αναλγητικού μετά από μισή ώρα.</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ναυτία- Έμετος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Απαλλαγή της ασθενούς από το αίσθημα ναυτίας και αντιμετώπιση των έμετων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τοποθέτηση της ασθενούς σε άνετη θέση με το κεφάλι στο πλάι.</li> <li>• Ενθάρρυνση για βαθιές αναπνοές</li> <li>• Αντιγραφή στη λογοδοσία της ποσότητας, συχνότητας και είδους των εμέτων.</li> <li>• Να τεθεί Primperan amp 1×3 σε 1000cc 0,9% σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</li> <li>• Πλύση της στοματικής κοιλότητας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τοποθετήθηκε η ασθενής σε άνετη θέση με το κεφάλι στο πλάι.</li> <li>• Τέθηκαν στα υγρά 24ώρου Primperan amp μετά από ιατρική οδηγία</li> <li>• Σε κάθε έμετο καταγράφεται η ποσότητα, συχνότητα, και είδος των εμέτων.</li> <li>• Γίνεται πλύση της στοματικής κοιλότητας με Hexalen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Το αίσθημα ναυτίας άρχισε να υποχωρεί και οι έμετοι αντιμετωπίστηκαν με Primperan.</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>Πιθανή μόλυνση του τραύματος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αποφυγή μόλυνσης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Έλεγχος του τραύματος</li> <li>Φροντίδα τομής και αλλαγή τραύματος.</li> <li>Αντιβιοτική αγωγή σύμφωνα με ιατρική οδηγία</li> <li>Ζωρη θερμομέτρηση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ελέγχεται το τραύμα για ερυθρότητα, οίδημα, αύξηση θερμοκρασίας.</li> <li>Θα τοποθετηθεί Red-o-Pack κλατω από το επίπεδο του κρεβατιού</li> <li>Γίνεται αλλαγή τραύματος με άσηπτη τεχνική</li> <li>Χορηγείται Radacef 1gr×2&amp; Metronizadole 500 mg×3.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Η τομή διατηρείται καθαρή.</li> <li>Δεν υπάρχουν στοιχεία μόλυνσης</li> </ul>



<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Αλλαγή σώματος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αποδοχή από την ασθενή την καινούρια εικόνα του σώματός της.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ευκαιρία για έκφραση των συναισθημάτων της ασθενούς.</li> <li>Χρόνος προς συζήτηση και ερωτήσεις</li> <li>Ενημέρωση για την χρήση προσθηκών μετά από μαστεκτομή.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Η νοσηλεύτρια επικεντρώνεται στα συναισθήματα της ασθενούς και αντιμετωπίζει τη συμπεριφορά της.</li> <li>Ενισχύεται η ελκυστικότητα και η αξία της ασθενούς.</li> <li>Ενημερώθηκε η ασθενής για τη χρήση προσθηκών</li> <li>Επιτεύχθηκε αποδοχή και προσαρμογή της ασθενούς από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Η ασθενής δείχνει ένα βαθμό αποδοχής του χειρουργικού αποτελέσματος.</li> <li>Η επικοινωνία με την οικογένεια την γεμίζουν αυτοπεποίθηση.</li> <li>Η ασθενής προγραμματίζει ασχολίες και δραστηριότητες μετά το εξιτήριό της.</li> </ul>

# ΔΕΥΤΕΡΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

## ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η δεύτερη περίπτωση αφορά μια γυναίκα 48 ετών, μητέρα 2 παιδιών

Προσήλθε στο Γ.Π.Ν.Π. με διάγνωση Ca αριστερού μαστού.

Το ιστορικό αναφέρει ότι ανακάλυψε μόνη της την ύπαρξη ογκιδίου ένα πρωί και δ3εν ενημέρωσε τον σύζυγό της. Μετά από 10 μέρες που παρατήρησε ότι το ογκίδιο δεν υποχωρούσε επισκέφθηκε το νοσοκομείο όπου υποβλήθηκε σε σειρά εξετάσεων.

Η μαστογραφία δείχνει:

Συμπαγές μόρφωμα αριστερού μαστού, ανώδυνο, σκληρό με σαφή όρια διαστάσεων 1×1 cm. Στην περιοχή της μασχάλης διακρίνονται ψηλαφητοί, ανώδυνοι, κινητοί λεμφαδένες. Δεξιός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Το ατομικό ιστορικό αναφέρει ότι υποβλήθηκε παλιότερα σε χειρουργείο κύστης κόκκυγα.

Φέρει Rō θώρακος.

Η κατάσταση της ασθενούς καλή.

Την προηγούμενη της εγχείρησης πάρθηκε πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος. Έγινε η κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία.

Μετεγχειρητικά εμφανίστηκε λεμφοίδημα όπου αντιμετωπίστηκε ανάλογα. . Επίσης μετά το χειρουργείο φέρει 1 περιφερική φλέβα απ' όπου παίρνει ορούς και αντιβίωση και 2 R.O.P.

Η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

- Ceclor caps 500mg 1×3
- Zimoplex tab 20mg 1×2
- Netromycine amp 150mg 1×2
- Apotel 600mg επί πόνου
- Zofron amp 1×2
- Dextrose 5 % 1000cc 1×1
- N/S 1000cc 1×1

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• πόνος λόγω χειρουργείου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• μείωση ή και εξάλειψη του πόνου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τοποθέτηση της ασθενούς στην κατάλληλη θέση</li> <li>• Εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος</li> <li>• Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με ιατρική οδηγία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τοποθετήθηκε η ασθενής σε άνετη θέση.</li> <li>• Στηρίχθηκαν οι σωλήνες παροχέτευσης με λευκοπλάστη στο κρεβάτι.</li> <li>• Εξασφαλίστηκε ήρεμο και άνετο περιβάλλον με μείωση των θορύβων και των επισκέψεων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Επιτεύχθηκε η καταστολή του πόνου με την χορήγηση του κατάλληλου αναλγητικού.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• λεμφοίδημα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• αποφυγή οιδήματος και πρόληψη τυχόν επιπλοκών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ασκήσεις στο προσβεβλημένο χέρι</li> <li>• εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• τοποθέτηση μαξιλαριού κάτω από το χέρι</li> <li>• στις ασκήσεις έκταση και κάμψη δακτύλων</li> <li>• απαγορεύεται η λήψη αίματος και η μέτρηση αρτηριακής πίεσης της προσβεβλημένης πλευράς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• πρόληψη λεμφοιδήματος</li> <li>• επιστροφή φλεβικού αίματος</li> </ul>

ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ατονία και εξάντληση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Διατήρηση θερμδικού ισοζυγίου</li> <li>Αποκατάσταση του θρεπτικού ισοζυγίου της ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ρύθμιση της διατροφής και εξασφάλιση σωστών συνθηκών διατροφής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση κατάλληλων τροφών με την παρούσα κατάσταση</li> <li>Ρύθμιση των γευμάτων πλούσια σε λευκώματα και υδατάνθρακες</li> <li>Εύπεπτες τροφές</li> <li>Δημιουργία ευχάριστου και καθαρού περιβάλλοντος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Επιτεύχθηκε η θρέψη και η σταδιακή ανάρρωση της ασθενούς.</li> </ul>



# **Κεφάλαιο**

# **12**

# **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

## 12.1. Επικοινωνία νοσηλεύτριας-ασθενούς

Ο ρόλος της ασθενούς είναι παραδοσιακά ρόλος εξάρτησης και αλλοτρίωσης. Ποτέ κανείς ενήλικος δεν διανοείται να αναθέσει τη φροντίδα του εαυτού του σε κάποιον άλλο, εκτός από την περίπτωση της ασθένειας, οπότε αυτό γίνεται υποχρεωτικά. Η εκχώρηση αυτής της φροντίδας στη νοσηλεύτρια είναι συναισθηματικά φορτισμένη, επειδή συνοδεύεται από ένα βαθμό ενδοψυχικής σύγκρουσης, που αφορά σε αυτό που ο ενήλικας εκλαμβάνει σαν παλινδρόμηση στην παιδική ηλικία, σε μια ηλικία που υπήρχε εξάρτηση από τους γονείς.

Η σύγχρονη αντίληψη στη νοσηλευτική εκπαίδευση και στην κλινική πράξη θέλει τη σχέση νοσηλεύτριας-ασθενούς κοινωνικά ισότιμη. Προϋποθέτει καθαρά συνεργατική διαδικασία ανάμεσα στα δύο μέρη, με κοινό στόχο την προαγωγή της υγείας της ασθενούς. Έτσι, η ασθενής δεν μένει άβουλη στη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων και της θεραπείας, αλλά συμμετέχει ενεργά μέσα από αμφίδρομη επικοινωνία με τη νοσηλεύτρια, κατά την οποία αλληλομεταδίδονται πολύτιμες πληροφορίες και για τις δύο. Στα πλαίσια αυτής της επικοινωνίας, η νοσηλεύτρια, πριν από οποιαδήποτε ενέργειά της, λαμβάνει υπόψη της τις προηγούμενες αντιδράσεις της ασθενούς και η

ασθενής-αποκτώντας συνείδηση του υπεύθυνου ρόλου της-παρέχει στη νοσηλεύτρια τις πληροφορίες εκείνες που θα προωθήσουν την υπόθεση της υγείας της.

Έχοντας συνεχώς αντίληψη των αντιδράσεων της ασθενούς, η νοσηλεύτρια μεθοδεύει την όλη της δραστηριότητα έτσι, ώστε αυτή να μην έχει αρνητική ψυχολογική επίδραση στην ασθενή. Φυσικά, η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί τις επιστημονικές της γνώσεις και την κλινική της εμπειρία κατά τον επωφελέστερο για κάθε ασθενή τρόπο.

Για την ουσιαστική επικοινωνία με την ασθενή, είναι απαραίτητη η δημιουργία συναισθηματικής σύζευξης νοσηλεύτριας-ασθενούς: η νοσηλεύτρια <<νιώθει>> το συνολικό πρόβλημα της ασθενούς, τόσο από τη σωματική όσο και από την ψυχολογική του πλευρά, και η ασθενής καταλαβαίνει ότι η νοσηλεύτρια τη <<νιώθει>> αληθινά. Πρόκειται δηλαδή για μια σχέση που στηρίζεται σε αυτό που λέμε θεραπευτική συμμαχία.

Η επικοινωνία ασθενούς-νοσηλεύτριας σημαίνει ανταλλαγή απόψεων, ιδεών και συναισθημάτων. Περιλαμβάνει ακρόαση μέσα από λεκτικές ή άλλες οδούς, ώστε να διευκολυνθεί και να βελτιωθεί ο τρόπος επικοινωνίας και να αναφερθεί η σημασία της αλληλεπίδρασης μεταξύ δύο ατόμων. Στην επικοινωνία νοσηλεύτριας-ασθενούς στηρίζεται και η ενημέρωση της ασθενούς για την ασθένειά της.

Με βάση τη σύγχρονη αντίληψη για τη σχέση νοσηλεύτριας-ασθενούς, η νοσηλεύτρια πρέπει να αποφεύγει το δίλημμα <<ναι ή όχι>> στην ενημέρωση όλων των καρκινοπαθών, γενικώς και αδιακρίτως. Η τακτική της πρέπει να εξατομικεύεται μετά από προσωπική εκτίμηση της προσωπικότητας της ασθενούς και μετά από στάθμιση των ιδιαίτερων συνθηκών του περιβάλλοντός της. Το αν θα γίνει, το πότε θα γίνει και το πώς θα γίνει η ενημέρωση της καρκινοπαθούς από τη νοσηλεύτρια ποικίλλει από περίπτωση σε περίπτωση.

Γενικό κριτήριο είναι η οποιαδήποτε ενημέρωση να μην καταλήγει σε βάρος της ψυχοκοινωνικής ισορροπίας της ασθενούς. Λέμε στην ασθενή τόσα όσα μπορεί ψυχολογικά να αντέξει. Έχουμε γνώση των ψυχολογικών αμυντικών μηχανισμών της και προσπαθούμε να την ενισχύουμε μάλλον, παρά να την καταπονούμε.

Μέχρι ένα σημείο, η ανάγκη των περισσότερων καρκινοπαθών να αποφεύγουν πλήρη ενημέρωση είναι σεβαστή. Όμως, σε καμιά περίπτωση, δεν προβαίνουμε σε ψευδή πληροφόρηση. Όταν η ασθενής νιώσει αρκετά δυνατή ψυχικά, θα είναι εκείνη που θα καθορίσει ( μέσω επικοινωνίας που προκύπτει από τη συναισθηματική σύζευξη με τη νοσηλεύτρια) πόσα θέλει να ακούσει και για ποια πτυχή της αρρώστιας της. Όταν η συναισθηματική σύζευξη νοσηλεύτριας-ασθενούς είναι ισχυρή, κάθε ψυχολογική αντίδραση της ασθενούς θα μπορεί να αντιμετωπισθεί ικανοποιητικά.<sup>2</sup>

## 12.2. Πως γίνεται η παρακολούθηση της γυναίκας που έχει υποβληθεί σε θεραπεία για καρκίνο του μαστού

Η παρακολούθηση περιλαμβάνει περιοδικό κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο. Αν και ο τρόπος παρακολούθησης μπορεί να διαφέρει από άρρωστη σε άρρωστη ( ανάλογα με τον κίνδυνο υποτροπής του καρκίνου του μαστού στην κάθε συγκεκριμένη ασθενή) γενικά συνιστάται το ακόλουθο σχήμα:

- ✚ Περιοδική κλινική εξέταση στους 3,6,9 και 12 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Στη συνέχεια και για τα επόμενα 4 χρόνια (δηλαδή από το 2<sup>ο</sup> έως το 5<sup>ο</sup> έτος μετά την επέμβαση) η κλινική εξέταση συνιστάται να γίνεται ανά εξάμηνο (δυο φορές το χρόνο) και μετά το 5<sup>ο</sup> έτος ανά 12μηνο ( μια φορά το χρόνο). Στην κλινική εξέταση γίνεται έλεγχος της περιοχής της μαστεκτομής ή του εναπομένοντος μαστού (ανάλογα αν έχει γίνει τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή ή συντηρητική χειρουργική επέμβαση), εξέταση του άλλου (υγιούς) μαστού, ψηλάφηση των λεμφαδένων, της κοιλιάς (κυρίως για την ανίχνευση διόγκωσης του ήπατος), εξέταση θώρακα και οστών. Ιδιαίτερα προσοχή αποδίδεται σε ορισμένα σημεία και συμπτώματα όπως η εμφάνιση όγκων (οζιδίων), βήχα ή δύσπνοιας, πόνου στα οστά ή στο θώρακα, απώλειας βάρους, ανορεξίας κλπ.
- ✚ Στις εργαστηριακές εξετάσεις συμπεριλαμβάνονται:
  - Η ακτινογραφία θώρακα
  - Η γενική εξέταση αίματος
  - Ασβέστιο, γαλακτική δευδρογενάση (LDH) και αλκαλική φωσφατάση
  - Μαστογραφία
  - Αξονική τομογραφία ή υπερηχογράφημα ήπατος
  - Σπινθηρογράφημα οστών

Γενικά, οι 4 πρώτες εργαστηριακές εξετάσεις συνιστώνται να γίνονται μια φορά το χρόνο (κατ' άλλους δυο φορές ειδικά τον πρώτο χρόνο), ενώ η ανάγκη για τις δυο τελευταίες εξετάσεις θα πρέπει να εξατομικεύεται στην κάθε ασθενή. Για παράδειγμα, αν γίνεται σπινθηρογράφημα οστών σε όλες τις γυναίκες με πρώιμο καρκίνο μαστού, αυτό θα δείξει την ύπαρξη οστικών μεταστάσεων σε ένα εξαιρετικό μικρό ποσοστό αυτών (περίπου 2%).

Επομένως, στις γυναίκες με πρώιμο καρκίνο μαστού το σπινθηρογράφημα έχει θέση όταν υπάρχουν εντοπισμένα συμπτώματα ή όταν υπάρχουν αυξημένα επίπεδα αλκαλικής φωσφατάσης. Αντίθετα, σε ένα ποσοστό μέχρι και 25% των ασυμπτωματικών γυναικών με καρκίνο του μαστού σταδίου III το σπινθηρογράφημα οστών είναι θετικό. Επομένως σε αυτή την ομάδα ασθενών αξίζει να γίνεται συστηματικά σπινθηρογράφημα οστών.



Όσον αφορά τον απεικονιστικό έλεγχο του ήπατος με τη βοήθεια του υπερηχογραφήματος ή της αξονικής τομογραφίας, οι περισσότεροι ακολουθούν μια τακτική εκλεκτικής εφαρμογής τους στις γυναίκες με πρώιμο καρκίνο του μαστού (π.χ. όταν οι λειτουργικές δοκιμασίες του ήπατος είναι παθολογικές ή όταν υπάρχει ηπατομεγαλία).<sup>21</sup>



**Κεφάλαιο**

**13**

**ΝΟΣΗΛΕΙΑ**

**ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ**

**ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**

### 13.1. Τι είναι η νοσηλεία στο σπίτι

Είναι η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας υψηλής ποιότητας στο σπίτι, μέσα στο φυσικό χώρο ζωής του ατόμου.

Γιατί πρέπει να εφαρμοσθεί ο θεσμός και ποια οφέλη απορρέουν από την εφαρμογή του; Οι λόγοι που επιβάλλουν την εφαρμογή της νοσηλείας στο σπίτι είναι:

- ✚ Η έλλειψη νοσοκομειακών κρεβατιών που παρατηρείται, ιδιαίτερα στη χώρα μας, και οι δυσκολίες που δημιουργούνται, όταν αυτά καταλαμβάνονται από χρόνιους ασθενείς, όπως καρκινοπαθείς.
- ✚ Ο περιορισμός των ημερών νοσηλείας περιορίζει σημαντικά το κόστος νοσηλείας κατά ασθενή.
- ✚ Η ψυχική κατάσταση του ασθενούς που διαφέρει, όταν αυτός νοσηλεύεται στο σπίτι του, από την νοσηλεία του στον άγνωστο και ψυχρό χώρο του νοσοκομείου.
- ✚ Ο περιορισμός ημερών αποχής των ατόμων από την εργασία τους και τις άλλες δραστηριότητές τους.  
Άρα το όφελος είναι οικονομικό, κοινωνικό και ψυχικό.<sup>2</sup>

### 13.2. Βασικοί σκοποί της κατ' οίκον νοσηλείας.

Οι βασικοί σκοποί που επιδιώκει η υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι είναι:

1. Να μη χρησιμοποιούνται οι νοσοκομειακές κλίνες, για απλές νοσηλευτικές διαδικασίες ( χορήγηση συμπτωματικής αγωγής, περιοδική παρακολούθηση κλπ.).
2. Η διαμόρφωση βασικών νοσηλευτικών δυνατοτήτων στο σπίτι, που επιτυγχάνεται με την κατάλληλη εκπαίδευση των οικείων από τις νοσηλεύτριες που, εκτός από την παρακολούθηση του ασθενούς, διδάσκουν, κατευθύνουν και παρακολουθούν τους οικείους σε βασικές φροντίδες.
3. Η δημιουργία ειδικών ψυχολογικών συνθηκών στην ασθενή με την βεβαιότητα ότι δεν είναι εγκατάλλειψη βγαίνοντας από το νοσοκομείο, αλλά ότι συνεχίζεται η παρακολούθησή της.
4. Η βοήθεια από το γιατρό του νοσοκομείου, του ασφαλιστικού φορέα ή του προσωπικού του γιατρού.
5. Να παρέχονται στο σπίτι δωρεάν φάρμακα, να γίνονται αιμοληψίες για πλήθος εργαστηριακών εξετάσεων και να χορηγούνται οροί.
6. Η παραμονή της ασθενούς στο γνώριμο και αρεστό οικογενειακό περιβάλλον.

Οι βασικοί σκοποί της νοσηλεύτριας είναι:

1. Ανακάλυψη άλλων προβλημάτων υγείας της ασθενούς.
2. Παροχή βοήθειας για την παραδοχή και αντιμετώπιση των προβλημάτων.
3. Διασύνδεση της οικογένειας με άλλες υπηρεσίες υγείας.
4. Παροχή βοήθειας για την ανάπτυξη της ικανότητας αυτοβοήθειας και αυτοεξυπηρέτησης.  
Η αναγνώριση και υλοποίηση των νοσηλευτικών φροντίδων της καρκινοπαθούς αποτελεί βασική προϋπόθεση επιτυχίας της νοσηλείας στο σπίτι.<sup>2</sup>

### 13.3. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην κατ' οίκον νοσηλεία.

- ✚ Πρωταρχική υποχρέωση της νοσηλεύτριας που θα αναλάβει τη νοσηλεία, είναι να συγκεντρώσει πληροφορίες και στοιχεία για το άτομο που πρόκειται να νοσηλεύσει, για να μπορέσει να κάνει τη νοσηλευτική της διάγνωση, να γνωρίσει τα προβλήματα υγείας και τις συνθήκες ζωής, να ερευνήσει τα μέσα που μπορεί να έχει και θα χρειαστεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και για την κάλυψη που μπορεί να της παρέχει ο ασφαλιστικός φορέας του ατόμου.
- ✚ Να γνωρίσει το οικογενειακό και άμεσο περιβάλλον της ασθενούς, που μπορεί και πρέπει να παίξει πρωταρχικό ρόλο στην όλη διάρκεια της νοσηλείας, είτε με τη συμπαράσταση είτε με τη συμμετοχή και προσφορά βοήθειας μετά από τη διδασκαλία της υπεύθυνης για την φροντίδα ( ενεργός συμμετοχή της οικογένειας).
- ✚ Να καταγράψει τη νοσηλευτική της διάγνωση. Η διάγνωση πρέπει να είναι επιστημονική, βασισμένη σε γνώσεις ανατομίας, βιολογίας, ιατρικής, νοσηλευτικής και να αξιολογηθούν διάφοροι παράγοντες, συνθήκες και κοινωνικά πλαίσια που μπορεί να επηρεάσουν την πορεία της νοσηλείας.
- ✚ Να βρει τις ανάγκες του ατόμου και να καταγράφει τις νοσηλευτικές της ενέργειες, το χρόνο και τον τρόπο που θα παρέχονται αυτές ( δηλαδή να κάνει τον προγραμματισμό της).
- ✚ Να εφαρμόζει ακριβώς το πρόγραμμα της νοσηλείας και να παρακολουθεί την πορεία της κατάστασης, ώστε σε περίπτωση που εμφανισθεί κάποιο νέο πρόβλημα να μπορεί να βελτιώσει ή να αλλάξει τις ενέργειές της, σε συνεργασία πάντα με την βοήθεια των άλλων μελών της πρωτοβάθμιας υγειονομικής μονάδας πχ. Του χειρουργού ή της κοινωνικής λειτουργού.
- ✚ Να αξιολογεί συνεχώς τα αποτελέσματα των ενεργειών της, για να μπορεί να τις ανακατατάσσει, όταν χρειάζεται.
- ✚ Να αποβλέπει στην αποκατάσταση του ατόμου και σε όλο το διάστημα να διδάσκει στο άτομο σωστό τρόπο ζωής.

Είναι αντιληπτό ότι ο τρόπος εφαρμογής της μονάδας νοσηλείας στο σπίτι βασίζεται ιδιαίτερα στην ικανότητα και στην συνείδηση της νοσηλεύτριας, ο ρόλος της οποίας δεν είναι εύκολος.

Επομένως τα προσόντα που πρέπει να διαθέτει μια νοσηλεύτρια είναι:

1. Ικανότητα, ώστε να τοποθετεί τη θέση της στη θέση του άλλου.
2. Ευαισθησία στις ανάγκες της οικογένειας ή του ατόμου.
3. Ικανότητα ανάπτυξης καλής επικοινωνίας.

Υπάρχουν ασθενείς που μένουν σε άθλιες κατοικίες με ακόμα πιο άθλιες συνθήκες ζωής ( μόνες, άπορες, εγκαταλειμμένες), που περιμένουν σαν άγγελο προστάτη τους τη νοσηλεύτρια. Η είσοδος της νοσηλεύτριας στο σπίτι της ασθενούς φέρνει τέτοια ανακούφιση σε αυτήν, που αναρωτιέται κανείς πως η ήρεμη και ήσυχη αυτή γυναίκα ( με την παρουσία της αδελφής) ξεφωνίζει από τους πόνους όλη την ημέρα.

Ο ψυχολογικός παράγοντας επομένως, είναι σημαντικός για την ασθενή και σε αυτό βοηθάει η νοσηλεύτριας της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι. Έχει παρατηρηθεί ότι λίγοι καρκινοπαθείς έχουν κατάλληλη περιποίηση από τους οικείους τους.

Μπαίνουμε έτσι στο κοινωνικό έργο που πρέπει να παραγάγει η νοσηλεύτρια, ώστε να βοηθήσει την ασθενή. Με τρόπο που να μη θίγει το περιβάλλον, κάνει προσπάθειες να τους πείσει, ότι έστω και από ανθρώπινη υποχρέωση πρέπει να δείξουν αγάπη και να τη φροντίσουν. Έτσι, η νοσηλεύτρια της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι ασκεί και το κοινωνικό της έργο.

Επίσης, οι νοσηλεύτριες μπορούν να βοηθήσουν ( λόγω της στενής τους επαφής με την ασθενή) σε έρευνες για πιθανή συμμετοχή ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην γένεση του καρκίνου.

Πιο συγκεκριμένα, η προσφορά της νοσηλεύτριας της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι σε ασθενή με μαστεκτομή έγκειται στα εξής:

1. Ψυχική υποστήριξη της μαστεκτομηθείσας και της οικογένειάς της, και ενδυνάμωση των υπαρχόντων δεσμών.
2. Βοήθεια της ασθενούς, ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται στις καθημερινές εργασίες της και στις απαιτήσεις της οικογένειάς της.
3. Παρότρυνση και διδασκαλία των μελών της οικογένειας όσον αφορά στην παροχή βοήθειας προς την ασθενή. Η παροχή βοήθειας, όπου αυτή κρίνεται απαραίτητη, όχι μόνο ανακουφίζει την ασθενή, αλλά είναι και ένδειξη προς αυτή ότι δεν έχει μείνει μόνη και ότι η οικογένειά της συνεχίζει να την αγαπά το ίδιο, να την φροντίζει και να την επιθυμεί παρούσα και συμμετέχουσα στις κοινές δραστηριότητες. Διδάσκει επίσης την ίδια την ασθενή πώς να αυτοεξυπηρετείται, πώς να αναλαμβάνει ευθύνη για εργασία η οποία της ανατίθεται κ.α., ώστε να είναι περισσότερο αποδεκτή από τους άλλους.
4. Παρότρυνση της ασθενούς στη συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις προς αποφυγή αποξένωσης και απομόνωσης.
5. Έλεγχος του διαιτολογίου της ασθενούς. Η τήρηση σωστού διαιτολογίου θα βοηθήσει στην ταχύτερη οργανική αποκατάσταση της ασθενούς και στη διατήρησή της στα φυσιολογικά επίπεδα βάρους.
6. Έλεγχος της διενέργειας των ασκήσεων που έχει διδαχθεί η ασθενής στο νοσοκομείο μετά τη μαστεκτομή, για την άμεση λειτουργική αποκατάσταση της προσβεβλημένης πλευράς. Η σημασία της διενέργειας των ασκήσεων τονίζεται ιδιαίτερα από τη νοσηλεύτρια. Επισημαίνονται δυσκολίες της ασθενούς στη διενέργεια των ασκήσεων, υποβοηθείται στη σωστή εκτέλεσή τους, ενθαρρύνεται και συζητούνται οι απορίες της.
7. Καθοδηγείται η ασθενής στη μηνιαία αυτοεξέταση του άλλου μαστού ως μέσου για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.
8. Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, η νοσηλεύτρια φροντίζει και περιποιείται το τραύμα της ασθενούς και το ελέγχει για σημεία φλεγμονής. Διδάσκει επίσης την ασθενή πώς να περιποιείται μόνη της το τραύμα με τον πιο απλό τρόπο. Η πλύση του τραύματος μπορεί να γίνεται με μαλακό τρίφτη ή με ένα κομμάτι ύφασμα. Το στεγνώνει απαλά, χωρίς να το τρίβει, ώστε να μην ερεθίζεται και χρησιμοποιεί μια συνηθισμένη κρέμα. Η ασθενής πολλές φορές ταλαιπωρείται από κνησμό, που έχει τοπικά στο τραύμα. Η χρησιμοποίηση τάλκ την ανακουφίζει αρκετά.
9. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τη συμμετοχή της ασθενούς στις τακτές περιοδικές εξετάσεις ( το ονομαζόμενο check- up), με τις οποίες δύναται να προληφθούν διάφορες επιπλοκές και που γενικότερα δίνουν σαφή εικόνα της πορείας της κατάστασης της ασθενούς.

10. Επίσης, φροντίζει για τη συμμετοχή της ασθενούς στη χημειοθεραπεία ή και ακτινοθεραπεία που έχει καθορισθεί από το γιατρό μετά τη μαστεκτομή και παράλληλα διδάσκει την ασθενή για την εφαρμογή της χημειοθεραπείας στο σπίτι.

Μεγάλο μέρος του χρόνου της νοσηλεύτριας πρέπει να αφιερώνεται στην εκπαίδευση της ασθενούς και της οικογένειάς της σχετικά με τον καρκίνο και τη θεραπεία του. Για την ανάπτυξη του εκπαιδευτικού της προγράμματος, πρέπει πρώτα να μάθει τι ήδη γνωρίζουν οι προαναφερόμενοι, αλλά και να εκτιμήσει την επίδραση της ασθένειας σε αυτούς και στον τρόπο ζωής τους. Η διδασκαλία περιλαμβάνει το σκοπό χορήγησης των κυτταροστατικών, τη δράση τους στα φυσιολογικά και καρκινικά κύτταρα, τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες και τα μέτρα άρσης τους.

Η διδασκαλία πρέπει να ξεκινήσει πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας και να συνεχίζεται- επεκτείνεται με κάθε επίσκεψη της νοσηλεύτριας στο σπίτι. Η νοσηλεύτρια πρέπει να προσπαθήσει να καλλιεργήσει και να κερδίσει την εμπιστοσύνη της οικογένειας της ασθενούς. Για να το κατορθώσει αυτό, οφείλει να απαντάει σε όλες τις ερωτήσεις και απορίες τους με ειλικρίνεια. Η ασθενής αποτελεί σημαντικό μέλος της θεραπευτικής ομάδας, από τη στιγμή που η επιτυχία της χορήγησης της χημειοθεραπείας εξαρτάται από αυτή και την οικογένειά της και τη συνεργασία τους με τα υπόλοιπα θεραπευτικά μέλη και η νοσηλεύτρια είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη αυτής της συνεργασίας.

Πολλές πράξεις μπορούν να αντικατασταθούν από μια καλή συζήτηση. Στη φάση αυτή, η ασθενής νιώθει μεγάλη ανάγκη να εκφράσει τους φόβους της, τις αδυναμίες της, τα συναισθήματά της σε ένα έμπιστο πρόσωπο που να γνωρίζει την ασθένειά της, και αυτό το πρόσωπο δεν είναι άλλο από τη νοσηλεύτρια που θα συζητήσει με την ασθενή, θα την ακούσει προσεκτικά και κατόπιν θα τη συμβουλέψει και θα την καθοδηγήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, ώστε να μπορέσει αντιμετωπίσει τα προβλήματά της και να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις της.

Η υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι πρέπει να ξεπεράσει το πειραματικό στάδιο και να γίνει πιο αποδεκτή με βάση την ευρωπαϊκή εμπειρία. Πρέπει να υπάρχουν:

- ✚ Συνεργασία όλων των ιδρυμάτων για τη γεωγραφική της εξάπλωση.
- ✚ Ενημέρωση των νοσοκομειακών και άλλων φορέων για την ύπαρξη και λειτουργία της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι.
- ✚ Σύνταξη συγκεκριμένου οργανισμού λειτουργίας της υπηρεσίας για τις αρμοδιότητες της νοσηλεύτριας.
- ✚ Γιατροί για κατ' οίκον επισκέψεις.<sup>2</sup>



**Κεφάλαιο**

**14**

**ΜΑΡΤΥΡΙΑ**

## Μάθημα ζωής από τον καρκίνο

«Κοιτάχτηκα στον καθρέφτη και είπα στον εαυτό μου: Θάλεια, δεν φαίνεσαι να έχεις καρκίνο. Μια χαρά είσαι. Όμορφη και ρόδινη! Και έτσι θα μείνεις, δεν θα το αφήσεις να βγει προς τα έξω...»

**Δεν φώναξε, δεν ούρλιαξε, δεν έκλαψε. Σήκωσε μονάχα το βλέμμα της και ρώτησε τον ειδικό: «Πόσες πιθανότητες έχω;». «Μισές μισές...», απάντησε εκείνος. «Και μετά; », ξαναρώτησε. «Τακτική παρακολούθηση για πιθανή επανεμφάνιση», είπε ο γιατρός.**



Η Θάλεια μάζεψε την τσάντα της και τον φάκελο με τις εξετάσεις και βγήκε στον δρόμο. Ήταν ένα ζεστό αυγουστιάτικο πρωινό. Διέσχισε και τα δυο ρεύματα της Λ. Αλεξάνδρας δίχως να περιμένει το φανάρι- λες και δεν υπήρχαν αυτοκίνητα. Δεν άκουγε καν τα κορναρίσματα, ούτε τις βρισιές των οδηγών.

Ύστερα άρχισε να περπατά ασταμάτητα, δίχως προορισμό. Μέχρι που κατέρρευσε σ' ένα παγκάκι στην Πλατεία Αμερικής. Δεν θυμάται τίποτα άλλο από εκείνη την ημέρα. Μόνο ότι στο σπίτι της έφτασε αργά το απόγευμα...

**Δύναμη και θέληση είναι τα όπλα μου.** Εννέα χρόνια αργότερα και η Θάλεια στα 45 της χρόνια παλεύει ακόμα με τον καρκίνο που της εμφανίστηκε συνολικά τέσσερις φορές: « Έχω την δύναμη και τον νικό κάθε φορά που έρχεται. Και αν ξανάρθει πάλι, θα τον νικήσω! Γιατί αυτό είναι που περιμένει ο καρκίνος: να σε βρει ανέτοιμο, αδύναμο, ευάλωτο, δίχως όπλα! Εγώ έχω όπλα- τη δύναμή μου και τη θέλησή μου να ζήσω...».

Έχει υποβληθεί έως τώρα σε πέντε χειρουργεία- δύο αφαίρεσης μαστών, ένα σε ευπαθές όργανο και το τελευταίο για μελάνωμα στον μηρό πριν από τρεις μήνες- και αντέχει ακόμα. Έχει μια βαθιά λαχτάρα να μεγαλώσει και να στηρίξει τα δυο της κορίτσια – 18 και 14 χρόνων αντίστοιχα- που με τη σειρά τους βοηθούν, στηρίζουν και ενθαρρύνουν τη μητέρα τους στον δύσκολο αγώνα της. Ο άνδρας της Θάλειας πέθανε από έμφραγμα λίγο πριν εκείνη αρρωστήσει: « Είναι τόσο απρόβλεπτη η ζωή! Οι ανατροπές έρχονται μέσα σε δευτερόλεπτα, εκεί που δεν το περιμένεις. Είχαμε μαζί μια βιοτεχνία ρούχων στη Ν. Ιωνία, παλεύαμε μέρα- νύχτα, αλλά ήμασταν μια ευτυχισμένη οικογένεια. Όταν έφυγε εκείνος, αναγκάστηκα να πουλήσω την επιχείρηση και να πιάσω δουλειά σε μια ιδιωτική εταιρεία. Λίγους μήνες μετά μου εμφανίστηκε καρκίνος στον αριστερό μαστό...»



Η αποδοχή του προβλήματος είναι το πιο δύσκολο για έναν καρκινοπαθή. «Όταν το καταφέρεις όμως, έχεις τη μισή λύση. Γιατί παραδέχεσαι ότι έχεις έναν εχθρό και ετοιμάζεις τα όπλα σου! Στην αρχή, είναι αλήθεια, νόμισα ότι ήρθε η συντέλεια του κόσμου. Έξω είχε 40 βαθμούς και εγώ κρύωνα. Δεν υπήρχαν αισθήματα, ούτε καν πόνος. Μονάχα ένα απίστευτο κενό... Ήταν σαν να είχα κιόλας πεθάνει...».

Η αίσθηση αυτή δεν κράτησε περισσότερο από 3-4 ημέρες: «Ξαφνικά, το τρίτο πρωινό σηκώθηκα από το κρεβάτι μου και ήμουν ένας άλλος άνθρωπος. Είχα βρει πάλι το γέλιο και την αισιοδοξία μου. Κοιτάχτηκα στον καθρέφτη και είπα στον εαυτό μου: «Θάλεια, δεν φαίνεσαι να έχεις καρκίνο. Μια χαρά είσαι. Όμορφη και ρόδινη! Και έτσι θα μείνεις, δεν θα το αφήσεις να βγει προς τα έξω...»

### Κάθε μέρα σαν να είναι η τελευταία

Κάθε φορά που έκανε χημειοθεραπεία, επέστρεφε την ίδια μέρα στη δουλεία της! Δεν ντράπηκε ούτε φοβήθηκε ποτέ να πει «είμαι καρκινοπαθής» και ο καρκίνος ήταν τελικά για τη Θάλεια « το μεγαλύτερο μάθημα ζωής που πήρα ποτέ... Αυτό το μάθημα με έκανε να δω και τη ζωή και τους ανθρώπους με ένα διαφορετικό βλέμμα... Με έκανε να εκτιμήσω κάθε μικροχαρά και με δίδαξε να την κάθε μέρα σαν να είναι τελευταία!»

Αυτό στην πράξη σημαίνει ότι « τα έχω καλά με τη συνείδησή μου και κάθε βράδυ πριν κοιμηθώ είμαι έτοιμη και να μην ξυπνήσω, αφού δεν έχω παραλείψει να κάνω κάτι καλό, μια μικρή ανθρώπινη πράξη, να βοηθήσω κάποιον που έχει ανάγκη, να περάσω από ένα θάλαμο καρκινοπαθών και να τους πω ‘με βλέπετε, ήμουν και γώ εδώ και τώρα είμαι καλά’, να σφίξω ένα χέρι, να χαμογελάσω σ’ ένα θλιμμένο πρόσωπο, να χτυπήσω την πόρτα της διπλανής μου γερόντισσας και να της προσφέρω ένα πιάτο φαγητό ή να πιούμε μαζί τον απογευματινό μας καφέ...».

Δεν έχει ξεφύγει ακόμα από τον κίνδυνο και αυτήν τη στιγμή βρίσκεται πάλι σε φάση θεραπείας. Θέλει να ελπίζει ότι αυτή η φορά «είναι και η τελευταία, αλλά αν δεν είναι έτσι, θα έχω κρατημένα τα όπλα μου και θα είμαι σε επιφυλακή.

Ο καρκίνος επιμένει γιατί θέλει να μου δώσει και άλλα μαθήματα. Δεν θα τα αρνηθώ...»

### Αξίζει να παλεύεις για τη ζωή

Δεν του επέτρεψε τελικά να βγει προς τα έξω! Ακόμα και τα χειρουργεία αφαίρεσης μαστού δεν της άφησαν «μια αίσθηση ακρωτηριασμού ή αναπηρίας. Έκλαψα περισσότερο από ανακούφιση που έφυγε από πάνω μου το ‘πρόβλημα’ παρά από την έλλειψη των μαστών που ήταν το ‘σύμβολο’ της γυναικειάς μου οντότητας. Έπεισα τον εαυτό μου ότι όταν κάποιο μέλος του σώματος είναι άρρωστο ή νεκρό, είναι και περιττό, πρέπει να φεύγει. Τον έπεισα για κάτι ακόμα: αξίζει να παλεύεις για τη ζωή, γιατί τίποτα πολυτιμότερο δεν υπάρχει απ’ αυτή...»

Ταλαιπωρήθηκε πολύ, αλλά δεν πτοήθηκε: « Έδινα δύναμη στα κοριτσάκια μου και αντλούσα από τη δική τους δύναμη, το δικό τους μεγάλο κουράγιο. Η βεβαιότητα ότι αν έχανα τη δύναμή μου θα έχανα και τη μάχη και θα έμεναν μόνες, ήταν και το

‘καταπραϋντικό’ μου για τους πόνους και τις ταλαιπωρίες που πέρασα. Πήγαινα για χημειοθεραπεία σαν να πήγαινα σε μια ωραία θεατρική παράσταση. Και την ώρα που το φάρμακο περνούσε και έκαιγε τη φλέβα μου, μεταφερόμουν σε μια ωραία παραλία και εκεί έχτιζα κάστρα με τις κόρες μου...»<sup>22</sup>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγουμε μέσα από την εργασία είναι ότι ο καρκίνος του μαστού είναι σοβαρό πλήγμα για τις γυναίκες και ο μόνος τρόπος να μειωθούν οι θάνατοι είναι η έγκαιρη διάγνωση.

Πρέπει να γίνεται αυτοεξέταση μαστού, τακτικά, από κάθε γυναίκα άνω των 20 ετών.

Κάθε γυναίκα που παρουσιάζει οποιοδήποτε σύμπτωμα πρέπει οπωσδήποτε να ενημερώνει το γιατρό της και να υποβάλλεται σε διαγνωστικές εξετάσεις.

Λυτρωτικό θα ήταν να μπορέσει να μιλήσει πρόσωπο με πρόσωπο με γυναίκες που πέρασαν όμοια κατάσταση και νίκησαν τον καρκίνο του μαστού και να συμμετάσχει σε συγκεκριμένες ομάδες που μέσα από τη συζήτηση θα τη βοηθήσουν να μιλήσει ανοιχτά για το πρόβλημά της και θα της προτείνουν λύσεις για να μπορέσει να το ξεπεράσει.

Τέλος, μόνο ένα πράγμα μένει να πούμε. Η έγκαιρη διάγνωση είναι η καλύτερη αντιμετώπιση για τον καρκίνο του μαστού. Οι γυναίκες θα πρέπει να μάθουν να αγαπούν και να προσέχουν το σώμα τους. Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία έρχεται να υπογραμμίσει την πρόταση για να αγαπήσουμε το σώμα μας λέγοντας: << Δείξε στον εαυτό σου πόσο τον αγαπάς.>>



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αυτή η εργασία αναφέρεται στην ψυχολογία της γυναίκας από τη στιγμή που θα γίνει η διάγνωση του καρκίνου του μαστού, η οποία αποτελεί τη σύγχρονη γυναικεία νόσο.

Σκοπός της εργασίας είναι να διαδώσει το μήνυμα της πρόληψης και να ενημερώσει ότι πλέον ο καρκίνος μπορεί να αντιμετωπιστεί άμεσα με έγκαιρη διάγνωση.

Για την διάγνωση δεν υπάρχουν συγκεκριμένα συμπτώματα-παρά μόνο αλλαγές στη φυσιολογία του στήθους- αλλά γίνεται μια σειρά εξετάσεων που προλαβαίνουν τον καρκίνο στα αρχικά στάδια ώστε να μπορέσει να γίνει έγκαιρη η αντιμετώπισή του.

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού επηρεάζει κατά πολύ την ψυχολογία της γυναίκας αφού οι παρενέργειες όπως ο πόνος, η τριχόπτωση, αλλάζουν την εικόνα που συνήθιζε να αντικρίζει στον καθρέφτη. Σε περίπτωση μαστεκτομής η γυναίκα πέφτει σε κατάθλιψη αφού έχει χάσει ένα κομμάτι του σώματός της-της θηλυκότητάς της.

Εδώ η νοσηλεύτρια οφείλει να στηρίζει ψυχολογικά την παθούσα με συζητήσεις και να την παροτρύνει να αναπτύξει άλλα ενδιαφέροντα. Ακόμα μεγαλύτερη υποστήριξη πρέπει να λάβει μέσα από την οικογένειά της.

Ο σύζυγος πρέπει να σταθεί σωματικά και ψυχικά στα προβλήματα που αντιμετωπίζει η άρρωστη, να την στηρίζει από την πίεση του κοινωνικού και συγγενικού περιγυρου.

Οι γυναίκες θα πρέπει να μιλούν με τα παιδιά τους για την δύσκολη κατάσταση που περνάνε, καθώς η συζήτηση στις περισσότερες περιπτώσεις βοηθά τόσο την ίδια όσο και το παιδί.

Παρ' όλη την στήριξη όμως, η αποδοχή της ασθένειας του καρκίνου είναι κάτι που πολύ δύσκολα μπορούν να υπομένουν οι παθούσες. Η επιστροφή στην καθημερινότητα, στην εργασία, η ενασχόληση με δραστηριότητες, η ανάγκη για ψυχαγωγία και γενικότερα η προσπάθεια να αυξηθούν τα ευχάριστα συναισθήματα, δεν μπορούν να αλλάξουν την κατάσταση.

Για το λόγο αυτό η έρευνα αποδεικνύει ότι σημαντική βοήθεια προσφέρουν τα προγράμματα αλληλοβοήθειας γυναικών με καρκίνο του μαστού, όπου οι γυναίκες συζητούν για τα κοινά τους προβλήματα και ενημερώνονται για νέες θεραπείες. Η κοινωνία καλό είναι να ενισχύει τέτοιες προσπάθειες και παράλληλα να δημιουργεί προγράμματα ενημέρωσης του γυναικείου πληθυσμού για τη συγκεκριμένη νόσο.

## ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ορισμένοι καρκίνοι μπορούν να αποφευχθούν και η γενική κατάσταση της υγείας μπορεί να βελτιωθεί εάν υιοθετήσετε υγιεινότερο τρόπο ζωής.

1. <<Μην καπνίζετε. Καπνιστές σταματήστε το κάπνισμα όσο πιο σύντομα γίνεται και μην καπνίζετε παρουσία άλλων. Εάν δεν καπνίζετε, μην κάνετε πειράματα με τον καπνό.>>
2. <<Εάν πίνετε αλκοολούχα ποτά, μπίρα, κρασί ή άλλο είδος, μετριάστε την κατανάλωση.>>
3. <<Αυξήστε την ημερήσια κατανάλωση λαχανικών και φρέσκων φρούτων. Να τρώτε συχνά δημητριακά με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες.>>
4. <<Αποφύγετε το υπερβολικό βάρος, αυξήστε τη σωματική δραστηριότητα και περιορίστε την κατανάλωση λιπαρών φαγητών.>>
5. <<Αποφύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο και τα ηλιακά εγκαύματα, ιδίως στην παιδική ηλικία.>>
6. <<Εφαρμόστε αυστηρούς κανόνες που στοχεύουν στην πρόληψη κάθε έκθεσης σε γνωστές καρκινογόνες ουσίες. Να ακολουθείτε όλες τις οδηγίες υγείας και ασφάλειας για ουσίες που μπορεί να είναι καρκινογόνες.>>
7. <<Επισκεφθείτε ένα γιατρό, μόλις παρατηρήσετε ένα εξόγκωμα, μία πληγή που δεν επουλώνεται (και στο στόμα ακόμη), μία κρεατοελιά που αλλάζει σχήμα, μέγεθος ή χρώμα, ή μία μη φυσιολογική αιμορραγία.>>
8. <<Επισκεφθείτε ένα γιατρό εάν αντιμετωπίζετε έμμονα προβλήματα, όπως επίμονος βήχας, έμμονο βράγχος φωνής, αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου ή της ούρησης ή ανεξήγητη απώλεια βάρους.>>

### Για τις γυναίκες

9. <<Να κάνετε συχνά εξέταση του τραχηλικού επιχρίσματος (PAP – test). Να συμμετέχετε σε οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.>>
10. <<Να ελέγχετε τακτικά το στήθος σας. Να συμμετέχετε σε οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού εάν είστε άνω των 50.>><sup>11</sup>

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. INTERNET: [www.breastcancerhellas.gr](http://www.breastcancerhellas.gr), *Γνωρίζοντας για τον καρκίνο*, Εισαγωγή 6/9/06
2. Κονιάρη Ευδοξία, «*Καρκίνος του Μαστού. Νοσηλευτική παρέμβαση*», Επίτομος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1981. σ. πρόλογος, 113-129
3. INTERNET: <http://users.otenet.gr/~raibom/cabreast.html>, 16/8/06
4. INTERNET: <http://www.in.gr/Reviews/placeholder.asp>, «*Νέος δρόμος για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού*», Μαίρη Κατσανοπούλου, 16/8/06
5. Διονυσίου Ι. Αραβαντινού, <<*Παθολογία της γυναίκας*>>, Επίτομος, Έκδοση Α', Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1985 σ. 356-358
6. INTERNET: [www.in.gr](http://www.in.gr)., Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, <<*Καρκίνος Μαστού*>>, 6/9/06
7. Παναγιώτης Κ. Τοκμακίδης, <<*Γυναικείος Μαστός*>>, Επίτομος, Έκδοση Α', Εκδόσεις Έλλη, Εκδοτικός Όμιλος Ιών, Αθήνα 2001. σ.127-128, 130, 198-201
8. <<*Πως και γιατί εξαπλώνεται ο καρκίνος*>>, <<*Χειρουργική θεραπεία*>>, Καρκίνος Του Μαστού: Πρόληψη και Θεραπεία, Ειδική Έκδοση για την Υγεία από την Ιατρική Σχολή του Χάρβαρντ, Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Μαρκόπουλος Χρήστος, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2005.σ. 8, 40-42
9. Malin Dollinger, M.D., Ernest Rosenbaum, M.D.& Greg Cable, <<*Ο Καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, Θεραπεία κ' καθημερινή αντιμετώπιση: Ένας οδηγός για όλους*>>, Μετάφραση-επιμέλεια υπό Μαθάς Χρήστος, Επίτομος, Έκδοση Α', Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1992. σ. 42,87,149,156-157, 198, 203-204, 206-208, 209-210, 212-213, 232, 298-299, 306-308
10. Nancy MacKeith, <<*Πρακτικός Γυναικολογικός Οδηγός*>>, Επιμέλεια-Μετάφραση υπό Κάτια Ρ. Παραπαντάκη, Επίτομος, Έκδοση Α', Εκδόσεις Γαλαίος, Ελλάδα 1981 σ 24-25, 110
11. Dr. Ιωάννης δ. Σπηλιώτης, <<*Καρκίνος 'από την άγνοια...στον φόβο'*>>, Επίτομος, Έκδοση Α', Αχαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα 1999 σ 113-114, 195-197, 248

12. Dr Γκάρετ Τζ. Γκ. Ρις, «Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός. Καρκίνος», Μετάφραση-Επιμέλεια υπό Ελληνικά Γράμματα Α.Ε., Επίτομος, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα Α.Ε., 2000.σ 83-83
13. INTERNET: [www.in.gr](http://www.in.gr) «Νέα θεραπεία- Ελπίδα για τον καρκίνο μαστού» 16/8/06 Steve Connor
14. INTERNET: [www.stress.gr/disorders/breast.html](http://www.stress.gr/disorders/breast.html) «Θεραπεία ψυχικών διαταραχών», 16/8/09
15. Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Του Μαστού «Άλμα Ζωής», *Τι να πώ στο παιδί;*
16. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, «Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας κ' ψυχο-ογκολογίας», Επιμέλεια έκδοσης Dr Δημήτρης Χιωτόπουλος, Αθήνα 1998 σ 249-250
17. Μαρία Μυλωνά, «10 μύθοι για τον καρκίνο του μαστού και 10 λόγοι που κάνουν την πρόληψη απαραίτητη», Prevention, Τεύχος 1, 2005 σ 129-133
18. Πινακίδης Μ., <<Καρκίνος Μαστού>>, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1993
- 19 Πανουσόπουλος Δ., Αποστολίδης Ν., <<Ο Καρκίνος του μαστού, Σύγχρονες απόψεις>>, Εκδόσεις Επτάλοφος, Αθήνα 1998
- 20 Σωφρονίδης Κ.Ι., <<Ο απεικονιστικός έλεγχος του μαστού. Πρόληψη- διάγνωση>>, Εκδόσεις University Studio Press, Αθήνα 1991
- 21 Σακοράφα Χ. Γεωργίου : «Ο καρκίνος του μαστού», Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, Μάρτιος 2000 σ 55-56
- 22 INTERNET: [www.in.gr/Reviews/placeholder.html](http://www.in.gr/Reviews/placeholder.html), Αθανασίου Αρετή, «Μάθημα ζωής από τον καρκίνο», 18/8/06