

**ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΣΑΚΑΡΙΚΟΥ ΕΥΣΤΑΘΙΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ**

ΠΑΤΡΑ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	Σελ 4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	9

ΚΥΡΙΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

1.1 Ανατομία του μαστού.....	15
1.2 Φυσιολογία του μαστού.....	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

2.1 Τι είναι καρκίνος του μαστού.....	24
2.2 Προέλευση και επέκταση καρκίνου.....	24
2.3 Τύποι καρκίνου του μαστού (κακοήθεις παθήσεις).....	27
2.3.1 Λοβιακό καρκίνωμα in situ.....	27
2.3.2 Πορογενές καρκίνωμα in situ.....	27
2.3.3 Λοβιακό διηθητικό καρκίνωμα.....	28
2.3.4 Πορογενές διηθητικό καρκίνωμα.....	29
2.3.5 Φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού.....	30
2.3.6 Νόσος του Paget.....	31
2.3.7 Φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα.....	32
2.3.8 Μυελοειδές καρκίνωμα.....	33
2.3.9 Σωληνώδες καρκίνωμα.....	33
2.3.10 Βλεννώδες (κολλοειδές καρκίνωμα).....	33
2.3.11 Θηλώδες καρκίνωμα.....	33
2.4 Καλοήθεις παθήσεις του μαστού.....	34
2.4.1 Ινοκυστική μαστοπάθεια.....	34
2.4.2 Ινοαδένωμα.....	36
2.4.3 Θηλώματα.....	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°

Διεθνής κατάσταση σχετικά με τον καρκίνο του μαστού.....	39
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

Παράγοντες ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.....	44
4.1 Ηλικία.....	45
4.2 Οικογενειακό ιστορικό.....	46
4.3 Ορμονικοί παράγοντες.....	48
4.4 Ιστορικό καρκίνου του μαστού.....	49
4.5 Αναπαραγωγικοί παράγοντες.....	49

4.6 Διατροφή, αλκοόλ και κάπνισμα.....	51
4.7 Ιονίζουσα ακτινοβολία.....	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

Διάγνωση του καρκίνου του μαστού.....	54
5.1 Κλινική εξέταση.....	54
5.1.1 Αυτοεξέταση στήθους.....	54
5.2 Ιατρική εξέταση.....	59
5.2.1 Μαστογραφία.....	59
5.2.2 Υπερηχογράφημα μαστού.....	61
5.2.3 Μαγνητική τομογραφία.....	62
5.2.4 Σπινθηρομαστογραφία.....	64
5.2.5 Θερμογραφία.....	67
5.2.6 Γαλακτοφορογραφία.....	69
5.3 Βιοψία του μαστού.....	70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

Κλινική εικόνα καρκίνου του μαστού.....	73
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

Πρόγνωση καρκίνου του μαστού.....	75
-----------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8°

8.1 Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού.....	78
8.2 Θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.....	83
8.2.1 Χειρουργική επέμβαση καρκίνου του μαστού.....	83
8.2.2 Χημειοθεραπεία.....	86
8.2.3 Ακτινοθεραπεία.....	89
8.2.4 Ορμονοθεραπεία.....	93

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9°

9.1 Πρόληψη του καρκίνου του μαστού και νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	95
9.2 Ποιος είναι ο ρόλος του νοσηλευτή / νοσηλεύτριας στην δευτερογενή πρόληψη.....	103

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10°

Αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού και νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	108
10.1 Προβλήματα της άρρωστης.....	108
10.2 Προεγχειρητική παρέμβαση, μετεγχειρητική παρέμβαση.....	109
10.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην χημειοθεραπεία.....	111

10.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ακτινοθεραπεία.....	119
10.5 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την πρόληψη λεμφοιδήματος...	121

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11°

Αποκατάσταση καρκίνου του μαστού και νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	128
--	-----

11.1 Μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού.....	128
--	-----

11.2 Ποιος είναι ο ρόλος των νοσηλευτών στην αποκατάσταση του καρκίνου του μαστού.....	133
--	-----

Κλινικό περιστατικό – νοσηλευτική διεργασία.....	136
--	-----

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	143
---------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	145
-------------------	-----

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο μαστός τρέφει το βρέφος, εκφράζει την τρυφερότητα και την αγάπη της συντρόφου και της μητέρας, εξασφαλίζει τη διατήρηση της ανθρώπινης ζωής, είναι το σύμβολο του κάλλους, της αγάπης, του έρωτα, της γονιμότητας και αποτελεί αιώνιο αναντικατάστατο και μοναδικό στοιχείο της γυναικείας φύσης¹



Εικ. 1 Augustin Pajou - 1790 «Ψυχή Εγκαταλελειμμένη» Μάρμαρο , ύψος 180 cm
Μουσείο του Λούβρου , Παρίσι
(βιβλιογραφία 1)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού, όπως και οι άλλοι καρκίνοι, είναι η ανάπτυξη κακοηθών κυττάρων που ξεφεύγουν από τον έλεγχο του αμυντικού συστήματος του οργανισμού και αναπτύσσονται ανεξέλεγκτα στο μαστό. Σε ολόκληρο τον κόσμο περισσότερες από 700.000 γυναίκες πεθαίνουν από καρκίνο του μαστού ετησίως, ενώ εκτιμάται ότι ποσοστό 8% έως 9% των γυναικών θα αναπτύξουν καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Δεν έχουν αποσαφηνισθεί ακόμα οι παράγοντες που προκαλούν μεταλλάξεις στα κύτταρα, ώστε να αναπτυχθεί καρκίνος στο μαστό. Παρόλα αυτά έχουν βρεθεί μια σειρά από παράγοντες κινδύνου που φαίνεται ότι σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου όπως η ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό, ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης, ορμόνες, οιστρογόνα, τεκνοποιία, προηγούμενος καρκίνος μαστού, αλκοόλ, κάπνισμα, ακτινοβολία.

Ο καρκίνος του μαστού δεν εμφανίζεται με πόνο. Συνήθως υπάρχει ψηλαφητό ογκίδιο, αλλαγή στο σχήμα των μαστών, την υφή, το δέρμα και έκκριμα θηλής. Γι' αυτό και η πρόωμη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού βελτιώνει ουσιαστικά την επιβίωση, αλλά και την ποιότητα ζωής. Αν διαγνωσθεί αρκετά γρήγορα, πριν επεκταθεί πέραν του μαστού, το πενταετές ποσοστό επιβίωσης των γυναικών με καρκίνο του μαστού ξεπερνά το 95%.

Υπάρχουν αρκετές εξετάσεις που μπορούν να ανιχνεύσουν τον καρκίνο. Στην κλινική εξέταση περιλαμβάνεται η μαστογραφία ενώ στην ιατρική εξέταση η μαστογραφία, το υπερηχογράφημα, η μαγνητική τομογραφία, η σπινθηρομαστογραφία, η θερμογραφία, η γαλακτοφορογραφία και τέλος η βιοψία μαστού.

Οι θεραπείες του καρκίνου αποσκοπούν στην πρόληψη της εξάπλωσης του καρκίνου τοπικά ή της επανεμφάνισης / υποτροπής του

καρκίνου σε σημεία απομακρυσμένα από την αρχική θέση (μετάσταση). Οι θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι η χειρουργική θεραπεία, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία

Τέλος, μετά από συζήτηση με το χειρουργό, τον πλαστικό και της ασθενούς γίνεται αποκατάσταση του μαστού με ενθέματα σιλικόνης ή με χρησιμοποίηση αυτόλογων ιστών ή σε συνδυασμό.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λέξη, καρκίνος ακόμη 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 περισσότερο αναπτυγμένες χώρες του κόσμου, όπως και στην Ελλάδα, όπου κάθε χρόνο περίπου 1500 γυναίκες προσβάλλονται και 700 πεθαίνουν από καρκίνο του μαστού.

Το γεγονός ότι η νόσος αυτή είναι σοβαρή αιτία θανάτου, μαζί με το ότι ο μαστός έχει επηρεαστεί σημαντικά από το 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 στηρίξει 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). Η νοσηλεύτρια πρέπει να μάθει να μπαίνει με διάκριση και λεπτομέρεια στη ζωή του ατόμου, με σκοπό να αντιληφθεί τις ιδιαίτερες ανάγκες του, να διαπιστώσει πως συλλαμβάνει το ίδιο το άτομο τις ανάγκες του αυτές

και να χρησιμοποιήσει τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα σε συνεργασία και συνεννόηση με το ίδιο το άτομο, το οποίο συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του. Έχοντας υπόψη το ρητό που αναφέρει ότι «η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη», καταλαβαίνουμε τη ζωτικότητα της νοσηλευτικής παρέμβασης και τη συμμετοχή της στην εμφάνιση και την εξέλιξη της νόσου.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο άνθρωπος όχι απλά παρατήρησε, αλλά και αναπαράστησε το μαστό από τις αρχαιότερες καλλιτεχνικές του αναζητήσεις, όπως στη λεγόμενη Αφροδίτη της Lascaux του 10.000 π.Χ, που είναι η πληθωρική με υπερτονισμένους τους μαστούς και την ήβη. Αναφέρθηκε σ' αυτόν ήδη από τα πρώτα μνημεία του λόγου, ενώ το ίδιο πρώιμα αναφέρθηκε στη μοναδική του αξία για την επιβίωση του ανθρώπινου είδους. Το γεγονός αυτό εξηγεί γιατί στις κοσμογονικές αντιλήψεις όλων των αρχαίων λαών οι πρώτες θεότητες είναι γυναίκες και απεικονίζονται με μεγαλομαστία ή πολυμαστία.

Κάθε γυναικεία μορφή απεικονίζεται με τους μαστούς της, σε πανάρχαια κυκλαδικά ειδώλια, σε αγαλματίδια στη Μινωική Κρήτη, σε πήλινα ειδώλια στις Μυκήνες και σε πήλινα αγαλματίδια από τη Βοιωτία, τις γνωστές Ταναγραίες. Ο μαστός αναφέρεται και από τον Όμηρο στην Ιλιάδα. Αλλά και ο Ηρόδοτος αναφέρει τις Αμαζόνες, πανέμορφες γυναίκες πολεμίστριες, που ζούσαν στις όχθες της Σκυθίας και έκοβαν το δεξιό μαστό τους για να κρατούν καλύτερα το τόξο. Στη συνέχεια, δημιουργήθηκαν πολλά γλυπτά με ορατούς τους μαστούς σε έργα που έχουν ως θέμα μυθικά πρόσωπα, όπως τις Αμαζόνες, και θεές, όπως την Αφροδίτη.

Ο καρκίνος του μαστού έχει περιγραφεί από πολύ παλιά. Όγκοι μαστού καταγράφηκαν το 1600 π.Χ σε Αιγυπτιακούς πάπυρους, που βρέθηκαν στη Θήβα της Αιγύπτου το 1862 και ανακοινώθηκαν από τον Edwin Smith.

Στην αρχαία Ελλάδα ο Πατέρας της Ιστορίας Ηρόδοτος, αναφέρει ότι ο Δημοκίδης, περίφημος γιατρός της εποχής, όταν υπηρετούσε στην Περσική Αυλή (520 π.Χ), θεράπευσε τη γυναίκα του βασιλιά Δαρείου, την Ατόσα, από ένα καρκίνωμα του μαστού. Ο Ιπποκράτης (460-377

π.Χ), ο επιφανέστερος Έλληνας ιατρός, πρώτος χρησιμοποίησε σε γραπτά κείμενα τον όρο «καρκίνος» ή «καρκίνωμα». Θεωρούσε ότι ήταν καλύτερα να μην δοθεί θεραπεία σε «κεκκρυμένο» καρκίνο, που σήμαινε ότι μόνο ελκωτικοί καρκίνοι θα μπορούσαν να θεραπευτούν με εγχείρηση, πιθανόν ως ανακουφιστική θεραπεία.

Περνώντας στην ελληνορωμαϊκή περίοδο, ο Aulus Cornelius Celsus (1^{ος} αιώνας μ.Χ) προσδιορίζει ακόμα πιο συγκεκριμένα τον όρο καρκίνος και αναφέρει τη διόγκωση των λεμφαδένων της μασχάλης σε περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Μόνο όγκοι του μαστού που καταλάμβαναν λιγότερο από το μισό του οργάνου ήταν κατάλληλοι για χειρουργική θεραπεία. Ο Αρχιγένης ο Απαμεύς (98-115 μ.Χ) εφάρμοζε την Ιπποκρατική θεραπεία και έδωσε με μεγάλη σαφήνεια την περιγραφή του καρκίνου του μαστού, η οποία διατηρήθηκε ως τον 18^ο αιώνα.

Ο Λεωνίδης (περίπου το 180 μ.Χ) είναι ο πρώτος που περιέγραψε εγχείρηση αφαίρεσης όγκου μαστού και εφάρμοζε την εγχείρηση ανάλογα με το κλινικό στάδιο της νόσου. Επίσης διακρίνει δύο είδη κακοηθών παθήσεων στο μαστό, τον σκίρρο και καρκίνο. Ο Σωράνος ο Εφέσιος (2^{ος} αιώνας μ.Χ) διαφοροποιεί τον σκίρρο από τον καρκίνο και προτείνει να μην χειρουργείται ο προσβεβλημένος μαστός όταν ο όγκος έχει προσβάλλει το θωρακικό τοίχωμα. Ο Γαλήνος ο Περγαμηνός (131-198 μ.Χ) έγραψε ότι η θεραπεία του καρκίνου του μαστού μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική και αναφέρει ότι στα πρώιμα στάδια έχει μεγαλύτερη επιτυχία η συντηρητική θεραπεία, ενώ όταν ο όγκος έχει μεταβληθεί σε μια μεγάλη μάζα μόνο η χειρουργική επέμβαση μπορεί να προσφέρει ελπίδες ίασης. Επίσης περιγράφει ο ίδιος μαστεκτομή και την διαδικασία της εγχείρησης για τον καρκίνο του μαστού. Τέλος ο Δίων ο Κάσσιος (155-235 μ.Χ) αναφέρει τα χτυπήματα στο στήθος ως αίτιο για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού ενώ ο Αλέξανδρος της Αφροδισίας, που έζησε τον 3^ο αιώνα μ.Χ, παρατήρησε ότι ο καρκίνος που η χολή

δημιουργεί στο μαστό είναι διαβρωτικός, ενώ η ίδια διαδικασία στο πόδι προκαλεί κακοήθη έλκη.

Στην βυζαντινή περίοδο στηριζόμενοι σ'αυτά που είχαν γραφεί από τον Αρχιγένη, το Λεωνίδα και τον Γαλήνο, ο Αέτιος ο Αμιδηνός (6^{ος} αιώνας μ.Χ) και ο Παύλος ο Αιγινήτης (625-690 μ.Χ) περιγράφουν και συνιστούν μαστεκτομή, ενώ αργότερα αυτή η μέθοδος αντιγράφεται από τους Άραβες και από εκεί περνάει αργότερα στη Δύση.

Το 13^ο αιώνα μιμούμενοι το Γαλήνο εμφανίζονται ο Bruno da Longoburgo (1252), ο οποίος χειρουργεί όπως ο Γαλήνος, ο Guglielmo da Salicetto (1201-1277), ο οποίος αναφέρει ότι γίνεται εγχείρηση μόνο όταν γίνεται αφαίρεση ολόκληρου του όγκου με τις ρίζες του και ο Teodorico Borgognoni (1275).

Το 16^ο αιώνα ακολουθεί η σκοτεινή για την ιατρική εποχή, μέχρι την εμφάνιση του Versalius (1514-1564) στις αρχές της Αναγέννησης, ο οποίος συμβούλευσε την ευρεία εκτομή για τους όγκους του μαστού και την χρησιμοποίηση απολινώσεων αντί της θερμοπληξίας για τον έλεγχο της αιμορραγίας. Την ίδια εποχή, ο Ambroise Pare (1509-1590), ακολουθεί στη χειρουργική του μαστού τις αρχές του Αρχιγένη και του Λεωνίδα και προσπαθεί να θεραπεύσει εφαρμόζοντας πλάκες μολύβδου, αλλά με πενιχρά αποτελέσματα. Ο ίδιος περιγράφει και τη διήθηση του δέρματος και των επιχώριων λεμφαδένων στις προχωρημένες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Με τον Michael Servetus (1509-1553) ξεκινά η ιδέα που οδήγησε στην ανάπτυξη της σύγχρονης μαστεκτομής ενώ ο Gabriele Fallopi (1523-1563) χειρουργεί εξελκωμένους όγκους μαστού όπως ο Λεωνίδης.

Τον 17^ο αιώνα περιγράφεται μια άλλη μέθοδος μαστεκτομής από τον Γερμανό, Johannes Scultetus (1595-1645). Προκαλούσε έλξη του μαστού με ράμματα που περνούσε με βελόνες και μετά έκοβε με το

μαχαίρι τα αγγεία στη βάση του μαστού και καυτηρίαζε για να σταματήσει η αιμορραγία.



Εικ. 2
Μαστεκτομή του 16ου και 17ου αιώνα.
Χρησιμοποιείται καυτηριασμός. J.Scultetus

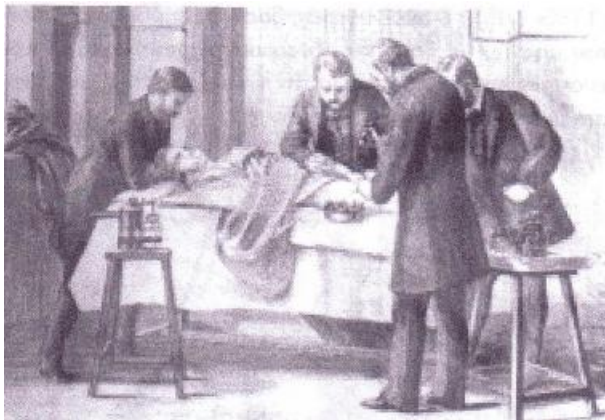
(Βιβλιογραφία 2)

Επίσης τον 17^ο αιώνα ο Antoni van Leeuwenhoek (1632-1723) ανακαλύπτει το μικροσκόπιο, το οποίο 200 χρόνια αργότερα θα γίνει το βασικό διαγνωστικό εργαλείο και θα διευκολύνει τη σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού.

Το 18^ο αιώνα ιδρύεται το πρώτο ογκολογικό νοσοκομείο στο Reims αποκλειστικά για καρκινοπαθείς από τον Jean Godinot το 1740 ενώ το 1792, ο John Howard ανοίγει μια πτέρυγα για καρκινοπαθείς στο Middlesex Hospital του Λονδίνου. Η σύγχρονη χειρουργική γεννήθηκε στο πρώτο μισό του 18^{ου} αιώνα και είναι γεγονός ότι τότε εμφανίσθηκαν οι μεγάλες σχολές της χειρουργικής. Ο Sauver-Frannois Morand (1697-1773) ιδρύει την Ακαδημία των χειρουργών στη Γαλλία.

Τον 19^ο αιώνα η χειρουργική εισήλθε σε νέα εποχή με την εισαγωγή της αναισθησίας το 1864 και την ανάπτυξη της αντισηψίας το 1868. Έτσι, το 1864, ο Αμερικανός οδοντίατρος William Thomas Green

Morton (1819-1868) εισάγει την αναισθησία. Στην Ελλάδα, η πρώτη νάρκωση με αιθέρα έγινε 6 μήνες αργότερα στο Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών από τον Ερρίκο Τράιμπερ. Το 1864 ο άγγλος χειρουργός Joseph Lister (1827-1912) εισάγει την αντισηψία και μειώνει την εγχειρητική θνητότητα, αν και το αερόλυμα του καρβολικού οξέως δεν έτυχε γενικής αποδοχής στη χώρα του. Επίσης ο Halsted, εισήγαγε τη ριζική μαστεκτομή, που διενεργείτο για περισσότερο από 100 χρόνια και από το 1900 καθιερώθηκε ως πρωταρχική μέθοδος θεραπείας όλων των χειρουργήσιμων καρκίνων μαστού και επηρέασε τους χειρουργούς για τα επόμενα 70 χρόνια στη συνέχεια ανακαλύφθηκε η εφαρμογή της χημειοθεραπείας, της ακτινοθεραπείας και της ορμονοθεραπείας.



Εικ. 3
Ασηπτη χειρουργική και χρήση αερολύματος
καρβολικού οξέως , σύμφωνα με τις αρχές του Lister

(Βιβλιογραφία 2)



Εικ. 4
Ριζική μαστεκτομή κατά Halsted

(Βιβλιογραφία 2)

Τον 20^ο αιώνα, ο Guido Holzkecht (1872-1931) κατασκευάζει δοσίμετρο ακτινών, για να προστατεύσει τους ιατρούς. Ο ίδιος πέθανε από καρκίνο του δέρματος. Το 1905 ο Carl Steinthal, εικάζει ότι τα αποτελέσματα της μαστεκτομής εξαρτώνται από το στάδιο της ασθένειας κατά την εγχείρηση και πρότεινε μια κλινική σταδιοποίηση σε τρία στάδια, στοχεύοντας στην κατάταξη των ασθενών όσον αφορά στην εγχειρησιμότητα του όγκου και στην πρόγνωση.

Το 1931 ο George Edward Pfahler (1874-1957) χρησιμοποιεί τη μετεγχειρητική ακτινοβολία ως μέθοδο ρουτίνας και βελτιώνει την πενταετή επιβίωση στο στάδιο II. Την περίοδο 1941-1945, ο Robert Mc Whirter πραγματοποιεί απλή μαστεκτομή ακολουθούμενη από ακτινοθεραπεία και τη συγκρίνει με ριζική μαστεκτομή και μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Αποδεικνύει ότι η επιβίωση ήταν μεγαλύτερη στην πλέον συντηρητικά θεραπευόμενη ομάδα. Το 1990 επισημοποιούνται οι συντηρητικές χειρουργικές επιλογές από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των ΗΠΑ, σύμφωνα με το οποίο η χειρουργική θεραπεία με διατήρηση του μαστού θεωρείται η ενδεδειγμένη μέθοδος κύριας θεραπείας για την πλειονότητα των γυναικών με καρκίνο του μαστού I και II και είναι προτιμότερη, καθόσον προσφέρει επιβίωση παρόμοια της ολικής μαστεκτομής, με διατήρηση του μαστού. Το 1993 οι Hermann et al τονίζουν ότι δεν είναι απαραίτητη η ακτινοβολία σε όλες τις ασθενείς με πρώιμο καρκίνο του μαστού, μετά από μαστεκτομή. Έτσι γεννήθηκε η συντηρητική θεραπευτική αγωγή του καρκίνου του μαστού, οι προτεραιότητες της οποίας είναι ο τοπικός έλεγχος της νόσου, η συγκέντρωση του μεγίστου των πληροφοριών, ο μικρότερος κατά το δυνατόν ακρωτηριασμός και η επίτευξη αποδεκτών αποτελεσμάτων τόσο από αισθητική όσο και από λειτουργική άποψη.¹

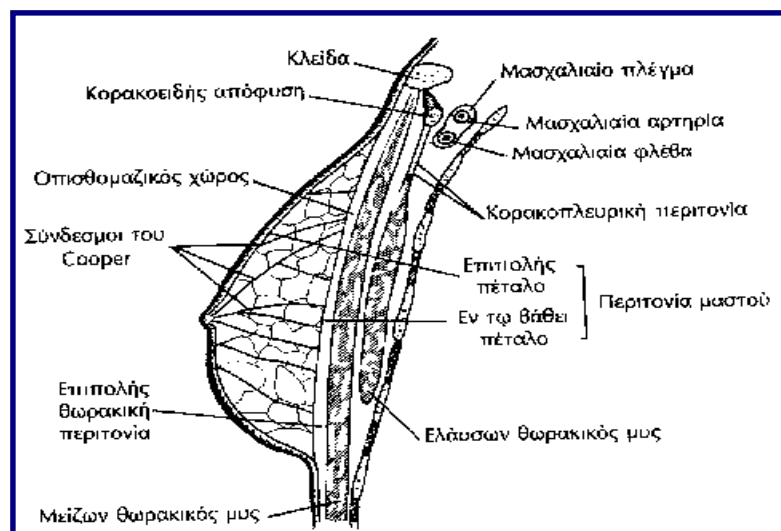
ΚΥΡΙΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός στον άνδρα και την άτοκη γυναίκα βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ανάμεσα στη δεύτερη και την έκτη πλευρά, με τη θηλή αντίστοιχα προς την τέταρτη πλευρά. Το όριο προς τη μέση γραμμή είναι το χείλος του στέρνου, ενώ προς τα πλάγια είναι η πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Τα 2/3 της μάζας του μαστού καλύπτουν το μείζονα θωρακικό μυ και το 1/3 τον πρόσθιο οδοντωτός του, ενώ το κάτω χείλος του φθάνει στο πάνω όριο της θήκης του ορθού κοιλιακού.

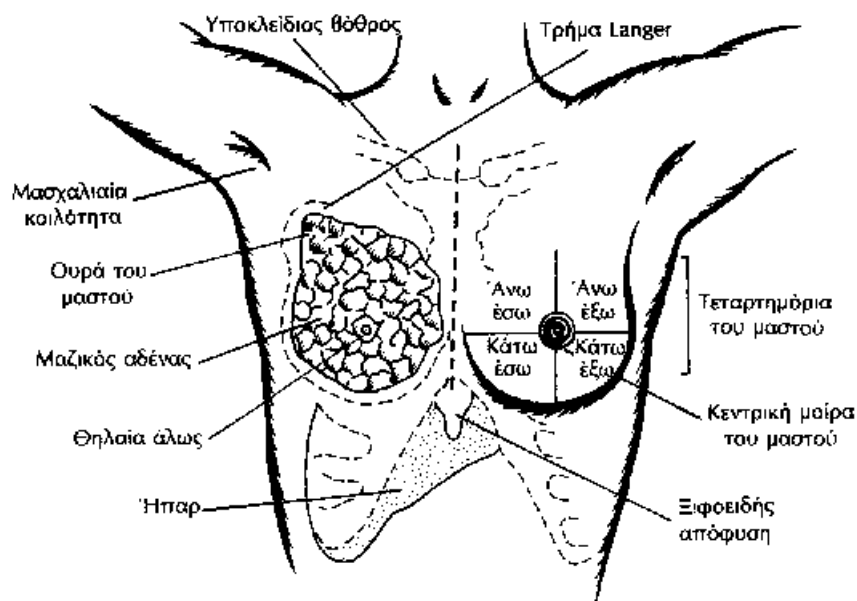
Η επιπολής περιτονία του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος αποτελείται από δυο στιβάδες. Μια επιπολής λιπώδη στιβάδα και μια εν τω βάθει, μεμβρανώδη. Στην επιπολής λιπώδη στιβάδα, αναπτύσσεται ο μαζικός αδένας, καλυπτόμενος από στρώμα λίπους. Τα διαφράγματα του συνδετικού ιστού που χωρίζουν τα αδενικά του λόβια επεκτείνονται στη θωρακική περιτονία και στο επιπολής πέταλο της περιτονίας του Scarpa, σχηματίζοντας τους συνδέσμους του Cooper. Οι τελευταίοι είναι υπεύθυνοι για την εισολκή του δέρματος σε γυναίκες με καρκίνο στο μαστό.



Εικ. 5
Οβελιαία διατομή του
μαστού και του θωρακικού
τοιχώματος

(Βιβλιογραφία 3)

Η σχέση μαζικού αδένα και πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος, διαφαίνεται στην εικόνα 5. Αδενικός ιστός φαίνεται ότι επεκτείνεται εντός της μασχαλιαίας κοιλότητας σε 95% των περιπτώσεων, προς το επιγάστριο σε 15% και κατά μήκος της μέσης γραμμής σε 0,5 των περιπτώσεων· μπορεί να επεκταθεί και πλάγια μέχρι την οπίσθια μασχαλιαία γραμμή (2% των περιπτώσεων). Λόγω της ευρείας κατανομής του μαζικού ιστού, οι ανατομικοί περιορισμοί μιας μαστεκτομής είναι η κλείδα, η μέση γραμμή, η θήκη του ορθού κοιλιακού μυός και ο πλατύς ραχιαίος μυς. Αν και τα όρια αυτά θεωρούνται σαφή, είναι δυνατόν μια μαστεκτομή να θεωρηθεί ατελής.



Εικ. 6 Σχέση μαζικού αδένα και πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος (Βιβλιογραφία 3)

Ο μαστός έχει περίμετρο κυκλική. Στη γυναίκα, το άνω έξω τεταρτημόριο επεκτείνεται προς τη μασχάλη και σχηματίζει την ουρά του μαστού (του Spenser). Το άκρο της ουράς του μαστού περνάει από το τρήμα του Langer της εν τω βάθει περιτονίας, καταλήγοντας στην κορυφή της μασχάλης.

Οι μαστοί γίνονται μόλις αντιληπτοί ως την εποχή της ήβης, οπότε αρχίζει σημαντική και προοδευτική ανάπτυξη τους. Μέχρι την προεφηβική ηλικία, η ανάπτυξη του μαστού στον άνδρα είναι ίδια με της γυναίκας. ο ανδρικός μαστός συμπληρώνει την ανάπτυξή του περίπου στην ηλικία των 20 ετών και αντιστοιχεί με μαστό που έχει το κορίτσι λίγο πριν φθάσει στην εφηβεία.

Στην ενήλικη γυναίκα, οι μαστοί έχουν κατά μέσο όρο τις εξής διαστάσεις: ύψος 11-12cm, πλάτος 10cm, πάχος 5-6cm. Παρατηρούνται φυσικά ατομικές παραλλαγές σχετικά με τον όγκο. Άλλες παραλλαγές οφείλονται διαφορετικές συνθήκες περιβάλλοντος, κλίματος και φυλής. Επίσης, διαφέρει και το σχήμα του μαστού, ανάλογα με την ηλικία και τη λειτουργία. Στις νεαρές γυναίκες, είναι ημισφαιρικό ή κωνικό, ενώ στις εγκυμονούσες είναι σφαιρικό ή κυλινδρικό.

Η σύσταση του μαστού είναι σκληρή και ελαστική στις γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει. Είναι μαλακή κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, τεταμένη στην αρχή της περιόδου του θηλασμού και μαλακή έπειτα από πολλούς θηλασμούς.

Η πρόσθια επιφάνεια του μαστού αποτελείται από δέρμα λεπτό και μαλακό προς την περιφερική ζώνη. Στην κεντρική περιοχή και στο ύψος του τέταρτου μεσοπλεύριου διαστήματος προβάλλει από το μαστό ένα μικρό κυλινδρικό ή κωνικό έπαρμα η θηλή του, η οποία περιβάλλεται από τη θηλαία άλω, μια στεφάνη κεκρωσμένη, με διάμετρο περίπου 3-5cm. Το χρώμα της στεφάνης αυτής σχετίζεται με τη χρωστική του δέρματος. Έτσι, είναι ρόδινο στις ξανθές και πιο σκούρο στις μελαχρινές.

Κατά τη διάρκεια της κύησης, η άλως παίρνει χρώμα σκοτεινότερο και περιβάλλεται από δακτύλιο με χρώμα ενδιάμεσο μεταξύ του δικού της χρώματος και εκείνου της επιδερμίδας. Ο δακτύλιος αυτός ονομάζεται δευτερεύουσα άλως. Η θηλαία άλως φέρει υποστρόγγυλα πολλαπλά επάρματα, τα ογκίδια του Montgomery, τα οποία αποτελούν

μεγάλους ιδρωτοποιούς αδένες. Περιφερικώς της θηλαίας άλω, βρίσκονται θύλακοι τριχών και σμηγματογόνοι αδένες.

Η θηλή του μαστού έχει χρώμα εντελώς όμοιο με το χρώμα της άλω. Η κορυφή της είναι διάτρητη από 15-20 μικρά στόμια, από τα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι του μαστικού αδένα. Η επιφάνεια της θηλής είναι ανόμοια και ρυτιδωτή. Κατά το θηλασμό, η θηλή επιμηκύνεται από την έλξη, η οποία ασκείται από το στόμα του βρέφους.²

ΑΓΓΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

A. Αρτηρίες : οι αρτηρίες που αγγειώνουν το μαστό προέρχονται από την έσω μαστική, την πλάγια και ανώτερη θωρακική, το θωρακικό κλάδο της ακρωμιοθωρακικής, τους διατιτραίνοντες κλάδους των μεσοπλεύριων αρτηριών και την υποπλάτιο αρτηρία, που αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες.

B. Φλέβες : ο μαστός έχει πλούσιο φλεβικό δίκτυο που διακρίνεται σε επιπολής και εν τω βάθει. Οι επιπολής εκβάλλουν στην έσω μαστική φλέβα. Οι εν τω βάθει φλέβες αποχετεύουν ακολουθώντας τρεις βασικές οδούς: 1) προς την έσω μαστική φλέβα 2) προς την μασχαλιαία φλέβα και 3) προς τις μεσοπλεύριες φλέβες που αναστομώνονται με τις σπονδυλικές και καταλήγουν στην άζυγο φλέβα. Η τελευταία αυτή οδός εξηγεί την παρουσία μεταστάσεων από καρκίνο του μαστού στην σπονδυλική στήλη.

Γ. Λεμφαγγεία : το πλούσιο λεμφαγγειακό δίκτυο του μαστού, δηλαδή του δέρματος και του μαστικού αδένα, αποχετεύει τη λέμφο προς δύο κατευθύνσεις : 1) προς τα έξω στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και 2) προς τα έσω στους λεμφαδένες της έσω μαστικής αρτηρίας. Μεταξύ αυτών των δύο οδών υπάρχουν πολλές αναστομώσεις. Ακόμη υπάρχουν

αναστομώσεις μεταξύ των λεμφαγγείων της έσω μαστικής αρτηρίας του άλλου μαστού.

Δ. Λεμφογάγγλια : οι λεμφαδένες του μαστού διακρίνονται στους 1) μασχالياίους, 2) υπερκλείδιους, 3) της έσω μαστικής. Η γνώση των επιχορίων αυτών λεμφαδένων, θεωρείται σκόπιμη γιατί είναι πλέον σημαντικοί και οι πιο συχνά προσβαλλόμενοι από μεταστάσεις. Εξάλλου οι μεταστάσεις προς τους λεμφαδένες ακολουθούν πορεία από τους κατώτερους προς τους ανώτερους, δηλαδή απ'τους υποκλείδιους προς τους υπερκλείδιους.

Ε. Νεύρωση : η νεύρωση του μαστού γίνεται από το μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο το θωρακοραχιαίο, το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell και απ'το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Ιδιαίτερη νευροβρίθεια εμφανίζει η θηλή, όπου οι νευρικές ίνες τελειώνουν στα απτικά σωμάτια του Meissner εξηγώντας έτσι το ενδιέγεργο της θηλής.³

1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού ανήκουν: ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι ωθήκες, ο θυροειδής αδένας, τα επινεφρίδια, ο πλακούντας και το νευρικό σύστημα. Διαπιστώνουμε δηλαδή, πως ο μαστός είναι όργανο ορμοεξαρτώμενο.

ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΣ : είναι γνωστό, πως ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση. Ένας ανασταλτικός παράγοντας του υποθαλάμου, που έχει σχέση με την υπόφυση είναι και της προλακτίνης, ο PIF (Prolactin Inhibiting Factor). Η προλακτίνη (PRL) είναι ορμόνη της υπόφυσης, που έχει στενότερη σχέση με το μαστό.

Εκτός από την GnRH, που έχει σχέση με την έκκριση των γοναδοτρόπων ορμονών και αυτές με την έκκριση των ωθηθικών ορμονών, που συνδέονται στενά με το μαστό, δύο άλλες ορμόνες, που ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο και έχουν σχέση με το μαστό, είναι η αυξητική και η θυροειδοτρόπος ορμόνη.

ΥΠΟΦΥΣΗ : η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Η έκκριση της ωθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και της ωχρινοτρόπου (LH), διεγείρουν την ανάπτυξη και την έκκριση της ωθήκης και του ωχρού σωματίου. Απόδειξη αυτού είναι το γεγονός, πως, μετά υποφυσεκτομία, προκαλείται υποπλασία των ωθηθικών και υποπλασία ή ατροφία των μαστών. Οι ορμόνες της υπόφυσης που έχουν στενότερη σχέση με το μαστό είναι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη.

ΩΘΗΚΕΣ : το γεγονός πως οι ωθηθικές ορμόνες επιδρούν στους μαστούς διαπιστώνεται από τις παρακάτω παρατηρήσεις :

1) από τις αρχές του αιώνα αποδείχθηκε, πως αν κόψουμε τις ωοθήκες σε άνηθα θηλυκά ζώα, η ανάπτυξη των μαστών εμποδίζεται. Επίσης, ο ευνουχισμός νεαρής γυναίκας εμποδίζει την ανάπτυξή τους, ενώ η χορήγηση οιστρογόνων ορμονών σ' αυτή τους αναπτύσσει.

2) η ανάπτυξη των μαστών αρχίζει στην ήβη και πριν την εμφάνιση της εμμηνορρυσίας, ύστερα από δραστηριοποίηση των ωοθηκικών ορμονών. Η υποστροφή των μαστών αρχίζει ύστερα από φυσιολογική ή τεχνητή εμμηνόπαυση.

3) στην ωοθηκική αγενεσία (σύνδρομο Turner), οι μαστοί παραμένουν σε υποτυπώδη ανάπτυξη.

4) η τοπική εφαρμογή οιστρογόνων ορμονών στο δέρμα των μαστών, προκαλεί την ανάπτυξη τους, που διατηρείται για αρκετό χρόνο μετά τη διακοπή της θεραπείας.

5) η τοπική εφαρμογή προγεστερόνης σε περιπτώσεις μασταλγίας, βελτιώνει την κατάσταση.

6) σε περίπτωση καρκίνου του προστάτη, όταν χρησιμοποιηθούν οιστρογόνες ορμόνες, είναι δυνατό να παρατηρηθεί αύξηση του μεγέθους των μαστών του άνδρα

7) η χορήγηση μεγάλων δόσεων οιστρογόνων ορμονών προκαλεί την ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων και το σχηματισμό κύστεων.

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

ΘΥΡΟΕΙΔΗΣ ΑΔΕΝΑΣ : αυτός έχει δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες. Η θυροξίνη μπορεί ν' αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης.

ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑ : όπως και ο θυροειδής αδένας, έτσι και αυτά, έχουν δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες.

ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ : ο πλακούντας, αποτελεί ενδοκρινή αδένα και σημαντική πηγή οιστρογόνων ορμονών και χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης, ενώ, σε μικρότερες ποσότητες, εκκρίνει προγεστερόνη και πλακουντική γλακτογόνο ορμόνη. Οι ορμόνες του πλακούντα έχουν σημασία για την ανάπτυξη του μαστού, τις μεταβολές του στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την έκκριση γάλακτος.

Με την ύπαρξη του πλακούντα συνδέεται και η μικρή διόγκωση των μαστών του νεογνού ή η μικρή έκκριση γάλακτος από αυτούς, γιατί μητρικές ορμόνες πέρασαν μέσω του πλακούντα στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης. Από τις ορμόνες του πλακούντα αυτή, που έχει στενότερη σχέση με τους μαστούς, είναι η πλακουντική γλακτογόνο ορμόνη (HPL). Η ορμόνη αυτή μοιάζει με την αυξητική ορμόνη της υπόφυσης, μοιάζει, όμως, και με τη δράση της προλακτίνης, γιατί διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και αναπτύσσει το μαστικό αδένα.

ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ : αυτό, φαίνεται, πως έχει επίδραση στην ανάπτυξη των μαστών, γιατί οι διαταραχές του στη διάρκεια φυσιολογικών ή παθολογικών περιόδων της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας δείχνουν, πως υπάρχει νευρικός ή αντανακλαστικός μηχανισμός, που επιδρά στους μαστούς. Παρ'όλα αυτά, αν απομονώσουμε το μαστό από τις νευρικές του συνάψεις ή τον μεταφυτέψουμε σε δέρμα, αυτός διατηρεί την εκκριτική του ικανότητα και ανταποκρίνεται στα ερεθίσματα του. Το νευρικό σύστημα ασκεί αγγειοκινητικές επιδράσεις στο μαστό και προκαλεί την έκθλιψη μικρής ποσότητας γάλακτος, που περιέχεται στις αδενοκυψέλες, χωρίς να επηρεάζει την εκκριτική λειτουργία του μαστού. Μεγάλες συγκινήσεις δυνατόν να αναστείλουν την έκκριση γάλακτος προσωρινά ή μόνιμα.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Η ηλικία και ορισμένες φυσιολογικές καταστάσεις, έχουν επίδραση πάνω στο μαστικό αδένιο και προκαλούν σ' αυτόν την ανάπτυξη του ή, αντίθετα, την υποστροφή του.

- ✚ Εμβρυική ζωή
- ✚ Γέννηση
- ✚ Βρεφική ηλικία
- ✚ Παιδική ηλικία
- ✚ Ήβη
- ✚ Αναπαραγωγική ηλικία
- ✚ Εγκυμοσύνη
- ✚ Γαλουχία
- ✚ Εμμηνόπαυση⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια κακοήθης νεοπλασματική νόσος, η οποία μπορεί να προσβάλλει τον ένα ή και τους δύο μαστούς.⁵

Ο καρκίνος δεν είναι μία ξεχωριστή νόσος, αλλά ένα σύνολο νοσημάτων, που χαρακτηρίζονται από την ιδιότητα τους να προκαλούν ανώμαλες μεταβολές στα κύτταρα με αποτέλεσμα αυτά να πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα. Οι περισσότεροι τύποι καρκίνου σχηματίζουν έναν όγκο-έναν όζο ή μία μάζα καρκινικών κυττάρων. Κύτταρα μπορούν να αποσπαστούν από έναν όγκο και να μεταναστεύσουν σε άλλα μέρη του σώματος, όπου μπορούν να εγκατασταθούν και να πολλαπλασιασθούν. Αυτή η διαδικασία εξάπλωσης καλείται μετάσταση, ενώ οι νέοι καρκίνοι που εξαπλώθηκαν αφού αποσπάστηκαν από τον αρχικό όγκο, ονομάζονται μεταστάσεις. Δεν είναι όλοι οι όγκοι καρκινικοί ή κακοήθεις. Ορισμένοι είναι καλοήθεις, δεν εξαπλώνονται και δεν είναι απειλητικοί για τη ζωή. Τέλος, μερικοί καρκινικοί δεν σχηματίζουν μάζες ή όγκους όπως για παράδειγμα εκείνοι που προσβάλλουν το αίμα, όπως η λευχαιμία.⁶

2.2 ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Στον κυτταρικό γενετικό κώδικα υπάρχουν γονίδια, που ονομάζονται ογκογόνοι παράγοντες, τα οποία επιτρέπουν τη μεταμόρφωση ενός φυσιολογικού κυττάρου σε παθολογικό καρκινικό κύτταρο. Αυτά τα ογκογόνα είναι συνήθως αδρανή και σιωπηρά στον ενήλικα, αλλά μπορούν να επαναδραστηριοποιηθούν από διάφορους παράγοντες : ένα χημικό προϊόν (καπνός, πίσσα), μια μετάλλαξη από ακτίνες (ραδιενεργά) ή από ένα απλό λάθος αντιγραφής κατά τη διαίρεση

των κυττάρων. Μέσα σε όλα κύτταρά μας έχουμε το «κλειδί» για την εμφάνιση του καρκίνου, αρκεί κάποιος παράγοντας να το κάνει να γυρίσει.

Αν ένα καρκινικό κύτταρο ξεφύγει από την ανοσολογική άμυνα του οργανισμού θα πολλαπλασιαστεί με αναρχική διαίρεση, χωρίς φανερή εξωτερική ένδειξη, τουλάχιστον στην αρχή. Όσο ο συνολικός όγκος των παθολογικών κυττάρων δεν φτάνει το 1mm^3 , δεν υπάρχει κανένα κλινικό, βιολογικό ή ακτινολογικό μέσο ανίχνευσής του. Για να γίνει ορατός στο δέρμα ή σ'ένα βλεννογόνο, να μπορεί να ψηλαφηθεί με τη μορφή «κόμπου» σε επιφανειακό όργανο ,ο όγκος πρέπει να είναι ακόμα μεγαλύτερος.

Η επέκταση του καρκίνου γίνεται γενικά σε τρεις φάσεις:

Ø **Τοπική φάση** : τα καρκινικά κύτταρα, καθώς πολλαπλασιάζονται, σχηματίζουν έναν όγκο, έναν «κόμπο». Αυτός μπορεί μερικές φορές να εξελκωθεί και να ματώσει. Λόγω του μεγέθους του μπορεί να συμπιέσει τους γειτονικούς ιστούς.

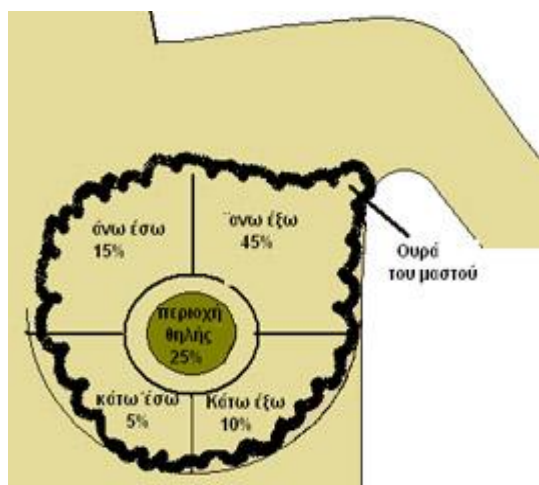
Ø **Επιχώρια φάση** : καρκινικά κύτταρα μπορεί να εγκαταλείψουν τον μητρικό όγκο, για να περάσουν στους λεμφικούς πόρους. Θα αποκλειστούν στα λεμφογάγγλια , που παίζουν ρόλο φίλτρων κυττάρων. Τότε θα διαιρεθούν στον λεμφαδένα, που γίνεται ψηλαφητός και σκληρός. Εν συνέχεια, όταν γίνει ογκώδης, μπορεί να σπάσει, και τα καρκινικά κύτταρα θα κατευθυνθούν προς έναν άλλο λεμφαδένα που βρίσκεται μακρύτερα ή θα περάσουν στη γενική κυκλοφορία.

Ø **Φάση διασποράς** : τα καρκινικά κύτταρα θα περάσουν στο αίμα και θα σχηματίσουν αποικίες σε απομακρυσμένα όργανα. Αυτές είναι οι μεταστάσεις.⁷

ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η συνηθέστερη εντόπιση του καρκινώματος είναι το άνω και έξω τεταρτημόριο (45%) και στη συνέχεια κατά σειρά, η περιοχή γύρω από τη θηλή (25%) και το άνω έσω τεταρτημόριο (15%), το κάτω έξω (10%) και το κάτω έσω τεταρτημόριο (5%).

Το καρκίνωμα μπορεί να έχει μια εστία ή να είναι πολυεστιακό (ποσοστό 7-10%) στον ίδιο μαστό. Παρατηρείται συνήθως μεγαλύτερη αύξηση συχνότητας στον αριστερό μαστό παρά στο δεξιό και αυτό ίσως να οφείλεται στη διαφορετική ευαισθησία των αδένων στα ορμονικά ερεθίσματα. Βέβαια υπάρχει και ένα ποσοστό περίπου 4 % ανάπτυξης καρκίνου μαστού αμφοτερόπλευρα.⁸



Εικ. 7
Τα τεταρτημόρια του μαστού, η περιθηλαία περιοχή, η ουρά και η συχνότητα του καρκίνου σε κάθε περιοχή

(Βιβλιογραφία 4)

2.3 ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ (ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ)

2.3.1 ΛΟΒΙΑΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ IN SITU (LCIS)

Μολονότι η κατάσταση αυτή συνοδεύεται από τον χαρακτηρισμό «καρκίνωμα» στην πραγματικότητα αποτελεί έναν δείκτη για καρκίνο.⁹

Εάν αντιμετωπισθεί με βιοψία μόνο, 25-30% των ασθενών με λοβιακό καρκίνωμα in situ, επίσης γνωστό ως λοβιακή νεοπλασία, θα αναπτύξουν μεταγενέστερα διηθητικό καρκίνο.¹⁰ Οι αλλοιώσεις στα κύτταρα των λοβίων υποδηλώνει ότι ο καρκίνος μπορεί να εκδηλωθεί στο μέλλον. Όταν εντοπίζεται τέτοιο καρκίνωμα, ακόμα και στον ένα μαστό, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να εκδηλωθεί καρκίνος στον ίδιο αλλά και στον άλλο μαστό. Πολλοί ειδικοί επισημαίνουν ότι οι γυναίκες με τέτοιες αλλοιώσεις πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά.⁹

Η λοβιακή νεοπλασία συνήθως αντιμετωπίζεται με ανοιχτή βιοψία ακολουθούμενη από προσεχτική παρακολούθηση με μαστογραφία. Δεν πρέπει να θεωρείται κακοήθεια, αλλά μάλλον θα πρέπει να ενημερώνονται ότι έχουν ψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου του μαστού.¹⁰

2.3.2 ΠΟΡΟΓΕΝΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ IN SITU (DCIS)

Το πορογενές καρκίνωμα in situ τυπικά παρατηρείται στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.¹⁰ Περιορίζεται στους πόρους των γαλακτοπαραγωγών αδένων και δεν έχει διηθήσει τους γειτονικούς ιστούς του μαστού, αν και, εφόσον παραμεληθεί, μπορεί τελικά να τους διηθήσει. Στο στάδιο αυτό, ωστόσο, δεν έχει πρόσβαση στα αιμοφόρα αγγεία ή λεμφαγγεία που πορεύονται στο λιπώδη ιστό εκτός των αδένων και δεν μπορεί να εξαπλωθεί σε άλλα όργανα του σώματος. Το DCIS

είναι καρκίνος μαστού στο πρωιμότερο στάδιο του (Στάδιο 0), περιορισμένος ακόμα στους πόρους. Το 100% σχεδόν των γυναικών με καρκίνο αυτού του σταδίου μπορούν να θεραπευτούν πλήρως.

Το DCIS, στην πλειοψηφία των ασθενών, εμφανίζεται στη μαστογραφία σαν ένα άθροισμα αποτιτανώσεων (μικρά λευκά στίγματα ή κόκκοι άμμου) χωρίς την ύπαρξη μάζας.

Στο 15% των ασθενών υπάρχει και όγκος, ενώ στο υπόλοιπο 10% των γυναικών ανευρίσκεται μάζα χωρίς αποτιτανώσεις.

2.3.3 ΛΟΒΙΑΚΟ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Στο λοβιακό διηθητικό καρκίνωμα τα καρκινικά κύτταρα έχουν διασπάσει το τοίχωμα των λοβιδίων και μπορούν να μεταναστεύσουν σε άλλα μέρη του σώματος μέσω της λεμφικής παροχέτευσης ή της κυκλοφορίας του αίματος.⁶

Το κυριότερο χαρακτηριστικό του λοβιακού διηθητικού καρκινώματος, είναι ο τρόπος με τον οποίο διατάσσονται τα καρκινωματώδη κύτταρα. Συνήθως παρατηρούνται διηθήσεις του υποστρώματος, υπο τη μορφή ενός στίχου κυττάρων, τα οποία είναι μικρού μεγέθους και συνήθως ομοιόμορφα. Μερικές φορές τα καρκινωματώδη προσλαμβάνουν χαρακτήρες σφραγιστήρος δακτυλίου.¹¹

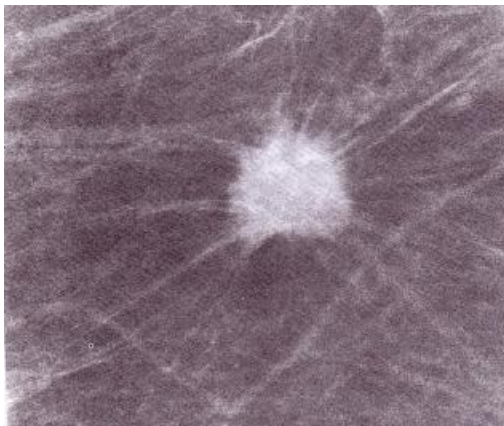
Απαντάται σε συχνότητα 5% όλων των καρκίνων του μαστού, τις περισσότερες φορές είναι πολυεστιακό και αμφοτερόπλευρο διηθεί περισσότερα αγγεία. Μετά τη μαστεκτομία συστήνεται στενή παρακολούθηση του εναπομείναντας μαστού.⁴

2.3.4 ΠΟΡΟΓΕΝΕΣ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (IDC)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των διηθητικών καρκινωμάτων του μαστού, προέρχεται από το επιθήλιο των μικρών τελικών πόρων και των αδενοκυψελών. Επίσης είναι δυνατόν να αρχίζει από το επιθήλιο των αδενοκυψελών και να επεκτείνεται προς τους πόρους και το αντίθετο. Ο καρκίνος αυτός αναπτύσσεται σε έναν πόρο, διασπά το τοίχωμα του πόρου και διεισδύει στον λιπώδη ιστό του μαστού. Από εκεί μπορεί να εξαπλωθεί σε άλλες περιοχές του σώματος μέσω της λεμφικής παροχέτευσης ή της κυκλοφορίας του αίματος.

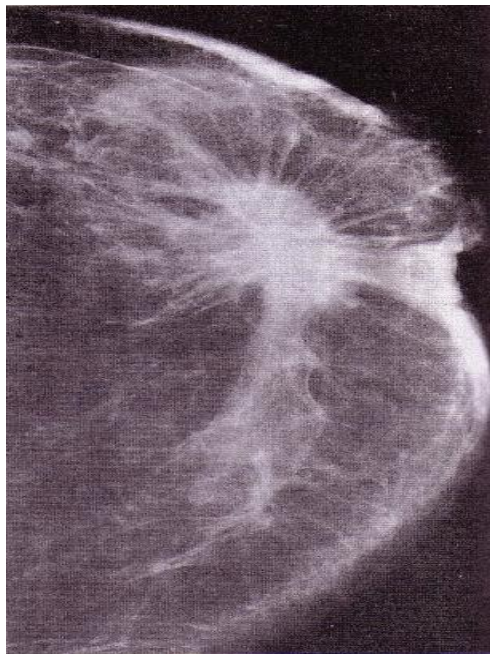
Τα καρκινωματώδη κύτταρα διατάσσονται σε συμπαγείς και αδενικούς σχηματισμούς, ανάλογα με το βαθμό κακοήθειας τους. Το υπόστρωμα συνήθως εμφανίζει σκιρρώδη αντίδραση και ποικίλου βαθμού λεμφοκυτταρικές και πλασματοκυτταρικές διηθήσεις.¹¹

Αυτή η μορφή καρκίνου του μαστού αποτελεί το 80% έως 95% όλων των κρουσμάτων της νόσου. Οι γιατροί ταξινομούν την ασθένεια σε στάδια (σταδιοποίηση) αφού πρώτα λάβουν δείγμα ιστού για βιοψία και το υποβάλλουν σε μια σειρά ελέγχων. Έτσι το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα μπορεί να κυμαίνεται από καρκίνωμα σταδίου I (δεν υπάρχουν ενδείξεις διηθήσεως στους σύστοιχους λεμφαδένες) έως καρκίνωμα σταδίου IV (πολλαπλοί προσβεβλημένοι λεμφαδένες και μεταστάσεις σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος).⁹



Εικ. 8
Μαστογράφημα
Τυπική εικόνα καρκινώματος

(Βιβλιογραφία 4)



Εικόνα 9
Μαστογράφημα
Διθητικό καρκίνωμα των πόρων

(Βιβλιογραφία 4)

ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΣΥΧΝΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΙ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.3.5 ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Το φλεγμονώδες καρκίνωμα, φαίνεται ότι δεν αποτελεί ιστολογικό τύπο καρκίνου, αλλά μία κλινική οντότητα ενός μεγάλου όγκου ο οποίος, διηθεί το μαστό, σχεδόν ολόκληρο και ο μαστός παρουσιάζει χαρακτηριστική εικόνα με διηθημένο το δέρμα. Συνοδεύεται από μικροβιακή ή άσηπτη φλεγμονή των λεμφαγγείων μιας περιοχής του μαστού και μπορεί να καταλαμβάνει ακόμα και το 1/3 της επιφάνειάς του.

Ακριβώς επειδή συνυπάρχει διήθηση των λεμφαγγείων του δέρματος στις περιπτώσεις αυτές δεν πρέπει να γίνεται εγχείρηση, αλλά μετά τη διάγνωση να ακολουθεί συστηματική θεραπεία που σκοπό έχει να μειώσει τον όγκο, προκειμένου αν είναι δυνατόν να διενεργηθεί χειρουργική επέμβαση αργότερα. Η πρόγνωση είναι κακή και οι περισσότερες γυναίκες καταλήγουν μέσα στην πρώτη 5ετία.¹¹

Χαρακτηρίζεται από ερύθημα του δέρματος του μαστού, αυξημένη θερμοκρασία του και σκληρία από διήθηση των υποδόριων λεμφαγγείων.⁴



Εικ. 10
Φλεγμονώδης καρκίνος μαστού

(Βιβλιογραφία 5)

2.3.6 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ PAGET

Αυτή η μορφή του καρκίνου συνήθως γίνεται εμφανής στην περιοχή της θηλής του μαστού. Χαρακτηρίζεται από λίγες εφελκίδες οι οποίες μπορεί να είναι ξηρές ή υγρές. Αργότερα οι βλάβες επεκτείνονται και μπορούν να καταλάβουν ολόκληρη την άλω της θηλής ή και περιφερικότερα σχηματίζοντας ερυθματολεπιδήδη πλάκα με διαβρώσεις και εφελκίδες. Η ερυθματολεπιδώδης πλάκα μοιάζει με έκζεμα ενώ σε μεταγενέστερα στάδια παρατηρείται και εισολκή της θηλής του μαστού.

Οι βλάβες του δέρματος συνοδεύονται από καρκίνωμα γαλακτοφόρων πόρων του αδένου και από διόγκωση των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Η νόσος του Paget, όταν είναι περιορισμένη στη θηλή, έχει καλύτερη πρόγνωση από ότι η πιο εκτεταμένη νόσος, καθώς όταν είναι περιορισμένη τείνει να μην είναι ιδιαίτερα επιθετική. Όταν δεν ψηλαφάται μάζα στο μαστό και οι επιχώριοι λεμφαδένες είναι αψηλάφητοι ή πενταετής επιβίωση είναι 90%. Όταν όμως ψηλαφάται κάποια μάζα στο μαστό, τότε η πενταετής επιβίωση είναι 40%.

Η θεραπεία είναι χειρουργική αφαίρεση, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία.⁹

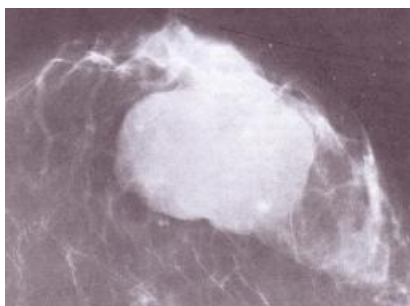


Εικ. 11
Ξηρά μορφή Paget
Εξαφάνιση θηλής

(Βιβλιογραφία 6)

2.3.7 ΦΥΛΛΟΕΙΔΕΣ ΚΥΣΤΕΟΣΑΡΚΩΜΑ

Το φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα αποτελεί μορφή ιναδενώματος, που χαρακτηρίζεται από σαρκωματώδη εικόνα του υποστρώματος του. Ανήκει στα καλοήθη νεοπλάσματα του μαστού αλλά η κλινική του πορεία, και κάποτε, η ιστολογική του εικόνα, εμφανίζει στοιχεία κακοήθειας. Το φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα αναπτύσσεται, ίσως από μικρό αδένωμα που υπήρχε στο μαστό και το οποίο, ενώ στην αρχή εξελίσσεται αργά, ύστερα, ξαφνικά η εξέλιξή του γίνεται ραγδαία. Η πάθηση στο σύνολο των παθήσεων του μαστού εμφανίζεται σε συχνότητα 0,3 – 0,4% σε γυναίκες ηλικίας 45 περίπου ετών και σπάνια σε ηλικία μικρότερη των 30 ετών. Με την επισκόπηση παρατηρείται διόγκωση του μαστού από την ύπαρξη του όγκου, που του δίνει τη μορφή σταγόνας από δάκρυ. Οι διαστάσεις του όγκου μπορεί να αρχίζουν από 1-2 εκ και να φτάνουν ως τα 5 ή 10 ή 15 κιλά Το δέρμα του μαστού είναι τεντωμένο, λεπτό και τα φλεβικά αγγεία, που πορεύονται κάτω από αυτό διαγράφονται.⁴



Εικ. 12
Μαστογράφημα
Φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα

(Βιβλιογραφία 4)

2.3.8 ΜΥΕΛΟΕΙΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Είναι μακροκυστικός και μικροκυστικός, καλός περιγεγραμμένος όγκος. Τα καρκινωματώδη κύτταρα είναι πολύ μεγαλύτερα από εκείνα άλλου τύπου καρκινώματος, έχουν σαφή κυτταροπλασματικά όρια (συγκύττια) και διατάσσονται σε συμπαγείς καρκινωματώδεις βλάστες, οι οποίες περιβάλλονται από πυκνές λεμφοκυτταρικές και πλασματοκυτταρικές αθροίσεις. Παρατηρούνται επίσης περιοχές νέκρωσης του όγκου, ενώ, σπάνια, στις περιπτώσεις γνήσιου μυελοειδούς καρκινώματος, υπάρχει in situ καρκίνωμα. Συνήθως είναι καλής πρόγνωσης.¹¹

2.3.9 ΣΩΛΗΝΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Αντιστοιχεί στο 1%-2% των καρκίνων του μαστού και τα κύτταρα του μοιάζουν με μικρούς σωλήνες (απ'όπου και η ονομασία). Πρόκειται για διηθητικό καρκίνο, όμως σπάνια επεκτείνεται εκτός του μαστού και έχει επομένως καλύτερη πρόγνωση από το διηθητικό πορογενές ή λοβιακό καρκίνωμα.⁶

2.3.10 ΒΛΕΝΝΩΔΕΣ (ΚΟΛΛΟΕΙΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ)

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

2.3.11 ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Το αμιγές θηλώδες είναι σπάνιο και αναπτύσσεται από το επιθήλιο των μεγάλων πόρων. Τα καρκινωματώδη κύτταρα σχηματίζουν θηλές, χωρίς συνήθως αγγειοσυνδετικό άξονα, εμφανίζουν σχετική ομοιομορφία

και λίγες πυρηνοκινησίες. Κλινικώς παρουσιάζεται έκκριση από τη θηλή.¹¹

2.4 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η πλειονότητα των ογκιδίων που εντοπίζονται στο μαστό είναι καλοήθεις όγκοι (μη καρκινικοί). Οι κύστες (ινοκυστική μαστοπάθεια), τα αδενώματα, τα λιπώματα, τα θηλώματα και άλλα δεν αποτελούν σοβαρό κίνδυνο για την υγεία και δεν μεταλλάσσονται σε καρκίνο. Ορισμένα από αυτά υποχωρούν αυτομάτως με την πρόοδο της ηλικίας και ιδίως με την εμμηνόπαυση. Ωστόσο, οι καταστάσεις αυτές πρέπει να λαμβάνονται υπόψη μέχρι να αποδείξουμε ότι δεν αποκρύπτουν κακοήθεια.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, όμως το σχήμα του ογκιδίου δεν πληροί 100% τα χαρακτηριστικά του καλοήθους όγκο, ή το υγρό που εκκρίνεται από τη θηλή του μαστού είναι ύποπτο για κακοήθεια λόγω παρουσίας αίματος. Έτσι, ο γιατρός δεν μπορεί να είναι σίγουρος για τον αν υπάρχει κακοήθεια ή όχι μόνο με την απλή κλινική εξέταση, γι' αυτό καταφεύγει σε εργαστηριακές εξετάσεις όπως μαστογραφία, κυτταρολογική εξέταση του υγρού, ακόμη και βιοψία κάποιου ογκιδίου, οι οποίες είναι απαραίτητες.¹²

2.4.1 ΙΝΟΚΥΣΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΠΑΘΕΙΑ

Η ινοκυστική μαστοπάθεια αποτελεί τη συχνότερη πάθηση του μαστού και είναι συχνή σε γυναίκες ηλικίας 30-50 ετών. Ανήκει στις κυστικές μη νεοπλασματικές παθήσεις του μαστού και αποτελεί άγνωστης αιτιολογίας καλοήθη πάθηση του μαστού που θεωρείται ορμονοεξαρτώμενη αφού εμφανίζεται στη γενετησιακή ηλικία της

γυναίκας. Μετά εμμηνόπαυση η νόσος είναι σπάνια ενώ στον άνδρα δεν εμφανίζεται ποτέ.

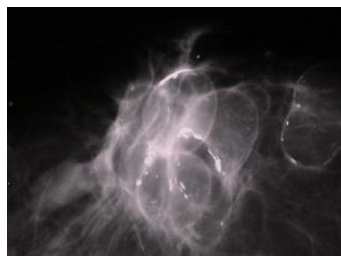
Η αιτιολογία δεν έχει απόλυτα εξακριβωθεί. Το γεγονός όμως, πως εμφανίζεται συχνότερα στη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας όπου η ωοθηκική της λειτουργία βρίσκεται στην απόδοσή της, αποδεικνύει ότι η πάθηση είναι ορμονοεξαρτώμενη.

Η κλινική εικόνα της νόσου είναι χαρακτηριστική και εκδηλώνεται με τα παρακάτω συμπτώματα:

- α) μασταλγία
- β) ψηλαφητά οζίδια
- γ) έκκριση θηλής

Από ιστολογικής πλευράς, οι σχηματιζόμενες κύστες αποτελούν διευρύνσεις των γαλακτοφόρων πόρων ή απολήξεών τους. Οι κύστες αυτές είναι μαλακές με λίγο περιεχόμενο και άλλες σκληρές, με πολύ περιεχόμενο που πιέζει το τοίχωμα τους, ομοιάζουσες κατά την ψηλάφηση με ινοαδενώματα. Το υγρό περιεχόμενο των κύστεων δύναται να είναι διαυγές ή θολό, λεπτόρρευστο ή παχύρρευστο, ορώδες ή κιτρινωπό ή υποκύανο ή οροαιματηρό.

Η διάγνωση της νόσου βασίζεται περισσότερο στην κλινική εικόνα και στα ψηλαφητά ευρήματα και λιγότερο στην ιστολογική εικόνα. Παθολογοανατομικές και επιδημιολογικές μελέτες πιθανολογούν τη σχέση ανάμεσα στην ινοκυστική μαστοπάθεια και τον καρκίνο του μαστού, η δε πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου σε έδαφος κυστικής μαστοπάθειας είναι διπλάσια έως τετραπλάσια απ'ότι στο φυσιολογικό μαστό.⁸



Εικ. 13
Μαστογραφία καλοθών κύστεων με αποτιτανώσεις στο τοίχωμα τους

(Βιβλιογραφία 4)

2.4.2 ΙΝΟΑΔΕΝΩΜΑ

Τα ινοαδενώματα συνήθως εμφανίζονται σε νέες γυναίκες ηλικίας (20-35 ετών) και μπορεί να εμφανιστούν και σε έφηβες. Είναι συχνότερα από τις κύστεις πριν από το 25^ο έτος της ηλικίας. Σπάνια εμφανίζονται μετά την εμμηνόπαυση αν και περιστασιακά βρίσκονται, συχνά αποπιτανωμένα, σε μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Για τον λόγο αυτό θεωρείται ότι τα ινοαδενώματα αποτελούν απάντηση στον οιστρογόνο ερεθισμό. Αν και η παρουσία ενός ινοαδενώματος δεν αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνωμα του μαστού, αυτό αποτελεί ακόμα αντικείμενο διαφωνιών. Κλινικά η νεαρή ασθενής συνήθως ανιχνεύει μία μάζα στο μπάνιο ή ενώ ντύνεται. Οι περισσότερες μάζες είναι διαμέτρου 2-3 cm όταν ανιχνεύονται, αλλά μπορεί να είναι εξαιρετικά μεγάλες (πχ γιγάντιο ινοαδένωμα). Στην φυσική εξέταση είναι σταθερά, λεία και ελαστικά. Δεν προκαλούν φλεγμονώδη αντίδραση, είναι ελεύθερα κινητά και δεν προκαλούν πύχωση του δέρματος ή εισολκή θηλής. Συχνά είναι δίβολα και κατά την εξέταση μπορεί να ψηλαφηθεί αύλακα. Μαστογραφικά έχουν τυπικά καλοήγη χαρακτηριστικά με λεία, σαφώς καθορισμένα όρια. Κάθε ύποπτο ινοαδένωμα επιβεβαιώνεται είτε με βιοψία κατόπιν αφαίρεσης ή με βιοψία δια λεπτής βελόνας. Η ολική αφαίρεση του ινοαδενώματος με τοπική αναισθησία χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση της εξεργασίας και επιβεβαιώνει την απουσία κακοήθειας. Ωστόσο μια νεαρή γυναίκα με ένα κλινικό ινοαδένωμα μπορεί να υποβληθεί σε κυτταρολογικό έλεγχο δια βελόνης και παρατήρηση της μάζας. Σπάνια τα ινοαδενώματα αυξάνονται πάνω από 2-3cm στο μέγεθος. Τα μεγάλα ή τα αναπτυσσόμενα ινοαδενώματα πρέπει να αφαιρούνται.¹³



Εικ.14 Μεγέθυνση μαστογραφίας ινοαδενώματος μαστού. παρατηρήστε το ομαλό περίγραμμα (Βιβλιογραφία 4)

2.4.3 ΘΗΛΩΜΑΤΑ

Το θήλωμα των γαλακτοφόρων πόρων του μαστού ή αλλιώς ενδοσωληνώδες θήλωμα, αποτελεί καλοήγη υπερπλαστική επεξεργασία του επιθηλίου των γαλακτοφόρων πόρων του μαστού και χαρακτηρίζεται από παραγωγή έκκρισης που λιμνάζει μέσα στους πόρους.

Αποτελεί σπάνια νόσο σε σχέση με τον καρκίνο, την ινοκυστική μαστοπάθεια και τα ινοαδενώματα. Παρατηρείται δε συχνότερα κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας. Γενικά εμφανίζεται κατά το 40^ο έως το 50^ο έτος, ενώ σπάνια είναι η παρουσία του πριν από το 30^ο και μετά το 60^ο έτος.

Η αιτιολογία των θηλωμάτων παραμένει άγνωστη. Η χορήγηση οιστρογονικών παρασκευασμάτων ευνοούν την ανάπτυξη θηλωμάτων, δεν μπορούν όμως να ενοχοποιηθούν για τη γένεσή τους.

Η βασική τους κλινική εικόνα είναι η έκκριση της θηλής του μαστού σε συχνότητα 65%. Η αυτόματη έκκριση (χωρίς πίεση) ή η προκλητή, είναι συνήθως το πρώτο σύμπτωμα, ιδιαίτερα όταν η εντόπιση του θηλώματος είναι κεντρική. Η έκκριση του υγρού είναι υποκίτρινης μέχρι αιματηρής χροιάς (15-17%) και ετερόπλευρη.

Τα θηλώματα είναι όγκοι διαμέτρου συνήθως 2-3 εκ, εντοπιζόμενοι συνήθως στην περιοχή της θηλαίας άλω. Μικροσκοπικά αποτελούνται από κεντρικό ινοαγγειωματώδη μίσχο που καλύπτεται από διπλό στίχο κυβικών επιθηλιακών κυττάρων. Διάχυτη θηλωμάτωση εμφανίζεται συχνά στην κυστική μαστοπάθεια, ο δε διαχωρισμός του ιστολογικά από το διηθητικό καρκίνο είναι πολλές φορές δύσκολος. Η διάγνωση του θηλώματος γίνεται με τη βιοψία. Η θεραπεία των θηλωμάτων είναι χειρουργική και αποσκοπεί στην εξαίρεση της αλλοίωσης.⁸



Εικ. 15 Θήλωμα . Αίμα βγαίνει από έναν πόρο
(Βιβλιογραφία 4)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

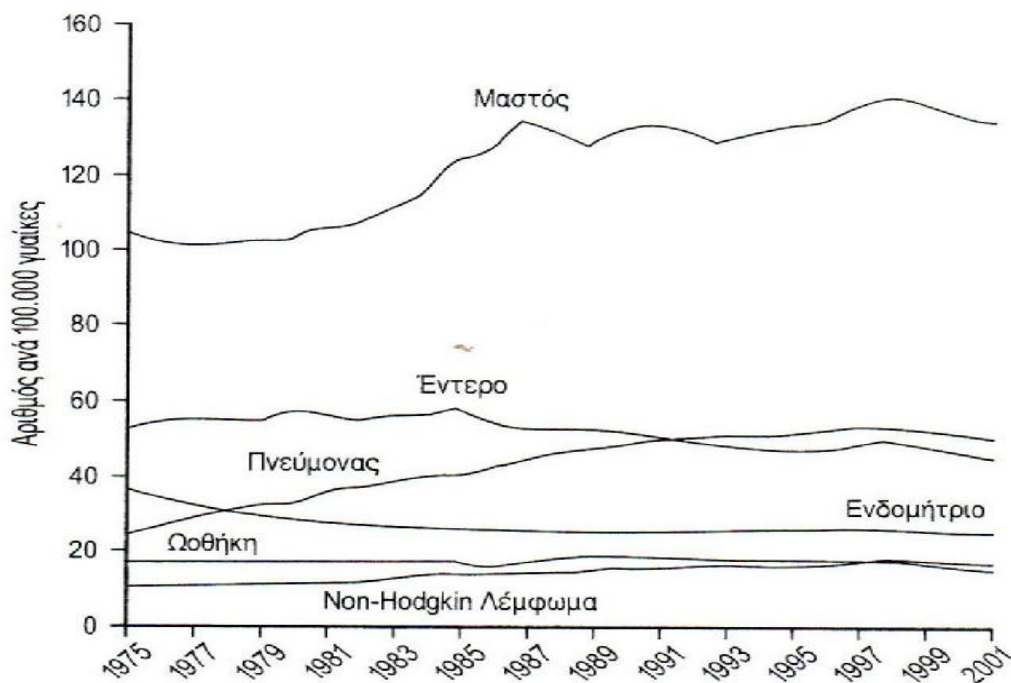
ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί αιτία θανάτου για περισσότερες από 50.000 γυναίκες κάθε χρόνο παγκοσμίως. Τα στατιστικά στοιχεία από τις ΗΠΑ και την Ευρώπη δείχνουν ότι 1 στις 8 γυναίκες θα εμφανίσει καρκίνο του μαστού σε κάποια στιγμή της ζωής της. Η ηλικία κατά την οποία προσβάλλονται οι γυναίκες από τον καρκίνο του μαστού σύμφωνα με νεώτερες πληροφορίες είναι το τριακοστό έτος και άνω χωρίς να αποκλείεται η εμφάνιση του και σε νεώτερες ηλικίες. Το 15% των νέων προσβολών ετησίως αφορά γυναίκες κάτω των 40 ετών. Τα 2/3 των νέων περιπτώσεων εκδηλώνονται κυρίως σε γυναίκες άνω των 40 ετών και η συχνότητα προβολής σε ΗΠΑ και Ευρώπη είναι 6 φορές μεγαλύτερη από ότι στις χώρες της Ασίας και Αφρικής. Τα τελευταία 40 χρόνια έχει παρατηρηθεί διεθνώς αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού και ιδίως στο τέλος της δεκαετίας του '80. Από τότε η συχνότητα εμφάνισης σταθεροποιήθηκε όμως νεότερες εργασίες αναφέρουν αύξηση προσβολής σε γυναίκες κάτω των 40 ετών.¹⁴

Στις ΗΠΑ, 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. Με βάση τα στοιχεία της Connecticut Cancer Registry για το 1973, κάθε

15 λεπτά, 3 νέες περιπτώσεις διαγνώσκονται και μια γυναίκα πεθαίνει από καρκίνο του μαστού στις ΗΠΑ.²

Το 1999 διαγνώστηκαν 176.300 περιπτώσεις με διηθητικό καρκίνο μαστού και υπήρξαν 43.700 θάνατοι. Επιπλέον διαγνώστηκαν 35.000 περιπτώσεις με καρκίνο in situ. Η αναλογία των in situ καρκίνων έχει αυξηθεί από 3,6% το 1983 σε 18% όλων των περιπτώσεων το 1999. Αυτή η αύξηση του πρώιμου σταδίου της νόσου είναι αξιοσημείωτη και οφείλεται στην αυξημένη χρήση της μαστογραφίας που είναι η μόνη σήμερα εξέταση που μπορεί να ανιχνεύσει ανωμαλίες στο μαστό σε επίπεδο μικροδιηθητικού ή μη διηθητικού καρκίνου, με συνέπεια την ελάττωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας.¹⁵



Εικ. 16 Ετήσια επίπτωση διαφόρων τύπων καρκίνου στις γυναίκες των ΗΠΑ κατά το χρονικό διάστημα 1975 - 2001. Ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρώτη θέση

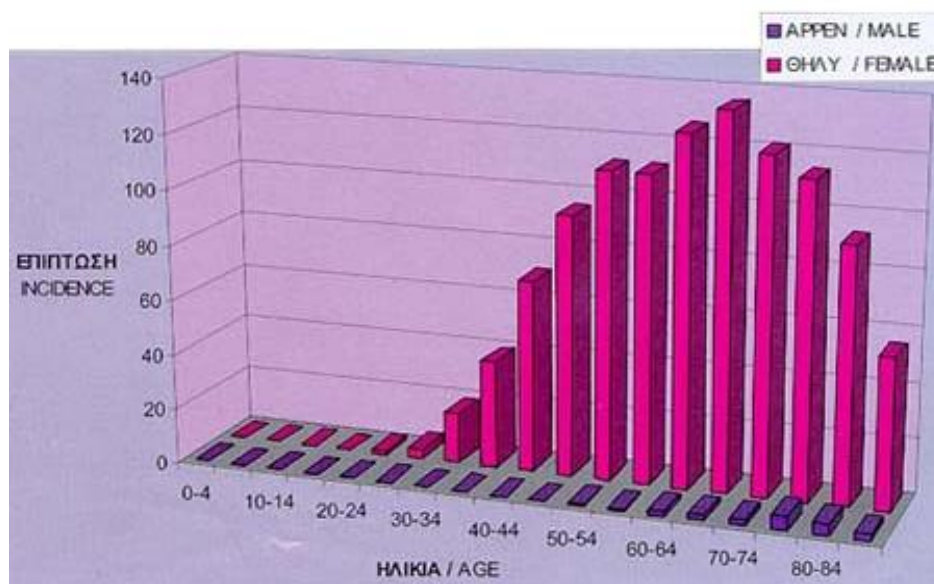
(Βιβλιογραφία 7)

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, οι δεκαετίες 1950 και 1960 σημείωσαν μια αύξηση του αριθμού των θανάτων από τον καρκίνο του μαστού. Στη δεκαετία 1980 σε μερικές Ευρωπαϊκές Χώρες (Δανία, Κ.Χώρες, Σουηδία, και Αγγλία) καταγράφηκε σταθερά η πτώση του ρυθμού θανάτων, ενώ αντιθέτως αυξήθηκαν στις χώρες της Νοτίου και Ανατολικής Ευρώπης. Η επιβίωση από καρκίνο του μαστού σε 17 χώρες της Ευρώπης, μεταξύ των ετών 1985 και 1989 που δημοσιεύτηκαν το 1999 ήταν 81% (Σουηδία, Γαλλία) και 58% (Πολωνία, Σλοβακία). Οι διαφορές θα πρέπει να αποδοθούν στην εύκολη πρόσβαση σε οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου, εξειδικευμένες κλινικές μονάδες μαστού και στην ποιότητα της θεραπείας.

Το 2000, σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, περισσότερες από 216.000 γυναίκες παρουσίασαν καρκίνο του μαστού στην Ευρωπαϊκή Ένωση και περισσότερες από 79.000 πέθαναν από τη νόσο.¹⁷ Ενώ πάλι με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, στην Ευρώπη των 25, το 2002 καταγράφηκαν 269.570 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού και 87.770 θάνατοι, αντίστοιχα. Επίσης παρά την έλλειψη κοινού Ευρωπαϊκού πρωτοκόλλου καταγραφής νέων περιστατικών και θανάτων, που δυσχεραίνει την εξαγωγή ολοκληρωμένων στατιστικών συμπερασμάτων, εκτιμάται ότι η πιθανότητα να προσβληθεί μια γυναίκα κατά τη διάρκεια της ζωής της από καρκίνο του μαστού στην Ευρώπη είναι 1 στις 10. Μάλιστα, κατά τις ίδιες εκτιμήσεις οι υφιστάμενες δημογραφικές τάσεις οδηγούν σε σημαντική αύξηση του αριθμού των γυναικών που θα αντιμετωπίσουν τη νόσο αυτή στο μέλλον.¹⁸

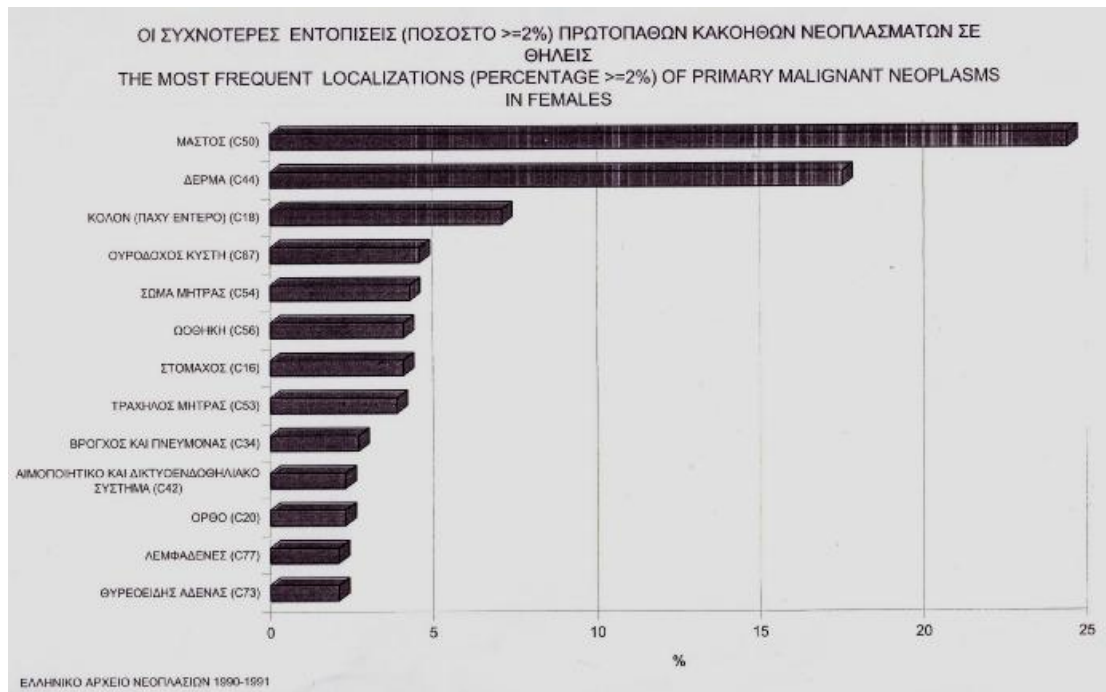
Στην Ελλάδα κάθε χρόνο 1200 γυναίκες πεθαίνουν χτυπημένες από τη νόσο, η οποία στη χώρα μας αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα τροχαία. Εξάλλου, κάθε χρόνο 3.000 Ελληνίδες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού, ενώ κάθε χρόνο παρατηρείται αύξηση των

κρουσμάτων κατά 3-4%. Ο Κ.Μπουσουλέγκας, διευθυντής της Γ' Χειρουργικής Κλινικής – Χειρουργικής Μαστού του Θεαγενείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, κατά τη διάρκεια παρουσίασης έρευνας για τον καρκίνο του μαστού, επισήμανε ότι υπάρχει κίνδυνος σε 20 χρόνια να διπλασιαστούν τα κρούσματα της συγκεκριμένης νόσου. Οι γυναίκες είναι ανυπεράσπιστες απέναντι στον καρκίνο του μαστού λόγω ανεπαρκούς πληροφόρησης που φτάνει σε ποσοστό 76%. Η ενημέρωση και ο αυτοέλεγχος του μαστού από την 8^η έως τη 10^η ημέρα του κύκλου από την ηλικία των 20 και η μαστογραφία στην ηλικία των 35 σε γυναίκες υψηλού κινδύνου και στα 40 στις υπόλοιπες γυναίκες μπορούν να συμβάλλουν στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου αλλά και στην ίαση. Γι' αυτό είναι πολύ σημαντικό να πειστούν οι γυναίκες να κάνουν τακτικές εξετάσεις και μαστογραφίες και να παραμερίσουν τους φόβους και τις προκαταλήψεις τους.¹⁹



Εικ. 17

(Βιβλιογραφία 20)



Εικ. 18
(βιβλιογραφία 20)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Είναι άγνωστος η αιτιολογία των νεοπλασιών του ανθρώπου. Εντούτοις τα τελευταία χρόνια επισημάνθηκαν αρκετοί παράγοντες, οι οποίοι φαίνεται ότι παρεμβαίνουν στην παθογένεια των παθήσεων αυτών και κατά συνέπεια πιθανόν δρουν αιτιολογικός στην εμφάνιση των νεοπλασιών.

Χημικά καρκινογόνα του περιβάλλοντος ή των τροφίμων, ακτινοβολίες της φύσεως ή προερχόμενες από τις δραστηριότητες του ανθρώπου, ιοί και φάρμακα φαίνεται ότι παίζουν αιτιολογικό ρόλο.

Αυτοί και άλλοι παράγοντες δρώντας άμεσα ή έμμεσα στη λειτουργία των κυττάρων προξενούν νεοπλασματική εκτροπή των κυττάρων ή οποία τελικώς οδηγεί στην ανάπτυξη των νεοπλασμάτων.²¹

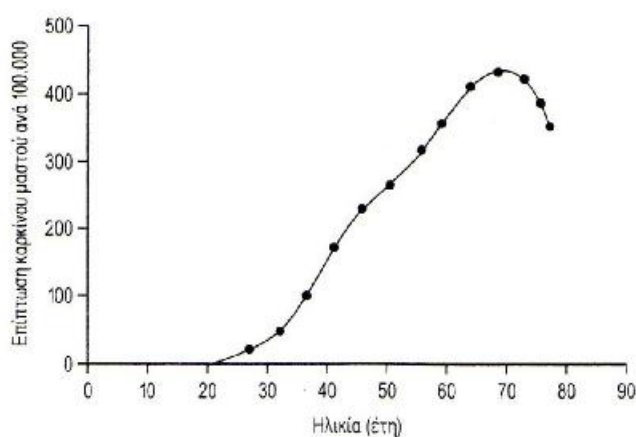
Δεν έχουν αποσαφηνισθεί ακόμα οι παράγοντες που προκαλούν μεταλλάξεις στα κύτταρα, ώστε να αναπτυχθεί καρκίνος στο μαστό. Παρόλα αυτά έχουν βρεθεί μια σειρά από παράγοντες κινδύνου που φαίνεται ότι σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου. Πρέπει να τονιστεί ότι οι παράγοντες κινδύνου αποτελούν στοιχεία που υποδηλώνουν μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσει κάποιος από μια συγκεκριμένη νόσο και όχι βεβαιότητα γι'αυτό. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί κάποιος να συγκεντρώσει αρκετούς τέτοιους παράγοντες και να μην νοσήσει ποτέ και αντίθετα κάποιος άλλος χωρίς να έχει ούτε έναν παράγοντα να νοσήσει.

Γι'αυτό λοιπόν αν μια γυναίκα έχει ένα ή περισσότερους από τους παρακάτω παράγοντες, δεν σημαίνει υποχρεωτικά ότι θα πάθει καρκίνο

του μαστού, αλλά σημαίνει ότι έχει μεγαλύτερη πιθανότητα σε σύγκριση με άλλες γυναίκες που δεν έχουν ένα τέτοιο παράγοντα.²²

Ø 4.1 ΗΛΙΚΙΑ

Η γήρανση αυξάνει την προδιάθεση μιας γυναίκας στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού - η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου αυξάνει σημαντικά όσο η γυναίκα μεγαλώνει. Καρκίνος του μαστού εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών και είναι σπάνιος σε γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 35 ετών, εκτός από περιπτώσεις στις οποίες μπορεί να υπάρχει κληρονομική προδιάθεση. Μέχρι την ηλικία των 40 ετών, 1 στις 217 γυναίκες διαγιγνώσκεται ότι έχει καρκίνο του μαστού, μέχρι την ηλικία των 60, 1 στις 24, και μέχρι την ηλικία των 80 ετών, 1 στις 10 γυναίκες θα έχουν αναπτύξει καρκίνο του μαστού. Εάν μια γυναίκα 80 ετών δεν έχει αναπτύξει καρκίνο του μαστού, κινδυνεύει ακόμα και θα πρέπει να συνεχίσει να υποβάλλεται τακτικά σε μαστογραφία. Και αυτό, γιατί όσο νωρίτερα διαγνωσθεί ο καρκίνος του μαστού, τόσο λιγότερο εντατική θα είναι η θεραπεία και μεγαλύτερη η πιθανότητα επιτυχίας.⁶



Εικ. 19 Επίπτωση του καρκίνου του μαστού σε σχέση με την ηλικία (βιβλιογραφία 7)

Ø 4.2 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Εάν η μητέρα, η αδελφή ή η κόρη μιας γυναίκας, έχει νοσήσει από καρκίνο μαστού, τότε η ίδια έχει αυξημένο κίνδυνο για να παρουσιάσει την ασθένεια κατά τη διάρκεια της ζωής της. Ο κίνδυνος αυτός είναι μεγαλύτερος εάν οι συγγενείς αυτοί νόσησαν σε νεαρή ηλικία ή νόσησαν περισσότεροι από έναν συγγενείς.

Σε οικογένειες που υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, μπορούν να γίνουν γενετικά τεστ, ώστε να ερευνηθεί εάν υπάρχουν στη συγκεκριμένη οικογένεια, παθολογικά γονίδια που προδιαθέτουν για καρκίνο του μαστού. Τα γονίδια αυτά είναι τα γονίδια BRCA1 και BRCA2. Οι γυναίκες που έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού και έχουν το παθολογικό γονίδιο BRCA1, διατρέχουν 85% υψηλότερο κίνδυνο να πάθουν καρκίνο μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Επίσης οι γυναίκες αυτές έχουν αυξημένο κίνδυνο και για καρκίνο της ωοθήκης. Οι γυναίκες που έχουν το παθολογικό γονίδιο BRCA2, έχουν λιγότερο κίνδυνο για την πάθηση. Ο οικογενής ή κληρονομικός καρκίνος του μαστού υπολογίζεται στο δυτικό κόσμο ότι συνιστάτο 5% έως 10% του συνόλου των καρκίνων του μαστού που εμφανίζονται στο γυναικείο πληθυσμό, ενώ στο 95% δεν υπάρχει οικογενής ή κληρονομική επιβάρυνση. Οικογενής ή κληρονομική επιβάρυνση υπάρχει όταν τρία (3) τουλάχιστον περιστατικά καρκίνου του μαστού έχουν εμφανιστεί στα μέλη 2 ή 3 γενεών μιας οικογένειας (εξ αίματος συγγενείς) και η αύξηση της πιθανότητας σε σχέση με τον λοιπό πληθυσμό να εμφανιστεί καρκίνος του μαστού σε μια γυναίκα της οικογένειας υπολογίζεται από τον αριθμό των μελών της οικογένειας που έχουν ήδη νοσήσει από καρκίνο του μαστού. Στο 60% των περιπτώσεων οικογενούς ή κληρονομικού καρκίνου του μαστού δεν βρίσκονται συγκεκριμένες γενετικές ανωμαλίες που να μπορούν να ενοχοποιηθούν, ενώ ένας μεγάλος αριθμός ογκογονιδίων έχει συσχετισθεί με την

καρκινογένεση στο υπόλοιπο 49%, δηλαδή στο 2% έως 4% του συνόλου των αρρώστων που έχουν καρκίνο του μαστού.²²



Εικ. 20 Οι μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA αυξάνουν τις πιθανότητες εκδήλωσης καρκίνου του μαστού / ωοθηκών (βιβλιογραφία 8)

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΩΝ BRCA1/BRCA2

Έλεγχος για καρκίνο του μαστού

- μηνιαία αυτοεξέταση μαστών από την ηλικία των 18
- τακτική ψηλάφηση από ιατρό από την ηλικία των 25
- μαστογραφία (κάθε 6-12 μήνες) ξεκινώντας από την ηλικία των 25 ετών και επί ενδείξεων μαγνητική μαστογραφία

Έλεγχος για καρκίνο των ωοθηκών

- εξέταση πυέλου κάθε 6-12 μήνες από την ηλικία των 25
- μέτρηση του CA 125 κάθε 6-12 μήνες από την ηλικία των 35
- διακολπικό υπερηχογράφημα με έγχρωμο Doppler, κάθε 6-12 μήνες από την ηλικία των 35
- υπό εξέλιξη νεότερα διαγνωστικά τεστ (proteomics)

Ελάττωση κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού

- χημειοπροφύλαξη μετά την ηλικία των 35 ετών (ταμοξιφένη)
- ωοθηκεκτομή σε προ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες
- προφυλακτική μαστεκτομή

Ελάττωση κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου των ωοθηκών

- χημειοπροφύλαξη με αντισυλληπτικά δισκία
- προφυλακτική ωοθηκεκτομή στην ηλικία των 40 ετών ή μετά την ολοκλήρωση της τεκνοποίησης.²⁴

Ø 4.3 ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Αν και η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης με οιστρογόνα για αντιμετώπιση εμμηνοπαυσιακών προβλημάτων δεν αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, η παρατεταμένη χρήση οιστρογόνων (περισσότερο από 10 χρόνια) ή οι υψηλές δόσεις οιστρογόνων πιθανώς να αυξάνουν τον κίνδυνο. Μια μετανάλυση θεωρεί τη μετεμμηνοπαυσιακή χρήση οιστρογόνων ως παράγοντα κινδύνου. Η τελευταία συναίνεση πάνω στο θέμα αυτό θεωρεί ότι μετεμμηνοπαυσιακά, τα οιστρογόνα πρέπει να δίνονται σε σχετικά χαμηλές δόσεις είτε κυκλικά ή σε συνδυασμό με προγεσταγόνα.¹⁰

Πρόσφατα , έγινε μια μεγάλη μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, που διαπίστωσε ότι δεν υπήρχε καμία σχέση μεταξύ της λήψης αντισυλληπτικών δισκίων και της αύξησης του κινδύνου καρκίνου του μαστού. Η μελέτη αυτή αφορούσε 4.575 γυναίκες με καρκίνο του μαστού και 4.682 γυναίκες που αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου. Στη μελέτη αυτή διαπιστώθηκε ότι ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού ήταν 1,0 για γυναίκες που ελάμβαναν αντισυλληπτικά και 0,9 για αυτές που είχαν λάβει αντισυλληπτικά στο παρελθόν. Ο σχετικός κίνδυνος δεν αυξανόταν σταθερά με την αύξηση της διάρκειας χρήσης

ούτε με τις υψηλότερες δόσεις οιστρογόνων. Η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων από γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού καθώς και η έναρξη χρήσης αντισυλληπτικών δισκίων σε νεαρή ηλικία δεν σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. Επομένως, σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, η παρούσα ή προτέρα χρήση αντισυλληπτικών μεταξύ γυναικών 35-64 ετών δεν σχετίζονται με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού.²⁴

Ø 4.4 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ασθενής με ιστορικό καρκίνου του μαστού παρουσιάζει υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου και στον άλλο μαστό. Ο κίνδυνος αυτός εκτιμάται περί το 1% για κάθε έτος ζωής, με αποτέλεσμα, αθροιστικά, οι ασθενείς αυτοί να έχουν πέντε φορές υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, δεν έχουν όλες οι ασθενείς με ιστορικό καρκίνου του μαστού τον ίδιο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο και στον άλλο μαστό. Επιβαρυντικοί παράγοντες θεωρούνται το γενετικό υπόστρωμα, το οικογενειακό ιστορικό, η έκθεση στην ακτινοβολία σε νεαρή ηλικία, το λοβιακό καρκίνωμα *in situ* και το διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα. Το νεαρό της ηλικίας κατά τη διάγνωση του πρωτοπαθούς καρκίνου του μαστού έχει αναφερθεί ότι συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου και στον άλλο μαστό, ίσως λόγω της αυξημένης πιθανότητας μακράς επιβίωσης των ασθενών, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη και δεύτερου καρκίνου στο μαστό.¹⁶

Ø 4.5 ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ηλικία έναρξης εμμήνου ρύσεως

Η μικρή ηλικία έναρξης της εμμήνου ρύσεως θεωρείται παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Γενικά,

εκτιμάται ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στο μαστό μειώνεται κατά 10-20% για κάθε έτος καθυστέρησης έναρξης της έμμηνης ρύσης. Εκτός από την ηλικία εμμηναρχής, ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στο μαστό έχει συσχετιστεί και με την ηλικία εγκατάστασης τακτικών ωορρηκτικών κύκλων. Οι Henderson et all έδειξαν ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκινώματος στο μαστό είναι διπλάσιος για τις γυναίκες που εμφάνισαν τακτικούς κύκλους τον πρώτο χρόνο από την εμμηναρχή σε σχέση με εκείνες που τους εγκατέστησαν με καθυστέρηση της τάξεως των 5 χρόνων. Επιπλέον οι Arter και Vinko έδειξαν ότι οι γυναίκες με πρόιμη εμμηναρχή εγκαθιστούν γρηγορότερα τακτικούς ωορρηκτικούς κύκλους σε σχέση με εκείνες με όψιμη εμμηναρχή.

Ηλικία εμμηνόπαυσης

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η μεγάλη ηλικία σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Μεταξύ των γυναικών με φυσική εμμηνόπαυση, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού είναι διπλάσιος σε εκείνες που είχαν την τελευταία έμμηνο ρύση σε ηλικία > 55 ετών σε σχέση με εκείνες που την είχαν σε ηλικία < 45 ετών.

Ηλικία πρώτης τελειόμηνης κύησης

Οι Mac Mahon et all έδειξαν ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου στο μαστό είναι ο ίδιος για τις ανύπαντρες και τις άτοκες γυναίκες και είναι 1,4 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με τις γυναίκες που έχουν αποκτήσει παιδιά. Έδειξαν επίσης, ότι ο προστατευτικός ρόλος της κύησης, όσον αφορά τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, εξαρτάται αποκλειστικά από την ηλικία της πρώτης τελειόμηνης κύησης. Οι γυναίκες που είχαν την πρώτη τελειόμηνη κύηση σε ηλικία μικρότερη των 20 ετών, παρουσιάζουν το ήμισυ του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου

του μαστού σε σχέση με εκείνες που είχαν την πρώτη τελειόμηνη κύηση μετά την ηλικία των 30 ετών. Πρόσφατα δεδομένα εξάλλου υποστηρίζουν ότι η μικρή ηλικία (μικρότερη των 30) οποιασδήποτε κύησης και όχι μόνο της πρώτης, ασκεί προστατευτικό ρόλο στον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου στο μαστό.¹⁶

Ø 4.6 ΔΙΑΤΡΟΦΗ, ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η σχέση μεταξύ διατροφής και του καρκίνου του μαστού έχει διερευνηθεί σε πρόσφατες επιδημιολογικές έρευνες. Όπως είναι γνωστό, η υψηλή πρόσληψη θερμίδων οδηγεί σε παχυσαρκία. Ο οργανισμός μετατρέπει την περίσσεια των θερμίδων σε λιπώδη ιστό, ο οποίος αποθηκεύεται στους μαστούς, στους γλουτούς και στην κοιλιακή χώρα. Η παχυσαρκία ενδέχεται να συσχετίζεται με το υψηλό επίπεδο οιστρογόνων, τα οποία θεωρούνται ως ισχυροί διεγερτές της διαίρεσης των κυττάρων του μαστού. Υπολογίζεται ότι υφίσταται μεγαλύτερος κατά 30-60% κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου σε παχύσαρκες γυναίκες από ότι σε γυναίκες κανονικού βάρους.⁸

Το κάπνισμα έχει δείχθει ότι σε κάποιο βαθμό ενοχοποιείται και για καρκίνους διαφόρων οργάνων όπως οισοφάγου, νεφρών, μαστού, κλπ. Η διακοπή του απομακρύνει την απειλή των νεοπλασιών μετά την πάροδο 10-15 χρόνων. Σ' αυτές τις περιπτώσεις οι τέως καπνιστές έχουν πλέον τις ίδιες πιθανότητες καρκινογένεσεως όσο και οι μη καπνιστές.²¹

Επίσης επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι γυναίκες που καταναλώνουν καθημερινά σημαντική ποσότητα αλκοόλ έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο μαστού. Για κάθε αλκοολούχο ποτό που καταναλώνεται καθημερινά από τις γυναίκες, αυξάνεται ο κίνδυνος εκδήλωσης καρκίνου του μαστού κατά 6%. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με έρευνες, η κατανάλωση αλκοόλ είναι

υπεύθυνη για την πρόκληση του 4% των καρκίνων του μαστού που καταγράφονται στις αναπτυγμένες χώρες.²²

Ø 4.7 ΙΟΝΙΖΟΥΣΑ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Παρόλο που τα στοιχεία που αφορούν την καρκινογόνο επίδραση της ιονίζουσας ακτινοβολίας στο μαστό προέρχονται από μελέτες στους επιζήσαντες της ατομικής βόμβας, η ιατρική έκθεση στην ακτινοβολία για διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς αποτελεί πλέον την πιο σημαντική αιτία καρκινογένεσης οφειλόμενης στην ακτινοβολία. Οι μελέτες των Boice et al που αφορούσαν ασθενείς με φυματίωση, έδειξαν ότι οι πολλαπλές ακτινοσκοπήσεις αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Οι νεώτερες γυναίκες φαίνεται ότι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε σχέση με τις μεγαλύτερες. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού είναι επίσης αυξημένος στις γυναίκες που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία στην περιοχή του θώρακα στα πλαίσια της αγωγής του λεμφώματος Hodgkin, ιδιαίτερα πριν από την ηλικία των 30 ετών. Σε 17 μελέτες που αφορούν την επίπτωση του καρκίνου του μαστού στις επιζήσαντες από τη νόσο του Hodgkin, βρέθηκε ένας μέσος σχετικός κίνδυνος της τάξεως του 5,2 (εύρος 1,4-33) με μια μέση λανθάνουσα περίοδο 14 χρόνων (εύρος 5-15,1) για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.¹⁶

Η ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΕΧΕΙ ΚΑΤΑΤΑΞΕΙ ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΣΕ ΥΨΗΛΟΥ ΚΑΙ ΚΑΝΟΝΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΤΗΣ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ. ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΥΞΗΜΕΝΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΠΑΡΑΚΑΤΩ :

- ✚ Γυναίκες άτεκνες άνω των 40 ετών
- ✚ Γυναίκες που υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία για περισσότερο από 3 έτη
- ✚ Γυναίκες που η μητέρα τους ή γυναίκα πρώτου βαθμού συγγενείας έχει παρουσιάσει προεμμηνοπαυσιακό καρκίνο του μαστού ή αμφοτερόπλευρο καρκίνο του μαστού
- ✚ Γυναίκες λευκής φυλής
- ✚ Γυναίκες με πρόωμη εμμηναρχή (έναρξη <των 12 ετών) και όψιμη εμμηνόπαυση (τέλος μετά τα 50 έτη)
- ✚ Γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου
- ✚ Γυναίκες με ινοκυστική μαστοπάθεια (δυσπλασία των μαστών)
- ✚ Γυναίκες με καρκίνο του μαστού στον ένα μαστό έχουν 10-15% πιθανότητα να παρουσιάσουν καρκίνο και στον άλλο μαστό

Οι υπόλοιπες γυναίκες ανήκουν στην ομάδα συνηθισμένου κινδύνου και πρέπει να ακολουθούν άλλους κανόνες πρόληψης.¹⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού σημαίνει ανακάλυψη του καρκίνου σε τέτοιο στάδιο της ανάπτυξης του, ώστε, με τις σημερινές γνώσεις και μεθόδους, να μπορούμε να τον θεραπεύσουμε.²⁵

Όσο νωρίτερα διαγνωσθεί ένας καρκίνος του μαστού, τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες για επιτυχημένη θεραπεία. Στα αρχικά του στάδια, ο καρκίνος του μαστού δεν προκαλεί συνήθως συμπτώματα. Είναι σημαντικό λοιπόν να υποβάλλεστε σε μαστογραφία και κλινική εξέταση του μαστού.

Υπάρχουν αρκετές εξετάσεις που μπορούν να ανιχνεύσουν τον καρκίνο. Συνήθως χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό.⁶

5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

5.1.1 ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΣΤΗΘΟΥΣ : ΤΟ ΚΛΕΙΔΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΣΤΗΘΟΥΣ ΣΑΣ

Η αυτοεξέταση του στήθους απαιτεί, μόνο λίγα λεπτά από το χρόνο σας κάθε μήνα. Είναι καλύτερα να κάνετε την εξέταση περίπου επτά με δέκα ημέρες μετά την ημέρα έναρξης της περιόδου, όταν το στήθος είναι μαλακό και λιγότερο ευαίσθητο. Μετά την εμμηνόπαυση ή σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε αφαίρεση της μήτρας, η εξέταση μπορεί να γίνεται την ίδια ημέρα κάθε μήνα, πχ κάθε 1^η του μηνός.

ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΤΕ ΕΝΑ ΚΑΘΡΕΠΤΗ

Σταθείτε μπροστά στον καθρέπτη, στην αρχή αφήνοντας τα χέρια σας να κρέμονται χαλαρά στο πλάι του σώματός σας. Παρατηρήστε το σχήμα και το μέγεθος των μαστών σας και συγκρίνατέ τους μεταξύ τους. Μην ξεχνάτε ότι οι μαστοί συνήθως δεν έχουν το ίδιο μέγεθος και δεν βρίσκονται ακριβώς στο ίδιο ύψος. Έτσι θα πρέπει να κοιτάξετε για πιθανές αλλαγές στο σχήμα κατά την περιφέρεια των μαστών, για εξογκώματα ή βαθουλώματα, ανωμαλία στην πτύχωση του δέρματος ή στην έκπτυξη της θηλής.



Εικ. 21 (βιβλιογραφία 9)

Προσέξτε αν οι θηλές σας αναπτύσσονται ελεύθερα και προς την ίδια κατεύθυνση και πόσο μοιάζουν μεταξύ τους. Στη συνέχεια, κοιτάξτε την επιδερμίδα σας παρατηρώντας τη λεία υφή της και το ομοιόμορφο χρώμα της. Παρατηρήστε τα ίδια πράγματα, τοποθετώντας τα χέρια σας σε διαφορετικές θέσεις.



Εικ. 22 (βιβλιογραφία 9)

ΓΙΑ ΝΑ ΕΞΕΤΑΣΕΤΕ ΤΟ ΔΕΞΙ ΣΑΣ ΜΑΣΤΟ ΕΑΠΛΩΣΤΕ ΑΝΑΣΚΕΛΑ

Σε αυτό το τμήμα της εξέτασης, να θυμάστε ότι είναι φυσιολογικό να υπάρχουν ορισμένες διογκώσεις. Εσείς αυτό που θέλετε να μάθετε είναι πως αισθάνεστε τους μαστούς σας σε φυσιολογικές συνθήκες, ενώ είστε υγιής. Τοποθετήστε ένα μαξιλάρι ή μια διπλωμένη πετσέτα κάτω

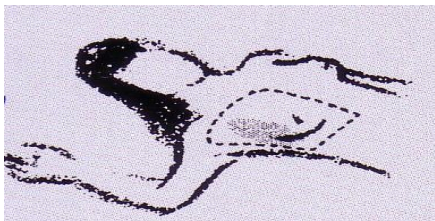
από το δεξί σας ώμο και το δεξί σας χέρι προς τα έξω με τον αγκώνα σε γωνία 90°



Εικ.23 (βιβλιογραφία 10)

ΕΛΕΓΕΤΕ ΟΛΟΚΛΗΡΗ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΣΤΗΘΟΥΣ ΣΑΣ.(ΔΕΙΤΕ ΤΗΝ ΔΙΑΚΕΚΟΜΜΕΝΗ ΓΡΑΜΜΗ)

Η διακεκομμένη γραμμή στην εικόνα περιλαμβάνει όλη την περιοχή που πρέπει να εξετάσετε. Δώστε ιδιαίτερη προσοχή στην περιοχή με τη σκίαση- εκεί βρίσκεται το μεγαλύτερο τμήμα του μαζικού αδένα.



Εικ. 24 (βιβλιογραφία 11)

**ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΤΕ ΤΟ ΚΑΤΩ ΜΑΛΑΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΩΝ ΔΑΚΤΥΛΩΝ ΣΑΣ
– ΟΧΙ ΤΙΣ ΑΚΡΕΣ**

Για να εξετάσετε το δεξί σας μαστό, χρησιμοποιήστε το κάτω μαλακό τμήμα των τριών μεσαίων δακτύλων του αριστερού σας χεριού.

**ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΤΕ ΤΟ ΚΑΤΩ ΜΑΛΑΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΩΝ ΔΑΚΤΥΛΩΝ ΣΑΣ,
ΔΙΑΓΡΑΦΟΝΤΑΣ ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΟΥΣ ΚΥΚΛΟΥΣ**

Καθώς εξετάζετε το μαστό σας, διαγράψτε με το κάτω μέρος των δακτύλων μικρούς κύκλους – περίπου στο μέγεθος νομίσματος. Μην

ανασηκώνετε τα δάκτυλα καθώς τα μετακινείτε – μπορεί να σας διαφύγει κάποιο σημείο. Αν νιώθετε ότι τα δάκτυλά σας ενοχλούν την επιδερμίδα σας, χρησιμοποιήστε μια λοσιόν για να διευκολύνετε την κίνησή τους.



Εικ. 25 (βιβλιογραφία 9)

ΚΑΛΥΨΤΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ, ΑΠΟ ΠΑΝΩ ΕΩΣ ΚΑΤΩ, ΣΕ ΛΩΡΙΔΕΣ

Αυτός είναι ένας άλλος τρόπος για να καλύψετε την περιοχή που πρέπει να εξετάσετε. Ξεκινήστε από τη μασχάλη σας και προχωρήστε προς τα κάτω έως την περιοχή κάτω ακριβώς από το μαστό. Μετακινήστε τα δάκτυλά σας σε όλο το μήκος – σε πλάτος ενός δακτύλου - και επαναλάβετε με κατεύθυνση προς τα επάνω. Συνεχίστε την κίνηση αυτή από πάνω προς τα κάτω και αντίστροφα μέχρι να καλύψετε όλη την περιοχή αυτοεξέτασης, από την κλείδα ως το σημείο κάτω από το μαστό σας.

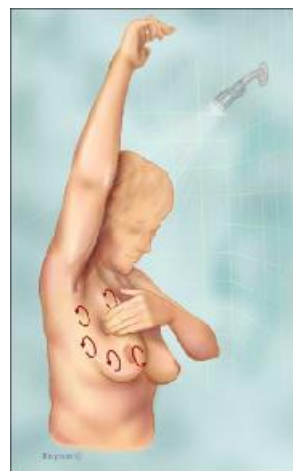


Εικ. 26 (βιβλιογραφία 11)

ΕΞΕΤΑΣΤΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΜΑΣΧΑΛΗΣ

Ορισμένα τμήματα των μαστών σας εκτείνονται έως τις μασχάλες σας - «ουρά του μαστού». Επαναλάβετε την εξέταση στην περιοχή αυτή, τοποθετώντας το χέρι σας χαλαρά στο πλάι, και θα διαπιστώσετε ότι στη θέση αυτή θα σας δώσει διαφορετική αίσθηση. Επίσης προσέξτε εάν στη μασχάλη σας υπάρχουν ασυνήθιστες σκληρίες ή ογκίδια – διογκωμένοι λεμφαδένες.

Εικ. 27
(βιβλιογραφία 9)



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΤΕ ΓΙΑ ΤΥΧΟΝ ΕΚΚΡΙΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΘΗΛΕΣ

Με το δείκτη και τον αντίχειρα σας, πιέστε ελαφρά την περιοχή κάτω από τη θηλή. Ορισμένες γυναίκες μπορεί να παρατηρήσουν την έκκριση ενός διαυγούς ή γαλακτώδους υγρού από τη θηλή τους, η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις είναι φυσιολογική. Αν όμως παρατηρήσετε την έκκριση υγρού που περιέχει αίμα, θα πρέπει να επισκεφθείτε το γιατρό σας.²⁶

5.2 ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

5.2.1 ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Μαστογραφία είναι η ακτινογραφία του μαστού με ειδικό μηχάνημα που λέγεται μαστογράφος. Ο μαστός τοποθετείται στην ειδική θέση του μηχανήματος και συμπιέζεται ελαφρά. Η απεικόνιση του μαστού γίνεται σε φωτογραφικό φιλμ.

Η μαστογραφία δεν πονάει, αλλά χρειάζεται να εφαρμοστεί ελαφρά πίεση για να έχει καλύτερη εικόνα. Σε περιπτώσεις που ο μαστός είναι πυκνός χρειάζεται μεγαλύτερη πίεση που μπορεί και να προκαλέσει πόνο. Μας δίνει πληροφορίες για τα ψηλαφητά ογκίδια αλλά ταυτόχρονα μπορεί να ανακαλύψει μη ψηλαφητές ανωμαλίες που η ίδια η γυναίκα ή ο ιατρός δεν μπορούν να ψηλαφίσουν.



Εικ. 28
Τοποθέτηση του μαστού στο μαστογράφο
(βιβλιογραφία 12)

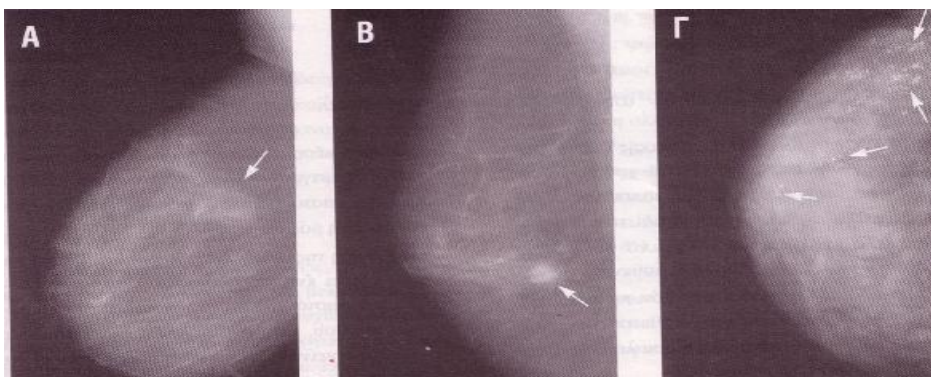
Στη γυναίκα, που δεν έχει κανένα σύμπτωμα : η πρώτη μαστογραφία πρέπει να γίνεται σε ηλικία μεταξύ 35 έως 40 χρονών. Αυτή αποτελεί τη μαστογραφία αναφοράς για το μέλλον. Μετά, να επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο μετά την ηλικία των 40 χρονών, επειδή μετά την ηλικία ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνει. Αν τύχει στο μεταξύ να αναπτυχθεί καρκίνος του μαστού, θα διαγνωσθεί σε πολύ αρχικό στάδιο.²⁷

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα νοσοκομεία Αλεξάνδρα και ΙΑΣΩ σε γυναίκες με καρκίνο μαστού βρέθηκε ότι η ομάδα των γυναικών στις οποίες η διάγνωση της νόσου έγινε με μαστογραφία είχαν καλύτερη επιβίωση και γενικότερα καλύτερη πορεία νόσου. Αυτό συνέβη επειδή οι γυναίκες αυτές είχαν τους περισσότερους μικρούς όγκους, με το μικρότερο βαθμό κακοήθειας, αλλά και τους περισσότερους αρνητικούς λεμφαδένες κατά το χρόνο της διάγνωσης.

Επίσης στην ίδια έρευνα, προέκυψε ότι στην ομάδα των ασθενών στην οποία ο όγκος εντοπίστηκε με τακτική μαστογραφία, μόνο μια ασθενής παρουσίασε συστηματική υποτροπή (1,6), ενώ δεν παρατηρήθηκε κάποια τοπική υποτροπή ή θάνατος. Τα αποτελέσματα αυτά αποτελούν ένδειξη καλύτερης πρόγνωσης στις περιπτώσεις που ο όγκος εντοπίζεται με μαστογραφία.

Ο Hellman υποστηρίζει ότι η πρόωμη μαστογραφική διάγνωση της νόσου απέτρεψε την εκδήλωση θανατηφόρων μεταστάσεων, που ενδεχομένως θα συνέβαιναν το χρονικό διάστημα μέχρι τον κλινικό εντοπισμό της νόσου, ενώ τα αποτελέσματά της κλινικής μελέτης του Malmo δείχνουν μείωση του σχετικού κινδύνου θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού στις γυναίκες 40 – 49 ετών που έκαναν τακτικά μαστογραφία.²⁸

Η μαστογραφία έχει πετύχει τη μείωση της θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού σε ποσοστό που κυμαίνεται από 30% - 40% σε γυναίκες ηλικίας 40 – 49 ετών.²⁷



Ο ακτινολόγος που αξιολογεί τη μαστογραφία σας ίσως χρειαστεί να ξεχωρίσει μία καλοήγη (μη καρκινική) μάζα από μία ύποπτη μάζα. Μία καλοήγη μάζα (Α) εμφανίζεται συνήθως ως χαμηλής πυκνότητας (ημιδιαφανής) περιοχή με σαφή όρια. Μία ύποπτη μάζα (Β) είναι συνήθως πιο πυκνή και έχει ασαφή όρια που πορεύονται ακτινωτά, σαν αστέρι. Ο ακτινολόγος θα αναζητήσει επίσης τα μικρά λευκά στίγματα που είναι γνωστά ως αποτιτανώσεις. Μικρές αποτιτανώσεις που εμφανίζονται σαν κόκκοι άμμου στο ένα μέρος του μαστού (Γ) θεωρούνται ύποπτες, ενώ μεγαλύτερες αποτιτανώσεις διασκορπισμένες σε μεγάλη έκταση στον μαστό είναι πιθανότερο να είναι καλοήθειες.

Εικ. 29 Μαστογράφημα
(βιβλιογραφία 13)

5.2.2 ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΑΣΤΟΥ

Η υπερηχογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος ακίνδυνη (δεν υπάρχει κανενός είδους ακτινοβολία), μπορεί να επαναλαμβάνεται όσο συχνά χρειάζεται άφοβα. Είναι ακίνδυνη, χαμηλού κόστους, γρήγορη, μα άμεσα αποτελέσματα.

Η τεχνική αυτή χρησιμοποιεί κύματα ήχου υψηλής συχνότητας για να απεικονίσει το σώμα. Το υπερηχογράφημα μαστού χρησιμοποιείται για την εκτίμηση αλλοιώσεων που ανακαλύπτονται με τη μαστογραφία ή τη φυσική εξέταση. Δεν εφαρμόζεται ως εξέταση ελέγχου, διότι δεν μπορεί να απεικονίσει ολόκληρο το μαστό με μια μόνο λήψη – μπορεί μόνο να εξετάσει με ακρίβεια μικρές περιοχές.

Αν και δεν μπορεί να απεικονίσει τις μικρές λεπτομέρειες που αναδεικνύει η μαστογραφία, μπορεί να αποκαλύψει άλλα χαρακτηριστικά ενός ογκιδίου και να δώσει περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με αυτό. Εάν η μάζα είναι στην πραγματικότητα κύστη γεμάτη με υγρό, τα κύματα ήχου θα τη διαπεράσουν. Εάν πρόκειται για συμπαγή όγκο, όπως ινοαδένωμα ή καρκίνο, θα συμβεί αντανάκλαση των κυμάτων. Είναι ίσως

ο ευκολότερος τρόπος διάγνωσης μιας κύστης χωρίς τη χρήση παρακέντησης με βελόνη, όμως περίπου 1% - 2% των καρκίνων του μαστού διαφεύγουν τόσο του υπερηχογραφήματος όσο και της μαστογραφίας.⁶

Σε νεαρές γυναίκες κάτω των 30 ετών με ψηλαφητό μόρφωμα, η υπερηχοτομογραφία αποτελεί την εξέταση εκλογής. Εάν η μάζα αποδειχθεί κυστική, ο περαιτέρω έλεγχος δεν κρίνεται απαραίτητος. Εάν η μάζα είναι συμπαγής ή δεν απεικονίζεται στην υπερηχοτομογραφία, η ασθενής στη συνέχεια υποβάλλεται σε μαστογραφία (μόνο μια προβολή) για τον έλεγχο τυχόν ύπαρξης μικροαποτιτανώσεων. Σε γυναίκες ηλικίας 30 ετών και άνω με ψηλαφητό μόρφωμα προτιμάται η μαστογραφία, ενώ το υπερηχοτομογράφημα έχει συμπληρωματικό ρόλο.

Σε περίπτωση φλεγμονής, παρόλο που η διάγνωση είναι κλινική, η υπερηχοτομογραφία έχει συμβάλει στην επιβεβαίωση των κλινικών ευρημάτων, την εκτίμηση του είδους της φλεγμονής, τον καθορισμό της έκτασης αυτής και την εκτίμηση της ανταπόκρισης στη θεραπευτική αγωγή.²⁹

5.2.3 ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Η μαγνητική τομογραφία γίνεται όλο και πιο δημοφιλής ως μέσο απεικόνισης του μαστού. Τείνει να είναι πολύ ευαίσθητος αλλά όχι πολύ ειδικός, οδηγώντας σε βιοψία πολλών καλοηθών εξεργασιών. Ενίσχυση της απεικόνισης με κάποιο χηλικό σύμπλοκο του γαδολίνιου μπορεί να διακρίνει ανάμεσα σε καλοήθεις και κακοήθεις εξεργασίες με ποικίλους βαθμούς ακριβείας.

Έχουν προταθεί πολλοί ρόλοι για την μαγνητική τομογραφία του μαστού. Η έλλειψη έκθεσης σε ακτινοβολία καθιστά τη μαγνητική τομογραφία ιδανική για μαζικό έλεγχο υγιών γυναικών αν και μια τέτοια

ευρεία χρήση είναι πιθανώς πολύ δαπανηρή. Ο ρόλος της μαγνητικής τομογραφίας είναι η εκτίμηση εστιακών, ασύμμετρων περιοχών που ανιχνεύονται με μαστογραφία. Η εστιακή ασυμμετρία είναι συνήθως καλοήθης αλλά μπορεί να είναι και κακοήθης και η μαγνητική τομογραφία βοηθά στην αναγνώριση ασθενών στις οποίες περιοχές εστιακής ασυμμετρίας πρέπει να ελεγχθούν με βιοψία. Συνήθως μια ουλή μπορεί εύκολα να διακριθεί από έναν υποτροπιάζοντα όγκο με βάση την εκτίμηση και ελαχιστοποίηση της ουλής με το χρόνο. Μερικές ουλές ωστόσο δεν εξαφανίζονται ταχέως και συγχέονται με καρκίνο ή συχνότερα, με υποτροπή καρκίνου μετά από επέμβαση διατήρησης του μαστού και ακτινοθεραπεία. Τέτοιες καταστάσεις ανιχνεύονται ιδανικά με μαγνητική τομογραφία, κάποτε παρακάμπτοντας την ανάγκη για βιοψία. Η μαγνητική τομογραφία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην αναγνώριση σιλικόνης που απελευθερώνεται από εμφυτεύματα σε μαστό που έχουν υποστεί ρήξη σε ασθενείς με διογκωμένους μαστούς. Σε ασθενείς με εμφυτεύματα, η μαγνητική τομογραφία με χορήγηση γαδολίνιου διενεργείται για την ανίχνευση καρκίνου του μαστού, ακόμα κι όταν δεν υπάρχει υποψία ελεύθερης σιλικόνης.¹³

Η μαγνητική τομογραφία παράγει άριστες τρισδιάστατες εικόνες της δομής του μαστού. Έχει υψηλή ευαισθησία (86-100%) και εντοπίζει αλλοιώσεις μεγέθους μόλις 2-3mm. Έχει επίσης διαγνωσθεί πολυκεντρική νόσος με μικροαποτιτανώσεις. Η μαγνητική τομογραφία, όμως, έχει σχετικά χαμηλή ειδικότητα (27-97%) και πολλά κέντρα ανέφεραν ειδικότητα < 40% στον εντοπισμό του πρωτογενούς καρκίνου του μαστού. Απαιτείται επομένως περαιτέρω έρευνα για τη βελτίωση της τεχνικής αυτής.

Για να ληφθούν καλές εικόνες με τη μαγνητική τομογραφία, ο μαστός πρέπει να τοποθετηθεί σε ένα ειδικό αγωγό για να εξασφαλιστεί υψηλό μαγνητικό πεδίο στο μαστό. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν

διάφορες ακολουθίες για την απεικόνιση ασθενών όπως η υψηλή ανάλυση, ταχεία απεικόνιση, δυναμική απεικόνιση και απόσβεση λίπους. Η πιο δημοφιλής μέθοδος είναι η απόσβεση λίπους με ακολουθίες T₂ μετά βάρους, ενώ η δυναμική απεικόνιση έχει δώσει τη μεγαλύτερη ειδικότητα μέχρι σήμερα. Το πλεονέκτημα της μαγνητικής τομογραφίας είναι ότι εντοπίζει και τις καλοήθειες και τις κακοήθειες αλλοιώσεις λόγω των διαφορετικών χρονικών και μορφολογικών μοντέλων αύξησης της αντίθεσης.³⁰

5.2.4 ΣΠΙΝΘΗΡΟΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Η πυρηνική ιατρική αποτελεί μια καθιερωμένη τεχνική απεικόνισης σε πολλούς τομείς της ιατρικής. Η σπινθηρομαστογραφία είναι σήμερα ένας από τους πιο υποσχόμενους τομείς της πυρηνικής ιατρικής που παρέχει στου χειρουργούς και τους ογκολόγους πολύτιμα στοιχεία για τη διάγνωση και τη θεραπεία.

Για τη σπινθηρομαστογραφία απαιτείται ενδοφλέβια χορήγηση του κατάλληλου ραδιοανιχνευτή που ακολουθείται από τη λήψη μιας εικόνας εκπομπής με κάμερα ακτίνων γάμα για να εντοπιστεί η παρουσία και η θέση της αλλοίωσης. Αυτή η μη επιθετική επέμβαση παρέχει λειτουργικές και βιολογικές πληροφορίες συμπληρώνοντας άλλες ανατομικές απεικονίσεις που δίνουν η μαστογραφία, το υπερηχογράφημα ή η μαγνητική τομογραφία.

Η σπινθηρομαστογραφία με ^{99m}Tc-sestamibi μπορεί να δώσει μοναδικές πληροφορίες για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού για τον οποίο συνιστάται ως δεύτερη εξέταση μετά τη μαστογραφία. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στις περιπτώσεις που η μαστογραφία είναι δύσκολο να αξιολογηθεί (πχ. Όταν οι μαστοί είναι πυκνοί και η μαστογραφία

αμφίσημη) ή όταν η συμπίεση του μαστού που απαιτείται για τη μαστογραφία προκαλεί πόνο.

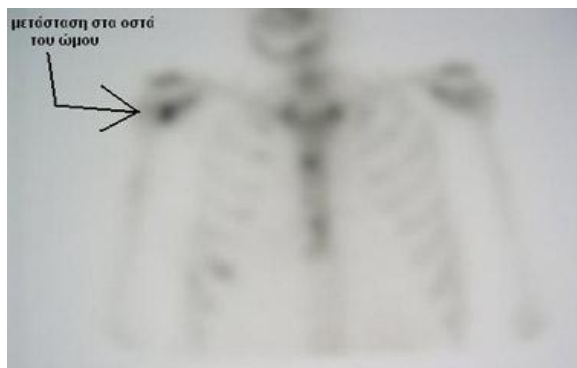
Πλεονεκτήματα της σπινθηρομαστογραφίας:

- Η αναγνώριση των μαστογραφιών νεώτερων γυναικών με πυκνούς μαστούς είναι δύσκολη. Το πρόβλημα είναι συνηθισμένο και εμφανίζεται σε περίπου 25% των γυναικών κάτω των 50 ετών. Επιπλέον, η εφαρμογή της θεραπείας ορμονικής αποκατάστασης έχει εντείνει το πρόβλημα. Εν τω μεταξύ ορισμένα φυτικά ροφήματα και το Ginseng περιέχουν πρωτο-οιστρογόνα που μπορεί να προκαλέσουν παρόμοια αύξηση της πυκνότητας των μαστών. Στην περίπτωση των γυναικών αυτών, η προσθήκη της σπινθηρομαστογραφίας συχνά βοηθά να ξεπεραστεί το πρόβλημα των αμφίσημων αποτελεσμάτων μιας μαστογραφίας.
- Τα εμφυτεύματα στήθους σιλικόνης και τα αλατώδη είναι αδιαφανή στις ραδιοακτίνες και στη μαστογραφία εμφανίζονται ως στερεές λευκές μάζες. Κατά συνέπεια, μεγάλα τμήματα ιστού του μαστού κρύβεται ακόμα και όταν χρησιμοποιούνται ειδικές τεχνικές συμπίεσης. Στις περιπτώσεις αυτές η σπινθηρομαστογραφία απεικονίζει κάθε αλλοίωση.
- Η σπινθηρομαστογραφία είναι επίσης πολύτιμη στην περίπτωση ασθενών με οζώδεις μαστούς που μπορεί να υποβληθούν σε σειρά μαστογραφιών. Αυτοί οι ασθενείς υποβάλλονται ακολούθως σε βιοψίες για να διερευνηθούν οι ύποπτες αλλοιώσεις οι οποίες με τη σειρά τους μπορεί να προκαλέσουν ουλές που δυσχεραίνουν την περαιτέρω αξιολόγηση της μαστογραφίας. Αν μια βιοψία είναι

αμφίσημη ή αρνητική, ένα πρόσθετο αρνητικό αποτέλεσμα της εξέτασης με ^{99m}Tc sestamibi καθυστεράζει σχετικά με τη διάγνωση.

- Είναι δύσκολο να ερμηνευτούν οι μαστογραφίες ασθενών που έχουν στο παρελθόν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού. Μετεγχειρητικές αλλοιώσεις μπορούν να προκληθούν από ίνωση, ουλές, νέκρωση του λίπους ή εστιακή λεμφική συλλογή. Η σπινθηρομαστογραφία μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στη διάγνωση υποτροπής σε αυτή την ομάδα ασθενών όπου η μαστογραφία συχνά δεν είναι ικανοποιητική. Ο αριθμός υποτροπών σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ευρεία χειρουργική αφαίρεση είναι περίπου 5% και ο πρώιμος εντοπισμός τυχόν υποτροπής είναι κλινικά σημαντικός για μια επιτυχή χειρουργική επέμβαση.

Η σπινθηρομαστογραφία δεν υποκαθιστά τη μαστογραφία ή τη βιοψία. Θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική εξέταση όταν άλλες εξετάσεις έχουν δώσει αμφίσημα αποτελέσματα σχετικά με τη διάγνωση της φύσης κάποιας ύποπτης αλλοίωσης.³⁰



Εικ. 30
Σπινθηρογράφημα κορμού και άνω άκρων που δείχνει μετάσταση στα οστά του δεξιού ώμου από καρκίνο του μαστού

(βιβλιογραφία 4)

5.2.5 ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ

Η θερμογραφία είναι η μέθοδος «φωτογραφικής απεικόνισης» της υπερύθρου ακτινοβολίας.

Η χρήση της στη διάγνωση παθήσεων του μαστού στηρίζεται στις παρατηρήσεις του Layson (1952-1955), που απόδειξε, ότι η θερμοκρασία του δέρματος πάνω από ένα καρκίνο του μαστού είναι ψηλότερη από το γύρω δέρμα και ότι το φλεβικό αίμα ενός καρκίνου είναι πιο θερμό από το αρτηριακό.

Υπάρχουν πολλών τύπων συσκευές· οι θερμογράφοι, που βασικά λειτουργούν σαν ειδικά διασκευασμένες φωτογραφικές μηχανές και μας δίνουν το θερμογράφημα, που είναι ασπρόμαυρη ή έγχρωμη εικόνα του σώματος, ανάλογη με την υπέρυθρη ακτινοβολία του. Ποιοτελειοποιημένες συσκευές μπορούν να μας δείξουν και πόσο πιο θερμή είναι μια περιοχή που μας ενδιαφέρει.

Η γυναίκα που πρόκειται να εξετασθεί, παραμένει με γυμνό το πάνω μέρος του σώματος, σε χώρο με σταθερή θερμοκρασία 18° – 20° C, για ομοιόμορφη ψύξη, τουλάχιστον για 15', πρέπει δε να τοποθετείται πάντα σε σταθερή απόσταση από τη συσκευή.

Οποσδήποτε, η κλινική εξέταση έχει πρωταρχική σημασία στην ανίχνευση του καρκίνου του μαστού, η θερμογραφία όμως είναι πάρα πολύ χρήσιμη όταν συνδυάζεται με την κλινική εξέταση, ανεβάζει δε κατά πολύ τις υποψίες για την ύπαρξη καρκίνου σε ένα μαστό και οδηγεί σε παραπέρα έρευνα.

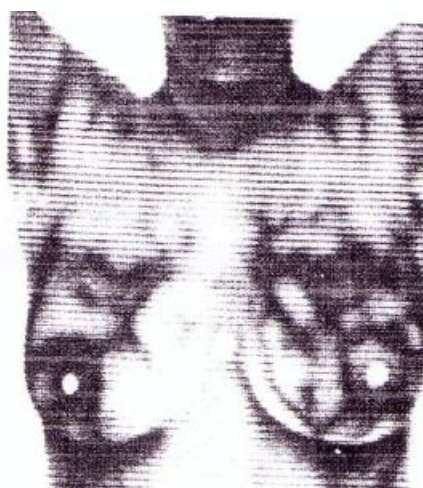
Ανεξάρτητα από τη διαγνωστική της ακρίβεια, η θερμογραφία έχει το πλεονέκτημα να μην χρησιμοποιεί ιοντίζουσα ακτινοβολία και μπορεί να επαναλαμβάνεται όσο συχνά κρίνουμε απαραίτητο, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις νέων γυναικών με «προβληματικούς μαστούς», όπου δε μπορούμε να επαναλαμβάνουμε τη μαστογραφία.

Σε πολλά Κέντρα, οι ψυχρές περιοχές του δέρματος απεικονίζονται άσπρες και οι θερμές μαύρες, ενώ σε άλλα η απεικόνιση είναι αντίστροφη. Σε έγχρωμα θερμογραφήματα η διαφορά θερμοκρασίας απεικονίζεται με διαφορετικό χρώμα και ένταση χρώματος. Έτσι είναι δύσκολο να συγκρίνει κανείς τα θερμογραφήματα μιας γυναίκας βγαλμένα σε διαφορετικά Κέντρα.



Εικ. 30

Θερμογράφημα όπου οι ψυχρές περιοχές είναι μαύρες. Στο δεξιό μαστό διακρίνεται ασύμμετρα θερμή περιοχή.



Εικ 32

Θερμογράφημα όπου οι μαύρες περιοχές είναι θερμές. Στο θερμογραφικό αυτό τύπο, με το πλούσιο φλεβικό δίκτυο, η εξαγωγή συμπερασμάτων είναι δύσκολη

(βιβλιογραφία 14)

ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ Σ'ΕΝΑ ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΗΜΑ ΠΟΥ ΤΟ ΚΑΝΟΥΝ «ΥΠΟΠΤΟ» ΕΙΝΑΙ :

1. ετερόπλευρη ή ασύμμετρη υπεραγγείωση
2. εντοπισμένο θερμό σημείο + 2,5° C
3. υπερθερμία όλου του μαστού μέχρι +2° C
4. εντοπισμένη δυσκαμψία στο περίγραμμα του μαστού

ΤΑ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΑΡΞΗΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΕΙΝΑΙ :

1. εμφανής αναρχική υπεραγγείωση στον ένα μαστό
2. θερμό σημείο με διαφορά θερμοκρασίας 3° C και περισσότερο
3. εκτεταμένη ακαμψία του περιγράμματος του μαστού με έντονη παραμόρφωση.²⁵

5.2.6 ΓΑΛΑΚΤΟΦΟΡΟΓΡΑΦΙΑ

Γαλακτοφορογραφία είναι η μαστογραφική ή ξηρομαστογραφική απεικόνιση του μαστού, ύστερα από έγχυση υδατοδιαλυτής σκιαγραφικής ουσίας στους εκφορητικούς πόρους του, για τον έλεγχο του εύρους, της διαβατότητας, της τοπογραφίας και του σημείου έμφραξης του πόρου από όγκο, για την ευκολότερη χειρουργική του εξαίρεση.

Για να εντοπισθεί καλύτερα η περιοχή που πάσχει, μπορούμε να προσθέσουμε μέσα στη σκιαγραφική ουσία χρωστική, όπως bleu de methylene. Έτσι, ο χειρουργός βγάζει μόνο τον πόρο, που πάσχει αποφεύγοντας την εξαίρεση φυσιολογικού μαστικού ιστού.

Η δυσχέρεια καθετηριασμού του πόρου, που πρέπει να ελεγχθεί, δεν επιτρέπει τη συχνή εκτέλεση της γαλακτοφορογραφίας. Ύστερα, οι χαρακτηριστικές αλλοιώσεις, που δέχονται στο διευρυσμένο γαλακτοφόρο πόρο, δεν είναι εύκολο να ερμηνευτούν με ακρίβεια και από έμπειρο εξεταστή.

Με τη γαλακτοφορογραφία μπορούμε εύκολα να διαγνώσουμε διευρυσμένους ή εμφραγμένους γαλακτοφόρους πόρους από ανάπτυξη νεοπλασίας μέσα σ' αυτούς.

Η γαλακτοφορογραφία έχει ένδειξη σε κάθε περίπτωση μαστού, που εκκρίνει χωρίς ψηλαφητή διόγκωση.

Ορισμένοι, εκφράζουν το δισταγμό τους στην εκτέλεσή της από φόβο πρόκλησης ρήξης του γαλακτοφόρου πόρου, ύστερα από εφαρμογή μεγάλης πίεσης της σκιαγραφικής ουσίας κατά την έγχυσή της και από φόβο προώθησης καρκινικών κυττάρων στο αίμα και στα λεμφαγγεία, όταν πρόκειται για καρκίνο, και εφαρμόσουμε μεγαλύτερη πίεση στην έγχυση της σκιαγραφικής ουσίας.⁴

Εάν υποδειχθεί η ύπαρξη ύποπτης μάζας (εάν, για παράδειγμα, απεικονίζεται συμπαγής μάζα στο υπερηχογράφημα), σχεδόν πάντα επιβάλλεται η διενέργεια βιοψίας, ώστε να καθοριστεί η σύσταση του όγκου. Βιοψία ενδείκνυται επίσης εάν εμείς ή ο γιατρός ψηλαφίσουμε όγκο που δεν εξαφανίζεται μετά από δύο εμμηνορρυσιακούς κύκλους.⁶

5.3 ΕΠΟΜΕΝΟ ΒΗΜΑ : ΒΙΟΨΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Βιοψία είναι η εξέταση στο μικροσκόπιο ιστού ή του ογκιδίου που βγάζει ο μαστολόγος από το μαστό. Στην ιατρική γλώσσα λέγεται «ιστολογική εξέταση».

Η βιοψία μπορεί να γίνει με χειρουργική επέμβαση, μικρή ή μεγάλη ή ακόμα και με παρακέντηση με ειδική βελόνα. Σε όλες τις περιπτώσεις λαμβάνεται ένα κομμάτι ιστού (μικρό ή μεγάλο), στο οποίο γίνεται η ιστολογική εξέταση (βιοψία). Ο ιατρός που εκτελεί αυτές τις εξετάσεις ονομάζεται παθολογοανατόμος και ο ρόλος του στη διάγνωση κυρίως αλλά και στην πρόγνωση ενός καρκίνου στο μαστό είναι πολύ σημαντικός.

- **προεγχειρητικά** με τη διενέργεια βιοψίας σε υλικό ανοιχτής μικρής διαγνωστικής επέμβασης ή μετά από παρακέντηση με ειδική βελόνα.

- **διεγχειρητικά** (κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης) με τη διενέργεια ταχείας βιοψίας.

Ο παθολογοανατόμος στην περίπτωση της ταχείας βιοψίας είναι υποχρεωμένος μέσα σε λίγα λεπτά της ώρας, να επεξεργαστεί το υλικό που του στέλνει ο μαστολόγος από το χειρουργείο, ενώ η ασθενής βρίσκεται κάτω από την επίδραση γενικής αναισθησίας, και να αποφασίσει αν πρόκειται για καλοήθεια ή κακοήθεια. Με τον τρόπο αυτό βοηθά τον χειρουργό να επιλέξει τη σωστή κάθε φορά για τη συγκεκριμένη ασθενή χειρουργική επέμβαση.

- **μετεγχειρητικά** με την επεξεργασία τμήματος μαστού ή ολόκληρου του μαστού (παρασκεύασμα μαστεκτομίας) με ή χωρίς λεμφαδένες από τη μασχάλη.

Επίσης, ο παθολογοανατόμος συμβάλλει στην εξέταση βιοψίας που λήφθηκε από ύποπτο για μετάσταση εστία.

ΠΩΣ ΤΙΘΕΤΑΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ;

Το χειρουργικό παρασκεύασμα ύστερα από κατάλληλη επεξεργασία τοποθετείται επάνω σε γυάλινα πλακάκια τα οποία βάφονται και στη συνέχεια εξετάζονται από τον/την παθολογοανατόμο στο μικροσκόπιο. Ακολούθως, συντάσσεται η έκθεση της ιστολογικής εξέτασης. Στην έκθεση καταγράφονται η τελική διάγνωση και τα στοιχεία που σχετίζονται με την πρόγνωση και τη βιολογική συμπεριφορά της αλλοίωσης.

Η τελική διάγνωση μιας ιστολογικής εξέτασης μπορεί να είναι:

- Ø καλοήθης πάθηση
- Ø προκαρκινωματώδης ή οριακής κακοήθειας αλλοίωση που κατατάσσει την ασθενή σε ομάδα υψηλού κινδύνου για μελλοντική ανάπτυξη καρκινώματος μαστού
- Ø κακοήθης πάθηση

Τα ιστολογικά χαρακτηριστικά μιας οριακής αλλοίωσης που έχουν προγνωστική σημασία για την ασθενή, είναι στοιχεία που θα αναζητήσει ο παθολογοανατόμος στη μικροσκοπική εξέταση, για να ενημερώσει τόσο τον θεράποντα ιατρό όσο και την ίδια τη γυναίκα. Τα άτομα που πιθανόν ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, αποτελούν μια ξεχωριστή ομάδα που θα χρειαστεί στενότερη παρακολούθηση. Όταν πρόκειται για κακοήθεια, ο παθολογοανατόμος πρέπει να εκτιμήσει το ακριβές μέγεθος του όγκου, να μελετήσει τα ιδιαίτερα ιστολογικά του χαρακτηριστικά και να διερευνήσει την παρουσία ή μη μετάστασης στους λεμφαδένες (εφόσον έχουν συναφαιρεθεί).³¹

***Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου είναι σωτηρία
έχετε υποχρέωση στον εαυτό σας να τον κρατήσετε υγιή.
Είναι το σώμα σας, είναι η ζωή σας, είσθε η ζωή των παιδιών
σας.***

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΑΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΟΥΝ ;

Ο καρκίνος του μαστού στην αρχή μπορεί να είναι ασυμπτωματικός και η ανακάλυψη του να γίνει σε τυχαία ψηλάφηση του. Εάν δεν ζητηθεί ιατρική βοήθεια αμέσως μετά την ανακάλυψη, το ογκίδιο προοδευτικά μεγαλώνει, διηθεί τους υπερκείμενους και υποκείμενους ιστούς, καθίσταται ακίνητο και ανώμαλο κατά την ψηλάφηση, το δέρμα παίρνει τη χαρακτηριστική όψη φλοιού πορτοκαλιού και παρατηρείται χαρακτηριστική εισολκή της θηλής, όταν το ογκίδιο εντοπίζεται στο κέντρο. Οι μασχαλιαίοι αδένες της σύστοιχης και της αντίστοιχης μασχάλης, καθώς και οι υπερκλειδίοι λεμφαδένες διηθούνται και διογκώνονται προοδευτικά.

Συγκεκριμένα η εξέταση του μαστού μπορεί να ανακαλύψει :

- ✚ ορώδη ή αιματηρή έκκριση
- ✚ ανώδυνο, σκληρό μη κινητό ογκίδιο
- ✚ ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα. Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού, στα εντυπώματα του οποίου αντιστοιχούν οι πόροι των τριχών και των σμηγματογόνων αδένων
- ✚ ασυμμετρία και ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού
- ✚ εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα

- ✚ εισολκή της θηλής· οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή
- ✚ ορώδη ή αιματηρή έκκριση θηλής
- ✚ ακινητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων (σε προχωρημένο στάδιο)
- ✚ εξέλκωση κατά τη θηλή οφείλεται στην αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξαιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων και της ταχύτητας ανάπτυξης της μάζας
- ✚ πόνος συνήθως απουσιάζει, εκτός από προχωρημένα στάδια²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο πιο αξιόπιστος προγνωστικός παράγοντας επιβίωσης είναι το στάδιο του καρκίνου του μαστού κατά τη στιγμή της διάγνωσής του. Η συνολική πενταετής επιβίωση για ασθενείς με καρκίνο του μαστού είναι 70 – 75%.

Πενταετής επιβίωση ανάλογα με το στάδιο του καρκίνου του μαστού

AJCC στάδιο	Περιπτώσεις καρκίνου	
	του μαστού (%)	5ετής επιβίωση (%)
0	9,4	99
I	40,9	82
II	36,6	73
III	8,9	55
IV	4,2	23

Ασθενείς σε στάδιο I και μικρούς όγκους χωρίς ένδειξη τοπικής επέκτασης μετά από ενδελεχή εξέταση των αφαιρεθέντων λεμφαδένων (T₁ N₀ M₀) έχουν 80 – 90% 5ετή επιβίωση χωρίς νόσο. Εάν μαζί με τον όγκο έχουμε και προσβολή των λεμφαδένων (στάδιο II), το ποσοστό

επιβίωσης πέφτει στο 22 – 63% στην 5ετία. Ο αριθμός των προσβεβλημένων μασχαλιαίων λεμφαδένων είναι αντίστροφα σχετιζόμενος με το ποσοστό επιβίωσης. Μεγάλες βλάβες (T3) ή βλάβες που διηθούν το δέρμα ή καθηλώνονται στην υποκείμενη περιτονία έχουν 5 ετή επιβίωση μόνο κατά περίπου 20 – 30%.

Η ύπαρξη υποδοχέων οιστρογόνων μπορεί επίσης να αποτελέσει προγνωστικό παράγοντα, με τους ER (+) όγκους να φαίνεται πως είναι λιγότερο επιθετικό από τους ER (-) όγκους. Ασθενείς με T₁ N₀ όγκους που είναι ER (+) έχουν ποσοστό πενταετούς επιβίωσης $\geq 90\%$. Γενικώς, ο καρκίνος του μαστού φαίνεται πως είναι κάπως επιθετικότερος στις μικρότερες ηλικίες. Εντούτοις αυτό μπορεί να συμβαίνει, επειδή λιγότερες νέες γυναίκες έχουν ER(+) όγκους. Άλλες προγνωστικές παράμετροι – στάδιο όγκου, ιστολογικός τύπος, και διήθηση λεμφαγγείων ή αιμοφόρων αγγείων – έχουν προταθεί ως σημαντικές μεταβλητές, αλλά τα περισσότερα μικροσκοπικά ευρήματα, εκτός από την προσβολή των λεμφαδένων έχουν μικρή συσχέτιση με την πρόγνωση. Άλλοι βιοχημικοί και βιολογικοί παράγοντες όπως ο πλοειδισμός, το κλάσμα S – φάσης, η ενίσχυση του ογκογονιδίου HER-2/neu, και τα επίπεδα καθεψίνης D φαίνεται πως έχουν κάποια προγνωστική αξία, ειδικά σε ασθενείς χωρίς προσβολή λεμφαδένων, αλλά αυτά τα ευρήματα έχουν επίσης περιορισμένη αξία. Το μέγεθος του όγκου και η συμμετοχή ή μη των λεμφαδένων παραμένουν οι κύριοι προγνωστικοί παράγοντες.¹⁰

Σύμφωνα πάντως με νεότερα δεδομένα, στο καρκίνωμα του μαστού, η ενίσχυση του πρωτοογκογονιδίου HER-2/neu θεωρείται σημαντικής προγνωστικής σημασίας βιολογικός δείκτης, με εξέχοντα επιπλέον προβλεπτικό ρόλο, όπως διαφάνηκε από πρόσφατες μελέτες, αφού μπορεί να καθορίζει το βαθμό ανταπόκρισης στην επικουρική θεραπεία.

Επίσης η ανίχνευση του HER-2/neu φαίνεται να αποτελεί μονόδρομο, γιατί η χορήγηση του ολοένα και περισσότερο χρησιμοποιούμενου φαρμάκου trastuzumab (Herceptin), που συνίσταται σε μονοκλωνικά αντισώματα εναντίον του εξωκυττάριου τμήματος του πρωτεϊνικού προϊόντος του HER-2/neu, είναι αποτελεσματική μόνο σε ασθενείς υπερέκφραση του HER-2/neu (Hercep-test). Η υπερέκφραση του HER-2/neu αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα, σχετιζόμενο με ανθεκτικότητα ή ευαισθησία σε ορισμένες μορφές επικουρικής θεραπείας, με βραχύ χρονικό διάστημα χωρίς νόσο και με βραχύ χρόνο επιβίωσης σε ασθενείς είτε με αρνητικούς είτε με θετικούς λεμφαδένες. Επιπλέον θεωρείται αντικειμενικός δείκτης για την έντονη πυρηνική ατυπία, τον υψηλό αντικειμενικό βαθμό, την αυξημένη μεταστατική ικανότητα και γενικά την επιθετική βιολογική συμπεριφορά του καρκινώματος του μαστού. Κατά προσέγγιση 10 – 34% των διηθητικών καρκινωμάτων του μαστού παρουσιάζουν υπερέκφραση ή ενίσχυση του HER-2/neu.

Σχεδόν στο 1/3 των καρκινωμάτων του μαστού υπάρχουν μεταλλάξεις του ογκοκατασταλτικού γονιδίου p53, οι οποίες σχετίζονται με υψηλό ιστολογικό βαθμό και επιθετική βιολογική συμπεριφορά. Η χρησιμοποίηση του γονιδίου p53 ως προγνωστικού δείκτη μπορεί να φανεί χρήσιμη, ιδιαίτερα στις ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες. Από την άλλη πλευρά αναφέρεται ότι η υπερέκφρασή του μπορεί να έχει προβλεπτική σημασία όσον αφορά στην ανταπόκριση των ασθενών στη χημειοθεραπεία και στην ακτινοθεραπεία. Πάντως, δεν υπάρχει πλήρης αποδοχή σχετικά με τη χρησιμότητά του και ως εκ τούτου ανοσοιστοχημική του ανίχνευση δεν θεωρείται αναγκαία στην καθημερινή πράξη.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι παθολογοανατόμοι που είναι εξειδικευμένοι στον καρκίνο του μαστού εξετάζουν στο μικροσκόπιο τον κακοήγη ιστό που αφαιρέθηκε με τη χειρουργική επέμβαση με σκοπό να « σταδιοποιήσουν » τον όγκο. Σε αντίθεση με τον βαθμό κακοήθειας (grading), ο οποίος εστιάζει στα κύτταρα, η σταδιοποίηση (staging) είναι μια τυποποιημένη μέθοδος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τον καρκίνο με γενικότερους όρους, να καθορίσει τον τρόπο θεραπευτικής του αντιμετώπισης και να εκτιμήσει την πρόγνωση της ασθενούς (μακροχρόνια έκβαση). Η εργαστηριακή εξέταση του όγκου προσδιορίζει επίσης, εάν τα κύτταρα έχουν υποδοχείς οιστρογόνων και άλλα χαρακτηριστικά που μπορούν να επηρεάσουν την επιλογή των τοπικών και συστηματικών θεραπειών.

Κάθε όγκος χαρακτηρίζεται από έναν κωδικό που αποτελείται από ένα γράμμα και έναν αριθμό, που παρέχουν ένα τυποποιημένο, συντομογραφικό τρόπο περιγραφής του. Το γράμμα και ο αριθμός περιγράφουν το μέγεθος του όγκου, εάν έχουν προσβληθεί λεμφαδένες και την πιθανότητα μεταστάσεων (δευτεροπαθών όγκων) σε άλλη περιοχή του σώματος.

Για τον χαρακτηρισμό ενός, χρησιμοποιούνται τα ακόλουθα γράμματα :

- **T (tumor)** για το μέγεθος του
- **N (nodes)** για την έκταση συμμετοχής των λεμφαδένων
- **M (metastasis)** για την περιγραφή των μεταστάσεων (επέκταση σε άλλες περιοχές)

Ο αριθμός αποδίδει την έκταση της προσβολής. Στη συνέχεια, οι κωδικοί αυτοί θέτουν τη βάση για τον καθορισμό του σταδίου του καρκίνου. Τα στάδια συμβολίζονται συνήθως με ρωμαϊκούς αριθμούς, από 0 έως Στάδιο IV. Όσο ψηλότερος είναι ο αριθμός, τόσο πιο προχωρημένος είναι ο καρκίνος. Το σύστημα σταδιοποίησης δίνει μία ακριβή εικόνα της νόσου της ασθένειας και της πιθανής μακροχρόνιας έκβασής της.

Λόγω της πολυπλοκότητας του συστήματος αυτού, οι περισσότεροι γιατροί αναφέρονται απλώς στο μέγεθος του όγκου και στον αριθμό των θετικών και αρνητικών λεμφαδένων για έναν απλούστερο τρόπο περιγραφής του καρκίνου. Για παράδειγμα, αναφέρεται ότι μια γυναίκα έχει έναν όγκο 2 cm με 3 θετικούς λεμφαδένες.

Για να καθορίσετε το στάδιο σας, βρείτε τις αντιστοιχίες T, N και M από την ιστολογική σας έκθεση στον παρακάτω πίνακα. Για παράδειγμα, η ιστολογική έκθεση μπορεί να περιγράψει έναν όγκο ως T1, N0, M0. Αυτό σημαίνει ότι ο όγκος είναι σταδίου I.

Στάδιο	T= Όγκος	N= Λεμφαδένες	M= Μετάσταση
Στάδιο 0	Tis	N0	M0
Στάδιο I	T1	N0	M0
Στάδιο IIΑ	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Στάδιο IIΒ	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Στάδιο IIIΑ	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
Στάδιο IIIΒ	T4	Οποιοδήποτε N	M0
	Οποιοδήποτε T	N3	M0
Στάδιο IV	Οποιοδήποτε T	Οποιοδήποτε N	M1

T= Tumor

(Όγκος)

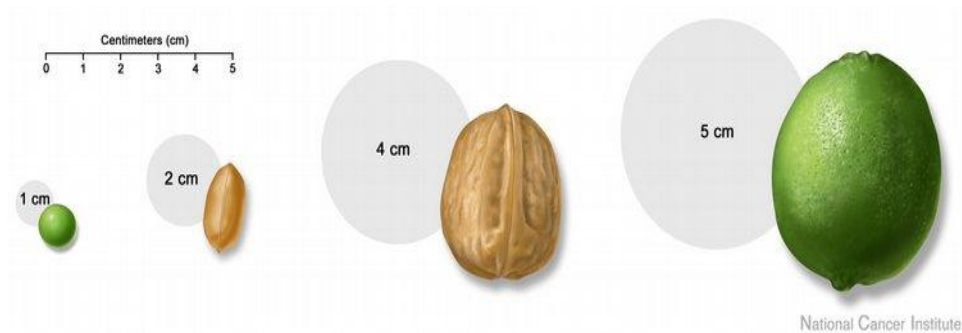
N=Nodes

(Λεμφαδένες)

M =Metastasis(Απομακρυσμένη
Μετάσταση)**T0**= καμία ένδειξη
πρωτοπαθούς όγκου**N0**= δεν ανευρίσκεται
μετάσταση στους
περιοχικούς
λεμφαδένες**M0**= δεν υπάρχει
απομακρυσμένη
μετάσταση**Tis**= μη διηθητικό
(in situ) πορογενές
καρκίνωμα**N1**= μετάσταση σε
κινητό μασχالياίο
λεμφαδένα ή σε
λεμφαδένες στην ίδια
πλευρά με τον καρκίνο**M1**= παρουσία
απομακρυσμένης
μετάστασης.
Συμπεριλαμβάνονται μεταστάσεις στους
ομόπλευρους
υπερκλειδίου
λεμφαδένες**T1**= όγκος μεγίστης
διαμέτρου έως 2 cm**N2**= μετάσταση σε
λεμφαδένα ή λεμφαδένες που συμφύονται
μεταξύ τους ή με άλλα
ανατομικά στοιχεία
στην ίδια πλευρά με
τον καρκίνο**T2**= όγκος μεγίστης
διαμέτρου μεγαλύτερης
από 2 cm αλλά μικρότερης
από 5 cm**N3** = μετάσταση στους
έσω μαστικούς λεμφαδένες
(πίσω από το στήρνο)

T3= όγκος μεγίστης
διαμέτρου μεγαλύτερης
από 5 cm

T4= όγκος οποιουδήποτε
μεγέθους με άμεση επέκταση
στο θωρακικό τοίχωμα ή το
δέρμα⁶



Εικ. 33
(βιβλιογραφία 13)

8.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η θεραπεία του καρκίνου μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου, το στάδιο της νόσου και τον τελικό στόχο της θεραπείας. Πολλές φορές, χρησιμοποιούνται ένα ή περισσότερα θεραπευτικά σχήματα ώστε να παράσχουν την πιο ολοκληρωμένη θεραπεία στον ασθενή. Η ταυτόχρονη ή κατ' ακολουθία χρήση διαφόρων θεραπευτικών σχημάτων καθίσταται προοδευτικά μια συνήθης τακτική, που αποσκοπεί στην πρόληψη τόσο της τοπικής όσο και της συστηματικής υποτροπής και αναφέρεται ως θεραπεία πολλαπλών σχημάτων για τον καρκίνο. Τα σχήματα αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν τη χειρουργική, τη θεραπεία με ακτινοβολία, τη χημειοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία.

Ανάλογα με το στάδιο του καρκίνου, μπορεί να απαιτηθεί η χρησιμοποίηση ενός ή περισσότερων θεραπευτικών σχημάτων για την επίτευξη των βέλτιστων αποτελεσμάτων. Οι θεραπείες του καρκίνου αποσκοπούν στην πρόληψη της εξάπλωσης του καρκίνου τοπικά ή της επανεμφάνισης / υποτροπής του καρκίνου σε σημεία απομακρυσμένα από την αρχική θέση (μετάσταση). Η θεραπεία του καρκίνου μπορεί να περιλαμβάνει ένα ή περισσότερα θεραπευτικά σχήματα που εφαρμόζονται ταυτόχρονα ή κατ' ακολουθία.

8.2.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ανάλογα με την έκταση της επέμβασης διακρίνουμε τους εξής τύπους μαστεκτομής :

- **ΟΛΙΚΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ** : περιλαμβάνει τη χειρουργική αφαίρεση όλου του μαστού, την αφαίρεση των λεμφαδένων μασχάλης και των γειτονικών θωρακικών μυών (όπως ο μείζων θωρακικός μυς). Πριν από το 1970 αυτή ήταν μια συνηθισμένη επέμβαση για κακοήθεις νεοπλασίες του μαστού. Αυτή η διαδικασία χρησιμοποιείται πλέον μόνο όταν η διάγνωση έχει γίνει σε προχωρημένο στάδιο της νόσου. Αυτού του τύπου οι επεμβάσεις συνήθως δημιουργούν πολλές δυσκολίες στην κίνηση του χεριού και του ώμου στην πλευρά της επέμβασης. Μερικές φορές απαιτείται φυσιοθεραπεία για την επαναφορά της κινητικότητας του ώμου. Ο θώρακας έχει συνήθως εσολκή γεγονός που μπορεί να αποτελεί πρόβλημα στην εύρεση μιας πρόθεσης που εφαρμόζει καλά.
- **Η ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ** : περιλαμβάνει την αφαίρεση όλου του μαστού και των λεμφαδένων της μασχάλης χωρίς να αφαιρούνται οι μυς της περιοχής. Αποτελεί τον πιο συχνό τύπο μαστεκτομής, συνήθως γίνεται μια ευθεία τομή με μήκος 5-8 ίντσες και αν δεν γίνει πλαστική αποκατάσταση η περιοχή του στέρνου είναι επίπεδη ή ελαφρά ρυτιδωμένη.

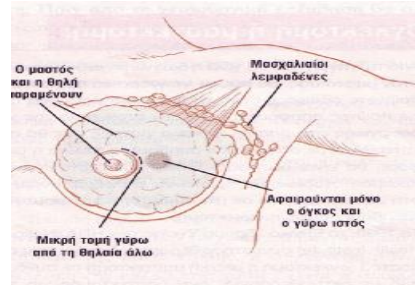


Εικ. 34
Εικόνα δεξιάς τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής
(βιβλιογραφία 4)

- **ΑΠΛΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ** : περιλαμβάνει αφαίρεση του μαστού σπάνια όμως την αφαίρεση των λεμφαδένων. Γίνεται σε ασθενείς

με μικρούς όγκους (2 cm ή και μικρότερος) εντοπισμένους ενδιάμεσα ή κεντρικά στο μαστό, δίχως λεμφαδενική διασπορά. Η επέμβαση αυτή γίνεται μερικές φορές για προληπτικούς λόγους, όταν υπάρχουν πολλές πιθανότητες ανάπτυξης κακοήθους νεοπλασίας του μαστού. Μια γυναίκα μπορεί να προχωρήσει σε πλαστική αποκατάσταση του μαστού ή να επιλέξει μια εξωτερική πρόθεση. Μετά από απλή μαστεκτομή η επιφάνεια του θώρακα είναι συνήθως εντελώς επίπεδη και η γυναίκα έχει πολλές επιλογές όσον αφορά τις προθέσεις.

- **ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΜΕΡΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ** : περιλαμβάνει μόνο την αφαίρεση νεοπλασίας και του γειτονικού ιστού του μαστού με ή χωρίς την αφαίρεση των μασχαλιαίων. Γενικά μεγάλου μεγέθους νεόπλασμα σε σχέση με το μέγεθος του μαστού αφήνει στην ασθενή ένα φτωχό αισθητικά αποτέλεσμα. Ακολουθούμενη από ακτινοθεραπεία – είναι το ίδιο αποτελεσματική, όσο και η μαστεκτομή στην αύξηση της μακροχρόνιας επιβίωσης.³⁴
- **ΟΓΚΕΚΤΟΜΗ** : η εγχείρηση συνιστάται στη εξαίρεση μόνο του όγκου και 3 – 4 εκ φυσιολογικού ιστού γύρω από αυτόν και μπορεί να συνδυασθεί με καθαρισμό ή ιστοληψία των λεμφαδένων της μασχάλης. Η ογκεκτομή συνδυασμένη με λεμφαδενεκτομία και ακτινοθεραπεία έχει τα ίδια αποτελέσματα ως προς την επιβίωση, αλλά μεγαλύτερο αριθμό τοπικών υποτροπών, και έχει ένδειξη, όταν ο όγκος είναι μικρότερος από 4 εκ, είναι κινητός, δεν διηθεί το δέρμα και δεν είναι κάτω από τη θηλή.⁴



Εικ. 35 (βιβλιογραφία 13)

8.2.2 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ


Χημειοθεραπεία είναι η χρήση αντινεοπλασματικών μέσων για προαγωγή θανάτωσης νεοπλασματικών κυττάρων με παρεμπόδιση της λειτουργίας τους και της αναπαραγωγής τους. Μπορεί να συνδυαστεί με χειρουργική θεραπεία και ακτινοθεραπεία ή και με τις δύο, με σκοπό :

- 1. να μειώσει το μέγεθος όγκου προεγχειρητικά και**
- 2. να καταστρέψει τα κακοήθη κύτταρα που απέμειναν μετά τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου.**

Τα χημειοθεραπευτικά σχήματα των κακοήθων νεοπλασμάτων εφαρμόζονται σε επαναλαμβανόμενες συνεδρίες. Θανάτωση 100% των κακοήθων κυττάρων είναι σχεδόν αδύνατη. Ένας στόχος της χημειοθεραπείας, ωστόσο, είναι να καταστρέψει αρκετά κακοήθη κύτταρα, ώστε να είναι δυνατή η καταστροφή των υπολοίπων από το ανοσοποιητικό σύστημα του ξενιστή.

Τα ταχέως πολλαπλασιαζόμενα μέσα σε έναν όγκο κύτταρα είναι τα πιο ευαίσθητα και επομένως δυνητικά επικίνδυνα, είναι τα κύτταρα που δεν διαιρούνται, είναι όμως ικανά για μελλοντική ανάπτυξη. Τα κύτταρα αυτά, ωστόσο πρέπει να καταστραφούν. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται επαναλαμβανόμενοι κύκλοι χημειοθεραπείας, ώστε να θανατώνονται αυτά τα κύτταρα όταν εισέρχονται σε φάση ενεργού αύξησης. Τα αποτελέσματα αυτά σχετίζονται με τις φάσεις κύκλου αναπαραγωγής του κυττάρου, που ακολουθούν τόσο τα υγιή όσο και τα κακοήθη κύτταρα.³⁵

Η χημειοθεραπεία λοιπόν χρησιμοποιείται :

- πριν τη χειρουργική επέμβαση : προεγχειρητική θεραπεία
 στόχος είναι η μείωση του όγκου και επομένως η διευκόλυνση της χειρουργικής επέμβασης

- μετά τη χειρουργική επέμβαση : μετεγχειρητική θεραπεία
 - ➔ στόχος είναι η καταστροφή όποιων πιθανώς καρκινικών κυττάρων ξέφυγαν απ' την εγχείρηση

Τα φάρμακα που χορηγούνται ονομάζονται κυτταροτοξικά και παρεμβαίνουν στην ανάπτυξη και διαίρεση του κυττάρου. Έχουν καλύτερα αποτελέσματα όταν χορηγούνται σε συνδυασμό.

ΚΥΤΤΑΡΟΤΟΞΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

5 – φθοροουρακίλη :	Παρεμποδίζει τον διπλασιασμό του DNA Σταματά την κυτταρική ανάπτυξη Μπορεί να χορηγηθεί ως ενέσιμο
Κυκλοφωσφαμίδη :	Προκαλεί το θάνατο των κυττάρων που διαιρούνται τα καρκινικά κύτταρα είναι πιο ευαίσθητα από τα φυσιολογικά
Μεθροτεξάτη :	Παρεμποδίζει τη σύνθεση των πρωτεϊνών και κατά συνέπεια δεν γίνεται διπλασιασμός του DNA
Ανθρακυκλίνες :	Όπως Doxorubicine (Adriamycin), Epirubicine

Αντιβιοτικά ενεργά έναντι
καρκίνων
Σταματούν τη σύνθεση του DNA
και επομένως την κυτταρική
διαίρεση

Ταξάνες :

Παρεμποδίζουν τους
μικροσωληνίσκους και επομένως
την κυτταρική διαίρεση³⁶

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Δυσνητικά ,όλοι οι τύποι χημειοθεραπείας μπορεί να έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες, ορισμένες από τις οποίες μπορεί να είναι σοβαρές. Τα διάφορα είδη φαρμάκων μπορεί να προκαλέσουν διαφορετικές ανεπιθύμητες ενέργειες, οι περισσότερες απ' τις οποίες είναι παροδικές, με ορισμένες ωστόσο εξαιρέσεις.

Οι πλέον συνηθισμένες ενέργειες που προκύπτουν από τη χημειοθεραπεία περιλαμβάνουν :

- ✚ απώλεια του τριχωτού της κεφαλής
- ✚ ναυτία και εμετό
- ✚ κόπωση
- ✚ μείωση των αιμοσφαιρίων, η οποία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα αυξημένη προδιάθεση για λοίμωξη αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας
- ✚ πρόωρη εμμηνόπαυση²⁶
- ✚ άγχος

- ✚ διαταραχές κατάποσης και πόνος (στοματικός και οισοφαγικός, πόνος λόγω φλεγμονής του βλεννογόνου, ξηροστομία, στοματίτιδα)
- ✚ διαταραχές θρέψης
- ✚ αυξημένος κίνδυνος λύσης συνέχειας του δέρματος
- ✚ αυξημένος κίνδυνος λοίμωξης
- ✚ διαταραχές αντίληψης του εαυτού
- ✚ θλίψη – έλλειμμα γνώσεων³⁷

8.2.3 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ακτινοθεραπεία είναι η κλινική ογκολογική ειδικότητα αντιμετώπισης του καρκίνου με τη χρήση ιοντίζουσας ακτινοβολίας. Η αντικαρκινική δράση της ακτινοβολίας διαπιστώθηκε αμέσως μετά την ανακάλυψη του Ραδίου το 1898. Η πρώτη επιτυχής θεραπεία ασθενούς με ακτινοβολία ανακοινώθηκε το 1899, με αποτέλεσμα έκτοτε η ακτινοθεραπεία να αναπτύσσεται συνεχώς.

Στόχος της ακτινοθεραπείας είναι η χορήγηση θεραπευτικής δόσης ακτινοβολίας, απόλυτα υπολογίσιμης και κατευθυνόμενης με μέγιστη ακρίβεια, σε συγκεκριμένο γεωμετρικό όγκο ιστών. Αρχή της είναι η χορήγηση υψηλής δόσης ακτινοβολίας στην κακοήθεια και ταυτόχρονα η προστασία των υγιών δομών που περιβάλλουν την περιοχή ακτινοβολήσης. Σε όλους τους συμπαγείς κακοήθεις όγκους, οι ιστοί που πρέπει να ακτινοβοληθούν είναι η πρωτοπαθής εστία και οι πιθανές θέσεις επέκτασης της νόσου. Σύνηθες είναι η ακτινοβολία να χορηγείται σε ημερήσιες δόσεις, το σύνολο των οποίων αποτελεί την ολική θεραπευτική δόση του όγκου.

Η ακτινοθεραπεία, χρησιμοποιείται συνήθως έπειτα από συντηρητικές χειρουργικές επεμβάσεις, αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί και μετά από μαστεκτομή για πιο προχωρημένους καρκίνους. Σπάνια η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως νεοεπικουρική θεραπεία, δηλαδή πριν από τη χειρουργική επέμβαση, με σκοπό να συρρικνωθεί ο όγκος και να γίνει η επέμβαση ευκολότερη λιγότερο ριζική. Η συρρίκνωση του όγκου μπορεί να δώσει επίσης, τη δυνατότητα εκτέλεσης συντηρητικής χειρουργικής επέμβασης αντι της μαστεκτομής.

Η ακτινοθεραπεία μοιάζει πολύ με τη λήψη ακτινογραφίας, με τη διαφορά ότι κάθε συνεδρία της θεραπείας διαρκεί περίπου 10 λεπτά. Η τυπική ακτινοθεραπεία απαιτεί τη χορήγηση ακτινοβολίας πέντε ημέρες την εβδομάδα, για ένα διάστημα λίγο μεγαλύτερο των έξι εβδομάδων. Η χορήγηση πολλών μικρών δόσεων ακτινοβολίας καθημερινά αντί για μερικές μεγάλες δόσεις, προστατεύει τους φυσιολογικούς ιστούς και επιφέρει καλύτερο μακροχρόνιο κοσμητικό αποτέλεσμα.

Κατά τον σχεδιασμό της ακτινοθεραπείας, η θεραπευτική ομάδα κάνει προσεκτικές μετρήσεις για να καθορίσει τις ακριβείς γωνίες εστίασης της ακτινοβολίας στην περιοχή – στόχο (μαστό, θωρακικό τοίχωμα και μασχάλη) χωρίς να θίγονται οι γειτονικοί ή υποκειμενικοί ιστοί, συμπεριλαμβανομένων των πνευμόνων και της καρδιάς. Η περιοχή χορήγησης της ακτινοβολίας επισημαίνεται με μικρά στίγματα μεγέθους φακίδας, που γίνονται με τατουάζ σε μικρά σημεία γύρω από το μαστό σας. Με σκοπό να ελαχιστοποιηθούν οι βλάβες από την ακτινοβολία στο πρόσθιο μέρος της καρδιάς σε ασθενείς με καρκίνο του αριστερού μαστού, για τον σχεδιασμό της ακτινοθεραπείας χρησιμοποιούνται και λεπτομερείς εικόνες τομογραφίας με CAT scan.

Η ακτινοθεραπεία, όπως η λήψη ακτινογραφίας, είναι ανώδυνη. Ξαπλώνετε πάνω σε μια ειδική κλίνη ενώ το μηχάνημα περιστρέφεται γύρω σας. Κατά τον σχεδιασμό της θεραπείας, το μηχάνημα ρυθμίζεται

έτσι ώστε να σας βοηθήσει να διατηρηθείτε σε μια συγκεκριμένη θέση για τέσσερα ή πέντε λεπτά. Οι δόσεις της ακτινοβολίας που βλάπτουν ή καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα, μπορούν επίσης να προκαλέσουν βλάβη ή και το θάνατο και σε φυσιολογικά κύτταρα προκαλώντας ανεπιθύμητα αποτελέσματα.⁶

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Τις ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές διακρίνουμε σε κατηγορίες:

A) Συστηματικές. Αποτελούν το ονομαζόμενο « ακτινικό σύνδρομο », το οποίο χαρακτηρίζεται από :

- ✚ γενική καταβολή δυνάμεων, κόπωση
- ✚ ναυτία, εμέτους
- ✚ ανορεξία
- ✚ απώλεια βάρους
- ✚ δεκατική πυρετική κίνηση

Αν και τα ενοχλήματα αυτά θορυβούν την ασθενή, είναι παροδικά και διαρκούν λίγες μέρες ή εβδομάδες.

B) Τοπικές, οι οποίες διακρίνονται σε :

Πρώιμες επιπλοκές

- ✚ **Ακτινοδερματίτιδα** : είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος του μαστού που ακτινοβολείται. Εξαρτάται από το είδος, τη δόση της ακτινοβολίας και την ακτινοευαισθησία του δέρματος.

✚ **Ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών :** τα μητρικά κύτταρα του μυελού των οστών είναι πολύ ακτινοευαίσθητα, με αποτέλεσμα την εμφάνιση καθολικής αναστολής των διαιρέσεων των μητρικών κυττάρων και έτσι, ενώ τα κυκλοφορούντα κύτταρα του αίματος αποθνήσκουν συνεχώς, δεν παράγονται νέα κύτταρα για να τα αντικαταστήσουν. Έχουμε μεγάλη μείωση των κοκκιοκυττάρων, των λεμφοκυττάρων, των πολυμορφοπύρηνων, των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων που οδηγεί σε θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση, αναιμία και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις.

✚ **Δυσκαταποσία – δυσφαγία**

✚ **Ναυτία, έμετος, διάρροια, κόπωση, αδυναμία**

✚ **Ξηροστομία**

Όψιμες επιπλοκές

✚ Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε

✚ Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων και οστών

✚ Αλωπεκία

✚ Πνευμονική ίνωση και λεμφικό οίδημα σύστοιχου άνω άκρου είναι δυνατόν να εμφανισθούν

✚ Λευχαιμία

✚ Μεταλλάξεις

✚ Πολυτερηδονισμός²

8.2.4 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι ορμόνες είναι φυσιολογικά εκκρινόμενες ουσίες του σώματος που διεγείρουν την ανάπτυξη ευαίσθητων στις ορμόνες ιστών, όπως είναι ο μαστός ή ο προστάτης αδένας. Όταν δημιουργηθεί καρκίνος στον ιστό του μαστού ή του προστάτη, οι ίδιες οι ορμόνες του σώματος μπορεί να προκαλέσουν την ανάπτυξη και εξάπλωσή του. Κατ' αυτόν τον τρόπο, τα φάρμακα που αναστέλλουν την παραγωγή ορμονών ή μεταβάλλουν τον τρόπο δράσης τους και/ή η αφαίρεση οργάνων που εκκρίνουν ορμόνες, όπως είναι οι ωοθήκες ή οι όρχις, αποτελούν μεθόδους καταπολέμησης του καρκίνου. Η ορμονοθεραπεία, όμοια με τη χημειοθεραπεία, αποτελεί συστηματική θεραπεία, καθώς έχει επίδραση στα καρκινικά κύτταρα σε ολόκληρο το σώμα.²⁶

Για πάνω από 20 χρόνια η ταμοξιφένη αποτελούσε την ορμονική θεραπεία εκλογής στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Νέες εξελίξεις της ορμονοθεραπείας των τελευταίων ετών μπορεί να αποδειχθούν πιο σημαντικές ακόμη και από τη χημειοθεραπεία. Η τρίτης γενεάς αναστολείς αρωματάσης αναστροζόλη, λετροζόλη και εξεμεστάνη αναστέλλουν το ένζυμο που είναι υπεύθυνο για τη βιοσύνθεση των οιστρογόνων από ανδρογόνα. Τα φάρμακα αυτά έχουν καλύτερο κλινικό προφίλ σε σχέση με προγονικά τους σκευάσματα και μάλιστα στις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ελαττώνουν πάρα πολύ τα κυκλοφορούντα οιστρογόνα. Σε προχωρημένο καρκίνο μαστού οι αναστολείς της αρωματάσης είναι πιο αποτελεσματικοί από την οξική μεγεστρόλη ως θεραπεία δεύτερης γραμμής μετά από ταμοξιφένη. Ακόμη πιο σημαντική είναι και η κλινική παρατήρηση ότι η αναστροζόλη και η λετροζόλη ως θεραπεία πρώτης γραμμής σε προχωρημένη νόσο είναι ανώτερες ή εξίσου αποτελεσματικές με την ταμοξιφένη. Το πιο

σημαντικό ερώτημα που ερευνάται τη στιγμή αυτή είναι η χρήση των αναστολέων αρωματάσης ως συμπληρωματικής θεραπείας. Τουλάχιστον δέκα κλινικές μελέτες οι οποίες αξιολογούν τους αναστολείς αρωματάσης σε διάφορους συνδυασμούς με την ταμοξιφένη είναι σε εξέλιξη. Στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, η χρήση LHRH - αναλόγων σε συνδυασμό με ταμοξιφένη φαίνεται να βελτιώνει τα ποσοστά ανταποκρίσεων και τη μέση επιβίωση συγκριτικά με κάθε ένα χωριστά, ενώ πρόσφατα φάνηκε ότι ο συνδυασμός αυτός είναι εξίσου ή και πιο αποτελεσματικός από τη χημειοθεραπεία. Τέλος, η φουλβεστράνη είναι ένα αντι - οιστρογόνο, το οποίο διαφέρει από την ταμοξιφένη στο γεγονός ότι προκαλεί αναστολή της δράσης των οιστρογόνων χωρίς να έχει δράση μερικού αγωνιστή. Έχει κλινική δράση στον καρκίνο του μαστού μετά από αποτυχία της ταμοξιφένης, αν και ο μακροχρόνιος ρόλος του είναι ακόμη υπό διερεύνηση.³³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Μια οικουμενική αποδεκτή αλήθεια είναι ότι στη σύγχρονη κοινωνία δεν υφίσταται επαρκής επικέντρωση στην πρόληψη. Δυστυχώς αν και οι ερευνητές στο εργαστήριο και στην κλινική πρακτική συνεχίζουν να εργάζονται εντατικά αντίστοιχα ελάχιστη έρευνα κατευθύνεται στην πρόληψη και έγκαιρη ανίχνευση. Ιστορικά η έρευνα συμπεριφοράς στην πρόληψη δεν χρηματοδοτηθεί σε απαραίτητα επίπεδα και απουσιάζει η συστηματική κάλυψη των διαγνωστικών προληπτικών εξετάσεων.

Επιπλέον περιγράφονται πολλοί παράγοντες που συντελούν στη διαμόρφωση αρνητικής κοινωνικής στάσης στην πρόληψη που συνδράμουν στην εμφανή δυσμενή πραγματικότητα. Η « καλή υγεία »είναι μία μόνο από τις πολλές σημαντικές αξίες της ζωής. Αξίες, όπως η επαγγελματική άνοδος, η οικονομική ευμάρεια και η ευημερία είναι παράγοντες που συγκρούονται με την υιοθέτηση υγιεινών συνθηκών. Δύο ακραίες στάσεις είναι η μοιρολατρική στάση: « αφού θα πεθάνουμε κάποτε... »στην οποία η πρόληψη δεν έχει μεγάλη σημασία και αντίθετα η αυταπάτη της αθανασίας, (ιδιαίτερα στην νεότητα), που αποτρέπει κάθε ανησυχία για την υγεία και την πιθανότητα θανάτου. Η εδραίωση υγιεινών συνθηκών είναι απαιτητική και « δεν προσφέρει ευχαρίστηση ». Απαιτείται πειθαρχία σε συγκεκριμένα προγράμματα με συνέπεια και περιορισμό σε αντίθεση με συνήθειες που δείχνουν να οδηγούν σε άμεση ικανοποίηση. Συχνά επικρατεί η εσφαλμένη αντίληψη ότι η καλή ζωή ισοδυναμεί με κακές συνήθειες. Επιπλέον η πρόληψη προσφέρει πιθανά

μελλοντικά αποτελέσματα γιατί τα οφέλη της δεν είναι άμεσα ορατά. Μία μεγάλη μερίδα ανθρώπων εφησυχάζει με την σκέψη των θεραπευτικών δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής. Εξάλλου τα περισσότερα σύγχρονα υγειονομικά συστήματα επικεντρώνονται στη θεραπεία και κατευθύνουν τους επαγγελματίες υγείας στην αναζήτηση επαγγελματικής ικανοποίησης από τα εμφανή άμεσα αποτελέσματα της θεραπευτικής προσπάθειας. Επιπλέον ο προσανατολισμός σε ατομικό επίπεδο αλληλεπίδρασης (επιστήμονα υγείας-αρρώστου) σε αντίθεση με την αναγκαιότητα της συνήθους ομαδικής προσέγγισης στα προληπτικά προγράμματα στην κοινότητα είναι ανασταλτικοί παράγοντες.

Η πρόληψη της ασθένειας και η προαγωγή της υγείας αποτελεί ένα σταθερό στόχο της σύγχρονης κλινικής, διδακτικής και ερευνητικής νοσηλευτικής δραστηριότητας. Η έννοια της πρόληψης διαποτίζει κάθε νοσηλευτικό προγραμματισμό και κάθε νοσηλευτική πράξη σε όποιο τομέα και αν εφαρμόζεται αν και κάποιες φορές ίσως δεν συνειδητοποιείται απόλυτα. Επειδή οι νοσηλευτές εργάζονται σε όλες τις μορφές υπηρεσιών υγείας μπορεί να αναδειχθούν φύλακες και φρουροί της υγείας των ανθρώπων. Οι νοσηλευτές υπηρετούν σε όλες τις μορφές υπηρεσιών υγείας, σπίτι, σχολείο, τους χώρους εργασίας και συνεργάζονται με τον μεγαλύτερο αριθμό ανθρώπων από κάθε άλλη ομάδα επαγγελματιών υγείας. Επειδή έχουν τη συχνότερη, αμεσότερη και πιο μακροχρόνια επαφή με τους ανθρώπους διαθέτουν αμέτρητες ευκαιρίες κινητοποίησής τους για υιοθέτηση υγιών προτύπων συμπεριφοράς και προσυμπτωματικού ελέγχου σε πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου.

Όσον αφορά **την πρωτογενή πρόληψη**, οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενδιαφερθούν για τον αντικαπνιστικό αγώνα σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Το κάπνισμα παραμένει ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα στην Ελλάδα και επειδή τώρα τα παιδιά αρχίζουν να καπνίζουν μικρότερη

ηλικία 10 ετών στο άμεσο μέλλον θα νοσήσουν σε πολύ μικρότερη ηλικία. Επίσης, θα πρέπει να συμμετέχουν στη συμβουλευτική της φυσικής άσκησης. Υπάρχουν ενδείξεις που υποστηρίζουν ότι η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου προστάτη, παχέως εντέρου και μαστού, επηρεάζονται από τη φυσική άσκηση. Γι' αυτό θα πρέπει να συμβάλλουν στην αποτελεσματική διαχείριση της παχυσαρκίας με τη συμβουλευτική διατροφής και τον περιορισμό της λήψης αλκοόλ. Απαιτείται εξωτερική προσοχή στις συζητήσεις με τεκμηριωμένες απόψεις γιατί όλοι γνωρίζουμε ότι τα άτομα με υγιεινό τρόπο ζωής προσβάλλονται από καρκίνο και κάποια άλλα με μη υγιεινό τρόπο ζωής που δεν νοσούν.¹⁷

Η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου διαχωρίζεται από την πρωτογενή στο ότι είναι μία ενδιάμεση παρεμβολή η οποία επηρεάζει την εξέλιξη της νόσου. Οι παρεμβάσεις της δευτερογενούς πρόληψης μπορούν να ελαττώσουν την νοσηρότητα και την θνησιμότητα από τον καρκίνο, με διάγνωση της διηθητικής νόσου σε πρώιμο στάδιο και με ανίχνευση πρόδρομων βλαβών οι οποίες εάν εξαλειφθούν αποτρέπουν την εξέλιξη της νόσου.¹⁵

Η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Πολλές έρευνες έχουν γίνει για τη σημασία της προσυμπτωματικής διάγνωσης στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Πολλοί όμως λόγοι – και ιδιαίτερα οικονομικοί και τεχνικοί – κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού στο γυναικείο πληθυσμό μιας χώρας· γι' αυτό η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες υψηλού κινδύνου.²

Διαλογή (screening), εξ ορισμού, σημαίνει « η εξέταση του ασυμπτωματικού πληθυσμού προκειμένου να αναγνωρισθούν ομάδες υψηλού κινδύνου για το συγκεκριμένο νόσημα ».

Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, ως μέθοδοι εξέτασης του ασυμπτωματικού πληθυσμού πρέπει να εννοούνται η μαστογραφία, η

αυτοεξέταση και η κλινική εξέταση (από έμπειρο ιατρό) των μαστών. Κύριος στόχος των μεθόδων αυτών είναι η μείωση της θνησιμότητας, αφού ο καρκίνος του μαστού είναι νόσος που μπορεί να επιφέρει το θάνατο, αλλά και η αύξηση του ελεύθερου νόσου χρονικού διαστήματος και κατ'επέκταση η μείωση της νοσηρότητας από τη συγκεκριμένη νόσο.

Για να γίνει αποδεκτή μία μέθοδος screening, πρέπει

- να είναι απλή
- να είναι εύκολα εφαρμοστή στο γυναικείο πληθυσμό και αποδεκτή από τους εξεταζόμενους, αλλά και τους ιατρούς
- να μην έχει υψηλό κόστος
- να έχει μεγάλη ευαισθησία (η μαστογραφία 85 – 90%) και μικρό ποσοστό ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων, υψηλή ειδικότητα και όσο το δυνατό μικρότερο ποσοστό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση του κόστους, των βιοψιών, της ψυχικής επιβάρυνσης κ.α.
- να έχει υψηλή θετική προγνωστική αξία, (στην περίπτωση της μαστογραφίας από 3-22%) και
- να έχει αποδειχθεί η ωφέλειά της μεθόδου, δηλαδή η μείωση της θνησιμότητας με τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμασία (RSCT).³²

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

επιτυχία ενός τέτοιου περιοδικού προληπτικού ελέγχου αποτελεί η προσέλκυση υγιών γυναικών για το σκοπό αυτό. Η κινητοποίηση όμως φυσιολογικών γυναικών δεν είναι καθόλου εύκολη και η δυσκολία αυτή δεν πρέπει να υποτιμάται από του φορείς που πρόκειται να διενεργήσουν τον έλεγχο. Πρέπει συνεπώς να δημιουργήσουν κίνητρα για το σκοπό αυτό και τα ερεθίσματα για την προσέλκυση των γυναικών πρέπει να είναι συχνά. Για την επιτυχία ενός τέτοιου προγράμματος, πρέπει να ενημερώνεται το κοινό για την ύπαρξη του και οι γυναίκες να διδάσκονται όχι μόνο να αποδέχονται την εξέταση αλλά και να την επιδιώκουν.²

Όσο αφορά το screening με μαστογραφία, ο Eddy υπολογίζει ότι, για να σωθούν 4000 ζωές σε 10 χρόνια από καρκίνο του μαστού στις ΗΠΑ, απαιτείται το ποσόν του 1,3 δισεκατομμυρίου δολαρίων ή ένα ετήσιο κόστος για κάθε ζωή που σώζεται 32.500\$. Πρέπει εδώ όμως να σημειώσουμε ότι δεν υπολογίζεται ως κέρδος η ωφέλεια που προκύπτει από τη μείωση της θεραπείας των προχωρημένων μορφών καρκίνου του μαστού.

Ένα μεγάλο πρόβλημα για το screening με μαστογραφία είναι ο αναφερόμενος κίνδυνος η ακτινοβολία να προκαλέσει καρκίνο του μαστού. Εδώ πρέπει να τονίσουμε ότι δεν υπάρχει ιατρική πράξη ακίνδυνη, χωρίς επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες. Αυτό που έχει σημασία στην ιατρική πράξη είναι η σχέση του κινδύνου που αυτή εμπεριέχει προς την ωφέλεια που αυτή προκαλεί. Ο κίνδυνος να πάθει καρκίνο μαστού μια γυναίκα από μαστογραφία είναι 6/1.000.000 γυναίκες /έτος μετά 10 μαστογραφίες μετά 10 – 15 χρόνια, και επομένως, αν υπολογίσουμε μια θνησιμότητα 30%, σε 10 χρόνια θα πεθάνουν 20 γυναίκες / 1 εκατομμύριο γυναίκες. Τα ίδια αυτά 10 χρόνια, στο 1 εκατομμύριο γυναίκες οι 42.000 θα πάθουν καρκίνο του μαστού και θα πεθάνουν οι 14.000 (το 1/3). Εάν κάνουν μαστογραφία κάθε χρόνο, θα

έχουμε μείωση της θνησιμότητας κατά 30%, δηλαδή μείον 4.500 θανάτους.

Η Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου (ACS) συνιστά σε όλες τις γυναίκες άνω των 40 ετών κλινική εξέταση ανά έτος, μαστογραφία ανά έτος ή ανά 2ετία και ανά έτος για τις γυναίκες άνω των 50 ετών. Συμπερασματικά, το screening είναι μια μέθοδος που έχει τη δυνατότητα να μειώσει τη θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού σε ποσοστά μέχρι και 30%.³²

Το πρόγραμμα « ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ» το 1988 είχε σαν στόχο τη μείωση της θνησιμότητας από τον καρκίνο κατά 15% το έτος 2000. Προοδευτικά όμως το πρόγραμμα αυτό περιορίζεται και ο ρόλος του στα Κράτη – Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης υποβαθμίζεται. Απέβλεπε δε ουσιαστικά στην ενεργοποίηση των Εθνικών Υπευθύνων να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα για την προάσπιση των πολιτών τους, με βάση αυτά που συμπεριελάμβανε στις οδηγίες του ο Κώδικας Κατά του Καρκίνου, γνωστός και σαν Δεκάλογος του ΕΟΚ, που είχε ήδη διατυπωθεί σχεδόν πανομοιότυπα από το 1929 από διαπρεπή Έλληνα ιατρό.

ΕΥΡΩΠΑΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Εάν τηρηθούν οι δέκα ευρωπαϊκές εντολές, θα μειωθεί σημαντικά ο αριθμός των θανάτων από καρκίνο στην Ευρωπαϊκή κοινότητα. Η μείωση αυτή θα μπορούσε μάλιστα να φθάσει το 15%, το έτος 2000.

Ορισμένες μορφές καρκίνου μπορεί να προληφθούν :

1. Μην καπνίζεται. Καπνιστές, σταματήστε το γρηγορότερο δυνατό το κάπνισμα και μην καπνίζετε όταν είστε μαζί με άλλους.
2. Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.
3. Αποφύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο.
4. Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας, ιδιαίτερα στο χώρο εργασίας κατά την παραγωγή, διακίνηση ή χρήση οποιουδήποτε υλικού που είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκίνο.

Ακολουθώντας τις δύο επόμενες οδηγίες θα ωφελησετε την υγεία σας και ταυτόχρονα θα περιορίσετε τις πιθανότητες να προσβληθείτε από καρκίνο

5. Τρώτε συχνότερα φρούτα και λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες.
6. Αποφύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά.

Οι περισσότερες μορφές καρκίνου είναι ιάσιμες αν εντοπισθούν έγκαιρα :

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

Για τις γυναίκες :

9. Κάνετε περιοδικά το τεστ Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας.
10. Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και, αν είναι δυνατόν, κάνετε περιοδικά μαστογραφία ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών.

Μέχρις ότου οι πρόοδοι της γενετικής ανίχνευσης και θεραπείας νέων καρκίνων, των άλλων διαγνωστικών τεχνικών αλλά και των κλινικά επιτυχημένων θεραπειών τείνουν ευρείας εφαρμογής, ο καρκίνος θα νικηθεί, μόνο με την καθιέρωση ενός υγιεινότερου μοντέλου ζωής και την πρόληψη.

Στα ίδια συμπεράσματα καταλήγουν όλες οι αναφορές από πρόσφατα Αντικαρκινικά Συνέδρια της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, τα σχόλια του ιατρικού αλλά και του Ημερήσιου Τύπου και των άλλων ΜΜΕ που ενημερώνουν ευρέως το κοινό. Γι'αυτό οι Διευθύνσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης που ασχολούνται με τη Δημόσια Υγεία και την προστασία των κατοίκων των Χωρών – Μελών τους, άρχισαν να στηρίζουν νέα προγράμματα και διατυπώνουν κατευθυντήριες οδηγίες που σχετίζονται με την υγιεινότερη διατροφή, την ανάπτυξη νέου μοντέλου ζωής, την έμφαση της προστασίας των εργαζομένων στους χώρους εργασίας και του περιβάλλοντος, κ.α.

Φαίνεται όμως ότι παρά την ραγδαία πρόοδο σε όλους τους τομείς της Ιατρικής Επιστήμης ο καρκίνος θα αποτελεί την πιο κοινή ασθένεια του μέλλοντος κόσμου αν δεν ληφθούν τα απαραίτητα διορθωτικά μέτρα. Αν όλα πάνε καλά και σε παγκόσμιο επίπεδο αναμένεται 50% μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο, μέχρι το 2.015 – 2.020 και κατά 25% των νέων περιπτώσεων.

Επιβάλλεται η πλήρης αναδιοργάνωση των αντικαρκινικών δράσεων σε πανελλαδικό επίπεδο με γνωστές διαδικασίες που έχουν ήδη

θετικό αποτέλεσμα σε άλλες χώρες όπου ο καρκίνος μειώνεται σταθερά – πχ ΗΠΑ – Μεγ.Βρετανία, Σουηδία από την υιοθέτηση συγκεκριμένων οδηγιών πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης αλλά και την ευρεία ενημέρωση και εκπαίδευση του γενικού πληθυσμού και των Λειτουργών Υγείας.³³

9.2 ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ;

Α) ΛΗΨΗ ΚΑΛΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Είναι σαφές ότι – όπως σε κάθε πάθηση έτσι και για τις παθήσεις του μαστού – πριν προχωρήσει κανείς στην κλινική εξέταση πρέπει πρώτα να συγκεντρώσει ορισμένες πληροφορίες για την ασθενή. Οι σπουδαιότερες από αυτές είναι : ηλικία, τεκνοποίηση, αναπαραγωγική κατάσταση (προ – η μετα-εμμηνοπαυσιακή περίοδος), οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο μαστού, προηγηθείσες παθήσεις μαστού, ηλικία πρώτου τοκετού, ηλικία εμμηνόπαυσης, θηλασμός, χρήση ορμονών – αντισυλληπτικών, επίσης άλλες λιγότερο σπουδαίες πληροφορίες που είναι : τόπος γέννησης, τόπος διαμονής, βάρος, ύψος, διατροφή, χρήση φαρμάκων, επάγγελμα, κάπνισμα, κατανάλωση καφεΐνης, προηγηθείσες εγχειρήσεις κλπ.

Επίσης, κατά τη λήψη του ιστορικού πρέπει να γίνονται και ειδικές ερωτήσεις, όπως :

- Α) ποιο είναι, αν υπάρχει, το κύριο σύμπτωμα
- Β) πότε εμφανίσθηκε
- Γ) πως ανακαλύφθηκε

Δ) πως εξελίχθηκε

Ε) πόσο καθυστέρησε η ασθενής να πάει στο γιατρό.

Πρέπει να μάθουμε επίσης :

Α) αν υπάρχει ιστορικό τραύματος

Β) ποιά η σχέση των συμπτωμάτων με τον κύκλο

Γ) αν το υπερκείμενο δέρμα παρουσιάζει αλλοιώσεις φλεγμονής

Δ) αν υπάρχει έκκριση υγρού από τις θηλές και το είδος της έκκρισης.

Οι ειδικές αυτές ερωτήσεις γίνονται στην ασθενή, για να πληροφορηθούμε , σε περίπτωση νόσου, πως άρχισε, πότε άρχισε, πως εξελίχθηκε, να βγάλουμε μερικά συμπεράσματα για την διάγνωση, αλλά και για την πιθανή πρόγνωση της νόσου. Με τη λήψη καλού ιστορικού, η νοσηλεύτρια μπορεί να βγάλει συμπεράσματα για την κατάσταση της εξεταζόμενης και να μάθει να εκτιμά την αντίληψη των εξεταζόμενων γυναικών για τα προβλήματά τους.²

B) ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Η νοσηλεύτρια τοποθετεί τη γυναίκα σε καθιστή θέση και ελέγχονται το σχήμα, το μέγεθος και η ασυμμετρία των μαστών, οι θηλές, κάθε εξέγκωση του δέρματος ή των θηλών. Η εισολκή του δέρματος, η οποία οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του Cooper, φαίνεται καλύτερα, όταν η επισκόπηση γίνεται με υψωμένα τα χέρια. Το χρώμα

και το οίδημα του δέρματος καθώς και η εξέλκωση μας βοηθούν στην πιθανή διάγνωση απλής φλεγμονής, φλεγμονώδους καρκίνου ή προχωρημένου καρκίνου του μαστού ή ακόμη και νόσου του Paget, όταν υπάρχει εξέλκωση της θηλής.

ΨΗΛΑΦΗΣΗ

Νοσηλευτική ενέργεια

Φάση προετοιμασίας και
επιβολής εξέταση

Αιτιολόγηση ενέργειας

1.Πείτε στην ασθενή να βγάλει τα
ρούχα της από τη μέση και πάνω
και να καθίσει αναπαυτικά με το
πρόσωπό της προς τον εξεταστή



1.Παρέχει μια ευκαιρία
επισκόπησης των μαστών
για συμμετρία, ερυθρότητα,
ερεθισμό θηλών, εισολκή
θηλών, δέρμα που μοιάζει
φλοιό πορτοκαλιού

2.Πλύνετε τα χέρια σας με χλιαρό
νερό και στεγνώστε τα· μπορείτε
να βάλετε ταλκ, εάν τα αισθάνεστε
να κολλούν



2.Ο μαστός είναι ευαίσθητος
στο κρύο

Εξέταση

1.Ψηλαφίστε την υπερκλείδια
περιοχή



1.Προσέξτε αν οι λεμφα -
δένες είναι διογκωμένοι,

ακίνητοι, κινητοί ή δύσκολο να εντοπισθούν

2. Ψηλαφίστε τους μασχαλιαίους αδένες· κρατάτε το αντιβράχιο της ασθενούς στην αριστερή σας παλάμη, ενώ ελέγχετε τους αδένες με τις ράγες των δεξιών σας δακτύλων. Επαναλάβετε το ίδιο και στην άλλη πλευρά



2. Το ίδιο, όπως και πιο πάνω

3. Βάλτε την ασθενή να ξαπλώσει σε ύπτια θέση. Τοποθετήστε ένα μαξιλάρι κάτω από το δεξιό ώμο της



3. Με τον τρόπο αυτό, ο μαζικός αδένας κατανέμεται ομοιόμορφα πάνω στο Θωρακικό τοίχωμα

4. Με τα δάκτυλα επίπεδα στο μαστό, ψηλαφίστε ήπια το μαζικό αδένα, αρχίζοντας από το άνω και έξω τεταρτημόριο



4. Τα ευαίσθητα δάκτυλα με ζυμωτικές κινήσεις μπορούν να ψηλαφίσουν ογκίδια που βρίσκονται μεταξύ του δέρματος και του θωρακικού τοιχώματος

α. προχωρήστε σε κανονικό σχήμα κυκλικής εξέτασης του μαστού και επαναλάβετε



α. Η περιοχή αυτή ελέγχεται και για δεύτερη φορά, γιατί οι περισσότερες αλλοιώσεις

τε την εξέταση του πρώτου τεταρτημόριου που εξετάστηκε

του μαστού εντοπίζονται στο άνω και έξω τεταρτημόριο

β. επαναλάβετε την ίδια διαδικασία για τον άλλο μαστό

5.Ελέγξτε το χαλαρό μαστό για σκληρίες, εκροή υγρού από τη θηλή, σημεία μόλυνσης



5.Ετοιμασθείτε να συλλέξετε δείγμα εκκρίματος για κυτταρολογική εξέταση, αν έχετε εντολή

6.Σημειώστε τα ευρήματα και ενημερώστε το γιατρό για την ανεύρεση ανωμαλιών

7.Εξηγείστε στην ασθενή πώς να κάνει αυτοεξέταση. Ενθαρρύνεται την να υποβάλει ερωτήσεις· δώστε της τα κατάλληλα ενημερωτικά φυλλάδια



7.Περίπου 95% των γυναικών ανακαλύπτουν μόνες τους τις ανωμαλίες του μαστού.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

10.1 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ

1. Ψυχολογικά προβλήματα

- α) αδυναμία αποδοχής της διάγνωσης
- β) θυμός, σύγχυση, κατάθλιψη
- γ) φόβος θανάτου

2. Μεταβολή σωματικού ειδώλου, απώλεια θηλυκότητας και αυτοεκτίμησης

- α) προβλήματα σχέσεων με οικογένεια και σύζυγο
- β) προβλήματα χρονιότητας της νόσου
- γ) προβλήματα από μεταστάσεις καρκίνου

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1. Άμεσοι

- α) βοήθεια να αποδεχθεί η άρρωστη τη διάγνωση του καρκίνου και την απώλεια του μαστού
- β) ελαχιστοποίηση αγωνίας και άγχος

2. Μακροπρόθεσμοι

- α) βοήθεια άρρωστης και οικογένειας να αποδεχθούν την πραγματικότητα
- β) μείωση κινδύνου υποτροπής της νόσου

γ) βελτίωση αυτοεκτίμησης, αυτοφροντίδας και σεξουαλικής λειτουργίας

10.2 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

A) Αναζήτηση της καλύτερης φυσικής και ψυχολογικής προσέγγισης για ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο. Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης και βοήθεια να απαλλαγεί από τα αισθήματα φόβου με :

- ακρόαση των ανησυχιών και προβλημάτων της
- έμφαση στο σχεδιασμό επιτυχίας προγράμματος αποκατάστασης και στη χρήση τεχνητού μαστού
- εξασφάλιση επίσκεψης άρρωστης με ικανοποιητική μετεγχειρητική προσαρμογή στη μαστεκτομή
- αναζήτηση υποστήριξης από το σύζυγο

Βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας μαστού

Ενημέρωση της άρρωστης για τις πρόσφατες έρευνες και τις νέες θεραπευτικές μεθόδους για τον καρκίνο του μαστού

- μείωση χρόνου αναμονής πριν από την εγχείρηση
- διαπίστωση φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους
- εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή
- χορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης

Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας. Η ίδια ετοιμασία γίνεται και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού, για πιθανή λήψη δέρματος για πλαστική επανορθωτική επέμβαση

Β) Διδασκαλία άρρωστης και οικογένειας σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων, την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού, τα αισθήματα μετά τη μαστεκτομή, τον πόνο, τη δραστηριότητα και τη διορθωτική πλαστική του μαστού.

Γ) Βοήθεια οικογένειας να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- ✚ Εκτίμηση αρτηριακής πίεσης και σφυγμού, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για διαπίστωση shock και αιμορραγίας
- ✚ Επισκόπηση του επιδερμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας, ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη
- ✚ Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από τον πόνο
- ✚ Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών, για πρόληψη αναπνευστικών
- ✚ Έλεγχος της επίδεσης τραύματος, αποφεύγεται η πολύ πιεστική επίδεση, για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων
- ✚ Παρακολούθηση της παροχέτευσης τραύματος
- ✚ Πρόληψη λοίμωξης
- ✚ Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημι – Fowler. Αν το χέρι είναι ελεύθερο, τοποθετείται πάνω σε ένα μαξιλάρι· η βαρύτητα βοηθά στην επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός λεμφοιδήματος
- ✚ Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι
- ✚ Χορήγηση διαίτας ανάλογα με την ανοχή και την προτίμηση της άρρωστης. Κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες ίσως η


άρρωστη χρειαστεί βοήθεια την ώρα του φαγητού, γιατί δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει το ένα της χέρι

✚ Πρόληψη λεμφοιδήματος³⁹

10.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ


Επειδή τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν δρουν εκλεκτικά μόνο στα καρκινικά αλλά και στα φυσιολογικά κύτταρα, η νοσηλευτική φροντίδα του χημειοθεραπευτικού ασθενούς είναι πραγματικά μια πρόκληση για τους νοσηλευτές. Οι κύριοι στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η διατήρηση της άνεσης, η πρόληψη των επιπλοκών, η ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με τη χημειοθεραπεία, τις αναμενόμενες παρενέργειες και τα τοξικά φαινόμενα που πρέπει να αναφερθούν. Επίσης διαδραματίζει κύριο λόγο στη βοήθεια του ασθενούς και των συγγενών και φίλων στην αντιμετώπιση των τρεχουσών και μελλοντικών διαταραχών της σωματικής εικόνας, του τρόπου ζωής και των ρόλων, ως συνέπεια του καρκίνου και της χημειοθεραπείας.

Νοσηλευτικές διαγνώσεις – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Άγχος που οφείλεται στην έλλειψη γνώσεων σχετικά με την χημειοθεραπεία, τις αναμενόμενες παρενέργειες και τις συνέπειες στον καθημερινό τρόπο ζωής, τη διάγνωση του καρκίνου και το φόβο προώρου θανάτου. 

Οι παρεμβάσεις των νοσηλευτών πρέπει να αποβλέπουν στο να παρουσιάσει ο ασθενής μείωση του άγχους όπως φαίνεται από τα

λεγόμενά του, από τον τρόπο ύπνου, τη χαλαρή έκφραση του προσώπου και τις κινήσεις του σώματος, τα σταθερά ζωτικά σημεία. Η ανάγκη υποστήριξης από τους συγγενείς και τους φίλους επισημαίνεται συχνά από τους ίδιους τους ασθενείς οι οποίοι συχνά δεν γνωρίζουν πώς να αντιμετωπίσουν αυτή την καινούργια κατάσταση. Η αρχική προσοχή μετατρέπεται σε απομάκρυνση από τον ασθενή, κυρίως τη στιγμή που η υποστήριξη είναι περισσότερο απαραίτητη. Το να μοιραζόμαστε τις πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια, την θεραπεία και τις παρενέργειες μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη κατανόηση των προβλημάτων που μπορεί να εμφανισθούν οπότε η ανάμειξη της οικογένειας σε αυτό τον δρόμο είναι πολύ σημαντική. Παραδείγματα πως κάθε μέλος μπορεί να βοηθήσει μπορεί να έχει μεγάλη σημασία. Επίσης συζητήσεις ομαδικές, με άλλους ασθενείς, τους συγγενείς ή τους φίλους μπορεί επίσης να είναι θετική. Ζητήματα τα οποία εκλαμβάνονται ασήμαντα από τους νοσηλευτές μπορεί να είναι σημαντικά για τους ασθενείς. Είναι σημαντικό ότι πολλές φορές οι ασθενείς αντιμετωπίζουν την κατάσταση καλύτερα από το περιβάλλον τους.

Διαταραχές κατάποσης και πόνος που σχετίζεται: α) με στοματικό, φαρυγγικό και οισοφαγικό πόνο λόγω φλεγμονής του βλεννογόνου από τη δράση των κυτταροτοξικών φαρμάκων, β) στην *ξηροστομία* και *πυκνές στοματικές εκκρίσεις* λόγω μεταβολών στην ποσότητα και ποιότητα του σιέλου από τη στοματίτιδα και την μειωμένη πρόσληψη από το στόμα.³⁷ 

Η νοσηλεύτρια λαμβάνει τα ακόλουθα μέτρα, που βοηθούν στην πρόληψη της στοματίτιδας.

Ü λήψη οδοντιατρικού ιστορικού (παρουσία οδοντοστοιχιών, ιστορικό ουλίτιδων ή άλλων παθολογικών εξεργασιών, συνήθειες της ασθενούς σχετικά με τη φροντίδα της στοματικής κοιλότητας,

ανάγκη επίσκεψης οδοντιάτρου για την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος, ιστορικό στοματίτιδας, κάπνισμα)

- Û ελέγχει τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς και την αξιολογεί με βάση την υγρασία, το χρώμα, τις οδοντοστοιχίες και τα υπάρχοντα σφραγίσματα
- Û διδάσκει την ασθενή πώς να εξετάζει το στόμα της
- Û εξηγεί τι είναι στοματίτιδα
- Û ενθαρρύνει την προληπτική υγιεινή του στόματος και διδάσκει την ασθενή να βουρτσίζει τα δόντια της με μαλακή οδοντόβουρτσα δύο φορές την ημέρα, να κάνει ελαφρό μασάζ στα ούλα για να διευκολυνθεί η κυκλοφορία, να καθαρίζει το στόμα της τρεις ή τέσσερις φορές την ημέρα με διάλυμα σκόνης σόδας και νερού, να χρησιμοποιεί βαζελίνη ή βούτυρο κακάο για τα χείλη τρεις φορές την ημέρα, αν αρχίζει το στόμα της να πονάει, να τρώει μαλακές τροφές, όπως τα βρασμένα αυγά, να αφαιρεί τις οδοντοστοιχίες, για να ξεκουράζονται τα ούλα της
- Û να ελέγχει καθημερινά τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο, αλλαγή της κατάστασης του βλεννογόνου
- Û να διδάσκει την ασθενή πώς να διατηρεί την υγρασία του στόματος, πράγμα που τη βοηθάει να τρώει ευκολότερα (να πίνει άφθονα υγρά, να πιπιλίζει μικρά κομμάτια πάγου, να τρώει τροφές που αποδίδουν υγρασία, όπως φρούτα και παγωτά κλπ.

Αν εμφανισθεί στοματίτιδα, η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί τα ακόλουθα θεραπευτικά μέτρα:

- α) συνεχής εκτίμηση της κατάστασης του στοματικού βλεννογόνου
- β) τρεις ως τέσσερις φορές ημερησίως καθαρίζει τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς με φυσιολογικό ορό
- γ) ενυδατώνει το στόμα για την εξασφάλιση κατάλληλης υγρασίας

δ) χρησιμοποιεί διάφορα διαλύματα για την επούλωση της λύσης του βλεννογόνου του στόματος (με εντολή γιατρού)

ε) χορηγεί λευκή και χλιαρή τροφή (τροφή που δεν περιέχει καρυκεύματα και σάλτσες)²

Δυσφορία, ναυτία και εμετός

Σκοπός μας είναι ο ασθενής να εμφανίσει μείωση της ναυτίας και του εμέτου, όπως θα φαίνεται : από τα λεγόμενά του περί ελάττωσης της ναυτίας και τη μείωση των εμέτων.

1. Εκτιμήστε τον ασθενή για ναυτία και εμέτους

2. Λάβετε μέτρα μείωσης της ναυτίας και του εμέτου :

- ενεργήστε έτσι ώστε να μειωθεί ο φόβος και το άγχος
- ενεργήστε έτσι ώστε να μειωθεί ο πόνος
- μεταδώστε την εντύπωση ότι η ναυτία και ο έμετος μπορεί να μην εμφανισθούν, δεν παρουσιάζουν όλοι ασθενείς ναυτία και έμετο κάθε φορά
- χορηγήστε αντιεμετικά φάρμακα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες
- χορηγήστε τα ενδοφλέβια κυτταροστατικά αργά, εκτός αν υπάρχει αντένδειξη, ώστε να μειωθεί η διέγερση του κέντρου του εμέτου
- αν είναι εφικτό χορηγήστε τα κυτταροστατικά τη νύχτα, ώστε ο ασθενής να κοιμάται και να έχει λιγότερη ναυτία
- δώστε στον ασθενή να γλείφει ένα σκληρό, ξινό ζαχαρωτό για να μην αισθάνεται τη γεύση του φαρμάκου
- εξαλείψτε δυσάρεστα θεάματα και οσμές από το περιβάλλον
- ενθαρρύνεται τον ασθενή να αναπνέει αργά και βαθιά όταν αισθάνεται ναυτία

- Û ενθαρρύνεται τον ασθενή να αλλάζει θέσεις αργά, η ταχεία κίνηση διεγείρει την προσαγωγό αιθουσαίοπαρεγκεφαλιδική οδό με αποτέλεσμα τη διέγερση της ζωής των χημειουποδοχέων
- Û φροντίστε για τη στοματική υγιεινή κάθε δύο ώρες και μετά από κάθε έμετο
- Û προσφέρετε ανθρακούχα αναψυκτικά αν αισθάνεται ναυτία
- Û αποφεύγετε τα φαγητά με έντονη οσμή
- Û προσφέρετε μικρά και συχνά γεύματα
- Û ενθαρρύνετε τον ασθενή να τρώει ξηρές τροφές και να αποφεύγει να πίνει υγρά μετά τα γεύματα, αν αισθάνεται ναυτία
- Û καθοδηγήστε τον ασθενή να αποφεύγει τις τροφές ή τα φαγητά που ερεθίζουν το γαστρικό βλεννογόνο πχ πικάντικες τροφές κλπ
- Û καθοδηγήστε τον ασθενή να αποφεύγει τροφές πλούσιες σε λίπη
- Û καθοδηγήστε τον ασθενή να ξεκουράζεται μετά το φαγητό

3. Συμβουλευτείτε τον γιατρό, αν τα παραπάνω αποτύχουν να ελέγξουν τη ναυτία και τους εμέτους

Διαταραχές της αντίληψης του εαυτού

Σκοπός μας είναι ο ασθενής να εκδηλώνει την έναρξη προσαρμογής του στις μεταβολές της εμφάνισης, των σωματικών λειτουργιών, του τρόπου ζωής και των ρόλων του, όπως θα φαίνεται από:

- Ø τη διατύπωση των αισθημάτων αυτοεκτίμησης και σεξουαλικής επάρκειας
- Ø τη διατήρηση των σχέσεων με τα σημαντικά γι' αυτόν πρόσωπα
- Ø την ενεργό συμμετοχή στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής
- Ø το ενεργό ενδιαφέρον για την προσωπική εμφάνιση
- Ø την προθυμία υιοθέτησης των συνηθών ρόλων και συμμετοχής στις κοινωνικές δραστηριότητες

Ø την αποδοχή μιας διαδικασίας προσαρμογής στο νέο τρόπο ζωής, ώστε να αντιμετωπίζονται οι περιορισμοί από την υποκείμενη νόσο και οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας

Û εκτιμήστε τα σημεία και συμπτώματα της διαταραχής αντίληψης του εαυτού

Û καθορίστε τη σημασία των μεταβολών της εμφάνισης, των σωματικών λειτουργιών, τον τρόπο ζωής και των ρόλων του ασθενούς, με την ενθάρρυνση του να διατυπώσει τα αισθήματά του και προσέχοντας τις μη λεκτικές αντιδράσεις του ασθενούς στις τρέχουσες μεταβολές

Û λάβετε μέτρα για την αντιμετώπιση της θλίψης

Û συζητήστε με τον ασθενή ρεαλιστικούς τρόπους για τη βελτίωση της εμφάνισης και των σωματικών λειτουργιών

Û λάβετε μέτρα που θα βοηθήσουν στην αποκατάσταση της αυτοεκτίμησης του ασθενούς

Û ενεργήστε ώστε να βοηθηθεί ο ασθενής να αντιμετωπίσει τις συνέπειες της χημειοθεραπείας

Û λάβετε μέτρα που θα βοηθήσουν τον ασθενή να προσαρμοσθεί στις παρακάτω μεταβολές των σωματικών λειτουργιών και της εμφάνισης : ⁴⁰

αλωπεκία :

Η αλωπεκία συνήθως συμβαίνει δύο ή τρεις εβδομάδες μετά την αρχική δόση. Ο βαθμός πτώσης των τριχών εξαρτάται από την αντίδραση του οργανισμού της ασθενούς και από το συνδυασμό των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται. Η τριχόπτωση της είναι δυνατόν να σταματήσει ακόμα και κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Έχοντας

επίγνωση των ψυχολογικών επιπτώσεων που δύναται να προκαλέσει η πτώση των τριχών της κεφαλής και του σώματος στο άτομο και στην σεξουαλικότητα του, η νοσηλεύτρια προγραμματίζει και σχεδιάζει την αρχική διδασκαλία και τη φροντίδα του ατόμου :

- εξηγεί την αλωπεκία στον ασθενή. Δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο ότι αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια ποικίλλει από άτομο σε άτομο και είναι προσωρινή. Τα μαλλιά ξαναβγαίνουν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας
- βάζει την ασθενή να υπογράψει ότι είναι ενημερωμένη σχετικά με την τριχόπτωση και ότι αποδέχεται τη χημειοθεραπεία
- προετοιμάζει την ασθενή να περιμένει πτώση των τριχών 2-3 εβδομάδες μετά την αρχική χορήγηση των χημειοθεραπευτικών
- όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, βοηθείται η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά της
- διδάσκει και ενημερώνει την ασθενή για τα υπάρχοντα μέσα, με τα οποία δύναται να αντιμετωπισθεί η τριχόπτωση ή να αντιμετωπισθεί θετικά : να μην λούζεται συχνά, να χρησιμοποιεί μαλακή βούρτσα, να αποφεύγει περμανάντ και βαφές κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ενθαρρύνουμε την ασθενή να φορά περούκα, μαντίλια, καπέλα κλπ, χρήση παγοκύστης στην κεφαλή κατά τη χορήγηση του φαρμάκου, για να μειωθεί η αιματική ροή και επομένως η επαφή του κυτταροστατικού φαρμάκου με του θυλάκους των τριχών.²


Καταστολή του μυελού των οστών.  Παρατηρείται

Λευκοπενία : παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος, προλαμβάνονται οι λοιμώξεις

Θρομβοπενία : παρακολουθούνται τα αιμοπετάλια, τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα, οι διάφορες

κοιλότητες (μάτι, στόμα) για ρινο-ουλορραγίες, η αρτηριακή πίεση του αίματος, προλαμβάνονται οι αιμορραγίες

Αναιμία : παρακολουθούνται η αιμοσφαιρίνη, ο αιματοκρίτης και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, απάθεια, δίνεται στην άρρωστη διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο, αποφυγή κόπωσης, χορήγηση αίματος με εντολή γιατρού, περιορισμός της απώλειας αίματος

Νευροτοξικότητα.  Παρακολουθείται ο ασθενής για συμπτώματα :

- Û Ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρός πόνος στα χέρια και τα πόδια και απώλεια των « εν τω βάθει » αντανακλαστικών των τενόντων και
- Û Σοβαρότερης νευροπάθειας όπως μείωση της δυνάμεως των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού και παραλυτικός ειλεός

Προστατεύεται η ασθενής από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας με την έγκαιρη ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νευροτοξικότητας του φαρμάκου. Πιθανόν να επιβάλλεται αλλαγή σχήματος χημειοθεραπείας, όταν μάλιστα οι λειτουργικές βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες (δεν αποκαθίστανται μετά τη θεραπεία).

Βοηθείται η άρρωστη στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με :

- Û Τη χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία του
- Û Τη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση

- Û Την εξασφάλιση οδηγίας γιατρού για τη χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων κ.α που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

Νεφροτοξικότητα.

- Û Παρακολουθείται η λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας
- Û Παρακολουθείται η ασθενής για συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας όπως οίδημα, μείωση του ποσού των ούρων κ.α
- Û Παρακολουθείται το ισοζύγιο λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.⁴¹

10. 4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να πραγματοποιηθούν για την αντιμετώπιση των παρενεργειών είναι :

- Ø Να μην χρησιμοποιεί καυστικές ουσίες (ιώδιο, οινόπνευμα)
- Ø Να μην χρησιμοποιεί αρωματικά σαπούνια ή πούδρες, κρέμες
- Ø Να μην χρησιμοποιεί ξυράφι και να προσέχει να μην φύγουν τα σημάδια της φουξίνης
- Ø Να χρησιμοποιεί, όταν σκεπάζεται η περιοχή από γάζες, μη αλλεργικές και μη αλλεργικό λευκοπλάστ
- Ø Να αποφεύγει τους τραυματισμούς κατά τη διάρκεια της θεραπείας
- Ø Να προφυλάσσει το δέρμα από το κρύο, τη ζέστη και τον ήλιο
- Ø Να αποφεύγει τα στενά ρούχα και κάθε εσώρουχο από συνθετικό
- Ø Να αποφεύγει το τρίψιμο του δέρματος και να το πλένει με χαμομήλι και να το σκουπίζει απαλά

- Ø Να προστατεύει το δέρμα για πολύ καιρό από τον ήλιο
- Ø Εάν το δέρμα αρχίζει να κοκκινίζει, θα πρέπει να γίνει εφαρμογή, στην περιοχή, αλοιφών βιταμίνης A και D

Ανορεξία

- Ø Μικρά και συχνά γεύματα
- Ø Να τρώει σνακ με υψηλές θερμίδες και πολλές πρωτεΐνες

Μυελοκαταστολή

- Ø Ενημέρωση για συχνές εξετάσεις αίματος
- Ø Εκπαίδευση για αναγνώριση παρενεργειών
- Ø Διατροφή πλούσια σε βιταμίνες και πρωτεΐνες

Διάρροια

- Ø Ανάπαυση
- Ø Να παίρνει αντιδιαρροικά φάρμακα
- Ø Δίαιτα υγρών, για να επιτρέψει στο έντερο του να ξεκουραστεί
- Ø Να πίνει πολλά υγρά, για να αντικαταστήσει αυτά που χάνει
- Ø Να αποφεύγει τροφές που προκαλούν αέρια
- Ø Όταν αισθάνεται καλύτερα να προσθέτει σταδιακά τροφές χαμηλές σε ίνες

Οισοφαγίτιδα

- Ø Υγρή δίαιτα με υψηλές θερμίδες και πρωτεΐνες
- Ø Να χρησιμοποιεί αναισθητικό πριν από τα γεύματα, για να ελαττώσει την ενόχληση

Ναυτία και έμετος

Οδηγίες στον ασθενή :

- Ø Να τρώει μικρά και συχνά γεύματα
- Ø Να τρώει τροφές σε θερμοκρασία περιβάλλοντος
- Ø Να τρώει αργά, ώστε μόνο μικρές ποσότητες τροφής να μπαίνουν στο στομάχι
- Ø Να μασάει την τροφή του καλά, ώστε να τη χωνεύει πιο εύκολα
- Ø Να τρώει ξηρές τροφές, όπως τοστ, ξηρά δημητριακά ή κράκερ
- Ø Να αποφεύγει τα γλυκά, τα τηγανιτά ή τα λιπαρά φαγητά
- Ø Να αποφεύγει να τρώει βαριά γεύματα αμέσως μετά τη θεραπεία
- Ø Να πίνει δροσερά αλλά άγλυκα υγρά, όπως χυμό μήλο, ανθρακούχα ποτά⁴²

10.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την πρόληψη επιπλοκών. Συχνότερη σε εμφάνιση είναι το λεμφοίδημα. Μετά από ριζική τροποποιημένη μαστεκτομή είναι δυνατόν να έχουμε την εμφάνιση οιδήματος στο σύστοιχο προς τη μαστεκτομή άκρο, λόγω της αφαίρεσης των λεμφαδένων και των λεμφαγγείων με αποτέλεσμα τη μη παροχέτευση της λέμφου και τη λίμνασή της στην περιοχή. Η καταπολέμηση της λοίμωξης σε αυτό το άκρο είναι πολύ δύσκολη, λόγω μειωμένης αντίστασης του οργανισμού σε αυτό. Η νοσηλεύτρια ενημερώνει και διδάσκει τη γυναίκα για τα μέτρα πρόληψης της λοίμωξης και του οιδήματος.

Πρόληψη λοίμωξης

- Ø Πρέπει να αποφεύγονται εμβολιασμοί, ενέσεις, αιμοληψίες, τοποθέτηση ορών στο προσβεβλημένο χέρι. Αν κάποιο από τα

παραπάνω κριθεί αναγκαίο, η ίδια η ασθενής πρέπει να υπενθυμίσει στο γιατρό ή τη νοσηλεύτρια τη χρησιμοποίηση του άλλου χεριού

- Ø Πρέπει να περιποιείται υπάρχοντα καψίματα και γδαρσίματα και να τα πλένει με αντισηπτικό
- Ø Να λαμβάνει κατά τη διάρκεια του μαγειρέματος προφυλακτικά μέτρα ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος του καψίματος, κατά δε την επαφή με το φούρνο να φορά πάντα προστατευτικά γάντια
- Ø Να δίνει ιδιαίτερη προσοχή στη χρήση των μαχαιριών της κουζίνας, στο σιδέρωμα, στο ράψιμο – κέντημα (να φορά πάντα δακτυλήθρα)
- Ø Προκειμένου να κόβονται οι παρανυχίδες, είναι καλύτερα να χρησιμοποιείται κρέμα λανολίνης για να διατηρούνται μαλακές. Προσοχή στο κόψιμο και λιμάρισμα των νυχιών
- Ø Αν καπνίζει πρέπει να ανάβει και να κρατά το τσιγάρο με το άλλο χέρι
- Ø Να περιμένει τη συγκατάθεση του γιατρού για τη χρήση αποτριχωτικής μηχανής, κρεμών ή αποσμητικών στη μασχάλη του προσβεβλημένου χεριού. Έως ότου επουλωθεί η χειρουργική τομή, τα χημικά που περιέχουν οι κρέμες και τα αποσμητικά είναι δυνατόν να ερεθίσουν την περιοχή

Πρόληψη οιδήματος

- Ø Καθημερινή άσκηση του χεριού, ώμου – αγκώνα –καρπού και δακτύλων
- Ø Αποφυγή ανύψωσης βάρους (τσάντας, βαλίτσας) με το προσβεβλημένο χέρι, ιδιαίτερα τις πρώτες εβδομάδες μετά

την εγχείρηση, όπου η τομή βρίσκεται ακόμη στην αναρρωτική φάση ή υπάρχουν ενδείξεις για λοίμωξη

- Ø Συνιστάται η συχνή ανύψωση του χεριού. Το βράδυ, κατά τον ύπνο αν είναι δυνατόν, το χέρι να τοποθετείται ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα (πχ με την τοποθέτηση μαξιλαριών) και αυτό γιατί η βαρύτητα βοηθάει την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός οίδηματος
- Ø Απαγορεύεται η μέτρηση της πίεσης στο σύστοιχο προς τη μαστεκτομή χέρι, όπως επίσης πρέπει να αποφεύγονται η σάουνα και το εντατικό μασάζ
- Ø Να αποφεύγονται τα ρούχα και τα κοσμήματα τα οποία περιορίζουν την κινητικότητα και τη σωστή κυκλοφορία του αίματος και της λέμφου
- Ø Όσον αφορά την ηλιοθεραπεία, η έκθεση της περιοχής στον ήλιο πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή, σταδιακά και αφού καλυφθεί με αντηλιακό μεγάλου δείκτη προστασίας ώστε να αποφευχθούν εγκαύματα
- Ø Συνιστάται άμεση επίσκεψη στο γιατρό, αν παρουσιασθεί ερυθρότητα ή οίδημα στο χέρι.

Φροντίζει για τη σταδιακή κινητοποίηση και δραστηριοποίηση της γυναίκας. Στη μαστεκτομηθείσα λόγω περιορισμού της κινητικότητας της αντίστοιχης προς τη μαστεκτομή πλευράς, η πρόληψη της μόνιμης σύσπασης των μυών η οποία οδηγεί στη δημιουργία παραμορφώσεων και στη μείωση της λειτουργικότητας, είναι ζωτικής σημασίας. Η νοσηλεύτρια :

- ✓ Κινητοποιεί την ασθενή όταν περάσουν οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αναισθησίας
- ✓ Μετά το πρώτο 24ωρο, αρχίζει η έναρξη παθητικών ασκήσεων οι οποίες περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση δακτύλων. Σκοπός τους είναι η πρόληψη των μυϊκών συσπάσεων και η διατήρηση της κινητικότητας και του μυϊκού τόνου
- ✓ Το εύρος και η ένταση των ασκήσεων αυξάνονται προοδευτικά ώστε να μη συνοδεύονται από πόνο και να μη δυσχεραίνεται η ασθενής
- ✓ Κατά την εκτέλεση, ενθαρρύνεται η αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα
- ✓ Μετά την 4^η-5^η μετεγχειρητική ημέρα αρχίζει ειδικό πρόγραμμα διδασκαλίας και εκμάθησης ασκήσεων αποκατάστασης με σκοπό να εξασφαλιστεί η πλήρης κινητικότητα της άρθρωσης του ώμου της προσβεβλημένης πλευράς και η αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μυών που έπαθαν κάκωση
- ✓ Διδάσκει την ασθενή να αρχίζει με απλές ασκήσεις όπως : να χτενίζει τα μαλλιά της δίχως να σκύβει το κεφάλι της, ή να κρατά ένα λαστιχένιο μπαλάκι και να το σφίγγει δυνατά, κατόπιν να χαλαρώνει και να επαναλαμβάνει.
- ✓ Ακολουθεί η εκμάθηση δυσκολότερων ασκήσεων όπως :

Σφίξιμο μπάλας. Είναι μία απλή άσκηση, που βοηθά στην ισχυροποίηση των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας. Μια ελαστική μπάλα ή μία τσαλακωμένη εφημερίδα σφίγγεται με το χέρι της προσβλημένης πλευράς.

Πέταγμα μπάλας. Βελτιώνει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα πετά τη μπάλα, που είναι δεμένη σε ελαστικό κορδόνι. Κάθε βολή προάγει την παραπέρα έκταση του βραχίονα.

Αναρρίχηση στον τοίχο. Προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα βλέπει προς τον τοίχο με τα δάχτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο, όσο είναι δυνατό. Λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο ισιώνοντας τους ώμους. Σηκώνει τα χέρια πάνω στον τοίχο παράλληλα και όταν αισθανθεί πόνο, τα επαναφέρει στην αρχική τους θέση. Σημειώνεται στον τοίχο το σημείο όπου έφτασαν τα χέρια της και όταν επαναληφθεί η άσκηση, προσπαθεί να ξεπεράσει το σημείο αυτό.

Γύρισμα σχοινιού. Είναι μία άσκηση για την ευλυγισία του ώμου. Δένεται σφιχτά με διπλό κόμπο στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί 3 περίπου μέτρων. Η άρρωστη στέκεται σε απόσταση 2 περίπου μέτρων μακριά από την πόρτα. Πιάνει χαλαρά την άκρη του σχοινιού με το προσβλημένο χέρι, κάνει ένα κόμπο και το τοποθετεί στην παλάμη της. Το άλλο της χέρι το τοποθετεί στη μέση της. Με τεντωμένο το προσβλημένο χέρι γυρίζει το σχοινί με μικρούς κύκλους αρχικά. Οι κύκλοι αυτοί σιγά – σιγά μεγαλώνουν, ώστε οι κινήσεις του χεριού να γίνονται από τον ώμο.

Αιώρηση χεριών. Χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών. Η άρρωστη σκύβει προς τα εμπρός από τη μέση και αιωρεί τα χέρια της από το ένα πλάγιο

στο άλλο με τεντωμένους τους αγκώνες. Ο νοσηλευτής στέκεται δίπλα της, όταν η άσκηση γίνεται για πρώτη φορά, γιατί η άρρωστη ενδέχεται να αισθανθεί ζάλη.

Τροχαλία. Ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου. Ένα κομμάτι σχοινί, μήκους 3 μέτρων περίπου, περνιέται στο σίδερο του μπάνιου. Τα άκρα του σχοινιού δένονται σε κόμπους. Με τεντωμένους βραχίονες, η άρρωστη τραβά το σχοινί προς τα κάτω με το γερό χέρι, ενώ το προσβλημένο χέρι ανυψώνεται. Η διαδικασία αυτή κατόπιν αντιστρέφεται και κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, το ύψος αυξάνεται. Τονίζεται στην άρρωστη, κατά τη διάρκεια αυτής της άσκησης να μην κάμπτει τους βραχίονες και τα πόδια της να εφάπτονται στο πάτωμα.

Κούμπωμα πίσω κουμπιών. Απαιτεί δυνατούς επικουρικούς μυς και γίνεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες. Η άρρωστη ανεβοκατεβάζει και τα δύο της χέρια πίσω στην ράχη, σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπιά της μπλούζας της. Κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, τα χέρια φθάνουν ψηλότερα στην πλάτη.

Άγγιγμα μετώπου. Δυναμώνει τους επικουρικούς μυς του ώμου. Η άρρωστη βλέπει προς τον τοίχο σε απόσταση άνω άκρων. Οι παλάμες της τοποθετούνται στον τοίχο στο ύψος του ώμου. Η άρρωστη σιγά – σιγά γέρνει προς τον τοίχο κάμπτοντας τους αγκώνες της και επανέρχεται στην αρχική θέση τεντώνοντας τους αγκώνες.³⁹

ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

Η αυτοεξέταση των μαστών από την ίδια γυναίκα έχει σκοπό την έγκαιρη διάγνωση των ψηλαφητών μαζών.

Στηρίζεται στο γεγονός ότι ποσοστό μεγαλύτερο των 90% των διογκώσεων του μαστού ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις ασθενείς.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να διδάξει τη γυναίκα πώς να κάνει αυτοεξέταση του στήθους της. Συνιστά να κάθεται μπροστά στον καθρέπτη και να παρατηρεί τους μαστούς της με σκοπό την ανεύρεση των ευρημάτων που περιγράφησαν παραπάνω, πχ ανώδυνη μάζα, εισολκή θηλής, φλοιός πορτοκαλιού κ.α και στη συνέχεια της διδάσκει τους τρόπους αυτοεξέτασης που περιγράφησαν στο κεφάλαιο 5.⁸

Επίσης θα πρέπει να ενημερώνει ότι η αυτοεξέταση θα πρέπει να γίνεται περίπου 7 με 10 ημέρες μετά την ημέρα έναρξης της περιόδου, όταν το στήθος είναι μαλακό και λιγότερο ευαίσθητο ενώ μετά την εμμηνόπαυση ή σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε αφαίρεση της μήτρας, η εξέταση μπορεί να γίνεται την ίδια μέρα κάθε μήνα, πχ κάθε 1^η του μηνός.²⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

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

Η άμεση αποκατάσταση μαστού έχει το πλεονέκτημα ότι απαλλάσσει την ασθενή από το επιπρόσθετο άγχος της απώλειας ενός βασικού οργάνου της θηλυκότητας της, και επιταχύνει τους χειρουργικούς χρόνους της αποκατάστασης. Η καθυστερημένη αποκατάσταση του μαστού έχει το πλεονέκτημα ότι η ασθενής συνειδητοποιεί την απώλεια του μαστού και εκτιμά καλύτερα το μετεγχειρητικό αποτέλεσμα, διαλέγει τον πλαστικό χειρουργό που θα την χειρουργήσει, συζητά την καλύτερη μέθοδο αποκατάστασης (χρησιμοποίηση ενθέματος ή αυτόλογων ιστών), αποφασίζεται ευκολότερα η μέθοδος εξομοίωσης του υγιούς μαστού, και καλυτερεύουν οι τοπικές συνθήκες (καλυτέρευση της ποιότητας και αγγείωσης του δέρματος, έλλειψη αιματωμάτων κλπ).

11.1 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

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

1. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΔΙΑΤΑΤΗ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΝΘΕΜΑ ΣΙΛΙΚΟΝΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΤΗΝ ΑΠΛΟΥΣΤΕΡΗ ΜΕΘΟΔΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η αποκατάσταση διενεργείται συνήθως σε δύο χρόνους. Κατά τον πρώτο χρόνο διενεργείται η παρασκευής της θήκης κάτω από το δέρμα της μαστεκτομής και τον σύστοιχο μείζονα θωρακικό μυ. Εντός αυτής τοποθετείται ο διατατής του δέρματος, ο οποίος αποτελείται από ένα μπαλόνι σιλικόνης που φέρει ή συνδέεται με βαλβίδα η οποία τοποθετείται υποδορίως. Η ασθενής προσέρχεται ανά 15ήμερον στα εξωτερικά ιατρεία και διενεργείται έγχυση 40-60 κ.κε φυσιολογικού ορού έως ότου επέλθει η επιθυμητή διάταση του δέρματος. Ακολουθεί μετά από 3-6 μήνες η αντικατάσταση του διατατή με το μόνιμο ένθεμα σιλικόνης, που είναι τραχείας επιφανείας, μειωμένης διαπερατότητας και περιέχει φυσιολογικό ορό ή γέλη σιλικόνης.¹⁷

Η επέμβαση αυτή δεν πονάει, αλλά η γυναίκα μπορεί να ενοχλείται ελαφρά κάθε φορά που φουσκώνουμε λίγο παραπάνω το μπαλόνι. Φυσικά, όπως σε κάθε επέμβαση, μπορεί να παρατηρηθούν για λίγες ημέρες ή και εβδομάδες κάποιο πρήξιμο, μώλωπες, ήπιος πόνος που αντιμετωπίζεται με απλά αναλγητικά κλπ.

Στην περίπτωση που έχει αφαιρεθεί η θηλή, η γυναίκα μπορεί να θέλει αποκατάσταση ή μπορεί να επιθυμεί βελτίωση του χρώματος της θηλής. Η αποκατάσταση γίνεται με χειρουργική επέμβαση και το ζήτημα

του χρώματος της άλω, ρυθμίζεται με τατουάζ. Συμπληρωματική επέμβαση μπορεί επίσης να χρειαστεί για λόγους ομοιομορφίας των δύο μαστών. Μερικές φορές η γυναίκα αποφασίζει να μικρύνει τον υγιή μαστό ώστε να προσομοιάζει στον χειρουργημένο ή να τον κάνει ανύψωση για να μοιάζουν απολύτως οι δύο μαστοί. Επίσης επανάληψη της επέμβασης μπορεί να χρειαστεί αν η κάψα που δημιουργείται γύρω από το ένθεμα της σιλικόνης σκληρύνει πολύ και προκαλεί είτε μετατοπίσεις είτε πόνο.⁴⁵



Εικ. 36

Ασθενής που υποβλήθηκε σε αποκατάσταση σε δεύτερο χρόνο (2 χρόνια μετά από μαστεκτομή) με μόνιμο διαστολέα ιστών (τύπου Becker), και αποκατάσταση του συμπλέγματος θηλής - άλω

(βιβλιογραφία 15)

2. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΜΥΟΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΚΡΗΜΝΟ ΤΟΥ ΠΛΑΤΕΟΣ ΡΑΧΙΑΙΟΥ ΜΥΟΣ ΚΑΙ ΕΝΘΕΜΑ ΣΙΛΙΚΟΝΗΣ

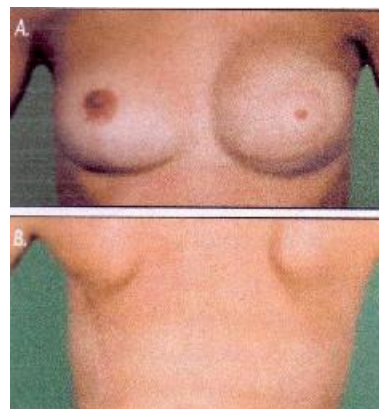
Η μέθοδος αυτή αποκατάστασης του μαστού χρησιμοποιείται όταν δεν υπάρχει ικανή ποσότητα δέρματος για τη δημιουργία της θήκης, και όταν το δέρμα είναι ουλώδες ή έχει αλλοιωθεί από την ακτινοθεραπεία (ακτινοδερματίτιδα), οπότε χρειάζεται να αντικατασταθεί με υγιές δέρμα. Στην περίπτωση αυτή διενεργείται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

Εικ. 37

A. ασθενής 42 ετών που υποβλήθηκε σε αποκατάσταση του μαστού σε δεύτερο χρόνο (4 χρόνια μετά από τη μαστεκτομή) με τη χρήση του πλατέος ραχιαίου μυοδερματικού κρημνού. Ταυτόχρονα έγινε και ανόρθωση του αντίστοιχου μαστού για την αποκατάσταση της συμμετρίας.

B. ουλή στη ραχιαία (δότρια) περιοχή

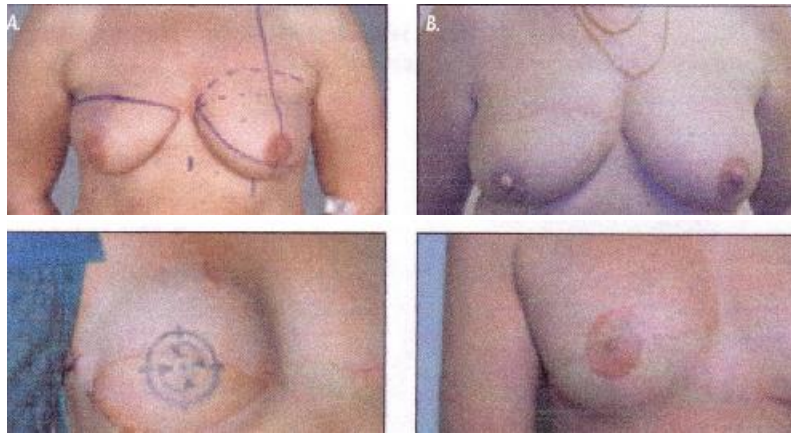
(βιβλιογραφία 15)



3. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΜΥΟΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΚΡΗΜΝΟ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΜΥΟΣ

Κατά τη μέθοδο αυτή αποκατάστασης του μαστού χρησιμοποιούνται αυτόλογοι ιστοί και δεν χρειάζεται η χρησιμοποίηση ενθεμάτων σιλικόνης. Προτιμάται στις ασθενείς που διστάζουν να τοποθετήσουν ξένα ενθέματα και σε εκείνες που θέλουν να κάνουν συγχρόνως κοιλιοπλαστική. Έχει το μειονέκτημα του μακρού χειρουργικού χρόνου (4-5 ώρες) και το αδυνάτισμα των κοιλιακών τοιχωμάτων και την δημιουργία κοιλιοκήλης, που ίσως να χρειασθεί η τοποθέτηση πλέγματος για την ενίσχυσή τους.

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



Εικ. 38 Ασθενής 45 ετών που υποβλήθηκε σε άμεση αποκατάσταση με ορθό κοιλιακό κρημνό (TRAM) Α. προεγχειρητικά Β. μετεγχειρητικά

(βιβλιογραφία 15)

Η επανόρθωση του μαστού είναι μια επέμβαση που αποκαθιστά το φυσιολογικό σχήμα και τον όγκο του μαστού μετά τη μαστεκτομή. Ο χρόνος της αποκατάστασης και η χειρουργική τεχνική εξαρτώνται από τον πλαστικό χειρουργό, τις ανάγκες της ασθενούς και τη μετεγχειρητική συμπληρωματική θεραπεία.

Η ασφαλιστική κάλυψη πρέπει να καλύπτει όλες τις φάσεις της επανόρθωσης, δηλ. τη δημιουργία νέου μαστού και όλες τις επεμβάσεις για την αποκατάσταση της συμμετρίας στον άλλο μαστό, το κόστος των ενθεμάτων και τις πιθανές επιπλοκές.

Οι ασθενείς πλέον πρέπει να ενημερώνονται για τις δυνατότητες της αποκατάστασης προεγχειρητικά και να ενισχύονται ψυχολογικά στις δύσκολες στιγμές που έχουν να αντιμετωπίσουν με τη μαστεκτομή, τη συμπληρωματική θεραπεία και γενικά με το φάσμα του καρκίνου.⁴⁵

11.2 ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ;

Η αφαίρεση του μαστού προκαλεί ψυχικά προβλήματα στη γυναίκα με όλες τις συνέπειες, όπως κατάθλιψη, αίσθημα μειονεκτικότητας, έλλειψη αυτοεκτίμησης, αϋπνίες και άγχος. Η έκβαση εξαρτάται από την προσωπικότητα της γυναίκας, τη συναισθηματική επένδυση που έχει κάνει στο μαστό της, καθώς και τα μηνύματα που δέχεται από το περιβάλλον της.³⁷

Η νοσηλεύτρια γνωρίζει ότι τα μέσα για την ταχεία και ομαλή επιστροφή της γυναίκας στο κοινωνικό περιβάλλον είναι :

Α) να αποκατασταθεί η ψυχική της ισορροπία, γεγονός το οποίο θα επιτευχθεί με το να συνειδητοποιήσει τον ακρωτηριασμό, να προσαρμοσθεί στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού, να αποδεχθεί την αλλαγή και τα όρια που επέβαλε το χειρουργείο στην ζωή της, να αποκτήσει φυσική και συναισθηματική επάρκεια αναγνωρίζοντας, εκφράζοντας και αντιμετωπίζοντας τα διάφορα αρνητικά συναισθήματα από τα οποία έχει καταληφθεί.

Β) να προληφθούν τυχόν επιπλοκές και παραμορφώσεις που δυνατόν να επισυμβούν μετεγχειρητικά.

Γ) να βοηθηθεί στη βελτίωση της σωματικής εικόνας με τα υπάρχοντα και διαθέσιμα μέσα. Προβαίνει έτσι στα εξής :

Ψυχική αποκατάσταση

Ø Μετά από τη συζήτηση επικεντρώνεται στα διάφορα συναισθήματα της γυναίκας παρέχοντας την ευκαιρία εξωτερίκευσης αυτών καθώς επίσης ενθαρρύνει την έκφραση απόψεων σχετικά με την απώλεια του μέλους του σώματος και

της λειτουργίας του, την αίσθηση πληρότητας και θηλυκότητας που παρείχε στο παρελθόν, με σκοπό να προάγει την αποδοχή και να μειώσει την άρνηση. Γίνεται καλή ακροάτρια και δέχεται αυτά που λέγονται δίχως να λαμβάνει προσωπικά υπόψη της τον αρνητισμό, την ευερεθιστότητα ή την επιθετικότητα.

Ø Τη βοηθάει να καταλάβει ότι, ο μαστός που έχασε δεν αποτελούσε το όλον της σωματικής της οντότητας και πολύ περισσότερο δεν αποτελούσε μέρος της ψυχικής, πνευματικής και συναισθηματικής της σφαίρας, των αξιών και των επιδιώξεών της.

Ø Γνωστοποιεί ότι συναισθήματα και ανησυχίες που βιώνονται τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο είναι φυσιολογικά και ότι αυτή βρίσκεται εκεί για να ακούσει, να συμπαρασταθεί και να βοηθήσει να αντιμετωπιστεί το μέλλον. Την αφήνει να κλάψει και να εκφράσει το θυμό της, με σκοπό να περάσει σιγά – σιγά το στάδιο της κατάθλιψης.

Ø Συμπεριλαμβάνει το οικογενειακό περιβάλλον στη διαδικασία αποδρομής από τα αρνητικά συναισθήματα. Συζητά την προσαρμογή της στη νέα πραγματικότητα με την οικογένεια και του φίλους της, ενθαρρύνοντάς τους να την υποστηρίζουν ενισχύοντας την ελκυστικότητα και αξία της και εξαιρώντας τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα της. Τους βοηθάει να την αποδεχθούν, να την κατανοήσουν και να την βοηθήσουν.

Ø Σε συνεργασία με το χειρουργό, ενημερώνει για τα μέσα και τη δυνατότητα ανασύστασης του μαστού. Δεν ενθαρρύνει φαντασιώσεις και ελπίδες για ανασύσταση και πλήρη αποκατάσταση, εφόσον αυτές δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν.

- Ø Διδάσκει κατάλληλες τεχνικές αυτοεξέτασης του μαστού ως μέσο πρόληψης ή / και διάγνωσης κακοηθών όγκων, λόγω του αυξημένου στατιστικά κινδύνου επανεμφάνισής τους. Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό γνωστοποιώντας τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες που προσήλθαν στο στάδιο I με ποσοστό θεραπείας 90%, σε αντίθεση με εκείνες που προσήλθαν στο στάδιο IV με ποσοστό 24%.
- Ø Ανακαλύπτει και υποστηρίζει την επιθυμία της ασθενούς να ζήσει όσο το δυνατόν περισσότερο και να εξακολουθήσει το ρυθμό της ζωής της όπως και πρώτα.

Πρόληψη επιπλοκών και παραμορφώσεων

Φροντίζει για την πρόληψη επιπλοκών. Ενημερώνει και διδάσκει τη γυναίκα για τα μέτρα πρόληψης της λοίμωξης και του οιδήματος με τις τεχνικές που αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο 10. Στοιχεύει έτσι στην πρόληψη του λεμφοιδήματος.⁴³

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ : ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ

ΤΜΗΜΑ : Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ : Δρ ΕΜΜ. Γ. ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΣ

ΤΗΣ : Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : Γ. Ε

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : ΑΘΗΝΑ

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : ΧΑΛΑΝΔΡΙ

ΗΛΙΚΙΑ : 49

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΟΙΚΟΓ.ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : ΕΓΓΑΜΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : 7 / 2 / 07

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ : 17 / 2 / 07

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : ΣΑ ΜΑΣΤΟΥ

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : ΨΗΛΑΦΗΣΗ ΟΓΚΟΥ ΣΤΟ ΔΕΞΙΟ ΜΑΣΤΟ

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ : ΠΟΡΟΓΕΝΕΣ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ : ΔΙΟΓΚΩΣΗ ΘΥΡΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ →

ΘΥΡΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ΠΡΟ 5ΕΤΙΑΣ, ΕΜΒΟΛΙΑ, 2 ΤΟΚΕΤΟΙ

ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ : ΝΑΙ από 22 μέχρι 49 αριθμός σιγαρ.ημ : 15

ΠΟΤΗΣ : ΟΧΙ

ΔΙΑΤΡΟΦΗ : ΕΛΕΥΘΕΡΗ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ : ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΙ

ΦΑΡΜΑΚΑ : Τ4

ΟΡΕΞΗ : ΚΑΛΗ

ΟΥΡΗΣΗ : Κ.Φ

ΑΦΟΛΕΥΣΗ : Κ.Φ

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ : ΕΞΩΜΗΤΡΙΟΣ ΚΥΗΣΗ

**ΈΜΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ : ΈΝΑΡΞΗ ΕΤΩΝ : 13 ΔΙΑΚΟΠΗ : 45
ΕΤΩΝ**

ΤΟΚΕΤΟΙ : 2 ΤΟΚΕΤΟΙ

ΑΠΟΒΟΛΕΣ : ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΙ

ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ : 110 / 70 mmHg

ΣΦΥΞΕΙΣ : 75

ΡΙΓΟΣ : ΟΧΙ

ΠΥΡΕΤΟΣ : ΟΧΙ

ΑΦΥΔΑΤΩΣΗ : ΟΧΙ

ΑΛΓΟΣ : ΟΧΙ

ΔΥΣΠΝΟΙΑ : ΟΧΙ

ΚΥΑΝΩΣΗ : ΟΧΙ

ΙΚΤΕΡΟΣ : ΟΧΙ

ΑΝΑΙΜΙΑ : ΟΧΙ

ΟΙΔΗΜΑΤΑ : ΟΧΙ

ΑΣΚΙΤΗΣ : ΟΧΙ

ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ : ΟΧΙ

ΑΙΜΑΤΕΜΕΣΗ – LEVIN : ΟΧΙ

ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ : ΚΑΛΟ

ΔΥΣΚΑΜΨΙΑ ΑΥΧΕΝΟΣ : ΟΧΙ

ΕΣΤΙΑΚΑ ΝΕΥΡΟΛΟΓ.ΣΥΜ : ΟΧΙ

ΤΡΑΥΜΑΤΑ : ΟΧΙ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Αδυναμία αποδοχής απώλειας μαστού λόγω ριζικής μαστεκτομής	Να αποδεχθεί η ασθενής την απώλεια μαστού μετά τη ριζική μαστεκτομή	Αναζήτηση της καλύτερης ψυχολογικής προσέγγισης της ασθενούς και της διδασκαλίας της όσον αφορά την απώλεια μαστού	<ul style="list-style-type: none"> - ενημέρωση της ασθενούς για τις μεθόδους αποκατάστασης μαστού όπως ενθέματα σιλικόνης, μυοδερματικό κρημνό κλπ. - βοήθεια της ασθενούς να συνειδητοποιήσει τον ακρωτηριασμό και να προσαρμοσθεί στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού - βοήθεια της ασθενούς να καταλάβει ότι ο μαστός που έχασε δεν αποτελούσε το όλον της 	Η ασθενής αποδέχτηκε την απώλεια μαστού, βελτιώνεται η αυτοεκτίμηση και η σεξουαλική της λειτουργία

<p>Φόβος ασθενούς για εμφάνιση λεμφοειδήματος</p>	<p>Μείωση άγχους της ασθενούς για την εμφάνιση λεμφοειδήματος</p>	<p>Ετοιμαζόμαστε για την σωστή ενημέρωση και διδασκαλία της ασθενούς και σε συνεργασία με το γιατρό μαθαίνουμε τα καλύτερα μέτρα πρόληψης της λοίμωξης και του οιδήματος</p>	<p>σωματικής της οντότητας και πού περισσότερο δεν αποτελούσε μέρος της ψυχικής, πνευματικής, συναισθηματικής της σφαίρας, των αξιών και των επιδιώξεών της</p> <ul style="list-style-type: none"> - συζητάμε με τους φίλους και την οικογένεια και τους ενθαρρύνουμε να την υποστηρίξουν, να την αποδεχθούν και να την βοηθήσουν - ενημέρωση ασθενούς για την αποφυγή εμβολιασμών, ενέσεων, αιμοληψιών και τοποθέτηση ορών στο προσβεβλημένο χέρι - ενθάρρυνση ασθενούς να δίνει ιδιαίτερη προσοχή στη χρήση μαχαιριών, σιδέρωμα, ράψιμο κλπ - ενθάρρυνση ασθενούς να παίρνει προφυλακτικά μέτρα κατά τη διάρκεια του μαγειρέματος ώστε να ελαγιστοποιηθεί ο 	<p>Η ασθενής εμφανίζει μείωση του φόβου για την εμφάνιση λεμφοειδήματος, έχει ενημερωθεί και διδαχθεί για την πρόληψη του και μπορεί να εκτελεί μόνη της παθητικές ασκήσεις</p>
---	---	--	---	---

<p>Φόβος και άγχος ασθενούς για επανεμφάνιση καρκίνου</p>	<p>Μείωση του φόβου για επανεμφάνιση καρκίνου</p>	<p>Ενημερωνόμαστε για τη σωστή αυτοεξέταση μαστού καθώς και για τις μεθόδους διάγνωσης του καρκίνου, ώστε να διδάξουμε την ασθενή</p>	<ul style="list-style-type: none"> - εξηγούμε στη ασθενή πώς να κάνει αυτοεξέταση μαστού, την ενθαρρύνουμε να κάνει ερωτήσεις και τις δίνουμε τα κατάλληλα ενημερωτικά φυλλάδια - την ενημερώνουμε για τις μεθόδους διάγνωσης του καρκίνου του μαστού (μαστογραφία, υπερηχογράφημα, μαγνητική τομογραφία, σπινθηρομαστογραφία κλπ) - της εξηγούμε πότε θα πρέπει να ανησυχεί και ποια είναι τα συμπτώματα που θα πρέπει να την κινητοποιήσουν 	<p>Η ασθενής εμφανίζει μείωση του φόβου για επανεμφάνιση καρκίνου και έχει διδαχθεί τις μεθόδους διάγνωσης του καρκίνου του μαστού</p>
<p>Φόβος για παρενέργειες χημειοθεραπείας</p>	<p>Μείωση φόβου για τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας</p>	<p>Προγραμματίζουμε την χημειοθεραπευτική φροντίδα με σκοπό την ενημέρωση της ασθενούς, την πρόληψη των επιπλοκών και τις</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ενημερώνουμε την ασθενή για διαταραχές κατάποσης και πόνο που σχετίζονται α) με στοματικό. φαρμακικό 	<p>Η ασθενής έχει πλήρη γνώση για τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας και εμφανίζει μείωση του</p>

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ολοκληρώνοντας, αναφέρονται κάποιες απόψεις για τον καρκίνο του μαστού που ήταν κοινές σε όλους τους αιώνες. Μία από αυτές είναι ότι η αιτία του καρκίνου του μαστού παραμένει ακόμη και σήμερα – άγνωστη. Οι ογκολόγοι συνεχίζουν να συλλέγουν όσον το δυνατόν περισσότερες στατιστικές πληροφορίες προσεκτικής παρατήρησης, προκειμένου να επιλέξουν την καταλληλότερη θεραπεία.

Η μαστεκτομή είναι μια ριζική λέξη, με ριζική δράση, που φέρνει σε ασυνήθιστη επαφή μια γυναίκα, έναν καλλιτέχνη και ένα χειρουργό. Αποτελεί ένα σκληρό αλλά συχνά ωφέλιμο ακρωτηριασμό, για χρήση μιας περισσότερο σκληρής νόσου.

Πριν από το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, ο καρκίνος του μαστού ήταν μια νόσος που αντιμετωπιζόταν από τον προσωπικό ιατρό. Στη συνέχεια, όλο και περισσότερο μετατρέποταν σε μια νόσο που θα έπρεπε να αντιμετωπιστεί από την ιατρική ομάδα. Η πρόωμη διάγνωση και θεραπεία ήταν και παραμένει η βασική φιλοσοφία της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η αξία των νέων διαγνωστικών μέσων θα πρέπει να αξιολογηθεί με την πάροδο του χρόνου. Η Γενετική και Μοριακή Βιολογία δίνουν νέα ώθηση στην έρευνα και νέες ελπίδες.

Ο αιώνας μας έχει καταστεί μάρτυρας εντυπωσιακών εξελίξεων στο πεδίο των επιστημών που συνδέονται με τη Βιολογία και ιδιαίτερα σημαντική είναι η εξέλιξη στον τομέα των μονοκλωνικών αντισωμάτων. Τα τελευταία, σε συνδυασμό με τα μελλοντικά αποτελέσματα της συνεχιζόμενης έρευνας σε θέματα Γενετικής και Κυτταρικής Βιολογίας, αναμένεται να αποκαλύψουν τους περίπλοκους μηχανισμούς της καρκινογένεσης.

Υπάρχουν βάσιμες ελπίδες ότι τελικά θα υπάρξει η δυνατότητα ανάσχεσης της ανάπτυξης του όγκου με τη βοήθεια ειδικών αντιογκογονιδίων, τα οποία θα καταστέλλουν την κακοήγη ανάπτυξη του νεοπλασματος.

Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ο καρκίνος αποτελεί ένα βιολογικό πρόβλημα και δημιουργεί την ελπίδα ότι, στον αιώνα που ακολουθεί, οι μελλοντικές ανακαλύψεις σε θέματα καρκίνου θα δώσουν τη δυνατότητα θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών χωρίς την ανάγκη αφαίρεσης ενός τόσο σημαντικού οργάνου για τη ζωή της γυναίκας.

Η πρόκληση του μέλλοντος είναι να επωφεληθούμε από τις γενετικές και φαινοτυπικές αλλαγές που έχουν ανακαλυφθεί στον καρκίνο του μαστού και να υπάρξει βελτίωση στις μεθόδους πρόληψης, στην έγκαιρη διάγνωση, την κλινική διάγνωση, την πρόβλεψη του θεραπευτικού αποτελέσματος και την εφαρμογή διαφόρων θεραπειών, συμπεριλαμβανομένων και των βιολογικών. Πιστεύεται ότι οι μελλοντικές ανακαλύψεις για τον καρκίνο του μαστού θα εστιαστούν σε μοριακές διαδικασίες που αφορούν στην αποτυχημένη θεραπεία, δηλαδή σε όσα έχουν σχέση με τη διήθηση, την αγγειογένεση, τη μετάσταση και την αντίσταση στη θεραπεία.

Επίσης, είναι αναγκαίο να ανακαλυφθούν νέες τεχνολογίες για τη βελτίωση της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού και την πρόβλεψη της ανταπόκρισης στις υπάρχουσες ή στις νέες θεραπείες.

Σε γενικές γραμμές, το μέλλον διαφαίνεται αισιόδοξο.¹

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μάλλιου Σ, Αγκνάντη Ν, Παυλίδης Ν, Καππός Α, Κριαράς Ι, Γερούλάνος Σ, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, η ιστορία του καρκίνου του μαστού, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, τόμος 23, τεύχος 3, Μάιος – Ιούνιος 2006, σελ 260, 270 - 272,275-276
2. Κόνιαρη Ευδοξία, Καρκίνος του μαστού, νοσηλευτική παρέμβαση, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991, σελ 1,27-30, 49, 63-64, 69, 70-72, 168-170, 183-184
3. Χατζημπούγιας Ιωάννης, Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου, εκδόσεις « ΦΙΛΩΤΑΣ », Θεσσαλονίκη 2000, σελ 273-275
4. Παπανικολάου Νίκου. Α, Γυναικολογική μαστολογία, Επιστημονικές Ιατρικές Εκδόσεις " ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ ", Αθήνα 1995, σελ 28-38, 90, 110, 116-117, 138-139
5. Μπερή Δέσποινα, Καρκίνος του μαστού, η αυτοεξέταση σώζει ζωές, www.health.gr , [31/10/06]
6. Μαρκόπουλος Χρήστος, Καρκίνος του μαστού, πρόληψη και θεραπεία, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, 2004, σελ 8-9, 22-24, 28-29, 34-35
7. Μουδανίδου Σοφία, Καρκίνος του μαστού, www.geocities.com, [1/11/06]

8. Ανθούλη – Αναγνωστοπούλου Φρ, Κανέλλος, Στοιχεία παθολογικής ανατομικής και ογκολογίας, εκδόσεις " ΛΥΧΝΟΣ ", Αθήνα 2001, σελ 196, 204, 208-210,213-217
9. Delthia Ricks, Τα πολλά πρόσωπα του καρκίνου του μαστού, Los Angeles Times, www.in.gr, [1/11/2006]
10. Armando E. Giuliano, Γυναικολογία III, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, 12^η έκδοση, 2002, σελ 1759, 1776-1779
11. Μιχαλάς Σ. Π, Επίτομη μαιευτική και γυναικολογία, Επιστημονικές Εκδόσεις " ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α. Ε ", Αθήνα 2000, σελ 621-622
12. Μπανκουσλί Ισάμ , Καρκίνος και καλοήγη νοσήματα του μαστού, www.health.gr, [1/11/2006]
13. Armando E. Giuliano, Γυναικολογία II, Καλοήθειες παθήσεις του μαστού, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, 12^η έκδοση, 1999, σελ 742-743, 750-751
14. Ρουμελιώτης Γ. Αθανάσιος, Μπρεζεάνου Κ. Χριστίνα, Αμυγδαλός Ι. Γεώργιος, Καρκίνος του μαστού, πρόληψη – αντιμετώπιση, www.medical.gr, [1/11/2006]
15. Πατέρας Χαρίλαος, Διεθνής στρατηγική αντιμετώπισης του καρκίνου, πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση για την αντιμετώπιση της νόσου, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1^ο Διεθνές Συνέδριο Αθήνα Μάρτιος 2001, σελ 34-35

16. Μυλωνά Ε, Νακοπούλου Λ, Περιοδικό " Ιατρική ", παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, Μηνιαία έκδοση Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Ιατρικές Εκδόσεις " ΒΗΤΑ " τόμος 89, τεύχος 5, Μάιος 2006, σελ 413-417, 422-423
17. Πατέρας Χαρίλαος, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 2004, σελ 20-22, 64-67, 467, 470-471, 477
18. Κατσάνος Γ, Τρακατέλλης Α, Περιοδικό " Μαστολογία ", επιστημονική και ενημερωτική τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας,, εκδόσεις " ΔΙΚΤΥΝΝΑ ΕΠΕ " τεύχος 6, Σεπτέμβριος – Οκτώβριος – Νοέμβριος 2006, σελ 2
19. Μπερή Δέσποινα, Ο καρκίνος του μαστού δεύτερη αιτία θανάτου στην Ελλάδα, www.pathfinder.gr, [2/1/2007]
20. Σταυράκης Εμ, Σπάθη Ε, Φραγκιά Κ, Σταυράκη Ερ, Νοσηρότητα από καρκίνο στην Ελλάδα 1990-1991, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, τεύχος 1^ο, Αθήνα 1997, σελ 5, 57
21. Παγκάλτσος Π. Ασήμης, Στοιχεία Παθολογίας, εξέταση νοσημάτων του ανθρώπου κατά συστήματα, εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, Θεσσαλονίκη 2002, σελ 334, 336
22. Σύλλογος Φίλων Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου " Οι Αγ. Ανάργυροι ", Ποιες γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο, www.sfgonk.gr, [1/11/2006]

23. Ράμπιας Θεόδωρος, Γιαννουκάκος Κούλης, Περιοδικό " Ογκολογική ενημέρωση", Οι μοριακές γενετικές εξετάσεις στην αντιμετώπιση του κληρονομικού καρκίνου, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, τόμος 8^{ος} , τεύχος 3^ο , Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2006, σελ 161
24. Κώστογλου Ι – Αθανασίου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Αντισυλληπτικά και καρκίνος του μαστού, τόμος 21^{ος} , τεύχος 3^ο , Μάιος – Ιούνιος 2004, σελ 217
25. Τούσης Δημήτρης, Ο Ca του μαστού, Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής, τεύχος 1^ο, Αθήνα 1980, σελ 122, 124, 126
26. Μαρκόπουλος Χρήστος, Προσέχω, ψηλαφίζω, σεμινάριο Οκτώβριος 2003, μήνας ενημέρωσης για τον καρκίνο του μαστού, σελ 21, 27-30
27. Ιωαννίδου Δέσποινα, Νοσηλευτικό Βήμα, Μαστός και καρκίνος, Τριμηνιαία έκδοση θεραπευτηρίου Υγεία, τόμος α', τεύχος 15^ο, Ιανουάριος – Μάρτιος 2006, σελ 339
28. Κεραμόπουλος Α, Λούβρου Α, Αμπελά Κ, Βουρλή Γ, Μπαλτάς Δ, Κεραμόπουλος Δ, Γάκη Β, Δημητρακάκης Κ, Μπέμπη Μ, Μπρεδάκης Ν, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Ερευνητική εργασία, διαγνωστική προσέγγιση γυναικών με καρκίνο μαστού στην Ελλάδα, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, τόμος 22, τεύχος 1^ο, Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2005, σελ 70
29. Βούρτση Α, Βλάχος Λ, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Απεικονιστική διαγνωστική προσέγγιση του καρκίνου του μαστού, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, τόμος 16^ο, τεύχος 6^ο, Νοέμβριος – Δεκέμβριος 1999, σελ 577

30. Buscombe John – Hill Jonathan – Parbhoo Santihal, Σπινθηρομαστογραφία, www.biodiag.gr, [1/11/2006]
31. Παπαδόπουλος Σάββας, Περιοδικό " Μαστολογία ", Ξέρετε τι είναι βιοψία του μαστού; Επιστημονική και ενημερωτική τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας, εκδόσεις " ΔΙΚΤΥΝΝΑ ΕΠΕ ", τεύχος 4^ο, Μάρτιος – Απρίλιος – Μάιος 2006, σελ 2
32. Κεραμόπουλος Α, Γυναικολογική Ογκολογία, screening για τον καρκίνο του μαστού, Ιατρικές εκδόσεις " ΒΗΤΑ ", τόμος 2^{ος} ,τεύχος 3^ο , Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1996, σελ 166-168
33. Κορδιόλης Νίκος. Ι, Ελληνική Ογκολογία, Το μέλλον του καρκίνου, τριμηνιαία έκδοση της ενώσεως επιστημονικού προσωπικού του νοσοκομείου « Ο Άγιος Σάββας » και της Ελληνικής ογκολογικής εταιρείας, τόμος 40^{ος} , τεύχος 2^ο , Απρίλιος – Ιούνιος 2004, σελ 103-105, 110-111
34. Κύντη Α και ΣΙΑ Ο.Ε, Τύποι μαστεκτομής, www.coloplast.gr, [7/1/2007]
35. Σαχίνη – Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες, εκδόσεις " ΒΗΤΑ ", τόμος 1^{ος}, έκδοση Β', 1997, σελ 180
36. Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής – Ιατρική Σχολή Αθηνών, Ο καρκίνος του μαστού, www.oncologia.gr, [22/12/06]

37. Μόσχου – Κάκκου Αθηνά, Ογκολογική νοσηλευτική, σημειώσεις ΤΕΙ Πάτρας, Σεπτέμβριος 1999, σελ 41, 56, 76
38. Κουβαρήs Ιρ, Περιοδικό " Ελευθεροεπαγγελματίας Ιατρός ", Εισαγωγή στην ακτινοθεραπεία, τεύχος 18^ο , Απρίλιος – Μάιος – Ιούνιος 2006, σελ 20-21
39. Σαχίνη – Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες, εκδόσεις " ΒΗΤΑ ", τόμος 2^{οs} , έκδοση β΄, 1997, σελ 486-491
40. Δημόνη Χριστίνα, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο – ογκολογίας, νοσηλευτική διεργασία και νοσηλευτική φροντίδα καρκινοπαθούς, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Νοέμβριος 1999 – Φεβρουάριος 2000, σελ 66-67, 69
41. Μαλγαρινού Μ. Α – Κωνσταντινίδου Σ. Φ, Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική, εκδόσεις " Η ΤΑΒΙΘΑ ", τόμος β΄, μέρος 2^ο , σελ 116-117
42. Λαβδανίτη Μαρία, Μετεκπαιδευτικά μαθήματα νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Απρίλιος – Ιούνιος 2005, σελ 187-189
43. Κόνιαρη Ευδοξία, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο – ογκολογίας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, τόμος α΄, Ιούνιος 1998, σελ 254-257
44. Ανδρουλάκης Ανδρέας, Περιοδικό " ΕΓΩ ", Πλαστική μετά τη μαστεκτομή, 3-16/10/2006, σελ 68-69

45. Μανδρέκας Απόστολος, Περιοδικό " Μαστολογία ", Επανόρθωση μαστού μετά από μαστεκτομή, εκδόσεις " ΔΙΚΤΥΝΝΑ ΕΠΕ ", τεύχος 3^ο , Δεκέμβριος 2005 – Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2006, σελ 7



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΙΚΟΝΩΝ

1. Ιωαννίδου – Μουζάκα Λυδία, περιοδικό " Μαστολογία ", επιστημονική και ενημερωτική τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας, εκδόσεις " ΔΙΚΤΥΝΝΑ ΕΠΕ ", τεύχος 1, Ιούνιος – Ιούλιος – Αύγουστος 2005, σελ 1
2. Μάλλιου Σ, Αγνάντη Ν, Παυλίδης Ν, Καππάς Α, Κριαράς Ι, Γερουλάνος Σ, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, η ιστορία του καρκίνου του μαστού, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, τόμος 23, τεύχος 3, Μάιος – Ιούνιος 2006, σελ 264, 267,268
3. Κόνιαρη Ευδοξία, καρκίνος του μαστού, νοσηλευτική παρέμβαση, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991, σελ 2, 3
4. Φύσσας Π. Γιάννης, ο μαστός και οι παθήσεις του, www.mastology.gr, [30/11/06]
5. National Cancer Institute, Inflammatory Breast Cancer, www.Cancer.gov, [24/11/06]
6. Ετήσιο συμπόσιο 2003, οι παθήσεις του μαστού στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη : Ποιος μπορεί να κάνει Τι, Πότε και Πως, www.surgical-oncology.gr, [02/01/07]
7. Μυλωνά Ε, Νακοπούλου Λ, Περιοδικό " Ιατρική ", παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, Μηνιαία έκδοση Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Ιατρικές Εκδόσεις " ΒΗΤΑ " τόμος 89, τεύχος 5, Μάιος 2006, σελ 413

8. Κέντρο γενετικών ερευνών και αναλύσεων α.ε, γενετικός έλεγχος BRCA 1 – BRCA 2, κληρονομικός καρκίνος μαστού / ωοθηκών, www.biogenomica.gr, [5/11/06]
9. Καλογήρου Ιωάννης, Γυναικολογία (γυναικολογικός έλεγχος – εμμηνόπαυση – έλεγχος μαστού), www.drkalogirou.gr, [1/11/06]
10. Ιατρόπολις - Μαγνητική τομογραφία Α.Ε, πως γίνεται η αυτοεξέταση μαστών, www.cyberknife.gr, [1/11/06]
11. Μαρκόπουλος Χρήστος, Προσέχω, ψηλαφίζω, σεμινάριο Οκτώβριος 2003, μήνας ενημέρωσης για τον καρκίνο του μαστού, σελ 28, 29
12. British Journal of Cancer, η σχέση καρκίνου του μαστού και κατανάλωσης αλκοόλ, www.medlook.gr, [5/11/06]
13. Μαρκόπουλος Χρήστος, Καρκίνος του μαστού, πρόληψη και θεραπεία, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, 2004, σελ 8-9, 22-24, 28-29, 34-35
14. Τούσης Δημήτρης, Ο Ca του μαστού, Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής, τεύχος 1^ο, Αθήνα 1980, σελ 125
15. Μανδρέκας Απόστολος, Περιοδικό " Μαστολογία ", Επανόρθωση μαστού μετά από μαστεκτομή, εκδόσεις " ΔΙΚΤΥΝΝΑ ΕΠΕ ", τεύχος 3^ο, Δεκέμβριος 2005 – Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2006, σελ 6 – 7