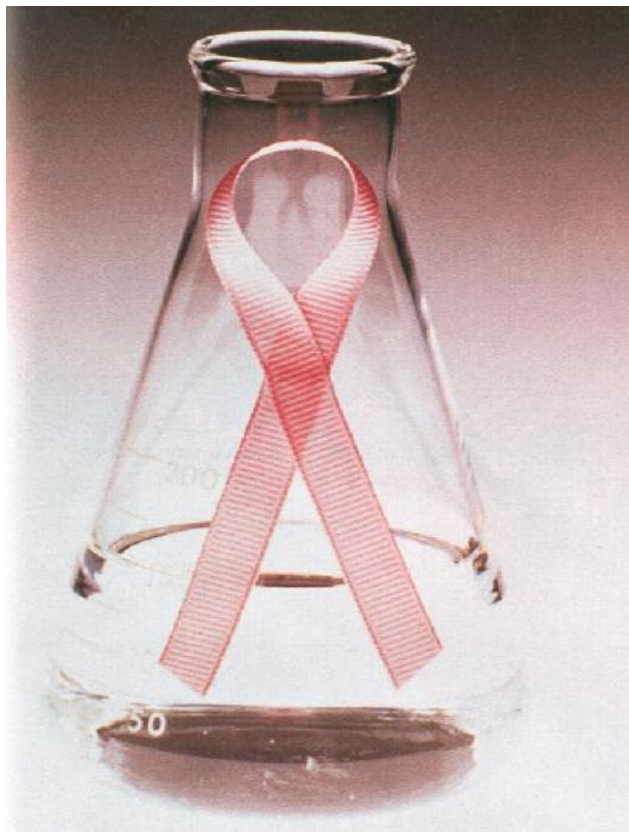


**ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΕΞΑΜΗΝΟ ΠΤΥΧΙΟ Β΄**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ

**ΘΕΜΑ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΠΛΗΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
(Α.Μ. 5790)**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ, BSc (Hons), MSc.**

ΠΑΤΡΑ, 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.1 Εμβρυολογία.....	14
1.2 Αρχιτεκτονική δομή του μαστού.....	16
1.3 Φυσιολογία.....	17
1.4 Νεύρωση.....	18
1.5 Υφή.....	18
1.6 Αγγείωση.....	21
1.7 Μεταβολές του μαστού στη ζωή της γυναίκας.....	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.1 Ορισμός καρκίνου.....	27
2.2 Καρκίνος μαστού.....	27
2.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία.....	28
2.4 Ταξινόμηση.....	29
2.5 Συχνότητα.....	30
2.6 Συμπτώματα.....	31

2.7 Ιστολογικοί τύποι.....	32
2.8 Βιολογία της νόσου.....	33
2.9 Σταδιοποίηση.....	34
2.10 Μεταστάσεις.....	36
2.11 Γενετική του καρκίνου του μαστού.....	39
2.12 Καρκίνος μαστού στους άντρες.....	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ/ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

3.1 Αιτιολογικοί παράγοντες.....	46
3.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	48
3.3 Γυναίκες που έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού.....	49
3.4 Καρκίνος μαστού και εγκυμοσύνη.....	49
3.5 Διορθωτικές επεμβάσεις.....	51
3.6 Κάπνισμα: Πώς και πόσο επηρεάζει την εκδήλωση καρκίνου του μαστού;.....	52
3.7 Κλιμακτήριος και καρκίνος του μαστού.....	52
3.8 Αντισυλληπτικά και καρκίνος του μαστού.....	53
3.9 Ένοχα τα αποσμητικά και το ξύρισμα της μασχάλης.....	53
3.10 Επασβεστώσεις στο μαστό: Είναι καρκίνος;.....	56
3.11 Διαιτητικοί παράγοντες.....	58
3.11i Διατροφή και καρκίνος του μαστού.....	60
3.11ii Η βιταμίνη D κατά τη διάρκεια της εφηβείας μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού.....	61
3.12 Κατανάλωση οινοπνεύματος.....	62
3.13 Ιονίζουσα ακτινοβολία.....	63
3.14 Τρόποι ελάττωσης του κινδύνου.....	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΚΛΙΝΙΚΟΣ, ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

4.1 Ψηλάφηση και παρατήρηση μαστών.....	66
4.1i Αυτοεξέταση μαστών.....	68
4.1ii Τεχνική αυτοεξέτασης μαστών.....	69
4.2 Διάγνωση καρκίνου μαστού.....	72
4.3 Μαστογραφία.....	74
4.3i Πλεονεκτήματα μαστογραφίας.....	75
4.3ii Μειονεκτήματα μαστογραφίας.....	76
4.3iii Ενδείξεις μαστογραφίας.....	76
4.3iv Αντενδείξεις μαστογραφίας.....	77
4.4 Υπερηχογραφία.....	78
4.4i Ενδείξεις υπερηχογραφίας.....	79
4.5 Μαστογραφικός και υπερηχογραφικός έλεγχος.....	79
4.6 Θερμογραφία.....	80
4.7 Αξονική ηλεκτρονική τομογραφία.....	81
4.7i Ενδείξεις ηλεκτρονικής τομογραφίας.....	82
4.8 Σπινθηρογράφημα.....	82
4.9 Διαφανοσκόπηση.....	82
4.10 Γαλακτοφογραφία.....	83
4.11 Πνευμοκυστεογραφία.....	84
4.12 Φλεβογραφία.....	84
4.13 Παρακέντηση.....	85
4.14 Εισρόφηση.....	86
4.15 Βιοψία.....	87
4.15i Τύποι βιοψίας.....	87

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

5.1 Κριτήρια επιλογής θεραπείας.....	90
5.2 Χειρουργική θεραπεία.....	90
5.2i Τύποι χειρουργικών επεμβάσεων.....	90
5.3 Καρκίνος του γυναικείου μαστού: μερική ή ολική μαστεκτομή;.....	92
5.4 Προεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα.....	93
5.4i Μετεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα.....	94
5.5 Μαστεκτομή.....	96
5.6 Ασκήσεις μετά από μαστεκτομή.....	98
5.7 Χημειοθεραπεία.....	103
5.7i Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας.....	105
5.7ii Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων....	106
5.8 Ακτινοθεραπεία.....	108
5.8i Τρόπος εφαρμογής ακτινοθεραπείας.....	109
5.8ii Ανεπιθύμητες ενέργειες/επιπλοκές ακτινοθεραπείας.....	110
5.8iii Νοσηλευτική φροντίδα στην ακτινοθεραπεία.....	110
5.9 Ορμονοθεραπεία.....	111
5.9i Η μακροχρόνια ορμονοθεραπεία αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού.....	112
5.10 Φαρμακευτική θεραπεία.....	113
5.11 Υποτροπή.....	116
5.11i Τύποι υποτροπών.....	116
5.11ii Τα συμπτώματα της υποτροπής.....	117
5.11iii Θεραπεία υποτροπής.....	118

5.12 Πλαστική μαστού.....	118
5.12i Σιλικόνη κατά του καρκίνου του μαστού.....	120

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

6.1 Ορισμός πρόληψης.....	126
6.2 Πρόληψη του καρκίνου του μαστού.....	126
6.3 Πληθυσμιακός προσυμπτωματικός έλεγχος.....	127
6.4 Οι γυναίκες μειώνουν τον κίνδυνο να πάθουν καρκίνο του μαστού.....	129
6.5 Πρόληψη των κακοηθών νεοπλασιών.....	130
6.6 Πρωτογενής πρόληψη/ανακάλυψη των αιτιολογικών παραγόντων.....	130
6.6i Εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης.....	131
6.6ii Δευτερογενής πρόληψη.....	132
6.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού.....	133

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

7.1 Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις του καρκίνου.....	136
7.2 Σχέση ανάμεσα στον καρκίνο και στη ψυχολογία.....	136
7.3 Η ασθενής κατά το πρώιμο στάδιο της ψυχολογικής της κατάστασης.....	137
7.4 Μηχανισμοί προσαρμογής και αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού.....	139
7.5 Χρονική αλληλουχία των μηχανισμών προσαρμογής και αντιμετώπισης.....	141

7.6 Σχέση των μηχανισμών προσαρμογής και αντιμετώπισης με την πρόγνωση.....	141
7.7 Ψυχική νοσηρότητα στον καρκίνο του μαστού.....	142
7.8 Συνέπειες της ψυχικής νοσηρότητας στην ποιότητα ζωής και στην πρόγνωση.....	143
7.9 Ψυχοανοσολογικοί μηχανισμοί.....	144
7.10 Θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.....	144
7.11 Κοινωνικοί παράμετροι στον καρκίνο του μαστού.....	146
7.12 Η κοινωνική απομόνωση αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του μαστού.....	147
7.13 Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας στην ψυχολογική υποστήριξη της γυναίκας.....	148
7.14 Φροντίδα ασθενούς με αλλαγή σωματικής εικόνας στον Καρκίνο του μαστού.....	149
7.15 Συναισθηματική άσκηση.....	152
7.16 Ασφάλιση και εύρεση εργασίας.....	152

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κλινικά περιστατικά.....	155
Άλμα ζωής.....	195
Επίλογος.....	197
Συμπεράσματα.....	198
Βιβλιογραφία.....	199

EΙΚΟΝΕΣ

Εικόνα 1: Μαστική ακρολοφία.....	15
Εικόνα 2: Θέσεις μαστού.....	17
Εικόνα 3: Υφή.....	20
Εικόνα 4: Φλέβες.....	22
Εικόνα 5: Κύριες ομάδες λεμφαδένων του μαστού.....	23
Εικόνα 6: Συχνότητα.....	30
Εικόνα 7: Μεταστάσεις.....	38
Εικόνα 8: Οστικές μεταστάσεις.....	39
Εικόνα 9: Γενεαλογικό δέντρο.....	41
Εικόνα 10: Τεχνική αυτοεξέτασης.....	69
Εικόνα 11: Σημεία ύποπτα για καρκίνο του μαστού.....	73
Εικόνα 12: Υπερηχογράφημα μαστού.....	79
Εικόνα 13: Θερμογράφημα.....	81
Εικόνα 14: Ασκήσεις μετά από μαστεκτομή.....	102
Εικόνα 15: Πλαστική.....	122
Εικόνα 16: Πλαστική.....	123
Εικόνα 17: Πλαστική.....	123
Εικόνα 18: Πλαστική.....	123
Εικόνα 19: Πλαστική.....	124
Εικόνα 20: Πλαστική.....	124

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1: Σταδιοποίηση καρκίνου του μαστού.....	35
Πίνακας 2: Ιστολογική σταδιοποίηση όσον αφορά τους λεμφαδένες.....	36
Πίνακας 3: Αποδοτέοι κίνδυνοι ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.....	64
Πίνακας 4: Κίνδυνοι ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.....	126
Πίνακας 5: Προληπτική διάγνωση.....	129

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι γνωστός από τον Ιπποκράτη και συνεχίζει ως και σήμερα.

Πρόκειται για ένα νόσημα, το οποίο συχνά συνεπάγεται ακρωτηριαστικές επεμβάσεις, τοξικές φαρμακευτικές θεραπείες, σε αρκετές περιπτώσεις πόνους, παρά τις προόδους που αναμφισβήτητα έχουν σημειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες στη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου.

Ο ρόλος των νοσηλευτών-τριων πρέπει να επικεντρωθεί στην ενημέρωση της Ελληνίδας και στην διδασκαλία της αυτοεξέτασης του μαστού. Από τη στιγμή της επαφής του νοσηλευτή/τριας με την πάσχουσα κρίνεται απαραίτητο και αναγκαίο να επιστρατεύσει την επιστημονική του κατάρτιση και εξειδίκευση, αλλά και την ενεργό ψυχολογικά υποστήριξή του.

Κύριος σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας της αρρώστου με καρκίνο του μαστού είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητάς του, ώστε να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα, να αντέχει στην θεραπεία και να αντιμετωπίζει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την νόσο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ιστορική Αναδρομή

Η γυναικολογία γεννήθηκε μαζί με τον άνθρωπο, από την στιγμή που παρουσιάστηκε η πρώτη γυναίκα στον πλανήτη μας.

Η αρρώστια πρωτοφανερώθηκε μαζί με την ζωή. Και η ιατρική, σαν τέχνη. Που θεραπεύει τις αρρώστιες, παρουσιάστηκε, όταν βρέθηκαν τα πρώτα γραπτά μνημεία της ανθρώπινης ζωής. Πολύ αργότερα, στα χρόνια του Ιπποκράτη, έφτασε σε περιωπή επιστήμης και εξυψώθηκε το κύρος και το γόητρο του ιατρικού επαγγέλματος. Ο επιστημονικός ογκόλιθος του Ιπποκράτη έπεσε μέσα στην υπέρλαμπρη πεντηκονταετία του χρυσού αιώνα του Περικλή. Η Ελλάδα γίνεται το κέντρο, όχι μόνο κάθε πνευματικής και καλλιτεχνικής δημιουργίας, αλλά και το λίκνο της επιστημονικής ιατρικής. Τα συγγράμματα του Ιπποκράτη ανήκουν στο πάνθεο της σειράς των κλασικών έργων του αρχαίου Ελληνικού Πνεύματος. Ο υγιής σπόρος του σοφού σπορέα, το κλίμα της Ελλάδας και η γονιμότητα του εδάφους της συντέλεσαν σε μια εύχυμη ωρίμαση και πλούσια καρποφορία, με την οποία και σήμερα ακόμα τροφοδοτείται όλη η ανθρωπότητα. Σωστά, λοιπόν, ονόμασαν τον Ιπποκράτη ‘πατέρα της ιατρικής’.¹

Μια, λοιπόν, από τις νόσους με την οποία ασχολήθηκαν και εξακολουθούν να ασχολούνται ακόμα και σήμερα χιλιάδες επιστήμονες είναι ο καρκίνος. Ο καρκίνος δεν είναι απλά μια ασθένεια. Είναι μια ποικιλία ασθενειών που έχουν σχέση μεταξύ τους και προσβάλλουν διάφορα μέρη του ανθρώπινου σώματος με διαφορετικούς τρόπους. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους για τους οποίους παραμένει η πιο μυστηριώδης από όλες τις ασθένειες. Στις τελευταίες δεκαετίες, ευτυχώς,

έγινε μεγάλη πρόοδος στην αντιμετώπιση του καρκίνου, από την καθαρά ιατρική πλευρά του: νέες χειρουργικές διαδικασίες τελειοποιήθηκαν, η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία αποδείχτηκαν αποτελεσματικές σε πολλές περιπτώσεις, και διάφορα πειράματα, από τη χρήση νέων φαρμάκων μέχρι την εφαρμογή υψηλών θερμοκρασιών στα διάφορα μέρη του σώματος που έχουν προσβληθεί από την ασθένεια, υπόσχονται πρόσθετη βοήθεια στα θύματα του καρκίνου. Παρόλα αυτά όμως το μυστήριο παραμένει. Παρόλες τις προόδους στη θεραπεία, τα αίτια του καρκίνου παραμένουν θέμα εικασιών και διαμάχης. Φαίνεται όμως ότι σε μερικές περιπτώσεις, το να πάθει κανείς καρκίνο μπορεί να σημαίνει την αρχή της ζωής του. Η αναζήτηση του εαυτού του, η ανακάλυψη της ζωής που κάποιος έχει ανάγκη να ζήσει, μπορεί να είναι ένα από τα ισχυρότερα όπλα ενάντια στην ασθένεια.²

Μια μορφή καρκίνου με υψηλή συχνότητα εμφάνισης είναι ο καρκίνος του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού είναι η κυριότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 35-55 ετών. Μία στις δέκα γυναίκες κινδυνεύει να προσβληθεί από καρκίνο μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της. Ο κίνδυνος αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας. Κάτω από τα 25 χρόνια είναι σπάνιος. Τα 3\4 της νόσου εμφανίζεται μετά την ηλικία των 50 ετών.

Ο καρκίνος του μαστού αντιμετωπίζεται θεραπευτικά με εγχείρηση, ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Όσο πρωιμότερη είναι η διάγνωση τόσο καλύτερα είναι τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Η διάγνωση γίνεται με την μαστογραφία και την κλινική εξέταση. Η πρόγνωση και η επιλογή της θεραπείας εξαρτώνται από την ηλικία της ασθενούς, από το στάδιο της νόσου, από την ιστοπαθολογική εικόνα, από

τα επίπεδα των οιστρογονικών και των προγεστερονικών υποδοχέων, καθώς και από την εμμηνορρυσιακή κατάσταση.

Παρόλο ότι το μέγεθος του όγκου και η κατάσταση των λεμφαδένων της μασχάλης είναι οι σπουδαιότεροι προγνωστικοί παράγοντες, υπάρχουν και άλλα ιστολογικά και βιολογικά χαρακτηριστικά που έχουν προγνωστική σημασία. Αυτά είναι: ο βαθμός κακοήθειας, η παρουσία νεκρώσεως, η προσβολή αιμοφόρων αγγείων ή λεμφαγγείων, τα επίπεδα ορμονικών υποδοχέων, το κλάσμα των κυττάρων, ο πλοειδισμός του DNA, η έκφραση ογκογονιδίων, η καθεψίνη D, κα.

Ο καρκίνος του μαστού ιστοπαθολογικά είναι συχνά πολυεστιακή νόσος. Κλινική διάγνωση δύο ή περισσότερων πρωτοπαθών εστιών σε ένα μαστό δεν είναι συχνή. Επίσης ταυτόχρονος αμφοτερόπλευρος καρκίνος μαστού είναι ασυνήθης. Η συνύπαρξη πολλών εστιών στον ίδιο μαστό ή και στον άλλο, είναι συχνότερη στον λοβιακό διηθητικό καρκίνο. Ο κίνδυνος εμφάνισης πρωτοπαθούς καρκίνου στον άλλο μαστό ανέρχεται σε 1% τον χρόνο.³

Στην συνέχεια της εργασίας θα γίνει αναφορά στην νόσο του καρκίνου του μαστού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

1.1 Εμβρυολογία:

Οι μαστοί είναι εξωκρινείς αδένες, που χαρακτηρίζουν την τάξη των θηλαστικών και των δύο φύλων. Είναι, όμως, σημαντικά ατροφικοί στο αρσενικό και αρκετά αναπτυγμένοι στο θηλυκό.

Έκκριμα των μαστών είναι το γάλα, που αποτελεί απαραίτητη τροφή για το νεογνό, που το πεπτικό του σύστημα είναι προσαρμοσμένο για αυτού του είδους διατροφή.

Η καταβολή των μαστών, αν και θα χρησιμοποιηθούν πολλά χρόνια μετά τη γέννηση, πραγματοποιείται πριν από την καταβολή των άλλων αδένων του δέρματος.

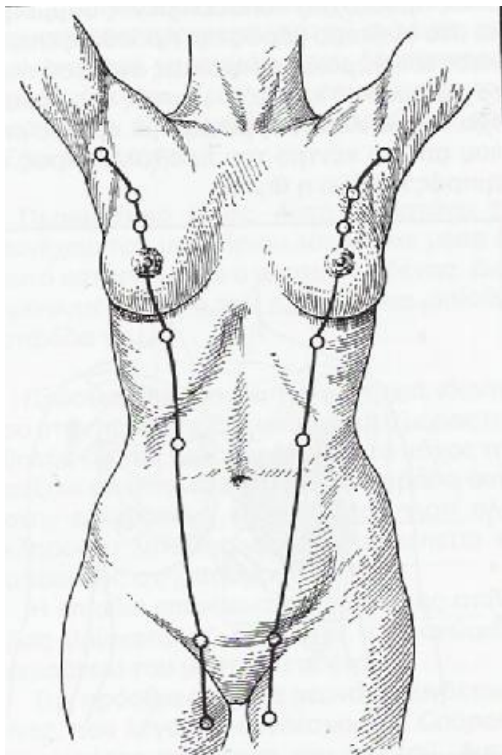
Ειδικότερα, η καταβολή τους αρχίζει την έκτη περίπου εβδομάδα της ενδομήτριας ζωής, έστω και αν δεν υπάρχουν γονάδες, με το σχηματισμό στενής πάχυνσης του έξω βλαστικού δέρματος, που λέγεται *μαστική ακρολοφία ή γαλακτοφόρος γραμμή*.

Η μαστική ακρολοφία εκτείνεται από τις ρίζες των άνω άκρων μέχρι τις ρίζες των κάτω, δηλαδή, αρχίζει από το μέρος της μασχάλης και τελειώνει στους βουβώνες.

Στο τελειόμηνο έμβρυο, ανεξάρτητα από το φύλο του, κάτω από τη θηλή ψηλαφάται μικρό οζίδιο, που δεν απαντάται στα πρόωρα, και το οποίο μπορεί να χρησιμεύσει ως κριτήριο στη διάκριση ενός ώριμου από ένα πρόωρο νεογνό.

Η τέλεια ανάπτυξη του εκκριντικού συστήματος των μαστών δεν πραγματοποιείται στη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής, αλλά μόνο στο τέλος της, όταν οι γαλακτοφόροι πόροι έχουν σχηματισθεί και καλυφθεί από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο.

Ο αριθμός των μαστών διαφέρει στο κάθε είδος θηλαστικού, γιατί εξαρτάται από τον αριθμό των νεογνών. Έτσι, στον άνθρωπο έχουμε ένα ζευγάρι μαστών, που αντιστοιχεί στο τέταρτο ζευγάρι των πολύμαστων ζώων.¹



Μαστική ακρολοφία

Εικόνα 1

(Παπανικολάου Ν.Α. και Παπανικολάου Α.Ν. 1994, Γυναικολογία)

1.2 Αρχιτεκτονική δομή του μαστού:

Ο μαστικός αδένας (μαστός) ανήκει στους αδένες του δέρματος, όπως οι σμηγματογόνοι και οι ιδρωτοποιοί αδένες. Ο αδενικός ιστός βρίσκεται μέσα στον υποδόριο ιστό. Το έκκριμα αποβάλλεται στο δέρμα.

Στην παιδική ηλικία ο αδένας μεγαλώνει με πολύ αργό ρυθμό, με την έναρξη της εφηβείας ο ρυθμός αυτός επιτυγχάνεται πάρα πολύ και με την εναπόθεση λίπους παίρνει το τυπικό του σχήμα.

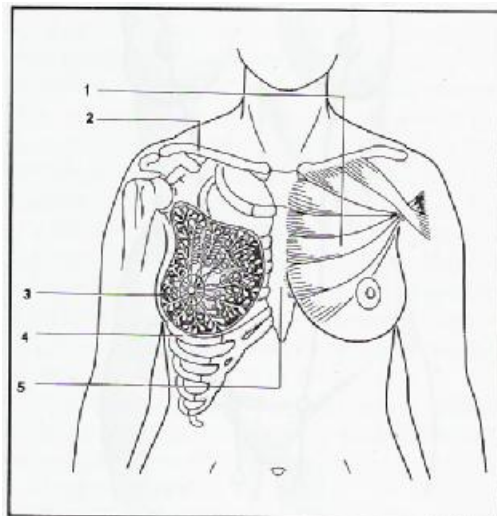
Στη διάρκεια της κύησης ο μαστός μεγαλώνει σημαντικά και περί το τέλος της αρχίζει να εκκρίνει γάλα. Μετά την περίοδο του θηλασμού ο αδένας μικραίνει πάλι.

Κάθε μαστός αποτελείται από το μαστικό αδένα, υποδόριο λίπος και το αντίστοιχο δέρμα. Παρουσιάζεται σαν ημισφαιρική προβολή του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος. Εκτείνεται μεταξύ του στέρνου και μασχάλης, από την 3^η μέχρι την 7^η πλευρά.

Η θηλή του μαστού είναι κυλινδρική ή κωνική, ύψους 10-12 mm και αντιστοιχεί περίπου κάτω από το κέντρο του μαστού. Στην κορυφή της παρουσιάζει 15-20 τρήματα με τα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι του αδένα. Όταν η θηλή είναι επίπεδη ή εμφανίζει εισολκή τότε το νεογνό αδυνατεί να θηλάσει. Η θηλή περιβάλλεται από την *θηλαία άλω* και μαζί έχουν ιδιαίτερη χροιά που διαφέρει από το υπόλοιπο δέρμα κυρίως μετά τον τοκετό. Η θηλαία άλως εμφανίζει 10-15 μικρά επάρματα (αδένες Montgomery). Είναι σμηγματογόνοι και οσμηγόντοι.⁴

Η πραγματική όμως έκταση του μαστού είναι σημαντικά μεγαλύτερη, γιατί αυτός εκτείνεται με την μορφή λεπτής στιβάδας, προς τα πάνω στην κλείδα, προς το κέντρο στη μέση γραμμή και προς τα έξω στο έξω χείλος του πλατύ ραχιαίου μυ.

Κάποτε, ο μαστός εμφανίζει προσεκβολές, από τις οποίες η περισσότερο συνηθισμένη είναι αυτή που πορεύεται προς τη μασχάλη και για αυτό λέγεται και *μασχαλιαία ουρά ή ουρά του Spence*.¹



Θέση μαστού
1. Μείζονας θωρακικός μυς, 2. Κλείδα, 3. Θηλαία
άλως, 4. Πλευρά, 5. Στέρνο.
(Gros)

Εικόνα 2

(Ν.Α. Παπανικολάου και Α.Ν. Παπανικολάου, 1994, Γυναικολογία)

1.3 Φυσιολογία:

Οι μαστικοί αδένες αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από ορμονικό έλεγχο. Αν και κατορθώσαμε να απομονώσουμε τέτοιους ορμονικούς παράγοντες,

πρέπει να ομολογήσουμε, πως οι γνώσεις μας σχετικά με τους μηχανισμούς, που ελέγχουν τους μαστούς είναι ανεπαρκείς.¹

1.4 Νεύρωση:

Η νεύρωση του μαστού γίνεται από το μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο, το θωρακορραχιαίο ή μέσο υποπλάτιο νεύρο, το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.¹

1.5 Υφή:

Η υφή του μαστού έχει σημασία, γιατί εμφανίζει μεγάλες διαφορές, που βρίσκονται μέσα σε φυσιολογικά όρια. Αυτό οφείλεται στην επίδραση ορμονών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και του ωοθηκικού κύκλου.

Αν αποκολλήσουμε το μαστό από το πρόσθιο θωρακικό πεδίο, θα διακρίνουμε δύο επιφάνειές του, την πρόσθια και την οπίσθια, και την περιφέρειά του.

Η πρόσθια επιφάνεια είναι υπόκυρτη και αποτελείται από το δέρμα, που, στο φυσιολογικό μαστό, είναι ευκίνητο, λείο, λεπτό και επιτρέπει, περισσότερο στη γυναίκα που θηλάζει, να διαγράφονται κάτω από αυτό οι φλέβες.

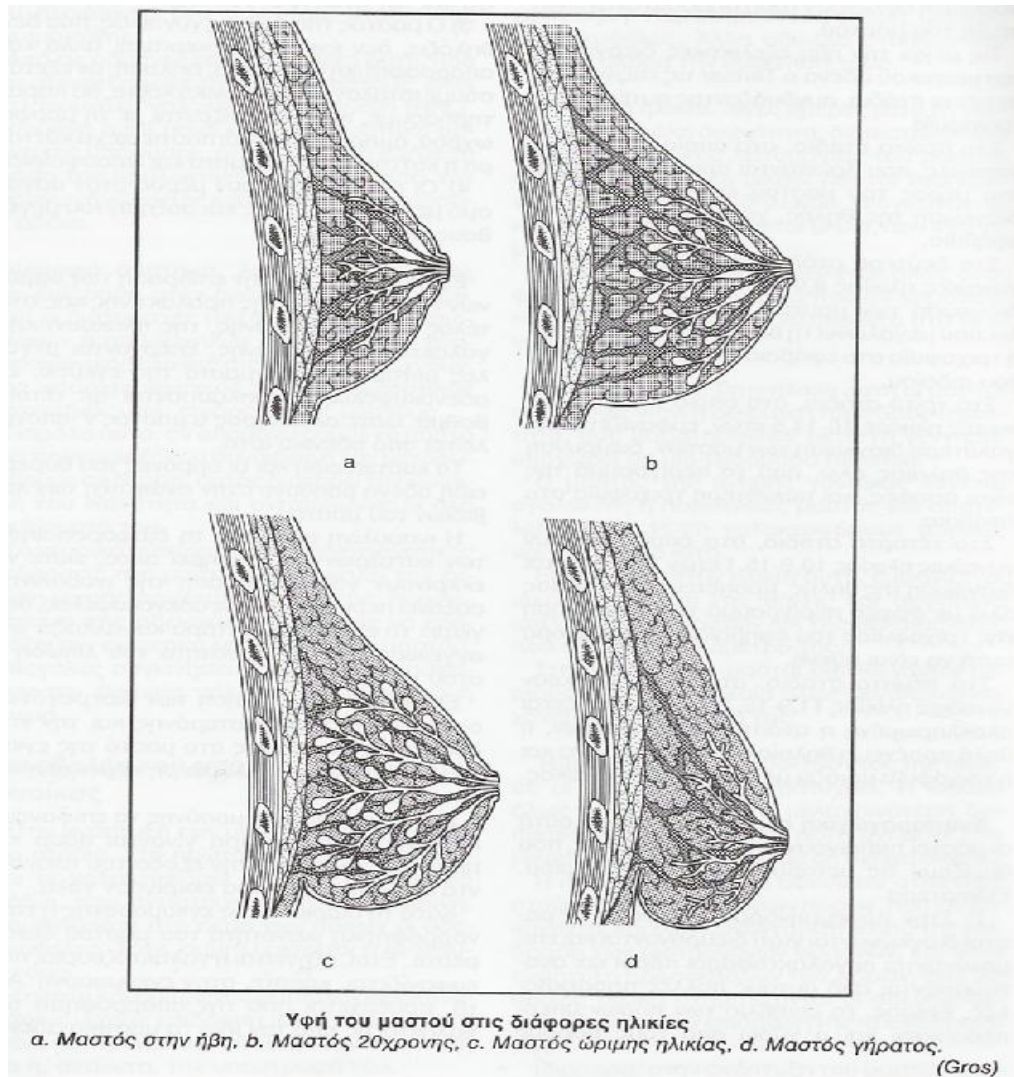
Στο κέντρο της επιφάνειας αυτής προέχει η θηλή και γύρω από αυτή υπάρχει η θηλαία άλως, που και οι δυο τους ξεχωρίζουν από το υπόλοιπο δέρμα για τη χροιά τους. Στις μελαχρινές γυναίκες είναι αμαυρές, στις

ξανθές ρόδινες και αμαυρότερες σε όλες κατά το διάστημα της εγκυμοσύνης.

Από την άλλη μεριά η οπίσθια επιφάνεια, λέγεται και βάση του μαστού, είναι επίπεδη, βρίσκεται πάνω στην περιτονία του μείζονα θωρακικού μυ και συνάπτεται μαζί του με συνδετικό ιστό. Στους μεγάλους, όμως, μαστούς, η οπίσθια επιφάνεια περνάει το κάτω χείλος του μείζονα θωρακικού μυ και σκεπάζει τα οδοντώματα του πρόσθιου οδοντωτού μυ και τον έξω λοξό της κοιλιάς μυ, στο ύψος της 5^{ης}-6^{ης} πλευράς.

Τέλος υπάρχει η περιφέρεια που είναι λεπτή και συνέχεται με ινολιπόδη ιστό με τους γύρω ιστούς.

Κάθε μαστός αποτελείται από δέρμα, περιμαστικό λίπος και μαστικό αδένα.¹



Εικόνα 3

(Ν.Α. Παπανικολάου και Α.Ν. Παπανικολάου, 1994, Γυναικολογία)

1.6 Αγγείωση:

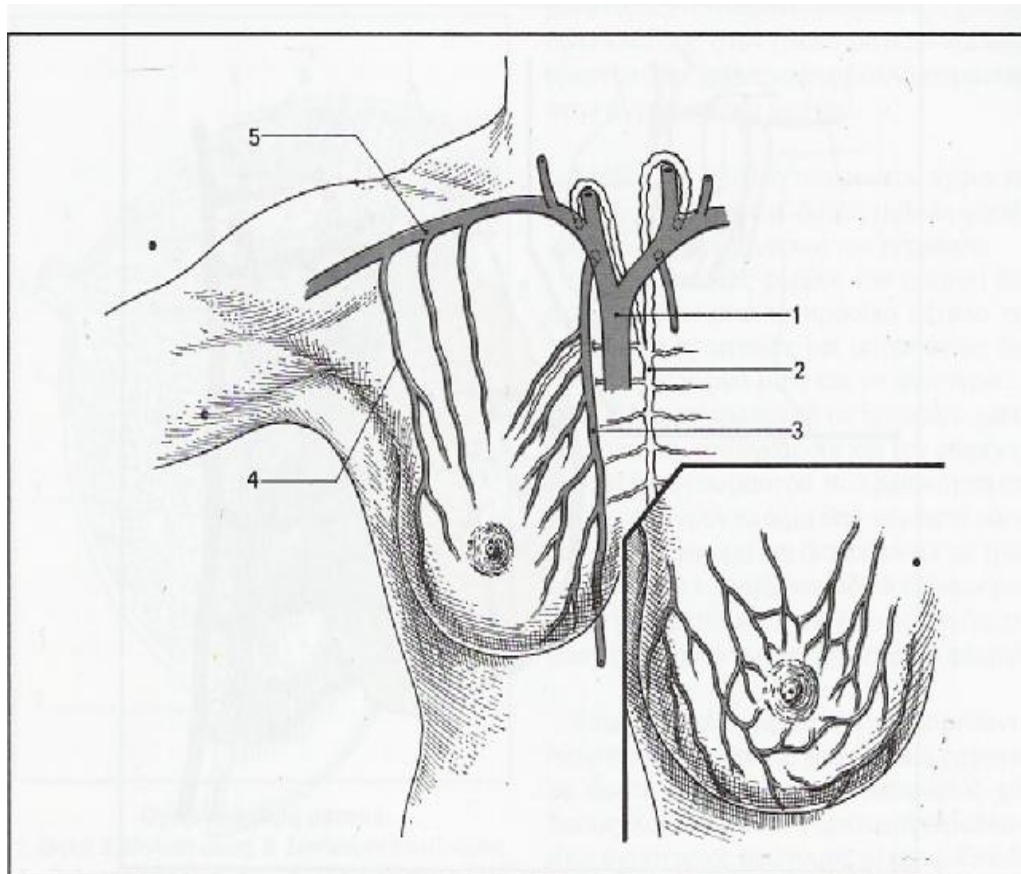
Η αγγείωση του μαστού επιτελείται με αγγεία που διανέμονται στο πρόσθιο και στο πλάγιο τοίχωμα του θώρακα.

Υπάρχουν οι αρτηρίες που προέρχονται από την έσω μαστική, την πλάγια και ανώτερη θωρακική, το θωρακικό κλάδο της ακρωμοθωρακικής, τους διατιτρώντες κλάδους των μεσοπλεύριων αρτηριών και την υποπλάτιο αρτηρία, που αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες.

Οι φλέβες του μαστού έχουν μεγάλη σημασία, γιατί με αυτές, πολλές φορές, συμβαίνουν μεταστάσεις του καρκίνου.

Οι επιφανειακές φλέβες του μαστού βρίσκονται κάτω από το πρόσθιο πέταλο της υποδόριας περιτονίας και μπορούν να διακριθούν με γυμνό μάτι και να φωτογραφηθούν. Τότε, μπορούμε να τις ξεχωρίσουμε σε δύο τύπους, τον εγκάρσιο και τον επιμήκη.

Οι φλέβες του μαστού, που βρίσκονται στο βάθος, απάγουν το αίμα από το μαστό και το θωρακικό τοίχωμα και διακρίνονται σε τρεις ομάδες, που εμφανίζουν ενδιαφέρον. Οι ομάδες αυτές είναι της έσω μαστικής, της μασχαλιαίας και των μεσοπλεύριων φλεβών.



Φλέβες μαστού

1. Άνω κοίλη, 2. Θωρακικός πόρος, 3. Έσω μαστική, 4. Πλάγια θωρακική, 5. Μασχαλιαία.

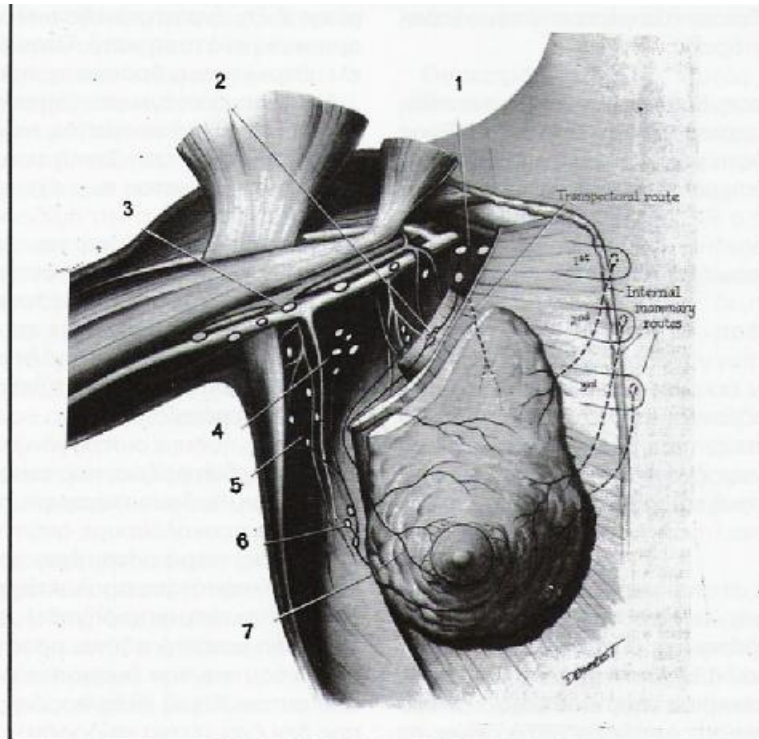
(Kamina)

Εικόνα 4

(Ν.Α. Παπανικολάου και Α.Ν. Παπανικολάου, 1994, Γυναικολογία)

Τέλος είναι τα λεμφαγγεία. Η γνώση της λεμφαγγείωσης του μαστού και ιδιαίτερα των επιχώριων λεμφαδένων του, είναι απαραίτητη για τη σημασία τους στις καρκινικές μεταστάσεις.

Οι επιχώριοι λεμφαδένες είναι οι λεμφαδένες της μασχάλης και αυτοί, που βρίσκονται στην πορεία της έσω μαστικής αρτηρίας.¹



Οι κύριες ομάδες των λεμφαδένων του μαστού

1. Υποκλείδιαι λεμφαδένες, 2. Λεμφαδένες του Potter, 3. Λεμφαδένες κατά μήκος της μασχαλιαίας φλέβας, 4. Κεντρικοί λεμφαδένες, 5. Λεμφαδένες της ωμοπλάτης, 6. Εξω ομάδα μασχαλιαίων λεμφαδένων, 7. Κύριοι λεμφικοί πόροι

(Haagensen)

Εικόνα 5

(Ν.Α. Παπανικολάου και Α.Ν. Παπανικολάου, 1994, Γυναικολογία)

1.7 Μεταβολές του μαστού στη ζωή της γυναίκας:

Στην ανάπτυξη των μαστών παρατηρούμε δύο στάδια. Στο πρώτο στάδιο αναπτύσσονται οι γαλακτοφόροι πόροι. Στο δεύτερο στάδιο, που αντιστοιχεί στην εγκυμοσύνη, σχηματίζονται στα άκρα των πόρων οι αδενοκυψέλες. Τότε, συμπληρώνεται η ανάπτυξή τους.

Η ηλικία και ορισμένες φυσιολογικές καταστάσεις, έχουν επίδραση πάνω στο μαστικό αδένα και προκαλούν σε αυτόν την ανάπτυξή του, ή αντίθετα, την υποστροφή του.

Κατά την διάρκεια της εμβρυικής ζωής ο μαστός αποτελεί προβολή, σε σχήμα κάλυκος, του έξω βλαστικού δέρματος, που αναπτύσσεται πριν από τα άλλα εξαρτήματα του δέρματος.

Στη γέννηση ο μαστός είναι ο ίδιος και στα δύο φύλα. Αποτελείται από γαλακτοφόρους πόρους, που εκβάλλουν στην καλά αναπτυγμένη θηλή. Παρατηρούνται, ακόμη, μερικές αδενοκυψέλες. Άλλα αδενικά στοιχεία δεν κάνουν ακόμα την εμφάνισή τους.

Λίγες μέρες μετά τη γέννηση, στη βρεφική ηλικία, σε μεγάλη συχνότητα, διαπιστώνεται η ύπαρξη εκκριτικής λειτουργίας του μαστού σε μικρό βαθμό. Οι μικροί μαστοί του βρέφους, αρσενικού ή θηλυκού, διογκώνονται και από τη θηλή εκκρίνεται υλικό που έχει τη μορφή γάλακτος.

Στην παιδική ηλικία αυτή οι μαστοί αδρανούν, γιατί η εκκριτική τους δραστηριότητα, που παρατηρήθηκε μετά τη γέννηση, υποχωρεί σε μία εβδομάδα περίπου.

Ανάμεσα στο 10^ο-15^ο έτος της ηλικίας, δηλαδή την ήβη, οι μαστοί έχουν αναπτυχθεί. Η θηλαία άλωσ μεγαλώνει, γίνεται μελαχρινότερη, δεν προβάλλει και κάτω από αυτή σχηματίζεται μικρή μάζα μαστικού ιστού σε σχήμα δίσκου.

Στην αναπαραγωγική ηλικία αυτή οι μαστοί παθαίνουν τέτοιες μεταβολές, που θυμίζουν τις μεταβολές του ενδομήτριου.

Στην εγκυμοσύνη με την επίδραση των ορμονών των ωοθηκών, της προλακτίνης και, στο τέλος της εγκυμοσύνης, της πλακουντικής γαλακτογόνου ορμόνης, επέρχονται μεγάλες μεταβολές στο μαστό της εγκύου. Οι αδενοκυψέλες υπερπλάσσονται σε τέτοιο βαθμό, ώστε ολόκληρος ο μαστός να αποτελείται από αδενικό ιστό.

Στην γαλουχία, η ανάπτυξη των μαστών φτάνει στο μέγιστό της και η λειτουργική τους δραστηριότητα αποκορυφώνεται με τη συνδυασμένη δράση των οιστρογόνων ορμονών, της προγεστερόνης, της ινσουλίνης, και της κορτιζόλης, ιδιαίτερα, όμως, της προλακτίνης.

Στην εμμηνόπαυση επέρχεται προοδευτική βράχυνση των γαλακτοφόρων πόρων από την περιφέρειά τους προς τη θηλή. Επίσης, ατροφία των αδενοκυψελών και πάχυνση του συνδετικού ιστού, που βρίσκεται γύρω από τους πόρους. Έτσι, με την πάροδο της ηλικίας, η κίτρινη χροιά του μαστού εξαφανίζεται, για να γίνει λευκή.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

2.1 Ορισμός καρκίνου:

Η λέξη καρκίνος είναι συνώνυμη με τον όρο κακοήθες νεόπλασμα. Άλλες έννοιες που σημαίνουν καρκίνος είναι: όγκος, καρκίνωμα, νεοπλασματική επεξεργασία, εκτροπή στην ανάπτυξη κυττάρων. Η συντομογραφία 'Ca' προέρχεται από την αγγλική λέξη cancer=καρκίνος.⁵

2.2 Καρκίνος μαστού:

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη κακοήθεια και η συνηθέστερη αιτία θανάτου στις γυναίκες. Αν και δεν θεωρείται γυναικολογική διαταραχή, οι γυναίκες μόλις διαπιστώσουν κάποιο ογκίδιο στο μαστό καταφεύγουν στο γυναικολόγο.⁶

Είναι ένα επιθηλίωμα που προέρχεται από τα κυλινδρικά κύτταρα των αδενωσωλήνων του μαζικού αδένα.

Πρόκειται για έναν όγκο μικρού μεγέθους στην αρχή, με ασαφή όρια (ανώμαλο) σχετικά καθηλωμένο στο θωρακικό τοίχωμα που συμφύεται με το περιβάλλον δέρμα.⁷

Ο καρκίνος του μαστού οφείλεται σε μεταλλάξεις του DNA κάποιου ή κάποιων από τα κύτταρα του μαστού, τα οποία στη συνέχεια αρχίζουν να πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα και να δημιουργούν όγκο.

Δυστυχώς δεν έχουν ακόμα αποσαφηνισθεί οι παράγοντες που προκαλούν μεταλλάξεις και καρκίνο στο μαστό. Ωστόσο, φαίνεται ότι τα οιστρογόνα όταν αυξάνονται πολύ και παραμένουν αυξημένα για μεγάλα

χρονικά διαστήματα, σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού.⁸

2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία:

Προσβάλλει μία στις εννιά γυναίκες. Οι περισσότερες Ελληνίδες αργούν να διαπιστώσουν το πρόβλημα.

Ιδιαίτερα μικρός είναι ο αριθμός των γυναικών που προσβάλλονται από καρκίνο στις ηλικίες από 35-40 ετών, όπως ανακοίνωσαν οι ειδικοί, που παρά τη διαπίστωση αυτή επιστούν την προσοχή στο σύνολο των γυναικών, καθώς φαίνεται με τα υπάρχοντα στοιχεία στη χώρα μας ότι οι περισσότερες γυναίκες με καρκίνο του μαστού αργούν να διαπιστώσουν το πρόβλημά τους.

Γενικότερα προκύπτει από μια νεότερη μελέτη ότι μια στις εννιά γυναίκες θα εμφανίσουν καρκίνο του μαστού σε κάποια φάση της ζωής τους. Το ποσοστό αυτό διαφοροποιείται ανάλογα με τις ηλικίες καθώς στην πενταετία 35-40 μόνο μία στις 300 γυναίκες εμφανίζει καρκίνο, ενώ στην πενταετία 60-65 η αναλογία μικραίνει δραματικά καθώς μία στις 14 έρχεται αντιμέτωπη με αυτό το πρόβλημα.

Οι ειδικοί εξήγησαν ότι μόνο μία στις δέκα περιπτώσεις ο καρκίνος του μαστού σχετίζεται αποδεδειγμένα με την κληρονομικότητα και τόνισαν ότι η αφαίρεση των γυναικείων γεννητικών οργάνων όταν αυτή απαιτείται να γίνει για συγκεκριμένους λόγους φαίνεται ότι παρέχει αυξημένη προστασία για τον καρκίνο του μαστού αλλά από μόνη της δεν συνιστάται ως πρακτική. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν επίσης τα στοιχεία

που δείχνουν πώς οι γυναίκες βρήκαν ότι πάσχουν από καρκίνο του μαστού.

Μόνο το 5% το βρήκε στην μαστογραφία, το 74% ψηλαφώντας τυχαία συνήθως στο μπάνιο κάποιο ογκίδιο στο στήθος τους, ενώ ένα εξίσσο μεγάλο ποσοστό που πλησιάζει το 30% βρέθηκε μετά από αλλεπάλληλες εξετάσεις.

Τα ΜΜΕ φαίνεται ότι παίζουν κάποιο ρόλο στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού στη χώρα μας, καθώς 19 στις 1000 γυναίκες είπαν ότι πήγαν στο γιατρό μετά από την παρακολούθηση κάποιου τηλεοπτικού προγράμματος σχετικού με το θέμα. Δύο επίσης στοιχεία που τονίστηκαν για άλλη μια φορά είναι ότι δεν υπάρχει απόδειξη ότι προστατεύει ο θηλασμός τις γυναίκες από τον καρκίνο του μαστού, ενώ αντίθετα επιβεβαιώνεται όλο και περισσότερο ότι οι παχύσαρκες γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο από αυτή τη μορφή καρκίνου.⁹

2.4 Ταξινόμηση:

Νεοπλάσματα του μαστού.

Τα νεοπλάσματα του μαστού διακρίνονται σε καλοήθη και κακοήθη.

1. καλοήθη νεοπλάσματα του μαστού:

- Ø ενδαυλικό θήλωμα
- Ø ιναδένωμα
- Ø νεανική θηλωμάτωση
- Ø λοβώδης υπερπλασία

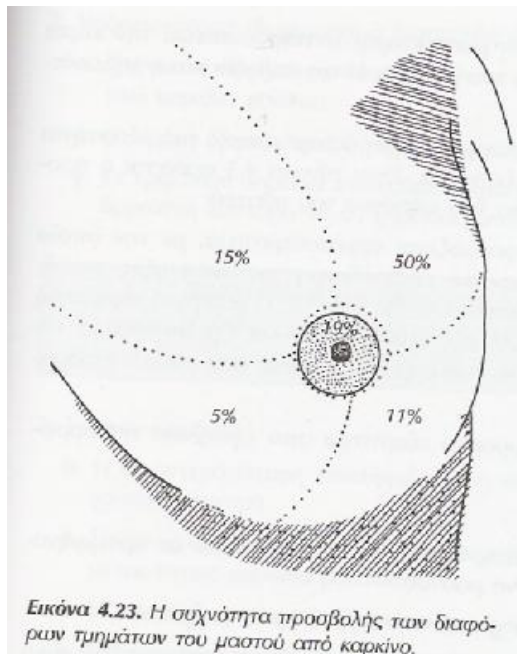
2. κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού:

- Ø καρκίνος

- Ø πορογενές ενδοεπιθηλιακό
- Ø λοβιακό ενδοεπιθηλιακό
- Ø σάρκωμα
- Ø νόσος του Paget⁷

2.5 Συχνότητα:

Ο πιο συνηθισμένος τύπος διηθητικού καρκινώματος του μαστού αναπτύσσεται από τα επιθηλιακά κύτταρα του μαζικού αδένου και η συνηθισμένη εντόπισή του είναι στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού. Ως κακοήθης όγκος μεθίσταται σε διάφορα όργανα, όπως στον άλλο μαστό, στους πνεύμονες, στο ήπαρ, στα οστά και στον εγκέφαλο. Οι μεταστάσεις γίνονται κυρίως με τη λεμφική και την αιματική οδό.⁶



Εικόνα 6

(Α. Σαχίνη-Καρδάση και Μ. Πάνου, 2004, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, 2^{ος} τόμος)

2.6 Συμπτώματα:

Ο καρκίνος του μαστού στην αρχή μπορεί να είναι ασυμπτωματικός και η ανακάλυψή του να γίνει σε τυχαία ψηλάφησή του. Τις περισσότερες φορές εμφανίζεται με τα παρακάτω συμπτώματα: όγκος, πόνος, έκκριση από θηλή, εισολκή δέρματος και θηλής.

Ο καρκίνος του μαστού σε συχνότητα πάνω από 80% κάνει την εμφάνισή του με μορφή όγκου, που σε αναλογία 90-95% των περιπτώσεων, γίνεται αντιληπτός από την ίδια την γυναίκα, λίγο πιο συχνότερα στον αριστερό μαστό.

Εμφάνιση όγκου στην πέμπτη δεκαετία της ζωής της γυναίκας, και ιδιαίτερα στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού, πρέπει να θεωρηθεί καρκίνος.

Ο πόνος θα οδηγήσει τη γυναίκα στο γιατρό σε συχνότητα 10% και είναι ύποπτος για καρκίνο, όταν εμφανισθεί ετερόπλευρα σε γυναίκα, που δεν βρίσκεται σε εμμηνόπαυση και δεν παίρνει οιστρογόνες ουσίες. Πόνοι προκαλούνται και από μεταστάσεις στα οστά.

Η έκκριση από τη θηλή του μαστού, που πάσχει, εμφανίζεται σε συχνότητα 8% περίπου και, αν είναι αιματηρή, σε συχνότητα 18% πρόκειται για καρκίνο.

Η εισολκή του δέρματος ή της θηλής ή η εκτροπή του άξονα της θηλής αποτελούν παθολογικά σημάδια καρκίνου του μαστού.

Σπανιότερα, ο καρκίνος του μαστού κάνει την εμφάνισή του με εξέλκωση στη θηλή, φλεγμονή, οίδημα, βήχα και δύσπνοια από

πνευμονικές μεταστάσεις, θωρακικούς πόνους, από διήθηση του υπεζωκότα, κοιλιακούς πόνους, ίκτερο, κεφαλαλγία, διπλωπία, άποιο διαβήτη από μετάσταση στην υπόφυση κλπ.¹

2.7 Ιστολογικοί τύποι:

Δύο είναι οι ιστολογικοί τύποι του καρκίνου του μαστού που προεξέχουν και αποτελούν το 90% των κακοηθών όγκων. Είναι το πορογενές και το λοβιακό καρκίνωμα του μαστού.

A) Το πορογενές καρκίνωμα προέρχεται από τα κύτταρα των τελικών πόρων του μαζικού αδένου και μπορεί να είναι διηθητικό ή μη διηθητικό. Πρέπει να σημειωθεί ότι το πορογενές είναι διηθητικό καρκίνωμα και ανάλογα με το βαθμό διήθησης διακρίνεται σε grade I, II, και III. Το μη διηθητικό δεν έχει διηθήσει τη βασική μεμβράνη οπότε αν αφαιρεθεί σωστά θεωρείται τελείως ιάσιμο. Μεγάλο ποσοστό καρκίνου ξεκινά ως μη διηθητικό και με την πάροδο του χρόνου εξαλλάσσεται σε διηθητικό. Υπάρχουν σπάνιες περιπτώσεις που το μη διηθητικό καρκίνωμα, για άγνωστους λόγους, παραμένει στην μορφή που είναι για πολλά χρόνια χωρίς να εξελιχθεί σε πορογενές διηθητικό.

B) Λοβιακό καρκίνωμα το οποίο επίσης μπορεί να είναι διηθητικό ή μη διηθητικό. Να σημειωθεί ότι το λοβιακό in situ (LCIS) είναι από μόνο του προκαρκινωματώδης κατάσταση αλλά από μόνο του δεν είναι αληθινός καρκίνος. Ο συνδυασμός του LCIS με το διηθητικό καρκίνο, που ανευρίσκεται σε ποσοστό 20-25%, δημιουργεί ένα πρωτοπαθή όγκο του μαστού. Στο λοβιακό καρκίνωμα κατά την λήψη της βιοψίας πρέπει να διενεργείται βιοψία καθρέπτου στον άλλο μαστό.

2.8 Βιολογία της νόσου:

Οι βλάβες όπως απλή υπερπλασία, υπερπλασία με ατυπίες, καρκινώματα *in situ* θεωρείται ότι αποτελούν εξελικτικά στάδια του ίδιου βιολογικού φαινομένου. Άλλοι θεωρούν ότι η συνύπαρξη των βλαβών αυτών με το διηθητικό καρκίνωμα είναι αποτέλεσμα της δράσης των παραγόντων του περιβάλλοντος, της κληρονομικότητας και των ορμονών σε ολόκληρο τον μαστικό αδένα. Τα κύτταρα που αποτελούν τον όγκο διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την αντιγονική έκφραση, την ορμονική εξάρτηση, τους ορμονικούς υποδοχείς, την έκφραση των γονιδίων, τα χαρακτηριστικά του πολλαπλασιασμού. Αυτή η ετερογένεια έχει μεγάλη σημασία στην κλινική συμπεριφορά των όγκων και στην ανταπόκριση στην θεραπεία.

Οι ορμόνες επηρεάζουν τη βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου του μαστού. Εκτός από την άμεση δράση οι ορμόνες δρουν και έμμεσα στον καρκίνο του μαστού λειτουργώντας ως αυξητικοί παράγοντες.

Σημαντικό να σημειωθεί και ο ρόλος των ογκογονιδίων στη βιολογική συμπεριφορά του όγκου.

Οι αλληλεπιδράσεις των καρκινικών κυττάρων και των πρωτεϊνών της εξωκυττάριας θεμέλιας ουσίας επηρεάζουν σημαντικά την ανάπτυξη των όγκων, επιδρώντας στον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και στην κυτταρική επιβίωση καθώς και στην ικανότητα των κυττάρων να μεταναστεύουν από τον πρωτοπαθή όγκο σε άλλους ιστούς και να δίνουν μεταστάσεις.

Πολλές από αυτές τις αλληλεπιδράσεις διαμεσολαβούνται από τις ιντεγκρίνες, που αποτελούν μια ευρέως εκφραζόμενη υπεροικογένεια διαμεμβρανικών πρωτεϊνών της κυτταρικής επιφάνειας. Οι ιντεγκρίνες

διαμέσου της ρύθμισης της προσκολλητικής ικανότητας των καρκινικών κυττάρων ελέγχουν τον σχηματισμό των μεταστατικών νεοπλασμάτων. Η γονιδιακή έκφραση των ιντεγκρινών ελέγχεται από μια οικογένεια πρωτεϊνών= πρωτεϊνική κινάση C. Η πρωτεϊνική κινάση C παίζει σημαντικό ρόλο σε αρκετές οδούς επαγωγής των σημάτων που ρυθμίζουν την κυτταρική αύξηση, το μετασχηματισμό και τη διαφοροποίηση. Η πρωτεϊνική κινάση C εμπλέκεται στη παθογένεση του καρκίνου του μαστού γιατί η συνολική της δραστηριότητα αυξάνει σε μια σειρά ανθρωπίνων καρκίνων του μαστού, σε σύγκριση με φυσιολογικό ιστό μαζικού αδένου.

2.9 Σταδιοποίηση:

Ο μασχαλιαίος λεμφαδενικός καθαρισμός εκτιμάται ως στάδιο της εγχείρησης που συμβάλλει στη σταδιοποίηση της νόσου και στη συνέχεια στην επιλογή των ασθενών για συμπληρωματική χημειοθεραπεία. 5-10% από το σύνολο των ασθενών με καρκίνο του μαστού έχει νόσο που κληρονομείται κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα¹⁰.

Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού

ΣΤΑΔΙΑ	5ΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ
ΣΤΑΔΙΟ I: Όγκος <2cm διάμετρος χωρίς μεταστατικές διηθήσεις στους μασχαλαίους λεμφαδένες και χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις	85%
ΣΤΑΔΙΟ II: Όγκος <5cm λεμφαδένες μη ψηλαφητοί ή ψηλαφητοί ευκίνητοι και χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις	66%
ΣΤΑΔΙΟ III: Όγκος >5cm ή οποιουδήποτε μεγέθους με ή χωρίς επινέμηση στο δέρμα, ψηλαφητοί αδένες καθηλωμένοι στο θωρακικό τοίχωμα, υπερκλείδιοι λεμφαδένες, χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις	41%
ΣΤΑΔΙΟ IV: Απομακρυσμένες μεταστάσεις ήπαρ, πνεύμονες, οστά, έτερος μαστός	10%

Πίνακας 1

([www.Chios.medical.gr/breast cancer](http://www.Chios.medical.gr/breast_cancer). Με τελευταία ημερομηνία ανανέωσης 12\12\2006)

Ιστολογική Σταδιοποίηση όσον αφορά λεμφαδένες:

ΣΤΑΔΙΑ	5ΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ	10ΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ
Αρνητικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	63%	46%
1-3 θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	62%	38%
>4 θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	32%	13%

Πίνακας 2

([www.Chios.medical.gr/breast cancer](http://www.Chios.medical.gr/breast_cancer). Με τελευταία ημερομηνία ανανέωσης 12\12\2006)

2.10 Μεταστάσεις:

Οι μεταστάσεις στον καρκίνο του μαστού προκαλούνται με διήθηση των γειτονικών ιστών, κατά μήκος των γαλακτοφόρων πόρων, με το λεμφικό σύστημα και με αιματικά έμβολα. Συχνότερα προσβάλλονται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες (40-50%). Όταν αυτοί ψηλαφηθούν, τότε, τις περισσότερες φορές, υπάρχουν μεταστάσεις στα έσω μαστικά αγγεία, ιδιαίτερα όταν ο καρκίνος εντοπίζεται στο εσωτερικό ημιμόριο του μαστού ή στην κεντρική του μοίρα. Αλλά, και στην εντόπιση του καρκίνου που αφορά στο έξω ημιμόριό του, είναι δυνατό να διηθηθούν οι λεμφαδένες της έσω μαστικής. Σε διήθηση των λεμφαδένων της έσω μαστικής η πρόγνωση είναι βαριά.

Όταν ο καρκίνος έχει διάμετρο μικρότερη από 1εκ., τότε σε συχνότητα 20% υπάρχουν μεταστάσεις. Αν είναι μέχρι 5εκ., τότε σε συχνότητα 20% οι έσω μαστικοί λεμφαδένες είναι διηθημένοι, αν μεγαλύτερη από 5εκ, τότε είναι διηθημένοι σε συχνότητα 38%.

Η πρόγνωση γίνεται βαρύτερη, όταν διηθηθούν οι υπερκλείδιοι λεμφαδένες μέσω των μασχαλιαίων, τότε ο καρκίνος κατατάσσεται στο IV στάδιο και είναι ανεγχείρητος.

Οι μεταστάσεις εξαρτώνται από το βαθμό κακοήθειας του νεοπλασματος και από το υπόστρωμα, που τις περιβάλλει. Επίσης, από ορμονικούς και ανοσολογικούς παράγοντες, από τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου και από τα χαρακτηριστικά του μαστικού αδένου, όπως είναι η πυκνότητά του, η αιμάτωσή του, το λεμφικό του δίκτυο κλπ.

Κατά σειρά συχνότητας ο καρκίνος του μαστού προκαλεί μεταστάσεις:

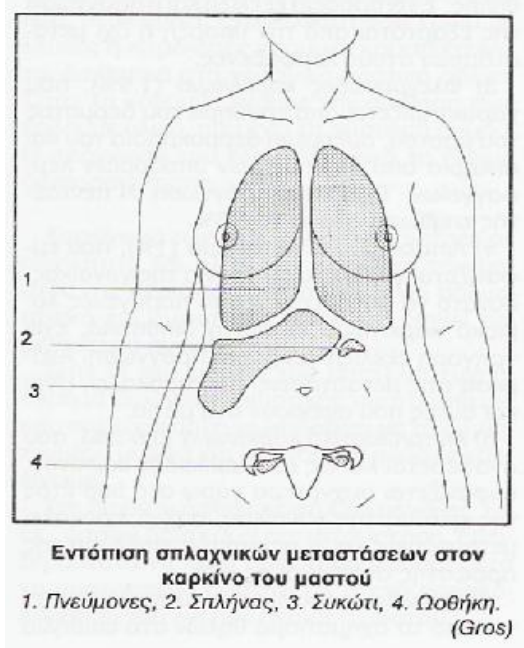
- ✚ Στα οστά (συχνότερα της πυέλου και στο μηριαίο οστό) σε συχνότητα 70%
- ✚ Στο ήπαρ σε συχνότητα 65%
- ✚ Στους πνεύμονες σε συχνότητα 40%
- ✚ Στις ωοθήκες σε συχνότητα 15%.

Επίσης σε μικρότερη συχνότητα, εμφανίζεται στο δέρμα, στον εγκέφαλο, στους νεφρούς και στην καρδιά.

Αμφοτερόπλευρη εμφάνιση του καρκίνου του μαστού (2%), τις περισσότερες φορές, φαίνεται πως αποτελεί λεμφική μετάσταση από τον ένα μαστό στον άλλο. Αυτό αποδεικνύεται από την ομοιότητα του

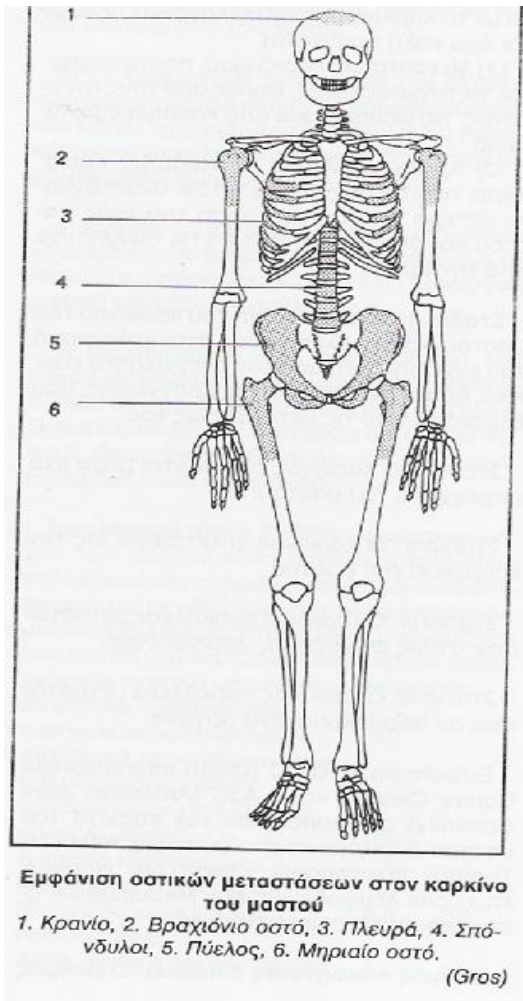
ιστολογικού τύπου του καρκίνου. Αν, όμως, οι δύο τύποι διαφέρουν, τότε μπορούμε να παραδεχθούμε τη συμπτωματική τους συνύπαρξη.

Οι μεταστάσεις δυνατό να είναι και τοπικές, δηλαδή να αναπτυχθούν αργότερα σε σημείο του μαστού, που υποβλήθηκε σε θεραπεία, εγχειρητική ή συντηρητική. Τέτοιες μεταστάσεις είναι μασχαλιαίες, παραστερνικές και στο θωρακικό τοίχωμα και απαντώνται σε συχνότητα 7-30%¹



Εικόνα 7

(Ν.Α. Παπανικολάου και Α.Ν. Παπανικολάου, 1994, Γυναικολογία)



Εικόνα 8

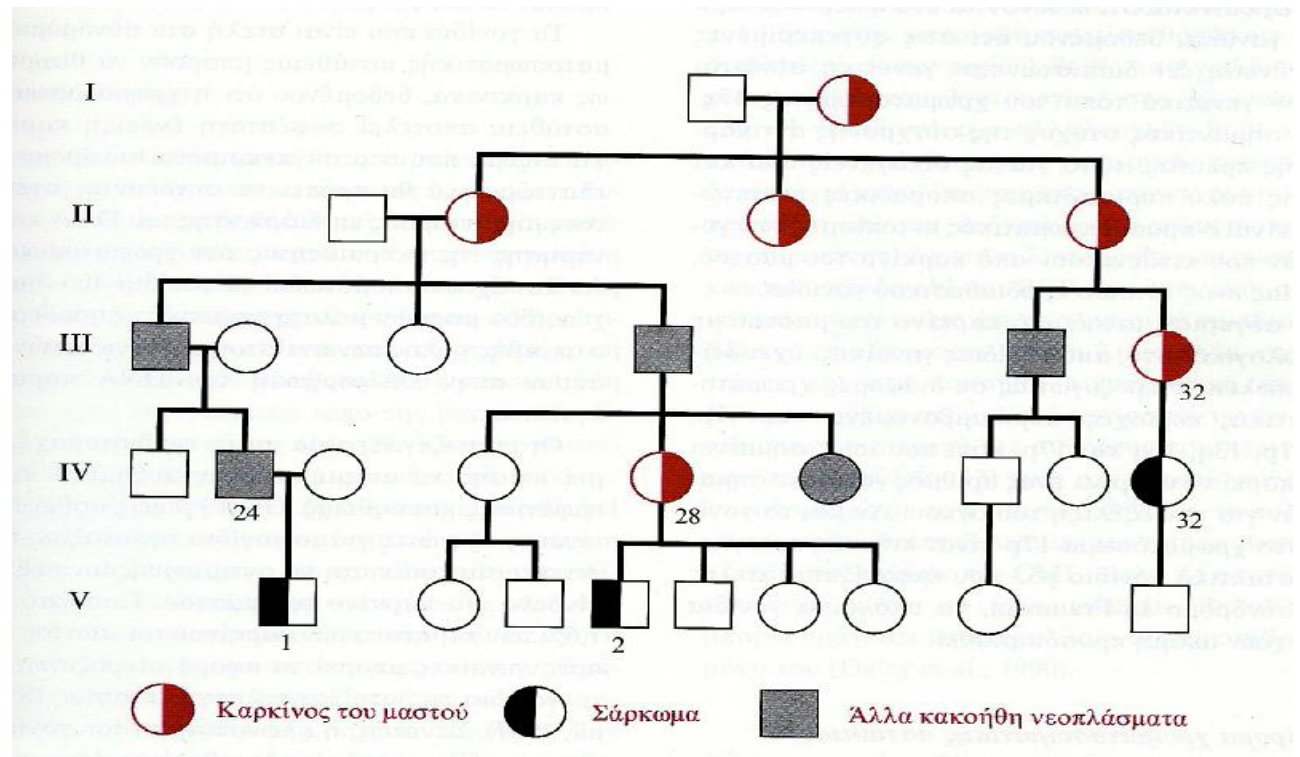
(Ν.Α. Παπανικολάου και Α.Ν. Παπανικολάου, 1994, Γυναικολογία)

2.11 Γενετική του καρκίνου του μαστού:

Έχει αναγνωρισθεί προ πολλού ότι ο καρκίνος του μαστού χαρακτηρίζεται από μια ισχυρή γενετική συνιστώσα. Επιδημιολογικές μελέτες σε πληθυσμούς έδειξαν ότι ποσοστό μέχρι και 10% των γυναικών της Βόρειας Αμερικής θα αναπτύξουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους καρκίνο τέτοιας μορφής. Επιπλέον, ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου σε μια γυναίκα αυξάνεται έως και τρεις φορές εάν έχει ήδη

προσβληθεί κάποια συγγενής πρώτου βαθμού, ενώ εάν πάνω από ένας πρώτου βαθμού συγγενής έχει προσβληθεί από τη συγκεκριμένη μορφή καρκίνου ο κίνδυνος ενδέχεται να αυξηθεί έως και δέκα φορές. Οι οικογενείς κίνδυνοι αυξάνονται ακόμη περισσότερο εάν η ασθένεια εμφανισθεί σε άτομα κάτω των 40 ετών. Παρ'όλο που ακόμη και στο 20% όλων των περιστατικών καρκίνου του μαστού μπορεί να υπάρχει μια σημαντική γενετική συνιστώσα, ως τμήμα ενός μηχανισμού πολυπαραγοντικής ή πολυγονιδιακής κληρονομιάς, ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων φαίνεται να οφείλεται σε μια κληρονομική, μεντελικά μεταβιβαζόμενη επικρατή προδιάθεση για καρκίνο του μαστού. Οι οικογένειες αυτές εμφανίζουν κοινά χαρακτηριστικά οικογενούς καρκίνου: μεγάλο αριθμό προσβεβλημένων γυναικών, μικρότερη ηλικία εμφάνισης, συχνή αμφοτερόπλευρη εμφάνιση του όγκου και αυξημένη συχνότητα καρκίνου του μαστού στους άνδρες.¹¹

Γενεαλογικό δένδρο



Εικόνα 9

(Thomson & Thomson, 2001, Ιατρική Γενετική)

2.12 Καρκίνος μαστού στους άνδρες:

Επιδημιολογία:

Ø Αυξάνονται τα περιστατικά καρκίνου μαστού στους άνδρες.

Αυξάνεται διαρκώς ο αριθμός των ανδρών που προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού, ωστόσο οι περισσότεροι εξ αυτών εντοπίζουν την ύπαρξη της νόσου μόνο σε προηγμένο στάδιο.

Ομάδες ερευνητών από το πανεπιστήμιο του Τέξας με επικεφαλής την Δρ Σάρον Τζιόρνταν σύγκριναν δεδομένα που αφορούσαν περιστατικά

καρκίνου και ποσοστά επιβίωσης μεταξύ μιας μεγάλης ομάδας ατόμων στις ΗΠΑ, από το 1973 έως το 1998.

Όπως διαπιστώθηκε, τα κρούσματα καρκίνου του μαστού ανά 100.000 ανδρών στο χρονικό διάστημα των τελευταίων 20 ετών αυξήθηκαν από 0,86 σε 1,08.

Οι ερευνητές στη συνέχεια εξέτασαν την κλινική εικόνα 2.524 περιστατικών ανδρικού καρκίνου του μαστού και την συνέκριναν με 380.856 αντίστοιχα περιστατικά γυναικείου καρκίνου του μαστού που διαγνώστηκαν την ίδια περίοδο.

Όπως αποκαλύφθηκε, σε σύγκριση με τις γυναίκες, οι άνδρες πάσχοντες ήταν κατά κανόνα σε μεγαλύτερη ηλικία όταν πρωτοδιαγνώστηκε η νόσος σε αυτούς, 67 ετών για τους άνδρες και 62 ετών για τις γυναίκες κατά μέσο όρο.

Επιπλέον, οι άνδρες έπασχαν από καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ η νόσος ήταν περισσότερο πιθανό να έχει εμφανίσει μετάσταση στους λεμφαδένες από ότι στις γυναίκες.

Οι επιστήμονες επισημαίνουν πως η βασική αιτία για την οποία η ασθένεια διαγιγνώσκεται πολύ αργότερα στους άνδρες σχετίζεται με το γεγονός ότι οι περισσότεροι συγχέουν τα συμπτώματα του καρκίνου του μαστού με τα αντίστοιχα της γυναικομαστίας, μιας πάθησης που πλήττει αρκετά το ισχυρό φύλο.¹²

Ø Επειδή ο καρκίνος μαστού στους άνδρες είναι πολύ σπάνιος, δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα σχετικά με τους παράγοντες που τον προκαλούν και για την θεραπεία του.

Ø Η γυναικομαστία στους άνδρες, δηλαδή η αύξηση του μεγέθους του μαστού, δεν προδιαθέτει για καρκίνο του μαστού.

Στους άνδρες το διάστημα που μεσολαβεί από τη στιγμή που εμφανίζονται τα συμπτώματα μέχρι τη διάγνωση, είναι πολύ μεγαλύτερο. Ο λόγος είναι διότι οι άνδρες δεν είναι ενήμεροι ότι μπορεί να προσβληθούν από την ασθένεια αυτή.

Οι ιστολογικοί τύποι του καρκίνου του μαστού που αναπτύσσουν οι άνδρες είναι παρόμοιοι με αυτούς των γυναικών. Όμως στους άνδρες, οι καρκίνοι του μαστού είναι πολύ πιο συχνά ευαίσθητοι στις ορμόνες, οιστρογόνα ή προγεστερόνη, οι οποίες επηρεάζουν την ανάπτυξή τους.

Κατά γενικό κανόνα συστήνονται οι ίδιες θεραπείες όπως και στις γυναίκες. Στις περιπτώσεις με τις μεταστάσεις, συστήνονται κατά κύριο λόγο οι ορμονοθεραπείες. Η χημειοθεραπεία επιφυλάσσεται μόνο για τις περιπτώσεις που δεν έχουν ευαισθησία οι ορμόνες.

Άνδρες με ιστορικό ασθενειών των όρχεων ή των μαστών, με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού στις γυναίκες έχουν υψηλότερο κίνδυνο για να παρουσιάσουν τη νόσο.

Επίσης άτομα που πάσχουν από το σύνδρομο Klinefelter, έχουν ανωμαλίες στο γονίδιο BRCA2 διατρέχουν πολύ αυξημένο κίνδυνο.

Συνοπτικά φαίνεται ότι ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες, αν και σπανιότερος, έχει πολλά κοινά σημεία με τον ίδιο καρκίνο στις γυναίκες.

Θα πρέπει να είναι ενήμεροι για την πάθηση αυτή και θα πρέπει να ζητούν βοήθεια από το γιατρό τους εάν παρατηρήσουν οποιοσδήποτε ανωμαλίες ή εάν έχουν πόνο στους μαστούς τους.¹³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

3.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει το γυναικείο **φύλο** σε σχέση 100:1 με το ανδρικό φύλο.

Γυναίκες που η μητέρα τους ή η αδερφή τους εμφάνισαν καρκίνο μαστού, έχουν διπλάσια ή τριπλάσια πιθανότητα να προσβληθούν και οι ίδιες από ότι ο υπόλοιπος γυναικείος πληθυσμός.

Ο κίνδυνος αυξάνεται εάν αυτή η πρώτου βαθμού συγγενής είχε προσβληθεί σε μικρή ηλικία ή αν η νόσος ήταν αμφοτερόπλευρη. Έτσι ο κίνδυνος είναι πενταπλάσιος για αμφοτερόπλευρη εντόπιση και εννεαπλάσιος αν η νόσος εμφανίστηκε αμφοτερόπλευρη σε συγγενή πριν από την εμμηνόπαυση.

Το **ιστορικό νόσου του μαστού** αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα. Ο κίνδυνος εκδήλωσης δευτεροπαθούς καρκίνου (καρκίνος στον άλλο μαστό μετά από κάποιο χρονικό διάστημα) είναι πέντε φορές μεγαλύτερος από τον γενικό πληθυσμό.

Παράγοντες κινδύνου θεωρούνται: η πρώτη τελειόμηνη κύηση μετά από 30 χρόνια, η πρόωμη έναρξη της εμμήνου ρύσης πριν από την ηλικία των 11 ετών και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση μετά τα 55 χρόνια. Αντίθετα, πρώτη κύηση μεταξύ 18 και 20 ετών και η τεχνητή πρόωμη εμμηνόπαυση, αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες.

Σημαντικό ρόλο παίζουν και οι **διαιτητικοί** παράγοντες. Δίαιτα πλούσια σε λίπος και ζωικές πρωτεΐνες, η παχυσαρκία και η υπερβολική

κατανάλωση οινοπνευματωδών, αποτελούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου. Αντίθετα, τροφή πλούσια σε λαχανικά, φρούτα και σε φυτικές ίνες, αποτελούν προστατευτικό παράγοντα.

Η έκθεση επίσης σε ιονίζουσα **ακτινοβολία** αυξάνει τον κίνδυνο.

Από την άλλη μεριά, δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα ισχυρή συσχέτιση **αντισυλληπτικών δισκίων** και καρκίνο μαστού. Ο κίνδυνος ποικίλλει με τα χρόνια λήψης και ειδικότερα με το χρόνο τελευταίας λήψης. Ο κίνδυνος για αυτές που λαμβάνουν δισκία είναι 1,24, για αυτές που τα σταμάτησαν από 1 ως 4 χρόνια είναι 1,16, και για αυτές που τα σταμάτησαν από 5 έως 9 χρόνια ο κίνδυνος μειώνεται σε 1,07. Εν τούτοις η παρατεταμένη χρήση οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση πρέπει να αποφεύγεται.

Τέλος, ο ρόλος της **χρόνιας κυστικής μαστοπάθειας** ως προδιαθεσικού παράγοντα στην ανάπτυξη καρκίνου μαστού αποτελεί θέμα μακροχρόνιων ερευνών.

Σήμερα γίνεται δεκτό ότι η ‘επιθηλίωση’ (δηλαδή η ταχεία αύξηση των επιθηλιακών στοιχείων) χωρίς υπερπλασία, αυξάνει τον κίνδυνο κατά 1,9 φορές. Όταν υπάρχει άτυπη υπερπλασία ο κίνδυνος αυξάνει κατά 5,3 φορές, ενώ ατυπία που συνοδεύεται από θετικό οικογενειακό ιστορικό αυξάνει τον κίνδυνο κατά 11 φορές. Η παρουσία επασβεστώσεων σε συνδυασμό με επιθηλίωση αποτελεί επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα.³

3.2 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

Η σχέση της **κληρονομικότητας** με τον καρκίνο του μαστού είναι διαπιστωμένη και αφορά σε συγγενείς πρώτου βαθμού, δηλαδή μητέρα ή αδερφή.

Σε ότι αφορά το **φύλο** στους 100 καρκίνους του μαστού μόνο ο ένας αφορά στον άντρα. Συχνότερα εμφανίζεται σε όσους πάσχουν από σύνδρομο Klinefelter.

Στατιστικά δεδομένα αναφέρουν πως ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στο Δυτικό κόσμο από ότι στην Ασία, στην Αμερική και στη μέση Ανατολή. Έτσι η **γεωγραφική κατανομή** αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών 35-55 ετών. Δεν είναι συχνή η εμφάνισή του πριν από την ήβη. Η συχνότητα ανεβαίνει μέχρι την εποχή της εμμηνόπαυσης, για να περιορισθεί μετά από αυτή. Ειδικότερα, ο καρκίνος του μαστού κάτω από την **ηλικία** των 30 ετών εμφανίζεται σε συχνότητα που δεν φτάνει το 1%. Αντίθετα αγγίζει το 85% σε περιπτώσεις που η μέση ηλικία είναι 40 ετών.

Σημαντικό ρόλο παίζει η **ηλικία του πρώτου τοκετού**. Διαπιστώθηκε, πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ηλικία της γυναίκας, που θα αποκτήσει το πρώτο της παιδί, και στον καρκίνο του μαστού.

Αντίθετα οι γυναίκες που δεν γέννησαν (**ατεκνία**), εμφανίζουν αυξημένη τη συχνότητα καρκίνου του μαστού.

Μέχρι πρότινος επικρατούσε η άποψη πως ο **θηλασμός** προστατεύει την γυναίκα από τον καρκίνο του μαστού. Τα τελευταία χρόνια η άποψη δεν θεωρήθηκε παραδεκτή. Σήμερα, όμως, έχει γίνει δεκτό πως όσο περισσότερο καιρό διαρκέσει ο θηλασμός τόσο μεγαλύτερη είναι η προστασία.

Τέλος οι **αμβλώσεις** αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα. Οι διακοπές της εγκυμοσύνης, στο πρώτο τρίμηνό της, διαπιστώθηκε, πως αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες εκδήλωσης καρκίνου του μαστού.¹

3.3 Γυναίκες που έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν καρκίνο μαστού:

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες μεγαλύτερες των 50 ετών. Ο καρκίνος μαστού εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες στις οποίες η περίοδος ξεκίνησε πολύ νωρίς στη ζωή τους, ή στις οποίες η περίοδος άργησε να σταματήσει. Αυτό ονομάζεται πρόωμη εμμηναρχή ή πρόωμη εμμηνόπαυση. Επιπλέον, εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες που δεν απέκτησαν παιδιά ή απέκτησαν το πρώτο τους παιδί μετά την ηλικία των 35 ετών. Επίσης, ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες που έχουν κάποιον πολύ κοντινό συγγενή με καρκίνο μαστού (μητέρα-αδερφή).¹⁴

3.4 Εγκυμοσύνη και καρκίνος μαστού:

Από τις κακοήθειες του μαστού το 2-5% παρατηρείται σε εγκυμονούσες γυναίκες. Η ανίχνευση ογκιδίων, μεταβολών στο μαζικό ιστό ή μαζών είναι πιο δύσκολη κατά την εγκυμοσύνη, εξαιτίας των φυσιολογικών μεταβολών που συμβαίνουν σε αυτή την περίοδο. Αν διαπιστωθεί κάποιο

ογκίδιο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι σκόπιμο να γίνει μαστογραφία με κατάλληλη θωράκιση ή βιοψία μαστού, είτε με αναρρόφηση ή χειρουργικά. Η θεραπεία βασικά είναι ίδια, αν και η ακτινοβολία αντενδείκνυται κατά την εγκυμοσύνη. Αν διαπιστωθεί επιθετική νόσος κατά την αρχή της εγκυμοσύνης και συσταθεί χημειοθεραπεία, η διακοπή της εγκυμοσύνης είναι μια άλλη επιλογή.

Μερικοί χειρουργοί συμβουλεύουν την άρρωστη να περιμένει δύο χρόνια μετά τη θεραπεία για καρκίνο, πριν αποφασίσει να μείνει έγκυος. Στην περίπτωση σταδίου II (μάζα εντοπισμένη στο μαστό. Μασχαλιαίοι αδένες θετικοί) ή σταδίου III (μάζα μαστού τοπικά εκτεταμένη. Μασχαλιαίοι, υπερκλείδιοι και έσω μαζικοί αδένες θετικοί) της νόσου, οι άρρωστες συμβουλεύονται να περιμένουν 4 χρόνια. Εγκυμοσύνη μετά από θεραπεία για καρκίνο του μαστού δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής της νόσου.⁶

Ο καρκίνος του μαστού κατά την διάρκεια της γαλουχίας δεν είναι τόσο πολύπλοκος, αφού η γυναίκα μπορεί οποτεδήποτε να διακόψει τον θηλασμό και να αρχίσει το παιδί να λαμβάνει τεχνητή διατροφή. Η ακτινοβολία θα καταστήσει πιθανώς αδύνατο το θηλασμό. Επίσης, η ασθενής δεν θα πρέπει να θηλάζει να υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία, αφού έτσι το βρέφος θα λάμβανε με το γάλα χημικές ουσίες.

Δεν είναι βέβαιο αν η γαλουχία επηρεάζει τον ίδιο τον καρκίνο. Η Love (1990) παρακολουθούσε δύο ασθενείς των οποίων ο καρκίνος του μαστού εμφανίστηκε κατά την περίοδο του θηλασμού. Αμφότερες υποβλήθηκαν σε θεραπεία, διέκοψαν το θηλασμό και η κατάστασή τους εξελίχθηκε ικανοποιητικά, χωρίς υποτροπή, επί αρκετά χρόνια. Μετά από πολλή συζήτηση και οι δύο γυναίκες αποφάσισαν να αποκτήσουν πάλι

παιδί. Η πρώτη εμφάνισε υποτροπή κατά την διάρκεια της δεύτερης κύησης. Η άλλη ανέπτυξε δεύτερο πρωτογενή καρκίνο κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Το γεγονός αυτό οδηγεί την Love στο ερώτημα μήπως, όταν ο καρκίνος εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της κύησης ή της γαλουχίας, υπάρχει υψηλότερος κίνδυνος υποτροπής σε μεταγενέστερη κύηση. Προφανώς δεν μπορούμε να διεξάγουμε τυχαιοποιημένη μελέτη και είναι πάρα πολύ ασυνήθιστη η υποτροπή για να εξάγουμε κάποιο συμπέρασμα. Οι ενδείξεις παραμένουν ‘ανέκδοτες’. Πάραυτα, η Love προτείνει σε κάποια γυναίκα, η οποία ανέπτυξε καρκίνο του μαστού κατά την διάρκεια της κύησης ή της γαλουχίας, να λάβει σοβαρά υπόψη της να μην έχει άλλη κύηση, στην περίπτωση που επηρεάζει την πιθανότητα υποτροπής.¹⁵

3.5 Διορθωτικές επεμβάσεις:

Οι διορθωτικές επεμβάσεις στο στήθος βοηθούν στη μείωση του καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες με μικρότερο μαστό αναπτύσσουν καρκίνο κατά 2% λιγότερο σε σχέση με αυτές που έχουν μεγάλο μαστό, κάτι που ισχύει ακόμη και αν έχουν πρόσθεμα σιλικόνης. Από την άλλη, μπορεί να προληφθεί καρκίνος που βρίσκεται σε αρχικό στάδιο, αφού τα κομμάτια που αφαιρούνται υποβάλλονται σε βιοψία.¹⁶

3.6 Κάπνισμα: Πώς και πόσο επηρεάζει την εκδήλωση καρκίνου του μαστού;

Μέχρι τώρα γνωρίζαμε ότι το κάπνισμα αποτελεί τον κυριότερο επιβαρυντικό παράγοντα για την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα. Σύμφωνα όμως με ερευνητικά δεδομένα που πρόσφατα είδαν το φως της δημοσιότητας, το κάπνισμα αποτελεί επίσης παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο του στήθους. Συγκεκριμένα, ορισμένες ουσίες που περιέχονται στον καπνό, όπως οι υδρογονάνθρακες, οι αρωματικές αμίνες και οι νιτροζαμίνες, μεταβολίζονται στα κύτταρα του στήθους και ευθύνονται για τη δημιουργία μεταλλάξεων στο DNA.

Είναι όμως αξιοσημείωτο ότι το κάπνισμα παρουσιάζει και αντιοιστρογονική δράση, επειδή περιορίζει το σχηματισμό οιστρογόνων στο λιπώδη ιστό.

Ο συνδυασμός, λοιπόν, των αντικρουόμενων συνεπειών του καπνίσματος, δηλαδή της καρκινογενετικής και της αντιοιστρογονικής δράσης, επηρεάζει διαφορετικά τις νεότερες γυναίκες από εκείνες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση.¹⁷

3.7 Κλιμακτήριος και καρκίνος του μαστού:

Μετά την είσοδο στην κλιμακτήριο, ειδικά στις γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει, ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού εξαρτάται περισσότερο από το ποσό των οιστρογόνων στον οργανισμό.¹⁷

3.8 Αντισυλληπτικά και καρκίνος μαστού:

Καλοήθεις όγκους στο στήθος: ένα από τα πιο εμφανή οφέλη είναι η μειωμένη πιθανότητα καλοηθών όγκων στο στήθος συμπεριλαμβανομένων των ινοκυστικών μαστών και των ινοαδενωμάτων.¹⁸

Ωστόσο, δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι το αντισυλληπτικό χάπι προκαλεί καρκίνο του μαστού. Τα οιστρογόνα όμως μπορούν να αυξήσουν την ανάπτυξη του καρκίνου που προϋπάρχει.¹⁹

3.9 Ένοχα τα αποσμητικά και το ξύρισμα της μασχάλης:

Ένοχα τα αποσμητικά και τα αντιδρωτικά προϊόντα όπως και το ξύρισμα της μασχάλης για την εμφάνιση λεμφαδενωμάτων. Ο Διευθυντής του Ογκολογικού Τμήματος του « ΑΓ. Ανδρέα», Παναγιώτης Γκινόπουλος συνιστά στο γυναικείο πληθυσμό, μέχρι να αποσαφηνιστεί η επίδραση των παραπάνω στον οργανισμό να αποφεύγουν τη χρήση αποσμητικών αλλά και το ξύρισμα.

Ο Γκινόπουλος ανέφερε ότι τα δύο τελευταία χρόνια έχουν γίνει μελέτες που έδειξαν ουσιαστικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που χρησιμοποιούσαν αντιδρωτικά ή αποσμητικά και γυναικών που δεν χρησιμοποιούσαν προϊόντα της κατηγορίας αυτής και δεν ξύριζαν τις μασχάλες τους.

Οι μεν πρώτες είχαν βεβαρημένο ιστορικό για εμφάνιση λεμφαδενωμάτων, ακόμα και καρκινικούς όγκους. Τα αποσμητικά και τα προϊόντα κατά του ιδρώτα εμποδίζουν τον οργανισμό να ιδρώνει. Όπως

όλοι γνωρίζουμε, με τον ιδρώτα, τα ούρα και τα κόπρανα αποβάλλονται οι τοξικές ουσίες που παράγει ο ίδιος ο οργανισμός μας. Αυτοί είναι οι βασικοί ‘δρόμοι’ μέσω των οποίων ο οργανισμός απαλλάσσεται από τις ουσίες αυτές. Όταν λοιπόν χρησιμοποιούμε αντιδρωτικά είναι σαν να μπλοκάρουμε έναν από τους δρόμους απαλλαγής του οργανισμού από τις ουσίες αυτές και παράλληλα τον φορτώνουμε με ‘χημικά’.

Ο ίδιος είπε ότι την περίοδο αυτή βρίσκεται σε εξέλιξη μια σειρά από μεγάλες επιστημονικές έρευνες με την συμμετοχή χιλιάδων γυναικών, τα αποτελέσματα των οποίων θα αποσαφηνίσουν ποια είναι η πραγματική συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ των αντιδρωτικών προϊόντων. Αυτά είναι που θα μας δείξουν εάν πράγματι υπάρχει πρόβλημα και πώς θα πρέπει να αντιμετωπιστεί.

Ωστόσο ο Γκινόπουλος συνιστά σε όλες τις γυναίκες να είναι συγκρατημένες στην χρήση αποσμητικών και ξυραφιού στην περιοχή της μασχάλης. *« στέκομαι ιδιαίτερα στο ξύρισμα γιατί οι μικρές αμυχές που προκαλούνται επιτρέπουν την είσοδο μικροβίων στον οργανισμό και δημιουργούνται λεμφαδενίτιδες»*. Οι τελευταίες μπορεί δύσκολα να διαφοροδιαγνωστούν από τον γιατρό εάν πρόκειται για απλή λοίμωξη ή μεταστατικό καρκίνωμα. Αυτό σημαίνει ότι το ξύρισμα στην μασχάλη είναι καλό να αποφεύγεται και να μην χρησιμοποιούνται αντιδρωτικά.²⁰

Η χρήση αποσμητικών στη μασχάλη σε συνδυασμό με το συχνό ξύρισμα της περιοχής, αυξάνουν τις πιθανότητες προσβολής από καρκίνο του μαστού, σύμφωνα με αμερικανική έρευνα (2004), που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο *European Journal of Cancer Prevention*.

Η εν λόγω μελέτη, που πραγματοποιήθηκε από ομάδα επιστημόνων του Πανεπιστημίου Νορθγουέστερν υποστηρίζει ότι όσο πιο συχνός είναι ο

συνδυασμός ξυρίσματος και τοποθέτησης αποσμητικών στη μασχάλη, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες προσβολής από καρκίνο του μαστού.

Η σύνδεση της συγκεκριμένης μορφής καρκίνου με τη χρήση αποσμητικών είχε αποτελέσει και κατά το παρελθόν αντικείμενο μελετών, δίχως όμως να αποδειχθεί πως όντως ισχύει κάτι τέτοιο.

Η νέα αμερικανική μελέτη βασίστηκε σε δείγμα 437 γυναικών που έπασχαν από καρκίνο του μαστού, οι οποίες ταξινομηθήκαν σε τέσσερις ομάδες αναλόγως με το πόσο συχνά ξύριζαν τις μασχάλες τους και έβαζαν αποσμητικά.

Όπως διαπιστώθηκε, όσο πιο συχνός ήταν ο συνδυασμός, τόσο πιο μεγάλες ήταν οι πιθανότητες προσβολής από καρκίνο του μαστού. Μάλιστα, οι γυναίκες που ξύριζαν την περιοχή τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα και έβαζαν αποσμητικό τουλάχιστον δύο, ήταν τουλάχιστον 15 χρόνια νεότερες σε ηλικία όταν προσβλήθηκαν από καρκίνο σε σχέση με όσες απέφευγαν αυτή την τακτική.

Από την έρευνα αυτή οι ερευνητές συμπέραναν πως από μόνες τους οι παραπάνω καλλωπιστικές ενέργειες δεν είχαν την ίδια αρνητική επίδραση στον οργανισμό των γυναικών και πως τα συστατικά αλουμινίου που υπάρχουν σε πολλά προϊόντα ομορφιάς πιθανότατα αποτελούν την αιτία του φαινομένου.²¹

3.10 Επασβεστώσεις στο μαστό: είναι καρκίνος;

Οι επασβεστώσεις είναι μικρές εναποθέσεις ασβεστίου στους ιστούς των μαστών που φαίνονται σαν λευκά στίγματα στη μαστογραφία. Οι επασβεστώσεις στο μαστό είναι συχνό εύρημα. Πολλές γυναίκες έχουν τουλάχιστο μία επασβέστωση η οποία είναι ορατή στη μαστογραφία. Οι περισσότερες επασβεστώσεις στο μαστό δε συνδέονται με καρκίνο. Συγκεκριμένες όμως μορφές επασβέστωσης, όπως πχ μικροεπασβεστώσεις με ανώμαλο περίγραμμα, μπορεί να σχετίζονται με καρκίνο.

Υπάρχουν δύο τύποι επασβέστωσης. Μεγάλες εναποθέσεις ασβεστίου (μακροεπασβεστώσεις) εμφανίζονται σαν μεγάλες λευκές κουκίδες στη μαστογραφία. Μικρότερες εναποθέσεις ασβεστίου (μικροεπασβεστώσεις) εμφανίζονται σαν πολύ μικρά λευκά στίγματα. Από τους δύο αυτούς τύπους, οι μικροεπασβεστώσεις είναι πιο ανησυχητικές.

Μη καρκινωματώδεις (καλοήθειες) αιτίες επασβεστώσεων στο μαστό είναι:

- Ø Ασβέστιο στο υγρό μη καρκινικών κύστεων
- Ø Επασβεστώσεις σχετιζόμενες με διατεταμένους γαλακτικούς πόρους
- Ø Παλαιά τραύματα στο μαστό (επασβέστωση σε έδαφος ματατραυματικής λιπώδους νέκρωσης)
- Ø Φλεγμονές οφειλόμενες σε λοίμωξη (μαστίτιδα)
- Ø Δερματικές επασβεστώσεις
- Ø Προηγούμενη ακτινοθεραπεία στο θώρακα
- Ø Επασβέστωση αρτηριών
- Ø Επασβεστώσεις ινοαδενώματος (μη καρκινική πάθηση)

Οι μικροεπασβεστώσεις στη μαστογραφία μπορεί να εμφανίζονται είτε μεμονωμένες είτε ως συσσωματώματα και η ανεύρεσή τους δεν συνδέεται κατά ανάγκη με παρουσία καρκίνου. Το σχήμα και η διασπορά τους βοηθούν τον ακτινολόγο να προσδιορίσει την πιθανότητα να είναι καρκινικής προέλευσης. Σε μερικές περιπτώσεις, οι μικροεπασβεστώσεις δεν χρειάζεται να συνοδεύονται από διενέργεια βιοψίας. Σε αυτή την περίπτωση ο γιατρός μπορεί να προτείνει την επανάληψη της μαστογραφίας σε 3 έως 6 μήνες. Αλλά αν οι μικροεπασβεστώσεις είναι ύποπτες, ο γιατρός θα προτείνει την άμεση διενέργεια βιοψίας.

Μια μαστογραφία – η οποία μπορεί να συνδυάζεται με υπερηχογράφημα των μαστών- δεν μπορεί να αποδείξει ότι μια ανώμαλη περιοχή αντιπροσωπεύει καρκίνο. Μπορεί όμως να απεικονίσει ότι μια ανώμαλη περιοχή στο μαστό είναι με μεγάλη πιθανότητα καλοήθης, να περιορίσει στο ελάχιστο δηλαδή την πιθανότητα ο μη φυσιολογικός ιστός να είναι καρκινικός. Σε αυτή την περίπτωση ο γιατρός μπορεί να προτείνει η γυναίκα να επανέλθει για μαστογραφία σε συντομότερο χρονικό διάστημα από ότι συνήθως. Ο μόνος τρόπος για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση καρκίνου είναι η βιοψία.²²

3.11 Διαιτητικοί παράγοντες:

Πιστεύεται, πως οι παχύσαρκες γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο του μαστού.

Οι διαιτητικοί παράγοντες υπεισέρχονται στη σύνθεση και στο μεταβολισμό των οιστρογόνων ορμονών, δηλαδή το λίπος, και μάλιστα το ζωικό, οδηγεί σε αυξημένη μετατροπή της ανδροστενδιόνης σε οιστρόνη και αυξάνει την απελευθέρωση προλακτίνης από την υπόφυση και την παραγωγή χολικών αλάτων, που μεταβάλλουν την εντερική χλωρίδα, έτσι, ώστε να παράγονται καρκινογόνες ουσίες.

Σε διαιτητικούς παράγοντες αποδόθηκε και η εμφάνιση καρκίνου στο παχύ έντερο, που σχετίστηκε θετικά, έστω και σε μικρό βαθμό, με τον καρκίνο του μαστού.

Η κατάχρηση οινοπνεύματος φαίνεται, πως προδιαθέτει στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού, γιατί εμφανίζεται 1-1,5 φορά συχνότερα από ότι στο γενικό πληθυσμό σε γυναίκες που πίνουν, παραπάνω από το συνηθισμένο, οινοπνευματώδη ποτά.¹

Ανεξάρτητα από τους παράγοντες που αναφέρθηκαν, την μεγαλύτερη σημασία έχουν ουσίες του περιβάλλοντος αφού τα 80% όλων των θανάτων από καρκίνο εκτιμάται ότι προκαλούνται από αυτές. Ως ουσίες του περιβάλλοντος θεωρούνται οι περιεχόμενες σε αλκοολούχα ή μη ποτά, τον αέρα και το ύδωρ, πρόσθετα τροφίμων, φάρμακα, το κάπνισμα του τσιγάρου, βιομηχανικά προϊόντα, αλλά και καρκινογόνες ουσίες, φυσικά συστατικά τροφίμων κλπ.

Η διαπίστωση αυτή απαιτεί την ανάγκη για εντονότερη έρευνα επάνω στην αποσαφήνιση της σύστασης των διάφορων ουσιών και των πηγών προέλευσής τους που ενοχοποιούνται σαν καρκινογόνα και παραλλήλως τη μη χρησιμοποίηση ή την απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον, προκειμένου να ελαττωθεί σημαντικά η συχνότητα εμφάνισης της νόσου αυτής.

Η λήψη μέτρων για την απομάκρυνση ή τη μη λήψη καρκινογόνων ουσιών του περιβάλλοντος προσκρούει στη μη εφαρμογή τους σε ατομικό επίπεδο. Π.χ. όλος ο κόσμος γνωρίζει ότι το 30% των θανάτων από καρκίνο οφείλεται στο κάπνισμα, όμως κάθε καπνιστής ευελπιστεί ότι δεν θα συμπεριληφθεί σε αυτό το 30% και συνεχίζει να καπνίζει. Άλλες σημαντικές πηγές καρκινογόνων δεν είναι πρακτικώς αδύνατο να απομακρυνθούν από το περιβάλλον.

Χαρακτηριστική περίπτωση αποτελούν τα τρόφιμα που περιέχουν καρκινογόνες ουσίες οι οποίες δεν είναι διαιτητικά πρόσθετα, αλλά φυσικά συστατικά τους. Η πηγή αυτή καρκινογόνων θα συνεχίσει να αποτελεί και στο μέλλον κίνδυνο για τον άνθρωπο. Ακόμη, πολλές καρκινογόνες ουσίες είναι προϊόντα της βιομηχανοποιημένης κοινωνίας ή αντανακλούν τον τρόπο ζωής και για το λόγο αυτό είναι πολύ δύσκολο να αποκλεισθούν από τη ζωή του ανθρώπου.

Πολλές από τις ουσίες του περιβάλλοντος είναι άμεσα καρκινογόνα ενώ άλλες προκαρκινογόνα γίνονται μετά τη βιομετατροπή τους στον οργανισμό. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία, γιατί σε όλα τα μέρη του κόσμου παρατηρείται έντονη στροφή στη χρήση φυσικών ουσιών για την κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου.²³

3.11i Διατροφή και καρκίνος του μαστού:

Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ μακροχρόνιας υπερκατανάλωσης λιπών και ανάπτυξης ποικίλων μορφών όγκων ιδιαίτερα σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου. Η υπερκατανάλωση λιπών πιθανότατα τροποποιεί το ορμονικό ισοζύγιο, προκαλεί ανωμαλίες στις κυτταρικές μεμβράνες, επηρεάζει το μεταβολισμό των καρκινογόνων ουσιών και την διαδικασία αποκατάστασης βλαβών στο DNA. Πιστεύεται ότι η μεγάλη κατανάλωση λιπών αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Στις παχύσαρκες γυναίκες παρατηρείται αυξημένη σύνθεση οιστρογόνων.

Μερικές συμβουλές για την πρόληψη του καρκίνου είναι:

Η διατροφή να περιλαμβάνει δημητριακά ολικής αλέσεως, όσπρια, φρέσκα φρούτα και λαχανικά, οι τροφές να είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπη όπως: άπαχο κρέας, άπαχο γάλα, τυριά, γιαούρτι, περιορισμός στη ζάχαρη και στα αλμυρά, αποφυγή τροφών που περιέχονται σε κονσέρβες. Επίσης πρέπει να αποφεύγονται τροφών ψημένες στα κάρβουνα, όχι οινοπνευματώδη ποτά και καλή σωματική κατάσταση.²⁴

Η διατροφή χρειάζεται να είναι πλήρης σε ίνες που καθαρίζουν το σώμα και βιταμίνες και ανόργανα στοιχεία που θεωρείται πως προστατεύουν από τη νόσο, ιδίως βιταμίνες A, C, D, και E, ασβέστιο, σελήνιο και ιώδιο. Κάποιοι ιατροί συνιστούν λήψη αντιοξειδωτικών συμπληρωμάτων.

Ορισμένες φυτικές τροφές περιέχουν φυτοοιστρογόνα, μικρής ισχύος οιστρογόνα που ίσως είναι πολύ χρήσιμα κατά των ορμονοευαίσθητων όγκων. Τα φυτοοιστρογόνα εμποδίζουν την πρόσληψη κανονικών

οιστρογόνων από τον μαστό. Έτσι μειώνεται πιθανώς ο κίνδυνος, ενώ αν υπάρχει ήδη κακοήθεια ίσως μειωθεί ο αριθμός πολλαπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων. Μερικές τροφές που περιέχουν φυτοοιστρογόνα είναι το σιτάρι, τα φασόλια σόγιας, οι ελιές, τα δαμάσκηνα, τα καρότα, τα μήλα, η γλυκοπατάτα και η καρύδα.²⁵

3.11ii Η βιταμίνη D κατά την διάρκεια της εφηβείας μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού:

Στοιχεία πληθυσμιακής μελέτης που παρουσιάστηκαν στο συνέδριο της Αμερικανικής Εταιρίας για την Έρευνα του καρκίνου, δείχνουν ότι η βιταμίνη D μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, και μάλιστα η έκθεση σε σχετικά μικρή ηλικία μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο.

Ερευνητική ομάδα «Όρος Σινά» του Τορόντο (2005) με επικεφαλής την Δρ Τζούλια Νάιτ, διαπίστωσε ότι παράγοντες που σχετίζονται με την έκθεση στη βιταμίνη D, περιλαμβανομένης της έκθεσης στον ήλιο και τις διατροφικές πηγές (μουρουνέλαιο, εμπλουτισμένο γάλα και συγκεκριμένα είδη ψαριών), σχετίζονται με μειωμένο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού. Ειδικότερα, αυτό ισχύει για την έκθεση κατά τη διάρκεια της εφηβείας.

Οι επιστήμονες επικεντρώθηκαν στη σύγκριση 576 γυναικών, 20-29 ετών, που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού και 1.135 υγιών γυναικών ίδιας ηλικίας.

Προέκυψαν σημαντικά αποδεικτικά στοιχεία μειωμένου κινδύνου καρκίνου του μαστού με παράγοντες ηλικιακής έκθεσης, όπως επαγγελματική απασχόληση σε εξωτερικό χώρο και ο αριθμός των

εξωτερικών δραστηριοτήτων στις ηλικίες 10 με 19 ετών και 20 με 29 ετών.

Η κατανάλωση μωρουνέλαιου για δέκα χρόνια ή περισσότερο συσχετίστηκε επίσης με χαμηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου, όπως και η κατανάλωση περισσότερων από δέκα ποτηριών εβδομαδιαίως γάλακτος συγκριτικά με λιγότερα από πέντε σε ηλικία 20 με 29 ετών.

«Όλο και περισσότερα συγκριτικά στοιχεία αποδεικνύουν ότι η βιταμίνη D συμβάλλει στη μείωση του κινδύνου εκδήλωσης καρκίνου του μαστού και από όσο μπορούμε να καταλάβουμε η τάση αυτή είναι σύμφωνη με την άποψη ότι οι διαδικασίες που συντελούνται κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης των μαστών στην εφηβεία μπορεί να επηρεάσουν τον μελλοντικό κίνδυνο καρκίνου του μαστού», σημειώνουν οι ερευνητές.²¹

3.12 Κατανάλωση οινοπνεύματος:

Σχετικό με το πρόβλημα της διατροφής είναι το θέμα της κατανάλωσης οινοπνεύματος. Ένας αριθμός πρόσφατων ερευνών υποδεικνύει ότι η πόση οινοπνευματωδών ποτών, ακόμα και σε μέτριες ποσότητες, είναι δυνατό να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών είχε μικρή επίδραση στις γυναίκες που ευρίσκοντο ήδη σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, σε σχέση με εκείνες που δεν είχαν κανένα παράγοντα κινδύνου.¹⁵

3.13 Ιονίζουσα ακτινοβολία:

Ένας από τους γνωστούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, όπως και για ποικίλους άλλους καρκίνους, είναι η ιονίζουσα ακτινοβολία.

Γυναίκες που εκτέθηκαν σε ακτινοβολία στο θύμο αδένα στη βρεφική ηλικία όσο και έφηβες που υποβλήθηκαν σε πολλές διαγνωστικές ακτινογραφίες λόγω σκολίωσης, βρέθηκε ότι έχουν ως επακόλουθο αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού όταν φτάσουν στην ηλικία των 30 και 40 χρόνων.

Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να υποδηλώνει ότι η ακτινοβολία αποτελεί μέρος μόνο του αρχικού προβλήματος και ότι υπάρχουν άλλες τροποποιητικές επιδράσεις που ακολουθούν αργότερα και επηρεάζουν την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

Γενικότερα ο κίνδυνος προέρχεται από τη συνολική αθροιστική δόση ακτινοβολίας.¹⁵

3.14 Τρόποι ελάττωσης του κινδύνου:

Σύμφωνα με τον Miller οι κύριοι τρόποι ελάττωσης του κινδύνου είναι η διατροφή, η μείωση της παχυσαρκίας, η μείωση της χρήσης οιστρογόνων κατά την εμμηνόπαυση και η μείωση της ηλικίας απόκτησης του πρώτου παιδιού.

Στον πίνακα καταγράφονται οι αποδοτέοι κίνδυνοι για ορισμένους από τους παράγοντες κινδύνου, περιβαλλοντικούς και τρόπου ζωής. Ο

αποδοτέος κίνδυνος είναι ο αριθμός των καρκίνων του μαστού που μπορούν να αποδοθούν σε κάποιο συγκεκριμένο παράγοντα κινδύνου.²⁶

Αποδοτέοι κίνδυνοι ανάπτυξης καρκίνου του μαστού

	Οφειλόμενος κίνδυνος
Απόκτηση πρώτου παιδιού σε ηλικία 25 ετών ή μεγαλύτερη	17%
Θεραπεία υποκατάστασης οιστρογόνων	8%
Δίαιτα υψηλής περιεκτικότητας λίπους	26%
παχυσαρκία	12%

Πίνακας 3

(A. B. Miller, 'Epidemiology and Prevention', στο J.R.Harris²⁶)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 40

4.1 Ψηλάφηση και παρατήρηση μαστών:

Η ψηλάφηση των μαστών γίνεται με τις ράγες των τριών μέσων δακτύλων. Αυτές πρέπει να εφάπτονται συνεχώς στο δέρμα κατά την διάρκεια της εξέτασης. Σε κάθε σημείο που εξετάζει η γυναίκα θα πρέπει να διαγράφει με τις άκρες των δακτύλων της τρεις μικρούς κύκλους. Κάθε κύκλος θα αντιπροσωπεύει διαφορετικό επίπεδο πίεσης, ξεκινώντας από το απλό άγγιγμα και καταλήγοντας στην βαθιά ψηλάφηση.

Στον πρώτο κύκλο, η γυναίκα αγγίζει το δέρμα της χωρίς όμως να πιέζει τους ιστούς που βρίσκονται κάτω από αυτό. Έτσι θα μπορέσει να αντιληφθεί οζίδια που βρίσκονται στα επιφανειακά στρώματα του μαστού. Στον δεύτερο κύκλο ασκεί περισσότερο πίεση στο σημείο που ψηλαφά.

Θα πρέπει να ελέγχεται προσεκτικά όλος ο μαστός, από την κλείδα μέχρι την τελευταία πλευρά και από την μασχαλιαία περιοχή μέχρι την στερνική περιοχή.

Υπάρχουν τρία σχήματα ψηλάφησης των μαστών. Πάντα ο κάθε μαστός εξετάζεται από το αντίθετο χέρι.

Στο 1^ο σχήμα η ψηλάφηση ξεκινά από την μασχαλιαία περιοχή με κατεύθυνση προς τα κάτω ακολουθώντας μια νοητή ευθεία γραμμή. Όταν η γυναίκα φτάσει στο κατώτερο όριο ακολουθεί την αντίστροφη πορεία μέχρι την κλείδα. Συνεχίζει με τον ίδιο τρόπο έως ότου ψηλαφήσει ολόκληρο τον μαστό.

Στο 2^ο σχήμα ξεκινά με ψηλάφηση από το περιφερικότερο τμήμα του μαστού και συνεχίζει διαγράφοντας έναν πλήρη κύκλο, μέχρι να φτάσει στο σημείο στο οποίο ξεκίνησε. Επαναλαμβάνει το ίδιο και στον άλλο μαστό.

Στο 3^ο σχήμα η γυναίκα ξεκινά την ψηλάφηση από την θηλή του μαστού και συνεχίζει προς το περιφερικότερο τμήμα του μαστού.

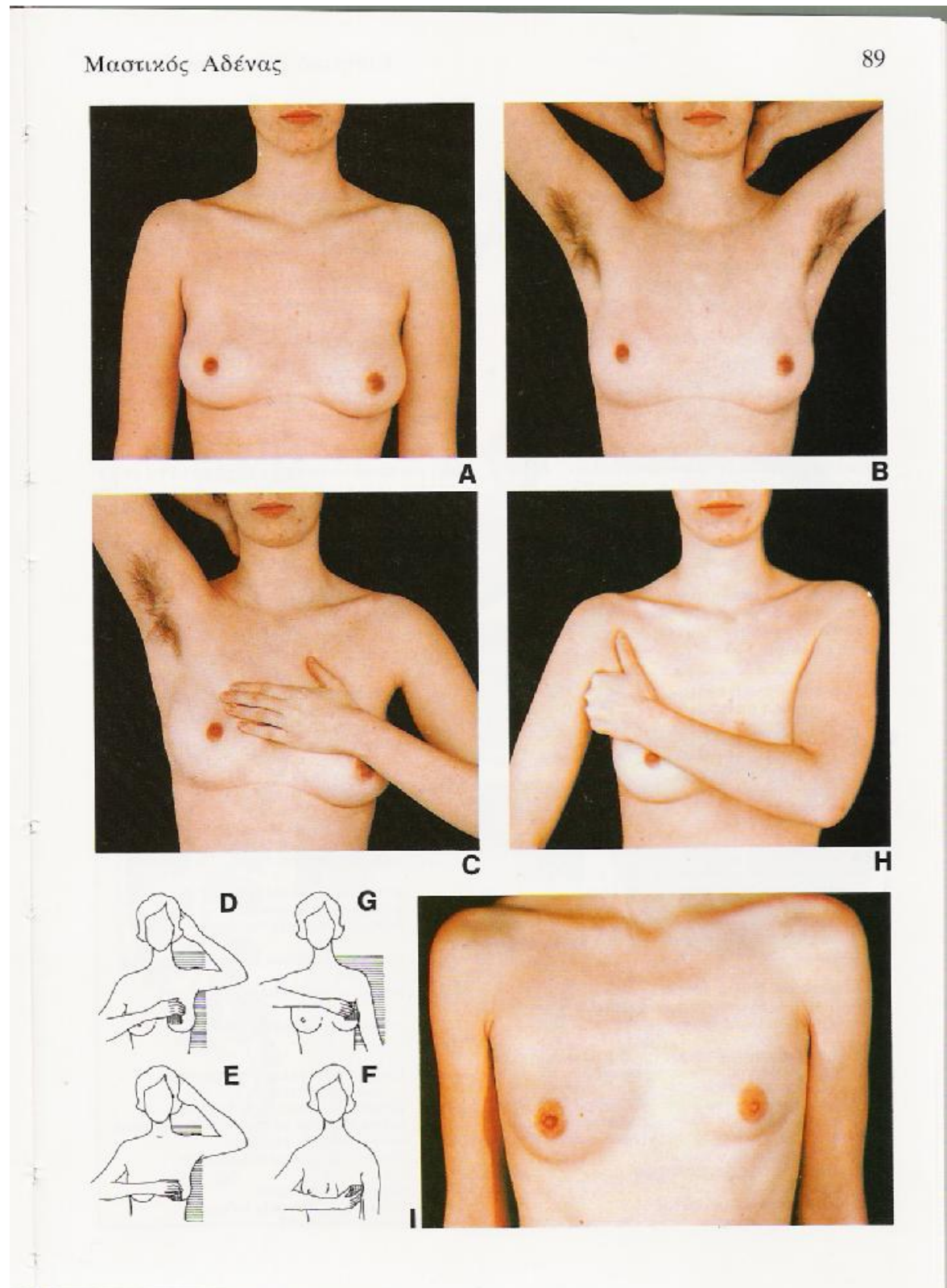
Όταν ολοκληρωθεί η ψηλάφηση των μαστών, είναι απαραίτητο να πιέσει ελαφρά με τον δείκτη και τον αντίχειρα την κάθε θηλή ξεχωριστά, προκειμένου να διαπιστωθεί αν εξέρχεται έκκριμα. Σε πολλές γυναίκες ο ερεθισμός των θηλών είναι δυνατό να προκαλέσει την έκκριση υγρού, χωρίς αυτό να υποδηλώνει κακοήθεια.²⁷

Για να παρατηρήσει μια γυναίκα τους μαστούς της θα πρέπει να σταθεί απέναντι από έναν καθρέπτη, γυμνή από την μέση και πάνω. Θα πρέπει να παρατηρήσει και τους δύο μαστούς μέσα από τον καθρέπτη. Ο ένας μαστός ενδεχομένως να είναι μεγαλύτερος από τον άλλο. Αυτό είναι φυσιολογικό και δεν θα πρέπει να ανησυχεί την γυναίκα. Θα πρέπει να παρατηρεί επίσης για αλλαγή μεγέθους ή στο σχήμα των θηλών, ροή υγρού ή αίματος από τις θηλές ή αλλαγή στη μορφή του δέρματος των μαστών.²⁸

4.1i Αυτοεξέταση μαστών:

Την αυτοεξέταση πρέπει να τη διδαχθεί η γυναίκα είτε από τον γυναικολόγο της, είτε από τον νοσηλευτή/τρια και αν την εφαρμόσει σώζει τη ζωή της. Η αυτοεξέταση των μαστών πρέπει να γίνεται από τη γυναίκα μια φορά το μήνα και να αρχίζει από τα 25 χρόνια της. Οι μεν προεμμηνοπαυσιακές πρέπει να εξετάζονται την 15^η ημέρα του κύκλου, οι δε μετεμμηνοπαυσιακές συγκεκριμένη ημέρα του μήνα (πχ κάθε 1^η του μήνα). Σκοπός της αυτοεξέτασης είναι η εξοικείωση της γυναίκας με την μορφή και την σύσταση των μαστών της. Αυτή η συνήθεια κάνει ευκολότερη την ανίχνευση κάθε διαφοροποίησης το ταχύτερο δυνατό. Οι γυναίκες που κάνουν αυτοεξέταση κάθε μήνα μπορούν να ανακαλύπτουν όγκους της τάξεως των 1,2cm, ενώ αυτές που δεν κάνουν ποτέ, ανακαλύπτουν τον όγκο στα 3,8cm. Η αυτοεξέταση όταν γίνεται κάθε μήνα μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της επιβίωσης.³

4.1ii Τεχνική αυτοεξέτασης:



Εικόνα 10

(ανατομική: κείμενο και άτλαντας, H. Lippert, 1993)

A-H Η αυτοεξέταση του μαστού είναι από τα σημαντικότερα μέτρα πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Πρέπει να γίνεται συστηματικά σε δύο στάδια: επισκόπηση (A-B) και ψηλάφηση (C-H). Αν γίνει αντιληπτό κάτι το ύποπτο πρέπει οπωσδήποτε να γίνει επίσκεψη σε γιατρό έμπειρο στην ψηλάφηση. Τα περισσότερα ‘ευρήματα’ είναι ακίνδυνα, όμως μπορούν να εκτιμηθούν μόνο μετά από προσεκτική εξέταση.

A Για την επισκόπηση η γυναίκα στέκεται εμπρός στον καθρέπτη, στον οποίο πρέπει να φαίνεται όλος ο κορμός ή τουλάχιστον ο θώρακας χωρίς παραμορφώσεις. Όταν τα άνω άκρα κρέμονται χαλαρά προς τα κάτω οι θηλές των μαστών βρίσκονται στο ίδιο ύψος και στην ίδια απόσταση από την μέση γραμμή. Σε όγκους η θηλή μετακινείται μερικές φορές προς την πλευρά του όγκου. Οι φυσιολογικοί μαστοί είναι σχεδόν ίσου μεγέθους. Σε πολλές όμως υγιείς γυναίκες ο ένας μαστός είναι μεγαλύτερος. Ύποπτη είναι η διαφορά μεγέθους που παρουσιάζεται σταδιακά, όταν πριν οι μαστοί ήταν ίσοι. Το δέρμα του φυσιολογικού μαστού δεν παρουσιάζει πουθενά εισολκή ή αλλοίωση. Σε καρκίνους που αναπτύσσονται προς το δέρμα έχει την εμφάνιση φλούδας πορτοκαλιού.

B Η συμμετρία των μαστών δεν πρέπει να αλλάζει όταν τα χέρια σηκωθούν ομοιόμορφα. Ο μείζων θωρακικός μυς καταφύεται στο βραχίονα και κατά την ανύψωση του βραχίονα τεντώνεται. Το δέρμα του θώρακα έλκεται προς τα πάνω μαζί με τον ανυψωμένο ώμο. Ο μαστός ως δερματικό όργανο, πρέπει να ακολουθεί την κίνηση αυτή: αν στη μία πλευρά ο μαστός υπολείπεται αυτό προκαλείται από συμφύσεις του συνδετικού ιστού που μπορεί να οφείλονται μεταξύ άλλων σε καρκίνο.

C-G Επόμενο στάδιο είναι η ψηλάφηση των μαστών. Το χέρι που εξετάζει τοποθετείται με την παλάμη επάνω στο μαστό. Οι ράγες των δακτύλων πιέζουν με αρκετή δύναμη. Ο φυσιολογικός μαστός έχει ομοιόμορφη μαλακή σύσταση και καλή κινητικότητα. Αντιθέτως ο καρκινωματώδης ιστός είναι σκληρός και σε προχωρημένα στάδια δεν μετακινείται εύκολα, επειδή διηθεί τον περίγυρο. Δεν είναι όμως καρκίνος κάθε σκληρός ιστός στο μαστό. Πολλές γυναίκες έχουν περιγεγραμμένες ομάδες αδένων στο μαστό (μαστοπάθεια), οι οποίες είναι κάπως σκληρότερες από τον υπόλοιπο ιστό. Πάντα όμως είναι καλά κινητές. Ύποπτοι είναι όζοι που πρωτοπαρουσιάζονται ή που μεγαλώνουν.

Για την ευκολότερη περιγραφή των ευρημάτων, πρέπει να χωρίσει κανείς νοητά τον μαστό, με δύο διασταυρωνόμενες, στη θηλή, γραμμές σε τέσσερα τεταρτημόρια: άνω έσω (**D**), κάτω έσω(**E**), κάτω έξω (**F**) και άνω έξω (**G**) τεταρτημόριο. Πρέπει να ψηλαφώνται προσεκτικά όλα τα τεταρτημόρια. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στο άνω έξω τεταρτημόριο, επειδή εκεί παρουσιάζεται συχνότερα ο καρκίνος.

H Τελειώνοντας την εξέταση πρέπει να ψηλαφηθεί η μασχαλιαία κοιλότητα για σκληρά λεμφογάγγλια. Το άνω άκρο πρέπει να κρέμεται χαλαρά δίπλα στον κορμό. Με το βραχίονα σε έκταση δεν μπορεί κανείς να ψηλαφήσει καλά βαθιά στη μασχαλιαία κοιλότητα.

I Διαφορά του μεγέθους των μαστών σε νεαρή γυναίκα, χωρίς παθολογική σημασία. Πολλές όμως γυναίκες έχουν αυτό το αισθητικό πρόβλημα. Στις περιπτώσεις αυτές, μια σοβαρή συζήτηση για το τι είναι σημαντικό και τι ασήμαντο στη ζωή (κυρίως στη σχέση με το αντίθετο

φύλο) αποδίδει συχνά περισσότερα από ότι μια αισθητική εγχείρηση (πχ τοποθέτηση πλαστικού υποθέματος κάτω από το μικρότερο μαστό).⁴

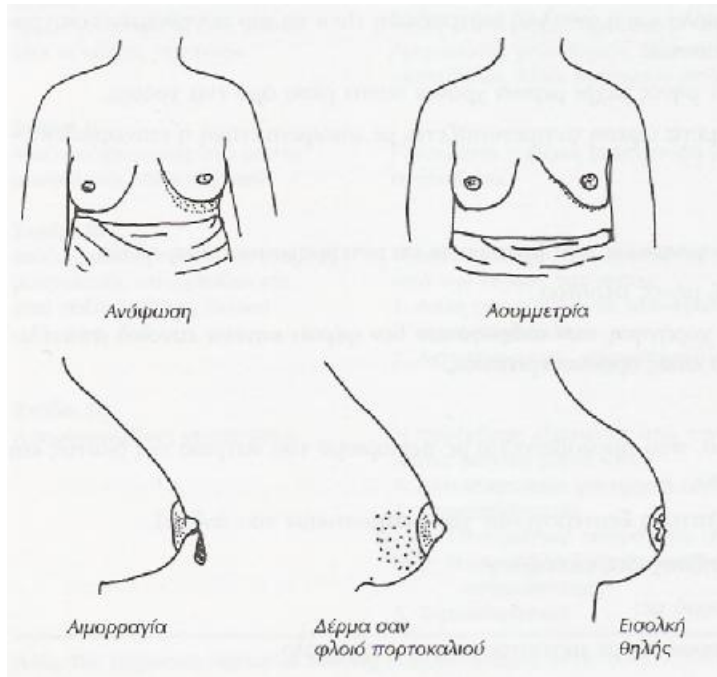
4.2 Διάγνωση καρκίνου του μαστού:

Το επόμενο βήμα μετά την εντόπιση από την γυναίκα μέσω της αυτοεξέτασης είναι η διάγνωση.

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι κλινική, εργαστηριακή και εγχειρητική.

Μόνο το 70% των καρκίνων του μαστού μπορούν να διαγνωσθούν με την κλινική εξέταση. Η κλινική εξέταση του ύποπτου για καρκίνου μαστού απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή γιατί από αυτή θα εξαρτηθεί η θεραπευτική αντιμετώπιση.¹

Η εξέταση του μαστού μπορεί να αποκαλύψει 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 προσβλημένου μαστού, εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα, εισολκή θηλής που οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή και ακινητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων.⁶



Σημεία ύποπτα για καρκίνο του μαστού

Εικόνα 11

(Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Α. Σαχίνη- Καρδάση, Μ. Πάνου, 2004)

Στον εργαστηριακό έλεγχο για την διάγνωση καρκίνου του μαστού, ανήκουν εξετάσεις αιματολογικές, κυτταρολογικές, ακτινολογικές, σπινθηρογραφικές κλπ.

Στις αιματολογικές εξετάσεις περιλαμβάνονται: η εκτίμηση της τυχόν υπάρχουσας αναιμίας, ο προσδιορισμός της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων, ο προσδιορισμός των τιμών του ασβεστίου, του φωσφόρου και της αλκαλικής και όξινης φωσφατάσης, γιατί υποδηλώνουν μεταστάσεις στα οστά.

Στον ακτινολογικό έλεγχο περιλαμβάνονται η εξέταση των πνευμόνων και του μεσοθωρακίου, των οστών και η μαστογραφία.

Στον κυτταρολογικό έλεγχο περιλαμβάνεται η κυτταρολογική εξέταση των επιχρισμάτων έκκρισης της θηλής.

Στον σπινθηρογραφικό έλεγχο περιλαμβάνεται ο έλεγχος των οστών, του ήπατος αλλά και του ίδιου του μαστικού αδένου.

Συμπληρωματικοί έλεγχοι μπορούν να γίνουν με υπερηχογραφία, θερμογραφία, αξονική τομογραφία κλπ.

Χειρουργική επέμβαση στο μαστό για διαγνωστικό σκοπό θα γίνει αφού πρώτα έχει εξαντληθεί κάθε κλινική και εργαστηριακή εκτίμηση.¹

4.3 Μαστογραφία:

Η μαστογραφία αποτελεί την έρευνα που επιτρέπει την καλύτερη και σφαιρικότερη απεικόνιση της μορφολογίας, της δομής και των παθολογικών αλλοιώσεων του μαστού. Είναι ένα διαγνωστικό τεστ με πολύ υψηλή ευαισθησία και ακρίβεια και για αυτό η διεξαγωγή του απαιτεί αυστηρά κριτήρια όσον αφορά την τεχνική αλλά και την διαγνωστική του.

Τα διάφορα διαγνωστικά πρωτόκολλα προτείνουν μια μαστογραφία αναφοράς, όπως λέγεται, για να φανεί η υφή και η δομή του μαστού στην ηλικία των 40 χρόνων περίπου, σε ασυμπτωματικές γυναίκες.

Στην συνέχεια ανάλογα με την πυκνότητα του μαστικού αδένου (ο αδένος που παράγει το γάλα στην περίοδο της γαλουχίας) συστήνεται μαστογραφικός έλεγχος ανά διετία ή ανά έτος ανάλογα. Μετά την ηλικία των 50 ετών επιβάλλεται μία μαστογραφία κατά έτος.

Σε γυναίκες πολύ νεαρής ηλικίας (25-30 ετών) η μαστογραφία αποφεύγεται γιατί στην ηλικία αυτή ο μαζικός αδένας είναι πολύ πυκνός οπότε η εξέταση είναι χαμηλής διαγνωστικής αξίας, ο μαστός είναι μαλακό μόριο και καλό είναι να αποφεύγεται να ακτινοβολείται άνευ ιδιαίτερης αιτιολογίας και, τέλος, η μαστογραφία σε νεαρή ηλικία γίνεται μόνον όταν υπάρχει υποψία για κακοήθεια.

Η μαστογραφία είναι ανώδυνη και αναίμακτη ακτινοβολική μέθοδος και δεν χρειάζεται έγχυση σκιαγραφικού μέσου για την απεικόνιση του μαζικού αδένα.

Δεν υπάρχει κίνδυνος καρκινογένεσης από την μαστογραφία, δεδομένου ότι η δόση της ακτινοβολίας σήμερα είναι πολύ μικρή με τους νέου τύπου μαστογράφους. Εξάλλου τα φιλμ που χρησιμοποιούνται είναι ακτινοευαίσθητα που σημαίνει μικρός χρόνος έκθεσης στην ακτινοβολία.²⁹

4.3i Πλεονεκτήματα μαστογραφίας:

Το μεγαλύτερο πλεονέκτημά της είναι η ικανότητά της να αναδεικνύει καρκίνους μικρότερους του 0,5εκ., όπως είναι ο minimal breast cancer, σε προκλινικό στάδιο. Δηλαδή, σε στάδιο που λόγω του πολύ μικρού μεγέθους του και κάποιες φορές λόγω θέσης (πίσω από το θωρακικό τοίχωμα) δεν ψηλαφάται. Άλλο εξίσου σημαντικό πλεονέκτημα είναι η δυνατότητα απεικόνισης μικροαποτιτανώσεων, οι οποίες πολλές φορές δηλώνουν κακοήθεια. Τέλος η μαστογραφία είναι χαμηλού κόστους.²⁹

4.3ii Μειονεκτήματα μαστογραφίας:

Αν και σπάνια, μπορεί να δώσει λάθος αποτελέσματα. Αυτό όμως δεν πρέπει να προβληματίζει τις γυναίκες γιατί σε περίπτωση ύπαρξης ψευδούς θετικού αποτελέσματος, θα γίνει εύκολα αντιληπτό με τις εξετάσεις που γίνονται σε τέτοιες περιπτώσεις μετά την μαστογραφία. Μία τέτοια εξέταση είναι το FNA, δηλαδή η αναρρόφηση κυττάρων από τον όγκο με λεπτή βελόνα και εν συνεχεία η εξέτασή τους από κυτταρολόγο.³⁰

4.3iii Ενδείξεις μαστογραφίας:

Η μαστογραφία συνήθως χρησιμοποιείται στον προληπτικό έλεγχο. Είναι φυσικό πως μικρές αλλοιώσεις του μαστού, δεν είναι δυνατό να γίνουν αντιληπτές στην κλινική του εξέταση, έτσι η προληπτική μαστογραφία αποκτάει ξεχωριστή θέση στην πρόληψη του καρκίνου, γιατί ελαττώνει τη θνησιμότητα της γυναίκας από αυτόν.

- ✚ Σε υγιείς γυναίκες που έχουν οικογενειακό αναμνηστικό βεβαρημένο με καρκίνο και πάσχουν από καρκινοφοβία.
- ✚ Σε κύστη του μαστού μετά από παρακέντηση, για τον έλεγχο κακοήθους βλάβης, που δυνατό να συνυπάρχει μετά από εμφύσηση αέρα.
- ✚ Σε ινοκυστική μαστοπάθεια προληπτικά, αν γίνει παραδεκτό, πως αυτή αποτελεί έδαφος πάνω στο οποίο μπορεί ευκολότερα να αναπτυχθεί καρκίνος. Μία τέτοια παρακολούθηση συστήνεται μία φορά το χρόνο.

- ✚ Σε ασθενείς χωρίς ψηλαφητό όγκο, που εμφανίζουν τοπικά, όπως έκκριση από τη θηλή, ευρήματα από το μαστό.
- ✚ Σε μεγάλους μαστούς, όταν δεν είναι εύκολη η ψηλάφησή τους.
- ✚ Σε γυναίκες, που υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία, λόγω καρκίνου του μαστού, για την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.
- ✚ Σε τοπικό άλγος του μαστού, που δεν συνοδεύεται από όγκο.
- ✚ Σε ύπαρξη πολλών όγκων μέσα στο μαστό, για να διαλέξουμε αυτόν, που θα προτιμήσουμε για ιστολογικό έλεγχο.
- ✚ Σε ψηλαφητούς λεμφαδένες της μασχαλιαίας κοιλότητας, όταν η κλινική εξέταση δεν απέδειξε την ύπαρξη όγκου.
- ✚ Σε περίπτωση κλινικής διάγνωσης κακοήθους επεξεργασίας, για ακτινολογική επιβεβαίωση.
- ✚ Σε κάθε περίπτωση ψηλαφητού όγκου του μαστού.
- ✚ Στην αναζήτηση πρωτοπαθούς εστίας, όταν υπάρχουν μεταστάσεις.¹

4.3iv Αντενδείξεις μαστογραφίας:

Η μαστογραφία δεν πρέπει να εκτελείται σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 18 ετών, γιατί οι μαστοί σε αυτή την ηλικία είναι ακτινευαίσθητοι και σε

έγκυες γιατί λόγω της υπερτροφίας των μαστών, τα μαστογραφικά ευρήματα δεν είναι ικανοποιητικά.¹

4.4 Υπερηχογραφία:

Είναι διαγνωστική μέθοδος ακίνδυνη αφού δεν υπάρχει κανένα είδος ακτινοβολίας και μπορεί να επαναλαμβάνεται όσο συχνά χρειάζεται άφοβα. Είναι ανώδυνη, χαμηλού κόστους, γρήγορη, με άμεσα αποτελέσματα. Η εκτέλεσή της από ιατρό ακτινολόγο ελαχιστοποιεί τα ψευδώς θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα.

Τα υπερηχογραφικά ευρήματα είναι: Α) καλοήθους βλάβης. Η βλάβη έχει ομαλό περίγραμμα με σχήμα στρογγυλό ή ωοειδές. Είναι καλά περιγεγραμμένη περιβαλλόμενη από λεπτή υπερηχογενή κάψα. Η βλάβη εντός του μαστού έχει μεγαλύτερο πλάτος από βάθος. Β) κακοήθους βλάβης. Είναι ακιδωτού σχήματος ή μικρολοβώδης σε ίση, περίπου συχνότητα, ενώ με χαμηλότερη συχνότητα παρουσιάζεται ανωμάλου σχήματος ή με βάθος μεγαλύτερο του πλάτους. Είναι σαφώς συχνότερα υποχογενής και, μερικές φορές, συνοδεύεται από επασβεστώσεις ή πορεκτασία.(διάταση των μαστικών πόρων)³¹



Εικόνα 12

(Γυναικολογία, Ν. Α. Παπανικολάου και Α. Ν. Παπανικολάου, 1994)

4.4i Ενδείξεις υπερηχογραφίας:

Χρησιμοποιείται σε πυκνούς μαστούς, ύποπτη μαστογραφικά μάζα μη ψηλαφητή, ψηλαφητή μάζα, οικογενειακό ιστορικό, ηλικία κάτω των 30 ετών και μετά από επεμβάσεις του στήθους.³¹

4.5 Μαστογραφικός και υπερηχογραφικός έλεγχος:

Η συμβολή της υπερηχομαστογραφίας είναι σημαντική στις μη ψηλαφητές μάζες, στους πυκνούς μαστούς όπου η ανίχνευση του καρκίνου όταν συνδυάζεται και με μαστογραφία αυξάνεται 17% και τέλος στον καθορισμό σε πολύ μεγάλο βαθμό της φύσης μιας βλάβης έχοντας δυνατότητα διαφοροδιάγνωσης της απλής κύστης από βλάβες συμπαγούς τύπου.

Ο μαστογραφικός και ο υπερηχογραφικός έλεγχος ανιχνεύει το 95% των μη ψηλαφητών καρκίνων.³¹

4.6 Θερμογραφία:

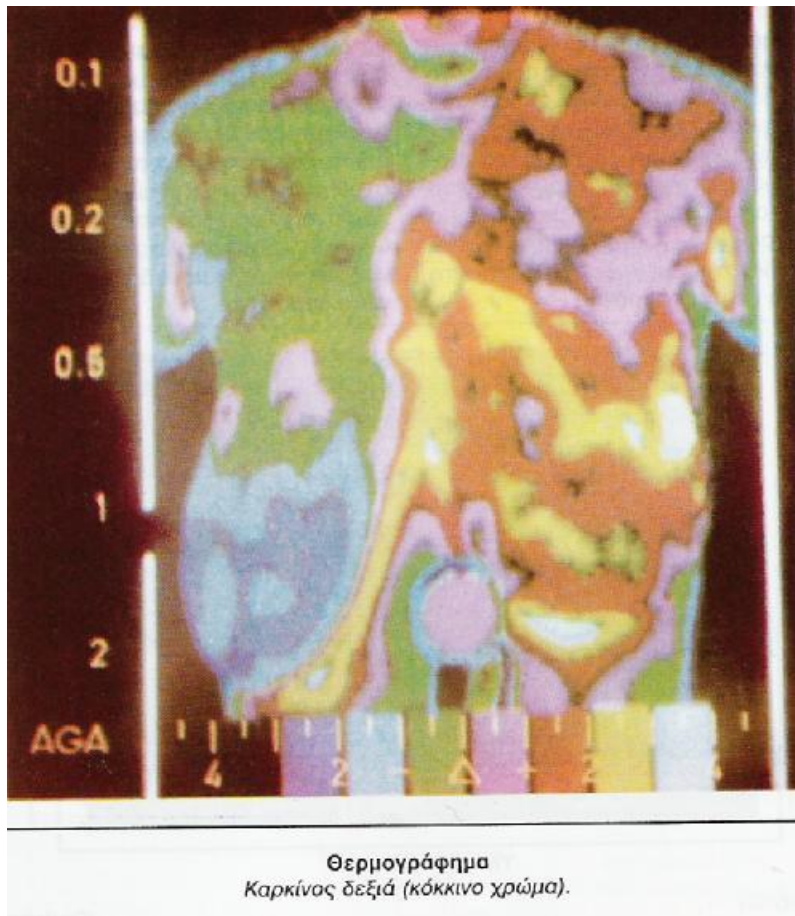
Η θερμογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος με την οποία παίρνεται φωτογραφία της θερμοκρασίας της επιφάνειας του μαστού με τη βοήθεια του θερμογράφου. Στηρίζεται στην υπέρυθη ακτινοβολία, που εκπέμπει φυσιολογικά το ανθρώπινο σώμα. Στο υπερκείμενο δέρμα της κακοήθους νεοπλασίας, η θερμοκρασία ανεβαίνει 1-3° C.

Το ψηλό λαθεμένο αρνητικό ή θετικό ποσοστό διάγνωσης στον έλεγχο του καρκίνου του μαστού, αποτελεί μεγάλο μειονέκτημα της θερμογραφίας. Για αυτό δεν προτιμάται ως μόνη διαγνωστική μέθοδος, αλλά πάντα συνδυασμένη με μαστογραφία.

Η θερμογραφία θα μπορούσε να αποτελέσει ιδανική μέθοδο προληπτικού ελέγχου του μαστού, γιατί είναι απλή και αβλαβής. Δεν καθιερώθηκε όμως γιατί δεν εντοπίζει όγκους διαμέτρου μικρότερης των 3εκ.

Η διαγνωστική της αξία σχετίζεται με όγκους, που αναπτύσσονται με γρήγορο ρυθμό. Σε όγκους που αναπτύσσονται με αργό ρυθμό οι λαθεμένες της εικόνες είναι πολλές.

Η θερμογραφία, σε συνδυασμό με τη μαστογραφία, μπορεί να εφαρμοσθεί προληπτικά σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομία, για τον έλεγχο μετάστασης στον άλλο μαστό.¹



Εικόνα 13

(Γυναικολογία, Ν. Α. Παπανικολάου και Α. Ν. Παπανικολάου, 1994)

4.7 Αξονική ηλεκτρονική τομογραφία:

Η αξονική ηλεκτρονική τομογραφία του μαστού εκτελείται με τη χρησιμοποίηση ειδικού μαστογραφικού αξονικού τομογράφου. Μπορεί να ανακαλύψει καρκινική εξεργασία, τόσο μικρής διαμέτρου, που δεν μπορεί να την ανακαλύψει μαστογραφία. Ο συνδυασμός της με τη μαστογραφία έχει επιτυχία 100%.¹

4.7i Ενδείξεις αξονικής ηλεκτρονικής τομογραφίας:

Χρησιμοποιείται στη διάγνωση κακοήθων παθήσεων του μαστού στις οποίες διακρίνεται υπερσυγκέντρωση σκιαγραφικής ουσίας, στην ανίχνευση καρκινικής βλάβης διαμέτρου 2-3mm, σε πυκνωτικούς μαστούς, εκεί που η μαστογραφία για να αποδείξει την ύπαρξή της η βλάβη πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 5mm. Επίσης στην διάγνωση ινοκυστικής μαστοπάθειας, εκεί που τα μαστογραφικά ευρήματα αμφισβητούνται. Στην διάγνωση καλοήθους όγκου που μοιάζει με καρκίνο στην μαστογραφία. Τέλος στην προληπτική εξέταση των μαστών δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί, γιατί απαιτεί ψηλές δόσεις ακτινοβολίας, περισσότερο χρόνο εξέτασης και προβλήματα στην απεικόνιση της βλάβης του μαστού.¹

4.8 Σπινθηρογράφημα:

Το σπινθηρογράφημα θεωρείται αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδος, τόσο για την ανακάλυψη ύπαρξης καρκίνου στο μαστό, όσο και μεταστάσεων στο ήπαρ και στα οστά. Ο συνδυασμός του, όμως, με άλλη διαγνωστική μέθοδο, όπως τη μαστογραφία, ανεβάζει τη διαγνωστική του αξία σε ψηλά επίπεδα.¹

4.9 Διαφανοσκόπηση:

Η διαφανοσκόπηση είναι διαγνωστική μέθοδος στην οποία, με φωτεινή πηγή τοποθετημένη κάτω από το μαστό μέσα σε σκοτεινό χώρο, πετυχαίνουμε την εντόπιση αλλοιώσεων του μαστού.

Η μέθοδος δεν θεωρείται αξιόπιστη, όταν χρησιμοποιείται μόνη της. Είναι απαραίτητο να συνδυάζεται με μαστογραφία.

Στην διαφανοσκόπηση οι κύστες του μαστού ενισχύουν τη φωτεινότητα, λόγω του περιεχομένου τους, και δημιουργούν φωτεινή περιοχή με ομαλά τα όριά της. Ο καρκίνος αντίθετα, είναι αδιαφανής και χρησιμοποιεί σκιερότητα.¹

4.10 Γαλακτοφορογραφία:

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 αφαιρεί 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. Έπειτα, οι χαρακτηριστικές αλλοιώσεις, που δείχνονται στο διευρυσμένο γαλακτοφόρο πόρο, δεν είναι εύκολο να ερμηνευθούν με ακρίβεια.

Με τη γαλακτοφορογραφία έχει ένδειξη σε κάθε περίπτωση μαστού που εκκρίνει χωρίς ψηλαφητή διόγκωση.¹

4.11 Πνευμοκυστεογραφία:

Πνευμοκυστεογραφία είναι η μαστογραφική απεικόνιση του μαστού ύστερα από παρακέντηση κύστης, αφαίρεση του περιεχομένου της και εμφύσηση αέρα μέσα στην κοιλότητά της.

Η πνευμοκυστεογραφία εκτελείται γιατί η μαστογραφία δεν μπορεί πάντα να διαγνώσει ενδοκυστικούς όγκους, εκτός αν εμφανίζουν επασβεστώσεις ή άλλα μαστογραφικά σημάδια διήθησης. Επίσης, η υπερηχογραφία μπορεί να διακρίνει την κύστη και το υγρό μέσα σε αυτή, αλλά σπάνια διακρίνει μόρφωμα, που μπορεί να υπάρχει μέσα στην κύστη.

Ο αέρας που θα εισαχθεί στην κύστη, απορροφάται σε αρκετές ημέρες για αυτό ο μαστογραφικός έλεγχος γίνεται ύστερα από τρεις μήνες. Επανάληψή του, για τον έλεγχο των κύστεων, μπορεί να γίνει σε 8 μήνες ή ένα χρόνο. Ένας τέτοιος έλεγχος απαλλάσσει τη γυναίκα από χειρουργική επέμβαση για την εξαίρεση της κύστης, όταν δεν διαπιστωθεί ενδοκυστικός όγκος και όταν η κυτταρολογική εξέταση του περιεχομένου της κύστης ήταν αρνητική.¹

4.12 Φλεβογραφία:

Ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων. Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, με γενική νάρκωση, ενδομυελικά στο κάτω άκρο του στέρνου. Φυσιολογικά, οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι τους σκιαγραφούνται. Διακοπή της σκιαγράφησης των φλεβών αυτών και ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας είναι ενδεικτικά πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφογαγγλίων, χωρίς όμως να αποκλείεται και η

πιθανότητα της απλής αδενίτιδα. Ακόμη, το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη μεταστάσεων.⁶

4.13 Παρακέντηση:

Η παρακέντηση ψηλαφητού όγκου του μαστού γίνεται με λεπτή βελόνα για να διαπιστωθεί αν αυτός είναι κυστικός ή συμπαγής. Ο ιατρός αφού σταθεροποιήσει τον όγκο με τα δάχτυλα, εισάγει την βελόνα. Αν ο όγκος είναι κυστικός, η βελόνα θα εισέλθει εύκολα στην κοιλότητα της κύστης. Αν είναι συμπαγής θα βρει αντίσταση στο πέρασμά της.

Αν αφαιρεθεί όλη η ποσότητα του υγρού η κύστη εξαφανίζεται, και αν η μαστογραφία που θα ακολουθήσει δεν αποδείξει την ύπαρξη σκιάς και η επανεξέταση σε 2-3 μήνες δεν διαπιστώσει την επανεμφάνιση της κύστης, τότε δεν απαιτείται άλλος έλεγχος.

Ο κυτταρολογικός έλεγχος του αναρροφούμενου, από την κύστη, υγρού δεν αποτελεί αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδο.¹

4.14 Εισρόφηση:

Ο τρόπος αυτός ιστολογικού ελέγχου εφαρμόζεται από πολλά χρόνια. Διενεργείται με τοπική αναισθησία και με βελόνα παρακέντησης που έχει μεγάλη διάμετρο.

Η βελόνα εισάγεται μέσα στη μάζα του όγκου και όπως είναι προσαρμοσμένη σε σύριγγα, γίνεται εισρόφηση του περιεχομένου της και ύστερα επίστρωσή του σε αντικειμενοφόρο πλάκα, μονοποίηση και χρώση του. Αντί για βελόνα επινοήθηκε και η χρησιμοποίηση trocart.

Με την μέθοδο αυτή ελάχιστες πληροφορίες παρέχονται σχετικές με τη διάταξη των κυττάρων και τη γενική αρχιτεκτονική της βλάβης. Αυτό είναι μειονέκτημα της μεθόδου.

Άλλο μειονέκτημά της είναι ότι σε συνυπάρχουσες επεξεργασίες είναι δυνατό να εισροφηθεί το περιεχόμενο της κύστης και να εκκενωθεί αλλά να μην εκκενωθεί μικρή κακοήθης βλάβη.

Ακόμη είναι δυνατό να διαφύγει της παρακέντησης μικρή καρκινική βλάβη γιατί είναι δύσκολο να την βρει η ακίδα της βελόνας, όταν μάλιστα αυτή είναι στο βάθος.

Η μέθοδος με την παρακέντηση και εισρόφηση δεν είναι μέθοδος εκλογής.¹

4.15 Βιοψία:

Με την βιοψία τεμάχιο ιστού λαμβάνεται είτε με αναρρόφηση, είτε με τομή στο χειρουργείο μετά από τοπική ή γενική νάρκωση, ανάλογα με το μέγεθος του όγκου, και στέλνεται για ιστολογική εξέταση.⁶

4.15i Τύποι βιοψίας:

Υπάρχουν τέσσερις διαφορετικές μέθοδοι βιοψίας.

Στην πρώτη, και ηπιέστερη μορφή βιοψίας (την αναρρόφηση με λεπτή βελόνα), ο χειρουργός συγκρατεί τον όζο ανάμεσα στα δάχτυλά του και αναισθητοποιεί το περιβάλλον δέρμα. Μετά εισάγει και εξάγει λίγες φορές την βελόνα στον όζο και αφαιρεί κύτταρα, τα οποία εν συνεχεία μπορούν να αναλυθούν.

Υπάρχουν δύο τρόποι ανάλυσης αυτών των κυττάρων. Σύμφωνα με την πρώτη μέθοδο, ο παθολογοανατόμος θα τα εναποθέσει σε αντικειμενοφόρο πλάκα, όπως στο επίχρισμα τεστ Παπανικολάου, η οποία στη συνέχεια θα χρωματιστεί. Στη δεύτερη μέθοδο, θα τοποθετηθούν σε δοκιμαστικό σωλήνα που περιέχει οινόπνευμα, ο οποίος θα φυγοκεντρηθεί, για να διαχωριστούν τα κύτταρα, με τα οποία εν συνεχεία θα παρασκευαστούν τα πλακίδια.

Το πλεονέκτημα της βιοψίας με λεπτή βελόνα είναι ότι μπορεί για να ληφθεί η απάντηση σχετικά γρήγορα, δεν απαιτεί χειρουργική επέμβαση και η γυναίκα μπορεί αμέσως να συζητήσει για τις υπάρχουσες δυνατότητες. Το πρόβλημα έγκειται στο ότι είναι περισσότερο ακριβής όταν είναι θετική. Εάν υπάρχει όζος πολύ ύποπτος και η γυναίκα

υποβληθεί σε βιοψία με λεπτή βελόνα που αποδεικνύεται θετική, τότε πιθανότατα είναι καρκίνος. Συνεπώς, με αρνητικό αποτέλεσμα θα πρέπει πάλι να ακολουθήσει η χειρουργική βιοψία.

Η δεύτερη μορφή βιοψίας, η βιοψία με βελόνα tru-cut, περιλαμβάνει αφαίρεση ενός 'πυρήνα' από το μέσο του ύποπτου ιστού, αντί μόνο μερικών κυττάρων. Αυτός ο πυρήνας, όπως και κάθε ιστός που αφαιρείται με βιοψία, μπορεί να παρασκευαστεί και να τεθεί σε πλακίδια. Το πρόβλημα έγκειται στο ότι ο όζος πρέπει να είναι αρκετά μεγάλος και σκληρός για ληφθεί πυρήνας από το κέντρο του. Η διαδικασία είναι λίγο περισσότερο δυσάρεστη από ότι η παρακέντηση με λεπτή βελόνα, αφού ο χειρουργός πρέπει να ασκήσει μεγαλύτερη πίεση για την αφαίρεση του πυρήνα.

Στο τρίτο είδος βιοψίας, τη βιοψία με τομή, αφαιρείται ένα τμήμα του όζου. Συνήθως πραγματοποιείται με τοπική αναισθησία. Ο χειρουργός εκτελεί μικρή τομή, προχωρεί στον όζο και αφαιρεί ένα τμήμα του, το οποίο αποστέλλεται στον παθολογοανατόμο. Διενεργείται συνήθως μόνο στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο όζος είναι τόσο μεγάλος ώστε η ολική αφαίρεσή του θα αποτελούσε σοβαρή επέμβαση.

Τέλος, υπάρχει η βιοψία ολικής εκτομής – αφαίρεση ολόκληρου του όζου. Συνήθως διενεργείται με τοπική αναισθησία, αλλά μερικές φορές χρησιμοποιείται γενική νάρκωση.¹⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 50

5.1 Κριτήρια επιλογής θεραπείας:

Οι θεραπευτικές αγωγές διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Τις τοπικές (θεραπεία του ίδιου του μαστού) και συστηματικές (θεραπεία για το υπόλοιπο σώμα). Οι συστηματικές είναι οι σημαντικότερες στη θεραπεία της νόσου.¹⁵ Τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού τη διακρίνουμε σε χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία και ανοσοθεραπεία.¹

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή της γυναίκας στην επιλογή της θεραπείας, ποικίλουν ανάλογα με την προσωπικότητά της. Επίσης η ηλικία της γυναίκας καθώς και ο τρόπος ζωής της αποτελούν σημαντικά κριτήρια.¹⁵

5.2 Χειρουργική θεραπεία:

Όλες οι τεχνικές των εγχειρήσεων όταν υπάρχουν μεταστάσεις δεν έχουν επιτυχία. Όποια μέθοδος και αν ακολουθηθεί προς αντιμετώπιση της πάθησης, θα έχει τα ίδια αποτελέσματα ως προς την επιβίωση, αλλά διαφορετικά ως προς το ποσοστό των τοπικών υποτροπών.

Η εξαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων συντελεί στην καλύτερη σταδιοποίηση της πάθησης και στον έλεγχο των υποτροπών στη μασχάλη.¹

5.2i Τύποι χειρουργικών επεμβάσεων:

Η αφαίρεση ολόκληρου ή μέρους του μαστού λέγεται μαστεκτομή και συνήθως γίνεται για την αντιμετώπιση καρκίνων του στήθους.

- Ø Ογκεκτομή. Ένα ογκίδιο στο στήθος αφαιρείται, μαζί με ένα στρώμα των γύρω ιστών. Μετά την επούλωση του τραύματος, μένει ένα μικρό σημάδι. Με αυτό τον τρόπο έχουν θεραπευτεί πολλές γυναίκες, χωρίς να χρειαστεί να κάνουν μαστεκτομή. Συνήθως γίνονται και ακτινοβολίες, για να περιοριστεί ο κίνδυνος επανεμφάνισης του φαινομένου.
- Ø Μερική μαστεκτομή. Αφαιρείται ο όγκος, μαζί με το δέρμα που τον επικαλύπτει, ένα τμήμα των γύρω ιστών και μερικοί από τους υποκείμενους του όγκου ιστούς. Συνήθως απαιτείται και ραδιοθεραπεία.
- Ø Απλή μαστεκτομή. Αφαιρείται ολόκληρος ο μαστός, αλλά οι θωρακικοί μύες και οι λεμφαδένες της μασχάλης δεν θίγονται.
- Ø Υποδόριος μαστεκτομή. Αφαιρούνται μόνο οι εσωτερικοί ιστοί του μαστού, αφήνοντας άθικτη τη θηλή και την επιδερμίδα. Συνήθως, η προσθήκη σιλικόνης αντικαθιστά τον ιστό του μαστού που έχει αφαιρεθεί. Η διαδικασία αυτή δεν γίνεται για την αφαίρεση καρκίνου. Χρησιμοποιείται για να τον προλάβει, στις γυναίκες που διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο.
- Ø Ριζική μαστεκτομή. Αφαιρούνται ο μαστός, τα λεμφογάγγλια της μασχάλης και οι θωρακικοί μύες. Η επέμβαση αυτή, που οπωσδήποτε χαλάει την εμφάνιση της περιοχής, δεν είναι αποτελεσματικότερη από την απλή μαστεκτομή ή την τροποποιημένη ολική μαστεκτομή και δεν γίνεται σχεδόν ποτέ σήμερα.
- Ø Τροποποιημένη ολική μαστεκτομή. Αφαιρούνται ολόκληρος ο μαστός και τα λεμφογάγγλια της μασχάλης, χωρίς να θίγονται οι θωρακικοί μύες.³²

5.3 Καρκίνος του γυναικείου μαστού: μερική ή ολική μαστεκτομή;

Η ολική και η ριζική μαστεκτομή ήταν για πολλά χρόνια μέθοδοι εκλογής για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Πρόκειται για εξαιρετικά ακρωτηριαστικές επεμβάσεις που έφθναν μέχρι και την αφαίρεση τόσο των λεμφαδένων της μασχαλιαίας κοιλότητας, αλλά και των υποκείμενων μυών του θώρακα. Εδώ και 30 χρόνια οι χειρουργοί που ασχολούνται με τον μαστό υιοθέτησαν μια περισσότερο συντηρητική προσέγγιση στην πάθηση, εφαρμόζοντας απλούστερες και λιγότερο εκτεταμένες εκτομές. Τέτοιου είδους επεμβάσεις περιλαμβάνουν είτε τεταρτεκτομή (δηλαδή αφαίρεση του 1\4 του μαστού μαζί με το νεόπλασμα), είτε ογκεκτομή, δηλαδή αφαίρεση μόνο του νεοπλασματος και του παρακείμενου ιστού. Από το 1970 ξεκίνησαν δύο μακροχρόνιες μελέτες σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού, για τη σύγκριση των δύο θεραπευτικών προσεγγίσεων, ή την ριζική και ολική μαστεκτομή με τις λιγότερο εκτεταμένες επεμβάσεις.

Η πρώτη μελέτη (1973) έγινε για την σύγκριση ριζικής μαστεκτομής και τεταρτεκτομής. 701 γυναίκες ηλικίας μέχρι 70 ετών και όγκο μαστού έως 2εκ και χωρίς διογκωμένους λεμφαδένες αντιμετωπίστηκαν με έναν από τους δύο τρόπους (349 ριζική μαστεκτομή-352 τεταρτεκτομή). Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε τεταρτεκτομή, υποβλήθηκαν επιπλέον σε αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων και σε ακτινοβολία. Αντίθετα όσες ασθενείς βρέθηκαν με διηθημένους λεμφαδένες υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία ανεξάρτητα από το είδος της επέμβασης.

Τα αποτελέσματα της παρακολούθησης των ασθενών μετά από 20 χρόνια έδειξαν ότι η μέθοδος της τεταρτεκτομής αν και συνοδεύταν από αυξημένη τοπική υποτροπή, δεν παρουσίαζε σημαντική διαφορά στην

εμφάνιση μεταστάσεων. Τα στατιστικά στοιχεία έδειξαν τελικά ότι το ποσοστό θανάτων (περίπου 40%) ήταν το ίδιο για όλες τις ασθενείς, είτε υποβάλλονταν σε ριζική μαστεκτομή είτε σε τεταρτεκτομή.

Η δεύτερη μελέτη η οποία έγινε σε πολλά κέντρα των ΗΠΑ περιλάμβανε περίπου 2000 γυναίκες με καρκινικούς όγκους του μαστού διαμέτρου μέχρι 4εκ. Οι γυναίκες τυχαία ταξινομούνταν σε 3 θεραπευτικές ομάδες: ογκεκτομή, ογκεκτομή και ακτινοβολία και ολική μαστεκτομή. Και στις τρεις ομάδες δεν παρατηρηθήκαν διαφορές ως προς την επιβίωση, ούτε ως προς την εμφάνιση μεταστάσεων. Η μόνη διαφορά εμφανίζεται στην τοπική υποτροπή, που είναι αυξημένη στη μέθοδο της ογκεκτομής χωρίς ακτινοβολία. Αυτό όμως δεν επηρεάζει την συνολική επιβίωση.

Το συμπέρασμα που προκύπτει από την σύγκριση των θεραπευτικών επιλογών είναι ότι για την έκταση της νόσου που μελετήθηκε, η συντηρητική χειρουργική αποφέρει τα ίδια αποτελέσματα με την ολική και τη ριζική μαστεκτομή. Τα δεδομένα αυτά θα πρέπει να είναι στη διάθεση κάθε ασθενούς ώστε μαζί με τον θεράποντα ιατρό της να αποφασίζουν τον καλύτερο τρόπο θεραπείας.³³

5.4 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα:

Προεγχειρητικά η ασθενής εμφανίζει έλλειμμα γνώσεων όσον αφορά τη ρουτίνα του νοσοκομείου σχετικά με την εγχείρηση, την προετοιμασία, το τι θα αισθάνεται φυσιολογικά μετά την χειρουργική επέμβαση, την αναισθησία και τέλος την μετεγχειρητική φροντίδα.

Επιθυμητό αποτέλεσμα του νοσηλευτή/τριας είναι η άρρωστη να εκφράσει προφορικά ότι κατάλαβε την προεγχειρητική και μετεγχειρητική της φροντίδα.

Ο νοσηλευτής/τρια οφείλει να δώσει πληροφορίες σχετικά:

- Ø με τη συνηθισμένη προεγχειρητική ρουτίνα της επέμβασης στην οποία πρόκειται να υποβληθεί η ασθενής (πχ εξετάσεις αίματος, ηλεκτροκαρδιογράφημα, γενική ούρων, ακτινογραφία θώρακος, τοποθέτηση ουροκαθετήρα, προετοιμασία εντέρου και του δέρματος, αφαίρεση προσθετικών εξαρτημάτων).
- Ø Τον προγραμματισμένο χρόνο και την υπολογιζόμενη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης.
- Ø Τον περιορισμό σε τροφή και υγρά προεγχειρητικά.
- Ø Την προεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή.
- Ø Την θέση του σώματος στο χειρουργικό τραπέζι.
- Ø Τις αίθουσες προνάρκωσης και ανάνηψης (πχ το σκοπό τους και τον υπολογιζόμενο χρόνο παραμονής της σε αυτές).
- Ø Το τι αισθάνεται κανείς συνήθως από την χειρουργική επέμβαση και την νάρκωση.
- Ø Πρέπει να τονιστούν οι πληροφορίες που δόθηκαν από τον αναισθησιολόγο και τον χειρουργό.
- Ø Να πληροφορηθεί η ασθενής για την μετεγχειρητική φροντίδα.³⁴

5.4i Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα:

Η μετεγχειρητική φάση αρχίζει όταν η άρρωστη μεταφερθεί από την αίθουσα ανάνηψης και τελειώνει όταν έχει αναρρώσει από τη χειρουργική επέμβαση. Αυτό το σχέδιο φροντίδας εστιάζεται στη μετεγχειρητική φροντίδα της ενήλικης αρρώστου που υποβλήθηκε σε γενική αναισθησία και μεταφέρθηκε από την αίθουσα ανάνηψης στη

χειρουργική κλινική. Οι στόχοι της φροντίδας είναι η πρόληψη των επιπλοκών και η υποβοήθηση της αρρώστου να αποκτήσει μετεγχειρητικά την καλύτερη κατάσταση υγείας. Το σχέδιο αυτό φροντίδας θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί σε συνάρτηση με όλα τα σχέδια χειρουργικής φροντίδας.

Μερικές από τις μετεγχειρητικές νοσηλευτικές διαγνώσεις είναι:

- Ø Διαταραχή της αιμάτωσης των ιστών.
- Ø Αναποτελεσματικός τρόπος αναπνοής.
- Ø Αναποτελεσματικός καθαρισμός των αεροφόρων οδών.
- Ø Διαταραχή στην ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών. Δηλαδή έλλειμμα όγκου υγρών, υποκαλιαιμία, περίσσεια όγκου υγρών.
- Ø Πόνος.
- Ø Διαταραχή θρέψης.
- Ø Διάταση κοιλιάς και πόνος από αέρια.
- Ø Ναυτία και έμετος.
- Ø Λόξυγκας.
- Ø Διαταραχή στο βλεννογόνο του στόματος. Δηλαδή ξηρότητα.
- Ø Δυσανεξία στην κόπωση.
- Ø Διαταραχή της φυσιολογικής κινητικότητας.
- Ø Μειωμένη αυτοεξυπηρέτηση.
- Ø Κατακράτηση ούρων.
- Ø Δυσκοιλιότητα.
- Ø Διαταραχές του ύπνου.
- Ø Αυξημένος κίνδυνος για το τραύμα.
- Ø Άγχος.³⁴

5.5 Μαστεκτομή:

Μαστεκτομή είναι η χειρουργική αφαίρεση όλου ή μέρους του μαστού και συνήθως εκτελείται για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Οι τρεις κύριοι τύποι μαστεκτομής που εκτελούνται σήμερα είναι ολική μαστεκτομή με αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, η ευρεία εκτομή του πρωτοπαθούς όγκου και η υποδόρια μαστεκτομή. Κατά την ολική μαστεκτομή με αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων εκτελείται αφαίρεση του μαστού, όλων ή μερικών από τους μασχαλιαίους λεμφαδένες και πιθανώς του ελάσσοнос θωρακικού μυός. Ο μείζων θωρακικός μυς διατηρείται με τη μέθοδο αυτή, γεγονός που επιτρέπει τη διατήρηση του περιγράμματος του θώρακα της ασθενούς και διευκολύνει τη χειρουργική αποκατάσταση του μαστού. Η αποκατάσταση του μαστού μπορεί να εκτελεστεί ταυτόχρονα με την μαστεκτομή ή μπορεί να καθυστερήσει για ορισμένους μήνες ανάλογα με την επιλογή του ιατρού και της ασθενούς και με την πρόσθετη αγωγή που έχει προγραμματιστεί.

Η νοσηλευτική φροντίδα εστιάζεται στην περίπτωση ενήλικης γυναίκας που νοσηλεύεται για ολική μαστεκτομή με αφαίρεση των μασχαλιαίων αδένων. Οι στόχοι της προεγχειρητικής αγωγής είναι η μείωση του φόβου και του άγχους της ασθενούς και η προετοιμασία της για την μετεγχειρητική περίοδο. Μετεγχειρητικά, οι στόχοι της αγωγής είναι η ελάττωση της δυσφορίας, η πρόληψη επιπλοκών, η υποβοήθηση της ασθενούς στην προσαρμογή στις μεταβολές του σώματος και η εκπαίδευσή της σχετικά με την εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση. Το πρόγραμμα αυτό νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με το πρόγραμμα φροντίδας για πλαστική του μαστού εφόσον κάτι τέτοιο είναι αναγκαίο.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις είναι η μαστογραφία και η βιοψία μαστού.

Πριν από την έξοδο, η ασθενής πρέπει:

- Ø Να ελέγχει απόλυτα το χειρουργικό πόνο.
- Ø Να είναι ικανή να εκτελεί τις καθημερινές δραστηριότητες.
- Ø Να γνωρίζει τρόπους για τη μείωση κινδύνου τραυματισμού και φλεγμονής στο βραχίονα της πλευράς της επέμβασης.
- Ø Να γνωρίζει τρόπους για την πρόληψη και αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος του βραχίονα της πλευράς της επέμβασης.
- Ø Να επιδεικνύει την ικανότητα στην εκτέλεση των αναγκαίων ασκήσεων άκρας χειρός, βραχίονα και ώμου.
- Ø Να κατανοεί τη σημασία της εκτέλεσης αυτοεξέτασης του άλλου μαστού ή και του μαστού της πλευράς της επέμβασης.
- Ø Να είναι ικανή για την ορθή εκτέλεση της αυτοεξέτασης του μαστού.
- Ø Να γνωρίζει τους παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη κατά την επιλογή μιας πρόσθεσης μαστού.
- Ø Να γνωρίζει σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφέρει στον ιατρό.
- Ø Να μοιράζεται με άλλους τις σκέψεις και τα αισθήματά της σχετικά με τη μεταβολή στην εμφάνιση του σώματός της.
- Ø Να γνωρίζει κοινωνικές ομάδες ή υπηρεσίες που μπορούν να τη βοηθήσουν στην προσαρμογή, στη διάγνωση του καρκίνου και στην απώλεια του μαστού.
- Ø Να κατανοεί την ανάγκη συμμόρφωσης στο συσταθέν πρόγραμμα εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών επισκέψεων, της φαρμακευτικής αγωγής, της σωματικής δραστηριότητας και της περιποίησης του τραύματος.

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις προεγχειρητικά είναι το άγχος και η έλλειψη γνώσεων. Αντίθετα μετεγχειρητικά είναι η αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης, διαταραχές της αντίληψης του εαυτού, αδυναμία αντιμετώπισης των προβλημάτων, θλίψη, έλλειμμα γνώσεων. Επίσης υπάρχει ο κίνδυνος πιθανών επιπλοκών όπως είναι το λεμφοίδημα του βραχίονα της πλευράς της επέμβασης, διαταραχή κινητικότητας και αισθητικότητας του βραχίονα και του ώμου της πλευράς της επέμβασης. Τέλος μπορεί να εμφανιστεί σχηματισμός ορώδους συλλογής, αιματώματος και νέκρωση του δερματικού μοσχεύματος.³⁴

5.6 Ασκήσεις μετά από μαστεκτομή:

Οι ασκήσεις αρχίζουν 24 ώρες περίπου μετά την επέμβαση στο χέρι της προσβλημένης πλευράς. Οι αρχικές ασκήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υπτιασμό καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση δακτύλων, και γίνονται για πρόληψη μυϊκών συσπάσεων και διατήρηση κινητικότητας και μυϊκού τόνου. Αρχικά, η άρρωστη μπορεί να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις εξαιτίας του πόνου που έχει, αλλά ο νοσηλευτής θα τονίσει τη σπουδαιότητά τους και θα τις συνεχίσει μέσα στα όρια ανοχής της άρρωστης. Το εύρος των ασκήσεων αυξάνει προοδευτικά και η άρρωστη θα πρέπει να είναι σε θέση να εκτελεί τις περισσότερες δραστηριότητές της, όπως χτένισμα, βούρτσισμα δοντιών κλπ.

- Ø Οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η άρρωστη δεν πρέπει να αισθάνεται καμιά δυσχέρεια στις κινήσεις.
- Ø Αν έχει γίνει πλαστική ή τομή έχει κλειστεί με αξιόλογη τάση, η άσκηση θα πρέπει να περιορίζεται στο ελάχιστο βαθμό και να αυξάνεται προοδευτικά.

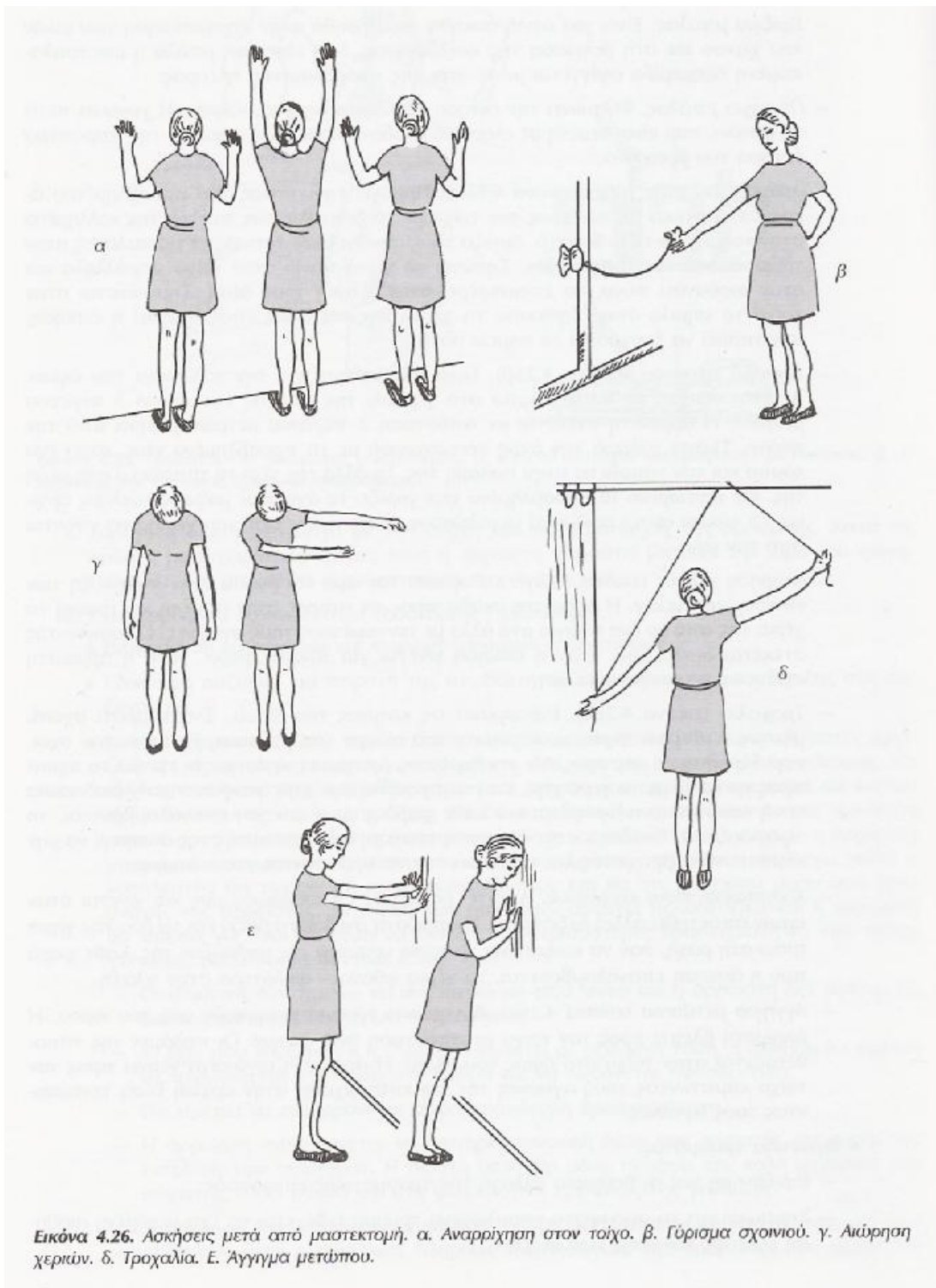
- Ø Θα πρέπει να ενθαρρύνεται αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα.
- Ø Η άρρωστη ενθαρρύνεται να διατηρεί κανονική θέση του σώματός της κατά την εκτέλεση των ασκήσεων. Η σωστή θέση όχι μόνο προάγει την καλή μηχανική του σώματος, αλλά βοηθά και στη φυσιολογική εμφάνιση της γυναίκας.

Οι ασκήσεις συνιστώνται από το γιατρό μετά από ριζική μαστεκτομή και αποβλέπουν στην εξασφάλιση πλήρους κινητικότητας της άρθρωσης του ώμου της προσβλημένης περιοχής και στην αποκατάσταση λειτουργικότητας των μυών που υπέστησαν κάκωση. Μερικές από τις ασκήσεις είναι:

- Σφίξιμο μπάλας. Είναι μια απλή άσκηση, που βοηθά στην ισχυροποίηση των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας. Μια ελαστική μπάλα ή μια τσαλακωμένη εφημερίδα σφίγγεται με το χέρι της προσβλημένης πλευράς.
- Πέταγμα μπάλας. Βελτιώνει την άσκηση 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 ισώνοντας τους ώμους. Σηκώνει τα χέρια πάνω στο τοίχο παράλληλα και όταν αισθανθεί πόνο, τα επαναφέρει στην αρχική τους θέση. Σημειώνεται στον τοίχο το σημείο όπου έφθασαν τα χέρια της και όταν επαναληφθεί η άσκηση, προσπαθεί να ξεπεράσει το σημείο αυτό.
- Γύρισμα σχοινιού. Είναι μια 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 νιώσει ζάλη.
 - Τροχαλία. Ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου. Ένα κομμάτι σχοινί, μήκους 3μέτρων 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 αυξάνει. 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 στη ράχη, σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπιά της μπλούζας της. Κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, τα χέρια φθάνουν ψηλότερα στην πλάτη.
 - Τέλος, υπάρχει το λεγόμενο άγγιγμα του μετώπου. Η άσκηση αυτή 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.⁶



Εικόνα 14

(Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Α.Σαχίνη-Καρδάση και Μ. Πάνου, 2004)

5.7 Χημειοθεραπεία:

Αυτό το σχέδιο φροντίδας εστιάζεται στην χρήση κυτταροτοξικών φαρμάκων στη θεραπεία του καρκίνου. Τα φάρμακα χρησιμοποιούνται μόνα τους ή σε συνδυασμό με χειρουργική επέμβαση.

Στόχος της χημειοθεραπείας είναι η καταστροφή όλων των κακοηθών κυττάρων χωρίς να προκληθεί μόνιμη βλάβη των φυσιολογικών. Η επιτυχία της θεραπείας εξαρτάται από το μέγεθος. Τον τύπο και την εντόπιση του όγκου, σε συνδυασμό με την γενική κατάσταση της ασθενούς.

Τα κυτταροτοξικά φάρμακα ταξινομούνται σύμφωνα με τη χημική τους δομή ή δράση τους στον κύκλο ζωής του κυττάρου. Ορισμένα δεν έχουν σχέση με τον κύκλο ζωής του κυττάρου. Άλλα σχετίζονται με τον κύκλο ζωής και είναι πιο αποτελεσματικά εναντίον των κυττάρων που πολλαπλασιάζονται με ταχείς ρυθμούς.

Τα κυτταροτοξικά φάρμακα πιστεύεται ότι καταστρέφουν ένα σταθερό ποσοστό των κυττάρων του όγκου με κάθε δόση, γιατί μόνο ένα ποσοστό των καρκινικών κυττάρων βρίσκεται στη φάση της διαίρεσης και έτσι παρουσιάζει ευαισθησία στα φάρμακα. Θεωρητικά, όσο μεγαλύτερος είναι ο ρυθμός ανάπτυξης του όγκου, τόσο περισσότερα καρκινικά κύτταρα θα καταστραφούν. Τα κύτταρα στη φάση ηρεμίας ανταποκρίνονται λιγότερο στους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες και είναι περισσότερο ικανά να αποκαθιστούν τις βλάβες, αν προσβληθούν κατά τη διάρκεια θεραπείας.

Στους ασθενείς με καρκίνο συνήθως χορηγείται συνδυασμός φαρμάκων τα οποία δίνονται μαζί ή με καθορισμένη σειρά ή πρωτόκολλο. Η αθροιστική και μερικές φορές η συνεργική δράση που παρατηρείται όταν τα φάρμακα χρησιμοποιούνται μαζί, προκαλεί την καταστροφή αυξημένου ποσοστού των καρκινικών κυττάρων του όγκου χωρίς ταυτόχρονα να αυξάνεται η φαρμακευτική τοξικότητα. Τα φάρμακα επιλέγονται για συνδυασμένη χρήση με βάση την αποτελεσματικότητά τους, τη δράση στο κυτταρικό κύκλο, την τοξικότητα και τους άλλους φαρμακολογικούς τους χαρακτήρες (πχ χρόνος ημιζωής).

Τα κυτταροτοξικά φάρμακα δεν διακρίνουν το φυσιολογικό από το καρκινικό κύτταρο και επομένως μπορεί να παρατηρηθούν ορισμένες παρενέργειες και τοξικά φαινόμενα από τη χρήση τους. Τα φάρμακα έχουν τη μεγαλύτερη επίδραση σε ταχέως πολλαπλασιαζόμενα καρκινικά και φυσιολογικά κύτταρα. Επειδή τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν δρουν εκλεκτικά μόνο στα καρκινικά, αλλά και στα φυσιολογικά κύτταρα, η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία είναι πραγματικά μια πρόκληση.³⁴

Τα είδη της χημειοθεραπείας είναι φάρμακα κυτταρικού κύκλου στα οποία ανήκουν οι αντιμεταβολιτές και τα φυτικά αλκαλοειδή και φάρμακα μη ειδικά του κυτταρικού κύκλου. Σε αυτά ανήκουν οι αλκυλιωτικοί παράγοντες, τα αντιβιοτικά κατά των όγκων, ορμονικοί παράγοντες και νιτροζουρίες.

Η χορήγηση γίνεται: από το στόμα, τοπικά, ενδοφλέβια, ενδομυϊκά. Υποδόρια, αρτηριακά, από την πυλαία και ενδοτραχειακά.

Η δοσολογία εξαρτάται από τη σωματική επιφάνεια της ασθενούς, την προηγούμενη αντίδραση στη χημειοθεραπεία ή στην ακτινοβολία και τη φυσική της κατάσταση.³⁵

5.7i Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας:

1. Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει η άρρωστη και η οικογένειά της) προσέγγιση της αρρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά του σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά, συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.
2. Βεβαιώνεται η ασθενής πως οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτα άλλο από την μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοηθών κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.
3. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση της αρρώστου ώστε να αποδεχθεί, να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.
4. Ενημερώνεται η ασθενής πως υπάρχει έντυπη πληροφορία για περισσότερη ενημέρωση σχετικά με την χημειοθεραπεία.
5. Γίνεται αξιολόγηση της αρρώστου για τη θρέψη της, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, την ευαισθησία σε διάφορα φάρμακα κ.α. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας.³⁶

5.7ii Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων:

Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να ενημερώσει για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Υπάρχει καταστολή του μυελού των οστών. Παρατηρείται με α)λευκοπενία. Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση των λευκών διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός. β)προλαμβάνονται οι λοιμώξεις με εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής καθαριότητας, κάθε 4-6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και εφαρμόζεται τεχνική απομόνωσης. Σε περίπτωση θρομβοπενίας παρακολουθούνται τα αιμοπετάλια, η αρτηριακή πίεση του αίματος, προλαμβάνονται οι αιμορραγίες. Τέλος, είναι πιθανή η εμφάνιση αναιμίας. Για αυτό πρέπει να παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη, η ασθενής να παίρνει διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο, αποφυγή κόπωσης και χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού.

Εμφανίζονται επίσης γαστρεντερικές διαταραχές που εκδηλώνονται με ναυτία και εμέτους. Παρακολουθείται η ποσότητα και η συχνότητα των εμέτων και η θρέψη της ασθενής. Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης όπως είναι η χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (μετά από εντολή γιατρού). Προγραμματίζονται μικρά και ελαφρά γεύματα, η ασθενής ενισχύεται να μασάει πολύ καλά την τροφή, γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας. Στις διάρροιες/σύσπαση κοιλιακών μυών παρακολουθείται το χρώμα, η ποσότητα και η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης, ο άρρωστος για συμπτώματα αφυδάτωσης και η συχνότητα και ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών. Τα μέτρα που λαμβάνονται για την πρόληψη της διάρροιας και της συσπάσεως των κοιλιακών μυών είναι ο

περιορισμός της κυτταρίνης, χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν τη διάρροια (μετά από ιατρική εντολή), χορήγηση υγρών και βοήθεια στη διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών.

Μια άλλη παρενέργεια είναι η νευροτοξικότητα όπου παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα ήπιας ή σοβαρότερης νευροπάθειας. Χρησιμοποιούνται μέτρα ασφαλείας για την προστασία της αρρώστου, ενημέρωση ιατρού και τη διατήρηση των μελών σε φυσιολογική θέση.

Στην περίπτωση ωτοξικότητας εκτιμάται η ακοή της αρρώστου πριν αρχίσει τη θεραπεία. Ενημερώνεται η ασθενής να αναφέρει, αν αισθανθεί βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

Στην ηπατοτοξικότητα παρακολουθείται η λειτουργικότητα του ήπατος με τις ηπατικές εξετάσεις και η εμφάνιση συμπτωμάτων. Ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός και ανακουφίζεται η ασθενής από τα συμπτώματα με τις κατάλληλες νοσηλευτικές δραστηριότητες.

Η νεφροτοξικότητα είναι μία από τις πιθανές παρενέργειες. Παρακολουθείται η λειτουργικότητα των νεφρών, εμφάνιση συμπτωμάτων όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κλπ. Λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα και τη διατήρηση της αντιδράσεως των ούρων σε φυσιολογικά επίπεδα με χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

Στην ανοσοκατασταλτική επίδραση παρακολουθείται η ασθενής για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο κλπ. Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι να προστατευτεί η άρρωστη από μολύνσεις.

Στις διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων παρακολουθείται η ασθενής για συμπτώματα όπως αμηνόρροια. Ενημερώνεται πως κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για μερικούς μήνες μετά τη θεραπεία δε θα πρέπει να μείνει έγκυος για την πρόληψη τερατογένεσης.

Γίνεται εξακρίβωση αν η άρρωστη έχει καταλάβει ότι τα μαλλιά της μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας, αλλά θα ξαναβγούν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας. Μειώνεται η αλωπεκία αν κατά τη θεραπεία και 10-15 λεπτά μετά από αυτή εφαρμοστεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.

Παρακολουθείται το δέρμα για διακοπή της συνέχειάς του, διατηρείται καθαρό, προστατεύεται από την ξηρότητα και τη μεγάλη έκθεση στον ήλιο ή σε τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες. Δίνονται στην άρρωστη έντυπες πληροφορίες σχετικά με την προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα, κα αν υπάρχουν.³⁶

5.8 Ακτινοθεραπεία:

Η ακτινοθεραπεία είναι ένας από τους τέσσερις κύριους τρόπους θεραπείας του καρκίνου. Χρησιμοποιείται μόνη ή σε συνδυασμό με τη χειρουργική, τη χημειοθεραπεία ή την ανοσοθεραπεία για να επιτευχθούν παρηγορητικά ή θεραπευτικά αποτελέσματα. Η ακτινοθεραπεία, η οποία μπορεί να είναι είτε εξωτερική (τηλεθεραπεία) είτε εσωτερική (βραχυθεραπεία), είναι τοπική μορφή θεραπείας στην οποία η καταστροφή των κυττάρων συμβαίνει μόνο στην περιοχή όπου εφαρμόζεται η θεραπεία. Είναι περισσότερο αποτελεσματική σε όγκους με καλή οξυγόνωση και με ταχύ ρυθμό ανάπτυξης. Δυστυχώς, η ακτινοθεραπεία δεν έχει εκλεκτική δράση μόνο στα καρκινικά κύτταρα

και έτσι μεταβολές της κυτταρικής δομής και λειτουργίας συμβαίνουν τόσο στα καρκινικά, όσο και στα φυσιολογικά κύτταρα που βρίσκονται μέσα στο πεδίο της ακτινοβολίας. Τα φυσιολογικά κύτταρα, όμως έχουν μεγαλύτερη ικανότητα αποκατάστασης των βλαβών.

Η ακτινοθεραπεία προκαλεί περίπλοκες μεταβολές στα κύτταρα, που αρχίζουν αμέσως και συνεχίζονται για απεριόριστη περίοδο.

Οι κύριοι στόχοι της θεραπείας είναι η διατήρηση της άνεσης, η πρόληψη των επιπλοκών και η ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με την ακτινοθεραπεία, τις αναμενόμενες παρενέργειες και τις τοξικές δράσεις που θα πρέπει να αναφερθούν από την άρρωστη.³⁴

5.8 i Τρόπος εφαρμογής ακτινοθεραπείας:

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί εξωτερικά και εσωτερικά.

Εξωτερική εφαρμογή είναι η τηλεπάθεια που εφαρμόζεται με ακτίνες Χ οι οποίες παράγονται από ειδικό μηχάνημα, ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε ραδιοθεραπευτικές βόμβες και ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα σε θήκες.

Εσωτερική χρήση η οποία εφαρμόζεται ενδοκοιλιακά, εμφύτευση και εσωτερική χρήση από το στόμα ή ενδοφλέβια.³⁶

5.8ii Ανεπιθύμητες ενέργειες/επιπλοκές ακτινοθεραπείας:

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες/επιπλοκές διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες.

Στις πρώιμες ανήκουν η ακτινοδερματίτιδα, η ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών και βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων.

Στις όψιμες είναι: υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε, καρκίνος δέρματος, βλάβη γεννητικών αδένων, αλωπεκία, νέφρωση, λευχαιμία και αυτόματα κατάγματα.

Η ακτινοβολία μπορεί επίσης να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντίδρασης όπως: γενική καταβολή δυνάμεων, ναυτία, εμέτους, ανορεξία, απώλεια βάρους, πυρετικά δέκατα.³⁶

5.8iii Νοσηλευτική φροντίδα στην ακτινοθεραπεία:

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες του νοσηλευτή/τριας που νοσηλεύει ασθενή στην οποία εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρεται στην εκπαίδευση της αρρώστου για τη θεραπεία, στην προετοιμασία και βοήθεια της αρρώστου για τη θεραπεία, στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων και στην ψυχολογική τόνωση της ασθενούς.

Ο νοσηλευτής/τρια ενημερώνεται από τον φάκελο της ασθενούς για το είδος της ακτινοθεραπείας, τη θέση του όγκου, το σκοπό της θεραπείας και τον αριθμό των συνεδριών. Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί την άρρωστη για ναυτία, εμέτους ή άλλη αντίδραση. Χορηγεί στην άρρωστη αναλγητικά πριν τη θεραπεία, αν χρειαστεί, και της απαντά σε τυχόν απορίες που

μπορεί να έχει. Το διαιτολόγιο πρέπει να είναι ελαφρό και να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.³⁶

5.9 Ορμονοθεραπεία:

Έχει αποδειχθεί ότι με την χορήγηση διάφορων ορμονών είναι δυνατό να γίνει επίδραση σε εμφάνιση μεταστάσεων του καρκίνου του μαστού. Οι χρησιμοποιούμενες ορμόνες είναι τα ανδρογόνα, τα οιστρογόνα, τα κορτικοειδή και επίσης η θυρεοειδική ορμόνη.

Η θεραπεία με ανδρογόνες ορμόνες εφαρμόζεται σε περίπτωση υποτροπής του καρκίνου του μαστού ή σε γυναίκες στις οποίες η έμμηνος ρύση έχει σταματήσει. Σε αναλογία 25% έχουμε ευνοϊκή επίδραση, δηλαδή υποχώρηση του πόνου και των οστεολυτικών επεξεργασιών. Το επιθυμητό αυτό αποτέλεσμα απαιτεί θεραπεία 6-8 εβδομάδων. Εάν όμως δύο μήνες μετά από την έναρξη της θεραπείας δεν έχει παρατηρηθεί η αναμενόμενη βελτίωση, η θεραπεία διακόπτεται.

Τα οιστρογόνα χορηγούνται πέντε χρόνια μετά την εμμηνόπαυση και κυρίως σε περιπτώσεις μεταστάσεων στα μαλακά μέρη. Η ευεργετική επίδραση επέρχεται μόνο με χορήγηση μεγάλων δόσεων. Επί ορμονοεξαρτήσεως επέρχεται μέσα σε λίγες εβδομάδες επιθηλιοποίηση των εξηλωμένων επιφανειών και σμίκρυνση του μεγέθους των μεταστάσεων στους πνεύμονες, γάγγλια κλπ. Εάν το αποτέλεσμα είναι το επιθυμητό, η θεραπεία πρέπει να συνεχιστεί για χρόνια.

Οι ορμόνες του θυρεοειδούς έχουν σημαντική επίδραση όσον αφορά στην πρόληψη των υποτροπών.

Τέλος, υπάρχουν τα γλυκοκορτικοειδή. Κατά προτίμηση χορηγούνται τα υδρογονωμένα παράγωγα της κορτιζόνης επειδή παρουσιάζουν εντονότερη γλυκοορμονική ιδιότητα και προκαλούν μικρότερη κατακράτηση νατρίου και ύδατος.³⁷

5.9i Η μακροχρόνια ορμονοθεραπεία αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού:

Η μακροχρόνια χρήση θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης με οιστρογόνα, αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, σύμφωνα με μεγάλη αμερικανική μελέτη που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο Archive of Internal Medicine.

Ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού από την οιστρογονοθεραπεία αυξανόταν με την μακροχρόνια χρήση για τις γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε υστερεκτομή αλλά δεν γινόταν σημαντικός παρά μόνο μετά από δύο δεκαετίες χρήσης.

Ερευνητές του Νοσοκομείου Brigham and Women της Βοστώνης με επικεφαλής την Δρ Γουέντι Τσεν σε συνεργασία με το Αντικαρκινικό Ινστιτούτο Dana Farber μελέτησε στοιχεία από την έρευνα Nurses Health Study στην οποία είχαν εγγραφεί 11.500 νοσηλεύτριες το 1980 και είχαν υποβληθεί σε υστερεκτομή και τελικά περιορίστηκαν σε 29.000 στο τέλος της μελέτης.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας, 934 γυναίκες εκδήλωσαν διηθητικό καρκίνο του μαστού. Εξ αυτών 226 δεν είχαν χρησιμοποιήσει ποτέ ορμόνες και 708 είχαν υποβληθεί σε οιστρογονοθεραπεία.

Οι γυναίκες που δεν είχαν υποβληθεί σε υστερεκτομή αλλά επιζητούσαν ανακούφιση από τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης όπως οι εξάψεις, παίρνουν συνδυασμό οιστρογόνων και προγεστερόνης, ο οποίος είναι σχεδιασμένος να προλαμβάνει τον καρκίνο της μήτρας.

Η συνδυαστική ορμονοθεραπεία έχει συσχετιστεί με υψηλότερο κίνδυνο καρκίνου του μαστού ακόμα και όταν λαμβάνεται για σύντομο χρονικό διάστημα.

Στην παρούσα μελέτη, ο σχετικός κίνδυνος καρκίνου του μαστού μετά από περισσότερα από δέκα χρόνια χρήσης μονοθεραπείας με οιστρογόνα ήταν ελαφρώς κάτω από το 1.00, δηλαδή δεν διαπιστώθηκε ούτε υψηλότερη στατιστικά σημαντικότητα αλλά ούτε και χαμηλότερος κίνδυνος νόσησης.

Μετά από 10 με 15 χρόνια θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης ο κίνδυνος αυξανόταν σε ένα μη σημαντικό 1.06, αλλά έφτασε στο σημαντικό 1.42, μετά από 20 χρόνια θεραπείας.

Η σχέση μεταξύ θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης και καρκίνου του μαστού ήταν ισχυρότεροι για τους όγκους με υποδοχείς που ανταποκρίνονταν στα οιστρογόνα ή στην προγεστερόνη.³⁸

5.10 Φαρμακευτική θεραπεία:

Η φθοριοουρακίλη χρησιμοποιείται κατά κύριο λόγο για την αντιμετώπιση συμπαγών όγκων που αναπτύσσονται αργά όπως είναι τα καρκινώματα του μαστού. Λόγω της τοξικότητάς της για το γαστρεντερικό σωλήνα χορηγείται ενδοφλεβίως. Εκτός από ναυτία,

έμετο, διάρροια και αλωπεκία, παρατηρούνται συχνά και βαριές εξελκώσεις του στοματικού και γαστρεντερικού βλεννογόνου.

Η δοξορουβικίνη είναι ένα από τα πιο σημαντικά και ευρέως χρησιμοποιούμενα αντικαρκινικά φάρμακα. Πρέπει να χορηγείται ενδοφλεβίως επειδή αδρανοποιούνται στη γαστρεντερική οδό.

Η σοβαρότερη ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η μη αναστρέψιμη και δόσοεξαρτώμενη καρδιοτοξικότητα. Προκαλεί επίσης καταστολή του μυελού των οστών, στοματίτιδα και γαστρεντερικές διαταραχές. Η αλωπεκία συνήθως είναι σοβαρή.

Η κυκλοφωσφαμίδη έχει ευρύ φάσμα κλινικών εφαρμογών και χρησιμοποιείται είτε μόνη της είτε ως τμήμα χημειοθεραπευτικού σχήματος για την αντιμετώπιση ευρείας ποικιλίας νεοπλασιών όπως ο καρκίνος του μαστού. Χορηγείται κατά προτίμηση από το στόμα. Προκαλεί καταστολή του μυελού των οστών, αλωπεκία, ναυτία, έμετο και διάρροια.

Η πακλιταξέλη έχει αποδειχθεί αποτελεσματική εναντίον του μεταστατικού καρκίνου του μαστού. Εγχέεται σε διάστημα 3-4 ωρών. Προκαλεί δύσπνοια, κνίδωση και υπόταση. Η ουδετεροπενία επίσης είναι συχνή παρενέργεια.

Η αμινογλουταιθιμίδη είναι χρήσιμη ως θεραπεία δεύτερης γραμμής για το μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Χορηγείται από το στόμα και μεταβολίζεται προς αδρανή προϊόντα από το ηπατικό σύστημα. Προκαλεί παροδική καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος και κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα.³⁹

Η μεθοτρεξάτη χορηγείται ενδοφλεβίως και συνήθως προκαλεί ναυτία, έμετο, ελλάτωση των κυττάρων του αίματος, επιπεφυκίτιδα, εξάνθημα. Σπάνια δημιουργεί αλωπεκία, κεφαλαλγία, ηπατικά προβλήματα και βλάβη στον πνεύμονα.

Η γλωραμβουκίλη χορηγείται από το στόμα και συνήθως εμφανίζει κόπωση, ελλάτωση των κυττάρων του αίματος και πιο σπάνια ναυτία, έμετο και εμμηνορρυσιακές ανωμαλίες.

Η μελφαλάνη χορηγείται από το στόμα και προκαλεί έμετο, εξάνθημα, ανορεξία, έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας.

Η βινκρστίνη χορηγείται ενδοφλεβίως. Προκαλεί τριχόπτωση, μούδιασμα στα δάχτυλα των ποδών και χεριών, τοπικός πόνος στη θέση της ενδοφλέβιας χορήγησης και δυσκοιλιότητα.

Η βινπλαστίνη χορηγείται ενδοφλεβίως. Ανεπιθύμητες ενέργειές της είναι ναυτία, έμετος, αλωπεκία και σπάνια αδυναμία στα άνω και κάτω άκρα.

Οι προγεστίνες χορηγούνται από το στόμα και προκαλούν αύξηση του σωματικού βάρους, οίδημα, ευαισθησία των μαστών.

Η πρεδνιζόνη χορηγείται από το στόμα και συνήθως προκαλεί μεταβολές στη ψυχική διάθεση, αυξημένη όρεξη, κατακράτηση υγρών και σπάνια εμφανίζει προβλήματα ακμής.¹⁵

Σύμφωνα με έρευνα που δημοσιεύτηκε στο New England Journal of Medicine, μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με καρκίνο του μαστού που

έπειτα από 2-3 χρόνια αγωγής με ταμοξιφαίνη έλαβαν εξετεςτάνη, παρουσίασαν μειωμένες πιθανότητες υποτροπής. Η μελέτη Intergroup Exemestane Study όπου συμμετείχαν και 3 ελληνικά κέντρα, συμπεριέλαβε περισσότερες από 4.700 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με καρκίνο του μαστού που είχαν υποβληθεί σε αφαίρεση του όγκου και έπαιρναν ταμοξιφαίνη επί 2-3 χρόνια. Χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: στην πρώτη η ταμοξιφαίνη αντικαταστάθηκε από την εξεμεστάνη και στη δεύτερη συνέχισαν να λαμβάνουν ταμοξιφαίνη για 5 χρόνια. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν για 31 μήνες όπου 266 ασθενείς υποτροπίασαν στην ομάδα της εξεμεστάνης. Διαφορά που αντιστοιχεί σε 32% μείωση του κινδύνου υποτροπής.

«Αυτή η μελέτη μπορεί να αλλάξει την πάγια πρακτική που συνίσταται στη χορήγηση ταμοξιφαίνης για 5 χρόνια. Η μελέτη δείχνει ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα αν λάβουν ταμοξιφαίνη για 2-3 χρόνια και μετά συνεχίσουν με εξεμεστάνη» είπε ο Δρ. Stephen Jones, διευθυντής της ογκολογικής έρευνας των ΗΠΑ.³⁸

5.11 Υποτροπή:

Μετά από την μαστεκτομή η γυναίκα πρέπει να εξακολουθήσει να κάνει τακτικά εξετάσεις για να προλάβει το φαινόμενο της υποτροπής. Ο καρκίνος μπορεί να επανεμφανιστεί τοπικά, στην περιοχή του μαστού, ή σε άλλο σημείο του σώματος όπως στα οστά ή το ήπαρ.

5.11i Τύποι υποτροπών:

Υπάρχουν τρεις τρόποι επανεμφάνισής του στην περιοχή του μαστού και υποδηλώνουν διαφορετικές καταστάσεις.

Εάν η ασθενής υποβλήθηκε σε ευρεία εκτομή και ακτινοβολία, μπορεί να επανεμφανίσει καρκίνο στον ίδιο μαστό. Σε αυτή την περίπτωση το πρώτο μέτρο που πρέπει να ληφθεί είναι να επαναληφθούν οι εξετάσεις σταδιοποίησης ώστε να είναι βέβαιο ότι δεν υπάρχει ένδειξη εμφάνισης καρκίνου σε άλλο σημείο του σώματος. Εάν οι εξετάσεις είναι φυσιολογικές τότε ο ιατρός προχωρεί σε μαστεκτομή.

Ένας άλλος τύπος τοπικής υποτροπής εντοπίζεται στους λεμφαδένες κάτω από το βραχίονα. Το πρόβλημα συχνά αντιμετωπίζεται με περαιτέρω θεραπεία σε αυτήν την περιοχή, ή χειρουργική ή ακτινοβολία. Η υποτροπή σε λεμφαδένες άλλων περιοχών, όπως στον αυχένα ή στην υποκλείδια χώρα, έχει σοβαρότερες συνέπειες, αφού είναι πιθανώς μεταστάσεις. Μοιάζει περισσότερο με τοπική υποτροπή που ακολουθεί τη μαστεκτομή και συνήθως δικαιολογεί επιθετικότερη προσέγγιση.

Τέλος, ο καρκίνος μπορεί να δώσει μεταστάσεις στην περιοχή του δεύτερου μαστού. Αυτό μπορεί να συμβεί στον μαστικό ιστό ή στο λίπος αμέσως κάτω από το δέρμα. Τέτοιου είδους υποτροπή είναι μετάσταση και στον μεταστατικό καρκίνο δεν υπάρχει θεραπεία. Μπορεί όμως να ανακουφιστεί η ασθενής από την ενόχληση που αισθάνεται και να οδηγηθεί σε περίοδο ύφεσης η οποία σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να διαρκέσει πολλά χρόνια.¹⁵

5.11ii Τα συμπτώματα της υποτροπής:

Όταν ο καρκίνος του μαστού διασπείρεται στα οστά, σχεδόν πάντοτε συμβαίνει στα μεγάλα οστά όπως είναι το ισχίο, μηριαίο οστό και σπονδυλική στήλη, η ασθενής νοιώθει έντονο πόνο στα οστά αυτά. Όταν ο καρκίνος έχει διασπαρθεί στον πνεύμονα, ίσως παρουσιαστεί απλώς σε

κάποια ακτινογραφία ή θα μπορούσε να προκαλέσει επίμονο βήχα που δεν παρέρχεται. Τις περισσότερες φορές βέβαια ο βήχας αποδεικνύεται αθώος. Στο ήπαρ ο καρκίνος του μαστού σπάνια εμφανίζει συμπτώματα, παρά μόνο αφού έχει εξελιχθεί πολύ όπου τότε πιθανώς θα παρουσιαστεί ως ίκτερος ή ως πόνος στο δεξί άνω τεταρτημόριο της κοιλιακής χώρας. Περιστασιακά εμφανίζεται υποτροπή στον εγκέφαλο, που μπορεί να παρουσιαστεί ως αμετάβλητη κεφαλαλγία η οποία διαρκεί εβδομάδες, ή απώλεια τμήματος του οπτικού πεδίου, ή μούδιασμα στα δάχτυλα των άνω και κάτω άκρων.¹⁵

5.11iii Θεραπεία υποτροπής:

Η ασθενής μπορεί να υποβληθεί σε ακτινοβολία μόνο μία φορά σε ορισμένη περιοχή οπότε δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακτινοβολία εάν έχει ήδη εφαρμοστεί. Η χειρουργική μπορεί να εφαρμοστεί μόνο σε περιορισμένες καταστάσεις όπως όταν ένας καρκινωματώδης ιστός που είναι εύκολο να αποκοπεί χωρίς να βλαφθούν άλλες δομές. Ακόμα και η χημειοθεραπεία έχει τους περιορισμούς της. Τέλος ορισμένα φάρμακα έχουν σοβαρές παρενέργειες αν δοθεί μεγαλύτερη ορισμένη δοσολογία.¹⁵

5.12 Πλαστική μαστού:

Πλαστική μαστού είναι η χειρουργική αποκατάσταση του ενός ή και των δύο μαστών που εκτελείται με σκοπό την αύξηση ή την μείωση του μεγέθους του μαστού ή τη διαμόρφωση ενός νέου μαστού μετά από μαστεκτομή. Μπορεί να εκτελεστεί αμέσως μετά από μαστεκτομή ή σε δεύτερο χρόνο μετά από 3-12 μήνες ανάλογα με την προτίμηση του ιατρού, την έκταση της νεοπλασίας, το βαθμό προσβολής των

λεμφαδένων, το πρόγραμμα αγωγής και την ηλικία και επιθυμία της ασθενούς.

Η τεχνική που θα χρησιμοποιηθεί για την αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή εξαρτάται από το χρόνο εκτέλεσής της σε σχέση με τη μαστεκτομή. Εξαρτάται επίσης από την κατάσταση και την ελαστικότητα του δέρματος στο θωρακικό τοίχωμα και την ύπαρξη ή όχι του μείζονος θωρακικού μυός. Σε ορισμένες γυναίκες το μόνο που απαιτείται είναι η απλή τοποθέτηση εμφυτεύματος κάτω από τον μείζονα θωρακικό μυ. Σε άλλες γυναίκες, οι οποίες έχουν εκτεταμένες απώλειες δέρματος, ιστών και μυών ή δερματικές βλάβες από ακτινοβολία, για την αποκατάσταση του μαστού μπορεί να απαιτηθεί η χρήση αυτόλογων ιστικών μοσχευμάτων. Τέτοιοι είναι για παράδειγμα από το μείζονα γλουτιαίο μυ, τον πλατύ ραχιαίο μυ, ή τον ορθό κοιλιακό μυ, ή σπάνια από το επίπλου. Με αυτούς τους τύπους μοσχεύματος, μπορεί να μην απαιτηθεί η εμφύτευση πρόσθεσης και η όλη επέμβαση θα έχει ως αποτέλεσμα ένα ‘νέο μαστό’ πιο μαλακό και πιο όμοιο με το φυσιολογικό μαστό.

Εάν το δέρμα της ασθενούς στο θωρακικό τοίχωμα είναι πολύ τεταμένο ή εάν η αποκατάσταση του μαστού γίνει κατά το χρόνο της μαστεκτομής μπορεί να απαιτηθεί η εφαρμογή μιας συσκευής για τη διευκόλυνση της διατάσεως του δέρματος. Κατά τη μέθοδο αυτή, κάτω από το μείζονα θωρακικό μυ τοποθετείται μια συσκευή που μπορεί να φουσκώνει, η οποία γεμίζει σταδιακά με φυσιολογικό ορό σε μια περίοδο μερικών εβδομάδων. Όταν το δέρμα έχει επαρκώς διαταθεί ώστε να είναι δυνατή η πλήρωση της συσκευής διατάσεως σε ποσοστό 25% πάνω από το επιθυμητό αισθητικά μέγεθος, αντικαθίσταται με μόνιμη εμφυτευμένη πρόθεση. Σήμερα υπάρχουν διαθέσιμες συσκευές διάτασης που μπορούν

να χρησιμοποιηθούν και ως μόνιμα εμφυτεύματα. Με τον τύπο αυτόν, αφαιρείται μόνο το τμήμα της συσκευής που χρησιμοποιείται για την πλήρωση όταν έχει επιτευχθεί επαρκής διάταση. Η αποκατάσταση του συμπλέγματος θηλής-θηλαίας άλλω μπορεί να γίνει ταυτόχρονα, συνήθως όμως καθυστερεί μέχρις ότου επιτευχθεί επαρκής συμμετρία του μαστού ώστε να καθοριστεί ακριβέστερα η θέση στην οποία θα τοποθετηθεί. Ο σχηματισμός της θηλαίας άλλω γίνεται με τη χρήση μοσχεύματος από υπερχρωσμένο σημείο της άνω έσω επιφάνειας του μηρού ή από τον ετερόπλευρο μαστό. Στην πλειονότητα των γυναικών που υποβάλλονται σε αποκατάσταση μαστού μετά από μαστεκτομή, εκτελείται χειρουργική επέμβαση και στον άλλο μαστό με σκοπό την επίτευξη συμμετρίας.³⁴

5.12i Σιλικόνη κατά του καρκίνου του μαστού:

Η επανόρθωση του στήθους μπορεί σχεδόν να επαναφέρει στη φυσιολογική του εμφάνιση, να ελαττώσει το μετεγχειρητικό άγχος, να βελτιώσει την εμφάνιση του σώματος και την αυτοπεποίθηση της ασθενούς και τέλος να απλοποιήσει πρακτικά θέματα, όπως την επιλογή ενδυμάτων.

Σχεδόν κάθε γυναίκα που έχει καλή υγεία, ανεξάρτητα από τον τύπο της μαστεκτομής στην οποία θα υποβληθεί μπορεί να είναι υποψήφια για επανόρθωση στήθους. Παράγοντες οι οποίοι παίζουν ρόλο είναι: ο τύπος της μαστεκτομής, η χρήση ακτινοθεραπείας/ χημειοθεραπείας, η ηλικία, το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς, η θέση και η ποιότητα της χειρουργικής ουλής, η ποιότητα του δέρματος και η ύπαρξη ή όχι μετεγχειρητικών ουλών στο κοιλιακό τοίχωμα.

Η επανόρθωση στήθους μπορεί να ξεκινήσει ή κατά την επέμβαση της μαστεκτομής ή σε δεύτερο χρόνο.

Περίπου 75% των επανορθώσεων του στήθους ξεκινούν κατά τον ίδιο χρόνο με την επέμβαση της μαστεκτομής. Ο πλαστικός χειρουργός και ο γενικός χειρουργός πρέπει να έχουν στενή συνεργασία μεταξύ τους κατά τη διάρκεια της επέμβασης, ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες των επιπλοκών.

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε άμεση επανόρθωση στήθους, αποφεύγουν επιπλέον χειρουργεία για την επίτευξη του στόχου αυτού και υποφέρουν λιγότερο από μετεγχειρητική κατάθλιψη επειδή η εικόνα του σώματός τους είναι περισσότερο κοντά στο φυσιολογικό.

Με την επανόρθωση στήθους σε δεύτερο χρόνο οι ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή, αλλά δεν έγινε καμιά προσπάθεια επανόρθωσης, μπορούν επίσης να ωφεληθούν από τις ίδιες χειρουργικές τεχνικές επανόρθωσης. Σε αυτή τη περίπτωση η χειρουργική πληγή είναι τελείως επουλωμένη και ο ασθενής έχει όλο το χρόνο να δεχθεί ψυχολογικά το αποτέλεσμα της μαστεκτομής.

Για τις περισσότερες ασθενείς η επανόρθωση θα απαιτήσει δύο με τρία χειρουργεία. Το πρώτο χειρουργείο και πιο σημαντικό είναι η δημιουργία ενός ικανοποιητικού μεγέθους στήθους. Το δεύτερο χειρουργείο συνιστάται, είτε σε πλέον τροποποίηση του σχήματος του στήθους, είτε στην τοποθέτηση μόνιμου προθέματος. Στο στάδιο αυτό γίνονται και οι απαιτούμενες τροποποιήσεις (εάν χρειάζονται) στο αντίθετο στήθος, ώστε να επιτευχθεί η συμμετρία. Τελευταίο χειρουργείο αποτελεί η δημιουργία θηλής και θηλαίας άλου, που γίνεται εφόσον όλα τα

προηγούμενα στάδια έχουν ολοκληρωθεί με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Η επανόρθωση του στήθους επιτυγχάνεται με τη χρήση:

- προθεμάτων σιλικόνης: χρησιμοποιούνται όταν το εναπομένον δέρμα και ο θωρακικός μυς μετά τη μαστεκτομή είναι αρκετά για την ικανοποιητική κάλυψη του προθέματος.
- διατατήρων δέρματος: είναι προθέματα που αποτελούνται από περίβλημα σιλικόνης, των οποίων η σταδιακή πλήρωση με φυσιολογικό ορό σε διάστημα λίγων μηνών, παρέχει αρκετό θωρακικό ιστό, δέρμα και λίπος ώστε σε δεύτερη φάση να τοποθετηθεί πρόθεμα που εμπεριέχει σιλικόνη.
- διατατήρων δέρματος που μπορούν να χρησιμοποιηθούν και ως μόνιμα προθέματα στήθους: αποτελούν διατατήρες δέρματος που περιέχουν κατά ένα ποσοστό του βάρους τους και gel σιλικόνης.
- αυτόλογου ιστού (μυός, λίπους και δέρματος) που προέρχεται από άλλη περιοχή του σώματος για την επανόρθωση του στήθους με ή χωρίς τη χρήση προθέματος.

Τα μειονεκτήματα αυτών των τεχνικών είναι αφενός ότι αποτελούν μια πολύπλοκη χειρουργική πράξη και αφετέρου ότι στη δότρια περιοχή υπάρχει πάντα μια δεύτερη ουλή μετά την αφαίρεση των απαιτούμενων ιστών.⁴⁰



Εικόνα 15: (www.plastic-surgery.gr, 26/12/2006)

Κατά την τεχνική της χρήσης διατατήρων δέρματος, ο τελευταίος εισάγεται είτε κατά τη διάρκεια της επέμβασης της μαστεκτομής, είτε σε δεύτερο χρόνο κάτω από το μείζονα θωρακικό μυ του θωρακικού τοιχώματος.



Εικόνα 16: (www.plastic-surgery.gr, 26/12/2006)

Ο διατατήρας δέρματος πληρώνεται σταδιακά με φυσιολογικό ορό ώστε κατά το τέλος της διαδικασίας αυτής να υπάρχουν αρκετά μαλακά μόρια για να καλύψουν το τελικό πρόθεμα.



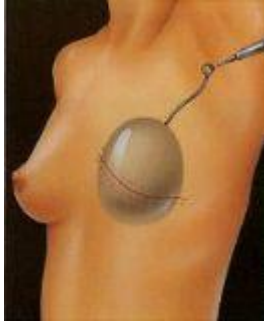
Εικόνα 17: (www.plastic-surgery.gr, 26/12/2006)

Εάν έχουν χρησιμοποιηθεί διατατήρες δέρματος που μπορούν να παραμείνουν ως μόνιμα προθέματα στήθους δε χρειάζεται αυτοί να αντικατασταθούν με προθέματα σιλικόνης.



Εικόνα 18: (www.plastic-surgery.gr, 26/12/2006)

Ένα μπαλόνι από σιλικόνη τοποθετείται κάτω από το θωρακικό τοίχωμα.



Εικόνα 19: (www.plastic-surgery.gr, 26/12/2006)

Κατόπιν, ο διατατήρας γεμίζεται σταδιακά με φυσιολογικό ορό, μέσω μιας πολύ μικρής βαλβίδας ανά τακτά χρονικά διαστήματα για συνολικό χρονικό διάστημα τριών μηνών.



Εικόνα20: (www.plastic-surgery.gr, 26/12/2006)

Όταν επιτευχθεί ο προσδοκώμενος όγκος στήθους, τότε, ανάλογα, είτε ο διατατήρας αντικαθίσταται με κανονικό πρόθεμα σιλικόνης, είτε παραμένει ως μόνιμο πρόθεμα ανάλογα με τον τύπο διατατήρα που είχε επιλεγεί αρχικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 60

6.1 Ορισμός πρόληψης:

Η πρόληψη είναι η αυριανή ελπίδα κατά του καρκίνου. Συνεπάγεται όμως και αλλαγή τρόπου ζωής. Τροποποιήσεις των συνηθειών της ζωής θα αρκούσαν στο να οδηγήσουν σε σημαντική μείωση τη συχνότητα εμφάνισης των καρκίνων. Οι προσπάθειες από τις ομάδες υγείας να περάσουν τα μηνύματα της πρόληψης είναι πολύ δύσκολες και τα αποτελέσματά τους είναι συχνά αμφίβολα. Οι προκαταλήψεις, οι φόβοι, οι συνήθειες, η στάση απέναντι στην αρρώστια που λέγεται καρκίνος πολλές φορές γίνονται αιτία να φθάσει ο καρκίνος στα τελικά στάδια και η θεραπεία του να γίνεται δυσκολότερη.⁵

6.2 Πρόληψη του καρκίνου του μαστού:

Ο αποδοτέος κίνδυνος είναι ο αριθμός των καρκίνων του μαστού που μπορούν να αποδοθούν σε κάποιον συγκεκριμένο παράγοντα κινδύνου (ή να εξαλειφθούν εάν μεταβληθεί αυτός ο παράγοντας). Ο βαθμός της βεβαιότητας είναι διαφορετικός για κάθε παράγοντα κινδύνου.¹⁵

Κίνδυνοι ανάπτυξης καρκίνου του μαστού

	Οφειλόμενος κίνδυνος
Απόκτηση πρώτου παιδιού σε ηλικία 25 χρονών ή μεγαλύτερη	17%
Θεραπεία υποκατάστασης οιστρογόνων	8%
Δίαιτα υψηλής περιεκτικότητας λίπους	26%
παχυσαρκία	12%

Πίνακας 4

(S. M. Love, Το βιβλίο του Μαστού, 1994)

Στα παρακάτω σημεία συνοψίζονται οι θεωρητικές προϋποθέσεις τις οποίες πρέπει να πληρεί μια μέθοδος ελέγχου του πληθυσμού (screening) για πρόωμη ανίχνευση του καρκίνου:

- Ø Η μέθοδος πρέπει να μπορεί να ανακαλύψει ένα καρκίνο σε τόσο πρώιμο στάδιο, ώστε η θεραπεία να επηρεάσει την εξέλιξη της νόσου.
- Ø Πρέπει να έχει μικρό αριθμό ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων (περιπτώσεις δηλαδή που υπάρχει νόσος αλλά η μέθοδος δεν μπορεί να τις ανακαλύψει) ώστε μόνο πολύ μικρό ποσοστό ατόμων με πρόβλημα να διαφύγει τον κίνδυνο.
- Ø Επίσης χαμηλό πρέπει να είναι το ποσοστό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων (όταν δεν υπάρχει πρόβλημα αλλά η μέθοδος μας δίνει ένδειξη νόσου) ώστε να αποφεύγεται άσκοπη ταλαιπωρία του ασθενούς.
- Ø Η μέθοδος δεν θα πρέπει να έχει παρενέργειες.
- Ø Η μέθοδος θα πρέπει να μπορεί να επαναληφθεί και να δώσει ίδια αποτελέσματα ακόμα και αν τα εκτιμήσει άλλος γιατρός.
- Ø Η μέθοδος θα πρέπει να είναι φθηνή.
- Ø Θα πρέπει να είναι δυνατός ο έλεγχος μεγάλων ομάδων του πληθυσμού.⁴¹

6.3 Πληθυσμιακός Προσυμπτωματικός Έλεγχος:

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι η διαδικασία κατά την οποία εξετάζονται υγιείς άνθρωποι, χωρίς συμπτώματα, ώστε να συλλέγουν πληροφορίες για τα πρώιμα σημεία της νόσου. Για παράδειγμα το επίχρισμα Παπανικολάου αποτελεί σήμερα την επιτυχέστερη τεχνική προσυμπτωματικού ελέγχου.

Εκείνο που χρειάζεται είναι κάποια εξέταση εύκολη στη διενέργειά της, ευρέως αποδεκτή από τις ασθενείς (πχ φθηνή και ανώδυνη), επαρκώς ευαίσθητη ώστε να ανιχνεύει τη νόσο και επαρκώς ειδική ώστε να μη καταλήγει σε ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Σήμερα υπάρχουν τρεις αξιόλογες μέθοδοι προσυμπτωματικού ελέγχου. Είναι η αυτοεξέταση των μαστών, η εξέταση των μαστών από τον ιατρό και η μαστογραφία.

Υπάρχουν τρία συνήθη συστηματικά σφάλματα τα οποία περιπλέκουν το πρόβλημα της πρώιμης ανίχνευσης του καρκίνου.

Το πρώτο είναι το σφάλμα πρόσθετου χρόνου. Δηλαδή η παραδοχή ότι η διάγνωση ενός νοσήματος στα αρχικά στάδια της ύπαρξής του θα επηρεάσει ουσιαστικά το ρυθμό εξέλιξής του. Το δεύτερο συστηματικό σφάλμα ονομάζεται παρατεινόμενης διάρκειας. Τρίτο σφάλμα είναι το σφάλμα διαλογής και τέλος, υπάρχει το σφάλμα υπερδιάγνωσης. Στο σφάλμα υπερδιάγνωσης ανακαλύπτονται ύποπτες περιοχές σε μια μαστογραφία που μπορεί και να μην αποτελούν ένδειξη καρκίνου.¹⁵

6.4 Οι γυναίκες μειώνουν τον κίνδυνο να πάθουν καρκίνο του μαστού:

Έπειτα από έρευνα που παρουσιάστηκε στο συνέδριο με θέμα «Καρκίνος – Σύγχρονες εξελίξεις και μελλοντικές προοπτικές» που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα στο νοσοκομείο «Υγεία» σε συνεργασία με την Ιατρική σχολή του πανεπιστημίου Χάρβαρντ τον Σεπτέμβριο του 2003, προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα:

Οι γυναίκες μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο να πάθουν καρκίνου του μαστού κατά 19% με την διατήρηση του ιδανικού βάρους τους, κατά 50% με την κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και δημητριακών ολικής αλέσεως, κατά 23-30% με συχνές μαστογραφίες και ψηλάφηση στήθους κάθε μήνα.⁴²

Προληπτική διάγνωση

Όλες οι γυναίκες σε ηλικία μεγαλύτερη των 20 ετών πρέπει να ελέγχουν το στήθος τους. Οι σωστότερες μέθοδοι εξέτασης εξαρτώνται από την ηλικία της γυναίκας.⁴³

Ηλικία ανάμεσα 20-39	Αυτοεξέταση κάθε μήνα και φυσική εξέταση από τον γιατρό κάθε 1-3 χρόνια.
Ηλικία ανάμεσα 40-49	Κάθε χρόνο φυσική εξέταση από γιατρό. Γυναίκες με υψηλό κίνδυνο και μαστογραφία.
Ηλικία 50 και άνω	Μαστογραφία κάθε χρόνο.

Πίνακας 5

(www.yourdiseaserisk.harvard.edu, 2006)

6.5 Πρόληψη των κακοηθών νεοπλασιών:

Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: σε μέτρα πρωτογενούς και σε μέτρα δευτερογενούς πρόληψης. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα βασικά προληπτικά μέτρα, που έχουν ως σκοπό να προλάβουν την έναρξη των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικώς αιτιολογικών παραγόντων (πχ περιορισμός έκθεσης του ατόμου στην ιονίζουσα ακτινοβολία) ή αποφυγή της έκθεσης σε αυτούς (πχ διακοπή αυθαίρετης λήψης οιστρογόνων χωρίς ιατρική εντολή ή προγενηστερονική κάλυψη) ή ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σε αυτούς (πχ εμβολισμός κατά του ιού της ηπατίτιδας Β).

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση του νοσήματος στο κατά το δυνατό πρωιμότερο στάδιο (πχ με μαστογραφία). Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς πρόληψης ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων. Αντίθετα, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων για δευτερογενή πρόληψη είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης.⁴⁴

6.6 Πρωτογενής πρόληψη\ανακάλυψη των αιτιολογικών παραγόντων:

Η ανακάλυψη των καρκινογόνων παραγόντων γίνεται με τρεις κατηγορίες ερευνών: σε ανθρώπους, σε πειραματόζωα και σε μικροβιακές καλλιέργειες. Οι έρευνες σε ανθρώπους είναι περισσότερο

αποτελεσματικές, μολονότι είναι αναγκαστικά μη πειραματικές (επιδημιολογικές). Οι έρευνες σε πειραματόζωα, συγκρινόμενες με τις επιδημιολογικές, έχουν ένα σημαντικό πλεονέκτημα: είναι πειραματικές. Το μειονέκτημά τους είναι ότι ο άνθρωπος δεν έχει τον ίδιο μεταβολισμό με τα διάφορα πειραματόζωα και έτσι υπόκειται σε διαφορετικές καρκινογενετικές επιδράσεις.

Αναζητώντας τους κύριους επιβαρυντικούς παράγοντες στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού σε συγκεκριμένες γυναίκες, είναι δυνατό να διαχωριστούν μία ή περισσότερες ομάδες γυναικών με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.⁴⁴

6.6i Εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης:

Τέτοια προγράμματα είναι:

1. η υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Πχ οι διατροφικές συνήθειες.
2. η προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων, σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινικό παράγοντα.
3. η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

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

- Ø η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες
- Ø της κοινωνίας.
- Ø η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40^ο έτος.
- Ø η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.
- Ø η ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα, οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση.
- Ø η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα.
- Ø η αναγνώριση του ρόλου του νοσηλευτή/τριας στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση νοσηλευτών/τριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.
- Ø η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των ασχολουμένων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν στον καρκίνο του μαστού.
- Ø η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιοριστούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.
- Ø Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.⁴⁵

6.6ii Δευτερογενής πρόληψη:

Όταν δεν υπάρχουν ή δεν έχουν εφαρμοστεί μέτρα για την πρωτογενή πρόληψη, η επίδραση του αιτιολογικού παράγοντα στον άνθρωπο δημιουργεί μια αλυσίδα από βλάβες, που οδηγούν τελικά στην εμφάνιση της νόσου, η οποία εκδηλώνεται με υποκειμενικά συμπτώματα και αντικειμενικά σημεία. Η μετάβαση της ασθενούς στο γιατρό γίνεται κατά κανόνα αφού εκδηλωθεί η νόσος και τότε μπορεί να είναι πολύ αργά, γιατί οι βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες. Στη δευτερογενή πρόληψη

γίνεται προσπάθεια να διαγνωσθεί η ύπαρξη της νόσου έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανισθούν συμπτώματα, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε βαριές και μερικές φορές ανίατες μορφές. Επομένως, η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.⁴⁴

6.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού:

Οι νοσηλευτές/τριες παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη του καρκίνου του μαστού, διότι η ολιστική τους προοπτική τους καθιστά ικανούς να επέμβουν για ασθενείς σε όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας. Είναι ικανοί/ές να εκτιμήσουν όχι μόνο την υγεία των γυναικών αλλά, χρησιμοποιώντας την ανώτερη γνώση και πρακτική ειδικότητά τους, μπορούν να ενημερώσουν τις γυναίκες για τους καρκινογόνους παράγοντες και να οργανώσουν προγράμματα που στοχεύουν στην έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση.

Η πρόγνωση για ανάρρωση σχετίζεται απευθείας με το στάδιο της ασθένειας τη στιγμή της διάγνωσης, για αυτό το λόγο κάθε έγκαιρη διάγνωση μέσω μαστογραφιών και κλινικής εξέτασης είναι σημαντική.

Η πρόληψη συμβάλλει σημαντικά στην υψηλή ποιοτική ζωή των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Πρόγνωση για ανάρρωση σχετίζεται απευθείας με το στάδιο της ασθένειας τη στιγμή διάγνωσης.

Είναι σημαντικό ότι στις γυναίκες οι οποίες βρίσκονται στον υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο μαστού πρέπει να δοθούν πληροφορίες που χρειάζονται για να αποφασίσουν για την υγεία τους.

Ενώ διενεργούν φυσική και κλινική εκτίμηση, οι νοσηλεύτριες πρέπει να ακούν προσεκτικά τη γυναίκα που αναφέρει προβλήματα υγείας και συμπτώματα. Ηλικία, αναπαραγωγικό ιστορικό και προϋπάρχον ιστορικό προβλημάτων υγείας θα πρέπει να εκτιμώνται και να αναλύονται προσεκτικά.⁴⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

7.1 Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις του καρκίνου:

Ο άρρωστος με καρκίνο χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Οι αντιδράσεις του ασθενή, οι αντιδράσεις του γιατρού, του νοσηλευτικού προσωπικού, της οικογένειας, του περιβάλλοντος γίνονται ένα σύμπλοκο καταστάσεων, που δυσκολεύουν την αντιμετώπιση του αρρώστου.

Κατ' αρχήν είναι γνωστό ότι συχνά ο άρρωστος με πιθανό καρκίνο καθυστερεί να συμβουλευθεί ένα γιατρό. Η καθυστέρηση αυτή μπορεί να οφείλεται στην τάση που έχουν πολλοί άνθρωποι να αρνούνται πληροφόρηση που είναι επώδυνη, στον φόβο του θανάτου, στη μη καλή σχέση γιατρού-ασθενή, στην ύπαρξη προηγούμενης διάγνωσης καρκίνου στην οικογένεια, σε χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Πρέπει να σημειωθεί ότι αρχικά συμπτώματα του καρκίνου μπορεί να είναι συμπτώματα κατάθλιψης. Η ψυχολογική προσαρμογή του αρρώστου στον καρκίνο εξαρτάται από δύο βασικές παραμέτρους: τον τρόπο που ο άρρωστος αντιμετώπισε στρεσογόνες καταστάσεις στο παρελθόν και τον τύπο των κλινικών συμπτωμάτων και την κλινική πορεία της αρρώστιας στον συγκεκριμένο άρρωστο.⁴⁶

7.2 Σχέση ανάμεσα στον καρκίνο και στην ψυχολογία:

Η καλλιέργεια της ελπίδας μπορεί να δώσει άλλη διάσταση στην εμπειρία της ασθένειας και να συμβάλλει στην ψυχική ευημερία των αρρώστων και των συγγενών. Αναφέρεται ότι υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που συμβάλλουν στην απώλεια της ελπίδας και της ψυχικής ευημερίας, όπως η αίσθηση της εγκατάλειψης και απομόνωσης, ο ανεξέλεγκτος φυσικός πόνος και η δυσφορία, αλλά και η υποτίμηση της ανθρώπινης

αξιοπρέπειας. Άρχισε λοιπόν να φαίνεται πως υπάρχει μια σχέση ανάμεσα στον ρυθμό με τον οποίο εξελίσσεται ο κακοήθης όγκος και στη χρονική διάρκεια που είχε μεσολαβήσει από τότε που το άτομο είχε χάσει το νόημα της ζωής του. Μελέτες πειραματικών ψυχολόγων και ψυχιάτρων απέδειξαν πως οι καρκινοπαθείς έδειχναν μια μειωμένη διέξοδο του συγκινησιακού φορτίου και ήταν λιγότερο ικανοί να εκφράσουν τα συναισθήματά τους.⁴⁷

Ο κόσμος του καρκινοπαθή είναι ένας ιδιαίτερος κόσμος, τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Η αποτελεσματική επικοινωνία και η ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να συμβάλλουν στον περιορισμό της παρατηρούμενης ψυχολογικής εξουθένωσης και στη μείωση του άγχους και της αγωνίας. Χρειάζονται νέες μέθοδοι, όπως εκείνες της ψυχοθεραπείας σε περίοδο κρίσης για να απελευθερώσουν τον ασθενή από το στενό, περιορισμένο κόσμο στον οποίο έχει παγιδευτεί, για να του ξαναδώσουν την ικανότητα να αγωνιστεί για τη ζωή του. Μια ψυχολογική παρέμβαση πρέπει να πάρει υπόψη της το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από τον ίδιο τον άρρωστο, την προσδοκώμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της αρρώστιας. Έτσι λοιπόν διακρίνεται το πρώιμο στάδιο, ενδιάμεσο και το τελικό στάδιο.²

7.3 Η ασθενής κατά το πρώιμο στάδιο της ψυχολογικής της κατάστασης:

Κατά το πρώιμο στάδιο, μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης, οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και shock που ακολουθούνται ή από άρνηση που οδηγεί στην καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής βοήθειας, ή άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης.

Άλλες λοιπόν αποφεύγουν να έχουν πληροφόρηση, άλλες αναζητούν πληροφορίες για να μειώσουν το άγχος. Όταν η πιθανότητα κακοήθους νεοπλασίας δεν μπορεί να αποκλεισθεί, το άτομο θα πρέπει να μπει στο νοσοκομείο. Έως την στιγμή της εισαγωγής πολλά άτομα θα είναι αγχώδη, ανήσυχα, με κατάθλιψη και συχνά εκφράζουν ένα φόβο θανάτου. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, το άτομο είναι αναγκασμένο να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή, το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι γνώριμο, η ανεξαρτησία και ο έλεγχος χάνονται, ενώ πρέπει να υποβληθεί σε πρόσθετες εξετάσεις. Όλα αυτά μπορούν να προκαλέσουν ένα συναίσθημα αποπροσανατολισμού και έλλειψης βοήθειας. Ωστόσο ο τρόπος κατά τον οποίο ο ασθενής θα αντιμετωπίσει τη νοσηλεία, την ασθένεια και τις συνέπειές της εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο μέρος από το πώς είχε στο παρελθόν αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα, κρίσεις και εντάσεις στην ζωή του. Σε αυτή τη φάση, στόχοι των νοσηλευτών είναι να βοηθήσουν τον ασθενή να μπορέσει να ζήσει με τη γνώση της σοβαρής αρρώστιας και των συνεπειών της, να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης της νόσου και άλλες τέτοιες σχετικές ανησυχίες, να προσαρμοστεί στην νέα εικόνα του σώματος και του εαυτού του, και τέλος, να καταφέρει να επαναπροσαρμοστεί στο κοινωνικό του περιβάλλον.⁴⁷

Κατά τη δεύτερη φάση, την ενδιάμεση, διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύτηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίστηκε και υφίσταται ανάγκη εφαρμογής άλλων μορφών θεραπείας. Ο άρρωστος έχει μια γνώση της εξέλιξης της υγείας του με βάση τη φυσική κατάσταση, την έκταση και ένταση του πόνου, την αδυναμία και καχεξία και άλλα συμπτώματα όπως αιμορραγίες κλπ. Μερικοί ασθενείς καθυστερούν να δουν τον γιατρό όταν συμπτώματα πιθανής υποτροπής του καρκίνου εμφανίζονται. Είναι αυτοί οι ασθενείς που θέλουν να αποφύγουν να αντικρύσουν την

επιστροφή του καρκίνου, μιας και αυτό θα ανακινούσε παλιούς φόβους για τη διάγνωση. Η επανεμφάνιση θα σήμαινε για αυτούς η αρχή του τέλους που τίποτε δεν μπορεί να γίνει για να το αποτρέψουν. Η μεταστατική νεοπλασματική νόσος μπορεί να έχει σοβαρά αποτελέσματα στη ζωή του ασθενούς. Με την επιδείνωση της αρρώστιας ο ασθενής φοβάται ότι ο γιατρός και η οικογένειά του θα τον εγκαταλείψουν.⁴⁷

Εδώ η παρέμβαση από την πλευρά των νοσηλευτών θα πρέπει να είναι η διαβεβαίωση και ο καθησυχασμός του ασθενή ότι θα παραμείνουν κοντά του, θα κάνουν οτιδήποτε για να νοιώθει περισσότερο ανακουφισμένος, να ακούσουν με προσοχή τις ανησυχίες, τους φόβους και τις ανάγκες του, θα τον υποστηρίζουν συναισθηματικά, δίνοντάς του κουράγιο και ελπίδα στη μάχη του με την μεταστατική νόσο. Τότε θα μειωθεί το άγχος, η κατάθλιψη, οι συγχυτικές αντιδράσεις οι ιδέες του θανάτου ή αυτοκτονίας και κάποια αποδιοργάνωση που κλιμακώνεται.⁴⁷

7.4 Μηχανισμοί προσαρμογής και αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού:

Υπάρχουν πέντε μηχανισμοί προσαρμογής και αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού.

α) ο πρώτος μηχανισμός προσαρμογής είναι η άρνηση. Το άτομο που νοσεί αρνείται ενεργητικά κάθε ένδειξη που συνηγορεί ότι πάσχει από σοβαρό νόσημα. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού για παράδειγμα αρνείται κατηγορηματικά την διάγνωση, ενώ δικαιολογεί την χειρουργική επέμβαση με λόγια όπως «δεν ήταν κάτι σοβαρό απλώς έβγαλαν το στήθος μου για προληπτικούς λόγους». Οι γυναίκες αυτές δεν μιλούν ποτέ από μόνες τους για το θέμα και κλείνουν γρήγορα την συζήτηση όταν αναφερθεί από κάποιον άλλον.

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

γ) ο τρίτος μηχανισμός είναι η στωική αποδοχή. Οι ασθενείς αυτές δέχονται την διάγνωση. Δεν αναζητούν πληροφορίες γι’ αυτήν εκτός αν προκύψουν καινούρια συμπτώματα και γενικά συνεχίζουν να ζουν όπως πρώτα χωρίς να ασχολούνται ιδιαίτερα με το νόσημά τους.

δ) ο τέταρτος μηχανισμός είναι η αποδοχή με συνοδό άγχος/θλίψη. Οι ασθενείς αυτές αντιδρούν στην διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή/και θλίψη. Όπως και οι γυναίκες με μαχητικό πνεύμα, επιδιώκουν ενεργητικά να μάθουν όσες περισσότερες πληροφορίες μπορούν, αλλά αντίθετα από τις πρώτες έχουν την τάση να τις ερμηνεύουν με τρόπο αρνητικό και απαισιόδοξο. Πάντως, είναι ικανές να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές δραστηριότητές τους.

ε) ο πέμπτος μηχανισμός είναι η απελπισία/αβοηθητότητα. Οι γυναίκες αυτές φαίνεται να έχουν κυριευτεί απόλυτα από την διάγνωση. Θεωρούν ότι είναι συνεχώς άρρωστες είτε έχουν είτε δεν έχουν συμπτώματα, και μερικές φορές ενεργούν σα να πρόκειται να καταλήξουν άμεσα. Η καθημερινή τους λειτουργικότητα είναι απόλυτα επηρεασμένη και αποδιοργανωμένη.⁴⁸

7.5 Χρονική αλληλουχία των μηχανισμών προσαρμογής και αντιμετώπισης:

Διάφορες εργασίες έχουν δείξει ότι η προσαρμογή στον καρκίνο του μαστού δεν είναι στατική αλλά μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου από τη στιγμή της διάγνωσης. Η εργασία του Morris (1977) έδειξε ότι πάνω από μισές γυναίκες προσαρμόζονται από την αρχή χρησιμοποιώντας αυτό που ονομάστηκε πιο πάνω στωική αποδοχή. Ένα ποσοστό περίπου 15% αντιδρά με μαχητικότητα. Μία στις δέκα γυναίκες περίπου μπορεί να αντιδράσει με αβοηθητικότητα ή και απελπισία, ενώ λιγότερες με αντιδρούν με άγχος και θλίψη. Ένα έως δύο χρόνια μετά τη διάγνωση μειώνονται αισθητά οι γυναίκες με μαχητικότητα και άρνηση, και έτσι εφτά στις δέκα εμφανίζουν στωική αποδοχή, μηχανισμός που αποτελεί τον κυρίαρχο τρόπο προσαρμογής και αντιμετώπισης των περισσότερων καρκίνων.⁴⁸

7.6 Σχέση των μηχανισμών προσαρμογής και αντιμετώπισης με την πρόγνωση:

Εκτεταμένες έρευνες έχουν γίνει τα τελευταία 15 χρόνια για να διαπιστωθεί εάν ο τρόπος αντιμετώπισης της νόσου καθώς και άλλες πτυχές της προσωπικότητας των ασθενών μπορούν να επηρεάσουν την επιβίωση και την πρόγνωση. Τα συμπεράσματα μπορούν να συνοψισθούν ως εξής: α) οι ασθενείς που τρεις μήνες μετά τη χειρουργική θεραπεία για καρκίνο του μαστού πρώιμου σταδίου αντιμετωπίζουν τη νόσο με τη μέθοδο της άρνησης, φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα χωρίς εμφάνιση νόσου. β) οι ασθενείς που τρεις μήνες μετά τη χειρουργική θεραπεία καρκίνου πρώιμου σταδίου εμφανίζουν μαχητικότητα, φαίνεται να έχουν επίσης καλύτερη

πρόγνωση, αν και το εύρημα αυτό δεν έχει αναπαραχθεί από όλους τους ερευνητές. γ) οι ασθενείς με απελπισία ή και αβοηθητότητα εμφανίζουν σταθερά σε όλες τις εργασίες πιο άσχημη πρόγνωση. δ) σε ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου, οι ψυχολογικοί παράγοντες αντιμετώπισης δεν φαίνεται να επηρεάζουν την επιβίωση. Στην ομάδα αυτή των ασθενών οι βιολογικοί παράγοντες φαίνεται να έχουν τον κύριο ρόλο σχετικά με την επιβίωση.⁴⁸

7.7 Ψυχική νοσηρότητα στον καρκίνο του μαστού:

Στην εκτίμηση της μέτρησης της ψυχιατρικής νοσηρότητας στον καρκίνο του μαστού όπως και σε άλλα καταληκτικά νοσήματα εγείρονται πολλά μεθοδολογικά προβλήματα. Το κυριότερο πρόβλημα αφορά στα κριτήρια με τα οποία θα διακριθούν οι ‘περιπτώσεις’ από τις ‘μη περιπτώσεις’. Τα υπάρχοντα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για αυτόν τον σκοπό στην ψυχιατρική έρευνα αν και είναι πολύ έγκυρα και αξιόπιστα για την ανίχνευση πρωτοπαθών ψυχιατρικών διαταραχών δεν μπορούν το ίδιο καλά να διακρίνουν την παροδική ‘δυσφορία’ που αποτελεί φυσιολογική αντίδραση σε ένα αρνητικό γεγονός από την ‘αληθινή’ ψυχιατρική διαταραχή. Με τον όρο ‘αληθινή’ εννοείται εκείνη η διαταραχή που θα κρινόταν από έναν κλινικό ψυχίατρο ότι απαιτεί ειδική θεραπεία (φαρμακευτική ή και ψυχοθεραπευτική) και η οποία μετά την ειδική αυτή θεραπεία θα βελτιωνόταν σημαντικά. Κρατώντας αυτή την επιφύλαξη, τα ευρήματα των περισσότερων ερευνών συνοψίζονται ως εξής: Α) ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών, περίπου μία στις τέσσερις εμφανίζουν τα πρώτα δύο χρόνια από τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού κάποιο είδος συναισθηματικής διαταραχής του τύπου της αγχώδους διαταραχής ή της κατάθλιψης. Στις περισσότερες φορές ωστόσο η διαταραχή αυτή είναι ήπια ή αυτοπεριοριζόμενη έτσι ώστε

αρκετοί είναι εκείνοι που πιστεύουν ότι δεν υπάρχει λόγος να παραπέμπονται οι γυναίκες αυτές σε ψυχίατρο. Ένα 5% ωστόσο παρουσιάζει ενδείξεις σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής, κυρίως μείζονος κατάθλιψης που απαιτεί θεραπεία. Β) 30% των γυναικών μετά τη χειρουργική θεραπεία παρουσιάζει δυσκολίες στη σεξουαλική προσαρμογή της. Ωστόσο η σεξουαλική αυτή δυσλειτουργία είναι συνήθως μέτριου βαθμού και μόνο σε ένα μικρό ποσοστό είναι σοβαρή. Εξαρτάται επίσης και από το είδος της επέμβασης. (μαστεκτομή ή ογκεκτομή).⁴⁸

7.8 Συνέπειες της ψυχικής νοσηρότητας στην ποιότητα ζωής και στην πρόγνωση:

Οι γυναίκες που παρουσιάζουν ψυχιατρικές επιπλοκές μετά τη διάγνωση και την χειρουργική θεραπεία επηρεάζονται σε δύο τομείς: στην ποιότητα ζωής και στην πρόγνωση. Η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών είναι σαφώς επηρεασμένη, κάτι που έχει δείχτει σε αρκετές εργασίες αλλά που είναι και προφανές αν σκεφτεί κανείς ότι ήδη υπάρχει ένας επιβαρυντικός παράγοντας που από μόνος του είναι ικανός να μειώσει το επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών αυτών. Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν έχει γίνει κάποια προσπάθεια ποσοτικού προσδιορισμού των επιπτώσεων στην ποιότητα ζωής. Όσον αφορά την πρόγνωση στοιχεία έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που εμφανίζουν μείζονα κατάθλιψη έχουν υψηλότερο ποσοστό τοπικής υποτροπής σε καρκίνο πρώιμου σταδίου.⁴⁸

7.9 Ψυχοανοσολογικοί μηχανισμοί:

Πολλοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει να διερευνήσουν τους μηχανισμούς με τους οποίους οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στην πορεία του καρκίνου μαστού. Ιδιαίτερα έχουν μελετηθεί οι πιθανοί ανοσολογικοί μηχανισμοί που μπορεί να μεσολαβούν. Δύο τέτοιοι μηχανισμοί, που έχουν αναφερθεί στην σχετική βιβλιογραφία είναι οι ακόλουθοι: α) Γυναίκες, που μια βδομάδα μετά τη μαστεκτομή εμφανίζουν μεγαλύτερη δυσφορία και όχι καλή προσαρμογή εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα των φυσικών κυτταροκτόνων κυττάρων και αυτό σχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση. β) Γυναίκες που 3 μήνες μετά τη μαστεκτομή χρησιμοποιούν το μηχανισμό της άρνησης εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα ανοσοσφαιρινών IgM σε σχέση με αυτές που χρησιμοποιούν το μηχανισμό της στωικής αποδοχής ή της μαχητικότητας. Η υπόθεση που έχει γίνει είναι ότι οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν την απάντηση του ανοσολογικού συστήματος του ασθενή και είτε να προκαλούν αύξηση των ανοσοσφαιρινών που δεν ενεργοποιούν το συμπλήρωμα (όπως IgG2 και IgG4), γεγονός που μπορεί να εμποδίζει την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, είτε να προκαλούν αύξηση των ανοσοσφαιρινών που ενεργοποιούν το συμπλήρωμα (όπως IgM), γεγονός που μπορεί να βοηθά στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων.⁴⁸

7.10 Θεραπεία των ψυχικών διαταραχών:

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

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

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

Για τις σεξουαλικές διαταραχές σπάνια απαιτεί ειδική θεραπεία εκτός αν την ζητήσει η ίδια η γυναίκα. Βεβαίως, οι γυναίκες ασθενείς σπάνια θα αναφέρουν το θέμα αυτό στο γιατρό τους. Για αυτό κρίνεται σκόπιμο ο γιατρός να ρωτάει απευθείας την γυναίκα χρησιμοποιώντας ανοιχτές ερωτήσεις. Οι περισσότερες γυναίκες τότε με μεγάλη προθυμία θα απαντήσουν εάν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα και θα ενδιαφερθούν να μάθουν με ποιο τρόπο μπορούν να το λύσουν. Για τις ήπιες και παροδικές διαταραχές η απλή υποστήριξη είναι επαρκής.⁴⁸

7.11 Κοινωνικοί παράμετροι στον καρκίνο του μαστού:

Το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα που διαθέτει η γυναίκα που νοσεί από καρκίνο του μαστού φαίνεται να παίζει κρίσιμο ρόλο στην προσαρμογή, στη νόσο και στην επακόλουθη δυσφορία. Ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζουν το νοσηλευτικό προσωπικό, τα μέλη της οικογένειας και ο σύζυγος της γυναίκας. Οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια αλλά και οι ευρύτερες διαπροσωπικές σχέσεις δεν φαίνεται να επηρεάζονται από τη νόσο και σε μερικές περιπτώσεις βελτιώνονται. Η αντίληψη από την ίδια την γυναίκα ότι της παρέχεται υψηλού βαθμού υποστήριξη από το περιβάλλον της αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα που βελτιώνει την προσαρμογή της και μειώνει τη δυσφορία της. Ο ρόλος παραγόντων του κοινωνικού περιβάλλοντος της γυναίκας στην πρόκληση του καρκίνου του μαστού έχει μελετηθεί με διάφορες αναδρομικού τύπου επιδημιολογικές έρευνες. Μια τελευταία έρευνα με πολύ καλή μεθοδολογία που έκανε ο Chen το 1995 έδειξε ότι σοβαρά γεγονότα ζωής κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 5 ετών πριν τη διάγνωση, αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο μαστού από 3 έως 11 φορές. Τέτοια σοβαρά γεγονότα ζωής είναι μεταξύ άλλων ο θάνατος αγαπημένου προσώπου και η σοβαρή αρρώστια στο οικογενειακό περιβάλλον.⁴⁸

7.12 Η κοινωνική απομόνωση αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του μαστού:

Οι γυναίκες που έχουν λίγους στενούς φίλους ή συγγενείς την περίοδο διάγνωσης του καρκίνου του μαστού είναι πιθανότερο να αποβιώσουν εξαιτίας της νόσου συγκριτικά με πιο κοινωνικοποιημένες ασθενείς, σύμφωνα με αμερικανική μελέτη που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο *Journal of Clinical Oncology*³⁸.

Ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνια με επικεφαλής την Δρ Κροενκε μελέτησε στοιχεία από σχεδόν 3000 γυναίκες, οι οποίες συμμετείχαν στη μελέτη *Nurses' Health Study*, ηλικίας 46-71 ετών το 1992, και διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού μεταξύ 1992 και 2002.

Οι συμμετέχουσες συμπλήρωναν περιοδικά ερωτηματολόγια, περιλαμβανομένων ερωτημάτων σχετικών με την κοινωνικοποίησή τους, όπως την οικογενειακή κατάσταση και τον αριθμό και συχνότητα των επαφών με στενούς φίλους και συγγενείς. Επίσης συμπλήρωναν και για το εάν είχαν κοινωνική-συναισθηματική υποστήριξη ή αν είχαν κάποιο άτομο εμπιστοσύνης.

Μέχρι το 2004, 224 γυναίκες είχαν αποβιώσει, περιλαμβανομένων 107 που πέθαναν εξαιτίας του καρκίνου του μαστού.

Αναλύοντας τα στοιχεία, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι κοινωνικά απομονωμένες γυναίκες, περιλαμβανομένων εκείνων με λίγους συγγενείς ή φίλους και που δεν άνηκαν σε κάποια κοινωνική ομάδα, είχαν 66% περισσότερες πιθανότητες θανάτου από κάθε αιτία και διπλάσιες

πιθανότητες θανάτου από καρκίνο του μαστού συγκριτικά με εκείνες που ήταν πολύ κοινωνικές.

«πιστεύω ότι οι γυναίκες που ήταν απομονωμένες δεν είχαν κάποιον να τους βοηθήσει στη διαχείριση της νόσου» εξηγεί η Κροενκε.

Η συμμετοχή σε μια κοινότητα δεν φάνηκε να έχει κάποια επίδραση στην επιβίωση μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, ωστόσο, η ύπαρξη ενός έμπιστου ατόμου ή ενός συντρόφου ήταν άσχετα με την επιβίωση.

Ωστόσο, η παρουσία ή απουσία στενών συγγενών, φίλων και παιδιών, είχαν σημαντική επίδραση στην επιβίωση. Οι γυναίκες που δεν είχαν στενούς φίλους ή συγγενείς είχαν τριπλάσιες και τετραπλάσιες πιθανότητες θανάτου από καρκίνο του μαστού, αντίστοιχα, συγκριτικά με εκείνες με 10 ή περισσότερους στενούς συγγενείς ή φίλους.³⁸

7.13 Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας στην ψυχολογική υποστήριξη της γυναίκας:

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς είναι πολύ σημαντικός και συνίσταται στο να την βοηθήσει να αντιμετωπίσει τη νόσο, τη νοσηλεία και τις συνέπειές της κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Η καρκινοπαθής αισθάνεται έντονα ότι είναι αβοήθητη. Για την αντιμετώπιση αυτού του συναισθήματος, καθοριστική είναι η προσφορά του νοσηλευτή. Η θετική αντιμετώπιση του νοσηλευτικού προσωπικού μειώνει τη συναισθηματική φόρτιση των ασθενών και ταυτόχρονα διευκολύνει τη διάθεση για επικοινωνία.⁴⁹

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια, η οποία προκαλεί υψηλά επίπεδα άγχους στην ίδια την γυναίκα αλλά και στην οικογένειά της. Ο νοσηλευτής/τρια αναλαμβάνει το σημαντικό ρόλο της έγκαιρης αναγνώρισης των αναγκών της γυναίκας, όπως είναι οι ψυχολογικές, οι συζυγικές-σεξουαλικές, η αλλαγή στην εικόνα του σώματος, η κοινωνική προσαρμογή, η πληροφόρηση και ο φόβος της υποτροπής που ακολουθούν την θεραπεία του. Η νοσηλευτική παρέμβαση προάγει την αίσθηση ελέγχου της γυναίκας, προσφέρει υποστήριξη σε αυτή και την οικογένειά της, βοηθά στη λήψη αποφάσεων, στην ανοικτή επικοινωνία, στην έκφραση συναισθημάτων, στο σχεδιασμό και τη λύση των προβλημάτων. Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα να ενισχυθεί η προσαρμογή της ασθενούς στη νέα κατάσταση και την προαγωγή της ανάρρωσης και της αποκατάστασης.⁵⁰

7.14 Φροντίδα ασθενούς με αλλαγή σωματικής εικόνας στον καρκίνο του μαστού:

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, την συναισθηματική επένδυση που έχει κάνει στο μαστό της καθώς και τα μηνύματα που δέχεται από το περιβάλλον της. Οι νοσηλευτές:

§ Παρέχουν την ευκαιρία στη γυναίκα να εκφράσει τα συναισθήματά της με το να αναφέρει η ίδια τις παρατηρήσεις της και τα συναισθήματά της. Γίνονται καλοί ακροατές και δέχονται αυτά που λέγονται. Δεν λαμβάνουν υπόψη τους το θυμό, την ευερεθιστότητα ή την επιθετικότητα της ασθενούς.

- § Επικεντρώνονται στα συναισθήματά της και αντιμετωπίζουν την συμπεριφορά της αρρώστου.
- § Καθορίζουν τη σημασία που έχει η αλλαγή της εικόνας σώματος και το πώς πιστεύει ότι θα επηρεάσει τη ζωή της.
- § Συμπεριλαμβάνουν για το σχεδιασμό της Νοσηλευτικής φροντίδας τις απόψεις της ασθενούς για τη σημασία της αλλαγής της εικόνας του σώματος.
- § Ανυψώνουν την αυτοεκτίμηση της ασθενούς, βοηθώντας την να αποφεύγει τα αρνητικά συναισθήματα.
- § Παρέχουν χρόνο για συζήτηση.
- § Βοηθούν την ασθενή να ξεπεράσει σιγά-σιγά το στάδιο της κατάθλιψης.
- § Η νοσηλεύτρια παραμένει δίπλα στην ασθενή ακόμα και αν εκείνη δεν θέλει να μιλήσει.
- § Συζητά και ενθαρρύνει την οικογένεια για να μπορέσει κατόπιν να βοηθήσει την ασθενή.
- § Συζητά με το χειρουργό πληροφορίες που έχει από την ασθενή σχετικά με την ανασύσταση του μαστού.
- § Εξαιρεί τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα της ασθενούς: ψυχική δύναμη, χαρίσματα, αξίες.
- § Υποστηρίζει και στηρίζει την επιθυμία της να εξακολουθήσει το ρυθμό της ζωής της, όπως πρώτα.
- § Διδάσκει κατάλληλες τεχνικές αυτοεξέτασης μαστού για έλεγχο του υγιούς μαστού.
- § Μεριμνά για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος, δίνοντας κατάλληλες οδηγίες. (να μην κρατά με το σύστοιχο χέρι βάρος, τσιγάρο, να ελέγχει τις παρωνυχίδες του χεριού, να μην σκάβει ή κόβει αγκαθωτά φυτά, να μην της παίρνουν σε αυτό το χέρι αίμα, πίεση ή να της κάνουν ένεση.

Επίσης θα πρέπει να συμβουλεύουν την ασθενή να φορά ελαστικό γάντι όταν ασχολείται με μαγειρική, καθαριότητα ή πλύσιμο. Να φοράει δακτυλήθρα όταν ράβει, να ελέγχει το χέρι για τραυματισμό, ερυθρότητα).

§ Διδάσκει κατάλληλες ασκήσεις για πρόληψη παραμορφώσεων, ασυμμετρίας και μειωμένης λειτουργικότητας.

Η αποδοχή από την ασθενή των αλλαγών της σωματικής εικόνας χρειάζεται χρόνο, επιμονή και υπομονή.⁴⁵

7.15 Συναισθηματική άσκηση:

Προφανώς, δεν είναι σωματικές όλες οι συνέπειες του καρκίνου του μαστού. Οι τεχνικές συναισθηματικής θεραπείας ποικίλουν περισσότερο και είναι πιο προσωπικές από τις σωματικές, αλλά υπάρχουν πολλές που έχουν αποδειχθεί χρήσιμες στις ασθενείς.

Πολλές γυναίκες θεωρούν χρήσιμο να κρατούν ημερολόγιο των εμπειριών τους, για να ανατρέχουν αργότερα σε αυτό και να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματά τους. Μερικές εξωτερικεύουν τη θεραπευτική τους διαδικασία πλησιάζοντας άλλες γυναίκες που υφίστανται ότι έχουν υποστεί οι ίδιες.

Εάν το επάγγελμα της γυναίκας δεν είναι τέτοιο που μπορεί να προσαρμοστεί σε κάποια μορφή εργασίας σχετιζόμενης με τον καρκίνο του μαστού (όπως είναι για πχ η ψυχοθεραπεύτρια που ειδικεύεται στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού), ή εάν δεν την ελκύει η ιδέα να αφιερώσει την επαγγελματική της ζωή ασχολούμενη με τη νόσο, τότε υπάρχει άλλη λύση. Μπορεί να βοηθήσει άλλες γυναίκες και συνεπώς τον εαυτό της σε εθελοντική βάση. Μπορεί να ενταχθεί σε ομάδες που εργάζονται με ασθενείς πάσχουσες από καρκίνο του μαστού.¹⁵

7.16 Ασφάλιση και εύρεση εργασίας:

Δυστυχώς, η διατήρηση υγιούς στάσης δεν είναι πάντα εύκολη, ενόψει της διάκρισης που συχνά υπάρχει εναντίον ανθρώπων με καρκίνο του μαστού. Υπάρχουν μερικές προφυλάξεις που πρέπει να λάβει η γυναίκα που έχει νοσήσει.

Ένα από τα δυσκολότερα ερωτήματα είναι εάν θα πρέπει ή όχι η ασθενής να μιλήσει στους εργοδότες και συνεργάτες της, για τον καρκίνο. Υπάρχουν υπέρ και κατά και στις δύο απόψεις. Ο νόμος απαγορεύει τη διάκριση εις βάρος των μειονεκτούντων ή οποιωνδήποτε θεωρούνται λανθασμένα ως μειονεκτούντες από τις κρατικές υπηρεσίες, από τους εργοδότες που λαμβάνουν κρατικές επιδοτήσεις ή από εκείνους που επιχορηγούνται από το κράτος. Όμως, οι νόμοι δεν καλύπτουν τον ιδιωτικό τομέα. Πέρα του κινδύνου της φανεράς διάκρισης, υπάρχουν πολλές μορφές περισσότερο λεπτής διάκρισης. Αυτό έχει ωθήσει πολλές γυναίκες να κρατήσουν μυστική την αρρώστια τους στον εργασιακό χώρο. Από την άλλη μπορεί να δοθεί μεγαλύτερη υποστήριξη εάν η άρρωστη είναι ειλικρινής. Είναι ένα δίλλημα που πιθανώς λύνεται καλύτερα σε προσωπική βάση. Στους χώρους εργασίας δίνεται όλο και περισσότερη προσοχή στους επιζώντες από καρκίνο και μπορούν κάλλιστα να βρουν ένα κέντρο επαγγελματικής αποκατάστασης, στο οποίο μπορούν να τους δοθούν χρήσιμες πληροφορίες.¹⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 80

1^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ:

Δημογραφικά στοιχεία:

Ημερομηνία εισαγωγής: 25/7/2006

Όνοματεπώνυμο: Μ. Αγγελική

Ασφαλιστικός φορέας: ΟΓΑ

Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμη

Φύλο: θήλυ

Ηλικία: 42 ετών

Ημερομηνία γέννησης: 8/10/1965

Τόπος γέννησης: Άμφισσα

Επάγγελμα: οικιακά

Ημερομηνία λήψης ιστορικού: 25/7/2006

Πηγή και αξιοπιστία ιστορικού: η ίδια κρίνεται αξιόπιστη

Κύριο ενόχλημα: πόνος στον δεξιό μαστό

Παρούσα νόσος:

Η ασθενής προ 3 μηνών (Μάιος 2006), παραπονείται για άλγος στο δεξιό μαστό. Δεν δίνει ιδιαίτερη σημασία, καθώς αποδίδει τον πόνο αυτό στην ινοκυστική μαστοπάθεια, από την οποία πάσχει από 10ετία. Πριν από δέκα μέρες (15\7\2006), σημειώθηκε προοδευτικά αύξηση της έντασης του πόνου, που επιδειωνόταν κατά τη διάρκεια της νύχτας, καθώς γύριζε στο δεξιό πλευρό. Η ασθενής ψηλαφώντας το δεξιό μαστό δεν ανακάλυψε κάτι ασυνήθιστο, παρά μόνο τις κύστες που προκαλεί η μαστοπάθειά της. Ωστόσο, αποφάσισε να επισκεφθεί κάποιο γιατρό, διότι θορυβήθηκε και ανησύχησε για την εμφάνιση του επίμονου αυτού πόνου.

Εισέρχεται προς ιατρική εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας». Γίνεται εργαστηριακός έλεγχος (γενική αίματος), ακτινογραφία θώρακος, ηλεκτροκαρδιογράφημα και μαστογραφία. Από τα αποτελέσματα των εξετάσεων και την κλινική εξέταση της ασθενούς από τον εφημερεύοντα ιατρό, διαγιγνώσκεται ογκίδιο στο δεξιό μαστό. Προγραμματίζεται η εισαγωγή της ασθενούς. Εισάγεται στην χειρουργική κλινική, όπου και νοσηλεύεται για 12 ημέρες. Κατά την εισαγωγή ενημερώθηκε από τον θεράποντα ιατρό ότι θα πρέπει να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση δεξιού μαστού και προγραμματίστηκε το χειρουργείο για την επόμενη ημέρα, 26\7\2006 και ώρα 10:30π.μ, για αφαίρεση ογκιδίου στο δεξιό μαστό με τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

Ατομικό αναμνηστικό:

Γενική κατάσταση υγείας: σχετικά καλή.

Νοσήματα ενήλικα: κολπίτιδα το 1992, ινοκυστική μαστοπάθεια από το 1996, οξεία σκωληκοειδίτιδα το 1982.

Εισαγωγές στο νοσοκομείο: σκωληκοειδεκτομή το 1982, 1^{ος} φυσιολογικός τοκετός το 1987, 2^{ος} φυσιολογικός τοκετός το 1990.

Αλλεργίες: δεν αναφέρονται.

Φάρμακα: διουρητικά, κατόπιν εντολή γιατρού, παραμονές εμμηνορρυσίας.

Περιοδικές εξετάσεις: τεστ Παπανικολάου κάθε 2 χρόνια (αρνητικά).

Επισκέψεις στο γυναικολόγο για κλινική εξέταση (ψηλάφηση) μαστού κάθε 1 χρόνο.

Έκθεση σε τοξικές ουσίες: κάπνισμα (5-8 τσιγάρα την ημέρα), οινόπνευμα (ελάχιστη κατανάλωση), καφεΐνη (πίνει μόνο ελληνικό καφέ 1-2 φορές ημερησίως).

Εξέταση ασθενούς:

Ζωτικά σημεία: αρτηριακή πίεση (140\80 mmHg), αναπνοές (18/min), σφύξεις (70\min), θερμοκρασία (36,8° C).

Ύψος: 1,60cm.

Βάρος: 65kg.

Φάρμακα που πήρε η ασθενής κατά την παραμονή της στο νοσοκομείο:

Αντιβιοτικά:

Radasef

(Κεφορανίδα, κεφαλοσπορίνη β γενιάς).

Δράση: Μικροβιοκτόνος.

Ενδείξεις: Λοίμωξη οστών και αρθρώσεων, λοιμώξεις κατώτερων αναπνευστικών οδών, δέρματος και μαλακών μορίων, ουροποιητικού, βακτηριδιακή σηψαιμία.

Αντενδείξεις: Σε ασθενείς με γνωστή υπερευαισθησία στην κεφορανίδα και στα αντιβιοτικά της ομάδας των κεφαλοσπορινών.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: Αλλεργικές αντιδράσεις, θρομβοπενία, ναυτία, έμετος, διάρροια, πονοκέφαλος, υπόταση, λήθαργος.

Τρόπος χορήγησης/ δοσολογία: ενήλικες 0,5-1gr IV ή IM, 2 φορές την ημέρα (κάθε 12 ώρες).

Παιδιά: 20-40mgr/1Kg κάθε 12 ώρες.

Προ-μετεγχειρητική χρήση: 0,5-1gr IV ή IM, 1 ώρα πριν την εγχείρηση ή 2 ώρες μετά από αυτήν.

Metronidazole

(Μετρονιδαζόλη, μικτό αμοιδοβακτόνο).

Δράση: Αντιμικροβιακή.

Ενδείξεις: Λοιμώξεις από αναερόβια βακτηρίδια πχ ηπατικό απόστημα, ενδοκοιλιακά αποστήματα, περιτονίτιδα, λοιμώξεις χοληφόρων, μαιευτικές και γυναικολογικές επεμβάσεις.

Αντενδείξεις: Σε άτομα με υπερευαισθησία στο φάρμακο, με ενεργό νόσο του ΚΝΣ, με πορφυρία και τέλος κατά την κύηση και γαλουχία.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: Ναυτία, έμετος, διάρροια, στοματίτιδα, κνίδωση, δυσουρία, κυστίτιδα, κεφαλαλγία, λήθαργος, ζάλη.

Τρόπος χορήγησης/ δοσολογία: Ενήλικες: Ενδοφλεβίως: 7,5mg/1kg κάθε 6 ώρες. Από το στόμα: 400mg/8 ώρες. Παιδιά: 7,5mg/kg ανά 8ωρο.

Αντιπηκτικά:

Innohep

(Tinzaparm Sodium)

Δράση: Μείωση της πηκτικότητας του αίματος.

Ενδείξεις: Προφύλαξη της εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδας, θρομβοεμβολικών επιπλοκών και ως αντιπηκτικό στην εξωσωματική κυκλοφορία και την αιμοκάθαρση.

Αντενδείξεις: Σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο για αιμορραγία, με μειωμένη ηπατική ή νεφρική λειτουργία, με βαριά υπέρταση ή εγκεφαλικές αιμορραγίες.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: Θρομβοκυτοπενία, αλλεργικές αντιδράσεις.

Δοσολογία/ τρόπος χορήγησης: Υποδόρια. Προεγχειρητικά 2 ώρες πριν την εγχείρηση και 1 φορά την ημέρα ώσπου ο ασθενής να καταστεί περιπατικός.

Φάρμακα του γαστρεντερικού:

Lumaren

(Ρανιτιδίνη)

Δράση: Αντιελκωτικό σκεύασμα.

Ενδείξεις: Έλκος του δωδεκαδαχτύλου, στομάχου, σύνδρομο Zollinger-Ellison (γαστρική υπερέκκριση), οισοφαγίτιδα, πρόληψη αιμορραγικής γαστρίτιδας.

Αντενδείξεις: Υπερευαισθησία στο φάρμακο.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: Κεφαλαλγία, κακουχία, ζάλη, κοιλιακά άλγη, ναυτία, έμετος και σπάνια βραδυκαρδία, αμηνόρροια.

Δοσολογία/τρόπος χορήγησης: per os: 150-300mg/ημέρα, IV: 50mg/6-8 ώρες, IM: 50mg/6-8ώρες.

Παυσίπονα-Ναρκωτικά:

Zideron

(Δεξτροπροποφυξίνη υδροχλωρική).

Δράση: Ναρκωτική-αναλγητική.

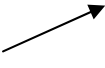


Ενδείξεις: Πόνοι έντασης σε βαριά τραύματα, νευρολογικές και νεοπλασματικές νόσοι, καθώς και στη χειρουργική.

Αντενδείξεις: Αλλεργία, σε βρογχικό άσθμα, στένωση πυλωρού, κατά τη γαλουχία, βαριά νεφρική ανεπάρκεια.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: Ζάλη, ναυτία, κοιλιακά άλγη, δερματικά εξανθήματα.

Δοσολογία/τρόπος χορήγησης: 1-2amp 75mg IV, ή IM, όχι >600mg/24ωρο.

Κάρτα φαρμάκων:

	25/7	26/7	27/7	28/7	29/7	30/7	31/7
D/X	1x2	1x2	1x2	1x2			
N/S	1x1	1x1	1x1	1x1			
Innohep	1x1	1x1	1x1				
Radasef	1x2	1x2	1x2	1x2	1x2	1x2	1x2
Zideron	E.Π.	E.Π.	E.Π.	E.Π.	E.Π.		
Metronidazole	1x3	1x3	1x3	1x3	1x3	1x3	1x3
Lumaren	1x3	1x3	1x3	1x3	1x3	1x3	1x3
Primperan	1X3	1x3	1x3	1x3	1x3	1x3	1x3

Παθολογοανατομική εξέταση του ογκιδίου:

26/7/2006 κατά το χειρουργείο

Είδος υλικού: Α) Ογκίδιο δεξιού μαστού, κάτω-έξω τεταρτημόριο επί εδάφους ινοκυστικής μαστοπάθειας. Β) Μαζικός αδένας. Γ) Μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

Κλινική διάγνωση: Ογκίδιο δεξιού μαστού.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>Ημέρα χειρουργείου: 26/7/2006 πρωινή βάρδια (7-3) 12:00 μμ Πόνος που οφείλεται στην χειρουργική επέμβαση</p>	<p>1. Να ανακουφιστεί η ασθενής από τον πόνο. 2. Να εξασφαλιστεί η άνεση της ασθενούς.</p>	<p>1. Να ενθαρρυνθεί η άρρωστη να εντοπίσει και να περιγράψει τον πόνο. 2. Να παρατηρηθεί και να ψηλαφηθεί η περιοχή όπου εντοπίζεται ο πόνος. 3. Να τοποθετηθεί η άρρωστη σε αναπαυτική θέση. 4. Να διερευνηθούν οι παράγοντες που γεννούν τον πόνο ή τον επιδεινώνουν. 5. Να χορηγηθούν αναλγητικά κατόπιν ιατρικής εντολής και να παρακολουθείται η δράση τους. 6. Να γίνεται συνεχής</p>	<p>1. Η άρρωστη περιέγραψε τα χαρακτηριστικά του πόνου: είναι συνεχής, οξύς και επιδεινώνεται με την κίνηση. Εντοπίζεται στην περιοχή του τραύματος. 2. Η νοσηλεύτρια παρατήρησε την περιοχή για τυχόν ερυθρότητα, οίδημα και αυξημένη θερμοκρασία. Έλεγε την περίδεση του τραύματος και τις συσκευές παροχέτευσης για πιθανή άσκηση πίεσης στο σώμα και το τραύμα. 3. Έδωσε στην άρρωστη</p>	<p>1. Η προσεκτική παρατήρηση της περιοχής του τραύματος, απέκλεισε ως αίτιο του πόνου την πίεση του σώματος και του τραύματος. 2. Με την τοποθέτηση της ασθενούς στην κατάλληλη θέση, μειώθηκε η πίεση στην χειρ/σα περιοχή και η μυϊκή τάση, με συνέπεια την υποχώρηση μέρους του άλγους. 3. Με τη δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος και τη διατήρηση της άρρωστης</p>

		αξιολόγηση της αρρώστιας κατά την ύφεση του πόνου.	<p>αναπαυτική θέση: δεν τοποθέτησε την ασθενή στη χειρουργηθείσα περιοχή, τοποθέτησε υποστηρικτικό μαξιλάρι κάτω από τον ώμο στην χειρουργηθείσα περιοχή και συνέστησε την αποφυγή της απότομης μετακίνησης του ώμου. Επίσης ανύψωσε τη κεφαλή του κρεβατιού κατά 30 μοίρες.</p> <p>4.Μείωσε τους παράγοντες του περιβάλλοντος που δημιουργούν στην άρρωστη στρες: δημιούργησε ήρεμο περιβάλλον και ρύθμισε</p>	
--	--	--	---	--

			<p>την θερμοκρασία του περιβάλλοντος, το φωτισμό και τον αερισμό του θαλάμου. Διερεύνησε την ύπαρξη παραγόντων που επιτείνουν τον πόνο: αϋπνία, κακοσμία.</p> <p>5.Η νοσηλεύτρια χορήγησε Zideron 1amp στις 12:05μμ ενδομυϊκά βάση ιατρικών οδηγιών.</p> <p>6.Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί και καταγράφει ανά μισή ώρα μετά την χορήγηση του Zideron, και για μια ώρα τα ζωτικά σημεία της άρρωστης και το επίπεδο συνείδησης. Ενδεικτικά αναφέρονται: στο πρώτο</p>	
--	--	--	--	--

			μισάωρο: Α.Π.=130mmHg, ΣΦ=70/λεπτό, αναπνοές=18/λεπτό, επίπεδο συνείδησης=ΚΦ	
--	--	--	--	--

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>Απογευματινή βάρδια (3-11)</p> <p>Διαταραχή του υδατοηλεκτρικού ισοζυγίου που οφείλεται στη ναυτία και τον έμετο που παρουσίασε η ασθενής τις πρώτες 6 ΜΤΧ ώρες.</p>	<p>1.Απαλλαγή της άρρωστης από το αίσθημα της ναυτίας και από τον έμετο.</p> <p>2.Διατήρηση του ισοζυγίου των υγρών και ηλεκτρολυτών.</p>	<p>1.Να χορηγηθεί αντιεμετικό βάση ιατρικών οδηγιών, να γίνει περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, να ενθαρρυνθεί η άρρωστη να παίρνει βαθιές αναπνοές, να παρακολουθείται η συχνότητα, ο χαρακτήρας και η ποσότητα των εμέτων, να εξασφαλιστεί επαρκής ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.</p> <p>2.Να μετρώνται τα προσβαλλόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, να ρυθμιστεί και να παρακολουθείται η ροή της</p>	<p>1.Ετέθη 1amp Primperan σε 1000cc N/S 0,9% στις 3μμ και ρυθμίστηκε να πέσει σε ρυθμό 42σταγ/λεπτό σε 6 ώρες. Έγινε περιποίηση στοματικής κοιλότητας με port cotton και Hexalen. Τοποθετήθηκε η άρρωστη σε ανάρροπη θέση, με το κεφάλι στο πλάι για την πρόληψη εισρόφησης των εμέτων. Ενθαρρύνθηκε η άρρωστη να αναπνέει βαθιά.</p> <p>2.Η νοσηλεύτρια κατέγραψε 3 εμέτους στο</p>	<p>1.Το αίσθημα της ναυτίας άρχισε να υποχωρεί και οι έμετοι μειώθηκαν σε συχνότητα, λόγω χορήγησης Primperan το οποίο είναι μετοκλοπραμίδη και βοηθάει στη γρήγορη κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο.</p> <p>2.Εξασφαλίστηκε η επαρκής ενυδάτωση της ασθενούς. Ελήφθησαν τα αποτελέσματα από τον έλεγχο των ηλεκτρολυτών στις 6μμ: K=4,3mEq/l,</p>

		<p>ενδοφλέβιας έγχυσης, να γίνει έλεγχος των ηλεκτρολυτών.</p>	<p>δωρο στις 6μμ. Η σύσταση αυτών ήταν βλέννη, σίελος και μικρή ποσότητα γαστρικού υγρού και η ποσότητά τους 50cc. η ασθενής λαμβάνει 3000ml IV/24h: 1000ml LR+1000ml D/W+1000ml N/S 0,9%. Γίνεται μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, καταγραφή τους και αξιολόγηση της ποσότητας των ούρων του 24ώρου. Στις 3μμ έγινε αιμοληψία για προσδιορισμό KCL-Na-Mg-Ca και αναμένονται τα αποτελέσματα.</p>	<p>Na=142mEq/I, Ca=4,9mEq/I, Mg=2,4mEq/I. Δεν υπάρχει ηλεκτρολυτικό έλλειμμα.</p>
--	--	--	--	---

			Έγινε Multistix για τον προσδιορισμό του ειδικού βάρους των ούρων στις 3μμ. Ειδικό βάρος ούρων=1020cc.	
--	--	--	--	--

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>1^η MTX ημέρα 27/7/2006 Πρωινή βάρδια (7-3) Ενδεχόμενη αιμορραγία από το τραύμα.</p>	<p>να προληφθεί η αιμορραγία.</p>	<p>1.Να γίνεται έλεγχος των ζωτικών σημείων καθώς και του χρώματος του δέρματος της αρρώστου. 2.Να ελέγχεται ο ιματισμός και το επιδεσμικό υλικό. 3.Να εκτιμάται η ποσότητα του παροχτετευμένου με τη συσκευή Hemovac αίματος. 4.Να ληφθεί και να σταλεί γενική αίματος.</p>	<p>1.Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία της άρρωστης κάθε μισή ώρα τις πρώτες 3 ώρες και κατόπιν κάθε 3 ώρες. Ενδεικτικά αναφέρονται: 1^ο μισάωρο: ΑΠ=125mmHg, ΣΦ=70/λεπτό, Θ=36,8°C. 2^ο μισάωρο: ΑΠ=120mmHg, ΣΦ=70/λεπτό, Θ=36,5°C. 3^ο μισάωρο:</p>	<p>1.Η ασθενής δεν παρουσιάζει καμία ένδειξη αιμορραγίας. Τα ζωτικά της σημεία είναι σταθερά και δεν υπήρξε απόκλιση από τα φυσιολογικά όρια. 2.Το επιδεσμικό υλικό είναι καθαρό. 3.Η ποσότητα του αίματος που παροχτετεύεται είναι φυσιολογική. 4.Στις 13:30μμ ελήφθησαν τα</p>

			<p>ΑΠ=130mmHg, ΣΦ=68/λεπτό, Θ=36,5°C.</p> <p>2.Η νοσηλεύτρια ελέγχει τον ιματισμό του κρεβατιού και το επιδεσμικό υλικό κάτω από την πλάτη της άρρωστης.</p> <p>3.Ελέγχει την ποσότητα του παροχетеυμένου αίματος ανά δωρο.</p> <p>Βάρδια (7-3) περιεχόμενο: 20cc.</p> <p>4.Ελήφθηκε και εστάλη γενική αίματος και</p>	<p>αποτελέσματα της γενικής αίματος.</p> <p>Ερυθρά=4,02x10⁶, Ht=37%, Hb=11 gr/dl.</p> <p>Επιβεβαιώνεται πως δεν υπάρχει καμία ένδειξη αιμορραγίας.</p>
--	--	--	---	---

			αναμένονται τα αποτελέσματα.	
--	--	--	---------------------------------	--

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
Βήχας και ελαφρά δύσπνοια που οφείλονται στην αναισθησία, την ακινησία και τον ανεπαρκή αερισμό.	Να προληφθεί η ατελεκτασία του πνεύμονα-υποστατική πνευμονία.	<p>1.Να διδαχθεί η ασθενής πώς να αναπνέει και να βήχει.</p> <p>2.Να εξασφαλιστεί η καλή ενυδάτωση της ασθενούς.</p> <p>3.Να ληφθούν τα ζωτικά σημεία της άρρωστης πριν από την έγερσή της.</p> <p>4.Να προγραμματιστεί η έγκαιρη κινητοποίηση της.</p>	<p>1.Η ασθενής διδάσκεται να αναπνέει βαθιά και να βήχει και παρακινείται να αποβάλλει τις εκκρίσεις του αναπνευστικού.</p> <p>2.Εξασφαλίστηκε η καλή ενυδάτωση της ασθενούς με τη χορήγηση υγρών παρεντερικά: D/W 5% 2x1 και N/S 0,9% 1x1 με ρυθμό ροής 31 σταγ/λεπτό.</p> <p>3.Λήφθηκαν τα ζωτικά σημεία της ασθενούς: ΑΠ=120mmHg, ΣΦ=72/λεπτό, αναπνοές=18/λεπτό. Τα</p>	<p>1.Οι ασκήσεις βήχα και αναπνοής βοηθούν στην αποβολή των εκκρίσεων.</p> <p>2.Με τη χορήγηση υγρών παρεντερικά, ρευστοποιήθηκαν οι εκκρίσεις, με αποτέλεσμα της ευκολότερης αποβολής τους.</p> <p>3.Η έγκαιρη έγερσή της απέτρεψε την εμφάνιση πνευμονικών επιπλοκών.</p>

			<p>ζωτικά σημεία της άρρωστης επιτρέπουν την έγερσή της.</p> <p>4.Πραγματοποιήθηκε η κινητοποίησή της το πρωί της 1^{ης} ΜΤΧ ημέρας.</p> <p>Η νοσηλεύτρια: βοήθησε την άρρωστη να καθίσει στο κρεβάτι, αφήνοντας τα άκρα της κρεμασμένα, την σήκωσε και την οδήγησε μέχρι τον διάδρομο της κλινικής, την βοήθησε να επιστρέψει στο θάλαμο και να ξαπλώσει ξανά.</p> <p>Της τόνισε την σπουδαιότητα της έγερσης αρχικά με την βοήθεια της νοσηλεύτριας ή των</p>	
--	--	--	---	--

			συγγενών της και κατόπιν με τις δικές της δυνάμεις.	
Ενδεχόμενη μόλυνση τραύματος.	Να προληφθεί η μόλυνση του τραύματος.	<p>1. Να παρακολουθείται η άρρωση για σημεία μόλυνσης του τραύματος.</p> <p>2. Να τεθεί η άρρωση σε τρίωρη θερμ.</p> <p>3. Να χορηγηθεί αντιβιοτική αγωγή σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες.</p> <p>4. Να γίνεται αλλαγή του τραύματος με άσηπτη τεχνική.</p>	<p>Η νοσηλεύτρια φροντίζει για το τακτικό έλεγχο του τραύματος, για εμφάνιση φλεγμονής. Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία της ασθενούς και τη θέτει σε 3ωρη θερμ. Ελέγχει το τραύμα ανά 8ωρο, το ποσό των παροχετεύσεων, το χρώμα και την οσμή.</p> <p>Βάρδια (7-3): αρ. Redon ποσότητα=5cc, δ. Redon ποσότητα=15cc, χρώμα οροαιματηρό. Χορηγείται αντιβίωση Radacef 1x2 (IV) και Metronidazole 1x3 (IV). Έγινε αλλαγή τραύματος στις 11:30πμ</p>	<p>Η ασθενής είναι απύρετη. Το Radacef είναι κεφαλοσπορίνη β' γενιάς ενώ το Metronidazole είναι αντιπρωτοζωικό και συγκεκριμένα μικτό αμοιβαδοκτόνο, και τα δύο αντιβιοτικά ενδείκνυνται για την πρόληψη λοίμωξης σε εγχειρήσεις του μαστού. Από την χορήγηση των δύο αντιβιοτικών δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες εκδηλώσεις. Το τραύμα είναι καθαρό. Η τομή διατηρείται καθαρή και</p>

			<p>και προγραμματίστηκε να γίνεται αλλαγή τραύματος κάθε 2 ημέρες.</p> <p>Ενημερώθηκε η ασθενής για την ακολουθούμενη διαδικασία. Έγινε κοπή του ενός παροχετευτικού σωλήνα (αρ) Redo pack.</p> <p>Απολυμάνθηκε η τραυματική χώρα με αντισηπτικό διάλυμα Betadine και έγινε καθαρισμός της περιοχής με φυσιολογικό ορό.</p> <p>Τοποθετήθηκε Colloplast στο σημείο κοπής του αρ. παροχετευτικού σωλήνα.</p> <p>Εφαρμόστηκαν αποστειρωμένες γάζες, εμποτισμένες με Betadine</p>	<p>προστατεύεται από εξωγενείς μολυσματικούς παράγοντες, με επούλωση του τραύματος.</p>
--	--	--	---	---

			στο σημείο εξόδου του 2 ^{ου} παροχτευτικού (Δ) σωλήνα και καλύφθηκε η περιοχή με Fixomul.	
--	--	--	---	--

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>2^η MTX ημέρα</p> <p>Απογευματινή βάρδια (3-11)</p> <p>28/7/2006</p> <p>4μμ. Έναρξη λεμφοιδήματος και ελαφρύ πόνου του δ. άνω άκρου, που οφείλεται σε περιορισμένη κινητικότητα.</p>	<p>Υποχώρηση του λεμφοιδήματος.</p> <p>Βελτίωση της κινητικότητας του δεξιού άκρου.</p>	<p>Να τοποθετηθεί μαξιλάρι κάτω από το προσβεβλημένο χέρι. Απαγορεύεται η λήψη ΑΠ και αίματος από το χέρι της προσβεβλημένης πλευράς. Παρακολουθείται το δ. άνω άκρο για σημεία λεμφοιδήματος.</p> <p>Να κινητοποιηθεί το προσβεβλημένο χέρι από φυσιοθεραπευτή.</p>	<p>Το δ. χέρι της ασθενούς τοποθετήθηκε σε μαξιλάρι, ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα. Δεν λαμβάνεται ΑΠ και αίμα από το προσβεβλημένο άκρο. Ενημερώθηκαν λογοδοσία και η ασθενής.</p> <p>Παρακολουθείται το δ. άκρο για ερυθρότητα ή οίδημα κάθε 2 ώρες και παρατηρείται έναρξη υποχώρησης του οιδήματος ή μείωση της ερυθρότητας.</p> <p>Γίνονται ασκήσεις του δ. άκρου στις 4:30μμ και</p>	<p>Με τη βοήθεια της βαρύτητας έχουμε επιστροφή του φλεβικού αίματος και προοδευτική υποχώρηση του λεμφοιδήματος. Η κινητοποίηση του δ. άκρου δίνει θετικά αποτελέσματα και βελτιώνεται αισθητά η απαγωγή του άκρου.</p>

			<p>προγραμματίζονται καθημερινά για μια εβδομάδα με την βοήθεια φυσιοθεραπευτή. Η ασθενής αρχίζει με ένταση κάμψη των δαχτύλων, ύπτιο πρηνισμό του πήχεως, συνεχίζει με κάμψη, έκταση του αγκώνα και σφίξιμο γροθιάς.</p>	
--	--	--	---	--

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>3^η MTX ημέρα</p> <p>Απογευματινή βάρδια (3-11)</p> <p>29/7/2006</p> <p>Κατάθλιψη και άγχος που οφείλονται στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου.</p>	<p>Απαλλαγή της ασθενούς από την καταθλιπτική διάθεση και συναισθηματική υποστήριξη αυτής.</p>	<p>Να εκτιμηθεί η ψυχολογική κατάσταση της άρρωστης, να μειωθεί η ανησυχία της και να ενημερωθεί για τις δυνατότητες πλαστικής αποκατάστασης που υπάρχουν.</p>	<p>Εκτιμήθηκε η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς. Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να μειώσει την ανησυχία της ασθενούς και να τη βοηθήσει να αποδεχτεί την νέα πραγματικότητα. Βρίσκεται δίπλα στην ασθενή όταν αυτή αντικρίσει την τομή για πρώτη φορά. Ενισχύει τη συμμετοχή της στη φροντίδα της τομής. Της δόθηκε η δυνατότητα να εκφράσει τις ανησυχίες της και τους φόβους της. Ενημερώθηκε η ασθενής</p>	<p>η ασθενής δείχνει ένα βαθμό αποδοχής του χειρουργηθέντος μαστού. Είναι σε θέση να αντικρίσει την τομή της. Σκέφτεται το ενδεχόμενο για πλαστική αποκατάσταση του μαστού της.</p>

			για τις δυνατότητες πλαστικής αποκατάστασης.	
--	--	--	--	--

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>11^H MTX ημέρα</p> <p>Απογευματινή βάρδια (3-11)</p> <p>7/8/2006</p> <p>Κίνδυνος για ελλιπή φροντίδα στο σπίτι, που οφείλεται σε ελλείψεις γνώσεις για αυτοφροντίδα.</p>	<p>Σωστή προετοιμασία της ασθενούς κατά την έξοδο της από το νοσοκομείο.</p>	<p>Να διδαχθεί η ασθενής μέτρα για την προστασία του ώμου της χειρουργηθείσας περιοχής. Να τονιστεί η σημασία της παρακολούθησης του σημείου τομής για σημεία λοίμωξης. Να δοθούν οδηγίες για την επαναφορά της ασθενούς της προηγούμενες δραστηριότητες της. Να τονιστεί η μεταθεραπευτική παρακολούθηση της ασθενούς.</p>	<p>Δόθηκαν οδηγίες για τον τρόπο περιποίησης του τραύματος. Η ασθενής διδάχθηκε ότι δεν πρέπει να μετρίεται η ΑΠ, δεν γίνονται φλεβοκεντήσεις στον ώμο της χειρουργημένης περιοχής. Ότι αποφεύγεται το κράτημα βαλίτσας κλπ από τον ώμο της χειρ/σας περιοχής, η χρήση αποσμητικών στην μασχालιάια περιοχή. Τόνισε η νοσηλεύτρια πως η ασθενής πρέπει να παρατηρεί το σημείο της</p>	<p>Η ασθενής είναι ικανή να παρέχει ασφαλή αυτοφροντίδα στο χώρο του σπιτιού της. Αντιμετωπίζει με ρεαλιστικό τρόπο τη δημιουργηθείσα κατάσταση. Με την τήρηση των οδηγιών που αναφέρθηκαν και το νοσοκομειακό check-up, έχει τη δυνατότητα εκτίμησης της κατάστασης της υγείας της και νιώθει ασφαλής.</p>

			<p>τομής για ερυθρότητα και αυξημένη ευαισθησία και να επικοινωνήσει αμέσως με το γιατρό σε τυχόν διαπίστωση αυτών.</p> <p>Ενημερώθηκε η ασθενής για την ανάγκη να αρχίσει την εργασία βαθμιαία, με μεσοδιαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας.</p> <p>Τονίστηκε επίσης η σημασία του μετανοσοκομειακού check-up.</p>	
--	--	--	---	--

2^η κλινική περίπτωση:

Δημογραφικά στοιχεία

Ημερομηνία εισαγωγής: 16/4/2006

Όνοματεπώνυμο: Κ. Νεκταρία

Ασφαλιστικός τομέας: ΙΚΑ

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη

Ηλικία: 52 ετών

Τόπος γέννησης: Πάτρα

Επάγγελμα: Οικιακά

Ημερομηνία λήψης ιστορικού: 16/4/2006

Πηγή και αξιοπιστία ιστορικού: Η ίδια κρίνεται αξιόπιστη

Κύριο ενόχλημα: Πόνος στον αριστερό μαστό

Παρούσα νόσος:

Η ασθενής στις 12/3/06 επισκέφθηκε γιατρό του ΙΚΑ, με κύριο σύμπτωμα την εμφάνιση πόνου και «τσιμπημάτων» στην καρδιά, κυρίως κατά την κατάκλιση. Αποδίδοντας τον πόνο αυτό σε κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα, απευθύνθηκε σε καρδιολόγο ο οποίος δεν διέγνωσε καρδιολογικό πρόβλημα.

Μετά από ένα μήνα, ο πόνος έγινε εντονότερος, ενώ κατά τη ψηλάφηση του αριστερού μαστού διαπιστώθηκε κάποιο ογκίδιο.

Η ασθενής επισκέφθηκε τα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Αντρέας», όπου υποβλήθηκε σε εργαστηριακό έλεγχο (γενική αίματος και ούρων), και έγινε ακτινογραφία θώρακος, μαστογραφία και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Μετά από διενέργεια των παραπάνω εξετάσεων, ο γιατρός διέγνωσε κακοήθη

όγκο με μεταστατική καρκινωματώδη διήθηση στον αριστερό μασχαλιαίο αδένα.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή του αριστερού μαστού στις 14/3/06 και στις 25/3/06 εξήλθε από το νοσοκομείο. Ωστόσο, κρίθηκε απαραίτητη η παρακολούθησή της και η διενέργεια μιας σειράς εξετάσεων για τη διαπίστωση πιθανών μεταστάσεων σε άλλα μέρη του σώματος, αφού η κακοήθεια του όγκου είναι αδιαμφισβήτητη όπως προέκυψε από την ταχεία βιοψία του. Η U/S άνω κοιλίας, το τεστ Παπανικολάου, η μαστογραφία και η ραδιοϊσοτοπική μελάνη των οστών είναι εξετάσεις στις οποίες υποβάλλεται η ασθενής, οι οποίες δείχνουν απουσία μεταστάσεων. Στις 16/4/06 εισέρχεται στο ογκολογικό τμήμα του νοσοκομείου, στη μονάδα ημερήσιας νοσηλείας των καρκινοπαθών, για να υποβληθεί σε επικουρική χημειοθεραπεία ως συμπλήρωμα της εγχειρητικής αντιμετώπισης της νόσου. Η χημειοθεραπευτική αγωγή ολοκληρώνεται σε 6 κύκλους.

Ατομικό αναμνηστικό:

Γενική κατάσταση υγείας:

Καλή.

Νοσήματα ενήλικα:

Οξεία σκωληκοειδίτιδα το 1968 και βρογχικό άσθμα.

Εισαγωγές στο νοσοκομείο:

Σκωληκοειδεκτομή το 1968, 1^{ος} φυσιολογικός τοκετός το 1972 και 2^{ος} τοκετός με καισαρική τομή το 1975.

Αλλεργίες:

Στην πενικιλίνη.

Φάρμακα:

Δεν αναφέρονται.

Περιοδικές εξετάσεις:

Τεστ Παπανικολάου κάθε 3 χρόνια.

Έκθεση σε τοξικές ουσίες:

Κάπνισμα: 15-20 τσιγάρα την ημέρα, οινόπνευμα: ελάχιστη κατανάλωση, καφεΐνη: πολύ συχνή κατανάλωση, άλλες ουσίες: δεν αναφέρονται.

Εξέταση ασθενούς:

Εκτίμηση γενικής κατάστασης: λήψη ζωτικών σημείων: ΑΠ= 130\90 mmHg, αναπνοές= 16/λεπτό, σφύξεις= 75/λεπτό, θερμοκρασία= 36,5° C.

Ύψος=1,70εκ

Βάρος=82κιλά

Φάρμακα που πήρε η ασθενής κατά τις επισκέψεις της τμήμα ημερήσιας νοσηλείας του ογκολογικού:

Χημειοθεραπευτικά:

Taxol

(Πακλιταξέλη) ομάδα χημειοθεραπευτικών: Ταξάνες.

Ενδείξεις: καρκίνος των ωοθηκών, καρκίνος του μαστού, προχωρημένος μη μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα.

Αντενδείξεις: σε ασθενείς με σοβαρή υπερευαισθησία στην πακλιταξέλη ή σε οποιοδήποτε άλλο συστατικό του σκευάσματος σε ασθενείς με τιμές εκκίνησης των ουδετερόφιλων $\geq 1-300\text{mm}^3$, στην κύηση και τη γαλουχία, σε ασθενείς με έκπτωση της ηπατικής λειτουργίας.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: αντιδράσεις υπερευαισθησίας που χαρακτηρίζονται από δύσπνοια, υπόταση και γενικευμένη κνίδωση, καταστολή του μυελού των οστών, σοβαρές διαταραχές της καρδιακής αγωγιμότητας, περιφερική νευροπάθεια, γαστρεντερικές παρενέργειες (ναυτία, έμετος, διάρροια), αλωπεκία, τοπική ιστική νέκρωση, αρθραλγία ή μυαλγία.

Δοσολογία/τρόπος χορήγησης: η συνιστώμενη δόση είναι $175\text{mg}/\text{m}^2$, σε διάστημα 3ωρών, ενδοφλέβια. Δεν χορηγείται αν ο αριθμός των ουδετερόφιλων $\geq 1500/\text{mm}^3$ και αιμοπεταλίων $\geq 100.000/\text{mm}^3$.

Farmorubicin:

Ομάδα χημειοθεραπευτικών: αντιβιοτικό της ομάδας των ανθρακυκλινών-αντιβιοτικό.

Δράση: αντινεοπλασματική.

Ενδείξεις: σαν χημειοθεραπευτικός παράγοντας προκαλεί ύφεση σε ένα ευρύ φάσμα καρκίνων, όπου συμπεριλαμβάνονται ο καρκίνος του μαστού, των ωοθηκών, ο γαστρικός καρκίνος, καρκινώματα παχέος εντέρου-ορθού, λεμφώματα, λευχαιμίες, πολλαπλό μυέλωμα.

Αντενδείξεις: σε ασθενείς με βαριά μυελοκαταστολή, με καρδιακή νόσο ή ιστορικό καρδιακής βλάβης, σε ασθενείς στους οποίους έχουν χορηγηθεί οι μέγιστες αθροιστικές δόσεις της doxorubicin.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: μυελοκαταστολή, καρδιοτοξικότητα, αλωπεκία, βλεννογονίτιδα. 5-10 μέρες μετά την αγωγή, γαστρεντερικές διαταραχές, υπερπυρεξία, τοπική ιστική νέκρωση.

Δοσολογία-τρόπος χορήγησης: χορηγείται IV ή ενδοκυστικώς. Δεν πρέπει να αναμιγνύεται με ηπαρίνη γιατί σχηματίζεται ίζημα. Συνιστώμενη δόση για τους ενήλικες 60-90mg/m², σε 3-5'.

Endoxan

Αλκυλιοτικός παράγοντας.

Δράση: κυτταροτοξική.

Ενδείξεις: μόνο του ή σε συνδυασμό με άλλα χημειοθεραπευτικά, στις εξής περιπτώσεις: οξεία και χρόνια λεμφική και μυελογενή λευχαιμία, κακοήθες λέμφωμα, κακοήθεις όγκοι, αυτοάνοσα νοσήματα, μεταμόσχευση οργάνων και μυελού των οστών.

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία στο φάρμακο, καταστολή μυελού των οστών, φλεγμονή ουροδόχου κύστης, λοιμώξεις εν ενεργεία, κατά την κύηση και τη γαλουχία.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: λευκοπενία, θρομβοπενία, αναιμία, γαστρεντερικές διαταραχές, αιμορραγική κυστίτιδα, βλεννογονίτιδα, αλωπεκία.

Δόση/τρόπος χορήγησης: ενήλικοι και παιδιά=3-6mg/kg/ημέρα.

Κυτταροπροστατευτικά:

Ethylol

Δράση: κυτταροπροστατευτική.

Ενδείξεις: στη χημειοθεραπεία, για τη μείωση του κινδύνου λοίμωξης που σχετίζονται με την ουδετεροπενία.

Αντενδείξεις: γνωστή υπερευαισθησία σε αμινοθειόλες, δεν χορηγείται σε υποτασικούς ή αφυδατωμένους ασθενείς, κατά την κύηση και γαλουχία διότι χορηγείται σε συνδυασμό με φάρμακα που προκαλούν τερατογένεση.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: υπόταση, αλλεργικές αντιδράσεις, κατά τη διάρκεια της έγχυσης: ζέστη, ρίγος, αίσθηση κρύου, ζάλη, υπνηλία, λόξυγκας.

Δοσολογία/τρόπος χορήγησης: συνιστώμενη αρχική δόση 910mg/m², μια φορά την ημέρα.

Κατά τη χορήγηση πρέπει να παρακολουθείται η ΑΠ.

Αντιελκωτικά:

Lumaren

Έχει γίνει αναφορά για το συγκεκριμένο σκεύασμα.

Αντιεμετικά:

Navoban

Δράση: αντιεμετική.

Ενδείξεις: ενδείκνυται στην πρόληψη της ναυτίας και του εμέτου, που προκαλούνται από τη χημειοθεραπεία του καρκίνου.

Αντενδείξεις: υπερευαισθησία στην τροπισετρόνη ή σε οποιοδήποτε άλλο συστατικό του σκευάσματος. Δεν χορηγείται σε εγκύους.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: κεφαλαλγία, ζάλη, δυσκοιλιότητα, κόπωση, κοιλιακά άλγη, διάρροια.

Δοσολογία/τρόπος χορήγησης: συνιστάται σε κύκλους αγωγής 6 ημερών από 5mg κάθε μέρα.

**Κάρτα ημερήσιας νοσηλείας νοσηλευτικού τμήματος κλινικής
ογκολογίας:**

ονοματεπώνυμο	Κ. Νεκταρία
Φάρμακα	31/8
Όνομασία-οδός χορήγησης	
0,9% NaCl 1000cc	1x1
Amp Navobam IV	1x1
Amp Decadron IV	2x1
Amp Fenistil IV	2x1
Amp Lumaren IV	1240mg, έγχυση 10' σε 250cc N/S
Amp Ethyol IV	
Amp Taxol IV	290mg σε 500cc N/S, έγχυση σε 3h
Amp Farmorubicin	115mg έγχυση σε 250cc N/S για 30'
Amp Endoxan IV	825mg έγχυση σε 250cc N/S για 10'
Amp Lasix IV	2x1
Caps Navobam	1x1

Πρωτόκολλο θεραπείας:

Πριν από τη χημειοθεραπεία, γίνεται η ενυδάτωση της ασθενούς με 1000cc NaCl 0,9%, χορηγείται 1amp Navobam και στη συνέχεια συνεχίζεται η έγχυση φυσιολογικού ορού. Αμέσως μετά, χορηγούνται 1amp Navobam, 2amp Decadron, 2amp Fenistil και 1amp Farmorubicin, endoxan, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες για την ποσότητά τους και την οδό χορηγήσεως. Μετά το τέλος της χημειοθεραπείας δίνονται 2amp

Lasix, για να εξασφαλιστεί ικανοποιητική διούρηση της ασθενούς.
Τέλος, δίνονται caps Navobam, με τις οποίες λαμβάνει η άρρωστη 1caps
ανά μέρα. Η χημειοθεραπευτική αγωγή της άρρωστης ολοκληρώνεται σε
6 κύκλους.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
Ναυτία και έμετος που οφείλονται στη δράση των Endoxam, Farmorubicin, Taxol	Απαλλαγή της άρρωστης από το αίσθημα της ναυτίας και του εμέτου. Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.	Να ληφθούν προληπτικά μέτρα πριν την έναρξη της ΧΜθ. Να χορηγηθεί αντιεμετικό, σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες. Να γίνει περιποίηση της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς. Να παρακολουθείται η συχνότητα, η ποσότητα και ο χαρακτήρας των εμέτων. Να εξασφαλισθεί η καλή ενυδάτωση της ασθενούς και να γίνεται έλεγχος των ηλεκτρολυτών.	Χορηγήθηκε 1amp Navobam κατά τη διάρκεια της ενυδάτωσης της ασθενούς με N/S 0,9%. Χορηγήθηκαν 2amp Decadron 10 λεπτά πριν την έναρξη της ΧΜθ. Έγινε περιποίηση της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς με διάλυμα Hexalen μετά από κάθε έμετο. Χορηγήθηκαν	Η λήψη των προληπτικών μέτρων δεν ήταν αρκετή για να αναχαιτίσει την εμφάνιση της ναυτίας και του εμέτου. Η συχνότητα και η ποσότητα των εμέτων μειώθηκε σημαντικά. Η ασθενής διδάχθηκε να λαμβάνει caps Navobam κάθε πρωί και 1 ώρα πριν από τη λήψη τροφής για να ανακουφιστεί

			<p>κάψουλες Navobam στην ασθενή για λήψη από την επόμενη μέρα της ΧΜΘ και για διάστημα 5 ημερών. Η νοσηλεύτρια κατέγραψε 2 εμέτους αμέσως μετά την έναρξη της ΧΜΘ. Έγινε αιμοληψία για προσδιορισμό ηλεκτρολυτών.</p>	<p>από τον έμετο. Διατηρήθηκε καθαρή, περιποιημένη. Οι τιμές των ηλεκτρολυτών της είναι φυσιολογικές.</p>
<p>Ενδεχόμενη αιμορραγική κυστίτιδα, που προκαλείται από την συγκέντρωση</p>	<p>Να προληφθεί η αιμορραγική κυστίτιδα και να ανακουφιστεί η ασθενής από τα</p>	<p>Να χορηγηθούν επαρκή υγρά πριν τη θεραπεία και διουρητικά. Να διδαχθεί η ασθενής να ουρεί για αποβολή του φαρμάκου από</p>	<p>Χορηγήθηκαν 1000cc N/S 0,9% 30' πριν την έναρξη της ΧΜΘ. Μετά το τέλος της</p>	<p>Η ασθενής μπορεί να γνωρίσει τα συμπτώματα της κυστίτιδας. Με την λήψη πολλών υγρών</p>

του Endoxan στην ουροδόχο κύστη.	δυσάρεστα συμπτώματα της κυστίτιδας.	την κύστη, να λαμβάνει πολλά υγρά και να αναφέρει τυχόν συμπτώματα όπως δυσουρίας και συχνουρίας.	ΧΜΘ χορηγήθηκαν 2 amp Lasix. Η ασθενής διδάχθηκε να ουρεί κάθε 1 ώρα για 5 ώρες, να ελέγχει την ποσότητα και το χρώμα των ούρων και να πίνει 2-3 λίτρα νερό ημερησίως.	μειώνεται σημαντικά η τοξική δράση στην ουροδόχο κύστη της. Η ασθενής δεν ανέφερε κανένα σύμπτωμα κυστίτιδας.
Αλωπεκία που οφείλεται στη δράση του Taxol.	Να προετοιμαστεί ψυχολογικά η ασθενής να αποδεχθεί τη διαφοροποίηση της εμφάνισής	Ενημέρωση της ασθενούς για εμφάνιση τριχόπτωσης. Ότι αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια είναι προσωρινή και βοήθεια της ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματά της. Να μη λούζεται συχνά,	Η ασθενής ενημερώθηκε πριν την έναρξη της ΧΜΘ να περιμένει την πτώση των μαλλιών, ότι θα	Η ασθενής είναι πιο ήρεμη και καθησυχασμένη.

	της. Να ληφθούν μέτρα ώστε να αντιμετωπιστεί θετικά η τριχόπτωση.	να χρησιμοποιεί περούκα ή μαντήλι, τοποθέτηση κάσκας υποθερμίας.	επανεμφανισθούν τα μαλλιά της σε 8 περίπου εβδομάδες, έγινε διδασκαλία της ασθενούς.	
--	---	--	--	--

Άλμα ζωής: πανελλήνιος σύλλογος γυναικών με καρκίνο του μαστού.

Ο σύλλογος ιδρύθηκε το 1988. έργο του είναι: η παροχή από ειδικούς επαγγελματίες υπηρεσιών στήριξης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού και στις οικογένειές τους, η οργανωμένη αλληλοβοήθεια, η συμμετοχή του σε προγράμματα πρόληψης, η ενημέρωση των μελών του σχετικά με τις εξελίξεις σε θέματα που αφορούν στον καρκίνο του μαστού, η συνεργασία του με ογκολογικές εταιρίες, δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.

Ο σύλλογος είναι μη κερδοσκοπικό σωματείο και διοικείται από 7μελές συμβούλιο. Συνεργάζεται, σε εθνικό επίπεδο, με νοσηλευτικά κέντρα και επιστημονικές εταιρίες και σε διεθνές, με οργανώσεις όπως: UICC, Europa Donna, Reach to Recovery International Breast Cancer Support, του οποίου είναι μέλος.

Το εθελοντικό πρόγραμμα του συλλόγου συμβάλλει έγκαιρα και με μοναδικό τρόπο στη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση γυναικών με καρκίνο μαστού.

Το πρόγραμμα δίνει την ευκαιρία στην ασθενή, αν το επιθυμεί, να την επισκεφθεί εθελόντρια μετά το χειρουργείο. Η παρουσία της εθελόντριας δρα ανακουφιστικά και υποστηρικτικά για την ασθενή, γιατί την καταλαβαίνει, όσο κανείς χάρη στην κοινή τους εμπειρία και γιατί λειτουργεί σαν θετικό παράδειγμα για προσαρμογή και ποιότητα ζωής.

Στο πρόγραμμα συμμετέχουν μέλη του συλλόγου που επιθυμούν να προσφέρουν εθελοντική εργασία και μετά από επιλογή, παρακολουθούν εκπαιδευτικό σεμινάριο. Η εκπαίδευση γίνεται από ειδικούς

επαγγελματίες, οι οποίοι έχουν την εποπτεία και το συντονισμό του προγράμματος.

Οι εθελόντριες, κατά την επίσκεψή τους, δίνουν έντυπο ενημερωτικό υλικό και σε περιπτώσεις μαστεκτομής, ειδικό μαστό κατάλληλο να χρησιμοποιηθεί τις πρώτες μέρες μετά την επέμβαση.

Οι εθελόντριες δεν αμείβονται και δεν αναμειγνύονται σε ιατρικά θέματα.

Στο σύλλογο μπορούν να απευθύνονται γυναίκες με καρκίνο του μαστού καθώς και τα μέλη των οικογενειών τους.

Ο σύλλογος απασχολεί μόνιμα κοινωνικό λειτουργό και συνεργάζεται με ψυχολόγους και ψυχιάτρους.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι: ατομική συμβουλευτική, συμβουλευτική ζευγαριού και οικογένειας, πληροφόρηση πάνω σε εργασιακά και ασφαλιστικά θέματα και σεμινάρια ευαισθητοποίησης και ομάδες ψυχολογικής στήριξης.

Η κεντρική διεύθυνση είναι: Λεωσθένους 21-23, 185 36 Πειραιάς.

Παράρτημα Πάτρας: Πατρέως 8-10 Πάτρα.

Επίλογος:

Ο καρκίνος του μαστού είναι μεταξύ των συνηθέστερων κακοηθειών στο γυναικείο πληθυσμό της χώρας μας. Η πρόωμη διάγνωση και η έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση του είναι οι μόνες γνωστές προσπάθειες που μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς.

Βασική προϋπόθεση για την επιτυχία στο δύσκολο αυτό αγώνα κατά του καρκίνου του μαστού είναι όχι μόνο η καλή εκπαίδευση των υγειονομικών, αλλά εξίσου σημαντική είναι και η εκπαίδευση του κοινού, των ασθενών και οικογενειών τους.

Εύχομαι η εργασία αυτή να αποτελεί όπλο γνώσης, τόσο για τους νοσηλευτές όσο και για το ευρύ φάσμα του γυναικείου πληθυσμού που πλήττεται από αυτή την ασθένεια.

Αναντίλεκτα, η συστηματοποιημένη και έγκαιρη αντιμετώπιση του καρκίνου έγκειται στην προσπάθεια των κρατικών μηχανισμών αλλά και όλων των πολιτών ώστε να μπει ένα λιθαράκι στην επιστήμη και στην κοινωνία κατά του καρκίνου.

Συμπεράσματα:

Συμπερασματικά, ο καρκίνος του μαστού είναι η κυριότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 35-55 ετών. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων επιστήμονες έχουν επιτελέσει πολύ μεγάλες προόδους στη θεραπεία του. Η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία αποτελούν αδρούς τρόπους αντιμετώπισης της νόσου. Η πιο ελπιδοφόρα όμως προσπάθεια στον αγώνα κατά του καρκίνου του μαστού είναι η πρόληψη. Έργο του νοσηλευτικού προσωπικού είναι, μέσω της ειδικής εκπαίδευσής του, να διδάξει τις γυναίκες πώς να κάνουν σωστή αυτοεξέταση και να κάνουν κάθε χρόνο τις απαραίτητες προληπτικές εξετάσεις (υπέρηχο, μαστογραφία). Στόχος επίσης των νοσηλευτών/τριών είναι, σε περιπτώσεις που οι γυναίκες έχουν νοσήσει, να τις στηρίζουν ψυχολογικά, να τις εκπαιδεύσουν για το πώς θα πρέπει να συνεχίσουν την ζωή τους, τι να αποφεύγουν, να τις ενημερώσουν για τυχόν παρενέργειες που θα συναντήσουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια νόσος που έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις στις μέρες μας. Όλο και περισσότερες γυναίκες ευαισθητοποιούνται και η αυτοεξέταση των μαστών τους έχει γίνει μια από τις συνήθειές τους. Αρκετοί οργανισμοί (όπως εταιρίες καλλυντικών) διοργανώνουν συχνά ημερίδες με θέμα τον καρκίνο του μαστού, μοιράζονται ειδικά φυλλάδια, τοιχοκολλώνται αφίσες. Τέτοιο σημαντικό και μη κερδοσκοπικό έργο έχει αναλάβει και το 'Άλμα Ζωής'. Όπως προαναφέρθηκε η πρόληψη είναι η αυριανή ελπίδα κατά του καρκίνου του μαστού. Η πρόληψη όμως συνεπάγεται αλλαγή τρόπου ζωής. Όλοι εμείς που ανήκουμε στα επαγγέλματα υγείας μπορούμε να συνεισφέρουμε στις τροποποιήσεις των συνηθειών ζωής.

Βιβλιογραφία:

1. Παπανικολάου Ν. και Παπανικολάου Α, 1994. Γυναικολογία. 3^η έκδοση. Αθήνα: Γρηγόριος Παρισιάνος.
2. Leshan L, 1999. Μπορείς να αγωνιστείς για τη ζωή σου. 4^η έκδοση. Αθήνα: Θυμάρι.
3. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας. Περίοδος Νοεμβρίου 1999- Φεβρουαρίου 2000. 2001. Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία.
4. Lippert H, 1993. Ανατομική Κείμενο και Άτλαντας. 5^η έκδοση. Αθήνα: Γρηγόριος Παρισιάνος.
5. Τσίκος Ν. και Καραγεωργοπούλου- Γραβανή Σ, 1999. Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής ΙΙ. 2^η έκδοση. Αθήνα: Έλλην.
6. Σαχίνη-Καρδάση Α. και Πάνου Μ, 2004. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες (2^{ος} τόμος). Β έκδοση. Αθήνα: Βήτα.
7. Πετρίδης Α, 2002. Εγχειρίδιο Χειρουργικής. 4^η έκδοση. Αθήνα: Έλλην.
8. Διβόλη Α, Καρκίνος Μαστού. Http: www.activewoman.gr, με τελευταία ημερομηνία ανανέωσης 17/10/2006.
9. Γκινόπουλος Π, 18/2/2004. Άρθρο από εφημερίδα «Πελοπόννησος».

10.Βιολογία της νόσου και σταδιοποίηση του καρκίνου του Μαστού. [www.Chios.Medical.gr/breast cancer](http://www.Chios.Medical.gr/breast_cancer). Με τελευταία ημερομηνία ανανέωσης 12/12/2006.

11. Thompson and Thompson, 2001. Ιατρική Γενετική. Κρήτη: Πανεπιστημιακές εκδόσεις.

12. Pearlman, G.D.O, and Carlson, HE. Gynecomastia: An Update. *Endocrinologist*. 16(2): 109-115, March/April 2006.

13. Wertkin, MG. FACS Diagnosis and Management of Male Breast Cancer in the Community Hospital Setting. *Breast Journal*. 12(2): 188-189, March/April 2006.

14. Corner, J and Bailey, C. 2006. Νοσηλευτική Ογκολογία. Το πλαίσιο φροντίδας. (επ. Πατηράκη-Κουρμπάνη). Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.

15. Love S.M, 1994. Το βιβλίο του Μαστού. Αθήνα: Λύχνος.

16.Διορθωτικές επεμβάσεις. www.cancer.org, Με τελευταία ημερομηνία ανανέωσης 12/11/2006.

17. Stricker CT. Endocrine effects of breast cancer treatment. *Seminars in Oncology Nursing*. 23(1):55-70, 2007 Feb.

18. Drucker-Zertuche M. and Robles-Vidal C. A 7 year experience with immediate breast reconstruction after skin sparing mastectomy for cancer. *European Journal of Surgical Oncology*. 33(2): 140-6, 2007 Mar.

19. Δετοράκης Γ, 1997. Οικογενειακός Προγραμματισμός, αντισύλληψη/σεξουαλική διαφώτιση. Αθήνα: Πατάκη.
20. Γκινόπουλος Π, 15/10/2004. Άρθρο από εφημερίδα «Πελοπόννησος».
21. Η βιταμίνη D κατά την διάρκεια της εφηβείας μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. <http://health.in.gr/news>. Με τελευταία ημερομηνία ανανέωσης 14/11/2006.
22. Sinnatamby R. and Britton PD. Breast screening in the UK- - a national quality assured programme. Breast Care. 2007 Feb; 1(1): 22-5.
23. Πλέσσας Σ. Τ, 1998. Διαιτητική του ανθρώπου. 3^η έκδοση. Αθήνα: ΦΑΡΜΑΚΟΝ-ΤΥΠΟΣ.
24. Τριχοπούλου Α. και Μπεσμπές Π, 1991. Διατροφή και καρκίνος. Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία.
25. Victor H. and Barrett S, 1994. Modern Nutrition in Health and Disease. (8th Ed Shils M.E, Olson J.A, and Shike M). Philadelphia: Time life Books.
26. Miller A. B, 1997. Epidemiology and Prevention. (Ed Kinne D.W). Philadelphia: Time life Books.
27. Ψηλάφηση και παρατήρηση μαστών. <http://care.flash.gr/mag/img>, Με τελευταία ημερομηνία ανανέωσης 17/12/2006.

28. Παπαγεωργίου Γ, Παρατήρηση και έλεγχος μαστών. <http://www.femme.gr/mastos.htm>, Με τελευταία ημερομηνία ανανέωσης 7/1/2007.
29. Artmann A., Hellerhoff K. and Heywang-Kobrunner SH. Screening in women with increased breast cancer risk. Breast Care. 2006. Feb; 1(1): 22-5.
30. Γκικόντες Ε, 13/1/2004. Άρθρο από εφημερίδα «Τα Νέα».
31. Μαλαχίας Γ, Η θέση της υπερηχογραφικής εξέτασης του μαστού σήμερα. <http://iatronet.gr/article>, Με τελευταία ημερομηνία ανανέωσης 6/2/2007.
32. Ιατράκης Γ. Μ, 2006. Η υγεία των γυναικών. Αθήνα: ΜΑΝΙΑΤΕΑ.
33. Fisher B. & Anderson S, καρκίνος του γυναικείου μαστού: μερική ή ολική μαστεκτομή; <http://www.mastologia.gr>, Με τελευταία ημερομηνία ανανέωσης 10/1/2007.
34. Ulrich S, Canale S, Wendell S, 1997. Παθολογική-χειρουργική Νοσηλευτική (Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας). 3^η έκδοση. Αθήνα: Δημ. Λάγος.
35. Καραχάλιος Γ. Ν, 1999. Γενική Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.

36. Μαλγαρινού Μ. Α, και Κωνσταντινίδου Σ. Φ, 2000. Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική (Τόμος Β' 2^{ος}). 19^η έκδοση. Αθήνα: Η ΤΑΒΙΘΑ.
37. Disaia P. J, and Creasman W. T, 1991. Clinical gynecologic oncology. Toronto: Mosby Co.
38. Stricker CT. Endocrine effects of breast cancer treatment. Seminars in Oncology Nursing. 2007. Feb; 23(1): 55-70.
39. Mycek M. J, Harvey R. A, and Champe C. P, 1997. Φαρμακολογία. 2^η έκδοση. Αθήνα: Παρισιάνου.
40. Δασκαλάκης Γ, Επανόρθωση στήθους μετά από μαστεκτομή. www.plastic-surgery.gr, Με τελευταία ημερομηνία ανανέωσης 21/1/2007.
41. Κουτσοπούλου Θ, Πρόληψη του καρκίνου του μαστού. www.gyn.gr, Με τελευταία ημερομηνία ανανέωσης 24/1/2007.
42. Γεωργιανός Σ. Ν, 16/7/2004. Άρθρο από εφημερίδα «Τα Νέα».
43. President and College Fellows of Harvard, Who should get breast cancer screening tests? www.yourdiseaserisk.harvard.edu, Με τελευταία ημερομηνία ανανέωσης 9/10/2006.
44. Τριχοπούλου Α. και Τριχόπουλος Δ, 1986. Προληπτική Ιατρική. Αθήνα: Παρισιάνου.

45. Κονιάρη Ε, 1991. Καρκίνος Μαστού/ Νοσηλευτική Παρέμβαση. Αθήνα: ΒΗΤΑ.
46. Μάνος Ν, 1997. Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
47. Kinghorn S. And Gamlin R, 2004. Ανακουφιστική Νοσηλευτική, Εξασφαλίζοντας ελπίδα και ποιότητα ζωής. Αθήνα: ΒΗΤΑ.
48. McGaughey A. Body image after bilateral prophylactic mastectomy: an integrative review. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2006 Nov-Dec; 51(6): 45-9.
49. Παπαδημητρίου Μ, Αλεξανδρή Σ, Βροντού Ε, Κακουράτου Π, Φιδάνη Α, Δημοπούλου Ε, Στεφανόπουλος Ν, 1999. Καρκίνος μαστού: Επιπτώσεις στην ψυχοσωματική οντότητα της γυναίκας. *Νοσηλευτική*. 38(2): 164-173.
50. Αδαμακίδου Θ, Αποκατάσταση γυναικών μετά από μαστεκτομή. Ο ρόλος των Νοσηλευτών. www.iatrotek.org, Με τελευταία ημερομηνία ανανέωσης 25/2/2007.

