

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

ΘΕΜΑ: «ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ»

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΑ BSc. (Hons), MSc.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ : ΚΑΤΣΟΥΓΙΑΝΝΗ ΗΛΙΑΝΑ

ΠΑΤΡΑ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	
1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	9
1.1.1 Στοιχεία εμβρυολογίας	9
1.1.2 Κατασκευή του μαστού	9
1.1.3 Μυς - Νεύρα.....	10
1.1.4 Αγγεία	10
1.1.5 Λεμφαγγεία-Λεμφογάγγλια.....	10
1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	11
1.2.1 Ορμόνες - Μαστός	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	
2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ	15
2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	16
2.2.1 Επιδημιολογία	16
2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	17
2.3.1 Ηλικία	18
2.3.2 Οικογενειακό ιστορικό	18
2.3.3 Γενετικοί παράγοντες	19
2.3.4 Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες	19
2.3.5 Διατροφή.....	20
2.3.6 Οινόπνευμα.....	21
2.3.7 Ακτινοβολία	21
2.3.8 Προηγούμενο ιστορικό καρκίνου μαστού	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	
3.1 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ – ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	22
3.1.1 Παθολογοανατομικές Μορφές Καρκίνου του Μαστού-Περιγραφή.....	22

3.1.1.A Μη διηθητικά (in situ) Καρκινώματα.....	22
3.1.1.A.1 Μη διηθητικό πορογενές Καρκίνωμα (DCIS - Ductal Carcinoma in Situ)	23
3.1.1.A.2 Μη διηθητικό λοβιακό Καρκίνωμα (LCIS - Lobular Carcinoma in Situ)	23
3.1.1.B Διηθητικά Καρκινώματα	23
3.1.1.B.1 Πορογενές	24
3.1.1.B.1.1 Πορογενές Καρκίνωμα χωρίς Ειδικούς χαρακτήρες (NOS)....	24
3.1.1.B.1.2 Μυελοειδές Καρκίνωμα.....	24
3.1.1.B.1.3 Θηλώδες Καρκίνωμα	24
3.1.1.B.1.4 Σωληνώδες Καρκίνωμα	25
3.1.1.B.1.5 Βλεννώδης ή Κολλοειδές Καρκίνωμα	25
3.1.1.B.1.6 Νόσος Paget.....	25
3.1.1.B.1.7 Φλεγμονώδες Καρκίνωμα.....	26
3.1.1.B.2 Λοβιακό διηθητικό καρκίνωμα.....	26
3.2 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	26
3.2.1 Κλινική σταδιοποίηση.....	31
3.2.2 Παθολογοανατομική σταδιοποίηση.....	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	35
4.1.1 Αναζήτηση νέων προγνωστικών παραγόντων στον καρκίνο του μαστού.....	35
4.1.2 Μερικοί προγνωστικοί παράγοντες δεύτερης επιλογής.....	35
4.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	36
4.2.1 Καρκίνος του μαστού: Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση	36
4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	40
4.3.1 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρωτογενή πρόληψη	41
4.3.2 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη δευτερογενή πρόληψη	43
4.3.3 Αυτοεξέταση του μαστού (ΑΕΜ).....	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	51
--	----

5.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	52
5.2.1 Μαστογραφία	53
5.2.2 Υπερηχογράφημα(US) Μαγνητική τομογραφία (MR)	56
5.2.3 Αναρρόφηση με λεπτή βελόνα	57
5.2.4 Βιοψία με βελόνα από τον πυρήνα	58
5.2.5 Ανοικτή βιοψία εκτομής	58
5.2.6 Διαγνωστική προσέγγιση γυναικών με καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα	59
5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	60
5.3.1 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην διάγνωση του καρκίνου του μαστού	60
5.3.2 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την διάρκεια των εξετάσεων.	64
5.3.3 Συναισθηματικές αντιδράσεις στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και ο ρόλος της νοσηλεύτριας	66
5.3.4 Νοσηλευτική παρέμβαση στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού .	69
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο	
6.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ..	72
6.1.1 Χειρουργική	72
6.1.2 Ακτινοθεραπεία	77
6.1.3 Ορμονοθεραπεία	78
6.1.4 Χημειοθεραπεία	79
6.1.5 Τοξικότητα της συστηματικής θεραπείας	81
6.1.6 Δυνητικές εφαρμογές της συστηματικής θεραπείας	81
6.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	82
6.2.1 Η νοσηλευτική φροντίδα κατά τη βιοψία	82
6.2.2 Προεγχειρητική διδασκαλία	83
6.2.3 Η τακτική της ενημέρωσης	83
6.2.4 Η νοσηλευτική στην χημειοθεραπεία	85
6.2.5 Η νοσηλευτική φροντίδα και ο ρόλος της νοσηλεύτριας στα προβλήματα που δημιουργεί η χημειοθεραπεία	86
6.2.6 Μέτρα ασφάλειας κατά τη χρήση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων .	89

6.2.7 Ακτινοθεραπεία	93
6.2.7.α Ο ρόλος της νοσηλεύτριας κατά την ακτινοθεραπεία	93
6.2.8 Εξωτερική ακτινοθεραπεία	94
6.2.9 Εσωτερική ακτινοθεραπεία.....	97
6.2.10 Νοσηλευτικές δραστηριότητες και παρεμβάσεις προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	100
6.2.11 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	106
6.2.12 Πρόληψη ή/και αντιμετώπιση λεμφοιδήματος	108
6.2.13 Διαταραχή του σωματικού - Μείωση αυτοεκτίμησης	110
6.2.14 Μείωση της κινητικότητας - δραστηριότητες.....	111
6.2.15 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην αποκατάσταση της ασθενούς μετά τη μαστεκτομή	112

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	114
7.1.1 Εμφάνιση και αντιμετώπιση τοπικής υποτροπής	115
7.2 ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	116
7.2.1 Οστικές μεταστάσεις	117
7.2.2 πνευμονικές μεταστάσεις	118
7.2.3 Ηπατικές μεταστάσεις	118
7.2.4 Εγκεφαλικές μεταστάσεις	119
7.2.5 Μεταστάσεις σε άλλα όργανα.....	119

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ.....	120
8.1.1 Ψυχολογικοί μηχανισμοί άμυνας.....	120
8.1.2 Ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις.....	121
8.1.3 Ψυχολογική υποστήριξη και ενημέρωση.....	121
8.1.4 Ερωτική ζωή και σεξουαλικά προβλήματα	122
8.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ.....	123
8.2.1 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην αντιμετώπιση ασθενούς με άγχος-αγωνιά.....	123

8.2.2 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην αντιμετώπιση της διαταραχής του ύπνου οφειλόμενη σε έντονο άγχος	126
8.2.3 Η νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με κατάθλιψη	127
8.2.4 Επικοινωνία νοσηλεύτριας-ασθενούς.....	131

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9.1 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	134
9.1.1 Βασικοί σκοποί της νοσηλείας στο σπίτι	134
9.1.2 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην παροχή νοσηλείας στο σπίτι	135
9.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ	138
9.2.1 Η σωματική φροντίδα και η εξασφάλιση άνεσης της καρκινοπαθούς..	138
9.2.2 Η αντιμετώπιση του πόνου από τη νοσηλεύτρια	138
9.2.3 Η νοσηλευτική φροντίδα στο πρόβλημα της δυσκοιλιότητας.....	139
9.2.4 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμετού	139
9.2.5 Η νοσηλευτική φροντίδα στο πρόβλημα της διατροφής	140
9.2.6 Η νοσηλευτική φροντίδα στη πρόληψη κατακλίσεων	140
9.2.7 Η υποστήριξη της ασθενούς.....	140
9.2.8 Η φροντίδα της οικογένειας και ο θρήνος.....	142
9.2.9 Οι δραστηριότητες της νοσηλεύτριας μετά το θάνατο της ασθενούς	143

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

10.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	145
10.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	151

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	159
---------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	160
-------------------	-----

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

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

Από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, ο άνθρωπος πασχίζει να διατηρήσει την αισθητική και την ακεραιότητα του μαστού, αλλά σε πολλές περιπτώσεις αναγκάζεται να υποκύψει στο αναπόφευκτο, δηλαδή τον ακρωτηριασμό, στον οποίο πρέπει να προβεί ο χειρουργός προκειμένου να σώσει τη ζωή της ασθενούς, όταν ο μαστός γίνεται θύμα του καρκίνου, που είναι μια από τις πλέον αμείλικτες παθήσεις.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μία μάστιγα για το δυτικό κόσμο. Είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες και προσβάλλει κάθε χρόνο πολλά εκατομμύρια σε όλο τον πλανήτη. Στην Ελλάδα εμφανίζονται περίπου 3.500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού το χρόνο. Η ιατρική επιστήμη, μπορεί να έχει κάνει μεγάλα άλματα σήμερα στην καταπολέμηση κάποιων μορφών καρκίνου, όμως ο καρκίνος του μαστού συνεχίζει το φονικό του έργο, σχεδόν, αδιαφορώντας για την πρόοδο. Βέβαια υπάρχουν αυτή τη στιγμή τρόποι να περιορισθεί η μάστιγα, όχι όμως και να λυθεί το πρόβλημα, αφού αγνοούμε την πραγματική αιτία του. Τρόποι αντιμετώπισης βασισμένοι στην πρόοδο των διαγνωστικών μεθόδων της μαστογραφίας, της κυτταρολογίας και της γενετικής, σε συνδυασμό με την προληπτική εξέταση των μαστών, μπορούν να προλάβουν έγκαιρα τον καρκίνο του μαστού. Σήμερα, είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε, ότι όταν ένας καρκίνος μαστού γίνει αντιληπτός σε μία προληπτική μαστογραφία, πριν γίνει επιθετικός (διηθητικός) και μάλιστα, πριν γίνει καν ψηλαφητός και αφαιρεθεί χειρουργικά (στάδιο in situ), τότε μπορεί η ίαση του να είναι οριστική. Αν εξαιρέσουμε τις εξ' αρχής πολύ επιθετικές μορφές καρκίνου, θα ήταν δυνατόν, να ελαττώσουμε τους θανάτους από καρκίνο του μαστού, μέσω της έγκαιρης διάγνωσης. Όμως δεν ζούμε σε έναν τέτοιο ιδανικό κόσμο. Έτσι, γίνεται κατανοητό, ότι παρ' όλο που υπάρχουν οι τεχνικές δυνατότητες, απέχουμε ακόμα αρκετά από ένα τέτοιο στόχο, όπως η πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, στα αρχικά στάδια του ¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.1.1 Στοιχεία εμβρυολογίας

Η πρώτη καταβολή των μαστών παρουσιάζεται την 6^η εμβρυϊκή εβδομάδα με τη μορφή εξωδερμικής πάχυνσης κατά μήκος επιμήκους γραμμής, που εκτείνεται μεταξύ της καταβολής των άνω και κάτω άκρων. Η πάχυνση αυτή ονομάζεται μαστική ακρολοφία (Milk line)². Μέχρι την 9^η εμβρυϊκή εβδομάδα έχουν ατροφήσει τα δύο τρίτα αυτής, ενώ στο τμήμα που βρίσκεται στη θωρακική περιοχή αναπτύσσονται 5 - 6 οζίδια, τα μαστικά λοβίδια, που αποτελούν τις καταβολές των μαστών. Κατά τον 5^ο εμβρυϊκό μήνα από κάθε καταβολή αναπτύσσονται 15 - 20 συμπαγείς δοκίδες, οι οποίες φέρονται σε βάθος, στο υποκείμενο χόριο, σχηματίζοντας έτσι του γαλακτοφόρους εκφορητικούς πόρους. Το ελεύθερο άκρο των γαλακτοφόρων πόρων διευρύνεται και διακλαδιζόμενο σχηματίζει τους λοβούς. Κατά τον 7^ο και 8^ο εμβρυϊκό μήνα οι πόροι κοιλαινόμενοι αποκτούν αυλό. Η θηλή του μαστού διαπλάσσετε από την ελεύθερη επιφάνεια της αρχικής τους καταβολής³.

1.1.2 Κατασκευή του μαστού

Ο μαστός αποτελείται από α) δέρμα, β) το περιμαστικό λίπος και γ) το μαζικό αδέν. Το δέρμα έχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες, εκτός από το δέρμα των θηλών, το οποίο στερείται ιδρωτοποιών αδένων. Η θηλή και η θηλαία άλω έχουν αφθονία ελαστικών και λείων μυϊκών ινών, οι οποίες φέρονται κυκλοτερώς και ακτινοειδώς προκαλώντας σκλήρυνση των θηλών κατά το θηλασμό ή την προστριβή τους³.

Το περιμαστικό λίπος περιβάλλει το μαζικό αδέν, ο οποίος αποτελεί σύνθετο σωληνοκυψελοειδή αδέν και συνίσταται από 15 - 20 λοβούς ανώμαλου σχήματος, που φέρονται ακτινοειδώς από τη θηλή προς την περιφέρεια. Ινώδη διαφράγματα διαχωρίζουν τους λοβούς και τους διαιρούν σε διάφορους μεγέθους λόβια. Έτσι κάθε λοβός αποτελείται από α) ένα

μείζονα εκφορητικό πόρο (γαλακτοφόρος), ο οποίος εκβάλλει στη θηλή, και β) διαφόρου αριθμού λόβια, το μικρότερα από τα οποία αποτελούνται από λίγες αδενοκυψέλες ³. Οι αδενοκυψέλες (παρόμοιας κατασκευής με τους ιδρωτοποιούς αδένες) αποτελούνται από ένα βασικό υμένα και ένα στίχο αδενικών κυττάρων (κυβοειδών ή κυλινδρικών), στη βάση των οποίων προσφύονται μυοεπιθηλιακά κύτταρα ⁴.

1.1.3 Μύς – Νεύρα

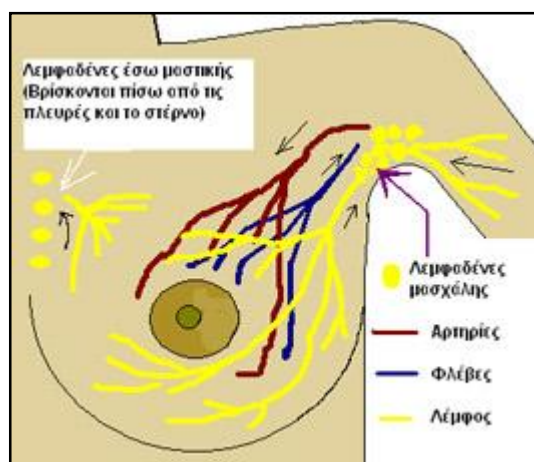
Οι μύες που ενέχονται στην χειρουργική του μαστού είναι οι 1) μείζονας θωρακικός, 2) ελάσσονας θωρακικός, 3) πρόσθιος οδοντωτός, 4) πλατύς ραχιαίος, 5) υποπλάτιος και 6) η νεύρωση του έξω λοξού και του ορθού κοιλιακού μύος ³.

1.1.4 Αγγεία

Τρεις είναι οι κύριες αρτηρίες του μαστού: 1) οι διατιτραίνοντες κλάδοι της μαστικής, που από το 1^ο, 2^ο, 3^ο, και 4^ο μεσοπλεύριο διάστημα πλάγια από το στήρνο διαπερνούν το μείζονα θωρακικό μυ και φθάνουν στο χείλος του μαστού συμβάλλοντας στο 50% της συνολικής του αιμάτωσης, 2) η πλάγια θωρακική αρτηρία, κλάδος της μασχαλιαίας, που πορεύεται κατά μήκος του έξω χείλους του ελάσσονα θωρακικού μύος και αποτελεί τη δεύτερη μεγαλύτερη πηγή αίματος και 3) ο έσω κλάδος της ακρωμιοθωρακικής αρτηρίας, κλάδου επίσης της μασχαλιαίας, που πορεύεται μεταξύ του μείζονα και του ελάσσονα θωρακικού μύος και παρέχει αίμα στην οπίσθια επιφάνεια του μαστού. Στην αιμάτωση του μαστού συμβάλλουν και οι πλάγιοι διατιτραίνοντες κλάδοι των μεσοπλεύριων αγγείων καθώς και κλάδοι της υποπλάτιας αρτηρίας (θωρακοραχιαία) ⁴.

1.1.5 Λεμφαγγεία – Λεμφογάγγλια

Ένα πλούσιο λεμφικό πλέγμα παροχετεύει το δέρμα και το μαζικό αδένια και καταλήγει στα μασχαλιαία και στα της έσω μαστικής λεμφογάγγλια. Υπάρχουν περίπου 53

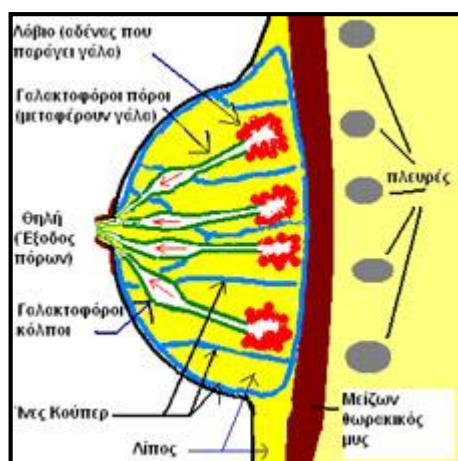


λεμφογάγγλια στη μασχालιάια κοιλότητα κατά μήκος των αρτηριών και φλεβών και διακρίνονται τοπογραφικά σε κεντρικά, υποπλάτια, υποκλείδια, παραμαστικά και υπομαστικά ⁴.

Τα λεμφογάγγλια της μασχालιάιας κοιλότητας για λόγους πρακτικούς διαιρούνται σε 3 επίπεδα: πρώτο επίπεδο – ιστός κάτω και πλάγια του κάτω χείλους του ελάσσονα θωρακικού μυ, δεύτερο επίπεδο – ιστός αμέσως κάτω και πίσω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ και τρίτο επίπεδο – ιστός πάνω και μέσα από τον ελάσσονα θωρακικό. Η πρόγνωση στον καρκίνο του μαστού έχει άμεση σχέση με το επίπεδο των κατειλημμένων λεμφογαγγλίων ².

1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Κάθε λοβός του μαστού αποτελεί έναν ανεξάρτητο κυψελοειδή αδένα. Έτσι ο μαστός στο σύνολό του παριστά τη συνάθροιση αυτών των ανεξάρτητων μονάδων, καθεμιά από τις οποίες έχει τον δικό της εκφορητικό πόρο και κατά συνέπεια τη δική της εκβολή στην επιφάνεια της θηλής. Ο εκφορητικός πόρος (γαλακτοφόρος πόρος) έχει διάμετρο 0,4 – 0,7 εκ. και πριν εκβάλει στη θηλή σχηματίζει μια μικρή διεύρυνση που ονομάζεται γαλακτοφόρος κόλπος. Το επιθήλιο στις αδενοκυψέλες των λοβίων είναι μονόστιβο κυβοειδές ή κυλινδρικό, στο γαλακτοφόρο πόρο αποτελείται από δύο στιβάδες κυβοειδών ή κυλινδρικών κυττάρων, ενώ στο γαλακτοφόρο κόλπο γίνεται πολύστιβο πλακώδες. Τα κύτταρα αυτά στηρίζονται σε βασικό υμένα, στη βάση του οποίου



Εικόνα 2 www.aj.P.Fyssas.gr.

προσφύονται μυοεπιθηλιακά κύτταρα. Τα μυοεπιθηλιακά αυτά κύτταρα σχηματίζουν ένα δίκτυο γύρω από τις αδενοκυψέλες και κατά μήκος των εκφορητικών πόρων και παίζουν ρόλο στην προώθηση του γάλακτος από τις αδενοκυψέλες ως τη θηλή (γαλακτροεκθλιπτικό αντανακλαστικό).

Η δομή, το μέγεθος και η λειτουργία του μαζικού αδένου υπόκεινται σε πλήθος μεταβολών, που σχετίζονται με την έμμηνο ρύση, την κύηση, τη γαλουχία και την εμμηνόπαυση⁴.

1.2.1 Ορμόνες – Μαστός

Οξυτοκίνη: Είναι ορμόνη της πρόσθιας υπόφυσης, που συντίθεται στους νευρώνες του υπεροπτικού και παρακοιλιακού πυρήνα του υποθαλάμου. Το ερέθισμα για την έκκρισή της αποτελεί ο μηχανικός ερεθισμός της θηλής κατά το θηλασμό. Οι υποδοχείς της οξυτοκίνης στο μαστό και στη μήτρα αυξάνουν κατά τον τοκετό. Η οξυτοκίνη αντιδρά με τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα που προσφύονται στη βασική μεμβράνη των αδενοκυψελών και κατά μήκος των γαλακτοφόρων πόρων, προκαλεί φωσφορυλίωση της μυοσίνης και κατά συνέπεια σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων και εξώθηση του γάλακτος (Milk ejection). Η δράση της αυτή επιτυγχάνεται καλύτερα με ώσεις, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία του περιοδικού ερεθισμού της θηλής κατά το θηλασμό σαν ερέθισμα για την έκκριση γάλακτος (γαλακτοεκθλιπτικό αντανεκλαστικό). Η απελευθέρωση της οξυτοκίνης διεγείρεται από την επινεφρίνη και την ντοπαμίνη, ενώ αντίθετα οι αποκλειστές των α-αδρανεργικών και ντοπαμινεργικών υποδοχέων καταστέλλουν το γαλακτοεκθλιπτικό αντανεκλαστικό.

Προλακτίνη είναι ορμόνη της πρόσθιας υπόφυσης και η έκκρισή της βρίσκεται κάτω από τον ανασταλτικό έλεγχο του PIF (Prolactin Inhibitory Factor), δηλαδή της ντοπαμίνης, που καταστέλλει την παραγωγή και έκκριση της προλακτίνης αντιδρώντας με τους υποδοχείς προλακτίνης στα προλακτινοπαραγά κύτταρα. Η L-DOPA (που μετατρέπεται σε ντοπαμίνη) καθώς και η βρωμοκρυπτίνη (ανταγωνιστής της ντοπαμίνης) έχουν παρόμοια δράση με τον PIF. Αντίθετα τα οιστρογόνα σε χαμηλές δόσεις και σε μακροχρόνια χορήγηση φαίνεται ότι αναστέλλουν τη δράση της ντοπαμίνης στα προλακτινοπαραγωγικά κύτταρα, προκαλώντας υπερτροφία των υποφυσικών κυττάρων και αυξάνοντας τα επίπεδα της προλακτίνης τόσο στην υπόφυση όσο και στο πλάσμα. Το ασβέστιο ή TRH (Thyrotrophin Release Hormone) και το stress προάγουν την ηλεκτρική δραστηριότητα στα προλακτινοπαραγωγικά κύτταρα, καθώς και την έκκριση προλακτίνης, ενώ οι

ανταγωνιστές των οπιούχων τις καταστέλλουν. Οι φαινοθειαζίνες αναστέλλοντας τη σύνθεση της ντοπαμίνης προάγουν την παραγωγή γάλακτος.

Η προλακτίνη είναι η κύρια ορμόνη που παράγεται σαν απάντηση στο ερέθισμα του θηλασμού (γαλακτοπαραγωγικό αντανακλαστικό). Διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και ευνοεί την ανάπτυξη και διαφοροποίηση του μαστού. Δρα μέσω υποδοχέων που βρίσκονται στην επιφάνεια των κυττάρων του μαστού. Ο αριθμός των υποδοχέων αυτών δεν είναι σταθερός, αλλά σχετίζονται με τα επίπεδα προλακτίνης στον ορό. Αύξηση ή ελάττωση των υποδοχέων της προλακτίνης μεταβάλλουν την ευαισθησία των κυττάρων ως προς την παραγωγή γάλακτος. Η προγεστερόνη αναστέλλει την αύξηση του αριθμού των υποδοχέων προλακτίνης. Στα κύτταρα του μαστού η προλακτίνη προάγει τη σύνθεση του m-RNA της καζεΐνης (κύριας πρωτεΐνης του γάλακτος), όπως επίσης και τη σύνθεση λιπαρών οξέων μεσαίας αλύσου (χαρακτηριστικών της γαλουχίας)

Το ανθρώπινο πλακουντιακό γαλακτογόνο, που μαζί με την προλακτίνη και την αυξητική ορμόνη αποτελεί τις λεγόμενες γαλακτογόνες ορμόνες, αυξάνει κατά την κύηση και ελαττώνεται απότομα μετά τον τοκετό. Φαίνεται λοιπόν ότι ο κύριος ρόλος του περιορίζεται στην ανάπτυξη και διαφοροποίησης του μαστού κατά την κύηση, ενώ μετά τον τοκετό τα χαμηλά επίπεδά του έχουν δράση παρόμοια με αυτήν της προλακτίνης.

Τα οιστρογόνα έχουν σύνθετο ρόλο. Προάγουν την ανάπτυξη του μαστού και σε χαμηλές δόσεις την έκκριση προλακτίνης, ενώ σε υψηλές δόσεις αναστέλλουν τη γαλουχία. Στο μαζικό αδένια ενώνονται με ειδικούς υποδοχείς στο κυτταρόπλασμα και στη συνέχεια το σύμπλεγμα ορμόνη-υποδοχέας μετακινείται στον πυρήνα. Οι υποδοχείς των οιστρογόνων είναι ειδικοί και δεν αντιδρούν με άλλες ορμόνες. Φαίνεται ότι οι μεγάλες ποσότητες οιστρογόνων καταλαμβάνουν τους υποδοχείς της προλακτίνης στα κύτταρα του μαζικού αδένια και έτσι σταματούν τη γαλουχία.

Η προγεστερόνη μαζί με τα οιστρογόνα και την προλακτίνη προάγει την ανάπτυξη του μαστού. Η προγεστερόνη εμποδίζει την άθροιση εκείνων των ενζύμων που είναι απαραίτητα για την τελική διαφοροποίηση των κυττάρων του μαστού, ώστε αυτά να είναι ικανά για παραγωγή γάλακτος. Αυτό πιθανόν να επιτυγχάνεται εμποδίζοντας τη σύνδεση της κορτιζόνης στα

κύτταρα του μαστού, αναστέλλοντας έτσι το βοηθητικό-ενισχυτικό της ρόλο στη δράση της προλακτίνης.

Τα κορτικοστεροειδή είναι απαραίτητα τόσο για την έναρξη όσο και για τη διατήρηση της γαλουχίας. Ευνοούν την άθροιση καζεΐνης στα κύτταρα του μαστού, όταν ο μαστός «εκτίθεται» στη δράση της προλακτίνης. Το σύμπλεγμα υποδοχέα-γλυκοκορτικοειδών μεταφράζεται στον πυρήνα, ενώ η προγεστερόνη ενώνεται με τον υποδοχέα των γλυκοκορτικοειδών και εμποδίζει τη μεταφορά τους.

Η ινσουλίνη παίζει ρόλο στη σύνθεση των λιπιδίων των κυττάρων του μαστού ρυθμίζοντας τη μεταφορά γλυκόζης στα κύτταρα.

Οι προσταγλανδίνες πιστεύεται ότι δρουν σαν ένας από τους ανασταλτικούς παράγοντες της γαλουχίας πριν από τον τοκετό ⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η συχνότητα των νόσων του μαστού, η αναγνώριση τους και οι πρωτόγονες προσπάθειες για θεραπεία τους, χρονολογικά προηγούνται της θεραπείας νόσων άλλων συμπαγών οργάνων. Οι νόσοι του μαστού, με τις αβέβαιες αιτίες και τις συγκεκριμένες θεραπείες, έχουν τραβήξει το ενδιαφέρον ιατρών και ιστορικών για πολλούς αιώνες ⁵. Όγκοι μαστού καταγράφηκαν το 1600 π.χ. σε Αιγυπτιακούς παπύρους. Επίσης, είναι η πρώτη φορά που αναφέρεται κακοήθης όγκος του μαστού όχι σε γυναίκα αλλά σε άνδρα ⁶.

Μετά το 460 π.Χ. έχουμε αναφορές από Έλληνες συγγραφείς ⁵. Ο Ηρόδοτος (484-426 π.Χ.) αναφέρει τον καρκίνο του μαστού και την θεραπεία του από τον Έλληνα γιατρό, Δημοκλήδη. Ο Ιπποκράτης (460-377 π.Χ.) πρώτος χρησιμοποίησε σε γραπτά κείμενα τον όρο «καρκίνος» ή «καρκίνωμα». Θεωρούσε ότι ήταν καλύτερα να μη δοθεί θεραπεία σε «κεκρυμμένο» καρκίνο. Αυτό σήμαινε ότι μόνο ελκωτικοί καρκίνου θα μπορούσαν να θεραπευτούν με εγχείρηση, πιθανόν ως ανακουφιστική θεραπεία. Στην ελληνορωμαϊκή περίοδο ο Aulus Cornelius Celsus (1ος αιώνας μ.Χ.) για πρώτη φορά καταγράφει την κλινική περιγραφή του καρκίνου, αλλά δεν προχωρεί σε λεπτομέρειες για τη χειρουργική θεραπεία. Ο Αρχιγένης ο Απαμεύς (98-115 μ.Χ.) ασχολήθηκε συστηματικά με τον καρκίνο του μαστού. Στην θεραπευτική του καρκίνου, ο Αρχιγένης εφάρμοζε την Ιπποκρατική άποψη που υποστηρίζει, ότι είναι προτιμότερο να μην εφαρμόζεται καμιά θεραπεία. Ο Λεωνίδης (περίπου το 180 μ.Χ.), λέγεται ότι είναι ο πρώτος που περιέγραψε εγχείρηση αφαίρεσης όγκου μαστού. Ο Λεωνίδης εφάρμοζε την εγχείρηση ανάλογα με το κλινικό στάδιο της νόσου. Βέβαια και επί εποχής Ιπποκράτη πρέπει να γίνονταν εγχειρήσεις, καθώς αναφέρεται ότι από αυτές οι ασθενείς θα πεθάνουν πιο γρήγορα. Ο Λεωνίδης εφάρμοσε και τον καυτηριασμό ως μέσο θεραπείας ^{5,6}.

Ο Γαληνός ο Περγαμηνός, (131-198 μ.Χ) εθεωρείτο δεύτερος μετά τον Ιπποκράτη. Προτείνει κυρίως συντηρητική θεραπεία. Υποστήριζε ότι η συντηρητική θεραπεία έχει μεγαλύτερη επιτυχία στα πρώιμα στάδια, ενώ όταν ο όγκος έχει μεταβληθεί σε μια μεγάλη μάζα, μόνο η χειρουργική επέμβαση μπορεί να προσφέρει ελπίδες ίασης.

Την πρωτοχριστιανική περίοδο οι Άγιοι Ανάργυροι, Κοσμάς και Δαμιανός (3ος αιώνας π.Χ.) πραγματοποίησαν πολλές θαυματουργικές θεραπείες, μεταξύ των οποίων αναφέρονται και δύο περιπτώσεις καρκίνου μαστού. Μέσα από τις αναφορές αυτές διαφαίνεται ότι τον 30 μ.Χ. αιώνα διενεργούνταν μαστεκτομές.

Στη Βυζαντινή περίοδο, ο Αέτιος ο Αμιδηνός (6ος αιώνας μ.Χ.) επιχειρεί μια πλήρη περιγραφή της μαστεκτομής, στηριζόμενος σε αυτά που είχαν γραφεί από τον Αρχιγένη, το Λεωνίδα και το Γαληνό.

Ο Παύλος ο Αιγινήτης (625-690 μ.Χ.) συνιστά και αυτός μαστεκτομή, κάνοντας λεπτομερείς αναφορές στη μέθοδο του Αρχιγένη και του Λεωνίδα. Η μέθοδος αυτή αντιγράφεται από τους Άραβες και από εκεί περνάει αργότερα στη Δύση. Είναι η πρώτη φορά που αναφέρεται εγχείρηση καρκίνου μαστού χωρίς την αφαίρεση του οργάνου. Μετά από μικρή τομή καυτηριάζεται ο όγκος, κάτι ανάλογο με τη σημερινή μέθοδο ογκεκτομής και ακτινοβολίας, αλλά με πολύ πιο συντηρητικό τρόπο ⁶.

Η Ευρωπαϊκή ιατρική έχει τις ρίζες της στην αρχαία ελληνική ιατρική και η μεταπήδηση στην σύγχρονη ιατρική γίνεται στο δεύτερο μισό του δέκατου πέμπτου αιώνα. Μπορούμε να πούμε πως το στο δεύτερο μισό του αιώνα μας υπάρχει μια αξιοσημείωτη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση του καρκίνου και ειδικά του καρκίνου του μαστού ⁵.

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

2.2.1 Επιδημιολογία

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος του γυναικείου πληθυσμού στις αναπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου ⁷. Με 570.000 νέες κάθε χρόνο περιπτώσεις στον κόσμο, αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες, μετά τον

καρκίνο του πνεύμονα ⁵. Κατά τους υπολογισμούς της Αμερικανικής Καρκινικής Εταιρείας, η αναλογία είναι 1:9 και υποστηρίζεται ότι θα αυξηθεί σε 1:7 ⁸. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (IARC), περισσότερες από 216.000 γυναίκες παρουσίασαν Καρκίνο του Μαστού στην Ε.Ε. το 2000, και περισσότερες από 79.000 πέθαναν από τη νόσο ⁹. Στην Ελλάδα αντιμετωπίζονται περί τις 4.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού κάθε χρόνο. Η συχνότητα εμφάνισης του έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία 20 χρόνια και παρουσιάζεται κυρίως σε γυναίκες ηλικίας 45 – 55 ετών ¹⁰. Στο τμήμα μαστού του Νοσοκομείου Αλεξάνδρα, από τις 2812 γυναίκες με καρκίνο του μαστού που αντιμετωπίστηκαν τα τελευταία χρόνια και παρακολουθούνται, 1006 είχαν όγκους T1, 1166 όγκους T2, 175 όγκους T3 και 340 όγκους T4. Ανεγχείρητα κρίθηκαν 220 περιστατικά, ενώ 94 ήταν οι περιπτώσεις in situ καρκινωμάτων μαστού. Σήμερα υπολογίζεται πως μία στις εννέα Ελληνίδες θα πάθει καρκίνο μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της ⁵.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα συνεχώς διογκούμενο πρόβλημα. Οι έρευνες στον τομέα αυτό είναι ιλιγγιώδεις. Οι σχετικές δε ογκώδεις δημοσιεύσεις, καθώς και το περιεχόμενό τους, καθιστά δύσκολη την παρακολούθηση όλων των εξελίξεων ⁸.

2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Πολλοί είναι οι γνωστοί παράγοντες, οι οποίοι αυξάνουν τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού. Πρωτίστως είναι το φύλο και πέραν αυτού αναφέρονται: Το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, η ύπαρξη καλοήθους πάθησης του μαστού, η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία, η πρώιμη εμμηναρχή και η παρατεταμένη εμμηνόπαυση, το μεγάλο της ηλικίας της πρωτοτόκου, η στέρηση ή η ανυπαρξία εγκυμοσύνης, το λευκό της φυλής και το υψηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Η πρωτογενής πρόληψη, με στόχο την εξάλειψη των περισσότερων αυτών παραγόντων δεν είναι εφικτή και ως εκ τούτου η μείωση του δείκτη θνητότητας είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί με την δευτερογενή πρόληψη (primary and secondary prevention). Οι γυναίκες, και κυρίως αυτές που είναι άνω των 35 ετών, εμπίπτουν στην κατηγορία «σημαντικού κινδύνου» εμφάνισης καρκίνου του

μαστού. Ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου, εκτός του φύλου, είναι η προϊούσα αύξηση της ηλικίας ⁸.

2.3.1 Ηλικία

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών ηλικίας 35 – 55 ετών. Δεν είναι συχνή η εμφάνιση του πριν την ήβη ¹¹. Σπάνια συναντάμε καρκίνο μαστού σε ηλικία κάτω των 25 χρόνων ⁵. Η πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου στη γυναίκα αυξάνει σταθερά με την αύξηση της ηλικίας της και σε ένα ποσοστό γυναικών ο καρκίνος εκδηλώνεται στην μετεμμηνόπαυσιακή περίοδο της ζωής της ⁸.

Η σημασία της σχέσης ηλικίας και καρκίνου του μαστού γενικά είναι αποδεκτή. Η σχέση όμως της διεργασίας της φυσιολογικής γήρανσης του μαστού και του καρκίνου δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς. Η ταχύτητα και ο βαθμός εξέλιξης αυτής μπορεί να αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου.⁸

2.3.2 Οικογενειακό ιστορικό

Η ύπαρξη ιστορικού καρκίνου του μαστού στην οικογένεια, αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης της νόσου στα μέλη αυτής. Οι κοινοί γενετικοί και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες των μελών της οικογενείας φαίνεται ότι, συνδέονται με την εμφάνιση της πάθησης. Οι μεν πρώτοι μεταβιβάζονται κληρονομικά, μεταφέροντας απευθείας ειδική «γενετική βλάβη», οι δε δεύτεροι βασίζονται σε παράγοντες του περιβάλλοντος. Γενικά ένα ποσοστό 10-15% του καρκίνου του μαστού είναι σχετικό με το οικογενειακό ιστορικό. Ένα μικρό ποσοστό δε μεταβιβάζεται με γονίδια κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα. Όπως και πολλές άλλες παθήσεις κληρονομικού χαρακτήρα, έτσι και οι γενετικοί τύποι του καρκίνου του μαστού εμφανίζονται σε μικρότερη ηλικία, είναι αμφοτερόπλευροι και παρουσιάζουν υψηλή διεισδυτικότητα ⁸.

Η ύπαρξη ιστορικού καρκίνου μαστού στο οικογενειακό περιβάλλον της μητέρας ή του πατέρα παρ'όλο που αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού στη γυναίκα, αυτή η αύξηση κινδύνου δεν πρέπει να θεωρηθεί σημαντική. Ο σημαντικός κίνδυνος του μαστού αφορά κυρίως άτομα με πρώτου βαθμού συγγένεια. Το ιστορικό του καρκίνου του μαστού αυξάνει τον κίνδυνο κατά δύο ή τρεις φορές. Η εμφάνιση καρκίνου του μαστού στη γυναίκα, σε νεαρή ηλικία θεωρείται αποτέλεσμα μάλλον γενετικής

προδιάθεσης. Η αύξηση κινδύνου της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, που προέρχεται από τα άτομα της μητέρας και του πατέρα είναι ίδια. Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα, όπως και στις γυναίκες, έχει σχέση με τον καρκίνο του μαστού, που σημειώνεται στις γυναίκες συγγενείς⁵.

2.3.3 Γενετικοί παράγοντες

Κατά την αξιολόγηση της εξέλιξης του καρκίνου του μαστού με οικογενειακό ιστορικό, σημειώνεται ότι, η μεταβίβαση με επικρατούντα χαρακτήρα, αποτελεί μόνο ένα μικρό μέρος της οικογενειακής εμφάνισης του καρκίνου του μαστού. Ο γενετικός αυτός τύπος του καρκίνου του μαστού σε μερικές οικογένειες, ενδεχόμενα έχει σχέση και με περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Το γενετικό δε υλικό, που μετέχει στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού αναγνωρίζεται: α) σαν γονίδια του καρκίνου του μαστού και, β) σαν γονίδια εξέλιξης του καρκίνου του μαστού. Τα παραπάνω γνωστά μέχρι σήμερα γονίδια, οδηγούν στην αναγνώριση συνδρόμων και άρα στην ταυτοποίηση του γενετικού υλικού. Σαν σύνδρομα όμως δε αναγνωρίζονται τα γονίδια του BRCA1, BRCA2 και των Li-Fraumeni. Το BRCA1 αυξάνει κατά πολύ την προδιάθεση του καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών. Η διαπίστωση αυτή προξένησε μεγάλο ενδιαφέρον στους ογκολόγους, στη μελέτη των ασθενών με καρκίνο, που είναι σχετικός, με το οικογενειακό ιστορικό⁸.

Σε ασθενείς που φέρουν το γονίδιο BRCA1, το ποσοστό εμφάνισης καρκίνου του μαστού ή ωοθήκης ανέρχεται στο 60% μέχρι το 50ό έτος της ηλικίας, ενώ έως στο 70ό έτος το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 85%. Το BRCA2 συσχετίζεται με την πλειοψηφία, ίσως των υπόλοιπων οικογενών καρκίνων και συνιστά υψηλό κίνδυνο για καρκίνο μαστού στους άνδρες⁵.

2.3.4 Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες

Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού στις διάφορες χώρες του κόσμου είναι διαφορετική. Γενικά, η συχνότητα στην Ασία και στις τριτοκοσμικές χώρες είναι χαμηλότερη, σε σύγκριση μ' αυτήν της Βόρειας Αμερικής, της Ευρώπης και των πλουσίων χωρών. Στις Η.Π.Α., υπάρχουν ακόμα διαφορές συχνότητας μεταξύ των διάφορων εθνικοτήτων. Ο λευκός και μαύρος πληθυσμός ΗΠΑ εμφανίζει την υψηλότερη συχνότητα. Οι μαύρες

γυναίκες παρουσιάζουν αύξηση επίπτωσης στις νεαρές ηλικίες, ενώ αυτή μειώνεται μετά την ηλικία των 50 ετών. Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού στις προηγμένες χώρες, σε σύγκριση με αυτή των αναπτυσσομένων είναι σημαντικά υψηλή. Η Ιαπωνία αποτελεί εξαίρεση. Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, συγκρινόμενη με αυτής της Βόρειας Αμερικής και της Βόρειας Ευρώπης, σημειώνεται αύξηση κατά 50% ⁸. Δε συμβαίνει το ίδιο με τις Ιαπωνέζες που ζουν στις Η.Π.Α., οι οποίες έχουν μεγαλύτερη θνησιμότητα από τις Ιαπωνέζες που ζουν στην Ιαπωνία. Εδώ φαίνεται, η επίδραση των περιβαλλοντικών συνθηκών στον καρκίνο του μαστού ⁵.

2.3.5 Διατροφή

Οι διαφορές συχνότητας επίπτωσης της νόσου, που σημειώνονται στις διάφορες χώρες επιχειρήθηκαν να εξηγηθούν αφ' ενός μεν με βάση τους περιβαλλοντολογικούς παράγοντες, αφ' ετέρου δε σε μεγάλο βαθμό, με παράγοντες, που αφορούν στη διατροφή. Από εργαστηριακές μελέτες παρατηρήθηκε ότι, τα ποντίκια τα οποία σιτίζονται με τροφές πλούσιες σε λίπη, εμφανίζουν υψηλή συχνότητα καρκίνου του μαστού. Από μελέτες προκύπτει ότι, από τις γυναίκες, οι οποίες λαμβάνουν τροφές πλούσιες σε λίπη, μερικές εμφάνισαν αύξηση της συχνότητας, άλλες δεν παρουσίασαν καμία αλλαγή.

Η παχυσαρκία και ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού, ανάλογα με την ηλικία και την εμμηνόπαυση, εμφανίζει σύμπληκη εναλλασσόμενη σχέση. Στις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες, ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού δεν έχει σχέση με το βάρος τους. Η παρατήρηση αυτή δεν έχει ερμηνευθεί με βάση τους βιολογικούς μηχανισμούς. Αντίθετα, έχει αποδειχθεί ότι, στην μετεμμηνόπαυσιακή περίοδο η αύξηση του βάρους αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Η αύξηση του κινδύνου από παχυσαρκία στις μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες εξηγείται με ορμονικούς μηχανισμούς. Ως εκ τούτου η υγιεινή διατροφή και η ενεργητικότητα στη μέση ηλικία και η μη προσθήκη βάρους (αποτρέπονται επίσης οι καρδιοπάθειες, ο διαβήτης κ.α.), αποτελούν τον οραματισμό ελάττωσης του κινδύνου ⁸.

Οι άνθρωποι με τη σίτισή τους λαμβάνουν καρκινογόνα και αντικαρκινογόνα συμπλέγματα. Δηλαδή, το λίπος και κυρίως το ζωικό, οδηγεί

σε αυξημένη μετατροπή της ανδροστενδιόνης σε οιστρόνη, και αυξάνει την απελευθέρωση προλακτίνης από τη υπόφυση, και την παραγωγή χολικών αλάτων, που μεταβάλουν την εντερική χλωρίδα, έτσι ώστε να παράγονται καρκινογόνες ουσίες ¹¹.

2.3.6 Οινόπνευμα

Ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού παρουσιάζει μεγάλη σχέση με τη λήψη οινοπνεύματος. Η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. Υποστηρίζεται ότι, οι γυναίκες οι οποίες κάνουν χρήση οινοπνεύματος σε ηλικία μικρότερη των 30 ετών, είναι περισσότερο επιρρεπείς στον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, σε αντίθεση με αυτές, οι οποίες αρχίζουν τη χρήση στις επόμενες ηλικίες ¹¹.

2.3.7 Ακτινοβολία

Η δράση της ιονίζουσας ακτινοβολίας και η επίπτωση καρκίνου ερευνήθηκε στις Ιαπωνέζες, που έμειναν στη ζωή μετά τη ρίψη της ατομικής βόμβας, καθώς και στις γυναίκες, οι οποίες ακτινοβολήθηκαν για θεραπεία φυματίωσης, σκολίωσης ή καλοηθών όγκων, εμφανίζουν συχνότερα καρκίνο του μαστού ⁸. Σε όσο μικρότερη ηλικία, εκθέτει η γυναίκα τον εαυτό της στην ακτινοβολία, τόσο αυξάνει ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Η μεγαλύτερη ευαισθησία εμφανίζεται στην ηλικία των 10 – 19 ετών και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ¹¹.

2.3.8 Προηγούμενο ιστορικό καρκίνου μαστού

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου στον άλλο μαστό, σε μαστεκτομηθείσα γυναίκα από διηθητικό καρκίνο, για κάθε χρόνο είναι 0,5 - 1%. Ο κίνδυνος εμφάνισης τέτοιου καρκίνου υπάρχει και μετά από τη διάγνωση ενός *in situ* (πορογενούς ή λοβιακού) καρκίνου. Συνήθως, οι καλής πρόγνωσης πρωτοπαθείς καρκίνοι είναι εκείνοι, οι οποίοι έχουν μικρό μέγεθος, μη διηθημένους επιχώριους λεμφαδένες και χαμηλό βαθμό κακοηθείας. Φαίνεται ότι, οι όγκοι με αυτούς τους χαρακτήρες παρουσιάζουν στις ασθενείς υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ενός μετάχρονου (δεύτερου πρωτοπαθούς) καρκίνου ⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ-ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ιστολογικά διακρίνουμε τους ακόλουθους τύπους Καρκίνου:

A. Νόσος Paget της Θηλής

B. Πορογενής Καρκίνος:

1. Μη διηθητικός – in situ (DCIS)

2. Διηθητικός:

α. Χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (Not Otherwise Specified, NOS)

β. με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά: Θηλώδης, Σωληνώδης, Φαγεσωρικός (Comedo), Βλεννώδης, Μυελοειδής

Γ. Λαβιακός Καρκίνος:

1. Μη διηθητικός – in situ (LCIS)

2. Διηθητικός

Δ. Σπάνιες κλινικές και ιστολογικές μορφές (Φλεγμονώδης, Αδενοκυστικός, Μεταπλαστικός) και επίσης πολύ σπάνια, άλλοι πρωτοπαθείς κακοήθεις όγκοι.

E. Σάρκωμα (αιμαγγειοσάρκωμα, λιποσάρκωμα, λεμφαγγειοσάρκωμα, λειομυοσάρκωμα), Λέμφωμα, Μελάνωμα κ.α ¹⁰.

3.1.1 Παθολογοανατομικές Μορφές Καρκίνου του Μαστού – Περιγραφή

Τα καρκινώματα του μαστού παρουσιάζουν ιστολογικά δύο κύριους τύπους, τον πορογενή και το λοβιακό, οι οποίοι διακρίνονται περαιτέρω σε μη διηθητικές (in situ) και διηθητικές μορφές ¹².

3.1.1.A Μη διηθητικά (in situ) Καρκινώματα

Πρόκειται για νεοπλάσματα που προκύπτουν από πολλαπλασιασμό κακοήθων κυττάρων και αντικατάσταση από αυτά του φυσιολογικού επιθηλίου των πόρων ή των λοβιακών μονάδων, χωρίς όμως να διηθείται η βασική μεμβράνη των επιθηλιακών κυττάρων. Προέρχονται από την τελική λοβιακή μονάδα (terminal duct-lobular unit) του μαζικού ιστού ¹².

Διακρίνονται σε πορογενή και λοβιακά με βάση τα χαρακτηριστικά των κακοήθων κυττάρων, την τοπογραφία τους και τις ιστολογικές δομές που σχηματίζουν ¹⁰.

3.1.1.A. 1 Μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα (DCIS – Ductal Carcinoma In Situ)

Αποτελείται την πιο συχνή μορφή μη διηθητικού καρκινώματος του μαστού και μπορεί να αναβρεθεί:

- Ως μαστογραφικό εύρημα (συρρέουσες αποπλαστικές σκιάσεις, σκίαση, αρχιτεκτονική διαταραχή του παρεγχύματος του μαζικού αδένου).
- Ως τυχαίο ιστολογικό εύρημα σε τεμάχια βιοψίας και σπανιότερα.
- Λόγω κλινικών ευρημάτων, όπως ψηλαφητή μάζα, έκκριση θηλής κ.α ¹³.

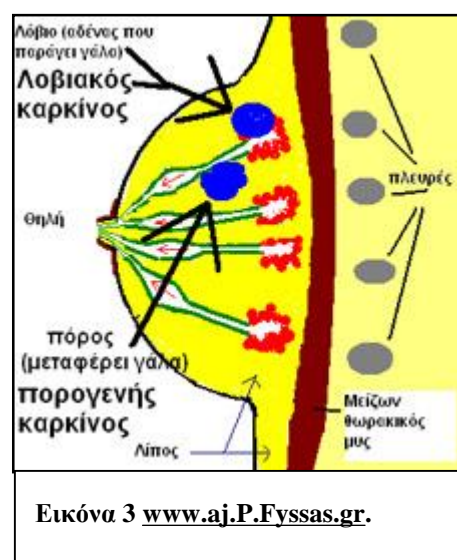
3.1.1.A. 2 Μη διηθητικό Λοβιακό Καρκίνωμα (LCIS – Lobular Carcinoma In Situ)

Αποτελείται από ομοιόμορφα κακοήθη κύτταρα με βαθυχρωματικούς πυρήνες, χωρίς σημαντική ατυπία και μιτωτική δραστηριότητα, τα οποία πληρούν τον αυλό λοβιακών μονάδων και μικρών λοβιακών πόρων ¹⁴.

Πρόκειται για πολύ σημαντικό παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου λοβιακού ή πορογενούς (δεκαπλάσιος σχετικός κίνδυνος), που αφορά και τους δύο μαστούς. Η πρόγνωση του δεν εξαρτάται από το μέγεθος του ή τα μορφολογικά του χαρακτηριστικά. Σε πολλές περιπτώσεις είναι πολυκεντρικό ή και αμφοτερόπλευρο νεόπλασμα ¹⁵.

3.1.1.B Διηθητικά Καρκινώματα

Περιλαμβάνονται όλα τα καρκινώματα με διήθηση του υποστρώματος του μαζικού αδένου. Διαιρούνται κυρίως σε πορογενή και



λοβιακά ¹⁶.

3.1.1.B.1 Πορογενές

Αποτελεί την πιο συνηθισμένη (85% περίπου) ιστολογική μορφή διηθητικού καρκίνου του μαστού και περιλαμβάνει μερικές σπάνιες διακριτές οντότητες, που αναγνωρίζονται ως ειδικοί τύποι, ενώ το σημαντικότερο τμήμα των περιπτώσεών του, χαρακτηρίζονται ως πορογενή διηθητικά καρκινώματα χωρίς ειδικούς χαρακτήρες ¹⁰.

3.1.1.B.1.1 Πορογενές Καρκίνωμα χωρίς Ειδικούς Χαρακτήρες (NOS)

Μακροσκοπικά παρουσιάζει συνήθως ασαφή όρια, αστεροειδή παρυφή, γκριζωπή χροιά και σκληρή σύσταση. Μπορεί να παρουσιάζει θέσεις νέκρωσης, αιμορραγικής διήθησης ή κυστικής εκφύλισης και να διηθεί το υπερκείμενο δέρμα ή την υποκείμενη περιτονία και τους θωρακικούς μυς.

Μικροσκοπικά υπάρχει άφθονος συνδετικός ιστός εντός του οποίου περικλείονται πεπαχυμένοι και αποφραγμένοι πόροι. Τα καρκινικά κύτταρα αναπτύσσονται είτε μεμονωμένα διάσπαρτα, είτε σχηματίζοντας σωληνώδεις, αδενοειδείς, συμπαγείς ή δοκιδοειδείς αθροίσεις. Συχνά, ανευρίσκονται μικροαποπιτανώσεις στο τοίχωμα των πόρων ή διάσπαρτες στο υπόστρωμα ¹³.

3.1.1.B.1.2 Μυελοειδές Καρκίνωμα

Εμφανίζεται συχνότερα σε προεμμηνοπαυσικές γυναίκες και αποτελεί το 4% περίπου των καρκίνων του μαστού.

Είναι γενικά μεγάλοι όγκοι, μαλακής σύστασης, καλώς περιγεγραμμένοι. Μαστογραφικά έχουν συνήθως τη μορφή καλώς αφοριζόμενων βλαβών και μιμούνται καλοήθεις βλάβες ¹⁶.

3.1.1.B.1.3 Θηλώδες Καρκίνωμα

Τα θηλώδη καρκινώματα σπάνια γίνονται διηθητικά. Εμφανίζονται σε ηλικιωμένες κυρίως γυναίκες, έχουν καλή πρόγνωση και σπάνια μεθίστανται στους επιχώριους λεμφαδένες ¹⁷.

3.1.1.B.1.4 Σωληνώδες Καρκίνωμα

Πρόκειται για σπάνιο νεόπλασμα, που εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες μέσης ηλικίας, έχει πολύ καλή πρόγνωση και μικρή πιθανότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων. Συχνά είναι πολυκεντρική ή/και αμφοτερόπλευρο. Η παρουσία θετικού οικογενειακού ιστορικού είναι αρκετά συχνή.

Δεν προσλαμβάνει συνήθως μεγάλο μέγεθος (0,5 – 1,5 cm) και ανιχνεύεται αρκετά συχνά μαστογραφικά (ως αστεροειδής μικρή βλάβη που ίσως συνδυάζεται με συρροή αποπιτανώσεων) παρά με την κλινική εξέταση. Μικροσκοπικά αποτελείται από μικρές σωληνώδεις αθροίσεις, στερούμενες βασικής μεμβράνης ¹⁰.

3.1.1.B.1.5 Βλεννώδης ή Κολλοειδές Καρκίνωμα

Έχει καλή πρόγνωση και χαμηλή συχνότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων. Το μέγεθος του ποικίλλει.

Στη φυσική εξέταση παρουσιάζεται ως μάζα, σχετικά περιγραπτή και με σύσταση ανάλογη του φυσιολογικού παρεγχύματος. Η μαστογραφική του εικόνα έχει τη μορφή μάζας ωοειδούς ή ακανόνιστους σχήματος με ομαλά, πολυλοβωτά όρια, που δίνει την εντύπωση καλοήθειας.

Ιστολογικά αποτελείται από άφθονη εξωκυττάρια βλέννη, εντός της οποίας βρίσκονται μικρές αθροίσεις κακοήθων κυττάρων ¹⁰.

3.1.1.B.1.6 Νόσος Paget

Η νόσος εκδηλώνεται ως εκζεματοειδής βλάβη, μετά συνοδού ορώδους εκκρίματος, και μπορεί να συνυπάρχει υποκείμενο διηθητικό καρκίνωμα, αναγνωριζόμενο ως ψηλαφητή μάζα.

Τα κύτταρα της νόσου Paget θεωρούνται κατά τη «μεταναστευτική θεωρία» κύτταρα αδενοκαρκινώματος του μαστού, τα οποία μεταναστεύουν εντός της επιδερμίδας της θηλής και της θηλαίας άνω από καρκίνωμα (μη διηθητικό ή διηθητικό) που προσβάλλει τους πόρους στο υποκείμενο μαζικό παρέγχυμα ¹⁵.

3.1.1.B.1.7 Φλεγμονώδες Καρκίνωμα

Παρουσιάζεται κλινικά με τη μορφή οξείας φλεγμονής του μαστού, ανάλογη της οξείας μαστίτιδας. Η εικόνα αυτή δεν αποδίδεται σε φλεγμονή, αλλά σε διήθηση των λεμφαγγείων του δέρματος από καρκινικά κύτταρα. Το εκσεσημασμένο οίδημα καθιστά δυσχερή την ανεύρεση του υποκείμενου διηθητικού καρκίνου και η διάγνωση γίνεται ή με βιοψία δέρματος ή με παρακέντηση - βιοψία του όγκου, εφόσον είναι ψηλαφητός ή μαστογραφικά ελεγχόμενος. Αποτελεί το 1 - 2% περίπου των καρκίνων του μαστού. Ως αναγκαίο κριτήριο κλινικής διάγνωσής του θεωρείται η ερυθρότητα του δέρματος του μαστού τουλάχιστον στο ένα τρίτο αυτού¹⁶.

3.1.1.B.2 Λοβιακό διηθητικό καρκίνωμα

Αποτελεί το 10 - 15% περίπου των καρκινωμάτων του μαστού. Συχνά συνυπάρχει με πορογενές καρκίνωμα. Μπορεί να είναι πολυκεντρικό, ενώ πολύ συχνά έχει σύγχρονη ή μετάχρονη αμφοτερόπλευρη εμφάνιση.

Μικροσκοπικά τα κύτταρα είναι μικρά, με στρογγυλό πυρήνα και λίγες μιτώσεις και σχηματίζουν, στην κλασσική μορφή του διηθητικού λοβιακού καρκίνου, αλύσους ("Indian file" pattern). Υπάρχουν και άλλες, λιγότερες συχνές, ιστολογικές παραλλαγές, όπως αυτή στην οποία τα κύτταρα παίρνουν τη μορφή σφραγιστήρος δακτυλίου ("Signet ring" pattern).

Πρόσφατα, περιγράφονται βαθμοί κακοήθειας (grade) για το διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα, ανάλογοι εκείνων του διηθητικού πορογενούς καρκίνου¹⁰.

3.2 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο όρος σταδιοποίηση αναφέρεται στην κατάταξη του καρκίνου του μαστού ανάλογα με την ανατομική έκταση της νόσου. Κάθε στάδιο εκφράζει περιπτώσεις στις οποίες η αναμενόμενη τουλάχιστον πρόγνωση είναι παρόμοια. Η σταδιοποίηση απαιτεί προσεκτική κλινική εξέταση και παθολογοανατομική διάγνωση και στην ιδανική περίπτωση περιλαμβάνει όλες τις εκδηλώσεις της νόσου, για να καταλήξει σε περιορισμένο αριθμό διακριτών προγνωστικών κατηγοριών, κατά σειρά αυξανόμενης βαρύτητας. Η σταδιοποίηση αφορά αποκλειστικά τα καρκινώματα και έχει νόημα μόνο όταν

υπάρχει ιστολογική διάγνωση. Μπορεί να βασίζεται μόνο στην κλινική εκτίμηση (κλινικό στάδιο: δηλαδή φυσική εξέταση, μαστογραφίες, ακτινογραφία θώρακος και σπινθηρογραφήματα οστών – ήπατος) ή στα στοιχεία που προκύπτουν μετά τη χειρουργική εκτομή. Παρόλο που η παθολογοανατομική σταδιοποίηση είναι πιο ακριβής, εντούτοις και η κλινική σταδιοποίηση είναι πολύ χρήσιμη, διότι προηγείται της θεραπείας και μπορεί έτσι να παρέχει μια βάση αναφοράς για τη σύγκριση των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων, τόσο των χειρουργικών όσο και των μη χειρουργικών. Η παθολογοανατομική σταδιοποίηση που βασίζεται σε βιοψίες επίσης προηγείται της θεραπείας, αλλά η λεπτομερής εξέταση των εκτομηθέντων ιστών μπορεί να γίνει μόνο μετά τη χειρουργική θεραπεία.

Η σταδιοποίηση δεν μπορεί να αντικαταστήσει την ακριβή και πλήρη μεμονωμένη εκτίμηση του περιστατικού, μπορεί όμως να διευκολύνει τη συνεννόηση και να παρέχει μια βάση τόσο για την πρόγνωση και την εκλογή του θεραπευτικού σχήματος, όσο και για την σύγκριση των αποτελεσμάτων των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων ¹⁸.

Σταδιοποίηση κατά TNM

Το 1954 η Διεθνής Ένωση κατά του Καρκίνου (UICC) άρχισε μία προσπάθεια επεξεργασίας ενός τελειοποιημένου μοντέλου σταδιοποίησης το οποίο θα γινόταν παγκοσμίως γνωστό. Το σύστημα αυτό ονομάστηκε TNM από τα αρχικά των λέξεων Tumor (όγκος), Nodes (λεμφογάγγλια) και Metastasis (μετάσταση) ¹⁹.

Η τωρινή εκδοχή του TNM είναι αυτή όπως διαμορφώθηκε το 1978 και μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο στην κλινική (κλινικό - διαγνωστικό στάδιο) όσο και στην παθολογοανατομική σταδιοποίηση (μετεγχειρητικό-παθολογοανατομικό στάδιο).

Σταδιοποίηση κατά TNM (1983)

1. Πρωτοπαθής όγκος (T)

Ο πρωτοπαθής όγκος εκφράζεται με το γράμμα T (Tumor) και την προσθήκη αριθμών. Στον καρκίνο του μαστού το T1, T2 και T3 υποδηλώνει ότι, ο όγκος προσφύεται προς το θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα. Το T0 υποδηλώνει τη μη διαπίστωση του πρωτοπαθούς όγκου, αλλά την παράλληλη χαρακτηριστική

αναγνώριση των λεμφαδενικών μεταστάσεων. Για τον in situ καρκίνο χρησιμοποιείται το Tis. Το Tis υποδηλώνει πορογενή καρκίνο in situ, λοβιακό καρκίνο in situ και τη νόσο του Paget, στην οποία δεν ανευρίσκεται διόγκωση⁸.

TX Δεν υπάρχουν οι ελάχιστες έστω προϋποθέσεις για ανεύρεση του πρωτοπαθούς όγκου.

TO Δεν υπάρχουν στοιχεία πρωτοπαθούς όγκου.

TIS Καρκίνωμα IN SITU (λοβιακό IN SITU, αμιγές πορογενές IN SITU και νόσος Paget της θηλής χωρίς ψηλαφητή μάζα).

Σημ: Η νόσος Paget της θηλής με συνοδό όγκο σταδιοποιείται ανάλογα με το μέγεθος του όγκου. Το φλεγμονώδες καρκίνωμα αναφέρεται ξεχωριστά. Καρκινώματα στα οποία απουσιάζει η διήθηση των λεμφαγγείων του δέρματος δεν κατατάσσονται στα φλεγμονώδη καρκινώματα.

- T1 Όγκος μεγέθους 2 cm, ή μικρότερος.
 - T1a: Μη καθηλωμένος στην υποκείμενη θωρακική περιτονία ή τους μύες.
 - T1b: Καθηλωμένος στην υποκείμενη θωρακική περιτονία ή τους μύες.
 - I όγκος $\leq 0,5$ cm
 - II 0,5 εκ. < όγκος ≤ 1 cm
 - III 1 εκ. < όγκος ≤ 2 cm
- T2 Όγκος μεγαλύτερος από 2 cm αλλά μικρότερος από 5 cm.
 - T2a: Μη καθηλωμένος στην υποκείμενη θωρακική περιτονία ή τους μύες.
 - T2b: Καθηλωμένος στην υποκείμενη θωρακική περιτονία ή τους μύες.
- T3 Όγκος μεγαλύτερος από 5 cm.
 - T3a: Μη καθηλωμένος στην υποκείμενη θωρακική περιτονία ή τους μύες.
 - T3b: Καθηλωμένος στην υποκείμενη θωρακική περιτονία ή τους μύες.
- T4 Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους, με άμεση επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα (το θωρακικό τοίχωμα περιλαμβάνει τις πλευρές, τους μεσοπλευρίους μύες και τον πρόσθιο οδοντωτό, αλλά όχι τους θωρακικούς μύες).
 - T4a: Καθηλωμένος στο θωρακικό τοίχωμα.

T4b: Οίδημα.

Εξέλκωση του δέρματος του μαστού, δορυφόρα δερματικά οζίδια περιορισμένα στον ίδιο μαστό.

T4c: Συνδυασμός των δύο ανωτέρω.

T4d: Φλεγμονώδης καρκίνος ⁴.

2. Λεμφογάγγλια (N)

Τα λεμφογάγγλια εκφράζονται με το γράμμα N (Node) και την προσθήκη αριθμών. Το N1 υποδηλώνει την ύπαρξη κινητών λεμφαδένων στη σύστοιχη μασχάλη. Το N2 υποδηλώνει την καθήλωση των λεμφαδένων μεταξύ τους ή με άλλα στοιχεία. Τέλος, το N3 υποδηλώνει τη σύστοιχη μετάσταση των λεμφαδένων της έσω μαστικής αρτηρίας ⁸.

- Ορισμοί για το κλινικό-διαγνωστικό στάδιο.

NX Τα επιχώρια λεμφογάγγλια δεν εκτιμούνται κλινικά.

NO Τα σύστοιχα μασχαλιαία λεμφογάγγλια θεωρούνται αρνητικά.

N1 Κινητά σύστοιχα μασχαλιαία λεμφογάγγλια που θεωρούνται θετικά.

N2 Τα σύστοιχα μασχαλιαία λεμφογάγγλια συμφύονται μεταξύ τους ή με άλλα στοιχεία και θεωρούνται θετικά.

N3 Τα σύστοιχα υπέρ- ή υποκλείδια λεμφογάγγλια θεωρούνται θετικά. Οίδημα του βραχίονα (το οίδημα μπορεί να έχει προκληθεί από λεμφαγγειακή απόφραξη και τότε είναι δυνατό τα μασχαλιαία λεμφογάγγλια να μην ψηλαφώνται).

- Ορισμοί για τη χειρουργική εκτίμηση και το μετεγχειρητικό – παθολογοανατομικό στάδιο.

NX Τα επιχώρια λεμφογάγγλια δεν μπορούν να εκτιμηθούν (δεν αφαιρέθηκαν για μελέτη ή είχαν αφαιρεθεί προηγουμένως).

No Σύστοιχα μασχαλιαία λεμφογάγγλια χωρίς μετάσταση.

N1 Μεταστάσεις στα σύστοιχα μασχαλιαία λεμφογάγγλια, που είναι όμως κινητά και δεν συμφύονται μεταξύ τους ούτε με άλλα στοιχεία.

N1a: μικρομεταστάσεις 0,2 εκ. σε λεμφογάγγλιο (α).

N1b: μετάσταση σε λεμφογάγγλιο (α).

I – μετάσταση 0,2 εκ αλλά ≤ 2 εκ, σε 1-2 λεμφογάγγλια.

II – μετάσταση 0,2 εκ αλλά ≤ 2 εκ. σε 4 ή περισσότερα λεμφογάγγλια.

III – επέκταση της μετάστασης πέρα από την κάψα του λεμφογαγγλίου (>2 εκ.).

IV – μετάσταση σε λεμφογάγγλιο 2 εκ. ή μεγαλύτερο.

N2 Μεταστάσεις στα σύστοιχα μασχαλιαία λεμφογάγγλια, που συμφύονται μεταξύ τους ή με άλλα στοιχεία.

N3 Μεταστάσεις στα σύστοιχα υπέρ-ή υποκλείδια λεμφογάγγλια.

(Σημ. Σύστοιχα λεμφογάγγλια της έσω μαστικής που θεωρούνται θετικά υπάγονται στο N3) ⁴.

3. Απομακρυσμένες μεταστάσεις (M)

Οι απομακρυσμένες μεταστάσεις εκφράζονται με το γράμμα M (Metastasis) και την προσθήκη αριθμών. Το σύμβολο M0 υποδηλώνει τη μη ύπαρξη μακρινής μετάστασης. Το M1 υποδηλώνει μακρινή μετάσταση. Οι μεταστάσεις στους υπερκλειδίους, τραχηλικούς και στους αντίστοιχους λεμφαδένες κατά μήκος της έσω μαστικής αρτηρίας, θεωρούνται M1 (απομακρυσμένες μεταστάσεις) ⁸.

MX Δεν υπάρχουν οι ελάχιστες προϋποθέσεις για την εκτίμηση τυχόν απομακρυσμένων μεταστάσεων.

MO Απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.

M1 Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων (σύμφωνα με τις τελευταίες απόψεις περιλαμβάνει και τις μεταστάσεις στον υπέρ-υποκλείδιο βόθρο N3).

Στάδια

Στάδιο TIS: in situ

Στάδιο X: δεν μπορεί να γίνει ομαδοποίηση

Στάδιο I: T1aI, NO, MO

T1aII, NO, MO

T1aIII, NO, MO

T1bI, NO, MO

T1bII, NO, MO

T1bIII, NO, MO

Στάδιο II: T0, N1a ή N1b, MO

T1a ή T1b, N1a ή N1bO, MO

- T2a ή T2b, NO, MO
- T2a ή T2b, N1a ή N1b, MO
- Στάδιο IIIa: TO, N2, MO
 - T1a η T1b, N2, MO
 - T21a ή T2b, NO, MO
 - T3a ή T3b, NO, MO
 - T3a ή T3b, N1, MO
 - T3a ή T3b, N2, MO
- Στάδιο IIIb: Οποιοδήποτε T, N3, MO
 - T4 οποιοδήποτε N, MO
- Στάδιο IV: Οποιοδήποτε T, οποιοδήποτε N, M1

Δυστυχώς, η πολυπλοκότητα του TNM κάνει τη χρήση του δυσχερή. Σε γενικές πάντως γραμμές ως στάδιο I ορίζεται η κατάσταση όπου υπάρχει πρωτοπαθής όγκος στο μαστό χωρίς συμμετοχή των παρακείμενων ιστών και με αρνητικά λεμφογάγγλια μασχάλης. Το στάδιο II σχετίζεται με μεταστάσεις στα μασχαλιαία λεμφογάγγλια. Το στάδιο IV υποδηλώνει διάσπαρτη νόσο, ενώ οι όγκοι με τοπική και επιχώρια επέκταση, που ποικίλει ανάμεσα στο στάδιο II και IV, κατατάσσονται στα στάδιο III ⁴.

3.2.1 Κλινική σταδιοποίηση

Η κλινική σταδιοποίηση αρχίζει με την εκτίμηση του μεγέθους του όγκου και των συστοίχων λεμφαδένων. Όταν σε μία ασθενή διαγνωσθεί καρκίνος του μαστού, τότε αυτή ακολουθεί μία σειρά παρακλινικών εξετάσεων σταδιοποίησης, όπως π.χ. ακτινογραφίες, αιματολογικές εξετάσεις, αξονική τομογραφία και σπινθηρογραφήματα οστών, ήπατος ή εγκεφάλου ⁸. Η ορθή χρήση των σπινθηρογραφημάτων εξαρτάται από την πιστότητα των αποτελεσμάτων και την πιθανότητα ύπαρξης αφανών μεταστάσεων. Οι πιο συνηθισμένες θέσεις μεταστάσεων είναι τα οστά, οι πνεύμονες και ο υπεζωκότας. Το ήπαρ και ο εγκέφαλος θεωρούνται λιγότερο συχνές εντοπίσεις.

Πριν τη διενέργεια βιοψίας στο μαστό, θα πρέπει να γίνονται μαστογραφίες αμφοτερόπλευρα. Η παρουσία καρκίνου στον ένα μαστό, δεν αποκλείει την πιθανότητα ύπαρξης υποκλινικής βλάβης και στον άλλο, η οποία θα πρέπει να εκτιμηθεί ⁴.

Εξετάσεις αίματος – ακτινογραφία θώρακος

Μια εξέταση αίματος και μία ακτινογραφία θώρακος γίνονται σε όλες τις περιπτώσεις πριν την έναρξη της θεραπείας. Αναιμία μπορεί να υποδηλώνει εκτεταμένη κατάληψη του μυελού των οστών, η οποία μπορεί να μη φαίνεται στο σπινθηρογράφημα των οστών. Οι πνευμονικές μεταστάσεις μπορεί να είναι ασυμπτωματικές ή να εκδηλώνονται μόνο με έναν ήπιο βήχα. Τα σημεία με τα οποία παρουσιάζονται είναι εξιδρωματικό υγρό στον υπεζωκότα ή οζώδεις πνευμονικές πυκνώσεις. Λεμφαγγειακή διασπορά στους πνεύμονες εκδηλώνεται με δύσπνοια και μπορεί να παρέχει λίγα ακτινολογικά σημεία. Ανάλυση των αερίων του αίματος και της πνευμονικής λειτουργίας δείχνουν σοβαρή επίπτωση στην αναπνευστική λειτουργία ⁴.

Σπινθηρογράφημα και ακτινογραφίες οστών

Ο ακτινολογικός έλεγχος του σκελετού δεν έχει νόημα, αν η ασθενής δεν έχει συμπτώματα που να υποδηλώνουν οστική μετάσταση. Τα σπινθηρογραφήματα των οστών είναι πολύ ευαίσθητα και μπορούν να απεικονίσουν ασυμπτωματικές μεταστάσεις μέχρι και 12 μήνες, πριν αυτές φανούν στις ακτινογραφίες ⁴.

Ηπατικές δοκιμασίες και σπινθηρογράφημα

Αντίθετα το σπινθηρογράφημα ήπατος έχει περιορισμένη ευαισθησία και συχνά δίνει ψευδή αποτελέσματα. Ενώ η αυξημένη αλκαλική φωσφατάση είναι μια από τις καλύτερες και απλούστερες μεθόδους ανίχνευσης ηπατικών μεταστάσεων. Το σπινθηρογράφημα ήπατος γίνεται σε ασθενείς που εμφανίζουν ηπατομεγαλία στην κλινική εξέταση ή παθολογικές ηπατικές δοκιμασίες ⁴.

Συμπερασματικά

Είναι πράγματι σαφές, ότι όσο περισσότερες εξετάσεις γίνονται τόσο πιο πιθανό είναι να αποκαλυφθούν ασυμπτωματικές μεταστάσεις. Σε γενικές γραμμές συνιστώνται:

1. Ολοκληρωμένο ιστορικό και κλινική εξέταση.
2. Πλήρης αιματολογικός έλεγχος.

3. Ακτινογραφία θώρακος (face και profile).
4. Ηπατικές δοκιμασίες. Αξονική τομογραφία γίνεται μόνο όταν αποκαλυφθούν ανωμαλίες. Επίσης σημαντική είναι η συμβολή του υπερηχογραφήματος του ήπατος.
5. Σπινθηρογράφημα οστών σε ασθενείς κλινικού σταδίου III και IV και σε αυτές με οστικό πόνο. Οι ακτινογραφίες έχουν θέση, όταν αποκαλυφθούν ανωμαλίες στο σπινθηρογράφημα οστών ή όταν η ασθενής έχει ανεξήγητο οστικό πόνο ή αναιμία.
6. Αμφοτερόπλευρες μαστογραφίες.

Κλινική σταδιοποίηση του προχωρημένου καρκίνου του μαστού

Υπάρχει μεγάλη διακύμανση στην επιβίωση των ασθενών ανάλογα με την εντόπιση των μεταστάσεων.

Έτσι διεκρίνονται τρεις ομάδες:

- I. Μετάσταση σε ένα όργανο (μέσω επιβίωση 15 μήνες).
- II. Μετάσταση σε δύο ή περισσότερα όργανα (μέση επιβίωση 12 μήνες).
- III. Μετάσταση στο ήπαρ ή το ΚΝΣ (μέση επιβίωση 4 μήνες).

Οι ασθενείς με μετεγχειρητική υποτροπή ταξινομούνται ξεχωριστά:

Ομάδα I: Ελεύθερο νόσου διάστημα 5 έτη ή παραπάνω ή ελεύθερο διάστημα 2-5 ετών με κατάληψη μόνο ενός οργάνου (μέση επιβίωση 14 - 40 μήνες).

Ομάδα II: Ελεύθερο διάστημα 2 - 5 ετών με κατάλυση 2 - 3 οργάνων, ελεύθερο διάστημα 1-2 ετών με συμμετοχή ενός ή δύο συστημάτων, ελεύθερο διάστημα λιγότερο από ένα έτος με κατάληψη ενός μόνο οργάνου (μέση επιβίωση 11-16 μήνες).

Ομάδα III: Ελεύθερο διάστημα 2 - 5 ετών με συμμετοχή 4 ή παραπάνω συστημάτων, ελεύθερο διάστημα 1 - 2 ετών με κατάλυση 3-4 συστημάτων, ελεύθερο διάστημα λιγότερο από ένα έτος με κατάληψη δύο ή περισσότερων συστημάτων (μέση επιβίωση 5 - 7 μήνες).

Ομάδα IV: Ασθενείς με μεταστάσεις στο ήπαρ ή στο ΚΝΣ (μέση επιβίωση 5 - 11 μήνες) ⁴.

3.2.2 Παθολογοανατομική σταδιοποίηση

Στην παθολογοανατομική σταδιοποίηση η μη ύπαρξη λεμφαδενικής μετάστασης στη μασχάλη ή η ύπαρξη της είναι σημαντική. Το πλεονέκτημα της παθολογοανατομικής σταδιοποίησης είναι η ακρίβεια που εξασφαλίζει. Είναι γνωστό ότι η κλινική εκτίμηση δίνει ψευδή συμπεράσματα. Τα μασχαλιαία λεμφογάγγλια που θεωρούνται κλινικά αρνητικά, είχαν μεταστάσεις σε ποσοστό 40%, ενώ αυτά που θεωρούνταν κλινικά θετικά ήταν τελικά ελεύθερα μεταστάσεων σε ποσοστό 30%.

Το πιο καθοριστικό σημείο στην πρόγνωση είναι η φύση του όγκου, δηλαδή αν είναι διηθητικός ή όχι. Τα μη διηθητικά καρκινώματα σχεδόν πάντα θεραπεύονται με μαστεκτομή ⁴.

Το μέγεθος του όγκου, αλλά και η κατάσταση των λεμφαδένων είναι σπουδαίας λοιπόν σημασίας και μαζί με τους ορμονοϋποδοχείς, το βαθμό κακοηθείας, την πλοειδικότητα του όγκου, την λεμφαγγειακή διήθηση και με άλλους παράγοντες, μπορεί να παίζουν αποφασιστικό ρόλο στην πρόγνωση του ασθενούς ⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

4.1.1 Αναζήτηση νέων προγνωστικών παραγόντων στον καρκίνο του μαστού

Το αρνητικό των μασχαλιαίων λεμφαδένων θεωρείται καλό προγνωστικό εύρημα, παρ' όλα ταύτα ένα ποσοστό 25 - 35% εντός της 10ετίας εμφανίζει τοπική ή συστηματική υποτροπή και πολλές ασθενείς καταλήγουν από τη νόσο. Εξ αιτίας αυτής της κατάστασης, το ποσοστό του 25 - 35% των υποτροπών, στις γυναίκες με αρνητικούς λεμφαδένες, γίνεται προσπάθεια να αποκαλυφθεί με την αναζήτηση νέων προγνωστικών παραμέτρων. Ως εκ τούτου πρέπει να επιλέγονται οι ασθενείς με αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες, οι οποίες θα επωφεληθούν από την επικουρική θεραπεία και δεν πρέπει να επιβαρύνονται αυτές με μικρότερο κίνδυνο από τη θεραπεία.

Εκτός από την κατάσταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, υπάρχει και μεγάλος αριθμός τρόπων ή δυνητικών τρόπων προγνωστικών δεικτών, που ενδεχομένως να προξενούν σύγχυση. Το μέγεθος του όγκου, ο ιστολογικός τύπος, ο πυρηνικός βαθμός, η αγγειακή διήθηση και η νέκρωση του όγκου χαρακτηρίζουν τις ιστολογικές ιδιαιτερότητές του.

Η σημασία των προγνωστικών παραγόντων με την παρέλευση του χρόνου γίνεται περισσότερο κατανοητή. Όμως, το θέμα της συντονισμένης και της ενιαίας χρησιμοποίησης των πολλαπλών προγνωστικών παραγόντων θεωρείται ότι, δεν έχει μελετηθεί λεπτομερειακά ⁸.

4.1.2 Μερικοί προγνωστικοί παράγοντες δεύτερης επιλογής

Ο ιδεώδης προγνωστικός δείκτης του καρκίνου του μαστού ευρίσκεται στην αναζήτηση με τις πάμπολλες έρευνες, οι οποίες γίνονται. Υπάρχει η προσπάθεια διάκρισης του μαστού σε καλό διαγνωστικό παράγοντα και χαμηλό διαγνωστικό παράγοντα (ένας καλός προγνωστικός παράγοντας, δεν

πρέπει να χάνει τη σημαντικότητά του, μετά από την αξιολόγηση άλλων γνωστών προγνωστικών παραγόντων).

Ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας είναι η κατάσταση της μασχάλης και για τους ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες το μέγεθος του όγκου. Τα προαναφερόμενα αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες πρώτης επιλογής. Η κατάσταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων και το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου καθιστούν τους κύριους παράγοντες, οι οποίοι αξιολογούν τον κίνδυνο της υποτροπής και της μεταστατικής νόσου. Η επικουρική συστηματική θεραπεία έχει καθιερωθεί σαν πρότυπη, στις ασθενείς με θετικούς τους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Η χρησιμοποίηση των δευτερευόντων παραγόντων γίνεται στις ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες⁸.

4.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

4.2.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Γυναίκες «Υψηλού Κινδύνου» - 'High Risk' group

Οι ασθενείς στις οποίες έχει βρεθεί η παρουσία άτυπης επιθηλιακής υπερπλασίας και ιδιαίτερα αυτής που τυχόν έχουν και άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως π.χ. θετικό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού, χαρακτηρίζονται ως ασθενείς «υψηλού κινδύνου» - "High Risk", και θα πρέπει να παρακολουθούνται συστηματικά (δηλαδή, να γίνεται κλινική εξέταση κάθε 6 μήνες και να κάνουν μαστογραφία κάθε χρόνο), για την έγκαιρη διάγνωση πιθανής ανάπτυξης καρκίνου ή ακόμη, ανάλογα με το βαθμό επικινδυνότητας και την επιθυμία τους, να αντιμετωπίζονται στα πλαίσια πρωτοκόλλων φαρμακευτικής προφύλαξης (χορήγηση Ταμοξιφένης) ή να υποβάλλονται σε προφυλακτική, χειρουργική επέμβαση με αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή. Αντίθετα, οι ασθενείς που πάσχουν από άτυπη υπερπλασία(Πίνακας 1) αλλά δεν επηρεάζονται από άλλους παράγοντες κινδύνου, έχουν μικρότερο ποσοστό ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, αλλά θα πρέπει, εκτός της εφαρμογής της διδασκαλίας αυτοεξέτασης του μαστού, να υποβάλλονται και αυτές, σε εξαμηνιαία κλινική εξέταση και ετήσια μαστογραφία¹⁰.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΟΜΑΔΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ (HIGH RISK GROUP)	
Άτυπη Υπερπλασία	Άτυπη Υπερπλασία και Θετικό Οικογενειακό Ιστορικό Λοβιακό, μη διηθητικό νεόπλασμα (LCIS)
∅ 4% των ασθενών με ινοκυστικές αλλοιώσεις ∅ 4-5 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος ανάπτυξης Καρκίνου του Μαστού • Διδασκαλία αυτοεξέτασης • Κλινική εξέταση ανά 6μηνο • Μαστογραφία ανά έτος	∅ 10-11 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού • Κλινική εξέταση ανά 6μηνο • Μαστογραφία ανά έτος • Πρωτόκολλο Φαρμακευτικής προφύλαξης • Χειρουργική προφύλαξη

Πηγή: Μαρκόπουλος Χ. Παθήσεις του μαστού, 2004

Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση

Η πρόληψη στον καρκίνο του μαστού διακρίνεται σε πρωτογενή, που αφορά ενέργειες που αποσκοπούν στη παρεμπόδιση ανάπτυξης καρκίνου και στη λεγόμενη δευτερογενή (Πίνακας 2), που είναι ουσιαστικά η έγκαιρη διάγνωση ενός καρκίνου σε «πρώιμο» στάδιο, ώστε να επιτύχουμε ουσιαστική ή πρακτική ίαση από τη νόσο.

Στην πρωτογενή πρόληψη ο ευκολότερος τρόπος είναι η προσπάθεια τροποποίησης επιβαρυντικών παραγόντων κινδύνου και η ελάττωση του σχετικού κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού που έχει η συγκεκριμένη γυναίκα π.χ. ασκούμενη, διατηρώντας χαμηλό σωματικό βάρος – αποφυγή παχυσαρκίας, τεκνοποιώντας σε μικρή ηλικία και αποφεύγοντας εξωγενείς, επιβαρυντικούς παράγοντες όπως η ακτινοβολία, η υπερβολικά μακροχρόνια χρήση οιστρογόνων κλπ ¹⁰.

Η φαρμακευτική προφύλαξη αποτελεί προσέγγιση που έχει σκοπό την μείωση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού με τη χορήγηση φυτικών ή

συνθετικών στοιχείων που προλαμβάνουν, αναστρέφουν ή καταστέλλουν την καρκινογένεση σε άτομα που έχουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν.

Με τον όρο χειρουργική προφύλαξη αναφέρεται στην αμφοτερόπλευρη ολική μαστεκτομή με ή χωρίς πλαστική αποκατάσταση των μαστών. Είναι αρκετά επιθετική επιλογή με αρκετές ψυχολογικές επιπτώσεις για τη γυναίκα και για αυτό θα πρέπει να αποτελεί απόφαση της ίδιας, μετά από αρκετή προετοιμασία που περιλαμβάνει συστηματική ενημέρωση, ειδική ψυχολογική προετοιμασία κλπ. Επιλέγεται συνήθως σε ασθενείς πολύ υψηλού κινδύνου όπως π.χ. γυναίκες με ανίχνευση γονιδιακής μετάλλαξης BRCA1, πολύ ισχυρό οικογενειακό ιστορικό ή λοβιακό μη διηθητικό καρκίνο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ – ΠΡΟΛΗΨΗ
<p style="text-align: center;">ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ</p> <p style="text-align: center;">Ενέργειες για παρεμπόδιση ανάπτυξης Καρκίνου</p> <ul style="list-style-type: none">• Τροποποίηση παραγόντων κινδύνου (τεκνοποίηση, σωστή διατροφή, άσκησης, αποφυγή εξωγενών παραγόντων)• Φαρμακευτική προφύλαξη (π.χ. Tamoxifen)• Χειρουργική προφύλαξη (μαστεκτομή αμφοτερόπλευρη) <p style="text-align: center;">ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ</p> <p style="text-align: center;">Έγκαιρη διάγνωση σε «πρώιμο» στάδιο</p> <ul style="list-style-type: none">• Αυτοεξέταση• Κλινική εξέταση• Μαστογραφία – Υπερηχογράφημα• Μαγνητική μαστογραφία• Παρακέντηση – Κυτταρολογική εξέταση• Βιοψία με κόπτουσα βελόνα – Ιστολογική εξέταση• Ανοικτή χειρουργική βιοψία

Πηγή:Μαρκόπουλος Χ. Παθήσεις του μαστού, 2004

Στην δευτερογενή πρόληψη, ο κύριος σκοπός είναι η έγκαιρη διάγνωση, δηλαδή η ανίχνευση ενός καρκίνου, είτε σε μη διηθητική μορφή (in

situ), είτε σε πολύ μικρό μέγεθος, ιδανικά μικρότερο των 5 χιλιοστών, που αποτελούν την έννοια του «πρώιμου» καρκίνου. Στην πρώτη περίπτωση μπορεί να επιτύχουμε πλήρη ίαση, ενώ στη δεύτερη, η πορεία της ασθενούς είναι άριστη και οι θεραπευτικοί χειρισμοί εύκολοι, με τις λιγότερες επιπτώσεις.

Η έγκαιρη διάγνωση όμως, εκτός των ανωτέρω, περιλαμβάνει και τους αψηλάφητους όγκους που αποτελούν ευρήματα σε μαστογραφίες ελέγχου και έχουν επίσης καλή πρόγνωση, αλλά και τη διάγνωση ενός καρκίνου στο μαστό, χρησιμοποιώντας ανάλογα με την ηλικία, όλες τις δυνατότητες διάγνωσης, από τη μηνιαία αυτοεξέταση των μαστών, από την ίδια την γυναίκα ή τον ιατρό ή τη νοσηλεύτρια, και το συστηματικό έλεγχο με μαστογραφία και κλινική εξέταση από ειδικό ιατρό, έως την ανοικτή βιοψία για ιστολογική ταυτοποίηση μίας αλλοίωσης¹⁰.

Τα πλεονεκτήματα της πρώιμης διάγνωσης καρκίνου του μαστού, όπως αναφέρονται και στον παρακάτω πίνακα(Πίνακας 3), είναι μεταξύ άλλων, η αποφυγή της μαστεκτομής, η ευκολότερη αντιμετώπιση του καρκίνου, η, κατά μεγάλο ποσοστό, πλήρης ίαση και τέλος, η αύξηση του ποσοστού επιβίωσης της ασθενούς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΠΡΩΙΜΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	
• Τοπική αφαίρεση του όγκου	⇒ Αποφυγή μαστεκτομής ⇒ Άριστο κοσμητικό αποτέλεσμα
• Ευκολότερη αντιμετώπιση	⇒ Επικουρική θεραπεία με λιγότερες παρενέργειες
• Πολλές φορές πλήρης ίαση	⇒ Μη διηθητικοί όγκοι ⇒ Αψηλάφητοι, μικροί όγκοι
• Μεγάλη επιβίωση	⇒ Άριστη πρόγνωση για το μέλλον χωρίς προβλήματα

Πήγη:Μαρκόπουλος Χ. Παθήσεις του μαστού,2004

4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας, αφού πρωτοστατεί στις υπηρεσίες φροντίδας για την υγεία, είναι πολυδύναμος, πολυεπίπεδος και για αυτό το λόγο, στρατηγικός.

Η υλοποίηση ενός εθνικού προγράμματος πρόληψης του καρκίνου μαστού (ΚΜ) είναι στρατηγική και πολυεπίπεδη, μιας και οι γνωστοί αιτιολογικοί παράγοντες βρίσκονται στο μικροπεριβάλλον (κακή διατροφή, έκθεση σε ακτινοβολία) και στο μακροπεριβάλλον (γενική ατμοσφαιρική ή ειδική βιομηχανική ρύπανση).

Η νοσηλεύτρια, ως μέλος της υγειονομικής ομάδας, προσφέρει πολύτιμο έργο στη διαφώτιση του κοινού σχετικά με την ανίχνευση και την πρώιμη διάγνωση του ΚΜ, καθώς και στην καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας. Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους, ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο, για να προάγει την υγεία του ατόμου. Όπως κάθε παιδεία, έτσι και η υγειονομική παιδεία για να έχει απόδοση, έχει ανάγκη από μεθοδολογία. Συνδέονται μοιραία στην υγειονομική διαφώτιση, σε κάθε πρόγραμμα πρόληψης, παράγοντες πολιτικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί, περιβαλλοντικοί²⁰.

Η μεθοδολογία της πρόληψης του καρκίνου του μαστού, οφείλει να εμπεριέχει τα χαρακτηριστικά των στόχων, τις διαθέσιμες υπηρεσίες, τα μέσα προσέγγισης και την βέλτιστη κατανομή των δαπανών.

Τα στοιχεία που διαμορφώνουν την υγειονομική παιδεία, πρέπει να βασίζονται: α) στα κατά τόπους επιδημιολογικά δεδομένα, β) στις συνήθειες της τυπικής, ανά περιοχή, οικογένειας, γ) στο ιστορικό της δημόσιας υγείας, δ) στα περιβαλλοντικά στοιχεία, ε) στην άμεση ή έμμεση επίδραση του χώρου εργασίας στην ασθένεια, και τέλος, στ) στο επιθυμητό πρότυπο αντικαρκινικής συμπεριφοράς.

Η προσέγγιση του κοινού (φέρνοντας στο μυαλό μας το σχήμα μίας πυραμίδας), πρέπει να αρχίζει από το άτομο και ύστερα να συνεχίζει στην οικογένεια και να καταλήγει στον εργασιακό χώρο.

Για τη σωστή εκτίμηση και διαφώτιση των ασυμπτωματικών γυναικών, η παιδεία της νοσηλεύτριας πρέπει να περιλαμβάνει: α) γνώσεις για τον ΚΜ και τη φυσική του εξέλιξη, β) γνώση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων, γ) ικανότητα λήψης καλού ιστορικού, δ) ικανότητες φυσικής εκτίμησης και ε) γνώση των αποδεκτών τρόπων παρεμβολής²¹.

4.3.1 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρωτογενή πρόληψη

Η νοσηλεύτρια γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του ΚΜ²¹. Μπορεί να κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας, να παίρνει διαιτολόγια, να βλέπει τις παρεκκλίσεις, αφού γνωρίζει ότι η διατροφή αποτελεί τη βασικότερη ίσως παράμετρο του μικροπεριβάλλοντος και για το λόγο αυτό θεωρείται πιθανός αιτιολογικός παράγοντας για τον ΚΜ. Συνιστά την αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και υποδεικνύει τη χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών Α και C²².

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

Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες. Στοχεύει να διαμορφώσει νέα πρότυπα συμπεριφοράς στην απομάκρυνση των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου.

Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό, αποδεικνύοντας στατιστικώς τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες που προσήλθαν στο στάδιο I με ποσοστό θεραπείας 90%, σε αντίθεση με εκείνες που προσήλθαν στο στάδιο IV με ποσοστό θεραπείας 24%²¹.

Στόχος της νοσηλεύτριας που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό είναι με ένα καλό ιστορικό να προσπαθήσει να εντοπίσει τους παράγοντες που δυνατόν να οδηγήσουν σε μια τέτοια καθυστέρηση, να

ανιχνεύσει τα αίτια που τους δημιουργούν και να τους αναχαιτίσει με τη σωστή διδασκαλία και ενημέρωση. Τέτοιοι παράγοντες είναι:

Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες

Το υπερβολικό κόστος νοσηλείας και οι υψηλές αμοιβές των χειρουργών, ευνοούν την καθυστέρηση, καθώς ασθενείς με περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες (ανασφάλιστες ή ασφαλισμένες σε μικρά ταμεία) θεωρούν ότι δεν μπορούν να διαθέσουν τα ανάλογα ποσά για τη θεραπεία. Πολλές φορές, μία ασθενής που είναι, είτε μητέρα μικρών παιδιών, είτε σύζυγος αναπήρου ή ασθενούς, θυσιάζει την προσωπική της υγεία, σκεπτόμενη το «καλό» της οικογένειας της. Στην Ελλάδα, το κόστος των εξετάσεων δεν δημιουργεί τόσο μεγάλο πρόβλημα, όσο στο εξωτερικό ²².

Έλλειψη μόρφωσης

Πολλές ασθενείς με ΚΜ χάνουν αρκετό χρόνο, υποθέτοντας, ότι εφ' όσον δεν έχουν καμία ενόχληση, ο όγκος στο μαστό, που δεν φαίνεται να αυξήθηκε, είναι ακίνδυνος. Αυτό το είδος άγνοιας συναντάται ακόμη και μεταξύ αποφοίτων λυκείου. Καθώς όμως το επίπεδο μόρφωσης και καλλιέργειας ανεβαίνει, οι γυναίκες ενημερώνονται όλο και περισσότερο για την απειλή από τον ΚΜ. Παρ' όλα αυτά, η πλειονότητα των γυναικών αγνοεί βασικούς παράγοντες της φυσιολογίας και της παθολογίας του μαστού, αφού κανένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα γύρω από τον ΚΜ δεν περιλαμβάνεται στη διδακτέα ύλη των σχολείων. Βασικός σκοπός ενός τέτοιου προγράμματος θα ήταν να πεισθούν οι γυναίκες ότι ο ΚΜ είναι ιάσιμος σε αρχικά στάδια, αντίθετα με όσα πιστεύουν πολλές από τις καρκινοπαθείς γυναίκες, ότι δηλαδή η νόσος τους είναι ανίατη ²².

Ψυχολογικοί παράγοντες

Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες που επιδρούν στις γυναίκες με όγκο στο μαστό και τις κάνουν να καθυστερούν στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας.

Ο φόβος είναι ο κυρίαρχος ανασταλτικός παράγοντας. Οι ασθενείς συνήθως φοβούνται όχι μόνο ότι έχουν καρκίνο ή ότι θα χάσουν το μαστό τους, αλλά και ότι θα διαταραχθούν οι συγκινησιακές (συναισθηματικές) σχέσεις με τους συζύγους τους. Μερικές γυναίκες πάλι έχουν ζήσει τόσο

κλειστή ζωή, ώστε διστάζουν να συμβουλευθούν έναν ειδικό ιατρό για το μαστό τους λόγω σεμνοτυφίας και ντροπής που αισθάνονται. Άλλες γυναίκες δεν αρέσκονται να τις ψηλαφούν. Επομένως, δεν μπορούν να ανακαλύψουν έναν όγκο στο μαστό, όσο είναι ακόμη μικρός. Γυναίκες που έχουν μεγαλώσει σε σκληρό και εχθρικό, γι' αυτές, περιβάλλον μπορεί να γίνουν εσωστρεφείς και αρνητικές. Συχνά δε, καθυστερούν να ζητήσουν ιατρική συμβουλή, μέχρι να έχουν προχωρήσει τα συμπτώματα. Μερικές γυναίκες, συντετριμμένες από δοκιμασίες που πέρασαν, γίνονται καταθλιπτικές και αδιαφορούν για την υγεία τους. Κάποιες άλλες γυναίκες, μπορεί να αναπτύξουν κάποια παθολογική δραστηριότητα, προκειμένου να πετύχουν κάποιο σκοπό στη ζωή τους. Όταν τα συμπτώματα της νόσου αναπτύσσονται, εκείνες τα αγνοούν.

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

Όταν υπάρχουν ενδείξεις ή υπόνοιες για καρκίνο του μαστού, η γυναίκα προτρέπεται να κάνει ιατρική εξέταση και στη συνέχεια, να ετοιμάσει την εισαγωγή της σε νοσοκομείο.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να συμβάλλει στην βέλτιστη διαφώτιση του κοινού, ώστε να καταστήσει σαφές ότι: α) ο καρκίνος είναι η νόσος του αναπόφευκτου θανάτου, αν δεν θεραπευθεί, β) είναι ζωτικής σημασίας η έγκαιρη θεραπεία, και γ) τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται ανώδυνα και μοιάζουν με συμπτώματα νόσων που δεν είναι τόσο σοβαρές²⁰.

4.3.2 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην δευτερογενή πρόληψη

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

1. Λήψη καλού ιστορικού
2. Κλινική εξέταση
3. Αυτοεξέταση του μαστού

1. Λήψη ιστορικού

Είναι σαφές ότι, όπως σε κάθε πάθηση, έτσι και για τις παθήσεις του μαστού, πριν προχωρήσει κανείς στην κλινική εξέταση, πρέπει πρώτα να συγκεντρώσει ορισμένες πληροφορίες για την ασθενή. Οι σπουδαιότερες από

αυτές είναι ηλικία, τεκνοποίηση, αναπαραγωγική κατάσταση (προ- ή μετά-εμμηνοπαυσιακή περίοδος) οικογενειακό ιστορικό για ΚΜ, προηγούμενες παθήσεις μαστού, ηλικία πρώτου τοκετού, ηλικία εμμηναρχής, θηλασμός, χρήση ορμονών-αντισυλληπτικών, επίσης άλλες λιγότερο σπουδαίες πληροφορίες που είναι: τόπος γέννησης, τόπος διαμονής, βάρος, ύψος, διατροφή, χρήση φαρμάκων, επάγγελμα, κάπνισμα, κατανάλωση καφεΐνης, προηγηθείσες εγχειρήσεις κλπ.

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

1. Ποιο είναι, αν υπάρχει, το κύριο σύμπτωμα;
2. Πότε εμφανίσθηκε;
3. Πώς ανακαλύφθηκε;
4. Πώς εξελίχθηκε;
5. Πόσο καθυστέρησε η ασθενής να πάει στο γιατρό;

Πρέπει να μάθουμε επίσης:

α) αν υπάρχει ιστορικό τραύματος, β) ποια η σχέση των συμπτωμάτων με τον κύκλο, γ) αν το υπερκείμενο δέρμα παρουσιάζει αλλοιώσεις φλεγμονής και τέλος, δ) αν υπάρχει έκκριση υγρού από τις θηλές και το είδος της έκκρισης.

Οι ειδικές αυτές ερωτήσεις γίνονται στην ασθενή, για να πληροφορηθούμε, σε περίπτωση νόσου, πώς άρχισε, πότε άρχισε, πώς εξελίχθηκε, να βγάλουμε μερικά συμπεράσματα για τη διάγνωση, αλλά και για την πιθανή πρόγνωση της νόσου. Γυναίκες που πήγαν στο γιατρό με δωδεκάμηνη και μεγαλύτερη καθυστέρηση από την ημέρα που ανακαλύφθηκε ο καρκίνος τους, έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν θετικούς λεμφαδένες μασχάλης από αυτές που πήγαν με καθυστέρηση τριών μηνών ή με μικρότερη ²¹.

Πρέπει να πληροφορηθούμε επίσης, αν υπάρχει ιστορικό τραύματος, γιατί πολλές φορές η νέκρωση λίπους που είναι αποτέλεσμα κάκωσης μπορεί να εκληφθεί σαν καρκίνος. Επίσης, αν το δέρμα του μαστού παρουσίασε αλλοιώσεις φλεγμονής και την εξέλιξη των αλλοιώσεων αυτών, για να μπορέσουμε να κάνουμε διαφορική διάγνωση μεταξύ απλής καλοήθους φλεγμονής και φλεγμονώδους καρκίνου.

Με τη λήψη καλού ιστορικού, η νοσηλεύτρια μπορεί να βγάλει συμπεράσματα για την κατάσταση της εξεταζόμενης και να μάθει να εκτιμά την αντίληψη των εξεταζόμενων γυναικών για τα προβλήματά τους.

Το νοσηλευτικό ιστορικό πρέπει να λαμβάνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα και με οργανωμένο τρόπο, ακολουθώντας κάποια καθοδηγητική δομή. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι άνετη και ευχάριστη κατά τη διάρκεια της συνέντευξης της ασθενούς και ικανή να την καθοδηγεί σε μια ανταλλαγή πληροφοριών, στην οποία θα βασισθεί η πορεία αντιμετώπισης της εξεταζόμενης.

Το ιστορικό ολοκληρώνεται με στοιχεία που αφορούν στην οικογενειακή κατάσταση και τις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας. Είναι επίσης σημαντικό η νοσηλεύτρια να γνωρίζει την εκτίμηση της ίδιας της γυναίκας και την κατάστασή της, όπως επίσης, και το πώς θα αντιμετώπιζε ενδεχόμενη εισαγωγή της σε νοσοκομείο, τη φυσική και συναισθηματική κατάστασή της και τους διαθέσιμους πόρους ²¹.

2. Κλινική εξέταση

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

Πριν από την κλινική εξέταση, η νοσηλεύτρια οφείλει να εξηγήσει στην ασθενή τι πρόκειται να γίνει, ώστε να της εμπνεύσει διάθεση συνεργασίας. Της συστήνει να πάει στην τουαλέτα, για την κένωση της ουροδόχου κύστης της, ώστε να διευκολυνθεί η εξέταση. Κλείνει τα παράθυρα για να διατηρησει τη θερμοκρασία του δωματίου. Επίσης εξασφαλίζει την απόλυτη ησυχία και τον καλό φωτισμό του χώρου. Την πληροφορεί, ότι ο γιατρός θα τη ρωτήσει για το ιστορικό της υγείας της, ώστε να ετοιμασθεί να απαντήσει και τη βοηθά με επαρκείς εξηγήσεις για το είδος της κλινικής εξέτασης, για να πάρει την κατάλληλη θέση. Τέλος, περικλείει με παραβάν την κλίνη και φροντίζει για την αφαίρεση ορισμένων ενδυμάτων που θα παρεμποδίζουν την εξέταση. Την καλύπτει όμως, αν βρίσκεται σε ύπτια θέση με σεντόνι ή κουβέρτα νοσηλείας, ώστε να μην εκτεθεί περισσότερο από ό,τι χρειάζεται. Με αυτό τον τρόπο, ανακουφίζει την ασθενή και εξουδετερώνει το φόβο, τη νευρικότητα και τη

συστολή της, που ελαττώνουν την ικανότητά της για συνεργασία κατά την εξέταση²⁰.

2α. Επισκόπηση

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

Σπανίως, η εισολκή φαίνεται όταν η ασθενής με υψωμένα τα χέρια σκύψει προς τα εμπρός. Είναι ίσως το σπουδαιότερο σημείο που δεν το συναντούμε στις καλοήθεις παθήσεις, παρά σπανίως σε νέκρωση λίπους. Μπορεί να μας οδηγήσει να βρούμε έναν καρκίνο που δεν ψηλαφάτε εύκολα.

Το χρώμα και το οίδημα του δέρματος καθώς και η εξέγκωση μας βοηθούν στην πιθανή διάγνωση απλής φλεγμονής, φλεγμονώδους καρκίνου ή προχωρημένου καρκίνου του μαστού ή ακόμη και νόσου του Paget, όταν υπάρχει εξέγκωση της θηλής²¹.

2β. Ψηλάφηση

Για την ψηλάφηση, η γυναίκα τοποθετείται σε ύπτια θέση. Με την ψηλάφηση, ελέγχουμε:

- Την παρουσία μάζας που ξεχωρίζει από τον υπόλοιπο αδένα, σκληρίας ή πληρότητας.
- Την ευαισθησία των θηλών.
- Τις εκκρίσεις των θηλών.
- Τους υπερκλειδίους ή μασχαλιαίους λεμφαδένες.

Η νοσηλεύτρια συμβουλεύει την εξεταζόμενη να ξαπλώσει και τοποθετεί ένα μαξιλάρι κάτω από τον ώμο της. Το σύστοιχο χέρι τοποθετείται πάνω από το κεφάλι, ενώ το αντίστοιχο βρίσκεται κάτω, παράλληλα με το σώμα. Η ψηλάφηση πρέπει να γίνεται με την άκρη των δακτύλων και κυκλικά αρχίζοντας από τη θηλή προς την περιφέρεια, ψηλαφούμε όλο το μαστό. Ο

KM παρουσιάζεται κατά 80% με μάζα, η οποία συνήθως ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες.

Για την ακριβή εκτίμηση της κατάστασης των μαστών με την ψηλάφηση, η νοσηλεύτρια οφείλει να γνωρίζει ότι το άλγος και η ευαισθησία αντιπροσωπεύουν πολύ μικρό ποσοστό στα συμπτώματα του KM και συνήθως έχουν μεγαλύτερη διαγνωστική αξία στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Οι εκκρίσεις συνήθως είναι χωρίς σημασία και αντιπροσωπεύουν φυσιολογικές καταστάσεις πολλές φορές, όμως, είναι παθολογικές και οφείλονται σε μονήρη ή πολλαπλά θηλώματα των πόρων και σπανίως σε ενδοπορώδη καρκίνο. Συνήθως, είναι ορώδεις ή γαλακτώδεις, από αύξηση της προλακτίνης που μπορεί να οφείλεται στη λήψη φαρμάκων (αντισυλληπτικών, ηρεμιστικών κ.λ.π.), πράσινης χροιάς σε κυστικές συνήθως μαστοπάθειες και αιματηρές σε μονήρη ή πολλαπλή θηλωμάτωση πόρου ή καρκίνο.

Με την ψηλάφηση πρέπει επίσης να εξετάζονται και οι περιοχές των επιχώριων λεμφαδένων που είναι οι μασχαλιαίες κοιλότητες. Η εξέταση γίνεται με την ασθενή καθισμένη και νοσηλεύτρια να κρατά με το αντίστοιχο χέρι το χέρι της εξεταζόμενης, ώστε να επιτυγχάνεται χαλάρωση της ωμικής ζώνης. Για την ψηλάφηση της δεξιάς μασχάλης, πρέπει να χρησιμοποιείται, από τη νοσηλεύτρια που πραγματοποιεί την εξέταση, η αριστερή παλάμη και το αντίθετο. Επίσης, σωστό είναι, εκτός από τις μασχάλες, να εξετάζονται και οι υπερκλείδιοι χώροι καθώς και το δεξιό υποχόνδριο, αν υπάρχει ψηλαφητό ήπαρ σε περιπτώσεις όγκου στο μαστό²⁰.

4.3.3 Αυτοεξέταση μαστού (AEM)

Όπως γνωρίζουμε, οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Για αυτό ένας καλός τρόπος για να φθάσει κανείς στην ανακάλυψη νέων περιπτώσεων και σε πρωιμότερα στάδια, είναι η αυτοεξέταση, η οποία και εύκολη είναι και ανέξοδη και χωρίς κανένα κίνδυνο. Πόσο συχνά εφαρμόζεται η αυτοεξέταση από τις γυναίκες. Έχει αποδειχθεί ότι, και σε χώρες ακόμη που υπάρχει καλή ενημέρωση, το ποσοστό δεν ξεπερνά το 25%.

Οι λόγοι για τους οποίους συνήθως οι γυναίκες εγκαταλείπουν την AEM, είναι ο φόβος και άγχος για την πιθανή ανεύρεση όγκου. Η έλλειψη

γνώσης και εμπιστοσύνης για την ΑΕΜ σχετικά με τον τρόπο διενέργειάς της. Η άγνοια της εξαιρετικής σημασίας της μηνιαίας ΑΕΜ, ως απαραίτητου στοιχείου της γνώσης της φυσικής κατάστασης της αυτοεξεταζόμενης, καθώς και η σεμνοτυφία ή/ και η ενόχληση που μπορεί να νιώθουν ²².

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού, με επιμορφωτικά σεμινάρια και συγκεντρώσεις, καθώς και με οπτικά-ενημερωτικά μέσα. Σημειώνονται τα πλεονεκτήματα της ΑΕΜ, σε κάθε γυναίκα που έρχεται σε επαφή για οποιοδήποτε λόγο με τη νοσηλεύτρια δηλαδή ότι είναι μέθοδος πρώιμης διάγνωσης και πρόληψης του ΚΜ, είναι εύκολη στην εφαρμογή της και ακίνδυνη. Δεν κοστίζει τίποτε και χρειάζονται μόνον 5 λεπτά, τα οποία ίσως αποδειχθούν καθοριστικά στην μετέπειτα πορεία. Κάθε γυναίκα μπορεί και οφείλει στον εαυτό της να την πραγματοποιεί καθώς επιτρέπει την αναγνώριση μικρών ογκιδίων στο μαστό, και εδώ ακριβώς είναι η σημασία της.

Η νοσηλεύτρια θεωρείται το καταλληλότερο πρόσωπο για την ενημέρωση του κοινού για την ΑΕΜ και για τη βοήθεια στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Ως γυναίκα ανήκει στην κατηγορία των ανθρώπων που μαστίζονται από το νόσημα αυτό, μπορεί να αναπτύξει καλύτερη επαφή με τις γυναίκες και ιδιαίτερα με τις γυναίκες της υπαίθρου, στις οποίες το αίσθημα της ντροπής γίνεται ανασταλτικός παράγοντας για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου ²¹.

Η νοσηλεύτρια οφείλει επίσης να ενημερώνει το κοινό για το κάθε πότε και ποιες ιδιαίτερα γυναίκες πρέπει να κάνουν ΑΕΜ. Έτσι:

1. Κάθε γυναίκα πάνω από τα 20 πρέπει να μάθει για την ΑΕΜ και να την εφαρμόζει. Αυτό βέβαια εκτός από τον παράγοντα ενημέρωση, που πρέπει να γίνεται με διαλέξεις, έντυπα και από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, εξαρτάται και από το επίπεδο μόρφωσης της γυναίκας και ακόμη από το πόσο ανησυχεί η γυναίκα.
2. Οι γυναίκες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου πρέπει να εφαρμόζουν πιο συχνά την ΑΕΜ. Έχει πράγματι υπολογισθεί ότι, όταν οι γυναίκες έχουν προδιάθεση στον καρκίνου του μαστού, βαριά ινοκυστική μαστοπάθεια ή είναι πάνω από 40 ετών εφαρμόζουν την ΑΕΜ σε ποσοστό 68%, 50% και 44%, αντίστοιχα.

3. Η γυναίκα πρέπει να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού. Είναι σημαντικό η αυτοεξέταση να γίνεται κάθε μήνα στο ίδιο χρονικό διάστημα και να συνδέεται με ένα γεγονός που επαναλαμβάνεται κάθε μήνα, ώστε να μην ξεχνιέται.

Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η εξέταση είναι 7 - 8 ημέρες μετά την έναρξη της περιόδου, για τις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Για τις γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια, η ΑΕΜ πρέπει να γίνεται την πρώτη ημέρα του νέου κύκλου λήψης των αντισυλληπτικών²⁰.

Για τις γυναίκες που λαμβάνουν συνεχώς προγεστερονικά σκευάσματα, συνιστάται η ΑΕΜ να γίνεται την πρώτη ημέρα κάθε μηνός.

Η αυτοεξέταση πρέπει να συνεχίζεται κάθε μήνα και μετά την εμμηνόπαυση.

Οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, πρέπει να εφαρμόζουν την αυτοεξέταση, μια ορισμένη ημέρα κάθε μηνός π.χ. την πρώτη, κάθε μηνός, ημέρα, ή μια άλλη μέρα που τους είναι εύκολο να τη θυμούνται.

Η συχνότητα με την οποία η ΑΕΜ πρέπει να διεξάγεται, αντιμετωπίζεται με τον κίνδυνο της καρκινοφοβίας.

Έτσι, δεν θέλουμε οι γυναίκες να εξετάζουν τους μαστούς τους πολύ συχνά ούτε πολύ αραιά, αλλά κατά τρόπο που να έχουν την πιθανότητα να ανακαλύψουν τον ΚΜ, όσο ακόμη είναι σε πρώιμο στάδιο.

Σκοπός της ΑΕΜ είναι να καταστήσει τις γυναίκες ικανές να ανακαλύπτουν τους όγκους των μαστών τους όσο πιο νωρίς γίνεται. Θέλουμε, αν είναι δυνατόν, να ελαττώσουμε το διάστημα των 6 - 12 μηνών που παρέρχεται από τότε που ένας όγκος γίνεται ψηλαφητός μέχρι τότε που ανακαλύπτεται πραγματικά. Γι' αυτό, συμβουλεύουμε τις γυναίκες να κάνουν ΑΕΜ κατά μηνιαία διαστήματα, συνιστώντας σε αυτές να μην ψηλαφούν συνεχώς τους μαστούς τους και να μη σκέπτονται τη νόσο του μαστού²¹.

Οι γυναίκες που δεν έχουν φθάσει στην εμμηνόπαυση είναι σημαντικό να διαλέγουν τη σωστή φάση του μηνιαίου κύκλου για την ΑΕΜ.

Στις περισσότερες γυναίκες, υπάρχει σημαντική αγγειακή διόγκωση των μαστών στην προεμμηνόπαυσιακή φάση του κύκλου, που μπορεί να δημιουργήσει ελαφρά μεγέθυνση των μαστών και κάποια ευαισθησία. Σε μικρό αριθμό γυναικών, η διόγκωση είναι αρκετά έντονη και προκαλεί ως ένα βαθμό οζιδιακή πύκνωση που μπορεί να ξεγελάσει και να τις κάνει να

πιστέψουν πως έχουν πραγματικά νόσο του μαστού. Για αυτό, η νοσηλεύτρια συνιστά να γίνεται η εξέταση σε χρονικό διάστημα που αυτές οι παροδικές μεταβολές είναι στο ελάχιστο, δηλαδή 7 - 10 ημέρες, μετά την έναρξη της περιόδου ²⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Πολλές φορές τυχαία ή κατά την ψηλάφηση μπορεί να διαπιστωθεί σκληρία στο μαστό άλλοτε άλλου μεγέθους, κινητή ή ακίνητη, ανάλογα με το σημείο πρόσφυσης. Αν δεν ζητηθεί ιατρική βοήθεια αμέσως μετά την ανακάλυψη, το ογκίδιο προοδευτικά μεγαλώνει, διηθεί τους υπερκείμενους και υποκείμενους ιστούς, καθίσταται ακίνητο και ανώμαλο κατά την ψηλάφηση, το δέρμα παίρνει τη χαρακτηριστική όψη φλοιό πορτοκαλιού και παρατηρείται χαρακτηριστική όψη απλής όταν το ογκίδιο εντοπίζεται στο κέντρο. Οι μασχαλιαίοι αδένες της σύστοιχης και της αντίστοιχης μασχάλης καθώς και οι υπερκλείδιοι λεμφαδένες διηθούνται και διογκώνονται προοδευτικά.

Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα του καρκίνου του μαστού μπορεί να είναι:

1. Ανώδυνος όγκος στο στήθος συνήθως στο άνω έξω τεταρτημόριο.
2. Οίδημα στο ένα στήθος που παραμένει μετά ή μεταξύ των περιόδων, ερυθρότητα, υπεραιμία.
3. Σούφρωμα του δέρματος στην επιφάνεια του στήθους που μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού.
4. Βαθμιαία αντιστροφή ή τράβηγμα προς τα μέσα της μίας θηλής που οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή.
5. Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού.
6. Ορώδη ή αιματηρή έκκριση της θηλής.
7. Ξεφλούδισμα του δέρματος που διαρκεί πάνω από ένα μήνα
8. Πόνος που συνήθως απουσιάζει, εκτός από τα προχωρημένα στάδια ¹¹.

5.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η διαγνωστική αξιολόγηση αρχίζει με την λήψη ιστορικού. Το πρώτο βήμα της σωστής διάγνωσης είναι η κλινική εξέταση. Παρ' όλο που στατιστικά, μία στις οκτώ γυναίκες, κατά τη διάρκεια της ζωής της, θα νοσήσει από καρκίνο του μαστού, εν τούτοις, μόνο το 30% των γυναικών μπορούν να ενταχθούν στους πίνακες των παραγόντων ή των πιθανοτήτων κινδύνου. Όλες, όμως, οι γυναίκες, συμπτωματικές και μη, πρέπει να αντιμετωπίζονται με τέτοιο τρόπο, ώστε η διάγνωση να αποκαλύπτει πρώιμες φάσεις της ογκογένεσης, με στόχο τη ριζική αντιμετώπιση και τη μείωση της θνησιμότητας από τη νόσο.

Η ασθενής τις περισσότερες φορές αναφέρει μια μάζα. Κατά την κλινική εξέταση, η μάζα αυτή μπορεί να μη διαπιστωθεί. Διακρίνεται όμως, μια πάχυνση ή μια ογκώδης εστία στο άνω - έξω τεταρτημόριο. Η ανεύρεση όγκου πρέπει πάντα να διευκρινίζεται. Μερικές φορές η διευκρίνιση μπορεί να γίνει με μία απλή αναρρόφηση διαμέσου λεπτής βελόνας. Άλλοτε, η εξέταση μπορεί να επαναληφθεί σε άλλο χρονικό σημείο του κύκλου (συνήθως 10 μέρες μετά τον κύκλο) και να αξιολογηθεί. Άλλες φορές, επιβάλλεται η εκτέλεση μαστογραφίας, υπερηχογραφήματος ή ανοιχτής βιοψίας. Η κλινική εξέταση παρέχει αντικειμενικά δεδομένα, τα οποία πρέπει να αξιολογούνται με σωστά κριτήρια ⁸.

Η ψηλαφώμενη μάζα μπορεί να έχει κυστική ή συμπαγή υφή, και καλοήγη ή κακοήγη χαρακτήρα. Η κυστική ή συμπαγής μορφή της μάζας, μπορεί να επιβεβαιωθεί με αναρρόφηση δια λεπτής βελόνας. Για το σκοπό αυτό δεν χρειάζεται τοπική αναισθησία. Η αναρρόφηση του διαυγούς ή θολού υγρού (ρυπαρό πρασινόφαιο), είναι σε θέση να εξαφανίσει και να καταστήσει αψηλάφητη τη μάζα. Ο επανέλεγχος, ο οποίος θα γίνει μετά από ένα μήνα, εάν δείξει και πάλι το αψηλάφητο της μάζας, τότε η αρχική μάζα θεωρείται κυστική. Η μη εξαφάνιση της μάζας αμέσως μετά την αναρρόφηση, το αιματηρό του αναρροφηθέντος υγρού και η διαπίστωση εναπομείνουσας μάζας κατά τον επανέλεγχο, είναι στοιχεία που οδηγούν στην ανοικτή βιοψία. Η μικροσκοπική εξέταση του κυστικού υγρού δεν θεωρείται επιβεβλημένη, διότι

απ' αυτή δεν εξάγεται συμπέρασμα, δυνητικά όμως η κυτταρολογική εξέταση αποβαίνει χρήσιμη⁸.

Η αυτοεξέταση χρειάζεται να γίνεται και στις πολύ νέες γυναίκες, ηλικίας 20 – 25 ετών. Οι μεν γυναίκες με μικρούς μαστούς θα ήταν καλό κατά διαστήματα να ελέγχουν τους μαστούς τους κατά τη διάρκεια του λουτρού, οι δε με μεγάλους σε ύπτια θέση²³.

Η ανεύρεση διόγκωσης ή ανωμαλίας στο μαστό από την ίδια την γυναίκα, αποτελεί την παλαιότερη διαγνωστική μέθοδο. Παρά τους τελευταίους νεωτερισμούς με την ομαδική μαστογραφική αναζήτηση (mass screening), η ψηλάφηση συνεχίζει και κατέχει την πρώτη θέση στην κλινική διάγνωση του καρκίνου του μαστού²⁴. Η αναγνώριση του καρκίνου, όταν αυτός είναι ακόμη μικρός, είναι λογικό να παρέχει κατά κάποιο τρόπο και την έννοια της μεγαλύτερης μετέπειτα επιβίωσης της ασθενούς. Η αξία, εξ' άλλου, της κλινικής εξέτασης και της αυτοεξέτασης, αναφορικά με τη δυνατότητά της να θέσει έγκαιρη διάγνωση, επισκιάζεται από σημαντικές γνωστικές έννοιες και παρατηρήσεις²⁵.

5.2.1 Μαστογραφία

Η διαγνωστική αξία της μαστογραφίας είναι περισσότερο ευαίσθητη από αυτή της ψηλάφησης. Δυστυχώς, όμως, η μέθοδος δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσει όλους τους ψηλαφητούς όγκους. Επί πλέον, στο μεσοδιάστημα της ομαδικής εξέτασης (interval), ο καρκίνος μπορεί να καταστεί ψηλαφητός. Η αυτοεξέταση, η κλινική εξέταση και η μαστογραφία είναι αλληλοσυμπληρώμενοι τρόποι ομαδικής αναζήτησης του ΚΜ. Στις ομάδες, που η μαστογραφία δεν είναι πραγματοποιήσιμη, οι δύο τελευταίοι τρόποι είναι πολύ σημαντικοί. Τέλος, η μαστογραφία αποτελεί το κάλλιστο εργαλείο, το οποίο διαθέτουμε σήμερα για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, παρά το γεγονός, ότι μπορεί να δείξει μόνο το 90 - 95% των ιστολογικά διαπιστωμένων όγκων²⁶.

Η πιστότητα της εξέτασης βασίζεται κυρίως σε τεχνικά στοιχεία, τα οποία συμβάλλουν στην κατά το δυνατόν πραγματικότερη απεικόνιση. Αυτά είναι καθοριστικές παράμετροι και κυρίως: Η θέση, η ασκούμενη πίεση επί του μαστού και η απεικόνιση του ειδώλου.

Επιλογή θέσης: Οι κλασσικές θέσεις είναι: α) η μεσοπλάγια (mediolateral), στην οποία συνυπάρχει και η έννοια της πλάγιας (oblique) και β) η μέτωπο-ουραία (cranio-caudal). Βασικά στοιχεία καλής λήψης είναι η απεικόνιση, κατά το δυνατόν περισσότερο, του μείζονα θωρακικού μυός (όπου προβάλλονται βλάβες προς το θωρακικό τοίχωμα), αλλά και κατά την μέτωπο-ουραία η ανάδειξη πολλού μέσου μαζικού ιστού.

Ασκούμενη πίεση: Πρέπει να ασκείται έντονη πίεση και ισομετρική, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται: α) η ελάττωση και η σωστή κατανομή πάχυνσης του μαστού, β) η το δυνατόν μικρότερη, απαιτούμενη ακτινοβολία, γ) η ανάδειξη στοιχείων από το μαστό, η οποία τοιουτοτρόπως, είναι ομοιόμορφη για βλάβες με οπίσθια θέση και για εκείνες με πιο επιφανειακή, δ) η κινητοποίηση του μαστού, ώστε η εικόνα να είναι ευκρινής, και ε) η ομοιόμορφη εξάπλωση του συνδετικο-λιπο-αδενικού ιστού του μαστού, ώστε οι βλάβες να γίνονται εμφανείς.

Ποιότητα εικόνας: Εκτός των παραγόντων που προαναφέρθηκαν, η τεχνολογική εξέλιξη, αλλά και η ποιότητα του μηχανήματος παίζουν σπουδαίο ρόλο στην ποιότητα της εικόνας. Η υψηλή ποιότητα, χαρακτηρίζεται από τις αντιθέσεις των στοιχείων που προβάλλονται, από τη διαχωριστική ικανότητα, από την ευκρίνεια και από την εξάλειψη των σφαλμάτων (artifacts)²⁷.

Φυσιολογική μαστογραφία

Η μαστογραφική απεικόνιση των φυσιολογικών μαστών μπορεί να είναι αρκετά διαφορετική. Σε μερικές γυναίκες, ο λιπώδης ιστός είναι πολύ εμφανής, ενώ σε άλλες, οι πόροι, τα λοβιακά στοιχεία και η ινώδης δομή αποδίδονται με άλλου βαθμού ακτινογραφική πυκνότητα. Οι παραλλαγές αυτές δεν έχουν καμία σχέση με την επικινδυνότητα του καρκίνου. Το μέγεθος των μαστών διαφέρει από άτομο σε άτομο κι αυτό βέβαια δεν σχετίζεται με τη συχνότητα του καρκίνου. Η σύγκριση των δύο μαστών μπορεί να είναι συμμετρική ή ασύμμετρη. Η διαπίστωση ακόμα και των μικρών ανωμαλιών απλουστεύεται από μία μαστογραφία²⁹.

Η διαγνωστική μαστογραφία όλων των γνωστών θέσεων (mediolateral oblique-cranio-caudal) μπορεί να γίνει και σε άλλες θέσεις, οι οποίες θα προκύψουν από ευρήματα της κλινικής εξέτασης και θα βοηθήσουν στην αξιολόγηση άλλων απεικονίσεων. Η πλήρης αξιολόγηση μιας ανωμαλίας,

μπορεί να χρειασθεί να γίνει με την προσθήκη και άλλων απεικονιστικών μεθόδων, όπως είναι η υπερηχογραφία²⁹.

Μαστογραφίες ανωμαλίες

Διογκώσεις

Παρατηρείται το σχήμα, οι παρυφές, η πυκνότητα, το μέγεθος και η κατεύθυνση της διόγκωσης. Η καλώς περιγεγραμμένη, στρογγυλή ή ωοειδής μάζα αναμένεται να είναι καλοήθης. Αντίθετα, η αγκαθωτή ή αστεροειδούς σχήματος διόγκωση, περισσότερο τείνει προς τον καρκίνο. Γενικά, η ακτινολογική πυκνότητα των κακοηθών βλαβών, είναι μεγαλύτερη από αυτήν την ίδιας μάζας ενός ινοαδενωματώδους ιστού. Η ακτινοπερατότητα περιοχών με μικρή πυκνότητα ή ο ετερογενής χαρακτηρισμός πυκνοτήτων, όπως το λίπος, σε καλώς περιχαρακωμένες διογκώσεις, μαρτυρούν καλοήθεια και ως εκ τούτου για αυτές τις διογκώσεις δεν χρειάζεται χειρουργική επέμβαση. Οι διογκώσεις, που περιέχουν λίπος μπορεί να αποτελούν ιστούς όπως λιπώματος, γαλακτοκήλης, κύστεων λίπους, αμαρτώματος, φλεγμονώδους λεμφαδένου εντός του μαστού και εστιακής ινοαδένωσης³⁰.

Αποτιτανώσεις

Ο προσδιορισμός της αιτιολογίας και της αντιμετώπισης των αποτιτανώσεων εξαρτάται από τη μορφολογία, το μέγεθος, τη διασπορά, την κατεύθυνση, τις αλλαγές ή τη σταθερότητά τους. Περίπου το 20 - 25% των μαστογραφικών αποτιτανώσεων αποδεικνύονται (δια βιοψίας) καρκίνοι. Το ενδεικτικό κακοήθειας των αποτιτανώσεων είναι το μέγεθος (< 1 mm), η ανομοιομορφία και η συσσώρευση σε ομάδες (cumulus).

Το ινοαδένωμα, η νέκρωση λίπους, η κυστική υπερπλασία, η αθηρωμάτωση, η δερματικές βλάβες και η περιπορογενής μαστίτιδα, οι οποίες είναι καλοήθεις βλάβες, μπορεί να εμφανισθούν με αποτιτανώσεις.

Γενικά οι αποτιτανώσεις του ινοαδενώματος είναι αδρές μακρό-αποτιτανώσεις μέσα στον όγκο, από μαλακό ιστό και ομαλά χείλη. Οι νεκρώσεις λίπους και οι δερματικές αποτιτανώσεις είναι ομαλές και στρογγυλές. Οι αποτιτανώσεις των εκκριτικών παθήσεων (περιπορογενής μαστίτιδα) είναι μακρό-αποτιτανώσεις, οι οποίες παρατηρούνται στους μεγάλους γαλακτοφόρους πόρους, με κατεύθυνση τη θηλή του μαστού, είναι

ομαλές, γραμμικές. Οι αρτηριακές αποτιτανώσεις, εμφανίζονται εντός του τοιχώματος των αγγείων και σημειώνονται εύκολα με τη μαστογραφία.

Οι μικρό-αποτιτανώσεις έχουν μεγάλη σημασία, διότι μπορεί να έχουν σχέση με τον καρκίνο. Γενικά οι μικρό-αποτιτανώσεις ανάλογα με τη μορφολογία τους διακρίνονται σε δύο ομάδες: α) Σε πορογενείς, και β) σε λοβιακές³⁰.

Άλλες εκδηλώσεις του καρκίνου

Η εστιακή ασυμμετρία και η διάταση των γαλακτοφόρων πόρων, αποτελούν άλλα μαστογραφικά ευρήματα του καρκίνου του μαστού. Η εστιακή ή η διάχυτη δερματική πάχυνση, ή η δερματική συστολή, μπορεί να αποτελούν εύρημα του καρκίνου του μαστού. Αυτό, βέβαια, τις περισσότερες φορές είναι εμφανές με την κλινική εξέταση και συνοδεύεται με μία διόγκωση. Οι ασύμμετρες περιοχές σπανίως αποτελούν εύρημα του καρκίνου του μαστού. Στο 15 – 20% των καρκίνων του μαστού, δεν παρατηρείται διόγκωση ή αποτιτανώσεις, που να μαρτυρούν την ύπαρξη κακοήθους όγκου. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να σημειωθεί μονήρης ή πολλαπλή διάταση του πόρου, εστιακή περιοχή με δόκιμη παραμόρφωση ή ασυμμετρία. Τα ευρήματα αυτά θέτουν την υποψία καρκίνου. Η διάκριση των ανωμαλιών αυτών και η εξ' αυτών διάγνωση δεν είναι εύκολη³¹.

5.2.2 Υπερηχογράφημα (US) - Μαγνητική τομογραφία (MRI)

Σύμφωνα με κλινικές μελέτες στις συμπτωματικές γυναίκες με φυσιολογική μαστογραφία, το υπερηχογράφημα έχει σημαντική θέση στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Το υπερηχογράφημα έχει χαμηλή διαχωριστική ικανότητα και δεν μπορεί να αναγνωρίσει βλάβες μικρότερες του 1cm. Η αποκάλυψη, όμως, κυστικών μορφωμάτων επιτυγχάνεται σε μεγαλύτερο ποσοστό του 95%. Συνήθως χρησιμοποιείται σε μη ψηλαφητούς καρκίνους, οι οποίοι δεν φαίνονται στην μαστογραφία υψηλής ποιότητας και οι οποίοι αναγνωρίζονται με το υπερηχογράφημα. Τελευταία, ο συνδυασμός US και μαστογραφίας κερδίζουν έδαφος στη διαγνωστική προσέγγιση³¹.

Η μαστογραφία και το υπερηχογράφημα είναι απεικονιστικές μέθοδοι, οι οποίες συμπληρώνουν η μία την άλλη. Η μαστογραφία είναι η μέθοδος

εκλογής στην ομαδική εξέταση των ασυμπτωματικών γυναικών. Παρ' όλα αυτά, σε μαστούς, όπου ο καρκίνος περιβάλλεται με πυκνό φυσιολογικό ιστό, είναι δυνατόν αυτός να μην απεικονισθεί σωστά στη μαστογραφία. Επίσης, είναι αποδεκτό ότι, το υπερηχογράφημα με υψηλή ευκρίνεια σε μερικές περιπτώσεις είναι δυνατόν να αποκαλύψει μη ψηλαφητό καρκίνο, ο οποίος δεν απεικονίζεται με τη μαστογραφία υψηλής ποιότητας. Αυτό είναι δυνατόν σε περιπτώσεις, όπου η μαστογραφική ευαισθησία έχει χαμηλή απόδοση. Αυτές οι περιπτώσεις αφορούν μαστούς, οι οποίοι ακτινογραφικά είναι υψηλής πυκνότητας ή μαστούς με διογκώσεις πλησίον των προθέσεων ή περιφερειακά. Επίσης μαστοί που έχουν υποστεί εγχείρηση ή μαστοί εγκύων³².

Τελικά, επί υπόπτων όγκων του μαστού, οι οποίοι είναι εμφανείς με την ψηλάφηση ή με την μαστογραφία, προτείνεται η διαγνωστική προσέγγιση της βιοψίας. Υπάρχουν τρεις τεχνικές βιοψίας. Αυτές είναι: α) αναρρόφηση με λεπτή βελόνα, β) βιοψία πυρήνα (core-cutting biopsy) με βελόνα και γ) ανοικτή βιοψία, πλήρους εκτομής της βλάβης³².

5.2.3 Αναρρόφηση με λεπτή βελόνα

Η ανεύρεση διόγκωσης, η οποία κυριαρχεί στο μαστό χρήζει διαγνωστικής επέμβασης.

Η λήψη βιοπτικού υλικού προς κυτταρολογική εξέταση, που γίνεται με λεπτή βελόνα κατόπιν αναρρόφησης είναι μια παλαιά μέθοδος, η οποία πρόσφατα έχει ξανακερδίσει έδαφος. Η λήψη με τον τρόπο αυτό γίνεται από όγκους, οι οποίοι εντοπίζονται με την ψηλάφηση και μπορεί να αφορούν στο μαστό, το θυρεοειδή αδένα ή τον λεμφαδένα. Προς το σκοπό αυτό δεν χρειάζεται ιδιαίτερος εξοπλισμός. Χρησιμοποιείται μια σύριγγα των 10ml με βελόνα 21 ή 23 gauge. Προηγούμενος στη σύριγγα αναρροφάτε 1ml αέρα. Αυτό βοηθάει στην εύκολη λειτουργία του εμβόλου. Η βλάβη ακινητοποιείται με τη βοήθεια δύο δακτύλων αριστερού χεριού. Στη συνέχεια η βελόνα καθοδηγείται προς τον όγκο και με παλινδρομικές κινήσεις επιτυγχάνεται η αναρρόφηση. Στο τέλος της αναρρόφησης η βελόνα μαζί με τη σύριγγα αφαιρείται και το περιεχόμενα ραντίζεται στις αντικειμενοφόρες πλάκες και σχηματίζονται τα επιχρίσματα³³.

5.2.4 Βιοψία με βελόνα από τον πυρήνα (Core cutting needle biopsy)

Χρησιμοποιείται βελόνα κοπής Νο 14 κατευθυνόμενη προς το κέντρο του όγκου (core), όπου με τον κατάλληλο χειρισμό γίνεται διείσδυση και αποκοπή βιοπτικού υλικού, το οποίο εξέρχεται μαζί με την βελόνα. Το υλικό, σε σύγκριση με την αναρρόφηση με λεπτή βελόνα ποσοτικά είναι ικανοποιητικό, ώστε να προσφέρονται ιστολογικές λεπτομέρειες κατά την εξέταση³⁴.

5.2.5 Ανοικτή βιοψία εκτομής

Η χειρουργική – ανοικτή - βιοψία εκτομής, είναι αυτή, που τελικά αποδίδει το καλύτερο αποτέλεσμα σε βλάβες που πληρούν τα κριτήρια εκτομών περιορισμένης χειρουργικής, και μπορεί να προσφέρει στην τελική θεραπεία. Τα κύρια στοιχεία που καταξιώνουν τη μέθοδο είναι ότι, προσδιορίζεται επακριβώς το μέγεθος, η ιστολογική ταυτότητα του όγκου και η δυνατότητα εκτομής στα υγιή όρια του μαστού. Πέραν αυτού, μπορεί να γίνει άλλωστε και η περαιτέρω χειρουργική εκτομή, υπό την ίδια αναισθησία, εφ' όσον αυτή αποφασισθεί³³.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα διαφόρων βιοψιών		
Τεχνική	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Αναρρόφηση με λεπτή βελόνα.	Γρήγορη, ανώδυνη, χωρίς κόστος. Γίνεται χωρίς τομή.	Δεν μπορεί να διακρίνει τον in situ από τον διηθητικό καρκίνο. Δεν παρέχονται ιστολογικές λεπτομέρειες. Ψευδώς αρνητικά και ακατάλληλο υλικό. Απαιτείται έμπειρος κυτταρολόγος.
Βιοψία πυρήνος	Γρήγορη, ανώδυνη, χωρίς	Δυνατόν να δοθούν

(Core-cutting biopsy)	κόστος. Γίνεται χωρίς τομή. Αναγνωρίζεται από οποιοδήποτε παθολογοανατόμο.	ψευδώς αρνητικές απαντήσεις. Αδυναμία προσδιορισμού της βλάβης
Ανοικτή βιοψία (εκτομή)	Πλήρης ιστολογική εικόνα. Αποφυγή ψευδώς, αρνητικών αποτελεσμάτων. Μπορεί να προσφέρει πλήρη – τελική εκτομή της βλάβης.	Στοιχίζει. Υπάρχει κάποιος βαθμός πόνου. Τομή δέρματος και ουλή.

Πηγή: Αποστολίδης Ν. Πανουσόπουλος Δ. Ο καρκίνος του μαστού 1998

5.2.6 Διαγνωστική προσέγγιση γυναικών με καρκίνο μαστού στην Ελλάδα

Μέχρι σήμερα, η μαστογραφία παραμένει «αδιαμφισβήτητα» η καλύτερη διαγνωστική μέθοδος της νόσου. Στο παρελθόν έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές κλινικές μελέτες, με σκοπό τη σύγκριση γυναικών που παρακολουθούνται τακτικά με μαστογραφία και γυναικών που δεν παρακολουθούνται. Οι μελέτες αυτές περιλαμβάνουν μεγάλο αριθμό γυναικών, αφορούν σε πολυετή παρακολούθηση και έχουν αποδείξει τη σημασία του σταθερού μαστογραφικού ελέγχου στις ασυμπτωματικές γυναίκες για τη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού ³⁵.

Σε έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα για την ανάδειξη του επικρατέστερου τρόπου διάγνωσης της νόσου, ο επικρατέστερος τρόπος διαγνωστικής προσέγγισης της νόσου στις γυναίκες με καρκίνο μαστού, ήταν οτιδήποτε άλλο εκτός από την τακτική μαστογραφία. Από το 1980 έως το 1996, η διάγνωση από μαστογραφία ήταν σε ποσοστό 9,4% των γυναικών και από το 1996 έως το 2003, σε ποσοστό 14,5%, ενώ συνολικά και σε ποσοστό 74%, η διάγνωση έγινε από τις ίδιες τις γυναίκες, που βρήκαν τον όγκο μόνες τους ή είδαν κάποιο σύμπτωμα της νόσου (αιμορραγική ρύση, εισολκή θηλής) και αναζήτησαν ιατρική βοήθεια.

Η ομάδα των γυναικών στις οποίες η διάγνωση της νόσου έγινε με μαστογραφία είχαν μεγαλύτερο ποσοστό επιβίωσης και γενικότερα καλύτερη πορεία νόσου. Αυτό συνέβη επειδή οι γυναίκες αυτές είχαν ως επί το

πλείστον, μικρούς όγκους, με το μικρότερο βαθμό κακοήθειας, αλλά και τους περισσότερους από τους λεμφαδένες, αρνητικούς, κατά το χρόνο της διάγνωσης.

Η μαστογραφία όπως αποδεικνύεται από τις σχετικές κλινικές μελέτες, παραμένει – παρόλες τις ατέλειες της – η βασική μέθοδος πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, και κατά συνέπεια, μείωσης της θνησιμότητας από τη νόσο.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν στατιστικά δεδομένα που να αναδεικνύουν το ποσοστό των γυναικών που υποβάλλονται σε περιοδικό μαστογραφικό έλεγχο. Ενδείξεις, ωστόσο, υπάρχουν ότι όλο και περισσότερο οι Ελληνίδες εξοικειώνονται με τη μέθοδο. Παρατηρείται σαφής αύξηση του αριθμού των γυναικών που έκαναν μαστογραφία πριν από το 1996 και μετά το 1996, σε σχέση με τον αριθμό των γυναικών που βρήκαν τον όγκο με άλλο τρόπο. Επειδή όμως, η πλειονότητα των γυναικών στην Ελλάδα δεν ενημερώνεται σωστά για την αναγκαιότητα και τη συχνότητα του περιοδικού μαστογραφικού ελέγχου, είναι υποχρέωση των ιατρών να συστήνουν ετήσιο κλινικό και μαστογραφικό έλεγχο, ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας. Ο ετήσιος έλεγχος πρέπει να αρχίζει από την ηλικία των 40 ετών και να συνεχίζεται έως το γήρας των γυναικών, εφόσον το επιτρέπει η γενική τους κατάσταση³⁵.

5.3 ΜΕΣΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

5.3.1 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην διάγνωση του καρκίνου του μαστού

Η νοσηλεύτρια είναι συχνά η πρώτη από τους ειδικούς, με την οποία έρχεται σε επαφή η ασθενής και το οικογενειακό της περιβάλλον, όταν εισέρχονται στο νοσοκομειακό σύστημα. Αυτή η πρώτη συνάντηση είναι η αρχή της σχέσης νοσηλεύτριας – ασθενούς, η οποία μπορεί να αποδειχθεί σημαντική πηγή σταθερότητας για την ασθενή και την οικογένειά της, κατά τη διάρκεια της παραμονής της στο νοσοκομείο.

Η νοσηλευτική εκτίμηση ξεκινά από την πρώτη κιόλας συνάντηση. Η νοσηλεύτρια συστηματικά αναζητεί δεδομένα για την ασθενή και την οικογένειά της, κάνοντας σχετικές ερωτήσεις και παρατηρήσεις, ακούγοντας και εξετάζοντας την ασθενή²¹.

Το νοσηλευτικό ιστορικό είναι πολύτιμο εργαλείο, το οποίο βοηθάει τη νοσηλεύτρια να αποκτήσει στοιχεία σχετικά με τη σωματική και ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς. Πολλά κλασικά σχήματα χρησιμοποιούνται για τη σειρά των ερωτήσεων που θα συμπεριλάβει το νοσηλευτικό ιστορικό.

Η νοσηλεύτρια μπορεί να χρησιμοποιήσει ως πηγή πληροφοριών για τη συμπλήρωση του ιστορικού, την ασθενή, την οικογένειά της, ή και τις δύο. Αν η ασθενής συνοδεύεται από μέλη της οικογένειας, μέρος του ιστορικού μπορεί να ληφθεί και παρόντων αυτών, έτσι ώστε να επαληθεύονται οι πληροφορίες που δίδονται.

Η παρατήρηση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των μελών μπορεί να μας δώσει πολύτιμες πληροφορίες για τις ανάγκες της ασθενούς και της οικογένειας.

Κατά τη συνέντευξη, η νοσηλεύτρια παρατηρεί τη φυσική κατάσταση της ασθενούς, όπως την αναπνοή, την ύπαρξη οιδήματος ή άλλα ορατά σημεία, τα οποία δίνουν το ερέθισμα για να δοθεί έμφαση σε ορισμένες ερωτήσεις.

Παρατίθενται εδώ 10 κατηγορίες ουσιαστικών πληροφοριών³⁶

1. Αιτία εισόδου

Η ασθενής πρέπει να περιγράψει, γιατί ήρθε στο νοσοκομείο. Μολονότι η νοσηλεύτρια γνωρίζει από πριν την αιτία, είναι σημαντικό να μάθει πως η ασθενής έχει εκτιμήσει τους λόγους εισαγωγής της³⁶.

2. Προσδοκίες από την εισαγωγή

Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει υπόψη της, ότι κάθε ασθενής έχει τις δικές της προσδοκίες από την εισαγωγή της στο νοσοκομείο και ότι αυτές σχετίζονται με προηγούμενες εισαγωγές και με τα αποτελέσματά τους. Επίσης, οι προσδοκίες αυτές, σχετίζονται με το οικογενειακό της περιβάλλον και τη γνώμη του γύρω από το θέμα, καθώς επίσης και με τα μέσα

ενημέρωσης και τις πληροφορίες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που μπορεί να επηρεάσει την ασθενή αρνητικά ή και θετικά ³⁶.

3. Κατανόηση του καρκίνου

Το κατά πόσον, η ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο με σκοπό να επιβληθεί στον καρκίνο της ή αν βρίσκεται εκεί για να εκδηλώσει το φόβο της ανακάλυψής του, είναι στοιχεία με τα οποία μπορούμε να μελετήσουμε την επίγνωση και αντίληψη της σημασίας και προσοχής που δίνεται στον καρκίνο από τα περιοδικά, τις εφημερίδες, την τηλεόραση. Η ασθενής μπορεί να είναι καλά πληροφορημένη ή να βρίσκεται σε σύγχυση, σχετικά με το τι είναι ο καρκίνος του μαστού και με την πρόγνωσή του ³⁶.

4. Κοινωνικό ιστορικό

Με αυτό το μέρος της συνέντευξης η νοσηλεύτρια μαθαίνει για το κοινωνικό υπόβαθρο της ασθενούς. Αυτό το μέρος έχει να κάνει με το είδος εκείνο των πληροφοριών, το οποίο μπορεί να δημιουργήσει στην ασθενή το αίσθημα της εμπιστοσύνης προς τη νοσηλεύτρια. Οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν θα φανούν χρήσιμες και θα χρησιμοποιηθούν για τη βοήθεια της ασθενούς, κατά τη διάρκεια της περιόδου διάγνωσης, και αν ενδείκνυται από τη διάγνωση, τις μετέπειτα αποφάσεις της ασθενούς όσον αφορά στην εκλογή της θεραπείας, στην αποδοχή της διάγνωσης και στην αντιμετώπιση της οικογένειας, των φίλων, του εργοδότη και των υπολοίπων ³⁶.

5. Προηγούμενο ιατρικό ιστορικό

Το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό και η καταγραφή προηγούμενης εισαγωγής και παραμονής στο νοσοκομείο, χρησιμοποιούνται για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας. Το ιατρικό ιστορικό λαμβάνεται με τη μορφή ερωτήσεων, χωριστά για κάθε σύστημα του σώματος, περιλαμβάνοντας το αναπνευστικό, το καρδιαγγειακό, το κεντρικό νευρικό, το ενδοκρινικό, το γεννητικό και το πεπτικό σύστημα, καθώς και τα όργανα των αισθήσεων ³⁶.

6. Φαρμακευτική αγωγή

Η ασθενής πρέπει να ερωτηθεί τι φάρμακα λαμβάνει και να συγκριθεί η ανταπόκριση της ασθενούς, με την ιατρική καταγραφή της φαρμακευτικής αγωγής. Η ασθενής μπορεί να λαμβάνει τα φάρμακα με λάθος τρόπο ή να μην της τα έχει συστήσει γιατρός. Η αντίληψη της ασθενούς σχετικά με την αιτιολογία της λήψης φαρμάκων είναι σημαντική για την εκτίμηση της κατανόησης της αγωγής, όσο και η ανάγκη για τη χορήγηση οδηγιών. Η ασθενής ερωτάται επίσης, αν είναι αλλεργική σε κάποια φάρμακα και αν είναι, της ζητείται να περιγράψει την εμπειρία που είχε σε κάποια αντίδραση ³⁶.

7. Διαιτητικοί περιορισμοί

Η νοσηλεύτρια οφείλει να ανακαλύψει τις διατροφικές συνήθειες της ασθενούς και τις ιδιαίτερες προτιμήσεις ή αποστροφές της, οι οποίες πρέπει να καταγράφονται για τη μετέπειτα αναφορά στο σχεδιασμό παρέμβασης, για την αντιμετώπιση της ανορεξίας από τη θεραπεία, όπως συμβαίνει στη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία ³⁶.

8. Ειδικές ανάγκες

Ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει τη γνώση των συνηθειών της ασθενούς, τα όρια εξάντλησης, τις προτιμήσεις της, τις διακρινόμενες ανάγκες για απασχόληση και επικοινωνία.

Βοηθητικά μηχανήματα που μπορεί να έχει ανάγκη η ασθενής για την ακοή, την όραση, τη μύηση και τη βάδιση πρέπει να καταγράφονται και να χρησιμοποιούνται για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η νοσηλεύτρια θα βοηθήσει επίσης την ασθενή να αποκτήσει τις βοηθητικές αυτές συσκευές, σε περίπτωση που δεν τις έχει μαζί της, στο νοσοκομείο. Σημειώνεται ακόμη ότι, αν η ασθενής φοράει γυαλιά, έχει οδοντοστοιχίες ή ακουστικά, χρησιμοποιούνται προστατευτικά μέτρα για τις ανάγκες της ασθενούς, για ασφάλεια, επικοινωνία και προσαρμογή στο περιβάλλον του νοσοκομείου ³⁶.

9. Συναισθηματικές ανάγκες

Ο καρκίνος είναι ασθένεια που αντιμετωπίζεται δύσκολα, βασικά εξαιτίας της αμφίβολης πρόγνωσης της. Συγκεκριμένες απαντήσεις σχετικά με

τη θεραπεία και την περίοδο ύφεσης της ασθένειας δεν είναι δυνατόν να δοθούν. Για το λόγο αυτόν, η ασθενής διακατέχεται από άγχος και η κατανόηση των προηγούμενων τρόπων, με τους οποίους η ασθενής αντιμετώπιζε τα προβλήματά της, θα βοηθήσει τη νοσηλεύτρια να την υποστηρίξει, να αντιμετωπίσει τη διάγνωση και, αναλόγως του διαγνωστικού αποτελέσματος, τη θεραπεία και τη χρονιότητα ³⁶.

10. Διαγνωστικές εξετάσεις

Ένα μέρος του αρχικού διαγνωστικού ελέγχου, όπως αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφίες, δειγματολογικές εξετάσεις, συνήθως παραγγέλλονται για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης της υγείας της ασθενούς. Αυτές οι εξετάσεις ρουτίνας δεν είναι ειδικές για τον καρκίνο, αλλά τα αποτελέσματά τους μπορεί να υποδείξουν την παρουσία μη φυσιολογικής κατάστασης –όπως λοίμωξης, αιμορραγίας ή άλλης παθολογικής διεργασίας- σχετιζόμενης με τον καρκίνο, προκαρκινικών καταστάσεων ή κάποιου παθολογικού ευρήματος, το οποίο όμως δεν είναι καρκινικό. Οι εξετάσεις αυτές δεν περιγράφονται, γιατί χρησιμοποιούνται γενικά σε κάθε διαγνωστικό έλεγχο ³⁷.

5.3.2 Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια των εξετάσεων

Οι περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις δεν προκαλούν σωματικό πόνο, για αυτό και δεν προκαλούν μεγάλη αναστάτωση, αλλά μηνύουν στην ασθενή ότι υπάρχει κάποιος λόγος να ανησυχεί σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου. Από την ανησυχία αυτή ανακουφίζεται μόνον όταν η διάγνωση έχει τεθεί. Κάθε εξέταση που κάνει η ασθενής, κάθε νέο άτομο που συναντά, μπορεί να της αυξήσει το αίσθημα ότι χάνει τον έλεγχο. Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει τον έλεγχό της σε αυτό το άγνωστο περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσεται αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης με την ασθενή, ενημερώνοντας την για όλες τις εξετάσεις στις οποίες θα υποβληθεί, εξηγώντας της για ποιο σκοπό αποφασίστηκε η διενέργεια της εξέτασης και ενημερώνοντάς την σχετικά με τον τρόπο που θα γίνει η εξέταση και με το χρόνο διάρκειάς της. Αν είναι γνωστό από προηγουμένως, μπορεί να ενημέρωση την ασθενή για το πότε έχουν προγραμματισθεί οι εξετάσεις ³⁷.

Περαιτέρω διαγνωστικές διαδικασίες

Μετά την ολοκλήρωση του ιστορικού, των προκαταρκτικών εξετάσεων και της φυσικής εξέτασης, παραγγέλλονται σχεδόν πάντα περαιτέρω διαγνωστικές διαδικασίες. Πολλές από αυτές τις διαδικασίες απαιτούν τη γραπτή συγκατάθεση της ασθενούς. Κάθε ίδρυμα έχει πρωτόκολλο για τη γραπτή συγκατάθεση. Ένα βασικό στοιχείο είναι ότι –προτού να υπογράψει- η ασθενής και η οικογένειά της πρέπει να ενημερωθούν.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να εξηγήσει στην ασθενή την όλη διαδικασία, να την ενθαρρύνει και να την υποστηρίξει το διάστημα που εκείνη πρέπει να αποφασίσει για τη συμμετοχή της στις διαγνωστικές διαδικασίες να δώσει τη συγκατάθεσή της και κατά τη διάρκειά τους. Ειδική προετοιμασία, όπως ειδική δίαιτα, καθαρκοί υποκλυσμοί ή χορήγηση ηρεμιστικών, είναι συνήθως για πολλές διαγνωστικές εξετάσεις. Πριν από την προετοιμασία της ασθενούς, πρέπει η νοσηλεύτρια να εκτιμήσει την φυσική κατάσταση της ασθενούς. Να εξηγήσει τα αποτελέσματα που έχει συνήθως η συγκεκριμένη προετοιμασία, και τι μπορεί να προκαλέσει στην ασθενή. Να γνωρίζει αν η ασθενής είναι αλλεργική σε κάποιο από τα φάρμακα που πρέπει να πάρει κατά την εξέταση. Σε περίπτωση που η κατάσταση της ασθενούς είναι ασταθής, αλλά η εξέταση είναι απαραίτητη, οφείλει η νοσηλεύτρια να συνοδεύει την ασθενή και εξασφάλιση την άνεση και την ασφάλεια της ασθενούς. Μπορεί να χρειαστεί η χορήγηση παρεντερικών διαλυμάτων για την αντιμετώπιση αφυδάτωσης. Η χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων μπορεί να είναι απαραίτητη κατά τη διάρκεια της εξέτασης ή για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της. Μπορεί η ασθενής να πάρει αναλγητικά πριν από την εξέταση, για να αισθάνεται πιο άνετα.

Τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων εκτιμώνται από τους γιατρούς και συνήθως από ομάδα ογκολόγων. Οι διαγνωστικές εξετάσεις πραγματοποιούνται για τη διαπίστωση της παρουσίας μάζας ή της συγκεκριμενοποίησης του τύπου του όγκου ή της εντόπισης των ορίων ανώμαλης μάζας. Αλλά ακόμη και αν η ασθενής έχει υποβληθεί σε μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων, η εξακρίβωση της θετικότητας ενός αποτελέσματος μπορεί να εξαρτάται από χειρουργικές διαδικασίες²⁰.

5.3.3 Συναισθηματικές αντιδράσεις στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και ο ρόλος της νοσηλεύτριας.

Η σημασία της διάγνωσης του καρκίνου για κάθε άτομο είναι πολλή προσωπική και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι οι εμπειρίες που είχε το άτομο στο παρελθόν σχετικά με τον καρκίνο, οι πολιτισμικές παράμετροι και οι πληροφορίες που έχει για τον καρκίνο. Καθένας από αυτούς τους παράγοντες μπορεί να είναι ή να μην είναι σωστός, μπορεί να είναι ή να μην είναι βοηθητικός και μπορεί να οδηγεί ή να μην οδηγεί το άτομο σε θετική αντιμετώπιση και προσαρμογή. Ακόμη το άτομο, η οικογένεια και οι φίλοι έχουν όλοι τους διαφορετικές εμπειρίες οι οποίες επηρεάζουν την έννοια της διάγνωσης του καρκίνου και τις προσδοκίες τους. Έτσι, ενώ ο νοσηλευτής παρατηρεί όμοια συμπεριφορά και τρόπους αντίδρασης, είναι πολύ σημαντικό να θυμάται ότι κάθε άτομο που διαγιγνώσκει με καρκίνο, βιώνει μια μοναδική κατάσταση, που πλαισιώνεται από πολύ προσωπικές εμπειρίες της ζωής. Παρόμοια με το άτομο και οι πολύ δικοί τους άνθρωποι προσαρμόζονται στην διάγνωση του καρκίνου μέσα στα πλαίσια των δικών τους προσωπικών εμπειριών⁸.

Μία άλλη παράμετρος που πρέπει να υπογραμμισθεί είναι ο χρόνος, η χρονική περίοδος της διάγνωσης του καρκίνου, όσον αφορά την ηλικία του ατόμου και της οικογενείας του, η οποία μπορεί να υπερβάλλει ή να μετριάξει τα συναισθήματα που προκαλούνται από την διάγνωση. Η διάγνωση μιας κακοήθειας στον μαστό μίας συζύγου, μητέρας, κόρης, αδελφής στην πιο παραγωγική της, ίσως, ηλικία, συχνά θεωρείται πολύ πιο καταστροφική από ότι σε ένα μεγαλύτερο στην ηλικία άτομο που φαινομενικά θα λέγαμε έχει εκπληρώσει τις σημαντικότερες υποχρεώσεις της ζωής⁸.

Κάτι πολύ σημαντικό είναι και το γεγονός ότι η αρχική διάγνωση του καρκίνου του μαστού μπορεί να συνοδεύεται από ποικίλα επίπεδα προβληματισμού, που κυμαίνονται από ένα χαμηλό βαθμό υποψίας και άγχους μέχρι ένα αυξημένο βαθμό υποψίας, άγχους και ανησυχίας που προέρχεται από τις διαγνωστικές διαδικασίες.

Έτσι το άτομο και η οικογένειά του μπορεί αρχικά να βιώνουν το Shock μιας αναμενόμενης διάγνωσης ή τον πόνο της επιβεβαίωσης των πιο μεγάλων φόβων τους. Η προσωπική σημασία που έχει ο καρκίνος για το άτομο φαίνεται επίσης με το πέρασμα του χρόνου.

Ως εκ τούτου οι Νοσηλευτές πρέπει να είναι πολλοί προσεκτικοί ώστε να μην θεωρούν μια αρχική αντίδραση σαν μόνιμη και αντιπροσωπευτική του τρόπου με τον οποίο το άτομο και η οικογένειά του θα αντιμετωπίσουν το πρόβλημα στο μέλλον. Ακόμη πρέπει να αποφεύγεται κάθε αρνητικός χαρακτηρισμός συμπεριφοράς ή αντίδρασης ως υπερβολικής ή μη φυσιολογικής. Διότι δεν υπάρχει τίποτε φυσιολογικό όταν μία γυναίκα διαγιγνώσκει ότι έχει καρκίνο μαστού, ούτε υπάρχει ένας σωστός και φυσιολογικός τρόπος για να αντιμετωπίσει κανείς την απειλή της απώλειας ενός αγαπητού προσώπου ³⁷.

Η διάγνωση του καρκίνου είναι μία στρεσογόνος και τραυματική εμπειρία. Οι αντιδράσεις στην εμπειρία αυτή ποικίλουν και κυμαίνονται από θυμό μέχρι ενοχή, από άγχος και ανησυχία μέχρι δυσπιστία και από αυτολύπηση μέχρι πικρία και εχθρότητα, απομόνωσης και μελαγχολία, αβεβαιότητα και αισθήματα έλλειψης βοήθειας και ελπίδας. Αυτές οι φυσιολογικές αντιδράσεις συμβαίνουν σε κάθε άτομο σε κάποιο βαθμό.

Πολλές μελέτες εξετάζοντας τον αντίκτυπο του καρκίνου στην ζωή των ατόμων εστιάζουν τα ευρήματά τους στις επιπτώσεις του καρκίνου στην ικανοποίηση των ρόλων που έχει το άτομο, παρά τις συναισθηματικές του αντιδράσεις.

Η Loveys και Klaiich στην προσπάθειά τους να διερευνήσουν την εμπειρία των γυναικών που πρόσφατα τους τέθηκε η διάγνωση του καρκίνου του μαστού, έθεσαν στις γυναίκες της ομάδας μελέτης, ηλικίας 29 έως 54 ετών, την ερώτηση «Ποιος είναι ο αντίκτυπος της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού στις καθημερινές σας δραστηριότητες» ¹⁸.

Στην ανάλυση των ευρημάτων τους οι ερευνήτριες σημειώνουν ότι το 74,7% των γυναικών υπογραμμίζουν τον προβληματισμό σχετικά με τα διάφορα θεραπευτικά σχήματα που θα ακολουθήσουν και τις παρενέργειές τους. Ενώ το 73,4% των γυναικών αναφέρουν τις αλλαγές που επήλθαν στην καθημερινή ζωή, στο πρόγραμμα, τις δραστηριότητες και στις διατροφικές αλλαγές εξ' αιτίας της αρρώστιας. Το ίδιο ποσοστό 73,4% ως προς την αποδοχή της νόσου αναφέρουν ότι η αρχική διάγνωση του καρκίνου του μαστού τους προκάλεσε shock.

Ως προς την διατήρηση των κοινωνικών σχέσεων και της κοινωνικής υποστήριξης από τους άλλους, το ίδιο επίσης ποσοστό, 73,4% των γυναικών,

δηλώνουν ότι επήλθαν πολλές αλλαγές στη διαπροσωπικές τους σχέσεις και στην κοινωνική υποστήριξη που περίμεναν από τους άλλους.

Ως προς τις φυσικές αλλαγές που επήλθαν από την διάγνωση του καρκίνου του μαστού το 64,6% των γυναικών υπογραμμίζει κάποιες από αυτές, όπως είναι η αύξηση του σωματικού βάρους, οι δυσκολίες στον ύπνο και η κόπωση³⁷.

Όμως η διάγνωση του καρκίνου δεν είναι κάτι ιδιαίτερα σοβαρό μόνον για την ασθενή, αλλά και για ολόκληρο το σύστημα που λέγεται οικογένεια.

Κατά τον ίδιο τρόπο αλλαγές στην συμπεριφορά και έντονες αντιδράσεις, όπως αυτές του φόβου, της αβεβαιότητας, της απομόνωσης, του αισθήματος ότι δεν υπάρχει βοήθεια από πουθενά, δεν χαρακτηρίζουν μόνον το άτομο, που τίθεται η διάγνωση ότι πάσχει από καρκίνο, αλλά και όλα τα μέλη της οικογένειας.

Το 2000, η Shands και οι συνεργάτιδές της, μελετώντας την επικοινωνία της μητέρας και παιδιού σχετικά με τον καρκίνο μαστού της μητέρας, αναφέρουν ότι οι μητέρες παιδιών προσχολικής ηλικίας αντιμετώπισαν μοναδικά στο είδος τους διλήμματα, όταν χρειάστηκε να εξηγήσουν στα παιδιά τους για την διάγνωση του καρκίνου του μαστού και την απαραίτητη θεραπεία που πρέπει να κάνουν. Οι μητέρες επιστράτευαν αρκετούς τρόπους διδασκαλίας και κατάλληλης συμπεριφοράς προκειμένου να βοηθήσουν τα παιδιά τους, της σχολικής ηλικίας, να αντιμετωπίσουν και εκείνα με τη σειρά τους την πραγματικότητα της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού της μητέρας τους. Τα παιδιά της σχολικής ηλικίας δεν μπορούν να συκρατήσουν πολλές πληροφορίες για τον καρκίνο της μητέρας τους, ιδιαίτερα αν δεν τους δοθούν με κατάλληλο για την ηλικία τους τρόπο. Γι' αυτό και οι μητέρες των παιδιών σχολικής ηλικίας χρειάζονται οι ίδιες ειδική παρέμβαση, ενίσχυση και βοήθεια προκειμένου να εξηγήσουν σε αυτά την διάγνωσή τους και την θεραπεία με τέτοιο τρόπο, ώστε να μην δημιουργηθούν στα παιδιά και άλλα, περισσότερα προβλήματα³⁶.

Η Sambas, μελετώντας τις ανάγκες των ανδρών που είχαν σχέση με την διάγνωση του καρκίνου του μαστού των συζύγων τους και τις απόψεις τους αναφορικά με το πώς αυτοί μπορούν να βοηθηθούν για να αντιμετωπίσουν την πραγματικότητα που προέκυψε, υποστηρίζει ότι οι σύζυγοι εξέφρασαν τους δικούς τους προσωπικούς και συναισθηματικούς

προβληματισμούς καθώς επίσης και την επιθυμία τους να υποστηρίξουν τις συζύγους τους. Επίσης ζήτησαν βοήθεια προκειμένου να αντιμετωπίσουν τους δικούς τους προσωπικούς προβληματισμούς και να μάθουν τρόπους για να στηρίξουν τις συζύγους τους, καθώς αυτές βιώνουν την εμπειρία της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού

Ως εκ τούτου, όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, έχοντας υπόψη τους αυτά τα δεδομένα, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν τους συζύγους στο ταξίδι των συζύγων τους και να τους δίνουν ευκαιρίες να εκφράσουν τους προσωπικούς τους προβληματισμούς, φυσικά, ξεχωριστά από τις συζύγους τους³⁷.

5.3.4 Νοσηλευτική παρέμβαση στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού

Τα ποικίλα προβλήματα της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού που βιώνει κάθε γυναίκα και η αποτελεσματική αντιμετώπισή τους απαιτούν κατάλληλη νοσηλευτική παρέμβαση. Η νοσηλευτική πράξη αρχίζει με την αξιολόγηση των προβλημάτων και αναγκών της αρρώστου ως ατόμου αφενός, και της σχέσεώς της με το περιβάλλον αφετέρου.

Λέγοντας ανάγκη εννοούμε όλα εκείνα τα βιολογικά, περιβαλλοντικά και ψυχοκοινωνικά στοιχεία που απαιτεί ο ανθρώπινος οργανισμός προκειμένου να διατηρήσει την βιολογική και ψυχοκοινωνική του υγεία²⁹.

Η Tringali σε μία διερευνητική μελέτη των αναγκών των οικογενειών και των ασθενών τους στην προδιαγνωστική και διαγνωστική περίοδο, υπογραμμίζει ότι αυτές εμπίπτουν σε τρεις κατηγορίες.

1. Στις φυσικές, βιολογικές ανάγκες
2. Στις πληροφοριακές ανάγκες και
3. Στις συναισθηματικές ανάγκες

Στην προδιαγνωστική περίοδο, που συνοδεύεται ίσως από την εισαγωγή της γυναίκας στο Νοσοκομείο, η γυναίκα έχει διαπιστώσει κάποια σκληρία ή δοκιμάζει κάποια συμπτώματα.

Με την εισαγωγή όμως της αρρώστου στο Νοσοκομείο αρχίζει και η φάση των διαγνωστικών εξετάσεων, φάση στην οποία και οι φυσικές και οι πληροφοριακές και οι συναισθηματικές ανάγκες αυξάνουν.

Διαγνωστικές εξετάσεις προγραμματίζονται καθημερινά και η ασθενής αναπόφευκτα εκτίθεται όλο και σε περισσότερους ανθρώπους και η

προσωπική της αξιοπρέπεια και οντότητα αρχίζουν να θίγονται. Ο κόπος της κάθε ημέρας γίνεται περισσότερο αισθητός σε συνδυασμό με το άγχος και την αγωνία για τα αποτελέσματα των εξετάσεων ²⁰.

Η Tringali, κατατάσσει τις πληροφοριακές και συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών, σύμφωνα με τον βαθμό της σπουδαιότητάς τους ως, εξής.

1. Ανάγκη να απαντούμε ειλικρινά στις ερωτήσεις τους
2. Ανάγκη να τους εξηγούμε, ό,τι τους εξηγούμε, με απλά λόγια που να μας καταλαβαίνουν
3. Ανάγκη να ξέρουν τι είδους θεραπεία θα κάνουν
4. Ανάγκη να ξέρουν τι συμπτώματα προκαλούν οι διάφορες θεραπείες που θα κάνουν
5. Ανάγκη να ξέρουν πότε να περιμένουν τα τυχόν συμπτώματα από τις διάφορες θεραπείες που θα κάνουν
6. Ανάγκη να γνωρίζουν πως αξιολογούν οι γιατροί και οι νοσηλευτές την κατάστασή τους
7. Ανάγκη να αισθάνονται ότι το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό φροντίζουν για αυτές
8. Ανάγκη να ενισχυθεί η ελπίδα τους για την ζωή
9. Ανάγκη να είναι πάντα κοντά τους ένα μέλος της οικογένειάς τους
10. Ανάγκη να μπορούν να εκφράζουν τα συναισθήματά τους, και όταν τα εκδηλώνουν να μην παρεξηγούνται
11. Ανάγκη να γνωρίζουν το όνομα του γιατρού που τις παρακολουθεί και των νοσηλευτών που τις φροντίζουν

Όπως είπαμε παραπάνω στην φάση των διαγνωστικών εξετάσεων η γυναίκα κυριαρχείται από άγχος. Η σκέψη του θανάτου περνάει από το μυαλό της και τα εναλλασσόμενα πρόσωπα που απασχολούνται μαζί της, της δημιουργούν σύγχυση. Ακόμη οι εργαστηριακοί και ιατρικοί όροι που ακούει συνεχώς ελαττώνουν την ικανότητά της να καταλάβει και να κρατήσει τις πληροφορίες που της δίνουμε. Συχνά αντιμετωπίζουμε το γεγονός που η άρρωστη μας παρακαλεί να εξηγήσουμε ή να πούμε, ό,τι έχουμε σκοπό να πούμε, σε κάποιον δικό της, σε όποιον εκείνη αισθάνεται περισσότερη ασφάλεια. Έτσι νομίζω διευκολύνεται και η σωστή μεταφορά των πληροφοριών και αποφεύγονται οι παρανοήσεις και οι παρεξηγήσεις ³¹.

Κάτι άλλο που πρέπει να προσέξουμε είναι το πόσο κατάλληλη είναι η ώρα που πάμε να δώσουμε τις πληροφορίες ή τις εξηγήσεις που θέλουμε να δώσουμε στην άρρωστη³³.

Οι άρρωστοι με καρκίνο δεν χρειάζονται όλοι την ίδια ποσότητα πληροφοριών όμως υπάρχει μία ποσότητα που την χρειάζονται όλοι. Αυτή η ανάγκη τους είναι περισσότερο έντονη όταν ετοιμάζουμε την γυναίκα για κάποια διαγνωστική εξέταση. Ας εξηγήσουμε στην άρρωστη και σε κάποιο μέλος της οικογένειάς της, ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο, με λίγα και απλά λόγια τι θα της γίνει, πως θα γίνει, αν θα πονέσει ή όχι, πόσο θα διαρκέσει, αν θα εκτεθεί ή όχι, που θα πάει και πως θα πάει³⁴.

Η συμπεριφορά μας αυτή δεν ικανοποιεί μόνον τις πληροφοριακές της ανάγκες, αλλά και τις συναισθηματικές. Διότι έτσι η γυναίκα βλέπει να διαπιστώνει ότι δεν είναι απλώς το νούμερο ενός κρεβατιού, αλλά ότι την υπολογίζουν σαν άτομο με οντότητα και αξία, και επομένως δεν την έχουν διαγράψει ακόμη από την ζωή³⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Με τις διαγνωστικές δυνατότητες που διαθέτουμε σήμερα, στη συντριπτική πλειονότητα των ασθενών, έχει τεθεί προεγχειρητικά η διάγνωση του καρκίνου. Αφού συζητηθούν οι θεραπευτικές επιλογές με την ασθενή και αποφασισθεί ένα «πλάνο» θεραπείας, τότε αυτή οδηγείται στο χειρουργείο για θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει βασικά τέσσερις ειδικούς χειρισμούς: Χειρουργική, Ακτινοθεραπεία, Χημειοθεραπεία και Ορμονοθεραπεία. Όλες οι θεραπευτικές δυνατότητες που διαθέτουμε σήμερα, πρέπει να χρησιμοποιούνται (multimodality treatment) ανάλογα με την περίπτωση και τις ενδείξεις, βάσει των επί μέρους χαρακτηριστικών, τόσο της ασθενούς (π.χ. ηλικία, βιολογική κατάσταση, άλλα νοσήματα), όσο και του όγκου ¹⁰.

6.1.1 Χειρουργική

α. Βιοψία (Excisional Biopsy)

Σήμερα είναι ισοδύναμος όρος με την ογκεκτομή (lumpectomy), κατά την οποία αφαιρείται όλος ο μακροσκοπικός όγκος. Μετά την εμπειριστατωμένη μελέτη της αφαίρεσης του όγκου επί υγιών ορίων, στη πράξη έχει αντικατασταθεί από την «ευρεία τοπική εκτομή» ³⁸.

β. Ευρεία Τοπική Εκτομή (Wide Local Excision)

Είναι η εκτομή του όγκου μαζί με ένα υγιές τμήμα ιστού τουλάχιστον 2 cm γύρω από αυτόν. Μία προέκταση αυτής της επέμβασης είναι η τεταρτεκτομή (quadrantectomy) κατά την οποία αφαιρείται όλο το τεταρτημόριο του μαστού, στο οποίο ήταν ο καρκίνος ³⁸.

γ. Ολική ή Απλή Μαστεκτομή (Total or Simple Mastectomy)

Η αφαίρεση ολόκληρου του μαζικού αδένου μαζί με το υπερκείμενο δέρμα.

δ. Εκτεταμένη Ολική Μαστεκτομή (Extended Total Mastectomy)

Η επέμβαση περιλαμβάνει την ολική αφαίρεση του μαστού και τον πλήρη λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης, χωρίς όμως να αφαιρείται ή να κόβεται ο μείζων ή ο ελάσσων θωρακικός μυς. Είναι η επέμβαση που έχει αντικαταστήσει τα τελευταία χρόνια τη ριζική μαστεκτομή.

ε. Ριζική Μαστεκτομή (Radical Mastectomy)

ε.1 Κλασσική Ριζική Μαστεκτομή

Περιλαμβάνει την εκτομή όλου του μαζικού αδένου, του περιεχομένου της μασχάλης και του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός. Σήμερα εφαρμόζεται σπάνια και μόνο σε όγκους του οπισθίου τμήματος του μαστού, με εκτεταμένη διήθηση του μείζονος ή/και ελάσσονος θωρακικού μυός.

ε.2 Τροποποιημένη Ριζική Μαστεκτομή (Modified)

Η προσπέλαση της κορυφής της μασχάλης επιτυγχάνεται με τη διατομή του ελάσσονος θωρακικού μυός, κοντά στην πρόσφυσή του στη κορακοειδή απόφυση. Τροποποίηση της επέμβασης αποτελεί η αφαίρεση του ελάσσονος θωρακικού μυός, με σκοπό τον καλύτερο καθαρισμό των λεμφαδένων της μασχάλης, περιλαμβανομένων και αυτών που βρίσκονται μεταξύ των θωρακικών μυών.

στ. Μαστεκτομή με διατήρηση δέρματος (Skin-sparing Mastectomy)

Σε αυτή την εγχείρηση, αφαιρείται το σύμπλεγμα θηλής - άλω, όλος ο μαζικός αδένος μαζί με το περιεχόμενο της μασχάλης. Διατηρείται όμως μεγάλο τμήμα του υπερκείμενου δέρματος του στήθους και απαιτείται μόνον ένα μικρό μόσχευμα για να καλυφθεί το έλλειμμα της περιοχής θηλής - άλω. Η αποκατάσταση γίνεται με μυοδερματικό κρημό (TRAM) ή πρόθεση σιλικόνης και το κοσμητικό αποτέλεσμα μπορεί να είναι πολύ καλό, λόγω διατήρησης του φυσιολογικού σχήματος του μαστού και ιδιαίτερα της υπομαστικής πτυχής - αναδίπλωσης στη βάση του στήθους^{38, 39}.

ζ. Υποδόρια Μαστεκτομή (Subcutaneous Mastectomy)

Κατά την υποδόρια μαστεκτομή το υπερκείμενο δέρμα αποχωρίζεται από το μαστό και αφαιρείται όσο το δυνατόν περισσότερος μαζικός αδένας και η «ουρά» του μαστού. Παραμένει ένα μικρό τμήμα αδενικού ιστού κάτω από το σύμπλεγμα θηλής - άλω, με σκοπό να διαφυλαχθεί η αιμάτωση της θηλής και να αποφευχθεί τυχόν νέκρωση.

Η σύγχρονη αποκατάσταση από την οποία συνοδεύεται, γίνεται συνήθως με τη τοποθέτηση μίας μόνιμης πρόθεσης σιλικόνης μέσα στο χώρο που δημιουργείται κάτω από τον μείζονα θωρακικό μύ (rocket), ο οποίος παρασκευάζεται και κινητοποιείται κατάλληλα ³⁹.

Επιπλοκές της Μαστεκτομής

Η μαστεκτομή είναι σε γενικές γραμμές μία πολύ ασφαλής χειρουργική επέμβαση, με πολύ μικρή μετεγχειρητική θνησιμότητα (κυρίως σε ηλικιωμένες ασθενείς με συνυπάρχοντα, λόγω της ηλικίας, καρδιαγγειακά προβλήματα) και μικρή μετεγχειρητική νοσηρότητα (Πίνακας 5).

Οι σοβαρές διεγχειρητικές επιπλοκές (αιμορραγία, πνευμοθώρακας) είναι εξαιρετικά σπάνιες. Η μόλυνση του τραύματος συμβαίνει σε ποσοστό < 1%, ενώ η συλλογή λέμφου που είναι αρκετά συχνή, αντιμετωπίζεται με εκκενωτικές παρακεντήσεις της περιοχής και υποχωρεί σε μικρό χρονικό διάστημα.

Αρκετά ενοχλητική επιπλοκή είναι η, συνήθως επώδυνη, δυσκαμψία του ώμου, η οποία μπορεί να προληφθεί και να αποφευχθεί με γρήγορη κινητοποίηση του άκρου από τη πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και στη συνέχεια κατάλληλη άσκηση.

Σοβαρή επιπλοκή της εγχείρησης είναι η ανάπτυξη λεμφοιδήματος του σύστοιχου άνω άκρου, που κυμαίνεται από 2 - 50%, ανάλογα με την έκταση του λεμφαδενικού καθαρισμού της μασχάλης, την προσθήκη ακτινοθεραπείας, επανειλημμένες λοιμώξεις κ.α. Για τη πρόληψη του λεμφοιδήματος θα πρέπει να δίνονται λεπτομερείς οδηγίες στην ασθενή για την υιοθέτηση συμπεριφοράς προφύλαξης του άκρου, κυρίως από έντονη κόπωση, λοιμώξεις και επανειλημμένες λεμφαγγειίτιδες ³⁹.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ

Μετεγχειρητική θνησιμότητα 0 - 2%

Κυρίως σε ηλικιωμένες ασθενείς.

Κύριος παράγοντας κινδύνου: οι συνυπάρχουσες κάρδιο-αγγειακές παθήσεις.

Μετεγχειρητική νοσηρότητα έως 16%

Λεμφόρροια – συλλογή λέμφου, Νέκρωση δερματικών κρημνών.

Μόλυνση τραύματος, λεμφαγγειίτιδα περιοχής τραύματος.

Δυσκαμψία ώμου, Λεμφοίδημα.

Διεγχειρητικές επιπλοκές

Μεγάλη απώλεια αίματος (> 500 ml)

Διατομή μεσοπλεύριο-βραχιόνιου νεύρου (δυσμορφία μασχάλης)

Τραυματισμός μακρού θωρακικού νεύρου (δυσμορφία ωμοπλάτης)

Τραυματισμός θωρακορραχιαίου νεύρου (δυσμορφία απαγωγής ώμου)

Τραυματισμός Μασχαλιαίας φλέβας

Πνευμοθώρακας

Δερματικοί κρημνοί

Ανεπαρκής σχεδιασμός εκτομής δέρματος (τάση κρημνών, ανεπαρκής αιμάτωση, νέκρωση, μόλυνση)

Ανεπαρκές «πάχος» δέρματος (νέκρωση, μόλυνση, καθυστερημένη επούλωση)

Άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές

Συλλογή λέμφου

Προβλήματα ουλής

Δυσκαμψία ώμου

Πρώιμο λεμφοίδημα

Μόλυνση τραύματος (σταφυλόκοκκος, στρεπτόκοκκος, προηγηθείσα ανοικτή βιοψία, διεγχειρητική επιμόλυνση, αιμάτωμα τραύματος, συλλογή λέμφου, παροχετεύσεις, ηλικία ασθενούς, κακή θρέψη, παχυσαρκία, διαβήτης)

ΑΠΩΤΕΡΕΣ ΜΕΤΕΝΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Λεμφοίδημα άνω άκρου (> 2 cm διάμετρος, διατομή λεμφαγγείων, μόλυνση τραύματος, ακτινοθεραπεία, συχνές λεμφαγγειίτιδες)

Συμπίεση νεύρων περιοχής βραχιονίου πλέγματος ή καρπιαίου σωλήνα (> 50% σε συνδυασμό με λεμφοίδημα, παραισθησία, αδυναμία άκρου, πόνος)

Λεμφαγγειοσάρκωμα άνω άκρου (ασθενείς με σοβαρό, μακροχρόνιο λεμφοίδημα)

Πηγή:Μαρκόπουλος Χ. Παθήσεις του μαστού, 2004

Συντηρητικές Χειρουργικές Επεμβάσεις

Ο όρος «συντηρητικές χειρουργικές επεμβάσεις» (Conservative Operations) αναφέρεται στην ευρεία τοπική εκτομή του όγκου (wide local excision) και στην τεταρτεκτομή (quadrantectomy), οι οποίες συνδυάζονται με πλήρη ή μερική αφαίρεση των λεμφαδένων της σύστοιχης μασχάλης.

Τα τελευταία χρόνια έχουν κερδίσει πολύ έδαφος, διότι διατηρούν το μαστό και έχουν καλύτερο κοσμητικό αποτέλεσμα. Όσον αφορά τη τοπική υποτροπή και τη συνολική επιβίωση, οι συντηρητικές χειρουργικές επεμβάσεις, συνδυαζόμενες με ακτινοθεραπεία, επιτυγχάνουν εξ ίσου καλά αποτελέσματα με την μαστεκτομή,^{40,41}.

Τονίζεται όμως, ότι θα πρέπει να εκτελούνται με προσεκτικές και καθορισμένες ενδείξεις(Πίνακας 6), όπως π.χ. μικρό μέγεθος όγκου, απουσία εκτεταμένου DCIS, θέση μακριά από τη θηλή κ.α.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ
1. Μέγεθος όγκου: κυρίως όγκοι T1 και μερικά T2
2. Μέγεθος μαστού: κατάλληλο για καλό κοσμητικό αποτέλεσμα
3. Θέση του όγκου: δεν επηρεάζει το αποτέλεσμα
4. Όρια εκτομής: - ευρεία εκτομή του όγκου (WLE) με μικροσκοπικά «ελεύθερα όρια» ή Τεταρτεκτομή (Quadrantectomy) - απουσία εκτεταμένης ενδοτορικής επέκτασης του όγκου (extensive in situ component)

5. Απουσία κλινικής και μαστογραφικής πολυκεντρικότητας
6. Μαστογραφικός τύπος: σχετική αντένδειξη οι πυκνοί μαστοί τύπου DV και η Παρουσία διάσπαρτων μικροαποπιτανώσεων
7. Απουσία ιστορικού χορήγησης Ακτινοθεραπείας (πχ. Νόσος Hodgkin)
8. Ενημέρωση (αναγκαιότητα ακτινοθεραπείας, επιπλοκές, μικρή πιθανότητα τοπικής υποτροπής) και επιθυμία της ασθενούς

Πηγή:Μαρκόπουλος Χ. Παθήσεις του μαστού,2004

6.1.2 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία έχει γίνει ένα πολύ σπουδαίο μέσο της αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού τα τελευταία 50 χρόνια. Οι συντηρητικές χειρουργικές επεμβάσεις με διατήρηση του μαστού, δεν θα είχαν καθιερωθεί χωρίς τη βοήθεια της ακτινοθεραπείας για τον έλεγχο της τοπικής υποτροπής. Επίσης, η συνεχής τεχνολογική εξέλιξη οδήγησε στη σημαντική ελάττωση των παρενεργειών της ακτινοβολίας και τη βελτίωση του κοσμητικού αποτελέσματος.

Η θεραπεία γίνεται τμηματικά για 6 εβδομάδες, κάθε μέρα, 5 φορές την εβδομάδα. Η ακτινοβολία γίνεται με ηλεκτρόνια, μονάδα Κοβαλτίου ή με γραμμικό επιταχυντή, σε δόση 4.600-5.000 cGy συνολικά και 1.000 cGy επιπλέον (boost) στη θέση του όγκου (tumor bed), στη περίπτωση ευρείας ογκεκτομής και διατήρησης του μαστού.

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται επίσης στις περιπτώσεις τοπικής υποτροπής στο θωρακικό τοίχωμα ή τους λεμφαδένες, στη μασχαλιαία κοιλότητα, αλλά και επί εγκεφαλικών και οστικών μεταστάσεων, δευτεροπαθών εντοπίσεων στο νωτιαίο μυελό, το μεσοθωρακίο κ.α.³⁸.

Αρχές και Τεχνική Ακτινοθεραπείας μετά τη Χειρουργική επέμβαση

α. Μαστός

Όταν πρόκειται για συντηρητική χειρουργική επέμβαση, ευρεία ογκεκτομή ή τεταρτεκτομή, το ποσοστό της τοπικής υποτροπής στον μαστό χωρίς ακτινοβολία θα ήταν περίπου 30% - 40%. Η ακτινοθεραπεία σε αυτές τις επεμβάσεις είναι πάντοτε απαραίτητη (αφού ελαττώνει τη πιθανότητα τοπικής υποτροπής στο 5 - 10% στα πέντε χρόνια) και παρά το γεγονός ότι η συνολική επιβίωση δεν επηρεάζεται ιδιαίτερα από την υποτροπή, από αυτή,

εφ' όσον διαγνωσθεί έγκαιρα, επηρεάζεται σίγουρα η ποιότητα ζωής της ασθενούς.

β. Μασχαλιαία κοιλότητα - Επιχώριοι λεμφαδένες

Το σκεπτικό ακτινοβόλησης της μασχαλιαίας κοιλότητας είναι η πρόληψη της τοπικής υποτροπής. Για αυτό η ακτινοβολία θα πρέπει να χορηγείται, αφού πρώτα εκτιμηθεί σωστά η πιθανότητα υποτροπής, ανάλογα με το είδος εγχείρησης της μασχάλης και των ευρημάτων, που αφορούν τη διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων.

γ. Ακτινοβολία μετά από Μαστεκτομή

Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας μετά από μαστεκτομή επαναπροσδιορίστηκε πρόσφατα, αφού δεν φαίνεται να προσφέρει στατιστικά σημαντική αύξηση της επιβίωσης. Είναι λοιπόν λογική η εφαρμογή της ακτινοβόλησης στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, μόνο εφ' όσον συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις³⁹.

6.1.3 Ορμονοθεραπεία

Έχουν περάσει περίπου 100 χρόνια, από τότε που παρατηρήθηκε για πρώτη φορά ότι η ωθηκεκτομή, μπορεί να επηρεάσει την πορεία των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Η ανακάλυψη όμως των ορμονικών υποδοχέων σε κύτταρο καρκίνου του μαστού, έδωσε νέα ώθηση για πιο συστηματική προσέγγιση αυτής της μορφής θεραπείας της νόσου.

Σήμερα έχουμε στη διάθεσή μας αρκετές μεθόδους ανίχνευσης και μέτρησης των ορμονικών υποδοχέων σε κυτταρολογικά παρασκευάσματα ή τμήματα όγκου από καρκίνο του μαστού.

Η κατάσταση των οιστρογονικών υποδοχέων του όγκου εξαρτάται από την εμμηνορρυσιακή κατάσταση της ασθενούς και από την ηλικία της. Περισσότερες του 80% των ασθενών ηλικίας άνω των 75 ετών, έχουν θετικούς τους οιστρογονικούς υποδοχείς.

Μία από τις σπουδαιότερες προόδους στην ορμονικές θεραπείες ήταν η παρασκευή μη - στεροειδών ουσιών, που ανταγωνίζονται τη δράση των οιστρογόνων. Η πλέον συχνά χρησιμοποιούμενη ουσία είναι η Ταμοξιφένη (Tamoxifen), που ανταγωνίζεται την οιστραδιόλη στη δέσμευση με τον

οιστρογονικό υποδοχέα στο κυτταρόπλασμα των καρκινικών κυττάρων, ενώ συγχρόνως, σε κυτταρικό επίπεδο, προάγει την παραγωγή του ανασταλτικού για τον πολλαπλασιασμό παράγοντα ανάπτυξης, TGFβ. Αποτέλεσμα είναι η επιβράδυνση της κυτταρικής διαίρεσης και του πολλαπλασιασμού των κυττάρων του όγκου.

Οι παρενέργειες της Ταμοξιφένης είναι συνήθως ήπιες. Σε μικρό ποσοστό παρατηρούνται εξάψεις, αιμορραγία από το κόλπο ή αμηνόρροια (10%), ενώ παράλληλα, δεν επιφέρει καταστολή του μυελού των οστών. Η μακροχρόνια χορήγηση ταμοξιφένης επίσης ελαττώνει τη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου στον άλλο μαστό, προστατεύει από κάρδιο - αγγειακά επεισόδια (αλλάζοντας ευνοϊκά το λιπιδαιμικό profile των ασθενών) και προλαμβάνει την οστεοπόρωση. Έχει όμως παρατηρηθεί ελαφρά αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του ενδομητρίου σε ασθενείς που λαμβάνουν ταμοξιφένη.

6.1.4 Χημειοθεραπεία

Έχει αποδειχθεί ότι, εκτός από τη χειρουργική αντιμετώπιση, η προφυλακτική, συστηματική χορήγηση φαρμάκων (adjuvant chemotherapy), ελαττώνει τη πιθανότητα υποτροπής της νόσου κατά τη πρώτη 10ετία και αυξάνει τη συνολική επιβίωση. Το αποτέλεσμα αυτό είναι πλέον εμφανές στις προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς με διηθημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες¹⁰.

Γενικές ενδείξεις συμπληρωματικής χημειοθεραπείας είναι:

1. Οι προκλιμακτηριακές γυναίκες με θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες λαμβάνουν συμπληρωματική χημειοθεραπεία.
2. Σε μετακλιμακτηριακές γυναίκες με θετικούς λεμφαδένες και ορμονικούς υποδοχείς θετικούς, χορηγούμε συνήθως ταμοξιφένη 20 mg την ημέρα για 5 χρόνια. Κάποιες από αυτές τις γυναίκες όμως που εμφανίζουν δυσμενείς προγνωστικούς παράγοντες, μπορεί να λάβουν και συστηματική χημειοθεραπεία.
3. Σε μετακλιμακτηριακές γυναίκες με θετικούς λεμφαδένες και αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς, προσφέρεται συνήθως συμπληρωματική χημειοθεραπεία.

4. Γυναίκες με αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες, που όμως εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο υποτροπής. Τέτοιες περιπτώσεις είναι: όγκοι που υπερβαίνουν τα 2 cm διαμέτρου ή όγκοι οι οποίοι είναι μεγαλύτεροι του 1 cm, αλλά έχουν αρνητικούς οιστρογονικούς και προγεστερονικούς υποδοχείς, και συνήθως συνιστάται χημειοθεραπεία, καθώς και όγκοι με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς αλλά άλλους δυσμενείς προγνωστικούς παράγοντες, όπου συνίσταται συνδυασμός χημειοθεραπείας και ταμοξιφένης.
5. Ασθενείς με, άνω των 10 θετικούς λεμφαδένες, εμφανίζουν πολύ κακή πρόγνωση και συνιστάται εντονότερη χημειοθεραπεία. Σε κάποια κέντρα, οι ασθενείς αυτές λαμβάνουν υποστηρικτική αγωγή και αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού.

Τέλος, η συμπληρωματική χημειοθεραπεία δεν συνίσταται, με τα σημερινά δεδομένα, για γυναίκες οποιασδήποτε ηλικίας που έχουν μη διηθητικό *in situ* καρκίνωμα, ανεξαρτήτως του μεγέθους αυτού και σε γυναίκες κάθε ηλικίας, με πολύ μικρούς πρωτοπαθείς όγκους, κάτω του 1 cm, με αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες, ανεξάρτητα από την κατάσταση των ορμονικών υποδοχέων στον πρωτοπαθή όγκο.

Ειδικές περιπτώσεις ασθενών

A. Ασθενείς οι οποίες υποβάλλονται σε συντηρητική επέμβαση διατήρησης του μαστού. Εφαρμόζεται ο συνδυασμός χημειοθεραπείας - ακτινοθεραπείας με τη μέθοδο του λεγόμενου «σάντουιτς», δηλαδή χορηγούνται τρεις κύκλοι χημειοθεραπείας, ακολουθεί η ακτινοθεραπεία και ολοκληρώνεται η χημειοθεραπεία. Με τη μέθοδο αυτή δεν καθυστερεί σημαντικά η ακτινοθεραπεία και επιπλέον αρχίζει σύντομα η χημειοθεραπεία, ιδίως μετά τις ενδείξεις ότι η χημειοθεραπεία πρέπει να αρχίζει μέσα στον πρώτο μήνα, αμέσως μετά την εγχείρηση.

B. Τοπικά προχωρημένος καρκίνος ή φλεγμονώδης καρκίνος μαστού. Εδώ η πρόγνωση είναι σημαντικά μειωμένη και για αυτό εφαρμόζουμε την προεγχειρητική χημειοθεραπεία (3 έως 6 κύκλους). Ανάλογα με την ανταπόκριση του όγκου, ακολουθεί είτε μαστεκτομή, εφ' όσον έχει επέλθει σημαντική ανταπόκριση, είτε ριζική ακτινοθεραπεία και ακολουθεί πάλι χημειοθεραπεία³⁸.

6.1.5 Τοξικότητα της συστηματικής θεραπείας

Παρενέργειες της Χημειοθεραπείας

Οι άμεσες παρενέργειες της συστηματικής χημειοθεραπείας είναι συνήθως παροδικές. Σε αυτές περιλαμβάνονται η ναυτία και οι εμετοί, η απώλεια των μαλλιών, η πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων, οι εμμηνορρυσιακές ανωμαλίες κ.α. Σημαντικές παρενέργειες όπως η καρδιακή ανεπάρκεια, παρατηρούνται σπάνια (1%) και εξαρτώνται από τη καρδιοτοξικότητα συγκεκριμένων φαρμάκων (adriamycin, doxorubicin).

Στις απώτερες παρενέργειες πρέπει να σημειωθεί η μόνιμη αμηνόρροια, αρκετά σημαντική για τις νέες γυναίκες και ειδικότερα για αυτές που δεν έχουν ακόμη τεκνοποιήσει. Η πιθανότητα πρόκλησης μόνιμης αμηνόρροιας εξαρτάται από το χημειοθεραπευτικό σχήμα, αλλά κυρίως από την ηλικία της ασθενούς. Αύξηση της πιθανότητας ανάπτυξης νέων πρωτοπαθών όγκων που να οφείλονται στις επιπτώσεις που έχει στον οργανισμό η χημειοθεραπεία, δεν αναφέρεται. Υπάρχει, όμως, προβληματισμός για την εκδήλωση δευτεροπαθούς μυελοδυσπλασίας και λευχαιμίας¹⁰.

6.1.6 Δυνητικές εφαρμογές συστηματικής θεραπείας

Επιλογή Επικουρικής Χημειοθεραπείας – Ορμονοθεραπείας

Η απόφαση για τη χορήγηση γενικά συστηματικής θεραπείας και ειδικότερα ορμονοθεραπείας, σε μία ασθενή, βασίζεται σε επί μέρους παράγοντες που αφορούν την ηλικία της ασθενούς, την εμμηνορρυσιακή της κατάσταση, το στάδιο που γίνεται η διάγνωση της νόσου (TNM) και επί μέρους χαρακτηριστικά του όγκου (βαθμός κακοήθειας, οιστρογονικοί υποδοχείς και παρουσία λεμφαγγειακής διήθησης).

Παράμετροι υπολογισμού Κινδύνου Υποτροπής (RR-risk of recurrence)

Βασιζόμενοι στους ανωτέρω παράγοντες, υπολογίζεται ο κίνδυνος υποτροπής κάθε ασθενούς και αξιολογούνται οι ενδείξεις, αλλά και τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα χορήγησης συστηματικής θεραπείας. Έτσι, θα υπάρξουν ασθενείς (π.χ. πολύ χαμηλού κινδύνου υποτροπής – προεμμηνοπαυσική, pT1aNoMo με αρνητικούς υποδοχείς), που δεν θα

χορηγηθεί καμία θεραπεία, ή άλλες που θα χρειασθεί συνδυασμός χημειοορμονοθεραπείας για να έχουμε το μέγιστο όφελος.

Συνδυασμός θεραπευτικών μέσων (multimodality treatment)

Όλα τα ανωτέρω που αφορούν τη συστηματική θεραπεία, θα συνδυασθούν με τις δύο άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουμε για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, την Χειρουργική και την Ακτινοθεραπεία.

Η σειρά εφαρμογής των θεραπειών, εξαρτάται κυρίως από το στάδιο της νόσου κατά τη διάγνωση ¹⁰.

6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

6.2.1 Η νοσηλευτική φροντίδα κατά την βιοψία

Υπάρχουν σημαντικά στοιχεία, τα οποία η νοσηλεύτρια ενσωματώνει στο σχεδιασμό της φροντίδας, πριν τη βιοψία όπου είναι η προγραμματισμένη εγχείρηση και ο σκοπός των διαδικασιών να έχουν περιληφθεί στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας της ασθενούς. Η νοσηλεύτρια πρέπει να φροντίσει για τη διενέργεια όλων των αιματολογικών, ουρολογικών, ακτινολογικών εξετάσεων και του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, την παραλαβή των αποτελεσμάτων, την αξιολόγηση και την καταγραφή τους. Μη φυσιολογικές τιμές αποτελεσμάτων, αναφέρονται εγκαίρως στο γιατρό.

Η ασθενής πρέπει να υπογράψει δήλωση αποδοχής της χειρουργικής διαδικασίας. Ο γιατρός που θα διενεργήσει τη βιοψία είναι υπεύθυνος για τη λήψη από την ασθενή της δήλωσης αποδοχής. Η νοσηλεύτρια οφείλει να ελέγξει τη δήλωση και να καταγράψει στο διάγραμμα την προεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή. Επίσκεψη του αναισθησιολόγου πριν από τη διενέργεια της βιοψίας, ώστε η ασθενής να μπορέσει να συζητήσει τον τύπο της αναισθησίας και να διατυπώσει ερωτήσεις. Είναι σημαντικό η νοσηλεύτρια να γνωρίζει την ακολουθούμενη διαδικασία, ώστε να συμπληρώνει κατάλληλα τις πληροφορίες που θα δώσει ο αναισθησιολόγος στην ασθενή. Η νοσηλεύτρια

πρέπει να γνωρίζει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της γενικής αναισθησίας και να είναι προετοιμασμένη να απαντήσει σε όποιες πρόσθετες ερωτήσεις της ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τον καθαρισμό του εντέρου της ασθενούς (το προηγούμενο βράδυ και το πρωί της εξέτασης γίνεται κλύσμα) και καθορίζει τη διαίτά της (υδρική). Η νοσηλεύτρια γνωρίζει το ιστορικό της ασθενούς, όπως διαβήτη, καρδιολογικά προβλήματα και πρόσφατη φαρμακευτική αγωγή. Σε περίπτωση αλλεργίας από κάποιο φάρμακο η νοσηλεύτρια το γνωρίζει μέσω του ιστορικού της ασθενούς, καθώς και τον είδος της αντίδρασης.

6.2.2 Προεγχειρητική διδασκαλία

Η νοσηλεύτρια πρέπει να εκτιμήσει την υπάρχουσα γνώση της ασθενούς για την ακολουθούμενη διαδικασία, από τυχόν προηγηθείσα βιοψία. Μετά από συζήτηση με την ασθενή, προσδιορίζει την αντίληψή της για την τοπική και τη γενική αναισθησία. Επιδεικνύει τεχνικές παραγωγικού βήχα, βαθιάς αναπνοής και ειδικών αναπνευστικών ασκήσεων και βάζει την ασθενή να επαναλάβει τις ασκήσεις²⁰.

Από τη στιγμή που θα τεθεί η τελική διάγνωση, ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να ενσωματώσει τρόπους βοήθειας της ασθενούς, να αντιμετωπίσει τις οικογενειακές αντιδράσεις, τα οικονομικά προβλήματα, την απουσία από τη δουλειά και την πιθανή αλλαγή του σωματικού ειδώλου.

Η αντίδραση των γυναικών στη βιοψία του μαστού ποικίλλει. Νέες γυναίκες, υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και γυναίκες με μικρούς μαστούς, συνήθως στενοχωρούνται περισσότερο σχετικά με δυσμορφίες του μαστού τους από ό,τι άλλες γυναίκες.

Κατά τη χρονική αυτή περίοδο, η ασθενής αντιμετωπίζει ταυτόχρονα τη θέα του άγνωστου μέλλοντος με πιθανότητα αλλαγής στον τρόπο ζωής και τις επιλογές, που παρουσιάζονται στη μελλοντική θεραπεία⁴².

6.2.3 Η τακτική της ενημέρωσης

Κατ' αρχήν, η ενημέρωση και γενικότερα, η αντιμετώπιση κάθε καρκινοπαθούς, σπανίως είναι έργο ενός μόνο ατόμου. Συνήθως, σε αυτή

συμβάλλουν πολλά άτομα. Τα άτομα αυτά, είτε μεμονωμένα, είτε κατά ομάδες, αλληλοεπηρεάζονται, αλληλοϋποστηρίζονται και φυσικά βρίσκονται υπό την επήρεια του κοινωνικού περιβάλλοντος, στο οποίο ζουν.

Για το καλό του ασθενούς, απαιτείται συντονισμός των ενεργειών όλων των ατόμων που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση του. Χωρίς συντονισμό, είναι δυνατόν ένας από τους εμπλεκόμενους να τορπιλίσει τις προσπάθειες όλων των άλλων. Συντονιστής αυτών των ενεργειών μπορεί να είναι η νοσηλεύτρια. Αυτή πρέπει να συνεργάζεται με την οικογένεια. Να προσπαθεί να την πείσει για την ορθότητα του τρόπου αντιμετώπισης που ακολουθείται, να λύνει απορίες και να υποδεικνύει λύσεις στα προκύπτοντα προβλήματα ⁴².

Είναι, λοιπόν, η νοσηλεύτρια ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες της ενημέρωσης τους ασθενούς. Από το είδος της προσωπικότητάς της θα καθορισθεί ο τρόπος της ενημέρωσης και γενικότερα, η αντιμετώπιση του ασθενούς. Αν η ασθενής καταλαμβάνεται από πανικό στην ιδέα του θανάτου και αν επιπλέον πιστεύει, ότι η διάγνωση του καρκίνου ισοδυναμεί απαραίτητως με το θάνατο, είναι αδύνατο για τη νοσηλεύτρια να της εμφυσήσει θάρρος και να της δώσει ελπίδα.

Η νοσηλεύτρια που αντιμετωπίζει καρκινοπαθείς πρέπει να είναι πεπεισμένη ότι με τα σημερινά δεδομένα, η διάγνωση του καρκίνου δεν συνεπάγεται απαραίτητως το θάνατο, πολύ περισσότερο δε, στο εγγύς μέλλον.

Πρέπει επίσης να γνωρίζει ότι ο ασθενής έχει ανάγκη τη συμπαράσταση της, από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου, μέχρι την αποθεραπεία του ή μέχρι το θάνατό της. Όταν λέμε συμπαράσταση, εννοούμε το ψυχολογικό στοιχείο της θεραπείας του καρκίνου.

Υπάρχουν 6 στάδια, στα οποία η νοσηλεύτρια, βοηθούμενη ενδεχομένως από ομάδα ειδικών, μπορεί και πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή.

Πρώτον, στο χρόνο της διάγνωσης θα βοηθήσει τον ασθενή να αποδεχθεί και να κατανοήσει τη διάγνωση του καρκίνου, να λάβει αποφάσεις, σχετικά με τις προτεινόμενες εναλλακτικές λύσεις θεραπείας και να αντιμετωπίσει τις αντιδράσεις των μελών της οικογένειάς του ⁴³.

Δεύτερον, στην προεγχειρητική περίοδο θα βοηθήσει τον ασθενή να προπαρασκευασθεί για τα αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας και να ελαττώσει το άγχος αναμένοντας τα.

Τρίτον, μετά την εγχείρηση θα τον βοηθήσει να δεχθεί και να προσαρμοσθεί στη νέα κατάσταση, που μπορεί να συνεπάγεται αλλοίωση της λειτουργικότητας διαφόρων οργάνων του ή απώλεια μελών, και να προετοιμασθεί για πιθανή επακόλουθη συμπληρωματική θεραπεία (ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, χημειοθεραπεία).

Τέταρτον, κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής συμπληρωματικής θεραπείας, θα ελαττώσει το άγχος και την ψυχική ένταση της ασθενούς, σχετικά με τις διάφορες εξετάσεις και τις παρενέργειες της θεραπείας.

Πέμπτον, κατά το τέλος της συμπληρωματικής θεραπείας, θα την βοηθήσει να επανέλθει στην ενεργό δράση και να μεταπέσει από την κατάσταση της πλήρους εξάρτησης από τους γιατρούς και τα φάρμακα, σε φυσιολογική ψυχολογική κατάσταση, που να χαρακτηρίζεται κυρίως από αυτοπεποίθηση.

Έκτον, κατά την απώτερη παρακολούθηση, θα βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει το φόβο υποτροπής της νόσου και τις πιθανές απώτερες παρενέργειες της θεραπείας.

Τέλος, ο ασθενής που βρίσκεται στα τελικά στάδια της νόσου, έχει ανάγκη περισσότερο από κάθε άλλη φορά, τη συμπαράσταση της νοσηλεύτριας⁴².

6.2.4 Η νοσηλευτική στη χημειοθεραπεία

Γενικά

Η εφαρμογή χημειοθεραπείας στο νοσοκομείο είναι τυποποιημένη. Οι ασθενείς υποβάλλονται σε ειδικά σχήματα θεραπείας (πρωτόκολλα) και κατόπιν παρακολουθούνται για μια μεγάλη χρονική περίοδο. Ο ρόλος των νοσηλευτών σε αυτόν τον τύπο συντονισμού της θεραπευτικής αγωγής αυξάνει συνεχώς. Οι δεξιότητες τους στη φροντίδα, την επικοινωνία και την υποστήριξη του ασθενούς, μαζί με την κατανόηση της παρεχόμενης θεραπείας και της διαδικασίας της νόσου, τους καθιστά ιδανικούς για το ρόλο αυτό.

Σήμερα, είναι διαθέσιμος ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός κυτταροστατικών φαρμάκων για τη θεραπεία του καρκίνου, τα οποία μπορεί να χορηγηθούν από το στόμα, ενδοραχιαίως, ενδομυϊκός ή ενδοφλεβίως. Τα φάρμακα αυτά είναι ιδιαίτερα τοξικά και μπορεί να προκαλέσουν πολλές

ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως ναυτία και εμετό, προσωρινή απώλεια μαλλιών, απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας και διαταραχή της εντερικής λειτουργίας. Πολλοί ασθενείς φοβούνται μια τόσο επιθετική θεραπεία. Μερικοί εμφανίζουν εμετούς ακόμη και πριν από την έναρξη της αγωγής, ενώ άλλοι προβληματίζονται για το αν θα διακόψουν τη θεραπεία, όταν διαισθανθούν ότι δεν θα έχει αποτέλεσμα. Συχνά υπάρχει έντονη πίεση στον ασθενή να συμβιβαστεί με τον ιατρό, την οικογένεια και τους φίλους. Σε αυτή την περίπτωση, ο ασθενής μπορεί να ζητήσει από το νοσηλευτή να γίνει ο συνήγορός του και ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι εκπαιδευμένος, ώστε να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς και να δώσει σωστή αναφορά στον ιατρό ή την οικογένεια ⁴⁴.

6.2.5 Νοσηλευτική φροντίδα και ο ρόλος της νοσηλεύτριας στα προβλήματα που δημιουργεί η χημειοθεραπεία

Η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία και ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που μπορεί να παρουσιαστούν κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας είναι πολύ σημαντική και κρίσιμη. Η ανεπάρκεια γνώσεων της ασθενούς σε σχέση με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας είναι ένα από τα πρώτα προβλήματα που έρχεται αντιμέτωπος ο νοσηλευτής στην αρχή της θεραπείας.

Η νοσηλευτικές παρεμβάσεις που μπορεί να γίνουν είναι να εκτιμήσει το επίπεδο και τις δυνατότητες επιμόρφωσης του ασθενούς, τις επιθυμίες του για μάθηση και τα όρια της εκμάθησης του. Όπως επίσης τη γνώση της ασθενούς, αναφορικά με τον καρκίνο. Η κατανόηση της ασθενούς, αναφορικά με τη συγκεκριμένη διάγνωση, την πορεία της νόσου και την προγραμματισμένη πιθανή θεραπευτική αντιμετώπιση. Η νοσηλεύτρια πρέπει να εκτιμήσει και την τυχόν προηγούμενη εμπειρία του ασθενούς, με τη χημειοθεραπεία. Όπως επίσης σημαντικό είναι να εκτιμήσει τις ανάγκες και της οικογένειας για παροχή υποστήριξης σε διάφορους τομείς ⁴⁴.

Ένα πρόβλημα που μπορεί να παρουσιαστεί κατά της χημειοθεραπείας είναι ο αλλοιωμένος στοματικός βλεννογόνος λόγω της τοξικότητας των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εκτιμήσει το ιστορικό χρήσης καπνού, αλκοόλ ή άλλων τοξικών παραγόντων της

ασθενούς, να συλλέξει επίσης από το ιστορικό, πληροφορίες σχετικά με πρόσφατη θεραπεία, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, χειρουργική θεραπεία και ανοσοθεραπεία. Πολύ σημαντικό είναι να πληροφορηθεί για τη στοματική υγιεινή του ασθενούς και για την τελευταία του οδοντιατρική εξέταση. Αυτό μπορεί να γίνει με την εξέταση του στοματικού βλεννογόνου, της υπερώας, της γλώσσας, των ούλων, των δοντιών, των χειλιών, του εδάφους του στόματος και την εσωτερική επιφάνεια των παρειών. Επίσης, πρέπει να ελέγξει για ερυθρότητα, έλκη, αιμορραγία, λευκά στίγματα, καθώς και τη χροιά, την ποσότητα και τη σύσταση του σάλιου ⁴⁴.

Η διατροφικές αλλαγές και η λήψη λιγότερων συστατικών σε σχέση με τις ανάγκες του οργανισμού, λόγω ναυτίας και εμετών είναι ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζει η νοσηλεύτρια στην διάρκεια της θεραπείας. Γι' αυτό το λόγο η νοσηλεύτρια θα πρέπει να εκτιμήσει τα επεισόδια ναυτίας - εμετών αναφορικά με τη συχνότητά τους, καθώς και την ποσότητα, το χρώμα και τη σύσταση των εμεσμάτων και να εντοπίσει τους παράγοντες που προκαλούν ή αποτρέπουν τη ναυτία και τον εμετό.

Σημαντικό θα ήταν να ρωτήσει την ασθενή για προηγούμενες μεθόδους που βοηθούσαν στην αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμετού. Θα πρέπει να πληροφορηθεί για το σωματικό βάρος του ασθενούς, πριν από τη νόσο και κατά την έναρξή της, για τις μεταβολές του με την έναρξη της θεραπείας, καθώς και για το βάρος του τον προηγούμενο μήνα. Να σημειώσει, επίσης, την πιθανή αύξηση ή απώλεια βάρους. Παρακολουθεί τις εργαστηριακές τιμές λευκωματίνης ορού, τρανσφερίνης ορού και των ηλεκτρολυτών.

Πρέπει να εκτιμήσει το διατροφικό ιστορικό, τις διατροφικές συνήθειες, τις διαιτητικές προτιμήσεις ή αντιπάθειες του ασθενούς, την ποσότητα και το είδος φαγητού που καταναλώνεται ως πρωινό, μεσημεριανό, βραδινό και υπό μορφή σνακ. Σημειώνονται οι αλλαγές στη λειτουργία των εντέρων και την ενδεχόμενη παρουσία άλλων γαστρεντερικών συμπτωμάτων (κάψιμο, αίσθημα βάρους, εντερικοί κωλικοί). Μπορεί να δώσει διαιτολογικές συμβουλές ή/και να προγραμματίσει με τον ασθενή, προτεινόμενες ενέργειες για αύξηση της όρεξης και διευκόλυνση λήψης θερμίδων (π.χ. κρύα φαγητά, σαλάτες, τυριά, αλμυρά φαγητά, αναψυκτικά) ⁴⁴.

Η διαταραχές αντίληψης - διαίσθησης, οπτικές και ακουστικές, που μπορεί να σχετίζονται με ωτοτοξικότητα. Η νοσηλεύτρια πρέπει να εντοπίσει

τα χημειοθεραπευτικά ή τα θεραπευτικά πρωτόκολλα, που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τις αισθήσεις και να εκτιμήσει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων σχετιζόμενα με καθημερινές δραστηριότητες. Σημαντικό είναι να ελέγξει τις περιβαλλοντικές συνθήκες (φως, θόρυβος, θερμοκρασία δωματίου).

Πρέπει να εκτιμήσει τις αισθητικές διαταραχές: έναρξη, βαρύτητα, μεταβολές στη διάρκεια και άλλα δυσάρεστα συμπτώματα. Τέλος να δώσει οδηγίες στον ασθενή για τις προφυλάξεις που πρέπει να ακολουθεί: για τη φωτοευαισθησία (γυαλιά ηλίου στην ύπαιθρο, χαμηλό φωτός, παρατήρηση των περιορισμών κατά την οδήγηση και την εργασία) και για την ωτοτοξικότητα (περιορισμός ή εξάλειψη θορύβων), και να πληροφορήσει την ιατρική ομάδα για τα συμπτώματα και τους παράγοντες που επηρεάζουν την εργασία, την οδήγηση και τις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενούς⁴⁴.

Η διαταραχές στην εικόνα του σώματος σχετιζόμενες με αλωπεκία είναι ένα από τα συνηθισμένα προβλήματα κατά την διάρκεια της θεραπείας. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι να πληροφορήσει την ασθενή ότι η απώλεια μαλλιών είναι παροδική και ότι τα μαλλιά θα επανέλθουν μετά το τέλος της θεραπείας (συνήθως μετά από 2-6 μήνες). Μπορεί επίσης να παρέχει πηγές για αγορά ή δανεισμό περούκας, μαντηλιών και καπέλων. Ενημερώνει την ασθενή για τη λήψη μέτρων προφύλαξης του τριχωτού της κεφαλής, όπως χρησιμοποίηση ήπιων σαμπουάν, αποφυγή σεσουάρ, σίδερων κατσαρώματος, περμανάντ και στεγνώματος μαλλιών. Κυρίως όμως να τον ενημερώσει για την ανάγκη χρήσης της κάσκας ψύξεως, πριν και κατά τη χορήγηση της χημειοθεραπείας, τέλος ενθαρρύνει την ασθενή να μοιράζεται τα συναισθήματά του σχετικά με τις σωματικές αλλαγές και ακόμη, να την πληροφορεί για την ύπαρξη υποστηρικτικών ομάδων⁴⁴.

Σε περίπτωση που υπάρχει πόνος σχετιζόμενος με οστικές μεταστάσεις, αλλά και αλλαγή στο στοματικό βλεννογόνο, βλεννογονίτιδα.

Ο νοσηλευτής πρέπει να εκτιμάει τα συμπτώματα, σύμφωνα με τις υποδείξεις του ασθενούς και να διερευνήσει τους παράγοντες που τα βελτιώνουν ή αντίθετα, τα επιδεινώνουν (πχ. τύποι και συχνότητα παρεμβάσεων, θεραπευτικές παρεμβάσεις που επηρεάζουν την υγιεινή, τη διατροφή και τον πόνο, χρόνος παρέμβασης σχετικά με λήψη τροφής και κινητικότητα). Μπορεί να παρέχει συνταγογραφημένα φάρμακα και θεραπευτικά μέσα σχετικά με το στοματικό βλεννογόνο⁴⁴

6.2.6 Μέτρα ασφαλείας κατά τη χρήση χημειοθεραπευτικών φάρμακων

Μπορούμε να χωρίσουμε τα μέτρα ασφαλείας σε 2 φάσεις. Τη πρώτη φάση παραγωγής, η οποία αφορά κυρίως, στο υγειονομικό προσωπικό. Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει πληροφορίες σχετικά με τα χειριζόμενα φάρμακα, όσον αφορά στη δοσολογία, στη διατήρησή τους και στη σταθερότητα, στον τρόπο χορήγησης, στις ανεπιθύμητες ενέργειες και στους κινδύνους από την έκθεση σε αυτά. Η έκθεση του προσωπικού κατά τη διάλυση και τη χορήγησή τους, είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκινογένεση. Κατ' αρχήν, πρέπει να αναφερθούν οι οδοί μόλυνσης, οι οποίες είναι το δέρμα, δηλαδή, η άμεση επαφή του φαρμάκου με το δέρμα και η αναπνευστική οδός, δηλαδή, η εισπνοή και η λήψη αεροδιασκορπισμένων σωματιδίων των φαρμάκων. Η δεύτερη φάση είναι αυτή της προετοιμασίας και της χορήγησης των φαρμάκων. Αυτή αφορά στην ασθενή και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

45.

I. Μέτρα ασφαλείας για την ασθενή

Η φάση της προετοιμασίας και της χορήγησης χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, πρέπει να γίνεται από πεπειραμένο και, εάν είναι δυνατόν, ειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, για την αποφυγή περισσότερων ανεπιθύμητων ενεργειών σε βάρος της ασθενούς.

Πρέπει εδώ να τονισθεί ιδιαίτερα η επέμβαση της νοσηλεύτριας για την ενημέρωση (εκπαίδευση) της ασθενούς, σχετικά με τη χημειοθεραπεία και την ενθάρρυνσή της, για την αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών. Οι ασθενείς χρειάζεται να γνωρίζουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες των χορηγούμενων φαρμάκων και το τι μπορούν να κάνουν για να τις εμποδίσουν ή να τις μειώσουν. Η ασθενής διδάσκεται πώς να αναγνωρίζει σημεία και συμπτώματα φλεγμονής ή αιμορραγίας. Η ασθενής πρέπει να εξοικειωθεί με τη χημειοθεραπεία και τα διαστήματα επανάληψής της, σύμφωνα με το πρωτόκολλο.

Κατά την έναρξη και τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής, απαιτείται προσεκτικός έλεγχος εργαστηριακών εξετάσεων (εκτός από τις εξετάσεις ρουτίνας), όπως π.χ. δοκιμασία ούρων για pH σε θεραπεία με μεθοτρεξάτη (δηλαδή, αφού αλκαλοποιηθούν τα ούρα με διττανθρακική σόδα, ελέγχεται η αποβολή του φαρμάκου με τα ούρα) ⁴⁴. Γίνεται ηλεκτροκαρδιογράφημα της

ασθενούς πριν από την έναρξη της θεραπείας, ιδίως όταν το φάρμακο είναι καρδιοταξικό, π.χ. Adriblastina. Απαιτείται η παρακολούθηση για σημεία αφυδάτωσης και ηλεκτρολυτικής ανισορροπίας (σε διάρροια, εμετούς και απώλεια ούρων) της ασθενούς. Για αυτό, γίνεται μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών της. Ιδιαίτερη προσοχή στην ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων, τα οποία πρέπει να προφυλάσσονται από το φως. Θα πρέπει να υπάρχει κοντά στην ασθενή συσκευή οξυγόνου για τυχόν αλλεργικό shock. Να βρίσκονται έγκαιρα στον όροφο και τοποθετημένα στον κατάλληλο χώρο (ψυγείο αν χρειάζεται), τα φάρμακα που θα χρειαστούν για τη θεραπεία (θεραπευτικό σχήμα). Πρέπει να δοθεί προσοχή, ώστε να μη βγαίνουν τα φάρμακα την τελευταία στιγμή από το ψυγείο (όχι παγωμένα). Επίσης να υπάρχουν τα αντίδοτα των φαρμάκων. Φάρμακα για την αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών, αντιεμετικά, αντιδιαρροϊκά, γλυκονικό ασβέστιο και χλωριούχο μαγνήσιο για την αντιμετώπιση σπασμών (τα τελευταία με εντολή γιατρού). Ακόμη, αντίδοτα για τη νέκρωση φλεβών, π.χ. θειϊκό νάτριο.

Μερικά από τα κυτταροστατικά φάρμακα δημιουργούν εκδορές και, όταν φύγουν από τη φλέβα, δημιουργούν εξέλκωση ή νέκρωση στους ιστούς. Όλα τα φάρμακα που δίνονται ενδοφλεβίως, πρέπει να παρακολουθούνται με εξαιρετική προσοχή σε όλη τη διάρκεια της χορήγησής τους και, αν υπάρχουν αμφιβολίες για την καταλληλότητα της φλέβας, η θεραπεία πρέπει να διακόπτεται.

Κατά την ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκων, η νοσηλεύτρια πρέπει να προσέχει η φλέβα να είναι σταθερή και ελαστική και αν είναι δυνατό, να μην έχει τρυπηθεί πριν. Το σημείο της έγχυσης προτιμάται να είναι η ράχη της άκρας χειρός, ο καρπός ή ο ωλεκρανιακός βόθρος ⁴⁵. Σε εξελκωμένες και ερεθισμένες περιοχές πρέπει να αποφεύγεται η έγχυση. Όπως επίσης σε μέρος που δυσκολεύεται η κυκλοφορία του αίματος, η θεραπεία πρέπει να αποφεύγεται π.χ. θρομβοφλεβίτιδα, τραύμα, ακινητοποιημένο μέλος λόγω κατάγματος, επίσης, στο χέρι από την πλευρά που έχει γίνει η μαστεκτομή, γιατί δημιουργείται λεμφοίδημα.

Για το καλό όλων, συνίσταται να μη γίνεται απόπειρα φλεβοκέντησης με τη βελόνα, από το ίδιο πρόσωπο περισσότερες από 3 φορές. Είναι προτιμότερο να συνεχίσει άλλο άτομο. Πάντα πριν από ενδοφλέβια έγχυση

χημειοθεραπευτικού φαρμάκου, χορηγούμε φυσιολογικό ορό και παρακολουθείται η περιοχή για υποδόρια έγχυση του υγρού (οίδημα, πόνος, ερυθρότητα). Αν το υγρό πάει ενδοφλεβίως, αρχίζει η έγχυση του φαρμάκου ⁴⁵. Μετά την έγχυση του φαρμάκου, ξεπλένεται η βελόνα με έγχυση φυσιολογικού ορού και αφαιρείται. Σε περίπτωση που πρόκειται να δοθούν πολλά φάρμακα, η φλέβα πρέπει να ξεπλένεται καλά πριν από κάθε χορήγηση νέου φαρμάκου. Τα φάρμακα που φυλάσσονται στο ψυγείο, μπορεί να είναι κρύα για τη φλέβα και είναι σημαντικό η νοσηλεύτρια να μπορεί να ξεχωρίζει, μεταξύ αυτού και της αίσθησης του καύσωνα που προκαλείται από την έγχυση. Αν αμφισβητείται η καταλληλότητα της φλέβας, η έγχυση πρέπει να επαναληφθεί σε άλλη φλέβα και κατά προτίμηση στο άλλο χέρι.

Κατά τη χορήγηση, γίνεται συνεχής παρακολούθηση του σημείου της φλεβοκέντησης για συμπτώματα υποδόριας έγχυσης, όπως ελάττωση της ροής του υγρού, πόνος, ερυθρότητα, οίδημα στο σημείο φλεβοκέντησης, μη επιστροφή του αίματος στη σύριγγα, αν εφαρμόσουμε αναρρόφηση ⁴⁵. Αν η νοσηλεύτρια έχει την υποψία έγχυσης του φαρμάκου έξω από τη φλέβα, βγάζει αμέσως τη βελόνα και σκεπάζει το σημείο με παγάκια. Ενημερώνει το γιατρό και χορηγεί 100 mg υδροκορτιζόνης υποδορίως, στο σημείο που υποπτεύεται την έγχυση του χημειοθεραπευτικού φαρμάκου (εντολή γιατρού). Απλώνει κρέμα υδροκορτιζόνης 1% ⁴⁶ και συνεχίζει να βάζει την κρέμα 2 φορές την ημέρα, μέχρι να υποχωρήσει ο ερεθισμός. Ενημερώνει επίσης την ασθενή να τοποθετεί η ίδια παγάκια για 10 min σε περιοδικά διαστήματα, κατά τη διάρκεια του πρώτου 24ώρου και να αναφέρει τις αλλαγές.

Σύμφωνα με μια άλλη άποψη, η αντιμετώπιση από τη νοσηλεύτρια πρέπει να είναι διαφορετική. Θα πρέπει να σταματήσει αμέσως την έγχυση, αλλά να μην βγάλει την πεταλούδα. Με την πεταλούδα στη θέση της, αναρροφά 3 – 5 ml αίματος για απομάκρυνση ποσότητας του φαρμάκου. Ενώ με βελόνα 25 ή 27 G, αναρροφά όσο μπορεί το υποδόριο οίδημα στην περιοχή της εξαγγείωσης, ή τις τυχόν σχηματισθείσες φουσαλίδες. Με βελόνα 25 G διηθεί τοπικά με τη συνιστώμενη ποσότητα αντιδότη. Διηθεί τοπικά την περιοχή με Dexamethason (4mg / ml) για ελάττωση της φλεγμονής (προαιρετικά). Κατόπιν αφαιρείται η πεταλούδα.

Χρησιμοποιεί εν συνεχεία τοπικά παγωμένα επιθέματα (πλαστικό σακουλάκι με παγάκια). Αν η εξαγγειωθείσα ποσότητα φαρμάκων είναι

μεγάλη, προτιμώνται οι θερμές κομπρέσες για να διευκολυνθεί η απορρόφηση. Στο τέλος της νοσηλείας γίνεται η αναγραφή της, με τη διαδικασία που ακολουθείται στο ίδρυμα ⁴⁵.

II. Μέτρα ασφαλείας για το υγειονομικό προσωπικό

Στη φάση προετοιμασίας και χορήγησης των χημειοθεραπευτικών, υπάγονται και τα μέτρα ασφαλείας που πρέπει να λαμβάνει το υγειονομικό προσωπικό που χειρίζεται τα κυτταροστατικά φάρμακα, για να απαλλαγεί από τις μεταλλαξιγόνες και τις καρκινογόνες επιδράσεις που ασκούν αυτά, πάνω του.

Στις περιπτώσεις που τα κυτταροστατικά φάρμακα ετοιμάζονται στα νοσοκομεία, σε ορόφους ή στα εξωτερικά ιατρεία, πρέπει να υπάρχει διαφανές διάφραγμα μεταξύ εργαζομένου και χώρου προετοιμασίας. Ο ιδεώδης τρόπος είναι αυτά τα φάρμακα να ετοιμάζονται σε ειδικό χώρο, όπου υπάρχει ανεμιστήρας με αέρα που βγαίνει με κάθετη κατεύθυνση προς τα έξω, και ακόμη η διαδικασία αυτή να γίνεται σε ειδικό χώρο, όπου το προσωπικό χειρίζεται μόνο χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας των κυτταροστατικών φαρμάκων στους ορόφους, η νοσηλεύτρια πρέπει να φορά πλαστικά γάντια κατά τη διάλυση, που να αλλάζονται κατά την έγχυση του φαρμάκου στη φλέβα, προστατευτικά γυαλιά κατά τη διάλυση, μάσκα κατά τη διάλυση, πλαστική ποδιά κατά τη διάλυση και κατά την έγχυση του φαρμάκου στη φλέβα.

Τα χέρια πρέπει να πλένονται καλά πριν φορεθούν τα γάντια, καθώς και μετά την αφαίρεσή τους.

Σε περίπτωση μόλυνσης του δέρματος, πρέπει να πλένεται καλά η περιοχή με σαπούνι και νερό και, αν εκτεθούν τα μάτια, πρέπει να πλένονται με άφθονη ποσότητα νερού.

Μεγάλη προσοχή πρέπει να δίνεται επίσης, στην απόρριψη των απεκκριμάτων των ασθενών, που μπορεί να περιέχουν αναλλοίωτα φάρμακα ή κυτταροστατικούς μεταβολίτες. Τα κυτταροστατικά φάρμακα απεκκρίνονται από τα ούρα ή από τα κόπρανα ή και από τα δύο ⁴⁴. Επίσης, έχει αναφερθεί φάρμακο στο μητρικό γάλα, π.χ. Endoxan. Καλό είναι οι εγκυμονούσες νοσηλεύτριες, να αποφεύγουν όλες τις φάσεις χρήσης των κυτταροστατικών

φαρμάκων, ειδικά τους πρώτους μήνες της κύησης, για την αποφυγή τερατογεννήσεων.

Όλα τα μολυσμένα υλικά, όπως μπλούζες, γάντια, κενά φιαλίδια φαρμάκων, αχρησιμοποίητα φάρμακα, πρέπει να μαζεύονται σε δοχεία με κόκκινη ετικέτα με την επιγραφή «ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΑΠΟΡΡΙΜΜΑΤΑ»⁴⁶.

6.2.7 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία είναι, επίσης, από τις βασικές μεθόδους θεραπείας του ΚΜ.

Η χρησιμοποίηση της ακτινοθεραπείας, στη θεραπευτική του μαστού έχει ως βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με τη ζωή στους φυσιολογικούς ιστούς, που ακτινοβολούνται συγχρόνως.

Η ακτινοθεραπεία στον ΚΜ μπορεί να χρησιμοποιηθεί:

1. Ως το κύριο μέσο θεραπείας, όταν δεν γίνεται εγχείρηση.
2. Μετεγχειρητικός, ως συμπληρωματική θεραπεία της προηγηθείσας εγχείρησης⁴⁶.

6.2.7.α Ο ρόλος της νοσηλεύτριας κατά την ακτινοθεραπεία

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έρθει σε επαφή μαζί της. Από τη στιγμή αυτή, η νοσηλεύτρια με την αγάπη, το ενδιαφέρον, την κατανόηση της θέσης της ασθενούς και τις γνώσεις της, θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στην ασθενή ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας είναι η ενημέρωση της ασθενούς για τη θεραπεία. Οι ασθενείς χρειάζονται σωστή ενημέρωση για τη θεραπεία στην οποία θα υποβληθούν και νιώθουν την ανάγκη να βεβαιωθούν ότι αυτή θα είναι ανώδυνη και ακίνδυνη. Η νοσηλεύτρια πρέπει επίσης να βρει την κατάλληλη στιγμή, κατά τη διάρκεια της θεραπείας (και οπωσδήποτε πριν αυτή ολοκληρωθεί), ώστε να δώσει στην ασθενή ρεαλιστική εικόνα των ανεπιθύμητων ενεργειών που πρόκειται να εμφανισθούν, των μέτρων που θα ληφθούν για την πρόληψη και την αντιμετώπισή τους και των ατόμων, στα οποία μπορεί να απευθυνθεί για τη λήψη πληροφοριών. Στην

προετοιμασία και τη βοήθεια της ασθενούς για τη θεραπεία, στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την ασθενή, το περιβάλλον κι τον εαυτό της, καθώς και στην ψυχολογική τόνωση της ασθενούς πριν, κατά και μετά τη θεραπεία ⁴⁵.

6.2.8 Εξωτερική ακτινοθεραπεία και η νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλεύτρια ενημερώνεται από το φάκελο της ασθενούς για το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε, την ακριβή θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, το σκοπό της ακτινοβολήσης (θεραπευτικό ή ανακουφιστικό) και τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και, που προγραμματίζεται να κάνει. Αξιολογεί πώς αντιλαμβάνεται η ασθενής το είδος αυτό της θεραπείας, επισημαίνει τα προβλήματα και τις ανάγκες της ασθενούς και με βάση αυτές, θέτει τους σκοπούς και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Οι νοσηλευτικοί σκοποί που θέτει η νοσηλεύτρια για την ασθενή και την οικογένειά της, που πρέπει να ενημερωθούν σωστά για την ακτινοθεραπεία και το ακτινοθεραπευτικό πρόγραμμα που θα ακολουθηθεί. Η σωστή νοσηλευτική προσέγγιση θα μετριάσει το φόβο και το άγχος του άγνωστου. Να καταστήσει η νοσηλεύτρια δυνατή τη λήψη τροφής από την ασθενή. Να διατηρήσει επαρκή διατροφή, να διατηρήσει με τη συνεχή φροντίδα την ακεραιότητα του στοματικού βλεννογόνου και να εξασφαλίσει ηλεκτρολυτική ισορροπία, καθώς και ισορροπία των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Σημαντικό είναι να προστατέψει την περιοχή του δέρματος, που δέχεται την ακτινοβολία, από υπερβολική καταστροφή, να μειώσει, κατά το δυνατόν, την καταστολή του μυελού των οστών και να βοηθήσει την ασθενή να αποκτήσει πάλι τις συνήθειες της, στην κένωση του εντερικού σωλήνα. Η οικογένεια της ασθενούς θα πρέπει να ενημερωθεί και να καθοδηγηθεί κατάλληλα, για το πώς πρέπει να αντιμετωπισθεί το άτομο που κάνει την ακτινοθεραπεία ⁴⁵.

Νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις που μπορεί να γίνουν από την νοσηλεύτρια είναι να ενημερώνεται η ασθενής για τις αναμενόμενες και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας. Επίσης, δίνονται

συμβουλές για την καλύτερη δυνατή συνεργασία και τη συμβολή της ασθενούς στην ακτινοθεραπεία και το σχεδιασμό της φροντίδας.

Η νοσηλεύτρια παρέχει έντυπο πληροφοριακό υλικό από το ακτινολογικό τμήμα και, αν είναι δυνατόν, ενισχύει την προφορική διδασκαλία. Μπορεί επίσης να πληροφορεί την ασθενή για τα αναμενόμενα αποτελέσματα και την αφήνει να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά της. Παρέχει γραπτές οδηγίες για τη φροντίδα του δέρματος, τις διατροφικές τροποποιήσεις, την ώρα που έχει καθορισθεί η κάθε συνεδρία και η φαρμακευτική αγωγή, και τέλος πληροφορεί την ασθενή για το πώς να αντιμετωπίσει τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες⁴⁶.

Για την διατροφή της ασθενούς κατά την διάρκεια της θεραπείας της επισημαίνεται η αναγκαιότητα της διατήρησης των διατροφικών συνηθειών, με πρόσθετη χορήγηση τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας, η οποία είναι ζωτικής σημασίας για την αντοχή του οργανισμού στην ακτινοθεραπεία. Την ενθαρρύνει για μικρά και συχνά γεύματα. Εκτός των τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας, χορηγούνται και συμπληρωματικές τροφές, οι οποίες παρέχουν πρόσθετες θερμίδες και πρωτεΐνες που συμβάλλουν στην ανασύσταση των καταστραμμένων ιστών. Βασικό είναι και η επαρκής λήψη υγρών. Οι μεταβολικές ανάγκες των ιστών είναι αυξημένες και απαιτείται αυξημένη χορήγηση υγρών, για την αποβολή των άχρηστων ουσιών.

Η νοσηλεύτρια ζυγίζει καθημερινά την ασθενή και συγκρίνει τα αποτελέσματα μεταξύ τους, αλλά και με τα αντίστοιχα, πριν από την έναρξη της θεραπείας. Ρυθμίζει το διαιτολόγιο, πριν και μετά, από κάθε συνεδρία (πχ. Χορήγηση κρύων υγρών και μαλακών τροφών). Μπορεί να χορηγεί αναλγητικά και αντιεμετικά φάρμακα, περίπου δύο ώρες, πριν από το γεύμα και να αξιολογεί την αποτελεσματικότητά τους. Πρέπει να ελέγχει τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορεί να αυξάνουν τη ναυτία και τον εμετό (π.χ. αποφυγή έντονων και δυσάρεστων οσμών, φαγητά που δεν προτιμά κλπ.).

Για την αντιμετώπιση στοματοφαρυγγικού πόνου, ο οποίος παρεμποδίζει, όχι μόνο τη λήψη τροφής αλλά και την ομιλία, συμβουλεύει την ασθενή να αποφεύγει όλες εκείνες τις ουσίες, όπως καπνό και οίνοπνευματώδη, που μπορεί να επιδεινώσουν την κατάστασή της. Η τροφή να λαμβάνεται κρύα (σε θερμοκρασία δωματίου), όχι καυτή ή παγωμένη.

Επίσης διδάσκει στην ασθενή τεχνικές για την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. Συνιστά τη χρησιμοποίηση μαλακής οδοντόβουρτσας, καθώς και τη χρήση οδοντικού νήματος. Φροντίζει, ώστε τα χείλη να παραμένουν υγρά.

Πριν από την έναρξη της ακτινοθεραπείας, η νοσηλεύτρια φροντίζει να επισκεφθεί η ασθενής τον οδοντίατρο για προληπτικές εξετάσεις, ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες μόλυνσης και καταστροφής δοντιών και ούλων. Χαλασμένα δόντια, ακόμη και δόντια με σφραγίσματα, αφαιρούνται πριν από την έναρξη της θεραπείας. Διδάσκει επίσης την ασθενή να παρατηρεί καθημερινά τη στοματική της κοιλότητα για αλλαγές στο βλεννογόνο και σε τέτοια περίπτωση, να τις αναφέρει αμέσως στη νοσηλεύτρια.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών της ασθενούς, όταν αυτή είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες για την κάλυψη των φυσικών της αναγκών και καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού της, που συμβάλλει στη μείωση και στην καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων ⁴⁵.

Η νοσηλεύτρια ελέγχει και αντιμετωπίζει της ανεπιθύμητες ενέργειες από την ακτινοθεραπεία. Θα πρέπει να ελέγχει το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείτε και να αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών καθώς και καθορίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό. Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή. Ενημερώνεται η ασθενής ότι η περιοχή, η οποία ακτινοβολείτε, είναι σημειωμένη με ειδικό μελάνι. Για τον προσδιορισμό της περιοχής αυτής, δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ποτέ αυτοκόλλητες ταινίες.

Η περιοχή αυτή πρέπει να διατηρείται κατά το δυνατόν στεγνή και να πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή. Να αποφεύγεται και η χρήση στηθόδεσμου, αν δημιουργεί πίεση. Ενημερώνεται η ασθενής, να φοράει άνετα και φαρδιά ρούχα. Επίσης, να αποφεύγεται η επαφή της περιοχής με υφάσματα που προκαλούν τριβή και ερεθισμό.

Το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείτε να ελέγχεται καθημερινά από τη νοσηλεύτρια για ερύθημα, κνησμό, αφυδάτωση, παρουσία φλυκταινών και απολέπιση. Και σε περίπτωση καταστολής του μυελού των οστών, η ασθενής παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση. Είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και τους τραυματισμούς και γι' αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής

αξιολόγηση της κατάστασης της. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση της ασθενούς για εμφάνιση αιμορραγιών. Σε περίπτωση αιμορραγίας αντιμετωπίζεται ανάλογα ⁴⁵.

Τέλος η νοσηλεύτρια προετοιμάζει την ασθενή για την έξοδο της από το νοσοκομείο. Η νοσηλεύτρια ενημερώνει την ασθενή σχετικά με τον προγραμματισμό της θεραπείας και το σχεδιασμό της φροντίδας του δέρματος. Παρέχει στην ασθενή κατάλογο με τις ακριβείς ημερομηνίες κάθε συνεδρίας και των συναντήσεων της, με τον ιατρό και ενημερώνει την ασθενή σχετικά με αλλαγές στο διαιτολόγιο και στη λήψη τροφής, κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Διδάσκει την ασθενή πώς να παρακολουθεί και να ελέγχει την ακεραιότητα της περιοχής του δέρματος, που ακτινοβολείτε. Παρέχει - προτείνει τη χρησιμοποίηση βιβλίων μαγειρικής, τα οποία είναι ειδικά για τον καθορισμό του διαιτολογίου των καρκινοπαθών. Τέλος εκτιμά και αξιολογεί τις ανάγκες φροντίδας της ασθενούς στο σπίτι ⁴⁶.

6.2.9 Εσωτερική ακτινοθεραπεία και η νοσηλευτική φροντίδα

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

Η ασθενής ενημερώνεται για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας της. Μετά την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου, η ασθενής έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα.

Η νοσηλεύτρια, πριν ακόμα φθάσει στην ασθενή, για την εκτίμηση των αναγκών και των προβλημάτων της και στον προγραμματισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων της, ενημερώνεται από το φάκελο της ασθενούς για: α) το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί (Ir-192), β) τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη), γ) τον τρόπο χορήγησης της (ενδοϊστικώς), δ) την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, ε) το σημείο εφαρμογής, και στ) τον αριθμό των ημερών που η ασθενής πρέπει να απομονωθεί.

Επίσης, οφείλει να γνωρίζει το είδος της ακτινοβολίας που θα εκπέμπει (β και γ ακτίνες) ⁴⁵.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι η ασθενής και η οικογένειά της να ενημερωθούν σχετικά με το είδος αυτό της ακτινοθεραπείας και τους σκοπούς της. Η ασθενής να ετοιμασθεί ψυχικά για την αποδοχή της θεραπείας με το

ραδιοϊσότοπο. Να διατηρήσει τη σωστή και επαρκή διατροφή της ασθενούς, την ηλεκτρολυτική ισορροπία και την ισορροπία των υγρών. Η ασθενής να αποκτήσει άνεση και αυτοπεποίθηση με τη βοήθεια και την καθοδήγηση της νοσηλεύτριας. Να βοηθήσει η ασθενής στις καθημερινές της δραστηριότητες, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της νοσηλεύτριας. Η θεραπευτική ακτινοβολία που δέχεται η ασθενής και η εκπομπή αυτής στο περιβάλλον, να μην επεκταθεί στην οικογένειά της, τους φίλους της και το προσωπικό υγείας. Οι επισκέψεις που δέχεται η ασθενής στο θάλαμο απομόνωσης, να είναι ανάλογες των χρονικών περιορισμών που έχουν καθορισθεί από το τμήμα. Η ασθενής, με την κατάλληλη διδασκαλία, να αποκτήσει κατάλληλη γνώση των τεχνικών αυτοφροντίδας μετά την αφαίρεση του εμφυτεύματος. Να συνηθίσει η ασθενής την αυτοεξέταση του μαστού και τις ασκήσεις βαθμιαίας κινητικότητας. Να αποκτήσει επίσης σωστές αρχές υγιεινής της στοματικής κοιλότητας.

Νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις που μπορεί να κάνει η νοσηλεύτρια είναι να εξηγεί στην ασθενή τις διαδικασίες που ακολουθούνται, καθώς και το τι πρέπει να περιμένει η ασθενής. Εξηγούνται στην ασθενή οι απαραίτητες προφυλάξεις, οι οποίες πρέπει να παρθούν μετά την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου εμφυτεύματος, συμπεριλαμβανομένων της απομόνωσης και του περιορισμού των επισκεπτών.

Η διατροφή της ασθενούς θα πρέπει να είναι υπερλευκωματούχος υδρική δίαιτα, ή τοποθετεί ρινογαστρικό σωλήνα για την εξασφάλιση της σωστής διατροφής της ασθενούς. Ενθαρρύνεται η ασθενής να περπατά, για να παρεμποδίσει διαταραχές στην κένωση του εντερικού σωλήνα ή διαταραχές στην ούρηση. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί και ελέγχει την παρεντερική χορήγηση υγρών, η οποία σκοπεύει στην καλή ενυδάτωση της ασθενούς. Ενθαρρύνει επίσης τη λήψη υγρών από το στόμα, ενώ ταυτόχρονα καταγράφει τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά, για τη διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών. Ελέγχει και παρακολουθεί την περιοχή του δέρματος, κάτω από την οποία βρίσκεται το εμφύτευμα, για την εμφάνιση σημείων φλεγμονής (οιδήματος, πόνου, ερυθρότητας, αύξησης της θερμοκρασίας) ⁴⁵.

Η αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών από την νοσηλεύτρια, η οποία θα πρέπει να εκτιμά την έλλειψη άνεσης και χρησιμοποιεί ατομική κλίμακα αξιολόγησης από 0 - 10 για να αποκτήσει αντικειμενική αντίληψη του

πόνου. Παρατηρεί την ασθενή για σημεία πόνου και έλλειψη άνεσης, όπως κόπωση, εξάντληση, ανησυχία, άγχος, ευερεθιστότητα, υψηλή συχνότητα σφυγμών. Χορηγεί αναλγητικά (με εντολή γιατρού), εκτιμά και καταγράφει την ανταπόκριση της ασθενούς. Παρέχει φροντίδα για τη σωστή υγιεινή της στοματικής κοιλότητας, κάνοντας πλύσεις, κάθε 3 - 4 ώρες, χρησιμοποιώντας ήπια διαλύματα, όπως 1 κουταλιά γλυκού σόδας σε 250 ml νερού. Το διαιτολόγιο της ασθενούς περιλαμβάνει μαλακές και ήπιες τροφές, ενώ αποφεύγονται οι σάλτσες, τα κόκκινα κρέατα, τα ξινά φαγητά, ο καπνός και το οινόπνευμα, τα οποία είναι δυνατόν να προκαλέσουν αλλαγές στη γεύση και φλεγμονή του στόματος ⁴⁵.

Η Κοινωνική απομόνωση και έλλειψη αυτοφροντίδας της ασθενούς θα πρέπει να αντιμετωπιστεί από την νοσηλεύτρια. Η ασθενής τοποθετείται σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με το χώρο των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούθησης της ασθενούς, τουαλέτα και λουτρό. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος. Ενημερώνεται η ασθενής πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό και γιατί εφαρμόζεται. Στην πόρτα του δωματίου και στο φάκελο της ασθενούς, τοποθετείται η ειδική πινακίδα με το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας.

Η νοσηλεύτρια που νοσηλεύει την ασθενή με ραδιοϊσοτοπικό εμφύτευμα φέρει πάνω της ειδικό δοσίμετρο, το οποίο μετράει την έκθεση στην ακτινοβολία και δεν πρέπει να το μοιράζεται με το άλλο προσωπικό. Όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο που τον χρησιμοποιεί δέχθηκε περισσότερη από την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας, τότε το άτομο απομακρύνεται από το χώρο. Επίσης, όλο το προσωπικό που εργάζεται σε αυτό το χώρο φοράει τέτοιο μετρητή, ο οποίος ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς.

Η νοσηλεύτρια περιορίζει τους επισκέπτες. Η παραμονή κάθε επισκέπτη στο χώρο δεν πρέπει να ξεπερνά τα 15 min την ημέρα. Οι επισκέπτες ενημερώνονται για τον τρόπο επικοινωνίας με την ασθενή (μέσω του παραθύρου για την παρακολούθηση της ασθενούς), εξηγείται ο σκοπός του μέτρου αυτού και παροτρύνονται να επικοινωνούν τηλεφωνικώς μαζί της, ώστε να περιορίζεται το αίσθημα της μοναξιάς ²⁰. Η ασθενής προετοιμάζεται ψυχικά και συναισθηματικά για την αφαίρεση του εμφυτεύματος.

Στην αφαίρεσης ραδιοϊσοτόπου γίνεται (με εντολή γιατρού) προκαταρκτική χορήγηση φαρμάκων (αναλγητικών - ηρεμιστικών κ.λ.π.) περίπου μισή ώρα πριν από την αφαίρεση του ραδιοϊσοτόπου. Δίπλα στο κρεβάτι υπάρχουν ειδικές μακριές λαβίδες και γάντια, καθώς και ο ειδικός μεταφορέας της πηγής μετά την αφαίρεσή της. Εξηγούνται στην ασθενή οι ακολουθούμενες διαδικασίες και απαντιούνται ερωτήσεις.

Η ασθενής τοποθετείται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να μη δυσχεραίνεται η αφαίρεση του ραδιοϊσοτόπου. Σε περίπτωση που έχει τοποθετηθεί ουροκαθετήρας, αφαιρείται και συλλέγονται τα ούρα σε αποστειρωμένο φιαλίδιο. Σημειώνεται η ώρα της αφαίρεσης του εμφυτεύματος. Παρακολουθείται ταυτόχρονα η ανταπόκριση της ασθενούς. Βοηθείται η ασθενής να σηκωθεί και να περπατήσει μετά την αφαίρεση, να κάνει ένα ντους και να δεχθεί επισκέψεις. Διαβεβαιώνεται η ασθενής ότι από τη στιγμή της αφαίρεσης της πηγής δεν εκπέμπει πια ακτινοβολία ⁴⁵.

Η φροντίδα της ασθενούς για την έξοδο της από το νοσοκομείο γίνεται με διδασκαλία της ασθενούς να εκτελεί κάθε μήνα αυτοεξέταση του μαστού. Ενημερώνεται επίσης ότι, εφόσον δεν ακολουθεί εξωτερική ακτινοβολία, αν επιθυμεί, μπορεί να χρησιμοποιήσει στην περιοχή του δέρματος από όπου αφαιρέθηκε το εμφύτευμα κρέμες, λοσιόν, αρώματα ή σαπούνια. Καθοδηγείται να προστατεύει την περιοχή του δέρματος από την ακτινοβολία του ήλιου, χρησιμοποιώντας αντηλιακά υψηλού δείκτη προστασίας (10-15). Ενημερώνεται ότι φλεβοκεντήσεις και λήψεις της αρτηριακής πίεσης δεν πρέπει να γίνονται στον αντίστοιχο βραχίονα. Της γνωστοποιείται ακόμη ότι, παροδικά, απότομοι πόνοι, διάχυτοι στο στήθος, θα οφείλονται στην ακτινοβολία και στην αύξηση του ερεθισμού των θωρακικών μυών. Είναι δυνατόν να εμφανίζονται περιοδικά μέχρι και ένα χρόνο μετά ²⁰.

6.2.10 Νοσηλευτικές δραστηριότητες και παρεμβάσεις στην προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ο σκοπός της εγχείρησης στην ασθενή με καρκίνο του μαστού, είναι θεραπευτικός ή περιοριστικός της έκτασης του καρκίνου. Ως αποτέλεσμα της εγχειρητικής παρέμβασης, μπορεί να είναι κάποια παραμόρφωση, ή/και η αφαίρεση του μαστού, καταστάσεις βέβαια που η ασθενής αντιμετωπίζει με φόβο και ιδιαίτερο άγχος. Για το λόγο αυτόν, η προεγχειρητική νοσηλευτική

φροντίδα έχει σχέση με την ανταπόκριση της ασθενούς στη διάγνωση και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Στο σημείο αυτό, η νοσηλευτική διδασκαλία και η εκτίμηση του σωματικού και ψυχοσυναισθηματικού επιπέδου της ασθενούς, παρέχουν απαραίτητα και σημαντικά στοιχεία για τον άμεσο σχεδιασμό των νοσηλευτικών μέτρων αντιμετώπισης της νόσου.

Η νοσηλεύτρια, για να μπορέσει να βοηθήσει, αλλά και για να ανταποκριθεί η ίδια στο κάλεσμα βοήθειας της ασθενούς, οφείλει να προχωρήσει στη λήψη νοσηλευτικών μέτρων, τα οποία είναι να εκτίμηση την κατάσταση της ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της αντίδρασης αυτής στη διάγνωση και στους σκοπούς της εγχείρησης, καθώς και των φόβων και των αβεβαιοτήτων που θα αντιμετωπίσει. Θα πρέπει να προσδιορίσει τα πιθανά αποτελέσματα, που το συγκεκριμένο είδος εγχείρησης μπορεί να έχει στη λειτουργικότητα του σώματος της ασθενούς και στη διαταραχή του σωματικού ειδώλου. Θα πρέπει να εκτίμηση τις πιθανές επιπλοκές καθώς και τα ειδικά νοσηλευτικά μέτρα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση προεγχειρητικών σωματικών καταστάσεων της ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων των παθολογικών εργασιών.

Εκτιμά το επίπεδο άγχους της ασθενούς σχετικά με τη διάγνωση, την εγχείρηση και τα αποτελέσματά της, καθώς και την ανταπόκριση της οικογένειας της ασθενούς στη νόσο. Προσδιορίζει το επίπεδο κατανόησης της ασθενούς, σχετικά με τις πληροφορίες που της δίνονται για την εγχείρηση, τις διαδικασίες που θα ακολουθηθούν και τους χώρους που θα βρεθεί κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, αλλά και αμέσως μετά από αυτήν. Παρέχει στην ασθενή πληροφορίες, σύμφωνα με την εκτίμηση της ικανότητάς της να καταλάβει και να ανταποκριθεί στη γνώση θεραπευτικών διαδικασιών. Διαβεβαιώνεται ότι ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας συμπεριλαμβάνει και τη φροντίδα που παρέχεται από το υπόλοιπο προσωπικό υγείας και ότι το σχέδιο φροντίδας είναι κατανοητό και έχει κοινή υποστήριξη²¹.

Προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία

Η παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας θα γίνει μετά τη διεκπεραίωση της νοσηλευτικής διάγνωσης των αναγκών και των προβλημάτων της ασθενούς, τα οποία είναι:

A. Αμφιβολίες για τη διάγνωση

Η υποψία του καρκίνου του μαστού δημιουργεί στις περισσότερες γυναίκες πραγματική καρκινοφοβία. Για το λόγο αυτό, πολλές γυναίκες αποφεύγουν την έγκαιρη ιατρική εξέταση, με ολέθρια βεβαίως αποτελέσματα για την υγεία και τη ζωή τους.

Η νοσηλεύτρια στο νοσοκομείο υποστηρίζει ηθικώς την ασθενή, κατά την περίοδο των εξετάσεων, οι οποίες γίνονται πριν από την εγχείρηση. Αναγνωρίζει και δικαιολογεί το φόβο για τη διάγνωση, ο οποίος διακατέχει την ασθενή και της εξηγεί ότι, και αν ακόμη επιβεβαιωθεί η ύπαρξη καρκίνου του μαστού, μπορεί να γίνει καλά με τα μέσα, τα οποία διαθέτει η ιατρική σήμερα. Η νοσηλεύτρια ενισχύει, επίσης, την πεποίθηση της ασθενούς, ότι ο γιατρός στα χέρια του οποίου βρίσκεται, είναι πεπειραμένος και θα εφαρμόσει την ενδεικνυόμενη θεραπεία, κατά τον καλύτερο επιστημονικό τρόπο ²¹.

B. Άγχος, κατάθλιψη, ψυχική και σωματική αδυναμία σχετιζόμενα με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τα αποτελέσματα της εγχείρησης και ιδιαίτερα με την αλλαγή του σωματικού ειδώλου.

Η σκέψη του ενδεχομένου να πάσχουν από καρκίνο του μαστού, φέρνει αντιμέτωπες τις ασθενείς με τη σκληρή πραγματικότητα, δηλαδή, με την απειλή της σωματικής τους αρτιμέλειας. Η αφαίρεση του μαστού είναι μια από τις περιπτώσεις εκείνες, κατά τις οποίες ο αναπόφευκτος ακρωτηριασμός δημιουργεί έντονο ψυχικό κλονισμό. Η σκέψη, μόνο, του ακρωτηριασμού του μαστού προκαλεί στη γυναίκα ψυχικό τραύμα, διότι από τη νεανική της ηλικία η ζωή της είναι συνυφασμένη με την ύπαρξη του οργάνου αυτού.

Η νοσηλεύτρια για να μειώσει το άγχος, την αγωνία, την αδυναμία, την κατάθλιψη και όλα τα δυσάρεστα συναισθήματα, που σχετίζονται με την ιδέα του άγνωστου και της διαταραχής του σωματικού ειδώλου εξηγεί στην ασθενή πράγματα που πιθανόν να της δημιουργούν φόβο (πχ. μηχανήματα), τις διαδικασίες που ακολουθούνται και τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Εκτιμά την αντίδραση της ασθενούς στην πληροφόρηση των διαδικασιών. Επαναλαμβάνει - επαναπροσδιορίζει αυτά που έχουν λεχθεί, αν αυτό κριθεί απαραίτητο.

Παρέχει πληροφορίες και διαβεβαιώσεις, που η ασθενής επιθυμεί και χρειάζεται, για την παραμονή της στο νοσοκομείο, την επικείμενη χειρουργική

επέμβαση και την αναμενόμενη μετεγχειρητική πορεία της. Σχεδιάζει εκπαιδευτικά μαθήματα πάνω σε συγκεκριμένους τομείς, αν αυτό είναι δυνατό, με σκοπό την αύξηση της παροχής των πληροφοριών σε κάθε τομέα. Ενθαρρύνει την ασθενή στην έκφραση των συναισθημάτων της και των φόβων της. Οι συνηθισμένοι και κοινοί φόβοι, περιλαμβάνουν την ιδέα του θανάτου, του καρκίνου, της παραμόρφωσης και του πόνου. Περιλαμβάνει στη διδασκαλία της θέματα, όπως ασκήσεις βήχα και βαθιών αναπνοών, λήψη αναπνευστικών θέσεων, ανακούφιση του πόνου, ασκήσεις του χεριού (του σύστοιχου με τη μαστεκτομή), Παρέχει στην ασθενή χρόνο για εκμάθηση (βήχα ή βαθιάς αναπνοής) ή εξάσκηση (ασκήσεις του άκρου) ²⁰.

Γ. Δυσκολία αποδοχής της εγχείρησης

Ο χρόνος αναμονής της εγχείρησης είναι χρόνος ψυχικής έντασης, άγχους, αγωνίας και ανησυχίας για την ασθενή. Συνήθως, η σωματική νόσος αυξάνει την ψυχική ευαισθησία και ορισμένες φορές προκαλεί συναισθηματική κρίση, η οποία εκδηλώνεται, ιδιαίτερα όταν απειλείται η σωματική αρτιμέλεια ή επίκειται ο θάνατος. Η προετοιμασία για την επικείμενη ψυχική ένταση πρέπει να εξατομικεύεται.

Είναι γνωστό ότι η ασθενής συνομιλεί με μεγαλύτερη ευκολία με την νοσηλεύτρια, παρά με το γιατρό. Για το λόγο αυτόν, καλείται η νοσηλεύτρια να βοηθήσει την ασθενή να αντιληφθεί το πρόβλημά της. Δημιουργεί ασφαλές και ενθαρρυντικό περιβάλλον και συντελεί στην ελάττωση της ψυχικής έντασης της ασθενούς και στην ενίσχυση των ψυχικών της δυνάμεων, για να είναι σε θέση να αποδεχθεί με ευκολία την εγχείρηση. Προσπαθεί με υπομονή και αγάπη να τη διαβεβαιώσει ότι η εγχείρηση είναι απαραίτητη για τη θεραπεία της και ότι ασφαλώς ο γιατρός θα κάνει ότι είναι καλύτερο γι' αυτήν.

Σκοπός, εξάλλου, της νοσηλεύτριας είναι να βοηθήσει την ασθενή να αποδεχθεί και να αντιμετωπίσει με θάρρος και ψυχραιμία την επέμβαση. Η νοσηλεύτρια θα τη διαφωτίσει, ώστε να πεισθεί ότι ο μαστός, όταν πάσχει, θεωρείται όργανο άχρηστο λειτουργικός και επιβλαβές για την υγεία της. Επίσης, θα επισημάνει ότι η απώλεια του ενός μαστού είναι η μικρότερη θυσία, την οποία προσφέρει ως αντίτιμο της υγείας της, ακόμη και της ζωής της ²⁰.

Δ. Ο φόβος του πόνου

Η ασθενής εκφράζει συνήθως την ανησυχία και το φόβο του πόνου. Πράγματι, ο σωματικός πόνος δημιουργεί και ψυχική δοκιμασία, ταλαιπωρεί και ταπεινώνει τον άνθρωπο, εξαντλεί τα αποθέματα της υπομονής και μειώνει την ελπίδα για τη θεραπεία του. Η νοσηλεύτρια εξηγεί στην ασθενή ότι κατά την εγχείρηση δεν θα αισθανθεί πόνο, λόγω της γενικής αναισθησίας. Την προειδοποιεί όμως ότι μετά την εγχείρηση θα αισθάνεται πόνο, αλλά θα είναι μικρής διάρκειας και θα αντιμετωπίζεται με αναλγητικά φάρμακα.

Ε. Οικογενειακά προβλήματα

Η ασθενής ανήκει σε μια οικογένεια. Το πρόβλημα της υγείας της, προκαλεί διαταραχή στην ατμόσφαιρα της οικογενειακής της ζωής. Σκοπός την νοσηλεύτριας είναι να λάβουν τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς, κατάλληλη ψυχολογική και συναισθηματική φροντίδα και διδασκαλία. Αυτό επιτυγχάνεται με το να παρέχει μέρος του χρόνου της, συζητώντας με τα μέλη της οικογένειας για την κατάσταση της ασθενούς, προσφέροντας πληροφορίες απαντώντας σε ερωτήσεις και ενθαρρύνοντάς τα. Βοηθάει τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν τα αισθήματα της ασθενούς και βοηθάει την ασθενή να εκφράσει τα αισθήματα και τις ανάγκες της στην οικογένειά της. Ενθαρρύνει την οικογένεια να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι η θηλυκότητά της, η σεξουαλικότητα και η αγάπη των άλλων προς αυτήν δεν επηρεάζονται από την εμφάνισή της. Βοηθάει την ασθενή και την οικογένεια της, να επικοινωνήσουν με τον ιερωμένο της εκκλησίας του νοσοκομείου, αν το επιθυμούν.

Προεγχειρητική σωματική ετοιμασία

Μετά το πέρας των διαγνωστικών και των εργαστηριακών εξετάσεων, γίνεται προετοιμασία της ασθενούς για το χειρουργείο. Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να μειώσει το χρόνο αναμονής πριν από την εγχείρηση με την διαπίστωση των φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους. Εξασφαλίζει αίμα, αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή. Χορηγεί ηρεμιστικά (με εντολή γιατρού) για να μειωθούν οι ανησυχίες της ασθενούς.

Την παραμονή της εγχείρησης λαμβάνεται αίμα για καθορισμό της ομάδας και γίνεται διασταύρωση για την εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση,

αν αυτή χρειαστεί. Γίνεται ευπρεπισμός του εγχειρητικού πεδίου και του αντίστοιχου μηρού, για τυχούσα λήψη δερματικού μοσχεύματος, ακολουθεί λουτρό καθαριότητας. Χορηγούνται υπακτικά φάρμακα για την κένωση του εντέρου. Δίνεται ελαφρύ γεύμα κατά το δείπνο και, κατόπιν ιατρικής οδηγίας, υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση καλού ύπνου.

Κατά την ημέρα της εγχείρησης λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. Επί πυρετού, ενημερώνεται ο χειρουργός. Συνίσταται στην ασθενή η κένωση της κύστης. Αφαιρούνται τα κοσμήματα και οι τεχνητές οδοντοστοιχίες και φυλάσσονται από την προϊσταμένη ή δίδονται στην οικογένεια. Τοποθετείται ταυτότητα χειρός με το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία της ασθενούς. Η ασθενής φοράει τα ρούχα του χειρουργείου. Η ασθενής τοποθετείται στο φορείο και οδηγείται στο χειρουργείο με ολόκληρο το φάκελό της (ιατρικό και νοσηλευτικό).

Η προεγχειρητική ετοιμασία κατά την παραμονή και την ημέρα της εγχείρησης, φαίνεται, εκ πρώτης όψεως, σαν μια σειρά μηχανικών πράξεων. Εντούτοις, είναι νοσηλευτικό έργο μεγάλης σημασίας, γιατί συμπληρώνει την νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς, επισφραγίζει το ενδιαφέρον της νοσηλεύτριας προς την πάσχουσα και την πείθει, ότι πράγματι η νοσηλεύτρια θα δείξει το ανάλογο ενδιαφέρον και μετά την εγχείρησή της.

Ως συμπέρασμα, θεωρείται ότι η νοσηλεύτρια πέτυχε στην προεγχειρητική ψυχοσωματική ετοιμασία της ασθενούς, αν η ασθενής αποδέχεται την αναπηρία της και δεν θεωρεί ότι υποβιβάζει την αξία της ως ατόμου. Δίνει πρωτεύουσα σημασία στα πνευματικά και ηθικά χαρίσματα και δευτερεύουσα στη σωματική αρτιότητα. Είναι αποφασισμένη να ζήσει με την αναπηρία της, υπερβαίνοντας τη σωματική αδυναμία με την ψυχική καλλιέργεια. Πιστεύει ότι η ζωή της θα συνεχίσει να έχει νόημα και σκοπό και μετά τη μαστεκτομή, γιατί θα διαθέτει πολλές δυνατότητες και ικανότητες, οι οποίες δεν θα επηρεασθούν από τη μαστεκτομή και ότι η κοινωνία, της επιφυλάσσει μια χρήσιμη θέση. Προχωρεί στο χειρουργείο με την καλύτερη σωματική προεγχειρητική ετοιμασία, με αισιοδοξία και ελπίδα και με εμπιστοσύνη στο χειρουργό και στη νοσηλεύτρια του χειρουργείου, για την επιτυχή εκτέλεση της εγχείρησης.

6.2.11 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς μετά τη μαστεκτομή, αποτελεί συνέχεια της προεγχειρητικής και της εγχειρητικής περιόδου. Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή, κατά την οποία η ασθενής επανέρχεται από το χειρουργείο στο νοσηλευτικό τμήμα. Η φροντίδα είναι πολύπλευρη και πολυμερής και θεωρείται μια από τις σοβαρότερες και πλέον υπεύθυνες εργασίες της νοσηλεύτριας.

Η νοσηλεύτρια μετά από αξιολόγηση και εκτίμηση των αναγκών και των προβλημάτων της ασθενούς, προβαίνει σε υπεύθυνη παρέμβαση και ανάπτυξη δραστηριοτήτων, με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων και την πρόληψη - αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Εμφάνιση πόνου

Οι χειρουργικές επεμβάσεις, έχουν πάντα ως αποτέλεσμα, την εμφάνιση πόνου. Στη μαστεκτομή, ο πόνος οφείλεται στη χειρουργική τομή, αλλά και στην περιορισμένη κινητικότητα της ασθενούς, λόγω της τοποθέτησης του επιδεσμικού υλικού, των ορών και των συσκευών παροχέτευσης (κλειστό σύστημα με Hemovac).

Η νοσηλεύτρια χορηγεί με εντολή γιατρού αναλγητικά και παρακολουθεί - εκτιμά τα επιθυμητά ή ανεπιθύμητα αποτελέσματά τους (ο πόνος, λόγω της τομής διαρκεί για 1 - 2 εβδομάδες, αλλά ορισμένες ασθενείς έχουν διαρκή πόνο και ευαισθησία της σύστοιχης με τη μαστεκτομή πλευράς, για μεγαλύτερο διάστημα). Τοποθετεί την ασθενή σε θέση ημι-Fowler, για τη βελτίωση της αναπνοής, ενώ χρησιμοποιεί μαξιλάρια, για να μπορέσει να τοποθετήσει τον αγκώνα ψηλότερα από τον ώμο και, το άκρο του χεριού ψηλότερα από τον αγκώνα. Όλο το άκρο τοποθετείται σε λειτουργική θέση. Υπενθυμίζει στην ασθενή να περιορίσει την κινητικότητα του σύστοιχου άκρου. Τη συμβουλεύει να κοιμάται ανάσκελα, όσο αυτό είναι δυνατόν.

Αιμορραγία

Ο μαστός είναι όργανο με μεγάλη αγγείωση. Για το λόγο αυτό, γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μετεγχειρητικής αιμορραγίας.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να παρακολουθεί το επιδεσμικό υλικό τουλάχιστον κάθε 2 ώρες κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Να ελέγχει τον ιματισμό του κρεβατιού και το επιδεσμικό υλικό κάτω από τη μασχάλη και την πλάτη, γιατί συμβαίνει ορισμένες φορές, το αίμα να ρέει προς τα πίσω, ενώ το επιδεσμικό υλικό επί του τραύματος, να διατηρείται καθαρό. Να παρακολουθεί και εκτιμά τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 2 - 4 ώρες, γιατί οι παράμετροι αυτοί είναι πολύτιμοι δείκτες για τη διαπίστωση αιμορραγίας και shock (ταχύς και νηματοειδής σφυγμός, αυξημένες και άτακτες αναπνοές).

Εκτιμά αλλαγές του διανοητικού επιπέδου της ασθενούς (π.χ. σύγχυση, ευερεθιστότητα, μειωμένο επίπεδο συνείδησης), οι οποίες είναι δυνατόν να υποδεικνύουν μειωμένη παροχή αίματος στον εγκέφαλο. Ενημερώνει το γιατρό για σημεία αιμορραγίας και προετοιμάζεται για πιθανή μετάγγιση αίματος.

Φροντίδα του τραύματος και πρόληψη φλεγμονής

Η νοσηλεύτρια τηρεί αυστηρά τις αρχές της άσηπτης τεχνικής κατά τις αλλαγές του τραύματος, αν υπάρχει, της μαστεκτομής και του μηρού. Η φροντίδα περιλαμβάνει ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα και ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με ειδική κρέμα για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος (γίνεται με έγκριση γιατρού).

Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τον τακτικό έλεγχο του τραύματος και για εμφάνιση σημείων φλεγμονής. Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 4 ώρες και εκτιμά σημεία που υποδηλώνουν φλεγμονή (π.χ. αύξηση της θερμοκρασίας). Παρατηρεί την τομή για τοπική αύξηση της θερμότητας, οίδημα, εμφάνιση πύου. Καταγράφει και αναφέρει αυτά αμέσως στο γιατρό πιθανά ευρήματα. Ελέγχει το ποσό των παροχετεύσεων, το χρώμα και την οσμή. Σημειώνει και αναφέρει παράπονα της ασθενούς για έντονο πόνο στο στήθος, ή ευαισθησία.

Η θέα του τραύματος, η οπτική, δηλαδή, διαπίστωση της έλλειψης του μαστού, ωθεί την ασθενή σε βαθύτερη συνειδητοποίηση της αναπηρίας της. Η

ασθενής καταλαμβάνεται από απογοήτευση. Υπάρχει ακόμη και ο φόβος να λιποθυμήσει. Η παρουσία της νοσηλεύτριας σε αυτή τη δύσκολη ώρα είναι πολύτιμη. Η νοσηλεύτρια, για να μην αντικρίσει η ασθενής από την πρώτη αλλαγή, τον ακρωτηριασμό της, αφαιρεί τους επιδέσμους και τη ζητά να στρέψει το κεφάλι της, προς το αντίθετο μέρος του τραύματος. Η νοσηλεύτρια όμως έχει καθήκον να βοηθήσει την ασθενή, πριν βγει από το νοσοκομείο, να αντικρίσει το τραύμα της. Έτσι, πηγαίνοντας σπίτι της να είναι πλέον εξοικειωμένη με αυτό και με τη φροντίδα του, χάρη στη βοήθεια και την προσωπική φροντίδα της νοσηλεύτριας.

6.2.12 Πρόληψη ή/και αντιμετώπιση λεμφοιδήματος

Μετά από ριζική ή τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, είναι δυνατόν να έχουμε την εμφάνιση οιδήματος του σύστοιχου, προς τη μαστεκτομή άκρου, λόγω της αφαίρεσης των λεμφαδένων και των λεμφαγγείων, με αποτέλεσμα τη μη παροχέτευση της λέμφου και τη λίμναση της στην περιοχή. Η καταπολέμηση της λοίμωξης σε αυτό το άκρο είναι πολύ δύσκολη, λόγω μειωμένης αντίστασης του οργανισμού σε αυτήν.

Πρόληψη λοίμωξης

Η ασθενής πρέπει να αποφεύγει εμβολιασμούς, ενέσεις, αιμοληψίες και τοποθέτηση ορών στο προσβεβλημένο χέρι. Αν κάτι από τα παραπάνω κριθεί αναγκαίο, η ίδια η ασθενής πρέπει να υπενθυμίσει στο γιατρό ή στη νοσηλεύτρια, τη χρησιμοποίηση του άλλου χεριού. Στο νοσοκομείο, η νοσηλεύτρια τοποθετεί στο κρεβάτι της ασθενούς κάρτα με τη σημείωση «προσοχή, λεμφοιδηματικό χέρι», ώστε να αποφεύγονται από το υπόλοιπο προσωπικό ενέσεις, αιμοληψίες κ.α.

Προκειμένου να κόβονται παρανυχίδες, είναι καλύτερο να χρησιμοποιείται κρέμα λανολίνης για να διατηρούνται μαλακές. Πρέπει να δίνεται προσοχή στο κόψιμο και στο λιμάρισμα των νυχιών καθώς και σε υπάρχοντα κοψίματα και γδαρσίματα. Να πλένονται με σαπούνι και αντισηπτικό. Αν καπνίζει, πρέπει να ανάβει και να κρατά το τσιγάρο με το άλλο χέρι. Να αποφεύγει τη χρήση αποτριχωτικής μηχανής (ξυραφιού), κρεμών ή αποσμητικών, στη μασχάλη του προσβεβλημένου χεριού, έως ότου ο γιατρός το επιτρέψει. Μέχρι να επουλωθεί η χειρουργική τομή, τα χημικά

που περιέχουν οι κρέμες και τα αποσμητικά, είναι δυνατόν να ερεθίσουν την τομή. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται, όταν επιχειρείται αποτρίχωση της περιοχής και αυτό γιατί η αισθητικότητα της είναι μειωμένη (Πίνακας 7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Φροντίδα λεμφοιδηματικού χεριού	
«Μη»	«Ναι»
Μην κρατάτε τσιγάρο σε αυτό το χέρι.	Να φοράτε ελαστικό γάντι, όταν ασχολείσθε με τη μαγειρική, την καθαριότητα ή το πλύσιμο πιάτων.
Μην κρατάτε με αυτό το χέρι την τσάντα ή άλλο βαρύ αντικείμενο.	Να φοράτε δακτυλήθρα, όταν ράβετε ή κεντάτε.
Μην κόβετε ή τραβάτε τις παρωνυχίδες σε αυτό το χέρι.	Να βάζετε κρέμα λανολίνης στο χέρι, πολλές φορές την ημέρα.
Μη σκάβετε τον κήπο σας με αυτό το χέρι και μην κόβετε αγκαθωτά φυτά.	Να φοράτε την ιατρική ταυτότητα με την εγχάραξη: «ΠΡΟΣΟΧΗ – ΛΕΜΦΟΔΟΙΜΑΤΙΚΟ ΧΕΡΙ – ΟΧΙ ΥΠΟΔΟΡΙΕΣ».
Μην πλησιάζετε ζεστό φούρνο με αυτό το χέρι.	Να αναφέρετε στο γιατρό σας, αν Τραυματίσατε το χέρι σας, αν είναι ερυθρό, θερμό ή ασυνήθιστα σκληρό ή οιδηματώδες.
Μην αφήνετε να σας πάρουν αίμα από αυτό το χέρι.	Να επιστρέψετε για επανεξέταση σε διάστημα δύο μηνών.
Μην επιτρέπεται να σας πάρουν την αρτηριακή πίεση από αυτό το χέρι.	

Πηγή: Σαχίνη – Καρδάση Α. Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική 2002

Πρόληψη οιδήματος

Η πρόληψη του οιδήματος γίνεται καθημερινή άσκηση του χεριού, ώμου, αγκώνα, καρπού και δακτύλων, όπως έχει καθορισθεί από το γιατρό. Με αποφυγή ανύψωσης βάρους (τσάντας, βαλίτσας) με το προσβεβλημένο χέρι, ιδιαίτερα τις πρώτες εβδομάδες μετά την εγχείρηση, όπου η τομή

βρίσκεται ακόμη στην αναρρωτική φάση ή υπάρχουν ενδείξεις για λοίμωξη. Συνιστάται συχνή ανύψωση του χεριού. Το βράδυ, κατά τη διάρκεια του ύπνου, αν είναι δυνατόν το χέρι να τοποθετείται ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα (π.χ. με την τοποθέτηση μαξιλαριών). Η βαρύτητα βοηθάει την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός οιδήματος. Απαγορεύεται η μέτρηση της πίεσης στο σύστοιχο προς τη μαστεκτομή χέρι. Να αποφεύγεται η σάουνα και το εντατικό μασάζ (μαλάξεις). Θα πρέπει να αποφεύγονται τα ρούχα και τα κοσμήματα, τα οποία περιορίζουν την κινητικότητα και τη σωστή κυκλοφορία του προσβεβλημένου χεριού (π.χ. σφιχτά ρολόγια, φορέματα με λάστιχο στα μανίκια, σφιχτά δακτυλίδια). Αν επιθυμεί η ασθενής να κάνει ηλιοθεραπεία, η έκθεση της περιοχής στον ήλιο να γίνεται με μεγάλη προσοχή και σταδιακά, ώστε να αποφευχθούν εγκαύματα. Αν πρέπει η ασθενής να παραμείνει για πολύ ώρα στον ήλιο, επιβάλλεται η κάλυψη της περιοχής με αντηλιακό μεγάλου δείκτη προστασίας. Συνιστάται άμεση επίσκεψη του γιατρού, αν παρουσιασθεί ερυθρότητα ή οίδημα στο χέρι.

6.2.13 Διαταραχή του σωματικού ειδώλου - Μείωση αυτοεκτίμησης

Η αφαίρεση του μαστού προκαλεί ψυχικά προβλήματα στη γυναίκα με συνέπειες όπως, κατάθλιψη, αίσθημα μειονεκτικότητας και αυτούποτιμησης, αϋπνίες, άγχος. Απαραίτητο είναι, να αποδεχθεί η γυναίκα τον ακρωτηριασμό και να αντιμετωπίσει την αλλαγή αυτή στο σώμα της, να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού, να αποδεχθεί τα όρια που επέβαλε το χειρουργείο στη ζωή της, να αποκτήσει υπευθυνότητα, φυσική και συναισθηματική επάρκεια, ανεξάρτητα από τα μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν για να κρύψει τη δυσμορφία της από τους άλλους.

Η νοσηλεύτρια παρέχει την ευκαιρία στην ασθενή να εκφράζει τα συναισθήματά της, αναφέροντας η ίδια τις παρατηρήσεις της και τα αισθήματά της. Γίνεται καλή ακροάτρια και δέχεται αυτά που λέει η ασθενής. Δεν λαμβάνει προσωπικά υπόψη της το θυμό, την ευερεθιστότητα ή την επιθετικότητα της ασθενούς. Συγκεντρώνεται στα συναισθήματα της ασθενούς και προσπαθεί να αντιμετωπίσει τη συμπεριφορά της. Καθορίζει τη σημασία που έχει για την ασθενή, η αλλαγή του σωματικού ειδώλου και το πώς πιστεύει η ασθενής ότι αυτό θα επηρεάσει τη ζωή της.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τη συμπεριφορά της ασθενούς. Αν η ασθενής αρνείται ή ντρέπεται για την αλλαγή, θα παρακολουθεί τους γύρω της, ψάχνοντας να βρει πάνω τους αρνητικά σημεία, με τα οποία θα καθησυχάζει το δικό της φόβο και θα μετριάξει την αυτοϋποτίμηση της. Η νοσηλεύτρια βοηθάει την οικογένεια της ασθενούς να αποδεχθεί τέτοιες αλλαγές και να αποφεύγει την ενίσχυση και την προβολή αρνητικών συναισθημάτων.

Ενημερώνει την ασθενή, ότι συναισθήματα και ανησυχίες που βιώνει κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, είναι φυσιολογικές και ότι αυτή βρίσκεται εκεί για να την ακούσει, να της συμπαρασταθεί και να τη βοηθήσει να αντιμετωπίσει το μέλλον. Την αφήνει να κλάψει και να εκφράσει το θυμό της, με σκοπό να περάσει σιγά - σιγά το στάδιο της κατάθλιψης και της αυτοϋποτίμησης. Ανακαλύπτει και υποστηρίζει την επιθυμία της ασθενούς να ζήσει, όσο το δυνατόν περισσότερο και να εξακολουθήσει το ρυθμό της ζωής της, όπως και πρώτα. Τέλος διδάσκει στην ασθενή κατάλληλες τεχνικές αυτοεξέτασης του μαστού και της εξηγεί ότι, οι ασθενείς που έχουν υποστεί μαστεκτομή, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο επανεμφάνισης καρκίνου. Της διδάσκει, επίσης, ότι η ίδια ασθενής είναι η μόνη που μπορεί να προλάβει τον καρκίνο, σε πρώιμο στάδιο ²⁰.

6.2.14 Μείωση της κινητικότητας - δραστηριότητες

Στη μαστεκτομηθείσα ασθενή, είναι φυσικό να περιορίζεται η κινητικότητα της αντίστοιχης, προς τη μαστεκτομή πλευράς, από την τοποθέτηση των παροχετεύσεων και του επιδεσμικού υλικού. Η πρόληψη της μόνιμης σύσπασης των μυών, που έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία παραμορφώσεων και τη μείωση της λειτουργικότητας, είναι ζωτικής σημασίας. Είναι δυνατόν επίσης η ασθενής να αισθάνεται κάποια διαταραχή της ισορροπίας της, ως αποτέλεσμα της εγχείρησης, οφειλόμενη σε ασυμμετρία και μείωση της δύναμης των μυών.

Η νοσηλεύτρια κινητοποιεί την ασθενή, όταν περάσουν οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αναισθησίας. Μετά το πρώτο 24ωρο, αρχίζει η έναρξη παθητικών ασκήσεων του χεριού της προσβεβλημένης πλευράς. Οι αρχικές ασκήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση των δακτύλων. Οι

ασκήσεις αυτές, γίνονται για την πρόληψη των μυϊκών συσπάσεων και τη διατήρηση του βαθμού της κινητικότητας και του μυϊκού πόνου. Το εύρος των ασκήσεων αυξάνεται προοδευτικά και η ασθενής πρέπει να είναι σε θέση να κάνει τις περισσότερες δραστηριότητες της, όπως χτένισμα, βούρτσισμα δοντιών, τάισμα κ.α.

Σε περίπτωση που έχει τοποθετηθεί μόσχευμα, η νοσηλεύτρια προσπαθεί να μην κάνει απαγωγή του βραχίονα (συνήθως το χέρι αυτό είναι καλά ακινητοποιημένο με ελαστικούς επιδέσμους, για να προληφθεί η αποκόλληση των δερματικών κρημνών, μέχρι να ολοκληρωθεί η επούλωση). Για την εξασφάλιση της πλήρους κινητικότητας της άρθρωσης του ώμου, της προσβεβλημένης πλευράς και την αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μυών που έπαθαν κάκωση, αρχίζει την 4^η - 5^η μετεγχειρητική ημέρα, πρόγραμμα διδασκαλίας και εκμάθησης ασκήσεων. Οι ασκήσεις περιλαμβάνουν κινήσεις βραχίονα, κινήσεις προς τη πλάτη, κινήσεις εκκρεμούς, κινήσεις κουπιού, αναρρίχηση στον τοίχο, γύρισμα σχοινάκι, κινήσεις τροχαλίας και τέλος ανύψωση των βραχιόνων και τέντωμα τους.

Συμβουλευτείται και συζητεί με το γιατρό, το είδος, τη συχνότητα και τη διάρκεια των ασκήσεων. Διδάσκει την ασθενή να αρχίζει με απλές ασκήσεις, τις οποίες θα επαναλαμβάνει αργά για περιορισμένο χρονικό διάστημα. Κατόπιν, θα προστεθούν σταδιακά πιο πολύπλοκες ασκήσεις, οι οποίες θα επαναλαμβάνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα και θα διαρκούν περισσότερο. Η ασθενής ενθαρρύνεται και συμβουλευτείται να ξεκουράζεται και να αναπνέει βαθιά, στο διάστημα μεταξύ των ασκήσεων²⁰.

6.2.15 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην αποκατάσταση της ασθενούς μετά τη μαστεκτομή

Η νοσηλεύτρια γνωρίζοντας τη μεγάλη σημασία που έχει για κάθε γυναίκα η σωματική της ακεραιότητα, βρίσκεται ίσως στη μοναδική θέση να προσφέρει βοήθεια και να υποστηρίξει τη μαστεκτομηθείσα ασθενή να επανακτήσει την ψυχική της ισορροπία. Αυτό είναι δυνατόν να γίνει με την χρήση προσωρινής προσθήκης στο νοσοκομείο ή στο σπίτι.

Στο νοσοκομείο, η προσθήκη γίνεται πριν την αφαίρεση των επιδέσμων και σταθεροποιείται στο νυχτικό της ασθενούς με παραμάνες ασφαλείας, έτσι ώστε να δίνεται κάποια συμμετρία και στις δύο πλευρές. Μετά

την αφαίρεση του επιδερμικού υλικού και αφού η ασθενής αισθανθεί ότι μπορεί να φορέσει στηθόδεσμο, τοποθετείται η προσθήκη μέσα σε αυτόν.

Στο σπίτι η γυναίκα προσπάθει να επανακτήσει τη θηλυκότητα της. Ενημερώνεται η ασθενής να μη φοράει στενά ρούχα, αλλά ρούχα που να την κολακεύουν. Για να φορέσει μαγιό, συνιστάται η εσωτερική τοποθέτηση και στήριξη ενός σφουγγαριού κομμένου στο κατάλληλο σχήμα. Τονίζεται στην ασθενή ότι η προσθήκη αυτή είναι προσωρινή και ότι είναι απαραίτητη μέχρι να αποκατασταθεί η περιοχή της τομής και μέχρι να αισθανθεί η ασθενής έτοιμη για μόνιμη ανασύσταση (εφ' όσον αυτή ενδείκνυται).

Η τοποθέτηση μόνιμης προσθήκης εξαρτάται από ορισμένους παράγοντες, οι οποίοι είναι η επιθυμία της ασθενούς που θεωρείται αυτονόητη, η ηλικία, το μέγεθος του όγκου, η λεμφαδενική κατάσταση, η ιστολογική εικόνα του όγκου, η βιολογική και η τοπική συμπεριφορά του όγκου και τέλος το σχήμα της θεραπείας.

Οι μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού είναι: α) η απλή τοποθέτηση ενθέματος σιλικόνης, μετά από απλή ή τροποποιημένη, ριζική ή υποδόρια μαστεκτομή, β) η αποκατάσταση με κρημνούς, γ) η αποκατάσταση με διατατήρες ιστών και δ) η αποκατάσταση με ελεύθερο κρημνό και μικροχειρουργική αναστόμωση²¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η παρακολούθηση των ασθενών με καρκίνο του μαστού, αποσκοπεί στην έγκαιρη διάγνωση τοπικής υποτροπής καρκίνου του αντιθέτου μαστού⁴⁷ και ανάπτυξη συστηματικών μεταστάσεων.

Μπορεί δε, να περιλαμβάνει:

1. Κλινική εξέταση: ιστορικό, αξιολόγηση συμπτωμάτων, κλινική εξέταση

2. Αιματολογικές εξετάσεις:

- Γενική εξέταση αίματος.
- Αλκαλική Φωσφατάση (ALP).
- γ-γουανυλ-τρανσφεράση (γ GT)Q .
- Μονοκλωνικό αντίσωμα CA 15-3.
- Καρκινο-εμβρυϊκό αντιγόνα (CEA).

3. Ακτινολογικός έλεγχος:

- Ακτινογραφία θώρακος.
- Υπερηχογράφημα ήπατος.
- Σπινθηρογράφημα οστών για τον έλεγχο οστικών μεταστάσεων.
- Μαστογραφία για την παρακολούθηση της πορείας της νόσου στον ίδιο (συντηρητικές επεμβάσεις) ή στον άλλο μαστό.

4. Ειδικός έλεγχος σε περιπτώσεις αμφιβόλων ευρημάτων:

- Έλεγχος οστών με απλές ακτινογραφίες επικεντρωμένες στην ύποπτη περιοχή.
- Αξονική Τομογραφία θώρακός-κοιλίας.
- Μαγνητική Τομογραφία.
- Παρακέντηση για κυτταρολογική εξέταση ή βιοψία κάθε ύποπτης για καρκινική εστία βλάβης⁴⁸.

7.1.1 Εμφάνιση και αντιμετώπιση τοπικής υποτροπής

Η υποτροπή μετά από την αντιμετώπιση ενός καρκίνου του μαστού, ανάλογα και με τη μορφή της αρχικής θεραπευτικής αντιμετώπισης, μπορεί να διακριθεί κυρίως στις εξής περιπτώσεις:

1. **Τοπική υποτροπή στο δέρμα** ή το σύστοιχο **θωρακικό τοίχωμα** μετά την μαστεκτομή.
2. **Τοπική υποτροπή στο μαστό**, στη περιοχή του όγκου ή σε διαφορετικό τεταρτημόριο, μετά από συντηρητική χειρουργική επέμβαση.
3. **Υποτροπή στους σύστοιχους μασχαλιαίους λεμφαδένες** ή τους έσω μαστικούς και υποτροπή στους σύστοιχους υπερκλείδιους λεμφαδένες.
4. **Υποτροπή σε απομακρυσμένα όργανα – συστηματικές μεταστάσεις** – κατά σειρά συχνότητας στο οστά, ήπαρ, πνεύμονες, εγκέφαλος κλπ.

Εμφάνιση της τοπικής υποτροπής

1. Τοπική υποτροπή μετά από μαστεκτομή

Εμφανίζεται σαν ένα ή συνήθως περισσότερα δερματικά ή υποδόρια οζίδια στο σύστοιχο θωρακικό τοίχωμα και συχνότερα στις ασθενείς που είχαν τοπικά προχωρημένη νόσο. Η συνήθης θέση είναι κοντά ή επάνω στη τομή της μαστεκτομής, αν και σπανιότερα τα οζίδια μπορεί να εντοπίζονται στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα της περιοχής ή επί επανορθωτικών επεμβάσεων, στη περιφέρεια του δέρματος του κρημνού⁴⁹.

Η πρόγνωση της τοπικής υποτροπής μετά από μαστεκτομή είναι δυσμενής, αφού υπάρχει μεγάλη πιθανότητα η ασθενής να παρουσιάσει μεταστατική νόσο.

2. Τοπική υποτροπή μετά από χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού

Η υποτροπή σε αυτή τη περίπτωση ανιχνεύεται συνήθως σε μαστογραφία παρακολούθησης και λιγότερο συχνά μετά από κλινικό έλεγχο. Η πρόγνωση εξαρτάται από το τύπο της υποτροπής, με σαφώς δυσμενέστερη πορεία των ασθενών στις οποίες ανευρίσκεται υποτροπή με διηθητικό καρκίνο, σε σχέση με εκείνες που εμφανίζουν υποτροπή με καρκίνο μη διηθητικού – in situ – μορφής⁵⁰.

3. Θεραπευτική αντιμετώπιση της τοπικής υποτροπής

Στις περιπτώσεις τοπικής υποτροπής μετά από συντηρητική επέμβαση του μαστού, η χειρουργική αποτελεί και πάλι τη βάση της θεραπείας. Η μαστεκτομή είναι η επέμβαση εκλογής με την οποία, στις περιπτώσεις υποτροπής με διηθητικό καρκίνο, η πενταετής επιβίωση ελεύθερη νόσου και η συνολική επιβίωση φθάνουν το 75% και 85% αντίστοιχα.

7.2 ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Ένα μεγάλο ποσοστό (περίπου 40%) από τις ασθενείς που είχαν ένα πρωτοπαθή, διηθητικό καρκίνο του μαστού, θα αναπτύξουν κάποια στιγμή στη ζωή τους συστηματικές μεταστάσεις σε άλλα όργανα, ανεξάρτητα από την θεραπεία την οποία έλαβαν ⁵¹. Η πιθανότητα αυτή είναι διαφορετική για κάθε ασθενή και εξαρτάται από το αρχικό στάδιο που έγινε η διάγνωση της νόσου και τους επί μέρους προγνωστικούς παράγοντες.

Το συνηθέστερα όργανα στα οποία δίνει μεταστάσεις ο καρκίνος του μαστού είναι κατά σειρά συχνότητας τα οστά, οι πνεύμονες, το ήπαρ, και ο εγκέφαλος. Σπάνια, μπορεί να εμφανισθούν μεταστάσεις σε ασυνήθεις θέσεις όπως ο θυρεοειδής αδένας, το περιτόναιο, τα επινεφρίδια και αλλού.

Η ανίχνευση των μεταστάσεων γίνεται είτε κατά τη διάρκεια των εξετάσεων παρακολούθησης στις οποίες υποβάλλονται οι ασθενείς (ασυμπτωματικές μεταστάσεις) είτε, σε κατευθυνόμενο έλεγχο που γίνεται λόγω κάποιου συμπτώματος π.χ. σπινθηρογράφημα οστών λόγω εμφάνισης οστικού πόνου. Επίσης μπορούν να αναδειχθούν ασυμπτωματικές μεταστάσεις σε ασθενείς που, όπως υποχρεωτικά προβλέπεται, υποβάλλεται σε συστηματικό έλεγχο λόγω διαπίστωσης στη κλινική εξέταση τοπικής υποτροπής της νόσου κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης ⁵². Η τελευταία περίπτωση είναι αρκετά συχνή σε ασθενής που εμφανίζουν τοπική υποτροπή μετά από μαστεκτομή.

Οι μεταστάσεις από καρκίνο του μαστού είναι συνήθως πολλαπλές, μπορεί όμως να έχουμε ανίχνευση μονήρους αλλοίωσης σε κάποιο όργανο

π.χ. στον πνεύμονα, οπότε είναι πολύ σημαντική και επιβεβλημένη, η προσεκτική εξέταση της πιθανότητας ανάπτυξης ενός νέου πρωτοπαθούς όγκου. Στη περίπτωση αυτή είναι απαραίτητο να έχουμε ιστολογική διάγνωση υλικού βιοψίας για τη σωστή αντιμετώπιση της ασθενούς.

Η αντιμετώπιση των μεταστάσεων εξαρτάται από το όργανο που εντοπίζονται και περιγράφεται παρακάτω. Γενικά τον κύριο λόγο έχει η συστηματική θεραπεία, η οποία ανάλογα με την εντόπιση των μεταστάσεων και με τα χαρακτηριστικά του πρωτοπαθούς όγκου (ορμονικοί υποδοχείς, c-erb-b2 κλπ) μπορεί να είναι ορμονοθεραπεία 2ης γραμμής, χημειοθεραπεία ή σε συνδυασμό με ανοσοθεραπεία και συμπτωματική αγωγή.

7.2.1 Οστικές μεταστάσεις

Τα οστά αποτελούν τη συχνότερη θέση μετάστασης στις ασθενείς με καρκίνο του μαστού, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς και είναι συνήθως οστεολυτικού τύπου και σπανιότερα οστεοβλαστικές

Το συχνότερο σύμπτωμα των οστικών μεταστάσεων είναι ο πόνος, ο οποίος αρχικά είναι εντοπισμένος, αυξάνει σταδιακά σε ένταση και στη περίπτωση των οστών της σπονδυλικής στήλης, επιδεινώνεται σημαντικά. Ο έλεγχος των οστών για μεταστάσεις γίνεται κυρίως με το σπινθηρογράφημα οστών, όπου συνήθως φαίνονται σαν «θερμά» σημεία αυξημένης συγκέντρωσης του φαρμάκου⁵³.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων από τις οστικές μεταστάσεις περιλαμβάνει ισχυρά παυσίπονα, τοπική ακτινοθεραπεία σε σημεία αυξημένου πόνου ή υψηλού κινδύνου κατάγματος και ορμονοθεραπεία. Επί πλέον, τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται με επιτυχία η μηνιαία, ενδοφλέβια χορήγηση διφωσφονικών αλάτων ασβεστίου, τα οποία κατάγματος^{54,55}.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην αντιμετώπιση των οστικών μεταστάσεων είναι η ανακούφιση του πόνου με ακτινοθεραπεία, ναρκωτικά ή αναλγητικά και ηρεμιστικά. Επίσης είναι η πρόληψη των καταγμάτων της σπονδυλικής στήλης. Η ασθενής συμβουλεύεται από την νοσηλεύτρια να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις και να μην σηκώνει βαριά. Να αποφεύγει να

γυρίζει και να πέφτει απότομα στο κρεβάτι. Σε περίπτωση καταγμάτων, αυτά να ακινητοποιούνται²⁰.

7.2.2 Πνευμονικές μεταστάσεις

Ο πνεύμονας αποτελεί όργανο το οποίο ελέγχεται πάντοτε κατά τη βασική σταδιοποίηση της ασθενούς στην οποία γίνεται η διάγνωση ενός καρκίνου του μαστού (τουλάχιστον προεγχειρητικά, απλή ακτινογραφία θώρακος face και profile) και η πιθανή ανάδειξη πολλαπλών εντοπίσεων αποτελεί αντένδειξη ριζικής χειρουργικής επέμβασης, διότι πρόκειται ήδη για επίσημα γενικευμένη νόσο (M1).

Συνηθέστερη είναι η περίπτωση ανάπτυξης πνευμονικής νόσου, κατά τη διάρκεια παρακολούθησης ασθενούς που έχει αντιμετωπισθεί για πρωτοπαθή καρκίνο του μαστού στο παρελθόν. Εφ' όσον πρόκειται για ασυμπτωματική (σε απλή ακτινογραφία παρακολούθησης) ή συμπτωματική (π.χ. λόγω δύσπνοιας από συλλογή πλευριτικού υγρού) ανάδειξη πολλαπλών εστιών, ακολουθεί αξονική τομογραφία πνεύμονος, συστηματικός έλεγχος για πιθανή εύρεση δευτεροπαθών εντοπίσεων και σε άλλα όργανα και ακολουθεί συστηματική θεραπεία.

Μερικές φορές, η πρώτη εκδήλωση είναι η πλευρική διάχυση και συλλογή υγρού, η κυτταρολογική του οποίου μετά από παρακέντηση θα θέσει τη διάγνωση. Στις περιπτώσεις αυτές, εκτός από τη συστηματική αγωγή, μπορεί να χρειασθούν ανακουφιστικές παρακεντήσεις ή ακόμη και πλευροδεσία, όταν έχουμε ταχεία αναπαραγωγή του υγρού, με την έγχυση ουσιών ή χημειοθεραπευτικών (tetracyclin, bleomycin, mitoxantrone)⁵⁶.

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση σε περίπτωση καρκίνου πνεύμονα είναι η παρακέντηση θώρακα για ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια. Επειδή η παρακέντηση προκαλεί προσωρινή ανακούφιση, πιθανόν να επαναληφθεί. Επίσης χορηγείται οξυγόνο²⁰.

7.2.3 Ηπατικές μεταστάσεις

Πρόκειται συνήθως για πολλαπλές εντοπίσεις, οι οποίες ανιχνεύονται στην αξονική τομογραφία ή το υπερηχογράφημα, με το οποίο θα γίνει και η διαφορική διάγνωση από πολλαπλές κύστες του ήπατος ή αιμαγγείωμα. Στην

περίπτωση μονήρους όζου, η εξέταση υλικού παρακέντησης βοηθά στη ταυτοποίηση της βλάβης. Αντιμετωπίζονται με συστηματική θεραπεία.

Η νοσηλευτική παρέμβαση σε μεταστάσεις είναι η παρακέντηση κοιλίας για την ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια. Θα πρέπει να διατηρηθεί η ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών. Χορηγούνται διουρητικά και μικρά αλλά συχνά γεύματα. Σε περίπτωση που η ασθενής δεν μπορεί να φάει χορηγείται τεχνητή διατροφή μέσω Levin ή έχει πλήρη παρεντερική διατροφή²⁰.

7.2.4 Εγκεφαλικές μεταστάσεις

Οι μεταστάσεις στον εγκέφαλο από καρκίνο του μαστού εκδηλώνονται με συμπτωματολογία που εξαρτάται από τη λειτουργία του τμήματος του εγκεφάλου που εντοπίζονται. Έτσι μπορεί η πρώτη εκδήλωση να είναι κεφαλαλγία, ναυτία και εμετοί από την αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης, διπλωπία, αταξία, αστάθεια ή πυραμιδική συνδρομή.

Η κλασική αντιμετώπιση των εγκεφαλικών μεταστάσεων είναι με ακτινοθεραπεία⁵⁴.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στις εγκεφαλικές μεταστάσεις είναι να εξασφάλιση άνεση στην ασθενή. Να παρακολουθούνται τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά. Να εξασφαλισθεί επαρκής διαίτα. Να προληφθεί τραυματισμός από πτώση ή από πρόκληση βλάβης κατά τη διάρκεια σπασμών. Η νοσηλεύτρια να φροντίσει για την παροχή υγιεινής φροντίδας στο σώμα της ασθενούς²⁰.

7.2.5 Μεταστάσεις σε άλλα όργανα

Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να αναπτυχθούν μεταστάσεις από καρκίνο του μαστού σε ασυνήθεις θέσεις όπως το περικάρδιο, το περιτόναιο (από λοβιακό καρκίνο), ο σπλήνας, τα επινεφρίδια και ο θυρεοειδής αδένας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού και η χειρουργική αντιμετώπισή του αλλοιώνουν τη σωματική και την ψυχολογική εικόνα που το άτομο έχει για τον εαυτό του. Η αντίδρασή του σε μια τέτοια εμπειρία εξαρτάται από την προσωπικότητά του, τους μηχανισμούς άμυνας που κινητοποιεί για την αντιμετώπιση της κατάστασης, τα μηνύματα που δέχεται από το περιβάλλον και την ηλικία του.

Υποστηρίζεται ότι τα ψυχολογικά προβλήματα της γυναίκας μετά τη μαστεκτομή είναι ευθέως ανάλογα με την προηγούμενη συναισθηματική επένδυση που η ίδια έχει κάνει στον εαυτό της⁵⁷.

8.1.1 Ψυχολογικοί μηχανισμοί άμυνας

Ο κυριότερος ψυχολογικός αμυντικός μηχανισμός είναι η άρνηση της νόσου και των περιπτώσεών της. Άλλοι ψυχολογικοί μηχανισμοί που επιστρατεύονται συχνά είναι η απώθηση, η καταπίεση, η υπεραναπλήρωση, η προβολή και η παλινδρόμηση.

Με το μηχανισμό της άρνησης η ασθενής αρνείται ή ελαχιστοποιεί τα συμπτώματα και τις επιπτώσεις της νόσου, με αποτέλεσμα να καθυστερεί η προσέλευσή της στο γιατρό και να δυσχεραίνεται γενικά η συνεργασία μαζί της.

Με τους μηχανισμούς της απώθησης και της καταπίεσης η ασθενής θέτει στο περιθώριο τη νόσο της και δεν ασχολείται μ' αυτήν. Αυτός ο αποκλεισμός από το συνειδησιακό πεδίο του δυσάρεστου γεγονότος γίνεται υποσυνείδητα με το μηχανισμό της απώθησης και συνειδητά με το μηχανισμό της καταπίεσης.

Η υπεραναπλήρωση βοηθάει την ασθενή να αντιμετωπίσει στο επίπεδο του ασυνείδητου την απώλεια της αυτοεκτίμησής της.

Κινητοποιώντας το μηχανισμό της υπερανάπληρωσης η ασθενής γίνεται πιο δραστήρια, ίσως και πιο αισιόδοξη, απ' ό τι πριν αρρωστήσει.

Με την προβολή η ασθενής γίνεται ιδιότροπη, εριστική, παρανοϊκή ή και επιθετική. Συχνά κατηγορεί τους προηγούμενους θεραπευτές της. Με το μηχανισμό αυτό η επιθετικότητα στρέφεται προς τους άλλους και αποφεύγονται οι ιδέες ενοχής και αυτοκαταστροφής.

Τέλος, με το μηχανισμό της παλινδρόμησης ή επαναγωγής παλινδρομεί σε προγενέστερα στάδια ανάπτυξης, υιοθετώντας τρόπους συμπεριφοράς που ήταν αποτελεσματικοί στην παιδική ηλικία ⁵⁸.

8.1.2 Ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις

Στις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις της γυναίκας με καρκίνο του μαστού περιλαμβάνεται το άγχος (κυρίως για την επιβίωση), ο φόβος του ακρωτηριασμού και οι παρανοϊκές αντιδράσεις ⁵⁹. Ακόμα, η αυξημένη χρήση αλκοόλ και ηρεμιστικών δεν είναι σπάνια. Η κατάθλιψη είναι πολύ συχνή μετεγχειρητική επιπλοκή ⁵⁵.

8.1.3 Ψυχολογική υποστήριξη και ενημέρωση

Έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες που δεν εμφανίζουν καθόλου άγχος προεγχειρητικά και που αμύνονται με άρνηση του φόβου τους εκφράζοντας υπερβολικά μεγάλη αισιοδοξία, όπως και εκείνες που παρουσιάζουν πολύ έντονο και μη ελεγχόμενο άγχος, που φθάνει μέχρι τον πανικό, έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν ψυχολογικές μετεγχειρητικές επιπλοκές και αυτές ιδιαίτερα χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη ⁵⁷.

Η σωστή ψυχολογική υποστήριξη, που αρχίζει πριν ακόμα η ασθενής υποβληθεί στη χειρουργική επέμβαση, φαίνεται ότι είναι αποφασιστική για τη συναισθηματική προσαρμογή της στις καινούργιες συνθήκες.

Το θέμα της πληροφόρησης ή της μη πληροφόρησης της ασθενούς έχει βέβαια μεγάλη σημασία και όπως είναι ευνόητο, δεν επιδέχεται γενικεύσεις.

Ψυχολογική προσαρμογή της γυναίκας που υποβλήθηκε σε μαστεκτομή σημαίνει α) αποδοχή της απώλειας του μαστού, β) αποκατάσταση της εικόνας του εαυτού της, και γ) παραδοχή της πιθανότητας υποτροπής της νόσου στα επόμενα χρόνια.

Στην προεγχειρητική φάση η ασθενής πρέπει να βοηθηθεί, να αποφασίσει τι θα πει στα σημαντικά πρόσωπα της ζωής της, για την κατάστασή της. Τα παιδιά αναπόφευκτα θα καταλάβουν την αλλαγή στην οικογενειακή καθημερινότητα. Τα μικρότερα παιδιά θα νιώσουν δυστυχημένα από την απουσία της μητέρας στο Νοσοκομείο, ενώ τα μεγαλύτερα μπορεί να σχηματίσουν μια παραμορφωμένη εικόνα από μικρά κομμάτια συνομιλιών που θα ακούσουν. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί, κατά την ενημέρωση της ασθενούς, ότι οι κρίσεις κλάματος είναι φυσιολογικές και αναμενόμενες. Επίσης, ότι μπορεί να έχει αϋπνίες ή εφιάλτες, κάποιο φυσικό μούδιασμα στο χέρι και γι αυτό, δε χρειάζεται επομένως να πανικοβάλλεται. Η ειλικρίνεια είναι το καλύτερο μέσο για να εξουδετερωθούν οι αναδυόμενες φαντασιώσεις.

Η ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται, να διατυπώνει όλα τα ερωτήματα που την απασχολούν. Είναι πολύ σημαντικό να της δίδονται πληροφορίες για το μέλλον της και τις προοπτικές του.

Σε σχέση με τη μετεγχειρητική συμβουλευτική, η περίοδος της νοσηλείας μετά την επέμβαση έχει μεγάλη σημασία, γιατί στη φάση αυτή, ασθενής και οικογένεια βρίσκονται μαζί και μπορούν να αντιμετωπίσουν έτσι από κοινού τα προβλήματα, τα ερωτήματα και τις λανθασμένες αντιλήψεις⁶⁰.

8.1.4 Ερωτική ζωή και σεξουαλικά προβλήματα

Όσον αφορά την ερωτική ζωή της γυναίκας που υποβλήθηκε σε μαστεκτομή, οι δυσκολίες σε ένα μεγάλο ποσοστό οφείλονται στην ιδέα που σχηματίζει για τον τρόπο, με τον οποίο οι άλλοι θα την αντιμετωπίσουν. Βασικά φοβάται την απόρριψη, που θα πραγματοποιηθεί είτε με τη μορφή της απομάκρυνσης του ερωτικού συντρόφου, είτε με τη μορφή του οίκτου, που θα επιβεβαιώσει την ερωτική της υποβάθμιση.

Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά την αντίδραση της ασθενούς, είναι η αντίληψη που είχε από πριν για τη θηλυκότητα και τη σεξουαλικότητα της.

Πάντως, είναι γεγονός ότι μετά τη διάγνωση του καρκίνου, η σεξουαλική δραστηριότητα και η ικανοποίηση της γυναίκας μειώνεται. Επιπλέον, η μαστεκτομή επηρεάζει αρνητικά τις σεξουαλικές σχέσεις του ζευγαριού. Έχει διαπιστωθεί, τέλος, ότι παράλληλα με τη μείωση της

επιθυμίας της γυναίκας για σεξουαλική επαφή, αυξάνει η ανάγκη της για μη σεξουαλική σωματική επαφή.

Δεν πρέπει φυσικά να ξεχνά κανείς, ότι υπάρχουν και σεξουαλικά προβλήματα, που σχετίζονται άμεσα με τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης και τις άλλες θεραπείες. Εάν υπάρχουν μεταστάσεις, τότε και άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις πρέπει να συνδυασθούν με τη χειρουργική επέμβαση (όπως η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία) και σε κάθε περίπτωση, υπάρχει πιθανότητα περαιτέρω επιπλοκών, οι οποίες ενδέχεται να δημιουργήσουν σεξουαλικά προβλήματα. Αν οι γυναίκες πάρουν ανδρογόνα, μπορεί να παρουσιάσουν μια αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας. Γυναίκες που αντιμετωπίστηκαν με ωθηκεκτομή ή υποφουσεκτομή, θα παρουσιάσουν ανεπάρκεια οιστρογόνων και κατά συνέπεια, θα εκδηλώσουν κολπική ατροφία, που συχνά προκαλεί δυσπαρευνία.

Η χειρουργική ανάπλαση του μαστού, δίνει μια πολύ σημαντική ευκαιρία ελαχιστοποίησης των ψυχολογικών προβλημάτων, στη διαδικασία της αποκατάστασης. Εντούτοις, είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι, εκτός από αρκετές γυναίκες, και πολλοί άνδρες είναι εντελώς αρνητικοί, όσον αφορά τη στάση τους απέναντι στην πλαστική επέμβαση.

Σημειώνεται, τέλος, ότι αν δεν υπάρχουν ιατρικές επιπλοκές, η ασθενής μετά τη μαστεκτομή, αναμένεται να ξαναρχίσει τη σεξουαλική της δραστηριότητα με την έξοδό της από το νοσοκομείο. Παρά ταύτα, η ενθάρρυνση για ανάληψη της σεξουαλικής δραστηριότητάς τόσο νωρίς, ενδεχομένως να έχει καταστροφικά αποτελέσματα, τόσο για τον ένα σύντροφο, όσο και για τον άλλο⁶¹.

8.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

8.2.1 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην αντιμετώπιση ασθενούς με άγχος - αγωνία

Άγχος χαρακτηρίζουμε το ενοχλητικό αίσθημα της υπερέντασης ή του φόβου, το οποίο δεν συνδέεται με κάποιο εξωτερικό κίνητρο ή ερέθισμα. Είναι ασαφές, ακαθόριστο και μπορεί να γίνει πολύ έντονο. Λειτουργεί ως

αντίδραση σε μια ασυνείδητη απειλή, εναντίον της σωματικής ακεραιότητας ή/και της αυτοεκτίμησης. Το άγχος διακρίνεται σε:

1. Ήπιο: Αυξημένη μεταβολή της κινητικότητας και της ικανότητας να αντιμετωπίζει τα καθημερινά προβλήματα.
2. Μέτριο: Μειωμένη αντίληψη του περιβάλλοντος με κύριο χαρακτηριστικό την επιλεκτική απροσεξία. Μειωμένη ικανότητα να σκεφθεί σωστά και καθαρά.
3. Αυξημένο: Δραστικά μειωμένο επίπεδο αντίληψης. Μπορεί να συγκεντρωθεί σε μια μόνο λεπτομέρεια κάθε φορά.
4. Πανικός: Ανικανότητα να συνδιαλλαγεί με το περιβάλλον. Δεν μπορεί να λειτουργήσει. Η φυσική δραστηριότητα έχει αποδιοργανωθεί.

Η νοσηλευτική εκτίμηση επιτυγχάνεται με τα εξής:

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

Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι: α) Πρόσφατες περιβαλλοντικές ή οικογενειακές αλλαγές, β) αλλαγή στον τρόπο ζωής, γ) διαταραχή των δεσμών της οικογένειας και της σταθερότητάς της, καθώς και της επαγγελματικής κατάστασης, δ) απώλεια αγαπημένου συγγενικού προσώπου, ε) Οικονομική κατάσταση και στ) σύγχυση των αξιών και των πεποιθήσεων.

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

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

Η νοσηλευτική φροντίδα προέρχεται μετά από νοσηλευτική διάγνωση των προβλημάτων της ασθενούς, που μπορεί να είναι ανικανότητα προσωπικής συνδιαλλαγής σχετιζόμενη με άγχος. Για την εκπλήρωση των παραπάνω επιδιώξεων, πρέπει αρχικά να καθορίσουμε το επίπεδο άγχους και, αναλόγως αυτού, να πραγματοποιηθεί η νοσηλευτική παρέμβαση:

Ήπιο: Δεν απαιτείται παρέμβαση

Μέτριο: Η νοσηλεύτρια αφιερώνει 5 - 10 λεπτά στην ασθενή, τρεις φορές την ημέρα. Δείχνει ενδιαφέρον, συζητεί μαζί της και την υποστηρίζει συναισθηματικά. Προσπαθεί να βρει και να αξιολογήσει την επίδραση εξωγενών παραγόντων που, μαζί με τη γνώση της ασθενούς για την ασθένειά της, δημιουργούν πρόσθετη αύξηση του άγχους. Συγκεντρώνεται και παραμένει στο πρόβλημα, χωρίς υπεκφυγές και παρεμβολές.

Δεν παρέχει στην ασθενή περισσότερες πληροφορίες και διευκρινίσεις, από αυτές που μπορεί να κατανοήσει. Στην επικοινωνία με την ασθενή οφείλει να είναι ειλικρινής και κατανοητή με τις εξηγήσεις που δίνει. Αυτές επαναλαμβάνονται, αν χρειασθεί. Παρακολουθεί τις φυσικές ανάγκες και την άνεση της ασθενούς. Δεν έρχεται σε αντιπαράθεση με την ασθενή, ούτε μαλώνει με αυτήν για εξωπραγματικές αντιλήψεις που μπορεί να έχει.

Αντίθετα ενθαρρύνει τους μηχανισμούς αντιμετώπισης, όπως του προφορικού λόγου και της φυσικής δραστηριότητας (π.χ. την προτρέπει να κάνει περιπάτους). Επιτρέπει στην ασθενή να κλαίει, αν αυτό την ανακουφίζει και της διδάσκει ασκήσεις χαλάρωσης. Δεν αφήνει το δικό της άγχος για ορισμένες καταστάσεις, να γίνει αντιληπτό από την ασθενή.

Αυξημένο: Η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί, όσο το δυνατόν πιο πρόσφατες, εφαρμόσιμες παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή του άγχους. Μειώνει τα περιβαλλοντικά διεγερτικά ερεθίσματα. Κατά τη συνομιλία της με την ασθενή χρησιμοποιεί σύντομες και απλές προτάσεις.

Η διάρθρωση των δραστηριοτήτων γίνεται κατά τρόπο που να περιλαμβάνει την εκτέλεση απλών καθηκόντων, τα οποία δεν απαιτούν ιδιαίτερη αυτοσυγκέντρωση. Παρακολουθεί τα σωματικά ενοχλήματα που μπορεί να έχει και κατόπιν ιατρικής εντολής, μπορεί να χορηγεί ελαφρά ηρεμιστικά. Παραμένει με την ασθενή μέχρι να ηρεμήσει.

Πανικός: Η νοσηλεύτρια παραμένει με την ασθενή. Χρησιμοποιεί τη φυσική επαφή, αλλά με μεγάλη σύνεση. Αυτό γίνεται, γιατί μερικές ασθενείς τις παρηγορεί το άγγιγμα ή το χάδι της νοσηλεύτριας, ενώ άλλες τις φοβίζεται. Παραμένει ψύχραιμη και επιβεβαιώνει στην ασθενή ότι θα ξαναβρεί τον αυτοέλεγχό της.

Χρησιμοποιεί ένα μικρό δωμάτιο ή μια ξεχωριστή περιοχή, για να εξασφαλίσει στην ασθενή ησυχία και ασφάλεια. Καθοδηγεί την ενεργητικότητα της ασθενούς σε κινητικές δραστηριότητες. Επαναληπτικές ασκήσεις βοηθούν

στη συγκέντρωση της προσοχής. Η νοσηλεύτρια συνεχίζει τη στενή παρακολούθηση. Χορηγούνται κατόπιν ιατρικής εντολής, ηρεμιστικά και αξιολογείται η αποτελεσματικότητά τους.

Τα αποτελέσματα νοσηλευτικής παρέμβασης είναι η μείωση της κλίμακας του άγχους σε ανεκτό επίπεδο. Η ασθενής γίνεται πρόθυμη να μάθει νέους τρόπους αντιμετώπισης του άγχους ενώ διοχετεύει την ενεργητικότητά της σε καθορισμένες βοηθητικές δραστηριότητες.

8.2.2 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην αντιμετώπιση διαταραχή του ύπνου οφειλόμενη σε έντονο άγχος

Φυσιολογική διαταραχή που προκαλείται από το άγχος, το οποίο έχει συνήθως επίδραση στον ύπνο. Ο σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η ασθενής να κατορθώσει να κοιμάται ή να ξεκουράζεται, σύμφωνα με τις ατομικές της ανάγκες.

Η νοσηλεύτρια ρωτάει την ασθενή, για να μάθει τις δικές της εκτιμήσεις για τη διαταραχή του ύπνου της. Ενθαρρύνει τη συζήτηση των προβλημάτων, που κατά τη γνώμη της προκαλούν το άγχος και λαμβάνει μέτρα για τη μείωση της αϋπνίας, όπως να εξασφαλίζει ήσυχο και ασφαλές περιβάλλον, να εφαρμόζει τεχνικές χαλάρωσης, να μειώνει κατά το δυνατόν, τον αριθμό των παρεμβολών της κατά τη διάρκεια του ύπνου της ασθενούς (π.χ. λήψη θερμοκρασίας κατά τη διάρκεια της νύχτας)

Χρησιμοποιεί μέσα που μπορεί να διευκολύνουν την ασθενή να κοιμηθεί (π.χ. ζεστό μπάνιο, διάβασμα, ένα ζεστό ρόφημα, ελαφρά μουσική κ.λ.π.). Χρησιμοποιεί όλα τα δυνατά μέσα για την εξασφάλιση άνεσης στην ασθενή (καλοστρωμένο κρεβάτι, άνετα ρούχα). Φροντίζει οι υποχρεώσεις και οι δραστηριότητες της ασθενούς, να ολοκληρώνονται κατά τη διάρκεια της ημέρας και να μη μένουν εκκρεμότητες, πράγμα που μπορεί να δημιουργήσει πρόσθετο άγχος στην ασθενή. Προγραμματίζει με την ασθενή τις δραστηριότητες της τελευταίας κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να αποφεύγονται κατά τη διάρκεια της ημέρας, μεσοδιαστήματα ολιγόλεπτου ύπνου, αν υπάρχουν σημάδια υπνηλίας.

Τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι η ασθενής να ανακαλύπτει και να αξιολογεί, μαζί με τη νοσηλεύτρια, τους ενοχλητικούς

παράγοντες που διαταράσσουν τον ύπνο της. Να εκμεταλλεύεται τα μέσα που θα τη βοηθήσουν να κοιμηθεί και να ξεκούραστη χωρίς τη λήψη φαρμάκων ²⁰.

8.2.3 Η νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με κατάθλιψη

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

Η νοσηλευτική εκτίμηση επιτυγχάνεται με τα εξής:

- 1. Νοσηλευτικό ιστορικό:** Εκτός από τη γνώση της ασθένειας, η οποία μπορεί να οδηγήσει την ασθενή σε κατάθλιψη, η νοσηλεύτρια προσπαθεί να ανακαλύψει και άλλους εξωγενείς παράγοντες, που συνδεδεμένοι τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο με την ασθένεια, είναι σε θέση να δημιουργούν επιδείνωση της κατάθλιψης. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι: πρόσφατη απώλεια συγγενικού αγαπημένου προσώπου, κρίση οικογενειακή ή επαγγελματική, ιδέες αυτοκτονίας, ριζικές αλλαγές στη δομή της οικογένειας, στη δουλειά, στο πρότυπο του ειδώλου του σώματος, στα οικονομικά, κατάχρηση οινόπνευματων ή άλλων ουσιών, διαταραχές του ύπνου.
- 2. Φυσικά ευρήματα:** Ψυχοκινητική καθυστέρηση, ανορεξία ή μεγάλη αύξηση της όρεξης, απάθεια, ανεξήγητα κλάματα, μειωμένη συγκέντρωση - προσοχή, άγχος, εξάντληση, θλιμμένη έκφραση, μειωμένη οπτική επαφή.
- 3. Ψυχοκοινωνικές παραμέτρους:** Προσωπικότητα της ασθενούς, φυσιολογικά πρότυπα για την αντιμετώπιση των δυσκολιών, αισθήματα αποτυχίας. Η νοσηλευτική φροντίδα έχει απώτερες επιδιώξεις η ασθενής να γίνει ικανή να συνειδητοποιήσει και να αντιμετωπίσει ενεργητικά τη νόσο της. Να ξαναρχίσει να κατευθύνει μόνη της τη ζωή της και να κάνει σχέδια για το μέλλον. Εφαρμόζεται και εδώ η νοσηλευτική διάγνωση των προβλημάτων και των αναγκών, οι οποίες μπορεί να είναι η αποτυχία στην αντιμετώπιση διαφόρων καταστάσεων, η οποία σχετίζεται με την ύπαρξη και τη γνώση της ασθένειας και η οποία προκαλεί αισθήματα κατάθλιψης.

Τα αισθήματα κατάθλιψης εμποδίζουν την ασθενή να διαδραματίσει αποτελεσματικό ρόλο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της. Ο σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η ασθενής να μπορεί να εκφράζει τα αισθήματά της και να αναπτύξει ικανότητες για την αποτελεσματική αναπροσαρμογή της.

Η νοσηλεύτρια πραγματοποιεί συχνές επαφές με την ασθενή. Δίνει προσοχή με μεγάλη συνέπεια στην ασθενή, ακόμη και αν είναι απρόθυμη ή ανίκανη να συνομιλήσει μαζί της. Αυτή η προσέγγιση καθιστά τη νοσηλεύτρια, άτομο με ενδιαφέρον για την ασθενή. Η νοσηλεύτρια γνωρίζει ότι ασθενείς με κατάθλιψη συχνά αισθάνονται απομονωμένοι και ανάξιοι. Η πεποίθηση ότι κάποιος ενδιαφέρεται και φροντίζει για αυτούς είναι η πιο υποστηρικτική παρέμβαση. Περιλαμβάνει ατομική φροντίδα στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Στην αρχή, περιλαμβάνεται μόνο μια δραστηριότητα και σταδιακά προστίθενται και άλλες. Εμποδίζει την απομόνωση, ενθαρρύνοντας τις κοινωνικές συναναστροφές. Αναγνωρίζει και εκτιμά τις προσπάθειες της ασθενούς.

Διερευνά πώς αισθάνεται η ασθενής, ακούγοντας τα αισθήματα άλλων καρκινοπαθών. Χρησιμοποιεί ανοιχτές ερωτήσεις για την έκφραση των συναισθημάτων της ασθενούς (π.χ. «Φαίνεσαι θλιμμένη σήμερα. Τι σε κάνει να νιώθεις έτσι;»). Η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να λει στην ασθενή ότι το αίσθημα της κατάθλιψης δεν είναι τόσο κακό όσο θεωρείται. Η προσέγγιση αυτή εξυπηρετεί μονάδα την ενδυνάμωση του αισθήματος ότι κανείς δεν την καταλαβαίνει.

Η νοσηλεύτρια εξασφαλίζει ότι το προσωπικό δεν θα τιμωρήσει την ασθενή, αν εκδηλώσει αισθήματα θλίψης. Η ασθενής πρέπει να αισθάνεται ελεύθερη να κλαίει. Η ασθενής επαινείται από τη νοσηλεύτρια και ενθαρρύνεται να συμμετέχει στην ατομική της φροντίδα και σε άλλες δραστηριότητες. Ενθαρρύνει επίσης την οικογένεια, να επαινούν την ασθενή για αυτές τις προσπάθειες της. Ο σχεδιασμός της καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας είναι τέτοιος, που να περιλαμβάνει κατάλληλες και ευχάριστες δραστηριότητες.

Βοηθάει την ασθενή να κάνει πράγματα για τον εαυτό της και της εξηγεί ότι συνήθως, η δραστηριότητα βοηθάει τους ανθρώπους να αισθάνονται καλύτερα. Παρακολουθεί τις φυσικές ανάγκες της ασθενούς και την ενθαρρύνει να διατηρεί καλή σωματική υγιεινή. Παρέχει κατάλληλη τροφή.

Επιτρέπει την επιλογή από την ασθενή αγαπημένων φαγητών, όταν αυτό είναι δυνατό.

Κάνει σωστή και επιμελημένη εκτίμηση των αναγκών της ασθενούς για ύπνο, αλλά και για τη συμμετοχή της σε διάφορες δραστηριότητες. Παρέχει δυνατότητες για επαρκή ύπνο και κατάλληλη ξεκούραση, χωρίς τη χορήγηση φαρμάκων. Περιορίζει τον ύπνο κατά τη διάρκεια της ημέρας και ενθαρρύνει τη συμμετοχή της ασθενούς, σε δραστηριότητες που πραγματοποιούνται τις πρωινές ώρες, οπότε η ασθενής βρίσκεται σε καλύτερη κατάσταση. Ενθαρρύνει τη συμμετοχή της σε προγράμματα ασκήσεων, αν αυτό είναι δυνατόν. Συμμετέχει στην ανακάλυψη νέων προβλημάτων της ασθενούς και τη βοηθάει στον εντοπισμό εναλλακτικών λύσεων. Λαμβάνει βέβαια υπόψη της, τις ατομικές προτιμήσεις και ανάγκες.

Τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι η ασθενής να συνειδητοποιεί ότι διάφορα θλιβερά για αυτήν, γεγονότα, καθώς και κατά αρκετά μεγάλο ποσοστό η ίδια η ασθένεια, την οδηγούν στην κατάθλιψη. Με τον καιρό, αποκτά δυνατότητα αυτοκαθοδήγησης στην αυτοφροντίδα και στις δραστηριότητες. Επιτυγχάνεται η σταθεροποίηση της φυσικής κατάστασης της ασθενούς και συμμετέχει ενεργά σε ομαδικές δραστηριότητες. Επίσης συμμετέχει στις προγραμματισμένες ασκήσεις.

Η ασθενής παρουσιάζει έλλειψη αυτοεκτίμησης και γενικότερα, διαταραχή της ιδέας που έχει για τον εαυτό της.

Το κύριο χαρακτηριστικό όλων των καταθλίψεων είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η βελτίωσή της οποίας, θα οδηγήσει στην εξάλειψη της κατάθλιψης. Η επιδίωξη της νοσηλεύτριας είναι η βοήθεια και ψυχολογική ενίσχυση της ασθενούς για την αύξηση της αυτοεκτίμησής της.

Αυτό το επιτυγχάνει η νοσηλεύτρια με την προσέγγιση της ασθενούς με αποδεκτό και σεβασμιο τρόπο. Η νοσηλεύτρια αναγνωρίζει τις ικανότητες της ασθενούς και δείχνει θετική στάση κατά την πορεία της ασθένειας. Επισημαίνει στην ασθενή εναλλακτικές λύσεις, χωρίς να δημιουργεί διαπληκτισμούς και επισημαίνει τα ενδιαφέροντα και τις πρόσφατες δραστηριότητες της ασθενούς και προσπαθεί να τις ενσωματώσει στον προγραμματισμό της φροντίδας.

Ζητά από την ασθενή να εκφράσει της θετικές της απόψεις και τις σημειώνει. Προτείνει στην ασθενή ότι, όταν αρχίσουν αρνητικά αισθήματα να

την κυριεύουν και να την οδηγούν σε απελπισία, να επισημαίνει η ίδια συνεχώς στον εαυτό της: «θα πάψω να σκέφτομαι έτσι». Η νοσηλεύτρια επίσης αναθέτει στην ασθενή μικρά καθήκοντα και δραστηριότητες, που έχει τη δυνατότητα να φέρει σε πέρας. Οι απαιτήσεις της νοσηλεύτριας αυξάνονται με τη βελτίωση της υγείας της ασθενούς. Η νοσηλεύτρια αναγνωρίζει και επαινεί τις προσπάθειές της. Ενθαρρύνει το διάλογο και την επικοινωνία της ασθενούς με το προσωπικό και τους άλλους ασθενείς, με σκοπό να εμποδίσει την απομόνωσή της.

Ενθαρρύνει την ασθενή στην όσο το δυνατόν, μεγαλύτερη συμμετοχή της στη λήψη αποφάσεων, καθώς και στο σχεδιασμό της φροντίδας της. Ενισχύει κάθε ένδειξη ενδιαφέροντος και την επαινεί για τις προσπάθειες και την πρόοδό της. Εκφράζει την εμπιστοσύνη της η νοσηλεύτρια στις ικανότητες της ασθενούς.

Τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι η ασθενής να ανακαλύπτει τις θετικές πλευρές της ζωής. Να αποδεικνύει στον εαυτό της και στους άλλους, τις κατάλληλες ικανότητες επικοινωνίας, και τέλος να συμμετέχει στη θεραπεία και στο σχεδιασμό της φροντίδας.

Έλλειψη γνώσης σχετικά με την κατάθλιψη. Τα αίτια και την αντιμετώπισή της ασθένειας, το θεραπευτικό σχήμα και την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη.

Συχνά, η υποστήριξη και η αναπροσαρμογή στον τρόπο ζωής, είναι αναγκαίες για την αντιμετώπιση των αλλαγών που οφείλονται στην κατάθλιψη. Οι ασθενείς μπορούν να μάθουν νέες τεχνικές για την αντιμετώπιση και τη λύση των προβλημάτων.

Ο σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η προσαρμογή της ασθενούς στις αλλαγές, η εκμετάλλευση των συστημάτων υποστήριξης και ο εποικοδομητικός προγραμματισμός σχεδίων για το μέλλον. Ο σκοπός αυτός επιτυγχάνεται με την νοσηλεύτρια να βοηθάει την ασθενή να κατανοήσει τις αλλαγές της συμπεριφοράς, οι οποίες είναι αποτέλεσμα της κατάθλιψης, καθώς και τους δυναμικούς τρόπους, με τους οποίους είναι δυνατόν να αντιμετωπισθεί η ασθένεια. Ενθαρρύνει την ανάπτυξη μέσων που θα βοηθήσουν την ασθενή στο σωστό χειρισμό των προβλημάτων της ζωής της, των αλλαγών που μπορεί να συμβούν και των μεταβολών της συμπεριφοράς της.

Διδάσκει θετικές μεθόδους και τεχνικές και την κατάλληλη εφαρμογή τους. Πληροφορεί την ασθενή για την εφαρμοζόμενη φαρμακευτική αγωγή: δράση φαρμάκων, παρενέργειες, ανεπιθύμητες ενέργειες. Γνωστοποιεί στην ασθενή τα πρωταρχικά συμπτώματα της κατάθλιψης, ώστε με την παρουσία αυτών να ενημερωθεί άμεσα η νοσηλεύτρια και να προσφέρει έγκαιρα τη βοήθειά της.

Ενθαρρύνει την ασθενή να εκτιμήσει τις περιβαλλοντικές καταστάσεις και τη βοηθάει στην εφαρμογή μετατροπών, όπου αυτές ενδείκνυνται. Ενθαρρύνει τη συνέχιση των κοινωνικών επαφών και συζητεί τη σημασία τους. Επίσης ενημερώνει την ασθενή και την οικογένειά της σχετικά με τη φροντίδα. Ενημερώνει την ασθενή σχετικά με τα πλεονεκτήματα της συνέχειας της ατομικής, οικογενειακής ή ομαδικής θεραπείας.

Τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι η ασθενής να κατανοεί την ανάγκη της συνεχούς και τακτικής φροντίδας. Να συνειδητοποιεί τις αιτίες της κατάθλιψης και να κάνει σχέδια για αλλαγές που θα επιδράσουν θετικά στον τρόπο ζωής της. Να γνωρίζει τη σωστή δράση των χορηγούμενων φαρμάκων και να καταστρώνει αισιόδοξα και δημιουργικά σχέδια για το μέλλον²⁰.

8.2.4 Επικοινωνία νοσηλεύτριας-ασθενούς

Ο ρόλος της ασθενούς είναι παραδοσιακά ρόλος εξάρτησης και αλλοτρίωσης. Ποτέ κανείς ενήλικος δεν διανοείται να αναθέσει τη φροντίδα του εαυτού του σε κάποιον άλλο, εκτός από την περίπτωση της ασθένειας, οπότε αυτό γίνεται υποχρεωτικά. Η εκχώρηση αυτής της φροντίδας στη νοσηλεύτρια είναι συναισθηματικά φορτισμένη, επειδή συνοδεύεται από ένα βαθμό ενδοψυχικής σύγκρουσης, που αφορά σε αυτό που ο ενήλικος εκλαμβάνει σαν παλινδρόμηση στην παιδική ηλικία, σε μια ηλικία που υπήρχε εξάρτηση από τους γονείς⁵⁸.

Η σύγχρονη αντίληψη στη νοσηλευτική εκπαίδευση και στην κλινική πράξη, θέλει τη σχέση νοσηλεύτριας – ασθενούς, κοινωνικά ισότιμη. Προϋποθέτει καθαρά συνεργατική διαδικασία ανάμεσα στα δύο μέρη, με κοινό στόχο την προαγωγή της υγείας της ασθενούς. Έτσι, η ασθενής δεν μένει άβουλη στη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων και της θεραπείας, αλλά συμμετέχει ενεργά μέσα από αμφίδρομη επικοινωνία με τη νοσηλεύτρια, κατά

την οποία αλληλομεταδίδονται πολύτιμες πληροφορίες και για τις δύο. Στα πλαίσια αυτής της επικοινωνίας, η νοσηλεύτρια, πριν από οποιαδήποτε ενέργειά της, λαμβάνει υπόψη της τις προηγούμενες αντιδράσεις της ασθενούς και η ασθενής, αποκτώντας συνείδηση του υπεύθυνου ρόλου της, παρέχει στη νοσηλεύτρια τις πληροφορίες εκείνες που θα προωθήσουν την υπόθεση της υγείας της.

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

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

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

Με βάση τη σύγχρονη αντίληψη για τη σχέση νοσηλεύτριας - ασθενούς, η νοσηλεύτρια πρέπει να αποφεύγει το δίλημμα «ναι ή όχι», στην ενημέρωση όλων των καρκινοπαθών, γενικώς και αδιακρίτως. Η τακτική της πρέπει να εξατομικεύεται μετά από προσεκτική εκτίμηση της προσωπικότητας της ασθενούς και μετά από στάθμιση των ιδιαίτερων συνθηκών του περιβάλλοντός της. Το αν θα γίνει, το πότε θα γίνει και το πώς θα γίνει η ενημέρωση της καρκινοπαθούς από τη νοσηλεύτρια, ποικίλλει από περίπτωση σε περίπτωση. Γενικό κριτήριο είναι η οποιαδήποτε ενημέρωση να μην καταλήγει σε βάρος της ψυχοκοινωνικής ισορροπίας της ασθενούς. Λέμε στην ασθενή τόσα, όσα μπορεί ψυχολογικά να αντέξει. Έχουμε γνώση των

ψυχολογικών αμυντικών μηχανισμών της και προσπαθούμε να την ενισχύσουμε μάλλον, παρά να την καταπονήσουμε.

Μέχρι ένα σημείο, η ανάγκη των περισσότερων καρκινοπαθών να αποφεύγουν πλήρη ενημέρωση είναι σεβαστή. Όμως, σε καμιά περίπτωση, δεν προβαίνουμε σε ψευδή πληροφόρηση. Όταν η ασθενής νιώσει αρκετά δυνατή ψυχικά, θα είναι εκείνη που θα καθορίσει (μέσω επικοινωνίας που προκύπτει από τη συναισθηματική σύζευξη με τη νοσηλεύτρια) πόσα θέλει να ακούσει και για ποια πτυχή της αρρώστιας της. Όταν η συναισθηματική σύζευξη νοσηλεύτριας - ασθενούς είναι ισχυρή, κάθε ψυχολογική αντίδραση της ασθενούς, θα μπορεί να αντιμετωπισθεί ικανοποιητικά⁵⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9.1 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Είναι γνωστό ότι ένα από τα προβλήματα στον τομέα της υγείας είναι η δυσκολία εύρεσης νοσοκομειακής κλίνης. Στα αντικαρκινικά νοσοκομεία, το πρόβλημα αυτό είναι ιδιαίτερα οξύ. Είναι, επίσης, γνωστό ότι ο καρκίνος είναι μακροχρόνια αρρώστια που καταπονεί τον ασθενή και το περιβάλλον του, γιατί ο καρκινοπαθής έχει ανάγκη από συχνή ιατρική παρακολούθηση. Η εισαγωγή ή η παραμονή του σε αντικαρκινικό νοσοκομείο, δεν είναι πάντοτε απαραίτητη.

9.1.1 Βασικοί σκοποί της νοσηλείας στο σπίτι

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

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

Οι βασικοί σκοποί της νοσηλείας είναι η ανακάλυψη άλλων προβλημάτων υγείας της ασθενούς. Η παροχή βοήθειας για την παραδοχή και αντιμετώπιση των προβλημάτων και η διασύνδεση της οικογένειας με

άλλες υπηρεσίες υγείας. Τέλος η παροχή βοήθειας για την ανάπτυξη της ικανότητας αυτοβοήθειας και αυτοεξυπηρέτησης. Η αναγνώριση και υλοποίηση των νοσηλευτικών φροντίδων της καρκινοπαθούς, αποτελεί βασική προϋπόθεση επιτυχίας της νοσηλείας στο σπίτι.

9.1.2 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην παροχή νοσηλείας στο σπίτι.

Πρωταρχική υποχρέωση της νοσηλεύτριας που θα αναλάβει τη νοσηλεία, είναι να συγκεντρώσει πληροφορίες και στοιχεία για το άτομο που πρόκειται να νοσηλεύσει. Έτσι, θα μπορεί να κάνει τη νοσηλευτική της διάγνωση, να γνωρίσει τα προβλήματα υγείας και τις συνθήκες ζωής, να ερευνήσει τα μέσα, που θα χρειαστεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και την κάλυψη, που μπορεί να της παρέχει ο ασφαλιστικός φορέας του ατόμου.

Να γνωρίσει το οικογενειακό και άμεσο περιβάλλον της ασθενούς, που μπορεί και πρέπει να παίξει πρωταρχικό ρόλο στην όλη διάρκεια της νοσηλείας, είτε με τη συμπαράσταση, είτε με τη συμμετοχή και προσφορά βοήθειας μετά από τη διδασκαλία της υπεύθυνης για τη φροντίδα (ενεργός συμμετοχή της οικογένειας).

Να καταγράψει τη νοσηλευτική της διάγνωση, να βρει τις ανάγκες του ατόμου και να καταγράψει τις νοσηλευτικές της ενέργειες, καθώς και το χρόνο και τον τρόπο που θα παρέχονται αυτές (δηλαδή να κάνει τον προγραμματισμό της). Να εφαρμόζει ακριβώς το πρόγραμμα της νοσηλείας και να παρακολουθεί την πορεία της κατάστασης, ώστε σε περίπτωση που εμφανισθεί κάποιο νέο πρόβλημα, να μπορεί να βελτιώσει ή να αλλάξει τις ενέργειές της, σε συνεργασία πάντα με τη βοήθεια των άλλων μελών της πρωτοβάθμιας υγειονομικής ομάδας.

Θα πρέπει να αξιολογεί συνεχώς τα αποτελέσματα των ενεργειών της, για να μπορεί να τις ανακατατάξει, όταν χρειαστεί και να αποβλέπει στην αποκατάσταση του ατόμου και σε όλο το διάστημα, να διδάσκει στο άτομο σωστό τρόπο ζωής.

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

Η νοσηλεύτρια χρειάζεται να διαθέτει ικανότητα, ώστε να τοποθετεί τον εαυτό της στη θέση του άλλου, ευαισθησία στις ανάγκες της οικογένειας ή του

ατόμου και τέλος ικανότητα ανάπτυξης καλής επικοινωνίας. Ο ψυχολογικός παράγοντας είναι σημαντικός για την ασθενή και σε αυτό βοηθάει η νοσηλεύτρια της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι. Έχει παρατηρηθεί ότι λίγοι καρκινοπαθείς έχουν κατάλληλη περιποίηση από τους οικείους τους.

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

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

1. Ψυχική υποστήριξη της μαστεκτομηθείσας και της οικογένειάς της, και ενδυνάμωση των υπάρχόντων δεσμών.
2. Βοήθεια της ασθενούς, ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται στις καθημερινές εργασίες της και στις απαιτήσεις της οικογένειάς της.
3. Παρότρυνση και διδασκαλία των μελών της οικογένειας όσον αφορά στην παροχή βοήθειας προς τον ασθενή. Διδάσκει επίσης την ίδια την ασθενή, πώς να αυτοεξυπηρετείται, πώς να αναλαμβάνει ευθύνη για την εργασία που της ανατίθεται κ.α., ώστε να είναι περισσότερο αποδεκτή από τους άλλους.
4. Παρότρυνση της ασθενούς στη συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις, προς αποφυγή αποξένωσης και απομόνωσης.
5. Έλεγχος της διενέργειας των ασκήσεων που έχει διδαχθεί η ασθενής στο νοσοκομείο μετά τη μαστεκτομή, για την άμεση λειτουργική αποκατάσταση της προσβεβλημένης πλευράς. Η σημασία της διενέργειας των ασκήσεων τονίζεται ιδιαίτερα από τη νοσηλεύτρια. Επισημαίνονται οι δυσκολίες της ασθενούς στη διενέργεια των ασκήσεων, υποβοηθείται στη σωστή εκτέλεση τους, ενθαρρύνεται και συζητούνται οι απορίες της.
6. Καθοδηγείται η ασθενής στη μηνιαία αυτοεξέταση του άλλου μαστού, ως μέσου για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.
7. Τις πρώτες εγχειρητικές ημέρες, η νοσηλεύτρια φροντίζει και περιποιείται το τραύμα της ασθενούς και το ελέγχει για σημεία φλεγμονής. Διδάσκει επίσης

την ασθενή πώς να περιποιηθεί μόνη της το τραύμα με τον πιο απλό τρόπο.

8. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τη συμμετοχή της ασθενούς στις τακτικές περιοδικές εξετάσεις (το ονομαζόμενο check-up), με τις οποίες δύναται να προληφθούν διάφορες επιπλοκές, και οι οποίες γενικότερα, δίνουν σαφή εικόνα της πορείας της κατάστασης της ασθενούς.
9. Επίσης, φροντίζει για τη συμμετοχή της ασθενούς στη χημειοθεραπεία ή και ακτινοθεραπεία, που έχει καθοριστεί από το γιατρό μετά τη μαστεκτομή και παράλληλα, διδάσκει την ασθενή για την εφαρμογή της χημειοθεραπείας στο σπίτι.

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

Η διδασκαλία πρέπει να ξεκινήσει πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας και να συνεχίζεται - επεκτείνεται με κάθε επίσκεψη της νοσηλεύτριας στο σπίτι. Η νοσηλεύτρια πρέπει να προσπαθήσει, να καλλιεργήσει και να κερδίσει την εμπιστοσύνη της οικογένειας της ασθενούς. Για να το κατορθώσει αυτό, οφείλει να απαντάει σε όλες τις ερωτήσεις και απορίες τους, με ειλικρίνεια. Η ασθενής αποτελεί σημαντικό μέλος της θεραπευτικής ομάδας, από τη στιγμή που η επιτυχία της χορήγησης της χημειοθεραπείας, εξαρτάται από αυτήν, την οικογένειά της, και τη συνεργασία τους με τα υπόλοιπα θεραπευτικά μέλη. Η νοσηλεύτρια είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη αυτής της συνεργασίας²⁰.

9.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΗΣ

9.2.1 Η σωματική φροντίδα και η εξασφάλιση άνεσης της καρκινοπαθούς

Η σωματική φροντίδα και η εξασφάλιση άνεσης και ασφάλειας για την ασθενή που πεθαίνει, αποτελούν σημαντικούς τομείς δράσης και παρέμβασης της νοσηλεύτριας.

Αποτελεσματική σωματική φροντίδα της ασθενούς στα τελευταία στάδια της ζωής της, μπορεί να συμβάλει σημαντικά σε έναν ήσυχο θάνατο. Ανεξάρτητα από το αν η ασθενής, βρίσκεται στο νοσοκομείο ή στο σπίτι, οι ανάγκες για φροντίδα και συμπαράσταση είναι ίδιες.

9.2.2 Η αντιμετώπιση του πόνου από τη νοσηλεύτρια

Η αντιμετώπιση του πόνου σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο είναι ένα από τα κύρια νοσηλευτικά καθήκοντα. Οι εξελίξεις που σημειώνονται στη φαρμακολογία, καθώς και στους τρόπους χορήγησης των φαρμάκων σε ασθενείς με οξύτατη εξασθένιση, έχουν βελτιώσει τη δυνατότητα αντιμετώπισης του πόνου.

Όταν η ασθενής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο νοσηλεύεται στο σπίτι, η νοσηλεύτρια πρέπει να διδάξει την οικογένεια πώς και πότε να χορηγεί τα φάρμακα, καθώς και πώς να εκτιμά την ανταπόκριση της ασθενούς στη φαρμακευτική αγωγή. Αναποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου στο σπίτι, είναι συχνά η αιτία για τη διακομιδή της ασθενούς στο νοσοκομείο. Αν η ασθενής και η οικογένειά της επιθυμούν να παραμείνει η πρώτη στο σπίτι, η διδασκαλία τους για την αντιμετώπιση του πόνου είναι απαραίτητη.

Η νοσηλεύτρια ίσως ξεκινήσει αρχικά τη διδασκαλία των μελών της οικογένειας με τα απαραίτητα μέτρα φροντίδας, όσο ακόμη η ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο, με συστηματικές επισκέψεις στο σπίτι της ασθενούς, αν χρειαστεί. Η διδασκαλία των μελών της οικογένειας, για τη χρονική καταγραφή έναρξης του πόνου, το χρόνο χορήγησης των φαρμάκων ή της λήψης άλλων θεραπευτικών μέτρων, καθώς και το χρόνο έναρξης της επίδρασης της φαρμακευτικής αγωγής και της ανακούφισης, θα βοηθήσει

στην εκτίμηση και την αξιολόγηση αυτών και της αποτελεσματικότητας της φροντίδας. Η θετική ενίσχυση των μελών της οικογένειας, στη συμβολή τους στην αντιμετώπιση του πόνου, συχνά τους δίνει τη δύναμη να συνεχίσουν την προσφορά της φροντίδας, ακόμη και όταν η ασθενής βρίσκεται κοντά στο θάνατο.

Οι τεχνικές χαλάρωσης αποτελούν επίσης βοηθητικά μέσα για την ασθενή που πονάει. Ασκήσεις βοήθειας αναπνοής, χαλάρωσης των μυών, καθώς και η αποκόλληση της ασθενούς από τη σκέψη του πόνου, τη βοηθούν να γίνει περισσότερο ανεκτική σε αυτόν.

9.2.3 Η νοσηλευτική φροντίδα στο πρόβλημα της δυσκοιλιότητα

Οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο, που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ζωής, υποφέρουν πολύ από δυσκοιλιότητα. Η επισυμβαίνουσα διόγκωση, η πίεση του διογκωμένου εντέρου στο διάφραγμα και ο συνοδευτικός μετεωρισμός, επιτείνουν τον πόνο και την έλλειψη άνεσης της ασθενούς. Η νοσηλεύτρια οφείλει να δώσει, σύμφωνα με κάποιο σχέδιο, οδηγίες στα μέλη της οικογένειας, για τα μέτρα που είναι περισσότερο αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση της κατάστασης. Χυμός δαμάσκηνων ή φρούτων καθώς και φρουτόκρεμες εμπορίου (αυτές που χορηγούνται στα παιδιά), μπορούν να χορηγούνται στο νοσοκομείο και στο σπίτι, για την καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας. Η οικογένεια πρέπει επίσης να διδαχθεί όλες τις απαραίτητες διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένων του υποκλυσμού και της απομάκρυνσης των ενσφηνωμένων στο έντερο κοπρανωδών μαζών. Η νοσηλεύτρια είναι υποχρεωμένη να αναλάβει αυτή τη φροντίδα με επισκέψεις στο σπίτι της ασθενούς, αν η οικογένειά της δεν είναι ικανή να την παρέχει.

9.2.4 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμετού

Η ναυτία και ο εμετός είναι πολύ συχνά και βασανιστικά συμπτώματα της ασθενούς, που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής της. Μπορούν να αντιμετωπισθούν με προσεκτική επιλογή της χορηγούμενης τροφής, η οποία να δίνεται σε μικρά και συχνά γεύματα, καθώς και με φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία να δίνονται με τη μορφή υπόθετων.

9.2.5 Η νοσηλευτική φροντίδα στο πρόβλημα της διατροφής

Οι ασθενείς στα τελικά στάδια της ζωής τους, χαρακτηρίζονται από ανορεξία. Συχνά, δεν ενδιαφέρονται καθόλου για το φαγητό και μερικές φορές, ακόμη και η μυρωδιά του φαγητού, τους προκαλεί ναυτία ⁶². Σε αυτό το στάδιο, οι ασθενείς μπορούν να τρώνε οτιδήποτε τους ευχαριστεί και δεν τους προκαλεί δυσάρεστα ενοχλήματα.

Πρέπει επίσης να επιδιώκουμε και να επιτυγχάνουμε την κατάλληλη ενυδάτωση αυτών των ασθενών, με σκοπό την αποφυγή χορήγησης υγρών παρεντερικώς. Μικρή και συχνή χορήγηση υγρών που αρέσουν στην ασθενή (π.χ. πορτοκαλάδας) στην κατάλληλη θερμοκρασία, βοηθούν να αποφευχθεί η αφυδάτωση.

9.2.6 Η νοσηλευτική φροντίδα στην πρόληψη κατακλίσεων

Στην ασθενή που βρίσκεται στην τελική φάση της ζωής της, εμφανίζονται όλα τα προδρομικά σημεία των κατακλίσεων, αν όχι κατακλίσεις. Τέτοιες ασθενείς είναι συνήθως κατάκοιτες, τρέφονται ανεπαρκώς, είναι συχνά αφυδατωμένες και αποφεύγουν τη συχνή εναλλαγή θέσεων, επειδή προτιμούν να παραμένουν συνεχώς σε μια συγκεκριμένη θέση, αν αυτή τις ανακουφίζει και δεν τους προκαλεί άλλα δυσάρεστα ενοχλήματα. Για τους παραπάνω λόγους, η ανάπτυξη κατακλίσεων είναι συχνό φαινόμενο. Είναι βασικής σημασίας η προσπάθεια να αποφευχθεί αυτό το στάδιο. Για την ασθενή που βρίσκεται στο σπίτι, είναι πολύ σημαντικό τα πρόσωπα που τη φροντίζουν να έχουν διδαχθεί πώς να την πλένουν και να της αλλάζουν θέση, καθώς και πώς να αξιολογούν ενδείξεις αρχόμενης κατάκλισης. Αν χρειασθεί θεραπευτική αντιμετώπιση, η νοσηλεύτρια οφείλει να δώσει στην οικογένεια να καταλάβει τους λόγους της αρχόμενης θεραπείας και να τους διδάξει τον τρόπο.

9.2.7 Η υποστήριξη της ασθενούς

α. Γνώση του επικείμενου θανάτου

Η νοσηλεύτρια που φροντίζει μία ασθενή κατά τη διάρκεια της νόσου της, έχει αναπτύξει μια σχέση με αυτή, βασισμένη στην εμπιστοσύνη και στον αλληλοσεβασμό. Η νοσηλεύτρια που γνωρίζει την ασθενή, μπορεί να δημιουργήσει το κλίμα εκείνο που θα ενισχύσει την ανοιχτή έκφραση των

συναισθημάτων της, όσον αφορά στον επικείμενο θάνατο. Ακόμη και οι ασθενείς που αρνούνται την πληροφόρηση από το γιατρό ή την οικογένεια και την αποδοχή της κατάστασης, αισθάνονται και γνωρίζουν συνήθως τον επερχόμενο θάνατο.

Η νοσηλεύτρια μπορεί να γεφυρώσει τα διφορούμενα και ασαφή συναισθήματα μεταξύ της ασθενούς και του γιατρού, ή της οικογένειάς της. Μπορεί να τεκμηριώσει το γιατί πιστεύει η ασθενής ότι θα πεθάνει και να μοιρασθεί αυτές τις πληροφορίες με το γιατρό, και καταλλήλως, με την οικογένεια της ασθενούς. Από τη στιγμή που η πραγματικότητα βιωθεί από την ασθενή και την οικογένειά της και επιβεβαιωθεί από το γιατρό, γίνεται ευκολότερο να αντιμετωπισθούν τα προβλήματα που έχουν σχέση με τον επερχόμενο θάνατο της ασθενούς.

β. Συναισθηματικές αντιδράσεις

Συχνά, η ασθενής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής της, εκδηλώνει κάποια μορφή θυμού, μερικές φορές, ακόμη και οργής. Η συμπεριφορά που πηγάζει από αυτό το «δικαιολογημένο θυμό», ίσως εξαντλήσει σωματικά και ψυχικά την ασθενή και είναι δυνατόν να απομακρύνει και να αποξενώσει τους ανθρώπους, τους οποίους στη φάση αυτή της ζωής της, χρειάζεται περισσότερο, όπως π.χ. την οικογένειά της. Η ασθενής μπορεί να είναι επιθετική και προσβλητική, δείχνοντας γενικά συμπεριφορά που ούτε η ίδια μπορεί να αποδεχθεί και να συζητήσει.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να βοηθήσει την ασθενή να αναγνωρίσει αυτά τα αισθήματά της, όπως το θυμό, και να τη βοηθήσει να περάσει ομαλά και ήρεμα από αυτή τη φάση αντίδρασης. Αν τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς έχουν εκτεθεί σε αυτά τα ξεσπάσματα θυμού, προσβλητικότητας και επιθετικότητας, τα οποία δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν, η νοσηλεύτρια τα βοηθάει με το να τους εξηγήσει ότι η ασθενής είναι πιθανότερο, λόγω της κατάστασης που βρίσκεται, να περνάει μια ψυχική ταραχή και σύγκρουση, η οποία εκδηλώνεται με θυμό παρά με κατάθλιψη. Τα μέλη της οικογένειας πρέπει να καταλάβουν ότι ο θυμός είναι μηχανισμός άμυνας για την ασθενή και ότι η νοσηλεύτρια βοηθάει την ασθενή, να εκδηλώσει κατά το δυνατόν αυτό το θυμό της, ώστε να μπορέσει να τον αποβάλει στο τέλος. Αυτή η εκδήλωση συχνά κάνει την ασθενή να αισθάνεται καλύτερα και πιο ήρεμη.

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι να δημιουργήσει κλίμα ηρεμίας και εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και οικογένειας, να γίνει συνδετικός κρίκος κατανόησης μεταξύ τους στη δύσκολη αυτή περίοδο. Μερικές ασθενείς δεν εκδηλώνουν θυμό, αλλά δείχνουν σημεία κατάθλιψης. Συχνά, είναι το πρόσωπο που φαίνεται να αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο, δίχως αντίσταση. Ο θυμός ή η κατάθλιψη ή και τα δύο, είναι ως ένα σημείο αναμενόμενα. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αντιμετωπίσει κατάλληλα, ώστε να μη γίνουν αιτία να διαταραχθεί η ποιότητα της ζωής της ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι καλή ακροάτρια για την ασθενή. Η αποτελεσματική ακρόαση περιλαμβάνει όχι μόνο αυτά που λέγονται, αλλά και την κατανόηση του τρόπου που αυτά διατυπώνονται.

Άλλη σημαντική επιδίωξη της νοσηλεύτριας δεν είναι μόνο να μιλάει στην ασθενή ή να συζητάει με αυτή, αλλά να επιτυγχάνει την εκδήλωση των προβλημάτων, των φοβιών και των ανησυχιών της ασθενούς σε οποιαδήποτε στιγμή. Η ασθενής μπορεί να έχει τη δυνατότητα να κρύβει τα συναισθήματά της, να έχει τη δυνατότητα να κλάψει ή να εκφράσει σκέψεις και συναισθήματα, που μέχρι τη συγκεκριμένη στιγμή, έκρυβε μέσα της. Η ευθύνη της νοσηλεύτριας τότε είναι να δράσει με γνώμονα το συμφέρον της ασθενούς. Το σχέδιο δράσης μπορεί να περιλαμβάνει την παροχή πληροφοριών στην οικογένεια ή στο γιατρό. Ίσως να υπάρχει κάτι να κάνει η νοσηλεύτρια για την ασθενή, που μέχρι στιγμής δεν το είχε ζητήσει από κανέναν άλλο. Μπορεί να της ζητήσει να δει τον παππά της ενορίας ή να μεταφερθεί στο σπίτι, αν προτιμάει να πεθάνει εκεί, αντί στο νοσοκομείο.

9.2.8 Η φροντίδα της οικογένειας και ο θρήνος

Η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς με καρκίνο αντανακλά σε όλη την οικογένεια. Η νοσηλεύτρια μπορεί να υποστηρίξει και να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας, με τον ίδιο τρόπο που βοηθάει την ασθενή.

Όσο η ασθενής πλησιάζει προς το τέλος της ζωής της, η επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και οικογένειας δυσχεραίνεται. Σκοπός της νοσηλεύτριας στο σημείο αυτό είναι η αποκατάσταση της επικοινωνίας και η ψυχική ενίσχυση των δύο πλευρών.

Η νοσηλεύτρια που ενδιαφέρεται για την ασθενή μπορεί να προβεί σε εκτιμήσεις και ανάλογες παρεμβάσεις και να εκτιμήσει την

αποτελεσματικότητά τους, σύμφωνα με τις ανάγκες της συγκεκριμένης οικογένειας. Ίσως, κριθεί απαραίτητη και η συμμετοχή ιερωμένου ή κοινωνικής λειτουργού, για την υποστήριξη της οικογένειας και για τη βοήθεια στην καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών της.

9.2.9 Οι δραστηριότητες της νοσηλεύτριας μετά το θάνατο της ασθενούς

Η οικογένεια της ασθενούς έχει μεγαλύτερη ανάγκη για φροντίδα και υποστήριξη, ιδιαίτερα μετά το θάνατο αυτής. Ορισμένες οικογένειες, δυσκολεύονται πάρα πολύ να αντιμετωπίσουν και να αποδεχθούν ότι ένα αγαπημένο τους πρόσωπο έφυγε για πάντα. Ο θάνατος, το άγχος και ο επερχόμενος θρήνος, έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των μελών της οικογένειας.

Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει την οικογένεια μετά το θάνατο της ασθενούς, με το να προσφέρει τη συμπαράστασή της και να δημιουργήσει ήσυχη και άνετη ατμόσφαιρα, όπου θα μπορέσει να μιλήσει με τα μέλη της οικογένειας, να τα ενθαρρύνει και να τα υποστηρίξει ψυχικά. Η σκέψη και η ομιλία για το θάνατο δεν είναι μακάβρια. Αντίθετα, η άγνοια και ο φόβος για αυτόν, υποδηλώνουν αδυναμία χαρακτήρα και έλλειψη προσωπικότητας. Η γνώση και η αποδοχή του θανάτου ελευθερώνουν τη ζωή και το άτομο από το φόβο και το άγχος για τον ερχομό του. Η περιποίηση της ασθενούς που πεθαίνει, από τα άτομα της οικογένειάς της, διευκολύνει την αποδοχή της πραγματικότητας. Συνήθως, τα μέλη της οικογένειας φοβούνται αυτή την εμπειρία. Η νοσηλεύτρια παρηγορεί, ενθαρρύνει και καθοδηγεί με τον τρόπο της, τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να δώσει στα μέλη της οικογένειας, την ευκαιρία να εκφράσουν τα άμεσα συναισθήματά τους, να κλάψουν, να συγκεντρωθούν μαζί ή να αποσυρθούν. Τη συγκεκριμένη περίοδο, χρειάζονται ησυχία και χρόνο.

Στόχος της νοσηλεύτριας που θα βρίσκεται σε επαφή με την οικογένεια, είναι να τη βοηθήσει να ακολουθήσει φυσιολογική πορεία στο πένθος της, ώστε να μπορέσει να ξαναβρεί την ισορροπία της. Πρέπει, επίσης, να είναι σε θέση να αναγνωρίζει τη συμπεριφορά που κυριαρχεί, όταν η διαδικασία του πένθους δεν εξελίσσεται ομαλά. Μερικά από τα βασικότερα συμπτώματα παθολογικού πένθους είναι:

1. Αδικαιολόγητα παρατεταμένο πένθος που εμποδίζει το άτομο στη λειτουργία της καθημερινής του ζωής.
2. Υπερβολική ευφορία, δραστηριότητα και απασχόληση μπροστά στο θάνατο, που εμποδίζει τη διαδικασία του πένθους.
3. Τάσεις αυτοκαταστροφής ή αυτοτιμωρίας.
4. Υπερβολικές αντιδράσεις στο πρόβλημα κάποιου τρίτου.
5. Ταύτιση και υιοθέτηση χαρακτηριστικών της νεκρής, ή εκδήλωση των ίδιων οργανικών συμπτωμάτων που παρουσίαζε η ασθενής στην περίοδο της νόσου.
6. Υπερβολική κατάθλιψη που εμφανίζεται καθυστερημένα, μήνες μετά το θάνατο.
7. Τα μέλη της οικογένειας που εκδηλώνουν τα συμπτώματα αυτά πρέπει να παραπέμπονται έγκαιρα σε ειδικό ψυχολόγο ή ψυχίατρο⁶³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

10.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Α. Ολιγαιμικό Shock οφειλόμενο σε μετεγχειρητική απώλεια αίματος	Αντιμετώπιση του shock.	⇒ Έλεγχος ζωτικών σημείων. ⇒ Έλεγχος ιματισμού. ⇒ Εκτίμηση της ποσότητας υγρών από την παροχέτευση. ⇒ Χορήγηση υγρών με ιατρική εντολή.	⇒ Έγινε έλεγχος των ζωτικών σημείων - αρτηριακής πίεσης, σφύξεις, αναπνοές, θερμοκρασία, ακόμη και χρώμα δέρματος (τουλάχιστον κάθε τέταρτο τις πρώτες 3 ώρες και αφού σταθεροποιηθεί η κατάσταση της κάθε 3 ώρες το επόμενο 24ωρο). ⇒ Ελέγχεται ο ιματισμός και το επιδεσμικό υλικό για την ανακάλυψη σημείων αιμορραγίας και στην οπίσθια πλευρά της ασθενούς.	⇒ Με την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας η ασθενή ανέκαμψε. Είναι όμως σε παρακολούθηση για την περίπτωση υπότροπης. ⇒ Καθορισμός της αρχικής θεραπείας ανάλογα με το αν έχουμε παροχέτευση ή όχι αίματος >100 cc/h.

			<p>⇒ Εκτιμάται η ποσότητα του παροχетеυόμενου, με τη συσκευή Hemovac, αίματος ανάλογα με την γενική κατάσταση της ασθενούς. Αν έχουμε παροχέτευση >100 cc/h για 2 ώρες, ενημερώνεται ο χειρουργός.</p> <p>⇒ Εξασφαλίζεται η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών (και αίματος αν χρειασθεί), έως ότου διακοπεί από το γιατρό.</p>	
<p>B. Πόνος οφειλόμενος στην εγχείρηση κατά την κινητοποίηση της ασθενούς</p>	<p>Μείωση του πόνου του ασθενή.</p>	<p>⇒ Αλλαγή θέσης και τοποθέτηση μαξιλαριών.</p> <p>⇒ Έλεγχος των παροχетеύσεων.</p> <p>⇒ Χορήγηση αναλγητικών με ιατρική εντολή.</p> <p>⇒ Εκτιμάται ο τύπος και η</p>	<p>⇒ Ενημερώνεται η ασθενής για τη διαθεσιμότητα και τα όρια της χορήγησης αναλγητικών.</p> <p>⇒ Ενθαρρύνεται η λήψη αναλγητικών κατά την έναρξη των ασκήσεων και την κινητοποίηση της ασθενούς.</p> <p>⇒ Ελέγχεται η λειτουργικότητα των συσκευών παροχέτευσης. Η κακή</p>	<p>⇒ Με την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας η ασθενής γίνεται ικανή και πρόθυμη να ολοκληρώσει την κινητοποίηση και την ομάδα των ασκήσεων της.</p>

		<p>ένταση του πόνου. Χορηγούνται αναλγητικά μετά τη σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων.</p>	<p>λειτουργία τους μπορεί να προκαλέσει πόνο. ⇒ Γίνεται αλλαγή θέσης για τη μείωση του πόνου και τοποθέτηση μαξιλαριών για την άνεση του ασθενή.</p>	<p>⇒ Νιώθει πιο άνετα η ασθενής. ⇒ Γίνεται εκτίμηση για τον χρόνο δράσης των αναλγητικών.</p>
Γ. Λεμφοίδημα.	Πρόληψη και αντιμετώπιση λεμφοιδήματος.	<p>⇒ Τοποθέτηση μαξιλαριών. ⇒ Αποφυγή χρησιμοποίησης του χεριού της προσβεβλημένης πλευράς. ⇒ Ασκήσεις στην ασθενή.</p>	<p>⇒ Κατά τη διάρκεια της νύχτας τοποθετείται μαξιλάρι κάτω από το προσβεβλημένο χέρι ⇒ Ασκήσεις: α. Αρχίζει με έκταση κάμψη των δακτύλων, υπτισμό-πρηνισμό του πήχεως β. Συμβουλευεται το γιατρό για την απαγωγή και την κινητοποίηση του βραχίονα. ⇒ Αρτηριακή πίεση και λήψη αίματος απαγορεύονται από χέρι της προσβεβλημένης πλευράς</p>	<p>⇒ Με τη βοήθεια της βαρύτητας, έχουμε επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφυγή οιδήματος. ⇒ Τεκμηρίωση της προόδου της ασθενούς στην πραγματοποίηση καθημερινών δραστηριοτήτων με τη χρησιμοποίηση του προσβεβλημένου άκρου.</p>

			<p>α. Ενημερώνεται ο φάκελος της ασθενούς.</p> <p>β. Ενημερώνεται η ίδια η ασθενής.</p> <p>γ. Τοποθετείται στο κρεβάτι της ασθενούς, ειδική ενημερωτική πινακίδα.</p>	<p>⇒ Πρόληψη λεμφοιδήματος.</p> <p>⇒ Δίνεται επίσης η δυνατότητα στην ασθενή να γνωρίζει και να αποφύγει τις αιτίες που δύνανται να το προκαλέσουν</p>
Δ. Φλεγμονή του τραύματος.	Πρόληψη της φλεγμονής του τραύματος.	<p>⇒ Έλεγχος της τομής.</p> <p>⇒ Φροντίδα της τομής.</p> <p>⇒ Χρήση αντισηψίας.</p>	<p>⇒ Μετά την αρχική αφαίρεση του επιδερμικού υλικού από το γιατρό, ελέγχεται η τομή για ερυθρότητα, οίδημα, εμφάνιση πύου, αύξηση της θερμοκρασίας, μη σύγκλιση των χειλέων του τραύματος.</p> <p>⇒ Φροντίδα της τομής:</p> <p>A. Καθημερινή αλλαγή του επιδερμικού υλικού.</p> <p>B. Χρήση άσηπτης τεχνικής.</p> <p>Γ. Εκτιμάται το είδος και το</p>	<p>⇒ Πρόληψη της φλεγόμενης και έγκαιρη αντιμετώπιση των αρχικών σταδίων της.</p> <p>⇒ Διατήρηση της ασθενούς σε καλή κατάσταση σωματική, αλλά και ψυχική.</p> <p>⇒ Η τομή διατηρείται καθαρή και προστατεύεται από</p>

			<p>ποσό της παροχέτευσης.</p> <p>Δ. Διατηρείται η τομή στεγνή. Η ασθενής μπορεί να πλυθεί 24 ώρες μετά την αφαίρεση των παροχετεύσεων. Η τομή κατόπιν στεγνώνετε καλά και, αν συνεχίζεται η απέκκριση υγρών από το σημείο παροχέτευσης, τοποθετείται γάζα.</p>	εξωγενείς παράγοντες
Ε. Αλλαγή σωματικού ειδώλου.	Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.	<p>⇒ Καθησυχασμός και ενημέρωση της ασθενούς.</p> <p>⇒ Ενημέρωση για τη φροντίδα της τομής.</p>	<p>⇒ Εκτιμάται η αντιμετώπιση της ασθενούς και της οικογένειάς της, όσον αφορά στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου της πρώτης. Η νοσηλεύτρια σχεδιάζει την κατάλληλη παρέμβαση.</p> <p>⇒ Ελαττώνει την ανησυχία και την ενόχληση της ασθενούς. Καλύπτει τη φιάλη παροχέτευσης με ειδική σακούλα.</p>	⇒ Η ασθενής δείχνει ένα βαθμό αποδοχής του χειρουργικού αποτελέσματος. Είναι σε θέση να αντικρίζει την τομή της και να κάνει ερωτήσεις για τη φροντίδα της τομής στο σπίτι. Η ασθενής ακολουθεί και τηρεί τις

			<p>⇒ Συμπεριλαμβάνει την ασθενή στη φροντίδα της τομής.</p> <p>⇒ Η νοσηλεύτρια οφείλει να βρίσκεται δίπλα στην ασθενή όταν η τελευταία θα αντικρίσει για πρώτη φορά την τομή της. Η αρχική θέα της τομής βασίζεται στην ετοιμότητα και την επιθυμία της ασθενούς.</p> <p>⇒ Ενημερώνεται η ασθενής για τις δυνατότητες πλαστικής αποκατάστασης που υπάρχουν.</p>	<p>οδηγίες που τις δίνονται και κατανοεί την αναγκαιότητα των φροντίδων που της παρέχονται.</p>
--	--	--	---	---

10.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΡΡΩΣΤΟΥ: Φ.Π.

ΗΛΙΚΙΑ: 47

ΠΑΤΡΙΔΑ: Ελλάδα

ΘΡΗΣΚΕΙΑ: Χ.Ο.

ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ: Ελληνική

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Δ. Υπάλληλος

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Έγγαμη

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΖΥΓΟΥ: Χ.Π.

ΗΛΙΚΙΑ: 54 ετών

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ: Δ. Υπάλληλος

Δ/ση μόνιμου κατοικίας: Πέραμα – Πειραιάς Τηλ. :

Δ/ση συγγενών: Πέραμα – Πειραιάς Τηλ. :

ΕΙΣΟΔΟΣ: 15/01/07

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

Θερμοκρασία: 36,6 °C.

Σφύξεις: 80 / min

Βάρος σώματος: 69 Kg.

Αρτηριακή πίεση: 120/80 mm/Hg.

Ύψος: 1,67 cm

ΣΥΝΟΔΕΥΕΤΑΙ ΑΠΟ: Την κόρη της Μ.Π. (27 χρονών).

Την αδελφή της Ε.Χ. (44 ετών)

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΔΙΝΕΙ: Η ίδια η ασθενής

ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Ca Μαστού

ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΝΩΡΙΖΕΙ: Η ασθενής και οι συγγενείς. Περιμένουν τα τελικά αποτελέσματα.

ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΡΡΩΣΤΙΑ: Φοβάται αλλά πιστεύει ότι θα γίνει καλά.

Αρκετά καλά πληροφορημένη για την ασθένεια της, πριν την είσοδο της στο νοσοκομείο.

ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ: ουδέν.

ΒΟΗΘΗΤΙΚΑ ΜΕΣΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙ: ουδέν.

ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΔΙΑΙΤΑ: Γενική.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ: Κανονική (έχει όρεξη).

ΑΦΟΔΕΥΣΗ: Κανονική.

ΑΝΑΠΑΥΣΗ / ΥΠΝΟΣ: Κοιμάται Κανονικά.

ΩΡΕΣ ΥΠΝΟΥ ΤΟ 24ωρο: 7 ώρες.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ- ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ: Ζει με τον σύζυγό της και τα τρία παιδιά της.

ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΕΠΑΙΡΝΕ: Για κεφαλαλγία tab Depon, tab panadol.

ΔΕΡΜΑ: Φυσιολογικό.

ΑΙΣΘΗΣΕΙΣ / ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΑΚΟΗ: ΚΦ.

ΟΡΑΣΗ: Πρεσβυωπία.

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΕΜΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ: Κανονική.

ΕΝΑΡΞΗ: 14 ετών.

ΟΡΜΟΝΕΣ: Αντισυλληπτικά για 5 χρόνια προ 20ετίας.

ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ: ΟΧΙ.

ΚΥΗΣΕΙΣ: 5 (3 τοκετοί, 2 εκτρώσεις).

ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ: 20 τσιγάρα ημερησίως κατά μέσο όρο. 2 καφέδες ημερησίως.

Δεν πίνει αλκοόλ.

Η Κα Φ.Π. ανακάλυψε κατά τύχη μια μάζα στον αριστερό μαστό της κατά την διάρκεια του ντους. Η μάζα ήταν κινητή και αρκετά μεγάλη χωρίς να

της προκαλεί πόνο. Ψηλάφισε τον άλλο μαστό αλλά δεν παρουσίασε την μάζα αυτήν.

Η αρχική της σκέψη ήταν αμέσως να ζητήσει ιατρική βοήθεια για να μπορέσει να αιτιολογήσει τη μάζα. Συζήτησε με την κόρη της και επισκέφθηκαν το χειρουργό ιατρό που διαθέτει η ασφάλεια της. Εκείνος αμέσως την παρέπεμψε για μαστογραφία και περαιτέρω έλεγχο. Όταν ερωτήθηκε αν είχε προσέλθει για εξέταση μαστού ή αν είχε κάνει ποτέ αυτοεξέταση μαστού, η απάντηση ήταν αρνητική, παρ' όλο που γνώριζε την συμβολή της εξέτασης στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Η ασθενής είναι άτομο που ενώ είχε ικανοποιητική πληροφόρηση, υψηλό μορφωτικό επίπεδο, δεν εκμεταλλεύτηκε τις δυνατότητες επιλογής των μέσων παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόληψης, με αποτέλεσμα να φθάσει στο γιατρό ή τη νοσηλεύτρια σε ένα προχωρημένο στάδιο της νόσου, που η πρόγνωση δεν μπορεί να είναι αισιόδοξη.

Η ασθενής μας είχε τη δυνατότητα και για τις δύο σταδιοποιήσεις (κλινική σταδιοποίηση και παθολογοανατομική εξέταση). Στην προεγχειρητική ταξινόμηση, σύμφωνα με την κλινική εξέταση, η ασθενής ήταν $T_1N_1M_x$ όπου:
 T_1 = όγκος μεγέθους 2 cm στον αριστερό μαστό.
 N_1 = Ψηλαφητοί λεμφαδένες <1cm στην αριστερή μασχαλιαία κοιλότητα.
 M_x = χωρίς απαραίτητα στοιχεία για τον προσδιορισμό απομακρυσμένων μεταστάσεων.

Στην παθολογοανατομική σταδιοποίηση και μετά τη χειρουργική επέμβαση της ασθενούς, πάρθηκαν ιστοί για έλεγχο και διατέθηκαν, τόσο για μικροσκοπική, όσο και για μακροσκοπική ανάλυση, για τον ακριβέστερο καθορισμό της έκτασης του όγκου της τοπικής διήθησης των ιστών και του βαθμού λεμφαδενικής συμμετοχής.

Τα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης του παρασκευάσματος παραθέτονται αναλυτικά παρακάτω όπως τα παρουσίασαν στην ιστολογική έκθεση οι παθολογοανατόμοι του «Ε.Α.Ν.Π. ΜΕΤΑΞΑ»

ΥΛΙΚΟ ΠΟΥ ΣΤΑΛΘΗΚΕ

1. T_1 αριστερού μαστού.
2. Ιστολογική εξέταση παρασκευάσματος αριστερής μαστεκτομής.

ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ:

1. Η περιγραφόμενη περιοχή έχει τους ιστολογικούς χαρακτήρες ενός διηθητικού πορογένους αδενοκαρκινώματος μαστού, μέτριας διαφοροποίησης που συνοδεύεται από έντονη σκιρρώδη αντίδραση, ενώ η φλεγμονώδης διήθηση είναι ελάχιστη. Αναγνωρίζονται επίσης περιοχές με χαρακτήρες IN SITU καρκινώματος, καρκινοποίηση των λοβίων και καρκινωμάτωση έμβολα σε μικρούς αγγειακούς χώρους.
2. Το μαζικό παρέγχυμα παρουσιάζει αλλοιώσεις ινοκυστικής νόσου. Υπολειπόμενος όγκος δεν βρέθηκε. Από τους 15 λεμφαδένες, οι 4 παρουσιάζουν διήθηση από το καρκίνωμα, ενώ οι υπόλοιποι είναι ελεύθεροι.

ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ:

1. Για T₁ εστάλη τμήμα μαστού διαστάσεων 6x3 cm, 5x1 cm, 5 cm. Στις διατομές του βρέθηκε λευκωπή, υπόσκληρη περιοχή, με όψη αστεροειδή μεγαλύτερης διαμέτρου 2cm.

T₁ (θετική)

2. Ο αριστερός μαστός είχε διαστάσεις 22x16 cm, 5x3 cm και είχε συναφαιρεθεί με τον συνδετικό λιπώδη ιστό της μασχάλης. Καλυπτόταν μερικώς, από ατρακτοειδές τμήμα δέρματος επιφανειακών διαστάσεων 17x6,5 cm που έφερε τη θηλή. Σε απόσταση 3 cm απ' αυτή και προς το άνω ημιμόριο, βρέθηκε χειρουργική τομή μήκους 5,5 cm. Κάτω από αυτή και μέσα στο μαζικό αδένα βρέθηκε κοιλότητα μεγαλύτερης διαμέτρου 6 cm στα τοιχώματα της οποίας δεν αναγνωρίσθηκε υπολειπόμενος όγκος. Στον υπόλοιπο μαζικό αδένα βρέθηκαν λευκωπές, ελαστικές έως υπόσκληρες, περιοχές. Στον συνδετικό λιπώδη ιστό της μασχάλης βρέθηκαν 15 λεμφαδένες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Διηθητικό πορογενές αδενοκαρκίνωμα μαστού, με μεταστάσεις σε 4 από τους 15 λεμφαδένες, που συνολικά βρέθηκαν στον μασχαλιαίο ιστό.

Η πρόγνωση στην ασθενή μας δεν είναι αυτή που θα θέλαμε οι εξετάσεις μας έδειξαν ότι έχει καρκίνο αρκετά επιθετικό (διηθητικό πορογενές αδενοκαρκίνωμα) με μεταστάσεις σε 4 είδη λεμφαδένων και με

καρκινωματώδη έμβολα σε μικρούς αγγειακούς χώρους. Ελπιδοφόρα αποτελέσματα είναι οι φυσιολογικές τιμές του CEA της αλκαλικής φωσφατάσης, που σχετίζονται πολύ άμεσα με την ύπαρξη μεταστατικής εστίας στο ήπαρ.

Ο όγκος στην ασθενή εντοπίστηκε στον αριστερό μαστό, άνω έξω τεταρτημόριο, με διάσταση 2 cm. Με ψηλαφητούς λεμφαδένες < 1 cm στην αριστερή μασχαλιαία κοιλότητα, ενώ ο δεξιός μαστός και η δεξιά μασχαλιαία κοιλότητα κανονική φυσιολογική.

Η ασθενής παραπέμφθηκε σε υπερηχογράφημα θυρεοειδούς, διότι κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε διόγκωση του δεξιού λοβού και μετά από παραπομπή στους ενδοκρινολόγους, θεωρήθηκε απαραίτητη η εξέταση, όπως και ο περαιτέρω εργαστηριακός και ακτινολογικός έλεγχος.

Οι τιμές των αιματολογικών εξετάσεων (T3, T4, TSH) κυμάνθηκε στα φυσιολογικά όρια, αλλά στο υπερηχογράφημα παρατηρήθηκε πολυοζώδη βρογχοκήλη πολλαπλά μικρά μορφώματα, ιδίως δεξιά, μεγέθους έως και 1 cm. Το υπερηχογράφημα ήπατος χοληφόρων, δόθηκε για τυχόν διάγνωση μεταστατικής νόσου. Στα αποτελέσματα βρέθηκε ύπαρξη υποήχους εστίας πάνω από την πύλη (πιθανόν από υγιές παρέγχυμα), χοληδόχος κύστη, χοληφόροι πόροι και πάγκρεας φυσιολογικά.

Η ασθενής Φ.Π. υποβλήθηκε σε ραδιοϊσοτοπικές εξετάσεις ήπατος, οστών και θυρεοειδούς για την πιθανή εύρεση οστικών και ηπατικών αλλοιώσεων. Στο scanning ήπατος και οστών δεν βρέθηκαν παθολογικά ευρήματα. Στο scanning θυρεοειδούς, παρατηρήθηκε αύξηση των ορίων του θυρεοειδή αδένος, ιδίως του δεξιού λοβού, με θερμή και ψυχρή περιοχή στην μεσότητα αυτού.

Στις εξετάσεις «ρουτίνας» που υποβλήθηκε η ασθενής πριν το χειρουργείο (αιματολογική εξέταση), βιοχημικές, ουρολογικές, α/α θώρακα, καρδιογράφημα και καρδιολογική εξέταση) βρέθηκε φυσιολογική.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε τροποποιημένη μαστεκτομή. Σύμφωνα με το πρακτικό της επέμβασης από τα ευρήματα η TB(+) στάλθηκε για ιστολογική εξέταση (ιστοί, ορμονικοί υποδοχείς και δείκτες) κατά την επεμβατική τεχνική έγινε ατρακτοειδής τομή, περιλαμβάνοντας και την θηλή. Ακολουθήθηκε τροποποιημένη ριζική αριστερή μαστεκτομή και λεμφαδενικός καθαρισμός της

αντίστοιχης μασχάλης. Τοποθετήθηκαν δύο παροχετεύσεις, αφού έγινε σχολαστική αιμόσταση και ακολούθησαν συρραφή και πιεστική επίδεση.

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς, μετά τη μαστεκτομή, αποτελεί συνέχεια της προεγχειρητικής και της εγχειρητικής περιόδου. Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που η ασθενής επανέρχεται από το χειρουργείο στο νοσηλευτικό τμήμα. Η φροντίδα είναι πολύπλευρη και θεωρείται μια από τις σοβαρότερες και πλέον υπεύθυνες εργασίες της νοσηλεύτριας.

Η Κα Φ.Π. εμφάνισε πόνο που οφειλόταν στην χειρουργική τομή, αλλά και στην περιορισμένη κινητικότητα της, λόγω της τοποθέτησης του επιδεσμικού υλικού, των όρων και των συσκευών παροχέτευσης. Της χορηγήθηκαν αναλγητικά κατ' εντολή γιατρού και παρακολούθηθηκαν τα αποτελέσματά τους (πόσο χρόνο διήρκεσε η δράση τους, τι αύξησε τον πόνο αλλά και τι τον ανακούφιζε). Η ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση ημι-Fowler για την βελτίωση της αναπνοής. Επίσης, τοποθετήθηκε μαξιλάρι κάτω από το χειρουργημένο της άκρο, για να μπορέσει ο αγκώνας της να είναι ψηλότερα από τον ώμο και το άκρο να βρίσκεται σε λειτουργική θέση. Η μετακίνηση της ασθενούς γινόταν με ήρεμες και σταθερές κινήσεις. Η έγερση της έγινε την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα. Κατά την έγερση, ο βραχίονας υποβαστάχθηκε με επίδεσμο, για να παρεμποδισθεί η πίεση στο τραύμα και η αύξηση του πόνου. Συστάθηκε στην ασθενή να κοιμάται ανάσκελα, όσο αυτό είναι δυνατόν και να περιορίσει την κινητικότητα του άκρου και τις βίαιες κινήσεις.

Η ασθενής δεν διέτρεξε κίνδυνο αιμορραγίας, αλλά κάθε 2 ώρες παρακολουθούσαν το επιδεσμικό της υλικό. Γινόταν εκτίμηση των ζωτικών σημείων κάθε 3 ώρες (πολύτιμη παράμετρος για την διαπίστωση αιμορραγίας) και έλεγχος των συσκευών παροχέτευσης του τραύματος. Καθημερινά αναγραφόταν η ποσότητα παροχέτευσης στην κάρτα της ασθενούς και εξασφαλιζόταν το ισοζύγιο μεταξύ προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων. Επίσης γινόταν εκτίμηση διανοητικού επιπέδου και προετοιμασία για μετάγγιση, αν και εφ' όσον, χρειαζόταν.

Η ασθενής δεν εμφάνισε λεμφοίδημα, διότι επαρκούσαν τα προληπτικά μέτρα και οι οδηγίες που της δόθηκαν και ακολούθησε, για την πρόληψη, τόσο της λοίμωξης όσο και του οιδήματος, ενώ βρισκόταν στο νοσοκομείο, αλλά και μετά την έξοδό της από αυτό.

Η διατροφή της ασθενούς την ημέρα της επέμβασης, ήταν περίπου 2.500-3.000 ml οροί (D 5%, N/S 0,9% Ringer's) και ηλεκτρολύτες. Την 1^η μετεγχειρητική ημέρα χορηγήθηκαν υγρά από το στόμα και σιτίστηκε ελαφρά. Τις επόμενες μέρες της παρασχέθηκαν τροφές ανάλογες της προτίμησης και ανοχής της. Συστήθηκε υπερλευκοματούχος δίαιτα για τη διευκόλυνση της επούλωσης του τραύματος, φρούτα και χόρτα για την τακτική λειτουργία του εντέρου. Και άφθονα υγρά για την εξασφάλιση επαρκούς διούρησης.

Η νοσηλεύτρια βοήθησε την ασθενή, ιδιαίτερα τις πρώτες μέρες, στο φαγητό της, με το να μειώσει την ψυχική της ένταση και το άγχος της, επειδή δεν μπορούσε να χρησιμοποιήσει και τα δύο της χέρια. Την ασθενή μας βοήθησε και το γεγονός ότι το δεξί της χέρι ήταν ελεύθερο προς χρήση για τις καθημερινές της ανάγκες (π.χ. Να τρώει, να πλένεται, να βουρτσίζει τα δόντια της και να χτενίζεται).

Η Κα Φ.Π. χειρουργήθηκε στις 18/01/07. Ανάνηψε πολύ καλά και χωρίς κανένα ιδιαίτερα αξιολογήσιμο μετεγχειρητικό πρόβλημα ο αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος καθώς και η γενική και ψυχολογική της κατάσταση, ήταν αρκετά καλή. Αποφασίστηκε η συνέχιση της θεραπείας της με προφυλακτική χημειοθεραπεία. Η ασθενής ενημερώθηκε για την χημειοθεραπεία, για την οδό της χορήγησης, το χρόνο διάρκειας, τις ανεπιθύμητες ενέργειες, την πρόληψη και την αντιμετώπιση τους. Η ασθενής την ημέρα της θεραπείας εμφάνισε ναυτία και ανορεξία. Οι παρενέργειες αντιμετωπίστηκαν με την νοσηλευτική φροντίδα και την ενημέρωση της ασθενούς από την νοσηλεύτρια πριν την θεραπεία. Στην Κα Φ.Π. χρησιμοποιήθηκε κάσκα για την υποθερμία του κεφαλιού 10 min πριν την χορήγηση της θεραπείας και 15 min μετά. Υπήρξε μερική απώλεια των μαλλιών και όχι απόλυτη.

Η ασθενής ενημερώθηκε για την νόσο της αφού πρώτα εκτιμήθηκαν: α) Η στάση της απέναντι στο νόσημα, β) Η ωριμότητα της, γ) Το μορφωτικό της επίπεδο, δ) Η ψυχική της δύναμη και αντοχή, ε) Η επιθυμία της να ενημερωθεί και ζ) Η συμβολή της οικογένειας και η στάση της απέναντι στην ασθένεια. Η ανταπόκριση της να συμμετέχει ενεργά στην αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας της, ξεπέρασε κάθε προσδοκία. Η επικοινωνία μεταξύ της ασθενούς και του νοσηλευτικού προσωπικού εξελίχθηκε ομαλά. Η ασθενής συνεργάστηκε τόσο κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων όσο και κατά τη θεραπεία.

Σημαντικός στάθηκε και ο ρόλος της νοσηλεύτριας ως δίαυλος επικοινωνίας, μεταξύ της ασθενούς και της οικογένειάς της. Η οικογένεια λειτούργησε σαν ομάδα και ο ένας στήριζε τον άλλον. Τα παιδιά της ήταν αρκετά μεγάλα, ενημερωμένα, με θέληση να ενισχύσουν τη μητέρα τους, να εξαλείψουν τους φόβους της, να την υποστηρίξουν, διευκολύνοντας έτσι τη διαγνωστική και θεραπευτική πορεία της, και να την ενδυναμώσουν ψυχολογικά, εκφράζοντας τα συναισθήματά τους.

Ο επί 27 χρόνια σύζυγος της κλονίστηκε στο άκουσμα της ασθένειας. Εξέφρασε το παράπονο και την πικρία του για το συμβάν. Αντίδραση φυσιολογική κατά μία άποψη. Σιγά - σιγά με τη σωστή ενημέρωση άρχισε να προσαρμόζεται στην νέα πραγματικότητα, έχοντας ως συμπαραστάτες τα παιδιά του, που ανελλιπώς τον στήριζαν.

Μετά το τέλος της θεραπείας, η ασθενής ήταν έτοιμη να επιστρέψει στο σπίτι της, αφού έχει δεχτεί και κατανοήσει την διδασκαλία που της είχε γίνει από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η ασθενής χρησιμοποίησε μαλακή πρόσθεση στήθους αρχικά και μετά κανονική πρόσθεση (η επιλογή της πρόσθεσης πρέπει να γίνεται με βάση την άνεση, την κανονική φόρμα, καθώς και το ίδιο μέγεθος, σχήμα και βάρος με το άλλο στήθος)

Η αποκατάσταση ασθενούς με μαστεκτομή, δεν είναι απλά η τοποθέτηση πρόσθεσης στο στήθος, αλλά η αποδοχή και εξοικείωση του ατόμου με την αναπηρία του. Κρίνεται τέλος απαραίτητη η ψυχολογική συμπαράσταση των οικείων προσώπων της ασθενούς για τη δημιουργία κλίματος αποδοχής της αναπηρίας του ατόμου από την οικογένειά του και το κοινωνικό του περιβάλλον.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η συνεχής και ουσιαστική επικοινωνία των νοσηλευτών, με τις ασθενείς με καρκίνο μαστού, μπορεί να αποκαλύψει τον τρόπο, με τον οποίο βιώνουν οι ασθενείς την νόσο τους. Η κατανόηση αυτής της εμπειρίας των ασθενών και η γνώση που προκύπτει από την έρευνα και μελέτη, θα αποτελέσουν τα οδηγία σημεία για να ανιχνευθούν οι τρόποι αντιμετώπισης που ταιριάζουν σε κάθε ασθενή, ώστε η ίδια να παλέψει τη νόσο της, με τις δικές της δυνάμεις.

Έχουν αναφερθεί διάφοροι τρόποι στήριξης των ασθενών με καρκίνο μαστού. Στη χώρα μας πολλά από όσα αναφέρθηκαν, είναι αρκετά δύσκολο να πραγματοποιηθούν. Πάντα όμως, υπάρχουν δυνατότητες που δεν έχουν εκμεταλλευτεί. Αυτή είναι η πρόκληση που υφίσταται, όχι μόνο για τους νοσηλευτές, αλλά και για κάθε επαγγελματία υγείας, που προσφέρει φροντίδα σε ασθενείς με καρκίνο μαστού και νιώθει την ανάγκη να είναι αποτελεσματικός.

Ο καρκίνος του μαστού επηρεάζει και δημιουργεί πολλά προβλήματα στην ζωή χιλιάδων γυναικών, ανδρών και των οικογενειών τους, γεγονός που επιβάλλει σε όλους μας την ανάγκη να κατανοήσουμε τους παράγοντες υψηλού κινδύνου και τις μεθόδους της έγκαιρης διάγνωσης.

Τέλος, θα ήθελα να κλείσω με τις λέξεις της Eleanor Pred, ιδρύτριας της κίνησης για τον καρκίνο του μαστού στο San Francisco.

«Είμαι προγραμματισμένη να πεθάνω, γιατί έχω μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Είμαι μέρος των 14.000 γυναικών, για τις οποίες δεν υπάρχει θεραπεία. Αρνούμαι όμως να θεωρώ τον εαυτό μου ξεγραμμένο».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Φύσσας, Γ. Ο μαστός και οι παθήσεις του www.aj.P.Fyssas.gr, Τελευταία ημερομηνία ανανέωση 18/12/2005
2. Donegan, W. and Spratt, J. 1989 Cancer of the Breast. 3rd Ed Chicago: ASCP Press
3. Σάββας, Α. 1979 Επίτομη Ανατομική του Ανθρώπου. Αθήνα: Λίτσας
4. Πινακίδης, Μ. και Μπούτης, Λ. 1993 Καρκίνος Μαστού. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
5. Δημητρακάκης, Κ. και Κεραμόπουλος, Α. 2000 Καρκίνος μαστού και μοριακή βιολογία. Αθήνα: Γρ.Παρισιανός
6. Μάλλιου, Σ. Αγκάντη, Ν. Παυλίδης, Ν. Κάππας, Α. Κριαράς, Ι. και Γερουλάνος, Σ. 2006 Η ιστορία του καρκίνου του μαστού. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 23(3): 260-278
7. Landis, SH. Murray, T. Bolden, S. et al. 1999 Cancer Statistics. Journal of Clinical Cancer 49: 8
8. Αποστολίδης, Ν. και Πανουσόπουλος, Δ. 1998 Ο καρκίνος του μαστού. Σύγχρονες απόψεις. Αθήνα: Επτάλογος ΑΒΕΕ
9. Πατέρας, Χ. 2004 Καρκίνος του μαστού – πληθυσμιακός έλεγχος. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας. Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία Ε.Σ.Ν.Ε.
10. Μαρκόπουλος, Χ. 2004 Παθήσεις του μαστού. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης
11. Παπανικολάου, Ν. 1995 Γυναικολογική μαστολογία. Αθήνα: Γρ.Παρισιανός
12. Fecher, R. and Mills, S. 1990 Breast Pathology Benign Proliferation. Atypias and in situ carcinomas. Chicago: ASCP Press
13. Silverstein, MJ. and Lagios, MD. 1997 Use of predictors of recurrence to plan therapy for DCIS of the breast. Oncology 11: 393-400
14. Patchefsky, AS. Schwartz, GF. and Finkelstein, SD. 1989 Heterogeneity of intraductal carcinoma of the breast disease. Cancer 63: 731-741
15. Warner, NE. 1985 Lobular carcinoma of the breast. Cancer 23: 840

16. Powell, DE. and Stelling, CB. 1994 The diagnosis and detection of breast disease. St. Louis: Mosby
17. Page, DL. Dixon, JM. and Anderson, Tj. 1983, Invasive Cribiform carcinoma of the breast. *Histopathology* 7: 525
18. Haagensen, CD. 1986 Diseases of the breast 3rd Ed. Chicago: Saunders W.B.
19. UICC Committee on clinical stage classification and applied statistics. 1961 Malignant tumours of the breast. Clinical Stage classification and presentation of results. *Union Against Cancer* 17: 544
20. Κόνιαρη, Ε. 1991 Καρκίνος του μαστού Νοσηλευτική παρέμβαση. Αθήνα: ΒΗΤΑ
21. Πλατή, Χ. 1989 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στον καρκίνο του μαστού. *Νοσηλευτική* 28: 62-73
22. Τριχόπουλος, Α. και Τριχόπουλος, Δ. 1986 Πρόληψη των κακόηθων νεοπλασιών: Προληπτική ιατρική. Αθήνα: Γρ. Παρισσιανός
23. American College of Radiology. 1995 Breast imaging reporting and data system. *Reston VA American college of Radiology* 54: 125-30
24. Baines, CJ. 1992 Breast self – examination. *Cancer* 69: 1942-46
25. Borse, MJ. and Ingold, JA. 1993 Metastatic pattern of invasive lobular versus invasive ductal carcinoma of the breast. *Surgery* 114: 637-42
26. Breen, N and Kessler, L. 1995 Trends in cancer screening. *Cancer* 81: 627-30
27. Cady, B. 1997 Management of mammographically detected breast cancer (Guest editor). *Surgical oncology clinics of North America* 69: 321 - 24
28. Dodd, GD Jr. 1994 Mammography quality assurance programs. *Cancer* 74: 239-43
29. Dann, JM. Lucarotti, ME. Wood, DJ. et al 1995 Exfoliative cytology in the diagnosis of breast disease. *British Journal Surgery* 82: 789-91
30. Elmore, JG. Wells, CK. Lee, CH. et al 1994 Variability in radiologists interpretation of mammograms. *New England Journal Medicine* 331: 1493-9
31. Gulay, H. Bora, S. Kiliuturgay, S. et al 1994 Management of nipple discharge. *Journal of the American college of Surgeons* 178: 471-4

32. Gordon, PB. and Goldenbery, SL. 1995 Malignant breast masses detected only by ultrasound. *Cancer* 76: 626-30
33. Eberlein, TJ. 1994 Current management of carcinoma of the breast (Review artical). *Annals of Surgery* 220: 121-36
34. Green, B. Dowley, A. Turnbull, LS. et al 1995 Impact of fine needle aspiration cytology US and mammography in patients with benign breast disease. *British Journal Surgery* 82: 1509-11
35. Κεραμόπουλος, Α. Λούβρου, Α. Αμπελά, Κ. και συν. 2005 Διαγνωστική προσέγγιση γυναικών με καρκίνο μαστού στην Ελλάδα. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής* 2(1): 65-71
36. Clanahan, M. and Mielnicki, M. 1984 *Diagnosis, Complete Guide to cancer Nursing*. London: Edward Arnold
37. Σαββοπούλου, Γ. 2000 Καρκίνος του μαστού. Η πρώτη ημέρα μετά την διάγνωση. *Νοσηλευτική* 39(3): 217-224
38. Cody, B. Stone, M. and Wayne, J. 1993 New therapeutic possibilities in primary invasive breast cancer. *Annals of surgery* 218: 338-49
39. Cady, B. 1998 Another editorial perspective. *Annals of surgery* 5: 103-104
40. Veronesi, U. Sacrosi, R. Del Vecchio, M. et al. 1981 Comparing radical mastectomy with quadvantectomy, axillary dissection and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *New England Journal of Medicine* 305: 6-11
41. Veronesi, U. et al. 1994 Conservation approaches for the management of stage i/ii carcinoma of the breast. *World Journal of surgery* 18: 70-5
42. Δόσιος, Θ. 1986 Πόσο πρέπει να ενημερώνεται ο καρκινοπαθής για την αρρώστιά του. In: Αναγνωστόπουλος, Φ. Παπαδάτου, Δ. *Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο*. Αθήνα: Φλόγα
43. Κόκκαλης, Γ. 1990 Αλήθεια και αποκατάσταση. *Μάχη και Ελπίδα* 30: 21-22
44. Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, Ε. 2004 *Χημειοθεραπεία*. Γ' Έκδοση Αθήνα: Βήτα
45. Μαλαρινού, Μ. Κωνσταντινίδου, Σ. 1999 *Νοσηλευτική παθολογική-Χειρουργική*. Τόμος Β Μέρος 2^ο Εκδ. 19 Αθήνα: Ταβίθα

46. Αθανάτου, Ε. 2000 Κλινική νοσηλευτική-Χορήγηση φαρμάκων, αρχές και μέθοδοι. Αθήνα: Παπανικολάου
47. Πολύζος, Α. και Μαρκόπουλος, Χ. 1998 Μετεγχειρητική παρακολούθηση ασθενών με καρκίνο του μαστού. Ιατρική 76(6): 494-497
48. Markopoulos, C. Gogas, H. Alevizou-Terzaki, B. and Gogas, J. 1994 The Prediction of Recurrence of breast cancer. Breast Disease 7(1): 1-5
49. Demicheli, R. Teraziani, M. Valagusa, P. et al. 1994 Local recurrences after mastectomy. Journal of the National Cancer Institute 86: 45
50. Recht, A. Hayes, D. Eberlein, Tj. and Sadowsky, NL. 1996 Local Regional Recurrence after Mastectomy of breast conserving therapy in Diseases of the breast. Virginia: Lippincott-Raven press
51. Landis, SH. Murray, T. Bolden, S. et al. 1998 Cancer statistics. CA Clinical Cancer Journal 48: 6
52. American Society of Clinical Oncology. 1997 Recommended breast cancer surveillance guidelines. Clinical Oncology 15: 2149-2156
53. Pedrazzini, A. Gelbe, R. Isley, M. et al. 1986, First repeated bone scan in the observation of patients with operable breast cancer. Journal of Clinical Oncology 4: 389
54. Zlorecki, RA. Mendenhall, NP. 1991 Palliative Radio therapy for disseminated breast cancer. In Bland, KI. Copeland ,EM. (ed), The breast comprehensive management of benign and malignanes disease. ed 2 Philadelphia : WB sounders
55. Hortobagyi, GN. Theriout, RL. Porter, L. et al. 1996 Efficacy of pamodronate in reducing skeletal complications in patients with breast cancer and lytic bone wetastases. National English Journal Medical 335: 1785-1791
56. Milauer, RC. Vargaw, FS Filewene, LB. et al. 1995 Intrapleural talc for the treatment of malignant pleural effusions secondary to breast cancer. Cancer 75: 2688-2692
57. Beckmann, J.H. 1989 Breast cancer and psyche. Ideas international. Baltimore: Williams and Wilkihs
58. Σολδάτος, Κ. Σακκάς, Π. και Μπεργιαννάκη, Ι. 1986 Ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς και η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. Ελληνική Ογκολογία 22: 96-102

59. Maurelor, A. 1989 Psychiatry and Surgery. In: Kaplan, H. and Sodock, B. (eds) Comprehensive textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins
60. Αναγνωστόπουλος, Φ. και Βελισσαρόπουλος, Χ. 1996 Ομαδική ψυχοθεραπεία με καρκινοπαθείς. In: Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο. Αναγνωστοπούλου, Φ. και Παπαδάτου, Δ. Αθήνα: Φλόγα
61. Μαντωνάκης, Ι. 1996 Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση της γυναίκας με καρκίνο μαστού. In: Ιωαννίδου-Μουζακά, Λ. Σύγχρονη Μαστολογία. Αθήνα: Λύδια Ιωαννίδου-Μουζακά
62. Hanson, J. and McDonald, N. 1989 Asthenia in breast cancer. American Journal of Nursing 89: 737
63. Παπαδάτου, Ε. Μαθιουδάκη-Χλαπανίδη, Ε. και Χατήρο, Π. 1986 Η ψυχολογική αντιμετώπιση της οικογένειας και του παιδιού με καρκίνο στην πορεία της αρρώστιας. In: Αναγνωστόπουλος, Φ. και Παπαδάτου, Δ. Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο. Αθήνα: Φλόγα