

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΖΑΒΙΤΣΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2008

<u>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</u>σελ.1	σελ.1
A. ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....σελ.2	σελ.2
B. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ.3-4	σελ.3-4
Γ. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. Επιδημιολογικά στοιχεία.....σελ.5-13	σελ.5-13
2. Αίτια-Παράγοντες κινδύνου.....σελ.14-21	σελ.14-21
3. Ιστολογικοί τύποι καρκίνου.....σελ.22	σελ.22
3.1Μη διηθητικοί καρκίνοι.....σελ.22	σελ.22
3.2Διηθητικοί καρκίνοι.....σελ.23-28	σελ.23-28
4. Συμπτωματολογία και κλινικά χαρακτηριστικά...σελ.29-31	σελ.29-31
5. Σταδιοποίηση.....σελ.32-33	σελ.32-33
5.1Κατά NTM.....σελ.34-35	σελ.34-35
5.2Κλινική σταδιοποίηση.....σελ.36	σελ.36
6. Πρόγνωση.....σελ.37-39	σελ.37-39
7. Θεραπεία.....σελ.40-41	σελ.40-41
7.1Χειρουργική.....σελ.41-42	σελ.41-42
7.2Ακτινοθεραπεία.....σελ.43-44	σελ.43-44
7.3Χημειοθεραπεία.....σελ.45	σελ.45
7.4Ορμονοθεραπεία.....σελ.46-47	σελ.46-47
7.5Σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.....σελ.47	σελ.47
7.6Σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες.....σελ.48	σελ.48
Δ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. Πρόληψη	
1.1 Πρωτογενής πρόληψη.....σελ.49-52	σελ.49-52
1.2 Δευτερογενής πρόληψη-Πρώιμη Διάγνωση.....σελ.53-74	σελ.53-74
2. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με καρκίνο...σελ.75-76	σελ.75-76
3. Μετεγχειρητική αποκατάσταση στον καρκίνο του μαστού.....σελ.76-91	σελ.76-91
4. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.....σελ.92-94	σελ.92-94
5. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία.....σελ.94-100	σελ.94-100
6. Το μέλλον της ογκολογικής νοσηλευτικής.....σελ.101-102	σελ.101-102
7. Νοσηλευτική διεργασία.....σελ.103-112	σελ.103-112
E. ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....σελ.113	σελ.113
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.114-116	σελ.114-116

Α. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Πριν από οτιδήποτε άλλο, ήθελα να ευχαριστήσω ορισμένους ανθρώπους που με τον ένα ή με τον άλλο τρόπο συνέβαλαν στη σύνθεση του παρόντος συγγράμματος.

Έτσι λοιπόν, αρχικά ευχαριστώ τον καθηγητή μου Νίκο Στεφανόπουλο, για το ενδιαφέρον και την εμπιστοσύνη που έδειξε στις ικανότητες μου, για την καθοδήγηση που μου έδωσε από τις ευχάριστες και ενθαρρυντικές κουβέντες που κάναμε όλους αυτούς τους μήνες. Τον ευχαριστώ επίσης για την υπομονή και την ανεκτικότητα που έδειξε στην αναβλητικότητα μου.

Ευχαριστώ θερμά την αδελφή μου Γία, τη μόνη που παρακολούθησε από κοντά την εξέλιξη αυτής της εργασίας από την αρχή μέχρι το τέλος και που ασχολήθηκε μαζί μου όχι μόνο ακούγοντας το «παραλήρημα» μου , αλλά με κάθε δυνατό τρόπο.

Τέλος, ευχαριστώ τη φίλη μου Πόπη, το φίλο μου Βασίλη και τον ξάδερφο μου Γιώργο για τις ατελείωτες ώρες που πέρασαν δίπλα μου, στηρίζοντας και ενθαρρύνοντας με, με κάθε τρόπο όλους αυτούς τους μήνες.

B. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην Ελλάδα, όπως και στις περισσότερες χώρες του Δυτικού κόσμου, ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου που προσβάλλει τις γυναίκες. Κάθε χρόνο πολλές γυναίκες πεθαίνουν στην Ελλάδα από αυτή την ασθένεια, με ρυθμό συνεχούς αύξησης ενώ εμφανίζονται περισσότερες από 3500 νέες περιπτώσεις. Η θνησιμότητα αυτή είναι μικρή σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης ή της Β. Αμερικής, αλλά υψηλότερη από τις χώρες της Ασίας ή της Λατινικής Αμερικής. Η συχνότητα εμφάνισης αυξάνει με την ηλικία. Είναι σπάνιος κάτω των 25 ετών ενώ εμφανίζει συνεχή αύξηση μετά τα 30 χρόνια. Τα τρία τέταρτα των καρκίνων του μαστού εμφανίζονται μετά την ηλικία των 50 ετών. Η μέση ηλικία στην οποία γίνεται η διάγνωση του καρκίνου ανέρχεται στα 65 έτη στην Ε. Ε. ^{1,2,3}

Ο καρκίνος του μαστού, που αντιμετωπίζεται θεραπευτικά με την χειρουργική, την ακτινοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία, είναι συχνά ιάσιμος όταν ανιχνευτεί σε πρώιμο στάδιο. Τόσο η πρόγνωση, όσο και η επιλογή της θεραπείας εξαρτώνται από την ηλικία της ασθενούς, από το στάδιο της νόσου, από την ιστοπαθολογική εικόνα του πρωτοπαθούς όγκου, από τα επίπεδα των οιστρογονικών και προγεστερονικών υποδοχέων, την εμμηνορρυσιακή και γενική κατάσταση. Εφόσον το κριτήριο της εμμηνορρυσιακής κατάστασης ποικίλει ευρέως γυναίκες άνω των 50 ετών θεωρούνται εξ ορισμού ως εμμηνοπαυσιακές.

Ιστοπαθολογικά ο καρκίνος του μαστού είναι μια πολυεστιακή νόσος. Εντούτοις, κλινική διάγνωση δύο ή περισσότερων πρωτοπαθών εστιών σε ένα μαστό δεν είναι συχνή. Παρομοίως, ταυτόχρονος αμφοτερόπλευρος καρκίνος είναι ασυνήθης. Είναι συχνότερος σε ασθενείς με διηθητικό λοβιακό καρκίνο.

Ασθενείς με καρκίνο του μαστού πρέπει να κάνουν μαστογραφία αμφοτέρων των μαστών για τον αποκλεισμό συγχρόνου νόσου στον άλλο μαστό. Επίσης πρέπει να υποβάλλονται σε τακτικά διαστήματα σε κλινική εξέταση και μαστογραφία για την ανεύρεση είτε υποτροπής, είτε δεύτερο πρωτοπαθή καρκίνο στον ετερόπλευρο μαστό σε ποσοστό 1% το χρόνο.^{2,4,5}

Συμπερασματικά, παρά τις προόδους της ακτινοθεραπείας, χημειοθεραπείας και ορμονοθεραπείας η θνησιμότητα τα τελευταία 40 χρόνια έχει επηρεαστεί πολύ λίγο. Ο βασικός λόγος αυτής της αποτυχίας θεωρείται η καθυστερημένη διάγνωση του όγκου σε στάδια που η θεραπεία δεν μπορεί να δώσει πλέον ίαση.¹

Γ. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη σε συχνότητα κακοήθεια της γυναίκας, τόσο στην Αμερική όσο και στη Βόρεια Ευρώπη. Είναι απ' ότι φαίνεται προνόμιο των γυναικών των ανεπτυγμένων χωρών, με εξαίρεση την Ιαπωνία, όπου η συχνότητα της νόσου και χαμηλή είναι και παρουσιάζει τα τελευταία χρόνια φθίνουσα τάση. Η αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού παρουσιάζει βραδύτερο ρυθμό σήμερα στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες σε σχέση με τις αναπτυσσόμενες, όπου ο ρυθμός είναι ταχύτερος. Έτσι η Κεντρική Ευρώπη, η Νότιος Αμερική και αρκετές χώρες της Ασίας παρουσιάζουν μεγάλη τάση αύξησης της συχνότητας.

Στην Ελλάδα κάθε χρόνο, περισσότερες από 3500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού και γύρω στις 1600-1800 πεθαίνουν ετησίως απ' αυτόν. Μόνο το 70% των γυναικών που προσβλήθηκαν από καρκίνο του μαστού φθάνει την 5ετία, δηλαδή το 30% πεθαίνει πριν συμπληρωθούν 5 χρόνια.

Σημαντικός παράγοντας γι' αυτό είναι η καθυστερημένη διάγνωση.^{6,7}

A) ΓΕΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Φύλο

Η σχέση προσβολής από καρκίνο του μαστού μεταξύ των δύο φύλων είναι 200 γυναίκες προς 1 άνδρα.

Φυλή

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Χαβάη των Ηνωμένων Πολιτειών, σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού στις διάφορες φυλές, έδειξε τα ακόλουθα αποτελέσματα ανά 100000 γυναικείου πληθυσμού: Λευκές 80,3, Χαβανέζες 66,2, Κινέζες 54,2, Γιαπωνέζες 44,5 και Φιλιππινέζες 21,5.

Ηλικία

Η συχνότητα της νόσου αυξάνει σε συνάρτηση με την ηλικία. Καρκίνος του μαστού στη γυναίκα δεν εμφανίζεται πριν την ήβη. Μέχρι την εμμηνόπαυση υπάρχει μια συνεχής αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου, ενώ μετά την εμμηνόπαυση η αύξηση αυτή παρουσιάζει βραδύτερο ρυθμό.

Οικογενειακό Ιστορικό

Αυξημένος είναι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό. Γυναίκες των οποίων η μητέρα ή η αδερφή παρουσίασε καρκίνο του μαστού, έχουν 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα προσβολής από τη νόσο, ενώ βρέθηκε ασθενέστερη συσχέτιση, όταν ο καρκίνος του μαστού υπήρχε στη θεία ή στη γιαγιά. Αν ο καρκίνος του μαστού στη μητέρα ή την αδερφή παρουσιάστηκε πριν την εμμηνόπαυση και ήταν αμφοτερόπλευρος, ο κίνδυνος αυτός οκταπλασιάζεται.

Από διάφορες μελέτες προκύπτει ότι υπάρχει 5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης πρωτοπαθούς καρκίνου στον άλλο μαστό, σε γυναίκες που έχουν εμφανίσει καρκίνο του μαστού στο παρελθόν.

Τέλος, έχουν ενοχοποιηθεί ο πρωτοπαθής καρκίνος της ωοθήκης, του ενδομητρίου και του παχέος εντέρου, για διπλασιασμό της πιθανότητας ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού.⁷

B) ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Εμμηνορρυσιακοί και αναπαραγωγικοί παράγοντες

Η πρόωμη έναρξη της εμμήνου ρύσεως πριν την ηλικία των 12 χρόνων και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση μετά την ηλικία των 50 χρόνων φαίνεται να σχετίζονται με το διπλασιασμό της πιθανότητας προσβολής από τη νόσο. Και στις δύο περιπτώσεις ενοχοποιείται η αυξημένη χρονική διάρκεια των μονοφασικών κύκλων.

Η νεαρή ηλικία (<20 ετών) της γυναίκας στη πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσύνη φαίνεται να παίζει προστατευτικό ρόλο στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Η προστατευτική αυτή επίδραση διατηρείται και για όλη τη μετέπειτα ζωή και δεν έχει σχέση με τις υπόλοιπες τελειόμηνες εγκυμοσύνες, ανεξάρτητα από τον αριθμό τους και την ηλικία στην οποία πραγματοποιήθηκαν.

Αντίθετα ενοχοποιητικό παράγοντα αποτελεί η ατεκνία και η απόκτηση του πρώτου παιδιού μετά την ηλικία των 35 χρόνων, όπου η πιθανότητα προσβολής από τη νόσο τριπλασιάζεται. Πιστεύεται ακόμα σήμερα ότι η τεχνητή διακοπή της πρώτης εγκυμοσύνης κατά το πρώτο τρίμηνο, σε νεαρές γυναίκες, αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα, ίσως γιατί ο αρχικός πολλαπλασιασμός των κυττάρων δεν ακολουθείται από διαφοροποίηση.

Λήψη ορμονών

Η λήψη συνδυασμένων αντισυλληπτικών χαπιών, ακόμα και για μεγάλο χρονικό διάστημα, από γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει μεταξύ 25 και 39 χρονών δε φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.. Αντίθετα, φαίνεται να ενοχοποιείται η συνδυασμένη λήψη αντισυλληπτικών χαπιών, όταν λαμβάνονται από γυναίκες που δεν έχουν αποκτήσει παιδί.

Όσον αφορά την παρατεταμένη χορήγηση ορμονών υποκατάστασης σε γυναίκες περί και μετά την εμμηνόπαυση, φαίνεται ότι μια τέτοια χρήση μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Ο κίνδυνος αυτός φτάνει να αυξάνει σε γυναίκες με προηγούμενη μαστοπάθεια.⁷

Γ) ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες

Από μελέτη που πραγματοποιήθηκε από την International Agency for Research on Cancer (I. A. R. C) διαπιστώθηκε ότι η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού είναι μεγαλύτερη στις ανώτερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις (σύμφωνα με ιδιαίτερη βασισμένη στο εισόδημα, τη μόρφωση και το επάγγελμα) και μικρότερη στις χαμηλότερες τάξεις.

Βάρος σώματος

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει την ευθέως ανάλογη σχέση μεταξύ παχυσαρκίας μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών και κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, που φθάνει τις 1.5- 2 φορές.

Διαιτητικοί παράγοντες

Συγκριτικές πληθυσμιακές μελέτες ενοχοποιούν την αυξημένη κατανάλωση ζωικού λίπους και κρέατος ως παράγοντα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Η άποψη ότι οι διαιτητικοί παράγοντες επηρεάζουν τη στάθμη, τη σύνθεση, και το μεταβολισμό των οιστρογόνων είναι πλέον γενικότερα αποδεκτή.

Οινόπνευμα

Αναφορικά με την κατανάλωση οινοπνεύματος οι απόψεις είναι αντιφατικές μέχρι στιγμής. Καλό είναι πάντα να γίνεται σύσταση στις γυναίκες, που παρουσιάζουν άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, να μειώσουν την κατανάλωση οινοπνεύματος, μέχρι να υπάρξουν στη διάθεση μας τελικά επιστημονικά συμπεράσματα επί του θέματος⁷

.

Δ) ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Προηγηθείσα βιοψία του μαστού

Μελέτες προοπτικής που έγιναν κατά καιρούς αναφέρουν 2 μέχρι 7 φορές μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, σε γυναίκες με ιστολογικά διαπιστωμένη επιθηλιακή ατυπία, από προηγηθείσα βιοψία του μαστού. Επίσης το λοβιακό μη διηθητικό καρκίνωμα, σήμερα αποτελεί δείκτη μεγαλύτερου κινδύνου για ανάπτυξη διηθητικού καρκίνου του μαστού στο μέλλον.

Παρεγχυματικός τύπος μαστού

Ο παρεγχυματικός ή δυσπλαστικός μαστογραφικός τύπος DY κατά Wolfe είχε ενοχοποιηθεί από το συγγραφέα για μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού. Από μεταγενέστερες παρατηρήσεις όμως, σήμερα πιστεύεται ότι ο ακτινομορφολογικός τύπος του μαστού μόνος του δεν αποτελεί δείκτη για καθορισμό του μεγέθους του κινδύνου.⁷

Ε) ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ιονίζουσα ακτινοβολία

Η υψηλή δόση ακτινοβολίας στο μαστό ενοχοποιείται για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Αυτό επιβεβαιώθηκε από παρατηρήσεις αφενός σε γυναίκες που εκτέθηκαν στην ακτινοβολία στη Χιροσίμα και το Ναγκασάκι και αφετέρου σε γυναίκες, που λόγω φυματίωσης, υποβλήθηκαν σε επανειλημμένες ακτινοσκοπήσεις πνευμόνων.

‘Μη ενοχοποιητικοί ‘ παράγοντες

Παράγοντες που παλαιότερα είχαν ενοχοποιηθεί για αύξηση του κινδύνου εμφάνισης της νόσου, αλλά που σήμερα θεωρούνται μη ενοχοποιητικοί, είναι η διαζεπάμη, η ρεζερπίνη, η βαφή των μαλλιών, οι θυρεοειδοπάθειες, κ. ά. Τέλος, φαίνεται να παίζει το ρόλο της η χρόνια ψυχική ένταση της γυναίκας, τόσο στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού όσο και στην παρουσίαση υποτροπής μετά από μακρό, ελεύθερο νόσου, μεσοδιάστημα.⁷

Κύριοι επιβαρυντικοί επιδημιολογικοί παράγοντες της νόσου έχουν σχέση με την έμμηνη ρύση, την αναπαραγωγή της γυναίκας, το οικογενειακό ή ατομικό ιστορικό, τις καλοήθειες παθήσεις του μαστού και την έκθεση σε φάρμακα ή την ιονίζουσα ακτινοβολία.

Ειδικότερα έχει αποδειχτεί ότι ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος σε γυναίκες που η περίοδος άρχισε σε μικρή ηλικία (κάτω των 10 ετών) ή σταμάτησε σε μεγάλη ηλικία (άνω των 50-53 ετών). Αντίθετα γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χειρουργική εξαίρεση των ωοθηκών, για διάφορους λόγους παρουσιάζουν μικρότερο κίνδυνο να πάθουν καρκίνο του μαστού. Γυναίκες που γέννησαν σε ηλικία κάτω από 20 ετών παρουσιάζουν μειωμένο κίνδυνο σε σχέση με τις γυναίκες που γέννησαν σε ηλικία μέχρι 30 ετών ενώ γυναίκες που γέννησαν σε ηλικία άνω των 30 ετών άτοκες παρουσιάζουν ελαφρά μεγαλύτερο κίνδυνο.

Εξάλλου γυναίκες, των οποίων συγγενείς πρώτου βαθμού έχουν καρκίνο του μαστού, παρουσιάζουν δύο έως τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθουν καρκίνο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Ο κίνδυνος αυτός γίνεται υψηλότερος, όσο πιο νέα είναι η πάσχουσα, καθώς και αν ο καρκίνος είναι αμφοτερόπλευρος. Έτσι ο κίνδυνος είναι σαράντα φορές μεγαλύτερος, εφόσον πάσχει αδελφή προεμμηνοπαυσιακή με αμφοτερόπλευρο καρκίνωμα του μαστού.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η γονιδιακή επιβάρυνση, με τις μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA₁ και BRCA₂ που θα αναφερθεί κατωτέρω. Μια γυναίκα που έχει υποστεί θεραπεία στον ένα μαστό για καρκίνο έχει πιθανότητα να αναπτύξει ένα δεύτερο πρωτοπαθές καρκίνωμα στον άλλον μαστό, σε ποσοστό που ποικίλλει από 15%-30% ή 1% κίνδυνο κάθε χρόνο που περνάει.

Σημαντική αύξηση του σχετικού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου παρατηρείται σε γυναίκες, στις οποίες διαγνώσθηκε καλοήθης πάθηση

του μαστού(άτυπος υπερπλασία των πόρων ή των λοβίων) ή situ λοβιδιακό ή πορογενές καρκίνωμα.

Εκτός από τα ανωτέρω έχει βρεθεί αυξημένος σχετικός κίνδυνος για καρκίνο του μαστού σε γυναίκες οι οποίες λαμβάνουν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης για περισσότερο από πέντε(5) χρόνια (1,1 έως 3,3 μεγαλύτερος σχετικός κίνδυνος) ή λαμβάνουν αντισύλληψη και ο κίνδυνος αυτός είναι περίπου 1,10 με 1,5 ανάλογα με τη διάρκεια λήψης του αντισυλληπτικού χαπιού. Οι κίνδυνοι αυτοί μειώνονται εφόσον η γυναίκα σταματήσει τη λήψη των φαρμάκων αυτών.

Ελαφρά αυξημένος κίνδυνος υπολογίζεται ότι υπάρχει σε γυναίκες που έλαβαν ιονίζουσα ακτινοβολία σε χαμηλή δόση 100-200 rads. Έχουν μελετηθεί και πολλοί άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες, όπως φυσική δραστηριότητα, το κάπνισμα, οι χρωστικές των μαλλιών, η ηλεκτρομαγνητική και ηλιακή ακτινοβολία, η επαγγελματική έκθεση σε επιβαρυντικούς παράγοντες, διαιτητικοί παράγοντες, καθώς και η έκθεση σε ορισμένα χημικά προϊόντα, όπως το DDT και άλλα. Δεν έχει βρεθεί όμως σημαντική σχέση μεταξύ αυτών των παραγόντων και του καρκίνου του μαστού. Τονίζεται ότι δεν έχει βρεθεί επιβαρυντική ή ευεργετική σχέση μεταξύ καρκίνου και θηλασμού. Έχει βρεθεί μια μικρή προστατευτική επίδραση μεταξύ του θηλασμού επί της νόσου με εργασίες που έγιναν στην Κίνα, όταν όμως ο θηλασμός κρατούσε άνω των 9-10 ετών. Τέλος υπό έρευνα βρίσκεται ο επιβαρυντικός ή ευεργετικός ρόλος ορισμένων διατροφικών παραγόντων, όπως τα φυτοοιστρογόνα, το ζωικό ή το φυτικό λίπος, το αλκοόλ, η καφεΐνη και άλλα, καθώς και φάρμακα, όπως είναι τα ρετινοειδή, οι βιταμίνες A, E και C, το σελήνιο και άλλα.⁸

Η ηλικία κατά την οποία προσβάλλονται οι γυναίκες από τον καρκίνο του μαστού σύμφωνα με νεότερες πληροφορίες είναι το τριακοστό έτος και άνω, χωρίς να αποκλείεται η εμφάνισή του σε νεότερες ηλικίες.

Το 15% των νέων προσβολών ετησίως αφορά γυναίκες κάτω των 40 ετών. Τα 2/3 των νέων περιστατικών εκδηλώνονται κυρίως σε γυναίκες άνω των 40 ετών και η συχνότητα προβολής σε ΗΠΑ και Ευρώπη είναι 6 φορές μεγαλύτερη από ότι στις χώρες της Ασίας και της Αφρικής.

Τα τελευταία 40 χρόνια έχει παρατηρηθεί διεθνώς αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού και ιδίως στο τέλος της δεκαετίας του '80. Από τότε η συχνότητα εμφάνισης σταθεροποιήθηκε όμως νεότερες εργασίες αναφέρουν αύξηση προσβολής σε γυναίκες κάτω των 40 ετών.

Στη χώρα μας υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο εμφανίζονται 4500 νέα περιστατικά και σε πάνω από 35% των ασθενών ο καρκίνος είναι οιστρογόνο-εξαρτώμενος.

Από τα παραπάνω προκύπτει η αναγκαιότητα δημιουργίας μηχανισμών έγκαιρης διάγνωσης και παρακολούθησης των γυναικών. Η έγκαιρη διάγνωση βοηθά στην ευκολότερη αντιμετώπιση του προβλήματος. Ο καρκίνος του μαστού στα πρώιμα στάδια είναι ιάσιμος με την κατάλληλη θεραπεία.

Η επιστημονική κοινότητα αντιλαμβανόμενη εδώ και χρόνια την πολύτιμη προσφορά της πρόληψης έχει ρήξη μεγάλο βάρος στον προληπτικό έλεγχο, γι' αυτό σε πολλές χειρουργικές κλινικές στα μεγαλύτερα νοσοκομεία του κόσμου έχουν ιδρυθεί ιατρεία μαστού σκοπός των οποίων είναι η ετήσια παρακολούθηση των γυναικών με ψηλάφηση του μαστού και παρακλινικό έλεγχο ανάλογα με την ηλικία και τις κατευθύνσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.^{6,7}

2. ΑΙΤΙΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Δεν έχει τεκμηριωθεί κάποια καθορισμένη αιτία που προκαλεί τον καρκίνο. Φαίνεται πάντως ότι γενετικοί παράγοντες, το ατομικό ιστορικό και το διαιτολόγιο παίζουν κάποιο ρόλο.

Οι γυναίκες με συγγένεια πρώτου βαθμού με παθούσα από καρκίνο του μαστού, έχουν μια πιθανότητα δύο ή τρεις φορές περισσότερη από τις άλλες να αναπτύξουν επίσης καρκίνο στο στήθος και μάλιστα σε πιο νεαρά ηλικία (μητέρες ή αδερφές).

Επίσης έχει διαπιστωθεί πως όσες γυναίκες ξεκινούν να έχουν κύκλο πρώιμα, δηλ. πριν τα 12 τους χρόνια και φτάνουν σε εμμηνόπαυση καθυστερημένα δηλ. μετά τα 50 τους, και αυτές παρουσιάζουν μια πιθανότητα μεγαλύτερη στην εμφάνιση του καρκίνου πάντα σε σύγκριση με τον υπόλοιπο γυναικείο πληθυσμό. Καθυστερημένη εμφάνιση αρχής εμμηνου ρύσεως αλλά και πρώιμη εμμηνόπαυση συνδέονται με χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Ακόμη πιο μεγάλη σημασία φαίνεται πως έχει η ηλικία της πρώτης εγκυμοσύνης. Οι γυναίκες που έχουν μια εγκυμοσύνη πριν τα 18 τους χρόνια κινδυνεύουν λιγότερο να εμφανίσουν τον καρκίνο του μαστού, ενώ όσες αποκτούν το πρώτο τους παιδί μετά τα 35 ή ακόμα κι όσες δεν έχουν αποκτήσει καθόλου παιδιά, αυτές σαφώς είναι περισσότερο επιρρεπής στο να παρουσιάσουν καρκίνο στο μαστό (περίπου 1,5 φορές περισσότερο).

Από κάποιους ερευνητές ακόμη και ο συνολικός χρόνος θηλασμού στη ζωή μιας γυναίκας θεωρείται πως έχει κάποια σχέση με την εμφάνιση του καρκίνου. Έτσι οι γυναίκες που συνολικά έχουν

θηλάσει τα τέκνα τους πάνω από 36 μήνες (στο σύνολο) είναι πιο προστατευμένες απέναντι στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες αποδεικνύουν τη σχέση του καρκίνου με την επιρροή των ορμονών στο μαστικό αδένα.

Όσον αφορά στις καλοήθειες βλάβες που συνδέονται και πιθανώς εξαλλάσσονται σε κακοήθεια, μόνο η επιθηλιακή υπερπλασία των γαλακτοφόρων πόρων είναι εκείνη που θεωρείται δυναμικά εξαλλάξιμη.

Απ' την άλλη, όσες έχουν ήδη εμφανίσει ένα καρκίνο μαστού, κινδυνεύουν περισσότερο στο να εμφανίσουν κι ένα δεύτερο καρκίνο στον ίδιο ή τον άλλο μαστό.

Επίσης διπλάσια πιθανότητα εμφάνισης παρουσιάζουν κι οι γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του ενδομητρίου, του θυρεοειδή αδένα ή του παγκρέατος.

Κάποια μικρή σχέση στην εμφάνιση του καρκίνου φαίνεται να έχουν και οι οιστρογονικές θεραπείες σε γυναίκες μετά από εμμηνόπαυση, αλλά σε συνάρτηση με υψηλές δόσεις οιστρογόνων και για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Τέλος και κάποιες πιο πρόσφατα ανακαλυφθείσες γενετικές μεταλλάξεις στο γονίδιο BRCA 1 του χρωμοσώματος 17 συνδέονται με καρκίνο στο μαστό. Έτσι οι γυναίκες με αυτό το μεταλλαγμένο γονίδιο θα εμφανίσουν σε ποσοστό 85% καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της ζωής τους.^{6,9,10}

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Παρά τις επίμονες και συνεχείς μελέτες, δεν έγινε ακόμη εφικτή η προσέγγιση της αιτιολογίας του καρκίνου του μαστού. Παρόλο ότι οι γενετικοί, ιδιοσυστατικοί και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες εμφανίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον καρκίνο του μαστού, κανένας από μόνος του ή σε συνδυασμό δεν μπορεί να εξηγήσει το μηχανισμό γένεσης της νόσου. Η αιτιολογία της νόσου είναι πολυπαραγοντική και η πρόληψη με τα σημερινά δεδομένα, αδύνατη.

Παρακάτω παρουσιάζονται οι παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την αιτιολογία του καρκίνου του μαστού.²

Γενετικοί

Οι γυναίκες συγγενείς των ασθενών με καρκίνο του μαστού μπορεί να έχουν αυξημένο κίνδυνο της ασθένειας. Εκτιμήσεις του κινδύνου που συνδέεται με την ηλικία γίνονται τώρα, για να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση αυτών των γυναικών και να σχεδιασθούν στρατηγικές μαζικού ελέγχου αυτών. Εκτιμάται ότι το 5% των γυναικών με καρκίνο του μαστού έχουν τη πρόσφατα ταυτοποιημένη μετάλλαξη πρωτογενούς αλληλουχίας, στο γονίδιο (BRCA 1), εντοπισμένο στο χρωμόσωμα 17q21. Οι συγγενείς τους, αν φέρουν μεταλλάξεις του BRCA 1, μπορεί να έχουν 85% κίνδυνο για καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της ζωής τους με το 50% των καρκίνων του μαστού να εμφανίζεται πριν την ηλικία των 50 ετών. Ένα δεύτερο γονίδιο BRCA 2 έχει εντοπισθεί στο χρωμόσωμα 13q12-13.

Ιδιοσυστατικοί

Παράγοντες κινδύνου καρκίνου του μαστού θεωρούνται:

Η πρώτη πλήρης κύηση μετά τα 30 χρόνια, η πρόωμη έναρξη της εμμηνου ρύσεως, πριν την ηλικία των 12 ετών και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση μετά τα 55 έτη. Αντίθετα, η πρώτη κύηση μεταξύ 18 και 20 ετών και η τεχνητή πρόωμη εμμηνόπαυση αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες.

Ιστορικό νόσου του μαστού

Ο κίνδυνος εκδήλωσης δευτεροπαθούς καρκίνου του μαστού (καρκίνο και στον άλλο μαστό μετά από κάποιο χρονικό διάστημα) είναι πέντε φορές μεγαλύτερος από το γενετικό πληθυσμό.

Διαιτητικοί παράγοντες

Δίαιτα πλούσια σε λίπος και ζωικές πρωτεΐνες ή παχυσαρκία στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες και η υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών αποτελούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου.

Αντίθετα τροφή πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και σε φυτικές ίνες αποτελούν προστατευτικό παράγοντα.

Ακτινοβολία

Η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Η μεγαλύτερη ευαισθησία εμφανίζεται στην ηλικία 10 – 19 ετών. Η ακτινοβολία από τη μαστογραφία δεν ενέχει κανένα κίνδυνο λόγω της χαμηλής δόσεως που παίρνει η γυναίκα.

Αντισυλληπτικά και οιστρογόνα

Μέχρι σήμερα δεν απεδείχθη ισχυρή συσχέτιση αντισυλληπτικών δισκίων και καρκίνου του μαστού. Ο κίνδυνος ποικίλει ανάλογα με το χρόνο τελευταίας λήψης. Ο κίνδυνος για αυτές που λαμβάνουν τα δισκία είναι 1.24, για αυτές που το σταμάτησαν από 1 έως 4 χρόνια ο κίνδυνος είναι 1.16, και για αυτές που το σταμάτησαν από 5 – 9 χρόνια ο κίνδυνος πέφτει στο 1.07. Η παρατεταμένη χρήση οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση και σε αυξημένες δόσεις πρέπει να αποφεύγεται.

Άλλοι παράγοντες

Η νόσος προσβάλλει συχνότερα άτομα υψηλής κοινωνικό-οικονομικής τάξης και κατοίκους αστικών περιοχών.

Οι καρκίνοι των ωοθηκών και του ενδομητρίου εμφανίζουν θετική συσχέτιση με τον καρκίνο του μαστού.^{2,9}

Ειδικότερα, σημαντικά υψηλότερου κινδύνου, παράγοντες είναι οι εξής:

- Αυξανόμενη ηλικία.
- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού αρχικά στους γονείς, τις κόρες και τις αδερφές αλλά και σε συγγενείς δευτέρου βαθμού, όπως θείες, ξαδέλφες ή γιαγιάδες. Αυτό ισχύει και για τους συγγενείς του πατέρα και τους συγγενείς της μητέρας. (Σήμερα υπάρχουν κάποιοι γενετικοί δείκτες

για πληθυσμιακό έλεγχο ορισμένων μορφών οικογενούς καρκίνου του μαστού). Ο κίνδυνος εξαπλασιάζεται περίπου αν η μητέρα ή η αδελφή είχαν καρκίνο του μαστού πριν από την εμμηνόπαυση, και δεκαπλασιάζεται αν ο καρκίνος αφορούσε και τους δύο μαστούς. Για τον οικογενή καρκίνο του μαστού ανακαλύφθηκε το γονίδιο 17q21.

- Μερικές προκαρκινωματώδεις βλάβες του μαστού ενδέχεται να σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου, όπως η πολλαπλή θηλωμάτωση, η άτυπη υπερπλασία και ορισμένες φορές οι πολύ μεγάλες κύστες του μαστού (όχι πάντως η πολύ συχνότερη κατάσταση της ινοκυστικής μαστοπάθειας, όπου οι κύστες είναι μικρές).
Οι περισσότερες γυναίκες με ψηλαφητές ινοκυστικές αλλοιώσεις στο μαστό δεν αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο.
- Ελαφρώς αυξημένο κίνδυνο αντιμετωπίζουν οι γυναίκες που ουδέποτε έφεραν σε πέρας μια εγκυμοσύνη ή όσες έμειναν έγκυες μετά τα 30 τους.
- Ιστορικό προηγούμενου καρκίνου στον έναν μαστό, ιδίως αν αναπτύχθηκαν πριν από την εμμηνόπαυση
- Πρώιμη έναρξη της εμμήνου ρύσεως και καθυστερημένη εμμηνόπαυση.
- Χορήγηση μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας. Ιδιαίτερα κινδυνεύουν όσες γυναίκες ακτινοβολήθηκαν για μαστίτιδα μετά τον τοκετό, όσες υπέστησαν μακροχρόνιο ακτινοσκοπικό έλεγχο για φυματίωση ή υπέστησαν

ακτινοβολία στο άνω τμήμα του σώματος πριν από τα 40 τους.

- Γυναίκες καταγόμενες από Εβραίους της Ευρώπης.
- Η παχυσαρκία με αυξημένη πρόσληψη θερμίδων και λιπών (τριπλάσιος κίνδυνος).¹¹

Αντίστοιχα, μικρότερου κινδύνου παράγοντες είναι οι εξής:

- Τελειόμηνη εγκυμοσύνη πριν από τα 18.
- Πρόωρη εμμηνόπαυση.
- Χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών πριν από την ηλικία των 37 ετών.
- Ιαπωνική καταγωγή (όχι όμως για γυναίκες που γεννήθηκαν στην Αμερική και υιοθέτησαν τις αμερικανικές διατροφικές συνήθειες).^{10,11}

Παράγοντες που πιθανώς επηρεάζουν τον κίνδυνο αλλά ο ρόλος τους είναι ασαφής

- Η λήψη γυναικείων ορμονών, όπως οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση ή αντισυλληπτικών δισκίων πριν την εμμηνόπαυση. Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, ο κίνδυνος αυξάνεται όταν λαμβάνονται από το στόμα αντισυλληπτικά από μικρή ηλικία ή χορηγούνται οιστρογόνα ως θεραπεία υποκατάστασης κατά την εμμηνόπαυση. Άλλες μελέτες αντίθετα δεν δείχνουν κάποια συσχέτιση είτε με τη λήψη αντισυλληπτικών είτε με τη θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα. Τα ευρήματα χρειάζονται ενδελεχέστερη μελέτη
- Δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε θερμίδες και λιπαρά (ιδίως ζωικά) και πλούσια σε φυτικές ίνες ή γενικά διαιτολόγιο τύπου ανατολικών χωρών μπορεί να μειώνουν τον κίνδυνο.^{9,11}

Παράγοντες μη σχετιζόμενοι με τον καρκίνο του μαστού

- Ινδοκυστική μαστοπάθεια.¹¹

3. ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Γενικά μπορούμε να διαχωρίσουμε τους καρκίνους σε εκείνους που διηθούν το στρώμα και τον αδένα, και σε εκείνους που δεν διηθούν και παραμένουν στο επιθήλιο έχοντας βέβαια όλα τα στοιχεία της κακοήθειας.^{6,12,13}

3.1.ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΙ

ΠΟΡΟΓΕΝΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ IN SITU

Περίπου σε ποσοστό 1% εμφανίζεται αυτό το ιστολογικό εύρημα. Είναι καρκίνος που ξεκινά από το επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων. Αρχικά παραμένει μικρός και δεν διηθεί το στρώμα των γύρω ιστών(δεν διαπερνά την βασική μεμβράνη)αλλά σε ένα ποσοστό 40% εξελίσσεται σε πορογενές διηθητικό. Συχνά είναι πολυκεντρικό και αυτό έχει διαπιστωθεί από τις υποτροπές σε άλλα σημεία του μαστού εάν αφαιρεθεί μόνο τοπικά. Η διάγνωση για τέτοιου είδους καρκίνωμα γίνεται εντελώς τυχαία κατά την εξέταση για καλοήθεις όγκους του αδένα.

ΛΟΒΙΔΙΑΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ IN SITU

Όπως και το προηγούμενο έτσι και αυτό είναι συνήθως τυχαίο ιστολογικό εύρημα που διαγιγνώσκεται κατά την ιστολογική εξέταση για καλοήθεις παθήσεις του μαστού. Προέρχεται από το επιθήλιο των τελικών μικρών γαλακτοφόρων πόρων του αδένα. Είναι πολυεστιακό σε ποσοστό 70% και αφορά και τους δύο μαστούς σε ποσοστό 20-40% των περιπτώσεων.^{6,12}

3.2. ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΙ

ΠΟΡΟΓΕΝΕΣ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Είναι ο πιο συχνός ιστολογικός τύπος καρκίνου του μαστού. Αποτελεί περίπου το 75% όλων των καρκίνων που εμφανίζονται στον μαστικό αδένα. Ονομάζεται και NOS(Not Otherwise Specified) καθώς δεν έχει κάποιο ιδιαίτερο ιστολογικό χαρακτηριστικό. Η νεοπλασία εμφανίζεται ως μάζα με όρια ακαθόριστα, σκληρό-ελαστική υφή. Συμπεριλαμβάνονται σ' αυτήν την κατηγορία και οι ιστολογικές μορφές με έντονη την ινώδη αντίδραση(σκιρρώδη) και τη μορφή του κομεδώνα. Το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα γρήγορα τείνει να διηθήσει τα λεμφαγγεία και να δώσει μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

ΜΥΕΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Όχι πολύ συχνή ιστολογική μορφή (περίπου στο 5-7% των περιπτώσεων)παρουσιάζεται ως βλάβη μεγάλων διαστάσεων(κατά μέσο όρο 4-5 εκ.). Εντοπίζεται στα ανώτερα τεταρτημόρια του μαστού και συνήθως βαθιά προς τις πλευρές. Έχει σχετικά καλύτερη πρόγνωση απ' ό τι το πορογενές διηθητικό.

ΣΩΛΗΝΩΔΕΣ(ΣΩΛΗΝΩΤΟ) ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Είναι και αυτό αρκετά σπάνιο(1% των περιπτώσεων). Ελάχιστα μεταστατικό είναι η καλύτερη ιστολογική μορφή από άποψης πρόγνωσης σε σύγκριση με τους άλλους ιστολογικούς τύπους.

ΒΛΕΝΝΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Παρουσιάζεται σε ποσοστό περίπου 3% επί του συνόλου. Συνήθως αφορά ασθενείς σε μεγάλη ηλικία, και παρουσιάζει μια αργή ανάπτυξη ενώ μπορεί να φτάσει σε αρκετά μεγάλες διαστάσεις. Ψηλαφητικά έχει μαλακιά υφή με καλοκαθορισμένα όρια. Όσο δε μεγαλύτερο το ποσοστό βλεννώδους ιστού, τόσο καλύτερη και η ιστολογική του συμπεριφορά άρα και πρόγνωση.

ΘΗΛΩΔΕΣ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Σχετικά σπάνιο και σε ποσοστό λιγότερο από 1%. Με πιο συχνή θέση εμφάνισης τα κατώτερα τεταρτημόρια του μαστού, είναι πιο συχνά η εξέλιξη ενός θηλώδους όγκου που αρχικά δεν ήταν διηθητικός και εξαλλάχτηκε. Είναι καρκίνοι με αργή σχετικά εξέλιξη και πριν δώσουν μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες λαμβάνουν μεγάλες διαστάσεις. Έχουν άριστη πρόγνωση εάν χειρουργηθούν σε αρχικό στάδιο.

ΛΟΒΙΔΙΑΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ

Αποτελεί το 5-10% επί του συνόλου των κακοηθειών του μαστού. Πολύ συχνά σε αυτή την ιστολογική μορφή παρατηρείται ο καρκίνος να είναι πολυεστιακός και με εμφάνιση και στους δύο μαστούς. Ιστολογικά αρκετά δύσκολη η διαφοροδιάγνωση του από το πορογενές καρκίνωμα με το οποίο παρουσιάζει μικροσκοπικά πολλές ομοιότητες.

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ(ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΔΗΣ ΜΑΣΤΙΤΙΣ)

Παρατηρείται σχεδόν πάντα σε νέες γυναίκες με ογκώδης μαστούς ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή ακόμη και κατά την περίοδο του θηλασμού. Είναι μια κλινική οντότητα περισσότερο και δεν αναφέρεται σε συγκεκριμένο ιστολογικό τύπο. Ο μαστός που πάσχει εμφανίζεται διογκωμένος και σκληρός με έντονο οίδημα και ερυθρότητα του δέρματος. Η τοπική θερμοκρασία είναι αυξημένη. Αυτός ο φλεγμονώδης χαρακτήρας οφείλεται σε φλεβική και λεμφατική στάση καθώς η καρκινική διήθηση των αγγείων είναι ταχύτατη. Σχεδόν πάντα τη στιγμή της διάγνωσης ανακαλύπτονται και μεταστάσεις στους περιοχικούς λεμφαδένες όπως στους μασχαλαίους, τους υπερκλείδιους αλλά και σε πιο απομακρυσμένους. Με τη χειρότερη πρόγνωση.⁶

ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ PAGET

Η συχνότητα του καρκίνου αυτού είναι 1 έως 4%.Κλινικά η ασθενής αναφέρει εκζεματοειδείς αλλοιώσεις της θηλαίας άλω που προηγούνται Γενικά μπορούμε να διαχωρίσουμε τους καρκίνους σε εκείνους που διηθούν το στρώμα και τον αδένα, και σε εκείνους που δεν διηθούν και παραμένουν στο επιθήλιο έχοντας βέβαια όλα τα στοιχεία της κακοήθειας.

Περίπου σε ποσοστό 1% εμφανίζεται αυτό το ιστολογικό εύρημα. Είναι καρκίνος που ξεκινά από το επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων. Αρχικά παραμένει μικρός και δεν διηθεί το στρώμα των γύρω ιστών(δεν διαπερνά την βασική μεμβράνη)αλλά σε ένα ποσοστό 40% εξελίσσεται σε πορογενές διηθητικό. Συχνά είναι πολυκεντρικό και

αυτό έχει διαπιστωθεί από τις υποτροπές σε άλλα σημεία του μαστού εάν αφαιρεθεί μόνο τοπικά. Η διάγνωση για τέτοιου είδους καρκίνωμα γίνεται εντελώς τυχαία κατά την εξέταση για καλοήθεις όγκους του αδένου.

Όπως και το προηγούμενο έτσι και αυτό είναι συνήθως τυχαίο ιστολογικό εύρημα που διαγιγνώσκεται κατά την ιστολογική εξέταση για καλοήθεις παθήσεις του μαστού. Προέρχεται από το επιθήλιο των τελικών μικρών γαλακτοφόρων πόρων του αδένου. Είναι πολυεστιακό σε ποσοστό 70% και αφορά και τους δύο μαστούς σε ποσοστό 20-40% των περιπτώσεων.

Είναι ο πιο συχνός ιστολογικός τύπος καρκίνου του μαστού. Αποτελεί περίπου το 75% όλων των καρκίνων που εμφανίζονται στον μαστικό αδένου. Ονομάζεται και NOS(Not Otherwise Specified) καθώς δεν έχει κάποιο ιδιαίτερο ιστολογικό χαρακτηριστικό. Η νεοπλασία εμφανίζεται ως μάζα με όρια ακαθόριστα, σκληρό-ελαστική υφή. Συμπεριλαμβάνονται σ' αυτήν την κατηγορία και οι ιστολογικές μορφές με έντονη την ινώδη αντίδραση(σκιρρώδη) και τη μορφή του κομεδώνου. Το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα γρήγορα τείνει να διηθήσει τα λεμφαγγεία και να δώσει μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

Όχι πολύ συχνή ιστολογική μορφή (περίπου στο 5-7% των περιπτώσεων)παρουσιάζεται ως βλάβη μεγάλων διαστάσεων(κατά μέσο όρο 4-5 εκ.). Εντοπίζεται στα ανώτερα τεταρτημόρια του μαστού και συνήθως βαθιά προς τις πλευρές. Έχει σχετικά καλύτερη πρόγνωση απ'ότι το πορογενές διηθητικό.

Είναι και αυτό αρκετά σπάνιο(1% των περιπτώσεων). Ελάχιστα μεταστατικό είναι η καλύτερη ιστολογική μορφή από άποψης πρόγνωσης σε σύγκριση με τους άλλους ιστολογικούς τύπους.

Παρουσιάζεται σε ποσοστό περίπου 3% επί του συνόλου. Συνήθως αφορά ασθενείς σε μεγάλη ηλικία, και παρουσιάζει μια αργή ανάπτυξη ενώ μπορεί να φτάσει σε αρκετά μεγάλες διαστάσεις. Ψηλαφητικά έχει μαλακιά υφή με καλώς καθορισμένα όρια. Όσο δε μεγαλύτερο το ποσοστό βλεννώδους ιστού, τόσο καλύτερη και η ιστολογική του συμπεριφορά άρα και πρόγνωση.

Σχετικά σπάνιο και σε ποσοστό λιγότερο από 1%. Με πιο συχνή θέση εμφάνισης τα κατώτερα τεταρτημόρια του μαστού, είναι πιο συχνά η εξέλιξη ενός θηλώδους όγκου που αρχικά δεν ήταν διηθητικός και εξαλλάχθηκε. Είναι καρκίνοι με αργή σχετικά

εξέλιξη και πριν δώσουν μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες λαμβάνουν μεγάλες διαστάσεις. Έχουν άριστη πρόγνωση εάν χειρουργηθούν σε αρχικό στάδιο

Αποτελεί το 5-10% επί του συνόλου των κακοηθειών του μαστού.

Πολύ συχνά σε αυτή την ιστολογική μορφή παρατηρείται ο καρκίνος να είναι πολυεστιακός και με εμφάνιση και στους δύο μαστούς.

Ιστολογικά αρκετά δύσκολη η διαφοροδιάγνωση του από το πορογενές καρκίνωμα με το οποίο παρουσιάζει μικροσκοπικά πολλές ομοιότητες.

Παρατηρείται σχεδόν πάντα σε νέες γυναίκες με ογκώδης μαστούς ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή ακόμη και κατά την περίοδο του θηλασμού. Είναι μια κλινική οντότητα περισσότερο και δεν αναφέρεται σε συγκεκριμένο ιστολογικό τύπο. Ο μαστός που πάσχει εμφανίζεται διογκωμένος και σκληρός με έντονο οίδημα και ερυθρότητα του δέρματος. Η τοπική θερμοκρασία είναι αυξημένη. Αυτός ο φλεγμονώδης χαρακτήρας οφείλεται σε φλεβική και λεμφατική στάση καθώς η καρκινική διήθηση των αγγείων είναι ταχύτατη. Σχεδόν πάντα τη στιγμή της διάγνωσης ανακαλύπτονται και

μεταστάσεις στους περιοχικούς λεμφαδένες όπως στους
μασχαλιαίους, τους υπερκλειδίους αλλά και σε πιο απομακρυσμένους.
Με τη χειρότερη πρόγνωση.

Η συχνότητα του καρκίνου αυτού είναι 1 έως 4%.Κλινικά η ασθενής
αναφέρει εκζεματοειδείς αλλοιώσεις της θηλαίας άλω που
προηγούνται

για μεγάλο χρονικό διάστημα. Συνοδεύονται από κνησμό, καύσο και
μικροαιμορραγίες. Ο όγκος είναι ψηλαφητός κάτω από το δέρμα στα
2/3 των περιπτώσεων. Η διάγνωση τίθεται με βιοψία από τις
εξελκώσεις που θα δείξει τα χαρακτηριστικά καρκινικά κύτταρα του
Paget.^{6,12,13}

ΣΑΡΚΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Αποτελούν το 1-2% των καρκίνων του μαστού. Δεν προέρχονται από
τον μαζικό αδένα. Εμφανίζονται σε οποιαδήποτε ηλικία και
λαμβάνουν γρήγορα μεγάλες διαστάσεις ενώ σχετικά καθυστερούν να
δώσουν μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Η μόνη
θεραπεία τους είναι η χειρουργική σε πρώιμο στάδιο.^{6,13}

4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στα αρχικά στάδια εμφανίζεται σαν όζος μεμονωμένος, μικρών διαστάσεων, ψηλαφητός και μη επώδυνος, με σκληρή υφή. Δεν παρουσιάζεται κινητός και τα όρια του δεν είναι ευκρινή. Εάν αναπτύσσεται στη θηλαία άλω τότε μπορεί να παρουσιάζεται σαν εκζεματοειδής βλάβη.¹⁴

Η αυτόματη έκκριση από τη θηλή του μαστού μπορεί να σημαίνει καρκίνο, συχνά όμως οφείλεται σε κάποιο καλοήθες νόσημα.

Καρκίνος που πρωτοεμφανίζεται με αυτό τον τρόπο είναι συνήθως πολύ μικρός και έχει υψηλό ποσοστό ίασης. Είναι πιθανό να υπάρχει κάποια ανωμαλία ή εισολκή του δέρματος ή της θηλής του μαστού. Η απολέπιση ή η αποφολίδωση της θηλής μπορεί να σημαίνει πως υπάρχει νόσος του Paget, μια μορφή εντοπισμένου καρκίνου της θηλής.¹¹

Μόνο ο αυτοέλεγχος από την ίδια τη γυναίκα με ψηλάφηση των μαστών σε τακτά χρονικά διαστήματα είναι ικανός να βοηθήσει στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου σε αρχικό στάδιο. Σαφώς και η τακτική μαστογραφία (σε γυναίκες μετά τα 40 έτη προτείνεται ανά διετία) μπορεί να θέσει τη διάγνωση της κακοήθειας.

Ο καρκίνος συνήθως έχει θέση εμφάνισης το άνω-έξω τεταρτημόριο του μαστού (45%) αφού εκεί είναι συγκεντρωμένος ο μεγαλύτερος όγκος του αδένου. Σε ποσοστό 25% εμφανίζεται στη θηλή και την περιοχή της άλω, ενώ στα άλλα τεταρτημόρια εμφανίζεται σε μικρότερα ποσοστά.

Σε προχωρημένη νόσο η κλινική εικόνα είναι πιο έντονη με αλλοίωση του προφίλ του μαστού, εισολκή της θηλής, δέρμα που

μοιάζει με φλούδα πορτοκαλιού λόγω λεμφικού οιδήματος ,ακόμη και εξελκώσεις του καρκίνου με έντονη δυσσομία και αποκρουστική εμφάνιση.

Ορισμένες φορές ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζεται για πρώτη φορά ως μεταστατική νόσος με σημεία ή συμπτώματα από οποιοδήποτε άλλο προσβεβλημένο όργανο – πόνος σε περιοχή οστικής μετάστασης, οίδημα στο λαιμό, οζίδια στον πνεύμονα που φαίνονται στις ακτινογραφίες του θώρακα ή διόγκωση του ήπατος.

Ας μην ξεχνάμε πως σε πολλές περιπτώσεις ψηλαφώνται και διηθημένοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Φυσικά να πούμε εδώ πως οι λεμφαδένες της μασχάλης που ψηλαφώνται δεν είναι πάντα μεταστατικοί. Μπορεί να είναι και αντιδραστικοί.

Στοιχεία γενικευμένης νόσου είναι οι πνευμονικές, οστικές ,νευρικές και ηπατικές μεταστάσεις, η διόγκωση υπερκλειδίων λεμφαδένων, το οίδημα του άνω άκρου.

Πολλοί όγκοι του μαστού δεν προκαλούν κανένα απολύτως σύμπτωμα.Μπορεί δηλαδή να ανακαλυφθούν π.χ. με μια μαστογραφία σε μια γυναίκα χωρίς συμπτώματα. Είναι πολύ σημαντικό κάθε γυναίκα να είναι εξοικειωμένη με τους μαστούς της, ώστε να είναι σε θέση να ανιχνεύσει οποιαδήποτε αλλαγή.

Μία μάζα, μία πάχυνση ή ερεθισμό του δέρματος, ευαισθησία ή έκκριμα από τη θηλή ή αλλαγή της θέσης της θηλής, ζέστη, ερυθρότητα ή οίδημα των μαστών και τέλος πόνος. Ο πόνος δεν αποτελεί συνήθως σύμπτωμα του καρκίνου του μαστού αλλά πρέπει να αναφέρεται στο γιατρό. Μια γυναίκα που θα ανακαλύψει μια από αυτές τις αλλαγές πρέπει να συμβουλευθεί αμέσως το γιατρό της. Ο γιατρός αυτός μπορεί να είναι ο οικογενειακός γιατρός, Γενικός γιατρός ή παθολόγος ή ο γυναικολόγος της. Άλλη επιλογή είναι η

επίσκεψη σε κλινική ή κέντρο μαστού και η εξέταση από χειρουργό εξειδικευμένο στις παθήσεις του μαστού.^{11,14,15}

Τέλος, πρέπει να γίνει σαφές, ότι όσο πιο έκδηλη είναι η κλινική σημειολογία στο μαστό μιας γυναίκας, τόσο μικρότερη πιθανότητα θεραπείας. Για να εξασφαλιστεί μεγαλύτερη επιβίωση, που να αγγίζει τα όρια της ίασης, ο καρκίνος πρέπει να ανακαλύπτεται όταν είναι μικρότερος του 1cm, όπως μας δείχνουν οι καμπύλες επιβίωσης από μελέτες στη Σουηδία, όπου η 12ετής επιβίωση είναι της τάξεως του 95 – 98 %. Έτσι ο καρκίνος του μαστού δεν πρέπει να εμφανίζει καμία σημειολογία στην κλινική εξέταση για να μπορεί να είναι ιάσιμος.^{15,16}

5. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Το στάδιο της νόσου έχει άμεση σχέση με την πρόγνωση και καθορίζει το είδος της θεραπείας που θα ακολουθηθεί, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν πολλά είδη θεραπείας. Ο καρκίνος μπορεί να έχει τοπική διήθηση μεγάλη (στον ίδιο το μαστό), περιοχική διήθηση (στους περιοχικούς λεμφαδένες συνήθως της μασχάλης) καθώς και απομακρυσμένες μεταστάσεις σε άλλα όργανα.

Όσον αφορά την τοπική διήθηση έχει σημασία εάν αυτός διηθεί το δέρμα και ή το θωρακικό τοίχωμα και τις πλευρές ή το στήθος.

Για τους μασχαλιαίους λεμφαδένες έχει σημασία το επίπεδο μέχρι το οποίο υπάρχουν μεταστάσεις και πρέπει να γίνει λεμφαδενικός χειρουργικός καθαρισμός.

Επίπεδο I: λεμφαδένες που βρίσκονται στον ίδιο το μασχαλιαίο βόθρο

Επίπεδο II: λεμφαδένες που βρίσκονται ψηλά στο μασχαλιαίο βόθρο και κατά μήκος του ελάσσονος θωρακικού μυός.

Επίπεδο III: οι λεμφαδένες που βρίσκονται στην περιοχή της κλείδας

Η σταδιοποίηση γίνεται με το ιστορικό και την κλινική εξέταση και με τις ακόλουθες εργαστηριακές εξετάσεις:

A. Εξετάσεις αίματος στις οποίες περιλαμβάνονται και οι νεοπλασματικοί δείκτες CEA, CA 15-3.

B. Ακτινογραφία θώρακος

Γ. Σπινθηρογράφημα οστών

Δ. Υπερηχογράφημα κοιλίας

Ε. Αξονική τομογραφία και άλλες εξετάσεις όταν υπάρχει ένδειξη.
Η σταδιοποίηση γίνεται με βάση το διεθνές σύστημα TNM από τα αρχικά των λέξεων Tumor =όγκος, Node= αδένας και Metastasis= Μετάσταση. Σύμφωνα με το σύστημα αυτό υπάρχουν 4 στάδια Καρκίνου του Μαστού, I,II,III και IV.^{2,14}

5.1 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ NTM

<u>Πρωτοπαθής εστία (T)</u>	
T _χ	Έλλειψη στοιχείων ικανών για να προσδιοριστεί ο καρκίνος
T _{is}	Καρκίνος μη διηθητικός (καρκίνωμα in situ) ή καρκίνωμα εντός του πόρου μη διηθητικό ή νόσος Paget χωρίς εμφανή όγκο
T ₀	Χωρίς ένδειξη της καρκινικής εστίας
T ₁	Όγκος με μέγιστη διάμετρο ≤ 2 εκ.
T ₂	Όγκος με μέγιστη διάμετρο >2 εκ αλλά και ≤ 5 εκ.
T ₃	Όγκος με διάσταση > 5 εκ.
<p>Όγκοι που προκαλούν εισολκή της θηλής και του δέρματος, δε διαφοροποιούν τη σταδιοποίηση του T. Αντιθέτως όγκοι που διηθούν τη φάσια του μείζονος θωρακικού μυός διαφοροποιούν τη σταδιοποίηση του T η οποία διαχωρίζεται στο αντίστοιχο στάδιο με α ή β εάν δε συμβαίνει ή συμβαίνει αντίστοιχα η διήθηση της φάσιας του μυός.(π.χ. T2β: στάδιο με όγκο διαμέτρου >2 εκ αλλά ≤5 εκ <u>και με διήθηση της φάσιας του μείζονος θωρακικού</u></p>	
T ₄	Όγκοι οποιασδήποτε διαμέτρου που διηθούν το δέρμα ή το θωρακικό τοίχωμα (πλευρές, μεσοπλεύριους μυς μα δεν περιλαμβάνονται οι θωρακικοί μυς)
T _{4α}	Διήθηση και ακινητοποίηση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα

T4β	Οίδημα ή εξελκώσεις του δέρματος ή δορυφορικά υποδερματικά οζίδια στα όρια του μαστού
T4γ	Ταυτόχρονη εμφάνιση των χαρακτηριστικών T4α και T4β
Λεμφαδενικές μεταστάσεις	
Nχ	Ακαθόριστα στοιχεία για λεμφαδενικές μεταστάσεις
N0	Χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις
N1α	Ψηλαφητοί Λεμφαδένες μασχαλιαίοι στην ομόπλευρη μασχάλη που δε θεωρούνται μεταστατικοί
N1β	Ψηλαφητοί Λεμφαδένες μασχαλιαίοι στην ομόπλευρη μασχάλη που θεωρούνται μεταστατικοί
N2	Λεμφαδένες μασχάλης ομόπλευροι και αμετακίνητοι λόγω διήθησης μεταξύ τους ή με άλλες δομές
N3	Ομόπλευροι λεμφαδένες υπερκλείδιοι ή στην περιοχή της κλείδας ,ή αλλιώς οίδημα του άκρου ή μεταστατικοί λεμφαδένες στην περιοχή της ομόπλευρης έσω μαστικής αρτηρίας
Μεταστάσεις σε άλλα όργανα	
M0	Χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις
M1	Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων (σε άλλα όργανα)
Mχ	Ακαθόριστο αν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις

5.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

ΣΤΑΔΙΟ	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
IIIB	T4	οποιοδήποτε N	M0
	οποιοδήποτε T	N3	M0
IV	οποιοδήποτε T	οποιοδήποτε N	M1

6. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Τα κύρια στοιχεία για την πρόγνωση του καρκίνου του μαστού είναι η σταδιοποίηση και τα παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά του καρκίνου. Έχει περιγραφεί πλήθος προγνωστικών παραγόντων, χωρίς όμως να έχει αποδειχθεί κανείς εξ' αυτών ως ο ιδανικός προγνωστικός παράγοντας. Τέτοιοι παράγοντες είναι: ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων, το μέγεθος του όγκου, ο ιστολογικός τύπος του όγκου, η διαφοροποίηση του όγκου, η κατάσταση των οιστρογονικών και προγεστερόνων υποδοχέων, το DNA του καρκινικού κυττάρου, η φάση S του καρκινικού κυττάρου, η εντόπιση του όγκου, διάφορα παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά, όπως η ιστοκυττάρωση των λεμφοκόλπων, η νέκρωση του όγκου κ.α..

Όταν ο όγκος είναι περιορισμένος στο μαστό τα ποσοστά βιωσιμότητας στην 5ετία μετά την επέμβαση αγγίζουν το 75-90%. Εάν έχουν διηθηθεί και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες τα ποσοστά πέφτουν στο 40-60% στα 5 έτη αλλά μειώνονται περαιτέρω στο 25% στα 10 χρόνια από τη διάγνωση. Όσον αφορά τους ορμονοϋποδοχείς έχει φανεί πως σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου, οι ασθενείς που έχουν ορμονοϋποδοχείς στον καρκίνο ακολουθούν μια ευνοϊκότερη πορεία με την ορμονοθεραπεία. Έτσι το 60% εκείνων που έχουν μεταστατική νόσο και θετικούς ορμονοϋποδοχείς θα "απαντήσουν" στην αντιοιστρογονική θεραπεία ενώ λιγότερο από το 10% εκείνων με αρνητικούς ορμονοϋποδοχείς θα έχουν κάποια κλινική "απάντηση" βελτίωσης μετά από την αντιοιστρογονική θεραπεία.^{8,14}

Η πρόγνωση και η επιλογή της θεραπείας εξαρτώνται από το μέγεθος, τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου, τη μικροσκοπική του εμφάνιση,

την προσβολή ή όχι των μασχαλιαίων λεμφαδένων και τον αριθμό όσον ενδεχομένως προσβλήθηκαν, την ηλικία της γυναίκας και τη μετεμμηνοπαυσιακή της κατάσταση κατά το χρόνο της διάγνωσης. Όσο μεγαλύτερος είναι ο καρκίνος τόσο πολλαπλασιάζονται οι πιθανότητες να προσβληθούν οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες και να εκδηλωθούν μεταστάσεις.

Η πρόγνωση και η επιλογή της θεραπείας εξαρτώνται και από ορισμένους άλλους προγνωστικούς παράγοντες που αποκτούν συνεχώς μεγαλύτερη σημασία. Πρόκειται για εξετάσεις που προσφέρουν κάποιες πληροφορίες για το ενδεχόμενο υποτροπής ή μεταστάσεων. Θα μπορούσε λοιπόν, να προσδιοριστεί ποιες γυναίκες έχουν τη δυσμενέστερη πρόγνωση ώστε η θεραπεία τους να αρχίσει νωρίτερα και να είναι επιθετικότερη. Οι προγνωστικοί δείκτες βοηθούν τους ογκολόγους να σχεδιάσουν την καταλληλότερη εξατομικευμένη συμπληρωματική χημειοθεραπεία.^{11,17}

ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ		
TNM ΣΤΑΔΙΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ % ΣΤΑ5 ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΑ % ΣΤΑ10 ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟ ΔΙΑΓΝΩΣΗ
0	95	90
I	85	70
IIA	70	50
IIB	60	40
IIIA	55	30
IIIB	30	20
IV	5-15	2
ΟΛΑ	65	30

7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τις περισσότερες φορές ο καρκίνος του μαστού δημιουργείται με πολυεστιακή ανάπτυξη και παραμένει ως καθορισμένη διόγκωση για αρκετό καιρό. Σταδιακά η νόσος διηθεί και μεθίσταται με τα λεμφικά και αιμοφόρα αγγεία στους επιχώριους λεμφαδένες και σε ολόκληρο το σώμα. Περίπου τα $\frac{3}{4}$ της λέμφου καταλήγουν στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Ο κίνδυνος για διασπορά στους έσω μαζικούς λεμφαδένες αυξάνεται όταν ο όγκος αναπτύσσεται κοντά στο στέρνο και όταν έχουν ήδη γίνει μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Όταν οι λεμφαδένες δεν είναι κατειλημμένοι, η εξαίρεση ή η παραμονή τους δεν επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Κίνδυνος υπάρχει να παραμείνουν μικρές εστίες καρκίνου σε λεμφαδένες που κλινικά φαίνονται ελεύθεροι.¹⁸

Η θεραπεία μπορεί να είναι θεραπευτική ή παρηγορητική.

Θεραπευτική κυρίως για τα στάδια I και II ενώ για το στάδιο IV παρηγορητική. Στο στάδιο III μπορεί να είναι θεραπευτική εφόσον συνδυαστούν με επιτυχία διάφορες αντιμετώπισεις μαζί (π.χ. χειρουργική και ακτινοθεραπεία μαζί με χημειοθεραπεία).

Η θεραπεία έχει ως αρχικό στόχο την αφαίρεση της ορατής νόσου. Το πρώτο βήμα λοιπόν στην αντιμετώπιση της νόσου είναι συνήθως η εγχείρηση. Το είδος της εγχείρησης θα συζητήσει ο χειρουργός με την ασθενή. Μετά την εγχείρηση και με βάση ορισμένα στοιχεία που θα προκύψουν κυρίως από την ιστολογική εξέταση μπορεί στη συνέχεια να χρειασθεί Ακτινοθεραπεία, Χημειοθεραπεία, Ορμονοθεραπεία.

Τα στοιχεία που λαμβάνονται υπ' όψη στην επιλογή της μετεγχειρητικής θεραπείας είναι το μέγεθος και η διαφοροποίηση του όγκου, η ύπαρξη ορμονικών υποδοχέων, το αποτέλεσμα της εξέτασης

του Her2/neu, η ηλικία και η γενική κατάσταση της υγείας, το ιστορικό εμμηνόπαυσης.^{11,14,19}

7.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί την πρώτη επιλογή για όγκους των σταδίων I και II. Στο παρελθόν η ριζική μαστεκτομή Halsted αποτελούσε τη μοναδική μέθοδο χειρουργικής για 100 περίπου χρόνια. Μελέτες όμως στη δεκαετία 1960-70 απέδειξαν ότι και επεμβάσεις που στοχεύουν στη διατήρηση του μαστού έχουν εξίσου καλά αποτελέσματα και προσφέρουν καλά αισθητικά αποτελέσματα.
2

Σήμερα η χειρουργική θεραπεία είναι η προτιμώμενη και σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία ή ορμονική θεραπεία επιφέρει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα.

Η επέμβαση που γίνεται είναι η τροποποιημένη μαστεκτομή κατά την οποία αφαιρείται ο μαστός εις βάθος αφαιρώντας και την απονεύρωση του μείζονος θωρακικού μυός με ταυτόχρονο λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης σε ένα block (κομμάτι). Διατηρούνται και οι δύο θωρακικοί μύες.

Σήμερα και έπειτα από πολλές μελέτες κυρίως στην Αμερική αποδεικνύεται πως όταν ο καρκίνος είναι σε αρχικό στάδιο (I και II) τα αποτελέσματα μιας επέμβασης λιγότερο εκτεταμένης όπως ογκεκτομή επί υγιών ορίων ή εκτομή ενός τεταρτημορίου του μαστού και οι οποίες συνοδεύονται με λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης αλλά και μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία έχουν τα ίδια αποτελέσματα

στη θεραπευτική και βιωσιμότητα με την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Βέβαια υπάρχουν και κάποιες προϋποθέσεις για μια τέτοια επέμβαση. Ο όγκος πρέπει να είναι μέχρι 4 εκατοστά για να υπάρχει ένα αποδεκτό αισθητικό αποτέλεσμα μετά την επέμβαση. Αν και αυτό είναι πάντα σε συνάρτηση με τον συνολικό όγκο του μαστού. Αν πάλι πρόκειται για πολυεστιακό καρκίνωμα και τότε μια τέτοια επέμβαση δεν είναι δικαιολογημένη. Όπως επίσης εάν ο καρκίνος διηθεί το θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα ή τη θηλή και τότε μια ογκεκτομή δεν έχει ένδειξη. Αντίθετα το μεγαλύτερο πλεονέκτημα της ριζικής τροποποιημένης μαστεκτομής είναι πως συνήθως δε χρειάζεται να ακολουθηθεί από ακτινοθεραπεία. Απ' την άλλη όμως είναι τραυματική για την ψυχολογία της ασθενούς.^{14,16,19}

- Ανακατασκευή του μαστού.

Ένας άλλος ρόλος της χειρουργικής είναι η ανακατασκευή του μαστού μετά την αφαίρεση του. Αυτό γίνεται πλέον συχνότερα, νωρίτερα και με τεχνικές που έχουν πιο αποδεκτά αισθητικά αποτελέσματα. Κάποιος έμπειρος πλαστικός χειρουργός μπορεί να δει την ασθενή πριν από τη χειρουργική επέμβαση και να δώσει τις συμβουλές του. Συνήθως όμως ζητείται η συμβουλή του προς το τέλος της θεραπείας, εφόσον η ασθενής επιθυμεί να ανακατασκευαστεί ο μαστός της.¹¹

7.2 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πιο συχνά ακολουθείται πρωτόκολλο ακτινοθεραπείας μετά την επέμβαση για την πρόληψη της τοπικής υποτροπής. Πρόκειται για συνεδρίες διάρκειας 5-6 εβδομάδων με 5 ημερήσιες στη βδομάδα ακτινοβολίες συνολικής δόσης 5000-6000 cGy.

Σε προχωρημένα στάδια η ακτινοθεραπεία συνδυάζεται με τη χημειοθεραπεία ως παρηγορητική αντιμετώπιση της νόσου και προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής της αρρώστου.

Όντως βελτιώνει σε αυτά τα στάδια και τις τοπικές διεργασίες (φλεγμονή, οίδημα, εξελκώσεις, πόνο) αλλά και τη συμπτωματολογία απομακρυσμένων μεταστάσεων (στα οστά και τα συμπαγή όργανα).^{14,16,19,20}

Ακτινοθεραπεία χορηγείται ως συμπλήρωμα των «συντηρητικών» χειρουργικών επεμβάσεων, όπως η ογκεκτομή ή η μερική μαστεκτομή καθώς και σε ορισμένες περιπτώσεις μετά από ριζική μαστεκτομή όταν υπάρχουν συγκεκριμένοι λόγοι. Σε ορισμένες περιπτώσεις χορηγείται επίσης προεγχειρητικά με σκοπό να ελαττώσει το μέγεθος ενός μεγάλου όγκου. Η ακτινοθεραπεία έχει ορισμένες πιθανές παρενέργειες τις οποίες πρέπει να γνωρίζει μια γυναίκα και να συζητήσει με τον ακτινοθεραπευτή πριν αρχίσει θεραπεία. Οι παρενέργειες αυτές περιορίζονται με την πρόοδο της τεχνολογίας και διακρίνονται σε πρώιμες και αργότερες.

- Πρώιμες αντιδράσεις στην ακτινοθεραπεία συνήθως συμπεριλαμβάνουν ερύθημα του δέρματος ενώ μπορούν να παρατηρηθούν και περιοχές υγρής απολέπισης στην μασχάλη και στην κάτω μαζική πτυχή ειδικά σε παχιές γυναίκες.

- Απώτερες αντιδράσεις συμπεριλαμβάνουν ίνωση στα σημεία επαφής των εφαπτόμενων πεδίων στον μαστό και των πεδίων με τα οποία ακτινοβολούνται οι λεμφαδενικοί οδοί , την ισχαιμική καρδιακή νόσο, το οίδημα του μαστού. Πολλές από τις απώτερες επιπλοκές της θεραπείας μπορούν να αποφευχθούν ή να ελαχιστοποιηθούν με προσεκτικό σχεδιασμό της θεραπείας και επιλογή της δόσης.

Τους πρώτους μήνες μετά την ακτινοθεραπεία του μαστού, ο μαστός παραμένει ζεστός για μερικούς μήνες μετά την ακτινοβόληση. Εάν αυτό προκαλείται από κάποια φλεγμονή του υποδόριου ιστού μπορεί να βελτιωθεί με αντιβιοτικά. Πολλές φορές παρατηρείται κάποιο οίδημα στον μαστό, ερύθημα, πόνος ακόμη και ευαισθησία τα οποία οφείλονται στην ακτινοθεραπεία και υποχωρούν με την πάροδο των μηνών.

Ατροφία του μαστού και ίνωση είναι οι πλέον εμφανείς απώτερες παρενέργειες από την ακτινοβόληση του μαστού έχοντας σαν αποτέλεσμα σμίκρυνση και ίσως παραμόρφωση του μαζικού αδένου. Το αίτιο είναι συνήθως κακή δοσιμετρία από πλευράς φυσικής και ακτινοθεραπευτικής

Πνευμονική ίνωση, περικαρδική ή μυοκαρδιακές επιπλοκές δεν είναι συχνές .

Τα επακόλουθα της ακτινοβόλησης των λεμφαδένων μπορεί να είναι σοβαρά με διήθηση του βραχιονίου πλέγματος και λεμφοίδημα

Τέλος, ο κίνδυνος δεύτερης νεοπλασίας είναι ιδιαίτερα σημαντικός και πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψιν, συμπεριλαμβάνει σαρκώματα και καρκινώματα.²¹

7.3 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Έχει κύρια ένδειξη μετά τη μαστεκτομή σε όγκους με διηθημένους λεμφαδένες (στάδιο II και III) αλλά που δεν παρουσιάζουν απομακρυσμένες μεταστάσεις (M0). Μπορεί να έχει συνδυαστεί και μετεγχειρητική ακτινοβολία. Αφού σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών τη στιγμή της διάγνωσης και της σταδιοποίησης δεν ανευρίσκονται αλλά υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις (αφανείς μικροσκοπικές), σκοπός της χημειοθεραπείας είναι η εξάλειψη αυτών. Το χημειοθεραπευτικό σχήμα που χρησιμοποιείται κυρίως είναι το CMF (ciclofosfamide ,methotrexate, fluorouracile). Απ' τις μελέτες πράγματι διαπιστώνεται αύξηση του χρονικού διαστήματος ζωής ελεύθερης νόσου αλλά και της βιωσιμότητας.

Σε προχωρημένα στάδια (IV) η χημειοθεραπεία προτιμάται ιδίως εάν ο όγκος δεν είναι ευαίσθητος στην αντιοιστρογονική θεραπεία. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συνήθως είναι το doxorubicin και ciclofosfamide.¹⁴

Η Χημειοθεραπεία καταστρέφει κύτταρα που έχουν μεταναστεύσει από τον αρχικό όγκο. Χορηγείται συνήθως ενδοφλεβίως σε κύκλους και η χορήγησή της δεν απαιτεί εισαγωγή σε Νοσοκομείο. Σε ορισμένες περιπτώσεις η Χημειοθεραπεία χορηγείται και προεγχειρητικά και ονομάζεται εισαγωγική Χημειοθεραπεία. Υπάρχουν αρκετά φάρμακα χρήσιμα στη θεραπεία του Καρκίνου του Μαστού και χορηγούνται συνήθως σε συνδυασμούς 2 ή 3 φαρμάκων.

Η Χημειοθεραπεία έχει αρκετές παρενέργειες κυρίως από το αίμα, το γαστρεντερικό σωλήνα και τα μαλλιά. Οι παρενέργειες αυτές σήμερα περιορίζονται σε μεγάλο βαθμό και είναι γενικά παροδικές^{16, 19,20}.

7.4 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αν ο όγκος εκφράζει στα κύτταρά του ορμονικούς υποδοχείς τότε σημαίνει πως είναι πιο διαφοροποιημένος αλλά και ευαίσθητος στις ορμονικές θεραπείες. Σε ποσοστό 60% "απαντούν" θετικά στην αντιοιστρογονική θεραπεία οι όγκοι με θετική την αντίχνευση ορμονοϋποδοχέων ενώ σε ποσοστό μικρότερο από 10% "απαντούν" θετικά εκείνοι με αρνητικούς ορμονοϋποδοχείς.

Σε θεραπευτική αντιμετώπιση και μετά από την επέμβαση η ορμονοθεραπεία συνδυάζεται και με τη χημειοθεραπεία. Σε αυτή την περίπτωση χρησιμοποιείται συνήθως το tamoxifen.

Σε προχωρημένη νόσο η ορμονοθεραπεία είναι σημαντική κυρίως εφόσον απ' την ιστολογική προκύπτει πως ο όγκος φέρει ορμονικούς υποδοχείς. Εδώ παλιότερα γινόταν χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών στις γυναίκες που δεν είχαν μπει σε εμμηνόπαυση. Σήμερα όμως λόγω της καλής ανταπόκρισης στο tamoxifen σπάνια διενεργούνται τέτοιες επεμβάσεις. Το Tamoxifen δίνεται σε δόση 10 mg δύο φορές ημερησίως. Προκαλεί ως παρενέργειες έμετο, ναυτία και δερματικές εκδηλώσεις.

Άλλα αντιοιστρογονικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι το diethylstilbestrol, το magestrol acetate, το aminoglutethimide.¹⁴

Εάν οι υποδοχείς των ορμονών είναι θετικοί μπορεί να χρησιμοποιηθεί Ορμονοθεραπεία μόνη ή σε συνδυασμό με Χημειοθεραπεία και/ή Ακτινοθεραπεία.

Συνήθως χορηγείται tamoxifen, που ονομάζεται συχνά ανιοιστρογόνο, για πέντε χρόνια. Πρόσφατα χρησιμοποιούνται επίσης φάρμακα που ονομάζονται αναστολείς της αρωματάσης, είτε στη θέση του tamoxifen ή διαδοχικά.

Η ορμονοθεραπεία χορηγείται συνήθως από το στόμα και έχει λιγότερες παρενέργειες από τη Χημειοθεραπεία. Μπορεί όμως να προκαλέσει και αυτή σε λίγες περιπτώσεις σημαντικές παρενέργειες και γι' αυτό χρειάζεται ιατρική παρακολούθηση κατά τη χορήγησή της.^{16,19,22,23}

7.5 ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΣΕ ΠΡΟΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

λεμφαδενικές μεταστάσεις	οιστρογονικοί υποδοχείς	συμπληρωματική συστηματική θεραπεία μετά την επέμβαση
ΝΑΙ	ΘΕΤΙΚΟΙ	ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΝΑΙ	ΑΡΝΗΤΙΚΟΙ	ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΟΧΙ	ΘΕΤΙΚΟΙ	ΤΑΜΟΧΙΦΕΝ
ΟΧΙ	ΑΡΝΗΤΙΚΟΙ	ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

7.6 ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΣΕ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

λεμφαδενικές μεταστάσεις	οιστρογονικοί υποδοχείς	συμπληρωματική συστηματική θεραπεία μετά την επέμβαση
ΝΑΙ	ΘΕΤΙΚΟΙ	ΤΑΜΟΧΙΦΕΝ
ΝΑΙ	ΑΡΝΗΤΙΚΟΙ	ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙ ΑΣ
ΟΧΙ	ΘΕΤΙΚΟΙ	ΤΑΜΟΧΙΦΕΝ
ΟΧΙ	ΑΡΝΗΤΙΚΟΙ	ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙ ΑΣ

Δ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΛΗΨΗ

1.ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη αναφέρεται στην αναγνώριση των αιτιολογικών παραγόντων της νόσου και στην ανάπτυξη προληπτικών μέτρων και προσφέρει την μεγαλύτερη πιθανότητα μείωσης της νόσου. Παρά τις επίπονες και συνεχείς μελέτες, δεν έγινε ακόμα εφικτή η προσέγγιση της αιτιολογίας του καρκίνου του μαστού. Παρόλο ότι γενετικοί, ιδιοσυστατικοί και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες εμφανίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον καρκίνο του μαστού, κανένας από μόνος του ή σε συνδυασμό δεν μπορεί να εξηγήσει το μηχανισμό γένεσης της νόσου.¹

Το πιο γνωστό παράδειγμα στρατηγικής καρκινικού ελέγχου, είναι η αποθάρρυνση χρήσης του καπνού, για τον οποίο εκτιμάται, ότι είναι υπεύθυνος για το ένα τρίτο περίπου των θανάτων από καρκίνο.

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού δεν έχουν πλήρως διευκρινιστεί, αν και πολλοί απ' αυτούς φαίνεται να σχετίζονται με τα επίπεδα των οιστρογόνων που είναι οι βασικές γυναικείες ορμόνες. Οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού εμφανίζονται σε γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών, και είναι πιο συχνές σε γυναίκες με πρόωμη έναρξη της εμμήνου ρύσεως, με καθυστερημένη εμμηνόπαυση, καθώς και σε γυναίκες που δεν έχουν παιδιά ή αποκτούν το πρώτο τους παιδί μετά την ηλικία των 35 ετών. Η παχυσαρκία σε γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση,

αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου, καθώς επίσης και η ύπαρξη συγγενούς πρώτου βαθμού (μητέρα, αδελφή) που εμφάνισε καρκίνο του μαστού πριν την εμμηνόπαυση της.

Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με κίνδυνο καρκίνου, όπως η διατροφή, το περιβάλλον, προσφέρουν σίγουρα λιγότερα πεδία πρόληψης, αλλά επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι η ευρέως διαδεδομένη υιοθέτηση πιο υγιεινών τρόπων ζωής, θα ελαττώσουν την νοσηρότητα και θνησιμότητα. Μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι στρατηγικές μακροχρόνιας επένδυσης για τις οποίες οι μελλοντικοί στόχοι θα αποκτηθούν μέσω μακρόχρονης και συνεχούς ελάττωσης του κινδύνου.^{9,16,20}

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει θεσπίσει χρονοδιάγραμμα προληπτικού ελέγχου παρακολούθησης των γυναικών:

:1. γυναίκες χωρίς βεβαρυμένο παρελθόν

α.) 35 ετών πρώτη μαστογραφία-ψηλάφηση- υπέρηχο εάν κρίνεται αναγκαίο

β.)40-50 ετών μαστογραφία κάθε δύο έτη-ψηλάφηση-υπέρηχο εάν κρίνεται αναγκαίο

γ.)50 και άνω μαστογραφία κάθε χρόνο-ψηλάφηση-υπέρηχο μαστών άμφω

Να σημειωθεί ότι στις δύο πρώτες κατηγορίες πρέπει η γυναίκα να επισκέπτεται τον γιατρό της κάθε χρόνο και αν συντρέχει λόγος να υποβάλλεται σε παρακλινικό έλεγχο.

2 .γυναίκες με βεβαρημένο ιστορικό

α.)30 ετών πρώτη μαστογραφία-ψηλάφηση-υπέρηχος αν κρίνεται αναγκαίο

β.)35-40 ετών μαστογραφία κάθε δύο έτη-ψηλάφηση-υπέρηχο αν κρίνεται αναγκαίο

γ.)40-50 ετών μαστογραφία κάθε χρόνο-ψηλάφηση-υπέρηχο αν κρίνεται αναγκαίο

δ.)50 και άνω μαστογραφία κάθε χρόνο-ψηλάφηση και υπέρηχο μαστών άμφω

Πρέπει δε να σημειωθεί ότι η ορθή ψηλάφηση του μαστού πραγματοποιείται κατά την 8^η ως 14^η ημέρα του κύκλου.

Το σημαντικότερο όμως είναι η μηνιαία αυτοεξέταση από την ίδια την γυναίκα, η οποία πρέπει να εκπαιδεύεται από το γιατρό της έτσι ώστε τις σωστές μέρες κάθε μήνα να αυτοεξετάζεται και να επισκέπτεται τον γιατρό της αμέσως μόλις παρατηρεί κάτι που δεν το έχει δει στην προηγούμενη αυτοεξέτασή της.

Μια σημαντική παράμετρος που πολλές φορές τρομοκρατεί τις γυναίκες είναι το έκκριμα της θηλής, το οποίο μπορεί να μας οδηγήσει σε μια πρώτη γνώμη για το πρόβλημα της ασθενούς. Έκκριμα αιματηρό ή ως διαυγές ύδωρ είναι πολύ πιθανό να υποκρύπτει νεοπλασία του μαστού. Έκκριμα στις αποχρώσεις του πράσινου ή του καφέ μας προτρέπει στο συμπέρασμα ότι η ασθενής πάσχει από ινοκυστική μαστοπάθεια. Έκκριμα γαλακτώδους μορφής και σύστασης πιθανώς να οφείλεται σε ορμονολογικές ανωμαλίες της υπόφυσης και των ωοθηκών. Πολλές φορές τα θηλώματα των γαλακτοφόρων πόρων και η νόσος του Paget δίδουν οροαιματηρό

έκκριμα. Το ίδιο με τα παραπάνω ισχύει και για τα ευρήματα από την παρακέντηση απλών κύστεων του μαστού. Οι μικτές κύστες καλό είναι να αφαιρούνται με ανοικτή βιοψία.

Ορισμένες γνώσεις που καθιστούν αναγκαίο τον έλεγχο σε όλες τις γυναίκες από 30 ετών και άνω είναι οι εξής:

- Ο καρκίνος του μαστού σε ποσοστό 5-10% οφείλεται σε γονιδιακή προδιάθεση
- Πολλοί καλοήθεις όγκοι του μαστού παρουσιάζουν κακοήθη συμπεριφορά και εξαλλαγή
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως μόλυνση του περιβάλλοντος, παχυσαρκία, κάπνισμα, δίαιτα πλούσια σε ζωικά λίπη, φάρμακα, ακτινοβολία στο θώρακα, είναι προδιαθεσικοί παράγοντες για τη δημιουργία καρκίνου του μαστού
- Το 80% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού παρουσιάζεται σε γυναίκες με ελεύθερο ιστορικό
- Συμπαγείς όγκοι του μαστού, ιδιαίτερα σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, πρέπει οπωσδήποτε να αφαιρούνται καθότι σε νεαρές γυναίκες ο καρκίνος του μαστού έχει μορφολογία καλοηθών όγκων.¹²

2. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ-ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η έγκαιρη διάγνωση αναφέρεται στην διάγνωση της νόσου σε πρώιμο στάδιο όταν αυτή είναι ακόμα τοπική και υπάρχουν δυνατότητες ίασης με τα θεραπευτικά μέσα που διαθέτουμε. Σκοπό έχει, να εντοπίσει τη νόσο όταν το μέγεθος του όγκου είναι τόσο μικρό που μπορεί με τα θεραπευτικά μέσα που διαθέτουμε να έχουμε ίαση. Είναι γνωστό ότι όσο μικρότερος είναι ο όγκος όταν γίνεται η διάγνωση τόσο μεγαλύτερη και η επιβίωση. Ασθενείς με όγκους μέχρι 1 εκ. έχουν πιθανότητα επιβίωσης στη 10ετία, 90% ενώ αντίθετα σε όγκους μεγαλύτερους των 5 εκ. η επιβίωση στη 5ετία πέφτει στο 50%.²

Η διάγνωση έγκαιρα είναι όπως και για όλους τους καρκίνους το πιο σημαντικό βήμα για τη θεραπεία και την ίαση του ασθενούς. Στις νέες γυναίκες και που η ινοκυστική μαστοπάθεια αποτελεί συχνό εύρημα, είναι απαραίτητο το υπερηχογράφημα σε όλες τις περιπτώσεις όπου παρατηρείται αύξηση των διαστάσεων κάποιου ψηλαφητού μορφώματος. Εννοείται βέβαια πως γίνεται αυτοψηλάφηση του μαστού τακτικά (τουλάχιστον 2 φορές το χρόνο). Κανένας δεν μπορεί να γνωρίζει καλύτερα το μαστό όσο η ίδια η γυναίκα με τη σωστή αυτοψηλάφηση του στήθους της. Ο έλεγχος με αυτοψηλάφηση είναι ακόμη πιο απαραίτητος για τις γυναίκες μετά τα 40 , οι οποίες όμως πρέπει να ελέγχουν το στήθος τους και με μαστογραφία κάθε 2 χρόνια. Σε περίπτωση που απ'τη μαστογραφία υπάρχουν ενδείξεις κακοήθειας πάντα ακολουθεί η βιοψία απ' την περιοχή της ύποπτης βλάβης και η οποία επιβεβαιώνει ή όχι τη διάγνωση.

Γενικά η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι εύκολη. Παρόλα αυτά λόγω χαμηλής κουλτούρας και ...ντροπής !! πολλές γυναίκες παραμελούν τυχόν ευρήματα στο στήθος τους και φτάνουν στο γιατρό

σε πολύ προχωρημένο στάδιο.

Φυσικά μετά τη διάγνωση ακολουθούν εξετάσεις όπως αξονική θώρακος και αν χρειάζεται και κοιλίας καθώς και σπινθηρογράφημα οστών προκειμένου να γίνει η σταδιοποίηση του καρκίνου. Πιο σπάνια αξονική εγκεφάλου εάν υπάρχει υποψία για εκεί μετάσταση. Και ασ μην ξεχνάμε τη σημασία του ιστολογικού τύπου του καρκίνου αλλά και την ύπαρξη ορμονοϋποδοχέων (για οιστρογόνα και προγεστερόλη) ή όχι στα καρκινικά κύτταρα. Σαφώς εάν ο καρκίνος εκφράζει ορμονοϋποδοχείς είναι ευαίσθητος και στα αντιοιστρογόνα και καλύτερης λοιπόν πρόγνωσης. Συνήθως οι ορμονοϋποδοχείς προσδιορίζονται μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Πολλοί ιστολογικοί τύποι ,όπως π.χ. το λοβιδιακό καρκίνωμα έχουν εμφάνιση συχνά και στους δύο μαστούς. Μερικές φορές λοιπόν είναι λοιπόν απαραίτητη η λεγόμενη βιοψία καθρέπτου σε περίπτωση εμφάνιση τέτοιου καρκινώματος. Βιοψία δηλ. στην αντίστοιχη θέση με εκείνη της εμφάνισης του όγκου στον άλλο μαστό. Σήμερα πάντως τα νέα δεδομένα τείνουν κατά της βιοψίας καθρέπτου. Και φυσικά ακόμη και σε περίπτωση ίασης μετά από έναν καρκίνο μαστού είναι ιδιαίτερα απαραίτητη η κλινική παρακολούθηση και του άλλου μαστού με μαστογραφίες σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Η διάγνωση του Καρκίνου του Μαστού αρχίζει όταν μια γυναίκα ή ο Γιατρός της ανακαλύπτει μια μάζα στο Μαστό ή με τη ψηλάφηση ή με μαστογραφία.^{4,16,23,24}

Σήμερα υπάρχουν 4 κλασσικοί τρόποι διάγνωσης του καρκίνου του μαστού.

1.Φυσική εξέταση μαστών

Ο μαστός πρέπει να εξετάζεται κάθε έξι μήνες, ενώ πολλοί γυναικολόγοι συνιστούν για το ίδιο διάστημα συνδυασμό γυναικολογικής εξέτασης με εξέταση του μαστού. Σε γυναίκες υψηλού κινδύνου λόγω οικογενειακού ιστορικού, η εξέταση επιβάλλεται κάθε τρεις μήνες, ιδιαίτερα όταν υπάρχει κυστική νόσος.

Η εξέταση του μαστού πρέπει να γίνεται την εβδομάδα μετά το τέλος της εμμηνορρυσίας. Ο λόγος είναι ότι προ της εμμηνορρυσίας ο μαστός είναι διογκωμένος και μπορεί να αποκρύψει σημαντικές βλάβες ή μάζες, που ανευρίσκονται εύκολα μετά την εμμηνορρυσία.

Η επισκόπηση των μαστών γίνεται κάτω από επαρκή φωτισμό με την ασθενή σε καθιστική θέση. Στην αρχή η ασθενής έχει τους βραχίονες στο πλάι και έπειτα τους ανυψώνει πάνω από το κεφάλι της. Οι μαστοί εξετάζονται προσεκτικά για να διαπιστωθεί, αν σχηματίζονται εντυπώματα στη περιφέρεια και αν το δέρμα είναι λείο. Εξετάζονται συγκριτικά οι θηλές με τις άλω και δίνεται προσοχή σε τυχόν παρεκτόπισή τους συνήθως προς τη πλευρά μιας βλάβης. Η βλάβη της θηλής μπορεί να σημαίνει νόσο του Paget, καλοήθες έκζεμα ή άλλες βλάβες. Αυτόματη έκκριση από τις θηλές σημαίνει συνήθως σωληνώδη όγκο. Ο έλεγχος της μασχάλης και της υπερκλείδιας χώρας σε προχωρημένες καταστάσεις δείχνει την ύπαρξη διογκωμένων λεμφαδένων. Γίνεται έλεγχος του δέρματος του μαστού πάνω και κάτω από την άλω για ανεύρεση οιδήματος που σημαίνει φλεγμονή, τραύμα ή εν τω βάθει καρκίνο του μαστού. Το ερύθημα του δέρματος είναι

ύποπτο για φλεγμονώδη καρκίνο. Οι υποδόριες φλέβες σπάνια είναι διογκωμένες και παρατηρούνται σε προχωρημένο στάδιο του καρκίνου ή σε εγκυμοσύνη και αξιολογούνται ανάλογα.^{2,18}

2.Επισκόπηση

Η γυναίκα βγάζει τελείως τα ρούχα της, ξαπλώνει ανάσκελα και φέρνει τα χέρια στην ανάταση λυγισμένα.

Ενώ η γυναίκα είναι στο γυναικολογικό κρεβάτι, γίνεται η επισκόπηση έχοντας τα χέρια της προς τα κάτω στη μέση ή σηκωμένα πάνω από το κεφάλι σε ανάταση ή αν οι μαστοί της γυναίκας είναι μεγάλοι πρέπει να σκύψει προς τα εμπρός και να κρατηθούν.

Ελέγχουμε καταρχήν το μέγεθος, την περίμετρο και αν υπάρχει ατροφία ή υπερτροφία του ενός ή και των δύο μαστών. Ελαφρά καθήλωση ή εισολκή του υπερκείμενου δέρματος ή της θηλής είναι ενδεικτικά στοιχεία κακοήθειας.

Μία μικρή διαφορά μεταξύ του μεγέθους των δύο μαστών είναι φυσιολογική.

Ελέγχονται στη συνέχεια οι αλλαγές του δέρματος όπως: το χρώμα του, η πιθανή ύπαρξη ερυθρότητας, οιδήματος, τραυμάτων και η ύπαρξη φλεβικού πλέγματος ή εισολκή του δέρματος ή εξέλκωση του δέρματος.

Στην συνέχεια ελέγχονται οι θηλές που παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, επειδή ανάλογα με την υποκείμενη βλάβη παίρνουν διάφορες μορφές. Ελέγχουμε ακόμη τη θέση των θηλών και τις δυσμορφίες κάθε μορφής, όπως εισέχουσα θηλή, που όταν αυτή χρονολογείται από πολλά χρόνια δεν έχει κλινική σημασία, επίσης

ύπαρξη έκκρισης και τα χαρακτηριστικά της καθώς και έλκη που μπορεί να υπάρχουν.^{4,16}

3. Ψηλάφηση

Αυτή πρέπει να γίνεται από εξεταστή, που να είναι γνώστης των φυσιολογικών και παθολογικών μεταβολών του μαστού. Μια αμφοτερόπλευρη ινώδης σκλήρυνση που διαδράμει το μαστό ανευρίσκεται συχνά στην υπομαζική πτυχή σε μεγάλους κρεμασμένους μαστούς, ιδίως σε μεγάλες γυναίκες και δεν πρέπει να συγχέεται με κακοήθη όγκο. Πολλές ασθενείς πίσω από τη θηλή και την άλω παρουσιάζουν ένα μαλακό διάστημα, το οποίο συνέχεται με αδενικό ιστό πίσω από την περιφέρεια της άλω. Η ψηλάφηση γίνεται αρχικά με την ασθενή σε καθιστική θέση. Δίδεται προσοχή στην υπερκλείδια χώρα, στην μασχάλη και στο μαστό. Οι σκαληνοί αδένες βρίσκονται πίσω από το έσω τριτημόριο της κλείδας. Η ψηλάφηση των υπερκλειδίων χώρων γίνεται συγκριτικά και με τις άκρες των δακτύλων. Η μασχάλη εξετάζεται με το βραχίονα της ασθενούς, που στηρίζεται στο ελεύθερο χέρι του εξεταστή με σκοπό να χαλαρώσουν οι θωρακικοί μύες. Τα δάχτυλα του εξεταστή τοποθετούνται στην κορυφή της μασχάλης και η θωράκιση γίνεται από πάνω προς τα κάτω στο θωρακικό τοίχωμα. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες βρίσκονται ψηλαφιστοί στα 2/3 των περιπτώσεων, που έχει γίνει μετάσταση. Η ψηλάφηση του μαστού σε όρθια θέση ενδείκνυται σε ατροφικούς και σε κρεμασμένους μαστούς. Οι θηλές εξετάζονται με απαλή πίεση ανάμεσα στο δείκτη και στον αντίχειρα. Η ψηλάφηση σε κατακεκλιμένη θέση γίνεται σε όλες τις περιοχές του μαστού και είναι συγκριτική. Πρώτα η ασθενής έχει ελαφρώς κεκαμμένους και τις

παλάμες να ακουμπούν στους γλουτούς και ύστερα φέρνει τους βραχίονες πάνω από την κεφαλή, ώστε οι μαστοί να απλωθούν στο θωρακικό τοίχωμα. Η εξέταση των μεγάλων και κρεμασμένων διευκολύνεται με την τοποθέτηση ενός μικρού μαξιλαριού κάτω από τους ώμους, ώστε οι μαστοί να έρθουν πάνω στο θωρακικό τοίχωμα και να γίνει πιο εύκολη η εξέταση.

Όταν τα ευρήματα συμφωνούν μπορούν να γίνουν διάφοροι χειρισμοί, ώστε μια ανωμαλία να γίνει περισσότερο φανερή. Εάν ανυψωθεί ο βραχίονας της γυναίκας πάνω από το κεφάλι της ή εάν τα χέρια της γυναίκας ασκήσουν πίεση στους μηρούς της, οι θωρακικοί μύες συσπώνται σε ένα βαθμό, ώστε οι σύνδεσμοι του Cooper βραχύνονται και εμφανίζουν εισολκή του δέρματος πάνω από τον όγκο ή εισολκή της θηλής. Ένα άλλο σημείο είναι η εμβάθυνση του δέρματος, όταν η ύποπτη περιοχή του μαστού ανυψώνεται πιεζόμενη αμφίχειρα από τα πλάγια. Σε περιπτώσεις ύπαρξης όγκου κάτω από το δέρμα, αντί να εμφανίζεται κυρτό στην ελεύθερη επιφάνειά του, από την τάση που ασκείται από τα χέρια του εξετάζονται στο μαζικό αδένω, εμφανίζεται επίπεδο ή κοίλο. Ο καρκίνος, που αναπτύσσεται σε ινώδη πάχυνση ανάμεσα από τα λόβια του μαζικού αδένω δεν ανευρίσκεται εύκολα με άμεση ψηλάφηση, ενώ ο παραπάνω χειρισμός μπορεί να βοηθήσει.¹⁸

4.Αυτοεξέταση των μαστών(ΑΕΜ)

Η αυτοεξέταση των μαστών πρέπει να γίνεται από τη γυναίκα μια φορά το μήνα με σκοπό την εξοικείωση της με τη μορφή και τη σύσταση των μαστών της. Αυτή η συνήθεια κάνει ευκολότερη την ανίχνευση κάθε διαφοροποίησης το ταχύτερο δυνατό. Η αυτοεξέταση του μαστού είναι απλή, ανώδυνος, ανέξοδος και σώζει ζωές. Οι γυναίκες που κάνουν αυτοεξέταση κάθε μήνα μπορούν να ανακαλύπτουν όγκους της τάξεως του 1,2 εκ. ενώ αυτές που δεν κάνουν ποτέ ανακαλύπτουν τον όγκο στα 3,8 εκ. Η ΑΕΜ πρέπει να γίνεται από την ηλικία των 25 ετών μια φορά το μήνα, την 15^η μέρα του κύκλου. Στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες την ίδια μέρα κάθε μήνα. Η ΑΕΜ όταν γίνεται σωστά και συστηματικά μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της επιβίωσης.^{2,18}

Ακτινοδιαγνωστικές μέθοδοι

Έχει γίνει μεγάλη προσπάθεια στην ακτινοδιαγνωστική, ώστε να αποφεύγεται η έκθεση του μαστού στην ακτινοβολία –Χ., ενώ παράλληλα έχουν αναπτυχθεί άλλες διαγνωστικές μέθοδοι όπως η θερμογραφία και η υπερηχογραφία.¹⁸

Εξετάσεις που βοηθούν στην διάγνωση του καρκίνου του μαστού

- Μαστογραφία άμφω
- Υπέρηχο μαστών άμφω
- FNA C όταν έχουμε συμπαγές ή κυστικό μόρφωμα. Το θετικό λαμβάνεται ως θετικό στοιχείο, ενώ το αρνητικό ακολουθείται, όσον αφορά τα συμπαγή μορφώματα, από ανοικτή βιοψία, ενώ όσον αφορά τα κυστικά γίνεται εκκενωτική παρακέντηση και κυτταρολογική εξέταση. Αν η κυτταρολογική εξέταση είναι αρνητική διενεργείται επαναληπτικό υπέρηχο σε 20 μέρες. Εάν η κύστη έχει αναπαραχθεί αφαιρείται ανοικτά, εάν όχι απαιτείται επαναληπτικό υπέρηχο μετά από 6 μήνες.
- MRI μαστών εφόσον οι λοιπές εξετάσεις δεν αναδεικνύουν πρωτοπαθή όγκο ή πολυεστιακό καρκίνο.
- Ανοικτή βιοψία με τοποθέτηση αγκίστρου υπό τον μαστογράφο σε πολύ μικρούς όγκους ή συρρέουσες αποτιτανώσεις.
- Παρακέντηση και λήψη βιοψίας με τη συσκευή mamotome, ειδική συσκευή για εντόπιση πολύ μικρών όγκων και συρρεουσών αποτιτανώσεων ή ακόμη και δυσπλασιών που είναι αδύνατον να εντοπιστούν με τα μέχρι σήμερα διατιθέμενα μέσα.¹²

ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Μαστογραφία είναι η απεικόνιση των μαστών πάνω σε ακτινογραφικό φιλμ με τη βοήθεια ακτινοβολίας. Αποτελεί σήμερα την μοναδική εξέταση που μπορεί να ανιχνεύσει ανωμαλίες στο μαστό μεγέθους 2 χιλιοστών, με συνέπεια την ελάττωση της θνητότητας και της θνησιμότητας.

Είναι εξέταση απλή, ακίνδυνη και εύκολα αποδεκτή από τις γυναίκες. Είναι απαραίτητη για την εκτίμηση των συμπτωματικών γυναικών και αναντικατάστατη στον πληθυσμιακό έλεγχο για καρκίνο του μαστού.

Πρόκειται για μια ακτινολογική εξέταση που η ευαισθησία της (δηλ. η ικανότητά της να διαγνώσκει τον καρκίνο εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες. Η διάμετρος του όγκου, η ηλικία της ασθενούς και άρα η πυκνότητα του μαζικού αδένου, η θέση του όγκου, η ταυτόχρονη ύπαρξη ινοκυστικής μαστοπάθειας αλλά και τα ακτινολογικά ευρήματα (π.χ. μικροασβεστώσεις) είναι όλα παράγοντες απ'τους οποίους εξαρτάται η σωστή διάγνωση μέσω αυτής της εξέτασης. Έτσι για παράδειγμα είναι πιο εύκολη η διάγνωση του καρκίνου με μαστογραφία σε ένα μαστό αδύνατο (και ακτινογραφικά αραιό) μιας ηλικιωμένης γυναίκας παρά σε έναν ογκώδη μαστό (και πυκνό) μιας νέας γυναίκας ειδικά αν αυτή πάσχει και από κάποιου βαθμού ινοκυστική μαστοπάθεια. Πάντως η διαγνωστική ικανότητά της είναι αρκετά μεγάλη σε βαθμό που μπορεί να διαγνώσει μία κακοήθεια (με βραδύ ρυθμό ανάπτυξης) έως και 2 χρόνια προτού αυτή να είναι ψηλαφητή.

Η μαστογραφία μπορεί να ανακαλύψει όγκους σε πολύ πρώιμα στάδια, κατά τα οποία η θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική. Έχει βρεθεί ότι η μαστογραφία είναι πιο αποτελεσματική σε γυναίκες άνω

των 49 ετών, που πρέπει να την κάνουν κάθε 2 με 3 χρόνια. Όμως όλες οι γυναίκες, στην ηλικία 35-40 ετών πρέπει να κάνουν μία μαστογραφία, την μαστογραφία αναφοράς όπως λέγεται, και που αποτελεί στοιχείο για μελλοντική σύγκριση. Η ακτινοβολία που δέχεται η γυναίκα κάνοντας μαστογραφία είναι πολύ μικρή και ο κίνδυνος απ' αυτή αμελητέος.^{1,2,14,15,25,26}

Πληθυσμιακός έλεγχος (Π. Ε) σύμφωνα με τον Π Ο Υ είναι ένα «Οργανωμένο πρόγραμμα ανίχνευσης μιας νόσου σε πρώιμο στάδιο σε ένα φαινομενικά υγιή πληθυσμό με την χρήση κλινικών ή εργαστηριακών εξετάσεων που μπορούν να εφαρμοστούν γρήγορα, ανώδυνα και με χαμηλό κόστος. Η προληπτική εφαρμογή των εξετάσεων δεν επέχει θέση διαγνωστική. Άτομα με θετικά ή ύποπτα στοιχεία παραπέμπονται για πλήρη διαγνωστικό έλεγχο και θεραπεία.»

Στην περίπτωση Π. Ε για καρκίνο του μαστού, η μαστογραφία πληρεί πλήρως αυτές τις προδιαγραφές και αποτελεί την εξέταση εκλογής.

Δεδομένου ότι στη διεργασία Π. Ε προσκαλούνται «υγιείς» γυναίκες για να υποβληθούν σε μια εξέταση που στοχεύει στον προσδιορισμό κακοήθους νόσου, είναι σημαντικό τόσο η ευαισθησία όσο και η εξειδίκευση της δοκιμασίας να είναι υψηλές. Αποδείχτηκε ότι και οι δύο αυτές παράμετροι είναι πράγματι υψηλές στον Π. Ε με μαστογραφία, με την προϋπόθεση ότι πραγματοποιούνται από καλά εκπαιδευμένο, έμπειρο προσωπικό το οποίο χρησιμοποιεί εξοπλισμό υψηλής ποιότητας.

Στόχος των Π Ε είναι:

- Η ελάττωση της θνησιμότητας κατά 30%
- Η καλύτερη ποιότητα ζωής για τη γυναίκα

Πρώιμη διάγνωση σημαίνει συντηρητική χειρουργική επέμβαση(όχι μαστεκτομή) και λιγότερη χημειοθεραπεία.

Ενδιάμεσοι λειτουργικοί στόχοι

1. Να προσδιορισθούν και να προσκληθούν οι γυναίκες οι κατάλληλες για τον Π Ε
2. Να υποβληθεί σε μαστογραφία το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που προσκαλούνται
3. Να εξασφαλισθεί ότι επιτυγχάνεται μαστογραφία του υψηλότερου δυνατού επιπέδου.
4. Να υπάρχει παρακολούθηση όλων των γυναικών που παραπέπονται για περαιτέρω εξετάσεις ή θεραπεία.
5. Να ελαχιστοποιηθούν τα δυσάρεστα αποτελέσματα του ελέγχου(άγχος, έκθεση σε ακτινοβολία, περιττές εξετάσεις).
6. Να διαγνωστούν με ακρίβεια οι καρκίνοι. Να υποστηριχτεί και να πραγματοποιηθεί έρευνα.
7. Να γίνει αποτελεσματική χρήση των πόρων προς όφελος όλου του πληθυσμού.
8. Να ενθαρρυνθεί η παροχή αποτελεσματικής και αποδεκτής θεραπείας η οποία έχει ελάχιστες ψυχολογικές ή λειτουργικές παρενέργειες.

9. Να αξιολογούνται τακτικά οι υπηρεσίες(Επιτροπή ποιοτικού ελέγχου) και τα αποτελέσματα να γνωστοποιούνται στο πληθυσμό που εξυπηρετείται.^{1,2}

Ομάδα Ηλικίας

Υπάρχουν επιστημονικά στοιχεία που αποδεικνύουν τα πλεονεκτήματα του Π Ε όταν η ομάδα ηλικίας είναι καθορισμένη. Το πρόγραμμα « Η Ευρώπη κατά του καρκίνου » συνιστά Π Ε γυναικών ηλικίας άνω των 49 ετών. Δε καθορίζει ανώτατο όριο. Η ομάδα ηλικίας 50 έως 65 ετών είναι η ομάδα στην οποία εφαρμόζεται περισσότερο ο Π Ε. Παρά τη σύσταση, η ηλικία της ομάδας ποικίλει, τόσο μεταξύ των κρατών μελών όσο και μεταξύ των κρατών παγκοσμίως, επειδή είναι αποτέλεσμα παραμέτρων όπως το διάστημα μεταξύ δύο διαδοχικών ελέγχων, ο προϋπολογισμός και οι αναλύσεις απόδοσης- κόστους.

Μητρώο Πληθυσμού

Για να είναι αποτελεσματικός ο Π Ε είναι απαραίτητο να υπάρχει πλήρες και ακριβές μητρώο πληθυσμού. Με βάση το μητρώο γίνεται η κλήση με ατομική ταχυδρομική πρόσκληση συμμετοχής των γυναικών καθώς και η επανάκληση αυτών για τον επόμενο γύρο. Χωρίς καθορισμένο πληθυσμό, είναι αδύνατο να υπολογισθεί επακριβώς το ποσοστό προσέλευσης που σύμφωνα με ορισμένες μελέτες είναι καθοριστικός παράγων στη μείωση της θνησιμότητας. Για παράδειγμα εάν η προσέλευση ήταν 100% η μείωση της θνησιμότητας θα ήταν της τάξης του 40%, εάν η προσέλευση ήταν 70% η μείωση θα ήταν 28% ενώ με προσέλευση 60% η μείωση είναι κάτω του 20%.

Ευαισθητοποίηση των γυναικών

Στα πλαίσια της προσπάθειας για την μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή, πρέπει να υπάρξουν μηχανισμοί διαφώτισης και ευαισθητοποίησης του γυναικείου πληθυσμού κάνοντας χρήση όλων των υπαρχόντων μέσων όπως τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, τηλεόραση- ραδιόφωνο, ομιλίες ενημερωτικές, φυλλάδια, πανό, αφίσες. Στη προσπάθεια αυτή θα πρέπει να συμμετέχουν οι τοπικοί φορείς, όπως η Αυτοδιοίκηση, η Εκκλησία, οι ιατρικοί σύλλογοι, τα κέντρα υγείας, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι γυναικείες οργανώσεις και ότι μπορεί να αυξήσει τη συμμετοχή.

Μαστογραφία

Πρέπει να εξασφαλιστεί μαστογραφία υψηλού ποιοτικά επιπέδου οι δε τεχνολόγοι χειριστές πρέπει να έχουν εξειδίκευση. Η διάγνωση πρέπει να γίνεται από ακτινολόγους με κατάλληλη κατάρτιση και αποδεδειγμένες ικανότητες στο τομέα αυτό. Ας μη ξεχνάμε ότι η μαστογραφία στον Π Ε προσπαθεί να ανιχνεύσει αλλοιώσεις των 2 χιλ. Πρέπει να γίνεται ποιοτικός έλεγχος των μαστογραφιών σε καθημερινή βάση και σε τακτικά διαστήματα των μαστογράφων. Πρέπει να γίνεται ποιοτικός έλεγχος όλου του συστήματος από κέντρα αναφοράς του εξωτερικού (EUREF). Για την αύξηση της διαγνωστικής ικανότητας πρέπει να γίνεται διπλή ανάγνωση των μαστογραφιών από δυο ακτινολόγους οι οποίοι διαβάζουν ανεξάρτητα. Συνιστάται οι λήψεις να είναι δύο (Face- Profile) τον πρώτο γύρο και μια στους επόμενους.

Δείκτες απόδοσης

Τα αποτελέσματα του Π Ε παρέχουν στατιστικά στοιχεία τα οποία αποτελούν τη βάση του δείκτη απόδοσης των ακτινολόγων. Κατά συνέπεια, ορισμένοι παράμετροι πρέπει να ελέγχονται τακτικά. Οι παράμετροι αυτοί είναι οι ακόλουθοι:

1. Ρυθμός επανάκλησης των γυναικών με φυσιολογικά ευρήματα. Το ποσοστό αυτό πρέπει να είναι μικρότερο του 5% των εξετασθεισών γυναικών.
2. Η προγνωστική αξία της μαστογραφίας (πηλίκο θετικών προς αρνητικές βιοψίες) για τη σύσταση διενέργειας ανοιχτής βιοψίας πρέπει να είναι της τάξης του 50% για τον αρχικό έλεγχο και να αυξάνεται στους επόμενους γύρους ελέγχου.
3. Ρυθμός ανίχνευσης μακροσκοπικού καρκίνου σε ένα πληθυσμό της Βόρειας και Δυτικής Ευρώπης ο οποίος δεν έχει προηγουμένως ελεγχθεί, ένα πρόγραμμα Π Ε πρέπει να ανιχνεύσει όχι λιγότερους από 5 καρκίνους ανά 1000 γυναίκες που ελέγχονται. Στις χώρες της νότιας και ανατολικής Ευρώπης ο ρυθμός ανίχνευσης είναι σχετικά χαμηλότερος.
4. Ρυθμός ανίχνευσης μικροσκοπικού καρκίνου. Πρέπει να ανιχνεύσει 1,5 διηθητικούς καρκίνους ανά 1000 ελεγχόμενες γυναίκες, με διάμετρο μικρότερη των 10 χιλ. Θεωρείται χρήσιμος δείκτης δεδομένου ότι επικεντρώνεται στους μικροσκοπικούς και πρώιμους καρκίνους οι οποίοι είναι δύσκολο να ανιχνευθούν.

5. Ρυθμός εμφάνισης ενδιάμεσου καρκίνου. Ως άμεση συνέπεια του μεγάλου μεσοδιαστήματος ελέγχου (2 έως 3 χρόνια) έχουμε την εμφάνιση ενός αριθμού καρκίνου σ' αυτό το διάστημα. Αποτελεί χρήσιμη ένδειξη για την αποδοτικότητα του προγράμματος. Προϋπόθεση για τον έλεγχο των ενδιαμέσων καρκίνων αποτελεί ή ύπαρξη μητρώου νεοπλασιών.

Λειτουργική διαδικασία προγράμματος Π Ε:

1. Ατομική πρόσκληση
2. Μαστογραφία
3. Απάντηση με επιστολή στις γυναίκες χωρίς ευρήματα
4. Επανάκληση
 - Κλινική εξέταση
 - Υπερηχογράφημα
 - Πρόσθετες λήψεις μαστογραφίας
 - Παρακέντηση με λεπτή βελόνη κυτταρολογική εξέταση
 - Παρακέντηση με βελόνα μέσω στερεοτακτικού μαστογράφου
5. Ανοικτή βιοψία
 - Καλοήθεις
 - Κακοήθεις- Θεραπεία βάση πρωτοκόλλου σε κλινικές αναφορές

6. Παρακολούθηση(Follow- up)¹

Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα μέσω του προγράμματος “ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ” ξεκίνησε το 1989 να χρηματοδοτεί έρευνες (Pilot study) πληθυσμιακού ελέγχου για το Κ. Μ. στις εξής χώρες: Ιρλανδία, Γαλλία, Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία και Ελλάδα. Σήμερα όλες οι χώρες συμμετέχουν σε αυτό το πρόγραμμα.

Στην Ελλάδα το πρόγραμμα προληπτικού περιοδικού ελέγχου με μαστογραφία έχει ανατεθεί στην ΕΛΛ. ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ με την οικονομική ενίσχυση του Υπ. Υγείας Πρόνοιας και του Ελλ. Αντικαρκινικού Ινστιτούτου. Το πρόγραμμα αυτό ξεκίνησε τον Αύγουστο του 1989 από το Νόμο Ηλείας και τον Νόμο Μεσσηνίας.

Η ΕΟΕ στην συνέχεια ανέπτυξε δικό της πρόγραμμα το «Ελλάδα κατά του Καρκίνου»και στα δέκα χρόνια 1989-1998 έχει επεκτείνει τον Π Ε σε πολλούς νομούς της χώρας και της Κύπρου.

Η οικονομική βοήθεια για την πραγματοποίηση των προγραμμάτων αυτών από Ελλ. Ογκολογική Εταιρεία προέρχεται πλέον αποκλειστικά από το Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο(ΕΑΙ). Με την δημιουργία του “ Ελληνικού Ιδρύματος Ογκολογίας” που ιδρυτικά μέλη είναι το ΕΑΙ και η ΕΟΕ, ελπίζουμε στην απρόσκοπτη συνέλευση και εξάπλωση των προγραμμάτων αυτών μέχρις ότου η Πολιτεία αναλάβει την πρωτοβουλία για την πραγματοποίηση σε Εθνικό επίπεδο του πληθυσμιακού ελέγχου.

Τα αποτελέσματα των προγραμμάτων κρίνονται πολύ ικανοποιητικά με συνεχή προσπάθεια διασφάλισης της ποιότητας και δικαιώνουν αυτές τις προσπάθειες για να σταματήσει η γυναίκα να πληρώνει με τη ζωή της, τη μη έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Η προαγωγή ενός τέτοιου προγράμματος υγείας για την γυναίκα, προϋποθέτει μια προσέγγιση πολλών ειδικοτήτων που εργάζονται σαν ομάδα. Ακτινολόγοι, χειρουργοί, κυτταρολόγοι, παθολογοανατόμοι, ακτινοφυσικοί, στατιστικοί αναλυτές, προγραμματιστές, επιδημιολόγοι εμπλέκονται στα προγράμματα εξασφαλίζοντας υψηλή ποιότητα σε όλα τα επίπεδα ελέγχου. Τα χρηματικά ποσά που δαπανώνται για την υλοποίηση αυτών των προγραμμάτων είναι σχετικά υψηλά και ακούγεται κατά καιρούς η άποψη ότι ο αριθμός των γυναικών που σώζονται με τα προγράμματα περιοδικού ελέγχου δεν δικαιολογούν την επένδυση που γίνεται σε χρήμα.

Τα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου μπορεί να μην είναι η τέλεια λύση αλλά είναι ότι καλύτερο διαθέτουμε σήμερα και προσφέρει τη μοναδική ευκαιρία για να σωθούν χιλιάδες γυναίκες.^{1,24,25,26}

ΑΥΤΟΨΗΛΑΦΗΣΗ

Όλες οι γυναίκες μετά τα 20 τους χρόνια πρέπει να μάθουν να ψηλαφούν τους μαστούς τους. Αυτό πρέπει να γίνεται κάθε μήνα, και πάντα 7-8 ημέρες μετά την έμμηνο ρύση. Αυτό γιατί σε αυτή την περίοδο οι ινοκυστικές αλλοιώσεις παρουσιάζουν (λόγω ορμονών) ύφεση. Αρχικά παρατηρείται στον καθρέπτη ο κάθε μαστός με τα χέρια στη μέση και έπειτα πίσω απ'το κεφάλι και με μικρή πίεση ώστε να συσπώνται οι θωρακικοί μυς. Παρατηρούνται τυχόν αλλοιώσεις στο προφίλ των μαστών και την ομοιομορφία τους ή τυχόν όγκοι ή και εισολκές του δέρματος ή της θηλής. Επίσης μπορεί να γίνει και κάμψη του κορμού μπροστά με τα χέρια πίσω απ'το κεφάλι και πάλι παρατήρηση του στήθους σε σκυφτή θέση. Έπειτα με τη γυναίκα ξαπλωμένη ανάσκελα αρχίζει η ψηλάφηση του κάθε μαστού ξεχωριστά και με το αντίθετο χέρι. Τα δάχτυλα ανοικτά όπως και η παλάμη και ακολουθείται ψηλάφηση σε όλο το μαστό πρώτα κυκλικά γύρω απ'τη θηλή και μετά κεντρικά στη θήλεα άνω και τη θηλή την ίδια.¹⁴

ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

Πρόκειται για αντιγόνα που ανιχνεύονται στο αίμα και που αν ξεπερνούν τα φυσιολογικά όρια είναι ενδεικτικά για πιθανή (όχι σίγουρα όμως) κακοήθεια. Για το μαστό κυρίως το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) και το CA15.3 είναι πιο ενδεικτικά.¹⁴

ΒΙΟΨΙΑ

Υπάρχουν 3 τύποι βιοψίας. Η παρακέντηση με λεπτή βελόνη (FNA) στην οποία το υλικό είναι ελάχιστο και σ'αυτό πραγματοποιείται κυτταρολογικός έλεγχος. Η βιοψία με χονδρή βελόνη κατά την οποία αφαιρείται ένας μικρός κύλινδρος ιστού. Και η ανοικτή χειρουργική βιοψία. Η παρακέντηση με λεπτή βελόνη δίνει εσφαλμένα θετικά αποτελέσματα (θετικά για καρκίνο ενώ δεν υπάρχει) σε ποσοστό 1-2%, ενώ εσφαλμένα αρνητικά (αρνητικά για καρκίνο ενώ υπάρχει) σε ποσοστό μέχρι και 10%. Αυτά τα ποσοστά είναι πολύ μικρότερα στη βιοψία με χονδρότερη βελόνη. Οι λήψεις των βιοψιών μπορούν να γίνουν ψηλαφώντας τον όγκο και μετά από μαστογραφία ή υπέρηχο ή ακόμα και με την καθοδήγηση του υπερήχου ή στερεοτακτικής μαστογραφίας. Η ανοικτή χειρουργική βιοψία προτιμάται εάν δεν είναι διαγνωστικές οι δια βελόνης βιοψίες και συνήθως σε καρκινώματα *in situ*. Μπορεί να γίνει χειρουργική ταχυβιοψία στη χειρουργική αίθουσα και αν το αποτέλεσμα της είναι θετικό για κακοήθεια να ακολουθήσει άμεσα η χειρουργική επέμβαση. Αυτό προτιμάται από πολλούς χειρουργούς εφόσον η ασθενής μπαίνει σε ψυχολογικό στρες για μία φορά μόνο, ενώ και τα έξοδα είναι μειωμένα (ένα μόνο χειρουργείο, αντί δύο).

Εκτός από τη σφραγίδα της διαγνώσεως η εξέταση του ιστού του όγκου μας δίνει πολλές άλλες πολύτιμες πληροφορίες:

A. Τους υποδοχείς οιστρογόνων και προγεστερόνης. Οι όγκοι που έχουν θετικούς υποδοχείς ανταποκρίνονται συχνά στην ορμονοθεραπεία. Η εξέταση αυτή επομένως βοηθά στην επιλογή της θεραπείας.

B. Εξέταση για HER-2/neu. Η εξέταση αυτού του γονιδίου είναι

θετική στο 25% περίπου των περιπτώσεων και βοηθά στην επιλογή της θεραπείας.

Η διάγνωση ακολουθείται από τη σταδιοποίηση, την εκτίμηση δηλαδή της έκτασης της νόσου.¹⁴

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ

Συνήθως μικρής διαγνωστικής αξίας για τις κακοήθειες αφού μας δίνει κυρίως στοιχεία για το εάν πρόκειται για κυστικό ή συμπαγές μόρφωμα. Βέβαια έχει τη σημασία του στην παρακολούθηση των διαστάσεων ύποπτων βλαβών καθώς και στην καθοδήγηση βιοψιών.^{14,25}

ΓΑΛΑΚΤΟΦΟΡΟΓΡΑΦΙΑ

Πρόκειται για ακτινολογική εξέταση με σκιαγραφικό μέσο το οποίο εγχύεται στους γαλακτοφόρους πόρους απ' τη θηλή. Διαγνωστικό και χρήσιμο στη θηλώματα των πόρων τα οποία μπορεί να παρουσιάσουν εξαλλαγή και καρκινική διήθηση του στρώματος του αδένου^{14,27}

Πώς θα κάνετε την αυτοεξέταση μαστού:

1. Βγάλτε τα ρούχα σας και σταθείτε μπροστά σε έναν καθρέφτη, σε ένα χώρο που φωτίζεται πάρα πολύ καλά. Σας θυμίζουμε ότι ο ένας μαστός μπορεί να είναι λίγο μεγαλύτερος από τον άλλο.
2. Κοιτώντας τους μαστούς σας στον καθρέφτη ψάχνετε για:
 - αλλαγές στο μέγεθος και των δύο μαστών
 - αλλαγές στις θηλές
 - αιμορραγία ή ροή υγρού από τις θηλές
 - ασυνήθιστο βαθούλωμα ή ρυτίδωση στο μαστό ή τη θηλή
 - φλέβες που πετάνε περισσότερο απ' ό τι συνήθως
3. Αφήστε τα χέρια σας χαλαρά κατά μήκος του σώματος σας και κοιτάζτε τους μαστούς σας στον καθρέφτη
4. Υψώστε τα χέρια σας σε ανάταση και παρατηρείστε τους μαστούς σας απ' όλες τις πλευρές. Κατεβάστε τα χέρια
5. Πιέστε ελαφρά τις θηλές για να δείτε μήπως βγαίνει υγρό ή αίμα
6. Ξαπλώστε άνετα στο κρεβάτι και βάλτε ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι σας. Βάλτε επίσης ένα χαμηλό μαξιλάρι κάτω από τον αριστερό σας ώμο
7. Σηκώστε το αριστερό σας χέρι και ακουμπήστε το στο μαξιλάρι πάνω από το κεφάλι σας
8. Με το δεξί σας χέρι θα εξετάσετε τον αριστερό μαστό
9. Με δύο ή τρία δάχτυλα του δεξιού χεριού και πιέζοντας ελαφρά, εξετάστε κυκλικά όλο το μαστό και την θηλή, ξεκινώντας από την

περιφέρεια και προχωρώντας προς το κέντρο. Βεβαιωθείτε ότι έχετε ψηλαφίσει όλο το μαστό

10. Κατεβάστε το αριστερό χέρι παράλληλα με το σώμα και εξετάστε την αριστερή μασχάλη

11. Επαναλάβετε το ίδιο και με τον δεξιό μαστό.

12. Επισκεφθείτε το γυναικολόγο σας σε τακτά χρονικά διαστήματα τουλάχιστον 1 φορά το χρόνο, τη 10η μέρα του κύκλου και ζητήστε του να εξετάσει τους μαστούς σας.¹⁵

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ο στόχος της ογκολογικής νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητά του και να τα χρησιμοποιήσει, για την καταπολέμηση των κακοήθων κυττάρων, να ανεχθεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια. Ακόμη η γνώσεις και οι δεξιότητες βοηθούν τη νοσηλεύτρια να προβλέψει και να παρεμποδίσει την εμφάνιση των προβλημάτων αυτών.

Οι συγγραφείς του βιβλίου Cancer – Care – Nursing, Donova και Pierce περιγράφουν στην παράγραφο που ακολουθεί τα προσόντα που πρέπει να έχει η νοσηλεύτρια για να νοσηλεύσει τον άρρωστο με καρκίνο.

«Η νοσηλεύτρια που εργάζεται με τον άρρωστο, που έχει καρκίνο, πρέπει να είναι περισσότερο από ένας έμπειρος τεχνικός. Πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει το συνάνθρωπο και του προσφέρει τον εαυτό της με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την ανθρωπιά της. Για να μπορέσει όμως να το επιτύχει αυτό χρειάζεται: 1. γνώσεις, 2. φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική, 3. ικανοποίηση (θετική ενίσχυση) και 4. βοήθεια και υποστήριξη (βοήθεια από κάποιον που βρίσκεται πολύ κοντά της). Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική περιλαμβάνει εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναπόφευκτου του θανάτου. Πιο μεγάλη σημασία έχει να πιστεύει πως μπορεί να βοηθήσει τους άλλους με ότι είναι, με ότι γνωρίζει και με ότι έχει τη δύναμη να κάνει».

Η ικανότητα του καρκινοπαθή να αντιμετωπίσει την κατάσταση του επηρεάζεται από παράγοντες όπως η ηλικία, το πολιτιστικό του επίπεδο, η βοήθεια και η υποβάσταξη που του προσφέρετε στο σύστημα υγείας και η πείρα από αρρώστια στο παρελθόν. Τα προβλήματα του αρρώστου είναι ανάλογα με το στάδιο της αρρώστιας και το είδος της θεραπείας που εφαρμόζετε.^{16,28}

3. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η μετεγχειρητική αποκατάσταση μιας μαστεκτομής είναι πολύπλευρη και πολυμερής (σωματική, ψυχική, κοινωνική) και η συμβολή του νοσηλευτή σ' αυτή θεωρείται σημαντική και αναγκαία.

Η μαστεκτομή είναι μια επέμβαση που φέρνει το άτομο αντιμέτωπο με μια ασθένεια η οποία είναι συνυφασμένη με το φόβο, την αβεβαιότητα ακόμα και το θάνατο. Η μετεγχειρητική πορεία εξαρτάται και από την προσωπικότητα της γυναίκας, τη συναισθηματική επένδυση που έχει κάνει στο μαστό της καθώς και τα μηνύματα που δέχεται από το περιβάλλον της. Δυστυχώς όμως σε πολλές περιπτώσεις ακόμα και σήμερα η γυναίκα προχωράει στο χειρουργείο απροετοίμαστη συναισθηματικά και υποχρεώνετε έτσι να δεχτεί παθητικά ότι γίνεται στο σώμα της. Η διαπίστωση της αφαίρεσης του μαστού της προκαλεί αρκετά ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα με όλες τις συνέπειες όπως κατάθλιψη, αίσθημα μειονεκτικότητας, έλλειψη αυτοεκτίμησης, αϋπνίες και άγχος.

Η επισυμβαίνουσα αλλαγή στο σώμα της αποτελεί απειλή για την εικόνα σώματος με αποτέλεσμα να αισθάνεται ανάξια ως άτομο, απωθητική, αποκρουστική και ανίκανη να αγαπηθεί και να αξιολογηθεί ως ανθρώπινη οντότητα. Έρχεται δε σε σύγκρουση με το επιβαλλόμενο πρότυπο ομορφιάς και θηλυκότητας.^{29,30}

ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ- ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η μετεγχειρητική αποκατάσταση αρχίζει άμεσα από τη στιγμή που η ασθενής επανέρχεται από το χειρουργείο στο νοσηλευτικό τμήμα. Η νοσηλεύτρια γνωρίζει ότι τα μέσα για την ταχεία και ομαλή επιστροφή της γυναίκας στο κοινωνικό περιβάλλον είναι:

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

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

γ) Να βοηθηθεί στη βελτίωση της σωματικής εικόνας με τα υπάρχοντα και διαθέσιμα μέσα.

Προβαίνει έτσι στα εξής:

α) Ψυχική Αποκατάσταση

1. Μέσα από τη συζήτηση επικεντρώνετε στα διάφορα συναισθήματα της γυναίκας παρέχοντας την ευκαιρία εξωτερίκευσης αυτών καθώς επίσης ενθαρρύνει την έκφραση απόψεων σχετικά με την απώλεια του μέλους του σώματος και της λειτουργίας του, την αίσθηση πληρότητας και θηλυκότητας που παρείχε στο παρελθόν, με σκοπό να προάγει την αποδοχή και να μειώσει την άρνηση. Γίνετε καλή ακροάτρια και δέχεται αυτά που λέγονται δίχως να λαμβάνει προσωπικά υπ' όψιν της τον αρνητισμό, την ευερεθιστότητα ή την επιθετικότητα.

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

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

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

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

6. Διδάσκει κατάλληλες τεχνικές αυτοεξέτασης του μαστού ως μέσο πρόληψης και διάγνωσης κακοηθών όγκων, λόγω του αυξημένου στατιστικά κινδύνου επανεμφάνισης τους. Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό γνωστοποιώντας τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες που προσήλθαν στο στάδιο i με ποσοστό θεραπείας 90%, σε αντίθεση με εκείνες που προσήλθαν στο στάδιο iv με ποσοστό 24%.

7. Ανακαλύπτει και υποστηρίζει την επιθυμία της ασθενούς να ζήσει όσο το δυνατόν περισσότερο και να εξακολουθήσει το ρυθμό της ζωής της όπως και πρώτα.

β) Πρόληψη Επιπλοκών και Παραμορφώσεων

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

Πρόληψη λοίμωξης

1. Πρέπει να αποφεύγονται εμβολιασμοί, ενέσεις, αιμοληψίες, τοποθέτηση ορών στο προσβεβλημένο χέρι. Αν κάποιο από τα παραπάνω κριθεί αναγκαίο, η ίδια η ασθενής πρέπει να υπενθυμίσει στο γιατρό ή τη νοσηλεύτρια τη χρησιμοποίηση του άλλου χεριού.
2. Πρέπει να περιποιείται υπάρχοντα κοψίματα και γδαρσίματα και να τα πλένει με αντισηπτικό.
3. Να λαμβάνει κατά τη διάρκεια του μαγειρέματος προφυλακτικά μέτρα ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος του καψίματος, κατά δε την επαφή με τον φούρνο να φορά πάντα προστατευτικά γάντια.
4. Να δίνει ιδιαίτερη προσοχή στη χρήση των μαχαιριών της κουζίνας, στο σιδέρωμα, στο ράψιμο και στο κέντημα.
5. Προκειμένου να κόβονται οι παρωνυχίδες, είναι καλύτερο να χρησιμοποιείται κρέμα λανολίνης για να διατηρούνται μαλακές. Προσοχή στο κόψιμο και λιμάρισμα των νυχιών.
6. Αν καπνίζει πρέπει να ανάβει και να κρατά το τσιγάρο με το άλλο χέρι.
7. Να περιμένει τη συγκατάθεση του γιατρού για τη χρήση αποτριχωτικής μηχανής, κρεμών ή αποσμητικών στη μασχάλη του προσβεβλημένου χεριού. Έως ότου επουλωθεί η χειρουργική τομή τα χημικά που περιέχουν οι κρέμες και τα αποσμητικά είναι δυνατόν να ερεθίσουν την περιοχή.

Πρόληψη οιδήματος

- 1.Καθημερινή άσκηση του χεριού, ώμου – αγκώνα – καρπού και δακτύλων.
- 2.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.
- 3.Συνίσταται η 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) και αυτό γιατί η βαρύτητα βοηθάει την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός οιδήματος.
- 4.Απαγορεύεται η μέτρηση της πίεσης στο σύστοιχο προς τη μαστεκτομή χέρι, όπως επίσης πρέπει να αποφεύγονται η σάουνα και το εντατικό μασάζ.
- 5.Να αποφεύγονται τα ρούχα και τα κοσμήματα τα οποία περιορίζουν την κινητικότητα και τη σωστή κυκλοφορία του αίματος και της λέμφου.
- 6.Όσον αφορά την ηλιοθεραπεία, η έκθεση της περιοχής στον ήλιο πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή, σταδιακά και αφού καλυφθεί με αντηλιακό μεγάλου δείκτη προστασίας ώστε να αποφευχθούν εγκαύματα.
- 7.Συνίσταται άμεση επίσκεψη στο γιατρό, αν παρουσιασθεί ερυθρότητα ή οίδημα στο χέρι. Φροντίζει για τη σταδιακή κινητοποίηση και δραστηριοποίηση της γυναίκας.
8. Στη μαστεκτομηθείσα λόγω περιορισμού της κινητικότητας της αντίστοιχης προς τη μαστεκτομή πλευράς, η πρόληψη της μόνιμης

σύσπασης των μυών η οποία οδηγεί στη δημιουργία παραμορφώσεων και στη μείωση της λειτουργικότητας, είναι ζωτικής σημασίας.

Η νοσηλεύτρια:

1.Κινητοποιεί την ασθενή όταν περάσουν οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αναισθησίας.

2.Μετά το πρώτο 24ωρο, αρχίζει η έναρξη παθητικών ασκήσεων οι οποίες περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση δακτύλων. Σκοπός τους είναι η πρόληψη των μυικών συσπάσεων και η διατήρηση της κινητικότητας και του μυικού τόνου.

3.Το εύρος και η ένταση των ασκήσεων αυξάνονται προοδευτικά ώστε να μην συνοδεύονται από πόνο και να μη δυσχεραίνετε η ασθενής.

4.Κατά την εκτέλεση ενθαρρύνετε η αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα καθώς και η διατήρηση της σωστής θέσης του σώματος η οποία προάγει την καλή μηχανική του.

5.Μετά την τέταρτη – πέμπτη μετεγχειρητική μέρα αρχίζει ειδικό πρόγραμμα διδασκαλίας και εκμάθησης ασκήσεων αποκατάστασης με σκοπό να εξασφαλιστεί η πλήρης κινητικότητα της άρθρωσης του ώμου της προσβεβλημένης πλευράς και η αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μυών που έπαθαν κάκωση.

6.Διδάσκει την ασθενή να αρχίζει με απλές ασκήσεις όπως: να χτενίζει τα μαλλιά της χωρίς να σκύβει το κεφάλι ή να κρατά ένα λαστιχένιο μπαλάκι και να το σφίγγει δυνατά, κατόπιν να χαλαρώνει και να επαναλαμβάνει.^{29,31}

7.Ακολουθεί η εκμάθηση δυσκολότερων ασκήσεων όπως:

Κινήσεις του βραχίονα

- Η ασθενής στέκεται όρθια και φέρνει τους βραχίονες σε απαγωγή.
- Λυγίζει τους αγκώνες και ακουμπά τα δάχτυλά της πίσω στον τράχηλο.
- Φέρνει τους αγκώνες μπροστά ώστε να ακουμπήσουν.
- Επαναφέρει τους βραχίονες στη δεύτερη στάση.
- Λύνει τα δάχτυλά της και κάνει απαγωγή των βραχιόνων.
- Παίρνει την αρχική της στάση, ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.

Κινήσεις προς την πλάτη

- Σε όρθια θέση βάζει τα χέρια της στη μέση για ισορροπία.
- Λυγίζει τον αγκώνα και φέρνει το προσβεβλημένο χέρι πίσω στην πλάτη, έως ότου τα δάχτυλά της φτάσουν στην αντίθετη ωμοπλάτη.
- Επαναφέρει τα χέρια της στην αρχική θέση, ξεκουράζετε και επαναλαμβάνει.

Κινήσεις εκκρεμούςς

- Από την όρθια θέση λυγίζει το σώμα της μπροστά κρεμώντας τα χέρια της προς το πάτωμα.
- Κουνάει τα χέρια της χαλαρά και ελεύθερα σαν εκκρεμές.

Κινήσεις κουπιού

- Από την όρθια θέση λυγίζει το σώμα της μπροστά, κρεμώντας τα χέρια της προς το πάτωμα.
- Κατόπιν φέρνει το δεξί της χέρι μπροστά πάνω από το κεφάλι και το αριστερό της χέρι πίσω, χωρίς να λυγίζει τους αγκώνες.
- Κάνει συνεχώς αυτή την άσκηση εναλλάσσοντας τα χέρια της.

Αναρρίχηση στον τοίχο

- Στέκεται όρθια, γυρισμένη προς τον τοίχο με τα δάχτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο, όσο πιο κοντά είναι δυνατόν.
- Λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο, ισιώνοντας τους ώμους.
- Υψώνει τα χέρια της πάνω στον τοίχο, παράλληλα μεταξύ τους τόσο, ώστε οι βραχίονες να τεντωθούν πλήρως.
- Επαναφέρει τα χέρια της στην αρχική θέση.

Γύρισμα σκοινάκι

- Δένει σφιχτά στο χερούλι της πόρτας ένα σκοινί τρία μέτρων περίπου.
- Στέκεται δύο μέτρα μακριά από την πόρτα και πιάνει με το προσβεβλημένο χέρι την άκρη του σκοινιού αφού πρώτα δημιουργήσει σ' αυτήν ένα κόμπο.
- Βάζει το άλλο χέρι στη μέση για να βοηθήσει την ισορροπία της.
- Γυρίζει με μικρούς κύκλους στην αρχή το σκοινί. Οι κύκλοι σιγά σιγά μέχρι οι κινήσεις να γίνονται από τον ώμο. Γι' αυτό πρέπει να κρατάει το χέρι της τεντωμένο.

Κινήσεις τροχαλίας

- Παίρνει ένα σκοινί ή μια γερή ζώνη από ύφασμα και την περνάει από ένα ψηλό στοιχείο, αφού κάνει στις άκρες δύο κόμπους.
- Στέκεται όρθια ανάμεσα στο σκοινί και κρατώντας τους κόμπους κάνει απαγωγή των βραχιόνων.
- Κατεβάζει το γερό χέρι προς τα κάτω έτσι ώστε ταυτόχρονα να ανεβαίνει το χειρουργημένο ψηλότερα.
- Κρατά τα χέρια της τεντωμένα, ξεκουράζετε και επαναλαμβάνει.

Ανύψωση των βραχιόνων και τέντωμά τους

- Κρατά από τις άκρες με τις δύο παλάμες της μια ομπρέλα ή ένα ραβδί και το φέρνει πίσω στο κεφάλι της.
- Οι βραχίονες υψώνονται από το ύψος του λαιμού ως πάνω από το ύψος της κεφαλής.
- Η άσκηση επαναλαμβάνετε μέχρι να επιτευχθεί πλήρης ευθειασμός των βραχιόνων.
- Εν συνεχεία, επαναφέρει τους βραχίονες στην αρχική τους θέση.

γ) Χρήση προσθηκών μετά από μαστεκτομή ως μέσο βελτίωσης και αποκατάστασης της σωματικής εικόνας

Προσωρινή προσθήκη

Γνωρίζοντας τη μεγάλη σημασία που έχει για κάθε γυναίκα η σωματική της ακεραιότητα και ιδιαίτερα η διάθεση των μαστών της, βοηθείται και υποστηρίζεται η μαστεκτομηθείσα όχι μόνο να επανακτήσει την ψυχική της ισορροπία, αλλά και να οδηγηθεί στην μετεγχειρητική απόκτηση της συμμετρίας της όσο το δυνατό πιο γρήγορα. Αυτή μπορεί να αποκατασταθεί με τη χρησιμοποίηση προσωρινής προσθήκης στο νοσοκομείο ή στο σπίτι.

1. Στο νοσοκομείο: Η προσθήκη, πριν από την αφαίρεση των επιδέσμων, σταθεροποιείται στο νυχτικό δίνοντας κάποια συμμετρία. Πρέπει να

τοποθετείται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο με τον υπάρχοντα μαστό. Μετά την αφαίρεση του επιδεσμικού υλικού η προσθήκη τοποθετείται μέσα στο στήθοςδεσμο.

Για να κρατηθεί αυτή η πρόχειρη προσθήκη στην κανονική της θέση, μπορεί να προσαρτηθεί ένα κομμάτι λάστιχο σε σχήμα V στο κάτω μέρος του στήθοςδεσμου και να στερεωθεί στη συνέχεια στη ζώνη ή να ραφτούν εσωτερικά δύο υφασμάτινες ταινίες και να τοποθετηθεί ανάμεσα.

2.Στο σπίτι: Η κάθε προσπάθεια της γυναίκας αποσκοπεί στο να επανακτήσει τη θηλυκότητά της. Ενημερώνεται να μη φοράει στενά ρούχα, αλλά ρούχα που την κολακεύουν, όπως ριγέ μπλούζες ή φορέματα.

Για να φορέσει μαγιό, συνίσταται η εσωτερική τοποθέτηση και στήριξη ενός σφουγγαριού κομμένου στο κατάλληλο σχήμα, το οποίο αντικαθιστά το χαμένο μαστό.

Μόνιμη προσθήκη

Η τοποθέτηση μόνιμης προσθήκης πρέπει να διενεργηθεί την καταλληλότερη περίοδο μετά τη μαστεκτομή, συνήθως δηλαδή 6 – 12 μήνες. Η ανασύσταση αναμένουμε να οδηγήσει σε συμμετρικό αποτέλεσμα και πρέπει να γίνει έτσι ώστε να αφήσει κατά το δυνατόν μικρότερη ουλή. Η εφαρμογή και η επιτυχία της εξαρτάται από ορισμένους παράγοντες όπως:

1.Επιθυμία του ατόμου: Θεωρείται αυτονόητη, παρόλο που όχι σπάνια η ασθενής επιθυμεί πρωτίστως να απαλλαγεί από τον καρκινοπληγέντα

μαστό και τον καρκίνο γενικότερα. Πολλές φορές, η επιθυμία για αποκατάσταση μένει ανεκπλήρωτη διότι δεν υπάρχει ειδικός πλαστικός χειρουργός ή τυγχάνει ο χειρουργός να έχει αντίθετη γνώμη.

2.Ηλικία: Συνήθως, νεότερες γυναίκες επιζητούν συχνότερα και νωρίτερα αποκατάσταση του μαστού τους για ευνόητους λόγους.

3.Μέγεθος του όγκου: Μεγάλοι όγκοι με διάμετρο άνω των 4cm², συνοδεύονται από υψηλότερη πιθανότητα τοπικής υποτροπής, γεγονός που μεταθέτει το χρόνο αποκατάστασης.

4.Λεμφαδενική κατάσταση: Όταν η μασχάλη είναι προσβεβλημένη, μεγάλης προγνωστικής αξίας είναι ο αριθμός των αδένων, διότι ενώ για N=0 το ποσοστό τοπικής υποτροπής είναι μόνο 2%, για N>10 το ποσοστό ανεβαίνει στο 35%. Σε αυτή την περίπτωση βέβαια, φρόνιμο είναι να περιμένει κανείς.

5.Ιστολογική εικόνα: Όγκοι που θεωρούνται πολυκεντρικοί, αποτελούν αντένδειξη για άμεση αποκατάσταση.

6.Βιολογική και τοπική συμπεριφορά του όγκου: Όγκοι με ταχεία εξέλιξη και έντονες τοπικές αλλοιώσεις όπως οίδημα, φλεγμονή, νεκρωτικές εστίες, πολύ συχνά καταλήγουν σε τοπική υποτροπή.

7.Σχήμα θεραπείας: Το είδος της χειρουργικής επέμβασης και η εφαρμογή άλλων μορφών θεραπείας, π.χ. ακτινοθεραπείας, αναβάλλουν την αποκατάσταση.²⁹

Οι μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού είναι:

1. Απλή τοποθέτηση ενθέματος σιλικόνης. Χρησιμοποιούνται σάκοι από σιλικόνη η οποία είναι αδρανές υλικό και οι οποίοι γεμίζονται από τον χειρουργό με την τοποθέτησή τους στο μαστό, ανάλογα με το επιθυμητό μέγεθος είτε με το υλικό σε ζελατινώδη κατάσταση, είτε με υγρό μεγάλου μοριακού βάρους. Οι τελευταίες βελτιώσεις στα μαστικά ενθέματα αφορούν στην κατασκευή μοσχευμάτων, όπου ο κεντρικός χώρος είναι γεμάτος σιλικόνη ενώ ο περιφερικός χώρος γεμίζεται με φυσιολογικό ορό.

2. Αποκατάσταση με κρημνούς. Η μεταφορά στην περιοχή της μαστεκτομής δέρματος καλής ποιότητας προϋποθέτει η περιοχή αυτή να μην παρουσιάζει προβλήματα όπως, πλατιά και καθηλωμένη ουλή, ατροφικό δέρμα, μετακτινικές αλλοιώσεις, οιδήματα κ.λπ. Οι κρημνοί που χρησιμοποιούνται είναι:

- Μυοδερματικός κρημνός από τον πλατύ ραχιαίο μυ.
- Κρημνοί από τον ορθό κοιλιακό μυ.
- Διάφοροι άλλοι κρημνοί, π.χ. οριζόντιος θωρακο-επιγαστρικός δερματικός κρημνός.

1. Αποκατάσταση με διατατήρες ιστών. Δίνετε η δυνατότητα διάτασης του δέρματος στην περιοχή της μαστεκτομής. Η μέθοδος αυτή, όπου μπορεί να εφαρμοστεί, υπερτερεί σημαντικά των άλλων μεθόδων για τους παρακάτω λόγους:

- Χρησιμοποιείται δέρμα της ίδιας της περιοχής και όχι ετερότοπο που διαφέρει σε σύσταση, απόχρωση κ.λπ.
- Δεν δημιουργείται δευτερογενές δερματικό και μυικό έλλειμμα σε άλλες περιοχές και συνεπώς ούτε νέες ουλές.
- Δεν δημιουργούνται λειτουργικά ελλείμματα στα σημεία από όπου θα αφαιρούνταν οι μυοδερματικοί ή οι μυικοί κρημνοί.
- Με την κατάλληλη επιλογή του διατατήρα, υπάρχει ευχέρεια προσαρμογής σε μέγεθος, σχήμα και βαθμό διάτασης.
- Η φυσική επιβάρυνση της ασθενούς είναι μικρή διότι, η επέμβαση είναι βραχύχρονη, η παραμονή στο νοσοκομείο σύντομη και η πιθανότητα επιπλοκών σχετικά μικρή.

Όσον αφορά τον παραμένοντα μαστό, η πορεία του σχετίζεται απολύτως με το τι έχει γίνει ή τι θα γίνει στην πλευρά της μαστεκτομής, αλλά σε γενικές γραμμές ο άλλος μαστός μπορεί:

- να μένει ως έχει,
- να μειωθεί σε όγκο,
- να διαφοροποιηθεί ως προς το σχήμα του και ως προς το ύψος της θηλής,
- να μεγαλώσει (με προσθετική πλαστική, πράγμα ασύνηθες).

Μέθοδοι για την αποκατάσταση της θηλής και της θηλαίας άλω:

Η αποκατάσταση θηλής\ θηλαίας άλω καθυστερεί 2-3 μήνες και πραγματοποιείται συνήθως ταυτόχρονα με τη χειρουργική επέμβαση συμμετρίας στον άλλο μαστό.

Για την αποκατάσταση της άλω, μπορεί να χρησιμοποιηθεί δισκοειδές μόσχευμα από τα μικρά χείλη του αιδοίου ή την έσω επιφάνεια του μηρού, ανάλογα με την απόχρωση που επιδιώκεται, ή ακόμα μπορεί να χρησιμοποιηθούν και μοσχεύματα από την άλλη θηλή.

Για τη δημιουργία της θηλής, μπορεί να χρησιμοποιηθούν σύνθετα μοσχεύματα από το λοβίο του αυτιού ή τεχνητή θηλή από ελαστικό, η οποία επικολλάται στο μαστό.²⁹

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοηθών νεοπλασμάτων, προκαλούν ναυτία, εμετούς, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών.

Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, από τη στοματική κοιλότητα ως το κόλο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά, σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το νευρικό σύστημα.

Προβλήματα του αρρώστου

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλετε στη μειωμένη παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες.
2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις.
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο.
4. Διαταραχή υγρών- ηλεκτρολυτών, δυνητική.
5. Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ύπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος.
6. Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου.

Σκοποί της φροντίδας

1. Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας.
2. Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος.
3. Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους.

Παρέμβαση

1. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.
2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία.
3. Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
4. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
5. Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά.
6. Προσεκτική φροντίδα στόματος.
7. Προστασία αρρώστου από μολύνσεις.
8. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο κεντρικό νευρικό σύστημα, τους νεφρούς ή το ήπαρ.
9. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.

- 10.Βοήθεια του αρρώστου να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.
- 11.Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
- 12.Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.^{20,32}

5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλετε σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έρθει σε επαφή με τον άρρωστο της. Από τη στιγμή αυτή, η νοσηλεύτρια με την ευσυνείδητη αγάπη της, το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της θέσης του αρρώστου και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει άρρωστο στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρονται:

- 1.στην ενημέρωση του αρρώστου για τη θεραπεία
- 2.στην προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για τη θεραπεία
- 3.στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της και

4.στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.

Για την προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοστεί εξωτερική ακτινοθεραπεία γίνονται οι πιο κάτω εφαρμογές.

Η νοσηλεύτρια:

- Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε, τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, το σκοπό της θεραπείας και τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει.
- Αξιολογεί τι και πως αντιλαμβάνεται ο άρρωστος το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει σε συνεργασία με το γιατρό.
- Βεβαιώνεται πως ο άρρωστος έχει καταλάβει να μη βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο, που θα γίνει η ακτινοθεραπεία.
- Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία και εμετούς ή άλλη αντίδραση, ώστε να τη διαγνώσει έγκαιρα και είναι έτοιμη να τον βοηθήσει κατάλληλα.
- Χορηγεί στον άρρωστο αναλγητικά πριν τη θεραπεία, αν χρειάζεται, επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και τον προστατεύει από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων. Το πιο ουσιαστικό μέρος της προετοιμασίας του αρρώστου για την εφαρμογή της

εξωτερικής ακτινοβολίας είναι η απάντηση στα ερωτήματά του που συνήθως είναι τα εξής:

- Πονάει η ακτινοθεραπεία;
- Τι θα πρέπει να κάνει κατά το διάστημα της θεραπείας;
- Θα είναι μόνος του κατά τη διάρκεια της θεραπείας;
- Αν δεν αισθάνομαι καλά κατά το διάστημα της θεραπείας και έχω ανάγκη από βοήθεια τι θα κάνω;
- Θα εκπέμπω ακτινοβολία μετά τη θεραπεία; Αν ναι, θα πρέπει να είμαι απομονωμένος;

Η απάντηση στα πιο πάνω, αλλά και στα άλλα σχετικά ερωτήματα του αρρώστου μειώνει την ανησυχία και το άγχος, τον βοηθάει να συνεργαστεί με το προσωπικό της ομάδας υγείας και να αξιοποιηθούν όλες οι δυνατότητες για την επιτυχία της. Πριν αρχίσει η εξωτερική ακτινοθεραπεία, ο άρρωστος που αυτοεξυπηρετείται, ενημερώνετε και εκπαιδεύετε στα πιο κάτω:

1. Η περιοχή της ακτινοβολίας:

- Διατηρείται στεγνή
- Πλένετε με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζετε το δέρμα, αποφεύγετε η τριβή
- Δεν βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός και αν υπάρχει ιατρική εντολή
- Τόσο κατά την θεραπεία όσο και μετά από αυτήν πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας.
- Προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο

- Αποτριχώνεται μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα αποφεύγετε η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο
- Δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό

1. Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει τη θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος.

2. Το διαιτολόγιο του πρέπει να είναι ελαφρό, να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.

3. Μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας που κάνει δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνος και επιστρέφει στο θάλαμό του.

Το τμήμα ακτινοθεραπείας βρίσκεται σε υπόγειους ορόφους με ειδικές κτιριακές εγκαταστάσεις όπως τοίχοι από παχύ στρώμα τσιμέντου, επενδυμένο όταν χρειάζεται με μόλυβδο όπως και οι πόρτες.

Η προετοιμασία του αρρώστου για την εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας έχει σχέση με τον τρόπο χορήγησής της. Όταν το ραδιοϊσότοπο πρόκειται να εμφυτευθεί σε ιστό ή σε κοιλότητα οργάνου, ο άρρωστος προετοιμάζεται για χειρουργείο. Δεν χρειάζεται ειδική προετοιμασία όταν το ραδιοϊσότοπο χορηγείται από το στόμα ή ενδοφλέβια ή μπαίνει μέσα σε κοιλότητα. Πάντοτε όμως ο άρρωστος ενημερώνεται για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας του. Μετά την εφαρμογή ή χορήγηση του ραδιοϊσότοπου ο άρρωστος έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα. Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται

στον ανθρώπινο οργανισμό, ο άρρωστος απομονώνετε, επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή, που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί ή να αφαιρεθεί.

Σημεία που θα βοηθήσουν τη νοσηλεύτρια στην προσφορά ακίνδυνης για τον εαυτό της και τους άλλους νοσηλευτικής φροντίδας στον άρρωστο που του έχει εφαρμοστεί θωρακισμένο ή μη θωρακισμένο ραδιοϊσότοπο είναι τα εξής:

- Ενημερώνετε από το φάκελο του αρρώστου για το είδος του ραδιοϊσότοπου που θα χρησιμοποιηθεί, τον τύπο της πηγής, τον τρόπο χορήγησης, την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, το σημείο εφαρμογής και τον αριθμό των ημερών που ο άρρωστος πρέπει να απομονωθεί.
- Γνωρίζει πως σε περίπτωση εφαρμογής θωρακισμένου ραδιοϊσότοπου, το ραδιοϊσότοπο δεν κυκλοφορεί στο σώμα του αρρώστου και επομένως, δεν μολύνει τα ούρα, το αίμα, τους εμετούς ή τον ιδρώτα και έτσι δεν λαμβάνει κανένα μέτρο προστασίας στο χειρισμό τους.
- Η μόλυνση από θωρακισμένη πηγή προκαλείται από την άμεση επαφή με την πηγή και από την ακτινοβολία που εκπέμπει ο ιστός που ακτινοβολείται.
- Γνωρίζει τον χρόνο που υποδιπλασιασμού, το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει και όταν πρόκειται για μη θωρακισμένη πηγή τον τρόπο μεταβολισμού και απέκκρισης του ραδιοϊσότοπου που χρησιμοποιείται.
- Ενημερώνεται για τους κανονισμούς του νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφάλειας που εφαρμόζονται όταν χρησιμοποιείται

ραδιενέργεια, τις οδηγίες σχετικά με το συγκεκριμένο ραδιοϊσότοπο και με ποιόν θα έρθει σε επαφή σε περίπτωση μολύνσεως χώρου και αντικειμένων.

- Νοσηλεύεται ο άρρωστος σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με τη στάση των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούθησης του αρρώστου, ραδιόφωνο και τηλεόραση. Οι τοίχοι, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν την μόλυνση του περιβάλλοντος. Ενημερώνεται ο άρρωστος πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό, γιατί εφαρμόζεται και πως με το τηλέφωνο και την τηλεόραση θα μειωθεί το αίσθημα της απομόνωσης.
- Νοσηλεύει τον άρρωστο με μπλούζα και γάντια, τα οποία βάζει σε δοχεία από μολύβι, πριν φύγει από τον θάλαμο.
- Ενημερώνει τους συγγενείς και γνωστούς του αρρώστου για τον τρόπο επικοινωνίας με τον άρρωστο, εξηγεί τον σκοπό του μέτρου αυτού και τους παροτρύνει να επικοινωνούν τηλεφωνικά μαζί του ώστε να περιοριστεί το αίσθημα της μοναξιάς.
- Στην πόρτα του δωματίου, και στον φάκελο του αρρώστου, τοποθετείται το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας.
- Κατά την προσφορά νοσηλείας στον άρρωστο η νοσηλεύτρια γνωρίζει και λαμβάνει τα προστατευτικά μέτρα, απόσταση και χρόνος, για τον εαυτό της χωρίς όμως να εγκαταλείπεται ο άρρωστος.
- Όλοι που εργάζονται σε χώρο που υπάρχει ακτινοβολία φορούν μετρητή έκθεσης σε ακτινοβολία που ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς. Όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο που τον χρησιμοποιεί πήρε περισσότερη από την ανεκτή ποσότητα

ακτινοβολίας, απομακρύνεται περιοδικά από τον χώρο ακτινοβολίας.

- Σε περίπτωση μόλυνσης του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, που η πηγή της βρίσκεται στον άρρωστο, ειδοποιείται αμέσως η αρμόδια υπηρεσία του ιδρύματος για να ενεργήσει ανάλογα.
- Αν θωρακισμένη πηγή ραδιοϊσότοπου έφυγε από την θέση που φυτεύτηκε ή τοποθετήθηκε και βρίσκεται στο κρεβάτι του αρρώστου ή το δάπεδο, πιάνεται με ειδικές μακριές λαβίδες και τοποθετείται στη θήκη της.
- Ποτέ μην πιάνετε ραδιενεργό πηγή με γυμνά χέρια.
- Πριν πεταχτεί επιδεσμικό υλικό που καλύπτει τραύμα μέσω του οποίου έγινε εμφύτευση θωρακισμένης πηγής ραδιενέργειας ελέγχεται το υλικό για εκτόπιση της πηγής. Αν στο επιδεσμικό υπάρχει η πηγή, ο χειρισμός της γίνεται όπως αναφέρεται πιο πάνω.
- Αν υπάρχει υπόνοια μόλυνσης του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, εντοπίζεται η μόλυνση με ειδικά όργανα από την αρμόδια υπηρεσία, η οποία πρέπει να ενημερώνεται συνέχεια.¹⁶

6. ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο έχει ήδη γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς, χωρίς αυτό να σημαίνει πως όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδίκευσης. Η ανάγκη της ειδίκευσης αυτής του νοσηλευτικού προσωπικού δημιουργήθηκε από το γεγονός ότι όλοι αντιλαμβάνονται πώς:

- Το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει εξειδικευμένες γνώσεις και ανάλογη πείρα στη νοσηλεία του αρρώστου με καρκίνο, ικανοποιεί μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχοκοινωνικών αναγκών του αρρώστου με καρκίνο.
- Οι ευθύνες της νοσηλεύτριας στη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου στην οποία περιλαμβάνεται και η αποκατάσταση, δεν περιορίζονται μόνο στο νοσοκομείο, αλλά επεκτείνονται και στο σπίτι του αρρώστου.
- Ο ρόλος της νοσηλεύτριας, εκτός από τον άρρωστο, επεκτείνεται στην προσφορά σωστής βοήθειας και στα μέλη της οικογένειας του αρρώστου και στους οικείους του, και
- Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας είναι πολύ ουσιαστικός.

Η ανάγκη της καλύτερης ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού στην ογκολογική νοσηλευτική οδήγησε στην ίδρυση Κοινωνίας Ογκολογικής Νοσηλευτικής με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων και αλληλοβοήθειας.

Παράλληλα συνέχεια γίνονται νοσηλευτικές έρευνες για μια πιο ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στον άρρωστο με καρκίνο. Βέβαια, σήμερα είναι αδύνατον όλοι οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο να νοσηλεύονται από ειδικευμένη νοσηλεύτριες που νοσηλεύουν αρρώστους με καρκίνο να γνωρίζουν ότι καινούριο υπάρχει στη νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με καρκίνο.^{16,33}

7.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, καθώς και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟ

Η κυρία Π. Α. είναι 40 ετών και πάσχει από καρκίνο του μαστού. Έχει υποστεί μαστογραφίες και ακτινοθεραπείες. Εισήχθη στη κλινική με σιδηροπενική αναιμία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1) Καταβολή δυνάμεων

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ

- Σωματική τόνωση

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- Διατήρηση ενεργειακού ισοζυγίου για τον περιορισμό της υποξίας των ιστών
- Ενίσχυση δραστηριοτήτων που δεν προκαλούν κόπωση
- Δημιουργία δυνατοτήτων συχνών χρονικών περιόδων αναπαύσεως

ΕΦΑΡΜΟΓΗ

- Χορήγηση οξυγόνου
- Κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου
- Αναπαυτική θέση στο κρεβάτι
- Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος για τη σωστή ανάπαυση του ασθενούς
- Αποφυγή συγκινήσεων

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

- Ανάκτηση δυνάμεων
- Μείωση του αισθήματος της κόπωσης

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

2)Στοματίτιδα

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ

- Ανάκτηση της υγιεινής του στόματος

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- Καθαριότητα στοματικής κοιλότητας
- Χορήγηση κατάλληλων τροφών
- Χορήγηση σκευασμάτων σιδήρου από το στόμα
- Αποφυγή υγρών σκευασμάτων σιδήρου

ΕΦΑΡΜΟΓΗ

- Αντισηψία
- Διατήρηση υγρού του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας
- Χορήγηση ελαφράς και εύπεπτης τροφής πλούσιας σε σίδηρο
- Χορήγηση σκευάσματος LEGOFER διότι τα υγρά σκευάσματα απαιτούν συχνές πλύσεις του στόματος

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

- Εξάλειψη των παραγόντων που προκάλεσαν την στοματίτιδα

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

3) Ωχρότητα δέρματος

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ

- Ανάκτηση του χρώματος του δέρματος

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- Χορήγηση κατάλληλης τροφής
- Χορήγηση άφθονων υγρών
- Χορήγηση σκευασμάτων σιδήρου από το στόμα

ΕΦΑΡΜΟΓΗ

- Τα γεύματα είναι μικρά και συχνά, πλούσια σε σίδηρο
- Χορήγηση σκευάσματος FEROFOLIC υπό τη συνοδεία βιταμίνης C ή χυμού πορτοκαλιού που διευκολύνουν την απορρόφηση του

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

- Αύξηση του σιδήρου στον ορό του αίματος
- Ανάκτηση του χρώματος του δέρματος

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

4) Δύσπνοια

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ

- Αντιμετώπιση δύσπνοιας

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση
- Χορήγηση κατάλληλης τροφής
- Προφύλαξη του ασθενούς από άσκοπη προσπάθεια

ΕΦΑΡΜΟΓΗ

- Ανύψωση του πάνω μέρους του κρεβατιού
- Αποφυγή δύσπεπτων τροφών
- Αποφυγή μεγάλων γευμάτων
- Ελαφρά και ζεστά ρούχα
- Χορήγηση οξυγόνου

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Ανάκτηση φυσιολογικής αναπνευστικής λειτουργίας

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η κυρία Χ. Α. είναι 60 ετών και πάσχει από καρκίνο του μαστού. Έχει υποστεί μαστογραφίες και ακτινοθεραπείες και σε τελικό στάδιο υποβλήθηκε σε μαστεκτομή. Εισήχθη στη κλινική με αναπνευστική δυσλειτουργία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1)Κόπωση εξαιτίας ενοχλητικών συμπτωμάτων

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ

Μείωση αναπνευστικού έργου

Σωματική τόνωση

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Απομάκρυνση κάθε παράγοντα που επιβαρύνει το αναπνευστικό έργο(πυρετό, δύσπνοια, stress)

Μείωση προσπάθειας κατά την αναπνοή

Διατήρηση απέκκρισης

ΕΦΑΡΜΟΓΗ

- Απομάκρυνση ενοχλητικών παραγόντων
- Αποφυγή μεγάλων γευμάτων
- Βοήθεια στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων
- Εξασφάλιση καλού ύπνου
- Μέτρηση ζωτικών σημείων και εκτίμηση της ανοχής του

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

- Αντιμετώπιση της κόπωσης και σωματική τόνωση της ασθενούς

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

2) Δύσπνοια

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ

- Διατήρηση ανοιχτού αεραγωγού
- Ανάκτηση φυσιολογικής αναπνευστικής λειτουργίας

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- Απομάκρυνση των εκκρίσεων από τον αεραγωγό

ΕΦΑΡΜΟΓΗ

- Επαρκής ενυδάτωση
- Χορήγηση φαρμάκων σε μορφή αερολύματος
- Φροντίδα της μύτης
- Ενθάρρυνση της ασθενούς να βήχει σε καθιστή θέση
- Μέτρηση ζωτικών σημείων

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

- Αντιμετώπιση της δύσπνοιας
- Σωστή αναπνευστική λειτουργία

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

3) Ψυχικά προβλήματα (άγχος, φόβο, stress)

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ

- Αποκατάσταση της ψυχικής υγείας της ασθενούς
- Προαγωγή της ασφάλειας

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- Κατάλληλη και επαρκής ενημέρωση της ασθενούς και του περιβάλλοντος της γύρω από την ασθένεια

ΕΦΑΡΜΟΓΗ

- Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης
- Ενημέρωση της ασθενούς για κάθε νοσηλευτική πράξη
- Ενημέρωση και βοήθεια να κατανοήσει την φύση της ασθένειας
- Χορήγηση ηρεμιστικών
- Ψυχολογική υποστήριξη

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

- Μείωση του άγχους και του φόβου
- Ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

4) Μειωμένη θρέψη και υδάτωση

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ

- Διατήρηση του θρεπτικού ισοζυγίου

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- Χορήγηση κατάλληλης τροφής
- Αντιμετώπιση του βήχα εάν επηρεάζει την κατάσταση
- Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος

ΕΦΑΡΜΟΓΗ

- Τα γεύματα είναι συχνά, πυκνά, ελκυστικά και εύκολα στη μάσηση
- Χορήγηση αντιβηχικών
- Συχνή φροντίδα στόματος
- Χορήγηση υγρών
- Εξουδετέρωση κάθε δυσοσμίας από το περιβάλλον

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

- Διατήρηση επαρκούς θρέψης και ισορροπίας υγρών

E. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συμπερασματικά , ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μάστιγα του αιώνα για εκατομμύρια γυναίκες .Είναι μια κοινή ασθένεια με ένα μεγάλο αριθμό θανάτων στον γυναικείο πληθυσμό. Ο μαστογραφικός πληθυσμιακός έλεγχος που στοχεύει στην πρόιμη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού μπορεί να ανιχνεύσει αυτόν σε μια ιάσιμη φάση και οι πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι ο πληθυσμιακός έλεγχος μπορεί να μειώσει την θνησιμότητα του.

Ως γυναίκα και νοσηλεύτρια που μελέτησα το παραπάνω θέμα με προσοχή ,θα ήθελα να τονίσω την σημασία της πρόληψης στον καρκίνο του μαστού.

Όλες οι γυναίκες κάθε ηλικίας και κοινωνικής τάξης οφείλουν να ενημερώνονται και να αποκτούν καθημερινά όλο και περισσότερες γνώσεις γύρω από το θέμα.

Όλοι μας οφείλουμε να φροντίζουμε τον εαυτό μας για να έχουμε ως αποτέλεσμα την προαγωγή και διατήρηση της υγείας μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Δρ. Χ. Πατέρας, Πληθυσμιακός Έλεγχος για Καρκίνο του Μαστού με Μαστογραφία, Α' τόμος, Αθήνα 2002
2. Χ. Πατέρας, Καρκίνος του Μαστού, Αθήνα 1998
3. Γιάννης Π. Φύσσας, Ο Μαστός και οι Παθήσεις του, Α. Α. Λιβάνη, 2006/[www.Papasotiriou .gr](http://www.Papasotiriou.gr)
4. Παναγιώτης Κ. Γλεντής, Καρκίνος του Μαστού/www.surgeon.gr
5. Κίκα Κασινίδου, Ένα νέο κρούσμα καρκίνου μαστού κάθε μέρα, 2007/www.phileleftheros.com
6. Ο Καρκίνος του Μαστού. Επιδημιολογικά στοιχεία...Βιωσιμότητα και καρκίνος του μαστού. TNM στάδιο. Ποσοστά % στα 5 χρόνια από διάγνωση.../users.otenet.gr
7. Π. Αζακίδης, Καρκίνος του Μαστού, 2007/www.azakidis.gr
8. Γεώργιος Κ. Κρεατσάς, Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1998
9. Αντωνία Τριχοπούλου- Δημήτρης Τριχόπουλος, Προληπτική Ιατρική, Αθήνα 1986
10. Susan G. Komen, Breast Cancer, 2008/www.komen.org
11. Malin Dollinger, M.D Ernest Rosenbaum, Greg Cable, Ο Καρκίνος, εκδόσεις κάτοπτρο, Α' έκδοση, 1992
12. Ρουμελιώτης Γ. Αθανάσιος, Μπρεζεάνου Α. Χριστίνα, Αμύγδαλος Ι. Γεώργιος, Καρκίνος του Μαστού
13. Γιάννης Π. Φύσσας, Είδη Καρκίνου του Μαστού, 2005/www.mastology.gr

14. Καρκίνος του Μαστού. Κλινικά χαρακτηριστικά. Ανώδυνος όζος. Σκληρής συστάσεως. Ακίνητος... Καρκίνος του μαστού. Κλινική εικόνα. Μαστογραφικό εύρημα.../www.nurs.uoa.gr
15. Δ. Λώλη, Γυναικολογία και Μαιευτική, Αθήνα 1995
16. Μ. Α. Μαλγαρινού-Σ. Φ. Κωνσταντινίδου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Β' τόμος, 2^ο μέρος, Αθήνα 2003
17. Μένη Μαλλιώρα, Καρκίνος του Μαστού από την Πρόληψη ως την Θεραπεία, Πάτρα 2006
18. Σέργιος Ι. Μανταλενάκης, Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Τρίτη έκδοση, Θεσσαλονίκη 1996
19. Δημήτρης Ι. Μπαφαλούκος, Νεώτερα Δεδομένα στη Συστηματική Θεραπεία του Καρκίνου του Μαστού, Αθήνα 1999
20. Άννα Σαχίνη Καρδάση, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Βήτα, Β' έκδοση ,1^ος τόμος, Αθήνα 1997
21. Χ. Μαρκόπουλος, Καρκίνος του Μαστού- Βασικές Γνώσεις, Αθήνα 1997
22. Γκινόπουλος Β. Παναγιώτης, Ορμονικοί Χειρισμοί/www.oncology.gr
23. Καρκίνος του Μαστού, 2004/www.gastric breast cancer.com
24. Χαρ. Πατέρας, Καρκίνος Μαστού Προληπτικός Έλεγχος, Αθήνα 2002
25. Στέργιος Πραπαβέσης, Καρκίνος του Μαστού, 2002/www.breastultrasound.com
26. Γιάννης Π. Φύσσας, Καρκίνος του Μαστού, 2005/www.mastology.gr
27. Γυναικείος Μαστός και Παθήσεις, 2007/www.giatroi.gr

28. Μελέτιος-Αθανάσιος Δημόπουλος,
Καρκίνος,2007/www.xlaxanas.gr
29. Κόνιαρη Ευδοξία, Μετεγχειρητική Αποκατάσταση στον Καρκίνο
του Μαστού-Συμβολή του Νοσηλευτή στην Αποκατάσταση-
Εκπαίδευση, Αθήνα 1998
30. Θ.Αδαμακίδου, Β.Κουτσοπούλου, Αποκατάσταση Γυναικών μετά
από Μαστεκτομή-Ο ρόλος των νοσηλευτών, Αθήνα
31. Μόσχου- Κάκκου Αθηνά, Ογκολογική Νοσηλευτική, Πάτρα 1999
32. John W. Nick, Foundation Male Breast
Cancer/www.johnwnickfoundation.org
33. Frank W. Ling, Douglas W. Laube, Thomas E. Nolan, Roger P.
Smith, Thomas G. Stovall, Primary Care in Gynecology, USA 1996