

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ  
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Υπεύθυνη:

Σαλάτα Αποστολία

Καθηγήτρια Εφαρμογών

M. Sc.

Σπουδάστρια:

Σαμαρά Αντωνία

**ΠΑΤΡΑ 2008**  
**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

Πρόλογος .....	5
Εισαγωγή .....	6

**ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ**

1.1 Ιστορική Αναδρομή .....	8
1.2 Ανατομία .....	9
1.3 Φυσιολογία .....	10

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ**

2.1 Ορισμός .....	14
2.2 Γονίδια και Καρκίνος .....	14
2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία .....	17
2.4 Ένα σοβαρό πρόβλημα για την Ελληνίδα .....	19
2.5 Αίτια και Παράγοντες κινδύνου .....	19

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ**

3.1 Εξέλιξη του Καρκίνου Μαστού.....	24
3.2 Σταδιοποίηση του Καρκίνου Μαστού .....	27
3.3 Εντόπιση .....	28

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ**

4.1 Συμπτώματα – Ύποπτα σημεία .....	29
4.2 Διάγνωση του Καρκίνου Μαστού .....	30
4.2.1 Απεικονιστική Διάγνωση.....	31
4.2.2 Επισκόπηση – Ψηλάφηση .....	36
4.2.3 Εργαστηριακή διάγνωση .....	41
4.2.4 Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα τεχνικών απεικόνισης για διάγνωση του Καρκίνου Μαστού.....	46
4.3 Μεταστάσεις του Καρκίνου Μαστού .....	47

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ**

<b>5.1</b>	Θεραπεία Καρκίνου Μαστού .....	51
<b>5.1.1</b>	Χειρουργική θεραπεία .....	52
<b>5.1.2</b>	Χημειοθεραπεία .....	54
<b>5.1.3</b>	Ακτινοθεραπεία .....	54
<b>5.1.4</b>	Ορμονοθεραπεία.....	55
<b>5.1.5</b>	Ανοσοθεραπεία.....	55
<b>5.1.6</b>	Παρακολούθηση.....	56
<b>5.2.</b>	Πρόγνωση.....	56
<b>5.3.</b>	Πρόληψη.....	57

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ**

<b>6.1</b>	Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με Καρκίνο Μαστού .....	63
<b>6.2</b>	Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα.....	63
<b>6.3</b>	Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα .....	64
<b>6.4</b>	Διδασκαλία κατά την έξοδο από τον νοσοκομείο .....	65
<b>6.5</b>	Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με αλλαγή σωματικής εικόνας στο καρκίνο του μαστού .....	70
<b>6.6</b>	Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνου μαστού κατά τη χημειοθεραπεία .....	71
<b>6.7</b>	Ανεπιθύμητες ενέργειες χημειοθεραπείας – Νοσηλευτική φροντίδα.....	72
<b>6.8</b>	Κριτήρια εξόδου ασθενούς με καρκίνο μαστού μετά τη χημειοθεραπεία .....	77
<b>6.9</b>	Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο μαστού κατά την ακτινοθεραπεία .....	79
<b>6.10</b>	Ανεπιθύμητες ενέργειες ακτινοθεραπείας – Νοσηλευτική Φροντίδα .....	81
<b>6.11</b>	Κριτήρια εξόδου ασθενούς με καρκίνο μαστού μετά την ακτινοθεραπεία.....	82
<b>6.12</b>	Ο ρόλος των νοσηλευτών στην θεραπεία του καρκίνου μαστού .....	82

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ**

<b>7.1</b>	Εκτίμηση ψυχικής κατάσταση .....	85
<b>7.2</b>	Νοσηλεία καρκινοπαθούς στο σπίτι .....	86
<b>7.3</b>	Πώς αντιμετωπίζεται ο καρκίνος του μαστού που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της	

εγκυμοσύνης .....	90
7.3.1 Κύηση μετά από μαστεκτομή.....	91
7.4 Προγράμματα πρόληψης του καρκίνου του μαστού για γυναίκες που ξεπέρασαν την ασθένεια.....	91
7.5 Η Εθελοντική Προσπάθεια Άλμα Ζωής.....	94

## ***ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ***

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ**

Κλινικό Περιστατικό Α΄ με Νοσηλευτική Διεργασία .....	96
Κλινικό Περιστατικό Β΄ με Νοσηλευτική Διεργασία .....	103
Συμπεράσματα-Προτάσεις .....	109
Περίληψη .....	111
Βιβλιογραφία .....	112
Παράρτημα .....	115

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή ασχολείται με το θέμα του καρκίνου του μαστού: ένα θέμα που αφορά όλες τις γυναίκες παγκοσμίως. Ο καρκίνος του μαστού είναι μια πάθηση με πολλές σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, οικονομικές επιπτώσεις και μας αφορά όλους.

Αναφέρονται συνοπτικά τα κυριότερα σημεία επιστημονικού ενδιαφέροντος που άπτονται του θέματος όπως είναι: Σε τι οφείλεται ο καρκίνος του μαστού; Μπορεί ο καρκίνος του μαστού να είναι κληρονομικός; Τονίδια;  $BRCA_1 - BRCA_2$ , Παράγοντες Κινδύνου, Εντόπιση, Επιδημιολογικά Στοιχεία, Ελπιδοφόρες Ενδείξεις, Αυτοεξέταση, Διάγνωση, Μαστογραφία, Μαστός – Εικόνα Σώματος, Ψυχοκοινωνικές Επιπτώσεις, Ψυχολογικά προβλήματα και Κ. Μ., Πρόγνωση.

Η πραγματοποίηση της έρευνας γίνεται με καταγραφή της συμπεριφοράς των γυναικών σε ένα τυχαίο δείγμα 241 γυναικών και καταγραφή των πεποιθήσεων εκείνων που σχετίζονται με την εφαρμογή ή όχι της αυτοεξέτασης.

Η διερεύνηση των πεποιθήσεων στην συγκεκριμένη εργασία γίνεται βασιζόμενη στο μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία. Αναφέρεται ένα θεωρητικό κομμάτι για το μοντέλο πεποιθήσεων και ένα παράδειγμα παλιότερης εφαρμογής αυτού. Στη συνέχεια με βάση του παραμέτρους που θέτει το μοντέλο γίνεται συλλογή των πεποιθήσεων. Έτσι διαφαίνεται ποιες πεποιθήσεις οδηγούν σε εφαρμογή προληπτικής συμπεριφοράς και ποιες όχι, και πως οι διάφοροι παράμετροι του μοντέλου αλληλοεπηρεάζονται μεταξύ τους.

Από την συλλογή των στοιχείων προκύπτουν κάποια δεδομένα και συσχετίσεις με βάση τα οποία γίνονται κάποιες προτάσεις που μπορούν να οδηγήσουν σταδιακά σε μείωση της επίπτωσης της νόσου (Τσαπάκης, 2006).

## Εισαγωγή

Χωρίς αμφιβολία, η ασθένεια που σήμερα, περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη, φοβίζει τις γυναίκες είναι ο καρκίνος του μαστού. Αυτό αποδεικνύουν τόσο οι σχετικές έρευνες στο γυναικείο πληθυσμό των αναπτυγμένων χωρών, όσο και η προσωπική εμπειρία των γιατρών από την καθημερινή επαφή τους με τις ασθενείς.

Ο φόβος αυτός δεν είναι αβάσιμος. Στις περισσότερες χώρες, μία σε κάθε εννέα γυναίκες θα εμφανίσει την ασθένεια κατά τη διάρκεια της ζωής της. Ο ισχυρισμός πως δεν υπάρχει γυναίκα που να μην έχει γνωρίσει ένα περιστατικό καρκίνου του μαστού στο οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό της περιβάλλον, δεν είναι επομένως υπερβολή. Στη χώρα μας, παρόλο που τα υπάρχοντα στοιχεία δεν θεωρούνται απόλυτα αξιόπιστα, έχει υπολογιστεί ότι, κάθε χρόνο, παρουσιάζονται περισσότερες από 4.500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού.

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια ύπουλη αρρώστια. Συχνά παραμένει αδιάγνωστος ακόμη και σε προχωρημένο στάδιο όπου πλέον οι ελπίδες για τελική ίαση είναι σαφώς πολύ μικρές.

Πάνω από όλα όμως το σημαντικότερο είναι ότι μπορεί να διαγνωσθεί πολύ έγκαιρα, στα πολύ αρχικά στάδια της νόσου, σώζοντας τη ζωή της γυναίκας.

Επειδή ακριβώς μιλάμε για μια δυνητικά θανατηφόρα πάθηση, έναντι της οποίας το ισχυρότερο όπλο που διαθέτουμε είναι κυρίως η πρόληψη, γι' αυτόν ακριβώς το λόγο στην σύγχρονη εφαρμογή της ιατρικής έχει δοθεί το κυρίως βάρος στην πρόληψη, και στις συμπεριφορές πρόληψης και σήμερα όταν μιλάμε για καρκίνο του μαστού αναφερόμαστε στην θεραπεία των διαγνωσμένων περιπτώσεων αλλά κυρίως στην πρόιμη διάγνωση των νέων περιπτώσεων.

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού στηρίζεται σε δύο βασικούς άξονες στην αυτοεξέταση των γυναικών και στην μαστογραφία.

Η μαστογραφία σαν μέθοδος είναι κυρίως εκείνη που βάζει την αρχική διάγνωση του καρκίνου και ακολουθούν βέβαια οι βιοψίες – παρακεντήσεις κλπ.

Έχει μεγάλη διαγνωστική αξία και είναι η μέθοδος που καθορίζει την πορεία της ασθενούς, αν δηλαδή θα ακολουθήσει περαιτέρω έλεγχος κλπ.

Δεν αποτελεί όμως το πρώτο βήμα που μπορεί μια γυναίκα να κάνει για να προλάβει τον καρκίνο, και επιπλέον απαιτεί ιατρικό εξοπλισμό και εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό.

Από την άλλη πλευρά η αυτοεξέταση των μαστών έχει θεωρηθεί όχι άδικα σαν την κυρίως μέθοδο που θα κινήσει τις υποψίες σε μια γυναίκα για περαιτέρω έλεγχο, και

επιπλέον αποτελεί την πιο απλή μέθοδο πρόληψης καθότι μπορεί να πραγματοποιηθεί από την ίδια την γυναίκα σε συνδυασμό και με εξέταση από τον γιατρό της αν χρειάζεται. Επίσης δεν έχει κόστος και είναι εύκολα πραγματοποιήσιμη. Δεν απαιτεί ιατρικό εξοπλισμό και ιατρικό προσωπικό τουλάχιστον σε πρώτη φάση. Αυτό που όμως απαιτείται είναι η εκπαίδευση των γυναικών για σωστή αυτοεξέταση καθώς και η διάθεση τους για την εφαρμογή αυτής της συμπεριφοράς πρόληψης.

Επομένως αποτελεί πολύ χρήσιμο στοιχείο να γνωρίζει κανείς ποια είναι τελικά η συμπεριφορά που εφαρμόζουν οι γυναίκες σε σχέση με την πρόληψη και ποιοι είναι εκείνοι οι παράγοντες που την καθορίζουν, έτσι ώστε να μπορεί να επέμβει διορθωτικά και να την τροποποιήσει προς όφελος τους.

Στη συνέχεια γίνεται αναφορά σε κάποιες γενικές γνώσεις για τον καρκίνο του μαστού, στην εμπειρία της χρόνιας ασθένειας, στην κατανόηση της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας, στους παράγοντες που επηρεάζουν την συμπεριφορά πρόληψης του ατόμου έναντι σε μία νόσο, στο μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία. Το μοντέλο αυτό είναι το κατεξοχήν χρησιμοποιημένο μοντέλο για την μελέτη συμπεριφορών υγείας, και αποτελεί το μοντέλο το οποίο χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας εργασίας για την διερεύνηση της εφαρμογής ή όχι της αυτοεξέτασης σαν μέθοδο πρόληψης έναντι του καρκίνου του μαστού. Η καταγραφή των παραγόντων που επηρεάζουν την συμπεριφορά των γυναικών, θα βοηθήσει στην δημιουργία μέτρων και προτάσεων παρέμβασης με σκοπό την βελτίωση και την αύξηση της πρόληψης ( Τσαπάκης, 2006).

**Σκοπός είναι να μελετηθεί** ποια είναι η προληπτική συμπεριφορά των γυναικών σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού, και ιδιαιτέρως όσον αφορά την αυτοεξέταση, η εφαρμογή της οποίας εξαρτάται κατά κύριο μέρος από τις ίδιες. Βλέποντας κατά πόσο εφαρμόζεται ή όχι, καθώς και ποιοι παράγοντες καθορίζουν την εφαρμογή της θα μπορέσουμε να παρέμβουμε με τον κατάλληλο τρόπο, βελτιώνοντας την προληπτική συμπεριφορά των γυναικών και μειώνοντας τον αδιάγνωστο αριθμό περιπτώσεων καρκίνου του μαστού.

# ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### 1.1 Ιστορική Αναδρομή

Η συχνότητα των νόσων του μαστού, η αναγνώρισή τους και οι πρωτόγονες προσπάθειες για θεραπεία τους, διαφόρων λαών και πολιτισμών, χρονολογικά προηγούνται της θεραπείας νόσων άλλων συμπαγών οργάνων. Οι νόσοι του μαστού, με τις αβέβαιες αιτίες και τις συγκεκριμένες θεραπείες, έχουν τραβήξει το ενδιαφέρον ιατρών και ιστορικών για πολλούς αιώνες. Παρά τις θεωρητικές περιελίξεις και το επιστημονικό ενδιαφέρον αιώνων, ο καρκίνος του μαστού παραμένει μία από τις φοβερές ανθρώπινες αρρώστιες. Ο μαστός, ως διπλό όργανο, αυξάνει τον κίνδυνο έκθεσής του σε ασθένειες. Επίσης, ως προσάρτημα του δέρματος, συνήθως εκθέτει τις διαταραχές του σε θέα ή ψηλάφηση. Στον καρκίνο μαστού, δεν υπάρχει αίσιο τέλος όπως σε άλλες νόσους όπου αιτίες και θεραπείες έχουν βρεθεί. Πρόοδος βέβαια έχει σημειωθεί, ίσως όμως περισσότερο για να απαλύνει τον πόνο και τη φρίκη που ερημώνει το σώμα και την ψυχή.

Όγκοι μαστού είχαν ήδη περιγραφεί από τους Αιγυπτίους χιλιάδες χρόνια π. Χ. Μετά το 460 π. Χ. Έλληνες και αργότερα Ρωμαίοι μελετητές περιέγραψαν θανατηφόρους όγκους του μαστού, των οποίων η συχνότητα ήταν άγνωστη. Μία ενδιαφέρουσα και καλά τεκμηριωμένη περίπτωση καρκίνου του μαστού περιγράφει ο Ιπποκράτης (460 – 370 π. Χ.) συσχετιζόμενη με αιματηρό έκκριμα της θηλής. Η ασθενής πέθανε όταν το έκκριμα σταμάτησε. Ο Ιπποκράτης συσχέτισε τον καρκίνο του μαστού με την εμμηνόπαυση και με την σκληρία των λεμφαδένων. Αναμφίβολα, η Ευρωπαϊκή ιατρική έχει τις ρίζες της στην αρχαία Ελληνική και η μεταπήδηση στην σύγχρονη ιατρική λαμβάνει χώρα στο δεύτερο μισό του δέκατου πέμπτου αιώνα. Στο τέλος του δέκατου ένατου αιώνα στην Αμερική, ο Halsted και σχεδόν ταυτόχρονα ο Meyer, περιγράφουν την ριζική μαστεκτομή, η οποία και παραμένει η σταθερή μέθοδος χειρουργικής θεραπείας για περίπου εβδομήντα χρόνια, μέχρι την έλευση συντηρητικότερων χειρουργικών τεχνικών και πολυπαραγοντικών θεραπειών του εικοστού αιώνα. Μπορούμε να πούμε πως στο δεύτερο μισό του αιώνα μας υπάρχει μία αξιοσημείωτη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση του καρκινοπαθούς και ειδικά αυτού με καρκίνο μαστού. Είναι τόσες πολλές και τόσο γοργές οι αλλαγές και περιλαμβάνουν τόσα πολλά ινστιτούτα και ανθρώπους που είναι αδύνατον κάποιος να τις



απαριθμήσει. Η μαστογραφία και η σταδιοποίηση του καρκίνου αποτελούν δύο από τις σημαντικότερες εξελίξεις. Στο κατώφλι του εικοστού πρώτου αιώνα, η κατανόηση του ρόλου των ογκογονιδίων και η εφαρμογή της γενετικής θεραπείας, μας εισάγουν στην νέα εποχή των πολλαπλών και διάφορων θεραπευτικών επιλογών (Δημητρακάκης, 2002).

## 1.2 Ανατομία Μαστού

Ο μαστικός αδένας (ή απλώς μαστός) ανήκει στους αδένες του δέρματος, όπως οι σμηγματογόνοι και οι ιδρωτοποιοί αδένες: Ο αδενικός ιστός βρίσκεται μέσα στον υποδόριο ιστό. Το έκκριμα αποβάλλεται στο δέρμα. Ο ανθρώπινος μαστός αποτελείται από 12 – 15 ξεχωριστούς αδένες, που εκβάλλουν με ανεξάρτητους εκφορητικούς πόρους (γαλακτοφόροι πόροι) στη θηλή του μαστού. Η εξωτερική μορφή του μαστού καθορίζεται λιγότερο από τον αδενικό και περισσότερο από το λιπώδη ιστό. Στη μη έγκυο γυναίκα το αδενικό μέρος του μαστού είναι μικρό.

Η βαρύτερη πάθηση του μαστού είναι ο καρκίνος. Στην Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας πεθαίνουν από καρκίνο του μαστού περίπου 13.000 γυναίκες το χρόνο. Δυστυχώς η μορφή αυτή καρκίνου εμφανίζεται και σε νέες γυναίκες (σε αντίθεση με τα περισσότερα άλλα είδη καρκίνου, που προτιμούν τις μεγάλες ηλικίες).

Στον *άνδρα* ο μαστικός αδένας παραμένει φυσιολογικά στην παιδική μορφή. Ο καρκίνος του μαστού είναι εδώ σπάνιος. Με γυναικείες γεννητικές ορμόνες όμως μπορεί και στον άνδρα να αναπτυχθεί ο μαστός. Αυτό είναι π.χ. μια δυσάρεστη για τους άνδρες επιπλοκή της θεραπείας του καρκίνου του προστάτη με γυναικείες ορμόνες. Η επίδραση όμως αυτή είναι επιθυμητή κατά την αλλαγή φύλου από ανδρικό σε γυναικείο. Τότε μπορεί να αναπτυχθεί πολύ απλά και φυσιολογικά αυτό το χαρακτηριστικό του γυναικείου σώματος. Δυστυχώς μαζί αυξάνει και ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού.

**A. Μαστός της γυναίκας.** Επειδή ο μαστός, ως όργανο του δέρματος, δεν περιέχει χόνδρινο ή οστέινο σκελετό, κρέμεται σακκοειδώς προς τα κάτω ανάλογα με την πλήρωσή του και άρα το βάρος του. Στο νεανικό μαστό, ο συνδετικός ιστός κρατά κατά κάποιο τρόπο σταθερή τη μορφή του. Όσο αυξάνεται η ηλικία χαλαρώνει ο συνδετικός ιστός και ο μαστός κατεβαίνει χαμηλότερα.

**B. Οριζόντια διατομή του θωρακικού τοιχώματος γυναίκας στο ύψος της θηλής του μαστού.** Οι επιμέρους λοβοί του αδένου χωρίζονται από τους γειτονικούς με συνδετικό ιστό. Ο μαστικός αδένας χωρίζεται σαφώς από τη θωρακική περιτονία. Δεν έρχονται αιμοφόρα αγγεία ή νεύρα σημαντικού μεγέθους από το μείζονα θωρακικό μυ προς τον αδένου.

Ο πλαστικός χειρουργός επομένως μπορεί να τοποθετήσει κάποια τεχνητή ουσία μεταξύ μαστού και περιτονίας και έτσι να αλλάξει την εξωτερική μορφή. Η τομή του δέρματος γίνεται στο κάτω χείλος του μαστού και έτσι η ουλή σκεπάζεται από τον κρεμάμενο μαστό.

Ο υγιής μαστός μετακινείται εύκολα σε σχέση με το υπόστρωμά του. Αν ο καρκίνος του μαστού επεκταθεί από τον αδένα στην υποκείμενη περιτονία ή το μείζονα θωρακικό μυ, η κινητικότητα αίρεται, πράγμα που είναι σημαντικό σημείο και δείχνει ότι πρόκειται για προχωρημένο στάδιο!

**C. Η θηλή του μαστού και η άλως της θηλής της γυναίκας.** Τα μικρά οζίδια στην περιοχή της άλως δημιουργούνται από σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες, οι οποίοι υπεργείρουν το λεπτό δέρμα της άλως της θηλής. Αυτοί λιπαίνουν και υγραίνουν το δέρμα της άλως και έτσι βοηθούν στην καλύτερη επαφή με το στόμα του νεογνού.

**D. Η ίδια άλως μετά από τριβή.** Η θηλή του μαστού περιέχει δίκτυο μυϊκών ινών με κοχλιοειδή διάταξη, οι οποίες ακτινοβολούν μέσα στην άλως της θηλής. Η τριβή ανορθώνει τη θηλή του μαστού: Με την έλξη των δακτυλοειδών μυών η θηλή του μαστού γίνεται μακρύτερη και έτσι προβάλλει εντονότερα από την παρυφή του μαστού. Ταυτοχρόνως η διάμετρος της άλως γίνεται μικρότερη. Τα οζίδια των υποκείμενων αδένων γίνονται σαφέστερα. Η βιολογική έννοια του αντανακλαστικού αυτού είναι σαφής: Με την τριβή η θηλή εισχωρεί μέσα στο στόμα του νεογνού. Όταν σταματήσει το ερέθισμα, χαλαρώνει ο μυς και η θηλή επανέρχεται στη θέση ηρεμίας (Lippert, 1993).

### 1.3 Φυσιολογία Μαστού

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

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

### **Έμμηνο ρύση – Μαστός**

Αρχίζοντας από την 8<sup>η</sup> μέρα του καταμήνιου κύκλου, ο γυναικείος μαστός βαθμιαία αυξάνει σε μέγεθος ενώ ο όγκος του πριν την εμμηνορρυσία μπορεί να αυξηθεί ως 50%. Ο μαστός εμφανίζει τάση και πιθανώς ευαισθησία. Η αύξηση αυτή του μεγέθους μαστού δεν έχει απόλυτα διευκρινισθεί που οφείλεται, αλλά μέρος αυτής αποδίδεται σε ενδολοβιακό οίδημα και υπεραϊμία. (Οι Ingleby και Gerson – Cohen υποστηρίζουν ότι υφίσταται και πολλαπλασιασμός του παρεγχύματος με εμφάνιση νέων λοβίων, τα οποία κατά την εμμηνορρυσία υποστρέφονται και υφίστανται ίνωση). Με την εμφάνιση της έμμηνης ρύσης τόσο η αγγειακή συμφόρηση όσο και το οίδημα αρχίζουν να υποχωρούν και ο μαστός φτάνει ξανά στο μικρότερο μέγεθός του κατά την 8<sup>η</sup> μέρα του κύκλου.

### **Εμμηνόπαυση – Μαστός**

Κατά την εμμηνόπαυση ξεκινά μια σταδιακή εξαφάνιση των λοβίων. Η εξαφάνιση αυτή δεν είναι τέλεια. Ορισμένα λόβια διατηρούνται, άλλα είναι μικρότερα, ενώ σε άλλες περιοχές παραμένουν μόνο οι μεγαλύτεροι λοβιακοί πόροι και οι γαλακτοφόροι πόροι. Το παρέγχυμα και το ινώδες υπόστρωμα του μαστού μεταπίπτουν βαθμιαία σε μία ομοιογενή μάζα, ενώ η αρχική συγκρότηση του μαστού σε λόβια εξαφανίζεται. Καθώς το αδενικό στοιχείο υποχωρεί, ο λιπώδης ιστός αναπτύσσεται, με αποτέλεσμα ο μαστός να διατηρεί το εξωτερικό σφαιρικό περίγραμμα. Στις πολύ αδύνατες γυναίκες όμως οι μαστοί εμφανίζονται πλαδαροί εξαιτίας αυτής ακριβώς της μείωσης του αδενικού στοιχείου.

### **Κλινικές παρατηρήσεις**

Λίγες μέρες μετά τον τοκετό το 70% των βρεφών εμφανίζει μονόπλευρη ή αμφίπλευρη διόγκωση των μαστών. Στα μισά από αυτά τα βρέφη η διόγκωση συνοδεύεται από έκκριση υγρού παρόμοιου με το πύαρ (Witch's milk). Ιστολογικά παρατηρείται υπερτροφία του συστήματος των πόρων, εμφάνιση κυψελών και αυξημένη αγγείωση του στρώματος. Το φαινόμενο αυτό αποδίδεται σε έμμεση επίδραση του υψηλού επιπέδου των μητρικών οιστρογόνων στο αίμα του βρέφους. Μετά τον τοκετό η πτώση του επιπέδου των οιστρογόνων διεγείρει την υπόφυση προς παραγωγή προλακτίνης με αποτέλεσμα μεταβολές στους μαστούς. Οι μεταβολές εμφανίζονται σε βρέφη και των δύο φύλων και υποχωρούν

αυτόματα την 2<sup>η</sup> ή 3<sup>η</sup> εβδομάδα μετά τον τοκετό. Θα πρέπει να αποφεύγεται κάθε χειρισμός στο μαστό του βρέφους, που να στοχεύει σε αποβολή του γάλακτος, γιατί έτσι προκαλείται παραμονή του μαστού σε εκκριτική φάση και υπάρχει κίνδυνος υπερπλασίας του μαστού, που θα διαρκέσει για πολλούς μήνες.

Στην έφηβη κοπέλα και οι δύο μαστοί συνήθως αναπτύσσονται με τον ίδιο ρυθμό. Μερικές φορές όμως μπορεί να υπάρξει ασύγχρονη ανάπτυξη με αποτέλεσμα ασυμμετρία. Η διαφορά αυτή στο μέγεθος συνήθως επανορθώνεται με το χρόνο, γι' αυτό οι ασθενείς με ασυμμετρία μαστών κατά την εφηβεία θα πρέπει να περιμένουν μέχρι να ολοκληρωθεί η ανάπτυξη, οπότε αν η ασυμμετρία επιμένει να προσφύγουν σε πλαστική αποκατάσταση.

Ελαφρά διόγκωση των μαστών παρατηρείται και σε έφηβα αγόρια. Ονομάζεται γυναικομαστία και αποτελεί φυσιολογική ανταπόκριση στις μεταβολές των ορμονικών επιπέδων στον έφηβο άνδρα. Η υπερτροφία αυτή υποχωρεί αυτόματα, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να παραμείνει αμφοτερόπλευρα ή μονόπλευρα. Η γυναικομαστία απαιτεί έλεγχο για να αποκλεισθεί το ενδεχόμενο ενδοκρινολογικής διαταραχής. Αν δεν υπάρχει τέτοια, τότε το τμήμα του υπερτροφικού μαστού αφαιρείται χειρουργικά για να αποφευχθούν ψυχολογικές επιπτώσεις στον έφηβο άνδρα.

Μερικές φορές η ανάπτυξη του μαστού δεν σταματά κατά την εφηβεία με αποτέλεσμα οι μαστοί να γίνονται τεράστιοι (Virginal hypertrophy). Έχουν περιγραφεί μαστοί που φθάνουν μέχρι το ύψος των γεννητικών οργάνων και ζυγίζουν από 18 έως 20 κιλά. Στις περιπτώσεις αυτές δεν αναμένεται υποχώρηση και η μόνη λύση είναι η πλαστική εγχείρηση (Παπανικολάου, 2005).

### **Γαλουχία – Μαστός**

Κατά τη γαλουχία τα καλυπτήρια κύτταρα των αδενοκυψελών του μαστού γίνονται κυλινδρικά και προσλαμβάνουν εμφάνιση εξωκρινών κυττάρων. Λιπίδια, υδατάνθρακες και πρωτεϊνούχα προϊόντα των κυττάρων αυτών εναποτίθενται στον αυλό των αδενοκυψελών (τα λιπίδια με μεταφορά και συνοδό ελάττωση του κυτταροπλάσματος, ενώ οι πρωτεΐνες με εξωκύττωση από την κορυφή του κυττάρου), απ' όπου μεταφέρονται στους μεγαλύτερους πόσους για να καταλήξουν τελικά στους γαλακτοφόρους πόρους και κόλπους. Η μεταφορά αυτή επιτυγχάνεται με σύσπαση των μυοεπιθηλικών κυττάρων. Το ερέθισμα για τη σύσπαση αποτελεί ο θηλασμός του βρέφους. Όταν ο θηλασμός σταματήσει τα παραμένοντα στις αδενοκυψέλες προϊόντα του γάλακτος επαναρροφώνται και το παρέγχυμα του μαστού κατά ένα μεγάλο μέρος αντικαθίσταται από λιπώδη και συνδετικό ιστό.

Το φαινόμενο της γαλουχίας ελέγχεται από πλήθος ορμόνες, όπως η προγεστερόνη, τα

οιστρογόνα, η προλακτίνη, το πλακουντιακό γαλακτογόνο και κορτιζόνη. Τα οιστρογόνα από μόνα τους δεν φαίνεται να παίζουν τόσο σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του μαστού, όσο αρχικά πιστευόταν. Αντίθετα η προγεστερόνη διεγείρει την ανάπτυξη των κυψελών του μαστού, ενώ αναστέλλει την εκκριτική τους λειτουργία. Αυτό το επιτυγχάνει μπλοκάροντας την τελική διαφοροποίησή τους, η οποία αργότερα παράγεται από την προλακτίνη. Τη δράση της προλακτίνης ενισχύει η κορτιζόνη. Η προλακτίνη θεωρείται απαραίτητη ορμόνη για την παραγωγή γάλακτος και η χορήγηση ανταγωνιστών αυτής, όπως η βρωμοκρυπτίνη, μπορεί να καταστείλει την γαλουχία.

Σήμερα το αληθινό ερέθισμα της γαλουχίας θεωρείται η μετά τον τοκετό πτώση των επιπέδων της προγεστερόνης, ενώ παράλληλα τόσο η προλακτίνη του πλάσματος όσο και η ανάπτυξη του μαστού είναι επαρκείς για να προωθήσουν την έκκριση γάλακτος. Το ερέθισμα από την θηλή πρέπει να μεταφερθεί στον εγκέφαλο, ώστε να διεγερθεί η έκκριση της προλακτίνης και της οξυτοκίνης από την υπόφυση. Η οξυτοκίνη προκαλεί σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων και έκκριση γάλακτος, ενώ η προλακτίνη προάγει τη σύνθεση του γάλακτος στις αδenoκυψέλες των λοβίων του μαστού.

Παραγωγή γάλακτος μπορεί να παρατηρηθεί και σε άτοκες γυναίκες καθώς και σε άνδρες με παρόμοια ερεθίσματα στη θηλή, ενώ γαλουχία έχει παρατηρηθεί και σε γυναίκες με χαμηλά επίπεδα προλακτίνης (Σταθοπούλου, 2002).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### 2.1 Ορισμός

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών. Είναι ο ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός κυττάρων που προέρχεται από τον μαζικό αδένα της γυναίκας. Σε κάθε γυναίκα που διαπιστώνεται πως έχει καρκίνο του μαστού, υπολογίζεται πως αντιστοιχούν άλλες 5 – 10 γυναίκες που κάνουν βιοψία μαστού για ύποπτα συμπτώματα. Έχει υπολογιστεί ότι μία στις 12 -15 γυναίκες θα πάθει καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της ζωής της και μία στις 28 θα πεθάνει από αυτόν. Ο καρκίνος του μαστού ανήκει στους λίγους κακοήθεις όγκους για τους οποίους υπάρχουν αποδείξεις πως ο προληπτικός έλεγχος θα περιορίσει τη θνητότητα. Είναι γεγονός πως τα τελευταία ολοένα και περισσότεροι καρκίνοι διαγιγνώσκονται σε αρχικά στάδια (Βάρρας, 1999).

### 2.2 Γονίδια και Καρκίνος

Από τα γονίδια που έχουν εντοπιστεί σε καρκινικά κύτταρα και φέρουν μεταλλάξεις, αυτά τα οποία έχει αποσαφηνιστεί ότι πράγματι συνδέονται με αυτόν τον όγκο, μπορούν να διαχωριστούν σε δύο αδρές κατηγορίες:

- α) γονίδια που ενέχονται στην καρκινογένεση (MYC, RB1, BRCA1, TP53
- β) γονίδια που ενέχονται στην προαγωγή και τη συμπεριφορά του όγκου (CDH3, CDH5, MMP1, MDR1 κ.α.).

Προς τον παρόν οι γνώσεις στον τομέα της μοριακής γενετικής αυξάνονται ραγδαία πολύ περισσότερα είναι γνωστά για τα γονίδια και γενετικά δρώμενα στην ογκογένεση από ότι για τα γονίδια που συνδέονται με τη βιολογική συμπεριφορά των καρκινικών κυττάρων. Τα γονίδια της πρώτης κατηγορίας, αν και πιθανόν τα μέχρι σήμερα δεδομένα να οδηγούν σε υπεραπλουστεύσεις, μπορούν να ταξινομηθούν στις εξής κατηγορίες: **ογκογονίδια, ογκοκατασταλτικά, γονίδια επιδιορθωτικά του DNA.** Όμως θα μπορούσε να γίνει και μια άλλη πιο ειδική κατάταξη βάσει των επιμέρους λειτουργιών (ρυθμιστικά γονίδια της απόπτωσης, γονίδια ρυθμιστές του κυτταρικού κύκλου κ.α.).

- **Ογκογονίδια (oncogenes)**

Τα ογκογονίδια είναι γονίδια που προάγουν την ομαλό πολλαπλασιασμό και διαφοροποίηση των κυττάρων και τα οποία έχουν μεταβληθεί από ένα μεταλλακτικό γεγονός

που δημιουργήσε αλλαγές στη δομή του γονιδίου ή στη ρύθμιση της γονιδιακής έκφρασης. Τα ογκογονίδια προάγουν την ογκογένεση δρώντας με τον επικρατή – γενετικά – τρόπο κληρονομικότητας στο κυτταρικό επίπεδο, δηλαδή αρκεί μία μετάλλαξη στο ένα από τα δύο αλληλόμορφα. Μεταλλακτικά γεγονότα που οδηγούν στην ενεργοποίηση των ογκογονιδίων περιλαμβάνουν σημειακές μεταλλάξεις, χρωμοσωμικές ανακατατάξεις και γονιδιακή επέκταση. Ίικές εισχωρήσεις και ενσωματώσεις μπορούν επίσης να οδηγήσουν στην ενεργοποίηση των ογκογονιδίων. Παραδείγματα αυτών των μηχανισμών ενεργοποίησης των ογκογονιδίων υπάρχουν πολλά. Ένα κλασικό σήμερα παράδειγμα είναι η μετάθεση t (9;22) στη χρόνια μυελογενή λευχαιμία η οποία μετακινεί ένα τμήμα του γονιδίου ABL (του χρωμοσώματος 9) στην περιοχή συνάθροισης σημείων θραύσης (Breakpoint Cluster Region: BCR) στο χρωμόσωμα 22 με αποτέλεσμα τη χιμαιρική πρωτεΐνη BCR/ABL με δράση κινάσης της τυροσίνης. Παραδείγματα γονιδιακής επέκτασης είναι αυτά των γονιδίων c-ERBB-2 και MYC στον καρκίνο του μαστού.

- ***Ογκοκατασταλτικά Γονίδια (Tumor suppressor genes)***

Τα ογκοκατασταλτικά είναι γονίδια τα οποία φυσιολογικά καταστέλλουν τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό. Η συμμετοχή τους στην καρκινογένεση γίνεται με απώλεια ή μεταλλάξεις των δύο αλληλομόρφων γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα απώλεια, καταστολή ή ανωμαλίες στην πρωτεΐνη που κωδικοποιούν. Είναι επομένως κατανοητό ότι στο κυτταρικό επίπεδο τα γονίδια αυτά συμπεριφέρονται με τον υπολειπόμενο τρόπο κληρονομικότητας.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα κατασταλτικού γονιδίου είναι αυτό του ρετινοβλαστώματος (RBI). Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι το ρετινοβλάστωμα είναι κατά 40% κληρονομούμενος καρκίνος ενώ κατά 60% σποραδικός. Ο κληρονομούμενος τύπος παρουσιάζεται σε νεαρότερα άτομα και συνήθως εμφανίζεται και στα δύο μάτια. Όταν το ένα από τα δύο γονίδια του RB1 (χρωμοσωμική θέση 13q14) είναι μεταλλαγμένο σε ένα άτομο εκ γενετής, από τα κύτταρα της γενετικής σειράς μέσω του γονιμοποιημένου ωαρίου, τότε χρειάζεται επιπροσθέτως μία δεύτερη μετάλλαξη σε ένα κύτταρο του αμφιβληστροειδούς, σωματική αυτή τη φορά, ώστε να «αδρανοποιηθεί» και το δεύτερο από τα αλληλόμορφα γονίδια με αποτέλεσμα την ανάπτυξη ρετινοβλαστώματος. Στο σποραδικό τύπο χρειάζονται δύο μεταλλάξεις στο ίδιο κύτταρο του αμφιβληστροειδούς για να ξεκινήσει η ογκογένεση. Το μοντέλο αυτό της ογκογένεσης, γνωστό ως “two hit hypothesis” που πρωτοχρησιμοποιήθηκε για να εξηγήσει τη συμπεριφορά του ρετινοβλαστώματος έχει γενικότερη εφαρμογή σε διάφορα καρκινικά σύνδρομα και τους αντίστοιχους σποραδικούς καρκίνους όπου εμπλέκονται μεταλλάξεις ογκοκατασταλτικών γονιδίων.

- ***Επιδιορθωτικά γονίδια DNA***

Τέτοιου είδους γονίδια στη φυσιολογική μορφή τους έχουν σαν ρόλο τη διατήρηση της ομαλότητας ολοκλήρου του γονιδιώματος. Αποτέλεσμα των μεταλλάξεων τους είναι η συσσώρευση «λαθών» κατά τη διάρκεια διπλασιασμού του DNA κυρίως στις επαναλαμβανόμενες αλληλουχίες (microsatellites) που βρίσκονται μεταξύ των γονιδίων. Η γενετική αστάθεια αυτών των αλληλουχιών αυξάνει με τη σειρά της την πιθανότητα να συμβεί μετάλλαξη σε άλλα γονίδια που συνδέονται με τον καρκίνο, προκαλώντας με αυτό τον τρόπο δευτερογενώς καρκινογένεση.

Γνωστό παράδειγμα είναι τα επιδιορθωτικά γονίδια MLH1, PMS1, PMS2 των οποίων μεταλλάξεις οδηγούν στο μη πολυποδιακό κληρονομούμενο καρκίνο του παχέος εντέρου.

- ***Ρυθμιστικά γονίδια απόπτωσης (apoptosis regulating genes)***

Η απόπτωση, δηλαδή ο προγραμματισμένος κυτταρικός θάνατος ρυθμίζεται από ειδική κατηγορία γονιδίων. Μεταλλάξεις σε τέτοιου είδους γονίδια τα καθιστούν αντιαποπτωτικά δηλαδή προωθείται η μακρά επιβίωση των κυττάρων επιτρέποντας έτσι μεταλλάξεις σε πρωτοογκογονίδια και/ή ογκοκατασταλτικά γονίδια που με τη σειρά τους προάγουν την ογκογένεση. Παράδειγμα τέτοιου γονιδίου είναι το BCL2 στη χρωμοσωμική θέση 18q21 που εμφανίζεται με παθολογική δράση σε μεγάλο ποσοστό των λεμφωμάτων.

Το γονίδιο TP53 που κατά τη φυσιολογική του δράση ευνοεί την απόπτωση σε κύτταρα με βλάβες του DNA, έχει βρεθεί λειτουργικά απενεργοποιημένο σε αρκετούς τύπους καρκίνου. Τέτοιου είδους γονίδια ονομάζονται προαποπτωτικά.

- ***Γονίδια ρυθμιστές του κυτταρικού κύκλου***

Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν γονίδια που φυσιολογικά τα προϊόντα τους είναι ρυθμιστές του κυτταρικού κύκλου κυρίως κυκλίνες (cyclins), οι εξαρτώμενες από αυτές κινάσες (CDKs), αναχαιτιστές των κινασών (CKIs), καθώς και το υπόστρωμα στο οποίο δρουν. Τα σύμπλοκα (χημικά) που σχηματίζονται από τις κυκλίνες και τις CDK δρουν ρυθμιστικά με φωσφοριλίωση σημαντικών πρωτεϊνών που ενέχονται σε διεργασίες του κυτταρικού κύκλου. Μεταλλάξεις στις κυκλίνες και στις κινάσες τις ωθούν ώστε να δρουν ως ενεργοποιημένα ογκογονίδια.

Από την άλλη πλευρά, οι αναχαιτιστές των κινασών λειτουργούν ως αρνητικοί ρυθμιστές σχηματίζοντας σταθερά σύμπλοκα που απενεργοποιούν την καταλυτική μονάδα κυκλίνης – κινάσης. Λόγω της “υπολειπόμενης” φύσης τους στον έλεγχο του κυτταρικού κύκλου και του γεγονότος ότι μερικοί από αυτούς παρουσιάζονται μεταλλαγμένοι σε ανθρώπινους όγκους, έχει υποδειχτεί ότι πρέπει επίσης να λειτουργούν ως ογκοκατασταλτικά γονίδια.



Υπερέκφραση του γονιδίου της κυκλίνης D1 (CCND1) που είναι μέλος της οικογένειας κυκλινών G1, έχει βρεθεί περίπου στο 35% των πορογενών καρκινωμάτων του μαστού. Το γονίδιο αυτό εντοπίζεται στη χρωμοσωμική θέση 11q13 (Ρίζου, 2002).

### 2.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία

Σύμφωνα με τα πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη σε συχνότητα κακοήθεια του γυναικείου πληθυσμού στις ΗΠΑ, ακολουθούμενος από τους καρκίνους του πνεύμονος και του παχέος εντέρου. Στις ΗΠΑ ανακαλύπτονται ετησίως 180.000 νέες περιπτώσεις διηθητικού καρκίνου μαστού, καθώς και 25.000 νέες περιπτώσεις in situ καρκίνου του μαστού. Παρατηρούνται ετησίως 46.000 – 50.000 περίπου θάνατοι από τη νόσο. Τα στοιχεία αυτά ταξινομούν τον καρκίνο μαστού ως την κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο στο γυναικείο πληθυσμό στις νέες και μέσες ηλικίες. Υπολογίζεται ότι 1 στις 8 γυναίκες στις ΗΠΑ θα εμφανίσουν καρκίνο του μαστού στη ζωή τους και ότι οι μισές από αυτές θα πεθάνουν από τη νόσο μέσα σε 5 χρόνια από τη διάγνωση.

Στις χώρες της Ευρώπης αποτελεί επίσης το συχνότερο καρκίνο της γυναίκας, με τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης να απαντώνται στη Βόρεια Ευρώπη (1 στις 9 – 12 γυναίκες). Στη χώρα μας, παρόλο που τα στοιχεία είναι ελλιπή, υπολογίζεται ότι η συχνότητα εμφάνισης είναι σήμερα 1 στις 12 γυναίκες, αλλά βαίνει συνεχώς αυξανόμενη.

Ορισμένοι μελετητές υποστηρίζουν ότι η αύξηση της συχνότητας του καρκίνου μαστού δεν είναι πραγματική, απλώς οι καρκίνοι γίνονται σήμερα περισσότερο εμφανείς από παλαιότερα για δύο λόγους:

**α)** ο εκτεταμένος προληπτικός μαστογραφικός έλεγχος αναδεικνύει συνεχώς περισσότερους καρκίνους και

**β)** οι γυναίκες ζουν περισσότερο και προοιούσης της ηλικίας εμφανίζονται περισσότεροι καρκίνοι μαστού, που σχετίζονται με τη γήρανση. Φαίνεται όμως ότι μάλλον δεν έχουν δίκιο, καθώς οι θεωρίες αυτές δεν μπορούν να εξηγήσουν τον αυξημένο αριθμό γυναικών νέας ηλικίας (40 – 49 ετών) που προσβάλλονται από τη νόσο με αυξανόμενους ρυθμούς.

Η αναλυτική επιδημιολογική μελέτη του καρκίνου μαστού έχει απομονώσει έναν αριθμό παραγόντων που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού. Ο πρώτος και σημαντικότερος παράγοντας είναι η σχέση της εμφάνισης καρκίνου μαστού με την αύξηση της ηλικίας, καθώς και η παράμετρος του γυναικείου φύλου. Οι υπόλοιποι παράγοντες ταξινομούνται ως μικρής, μεσαίας και μεγάλης επιβάρυνσης, αναλόγως με το βαθμό του κινδύνου που συνδυάζεται με αυτούς.

**Στους ισχυρούς επιβαρυντικούς παράγοντες περιλαμβάνονται οι ακόλουθοι:**

1. ατομικό ιστορικό προηγούμενου καρκίνου μαστού.
2. ατομικό ιστορικό άτυπης υπερπλασίας των πόρων ή των λοβίων
3. παρουσία των μεταλλάξεων των γονιδίων BRCA1 ή BRCA2
4. έκθεση του θώρακος σε μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας
5. οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού σε έναν ή περισσότερους συγγενείς πρώτου βαθμού
6. οικογενειακό ιστορικό καρκίνου ωοθηκών ή καρκίνου προστάτου

Στους παράγοντες μέτριας επιβάρυνσης περιλαμβάνονται αυτοί που σχετίζονται με τη λειτουργία των ωοθηκών, όπως εμμηναρχή σε μικρή ηλικία, εμμηνόπαυση σε μεγάλη ηλικία, ατοκία, ηλικία πρώτης εγκυμοσύνης μετά τα 35, καθώς και απουσία θηλασμού. Στους παράγοντες μικρής επιβάρυνσης περιλαμβάνονται η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ, η δίαιτα πλούσια σε πολυακόρεστα λιπαρά, η παχυσαρκία, η εθνολογική προέλευση και η γεωγραφική διαμονή. Σχετικά αυξημένος κίνδυνος έχει βρεθεί σε γυναίκες που λαμβάνουν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης για περισσότερο από 5 χρόνια (1,15 – 3,3 φορές αυξημένος κίνδυνος) ή λαμβάνουν αντισύλληψη (1,1 – 1,5 φορές αυξημένος κίνδυνος ανάλογα με τη διάρκεια της λήψης του χαπιού). Οι κίνδυνοι αυτοί μειώνονται εφόσον η γυναίκα σταματήσει τη λήψη των φαρμάκων αυτών.

Το θετικό οικογενειακό ιστορικό, όπως προαναφέρθηκε ανήκει στους ισχυρούς επιβαρυντικούς παράγοντες. Ο σχετικός κίνδυνος σε συγγενείς πρώτου βαθμού είναι περίπου 2,5 φορές αυξημένος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (χωρίς διαφοροποίηση αν ο καρκίνος συνέβη στη μητέρα ή στην αδερφή). Αν έχει συμβεί καρκίνος μαστού και στις δύο, τότε ο σχετικός κίνδυνος αυξάνει στο 13,5 με συνολικό κίνδυνο να εμφανισθεί καρκίνος μαστού δια βίου που ξεπερνά το 50%.

Οι γυναίκες που έχουν τη μετάλλαξη του γονιδίου BRCA1 έχουν κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου μαστού 85% στη ζωή τους και 40 – 60% κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών. Παρά τις αυξημένες συχνότητες εμφάνισης καρκίνου μαστού όταν υπάρχει μετάλλαξη, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι ο κληρονομούμενος καρκίνος του μαστού καλύπτει ποσοστό 5 – 7% του συνόλου των καρκίνων των μαστών. Αποτελεί πάντως σημαντικότατο στοιχείο για τα αίτια εμφάνισης της νόσου ότι ποσοστό 75% των καρκίνων του μαστού συμβαίνει σε τυχαίες περιπτώσεις, ενώ υπάρχει απουσία κάθε γνωστού προδιαθεσικού παράγοντα. Αυτό το δεδομένο ενισχύει τη σημασία της ηλικίας και του φύλου ως ισχυρότατων προδιαθεσικών παραγόντων για την εμφάνιση του καρκίνου μαστού. Η επιβάρυνση της ηλικίας γίνεται καλύτερα κατανοητή, αν εκτιμηθεί το γεγονός ότι ο καρκίνος

σε γυναίκες 70 ετών είναι 100 φορές συχνότερος απ' ό τι σε γυναίκες 30 ετών (Δημητρόπουλος, 2000).

Η επίπτωση των 55 περιπτώσεων στα 100.000 άτομα ετησίως, δηλαδή περίπου 28.000 άτομα τον χρόνο (99% γυναίκες). Καθώς και η θνησιμότητα 20 στα 100.000 ετησίως, δηλαδή περίπου 10.000 άτομα τον χρόνο (Fariselli - Razzoli, 2005).

## 2.4 Ένα σοβαρό πρόβλημα για την Ελληνίδα

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένας από τους συχνότερους καρκίνους στις γυναίκες των χωρών του Δυτικού πολιτισμού. Στις Ηνωμένες Πολιτείες η συχνότητα εμφάνισης είναι μεγαλύτερη από οπουδήποτε αλλού, 1 στις 12 γυναίκες θα εμφανίσει την νόσο ενώ σε κάθε 4 γυναίκες με κακοήγη νεοπλάσματα η μία (1) πάσχει από καρκίνου μαστού.

Στην Ελλάδα η συχνότητα είναι μικρότερη από ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες αλλά αυξάνει με τρομακτική ταχύτητα. Ενώ δηλαδή το 1964 περίπου 10 ανά 100.000 κάθε χρόνο εμφάνιζαν καρκίνου μαστού σήμερα 40 στις 100.000 εμφανίζουν τον ίδιο καρκίνο δηλαδή ο αριθμός τετραπλασιάστηκε μέσα σε 35 χρόνια και δυστυχώς έχουμε και 1.900 θανάτους κάθε χρόνο από καρκίνο μαστού (Θεοδώρου, 2006).

## 2.5 Αίτια και παράγοντες κινδύνου

Τα αίτια είναι μέχρι σήμερα άγνωστα. Υπάρχουν όμως μια σειρά παράγοντες που έχει αποδειχθεί πως έχουν σχέση με την εμφάνισή του. Στις γυναίκες "υψηλού κινδύνου", δηλ. στις γυναίκες με ένα ή περισσότερους τέτοιους προδιαθεσικούς παράγοντες ο καρκίνος του μαστού είναι 2 – 5 φορές συχνότερος σε σχέση με τις γυναίκες "χαμηλού κινδύνου" δηλ. χωρίς προδιαθεσικούς παράγοντες.

Οι πιο γνωστοί **προδιαθεσικοί παράγοντες** είναι οι εξής:

**1) Ηλικία:** Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού αυξάνει με την ηλικία. Είναι πολύ σπάνιος σε γυναίκες μικρότερες των 20 χρόνων. Μετά τα 20 αυξάνει σταδιακά η συχνότητα του, για να κορυφωθεί μετά τα 40.

**2) Κληρονομικότητα:** Γυναίκες των οποίων συγγενείς πρώτου βαθμού (μητέρες, αδελφές), είχαν καρκίνο του μαστού, έχουν 2 – 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κι αυτές καρκίνο. Ο κίνδυνος αυξάνει αν ο καρκίνος των συγγενών τους είχε εμφανιστεί πριν την εμμηνόπαυση, ήταν και στους δύο μαστούς ή είχε προσβάλλει δύο ή

περισσότερες συγγενείς πρώτου βαθμού.

**3) Ορμονικοί Παράγοντες:** Ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού είναι αυξημένος σε γυναίκες με πρόωμη εμμηνарχή, με καθυστερημένη εμμηνόπαυση, σε άτεκνες καθώς και σε γυναίκες που είχαν την πρώτη τους εγκυμοσύνη μετά τα τριάντα. Οι πληροφορίες που έχουμε για τη σχέση καρκίνου του μαστού με τα αντισυλληπτικά χάπια και τη θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, είναι προς το παρόν αντιφατικές.

**4) Προηγούμενο ιστορικό:** Μια γυναίκα με καρκίνο στον ένα μαστό έχει αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσει καρκίνο και στον άλλο.

**5) Ινοκυστική μαστοπάθεια:** Είναι η συχνότερη καλοήθης πάθηση του μαστού. Μια μορφή της φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου.

**6) Διατροφή:** Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις γυναίκες της Δ. Ευρώπης και της Β. Αμερικής σε σχέση με τις γυναίκες της Α. Ασίας και της Αφρικής. Αυτό αποδίδεται στη διαίτα δυτικού τύπου που είναι πλούσια σε λίπος καθώς και στη μέτρια κατανάλωση αλκοόλ. Επίσης αυξημένο κίνδυνο διατρέχουν οι παχύσαρκες γυναίκες ιδιαίτερα μετά την εμμηνόπαυση.

Δίαιτα πλούσια σε λίπος και ζωικές πρωτεΐνες, η παχυσαρκία και η υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών, αποτελούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου. Αντίθετα, τροφή πλούσια σε λαχανικά, φρούτα και σε φυτικές ίνες, αποτελούν προστατευτικό παράγοντα.

**7) Ιονίζουσα ακτινοβολία:** Η έκθεση στην ιονίζουσα ακτινοβολία, ιδιαίτερα την 2<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής αυξάνει τον κίνδυνο, όπως αποδείχτηκε από μελέτες στα θύματα της ατομικής βόμβας στη Χιροσίμα και στο Ναγκασάκι.

Η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία αυξάνει τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού.

Η ακτινοβολία από τη μαστογραφία δεν παρουσιάζει κανέναν κίνδυνο λόγω της χαμηλής δόσεως που παίρνει η γυναίκα (Βάρρας, 1999).

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

Γυναίκες που η μητέρα τους, η αδελφή τους εμφάνισαν καρκίνο μαστού, έχουν διπλάσια ή τριπλάσια πιθανότητα να προσβληθούν και οι ίδιες από καρκίνο μαστού απ' ότι ο υπόλοιπος γυναικείος πληθυσμός. Ο κίνδυνος αυξάνεται εάν αυτή η πρώτου βαθμού συγγενής είχε προσβληθεί σε μικρή ηλικία ή αν η νόσο ήταν αμφοτερόπλευρη. Έτσι ο κίνδυνος είναι πενταπλάσιος για αμφοτερόπλευρη εντόπιση, και εννεαπλάσιος αν η νόσος εμφανίστηκε αμφοτερόπλευρη σε συγγενή πριν από την εμμηνόπαυση.

**9) Ιστορικό νόσου του μαστού:** Ο κίνδυνος της εκδήλωσης δευτεροπαθούς καρκίνος μαστού (καρκίνος στον άλλο μαστό μετά από κάποιο χρονικό διάστημα) είναι πέντε φορές μεγαλύτερος από τον γενικό πληθυσμό.

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

**11) Αντισυλληπτικά και οιστρογόνα:** Δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα ισχυρή συσχέτιση αντισυλληπτικών δισκίων και καρκίνου μαστού. Ο κίνδυνος ποικίλλει με τα χρόνια λήψης και ειδικότερα με το χρόνο τελευταίας λήψης. Ο κίνδυνος γι' αυτές που λαμβάνουν δισκία είναι 1,24, γι' αυτές που τα σταμάτησαν από 1 έως 4 χρόνια είναι 1,16, και γι' αυτές που τα σταμάτησαν από 5 έως 9 χρόνια ο κίνδυνος μειώνεται σε 1,07. Εν τούτοις η παρατεταμένη χρήση οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση πρέπει να αποφεύγεται.

**12) Χρόνια κυστική μαστοπάθεια:** Ο ρόλος της χρόνιας κυστικής μαστοπάθειας ως προδιαθεσικού παράγοντα στην ανάπτυξη καρκίνου μαστού αποτελεί θέμα μακροχρόνιων ερευνών.

Σήμερα γίνεται δεκτό ότι η "επιθηλίωση" (δηλαδή η ταχεία αύξηση των επιθηλιακών στοιχείων) χωρίς υπερπλασία, αυξάνει τον κίνδυνο κατά 1,9 φορές. Όταν υπάρχει άτυπη υπερπλασία ο κίνδυνος αυξάνει κατά 5,3 φορές, ενώ ατυπία που συνοδεύεται από θετικό οικογενειακό ιστορικό αυξάνει τον κίνδυνο κατά 11 φορές. Η παρουσία ασβετώσεων σε συνδυασμό με επιθηλίωση αποτελεί επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα (Κουρής – Στραβόλαιμος, 2000).

**13) Κάπνισμα (προϊόντα καπνού):** Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει πάνω από 3.900 χρήσιμες ουσίες, βαρέα μέταλλα και ραδιενεργά στοιχεία. Είναι γνωστό ότι επιδρά συνεργικά με άλλους καρκινογόνους παράγοντες σε μηχανισμούς καρκινογένεσης. Το κάπνισμα αποτελεί τον σημαντικότερο εξωγενή παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας στον άνθρωπο. Η σχέση καπνίσματος και καρκίνου του πνεύμονα είναι γνωστή από πολυάριθμες επιδημιολογικές και άλλες μελέτες. Το κάπνισμα είναι υπεύθυνο και για άλλους τύπους καρκίνου (ουροδόχου κύστης, φάρυγγα, στομάχου, οισοφάγου κλπ). Εκτός από καρκίνους το κάπνισμα αποτελεί την πρωτογενή αιτία για τους περισσότερους πρόωρους θανάτους και από άλλα είδη ασθενειών. Το παθητικό κάπνισμα επίσης αποτελεί αιτία για πρόωρους θανάτους από καρκίνο του πνεύμονα σε μη καπνιστές και από καρδιαγγειακά νοσήματα.

**14) Αναπαραγωγικό σύστημα και σεξουαλική συμπεριφορά** (ορμονικές αλλαγές που επέρχονται από την σεξουαλικότητα, την εγκυμοσύνη, τον θηλασμό, την ηλικία της τεκνοποίησης κλπ): Οι παράγοντες αυτοί επιδρούν ιδιαίτερα στις γυναίκες, όπου οι διάφοροι καρκίνοι (όπως μαστού, ενδομητρίου, ωοθηκών και τραχήλου της μήτρας) αποτελούν τις αιτίες για το 30% όλων των θανάτων από κακοήθεις νεοπλασίες στις ανεπτυγμένες χώρες. Τα επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι σε μεγάλο ποσοστό οφείλονται στην σεξουαλική δραστηριότητα και στις ορμονικές μεταβολές κατά την εγκυμοσύνη.

**15) Οινοπνευματώδη ποτά:** Πολυάριθμες έρευνες που διαπιστώνουν ότι η κατανάλωση οινοπνευματωδών αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνους του στόματος, του οισοφάγου και του φάρυγγα, ενώ η κίρρωση του ήπατος είναι αιτία για την εμφάνιση κακοήθων νεοπλασμάτων στο ήπαρ. Επίσης είναι γνωστή η συνεργική δράση καπνίσματος και αιθυλικής αλκοόλης των ποτών.

**16) Εκθέσεις στο εργασιακό περιβάλλον:** Πολυάριθμες επιδημιολογικές μελέτες για επαγγελματικούς καρκίνους. Αν και το είδος των εκθέσεων, η διάρκεια και η μεγάλη λανθάνουσα περίοδος δημιουργούν σημαντικά προβλήματα στις έρευνες, σήμερα είναι γνωστοί οι σημαντικότεροι παράγοντες για τον επαγγελματικό καρκίνο (καρκινογόνες και μεταλλαξογόνες χημικές ουσίες, ακτινοβολίες, ιοί). Οι μονογραφίες της IARC και του National Toxicology Program έχουν προσδιορίσει τους παράγοντες αυτούς.

**17) Ρύπανση του περιβάλλοντος** (ατμοσφαιρική ρύπανση, ρύπανση του πόσιμου νερού, των τροφίμων, του εδάφους κλπ): Η διαδεδομένη αντίληψη ότι η ρύπανση συμβάλλει σημαντικά στην πρόκληση κακοήθων νεοπλασμάτων στον άνθρωπο δεν ευσταθεί αφού από έρευνες ότι συμβάλλει οριακά, ιδιαίτερα σε εξαιρετικές περιπτώσεις στην συγκέντρωση πολλών ρύπων (όπως η ατμοσφαιρική ρύπανση σε βιομηχανικές της Πολωνίας και της Κίνας) και για μεγάλης διάρκειας εκθέσεις. Υπάρχουν σίγουρα παράγοντες που περιπλέκουν τα αποτελέσματα των επιδημιολογικών μελετών.

**18) Βιομηχανικά προϊόντα** (απορρυπαντικά, φυτοφάρμακα, λιπάσματα ακτινοβολίες, καλλυντικά, βαφές μαλλιών, πλαστικές πρώτες ύλες κλπ.): Οι εκθέσεις που υπόκειται ο άνθρωπος θεωρούνται πολύ χαμηλές σε ποσοστό σε θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα είναι μικρότερο του 1%.

**19) Πρόσθετα τροφίμων:** Ο κίνδυνος θεωρείται περιορισμένος λόγω των εξαιρετικά χαμηλών συγκεντρώσεων στα τρόφιμα. Παρά την δημοσιότητα για αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία από τα πρόσθετα τροφίμων, τα επιδημιολογικά δεδομένα δεν τεκμαίρουν την άποψη του υψηλού κινδύνου. Ορισμένα πρόσθετα έχουν αντιοξειδωτικές ουσίες..

**20) Ιατρογενείς παράγοντες** (διάφορες θεραπείες και φάρμακα για κακοήθη

νεοπλάσματα, αντικαρκινικά, κυτταροστατικά, θεραπείες με ακτινοβολίες, ακτίνες – X, αντισυλληπτικά χάπια και ιατρικές επεμβάσεις) παρουσιάζουν σημαντική συμβολή στις κακοήθεις νεοπλασίες, που δεν μπορεί να προσδιορισθεί ακριβώς (Βαλαβανίδης, 2000).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### 3.1 Εξέλιξη του Καρκίνου Μαστού

Η εξέλιξη της καρκινογένεσης μπορεί να διακριθεί σε τέσσερις φάσεις:

- Ø 1<sup>η</sup> φάση επαγωγής ή έναρξη
- Ø 2<sup>η</sup> προδιηθητική φάση
- Ø 3<sup>η</sup> διηθητική φάση
- Ø 4<sup>η</sup> φάση διασποράς

### Ι. ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ – ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ

Η ταξινόμηση του καρκίνου μπορεί να γίνει με βάση: **1)** ιστογένεση **2)** τη διηθητικότητα του ή μη **3)** μορφολογία το μεγαλύτερο ποσοστό του καρκίνου του μαστού προέρχεται από το επιθήλιο των πόρων (80%) και το υπόλοιπο από το επιθήλιο των λοβών.

#### Νεοπλάσματα του μαστού

Τα νεοπλάσματα του μαστού διακρίνονται σε **καλοήθη** και **κακοήθη**.

A) Καλοήθη νεοπλάσματα

- Ενδαυλικό θήλωμα
- Ιναδένωμα
- Νεανική θηλωμάτωση
- Λοβώδης υπερπλασία

B) Κακοήθη νεοπλάσματα

- **Καρκίνος**

- Πορογενές ενδοεπιθηλιακό (In situ)
- Λοβιακό ενδοεπιθηλιακό
- Νόσος του Paget κ.α

- **Σάρκωμα**

Το 80% των καρκινωμάτων του μαστού είναι διηθητικά από τους γαλακτοφόρους πόρους και το υπόλοιπο 20% αφορά σε μεγάλη ποικιλία άλλων καρκινωμάτων. Ειδικότερα, στους 100 καρκίνους του μαστού θα συναντήσουμε την παρακάτω συχνότητα σχετικά με τον ιστολογικό τύπο.

§ Διηθητικά καρκινώματα των γαλακτοφόρων οδών

52



§ Διηθητικά καρκινώματα των γαλακτοφόρων οδών συνδυασμένα με άλλα καρκινώματα	29
§ Λοβιακά καρκινώματα	5
§ Μυελοειδή καρκινώματα	6
§ Βλεννώδη καρκινώματα	2.5
§ Νόσος Paget	2
§ Άλλοι τύποι καρκινωμάτων	3.5

Σε συχνότητα 99% ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται από το επιθήλιο των πόρων και 1% από το συνδετικό ιστό. Η ανάπτυξή του αρχίζει ταυτόχρονα από πολλούς γαλακτοφόρους πόρους, γι' αυτό σε συχνότητα 50% των μαστών, που εξαιρέθηκαν για καρκίνο, εκτός από τον καρκινικό όγκο, μέσα σ' αυτούς υπάρχουν πολλαπλές εστίες μικροσκοπικού διηθητικού ή όχι καρκινώματος.

Ιστογενετικά, τα καρκινώματα διακρίνονται: στα μη διηθητικά (λοβιακό ή ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα *in situ* και ενδοσωληνώδες καρκίνωμα *in situ*), στα διηθητικά (λοβιακό διηθητικό και ενδοσωληνώδες διηθητικό καρκίνωμα ή καρκίνωμα των πόρων) και στα ακαθόριστης ιστογενετικής προέλευσης (φλεγμονώδες, μεταπλαστικό, καρκινοσώκωμα και καρκινοειδές).

Συνηθέστεροι τύποι καρκίνου του μαστού είναι οι παρακάτω:

**Καρκίνωμα γαλακτοφόρων πόρων ή ενδοσωληνώδες καρκίνωμα..** Όπως αναφέρθηκε, απαντάται σε συχνότητα 80% περίπου.

Στην *in situ* μορφή του η διήθηση δεν έχει περάσει τη βασική μεμβράνη, είναι πολυεστιακό και, πολύ σπάνια, συνοδεύεται από μεταστάσεις στους λεμφαδένες.

Στη διηθητική του μορφή σε συχνότητα 90% δεν έχει ειδικά χαρακτηριστικά μακροσκοπικά εξεταζόμενο. Αποτελεί συμπαγή, σκληρής σύστασης όγκο, διαμέτρου 2 – 4 ε.κ. που όταν κοπεί, έχει λευκότερη χροιά με λευκές ή κιτρινωπές γραμμές και επεκτείνεται διηθητικά στον γειτονικό μαστικό αδένα.

Όταν το κόβουμε έχουμε την αίσθηση πως κόβουμε υλικό, που έχει τη σύσταση άμμου. Η πρόγνωσή του εξαρτάται από το βαθμό διαφοροποίησης.

**Καρκίνωμα των λοβών.** Αυτό απαντάται σε συχνότητα 5% όλων των καρκίνων του μαστού, τις περισσότερες φορές είναι πολυεστιακό και αμφοτερόπλευρο και διηθεί περισσότερα αγγεία.

Στην *in situ* μορφή του αποτελεί τυχαίο εύρημα βιοψιών ινοκυστικής μαστοπάθειας και, πολλές φορές, συνυπάρχει με τη διηθητική του μορφή και με ενδοσωληνώδες καρκίνωμα.

Στη διηθητική του μορφή έχει μέγεθος 1 – 4 ε.κ., ασαφή όρια και ελαστική σύσταση. Επειδή δυνατό να είναι αμφοτερόπλευρο, μετά τη μαστεκτομία συστήνεται στενή παρακολούθηση του εναπομείναντος μαστού.

**Μυελώδες καρκίνωμα.** Απαντάται σε συχνότητα 6%, συχνότερα γύρω στην ηλικία των 50 ετών, με τη μορφή μαλακού περιγραμμένου όγκου διαστάσεων 5 – 10 ε.κ., που μοιάζει με απόστημα, δεν έχει κάψα και, όταν κοπεί, πολλές φορές στο κέντρο του υπάρχει νέκρωση και αιμορραγική διήθηση.

**Βλεννώδες καρκίνωμα.** Απαντάται σε συχνότητα 2,5% και αποτελεί μαλακό όγκο με σαφή όρια, που, όταν κοπεί, μοιάζει με ζελατίνα.

**Σωληνώδες καρκίνωμα.** Αυτό λέγεται και καλά διαφοροποιημένο καρκίνωμα, είναι σπάνιο και σε συχνότητα 80% συνδυάζεται με όλους τους άλλους ιστολογικούς τύπους. Εκδηλώνεται με τη μορφή όγκου και σπάνια προκαλεί μεταστάσεις.

**Σπάνια καρκινώματα.** Σ' αυτά ανήκουν:

1) **Το ενδοκυστικό θηλώδες καρκίνωμα** (0,5%), που εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες ηλικίας γύρω στα 55 χρόνια τους, προτιμά τις παχύσαρκες, έχει βραδεία εξέλιξη και καλή πρόγνωση.

2) **Η νόσος του Paget** (2%), που εμφανίζεται με τη μορφή εκζέματος της επιδερμίδας της θηλής και της θηλαίας άλω σε γυναίκες πάνω από 40 ετών και σε συχνότητα 43% δε συνοδεύεται από ψηλαφητό όγκο. Δυνατό να συνοδεύεται από αιματηρή έκκριση της θηλής. Έχει βραδεία εξέλιξη και η πρόγνωσή της εξαρτάται από την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων στους λεμφαδένες.

3) **Φλεγμονώδες καρκίνωμα** (1,5%), που χαρακτηρίζεται από ερύθημα του δέρματος του μαστού, αυξημένη θερμοκρασία του και σκληρία από διήθηση των υποδόριων λεμφαγγείων. Έχει κακή πρόγνωση. Η πενταετής επιβίωση φτάνει το 5,5%.

4) **Λιποεκκριτικό καρκίνωμα** (1%), που εμφανίζεται γύρω στα 60 χρόνια της γυναίκας, δυνατό να συνοδεύεται από πορογενές λοβιακό καρκίνωμα in situ ή διηθητικό, έχει γρήγορη εξέλιξη και βαριά πρόγνωση. Ανάμεσα στις μεταστάσεις, που προκαλεί, είναι και αυτές που αφορούν τα μάτια.

5) **Μεταπλαστικό καρκίνωμα** (0,5 – 2%), που αναφέρεται και ως επιδερμοειδής καρκίνος, εμφανίζεται συχνότερα γύρω στο 50<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας της γυναίκας, συχνά προκαλεί μεταστάσεις και η πενταετής επιβίωση της άρρωστης ανέρχεται σε 65%.

6) **Θηλώδες καρκίνωμα**, που χαρακτηρίζεται από το σχηματισμό θηλών στο επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων και αιματηρή έκκριση από τη θηλή.

7) **Καρκίνωμα από αποκρινείς αδένες**, που η συμπεριφορά του μοιάζει με το

πορογενές διηθητικό καρκίνωμα.

8) **Καρκινোসάρκωμα**, που δεν διευκρινίστηκε, αν προέρχεται από εξαλλαγή ινοαδενώματος.

9) **Καρκινοειδές**, που εμφανίζεται γύρω στα 48 χρόνια της γυναίκας, με τη μορφή ανώδυνης μάζας χωρίς χαρακτηριστικές κακοήθειας και έχει καλή πρόγνωση.

10) **Αδενοκυστικό καρκίνωμα**, που τις περισσότερες φορές εντοπίζεται κοντά στη θηλή του μαστού και τα κύτταρά του σχηματίζουν κύστες, που εκκρίνουν βλέννα. Μοιάζει με το καρκίνωμα των σιελογόνων αδένων και έχει καλή πρόγνωση.

11) **Μεταστατικό καρκίνωμα**, που προέρχεται, τις περισσότερες, φορές από τους πνεύμονες, τις ωοθήκες και από κακοήθες μελάνωμα.

12) **Αμφοτερόπλευρο πρωτοπαθές καρκίνωμα**, που σε συχνότητα 1 – 15% αναπτύχθηκε, ύστερα από αντιμετώπιση του ενός μαστού και σε συχνότητα 0,1 – 11% συνυπήρχε από την αρχή (Καραϊσκού – Κοντοπάνου, 2005).

### 3.2 Σταδιοποίηση του Καρκίνου Μαστού

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού αναφέρεται στην ταξινόμησή του με βάση το πόσο εκτεταμένος είναι ο καρκίνος, ανάλογα δηλαδή με το αν περιορίζεται στο μαστό μόνο (και πιο είναι το μέγεθός του), αν υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες (και σε ποιους λεμφαδένες) ή αν υπάρχουν μακρινές μεταστάσεις (π.χ. μεταστάσεις στο ήπαρ, στον εγκέφαλο, στα οστά, επινεφρίδια, πνεύμονες κλπ). Η σταδιοποίηση του καρκίνου έχει τεράστια σημασία τόσοσον αφορά την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής όσο και για τον καθορισμό της πρόγνωσης. Ο καρκίνος του μαστού – με βάση τα παραπάνω δεδομένα για την κάθε άρρωστη – μπορεί να ταξινομηθεί με τέσσερα στάδια: I, II, III, IV. Όσο πιο προχωρημένος είναι ο καρκίνος τόσο μικρότερη είναι και η επιβίωση των αρρώστων. Έτσι, η πενταετής επιβίωση μειώνεται προοδευτικά όσο πιο προχωρημένο είναι το στάδιο του καρκίνου του μαστού, από 80% στο στάδιο I, σε 65% στο στάδιο II, σε 40% στο στάδιο III και σε 10% στο στάδιο IV. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι δυστυχώς ο καρκίνος μπορεί να υποτροπιάσει (να εμφανιστεί και πάλι δηλαδή) ακόμη και μετά από 10 χρόνια από τη θεραπεία. Όμως με κάθε χρόνο που περνά η πιθανότητα υποτροπής μειώνεται και η πρόγνωση βελτιώνεται. Συνολικά πάντως στον καρκίνο του μαστού η 10ετής επιβίωση είναι 50% (Σακοράφα, 2002).

Η σταδιοποίηση γίνεται σύμφωνα με το σύστημα TNM (American Joint Committee on Cancer (AJCC), 1997)

**T**, το μέγεθος του όγκου: Tis in situ καρκίνωμα

T1 καρκίνωμα < 2cm

T2 καρκίνωμα < 2cm και < 5cm

T3 καρκίνωμα > 5cm και

T4 καρκίνωμα ανεξαρτήτου μεγέθους που έχει επεκταθεί στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα.

**N**, οι επιχώριοι λεμφαδένες: No χωρίς διηθημένους λεμφαδένες,

N1 μασχालιαίοι λεμφαδένες διηθημένοι αλλά κινητοί,

N2 μασχालιαίοι λεμφαδένες διηθημένοι και σε στενή συνέχεια μεταξύ τους (μπλοκ)

N3 διηθημένοι έσω μαστικοί λεμφαδένες

**M**, η ύπαρξη μεταστάσεων: Mo χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις

( Γάκη, 2002).

### 3.3 Εντόπιση

Ο πιο συνηθισμένος τύπος διηθητικού καρκινώματος του μαστού αναπτύσσεται από τα επιθηλιακά κύτταρα του μαζικού αδένου και η συνηθισμένη εντόπισή του είναι στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού (Σαχίνη – Καρδάση, 2000).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### 4.1 Συμπτώματα – Ύποπτα σημεία

Σ' αυτήν την ενότητα θα αναφερθούν περιληπτικά ποια είναι τα σημάδια (σημεία) στο στήθος για τα οποία απαιτείται αυξημένη εγρήγορση και ίσως εξέταση από τον γιατρό. Ο καρκίνος του μαστού στην αρχή μπορεί να είναι ασυμπτωματικός και η ανακάλυψη του να γίνει σε τυχαία ψηλάφηση του.

Ø Για να διακρίνεται ευκολότερα και γρηγορότερα τυχών αλλαγές σ' έναν μαστό πρέπει να τον συγκρίνετε με τον άλλο μαστό.

Ø Τα σημάδια που υποδουλώνουν κάποια αλλαγή εξ' αιτίας κάποιας πάθησης αφορούν, κατά κανόνα τον έναν από τους δύο μαστούς.

Τα σημεία που πρέπει να προσέξετε είναι:

#### **α. Ορατά**

— *Αλλαγή στο μέγεθος, το περίγραμμα και την συμμετρία του μαστού*

Η αλλαγή εμφάνισης μπορεί να αφορά είτε όλο το μαστό είτε μια περιοχή του. Οι αλλαγές όλου του στήθους αφορούν συνήθως την αύξηση του μεγέθους του ή την φλεγμονή του, που γίνεται αντιληπτό ως ερυθρότητα του δέρματος και πρήξιμο του μαστού. Οι τοπικές αλλαγές αφορούν το πρήξιμο κάποιας περιοχής, την πάχυνση της, το ζάρωμα της, τον ερεθισμό του δέρματος, δηλαδή τοπική φλεγμονή και το να αλλάζει η εμφάνιση του δέρματος και να φαίνεται όπως ο φλοιός του πορτοκαλιού.

— *Μια κοκκινίλα ή ένα έκζεμα της θηλής και της θηλαίας άλω που δεν υποχωρεί*

Πρόκειται για έκκριση από την θηλή, η οποία εμφανίζεται σε συχνότητα 8% περίπου αν και, αν είναι αιματηρή, σε συχνότητα 18% πρόκειται για καρκίνο. Και εισολκή δέρματος και θηλής τα οποία αποτελούν παθολογικά σημάδια για καρκίνο του μαστού.

#### **β. Ψηλαφητά**

Η πιο συνηθισμένη μορφή με την οποία γίνεται αντιληπτός ένας καρκίνος του μαστού είναι αυτή ενός όζου που δεν υπήρχε πριν και η σύσταση και το μέγεθος προκαλούν την ανησυχία της γυναίκας. Έναν νέο όζο που θα βρείτε ψηλαφώντας τον μαστό ή την μασχάλη σας και ο οποίος δεν συρρικνώνεται ή μικραίνει με την πάροδο μίας έως δύο εβδομάδων (ή το αργότερο μέχρι την έλευση της επόμενης περιόδου) είναι ένα εύρημα που πρέπει να αξιολογηθεί από τον γιατρό.

Βέβαια δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι 9 στους 10 όζους για τους οποίους οι γυναίκες

καταφεύγουν στους γιατρούς αποδεικνύονται καλοήθειες.

### *γ. Γενικά*

Ο πόνος ή το αίσθημα τάσης, αποτελούν συμπτώματα που μπορεί να σχετίζονται με τον καρκίνο. Παρ' όλο που πόνος προκαλούν πολλές παθήσεις και καταστάσεις, ο καρκίνος συχνά είναι ανώδυνος (εκτός από τα προχωρημένα στάδια). Ένας πόνος που επιμένει θα πρέπει να διερευνηθεί από γιατρό.

### *δ. Άλλα συμπτώματα*

Σπανιότερα ο καρκίνος του μαστού κάνει την εμφάνιση του με βήχα, δύσπνοια από πνευμονικές μεταστάσεις, θωρακικούς πόνους από διήθηση του υπεζωκότα, κοιλιακούς πόνους, ίκτερο, κεφαλαλγία, διπλωπία, άπιο διαβήτη, από μετάσταση στην υπόφυση κλπ.

*Εδώ όμως πρέπει να τονίσουμε 3 σημεία τα οποία δεν πρέπει να πανικοβάλλουν τις γυναίκες*

i. Οι περισσότερες γυναίκες αισθάνονται μια τάση ή πόνος στους μαστούς τους άλλες εντονότερα και άλλες λιγότερο, πριν από την εμφάνιση της περιόδου τους.

ii. Οι περισσότερες καλοήθειες παθήσεις προκαλούν πόνος.

iii. Η κούραση του χεριού ή πόνος στον ώμο είναι συνήθως σημεία που δηλώνουν κάποια πάθηση μυός ή άρθρωσης της περιοχής του ώμου. Δεν πρέπει να συγχέονται με τον πόνος των μαστών ή της περιοχής πίσω από αυτούς. Η πλειονότητα των ασθενών δυστυχώς (άνω του 65%) με καρκίνο μαστού είναι συμπτωματικοί τη χρονική στιγμή της διάγνωσης. Τα συμπτώματα συνήθως προκαλούνται από την τοπική κατάσταση της νόσου, εκτός από ελάχιστες περιπτώσεις, όπου η νόσος εμφανίζεται με πρώτο σύμπτωμα απομακρυσμένο από το μαστό, λόγω συστηματικής εντόπισης. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων το μόνο σύμπτωμα είναι απλώς ένα ογκίδιο στο μαστό.

Τα συχνότερα συμπτώματα του καρκίνου μαστού (ογκίδιο, εισολκή δέρματος, αιματηρό έκκριμα) δεν είναι ειδικά για καρκίνο και έτσι κάθε γυναίκα που τα εμφανίζει πρέπει να υπόκειται σε διαγνωστικό έλεγχο για τη διερεύνησή τους. Μη αιματηρή έκκριση από τη θηλή και πόνος (διάχυτος ή εντοπισμένος) στο μαστό, που αποτελούν τα συχνότερα συμπτώματα των προσερχομένων στα ιατρεία μαστού γυναικών, είναι απολύτως μη ειδικά και συνηθέστατα μη σχετιζόμενα με καρκίνο μαστού (Δημητρόπουλος, 2000).

## **4.2 Διάγνωση του Καρκίνου Μαστού**

Ο υποψίες ύπαρξης καρκίνου του μαστού μπορούν να επαληθευτούν με μαστογραφικό έλεγχο. Όμως, η ενημέρωση από τα μέσα ενημέρωσης και η αυξημένη εκπαίδευση υγείας

έχουν ευαισθητοποιήσει περισσότερο τις γυναίκες στα θέματα του καρκίνου του μαστού και ειδικότερα όσο αφορά την αξία του πρώιμου εντοπισμού με αυτοεξέταση. Γι' αυτό, πολλές γυναίκες επισκέπτονται το γιατρό τους όταν εντοπίσουν κάποιο ύποπτο ογκίδιο κατά την αυτοεξέταση. Άσχετα με το αν μία ασθενής επισκέπτεται το γιατρό μετά από την αυτοεξέταση ή γιατί παραπέμφθηκε σε αυτόν μετά από ένα πρόγραμμα ελέγχου, υπάρχουν πολλά ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν. Πρέπει να επιβεβαιωθούν η φύση, το μέγεθος και η κακοήθεια της ανωμαλίας και να σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα αντιμετώπισης. Για το λόγο αυτό η διάγνωση του καρκίνου του μαστού βασίζεται σε πληροφορίες που συγκεντρώνονται από πολλές πηγές συμπεριλαμβάνοντας το:

- ✓ Ιατρικό ιστορικό
- ✓ Κλινική εξέταση (έλεγχος και ψηλάφηση)
- ✓ Ιατρική απεικόνιση (μαστογραφία, υπέρηχοι, σπινθηρομαστογραφία)
- ✓ Βιοψία

Η απεικόνιση μετά την κλινική εξέταση παρέχει επιπλέον διαγνωστικές πληροφορίες. Παθολογία μπορεί να διαγνωστεί μόνο μετά από εξέταση του ιστού που μπορεί να ληφθεί είτε με βιοψία λεπτής βελόνης (FNAB) είτε με βιοψία πυρήνα (CB). Ορισμένες βιοψίες όμως, είναι εφικτές μόνο σε συνδυασμό με τεχνικές απεικόνισης.

Για παράδειγμα, το υπερηχογράφημα χρησιμοποιείται ως οδηγός για τη βιοψία μιας ανωμαλίας που εντοπίστηκε με τη μαστογραφία αλλά είναι αψηλάφητη.

Αρκετές τεχνικές που έχουμε σήμερα στη διάθεσή μας παρέχουν περαιτέρω διαγνωστικές πληροφορίες. Σε αυτές συγκαταλέγονται η μαστογραφία «σημείου», το υψηλής πυκνότητας υπερηχογράφημα, η μαγνητική τομογραφία (MRI), η τομογραφία με υπολογιστή (CT), οι τεχνικές της πυρηνικής ιατρικής και η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET). Όλες αυτές οι τεχνικές έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

Η σπινθηρομαστογραφία, είτε με τη χρήση επίπεδης τομογραφίας ή με ηλεκτρονική τομογραφία εκπομπής απλού φωτονίου (SPECT), είναι μία νέα τεχνική απεικόνισης για τον καρκίνο του μαστού που χρησιμοποιείται για να επιβεβαιωθεί η παρουσία ή η απουσία καρκίνου του μαστού (Σπηλιοπούλου, 2005).

#### **4.2.1 Απεικονιστική διάγνωση**

Η μαστογραφία αποτελεί μέθοδο απεικόνισης του μαζικού αδένα με την χρήση ακτινών – Χ. Αποτελεί την πλέον σημαντική μέθοδο απεικόνισης του μαζικού αδένα τόσο στον προληπτικό έλεγχο όσο και στη μελέτη ασθενών με συμπτωματολογία από τους μαστούς.

Είναι μέθοδος απεικόνισης μαλακών ιστών, εξαιρετικά ευαίσθητη στις μεταβολές παραμέτρων που σχετίζονται με την έκθεση στην ακτινοβολία και τη διαδικασία της εμφάνισης.

Η μαστογραφία πρωτοχρησιμοποιήθηκε το 1913 από τον Albert Solomon για ακτινογράφιση χειρουργικών παρασκευασμάτων. Στα 80 χρόνια που ακολούθησαν μέχρι σήμερα, πολλές αλλαγές πραγματοποιήθηκαν στη διαδικασία διενέργειας και επεξεργασίας των μαστογραφιών. Σήμερα χρησιμοποιούνται αυτόνομα συστήματα μαστογραφίας με συγκεκριμένες προδιαγραφές, ειδικές πινακίδες σπανίων γαιών και φιλμ μονής επίστρωσης. Τα συστήματα μαστογραφίας είναι εφοδιασμένα με κινητά αντιδιαχυτικά διαφράγματα, ανόδους μολυβδενίου (ή/και ροδίου), ειδικά φίλτρα (μολυβδενίου, ροδίου), ηλεκτροκίνητα συστήματα συμπίεσης και συστήματα αυτόματης έκθεσης. Χρησιμοποιείται αυτόματη και παρατεταμένη εμφάνιση, ειδικά προσαρμοσμένη και για αποκλειστική χρήση από το σύστημα μαστογραφίας. Το άριστο αποτέλεσμα εξασφαλίζεται με τον τακτικό ποιοτικό έλεγχο όλης της αλυσίδας παραγωγής της μαστογραφικής εικόνας.

Η εξειδικευμένη εκπαίδευση των τεχνολόγων στη σωστή τοποθέτηση κατά τη διενέργεια των κανονικών και ειδικών λήψεων, καθώς και στην ψηλάφηση των μαστών, αποτελούν απαραίτητα στοιχεία της σωστής λειτουργίας του τμήματος μαστογραφίας. Το παραϊατρικό προσωπικό πρέπει να εμφανίζει ιδιαίτερη ευαισθησία απέναντι στην αγωνία της εξεταζόμενης, στην ψυχολογία της γυναίκας και στο φόβο της καρκινοπαθούς ασθενούς.

Η άριστη τεχνική λήψεως της μαστογραφίας εξαρτάται από έναν αριθμό δυναμικά μεταβαλλόμενων παραγόντων, που επηρεάζουν το απεικονιστικό αποτέλεσμα. Η μαστογραφία απαιτεί λειτουργία μιας αλυσίδας παραμέτρων και το τελικό αποτέλεσμα δεν μπορεί να είναι καλύτερο από τον ασθενέστερο κρίκο της αλυσίδας. Η επίτευξη υψηλής σκιαγραφικής αντίθεσης (contrast) είναι πολύ σημαντική για τη διαφοροποίηση των ιστικών δομών του μαστικού αδένος και τόσο η τεχνολογία των φιλμ όσο και η τεχνική της λήψεως της εξέτασης σχετίζονται με την προσπάθεια να πετύχουν υψηλή σκιαγραφική αντίθεση.

Δύο παράγοντες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό το μαστογραφικό αποτέλεσμα:

- α) Η σωστή τοποθέτηση του μαστού, ώστε να μην υπάρχουν περιοχές, που να μην απεικονίζονται στο πεδίο της μαστογραφίας (κίνδυνος να μείνουν αλλοιώσεις εκτός εικόνας) και
- β) η σωστή συμπίεση του μαστικού αδένος.

Η επαρκής και κατάλληλη τοποθέτηση του μαστού είναι πολύ σημαντικό στοιχείο για την επιτυχία της μαστογραφικής αναγνώρισης του υποκλινικού καρκίνου μαστού και δεν πρέπει να εκληφθεί ως πολυτέλεια. Η σωστή μαστογραφία αποκαλύπτει το μεγαλύτερο



μέρος του μαζικού αδένου μέχρι τη μασχαλιαία περιοχή και το μείζονα θωρακικό μυ. Η σωστή μαστογραφία με την κατάλληλη τοποθέτηση είναι ελάχιστα επώδυνη για την ασθενή και επιτυγχάνεται μόνο, όταν αυτός που την εκτελεί κατανοήσει καλά την κινητικότητα του μαστού, καθώς και την ανατομία και την κινητικότητα του μείζονος θωρακικού μυός.

Οι μαστογραφικές προβολές μπορεί να χωρισθούν σε τυπικές και ειδικές (ή συμπληρωματικές). Στις τυπικές προβολές περιλαμβάνονται η λοξή προβολή και η κεφαλουραία ή κατά μέτωπο προβολή.

Η λοξή (45°) προβολή (mediolateral oblique) είναι η μόνη προβολή που μπορεί να απεικονίσει καλά ολόκληρο το μαστό, την ουρά του και τη χαμηλή μασχαλιαία περιοχή. Κριτήρια για τη σωστή λοξή προβολή είναι: α) απεικόνιση ολόκληρου του μαστού, β) η σκιά του μείζονος θωρακικού μυός να φθάνει στο επίπεδο της θηλής, γ) η θηλή να προβάλλει εκτός μαστού και δ) η ευκρινής απεικόνιση της υπομαστικής πτυχής.

Η κεφαλουραία (cranio caudal) προβολή χρησιμοποιείται μόνη της, αλλά σε συνδυασμό με τη λοξή για τη στερεοσκοπική μελέτη αλλοιώσεων και τον ευκρινέστερο έλεγχο της οπισθοθηλαίας περιοχής. Κριτήρια για τη σωστή κεφαλουραία προβολή είναι α) η προβολή της θηλής εκτός του μαστού, β) η απεικόνιση του οπισθομαστικού λιπώδους ιστού.

Ο υπεύθυνος για την αξιολόγηση της μαστογραφίας πρέπει να γνωρίζει ότι υπάρχουν πολλές “τυφλές” περιοχές στο μαστό, που δεν απεικονίζονται ικανοποιητικά με τις τυπικές λήψεις και χρειάζονται ειδικές προβολές και τεχνική. Σε αυτές εκτός από τις εντοπιστικές και μεγεθυντικές λήψεις περιλαμβάνεται η πλαγία 90 μοιρών προβολή, στην οποία καθορίζεται η σχέση της βλάβης με τον οπισθομαστικό χώρο και με το θωρακικό τοίχωμα, καθώς και άλλες ειδικές λήψεις για την καλύτερη απεικόνιση της ουράς του μαστού αλλά και της παραστερνικής περιοχής των μαστών. Οι κατ’ εφαπτομένη λήψεις χρησιμοποιούνται κυρίως για να καθορίσουν τη σχέση μιας σκίασης ή αποτιτανώσεων με το δέρμα. Άλλες ειδικές λήψεις και τεχνικές χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με προθήματα (τεχνική κατά Eklund για τη μαστογραφική απεικόνιση του μαζικού αδένου σε ασθενείς με προθήματα σιλικόνης).

Η συγκριτική αξιολόγηση με προηγούμενες μαστογραφίες είναι χρησιμότερη μέθοδος εκτίμησης της φύσης των απεικονιζόμενων αλλοιώσεων με βάση τη συμπεριφορά τους στο χρόνο αλλά και το ρυθμό με τον οποίο μεταβάλλονται. Η σημασία του προληπτικού ελέγχου με μαστογραφία είναι να εντοπίζονται μεταβολές στη μαστογραφική εικόνα και να αξιολογούνται πριν γίνουν κλινικά αντιληπτές.

Η ευαισθησία της μαστογραφίας (ικανότητα της μαστογραφίας να αναγνωρίζει ογκομορφους σχηματισμούς) κυμαίνεται στα επίπεδα του 85 – 90% (περίπου το 10% των καρκίνων δεν εντοπίζονται με τη μαστογραφία). Η ευαισθησία της μαστογραφίας σε

λιπώδεις μαστούς πλησιάζει το 100%. Μειώνεται σε πυκνούς μαστούς λόγω αυξημένης σκιερότητας του περιβάλλοντος παρεγχύματος. Η μαστογραφία εμφανίζει υψηλή ευαισθησία (κοντά στο 100%) στον εντοπισμό καρκίνων που συνοδεύονται από αποτιτανώσεις (50% του συνόλου των καρκίνων, 30 – 40% των διηθητικών και 90% των in situ συνοδεύονται από αποτιτανώσεις).

Όταν διενεργείται τακτικός προληπτικός μαστογραφικός έλεγχος, περίπου το 20% των καρκίνων γίνονται εμφανείς μεταξύ των διαδοχικών ελέγχων (συνήθως εμφανίζοντας κλινική σημειολογία). Αυτοί ονομάζονται ενδιάμεσοι καρκίνοι (interval cancers).

Η ειδικότητα της μαστογραφίας (δυνατότητα διάγνωσης μεταξύ καλοήθειας και κακοήθειας) είναι χαμηλή (65 – 70%). Προσφέρει υψηλή ειδικότητα στις ακόλουθες περιπτώσεις:

*i.* Αξιόπιστος αποκλεισμός ύπαρξης κακοήθειας σε λιπώδεις μαστούς.

*ii.* Σίγουρη διάγνωση καλοήθειας σε τυπικές λιπώδεις κύστεις, αμαρτώματα, λιπώματα, τυπικά αποτιτανωμένα ινοαδενώματα και ενδομαστικούς λεμφαδένες με τυπική εμφάνιση.

*iii.* Σχετικά αξιόπιστη διάγνωση καλοήθειας (98% σωστή διάγνωση) σε περίπτωση τυπικά καλά περιγεγραμμένης μάζας.

*iv.* Η ειδικότητα στη διάγνωση καρκινώματος είναι αρκετά υψηλή στις μάζες με ακτινοειδείς προσεκβολές, καθώς και στις ανομοιογενείς ανώμαλες μικροαποτιτανώσεις με κατανομή πόρων.

Η αξιολόγηση των μαστογραφιών πρέπει να γίνεται από ειδικά εκπαιδευμένους ακτινολόγους με εμπειρία τόσο στον προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο, όσο και στην αξιολόγηση και το χειρισμό γυναικών με συμπτωματολογία από τους μαστούς. Σημαντικότερη είναι η εμπειρία στην κλινική εξέταση των μαστών, καθώς και εμπειρία στην αξιολόγηση της επάρκειας ή μη της μαστογραφίας στη διαγνωστική προσέγγιση του συγκεκριμένου προβλήματος που αντιμετωπίζουν. Είναι γνωστό ότι η μαστογραφία δεν μπορεί να υποκαταστήσει την προσεκτική και λεπτομερή κλινική εξέταση.

Όταν υπάρχει ένα αμφισβητούμενο ή ύποπτο κλινικό εύρημα απαιτείται πέραν της μαστογραφίας περαιτέρω έλεγχος (υπερηχογράφημα μαστών και πιθανώς διαδερμική παρακέντηση) προκειμένου να αποφευχθεί η άσκοπη εγχειρητική βιοψία σε καλοήθεις όγκους (λιπώματα, αμαρτώματα, λιπώδεις κύστεις, απλές κύστεις, σίγουρα ινοαδενώματα) αλλά και να εξασφαλισθεί ο αποκλεισμός ύπαρξης μικρών υποκλινικών καρκινικών αλλοιώσεων.

Η επιτυχία στη μαστογραφία είναι παραγωγή υψηλής ποιότητας απεικονιστικού αποτελέσματος, με την ελάχιστη δόση ακτινοβολίας στον ασθενή, έτσι ώστε να μπορεί να

εξαχθεί το καλύτερο δυνατό διαγνωστικό αποτέλεσμα. Πολλοί μπορεί να είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της μαστογραφίας, όπως τεχνικοί παράγοντες, που σχετίζονται με το σύστημα της μαστογραφίας και τη διαδικασία εμφάνισης, παράγοντες που σχετίζονται με την τεχνική της εξέτασης και τη διαγνωστική ικανότητα του Ακτινοδιαγνώστη. Όλες οι παράμετροι αυτές πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και να αξιολογούνται σε ένα πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου.

Προκειμένου η ποιότητα της μαστογραφικής εικόνας να βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα πρέπει η διαδικασία έκθεσης και εμφάνισης να ελέγχεται καθημερινά με μέτρηση ευαισθησίας (σενσιτομετρία) και με έκθεση ομοιώματος (phantom). Η σενσιτομετρία ελέγχει την κατάσταση του εμφανιστηρίου, ενώ η έκθεση του phantom παρέχει έναν συνολικό έλεγχο του συστήματος (Δημητρόπουλος, 2000).

**Θερμογραφία:** Υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθά έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης (περιορισμένης διαγνωστικής αξίας). Σε κακοήγη εξεργασία εμφανίζεται χαρακτηριστική θερμή περιοχή εξαιτίας αυξημένης αιμάτωσης.

**Ξηρογραφία:** Είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο αντί της φωτογραφικής πλάκας. Κατά την ξηρογραφία παράγεται θετική εκτύπωση, με έμφαση στις διάφορες πυκνότητες. Ινώδεις αναπτύξεις και παραμορφωμένες φλέβες διαπιστώνονται με την ξηρογραφία.

**Διαφανοσκόπηση:** Χρησιμοποιώντας δυνατό ψυχρό φως σ' ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο, φωτίζεται ο μαζικός ιστός. Οι κύστες διαυγάζουν, ενώ ο συμπαγής όγκος παραμένει αδιαφανής. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνεται εύκολα η ύπαρξη κύστης ή νεοπλάσματος.

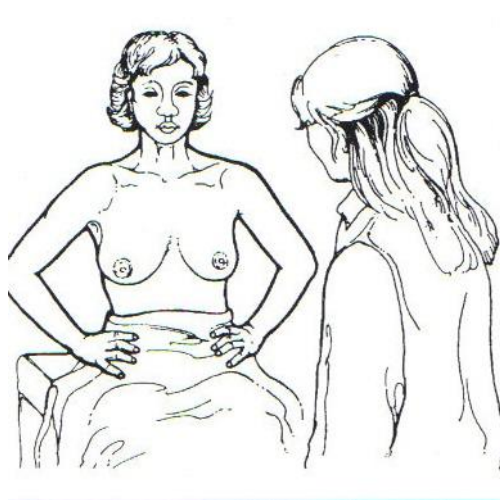
**Φλεβογραφία:** Ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων. Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, με γενική νάρκωση, ενδομυελικά στο κάτω άκρο του στέρνου. Φυσιολογικά, οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι τους σκιαγραφούνται. Διακοπή τα σκιαγράφησης των φλεβών αυτών και ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας είναι ενδεικτικά πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφογαγγλίων, χωρίς όμως να αποκλείεται και η πιθανότητα της απλής αδενίτιδας. Ακόμα, το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη μεταστάσεων.

**Σπινθηρογράφημα:** Ανακαλύπτονται αστικές αλλοιώσεις πολλούς μήνες πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά.

**Βιοψία:** Τεμάχιο ιστού λαμβάνεται είτε με αναρρόφηση, είτε με τομή στο χειρουργείο μετά από τοπική ή γενική νάρκωση, ανάλογα με το μέγεθος του όγκου, και στέλνεται για ιστολογική εξέταση.

**Υπερηχογράφημα:** Το υπερηχογράφημα χρησιμοποιείται κυρίως σε νέες ασθενείς, καθώς και σε γυναίκες με ινοκυστική κατάσταση, σε έλεγχο ψηλαφητής σκληρίας για μελέτη της συμπαγούς ή κυστικής δομής της. Ακόμη σε ψηλαφητές σκληρίες που δεν απεικονίζονται μαστογραφικά, σε ασθενείς με κλινικά ευρήματα σε περίοδο εγκυμοσύνης και στον έλεγχο προθεμάτων των μαστών. Αποτελεί σημαντικό συμπλήρωμα της κλινικής εξέτασης αλλά και της μαστογραφίας σε αμφίβολα ευρήματα και μελέτη δύσκολων οστών (Σαχίνη –Καρδάση, 2000).

#### 4.2.2 Επισκόπηση - Ψηλάφηση



**α) Επισκόπηση (Εικόνα 1):** Κλινική εξέταση των μαστών): Κατά την επισκόπηση ελέγχονται οι μαστοί της γυναίκας για μεταβολές της συμμετρίας, του μεγέθους ή του περιγράμματος τους και για αλλοιώσεις του δέρματος ή της θηλής (ερυθρότητα, εξέλκωση, πάχυνση του δέρματος, εισολκή θηλής, έκκριμα από τη θηλή, “βαθουλώματα” (εισολκή) δέρματος ή δέρμα αν είδει φλοιού πορτοκαλιού (peau d’ orange). Η επισκόπηση γίνεται με την άρρωση σε τέσσερις διαφορετικές θέσεις: με τα χέρια της δίπλα στο σώμα της, με τα χέρια πάνω από το κεφάλι της, με τα χέρια της να ακουμπούν στη μέση της και τέλος με τη γυναίκα να σκύβει προς τα εμπρός. Η τελευταία αυτή θέση της γυναίκας κατά την επισκόπηση μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη όταν οι μαστοί είναι αρκετά μεγάλοι και μπορεί στη θέση αυτή να αποκαλυφθούν ασυμμετρίες του μαστού ή εισολκή του δέρματος ή της θηλής που δεν είναι ορατή στις άλλες θέσεις.

**β) Ψηλάφηση:** Η ασθενής ξαπλώνει σε ύπτια θέση. Η ψηλάφηση γίνεται με ελαφρά

συμπίεση του μαστού πάνω στο θωρακικό τοίχωμα και με ελαφρές κυκλωτικές κινήσεις, αν και μπορεί να γίνει και με άλλους τρόπους. Αν οι μαστοί είναι αρκετά μεγάλοι, προκειμένου να γίνει ψηλάφηση των βαθύτερων τμημάτων τους συνήθως απαιτείται να εξασκηθεί μεγαλύτερη πίεση κατά την ψηλάφηση. Η ψηλάφηση θα πρέπει να γίνεται συστηματικά, σε όλο το μαστό, συμπεριλαμβανομένης της περιφέρειας του μαστού, της λεγόμενης ουράς του Spencer (είναι το τμήμα του μαστού που “ανεβαίνει” προς τη μασχάλη) και της περιοχής της θηλής/θηλαίας άλω. Κατά την ψηλάφηση αναζητάται η ύπαρξη σκληρίας, ευαισθησίας κατά την ψηλάφηση και μάζας (όγκου). Αν κατά την ψηλάφηση διαπιστωθεί ότι υπάρχει όγκος θα πρέπει να περιγραφούν οι χαρακτηριστικές

Παθολογικά ευρήματα κατά την επισκόπηση του μαστού, ύποπτα για καρκίνο:

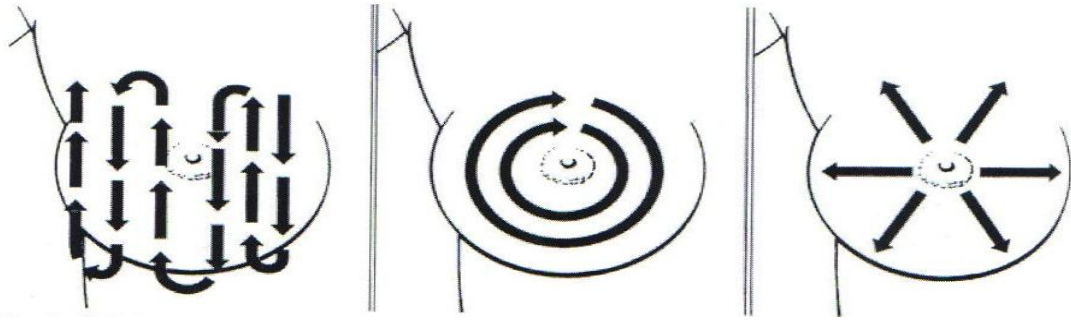
**A.** Μεταβολή του περιγράμματος του μαστού

**B.** Εισολκή δέρματος

**Γ.** Εισολκή θηλής

**Δ.** Νόσος Paget

**E.** Δέρμα εν είδει φλοιού πορτοκαλιού (peau d’ orange)του [εντόπιση στο μαστό (συνήθως σε ποιο τεταρτημόριο του μαστού βρίσκεται), μέγεθος, σχήμα, σύσταση (π.χ. αν είναι μαλακός ή ελαστικός όγκος ή σκληρής συστάσεως), όρια (σαφή ή ασαφή), κινητικότητα (κινητός ή όγκος καθηλωμένος στο δέρμα ή στο θωρακικό τοίχωμα), αν είναι επώδυνος ή ανώδυνος, αν υπάρχει μόνο στον ένα μαστό ή αν ανάλογη μάζα υπάρχει και στον άλλο]. Όγκοι σκληρής σύστασης, ανώδυνοι, με ασαφή όρια, που διηθούν στο δέρμα ή το θωρακικό τοίχωμα είναι κατά πάσα πιθανότητα καρκίνοι. Θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα ότι – αν και συνήθως ο καρκίνος δεν συνδυάζεται με πόνο – ο συνδυασμός μιας μάζας με πόνο δεν αποκλείει το ενδεχόμενο του καρκίνου και επίσης ότι περίπου 1% των καρκίνων του μαστού είναι αμφοτερόπλευροι, αναπτύσσονται δηλαδή και στους δύο μαστούς. Επισημαίνεται ότι σε περιπτώσεις που οι μαστοί είναι πολύ μεγάλου μεγέθους, η ψηλάφηση μπορεί να γίνει αμφίχειρα με την άρρωστη σε όρθια θέση.



**Εικόνα 2:**

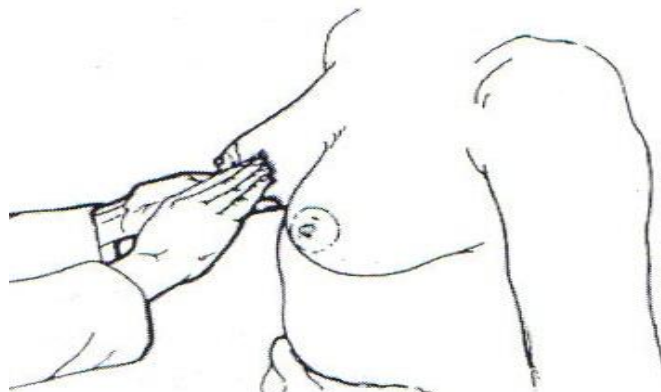
**Μέθοδοι Ψηλάφησης του Μαστού:**

- A. Με κινήσεις από πάνω προς τα κάτω
- B. Κυκλικές Κινήσεις
- Γ. Ακτινοειδείς κινήσεις

Θα πρέπει να τονιστεί ότι δεν έχει ιδιαίτερη σημασία ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η ψηλάφηση. Σημασία έχει να γίνεται προσεκτικά, συστηματικά και να ελέγχεται ολόκληρος ο μαστός.

Μετά την εξέταση του μαστού ακολουθεί η εξέταση της μασχάλης. Κατά την επισκόπηση παρατηρείται το δέρμα της μασχάλης για τυχόν ερυθρότητα ή άλλα σημεία φλεγμονής. Η ψηλάφηση της μασχάλης είναι δυνατόν να γίνει και με την άρρωστη ξαπλωμένη σε ύπτια θέση, συχνά όμως προτιμάται η άρρωστη να είναι καθιστή.

**Εικόνα 3:** Ψηλάφηση του μαστού, με τη γυναίκα καθιστή.

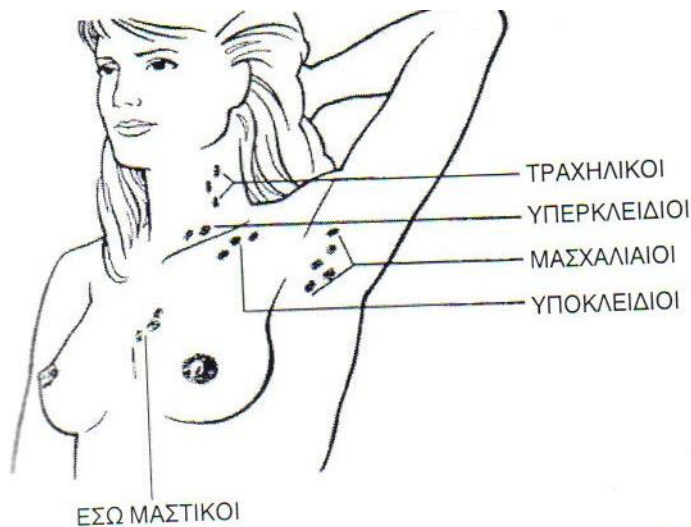


Για να εξεταστεί η αριστερή μασχάλη, η άρρωστη χαλαρώνει έχοντας το αριστερό της χέρι κάτω υποβασταζόμενο από το χέρι του γιατρού. Με το δεξιό του χέρι ο γιατρός ψηλαφά τη μασχάλη, προσπαθώντας να φτάσει όσον το δυνατόν ψηλότερα στην κορυφή της μασχάλης. Στη θέση αυτή τα δάχτυλα του γιατρού πρέπει να βρίσκονται πίσω από τους θωρακικούς μυς, με κατεύθυνση προς το μέσον της κλείδας. Στην συνέχεια η κατεύθυνση της πίεσης αλλάζει (πίεση προς το θωρακικό τοίχωμα) ενώ ταυτόχρονα τα δάχτυλα σύρονται προς τα κάτω, παραμένοντας με ελαφρά πίεση πάνω στο θωρακικό τοίχωμα. Στην φάση αυτή είναι δυνατόν να γίνουν ψηλαφητοί οι κεντρικοί λεμφαδένες, που είναι αυτοί που γίνονται ευκολότερα αντιληπτοί, ακόμη και όταν είναι μικρότεροι του 1 εκατοστού, ιδιαίτερα όταν είναι σκληρής συστάσεως. Διογκωμένοι λεμφαδένες (διάμετρος μεγαλύτερη του 1 εκατοστού) και σκληρής συστάσεως, καθηλωμένοι στο δέρμα ή στους παρακείμενους ιστούς ή μεταξύ τους (“block” λεμφαδένων) είναι ισχυρή ένδειξη ότι είναι προσβεβλημένοι από καρκίνο.



**Εικόνα 4:** Ψηλάφηση της μασχάλης

Ο γιατρός ακόμη προσπαθεί με την ψηλάφηση να ανιχνεύσει τυχόν διογκωμένους λεμφαδένες και σε άλλες θέσεις, όπως π.χ. υπερκλείδιοι, υποκλείδιοι ή τραχηλικοί λεμφαδένες που μπορεί να είναι προσβεβλημένοι από τη νόσο. Με τη βοήθεια της ψηλάφησης μπορεί να διαπιστώσει και πάλι αν είναι ένας ή πολλοί οι διογκωμένοι λεμφαδένες, καθώς επίσης και να είναι σκληρής ή μαλακής υφής, κινητοί ή καθηλωμένοι. Ψηλαφώντας τη θηλή ο γιατρός προσπαθεί να επιβεβαιώσει τυχόν αναφερόμενη έκκριση από τη θηλή, και να εντοπίσει – αν είναι δυνατόν – από ποιον γαλακτοφόρο πόρο προέρχεται η έκκριση αυτή. Η ψηλάφηση περιλαμβάνει επίσης ψηλάφηση της κοιλιάς για την ανίχνευση τυχόν διόγκωσης του ήπατος που θα μπορούσε να οφείλεται σε ενδεχόμενες ηπατικές μεταστάσεις, αν και είναι σπάνιο.



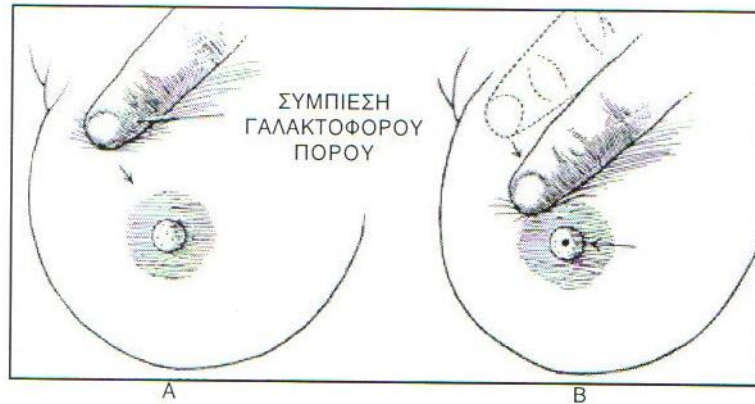
**Εικόνα 5:** Ομάδες λεμφαδένων που είναι δυνατόν να προσβληθούν από τον καρκίνο του μαστού. Κατά την κλινική εξέταση ελέγχονται ψηλαφητικά – εκτός από τους μασχαλιαίους

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να εμφανιστεί με διάφορους τρόπους και διάφορες κλινικές εκδηλώσεις. Επομένως, όταν υπάρχει κάποια αλλοίωση στο μαστό θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από το ιστορικό οι διάφοροι παράγοντες κινδύνου που έχουν αναφερθεί προηγουμένως (ηλικία, ατομικό και οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, ατομικό ιστορικό όσον αφορά τον καταμήνιο κύκλο, την ηλικία κατά την εμμηνарχή και εμμηνόπαυση, τεκνογονία και ηλικία απόκτησης τέκνων, τυχόν ιστορικό έκθεσης σε ακτινοβολία ιδιαίτερα κατά την παιδική ηλικία κλπ). Επίσης θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και άλλοι παράγοντες όπως η μεταβολή της μάζας αυτής στο χρόνο. Για παράδειγμα, αν ο όγκος αυξήθηκε σε μέγεθος ή αν άλλαξαν οι χαρακτήρες του (π.χ. αν έγινε σκληρός, με ανώμαλα χείλη, ή αν εμφανίσθηκε διήθηση του δέρματος κλπ) στο τελευταίο χρονικό διάστημα, αυτό θεωρείται ύποπτο για καρκίνο.

Θα πρέπει να υπογραμμιστεί ότι κανένας γιατρός – όσο έμπειρος και αν είναι στις παθήσεις του μαστού – δεν είναι δυνατόν να είναι σίγουρος με την κλινική εξέταση και μόνο (δηλαδή επισκόπηση και ψηλάφηση) για την ακριβή φύση μιας βλάβης του μαστού, είτε αυτή είναι όγκος που ψηλαφάται, είτε είναι έκκριση από τη θηλή, είτε είναι αλλοίωση του δέρματος του μαστού και της θηλής ή πόνος. Σχεδόν πάντα υπάρχει ανάγκη να ακολουθήσει και κάποιος περαιτέρω έλεγχος με τη βοήθεια διάφορων διαγνωστικών βοηθημάτων (Σακοράφα, 2002).



**Εικόνα 6:** Σε περίπτωση ύποπτης έκκρισης από τη θηλή, ο γιατρός μπορεί με την ψηλάφηση να προσδιορίσει κατά προσέγγιση την περιοχή του μαστού από την οποία προέρχεται η παθολογική



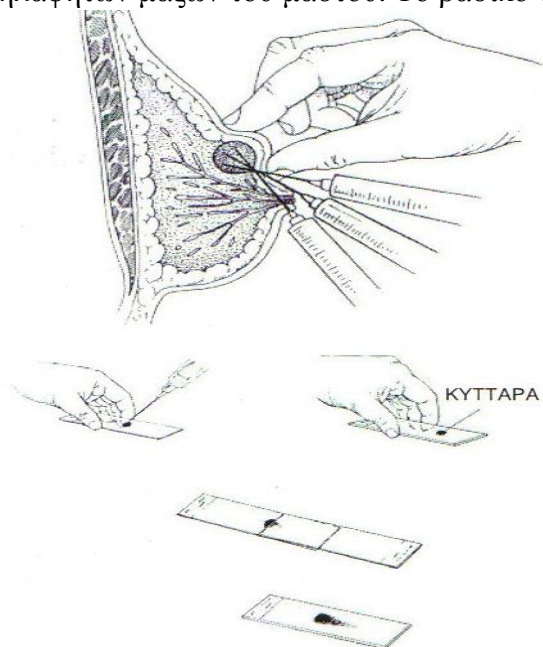
έκκριση (π.χ. αίμα). Το εύρημα αυτό μπορεί να έχει σημασία στο σχεδιασμό της επέμβασης. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να υποκρύπτεται καρκίνος ή θήλωμα (καλοήθες νεόπλασμα).

### 4.2.3 Εργαστηριακή διάγνωση

#### 1ο) Παρακέντηση με λεπτή βελόνη

Η παρακέντηση με λεπτή βελόνη (FNA, Fine Needle Aspiration) είναι εξαιρετικά χρήσιμη σαν βοήθημα στην διαγνωστική διερεύνηση μιας ψηλαφητής μάζας. Η FNA είναι δυνατόν να είναι διαγνωστική και να αποτελέσει ταυτόχρονα και τη θεραπεία των κύστεων (που περιέχουν υγρό, το οποίο αναρροφάται από την κύστη). Με την FNA είναι επίσης δυνατόν να αναρροφηθεί υλικό για κυτταρολογική εξέταση από μια συμπαγή μάζα. Η μέθοδος είναι εύκολη, φθηνή και ανώδυνη, γίνεται χωρίς αναισθησία στο εξωτερικό ιατρείο και είναι πολύ χρήσιμη στον έλεγχο όλων των ψηλαφητών μαζών του μαστού. Το βασικό της μειονέκτημα είναι το αυξημένο ποσοστό των ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων.

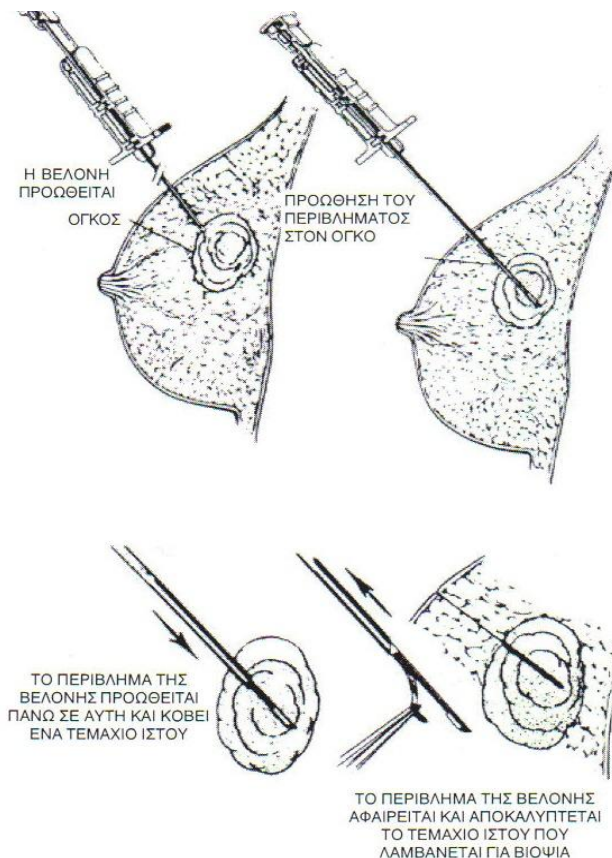
**Εικόνα 7:** Παρακέντηση με λεπτή βελόνη (Fine Needle Aspiration, FNA). Το υλικό που λαμβάνεται – μετά από μια απλή και εύκολη επεξεργασία – υποβάλλεται σε κυτταρολογική εξέταση



Πραγματικά, η μέθοδος αυτή μπορεί να δώσει εσφαλμένα αρνητικά αποτελέσματα (δηλαδή ότι μία μάζα δεν είναι καρκίνος ενώ στην πραγματικότητα είναι καρκίνος) στο 15 – 20% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. Επίσης θα πρέπει να τονιστεί ότι οποιαδήποτε μάζα παραμένει μετά την παρακέντηση και την αναρρόφηση του υγρού μιας κύστης θα πρέπει να αφαιρείται. Όταν υπάρχει μια κλινικά ύποπτη μάζα, το αρνητικό αποτέλεσμα της FNA δεν σημαίνει τίποτε και δεν θα πρέπει να αποκλείει τον περαιτέρω έλεγχο.

## 2ο) Βιοψία tru – cut:

Στην περίπτωση αυτή λαμβάνεται προς εξέταση από την ύποπτη βλάβη του μαστού τεμάχιο ιστού (“core” biopsy) (και όχι μεμονωμένα κύτταρα, όπως στην FNA). Το πλεονέκτημα είναι ότι με τον τρόπο αυτό είναι δυνατόν να γίνει από τον παθολογοανατόμο η εξέταση της αρχιτεκτονικής του ιστού και να διευκρινιστεί αν ο καρκίνος περιορίζεται στο βλεννογόνο (in situ) ή τον έχει ξεπεράσει (διηθητικός καρκίνος). Η πληροφορία αυτή είναι πολύ σημαντική για το χειρουργό, αφού με βάση αυτή είναι δυνατόν να αλλάξει το είδος της χειρουργικής επέμβασης που θα ακολουθήσει.



**Εικόνα 8:** Βιοψία tru – cut.

Χρησιμοποιείται ειδική συσκευή, με την οποία λαμβάνεται τεμάχιο ιστού (και όχι μόνο μεμονωμένα κύτταρα όπως στην παρακέντηση με βελόνη). Αυτό είναι και το βασικό πλεονέκτημα της μεθόδου.

Το μεγάλο πλεονέκτημα των δύο αυτών μεθόδων (FNA και βιοψία tru – cut) είναι ότι είναι δυνατόν να διαγνώσουν τον καρκίνο του μαστού πριν τη χειρουργική επέμβαση.

Γνωρίζοντας την ακριβή διάγνωση πριν την επέμβαση, ο χειρουργός μπορεί να συζητήσει με την άρρωστη τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κάθε μίας και να επιλέξει – σε συνεργασία με την άρρωστη, που θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένη – το είδος της επέμβασης που θα ακολουθήσει. Τα πλεονεκτήματα αυτής της τακτικής είναι προφανή, αν κανείς σκεφτεί ότι πολύ συχνά η γυναίκα (μη έχοντας την ενημέρωση που πρέπει) οδηγείται στο χειρουργείο χωρίς να είναι σίγουρη αν – όταν θα ξυπνήσει – θα έχει “χάσει” τον μαστό της (και μερικές φορές και τους δύο μαστούς της).

### **3ο) Στερεοτακτική FNA/ βιοψία tru – cut:**

Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται για βλάβες που δεν είναι ψηλαφητές και κυρίως σε δύο περιπτώσεις: (α) βλάβες με συρρέουσες μικροαποτιτανώσεις που ανιχνεύθηκαν στη μαστογραφία και που θεωρούνται αρκετά ύποπτες και (β) βλάβες που θεωρούνται ότι κατά πάσα πιθανότητα δεν είναι καρκίνος, αλλά που έχουν μεταβληθεί με την πάροδο του χρόνου στις περιοδικές μαστογραφίες σε μια ασθενή που δεν επιθυμεί να υποβληθεί σε ανοικτή βιοψία. Με τη βοήθεια ειδικών συσκευών μαστογραφίας, προσδιορίζονται οι συντεταγμένες στο χώρο της ύποπτης μη ψηλαφητής βλάβης. Ακολουθεί η λήψη υλικού για παθολογοανατομική ή κυτταρολογική εξέταση (βιοψία tru – cut ή FNA αντίστοιχα). Η χρήση της μεθόδου αυτής διαδίδεται τα τελευταία χρόνια. Θα πρέπει όμως να τονιστεί ότι η μέθοδος δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται αδιάκριτα και χωρίς συγκεκριμένες ενδείξεις, γιατί αλλιώς προστίθεται μια ακριβή εξέταση η οποία πρακτικά δεν αλλάζει πάντοτε τη θεραπευτική αντιμετώπιση και το σχεδιασμό της θεραπείας. Για παράδειγμα, όταν η μάζα είναι ψηλαφητή δεν έχει κατά κανόνα θέση η μέθοδος. Επίσης αν ο χειρουργός έχει επιλέξει την ανοικτή βιοψία (ογκεκτομή, η οποία είναι ταυτόχρονα και θεραπευτική) ούτως ή άλλως, η προσθήκη της στερεοτακτικής βιοψίας απλώς προσθέτει κόστος και καθυστέρηση στην οριστική θεραπεία. Επί πλέον η μέθοδος συνοδεύεται από ένα μικρό αλλά υπαρκτό ποσοστό ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων.

Σημειώτέον ότι είναι δυνατόν η βιοψία tru – cut/ FNA να κατευθυνθεί σε μερικές περιπτώσεις με τη βοήθεια υπερηχογραφήματος, μέθοδος που κερδίζει έδαφος και που δεν απαιτεί τον ακριβό εξοπλισμό που απαιτείται για τις στερεοτακτικές συσκευές μαστογραφίας και εντοπισμού των βλαβών. Το πρόβλημα των ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων (δηλαδή: λανθασμένο αρνητικό αποτέλεσμα ενώ υπάρχει καρκίνος) – αν και μικρό – είναι σαφώς

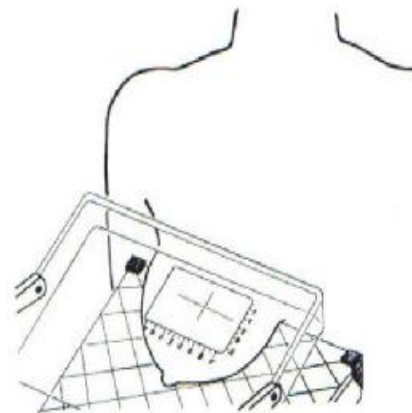
υπαρκτό. Για τους παραπάνω λόγους, η μέθοδος θα πρέπει να εκτιμηθεί προσεκτικά σε όλες της τις παραμέτρους πριν συσταθεί η ευρεία της εφαρμογή.

#### **4ο) Ανοικτή (χειρουργική) βιοψία:**

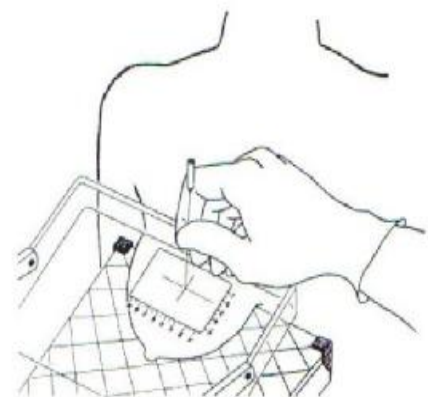
Η οριστική ιστολογική διάγνωση μιας βλάβης του μαστού επιτυγχάνεται με την ανοικτή (χειρουργική) βιοψία της ύποπτης βλάβης . Κατά την ανοικτή βιοψία είναι δυνατόν να αφαιρεθεί είτε ολόκληρος ο όγκος (excisional biopsy) ή ένα μέρος αυτού (incisional biopsy).

Η ανοικτή βιοψία είναι δυνατόν να γίνει τόσο σε ψηλαφητές μάζες όσο και σε μη ψηλαφητές μάζες μετά από εντοπισμό και σήμανσή τους με οδηγό σύρμα με τη βοήθεια μαστογραφίας ή υπερηχογραφήματος. Οι μικρές βλάβες (που είναι σήμερα ο κανόνας) θα πρέπει να αφαιρούνται πλήρως κατά τη βιοψία (excisional biopsy, lumpectomy) που θα πρέπει να ικανοποιεί τις απαιτήσεις της “ογκεκτομής”: δηλαδή μαζί με την ύποπτη μάζα (όγκο) θα πρέπει να αφαιρείται ένα χείλος περιβάλλοντος υγιούς ιστού πάχους τουλάχιστον 1 cm.

Αν η βλάβη δεν είναι ψηλαφητή, όπως συμβαίνει σήμερα συχνά με τις μικροαποτιτανώσεις που αποκαλύπτονται τυχαία στον πληθυσμιακό μαστογραφικό έλεγχο, τότε για να μπορέσει ο χειρουργός να τις αφαιρέσει θα πρέπει να τις επισημάνει με ένα σύρμα, η κορυφή του οποίου τοποθετείται στον όγκο με τη βοήθεια συνήθως της μαστογραφίας.

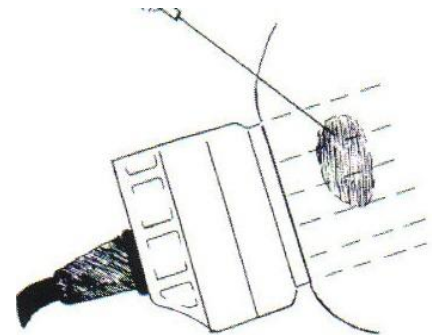
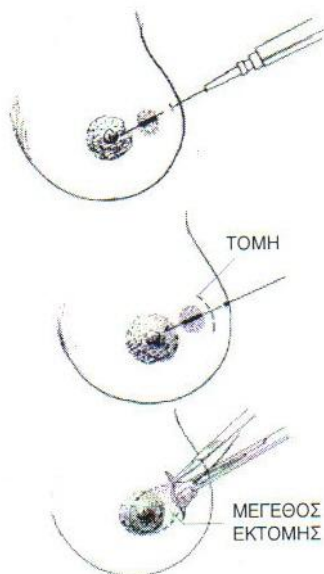


**Εικόνα 9:** Στην στερεοτακτική FNA ή βιοψία tru – cut, η βελόνη κατευθύνεται με τη βοήθεια ειδικής στερεοτακτικής συσκευής (μαστογράφου)



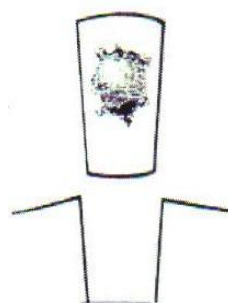
Κατά τη διάρκεια του χειρουργείου ο χειρουργός ακολουθεί το “οδηγό” σύρμα, για να φτάσει στην ύποπτη βλάβη, στέλνει το υλικό που αφαίρεσε από το μαστό για τη μαστογραφία (μαστογραφία του παρασκευάσματος), ώστε να βεβαιωθεί ότι η ύποπτη βλάβη που φαινόταν στην αρχική μαστογραφία τώρα παρατηρείται εξ ολοκλήρου στην μαστογραφία του παρασκευάσματος. Μερικές φορές για να επιβεβαιωθεί η πλήρης αφαίρεση της ύποπτης βλάβης μπορεί να χρειαστεί η γυναίκα να υποβληθεί σε μαστογραφία μετά τη βιοψία. Στην μαστογραφία αυτή ο χειρουργός με τη βοήθεια του ακτινολόγου αναζητούν τυχόν υπολειμματικές αλλοιώσεις από την αρχική βλάβη (Σακοράφα, 2002)

**Εικόνα 10:** Κατευθυνόμενη με υπέρηχους βιοψία με λεπτή βελόνη (FNA). Με τον ίδιο τρόπο είναι δυνατόν να γίνει κατευθυνόμενη με υπέρηχους βιοψία tru – cut.



**Εικόνα 11:** Αφαίρεση μιας μη ψηλαφητής μάζας με τη βοήθεια οδηγού σύρματος μετά από εντοπισμό της (με τη βοήθεια της μαστογραφίας ή του υπερηχογραφήματος)

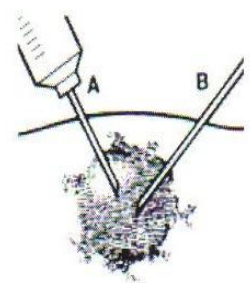
**Εικόνα 12:** Οι διάφορες μέθοδοι βιοψίας: Ανοικτή (χειρουργική βιοψία): - βιοψία με πλήρη αφαίρεση του όγκου – βιοψία με μερική αφαίρεση του όγκου, Βιοψία tru –cut ή FNA



ΒΙΟΨΙΑ ΜΕ ΠΛΗΡΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ (excisional biopsy)



ΒΙΟΨΙΑ ΜΕ ΜΕΡΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ (incisional biopsy)



ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ (ΒΙΟΨΙΑ) ΜΕ ΛΕΠΤΗ ΒΕΛΟΝΗ (FNA) (A) ΚΑΙ ΒΙΟΨΙΑ TRU-CUT (B)

#### 4.2.4 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τεχνικών απεικόνισης για διάγνωση Καρκίνου Μαστού

Πίνακας 1

ΤΕΧΝΙΚΕΣ	ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ
<b>Μαστογραφία</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Σχετικά οικονομική</li> <li>§ Ευρέως διαθέσιμη</li> <li>§ Εικόνα δομής</li> <li>§ Υψηλής ευαισθησία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Χαμηλή ειδικότητα</li> <li>§ Περίπου 10% των δομών είναι αμφίσημες</li> <li>§ Μη διαγνωστική σε ασθενείς με πυκνούς μαστούς, εμφυτεύματα και ουλές</li> <li>§ Δεν ανέρχονται όλες οι ασθενείς τη συμπίεση του μαστού</li> <li>§ Χαμηλή ευαισθησία</li> </ul>
<b>Υπερηχογράφημα</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Σχετικά οικονομικό</li> <li>§ Ευρέως διαθέσιμο</li> <li>§ Εικόνα δομής</li> <li>§ Χρησιμοποιείται για τη διάκριση των καλοηθών από τις κακοήθεις αλλοιώσεις</li> <li>§ Αποτελεί οδηγό για τη βιοψία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Σχετικά δαπανηρή</li> <li>§ Δεν είναι ευρέως διαθέσιμη</li> <li>§ Χαμηλή ειδικότητα</li> <li>§ Δαπανηρή</li> <li>§ Δεν είναι ευρέως διαθέσιμη</li> </ul>
<b>Μαγνητική Τομογραφία</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Υψηλή ευαισθησία</li> <li>§ Εικόνα δομής</li> <li>§ Χρησιμοποιείται για τη διάκριση των καλοηθών από τις κακοήθεις αλλοιώσεις</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Χαμηλή ευαισθησία σε αλλοιώσεις &lt; 1 cm</li> <li>§ Μπορεί να δώσει εικόνες επιπέδου &amp; SPECT</li> </ul>
<b>PET</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Μπορεί να διακρίνει τις καλοήθεις από τις κακοήθεις αλλοιώσεις</li> <li>§ Υψηλή ευαισθησία</li> <li>§ Μπορεί να απεικονίσει τη μασχάλη</li> </ul>	
<b>Σπινθηρογράφημα</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Σχετικά οικονομική</li> <li>§ Ευρέως διαθέσιμη</li> <li>§ Υψηλή ευαισθησία σε ψηλαφητές αλλοιώσεις</li> <li>§ Υψηλή ειδικότητα</li> <li>§ Λειτουργική απεικόνιση</li> <li>§ Απεικονίζει τη μασχάλη</li> </ul>	

Παρά τις παραπάνω τεχνικές, μπορεί να ληφθεί από το γιατρό, χρησιμοποιώντας βελόνα και σύριγγα, δείγμα κυττάρων από σβόλο μαστού και να εξεταστεί για παρουσία καρκινικών κυττάρων (βιοψία).

Εάν η διάγνωση καρκίνου του μαστού επιβεβαιωθεί, θα γίνουν περαιτέρω εξετάσεις για να ελεγχθεί εάν ο καρκίνος παρουσιάζει ευαισθησία στην οιστρογόνο ορμόνη. Ορισμένα αιματολογικά τεστ παρέχουν ένα μέτρο αξιολόγησης της λειτουργίας του ήπατος και δείχνουν εάν ο καρκίνος έχει επεκταθεί (αν έχει κάνει μετάσταση) στο ήπαρ. Μπορούν, τέλος, να γίνουν ακτινογραφίες θώρακα για διερευνηθεί εάν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στους πνεύμονες, καθώς και σπινθηρογράφημα οστών, για να διαπιστωθεί εάν τα οστά έχουν προσβληθεί ή όχι (Σπηλιοπούλου, 2005).

### **4.3 Μεταστάσεις του Καρκίνου Μαστού**

Τα όργανα στα οποία μεθίσταται πιθανώς ο καρκίνος του μαστού και χρήζουν απεικονιστικής διερεύνησης, είναι:

- A.** Εγκέφαλος
- B.** Οστά
- C.** Ήπαρ
- D.** Πνεύμονες
- E.** Άλλα όργανα (Επινεφρίδια, Ωοθήκες κλπ)

#### **A- Εγκέφαλος**

Ο αλγόριθμος διαγνωστικής προσέγγισης σε υπόνοια μεταστάσεως από καρκίνου του μαστού στον εγκέφαλο φαίνεται στον πίνακα 2.

#### **B- Οστά**

Το σπινθηρογράφημα οστών, είναι η εξέταση πρώτης εκλογής για την χαρτογράφηση του σκελετού. Ο περαιτέρω έλεγχος, φαίνεται στον πίνακα 3.

#### **C- Ήπαρ**

Μετά το υπερηχοτομογράφημα που είναι η εξέταση εκλογής και ουσιαστικά ο βασικός προληπτικός έλεγχος στο ήπαρ, η μαγνητική τομογραφία είναι το επόμενο βήμα στη διερεύνηση του ήπατος (Πίνακας 4).



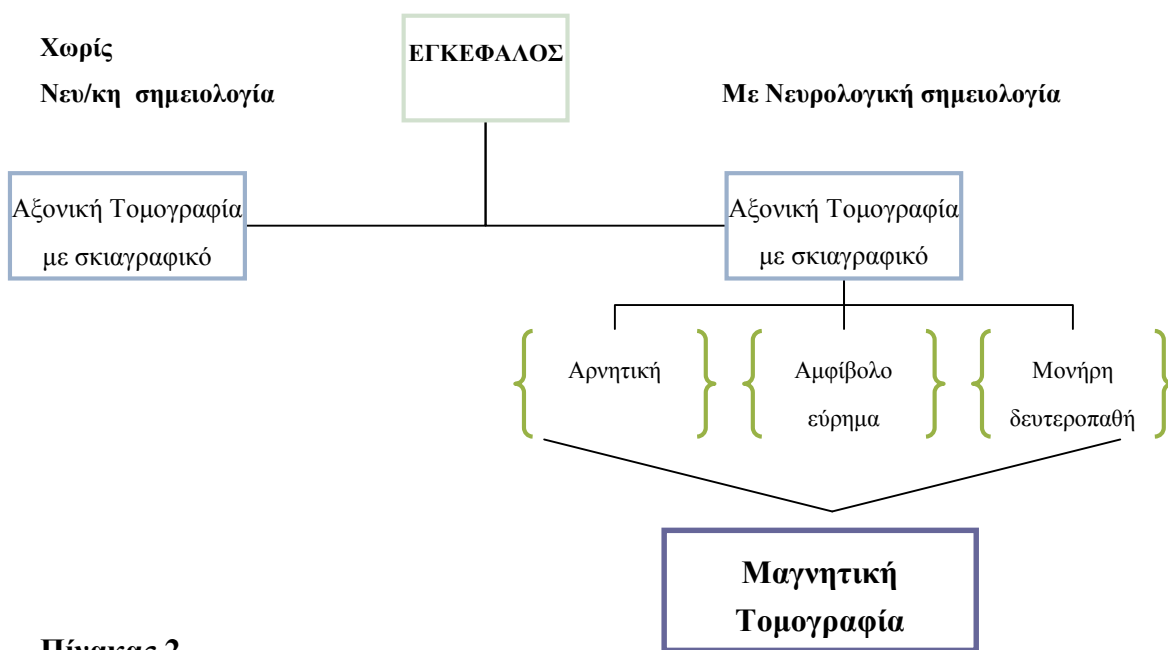
## D- Πνεύμονες

Στον πνεύμονα, μοναδική και με απόλυτη ένδειξη απεικονιστική μέθοδος για την χαρτογράφηση του παρεγχύματος, είναι η υψηλής διακριτικής ικανότητας αξονική τομογραφία (high resolution CT) (Πίνακας 5).

## E- Άλλα όργανα

Σπανιότερες άλλες μεταστάσεις δύνανται να εντοπίζονται στα επινεφρίδια και στις ωοθήκες και ελεύθερες στον περιτοναϊκό ή οπισθοπεριτοναϊκό χώρο.

Το υπερηχοτομογράφημα, άνω και κάτω κοιλίας και σε διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα, η αξονική τομογραφία, είναι οι εξετάσεις που εντοπίζουν τις μεταστάσεις στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων (Μαρκόπουλος, 1997).

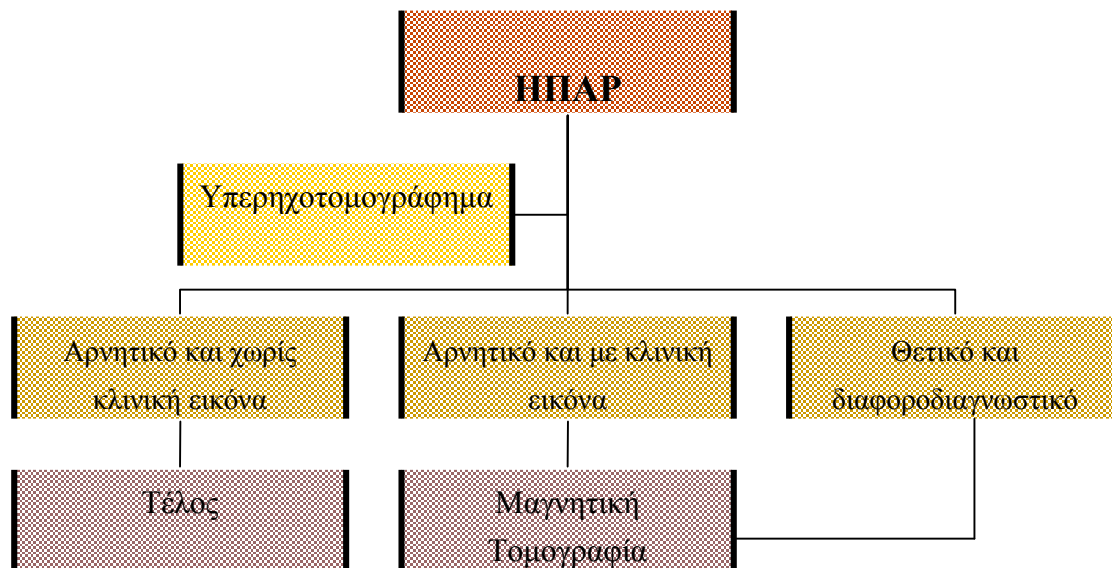


Πίνακας 2





Πίνακας 3



Πίνακας 4

**ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ**

Υψηλής διακριτικής ικανότητας Αξονική  
Τομογραφία (High Resolution CT)

**Πίνακας 5**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### 5.1 Θεραπεία Καρκίνου Μαστού

Η απόφαση για την σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε ασθενή. Η θεραπεία θα πρέπει να επιλεγεί σωστά χωρίς βιασύνη και αφού έχουν συγκεντρωθεί όλες οι παράμετροι που χρειάζονται.

Είναι χαρακτηριστικό ότι σήμερα, μια σειρά προβληματισμοί που είχαν να κάνουν με την ταχεία αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού κατέληξαν στο εξής συμπέρασμα:

**“Να το πιάσεις σωστά είναι περισσότερο σημαντικό από το να ξεφορτωθείς γρήγορα”.**

Η επιλογή της θεραπείας και η πρόγνωση εξαρτάται:

- Μέγεθος όγκου
- Ιστολογικό τύπο
- Στάδιο της νόσου
- Μικροσκοπική εμφάνιση
- Αριθμό μασχαλιαίων λεμφαδένων που εμφανίζουν νόσο
- Ηλικία της γυναίκας

Επίσης μια σειρά εξετάσεων που έχουν σαν σκοπό την απάντηση σε μερικά ερωτηματικά για συμπληρωματικούς χειρισμούς.

- ✓ Μέτρηση πρωτεϊνικών υποδοχέων
- ✓ Ανάλυση DNA όγκου
- ✓ Ανάλυση κυτταρικού κύκλου
- ✓ Μέτρηση ογκογονιδίων (HER – 2/neu)
- ✓ Μέτρηση αυξητικού παράγοντα
- ✓ Ανοσοϊστοχημική μελέτη

Τελικά μετά από όλη αυτή την ανάλυση μιας σειράς παραγόντων, ο ιατρός καλείται να εφαρμόσει μια θεραπευτική προσέγγιση που αντιστοιχεί στην ασθενή του. Συνήθως η εφαρμοζόμενη θεραπεία είναι ο συνδυασμός χειρουργικής, ακτινοθεραπείας και συμπληρωματική επικουρική χημειοθεραπεία.

### 5.1.1 Χειρουργική θεραπεία

Η θεραπεία για πολύ πρώιμα στάδια, δηλαδή για μη ψηλαφητές διαγνώσεις είναι χειρουργική αφαίρεση μετά από ακτινολογικό εντοπισμό της βλάβης.

Εάν πρόκειται για in – situ πορογενές νεόπλασμα τότε η τεταρτεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης αποτελεί μέθοδο παραδεκτή από την πλειονότητα των χειρουργών.

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν επίσης καλά αποτελέσματα σε ασθενείς που έγινε απλή δειγματοληψία μασχάλης. Πρέπει επίσης να γίνεται κατά την διάρκεια εκτομής ιστολογικής εξέτασης των ορίων εκτομής. Εάν πρόκειται για in – situ – λοβιακό νεόπλασμα είναι αρκετή η ογκεκτομή της βλάβης χωρίς λεμφαδενικό καθαρισμό και η περιοδική παρακολούθηση της ασθενούς. Στο νεόπλασμα **σταδίου I**, δηλαδή για μέγεθος όγκου < 2cm η χειρουργική επιλογή είναι:

- α. Τμηματεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό και συμπληρωματική ακτινοθεραπεία.
- β. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή χωρίς ακτινοβολία.

Και οι δύο τρόποι έχουν τα ίδια ποσοστά επιβίωσης, φαίνεται όμως να εμφανίζει μικρότερα ποσοστά τοπικής υποτροπής η δεύτερη μέθοδος.

Σε ασθενείς με νεόπλασμα **σταδίου II** δηλαδή με όγκο από 2 – 5 cm η χειρουργική θεραπεία επιλογής είναι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

Τα νεοπλάσματα **σταδίου III** συνήθως αντιμετωπίζονται χειρουργικά αλλά σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Συνήθως πριν την εγχείρηση γίνονται 2 ή 3 κύκλοι χημειοθεραπείας με στόχο να επιτευχθεί σμίκρυνση του όγκου. Κατόπιν εκτελείται τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή και συμπληρώνεται με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.

Στο **στάδιο IV** όπου πλέον υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις και χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης (5ετής = 10%) δεν έχει καμία θέση η χειρουργική θεραπεία (Σπηλιώτης, 1999).

#### Τύποι μαστεκτομών

##### 1. ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ HALSTED

Αφαίρεση en block:

- Μαζικού αδένου με το υπερκείμενο δέρμα
- Μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός
- Περιεχομένου της μασχάλης

## **2. ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ (ΥΠΕΡΡΙΖΙΚΗ)**

- Εγχείρηση Halsted με αφαίρεση των λεμφαδένων της έσω μαστικής Καμία ένδειξη (εγκατελείφθη)

### **ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ HALSTED**

- Διήθηση μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός
- Διήθηση γαγγλίου Roter
- Τοπικά προχωρημένος καρκίνος που δεν ανταποκρίθηκε στη χημειοθεραπεία,

## **3. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ (PATEY)**

*Η τεχνική περιλαμβάνει την αφαίρεση:*

- του μαστού και του υπερκείμενου δέρματος
- της περιτονίας του μείζονος θωρακικού μυός
- του περιεχομένου της μασχάλης

### **Ενδείξεις**

Επεμβάσεις εκλογής όπου δεν μπορεί να εφαρμοσθεί συντηρητικότερη επέμβαση

## **4. ΟΛΙΚΗ (ΑΠΛΗ) ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ**

### **Τεχνική**

Περιλαμβάνει την εκτομή του μαστού και του υπερκείμενου δέρματος και της θωρακικής περιτονίας.

(Χωρίς εκτομή των λεμφαδένων της μασχάλης)

### **Ενδείξεις**

Σε άτομα υπερήλικα υψηλού κινδύνου, επέμβαση καθαριότητας

## **5. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΠΟΥ ΑΦΑΙΡΕΙΤΑΙ**

### **A. Ενδογαστρική βιοψία**

(παραμένει μακροσκοπικό υπόλοιπο όγκου)

### **B. Ογκεκτομή**

Αφαίρεση του όγκου χωρίς ασφαλή υγιή όρια. Μακροσκοπικά δεν υπάρχει υπόλειμμα όγκου.

### **Γ. Ευρεία ογκεκτομή**

Εκτομή του όγκου με τουλάχιστον 1 εκ υγιούς ιστού περίξ αυτού. (Το όριο αυτό δεν μπορεί να τηρηθεί προς την κατεύθυνση του μείζονος θωρακικού μυός, οπότε απαιτείται αφαίρεση της περιτονίας του μείζονος θωρακικού μυός)

### **Δ. Τεταρτεκτομή Τμηματεκτομή**

Εκτομή του όγκου με τουλάχιστον 2 εκ υγιούς ιστού περίξ αυτού μακροσκοπικώς, (Τα όρια προς την κατεύθυνση του μείζονος θωρακικού μυός δεν μπορούν να εξασφαλισθούν, οπότε απαιτείται αφαίρεση της περιτονίας του μείζονος θωρακικού μυός). ΤΕΤΑΡΤΕΚΤΟΜΗ δεν σημαίνει εκτομή του  $\frac{1}{4}$  του μαστού (Βαλαβανίδης , 2000).

## **5.1.2 Χημειοθεραπεία**

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

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

## **5.1.3 Ακτινοθεραπεία**

Η Ακτινοθεραπεία αποτελεί καθιερωμένο είδος θεραπείας μετά την αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου και των λεμφαδένων. Άλλη ένδειξη της ακτινοβολίας ως αρχικής θεραπείας είναι η ακτινοθεραπεία του θωρακικού τοιχώματος έπειτα από μαστεκτομή. Αυτό μπορεί να γίνει αν κατά τη διάρκεια της επέμβασης ή μετά την εξέταση την ιστών διαπιστωθεί ότι ο όγκος έχει προσβάλλει το δέρμα ή τους μυς του θωρακικού τοιχώματος,

πράγμα που συμβαίνει αν είναι πολύ μεγάλος ή αν έχουν προσβληθεί πολλοί λεμφαδένες. Η εφαρμογή της στηρίζεται στην υπόθεση ότι ενδέχεται να υπάρχουν μετά την επέμβαση κρυμμένα καρκινικά κύτταρα στο θωρακικό τοίχωμα ή στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, τα οποία καταστρέφονται αποτελεσματικά με την ακτινοβολία. Πλην του θωρακικού τοιχώματος ορισμένες φορές ακτινοβολούνται και οι λεμφαδένες της μασχαλιαίας χώρας πάνω από την κλείδα. Στις ασθενείς στις οποίες αναπτύσσεται αργότερα υποτροπή της νόσου στο θωρακικό τοίχωμα, συχνά εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία ευρείας έκτασης ώστε να καταστραφούν τα καρκινικά κύτταρα που ενδεχομένως υπάρχουν στη γύρω περιοχή. Έτσι, στις εντοπισμένες υποτροπές επιτυγχάνεται μόνιμος έλεγχος της νόσου περίπου στις μισές ασθενείς (Dollinger – Rosenbaum – Cable, 1992).

#### **5.1.4 Ορμονοθεραπεία**

Όταν υπάρχουν θετικοί ορμονικοί υποδοχείς, τότε είναι δυνατό να έχει ευεργετική επίδραση στην άρρωση η χορήγηση ορμονών. Προτιμάται η χορήγηση της κιτρικής ταμαξοφαίνης (Nolvadex), γιατί δεν έχει ανεπιθύμητες ενέργειες. Αυτή αναστέλλει την ανάπτυξη του καρκίνου, γιατί συνδέεται με τους υποδοχείς των κυττάρων. Αλλά και όταν οι ορμονικοί υποδοχείς είναι αρνητικοί, χορηγείται ταμοξιφαίνη συμπληρωματικά ή για την αντιμετώπιση των μεταστάσεων.

Στις ηλικιωμένες ασθενείς η ταμοξιφαίνη σε δόση 10mg την ημέρα προτιμάται, γιατί βελτιώνει την κατάστασή τους σε συχνότητα 50%, όταν υπάρχουν θετικοί ορμονικοί υποδοχείς, και σε συχνότητα 30%, όταν αυτοί είναι άγνωστοι. Το θεραπευτικό της αποτέλεσμα φαίνεται μετά από 4 – 6 εβδομάδες και διαρκεί 8 – 40 μήνες. Όσο μεγαλύτερη είναι η άρρωση, τόσο αυτό είναι ικανοποιητικό.

#### **5.1.5 Ανοσοθεραπεία**

Στις ημέρες μας, η ανοσοθεραπεία μας βοηθάει μόνο στην παράταση της επιβίωσης. Επικρατέστερο φάρμακο, που χρησιμοποιείται είναι BCG (Bacillus Calmette Guerin). Το BCG μπορεί να συνδυαστεί με αδριουμυκίνη (Adriblastin), φθοριοουρακίλη (Fluoro – uracil) και άλλα κυτταροστατικά φάρμακα.

### 5.1.6 Παρακολούθηση

Ποια όμως είναι η διαχρονική παρακολούθηση των ασθενών που αντιμετωπιστήκαν θεραπευτικά με καρκίνο στον μαστό:

Μετά το τέλος της βασικής θεραπείας πρέπει κάθε χρόνο:

- § Κλινική εξέταση από θεράποντα.
- § Εργαστηριακός βιοχημικός έλεγχος αίματος.
- § Μαστογραφία.
- § Ακτινογραφία θώρακος.

Οι αξονικές τομογραφίες και το σπινθηρογράφημα οστών είναι εξετάσεις που πρέπει να γίνονται μόνο εάν υπάρχουν ενδείξεις όπως λ.χ. οστικά άλγη, διαταραχή βιοχημείας ήπατος, αύξηση ( $Ca^{++}$  αίματος κλπ).

### 5.2 Πρόγνωση

Επειδή η βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου του μαστού είναι κάθε φορά και διαφορετική, παρά τις προσπάθειες που καταβάλλει η σύγχρονη επιστήμη, αυτός παραμένει ύπουλος και με αβέβαιη πρόγνωση. Ο γιατρός, που θα βιαστεί να την προσδιορίσει, δεν έμαθε ακόμα όσα έχουν σχέση με τον καρκίνο του μαστού. Γενικά, στην πρόγνωση είναι δυνατό να μας βοηθήσουν:

- ✓ Η εντόπιση του στα τέσσερα τεταρτημόρια του μαστού
- ✓ Ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων
- ✓ Οι αγγειακές διηθήσεις
- ✓ Το εντοπισμένο ή διηθητικό του όγκου
- ✓ Το μέγεθος του και το φλεγμονώδες αυτού
- ✓ Ο ιστολογικός του τύπος
- ✓ Η διαφοροποίησή του
- ✓ Η σταδιοποίησή του και
- ✓ Η ύπαρξη ορμονικών υποδοχέων

Σχετικά με τη διαφοροποίηση, όταν αυτή είναι ψηλή, η 20ετής επιβίωση φτάνει το 40%, όταν είναι χαμηλή, το 20%.

Σχετικά με τη σταδιοποίηση, όταν ο καρκίνος βρίσκεται στο στάδιο I, το ελεύθερο νόσου διάστημα για 10 χρόνια φτάνει το 50 – 90%, στο στάδιο II το 40 – 70%, στο στάδιο III στο 10 – 20% και στο στάδιο IV μέχρι 5%.



Οι αιτίες θανάτου από καρκίνο του μαστού, κατά σειρά συχνότητας είναι:

- Ø Πνευμονική ανεπάρκεια (26%)
- Ø Λοίμωξη (24%)
- Ø Καρδιακή ανεπάρκεια (15%)
- Ø Άλλες επιπλοκές (20%) (Σπηλιώτης, 1999).

### 5.3 Πρόληψη

**Πίνακας 6:** Εφαρμογή του συστηματικού προληπτικού ελέγχου για την πρόιμη ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες χωρίς συμπτώματα και ανάλογα με την ηλικία.

**ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ (ΑΕΜ):** 1 φορά το μήνα για όλες τις γυναίκες πάνω από 20 χρονών

#### **ΨΗΛΑΦΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ**

##### **(ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ)**

- : - 1 φορά κάθε τρία χρόνια, στην ηλικία 20 μέχρι 40 χρονών
- 1 φορά κάθε χρόνο μετά τα σαράντα

#### **ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ**

- : - Δεν χρησιμοποιείται κάτω από τα 35, εκτός αν υπάρχει ειδικός λόγος και υποδεικνύεται από γιατρό που έχει γνώση του προβλήματος
  - Μεταξύ 35 και 39 χρόνων πρέπει να γίνεται μια μαστογραφία η οποία θα χρησιμεύσει σαν μέτρο σύγκρισης (σημείο αναφοράς) για το μέλλον
  - Μεταξύ 40 και 49 χρόνων πρέπει να γίνεται μαστογραφία κάθε 1-2 χρόνια
- Κριτήρια είναι η φυσική εξέταση, τα προηγούμενα ευρήματα της μαστογραφίας, το ιστορικό (καρκίνος μαστού στην ίδια ή μητέρα ή αδελφές) και άλλοι παράγοντες κινδύνου (π.χ. καλοήθεις παθήσεις του μαστού που έχουν τάση για εξαλλαγή)
- Μετά τα 50 πρέπει να γίνεται μαστογραφία κάθε χρόνο

## ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ

Η αυτοεξέταση των μαστών αποτελεί την **πρώτη και βασική μέθοδο προληπτικής εξέτασης των μαστών** και μπορεί να γίνει πολύ απλά στο σπίτι από την ίδια την γυναίκα. Όλες οι γυναίκες από την ηλικία των 20 ετών πρέπει να μάθουν να κάνουν σωστά αυτοεξέταση στους μαστούς τους.

### **ΒΗΜΑ 1ο**



Ξεκινήστε κοιτάζοντας τους μαστούς σας στον καθρέφτη.

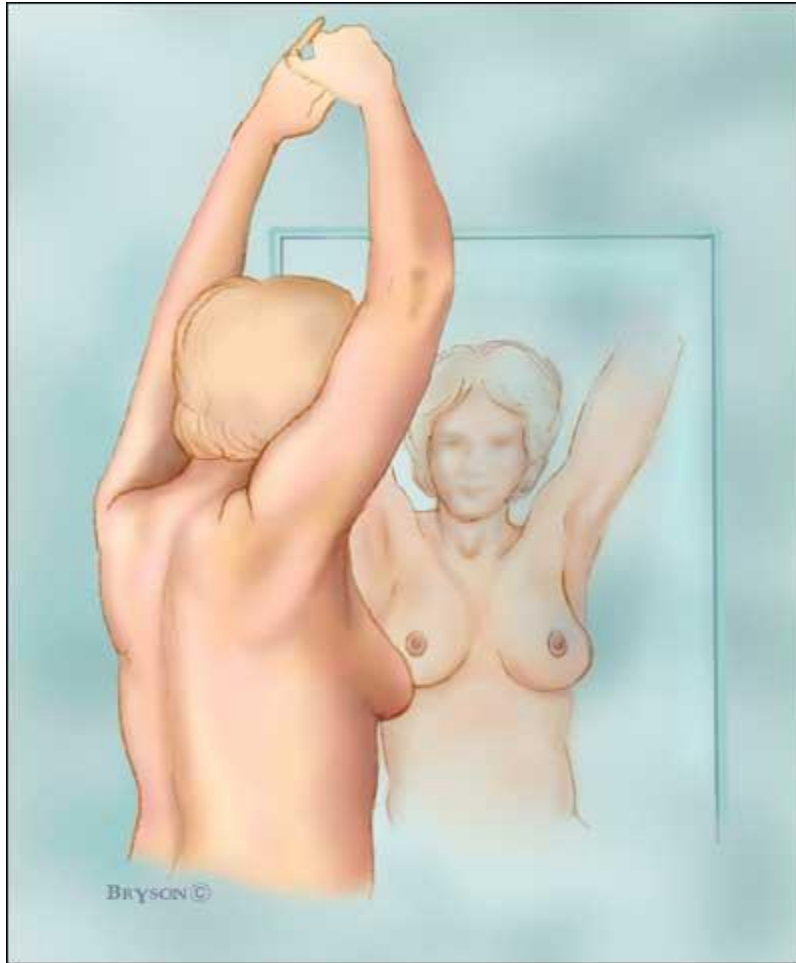
Ελέγχουμε το μέγεθος, το σχήμα και το χρώμα. Οι δύο μαστοί πρέπει να είναι συμμετρικοί και ομοιόμορφοι.

Σημεία που χρειάζονται διερεύνηση:

- Εισολκή δέρματος ή θηλής
- Δέρμα σαν «φλοιός πορτοκαλιού»
- Ερυθρότητα
- Διόγκωση
- Αποβολή υγρού ή αίματος από την θηλή
- Διαγραφή των φλεβών κάτω από το δέρμα

**Εικόνα 13**

## ΒΗΜΑ 2ο



Σηκώστε τα χέρια και παρατηρήστε για τα ίδια σημεία

Ακολουθώς πιέστε και τις δύο θηλές και ελέγξτε αν υπάρχει αποβολή υγρού από αυτές

Το υγρό αυτό μπορεί να είναι γαλακτώδες, κίτρινο ή αίμα

**Εικόνα 14**

## ΒΗΜΑ 3ο



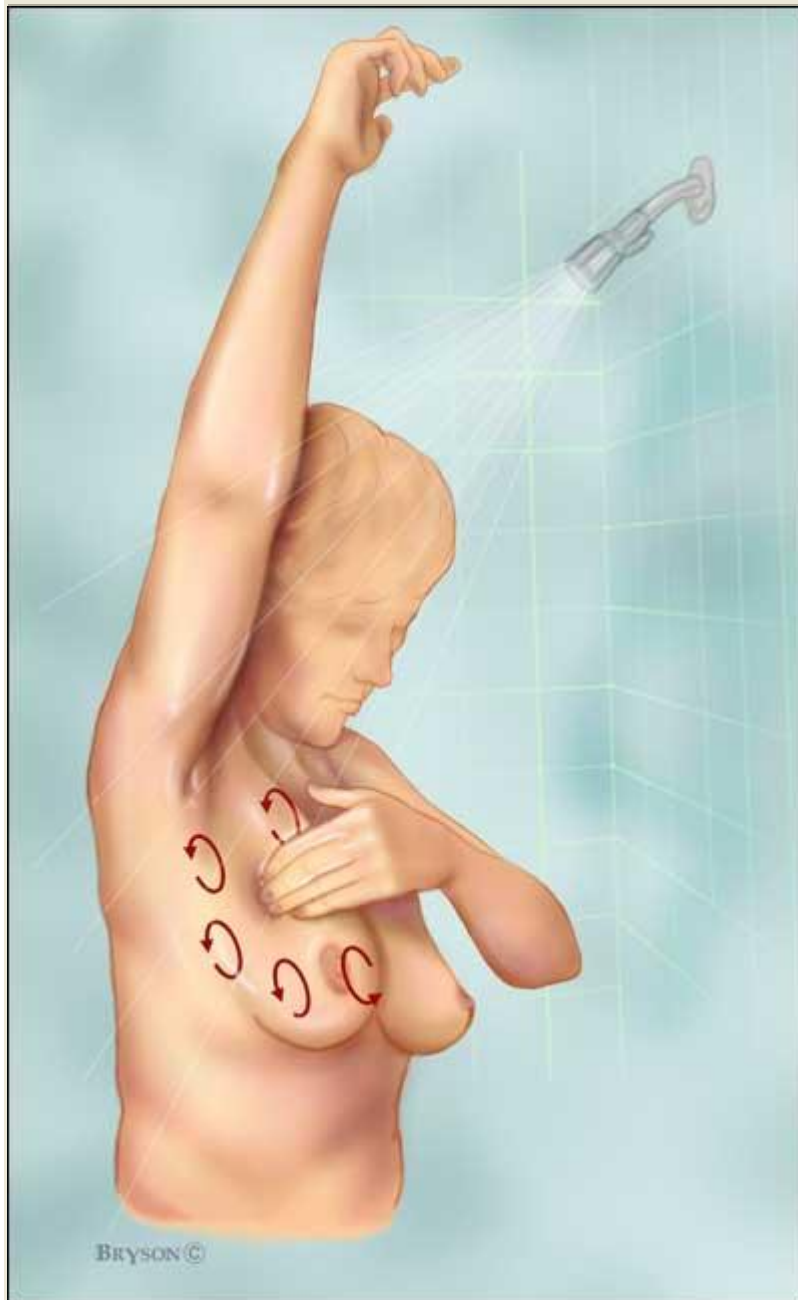
**Εικόνα 15**

Ξαπλώστε και εξετάσετε τους μαστούς κάνοντας μικρές κυκλικές κινήσεις με τις άκρες των δακτύλων σας, μέχρι να καλύψετε όλη την έκταση του κάθε μαστού. Ακολουθείστε πορεία από πάνω προς τα κάτω και από έξω προς τα μέσα.

Προσπαθήστε να αισθανθείτε οποιαδήποτε μάζα στο εσωτερικό του μαστού.

Το δεξί χέρι εξετάζει τον αριστερό μαστό και το αντίθετο.

#### ΒΗΜΑ 4ο



Ακολουθείστε την ίδια διαδικασία με τα ίδια βήματα σε όρθια θέση

Πολλές γυναίκες αισθάνονται καλύτερα τον μαστό τους όταν το δέρμα είναι υγρό και γλιστερό, έτσι προτιμούν να κάνουν αυτό το στάδιο της αυτοεξέτασης όταν κάνουν μπάνιο

**Εικόνα 16**

Η ψηλάφηση ενός ογκιδίου στο μαστό, αποτελεί την απλούστερη και σημαντικότερη μέθοδο για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Η εξέταση αυτή γίνεται είτε από τον ίδιο τον ασθενή, είτε από το γιατρό.

Η εξέταση από τον ίδιο τον ασθενή, είναι η λεγόμενη αυτοεξέταση του μαστού (ΑΕΜ), και γίνεται με βάση ορισμένους κανόνες που πρέπει να τηρούνται αυστηρά. Ο καλύτερος χρόνος για την ΑΕΜ είναι η 7<sup>η</sup> με 10<sup>η</sup> μέρα, μετρώντας από την πρώτη ημέρα της περιόδου, και πρέπει να επαναλαμβάνεται την ίδια μέρα του κύκλου κάθε μήνα από όλες τις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες, ενώ στις μεθεμμηνόπαυσιακές πρέπει να γίνεται μια σταθερή ημερομηνία κάθε μήνα π.χ. την πρώτη κάθε μηνός για να μην ξεχνιέται εύκολα .

Στην αυτοεξέταση η γυναίκα στην αρχή παρατηρεί τους μαστούς της μπροστά στον καθρέπτη με τα χέρια στα πλάγια, μετά υψωμένα, μετά κλείνοντας το σώμα προς τα εμπρός και τέλος πιέζοντας τα χέρια πάνω στους γοφούς, σημειώνοντας αν υπάρχει οποιαδήποτε ασυμμετρία, εισολκή ή συρρίκνωση δέρματος, ή ανωμαλία της θηλής.

Στη συνέχεια η ασθενής ψηλαφά τους μαστούς, αρχικά σε όρθια θέση μπροστά στον καθρέπτη, αρχίζοντας από το υψηλότερο εξωτερικό όριο κάθε μαστού και προχωρώντας συγκεντρικά μέχρι τη θηλή, την οποία πρέπει να «στίβει» μαλακά, για τυχόν ύπαρξη εκκρίματος.

Η ίδια διαδικασία πρέπει να επαναληφθεί και σε κατακεκλιμμένη (υπτία) θέση.

Ο ακριβής τρόπος και οι οδηγίες για να κάνει μια γυναίκα μόνη της την ΑΕΜ δίνονται στην Εικόνα 22, με βάση τις οδηγίες της American Cancer Society κατά κύριο λόγο (Τζωρακολευθερουδάκης, 1997).

Η εξέταση του μαστού από το γιατρό, αρχίζει με την ασθενή καθήμενη και τα χέρια στα πλάγια του κορμού. Εξετάζουμε με συνθήκες πολύ καλού φωτισμού την παρουσία ανωμαλιών στους μαστούς και συγκρίνουμε τη συμμετρία των δύο πλευρών. Το ίδιο επαναλαμβάνεται με τα χέρια υψωμένα και με τα χέρια να πιέζουν με δύναμη τα ισχία.

Ακολουθεί η ψηλάφηση του μαστού η οποία γίνεται με τα δάχτυλα του εξεταστού επιπεδωμένα και την ασθενή καθήμενη ή ελαφρά σκυμμένη προς τα εμπρός. Ο μαστός ψηλαφάται από τα περιφερικότερα σημεία προς το κέντρο συμμετρικά ή κατά τεταρτημόρια. Απαραίτητα πρέπει να ψηλαφηθούν οι υπερκλείδιες, υποκλείδιες και μασχαλιαίες χώρες, καθώς και η θηλή του μαστού, η οποία πρέπει να «στίβεται» μαλακά, για να ελεγχθεί τυχόν ύπαρξη εκκρίματος. Στη συνέχεια με την ασθενή κατακεκλιμμένη σε ύπτια θέση επαναλαμβάνεται η ψηλάφηση.

Καλό είναι να επαναλαμβάνεται η ψηλάφηση με τα χέρια υψωμένα (ανάταση ή πίσω από το κεφάλι) και να πιέζουν τα ισχία και στις δύο θέσεις (καθήμενη – κατακεκλιμμένη) διότι η

καθήλωση των μυών του θωρακικού τοιχώματος που επιτυγχάνεται έτσι, βοηθά τον εξετάζοντα στο λεπτομερέστερο προσδιορισμό των σχέσεων, διαστάσεων, υφής, ενός ψηλαφόμενου ογκιδίου.

Η κλινική εξέταση για ογκίδιο του μαστού με βασικό σκοπό την έγκαιρη διάγνωση καρκίνων του μαστού, πρέπει να αρχίζει από την ηλικία των 20 χρόνων

Το ιστορικό μαζί με τη φυσική (κλινική) εξέταση, παρέχουν βασικές πληροφορίες, για την αξιολόγηση του ογκιδίου.

Ερωτήματα τα οποία θα πρέπει να απαντηθούν κατά τη λήψη του ιστορικού:

1. Από πότε υπάρχει το ογκίδιο;
2. Είναι επώδυνο ή όχι;
3. Συνυπάρχει έκκριμα θηλής;
4. Υπάρχουν μεταβολές του μεγέθους του ογκιδίου (αύξηση – μείωση, ή εμφάνιση – εξαφάνιση) που σχετίζονται με τις διάφορες φάσεις του εμμηνορυσιακού κύκλου;
5. Υπάρχει προηγούμενο ιστορικό βιοψίας μαστού ή νόσου του μαστού (σε πρώτη σειρά καρκίνος μαστού και ινοκυστική νόσος με άτυπη υπερπλασία);
6. Πλήρες γυναικολογικό ιστορικό (αναπαραγωγή): Επικέντρωση στην ηλικία εμμηναρχής, αριθμό τοκετών και ηλικία πρώτου τοκετού.
7. Οικογενειακό ιστορικό νόσου του μαστού (κυρίως Ca μαστού και ινοκυστική νόσος), με επικέντρωση στη μητέρα και αδελφές.

Ερωτήματα τα οποία θα πρέπει να απαντηθούν κατά τη φυσική εξέταση:

- 1) Σύσταση – υφή του ογκιδίου (μαλακό, σκληρό, υπόσκληρο, κλυδασμός).
- 2) Κινητικότητα (ελεύθερο, μερικώς ή πλήρως καθηλωμένο).
- 3) Όρια του ογκιδίου (ομαλά ή ανώμαλα, πλήρως ή μερικώς).
- 4) Συνοδές μεταβολές του δέρματος του μαστού (ερυθρότητα, οίδημα, εισολκή, συρρίκνωση).
- 5) Μεταβολές στη θηλή (μέγεθος, σχήμα, σύσταση, εισολκή).
- 6) Έκκριμα θηλής (ποσότητα, ποιότητα, χρώμα).

Η ψηλάφηση των μασχαλαίων, υπερκλειδίων – υποκλειδίων λεμφαδένων αποβλέπει στην εντόπιση τυχόν διηθημένων ή υπόπτων για διήθηση λεμφαδένων. Εάν εντοπιστούν ψηλαφητοί λεμφαδένες ο γιατρός πρέπει να εκτιμήσει τον αριθμό, το μέγεθος, την κινητικότητα και το βαθμό καθηλώσεώς τους στα παρακείμενα μαλακά μέρη της μασχάλης ([www.surgeon.gr](http://www.surgeon.gr) 06/07/2008).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### 6.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο μαστού

#### *ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ*

##### **1. Άμεσοι**

- α. Βοήθεια να αποδεχτεί η άρρωστη τη διάγνωση του καρκίνου και την απώλεια του μαστού,
- β. Ελαχιστοποίηση αγωνίας και άγχους.

##### **2. Μακροπρόθεσμοι**

- α. Βοήθεια άρρωστης και οικογένειας να αποδεχτούν την πραγματικότητα.
- β. Μείωση κινδύνου υποτροπής της νόσου.
- γ. Βελτίωση αυτοεκτίμησης, αυτοφροντίδας και σεξουαλικής λειτουργίας.

### 6.2 Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

1. Αναζήτηση της καλύτερης φυσικής και ψυχολογικής προσέγγισης για ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο.

α. Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης και βοήθεια να απαλλαγεί από το αισθήματα φόβου με:

- Ακρόαση των ανησυχιών και προβλημάτων της.
- Έμφαση στο σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης και στη χρήση τεχνητού μαστού.
- Εξασφάλιση επίσκεψης άρρωστης με ικανοποιητική μετεγχειρητική προσαρμογή στη μαστεκτομή.
- Αναζήτηση υποστήριξης από το σύζυγο.

β. Βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας μαστού. Κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στη μαστεκτομή, γι' αυτό ο Νοσηλευτής προσεγγίζει κάθε γυναίκα ως άτομο και τη βοηθά να εκφράσει τα συναισθήματά της. Η γυναίκα μπορεί να φοβάται απόρριψη από τον άνδρα της ή να νοιώθει απογοήτευση, γιατί δεν θα μπορεί να εκπληρώσει το ρόλο της ως μητέρα (να θηλάσει το παιδί της). Η υποστήριξη της άρρωστης από τον άνδρα της και την οικογένεια της, επομένως, θα βοηθήσει πολύ σε μια τέτοια περίπτωση.

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

δ. Μείωση χρόνου αναμονής πριν από την εγχείρηση.

§ Διαπίστωση φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπιση τους.

§ Εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή.

§ Χορήγηση υπνωτικών για μείωσης των ανησυχιών της άρρωστης,

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

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

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

### **6.3 Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα**

1) Εκτίμηση αρτηριακής πίεσης και σφυγμού, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για διαπίστωση shock και αιμορραγίας.

2) Επισκόπηση του επιδερμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας, ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη.

3) Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από τον πόνο

4) Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών, για πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών.

5) Έλεγχος της επίδεσης του τραύματος· αποφεύγεται η πολύ πιεστική επίδεση, για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων.

6) Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος. Συνήθως, ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή Hemovac. Η αναρρόφηση γίνεται με δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γι' αυτό και η συσκευή θα πρέπει να αδειάζεται προτού γεμίσει τελείως. Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά, ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευμένων υγρών της συσκευής ελέγχονται και αναγράφονται.

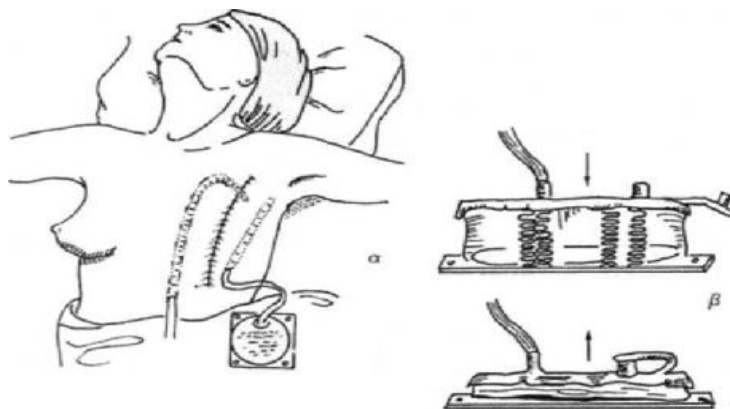


7) Πρόληψη λοίμωξης: Σε μια ριζική μαστεκτομή, η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας αφαίρεσης των λεμφαδένων. Το προσβλημένο χέρι πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό και δεν θα πρέπει να γίνονται υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις, ούτε φλεβοκεντήσεις σε αυτό, για αποφυγή εισόδου μικροβίων.

8) Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημι-Fowler. Αν το χέρι είναι ελεύθερο, τοποθετείται πάνω σε μαξιλάρι η βαρύτητα βοηθά την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός λεμφοιδήματος.

9) Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι. Κατά την έγερση συχνά ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο για να παρεμποδίζεται η πίεση στο τραύμα. Όταν για πρώτη φορά σηκώνεται η άρρωστη από το κρεβάτι, ο Νοσηλευτής τη συνοδεύει, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.

10. Χορήγηση διαίτας ανάλογα με την ανοχή και την προτίμηση της άρρωστης. Κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες ίσως η άρρωστη χρειαστεί βοήθεια την ώρα του φαγητού, γιατί δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει το ένα της χέρι.



**Εικόνα 17:** Παροχέτευση τραύματος μαστεκτομής, α. Κλειστό σύστημα αναρρόφησης pt Hemovac. β. Η συμπίεση της Hemovac προκαλεί αναρρόφηση.

#### 6.4 Διδασκαλία κατά την έξοδο από το Νοσοκομείο

1. Ενθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή χρήσιμων απαντήσεων.
2. Ετοιμασία συζύγου για παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης στη σύζυγο του.
3. Βοήθεια άρρωστης κατά την εκτέλεση παθητικών ασκήσεων. Οι ασκήσεις αυτές αρχίζουν 24 ώρες περίπου μετά την επέμβαση στο χέρι της προσβλημένης πλευράς. Οι

αρχικές ασκήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση δακτύλων, και γίνονται για πρόληψη μυϊκών συσπάσεων και διατήρηση κινητικότητας και μυϊκού τόνου, αρχικά, η άρρωστη μπορεί να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις εξαιτίας του πόνου που έχει, αλλά ο Νοσηλευτής θα τονίσει τη σπουδαιότητα τους και θα τις συνεχίσει μέσα στα όρια ανοχής της άρρωστης. Το εύρος των ασκήσεων αυξάνει προοδευτικά και η άρρωστη θα πρέπει να είναι σε θέση να εκτελεί τις περισσότερες δραστηριότητες της, όπως χτένισμα, βούρτσισμα δοντιών, κ.λ.π.

- Οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η άρρωστη δεν πρέπει να αισθάνεται καμία δυσχέρεια στις κινήσεις.

- Αν έχει γίνει πλαστική ή η τομή έχει κλειστεί με αξιόλογη τάση, η άσκηση θα πρέπει να περιορίζεται στον ελάχιστο βαθμό και να αυξάνεται προοδευτικά.

- Θα πρέπει να ενθαρρύνεται αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα.

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

Οι **ασκήσεις** που συστήνονται από το γιατρό μετά από ριζική μαστεκτομή και που αποβλέπουν στην εξασφάλιση πλήρους κινητικότητας της άρθρωσης του ώμου της προσβλημένης πλευράς και στην αποκατάσταση λειτουργικότητας των μυών που υπέστησαν κάκωση, είναι οι παρακάτω:

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

Ø **Πέταγμα μπάλας:** Βελτιώνει την έκταση του προσβεβλημένου άκρου. Η γυναίκα πετά την μπάλα, που είναι δεμένη σε ελαστικό κορδόνι. Κάθε βολή προάγει την παραπέρα έκταση του βραχίονα.(Σαχίνη – Καρδάση, 2000)

Ø **Αναρρίχηση στον τοίχο:** Για να κάνετε την άσκηση αυτή, θα χρειασθεί δύο μικρά κομμάτια αυτοκόλλητης ταινίας. Οδηγίες: Σταθείτε όρθια, δεκαπέντε πόντους μακριά από τον τοίχο. Σηκώστε το ανεγχείρητο χέρι στο πιο υψηλό σημείο που μπορεί να φθάσετε, και κολλήστε το ένα κομμάτι της ταινίας. Αυτό το σημείο θα είναι ο στόχος που θα προσπαθήσετε να φθάσετε με το χέρι που είναι από την πλευρά της εγχείρησης. Εάν βέβαια εγχειρισθήκατε και στα δύο στήθη χρησιμοποιείτε το χέρι που αισθάνεστε καλύτερα για να βάλετε τον στόχο. Θα προσπαθήσετε να τον φθάσετε με το χέρι που δεν αισθάνεστε καλά. Στη συνέχεια

της ίδιας άσκησης, τοποθετήστε και τις δύο παλάμες επάνω στον τοίχο, στο ύψος του ώμου, και σιγά σιγά περπατήστε στα δάκτυλα προς τα πάνω, προσπαθώντας να κρατάτε τις παλάμες στο ίδιο ύψος. Όταν φθάσετε στο ανώτερο ύψος που μπορείτε, τότε κινήστε τα δάκτυλα αντίστροφα, προς τα κάτω, στο αρχικό σημείο. Επαναλάβετε την άσκηση πέντε φορές. Την Πέμπτη φορά, βάλτε ένα σημάδι στο υψηλότερο σημείο που φθάσετε. Έτσι θα γνωρίζετε την καθημερινή σας πρόοδο.

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

Ø **Αιώρηση χεριών:** Χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών. Η άρρωστη σκύβει προς τα εμπρός από τη μέση και αιωρεί τα χέρια της από το ένα πλάγιο στο άλλο με τεντωμένους τους αγκώνες. Ο Νοσηλευτής στέκεται δίπλα της, όταν η άσκηση γίνεται για πρώτη φορά, γιατί η άρρωστη ενδέχεται να αισθανθεί ζάλη.

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

Ø **Κούμπωμα πίσω κουμπιών:** Απαιτεί δυνατούς επικουρικούς μυς και γίνεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες. Η άρρωστη ανεβοκατεβάζει και τα δυο της χέρια πίσω στη ράχη, σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπιά της μπλούζα της. Κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, τα χέρια φτάνουν ψηλότερα στην πλάτη.

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

#### 4. Φροντίδα τραύματος

- Επεξήγηση για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.
- Σημείωση ότι το πρόσφατα επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση εξαιτίας κάκωσης των νεύρων.
- Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.
- Αναγνώριση σημείων φλεγμονής: πόνος, ευαισθησία, ερυθρότητα, οίδημα. Ενημέρωση γιατρού, αν παρουσιαστούν.
- Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο κακάου, για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος. Γίνεται με έγκριση του γιατρού.

5. Πρόληψη και αντιμετώπιση λεμφοιδήματος. Επειδή στη ριζική μαστεκτομή αφαιρούνται οι λεμφαδένες και τα λεμφαγγεία, το χέρι ενδέχεται να παρουσιάσει λεμφοίδημα, λόγω κακής παροχέτευσης της λέμφου, η δε καταπολέμηση τυχόν λοίμωξης σε αυτό το άκρο να καταστεί προβληματική λόγω μειωμένης αντίστασης.

##### Για πρόληψη λεμφοιδήματος θα πρέπει:

- Να αποφεύγονται στο χέρι αυτό κοψίματα, αμυχές, τσιμπήματα εντόμων, εγκαύματα και η χρήση ισχυρών απορρυπαντικών, γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του οιδήματος.
- Οι ασκήσεις να γίνονται όπως υποδείχθηκαν.
- Στο βραχίονα της προσβλημένης πλευράς να γίνεται μασάζ 3 ή 4 μήνες μετεγχειρητικά, για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωσης του οιδήματος.
- Ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς να ανυψώνεται συχνά για πρόληψη εξαρτημένου οιδήματος.
- Το χέρι και η εγχειρητική περιοχή να διατηρούνται σχολαστικά καθαρά για πρόληψη λοίμωξης.
- Να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων (σφιχτά μανίκια), για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.
- Για αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος μπορεί να παραγγελθούν διουρητικά και η χρήση διαλείπουσας μονάδας συμπίεσης (μέσα σε μανίκι που εφαρμόζεται στο άνω άκρο εισάγεται περιοδικά αέρας υπό πίεση για την προώθηση του υγρού).

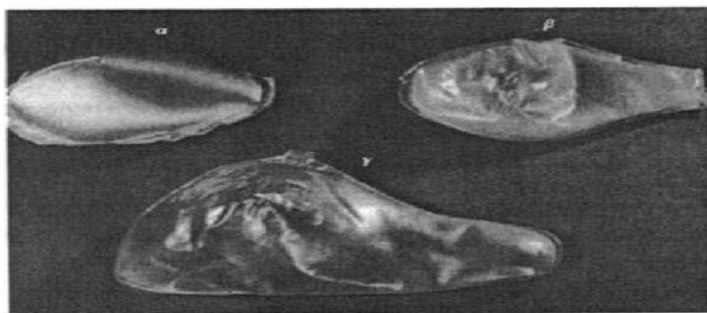
6. Βελτίωση σεξουαλικής λειτουργίας. Η μεταβολή του σωματικού ειδώλου της άρρωστης και της αυτοεκτίμησής της, η αντίδραση του συντρόφου και ο βαθμός ανησυχίας του ζευγαριού, είναι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στις σεξουαλικές πρακτικές. Μερικοί σύντροφοι δυσκολεύονται να κοιτάξουν τη μαστεκτομηθείσα περιοχή, ενώ άλλοι φαίνεται να μην επηρεάζονται και νοιώθουν άνετα, μεταβιβάζοντας, έτσι, στη

σύντροφο τους το αίσθημα ότι εξακολουθεί να είναι αγαπητή και ποθητή. Και οι δύο αποκρίσεις επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση της άρρωστης, τη σεξουαλικότητα της και την αποδοχή της.

- Συζήτηση με την άρρωστη για το πώς αισθάνεται η ίδια και για την πιθανή μείωση του libido που σχετίζεται με κόπωση, ναυτία ή ανησυχία, μπορεί να βοηθήσει στη διευκρίνιση θεμάτων γι' αυτή και το σύντροφο της. Η διόρθωση εσφαλμένων αντιλήψεων (π.χ. ότι ο καρκίνος μεταδίδεται σεξουαλικά) είναι πολύ σημαντική.

- Η ενθάρρυνση ανοικτής συζήτησης για φόβους, ανάγκες και επιθυμίες, μπορεί να μειώσει το stress του ζευγαριού.

7. Χρήση πρόσθεσης (τεχνητού στήθους). Η άρρωστη που έχει υποβληθεί σε απλή ή ριζική μαστεκτομή χρειάζεται βοήθεια στην επιλογή της πρόσθεσης (τεχνητού στήθους). Αρχικά, η άρρωστη συμβουλευεται να φοράει κανονικό στηθόδεσμο, που θα τον γεμίζει με ένα μαλακό υλικό (μαλλί), το οποίο δεν θα κολλά πάνω στο τραύμα. Μετά την επούλωση του τραύματος, η άρρωστη ενημερώνεται για τους διάφορους τύπους πρόσθεσης που υπάρχουν στο εμπόριο και από πού μπορεί να τους προμηθευτεί. Η πρόσθεση που θα επιλεγεί πρέπει να είναι άνετη, να έχει κανονική φόρμα και το ίδιο μέγεθος, σχήμα και βάρος με τον άλλο μαστό. Οι παράγοντες αυτοί είναι σημαντικοί για να επανακτήσει η άρρωστη την ισορροπία της. Ο σύζυγος ενθαρρύνεται να συνοδεύσει τη γυναίκα του στην αγορά της πρόσθεσης, για ενθάρρυνση και αποδοχή. Η πρόσθεση δεν θα πρέπει να φορεθεί, αν δεν το επιτρέψει ο γιατρός.



**Εικόνα 18** Διάφοροι τύποι προσθέσεων: α. Με αφρώδες πλαστικό, β. Με υγρό, γ. Με αέρα

#### 8. Τονισμός σπουδαιότητας μετανοσοκομειακού επανελέγχου (check up).

- Αξιολόγηση της επούλωσης του τραύματος.
- Εκτίμηση της προσπάθειας για αποκατάσταση· έλεγχος προόδου ασκήσεων.
- Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της πρόσθεσης.
- Αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής της άρρωστης.
- Διαπίστωση πιθανής υποτροπής.

## 9. Αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας

### α. Αναμενόμενα αποτελέσματα

- Επιδεικνύει προθυμία να διαπραγματευτεί με το άγχος της διάγνωσης και την επίπτωση της εγχείρησης στο σωματικό είδωλο και τη σεξουαλική της λειτουργία.
- Βιώνει λίγη ή καθόλου δυσχέρεια.
- Συμμετέχει ενεργητικά σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας.

### β. Επιπλοκές

- Τοπική υποτροπή.
- Μετάσταση σε άλλα όργανα (οστά, πνεύμονες, ήπαρ, εγκέφαλος) (Σαχίνη – Καρδάση, 2000).

## 6.5 Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς με αλλαγή σωματικής εικόνας στον καρκίνο του μαστού

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

### Οι Νοσηλευτές:

1) Παρέχουν την ευκαιρία στη γυναίκα να εκφράσει τα συναισθήματα της με το να αναφέρει η ίδια τις παρατηρήσεις της και τα αισθήματα της. γίνονται καλοί ακροατές και δέχονται αυτά που λέγονται. Δε λαμβάνουν υπ' όψη τους τον θυμό, την ευερεθιστότητα ή την επιθετικότητα της ασθενούς.

2) Επικεντρώνονται στα συναισθήματα τους και αντιμετωπίζουν τη συμπεριφορά της ασθενούς.

3) Καθορίζουν τη σημασία που έχει η αλλαγή της εικόνας σώματος και το πώς πιστεύει ότι θα επηρεάσει τη ζωή της.

4) Συμπεριλαμβάνουν για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας τις απόψεις της ασθενούς για τη σημασία της αλλαγής της εικόνας του σώματος.

5) Ανυψώνουν την αυτοεκτίμηση της ασθενούς, βοηθώντας την να αποφεύγει τα αρνητικά συναισθήματα.

- 6) Παρέχουν χρόνο για συζήτηση.
  - 7) Βοηθούν την ασθενή να ξεπεράσει σιγά-σιγά το στάδιο της κατάθλιψης.
  - 8) Παραμένουν δίπλα στην ασθενή αν το επιθυμήσει, ακόμα και αν εκείνη δεν θέλει να μιλήσει.
  - 9) Συζητούν και ενθαρρύνουν την οικογένεια για να μπορέσει κατόπιν να βοηθήσει την ασθενή.
  - 10) Συζητούν με τον χειρουργό πληροφορίες που έχει από την ασθενή σχετικά με την ανασύσταση του μαστού.
  - 11) Εξαίρουν τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα της ασθενούς: ψυχική δύναμη, χαρίσματα, αξίες.
  - 12) Υποστηρίζουν και στηρίζουν την επιθυμία της να εξακολουθήσει το ρυθμό της ζωής της, όπως πρώτα.
  - 13) Διδάσκουν κατάλληλες τεχνικές αυτοεξέτασης μαστού για έλεγχο του υγιούς μαστού.
  - 14) Μεριμνούν για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος, δίνοντας κατάλληλες οδηγίες.
  - 15) Διδάσκουν κατάλληλες ασκήσεις για την πρόληψη παραμορφώσεων, ασυμμετρίας και μειωμένης λειτουργικότητας.
- Η αποδοχή από την ασθενή των αλλαγών της σωματικής εικόνας χρειάζεται χρόνο, υπομονή και επιμονή.

## **6.6 Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς με καρκίνο μαστού κατά τη χημειοθεραπεία**

**1ο)** Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει ο άρρωστος και η οικογένεια του) προσέγγιση του αρρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθεια του σε μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

**2ο)** Βεβαιώνεται ο άρρωστος πως οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτα άλλο από τη μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοηθών κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.

**3ο)** Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση του αρρώστου ώστε να αποδεχτεί, να εφαρμόσει την θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της.

4ο) Προσφέρεται στον άρρωστο ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.

5ο) Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου για την θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, το βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητος σε διάφορα φάρμακα κ.λ.π. Λαμβάνεται, επίσης, ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφικών ή χημειοθεραπείας.

## 6.7 Ανεπιθύμητες Ενέργειες Χημειοθεραπείας – Νοσηλευτική Φροντίδα

### 1) Καταστολή του μυελού των οστών. Παρατηρείται:

#### α) Λευκοπενία

- Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση των λευκών διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός.

- Η θερμοκρασία του σώματος· η μικρή άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία.

- Το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή προλαμβάνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις.

- **Προλαμβάνονται οι λοιμώξεις με τα μέτρα όπως:**

- Εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής καθαριότητας.

- Οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος αντιμετωπίζεται σαν τραύμα (απολυμαίνεται).

- Κάθε 4-6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. Η χρησιμοποίηση γλυκερίνης ή λεμονιού αναστέλλει την έκκριση του σιέλου και αλλάζει το pH της στοματικής κοιλότητας γι' αυτό δε συνίσταται.

- Μετά τη χρήση της τουαλέτας πλένεται καλά και στεγνώνεται η περιοχή του πρωκτού.

- Εφαρμόζεται τεχνική απομόνωσης στην περίπτωση που τα λευκά αιμοσφαίρια φτάσουν τα 1.500-2.000 mm<sup>3</sup>.

- Όταν ο άρρωστος έχει ενδοφλέβια έγχυση αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.



### *β) Θρομβοπενία*

Υ Παρακολουθούνται τα αιμοπετάλια (φυσιολογικές τιμές 200.000-300.000 mm<sup>3</sup>). Αν ο άρρωστος έχει αιμοπετάλια κάτω από 50.000mm<sup>3</sup>. Θα πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο.

Υ Τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχιες ή αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες (μάτι, στόμα) για ρινο-ουλορραγίες.

Υ Η αρτηριακή πίεση του αίματος. Σε περίπτωση που αυτή βρεθεί χαμηλή ο άρρωστος πρέπει να νοσηλεύεται **στο νοσοκομείο**.

Υ Προλαμβάνονται οι αιμορραγίες με μέτρα όπως:

- Οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πίεσης σε κάποιο σημείο του σώματος, όπως ο ασκός του πιεσόμετρου κ.λ.π., πρέπει να είναι μικρής διάρκειας.

- Δίνονται συμβουλές στον άρρωστο να εφαρμόζει μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα που μπορεί να δημιουργηθούν με το βίαιο καθάρισμα της μύτης, την ακατάλληλη ξυριστική μηχανή (κατάλληλη είναι η ηλεκτρική), τη σκληρή οδοντόβουρτσα κ.λ.π.

Υ Προσφέρεται βοήθεια στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας όπως, να υπάρχει πάντα έτοιμο αίμα στην τράπεζα αίματος. Κατά τη μετάγγιση αίματος παρακολουθείται η ροή του και ο άρρωστος για σημεία αντίδρασης από το αίμα.

### *γ) Αναιμία*

⇒ Παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη (φυσιολογικές τιμές 14-16gr/100ml αίματος), ο αιματοκρίτης (φυσιολογικές τιμές 40-54% στους άνδρες και 37-47% στις γυναίκες) και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, απάθεια.

⇒ Βοηθιέται ο άρρωστος με διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο. Ο σίδηρος μπορεί να χορηγηθεί και με φαρμακευτικά σκευάσματα. Ακολουθούν αποφυγή κόπωσης, χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού και περιορισμός της απώλειας αίματος.

## **2) Γαστρεντερικές διαταραχές. Εκδηλώνονται με:**

α) Ναυτία, εμετούς.

→ Παρακολουθείται η συχνότητα των εμετών, ο χαρακτήρας και η ποσότητα, η ανορεξία ή αποστροφή στην τροφή, που μπορεί να έχει ο άρρωστος και η θρέψη του αρρώστου.

→ Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης ναυτίας και εμετών όπως:

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (με εντολή γιατρού).
- Πριν από την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ή αμέσως μετά την ολοκλήρωσή της, χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου με άδειο στομάχι ή την ώρα που ο άρρωστος θα κοιμηθεί.
- Εκπαιδεύεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειάς του πώς να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα.
- Δίνονται κομμάτια μικρά πάγου μόλις παρουσιαστεί η ναυτία.
- Ενισχύεται ο άρρωστος να φάει λίγη φρυγανιά.
- Σερβίρεται η τροφή μετά την υποχώρηση της ναυτίας.
- Προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα, σε συνεργασία με τον άρρωστο, για το περιεχόμενο και την ώρα.
- Χορηγούνται τροφές πολύ παγωμένες.
- Αποφεύγονται αυτές που έχουν έντονη οσμή (μυρωδιά).
- Ενισχύεται ο άρρωστος να μασάει πολύ καλά την τροφή.
- Μετά από κάθε λήψη τροφής γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.

→ Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση (θεραπεία) της ναυτίας και των εμετών με χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. Εάν δεν υπάρχει εντολή γιατρού, γίνεται επικοινωνία με το γιατρό για την εντολή χορήγησης αντιεμετικών. Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται για τους εμετούς του αρρώστου. Πιθανόν να γίνει αλλαγή του είδους της χημειοθεραπείας και να χρειαστεί διόρθωση τυχόν διαταραχής ισορροπίας ηλεκτρολυτών.

→ Προσφέρεται ανακουφιστική φροντίδα, όπως η διατήρηση του αρρώστου καθαρού χωρίς την κακοσμία των εμετών κ.λ.π.

→ Ενημερώνεται ο άρρωστος, πως η ναυτία και οι εμετοί είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα και

→ Διορθώνεται, αν χρειάζεται, η διαταραχή του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και εξασφαλίζεται καλή θρέψη.

#### *β) Διάρροια / Σύσπαση κοιλιακών μυών*

► Παρακολουθείται το χρώμα, η ποσότητα και η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης, ο άρρωστος για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνουν διαταραχή ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και η συχνότητα και η ένταση των συσπάσεων κοιλιακών μυών.

► Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της διάρροιας και της σύσπασης των κοιλιακών μυών. Περιορίζεται η κυτταρίνη στο διαιτολόγιο και προτιμώνται οι τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα.

► Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας με χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν τη διάρροια, με οδηγία γιατρού και ενημέρωση του γιατρού αν συνεχίζεται η διάρροια και οι σπασμοί των κοιλιακών μυών, επειδή ίσως να χρειαστεί αλλαγή της χημειοθεραπείας και διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών.

► Χορήγηση πολλών υγρών, εφόσον δεν αντενδεικνύεται.

► Βοήθεια στη διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και

► Φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περινέου, για την πρόληψη ερεθισμού.

*γ) Στοματίτιδα-Έλκη (πληγές) του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας.*

Υ Παρατηρείται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου, για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες που είναι σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας.

Υ Προλαμβάνεται η στοματίτιδα με την καθημερινή παρακολούθηση της στοματικής κοιλότητας για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο όταν χρησιμοποιούνται όξινες τροφές, την οργάνωση προγράμματος φροντίδας στοματικής κοιλότητας και επάλειψη των χειλιών με γλυκερίνη τρεις φορές τη μέρα.

Υ Προσφέρεται βοήθεια για τη θεραπεία της στοματίτιδας με τη συνεχή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και την προσφορά λευκής, χλιαρής τροφής (λευκή είναι η τροφή που δεν περιέχει καρυκεύματα και σάλτσες).

### **3) Νευροτοξικότητα**

§ Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα ήπιας νευροπάθειας, όπως ελαφρός πόνος στα χέρια και τα πόδια και απώλεια των «εν τω βάθει» αντανακλαστικών των τενόντων και σοβαρότερης νευροπάθειας, όπως μείωση της δύναμης των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού και παραλυτικός ειλεός.

§ Προστατεύεται ο άρρωστος από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας με την έγκαιρη ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νευροτοξικότητας του φαρμάκου. Πιθανόν να επιβάλλεται αλλαγή σχήματος

χημειοθεραπείας, όταν μάλιστα οι λειτουργικές βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες (δεν αποκαθίστανται μετά την θεραπεία).

§ Βοηθείται ο άρρωστος στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με τη χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία του, τη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση και την εξασφάλιση οδηγίας γιατρού για τη χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων κ.λ.π. που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

#### **4) Ωτοτοξικότητα (τοξική βλάβη των αυτιών)**

⇒ Εκτιμάται η ακοή του αρρώστου πριν αρχίσει την θεραπεία.

⇒ Ενημερώνεται ο άρρωστος να αναφέρει, αν αισθανθεί βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

#### **5) Ηπατοτοξικότητα**

√ Παρακολουθείται η λειτουργικότητα του ήπατος με τις γνωστές ηπατικές εξετάσεις, η εμφάνιση συμπτωμάτων, που πιθανόν να προέρχονται από βλάβη του ήπατος, όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος.

√ Ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός όταν επιδεινωθούν τα συμπτώματα που προκαλούνται από την επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας.

√ Ανακουφίζεται ο άρρωστος από τα συμπτώματα της ηπατοτοξικότητας με ανάλογες νοσηλευτικές δραστηριότητες.

#### **6) Νεφροτοξικότητα**

> Παρακολουθείται η λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας, ο άρρωστος για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας, όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κ.λ.π. και το ισοζύγιο λαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών.

> Λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα για τη διατήρηση της αντίδρασης των ούρων (pH) στο αίμα σε φυσιολογικά επίπεδα, με χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

#### **7) Ανοσοκατασταλτική επίδραση**

Υ Παρακολουθείται ο άρρωστος για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο, πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων.

Υ Προστατεύεται ο άρρωστος από μολύνσεις, όπως αναφέρεται στη λευκοπενία, και αναβάλλεται - αν είχε προγραμματιστεί να γίνει η ενεργητική ανοσοποίηση του αρρώστου για μερικούς μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

#### **8) Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων**

> Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα, όπως αμηνόρροια, διαφοροποίηση χαρακτηριστικών του φύλου κ.λπ., εκτιμάται ο βαθμός της ενημέρωσης του για την παροδικότητά τους, καθώς και για την πιθανότητα να πάθει μόνιμη στειρώση.

> Ενημερώνεται η άρρωστη πως κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για μερικούς μήνες μετά την θεραπεία, δε θα πρέπει να μείνει έγκυος για την πρόληψη τερατογένεσης.

#### **9) Αλωπεκία (πτώση μαλλιών)**

§ Γίνεται εξακρίβωση αν ο άρρωστος έχει καταλάβει ότι τα μαλλιά του μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας, αλλά θα ξαναβγούν οκτώ περίπου βδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.

§ Μειώνεται η αλωπεκία αν κατά την θεραπεία και 10-15 λεπτά μετά από αυτή, εφαρμοστεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.

§ Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, γίνεται αποτρίχωση του κεφαλιού και καλύπτεται το κεφάλι με μαντήλι ή χρησιμοποιείται περούκα. Παράλληλα βοηθείται η άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματα της σχετικά με τη διαφοροποίηση της εμφάνισής της.

#### **10) Αλλαγές στο δέρμα**

> Παρακολουθείται το δέρμα για διακοπή της συνεχείας του (ρωγμές), διατηρείται καθαρό, προστατεύεται από την ξηρότητα και τη μεγάλη έκθεση στον ήλιο ή σε τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες.

> Δίνονται στον άρρωστο έντυπες πληροφορίες σχετικά με την προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα (γίνεται πιο σκούρο) κ.ά. αν υπάρχουν.

### **6.8 Κριτήρια εξόδου ασθενούς με καρκίνο μαστού μετά τη χημειοθεραπεία**

*Αυτά είναι:*

- Να μην παρουσιάζει σημεία και συμπτώματα τοξικής δράσης των κυτταροτοξικών φαρμάκων.

- Να ελέγχει τις παρενέργειες των κυτταροτοξικών φαρμάκων.
- Να επισημάνει τρόπους πρόληψης της λοίμωξης κατά τις περιόδους της μειωμένης ανοσίας.
- Να δείξει την ικανότητα σωστής θερμομέτρησης από το στόμα και τη μασχάλη.
- Να δείξει τις κατάλληλες τεχνικές στοματικής υγιεινής.
- Να επισημάνει τεχνικές αντιμετώπισης της ναυτίας και του εμετού.
- Να αναφέρει τρόπους για την βελτίωση της όρεξης και της κατάστασης θρέψης.
- Να αναφέρει τρόπους για την αντιμετώπιση της επίμονης κόπωσης.
- Να αναφέρει τρόπους για την πρόληψη των αιμορραγιών, όταν ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι μειωμένος.
- Να αναφέρει τρόπους για την προσαρμογή στις μεταβολές της αναπαραγωγικής και της σεξουαλικής λειτουργίας.
- Να δείξει ότι είναι ικανός να φροντίσει τον κεντρικό φλεβικό καθετήρα, τον περιτοναϊκό καθετήρα ή την εμφυτευμένη συσκευή έγχυσης, αν υπάρχουν.
- Να εκφράσει την κατανόηση του για τη φροντίδα και τις προφυλάξεις που είναι αναγκαίες όταν υπάρχει αντλία Ommaya.
- Να εκφράσει την κατανόηση του σχετικά με την εμφυτευμένη αντλία έγχυσης και τις προφυλάξεις που είναι αναγκαίες.
- Να απαριθμήσει τα σημεία και τα συμπτώματα των επιλοκών που θα αναφέρει στο λειτουργό υγείας.
- Να μοιραστεί τις σκέψεις και τα συναισθήματα του σχετικά με τις μεταβολές της σωματικής εικόνας λόγω της χημειοθεραπείας.
- Να εντοπίσει κοινωνικούς φορείς που μπορούν να βοηθήσουν, με την αγωγή κατ' οίκον και την προσαρμογή του στη διάγνωση του καρκίνου, στη χημειοθεραπεία και τις συνέπειες της.
- Να εκφράσει την κατανόηση του σχεδίου της συνιστώμενης μετανοσοκομειακής φροντίδας συμπεριλαμβανομένων της φαρμακευτικής αγωγής και του προγράμματος χημειοθεραπείας, των εργαστηριακών εξετάσεων και των μελλοντικών συναντήσεων με το γιατρό.

## **6.9 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο μαστού κατά την ακτινοθεραπεία**

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

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες των Νοσηλευτών που νοσηλεύουν άρρωστο στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρονται στην ενημέρωση του αρρώστου για την θεραπεία, στην προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για την θεραπεία, στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό τους και στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν, κατά και μετά την θεραπεία.

Για την προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοστεί εξωτερική ακτινοθεραπεία (ακτίνες X - Τηλεακτινοθεραπεία) γίνονται οι πιο κάτω εφαρμογές.

### *Ο Νοσηλευτής:*

— Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε, την θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, το σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός), τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζει 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 την 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 ερωτήματα του, που συνήθως είναι τα εξής;

**Υ** Πονάει η ακτινοβολία;

**Υ** Τι θα πρέπει να κάνει κατά το διάστημα της θεραπείας;

**Υ** Θα είναι μόνος του κατά τη διάρκεια της θεραπείας;

**Υ** Αν δεν αισθάνομαι καλά κατά το διάστημα της θεραπείας και έχω ανάγκη από βοήθεια τι θα κάνω;

**Υ** Θα εκπέμω ακτινοβολία μετά την θεραπεία; Αν ναι, θα πρέπει να είμαι απομονωμένος;

Η απάντηση στα πιο πάνω, αλλά και 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, ενημερώνεται και εκπαιδεύεται στα πιο κάτω:

### **1) Η περιοχή της ακτινοβολίας.**

> Διατηρείται στεγνή.

> Πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή.

> Δε βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός και υπάρχει ιατρική εντολή.

> Τόσο κατά την θεραπεία, όσο και μετά από αυτή πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας (να μη ζεσταίνεται πολύ).

> Προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο (αέρας κ.λ.π.).

> Αποτριχώνεται (ξυρίζεται μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο.

> Δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.

**2) Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει την θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος.**

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

**4) Μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας (ακτινοβολία) που κάνει, δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνος και επιστρέφει στον θάλαμο του.**

Η προετοιμασία του αρρώστου για την εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας έχει σχέση με τον τρόπο χορήγησης της. Όταν το ραδιοϊσότοπο (θωρακισμένο σε βελόνες,



κόκκους ή σύρμα) πρόκειται να εμφυτευθεί σε ιστό ή σε κοιλότητα οργάνου, ο άρρωστος προετοιμάζεται για χειρουργείο. Δε χρειάζεται ειδική προετοιμασία όταν το ραδιοϊσότοπο χορηγείται από το στόμα ή ενδοφλέβια ή μπαίνει μέσα σε κοιλότητα.

Πάντα, 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 ραδιοϊσοτόπου ο άρρωστος έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα.

Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό (εσωτερική εφαρμογή ή εξωτερική τοποθέτηση σε επιφάνεια σώματος), ο άρρωστος «απομονώνεται», επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή, που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί (με τον υποδιπλασιασμό θα μηδενιστεί η ραδιενεργός δράση του) ή να αφαιρεθεί.

## **6.10 Ανεπιθύμητες ενέργειες ακτινοθεραπείας – Νοσηλευτική φροντίδα**

### **1) Σε ακτινοθεραπεία**

- > Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται.
- > Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών.
- > Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό.
- > Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή.
- > Ενημερώνεται ο άρρωστος να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα.
- > Ενθαρρύνεται να αποφεύγει στενά ρούχα, που αυξάνουν τον ερεθισμό.
- > Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.

2) Σε καταστολή του μυελού των οστών, ο άρρωστος παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς και γι' αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγηση του. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση αιμορραγιών. Σε περίπτωση εμφάνισης αιμορραγίας αντιμετωπίζεται ανάλογα.

3) Αν ο άρρωστος εμφανίσει διάρροια (λόγω ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία).

- Υ Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα ανάλογα με την εντολή του γιατρού.
- Υ Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια.
- Υ Χορηγείται ειδική διαίτα (τροφές χωρίς υπολείμματα) .

## **6.11 Κριτήρια εξόδου ασθενούς με καρκίνο μαστού μετά την ακτινοθεραπεία**

*Αυτά είναι:*

- p** Να είναι ελεύθερος από επιπλοκές από την ακτινοθεραπεία.
- p** Να δείξει ότι είναι ικανός για την κατάλληλη φροντίδα του δέρματος στα σημεία της ακτινοθεραπείας.
- p** Να επισημάνει τεχνικές για την αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμετού.
- p** Να αναφέρει τρόπους για τη βελτίωση της όρεξης και της θρέψης.
- p** Να επισημάνει τρόπους για τη μείωση του κινδύνου τερηδόνας και περιοδοντικής νόσου για τη βελτίωση της όρεξης και της κατάστασης θρέψης.
- p** Να επισημάνει τρόπους πρόληψης της αιμορραγίας αν ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι χαμηλός.
- p** Να επισημάνει τρόπους πρόληψης της λοίμωξης αν ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων είναι χαμηλός.
- p** Να αναφέρει τρόπους αντιμετώπισης της επίμονης κόπωσης.
- p** Να απαριθμήσει τα σημεία και συμπτώματα των επιπλοκών που θα αναφέρει στο λειτουργό υγείας.
- p** Να μοιραστεί τις σκέψεις και τα συναισθήματα του σχετικά με τις μεταβολές της σωματικής εικόνας λόγω της ακτινοθεραπείας.
- p** Να εντοπίσει κοινωνικούς φορείς που μπορούν να βοηθήσουν, με την αγωγή κατ' οίκον και την προσαρμογή του στη διάγνωση του καρκίνου, στην ακτινοθεραπεία και τις συνέπειες της.
- p** Να εκφράσει την κατανόηση του προγράμματος παρακολούθησης συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων και των μελλοντικών συναντήσεων με το γιατρό.

## **6.12 Ο ρόλος των νοσηλευτών στην θεραπεία του καρκίνου του μαστού**

Ο ρόλος των Νοσηλευτών είναι πολύ σημαντικός γιατί βοηθάει τον ασθενή και τον προστατεύει από πολλούς κινδύνους ενώ, συγχρόνως, βοηθάει την θεραπευτική ομάδα στην καλύτερη και ασφαλέστερη θεραπευτική άσκηση γιατί συμβάλλουν:

- 1) Στην παρακολούθηση για πιθανές επιπτώσεις της μυελοτοξικότητας από τη χημειοθεραπεία αλλά και την ακτινοθεραπεία:

- Η συστηματική παρακολούθηση της θερμοκρασίας μπορεί να αποκαλύψει πυρετό που να οφείλεται σε αρχόμενη λοίμωξη ως αποτέλεσμα λευκοπενίας από τη χημειοθεραπεία.

- Η συστηματική εξέταση του δέρματος, π.χ. κατά τη διάρκεια της καθαριότητας ή της αλλαγής ρούχων, για εκχυμώσεις μπορεί να αποκαλύψει εγκαίρως θρομβοπενία από την θεραπεία. Το ίδιο μπορεί να αποκαλυφθεί, αν παρατηρήσει κατά την εφαρμογή ενδομυϊκών ενέσεων εκχυμώσεις στους γλουτούς. Επίσης, μπορεί να επισημάνει εγκαίρως την παρουσία αίματος στα ούρα, κ.λ.π.

2) Στην πρόληψη της βλεννογονίτιδας ή και της μυκητιασικής στοματίτιδας από χημειοθεραπεία, παροτρύνοντας και διευκολύνοντας προληπτικές πλύσεις του στόματος, γαργαρισμού κ.λ.π. Επίσης μπορεί να επισημάνει μια τέτοια επιπλοκή, ώστε να εφαρμοστεί εγκαίρως η κατάλληλη θεραπεία.

3) Έλεγχος για άλλες εκδηλώσεις τοξικότητας όπως μείωση της ποσότητας των ούρων, μεταβολές της καρδιακής λειτουργίας (πτώση αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδίας, κλπ) αλλεργικές εκδηλώσεις, βήχας, δύσπνοια κλπ.

4) Σημαντική για την καλύτερη ρύθμιση των προβλημάτων του ασθενούς είναι η αναφορά του νοσηλευτικού προσωπικού για εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό σύστημα των ασθενών από χημειοθεραπεία. Η διάρροια και δυσκοιλιότητα μπορούν να αντιμετωπιστούν. Η μη πρόσληψη υγρών, όπως και η απώλεια υγρών εξαιτίας πολλών εμετών, πρέπει, επίσης να αναφερθεί για να αντιμετωπιστεί.

5) Ειδικότερα για τους εμετούς, οι παρατηρήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού (αριθμός εμετών, είδος, ποσότητα, διάρκεια, χρονική απόσταση από την θεραπεία κλπ), όχι μόνο συμβάλλουν καθοριστικά στην οξεία αντιμετώπιση, αλλά και ρυθμίζουν την (πιθανώς αυξημένη) αντιέμεση που πρέπει να χορηγηθεί σε επόμενους κύκλους.

6) Οι Νοσηλευτές παρατηρούν την ομαλή ροή των ενδοφλέβιων διαλυμάτων, ώστε να επισημανθεί νωρίς τυχόν κακή λειτουργία του αγγείου ή των συσκευών και να προληφθούν τόσο η εξαγγείωση όσο και η πιθανή αλλοίωση του διαλύματος από παρατεταμένη παραμονή του.

7) Έλεγχος για άλλες επιπτώσεις της νοσηλείας, όπως κατακλίσεις, αποστήματα από ενέσεις, εξέλιξη καρκινικών ελιών, επιμολύνσεις εξελκωμένων βλαβών, φλεβοθρομβώσεις κλπ.

Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να αναπτύξει, επίσης, ρόλους προς την κατεύθυνση των υγιών συγγενών και να δημιουργούν θετική σχέση που μπορεί να προβαίνει σε:

**p** Παρότρυνση των ασθενών για καλή συνεργασία στην εφαρμογή των δύσκολα αποδεκτών καρκινικών θεραπειών.

**p** Ενθάρρυνση των ασθενών που αναστέλλονται στην θεραπεία λόγω φόβου ή υπερτονισμού των ανεπιθύμητων ενεργειών. Ιδιαίτερος εποικοδομητικός είναι ο ρόλος των Νοσηλευτών σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού και σε όσους αρρώστους η αλωπεκία αποτελεί παράγοντα αποτρεπτικό της θεραπείας.

**p** Υποστήριξη των ασθενών με συνομιλία για απλά, καθημερινά ζητήματα

**p** Υποστήριξη των συγγενών.

**p** Παρότρυνση των συγγενών για συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης ή για προσυμπτωματικό έλεγχο σε ατομική βάση.

**p** Συμβολή στην εξασφάλιση ανθρωπίνων συνθηκών και αξιοπρεπούς νοσηλείας για τους ανίατους ασθενείς και τους ασθενείς τελικού σταδίου.

Το νοσηλευτικό προσωπικό συμμετέχει σε όλες τις διαδικασίες αποκατάστασης και η ευαισθητοποίηση και η κατάλληλη εκπαίδευσή του είναι αυτονόητες (Σπηλιοπούλου, 2005).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

### 7.1 Εκτίμηση ψυχικής κατάστασης

Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς με καρκίνο κυριαρχείται από μια σειρά φοβικών αιτιών που πηγάζουν από:

- Φόβο του επικείμενου θανάτου
- Πόνος λόγω της νόσου ή των θεραπειών
- Αλλαγή στην εξωτερική εμφάνιση
- Συναισθήματα μοναξιάς
- Άγχος για τις διάφορες εξετάσεις
- Ελάττωση της ενεργητικότητας και της κινητικότητας

Όλα αυτά συμβάλλουν σε ένα ποσοστό 70 – 80% στην εμφάνιση κατάθλιψης που εμφανίζουν οι ασθενείς με καρκίνο και ιδιαίτερα εκείνοι που γνωρίζουν όλη την αλήθεια ή λεπτομέρειες για την φύση, έκταση και προσδόκιμο της νόσου.

Στην προσπάθεια βοήθειας αυτών των ασθενών πρέπει να συμμετέχουν όλοι, οι ιατροί, το οικογενειακό περιβάλλον, οι φίλοι και φυσικά η ψυχολογική υποστήριξη από εξειδικευμένη ομάδα ειδικών επιστημόνων.

Μια σειρά από μέτρα βοηθούν:

Συναισθηματική στήριξη από την οικογένεια, με υπομονή και ευχάριστη διάθεση. Θα πρέπει να αντιμετωπισθεί η εναλλαγή στο συναίσθημα του καρκινοπαθούς που θα είναι ευμετάβλητο, όχι θυμός ή ενοχές αλλά διάλογος και ανάλυση των δεδομένων που προκαλούν αυτή την αστάθεια στον πάσχοντα.

Επιστροφή και επανάκτηση του δικαιώματος τη εργασίας όποτε αυτό είναι εφικτό. Σε μεγάλες σειρές δείχθηκε ότι 40 – 70% των ασθενών με καρκίνο που επαναδραστηριοποιήθηκαν εργασιακά είχαν θετικές παραστάσεις από το περιβάλλον τη εργασίας της ενώ ένα ποσοστό 20 – 30% πήραν προαγωγή και μεγαλύτερες αρμοδιότητες.

Οργάνωση των μελλοντικών επιδιώξεων, αυτοεξυπηρέτηση, χωρίς καταφύγιο στην απόσυρση και την μοναξιά είναι μερικές επιλογές που βοηθούν την ψυχολογική στήριξη του εαυτού σας. Όλες αυτές οι παράμετροι, δημιουργούν το πλαίσιο όπου η ποιότητα ζωής του ασθενή με καρκίνο να είναι στο ίδιο επίπεδο με ένα φυσιολογικό άνθρωπο. Χρειάζεται όμως συνεχή υποστήριξη όχι μόνο του ίδιου του ασθενή αλλά και του περιβάλλοντος.

Η οικογένεια, οι φίλοι αλλά και το εργασιακό περιβάλλον θα πρέπει να έχουν την ελαστικότητα να αντιμετωπίσουν τον ασθενή με τα νέα δεδομένα της ασθένειας που

ενδεχόμενα θα έχουν επιδράσει στην εξωτερική και εσωτερική του ισορροπία.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να αφήνει τον ασθενή να της εκφράζει πρώτα εκείνος τις απορίες του, τους φόβους του, την επιθυμία του για ενημέρωση και το βάθος στο οποίο θέλει να προχωρήσει η ενημέρωση. Με βάση κυρίως αυτά τα δεδομένα, αφού η νοσηλεύτρια λάβει υπόψη της την προσωπικότητα του ασθενούς, πρέπει σε συνεργασία με το θεράποντα γιατρό να ενημερώσει τον ασθενή για τη νόσο του.

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

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

Η ασθενής που δύναται να αντιμετωπίσει θετικά την ασθένειά της είναι αυτή που: (α) αναγνωρίζει τα γεγονότα και κατευθύνει την προσοχή της στους διάφορους υπαρκτούς τρόπους λύσης του προβλήματος. (β) Διατηρεί ανεπιφύλακτα επαφή με άλλα πρόσωπα (ιατρονοσηλευτικό προσωπικό) και ζητάει βοήθεια, κατεύθυνση και συμβουλή τους. (γ) Διατηρεί αγωνιστικό πνεύμα με τη βοήθεια της αυτοπεποίθησής της, του σωματικού της ειδώλου και οποιωνδήποτε άλλων διαθεσίμων πηγών. (δ) Αγωνίζεται να υπερνικήσει αισθήματα απελπισίας, χρησιμοποιώντας το εγώ και τις ψυχικές δυνάμεις της.

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

## **7.2 Νοσηλεία Καρκινοπαθούς στο σπίτι**

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

### ***Τι είναι η Νοσηλεία στο σπίτι***

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

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

Ø Η έλλειψη νοσοκομειακών κρεβατιών που παρατηρείται, ιδιαίτερα στη χώρα μας, και οι δυσκολίες που δημιουργούνται, όταν αυτά καταλαμβάνονται από χρόνιους ασθενείς, όπως οι καρκινοπαθείς.

Ø Ο περιορισμός των ημερών νοσηλείας περιορίζει σημαντικά το κόστος νοσηλείας κατά ασθενή.

Ø Η ψυχική κατάσταση του ασθενούς που διαφέρει, όταν αυτός νοσηλεύεται σπίτι του, από τη νοσηλεία του στον άγνωστο και ψυχρό χώρο του νοσοκομείου.

Ø Ο περιορισμός ημερών αποχής των ατόμων από την εργασία τους και τις άλλες δραστηριότητές τους.

Άρα το όφελος είναι οικονομικό, κοινωνικό και ψυχικό.

### ***Βασικοί σκοποί***

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

**i.** Να μη χρησιμοποιούνται νοσοκομειακές κλίνες για απλές νοσηλευτικές διαδικασίες (χορήγηση συμπτωματικής αγωγής, περιοδική παρακολούθηση κλπ).

**ii.** Η διαμόρφωση βασικών νοσηλευτικών δυνατοτήτων στο σπίτι, που επιτυγχάνεται με την κατάλληλη εκπαίδευση των οικείων από τις νοσηλεύτριες που, εκτός από την παρακολούθηση του ασθενούς διδάσκουν, κατευθύνουν και παρακολουθούν τους οικείους σε βασικές φροντίδες.

**iii.** Η δημιουργία ειδικών ψυχολογικών συνθηκών στην ασθενή με τη βεβαιότητα ότι δεν είναι εγκαταλειμμένη βγαίνοντας από το νοσοκομείο, αλλά ότι συνεχίζεται η παρακολούθησή της.

**iv.** Η βοήθεια από το γιατρό του νοσοκομείου, του ασφαλιστικού φορέα ή του προσωπικού του γιατρού.

**v.** Να παρέχονται στο σπίτι δωρεάν φάρμακα, να γίνονται αιμοληψίες για πλήθος εργαστηριακών εξετάσεων και να χορηγούνται οροί.

**vi.** Η παραμονή της ασθενούς στο γνώριμο και αρεστό οικογενειακό περιβάλλον.

Οι βασικοί σκοποί της νοσηλεύτριας είναι:

**1ο-** Ανακάλυψη άλλων προβλημάτων υγείας της ασθενούς.

**2ο-** Παροχή βοήθειας για την παραδοχή και αντιμετώπιση των προβλημάτων.

**3ο-** Διασύνδεση της οικογένειας με άλλες υπηρεσίες υγείας.

**4ο-** Παροχή βοήθειας για την ανάπτυξη της ικανότητας αυτοβοήθειας και αυτοεξυπηρέτησης.

Η αναγνώριση και υλοποίηση των νοσηλευτικών φροντίδων της καρκινοπαθούς αποτελεί βασική προϋπόθεση επιτυχίας της νοσηλείας στο σπίτι.

### ***Πως πρέπει να προσφέρεται η νοσηλεία στο σπίτι***

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

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

3) Να καταγράψει τη νοσηλευτική της διάγνωση. Η διάγνωση πρέπει να είναι επιστημονική, βασισμένη σε γνώσεις ανατομίας, βιολογίας, ιατρικής, νοσηλευτικής και να αξιολογηθούν διάφοροι παράγοντες, συνθήκες και κοινωνικά πλαίσια που μπορεί να επηρεάσουν την πορεία της νοσηλείας.

4) Να βρει τις ανάγκες του ατόμου και να καταγράψει τις νοσηλευτικές της ενέργειες, το χρόνο και τον τρόπο που θα παρέχονται αυτές (δηλαδή να κάνει τον προγραμματισμό της).

5) Να εφαρμόζει ακριβώς το πρόγραμμα της νοσηλείας και να παρακολουθεί την πορεία της κατάστασης, ώστε σε περίπτωση που εμφανισθεί κάποιο νέο πρόβλημα να μπορεί να βελτιώσει ή να αλλάξει τις ενέργειες της, σε συνεργασία πάντα με τη βοήθεια των άλλων μελών της πρωτοβάθμιας υγειονομικής ομάδας π.χ. του χειρουργού ή της κοινωνικής λειτουργού.

6) Να αξιολογεί συνεχώς τα αποτελέσματα των ενεργειών της, για να μπορεί να τις ανακατατάσσει, όταν χρειάζεται.

7) Να αποβλέπει στην αποκατάσταση του ατόμου και σε όλο το διάστημα να διδάσκει στο άτομο σωστό τρόπο ζωής.



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

1. Ψυχική υποστήριξη της Μαστεκτομηθείσας και της οικογένειάς της και ενδυνάμωση των υπαρχόντων δεσμών.

2. Βοήθεια της ασθενούς, ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται στις καθημερινές εργασίες της και στις απαιτήσεις της οικογένειάς της.

3. Παρότρυνση και διδασκαλία των μελών της οικογένειας όσον αφορά στην παροχή βοήθειας προς την ασθενή. Η παροχή βοήθειας, όπου αυτή κρίνεται απαραίτητη, όχι μόνο ανακουφίζει την ασθενή, αλλά είναι και ένδειξη προς αυτήν ότι δεν έχει μείνει μόνη και ότι η οικογένειά της συνεχίζει να την αγαπά το ίδιο, να τη φροντίζει και να την επιθυμεί παρούσα και συμμετέχουσα στις κοινές δραστηριότητες. Διδάσκει επίσης την ίδια την ασθενή πώς να αυτοεξυπηρετείται, πώς να αναλαμβάνει ευθύνη για εργασία η οποία της ανατίθεται κ.α., ώστε να είναι περισσότερο αποδεκτή από τους άλλους.

4. Παρότρυνση της ασθενούς στη συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις προς αποφυγή αποξένωσης και απομόνωσης.

5. Έλεγχος του διαιτολογίου της ασθενούς. Η τήρηση σωστού διαιτολογίου θα βοηθήσει στην ταχύτερη οργανική αποκατάσταση της ασθενούς και στη διατήρησή της στα φυσιολογικά επίπεδα βάρους.

6. Έλεγχος της διενέργειας των ασκήσεων που έχει διδαχθεί η ασθενής στο νοσοκομείο μετά τη μαστεκτομή, για την άμεση λειτουργική αποκατάσταση της προσβεβλημένης πλευράς. Η σημασία της διενέργειας των ασκήσεων τονίζεται ιδιαίτερα από τη νοσηλεύτρια. Επισημαίνονται δυσκολίες της ασθενούς στη διενέργεια των ασκήσεων, υποβοηθείται στη σωστή εκτέλεσή τους, ενθαρρύνεται και συζητούνται οι απορίες της.

7. Καθοδηγείται η ασθενής στη μηνιαία αυτοεξέταση του άλλου μαστού ως μέσου για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.

8. Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, η νοσηλεύτρια φροντίζει και περιποιείται το τραύμα της ασθενούς και το ελέγχει για σημεία φλεγμονής. Διδάσκει επίσης την ασθενή πώς να περιποιείται μόνη της το τραύμα με τον πιο απλό τρόπο. Η πλύση του τραύματος μπορεί να γίνεται με μαλακό τρίφτη ή με ένα κομμάτι ύφασμα. Το στεγνώνει απαλά, χωρίς να το τρίβει, ώστε να μην ερεθίζεται, και χρησιμοποιεί μια συνηθισμένη κρέμα. Η ασθενής πολλές φορές ταλαιπωρείται από κνησμό, που έχει τοπικά στο τραύμα. Η χρησιμοποίηση ταλκ την ανακουφίζει αρκετά.

9. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τη συμμετοχή της ασθενούς στις τακτές περιοδικές εξετάσεις (το ονομαζόμενο check – up), με τις οποίες δύναται να προληφθούν διάφορες

επιπλοκές και που γενικότερα δίνουν σαφή εικόνα της πορείας της κατάστασης της ασθενούς.

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

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

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

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

(Κουλάρη, 1991).

### **7.3 Πως αντιμετωπίζεται ο καρκίνος του μαστού που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;**

Είναι λανθασμένη η άποψη ότι η διάγνωση καρκίνου στο μαστό πρέπει οπωσδήποτε να ακολουθείται από διακοπή της κύησης. Είναι δυνατόν να σωθεί το έμβρυο. Επιτρέπεται η

χειρουργική αφαίρεση του όγκου και μια ήπια χημειοθεραπεία, αρκεί να έχει περάσει ο τρίτος μήνας της κύησης, οπότε όλα τα όργανα του μωρού έχουν σχηματιστεί και απλώς μεγαλώνουν μαζί με το βάρος του. Απαγορεύεται η ακτινοθεραπεία του μαστού που απομένει μετά την επέμβαση, η οποία όμως πρέπει να γίνεται μετά τον τοκετό. Έχουμε αντιμετωπίσει επιτυχώς αρκετά τέτοια περιστατικά., όπου το μωρό γεννήθηκε μια χαρά. Βεβαίως, μπαίνουν άλλου τύπου ηθικά διλήμματα, διότι δεν είναι δυνατόν να γνωρίζουμε ποία θα είναι η πορεία της μητέρας που εμφάνισε ορμονοεξαρτώμενο καρκίνο του μαστού σε μικρή ηλικία και τι θα γίνει αργότερα το παιδί αν κάτι δεν πάει καλά με τη μητέρα του (Φύσας, 2006).

### **7.3.1 Κύηση μετά από μαστεκτομή**

Έχει παρατηρηθεί ότι γυναίκες, που έχουν μείνει έγκυες κατόπιν θεραπείας καρκίνου του μαστού, έχουν μεγαλύτερη δεκαετή επιβίωση. Η εγκυμοσύνη στις γυναίκες αυτές έλαβε χώρα 6 μήνες ως και μετά από 2 χρόνια από τη διάγνωση του καρκίνου.

Περίπου 70% των εγκυμοσύνων μετά από διάγνωση του καρκίνου του μαστού συνέβησαν μέσα στα 5 χρόνια από την αρχική θεραπεία. Ορισμένοι ογκολόγοι συνιστούν την αναμονή 18 μηνών έως 2 ετών πριν από οποιαδήποτε επακόλουθη της θεραπείας σύλληψη, ώστε αλλαγές στο μαζικό αδέννα να μπορούν να παρατηρηθούν και να εξετασθούν καλύτερα για επανεμφάνιση του καρκίνου.

Άλλοι συνιστούν σε ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες να περιμένουν 3 χρόνια μετά τη μαστεκτομή, ενώ η σύλληψη να επιτραπεί κατόπιν λεπτομερούς επανελέγχου της κατάστασης της ασθενούς. Σε ασθενείς με θετικούς λεμφαδένες άλλοι συνιστούν αποφυγή σύλληψης για 5 χρόνια και μετά επανέλεγχο και άλλοι αποφυγή για 10 χρόνια ή ισοβίως.

Οι γυναίκες μετά τη μαστεκτομή και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του θηλασμού, δεν πρέπει να ξεχνούν να κάνουν αυτοεξέταση των μαστών τους ως προληπτικό μέσο διάγνωσης νέου καρκίνου.

## **7.4 Προγράμματα πρόληψης του καρκίνου του μαστού για γυναίκες που ξεπέρασαν την ασθένεια**

Οι γυναίκες που επιβίωσαν του καρκίνου του μαστού συχνά ακολουθούν συγκεκριμένες δίαιτες., για να προλάβουν τις μεταστάσεις. Αυτού του είδους οι διαφέρουν κατά πολύ στο σκοπό τους από τη γενική διατροφή πρόληψης του καρκίνου του μαστού. Επειδή ενδέχεται να υπάρχουν ακόμα ελεύθερα καρκινικά κύτταρα, ο σκοπός της διατροφής είναι να βοηθήσει στην καταπολέμηση και καταστροφή των καρκινικών κυττάρων και να

εμποδίσει την εκ νέου ανάπτυξη τους μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα.. Η διατροφή δεν αποτελεί υποκατάστατο της χημειοθεραπείας, της ακτινοβολίας ή της χειρουργικής επέμβασης.

### **Τα οφέλη της διατροφής στην υγεία του στήθους:**

Οι συστάσεις που γίνονται εδώ χωρίζονται σε δυο μέρη. Πρώτα παρουσιάζονται αυτές που είναι παγκοσμίως αποδεκτές ως ασφαλείς και αποτελεσματικές. Δεύτερον, παρουσιάζονται κάποιες συστάσεις τις οποίες καλό θα είναι να τις συζητήσετε με το γιατρό σας, για να είστε βέβαιες ότι αποτελούν μέρος μιας καθολικής θεραπείας, αφού ξεπερνούν τα όρια της απλής πρόληψης και γίνονται μέρος ενός εντατικού ιατρικού προγράμματος.

### **Συστήνονται χωρίς ενδοιασμούς:**

#### ***Μην πίνετε.***

Η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί τόσο ξεκάθαρο και αποδεδειγμένο παράγοντα κινδύνου, που είναι λογικό να πίνετε με φειδώ ή καθόλου.

#### ***Αποφύγετε τα λιπαρά ωμέγα-6***

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μειώσετε το φαινόμενο της ενισχυμένης δράσης των οιστρογόνων αποφεύγοντας τα πολυακόρεστα λιπαρά. Η αντικατάσταση των λιπαρών ωμέγα-6 μπορεί να έχει ένα πολύ ισχυρό συνεργατικό αποτέλεσμα.

#### ***Ασκηθείτε***

Η άσκηση δίνει στις γυναίκες που ξεπέρασαν τον καρκίνο μια αίσθηση ευεξίας. Επίσης, συμβάλλει στη μείωση της παραγωγής οιστρογόνων,

#### ***Συμπεριλάβετε ιχθυέλαια στη διατροφή σας***

Καταναλώνοντας ιχθυέλαια, θα επιτύχετε άμεσες και δραματικές αλλαγές. Η λήψη της αλλάζει ταχύτατα τη βιολογία του στήθους σας. Πολλά αντικαρκινικά κέντρα συστήνουν ένθερμα τη χρήση τους. Το μόνο ζήτημα είναι η δοσολογία, καθώς οι μεγάλες δόσεις έχουν συνδεθεί με αιμορραγικά περιστατικά. Δέκα मिलिकράμ αποτελούν ασφαλή δόση όσον αφορά τις αιμορραγίες.

#### ***Ελέγξτε το σωματικό λίπος***

Το μέτρο αυτό έχει το επιπρόσθετο όφελος ότι καθιστά ευκολότερη την έγκαιρη ανίχνευση των μεταστάσεων.

### ***Αποφύγετε τη θεραπεία ορμονικής αντικατάστασης***

Η αποφυγή της θεραπείας ορμονικής αντικατάστασης είναι λογική, γιατί έτσι μειώνετε το φορτίο οιστρογόνων στον οργανισμό σας. Αν πραγματικά θέλετε να λαμβάνετε οιστρογόνα για τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, επιλέξτε τη ραλοξιφένη ή τη σόγια.

### ***Προσθέστε φυτικές ίνες στη διατροφή σας***

Η δέσμευση των οιστρογόνων στο έντερο και η αποφυγή της επανακυκλοφορίας τους είναι ό,τι καλύτερο μπορείτε να κάνετε, αν είστε ακόμα εκτεθειμένη σε σχεδόν φυσιολογικά επίπεδα οιστρογόνων. Οι φυτικές ίνες θα σας βοηθήσουν επίσης να διατηρήσετε το βάρος σας.

### ***Αναστείλετε τη λειτουργία των υποδοχέων οιστρογόνων***

Τα φάρμακα αναστολής της δράσης των οιστρογόνων είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά. Η ταμοξιφένη είναι το πιο διαδεδομένο φάρμακο αυτής της κατηγορίας. Τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης φτάνουν κοντά στο 90%, όταν το φάρμακο συνδυάζετε με χημειοθεραπεία, για τις ασθενείς που επέζησαν του καρκίνου του μαστού. Η ραλοξιφένη αποτελεί μια ενδιαφέρουσα εναλλακτική λύση. Φαίνεται να προστατεύεται από τον καρκίνο του μαστού. Εμφανίζει μείωση του καρκίνου κατά 77% ύστερα από 18 μήνες χορήγησης σε γυναίκες που δεν είχαν καρκίνο κατά την έναρξη του πειράματος, και κατά 90% ύστερα από 30 μήνες. Οι γιατροί αναμένουν την περάτωση των κλινικών πειραμάτων, για να καθορίσουν τη χρήση του φαρμάκου στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού και να εξετάσουν αν προκαλεί προβλήματα στις ωοθήκες.

### ***Μειώστε το φορτίο γλυκόζης***

Η ανεπιθύμητη συνεργασία μεταξύ της ινσουλίνης και των υποδοχέων οιστρογόνων είναι ιδιαίτερα δυσοίωνα, καθώς ενισχύει ακόμα περισσότερο τη δράση των οιστρογόνων. Η μείωση του φορτίου γλυκόζης, με σκοπό την πτώση των επιπέδων ινσουλίνης, περιορίζει τη συνεργασία μεταξύ των οιστρογόνων και της ινσουλίνης και επιτυγχάνει την αποδυνάμωση της δράσης των οιστρογόνων.

### ***Καταναλώνετε σταυρανθή λαχανικά***

Τα σταυρανθή λαχανικά αποτελούν σημαντικό μέρος του συνολικού σχεδίου, καθώς τα «βλαβερά» οιστρογόνα μπορούν στην πραγματικότητα να προκαλέσουν καρκίνο με την προσκόλληση τους στο DNA του κυττάρου.

### ***Μειώστε τις θερμίδες***

Το Αντικαρκινικό Κέντρο Sloan-Kettering συστήνει μια διατροφή με λίγες θερμίδες. Αυτό μπορεί να είναι αντίθετο στα ένστικτα όσων επιβίωσαν του καρκίνου και προσπαθούν να δυναμώσουν, αλλά ο Dr Moisha Shike πιστεύει σθεναρά ότι οι υπερβολικές θερμίδες

ενδέχεται να είναι εν δυνάμει προωθητές του καρκίνου. Δε διατηρεί επιφυλάξεις για αυτήν τη διατροφή όσον αφορά στους καρκίνους που βρίσκονται στα πρώτα στάδια. Με τον όρο «λίγες θερμίδες» ο Dr Shike εννοεί περίπου 1.500 θερμίδες, όχι έναν αυστηρό περιορισμό της πρόσληψης θερμίδων.

### ***Μειώστε το οξειδωτικό σας φορτίο***

Καθώς αυτό είναι το μόνο διαθέσιμο μέτρο, για να σταματήσετε το μόνιμο τοξικό φράγμα στο DNA σας, μια διατροφή εννέα ημερών με φρούτα και λαχανικά, με έμφαση σε αυτά με τις περισσότερες αντιοξειδωτικές ιδιότητες, έχει αποφασιστική σημασία.

### ***Αποφύγετε τα χημικά οιστρογόνα***

Οι χειρουργοί στο Αντικαρκινικό Κέντρο Sloan-Kettering συστήνουν έντονα στους ασθενείς τους να αποφεύγουν την κατανάλωση ψαριών και κρεατικών που ενδέχεται να περιέχουν χημικά οιστρογόνα. Για μια ασθενή που επιβίωσε του καρκίνου του μαστού, μέχρι να μάθουμε περισσότερα για τους κινδύνους που ενέχουν (Arnot, 2003).

## **7.5 Η Εθελοντική προσπάθεια «Άλμα ζωής»**

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «άλμα ζωής», είναι ένα σωματείο, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, το οποίο στηρίζεται οικονομικά στις συνδρομές των μελών του και σε δωρεές. Ιδρύθηκε το 1988 από γυναίκες με καρκίνο μαστού, μετά από πρόταση και υποστήριξη της κοινωνικής λειτουργού κ.Ιωσηφίνας Σκούρτα. Στόχος τους ήταν να προσφέρουν σε άλλες γυναίκες, με την ίδια εμπειρία τη βοήθεια που χρειάζονται για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που προκύπτουν από τη θεραπεία και να αποκτήσουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Η πρωτοποριακή αυτή κίνηση, συνένωσε, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, γυναίκες με καρκίνο μαστού που έσπασαν τη σιωπή τους, μίλησαν για το καρκίνο τους, μοιράστηκαν σκέψεις και συναισθήματα συνειδητοποίησαν πόσο βοηθητικό ήταν αυτό στην αποκατάσταση τους και θέλησαν να το προσφέρουν και σε άλλες γυναίκες, με οργανωμένο και επιστημονικό τρόπο. Έτσι δημιουργήθηκε το πρώτο σώμα εκπαιδευμένων εθελοντριών. Η προσπάθεια ξεκίνησε και συνεχίζεται με τη στήριξη και συνεργασία εμπειρών και καταξιωμένων επαγγελματιών υγείας. Προσφέρει πολύ σημαντικό έργο στους τομείς της ψυχοκοινωνικής στήριξης των γυναικών με καρκίνο μαστού και στις οικογένειες τους, της οργανωμένης αλληλοβοήθειας, της εκπαίδευσης και εποπτείας εθελοντριών, καθώς και της ενημέρωσης του γυναικείου πληθυσμού πανελλαδικά για την πρόληψη έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Διαθέτει επιστημονικούς συνεργάτες, ψυχολόγο, κοινωνική λειτουργό και πενήντα εκπαιδευμένες εθελόντριες, έτοιμες να συνδράμουν σε

κάθε περίπτωση, με όλη τους την καρδιά. Διαθέτει επίσης έκθεση των διαφόρων ειδών που θα χρειασθούν οι γυναίκες μετά την επέμβαση στο μαστό τους, καθώς και βοήθεια στον τρόπο χρήσης τους π.χ. ειδικά σουτιέν, ειδικά μαγιό, τεχνητούς μαστούς, περούκες κ.λ.π. ([www.breastcancerhellas.gr](http://www.breastcancerhellas.gr) 06/07/2008)

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

##### *ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α*

##### **Νοσηλευτικό Ιστορικό**

Ασθενής, ηλικίας 30 χρόνων, εισήλθε στην χειρουργική κλινική του Γ.Ν.Λιβαδείας, στις 02/03/2008. Στο εισιτήριο της τέθηκε διάγνωση «Ογκίδιο αριστερού μαστού». Η ίδια ανακάλυψε τυχαία, πριν 1 χρόνο, ένα ογκίδιο στον αριστερό της μαστό, διαστάσεων 1x1cm, χωρίς άλλα συνοδά ευρήματα. Πριν 6 μήνες υποβλήθηκε σε παρακλινικό έλεγχο με U/S και μαστογραφία, που έδωσε την εικόνα ινοαδενώματος. Στο ενδιάμεσο διάστημα το ογκίδιο μεγάλωσε σε μέγεθος και η επανάληψη του παρακλινικού ελέγχου έδειξε εικόνα ύποπτη για κακοήθεια.

Το Ιατρικό ιστορικό της ασθενούς περιγράφει την περίπτωση ως εξής:  
«Στην ουρά του αριστερού μαστού ανευρέθει ογκίδιο, ανώδυνο, σκληρό, με σαφή όρια, διαστάσεων 1x1,5cm. Στην περιοχή της μασχάλης διακρίνονται ψηλαφητοί, ανώδυνοι, κινητοί λεμφαδένες. Δεξιός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα».

*Διάγνωση:* πιθανός καρκίνος αριστερός μαστού, σταδίου II (T<sub>1</sub>, N<sub>1</sub>, M<sub>0</sub>).

Η ασθενής δεν κάνει χρήση καπνού ή αλκοόλ, δεν είναι παχύσαρκη και το οικογενειακό της ιστορικό είναι ελεύθερο. Είναι παντρεμένη, έχει ένα γιο πρώτος τοκετός 19 ετών, δύο αποβολές 22 και 23 ετών και δεν εργάζεται. Έναρξη έμμηνου ρύσεως 12 χρόνων.

Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και αίματος για την διεξαγωγή εξετάσεων. Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου, το πρωί της 04/03/2008. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η ογκεκτομή (εξαιτίας του νεαρού της ηλικίας της ασθενούς) ή η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, αναλόγως των αποτελεσμάτων της ταχείας βιοψίας. Τελικά εφαρμόστηκε η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

Μετά την επέμβαση η ασθενής δεν παρουσίασε κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα και πήρε εξιτήριο στις 08/03/2008. Εδώθηκαν οδηγίες για την φροντίδα της τομής στο σπίτι και ορίστηκε επανεξέταση μετά από 8 ημέρες.

Ο θεράπων ιατρός δεν έκρινε σκόπιμη την εφαρμογή χημειοθεραπείας ή



ακτινοθεραπείας.

Κατά την παραμονή της στην κλινική, η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

<b>SUP</b>	<b>ΓΛΥΚΕΡΙΝΗΣ</b>	<b>1x1</b>	<b>(προεγχειρητικά)</b>
<b>FL</b>	<b>FRAXIPARINE</b>	<b>1x1</b>	<b>(επί 4 ημέρες μετεγχειρητικά)</b>
<b>AMP</b>	<b>INNOHER</b>	<b>1x1</b>	<b>(6πμ την ημέρα της επέμβασης)</b>
<b>AMP</b>	<b>PETHIDINE</b>	<b>Ε.Π</b>	<b>(μετεγχειρητικά)</b>
<b>SUP</b>	<b>LONARID</b>	<b>Ε.Π</b>	<b>(μετεγχειρητικά)</b>
<b>D/W</b>	<b>5% 1000cc</b>	<b>1x1</b>	<b>(1<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα)</b>
<b>L-R</b>	<b>1000cc</b>	<b>1x1</b>	<b>(1<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα)</b>

**Δίαιτα ελεύθερη.**

#### **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

<b>ΕΠΩΝΥΜΟ</b>	:	<b>Κ.</b>
<b>ΟΝΟΜΑ</b>	:	<b>Β.</b>
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	:	<b>30ετών</b>
<b>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</b>	:	<b>Οικιακά</b>
<b>ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>	:	<b>Παντρεμένη, ένα παιδί</b>
<b>ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ</b>	:	<b>Αθήνα</b>
<b>ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ</b>	:	<b>Λιβαδειά</b>
<b>ΥΨΟΣ</b>	:	<b>1,55</b>
<b>ΒΑΡΟΣ</b>	:	<b>48Kg</b>
<b>Θερμοκρασία</b>	:	<b>36.2</b>
<b>Σφίξεις</b>	:	<b>80/min</b>
<b>Α.Π</b>	:	<b>100mmHg</b>
<b>Γενική κατάσταση</b>	:	<b>Πολύ καλή</b>
<b>Διάγνωση εισαγωγής</b>	:	<b>Ογκίδιο ( Α) μαστού</b>
<b>Ημερομηνία εισόδου</b>	:	<b>02/03/2008</b>

Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
Άγχος, φόβος, κατάθλιψη. (Προεγχειρητικά)	Μείωση του άγχους, της αγωνίας και όλων των αρνητικών συναισθημάτων, εξασφάλιση ηρεμίας της ασθενούς.	<p>§ Ηθική και ψυχολογική τόνωση</p> <p>§ Επίσκεψη στους χώρους του χειρουργείου</p> <p>§ Γνωριμία της ασθενούς με το υγειονομικό προσωπικό της κλινικής</p> <p>§ Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας από την νοσηλεύτρια. Συζητούνται και λύνονται όλες οι απορίες</p> <p>§ Το προηγούμενο βράδυ του χειρουργείου χορηγείται ηρεμιστικό για την εξασφάλιση καλού ύπνου</p>	Παρέχοντας στην ασθενή ψυχολογική υποστήριξη, γνωριμία με τους χώρους του νοσοκομείου και τους ανθρώπους ενθαρρύνεται σιγά σιγά. Αποκτά εμπιστοσύνη με το προσωπικό και πείθεται ότι θα γίνει καλά.	Περιορισμούς του άγχους. Καλύτερη αποδοχή της επέμβασης από την ασθενή
Πόνος, οφειλόμενος στην επέμβαση (Μετεγχειρητικά)	Μείωση του πόνου, εξασφάλιση της άνεσης της ασθενούς	§ Εκτιμάται ο τύπος και η ένταση του πόνου. Χορηγούνται αναλγητικά μετά την σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων	§ Ενθαρρύνουμε την ασθενή να πάρει θετική θέση απέναντι στο πρόβλημα της. Διαβεβαιώνεται ότι ο πόνος είναι παροδικός	

Προβλήματα Ασθενούς	Αντικ/κόςσκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
		<p>§ Η κακή λειτουργία τους μπορεί να προκαλέσει πόνο. Σωστή θέση στο κρεβάτι. (αποφεύγεται η πίεση του τραύματος)</p>	<p>§ Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων, που είναι φυσιολογικά          § Χορηγείται ½ amp pethidine          § Παρακολουθείται συνεχώς η ασθενής για εμφάνιση αιμορραγίας ή shock</p>	<p>§ Μείωση του πόνου          § Εξασφάλιση της άνεσης και του αισθήματος ασφάλειας της ασθενούς</p>
<p>Βήχας και αίσθημα δυσφορίας όχι έντονο</p>	<p>Πρόληψη πνευμονίας οφειλόμενη σε:          1. αναισθησία          2. ακινησία          3. ανεπαρκή αερισμό</p>	<p>§ Διδάσκεται η ασθενής να βήχει και να αναπνέει βαθιά          § Ελέγχεται η θερμοκρασία της ασθενούς. Εκτιμάται επίσης η άνοδος της μετά την αφαίρεση των παροχετεύσεων          § Κινητοποίηση.          1) Την ημέρα της επέμβασης ενθαρρύνεται η ψυχολογία της ασθενούς          2) 1<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα, τοποθετείται η ασθενής στην καρέκλα. Ενθαρρύνεται να περπατήσει όσο μπορεί.</p>	<p>§ Εκτιμώνται τα αποτελέσματα της εφαρμογής των ασκήσεων βήχα και αναπνοής          § Η έγκαιρη έγερση βοηθά στην αποσυμφόρηση του αναπνευστικού, εξασφαλίζεται επαρκής αερισμός, χωρίς να χρειαστεί παροχή οξυγόνου επιπλέον</p>	<p>§ Πρόληψη λοίμωξης          § Έγκαιρη αντιμετώπιση της αναπνευστικής δυσχέρειας και της αύξησης της θερμοκρασίας, ώστε να μην εξαντληθεί η ασθενής          § Άμεση έγερση της ασθενούς, τέτοια που να της επιτρέπει να περπατά ελεύθερα την 2<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα</p>

Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
Λεμφοίδημα αριστερού άνω άκρου	Πρόληψη λεμφοιδήματος	<p>§ Ανάρτηση άνω άκρου</p> <p>§ Έναρξη ασκήσεων</p> <p>§ Απαγορεύεται η λήψη αρτηριακής πίεσης και αίματος από το χέρι της προσβεβλημένης πλευράς</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ενημερώνεται γι αυτό η ασθενής</li> <li>2. Ενημερώνεται ο φάκελος της ασθενούς</li> <li>3. Τοποθετείται στο κρεβάτι της ασθενούς ειδική ενημερωτική πινακίδα</li> </ol>	<p>§ Κατά τη διάρκεια της νύχτας τοποθετείται μαξιλάρι κάτω από το προσβεβλημένο χέρι</p> <p>§ Ασκήσεις</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Αρχίζουμε με έκταση κάμψη των δακτύλων, υπτιασμό πρηνισμό του πήχεως</li> <li>2. Κατόπιν συμφωνίας του γιατρού, απαγωγή και κινητοποίηση του βραχίονα</li> </ol>	<p>§ Με την βοήθεια της βαρύτητας έχουμε επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφυγή οιδήματος.</p> <p>§ Πρόληψη λεμφοιδήματος. Δίνεται επίσης δυνατότητα στην ασθενή να γνωρίζει και να αποφεύγει τις αιτίες που δύναται να το προκαλέσουν</p> <p>§ Τεκμηρίωση της προόδου της ασθενούς στην πραγματοποίηση καθημερινών δραστηριοτήτων με την χρησιμοποίηση του προσβεβλημένου άκρου.</p>

Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
Αλλαγή σωματικού ειδώλου	Να αποδεχτεί η ασθενής την καινούργια της εικόνα στον λιγότερο δυνατό χρόνο και με το μικρότερο ψυχικό κόστος	<p>§ Εκτιμάται η αντιμετώπιση της ασθενούς και της οικογένειας της όσον αφορά την αλλαγή της σωματικής εικόνας της πρώτης. Σχεδιάζεται η κατάλληλη νοσηλευτική παρέμβαση</p> <p>§ Ελαττώνεται η ανησυχία και η ενόχληση της ασθενούς. Καλύπτεται η φιάλη παροχέτευσης με ειδική σακούλα</p> <p>§ Συμπεριλαμβάνεται και η ασθενής στην φροντίδα της τομής</p> <p>§ Ενημερώνεται η ασθενής για τις δυνατότητες πλαστικής αποκατάστασης που υπάρχουν</p>	<p>§ Ενημερώνεται η οικογένεια της ασθενούς για την μεταβολή της σωματικής εικόνας της πρώτης και καθοδηγούνται οι συγγενείς να αποδεχθούν την αλλαγή αυτή και να αποφύγουν την προβολή αρνητικών συναισθημάτων μπροστά στην άρρωστη. Η αντίδραση του συζύγου είναι καθοριστική για την συμπεριφορά της ασθενούς, για αυτό και επιμένουμε στη συζήτηση μαζί του τονίζοντας ιδιαίτερα το γεγονός ότι πάνω από όλα προέχει η ζωή της γυναίκας του.</p>	<p>§ Η οικογένεια της άρρωστης και ειδικότερα ο σύζυγος, αποδέχεται την καινούργια της εικόνα, δείχνει σε αυτήν αγάπη και κατανόηση και τη στηρίζει ψυχολογικά</p> <p>§ Η ασθενής δείχνει ένα βαθμό αποδοχής του χειρουργικού αποτελέσματος. Είναι σε θέση να αντικρίσει την τομή της και κάνει ερωτήσεις για την φροντίδα του τραύματος στο σπίτι</p> <p>§ Ακόμη ακολουθεί και τηρεί τις οδηγίες που της δίνονται κατανοώντας την αναγκαιότητα των φροντίδων που της παρέχονται</p>

<p><b>Προβλήματα Ασθενούς</b></p>	<p><b>Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b></p>	<p><b>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b></p>	<p><b>Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b></p>	<p><b>Αποτελέσματα</b></p>
		<p>§Χρησιμοποιείται προσωρινή προσθήκη από μαλλί.</p>	<p>§Καλύπτονται οι παροχeteύσεις και μειώνεται η ανησυχία της άρρωστης.  §Η νοσηλεύτρια βρίσκεται δίπλα στην ασθενή, όταν αυτή αντικρίσει για πρώτη φορά την τομή της. Η αρχική θέα του τραύματος βασίζεται στην ετοιμότητα και την επιθυμία της ασθενούς.  §Ενημερώνεται η ασθενής για τις πλαστικές επεμβάσεις αποκαταστάσεις και αμέσως μετά την αφαίρεση των παροχeteύσεων τοποθετείται στην θέση του χαμένου μαστού προσωρινή προσθήκη.</p>	<p>Η τοποθέτηση της προσωρινής προσθήκης ενισχύει την αυτοπεποίθηση της και ανησυχεί λιγότερο για την εικόνα που δείχνει στους άλλους.</p>

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β

#### Νοσηλευτικό Ιστορικό

Η ασθενής Α. Ε. επισκέφτηκε γιατρό του Ι.Κ.Α. με τα εξής συμπτώματα:

Πόνος στον αριστερό μαστό και τσιμπήματα στη καρδιά.

Νόμιζε λοιπόν η κυρία Α. ότι είχε κάποιο πρόβλημα με τη καρδιά της, μετά όμως από το καρδιογράφημα που της έκανε ο καρδιολόγος την διαβεβαίωσε ότι δεν υπήρχε κανένα πρόβλημα καρδιολογικό.

Υπέθεσε λοιπόν και εκείνη ότι ο πόνος που είχε νιώσει ίσως ήταν από την κούραση και έτσι επέστρεψε στο χωριό της.

Μετά όμως από ένα μήνα ο πόνος έγινε εντονότερος και ψηλαφώντας το μαστό της έπιασε κάποιο ογκίδιο, επισκέφτηκε αυτή τη φορά γιατρό μαστολόγο σε ιδιωτικό γραφείο, διότι το νοσοκομείο δεν παρείχε.

Μετά από ειδικές εξετάσεις που της έγιναν η διάγνωση ήταν C.A μαστού.

#### *Εργαστηριακές εξετάσεις*

Γενική αίματος

Γενική ούρων

Ακτινογραφία θώρακος

Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Μαστογραφία

#### *Θεραπεία "Θεραπευτικά μέτρα"*

Χειρουργική θεραπεία Ριζική μαστεκτομή

Ημερομηνία εγχειρήσεως 28/05/2008

Τοπικά ευρήματα: αποστελλόμενο υλικό μαστός μετά του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός και των μασχαλιαίων λεμφαδένων

#### *Παθολογοανατομική Έκθεση*

Προηγηθείσα ιστολογική εξέταση όγκου μαστού.

Παρελήφθη εγχειρητικό παρασκεύασμα ριζικής μαστεκτομής διαστάσεως 21X20X8 εκ.

το οποίον καλύπτεται από δέρμα με τη θηλή.

Σε απόσταση 5εκ. κάτω και έξω της θηλής παρατηρείται πρόσφατη εγχειρητική τομή μήκους 3εκ. και κατά βάθος αυτής της κοιλότητας διαμέτρου 4εκ. η οποία πληρούται από αιματοπήγματα.

Κατά το τοίχωμα της εν λόγω κοιλότητας ανευρέθησαν υπολείμματα όγκου, ιστολογικού τύπου πορογενούς διηθητικού καρκινώματος.

Τον ίδιο τύπο καρκινώματος παρουσιάζουν και μερικοί μεγάλοι εκφορητικοί πόροι της θηλής.

Ο λοιπός μαστικός ιστός είναι παρεγχυματώδης.

Κατά τον λιπόδη ιστό της μασχάλης ανευρέθησαν 4 λεμφαδένες διαμέτρου 0,5 – 2 ΕΚ. Απ' αυτούς οι δύο μεγαλύτεροι παρουσιάζουν μεταστική διήθηση του ιστού τους από τον τύπο αυτού του καρκινώματος.

### **Φαρμακευτική θεραπεία**

Παυσίπονα

— ZIDERON AMP

— LONARID TABL

### **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

<b>ΕΠΩΝΥΜΟ</b>	:	A.
<b>ΟΝΟΜΑ</b>	:	E.
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	:	53 ετών
<b>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</b>	:	Οικιακά
<b>ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>	:	Έγγαμη
<b>ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ</b>	:	Αθήνα
<b>ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ</b>	:	Άγιος Γεώργιος
<b>ΥΨΟΣ</b>	:	1,60
<b>ΒΑΡΟΣ</b>	:	75 Kg
<b>Θερμοκρασία</b>	:	36.8
<b>Σφίξεις</b>	:	85/min
<b>Α.Π</b>	:	120mmHg
<b>Γενική κατάσταση</b>	:	Πολύ καλή
<b>Ημερομηνία εισόδου</b>	:	26/05/2008



Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
Αλλαγή στην εμφάνιση	<p>Βοήθεια της άρρωστης καθώς και του άμεσου περιβάλλοντος της να κατανοήσουν τη φύση της αρρώστιας και να το αποδεχθούν. Πληροφόρηση της άρρωστης για τις αλλαγές που θα παρουσιαστούν στην εμφάνιση της και εκπαίδευση αυτής στους νέους τρόπους ζωής και τεχνικές αυτοφροντίδες.</p> <p>Διατήρηση καλής ιδέας της ίδιας της άρρωστης για τη σωματική της εμφάνιση αλλά και του άμεσου περιβάλλοντος της.</p>	<p>§Καλή καθαριότητα της άρρωστης.</p> <p>§Καθαρά και ωραία ρούχα.</p> <p>§Ενημέρωση της άρρωστης για τη χρησιμοποιήσει προσθέσεων.</p> <p>§Δραστηριοποίηση της άρρωστης.</p>	<p>§Καλημερίζουμε την άρρωστη απομακρύνουμε τους συγγενείς.</p> <p>§Αερίζουμε το θάλαμο και περιποιούμαστε την άρρωστη χωρίς να την εκθέτουμε και στρώνουμε το κρεβάτι της.</p> <p>§Πληροφορούμε την άρρωστη για τους τύπους προσθέσεων που κυκλοφορούν στο εμπόριο και τον τρόπο που μπορεί να τους προμηθευτεί όταν χρειαστεί.</p> <p>§Πείθουμε την άρρωστη να ασχολείται με οτιδήποτε της αρέσει 'ανάγνωση βιβλίων' για να κυλούν οι ώρες της πιο ευχάριστα και να μην της γίνει έμμονη ιδέα το πρόβλημα της.</p>	<p>Η άρρωστη μετά την επιμελημένη φροντίδα και το διάλογο που είχε μαζί μας αισθάνθηκε ευχάριστα και άνετα. Άρχισε να συνειδητοποιεί τις αλλαγές στο σώμα της σαν μια πραγματικότητα και διδάχτηκε τους τρόπους που τις προσφέρονται για να καλύπτει αυτές όσο γίνεται καλύτερα. Εκδήλωσε την ικανοποίηση της σ' εμάς με ευχαριστήρια.</p>

Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
Διατροφή	Ανακάλυψη των παραγόντων που επηρεάζουν την καλή διατροφή της άρρωστης και αντιμετώπιση αυτών ανάλογα. Ανακούφιση της άρρωστης από το άγχος και τους φόβους της που δημιουργούν ανορεξία.	Ενθάρρυνση της άρρωστης για λήψη υγρών και χορήγηση συχνών γευμάτων πλούσιων σε θρεπτικά συστατικά.	Φροντίζουμε ώστε να χορηγηθεί στην άρρωστη τροφή της προτιμήσεως της, καλά μαγειρεμένη, σε περιποιημένο δίσκο κάτω από ένα περιβάλλον καθαρό και ήσυχο.	Διακοπή της απώλειας σωματικού βάρους στην άρρωστη. Ρυθμίστηκε το ισοζύγιο αναγκών του οργανισμού της άρρωστης σε θερμίδες, και αυξήθηκε η όρεξη.
Νέκρωση - εξέλκωση	Προστασία της άρρωστης από τις εστίες μόλυνσεως για την πρόληψη της δημιουργίας νεκρώσεως στο κέντρο της διογκώσεως και εξελκώσεως στο δέρμα.	Διδασκαλία της άρρωστης πώς να αποφεύγει τραύμα και μόλυνση, παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν τον πόνο και την ταλαιπωρούν. Παρακολούθηση της καταστάσεως της για τυχόν εμφάνιση σημείων που δηλώνουν λοίμωξη όπως κακουχία, πυρετός, άφθονες και δύσοσμες εκκρίσεις.	Καθαρίζουμε τη μολυσμένη εξέλκωση του όγκου με χλιαρό νερό και ήπια αντισηπτικά διαλύματα. Επίσης χρησιμοποιούμε αντιμικροβιακά φάρμακα εσωτερικά και με τοπική εφαρμογή για τη γρηγορότερη υποχώρηση της λοιμώξεως.	Με την παροχή της ανάλογης νοσηλευτικής φροντίδας, την προσοχή και την επιμέλεια που δείξαμε είχαμε σαν αποτέλεσμα τον περιορισμό της μόλυνσεως και την αποτροπή της λοίμωξης.

Προβλήματα Ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
Κακοσμία	Μείωση της κακοσμίας που δημιουργείται λόγω της ανοικτής ιστικής αλλοίωσης. Βοήθεια της άρρωστης να διατηρείται καθαρή και να ελέγχει την κακοσμία.	Πρέπει να ληφθούν μέτρα για τη διατήρηση της περιοχής καθαρής και χρήση αποσμητικών ουσιών για την εξάλειψη της κακοσμίας.	Ανάλογα με την κατάσταση της τραυματικής χώρας χρησιμοποιούμε και το ανάλογο είδος υγρού για να περιποιηθούμε και να πλύνουμε το τραύμα. Σαπουνίζουμε και διατηρούμε καθαρή την περιοχή γύρω από το τραύμα. Αλλάζουμε την επίδεση κάθε φορά που είναι λερωμένη. Αερίζουμε συχνά τον θάλαμο προστατεύοντας όμως παράλληλα την άρρωστη από το κρύο.	Η άρρωστη αισθάνθηκε τώρα πιο άνετα και όμορφα γιατί η κακοσμία έχει εξάλειψη.
Ψυχολογική βοήθεια της ασθενούς και της οικογένειας της για την επέμβαση που σύντομα θα υποβληθεί.	Οι νοσηλευτικοί στόχοι μας πρέπει να συγκεντρωθούν γύρω από τη φυσική, συναισθηματική και ψυχική ανακούφιση από τον πόνο που κυριαρχεί και πλημμυρίζει την άρρωστη και την οικογένεια της. Συναισθηματική βοήθεια και ενίσχυση για να μπορέσουν 'ασθενής και οικογένεια' να σκέπτονται με ψυχραιμία και να προετοιμαστούν για τη χειρουργική επέμβαση, και να συνεργαστούν με τη διάγνωση και θεραπεία της αρρώστιας	Το αίσθημα του φόβου είναι το δυνατότερο συναίσθημα που αντιμετωπίζει η άρρωστη. Ο πόνος, η εγκατάλειψη, η εξάρτηση και οι παραμορφώσεις, είναι όλα οδυνηρά συναισθήματα που δοκιμάζει γι' αυτό με βάση όλα αυτά πρέπει να παρέχουμε την φροντίδα και τις υπηρεσίες που χρειάζεται η άρρωστη.	Πλησιάζουμε την άρρωστη πάντοτε με στοργή και εκδηλώνουμε το ενδιαφέρον μας απέναντι στην κατάσταση της. Χρησιμοποιούμε διακριτική προσέγγιση και ήπιο τόνο φωνής στην επαφή μας με την άρρωστη και τους δικούς της ανθρώπους. Τους καθησυχάζουμε λέγοντας τους ότι όλα θα πάνε καλά. Μειώνουμε τους παράγοντες στο περιβάλλον που δημιουργούν στην άρρωστη ένσταση 'STRESS'.	Με τη συνεχή ηθική ενίσχυση και συναισθηματική υποστήριξη των ατόμων αυτών επιτυγχάνεται η σωστή προετοιμασία και αποδοχή της χειρουργικής επέμβασης που πρόκειται να υποβληθεί η άρρωστη καθώς και η συνεργασία αυτής και του άμεσου

		<p>Πρέπει να καλύψουμε και να ενισχύσουμε τους αντιρροπιστικούς συναισθηματικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιούν άρρωστη και οικογένεια για να ισορροπήσουν. Αυτοί οι μηχανισμοί μπορεί να στηρίζονται πάνω σε φιλοσοφία ή θρησκευτικά δεδομένα ή μπορεί να είναι τρόπος σκέψεως την αντιμετώπιση της ζωής με ελπίδα, θάρρος και αισιοδοξία.</p>	<p>Ανακαλύπτουμε παράγοντες φυσικούς, συναισθηματικούς και κοινωνικούς που θα βοηθήσουν στη μείωση του άγχους της άρρωστης για την εξέλιξη και πορεία της καταστάσεως της.</p>	<p>περιβάλλοντος της απέναντι στο θεραπευτικό σχήμα ακολουθήσαμε για την ομαλή μετεγχειρητική της πορείας.</p>
--	--	--	--	--

## Συμπεράσματα – Προτάσεις

Τα αποτελέσματα είναι σημαντικά, γιατί καταδεικνύουν την ανάγκη παρέμβασης, με ενημέρωση στις γυναίκες των παραπάνω Νομών, ώστε να μειωθούν το δυνατό περισσότερο τα πολλά αρνητικά ευρήματα. Κρατικές και μη οργανώσεις δεν ασχολήθηκαν με την υγειονομική διαφώτιση του γυναικείου πληθυσμού αυτών των νομών. Η συντριπτική πλειοψηφία ζει με την άγνοια των κινδύνων. Η υγειονομική συμπεριφορά των γυναικών δεν σχετίζεται με το μορφωτικό και κυρίως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο αφού μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος είναι ανώτερης εκπαίδευσης. Επιτακτική προβάλλει η συστράτευση όλων γυναικών, συλλογών, φορέων, ιατρών και νοσηλευτών για την υγειονομική διαφώτιση και στήριξη των γυναικών και γενικά όλου του πληθυσμού των παραπάνω νομών.

Οι εργαζόμενες στα νοσοκομεία εκ των ευρημάτων, δεν θα μπορούσαν να αποτελέσουν πρότυπο σωστής υγειονομικής συμπεριφοράς, για τις υπόλοιπες γυναίκες, γιατί τα αρνητικά ευρήματα υπερτερούν σημαντικά έναντι των θετικών. Πιθανή εξήγηση για τα αποτελέσματα αυτά, θα ήταν ίσως η μηχανικότητα η οποία συνοδεύει το μέγιστο των συμπεριφορών, παράλληλα με την τάση αποφυγής των ατομικών ευθυνών, η οποία λειτουργώντας αμυντικά, κινητοποιεί τα άτομα σαν απλές μιμητικές μηχανές.

Η πρακτικότητα των αποτελεσμάτων είναι σπουδαία, γιατί με οδηγό τα ευρήματα, μπορεί να οργανωθεί και να σχεδιαστεί, ένα πρόγραμμα ενημέρωσης, ώστε να γνωρίσουν οι γυναίκες κάποιες σημαντικές παραμέτρους, που θα τους βοηθούσαν τόσο στην προσωπική τους ζωή (στην εργασία στο Νοσοκομείο), όσο και στην μετάδοση των απαραίτητων οδηγιών προς τις γυναίκες που επισκέπτονται τα νοσοκομεία (Λαμπρόπουλος, 1999).

Τέλος, για να πραγματοποιηθούν οι στόχοι και οι προτάσεις που θέτει η Νοσηλευτική για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και τη στήριξη των ογκολογικών ασθενών θα πρέπει να υπάρξει μεγάλη κοινωνική ευαισθητοποίηση και πολιτική θέσπιση θεσμών.

Επομένως, για να επιτευχθεί η βέλτιστη ποιότητα σε ολόκληρη την αλυσίδα περίθαλψης καρκίνου του μαστού απαιτούνται επείγοντως:

- Ø Περισσότερη ενημέρωση του κοινού για τη νόσο
- Ø Επισήμανση της σπουδαιότητας προληπτικού ελέγχου
- Ø Εντατικοποίηση έρευνας για πρόληψη της νόσου
- Ø Περαιτέρω εξέλιξη των κατευθυντήριων γραμμών για το μαστογραφικό έλεγχο
- Ø Ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών για διεπιστημονικά κέντρα μαστού
- Ø Κατάρτιση περαιτέρω εθνικών μητρώων καρκίνου

- Ø Συντονισμός των εθνικών πολιτικών και ανάδειξη της βέλτιστης πρακτικής κατά την καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού

## Περίληψη

Διεκπεραιώνοντας την εργασία αυτή, διαπίστωσα πως ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα αρκετά πολυδιάστατο νόσημα.

Η προσπάθεια αποκατάστασης γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού είναι σίγουρα μία επίπονη και ιδιαίτερα απαιτητική διαδικασία. Το ίδιο ισχύει και για την ανίχνευση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων.

*Σκοπός αυτής της εργασίας* είναι να προβάλλει τη φύση του καρκίνου, όσον αφορά την αιτιολογία, τις εκδηλώσεις, τη διάγνωση και τη θεραπεία καθώς και τα αναπόφευκτα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που συνδέουν την αρρώστια. Επίσης να τονίσει το ρόλο της νοσηλεύτριας ως διαφωτιστή της υγείας, σε θέματα που αφορούν τα πρώιμα συμπτώματα του καρκίνου και τη σκοπιμότητα της συστηματικής περιοδικής εξετάσεως.

Οι ασθενείς με καρκίνο μαστού είναι άτομα με αρκετές ιδιαιτερότητες και εκδηλώνουν συχνά νευρικότητα, επιθετικότητα, αρνητισμό και άλλα.

Πέρα από το οικογενειακό περιβάλλον και το γιατρό, σημαντικό ρόλο καλείται να επιτελέσει και ο Νοσηλευτής, τόσο κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και θεραπείας της νόσου και παροχής φροντίδας εντός του νοσοκομείου όσο και εκτός του νοσοκομείου, στην κοινότητα.

Ο Νοσηλευτής, εκτός από τις νοσηλευτικές αρμοδιότητες που θα προσφέρει με ιδιαίτερη προσοχή, καλείται να στηρίξει ηθικά τον ασθενή αλλά και την οικογένειά του, πρέπει να είναι οπλισμένος με υπομονή και επιμονή και να αναπτύξει μία σωστή επικοινωνία μαζί του, έτσι ώστε να εξωτερικεύει τις αδυναμίες, τα συναισθήματα και τους φόβους του, σε ένα περιβάλλον εμπιστοσύνης και ασφάλειας που έχει δημιουργηθεί.

Η σημασία του νοσηλευτικού έργου σε αυτήν την κατηγορία ασθενών είναι μεγάλη και για το λόγο αυτό πρέπει να πραγματοποιείται με ιδιαίτερη ευαισθησία και κατανόηση.

Τέλος, για να πραγματοποιηθούν οι στόχοι και οι προτάσεις που θέτει η Νοσηλευτική για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και τη στήριξη των ογκολογικών ασθενών θα πρέπει να υπάρξει μεγάλη κοινωνική ευαισθητοποίηση και πολιτική θέσπιση θεσμών.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

**ARNOT, R.** (2003), *"Ca του στήθους, διατροφή για πρόληψη και αντιμετώπιση"*, Γιάννενα: Μοντέρνοι Καιροί, σ. 151 – 156.

**BERNADETTE, S.** (1994), *"Μετεγχειρητικές ασκήσεις σε γυναίκες με μαστεκτομή"*, Θεσσαλονίκη: Σύλλογος Καρκινοπαθών Μακεδονίας – Θράκης, σ. 35.

**DOLLINGER, M. & ROSENBAUM, E. & CABLE, G.** (1992) *"Ο Καρκίνος. Διάγνωση και Πρόληψη, Θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους"*, Αθήνα: Κάτοπτρο, σ. 297-322.

**FARISELLI, G. & RAZZOLI, D.** (2005), *"Πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου με φάρμακα της φύσης"*, Μετάφραση Β. Κατσιφός, Αθήνα: σ. 116.

**LIPPERT, H.** (1993), *"Ανατομική"*, Αθήνα: Παρισιάνος, σ. 82 – 83.

**ΒΑΣΙΛΟΜΑΝΩΛΑΚΗΣ, Μ.** (2000), *"Μεγαχημειοθεραπεία με υποστήριξη αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων σε ασθενείς με καρκίνο μαστού"*, Στο Α. ΒΑΛΑΒΑΝΙΔΗΣ, *"Μεταπτυχιακά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας"*, Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, σ. 106.

**ΒΑΛΑΒΑΝΙΔΗΣ, Α.** (2000), *" Περιβάλλον και κακοήθεις νεοπλασίες: Εξωγενείς, Περιβαλλοντικοί παράγοντες καρκινογένεσης στον άνθρωπο και εκτίμηση κινδύνου"*, Αθήνα: Βήτα, σ. 41- 43.

**ΒΑΡΡΑΣ, Μ.** (1999), *"Μαιευτική - Γυναικολογία"*, Αθήνα: Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων, σ. 180.

**ΓΑΚΗ, Β.** (2002), *"Ανάλυση μικροδορυφορικού DNA σε νεοπλασίες του μαστού"*, Ηράκλειο: Διπλωματική Εργασία, σ. 67 – 68.

**ΔΗΜΗΤΡΑΚΑΚΗΣ, Κ.** (2002), *"Καρκίνος μαστού και Μοριακή βιολογία"*, Αθήνα: Παρισιάνος, σ. 1 – 2.



**ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ, Ν.** (2000), *"Η μαστογραφία στην Κλινική Πράξη"*, Αθήνα: Παρισιάνος, σ. 16 – 17.

**ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Μ.** (2006), *"Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού στην περιφέρεια της Δυτικής Μακεδονίας"*, Πάτρα: Διπλωματική Εργασία, σ. 17 -18.

**ΚΑΡΑΙΣΚΟΥ, Κ. & ΚΟΝΤΟΠΑΝΟΥ, Ι.** (2005), *"Ο Νοσηλευτής στην Πρόληψη και στη Διάγνωση του καρκίνου του μαστού"*, Πάτρα: Πτυχιακή εργασία, σ. 26 – 28.

**ΚΟΥΛΑΡΗ, Ε.** (1991), *"Καρκίνος μαστού Νοσηλευτική Παρέμβαση"*, Αθήνα: Βήτα, σ. 121.

**ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ, Δ.** (1999), *"Ο καρκίνος και προλαμβάνεται και θεραπεύεται"*, Πάτρα: σ. 7 – 9.

**ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΣ, Χ.** (1997), *"Μετεκπαιδευτικό μάθημα. Καρκίνος του μαστού – Βασικές γνώσεις"*, Αθήνα: Επίτομος, σ. 56 – 57, 63 – 66.

**ΜΠΑΔΡΑ, Α.** (2005), *"Συσχέτιση ευρημάτων μαστογραφίας και προγνωστικών δεικτών σε μη – ψηλαφητές βλάβες του μαστού"*, Πάτρα: Διπλωματική Εργασία, σ. 10 – 11.

**ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Ν.** (2005), *"Γυναικολογία"*, Αθήνα: Παρισιάνος, σ. 446 – 448.

**ΡΙΖΟΥ, Ε.** (2002), *"Χρωμοσωματικές και γονιδιακές ανακατατάξεις στους καλοήθεις όγκους του μαστού. Γενετικές προσεγγίσεις της ογκογενετικής διεργασίας"*, Ιωάννινα: Επίτομος, σ. 4 – 7.

**ΣΑΚΟΡΑΦΑ, Χ.** (2002), *"Ο καρκίνος του μαστού"*, Αθήνα: Λαγός, σ. 34- 36.

**ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ, Α.** (2000), *"Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική"*, Αθήνα: Βήτα, σ. 485 – 493.

**ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ, Ε.** (2005), *"Καρκίνος μαστού και Νοσηλευτική Παρέμβαση"*, Πάτρα:

Πτυχιακή εργασία, σ. 50 – 51, 40, 67 – 75.

**ΣΠΗΛΙΩΤΗΣ, Δ.** (1999), *"Καρκίνος απ' την άγνοια ... στον φόβο"*, Πάτρα: Αχαϊκές Εκδόσεις, σ. 245 – 246.

**ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ, Ε.** (2002), *"Συγκριτική μελέτη του Mhna της κυτταροκερατίνης – 19 της MASPIN και του CEA στο αίμα ασθενών με καρκίνο του μαστού και διερεύνηση των μεταβολών τους κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας ή και ορμονοθεραπείας"*, Ηράκλειο: Διπλωματική Εργασία, σ. 26 – 30.

**ΤΖΩΡΑΚΟΛΕΥΘΕΡΟΥΛΑΚΗΣ, Ε.** (1997), *"Χειρουργικές Παθήσεις του μαστού"*, Αθήνα: Πίτσας, σ. 51 – 55.

**ΤΣΑΠΑΚΗΣ, Υ.** (2006), *"Ο καρκίνος του μαστού. Προληπτική συμπεριφορά και πεποιθήσεις γυναικών για την αντιμετώπιση του"*, Ηράκλειο: Διπλωματική Εργασία, σ. 4 – 9.

**ΦΥΣΣΑΣ, Γ.** (2006), *"Ο Μαστός και οι παθήσεις του, ένας οδηγός για κάθε γυναίκα με ερωτήσεις και απαντήσεις"*, Αθήνα: Λαγός, σ. 83.

#### ***Ηλεκτρονικές Διευθύνσεις***

[www.breastcancerhellas.gr](http://www.breastcancerhellas.gr), 06/07/2008.

[www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr), 06/07/2008.

[www.femme.gr](http://www.femme.gr), 06/07/2008.

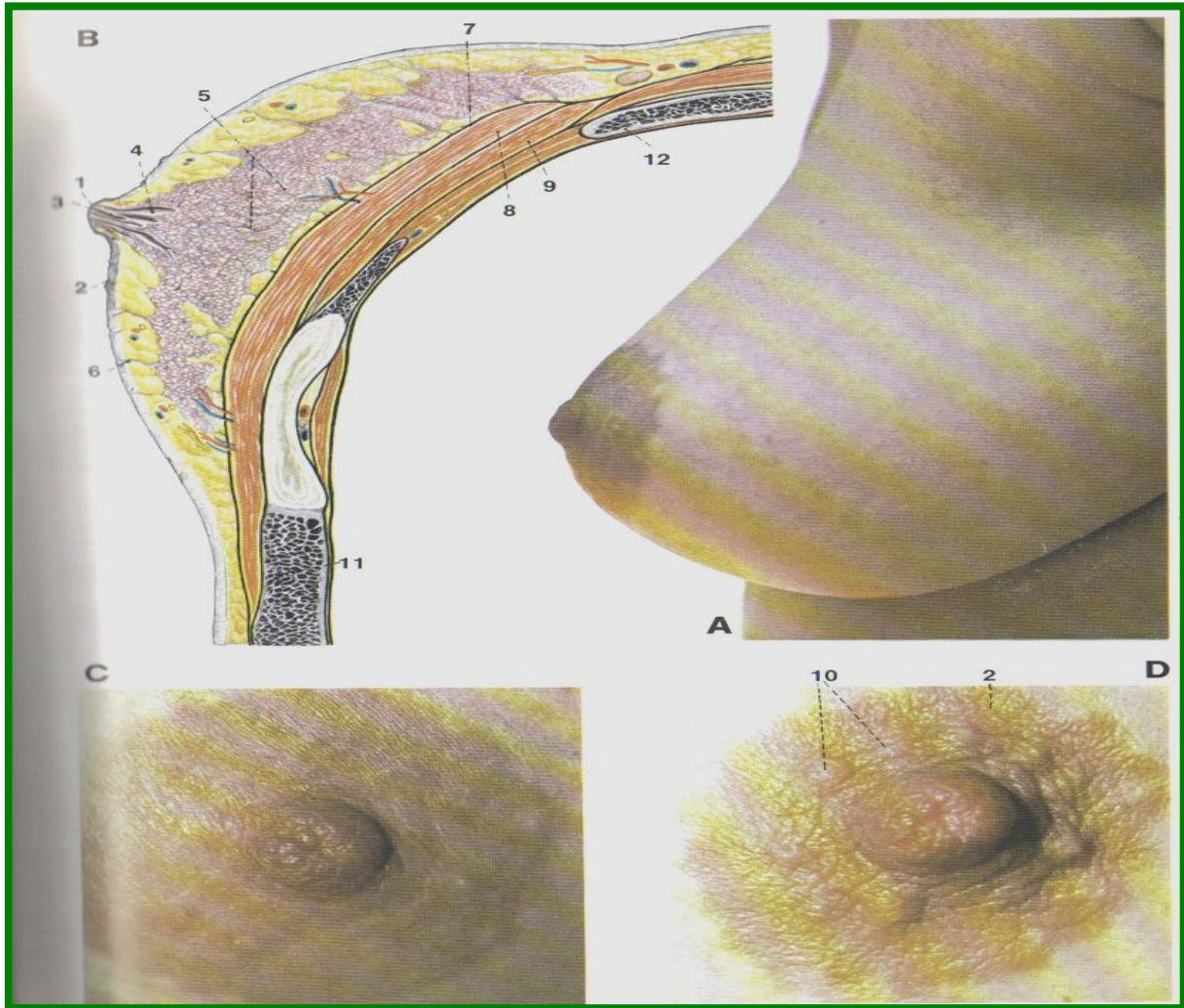
[www.mastologia.gr](http://www.mastologia.gr), 06/07/2008.

[www.medlook.gr](http://www.medlook.gr), 06/07/2008.

[www.myworld.gr](http://www.myworld.gr), 06/07/2008.

[www.surgeon.gr](http://www.surgeon.gr), 06/07/2008.

*ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ*



**Εικόνα 1:** Ανατομία Μαστού.

1.	θηλή του μαστού .....	papilla mammaria
2.	άλως της θηλής .....	areola mammae
3.	γαλακτοφόρος πόρος .....	ductus lactifer
4.	γαλακτοφόρος κόλπος (διεύρυνση του γαλακτοφόρου πόρου).....	sinus lactifer
5.	λόβια του μαστικού αδένα.....	lobuli glandulae mammae
6.	λίπος .....	stratum adiposum (mammae)
7.	θωρακική περιτονία.....	fascia pectoralis
8.	μείζων θωρακικός μυς.....	m. pectoralis major
9.	ελάσσων θωρακικός μυς.....	m. pectoralis minor
10.	αλωαίοι αδένες (φυμάτια του Montgomery).....	glandulae areolares
11.	στέρνο.....	sternum
12.	πλευρά.....	costa

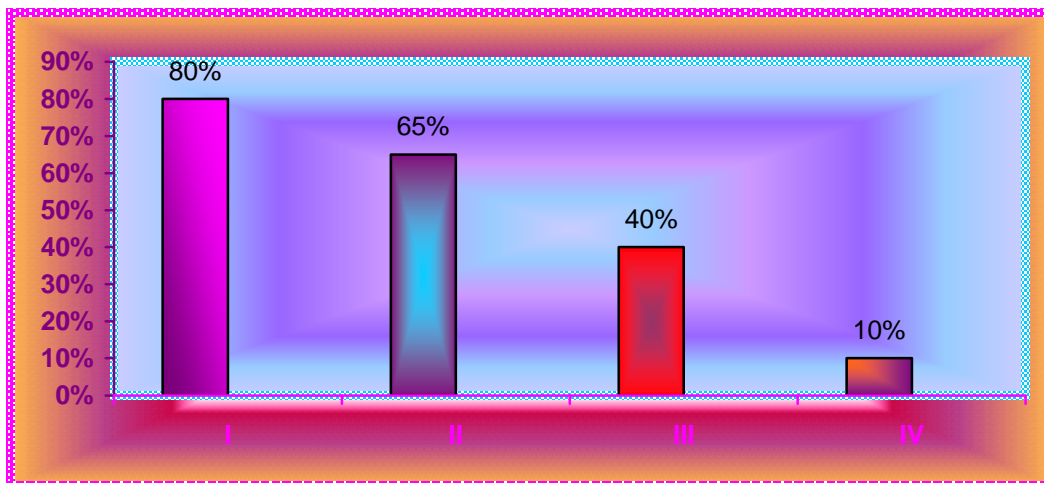
**Πίνακας 1:**  
Ανατομία Μαστού (Herbert, 1993).

<b>(Α) Μεγάλη αύξηση του κινδύνου</b>
Μεταλλάξεις BRCA 1 & 2, Σύνδρομο Li – Fraumeni Μεγάλη ηλικία Δυτικός Πολιτισμός Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού ή ωθηκών σε συγγενείς 1 <sup>ου</sup> βαθμού Καλοήθης νόσος του μαστού με άτυπη υπερπλασία Έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία Προηγηθείσα διάγνωση καρκίνου του μαστού
<b>(Β) Μέτρια αύξηση του κινδύνου</b>
Πρώιμη εμμηναρχή Όψιμη εμμηνόπαυση Ατοκία ή μεγάλη ηλικία πρώτης κύησης (< 30 ετών) Υψηλό κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο Κατανάλωση αλκοόλ Παχυσαρκία (μόνο για μετεμμηνοπαυσικές γυναίκες) Μη – ευνοϊκή μαστογραφική απεικόνιση Διάγνωση σαρκώματος μαλακών μορίων στα παιδιά Προηγηθείσα διάγνωση καρκίνου ωθηκών, ενδομητρίου ή παχέος εντέρου Καλοήθης νόσος του μαστού με υπερπλασία, αλλά όχι ατυπία Χρήση p.o. αντισυλληπτικών (για > 10 έτη) Χορήγηση θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης στην εμμηνόπαυση
<b>(Γ) Αμφισβητούμενη αύξηση</b>
Διακοπή πρώτης κύησης Ψυχοσωματικοί παράγοντες Δίαιτα με πολλά λίπη Πολύπλοκο ινοαδένωμα Έκθεση σε χαμηλής συχνότητας ηλεκτρομαγνητικά πεδία
<b>(Δ) Μείωση του κινδύνου</b>
Πλήρης κύηση σε ηλικία < 20 ετών Πολλές κυήσεις Ωθηκεκτομή σε ηλικία < 45 ετών Φυσιολογική άσκηση, ειδικά στη διάρκεια της εφηβείας Θηλασμός
<b>(Ε) Καμία επίδραση</b>
Μέγεθος μαστού Ινοκυστική μαστοπάθεια χωρίς υπερτροφικές αλλοιώσεις Κάπνισμα Έκθεση σε χλωρίνη και παράγωγά της

**Πίνακας 2:** Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού (Μπάδρα, 2000).

Καλοήγη Νεοπλάσματα	Κακοήγη Νεοπλάσματα
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Είναι εντοπισμένος όγκος</li> <li>Ø Περιβάλλεται από ινώδη κάψα</li> <li>Ø Εμφανίζει περιορισμένη ικανότητα προς ανάπτυξη</li> <li>Ø Εμφανίζει ομαλό σχήμα</li> <li>Ø Δεν κάνουν μεταστάσεις</li> <li>Ø Δεν διηθούν τους γύρω ιστούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Τείνουν διαρκώς να αυξάνονται</li> <li>Ø Δεν είναι περιγεγραμμένα, δεν έχουν κάψα</li> <li>Ø Πολλαπλασιάζονται με ταχύ ρυθμό</li> <li>Ø Συχνά υποτροπιάζουν</li> <li>Ø Κάνουν μεταστάσεις</li> <li>Ø Διηθούν στους γύρω ιστούς</li> </ul>

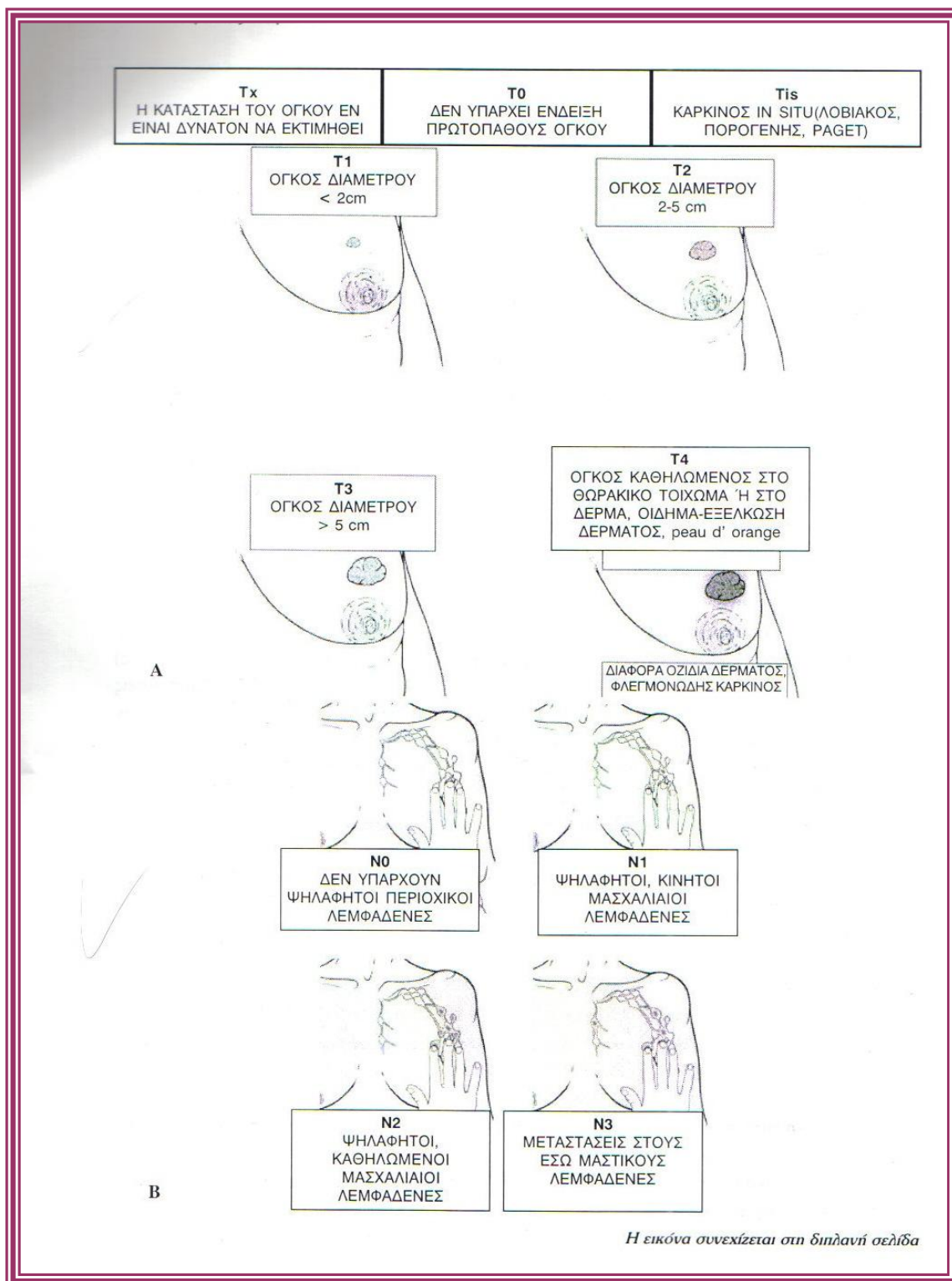
**Πίνακας 3:** Χαρακτηριστικά Νεοπλάσματος (Καραίσκου, 2005).



**Πίνακας 4:** Σταδιοποίηση σύμφωνα με το σύστημα TNM

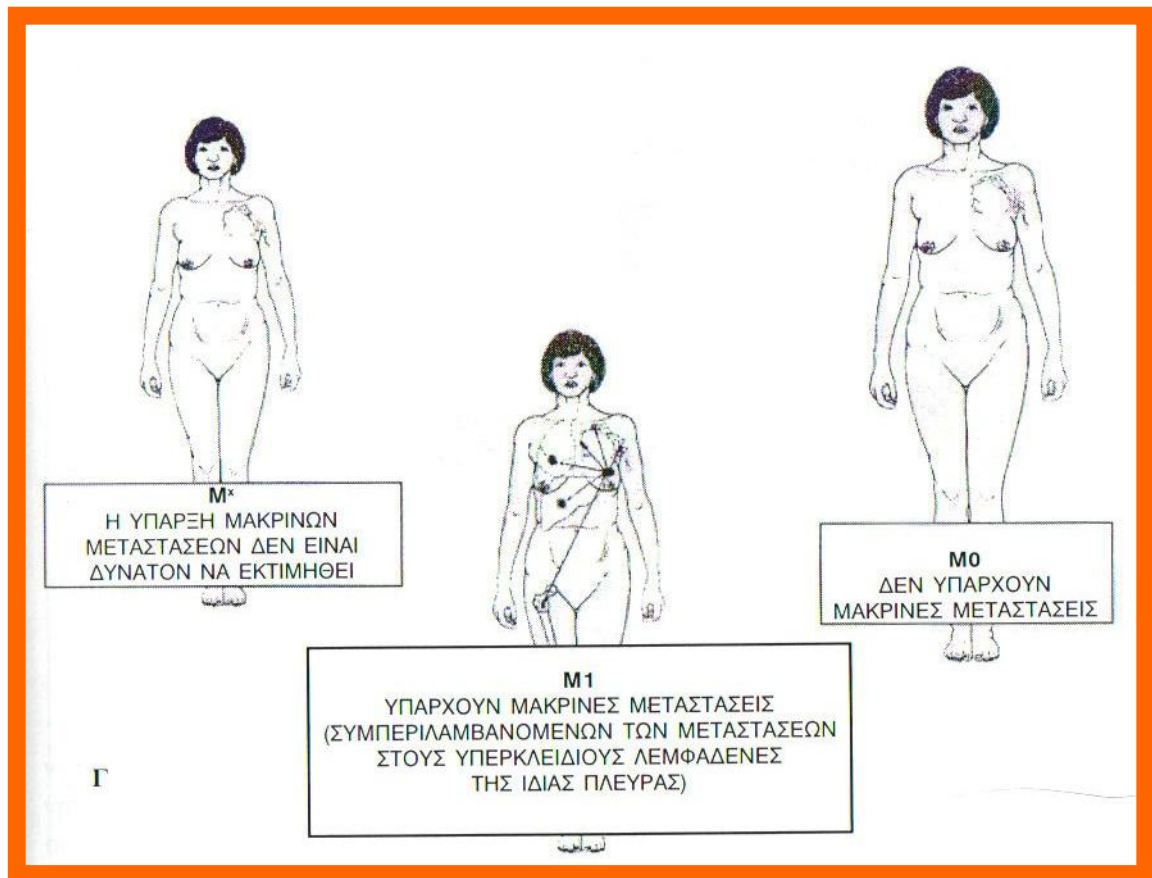
ΣΤΑΔΙΟ	TNM
0	Tis N0M0
I	T1N0M0
IIA	T0N1M0
	T1N1M0
	T2N0M0
IIB	T2N1M0
	T3N0M0
	T0N2M0
IIIA	T1N2M0
	T2N2M0
	T3N1M0
	T3N2M0
IIIB	T4, κάθε N, M0
	Κάθε T, N3M0
IV	κάθε T, κάθε N, M1

**Πίνακας 5:** Ταξινόμηση κατά TNM.



**Εικόνα 2**





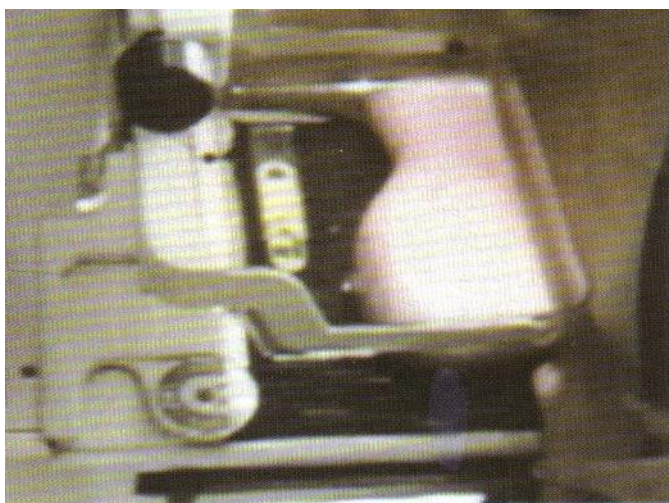
**Εικόνα 3:** Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού σύμφωνα με το σύστημα TNM. Ο καρκίνος του μαστού ταξινομείται ανάλογα με τους χαρακτήρες του πρωτοπαθούς όγκου (T), την ύπαρξη λεμφαδενικών μεταστάσεων (N) και την ύπαρξη μακρινών μεταστάσεων (M). Με την σταδιοποίηση εκτιμάται το πόσο προχωρημένος είναι ο καρκίνος του μαστού. Για το λόγο αυτό, η σταδιοποίηση έχει τεράστια σημασία τόσο για την πρόγνωση (για την εκτίμηση δηλαδή της πιθανής πορείας και εξέλιξης της νόσου) όσο και για τον καθορισμό του είδους της θεραπείας που θα εφαρμοστεί. Όσο πιο προχωρημένο είναι το στάδιο του καρκίνου, τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση.



**Εικόνα 4:** Σύστημα μαστογραφίας και η τοποθέτηση της ασθενούς



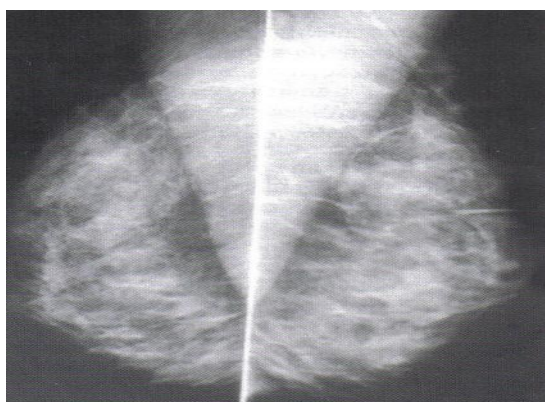
**Εικόνα 5:** Τοποθέτηση ασθενούς για κατά μέτωπο (κεφαλουραία) προβολή



**Εικόνα 6:** Τοποθέτηση ασθενούς για λοξή προβολή



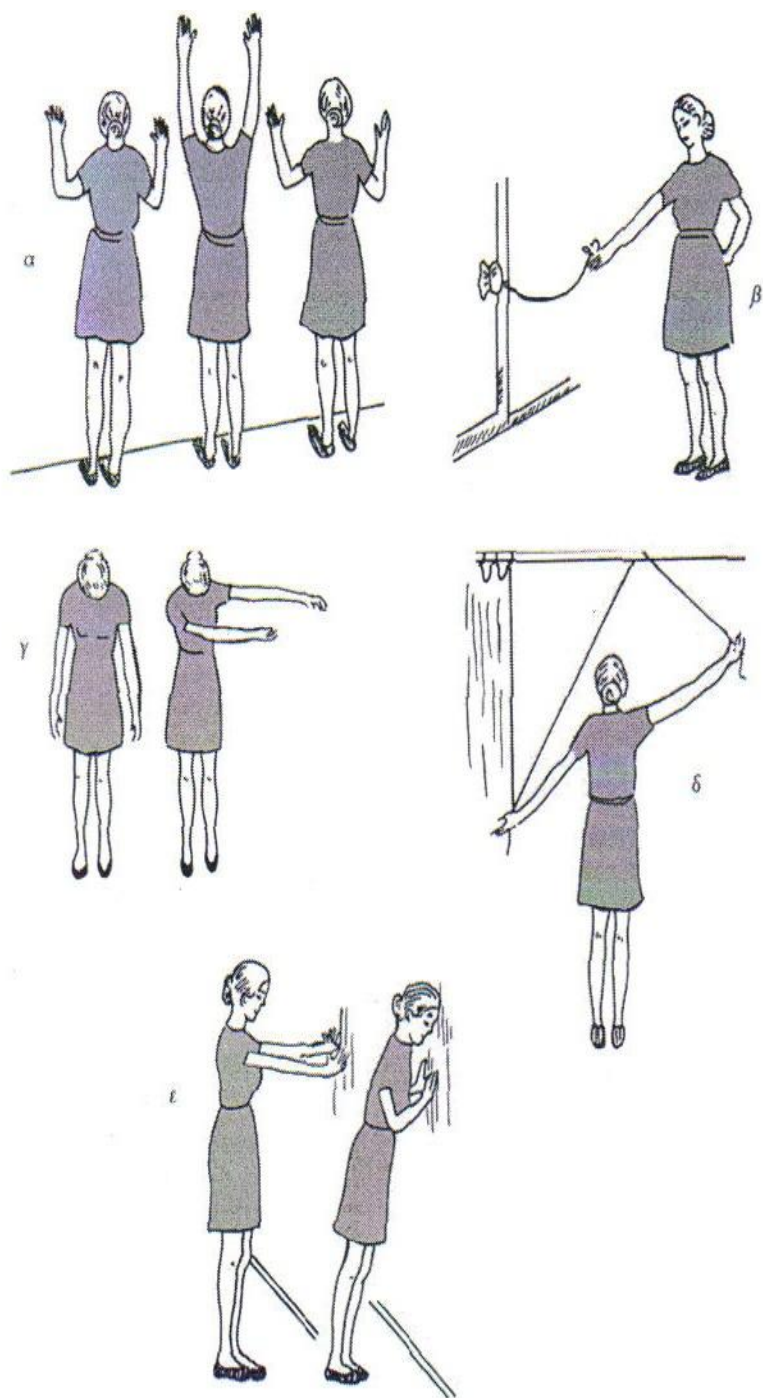
**Εικόνα 7:** Τοποθέτηση ασθενούς για εντοπιστική (spot) προβολή



**Εικόνα 8:** Η συγκριτική αξιολόγηση των μαστογραφικών εικόνων είναι απαραίτητη για την εντόπιση μικρών περιοχών ασυμμετρίας ή διαταραχής της αρχιτεκτονικής.

<u>Κάτω από τα 35</u>	<u>Μεταξύ 35 και 50</u>	<u>Πάνω από τα 50</u>
Ινοκυστική νόσος	Ινοκυστική νόσος	Καρκίνος
Ινοαδένωμα	Καρκίνος	Ινοκυστική Νόσος
Μαστίτις	Ινοαδένωμα	Λιπώδης Νέκρωση
Λιπώδης Νέκρωση	Μαστίτις	Μαστίτις (σπάνια)
Καρκίνος	Λιπώδης Νέκρωση	
	Θήλωμα	

**Πίνακας 6:** Παθήσεις του γυναικείου μαστού κατά σειρά συχνότητας εμφάνισης στις διάφορες ομάδες ηλικιών (Σακοράφα, 2000).



**Εικόνα 9:** Ασκήσεις μετά από μαστεκτομή. Α. Αναρρίχηση στον τοίχου, Β. Γύρισμα σχοινιού, Γ. Αιώρηση χεριών, Δ. Τροχαλία, Ε. Άγγιγμα μετώπου



## ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟΥ ΧΕΡΙΟΥ

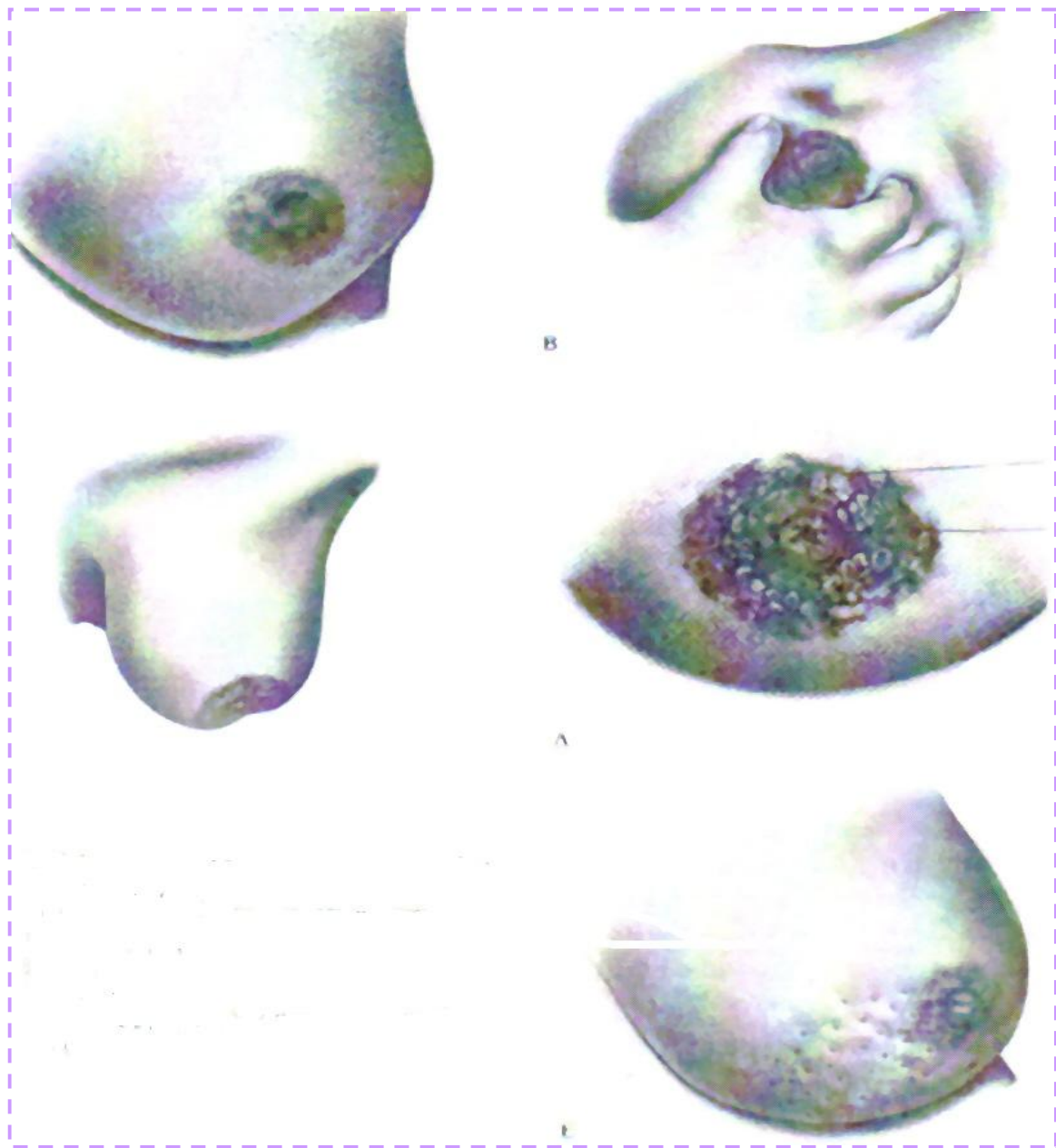
### ΝΑ

- ☐ Να φοράτε ελαστικό γάντι όταν ασχολείστε με τη μαγειρική, την καθαριότητα, ή το πλύσιμο των πιάτων.
- ☐ Να φοράτε δακτυλήθρα όταν ράβετε ή κεντάτε.
- ☐ Να βάζετε κρέμα λανουίνης στο χέρι, πολλές φορές την ημέρα.
- ☐ Να φοράτε την ιατρική ταυτότητα με την εγχάραξη: «Προσοχή - λεμφοιδηματικό χέρι - όχι υποδόριες».
- ☐ Να αναφέρετε στο γιατρό σας αν τραυματίσατε το χέρι σας, αν είναι ερυθρό, θερμό ή ασυνήθιστα σκληρό ή οίδηματώδες.
- ☐ Να επιστρέψετε για επανεξέταση σε διάστημα 2 μηνών.

### ΝΑ ΜΗΝ

- ☒ Να μην κρατάτε τσιγάρο στο χέρι αυτό.
- ☒ Να μην κρατάτε με αυτό το χέρι την τσάντα ή άλλο βαρύ αντικείμενο.
- ☒ Να μην κόβετε ή τραβάτε τις παρανυχίδες σε αυτό το χέρι.
- ☒ Να μη σκάβετε τον κήπο σας με αυτό το χέρι και να μην κόβετε αγκαθωτά φυτά.
- ☒ Να μην πλησιάζετε ζεστό φούρνο με αυτό το χέρι.
- ☒ Να μην αφήνετε να σας κάνουν ένεση σε αυτό το χέρι.
- ☒ Να μην αφήνετε να σας πάρουν αίμα από αυτό το χέρι.
- ☒ Να μην επιτρέπετε να παίρνεται η αρτηριακή πίεση από αυτό το χέρι.

Πίνακας 7: (Σαχίνη – Καρδάση, 2000).



**Εικόνα 10:** Παθολογικά ευρήματα κατά την επισκόπηση του μαστού, ύποπτα για καρκίνο (Σακοράφα, 2000).



**Εικόνα 11:** Όγκος μαστού που μεγαλώνει χωρίς θεραπεία για 5 χρόνια. Φαίνεται πλέον και με το μάτι. Λίγο ακόμα και θα εξέλκωθεί προς το δέρμα ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr) 06/107/2008).



- Αριστερή μαστεκτομή και ανακατασκευή μαστού έτοιμη για ανακατασκευή της θηλής

Εικόνα 12: [www.femme.gr](http://www.femme.gr) 06/07/2008.



- Εικόνα δεξιάς τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής

Εικόνα 13: [www.mastologia.gr](http://www.mastologia.gr) 06/07/2008.





§ Εξέλκωση καρκίνου  
μαστού. Η γυναίκα 60  
ετών το έκρυβε για 5  
χρόνια ακόμα και από το  
σύζυγό της.

Εικόνα 14: [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr) 06/07/2008.



Εικόνα 15: [www.surgeon.gr](http://www.surgeon.gr) 06/07/2008.