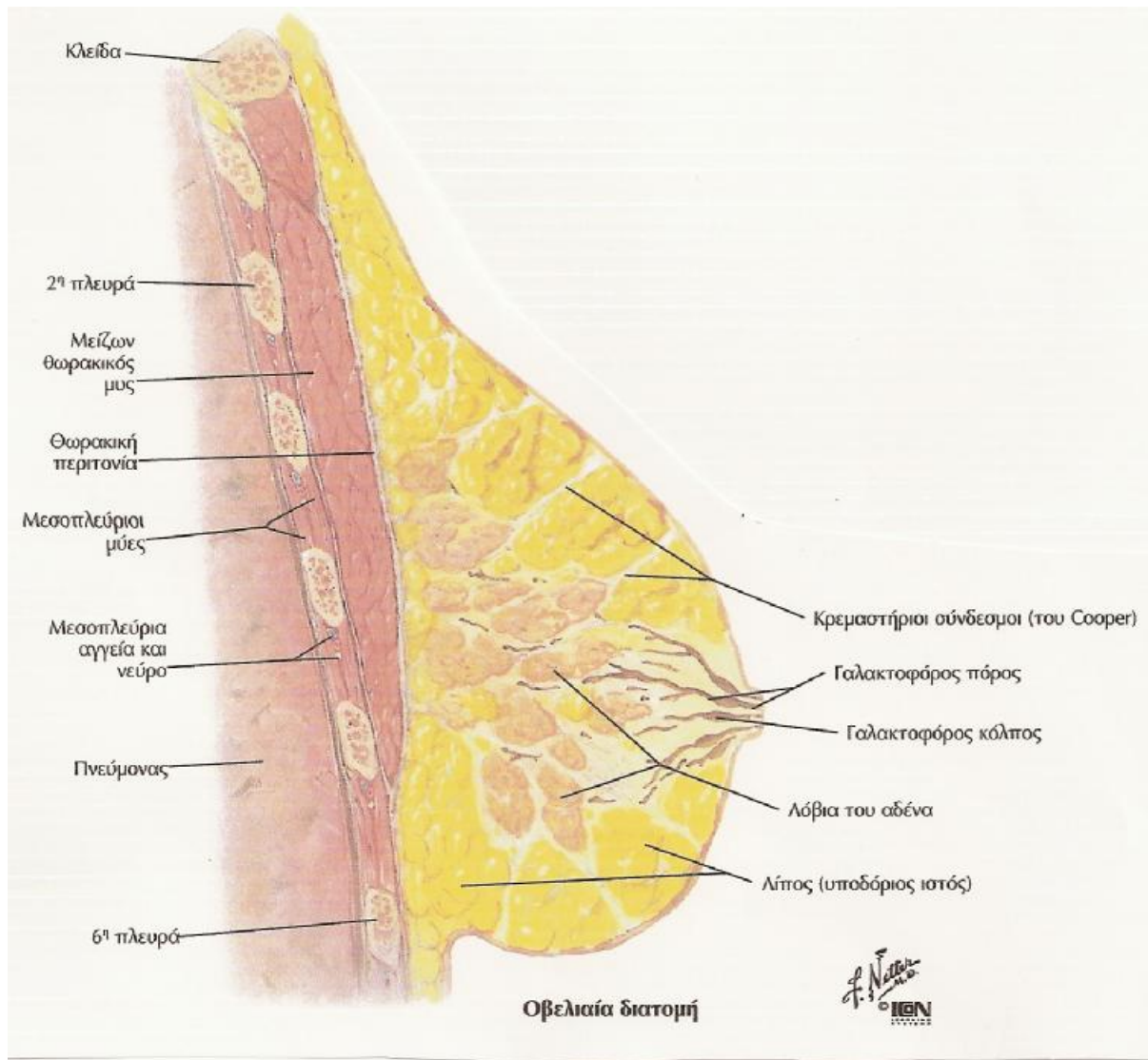


ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΚΟΡΟΛΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ
ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	4
Πρόλογος.....	5
Εισαγωγή.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο.....	12
1.1 Επιδημιολογία.....	13
1.2 Ανατομία.....	15
1.3 Φυσιολογία.....	17
1.4 Παθολογική ανατομία.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο.....	24
2.1 Προγνωστικοί παράγοντες του όγκου.....	25
2.2 Μεταστάσεις.....	27
2.3 Κλινική ταξινόμηση – Σταδιοποίηση.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο.....	33
3.1 Αίτια – Παράγοντες κινδύνου.....	34
3.2 Κλινική εικόνα.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο.....	42
4.1 Διάγνωση.....	43
4.1.1 Επισκόπηση.....	44
4.1.2 Ψηλάφηση.....	45
4.1.3 Ιστορικό.....	49
4.2 Αυτοεξέταση.....	50
4.2.1 Μαστογραφία	51
4.2.2 Θερμογραφία.....	54
4.2.3 Ξηρογραφία.....	55
4.2.4 Υπερηχογράφημα.....	55
4.2.5 Μαγνητική τομογραφία (MRI).....	57

4.2.6 Διαφανοσκόπηση.....	58
4.2.7 Φλεβογραφία.....	58
4.2.8 Σπινθηρογράφημα.....	59
4.2.9 Αξονική τομογραφία.....	60
4.2.10 Κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου.....	61
4.2.11 Ακτινολογική εξέταση	61
4.2.12 Βιοψία	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο.....	63
5.1 Θεραπεία.....	64
5.1.1 Χειρουργική Θεραπεία.....	65
5.1.2 Χημειοθεραπεία.....	67
5.1.3 Ακτινοθεραπεία.....	71
5.1.4 Ορμονοθεραπεία.....	75
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο.....	78
6.1 Νοσηλευτική Φροντίδα στις Διαγνώσεις.....	79
6.1.1 Νοσηλευτική Φροντίδα στη Μαστογραφία.....	79
6.1.2 Νοσηλευτική Φροντίδα στη Βιοψία–Προεγχειρητική- Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα.....	82
6.2 Νοσηλευτική Φροντίδα στη Θεραπεία.....	84
6.2.1 Νοσηλευτική Φροντίδα στη Χειρουργική Θεραπεία.....	84
6.2.2 Νοσηλευτική Φροντίδα στην Χημειοθεραπεία.....	92
6.2.3 Νοσηλευτική Φροντίδα στην Ακτινοθεραπεία.....	98
6.2.4 Νοσηλευτική Φροντίδα στην Ορμονοθεραπεία.....	102
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο.....	103
7.1 Προβλήματα Ασθενών.....	104
7.2 Επιπλοκές από Μεταστάσεις σε άλλα Όργανα-Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις.....	105

7.3 Τι πρέπει να γίνεται Μεταθεραπευτικά.....	107
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο.....	108
8.1 Εκτίμηση του Πόνου.....	109
8.1.1 Αιτιολογία του Πόνου.....	110
8.1.2 Θεραπεία του Πόνου.....	111
8.2 Η επιλογή της αρχικής Δόσης.....	112
8.3 Ανεπιθύμητες Ενέργειες.....	113
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο.....	115
9.1 Νοσηλευτική Ψυχολογική Υποστήριξη.....	116
9.2 Μείωση Αυτοεκτίμησης–Νοσηλευτική Παρέμβαση.....	118
9.3 Ομάδες Συμπαράστασης για τους Καρκινοπαθείς.....	119
9.4 Η ανάγκη της ασθενούς για Ψυχαγωγία.....	121
9.5 Χαλάρωση και ανάρρωση από το Καρκίνο.....	122
9.6 Έξοδος από το νοσοκομείο-Νοσηλεία στο σπίτι.....	123
9.7 Επιστροφή στην Εργασία.....	124
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο.....	125
10.1 Πρόληψη.....	126
10.1.1 Ειδικές Δραστηριότητες στη Πρωτογενή Πρόληψη.....	127
10.1.2 Ειδικές Δραστηριότητες στη Δευτερογενή Πρόληψη.....	129
10.2 Νοσηλευτικές συμβουλές για τη Διατροφή.....	132
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο.....	133
11.1 Καρκίνος του Μαστού στον Άνδρα.....	134
Επίλογος.....	135
Περίληψη.....	137
Παράρτημα.....	140
Νοσηλευτική Διεργασία.....	159
Βιβλιογραφία.....	175

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Σ' αυτή τη προσπάθειά μου θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την οικογένειά μου και όλους εκείνους που με βοήθησαν και μου συμπαραστάθηκαν στη τετραετή φοίτησή μου .

Πολύτιμη στάθηκε η συμβολή του εισηγητή μου κύριου Γιαννούλη Νικόλαου.

Ευχαριστίες όμως ανήκουν και στους καθηγητές του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας που κατά τη διάρκεια της φοιτήσεώς μου, με δίδαξαν θεωρητικά και πρακτικά τις νοσηλευτικές γνώσεις και αύξησαν τη κριτική μου σκέψη.

Με εκτίμηση
Η σπουδάστρια
Κορολή Αγγελική

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η λέξη καρκίνος είναι συνώνυμος με τον όρο κακόηθες νεόπλασμα. Άλλες λέξεις που έχουν την έννοια νεοπλασματικής ασθένειας είναι κακοήθεια, όγκος, καρκίνωμα, εκτροπή στην ανάπτυξη των κυττάρων και η συντομογραφία <<Ca>> χωρίς όμως να είναι και συνώνυμη. (Μαλγαρινού Μ. – Κωνσταντινίδου Σ. 2003).

Ακόμη και σήμερα που η εξέλιξη της επιστήμης και ειδικότερα της ιατρικής έχει προχωρήσει η λέξη καρκίνος συνεχίζει να προκαλεί φόβο, άγχος και αγωνία στον άνθρωπο και αυτό γιατί παραμένουν αδιευκρίνιστες οι αιτίες που τον προκαλούν και τα θεραπευτικά μέτρα φαντάζουν περίπλοκα. (Κόνιαρη Ε. 1991).

Ένα νεόπλασμα μπορεί να είναι καλόηθες ή κακόηθες. Το καλόηθες νεόπλασμα είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων τα οποία δεν είναι πολύ βλαπτικά, δεν διασπείρονται (μεταναστεύουν) σε άλλα μέρη του οργανισμού και δεν διηθούν τους παρακείμενους ιστούς. Το κακόηθες νεόπλασμα είναι ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων, πάντοτε επιβλαβής στον οργανισμό, που διασκορπίζονται ή μεταναστεύουν σε άλλους ιστούς μακριά από την αρχική τους εμφάνιση. (Μαλγαρινού Μ. – Κωνσταντινίδου Σ. 2003).

Ο καρκίνος εκπροσωπεί μια μεγάλη ομάδα από ασθένειες που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη διασπορά ανώμαλων κυττάρων. Αυτή η ομάδα ασθενειών :

- ➔ Εμφανίζεται σε διάφορους ιστούς και όργανα
- ➔ Παρουσιάζει μεγάλες διαφορές μεταξύ των ατόμων στην εμφάνιση και ταχύτητα ανάπτυξης
- ➔ Μπορεί να ακολουθεί διαφορετική πορεία ανάπτυξης στο άτομο που εκδηλώνεται. Συχνά παρουσιάζει διαφορετική ευαισθησία στα διάφορα

είδη θεραπείας που εφαρμόζονται σ' αυτά. (Μαλγαρινού Μ. – Κωνσταντινίδου Σ. 2003).

Ο καρκίνος του μαστού αν και δεν θεωρείται γυναικολογική διαταραχή, οι γυναίκες μόλις διαπιστώσουν κάποιο ογκίδιο στο μαστό καταφεύγουν στο γυναικολόγο. Μπορεί να θεραπευτεί, αν διαγνωστεί έγκαιρα και ακολουθηθεί η κατάλληλη θεραπεία. Η έγκαιρη ανίχνευση είναι το κλειδί της επιτυχημένης θεραπείας και γίνεται με την διαφώτιση των γυναικών για αυτοεξέταση των μαστών. (Σαχίνη-Καρδάση Α. , Πάνου Μ. 2000).

Γι' αυτό τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια για την καλύτερη ενημέρωση των γυναικών, όσον αφορά τη πρόληψη του καρκίνου (αυτοεξέταση-μαστογραφία). (Κόνιαρη Ε 1991).

Η εργασία μου θα επικεντρωθεί στο καρκίνο μαστού που αφορά το γυναικείο πληθυσμό, ωστόσο ο καρκίνος μαστού μπορεί να παρουσιαστεί και σε άντρες όπου θα γίνει μια μικρή αναφορά. Πιο αναλυτικά η ύλη της εργασίας μου θα χωριστεί στα παρακάτω κεφάλαια :

Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρω τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, τα ανατομικά και φυσιολογικά χαρακτηριστικά του μαστού καθώς και τη παθολογική ανατομία όπου ταξινομείται ο καρκίνος του μαστού και διακρίνονται δύο τύποι.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρω τους προγνωστικούς παράγοντες της νόσου, με ποιους τρόπους γίνονται οι μεταστάσεις και πως ταξινομείται και σταδιοποιείται κλινικά ο καρκίνος του μαστού.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρω τα αίτια του καρκίνου του μαστού όπως για παράδειγμα τα γενετικά και τα συμπτώματα τα οποία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρω τα διαγνωστικά μέσα που υπάρχουν ώστε να διαγιγνώσκεται ο καρκίνος στα πρώιμα στάδιά του αλλά και αργότερα, αυτά

είναι η φυσική εξέταση και οι διάφορες απεικονιστικές μέθοδοι που υπάρχουν και αναφέρονται σε αυτό το κεφάλαιο.

Στο πέμπτο κεφάλαιο ασχολούμαι με τη θεραπεία η οποία μπορεί να γίνει χειρουργικά, με χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και ορμονοθεραπεία και τις αναλύω κάθε μία ξεχωριστά.

Στο έκτο κεφάλαιο περνάω στο νοσηλευτικό μέρος αρχίζοντας με τη νοσηλευτική φροντίδα που πρέπει να γίνεται στα διαγνωστικά μέσα, μαστογραφία – βιοψία, συνεχίζω με τη νοσηλευτική φροντίδα στα θεραπευτικά μέσα που συνεπάγεται προεγχειρητική–μετεγχειρητική φροντίδα, ψυχολογική υποστήριξη, νοσηλευτική φροντίδα στις παρενέργειες των φαρμάκων, πρόληψη φλεγμονής και λεμφοιδήματος και διδασκαλία της ασθενούς για την έξοδό της από το νοσοκομείο.

Στο έβδομο κεφάλαιο αναφέρω τα προβλήματα που παρουσιάζει η ασθενής, τις επιπλοκές που προκαλούν οι μεταστάσεις στα άλλα όργανα και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις τους καθώς και τι πρέπει να γίνεται μεταθεραπευτικά.

Στο όγδοο κεφάλαιο κάνω μία αναφορά για το πόνο, πως πρέπει να εκτιμάται, ποιες μπορεί να είναι οι αιτίες του, ποια η θεραπεία του, ποια η επιλογή της αρχικής δόσης και ποιες είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου.

Στο ένατο κεφάλαιο αναφέρομαι στην ψυχολογία της ασθενούς και συγκεκριμένα στη μείωση αυτοεκτίμησης και τη συμβολή της νοσηλεύτριας, στη νοσηλευτική ψυχολογική υποστήριξη, στις ομάδες συμπαράστασης που υπάρχουν για τους καρκινοπαθείς, στην ανάγκη της ασθενούς για ψυχαγωγία, στη χαλάρωση και στην ανάρρωση από το καρκίνο, στην έξοδό της από το νοσοκομείο και στην επιστροφή στην εργασία της.

Στο δέκατο κεφάλαιο αναφέρομαι στη πρόληψη η οποία διακρίνεται στη πρωτογενή και δευτερογενή όπως επίσης και σε διατροφικές συμβουλές.

Στο ενδέκατο κεφάλαιο κάνω μία μικρή αναφορά στο καρκίνο του μαστού στον άνδρα, ο οποίος αν και σπανιότερος σε σχέση με τις γυναίκες είναι εξίσου επικίνδυνος.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα νεοπλάσματα έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της ιατρικής και μάλιστα από τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό οι οποίοι πρώτοι ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού. Η εικόνα του νεοπλάσματος του μαστού, όπως την περιέγραψαν οι δυο μεγάλοι σοφοί, με τη διόγκωση και διήθηση τη θηλής και τη διάταξη των αγγείων και των φλεβών γύρω από τον όγκο έμοιαζε με τον *καρκίνο*, τον κάβουρα της θάλασσας. Ακόμη η ονομασία *καρκίνος* (κάβουρας) του κακοήθους νεοπλάσματος παρουσιάζει τον πόνο από τον καρκίνο όμοιο με αυτόν που δοκιμάζει κάποιος όταν τον δαγκώσει ο κάβουρας. (Μαλγαρινού Μ.- Κωνσταντινίδου Σ. 2003).

Η σύγχρονη αντίληψη για τα νεοπλάσματα, σαν ανωμαλία της αναπτύξεως του κυττάρου, δεν είναι παλαιότερη από 130 χρόνια περίπου. Ο Johannes Müller το 1838, είναι ο πρώτος που έκανε την περιγραφή της κυτταρικής φύσεως του καρκίνου. (Μαλγαρινού Μ.- Κωνσταντινίδου Σ. 2003).

Το 1936, ο Bittner βρήκε ότι στα ποντίκια η ανάπτυξη καρκίνου του μαστού εξαρτάται από έναν παράγοντα που μεταφέρεται με το μητρικό γάλα στη διάρκεια του θηλασμού. Σήμερα έχει βρεθεί ότι είναι ιός Β τύπου RNA και αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία ως MMTV (mouse mammary tumour virus). Ανοσολογικές μελέτες έδειξαν την ύπαρξη ειδικών αντισωμάτων σε ποσοστό 60% στον ορό των γυναικών με καρκίνο του μαστού και σε ποσοστό 40% στον ορό των συγγενών τους, ενώ το ποσοστό σε κλινικά υγιείς γυναίκες χωρίς συγγενείς με καρκίνο μαστού ήταν 15%. (Κόνιαρη Ε. 1991).

Ο καρκίνος του μαστού αντιπροσωπεύει το 26-28% όλων των καρκίνων της γυναίκας και το 18-19% των θανάτων γυναικών από καρκίνο. Υπολογίζεται ότι σήμερα μια στις 10-11 γυναίκες θα παρουσιάσει καρκίνο μαστού σε κάποιο χρόνο της ζωής της. Το 1985 στις ΗΠΑ είχαμε 119.000 νέες περιπτώσεις και 40.383 θανάτους (έναντι αρχικών υπολογισμών 38.000) από καρκίνο μαστού. Στην Ελλάδα το 1975 ο αριθμός θανάτων ανά 100.000 πληθυσμό ήταν 11,6 (750 θάνατοι) που αντιστοιχούσε στην 32^η θέση σε 48 χώρες. Τη δεκαετία 1974-

75 ήταν 11,2 (32^η θέση σε 46 χώρες). Τη δεκαετία 1976-77 ήταν 15,1 (28^η θέση σε 42 χώρες). Το 1978 καταγράφηκαν 1755 περιπτώσεις καρκίνου μαστού που κάλυπταν το 10,7% στο σύνολο των κακοήθων όγκων. Τη δεκαετία 1980-81 17,4 (25^η θέση σε 47 χώρες), και το 1982-83 ήταν 18 (30^η θέση σε 50 χώρες). Η διαφαινόμενη αύξηση πρέπει να αποδοθεί στην αύξηση των νέων περιπτώσεων καρκίνου του μαστού καθώς και στην καλύτερη καταγραφή των θανάτων. (Τζωρακολευθεράκης Ε. 1992).

Το 2006 είχε υπολογιστεί ότι θα εμφανίζονταν περίπου 212.920 νέες περιπτώσεις καρκίνου μαστού στις ΗΠΑ. Στην Ευρώπη εμφανίζονται 180.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου μαστού κάθε χρόνο. (Λαβδανίτη Μ. 2007).

Η ιατρική έχει προχωρήσει αρκετά με αποτέλεσμα να υπάρχουν νέες επιλογές θεραπείας. Για μεγάλο χρονικό διάστημα η χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία ήταν τα κύρια όπλα που χρησιμοποιούσαν οι ασθενείς και οι ιατροί στη μάχη κατά του καρκίνου. Σήμερα υπάρχουν διαθέσιμες νέες θεραπείες που βασίζονται σε καινοτόμους μηχανισμούς δράσης. Οι νέες θεραπείες δρουν έναντι συγκεκριμένων μορίων – στόχων που χαρακτηρίζουν τα καρκινικά κύτταρα και απαλλάσσουν τον οργανισμό από τις παρενέργειες που προκαλούν οι καθιερωμένες αντικαρκινικές θεραπείες. (www.roche.gr/portal/eipf/greece/portal/roche.gr/breastcancer).

Λόγω της αύξησης της πρωτεΐνης HER 2 στην επιφάνεια των κυττάρων του όγκου οι επιστήμονες ανακάλυψαν ένα νέο φάρμακο, που έχει πάρει την έγκριση της αρμόδιας επιτροπής της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τη τραστουζουμάμπη που εφαρμόζεται σε συνδυασμό με έναν αναστολέα της αρωματάσης και διπλασιάζουν το χρόνο επιβίωσης χωρίς εξέλιξη της νόσου. Η τραστουζουμάμπη είναι ένα εξανθρωποιημένο μονοκλωνικό αντίσωμα, σχεδιασμένο ακριβώς να στοχεύει και να αποκλείει τη λειτουργία του HER 2. Το σημαντικό είναι ότι η συγκεκριμένη ουσία ωφελεί σταθερά τους ασθενείς ανεξάρτητα αν χορηγείται σε πρώιμο ή προχωρημένο στάδιο ή δίνεται σε

συνδυασμό με χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία ή ως μονοθεραπεία. (www.roche.gr/portal/eipf/greece/portal/roche.gr/breastcancer).

Μία μελέτη που παρουσιάζεται σήμερα αφορά τη λήψη ασπιρίνης. Πιο χαρακτηριστικά λέγεται: <<μία ασπιρίνη την ημέρα βοηθά στη μείωση του κινδύνου εκδήλωσης καρκίνου του μαστού>>. Το 75% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού πυροδοτούνται από τη θηλυκή οιστρογόνο ορμόνη και η καθημερινή λήψη ασπιρίνης συνδέεται με μείωση κατά 16% του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Οι Αμερικανοί ερευνητές υποστηρίζουν πως η μελέτη αυτή χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση, δεδομένου ότι δεν αφορούσε το σύνολο των μη στεροειδών αντι-φλεγμονωδών φαρμάκων στα οποία ανήκει και η ασπιρίνη, ενώ επιπλέον η καθημερινή της χρήση έχει συνδεθεί με διάφορα προβλήματα υγείας, όπως ερεθισμό στο στομάχι και αυξάνει το κίνδυνο αιμορραγιών. (Μαρκετάκη Β., Τοκάτλιαν Φ., Τσιβίκα Ε. 2008).

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η κατανόηση της σημασίας της έγκαιρης διάγνωσης ώστε να μπορέσει να θεραπευθεί ο καρκίνος του μαστού στα πρώιμα στάδια με καλύτερα αποτελέσματα και όσο γίνεται πιο ανώδυνα για την ασθενή.

Το να ανατρέξω σε διάφορα βιβλία σημαντικών ανθρώπων και προσωπικοτήτων για την άρση πληροφοριών που ήταν απαραίτητες για την εργασία μου, με βοήθησε στο να εμπλουτίσω τις γνώσεις μου.

Μέσα από αυτή την προσπάθεια που κάνω να μπορέσω να ενημερώσω τον αναγνώστη—και κυρίως τις γυναίκες—να μην φοβούνται τη νόσο και να αντιμετωπίζουν την όποια κατάσταση με υπομονή, θάρρος και αγώνα ούτως ώστε να επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα αυτό της θεραπείας.

Η εργασία αυτή θα τονίσει το ρόλο της νοσηλεύτριας που είναι πολύ σημαντικός και δεν σταματά εκεί που τελειώνουν οι πιθανότητες για ίαση. Αντίθετα οι επιδιώξεις της αποβλέπουν διαρκώς σε μία ζωή με ποιότητα και νόημα μέχρι τέλους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

1.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η συνηθέστερη ηλικία εμφάνισης του καρκίνου μαστού είναι η 20ετία 40-60 χρόνων. Η επίπτωση του καρκίνου του μαστού αυξάνει με την ηλικία και έτσι έχουμε λιγότερες από 80 περιπτώσεις στις 100.000 για τις ηλικίες 35-39 ενώ φτάνουμε στις 300 και 400 περιπτώσεις αντίστοιχα για τις ηλικίες 80 και 85. Στις ΗΠΑ αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου για τις γυναίκες 15-75 χρόνων, μετά από τον καρκίνο του πνεύμονος. (Τζωρακολευθεράκης Ε. 1992).

Η επίπτωσή του φαίνεται να αυξάνει, ενώ η θνητότητα παραμένει σταθερή. Ευρείας κλίμακας επιδημιολογικές μελέτες έχουν εντοπίσει δύο επιβαρυντικούς παράγοντες : α) ιστορικό καρκίνου του μαστού σε εξ αίματος συγγενείς και β) καρκίνο του μαστού στο ίδιο άτομο στο παρελθόν. (Ανδρουλάκης Γ.- Παπαδημητρίου Γ.-. 1989).

Τα κυριότερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του μαστού είναι:

- Η μεγάλη διεθνής μεταβλητότητα, η οποία παρατηρείται κυρίως στις μεγαλύτερες ηλικίες
- Η σαφής προστατευτική επίδραση της πρώτης ολοκληρωμένης εγκυμοσύνης και μάλιστα όταν αυτή συμβαίνει κατά τη νεαρή ηλικία της γυναίκας
- Η απουσία σχέσης της ασθενούς με το θηλασμό
- Η προστατευτική επίδραση της πρώιμης εμμηνόπαυσης και μάλιστα εκείνης που προκαλείται μετά από επέμβαση πάνω στη λειτουργία της ωοθήκης
- Η χωρίς αμφισβήτηση σχέση το καρκίνου του μαστού με την κυστική μαστίτιδα και η πιθανή σχέση του με τον καρκίνο του σώματος της μήτρας, των ωοθηκών και ορισμένων ενδοκρινικών νοσημάτων και
- Η διαπιστούμενη συμβολή κληρονομικών παραγόντων. (Κόνιαρη Ε.

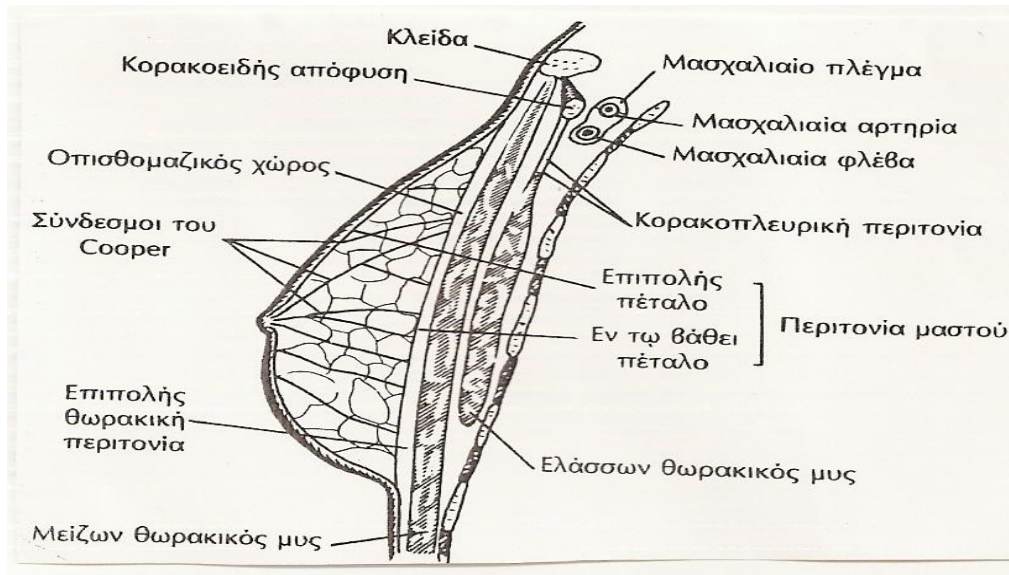
1991)

- Καρκίνο του μαστού στο ίδιο άτομο στο παρελθόν
- Γυναίκες χωρίς εγκυμοσύνη (Ανδρουλάκης Γ. – Παπαδημητρίου Γ. 1989)
- Η λήψη οιστρογόνων αυξάνει το κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου κατά 2,5 φορές
- Η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία χαμηλής δόσης (100–200 rads) αυξάνει το κίνδυνο (Αραβαντίνου Δ. 1985).
- Κοινωνικοοικονομικά και γεωγραφικά.

1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ο μαστικός αδένας ανήκει στους αδένες του δέρματος, όπως οι σμηγματογόνοι και οι ιδρωτοποιοί αδένες. Ο αδενικός ιστός βρίσκεται μέσα στον υποδόριο ιστό. 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. (Lippert H. 1993).

Τα 2/3 της μάζας του μαστού καλύπτουν το μείζονα θωρακικό μυ και το 1/3 τον πρόσθιο οδοντωτό, ενώ το κάτω χείλος του φτάνει στο πάνω όριο της θήκης του ορθού κοιλιακού. Η επιπολής περιτονία του προσθίου τοιχώματος αποτελείται από δύο στιβάδες, μία επιπολής λιπώδη στιβάδα και μία εν τω βάθει μεμβρανώδη. Στην επιπολής λιπώδη στιβάδα, αναπτύσσεται ο μαστικός αδένας, καλυπτόμενος από στρώμα λίπους. Τα διαφράγματα του συνδετικού ιστού που χωρίζουν τα αδενικά του λόβια επεκτείνονται στη θωρακική περιτονία και στο επιπολής πέταλο της περιτονίας του Scarpa, σχηματίζοντας τους συνδέσμους του Cooper. Οι τελευταίοι είναι υπεύθυνοι για την εισολκή του δέρματος σε γυναίκες με καρκίνο στο μαστό.

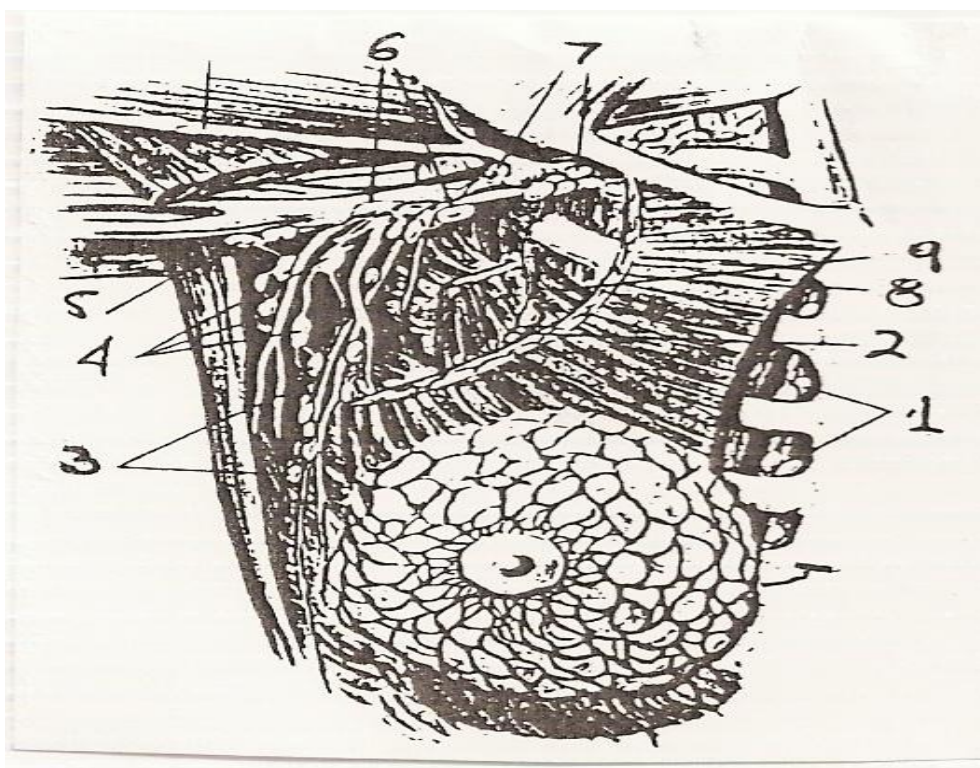


Εικ. 1.1 Οβελιαία διατομή του μαστού και του θωρακικού τοιχώματος.

Η σύσταση του μαστού είναι σκληρή και ελαστική στις γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει. Είναι μαλακή κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης, τεταμένη στην αρχή της περιόδου του θηλασμού και μαλακή έπειτα από πολλούς θηλασμούς. Η θηλαία άλω, μία στεφάνη κεχρωσμένη με διάμετρο περίπου 3-5cm, φέρει υποστρόγγυλα πολλαπλά επάρματα τα οζίδια του Montgomery, τα οποία αποτελούν μεγάλους ιδρωτοποιούς αδένες. Περιφερικώς της θηλαίας άλω, βρίσκονται θύλακοι τριχών και σμηγματογόνοι αδένες. Η θηλή του μαστού έχει χρώμα εντελώς όμοιο με το χρώμα της άλω, η κορυφή της είναι διάτρητη από 15-20 μικρά στόμια, από τα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι του μαστικού αδένος και η επιφάνειά της είναι ανόμοια και ρυτιδωτή. (Κόνιαρη Ε. 1991).

1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η αγγείωση του μαστού γίνεται από κλάδους της πλαγίας θωρακικής αρτηρίας και τους διατιτραίνοντες κλάδους των μεσοπλευρίων αρτηριών (έξω πλάγιο), ενώ οι διατιτραίνοντες κλάδοι της έσω μαστικής αρτηρίας αιματώνουν το έσω πλάγιο του μαστού. Η φλεβική αποχέτευση γίνεται κατ' ανάλογο τρόπο. Η λεμφική αποχέτευση του έσω ημιμορίου του μαστού γίνεται προς τα έσω μαστικά λεμφογάγγλια που ακολουθούν τη πορεία της ομώνυμης αρτηρίας, ενώ του έξω ημιμορίου προς τους αδένες της μασχαλαίας κοιλότητας. Οι αδένες αυτοί σχηματίζουν πέντε ομάδες, την πρόσθια (του μείζονα θωρακικού), την οπίσθια (υποπλάτια), την έξω (μασχαλαία), την κεντρική και την κορυφαία (υποκλείδια), με τη σειρά που ακολουθεί και η απαγωγή της λέμφου. Υπάρχουν επίσης λεμφαγγεία που συνδέουν το σύστημα της λεμφικής αποχέτευσης του μαστού με τους λεμφαδένες που βρίσκονται μεταξύ των δύο θωρακικών μυών (γάγγλια του Rötter).



Εικ. 1.2. Η λεμφική αποχέτευση του μαστού.

1. Έσω μαστικά λεμφογάγγλια, 2. Γάγγλια του Rotter, 3. Του μείζονος θωρακικού (πρόσθια), 4. Υποπλάτια (οπίσθια), 5. Μασχαλιαία (έξω), 6. Κεντρικά, 7. Υποκλείδια (κορυφαία), 8. Μείζων, 9. Ελλάσων θωρακικός μυς.

Για λόγους τοπογραφικούς ο μαστός χωρίζεται σε πέντε τμήματα. Το κεντρικό που περιλαμβάνει τη θηλή και την άλω και τα τέσσερα τεταρτημόρια τα άνω έσω και έξω και τα κάτω έσω και έξω. (Ανδρουλάκης Γ.- Παπαδημητρίου Γ. 1989).

Ο μαστός για την ανάπτυξη και την λειτουργία του εξαρτάται αποκλειστικά από την επίδραση πολλαπλών ορμονικών παραγόντων, για τους οποίους αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους αδένες-στόχους. Οι ενδοκρινείς επιδράσεις γίνονται δυνατές από την παρουσία ειδικών υποδοχέων, που βρίσκονται στη μεμβράνη και τον πυρήνα των κυττάρων και του αδενικού επιθηλίου και διάμεσου και λιπώδους ιστού. Τέτοιοι υποδοχείς έχουν απομονωθεί για την προλακτίνη, τα οιστρογόνα, την προγεστερόνη, την αυξητική και τις θυρεοειδικές ορμόνες, την ινσουλίνη και τα γλυκοκορτικοειδή. Η ενδοκρινική δραστηριότητα χαρακτηρίζεται από καθορισμένες χρονικά μεταβολές· γι' αυτό, η ανάπτυξη και η λειτουργική κατάσταση του μαστού αποτελεί σε κάθε φάση της ζωής της γυναίκας, έκφραση της δραστηριότητας του ενδοκρινικού της συστήματος· κυρίως, όμως, της έκκρισης της προλακτίνης από την αδενούποφυση και των στεροειδών ορμονών του φύλου από τις ωοθήκες. (Κόνιαρη Ε. 1991).

1.4 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Η ταξινόμηση των νεοπλασμάτων του μαστού, σύμφωνα με την παθολογοανατομική τους εμφάνιση, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση, ώστε σε συνδυασμό με την κλινική σταδιοποίηση να μπορεί να καθορισθεί ακριβέστερα η θεραπευτική αντιμετώπιση, καθώς και η πρόγνωση της παθήσεως. (Σμπαρούνης Χ. 1990).

Η κατάταξη των κακοήθων νεοπλασμάτων του μαστού δείχνει τα εξής:

Κακοήθη επιθηλιακά νεοπλάσματα

Πορογενές μη διηθητικό (in situ)

- Θηλώδες
- Comedo
- Ηθμοειδές

Πορογενές διηθητικό

- Μετά σκισρώδους αντιδράσεως
- Θηλώδες
- Comedo διηθητικό
- Μυελοειδές
- Βλενώδες ή κολλοειδές
- Αδενοειδές κυστικό
- Καρκίνωμα εξ αποκρινών αδένων
- Λοβιακό μη διηθητικό
- Διηθητικό ή μικροκυτταρικό

Κακοήθη μεσεγχυματογενή νεοπλάσματα

- Ινοσάρκωμα
- Λιποσάρκωμα
- Αγγειοσάρκωμα

- Λειομυοσάρκωμα
- Ραβδομυοσάρκωμα
- Λεμφαγγειοσάρκωμα
- Κακώθες φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα

Διακρίνουμε δηλαδή δύο τύπους επιθηλιακού καρκίνου:

- A. Το μη διηθητικό (πορογενή ή λοβιακό)
- B. Το διηθητικό (πορογενή ή λοβιακό) (Κόνιαρη Ε. 1991).

A. Στον μη διηθητικό έχουμε τους παρακάτω τύπους :

Λοβιακός μη διηθητικός καρκίνος: είναι μικροσκοπική βλάβη, δεν μπορεί να διαγνωστεί κλινικά και αποτελεί τυχαίο εύρημα της ιστολογικής εξέτασης παρασκευασμάτων βιοψίας μαστού. Είναι πολυεστιακός και συχνά αμφοτερόπλευρος και μπορεί να γίνει διηθητικός στο 35% περίπου των περιπτώσεων στον ίδιο ή τον άλλο μαστό. (Τζωρακολευθεράκης Ε. 1992).

Ετερόπλευρη μαστεκτομή είναι παράλογη, η αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή υπερβολική και η ακτινοθεραπεία δεν έχει θέση στη θεραπεία του λοβιακού μη διηθητικού καρκίνου. (Σέχας Μ. 1995).

Πορογενής μη διηθητικός καρκίνος: είναι πορογενής καρκίνος των πόρων του μαστού, δεν διηθεί το υποκείμενο στρώμα, επεκτείνεται κατά μήκος των πόρων και ενίοτε μέχρι εντός των λοβίων, συχνά συνοδεύεται από νέκρωση και διακρίνεται σε υποομάδες *θηλώδης, συμπαγής, φαγεσωρικός (comedoo) και ηθμοειδής*. Σπανίως είναι πολυκεντρικός (30%) και ακόμη σπανιότερα πολυεστιακός (15%). (Σέχας Μ. 1995).

Θεωρείται ότι αποτελεί πρόδρομη βλάβη για ανάπτυξη διηθητικού καρκίνου, ο οποίος αναπτύσσεται συνήθως στο σύστοιχο μαστό και στο ίδιο τεταρτημόριο πλησίον της περιοχής της αρχικής βλάβης που αντιμετωπίστηκε

μόνο με βιοψία. Αν αφηθεί χωρίς θεραπεία εξελίσσεται προς διηθητικό στο 25-75% των περιπτώσεων μετά 6-10 χρόνια. (Σέχας Μ. 1995).

Όσον αφορά τη θεραπεία, η επιλογή της χειρουργικής θεραπείας καθορίζεται από την έκταση της πάθησης και την παρουσία βλάβης στα χείλη της εκτομής. Η απλή βιοψία δεν έχει θέση διότι ο κίνδυνος ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου είναι υψηλός (60%). Η τοπική εκτομή είναι αρκετή όταν η πάθηση είναι μικρότερη των 25mm. Η ευρεία τοπική εκτομή μετά ή άνευ ακτινοθεραπείας για μικρούς και χαμηλού βαθμού κακοήθειας μη διηθητικούς πορογενείς καρκίνους (ηθμοειδή, θηλώδη) αποτελεί επαρκή θεραπεία. Ολική μαστεκτομή επι μακρόν θεωρείται θεραπεία εκλογής. (Σέχας Μ. 1995).

B. Στο διηθητικό έχουμε :

Πορογενής διηθητικός καρκίνος: αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκινωμάτων του μαστού. Η συχνότητά του κυμαίνεται από 50-75% του συνόλου των διηθητικών καρκινωμάτων του μαστού. Κλινικά χαρακτηρίζεται από πετρώδη, σκληρή σύσταση κατά τη ψηλάφηση (σκίρρος καρκίνος). Το μέγεθός του ποικίλει από πολύ μικρών διαστάσεων, ώστε να διαφεύγει την κλινική εξέταση, μέχρι του σημείου να καταλαμβάνει ολόκληρο το μαστό. Συνήθως όμως δεν φτάνει σε μεγάλο μέγεθος και γρήγορα κάνει μεταστάσεις στα επιχώρια μασχαλιαία λεμφογάγγλια. (Μπούτης Α. – Πινακίδης Μ. 1993).

Λοβιακός διηθητικός καρκίνος: αποτελεί το 10 % των διηθητικών καρκίνων του μαστού. Τις περισσότερες φορές είναι μικρός σε μέγεθος και ανομοιογενής. Η ψηλάφηση και η μαστογραφική του απεικόνιση δεν είναι εύκολη και εμφανίζεται σε μεγαλύτερα ποσοστά σε σύγκριση με τον πορογενή διηθητικό καρκίνο. Ο διηθητικός λοβιακός καρκίνος μπορεί να σημειωθεί σαν μικρή μικροσκοπική βλάβη έως και σαν διάχυτη διήθηση όλου του μαστού, μπορεί να εμφανιστεί αμφοτερόπλευρα σε ποσοστό 30 % των ασθενών.

Όσον αφορά τη θεραπεία μπορεί να αντιμετωπισθεί με επιτυχία με μαστεκτομή ή τοπική εκτομή και ακτινοθεραπεία. (Αποστολίδης Ν.– Πανουσόπουλος Δ. 1998).

Νόσος του Paget: είναι σπάνια εντόπιση (1-3% καρκινωμάτων του μαστού) και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση δερματικών αλλοιώσεων της θηλής με τη μορφή διαβρώσεως ή εξελκώσεως, που δίνει την εντύπωση δερματίτιδας. Το δέρμα της θηλής και της θηλαίας άλω μπορεί να είναι διηθημένο, ενώ κάτω από τη θηλή είναι δυνατό να ψηλαφάται μάζα. Πρόκειται για καρκίνωμα των εκφορητικών πόρων της θηλής που επεκτείνεται προς το δέρμα, αλλά και τους υποκείμενους ιστούς. Η εξέλιξή του είναι συνήθως βραδεία και επειδή δίνει πρώιμα σημεία αλλοιώσεως της θηλής, ακόμη και πριν από την εμφάνιση ψηλαφητής διογκώσεως, η πρόγνωσή του είναι οπωσδήποτε καλύτερη από τις άλλες μορφές. Για να επιτυγχάνεται αυτή η πρώιμη διάγνωση, θα πρέπει σε κάθε εκζεματοειδή βλάβη της θηλής, που επιμένει για μερικές εβδομάδες, να γίνεται βιοψία. (Σμπαρούνης Χ. 1990).

Όσον αφορά τη θεραπεία συνιστάται ριζική μαστεκτομή. Όταν υπάρχει απουσία ψηλαφητής μάζας η πρόγνωση είναι καλή ενώ όταν υπάρχει παρουσία μάζας η πρόγνωση εξαρτάται από το στάδιο, από το που βρίσκεται ο όγκος και από τον βαθμό της ιστολογικής διαφοροποίησής του.(Harold E. – Calneroy 1968).

Στη συνέχεια θα γίνει μία αναφορά στα κακοήθη επιθηλιακά νεοπλάσματα:

Μυελώδης καρκίνος: αναπτύσσεται βαθιά μέσα στο μαστό σαν κινητός στρογγυλός όγκος. Παρατηρείται σε νεότερες ηλικίας γυναίκες. Ποικίλει σε μέγεθος, συνήθως έχει διάμετρο 3-9 εκ. είναι μαλθακός με εστίες αιμορραγιών και νεκρώσεων. Παρουσιάζει δυσκολία στη διαφορική διάγνωση στα αρχικά στάδια της εξέλιξής του, από άλλους καλοήθεις όγκους. Εμφανίζει την καλύτερη πρόγνωση από τον μέσο όρο των διηθητικών καρκίνων. (Μπάλας Π. 1987).

Βλεννώδεις (κολλοειδές) καρκίνος: κύριο χαρακτηριστικό του όγκου είναι η παραγωγή μεγάλης ποσότητας βλέννας από τα καρκινωματώδη κύτταρα τα οποία διατάσσονται σε σωληνώδεις σχηματισμούς ή μεμονωμένα και συνήθως παρατηρούνται μέσα σε λίμνες βλέννας. Η πρόγνωση είναι σχετικά καλή. (Αραβαντίνου Δ. 1985).

Θηλώδης καρκίνος: αποτελεί το 1-2% των περιπτώσεων και αναπτύσσεται με αργό ρυθμό. Μακροσκοπικά παρουσιάζεται σαν μια μαλακή ευμεγέθης μάζα και μικροσκοπικά τα θηλώδη κύτταρα είναι συνήθως καλά διαφοροποιημένα. (Σέχας Μ. 1995).

Φαγεσωρικός (Comedo) καρκίνος: αποκαλείται έτσι, γιατί με την πίεση αποβάλλεται πηκτό υλικό όμοιο προς εκείνο των φαγεσώρων του δέρματος (μπιμπίκι). (Μπάλας Π. 1987).

Διηθητικό καρκίνωμα με ίνωση (σκίρρο): αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκινώματος του μαστού (75-78 %). Χαρακτηρίζεται από ινοβλαστική αντίδραση στη διήθηση των νεοπλασματικών κυττάρων, με παραγωγή ινώδους ιστού. Πρόκειται για έντονα διηθητικό νεόπλασμα που επεκτείνεται στο δέρμα και τους υποκείμενους ιστούς, ενώ δίνει γρήγορα μεταστάσεις στους λεμφαδένες. Ψηλαφητικά εμφανίζεται ως σκληρή μάζα με ασαφή όρια, ενώ κατά τη διατομή παρουσιάζει αντίσταση και χαρακτηριστικό ήχο λόγω της σκληρίας. Ιστολογικά, ποικίλει από μικρές, καλά διαφοροποιημένες ομάδες κυττάρων σε εκτεταμένο υπόστρωμα ινώδους ιστού. Η σταδιοποίησή του εξαρτάται από τη διαφοροποίηση των κυττάρων και τη διήθηση ή μη των αγγείων. (Σμπαρούνης Χ. 1990).

Σάρκωμα του μαστού: αποτελεί πολύ σπάνιο τύπο νεοπλασματος και εμφανίζεται συνήθως με τη μορφή του φυλλοειδούς κυστεοσαρκώματος από αυτά μόνο το 10% είναι κακοήθη, τα οποία κατά κανόνα μεθίστανται στους πνεύμονες, τα οστά και τους υποδόριους ιστούς. Μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες είναι τόσο σπάνιες, ώστε αρκεί η απλή μαστεκτομή για θεραπευτική αντιμετώπιση. (Σμπαρούνης Χ. 1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20

2.1 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ

Το μέγεθος του όγκου είναι πολύ σημαντικός προγνωστικός παράγοντας γιατί όσο αυξάνει, αυξάνεται η πιθανότητα λεμφαδενικών και συστηματικών μεταστάσεων. (Παπαδημητρίου Ι. 2001).

Ο απόλυτος αριθμός των προσβεβλημένων λεμφαδένων είναι πιο σημαντικός από την αναλογία των προσβεβλημένων λεμφαδένων (π.χ. 1 θετικός λεμφαδένας στους 6 είναι καλύτερης πρόγνωσης από 3 στους 100). Όταν το μέγεθος του όγκου είναι πάνω από 5 cm ο προγνωστικός παράγοντας είναι δυσμενής. Η πιο πρόσφατη προσπάθεια καθορισμού της πρόγνωσης αφορά τον προσδιορισμό της έκφρασης ογκογονιδίων (όπως είναι το HER-2/neu το οποίο έχει σχετιστεί με τη πρόγνωση του). (Τζωρακολευθεράκης Ε. 1992).

Τοπικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη πρόγνωση:

- Τοπική έκταση του όγκου
- Καθήλωση του όγκου
- Οίδημα
- Φλεγμονή και εξέλκωση δέρματος
- Παρουσία δορυφόρων οζιδίων
- Σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινώματος και φυσιολογικού μαστού
- Γεωγραφική θέση του όγκου
- Προσβολή της θηλής

Το οίδημα, όταν δεν διαγιγνώσκεται κλινικά, μπορεί να αποκαλυφθεί με τη μαστογραφία. Αντίθετα, όταν στη μαστογραφία δεν εμφανίζεται οίδημα, η πρόγνωση είναι καλή, ανεξάρτητα από την έκταση του όγκου. Η πρόγνωση είναι δυσάρεστη, όταν υπάρχει σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινωμάτωσης και φυσιολογικού μαστού. Η θερμοκρασία μετρείται με

ειδική μέθοδο. Όταν ο καρκίνος εμφανίζεται συγχρόνως και στους δύο μαστούς η πρόγνωση είναι βαρύτερη. (Κόνιαρη Ε. 1991).

Παθολογοανατομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση:

- Το μέγεθος του όγκου
- Λεμφαδενικές μεταστάσεις (η παρουσία, ο αριθμός, το μέγεθος και καθήλωση διηθημένων μασχαλιαίων λεμφαδένων)
- Ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου
- Η ιστοκυτταρική αντίδραση των λεμφοκόλπων των λεμφαδένων (όταν υπάρχει, αποτελεί ευνοϊκότερο σημείο πρόγνωσης)
- Η μικροσκοπική καρκινωματώδης διήθηση μυών, νεύρων και αγγείων
- Ο βαθμός κακοήθειας και η διαφοροποίηση

Όσο λιγότερο διαφοροποιημένος είναι ένας όγκος τόσο υψηλότερο ιστολογικό βαθμό κακοήθειας και τόσο δυσμενέστερη πρόγνωση έχει. Επίσης σημαντικός προγνωστικός παράγοντας είναι και ο αριθμός των λεμφαδένων που έχουν προσβληθεί. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των μεταστατικών μασχαλιαίων λεμφαδένων τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση και επιβίωση. (Κόνιαρη Ε. 1991).

Γενικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη πρόγνωση:

- Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων
- Ρυθμός αύξησης του όγκου
- Αντίσταση του οργανισμού και « βιολογικοί δείκτες » (τέτοιιοι θεωρούνται το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο, οι ορμονικοί υποδοχείς των οιστρογόνων και της προγεστερόνης κ.α.)
- Εμφάνιση καρκίνου και στους δύο μαστούς (Κόνιαρη Ε. 1991).

2.2 ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Για τοπικούς λόγους και συνθήκες περιβάλλοντος ή για λόγους των ίδιων των κυττάρων όλα τα καρκινικά κύτταρα δεν εξελίσσονται. Μερικά θα νεκρωθούν από έλλειψη δυνατοτήτων διατροφής, άλλα θα καταστραφούν από μηχανισμούς άμυνας, άλλα θα χάσουν προσωρινά ή μόνιμα τη δυνατότητα διπλασιασμού, άλλα θα επεκταθούν στους γύρω ιστούς και θα μετακινηθούν με διάφορους τρόπους σε άλλα όργανα για να δημιουργηθούν οι μεταστάσεις. Μερικοί καρκίνοι δεν κάνουν μεταστάσεις, όπως του δέρματος, άλλοι μεθίστανται κυρίως μέσω του λεμφικού συστήματος. (Μαλγαρινού Μ. – Κωνσταντινίδου Σ. 2003).

Γύρω στο 5% των ασθενών με καρκίνο του μαστού βρίσκονται ήδη σε μεταστατικό στάδιο. (Leger L. 2003).

Ο καρκίνος του μαστού σε κάποια φάση της ανάπτυξής του μεθίσταται με τα λεγόμενα καρκινικά έμβολα, αποτελούμενα από καρκινικά κύτταρα. Τα έμβολα αυτά μεταφέρονται κατ' εξοχήν με την λεμφική κυκλοφορία του αίματος και κατά συνέχεια ιστού. (Μπάλας Π. 1987).

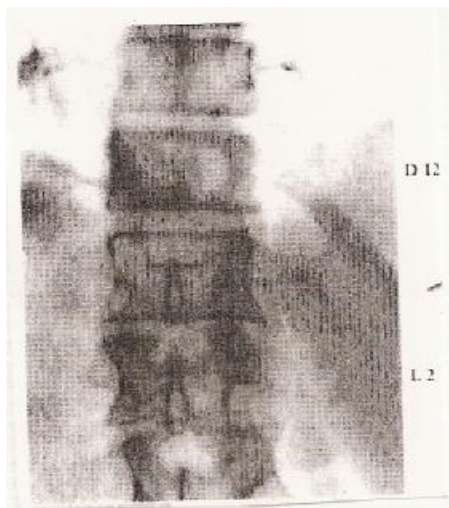
Μετάσταση με τη λεμφική οδό: τα καρκινικά κύτταρα προσβάλλουν τους σύστοιχους λεμφαδένες. Οι λεμφαδένες που προσβάλλονται είναι οι **μασχαλιαίοι, υποκλείδιοι, υπερκλείδιοι και έσω μαστικοί**. Κατ' εξοχήν προσβάλλονται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, δεδομένου ότι 75% της λέμφου απάγεται από την μασχάλη. Όγκοι που εντοπίζονται στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού μεθίστανται κατ' εξοχήν στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, ενώ όγκοι που εντοπίζονται στο έσω ημιμόριο του μαστού δίνουν μεταστάσεις στους αδένες που βρίσκονται κατά μήκος της έσω μαστικής αρτηρίας. Ο βαθμός προσβολής των μασχαλιαίων λεμφαδένων έχει σχέση με το μέγεθος του όγκου. Πρέπει επίσης να γνωρίζουμε ότι σε ένα ποσοστό 30% υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες έστω και αν δεν έχουν αποκαλυφθεί κλινικά. (Μπάλας Π.1987).

Με τη κυκλοφορία του αίματος: η μετάσταση με τη κυκλοφορία του αίματος είναι χαρακτηριστικό στοιχείο της σοβαρότητας του καρκίνου και ευθύνεται για τους περισσότερους θανάτους. Περιορίζει πολύ τη δυνατότητα εφαρμογής, τόσο της χειρουργικής θεραπείας, όσο και της ακτινοθεραπείας. Θα περίμενε κανείς πως, η μετάσταση του καρκίνου με το αίμα θα γίνεται σε όλα τα όργανα, εφόσον όλα αιματώνονται, παρατηρούνται όμως όργανα όπως ο καρδιακός μυς, οι σκελετικοί και ο σπλήνας να δέχονται σπάνια μετάσταση καρκίνου, αν και έχουν μεγάλη αιμάτωση. Ο όρος που χρησιμοποιείται για το φαινόμενο αυτό καλείται *εκλεκτική μετάσταση*.(Μαλγαρινού Μ. – Κωνσταντινίδου Σ. 2003).

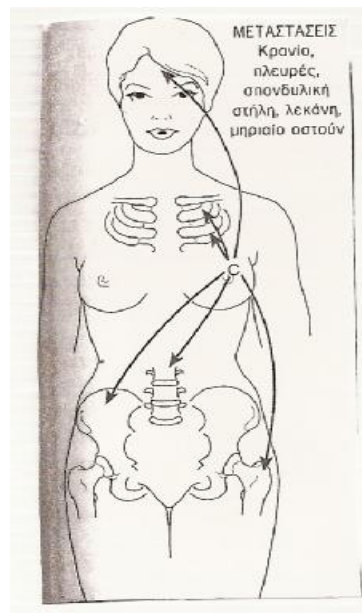
Οι μακρινές μεταστάσεις αφορούν διάφορα όργανα όπως *οστά* 70% όπου παρατηρούνται συχνά αυτόματα κατάγματα. Συχνότερα εντοπίζονται στη σπονδυλική στήλη και στη λεκάνη, ακολουθούν οι πλευρές, τα μηριαία, το κρανίο κ.α. *πνεύμονες* 66%, *ήπαρ* 61% *εγκέφαλος* 25% . (Μπάλας Π. 1987).

Κατά συνέχεια ιστού: θωρακικό τοίχωμα. (Μπάλας Π. 1987)

Οστικές μεταστάσεις: είναι οι συχνότερες με προτίμηση στη σπονδυλική στήλη. Οι ακτινογραφίες του σκελετού μπορεί να δείξουν περιοχές υπέρπυκνες (σπόνδυλοι σαν «φίλντισι») ή λυτικές (εικ.2.1). Η καλύτερη εξέταση των οστικών μεταστάσεων είναι το σπινθηρογράφημα οστών (όπου 2 ώρες μετά την έγχυση πυροφωσφορικού τεχνητίου) δείχνει καθήλωση του υλικού στο επίπεδο των μεταστάσεων, που μπορεί να αποκαλυφθούν πριν ακόμα γίνουν ακτινολογικά ορατές.(εικ.2.2) (Leger L. 2003).

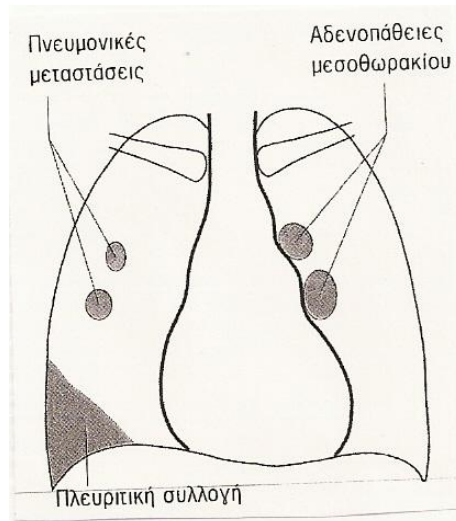


Εικ. 2.1. Διπλή σπονδυλική μετάσταση σε καρκίνο μαστού. Θ₁₂: <<φιλντισένιος>> σπόνδυλος με μεγάλη πυκνότητα. Ο₂: πίεση και λύση.



Εικ. 2.2. Οστικές μεταστάσεις.

Θωρακικές μεταστάσεις: πρόκειται για πνευμονικές μεταστάσεις οζώδεις, αδιαφανείς εικόνες σαν « νομίσματα » (εικ.2.3), υπεζωκοτικές πλευριτική συλλογή ή πάχυνση του υπεζωκότα στην απλή ακτινογραφία, μεσοθωράκιους λεμφαδένες (Leger L. 2003).



Εικ. 2.3. Θωρακικές μεταστάσεις.

Ηπατικές μεταστάσεις: η συστηματική ψηλάφηση του ήπατος επιτρέπει ενίοτε την αίσθηση ενός μεγάλου ήπατος, που υπερβαίνει το πλευρικό τόξο και που η επιφάνειά του είναι υβώδης (οζώδες ήπαρ). (Leger L. 2003).

2.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ - ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Λέγοντας ταξινόμηση ή σταδιοποίηση του καρκίνου μαστού, εννοούμε τον ευρύτερο προσδιορισμό της νόσου σε σχέση με την έκτασή της. Όταν κατά τη σταδιοποίηση γίνεται συστηματική διερεύνηση α) των χαρακτηριστικών του πρωτοπαθούς καρκίνου με κλινική και παθολογοανατομική εξέταση, β) της προσβολής λεμφαδένων (με κλινική εξέταση, λεμφοαγγειογραφία και ίσως βιοψία) και γ) για την ύπαρξη μεταστάσεων, τότε χρησιμοποιείται το σύστημα TNM για την σταδιοποίηση. (Κόνιαρη Ε. 1991).

Όπου T= μέγεθος όγκου (Tumor)

N= συμμετοχή επιχώριων λεμφαδένων (Nodes)

M= παρουσία ή όχι μεταστάσεων (Metastasis) (Ράπτη Σ. 2002).

Ανάλογα με το μέγεθος του όγκου, τη διήθηση του δέρματος και τους υποκείμενους ιστούς, την παρουσία μεταστάσεων στα γάγγλια της μασχάλης και σε απομακρυσμένα όργανα ο καρκίνος λοιπόν διαιρείται σε στάδια. Με βάση τα στάδια αυτά κρίνεται η πρόγνωση και εφαρμόζεται η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. (Σκαλέα Γ. 1991).

Τα χαρακτηριστικά που ακολουθούν τη διεθνή σταδιοποίηση TNM περιλαμβάνουν:

- Τον όγκο: T, σε κλίμακα από 0 – 4, ανάλογα με το μέγεθος του όγκου
 - T₀ : όγκος που δεν ψηλαφάται κλινικά
 - T₁ : 2 cm
 - T₂ : 4 cm
 - T₃ : 5 cm
 - T₄ : όγκος συμφυόμενος με το δέρμα ή φλεγμονώδης όγκος (Leger L. 2003).

- Τους λεμφαδένες : N, σε κλίμακα 0 – 3, ανάλογα αν δεν υπάρχουν
 - N₀ : καθόλου ψηλαφητοί λεμφαδένες
 - N₁ : ψηλαφητοί κινητοί λεμφαδένες
 - N₂ : ψηλαφητοί και συμφυόμενοι μεταξύ τους
 - N₃ : συστοίχως ψηλαφητοί υπερκλείδιοι λεμφαδένες, οίδημα του χεριού (Ανδρουλάκης Γ. – Παπαδημητρίου Γ. 1989).

- Τις μεταστάσεις : M, σε κλίμακα 0-1, ανάλογα αν υπάρχουν ή όχι μεταστάσεις
 - M₀ : χωρίς ενδείξεις μεταστάσεων
 - M₁ : μεταστάσεις (Ανδρουλάκης Γ. – Παπαδημητρίου Γ. 1989).

Σύμφωνα με το T.N.M. σύστημα η κλινική σταδιοποίηση έχει ως εξής :

Στάδιο I : όγκος < 2 cm χωρίς διήθηση του δέρματος και των
μασχαλιαίων

λεμφαδένων (T₁, N₀)

Στάδιο II : όγκος <2 cm με διηθημένους αλλά όχι συμφυόμενους ή
καθλωμένους στους πέριξ ιστούς μασχαλιαίους λεμφαδένες·
κάθε όγκος 2 – 5 cm χωρίς προσβολή λεμφαδένων (T₁ , N₀ ,
M₀)

Στάδιο III : όγκος >5 cm διήθηση δέρματος ή θωρακικού τοιχώματος·
Κάθε όγκος με καθλωμένους μασχαλιαίους λεμφαδένες·
οίδημα βραχίονος· διήθηση λεμφαδένων (κάθε T, κάθε N, M₀).

Στάδιο IV : μεταστατική νόσος (T ή N με M₁). (Ράπτη Σ. 2002 και
Ανδρουλάκης Γ. – Παπαδημητρίου Γ 1989).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 30

3.1 ΑΙΤΙΑ-ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Για την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού ενοχοποιούνται διάφοροι παράγοντες. Μερικοί από αυτούς είναι οι παρακάτω :

- Ιογενείς παράγοντες
- Γενετικοί παράγοντες
 - ➔ Οικογενειακό ιστορικό
 - ➔ Φύλο
 - ➔ Ηλικία
 - ➔ Άλλοι παράγοντες
- Χημικές ουσίες
- Ιδιοσυστασιακοί παράγοντες
 - ➔ Ηλικία εμμηναρχής ή εμμηνόπαυσης
 - ➔ Τεχνητή εμμηνόπαυση
 - ➔ Γάμος και τεκνοποίηση
 - ➔ Θηλασμός
- Ορμονικοί παράγοντες
 - ➔ Οιστρογόνα
 - ➔ Προγεστερόνη
 - ➔ Προλακτίνη
 - ➔ Στεροειδή των επινεφριδίων
 - ➔ Εξωγενή οιστρογόνα
- Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες
 - ➔ Ιονίζουσα ακτινοβολία
 - ➔ Ψυχογενετικά άγχη
 - ➔ Ρεσερπίνη
- Μορφολογικοί παράγοντες

- Προηγούμενα βιοψία
 - Γενικά νοσήματα
 - Κακοήθεις νεοπλασίες
 - Παθήσεις του μαστού
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες
 - Εθνικοί και κοινωνικοοικονομικοί
 - Εκπαιδευτικοί
 - Διαιτητικοί (Κόνιαρη Ε. 1991).

Οικογενειακό ιστορικό: διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε γενεαλογικά δένδρα για την επίπτωση του καρκίνου του μαστού αποδεικνύουν την κληρονομική επικράτηση της νόσου σε ειδικές οικογένειες. Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη καρκίνου μαστού είναι αυξημένος σε γυναίκες με βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό. Γυναίκες των οποίων η μητέρα ή η αδελφή είχε καρκίνο μαστού, έχουν 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο μαστού. Η πιθανότητα αυτή μπορεί να αυξηθεί μέχρι 8 φορές, αν ο καρκίνος μαστού εμφανίστηκε πριν την εμμηνόπαυση ή ήταν αμφοτερόπλευρος. (Κόνιαρη Ε. 1991).

Φύλο: ο καρκίνος του μαστού είναι εξαιρετικά σπάνιος στους άνδρες. Παρατηρείται ένας καρκίνος μαστού σε άνδρα για κάθε 100 περιπτώσεις καρκίνου μαστού σε γυναίκες. (Μπάλας Π. 1987).

Ηλικία: ο κίνδυνος εμφάνισης του καρκίνου του μαστού αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας. Είναι εξαιρετικά σπάνιος πριν από την ηλικία των 25 ετών, αρχίζει να εμφανίζει σημαντική συχνότητα μετά την ηλικία των 35 και αυξάνει προοδευτικός σχεδόν γραμμικώς με την πάροδο της ηλικίας. Η θνητότητα από καρκίνου του μαστού ακολουθεί την ίδια γραμμική συσχέτιση με την ηλικία και αφορά το 1/3 των περιπτώσεων. Ο καρκίνος του μαστού όμως ως αίτιο θανάτου

από νεοπλασία γενικώς σε σχέση με την ηλικία εμφανίζει τη μέγιστη τιμή του (22% - 25%) τη δεκαετία 40 – 50 ετών, ενώ στη συνέχεια μειώνεται προοδευτικώς σε σχέση με το αυξημένο ποσοστό θανάτου των γυναικών από άλλες νεοπλασίες. (Παπαδημητρίου Ι. 2001).

Άλλοι παράγοντες: έχει διαπιστωθεί μία περίεργη σχέση καρκίνου μαστού με τη γενετικώς προσδιοριζόμενη σύσταση της κυψελίδας του αυτιού, με το φαινόμενο SSoμάδων αίματος, με ισοένζυμα ερυθρών αιμοσφαιρίων και ζωνών χρωμοσωμάτων. Από διάφορες στατιστικές μελέτες, προκύπτει επίσης ότι οι ψηλές γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου μαστού. Σχετικά με την επίδραση που μπορεί να έχει το φύλο του εμβρύου της πρώτης εγκυμοσύνης στην ανάπτυξη καρκίνου μαστού, δεν διαπιστώθηκε προστατευτική επίδραση του αρρενος ή του θηλαίος εμβρύου. (Κόνιαρη Ε. 1991).

Ηλικία εμμηναρχής ή εμμηνόπαυσης: οι γυναίκες που αρχίζουν την περίοδό τους σε νεαρή ηλικία ή που καθυστερούν την εμφάνιση της εμμηνοπαύσεως, που έχουν δηλαδή παρατεταμένη αναπαραγωγική ηλικία, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο καρκίνου μαστού. Οι γυναίκες που εμφάνισαν εμμηνόπαυση μετά την ηλικία των 55 ετών έχουν διπλάσιο κίνδυνο σε σύγκριση με αυτές που εμφάνισαν εμμηνόπαυση πριν από την ηλικία των 45. Επιπλέον γυναίκες που υποβλήθηκαν σε αμφοτερόπλευρη ωθηκεκτομή πριν από την ηλικία των 35 ετών έχουν 40% μικρότερο κίνδυνο από αυτές με φυσική εμμηνόπαυση. (Παπαδημητρίου Ι. 2001).

Τεχνητή εμμηνόπαυση: η πρόιμη φυσιολογική ή τεχνητή εμμηνόπαυση πριν το 40^ο έτος και η πρώτη τελειόμηνη κύηση πριν την ηλικία των 20 ετών ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού ενώ η καθυστερημένη πρώτη τελειόμηνη κύηση μετά το 35^ο έτος αυξάνει τον κίνδυνο. (Σέχας Μ. 1995).

Γάμος και τεκνοποίηση: η εγκυμοσύνη σε πρώιμη ηλικία μπορεί να παίζει προστατευτικό ρόλο με δύο τρόπους. Από τη μια μεριά **ολοκληρώνει την ανάπτυξη του μαστικού αδένος** και επιτρέπει μια ολοκληρωμένη κυτταρική διαφοροποίηση. Πριν η εγκυμοσύνη φτάσει στο τέρμα της, ο μαστικός αδένος βρίσκεται, κατά κάποιον τρόπο σε κατάσταση ανωριμότητας και με την προσμονή αυτής της ωρίμανσης, οι κυτταρικές ανωμαλίες κινδυνεύουν να αυξηθούν. Από την άλλη μεριά, σε αρκετά μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, **ασκεί ευεργετική επίδραση** πάνω στη ρύθμιση των κύκλων, στην ποιότητα της ωορρηξίας και του ωχρού σωματίου και, κατά συνέπεια, στην ορμονική ισορροπία. Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες που είχαν βάση γυναίκες που προσβλήθηκαν από καρκίνο μαστού, μία στις τρεις δεν είχαν αποκτήσει παιδί πριν από την ηλικία των 30 χρόνων. (Kerrasdoue A. 1996).

Θηλασμός: δεν υπάρχει ξεκαθαρισμένη άποψη σχετικά με την προφύλαξη που προσφέρει ο θηλασμός για περισσότερο από 3 μήνες. Γενικά φαίνεται να προσφέρει κάποια προστασία και σε παλαιότερες μελέτες είχε φανεί πως προσφέρει 22% χαμηλότερο κίνδυνο για κάθε τέκνο που θήλασε. Τα ευρήματα αυτά δεν έχουν επιβεβαιωθεί σε πρόσφατες μελέτες. Ίσως η παράταση του θηλασμού έχει να κάνει με την καθυστέρηση εμφάνισης του επόμενου κύκλου. (Παπαδημητρίου Ι. 2001).

Ορμονικοί παράγοντες: αυτοί οι παράγοντες φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, χωρίς να είναι ακόμα γνωστό ποιες διαταραχές του μεταβολισμού των ορμονών είναι υπεύθυνες. (Μπάλας Π. 1987).

Οιστρογόνα: η χορήγηση οιστρογόνων στις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού. (Σέχας Μ. 1995).

Προγεστερόνη: η ορμόνη αυτή παρέχει μια **προστασία** στα μαστικά κύτταρα καθώς αντιτίθεται σε ορισμένες δραστηριότητες των οιστρογόνων, αλλά οι ειδικές μελέτες δεν το έχουν ακόμα ξεκαθαρίσει. (Kerrasdoue A. 1996).

Ιονίζουσα ακτινοβολία: η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία, ιδιαίτερα στη διάρκεια της δεύτερης δεκαετίας της ζωής, έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Ο κίνδυνος αυτός εξαρτάται και από τις δόσεις της ακτινοβολίας. (Ράπτη Σ. 2002).

Ψυχογενετικά άγχη: οι επανειλημμένες καταστάσεις άγχους ή ένα μεγάλο ψυχολογικό shock, σε μια στιγμή όπου ο αδένας του μαστού είναι πάρα πού ευάλωτος επισπεύδουν την ανάπτυξη μιας καρκινικής βλάβης. (Kerrasdoue A. 1996).

Παθήσεις του μαστού: η εμφάνιση καρκίνου μαστού είναι αυξημένη σε γυναίκες με **ινοκυστική πάθηση** του μαστού όταν αυτή συνοδεύεται με υπερπλασίες, θηλωμάτωση, άτυπες επιθηλιακές υπερπλασίες και ιδιαίτερα όταν υπάρχει και βεβαρημένο κληρονομικό. **Καρκίνος στον άλλο μαστό, καρκίνος του ενδομητρίου, κύστεις των ωοθηκών, όγκοι των παρωτίδων** συνοδεύονται από αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. (Σέχας Μ. 1995).

Εθνικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες: ο σχετικός κίνδυνος για καρκίνο μαστού είναι σημαντικά μεγαλύτερος στις γυναίκες της ανώτερης οικονομικής τάξης στη δυτική Ευρώπη και βόρεια Αμερική σε σχέση με γυναίκες της κατώτερης κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης καθώς και με γυναίκες της ανατολικής Ασίας και της Ιαπωνίας. Η διαφορά αυτή έχει αποδοθεί στην υψηλή περιεκτικότητα λίπους στη διαίτα δυτικού τύπου καθώς και την κατανάλωση μέτριας ποσότητας αλκοόλης. (Ράπτη Σ. 2002).

Εκπαιδευτικοί: η φύση του επαγγέλματος μπορεί να εκθέτει το άτομο σε περισσότερους καρκινογόνους παράγοντες, όπως για παράδειγμα άτομα που χειρίζονται ραδιοϊσότοπα ή εργάζονται σε μολυσμένο από ραδιενέργεια περιβάλλον. (Μαλγαρινού Μ. – Κωνσταντινίδου Σ. 2003).

Διαιτητικοί: μία «πλούσια» διατροφή θα μπορούσε να ευνοήσει την εμφάνιση ενός καρκίνου του στήθους. Ο κίνδυνος θα ήταν μεγαλύτερος με την **κατανάλωση λιπών**, κρέατος, γαλακτοκομικών προϊόντων-ιδιαίτερα τυριών-

καθώς και με την **τακτική κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών**. Οι χορτοφάγοι και προπάντων οι γυναίκες που καταναλώνουν λιγότερα γαλακτοκομικά, φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν μικρότερο κίνδυνο. Από την άλλη μεριά, η βιταμίνη Α και το σελήνιο αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες. (Kerrasdoue A. 1996).

3.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα συμπτώματα της ασθενούς με καρκίνο του μαστού διακρίνονται σε γενικά και σε ειδικά όπως φαίνεται παρακάτω :

Γενικά συμπτώματα:

- η αναιμία, την προκαλεί η αιμορραγία από εξελκώσεις ή διάβρωση αιμοφόρων αγγείων, μολύνσεις, μεταστάσεις στα οστά με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της ερυθροποίησης ή την καταστολή του μυελού των οστών από τη χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία
- Ο πόνος, ο οποίος εμφανίζεται συνήθως πολύ αργά αν και η παρουσία του εξαρτάται από το όργανο ή το σύστημα που προσβάλλει
- Ο πυρετός, που τις περισσότερες φορές προέρχεται από μολύνσεις επιφανειακού όγκου ή άλλες φλεγμονές
- Η καχεξία, που χαρακτηρίζεται από απώλεια βάρους, μυϊκή αδυναμία, ανορεξία και οξέωση. Μερικά από τα πιθανά αίτια της καχεξίας είναι τοξικά προϊόντα που εκκρίνει ο καρκίνος. (Μαλγαρινού Μ. – Κωνσταντινίδου Σ. 2003).

Ειδικά συμπτώματα:

- Το συχνότερο σύμπτωμα είναι η **παρουσία μιας ανώδυνης διόγκωσης σκληρίας ή πάχυνσης** στο μαστό στο 80-90 % των περιπτώσεων
- **Μεταβολές από τη θηλή** υπό τη μορφή παθολογικού **εκκρίματος**, εισολκής, παρέκλισης ή **εκζέματος της θηλής** ή της άλω
- **Μεταβολές στο σχήμα του μαστού**, **εντύπωμα** ή **ρυτίδωση του δέρματος**, **διευρυμένες φλέβες**, **μεταβολές της χροιάς του δέρματος** παρουσία οζιδίων, εξελκώσεων και οιδήματος είναι συμπτώματα προχωρημένου καρκίνου
- Σπανιότατα η **παρουσία μιας μάζας στη μασχालιαία κοιλότητα** αποτελεί το πρώτο ενόχλημα που παρατηρεί η ασθενής (Σέχας Μ. 1995).
- **Ασυμμετρία και ανύψωση** του προσβεβλημένου μαστού (Κόνιαρη Ε. 1991).
- Σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις οι ασθενείς προσέρχονται στο νοσοκομείο για συμπτώματα και ευρήματα τα οποία οφείλονται στις μεταστάσεις, όπως αποφρακτικός ίκτερος, οστικές εκδηλώσεις ή εκδηλώσεις από πνευμονικές ή υπεζωκοτικές μεταστάσεις (Σέχας Μ. 1995).
- Ο **πόνος** συνήθως απουσιάζει, εκτός από τα προχωρημένα στάδια (Κόνιαρη Ε. 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 40

4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αν και η πρόληψη είναι ο ιδεώδης τρόπος αντιμετώπισης του καρκίνου, η έγκαιρη διάγνωσή του και η αφαίρεση των προκαρκινικών αλλοιώσεων είναι ο δεύτερος στη σειρά καλύτερος τρόπος αντιμετώπισής του. (Μαλγαρινού Μ.–Κωνσταντινίδου Σ. 2003).

Η διάγνωση του καρκίνου γίνεται με :

- Φυσική εξέταση
 - ➔ Επισκόπηση
 - ➔ Ψηλάφηση – εξέταση από τον ιατρό
 - ➔ Ιστορικό
 - ➔ Αυτοεξέταση
- Απεικονιστικές μέθοδοι
 - ➔ Μαστογραφία
 - ➔ Θερμογραφία
 - ➔ Ξηρογραφία
 - ➔ Υπερηχογράφημα
 - ➔ Μαγνητική τομογραφία (MRI)
 - ➔ Διαφανοσκόπηση
 - ➔ Φλεβογραφία
 - ➔ Σπινθηρογράφημα
 - ➔ Αξονική τομογραφία
 - ➔ Κυτταρολογική εξέταση παπανικολάου
 - ➔ Βιοψία
 - ➔ Ακτινολογική εξέταση (Σαχίνη-Καρδάση Α. – Πάνου Μ. 2000).

4.1.1 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Κατά την επισκόπηση ελέγχεται το ομαλό σφαιρικό περίγραμμα των μαστών και η συμμετρία, ενώ σημειώνεται η τυχόν παρουσία ερυθρότητας, εξέλκωσης και οιδήματος. Εισολκή της θηλής, διάταση φλεβών, έλξη δέρματος και επιπέδωση του περιγράμματος των μαστών είναι σημεία που πρέπει επίσης να διερευνηθούν. Ο εξεταστής σημειώνει την παρουσία και θέση ουλών. (Μπούτης Α. – Πινακίδης Μ. 1993).

Πρέπει να ζητείται από την ασθενή να παίρνει εκ περιτροπής κάθε μια από τις ακόλουθες θέσεις :

1. τα χέρια να ακουμπούν στα γόνατα ούτως ώστε οι θωρακικοί μύες να χαλαρώνουν
2. τα χέρια να τοποθετούνται στη μέση εξασφαλίζοντας σύσπαση των θωρακικών μυών
3. οι βραχίονες να υψώνονται πάνω από το κεφάλι τεντώνοντας τους θωρακικούς μύες, καθώς επίσης και το δέρμα που περιβάλλει το μαστό και προς τα άνω
4. η ασθενής να κλίνει (σκύβει) προς τα εμπρός, έτσι ώστε οι μαστοί να αιωρούνται
5. τελικά οι μαστοί εξετάζονται, ενώ η ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση, με την υπό εξέταση πλευρά ανυψούμενη με ένα μαξιλάρι και με τα χέρια της παράλληλα προς τον κορμό ή πάνω από το κεφάλι. (Κουρκούτα Λ. 2001).

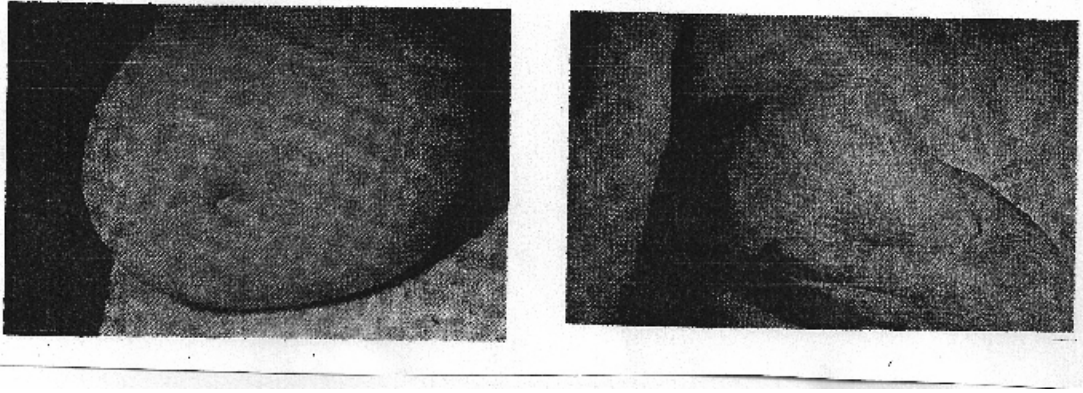
4.1.2 ΨΗΛΑΦΗΣΗ

Η ψηλάφηση των μαστών γίνεται με την επιφάνεια των δακτύλων με κυκλικές κινήσεις σε όλη την επιφάνεια του μαστού, από τη θηλή προς τα έξω ή από την περιφέρεια προς τη θηλή. Ψηλαφώνται και τα 4 τεταρτημόρια του μαστού, καθώς και η θηλή με τη θηλαία άλω. (Κουρκούτα Λ. 2001).

Σε ανεύρεση τυχόν μάζας σημειώνεται το μέγεθός της, το σχήμα, η σύστασή της, καθώς και εάν είναι ευκίνητη και προκαλεί ευαισθησία. Οι καλοήθεις όγκοι είναι ευκίνητοι, ενώ τα καρκινώματα διηθούν το δέρμα, τους μύες και καθηλώνονται στο θωρακικό τοίχωμα. Έτσι εάν ο πάσχων μαστός ανυψωθεί ελαφρά με το χέρι, η περιοχή πάνω από τον όγκο δημιουργεί ένα <<λακκάκι>>. Σημειώνεται επίσης, τυχόν έκκριση από τη θηλή. Στο έκκριμα γίνεται καλλιέργεια, κυτταρολογική εξέταση, για να παρατηρηθεί αν υπάρχει αιματηρό υγρό που συμβαίνει σε καρκίνο μαστού, ή κιτρινοφαιό υγρό που συμβαίνει σε μαστοπάθεια. (Κουρκούτα Λ. 2001).

Κατά την περίοδο οι μαστοί είναι φυσιολογικά διογκωμένοι και ευαίσθητοι γι' αυτό η εξέταση πρέπει να γίνεται 3-4 ημέρες τουλάχιστον μετά το σταμάτημα της περιόδου. Κατά κανόνα υπάρχει μικρή διαφορά μεγέθους μεταξύ των δύο μαστών. (Κουρκούτα Λ. 2001).

Τα ευρήματα από την ψηλάφηση είναι: **αύξηση της θερμοκρασίας** όπου παρατηρείται σε περιπτώσεις φλεγμονώδους τύπου καρκίνου του μαστού, **οίδημα του μαστού** τοπικό ή διάχυτο όπου παρατηρείται σε περιπτώσεις φλεγμονών και καρκίνου. Το οίδημα δίνει στο μαστό την εικόνα φλοιού πορτοκαλιού, γίνεται εμφανέστερο μετά από σύλληψη και συμπίεση του μαστού μεταξύ των δακτύλων (εικ. 4.1 α.β).



α

β

Εικ. 4.1 φλοιός πορτοκαλιού

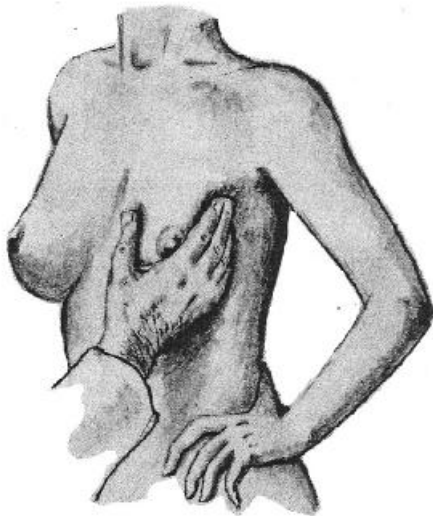
Το σημαντικότερο από την ψηλάφηση είναι η ανεύρεση **διογκώσεων** και η εκτίμηση των χαρακτήρων τους, δηλαδή η εντόπιση, το μέγεθος σε εκατοστόμετρα, η σύσταση, η ομαλότητα και η διήθηση των γύρω ιστών.

Εικ.4.2



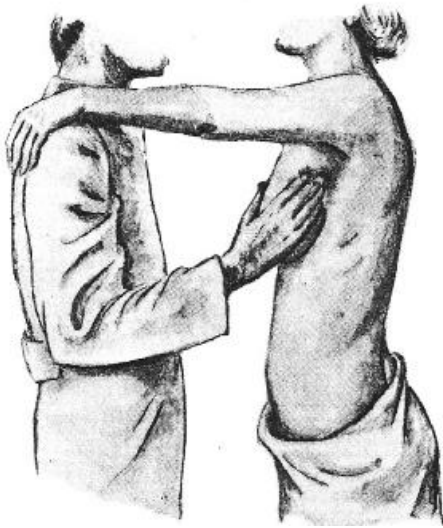
Εικ. 4.2. εντόπωμα μετά από
συμπίεση του δέρματος
πάνω από τον όγκο.

Η ανεύρεση **διηθήσεως του μείζονος θωρακικού μυός** ελέγχεται ως εξής: η ασθενής φέρει το σύστοιχο με τον πάσχοντα μαστό άνω άκρο χαλαρό σε θέση μεσολαβής. Ο ιατρός που εξετάζει, μετακινεί με τα χέρια του τον όγκο κατά τον οριζόντιο και τον κάθετο άξονα. Στη συνέχεια η ασθενής συμπιέζει το σε θέση μεσολαβής άνω άκρο στην πλάγια οσφυϊκή χώρα της, οπότε ο μείζων θωρακικός μυς συσπάται και ακινητοποιείται. Επαναλαμβάνεται ο χειρισμός με σκοπό τη μετακίνηση του όγκου, οπότε σε περίπτωση διηθήσεως του μυός, η κινητικότητα του όγκου περιορίζεται ή καταργείται. Εικ.4.3



Εικ.4.3 ψηλάφηση με το χέρι σε θέση μεσολαβής

Η **διήθηση του πρόσθιου οδοντωτού μυός** γίνεται κυρίως σε περιπτώσεις όγκων του κάτω έξω τεταρτημορίου του μαστού και ελέγχεται ως εξής: η ασθενής τοποθετεί το σύστοιχο προς τον πάσχοντα μαστό χέρι πάνω στον ώμο του ιατρού που εξετάζει και ασκεί πίεση, οπότε ο πρόσθιος οδοντωτός μυς συσπάται. Σε περίπτωση διηθήσεως του μυός η κινητικότητα του όγκου περιορίζεται (εικ. 4.4.)



Εικ.4.4 Εξέταση για την ανεύρεση διηθήσεως του πρόσθιου οδοντωτού μυός.

Η ψηλάφηση συμπληρώνεται με την εξέταση **των μασχαλιαίων κοιλοτήτων** και των **υπερκλείδιων βόθρων**. Για την ψηλάφηση της μασχάλης η ασθενής είναι όρθια ή κάθεται. Ο ιατρός στέκεται μπροστά της και με το δεξί του χέρι φέρει το δεξιό άκρο της ασθενούς χαλαρό και σε κάμψη στον αγκώνα μέχρι το ύψος της κεφαλής. Στη συνέχεια το άκρο της ασθενούς, το οποίο στηρίζεται πάνω στο χέρι του ιατρού, κατέρχεται χαλαρό και σε ελαφριά απαγωγή, το δε χέρι που εξετάζει σύρεται προς τα κάτω και ψηλαφά την έσω επιφάνεια της μασχάλης. Με τους χειρισμούς αυτούς επιτυγχάνεται η εξέταση της έσω θωρακικής και της κεντρικής ομάδας των μασχαλιαίων γαγγλίων τα οποία αν ανεβρεθούν διογκωμένα είναι αναγκαίο να εξεταστεί η ευαισθησία, το μέγεθος και η σύστασή τους, καθώς και η πιθανή διήθηση του δέρματος και των γύρω ιστών. (Κουρκούτα Λ. 2001).

4.1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Στο ιστορικό ερωτάται :

- η ηλικία της ασθενούς διότι κάθε όγκος του μαστού σε ασθενή πάνω από τα 40, πρέπει να θεωρείται ύποπτος. Μετά την εμμηνόπαυση, ο καλοήθης όγκος είναι σπάνιος.
- Όταν η ασθενής είναι προεμμηνοπαυσιακή, η πιθανή ύπαρξη μεταβολών του όγκου κατά τη διάρκεια του κύκλου (ευαισθησία, αύξηση των διαστάσεων του προ ή κατά την έμμηνο ρύση) είναι υπέρ της καλοήθειας
- Πιθανή ύπαρξη παλαιών προβλημάτων στο μαστό
- Οικογενειακό ιστορικό και ειδικά του μαστού ή άλλα ογκολογικά νοσήματα (Leger L. 2003).

4.2 ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ

Η αυτοεξέταση των μαστών θα πρέπει να αρχίζει από την ηλικία των 21 και η εξέταση να γίνεται μία φορά τον μήνα. (Μπούτης Α. – Πινακίδης Μ. 1993).

Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η εξέταση είναι μία εβδομάδα μετά την περίοδο. Η αυτοεξέταση θα πρέπει να συνεχίζεται κάθε μήνα μετά την εμμηνόπαυση. Η εξέταση αρχίζει με την επισκόπηση των μαστών μπροστά στον καθρέφτη. Με τα χέρια στα πλάγια του σώματος, η γυναίκα θα πρέπει να παρατηρήσει τους μαστούς για *ασυμμετρία, εισολκή του δέρματος, αλλαγές στο χρώμα ή εισολκή της θηλής*. Επίσης, παρατηρεί το *σχήμα και το μέγεθος των μαστών*. Κατόπιν, σηκώνει τα χέρια ψηλά και επαναλαμβάνει την επισκόπηση μπροστά στον καθρέφτη, για τα ίδια φυσικά σημεία.

Η γυναίκα ξαπλώνει ανάσκελα τοποθετώντας ένα μαξιλάρι κάτω από τον ώμο που θα εξεταστεί γιατί με αυτόν τον τρόπο ανυψώνεται η πλευρά αυτή του σώματος και ο μαζικός αδένας διανέμεται ομοιόμορφα πάνω στο θωρακικό τοίχωμα. Τοποθετεί το χέρι πίσω από το κεφάλι, και το άλλο χέρι και με τις ράγες των δακτύλων ψηλαφά το μαστό της προσέχοντας να μην ξεχάσει κάποια περιοχή αψηλάφητη. Η τεχνική απαιτεί ήπια ψηλάφηση του μαζικού αδένα, αρχίζοντας από το άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού, εφόσον οι περισσότερες αλλοιώσεις αρχίζουν από την περιοχή αυτή. Μετά την ολοκλήρωση μιας κυκλικής κίνησης των δακτύλων, το χέρι μετακινείται 2 cm προς τη θηλή και επαναλαμβάνεται η ίδια διαδικασία, μέχρις ότου ολοκληρωθούν τέσσερις τουλάχιστον κύκλοι. Όταν η εξέταση του μαστού ολοκληρωθεί, το μαξιλάρι τοποθετείται κάτω από τον αντίθετο ώμο και εξετάζεται ο άλλος μαστός ακριβώς κατά τον ίδιο τρόπο. (Σαχίνη-Καρδάση Α.– Πάνου Μ. και Μπούτης Α. – Πινακίδης Μ. 1993).

4.2.1 ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Η μαστογραφία δεν είναι εξεταστική μέθοδος που μπορεί να γίνεται κάθε μήνα, ώστε να ανακαλύψει κανείς έναν καρκίνο σε πρώιμο στάδιο. Οι ακτίνες Röntgen προκαλούν βλάβη και ευνοούν την ανάπτυξη κακοήθων όγκων. Η μαστογραφία επομένως πρέπει να γίνεται μόνο με ένδειξη, όταν χρειάζεται να διασαφηνιστούν ευρήματα. (Lippert H. 1993).

Ποιες γυναίκες χρειάζονται μαστογραφία και πότε πρέπει να γίνεται μαστογραφικός έλεγχος: Γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών με έναν ή περισσότερους επιβαρυντικούς παράγοντες πρέπει να υποβάλλονται μια φορά το χρόνο σε μαστογραφικό έλεγχο. Η χρησιμότητα του περιοδικού μαστογραφικού ελέγχου σε γυναίκες αυτής της ηλικίας, χωρίς επιβαρυντικούς παράγοντες, είναι οριακή και χρειάζονται εκ των προτέρων ελεγχόμενες μελέτες για να καθορίσουν τη σκοπιμότητά του.

Δεν έχει ακόμη εξακριβωθεί η αξία του μαζικού προσυμπτωματικού μαστογραφικού ελέγχου σε γυναίκες κάτω των 50 ετών. Ωστόσο, αναφέρεται ότι πρέπει να γίνεται τουλάχιστον μία φορά μεταξύ 35 και 40 ετών.

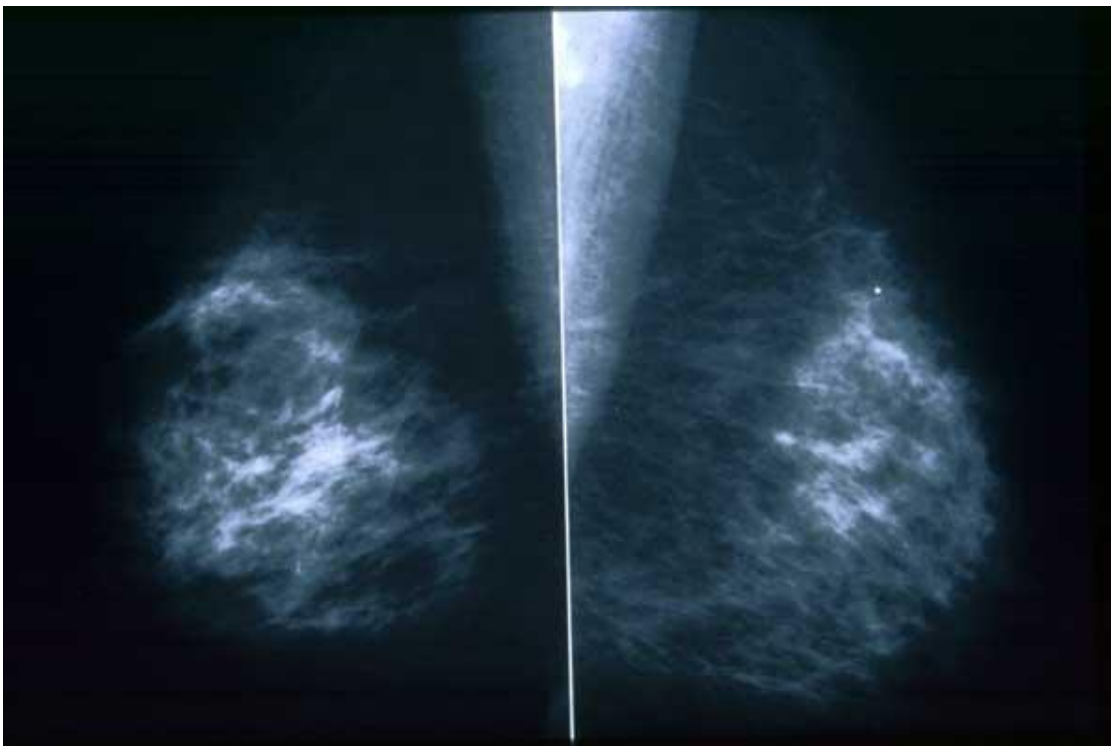
Σε ασυμπτωματικές γυναίκες ηλικίας 40–49 ετών, συνιστάται μαστογραφικός έλεγχος κάθε ένα ή δύο χρόνια, ανάλογα με την υφή του αδένα και τους δείκτες αυξημένου κινδύνου.

Το μικρότερο χρονικό διάστημα μεταξύ δύο μαστογραφιών είναι ένα έτος, μπορεί όμως ο ιατρός με βάση τον κίνδυνο που διατρέχει η γυναίκα, όπως την ηλικία της να βραχύνει το μεσοδιάστημα αυτό. (Κόνιαρη Ε. 1991).

Κίνδυνοι από τη μαστογραφία: η δόση της ακτινοβολίας που δέχεται ο μαστός σε μια ικανοποιητική μαστογραφία έχει περιορισθεί σε 0,2–0,3 rad στο δέρμα και σε 0,02–0,03 rad στο μαστό, ποσότητα ασήμαντη για βλαπτική δράση, ιδιαίτερα όταν γίνεται σε σχετικά μεγάλες γυναίκες. Ο κίνδυνος της ακτινοβολίας από μία ή περισσότερες μαστογραφίες έχει τελευταία αποτελέσει

πηγή άγχους για τις γυναίκες και μεγάλης αβεβαιότητας για τους ιατρούς. Σε γενικές γραμμές, όλες οι πειραματικές μελέτες δείχνουν ότι η ιοντίζουσα ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει καρκίνο μαστού, παρ' όλα αυτά ο κίνδυνος μειώνεται προοδευτικά με την αύξηση της ηλικίας. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος από επανειλημμένες εκθέσεις υπάρχει στις ηλικίες από 9 – 19 ετών, ενώ από τα 50, πιθανότατα, ο μαστός δεν είναι από πρακτική σκοπιά ευαίσθητος στην ακτινοβολία.

Η μαστογραφία χρησιμοποιείται ευρύτερα σήμερα στα διάφορα κέντρα μαστού. Το πλεονέκτημα της μαστογραφίας χαμηλής δόσης κάνει τη μέθοδο πολύ χρήσιμη, γιατί επιτρέπει α) τη χρησιμοποίησή της σε νέες κυρίως γυναίκες και β) επιτρέπει τον περιοδικό προληπτικό έλεγχο, στοιχείο σημαντικό για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού. (Κόνιαρη Ε. 1991).



Μαστογραφία.

Ο ετήσιος μαστογραφικός έλεγχος έχει βρεθεί ότι μειώνει τη θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού κατά 24%. Αυτό είναι σημαντικό νούμερο, αν αναλογιστούμε ότι ο καρκίνος του μαστού είναι για τις γυναίκες, ο πρώτος σε

συχνότητα καρκίνος και αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις Δυτικές κοινωνίες.(www.surgeon.gr).



Μαστογραφία καρκίνου. Παρατηρείται το ανώμαλο περίγραμμα που θυμίζει ακτινωτό άστρο.

4.2.2 ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ

Είναι υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή όπου καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθάει έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης. Όταν υπάρχει κακοήθεια εμφανίζεται χαρακτηριστική θερμή περιοχή εξαιτίας αυξημένης αιμάτωσης. (Σαχίνη-Καρδάση Α. – Πάνου Μ. 2000).

Δυστυχώς η αυξημένη θερμότητα δεν είναι ειδική για τον καρκίνο γιατί καλοήθεις καταστάσεις όπως μαστίτιδα, αδένωση και ιστοί που περιβάλλουν κύστεις μπορούν να προκαλέσουν αυξημένες θερμοκρασίες. Άλλες δυσκολίες στην εξέταση είναι ότι το θερμογραφικό προφίλ του μαστού επηρεάζεται από την έμμηνο ρύση, την κύηση και δεν είναι όμοιο στους δύο μαστούς ώστε να υπάρχει κάποιο μέτρο σύγκρισης. Έτσι η θερμογραφία δεν έχει καθιερωθεί σαν μέθοδος εκτίμησης της κατάστασης των μαστών. Ένα μη φυσιολογικό θερμογράφημα δεν αποτελεί από μόνο του ένδειξη για βιοψία, ενώ από την άλλη ένα φυσιολογικό δεν είναι επαρκές για να αποκλεισθεί το ενδεχόμενο κακοήθειας. (Μπούτης Α. – Πινακίδης Μ. 1993).

4.2.3 ΞΗΡΟΓΡΑΦΙΑ

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. (Σαχίνη-Καρδάση Α.- Πάνου Μ. 2000).

4.2.4 ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ

Είναι μέθοδος μη αιματηρή, δεν εκθέτει το μαστό σε ακτινοβολία και αποτελεί τη μόνη απεικονιστική μέθοδο που διακρίνει τις κυστικές από τις συμπαγείς βλάβες. Στη διάγνωση μεταξύ καλοηθών και κακοήθων όγκων βοηθούν τα εξής στοιχεία: τα όρια της μάζας και το σχήμα, η παρουσία ήχων στο εσωτερικό της μάζας και η σκιά πίσω από τον όγκο. Οι καλοήθεις μάζες έχουν στρογγυλό ή ωοειδές ομαλό περίγραμμα, δεν έχουν καθόλου ήχους στο εσωτερικό τους (κύστεις) ή αν έχουν είναι ομοιογενείς (ιναδενώματα). Αντίθετα στις κακοήθεις μάζες οι ήχοι είναι ανομοιογενείς και το οπίσθιο χείλος σκοτεινό με μία σκούρα, χωρίς ήχους σκιά να προβάλλει προς τα πίσω. (Μπούτης Α. – Πινακίδης Μ. 1993).

Το υπερηχογράφημα είναι λιγότερο ακριβές στην αποκάλυψη καρκίνου σε παχύσαρκους μεταεμμηνοπαυσιακούς μαστούς και μικρού μεγέθους καρκινώματα μπορούν να διαφύγουν από αυτή την εξέταση. *Ενδείκνυται σε :*

- νεαρές γυναίκες
- σε έγκυες
- σε ψηλαφητή μάζα
- συμπληρωματικά σε μαστογραφία

- σε γυναίκες που αρνούνται τη μαστογραφία
- σε πρόσφατο νεόπλασμα μαστού και
- βοηθητικά στην καθοδήγηση της παρακέντησης σε μη ψηλαφητά κυστικά μορφώματα. (Μπούτης Α. – Πινακίδης Μ. 1993).

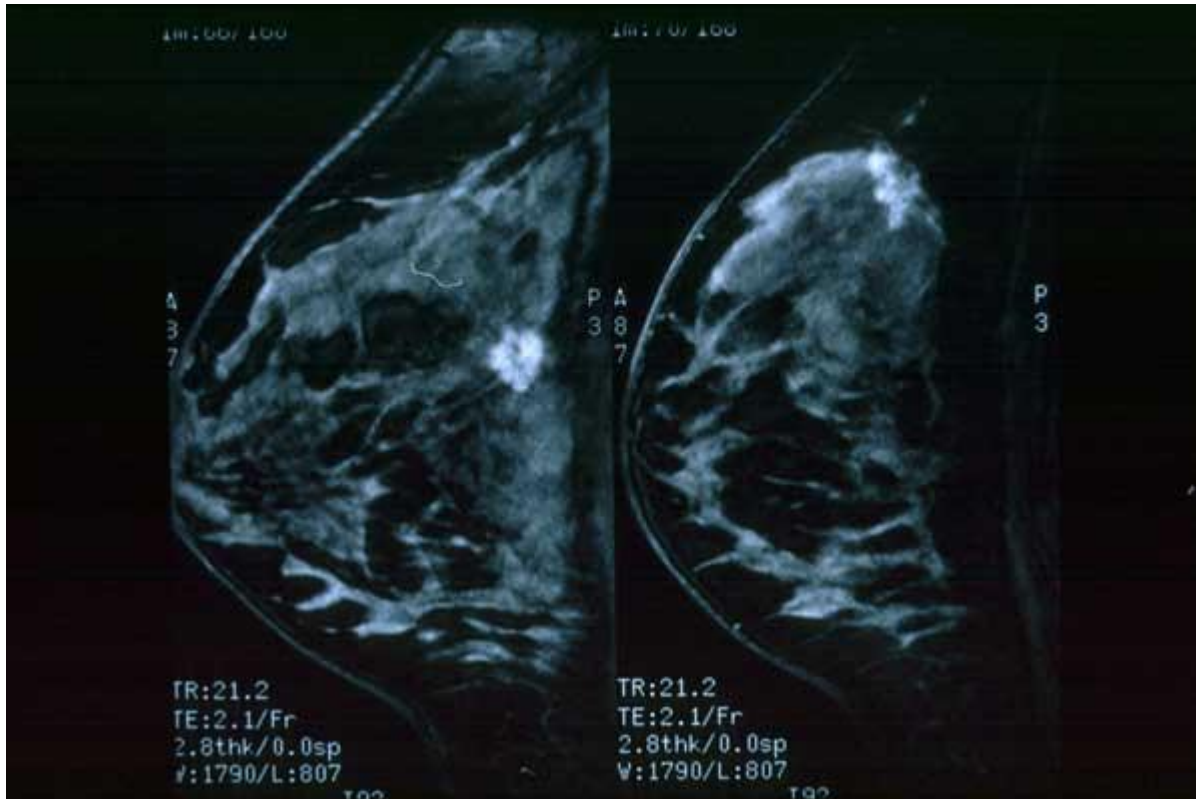


Υπερηχογράφημα μαστών

(www.surgeon.gr)

4.2.5 ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ (MRI)

Χρησιμοποιείται λιγότερο, αλλά είναι απαραίτητη σε δύσκολες καταστάσεις, όταν η μαστογραφία και το υπερηχογράφημα δεν είναι αρκετά για τη διάγνωση. Δίνει άριστα αποτελέσματα στην ανίχνευση υποτροπής σε ήδη χειρουργημένους μαστούς. (Leger L. 2003).



Μαγνητική μαστών

(www.surgeon.gr)

4.2.6 ΔΙΑΦΑΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Χρησιμοποιείται δυνατό ψυχρό φως σ' ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο και φωτίζεται ο μαζικός ιστός. Οι κύστεις διαυγάζουν, ενώ ο συμπαγής όγκος παραμένει αδιαφανής. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνεται εύκολα η ύπαρξη κύστης ή νεοπλάσματος. (Σαχίνη-Καρδάση Α. – Πάνου Μ. 2000).

4.2.7 ΦΛΕΒΟΓΡΑΦΙΑ

Ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφοαγγλίων. Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, με γενική νάρκωση, ενδομυελικά στο κάτω άκρο του στέρνου. Φυσιολογικά, οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι τους σκιαγραφούνται. Διακοπή της σκιαγράφησης των φλεβών αυτών και ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας είναι ενδεικτικά πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφοαγγλίων, χωρίς όμως να αποκλείεται και η πιθανότητα της απλής αδενίτιδας. Ακόμα το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη μεταστάσεων. (Σαχίνη-Καρδάση Α. – Πάνου Μ. 2000).

4.2.8 ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ

Σε αυτή την εξέταση χρησιμοποιούνται ραδιενεργά ισότοπα τα οποία όταν μπουν στον οργανισμό έχουν τις ίδιες χημικές αντιδράσεις και μεταβολικές διαδικασίες με σταθερά στοιχεία. Ο παθολογικός ιστός παρουσιάζει άλλη εικόνα στον απεριθμητή των σπινθηρισμών επειδή το ραδιοϊσότοπο μεταβολίζεται διαφορετικά από τον ιστό αυτό. (Μαλγαρινού Μ. – Κωνσταντινίδου Σ. 2003).

Στην εξέταση ανακαλύπτονται οστικές αλλοιώσεις πολλούς μήνες πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά. (Σαχίνη-Καρδάση Α. – Πάνου Μ. 2000).

Όλη η διαδικασία της εξέτασης είναι ανώδυνη και διακρίνεται σε τρεις φάσεις: α) στη φάση της χορήγησης του ραδιοϊσοτόπου β) στη φάση της αναμονής και γ) στη φάση της καταγραφής των σπινθήρων που εκπέμπει το ραδιοϊσότοπο (στη φάση αυτή η εξεταζόμενη παίρνει διάφορες θέσεις πάνω στο εξεταστικό κρεβάτι). (Μαλγαρινού Μ. – Κωνσταντινίδου Σ. 2003).

4.2.9 ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Έχει την ικανότητα να αποκαλύψει ορισμένους καρκίνους του μαστού, που δεν γίνονται αντιληπτοί με άλλη μέθοδο. Επιτρέπει την απεικόνιση τόσο των μασχαλιαίων όσο και των έσω μαστικών αδένων. Έχουν απεικονισθεί όγκοι 2 mm, αλλά η κύρια συμβολή της αξονικής τομογραφίας είναι στους πυκνούς μαστούς, όπου η μαστογραφία δεν είναι διαφωτιστική, και σε μικρού μεγέθους καρκίνους που δεν ανιχνεύονται ούτε κλινικά ούτε μαστογραφικά. (Μπούτης Α. – Πινακίδης Μ. 1993).

Μειονεκτήματα:

- δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μέθοδο διαλογής σε προσυμπτωματικό έλεγχο εξαιτίας της υψηλής δόσης ακτινοβολίας (15 φορές μεγαλύτερη της μαστογραφίας) στην οποία εκθέτει το μαστό
- το υψηλό κόστος και το μεγάλο χρονικό διάστημα που απαιτείται για την εκτέλεσή της. (Μπούτης Α. – Πινακίδης Μ. 1993).

4.2.10 ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

Γίνεται από την έκκριση του μαζικού αδένου. Κάτω από το μικροσκόπιο τα κύτταρα μπορεί να έχουν φυσιολογική ή αναπλαστική εικόνα. Η όψη των κυττάρων ταξινομείται σε πέντε κλίμακες:

- ➔ Class I - φυσιολογικά
- ➔ Class II – μάλλον φυσιολογικά
- ➔ Class III – αμφίβολα (πιθανόν να είναι κακοήθη)
- ➔ Class IV – μάλλον κακοήθη
- ➔ Class V – κακοήθη

Η εξέταση επαναλαμβάνεται αν τα κύτταρα βρέθηκαν να ανήκουν στην Class III. Αν βρεθεί ότι τα κύτταρα ανήκουν στην Class IV ο εξεταζόμενος πρέπει να κάνει βιοψία για καλύτερη αξιολόγηση της ασθενούς. (Μαλγαρινού Μ.–Κωνσταντινίδου Σ. 2003).

4.2.11 ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Γίνεται ακτινολογικός έλεγχος πνεύμονα και μεσοθωρακίου για τον αποκλεισμό μεταστάσεων. (Σαχίνη-Καρδάση Α. – Πάνου Μ. 2000).

4.2.12 ΒΙΟΨΙΑ

Είναι απαραίτητη για να καθορισθεί η φύση μιας βλάβης στο μαστό καθώς επίσης και η εκλογή της κατάλληλης θεραπείας. (Σέχας Μ. 1995).
Ενδείκνυται σε:

- Εμμένουσα μάζα ή οζίδιο στο μαστό
- Εμμένουσα έκκριση από γαλακτοφόρο πόρο
- Απόστημα στο μαστό ή ανεξήγητα σημεία φλεγμονής
- Αλλοιώσεις της θηλής και
- Ύποπτα μαστογραφικά σημεία (Μπούτης Α. – Πινακίδης Μ. 1993).

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι βιοψίας:

- ➔ Βιοψία με τομή όπου λαμβάνεται τεμάχιο από τον όγκο προς εξέταση με ειδικές βελόνες
- ➔ Βιοψία εκτομής όπου αφαιρείται όλος ο όγκος και εξετάζεται
- ➔ Βιοψία αναρρόφησης όπου από τους κυστικούς όγκους, με βελόνα λαμβάνεται το υγρό περιεχόμενο και στέλνεται για κυτταρολογική εξέταση
- ➔ Ταχεία βιοψία οι κανονικές επεξεργασίες ενός ιστολογικού παρασκευάσματος προς μικροσκοπική εξέταση (χρώση) διαρκούν 24 ώρες. Με τη μέθοδο της ταχείας βιοψίας, ο ιστός που θα εξετασθεί ψύχεται με CO₂ και το παρασκεύασμα είναι έτοιμο προς εξέταση εντός των 10 λεπτών. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται για τη ριζική επέμβαση και ενώ η ασθενής βρίσκεται υπό νάρκωση. (Αποστολίδης Ν. 1987).

Κατά τη περίοδο αυτή της χειρουργικής διαγνωστικής διαδικασίας, η ασθενής και η οικογένειά της καταβάλλονται από άγχος και φόβο για την πορεία της εξέτασης γι' αυτό θα πρέπει να υπάρχει προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα. (Κόνιαρη Ε. 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 50

5.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει τη χειρουργική θεραπεία, τη χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία. Κάθε θεραπευτικός χειρισμός έχει δύο στόχους: 1. να εξαλείψει την τοπική νόσο και τις πιθανότητες τοπικής υποτροπής και 2. να προφυλάξει ή να θεραπεύσει τη συστηματική επέκταση της νόσου (μεταστάσεις). Για την επιλογή της πιο κατάλληλης μορφής θεραπείας ο ιατρός πρέπει να γνωρίζει το κλινικό στάδιο της νόσου, τον ιστολογικό τύπο του νεοπλασματος και την ορμονική δραστηριότητα τόσο της γυναίκας (πριν ή μετά την εμμηνόπαυση) όσο και του όγκου (ύπαρξη ή μη υποδοχέων στα καρκινικά κύτταρα). (Ανδρουλάκης Γ. – Παπαδημητρίου Γ. 1989).

5.1.1ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- *Ριζική μαστεκτομή:* εξαιρείται ολόκληρος ο μαστός, ο μείζων και ο ελάσσων θωρακικός μυς και αφαιρούνται οι λεμφαδένες της έσω μαστικής. Εφαρμόζεται σπάνια και έχει λίαν περιορισμένες ενδείξεις. Η κύρια επιπλοκή της είναι το οίδημα του σύστοιχου άνω άκρου (Σέχας Μ. 1995 – Σμπαρούνης Χ. 1990)
- *Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή:* περιλαμβάνει την ολική αφαίρεση του μαστού, αφαίρεση της περιτονίας του μείζονα θωρακικού μυ και καθαρισμό της μασχάλης. Μερικοί προτιμούν τη διατομή της κατάφυσης ή και αφαίρεση του ελάσσονα θωρακικού μυ για διευκόλυνση του λεμφαδενικού καθαρισμού της μασχάλης. Πλεονέκτημα αποτελεί η αποφυγή της μετεγχειρητικής ακτινοβολίας (Μπάλας Π. 1987)
- *Απλή μαστεκτομή:* αφαιρείται μόνο ο μαστικός αδένας, η επιδερμίδα που ερχόταν σε επαφή με τον όγκο χωρίς να θιγεί ο θωρακικός μυς και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Μειονέκτημα αποτελεί το ότι μόνη η κλινική εξέταση δεν μπορεί να αποκλείσει τη πιθανή διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Η απλή μαστεκτομή από πολλούς συνδυάζεται με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία (Kerrasdoue 1996 – Σμπαρούνης Χ. 1990)
- *Μερική μαστεκτομή (τμηματεκτομή):* εφαρμόζεται όταν ο όγκος βρίσκεται στο έξω ημιμόριο του μαστού, είναι πρόσφατος, σε μέγεθος και μικρότερος των 2 cm. Περιλαμβάνει είτε εκτομή ολόκληρου τεταρτημορίου, είτε περιορισμένη εκτομή του μαστού, είτε τοπική εκτομή του όγκου (ογκεκτομή) (Τούντας Κ. 1981 – Μπάλας Π. 1987).

Για την εφαρμογή της μερικής μαστεκτομής υπάρχουν ορισμένες αντενδείξεις οι οποίες είναι:

- Ασθενείς με μη καλά αφοριζόμενους όγκους στο μαστό
- Πολλαπλοί πρωτοπαθείς όγκοι
- Μεγάλοι πρωτοπαθείς όγκοι σε μικρό μαστό
- Η κύηση και
- Η προηγούμενη ακτινοβολία στο θώρακα (Μπούτης Α. Πινακίδης Μ. 1993).

5.1.2 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αποτελεί μία επίπονη αγωγή, λόγω της μακράς διάρκειας, των συχνών επιπλοκών και της αυξημένης νοσηρότητας. Πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα και να γίνεται προσπάθεια να εφαρμοσθεί το 100% της δόσεως των φαρμάκων προκειμένου να υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα. (Αραβαντίνου Δ. 1985).

Η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται σε προχωρημένα νεοπλάσματα του μαστού και όταν δεν έχει δράσει ή έχει παύσει να δρα η ορμονοθεραπεία, έχει χρησιμοποιηθεί σε περιορισμένη όμως κλίμακα και προεγχειρητικά με σκοπό να περιορίσει την εξάπλωση του όγκου κατά την εγχείρηση και να καταστήσει εγχειρήσιμους ορισμένους ανεγχείρητους όγκους. (Σμπαρούνης Χ. 1990).

Η σωστή επιλογή της οδού χορήγησης, μπορεί να συμβάλλει στο καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, όταν με αυτή εξασφαλίζεται υψηλή συγκέντρωση του φαρμάκου στον ιστό ή στους ιστούς που νοσούν. (Γολεμάτη Χ. 1985).

Ανάλογα με τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται διακρίνεται σε χημειοθεραπεία *πρώτης γραμμής* με αντιπροσωπευτικότερο σχήμα το συνδυασμό κυκλοφωσφαμίδης, μεθοτρεξάτης και φλουοροουρασίλης, χημειοθεραπεία *δεύτερης γραμμής* όπου η μεθοτρεξάτη αντικαθίσταται από ανθρακυκλίνη και τη χημειοθεραπεία *τρίτης γραμμής* με νεότερα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, το σημαντικότερο των οποίων είναι οι ταξάνες. Χορηγείται συνήθως σε 6 κύκλους σε απόσταση 3 εβδομάδων μεταξύ τους. Η χορήγηση διφωσφονικών ενώσεων ενδοφλεβίως καθυστερεί την εμφάνιση συστηματικών και ειδικότερα οστικών μεταστάσεων. (Παπαδημητρίου Ι. 2001).

Το πότε θα εφαρμοστεί η χημειοθεραπεία εξαρτάται από ορισμένες προϋποθέσεις όπως:

- Να έχει ελεγχθεί η κατάσταση του μυελού των οστών
- Να μην υπάρχουν λοιμώξεις (η καταπολέμησή τους πρέπει να προηγηθεί) και
- Να είναι καλή η λειτουργία των νεφρών και του ήπατος.

Απόλυτη αντένδειξη χημειοθεραπείας αποτελεί η κύηση και πάνω απ' όλα να δεχθεί η ασθενής να γίνει η χημειοθεραπεία.

Όταν αποφασιστεί να γίνει η χημειοθεραπεία θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν και να μελετηθούν εκτός από την διάγνωση και τη σταδιοποίηση τα παρακάτω:

- Διάγνωση με βιοψία (διαπίστωση κακοήθειας, τύπου και βαθμού διαφοροποίησης)
- Η ηλικία και η γενική κατάσταση της ασθενούς
- Η σχεδιασθείσα σειρά φαρμάκων και η συσταθείσα οδός χορηγήσεως (IM, IV)
- Η αναγκαιότητα για πρόσθετη θεραπεία, δηλαδή ενδοφλέβια ενυδάτωση (πριν και μετά τη θεραπεία π.χ. σε Cisplatin)
- Η ανάγκη να διορθωθούν (εάν χρειάζεται) ορισμένες βλάβες (αναιμία, θρομβοπενία) πριν αρχίσει η χημειοθεραπεία με μετάγγιση στοιχείων αίματος και η διαιτητική υποστήριξη
- Στη προβλεπόμενη οξύτητα των παρενεργειών, η άμεση επέμβαση π.χ. χορήγηση αντιεμετικών, διουρητικών σκευασμάτων
- Η εκπλήρωση επιθυμίας ασθενή, οικογένειας ή των φίλων της για ενημέρωση και συμμετοχή στη θεραπεία. (Μεσμπέας Σ. 1991– Αποστολίδης Ν., Πανουσόπουλος Δ. 2004).

Οι μορφές της χημειοθεραπείας είναι: η συμπληρωματική θεραπεία, η χημειοθεραπεία εισαγωγής και η περιοχική χημειοθεραπεία.

Συμπληρωματική θεραπεία: αρχικά δινόταν σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με διηθημένους λεμφαδένες, όμως με την επικράτηση της απόψεως του Fisher, η χημειοθεραπεία χορηγείται τόσο σε προεμμηνοπαυσιακές όσο και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με διηθημένους λεμφαδένες. Η μόνη επιφύλαξη χορηγήσεως χημειοθεραπείας είναι σε γυναίκες με πολύ μικρούς όγκους και πολύ ευνοϊκούς προγνωστικούς παράγοντες.

Χημειοθεραπεία εισαγωγής: γίνεται σε ευμεγέθεις όγκους οι οποίοι δεν θα ήταν εύκολο να αντιμετωπιστούν με περιορισμένη εκτομή χορηγώντας αρχικά χημειοθεραπεία ώστε να μικρύνει ο όγκος και να μπορέσει να αντιμετωπιστεί χειρουργικά με διατήρηση του μαστού. Σε γυναίκες με διηθημένους λεμφαδένες όπου η νόσος θεωρείται συστηματική η χημειοθεραπεία πρέπει να προηγείται της ακτινοθεραπείας. Αντιθέτως σε γυναίκες με αρνητικούς λεμφαδένες, όπου η νόσος θεωρείται τοπική, η ακτινοθεραπεία προηγείται της χημειοθεραπείας.

Περιοχική χημειοθεραπεία: σε τοπικώς προχωρημένη νόσο στο μαστό η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί ενδοαρτηριακώς στις τροφοφόρες αρτηρίες του όγκου με εκλεκτικό καθετηριασμό τους. Το είδος αυτό της χημειοθεραπείας, είναι αρκετά αποτελεσματικό στο τοπικό έλεγχο της νόσου. (Παπαδημητρίου Ι. 2001).

Πλεονεκτήματα χημειοθεραπείας:

- Πλήρης ασφάλεια του προσωπικού από έκθεσή του σε κυτταροτοξικά φάρμακα κατά την προετοιμασία ή τη χορήγησή τους
- Ασφάλεια της ασθενούς. Μειώνονται οι πιθανότητες πόνου και θρομβοφλεβίτιδας
- Δεν υπάρχουν πιθανότητες μόλυνσης λόγω του κλειστού συστήματος χορήγησης και

- Διατήρηση της δραστικότητας του φαρμάκου. Δεν υπάρχει πιθανότητα χημικής αλλοίωσής του. (Κόνιαρη Ε. 1991).

Παρενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων:

- Άμεσες :

- Παρενέργειες από το γαστρεντερικό σύστημα (ναυτία, έμετος, ανορεξία, στοματίτιδα, οισοφαγίτιδα, διαρροϊκές κενώσεις ή και πρωκτίτιδα)
- Παρενέργειες από το μυελό των οστών (ελάττωση των λευκών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων, αναιμία)
- Παρενέργειες από τους νεφρούς (αιμορραγική κυστίτιδα)
- Παρενέργειες από το νευρικό σύστημα (κεντρική βλάβη όπως μεταβολική εγκεφαλοπάθεια, περιφερική νευροπάθεια)
- Παρενέργειες από το δέρμα και το συνεκτικό ιστό (αλλοιώσεις από τα νύχια κυρίως σκλήρυνση και επιμήκεις ραβδώσεις, δερματίτιδα με τη μορφή του διάχυτου ερυθήματος ή και ακόμα απόπτωση του δέρματος, σκούρο δέρμα με σκληρή υφή και διάχυτο ερύθημα)
- Παρενέργειες από την καρδιά ή τους πνεύμονες

- Απώτερες:

- Επιδράσεις στο γεννητικό σύστημα (αμηνόρροια, πρόβλημα τερατογένεσης ώστε η τεκνοποιία να αντενδείκνυται) (Βασιλόπουλος Π. 1989).

5.1.3 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί συμπληρωματικά πριν ή μετά τη χειρουργική επέμβαση ή ακόμη και μόνη της , χωρίς χειρουργική επέμβαση ή χημειοθεραπεία, και παρηγορητικά επί μεταστάσεων ή υποτροπών. Σκοπός της είναι να νεκρώσει τα καρκινικά κύτταρα και να μειώσει το μέγεθος του όγκου μαζί και τους διηθημένους λεμφαδένες. (Kerrasdoue 1996 – Βασιλόπουλος Π. 1989).

Η καταστροφή των καρκινικών κυττάρων δεν γίνεται μέσα σε μερικές ημέρες, αλλά χρειάζεται αρκετό χρονικό διάστημα. Η ακτινοθεραπεία θα πρέπει να είναι προοδευτική και να αποφεύγονται οι πολύ ισχυρές δόσεις. Γι' αυτό και διαρκεί 4-8 εβδομάδες και στοχεύει στο μαστό και στα γάγγλια που διηθούνται πιο γρήγορα, αυτά που βρίσκονται στο επίπεδο της μασχάλης, κατά μήκος της άκρης του στέρνου και πάνω από την κλείδα. Ο αριθμός των ακτινοβολιών είναι 4-5 συνεδρίες την εβδομάδα. (Kerrasdoue 1996).

Η δόση της ακτινοβολίας είναι περίπου 4000–6000 rads και δίνεται στην περιοχή του όγκου, ιδίως αν υπάρχει υπόνοια διασποράς στους μασχαλιαίους, υπερκλείδιους και έσω μαστικούς λεμφαδένες. Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται από ορισμένους με καλύτερα, όπως υποστηρίζουν, αποτελέσματα από τη μετεγχειρητική γιατί μπορεί να μετατρέψει όγκους οριακούς από άποψη χειρουργικής εκτομής σε πλήρως εξαιρεσίμους όγκους και παράλληλα να αποστειρώσει το πεδίο της μαστεκτομής και να ελαττώσει τη λεμφαδενική διήθηση. (Σμπαρούνης Χ. 1990 – Τζωρακολευθεράκης Ε. 1992).

Όσον αφορά τη μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία αυτή δίνεται σε δόσεις όγκου 5000 rads περίπου σε 5 εβδομάδες και ακτινοβολείται το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και οι επιχώριοι λεμφαδένες. Με τη μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία ελαττώνεται η εμφάνιση των υποτροπών από 20–25% σε 5% και λιγότερο.

Επίσης υπάρχει και η ακτινοθεραπεία σε μεταστατική νόσο όπου όταν εμφανίζονται οστικές μεταστάσεις που είναι επι το πλείστον επώδυνες τότε η ακτινοθεραπεία προσφέρει βελτίωση ή πλήρη υποχώρηση του άλγους στο 90 % των περιπτώσεων, συμβάλλει στην επανασβέσωση της περιοχής της βλάβης, και βοηθάει στην αποφυγή παθολογικών καταγμάτων. Οι δόσεις που χρησιμοποιούνται είναι 3000 rads. Σε περίπτωση εγκεφαλικής μετάστασης τότε η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται παρηγορητικά και η μέση διάρκεια ζωής είναι 4 μήνες, όμως σημαντικός αριθμός ασθενών παρουσιάζει μετά τη θεραπεία μεγάλη βελτίωση των τοπικών συμπτωμάτων με επιβίωση μέχρι και 12 μήνες. Ακτινοβολείται ολόκληρος ο εγκέφαλος σε δόσεις όγκου 3000 rads περίπου σε τρεις εβδομάδες. (Κόνιαρη Ε. 1991).

Παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας είναι:

- Το είδος της ακτινοβολίας
- Η δόση της ακτινοβολίας
- Ο ρυθμός δόσης
- Το είδος του ιστού
- Η οξυγόνωση του ιστού που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινευαισθησία
- Η θερμοκρασία που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινευαισθησία. Η θερμοκρασία επηρεάζει το βαθμό κυκλοφορίας και επομένως την οξυγόνωση του ιστού.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί με δύο τρόπους, με την *εξωτερική* και την *εσωτερική*. Η *εξωτερική* είναι η τηλεθεραπεία που εφαρμόζεται με ακτίνες X οι οποίες παράγονται από ειδικό μηχάνημα και ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε ραδιοθεραπευτικές βόμβες για παράδειγμα κοβάλτιο 60. Στην *εσωτερική* ακτινοθεραπεία με εμφύτευση, χρησιμοποιείται ιρίδιο 192 το οποίο με στερεά μορφή βελονών ή ελασμάτων ή κόκκων

εμφυτεύεται μέσα στον όγκο του μαστού και αφαιρείται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα (48–72 ωρών). Τα εμφυτεύματα συνήθως συνδυάζονται με εξωτερική ακτινοβολή για καλύτερα αποτελέσματα. (Κόνιαρη Ε. 1991).

Όπως κάθε θεραπευτικό μέσον έτσι και η ακτινοθεραπεία έχει πλεονεκτήματα, ανεπιθύμητες ενέργειες και επιπλοκές.

Τα πλεονεκτήματά της είναι :

- Αν χρησιμοποιηθεί μόνη, επιτρέπει τη διατήρηση του στήθους που μπορεί να παραμείνει σε ικανοποιητική κατάσταση, αν χορηγηθούν σχετικά μέτριες δόσεις ακτίνων
- Σαν συμπλήρωμα της χειρουργικής επέμβασης εξασφαλίζει σχεδόν πλήρη ίαση
- Έχει ελάχιστες επιπτώσεις πάνω στο δέρμα και
- Χάρη στη θέση του στήθους, τα γειτονικά όργανα δέχονται ελάχιστη ακτινοβολία (Karrasdoue 1996).

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες διακρίνονται στις :

- *Συστηματικές*, αποτελούν το λεγόμενο «ακτινικό σύνδρομο» και χαρακτηρίζονται από :
 - Γενική καταβολή δυνάμεων και κόπωση
 - Ναυτία, έμετο
 - Ανορεξία
 - Απώλεια βάρους
 - Δεκατική πυρετική κίνηση
- *Τοπικές*, οι οποίες διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες επιπλοκές επομένως, οι επιπλοκές οι πρώιμες είναι :
 - Ακτινοδερματίτιδα (είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος του μαστού που ακτινοβολείται) και διακρίνεται στην ερυθματώδη (με ερυθρότητα, ξηρότητα, ρωγμές), στη φυσαλιδώδη, στην εσχαροποιητική (με

ερυθρότητα, οίδημα και φυσαλίδες οι οποίες σπάζουν και παρουσιάζονται βαθιές εξελκώσεις)

- Ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών (τα κυκλοφορούντα κύτταρα του αίματος αποθνήσκουν συνεχώς και δεν παράγονται νέα κύτταρα για να τα αντικαταστήσουν. Υπάρχει μεγάλη μείωση των αριθμών των κοκκιοκυττάρων, ελάττωση των λεμφοκυττάρων, των πολυμορφοπύρηνων των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων που οδηγεί σε θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση, αναιμία και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις)
- Δυσκαταποσία – Δυσφαγία
- Ναυτία, έμετος, διάρροια, κόπωση, αδυναμία
- Ξηροστομία (οφείλεται σε αρνητική επίδραση της ακτινοβόλησης στους αδένες της παρωτίδας που εκκρίνουν το σίελο)

Οι όψιμες είναι :

- Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε (το δέρμα γίνεται λεπτό και χαρακτηρίζεται από ατροφία)
- Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων και οστών
- Αλωπεκία (η ακτινοβολία επηρεάζει τα επιθηλιακά κύτταρα και τους θυλάκους των τριχών)
- Πνευμονική ίνωση και λεμφικό οίδημα σύστοιχου άνω άκρου
- Λευχαιμία
- Μεταλλάξεις
- Πολυτερηδονισμός (εμφάνιση ξηροστομίας από τη μείωση του σιέλου λόγω καταστροφής των παρωτίδων αδένων) (Κόνιαρη Ε. 1991).

5.1.4 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για ασθενείς μετά την εμμηνόπαυση με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς χωρίς σπλαχνικές μεταστάσεις ή ταχέως εξελισσόμενη μεταστατική νόσο. Χορηγείται για χρονικό διάστημα 5 ετών. (Ράπτη Α. 2002).

Οι ορμόνες που χρησιμοποιούνται είναι :

- Τα *ανδρογόνα* όπου εφαρμόζονται σε υποτροπή καρκίνου μαστού, σε νεαρές γυναίκες ή σε γυναίκες στις οποίες η έμμηνος ρύση έχει σταματήσει όχι περισσότερο από πέντε χρόνια ή σε ασθενή οποιασδήποτε ηλικίας με σύμπτωμα το πόνο προερχόμενο από οστικές μεταστάσεις. Για να είναι ικανοποιητικό το αποτέλεσμα η θεραπεία θα πρέπει να διαρκέσει 6–8 εβδομάδες, σε περίπτωση όμως που δεν έχουμε τα αναμενόμενα αποτελέσματα μετά από δύο μήνες από την έναρξη της θεραπείας αυτή διακόπτεται (Τούντας Κ. 1981)
- Τα *οιστρογόνα*, αυτά χορηγούνται όταν έχουν περάσει πέντε χρόνια από την εμμηνόπαυση και κυρίως σε μεταστάσεις στα μαλακά μόρια. Για να υπάρξουν ικανοποιητικά αποτελέσματα θα πρέπει να χορηγηθούν μεγάλες δόσεις από την υπόφυση τα οποία εάν επιτευχθούν η θεραπεία θα διαρκέσει για πολλά χρόνια (Σμπαρούνης Χ. 1990)
- Οι *θυρεοειδικές ορμόνες*, έχουν ευεργετική επίδραση όσον αφορά την πρόληψη των υποτροπών και είναι παραδεκτό πως υπάρχει σχέση μεταξύ υποθυρεοειδισμού και γεννητικών καρκίνων και
- Τα *γλυκοκορτικοειδή*, όπου χορηγούνται κατά προτίμηση τα υδρογονωμένα παράγωγα της κορτιζόνης γιατί παρουσιάζουν περισσότερη γλυκοορμονική ιδιότητα και προκαλούν μικρή κατακράτηση Na και H₂O. (Τούντας Κ. 1981).

Υπάρχουν οι λεγόμενες τρεις γραμμές ορμονικού χειρισμού. Ο ορμονικός χειρισμός πρώτης γραμμής στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με μεταστατική νόσο είναι η χορήγηση ενός αντιοιστρογόνου, όπως η ταμοξιφένη. Η χορήγηση ταμοξιφένης συνιστάται και για τις ασθενείς που είχαν λάβει το αντιοιστρογόνο ως συμπληρωματική θεραπεία αλλά παρήλθε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών από το τέλος της. Ο ορμονικός χειρισμός δεύτερης γραμμής περιλαμβάνει τη χορήγηση εκλεκτικών αναστολέων του ενζύμου αρωματάση, στεροειδικών και μη. Η αρωματάση καταλύει τη σύνθεση οιστρογόνων από τα σχηματιζόμενα στα επινεφρίδια ανδρογόνα. Ο ορμονικός χειρισμός τρίτης γραμμής, είναι η χορήγηση ενός γεσταγόνου, όπως η οξική μεδροξυπρογεστερόνη και η οξική μεγεστρόλη (160 mg ημερησίως per os). Τα φάρμακα αυτά δεσμεύουν τον οιστρογονικό υποδοχέα στον όγκο και διεγείρουν τη διάσπαση ανδρογόνων και οιστρογόνων. (Σταματελόπουλος Σ. 2001).

Η ωοθηκεκτομή είναι μία μη φαρμακευτική ορμονοθεραπεία η οποία εφαρμόζεται σαν πρώτη θεραπεία σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες κατά τη πρώτη εμφάνιση μεταστάσεων ιδίως στα οστά. Έχει εφαρμοστεί και προφυλακτικά, δηλαδή αμέσως μετά τη μαστεκτομή και προ εμφανίσεως μεταστάσεων. Οι περισσότεροι σήμερα δεν την εφαρμόζουν προφυλακτικά. (Kerrasdue A. 1996).

Η ένδειξη για τη σωστή εφαρμογή της ορμονοθεραπείας εξαρτάται από τους παρακάτω παράγοντες :

- Από την ύπαρξη ή μη υποδοχέων (σε ασθενείς με αρνητικούς υποδοχείς αποδίδει μόνο στο 8–10 %)
- Από τη χρονική περίοδο που η ασθενής παραμένει ελεύθερη συμπτωμάτων (δεν αποτελεί αποτελεσματική ορμονική θεραπεία η έναρξη σε διάστημα μικρότερο από ένα χρόνο, αντίθετα εάν αρχίσει σε διάστημα πάνω από πέντε χρόνια υπάρχει καλύτερη ανταπόκριση στην ορμονική θεραπεία)

- Από τη θέση της μεταστατικής νόσου (όταν η μετάσταση εντοπίζεται στα μαλακά μόρια, το δέρμα, τους επιχώριους λεμφαδένες, την υπεζωκοτική κοιλότητα και τα οστά, έχει πιο καλή ανταπόκριση στην ορμονοθεραπεία)
- Από την ηλικία της ασθενούς (η ορμονική θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική στις μεγαλύτερες γυναίκες γιατί τα αντιοιστρογόνα βρίσκουν καλύτερη ανταπόκριση στις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες απ'ότι στις προεμμηνοπαυσιακές)
- Από προηγούμενη επιτυχημένη ορμονοθεραπεία (ασθενείς με καλή ανταπόκριση σε μια μορφή ορμονοθεραπείας, αναμένεται ότι θα έχουν εξίσου καλή ανταπόκριση και σε μια άλλη μορφή ορμονικής θεραπείας). (Μπάλας Π. 1987, Σταματελόπουλος Σ. 2001).

Οι παρενέργειες από την έναρξη της ορμονοθεραπείας μπορεί να είναι :

- Υπερασβεστιαμία
- Επίταση των οστικών αλγών
- Παροδική αύξηση του νεοπλάσματος
- Ναυτία
- Εξάψεις
- Θρομβοφλεβίτιδα

Σε καμία περίπτωση αυτές οι παρενέργειες δεν αποτελούν διακοπή της θεραπείας, με μόνη εξαίρεση τη μεγάλη και απειλητική για τη ζωή αύξηση της τιμής του ασβεστίου. (Ράπτη Α . 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 60

6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ

Τη συμβολή της-ου νοσηλεύτριας-τη η ασθενής δεν τη χρειάζεται μόνο στη θεραπευτική αγωγή αλλά και στις διαγνωστικές διαδικασίες διότι και αυτές έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες και σε αυτό το στάδιο πρέπει η νοσηλεύτρια να συμπαραστέκεται στην ασθενή και να την ενημερώνει.

6.1.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Ο,Η νοσηλευτής-τρια εκτιμά και αξιολογεί τα προβλήματα και τις ανάγκες της ασθενούς, πιο συγκεκριμένα:

- Την ύπαρξη αναπηρίας ή όχι
- Την ύπαρξη μεταβολικού νοσήματος ή όχι
- Την ύπαρξη αφυδάτωσης
- Την ύπαρξη του πόνου
- Την εμφάνιση άγχους και αγωνίας και
- Την ανάγκη ενημέρωσης και κατατόπισης της ασθενούς

Σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης- φροντίδας:

- Ενημέρωση και κατατόπιση της ασθενούς στις διαδικασίες της εξέτασης προς αποφυγή ή ανακούφιση του άγχους και της αγωνίας
- Προετοιμασία ψυχολογική-σωματική για την αποδοχή της εξέτασης χωρίς δυσάρεστα επακόλουθα
- Αναχαίτιση επιβαρυντικών για την πορεία της εξέτασης παραγόντων, όπως πόνου, ανησυχίας, αφυδάτωσης, καθώς και άλλων μεταβολικών νοσημάτων, π.χ. σακχαρώδους διαβήτη.

Η φροντίδα του-ης νοσηλευτή-τριας θα συντελέσει στο να διεξαχθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η εξέταση, χωρίς να δημιουργήσει δυσάρεστα συναισθήματα, καθώς και να βοηθήσει την ασθενή στην ευκολότερη αποδοχή της και στην κατανόηση της σπουδαιότητάς της.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Ενημερώνεται η ασθενής για τον τόπο και το χρόνο διενέργειας της εξέτασης καθώς και για το σκοπό της
- Ενημερώνεται για τον τρόπο διενέργειάς της. Είναι αναίμακτη εξέταση και δεν προκαλεί πόνο.
- Σε έντονο άλγος καθώς και στην εμφάνιση έντονου άγχους και αγωνίας χορηγούνται αναλγητικά ή ελαφρά ηρεμιστικά μετά από ιατρική οδηγία
- Εκτιμάται η γενική σωματική κατάσταση της ασθενούς. Σε περίπτωση αναπηρίας, η εξέταση διενεργείται σε καθιστή θέση. Ο,Η νοσηλευτής-τρια μπορεί να συνοδεύσει την ασθενή και να της συμπαρασταθεί κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Η μεταφορά της ασθενούς γίνεται με καρέκλα.

- Σε περίπτωση αφυδάτωσης, η,ο νοσηλεύτρια-της φροντίζει για τη σωστή ενυδάτωση του οργανισμού με τη χορήγηση, κατόπιν ιατρικής οδηγίας, παρεντερικών διαλυμάτων, με σκοπό την αναχαίτιση ανασταλτικών για τη διενέργεια της εξέτασης παραγόντων και την ευχάριστη διάθεση της ασθενούς
- Αν υπάρχουν άλλα μεταβολικά νοσήματα, π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, φροντίζει για τη χορήγηση ινσουλίνης στην ασθενή και καθορίζει τη διαίτά της, φροντίζει επίσης οι ασθενείς αυτοί να μπαίνουν πρώτες στο πρόγραμμα για εξέταση
- Ακόμη η,ο νοσηλεύτρια-της ενημερώνει και καθησυχάζει τους συγγενείς της ασθενούς και τους επιβεβαιώνει για την ασφάλεια, τους κινδύνους, τα αναμενόμενα αποτελέσματα, την αναγκαιότητα της εξέτασης και τις εξετάσεις που μπορεί να ακολουθήσουν (Κόνιαρη Ε. 1991).

6.1.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΒΙΟΨΙΑ – ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ - ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Προεγχειρητικά:

- Ο,Η νοσηλευτής-τρια παρέχει συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη στην ασθενή και στην οικογένειά της
- Συμβουλεύει την ασθενή να βήχει παίρνοντας βαθιά αναπνοή για την αποβολή των εκκρίσεων και να αναπνέει βαθιά για την έκπτυξη των πνευμόνων
- Την συμβουλεύει να μην φάει και να μην πει τίποτα
- Λαμβάνει τα ζωτικά σημεία της ασθενούς
- Την ενημερώνει πως θα πρέπει να αφαιρέσει κοσμήματα, φακούς επαφής, τεχνητή οδοντοστοιχία και οποιοδήποτε άλλο πρόσθετο αντικείμενο
- Επίσης την ενημερώνει πως η περιοχή του σώματος (το στήθος) όπου θα γίνει η τομή για τη βιοψία θα πρέπει να καθαριστεί καλά για την αποφυγή μόλυνσεως. (Κόνιαρη Ε. 1991).

Μετεγχειρητικά:

- Ο,Η νοσηλεύτης-τρια μόλις επιστρέψει η ασθενής από το χειρουργείο λαμβάνει τα ζωτικά σημεία
- Συμβουλεύει την ασθενή να γυρίζει πλευρό, να βήχει και να αναπνέει βαθιά
- Την ενημερώνει πως στην αρχή δεν θα σηκώνεται από το κρεβάτι
- Την ενημερώνει πως ο πόνος που θα νοιώθει στην περιοχή της τομής είναι συνηθισμένος και θα της χορηγηθούν αναλγητικά μετά από ιατρική οδηγία
- Τη συμβουλεύει να φοράει υποστηρικτικό στηθόδεσμο όλο το 24ωρο
- Τη συμβουλεύει να αποφεύγει για μερικές ημέρες τις απότομες και βαριές κινήσεις (σήκωμα, σπρώξιμο) με το χέρι της σύστοιχης με τη βιοψία πλευράς
- Τη συμβουλεύει να αποφεύγει τις χαμηλές θερμοκρασίες γιατί προκαλούν σύσπαση των θηλών και τράβηγμα των ραμμάτων
- Την ενημερώνει πως η αισθητικότητα του μαστού θα επαναποκτηθεί μετά από 2 περίπου μήνες
- Ο νοσηλεύτης παρατηρεί κατά μήκος της τομής διότι μπορεί να εμφανιστεί ερυθρότητα, φλεγμονή και έκκριση υγρού όπου αν είναι αιματηρή ενημερώνει τον ιατρό
- Ακόμη συμβουλεύει την ασθενή να πραγματοποιεί κάθε μήνα αυτοεξέταση μαστού και αν παρατηρήσει κάτι ανησυχητικό να επισκεφθεί τον ιατρό. (Κόνιαρη Ε. 1991).

6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ασθενής έρχεται στο νοσοκομείο όχι σαν ένας μαστός που χρειάζεται αφαίρεση αλλά σαν μία βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα, μοναδική και αδιαίρετη γι' αυτό πρέπει η,ο νοσηλεύτρια-τής να αντιμετωπίζουν την ασθενή με αγάπη και σεβασμό.

6.2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία:

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

- *Αμφιβολίες για τη διάγνωση.* Η υποψία του καρκίνου του μαστού δημιουργεί στις περισσότερες γυναίκες καρκινοφοβία και γι' αυτό η,ο νοσηλεύτρια-της :

→ Θα πρέπει να υποστηρίξει ηθικά την ασθενή κατά τη περίοδο των εξετάσεων, οι οποίες γίνονται πριν από την εγχείρηση

→ Να της εξηγήσει πως ακόμη και αν επιβεβαιωθεί η ύπαρξη του καρκίνου, μπορεί να γίνει καλά με τα μέσα, τα οποία διαθέτει η ιατρική επιστήμη σήμερα

● *Άγχος, κατάθλιψη, και σωματική αδυναμία σχετιζόμενα με τη διάγνωση, τη πρόγνωση, τα αποτελέσματα της εγχείρησης και ιδιαίτερα με την αλλαγή του σωματικού ειδώλου.* Η,Ο νοσηλεύτρια-της :

→ Εξηγεί στην ασθενή τις διαδικασίες που ακολουθούνται

→ Παρέχει πληροφορίες που επιθυμεί η ασθενής και χρειάζεται για την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και την αναμενόμενη μετεγχειρητική πορεία

→ Ενθαρρύνει την ασθενή στην έκφραση των συναισθημάτων της και των φόβων (για το θάνατο, το καρκίνο της παραμόρφωσης και του πόνου) της ακόμη και να κλάψει

→ Τη διδάσκει πώς να βήχει, πώς να παίρνει βαθιές αναπνοές, πώς να ανακουφίζεται από το πόνο και ασκήσεις του σύστοιχου με τη μαστεκτομή χεριού

● *Δυσκολία αποδοχής της εγχείρησης.* Η,Ο νοσηλεύτρια-της :

→ Βοηθά την ασθενή να αντιληφθεί το πρόβλημά της

→ Δημιουργεί ασφαλές και ενθαρρυντικό περιβάλλον για την ελάττωση της ψυχικής έντασης

→ Προσπαθεί με υπομονή και αγάπη να τη διαβεβαιώσει ότι η εγχείρηση είναι απαραίτητη για τη θεραπεία της

→ Της επισημαίνει ότι η απώλεια του ενός μαστού είναι η μικρότερη θυσία που προσφέρει στην υγεία της και στην ίδια της τη ζωή

● *Ο φόβος του πόνου και του θανάτου.* Η,Ο νοσηλεύτρια-της :

→ Εξηγεί στην ασθενή ότι κατά την εγχείρηση δεν θα αισθανθεί πόνο λόγω της αναισθησίας και

→ Αναφέρει περιπτώσεις ασθενών οι οποίες έχουν θεραπευτεί επιτυχώς μετά τη μαστεκτομή επειδή η εγχείρηση έγινε εγκαίρως

● *Οικογενειακά προβλήματα.* Η,Ο νοσηλεύτρια-της :

- Συζητά με τα μέλη της οικογένειας για την κατάσταση της ασθενούς, προσφέροντας πληροφορίες και απαντώντας σε ερωτήσεις
- Βοηθάει τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν τα αισθήματα της ασθενούς
- Βοηθάει την ασθενή να εκφράσει τα αισθήματα και τις ανάγκες της στην οικογένειά της
- Ενθαρρύνει την οικογένεια να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι η θηλυκότητά της, η σεξουαλικότητα και η αγάπη των άλλων προς αυτήν δεν επηρεάζονται από την εμφάνισή της

● *Δυνατότητα μετεγχειρητικής αυτοφροντίδας. Η,Ο νοσηλεύτρια-της :*

- Καθοδηγεί την ασθενή να παρακολουθεί το μαστό της για ενδείξεις φλεγμονής, αιμορραγίας και να της αναφέρει αμέσως στον ιατρό
- Διδάσκει συγκεκριμένες τεχνικές φροντίδας της περιοχής
- Διδάσκει την κατά στάδια αύξηση των δραστηριοτήτων
- Τη συμβουλεύει να αποφεύγει τις έντονες αθλητικές δραστηριότητες για 6 – 8 εβδομάδες μετά την εγχείρηση
- Τη συμβουλεύει να αποφεύγει οποιονδήποτε τραυματισμό στην περιοχή του μαστού και
- Προσέχει την ασθενή για σημεία κατάθλιψης, τα οποία οφείλονται στην δυσαρέσκεια των αποτελεσμάτων (άρνηση να κοιτάζει την περιοχή της τομής) (Κόνιαρη Ε. 1991).

Προεγχειρητική σωματική ετοιμασία:

H,O νοσηλεύτρια-της :

- Λαμβάνει αίμα για το καθορισμό της ομάδας και γίνεται διασταύρωση για την εξασφάλιση αίματος εάν χρειαστεί
- Κάνει λουτρό καθαριότητας
- Χορηγεί υπακτικά φάρμακα μετά από ιατρική οδηγία για τη κένωση του εντέρου
- Λαμβάνει τα ζωτικά σημεία της ασθενούς
- Της συνιστά τη κένωση της κύστης
- Αφαιρεί τα κοσμήματα και τις τεχνικές οδοντοστοιχίες από την ασθενή
- Φοράει στην ασθενή τα ρούχα του χειρουργείου και
- Τοποθετεί την ασθενή στο φορείο και οδηγείται στο χειρουργείο με τον ιατρικό και νοσηλευτικό φάκελο (Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ. 2000).

Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα:

H,O νοσηλεύτρια-της :

- Εκτιμά την αρτηριακή πίεση και το σφυγμό γιατί αυτά τα ζωτικά σημεία μαρτυρούν την αιμορραγία και το Shock
- Γίνεται επισκόπηση του επιδεσμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας, κυρίως στη περιοχή της μασχάλης και στη ράχη
- Σε περίπτωση πόνου χορηγεί αναλγητικό μετά από ιατρική οδηγία
- Ενθαρρύνει την ασθενή να αλλάζει θέση και να παίρνει βαθιές αναπνοές για την πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών
- Ελέγχει την επίδεση του τραύματος κάθε δύο ώρες για τυχόν ύπαρξη αιμορραγίας, αποφεύγεται η πιεστική επίδεση για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων
- Παρακολουθεί τη παροχέτευση του τραύματος, το χρώμα των υγρών και την οσμή
- Παρακολουθεί την ενδοφλέβια χορήγηση ορών για την εξασφάλιση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών
- Παρατηρεί το ποσό των ούρων για εμφάνιση ολιγουρίας (ένδειξη αιμορραγίας)
- Εκτιμά αλλαγές του διανοητικού επιπέδου της ασθενούς (σύγχυση, μειωμένο επίπεδο συνείδησης), οι οποίες είναι δυνατό να υποδεικνύουν μειωμένη παροχή αίματος στον εγκέφαλο (Σαχίνη–Καρδάση Α., Πάνου Μ. 2000 και Κόνιαρη Ε.1991).

Φροντίδα του τραύματος και πρόληψη φλεγμονής :

Η νοσηλεύτρια τηρεί αυστηρά τις αρχές της άσηπτης τεχνικής κατά τις αλλαγές του τραύματος. Η φροντίδα περιλαμβάνει:

- Επεξήγηση της ασθενούς για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας
- Ενημέρωση της ασθενούς ότι το πρόσφατο επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση εξαιτίας κάκωσης των νεύρων
- Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα
- Αναγνώριση σημείων φλεγμονής, πόνος, ευαισθησία, ερυθρότητα, οίδημα και ενημέρωση του ιατρού αν παρουσιαστούν
- Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής για τη διέγερση της κυκλοφορίας και την αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος μετά από ιατρική οδηγία (Σαχίνη–Καρδάση Α., Πάνου Μ. 2000).

Πρόληψη λεμφοιδήματος :

Η,Ο νοσηλεύτρια-της συμβουλεύει την ασθενή:

- Να αποφεύγει στο χειρουργημένο χέρι κοψίματα, αμυχές, τσιμπήματα, εγκαύματα και η χρήση ισχυρών απορρυπαντικών γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του οιδήματος
- Στο βραχίονα της προσβεβλημένης πλευράς να γίνεται μασάζ 3 ή 4 μήνες μετεγχειρητικά για τη βελτίωση της κυκλοφορίας και τη μείωση του οιδήματος
- Το χέρι και η εγχειρητική περιοχή να διατηρούνται σχολαστικά καθαρά για τη πρόληψη λοίμωξης
- Να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων για τη διευκόλυνση της κυκλοφορίας (Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ. 2000).

Διδασκαλία της ασθενούς από την,τον νοσηλεύτρια-τή για την έξοδό της από το νοσοκομείο:

- ➔ Γίνεται ετοιμασία του συζύγου (αν υπάρχει) για παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης στη σύζυγό του
- ➔ Δίνεται βοήθεια στην ασθενή για την εκτέλεση των ασκήσεων οι οποίες αρχίζουν 24 ώρες περίπου μετά την επέμβαση στο χέρι της προσβεβλημένης 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
- ➔ Ενημερώνεται από το νοσηλευτή ότι οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και ότι δεν πρέπει να αισθάνεται καμία δυσχέρεια στις κινήσεις
- ➔ Ενθαρρύνεται να διατηρεί κανονική θέση του σώματός της κατά την εκτέλεση των ασκήσεων

Σε ριζική μαστεκτομή οι ασκήσεις που συνιστά ο ιατρός είναι οι παρακάτω:

- *Σφίξιμο μπάλας.* Είναι μια απλή άσκηση που βοηθά στην ισχυροποίηση των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας
- *Πέταγμα μπάλας.* Βελτιώνει την έκταση του προσβεβλημένου άκρου. Η γυναίκα πετά τη μπάλα που είναι δεμένη σε ελαστικό κορδόνι
- *Αναρρίχηση στο τοίχο.* Προάγει την έκταση του προσβεβλημένου άκρου. Η γυναίκα βλέπει προς το τοίχο, λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στο τοίχο ισιώνοντας τους ώμους. Σηκώνει τα χέρια πάνω στο τοίχο παράλληλα, όταν πονέσει τα κατεβάζει και σημειώνεται το σημείο που έφθασαν τα χέρια της ώστε την επόμενη φορά να το ξεπεράσει
- *Γύρισμα σχοινιού.* Επιτυγχάνεται η ευλυγισία του ώμου. Δένεται σφιχτά από το χερούλι της πόρτας ένα σχοινί και η ασθενής με τεντωμένο το

προσβεβλημένο χέρι γυρίζει το σχοινί με μικρούς κύκλους ώστε σιγά-σιγά να μεγαλώνουν και να γίνονται από τον ώμο

→ *Αιώρηση χεριών*. Χαλαρώνει τον ώμο. Η ασθενής σκύβει προς τα εμπρός και αιωρεί τα χέρια της από το ένα πλάγιο στο άλλο με τεντωμένους τους αγκώνες. Ο,Η νοσηλεύτης-τρια στέκεται δίπλα της την πρώτη φορά γιατί υπάρχει κίνδυνος να ζαλιστεί

→ *Τροχαλία*. Ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου. Δένονται τα άκρα του σχοινού κόμπο και η ασθενής με τεντωμένους βραχίονες το τραβά προς τα κάτω με το γερό χέρι, ενώ το προσβεβλημένο χέρι ανυψώνεται. Η διαδικασία αντιστρέφεται και σιγά-σιγά το ύψος αυξάνει

→ *Κούμπωμα πίσω κουμπιών*. Η ασθενής ανεβοκατεβάζει και τα δύο της χέρια πίσω στη ράχη σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπιά της μπλούζας της. Με κάθε επανάληψη της άσκησης τα χέρια πηγαίνουν ψηλότερα

→ *Άγγιγμα μετώπου*. Δυναμώνει τους μυς του ώμου. Η ασθενής βλέπει το τοίχο και τοποθετεί τις παλάμες σε αυτόν το ύψος του ώμου, σιγά-σιγά γέρνει προς το τοίχο κάμπτοντας τους αγκώνες της και επανέρχεται στην αρχική θέση τεντώνοντας τους αγκώνες. (Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ. 2000 και Κόνιαρη Ε.1991).

6.2.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Νοσηλευτική φροντίδα παρενεργιών των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων:

Παρενέργειες από το γαστρεντερικό σύστημα:

Ναυτία – έμετος. Η₂O νοσηλεύτρια-της :

- Παρακολουθεί τη συχνότητα των εμέτων, το χαρακτήρα και την ποιότητά τους
- Παρακολουθεί τη θρέψη της ασθενούς, την ανορεξία ή την αποστροφή που μπορεί να έχει
- Προληπτικά χορηγεί μετά από ιατρική οδηγία αντιεμετικά φάρμακα πριν από την έναρξη της θεραπείας
- Εκπαιδεύει την ασθενή και την οικογένειά της πώς να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα
- Συμβουλεύει την ασθενή πως μόλις παρουσιαστεί ναυτία να φάει λίγη φρυγανιά
- Χορηγούνται τροφές μαλακές και παγωμένες, οι σκληρές τροφές αποφεύγονται γιατί δυσκολεύουν τη πέψη και τη κένωση του στομάχου
- Δίνει συμβουλές στην ασθενή να αποφεύγει τροφές με έντονα ή δυσάρεστα αρώματα γιατί αυξάνουν τη ναυτία και τον έμετο
- Τη συμβουλεύει να αποφεύγει τα υγρά κατά τη διάρκεια του φαγητού, για να μη γεμίζει το στομάχι με υγρά
- Τη συμβουλεύει να αποφεύγει τα γλυκά, τα τηγανιτά και τα λιπαρά φαγητά
- Τη διδάσκει να τρώει σιγά μικρές ποσότητες κάθε φορά και να μη μιλάει κατά τη διάρκεια του φαγητού, ώστε να αποφεύγεται η αεροφαγία
- Τη συμβουλεύει να αποφεύγει τη λήψη βαριάς τροφής αμέσως πριν τη χημειοθεραπεία

- Την ενθαρρύνει πως σε περίπτωση που αισθανθεί ναυτία να αναπνέει βαθιά από το στόμα
- Διορθώνει αν χρειάζεται τη διαταραχή του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και εξασφαλίζει καλή θρέψη και
- Δίνει ψυχολογική υποστήριξη στην ίδια και στην οικογένειά της για το προγραμματισμό και το σχεδιασμό της φροντίδας της

Διάρροια. Η,Ο νοσηλεύτρια-της :

- Παρακολουθεί την ασθενή για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνουν διαταραχή του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών
- Παρακολουθεί το χρώμα, τη ποσότητα και την περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης
- Παρακολουθεί τη συχνότητα και την ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών
- Προληπτικά περιορίζει την κυτταρίνη στο διαιτολόγιο της ασθενούς (η κυτταρίνη βοηθάει στην κένωση του εντέρου)
- Τη συμβουλεύει να αποφεύγει τροφές που μπορεί να προκαλέσουν σπασμό όπως καφέ, πικάντικα, φασόλια κ.α.
- Συνιστά μικρά και συχνά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας για την ομαλοποίηση του εντέρου
- Χορηγεί μετά από ιατρική οδηγία αντιδιαρροϊκά φάρμακα
- Χορηγεί υγρά για την αντικατάσταση αυτών που χάθηκαν (τσάι, χυμό φρούτων, αραιή σούπα) και

- Χορηγεί τροφές που περιέχουν κάλιο όπως μπανάνες, πορτοκάλια, πατάτες, γιατί με τη διάρροια έχουμε αποβολή καλίου και έτσι διορθώνει το ισοζύγιο υγρών

Στοματίτιδα – έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας. Η,Ο νοσηλεύτρια-τής :

- Προληπτικά λαμβάνει οδοντιατρικό ιστορικό όπως για παρουσία οδοντοστοιχιών, για ουλίτιδα, για στοματίτιδα και συνήθειες για τη φροντίδα της στοματικής κοιλότητας
- Ελέγχει τη στοματική κοιλότητα και την αξιολογεί με βάση την υγρασία, το χρώμα, την οδοντοστοιχία και τα υπάρχοντα σφραγίσματα
- Εξηγεί στην ασθενή τι είναι η στοματίτιδα και της διδάσκει πώς να εξετάζει το στόμα της και την προτρέπει να αναφέρει τις αλλαγές που παρατηρεί
- Τη συμβουλεύει να βουρτσίζει τα δόντια της με μαλακή οδοντόβουρτσα γιατί η σκληρή μπορεί να καταστρέψει τους μαλακούς ιστούς του στόματος
- Ελέγχει τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο, αλλαγή του βλεννογόνου
- Ενυδατώνει το στόμα για την εξασφάλιση κατάλληλης υγρασίας
- Τρεις ως τέσσερις φορές την ημέρα καθαρίζει τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς με φυσιολογικό ορό
- Χρησιμοποιεί διάφορα διαλύματα μετά από ιατρική οδηγία για την επούλωση της λύσης του βλεννογόνου του στόματος
- Χορηγεί λευκή και χλιαρή τροφή (λευκή, δεν περιέχει καρυκεύματα και σάλτσες) (Κόνιαρη Ε. 1991).

Αλωπεκία. Η πτώση των τριχών που παρατηρείται στη χημειοθεραπεία είναι προσωρινή και αφού ολοκληρωθεί το θεραπευτικό σχήμα, έχουμε ξανά ανάπτυξη των τριχών.

- Η,Ο νοσηλεύτρια-της χορηγεί βιταμίνη Ε προληπτικά γιατί μπορεί να παρεμποδίσει την αλωπεκία από τη χημειοθεραπεία (Μεσμπέας Σ. 1991).

Παρενέργειες από το μυελό των οστών:

Ελάττωση των λευκών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων.

- Αν τα αιμοπετάλια μειωθούν αρκετά η ασθενής πρέπει να εισάγεται στο νοσοκομείο και οι μεταγγίσεις να αρχίζουν όταν πέσουν κάτω από 20.000
- Σε οποιαδήποτε μείωση των λευκών κάτω των 4.000/κ.εκ. ή των αιμοπεταλίων κάτω των 100.000/κ.εκ. η συνέχιση της χημειοθεραπείας πρέπει να αναστέλλεται έως ότου ανεβούν τα κυτταρικά στοιχεία του αίματος πάνω από τα όρια. Τότε η χημειοθεραπεία επαναλαμβάνεται με μείωση της δοσολογίας των φαρμάκων που προκαλούν καταστολή του μυελού των οστών κατά 25% . (Βασιλόπουλος Π. 1989).

Αναιμία. Η,Ο νοσηλεύτρια-της :

- Παρακολουθεί την αιμοσφαιρίνη (φ.τ.14-16g/100mlαίματος), τον αιματοκρίτη και τη παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, απάθεια
- Συμβουλεύει την ασθενή να εμπλουτίσει το διαιτολόγιο με λεύκωμα και σίδηρο
- Χορηγεί αίμα με οδηγία ιατρού εάν χρειαστεί (Μαλγαρινού Μ.Α.–Κωνσταντινίδου Σ.Φ. 2003)
- Εφόσον δεν υπάρχει σαφής ένδειξη απώλειας αίματος, ο μοναδικός τρόπος βοήθειας της ασθενούς είναι οι μεταγγίσεις κυρίως

συμπυκνωμένων ερυθρών. Οι διάφορες άλλες αγωγές με φάρμακα δεν έχουν αποδώσει (Βασιλόπουλος Π. 1989).

Παρενέργειες από τους νεφρούς:

Νεφροτοξικότητα. Η,Ο νοσηλεύτρια-της :

- Παρακολουθεί τη λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας
- Παρακολουθεί την ασθενή για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας, όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κ.α.
- Ελέγχει και αξιολογεί το ισοζύγιο των λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών
- Λαμβάνει μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα και τη διατήρηση της αντίδρασης των ούρων (pH) σε φυσιολογικά επίπεδα, με χορήγηση υγρών (Κόνιαρη Ε. 1991).

Παρενέργειες από το νευρικό σύστημα:

Νευροτοξικότητα. Η,Ο νοσηλεύτρια-της :

- Παρακολουθεί την ασθενή για συμπτώματα ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρός πόνος στα χέρια και τα πόδια, σοβαρότερης νευροπάθειας όπως μείωση της δύναμης των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού
- Προστατεύει την ασθενή από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας ενημερώνοντας τον ιατρό για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νευροτοξικότητας του φαρμάκου
- Βοηθά την ασθενή για την αντιμετώπιση της νευροπάθειας δίνοντάς της συμβουλές για τη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση και της χορηγεί μετά από ιατρική οδηγία καθαρτικά φάρμακα για να την βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας (Μαλγαρινού Μ.Α.–Κωνσταντινίδου Σ.Φ. 2003).

Παρενέργειες από το δέρμα:

H,O νοσηλεύτρια-της :

- Παρακολουθεί το δέρμα για διακοπή της συνέχειας του (ρωγμές)
- Δίνει συμβουλές στην ασθενή να διατηρεί το δέρμα καθαρό, να το προστατεύει από τη ξηρότητα και τη μεγάλη έκθεση από τον ήλιο
- Δίνει στην ασθενή έντυπες πληροφορίες σχετικά με τη προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα (γίνεται πιο σκούρο) αν υπάρχουν.
(Μαλγαρινού Μ.Α.–Κωνσταντινίδου Σ.Φ. 2003).

6.2.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Νοσηλευτική παρέμβαση:

Η,Ο νοσηλεύτρια-της :

- Ενημερώνει την ασθενή για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας και τις δίνει συμβουλές για την αντιμετώπισή τους
- Παρέχει ενημερωτικό έντυπο και συμβουλεύει την ασθενή για τη καλύτερη συνεργασία στο σχεδιασμό της θεραπείας της
- Παρέχει χρόνο στην ασθενή ώστε να κάνει τα στο νοσηλευτή τις ερωτήσεις που επιθυμεί όπως, πονάει η ακτινοθεραπεία;
- Την πληροφορεί για τα αναμενόμενα αποτελέσματα και την αφήνει να εκφράσει τα συναισθήματά της
- Παρέχει γραπτές οδηγίες για τη φροντίδα του δέρματος
- Δίνει οδηγίες στην ασθενή για τη διατροφή, τη συμβουλεύει οι διατροφικές συνήθειές της να εμπλουτιστούν με τροφές υψηλής θερμιδικής αξίας ζωτικής σημασίας για την αντοχή του οργανισμού στην ακτινοθεραπεία
- Τη συμβουλεύει για την επαρκή λήψη των υγρών γιατί οι μεταβολικές ανάγκες των ιστών είναι αυξημένες και απαιτείται αυξημένη χορήγηση υγρών για την αποβολή των άχρηστων ουσιών
- Χορηγεί μετά από ιατρική οδηγία αναλγητικά και αντιεμετικά φάρμακα περίπου δύο ώρες πριν από το γεύμα και αξιολογεί την αποτελεσματικότητά τους
- Ελέγχει τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορεί να αυξάνουν τη ναυτία και τον έμετο (π.χ. αποφυγή έντονων και δυσάρεστων οσμών)
- Χορηγεί βιταμίνες μετά από ιατρική οδηγία

- Γνωστοποιεί στην ασθενή ότι η λήψη κρύων τροφών μπορεί να βοηθήσει στην αναισθητοποίηση και στην ανακούφιση του πόνου της στοματικής κοιλότητας
- Τη συμβουλεύει να αποφεύγει τη χορήγηση ζεστών τροφών και υγρών που μπορεί να προκαλέσουν αλλοιώσεις του βλεννογόνου του στόματος, όπως ο καφές, το τσάι, τα οινοπνευματώδη, τα μπαχαρικά, οι σάλτσες και τα ανθρακούχα αναψυκτικά
- Διδάσκει την ασθενή τεχνικές για την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. Της συνιστά τη χρήση μαλακής οδοντόβουρτσας και τη παροτρύνει να διατηρεί τα χείλη της υγρά
- Πριν την έναρξη της ακτινοθεραπείας προτρέπει την ασθενή να επισκεφθεί τον οδοντίατρο για προληπτικές εξετάσεις ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες μόλυνσης. Εάν υπάρχουν χαλασμένα δόντια ή σφραγίσματα ενημερώνει την ασθενή ότι θα αφαιρεθούν πριν από την έναρξη της θεραπείας
- Προληπτικά συμβουλεύει την ασθενή να χρησιμοποιεί οδοντόκρεμα που να περιέχει αντιβιοτικό
- Συζητά με την ασθενή και την ενημερώνει πως υπάρχει περίπτωση να τραφεί με ρινογαστρικό σωλήνα Levin εάν παρατηρηθεί αυξημένη απώλεια βάρους
- Ελέγχει καθημερινά τις εργαστηριακές τιμές των ηλεκτρολυτών, της κρεατινίνης κ.α. (Κόνιαρη Ε.1991).

Νοσηλευτική αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών της ακτινοθεραπείας:

H,O νοσηλεύτρια-της :

- Ενημερώνει την ασθενή ότι πρέπει να διατηρεί το δέρμα της στεγνό και να αποφεύγει να χρησιμοποιεί αρώματα, σαπούνια και κρέμες στη περιοχή της θεραπείας
- Προτρέπει την ασθενή να φορά χαλαρά ρούχα ή βαμβακερή μπλούζα ώστε να αποφευχθούν οι κακώσεις, η τριβή και η πίεση στην περιοχή
- Τη συμβουλεύει να αποφεύγει την ηλιοθεραπεία και την κολύμβηση σε χλωριωμένες πισίνες (Λαβδανίτη Μ. 2007)
- Χορηγεί μετά από ιατρική οδηγία ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές στη περιοχή
- Ενημερώνει την ασθενή να αποφεύγει τη χρήση στηθόδεσμου εάν της δημιουργεί πίεση
- Όταν έχει διάρροια εκτιμά τη ποιότητα και τη συχνότητα των κοπράνων
- Παρακολουθεί τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά και το βάρος (αφυδάτωση, μείωση του βάρους και διαταραχή των ηλεκτρολυτών είναι αποτέλεσμα της διάρροιας)
- Ενθαρρύνει την ασθενή να καταπίνει αργά, αφού πρώτα μασάει καλά τη τροφή της, για να ελαττωθεί ο σπασμός και να αυξηθεί η απορρόφηση των τροφών (Κόνιαρη Ε.1991).

Προετοιμασία της ασθενούς για έξοδο:

H,O νοσηλεύτρια-της :

- Ενημερώνει την ασθενή σχετικά με το προγραμματισμό της θεραπείας και το σχεδιασμό της φροντίδας του δέρματος
- Παρέχει στην ασθενή κατάλογο με τις ακριβείς ημερομηνίες κάθε συνεδρίας και των συναντήσεων με τον ιατρό
- Ενημερώνει την ασθενή σχετικά με τις αλλαγές στο διαιτολόγιο και στη λήψη τροφής κατά τη διάρκεια της θεραπείας
- Διδάσκει την ασθενή πώς να παρακολουθεί και να ελέγχει την ακεραιότητα της περιοχής του δέρματος που ακτινοβολείται
- Προτείνει τη χρησιμοποίηση βιβλίων μαγειρικής, τα οποία είναι ειδικά για το καθορισμό του διαιτολογίου των καρκινοπαθών
- Εκτιμά και αξιολογεί τις ανάγκες φροντίδας της ασθενούς στο σπίτι.
(Κόνιαρη Ε.1991).

6.2.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Νοσηλευτική φροντίδα:

Η,Ο νοσηλεύτρια-της :

- Διδάσκει την ασθενή σχετικά με τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες που έχουν τα φάρμακα της ορμονοθεραπείας
- Την ενημερώνει για την αύξηση του μεγέθους του όγκου και την καθυσχάζει
- Χορηγεί αναλγητικά και αντιστεροειδή μετά από ιατρική οδηγία για την ελάττωση και την αντιμετώπιση του οστικού πόνου
- Ενημερώνει την ασθενή και την οικογένειά της για τη πιθανή εμφάνιση υπερασβεστιαμίας
- Βοηθά την ασθενή να διατηρήσει το βάρος της σε φυσιολογικό επίπεδο κατά τη διάρκεια της ορμονοθεραπείας (Ε.Σ.Δ.Ν.Ε. 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

7.1 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

- Ψυχολογικά προβλήματα:
 - Αδυναμία αποδοχής της διάγνωσης
 - Θυμός, σύγχυση, κατάθλιψη
 - Φόβος θανάτου
- Μεταβολή σωματικού ειδώλου, απώλεια θηλυκότητας και αυτοεκτίμησης
- Προβλήματα σχέσεων με οικογένεια και σύζυγο
- Προβλήματα χρονιότητας της νόσου
- Προβλήματα από μεταστάσεις του καρκίνου (Σαχίνη-Καρδάση Α.– Πάνου Μ. 2000).

7.2 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΛΛΑ ΟΡΓΑΝΑ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Στα οστά. Εμφανίζονται οστικοί πόνοι, παθολογικά κατάγματα, δυσκολία στη βάδιση και γίνεται εμφανής η απογοήτευση εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας. Η,Ο νοσηλεύτρια-της :
 - Βοηθάει στην ανακούφιση του πόνου με ακτινοθεραπεία, ναρκωτικά ή αναλγητικά και ηρεμιστικά μετά από ιατρική οδηγία
 - Παρεμβαίνει στη πρόληψη καταγμάτων της σπονδυλικής στήλης και στην ακινητοποίηση των καταγμάτων αν συμβούν
 - Συμβουλεύει την ασθενή να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις, να μη σηκώνει βαριά αντικείμενα και να μην πέφτει απότομα στο κρεβάτι
- Στους πνεύμονες. Παρατηρείται πόνος, δυσφορία και δύσπνοια. Για την ανακούφιση του πόνου από τη δυσφορία και τη δύσπνοια η,ο νοσηλεύτρια-της :
 - Βοηθάει στη παρακέντηση θώρακα που προκαλεί ανακούφιση και πιθανόν να επαναληφθεί
 - Χορηγεί οξυγόνο μετά από ιατρική οδηγία
- Στο ήπαρ. Εμφανίζεται ασκήτης, δυσφορία, δύσπνοια, ναυτία, έμετος, κοιλιακοί πόνοι, ανορεξία και απώλεια βάρους. Για την ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια η,ο νοσηλεύτρια-της :
 - Βοηθάει στη παρακέντηση κοιλίας
 - Διατηρεί την ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών
 - Χορηγεί διουρητικά μετά από ιατρική οδηγία και της δίνει μικρά και συχνά γεύματα

- ➔ Στον εγκέφαλο. Παρουσιάζεται σύγχυση, διαταραχή ισορροπίας του σώματος, σπασμοί και παράλυση καθώς και διαταραχές της όρασης. Η₂O νοσηλεύτρια-της :
- Εξασφαλίζει άνεση και παρεμβαίνει στη πρόληψη τραυματισμού από πτώση ή πρόκληση βλάβης κατά τη διάρκεια των σπασμών
 - Παρακολουθεί τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά
 - Εξασφαλίζει επαρκή διαίτα και παρέχει υγιεινή φροντίδα σώματος (Σαχίνη – Καρδάση Α. , Πάνου Μ., 2000)
- ➔ Στη καρδιά. Παρουσιάζεται σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας, όπου η συμπίεση της άνω κοίλης φλέβας από χωροκατακτητική εξεργασία και συνηθέστερα από καρκίνο του μαστού εμποδίζει τη φυσιολογική ροή του αίματος με αποτέλεσμα να προκύπτει το σύνδρομο αυτό.

7.3 ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΕΤΑΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ

Η ασθενής θα πρέπει να αποδεχθεί το γεγονός ότι θα υποβάλλεται για χρόνια σε διάφορους ελέγχους που θα της συνιστά το αντικαρκινικό κέντρο ή ο ιατρός της.

Μετά τη θεραπεία, συνιστάται η ασθενής να κάνει μία έως δύο εξετάσεις το χρόνο, μια μαστογραφία, μια ακτινογραφία πνευμόνων, ένα σπινθηρογράφημα των οστών ή του ήπατος και μια εξέταση αίματος.

Η ίδια η ασθενής θα πρέπει να παρακολουθεί για μερικά συμπτώματα όπως: πόνοι εντοπισμένοι σε κάποια οστά και οι οποίοι επιμένουν, ένας βήχας ξηρός και επίμονος, η εμφάνιση μικρών κόκκινων όζων ή μπιμπικιών στο δέρμα. Τότε θα πρέπει να συμβουλευθεί αμέσως τον ιατρό της. (Kerrasdoue A. 1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 80

8.1 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η εκτίμηση είναι ένα ζωτικής σημασίας πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Απαιτεί τη κατανόηση όχι μόνο των φυσικών προβλημάτων αλλά και των ψυχολογικών, πνευματικών και κοινωνικών συντελεστών της ολικής ταλαιπωρίας της ασθενούς.

Εάν η ασθενής δεν έχει την ικανότητα να περιγράψει τον πόνο (εγκεφαλικά ανάπηρη) τότε η,ο νοσηλεύτρια-της για να εκτιμήσει την ένταση του πόνου πράττει τα ακόλουθα κύρια βήματα για την εκτίμησή του:

- ➔ Ξεκινάει συζητήσεις γύρω από τον πόνο (παρατηρεί τα άτομα που φροντίζουν την ασθενή, παρατηρεί διάφορες φωνήσεις όπως βογκητά, παρατηρεί εκφράσεις του προσώπου για παράδειγμα ζάρωμα των φρυδιών, παρατηρεί τις φυσιολογικές αντιδράσεις όπως αύξηση ή ελάττωση της αρτηριακής πίεσης)
- ➔ Εκτιμά τη σοβαρότητα του πόνου (είναι σπουδαίο να εξευρεθεί εάν η δραστηριότητα περιορίζεται από τον πόνο ή εάν ο ύπνος διαταράσσεται από το πόνο)
- ➔ Παίρνει λεπτομερές ιστορικό αναφορικά με το πόνο της ασθενούς (για να αποκαλυφθεί η εντόπιση του πόνου)
- ➔ Εκτιμά τη ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς (σκέψεις αυτοκτονίας, κατάθλιψη)
- ➔ Κάνει προσεκτική φυσική εξέταση (για την ευκολότερη εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας)
- ➔ Ζητά και επιβλέπει κάθε αναγκαία διερεύνηση (ακτινογραφία, σπινθηρογράφημα, μαγνητική τομογραφία)
- ➔ Σκέφτεται εναλλακτικές μεθόδους αντιμετώπισης του πόνου (όπως τοπική ανακουφιστική ακτινοθεραπεία σε οστικές μεταστάσεις)
- ➔ Εκτιμά τα αποτελέσματα της θεραπείας με συνεχή εκτίμηση και παρακολούθηση (Ρηγάτος Γ. 2006).

8.1.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος μπορεί :

- Να προκαλείται από τον ίδιο το καρκίνο (που είναι και το συχνότερο αίτιο)
- Να σχετίζεται με τον καρκίνο (για παράδειγμα μυϊκοί σπασμοί, δυσκοιλιότητα)
- Να σχετίζεται με την αντικαρκινική θεραπεία (για παράδειγμα στοματίτιδα από τη χημειοθεραπεία)
- Να οφείλεται σε κάποια παράλληλη διαταραχή (σπονδυλίτιδα)
- Να οφείλεται σε μεταστάσεις
- Να οφείλεται στην αντικαρκινική θεραπεία (οξύς μετεγχειρητικός πόνος, βλεννογονίτιδα του στόματος) (Ρηγάτος Γ. 2006).

8.1.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση ξεκινά με μια ξεκάθαρη εξήγηση στην ασθενή σχετικά με τα αίτια του πόνου της. Τα αναλγητικά μαζί με έναν περιορισμένο αριθμό άλλων φαρμάκων, αποτελούν το βασικό άξονα στην αντιμετώπιση του πόνου. Η αντικαρκινική θεραπεία μπορεί να χορηγείται ταυτόχρονα με την αναλγητική θεραπεία. Τα αναλγητικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι :

- Μη οπιοειδή (ακετυλοσαλικυλικό οξύ)
- Οπιοειδή για ελαφρό έως μέτριο πόνο (κωδεΐνη)
- Οπιοειδή για μέτριο έως ισχυρό πόνο (μορφίνη)
- Ανταγωνιστές οπιοειδών (ναλοξόνη)
- Αντικαταθλιπτικά (για νευροπαθητικό πόνο)
- Αντιεπιληπτικά (για νευροπαθητικό πόνο)
- Κορτικοστεροειδή

Τα αναλγητικά φάρμακα χορηγούνται :

- *Από το στόμα*
- *Με το ρολόι* δηλαδή σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα, με βαθμιαία αύξηση της δόσης και πριν εξαλειφθεί η επίδραση της προηγούμενης δόσης
- *Κλιμακωτά* δηλαδή με βαθμιαία χορήγηση και τη χορήγηση ενός μόνο φαρμάκου από την κάθε κατηγορία (οπιοειδή – μη οπιοειδή)
- *Εξατομίκευση* ότι δηλαδή δεν υπάρχουν συνήθεις δόσεις για τα οπιοειδή αλλά η «σωστή» δόση είναι εκείνη που ανακουφίζει την ασθενή από το πόνο
- *Σημασία στη λεπτομέρεια* δίνεται δηλαδή έμφαση στην ανάγκη για τη τακτική χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων. Για παράδειγμα η μορφίνη peros πρέπει να χορηγείται κάθε τέσσερις ώρες. (Ρηγάτος Γ. 2006).

8.2 Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΑΡΧΙΚΗΣ ΔΟΣΗΣ

Η αρχική δόση ενός οπιοειδούς για την αντιμετώπιση μέτριου έως ισχυρού πόνου εξαρτάται κυρίως από την προηγούμενη θεραπεία της ασθενούς. Για εκείνους τους οποίους προηγουμένως χορηγούνταν 60-100 mg κωδεΐνης από το στόμα, μια αρχική δόση των 10–15 mg μορφίνης είναι συνήθως αρκετή.

Εάν η ασθενής, μετά από την πρώτη δόση παρουσιάζει μεγάλη υπνηλία και είναι απαλλαγμένη από τον πόνο, η δεύτερη δόση πρέπει να μειωθεί κατά 50 %. Αν μετά από 24 ώρες χορήγησης του φαρμάκου η αναλγησία δεν είναι ικανοποιητική, η δόση πρέπει να αυξηθεί. Το ποσό του επιπλέον φαρμάκου το οποίο απαιτείται θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως δείκτης των αναγκών της ασθενούς. Μια τυπική αύξηση είναι του επιπέδου του 50 %, αν και αρχικά μπορεί να είναι και μεγαλύτερη. Εν τω μεταξύ, μπορούν να χορηγούνται βοηθητικές δόσεις. Η κατάσταση της ασθενούς πρέπει να επανεκτιμάται μετά από 24 ή 72 ώρες, κατά προτίμηση από τον ιατρό. (Ρηγάτος Γ. 2006).

8.3 ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αναλγητικών φαρμάκων είναι οι παρακάτω :

- Η δυσκοιλιότητα, είναι η πιο συνηθισμένη ανεπιθύμητη ενέργεια και συνιστάται να αναγράφεται κάποιο υπακτικό από την έναρξη της θεραπείας με οπιοειδή. Η δόση του υπακτικού που είναι απαραίτητη διαφέρει σημαντικά από ασθενή σε ασθενή και μπορεί να χρειαστούν μία με δύο βδομάδες μέχρι να βρεθεί η κατάλληλη δόση
- Ναυτία και έμετοι, παρατηρούνται σε περισσότερους από τους μισούς καρκινοπαθείς που λαμβάνουν οπιοειδή για μέτριους έως σοβαρούς πόνους. Κατά την αρχική χορήγηση οπιοειδών, θα πρέπει ταυτόχρονα να χορηγείται και ένα νευροληπτικό–αντιεμετικό φάρμακο μετά από ιατρική οδηγία, 1–2 mg μια φορά την ημέρα
- Υπνηλία και σύγχυση, η ασθενής θα πρέπει να είναι προετοιμασμένη για την υπνηλία που θα εμφανιστεί αρχικά. Συνήθως αυτή εξαφανίζεται μετά από τρεις έως πέντε μέρες σταθερής λήψης του φαρμάκου. Το ίδιο συμβαίνει και με τη σύγχυση όπου εάν η ασθενής είναι υπερβολικά ήρεμη ή ιδιαίτερα συγχευμένη, ίσως θα πρέπει να ελαττωθεί η δόση και να επαναρυθμιστεί πιο αργά
- Υπερβολική καταστολή, τη πιο συνήθη αιτία χρόνιας καταστολής αποτελεί η ταυτόχρονη χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων (αγχολυτικά και νευροληπτικά). Συνήθως, η κατάσταση βελτιώνεται με την ελάττωση της δόσης του ψυχοτρόπου φαρμάκου
- Αναπνευστική καταστολή, κλινικά σοβαρή αναπνευστική καταστολή εμφανίζεται σπάνια στους καρκινοπαθείς, καθότι η δόση του οπιοειδούς εξισορροπείται από τον υπάρχοντα πόνο. Η αναπνευστική καταστολή

μπορεί να ανασταλεί άμεσα με ενδοφλέβια χορήγηση 0,2–0,4 mg ναλοξόνης, ενός ανταγωνιστή των οπιοειδών

- Σπάνιες επιδράσεις, σε μερικές περιπτώσεις, μία ασθενής μπορεί να εμφανίσει ψυχωσικά συμπτώματα που οφείλονται στα οπιοειδή ή συμπτώματα που σχετίζονται με την έκκριση ισταμίνης (κνησμός, βρογχόσπασμος). Σε αυτές τις ασθενείς πρέπει να χορηγηθεί κάποιο εναλλακτικό ισχυρό οπιοειδές αναλγητικό. (Ρηγάτος Γ. 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 90

9.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Τα πιο συχνά ψυχολογικά προβλήματα που βιώνει η ασθενής είναι το άγχος και η κατάθλιψη για την εμφάνιση της νόσου, τη θεραπεία και τις ανεπιθύμητες ενέργειές της. Η,Ο νοσηλεύτρια-της :

- Ενημερώνει την ασθενή για τη νόσο, τη θεραπεία και τις ανεπιθύμητες ενέργειες ώστε να την βοηθήσει να προσαρμοστεί στη θεραπεία, να βελτιώσει τη συναισθηματική της κατάσταση, να την επαναφέρει στη καθημερινότητά της και να βελτιώσει τη ποιότητα ζωής της
- Εξασφαλίζει θετικό κλίμα με σκοπό να ευνοηθεί ο διάλογος
- Την ενθαρρύνει να εκφράσει τα συναισθήματά της και να αποκαλύψει τις ανησυχίες της
- Ενθαρρύνει την ασθενή να μοιραστεί τις εμπειρίες τις με άλλες ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία
- Ο διάλογος γίνεται με ανοιχτές ερωτήσεις που έχει σκοπό τη λήψη πληροφοριών από την ασθενή σχετικά με τη ψυχολογική της κατάσταση
- Την ενημερώνει σχετικά με τη σημασία της μετεγχειρητικής θεραπείας και των σωματικών και ψυχολογικών ανεπιθύμητων ενεργειών της
- Τη βοηθάει να κατανοήσει την αλλαγή του σώματός της, η οποία είναι αποτέλεσμα συνδυασμού των θεραπειών της
- Την υποστηρίζει ψυχολογικά και ενημερώνει το σύζυγο σχετικά με τις αλλαγές που συμβαίνουν στη ψυχολογία της γυναίκας
- Ενημερώνει την ασθενή και το σύζυγό της για την επίδραση της θεραπείας στη σεξουαλική λειτουργία
- Ενημερώνει το σύζυγο για τα προβλήματα που θα εμφανίσει η ασθενής και τον ενθαρρύνει να της συμπαρασταθεί
- Δημιουργεί κατάλληλο κλίμα, ώστε να ενθαρρύνει την ασθενή να μιλήσει για τη σεξουαλική της ζωή και

- Ενθαρρύνει τους συζύγους να συζητούν μεταξύ τους το πρόβλημα που προέκυψε (Λαβδανίτη Μ. 2007).

9.2 ΜΕΙΩΣΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Οποιαδήποτε αλλαγή στο σώμα αποτελεί απειλή για την εικόνα του σώματος, με αποτέλεσμα η γυναίκα να αισθάνεται ανάξια ως άτομο, απωθητική, ανίκανη να αγαπηθεί και να αξιολογηθεί ως ανθρώπινη οντότητα. Απαραίτητο είναι να αποδεχθεί η γυναίκα τον ακρωτηριασμό και να αντιμετωπίσει την αλλαγή αυτή στο σώμα της και να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού.

Η,Ο νοσηλεύτρια-της :

- Παρέχει την ευκαιρία στην ασθενή να εκφράζει τα συναισθήματά της με το να αναφέρει η ίδια τα συναισθήματά της
- Συγκεντρώνεται στα συναισθήματα της ασθενούς και προσπαθεί να αντιμετωπίσει τη συμπεριφορά της
- Συμπεριλαμβάνει για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας τις απόψεις της ασθενούς για τη σημασία της αλλαγής του σωματικού ειδώλου
- Παρέχει χρόνο προς συζήτηση, ερωτήσεις και λύση αποριών
- Παραμένει δίπλα στην ασθενή ακόμα και όταν αυτή δεν θέλει να μιλήσει
- Συζητά τη προσαρμογή της ασθενούς με την οικογένειά της και τους φίλους τη, ενθαρρύνοντάς τους να την υποστηρίξουν, ενισχύοντας την ελκυστικότητά της και την αξία της (Κόνιαρη Ε. 1991)
- Βοηθά την ασθενή να αποδεχθεί και να δώσει αξία στην παρούσα σωματική κατάσταση
- Ενθαρρύνει την ασθενή να βλέπει και να αγγίζει την αλλαγμένη περιοχή του σώματος (Νοσηλευτική 1999).

9.3 ΟΜΑΔΕΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ

Ορισμένοι χρειάζονται ειδική βοήθεια για να αντιμετωπίσουν το καρκίνο τους και οι ιατροί τους δεν μπορούν πάντοτε να τους τη προσφέρουν. Οι ιατροί νοιάζονται τόσο για τη καλή ψυχολογική όσο για τη φυσική κατάσταση των ασθενών τους, ωστόσο ο χρόνος των ιατρικών επισκέψεων αναλώνεται συνήθως σε συζητήσεις για τη θεραπευτική αγωγή, τα προβλήματα και τις παρενέργειες, τις προφυλάξεις και τις επιπλοκές.

Οι ιατροί αναγνωρίζουν την ανάγκη αντιμετώπισης των ψυχολογικών προβλημάτων και συχνά παραπέμπουν την ασθενή τους σε κάποια από τις πολλές εξωτερικές ειδικές ομάδες συμπαράστασης στους καρκινοπαθείς.

Μια ομάδα υποστήριξης εργάζεται ως εξής : όταν η ασθενής είναι σε καλή φυσική κατάσταση, κερδίζει πολλά συμμετέχοντας σε μια τέτοια ομάδα. Μια ομάδα ανθρώπων που συμμερίζονται τη κατάστασή της, της προσφέρει συντροφιά αλλά και την ευκαιρία να συζητήσει τις ανησυχίες της και τα συναισθήματά της.

Ο τρόπος οργάνωσης των ομάδων υποστήριξης, η δομή τους και το αντικείμενο που καλύπτουν ποικίλλουν. Όλες όμως έχουν ένα κοινό γνώρισμα : τη συγκέντρωση ανθρώπων με κοινές εμπειρίες. Έτσι σε αυτές τις ομάδες :

- ➔ Η καθεμία ασθενής μπορεί να διηγηθεί τη περίπτωσή της, να μοιραστεί την εμπειρία της και την επίδραση του καρκίνου στη ζωή της
- ➔ Μπορεί να ακούσει τις ιστορίες των άλλων, να συμπαρασταθεί και έτσι να μειωθεί η αίσθηση απομόνωσης, φόβου και μοναξιάς
- ➔ Μπορεί να ανταλλάξει πληροφορίες που θα τη βοηθήσουν να αντεπεξέλθει σε κάποια συγκεκριμένα προβλήματα

Κάθε ομάδα λειτουργεί με τα θετικά και αρνητικά της στοιχεία, τα οποία εξαρτώνται από τη συμμετοχή των μελών και την αποτελεσματικότητα των υπευθύνων. Δεν είναι όμως όλοι οι ασθενείς κατάλληλοι για να συμμετάσχουν

σε ομάδες υποστήριξης. Μερικοί προτιμούν να ξεπερνούν μόνοι τις δυσκολίες τους. Πολλοί καρκινοπαθείς πάντως , ευγνωμονούν τις ομάδες υποστήριξης για τη βοήθεια και τη συμπαράστασή τους στην πορεία προς την αποκατάσταση. (Dollinger M. 1992).

9.4 Η ΑΝΑΓΚΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ

Η ψυχαγωγία αποτελεί απαραίτητη παράμετρο της ζωής. Όλοι μας χρειαζόμαστε μια ανάπαυλα από τη ρουτίνα και το άγχος της καθημερινότητας για να διατηρήσουμε μια ισορροπία. Μολονότι αρκετές φορές όμως δύσκολα κατορθώνει κανείς να συγκεντρώσει την ενεργητικότητα και τη θέλησή του, η ψυχαγωγία αποκτά μεγαλύτερη σημασία όταν κάποιος είναι ασθενής. Με την απασχόληση σε κάποια ευχάριστη δραστηριότητα η ασθενής εκτονώνεται και χαλαρώνει. Επίσης αποκτά μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και ευεξία. Στη διάρκεια της αντικαρκινικής αγωγής ίσως παραμεληθεί η ανάγκη για ψυχαγωγία. Ενδεχομένως μερικοί νομίζουν πως δεν είναι απαραίτητη ή τη θεωρούν ανέφικτη. Αυτό όμως είναι λάθος. Παρά τους περιορισμούς που ανακύπτουν, η ασθενής μπορεί να αρχίσει κάποιες δραστηριότητες ενώ νοσηλεύεται και να τις συνεχίσουν όταν επιστρέψουν στο σπίτι.

Η ασθενής μπορεί να συμμετέχει σε μια ομάδα όπου θα της δίνει την ευκαιρία να συζητά διάφορα προβλήματα και ανησυχίες αλλά και θέματα άσχετα με τον καρκίνο. Οποιοσδήποτε και αν είναι ο στόχος, η κοινωνική συναναστροφή τονώνει το ηθικό και κατευνάζει τις ανησυχίες.

Μπορεί όμως η ασθενής να νιώθει πιο άνετα να ασχοληθεί μόνη της με κάποια ενδιαφέροντα. Τότε μπορεί να απευθυνθεί στο νοσοκομείο ή στη βιβλιοθήκη της περιοχής της. Η,Ο νοσηλεύτρια-της μπορεί να της δώσει ορισμένες λύσεις όπως : να ξεκινήσει ζωγραφική, να ακούσει μουσική, να βλέπει κωμικές ταινίες, να κεντήσει, να συλλέγει γραμματόσημα κ.α. τη ψυχαγωγική δραστηριότητα θα την επιλέξει η ίδια η ασθενής και θα πρέπει να είναι κάτι ευχάριστο και απολαυστικό, ώστε να την αποσπά από τα προβλήματα της ασθένειάς της.

Η ψυχαγωγία ανακουφίζει από το άγχος, ενισχύει τη θετική στάση απέναντι στη ζωή και αποτελεί σπουδαιότατο παράγοντα στην πορεία προς την ανάρρωση και την αποκατάσταση. (Dollinger M. 1992).

9.5 ΧΑΛΑΡΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΡΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Πολλοί καρκινοπαθείς υποφέρουν από στρες, παράγοντας ο οποίος τους εμποδίζει να χαλαρώσουν και να αναρρώσουν. Έτσι κάθε ασθενής πρέπει να βρει τρόπους χαλάρωσης. Μερικοί από αυτούς είναι : οι τεχνικές χαλάρωσης, όπου βρίσκουν εφαρμογή σε ασθενείς που δεν βρίσκονται σε κατάσταση κρίσης, η άμβλυνση των πόνων με αναλγητικά ή αγχολυτικά φάρμακα έπειτα από ιατρική οδηγία διότι είναι αδύνατον να επιτευχθεί η χαλάρωση αν υπάρχει αμβλύς ή οξύς πόνος, η διασκέδαση (άσκηση, μουσική, κατοικίδιο), συζήτηση συναισθημάτων με τους φίλους ή την οικογένεια. (Dollinger M. 1992).

9.6 ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ – ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Όταν εξέλθει η ασθενής από το νοσοκομείο η,ο νοσηλεύτρια-της θα επισκέπτεται την ασθενή στο σπίτι. Πρέπει να δει το περιβάλλον και να αξιολογήσει τα παρακάτω :

- Το χώρο που θα ζει η ασθενής, να δώσει οδηγίες πως θα γίνει λειτουργικός γι αυτήν, σύμφωνα με τις ανάγκες της
- Το οικογενειακό περιβάλλον, θα καθοδηγήσει τους συγγενείς πως θα την αντιμετωπίσουν, σύμφωνα με την ψυχική της διάθεση, την ηλικία της και τις ανησυχίες της
- Την οικονομική κατάσταση της οικογένειας, σε περίπτωση οικονομικής αδυναμίας θα πρέπει να ενεργοποιήσει την κοινωνική πρόνοια, την εκκλησία κ.α. και φροντίζει για την ψυχολογική υποστήριξη των συγγενών
- Να δώσει μαθήματα στους συγγενείς πώς να περιποιηθούν την ασθενή (αλλαγές, ενέσεις)
- Να ακούει με προσοχή τις ανησυχίες ή τις παραξενιές της ασθενούς και να προσπαθεί να της μεταδώσει αισιοδοξία και τη πεποίθηση πως τα πράγματα που την ανησυχούν έχουν λύση
- Παρακολουθεί την ασθενή παίρνοντας εργαστηριακές εξετάσεις και αξιολογεί τι μπορεί να χρειαστεί. (Μεσμπέας Σ.1991).

9.7 ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αρκετοί άνθρωποι δεν συνειδητοποιούν ότι το αίσθημα αυτοσεβασμού και αυτοεκτίμησης εξαρτάται καίρια από την αίσθηση ότι είναι δραστήριοι, παραγωγικοί και ικανοί να φροντίζουν τον εαυτό τους και άλλους. Μόνο όταν ξαφνικά τους πλήττει μία ασθένεια αντιλαμβάνονται πόσο σημαντικά είναι όλα αυτά. Οπωσδήποτε, η εργασία είναι απαραίτητη για οικονομικούς λόγους, είναι όμως εξίσου βασική και για ψυχολογικούς λόγους.

Αυτό ισχύει κυρίως για τους καρκινοπαθείς. Η απώλεια της αυτοεκτίμησης, που συχνά ακολουθεί τη διάγνωση του καρκίνου ή τη θεραπευτική αγωγή, μπορεί να επιδεινωθεί αν η ασθενής κάθεται άπραγη, εξαρτώμενη από την οικογένεια και τους φίλους της. Είναι λοιπόν σημαντικότερο για την ψυχική της και τη πνευματική της ηρεμία να βρει τρόπους να επιστρέψει στην ενεργό παραγωγική απασχόληση. Αυτό σημαίνει είτε επιστροφή στη προηγούμενη εργασία είτε εκμάθηση μιας νέας τέχνης, μελέτη ή απασχόληση με καθημερινές δουλειές του σπιτιού.

Επειδή η καρκινοπαθής μπορεί να αντιμετωπίσει ορισμένες απορρίψεις αυτό που έχει σημασία είναι να διατηρήσει μια θετική στάση, σε αυτή τη στάση και στην επανένταξή της στον εργασιακό δυναμικό ή στην ανεύρεση εργασίας που να ανταποκρίνονται στις ικανότητές της ή ακόμα και στην επανεκπαίδευσή της καλούνται να βοηθήσουν οι νοσηλευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι εργασιοθεραπευτές, οι φυσιοθεραπευτές και οι επαγγελματικοί σύμβουλοι. Όμως το μυστικό είναι να μάθει κανείς να ζει με το καρκίνο. Η θετική στάση θα ενισχύσει την αποφασιστικότητα και θα εξομαλύνει τις τυχόν δυσκολίες με εργοδότες και συναδέλφους. (Dollinger M. 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 100

10.1 ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε δύο κατηγορίες : α) σε μέτρα πρωτογενούς πρόληψης, στην αποτροπή δηλαδή εμφάνισης της νόσου και β) σε μέτρα δευτερογενούς πρόληψης, στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. (Παπαδημητρίου Ι. 2001).

Η,Ο νοσηλεύτρια-της έχει άμεση και καίρια συμμετοχή και αποτελεί το βασικό παράγοντα ενημέρωσης και διδασχής του πληθυσμού. Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους , ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο, για να προάγει την υγεία του ατόμου.

10.1.1 ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

H,O νοσηλεύτρια-της :

- Γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού
- Κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας γιατί θεωρείται αιτιολογικός παράγοντας
- Συνιστά την αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και υποδεικνύει τη χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών Α και C
- Ενισχύει τη προσπάθεια του κοινού για τη βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντός του
- Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες
- Τονίζει τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στον ιατρό
- Στοχεύει να διαμορφώσει νέα πρότυπα συμπεριφοράς στην απομάκρυνση των δυνητικώς αιτιολογικών παραγόντων και ακόμη
- Στοχεύει με τη λήψη ενός καλού ιστορικού να εντοπίσει τους παράγοντες που δυνατόν να οδηγήσουν σε καθυστέρηση της ανίχνευσης του καρκίνου, να ανιχνεύσει τα αίτια που δημιουργούν αυτούς τους παράγοντες και να τους αναχαιτίσει με τη σωστή διδασκαλία και ενημέρωση. Τέτοιοι παράγοντες είναι :
 - *Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες.* Το υπερβολικό κόστος νοσηλείας και οι υψηλές αμοιβές των χειρουργών ευνοούν τη καθυστέρηση της επίσκεψης στον ιατρό
 - *Έλλειψη μόρφωσης.* Πολλές ασθενείς με καρκίνο μαστού που καθυστερούν αρκετό χρόνο, αφελώς, υποθέτουν ότι αφού δεν έχουν

κανένα πόνο και αισθάνονται γενικά καλά ο όγκος του μαστού που δεν φαίνεται να αυξήθηκε είναι ακίνδυνος. Χαρακτηριστικά λένε : «ο όγκος δεν με ενόχλησε και έτσι και εγώ δεν τον ενόχλησα»

→ *Ψυχολογικοί παράγοντες.* Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στις γυναίκες με όγκο στο μαστό και τις κάνουν να καθυστερούν στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες είναι ο φόβος, η αποφυγή ψηλάφησης του μαστού, ο αρνητισμός, η κατάθλιψη. (Κόνιαρη Ε. 1991).

10.1.2 ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η,Ο νοσηλεύτρια-της θα πρέπει :

- Να συμβάλλει στη καλή λήψη ιστορικού λαμβάνοντας πληροφορίες για:
 - Την ηλικία
 - Τη τεκνοποίηση
 - Το οικογενειακό ιστορικό
 - Τις προηγηθείσες παθήσεις του μαστού
 - Την ηλικία πρώτου τοκετού
 - Την ηλικία εμμηναρχής
 - Τη χρήση ορμονών και αντισυλληπτικών
 - Ειδικότερα η ασθενής ερωτάται αν είχε κάποιο σύμπτωμα και ποιο είναι αυτό, πότε εμφανίστηκε, πως ανακαλύφθηκε, πως εξελίχθηκε και πόσο καθυστέρησε να πάει στον ιατρό

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

- Όσο σημαντική είναι η αξία ενός καλού ιστορικού για τη πρόωμη διάγνωση της νόσου άλλο τόσο σημαντική είναι μια καλή κλινική εξέταση όπου αποτελείται από την επισκόπηση και την ψηλάφηση. Πριν από τη κλινική εξέταση η,ο νοσηλεύτρια-της :
 - Εξηγεί στην ασθενή τι πρόκειται να γίνει και της εμπνέει διάθεση συνεργασίας

- Της συνιστά να πάει στην τουαλέτα για την κένωση της ουροδόχου κύστης ώστε να διευκολυνθεί η εξέταση
- Τη προστατεύει με παραβάν και έτσι ελαττώνει τη νευρική της
- Κλείνει το παράθυρο για να μην κρυώσει και εξασφαλίζει απόλυτη ησυχία
- Εξασφαλίζει καλό φωτισμό
- Τη πληροφορεί ότι ο ιατρός θα τη ρωτήσει για το ιστορικό της υγείας της ώστε να ετοιμασθεί να απαντήσει και τη βοηθά με επαρκείς εξηγήσεις να πάρει θέση κατάλληλη για το είδος της κλινικής εξέτασης.

Κατά την επισκόπηση η ασθενής τοποθετείται σε καθιστή θέση και ελέγχεται το σχήμα, το μέγεθος και η συμμετρία των μαστών, οι θηλές, κάθε εξέγκωση του δέρματος ή των θηλών, το χρώμα, οίδημα, εισολκή δέρματος ή των θηλών.

Κατά τη ψηλάφηση η ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση και ελέγχεται η παρουσία μάζας που ξεχωρίζει από τον υπόλοιπο αδένα (σκληρία), η ευαισθησία των θηλών, οι εκκρίσεις των θηλών και οι υπερκλείδιοι ή μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

● Ένας καλός τρόπος να φθάσει κανείς στην ανακάλυψη καρκίνου σε πρώιμα στάδια είναι η αυτοεξέταση του μαστού. Όμως ορισμένες γυναίκες εγκαταλείπουν την αυτοεξέταση για τους εξής λόγους :

- Έχουν φόβο και άγχος για την ανεύρεση καρκίνου
- Έλλειψη γνώσης για την αυτοεξέταση και εμπιστοσύνης σχετικά με τον τρόπο διενέργειάς της
- Άγνοια της εξαιρετικής σημασίας της αυτοεξέτασης

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η ενημέρωση των γυναικών με επιμορφωτικά σεμινάρια και συγκεντρώσεις, καθώς και με οπτικο-ενημερωτικά μέσα. Επομένως ενημερώνει την ασθενή :

- Πως η αυτοεξέταση είναι μέθοδος πρώιμης διάγνωσης και πρόληψης του καρκίνου του μαστού
- Είναι εύκολη στην εφαρμογή της
- Δεν κοστίζει, χρειάζονται μόνο 5 λεπτά, τα οποία ίσως αποδειχθούν καθοριστικά
- Κάθε γυναίκα μπορεί και οφείλει στον εαυτό της να την πραγματοποιεί
- Επιτρέπει την αναγνώριση μικρών ογκιδίων στο μαστό και εδώ ακριβώς είναι η σημασία της
- Ότι κάθε γυναίκα πάνω από τα 25 πρέπει να μάθει την αυτοεξέταση
- Οι γυναίκες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου πρέπει να την εφαρμόζουν πιο συχνά
- Ότι ο καλύτερος χρόνος για να γίνει είναι 7-8 ημέρες μετά την έναρξη της έμμηνο ρύσης, για τις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες
- Ότι σε χρήση αντισυλληπτικών γίνεται τη πρώτη μέρα του νέου κύκλου της λήψης τους και
- Να υιοθετήσει μία μηνιαία εξέταση. (Κόνιαρη Ε. 1991).

10.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η,Ο νοσηλεύτρια-της ενημερώνει το γυναικείο πληθυσμό για τις διατροφικές συνήθειες που θα πρέπει να ακολουθεί για μία καλύτερη ποιότητα ζωής και για την αποφυγή του καρκίνου :

- Η διατροφή θα πρέπει να περιλαμβάνει δημητριακά ολικής αλέσεως, όσπρια, φρέσκα φρούτα και λαχανικά
- Οι τροφές να είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπη όπως ψάρια, πουλερικά, άπαχο κρέας, άπαχο γάλα, τυριά, γιαούρτι
- Μη βάζετε μεγάλη ποσότητα λιπαρών όπως βούτυρα – λάδια
- Περιορίστε τη ποσότητα ζάχαρης όπως γλυκά, παγωτά, αναψυκτικά κ.α.
- Αποφεύγετε τροφές που περιέχονται σε κονσέρβες
- Αποφεύγετε τροφές ψημένες στα κάρβουνα όπως μπριζόλες
- Μη πίνετε οινοπνευματώδη
- Φροντίστε για τη καλή σας σωματική κατάσταση
- Να προσλαμβάνεται με τη διατροφή σας τόσες θερμίδες όσες συνήθως καταναλώνετε (Τριχοπούλου Α. – Μπεσμπέας Σ. 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 110

11.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

Ο καρκίνος του μαστού στους άντρες είναι ασυνήθης και σπάνιος και αποτελεί το 1% όλων των καρκίνων του μαστού και συνήθως εμφανίζεται σε άντρες πάνω από 60 ετών. Η αιτιολογία είναι άγνωστη αλλά όπως και στις γυναίκες υπάρχουν παράγοντες που αυξάνουν το κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στο μαστό των αντρών όπως ενδοκρινικοί παράγοντες, λήψη οιστρογόνων, παχυσαρκία, γενετικοί παράγοντες και ιονίζουσα ακτινοθεραπεία. (Dollinger M. 1992).

Η κλινική εικόνα, οι ιστολογικοί τύποι και η επιβίωση είναι ανάλογα με αυτά του γυναικείου καρκίνου. Η διάγνωση γίνεται με τη μαστογραφία και τη βιοψία. Ο διαχωρισμός σε στάδια, η χειρουργική και ακτινοθεραπευτική του αντιμετώπιση είναι ανάλογα προς εκείνα του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες.

Η πρόγνωση σε παρουσία μεταστάσεων στους μασχαλιαίους λεμφαδένες είναι χειρότερη από τις γυναίκες. (Σέχας M.1995).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Πάνω από 35.000 Ελληνίδες κάθε χρόνο εμφανίζουν καρκίνο του μαστού. Θα μπορούσε να προληφθεί, να διαγνωστεί έγκαιρα και να θεραπευτεί εάν γνώριζαν και ακολουθούσαν κάποιες οδηγίες. Σε αυτό έρχεται να πάρει θέση η νοσηλευτική και κατά συνέπεια οι νοσηλευτές που έχουν καθήκον να ενημερώνουν το γυναικείο πληθυσμό με διάφορα μέσα όπως είναι τα σεμινάρια.

Προτάσεις - Συμπέρασμα:

- Οργάνωση σεμιναρίων για τις παροχές πληροφοριών στις νέες εξελίξεις του καρκίνου του μαστού, για το κοινό
- Πρόληψη του καρκίνου με ενημέρωση των γυναικών από τους νοσηλευτές
- Έγκαιρη διάγνωση και νοσηλευτική αντιμετώπιση
- Ενημέρωση των ασθενών για τη φύση της νόσου και την κατανόησή της
- Συμβουλές για το τρόπο διατροφής
- Πρόληψη των επιπλοκών που είναι αποτέλεσμα της θεραπείας
- Διδασκαλία για την εφαρμογή των ασκήσεων
- Διδασκαλία για εξέταση από την ίδια την ασθενή (αυτοεξέταση)
- Εξέταση του μαστού μία φορά το μήνα 5–6 μέρες μετά την έμμηνο ρύση
- Συχνότερος έλεγχος πάνω από το 35^ο έτος της ηλικίας
- Σε άμεση εξέταση–μαστογραφία, θα πρέπει να προβεί η ασθενής εάν παρατηρήσει συμπτώματα–ενδείξεις στο μαστό όπως παρουσία όγκου, οίδημα και κάθε αλλαγή στη μορφολογία του μαστού
- Ενημέρωση–Διδασκαλία του οικογενειακού περιβάλλοντος της ασθενούς
- Υποστήριξη ψυχολογική–συναισθηματική για τις αλλαγές που συμβαίνουν στη ζωή της και στο σώμα της

Συμπερασματικά ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σπουδαίος γι' αυτό πρέπει να έχει συνεχιζόμενες καταρτισμένες–επιστημονικές γνώσεις του

καρκίνου του μαστού. Συνεπάγεται ότι η σχέση νοσηλευτή–ασθενή πρέπει να διέπεται από ασφάλεια, εχεμύθεια και κυρίως δεν αντιμετωπίζεται από το νοσηλευτή ως «Καρκίνος του Μαστού» αλλά ως μία βιοψυχοκοινωνική οντότητα με συναισθήματα, φόβους, αγωνία και άγχος.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού αντιπροσωπεύει το 26–28% όλων των καρκίνων της γυναίκας και το 18–19% των θανάτων γυναικών από καρκίνο. Σήμερα μία στις 10–11 γυναίκες θα εμφανίσει καρκίνο μαστού σε κάποια φάση της ζωής της. Η συνηθέστερη ηλικία εμφάνισης του καρκίνου του μαστού είναι η 20ετία 40–60 χρόνων και η επίπτωσή του αυξάνει με την ηλικία ενώ η θνητότητα παραμένει σταθερή. Δύο είναι οι κύριοι επιβαρυντικοί παράγοντες, το οικογενειακό ιστορικό και ο καρκίνος μαστού στο ίδιο το άτομο στο παρελθόν.

Η θεραπεία και η πρόγνωση καθορίζονται καλύτερα με τη ταξινόμηση των νεοπλασμάτων του μαστού και με τη κλινική σταδιοποίηση. Σύμφωνα με τη ταξινόμηση έχουμε τα κακοήγη επιθηλιακά νεοπλάσματα (πορογενές επιθηλιακά μη διηθητικά και διηθητικά). Στον μη διηθητικό διακρίνουμε τον μη διηθητικό πορογενή καρκίνο που επεκτείνεται κατά μήκος των πόρων και συχνά συνοδεύεται από νέκρωση και αν αφηθεί χωρίς θεραπεία εξελίσσεται προς διηθητικό και τον μη διηθητικό λοβιακό καρκίνο που είναι μικροσκοπική βλάβη και δεν μπορεί να διαγνωστεί κλινικά. Στον διηθητικό καρκίνο διακρίνουμε το πορογενή διηθητικό καρκίνο όπου αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκινωμάτων του μαστού και τον λοβιακό διηθητικό καρκίνο που τις περισσότερες φορές είναι μικρός σε μέγεθος και ανομοιογενής όπου αντιμετωπίζεται με τοπική εκτομή ή μαστεκτομή και ακτινοθεραπεία.

Οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για τον καρκίνο είναι, ιογενείς, γενετικοί (οικογενειακό ιστορικό), χημικές ουσίες, ιδιοσυστασιακοί (ηλικία εμμηναρχής ή εμμηνόπαυσης), ορμονικοί (οιστρογόνα), εξωγενείς (ιονίζουσα ακτινοβολία), μορφολογικοί (προηγούμενη βιοψία), και περιβαλλοντικοί (διαιτητικοί, κοινωνικοοικονομικοί). Τα συμπτώματά του είναι γενικά όπως ο πόνος που εξαρτάται από το όργανο που προσβάλλει, ο πυρετός που προέρχεται από φλεγμονές και ειδικά όπως διόγκωση, εισολκή της θηλής, ασυμμετρία και ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού.

Ο ρόλος της-ου νοσηλεύτριας-τη είναι πολύ σημαντικός τόσο στο διαγνωστικό στάδιο όσο και στα στάδια της θεραπείας προεγχειρητικής-μετεγχειρητικής, στην έξοδο της ασθενούς από το νοσοκομείο, στην αποκατάστασή της σωματική-κοινωνική-ψυχολογική. Διαγνωστικά αξιολογεί τα προβλήματα και τις ανάγκες της ασθενούς, θεραπευτικά (μαστεκτομή) δίνει στην ασθενή οδηγίες για τη θεραπεία και την στηρίζει ψυχολογικά γιατί διακατέχεται από άγχος, κατάθλιψη και φόβο, μετεγχειρητικά παρακολουθεί για σημεία αιμορραγίας και το χρώμα των υγρών της παροχέτευσης. Με την έξοδό της από το νοσοκομείο δίνει συμβουλές στο σύζυγο πώς να στηρίζει τη σύζυγό του και βοηθά την ασθενή να εκτελεί ορισμένες ασκήσεις. Στη χημειοθεραπεία η νοσηλεύτρια παρακολουθεί την ασθενή για τυχόν παρενέργειες οι οποίες παρατηρούνται από το γαστρεντερικό σύστημα, από το μυελό των οστών, από τους νεφρούς, από το νευρικό και από το δέρμα. Στην ακτινοθεραπεία και στην ορμονοθεραπεία η νοσηλεύτρια ενημερώνει την ασθενή για τις ανεπιθύμητες ενέργειες, δίνει πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία της κάθε μιας θεραπείας, αντιμετωπίζει τις ανεπιθύμητες ενέργειες και της δίνει οδηγίες κατά την έξοδό της από το νοσοκομείο ενημερώνοντάς την πως μετά τη θεραπευτική αγωγή πρέπει να υποβάλλεται σε δύο εξετάσεις το χρόνο.

Ο καρκίνος του μαστού όμως μπορεί να εμφανιστεί και στον αντρικό πληθυσμό με μικρότερη συχνότητα βέβαια με αυτήν του γυναικείου, είναι ασυνήθιστος και σπάνιος και τα αίτιά του είναι άγνωστα. Ωστόσο τα συμπτώματα, τα στάδια, η διάγνωση και η θεραπεία είναι ίδια με αυτά του γυναικείου πληθυσμού.

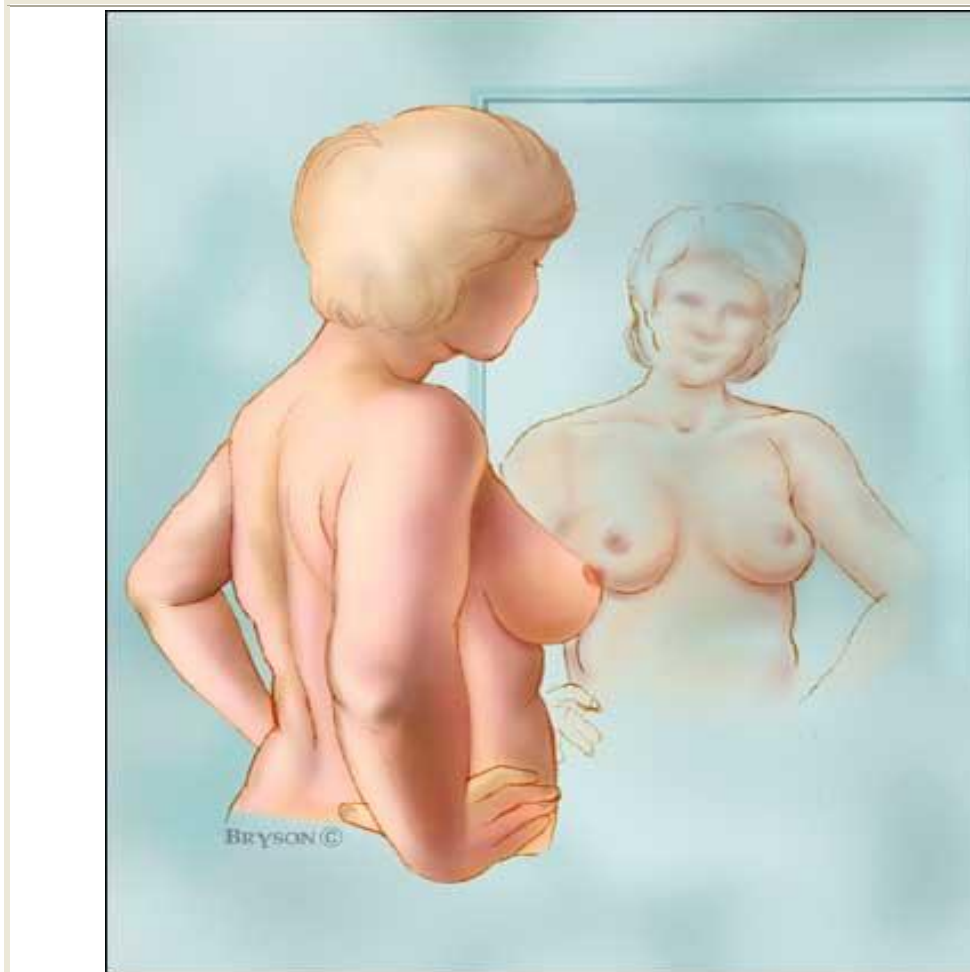
Η, Ο νοσηλεύτρια-της με αγάπη και σεβασμό καθοδηγεί, ενημερώνει, συμπαραστέκεται και συμβουλεύει την ασθενή να απευθυνθεί σε ομάδες συμπαράστασης για τους καρκινοπαθείς, τη προτρέπει να γυρίσει στην εργασία της ή να ασχοληθεί με κάτι καινούριο που την ευχαριστεί, τη προτρέπει να εφαρμόσει τεχνικές χαλάρωσης και τη βοηθά να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα του σώματός της. Ακόμη ο,η νοσηλευτής-τρια έχει άμεση συμμετοχή και

αποτελεί το βασικό παράγοντα στη πρόληψη του καρκίνου (πρωτογενής – δευτερογενής πρόληψη), που σημαίνει πως πρέπει να καθοδηγεί το γυναικείο πληθυσμό, να το προτρέπει να παρακολουθεί εκπαιδευτικά προγράμματα, να δίνει διατροφικές συμβουλές και να προτρέπει για προληπτικές εξετάσεις (αυτοεξέταση).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

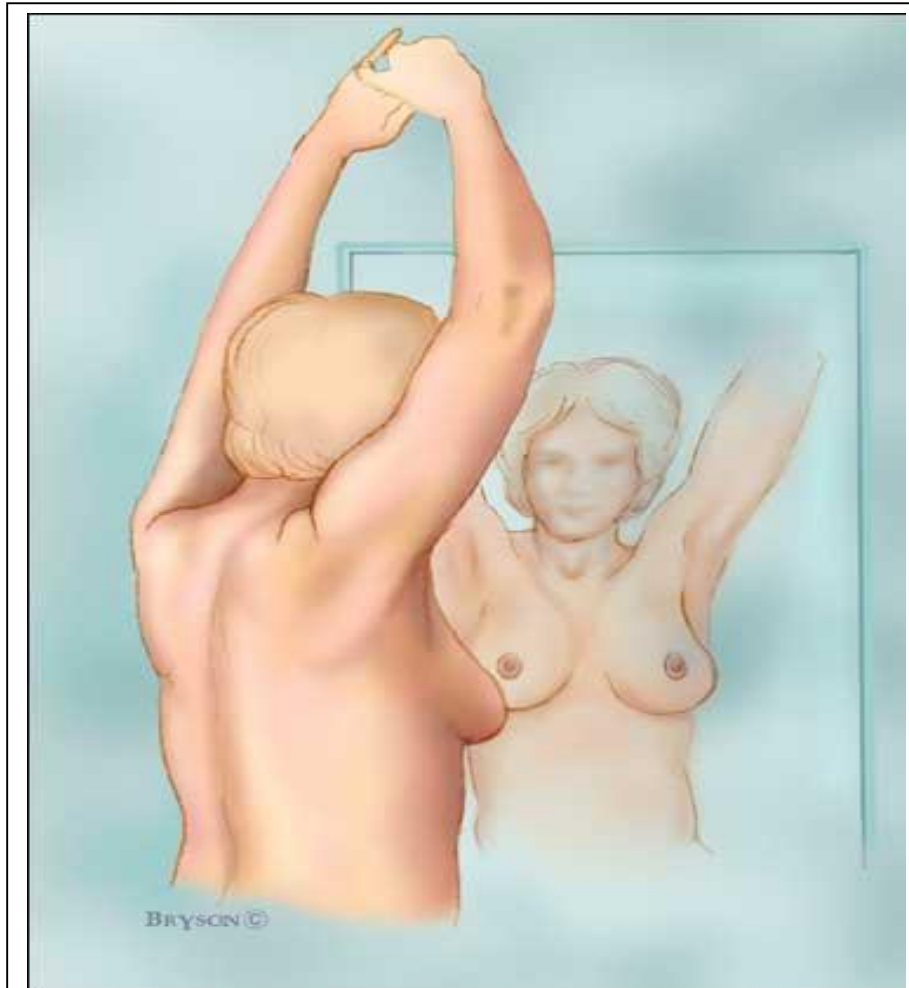
Βήματα Αυτοεξέτασης:

Βήμα1°



Κοιτάζοντας τους μαστούς στον καθρέφτη ελέγχεται 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 τη θηλή, διαγραφή των φλεβών κάτω από το δέρμα.

Βήμα 2^ο



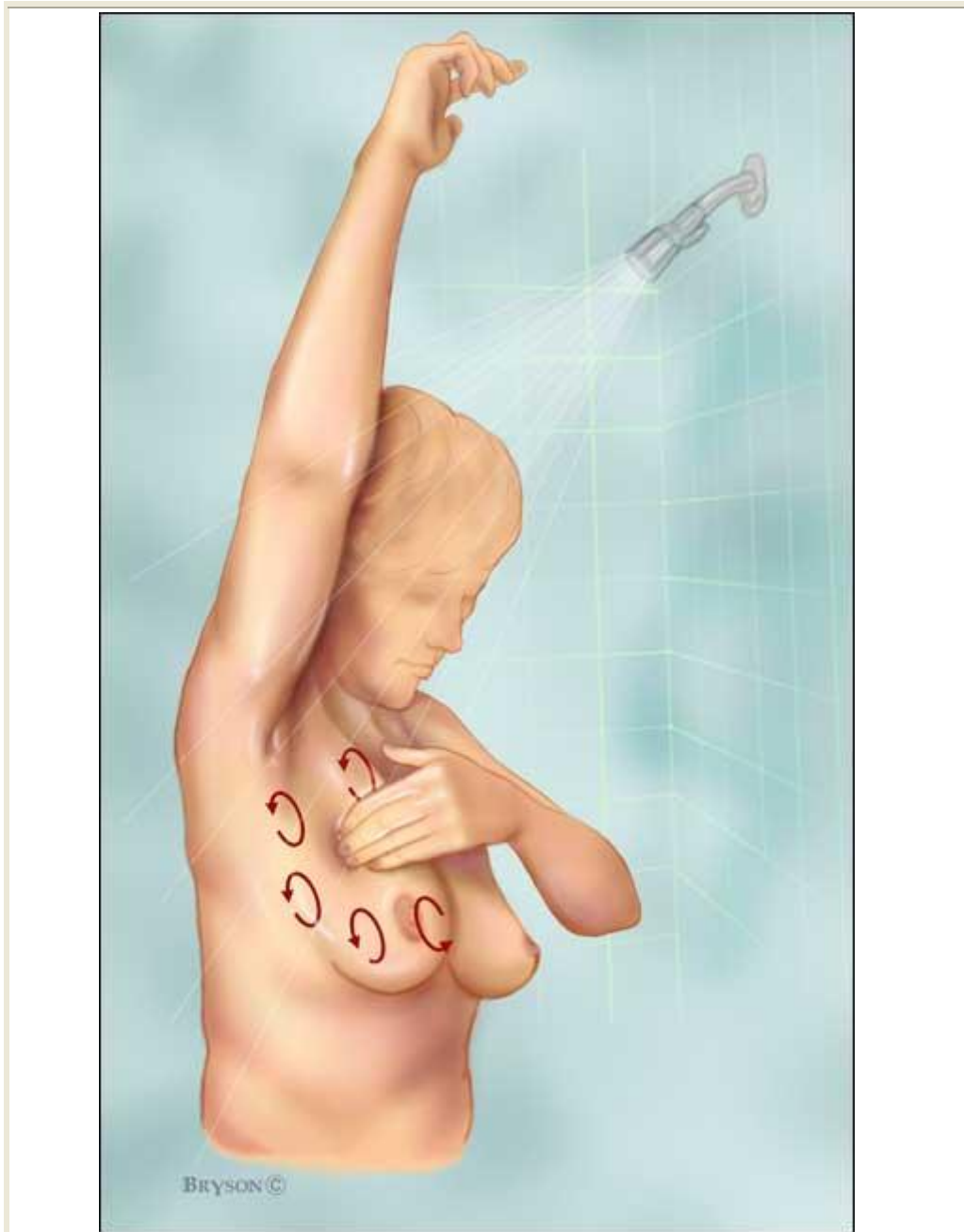
Η γυναίκα σηκώνει τα χέρια και παρατηρεί για τα ίδια σημεία. Στη συνέχεια πιέζει και τις δύο θηλές και ελέγχει αν υπάρχει αποβολή υγρού από αυτές. Το υγρό αυτό να είναι γαλακτώδες, κίτρινο ή αίμα.

Βήμα 3^ο



Στη συνέχεια ξαπλώνει και κάνει κυκλικές κινήσεις με τις άκρες των δακτύλων μέχρι να καλύψει όλη την έκταση του κάθε μαστού. Ακολουθεί πορεία από πάνω προς τα κάτω και από έξω προς τα μέσα. Προσπαθεί να αισθανθεί οποιαδήποτε μάζα στο εσωτερικό του μαστού. Το δεξί χέρι εξετάζει τον αριστερό μαστό και το αντίθετο.

Βήμα 4^ο

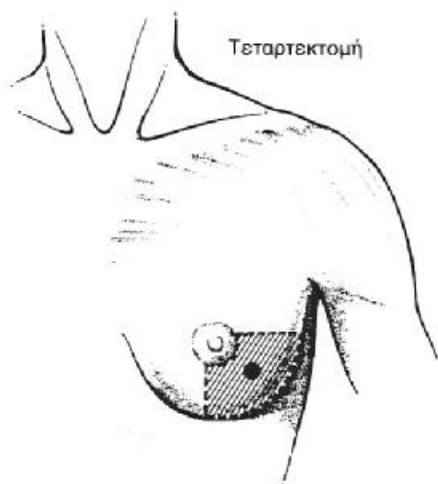


Ακολουθούν την ίδια διαδικασία με τα ίδια βήματα σε όρθια θέση. Πολλές γυναίκες αισθάνονται καλύτερα τον μαστό τους όταν το δέρμα είναι υγρό και γλιστερό, έτσι προτιμούν να κάνουν αυτό το στάδιο της αυτοεξέτασης όταν κάνουν μπάνιο

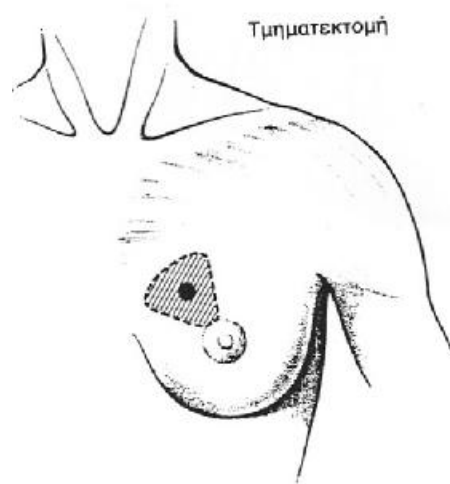
(www.surgeon.gr)

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

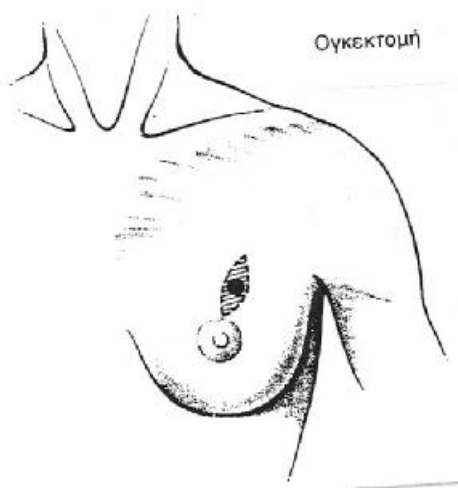
Διάφοροι τύποι χειρουργικών επεμβάσεων στη συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Βιοψία εξαίρεσης ή ογκεκτομή, τμηματεκτομή και τεταρτεκτομή. Η στικτή γραμμή δείχνει τα όρια της χειρουργικής εκτομής ενώ η σκιασμένη περιοχή αντιστοιχεί στην έκταση της ιστικής εξαίρεσης.



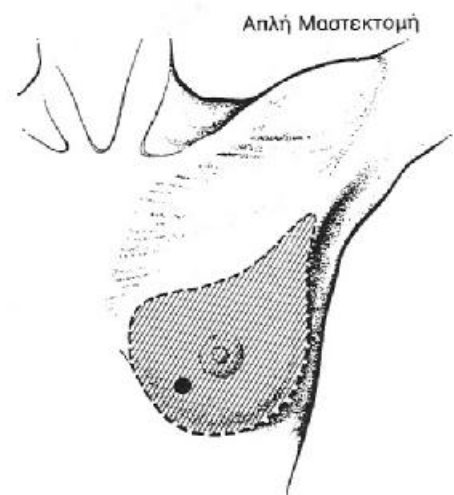
Εικ. 1.1



Εικ. 1.2

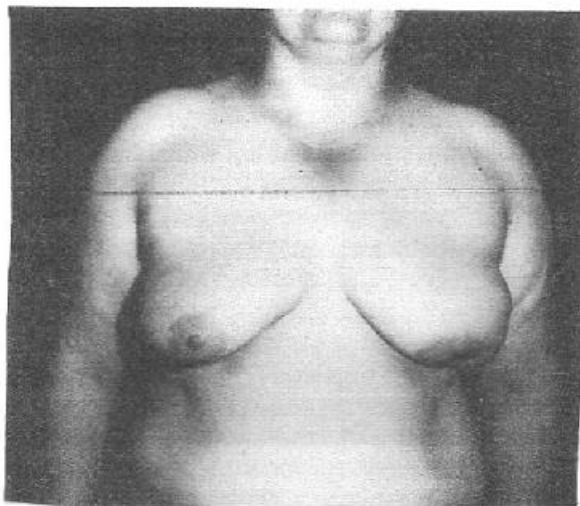


Εικ 1.3
(Τζωρακολευθεράκης Ε. 1992).



Εικ.1.4

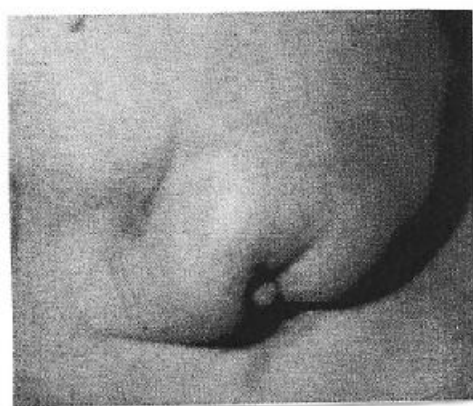
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ



Εικ.1.5 Εισολκή θηλής.



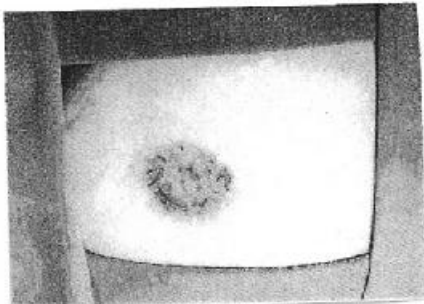
Εικ. 1.6 Εξελκωμένος καρκίνος.



Εικ.1.7 Φλοιός πορτοκαλιού, Εισολκή θηλής,
Διήθηση δέρματος.(Κουρκούτα Λ. 2001).

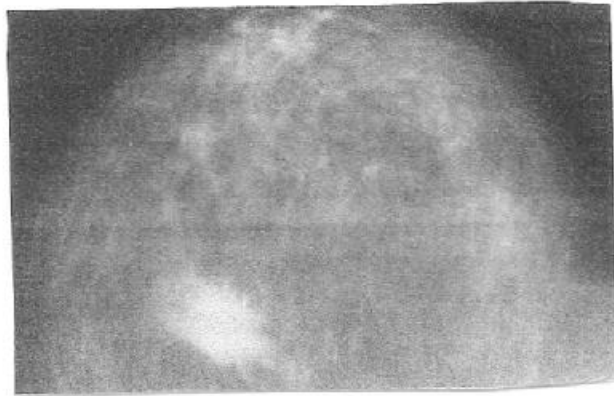


Εικ.1.8 Φλοιός πορτοκαλιού.(Σκαλέα Γ. 1991).

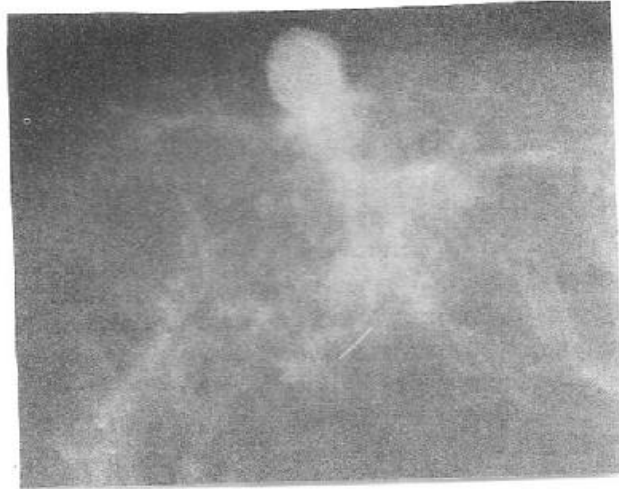


Εικ.1.9 Νόσος του Paget.(Leger L.2003).

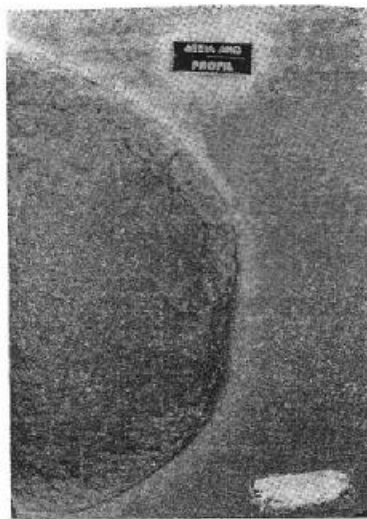
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ



Εικ.1.10 Μαστογραφία χαμηλής δόσης. Κεφαλουραία προβολή Δεξιού μαστού. Παρατηρούνται στο έσω ημιμόριο 2 εντονότερες σκιάσεις 1cm και 3cm με ακτινοειδής προσεκβολές και πολλαπλές αποτιτανώσεις, επιμήκεις και στικτές διαφόρου μεγέθους. Διπλοεστιακό διηθητικό πορώδες καρκίνωμα.

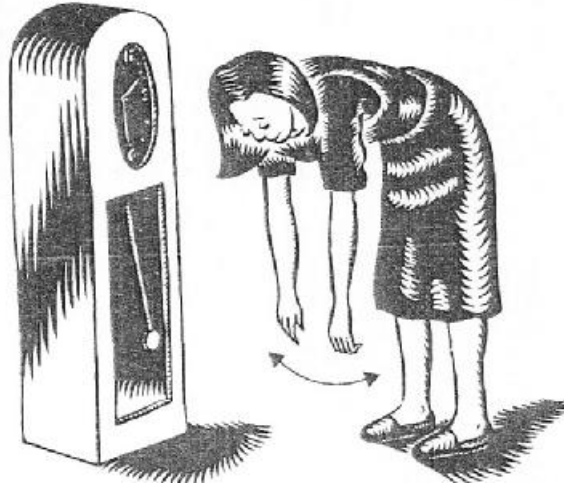


Εικ.1.11 Μαστογραφία χαμηλής δόσης. Κεφαλουραία προβολή αριστερού μαστού σε μεγέθυνση. Εκτεταμένες αποτιτανώσεις πολύμορφες, διακλαδούμενες: εκτεταμένος ενδοπορώδης καρκίνος in situ, comedo.(Ράπτη Σ.2002).

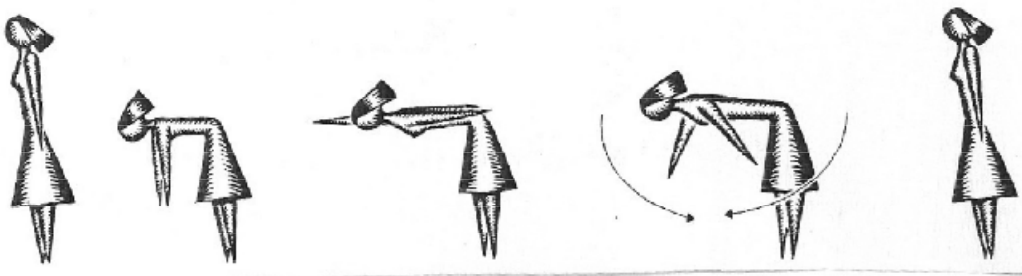


Εικ.1.12 Ξηρογραφία μαστού με καρκινωματώδη μαστίτιδα.

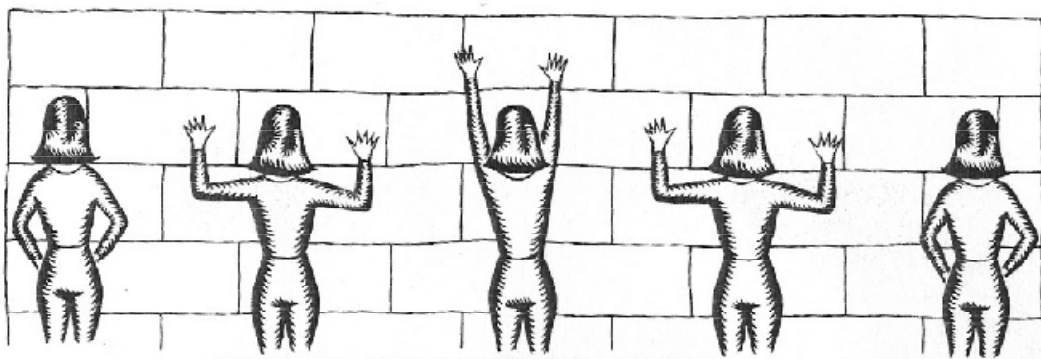
ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ



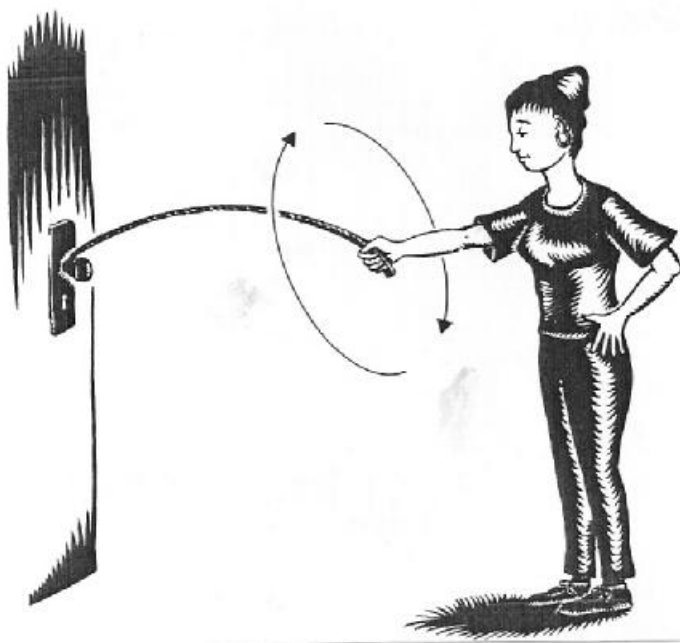
Εικ.1.13 Τα χέρια κινούνται χαλαρά και ελεύθερα, όπως το εκκρεμές.
Κινήσεις εκκρεμούς.



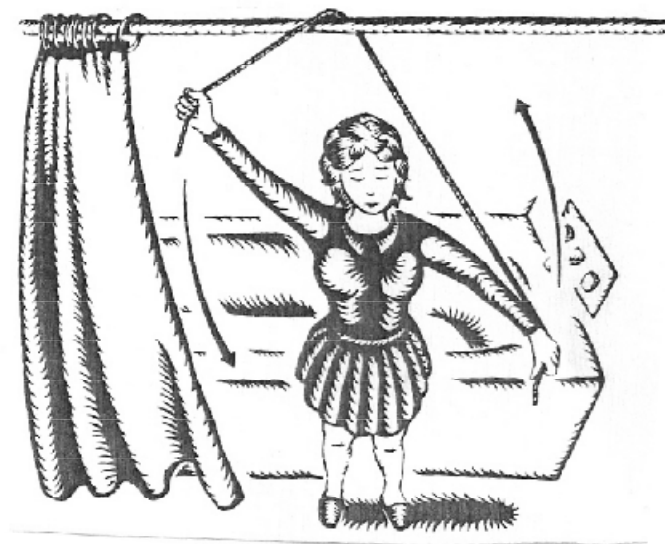
Εικ.1.14 Κινήσεις κουπιού.



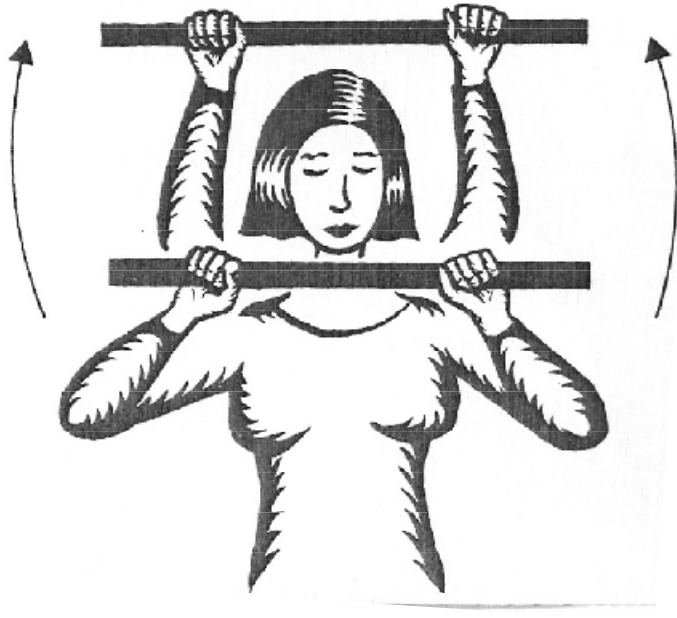
Εικ.1.16 Αναρρίχηση στο τείχος.



Εικ.1.17 Γύρισμα σχοινάκι.

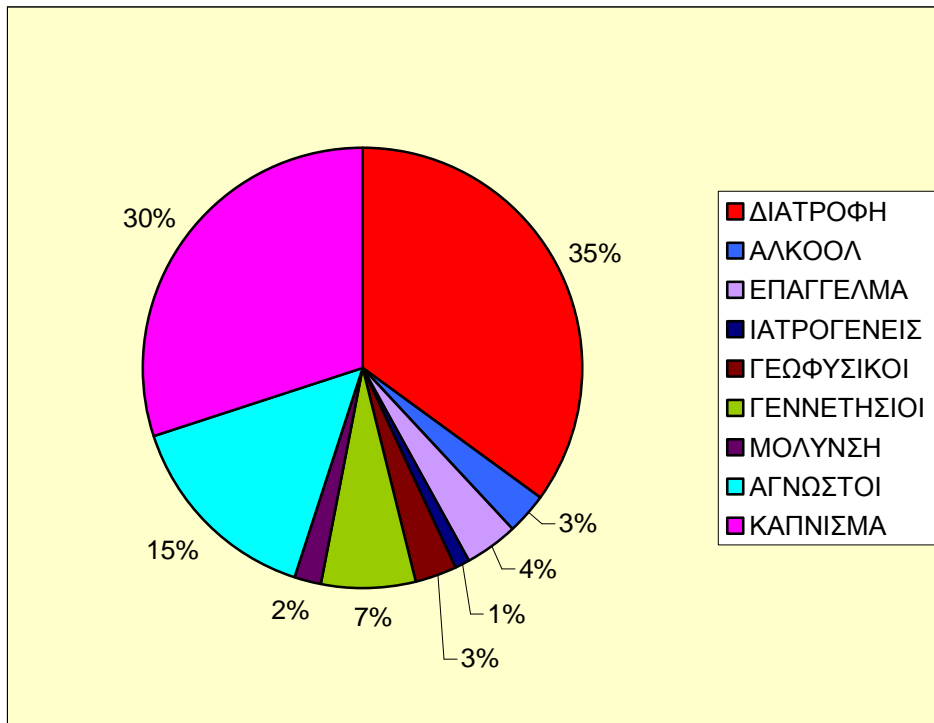


Εικ.1.18 Κινήσεις τροχαλίας.



Εικ.1.19 Οι βραχίονες υψώνονται από το ύψος του λαιμού ως πάνω από το ύψος της κεφαλής. Ανύψωση των βραχιόνων και τέντωμά τους.(Κόνιαρη Ε. 1991).

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

- ▣ Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και - αν είναι δυνατόν – κάνετε περιοδικά μαστογραφία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών
- ▣ Μη καπνίζεται
- ▣ Μη κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών
- ▣ Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο
- ▣ Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας
- ▣ Τρώτε συχνότερα φρούτα, λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες
- ▣ Αποφεύγετε τη παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά
- ▣ Επισκεφτείτε τον ιατρό σας αν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος και το χρώμα σε ελιά του δέρματος
- ▣ Επισκεφτείτε τον ιατρό σας αν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα
- ▣ Κάνετε τεστ Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας (Μεσμπέας Σ. 1991).

ΤΕΣΤ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑΤΙ Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΩΖΟΥΝ ΖΩΕΣ

Η διάγνωση μιας πάθησης δεν γίνεται μέσω ερωτηματολογίων, εντούτοις ένα ερωτηματολόγιο αρκεί για να μας δημιουργήσει υποψίες, οπότε και να μας κινητοποιήσει όταν μία γυναίκα εμφανίσει κάποια συμπτώματα ή έχει επιβαρημένο ιστορικό.

Α ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

1. Είστε άνω των 50 ετών ?
2. Είστε υπέρβαρη ή παχύσαρκη ?
3. Καταναλώνετε συχνά αλκοόλ ?
4. Ασκείστε ελάχιστα ?
5. Λαμβάνεται αντισυλληπτικά ?
6. Είχατε τη πρώτη έμμηνο ρύση πριν από τα 12 ?
7. Έχετε περάσει την

Β ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

9. Λαμβάνετε ορμονική υποκατάσταση για πολύ καιρό ?
10. Έχετε συγγενείς πρώτου βαθμού με καρκίνο μαστού ?
11. Η μητέρα σας είχε διαγνωστεί με καρκίνο μαστού πριν από 40 χρόνια ?
12. Έχετε κάνει επέμβαση για καλοήθεια στο μαστό ή βιοψία της οποίας έδειξε άτυπη υπερπλασία ?
13. Υπάρχει άνδρας στην οικογένεια με καρκίνο μαστού ?

εμμηνόπαυση?

8. Έχετε τεκνοποιήσει μετά τα 30 ?

Αν στον Α κύκλο ερωτήσεων απαντήσατε θετικά πάνω από 3 ερωτήσεις, καλό είναι να ελέγξετε τακτικότερα.

Αν απαντήσατε <<ναι>> σε πάνω από 2 ερωτήσεις του Β κύκλου, θα πρέπει να εντατικοποιήσετε τον έλεγχο για τη πρόληψη της νόσου. (Τρομπούκης Θ. 2008).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

1^η περίπτωση

Ατομικά στοιχεία ασθενή: Επώνυμο: Π.

Όνομα: Κ.

Ηλικία: 45 ετών (1963)

Ασφαλιστικός φορέας: Ι.Κ.Α.

Θρησκεία: Χριστιανή Ορθόδοξη

Υπηκοότητα: Ελληνική

Επάγγελμα: Τραπεζικός υπάλληλος

Διεύθυνση: Άστρος Κυνουρίας

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη

Ημερομηνία εισόδου: 15/05/2008

Παρούσα κατάσταση: *Κύρια συμπτώματα:* πόνος ο οποίος αυξανόταν κατά τη κατάκλιση καθώς γύριζε στο δεξιό πλευρό

Πιθανή διάγνωση: υποψία όγκου στο δεξιό μαστό

Ζωτικά σημεία: θερμοκρασία 36,6 °C, Αρτηριακή

Πίεση 120/60 mm/Hg, Σφίξεις 72/min, Αναπνοές 18/min

Υψος: 1,65

Βάρος: 60 kg

Κλινικές παρατηρήσεις: *Κινητικότητα:* εισήλθε στο νοσοκομείο περιπατητική

Γενική κατάσταση: καλή

Διανοητική και ψυχική κατάσταση: αγχωμένη

Ομιλία: καλή, χρησιμοποιεί απλό λόγο

Ακοή: καλή

Αναπνευστικό: είναι σε φυσιολογικά επίπεδα

Έμετοι: ουδέν

Κενώσεις: φυσιολογικές

Ούρηση: φυσιολογική

Αναμνηστικό ιστορικό: *Αλλεργίες:* δεν αναφέρονται

Άλλα νοσήματα: δεν αναφέρονται

Προηγούμενα χειρουργεία: μία καισαρική το 1983

Κληρονομικό ιστορικό: Δεν αναφέρεται ιστορικό καρκίνου μαστού

Πρόσφατη χρήση φαρμάκων: παυσίπονα για το πόνο (Deron)

Κοινωνικό ιστορικό: κατανάλωση λιπαρών τροφών, κατανάλωση

οινοπνευματωδών ποτών καθόλου, κάπνισμα ένα πακέτο
ημερησίως

Εξετάσεις: γίνεται γενική αίματος, ακτινογραφία θώρακος και μαστογραφία

Τελική διάγνωση: ογκίδιο δεξιού μαστού, ενημερώνεται πως θα χειρουργηθεί

με τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή στις 16/05/08.

Ημερομηνία εξόδου: 21/05/08, η ασθενής εξήλθε με βελτιωμένη κατάσταση και

με οδηγίες για τη περαιτέρω θεραπεία της.

<u>ΠΡΟΒΛΗΜΑ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
Πόνος στη περιοχή της επέμβασης	- να ανακουφιστεί η ασθενής από το πόνο εντός 2 ωρών	- να ενθαρρυνθεί η ασθενής να περιγράψει και να εντοπίσει το πόνο καθώς και την έντασή του - να παρατηρηθεί η περιοχή που εμφανίζεται ο πόνος - να τοποθετηθεί η ασθενής σε άνετη θέση	- η ασθενής περιέγραψε πως ο πόνος είναι συνεχής και οξύς και επιδεινώνεται με τη στάση του σώματος προς τα δεξιά - η νοσηλεύτρια τοποθέτησε την ασθενή από την αντίθετη χειρουργηθείσα πλευρά -τοποθετήθηκε μαξιλάρι κάτω από	- με τη χορήγηση αναλγητικών ο πόνος υποχώρησε σε διάστημα 45 λεπτών - με τη λήψη ζωτικών σημείων έγινε αντιληπτό πως η ασθενής δεν παρουσίασε παρενέργειες από το φάρμακο διότι παρέμειναν στα φυσιολογικά τους

			<p>τον ώμο της χειρουργηθείσας περιοχής και της συνέστησε να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις -χορηγήθηκε αναλγητικό μετά από ιατρική οδηγία (inj.Pethidine 0,5mg I.M.) και καταγράφηκαν τα ζωτικά σημεία</p>	<p>επίπεδα</p>
<p>Πιθανή αιμορραγία από το τραύμα</p>	<p>- να προληφθεί η αιμορραγία</p>	<p>- να γίνεται έλεγχος των ζωτικών σημείων - να γίνεται έλεγχος του επιδεσμικού υλικού - να παρακολουθείται η</p>	<p>- ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία τη 1^η μετεγχειρητική ημέρα κάθε 3 ώρες -εστάλη γενική</p>	<p>- τα ζωτικά σημεία παραμένουν σταθερά, το επιδεσμικό υλικό είναι καθαρό και η παροχέτευση δεν</p>

		ποσότητα, το χρώμα του αίματος από τη παροχέτευση - να γίνει γενική αίματος	αίματος -έγινε συστηματικός έλεγχος του επιδερμικού υλικού και των παροχετεύσεων ανά 2ωρο	απέδωσε μεγάλη ποσότητα αίματος, έτσι συμπεραίνεται ότι απεφεύχθη ο κίνδυνος της αιμορραγίας - από τη γενική αίματος δεν υπάρχει ένδειξη αιμορραγίας
Πιθανός κίνδυνος φλεγμονής σύστοιχου άνω άκρου λόγω εξαίρεσης των λεμφαδένων	- να ενημερωθεί η ασθενής για το κίνδυνο της φλεγμονής - να ενημερωθεί για τα προληπτικά μέτρα - να περιοριστεί ο κίνδυνος λοίμωξης και φλεγμονής του σύστοιχου άνω άκρου	- αποφυγή κάθε είδους τρυπήματος στο σύστοιχο άνω άκρο - να ενημερωθεί η ασθενής πως μετά από την έξοδό της απ' το νοσοκομείο να αποφεύγει στο χειρουργημένο χέρι τα κοψίματα τις αμυχές και	- δεν έγινε κανενός είδους νοσηλεία στο δεξί χέρι, η χορήγηση ορών έγινε απ' το αριστερό χέρι και η χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής έγινε υποδόρια στη κοιλιακή χώρα	- επετεύχθη αποφυγή τραυματισμού του δεξιού χεριού και αποφυγή πιθανού κινδύνου λοίμωξης

		<p>τη χρήση ισχυρών απορρυπαντικών διότι αυξάνουν το κίνδυνο της λοίμωξης και επιδεινώνουν τη φλεγμονή</p> <p>- να αποφεύγει τη χρησιμοποίηση σφικτών ενδυμάτων για τη διευκόλυνση της κυκλοφορίας</p>		
<p>Αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης ασθενούς λόγω δυσκινησίας του σύστοιχου άνω</p>	<p>- προαγωγή της κινητικότητας του δεξιού άνω άκρου</p>	<p>- προγραμματισμός για κινησιοθεραπεία</p> <p>- επίδειξη κινήσεων που μπορεί να κάνει η ασθενής μόνη της στο σπίτι</p>	<p>- έγινε έναρξη προγράμματος κινησιοθεραπείας από το φυσιοθεραπευτή του νοσοκομείου και</p>	<p>- άρχισε να αποκαθίσταται προοδευτικά η κινητικότητα του δεξιού άνω άκρου και η ασθενής να</p>

<p>άκρου εξαιτίας της εγχειρητικής τομής</p>			<p>εδόθησαν οδηγίες στην ασθενή για την εκτέλεση απλών κινήσεων από μόνη της κατοίκων</p>	<p>εξυπηρετείται σε σημαντικό βαθμό</p>
<p>Συναισθηματική αντίδραση λόγω της αλλαγής του σωματικού ειδώλου</p>	<p>- να ενημερωθεί η ασθενής για την αλλαγή και τα παρασκευάσματα αισθητικής που υπάρχουν καθώς και για την εναλλακτική της πλαστικής και των</p>	<p>- να εκτιμηθούν τα συναισθήματά της - να μειωθεί η ανησυχία της και το άγχος της ασθενούς - να υποστηριχθεί κοινωνικά και συναισθηματικά η</p>	<p>- έγινε συζήτηση με την ασθενή μέσα από την οποία εκφράστηκαν οι φόβοι και οι ανησυχίες τις - συνεστήθη στην ασθενή η επαφή με</p>	<p>- η ασθενής δείχνει ότι μπορεί να διαχειριστεί το πρόβλημα τόσο με τη βοήθεια του οικογενειακού της περιβάλλοντος όσο και μέσω ομάδων κοινωνικής στήριξης</p>

	προθεμάτων που υπάρχουν - να μπορέσει να διαχειριστεί ψυχολογικά τη νέα της κατάσταση	ασθενής	σύλλογο γυναικών που έχουν το ίδιο πρόβλημα για μεγαλύτερη ψυχική και κοινωνική στήριξη	γυναικών με το ίδιο πρόβλημα
--	--	---------	--	---------------------------------

2^η περίπτωση

Ατομικά στοιχεία ασθενή: *Επώνυμο:Κ.*

Όνομα: Μ.

Ηλικία: 52

Ασφαλιστικός φορέας: Ο.Γ.Α.

Θρησκεία: Χριστιανή Ορθόδοξη

Υπηκοότητα: Ελληνική

Επάγγελμα: Αγρότισσα

Διεύθυνση: Μεγαλόπολη Αρκαδίας

*Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη με δύο παιδιά, ένα
άρρεν 30 ετών και ένα θήλυ 28 ετών.*

Ημερομηνία εισόδου: 6/08/2008

Παρούσα κατάσταση: *Κύρια συμπτώματα: παρατήρηση καφεοειδούς*

*εκκρίματος από τη θηλή του αριστερού μαστού χωρίς
πίεση*

Πιθανή διάγνωση: υποψία κακοήθειας πόρων του μαστού

Ζωτικά σημεία: θερμοκρασία 36,7°C, Αρτηριακή Πίεση

130/60 mm/Hg, Σφίξεις 94/min , Αναπνοές 18

Ύψος: 1.70

Βάρος: 65 kg

Κλινικές παρατηρήσεις: *Κινητικότητα:* περιπατητική

Γενική κατάσταση: φυσιολογική

Διανοητική και ψυχική κατάσταση: αγχωμένη λόγω της αιματηρής έκκρισης, με καλό επίπεδο συνείδησης

Ομιλία: ικανοποιητική

Ακοή: φυσιολογική

Αναπνευστικό: είχε φυσιολογικές αναπνοές

Έμετοι: δεν αναφέρονται

Κενώσεις: φυσιολογικές

Ούρηση: φυσιολογική

Αναμνηστικό ιστορικό: *Αλλεργίες:* δεν αναφέρονται

Άλλα νοσήματα: Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου II από βετίας υπό ινσουλίνη

Προηγούμενα χειρουργεία: Σκολικοειδεκτομή προ 15

ετών, προεγχειρητική ακτινοθεραπεία για περιστολή του όγκου

Κληρονομικό ιστορικό: Η μητέρα της είχε καρκίνο μαστού στα 45 χρόνια της ζωής της από τον οποίο και κατέληξε

Πρόσφατη χρήση φαρμάκων: Οιστρογόνα λόγω πρόιμης εμμηνόπαυσης

Κοινωνικό ιστορικό: Κάνει τακτική κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και καπνίζει ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα

Τελική διάγνωση: Έγινε κυτταρολογική εξέταση του εκκρίματος και ήταν θετικό για σωληνώδες αδenoκαρκίνωμα. Ενημερώνεται η ασθενής πως θα χειρουργηθεί στις 7/8/08 και η θεραπεία θα είναι τεταρτεκτομή (ογκεκτομή) και με χημειοθεραπεία– ακτινοθεραπεία

Ημερομηνία εξόδου: 11/08/2008

<u>ΠΡΟΒΛΗΜΑ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</u> <u>ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ</u> <u>ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ</u> <u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
Πόνος	- να ανακουφιστεί η ασθενής από το πόνο εντός 24ώρου	- να εντοπίσει η ασθενής και να περιγράψει την ένταση του πόνου - να τοποθετηθεί σε άνετη θέση	- η ασθενής παρατήρησε πως ο πόνος αυξανόταν με τη στάση του σώματος προς τη χειρουργηθείσα περιοχή - η ασθενής τοποθετήθηκε από την αντίθετη χειρουργηθείσα πλευρά - χορηγήθηκε αναλγητικό μετά από ιατρική οδηγία (inj.	- με τη χορήγηση αναλγητικού ο πόνος υποχώρησε εντός του 24ώρου

			Apotel 1000mg σε 100 N/S για ½ h)	
Έμετοι	- να απαλλαγεί η ασθενής από τον έμετο εντός του 24ώρου	- να χορηγηθούν αντιεμετικά μετά από ιατρική οδηγία - να μετρηθούν τα προσλαμβανόμενα -αποβαλλόμενα υγρά - να ελεγχθεί η ποιότητα και η ποσότητα των εμέτων και να τοποθετηθεί Levin	-χορηγήθηκε αντιεμετικό (primperan I.M.) μετά από ιατρική οδηγία για την αντιμετώπιση των εμετών - τοποθετείται σε πλάγια θέση για την αποφυγή εισρόφησης - περιποιείται η στοματική κοιλότητα	- οι έμετοι σταμάτησαν σταδιακά μέσα σε 12 ώρες από τη χορήγηση του primperan

		αν κριθεί απαραίτητο		
Αργή επούλωση του τραύματος λόγω του Σακχαρώδη Διαβήτη	- να ρυθμιστεί το σάκχαρο για να επιτευχθούν καλές συνθήκες επούλωσης του τραύματος	- συστηματική παρακολούθηση της γλυκόζης του αίματος - να χορηγηθεί η κατάλληλη αντιδιαβητική αγωγή	-χορηγήθηκε αντιβιοτικό για την επούλωση του τραύματος -μέτρηση σακχάρου αίματος ανά 3ωρο - χορήγηση 10 μονάδων ινσουλίνης πρωί-βράδυ	- το σάκχαρο αίματος διατηρείται από 110- 130mg% και φαίνεται ρυθμισμένο εξασφαλίζοντας τη γρηγορότερη επούλωση του τραύματος
Ακτινική δερματίτις με τοπικό οίδημα του δέρματος	- να υποχωρήσει η δερματίτις και να ανακουφιστεί ο ερεθισμός του	- να εφαρμοστούν οι σχετικές ιατρικές οδηγίες	- έγινε εφαρμογή θεραπευτικού σκευάσματος (αλοιφής) στην	- από το πρώτο 24ωρο της θεραπείας φάνηκε υποχώρηση του οιδήματος και

λόγω προηγηθείσας ακτινοθεραπείας	δέρματος		ευρύτερη περιοχή της εγχειρητικής τομής	του τοπικού ερεθισμού
Συλλογή υγρού	- να αφαιρεθεί το υγρό	- να γίνει παρακέντηση από τον ιατρό με συνεργασία της νοσηλεύτριας	- έγινε παρακέντηση του υγρού 20ml το οποίο εστάλη για μικροβιολογική εξέταση	- αφαιρέθηκε το υγρό και διαπιστώθηκε πως ήταν ορώδες αντιδραστικό υγρό από το τραύμα και δεν περιείχε μικρόβια
Άγχος και ανησυχία για τη πρόγνωση της νόσου	- να αντιμετωπισθεί το άγχος της ασθενούς	- συζήτηση με την ασθενή για τη περαιτέρω πορεία του προβλήματος	- έγινε συζήτηση και εκφράστηκαν οι φόβοι, οι ανησυχίες και οι απορίες της ασθενούς και της δόθηκαν εξηγήσεις για τη πρόγνωση της νόσου, τις αναγκαίες	- κατανοεί την υπάρχουσα κατάσταση και δείχνει αποφασισμένη να συνεχίσει με αισιοδοξία τις επόμενες

			θεραπείες καθώς και τις ομάδες ψυχολογικής στήριξης	απαιτούμενες θεραπείες
--	--	--	---	---------------------------

Συμπερασματικά θα λέγαμε πως θα πρέπει να προτιμάται η τεταρτεκτομή εάν διαγιγνώσκεται από τα πρώιμα στάδια ο όγκος, διότι είναι μικρότερος ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο , είναι λιγότερα τα αναλγητικά που χορηγούνται, η ψυχολογική κατάσταση είναι σαφώς καλύτερη εφόσον δεν αφαιρείται ολόκληρος ο μαστός αλλά τμήμα του και το πιο σημαντικό δεν διαφέρουν σε τίποτα σε θέματα επιβίωσης

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αποστολίδης Ν. (1987), *Συνοπτική Γενική Χειρουργική*. Εκδόσεις Επτάλοφος, Αθήνα. 291.
- Αποστολίδης Ν. , Πανουσόπουλος Δ. (1998), *Ο Καρκίνος του Μαστού – Σύγχρονες Απόψεις*. Εκδόσεις Επτάλοφος, Αθήνα. 69.
- Αποστολίδης Ν. , Πανουσόπουλος Δ. (2004), *Ο Καρκίνος Σήμερα – Χειρουργική Ογκολογική Θεώρηση*. Έκδοση Β, Εκδόσεις Επτάλοφος, Αθήνα. 159.
- Αραβαντίνου Δ. (1985), *Παθολογία της Γυναίκας*. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα. 368, 391.
- Βασιλόπουλος Π. (1989), *Αρχές και Προβλήματα στην Ογκολογία*. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα. 38, 40-43, 51.
- Γολεμάτη Χ. (1985), *Εγχειρίδιο Χειρουργικής Παθολογίας*. Τόμος Α, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα. 351.
- Γλεντής Π. www.surgeon.gr/110/3342.aspx. 12 Μαΐου.
- Δημητρακάκης Κ.- Κειραμόπουλος Α. (2000), *Καρκίνος Μαστού και Μοριακή Βιολογία*. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα. 3-4.
- Κόνιαρη Ε. (1991), *Καρκίνος του Μαστού Νοσηλευτική Παρέμβαση*. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα. 1-4, 24-26, 33-38, 50, 55-62, 90-92, 108-111, 140, 166-172, 177, 180-189, 201-205.
- Κουρκούτα Λ. (2001), *Στοιχεία Διαγνωστικής στη Νοσηλευτική*. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα. 54-57.
- Λαβδανίτη Μ. (2007), Καρκίνος Μαστού, Νοσηλευτική 46:2. 182-184.
- Μαλγαρινού Μ. – Κωνσταντινίδου Σ. (2003), *Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική*. Τόμος 2^{ος}, Έκδοση Β. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα. 80-82, 90, 97-107, 114-116.

- Μαρκετάκης Β. – Τοκατλιαν Φ. – Τσιβίκα Ε. (Ιούνιος 2008), *Ca Μαστού και ασπιρίνη*. Τεύχος 64, Περιοδικό Forma.
- Μεσμπέας Σ. (1991), *Σεμινάριο Νοσηλευτών με θέμα: Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα στον Καρκινοπαθή*. Αθήνα. 47-49, 77, 103.
- Μπάλας Π. (1987), *Χειρουργική*. Τόμος Α. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα. 361-369.
- Παπαδημητρίου Ι. (2001), *Σύγχρονη Γενική Χειρουργική*. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 2^η. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα. 524-529, 535-536.
- Παπαδημητρίου Π. – Ανδρουλάκης Γ. (1989), *Αρχές Γενικής Χειρουργικής*. Τόμος Α. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα. 312, 322,336.
- Πινακίδης Μ. – Μπούτης Λ. (1993), *Καρκίνος Μαστού*. Επιστημονικές Εκδόσεις Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη. 43-45, 48-54, 121.
- Ράπτη Σ. (2002), *Εσωτερική Παθολογία*. Τόμος 3^{ος}. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα. 1944-1949.
- Ρηγάτος Γ. (2006), *Η Ανακούφιση του Καρκινικού Πόνου*. Έκδοση Β. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα. 6, 10-14, 18-21, 34-36, 42-43.
- Σαχίνη-Καρδάση Α. – Πάνου Μ. (1985), *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες « μια νέα προσέγγιση στα νοσηλευτικά προβλήματα του αρρώστου »*. Τόμος 2^{ος} , Μέρος Β. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
- Σαχίνη-Καρδάση Α. – Πάνου Μ. (2000), *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*. Τόμος 2^{ος} , Έκδοση Β. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα. 43-45, 48-54, 121.
- Σέχας Μ. (1995), *Χειρουργική*. Τόμος 2^{ος} . Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα. 505-514.
- Σκαλκέα Γ. (1991), *Η εξέταση του Χειρουργικού Ασθενούς*. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα. 143-146, 155-156.
- Σμπαρούνης Χ. (1990), *Γενική Χειρουργική, Τράχηλος-Θώρακας*. Τόμος Β. Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη. 734-741.

- Σταματελόπουλος Σ. (2001), *Θεραπευτική των Συχνότερων Νοσημάτων Εσωτερικής Παθολογίας*. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα. 259.
- Τζωρακολευθεράκης Ε. (1992), *Χειρουργικές Παθήσεις του Μαστού*. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα. 77-83, 90-92, 99.
- Τούντας Κ. (1981), *Επίτομος Χειρουργική*. Τεύχος 2ο, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα. 374-376.
- Τριχοπούλου Α. – Μπεσμπέας Σ. (1991), *Διατροφή και Καρκίνος*. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων « Ευρώπη κατά του Καρκίνου »
- Τρομπούκης Θ. (Μάιος 2008), *Τεστ υγείας γιατί η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση σώζουν ζωές*. Τεύχος 63, Περιοδικό Forma.
- Dollinger M., Μετάφραση Μαθάς Χ. (1992), *Ο Καρκίνος Διάγνωση και Πρόληψη, Θεραπεία και Καθημερινή Αντιμετώπιση: Ένας οδηγός για όλους*. Εκδόσεις Κάτοπτρο. 153-214.
- Harold E., Μετάφραση Δεληγιανίδης Σ. (1968), *Γενική Χειρουργική*. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα. 527.
- Kerrasdoue A., Μετάφραση Κωστελένος Δ. (1996), *Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια της Γυναίκας*. Εκδόσεις Κισσός, Αθήνα. 181-184, 189-194.
- Leger L., Μετάφραση Κινόγλου Γ., Επιμέλεια Ανδρουλάκης Γ. (2003), *Χειρουργική Σημειολογία*. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα. 369, 372-374.
- Lippert H., Μετάφραση Νηφόρος Ν., Επιμέλεια Παπαδόπουλος Ν. (1993), *Ανατομική*. Έκδοση 5. επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα. 82-84.
- www.roche.gr/portal/eipf/greece/portal/roche/breastcancer.

