

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία
Καθηγήτρια**

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:
Αυωνακοπούλου Μαρία
Γιάννου Δήμητρα
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ**

Πάτρα, 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Συντομογραφίες.....	viii
Ευχαριστίες.....	ix
Πρόλογος.....	x
Εισαγωγή.....	1

Κεφάλαιο 1ο

Εμβρυολογία – Ανατομία και Φυσιολογία Μαστού

1.1. Εμβρυολογία.....	3
1.2. Ανατομικά Στοιχεία του Μαστού.....	4
1.2.1. Θέση και Έκταση.....	4
1.2.2. Μορφολογία.....	4
1.2.3. Μύες Μαστού.....	6
1.2.4. Υφή Μαστού.....	7
1.2.5. Αγγείωση του Μαστού.....	13
1.2.6. Νεύρωση του Μαστού.....	19
1.3. Φυσιολογία του Μαστού.....	19
1.3.1. Ανάπτυξη και Λειτουργία του Μαστού.....	19
1.3.2. Μεταβολές του Μαστού στη ζωή της γυναίκας.....	20

Κεφάλαιο 2ο

Επιδημιολογικά Στοιχεία Καρκίνου Μαστού

2.1. Εισαγωγή.....	22
2.2. Θνησιμότητα – Επιβίωση.....	23
2.3. Επιδημιολογία – Συχνότητα.....	24
2.4. Καρκίνος Μαστού.....	25

Κεφάλαιο 3

Φυσική Εξέλιξη του Καρκίνου του Μαστού – Παθολογική Ανατομική

3.1. Ταξινόμηση.....	26
3.1.1. Μη διηθητικό Λοβιακό Καρκίνωμα.....	27

	Σελ.
3.1.2. Λοβιακό Διθηθητικό Καρκίνωμα.....	27
3.1.3. Μη διθηθητικό Πορογενές Καρκίνωμα.....	28
3.1.4. Διθηθητικό Πορογενές Καρκίνωμα.....	28
3.1.5. Νόσος του Paget.....	29
3.1.6. Φελεγμονώδες Καρκίνωμα.....	29
3.1.7. Μυελοειδές Καρκίνωμα.....	30
3.1.8. Θηλώδες Καρκίνωμα.....	30
3.1.9. Καρκινοσάρκωμα.....	30
3.1.10. Βλεννώδες Καρκίνωμα.....	31
3.1.11. Σωληνώδες Καρκίνωμα.....	31

Κεφάλαιο 4

Αιτιολογία – Παράγοντες Κινδύνου

4.1. Ιογενείς Παράγοντες.....	33
4.2. Γενετικοί Παράγοντες.....	33
4.2.1. Οικογενειακό Ιστορικό.....	33
4.2.2. Φύλο.....	34
4.2.3. Ηλικία.....	35
4.2.4. Σωματικό Βάρος.....	35
4.2.5. Κληρονομικότητα.....	35
4.3. Χημικές Ουσίες.....	39
4.4. Ιδιοσυστασιακοί Παράγοντες.....	39
4.4.1. Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης.....	39
4.4.2. Τεχνητή Εμμηνόπαυση.....	40
4.4.3. Γάμος και Τεκνοποίηση.....	40
4.4.4. Θηλασμός.....	40
4.5. Ορμονικοί Παράγοντες.....	42
4.5.1. Ο ρόλος των ορμονών.....	42
4.5.2. Προγεστερόνη.....	42
4.5.3. Προλακτίνη.....	42
4.5.4. Στεροειδή Επινεφριδίων.....	43
4.5.5. Εξωγενή Οιστρογόνα.....	43

	Σελ.
4.6. Εξωγενείς ή Ιατρογενείς Παράγοντες	43
4.6.1. Ιονίζουσα Ακτινοβολία.....	43
4.6.2. Ψυχολογικοί Παράγοντες	43
4.6.3. Ρεσερπίνη	43
4.7. Μορφολογικοί Παράγοντες.....	44
4.7.1. Προηγηθείσα Βιοψία Μαστού.....	44
4.7.2. Καλοήθειες Παθήσεις Μαστού.....	44
4.7.3. Νεοπλάσματα	47
4.7.4. Συγγενείς Παθήσεις Μαστού.....	49
4.8. Περιβαλλοντικοί Παράγοντες	51
4.8.1. Εκπαιδευτικοί Παράγοντες.....	51
4.8.2. Εθνικοί και Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες.....	52
4.9. Μορφολογικοί Παράγοντες.....	52
4.10. Εγκυμοσύνη και Καρκίνος Μαστού.....	52
4.10.1. Εγκυμοσύνη μετά τον Καρκίνο του Μαστού	53
4.10.2. Ανασταλτικά ωοθυλακιωρρηξίας και Καρκίνω Μαστού	54
4.11. Γυναίκες που έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου Μαστού.....	54

Κεφάλαιο 5

Κλινική Εικόνα – Σταδιοποίηση Καρκίνου Μαστού

5.1. Κλινική Εικόνα.....	55
5.2. Κλινική Σταδιοποίηση Καρκίνου Μαστού.....	57
5.3. Πρόγνωση της Νόσου.....	59

Κεφάλαιο 6

Πρόληψη Καρκίνου Μαστού

6.1. Αυτοεξέταση Μαστού	63
6.2. Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού	67
6.2.1. Εφαρμογή Προγραμμάτων & Μέτρων Πρωτογενούς πρόληψης.....	69

6.2.2. Εφαρμογή Προγραμμάτων & Μέτρων Δευτερογενούς πρόληψης	71
6.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του Μαστού	73

Κεφάλαιο 7

Η νοσηλευτική διερεύνηση στην διάγνωση του Καρκίνου του Μαστού

7.1. Διαγνωστικές Μέθοδοι	74
7.2. Μέθοδοι κλινικής εξέτασης.....	74
7.3. Μέθοδοι εργαστηριακής εξέτασης	75
7.4. Μέθοδοι απεικονιστικής εξέτασης	76
7.5. Μέθοδοι εγχειρητικής εξέτασης	85
7.6. Ψυχολογική αντιμετώπιση της ασθενούς και της οικογένειάς της κατά την περίοδο της διάγνωσης.....	89
7.7. Η Νοσηλευτική στις Διαγνωστικές εξετάσεις.....	90
7.8. Τρόποι επέκτασης του Καρκίνου του Μαστού	91
7.8.1. Τοπική Διήθηση.....	91
7.8.2. Λεμφική Διασπορά.....	92
7.8.3. Αιματογενής Διασπορά	92
7.9. Μεταστάσεις Καρκίνου Μαστού.....	93

Κεφάλαιο 8

Θεραπεία Καρκίνου Μαστού και Νοσηλευτική Παρέμβαση

8.1. Θεραπεία Καρκίνου Μαστού	95
8.2. Χειρουργική Θεραπεία	96
8.2.1. Ριζική Μαστεκτομή	97
8.2.2. Τροποποιημένη Ριζική Μαστεκτομή.....	99
8.2.3. Περιορισμένη Ριζική Μαστεκτομή	100
8.2.4. Αφαίρεση των Λεμφαδένων.....	100
8.2.5. Εγχειρήσεις με διατήρηση του Μαστού	102
8.2.6. Μερική αφαίρεση του Μαστικού Αδένα.....	107
8.2.7. Υποδόριος Μαστεκτομή.....	107
8.3. Ακτινοθεραπεία	108

	Σελ.
8.3.1. Νεότερες Τεχνικές στην Ακτινοθεραπεία του Μαστού	111
8.3.2. Παρενέργειες και Επιπλοκές Ακτινοθεραπείας.....	112
8.3.3. Νοσηλευτική Παρέμβαση στην Ακτινοθεραπεία.....	113
8.4. Χημειοθεραπεία ή Κυτταροστατική Θεραπεία	117
8.4.1. Νοσηλευτική Παρέμβαση στην Χημειοθεραπεία	121
8.5. Ορμονοθεραπεία.....	123
8.5.1. Ορμονική θεραπεία χειρουργικώς.....	123
8.5.2. Ορμονική θεραπεία φαρμακευτικώς	124
8.6. Ανοσοθεραπεία.....	125
8.7. Θεραπεία ανά Στάδιο.....	126

Κεφάλαιο 9

Η συμβολή της Νοσηλευτικής στο Σπίτι

9.1. Νοσηλεία στο Σπίτι	128
9.2. Βασικοί Σκοποί.....	129
9.3. Η νοσηλευτική φροντίδα καρκινοπαθών στο σπίτι.....	129

Κεφάλαιο 10

Αποκατάσταση

10.1. Χρήση προσθηκών μετά από μαστεκτομή – Ενδυμασία	132
10.1.1. Επιπλοκές του δέρματος.....	137
10.1.2. Ίνωση της κάψας	137
10.1.3. Αιτίες	138
10.2. Αποκατάσταση Λειτουργικότητας μετά από μαστεκτομή	143
10.3. Φυσιοθεραπευτική παρέμβασης μετά από μαστεκτομή.....	144
10.3.1. Στάση.....	144
10.3.2. Εύρος Κίνησης	145
10.3.3. Μυϊκή Ισχύς.....	147
10.3.4. Λεμφοίδημα.....	150

Κεφάλαιο 11

Καρκίνος Μαστού στους Άντρες

11.1. Γενικά	152
11.2. Τύποι Καρκίνου Μαστού στους Άντρες.....	153
11.3. Παράγοντες Κινδύνου	154
11.4. Συμπτώματα και Τρόποι Διάγνωσης.....	156
11.5. Θεραπεία και Πρόγνωση της Νόσου.....	157
11.5.1. Θεραπεία.....	157
11.5.2. Πρόγνωση.....	158
11.6. Ζώντας με τον Καρκίνο του Μαστού.....	158

Κεφάλαιο 12

Ψυχική Υποστήριξη της Ασθενούς με Καρκίνο Μαστού

12.1. Στάδια της Νόσου και ψυχική υποστήριξη από τον νοσηλευτή	161
12.1.1. Πρώτη Φάση – Πρώιμο Στάδιο	161
12.1.2. Δεύτερη Φάση – Ενδιάμεσο Στάδιο	161
12.1.3. Τρίτη Φάση – Τελικό Στάδιο.....	162
12.2. Νοσηλευτική Παρέμβαση Καρκινοπαθών στα τελικά στάδια της Νόσου	162
12.2.1. Σωματική φροντίδα και εξασφάλιση άνεσης	162
12.2.2. Αντιμετώπιση δυσχερειών σε Καρκίνο Μαστού.....	163
12.2.3. Η Νοσηλευτική στο Θάνατο.....	164

Κεφάλαιο 13

Η πρόληψη στον Καρκίνο του Μαστού – Οργανισμοί & Καμπάνιες

13.1. Νέες ελπίδες για τον Καρκίνο του Μαστού	167
13.2. Ψυχολογικές Επιπτώσεις Καρκίνου Μαστού στη γυναίκα	175
13.3. Ψυχοσυναισθηματικές Επιπτώσεις Μαστεκτομής	176
13.3.1. Ψυχική Κατάσταση & Σωματική Υγεία.....	177
13.3.2. Στρες – Άγχος – Πανικός.....	177
13.3.3. Θλίψη και Κατάθλιψη	178

	Σελ.
13.3.4. Εικόνα του Σώματος.....	178
13.3.5. Σεξουαλικότητα και Καρκίνος	179
13.3.6. Φόβος επανεμφάνισης	180
13.3.7. Ενοχές και Καρκίνος	181
13.4. Διαφημιστικές Καμπάνιες	181
13.5. Εκστρατεία «Η μόδα πολεμά τον καρκίνο του μαστού» (F.T.B.C.).....	183
13.6. Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού.....	184
13.7. Αγκαλιάζω – Σύλλογος Εθελοντών κατά του Καρκίνου	185
13.8. Europa Donna Hellas.....	186
13.9. Η νοσηλευτική στην ψυχολογική υποστήριξη της γυναίκας.....	187
13.10. Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας	189
 Συμπεράσματα.....	 216
Προτάσεις	217
Περίληψη	218
Βιβλιογραφία	219
Παράρτημα	224

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

KM:	Καρκίνος Μαστού
LH:	ωχρινοποιητική ορμόνη
FSH:	θυλακιοτρόπος ορμόνη
ΕΕ:	Ευρωπαϊκή Ένωση
TNM:	(T-tumor), (N-Nodes), (M-Metastasis)
NCI:	National Cancer Institute
FTBC:	Fashion Target Breast Cancer
CEA:	Καρκινοεμβρυϊκό Αντιγόνο
ΜΔΛΚ:	Μη διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα
ΑΛΥ:	Ατυπη Λοβιακή Υπερπλασία
BLES:	Breast lesion excision system

Ευχαριστίες

Σε αυτή την προσπάθειά μας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τις οικογένειές μας και όλους εκείνους που μας βοήθησαν και μας συμπαραστάθηκαν στην τετραετή φοίτησή μας.

Πολύτιμη στάθηκε η συμβολή της εισηγήτριάς μας κυρίας Παπαδημητρίου Μαρία.

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

Πάτρα 2009

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αγαπημένο γυναικείο όργανο ο μαστός. Στητός και όμορφος. Τροφός και ζωοδότης. Γαλακτοφόρος αλλά και σημαιοφόρος μιας θηλυκότητας που ανατέλλει από τα εφηβικά χρόνια. Αγαπημένος των ζωγράφων, των γλυπτών, των ποιητών, των φωτογράφων, των σκηνοθετών αλλά και όλων των ανδρών. Τι κρίμα που σ' αυτόν έλαχε να φιλοξενεί τον πιο συχνό καρκίνο του σώματος κι ένα σωρό άλλες απλούστερες παθήσεις!

Κι είναι ο μαστός πολύ συχνή αιτία επίσκεψης στους γιατρούς. Κι είναι κάθε επίσκεψη ιδιαίτερα αγχωτική, γιατί αφορά αυτό το σύμβολο της θηλυκότητας που τόσο συχνά γίνεται και σύμβολο οδύνης.

Στην Ελλάδα βασιλεύει ακόμα η νοοτροπία «Να το διώξουμε το κακό απ' το μυαλό μας, να το ζορκίσουμε, να μην μας έρθει, να μην ακουμπάμε καν το στήθος μας, να μην το σκαλίζουμε!» Κι όμως, η άγνοια κι η αδιαφορία σκοτώνουν. Η γνώση μπορεί να μας σώσει ακόμα και τη ζωή.¹

***Στόχος** της εργασίας αυτής είναι να δώσει μια εικόνα της ασθένειας του καρκίνου του μαστού, αναφέροντας τους αιτιολογικούς παράγοντες, την κλινική του εικόνα, τον τρόπο διάγνωσής του, τις θεραπευτικές μεθόδους του αλλά κυρίως τους τρόπους με τους οποίους επιτυγχάνεται η πρόληψη της νόσου! Επίσης, στόχος της εργασίας αυτής είναι η νοσηλευτική παρέμβαση σε όλα τα στάδια της νόσου καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που μαστίζει κυριολεκτικά τον ανθρώπινο πληθυσμό εδώ και αρκετά χρόνια. Μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα θεωρείται ως η δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου στη Ελλάδα.

Χιλιάδες άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο ενώ αρκετοί είναι αυτοί που αναγκάζονται να ζήσουν το υπόλοιπο της ζωής τους με μια μόνιμη αναπηρία. Ανάμεσα στους λοιπούς καρκίνους ο καρκίνος του μαστού, ο πλέον συχνός και θανατηφόρος καρκίνος της γυναίκας, απορροφά το μεγαλύτερο μέρος της βασικής και κλινικής έρευνας από όλους τους άλλους κακοήθεις όγκους. Αν και δεν θεωρείται γυναικολογική διαταραχή, οι γυναίκες μόλις διαπιστώσουν κάποιο ογκίδιο στο μαστό καταφεύγουν στο γυναικολόγο. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να θεραπευτεί αν διαγνωστεί έγκαιρα και ακολουθήσει η κατάλληλη θεραπεία. Τη στρατηγική αντιμετώπισης του γυναικείου καρκίνου του μαστού σήμερα χαράζει η ογκολογική ομάδα γιατί στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει ανάγκη συνεργασίας θεραπειάς από πολλές ειδικότητες.

Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που βάζουν «πρώτο» τον καρκίνο του μαστού τα απαρίθμησε ο Grant πριν από 23 χρόνια, εκδότης τότε του περιοδικού CANCER.

- § Είναι ο πιο θανατηφόρος καρκίνος της γυναίκας.
- § Είναι ο καρκίνος που πιο συχνά ανακαλύπτεται από την ίδια τη γυναίκα.
- § Είναι ο καρκίνος για τον οποίο έχουν γίνει και γίνονται οι περισσότερες ακτινογραφίες και βιοψίες.
- § Είναι ο καρκίνος για τον οποίο γίνονται οι περισσότερες ακτινοθεραπείες και χημειοθεραπείες.
- § Είναι ο καρκίνος για τον οποίο υπάρχει και εφαρμόζεται η μεγαλύτερη ποικιλία ενδοκρινικών θεραπειών.
- § Είναι ο καρκίνος με την πιο έντονη ετερογένεια του κυτταρικού πληθυσμού.
- § Είναι ο πιο φοβερός καρκίνος για τον οποίο έχουν γραφτεί τα περισσότερα άρθρα.
- § Είναι ο καρκίνος που η θεραπεία του έχει προκαλέσει πάντα τις περισσότερες διχογνωμίες.

Η ευαισθητοποίηση της γυναίκας σε σχέση με το μαστό της, που δε θα ήθελε ποτέ να στερηθεί, είναι ένας από τους σοβαρούς παράγοντες που θα μπορούσε η προληπτική νοσηλευτική να στηρίξει στην προσπάθειά της για πρόωμη διάγνωση και την ελπίδα για έγκαιρη θεραπεία.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια σοβαρή ασθένεια που η συχνότητα έχει μειωθεί κατά πολύ τα τελευταία χρόνια χάρη στη μεγάλη προσπάθεια που γίνεται για την καλύτερη ενημέρωση των γυναικών, όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Η κλινική πείρα μας πείθει ότι παραμελημένες περιπτώσεις αφορούν στα νοσοκομεία για θεραπεία με κύρια αίτια καθυστέρησης την άγνοια των γυναικών αυτών.

Ιδιαίτερα σημαντικός ο ρόλος της νοσηλεύτριας που πρέπει να μάθει να μπαίνει με διάκριση και λεπτομέρεια στη ζωή του ατόμου, προκειμένου να αντιληφθεί τις ιδιαίτερες ανάγκες του, να χρησιμοποιήσει τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα σε συνεργασία με το ίδιο το άτομο. Αυτό θα το καταφέρει χάρη στη δεξιοτεχνία που θα αναπτύξει στη τέχνη της επικοινωνίας και στην καλλιέργεια της κριτικής τέχνης για να μπορεί να εκτιμά τις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

1.1. ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ

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

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

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

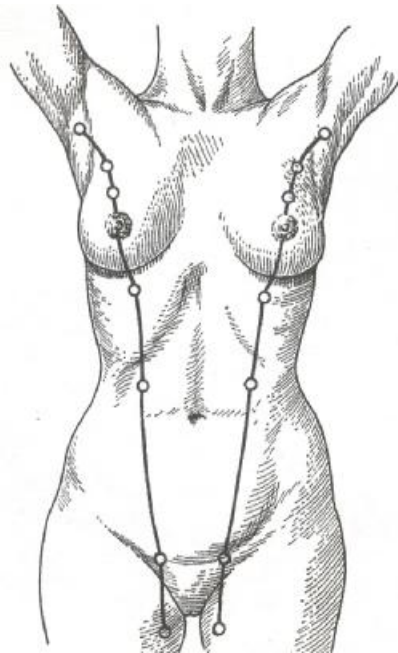
Ειδικότερα, η καταβολή τους αρχίζει την έκτη περίπου εβδομάδα της ενδομήτριας ζωής, έστω και αν δεν υπάρχουν γονάδες, με το σχηματισμό στενής πάχυνσης του έξω βλαστικού δέρματος, που λέγεται **μαστική ακρολοφία** ή **γαλακτοφόρος γραμμή**. (Παπανικολάου Ν., 2005)

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

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

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

Ο αριθμός των μαστών διαφέρει στο κάθε είδος θηλαστικού, γιατί εξαρτάται από τον αριθμό των νεογνών. Έτσι, στον άνθρωπο έχουμε ένα ζευγάρι μαστών, που αντιστοιχεί στο τέταρτο ζευγάρι των πολύμαστων ζώων. (Παπανικολάου Ν., 2005)



Εικόνα 1. Μαστική ακρολοφία (Παπανικολάου Ν., 2005)

1.2. ANATOMIA ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.2.1. Θέση και έκταση

Στην έφηβη γυναίκα οι μαστοί είναι ημισφαιρικοί και βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ανάμεσα στη 2^η-3^η και 6^η-7^η πλευρά και ανάμεσα από το χείλος του στέρνου και την πρόσθια μασχालιαία γραμμή. Η πραγματική, όμως, έκταση του μαστού είναι σημαντικά μεγαλύτερη, γιατί αυτός εκτείνεται με τη μορφή λεπτής στιβάδας, προς τα πάνω στην κλείδα, προς το κέντρο στη μέση γραμμή και προς τα έξω στο έξω χείλος του πλατύ ραχιαίου μυ. Κάποτε, ο μαστός εμφανίζει προσεκβολές, από τις οποίες η περισσότερο συνηθισμένη είναι αυτή, που πορεύεται προς τη μασχάλη, γι' αυτό λέγεται και μασχालιαία ουρά ή ουρά του Spence. (Παπανικολάου Ν., 1994)

1.2.2. Μορφολογία

Οι μαστοί αναπτύσσονται στην ήβη και ανήκουν στους δευτερεύοντες φυλετικούς χαρακτήρες. Αποτελούνται από δύο ημισφαιρικές προεξοχές, τοποθετημένες συμμετρικά στο ανώτερο μέρος της πρόσθιας επιφάνειας του θώρακα, αφήνοντας ανάμεσά τους το μεσομάστιο κόλπο. Ο μαστός της άτοκης έχει

σχήμα κώνου ή μοιάζει με ημισφαίριο, που από το κέντρο του προβάλλει προς τα εμπρός και έξω η θηλή.



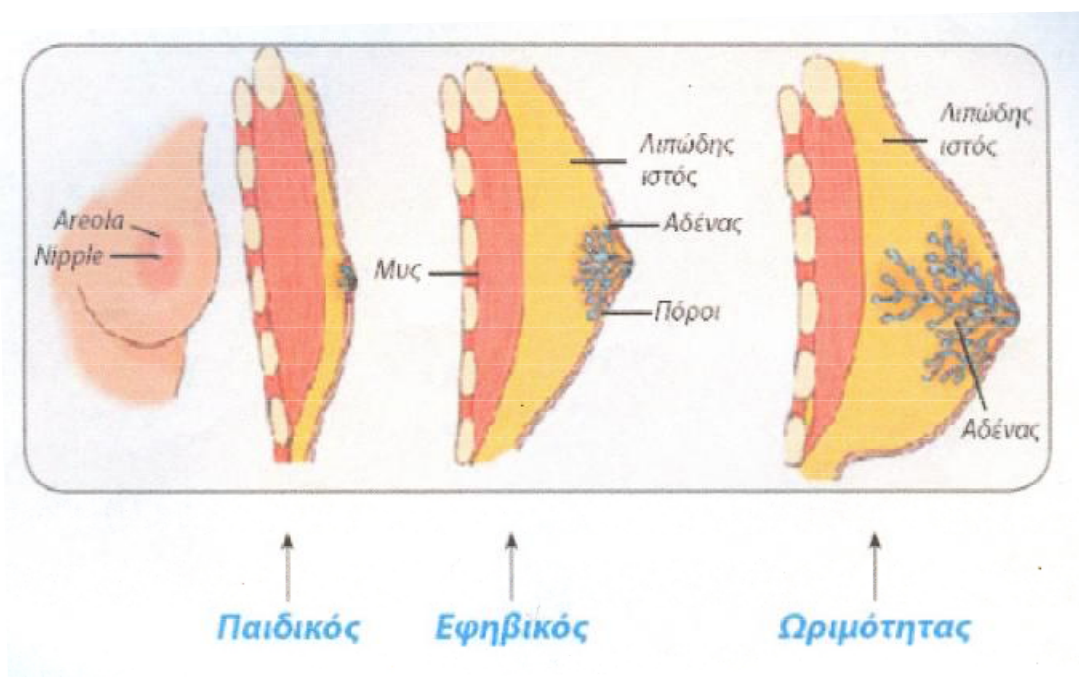
Εικόνα 2. Στήθος και μαστικοί αδένες (www.wikipedia.org)

Το σχήμα των μαστών μεταβάλλεται από πολλά αίτια, όπως είναι η εγκυμοσύνη, η γαλουχία, η απίσχανση κ.λπ. Τότε, το επάνω μέρος τους επιπεδώνεται, ενώ το κάτω, από το βάρος τους κυρτώνεται περισσότερο. Έτσι, ανάμεσα στο μαστό και στο θωρακικό τοίχωμα σχηματίζεται πτυχή που λέγεται υπομάστια πτυχή και που, καλλιτεχνικά θεωρείται σημείο μαστού, που παρήκμασε. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στη μορφή και στο μέγεθος των μαστών. Η παχυσαρκία παίζει σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωσή τους, γιατί το λίπος στις γυναίκες έχει την τάση να συγκεντρώνεται σε αυτούς. (Παπανικολάου Ν., 1994)

Το μέγεθος των μαστών εξαρτάται ακόμα από τη φυλή και από την ηλικία της γυναίκας. Ενώ, δηλαδή, στην άνηβη είναι μικρό, όταν εμφανιστεί εμμηνουρυσία, μεγαλώνει για να γίνει ακόμα μεγαλύτερο στο θηλασμό και για να ατροφήσει στην εμμηνοπαυσική ηλικία. Η σύσταση των μαστών στην παρθένο είναι σκληρή ή ελαστική και στη γυναίκα, που γέννησε, και μάλιστα που θήλασε είναι μαλακή.

Είναι σημαντικό να τονισθεί, πως οι δύο μαστοί είναι συχνά άνισοι μεταξύ τους, ενώ είναι τέλεια συμμετρικοί περιφερειακά. Ο αριστερός μαστός τυχαίνει, πολλές φορές, να είναι μεγαλύτερος από τον δεξιό. Οι διαφορές της ανάπτυξης των μαστών, καμιά φορά, είναι αξιοσημείωτες (ανισομαστία).

Στην ηλικιωμένη γυναίκα οι μαστοί ατροφούν, μικραίνουν και γίνονται πλαδαροί στην σύστασή τους, κατάσταση, που τους κάνει περισσότερο εύκολους στην ψηλάφησή τους, για την ανακάλυψη όγκου σε αυτούς. (Παπανικολάου Ν., 1994)



Εικόνα 3. Ο γυναικείος μαστός σε διάφορες ηλικίες (www.wikipedia.org)

1.2.3. Μύες Μαστού

Οι μύες της περιοχής του μαστού είναι: α) Ο μείζων θωρακικός μυς: εκφύεται από τις έξω επιφάνειες της 3^{ης}, 4^{ης} και 5^{ης} πλευράς και καταφύεται στην άνω επιφάνεια της κορακοειδούς αποφύσεως της ωμοπλάτης. Νευρώνεται από το μέσο θωρακικό νεύρο του βραχιονίου πλέγματος (A8, Θ1), β) Ο πρόσθιος οδοντωτός μυς: Συγκρατεί την ωμοπλάτη στο θωρακικό τοίχωμα. Εκφύεται από τα πλάγια των άνω 8 πλευρών και καταφύεται στο σπονδυλικό χείλος της πλευρικής επιφάνειας της ωμοπλάτης. Νευρώνεται από το μακρύ θωρακικό νεύρο του Bell (A5, A6, A7 ρίζες του βραχιονίου πλέγματος), γ) Ο πλατύς ραχιαίος μυς: Είναι ο μεγαλύτερος μυς του ανθρωπίνου σώματος με έκφυση από τις ακανθώδεις αποφύσεις του θωρακικού σπονδύλου, των οσφυϊκών και ιερών σπονδύλων και

κατάφυση στην αύλακα του βραχιόνιου οστού. Νευρώνεται από το θωρακοραχιαίο νεύρο του αυχενικού πλέγματος (A6, A7, A8) (Κεραμόπουλος Α. 2009).

1.2.4. Υφή

Η υφή του μαστού έχει σημασία, γιατί εμφανίζει μεγάλες διαφορές, που βρίσκονται μέσα σε φυσιολογικά όρια. Αυτό οφείλεται στην επίδραση ορμονών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και του ωοθηκικού κύκλου. Αν αποκολλήσουμε το μαστό από το πρόσθιο θωρακικό πεδίο, θα διακρίνουμε δύο επιφάνειές του, την **πρόσθια**, την **οπίσθια** και την **περιφέρειά** του. (Κονιάρη Ε., 1991)

§ Πρόσθια επιφάνεια:

Είναι υπόκυρτη και αποτελείται από το δέρμα που στο φυσιολογικό μαστό, είναι ευκίνητο, λείο, λεπτό και επιτρέπει, περισσότερο στη γυναίκα που θηλάζει, να διαγράφονται κάτω από αυτό οι φλέβες. Στο κέντρο της επιφάνειας αυτής προέχει η θηλή και η θηλαία άλω. (Παπανικολάου Ν., 2005)

§ Οπίσθια επιφάνεια:

Η οποία λέγεται και βάση του μαστού, είναι επίπεδη, βρίσκεται πάνω στην περιτονία του μείζονα θωρακικού μυ και συνάπτεται μαζί του με συνδετικό ιστό. Στους μεγάλους όμως μαστούς, η οπίσθια επιφάνεια περνάει στο κάτω χείλος του μείζονα θωρακικού μυ και σκεπάζει τα οδοντώματα του πρόσθιου οδοντωτού μυ και τον έξω λοξό της κοιλιάς μυ, στο ύψος της 5^{ης}-6^{ης} πλευράς. (Παπανικολάου Ν., 2005)

§ Η περιφέρεια:

Είναι λεπτή, συνδέεται με ινολιπώδη ιστό με τους γύρω ιστούς και συνεχίζεται σε όλη την επιφάνεια του μαστού. (Παπανικολάου Ν., 2005)

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

I. Το δέρμα

Το δέρμα του μαστού είναι λεπτό, διαφανές και έχει σμηγματογόνους και πολλούς ιδρωτοποιούς αδένες και συνδέεται στενά με το περιμαστικό λίπος. Εμφανίζει κεντρικά τη θηλή και γύρω από αυτή τη θηλαία άλω. (Χατζημπουγιάς Ι., 2002)

Θηλή: Αυτή έχει σχήμα κωνικό ή κυλινδρικό, στην παρθένο αντιστοιχεί στο ύψος της 4^{ης} περίπου πλευράς, και αλλάζει στην έφηβη γυναίκα, γιατί αυτό εξαρτάται από τη λειτουργία των λείων μυϊκών ινών, που είναι άφθονες στην περιοχή τους.

Μερικές φορές, συμβαίνει, η θηλή να είναι βυθισμένη προς τα μέσα, να μοιάζει με ομφαλό και να κάνει το θηλασμό δύσκολο ή ανέφικτο. Η θηλή, τότε, λέγεται εισέχουσα.

Η κατασκευή της θηλής είναι συμμετρική, στερεά, ελαστική και παρακολουθεί κάθε μετακίνηση του μαστικού αδένα. Επίσης είναι ευδιέγερτη, γιατί μέσα σ' αυτή υπάρχουν πολλές νευρικές απολήξεις. Έτσι, σε προστριβή της ή στο θηλασμό γίνεται σκληρότερη και μεγαλύτερη. Αυτό οφείλεται στην αντανakλαστική συστολή των λείων μυϊκών ινών της και στην ύπαρξη φλεβικού δικτύου, που την περιβάλλει.

Στη θηλή του μαστού υπάρχει η τελική μοίρα και το στόμα των 15-20 γαλακτοφόρων πόρων, που καλύπτονται από πολύβριδο πλακάδες επιθήλιο. Το επιθήλιο αυτό καταδύεται μέσα στον αυλό, γίνεται κυλινδρικό και σκεπάζει ολόκληρο το υπόλοιπο εκφορητικό σύστημα. (Παπανικολάου Ν., 2005)

Θηλαία άλως: Αυτή αποτελεί κυκλοτερή ζώνη γύρω από τη θηλή, έχει διάμετρο 15-35 χιλ. και χρώμα σκοτεινότερο από το υπόλοιπο δέρμα.

Το δέρμα της θηλαίας άλω περιέχει μικρές τρίχες και άπειρους αδένες, που διακρίνονται σε ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και επικουρικούς.

Οι σμηγματογόνοι αδένες βρίσκονται στη θηλή και στην άλω και λέγονται αλωαίοι αδένες ή φυμάτια του Montgomery. Οι αδένες αυτοί είναι περισσότεροι στην περιφέρεια της άλω και στην εγκυμοσύνη φαίνονται σαν μικρά επάρματα.

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η θηλή και η θηλαία άλως γίνονται περισσότερο μελαχρινές μετά την 8^η εβδομάδα. Η θηλαία άλως επεκτείνεται περιφερειακά γι' αυτό και μεγαλώνει και τα φυμάτια του Montgomery

υπερτρέφονται. Σε πλάγια επισκόπηση του μαστού, η άλως μοιάζει να προβάλλει σαν τζάμι ωρολογίου. (Παπανικολάου Ν., 2005)

II. Το περιμαστικό λίπος

Είναι η συνέχεια του υποδόριου λίπους και είναι αφθονότερο στην πρόσθια περιοχή του μαστού, ανάμεσα στο δέρμα και το μαστικό αδένια, όπου μέσα σε αυτό κατασκηνώνει ο μαστικός αδένια. Διακρίνουμε σε αυτό την πρόσθια και οπίσθια στιβάδα του. (Χατζημπούγιας Ι., 2002)

Πρόσθια στιβάδα:

Από την στιβάδα αυτή περνάνε συνδετικές ίνες που λέγονται σύνδεσμοι του Cooper ή ανελκτήρες σύνδεσμοι του μαστού. Αυτοί, είναι ινώδεις δοκίδες και αρχίζουν από το στο βάθος πέταλο της επιφανειακής θωρακικής περιτονίας, περνάνε μέσα από το μαστικό αδένια, χωρίζοντας τους λοβούς του, και καταλήγουν στο χόριο του δέρματος του μαστού.

Οι κρεμαστήρες σύνδεσμοι του Cooper σε περίπτωση που διηθηθούν από καρκίνο, χάνουν την ελαστικότητά τους, με συνέπεια την βράχυνσή τους. Έτσι έχουμε εισολκή του δέρματος που είναι σοβαρό κλινικό σημείο στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. (Χατζημπούγιας Ι., 2002)

§ Οπίσθια στιβάδα:

Είναι λεπτή, περίπου 1 εκατοστό, βρίσκεται πίσω από το μαστικό αδένια και ανάμεσα στην πίσω επιφάνειά του και την επιφανειακή θωρακική περιτονία, που αποτελεί ένα είδος κρεμαστήρα συνδέσμου του μαστού. Η περιτονία αυτή συνδέεται με την απονεύρωση του μείζονα θωρακικού μυ, πάνω στον οποίο ο μαστός ολισθαίνει με τη βοήθεια της κυτταρολιπόδους οπίσθιας στιβάδας.

III. Ο μαστικός αδένιας

Αυτός αποτελεί δισκοειδή αδένια, που στη γυναίκα που δεν έμεινε έγκυος βρίσκεται πίσω από τη θηλέα άλω και μόλις υπερβαίνει τα όριά της. Στη γυναίκα που γέννησε το μέγεθός του είναι αρκετά μεγαλύτερο και το σχήμα του ανώμαλο. Σε διατομή ο μαζικός αδένιας είναι λευκωτός, υπόσκληρος και ελαστικός, σε αντίθεση με το περιμαστικό λίπος που είναι υποκίτρινο και μαλακό. Διακρίνουμε σε αυτόν

δύο επιφάνειες: την πρόσθια και την οπίσθια, και την περιφέρεια. (Χατζημπούγιας Ι., 2002)

§ Η πρόσθια επιφάνεια:

Είναι υπόκυρτη και ανώμαλη, παρουσιάζει δε εντυπώματα που χωρίζονται με ακρολοφίες. Ανάμεσα στις ακρολοφίες και το χόριο του δέρματος επεκτείνονται ινώδεις δεσμίδες, οι κρεμαστήρες σύνδεσμοι του μαστού, που διαιρούν τον αδένα σε 15 έως 20 λοβούς. Τα παραπάνω εντυπώματα της πρόσθιας επιφάνειας γεμίζουν από περιμαστικό λίπος, εκτός από την περιοχή της θηλέας άνω και της θηλής, όπου ο αδένας συνδέεται απευθείας με το χόριο του δέρματος. (Χατζημπούγιας Ι., 2002)

§ Η οπίσθια επιφάνεια:

Είναι επίπεδη, υπόκοιλη και ενώνεται με την επιφανειακή θωρακική περιτονία.

§ Η περιφέρεια:

Παρουσιάζει προς τα έσω τη στερνική απόφυση και προς τα έξω την άνω και την κάτω μασχालιαία απόφυση. Από τις τρεις η τελευταία είναι μεγαλύτερη. (Χατζημπούγιας Ι., 2002)

Ο μαστικός αδένας αποτελείται από τους **λοβούς**, τους **εκφορητικούς πόρους**, τους **γαλακτοφόρους κόλπους**, τους **γαλακτοφόρους πόρους** και τις **αδενοκυψέλες**.

§ Λοβοί

Ο μαστικός αδένας αποτελείται από 15-20 λοβούς. Ο κάθε λοβός έχει ένα γαλακτοφόρο πόρο, στον οποίο εκβάλλουν άλλοι, δευτερότεροι πόροι, βρίσκεται μέσα στο μαστικό αδένα σε ακτινωτή διάταξη και συγκλίνει προς τη θηλή.

Στη θηλή υπάρχουν οι εκφορητικοί πόροι, που καταλήγουν στο γαλακτοφόρο κόλπο και αυτός στους γαλακτοφόρους πόρους και στις αδενοκυψέλες. (Παπανικολάου Ν., 2005)

Οι λοβοί περιβάλλονται από λιπώδη ιστό και χωρίζονται μεταξύ τους με ινώδη διαφράγματα. Τα διαφράγματα αυτά, εισχωρούν και μέσα στους λοβούς και

χωρίζουν αυτούς σε λοβία. Κάθε λοβός αποτελείται από 10-100 λοβία. Τα λοβία αποτελούνται από μικρό αριθμό αδενοκυψέλων που εκβάλλουν σε κοινό πόρο.

Κάθε λοβός αποτελείται:

1. Από ένα γαλακτοφόρο πόρο, που εκβάλλει με το δικό του τρήμα στη θηλή.
2. Από διάφορο αριθμό λοβίων, που εκβάλλουν στο δικό τους γαλακτοφόρο πόρο.
3. Από αδενοκυψέλες. (Παπανικολάου Ν., 2005)

§ Εκφορητικοί πόροι:

Αυτοί ανέρχονται σε 15-20 στον αριθμό, διελαύνουν τη θηλή και φέρουν το έκκριμα του μαστού από τους γαλακτοφόρους πόρους προς τα έξω. (Παπανικολάου Ν., 1994)

§ Γαλακτοφόροι κόλποι:

Αυτοί είναι 20 περίπου, αποτελούν ανευρύσματα, που βρίσκονται, στη βάση της θηλής και σχηματίζονται από την αναστόμωση των γαλακτοφόρων πόρων που εκβάλλουν σ' αυτούς.

Οι γαλακτοφόροι κόλποι είναι περισσότερο ανεπτυγμένοι στο μαστό που θηλάζει και φέρουν το έκκριμά τους στη θηλή με τους εκφορητικούς πόρους. (Παπανικολάου Ν., 1994)

§ Γαλακτοφόροι πόροι:

Αυτοί είναι τόσοι, όσος είναι ο αριθμός των λοβών του μαστού και, ανάλογα με την εντόπισή τους, οι μικρότεροι από αυτούς χαρακτηρίζονται ως ενδολόβιοι ή μεσολόβιοι.

Μικρότερες διακλαδώσεις των πόρων αποτελούν τα γαλακτοφόρα τριχοειδή. Από την τελική μοίρα των γαλακτοφόρων πόρων διαπλάσσονται οι αδενοκυψέλες, που παριστάνουν άθροισμα πολλών αβαθών εκκολπώσεων. Η σε βάθος ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων εξαρτάται από την παρουσία του λιπώδη ιστού. (Παπανικολάου Ν., 2005)

Στον ώριμο μαστό, οι γαλακτοφόροι πόροι έχουν διάμετρο 2-4 χιλ. και αποτελούνται, εσωτερικά από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο, που οι πυρήνες του

κατανέμονται σε διάφορα επίπεδα, έτσι ώστε να δίνουν την εντύπωση πολύστιβου κυλινδρικού επιθηλίου.

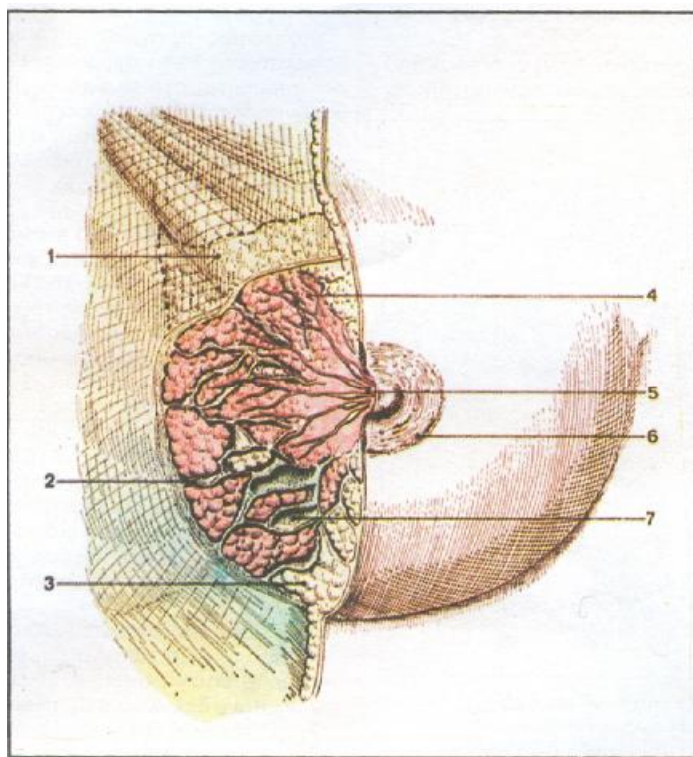
Έξω από το επιθήλιο υπάρχουν τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα, που στηρίζονται πάνω στη βασική μεμβράνη. Τα κύτταρα αυτά δεν αποτελούν συνεχόμενη στιβάδα.

Έξω από τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα και από τη βασική μεμβράνη υπάρχει υποεπιθηλιακός ιστός, που είναι πλούσιος σε κολλαγόνα ινίδια και λεμφαγγεία.

Έξω από τον υποεπιθηλιακό ιστό υπάρχει ο ελαστικός χιτώνας, που διακόπτεται εκεί, που αρχίζουν οι αδενοκυψέλες αν και πιστεύεται πως ο χιτώνας αυτός περιβάλλει και τις αδενοκυψέλες. (Παπανικολάου Ν., 2005)

Τα επιθηλιακά και τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα, όπως και οι ελαστικές ίνες και τα λεμφαγγεία, στην κύηση και στη γαλουχία, κατανέμονται έτσι, ώστε να επιτρέπουν την εύκολη διάταση των πόρων, για την εναποθήκευση του γάλακτος.

Τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα και ο ελαστικός χιτώνας συμβάλλουν στην έκθλιψη του γάλακτος κατά το θηλασμό. (Παπανικολάου Ν., 2005)



Εικόνα 4. Μαστός χωρίς το δέρμα του

1. Πρόσθιο πέταλο της επιφανειακής θωρακικής περιτονίας, 2. Κρεμαστήρας σύνδεσμος, 3. Λίπος, 4. Μαστικός αδένας, 5. Γαλακτοφόροι πόροι, 6. Θηλαία άλως, 7.

Ινώδης θύλακας ενός λοβού

§ Αδενοκυψέλες:

Αυτές αποτελούν την εκκριτική μοίρα του μαστικού αδένου και περιβάλλονται από εξειδικευμένο συνδετικό ιστό. Στην εσωτερική τους επιφάνεια καλύπτονται από μονόστιβο κυβικό επιθήλιο, που στηρίζεται πάνω στο δίκτυο των μυοεπιθηλιακών κυττάρων.

Πολλές αδενοκυψέλες, μαζί με τον ενδιάμεσο συνδετικό ιστό, αποτελούν τα αδενικά λοβία και πολλά λοβία μαζί με το λοβίο του αδένου. (Παπανικολάου Ν., 1994)

Στην κύηση και στη γαλουχία οι αδενοκυψέλες διατείνονται τόσο, ώστε το στρώμα της βασικής μεμβράνης και των μυοεπιθηλιακών κυττάρων να λεπύνεται, ωστόσο εξαφανιστεί. Επίσης, αναπτύσσονται νέες κυψελίδες και τριχοειδείς γαλακτοφόροι πόροι, που διατείνονται και εμφανίζουν εκκριτική λειτουργία.

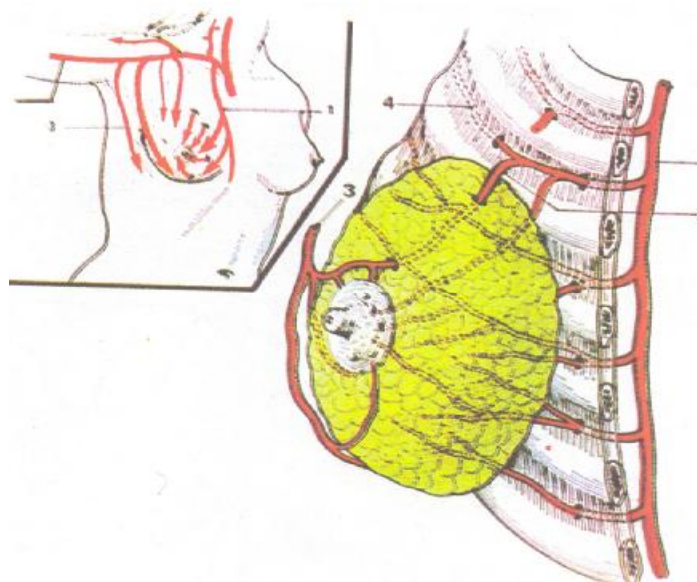
Οι τελικές διακλαδώσεις των γαλακτοφόρων πόρων, μαζί με τις αδενοκυψέλες, αποτελούν τη μικρότερη λειτουργική μονάδα του μαστικού αδένου. (Παπανικολάου Ν., 1994)

1.2.5. Αγγείωση του μαστού

Η αγγείωση του μαστού επιτυγχάνεται με ένα πολύπλοκο σύστημα αρτηριών, φλεβών και λεμφαγγείων.

A. Αρτηρίες

Οι αρτηρίες που αγγειώνουν το μαστό προέρχονται από την έσω μαστική, την πλάγια και ανώτερη θωρακική, το θωρακικό κλάδο της ακρωμιοθωρακικής, τους διατιτρένοντες κλάδους των μεσοπλευρίων αρτηριών και την υποπλάτια αρτηρία, που αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες. (Χατζημπούγιας Ι., 2002)



Εικόνα 5. Αρτηρίες του μαστού

1. Έσω μαστικοί, 2. Διαπιτραίνοντες κλάδοι, 3. Πλάγια θωρακική, 4. Μεσοπλεύριες, 5. Μασχαλιαία, 6. Υποκλείδια (Παπανικολάου Ν., 2005)

B. Φλέβες

Οι φλέβες του μαστού έχουν μεγάλη σημασία, γιατί, με αυτές, πολλές φορές, συμβαίνουν μεταστάσεις του καρκίνου. (Παπανικολάου Ν., 2005)

Οι επιφανειακές φλέβες του μαστού βρίσκονται κάτω από το πρόσθιο πέταλο της υποδόριας περιτονίας και μπορούν να διακριθούν με γυμνό μάτι και να φωτογραφηθούν. Τότε, μπορούμε να τις ξεχωρίσουμε σε δύο τύπους, τον *εγκάρσιο* και τον *επιμήκη*. (Παπανικολάου Ν., 2005)

Οι φλέβες του μαστού που βρίσκονται στο βάθος, απάγουν το αίμα από το μαστό και το θωρακικό τοίχωμα και διακρίνονται σε τρεις ομάδες που εμφανίζουν ειδικό ενδιαφέρον. Οι ομάδες αυτές είναι της έσω μαστικής φλέβας, της μασχαλιαίας φλέβας και των μεσοπλευρίων φλεβών. (Παπανικολάου Ν., 2005)

§ Έσω μαστικές φλέβες

Αυτές πορεύονται πίσω από το θωρακικό τοίχωμα και έρχονται σε άμεση επαφή με τους πλευρικούς χόνδρους. Και η δεξιά και η αριστερή εκβάλλουν στις αντίστοιχες ανώνυμες φλέβες. Επειδή, οι έσω μαστικές οδηγούν προς το πνευμονικό δίκτυο των τριχοειδών, μπορούν να προκαλέσουν μετάσταση καρκίνου από το μαστό στους πνεύμονες. (Παπανικολάου Ν., 1994)

§ Μασχαλιαίες φλέβες

Αυτές δέχονται κλάδους από το θωρακικό τοίχωμα, τους θωρακικούς μυς και την οπίσθια επιφάνεια του μαστού.

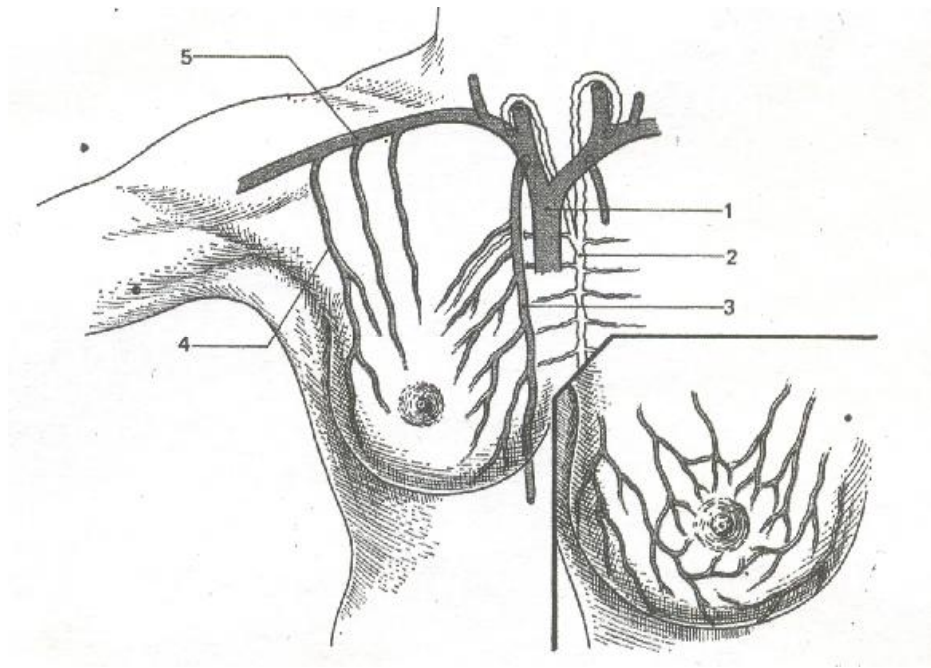
Οι παραπάνω κλάδοι αντιστοιχούν προς τους κλάδους της μασχαλιαίας αρτηρίας και εμφανίζουν ποικιλία στο σχηματισμό τους, γιατί η συμβολή της βασιλικής φλέβας με τη βραχιόνιο, για να σχηματισθεί η μασχαλιαία, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί σε οποιοδήποτε σημείο από το έξω χείλος του μείζονα στρογγύλου μυ ως την κλείδα. Έτσι, αν η συμβολή αυτή είναι πολύ ψηλά, τότε η μασχαλιαία φλέβα είναι διπλή και δεν είναι ένας μεγάλος κλάδος της μασχαλιαίας φλέβας, που ανέρχεται από το πλάγιο θωρακικό τοίχωμα.

Με τις μασχαλιαίες φλέβες το αίμα από το μαστό φτάνει στο πνευμονικό δίκτυο των τριχοειδών. Έτσι, οι μασχαλιαίες φλέβες αποτελούν την 2^η οδό για μετάσταση του καρκίνου του μαστού στους πνεύμονες. (Παπανικολάου Ν., 1994)

§ Μεσοπλεύριες φλέβες

Αυτές αποτελούν τη σπουδαιότερη οδό, με την οποία απάγεται το αίμα από τους μαστούς.

Οι μεσοπλεύριες φλέβες κατευθύνονται προς τα πίσω, επικοινωνούν με τις σπονδυλικές φλέβες και μετά εκβάλλουν στην άζυγο φλέβα, που οδηγεί στην άνω κοίλη φλέβα και στους πνεύμονες. Έτσι, αποτελούν την τρίτη οδό για μετάσταση σ' αυτούς. (Παπανικολάου Ν., 2005)



Εικόνα 6. Φλέβες μαστού

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

Μασχάλια (Παπανικολάου Ν., 2005)

§ Σπονδυλικές φλέβες

Αυτές παρέχουν άλλη, πολύ διαφορετική, οδό, με την οποία ο καρκίνος του μαστού μπορεί να μεταστεί στα οστά, χωρίς να περάσει από τις κοίλες φλέβες στους πνεύμονες.

Αυτό συμβαίνει γιατί οι σπονδυλικές φλέβες απάγουν το αίμα από τη σπονδυλική στήλη, τους παρακείμενους μυς και το νωτιαίο μυελό και αποτελούν φλεβικά πλέγματα, που βρίσκονται μέσα και έξω από το σπονδυλικό σωλήνα, σε όλη την έκτασή του. (Παπανικολάου Ν., 2005)

Γ. Λεμφαγγεία

Η γνώση της λεμφαγγείωσης του μαστού και ιδιαίτερα των επιχώρων λεμφαδένων του, είναι απαραίτητη για τη σημασία τους στις καρκινικές μεταστάσεις. Οι επιχώριοι λεμφαδένες είναι οι λεμφαδένες της μασχάλης και αυτοί, που βρίσκονται στην πορεία της έσω μαστικής αρτηρίας. (Παπανικολάου Ν., 2005)

Λεμφαγγειακή οδός από το μαστό στη μασχάλη. Αυτή γίνεται με δύο στελέχη: το εξωτερικό, που υποδέχεται τα λεμφαγγεία του ανώτερου τμήματος του μαστού, και το εσωτερικό, που υποδέχεται τα λεμφαγγεία του κατώτερου τμήματός

του. Επίσης, στη μασχάλη φτάνει η λέμφος και με δύο άλλες οδούς: τη θωρακική και την οπισθοθωρακική. (Παπανικολάου Ν., 2005)

Θωρακική οδός. Αυτή αρχίζει από ομάδα λεμφαγγείων, που βρίσκεται κάτω από το μαστό και μέσα στο χαλαρό ιστό, που είναι ανάμεσα στην οπίσθια επιφάνεια του μαστικού αδένου και την περιτονία του μείζονα θωρακικού μυ. Τα λεμφαγγεία αυτά περνάνε το μείζονα θωρακικό μυ και φτάνουν στην υποκλείδια ομάδα των λεμφαδένων της μασχάλης. Οι λεμφαδένες, που βρίσκονται ανάμεσα στο μείζονα και ελάσσονα θωρακικό μυ, λέγονται λεμφαδένες του Rotter. (Παπανικολάου Ν., 2005)

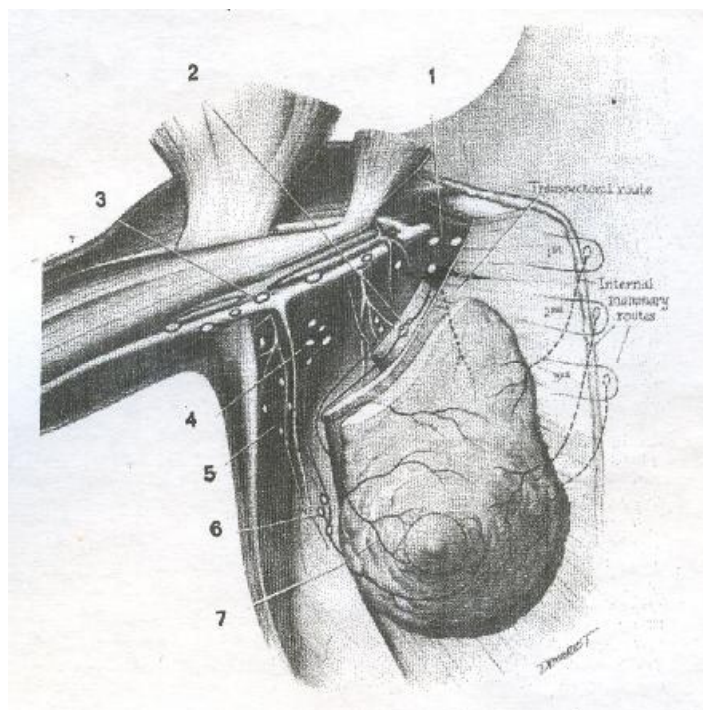
Οπισθοθωρακική οδός. Αυτή, που δεν υπάρχει πάντοτε, απαγάγει τη λέμφη από το ανώτερο και το εσωτερικό τμήμα του μαστού και με λεμφαγγεία, που περνάνε ανάμεσα στο μείζονα και τον ελάσσονα θωρακικό μυ, τη φέρει στην υποκλείδια ομάδα των λεμφαδένων της μασχάλης. (Παπανικολάου Ν., 1994)

Οι λεμφαδένες της μασχάλης προσβάλλονται συχνότερα από μεταστάσεις και γι' αυτό είναι περισσότερο σημαντικοί. Αυτοί, ανάλογα με τη θέση που βρίσκονται, ξεχωρίζουν στις παρακάτω ομάδες:

Έξω μαστικούς ή βραχιόνιους, που είναι 4-5 και βρίσκονται πίσω από τη μασχάλια φλέβα, κάτω από το έξω χείλος του μείζονα θωρακικού μυ και ψηλαφώνται στο έξω χείλος του μαστού. (Παπανικολάου Ν., 2005)

Έσω μαστικούς ή θωρακικούς, που είναι 5-6 και βρίσκονται σε 2 σωρούς, τον ένα στο ύψος του 2^{ου}-3^{ου} και τον άλλο στο ύψος του 4^{ου}-5^{ου} μεσοπλεύριου διαστήματος.

Οπίσθιους ή υποπλάτιους, που είναι 6-7 και βρίσκονται στο μασχάλια χείλος της ωμοπλάτης μαζί με τα αγγεία.



Εικόνα 7. Οι κύριες ομάδες των λεμφαδένων του μαστού

1. Υποκλείδιοι λεμφαδένες, 2. Λεμφαδένες του Rotter, 3. Λεμφαδένες κατά μήκος της μασχαλιαίας φλέβας, 4. Κεντρικοί λεμφαδένες, 5. Λεμφαδένες της ωμοπλάτης, 6. Έξω ομάδα μασχαλιαίων λεμφαδένων, 7. Κύριοι λεμφικοί πόροι (Παπανικολάου Ν., 2005)

Κεντρικούς, που είναι 3-4 και βρίσκονται μέσα στο λίπος της μασχάλης. Ένας ή δύο από αυτούς μπορεί να βρίσκονται επιφανειακά, κάτω από το δέρμα της μασχάλης και εύκολα να ψηλαφώνται. Οι κεντρικοί λεμφαδένες είναι οι μεγαλύτεροι και αυτοί που εμφανίζουν συχνότερα μεταστάσεις. (Παπανικολάου Ν., 2005)

Κορυφαίους ή υποκλείδιους, που είναι 6-12 και βρίσκονται, οι περισσότεροι, κάτω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ, στο υποκλείδιο τρίγωνο, κάτω από την κορακοκλειδική ταινία και εξωτερικά της μασχαλιαίας φλέβας. (Παπανικολάου Ν., 2005)

Οι παραπάνω ομάδες των λεμφαδένων της μασχάλης δέχονται αγγεία από την περιοχή τους και μεταξύ τους, φέρουν δε τη λέμφο στους υπερκλείδιους λεμφαδένες ή στη φλεβώδη γωνία. Όταν γίνονται μεταστάσεις, αυτές αρχίζουν από τους κατώτερους και έρχονται προς τους ανώτερους λεμφαδένες της μασχάλης και από εκεί στους υπερκλείδιους. (Παπανικολάου Ν., 2005)

Υπερκλείδιοι λεμφαδένες. Αυτοί βρίσκονται πάνω από την κλείδα και μέσα στο χαλαρό ιστό και το λίπος, που υπάρχουν κάτω από το μυώδες πλάσμα.

Η ομάδα των υπερκλείδιων λεμφαδένων σχηματίζει τρίγωνο, που έχει: προς τα μέσα τη σφαγίτιδα φλέβα, προς τα έξω τον τραπεζοειδή μυ και προς τα κάτω την υποκλείδια φλέβα. Στον πυθμένα του τριγώνου υπάρχει ο πρόσθιος σκαληνός μυς. (Παπανικολάου Ν., 2005)

1.2.6. Νεύρωση του μαστού

Η νεύρωση του μαστού γίνεται από το μεσοπλευρίο βραχιόνιο νεύρο, το θωρακορραχιαίο ή μέσο υποπλάτιο νεύρο, το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. (Παπανικολάου Ν., 2005)

1.3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.3.1. Ανάπτυξη και λειτουργία του μαστού

Η ανάπτυξη και η λειτουργία του μαστού ξεκινά από ποικίλα ορμονικά ερεθίσματα, των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, της προλακτίνης, της ωκυτοκίνης, της θυροξίνης, της κορτιζόλης, και της αυξητικής ορμόνης. Τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη, και η προλακτίνη είναι ουσιαστικά για τη φυσιολογική ανάπτυξη και τη λειτουργία του μαστού. Τα οιστρογόνα επιδρούν στην ανάπτυξη των πόρων, ενώ η προγεστερόνη είναι υπεύθυνη για τη διαφοροποίηση του επιθηλίου και για την ανάπτυξη των λοβίων. Η προλακτίνη είναι το αρχικό ορμονικό ερέθισμα για τη λακτογένεση στην εγκυμοσύνη και τη μετά τον τοκετό περίοδο. Ρυθμίζει τους ορμονικούς υποδοχείς και προάγει την επιθηλιακή ανάπτυξη. Η έκκριση των νευροτροφικών ορμονών από τον υποθάλαμο ρυθμίζει την έκκριση των ορμονών που επηρεάζουν τους ιστούς του μαστού. Η ωχρινοποιητική ορμόνη (LH) και η θυλακιοτρόπος (FSH) ρυθμίζουν την απελευθέρωση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες. Στη συνέχεια, η απελευθέρωση της LH και FSH από τα βασεόφιλα κύτταρα που βρίσκονται στη πρόσθια υπόφυση ρυθμίζεται από την έκκριση της εκλυτικής ορμόνης της γοναδοτροπίνης (gonadotropin-releasing hormone) (GnRH) από τον υποθάλαμο. Θετική και αρνητική ανάδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης ρυθμίζει την έκκριση των LH, FSH και GnRH.

ΟΙ ορμόνες αυτές είναι αρμόδιες για την ανάπτυξη, τη λειτουργία και τη διατήρηση των ιστών του μαστού. (www.mastology.gr)

Στο θηλυκό νεογνό, τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης μειώνονται μετά από τη γέννηση και παραμένουν χαμηλό καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας λόγω του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης που δρα σαν αρνητικό feedback.

Με την αρχή της εφηβείας, υπάρχει μείωση στην ευαισθησία του άξονα υποθαλάμου υπόφυσης στο αρνητικό feedback και αύξηση στην ευαισθησία του στο θετικό feedback από τα οιστρογόνα. Η αύξηση που προκαλείται στην έκκριση GnRH, FSH και LH, οδηγεί στην αύξηση της έκκρισης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες, και στην έναρξη της έμμηνης ρύσης. Στην αρχή της έμμηνης ρύσης, υπάρχει αύξηση στο μέγεθος και την πυκνότητα των μαστών, η οποία ακολουθείται από την αύξηση των ιστών του μαστού και τον πολλαπλασιασμό του επιθηλίου. Με την αρχή της εμμηνόπαυσης, η αύξηση των μαστών υποχωρεί και ο πολλαπλασιασμός του επιθηλίου μειώνεται. (www.mastology.gr)

1.3.2 Μεταβολές του μαστού στη ζωή της γυναίκας

Στην ανάπτυξη των μαστών παρατηρούμε δύο στάδια. Στο πρώτο στάδιο αναπτύσσονται οι γαλακτοφόροι πόροι. Στο δεύτερο στάδιο, που αντιστοιχεί στην εγκυμοσύνη, σχηματίζονται στα άκρα των πόρων οι αδενοκυψέλες. Τότε, συμπληρώνεται η ανάπτυξή τους. (Παπανικολάου Ν., 2005)

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

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

Στη γέννηση ο μαστός είναι ο ίδιος και στα δύο φύλα. Αποτελείται από γαλακτοφόρους πόρους, που εκβάλλουν στην καλά αναπτυγμένη θηλή. Παρατηρούνται, ακόμη, μερικές αδενοκυψέλες. Άλλα αδενικά στοιχεία δεν κάνουν ακόμα την εμφάνισή τους. (Παπανικολάου Ν., 2005). Λίγες μέρες μετά τη γέννηση, στη βρεφική ηλικία, σε μεγάλη συχνότητα, διαπιστώνεται η ύπαρξη εκκριτικής

λειτουργίας του μαστού σε μικρό βαθμό. Οι μικροί μαστοί του βρέφους, αρσενικού ή θηλυκού, διογκώνονται και από τη θηλή εκκρίνεται υλικό που έχει τη μορφή γάλακτος.

Στην παιδική ηλικία αυτή οι μαστοί αδρανούν, γιατί η εκκριτική τους δραστηριότητα, που παρατηρήθηκε μετά τη γέννηση, υποχωρεί σε μία εβδομάδα περίπου. Ανάμεσα στο 10^ο-15^ο έτος της ηλικίας, δηλαδή την ήβη, οι μαστοί έχουν αναπτυχθεί. Η θηλαία άλωσ μεγαλώνει, γίνεται μελαχρινότερη, δεν προβάλλει και κάτω από αυτή σχηματίζεται μικρή μάζα μαστικού ιστού σε σχήμα δίσκου. Στην αναπαραγωγική ηλικία αυτή οι μαστοί παθαίνουν τέτοιες μεταβολές, που θυμίζουν τις μεταβολές του ενδομήτριου. (Παπανικολάου Ν., 2005)

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

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

Στην εμμηνόπαυση επέρχεται προοδευτική βράχυνση των γαλακτοφόρων πόρων από την περιφέρειά τους προς τη θηλή. Επίσης, ατροφία των αδενοκυψελών και πάχυνση του συνδετικού ιστού, που βρίσκεται γύρω από τους πόρους. Έτσι, με την πάροδο της ηλικίας, η κίτρινη χροιά του μαστού εξαφανίζεται, για να γίνει λευκή. (Παπανικολάου Ν., 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρά την εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας ο καρκίνος εξακολουθεί ακόμα και σήμερα να αποτελεί την πιο απειλητική νόσο για την ανθρώπινη ζωή. Μόνο και μόνο η λέξη καρκίνος, ήταν και είναι ακόμα και σήμερα συνώνυμη του πόνου και του θανάτου. Συνάμα προκαλεί έντονη αίσθηση του φόβου, του άγχους, της αγωνίας και της ανασφάλειας εφόσον η θεραπεία του είναι αμφίβολη και η πρόγνυσή του άγνωστη αφού ποικίλλει από το είδος, το μέγεθος του όγκου, την εντόπισή του, το βαθμό εξάπλωσης κ.ά. (Μόσχου-Κάκου Α., 1999)

Στη διάρκεια της ζωής, τα υγιή κύτταρα διαιρούνται και πολλαπλασιάζονται, αντικαθιστώντας τα παλαιότερα με ένα σταθερό ρυθμό και με ελεγχόμενο τρόπο. Στην περίπτωση του καρκίνου, ένα κύτταρο που υπέστη κάποια μετάλλαξη αρχίζει να πολλαπλασιάζεται ανεξέλεγκτα. Ο πολλαπλασιασμός αυτός δημιουργεί μια εστία που ονομάζεται όγκος. Κάθε όγκος είναι μια μάζα τέτοιων κυττάρων. Οι περισσότεροι καρκίνοι δημιουργούν όγκους, όμως δεν είναι όλοι οι όγκοι καρκινικοί και με βάση αυτό το δεδομένο, διαχωρίζονται σε καλοήθεις και κακοήθεις όγκους. Οι καλοήθεις, παύουν να μεγαλώνουν, δεν εξαπλώνονται σε άλλα μέρη του σώματος και δεν σχηματίζουν όγκους. Οι κακοήθεις-καρκινωμάτωσης –όγκοι, όμως, πιέζουν τα υγιή κύτταρα, συχνά τα καταστρέφουν, επηρεάζουν διάφορες σωματικές λειτουργίες και αντλούν θρεπτικές ουσίες από τους ιστούς. (Thompson M.W., 1992)

Ο καρκίνος συνεχίζει να μεγαλώνει και να εξαπλώνεται, είτε σε γειτονικούς ιστούς (διήθηση), είτε σε πιο απομακρυσμένα σημεία του σώματος (μετάσταση) μέσω του λεμφικού ή του κυκλοφορικού συστήματος, όπου τελικά εγκαθίσταται και δημιουργεί δευτεροπαθείς όγκους (δευτεροπαθείς εντοπίσεις-αποικίες). (Μόσχου-Κάκου Α., 1999)

Ο όρος «καρκίνος» καλύπτει πάνω από 100 παθήσεις, που αφορούν σχεδόν κάθε σημείο του σώματος, όλες δυνητικά θανατηφόρες αλλά σίγουρα απειλητικές για την ανθρώπινη ζωή. (Thompson M.W., 1992)

Οι τέσσερις κύριοι τύποι είναι:

- α) Καρκίνωμα:** είναι το συχνότερο και προέρχεται από επιθηλιακό ιστό και ξεκινά από το δέρμα, τους πνεύμονες, τους μαστούς, το πάγκρεας, τους βλεννογόνους, τα επιθηλιακά κύτταρα των αδένων κ.ά.
- β) Σάρκωμα:** είναι σπάνιο και προέρχεται από συνδετικό ιστό, το μυϊκό ιστό, τα οστά, τα αγγεία κ.ά.
- γ) Λέμφωμα:** είναι καρκίνος του λεμφικού συστήματος και προέρχεται από τους λεμφοαδένες.
- δ) Λευχαιμία και μυέλωμα:** είναι καρκίνος του αιμοποιητικού συστήματος και του μυελού των οστών αντίστοιχα και δεν σχηματίζουν συμπαγείς όγκους. (Thompson M.W., 1992)

Τα γονίδια που προκαλούν καρκίνο κατατάσσονται σε δύο διαφορετικούς τύπους:

- α)** στα ογκογονίδια και
- β)** τα ογκοκατασταλτικά γονίδια. Οι δύο τύποι έχουν αντίθετα αποτελέσματα στην καρκινογένεση. Τα ογκογονίδια διευκολύνουν τον κακοήγη σχηματισμό, ενώ τα ογκοκατασταλτικά γονίδια, καταστέλλουν την ανάπτυξη του όγκου, ρυθμίζοντας γονίδια που ενέχονται στην κυτταρική ανάπτυξη. (Thompson M.W., 1992)

2.2. ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ - ΕΠΙΒΙΩΣΗ

Ο προληπτικός έλεγχος του στήθους αποτελεί το αντίβαρο στην επιθετικότητα της νόσου. Η έγκαιρη ανίχνευση συνεπάγεται ίαση στο 80-90% των περιπτώσεων και θα μπορούσε να σώσει 25.000 ζωές κάθε χρόνο στην Ευρώπη. Επιπλέον στις περισσότερες περιπτώσεις δεν είναι απαραίτητη η μαστεκτομή. Όμως στη χώρα μας το ποσοστό της ανακάλυψης καρκίνων του μαστού σε πρώιμο στάδιο είναι πολύ χαμηλότερο, σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρώπης στις οποίες ανέρχεται στο 60%.

Επομένως, όλες οι γυναίκες ανεξαρτήτως οικογενειακού ιστορικού πρέπει να αυτοεξετάζονται και να ελέγχουν προληπτικά το στήθος τους σε οργανωμένες Μονάδες Μαστού και μάλιστα συστηματικά, με σκοπό την ανακάλυψη της νόσου σε πολύ αρχικό στάδιο. Η λειτουργία τέτοιων Μονάδων Μαστού συνοδεύθηκε από μείωση της θνησιμότητας από τη νόσο κατά 25% την τελευταία δεκαετία.

Κάθε γυναίκα έχει δικαίωμα και υποχρέωση προς τον εαυτό της να είναι σωστά ενημερωμένη για τον υπ' αριθμό ένα καρκίνο του φύλου της. Ο καρκίνος του μαστού δεν πρέπει να φοβίζει, καθώς παρά την ανησυχητική αύξηση της συχνότητας της νόσου, η βελτίωση του διαγνωστικού τεχνολογικού εξοπλισμού και η ενίσχυση του θεραπευτικού οπλοστασίου συντελούν στη σταδιακή μείωση του αριθμού θανάτων από τη νόσο. Συγκεκριμένα, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού μειώνεται με ρυθμό 2% ετησίως. Επιπλέον, η υγιεινή διατροφή, η αυξημένη κατανάλωση φρούτων και φυσικών χυμών και η άσκηση περιορίζουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (www.healthin.gr, 2008).

2.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ - ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Δευτέρα, 29 Ιούνιος 2009 10:56

Δεν υπάρχει Εθνικό Μητρώο καρκίνου του μαστού. Ωστόσο όσον αφορά σε κάποια στατιστικά στοιχεία προκύπτουν τα εξής:

Ο καρκίνος του μαστού είναι σήμερα η πρώτη σε συχνότητα εμφάνισης μορφή καρκίνου (27,4%) στις γυναίκες: Κάθε μια εργάσιμη ώρα, μια Ελληνίδα διαγιγνώσκεται με τη νόσο και κάθε έξι ώρες μια χάνει τη ζωή της εξαιτίας της.

Παρόλα αυτά και παρά την αύξηση εμφάνισης νέων κρουσμάτων της νόσου, οι ελπίδες για την αντιμετώπιση της ασθένειας αυξάνουν όλο και περισσότερο.

(<http://www.mastologos.gr/articles/14-breast-cancer-frequency>)

(http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=7457)

Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού διαφέρει από χώρα σε χώρα. Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι τα τελευταία χρόνια, μια στις εννέα γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού. Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα είναι χαμηλότερη από τις άλλες χώρες της Ευρώπης και της Β. Αμερικής, αλλά υψηλότερη από τη θνησιμότητα στις χώρες της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής.

Στις Ελληνίδες ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρώτη θέση ανάμεσα στις αιτίες θανάτου από καρκίνο με περίπου 1.150 θανάτους ανά έτος, ακολουθούμενος από τους καρκίνους του στομάχου (560 θάνατοι ανά έτος) και του πνεύμονα (550 θάνατοι ανά έτος).

(http://www.gyn.gr/artman/publish/article_4.asp, 2008)

Αν ο καρκίνος διαγνωσθεί αρκετά γρήγορα, πριν επεκταθεί πέραν του μαστού, το πενταετές ποσοστό επιβίωσης των γυναικών με καρκίνο του μαστού

ξεπερνά το 95%. Παρόλες όμως τις προόδους στη διάγνωση και τη θεραπεία, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την κύρια αιτία θανάτων σχετιζόμενων με τον καρκίνο στις γυναίκες, και την υπ' αριθμόν τρία αιτία θανάτου συνολικά στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Μετά την αρχική θεραπεία, περίπου 50% των ασθενών αναπτύσσουν μεταστατικό (προχωρημένο) καρκίνο του μαστού (MBC). Μετά την αρχική διάγνωση μεταστατικού καρκίνου του μαστού, ο διάμεσος χρόνος επιβίωσης αυτών των ασθενών είναι 18 έως 30 μήνες.

(<http://www. Roche.gr/portal/eifp/greece/portal/roche.gr/breastcancer>, 2008)

2.4. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένα επιθηλίωμα που προέρχεται από τα κυλινδρικά κύτταρα των αδενωσολήνων του μαζικού αδένου. Πρόκειται για έναν όγκο μικρού μεγέθους στην αρχή, ανώμαλο με ασαφή όρια, σχετικά καθηλωμένο στο θωρακικό τοίχωμα, που συμφύεται με το περιβάλλον δέρμα. Το δέρμα πάνω από τον όγκο μπορεί να μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού και πιθανόν να συνυπάρχει αιμορραγική ρήση ή και εισολκή θηλής, ενώ αργότερα παρουσιάζεται εξέλκωση του δέρματος με σκληρά και ανώμαλα χείλη και σκληρό πυθμένα.

Ο καρκίνος του μαστού δημιουργεί μεταστάσεις σχετικά γρήγορα. Μέσω του αίματος στους πνεύμονες, το ήπαρ και τα οστά. Μέσω της λέμφου, στους επιχώριους λεμφαδένες και κατά συνέχεια ιστού στο περιβάλλον δέρμα και στους υποκείμενους μύες. (www.Breastcancer.org)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ – ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

3.1. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

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.

Τα νεοπλάσματα του Μαστού διακρίνονται σε:

A. ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

- α)** Ιναδένωμα
- β)** Ενδαυλικό θήλωμα
- γ)** Λοβιδιακή υπερπλασία
- δ)** Υποθηλαία θηλωμάτωση

B. ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

- α)** Καρκίνωμα γαλακτοφόρων πόρων ή ενδοσωληνοειδές καρκίνωμα 80%
- β)** Καρκίνωμα των λοβών 5%
- γ)** Μυελοειδές καρκίνωμα 6%
- δ)** Βλεννώδες καρκίνωμα 2,5%
- ε)** Σωληνώδες καρκίνωμα 80% με άλλους τύπους
- στ)** Ενδοκυστικό θηλώδες καρκίνωμα 0,5%
- ζ)** Νόσος του Paget 2%
- η)** Φλεγμονώδες καρκίνωμα 1,5%
- θ)** Λιποεκκριτικό καρκίνωμα 1%
- ι)** Μεταπλαστικό καρκίνωμα 0,5%-2%
- κ)** Θηλώδες καρκίνωμα
- λ)** Καρκίνωμα από αποκρινείς αδένες
- μ)** Καρκινοσάρκωμα
- ν)** Καρκινοειδές
- ξ)** Αδενοκυστικό καρκίνωμα

- ο) Μεταστατικό καρκίνωμα
 - π) Αμφοτερόπλευρο πρωτοπαθές καρκίνωμα. (Παπανικολάου Ν., 2005).
Επίσης διακρίνουμε δυο τύπους επιθηλιακού καρκίνου:
 - A. Το μη διηθητικό (πορογενή ή λοβιακό)
 - B. Το διηθητικό (πορογενή ή λοβιακό)
- A) Στον μη διηθητικό έχουμε τους παρακάτω τύπους:

3.1.1. Μη διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα

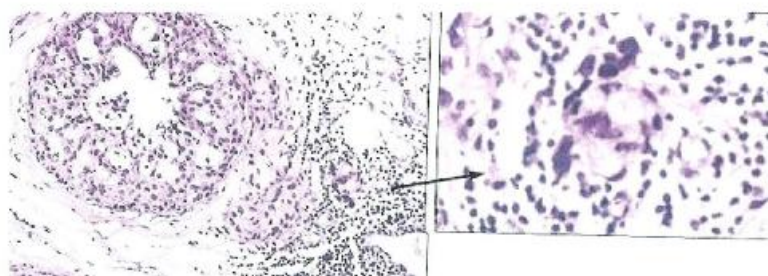
Είναι άτυπος πολλαπλασιασμός των κυττάρων του λοβιδίου του μαστού που δεν έχει διηθήσει τη βασική μεμβράνη. Το ΜΔΛΚ παρουσιάζει κάποιες ιδιαιτερότητες οι οποίες αποτελούν πρόκληση για τον κλινικό γιατρό. Για παράδειγμα δεν είναι ξεκάθαρο το αν πρόκειται για προ-καρκινική αλλοίωση ή παράγοντα κινδύνου για διηθητικό καρκίνο. Το δεύτερο είναι πιο πιθανό. Η διάγνωση είναι πολύ δύσκολη και πολλές φορές αποτελεί τυχαίο εύρημα βιοψίας μαστού. Τέλος υπάρχει διχογνωμία όσον αφορά την αντιμετώπισή του. Στο ΜΔΛΚ τα κύτταρα είναι μονόμορφα με αυξημένο πυρηνο-κυτταρικό δείκτη. Το μη διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα μαζί με την άτυπη λοβιακή υπερπλασία (ΑΛΥ) αποτελούν τη «λοβιακή νεοπλασία». Η ΑΛΥ μοιάζει με το ΜΔΛΚ αλλά οι αλλοιώσεις είναι λιγότερο έντονες. Χαρακτηριστικό του ΜΔΛΚ είναι η αυξημένη πολυεστιακότητα (70-80%) και η αμφοτερόπλευρη εμφάνιση (σε ποσοστό 20-70%). Το ΜΔΛΚ δεν παρουσιάζει ευρήματα ούτε στην κλινική εξέταση ούτε στη μαστογραφία. Αποτελεί τυχαίο εύρημα βιοψίας η οποία γίνεται για άλλο λόγο (π.χ. ινοαδένωμα). Συχνά αποτελεί εύρημα βιοψίας με χοντρή βελόνα (core biopsy).

3.1.2. Λοβιακό διηθητικό καρκίνωμα

Το κυριότερο χαρακτηριστικό του λοβιακού καρκινώματος είναι ο τρόπος με τον οποίο διατάσσονται τα καρκινωματώδη κύτταρα, τα οποία είναι μικρού μεγέθους και συνήθως ομοιόμορφα. Μερικές φορές τα καρκινωματώδη κύτταρα προσλαμβάνουν χαρακτήρες σφραγιστήρος δακτυλίου. Το λοβιακό διηθητικό καρκίνωμα, σε συχνότητα μέχρι και 60%, είναι πολυεστιακό ή/και αμφοτερόπλευρο.

3.1.3. Μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα

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, φαλεσωρικός (canedoo) και ηθμοειδής. Σπανίως είναι πολυκεντρικός (30%) και ακόμη σπανιότερα (15%) πολυεστιακός. 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 ολική μαστεκτομή επί μακράν θεωρείται θεραπεία εκλογής.



Εικόνα 1: Εξαλλαγή μη διηθητικού πορογενούς καρκίνου σε διηθητικό (βέλος)

([www.breastof Canada.com](http://www.breastofcanada.com))

(www.annimedicalsearch.com)

(www.Breastcancer.org)

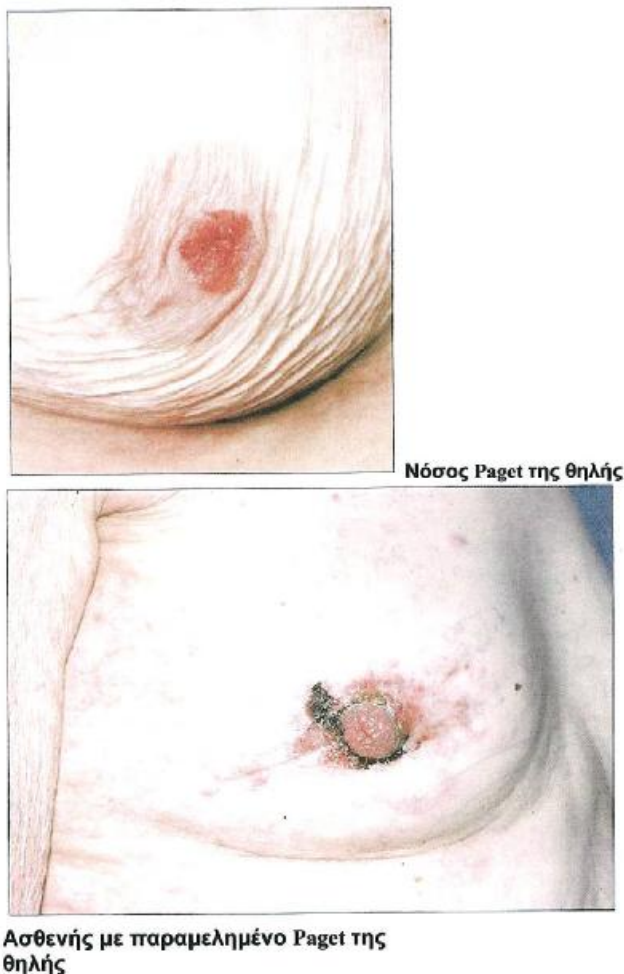
B) Στον διηθητικό έχουμε:

3.1.4. Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα

Το μεγαλύτερο ποσοστό των διηθητικών καρκινωμάτων, του μαστού προέρχεται από το επιθήλιο των μικρών τελικών πόρων και των αδενοκυψέλων. Είναι δυνατό να αρχίζει από το επιθήλιο των αδενοκυψέλων και να επεκτείνεται προς τους πόρους και το αντίθετο. Τα καρκινωματώδη κύτταρα διασπάζονται σε συμπαγείς και αδενικούς σχηματισμούς ανάλογα με το βαθμό κακοήθειάς τους. Το υπόστρωμα συνήθως εμφανίζει σκιρρώδη αντίδραση και ποικίλου βαθμού λεμφοκυτταρικές και πλασματοκυτταρικές διηθήσεις.

3.1.5. Νόσος του Paget

Συνήθως συνοδεύει το πορογενές καρκίνωμα και αντιπροσωπεύει διήθηση της επιδερμίδας της θηλής από καρκινωματώδη κύτταρα. Κλινικά εμφανίζεται σαν έκζεμα και δυνατόν να επικαλύπτεται η θηλή από εφελκίδα. Η νόσος μπορεί να συνοδεύεται ή όχι από ψηλαφητό όγκο.



Εικόνα 2: (www.breastcancer.org)

Στη συνέχεια θα γίνει μια αναφορά στα κακοήγη επιθηλιακά νεοπλάσματα:

3.1.6. Φλεγμονώδες καρκίνωμα

Το φλεγμονώδες καρκίνωμα δεν αποτελεί ιστολογικό τύπου καρκίνου, αλλά μια κλινική οντότητα ενός μεγάλου όγκου ο οποίος διηθεί το μαστό σχεδόν ολόκληρο και ο μαστός παρουσιάζει χαρακτηριστική εικόνα με διηθημένο το δέρμα. Ακριβώς επειδή συνυπάρχει διήθηση των λεμφαγγείων του δέρματος, στις περιπτώσεις αυτές δεν πρέπει να γίνεται εγχείρηση, αλλά μετά τη διάγνωση να

ακολουθεί συστηματική θεραπεία που σκοπό έχει να μειώσει τον όγκο προκειμένου, αν είναι δυνατόν, να διενεργηθεί χειρουργική επέμβαση αργότερα. Η πρόγνωση είναι κακή και οι περισσότερες γυναίκες καταλήγουν μέσα στην πρώτη πενταετία.

3.1.7. Μυελοειδές καρκίνωμα

Είναι μακροκυστικός και μικροκυστικός, καλά περιγεγραμμένος όγκος. Τα καρκινωματώδη κύτταρα είναι πολύ μεγαλύτερα από εκείνα άλλου τύπου καρκινώματος, έχουν σαφή κυτταροπλασματικά όρια και διατάσσονται σε συμπαγείς καρκινωματώδεις βλάστες, οι οποίες περιβάλλονται από πυκνές λεμφοκυτταρικές και πλασματοκυτταρικές αρθροίσεις. Παρατηρούνται επίσης περιοχές νέκρωσης του όγκου, ενώ σπάνια, στις περιπτώσεις γνήσιου μυελοειδούς καρκινώματος, υπάρχει in situ καρκίνωμα. Συνήθως είναι καλής πρόγνωσης.

3.1.8. Θηλώδες καρκίνωμα

Το αμιγές θηλώδες είναι σπάνιο και αναπτύσσεται από το επιθήλιο των μεγάλων πόρων. Τα καρκινωματώδη κύτταρα σχηματίζουν θηλές, χωρίς συνήθως αγγειοσυνδετικό άξονα, εμφανίζουν σχετική ομοιομορφία και λίγες πυρηνοκινησίες. Κλινικά παρουσιάζεται έκκριση από την θηλή.



Εικόνα 3: (www.breastcancer.org)

3.1.9. Καρκινোসάρκωμα

Συνύπαρξη καρκινώματος και σαρκώματος, τα κύτταρα του οποίου είναι ατραποειδή. Πολλές φορές σε καρκίνωμα, τα κύτταρα είναι ατρακτοειδή και η ύπαρξή τους δε σημαίνει ότι το νεόπλασμα είναι καρκινোসάρκωμα. (Κεραμόπουλος Α. 2009).

3.1.10. Βλεννώδες καρκίνωμα

Κύριο χαρακτηριστικό του όγκου είναι η παραγωγή μεγάλης ποσότητας βλέννης από τα καρκινωματώδη κύτταρα, τα οποία διατάσσονται σε σωληνώδεις σχηματισμούς ή μεμονωμένα και συνήθως παρατηρούνται μέσα σε λίμνες βλέννας. Η πρόγνωση είναι σχετικά καλή.

3.1.11. Σωληνώδες καρκίνωμα

Τα καρκινωματώδη κύτταρα διατάσσονται σε σωληνώδεις σχηματισμούς. Το απομένον υπόστρωμα του όγκου εμφανίζει σκιρρώδη αντίδραση. Τα νεοπλασματικά κύτταρα συνήθως παρουσιάζουν μικρού βαθμού ατυπία και λίγες πυρηνοκινήσεις. Ο ιστολογικός βαθμός κακοήθειας του σωληνώδους καρκινώματος είναι 1 και το νεόπλασμα έχει καλή πρόγνωση. (Κεραμόπουλος Α., 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού δεν είναι μια ασθένεια με σαφή αιτιολογία όπως π.χ. η φυματίωση που μπορούμε με βεβαιότητα σήμερα να πούμε ότι προκαλείται από το μικρόβιο του Koch. Ούτε υπάρχει ένα είδος καρκίνου του μαστού. Ξέρουμε ότι κάποιες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες από κάποιες άλλες να πάθουν καρκίνο του μαστού και έχουμε βρει παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν ή ελαττώνουν αυτόν τον κίνδυνο. (Φύσσας Γ., 2006)

Προτού όμως αναφερθούμε σε κάθε έναν παράγοντα κινδύνου και τον αναλύσουμε, ας μιλήσουμε για το ποιοι είναι οι υψηλότερου κινδύνου παράγοντες και ποιοι οι μικρότερου κινδύνου.

α) Υψηλότερου κινδύνου

- Û Αυξανόμενη ηλικία
- Û Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού αρχικά στους γονείς, τις κόρες και τις αδελφές αλλά και σε συγγενείς δεύτερου βαθμού, όπως θείες, εξαδέλφες ή γιαγιάδες. Αυτό ισχύει και για τους συγγενείς της μητέρας αλλά και του πατέρα. Ο κίνδυνος εξαπλασιάζεται περίπου αν η μητέρα ή η αδελφή είχαν καρκίνο του μαστού πριν από την εμμηνόπαυση, και δεκαπλασιάζεται αν ο καρκίνος αφορούσε και τους δύο μαστούς. Για τον οικογενή καρκίνο του μαστού ανακαλύφθηκε το γονίδιο 17q21. (Dollinger M., 1992)
- Û Μερικές προκαρκινωματώδεις βλάβες του μαστού ενδέχεται να σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου, όπως η πολλαπλή θηλωμάτωση, η άτυπη υπερπλασία και ορισμένες φορές οι πολύ μεγάλες κύστες του μαστού.
- Û Χορήγηση μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας. Ιδιαίτερα κινδυνεύουν όσες γυναίκες ακτινοβολήθηκαν για μαστίτιδα μετά τον τοκετό ή υπέστησαν ακτινοβολία στο άνω τμήμα του σώματος πριν από τα 40 τους.
- Û Γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ή του παχέος εντέρου.
- Û Γυναίκες καταγόμενες από Εβραίους της Ευρώπης.
- Û Η παχυσαρκία με αυξημένη πρόσληψη θερμίδων και λιπών.

β) Μικρότερου κινδύνου

- ü Τελειόμηνη εγκυμοσύνη πριν από τα 18.
- ü Πρόωρη εμμηνόπαυση.
- ü Χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών πριν από την ηλικία των 37 ετών.
(Dollinger M., 1992)

4.1. Ιογενείς παράγοντες

Το 1936, ο Bittner βρήκε ότι στα ποντίκια, η ανάπτυξη καρκίνου εξαρτάται από έναν παράγοντα που μεταφέρεται με το μητρικό γάλα στη διάρκεια του θηλασμού. Ο παράγοντας αυτός ονομάστηκε Bittner ή «ιός που προκαλεί όγκους στους μαζικούς αδένες των ποντικών». Η ανακάλυψη αυτή τροφοδότησε την υπόθεση ότι κάποιος ιός ευθύνεται για τον καρκίνο του μαστού του ανθρώπου. Η ανεύρεση σε ανθρώπινο γάλα τμημάτων ογκορναϊού με δραστηριότητα αναστροφής τρανσκριπτάσης και ONA που μπορεί να υβριδοποιήσει με τον ογκογόνο ιό καρκίνου μαστού του ποντικού, ενίσχυε την υπόθεση ότι κάποιος ογκογόνος ιός μεταδίδεται κατά τον θηλασμό. (Παπανικολάου Ν., 1994)

Όλα αυτά είναι ενδείξεις ότι ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες οφείλεται σε έναν ιό, ο οποίος είναι δυνατόν ευρισκόμενος σε λανθάνουσα κατάσταση να δραστηριοποιηθεί από την επίδραση άλλων ενδοκρινικών διαιτητικών και γενετικών παραγόντων. Εξάλλου, η αντίχνευση σε ορό ασθενών με καρκίνο του μαστού ενός αντισώματος έναντι του καρκίνου του μαστού του ποντικιού, ενισχύει την υπόθεση της ιογενούς συμμετοχής στον καρκίνο του μαστού. (Παπανικολάου Ν., 1994)

4.2. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

4.2.1. Οικογενειακό ιστορικό

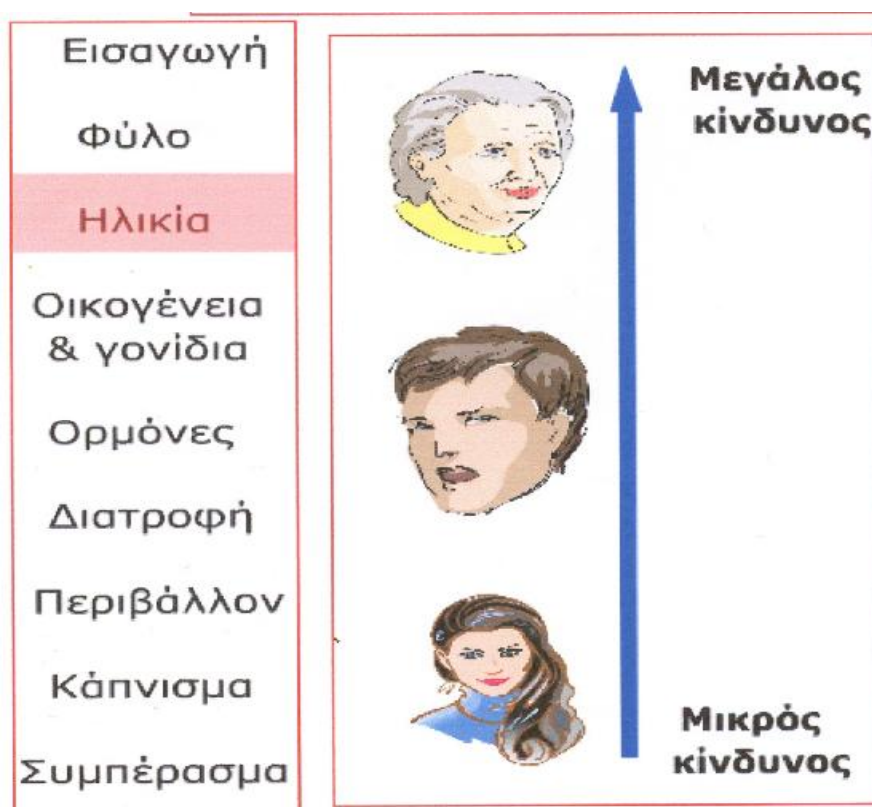
Τόσο οι παλαιότερες όσο και οι πρόσφατες μελέτες δείχνουν σταθερά ότι οι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου. Όλες οι μελέτες δείχνουν ότι γυναίκες που η μητέρα τους ή η αδερφή τους εμφάνισε καρκίνο μαστού έχουν διπλάσια ως τριπλάσια πιθανότητα να προσβληθούν και οι ίδιες από καρκίνο του μαστού. Ο κίνδυνος είναι ακόμα μεγαλύτερος, αν αυτή η πρώτου βαθμού συγγενής έχει προσβληθεί σε μικρή ηλικία ή αν η νόσος ήταν αμφοτερόπλευρη. Αν η μητέρα ή η αδερφή πέρασε

καρκίνο μετεμμηνοπαυσιακά, οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου είναι μία και μισή φορά περισσότερες. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε προεμμηνοπαυσιακά τότε αυτές φτάνουν τις τρεις φορές. (Παπανικολάου Ν., 1994)

Σε σχετική μελέτη διαπιστώθηκε ότι σε γυναίκες των οποίων τόσο η μητέρα όσο και η αδερφή παρουσίασαν τη νόσο, η πιθανότητα προσβολής μέχρι την ηλικία των 65 ετών έφτασε το 50%. Σήμερα είναι δυνατόν να υπολογιστεί ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου μαστού στους συγγενείς της ασθενούς με βάση την ηλικία που διαγνώστηκε νόσος και αν αμφοτερόπλευρη ή όχι εντόπιση. (Παπανικολάου Ν., 1994)

4.2.2. Φύλο

Το φύλο αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου, μια και όπως είναι γνωστό οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο μαστού από ότι οι άνδρες. Στους 100 καρκίνους μόνο ο ένας αφορά στον άνδρα. Συχνότερα εμφανίζεται σε όσους πάσχουν από σύνδρομο Klinefelter. (Παπανικολάου Ν., 1994)



Εικόνα 1. Παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού (www.medlook.gr, 2006)

4.2.3. Ηλικία

Η ηλικία μιας γυναίκας παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο, όσον αφορά την πιθανότητα να πάθει καρκίνο του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού είναι εξαιρετικά σπάνιος πριν από τα 20 χρόνια. Από την ηλικία των 20 χρονών παρατηρείται μια βαθμιαία αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου μέχρι περίπου την ηλικία των 50 χρόνων.

4.2.4. Το σωματικό βάρος

Η αύξηση του βάρους του σώματος ιδιαίτερα κατά την εμμηνόπαυση συνοδεύεται και με περισσότερες πιθανότητες καρκίνου του μαστού. Η επιστημονική εξήγηση για το φαινόμενο αυτό είναι η παραγωγή οιστρογόνων που μπορεί να γίνεται από τους λιπώδεις ιστούς του σώματος. (Παπανικολάου Ν., 1994)

4.2.5. Κληρονομικότητα

Ο ρόλος της κληρονομικότητας στον καρκίνο του μαστού είναι γνωστός από τον 19^ο αιώνα αλλά μόνο στις αρχές της δεκαετίας του 1990 έγινε δυνατό να κατανοηθεί ποια γονίδια σχετίζεται και πώς είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί αυτή τη γνώση στην πρόληψη του καρκίνου. Μετά από μία δεκαπενταετία πολύ έντονων ερευνητικών προσπαθειών, μπορεί σήμερα να ειπωθεί ότι η γνώση αυτή έχει συμβάλει πολύ ουσιαστικά στην καλύτερη διαχείριση του προβλήματος και τη μείωση των θανάτων από καρκίνο του μαστού διεθνώς. Η έγκαιρη εκτίμηση της επικινδυνότητας ανάπτυξης καρκίνου του μαστού (πριν ακόμα εμφανιστεί) σε γυναίκες υψηλού κινδύνου, έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη επιβίωση των γυναικών με διαγνωσμένο κληρονομικό καρκίνο του μαστού σε σχέση με εκείνες οι οποίες εμφάνισαν σποραδικό καρκίνο.

Δεν θα πρέπει όμως να δοθεί η εντύπωση ότι σε όλες τις περιπτώσεις καρκίνου του μαστού υπάρχει κληρονομικότητα. Τα μέχρι σήμερα δεδομένα συγκλίνουν στο ότι περίπου το 10 με 20% των περιστατικών καρκίνου του μαστού παρουσιάζει σαφή στοιχεία κλασικής, μονογονιδιακής κληρονομικότητας. Οι άλλοι παράγοντες στους οποίους οφείλεται ο καρκίνος είναι κυρίως περιβαλλοντολογικοί, αλλά υπάρχουν και οι τυχαίοι παράγοντες, οι οποίοι συνδέονται με λάθη που συμβαίνουν στο γονιδίωμα του ανθρώπου, κυρίως κατά τη διάρκεια της εφηβείας, και είναι τυχαία γεγονότα. (Δρακούλης, 2008)

Πιθανότητες ύπαρξης κληρονομικότητας

Για να κατανοηθεί εάν σε μια οικογένεια στην οποία έχει παρουσιαστεί ένας ή περισσότεροι καρκίνοι του μαστού (αλλά και άλλοι τύποι καρκίνου όπως ωοθηκών, προστάτη, παγκρέατος, κ.λπ.) υπάρχει κάποια κληρονομικότητα, θα πρέπει να σχεδιαστεί πολύ αναλυτικά το γενεαλογικό δέντρο της οικογένειας για τουλάχιστον τρεις γενεές. Όσο πιο αναλυτικό είναι τόσο περισσότερες πληροφορίες μπορεί να μας δώσει. Για να σχεδιαστεί, θα χρειαστεί βοήθεια κάποιου ειδικού (γενετιστή) αλλά δεν υπάρχει καλή γνώση της ιστορίας της ευρύτερης οικογένειας, μπορεί κανείς ίσως να προσπαθήσει και μόνος.

Για παράδειγμα, εάν μία γυναίκα που έχει νοσήσει από καρκίνο του μαστού έχει 4 αδελφές οι οποίες είναι άνω των 50 χρόνων και δεν έχουν νοσήσει, αυτό υποδηλώνει ότι κατά πάσα πιθανότητα δεν υπάρχει κάποια κληρονομικότητα στην οικογένεια και ότι ο συγκεκριμένος καρκίνος είναι τυχαίος (ή σποραδικός).

Εάν, επιπλέον, η γυναίκα αυτή είναι σήμερα 70 χρονών και οι αδελφές ή οι αδελφοί της είναι σε κοντινές ηλικίες και έχουν και αυτές/οί παιδιά (ηλικίας 40-50 χρόνων) και δεν υπάρχει κανένα άλλο κρούσμα, δημιουργείται σιγουριά σχετικά με το ότι δεν υπάρχει κληρονομικότητα.

Εάν όμως, για παράδειγμα, υπάρχουν δύο αδελφές και εξαδέλφη με καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών ή άλλου τύπου καρκίνο, υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες να υπάρχει κάποια κληρονομικότητα στην οικογένεια. Οι πιθανότητες αυξάνονται εάν τα κρούσματα είναι σε σχετικά νέες ηλικίες (30-45 χρόνων).

Κληροδότηση προδιάθεσης από τον πατέρα στις κόρες

Τονίζεται ότι η προδιάθεση αυτή μπορεί να προέρχεται εξίσου από την μητέρα και τον πατέρα, όσο και εάν φαίνεται ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μία καθαρά «γυναικεία υπόθεση». Με άλλα λόγια συμβαίνει εξίσου να κληροδοτεί ο πατέρας στις κόρες του την προδιάθεση αυτή ενώ στον ίδιο δεν παρουσιάζεται κάποιος τύπος καρκίνου. Άρα μπορεί να υπάρχει κληρονομικότητα χωρίς όμως να υπάρχει κάποιο ιστορικό, ιδιαίτερο εάν η οικογένεια είναι μικρή και υπάρχουν λίγες γυναίκες.

Σε κάθε περίπτωση όμως, η εκτίμηση αυτή της επικινδυνότητας πρέπει να γίνεται από έναν ειδικό γενετιστή, εξειδικευμένο στη γενετική του καρκίνου και στη συνέχεια, εάν κρίνεται απαραίτητο, να γίνεται η κατάλληλη γονιδιακή εξέταση μετά

από ενημέρωση και έγγραφη συγκατάθεση των ασθενών και των συγγενών τους. (Δρακούλης, 2008)

Γονίδια, καρκίνος μαστού και άλλοι καρκίνοι

Λόγω της δημοσιότητας που έχουν πάρει, γνωρίζουν όλοι το γονίδιο BRCA1 και BRCA2. Δεν είναι όμως το μόνο. Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί συνολικά 12 γονίδια, μεταλλάξεις των οποίων σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού, όπως το γονίδιο p53, STK11, pTEN, CHEK2 κ.ά. Παθολογικοί μεταλλάξεις σε κάθε ένα από αυτά μπορεί να σχετίζονται και με άλλους τύπους καρκίνου που ενδεχομένως να έχουν εμφανιστεί στην ευρύτερη οικογένεια. Για παράδειγμα, μεταλλάξεις στο γονίδιο BRCA1 σχετίζονται σχεδόν αποκλειστικά με καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών, στο BRCA2 κυρίως με καρκίνο του μαστού και δευτερευόντως με καρκίνο των ωοθηκών, του προστάτη και του παγκρέατος, στο γονίδιο p53 με καρκίνο του μαστού, λευχαιμία και καρκίνο του εγκεφάλου ενώ στο γονίδιο STK11 με καρκίνο του μαστού και αμαρτώματα στο λεπτό έντερο. Η πολυπλοκότητα του φάσματος των καρκίνων που πιθανόν να υπάρχουν σε ένα αναλυτικό ιστορικό μιας οικογένειας, αναδεικνύει την αναγκαιότητα της επεξεργασίας αυτής της πληροφορίας μόνο από ειδικούς γενετιστές του καρκίνου. Η διαχείριση, στη συνέχεια, αυτής της πληροφορίας θα γίνει από τους χειρουργούς ή τους ογκολόγους σε συνεργασία με τους γενετιστές αλλά βεβαίως και την ασθενή. (Δρακούλης, 2008)

Εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε νεαρή ηλικία και κληρονομικότητα

Σήμερα γνωρίζουμε ότι στις Ελληνίδες ασθενείς αλλά και διεθνώς, τουλάχιστον το 10% των καρκίνων του μαστού σε ηλικία κάτω των 45 χρόνων οφείλεται σε κληρονομούμενες μεταλλάξεις στο γονίδιο BRCA1 και BRCA2 ακόμα και εάν δεν υπάρχει κανένα οικογενειακό ιστορικό. Εάν λάβουμε υπόψη μας ότι οι καρκίνοι αυτοί (ιδιαίτερο όσοι σχετίζονται με το γονίδιο BRCA1) είναι συνήθως αρνητικοί τόσο για τους υποδοχείς οιστρογόνων και προγεστερόνης όσο και για το HER2, άρα δεν υπάρχει ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή, γίνεται επιτακτική η ανάγκη να γνωρίζουμε όσο γίνεται νωρίτερα εάν μία γυναίκα φέρει μία μετάλλαξη έτσι ώστε να γίνουν οι απαραίτητες επεμβάσεις σε πολύ αρχικά στάδια.

Διαχείριση πληροφοριών από γενετικές αναλύσεις

Συνηθίζεται να λέγεται κυρίως από τους ιατρούς, χειρουργούς ή ογκολόγους: «μα τι θα πω σε μια νέα κοπέλα 27 χρονών, να κάνει μαστεκτομή ενώ είναι υγιής;» Η άποψη αυτή είναι λάθος γιατί δεν έχει προταθεί από κανένα διεθνή επιστημονικό οργανισμό. Αυτό που προτείνεται σήμερα για τις γυναίκες φορείς μεταλλάξεων, κυρίως στα γονίδια BRCA1 και BRCA2, τα οποία και έχουν μελετηθεί πολύ περισσότερο λόγω της μεγαλύτερης συχνότητός τους στον γενικό πληθυσμό, είναι:

- Συχνή ιατρική παρακολούθηση (μαστού, ωθηκών) μετά την ηλικία των 25-30 χρόνων με τις ενδεδειγμένες πρακτικές (μαστογραφία, μαγνητική, υπέρηχοι, κ.λπ.)
- Τεκνοποιία σε όσο το δυνατόν νεαρή ηλικία (κάτω των 35 χρόνων)
- Προφυλακτική ωθηκεκτομή γύρω στην ηλικία των 40 χρόνων (η ωθηκεκτομή μειώνει κατά 50% τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού).

Βέβαια, κάθε περίπτωση είναι διαφορετική και οι προτάσεις αυτές δεν αντιπροσωπεύουν παρά τις γενικές διεθνείς οδηγίες. Πολύ συχνά οι επιλογές αυτές σχετίζονται άμεσα με το οικογενειακό ιστορικό. Για παράδειγμα, εάν μία υγιής γυναίκα έχει χάσει τη μητέρα της και την αδελφή της από καρκίνο του μαστού, πολύ ευκολότερα θα κάνει μαστεκτομή ή ωθηκεκτομή (αφού τεκνοποιήσει και μετά την ηλικία των 40 χρόνων) σε σχέση με μία γυναίκα η οποία δεν έχει κανένα οικογενειακό ιστορικό ενώ και οι δύο μπορεί να φέρουν την ίδια μετάλλαξη άρα να διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. (Δρακούλης, 2008)

Επίσης θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι σε μία οικογένεια, μέλη της οποίας έχουν κληρονομήσει μια μετάλλαξη που προδιαθέτει για καρκίνο του μαστού, δεν σημαίνει ότι όλοι οι απόγονοι θα φέρουν αυτή την προδιάθεση. Στατιστικά, μόνο οι μισοί θα έχουν κληρονομήσει τη μετάλλαξη ενώ οι άλλοι μισοί δεν θα τη φέρουν, άρα δεν θα διατρέχουν κανέναν αυξημένο κίνδυνο για το συγκεκριμένο νόσημα.

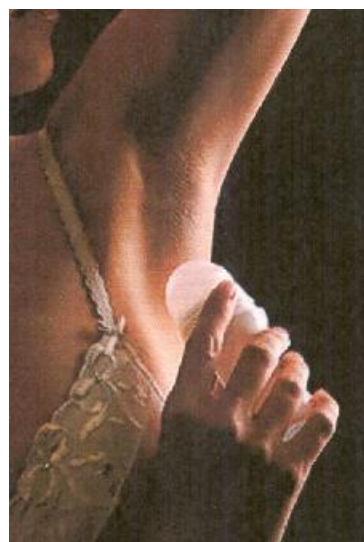
Τέλος, θα είναι καλό να γνωρίζουμε ότι ο ρόλος της γενετικής του καρκίνου σήμερα είναι η μείωση των θανάτων από καρκίνο διαμέσου της έγκαιρης διάγνωσης αλλά και η καλύτερη διαχείριση του προβλήματος τόσο όσον αφορά στην ίδια την ασθενή όσο και σε ολόκληρη την οικογένεια. Με άλλα λόγια δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζουμε το αποτέλεσμα μιας γενετικής ανάλυσης σαν το «τέλος του

κόσμου» αλλά σαν κάτι που θα μας βοηθήσει να δούμε το μέλλον, με μεγαλύτερη αισιοδοξία.

4.3. ΧΗΜΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Τα εντομοκτόνα, τα ζιζανιοκτόνα είναι δηλητηριώδεις ουσίες που όχι μόνο μπορούν να μειώσουν την ανθρώπινη γονιμότητα αλλά και να προκαλέσουν καρκίνο μαστού. Οι γυναίκες θα πρέπει να αποφεύγουν την επαφή με μπουγιές, βερνίκια, σπρέι καθώς και άλλες παρόμοιες δηλητηριώδεις ουσίες. Είναι γεγονός πως οι περισσότερες γυναίκες χρησιμοποιούν αποσμητικά, τα οποία περιέχουν σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες του Πανεπιστημίου Keele, χημικές ουσίες, υπεύθυνες για τον καρκίνο του μαστού. Το καλύτερο θα ήταν να μην χρησιμοποιούν καθόλου αποσμητικά αλλά να κάνουν όσο πιο συχνά γίνεται μπάνιο, διαφορετικά να αλλάζουν συνέχεια μάρκες ώστε ο οργανισμός να μην παίρνει συνέχεια τον ίδιο συνδυασμό χημικών ουσιών.

(www.medlook.gr, 2006)



Εικόνα 3. Αποσμητικά και καρκίνος μαστού

(www.medlook.gr, 2006)

4.4. ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

4.4.1. Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης

Είναι γνωστό ότι η πρόωγη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση συμβάλλουν στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού γιατί υπάρχουν στην περίπτωση αυτή περισσότεροι ανωθυλακιορρηκτικοί κύκλοι και επομένως λιγότερη έκκριση προγεστερόνης, που προστατεύει το μαστό.

Το 1971, από έρευνες που έγιναν, αποδείχτηκε ότι η πρόωγη εμμηναρχή συνδυάζεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Γυναίκες που είχαν εμμηναρχή σε μεγάλη σχετικά ηλικία (μεγαλύτερη των 15 ετών) έχουν λιγότερες πιθανότητες προσβολής από τη νόσο σε σχέση με το γενικό γυναικείο πληθυσμό.

Επίσης, όσο η εμμηνόπαυση έρχεται σε προχωρημένη ηλικία τόσο το ποσοστό προσβολής από καρκίνο του μαστού αυξάνεται σε αντίθεση με τις γυναίκες που έχουν εμμηνόπαυση σε μικρή ηλικία. (Τοκμακίδης Π., 2001)

4.4.2. Τεχνητή Εμμηνόπαυση

Η εργαστηριακή πιστοποίηση του κληρονομικού καρκίνου μαστού/ωοθηκών έχει ιδιαίτερη σημασία για την έγκαιρη διάγνωση της νόσου, τη μείωση μακροπρόθεσμα των ασθενών με κληρονομικό καρκίνο (πρόληψη) και την αντιμετώπιση ειδικών προβλημάτων (χορήγηση ορμονών για διάφορους λόγους, π.χ. τεχνητή γονιμοποίηση, εμμηνόπαυση) σε άτομο οικογενειών με ιστορικό καρκίνου. (www.biogenomico.gr).

4.4.3. Γάμος και Τεκνοποίηση

Έχει διαπιστωθεί ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου μαστού στις ανύπαντρες γυναίκες είναι 2 με 3 φορές μεγαλύτερες σε σχέση με τις παντρεμένες. Μεταξύ των έγγαμων είναι μεγαλύτερη στις άτεκνες. Η εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία πιστεύεται ότι προασπίζει από καρκίνο του μαστού. Γυναίκες που γέννησαν πριν από την ηλικία των 20 χρόνων έχουν 1/3 πιθανότητες να πάθουν καρκίνο μαστού σε σύγκριση με γυναίκες που γέννησαν μετά την ηλικία των 35 ετών, όπου η πιθανότητα νοσήματος τριπλασιάζεται. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η πρόωμη ηλικία τοκετού είναι σημαντικός προασπιστικός παράγοντας κυρίως για προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Η προστατευτική επίδραση που ασκεί ο τοκετός σε νεαρή ηλικία εξακολουθεί για όλη τη μετέπειτα ζωή.

(Περιοδικό Ελληνική Ογκολογία, 2008). (www.breastcancer.gr, 2007)

4.4.4. Θηλασμός

Οι γυναίκες που θηλάζουν τα παιδιά τους διατρέχουν λιγότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού. Όσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα κατά το οποίο θηλάζουν τόσο περισσότερο προστατεύονται από τον καρκίνο του μαστού. Η προστασία που δίνει ο μητρικός θηλασμός εναντίον του καρκίνου αυτού προστίθεται στο θετικό αποτέλεσμα που προσφέρει το γεγονός ότι μια γυναίκα κάνει παιδιά. (www.medlook.gr, 2006)



Εικόνα 2. Θηλασμός και καρκίνος μαστού (www.medlook.gr, 2006)

Όταν μια γυναίκα κάνει παιδιά οι πιθανότητες της να παρουσιάσει καρκίνο του μαστού είναι λιγότερες από τις γυναίκες που δεν κάνουν παιδιά. Έχει υπολογιστεί ότι για κάθε παιδί που κάνει μια γυναίκα, ο κίνδυνος της να παρουσιάσει καρκίνο του μαστού μειώνεται κατά 7%.

Στις αναπτυγμένες χώρες, οι γυναίκες εκτός από το γεγονός ότι κάνουν λιγότερα παιδιά, επιπρόσθετα η συνολική διάρκεια θηλασμού που προσφέρουν στα παιδιά τους είναι μειωμένη. Σε αντίθεση με τις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες, όπου οι γυναίκες κάνουν περισσότερα παιδιά και τα θηλάζουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Θα τονίσουμε λοιπόν ότι ο θηλασμός έχει ευεργετικές επιδράσεις όχι μόνο για την μητέρα αλλά και για το παιδί. Είναι σημαντικό οι γονείς και ιδιαίτερα οι μητέρες να συνειδητοποιήσουν ότι τα βιομηχανικά τεχνητά γάλατα είναι μόνο ένα υποκατάστατο της διατροφής που μπορεί να προσφέρει ο μητρικός θηλασμός. Σε καμία περίπτωση λοιπόν δεν μπορεί το τεχνητό γάλα να αντικαταστήσει την αξία και τα θρεπτικά συστατικά που προσφέρει το μητρικό γάλα. (www.medlook.gr, 2006)

4.5. ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

4.5.1. Ο ρόλος των ορμονών

Οι γυναικείες ορμόνες και ειδικότερα τα οιστρογόνα, γνωρίζουμε ότι ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη του καρκίνου. Άλλωστε, αρκετοί από τους παράγοντες κινδύνου που αναφέραμε δρουν μέσω των οιστρογόνων. Η πρόωμη έναρξη και η καθυστερημένη λήξη των χρόνων της εμμηνου ρύσεως, πρακτικά σημαίνει μεγαλύτερο χρονικό διάστημα επίδρασης των οιστρογόνων στον μαζικό αδένα. Το ίδιο συμβαίνει και με την παχυσαρκία, διότι ειδικά μετά την εμμηνόπαυση, η παραγωγή των οιστρογόνων εξαρτάται από ένα ένζυμο που βρίσκεται κυρίως μέσα στο λίπος.

Όσον αφορά τα εξωγενή οιστρογόνα που μπορεί να πάρει μια γυναίκα, και αναφερόμαστε κυρίως στις θεραπείες ορμονικής υποκατάστασης μετά την εμμηνόπαυση, η χρήση τους για μερικά (συνήθως έως πέντε) χρόνια είναι σχετικά ακίνδυνη εφ' όσον τηρούνται βασικοί κανόνες παρακολούθησης του μαστού και ο κίνδυνος κάθε γυναίκας αξιολογείται σε σχέση με το όφελος από την χρήση τους, που είναι κυρίως η πρόληψη ή η θεραπεία της οστεοπόρωσης και η προστασία του καρδιο-αγγειακού συστήματος της γυναίκας. Θα αναφερθούμε όμως και στην σημασία άλλων ορμονών. (Μαρκόπουλος Χ., 2008)

4.5.2. Προγεστερόνη

Η σχέση της προγεστερόνης με τον καρκίνο του μαστού είναι σαφής. Άλλες έρευνες τη δείχνουν σαν ορμόνη που προάγει την καρκινογένεση, ενώ άλλες τη θεωρούν αντικαρκινογόνο λόγω της αντιοιστρογονικής δράσης («Δυο σαν κι εμάς» Medlife, 2000).

4.5.3. Προλακτίνη

Η λήψη ορμονικής αντισύλληψης δεν φαίνεται να συνδέεται με αύξηση του κινδύνου προσβολής. Μακροχρόνια λήψη εμμηνοπαυσιακών οιστρογόνων και λήψη διαιθ-στιλβεστρόλης κατά την εγκυμοσύνη πιθανότατα αυξάνουν το σχετικό κίνδυνο. Από τις ενδογενείς ορμόνες η οιστροαδιόλη και η βιολογικά ενεργός προλακτίνη φαίνεται να διαδραματίζουν κάποιο αιτιολογικό ρόλο. (www.iatrotekonline.gr, 2007)

4.5.4. Στεροειδή Επινεφριδίων

Από τις στεροειδής ορμόνες που παράγονται στα επινεφρίδια, τα ανδρογόνα παρουσιάζουν εν μέρει σήμερα μεγαλύτερο ενδιαφέρον για καρκίνο του μαστού. Σε μεγάλη επιδημιολογική έρευνα βρέθηκε ότι πολύ χαμηλά επίπεδα. (www.iatrotekonline.gr, 2007)

4.5.5. Εξωγενή Οιστρογόνα

Σύμφωνα με τη θεωρία του Korenman (1980) η πρώτη έκθεση του οργανισμού στα οιστρογόνα συμπίπτει με την περίοδο της μεγαλύτερης ευαισθησίας του μαστού, σε πιθανές προδιαθεσικές καρκινικές ουσίες («Δυο σαν κι εμάς» Medlife, 2000).

4.6. ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ή ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

4.6.1. Ιονίζουσα Ακτινοβολία

Η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Η μεγαλύτερη ευαισθησία εμφανίζεται στην ηλικία 10-19 ετών. Η ακτινοβολία από την μαστογραφία δεν ενέχει κανένα κίνδυνο λόγω της χαμηλής δόσεως που παίρνει η γυναίκα. (www.oekk.gr)

4.6.2. Ψυχολογικοί παράγοντες

Ψυχολογικοί παράγοντες, ψυχολογικά άγχη, ψυχικές διαταραχές φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Η ψυχική όμως ένταση δύσκολα μπορεί να μετρηθεί και έτσι η ποσοτικοποίηση του σχετικού κινδύνου αυτών των παραγόντων είναι δυσχερής. (www.oekk.gr)

4.6.3. Ρεσερπίνη

Ανασκοπείται ο ρόλος της ρεσερπίνης στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Το 1974 ταυτόχρονα σχεδόν είδαν το φως της δημοσιότητας 3 εργασίες που υποστήριζαν ότι η χρήση της ρεσερπίνης, ιδιαίτερα στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, προκαλεί καρκίνο του μαστού. Ακολούθησαν πολλές εργασίες, οι περισσότερες των οποίων, δεν επιβεβαίωσαν τα ευρήματα αυτά. Η θέση που υπάρχει σήμερα επί του θέματος είναι ότι η χρήση της ρεσερπίνης είναι μάλλον απίθανο να

προκαλεί σοβαρή αύξηση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού, χωρίς όμως να μπορεί να αποκλειστεί μια μικρή αύξηση. (www.iatrotekonline.gr, 2007)

4.7. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

4.7.1. Προηγηθείσα βιοψία του μαστού

Μελέτες προοπτικής που έγιναν κατά καιρούς ανέφεραν 2 μέχρι 7 φορές μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, σε γυναίκες με ιστολογικά διαπιστωμένη επιθηλιακή ατυπία, από προηγηθείσα βιοψία του μαστού. Επίσης το λοβιακό μη διηθητικό καρκίνωμα, σήμερα αποτελεί δείκτη μεγαλύτερου κινδύνου για ανάπτυξη διηθητικού καρκίνου του μαστού στο μέλλον. (www.lydiamonzaka.gr, 2006).

4.7.2. Καλοήθεις παθήσεις μαστού

Φλεγμονώδεις παθήσεις

Οξεία (πτυώδης) μαστίτιδα

Παρατηρείται στην εφηβική και ολόκληρη την αναπαραγωγική ηλικία. Προέρχεται είτε από μικρόβια (συνήθως σταφυλόκοκκο ή στρεπτόκοκκο) είτε από μικροτραυματισμούς της θηλής. Η φλεγμονή αρχικώς εκδηλώνεται ως κυτταρίτιδα (ερυθρότης του δέρματος-οίδημα-πόνος) η οποία στη συνέχεια είναι δυνατόν να αποστηματοποιηθεί και να καταλήξει στη δημιουργία αποστήματος.

Η οξεία μικροβιακή μαστίτιδα μοιάζει με το φλεγμονώδες καρκίνωμα καθώς και με τη φυματίωση του μαστού ή με την πλασματοκυτταρική μαστίτιδα.

Η πάθηση δεν πρέπει να συγχέεται με την υπεργαλακτοφορία που είναι απλώς συμφόρηση του μαζικού αδένου και όχι φλεγμονή.

Η θεραπεία περιλαμβάνει συστηματική (ενδοφλέβια) χορήγηση αντιβιοτικών και εφαρμογή τοπικώς υγρής θερμότητας. Εάν η φλεγμονή αποστηματοποιηθεί παροχετεύεται ευρέως το συντομότερο.

Για την πρόληψη είναι απαραίτητη η αυστηρή τήρηση των κανόνων υγιεινής του θηλασμού. Εάν η θηλή εμφανίσει ρωγμή, τότε ο θηλασμός σταματά, γίνεται κένωση του μαστού και εφαρμογή τοπικώς αντισηπτικών μεθόδων. (www.mastology.gr, 2008)

Χρόνια μαστίτιδα

Η παραμέληση εξαιτίας αμέλειας, φόβου ή προσδοκίας δράσης της συντηρητικής αγωγής - της διανοίξεως ενός αποστήματος του μαστού, οδηγεί σε χρονιότητα αυτού και έχουν παρατηρηθεί αποστήματα που υπερβαίνουν τη διάρκεια του εξάμηνου, που οδηγούν σε πολλαπλή επιβάρυνση της πάσχουσας γυναίκας. Πολλαπλά αποστήματα είναι δυνατόν να παροχετευτούν με μια τομή στην περιφέρεια της θηλαίας άλω και να υπάρξει ανάγκη γενικότερης κάλυψης της ασθενούς με αντιβιοτικά, τονωτικά και αιμοποιητικά σκευάσματα.

Πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν το γεγονός ότι δεν αποκλείεται να υπάρξει ανάπτυξη καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια χρόνιας μαστίτιδας συμπτωματικώς ή ως αποτέλεσμα αυτής ή να υπάρξει υπόκρυψη καρκίνου κάτω από το επιφανειακό απόστημα.

Χρόνια μαστίτιδα με αποστηματοποίηση είναι δυνατό να προκύψει μετά από οποιονδήποτε τραυματισμό του μαστού. (www.mastology.gr, 2008)

Άσηπτη νέκρωση λιπώδους ιστού

Είναι πάντα αποτέλεσμα τραυματισμού του μαστού ή χρόνιας πίεσεως σε ένα συγκεκριμένο σημείο. Συμβαίνει συνήθως σε μεγάλους κρεμασμένους μαστούς και συχνά ο τραυματισμός είναι τόσο επιπόλαιος που δεν αναφέρεται από την άρρωστη στο ιστορικό. Ο τραυματισμός προκαλεί αιμορραγία και η οργάνωση του αιματώματος οδηγεί, στη συνέχεια, σε άσηπτη νέκρωση του λιπώδους ιστού, ο οποίος φιλοξενούσε το αιμάτωμα.

Στο μαστό γίνεται ψηλαφητή μάζα σκληρή με ασαφή όρια, επώδυνη, η οποία όμως δεν μεταβάλλει το μέγεθος με το χρόνο. Εκτός του τελευταίου χαρακτηριστικού, η ομοιότητά της με τον καρκίνο τόσο κλινικώς όσο και μαστογραφικώς είναι πολύ μεγάλη, αφού συχνά υπάρχουν τόσο εισολκή του δέρματος όσο και αποτιτανώσεις. Ασφαλής διάγνωση γίνεται μόνο με την αφαίρεση και βιοψία της μάζας. (www.orchire.enet.gr, 12/06/2007)

Θηλαίο συρίγγιο (γαλακτοκήλη)

Η γαλακτοκήλη είναι μια κύστη γεμάτη με γάλα η οποία πιθανότατα σχηματίζεται από υπερδιάταση ενός γαλακτοφόρου πόρου σε γυναίκες οι οποίες διακόπτουν το θηλασμό απότομα. Συνεπώς εντοπίζεται στα άνω τεταρτημόρια του

μαστού προς το κέντρο αλλά πέρα από το όριο της θηλαίας άλω. Η πλήρης αναρρόφηση του περιεχομένου της αποτελεί και τη θεραπεία της.

Μόνιμη θεραπεία επιτυγχάνεται χειρουργικά με την αφαίρεση ολόκληρου του γαλακτοφόρου πόρου μαζί με τμήμα του μαζικού αδένα. (www.mastologio.gr, 2008)

Υπερφόρτωση μαστών

Η υπερφόρτωση των μαστών αποτελεί συχνή επιπλοκή της γαλουχίας, παρατηρείται 24-48 ώρες μετά την έναρξή της και οφείλεται σε συμφόρησή της. (www.mastologio.gr, 2008)

Επώδυνες θηλές

Πρόκειται για παθολογική κατάσταση της γαλουχίας, που συνίσταται στο επίπονο του θηλασμού και εμφανίζεται με την έναρξη της γαλουχίας. Πρόκειται για μικρές αβαθείς αμυχές του δέρματος, επιπόλαιες ή τυπικές ραγάδες. Ο θηλασμός είναι τόσο επώδυνος, ώστε καθίσταται αδύνατος.

Θεραπευτικά συνίσταται διακοπή του θηλασμού ή η χρησιμοποίηση «ασπίδων» των θηλών, καθαρισμός της θηλής με αντισηπτικά και σε ορισμένες περιπτώσεις τεχνητή αφαίρεση του γάλακτος. (www.iatronet.gr, 2007).

Εκτασία πόρου ή παρεκτασία

Μπορεί να παρουσιαστεί σαν έκκριμα θηλής, εισολκή θηλής ή ογκίδιο. Πρόκειται για υποξεία φλεγμονή του εκφορητικού συστήματος του μαζικού αδένα, στο τμήμα που βρίσκεται κάτω από τη θηλαία άλω, η οποία (φλεγμονή) οδηγεί δευτεροπαθώς σε διάσταση των πόρων.

Ιστολογικώς δεν έχουμε προνεοπλασματικές αλλοιώσεις και βλέπουμε ένα ηωσινοφιλικό υλικό να γεμίζει τους πόρους μαζί με ίνωση και διάταξη των πόρων.

Γαλακτόρροια

Η γαλακτόρροια προκύπτει από έλλειψη της φυσιολογικής ανασταλτικής δράσεως του υποθαλάμου στην απελευθέρωση της προλακτίνης. Ορισμένα φάρμακα (όπως αντιεμετικά, ρεζερπίνη) μπορούν να αυξήσουν την απελευθέρωση της προλακτίνης.

Με τον όρο γαλακτόρροια εννοείται η εκροή γάλακτος από το στήθος γυναικών. Όταν η έκκριση είναι γαλακτώδης ή λευκή, υποτίθεται ότι περιέχει φυσιολογικά συστατικά γάλακτος. Αιματηρές εκκρίσεις των μαστών υποδουλώνουν κακοήθεια.

Η θεραπεία στοχεύει στην αντιμετώπιση της αιτίας του αυξημένου επιπέδου της προλακτίνης με αφαίρεση ή καταστολή του υποφυσιακού όγκου, διακοπή των υπεύθυνων φαρμάκων ή διόρθωση του υποθυρεοειδισμού. Η βρωμοκρυπτίνη μπορεί να προκαλέσει εξαφάνιση της γαλακτόρροιας ακόμη και αν τα επίπεδα της προλακτίνης στο πλάσμα είναι φυσιολογικά. (www.iatronet.gr, 2007)

4.7.3. ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Ινοαδένωμα

Το *ινοαδένωμα* είναι όγκος της νεαρής ηλικίας, συνήθως καλώς περιγεγραμμένος, με ελαστική σύσταση, ευκίνητος στην ψηλάφηση. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να μεγαλώσει γρήγορα και σπάνια να υποστεί ισχαιμικό έμφρακτο.

Ινοαδενώματα που υπάρχουν από πολλά χρόνια παθαίνουν συνήθως ατροφία, υαλοειδοποίηση και αποτιτάνωση και στη μαστογραφία δίνουν την εικόνα αδρών αποτινανώσεων.

Στη μικροσκοπική εξέταση το ινοαδένωμα αποτελείται από συνδετικό ιστό ο οποίος προέρχεται από τα λόβια και από διακλαδιζόμενους πόρους και αδενοκυψέλες. Συνήθως ο συνδετικός ιστός πιέζει τους πόρους, με αποτέλεσμα την εξαφάνιση του αυλού τους. Σε άλλες περιπτώσεις ο συνδετικός ιστός απλώς περιβάλλει τα επιθηλιακά στοιχεία, τα οποία κατά θέσεις είναι υπερπλαστικά.

Όταν έχει διάμετρο μεγαλύτερα των 10 εκ. ονομάζεται *γιγαντιαίο ινοαδένωμα*. Κακοήθης εξαλλαγή σε ινοαδένωμα είναι σπάνια και συνήθως παίρνει τη μορφή λοβιδιακού καρκινώματος.

Κλινικώς το ινοαδένωμα είναι σκληρός, ομαλός, πολύ ευκίνητος όγκος που εξαιρείται εύκολα χειρουργικώς .

Το *αδένωμα* είναι καλώς περιγεγραμμένος όγκος με τους ίδιους μακροσκοπικούς χαρακτήρες με το ινοαδένωμα. Μικροσκοπικώς αποτελείται κυρίως

από αδενικούς σχηματισμούς και ελάχιστο συνδετικό υπόστρωμα. Είναι καλοήθης όγκος και μερικές φορές ανακαλύπτεται στη διάρκεια της γαλουχίας .

Το *θήλωμα* αναπτύσσεται από το επιθήλιο μεγάλων πόρων. Συνήθως υπάρχει έκκριση από τη θηλή η οποία μπορεί να είναι αιματηρή. Τα νεοπλασματικά κύτταρα τάσσονται σε θηλές οι οποίες αποτελούνται από αγγειοσυνδετικό άξονα και δύο στοίχους νεοπλασματικών κυττάρων .

Φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα

Είναι όγκος συνήθως περιγραπτός, μεγέθους από 1-15 εκ., παρατηρείται σε γυναίκες από 16-70 ετών. Συνήθως έχει κάψα η οποία δεν είναι πάντοτε πλήρης. Σε αυτό οφείλονται και οι τοπικές υποτροπές μετά τη χειρουργική εξαίρεση.

Στη μικροσκοπική εξέταση μοιάζει με ινοαδένωμα, αλλά υπάρχει μεγάλη υπερπλασία του στρώματος και λίγα επιθηλιακά στοιχεία τα οποία συμπίεζονται από το μεσέγχυμα. Ανάλογα με τη μορφολογία του στρώματος διακρίνονται σε καλοήθη και κακοήθη. Τα καλοήθη κύτταρα του στρώματος έχουν λίγη ή καθόλου ατυπία και σπάνιες πυρηνοκινησίες. Στα κακοήθη το στρώμα έχει εμφάνιση σαρκώματος (συνήθως ινοσαρκώματος, λιποσαρκώματος και σπανιότερα οστεοσαρκώματος, χονδροκαρκινώματος, ραβδομυοσαρκώματος).

Από μελέτη που έγινε με βάση το μέγεθος του όγκου και το βαθμό της μορφογενούς κακοήθειας των όγκων, προκύπτει ότι δεν είναι δυνατόν να καθοριστεί η πρόγνωση του κακοήθους φυλλοειδούς κυστοσαρκώματος. Εφόσον όμως είναι κακοήθες μεθίσταται αιματογενώς.

Η θεραπεία των καλοηθών παθήσεων του μαστού συνήθως είναι χειρουργική και συνίσταται στην εξαίρεση της παθολογικής εστίας .

Η συντηρητική θεραπεία που εφαρμόζεται κυρίως στις φλεγμονές δεν έχει αποδώσει. Έχουν δοκιμαστεί διάφορα ορμονικά ή όχι σκευάσματα σε διάφορες παθήσεις, τα αποτελέσματα των οποίων είναι φτωχά και αμφιλεγόμενα προς το παρόν.

Ενδοσωληνώδες θήλωμα

Πρόκειται για καλοήθη υπερπλαστική επεξεργασία του επιθηλίου των γαλακτοφόρων πόρων που εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε γυναίκες ηλικίας 40-50 χρόνων, ενώ πριν τα 30 και μετά τα 60 είναι σπάνια. Αποδίδεται

στην εκλεκτική δράση στο επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων αγνώστου αιτιολογικού παράγοντα με αποτέλεσμα τον ερεθισμό και την υπερπλασία. Υποθέσεις που αναφέρονται σε μηχανικό ερεθισμό, μικροβιακούς παράγοντες ή λίμνασης εκκρίσεων μέσα στους πόρους δε στηρίζονται σε επαρκή αποδεικτικά στοιχεία. Η θεραπεία των θηλωμάτων είναι εγχειρητική και συνίσταται στην εξαίρεση της βλάβης. (www.archire.otenet.gr, 2007), (www.mastology.gr, 2008).

4.7.4. ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Εισολκή της θηλής

Οφείλεται σε μικρότερη ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων σε σχέση με τον υπόλοιπο αδένα με αποτέλεσμα να έλκεται από αυτούς η θηλή προς τα πίσω. Η αποκατάσταση είναι δύσκολη, η διατήρηση των γαλακτοφόρων πόρων για το ενδεχόμενο μελλοντικού θηλασμού δε δίνει καλά αποτελέσματα. Για να έχουμε πιθανότητες επιτυχίας οι γαλακτοφόροι πόροι πρέπει να κοπούν στη βάση της θηλής και να υποστηριχθεί η θηλή με τεμάχια χόνδρου από το αυτί τα οποία εισάγονται και καθλώνονται σε αυτήν. Απορρόφηση του χόνδρου οδηγεί σε αποτυχία της μεθόδου.

Ασυμμετρία

Αφορά το μέγεθος των μαστών και μπορεί να έχουμε ελαφρά μέχρι εκσεσημασμένη διαφορά μεγέθους των μαστών. Πάθηση συχνή. Σπάνια κανείς θα απαιτήσει περιορισμό του μεγέθους του μεγαλύτερου μαστού με πλαστική επέμβαση.

Υπεράριθμοι μαστοί

Οι υπεράριθμοι μαστοί ή θηλές εντοπίζονται κατά μήκος της γαλακτικής γραμμής μεταξύ μασχαιαίας και βουβωνικής χώρας. Οι συχνότερες θέσεις εντόπισης είναι ακριβώς κάτω από την πτυχή του φυσιολογικού μαστού ή στη μασχάλη. Η εντόπιση είναι συνήθως ετερόπλευρη αλλά ενίοτε μπορεί να είναι και αμφοτερόπλευρη.

Οι υπεράριθμοι μαστοί, δηλαδή η ανάπτυξη περισσότερων μαστών με πλήρη λειτουργική δραστηριότητα, που απαντώνται στο 1% , υπόκειται στους νόμους και τις παθήσεις των φυσιολογικών μαστών. Έτσι μπορεί να παρουσιάσουν γαλακτοφορία, ινοαδενώματα, κύστεις, καρκίνο, μαστίτιδα και λοιπά.

Η πολυθηλία απαντάται τρεις φορές συχνότερα στις γυναίκες, παρά στους άνδρες. Εμφανίζεται συνήθως στον αριστερό μαστό και είναι φαινόμενο κληρονομικό. Υπάρχουν δύο ή περισσότερες θηλές σε φυσιολογική, κατά τα άλλα, θηλαία άλω και κάθε μια από αυτές συνδέεται με ένα τμήμα του συστήματος των γαλακτοφόρων πόρων .

Μεγαλομαστία

Μεγαλομαστία είναι η πάνω από τα φυσιολογικά όρια ανάπτυξης του λίπους και του ινώδους υποστρώματος των μαστών που μπορεί να οφείλεται είτε σε υπέρμετρη διόγκωσή τους είτε σε διάχυτη υπερτροφία τους. Παρατηρείται είτε κατά την ήβη, είτε κατά τους πρώτους μήνες της κύησης, είτε σε πολύτοκες γυναίκες όπου συνοδεύεται από την κάθοδο των μαστών πολύ χαμηλότερα από τη κανονική θέση τους.

Γυναικομαστία

Η αύξηση του μαστού στους άνδρες και στις γυναίκες προκαλείται μέσω των οιστρογόνων και η διόγκωση των μαστών στους άνδρες πιστεύεται ότι προκύπτει από τις διαταραχές της φυσιολογικής σχέσεως των ενεργών ανδρογόνων προς τα οιστρογόνα ή από αυξήσεις του σχηματισμού των οιστρογόνων.

Η γυναικομαστία προσβάλλει συχνότερα τον αριστερό μαστό. Σε ποσοστό λιγότερο από 50% των ανδρών με γυναικομαστία δε βρίσκεται αιτία. Σε αυτούς τους ασθενείς η αύξηση των οιστρογόνων είναι παροδική ή παραμένει μη ανιχνεύσιμη. Σε άλλες περιπτώσεις προκύπτει γυναικομαστία από σημαντικές ενδοκρινικές διαταραχές στις οποίες περιλαμβάνεται ανεπάρκεια στην παραγωγή της τεστοστερόνης ή στη δράση της, αύξηση της παραγωγής οιστρογόνων ή φάρμακα.

Ινοκυστική μαστοπάθεια

Η κύρια παθολογοανατομική οντότητα που έχει σχέση με τον καρκίνο του μαστού είναι η ινοκυστική μαστοπάθεια. Είναι ιστολογική διάγνωση και τέτοια διάγνωση δεν πρέπει να τίθεται μόνο από την κλινική εξέταση και τη μαστογραφία. Οι παθολογοανατόμοι θεωρούν ότι ο διαχωρισμός μεταξύ «κανονικού» και καρκίνου

αρχίζει στη φάση του πολλαπλασιασμού των κυττάρων, μετά εξελίσσεται σε άτυπα των κυττάρων και φθάνει στον καρκίνο.

Προδιαθεσικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση της πάθησης είναι η καθυστερημένη εμμηναρχή, η ψυχική υπερένταση και το άγχος, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της γυναίκας, η κατάχρηση ποτών πλούσιων σε μεθυλξανθίνες, η αγαμία, η ατεκνία, η απόκτηση ενός μόνο παιδιού, η παρατεταμένη υπεριοιστρογοναιμία και τέλος η χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων.

Η ινοκυστική μαστοπάθεια αποτελεί παράγοντα κινδύνου όταν παρατηρούνται άτυπα κύτταρα. Ιστολογικά χαρακτηρίζεται παρουσία κύστεων 2-3 mm. Η νόσος είναι πολύ συχνή και υπολογίζεται ότι μια στις 10 γυναίκες έχει κλινική ένδειξη της νόσου. Η συνήθης ηλικία προσβολής είναι εκείνη των 30-45 ετών και η συχνότητα καρκίνου του μαστού στις γυναίκες με ιστολογικά διαπιστωμένη ινοκυστική μαστοπάθεια είναι διπλάσια από το γενικό γυναικείο πληθυσμό.

Ακτινωτή ουλή

Πρόκειται για καλοήγη πάθηση των μαστών, που όμως μοιάζει τόσο πολύ με καρκίνο στη μαστογραφία, που η χειρουργική εκτομή για βιοψία είναι αναπόφευκτη. Ποτέ δε γίνεται καρκίνος αλλά δυστυχώς ποτέ δεν είναι σίγουρο από τη μαστογραφία αν είναι ακτινωτή ουλή, ώστε να γλιτώσει η ασθενής την επέμβαση. Είναι ίσως η μόνη πάθηση που μπορεί να μπερδέψει ακόμη και την ταχεία βιοψία. (Μαρκόπουλος Χ., 2007).

4.8. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

4.8.1. Εκπαιδευτικοί παράγοντες

Διαπιστώθηκε πως όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος σπουδών της γυναίκας, τόσο αυξάνεται και η συχνότητα του καρκίνου του μαστού. Σχολική μόρφωση που ξεπερνά τα 16 χρόνια τριπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, σε σχέση με τις γυναίκες στις οποίες η εκπαίδευση δεν ξεπερνά τα 12 χρόνια. (Παπανικολάου Ν., 2005)

4.8.2. Εθνικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Η επίπτωση του καρκίνου του μαστού εμφανίζει μεγάλες διακυμάνσεις στις διάφορες χώρες του κόσμου. Είναι συχνότερες στον Δυτικό κόσμο από ότι στην Αμερική, στην Ασία και στην Μέση Ανατολή. Στην Βόρειο Αμερική και στη Βόρεια Ευρώπη εμφανίστηκε πέντε φορές συχνότερα από ότι στην Ασία και στην Αφρική. Στην Ολλανδία εμφανίζεται συχνότερα από όλα τα άλλα κράτη.¹ (Παπανικολάου Ν., 2005)

Επίσης, η επίπτωση του καρκίνου του μαστού είναι επταπλάσια στις Αμερικανίδες από ότι στις Γιαπωνέζες. Στις Γιαπωνέζες όμως που μεταναστεύουν στην Αμερική και στους απογόνους, η διαφορά αυτή εξαλείφεται προοδευτικά. (Παπανικολάου Ν., 2005)

4.9. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η προηγηθείσα βιοψία στο μαστό θεωρείται παράγοντας αυξημένου κινδύνου με εξαίρεση αυτή που γίνεται για τα ινοαδενώματα. (Γκέλμπεση Α., Νταλαφούρα Ε., 1993)

Επίσης η κυστική νόσος και ιδιαίτερα η ινοκυστική μαστοπάθεια αυξάνουν τον κίνδυνο νόσησης 2,5 φορές. Ο ακριβής μηχανισμός της συσχέτισης μεταξύ της ινοκυστικής νόσου και του καρκίνου του μαστού δεν έχει εξακριβωθεί. Εν τούτοις, δύο πιθανές εξηγήσεις υπάρχουν: α) ότι η ινοκυστική μαστοπάθεια είναι προκαρκινική κατάσταση, που ή προδιαθέτει σε κακοήθη εξαλλαγή ή είναι πρόωμη εκδήλωση της κακοήθους εξαλλαγής και ότι β) καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του μαστού έχουν κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες. (Γκέλμπεση Α., Νταλαφούρα Ε., 1993)

Γυναίκες με καρκίνο στον έναν μαστό έχουν πέντε φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο και στον άλλο μαστό. Τον κίνδυνο, τέλος, αυξάνει η ύπαρξη καρκίνου σε άλλο όργανο και ιδιαίτερα στο ενδομήτριο, στο παχύ έντερο και τους σιελογόνους αδένες. (Γκέλμπεση Α., Νταλαφούρα Ε., 1993)

4.10. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Σε περίπου 1-3% των καρκίνων του μαστού γίνεται η διάγνωση κατά την διάρκεια της κύησης ή της περιόδου του θηλασμού. Κάτω από τέτοιες προϋποθέσεις υφίσταται η πάθηση κάτω από ιδιαίτερους κανόνες:

- Οι μεταβολές του μαστού κατά τη διάρκεια της κύησης δύσκολα επιτρέπουν τη διάγνωση ενός απομονωμένου όγκου.
- Το υψηλό επίπεδο ορμονών (οιστρογόνων) κατά την διάρκεια της κύησης μπορεί να ευνοεί την ανάπτυξη του όγκου. (Τοκμακίδης Π., 2001)

Για τους λόγους αυτούς τίθεται η διάγνωση του καρκίνου του μαστού κατά την διάρκεια της κύησης ή του θηλασμού πολύ αργά. Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι η ίδια όπως και στη μη έγκυο γυναίκα. Λόγω του αυξημένου κινδύνου της νόσου θα πρέπει να εφαρμοσθεί η θεραπεία χωρίς καμία χρονοτριβή. Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού με εγχείριση ή ακτινοθεραπεία είναι δυνατή ακόμη και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μια κυτταροστατική θεραπεία, αντιθέτως, είναι αμφισβητούμενη, διότι κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης είναι υπαρκτός ένας αυξημένος κίνδυνος διαμαρτυριών του παιδιού. (Τοκμακίδης Π., 2001)

Στο ερώτημα εάν θα πρέπει να διενεργηθεί μια διακοπή κύησης σε καρκίνο του μαστού, υπάρχουν διχασμένες γνώμες μεταξύ των ερευνητών. Μια βελτίωση της πορείας της νόσου δεν φαίνεται να λαμβάνει χώρα με τη διακοπή της κύησης.

Υποστηρικτές της διακοπής όμως σταθμίζουν, ότι η μελλοντική φροντίδα του νεογέννητου πιθανόν να μην μπορεί να συμβιβαστεί με την κρίσιμη κατάσταση της υγείας της μητέρας. (Τοκμακίδης Π., 2001)

4.10.1. Εγκυμοσύνη μετά τον καρκίνο του μαστού

Περίπου 7% των γυναικών, οι οποίες έχουν θεραπευτεί από καρκίνο του μαστού, έχουν στο ενεργητικό τους μία ή περισσότερες εγκυμοσύνες σε μεταγενέστερο χρονικό σημείο. Η αρχική νόσος φαίνεται να μην επηρεάζεται αρνητικά με την εγκυμοσύνη. Υπάρχουν πληροφορίες, σύμφωνα με τις οποίες θεραπευθείσες από καρκίνο του μαστού γυναίκες μετά από μια εγκυμοσύνη παρουσίασαν μια βελτίωση στην γενική τους κατάσταση σε σύγκριση προς ασθενείς χωρίς επακολουθήσασα κύηση. Οι υποδείξεις, επί πόσο χρόνο μετά τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού θα πρέπει η γυναίκα να αποφύγει μια εγκυμοσύνη, είναι διαφορετικές. Αυτές κυμαίνονται από την πλήρη παραίτηση μέχρι την συμβουλή αναμονής ενός χρονικού διαστήματος πέντε ετών. Σκόπιμο είναι να υποδειχθεί μία αναμονή δύο έως τριών ετών, διότι στο χρονικό αυτό διάστημα εμφανίζεται η πλειονότητα των επιπλοκών. (Τοκμακίδης Π., 2001)

4.10.2. Ανασταλτικά ωοθυλακιορρηξίας και ο καρκίνος του μαστού

Μια πιθανή συνάρτηση μεταξύ της λήψεως των ανασταλτικών ωοθυλακιορρηξίας (pill) και της δημιουργίας ενός καρκίνου του μαστού συζητείται ακόμα και σήμερα. Οι μέχρι σήμερα διενεργηθείσες εξετάσεις δεν απέδωσαν ανάλογα ευρήματα. Σύμφωνα με μελέτες της Αγγλίας δεν υπάρχει διαφορά στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού των γυναικών που λαμβάνουν ανασταλτικά ωοθυλακιορρηξίας σε σύγκριση των γυναικών που δεν λαμβάνουν. Αντιθέτως υπάρχουν παρατηρήσεις, σύμφωνα με τις οποίες μια κανονική λήψη αντισυλληπτικών δισκίων μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού. (Τοκμακίδης Π., 2001)

Μετά από μια θεραπεία καρκίνου του μαστού θα πρέπει να παραιτηθεί η γυναίκα από μια προστασία μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με ανασταλτικά ωοθυλακιορρηξίας, τα οποία περιέχουν οιστρογόνα, όσο και για τα αντισυλληπτικά εκείνα, τα οποία περιέχουν μόνο προγεστερόνη, διότι αυτά τα τελευταία οδηγούν σε μία αύξηση της παραγωγής οιστρογόνων από τον ίδιο τον οργανισμό. (Τοκμακίδης Π., 2001)

4.11. ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΕΣ ΝΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΟΥΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες μεγαλύτερες των 50 ετών. Μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν οι ανύπαντρες γυναίκες, οι στείρες, εκείνες με λιγότερα από 3 παιδιά, όσες απέκτησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 34 χρόνια τους, εκείνες των οποίων η μητέρα ή η αδελφή είχε καρκίνο μαστού, όσες είχαν ιστορικό καλοήθους παθήσεως μαστού, επίσης εκείνες που είχαν καταμήνιο κύκλο για 30 ή περισσότερα χρόνια και, τέλος, εκείνες που η περίοδος τους εμφανίστηκε πριν από την ηλικία των 12 χρόνων ή σταμάτησε μετά τα 55. (Σαχίνη Καρδάση Α., 2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

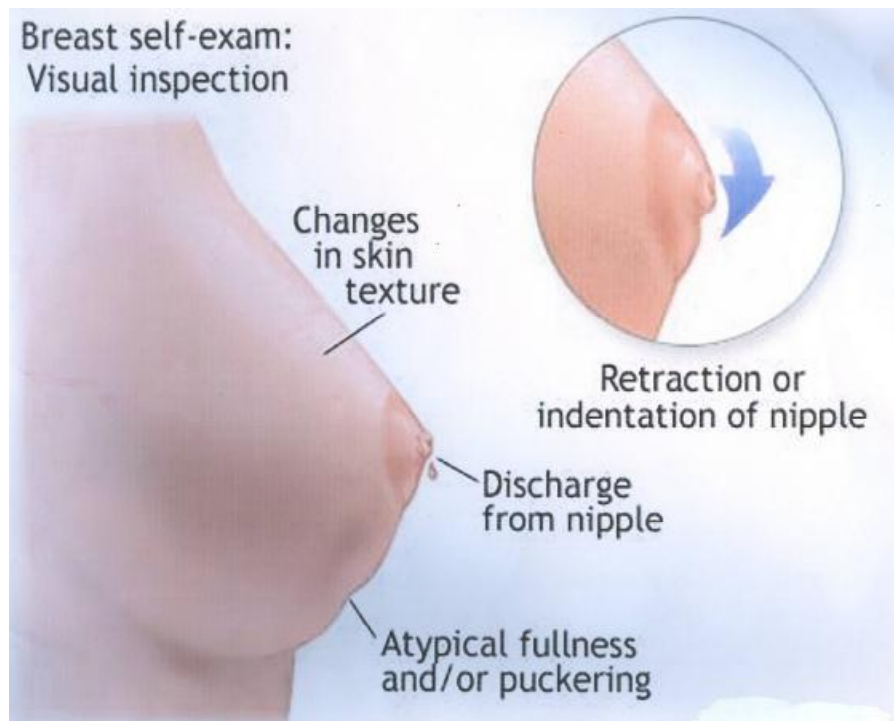
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ, ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

5.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

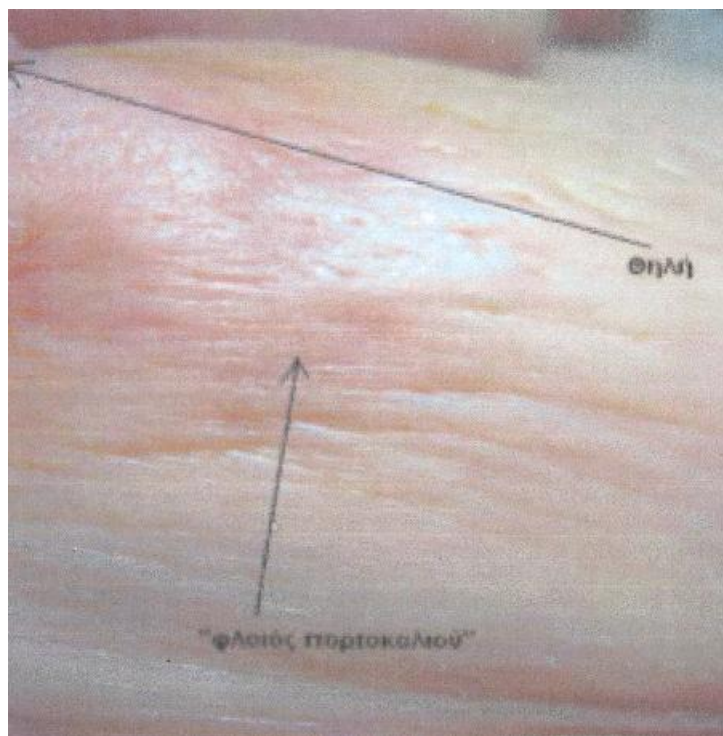
Πολλές φορές, τυχαία ή κατά την ψηλάφηση του μαστού, μπορεί να διαπιστωθεί σκληρή μάζα στο μαστό είτε μικρή είτε μεγάλη, κινητή ή ακίνητη. Τότε είναι η κατάλληλη στιγμή όπου επιβάλλεται να ζητηθεί ιατρική βοήθεια. Σε περίπτωση που το ογκίδιο παραμεληθεί και δεν ζητηθεί ιατρική βοήθεια, προοδευτικά μεγαλώνει, διηθεί τους γύρω ιστούς και λεμφαδένες, γίνεται ακίνητο και ανώμαλο, κατά την ψηλάφηση, το δέρμα παίρνει χαρακτηριστική όψη φλοιού πορτοκαλιού και παρατηρείται χαρακτηριστική εισολκή της θηλής, όταν το ογκίδιο εντοπίζεται στο κέντρο. (Κοπάρη Ε., 1991)

Ο καρκίνος του μαστού, εμφανίζεται πιο συχνά στον αριστερό μαστό και το άνω και έξω τεταρτημόριο, συνήθως συνοδεύεται από τα παρακάτω συμπτώματα:

- Ογκίδιο, συνήθως ανώδυνο, σκληρό και ακίνητο
- Εισολκή του δέρματος πάνω από τη μάζα
- Εισολκή της θηλής όταν ο όγκος αναπτύσσεται στους γαλακτοφόρους πόρους του μαστού
- Ορώδη ή αιματηρή έκκριση της θηλής
- Εξέλκωση της θηλής
- Θερμότητα και ερυθρότητα λόγω της υπεραιμίας, καθώς και οίδημα στο σημείο εντοπισμού του ογκιδίου
- Ασυμμετρία, αύξηση βάρους ή και σχετική ανύψωση του μαστού που εμφανίζεται ο όγκος, σε σύγκριση με τον έτερο μαστό
- Διόγκωση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, όταν ο καρκίνος βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο
- Αίσθημα πόνου στο πάσχοντα μαστό σε πολύ προχωρημένο στάδιο. (Παπανικολάου Ν., 1994)



Εικόνα 1. Εισολκή και ορώδη έκκριση της θηλής (www.breastcancer.org)



Εικόνα 2. Δέρμα με χαρακτηριστική όψη φλοιού πορτοκαλιού. Χαρακτηριστική εισολκή της θηλής (www.breastcancer.org)

Σπανιότερα, ο καρκίνος του μαστού συνοδεύεται και από άλλα συμπτώματα που συνήθως σχετίζονται με τα προχωρημένα στάδια της νόσου και περισσότερο με τα ζωτικά όργανα που παρουσιάζονται οι μεταστάσεις όπως:

- Φλεγμονή, οίδημα, βήχας, δύσπνοια από πνευμονική μετάσταση
- Πόνος στο θώρακα ή το στήρνο από διήθηση του υπεζωκότα
- Άποιο διαβήτη από μετάσταση στην υπόφυση
- Κοιλιακοί πόνοι
- Ίκτερος
- Κεφαλαλγία
- Διπλωπία. (Paranikol;aoγ N., 1994)

5.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού δεν αποβλέπει τόσο στον καθορισμό του εγχειρήσιμου από τον ανεγχείρητο καρκίνο, όσο στην εκτίμηση της πρόγνωσης, που εξαρτάται από τις μεταστάσεις του.



Εικόνα 3: Σύστημα Columbia (www.breastcancer.org)

- Ø **Στάδιο I:** καρκίνος εντοπίζεται μέσα στο παρέγχυμα του μαστού, έχει διάμετρο μικρότερη των 2 cm, χωρίς μεταστατικές διηθήσεις και απομακρυσμένες μεταστάσεις.
- Ø **Στάδιο II:** Ο καρκίνος επεκτάθηκε έως την επιφάνεια του μαστού. Διάμετρος όγκου μικρότερη των 5 cm, λεμφαδένες μη ψηλαφητοί ή ψηλαφητοί και ευκίνητοι, χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις.

- Ø **Στάδιο III:** Διάμετρος όγκου μεγαλύτερη των 5 cm, με ή χωρίς επινέμηση στο δέρμα, ψηλαφητοί λεμφαδένες καθηλωμένοι στο θωρακικό τοίχωμα, πιθανές μεταστάσεις ή διηθήσεις στους επιχώριους λεμφαδένες, χωρίς απομακρυσμένες διαστάσεις.
- Ø **Στάδιο IV:** Ο καρκίνος προκάλεσε μεταστάσεις μέσω του αίματος ή της λέμφου, σε απομακρυσμένα όργανα, ιστούς ή ακόμα και στα οστά ή στον έτερο μαστό. (www.cancer.gr), (www.wikipedia.org)

Σύστημα TNM

Για τον ευρύτερο και πιο συγκεκριμένο προσδιορισμό της νόσου σε σχέση με την έκτασή της, η UICC (Union Internationale Contre Cancer) και η AJC (American Joint Comunity), εισήγαγαν ένα σύστημα σταδιοποίησης του καρκίνου του μαστού, που χρησιμοποιείται πλέον παγκοσμίως, το λεγόμενο TNM.

Η σταδιοποίηση αυτή χρησιμοποιείται για τους στερεούς όγκους. Τα γράμματα TNM αντιπροσωπεύουν αντίστοιχα τον όγκο (T-tumor), τους αδένες (N-Nodes) και τις μεταστάσεις (M-Metastasis). Κάθε ένα από αυτά τα κριτήρια είναι χωριστά απαριθμημένο και ζευγαρωμένο με έναν αριθμό του σταδίου TNM. Για π.χ., ένας καρκίνος του μαστού που χαρακτηρίζεται ως «T1N2M0» θα ήταν ένας καρκίνος με έναν όγκο T1, εμπλοκή βαθμού N2 του λεμφαδένα, και καμία μετάσταση. (www.wikipedia.org)

<u>Όγκος</u>	
T0	Δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου
T1, T2, T3	Προοδευτική αύξηση στο μέγεθος του όγκου
<u>Αδένες</u>	
N0	Οι περιφερικοί λεμφαδένες δεν φαίνονται παθολογικά
N1,N2,N3	Προοδευτική επέκταση των περιφερικών παθολογικών λεμφαδένων
<u>Μετάσταση</u>	
M0	Δεν υπάρχει ένδειξη μετάστασης των καρκινικών κυττάρων
M1,M2,M3	Προοδευτική αύξηση της μετάστασης των καρκινικών κυττάρων σε απομακρυσμένα όργανα, μεταξύ των οποίων

συμπεριλαμβάνονται και οι λεμφαδένες που βρίσκονται σε απόσταση από την πρωτοπαθή εντόπιση του κακοήθους νεοπλασματος.
--

Πίνακας 1. Περιληπτική απεικόνιση του συστήματος TNM
(Μαλγαρινού Μ.Α., 2003)

Ο βαθμός κακοήθειας (Grades) του καρκίνου προσδιορίζεται ανάλογα με την εμφάνιση των κακοήθων κυττάρων, δηλαδή του μεγέθους τους, του μεγέθους του πυρήνα τους, τον αριθμό μιτώσεων και το βαθμό πρόσληψης χρωστικής. Έτσι προκύπτουν οι παρακάτω βαθμοί και η συχνότητά τους στον καρκίνο του μαστού:

- § G1, με συχνότητα 3%
- § G2, με συχνότητα 27%
- § G3, με συχνότητα 70%. (Παπανικολάου Ν., 2005)

5.3. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Επειδή η βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου του μαστού είναι κάθε φορά και διαφορετική, παρά τις προσπάθειες που καταβάλλει η σύγχρονη επιστήμη, αυτός παραμένει ύπουλος και με αβέβαιη πρόγνωση.

Γενικά στην πρόγνωση είναι δυνατόν να βοηθήσουν:

- Ø Η εντόπισή του στα τέσσερα τεταρτημόρια του μαστού
- Ø Ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων
- Ø Οι αγγειακές διηθήσεις
- Ø Το εντοπισμένο ή διηθητικό του όγκου
- Ø Το μέγεθός του και το φλεγμονώδες αυτού
- Ø Ο ιστολογικός του τύπος
- Ø Η διαφοροποίησή του
- Ø Η σταδιοποίηση του όγκου και η ύπαρξη ορμονικών υποδοχέων (www.nci.co., 2006), (Μουζάκα Λ., 2007), (Μαρκόπουλος Χ., 2007)

Όσον αφορά τη διαφοροποίηση, όταν αυτή είναι υψηλή, η 20ετής επιβίωση φτάνει το 40% ενώ όταν είναι χαμηλή φτάνει το 20%.

Όσον αφορά τη σταδιοποίηση, όταν ο όγκος είναι περιορισμένος στο μαστό, τα ποσοστά βιωσιμότητας στην 5ετία μετά την επέμβαση αγγίζουν το 75-90%. Εάν

έχουν διηθηθεί και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες τα ποσοστά πέφτουν στο 40-60%, αλλά μειώνονται περαιτέρω στο 25% στα δέκα χρόνια από τη διάγνωση. Όσον αφορά τους ορμονοϋποδοχείς, έχει φανεί πως σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου, οι ασθενείς που έχουν ορμονοϋποδοχείς στον καρκίνο του μαστού, ακολουθούν μια ευνοϊκότερη πορεία με την ορμονοθεραπεία. Έτσι, το 60% εκείνων που έχουν μεταστατική νόσο και θετικούς ορμονοϋποδοχείς, θα «απαντήσουν» στην αντιοιστρογονική θεραπεία, ενώ λιγότερο από το 10% εκείνων με αρνητικούς ορμονοϋποδοχείς, θα έχουν κάποια κλινική «απάντηση» βελτίωσης μετά από την αντιοιστρογονική θεραπεία. ([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007), (www.chios-medical.gr)

ΣΤΑΔΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ 5ΕΤΟΥΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ
ΣΤΑΔΙΟ I	85%
ΣΤΑΔΙΟ II	66%
ΣΤΑΔΙΟ III	41%
ΣΤΑΔΙΟ IV	10%

Πίνακας 2. Ποσοστά 5ετούς επιβίωσης ανά στάδιο της νόσου (www.chios-medical.gr)

ΣΤΑΔΙΑ	5ετής επιβίωση	10ετής επιβίωση
αρνητικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	63%	46%
1-3 θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	62%	38%
>4 θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	32%	13%

Πίνακας 3. Ποσοστά 5ετούς και 10ετούς επιβίωσης σε σχέση με τα στάδια της νόσου και την εμπλοκή των λεμφαδένων στην κακοήθεια (www.chios-medical.gr)

Οι αιτίες θανάτου από καρκίνο του μαστού, δεν είναι ο ίδιος ο καρκίνος, αλλά μια σειρά άλλων αιτίων, που κατά σειρά συχνότητας είναι οι εξής: (www.cancer.gr), (Μαλγαρινού Μ.Α., 2003)

- Ø Πνευμονική ανεπάρκεια (26%)
- Ø Λοίμωξη (24%)
- Ø Καρδιακή ανεπάρκεια (15%)
- Ø Άλλες επιπλοκές (20%).^{25,26}

Γενικοί παράγοντες που δυνητικά η ύπαρξή τους μπορεί να επηρεάσει την πρόγνωση είναι οι εξής:

- § Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων
- § Ρυθμός αύξησης του όγκου
- § Απάντηση στη θεραπευτική αγωγή
- § Αντίσταση του οργανισμού και βιολογικοί δείκτες (CEA με φυσιολογική τιμή <5 mg/ml, CA 125 με φυσιολογική τιμή <35U/ml, CA 15,3 με φυσιολογική τιμή <30U/ml, αλκαλική φωσφατάση, ορμονικοί υποδοχείς οιστρογόνων και προγεστερόνης)
- § Εμφάνιση καρκίνου και στους δύο μαστούς
- § Εμφάνιση καρκίνου μαστού σε ηλικία 30 ετών έχει βαρύτερη πρόγνωση
- § Η προφυλακτική στείρωση σε ασυμπτωματικές γυναίκες ανήκει στους αμφιλεγόμενους παράγοντες
- § Ανάπτυξη καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια της κύησης ή της γαλουχίας. (Thompson N.W., 1992)

Τοπικοί παράγοντες που δυνητικά η ύπαρξή τους μπορεί να επηρεάσει την πρόγνωση είναι οι εξής:

- § Τοπική έκταση του όγκου
- § Μετακίνηση ή καθήλωση του όγκου
- § Παρουσία οιδήματος
- § Φλεγμονή και εξέλκωση του δέρματος
- § Παρουσία περιμετρικών οζιδίων
- § Ιστική θέση του όγκου
- § Προσβολή της θηλής
- § Σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ του καρκινώματος και του φυσιολογικού μαστού. (www.chios-medical.gr), (Μαρκόπουλος Χ., 2007)

Παθολογοανατομικοί παράγοντες που δυνητικά η ύπαρξή τους μπορεί να επηρεάσει την πρόγνωση, είναι οι εξής:

- § Το μέγεθος του όγκου
- § Λεμφαδενικές μεταστάσεις
- § Ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου
- § Η ιστοκυτταρική αντίδραση των λεμφοκόλπων των λεμφαδένων, όταν αυτοί είναι προσβεβλημένοι.
- § Η μικροσκοπική καρκινωμάτωσης διήθηση των μυών, νεύρων και αγγείων.
- § Ο βαθμός κακοήθειας και η διαφοροποίηση. (www.chios-medical.gr)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

6.1. ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

Η αυτοεξέταση των μαστών αποτελεί την πρώτη και βασική μέθοδο προληπτικής εξέτασης των μαστών και μπορεί να γίνει πολύ απλά στο σπίτι από την ίδια την γυναίκα. Όλες οι γυναίκες από την ηλικία των 20 ετών πρέπει να μάθουν να κάνουν σωστά αυτοεξέταση στους μαστούς τους. Αφιερώνοντας ελάχιστα λεπτά της ώρας μια φορά το μήνα μπορούν να σώσουν τη ζωή τους. Η αυτοεξέταση είναι πρόληψη και η πρόληψη είναι δώρο ζωής.

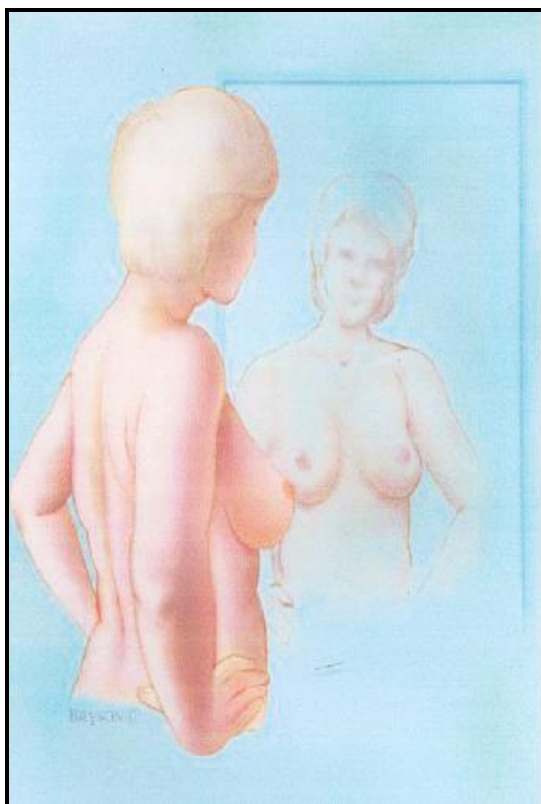
Όπως γνωρίζουμε, οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Για αυτό ένας καλός τρόπος για να φθάσει κανείς στην ανακάλυψη νέων περιπτώσεων και σε πρωιμότερα στάδια, είναι η αυτοεξέταση, η οποία και εύκολη είναι και ανέξοδη και χωρίς κανένα κίνδυνο. Πόσο συχνά εφαρμόζεται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

Οι λόγοι για τους οποίους συνήθως οι γυναίκες εγκαταλείπουν την αυτοεξέταση του μαστού, είναι ο φόβος και άγχος για την πιθανή ανεύρεση όγκου. Η έλλειψη γνώσης και εμπιστοσύνης για την αυτοεξέταση μαστού σχετικά με τον τρόπο διενέργειάς της. Η άγνοια της εξαιρετικής σημασίας της μηνιαίας αυτοεξέτασης του μαστού, ως απαραίτητου στοιχείου της γνώσης της φυσικής κατάστασης της γυναίκας, καθώς και η σεμνοτυφία ή/και η ενόχληση που μπορεί να νιώθουν. (Δασκαλάκης Γ., 2007), (Κυριακίδου Θ.Ε., 2005)

Οδηγίες για τη σωστή αυτοεξέταση των μαστών

Βήμα 1^ο

Ξεκινώντας στεκόμαστε μπροστά σε έναν καθρέφτη, χωρίς κάποια ενδυμασία στο πάνω μέρος του σώματος και κοιτάζουμε διερευνητικά τους μαστούς μας. Αυτό που πρέπει να ελέγξουμε είναι το μέγεθος, το σχήμα και το χρώμα και των μαστών και των θηλών. Οι δύο μαστοί πρέπει να είναι συμμετρικοί και ομοιόμορφοι.



Εικόνα 1. Βήμα 1^ο ([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)

Σημεία που χρήζουν διερεύνησης:

- Ø Εισολκή δέρματος ή θηλής δέρμα «φλοιού πορτοκαλιού»
- Ø Ερυθρότητα
- Ø Διόγκωση
- Ø Αποβολή υγρού ή αίματος από την θηλή
- Ø Διαγραφή των φλεβών κάτω από το δέρμα. (Lipperth H., 1993)

Βήμα 2^ο

Σηκώνουμε τα χέρια και ελέγχουμε τα ίδια σημεία. Ακολούθως πιέζουμε και τις δύο θηλές και ελέγχουμε αν υπάρχει εκροή υγρού από αυτές. Το υγρό αυτό, μπορεί να είναι γαλακτώδες, κίτρινο ή αιματηρό.



Εικόνα 2. Βήμα 2^ο ([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)

Βήμα 3^ο

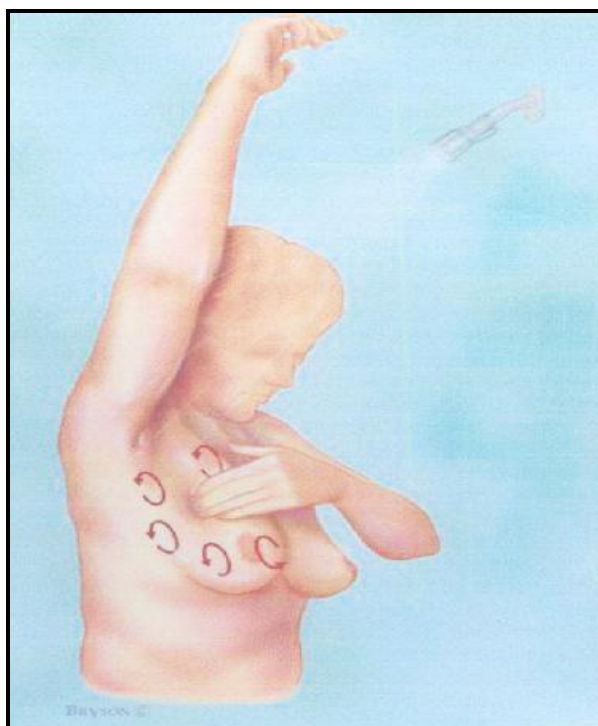
Ξαπλώνουμε και εξετάζουμε τους μαστούς κάνοντας μικρές κυκλικές κινήσεις με τις άκρες των δακτύλων μας, μέχρι να καλύψουμε όλη την έκταση του κάθε μαστού. Ακολουθούμε πορεία από πάνω προς τα κάτω και από έξω προς τα μέσα. Το δεξί χέρι εξετάζει τον αριστερό μαστό και το αντίθετο. Προσπαθούμε να αισθανθούμε οποιαδήποτε μάζα στο εσωτερικό του μαστού. Δεν παραλείπουμε ποτέ να εξετάζουμε όσο μεγαλύτερη επιφάνεια από την περιοχή της μασχάλης γίνεται, καθώς και την περιοχή ανάμεσα στους μαστούς έως τις κλείδες και μικρό μέρος κάτω ή επί του θυρεοειδή αδένα. ([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)



Εικόνα 3. Βήμα 3^ο ([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)

Βήμα 4^ο

Ακολουθούμε 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.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)



Εικόνα 4. Βήμα 4^ο ([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)

6.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Πρόληψη είναι η αυριανή ελπίδα κατά του καρκίνου. Συνεπάγεται όμως και αλλαγή τρόπου ζωής. Τροποποιήσεις των συνηθειών της ζωής θα αρκούσαν στο να οδηγήσουν σε σημαντική μείωση τη συχνότητα εμφάνισης των καρκίνων. Οι προσπάθειες από τις ομάδες υγείας να περάσουν τα μηνύματα της πρόληψης είναι πολύ δύσκολες και τα αποτελέσματά τους είναι συχνά αμφίβολα. Οι προκαταλήψεις, οι φόβοι, οι συνήθειες, η στάση απέναντι στην ασθένεια που λέγεται καρκίνος πολλές φορές, γίνονται αιτία να φθάσει ο καρκίνος στα τελικά στάδια και η θεραπεία του να γίνεται δυσκολότερη. (Τοίκος Ν., 1999)

Η πρόληψη καρκίνου του μαστού διακρίνεται σε:

1. **Πρωτογενής πρόληψη** δηλαδή, την αναγνώριση των αιτιολογικών παραγόντων της νόσου και την ανάπτυξη προληπτικών μέτρων.
2. **Δευτερογενής πρόληψη** δηλαδή, την έγκαιρη διάγνωση της νόσου σε πρώιμο στάδιο όταν η νόσος είναι ακόμη τοπική και υπάρχουν δυνατότητες με τα θεραπευτικά μέσα που διαθέτουμε να έχουμε ίαση. (Τριχοπούλου Α., 1986), (Μαλγαρινού Μ.Α., 2003)

Δηλαδή:

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Ενέργειες για παρεμπόδιση ανάπτυξης καρκίνου

- Ø Τροποποίηση παραγόντων κινδύνου (τεκνοποίηση, σωστή διατροφή, άσκηση, αποφυγή εξωγενών παραγόντων)
- Ø Φαρμακευτική προφύλαξη (π.χ. Tamoxifen)
- Ø Χειρουργική προφύλαξη (μαστεκτομή αμφοτερόπλευρη).

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Έγκαιρη διάγνωση σε «πρώιμο» στάδιο

- Ø Αυτοεξέταση
- Ø Κλινική εξέταση
- Ø Μαστογραφία - Υπερηχογράφημα
- Ø Μαγνητική μαστογραφία
- Ø Παρακέντηση - Κυτταρολογική εξέταση
- Ø Βιοψία με κόπτουσα βελόνα - Ιστολογική εξέταση.

Ø Ανοικτή χειρουργική βιοψία. (Μόσχου-Κάκου Α., 1999)

Πιο αναλυτικά:

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

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

Η **φαρμακευτική προφύλαξη** αποτελεί προσέγγιση που έχει σκοπό την μείωση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού με τη χορήγηση φυτικών ή συνθετικών στοιχείων που προλαμβάνουν, αναστρέφουν ή καταστέλλουν την καρκινογένεση σε άτομα που έχουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν.

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

Στην **δευτερογενή πρόληψη**, ο κύριος σκοπός είναι η έγκαιρη διάγνωση, δηλαδή η ανίχνευση ενός καρκίνου, είτε σε μη διηθητική μορφή (in situ), είτε σε πολύ μικρό μέγεθος, ιδανικά μικρότερο των 5 χιλιοστών, που αποτελούν την έννοια του «πρώιμου» καρκίνου. Στην πρώτη περίπτωση μπορεί να επιτύχουμε πλήρη ίαση, ενώ στη δεύτερη, η πορεία της ασθενούς είναι άριστη και οι θεραπευτικοί χειρισμοί εύκολοι, με τις λιγότερες επιπτώσεις.

Η *έγκαιρη διάγνωση* όμως, εκτός των ανωτέρω, περιλαμβάνει και τους αψηλάφητους όγκους που αποτελούν ευρήματα σε μαστογραφίες ελέγχου (screening) και έχουν καλή πρόγνωση, τη διάγνωση ενός καρκίνου στο μαστό χρησιμοποιώντας ανάλογα με την ηλικία, όλες τις δυνατές διαγνωστικές μεθόδους, τη μηνιαία αυτοεξέταση των μαστών από την ίδια την γυναίκα ή τον ιατρό ή τη νοσηλεύτρια, και το συστηματικό έλεγχο με μαστογραφία και κλινική εξέταση από ειδικό ιατρό και τέλος, την ανοικτή βιοψία για ιστολογική ταυτοποίηση μίας αλλοίωσης. (Ιωαννίδου-Μαζάκα Λ., 2006)

Τα *πλεονεκτήματα της πρώιμης διάγνωσης* καρκίνου του μαστού, είναι μεταξύ άλλων, η αποφυγή της μαστεκτομής, η ευκολότερη αντιμετώπιση του καρκίνου, η κατά μεγάλο ποσοστό, πλήρης ίαση και τέλος, η αύξηση του ποσοστού επιβίωσης της ασθενούς.

Πλεονεκτήματα πρώιμης διάγνωσης καρκίνου του μαστού

Ø *Τοπική αφαίρεση του όγκου:*

1. Αποφυγή μαστεκτομής
2. Άριστο αισθητικό αποτέλεσμα

Ø *Ευκολότερη αντιμετώπιση:*

- Επικουρική θεραπεία με λιγότερες παρενέργειες

Ø *Η πλειοψηφία των περιπτώσεων επιδέχεται πλήρη ίαση:*

1. Μη διηθητικοί όγκοι
2. Αψηλάφητοι, μικροί όγκοι

Ø *Μεγάλη επιβίωση:*

- Άριστη μελλοντική πρόγνωση. (Μαρκόπουλος Χ., 2007)

6.2.1. Εφαρμογή προγραμμάτων και μέτρων πρωτογενούς πρόληψης

Στην Ελλάδα, γνωρίζουμε σήμερα την αιτία του 1/3 των περιπτώσεων καρκίνου. Ο κυριότερος γνωστός αιτιολογικός παράγοντας είναι το κάπνισμα, ενώ ακολουθούν με σημαντική διαφορά ο ιός της ηπατίτιδας Β, τα πυκνά οινοπνευματώδη ποτά, ορισμένοι βιομηχανικοί παράγοντες, διάφορες παράμετροι διατροφής, οι ιονίζουσες ακτινοβολίες, ιατρογενείς παράγοντες και υπερϊώδης ακτινοβολία. (www.wikipedia.org)

Με το πέρασμα του χρόνου, όταν πλέον διαπιστώθηκε ότι ο καρκίνος του μαστού προκαλείται και από εξωγενείς παράγοντες εκτός από κληρονομικούς και γονιδιακούς, άρχισαν να εφαρμόζονται *προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης* τα οποία είναι:

- Ø Η υγειονομική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο μαστού βοηθάει στην πρόληψη του, π.χ. οι διατροφικές συνήθειες και η σχέση τους με τον καρκίνο μαστού.
- Ø Η προσπάθεια ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. γυναικών που εργάζονται σε ακτινολογικά εργαστήρια) γίνεται με την λήψη ειδικών μέτρων, σχετικών με την φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.
- Ø Η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα σε εθνικούς και διεθνείς κανονισμούς. (Κυριακίδου Θ.Ε., 2005)

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

- Û Η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.
- Û Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40^ο έτος.
- Û Η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.
- Û Η ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση.
- Û Η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα.
- Û Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιοριστούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.
- Û Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού.
- Û Η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωση των ασχολούμενων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.

Ü Η αναγνώριση του ρόλου του νοσηλευτή στον τομέα της διαφώτισης και απασχόλησης νοσηλευτών, καθώς και στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού. (Κυριακίδου Θ.Ε., 2005)

6.2.2. Εφαρμογή προγραμμάτων και μέτρων δευτερογενούς πρόληψης

Όταν δεν υπάρχουν ή δεν έχουν εφαρμοσθεί μέτρα για την πρωτογενή πρόληψη, η επίδραση του αιτιολογικού παράγοντα στον άνθρωπο δημιουργεί μια αλυσίδα από βλάβες, που οδηγούν τελικά στην εμφάνιση της νόσου, η οποία εκδηλώνεται με υποκειμενικά συμπτώματα και αντικειμενικά σημεία. Η μετάβαση της ασθενούς στο γιατρό γίνεται κατά κανόνα αφού εκδηλωθεί η νόσος και τότε μπορεί να είναι πολύ αργά γιατί οι βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες. Στη δευτερογενή πρόληψη γίνεται προσπάθεια να διαγνωστεί η ύπαρξη νόσου έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανισθούν τα συμπτώματα, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε βαριές και ανίατες μορφές. Επομένως η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά, το χάσιμο του χρόνου κ.ά. είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμα χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που υπάρχουν στη διάθεση του για πρόληψη. (www.cancer.gr), (Κυριακίδου Θ.Ε., 2005)

Τρόποι προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) είναι οι εξής:

1) Μηνιαία αυτοεξέταση:

Για όλες τις γυναίκες άνω των 20 ετών. Γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση θα έπρεπε να κάνουν αυτή την εξέταση 5 μέρες μετά το τέλος της περιόδου. Μετά την εμμηνόπαυση πρέπει να κάνουν αυτοεξέταση την ίδια ημέρα κάθε μήνα.

2) Φυσική εξέταση:

Θα πρέπει να γίνεται από ένα γιατρό κάθε 3 χρόνια για γυναίκες μεταξύ 20 και 40 ετών και κάθε χρόνο για γυναίκες άνω των 40 ετών.

3) Μαστογραφία:

Οι μέθοδοι της σημερινής μαστογραφίας χρησιμοποιούν ειδικό εξοπλισμό με φιλμ και οθόνη και αποκαλύπτει το μαστό σε 0,02 CGy σε δύο όψεις. Συνίσταται σε

γυναίκες από 35-39 ετών η βασική μαστογραφία, ενώ από 40 ετών και μετά, συνίσταται σε όλες τις γυναίκες ανά 1-2 χρόνια. Αν εκτεθεί κανείς σε ακτινοβολία 1 CGy τότε αυξάνονται οι πιθανότητες να αποκτήσει καρκίνο μαστού σε συχνότητα έξι άτομα ανά 1.000.000 πληθυσμού. (Μαζάκα Α., 2007), (Μαρκόπουλος Χ., 2007)

Επιδημιολογικά στοιχεία του NCI (National Cancer Institute) δείχνουν ότι:

- Û Ετήσιες μαστογραφίες έχει αποδειχτεί ότι μειώνουν τη θνησιμότητα του καρκίνου μαστού σε γυναίκες άνω των 50 ετών.
- Û Η μέθοδος ACS προτείνει να γίνεται μια μαστογραφία σε γυναίκες ηλικίας 35-39 χρόνων και μαστογραφία κάθε 1 ή 2 χρόνια σε ειδικές κατηγορίες γυναικών ηλικίας 40-49 ετών (με προδιάθεση, οικογενειακό ιστορικό, προηγούμενη προσβολή του έτερου μαστού κτλ) και μια ετησίως σε ασυμπτωματικές γυναίκες 50 ετών και άνω.
- Û Το NCI δεν κάνει καμία πρόταση για μαστογραφία πριν τα 50 χρόνια αλλά προτείνει ετήσια μαστογραφία μετά τα 50.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος του μαστού, περιλαμβάνει διάφορες εξετάσεις - για την ανίχνευση διαφόρων ανωμαλιών του μαστού, και όχι μόνο για τη διάγνωση κακοηθών νεοπλασιών, όπως ο καρκίνος μαστού.

Η εξέταση του μαστού περιλαμβάνει:

- 1) Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό)
- 2) Αυτοεξέταση μαστού ανά μήνα
- 3) Γενική Φυσική εξέταση
- 4) Κλινική εξέταση (επισκόπηση, ψηλάφηση)
- 5) Αιματολογικές εξετάσεις
- 6) Ακτινολογικές εξετάσεις (μαστογραφία)
- 7) Βασική μαστογραφία (35-39 ετών)
- 8) Μαστογραφία ανά 1-2 έτη σε γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών ή ανά έτος σε γυναίκες 50 ετών και άνω. (www.cancer.gr)

6.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι νοσηλεύτες παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη του καρκίνου του μαστού, διότι η ολιστική τους προοπτική τους καθιστά ικανούς να επέμβουν για ασθενείς σε όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας. Είναι ικανοί να εκτιμήσουν όχι μόνο την υγεία των γυναικών αλλά, χρησιμοποιώντας την ανώτερη γνώση και πρακτική ειδικότητά τους, μπορούν να ενημερώσουν τις γυναίκες για τους καρκινογόνους παράγοντες και να οργανώσουν προγράμματα που στοχεύουν στην έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση. (Κονιάρη Ε., 1991)

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

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

Είναι σημαντικό ότι στις γυναίκες οι οποίες βρίσκονται στον υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο μαστού πρέπει να δοθούν πληροφορίες που χρειάζονται για να αποφασίσουν για την υγεία τους. (Κονιάρη Ε., 1991)

- § Η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.
- § Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40^ο έτος.
- § Η αναγνώριση του ρόλου του νοσηλευτή στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση νοσηλευτών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.
- § Η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των ασχολουμένων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν στον καρκίνο του μαστού.
- § Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιοριστούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.
- § Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου. (Κονιάρη Ε., 1991)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

7.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού, περιλαμβάνει διάφορες διαγνωστικές μεθόδους, προκειμένου να οδηγήσει τον θεράποντα γιατρό σε συμπεράσματα, που έχουν να κάνουν με την καλοήθεια ή την κακοήθεια της νόσου, την επιλογή θεραπείας, την αρμόζουσα φαρμακευτική αγωγή και μια πρώτη προσέγγιση για την πρόγνωση της νόσου.

Για να καταστεί βεβαία, η ύπαρξη ή όχι κακοήθειας και ο βαθμός εξάπλωσης καρκινικών κυττάρων (δήθηση ή μετάσταση), η ασθενής πρέπει να ακολουθήσει μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων.

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού, μπορεί να γίνει με διάφορες μεθόδους οι οποίες διαχωρίζονται σε:

- Ø Κλινικές μεθόδους
- Ø Εργαστηριακές μεθόδους
- Ø Απεικονιστικές μεθόδους
- Ø Εγχειρητικές μεθόδους. (www.wikipedia.org), (www.hygeia.gr)

7.2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Η κλινική εξέταση που γίνεται από έναν έμπειρο ειδικό γιατρό, συνήθως μαστολόγο, μπορεί να φανεί ιδιαίτερα χρήσιμη στη διάγνωση, καθώς με αυτό τον τρόπο μπορούν να διαγνωστούν σχεδόν το 70% των καρκίνων του μαστού.

Στην κλινική εξέταση του μαστού η ασθενής εξετάζεται σε διάφορες θέσεις και στάσεις του σώματος και καταγράφεται προσεκτικά κάθε ύποπτη μάζα, ογκίδιο ή παθολογικό εύρημα, καθώς και εμφανή σημεία ή συμπτώματα ύπαρξης κακοήθειας (φλεγμονή, οίδημα, ορρώδης ή αιματηρή έκκριση, εξέλκωση, ανύψωση του πάσχοντος μαστού, κ.τ.λ.).

Η κλινική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει βεβαίως και έλεγχο άλλων σημείων του σώματος, όπως η πύελος και αξιολόγηση σημείων καρκίνου σε περιοχές όπως το δέρμα, οι λεμφαδένες και το ήπαρ.

Σε αυτή τη μέθοδο εξέτασης, ο εξεταστής πρέπει να λάβει υπόψιν ορισμένα στοιχεία, που θα τον βοηθήσουν στην έκβαση της διάγνωσης, όπως: Η ηλικία της άρρωστης, η ύπαρξη ή όχι εμμηνορυσίας, ο χρόνος εμφάνισης του όγκου και η εντόπισή του. Επιπροσθέτως, έχει ιδιαίτερη διαγνωστική αξία αλλά απαιτεί μεγάλη προσοχή η διαπίστωση ύπαρξης εισολκής του δέρματος του μαστού ή της θηλής ή η εκτροπή της, η ύπαρξη ή όχι οιδήματος, κάθε είδους έκκριση από τη θηλή, αιματηρή ή υδαρή, η οποία επιβάλλεται να ελέγχεται κυτταρολογικά και η ψηλάφηση της μασχάλης και των υπερκλειδίων λεμφαδένων. (www.cancer.gr), (www.http://surgeon.gr., 2007)

Τέλος, μεγάλη σημασία έχει και ψηλάφηση του μαστού από κάποιο έμπειρο ειδικό μαστολόγο, ο οποίος θα μπορούσε να διαπιστώσει:

- i. Την ακριβή έκταση του αδένου και διερευνώντας με λεπτομερή ψηλάφηση να ανακαλύψει την ύπαρξη τυχόν ογκιδίου.
- ii. Το μέγεθος του όγκου που εξαρτάται από την ηλικία του και την εξελικτικότητά του στον οργανισμό της πάσχουσας.
- iii. Τη σύσταση του όγκου (μαλακή, ξηλώδης, κυστική, σκληρή κ.ά.).
- iv. Το βαθμό κινητικότητας του όγκου (οι κακοήθεις όγκοι είναι συνήθως ακίνητοι, καθηλωμένοι λόγω της διηθητικής τους τάσης).
- v. Τον ακριβή καθορισμό της θέσης του όγκου στο μαστό (55% στο άνω και έξω τεταρτημόριο, 10% στο κάτω και έξω, 15% στο άνω και έσω, 5% στο κάτω και έσω, 15% στο κέντρο της θηλής). (www.wikipedia.org), (www.http://surgeon.gr), 2007)

7.3. ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Στις εργαστηριακές εξετάσεις, περιλαμβάνονται εξετάσεις αιματολογικές, κυτταρολογικές και όπου υπάρχει η δυνατότητα, ο έλεγχος του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου-CEA και του 15-3.

- i) **Αιματολογικές:** Μέτρηση της ταχύτητας καθίζησης ερυθρών, ύπαρξη αναιμίας ή όχι, μέτρηση τιμών ασβεστίου, φωσφόρου, αλκαλικής και όξινης φωσφατάσης, LDH, SGOT και αναλόγως την περίπτωση και την κρίση του

θεράποντος γιατρού ενδέχεται να συστηθούν και άλλες αιματολογικές εξετάσεις.

- ii) **Κυτταρολογικές εξετάσεις:** Περιλαμβάνουν τον εργαστηριακό έλεγχο των επιχρισμάτων έκκρισης της θηλής, μα δεν αποτελούν πάντοτε αξιόπιστο παράγοντα στη διάγνωση.
- iii) **Έλεγχος του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA):** Ο κλινικά εύκολος έλεγχος του CEA, όπου παρατηρείται αύξησή του στον ορό του αίματος πάνω από 5mg/ml, αποτελεί έναν αξιόπιστο παράγοντα στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, στη σταδιοποίησή του, στη θεραπευτική αντιμετώπιση και στην εξακρίβωση υποτροπών ή μεταστάσεων. Έτσι, στο πρώτο στάδιο του καρκίνου του μαστού, το CEA είναι αυξημένο σε συχνότητα 14,8%, στο δεύτερο στάδιο σε συχνότητα 23,7%, στο τρίτο στάδιο σε 40,5% και στο τέταρτο στάδιο σε 73,1%. Σήμερα δεν θεωρείται τόσο αξιόπιστος δείκτης και χρησιμοποιείται περισσότερο, η μέτρηση του αντιγόνου. (www.hygeia.gr)

7.4. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

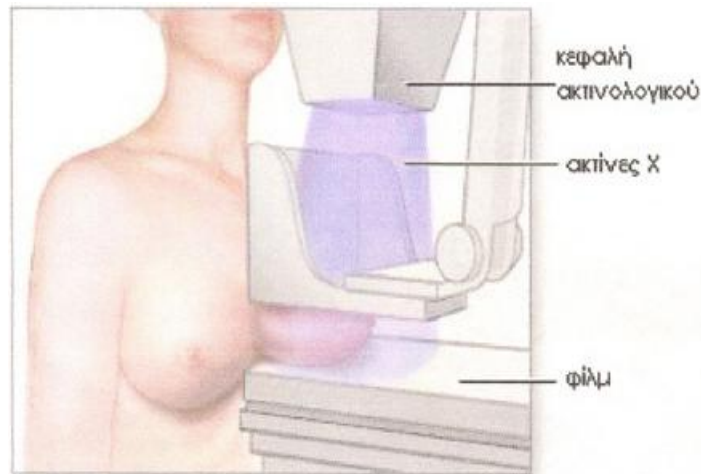
Στις απεικονιστικές εξετάσεις περιλαμβάνονται η μαστογραφία, το υπερηχογράφημα, η αξονική τομογραφία, η θερμογραφία και το σπινθηρογράφημα οστών.

i. Μαστογραφία

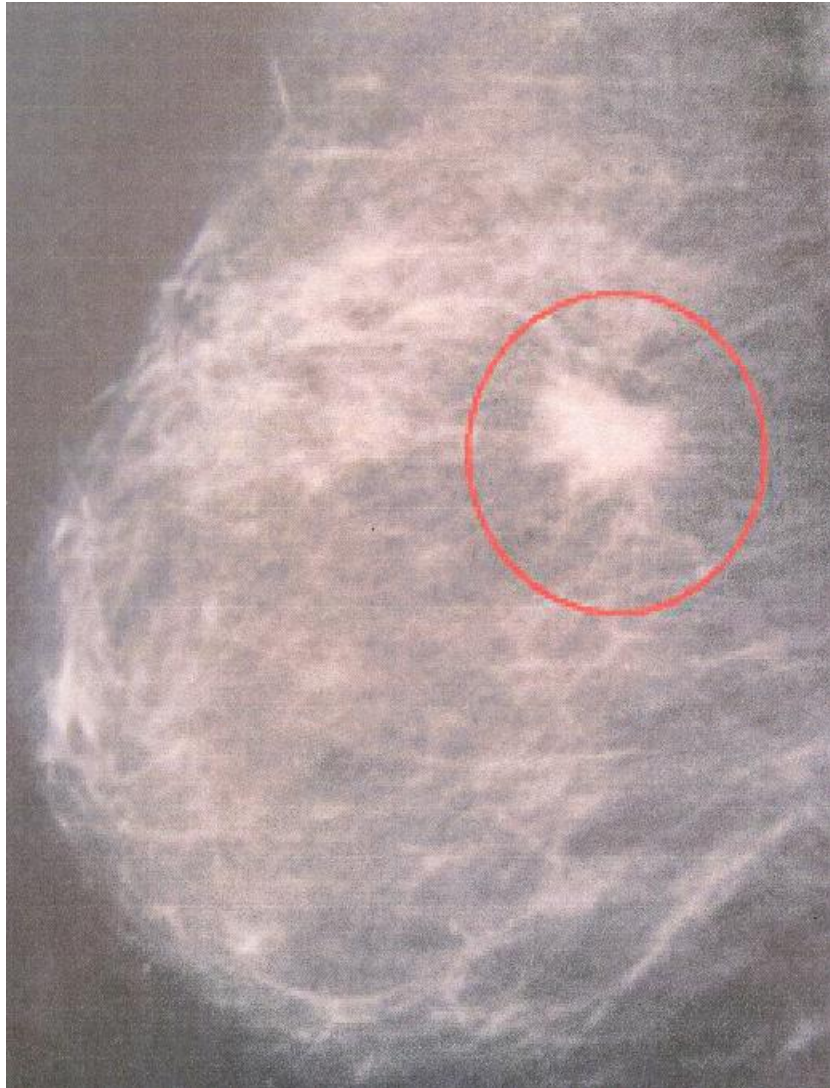
Με την μαστογραφία μπορούν να εντοπιστούν όγκοι που δεν γίνονται αντιληπτοί με την ψηλάφηση και αυτό είναι και το μεγαλύτερο προσόν της μαστογραφίας: ο έγκαιρος εντοπισμός όγκων. Συνίσταται σε γυναίκες άνω των 50 ετών και σε γυναίκες άνω των 40 ετών με οικογενειακό ιστορικό ή έκθεση σε επιβαρυντικούς παράγοντες. Η μαστογραφία είναι ανώδυνη και γίνεται με έκλυση πολύ χαμηλής δόσης ακτινοβολίας (ακτίνες X). Ο όγκος εμφανίζεται με ανομοιόμορφη πυκνότητα της σκιάς του, ανώμαλα όρια και πολλαπλές επασβεστώσεις. (www.greece.flash.gr), (www.surgicaloncology.org)



Εικόνα 1. Ο τρόπος με τον οποίο η ασθενής εξετάζεται στον μαστογράφο
(www.breastcancer.org)



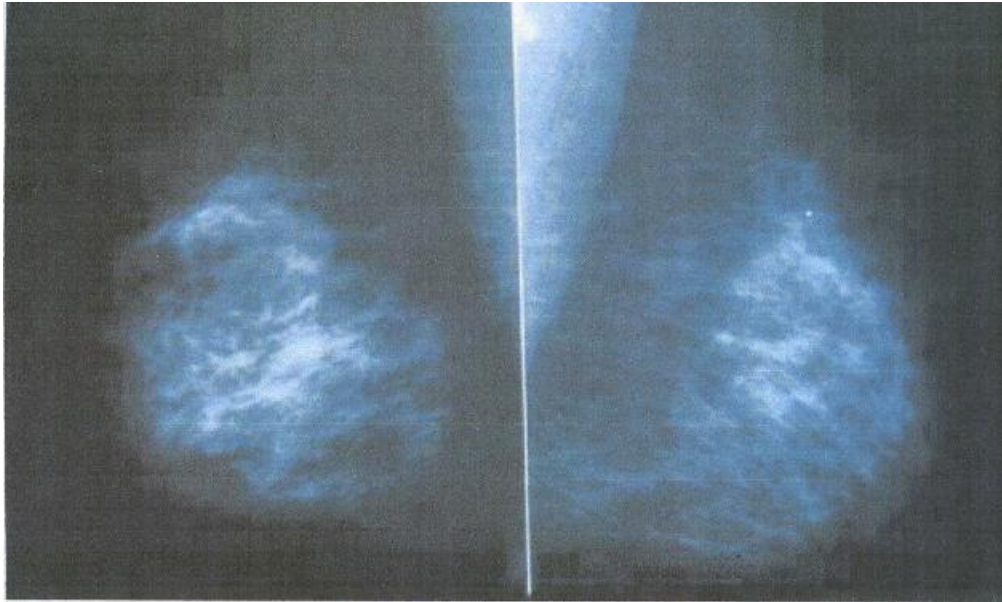
Εικόνα 2. Κάθε μαστός συμπιέζεται κάθετα και οριζόντια και λαμβάνονται οι
ανάλογες λήψεις(www.breastcancer.org)



Εικόνα 3. Μαστογραφία καρκίνου. Παρατηρείστε το ανώμαλο περίγραμμα που θυμίζει ακτινωτό άστρο(www.breastcancer.org)

Ο ετήσιος μαστογραφικός έλεγχος, έχει βρεθεί ότι μειώνει την θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού κατά 24%.

Αυτό είναι σημαντικότερο νούμερο, αν αναλογιστούμε ότι ο καρκίνος του μαστού είναι για τις γυναίκες, ο πρώτος σε συχνότητα καρκίνος και αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις Δυτικές κοινωνίες. (www.hygeia.gr), ([www.surgical oncology.org](http://www.surgicaloncology.org))

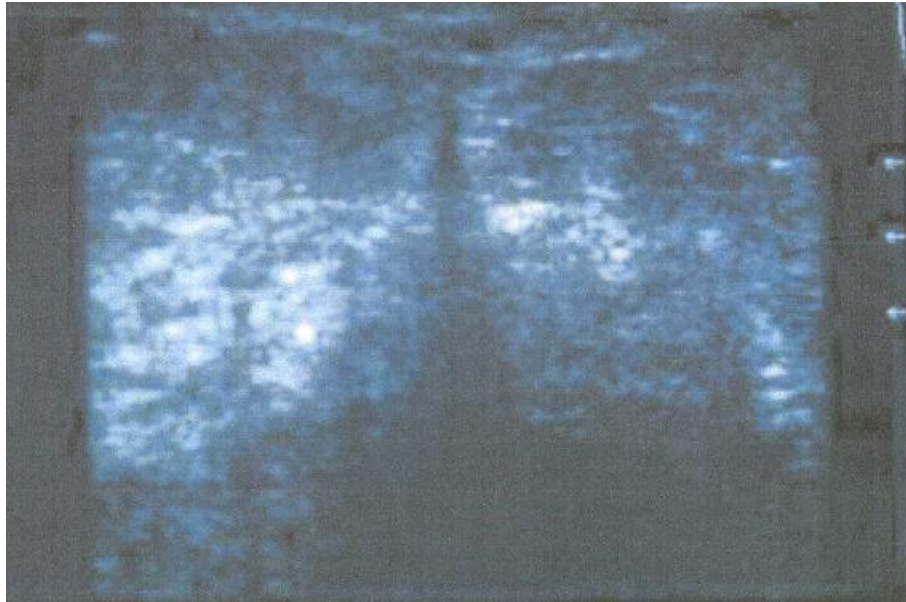


Εικόνα 4. Απεικόνιση μαστογραφίας ([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)

ii. Υπερηχογράφημα (U/S) μαστού

Το υπερηχογράφημα (U/S-ultrasound ή sonography) είναι μια απλή εξέταση, η οποία χρησιμοποιεί ηχητικά κύματα υψηλής συχνότητας για να σχηματίσει μια εικόνα του μαστού. Τα ηχητικά αυτά κύματα, μεταδίδονται μέσα στο μαστό και αντανακλώνται όταν βρουν εμπόδιο. Είναι μία απλή μέθοδος, αρκετά γρήγορη και εντελώς ανώδυνη.

Συνίσταται περισσότερο σε νεαρότερες ηλικίες (20-30 ετών), όπου δεν επιτρέπεται η μαστογραφία. Αποτελεί επίσης, συμπληρωματική μέθοδο διάγνωσης, συνδυασμένη είτε με μαστογραφία, είτε με κάποια άλλη διαγνωστική μέθοδο.



Εικόνα 5. Απεικόνιση υπερηχογραφήματος (U/S) μαστού ([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)

Το υπερηχογράφημα, είναι αρκετά ευαίσθητο και με ποσοστό ακρίβειας 95%, μπορεί να ξεχωρίσει για παράδειγμα, τη διαφορά ανάμεσα σε έναν συμπαγή όγκο και μια κύστη, καθώς και να προσδιορίσει την καλοήγη ή την κακοήγη φύση μιας συμπαγούς μάζας. Συνίσταται σε γυναίκες ηλικίας 20-30 ετών και μόνο σε ψηλαφητούς όγκους ή ως συμπληρωματική μέθοδο διάγνωσης της μαστογραφίας.

iii. Θερμογραφία

Η θερμογραφία είναι επίσης μια απλή εξέταση, ανώδυνη και ακίνδυνη, συγκριτικά με άλλες μεθόδους διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Διάφορες παθήσεις του μαστού, είτε καλοήθειες, είτε κακοήθειες, συνδέονται με αυξημένη θερμοκρασία του πάσχοντος σημείου, διότι ο καρκίνος αποτελεί θερμογενετική εστία και συνήθως εμφανίζει αυξημένη εκπομπή υπέρυθρης ακτινοβολίας. Το φλεβικό αίμα που απάγεται από τον καρκίνο έχει μεγαλύτερη θερμοκρασία από το αρτηριακό και έτσι, η θερμογραφία μπορεί να εντοπίσει τυχόν κακοήθεια. Η θερμογραφία, εκτελείται με τη χρήση υπέρυθρης φωτογραφικής συσκευής, η οποία έχει τη δυνατότητα να καταγράψει αυτές τις διαφορές θερμοκρασίας και να εμφανίσει σημεία ανώμαλης αιμάτωσης, υποδεικνύοντας την κατάσταση των επιπολής και εν τω βάθει φλεβών.



Εικόνα 6. Απεικόνιση παθολογικής θερμογραφίας
([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)

Η θερμογραφία, δεν αποτελεί κύρια μέθοδο διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Χρησιμοποιείται κυρίως, ως συμπληρωματική μέθοδος διάγνωσης, διότι δίνει μεγάλο ποσοστό ψευδών θετικών ή αρνητικών αποτελεσμάτων. Μπορεί να συσταθεί σε ασθενείς με συμπτώματα καρκίνου του μαστού, αλλά χωρίς σαφή σημεία ή σε ασθενείς που βρίσκονται σε κλινικό στάδιο. (www.wikipedia.org), (Παπαδοπούλου Ε., 2007)

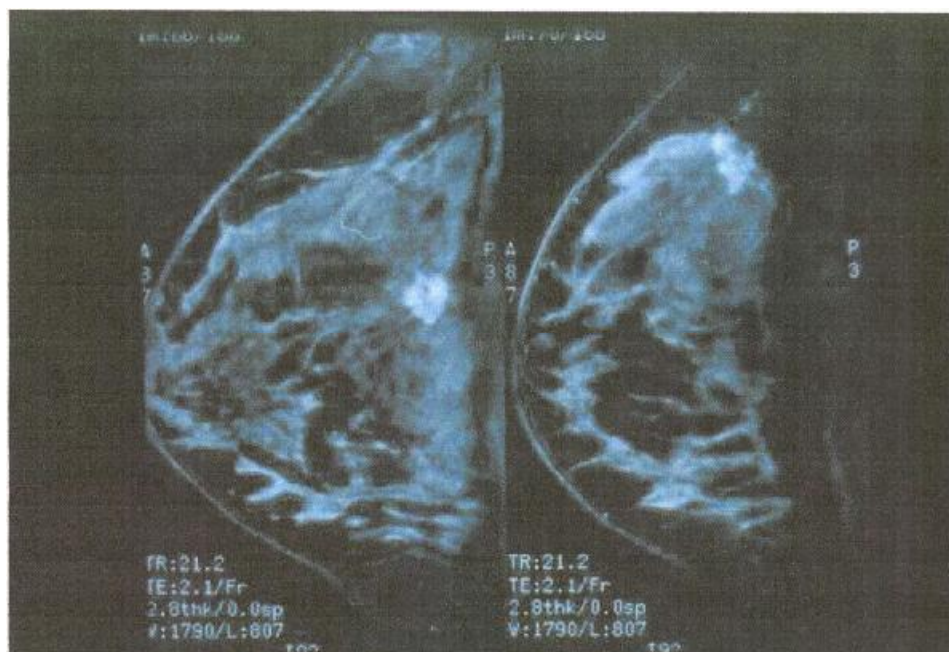
iv. Ξηρογραφία

Η ξηρογραφία είναι ουσιαστικά, η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σεληνίο. Η ξηρογραφία, δεν θεωρείται αξιόπιστη μέθοδος διάγνωσης από μόνη της, διότι η ξηρογραφική εικόνα περιλαμβάνει μόνο ορισμένες οπτικές πυκνότητες και η ποιότητα της εικόνας εξαρτάται από την ποιότητα της πλάκας σεληνίου. Είναι όμως ιδιαίτερα χρήσιμη, στην ακτινογράφιση των μαλακών ιστών, καθώς παρουσιάζει την αντίθεση μεταξύ του όγκου και των ιστών που τον περιβάλλουν, στην απεικόνιση αγγείων, παραμορφωμένων φλαβών, ινωδών αναπτύξεων οστών και αρθρώσεων. (www.wikipedia.org), (www.breastcancer.org)

ν. Αξονική και μαγνητική τομογραφία

Μεγάλη διαγνωστική αξία έχει η αξονική τομογραφία, σε περίπτωση υποψίας μεταστάσεων. Τότε, συνίσταται συνήθως αξονική κοιλίας για έλεγχο ήπατος, ιδίως εάν είναι αυξημένη η αλκαλική φωσφατάση του ορού, έλεγχο εγκεφάλου, κ.ά. (www.wikipedia.org), (www.surgicaloncology.org)

Η μαγνητική τομογραφία (MRI-Magnetic Resonance Imaging), είναι επίσης μια απεικονιστική μέθοδος διάγνωσης που εκτελείται με τη χρήση ενός μαγνήτη που είναι συνδεδεμένος με έναν υπολογιστή. Ο ηλεκτρονικός υπολογιστής δημιουργεί εκατοντάδες λεπτομερείς εικόνες του μαστού, από τη μια άκρη έως την άλλη (side-to-side), από την κορυφή έως τον πυθμένα του μαστού (top-to-bottom) και από το εμπρός μέρος του έως το πίσω (front-to-back).

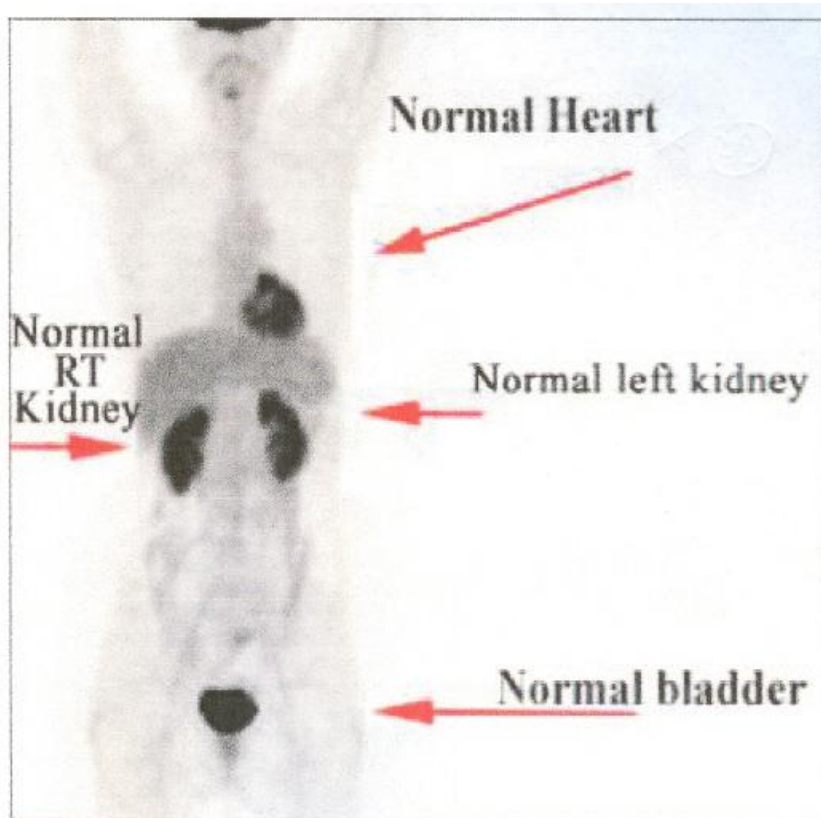


Εικόνα 7. Απεικόνιση μαγνητικής τομογραφίας (MRI). Πιο καθαρά στην αριστερή, αλλά και στη δεξιά εικόνα, διακρίνεται ο όγκος (www.http://surgeon.gr, 2007)

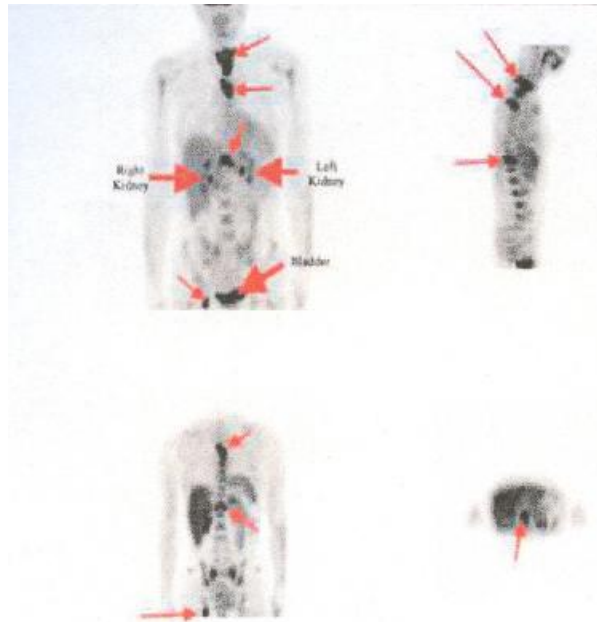
Η μαγνητική τομογραφία, όπως και η αξονική χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική μέθοδος διάγνωσης, είναι αρκετά αξιόπιστη, διότι αναδεικνύει αρκετά μεγάλους όγκους (3-5 εκατοστών), αλλά όμως όχι μικρότερους (κάτω των 3 εκατοστών). Επομένως, δεν ενδείκνυται, σε μη ψηλαφητούς όγκους ή σε ασθενείς σε προκαρκινική φάση. (www.nci.com, 2006), (www.hygeia.gr)

vi. Ποζιτρονική τομογραφία (PET Scan)

Ο τομογράφος ποζιτρονικής εκπομπής (PET Scan-Positron Emission Tomography Scan), είναι ένας αναλυτής συνδεδεμένος με ηλεκτρονικό υπολογιστή, ο οποίος καταγράφει εικόνες των χημικών αλλαγών, που λαμβάνουν χώρα στους ιστούς. Αρχικά, χορηγείται στον ασθενή ένα ενέσιμο διάλυμα που περιέχει ένα συνδυασμό σακχάρου και μίας ελάχιστης ποσότητας ραδιοενεργού ουσίας. Το ραδιοενεργό σάκχαρο που δημιουργείται, έχει την ιδιότητα να εντοπίζει τον όγκο, εξαιτίας της τάσης των καρκινικών κυττάρων στον πάσχοντα ιστό, να απορροφούν το σάκχαρο γρηγορότερα σε σχέση με άλλους ιστούς του σώματος. Μετά από 45 λεπτά από τη χορήγηση του διαλύματος, ο ασθενής, παίρνει θέση στον ποζιτρονικό τομογράφο, ο οποίος χρησιμοποιείται ουσιαστικά για την ανίχνευση της ακτινοβολίας. Εάν υπάρχει όγκος, το ραδιοενεργό σάκχαρο συσσωρεύεται εκεί. Ο ποζιτρονικός τομογράφος μεταφέρει τα δεδομένα στον ηλεκτρονικό υπολογιστή, ο οποίος μεταφράζει τις πληροφορίες που δέχεται σε εικόνες και ένας ειδικός ραδιολόγος-ακτινολόγος τις ερμηνεύει. (www.hygeia.gr), (www.iatronet.gr, 2007)



Εικόνα 8. Φυσιολογική ποζιτρονική τομογραφία. Παρουσιάζονται φυσιολογικά, η καρδιά, οι νεφροί και η ουροδόχος κύστη (www.cancer.gr)



Εικόνα 9. Ποζιτρονική τομογραφία σε ασθενή με καρκίνο μαστού όπου έχει κάνει μετάσταση στα οστά. Τα λεπτά τόξα δείχνουν, τις κακοήθεις μεταστάσεις στη σπονδυλική στήλη και τα οστά της λεκάνης, ενώ τα πιο παχιά τόξα, παρουσιάζουν φυσιολογικά τους νεφρούς και την ουροδόχο κύστη (www.cancer.gr)

Η ποζιτρονική τομογραφία, είναι σημαντική για τη διάγνωση μιας μάζας στο μαστό και τον σαφή καθορισμό της ως καρκινικής ή μη. Παρόλα αυτά, θεωρείται πιο ακριβής και χρησιμοποιείται περισσότερο για τον εντοπισμό μεγαλύτερων και πιο επιθετικών όγκων, παρά για όγκους ίσους ή μικρότερους των 8mm ή λιγότερο επιθετικούς. Το πλεονέκτημα όμως, της ποζιτρονικής τομογραφίας είναι ότι μπορεί να ανιχνεύσει τον καρκίνο, όταν άλλες απεικονιστικές μέθοδοι δεν μπορούν και ότι, φαίνεται ιδιαίτερα χρήσιμη στην εκτίμηση και σταδιοποίηση καρκίνου που έχει ανακάμψει και έχει επιστρέψει, συχνά δριμύτερος. (www.hygeia.gr), (www.surgicaloncology.org)

vii. Σπινθηρογράφημα

Το σπινθηρογράφημα θεωρείται αξιόπιστη μέθοδος διάγνωσης, ιδιαίτερα όταν συνδυαστεί και με άλλες διαγνωστικές μεθόδους, όπως τη μαστογραφία. Το σπινθηρογράφημα, συνίσταται απαραίτητα σε περιπτώσεις σημείων ή συμπτωμάτων μετάστασης στο ήπαρ ή τα οστά, κυρίως όταν βρεθεί αυξημένη, **α)** η υδροξυπρολίνη στα ούρα, που δίνει υποψίες μετάστασης στα οστά και **β)** η αλκαλική φωσφατάση στο αίμα, που δίνει υποψίες μετάστασης στα οστά και το συκώτι.

Το σπινθηρογράφημα, έχει το πλεονέκτημα να αποκαλύπτει τις οστικές αλλοιώσεις αρκετό καιρό πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά και δίνει πολύ καλή απεικόνιση του αριθμού και των θέσεων των μεταστάσεων. Χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις κακοηθών όγκων του μαστού, αλλά και σε όλες τις περιπτώσεις κακοηθών νεοπλασιών γενικότερα. (www.nci.com, 2006), (www.medlook, 2006)

7.5. ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Στις μεθόδους εγχειρητικής εξέτασης περιλαμβάνονται τρεις τύποι βιοψίας: i) η παρακέντηση με λεπτή βελόνη, ii) η βιοψία με χονδρή βελόνη, iii) η ανοιχτή χειρουργική βιοψία και iv) η στερεοστατική βιοψία. (www.womanshealth.gr), (www.mastologia.gr, 2008)

i. Παρακέντηση με λεπτή βελόνη (FNA)

Η παρακέντηση με λεπτή βελόνη είναι μια διαδικασία κατά την οποία, διαμέσου μιας πολύ λεπτής βελόνας (17-18G), που είναι εφαρμοσμένη σε σύριγγα (20-50cc), γίνεται αναρρόφηση κυττάρων από το ογκίδιο στον προσβεβλημένο μαστό και πραγματοποιείται κυτταρολογικός έλεγχος. Εάν μετά από την αναρρόφηση, η κύστη ή ογκίδιο που υπήρχε πριν, εξαφανιστεί και δεν ξανασηματιστεί, δεν χρειάζεται άλλος έλεγχος ή θεραπεία. Εάν όμως, μετά την αφαίρεση του υγρού παραμείνει κάποια μάζα, πρέπει να ληφθεί με βιοψία τεμάχιο ιστού για μικροσκοπική εξέταση. Το ίδιο συνίσταται και σε περιπτώσεις, όπου βρεθούν ανώμαλα κύτταρα στο αναρροφηθέν υγρό, όπου κατά την αναρρόφηση ληφθεί αιματηρό υγρό, όταν δεν γίνεται αναρρόφηση καθόλου (στερεή μάζα) ή εάν η μάζα επανεμφανιστεί εντός 2-3 εβδομάδων. (Engram B., 1997), (Μαλγαρινού Μ.Α., 2003)

Κάποιες φορές, όταν η μάζα που ψηλαφάται ή που φαίνεται σε κάποια απεικονιστική μέθοδο διάγνωσης είναι πολύ μικρή, η εξέταση αυτή (FNA) γίνεται σε ακτινολογικό τμήμα, διότι κρίνεται απαραίτητη η βοήθεια κάποιας ακτινογραφίας ή υπερηχογραφήματος, για την καθοδήγηση του γιατρού στο ακριβές σημείο όπου βρίσκεται το ογκίδιο και την κατάλληλη επιλογή μεγέθους και τύπου βελόνης που θα χρησιμοποιηθεί.

Η παρακέντηση με λεπτή βελόνη (FNA), συνδυάζεται πάντα με κάποια άλλη διαγνωστική μέθοδο, διότι μπορεί να δώσει ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα σε

ποσοστό έως και 10%, ενώ ψευδώς θετικά σε ποσοστό 1-2%. Αυτά τα ποσοστά είναι πολύ μικρότερα στη βιοψία με χονδρύτερη βελόνη. (www.medlook.gr), (www.hygeia.gr)

Μειονεκτήματα της τεχνικής αυτής, είναι αφ' ενός, ότι ο ιστός που λαμβάνεται δεν είναι ο αντιπροσωπευτικός της όλης εξεργασίας και δεν αποκλείεται καρκινωμάτωδη να εναποτεθούν, κατά το πέρασμα της βελόνης από τους ιστούς, σε όργανα ή κοιλότητες. (Μαλγαρινού Μ.Α., 2003)

ii. Βιοψία με χονδρή βελόνη

Αυτή η τεχνική βιοψίας απαιτεί μεγαλύτερη βελόνη από την προηγούμενη τεχνική (PNA) και γίνεται κάτω από τοπική αναισθησία. Διαμέσου μιας βελόνης (25-35G), προσαρμοσμένη σε μια σύριγγα (συνήθως 50cc), λαμβάνεται δείγμα ιστού από την ύποπτη για κακοήθεια μάζα και αποστέλλεται στο ιστοπαθολογικό εργαστήριο. Είναι σχετικά απλή και ακίνδυνη, μπορεί να λάβει χώρα στο εξεταστήριο ή σε ένα ιατρείο και όπως προαναφέρθηκε, έχει χαμηλότερα ποσοστά ψευδώς θετικών ή ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων. (www.hygeia.gr)

iii. Ανοιχτή χειρουργική βιοψία

Σε ορισμένες περιπτώσεις συνίσταται η ανοιχτή χειρουργική βιοψία, δηλαδή η αφαίρεση ολόκληρης της ύποπτης μάζας ή τμήματός της. Η μέθοδος αυτή, προτιμάται εάν δεν είναι διαγνωστικές οι δια βελόνης βιοψίες και συνήθως σε καρκινώματα *in situ*. Εκτελείται σε χειρουργική αίθουσα και μπορεί να γίνει χειρουργική ταχυβιοψία επί τόπου.

Αν το αποτέλεσμα είναι αρνητικό για κακοήθεια, ακολουθεί αποστολή του δείγματος στο ιστοπαθολογικό εργαστήριο για περαιτέρω διερεύνηση, περισσότερες λεπτομέρειες και παθολογοανατομικές πληροφορίες. Αν το αποτέλεσμά της είναι θετικό για κακοήθεια, τότε ακολουθεί άμεσα χειρουργική επέμβαση, ριζικής ή μερικής μαστεκτομής ανάλογα την κάθε περίπτωση. Αυτό προτιμάται από πολλούς χειρουργούς, διότι η ασθενής μπαίνει σε ψυχολογικό στρες για μια φορά μόνο, ταλαιπωρείται λιγότερο εφόσον υφίσταται ένα χειρουργείο και όχι δύο και ο οικονομικός προϋπολογισμός της είναι σαφώς μικρότερος (έξοδα ενός μόνο χειρουργείου, λιγότερα έξοδα νοσηλείας από τις αναλογικά λιγότερες μέρες παραμονής στο νοσοκομείο, έξοδα φαρμακευτικής αγωγής, έξοδα

ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, κ.ά. ([www.surgical oncology.org](http://www.surgicaloncology.org)), (www.mastologia.gr, 2008)

iv. Στερεοστατική βιοψία

Η στερεοστατική βιοψία, είναι μια τεχνική βιοψίας η οποία εκτελείται δια λεπτής βελόνης (17-18G) και με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή λαμβάνονται ακτινολογικές εικόνες.

Η μέθοδος αυτή εξασφαλίζει την τοποθέτηση της βελόνης της βιοψίας στην ακριβή θέση της βλάβης, ώστε να καταστεί δυνατή η λήψη δείγματος ιστού από μικρότερης έκτασης βλάβες ή εντοπισμένες αποτιτανώσεις. (www.iatronet.gr, 2007), (www.wikipedia.org)

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τεχνικών απεικόνισης για διάγνωση Καρκίνου

Μαστού

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

Πίνακας 1 (www.oekk.gr)

7.6. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού προκαλεί κρίση στη ζωή της γυναίκας, η οποία καλείται να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα ζωής. Ο φόβος του θανάτου, η εξάρτηση, η αναπηρία και ο φόβος της εγκατάλειψης είναι τα σημαντικότερα θέματα που την απασχολούν.

Συναισθηματικά βιώνει άγχος, φόβο, θυμό, θλίψη έως και παθητικότητα. Σε μερικές περιπτώσεις είναι προσανατολισμένη στο πρόβλημά της και αναζητά πληροφορίες για τον καρκίνο της, ενώ τις περισσότερες φορές είναι μπερδεμένη, ακινητοποιημένη, ανήμπορη να δράσει. (www.oekk.gr)

Η διάγνωση του καρκίνου αποτελεί αληθινό σοκ, όχι όμως μόνο για τον ασθενή, αλλά και για τους οικείους του. Οι επιπτώσεις του καρκίνου στην ψυχική σφαίρα είναι σημαντικού ενδιαφέροντος ζήτημα, που αποτελεί εδώ και δεκαετίες αντικείμενο μελέτης από γιατρούς και ψυχολόγους και έχει οδηγήσει στην ταξινόμησή τους σε πέντε στάδια (με την πιο γνωστή ταξινόμηση της Elisabeth Kuebber Ross).

Το πρώτο στάδιο είναι η άρνηση της πραγματικότητας. Στο στάδιο αυτό ο ασθενής αμφισβητεί την αλήθεια που του ανακοινώνεται. Υποθέτει ότι ο γιατρός έχει κάνει λάθος, ζητάει άλλες γνώμες ή ακόμα και αντιμετωπίζει με αδιαφορία το πρόβλημά του, σαν να αφορά κάποιο τρίτο πρόσωπο και όχι τον ίδιο.

Το δεύτερο στάδιο είναι η οργή. Ο ασθενής επαναστατεί κατά των γεγονότων, συχνά και κατά των γιατρών, είτε για την διάγνωση είτε για την καθυστέρηση της διάγνωσης.

Το τρίτο στάδιο είναι η διαπραγμάτευση. Ο ασθενής έχοντας αποδεχθεί την πραγματικότητα, προσπαθεί να εξασφαλίσει την ευαισθητοποιημένη ενημέρωση σχετικά με την διάγνωση περιλαμβάνουν:

- α. Απλή και κατανοητή πληροφόρηση για τη διάγνωση με απλοποιημένες έννοιες όλων των ιατρικών όρων.
- β. Ενημέρωση σχετικά με τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της, η οποία πρέπει να γίνεται σταδιακά.
- γ. Ενημέρωση σχετικά με την πρόγνωση, που πρέπει να βασίζεται στην ελπίδα για το μέλλον. Είναι απαραίτητο να συνειδητοποιήσουν τα μέλη της οικογένειας από την αρχή ότι η ζωή του ασθενή απειλείται άμεσα ή και

απώτερα από την αρρώστια αυτή. Είναι όμως εξίσου σημαντικό να πιστεύουν ότι ο αγώνας που αρχίζει δεν είναι μάταιος και να στηρίζουν τις προσδοκίες τους στην ελπίδα ότι θα γίνει κάθε τι δυνατό για να ξεπεραστεί η αρρώστια.

- δ. Κατανόηση ορισμένων κοινών φυσιολογικών συναισθημάτων και αντιδράσεων, που η οικογένεια εκδηλώνει μπροστά στην διάγνωση. (Κονιάρη, 1991).

Το τέταρτο στάδιο χαρακτηρίζεται από κατάθλιψη. Ο πάσχων, νιώθοντας ότι το πρόβλημά του δεν έχει αντιμετωπιστεί επαρκώς και ικανοποιητικά παρά την μέχρι τώρα θεραπεία και την δική του συνεργασία και στάση, εκδηλώνει δευτερογενή κατάθλιψη, η οποία μπορεί να συνοδεύεται από αυτοκτονικό ιδεασμό που όμως σπανιότατα πραγματοποιείται.

Το πέμπτο στάδιο είναι η ήρεμη αποδοχή της αλήθειας. Έπειτα από την μακρά διαδρομή της νόσου και έχοντας περάσει την εμπειρία της διάγνωσης, των θεραπειών, των υποτροπών, των νέων συμπτωμάτων, των νέων θεραπειών κ.λ.π. ο ασθενής προσπαθεί να συμφιλιωθεί με την ασθένειά του.

Είναι αυτονόητο ότι ούτε όλοι οι ασθενείς περνούν απ' όλα τα στάδια ούτε η αλληλουχία τους είναι πάντοτε η ίδια. Συχνά υπάρχουν παλινδρομήσεις ή και αναμείξεις των αντιδράσεων. (www.ygeio.tonea.gr, 2008)

Ύστερα από αυτήν την μικρή αναφορά των εκδηλώσεων μιας αλληλουχίας συναισθημάτων που σηματοδοτούν τα πέντε στάδια της ψυχολογίας του καρκίνου είναι αναμενόμενο ότι η ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ασθενών με καρκίνο μαστού αποτελεί σήμερα αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας τους. Η στήριξη από ειδικούς επαγγελματίες από την αρχή της διάγνωσης του καρκίνου μέχρι την θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας τους αμβλύνει τις επώδυνες εμπειρίες και συμβάλλει στην επανάκτηση νέων ισορροπιών στην προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή των γυναικών με καρκίνο μαστού. (www.oekk.gr)

7.7. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τις διαγνωστικές εξετάσεις είναι πολύ σημαντικός και έχει μεγάλη σημασία, όχι μόνο για τη διάγνωση και πορεία της θεραπείας, αλλά και για την ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς στην αντιμετώπιση της ασθένειάς της.

Η γυναίκα που έρχεται να εξεταστεί υποψιαζόμενη ότι πάσχει από καρκίνο μαστού, χρειάζεται χρόνο για να προσαρμοστεί αρχίζοντας από τις εξετάσεις διάγνωσης και χρόνο για να γνωρίσει τα μέσα θεραπείας και τις επιλοκές που τυχόν θα παρουσιαστούν.

Ο νοσηλευτής είναι εκείνος που θα δώσει απαντήσεις, θα εξηγήσει, θα συμβουλευσει, θα υποστηρίζει και θα ανακουφίσει την ασθενή.

Με τον δικό του προσωπικό τρόπο θα εξηγήσει στη γυναίκα απλά και κατανοητά τη σημασία του ιστορικού, της επισκόπησης και της ψηλάφησης για τη διάγνωση της ασθένειας. Ακόμη την πληροφορεί για τις εξετάσεις που θα ακολουθήσουν, το σκοπό και τον τρόπο που πρέπει να γίνουν. Μπορεί να απαιτηθούν ειδικότερες εξετάσεις, όπως: ακτινολογικές, σπινθηρογράφημα, θερμογραφία, μαστογραφία κ.λπ.

Μέσα στα καθήκοντα του είναι να συνεργαστεί με το γιατρό για τη σωστή διεξαγωγή και λήψη των εξετάσεων, συμβάλλοντας και ο ίδιος με τις παρατηρήσεις του στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Πρωταρχικό όμως καθήκον και χρέος του νοσηλευτή είναι η ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς. Καθώς επίσης το ειλικρινές ενδιαφέρον του, ο σεβασμός της προσωπικότητας της ασθενούς, την αγάπη και τη συνεχή του παρουσία κατά τη διάρκεια των εξετάσεων με το διάλογο και την υποστήριξη συμβάλλει στην ανακούφιση και στην καθησύχαση της ασθενούς.

Δίνοντας τις πληροφορίες για το σκοπό και την εκτέλεση των εξετάσεών της, βοηθάει στην καλύτερη διεξαγωγή τους και στην κατανόησή τους.

Με τον τρόπο αυτό η ασθενής συνεργάζεται καλύτερα και απαιτείται λιγότερος χρόνος.

Γιατί αισθάνεται γύρω της ανθρώπους που ενδιαφέρονται πραγματικά για την ανακούφιση της, την αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας της. (Βαρσάμη Γ., 2003)

7.8. ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΕΚΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

7.8.1. Τοπική διήθηση

Η τοπική διήθηση του όγκου κατά την ιστολογική εξέταση βρίσκεται πάντοτε ότι είναι μεγαλύτερη από ό,τι υπολογίζεται κατά την εγχείρηση. Για το λόγο

αυτόν, ο χειρουργός πρέπει να βγάζει αρκετό υγιή ιστό μαζί με τον όγκο. Η διήθηση είναι ευκολότερη σε χαλαρούς ιστούς, οι οποίοι διηθούνται εύκολα από τα νεοπλασματικά κύτταρα, γιατί τα τελευταία έχουν ελαττωμένη συγκολλητικότητα, κάνουν αμοιβαδοειδείς κινήσεις και εκκρίνουν πρωτεολυτικά ένζυμα και άλλες λυτικές ουσίες. (Κονιάρη Ε., 1991)

7.8.2. Λεμφική διασπορά

Τα καρκινώματα έχουν μεγάλη τάση να διασπείρονται με τη λεμφική κυκλοφορία. Η διασπορά γίνεται με τη μορφή μικρών αθροίσεων κυττάρων που εμφυτεύονται στους λεμφοκόλπους των λεμφαδένων σαν έμβολα. Αυτός ο τύπος επέκτασης ονομάζεται λεμφική διήθηση και παρατηρείται τοπικά γύρω από τον όγκο. Οι μεταστάσεις αναπτύσσονται πρώτα στους επιχώριους λεμφαδένες και κατόπιν στους λοιπούς.

Η λεμφική διασπορά αποτελεί την κυριότερη οδό μετάστασης του καρκίνου του μαστού. Από τους χειρουργημένους ασθενείς, περίπου 60 -70% εμφανίζουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες της μασχάλης. Σε αρκετό αριθμό περιπτώσεων, παρατηρείται επίσης διήθηση των υπερκλειδίων, των υποκλειδίων και των έσω μαστικών λεμφαδένων. Εφόσον η καρκινωματούδης διήθηση διαπεράσει τον ηθμό, τον οποίο συνιστούν οι λεμφαδένες της μασχάλης και άλλων περιοχών, παρατηρείται εγκατάσταση μεταστάσεων στον υπεζωκότα, το περιτόναιο, τους βουβωνικούς και -στα προχωρημένα στάδια- σε όλους τους λεμφαδένες του σώματος.

Η λεμφική διασπορά του καρκίνου μετατρέπεται σε αιματογενή, όταν τα καρκινικά κύτταρα μέσω του θωρακικού πόρου μπουν στη φλεβική κυκλοφορία. (Κονιάρη Ε., 1991)

7.8.3. Αιματογενής διασπορά

Τα καρκινώματα διασπείρονται με την κυκλοφορία του αίματος, συνήθως στα τελικά στάδια. Ο καρκίνος όμως του μαστού είναι δυνατόν να δώσει πρώιμες αιματογενείς μεταστάσεις. Για την ανάπτυξη μεταστάσεων, απαραίτητη είναι η διήθηση των αγγείων από τα νεοπλασματικά κύτταρα, η απόσπαση εμβόλων και η μεταφορά, η εγκατάσταση και η ανάπτυξή τους στη νέα θέση. Τα καρκινικά κύτταρα

φθάνουν στην κυκλοφορία του αίματος, διηθώντας μικρές φλέβες ή, έμμεσα, με τη λεμφική κυκλοφορία.

Δια της αιματικής οδού, τα καρκινώματα του μαστού εγκαθίστανται κυρίως στους πνεύμονες, το ήπαρ, τα οστά της σπονδυλικής στήλης και της λεκάνης, τον εγκέφαλο, τα επινεφρίδια και άλλα όργανα. Για την ερμηνεία της διασποράς των μεταστάσεων στα οστά χωρίς πνευμονικές μεταστάσεις, υποστηρίχθηκε ότι τα νεοπλασματικά κύτταρα διασπείρονται δια του παρασπονδυλικού φλεβικού δικτύου, το οποίο έχει απευθείας σύνδεση με το μαστό δια των μεσοπλευρίων αγγείων. Οι οστικές μεταστάσεις έχουν στις περισσότερες περιπτώσεις οστεολυτικό χαρακτήρα. (Κονιάρη Ε., 1991)

7.9. ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μεταστάσεις στον καρκίνο του μαστού προκαλούνται με διήθηση των γειτονικών ιστών, κατά μήκος των γαλακτοφόρων πόρων, με το λεμφικό σύστημα και με αιματικά έμβολα. Συχνότερα προσβάλλονται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες (40-50%). Όταν αυτοί ψηλαφηθούν, τότε, τις περισσότερες φορές, υπάρχουν μεταστάσεις στα έσω μαστικά αγγεία, ιδιαίτερα όταν ο καρκίνος εντοπίζεται στο εσωτερικό ημιμόριο του μαστού ή στην κεντρική του μοίρα. Αλλά, και στην εντόπιση του καρκίνου που αφορά στο έξω ημιμόριό του, είναι δυνατό να διηθηθούν οι λεμφαδένες της έσω μαστικής. Σε διήθηση των λεμφαδένων της έσω μαστικής η πρόγνωση είναι βαριά. (Παπανικολάου Ν., 2005)

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

Η πρόγνωση γίνεται βαρύτερη, όταν διηθηθούν οι υπερκλειδίοι λεμφαδένες των μασχαλιαίων, τότε που ο καρκίνος εντάσσεται στο IV στάδιο και είναι ανεγχείρητος.

Οι μεταστάσεις εξαρτώνται από το βαθμό κακοήθειας του νεοπλασματος και από το υπόστρωμα, που τις περιβάλλει. Επί ορμονικούς και ανοσολογικούς παράγοντες από τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου από τα χαρακτηριστικά του μαστικού αδένου, όπως είναι η πυκνότητά του, η αιμάτωση του και το λεμφικό του δίκτυο κ.λπ. (Παπανικολάου Ν., 2005)

Κατά σειρά συχνότητας ο καρκίνος του μαστού προκαλεί μεταστάσεις:

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

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

Αμφοτερόπλευρη εμφάνιση του καρκίνου του μαστού (2%), τις περισσότερες φορές, φαίνεται πως αποτελεί λεμφική μετάσταση από τον ένα μαστό στον άλλο. Αυτό αποδεικνύεται από την ομοιότητα του ιστολογικού τύπου του καρκίνου. Αν, όμως, οι δύο τύποι διαφέρουν, τότε μπορούμε να παραδεχθούμε τη συμπτωματική τους συνύπαρξη.

Οι μεταστάσεις δυνατό να είναι και τοπικές, δηλαδή να αναπτυχθούν αργότερα σε σημείο του μαστού, που υποβλήθηκε σε θεραπεία, εγχειρητική ή συντηρητική. Τέτοιες μεταστάσεις είναι μασχαλιαίες, παραστερνικές και στο θωρακικό τοίχωμα και απαντώνται σε συχνότητα 7-30%. (Παπανικολάου Ν., 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

8.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η απόφαση για την σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε ασθενή. Η θεραπεία θα πρέπει να επιλεγεί σωστά χωρίς βιασύνη και αφού έχουν συγκεντρωθεί όλες οι παράμετροι που χρειάζονται. (Σπηλιώτης Ι., 1999)

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

«Να το πιάσεις σωστά είναι περισσότερο σημαντικό από το να το ξεφορτωθείς γρήγορα».

Η επιλογή της θεραπείας και η πρόγνωση εξαρτάται:

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

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

- § Μέτρηση πρωτεϊνικών υποδοχέων
- § Ανάλυση DNA όγκου
- § Ανάλυση κυτταρικού κύκλου
- § Μέτρηση αυξητικού παράγοντα
- § Ανοσοϊστοχημική μελέτη

Τελικά μετά από όλη αυτή την ανάλυση μιας σειράς παραγόντων, ο ιατρός καλείται να εφαρμόσει μια θεραπευτική προσέγγιση που αντιστοιχεί στην ασθενή του. Συνήθως η εφαρμοζόμενη θεραπεία είναι η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία, η κυτταροστατική θεραπεία, η χημειοθεραπεία, η ανοσοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία. (Σπηλιώτης Ι., 1999)

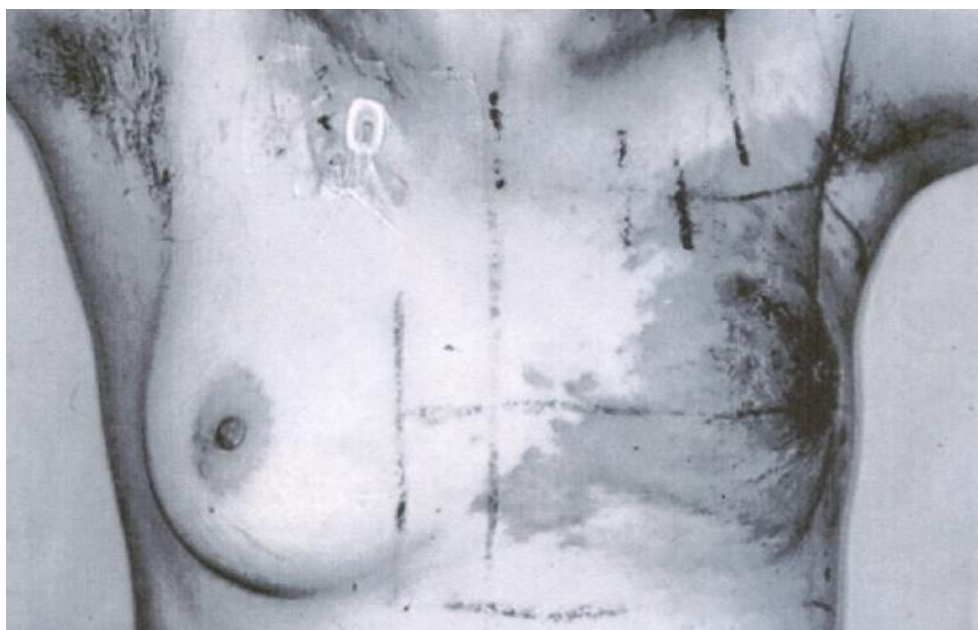
8.2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ένας καρκίνος του μαστού μπορεί να προέρχεται μόνο από τον μαστικό αδένα.

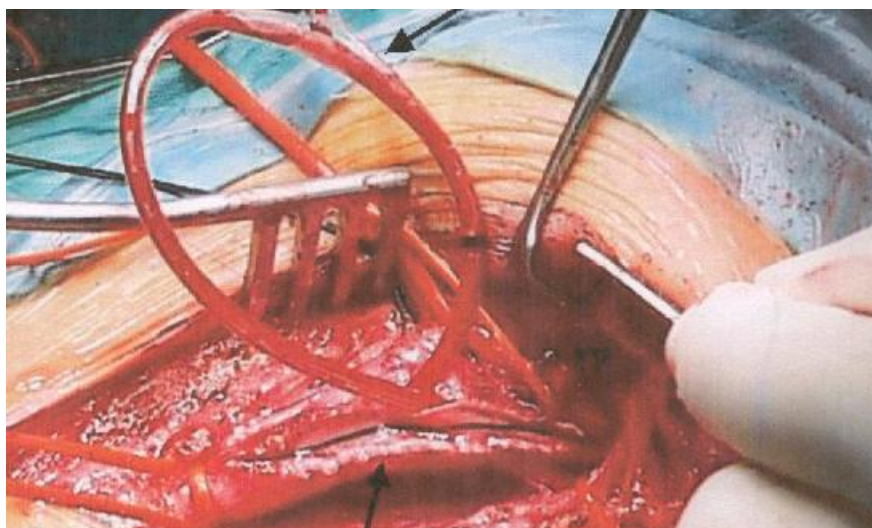
Για το λόγο αυτό είναι η αφαίρεση του μαστικού αδένα ο αποκλειστικός σκοπός μας σε κάθε εγχείρηση καρκίνου του μαστού. Ο επιστημονικός όρος επί του προκειμένου είναι η λέξη «μαστεκτομή» (από τα ελληνικά) ή «Ablatio mammae» (από τα λατινικά).

Τα σημερινά δεδομένα των εγχειρήσεων μαστεκτομής επεκτείνονται σε τρεις βασικές επεμβάσεις. Σε όλες τις επεμβάσεις διενεργείται η αφαίρεση του μαστικού αδένα με τον περίξ αυτού λιπώδη και συνδετικό ιστό. Επιπλέον, αφαιρούνται η θηλή του μαστού και οι λεμφαδένες της μασχαλιαίας κοιλότητας. Η αναγκαιότητα για την αφαίρεση της θηλής του μαστού προκύπτει από την ανατομική της σχέση:

Στην θηλή του μαστού εκβάλλουν όλοι οι γαλακτοφόροι πόροι. Κάθε τμήμα ιστών, το οποίο μέσα στον μαστικό αδένα είναι ελεύθερο, καταλήγει αναντίρρητα στην θηλή του μαστού. Επειδή ο καρκίνος δημιουργείται στον μαστικό αδένα, μπορούν να καταλήγουν καρκινικά κύτταρα, μέσω των γαλακτοφόρων πόρων, απ' ευθείας στη θηλή του μαστού. Για τον λόγο αυτό αποτελεί η θηλή του μαστού σε καρκίνο του μαστού το τμήμα με το μεγαλύτερο κίνδυνο. (Τοκμακίδης Π., 2001), ([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)



Εικόνα 1. Μαστεκτομή ([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)

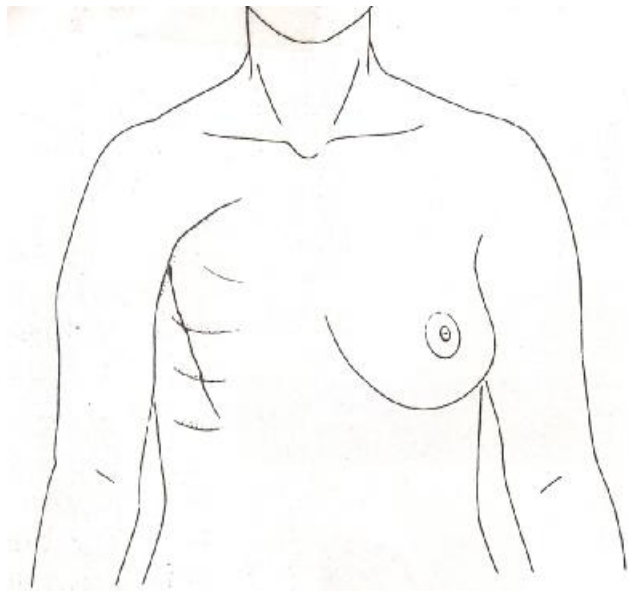


Εικόνα 2. Ακροτηριασμός μαστού ([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)

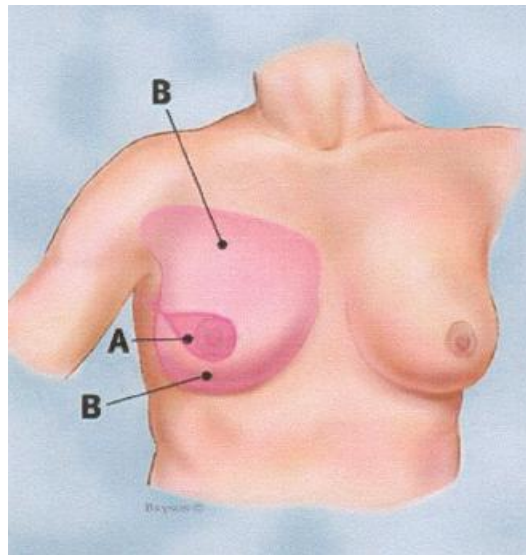
8.2.1. Ριζική μαστεκτομή (κατά Rotter-Halsted)

Αυτή η ριζική μορφή όλων των μαστεκτομών έχει προταθεί από τον Halsted το 1896 και συνεχίζεται να εκτελείται ακόμη και σήμερα από τους περισσότερους χειρουργούς, αλλά σε μικρότερη έκταση. Παράλληλα, προς τον μαστικό αδένα αφαιρούνται ο μείζων και ελάσσων θωρακικός μυς καθώς επίσης και οι λεμφαδένες της μασχαλιαίας κοιλότητας. Από τον μείζονα θωρακικό μυ παραμένει μόνο η κλειδική μοίρα αυτού. Φροντίζουμε να αποφύγουμε τραυματισμό του θωρακοραχιαίου νεύρου και επίσης του μακρού θωρακικού νεύρου του Bell. Η τομή έχει μια λοξή πορεία από άνω και έξω προς τα κάτω και έσω. Η τεχνική της προϋποθέτει τομή του υποδορίου ιστού, της εκφύσεως του μείζονος θωρακικού μυός (εκτός από την κλειδική του μοίρα) και τομή της καταφύσεως του στο βραχιόνιο οστού. Κατόπιν παρασκευάζεται η κατάφυση του ελάσσονος θωρακικού μυός στην κορακοειδή απόφυση, όπου τέμνεται, αφού προηγουμένως διανοιχθεί το πέταλο της κλειδοκορακομασχαλιαίας θήκης.

Στη συνέχεια, αφού κοπεί το οπίσθιο πέταλο της θήκης, λαμβάνει χώρα η απολίνωση όλων των αγγείων που οδηγούν στους θωρακικούς μυς και στον μαστικό αδένα. Τέλος, μετά την εξαίρεση του κυτταρολιπώδους ιστού της μασχαλιαίας κοιλότητας και του επιμελημένου καθαρισμού αυτής, αποκαλύπτονται ο πρόσθιος άνω οδοντωτός μυς, ο υποπλάτιος μυς και ο πλατύς ραχιαίος μυς. Η εγχείρηση αυτή θα πρέπει να επιλέγεται τότε μόνο, όταν ο μυς εμφανίζει μεταστάσεις. Η τομή δεν μπορεί να θεωρηθεί με τα σημερινά δεδομένα ως επίκαιρη. (Τοκμακίδης Π., 2001)



Εικόνα 3. Το πρόσθιο τοίχωμα μετά από ριζική μαστεκτομή κατά *Rotter-Halsted*. Επειδή έχουν αφαιρεθεί ο μείζων και ελάσσων θωρακικός μυς, διαγράφονται κάτω από το δέρμα οι πλευρές. Η λοξή διαδρομή της ουλής τονίζει τον ακρωτηριάζοντα χαρακτήρα αυτής της μεθόδου (Τοκμακίδης Π., 2001)

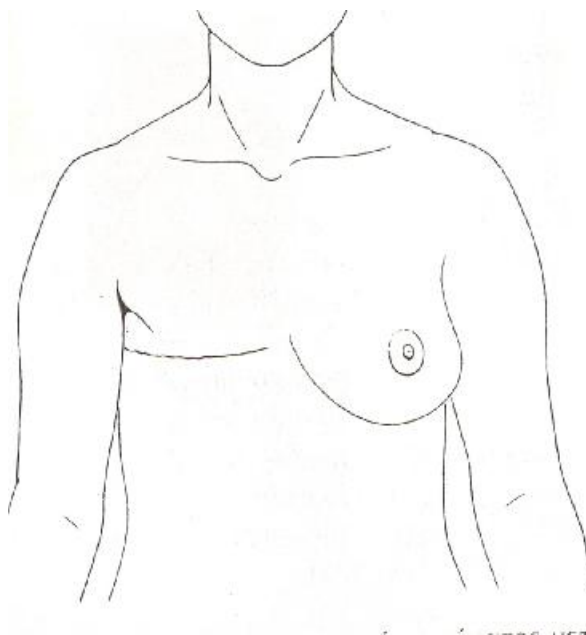


Εικόνα 4. Αφαιρείται όλος ο μαστός, γίνεται πλήρης λεμφαδενικός καθαρισμός και αφαιρούνται και οι μύες του θώρακα κάτω από τον μαστό. Έχει καταργηθεί καθώς έχει τα ίδια αποτελέσματα με την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Χρησιμοποιείται μόνο όταν ο καρκίνος έχει διηθήσει τους μύες του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος (Τοκμακίδης Π., 2001)

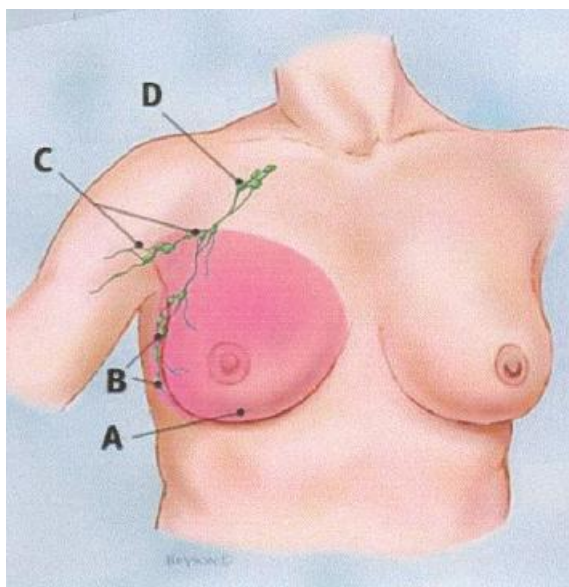
8.2.2 Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (κατά Patey)

Σε αυτήν την ολιγότερο ριζική μαστεκτομή δεν αφαιρείται ο μείζων θωρακικός μυς και επιλέγεται μία οριζόντια τομή. Η αφαίρεση του μαστικού αδένα, του ελάσσανος θωρακικού μυός και ο πλήρης λεμφαδενικός καθαρισμός I, II και III επιπέδου της μασχαλιαίας κοιλότητας διενεργείται όπως και κατά την ριζική μαστεκτομή.

Με τη διατήρηση του μείζονος θωρακικού μυός γίνεται το είδος αυτό της εγχειρήσεως ολιγότερο επιβαρυντικό για την ασθενή και ο θώρακας διατηρεί μια καλύτερη περίμετρο. Η αφαίρεση του ελάσσανος θωρακικού μυός δεν έχει δυσμενείς επιπτώσεις για την κινητικότητα του σύστοιχου βραχίονα. (Τοκμακίδης Π., 2001)



Εικόνα 5. Σχηματική εικόνα πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος μετά από τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή κατά Patey. Κατά τη μέθοδο αυτή διατηρείται ο μείζων θωρακικός μυς. Παρά την επίπεδη επιφάνεια του θώρακα διατηρεί ο θώρακας την περίμετρό του και η οριζόντια ουλή υποπίπτει στην αντίληψη ολιγότερο από ότι η λοξή (Τοκμακίδης Π., 2001)



Εικόνα 6. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Είναι η συχνότερα εφαρμοζόμενη μέθοδος μαστεκτομής. Γίνεται αφαίρεση όλου του μαστού και λεμφαδενικός καθαρισμός μασχάλης επιπέδων I και II

([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)

8.2.3 Περιορισμένη ριζική μαστεκτομή

Αυτή η μέθοδος παριστάνει την πλέον ελαφρά μορφή της μαστεκτομής. Αντιστοιχεί στην από τον Patey υποδειχθείσα μέθοδο, διαφέρει όμως από αυτήν, διότι διατηρείται ο ελάσσων θωρακικός μυς. Η περιορισμένη ριζική μαστεκτομή είναι σήμερα η πλέον εφαρμοσμένη χειρουργική μέθοδος στον καρκίνο του μαστού. Οι δυνατότητες για μία μελλοντική χειρουργική αποκατάσταση του μαστού είναι υπαρκτή και ευνοϊκή. (Τοκμακίδης Π., 2001)

8.2.4. Αφαίρεση των λεμφαδένων

Η πραγματική απειλή σε έναν καρκίνο προέρχεται από τον κίνδυνο των μεταστάσεων. Με τον όρο αυτό αντιλαμβάνεται κανείς την εγκατάσταση καρκινικών κυττάρων σε άλλη θέση του σώματος μέσω της λεμφικής οδού ή των αιμοφόρων αγγείων. Αυτός ο κίνδυνος αυξάνει με την ανάπτυξη του όγκου σε μέγεθος, διότι το αναπτυσσόμενο καρκίνωμα μπορεί να διηθήσει τα λεμφικά και αιμοφόρα αγγεία.

Με τη διάβρωση τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να εισχωρήσουν στα αγγεία και να προκαλέσουν μεταστάσεις. Τα καρκινώματα εμφανίζουν μεταστάσεις πρωτογενώς με τη λεμφική οδό, δηλαδή τα καρκινώματα διαβρώνουν αρχικά τα

λεμφαγγεία. Μέσω των λεμφαγγείων φθάνουν τα καρκινικά κύτταρα στα λεμφογάγγλια, όπου τα κύτταρα κατακρατούνται, δηλαδή στο σημείο αυτό τα λεμφαγγεία «φιλτράρονται» από τα καρκινικά κύτταρα.

Με τον τρόπο αυτό τα λεμφογάγγλια κρατούν τα καρκινικά κύτταρα μακριά από τον υπόλοιπο οργανισμό και παρεμποδίζουν μια αχαλιναγώγητη διασπορά των καρκινικών κυττάρων. Αυτή η προστατευτική λειτουργία επιτυγχάνεται από την δυνατότητα κατακράτησης των λεμφογαγγλίων όσον αφορά τα καρκινικά κύτταρα. Επιπλέον το μεταστατικό καρκίνωμα μπορεί να αναπτυχθεί περαιτέρω και μετά τα λεμφογάγγλια. Όταν τα καρκινικά κύτταρα διαβρώνουν τα τοιχώματα ενός λεμφαγγείου, παρεμβάλλεται το επόμενο λεμφογάγγλιο ως νέο εμπόδιο. Με την διόδο των κυττάρων από τον πρώτο φραγμό των λεμφογαγγλίων αυξάνει ο κίνδυνος μιας γενικής διασποράς των καρκινικών κυττάρων αλματωδώς. (Τοκμακίδης Π., 2001)

Το μεγαλύτερο μέρος των λεμφαγγείων του μαστού καταλήγει στα λεμφογάγγλια της μασχαλιαίας κοιλότητας. Για δύο λόγους αποτελεί η αφαίρεση αυτών των λεμφογαγγλίων το σημαντικό στοιχείο κάθε εγχείρησης του μαστού:

§ Τα λεμφογάγγλια μπορούν να είναι προσβεβλημένα από καρκινικά κύτταρα. Με την αφαίρεση αυτών παρεμποδίζεται ο κίνδυνος μιας περαιτέρω ανάπτυξης ενός των λεμφαδένων και μειώνεται η δυνατότητα μιας γενικής διασποράς των καρκινικών κυττάρων.

§ Η γνώση μιας ενδεχόμενης καρκινικής προσβολής των λεμφογαγγλίων παριστάνει ένα σημαντικό στοιχείο για την αξιολόγηση της παθήσεως και για την απόφαση σχετικά με μία περαιτέρω θεραπεία.

Τα αφαιρούμενα κατά τις διάφορους μεθόδους εγχειρήσεις λεμφογάγγλια ταξινομεί ο χειρουργός σε τρία επίπεδα:

Ø **Επίπεδο I:** Λεμφαδένες στο έξω τμήμα της μασχαλιαίας κοιλότητας.

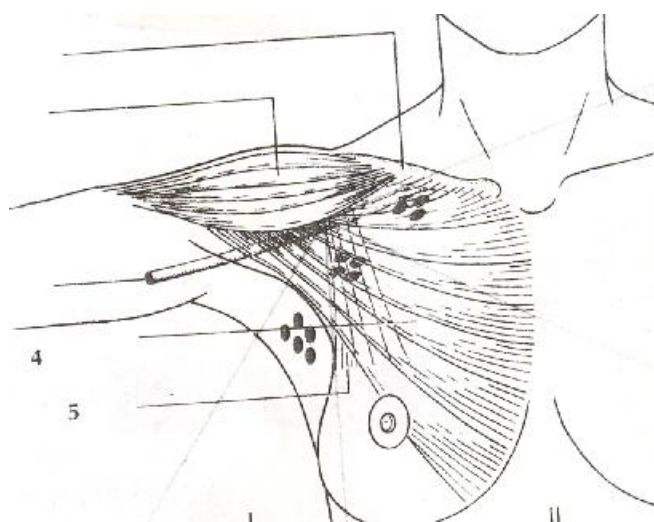
Ø **Επίπεδο II:** Λεμφαδένες στο έσω τμήμα της μασχαλιαίας κοιλότητας κάτω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ.

Ø **Επίπεδο III:** Λεμφαδένες στην υποκλείδια χώρα. (Τοκμακίδης Π., 2001)

Η χειρουργική αγωγή όσον αφορά αυτές τις τρεις ομάδες των λεμφαδένων δεν είναι ενιαία. Η πλειονότητα των ειδικών θεωρεί την αφαίρεση των λεμφογαγγλίων των επιπέδων I και II ως ικανοποιητική. Συνεπώς αφαιρούνται κατά

κανόνα οι λεμφαδένες του επιπέδου I, συχνά του επιπέδου II και σπανίως του επιπέδου III.

Οι λεμφαδένες της μασχαλιαίας φλέβας πρέπει να προσεχθούν και να μην αφαιρεθούν, διότι σε αυτούς εκβάλλουν τα λεμφαγγεία του βραχίονα. Εάν τραυματισθούν τα λεμφαγγεία αυτά, δημιουργείται ένα οίδημα του άνω άκρου, δηλαδή κατακράτηση και αύξηση των υγρών στους ιστούς, το οποίο ονομάζεται λεμφοίδημα. (Τοκμακίδης Π., 2001)



Εικόνα 7. Σχηματική παράσταση των τριών επιπέδων των λεμφογαγγλίων.

1. Κλείδα, 2. Δελτοειδής μυς, 3. Μασχαλιαία αγγεία, 4. Μείζων θωρακικός μυς, 5. Ελάσσων θωρακικός μυς.

α) **Επίπεδο I:** Λεμφογάγγλια στο έξω τμήμα της μασχαλιαίας κοιλότητας

β) **Επίπεδο II:** Λεμφογάγγλια στο έσω τμήμα της μασχαλιαίας κοιλότητας κάτω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ.

γ) **Επίπεδο III:** Λεμφογάγγλια στο υποκλείδιο χώρο(Τοκμακίδης Π., 2001)

8.2.5 Εγχειρήσεις με διατήρηση του μαστού

Οι υποστηρικτές της διατήρησης του μαστού χειρουργοί μπορούν να αναφέρουν δύο σημαντικά επιχειρήματα:

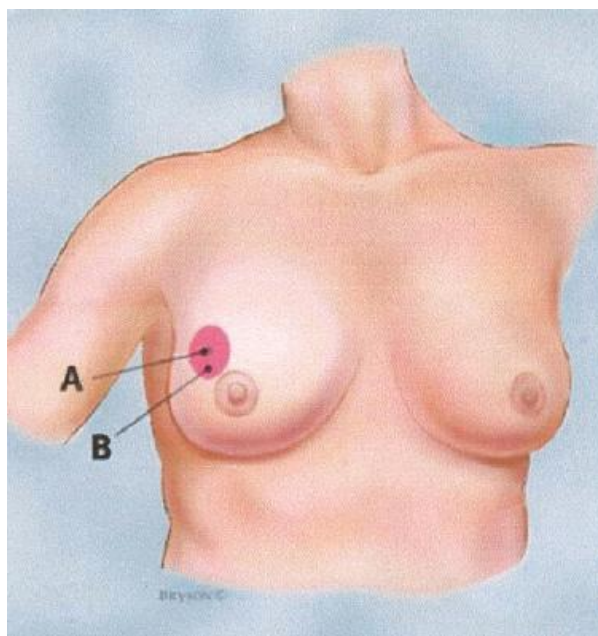
Ø Η τύχη της ασθενούς με έναν καρκίνο του μαστού εξαρτάται από τον όγκο στον μαστό. Αποφασιστικό είναι κυρίως, εάν ο όγκος κατά το χρονικό σημείο της εγχείρησης έχει διασκορπίσει ή όχι κύτταρα.

Ο ακρωτηριασμός με μια μαστεκτομή μπορεί να παριστάνει μια ακραία σωματική και ψυχική καταπόνηση στην πάσχουσα γυναίκα. Η διατήρηση του μαστού μπορεί να μεταβάλλει την κατάσταση αυτή και να βοηθήσει την ασθενή να φέρει σε πέρας την ασθένεια. (Τοκμακίδης Π., 2001)

Η τάση για διεξαγωγή εγχειρήσεων καρκίνου του μαστού με διατήρηση αυτού αυξάνει συνεχώς τα τελευταία χρόνια. Όπως στην ριζική μαστεκτομή έτσι και στην προκειμένη περίπτωση δεν υπάρχει ενιαίο σχέδιο για την τεχνική της εγχείρησης για τη διατήρηση του μαστού. Οι διαφορετικές θέσεις αφορούν τόσο τις χειρουργικές μεθόδους, όσο και το ερώτημα, μέχρι σε ποιο μέγεθος του όγκου επιτρέπεται η διατήρηση του μαστού. (Τοκμακίδης Π., 2001)

Αμφότεροι οι σκοποί, δηλαδή να αφαιρέσουμε τον όγκο και να διατηρήσουμε το μαστό, επιτρέπεται να είναι μεταξύ τους συνυφασμένοι, εάν η ασφάλεια για την τύχη της ασθενούς είναι εξασφαλισμένη. Κάτω από αυτές τις συνθήκες υπάρχουν για την αφαίρεση του όγκου με ταυτόχρονη διατήρηση του μαστού δύο χειρουργικές δυνατότητες:

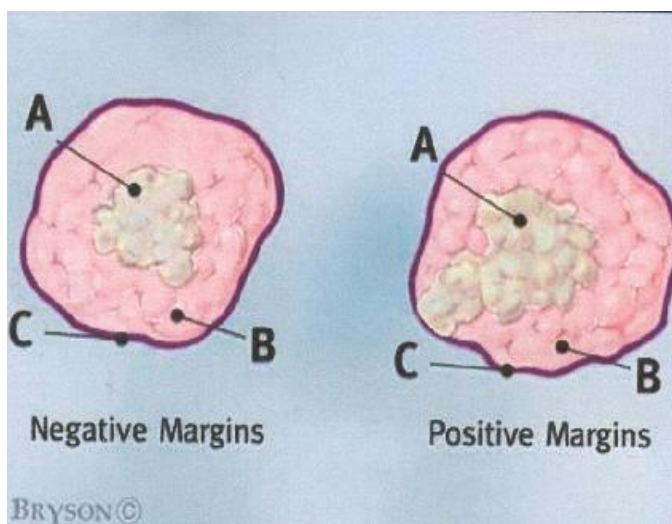
- α. Εγχείρηση με μερική αφαίρεση του μαστικού αδένα, δηλ. ευρεία τμηματεκτομή (μερική μαστεκτομή) και λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης (ογκεκτομή)**
- Ø Εκτομή του όγκου**



Εικόνα 8. Ογκεκτομή. Αποτελεί αποδεκτή μέθοδο αντιμετώπισης για ορισμένες περιπτώσεις καρκίνων του μαστού, συνήθως όμως πρέπει να συμπληρώνεται με ακτινοθεραπεία στον υπόλοιπο μαστό, με σκοπό να καταστραφούν κάποια καρκινικά κύτταρα που πιθανόν υπάρχουν εκεί

(www.breastcancer.org)

Ø Εκτομή του τεταρτημορίου



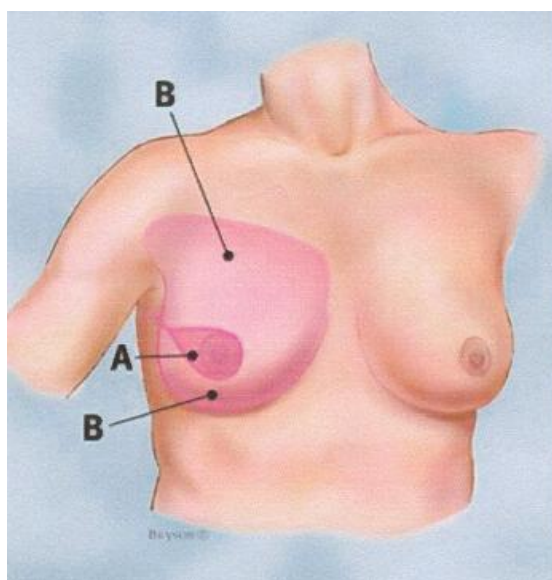
Εικόνα 9. Η τεταρτεκτομή είναι μια άλλη μορφή επέμβασης με διατήρηση του μαστού και σημαίνει ότι θα αφαιρεθεί το ¼ του μαστού που περιέχει τον όγκο. Όποια μορφή περιορισμένης εκτομής και αν επιλεγεί, πρέπει να εξασφαλίζεται ότι ο όγκος θα αφαιρεθεί σε υγιή όρια (αριστερή εικόνα)

(www.http://surgeon.gr, 2007)

Η ογκεκτομή αποτελεί αποδεκτή μέθοδο αντιμετώπισης για ορισμένες περιπτώσεις καρκίνων του μαστού, συνήθως όμως πρέπει να συμπληρώνεται με ακτινοθεραπεία στον υπόλοιπο μαστό, με σκοπό να καταστραφούν κάποια καρκινικά κύτταρα που πιθανόν υπάρχουν εκεί. Η τεταρτεκτομή είναι μια άλλη μορφή επέμβασης με διατήρηση του μαστού και σημαίνει ότι θα αφαιρεθεί το ¼ του μαστού που περιέχει τον όγκο. Όποια μορφή περιορισμένης εκτομής κι αν επιλεγεί, πρέπει να εξασφαλίζεται ότι ο όγκος θα αφαιρεθεί σε υγιή όρια. (Τοκμακίδης Π., 2001)

β. Εγχειρήσεις με πλήρη εκτομή του μαστικού αδένος (υποδόρια μαστεκτομή)

Μία εγχείριση με διατήρηση του μαστού, κατά την οποία αφαιρείται ο μαστικός αδένος, ονομάζεται στην ιατρική γλώσσα και υποδόριος μαστεκτομή. Η έννοια αναφέρεται στην ενέργεια αυτής της τεχνικής. Το δέρμα και η θηλή διατηρούνται, ενώ οι κάτωθεν αυτού ιστοί αφαιρούνται πλήρως. Σχετικά με την αφαίρεση των ιστών αυτή η μορφή της μαστεκτομής είναι εξίσου ριζική όπως και στη μαστεκτομή με ακρωτηριασμό. (Τοκμακίδης Π., 2001)



***Εικόνα 10.** Υποδόριος μαστεκτομή. Εφαρμόζεται όταν υπάρχει προοπτική για αποκατάσταση του μαστού με κάποια μέθοδο επανορθωτικής πλαστικής χειρουργικής. Προϋπόθεση να αφαιρείται πάντα η θηλή του μαστού και να μην διηθείται το δέρμα από τον καρκίνο:*

- α. Το τμήμα δέρματος που αφαιρείται μαζί με την θηλή,*
- β. Η έκταση του αδένος που αφαιρείται ([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)*

Η τομή στο δέρμα διενεργείται συνήθως στο έξω ήμισυ της κάτω πτυχής του μαστού. Η τομή στο σημείο αυτό εξασφαλίζει στον χειρουργό μια ικανοποιητική οπτική δυνατότητα και η μετεγχειρητική ουλή δεν είναι ορατή.

Η υποδόριος μαστεκτομή κατέστη δυνατή για πρώτη φορά κατά την δεκαετία του 1960, όταν αναπτύχθηκαν τα εμφυτεύματα της σιλικόνης. Με τον πρώτο ενθουσιασμό σχετικά με το νέο υλικό ως «υποκατάστατο του μαστού» πιστέψαμε

τότε, ότι μπορούμε να αντικαταστήσουμε μαστικό αδένα, ο οποίος κινδυνεύει. Η αισιοδοξία όμως αποχωρούσε σταθερά. Αναρίθμητες επιπλοκές μετά από υποδόρια μαστεκτομή έχουν απογοητεύσει τους ιατρούς και έγινε σαφές, ότι αυτή η χειρουργική θεραπεία είναι μια δαπανηρή επέμβαση, της οποίας πιθανοί κίνδυνοι απαιτούν ένα λεπτομερή προγραμματισμό και μία διεξαγωγή με μεγάλη φροντίδα.

Το πλαίσιο των προϋποθέσεων για τις εγχειρήσεις με διατήρηση του μαστού ευρίσκεται πάντοτε στο επίκεντρο των συζητήσεων στα ιατρικά συνέδρια. Παρά τις διαφορετικές απόψεις υφίσταται σχετικά με ορισμένες προϋποθέσεις μια κοινή γραμμή: (Τοκμακίδης Π., 2001)

- Ø Απαραίτητη προϋπόθεση πρέπει να είναι η εξασφάλιση της συναινέσεως της ασθενούς όταν χειρουργούμε καρκίνο μαστού και διατηρούμε το μαστό.
- Ø Εγχειρήσεις με διατήρηση του μαστού θα πρέπει να διενεργηθούν, όταν υπάρχει μια συνεργασία μεταξύ του χειρουργού ιατρού, του παθολογοανατόμου και του ακτινοθεραπευτού ιατρού και εξασφαλίζεται μια πλήρης ανταλλαγή πληροφοριών. Η διεξαγωγή μιας ενδεδειγμένης ακτινοθεραπείας και μια μετεγχειρητική φροντίδα χωρίς κενά πρέπει να εξασφαλιστεί.
- Ø Κάθε εγχείρηση καρκίνου του μαστού πρέπει να συνοδεύεται και με αφαίρεση των λεμφαδένων από την μασχαλιαία κοιλότητα.
- Ø Εγχειρήσεις με διατήρηση του μαστού θα πρέπει να περιορίζονται σε όγκους, των οποίων η διάμετρος δεν υπερβαίνει τα 2 cm. (Τοκμακίδης Π., 2001)

Συνιστάται να αποφεύγεται μια περιορισμένη αφαίρεση του μαστικού αδένα, όταν υπάρχουν τα κατώτερα ευρήματα:

- Ø Στη μαστογραφία παρουσιάζονται διάσπαρτες μικροασβεστώσεις. Οι μικροασβεστώσεις ευρίσκονται συχνά εκτός από τον πραγματικό όγκο. Αυτό δυσχεραίνει τη διάγνωση και αφαίρεση του όγκου. Αυτό ισχύει ιδιαιτέρως τότε, όταν μικροασβεστώσεις υφίστανται σε περισσότερα σημεία του μαστού. Για το λόγο αυτό, δεν συνιστώνται να παρακεντώνται μικροασβεστώσεις. Η ύπαρξη αυτών υποχρεώνει μια ευρείας εκτάσεως εκτομή της πάσχουσας περιοχής. Μια περιορισμένη εκτομή του μαστικού αδένα δεν συμβιβάζεται όταν υφίστανται διάσπαρτες μικροασβεστώσεις.
- Ø Υπάρχουν περισσότεροι του ενός όγκοι
- Ø Οι μαστοί είναι μεγάλοι και χαλαρωμένοι

Ø Υφίσταται μια εγκυμοσύνη.

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί ο καρκίνος του μαστού να ωθηθεί σε μια έντονη ανάπτυξη κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων, που ευρίσκονται σε αυξημένο επίπεδο. Οι προκαλούμενες από την εγκυμοσύνη μεταβολές στο μαστό δυσχεραίνουν την αξιολόγηση του ευρήματος. Για το λόγο αυτό συνιστάται μια μερική αφαίρεση του μαστικού αδένου σε έναν καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. (Τοκμακίδης Π., 2001)

8.2.6. Μερική αφαίρεση του μαστικού αδένου

Πλεονεκτήματα:

- Ø Δεν συμπληρώνεται με εμφύτευμα ξένου υλικού (πρόσθεση). Για το λόγο αυτό δεν υφίστανται από της πλευράς αυτής δυνατότητας επιπλοκών.
- Ø Η εγχείρηση δεν είναι ριζική. Για το λόγο αυτό είναι η εγχείρηση με μικρότερη επιβάρυνση.

Μειονεκτήματα:

- Ø Το μεγάλο τμήμα του μαστικού αδένου, στον οποίον ένας νέος όγκος μπορεί να αναπτυχθεί, διατηρείται.
- Ø Η δόση της ακτινοθεραπείας, της απαραίτητης αυτής μετεγχειρητικής θεραπείας, είναι τόσο υψηλή, ώστε επιτρέπεται να εφαρμοσθεί υπό την μορφή αυτή μόνο μία φορά. Στην περίπτωση που αναπτύσσεται στους υπόλοιπους ιστούς ένας νέος όγκος, δεν υπάρχει πλέον η δυνατότητα της θεραπείας με ακτινοθεραπεία. (www.medlook.gr, 2006)

8.2.7. Υποδόριος μαστεκτομή

Πλεονεκτήματα:

- Ø Η υποδέρια μαστεκτομή μπορεί να μετριάσει λόγω της ριζικής αυτής μορφής τις επιφυλάξεις ασφαλείας σε σύγκριση της μερικής μαστεκτομής.
- Ø Δεν προκαλεί αισθητική ατέλεια.
- Ø Το εμφύτευμα ενεργεί ως φράγμα μεταξύ της «επικίνδυνης ζώνης» και του δέρματος.
- Ø Σε ευνοϊκά ευρήματα μπορούμε να παραιτηθούμε από μια ακτινοθεραπεία.

Μειονεκτήματα:

- Ø Ο κίνδυνος μιας ίνωσης (σκλήρυνση των ιστών γύρω από το εμφύτευμα) είναι σχετικά υψηλός, όταν δε διεξαχθεί η εγχείρηση ακόμη και σύμφωνα με την τελευταία τεχνολογία δεν είναι δυνατόν να αποκλειστεί το ενδεχόμενο μιας ίνωσης.
- Ø Στο 1/3 των περιπτώσεων απαιτούν μια νέα εγχείρηση οι επιπλοκές από την εφαρμογή των εμφυτευμάτων.
- Ø Πολλές ασθενείς παραπονούνται για ένα «αίσθημα ξένου σώματος», το οποίο οφείλεται στο εμφύτευμα και επιπλέον παραπονούνται για απώλεια αισθητικότητας στην περιοχή της θηλής του μαστού. (www.medlook.gr, 2006)

8.3. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

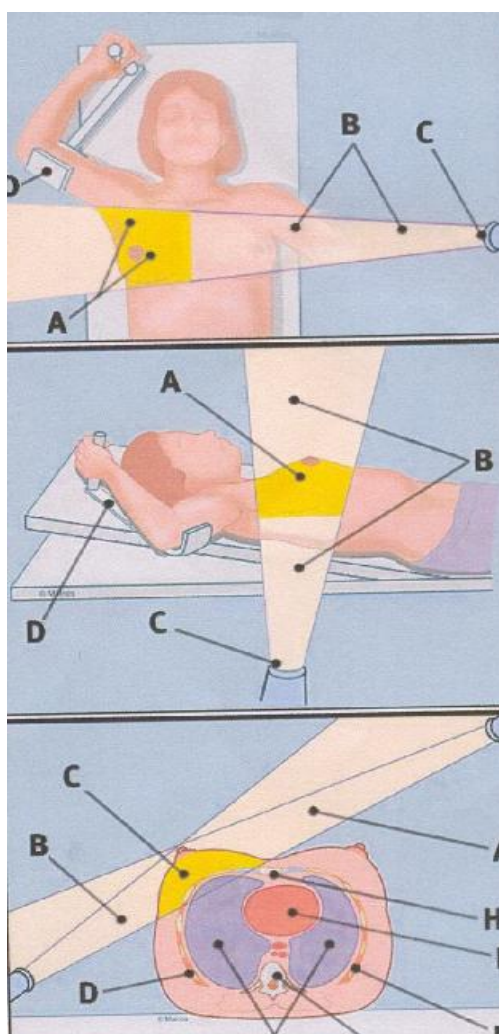
Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στην θεραπεία του καρκίνου ανάγεται στο 1895 με την ανακάλυψη των ακτίνων X. Εφαρμόστηκε αρχικά στον μαστό με πολύ καλά αποτελέσματα, δηλαδή σμίκρυνση του όγκου και σε μερικές φορές πλήρη εξαφάνιση.

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί την ιοντίζουσα ακτινοβολία, υψηλές ενέργειες ακτίνων X ή άλλα σωματίδια για να καταστρέψει τα κύτταρα, τα οποία διαθέτουν μεγάλη ικανότητα διαίρεσης, όπως τα καρκινικά κύτταρα. Όσο μεγαλύτερη είναι η δόση, τόσο πιο ισχυρή είναι η δράση της. Το ηλιακό έγκαυμα με την επώδυνη ερυθρότητα του δεν είναι τίποτε άλλο παρά μια «υπερδοσολογία» της ηλιακής ακτινοβολίας στο δέρμα. (Αντωνιάδου Θ., 2008)

Η θεραπεία αυτή έχει χρησιμοποιηθεί στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού για σχεδόν 100 χρόνια και θεωρείται σημαντικός παράγων στην αντιμετώπιση της νόσου. Η ανοχή μιας ακτινοθεραπείας εξαρτάται από διαφορετικούς παράγοντες:

- Ø Ακτινοβοληθείσα περιοχή του σώματος
- Ø Μέγεθος της ακτινοβοληθείσας επιφάνειας
- Ø Ποσότητα ακτινοβολίας στην αντίστοιχη περιοχή του σώματος
- Ø Δόση και αριθμός των μεμονωμένων ποσοτήτων ακτινοθεραπείας
- Ø Είδος και τεχνική της ακτινοβολίας

Η αρχική χρησιμοποίηση της θεραπείας αυτής αφορούσε τις υποτροπές στο θωρακικό τοίχωμα μετά από μαστεκτομή καθώς και την προχωρημένη ανεγχείρητη νόσο. Με την πάροδο των ετών, η ακτινοθεραπεία εξελίχθηκε σε σημαντικό παράγοντα της αρχικής θεραπείας στις ασθενείς με πρώιμο καρκίνο του μαστού, μετά από ογκεκτομή ή μερική μαστεκτομή για την εξάλειψη των καρκινικών κυττάρων, τα οποία πιθανόν να έχουν παραμείνει κοντά στην περιοχή του όγκου ή σε άλλες θέσεις εντός του μαστού. (Αντωνιάδου Θ., 2008)



Εικόνα 11. Ακτινοθεραπεία ([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)

Κάθε περιοχή του σώματος αντιδρά διαφορετικά στην ακτινοθεραπεία. Όταν ακτινοβοληθούν μόνο μύες και συνδετικός ιστός, εμφανίζονται σπανίως αντιδράσεις μη ανοχής. Σε ακτινοθεραπεία των κοιλιακών οργάνων προκαλείται συχνά τάση προς έμετο, και διάρροια. Ακτινοθεραπείες στην περιοχή του μαστού γίνονται ως επί

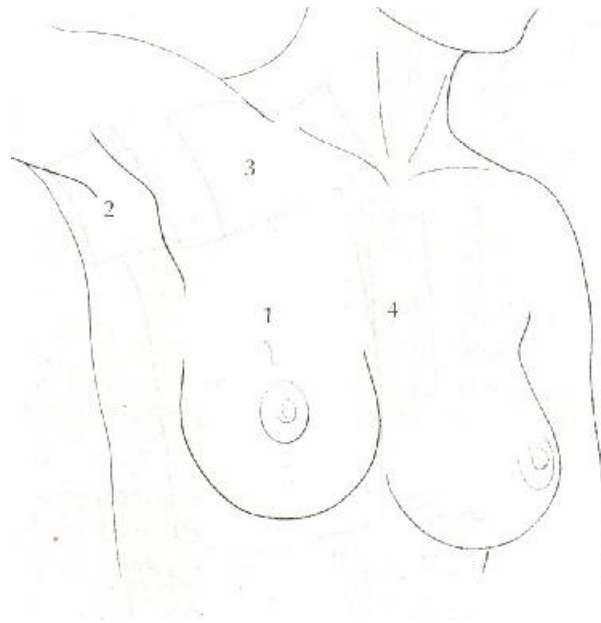
το πλείστον καλώς ανεκτές. Ο ερεθισμός του δέρματος δεν προξενεί προβλήματα με την ανάλογη περιποίηση.

Μια προσωρινή ερυθρότητα ή καστανή απόχρωση υποχωρεί χωρίς πρόσθετα μέτρα. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις, εβδομάδες μέχρι έτος μετά το πέρας της ακτινοθεραπείας, μπορεί να συμβεί εμφάνιση μιας ίνωσης από την ακτινοθεραπεία. (Τοκμακίδης Π., 2001)

Με τον όρο «ίνωση από την ακτινοθεραπεία» αντιλαμβάνεται κανείς μια ανώδυνη σκλήρυνση και πάχυνση υποδορίου ιστού. Οι «σκληρές» ακτίνες με βόμβα κοβαλτίου ή από επιταχυντή ηλεκτρονίων (Betatron) γίνονται καλύτερα ανεκτές από ότι οι «μαλακές» ακτίνες Rontoen. Κατά το σχεδιασμό μιας ακτινοθεραπείας πρέπει να βρεθεί ένα είδος ακτινοθεραπείας μεταξύ της επιθυμητής καταστροφής των καρκινικών κυττάρων και την δυνατότητα να αποκατασταθεί η βλάβη των υγιών ιστών. Σήμερα μπορούμε να διεξαγάγουμε σχεδόν όλα τα είδη ακτινοθεραπειών χωρίς να προκληθεί βλάβη. Όσο μεγαλύτερη είναι η ακτινοβολούμενη περιοχή, τόσο περισσότερα υγιή κύτταρα ακτινοβολούνται και συνεπώς είναι περισσότερο έντονες οι παρενέργειες.

Μία ακτινοθεραπεία γίνεται καλύτερα ανεκτή, εάν αυτή κατανεμηθεί κατά το δυνατόν σε πολλές συνεδρίες. Στην ακτινοθεραπεία του μαστού ακτινοβολούμε σε τέσσερις περιοχές: (Τοκμακίδης Π., 2001)

1. στο μαστό
2. στα λεμφογάγγλια της μασχαλιαίας κοιλότητας
3. στα λεμφογάγγλια υποκλειδίως
4. στα λεμφογάγγλια κάτωθεν του στέρνου.



Εικόνα 12. Σχηματική παράσταση των τεσσάρων περιοχών για ακτινοθεραπεία του μαστού:

1. Μαστός,
2. Μασχαλιαία κοιλότητα,
3. Υποκλείδια περιοχή,
4. Περιοχή των οπισθοστερνικών γαγγλίων (Τοκμακίδης Π., 2001)

Γενικά, η συνολική δόση των ακτίνων, η οποία είναι απαραίτητη για την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, κατανέμεται σε 20-30 συνεδρίες. Όταν εβδομαδιαίως λαμβάνουν χώρα 4-5 συνεδρίες, η ακτινοθεραπεία διαρκεί περίπου 5-6 εβδομάδες.

Κάθε μεμονωμένη ακτινοθεραπεία διαρκεί κάθε φορά μόνο λίγα λεπτά της ώρας και είναι τελείως ανώδυνη. Ως μέγιστη δόση για την ακτινοθεραπεία του μαστού ισχύει η δόση των 80 Gy. Το είδος της ακτινοθεραπείας, ο αριθμός των συνεδριών, η συνολική δόση και ενδεχομένως διαλείμματα της ακτινοθεραπείας, καθορίζονται από τον θεράποντα ιατρό.

Η ακτινοθεραπεία είναι πολύ αποτελεσματική σε μεταστάσεις των οστών. Με τη θεραπεία αυτή σχεδόν πάντοτε υποχωρούν τα ενοχλήματα και μειώνεται σημαντικά ο κίνδυνος ενός αυτόματου κατάγματος. (Τοκμακίδης Π., 2001)

8.3.1. Νεότερες τεχνικές στην ακτινοθεραπεία του μαστού

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει προσπάθεια περαιτέρω τροποποίησης των τεχνικών της ακτινοθεραπείας για τη διευκόλυνση της ασθενούς. Μείωση της

διάρκειας της θεραπείας από 5 έως 6 εβδομάδες σε 3 έως 4 εβδομάδες. Χορηγείται μεγαλύτερη ημερήσια δόση ακτινοβολίας σε όλο τον μαστό έτσι ώστε να μειωθεί η διάρκεια της θεραπείας. Κλινικές μελέτες από τον Καναδά και τη Μεγάλη Βρετανία έδειξαν ότι αυτά τα σχήματα της ακτινοθεραπείας είναι καλώς ανεκτά με καλό αισθητικό αποτέλεσμα. Θα θέλαμε να διατηρήσουμε την επιφύλαξη διότι η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, ειδικότερα στον μαστό, γίνεται μετά από παρέλευση ετών και γι' αυτό πιστεύουμε ότι είναι καλύτερα η τροποποίηση αυτή να γίνεται στο πλαίσιο κλινικών μελετών με μακρόχρονη παρακολούθηση.

Η μερική ακτινοβόληση του μαστού είναι μια άλλη μέθοδος. Η ακτινοθεραπεία χορηγείται μόνο στην περιοχή όπου ευρίσκεται ο όγκος και όχι σε όλο τον μαστό. Η επιλογή των ασθενών για αυτό το είδος της θεραπείας είναι αυστηρή και μόνο περιορισμένος αριθμός ασθενών με ιδιαίτερα καλώς προγνωστικούς παράγοντες ή μεγάλης ηλικίας μπορεί να υποβληθεί σε αυτή τη μορφή θεραπείας. Η θεραπεία αυτή μπορεί να γίνει είτε με εξωτερική ακτινοθεραπεία ή με εμφύτευση ραδιενεργών πηγών στην περιοχή. (Αντωνιάδου Θ., 2008)

8.3.2. Παρενέργειες και επιπλοκές ακτινοθεραπείας

Οι πιθανές επιπλοκές είναι συνήθως μικρής έκτασης και εμφανίζονται μετά τη δεύτερη ή τρίτη εβδομάδα της θεραπείας. Οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας διακρίνονται:

α) Γενικές παρενέργειες:

- § Κόλπωση
- § Δερματολογική αντίδραση (τοπική)
- § Ανορεξία
- § Μυελοκαταστολή

β) Πρώιμες ή άμεσες παρενέργειες παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά την ακτινοθεραπεία και είναι:

- § Ανορεξία
- § Καταβολή δυνάμεων
- § Ναυτία και έμετος

- § Διάρροιες
- § Μυελοτοξικότητα
- § Ξηροστομία
- § Απώλεια γεύσης
- § Οξεία περικαρδίτιδα
- § Οισοφαγίτης

Οι όψιμες ή χρόνιες παρενέργειες θεωρούνται κλινικά σοβαρές παρενέργειες της ακτινοθεραπείας. Οι επιπλοκές εμφανίζονται μετά από μία λανθάνουσα περίοδο που κυμαίνεται από 6 μήνες έως 4 χρόνια. (Αντωνιάδου Θ., 2008)

8.3.3. Νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις

Διδασκαλία

- α. Ο νοσηλευτής εξηγεί στην ασθενή τις διαδικασίες που ακολουθούνται και το τι πρέπει να περιμένει η ασθενής.
- β. Εξηγούνται στην ασθενή οι απαραίτητες προφυλάξεις, οι οποίες πρέπει να παρθούν μετά την εφαρμογή του ραδιοϊσότοπου εμφυτεύματος, συμπεριλαμβανομένων της απομόνωσης και του περιορισμού των επισκεπτών.
- γ. Ενθαρρύνεται η συνομιλία και η έκφραση φόβων, συναισθημάτων και ανησυχιών.

Διατροφή

- α. Χορηγεί υπερλευκωματούχο υδρική δίαιτα ή τοποθετεί ρινογαστρικό σωλήνα για την εξασφάλιση της σωστής διατροφής της ασθενούς.
- β. Ενθαρρύνει την ασθενή να περπατά, για να παρεμποδίσει διαταραχές στην κένωση του εντερικού σωλήνα ή διαταραχές στην ούρηση.
- γ. Παρακολουθεί και ελέγχει την παρεντερική χορήγηση υγρών, η οποία σκοπεύει στην καλή ενυδάτωση της ασθενούς. Ενθαρρύνει επίσης τη λήψη υγρών από το στόμα, ενώ ταυτόχρονα καταγράφει τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά για τη διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.
- δ. Ελέγχει και παρακολουθεί την περιοχή του δέρματος, κάτω από την οποία βρίσκεται το εμφύτευμα, για την εμφάνιση σημείων φλεγμονής (οιδήματος, πόνου, ερυθρότητας, αύξησης της θερμοκρασίας). (Κονιάρη Ε., 1991)

Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών

- α. Εκτιμά την έλλειψη άνεσης και χρησιμοποιεί ατομική κλίμακα αξιολόγησης από 0-10 για να αποκτήσει αντικειμενική αντίληψη του πόνου.
- β. Παρατηρεί την ασθενή για σημεία πόνου και έλλειψη άνεσης, όπως κόπωση, εξάντληση, ανησυχία, άγχος, ευερεθιστότητα, υψηλή συχνότητα σφυγμών.
- γ. Χορηγεί αναλγητικά (με εντολή γιατρού), εκτιμά και καταγράφει την ανταπόκριση της ασθενούς.
- δ. Παρέχει φροντίδα για τη σωστή υγιεινή της στοματικής κοιλότητας· κάνει πλύσεις κάθε 3-4 ώρες, χρησιμοποιώντας ήπια διαλύματα, όπως 1 κουταλιά γλυκού σόδας σε 250 mL νερού.
- ε. Το διαιτολόγιο της ασθενούς περιλαμβάνει μαλακές και ήπιες τροφές, ενώ αποφεύγονται οι σάλτσες, τα κόκκινα κρέατα, τα ξινά φαγητά, ο καπνός και το οινόπνευμα, τα οποία είναι δυνατόν να προκαλέσουν αλλαγές στη γεύση και φλεγμονή του στόματος.

Κοινωνική απομόνωση και έλλειψη αυτοφροντίδας

- α. Η ασθενής τοποθετείται σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με το χώρο των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούθησης της ασθενούς, τουαλέτα, λουτρό. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος. Ενημερώνεται η ασθενής πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό και γιατί εφαρμόζεται.
- β. Στην πόρτα του δωματίου, στο φάκελο και στο φάκελο της ασθενούς τοποθετείται η ειδική πινακίδα με το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας.
- γ. Ο νοσηλευτής που νοσηλεύει ασθενή με ραδιοϊσοτοπικό εμφύτευμα φέρει πάνω της ειδικό δοσίμετρο, το οποίο μετράει την έκθεση στην ακτινοβολία και δεν πρέπει να το μοιράζεται με το άλλο προσωπικό. Όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο που τον χρησιμοποιεί δέχθηκε περισσότερη από την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας, απομακρύνεται από το χώρο της ακτινοβολίας. Επίσης, όλο το προσωπικό που εργάζεται σε αυτό το χώρο φοράει τέτοιο μετρητή, ο οποίος ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς.
- δ. Περιορίζει τους επισκέπτες. Δεν αφήνει παιδιά κάτω των 16 ετών ή έγκυες γυναίκες να επισκεφθούν την ασθενή ή να προσφέρουν οποιαδήποτε άλλη

φροντίδα. Η παραμονή κάθε επισκέπτη στο χώρο δεν πρέπει να ξεπερνά τα 15 min/24ωρο.

- ε. Οι επισκέπτες ενημερώνονται για τον τρόπο επικοινωνίας με την ασθενή (μέσω του παραθύρου για την παρακολούθηση της ασθενούς), εξηγείται ο σκοπός του μέτρου αυτού και παροτρύνονται να επικοινωνούν τηλεφωνικώς μαζί της, ώστε να περιορίζεται το αίσθημα της μοναξιάς.
- στ. Κατά την προσφορά νοσηλείας στην ασθενή, ο νοσηλευτής γνωρίζει και λαμβάνει τα προστατευτικά μέτρα, απόσταση και χρόνο, για τον εαυτό της, χωρίς όμως να εγκαταλείπεται η ασθενής. Κατά την προσέγγιση της ασθενούς, φοράει μπλούζα και γάντια, τα οποία βάζει σε δοχεία από μολύβι πριν φύγει από το θάλαμο.
- ζ. Ο νοσηλευτής ταΐζει την ασθενή ή τη βοηθάει να φάει. Καθαρίζει το πρόσωπο και τα χέρια της ασθενούς και προσφέρει περιποίηση του στόματος πριν και μετά τα γεύματα.
- η. Η απομόνωση ελαττώνεται με την τηλεόραση και το ραδιόφωνο. Ενθαρρύνεται, ακόμη, η επίσκεψη της ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο χώρο.
- θ. Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς προγραμματίζεται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε διαφορετικά καθήκοντα και παρεμβάσεις να διεκπεραιώνονται στις καθορισμένες επισκέψεις της νοσηλεύτριας.
- ι. Ο νοσηλευτής αφιερώνει χρόνο στην ασθενή για συζήτηση, διδασκαλία, ενημέρωση, έκφραση αποριών και φόβων.
- ια. Ο νοσηλευτής ελέγχει όλο τον ιματισμό του κρεβατιού και της ασθενούς για να εξακριβώσει, αν η πηγή ακτινοβολίας είναι στη θέση της. Αν θωρακισμένη πηγή ραδιοϊσοτόπου έφυγε από τη θέση που εμφυτεύθηκε ή τοποθετήθηκε και βρίσκεται στο κρεβάτι της ασθενούς ή στο δάπεδο, πρέπει να πιάνεται με ειδικές μακριές λαβίδες και τοποθετείται στη θήκη της.
- ιβ. Ποτέ δεν πρέπει να πιάνεται ραδιενεργός πηγή με γυμνά χέρια.
- ιγ. Αν υπάρχει υπόνοια για μόλυνση του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, ειδοποιείται αμέσως η αρμόδια υπηρεσία του ιδρύματος (τμήμα ραδιοϊσοτόπων) και εντοπίζεται η μόλυνση με ειδικά όργανα.
- ιδ. Η ασθενής προετοιμάζεται ψυχικά και συναισθηματικά για την αφαίρεση του εμφυτεύματος.

- Γίνεται (με εντολή γιατρού) προκαταρκτική χορήγηση φαρμάκων (αναλγητικών-ηρεμιστικών κ.λπ.) περίπου μια ώρα πριν από την αφαίρεση.
 - Δίπλα στο κρεβάτι υπάρχουν ειδικές μακριές λαβίδες και γάντια.
 - Υπάρχει ακόμη δίπλα στο κρεβάτι ο ειδικός μεταφορέας της πηγής μετά την αφαίρεσή της.
 - Εξηγούνται στην ασθενή οι ακολουθούμενες διαδικασίες και απαντώνται ερωτήσεις της.
- ιε. Η ασθενής τοποθετείται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να μη δυσχεραίνεται η αφαίρεση του ραδιοϊσοτόπου.
- ιστ. Σε περίπτωση που έχει τοποθετηθεί ουροκαθετήρας, αφαιρείται και συλλέγονται τα ούρα σε αποστειρωμένο φιαλίδιο.
- ιζ. Σημειώνεται η ώρα της αφαίρεσης του εμφυτεύματος. Παρακολουθείται ταυτόχρονα η ανταπόκριση της ασθενούς.
- ιη. Ενημερώνονται οι τεχνικοί του τμήματος ραδιοϊσοτόπων να πάνε στο τμήμα για την απομάκρυνση και τη μεταφορά της πηγής.
- ιθ. Βοηθιέται η ασθενής να σηκωθεί και να περπατήσει, να κάνει ένα ντους και να δεχθεί επισκέψεις.
- κ. Διαβεβαιώνεται η ασθενής ότι από τη στιγμή της αφαίρεσης της πηγής δεν εκπέμπει πια ακτινοβολία. (Κονιάρη Ε., 1991)

Φροντίδα μετά την έξοδο της ασθενούς

- α. Διδάσκεται η ασθενής να εκτελεί κάθε μήνα την αυτοεξέταση του μαστού.
- β. Ενημερώνεται ότι, εφόσον δεν ακολουθεί εξωτερική ακτινοβολία, αν επιθυμεί, μπορεί να χρησιμοποιήσει στην περιοχή του δέρματος από όπου αφαιρέθηκε το εμφύτευμα κρέμες, λοσιόν, αρώματα ή σαπούνια.
- γ. Καθοδηγείται να προστατεύει την περιοχή του δέρματος από την ακτινοβολία του ηλίου, χρησιμοποιώντας αντιηλιακά υψηλού δείκτη προστασίας.
- δ. Ενημερώνεται ότι φλεβοκεντήσεις και λήψεις της αρτηριακής πίεσης δεν πρέπει να γίνονται στον αντίστοιχο βραχίονα. Γνωστοποιείται ακόμη ότι, παροδικά, απότομοι πόνοι, διάχυτοι στο στήθος, θα οφείλονται στην

ακτινοβόληση και στην αύξηση του ερεθισμού των θωρακικών μυών και είναι δυνατόν να εμφανίζονται περιοδικά μέχρι και ένα χρόνο μετά. Διδάσκονται επίσης από το νοσηλευτή ασκήσεις βαθμιαίας κινητικότητας του άκρου, με σκοπό την επαναφορά στη φυσιολογική κατάσταση της περιοχής της μασχάλης.

- ε. Συμβουλεύεται η ασθενής να συνεχίσει την καθημερινή και προσεκτική περιποίηση και φροντίδα της στοματικής της κοιλότητας.
- στ. Συμβουλεύεται τέλος να συνεχίσει την υπερλευκωματούχο δίαιτα. Αν κριθεί απαραίτητο, ο νοσηλευτής παραπέμπει την ασθενή σε διαιτολόγο. (Κονιάρη Ε., 1991)

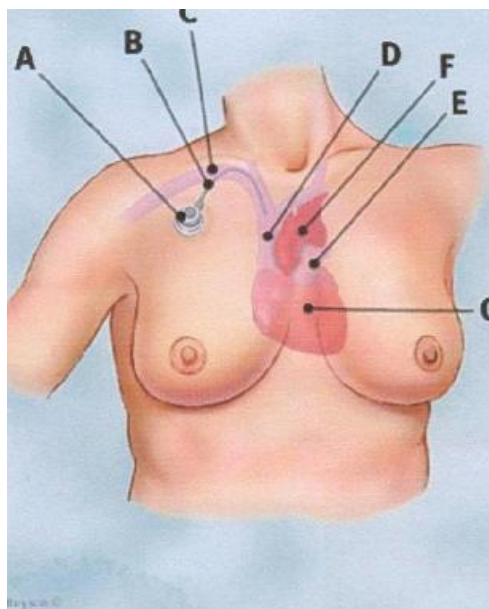
8.4. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ή ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η λέξη «κυτταροστατική» σημαίνει κατά λέξη «αναστολέας κυττάρων», δηλαδή εννοεί μια αναστολή μιτώσεως (διαιρέσεως κυττάρων). Λόγω του μηχανισμού αυτού δράσεις αποκαλεί κανείς τα αντίστοιχα φάρμακα «**κυτταροστατικά**». Προκειμένου να διαχωρίσουμε αυτό το είδος της χημικής θεραπείας από άλλες μεθόδους θεραπείας, όπως εγχείρηση και ακτινοθεραπεία, ομιλούμε για «**χημειοθεραπεία**». Συνεπώς οι έννοιες χημειοθεραπεία και κυτταροστατική θεραπεία σημαίνουν στην ογκολογία την ίδια θεραπεία.

Μια κυτταροστατική θεραπεία αναχαιτίζει τη διαίρεση των κυττάρων και αναστέλλει την ανάπτυξη ενός κακοήθους όγκου. Στην καλύτερη περίπτωση νεκρώνονται τα καρκινικά κύτταρα με τη θεραπεία αυτή.

Η εφαρμογή των φαρμάκων για κυτταροστατική θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί:

- § **Γενικά:** Το φάρμακο χορηγείται ενδοφλεβίως ή υπό μορφή δισκίων. Με την ομοιόμορφη κατανομή μπορεί το φάρμακο να ενεργεί σε όλο το σώμα.
- § **Τοπικά:** Το φάρμακο διοχετεύεται τοπικά μέσω της αντιστοίχου αρτηρίας στο πάσχον όργανο. Αυτή η μέθοδος δεν μπορεί να εφαρμοστεί στην περίπτωση του μαστού. Εφαρμόζεται κυρίως στους όγκους του ήπατος, των οργάνων ελάσσονος πυέλου καθώς επίσης και στα άνω και κάτω άκρα. (Τοκμακίδης Π., 2001)



Εικόνα 13. Η χημειοθεραπεία γίνεται συνηθέστερα από ένα υποδόριο καθετήρα (port-cath) που τοποθετείται κάτω από το δέρμα του θώρακα και δεν είναι εμφανής. Ο καθετήρας αυτός διοχετεύει τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα σε μια μεγάλη φλέβα του σώματος, την υποκλείδιο φλέβα ([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)

Η κυτταροστατική θεραπεία στον καρκίνο του μαστού είναι πάντοτε μια γενική θεραπεία και όχι τοπική. Τα ανάλογα φάρμακα χορηγούνται ενδοφλεβίως, ή υπό μορφή δισκίων από το στόμα. Αυτή η θεραπεία είναι σημαντική, διότι με τον τρόπο αυτό μπορεί να εφαρμοστεί θεραπεία σε κάθε μέρος του σώματος. Καρκινικά κύτταρα, τα οποία μέσω της λεμφικής οδού και των αιμοφόρων αγγείων καταλήγουν σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, μπορούν να θεραπευτούν από τα φάρμακα αυτά, τα οποία χορηγήθηκαν κατά τον τρόπο αυτό. Η έντονη δράση των κυτταροστατικών συνεπάγεται επίσης και έντονες παρενέργειες. Στην περίπτωση μιας γενικής θεραπείας οι παρενέργειες είναι περισσότερο έντονες από ότι σε τοπική θεραπεία ενός συγκεκριμένου οργάνου και οφείλονται στο γεγονός, ότι τα κυτταροστατικά φάρμακα αναστέλλουν όχι μόνο τη διαίρεση των καρκινικών κυττάρων αλλά και την διαίρεση των φυσιολογικών κυττάρων. (Τοκμακίδης Π., 2001)

α. Πτώση των τριχών (τριχόπτωση)

Αυτή η παρενέργεια δεν υφίσταται σε όλα τα κυτταροστατικά. Αφορά κατ'εξοχήν φάρμακα, τα οποία χορηγούνται παρεντερικώς και στα οποία η παρενέργεια

αυτή είναι συχνότερη απ' ό τι στα χορηγούμενα από το στόμα φάρμακα. Η τριχόπτωση είναι σχεδόν πάντοτε εφήμερη. Μετά το πέρας της θεραπείας αναπτύσσονται οι τρίχες εκ νέου. Όταν εφαρμόζουμε παγοκύστη στην κεφαλή περιορίζουμε την τριχόπτωση. (www.cancer.gr)

β. Πτώση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων (λευκοπενία)

Ο μυελός των οστών είναι αρμόδιος για την παραγωγή των αιμοσφαιρίων, δηλαδή είναι ο αιμοποιητικός ιστός. Κατά τη διάρκεια της κυτταροστατικής θεραπείας αναστέλλεται η λειτουργία του μυελού των οστών. Μετά το πέρας της θεραπείας επανέρχεται ο μυελός των οστών στην αρχική του κατάσταση. Τα ερυθρά αιμοσφαίρια των οποίων η αποστολή είναι η μεταφορά του οξυγόνου στους ιστούς, έχουν ένα μακρό χρόνο ζωής (περίπου 120 ημέρες). Για το λόγο αυτό δεν μπορούν να επηρεαστούν τα ερυθρά αιμοσφαίρια από την προσωρινή βλάβη του μυελού των οστών. Αντιθέτως, τα λευκά αιμοσφαίρια έχουν διάρκεια ζωής ολίγων ημερών. Για το λόγο αυτό έχουμε πτώση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων (λευκοπενία).

Ο έλεγχος σε τακτά χρονικά διαστήματα των λευκών αιμοσφαιρίων ανήκει συνεπώς στον έλεγχο ρουτίνας σε μια κυτταροστατική θεραπεία. Ένας υγιής ενήλικας έχει λευκά αιμοσφαίρια 4.000 -9.000 ανά mm³. Σε μια κυτταροστατική θεραπεία μπορεί να κατέλθει ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων κάτω του 1.000. (www.cancer.gr)

γ. Τάση για έμετο

Επειδή τα κυτταροστατικά φάρμακα ενεργούν στα κύτταρα του γαστρεντερικού συστήματος η ανορεξία και η τάση προς έμετο, διάρροιες, ανήκουν στις συχνότερες παρενέργειες της κυτταροστατικής θεραπείας. Ανάλογα με το είδος του κυτταροστατικού φαρμάκου τα ενοχλήματα αυτά μπορεί να διαρκέσουν μέχρι τρεις ημέρες μετά το πέρας της θεραπείας. (www.http://surgeon.gr, 2007)

δ. Δερματικές εκδηλώσεις

Η εξαγγείωση μερικών κυτταροστατικών μπορεί να προκαλέσει έντονη ιστική αντίδραση, μέχρι και νέκρωση, που θα χρειαστεί χειρουργική αντιμετώπιση. Άλλες δερματικές εκδηλώσεις είναι η υπέρχρωση, η υπερκεράτωση, η φλεβίτιδα, το αλλεργικό εξάνθημα και αλλοιώσεις στα νύχια. (www.cancer.gr)

ε. Φάρμακα για κυτταροθεραπεία

Φάρμακα κυτταροστατικά ευρίσκονται συνεχώς σε μία εξέλιξη. Κάθε χρόνο εμπλουτίζεται η ιατρική φαρέτρα, τα οποία έχουν μια καλύτερη δράση στον όγκο και υπόσχονται στην ασθενή μικρότερο αριθμό παρενεργειών.

Μια χημειοθεραπεία διεξάγεται σήμερα σαν μία συνδυασμένη θεραπεία, κατά την οποία χορηγούνται ταυτόχρονα πολλά φάρμακα. Με τον συνδυασμό επιτυγχάνουμε μια μεγαλύτερη δραστηριότητα στον όγκο, και ηπιότερες παρενέργειες στην ασθενή. (Σπηλιώτης Ι., 1999)

Το φάρμακο της χημειοθεραπείας του καρκίνου του μαστού ταξινομούνται σε τέσσερις ομάδες ουσιών:

α) αντιβιοτικά: Ενεργούν κατά κύριο λόγο εναντίον μικροοργανισμών, οι οποίοι αποτελούν τα αίτια λοιμώξεων. Μερικές εξελιγμένες μορφές αυτών μπορούν να αναχαιτίσουν την ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων. Μια από τις σημαντικότερες ουσίες της ομάδας αυτής είναι η υδροχλωρική δοξορουβικίνη (adiblastino).

β) Αλκυλιούντες παράγοντες. Προέρχονται από τα δηλητήρια του χημικού πολέμου (υπερίτης), ο οποίος χρησιμοποιήθηκε στον πρώτο παγκόσμιο πόλεμο. ΟΙ παράγοντες αυτοί είναι βλαπτικά για το ριβονουκλεϊκό οξύ (το οξύ αυτό είναι ένα σημαντικό για τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων) και αναστέλλουν την ανάπτυξη του όγκου. Η κυκλοφωσφαμίδη (Endoxan), η μελφαλόνη (Alkeron) και χλωρομπουκίλη (Leukeran) ανήκουν στην ομάδα των αλκυλιούντων παραγόντων.

γ) Αντιμεταβολίτες. Πρόκειται για ουσίες, οι οποίες αναστέλλουν την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων, δεδομένου ότι δεσμεύουν την ανταλλαγή της ύλης αυτών. Στην ομάδα αυτή η μεθοτρεγάτη και η φθοριο-ουρακίλη.

δ) Αλκαλοειδή. Τα αλκαλοειδή ενεργούν με την αναστολή της κυτταρικής διαίρεσης. Ουσίες της ομάδας αυτής είναι η θειϊκή βινκριστίνη και η θειϊκή βινπλαστίνη.

Μετά από συνδυασμό μεταξύ 2 έως 5 φαρμάκων των ομάδων αυτών ανέρχεται η πιθανή δραστηριότητα της θεραπείας στο 80%.

8.4.1. Νοσηλευτική Παρέμβαση

Δίαιτα και Χημειοθεραπεία

Με τη σωστή και επαρκή διατροφή, η ασθενής δίνει στον εαυτό της την καλύτερη δυνατότητα να αντιμετωπίσει τη χημειοθεραπεία, αλλά και την ίδια την αρρώστια της. Γιατροί, νοσηλευτές και ερευνητές έχουν αποδείξει ότι καρκινοπαθείς που ακολουθούν ισορροπημένη διαίτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, μπορούν καλύτερα να ανταποκριθούν στις ανεπιθύμητες ενέργειές της.

Σωστή και επαρκής διατροφή σημαίνει ποικιλία φαγητών, τα οποία είναι πλούσια σε βιταμίνες, πρωτεΐνες και υδατάνθρακες και άλλα στοιχεία που θα βοηθήσουν στη σωστή λειτουργία του οργανισμού.

Η χορήγηση τροφών πλούσιων σε θερμίδες έχει σκοπό να διατηρήσει ή αν υπάρχει ανάγκη να αυξήσει το βάρος της ασθενούς, ενώ πλούσιων σε πρωτεΐνες να βοηθήσει τη σωστή λειτουργία του δέρματος, των μυών, των διαφόρων οργάνων και την ανάπτυξη των τριχών. Αν κριθεί απαραίτητο, χορηγούνται κατόπιν ιατρικής εντολής βιταμινούχα σκευάσματα.

Η λήψη περισσότερων πρωτεϊνών αποσκοπεί στη βοήθεια του οργανισμού για ανασύσταση των ιστών του, οι οποίοι έχουν καταστραφεί με τη χημειοθεραπεία. Ειδικευμένοι διαιτολόγοι πιστεύουν ότι κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας είναι δυνατόν να χρειασθούν 50% περισσότερες πρωτεΐνες από ό,τι συνήθως και 20% περισσότερες θερμίδες.

Προκειμένου η ασθενής να κατορθώσει να διατηρήσει ένα καλά ισορροπημένο διαιτολόγιο, η νοσηλεύτρια της συνιστά να συμπεριλαμβάνει στα καθημερινά της γεύματα τις εξής ομάδες φαγητών:

- α. Φρούτα και λαχανικά: σαλάτες, βραστά λαχανικά, ωμά ή βραστά φρούτα. Αυτές οι τροφές παρέχουν τις απαραίτητες βιταμίνες και τα μεταλλικά στοιχεία που έχει ανάγκη ο οργανισμός.
- β. Πουλερικά, ψάρια και κρέας: με τις τροφές αυτές λαμβάνονται τόσο πρωτεΐνες όσο και βιταμίνες.
- γ. Ψωμί και δημητριακά: Οι τροφές αυτής της κατηγορίας παρέχουν αρκετές πρωτεΐνες και ποικιλία βιταμινών/μεταλλικών στοιχείων, υδατανθράκων. Το διαιτολόγιο πρέπει να περιλαμβάνει δημητριακά από καλαμπόκι, σιτάρι, ρύζι και βρώμη μέχρι ψωμί, τηγανίτες και ζυμαρικά.

δ. Γαλακτοκομικά προϊόντα: Γάλα και προϊόντα του, όπως τυρί, γιαούρτι, βούτυρο κ.ά., παρέχουν πρωτεΐνες, ασβέστιο και μεγάλο αριθμό βιταμινών.

Αν η ασθενής έχει ανορεξία ή χάνει βάρος, συνιστάται να παίρνει μικρά γεύματα σε τακτικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Να κάνει (αν μπορεί) έναν περίπατο πριν από το γεύμα, και να πίνει ένα ποτήρι κρασί ή μύρα, εφόσον το επιτρέπει ο γιατρός.

Διάφοροι παράγοντες είναι δυνατόν να συντελέσουν στη διάθεση της ασθενούς για φαγητό ή όχι και να οδηγήσουν σε υποβάθμιση της ποιότητας ζωής της ασθενούς. Τέτοιοι παράγοντες είναι:

- α. Η γενικότερη οργανική κατάσταση
- β. Η φυσική κατάσταση
- γ. Η ψυχική κατάσταση
- δ. Η οικονομική κατάσταση
- ε. Η άνεση και η διάθεση

Την ημέρα της χημειοθεραπείας, η ασθενής δεν τρώει τίποτα 2-3 ώρες πριν και μετά τη θεραπεία. (Κονιάρη Ε., 1991)

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η διδασκαλία της ασθενούς είναι σημαντικό μέρος της χημειοθεραπείας και βασικό στοιχείο της νοσηλευτικής διαδικασίας. Με την κατάλληλη διδασκαλία, προετοιμάζεται η ασθενής και η οικογένειά της για τα πιθανά ποθητά αποτελέσματα της χημειοθεραπείας καθώς και για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες και βοηθούνται να αποφασίσουν τι να κάνουν και πώς να αντιμετωπίσουν αλλαγή του σωματικού ειδώλου της ασθενούς.

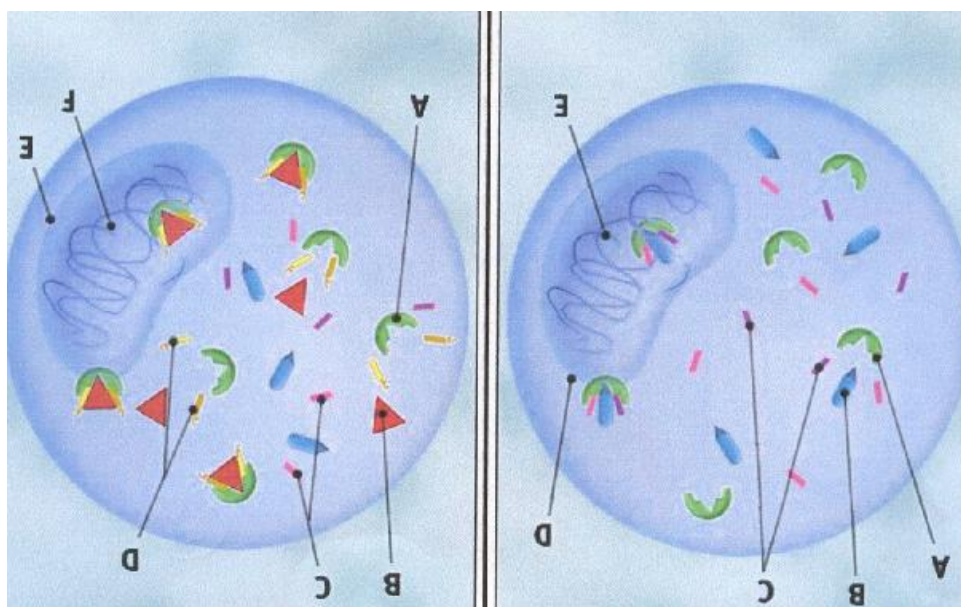
Πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας, ο νοσηλευτής αναπτύσσει ένα πρόγραμμα ατομικής διδασκαλίας με βάση την εκτίμηση της ασθενούς ή/και της οικογένειάς της όσον αφορά στην ανάγκη ενημέρωσης, στο θεραπευτικό πρόγραμμα και στην οικογενειακή της κατάσταση.

Κατόπιν πληροφορεί την ασθενή, αφήνοντας χρόνο για ερωτήσεις και συζήτηση αποριών, και παρέχει επίσης έντυπο πληροφοριακό υλικό. (Κονιάρη Ε., 1991)

8.5. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ορμονική θεραπεία είναι η αρχαιότερη μετεγχειρητική θεραπεία του καρκίνου του μαστού και χαρακτηρίζεται από ελάχιστες παρενέργειες. Ο μηχανισμός δράσης της ορμονικής θεραπείας στηρίζεται στην περίπλοκη δράση μεταξύ των καρκινικών ιστών αφ' ενός καθώς επίσης και στις ορμόνες των ωοθηκών, των επινεφριδίων και υποφύσεως αφ' ετέρου.

Κύριος στόχος της ορμονικής θεραπείας είναι η απομόνωση της ορμονικής ενέργειας στον καρκίνο του μαστού. Όπως έχει ήδη εξηγηθεί η ορμόνη των ωοθηκών «οιστρογόνα» σε συνεργασία με άλλους παράγοντες μπορεί να διεγείρει την ανάπτυξη του όγκου. Επίσης τα επινεφρίδια και η υπόφυση μπορούν να ενεργούν στην κατεύθυνση αυτή. Μια ορμονική θεραπεία μπορεί να διεξαχθεί τόσο φαρμακευτικά όσο και χειρουργικά. (Τοκμακίδης Π., 2001)



Εικόνα 14. Καρκινικά κύτταρα με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς (Α).

Το φάρμακο (Β) που συνδέεται με τους υποδοχείς και τους μπλοκάρει ([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)

8.5.1 Ορμονική θεραπεία χειρουργικώς

Η αφαίρεση των ωοθηκών το 1896 άνοιξε τον δρόμο της ορμονικής θεραπείας. Με την στέρηση της ωοθηκικής ορμόνης «οιστρογόνα» μπόρεσε να επιτευχθεί μία βελτίωση στο ήμισυ των περιπτώσεων. Αργότερα προσετέθησαν και άλλες χειρουργικές δυνατότητες όπως η αφαίρεση των επινεφριδίων και της

υποφύσεως, βάσει της οποίας αφαιρέθηκε η επίδραση των ορμονών αυτών στον όγκο. Η χειρουργική μορφή της ορμονικής θεραπείας έχει προεκτομισθεί σημαντικά σε σχέση με την φαρμακευτική αγωγή. (Τοκμακίδης Π., 2001)

8.5.2. Ορμονική θεραπεία φαρμακευτικώς

Μία ορμονική θεραπεία του καρκίνου του μαστού φαρμακευτικώς μετά την κλιμακτήριο είναι περισσότερο επιτυχής, διότι η παραγωγή των ορμονών από μέρος του οργανισμού έχει περατωθεί και η ορμονική θεραπεία χωρίς αλληλεξάρτηση των ορμονών της ωοθήκης μπορεί να δράσει στα καρκινικά κύτταρα.

Κατά την ορμονική θεραπεία σημαντική θέση κατέχει η προγεστερόνη όσον αφορά την ορμονική θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Η ουσία οξεική μεδροξυπρογεστερόνη είναι μια ημισυνθετική προγεστερόνη και της οποίας η δραστηριότητα αυξάνει με αυξανόμενη δράση. Όπως σε κάθε μορφή ορμονοθεραπείας, εξαρτάται επίσης η δραστηριότητα της οξεικής μεδροξυπρογεστερόνης από τους ορμονικούς υποδοχείς. Όταν υπάρχουν θετικοί οιστρογονικοί και προγεστερονικοί υποδοχείς, δρα η ουσία αυτή στο 75% των περιπτώσεων. Θα πρέπει να είναι στο 40% των περιπτώσεων δραστική, όταν μία χημειοθεραπεία ή μία άλλη μορφή της ορμονοθεραπείας δεν μπορούσε να επιτύχει κάποια βελτίωση.

Μια συχνή παρενέργεια της οξεικής μεδροξυπρογεστερόνης είναι η αύξηση του σωματικού βάρους.

Στην περίπτωση της θεραπείας με αντιοιστρογόνα είναι σημαντική ουσία η κιτρική ταμοξιφείνη, η οποία κυκλοφορεί στο εμπόριο με διάφορα ονόματα. Η ταμοξιφείνη καταλαμβάνει τους υποδοχείς των οιστρογόνων και ενεργεί ως αντιοιστρογόνο. Είναι το φάρμακο εκλογής στον καρκίνο του μαστού και στις μεταστάσεις αυτού στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, ιδιαίτερα αν οι όγκοι είναι θετικοί στους οιστρογονικούς υποδοχείς. Επίσης χορηγείται πριν από την εμμηνόπαυση με δράση όμοια με την ωοθηκεκτομή καθώς επίσης και σε γυναίκες, που έχουν υποστεί μαστεκτομή και έχουν υψηλό κίνδυνο υποτροπής. Όταν διαπιστώνονται υποδοχείς οιστρογόνων, ο δείκτης αντιδράσεως κυμαίνεται στο 50%. Όταν δεν υπάρχουν υποδοχείς ο δείκτης της επιτυχίας ανέρχεται στο 20%. (Τοκμακίδης Π., 2001)

Το πλεονέκτημα της ταμοξιφένης σε σύγκριση έναντι άλλων ορμονικών θεραπειών έγκειται στην ευνοϊκή μορφή εφαρμογής υπό μορφήν δισκίων και στις περιορισμένες παρενέργειες. (Τοκμακίδης Π., 2001)

Η αμινογλουτεθιμίδη ανήκει επίσης στην ομάδα των αντιοιστρογόνων. Κατά τον αποκλεισμό της παραγωγής οιστρογόνων πρόκειται για μια πολύπλοκη και πλήρως ερευνηθείσα διεργασία ανταλλαγής της ύλης. Η αμινογλουτεθιμίδη συνίσταται σε ασθενείς, θετικές στους υποδοχείς, και μετά την κλιμακτήριο, όταν μια προηγηθείσα θεραπεία με ταμοξιφένη δεν απέδωσε τα αναμενόμενα.

Η οξεική βουσερελίδη έχει συζητηθεί ως ενδεχόμενη θεραπεία διαφόρων μορφών καρκίνου. Η ουσία αυτή οδηγεί με κεντρική δράση στον εγκέφαλο σε αναστολή των σεξουαλικών ορμονών. Στην περίπτωση του καρκίνου του προστάτη η θεραπεία με βουσερελίδη είχε καλά αποτελέσματα. Εάν η ουσία αυτή θα έχει ανάλογα αποτελέσματα και στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, θα το δείξουν οι κλινικές μελέτες. (Τοκμακίδης Π., 2001)

Η αποτελεσματικότητα μιας ορμονικής θεραπείας αξιολογείται το συντομότερο μετά από 6 εβδομάδες, μια αξιόπιστη εκτίμηση απαιτεί μια τρίμηνη θεραπεία. Η ορμονική αγωγή είναι μια μακροχρόνια θεραπεία. Θα πρέπει να διεξάγεται επί τόσον χρόνο, όσο υφίσταται η ανασταλτική δράση της στον όγκο. Για το λόγο αυτό μπορεί μια επιτυχής θεραπεία να διαρκεί επί έτη.

Η ορμονική θεραπεία με το αντιοιστρογόνο γίνεται παραδεκτή ως η πλέον καλύτερη μετεγχειρητική θεραπεία σε περίπτωση γυναικών με θετικούς υποδοχείς και συγκεκριμένα μετά την εμμηνόπαυση, όταν οι λεμφαδένες είναι προσβεβλημένοι από καρκινικά κύτταρα. (Τοκμακίδης Π., 2001)

8.6. ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ανοσοθεραπεία έχει σαν σκοπό την ενίσχυση της αμυντικής ικανότητας. Ο οργανισμός διαθέτει διάφορους μηχανισμούς αμύνης, τους οποίους χαρακτηρίζουμε συνολικά ως ανοσοποιητικό σύστημα. Αυτό το σύστημα έχει την ικανότητα να προστατεύει τον οργανισμό από ξένες ουσίες, δηλαδή να τον καθιστά άνοσο.

Στο μηχανισμό αυτό αμύνης δεν διαχωρίζεται το ανοσοποιητικό σύστημα μεταξύ νοσημάτων μικροβιακής αιτιολογίας και καρκινικών κυττάρων. Ένα πλήρες ανοσολογικό σύστημα μπορεί να εξουδετερώνει καρκινικά κύτταρα και με τον τρόπο αυτό να αντιμετωπίζει ένα πιθανό κακοήθη όγκο στην αρχή του. Πρέπει

κανείς να υπολογίζει, ότι αυτό είναι μια συχνά εμφανιζόμενη διεργασία, η οποία προστατεύει υγιείς ανθρώπους από την έναρξη καρκίνου. Το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου αποτελείται από διαφορετικές υποδομές:

- § Θύμος (πρόκειται για αδένες πίσω από το στήθος, ο οποίος αυξάνεται μέχρι την εφηβεία και μετά υποστρέφεται)
- § Συγκεκριμένες ομάδες κυττάρων στο έντερο (σκωληκοειδής απόφυση)
- § Συγκεκριμένες ομάδες κυττάρων στο λαιμό (αμυγδαλές)
- § Λεμφαδένες
- § Σπλήνας
- § Λευκά αιμοσφαίρια (πολυμορφοπύρηνα, λεμφοκύτταρα)
- § Αντισώματα.

Κάθε μία από αυτές τις δομές συνεισφέρει με τον τρόπο της στην άμυνα έναντι ουσιών ξένων προς τον οργανισμό. Η ανοσοθεραπεία, έχει σκοπό να ενισχύσει τον οργανισμό στον αγώνα του εναντίον του όγκου.

Στις μέρες μας η ανοσοθεραπεία μας βοηθάει μόνο στην παράταση της επιβίωσης. Επικρατέστερο φάρμακο που χρησιμοποιείται, είναι το BCG (από τα αρχικά Bacillus Calmette Guerm) πρόκειται για το εμβόλιο της φυματίωσης. Με τη βοήθεια του **BCG** θα πρέπει να διεγείρεται το ανοσολογικό σύστημα και με τον τρόπο αυτό θα πρέπει να επηρεάζεται ευνοϊκά ένας όγκος. Το BCG μπορεί να συνδυαστεί με αδριαμυκίνη (Adriablastin), φθοριουρακίλη (Fluoro-uracil) και άλλα κυτταροστατικά φάρμακα. (Τοκμακίδης Π., 2001)

8.7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ

Η θεραπεία για πολύ πρώιμα στάδια, δηλαδή για μη ψηλαφητές διαγνώσεις είναι χειρουργική αφαίρεση μετά από ακτινολογικό εντοπισμό της βλάβης. Εάν πρόκειται για **in-situ παρογενές νεόπλασμα** τότε η τεταρτεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης αποτελεί μέθοδο παραδεκτή από την πλειονότητα των χειρουργών. (Σπηλιώτης Ι., 1999)

Εάν πρόκειται για in-situ λοβιακό νεόπλασμα είναι αρκετή η ογκοεκτομή της βλάβης χωρίς λεμφαδενικό καθαρισμό και η περιοδική παρακολούθηση της ασθενούς. Στο νεόπλασμα **σταδίου I**, δηλαδή για μέγεθος όγκου <2cm η χειρουργική επιλογή είναι:

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

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

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

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

9.1. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Ως «νοσηλεία στο σπίτι» ορίζεται η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας υψηλής ποιότητας στο σπίτι, δηλαδή μέσα στο φυσικό χώρο ζωής του ατόμου. Κονιάρη, 1991.

Η νοσηλεία στο σπίτι είναι το βασικότερο στοιχείο της συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας διεθνώς και θεωρείται υπηρεσία που κατεξοχήν οργανώνεται και αξιολογείται από νοσηλευτές. Ο νοσηλευτής ως μέλος της υγειονομικής ομάδας αποτελεί τον σπουδαιότερο δομικό παράγοντα για την οργάνωση, παροχή και αξιολόγηση υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι. Η θεσμοθέτηση υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι στην Ελλάδα έγινε με το νόμο 2071/92. (www.bestrong.gr, 2/2/2009)

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

- α. Η έλλειψη νοσοκομειακών κρεβατιών που παρατηρείται, ιδιαίτερα στην χώρα μας και οι δυσκολίες που δημιουργούνται, όταν αυτά καταλαμβάνονται από χρόνιους ασθενείς, όπως οι καρκινοπαθείς.
- β. Ο περιορισμός των ημερών νοσηλείας περιορίζει σημαντικά το κόστος νοσηλείας κατά ασθενή.
- γ. Η ψυχική κατάσταση του ασθενούς που διαφέρει, όταν αυτός νοσηλεύεται στο σπίτι του, από την νοσηλεία του στον άγνωστο και ψυχρό χώρο του νοσοκομείου.
- δ. Ο περιορισμός ημερών αποχής των ατόμων από την εργασία τους και τις άλλες δραστηριότητές τους. (Κονιάρη Ε., 1991)
- ε. Το άτομο μπορεί να μην έχει κάποιο άτομο της οικογένειάς του διαθέσιμο ή ικανό να παρέχει φροντίδα στο σπίτι.
- ζ. Πολλοί άνθρωποι προτιμούν να πεθάνουν στο σπίτι τους και αυτό χρειάζεται ανάλογη φροντίδα. (www.bestrong.gr, 2009)

9.2. Βασικοί Σκοποί

Οι βασικοί στόχοι που επιδιώκεται η υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι είναι:

α. Να μην χρησιμοποιούνται νοσοκομειακές κλίνες για απλές νοσηλευτικές διαδικασίες, όπως είναι η περιοδική παρακολούθηση.

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

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

δ. Η παραμονή της ασθενούς στο γνώριμο και αρεστό οικογενειακό περιβάλλον. (Κονιάρη Ε., 1991)

ε. Ενδυνάμωση της σύνδεσης και της λειτουργικότητας της οικογένειας.

ζ. Προαγωγή ενός υγιεινού περιβάλλοντος. (www.bestrong.gr, 2009)

Οι βασικοί σκοποί του νοσηλευτή είναι:

α. Ανακάλυψη άλλων προβλημάτων υγείας της ασθενούς.

β. Παροχή βοήθειας για την παραδοχή και αντιμετώπιση των προβλημάτων.

γ. Διασύνδεση της οικογένειας με άλλες υπηρεσίες υγείας.

δ. Παροχή βοήθειας για την ανάπτυξη της ικανότητας αυτοβοήθειας και αυτοεξυπηρέτησης. (Κονιάρη Ε., 1991)

9.3. Νοσηλευτική φροντίδα καρκινοπαθών στο σπίτι

α) Πρωταρχική υποχρέωση του νοσηλευτή που θα αναλάβει τη νοσηλεία είναι η συγκέντρωση πληροφοριών και στοιχείων για το άτομο που πρόκειται να νοσηλευθεί για την καλύτερη διεκπεραίωση της νοσηλευτικής διεργασίας.

β) Να γνωρίσει το οικογενειακό και άμεσο περιβάλλον της ασθενούς που θα συμμετάσχει καθόλη τη διάρκεια της νοσηλείας, είτε με την συμπαράστασή τους είτε με την συμμετοχή τους.

γ) Αφού συγκεντρώσει τις κατάλληλες πληροφορίες, να βρεί και να καταγράψει τις ανάγκες του ατόμου για να προγραμματίσει την νοσηλευτική διεργασία.

δ) Να εφαρμόζει ακριβώς το πρόγραμμα της νοσηλείας και να παρακολουθεί την εξέλιξη της κατάστασής της, ώστε να παρουσιασθεί κάποιο νέο πρόβλημα να

είναι σε θέση να το αντιμετωπίσει σε συνεργασία πάντα με τη βοήθεια των άλλων μελών της πρωτοβάθμιας υγειονομικής ομάδας, π.χ. της κοινωνικής λειτουργού.

ε) Να αποβλέπει στην αποκατάσταση της υγείας του ατόμου και να διδάσκει στο άτομο σωστό τρόπο ζωής. (Κονιάρη Ε., 1991)

ζ) Αιμοληψίες για εργαστηριακές εξετάσεις οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Οι αιμοληψίες είναι βασική νοσηλευτική πράξη για τον έλεγχο της τοξικότητας και την παρακολούθηση της αναιμίας.

η) Σε περίπτωση χαμηλού αιματοκρίτη είναι υποχρεωμένος ο νοσηλευτής να προγραμματίσει μεταγγίσεις στην ΚΜΗ (κλινική μιας ημέρας), γιατί οι μεταγγίσεις δεν γίνονται στα σπίτια. (www.bestrong.gr, 2009)

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτή την δύσκολη φάση της ασθενούς δεν είναι καθόλου εύκολος. Ο νοσηλευτής χρειάζεται να διαθέτει:

- Ικανότητα. Οφείλει να τοποθετεί τον εαυτό του στη θέση της ασθενούς για να μπορέσει να την κατανοήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.
- Ευαισθησία στις ανάγκες τόσο του ατόμου που νοσηλεύει όσο και στο οικογενειακό του περιβάλλον.
- Ικανότητα ανάπτυξης καλής επικοινωνίας και εμπιστοσύνης ώστε να αισθανθεί η ασθενής άνετα να μιλήσει για το πρόβλημά της.

Μεγάλης σημασίας είναι και η ψυχολογική βοήθεια που παρέχεται από το νοσηλευτή. Υπάρχουν ασθενείς που μένουν σε άθλιες κατοικίες μόνες, άπορες, εγκαταλειμμένες ή ακόμα και άτομα που ενώ ζουν με την οικογένειά τους δεν τους παρέχεται η κατάλληλη περιποίηση. Σε αυτό το σημείο πρέπει να επέμβει ο νοσηλευτής και να τους πείσει ότι έστω και από ανθρώπινη υποχρέωση πρέπει να τη φροντίσουν. Έτσι, ο νοσηλευτής της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι ασκεί και το κοινωνικό του έργο.

Τέλος, οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν να επανέλθουν σε όσο το δυνατόν καλύτερη ψυχολογική κατάσταση τα άτομα που έχουν προβεί σε χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση του καρκίνου, π.χ. μαστεκτομή. Πιο συγκεκριμένα:

α) Ψυχική υποστήριξη τόσο της ασθενούς όσο και στην οικογένειά της.

β) Βοήθεια της ασθενούς ώστε σιγά-σιγά να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινότητάς της.

γ) Παρότρυνση και διδασκαλία της οικογένειας για τον τρόπο που πρέπει να φροντίζουν την ασθενή. Η παροχή βοήθειας κρίνεται απαραίτητη όχι μόνο γιατί ανακουφίζει την ασθενή αλλά γιατί είναι ένδειξη αγάπης και αντιλαμβάνεται το άτομο ότι δεν έχει μείνει μόνη της.

δ) Διδασκαλία της ασθενούς να αυτοεξυπηρετείται, ώστε το άτομο να αισθάνεται χρήσιμο και παρότρυνσή του να συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις με σκοπό την αποφυγή της αποξένωσης και της απομόνωσης.

ε) Έλεγχος της διενέργειας των ασκήσεων που έχει διδαχθεί η ασθενής από το νοσοκομείο και παροχή βοήθειας για την σωστή εκτέλεσή τους για την άμεση λειτουργική αποκατάσταση της προσβεβλημένης πλευράς.

στ) Διδασκαλία για αυτοεξέταση του άλλου μαστού για πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.

ζ) Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, ο νοσηλευτής φροντίζει και περιποιείται το τραύμα της ασθενούς και το ελέγχει για σημεία φλεγμονής. Καθώς επίσης την διδάσκει πώς να περιποιείται μόνη της το τραύμα με τον πιο απλό και εύκολο τρόπο.

η) Φροντίδα να διεκπεραιώνει η ασθενής τις τακτές περιοδικές εξετάσεις, δηλαδή ένα check-up, με τις οποίες είναι δυνατόν να προληφθούν διάφορες επιπλοκές και γενικά δίνουν μια σαφή εικόνα της γενικότερης κατάστασης και πορείας της ασθενούς.

θ) Επίσης, φροντίζει για την συμμετοχή της ασθενούς στην χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία ανάλογα με το τι έχει καθορίσει ο γιατρός της μετά την μαστεκτομή.
(Κονιάρη Ε., 1991)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

10.1. ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΘΗΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ -ΕΝΔΥΜΑΣΙΑ

α) Προσωρινή προσθήκη

Ο νοσηλευτής γνωρίζοντας τη μεγάλη σημασία που έχει για κάθε γυναίκα, η σωματική της ακεραιότητα και ιδιαίτερα η διάθεση των μαστών της, που είναι σύμβολα θηλυκότητας και σεξουαλικότητας, τόσο για την γυναίκα όσο και για τον άνδρα, βρίσκεται ίσως στη μοναδική θέση να προσφέρει βοήθεια και να υποστηρίξει τη μαστεκταθείσα ασθενή όχι μόνο να επανακτήσει την ψυχική της ισορροπία, αλλά και να την οδηγήσει στην μετεγχειρητική απόκτηση της συμμετρίας της όσο το δυνατόν πιο γρήγορα.

Αυτή είναι δυνατόν να αποκατασταθεί με τη χρησιμοποίηση προσθήκης στο νοσοκομείο ή στο σπίτι:

Ø Στο νοσοκομείο

Η προσθήκη, πριν από την αφαίρεση των επιδέσμων, σταθεροποιείται στο νυχτικό της ασθενούς με παραμάνες ασφάλειας, δίνοντας έτσι κάποια συμμετρία και στις δύο πλευρές. Η προσθήκη πρέπει να τοποθετείται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο με τον παραμένοντα μαστό.

Μετά την αφαίρεση του επιδεσμικού υλικού –και αφού η ασθενής αισθανθεί ότι μπορεί να φορέσει το στηθόδεσμό της– η προσθήκη τοποθετείται μέσα σε αυτόν.

Για να κρατηθεί αυτή η πρόχειρη προσθήκη στην κανονική της θέση, μπορεί να προσαρτηθεί ένα κομμάτι από λάστιχο σε σχήμα V στο κάτω άκρο του στηθόδεσμου και να στερεωθεί στη συνέχεια στη ζώνη.

Η τιράντα του στηθόδεσμου πρέπει επίσης να μικρύνει λίγο, για να αποφευχθεί η πίεση στον ώμο ή μπορεί ακόμη να ράψει εσωτερικά στο στηθόδεσμο δύο σταυρωτές υφασμάτινες ταινίες και να τα τοποθετήσει ανάμεσα στην προσθήκη.

Ø Στο σπίτι

Αυτό είναι το πρώτο βήμα της γυναίκας έξω από το νοσοκομείο και κάθε προσπάθειά της αποσκοπεί στο να επανακτήσει τη θηλυκότητά της. Η ασθενής ενημερώνεται να μην φοράει ριγέ μπλούζες ή πουλόβερ με οριζόντιες ρίγες.

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

Τονίζεται στην ασθενή ότι η προσθήκη αυτή είναι προσωρινή και ότι είναι απαραίτητη μέχρι να αποκατασταθεί η περιοχή της τομής και μέχρι να αισθανθεί η ασθενής έτοιμη για μόνιμη ανασύσταση. (Φιλιππούλου Ν., 2006)

β) Μόνιμη προσθήκη

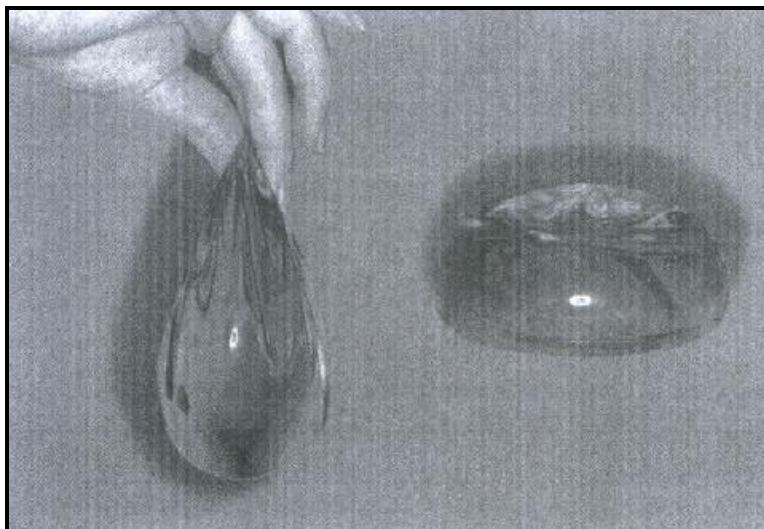
Η ανασύσταση του μαστού μετά από ριζική μαστεκτομή, ιδιαίτερα όταν η επέμβαση είχε ακολουθηθεί από ακτινοθεραπεία, δεν είναι εύκολη. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ακόλουθοι παράγοντες, για να εξασφαλίζονται ικανοποιητικά αποτελέσματα:

- Ø Η ανασύσταση πρέπει να οδηγήσει σε συμμετρικό αποτέλεσμα.
- Ø Η ανασύσταση πρέπει οπωσδήποτε να διενεργηθεί την καταλληλότερη περίοδο μετά την μαστεκτομή, συνήθως μετά από 6-12 μήνες.
- Ø Πρέπει να γίνει έτσι, ώστε να αφήνει όσο το δυνατόν μικρότερη ουλή.
- Ø Συνίσταται να γίνεται στις γυναίκες, στις οποίες η διάγνωση του καρκίνου ήταν πρώιμη και γι' αυτό το λόγο έχουν μικρές πιθανότητες επανεμφάνισής του. (Τοκμακίδης Π., 2001)

Οι μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού είναι:

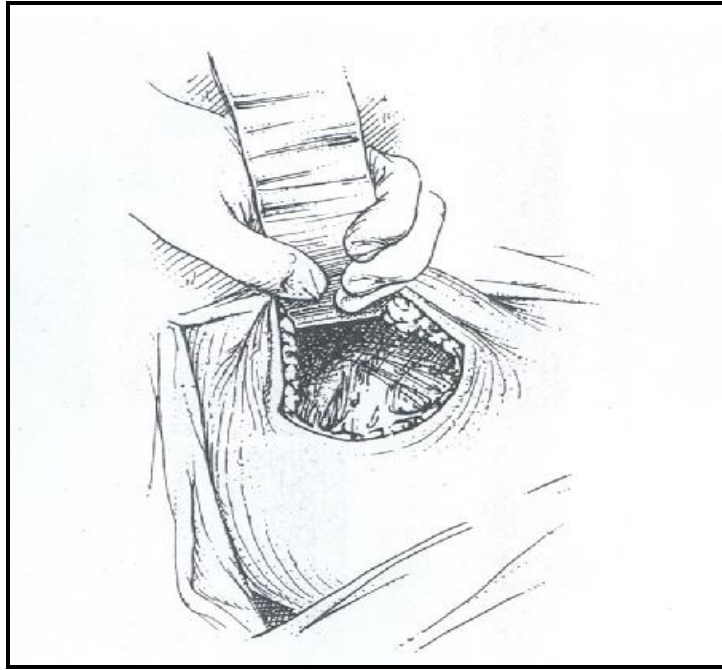
1. Απλή τοποθέτηση ενθέματος σιλικόνης μετά από απλή ή τροποποιημένη ριζική ή υποδόρια μαστεκτομή από το χειρουργό μετά την τοποθέτησή τους στο μαστό. Χρησιμοποιούνται σάκοι από αδρανές υλικό (σιλικόνη) που μπορεί να γεμίζονται ανάλογα με το επιθυμητό μέγεθος, είτε με την ίδια ζελατινώδη κατάσταση είτε με υγρό μεγάλου μοριακού βάρους, π.χ. Dextran ή ακόμα και φυσιολογικό ορό. Η χρησιμοποίηση σάκων σιλικόνης γεμισμένων με σιλικόνη σε ζελατινώδη κατάσταση έχει μειώσει σημαντικά τα τραυματικά αποτελέσματα της εγχείρησης. Οι τελευταίες βελτιώσεις στα μαστικά ενθέματα αφορούν στην

κατασκευή δίχρωρων μοσχευμάτων, όπου ο κεντρικός χώρος γεμίζεται από τον ίδιο το χειρουργό με φυσιολογικό ορό. (Τοκμακίδης Π., 2001)

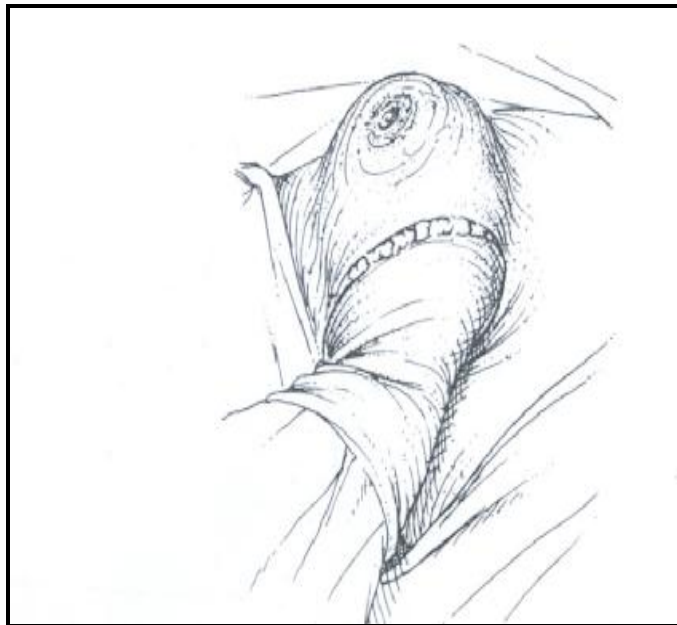


Εικόνα 1. Εμφυτευόμενες προθέσεις.

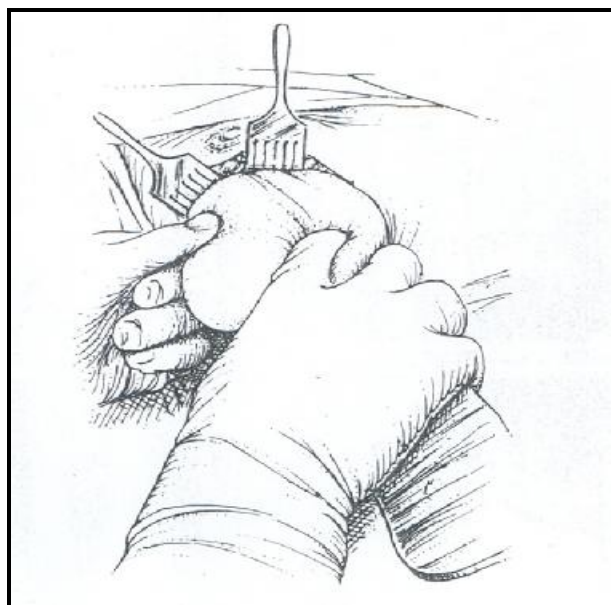
Οι μαλακές προθέσεις εκ σιλικόνης προσαρμόζονται εύκολα και, όπως ο φυσικός μαστός, αλλάζουν εύκολα μορφή, ανάλογα με την στάση της γυναίκας. Στην περίπτωση κατά την οποία η γυναίκα είναι ξαπλωμένη υπτίως, η πρόθεση λαμβάνει σχεδόν επίπεδη μορφή, αντιθέτως σε όρθια στάση της γυναίκας η πρόθεση λαμβάνει μορφή σταγόνας (Τοκμακίδης Π., 2001)



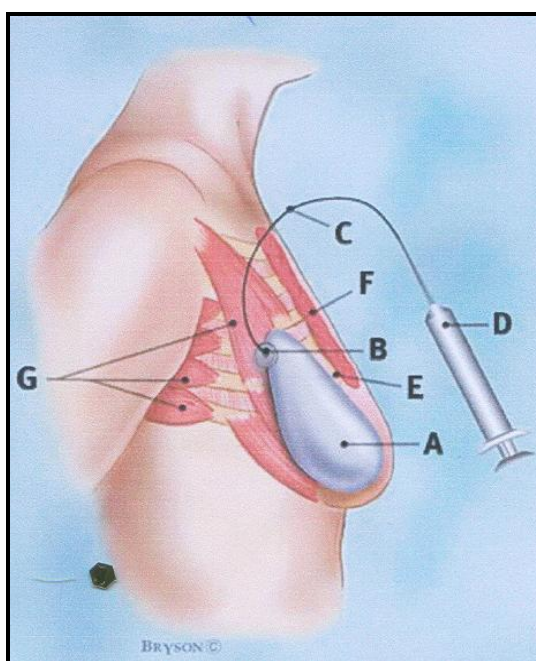
Εικόνα 2. Υπομαστικός χώρος (Southwick) (Τοκμακίδης Π., 2001)



*Εικόνα 3. Είσοδος στον υπομαστικό χώρο (Southwick)
(Τοκμακίδης Π., 2001)*



Εικόνα 4. Εισαγωγή της προθέσεως (Southwick) (Τοκμακίδης Π., 2001)



Εικόνα 5. Τοποθέτηση μοσχεύματος σιλικόνης ([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)

Το σώμα της ασθενούς δημιουργεί γύρω από την πρόθεση ένα περίβλημα, με το οποίο αυτό το «ξένο σώμα» απομονώνεται από τον υπόλοιπο οργανισμό. Αυτό το γεγονός είναι μια φυσική αντίδραση και λαμβάνει χώρα πάντοτε. Το περίβλημα αυτό, το οποίο δημιουργείται γύρω από την πρόθεση, ονομάζεται κάψα. Δυσχέρειες με εμφυτευθείσες προσθέσεις σιλικόνης εξωτερικεύονται κυρίως με την εμφάνιση

της γνωστής ίνωσης της κάψας καθώς επίσης και επιπλοκές του δέρματος. (Τοκμακίδης Π., 2001)

10.1.1 Επιπλοκές του δέρματος

Επιπλοκές από πλευράς του δέρματος αφορούν φλεγμονώδεις αντιδράσεις (πόνος, ερυθρότητα, οίδημα, πυρετός) μέχρι τη γνωστή αυτόματη διάτρηση. Κάτω από αυτά εννοούμε την εμφάνιση βλάβης του δέρματος, με την οποία η πρόσθεση γίνεται ορατή και σε εξεσημασμένη βλάβη μπορεί να προεξέχει η πρόσθεση. Μία τέτοια αυτόματη διάτρηση μπορεί να εμφανισθεί σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα (εβδομάδες μέχρι μήνες) μετά την εγχείρηση και εξαρτάται από μία ανεπαρκή κάλυψη ή από μία φλεγμονή της θήκης της πρόσθεσης. Συχνά συνυπάρχουν αμφότερες οι αιτίες. Σχεδόν πάντοτε προηγείται του συμβάντος μία ίνωση της κάψας. (Τοκμακίδης Π., 2001)

10.1.2 Ίνωση της κάψας

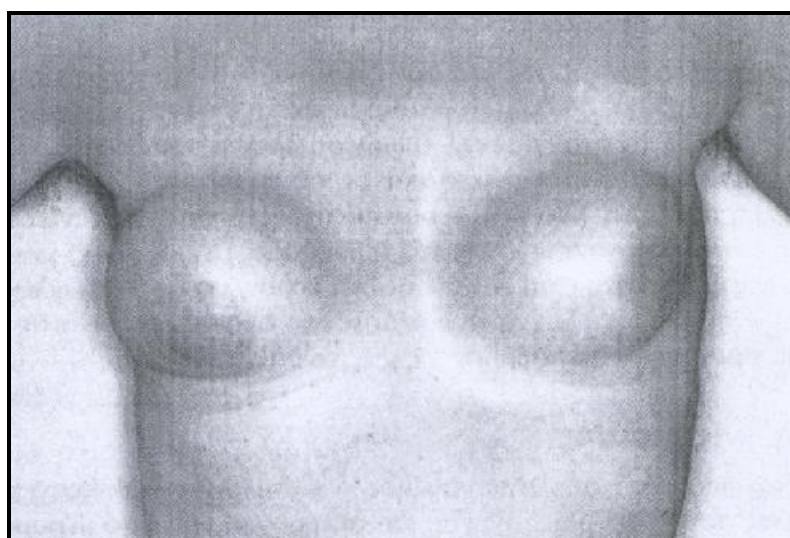
Μία ίνωση είναι μία παθολογική αύξηση του ινώδους ιστού. Κατά την ίνωση της κάψας συμβαίνει μία πάχυνση και σκλήρυνση της από μέρους του οργανισμού γύρω από την πρόθεση δημιουργηθείσας κάψας, διότι το σώμα στην προσπάθειά του να περιχαρακώσει και να απομονώσει την πρόσθεση από τον υπόλοιπο οργανισμό υπερβαίνει τα όρια. Έτσι δημιουργείται από την αρχική μαλακή κάψα ένα σκληρό περίβλημα, το οποίο μπορεί να γίνει τόσο σκληρό, όπως το περίβλημα του καρυδιού. Όσο πιο δυνατά αναπτύσσεται η ίνωση της κάψας, τόσο περισσότερο βλάπτεται η μορφή του μαστού και η ευεξία της ασθενούς. Με την αύξηση της ίνωσης γίνεται η κάψα σκληρότερη, στερεότερη και περισσότερο στρογγυλή. Μία ελαφρού βαθμού ίνωση είναι αναπόφευκτη όταν τοποθετείται αρχικά η πρόσθεση.

Η ίνωση αρχίζει λίγες εβδομάδες μετά την εγχείρηση και διαπιστώνεται μία περαιτέρω αύξηση αυτής τέσσερις μέχρι οκτώ εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Ενοχλήματα δεν υφίστανται ακόμη, η πρόσθεση είναι στην σωστή θέση και η μορφή του μαστού δεν είναι αλλοιωμένη. Ενοχλήματα εμφανίζονται σε προχωρημένο στάδιο ίνωσης υπό μορφήν αισθήματος τάσεως, η πρόσθεση προωθείται προς άνω και έξω και λαμβάνει μία σφαιρική μορφή. Η ίνωση της κάψας επιτυγχάνει την τελική μορφή της περίπου ένα εξάμηνο μετά την εγχείρηση. Η βαριά μορφή της

είναι το γνωστό ως «φαινόμενο της μπάλας του Tennis» κατά το οποίο η μέγιστη ίνωση της κάψας οδηγεί σε μία μορφή σχεδόν σφαιρική. (Τοκμακίδης Π., 2001)

10.1.3 Αιτίες

Λόγω της συχνής εμφανίσεως της ίνωσης της κάψας διενεργούνται εντατικές έρευνες σχετικά με τις πιθανές αιτίες. Τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα των ερευνών συνηγορούν για ένα μηχανισμό δημιουργίας οφειλόμενο σε πολλούς παράγοντες.



Εικόνα 6. Βαριά μορφή ίνωσης της κάψας μετά από υποδόρια μαστεκτομή. Διαπιστώνεται το "φαινόμενο της μπάλας του Tennis". Η έντονη ίνωση της κάψας ωθεί την πρόθεση προς τα άνω και δίνει την σφαιρική μορφή. (Από την Κλινική της Πλαστικής Χειρουργικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Διευθυντής ο αναπληρωτής καθηγητής Σωκράτης Ιορδανίδης) (Τοκμακίδης Π., 2001)

Κάθε ένας από αυτούς τους παράγοντες μπορεί να προκαλέσει ήδη μία ίνωση, η άθροιση των οποίων επιτείνει την ίνωση:

Gel-Bleeding: Πρόκειται για τον αγγλικό χαρακτηρισμό για την έξοδο μικρών μορίων σιλικόνης στους ιστούς, οι οποίοι περιβάλλουν την πρόσθεση - εμφύτευμα. Εκεί τα μόρια αυτά της σιλικόνης προκαλούν μία αντίδραση, όμοια με φλεγμονή, η οποία ευνοεί την ίνωση.

Κάθε εγχείρηση οδηγεί υποχρεωτικά σε τραυματισμούς των ιστών, οι οποίοι τελικά επουλώνονται ως ουλές. Αυτό ισχύει όχι μόνο για το δέρμα, αλλά και για τους ιστούς, που βρίσκονται κάτωθεν του δέρματος. Επειδή η δημιουργία ουλών

εξελιίσσεται άμεσα με την ανάπτυξη του συνδετικού ιστού, προκαλεί κάθε πρόσθετος τραυματισμός των ιστών μία ίνωση. Πρέπει να σημειωθεί, ότι μπορεί μία προσεκτικά διενεργούμενη εγχείρηση να αποσοβήσει μία έντονη ίνωση. των ερευνών συνηγορούν για ένα μηχανισμό δημιουργίας οφειλόμενο σε πολλούς παράγοντες.

Λεπτή επικάλυψη της προθέσεως: Όπως έχει προαναφερθεί, μία πρόσθεση χρειάζεται για μία καλή ανοχή μία ικανοποιητική παχειά επικάλυψη ιστών προς τα έξω. Όσο περισσότεροι ιστοί παρεμβάλλονται μεταξύ του δέρματος και της προθέσεως, τόσο καλύτερα γίνεται ανεκτή η πρόθεση. Όταν η επικάλυψη της προθέσεως είναι λεπτή, τότε ασκεί η πρόθεση στους περίξ ιστούς μία σχετικά έντονη πίεση. Επί του προκειμένου αντιδρά ο συνδετικός ιστός με έντονη ανάπτυξη. Επειδή οι καταπονημένοι λεπτοί ιστοί δεν μπορούν να παροχετεύσουν στο βάθος την πίεση, συμβαίνει μία έντονη ίνωση.

Στενό λίκνο της προθέσεως: Η θήκη των ιστών για την υποδοχή της προσθέσεως χαρακτηρίζεται ως λίκνο (κλίνη) της προθέσεως. Και εδώ παίζει σημαντικό ρόλο η πίεση. Σε μία ευρεία βάση της προθέσεως μπορεί η πίεση να κατανομηθεί καλώς και είναι μικρή. Ένα στενό λίκνο συμπιέζει την πρόσθεση, η αντίστασή της είναι εντονότερη και ευνοείται η ίνωση. (Τοκμακίδης Π., 2001)

Ø Δυνατότητες θεραπείας

Εάν μία ίνωση της κάψας προκαλεί ενοχλήματα, ή η μορφή του μαστού μεταβάλλεται έντονα, μπορεί κανείς με δύο τρόπους να την διορθώσει.

Δια χειρός ρήξη της κάψας: Ο ιατρός συλλαμβάνει το μαστό με τα δύο χέρια του και "σπάζει" το σκληρό περίβλημα όπως ο φλοιός του καρυδιού με την πίεση από έξω. Μία γενική νάρκωση είναι τότε απαραίτητη, όταν η ίδια η ασθενής το ζητήσει. Η ευαισθησία του πόνου στην περιοχή του μαστού έγκειται κυρίως στα νεύρα του δέρματος, έτσι ώστε η δια χειρός ρήξη της κάψας χωρίς αναλγησία είναι δυνατόν να διενεργηθεί ακόμη και στο ιατρείο. Επίσης υπάρχουν περιπτώσεις, στις οποίες ασθενείς με τυχαία εξωτερική δράση (π.χ. πτώση επάνω στον μαστό) έχουν υποστεί ακουσίως μία ρήξη της κάψας. Κατ' αυτήν "σκάζει" η κάψα, η "στενότητα" από την ίνωση έχει αρθεί. Η πρόσθεση δεν βλάπτεται από τέτοιους αμβλείς τραυματισμούς.

Χειρουργική ρήξη της κάψας: Ένα μέρος της παλαιάς χειρουργική ουλής ανοίγεται υπό γενική νάρκωση και αφαιρείται η πρόσθεση. Μετά το άνοιγμα της κάψας με το νυστέρι ή με ένα ηλεκτρικό μαχαίρι διευρύνεται η κάψα της προθέσεως. Τελικά επανατοποθετείται η κάψα όταν δεν υφίστανται οξέα φαινόμενα, θα πρέπει να αναμένει κανείς με τη ρήξη της κάψας 6-12 μήνες μετά την τοποθέτηση της προθέσεως. Αυτή η προθεσμία είναι συνεπώς σημαντική, διότι μετά το χρονικό διάστημα δεν αναμένεται περαιτέρω αύξηση της ίνωσης. Η τάση αναπτύξεως της κάψας έχει ήδη περατωθεί και μία διόρθωση έχει καλύτερες προοπτικές για ένα συνεχές αποτέλεσμα. Δεδομένου ότι η "παλαιά" κάψα δεν παράγει πλέον ινώδη συνδετικό ιστό, μπορεί να αναπτυχθεί μία νέα ίνωση μόνο από την μικρή τραυματική περιοχή, η οποία δημιουργήθηκε κατά τη χειρουργική διόρθωση. Μία ρήξη της κάψας ναί μεν μπορεί να μην παρεμποδίζει μία νέα ίνωση, αλλά δεν είναι πλέον σε τέτοια έκταση όπως κατά την πρώτη φορά. (Τοκμακίδης Π., 2001)

Προληπτικά μέτρα έναντι της δημιουργίας μιας ίνωσης της κάψας, δυστυχώς δεν υπάρχουν. Η σύσταση με κανονικές μαλάξεις να κρατηθεί ευρύ το λίκνον της προσθέσεως, είναι αμφισβητούμενη, διότι ο μηχανικός ερεθισμός μπορεί να παρέχει βοήθεια στην ίνωση.

Όταν είναι τοποθετημένη σωστά η πρόσθεση μπορεί ο πάσχων μαστός ήδη μερικές εβδομάδες μετά την επέμβαση να περιποιηθεί και να ενταχθεί στο φυσιολογικό πρόγραμμα περιποιήσεως. Αυτό ισχύει για σαπούνη και άλλα μέσα περιποιήσεως καθώς επίσης και για ηλιόλουτρο και Sport. Αμβλείς μηχανικές ενέργειες δεν βλάπτουν την πρόσθεση, φυσικά δεν υπάρχει κάποια αιτία, να παραιτηθεί η γυναίκα από τις ζώνες ασφαλείας στο αυτοκίνητο. Σύγχρονα εμφυτεύματα σιλικόνης μπορούν να γίνονται ανεκτά χωρίς προβλήματα μεταβολής της ατμοσφαιρικής πίεσης και της θερμοκρασίας. Ταξίδια με αεριοθούμενα αεροπλάνα ή χρήση σάουνας συνεπώς δεν αντεδείκνυνται. (Τοκμακίδης Π., 2001)

2. Αποκατάσταση με κρημνούς

Η μεταφορά δέρματος καλής ποιότητας αποτελεί προϋπόθεση όταν η περιοχή αυτή παρουσιάζει προβλήματα όπως, ουλές, ατροφικό δέρμα, αλλοιώσεις δέρματος κ.λπ.

Οι κρημνοί που χρησιμοποιούνται είναι:

- 1. Μυοδερματικός κρημνός από τον πλατύ ραχιαίο μυ (LATS)**

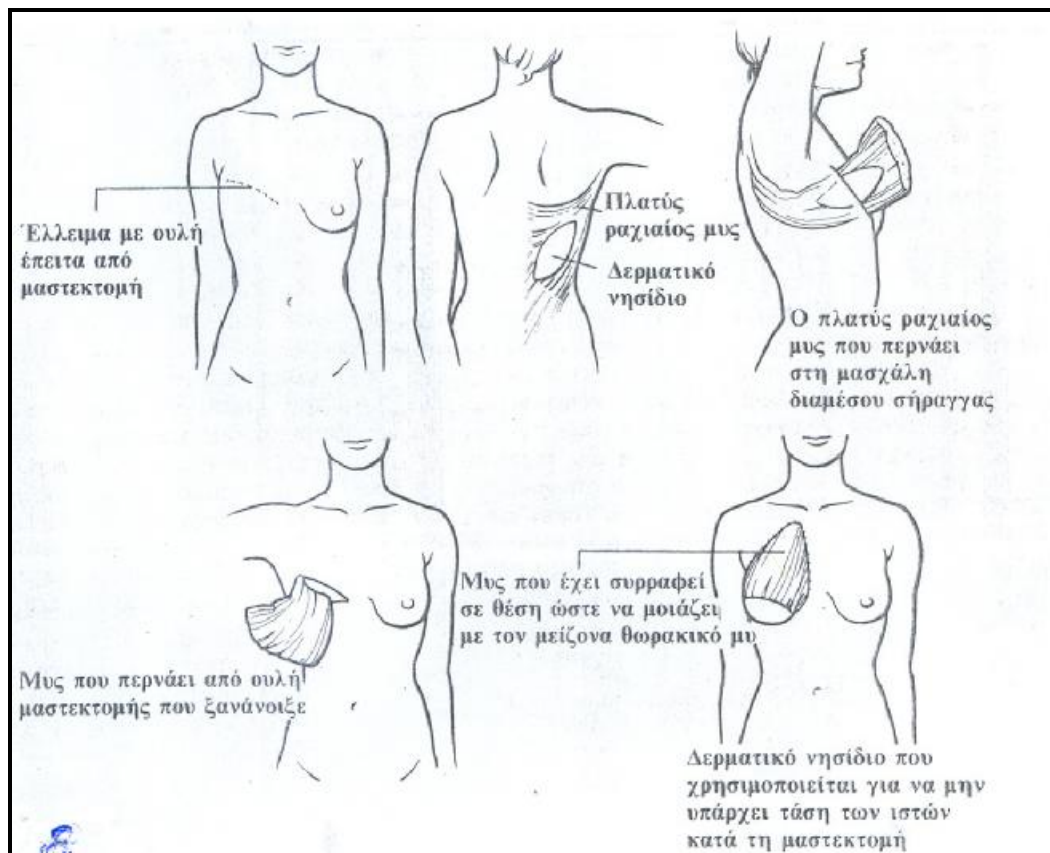
2. Κρημνοί από τον ορθό κοιλιακό μυ (TRAM)
3. Διάφοροι άλλοι κρημνοί, π.χ. οριζόντιος θωρακοεπιγαστρικός δερματικός κρημνός

α. Πλεονεκτήματα

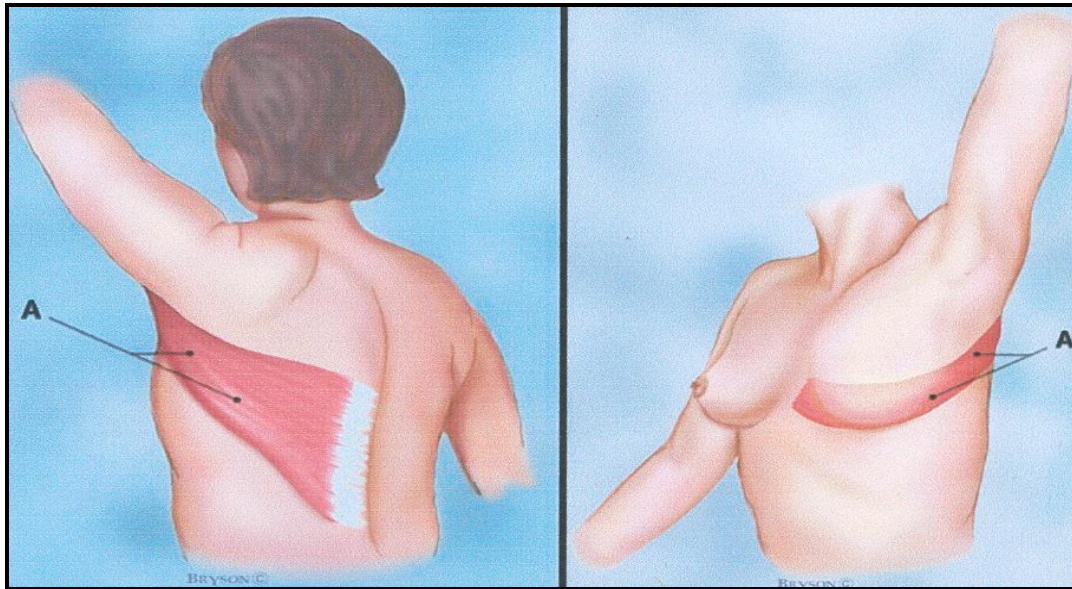
- Ø Προσδίδει αισθήματα πληρότητας
- Ø Δημιουργεί πιο φυσική την πτυχή του μαστού

β. Μειονεκτήματα

- Ø Το δέρμα της πλάτης μπορεί να έχει διαφορετική απόχρωση ή υφή
- Ø Προκαλείται συμπληρωματική ουλή στο θώρακα και ορατή ουλή στην πλάτη
- Ø Η μεταφορά των μυών της πλάτης στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα μπορεί να επηρεάσει την μυϊκή ισχύ για ορισμένες αθλητικές δραστηριότητες. (Τοκμακίδης Π., 2001)



Εικόνα 7. Ανακατασκευή μαστού με την τεχνική LATS με χρησιμοποίηση δερματικού κρημνού από μυ της πλάτης (Τοκμακίδης Π., 2001)



Εικόνα 8. Αποκατάσταση με κινητοποίηση κρημνού πλατέος ραχιαίου
([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)

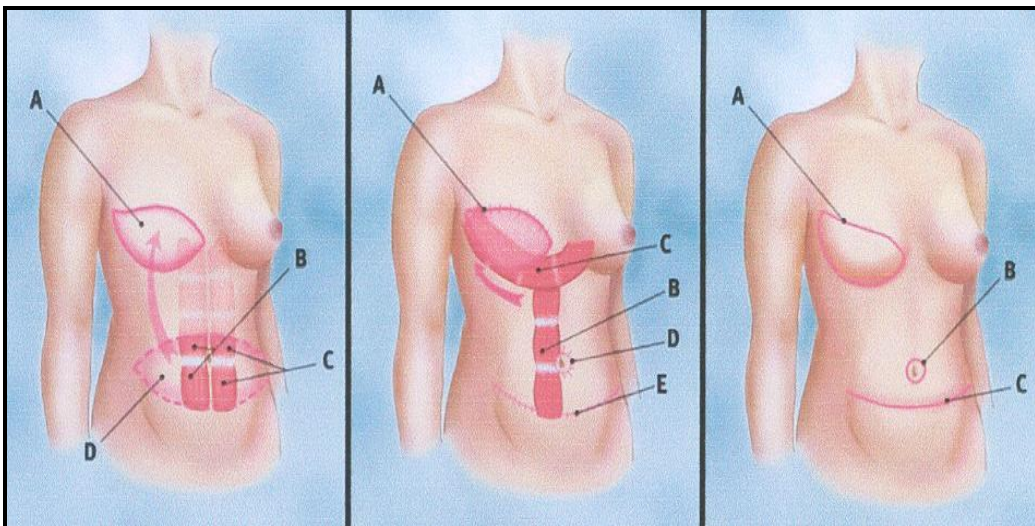
β. Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
<ul style="list-style-type: none"> ∅ Τα αισθητικά αποτελέσματα γενικά είναι ικανοποιητικά. Το δέρμα που μεταφέρεται από την κοιλιά στο θωρακικό τοίχωμα συνήθως είναι παρόμοιο στο χρώμα και τη σύσταση. ∅ Δεν χρειάζεται πρόσθεση σιλικόνης ∅ Συνήθως μετά την μεταφορά του δέρματος και του λίπους από την κοιλιά δημιουργείται κάποια «κοιλιακή πτύχωση» 	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Πιθανή μυϊκή αδυναμία των κοιλιακών τοιχωμάτων ή δημιουργία κήλης στο κοιλιακό τοίχωμα. ∅ Επιπρόσθετες ουλές στην περιοχή του άνω μαστού και του κατώτερου τμήματος της κοιλιάς. ∅ Η επέμβαση είναι μεγάλη και χρονοβόρα.

3. Αποκατάσταση με διατατήρες ιστών

Δίνεται η δυνατότητα διάτμησης του δέρματος στην περιοχή της μαστεκτομής. Η μέθοδος αυτή μπορεί να εφαρμοστεί, και υπερτερεί σημαντικά των άλλων μεθόδων.

Οι λόγοι είναι οι εξής:

- Ø Χρησιμοποιείται δέρμα της περιοχής (όχι ετερότυπου που διαφέρει σε σύσταση, απόχρωση κ.λπ.).
- Ø Δεν δημιουργείται δευτερογενές έλλειμμα σε άλλες περιοχές.
- Ø Δεν δημιουργούνται άλλες ουλές.
- Ø Δεν δημιουργούνται λειτουργικά ελλείμματα από τη χρήση μύων σ μυοδερματικούς ή μυϊκούς κρημνούς.
- Ø Υπάρχει ευχέρεια προσαρμογής του μεγέθους και του σχήματος με την κατάλληλη επιλογή και του βαθμού διάτασης.
- Ø Μικρή επιβάρυνση του ασθενούς διότι:
 - ο Οι επεμβάσεις είναι βραχύχρονες.
 - ο Η παραμονή στο νοσοκομείο είναι σύντομη.
 - ο Οι επιπλοκές είναι σχετικά μικρές. (Τοκμακίδης Π., 2001)



Εικόνα 9. Αποκατάσταση TRAM ([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)

10.2. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η θεραπεία του καρκίνου έχει αλλάξει δραματικά τα τελευταία χρόνια. Οι κλινικές δοκιμές έχουν δείξει ότι, ανάλογα με την έκταση της νόσου τα αποτελέσματα από περιορισμένη εκτομή και ακτινοθεραπεία πλησιάζουν αυτό της ριζικής μαστεκτομής.

Η καλύτερη θεραπεία για καρκίνο μαστού είναι ασαφής, αλλά η θεραπεία εκλογής οφείλει να εξαρτάται από την ποιότητα ζωής.

Όταν συγκρίνεται η έκβαση της αποκατάστασης λειτουργικότητας μετά από διαφορετικές εγχειρήσεις για καρκίνο μαστού προκύπτει ότι η ριζική μαστεκτομή οδηγεί σε σοβαρές αλλαγές στάσης, συχνή ελάττωση του εύρους της κίνησης και της ισχύος στον ώμο και συχνά χρόνια λεμφοίδημα. Με την χρήση περισσότερων συντηρητικών επεμβάσεων, η παραμόρφωση που οφείλεται στην απώλεια του θωρακικού μυός και της χειρουργικής ουλής μειώνεται.

Μερικά πράγματα εντούτοις δεν έχουν αλλάξει. Το 1976 ο Rollard ανέφερε ότι η έγκαιρη έναρξη φυσιοθεραπείας σε όλες τις μορφές της θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού είναι ο σημαντικός παράγοντας στην επίτευξη καλύτερης κινητικότητας του ώμου.

Άλλωστε δεν υπάρχουν μαρτυρίες ή τεκμηρίωση για διάσπαση του τραύματος όταν γίνει πρόωμη μετεγχειρητική κινητοποίηση του άκρου, πράγμα που ενισχύει την άποψη για αναγκαιότητα της πρόωμης έναρξης φυσιοθεραπείας. Επειδή οι άρρωστες που χειρουργούνται για καρκίνο του μαστού μένουν τουλάχιστον για 5 μέρες στο νοσοκομείο κατά μέσο όρο, γίνεται δυνατή η άμεση μετεγχειρητική έναρξη φυσιοθεραπείας με την παράλληλη εξοικείωση του θεράποντα ιατρού στο θέμα, ο οποίος πρέπει να έχει άμεσο ενδιαφέρον σε αυτό. (Κονιάρη Ε., 1991)

10.3. ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Υπάρχουν τέσσερα βασικά σημεία για τα οποία έχει αναγνωριστεί ότι η φυσιοθεραπευτική παρέμβαση είναι αναγκαία για τα άτομα, που έχουν χειρουργηθεί για καρκίνο του μαστού: **στάση, εύρος της κίνησης, ισχύς και λεμφοίδημα.**

10.3.1. Στάση

Οι ασθενείς πρέπει να είναι ενημερωμένοι εκ των προτέρων για ενδεχόμενες αλλαγές στη στάση του σώματος που μπορούν να συμβούν μετά από μαστεκτομή. Αν και οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν γίνει λιγότερο παραμορφωτικές, οι ασθενείς μπορεί ακόμα να αναπτύξουν ασυμμετρία η οποία εξαρτάται από την έκταση στην εγχείρησή τους. Όπως είναι δυνατόν να συμβεί με οποιοδήποτε χειρουργικό τραύμα, η ασθενής μπορεί να παρουσιάσει ακινητοποίηση προς το μέρος της δυσανεξίας και κάμψη του κορμού.

Ακόμη και με τις παροχετεύσεις τοποθετημένες στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο, είναι σημαντικό ότι η ασθενής πρέπει να είναι ενήμερη της κακής στάσης και πρέπει να οδηγηθεί στη διόρθωσή της. Οι διδασκόμενες ασκήσεις περιλαμβάνουν την πωγωνιαία κάμψη με ραχιαία έκταση, ανάσπαση και έστω έλξης της ωμοπλάτης. Όταν γίνεται μεταφορά αντικειμένων, ιδανικό είναι να χρησιμοποιούνται και τα δύο χέρια.

Εκτός διαφορετικής συμβουλής του χειρουργού, δεν θα πρέπει να μεταφέρεται βάρος πάνω από 2,5 kgf με το πάσχον άκρο για μια περίοδο μέχρι 8 εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Καθώς τα άνω και κάτω άκρα συσχετίζονται στενά, ένα οσφυϊκό μαξιλάρι μπορεί να βοηθήσει για δραστηριότητες σε καθημερινή θέση συνδυασμού όμως με ρύθμιση του ύψους της καρέκλας και του τραπεζιού ώστε να επιτρέπουν καλή υποστήριξη του κορμού όταν η ασθενής χρησιμοποιεί το πάσχον άνω άκρο. Οι ασθενείς πρέπει να διδάσκονται από τον φυσιοθεραπευτή τους πως θα αποκτήσουν καλές συνήθειες στάσης του σώματος. (Φιλιππούλου Ν., 2006)

10.3.2. Εύρος κίνησης

Οι μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς που υφίστανται μετεγχειρητική φυσιοθεραπεία έχουν επιτύχει καλύτερο εύρος κίνησης από τους ασθενείς που δεν έκαναν θεραπεία. Αναφέρεται ότι στους 3 μήνες που ακολουθούν την εγχείρηση, οι ασθενείς που είχαν άμεση φυσιοθεραπεία μετά την εγχείρηση, εξασφάλισαν ένα πλεονέκτημα παραπάνω από αυτούς που δεν είχαν υποστεί. Όταν οι φυσιοθεραπευτές αρχίζουν το μετεγχειρητικό πρόγραμμα εξάσκησης πρέπει να δίνονται συχνές οδηγίες στους ασθενείς εφόσον παροχετεύεται ακόμη το τραύμα. Μετά την αφαίρεση της παροχέτευσης, πλήρης κίνηση του ώμου πρέπει να είναι εφικτή μέσα σε 2 έως 4 εβδομάδες από τη μαστεκτομή. Πιστεύεται ότι αυτή η χρονική περίοδος επιτρέπει την πλήρη κινητοποίηση και εμποδίζει την πρόκληση επιπλοκής από το τραύμα, που οφείλεται μερικές φορές στην πολύ επιθετική άσκηση. (Φιλιππούλου Ν., 2006)

Παραδείγματα διδασκόμενων ασκήσεων περιλαμβάνουν:

α **Κάμψη και απαγωγή του ώμου** (κίνηση αναρρίχησης σε τοίχο με τα άνω άκρα). Προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα βλέπει προς τον τοίχο, με τα δάκτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο, όσο είναι

δυνατό. Λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο ισιώνοντας τους ώμους. Σηκώνει τα χέρια πάνω στον τοίχο παράλληλα και όταν αισθανθεί πόνο, τα επαναφέρει στην αρχική τους θέση. Σημειώνει στον τοίχο το σημείο όπου έφθασαν τα χέρια της και όταν επαναληφθεί η άσκηση, προσπαθεί να ξεπεράσει το σημείο αυτό.

- Q Σφίξιμο μπάλας.** Είναι μια απλή άσκηση, που βοηθά στην ισχυροποίηση των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας. Μια ελαστική μπάλα ή μια τσαλακωμένη εφημερίδα σφίγγεται με το χέρι της προσβλημένης πλευράς.
- Q Πέταγμα μπάλας.** Βελτιώνει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα πετά τη μπάλα, που είναι δεμένη σε ελαστικό κορδόνι. Κάθε βολή προάγει την παραπέρα έκταση του βραχίονα.
- Q Γύρισμα σχοινιού.** Είναι μια άσκηση για την ευλυγισία του ώμου. Δένεται σφιχτά με διπλό κόμπο στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί 3 περίπου μέτρων. Η άρρωστη στέκεται σε απόσταση 2 περίπου μέτρων μακριά από την πόρτα. Πιάνει χαλαρά στην άκρη του σχοινιού με το προσβλημένο χέρι, κάνει ένα κόμπο και τον τοποθετεί στην παλάμη της. Το άλλο της χέρι τοποθετεί στη μέση της. Με τεντωμένο το προσβλημένο χέρι γυρίζει το σχοινί με μικρούς κύκλους αρχικά. Οι κύκλοι αυτοί σιγά-σιγά μεγαλώνουν, ώστε οι κινήσεις του χεριού να γίνονται από τον ώμο. (Σαχίνη-Καρδάση Α., 2006)
- Q Αιώρηση χεριών.** Χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών. Η άρρωστη σκύβει προς τα εμπρός από τη μέση και αιωρεί τα χέρια της από το ένα πλάγιο στο άλλο με τεντωμένους τους αγκώνες. Ο νοσηλευτής στέκεται δίπλα της, όταν η άσκηση γίνεται για πρώτη φορά, γιατί η άρρωστη ενδέχεται να αισθανθεί ζάλη.
- Q Τροχαλία.** Ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου. Ένα κομμάτι σχοινί, μήκους 3 μέτρων περίπου, περνιέται στο σίδερο του μπάνιου. Τα άκρα του σχοινιού δένονται σε κόμπους. Με τεντωμένους βραχίονες, η άρρωστη τραβά το σχοινί προς τα κάτω με το γερό χέρι, ενώ το προσβλημένο χέρι ανυψώνεται. Η διαδικασία αυτή κατόπιν αντιστρέφεται και κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, το ύψος αυξάνει. Τονίζεται στην άρρωστη, κατά τη διάρκεια αυτής της άσκησης να μην κάμπει τους βραχίονες και τα πόδια της να εφάπτονται στο πάτωμα.

- Q Κούμπωμα πίσω κουμπιών.** Απαιτεί δυνατούς επικουρικούς μυς και γίνεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες. Η άρρωστη ανεβοκατεβάζει και τα δύο της χέρια πίσω στη ράχη, σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπιά της μπλούζας της. Κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, τα χέρια φθάνουν ψηλότερα στην πλάτη.
- Q Άγγιγμα μετώπου.** Δυναμώνει τους επικουρικούς μυς του ώμου. Η άρρωστη βλέπει προς τον τοίχο σε απόσταση άνω άκρων. Οι παλάμες της τοποθετούνται στον τοίχο στο ύψος του ώμου. Η άρρωστη σιγά-σιγά γέρνει προς τον τοίχο κάμπτοντας τους αγκώνες της και επανέρχεται στην αρχική θέση τεντώνοντας τους αγκώνες. (Σαχίνη-Καρδάση Α., 2006)

10.3.3. Μυϊκή ισχύς

Όταν οι φυσιοθεραπευτές δουλεύουν με ασθενείς με καρκίνο του μαστού πρέπει να αποβλέπουν σε ειδική μυϊκή ενίσχυση καθώς και σε βελτίωση της γενικής κατάστασης. Επιπροσθέτως στην άμεση μετεγχειρητική φυσιοθεραπεία οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού μπορούν να επωφεληθούν από ένα πρόγραμμα ασκήσεων για όλη την μετεγχειρητική περίοδο ακόμη και κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας. Τονίζεται, λοιπόν, η σημασία της συνέχισης του προγράμματος άσκησης στο σπίτι και δίνονται οδηγίες για μια σειρά αναγκαίων ασκήσεων που δεν χρειάζονται εξοπλισμό και γυμνάζουν τρεις περιοχές-κλειδιά για σωστή στάση (παράστημα), κινητικότητα και μυϊκή ενίσχυση. (Φιλιππούλου Ν., 2006)

Ασκήσεις αποκατάστασης στο σπίτι

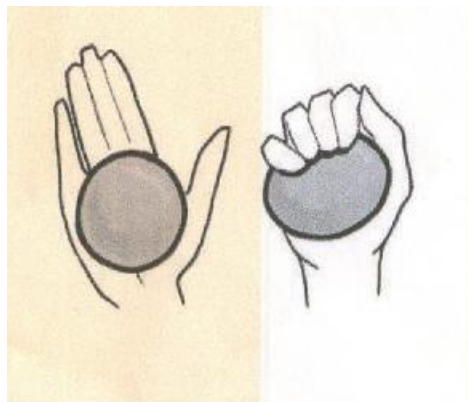
Για να ξεκινήσουν οι ασθενείς τις ασκήσεις που ακολουθούν, πρέπει πρώτα να συνεννοηθούν με τον γιατρό τους για το πότε είναι η κατάλληλη στιγμή και για το πόση ώρα θα πραγματοποιηθεί η κάθε άσκηση.

1. Σφίγγοντας και ανοίγοντας την παλάμη

Κράτησε στην παλάμη σου ένα πλαστικό μπαλάκι

Σφίγγε και άνοιγε την παλάμη σου

(μπορεί να γίνει και αμέσως μετά την επέμβαση).



2. «Σκαρφαλώνοντας» με το χέρι στον τοίχο

Στάσου κοντά σε έναν τοίχο, κοιτώντας τον.

Ακούμπησε στον τοίχο το χέρι σου που θέλεις να βοηθήσεις και άρχισε να το ανεβάζεις «περπατώντας» τα δάχτυλά σου σιγά-σιγά

πάνω στον τοίχο, ως εκεί που μπορείς. Φέρε το χέρι σου πάλι στο σημείο που ξεκίνησες.

Επανάλαβε την άσκηση. Σημείωνε το σημείο που φτάνεις και προσπάθησε να πηγαίνεις ψηλότερα κάθε φορά.



3. Κυκλικές κινήσεις με σκοινάκι

Δέσε ένα σκοινάκι στο πόμολο της πόρτας. Με τεντωμένο το χέρι κράτα το σχοινί και κάνε μικρούς κύκλους, κουνώντας ολόκληρο το μπράτσο από τον ώμο. Κάντο πέντε φορές από τη μια κατεύθυνση και πέντε από την άλλη. Μεγάλωσε σταδιακά τους κύκλους και επανάλαβε το περισσότερες φορές.



4. Κυκλικές κινήσεις των ώμων

Κάθισε και ακούμπησε τα χέρια σου χαλαρά στα γόνατά σου. Μάζεψε τους ώμους σου προς τα αυτιά σου και κάνε κυκλικές κινήσεις πάνω και πίσω. Επανάλαβε άλλες τόσες φορές, κάνοντας κινήσεις πάνω και μπρος.



5. Βοηθητικό σήκωμα χεριού

Σταύρωσε τα χέρια. Στήριξε το χέρι που χρειάζεται βοήθεια με το άλλο σου χέρι, κάτω από τον αγκώνα. Με τους δύο αγκώνες λυγισμένους, σήκωσε τα χέρια σου στο ύψος των ώμων, ακόμη και ψηλότερα, αν μπορείς. Χαμήλωσέ τα αργά.



6. Σήκωμα χεριών στο κεφάλι

Εάπλωσε, τοποθετώντας μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι σου. Ένωσε τα χέρια σου και, με τεντωμένους τους αγκώνες, σήκωσε τα χέρια σου επάνω, μέχρι το κεφάλι σου. Χαμήλωσε τα χέρια σου αργά. Καθώς είσαι ξαπλωμένη πάρεε τρεις – τέσσερις βαθιές αναπνοές και συγκεντρώσου στο να χαλαρώσεις τους ώμους σου.



7. Σκούπισμα πλάτης

Κράτησε μια πετσέτα διαγώνια πίσω από την πλάτη σου. Κάνε απαλές κινήσεις σκούπισματος πλάτης. Επανάλαβε την άσκηση, έχοντας το άλλο σου χέρι ψηλότερα. (www.breastcancerhellas.gr)



10.3.4. Λεμφοίδημα

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

Για πρόληψη λεμφοιδήματος θα πρέπει:

- α** Να αποφεύγονται στο χέρι αυτό κοψίματα, αμυχές, τσιμπήματα, δήγματα εντόμων, εγκαύματα, και η χρήση ισχυρών απορρυπαντικών, γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του οιδήματος.
- α** Οι ασκήσεις να γίνονται όπως υποδείχθηκαν.
- α** Στο βραχίονα της προσβλημένης πλευράς να γίνεται μασάζ 3 ή 4 μήνες μετεγχειρητικά, για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωση του οιδήματος.
- α** Ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς να ανυψώνεται συχνά για πρόληψη εξαρτημένου οιδήματος.
- α** Το χέρι και η εγχειρητική περιοχή να διατηρούνται σχολαστικά καθαρά για πρόληψη λοίμωξης.
- α** Να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων (σφιχτά μανίκια), για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.
- α** Να ακολουθούνται οι συμβουλές που αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα:

«ΜΗ»	ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟΥ ΧΕΙΡΟΥ «ΝΑ»
<ul style="list-style-type: none"> ü Μην κρατάτε τσιγάρα με αυτό το χέρι 	<ul style="list-style-type: none"> ü Να φοράτε ελαστικό γάντι όταν ασχολείστε με τη μαγειρική, την καθαριότητα ή το πλύσιμο των πιάτων
<ul style="list-style-type: none"> ü Μην κρατάτε με αυτό το χέρι την τσάντα ή άλλο βαρύ αντικείμενο 	<ul style="list-style-type: none"> ü Να φοράτε δακτυλήθρα όταν ράβετε ή κεντάτε
<ul style="list-style-type: none"> ü Μην κόβετε ή τραβάτε τις παρανυχίδες σ' αυτό το χέρι 	<ul style="list-style-type: none"> ü Να βάζετε κρέμα λανολίνης στο χέρι, πολλές φορές την ημέρα
<ul style="list-style-type: none"> ü Μην σκάβετε τον κήπο σας με αυτό το χέρι και μην κόβετε αγκαθωτά φυτά 	<ul style="list-style-type: none"> ü Να φοράτε την ιατρική ταυτότητα στο χέρι με την εγχάραξη:
<ul style="list-style-type: none"> ü Μην πλησιάζετε ζεστό φούρνο με αυτό το χέρι 	<p style="text-align: center;"><i>«ΠΡΟΣΟΧΗ –ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟ ΧΕΡΙ – ΟΧΙ ΥΠΟΔΟΡΙΕΣ»</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ü Μην αφήνετε να σας κάνουν ένεση σ' αυτό το χέρι 	<ul style="list-style-type: none"> ü Να αναφέρετε στο γιατρό σας αν τραυματίσατε το χέρι σας, αν είναι ερυθρό, θερμό ή ασυνήθιστα σκληρό ή οίδημαδώδες
<ul style="list-style-type: none"> ü Μην αφήνετε να σας πάρουν αίμα σ' αυτό το χέρι 	<ul style="list-style-type: none"> ü Να επιστρέψετε για επανεξέταση σε διάστημα δύο μηνών
<ul style="list-style-type: none"> ü Μην επιτρέπετε να παίρνετε πίεση από αυτό το χέρι 	

Αντιμετώπιση λεμφοιδήματος

Για αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος μπορεί να παραγγελθούν διουρητικά και η χρήση διαλείπουσας μονάδας συμπίεσης (μέσα σε μανίκι που εφαρμόζεται στο άνω άκρο εισάγεται περιοδικά αέρας υπό πίεση για την προώθηση του υγρού). (Σαχίνη-Καρδάση Α., 2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

11.1. ΓΕΝΙΚΑ



Εικόνα 1. Καρκίνος μαστού στον άνδρα (www.breastcancer.org)

Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες έχει σαφώς βαρύτερη πρόγνωση απ' ότι στις γυναίκες για τους εξής απλούστατους λόγους:

- § Ο άνδρας δεν επισκέπτεται τον ιατρό αμέσως μόλις διαπιστώσει κάποια ανωμαλία ή ψηλαφητή μάζα στον μαστό του.
- § Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα, δυστυχώς αργεί να διαγνωστεί γιατί ασθενείς και ιατροί δεν τον υποψιάζονται εύκολα.
- § Επειδή η διάγνωση γίνεται καθυστερημένα και λόγω του μικρού μεγέθους του μαστού, έχουμε πιο συχνή διήθηση του δέρματος ή του μυός που βρίσκεται πίσω από τον μαστό (μείζων θωρακικός) με αποτέλεσμα τη διευκόλυνση των μεταστάσεων. (www.mastologia.gr, 2008)

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να εμφανιστεί στους άνδρες, είναι όμως κάτι σπάνιο. Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες έχει συχνότητα 1%, από όλες τις περιπτώσεις. Σύμφωνα με μελέτες 300 άνδρες περίπου προσβάλλονται κάθε χρόνο από τον καρκίνο του μαστού έναντι 46.000 γυναικών στην Αγγλία. Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συνήθως σε άνδρες ηλικίας 60-70 ετών.

(www.cancer canada, 2008), (www.cancerhelp.org.uk, 2007)

Παρόλο που οι άνδρες δεν έχουν αναπτυγμένους τους μαστούς τους όπως οι γυναίκες, δεν παύουν όμως να έχουν κάποια μικρή ποσότητα μαζικού αδένου κάτω από την θηλή και τη θηλαία άλω που είναι ακριβώς η ίδια στον ενήλικο άνδρα, με τον μαζικό αδένου της νέας γυναίκας πριν από την εφηβεία. Στη συνέχεια, ο μαζικός αδένου στη έφηβη αρχίζει να διογκώνεται ανταποκρινόμενος στη διέγερση των ωοθηκικών ορμονών, που αρχίζουν να εκκρίνονται την περίοδο αυτή και έτσι ο μαζικός αδένου αναπτύσσεται περισσότερο από τον ανδρικό μαστό. Από την άλλη οι ανδρικές ορμόνες που παράγονται στην εφηβεία στους άνδρες από τους όρχεις αναχαιτίζουν την περαιτέρω αύξηση του ανδρικού μαζικού αδένου. (www.mastologia.gr, 2008)

11.2. ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

Ø Διηθητικό παρογενές καρκίνωμα

Ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί μέσω κυττάρων και έχει διηθήσει τους γαλακτοφόρους πόρους. Έχει συχνότητα εμφάνισης 80% στους άνδρες.

Ø Παρογενές καρκίνωμα in Situ

Καρκίνωμα που προέρχεται από τα αδενικά κύτταρα των λοβίων. Όταν ο καρκίνος δεν έχει διηθήσει τη βασική μεμβράνη των κυττάρων των αδένων, λέγεται παρογενές καρκίνωμα in situ και είναι καρκίνος σε πρόιμη μορφή.

Ø Φλεγμονώδης καρκίνος μαστού

Τύπος καρκίνου μαστού κατά τον οποίο παρατηρείται πόνος, ερυθρότητα, ξηρότητα, οίδημα.

Ø Νόσος του Paget

Είναι καρκίνος των πόρων της θηλής. Ένας όγκος που αναπτύσσεται στους γαλακτοφόρους πόρους κάτω από τη θηλή και την θηλαία άλω, προοδευτικά προχωρά προς την επιφάνεια της θηλής.

(www.breasthealth.com)



Εικόνα 2. Καρκίνος μαστού στον άνδρα (www.mastologia.gr, 2008)



Εικόνα 3. Καρκίνος μαστού στον άνδρα (www.mastologia.gr, 2008)

11.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Αν και η αιτιολογία της εμφάνισης καρκίνου του μαστού στον άνδρα δεν έχει ακόμη πλήρως κατανοηθεί, υπάρχουν όμως άνδρες που έχουν μεγαλύτερη επικινδυνότητα να αναπτύξουν καρκίνο στο μαστό. Ως παράγοντες επικινδυνότητας αναφέρονται:

- Ø **Η ηλικία.** Η μέση ηλικία ανάπτυξης καρκίνου του μαστού στον άνδρα είναι τα 65 χρόνια, δηλαδή αναπτύσσεται μεταξύ 50 και 70 ετών. Η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού στον άνδρα πριν από τα 35 χρόνια είναι πολύ σπανία.
- Ø **Η εθνικότητα.** Όπως και στον καρκίνο του μαστού στη γυναίκα και εδώ μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζουν οι άνδρες της Μαύρης φυλής και ακόμη μεγαλύτερη οι άνδρες της Εβραϊκής φυλής. Σε μερικά μέρη της Αφρικής ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα είναι συχνότερος.
- Ø Το **οικογενειακό ιστορικό.** Το οικογενειακό ιστορικό και ιδιαίτερα η ύπαρξη του γονιδίου BRCA2, δωδεκαπλασιάζει τη συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου μαστού στον άνδρα. Από το 1994/95 ανακαλύφθηκαν δύο γονίδια το BRCA1 και BRCA2, τα οποία ευθύνονται για τον οικογενή καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών. Τα γονίδια αυτά κληρονομούνται με τον αυτόσωμο επικρατούντα χαρακτήρα και έχουν υψηλή διεισδυτικότητα. Αυτό σημαίνει ότι σε μια οικογένεια που έχει το γονίδιο, 50% των απογόνων έχουν την πιθανότητα να κληρονομήσουν το γονίδιο αυτό είτε από τη μητέρα είτε από τον πατέρα. Έτσι, η ανάπτυξη του είναι συχνότερη σε άνδρες που έχουν:
 - ο Αρκετά άτομα του στενού συγγενικού περιβάλλοντος (άνδρες ή γυναίκες) με καρκίνο του μαστού –στενή συγγενή με αμφοτερόπλευρο καρκίνο του μαστού –συγγενή με ανάπτυξη καρκίνου του μαστού σε ηλικία μικρότερη των 40 ετών – αρκετά μέλη της οικογένειας με καρκίνο ωοθηκών ή παχέος εντέρου.
 - ο Υψηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, αν και δεν έχει διευκρινιστεί ο ρόλος της, έχει όμως παρατηρηθεί ότι ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος σε αποφοίτους Πανεπιστημιακών Σχολών.
 - ο Αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων στο αίμα τους που προκαλούν γυναικομαστία είτε από κάποια συνοδό πάθηση είτε από εξωγενή φαρμακευτική δράση.
 - ο Το σπάνιο σύνδρομο *Klinefelter*, είναι ένας γενετικός όρος όπου ο άνδρας γεννιέται με ένα πρόσθετο θηλυκό χρωμόσωμα. Έτσι είναι XXY αντί XY. Άνδρες με σύνδρομο Klinefelter, είναι 20 φορές πιθανότερο να παρουσιάζουν καρκίνο του μαστού.
 - ο Εκτεθεί επανειλημμένα σε ακτινοβολία κατά την νεαρή τους ηλικία.

(www.mastologia.gr, 2008)

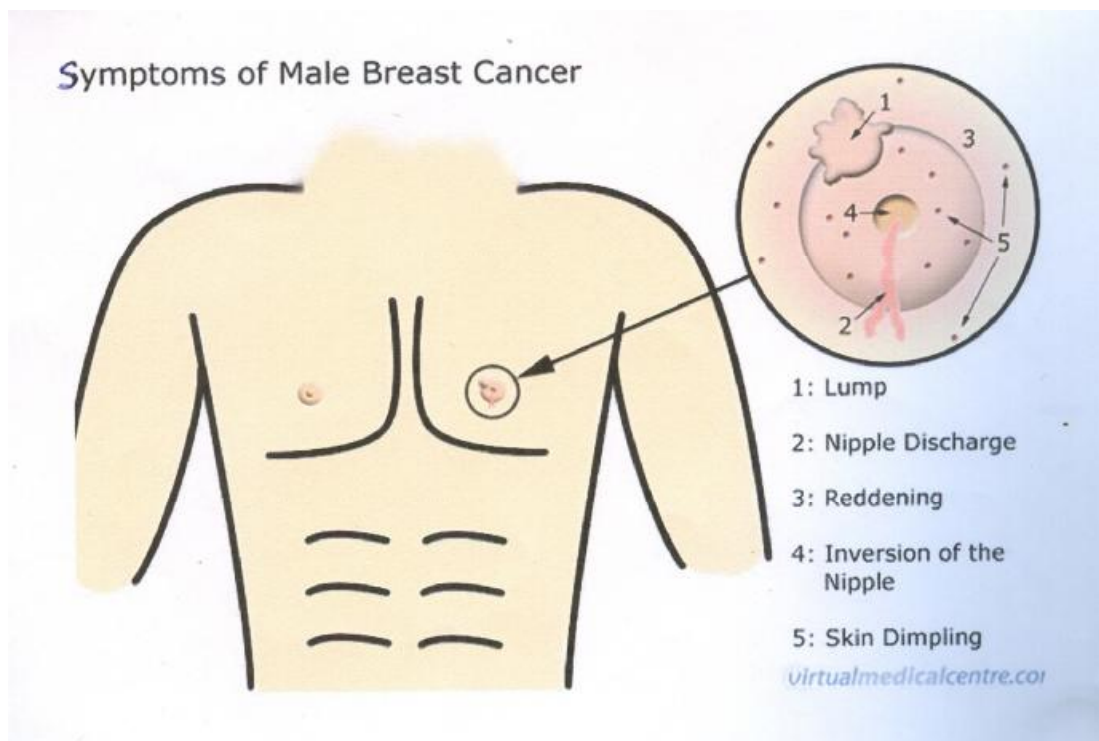
11.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

1. Το πιο συνηθισμένο **σύμπτωμα** του καρκίνου του μαστού στους άνδρες είναι ένα ανώδυνο κομμάτι στο στήθος κοντά στη θηλή. Άλλα πιθανά συμπτώματα είναι:

- Ø Μια απαλλαγή από τη θηλή
- Ø Μια αλλαγή στη μορφή ή την εμφάνιση της θηλής
- Ø Μια αλλαγή στη μορφή ή την εμφάνιση του στήθους όπως η διόγκωση ή η πτύχωση
- Ø Πόνος
- Ø Πρησμένοι λεμφαδένες κάτω από το βραχίονα.

2. Οι εξετάσεις που γίνονται για την διάγνωση του καρκίνου του μαστού στον άνδρα είναι ίδιες με αυτές που γίνονται στη γυναίκα.

Πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιούνται οι εξής διαγνωστικές μέθοδοι:



Εικόνα 4. Συμπτώματα καρκίνου μαστού (www.medicalcentre.com)

Ø Μέτρηση της πρωτεΐνης HER2

Η πρωτεΐνη HER2 είναι ένας παράγοντας αύξησης που στέλνει νευρικά σήματα στον καρκινικό ιστό και προκαλεί την μεγέθυνση του όγκου. Η ύπαρξη ή μη, της HER2 πρωτεΐνης εξακριβώνεται με απλές αιματολογικές εξετάσεις και η μέτρησή της μας βοηθάει στην επιλογή θεραπευτικής αγωγής.

Ø Βιοψία

- i) Βιοψία δια λεπτής βελόνης (FNA)
- ii) Βιοψία δια χονδρής βελόνης
- iii) Χειρουργική αφαίρεση μεγάλου μέρους ή κατά προτίμηση ολόκληρου του ύποπτου ογκιδίου για ιστολογική εξέταση.

(www.medicalcentre.com), (www.bestriung.gr, 2007)

Ø Ορμονικές και ιστολογικές εξετάσεις

Στην συγκεκριμένη περίπτωση, όταν λέμε ορμονικές εξετάσεις, αναφερόμαστε στην μέτρηση του όγκου και του αριθμού των οιστρογονικών και προγεστερονικών υποδοχέων κυττάρου. Εάν η ιστολογική εξέταση αποκαλύψει την ύπαρξη κακοήθους όγκου, ιστός από τον όγκο ελέγχεται στο εργαστήριο με ειδικά αντιδραστήρια, έτσι ώστε να μας υποδείξει τα οιστρογόνα ή αντίθετα την προγεστερόνη ως παράγων επηρεασμού της αυξητικής ανάπτυξης του όγκου.

Τα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης θα μας δείξουν, εάν και κατά πόσο η ορμονοθεραπεία, θα είναι αποτελεσματική στην καταστολή και σμίκρυνση του καρκινικού όγκου. (www.medicalcentre.com), (www.bestriung.gr, 2007)

11.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

11.5.1. Θεραπεία

Οι ιστολογικοί τύποι του καρκίνου του μαστού που αναπτύσσουν οι άνδρες είναι παρόμοιοι με αυτούς των γυναικών. Κατά γενικό κανόνα συστήνονται οι ίδιες θεραπείες όπως και στις γυναίκες (μαστογραφίες, χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, βιολογική θεραπεία). Σε περίπτωση μεταστάσεων, συστήνονται κατά κάποιο λόγο οι ορμονοθεραπείες. Η

χημειοθεραπεία επιφυλάσσεται μόνο για τις περιπτώσεις που δεν έχουν ευαισθησία οι ορμόνες.

11.5.2. Πρόγνωση

Στους άνδρες, ο καρκίνος του μαστού αν και σπανιότερος έχει βαρύτερη πρόγνωση απ' τι στις γυναίκες, διότι αφ' ενός λόγω της έλλειψης λίπους στον ανδρικό μαστό, ο καρκίνος διηθεί γρήγορα στο δέρμα και στο θωρακικό τοίχωμα και αφ' ετέρου, έχουν σχεδόν πάντα προσβεβλημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες, λόγω της καθυστέρησής τους να προσέλθουν στο νοσοκομείο ή σε έναν γιατρό, καθώς αποκλείουν συνήθως την πιθανότητα να πάσχουν από καρκίνο του μαστού. Επειδή η συχνότητα εμφάνισης του είναι πολύ περιορισμένη, δεν έχουν γίνει επαρκείς έρευνες και μελέτες όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου, τα συμπτώματα και τη διάγνωση, έτσι ώστε να οδηγούμαστε σε βέβαια και σταθερά συμπεράσματα για την πρόγνωση. Μόνο οι στατιστικές, οι επιδημιολογικές μελέτες και οι διάφορες συγκρίσεις αποτελεσμάτων, αποτελούν ένα μικρό φάρο πρόγνωσης.^{44,45}

Η **πρόγνωση**, καθώς και οι θεραπευτικές επιλογές, εξαρτώνται από τους εξής παράγοντες:

- Ø Το στάδιο της νόσου
- Ø Τον τύπο του καρκίνου του μαστού
- Ø Τους οιστρογονικούς ή προγεστερονικούς υποδοχείς των κακοηθών κυττάρων στον καρκινικό ιστό
- Ø Την ύπαρξη μετάστασης του καρκίνου στον έτερο μαστό ή σε άλλα όργανα και ιστούς
- Ø Την ηλικία του ασθενή και την γενικότερη κατάσταση της υγείας του.

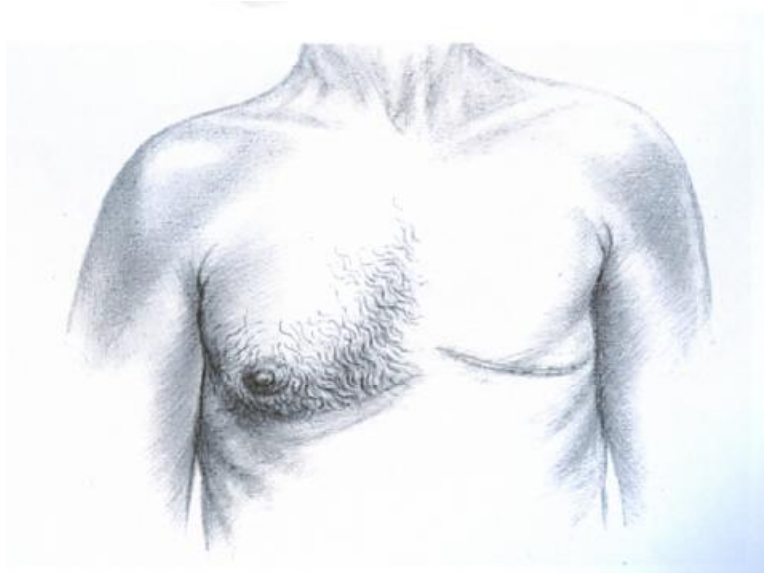
(www.medicalcentre.com), (www.bestriung.gr, 2007)

11.6. ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου του μαστού προκαλούν αλλαγές στη ζωή του άνδρα και μπορούν να αλλάξουν τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και αισθάνεται για τα πράγματα. Αυτές οι αλλαγές και τα αποτελέσματά τους δεν είναι ίδιες για όλους τους άνδρες.

Δεν είναι πάντα εύκολο, αλλά κατά την διάρκεια του χρόνου, οι περισσότεροι άνδρες προσαρμόζονται στις αλλαγές που προκαλούνται από την εμπειρία τους

με τον καρκίνο του μαστού. Οι περισσότεροι άνδρες πιστεύουν ότι είναι έτοιμοι για να επιστρέψουν στην κανονική τους ζωή και στο να κάνουν πράγματα που είναι σημαντικά γι' αυτούς. (www.medicalcentre.com), (www.bestriung.gr, 2007)



Εικόνα 5. Μαστεκτομή στον άνδρα (www.medicalcentre.com)

Χρήσιμο θα ήταν λοιπόν να μιλήσουν σε έναν ειδικό όπως ψυχολόγο, ψυχίατρο ή σε άτομα που είχαν καρκίνο μαστού και είχαν υποστεί τη μαστεκτομή.

Μερικές από τις **ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις** που παρουσιάζει ο άνδρας μετά τον καρκίνο του μαστού ή μετά από μαστεκτομή είναι η ανησυχία, ο φόβος, η κατάθλιψη, η απώλεια λίμπιντο/σεξουαλικού ενδιαφέροντος, ο αντίκτυπος στην οικογένεια και τους φίλους αλλά και στην εργασία. (www.medicalcentre.com), (www.bestriung.gr, 2007)

ΑΝΗΣΥΧΙΑ

Είναι πολύ φυσικό όταν εντοπίζεται καρκίνος του μαστού είτε σε άνδρα, είτε σε γυναίκα, να ανησυχεί για αυτό που του συμβαίνει αλλά και για το ό,τι πρόκειται να του συμβεί, όπως τον πόνο, την τελική έκβαση, τον θάνατο, τους αγαπημένους του ανθρώπους. Άλλα συμπτώματα της ανησυχίας είναι:

- Ø Οι ανησυχητικές και οι αρνητικές σκέψεις που παρεμποδίζουν την καθημερινή ζωή ή τις διαπροσωπικές σχέσεις.
- Ø Η δυσκολία στο να αναλάβει αποφάσεις
- Ø Η δυσκολία στον ύπνο

- Ø Ότι το άτομο γίνεται ιδιαίτερα οξύθυμο και ανήσυχο, με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται στον ύπνο.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η ανακοίνωση ότι κάποιος πάσχει από καρκίνο του μαστού ή διαδικασία των θεραπειών, οι επαναλαμβανόμενες εξετάσεις, ο αντίκτυπος στην προσωπική και επαγγελματική ζωή είναι μερικοί από τους λόγους που ένα άτομο μπορεί να πάθει κατάθλιψη. Με αποτέλεσμα το άτομο να χάνει την διάθεσή του για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, δεν παίρνει ικανοποίηση από δραστηριότητες που παλαιότερα τον ευχαριστούσαν, νιώθει οξύθυμος και ευερέθιστος. Ταυτόχρονα μπορεί το άτομο να παρουσιάζει διαταραχή στον ύπνο και απώλεια όρεξης. Αντιμετωπίζει δυσκολίες στην συγκέντρωση και βιώνει αισθήματα ενοχής, αναξιότητας, ματαιότητας και ευαλότητας.

ΑΠΩΛΕΙΑ ΛΙΜΠΙΝΤΟ/ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού και η θεραπεία του μπορούν να επηρεάσουν την σεξουαλικότητα με τέσσερις τρόπους:

- Ø Στην φυσική ικανότητα να δώσει και να εισπράξει ευχαρίστηση
- Ø Στις σκέψεις και τα συναισθήματα για την εικόνα του σώματός του
- Ø Στα συναισθήματα όπως τον φόβο, τον θυμό
- Ø Στους ρόλους μέσα στις σχέσεις του.

ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΦΙΛΟΥΣ

Η οικογένεια είναι η σημαντικότερη πηγή υποστήριξης του ανθρώπου. Το πρώτο και σημαντικότερο σύστημα που εντάσσεται κάθε άνθρωπος από την πρώτη στιγμή της ζωής του είναι η οικογένεια. Κάθε αλλαγή, γεγονός, κατάσταση όπως μία νόσος επηρεάζει όλα τα μέλη σε διαφορετικό βαθμό, με διαφορετικό τρόπο και επιπτώσεις. Κρίνεται, λοιπόν, απαραίτητη η παρουσία της ομάδας ανακουφιστικής και παρηγορητικής αγωγής. Ρόλος τους είναι να υποστηρίξουν το οικογενειακό περιβάλλον αφού και αυτοί «νοσούν» μαζί με τον ασθενή που φροντίζουν. Η θετική και ανοιχτή επικοινωνία με την οικογένεια αλλά και τους φίλους διασφαλίζει τις καλύτερες προϋποθέσεις για να υπάρχει υποστήριξη και αμοιβαία κατανόηση. (www.medicalcentre.com), (www.bestriung.gr, 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο

ΨΥΧΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

12.1 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο νοσηλευτής στην οποιαδήποτε ψυχολογική του παρέμβαση πρέπει να λαμβάνει υπόψη του το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από τον ίδιο τον ασθενή, την προσδοκώμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της νόσου (πρώιμο, ενδιάμεσο, τελικό). Ο ρόλος του νοσηλευτή ανάλογα με τα στάδια ανάπτυξης της νόσου πρέπει να είναι ο ακόλουθος:

12.1.1 1^η Φάση – Πρώιμο Στάδιο

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

Άλλοι αποφεύγουν να έχουν πληροφόρηση και άλλοι αναζητούν πληροφορίες με σκοπό να μειώσουν το άγχος.

Οι στόχοι του νοσηλευτή στη φάση αυτή είναι οι εξής:

- α. Να βοηθήσει τον ασθενή να μπορεί να ζει με επίγνωση της σοβαρής νόσου και των συνεπειών της.
- β. Να τον βοηθήσει να προσαρμοσθεί στη νέα εικόνα του σώματός του και του εαυτού του.
- γ. Να τον βοηθήσει να επαναπροσαρμοσθεί στο κοινωνικό περιβάλλον.
- δ. Να δώσει απαντήσεις σε απορίες και ανησυχίες του. (Κονιάρη Ε., 1991)

12.1.2 2^η Φάση – Ενδιάμεσο Στάδιο

Σ' αυτό το στάδιο διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύτηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίστηκε και υφίσταται ανάγκη άλλων μορφών θεραπείας, καθώς έχουμε υποτροπή-μετάσταση του καρκίνου.

Οι στόχοι του νοσηλευτή στη φάση αυτή είναι οι εξής:

- α. Να εξηγήσει στον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της θεραπείας που πρόκειται να υποστεί και να προετοιμάσει τον ασθενή να τα δεχθεί.
- β. Επειδή σε αυτήν την φάση ο ασθενής μπορεί να έχει αισθήματα φόβου και εγκατάλειψης από το οικογενειακό του περιβάλλον πρέπει ο νοσηλευτής να τον βεβαιώσει ότι το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό και οι συγγενείς του θα παραμείνουν κοντά του.
- γ. Οφείλει να ακούσει τις ανησυχίες, τους φόβους, τις ανάγκες του, να τον υποστηρίξει συναισθηματικά και να του δώσει κουράγιο και ελπίδα στην μάχη με την μεταστατική νόσο.

12.1.3 3^η Φάση – Τελικό Στάδιο

Σ' αυτό το στάδιο, όπου η θεραπεία είναι μόνο ανακουφιστική, ο ασθενής και ο νοσηλευτής αντιμετωπίζουν μαζί το ενδεχόμενο του θανάτου.

Οι στόχοι του νοσηλευτή στη φάση αυτή είναι οι εξής:

- α. Να παραμείνει δίπλα στον ασθενή και να είναι διαθέσιμος να συζητήσει τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες του και να του παρέχει ανακούφιση και υποστήριξη ως την τελευταία στιγμή.
- β. Να ενημερώσει την οικογένεια για την εξέλιξη της νόσου και να προτρέψουμε συγγενείς ή φίλους να μην τον εγκαταλείψουν.
- γ. Ο νοσηλευτής δίνει την ευκαιρία στον ασθενή να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες, τις ανάγκες, τα συναισθήματά του και του δείχνει κατανόηση και συμπάρασταση. (Κονιάρη Ε., 1991)

12.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

12.2.1 Σωματική φροντίδα και εξασφάλιση άνεσης

Η σωματική φροντίδα και η εξασφάλιση άνεσης και ασφάλειας για τον ασθενή που πεθαίνει αποτελούν σημαντικούς τομείς δράσης και παρέμβασης του νοσηλευτή. Αποτελεσματική σωματική φροντίδα του ασθενή στα τελευταία στάδια της ζωής του μπορεί να συμβάλει σημαντικά σε έναν ήσυχο θάνατο. Ανεξάρτητα

από το αν ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο ή στο σπίτι, οι ανάγκες για φροντίδα και συμπαράσταση είναι ίδιες. (Κονιάρη Ε., 1991)

12.2.2 Αντιμετώπιση δυσχερειών σε Καρκίνο Μαστού

Αντιμετώπιση του πόνου

Η αντιμετώπιση του πόνου σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο είναι ένα από τα κύρια νοσηλευτικά καθήκοντα. Οι εξελίξεις που σημειώνονται στη φαρμακολογία έχουν βελτιώσει τη δυνατότητα αντιμετώπισης του πόνου. Είναι ζωτικής σημασίας για τον νοσηλευτή η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων. Η εκτίμηση αυτή παρέχει πληροφορίες στο γιατρό, με τις οποίες αυτός θα επιτύχει τον πιο αποτελεσματικό συνδυασμό φαρμάκων για την καλύτερη και ταχύτερη αντιμετώπιση του πόνου.

Σε περίπτωση που ο ασθενής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο νοσηλεύεται στο σπίτι, ο νοσηλευτής οφείλει να διδάξει την οικογένεια πώς και πότε να χορηγεί τα φάρμακα καθώς και πώς να εκτιμά την ανταπόκριση του ασθενή στην φαρμακευτική αγωγή. Αναποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου στο σπίτι είναι συχνά η αιτία για τη διακομίδή του ασθενή στο νοσοκομείο. (Κονιάρη Ε., 1991)

Δυσκοιλιότητα

Οι περισσότεροι ασθενείς, στο τελικό στάδιο, υποφέρουν από δυσκοιλιότητα. Αυτή οφείλεται στην έλλειψη δραστηριότητας, στο διαιτολόγιο με μικρή περιεκτικότητα φυτικών ινών και συχνά στην φαρμακευτική αγωγή. Απαιτούνται συνήθως υπακτικά, τα οποία πρέπει να αναγράφονται τακτικά, όταν αρχίζει η χορήγηση ναρκωτικών αναλγητικών και σε περίπτωση που η αγωγή με υπακτικά δεν αποδώσει μπορεί να χρειασθούν υπόθετα γλυκερίνης ή υποκλυσμός. (www.oncology.gr)

Ναυτία και Έμετος

Η ναυτία και ο έμετος είναι πολύ συχνά και βασανιστικά συμπτώματα του ασθενή που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του. Υπάρχουν πολλές αιτίες που προκαλούν τέτοιου είδους συμπτώματα σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου. Ο νοσηλευτής οφείλει να ανακαλύψει τα αίτια και να τα αντιμετωπίσει. Για παράδειγμα αν οι έμετοι οφείλονται σε κάποιο φάρμακο πρέπει να σταματήσει την

χορήγησή του, να ενημερώσει τον γιατρό για να το αντικαταστήσει και να χορηγήσει κάποιο αντιεμετικό. (www.oncology.gr)

Διατροφή

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

Πρέπει επίσης να επιδιώκουμε και να επιτυγχάνουμε την κατάλληλη ενυδάτωση αυτών των ασθενών. Μικρή και συχνή χορήγηση υγρών που αρέσουν στον ασθενή (π.χ. πορτοκαλάδας) βοηθούν να αποφευχθεί η αφυδάτωση. Σε διαφορετική περίπτωση θα πρέπει να καταφύγουμε σε παρεντερική χορήγηση υγρών. (Κονιάρη Ε., 1991)

Πρόληψη – Αντιμετώπιση κατακλίσεων

Στον ασθενή που βρίσκεται στην τελική φάση της ζωής του, εμφανίζονται όλα τα προδρομικά σημεία κατακλίσεων, αν όχι κατακλίσεις. Τέτοιοι ασθενείς είναι συνήθως κατάκοιτοι, τρέφονται ανεπαρκώς, συχνά είναι αφυδατωμένοι και αποφεύγουν την συχνή εναλλαγή θέσεων, επειδή ανακουφίζονται σε αυτήν και δεν τους προκαλεί δυσάρεστα ενοχλήματα. Για τους παραπάνω λόγους, η ανάπτυξη κατακλίσεων είναι συχνό φαινόμενο. Κόνιαρη, 1991. Οι ασθενείς και το συγγενικό τους περιβάλλον θα πρέπει να διδάσκονται την προσπάθεια αποφυγής της κατάκλισης ή τον τρόπο αντιμετώπισής της. Τα διάφορα σπρέι που κυκλοφορούν θα πρέπει να τονισθεί ότι χρησιμοποιούνται μετά από προσεκτική καθαριότητα και πλούσιο νερό. Η έκθεση της κατάκλισης στον ήλιο ή σε οξυγόνο και η συχνή αλλαγή θέσεων του ασθενούς βελτιώνει την κατάκλιση. (www.oncology.gr)

12.2.3 Η Νοσηλευτική στον Θάνατο

Τα ερωτήματα που τίθενται για την γνώση ή όχι του επικείμενου θανάτου είναι πολλά: Πρέπει να ενημερώνεται ο καρκινοπαθής για την αρρώστια του; Ποιο είναι το καταλληλότερο πρόσωπο να ενημερώσει τον άρρωστο; Πώς πρέπει να γίνεται η ενημέρωση;

Κατ' αρχήν, για την πρώτη ερώτηση, αν δηλαδή πρέπει να ενημερώνεται ο καρκινοπαθής για την αρρώστια του, η απάντηση είναι μια και μόνη: και βέβαια πρέπει. Ακριβέστερα, είναι αδύνατο να αποφευχθεί η ενημέρωση, διότι όλοι οι άρρωστοι ρωτούν: από τι πάσχω; Σ' αυτήν την απλή ερώτηση θα δοθεί οπωσδήποτε μια απάντηση. Εκείνο που πρέπει να καθορισθεί είναι ποιος πρέπει να απαντήσει στο ερώτημα και ποιού είδους πρέπει να είναι η απάντηση.

Στο ερώτημα «Ποιο είναι το καταλληλότερο πρόσωπο να ενημερώσει τον άρρωστο;» η απάντηση μπορεί να είναι: ένα μέλος της οικογένειας, ένα φιλικό πρόσωπο ή ο θεράπων ιατρός.

Τα μέλη της οικογένειας δεν είναι τα καταλληλότερα πρόσωπα για την ενημέρωση του αρρώστου, διότι αφ' ενός στερούνται των απαραίτητων επαγγελματικών γνώσεων και αφ' ετέρου έχουν έντονο συναισθηματικό δεσμό με τον άρρωστο. Για τέτοια ενημέρωση χρειάζεται πρόσωπο, που να διαθέτει όχι μόνο ενδιαφέρον και αγάπη για τον άρρωστο αλλά και επαγγελματικές γνώσεις για τη νόσο και ψυχραιμία. Τα φιλικά πρόσωπα δεν έχουν αυτά τα χαρακτηριστικά. Κατ' ανάγκη, ως καταλληλότερο πρόσωπο για ενημέρωση του καρκινοπαθούς μένει ο θεράπων ιατρός.

Στην πράξη, οι τρόποι ενημέρωσης του καρκινοπαθούς για την αρρώστια του είναι τόσοι, όσοι και οι καρκινοπαθείς. Για να διευκολυνθεί όμως η ανάλυση του θέματος γίνεται δεκτό ότι θεωρητικώς υπάρχουν τρεις τέτοιοι τρόποι:

1^{ος} τρόπος: Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να γνωστοποιείται στον καρκινοπαθή η αρρώστια του.

2^{ος} τρόπος: Όλοι οι καρκινοπαθείς, χωρίς καμία εξαίρεση, πρέπει να γνωρίζουν επακριβώς την αρρώστια τους καθώς και κάθε λεπτομέρεια που σχετίζεται μ' αυτήν.

3^{ος} τρόπος: Η έκταση της ενημέρωσης και ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η ενημέρωση του καρκινοπαθούς για την αρρώστια του, πρέπει να εξατομικεύονται σε κάθε άρρωστο.

Ο πρώτος τρόπος, δηλαδή η με κάθε τρόπο απόκρυψη της αλήθειας από τον άρρωστο, συγκεντρώνει τα περισσότερα μειονεκτήματα. Κατ' αρχήν, μ' αυτόν τον τρόπο ο ασθενής στερείται του αναφαίρετου δικαιώματός του να γνωρίζει την αρρώστια του και να αποφασίζει ο ίδιος για την θεραπεία του. Εκτός αυτού, η απόκρυψη της διάγνωσης από τον άρρωστο ποτέ δεν μπορεί να είναι

εξασφαλισμένη. Ο άρρωστος που θέλει να μάθει την διάγνωση της αρρώστιας του, μπορεί να την μάθει με πολλούς τρόπους (να την κρυφακούσει όταν ο γιατρός την αναφέρει στους συγγενείς του ή ακόμα και να ψάξει κρυφά στο φύλλο νοσηλείας του στο νοσοκομείο). Τότε ο ασθενής χάνει την εμπιστοσύνη του όχι μόνο προς τον γιατρό του αλλά και προς το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον, κλείνεται στον εαυτό του και αυτό έχει δυσμενέστερες συνέπειες στον ψυχισμό του απ' ότι θα είχε η σωστή ενημέρωση για την αρρώστια του.

Αλλά και ο δεύτερος τρόπος ενημέρωσης, σύμφωνα με τον οποίο όλοι οι ασθενείς, χωρίς καμία εξαίρεση, πρέπει να γνωρίζουν επακριβώς την αρρώστια τους καθώς και κάθε λεπτομέρεια που σχετίζεται μ' αυτήν, δεν στερείται μειονεκτημάτων. Κατ' αρχήν, εκτός από το δικαίωμα του αρρώστου να γνωρίζει την αρρώστια του, υπάρχει και το δικαίωμά του να μην θέλει να μάθει την διάγνωση. Αλλά και εκείνοι που θέλουν να μάθουν την διάγνωση δεν πρόκειται να ωφεληθούν, αν ακούσουν από τον γιατρό ολόκληρη και γυμνή την αλήθεια, ότι π.χ. θα πεθάνουν σε μικρό χρονικό διάστημα.

Ο τρίτος τρόπος, δηλαδή η εξατομίκευση της ενημέρωσης κάθε ασθενούς, συνεπάγεται τα περισσότερα πλεονεκτήματα για τον άρρωστο. Πάντοτε λαμβάνεται υπ' όψη ο ψυχισμός του ασθενούς. Στους αρρώστους που δεν επιθυμούν να μάθουν την αρρώστια τους, δεν ανακοινώνεται η διάγνωση της νόσου. Σ' αυτούς που δηλώνουν ότι θέλουν να ενημερωθούν, παρέχεται τόση ενημέρωση, όση εκείνοι θέλουν να ακούσουν και όση μπορούν να αντέξουν. Κατ' αυτόν τον τρόπο ο ασθενής ενημερώνεται για την αρρώστια του, όπως εξ άλλου έχει το δικαίωμα, συνεργάζεται καλύτερα με τους θεράποντες ιατρούς και την οικογένεια, αποφασίζει ο ίδιος για την αγωγή που θα ακολουθήσει και γενικώς αντιμετωπίζει τα προβλήματά του με μεγαλύτερη ψυχραιμία. (www.thoracic-surgery.gr, 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13^ο

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ – ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΚΑΜΠΑΝΙΕΣ

13.1 ΝΕΕΣ ΕΛΠΙΔΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Άρθρα

Άρθρο 1^ο

Μια νέα βελτιωμένη και πολλά υποσχόμενη μέθοδος για την ακριβέστερη πρόγνωση της εξέλιξης του καρκίνου του μαστού, η οποία θα επιτρέπει στους γιατρούς να προσαρμόζουν την θεραπευτική αγωγή στις επιμέρους περιπτώσεις, αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες επιβίωσης της ασθενούς, ανακοίνωσαν Καναδοί επιστήμονες. Η μέθοδος αυτή βασίζεται στην ανάλυση της αλληλεπίδρασης των πρωτεϊνών μέσα στους καρκινικούς όγκους. Συχνά είναι δύσκολο να προβλεφθεί η εξέλιξη του όγκου στο μαστό μιας γυναίκας. Διαπιστώνοντας έγκαιρα αν η πρόγνωση μιας περίπτωσης είναι κακή, οι ογκολόγοι γιατροί θα μπορούν να δίνουν αμέσως επιθετική αγωγή.

Η νέα τεχνολογία αναπτύχθηκε από ερευνητές στο Ερευνητικό Ινστιτούτο Σάμουελ Λούνενφελντ του Νοσοκομείου του όρους Σινά στο Τορόντο υπό του δρ. Τζεφ Ράνα. Η σχετική επιστημονική εργασία δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Νέιτσιουρ Μπαοτεκνόλοτζι (Nature Biotechnology).

Οι Ερευνητές ανέλυσαν δίκτυα πρωτεϊνών-ασκών ζωτικών για τις κυτταρικές διεργασίες σε καρκινικούς ιστούς 350 γυναικών. Ανακάλυψαν ότι οι γυναίκες που επιβίωσαν από την ασθένεια, είχαν διαφορετική οργάνωση των πρωτεϊνών αυτών μέσα στα καρκινικά κύτταρά τους σε σχέση με όσες πέθαναν. Η παρακολούθηση των αλληλεπιδράσεων των πρωτεϊνών και του τρόπου οργάνωσής τους μέσα στο κύτταρο επέτρεψε στους επιστήμονες να προβλέψουν σωστά στο 82% των ασθενών αν ο καρκίνος τελικά θα απέβαινε θανατηφόρος γι' αυτές ή όχι.

Όπως είπε ο Ράνα, αν προσεγγίσαμε τον καρκίνο ως πρόβλημά του πώς οι πρωτεΐνες επικοινωνούν μεταξύ τους ή πώς αλληλεπιδρούν για να σχηματίσουν δίκτυα». Οι επιστήμονες παρατήρησαν 30.000 αλληλεπιδράσεις πρωτεϊνών, που εμπλέκουν περίπου 8.000 πρωτεΐνες και στη συνέχεια εντόπισαν έναν πυρήνα 250 πρωτεϊνών, που είναι οι πιο σημαντικές για να γίνει πρόγνωση της ασθένειας.

Υπολογίζεται ότι η νέα τεχνική θα είναι διαθέσιμη στους ασθενείς μέσα στην πενταετία. www.capitalhealth.gr/article

Άρθρο 2^ο

Νέο φάρμακο για τον καρκίνο του μαστού

Νέο φάρμακο για τον καρκίνο του μαστού μπορεί να βοηθήσει χιλιάδες γυναίκες που πάσχουν από κληρονομικές μορφές της νόσου. Έρευνα με τη συμμετοχή 54 γυναικών με προχωρημένο γενετικό καρκίνο του μαστού έδειξε ότι το φάρμακο Olaparib μπορεί να σταματήσει την ανάπτυξη των όγκων και να τους περιορίσει στο 40%. Σε μία περίπτωση, ο όγκος εξαφανίστηκε μετά τη θεραπεία, σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν χθες στο Ορλάντο της Φλόριντας, κατά το 45ο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Εταιρείας Κλινικής Ογκολογίας (ASCO).

Το φάρμακο Olaparib αφορά τους καρκίνους του μαστού που προκαλούνται από ελαττώματα στα γονίδια BRCA-1 και BRCA-2. Πολλές γυναίκες που διαπιστώνουν πως είναι θετικές στις μεταλλάξεις των γονιδίων αυτών υποβάλλονται προληπτικά σε μαστεκτομή, καθώς ο κίνδυνος να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους φτάνει το 80%. Υπολογίζεται ότι το 8% του συνόλου των κρουσμάτων καρκίνου του μαστού στις γυναίκες οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες.

Το Olaparib, το οποίο παρασκευάζεται από την AstraZeneca, είναι το πρώτο από μια νέα τάξη φαρμάκων ειδικά σχεδιασμένων για την αντιμετώπιση καρκίνων που σχετίζονται με τα γονίδια BRCA, το οποίο δοκιμάζεται σε ασθενείς. Ο Άντριου Τατ, διευθυντής της Μονάδας Έρευνας για τον Καρκίνο του Μαστού στο Βασιλικό Κολέγιο του Λονδίνου, ο οποίος ηγήθηκε της δοκιμής, δήλωσε πως τα αποτελέσματα του Olaparib δίνουν «πολλές υποσχέσεις». www.tanea.gr

Άρθρο 3^ο

Κερδίζουμε τη μάχη ενάντια στον καρκίνο του μαστού

Μειώνεται την τελευταία δεκαετία η θνησιμότητα καρκίνο του μαστού, τόσο στην Αμερική όσο και στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στην Ελλάδα. Αυτό οφείλεται, όπως εξηγεί ο ογκολόγος, καθηγητής και διευθυντής της Θεραπευτικής

Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» κ. Μελέτιος-Αθανάσιος, Κ. Δημόπουλος, σε δύο λόγους:

1. Στην αυξανόμενη χρήση της μαστογραφίας, η οποία έχει ως αποτέλεσμα τη διάγνωση του καρκίνου σε ολοένα και πιο πρώιμο στάδιο (μικρότεροι όγκοι, χωρίς διήθηση των λεμφαδένων της μασχάλης).

2. Στη συνεχή βελτίωση και διαθεσιμότητα των θεραπειών, που περιλαμβάνουν τη χειρουργική αντιμετώπιση, την ακτινοθεραπεία και τη συστηματική θεραπεία (χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, στοχευμένη θεραπεία).

Ποια είναι, λοιπόν, σήμερα η πρόγνωση σε μια γυναίκα που διαγιγνώσκεται με καρκίνο μαστού;

«Η πρόγνωση της νόσου επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες», απαντά ο κ. Δημόπουλος, «όπως είναι η ηλικία, το στάδιο της νόσου κατά τη διάγνωση, ο βαθμός διαφοροποίησης του όγκου, η ύπαρξη ή όχι οιστρογονικών και προγεστερονικών υποδοχέων, η υπερέκφραση του ογκογονιδίου C-ERB-2 κ.ά.». www.tanea.gr

Νέα φάρμακα

Νέες θεραπείες προσθέτουν χρόνια στη ζωή των γυναικών με καρκίνο μαστού. «Οι εξελίξεις είναι καταγιστικές και αφορούν κυρίως συστηματικές θεραπείες», μας πληροφορεί ο κ. Δημόπουλος. Τρία φάρμακα έχουν προστεθεί στη θεραπευτική φαρέτρα:

1. Η μπεβασισουμάβη, η οποία είναι ένας αντιαγγειογενετικός παράγων. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η προσθήκη του στη χημειοθεραπεία βελτιώνει την πρόγνωση σε ασθενείς με μεταστατική νόσο.

2. Το ζολεδρονικό οξύ είναι ένα διφωσφονικό, το οποίο χρησιμοποιείται και στην οστεοπόρωση. Δεν κατατάσσεται στους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες, αλλά η δράση του σε ασθενείς με οστικές μεταστάσεις είναι ιδιαίτερα ευεργετική στην αντιμετώπιση του πόνου και την πρόληψη των καταγμάτων. Πρόσφατη αυστριακή μελέτη, που ανακοινώθηκε στο τελευταίο Συνέδριο της Αμερικανικής Εταιρείας Ογκολογίας (ASCO), έδειξε ότι η χορήγησή του ανά εξάμηνο αυξάνει το διάστημα έως την υποτροπή της νόσου, καθιερώνοντας έτσι την προληπτική χρήση του.

3. Η λαπατινίβη. Είναι η πρώτη στοχευμένη θεραπεία, η οποία εφαρμόζεται μετά την αποτυχία μιας άλλης στοχευμένης θεραπείας, σε ασθενείς με μεταστάσεις που υπερεκφράζουν την πρωτεΐνη c-erb-2. Σε πρόσφατη τυχαίοποιημένη μελέτη

έδειξε ότι επιμηκύνει την επιβίωση των ασθενών.

Τα μονοκλωνικά αντισώματα έχουν εδώ και αρκετά χρόνια καθιερωθεί στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, αρχικά με την τρανστουζουμάβη. Η ουσία αυτή εγκρίθηκε πρόσφατα και για προληπτική χορήγηση σε πρώιμα στάδια της νόσου.

«Η μοριακή βιολογία παίζει έναν διαρκώς αυξανόμενο ρόλο στην εντόπιση θεραπευτικών στόχων και στην εξατομίκευση των θεραπειών στον καρκίνο του μαστού», λέει ο κ. Δημόπουλος.

Σημειώνεται ότι όλες οι θεραπείες που προαναφέρθηκαν είναι εγκεκριμένες και στην Ελλάδα.

Σήμερα, άλλωστε, ολοένα και περισσότερες γυναίκες με καρκίνο του μαστού μπορούν να έχουν μία φυσιολογική ζωή μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους.

«Σε περίπτωση παχυσαρκίας, η απώλεια βάρους και η τακτική σωματική δραστηριότητα είναι επιβεβλημένες», συμβουλεύει ο καθηγητής. «Οι γυναίκες αυτές πρέπει να βρίσκονται σε επαφή με τον γιατρό τους, προκειμένου να καθορίζεται ο απαραίτητος κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος».

Ετήσια αύξηση 2%

Ο καρκίνος του μαστού εξακολουθεί να είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες, παρά την αύξηση των περιπτώσεων του καρκίνου του πνεύμονος. Σε παγκόσμια κλίμακα, η συχνότητα καρκίνου του μαστού αυξάνεται με ετήσιο ρυθμό περίπου 2%.

«Αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην αυξημένη εφαρμογή της μαστογραφίας, που επιτρέπει την ανακάλυψη ακόμη και μικρών όγκων σε πρώιμα στάδια», εξηγεί η αναπληρώτρια καθηγήτρια Επιδημιολογίας στα Πανεπιστήμια Αθηνών, Χάρβαρντ και Καρολίνσκα κυρία Παγώνα Λάγιου. «Ενδέχεται να υπάρχει και μια πραγματική αύξηση της συχνότητας εξαιτίας της καθυστέρησης πρώτης εγκυμοσύνης, του μικρότερου αριθμού παιδιών, της παχυσαρκίας μετά την εμμηνόπαυση και, ίσως, του μεγαλύτερου αναστήματος των γυναικών σήμερα». www.tanea.gr

Άρθρο 4^ο

Εμβόλιο για τον καρκίνο του μαστού

Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας

«Φρένο» στις μεταστάσεις και τις υποτροπές του καρκίνου του μαστού φαίνεται να βάζει εμβόλιο το οποίο βρίσκεται ήδη σε κλινική μελέτη και στη χώρα

μας, ενώ τα πρώτα αποτελέσματα από ολοκληρωμένη μελέτη στην Αμερική είναι ενθαρρυντικά!

Αυτό ανακοινώθηκε σήμερα κατά τη διάρκεια Συνέντευξης Τύπου της Ελληνικής Εταιρίας Μαστολογίας (ΕΕΜ), με αφορμή την διοργάνωση του 11ου Πανελληνίου Συνεδρίου Μαστολογίας με διεθνή συμμετοχή.

Στη χώρα μας το εμβόλιο, όπως ανέφερε ο Γενικός Γραμματέας της ΕΕΜ και Πρόεδρος του Συνεδρίου **κ. Βασίλης Μπαρμπούνης**, έχει τεθεί σε κλινική μελέτη στο Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας».

Η χορήγηση του εμβολίου στη χώρα μας έχει ξεκινήσει εδώ κι ένα χρόνο και στη μελέτη μέχρι σήμερα έχουν ενταχθεί εθελοντικά 80 γυναίκες με καρκίνο του μαστού.

Το εμβόλιο περιλαμβάνει μια ογκοπρωτεΐνη η οποία ονομάζεται HER2/neu και ανιχνεύεται σε καρκινικά κύτταρα του μαστού σε μεγάλες ποσότητες στο 20-30% των περιπτώσεων ή σε μέσες ποσότητες στο 60-70% των περιπτώσεων.

Όπως εξήγησαν οι επιστήμονες το εμβόλιο είναι μίγμα της πρωτεΐνης αυτής και του εγκεκριμένου φαρμάκου GM-CSF, το οποίο ενεργοποιεί το μυελό των οστών για την σύνθεση νέων κυττάρων του αίματος.

Ο εμβολιασμός γίνεται σε γυναίκες που έχουν προσληφθεί από καρκίνο του μαστού, έχουν ολοκληρώσει την κλασική τους θεραπεία (χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία) και βρίσκονται σε διάστημα ελεύθερο νόσου.

Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού, σύμφωνα με τους επιστήμονες έχουν αυξημένο κίνδυνο επανεμφάνισης της νόσου τοπικά ή και με μεταστάσεις.

Η χορήγηση του εμβολίου δεν προκαλεί παρενέργειες σε αντίθεση με τις κλασικές θεραπείες.

Το εμβόλιο σύμφωνα με τα πρώτα αποτελέσματα φαίνεται ότι επιτυγχάνει ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος και μείωση της συχνότητας επανεμφάνισης της νόσου σε ασθενείς που είτε έχουν θετικούς λεμφαδένες είτε είναι υψηλού κινδύνου με αρνητικούς λεμφαδένες.

Ποιος μπορεί να συμμετέχει στη μελέτη

Στην παρούσα μελέτη μπορούν να συμμετέχουν ασθενείς με πρωτοπαθή διηθητικό καρκίνο του μαστού, που τα καρκινικά κύτταρα του όγκου της εκφράζουν μια ειδική πρωτεΐνη που ονομάζεται HER2/neu.

Για το λόγο αυτό χρειάζεται οπωσδήποτε η ιστολογική εξέταση (βιοψία) με την οποία διαγνώστηκε η νόσος. Τονίζεται ότι η ασθενής συμμετέχει μόνον όταν έχει ολοκληρώσει την διεθνώς καθιερωμένη θεραπεία (χειρουργείο, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία). Ασθενείς που έχουν ολοκληρώσει αυτά τα είδη θεραπειών αλλά συνεχίζουν να παίρνουν ορμονοθεραπεία (πχ. ταμοξιφαίνη) ή Herceptin μπορούν να ενταχθούν στη μελέτη παράλληλα με τη χορήγηση αυτών των ουσιών.

Τα πρώτα αποτελέσματα στις ΗΠΑ

Στις ΗΠΑ, σύμφωνα με επιστημονική μελέτη 10 Αντικαρκινικών Κέντρων, που ολοκληρώθηκε πρόσφατα σε 172 ασθενείς έδειξε σημαντική καθυστέρηση στην επανεμφάνιση της νόσου μετά την χορήγηση του εμβολίου.

Συγκεκριμένα μόνο το 5% των γυναικών απ' αυτές που εμβολιάστηκαν παρουσίασε υποτροπή, ενώ πάνω από το διπλάσιο ποσοστό (12%) των γυναικών που δεν εμβολιάστηκε εμφάνισε υποτροπή της νόσου.

Ο εμβολιασμός των γυναικών που μετέχουν στην επιστημονική μελέτη γίνεται κάθε μήνα και διαρκεί επτά συνολικά μήνες. Οι γυναίκες επανέρχονται για εξέταση σε 6 και 12 μήνες μετά την ολοκλήρωση των εμβολιασμών. Συνεπώς ο ενεργός χρόνος της μελέτης είναι 18 μήνες. Το εμβόλιο χορηγείται ενδοδερμικά στο πάνω μέρος του μηρού με δυο ενέσεις. Απώτερος στόχος των επιστημόνων είναι ο σχεδιασμός ενός ασφαλούς και αποτελεσματικού εμβολίου το οποίο θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί προληπτικά σε γυναίκες που έχουν νοσήσει από καρκίνο του μαστού.

Σε ότι αφορά στην κλινική μελέτη που πραγματοποιείται στο Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» τα οριστικά αποτελέσματα αναμένονται μετά από 2,5 χρόνια.
www.enet.gr

Άρθρο 5^ο

Πρωτοποριακή μέθοδος βιοψίας μαστού

Οι νεότερες θεραπευτικές παρεμβάσεις στον καρκίνο του μαστού αναμένεται να προσφέρουν μικρή βελτίωση στη θνησιμότητα των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Γι' αυτό το λόγο, πολλές από τις προσπάθειες που γίνονται σήμερα αφορούν την πρόγνωση, άρα και την πρόωρη αντιμετώπισή του (Στάδιο I).

Η έγκαιρη διάγνωση των βλαβών του μαστού γίνεται με διάφορες ακτινολογικές μεθόδους, οι οποίες συνεχώς εξελίσσονται και βελτιώνονται (ψηφιακή μαστογραφία, υπερηχογράφημα, μαγνητική τομογραφία κ.α.). www.enet.gr

Η Νέα Μέθοδος BLES

Τα τελευταία χρόνια εξελίχθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής η νέα μέθοδος BLES (breast lesion excision system), ελάχιστα επεμβατική βιοψίας, η οποία χρησιμοποιείται σε 180 κέντρα. Τα βασικότερα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι:

- Τοπική Αναισθησία
- Ελάχιστα επεμβατική τεχνική
- Χρόνος επέμβασης: 10 δευτερόλεπτα
- Τομή 6-8 mm
- Συνολική εκτομή της βλάβης έως 2 cm
- Άριστο αισθητικό αποτέλεσμα
- Ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό αιματωμάτων
- Άμεση επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες
- Δεν απαιτείται νοσηλεία
- Χαμηλό κόστος

Η διαδικασία της μεθόδου BLES γίνεται ως εξής: Η γυναίκα ξαπλώνει στο ειδικό τραπέζι στερεοταξίας όπου ο ακτινολόγος εντοπίζει τη βλάβη στον μαστό της σε τρισδιάστατο επίπεδο. Αυτή η φάση είναι η πιο χρονοβόρα και διαρκεί 10 min. Στη συνέχεια ο χειρουργός εφαρμόζει τοπική αναισθησία στο σημείο της εισόδου του ηλεκτροδίου.

Στην τελική φάση ο χειρουργός κάνει μια τομή 6-8 mm στον μαστό και τοποθετεί το ηλεκτρόδιο στο σημείο εισόδου. Στη συνέχεια το ηλεκτρόδιο βρισκόμενο στο όριο της βλάβης, ανοίγει ένα «καλάθι» το οποίο συλλαμβάνει τον ιστό και τον αφαιρεί, χρησιμοποιώντας RF για αιμόσταση (διαρκεί 10 sec) τον οποίο στη συνέχεια στέλνουμε για ιστολογική εξέταση. Αυτή η λειτουργία καθιστά το σύστημα BLES μοναδικό διότι τα όρια της περιοχής που μας ενδιαφέρει είναι ξεκάθαρα. Το σύστημα μπορεί να λειτουργήσει σε ένα απλό ιατρείο μαστού αφού η όλη διαδικασία δεν απαιτεί ολική νάρκωση.

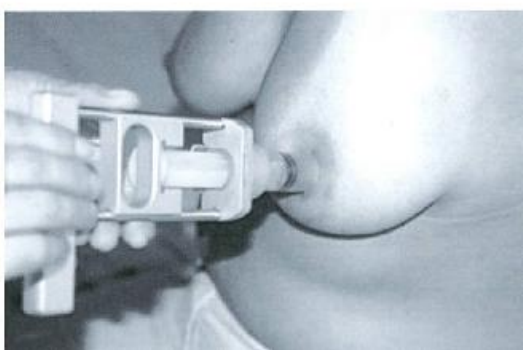
Η μέθοδος BLES εκτελείται με άριστα αποτελέσματα από οργανωμένες Μονάδες Μαστού, σε ειδικά νοσοκομεία, από εξειδικευμένο και κατάλληλα εκπαιδευμένο επιστημονικό προσωπικό. www.enet.gr

Άρθρο 6^ο

Νέα συμπληρωματική τεχνική ανίχνευσης καρκινικών κυττάρων από το έκκριμα της θηλής, με τη χρήση ενός ειδικού εργαλείου «mammary pump», - αντλία του μαστού (Εικόνα 1) η οποία επιτρέπει τη λήψη κυττάρων από τους γαλακτοφόρους πόρους (Εικόνα 2)



Εικόνα 1: Αντλία του μαστού



Εικόνα 2: Λήψη κυττάρων από τους γαλακτοφόρους πόρους ([www.anyxyemsh](http://www.anyxyemsh.com) Karkinoumastou.gr)

13.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

Μηχανισμοί προσαρμογής και αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού

Κάθε άνθρωπος, όταν έρχεται αντιμέτωπος με ένα δυνητικά θανατηφόρο νόσημα προσπαθεί να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση με σκοπό να μπορέσει να χρησιμοποιήσει όλες τις εφεδρείες που έχει ώστε να αντιμετωπίσει καλύτερα κίνδυνο για την ζωή του. Όλοι οι άνθρωποι δεν τα καταφέρνουν το ίδιο καλά και αυτό φαίνεται να έχει σχέση με τα εγγενή χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους. Άλλοι κατορθώνουν γρήγορα να προσαρμοστούν με τα καινούργια δεδομένα της ζωής τους, άλλοι αργούν περισσότερο και άλλοι δεν το κατορθώνουν ποτέ. Εκτεταμένες έρευνες πάνω στους τρόπους αντιμετώπισης των σοβαρών νοσημάτων έχουν δείξει ότι οι κύριοι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται για την προσαρμογή είναι οι ακόλουθοι :

α) Άρνηση (Denial). Το άτομο που νοσεί αρνείται ενεργητικά κάθε ένδειξη που συνηγορεί ότι πάσχει από σοβαρό νόσημα. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού π.χ., αρνείται κατηγορηματικά την διάγνωση, ενώ δικαιολογεί την χειρουργική επέμβαση με λόγια όπως : «δεν ήταν κάτι σοβαρό, απλώς έβγαλαν το στήθος για λόγους προληπτικούς». Οι γυναίκες αυτές δεν μιλούν ποτέ μόνες τους για το θέμα και κλείνουν γρήγορα τη συζήτηση όταν αναφερθεί από κάποιον άλλον.

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

γ) Στωική αποδοχή (Stoic Acceptance). Οι ασθενείς αυτές δέχονται την διάγνωση. Δεν αναζητούν πληροφορίες γι' αυτήν εκτός αν προκύψουν καινούργια συμπτώματα και γενικά συνεχίζουν να ζουν όπως πρώτα χωρίς να ασχολούνται ιδιαίτερα με το νόσημά τους.

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

ε) **Απελπισία/Αβοηθητότητα (Hopeless/Helpless)**. Οι γυναίκες αυτές φαίνεται να έχουν κυριευτεί απόλυτα από την διάγνωση. Θεωρούν ότι είναι συνεχώς άρρωστες είτε έχουν είτε δεν έχουν συμπτώματα, και μερικές φορές ενεργούν σα να πρόκειται να καταλήξουν άμεσα. Η καθημερινή τους λειτουργικότητα είναι απόλυτα επηρεασμένη και αποδιοργανωμένη. (www.breastcancerhellas.gr)



Εικόνα 1. Άλμα ζωής (www.breastcancerhellas.gr)

Τονίζεται ότι πίσω από όλα αυτά τα στάδια και τους μηχανισμούς κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή **δεν σβήνει, η ΕΛΠΙΔΑ!** Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά, είναι απλώς ένας εφιάλτης κι όχι αλήθεια, ότι ένα φάρμακο υπόσχεται πολλά. (Βαρσάμη Γ., 2003)

13.3 ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ

Η αφαίρεση του μαστού είναι μία από τις περιπτώσεις εκείνες, κατά τις οποίες **ο αναπόφευκτος ακρωτηριασμός προκαλεί έντονο ψυχικό κλονισμό στην γυναίκα**. Η σκέψη και μόνο στην απώλεια του μαστού δημιουργεί στην γυναίκα ψυχικό τραύμα και αυτό γιατί από την νεανική τους ηλικία η ζωή τους ήταν συνηφασμένη με την ύπαρξη αυτού του οργάνου. Οι επιπτώσεις της μαστεκτομής στη ζωή της γυναίκας είναι τόσο έντονες, ώστε απαιτούνται αποθέματα ψυχικής

δύναμης για να υπερνικηθούν οι δυσκολίες (προσωπικές ή οικογενειακές). (Βαρσάμη Γ., 2003)

13.3.1 Ψυχική κατάσταση και σωματική υγεία

Η ψυχική κατάσταση από αρχαιοτάτων χρόνων είναι γνωστό ότι επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την σωματική υγεία. Στην ύπαρξη ψυχικών διαταραχών αποδίδονται συνήθως σοβαρές και καταληκτικές ασθένειες. «Εβγαλα καρκίνο από την στενοχώρια», είναι η γνωστή λαϊκή ρήση που σίγουρα έχετε ακούσει. Η κατάθλιψη σχετίζεται με την αύξηση των επιπέδων κορτιζόλης στον οργανισμό, που έχει σαν φυσικό επακόλουθο την εξασθένηση της ανοσολογικής αντίδρασης σε εξωγενή και ενδογενή ερεθίσματα. Η ύπαρξη της κατάθλιψης επιδρά στον ρυθμό της καρκινογένεσης. (www.bestrong.gr, 2007)

Επομένως βγαίνει το συμπέρασμα, ότι πρέπει να μειώνεται το άγχος σε κάθε ασθενή με χρόνια και βαριά νόσο. Ο κλινικός γιατρός που παρακολουθεί τον / την ασθενή, οφείλει να διαγνώσει την ύπαρξη αυτών των ψυχικών νόσων, του άγχους και της κατάθλιψης, παρόλο που πολλές φορές αυτό δεν είναι εύκολο. Μερικά από τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η εύκολη κόπωση, ταχυκαρδία, αϋπνία, ανησυχία, ανορεξία, μείωση της διάθεσης, άγχος και ενοχλήματα από το γαστρεντερικό, ουροποιητικό και αναπνευστικό σύστημα.

Μία ψυχοθεραπευτική υποστηρικτική στάση του γιατρού και του περιβάλλοντος, συγγενικού ή νοσηλευτικού, σε πολλές περιπτώσεις αρκεί. Σε άλλες όμως απαιτείται φαρμακευτική ενίσχυση ή και αντικαταθλιπτικά φάρμακα. (www.bestrong.gr, 2007)

13.3.2 Στρες – Άγχος – Πανικός

Είναι πολύ φυσικό όταν εντοπίζεται καρκίνος σε κάποιον να ανησυχεί για αυτό που του συμβαίνει ή πρόκειται να του συμβεί, τον πόνο, την τελική έκβαση, τον θάνατο, τους αγαπημένους του ανθρώπους. Το **στρες** λοιπόν, αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση του ανθρώπινου οργανισμού απέναντι σε έναν «κίνδυνο». Το άτομο που έχει άγχος μπορεί να παραπονείται για δυσκολία στη συγκέντρωση, αίσθημα κόπωσης, δυσκολία στον ύπνο, ξηροστομία, αίσθημα ζαλάδας, μουδιάσματα, σύσπαση μυών, αίσθημα δυσκολίας στην αναπνοή, τινάγματα. Ο

πανικός έρχεται απροειδοποίητα και διαρκεί λίγα λεπτά. Σε αυτά τα λεπτά το άτομο έχει έντονα σωματικά συμπτώματα.

ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ :

Το στρες, το άγχος και ο πανικός αποτελούν εμπόδια τόσο στις θεραπείες, όσο και στην έκβαση τους αλλά κυριότερα στην ψυχική υγεία. Σ' αυτήν την περίπτωση υπάρχουν πολλοί τρόποι αντιμετώπισης, όπως :

- Να μην διστάσουν να συμβουλευτούν κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας
- Να συζητούν τα συναισθήματα και τις ανησυχίες τους με τον θεράποντα ιατρό τους
- Να το συζητήσουν με πρόσωπα σημαντικά γι' αυτούς και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους
- Να προσπαθήσουν να παραμείνουν ήρεμοι σε περίπτωση πανικού
- Να αναζητήσουν δικούς τους τρόπους με σκοπό να ηρεμούν, όπως : ασκήσεις χαλάρωσης, ευχάριστες δραστηριότητες. (www.bestrong.gr, 2007)

13.3.3 Θλίψη και Κατάθλιψη

Η ανακοίνωση ότι κάποιος πάσχει από καρκίνο, η διαδικασία των θεραπειών, οι επαναλαμβανόμενες εξετάσεις, ο αντίκτυπος στην προσωπική και επαγγελματική ζωή είναι μερικοί από τους λόγους που ένα άτομο μπορεί να νιώσει θλίψη και άσχημη διάθεση. Το άτομο χάνει τη διάθεση του και τον ενδιαφέρον για πράγματα και δραστηριότητες που τον ευχαριστούσαν. Όταν το άτομο βιώνει τέτοια συναισθήματα τότε το πιο πιθανό είναι να υποφέρει από κατάθλιψη. Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σταδιακά ή να έχει απότομο έναρξη. Η αναγνώριση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης, καθώς και η σωστή ενημέρωση των ασθενών για την νόσο τους, θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην πιο εύκολη από μέρους τους λήψη αποφάσεων, υιοθέτησης ριζικών και ευνοϊκών αλλαγών στον τρόπο ζωής τους μετά την διάγνωση του καρκίνου. (www.bestrong.gr, 2007)

13.3.4 Εικόνα του Σώματος

Η εικόνα του σώματος είναι η εσωτερική αναπαράσταση που έχει ο καθένας για την εξωτερική του εμφάνιση. Ο καρκίνος του μαστού αλλά και κάθε καρκίνος προκαλεί σημαντικές αλλαγές στον οργανισμό όπως η αλλαγή των ορμονών, η

απώλεια μαλλιών, η αφαίρεση μελών του σώματος, χειρουργικά σημάδια, η αλλαγή του σωματικού βάρους, σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Ορισμένες αλλαγές είναι μόνιμες και άλλες προσωρινές.

Ορισμένοι άνθρωποι μπορεί να νιώθουν ντροπή για το σώμα τους, θυμό για αυτό που τους συνέβη, να αποφεύγουν τις διαπροσωπικές σχέσεις και κοινωνικές συναναστροφές. Άλλοι άνθρωποι ερμηνεύουν με διαφορετικό τρόπο τις αλλαγές στο σώμα τους και διαμορφώνουν μια θετική εσωτερική εικόνα για τον εαυτό τους εκτιμώντας την ανθεκτικότητα του οργανισμού τους, επαναξιολογούν το ρόλο της υγιεινής διατροφής και καλής φυσικής κατάστασης.

ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ :

- Να συζητούν με ανθρώπους που έχουν παρόμοιες εμπειρίες
- Να συζητούν με τον θεράποντα ιατρό τους τις ανησυχίες και τους φόβους τους
- Να προσπαθούν να εμπλακούν σε κοινωνικές δραστηριότητες
- Να φροντίζουν τον εαυτό τους
- Να αναζητήσουν νέα ενδιαφέροντα. (www.bestrong.gr, 2007)

13.3.5 Σεξουαλικότητα και Καρκίνος

Ο καρκίνος και η θεραπεία του μπορεί να έχουν αρνητικά συμπτώματα στην σεξουαλικότητα και στις διαπροσωπικές σχέσεις. ο καρκίνος του μαστού όμως και η θεραπεία του δεν σημαίνουν το τέλος της σεξουαλικής τους ζωής. Με υποστήριξη και επικοινωνία, θα μπορέσουν να επανακτήσουν σιγά – σιγά την ερωτική τους ζωή.

Ο καρκίνος και η θεραπεία του μπορεί να επηρεάσουν την σεξουαλικότητα με τέσσερις τρόπους :

- √ Στη φυσική ικανότητα να δώσουν και να εισπράξουν ευχαρίστηση
- √ Στις σκέψεις και τα συναισθήματα για την εικόνα τους σώματός τους
- √ Στα συναισθήματα όπως τον φόβο, τον θυμό
- √ Στους ρόλους μέσα στις σχέσεις τους

Τα συναισθήματα μπορεί να έχουν μπορεί να έχουν μεγάλη επιρροή στην σεξουαλικότητά τους και στην σεξουαλική συμπεριφορά τους. Η σεξουαλική αυτοεκτίμηση είναι άμεσα συνδεδεμένη με την καλή ψυχική υγεία.

Εάν θέλουν να μοιραστούν τα συναισθήματά τους θα πρέπει να επιλέξουν σε ποιον, πιθανότατα σε έναν πολύ κοντινό φίλο/φίλη ή σε ένα οικογενειακό τους μέλος που θα τους ακούσει και δεν θα τους κατακρίνει. Μπορεί όμως να νιώθουν πως είναι καλύτερο να μιλήσουν απευθείας γι' αυτό το θέμα με τον σύντροφό τους. Να μοιραστούν το θυμό τους, τους προβληματισμούς τους, τα συναισθήματά τους γενικότερα. Πολλά ζευγάρια «εκμεταλλεύονται» αυτές τις στιγμές για να έρθουν πιο κοντά στον σύντροφό τους και να είναι πιο ειλικρινείς απέναντί του/της. (www.bestrong.gr, 2007)

13.3.6 Φόβος επανεμφάνισης

Η επανεμφάνιση του καρκίνου είναι όταν προσβάλλονται από τον καρκίνο ξανά, εφόσον έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους και εφόσον δεν υπήρχε πλέον καρκίνος στο σώμα τους. Η επανεμφάνιση μπορεί να συμβεί στο ίδιο μέρος από όπου ξεκίνησε ή μπορεί να συμβεί σε άλλο μέρος του σώματος. Η ανησυχία για την επανεμφάνιση του καρκίνου είναι μία φυσιολογική σκέψη για όσους έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους.

Η Αμερικανική Καρκινική Κοινότητα υπολογίζει ότι τουλάχιστον το 70% των νικητών νιώθουν την ανησυχία της επανεμφάνισης. Οι νικητές του καρκίνου πιθανότατα ζουν με μεγαλύτερη ανασφάλεια για την επανεμφάνισή του από ότι άλλοι άνθρωποι που έχουν βιώσει άλλες ασθένειες.

Τι μπορούν να κάνουν :

- Να μιλήσουν με ένα ειδικό από την ιατρική ομάδα που τους επιβλέπει
- Να κάνουν μια λίστα από πιθανά συμπτώματα που έχουν βιώσει
- Να μιλήσουν στους φίλους και στην οικογένειά τους γιατί μπορεί και εκείνοι να έχουν τους ίδιους φόβους με αυτούς
- Να καταλάβουν πως τα αγαπημένα τους πρόσωπα μπορούν να τους βοηθήσουν φτάνει να τους αφήσουν
- Να βρουν μια ομάδα υποστήριξης ώστε να έρθουν σε επαφή με άλλους νικητές και να μάθουν νέους τρόπους για να χειριστούν αποτελεσματικά τον φόβο της επανεμφάνισης
- Να ασχοληθούν με άλλες δραστηριότητες. (www.bestrong.gr, 2007)

13.3.7 Ενοχές και Καρκίνος

Οι ενοχές είναι ένα από τα περίεργα αισθήματα που εμφανίζονται σε διάφορα πρόσωπα που εμπλέκονται, με οποιαδήποτε ιδιότητα, με το νόσημα καρκίνος. Πρόκειται για αίσθημα που βιώνεται από όλους, αν και από καθέναν για διαφορετικούς λόγους. Με τη λέξη **ενοχή** θέλουμε να δηλώσουμε το δυσάρεστο συναίσθημα που βιώνει όποιος έχει συνείδηση ότι έχει διαπράξει κάτι κακό. Όσον αφορά στον καρκίνο του μαστού η καθυστέρηση και η αλλαγή, πολύ συχνά των θεραπευτικών δυνατοτήτων και προοπτικών δημιουργούν πλέγμα ενοχών, στο οποίο μπορεί να συμβάλουν και άλλοι παράγοντες. Επειδή δε οι μαστοί είναι όργανα που σχετίζονται και με την ερωτική ζωή, οι ενοχές μπορεί να ανάγουν το νόσημα σε αποτέλεσμα «θεϊκής τιμωρίας». Το ίδιο μπορεί να σχετίζονται με την παροχή θηλασμού στα βρέφη τους ή πολύ συχνότερα με την λήψη ορμονών σε κάποια φάση της ζωής τους.

Ένας άλλος παράγοντας που αποτελεί την αιτία ενοχών είναι η αίσθηση της ταλαιπωρίας των συγγενών εξαιτίας της. Τέλος, μια άλλη αιτία που δημιουργεί ενοχές είναι και η κληρονομική μετάδοση αν και οι περιπτώσεις για μετάδοση καρκίνου του μαστού από την μητέρα στην κόρη είναι ελάχιστες, η μητέρα φοβάται και αισθάνεται ενοχή για την πιθανή εμφάνιση καρκίνου του μαστού στην κόρη της ή σε μεταγενέστερες γενεές. (www.bestrong.gr, 2007)

13.4 ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΕΣ ΚΑΜΠΑΝΙΕΣ

Οκτώβριος με ροζ κορδελίτσα

Ο πρώτος, ουσιαστικά, μήνας του φθινοπώρου και της νέας σεζόν, ο Οκτώβριος, έχει θεσπιστεί διεθνώς ως ο μήνας ενημέρωσης για τον καρκίνο του μαστού και της ροζ κορδελίτσας, που έχει καθιερωθεί ως σήμα αυτής της σημαντικής εκστρατείας.

Εικόνα 2. Ροζ κορδέλα (www.bestrong.gr, 2007)



Είναι πλέον γεγονός ότι το 98% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού θεραπεύεται, αν γίνει έγκαιρα η διάγνωσή του. Και είναι κρίμα να χάνονται ανθρώπινες ζωές από άγνοια ή αμέλεια. (www.loipon.gr)

Αναρωτηθείτε λοιπόν : Ποια ήταν η τελευταία φορά που πήγατε στον γυναικολόγο σας για ψηλάφηση μαστού; Ποια ήταν η τελευταία φορά που κάνατε μαστογραφία; Επίσης αναρωτηθείτε : Έχετε συμβάλει κι εσείς στην ενίσχυση των οργανώσεων που πολεμούν τον καρκίνο του μαστού;

Αν το θέμα έως τώρα δεν σας έχει απασχολήσει, μην χάνετε άλλο χρόνο.



Εικόνα 3. Μαστογραφία (www.bestrong.gr, 2007)

Κάντε το απαραίτητο τσεκάπ και φροντίστε από εδώ και εμπρός να το κάνετε τακτικά γιατί δυστυχώς ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου των γυναικών.

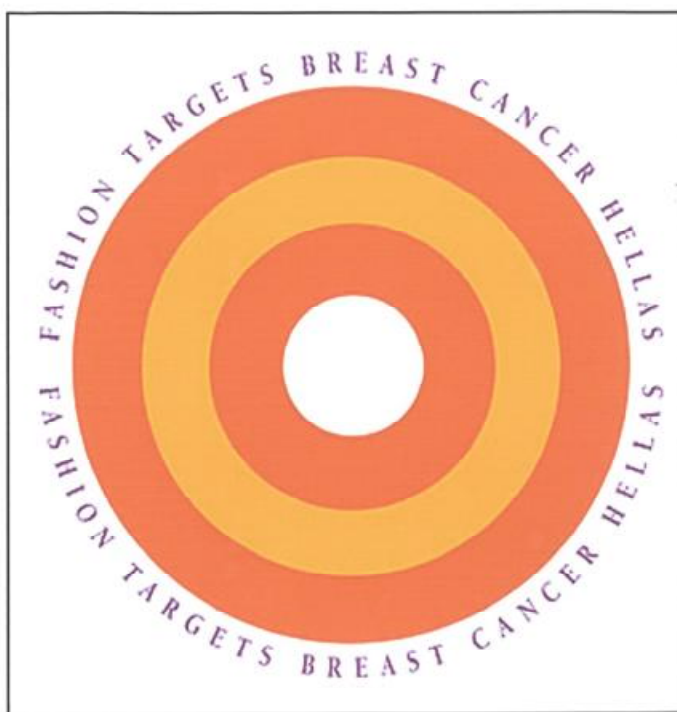
Νιώθεις ωραία όταν βοηθάς; Οι οργανώσεις κατά του καρκίνου του μαστού συγκεντρώνουν χρήματα για την δημιουργία κέντρων όπου οι γυναίκες μπορούν να απευθύνονται για τακτικά τσεκάπ και θεραπεία. Ιδιαίτερα εκείνες που δεν διαθέτουν τους απαραίτητους πόρους.

Νιώθεις ωραία όταν ξέρεις πως στη δύσκολη ώρα δεν είσαι μόνος;

Και μην ξεχνάτε : Η υγεία είναι πάνω από όλα και χωρίς αυτή τίποτα, μα τίποτα, δεν μπορούμε να χαρούμε. (www.bestrong.gr, 2007)

13.5 ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ «Η ΜΟΔΑ ΠΟΛΕΜΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΣΤΗΘΟΥΣ» (F.T.B.C)

Η εκστρατεία «Η μόδα Πολεμά τον Καρκίνο του Στήθους» (F.T.B.C.) ξεκίνησε στην Αμερική το 1994, όταν ο βασικός εμπνευστής Ralph Lauren δημιούργησε το «στόχο» επηρεασμένος από τον θάνατο της στενής του φίλης και αρχισυντάκτριας μόδας της «Washington Post», Nina Hyde, με πίστη ότι η μόδα μπορεί να σώσει ζωές. Αντικειμενικός σκοπός του F.T.B.C., είναι η ενημέρωση και η συγκέντρωση χρημάτων για περαιτέρω έρευνα, επιμόρφωση, πρόληψη. Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα έσοδα της εκστρατείας από πωλήσεις ρούχων και αξεσουάρ, ξεπερνούν τα 40 εκατομμύρια δολάρια. (www.ftbc.gr)



Εικόνα 4. F.T.B.C. (www.ftbc.gr)

Υπολογίζεται ότι μέχρι τώρα έχουν πωληθεί περισσότερα από 7 εκατομμύρια T-shirts. Στην Ελλάδα η δράση του F.T.B.C ξεκινά το 2001 και μέχρι στιγμής έχει συγκεντρώσει περισσότερα από €780.000. Τα έσοδα χρηματοδοτούν εξ' ολοκλήρου το «Σπίτι του στόχου», ένα **Κέντρο Πρόληψης** που βρίσκεται στα Άνω Πατήσια και λειτουργεί καθημερινά παρέχοντας ΔΩΡΕΑΝ προληπτικές εξετάσεις. Το Κέντρο λειτουργεί καθημερινά με την επιστημονική ευθύνη του Γεν. Ογκολογικού

Νοσοκομείου « Οι Αγ. Ανάργυροι». Συγκεκριμένα το 2007, έγιναν 2.986 μαστογραφίες, 207 υπέρηχοι και 131 εντοπιστικές λήψεις. (www.ftbc.gr)

13.6 ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Υπάρχει επίσης και μια αξιόλογη προσπάθεια από τον Σύλλογο γυναικών που έζησαν την εμπειρία του καρκίνου του μαστού και ξεπέρασαν με επιτυχία τις δυσκολίες που προέκυψαν από την ασθένεια.

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής» είναι σωματείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, το οποίο στηρίζεται οικονομικά, στις συνδρομές των μελών του και σε δωρεές.

Σκοπός του είναι η οργανωμένη αλληλοβοήθεια, η ψυχοκοινωνική στήριξη και αποκατάσταση των γυναικών που πάσχουν όπως επίσης και των μελών των οικογενειών τους, η συμβολή του στην απομυθοποίηση του καρκίνου και η ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού πανελλαδικά για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας.

Τέλος, διαθέτει επιστημονικούς συνεργάτες, ψυχολόγο, κοινωνική λειτουργό και 150 εκπαιδευμένες εθελόντριες έτοιμες να συνδράμουν σε κάθε περίπτωση με όλη τους την καρδιά. Και διάφορα είδη που θα χρειαστούν οι γυναίκες μετά την επέμβαση στο μαστό τους, καθώς και βοήθεια στον τρόπο χρήσης τους π.χ. ειδικά σουτιέν, μαγιό, τεχνητούς μαστούς, περούκες κλπ.



Εικόνα 5. F.T.B.C Η Μόδα Πολεμά τον Καρκίνο του Στήθους

(www.breastcancerhellas.gr)

13.7 ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ – ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Το 1976 ομάδα ευαισθητοποιημένων γυναικών ίδρυσε τον Όμιλο Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – Αγκαλιάζω με σκοπό την ηθική και οικονομική στήριξη απόρων ασθενών με καρκίνο που νοσηλεύονταν στο Νοσοκομείο «Μεταξά». Έκτοτε, στα 32 χρόνια που μεσολάβησαν, εξελίχθηκε σε οργανωμένο εθελοντικό φορέα με 1.500 μέλη και 180 εκπαιδευμένους εθελοντές και με δύο παραρτήματα, ένα στην Πάτρα και ένα στο Ηράκλειο Κρήτης. (www.oekk.gr)

Ψυχή και πυρήνας του Ομίλου είναι οι εθελοντές του, που εκπαιδεύονται και εποπτεύονται από κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους. «Εθελοντής σημαίνει ανιδιοτελής προσφορά, ανθρώπινο πλησίασμα, αληθινό ενδιαφέρον και μοίρασμα, άγγιγμα, σιωπή, αφού και μόνο να μπορείς να ακούς είναι πράξη αγάπης».

Οι στόχοι του Ομίλου Εθελοντών κατά του Καρκίνου – Αγκαλιάζω αγκαλιάζουν τρεις διαφορετικές κατευθύνσεις, με πρώτη την ενημέρωση για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου. Για το σκοπό αυτό έχει δημιουργήσει τηλεοπτικά σποτ και διακινεί έντυπο ενημερωτικό υλικό για διάφορες μορφές καρκίνου.

Τους, εκδίδει περιοδικό ειδικού ενδιαφέροντος σε διμηνιαία βάση, το οποίο διανέμεται δωρεάν σε 5.000 αποδέκτες, έχει δημιουργήσει ιστοσελίδα στο διαδίκτυο με ενημερωτικό και πληροφοριακό υλικό και από το 2007 λειτουργεί ομάδα διεκδίκησης δικαιωμάτων καρκινοπαθών με σύνθημα «τίποτα για εμάς χωρίς εμάς».

Δεύτερο στόχο έχει θέσει την ψυχοκοινωνική στήριξη ασθενών με καρκίνο και των οικογενειών τους. Πρόγραμμα που υλοποιείται από την κοινωνική και ψυχολογική υπηρεσία για τους ασθενείς από την ώρα τους διάγνωσης μέχρι την αποθεραπεία ή το θάνατο, παρέχοντας στήριξη σε κοινωνικό, οικονομικό και ψυχολογικό επίπεδο με στόχο τη βελτίωση τους ποιότητας ζωής και αποκατάστασης. Στο πρόγραμμα συμμετέχουν και εθελόντριες του Ομίλου που βοηθούν σε πρακτικά θέματα (συντροφιά σε μοναχικούς ασθενείς, φροντίδα, λογαριασμοί κ.ά).

Τρίτο στόχο του Ομίλου αποτελεί η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Ο Ο.Ε.Κ.Κ. έχει συμβάλει στην ίδρυση δύο Πανελλήνιων Συλλόγων στηρίζοντάς τους ηθικά και οικονομικά. Τον Πανελλήνιο Σύλλογο Λαρεγγεκτομηθέντων που στηρίζει μέχρι σήμερα, και τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο Μαστού – Άλμα Ζωής, που αυτονομήθηκε το 2005.

Απώτερος στόχος του Ομίλου είναι να γίνει μια μεγάλη αγκαλιά υποστήριξης για τους καρκινοπαθείς αλλά και ενημέρωσης για τον υπόλοιπο πληθυσμό. (www.ftbc.gr)

13.8. EUROPA DONNA HELLAS

Η EUROPA DONNA HELLAS, νόμιμα συνεστημένη και ειδικά πιστοποιημένη στο Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Μ.Κ.Ο., αποτελεί το ελληνικό FORUM της EUROPA DONNA [THE EUROPEAN BREAST CANCER COALITION], της ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΣΥΝΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.

Η Ε.Δ. ιδρύθηκε στο Μιλάνο το 1993, όπου και τα κεντρικά γραφεία, αριθμεί σήμερα 40 χώρες κράτη – μέλη [όλες οι χώρες της Ε.Ε. είναι μέλη της] και αποτελεί ΟΡΓΑΝΟ ΣΥΝΗΓΟΡΙΑΣ & ΔΙΕΚΔΙΚΗΣΗΣ [ADVOCACY AND LOBBYING GROUP].

Η EUROPA DONNA εργάζεται για να ευαισθητοποιήσει και να αφυπνίσει τη κοινή γνώμη σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, να κινητοποιήσει και υποστηρίξει τις Ευρωπαϊκές γυναίκες ώστε να ασκήσουν πολιτική πίεση για την άριστη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, τον κατάλληλο πληθυσμιακό έλεγχο, τον ποιοτικό και τακτικό έλεγχο του ιατρικού εξοπλισμού, την βέλτιστη θεραπεία και περίθαλψη καθώς επίσης και για αυξανόμενους πόρους για την έρευνα καρκίνου του μαστού.

Συνεργάζεται αφενός με τον Ευρωκοινοβούλιο – δια της Ευρωπαϊκής Κοινοβουλευτικής Ομάδας για τον Καρκίνο του Μαστού (EPGBC) – σε θέματα πολιτικής υγείας για τον καρκίνο του μαστού και αφετέρου με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή από την οποία επιχορηγούνται οι δράσεις της. (www.E.D.gr, 2009)



Εικόνα 6. Europa Donna Hellas (www.ftbc.gr)

13.9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια η οποία προκαλεί υψηλά επίπεδα άγχους στην ίδια την γυναίκα αλλά και την οικογένειά της.

Η καρκινοπαθής αισθάνεται έντονα ότι είναι αβοήθητη. Για την αντιμετώπιση αυτού του συναισθήματος, καθοριστική είναι η προσφορά του νοσηλευτή.

Η νοσηλευτική παρέμβαση αναλαμβάνει τον σημαντικό ρόλο της έγκαιρης αναγνώρισης των αναγκών της γυναίκας, όπως είναι οι ψυχολογικές, οι συζυγικές – σεξουαλικές, η αλλαγή στην εικόνα του σώματος / αυτοεικόνα, η κοινωνική προσαρμογή, η πληροφόρηση και ο φόβος της υποτροπής που ακολουθούν τη θεραπεία του. Ο νοσηλευτής έχει σαν στόχο να προάγει την αίσθηση ελέγχου της γυναίκας, προσφέρει υποστήριξη σε αυτή και την οικογένειά της, βοηθά στη λήψη

αποφάσεων, στον σχεδιασμό και στη λύση των προβλημάτων, με αποτέλεσμα να ενισχύει την προσαρμογή της ασθενούς στη νέα κατάσταση και την προαγωγή της ανάρρωσης και της αποκατάστασης. (www.iatronet.org, 2003)



Εικόνα 7. Η ψυχολογική υποστήριξη από την νοσηλεύτρια
(www.nursing.gr)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

13.10 ΟΛΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Κλινική Περίπτωση Α

Νοσηλευτικό Ιστορικό

Ασθενής ηλικίας 45 ετών εισήλθε στην χειρουργική κλινική του Νοσοκομείου Ρίου στις 14/11/2006. Με τη διάγνωση «Τεράστιος όγκος καταλαμβάνων ολόκληρο το δεξιό μαστό (σάρκωμα)».

Τον Οκτώβριο του 2006 παρουσιάστηκε οίδημα στο δεξιό μαστό όπου και υποβλήθηκε σε ειδικές εξετάσεις και διαγνώστηκε το σάρκωμα.

Το Ιατρικό Ιστορικό της ασθενούς περιγράφει την περίπτωση ως εξής: Σε ολόκληρο το δεξιό μαστό ανευρέθει ογκίδιο μεγάλων διαστάσεων (μεγαλύτερο των 5 cm) σκληρό και επώδυνο. Ο αριστερός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Διάγνωση: «Τεράστιος όγκος καταλαμβάνων ολόκληρο το δεξιό μαστό (σάρκωμα)».

Στάδιο 3: T3NoMo

Η ασθενής δεν κάνει χρήση καπνού ή αλκοόλ, δεν είναι παχύσαρκη και το οικογενειακό της ιστορικό δεν αναφέρει ότι υπάρχει κληρονομικότητα. Έναρξη εμμήνου ρύσεως στα 13 της χρόνια. Στην κλινική έγινε λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων και λήψη αίματος για την διεξαγωγή αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η ολική μαστεκτομή.

Το χειρουργείο προγραμματίστηκε στις 15/11/2006 με σκοπό την ολική αφαίρεση του μαστού όπου και πραγματοποιήθηκε χωρίς να αφαιρεθούν λεμφαδένες. Η ασθενής δεν παρουσίασε καμία μετεγχειρητική επιπλοκή. Παρ' όλα αυτά 2 μήνες αργότερα εμφανίστηκε ογκίδιο στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και έτσι πραγματοποιήθηκε το 2^ο χειρουργείο στις 15/1/2007 με σκοπό να αφαιρεθούν όγκος και λεμφαδένες. Η ασθενής δεν παρουσίασε καμία μετεγχειρητική επιπλοκή.

Ο θεράπων ιατρός της αποφάσισε ότι η ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε 32 ακτινοβολίες, 1 κάθε μέρα. Ενάμιση χρόνο μετά η ασθενής παρουσιάζει

μετάσταση στον αριστερό μαστό όπου στην διάγνωση πιθανολογείται φυλλοειδής όγκος-μεσεγχυματογενής όγκος.

Γι' αυτό το λόγο ως θεραπεία εκλογής στην συγκεκριμένη περίπτωση προτάθηκε η ογκεκτομή, όπου και πραγματοποιήθηκε στις 27/7/2008. Η ασθενής δεν εμφάνισε κάποια μετεγχειρητική επιπλοκή εκτός από κάποια μικρά ενοχλήματα στο δεξιό χέρι όπου δεν χορηγήθηκε κάτι για την αντιμετώπιση τους.

Με την λήξη του χειρουργείου ο γιατρός συνέστησε στην ασθενή ακτινοθεραπεία παρ' όλο που απαγορευόταν στην κατάσταση της. Αυτό έγινε αντιληπτό από τον ακτινολόγο ύστερα από την διατύπωση του ιστορικού της ασθενούς όπου και αντικατέστησαν την ακτινοθεραπεία με χημειοθεραπεία, με αποτέλεσμα η έναρξη της να καθυστερήσει 2 μήνες.

Με την έναρξη της χημειοθεραπείας η ένταση του πόνου στο δεξιό χέρι αυξήθηκε. Η χημειοθεραπεία συνεχίζεται μέχρι και σήμερα. Η τελευταία χημειοθεραπεία πραγματοποιήθηκε στις 4/5/2009. Στις 27/4/2009 πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία όπου και διαγνώστηκαν σπλαχνικές μεταστάσεις του καρκίνου στον πνεύμονα και στην κοιλιά.

Ατομικά Στοιχεία της ασθενούς:

Επώνυμο:	T
Όνομα:	E
Ηλικία:	48 ετών
Ασφαλιστικός Φορέας:	I.K.A
Θρησκεία:	Χριστιανή Ορθόδοξη
Επάγγελμα:	Οικιακά
Οικογενειακή Κατάσταση:	Έγγαμη, 2 παιδιά
Τόπος Γέννησης:	Ιθάκη
Τόπος Κατοικίας:	Αίγιο
Ύψος:	1,66 cm
Βάρος:	52 kg
Θερμοκρασία:	36,7° C
A.Π:	110/60 mmhg
Αναπνοές:	18/min

Σφίξεις: 72/min
Γενική Κατάσταση: εξασθενημένη
Διάγνωση Εισαγωγής: Ca μαστού (σάρκωμα)
Ημερομηνία Εισόδου: 14/11 /2006

Κλινικές Παρατηρήσεις:

Κινητικότητα: εισήλθε στο νοσοκομείο περιπατητική
Διανοητική & Ψυχική κατάσταση: αγχωμένη
Ομιλία: καλή
Ακοή: καλή
Αναπνευστικό: είναι σε φυσιολογικά επίπεδα
Έμμετοι: Ναι
Κενώσεις: Δεν ενεργείται. Χορήγηση υπόθετων γλυκερίνης και duphalac
Ούρηση: φυσιολογική

Αναμνηστικό Ιστορικό:

Αλλεργίες: Δεν αναφέρονται
Άλλα νοσήματα: Ύπαρξη θυρεοειδή, σιδηροπενικής αναιμίας
Προηγούμενα χειρουργεία: Φυσιολογικός τοκετός, μία καισαρική
Πρόσφατη χρήση φαρμάκων: T4 75 mg και tardyferon 80 mg

Νοσηλευτική Διαργασία (προεγχειρητικά)

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
Φόβος, Άγχος, Κατάθλιψη λόγω ολικής μαστεκτομής (προεγχειρητικά)	Μείωση του άγχους και της αγωνίας εντός 24 ωρών.	<p><u>Να γίνει</u> Ηθική και ψυχολογική υποστήριξη.</p> <p>Εξασφάλιση ήρεμου και ευχάριστου περιβάλλοντος.</p> <p>Γνωριμία με άλλους ασθενείς που αντιμετωπίζουν παρόμοιο πρόβλημα.</p> <p>Χορήγηση μυοχαλαρωτικού-ηρεμιστικού φαρμάκου μετά από ιατρική οδηγία.</p> <p>Επεξήγηση στις ερωτήσεις της αρρώστου σχετικά με την περίπτωση της.</p>	<p>Έγινε γνωριμία με άλλους ασθενείς που αντιμετωπίζουν παρόμοιο πρόβλημα.</p> <p>Χορήγηση 1 tablet Lexotanil 1,5 mg μετά από ιατρική οδηγία</p> <p>Εδόθησαν απαντήσεις στην ασθενή όσο αυτό ήταν εφικτό.</p>	<p>Περιορίστηκε το άγχος της ασθενούς.</p> <p>Η άρρωστη ηρέμησε μετά από την γνωριμία με άλλους ασθενείς & την χορήγηση Lexotanil που περιείχε βρωμαζεπάμη, η οποία ελαττώνει το άγχος & χαλαρώνει τους μύες.</p> <p>Απεδέχθη την επέμβαση.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
Πόνος στον δεξιό Μαστό (μετεγχειρητικά)	Ανακούφιση από τον πόνο εντός 24 ωρών.	<p><u>Να γίνει:</u></p> <p>Εκτίμηση του τύπου και της έντασης του πόνου.</p> <p>Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο.</p> <p>Εναλλαγή θέσεων ώστε να βρεθεί η κατάλληλη θέση που να την ανακουφίζει από τον πόνο.</p> <p>Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p>	<p>Εκτιμήθηκε ότι ο πόνος είναι οξύς και συνεχής.</p> <p>Έγινε λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο όπου και ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>Τοποθετήθηκε η ασθενής σε θέση ημι-Fowler διότι διαπιστώθηκε ότι την ανακούφιζε από τον πόνο.</p> <p>Χορηγήθηκε oxخالgan 150mg 1*4 & σε αύξηση της έντασης του πόνου χορήγηση 2 σκευασμάτων (Oxخالgan 150mg) το βράδυ.</p> <p>Τοποθέτηση αυτοκόλλητου συστήματος για διαδερμική χορήγηση (durogesic 50 mg) 1 κάθε 3 ώρες σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p>	<p>Ο πόνος μειώθηκε μετά την χορήγηση του Oxخالgan, την κατάλληλη θέση που δόθηκε και την χρήση του Durogesic.</p> <p>Η ασθενής ανακουφίστηκε.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Διαταραχή του υδατοηλεκτρικού ισοζυγίου που οφείλεται στην ναυτία και τον έμετο που παρουσίασε η ασθενής λόγω της ακτινοθεραπείας (μετεγχειρητικά)</p>	<p>Επάνοδος του ισοζυγίου των υγρών και των ηλεκτρολυτών σε φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>Απαλλαγή της ασθενούς από το αίσθημα της ναυτίας και από τον έμετο.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p><u>Να γίνει:</u></p> <p>Μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές.</p> <p>Παρακολούθηση της συχνότητας, του χαρακτήρα και της ποσότητας των εμετών με σκοπό να εξασφαλιστεί επαρκής ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.</p> <p>Χορήγηση αντιεμετικών σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Καλή σίτιση και τροφές πλούσιες σε λευκώματα-βιταμίνες.</p> <p>Έγινε λήψη αίματος για εργαστηριακό βιοχημικό έλεγχο ηλεκτρολυτών.</p>	<p>Γίνεται μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Χορήγηση 1amp Primperan σύμφωνα με ιατρική οδηγία στις 12 πμ με σκοπό την αντιμετώπιση των εμετών.</p> <p>Έγινε περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με port cotton και Hexalen και ενθαρρύνθηκε να παίρνει βαθιές αναπνοές.</p> <p>Τοποθετήθηκε η άρρωστη σε ανάρροπη θέση, με το κεφάλι στο πλάι για την πρόληψη εισρόφησης των εμετών.</p> <p>Σημειώθηκαν 3 έμετοι στην πρωινή βάρδια. Η σύσταση αυτών ήταν βλέννη, σιέλος & μικρή ποσότητα γαστρικού υγρού και η ποσότητά τους ήταν περίπου 50 cc. Η ασθενής λαμβάνει 3000 ml IV/24h: 1000 ml LR+1000 ml D/W+1000 ml N/S 0.9%.</p>	<p>Το αίσθημα της ναυτίας άρχισε να υποχωρεί και οι έμετοι μειώθηκαν σε συχνότητα, λόγω χορήγησης Primperan το οποίο είναι μετοκλοπραμίδη και βοηθάει στην γρήγορη κένωση του στομάχου και την διάβαση στο λεπτό έντερο.</p> <p>Εξασφαλίστηκε η επαρκής ενυδάτωση της ασθενούς.</p> <p>Οι τιμές των ηλεκτρολυτών σε φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>Δεν παρουσίασε κάποια επιπλοκή εξαιτίας των εμετών.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Έπαρξη λεμφοιδήματος στο δεξί χέρι που οφείλεται σε περιορισμένη κινητικότητα. (μετεγχειρητικά)</p>	<p>Υποχώρηση του λεμφοιδήματος και αποκατάσταση λειτουργικότητας του δεξιού χεριού το συντομότερο δυνατό.</p> <p>Πρόληψη θρόμβωσης-θρομβοφλεβίτιδας</p>	<p><u>Να γίνει:</u></p> <p>Χορήγηση διουρητικών για την υποχώρηση του οιδήματος.</p> <p>Συνεννόηση ασθενή με φυσικοθεραπευτή για την έναρξη ασκήσεων.</p> <p>Χορήγηση αντιπηκτικών για την πρόληψη θρομβώσεως.</p> <p>Ενημέρωση για περιορισμό των κινήσεων στο δεξί χέρι.</p> <p>Ανύψωση της προσβεβλημένης πλευράς (δεξί χέρι) με σκοπό την ανακούφιση και την λειτουργική αποκατάσταση.</p>	<p>Το δεξί χέρι της ασθενούς τοποθετήθηκε σε μαξιλάρι, ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωση του οιδήματος.</p> <p>Ενημερώθηκαν λογοδοσία & ασθενής ότι δεν λαμβάνεται ΑΠ & αίμα από το προσβεβλημένο άκρο.</p> <p>Διατηρήθηκε το χέρι καθαρό για την πρόληψη λοίμωξης.</p> <p>Αποφεύχθηκε η χρησιμοποίηση σφιγτών ενδυμάτων για την διευκόλυνση της κυκλοφορίας.</p> <p>Χορήγηση 2 amp Lasix στις 11 πμ για την υποχώρηση του οιδήματος.</p> <p>Έγιναν ασκήσεις με την βοήθεια φυσικοθεραπευτή.</p> <p>Χορήγηση Innohep 0,6 στις 9 πμ για την πρόληψη θρόμβωσης-θρομβοφλεβίτιδας</p>	<p>Η φαρμακευτική αγωγή στην οποία υποβλήθηκε η ασθενής για 15 ημέρες δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα και ο γιατρός αποφάσισε την λήξη της θεραπείας γιατί η κατάσταση ήταν μη αναστρέψιμη.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Γ^η Μετεγχειρητική ημέρα Αιματοκρίτης Ht 28% Αιμοσφαιρίνη Hb 9g/dl λόγω σιδηροπενικής αναιμίας.</p>	<p>Αποκατάσταση του Ht και της Hb σε φυσιολογικά επίπεδα όσο το δυνατόν.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p><u>Να γίνει:</u></p> <p>Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων κάθε μισή ώρα τις πρώτες 3 ώρες και κατόπιν κάθε 3 ώρες.</p> <p>Χορήγηση διαίτας πλούσιας σε τροφές που περιέχουν Fe.</p> <p>Χορήγηση Fe σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Συνεργασία ασθενούς με διαιτολόγο για τη λήψη διαίτας πλούσιας σε τροφές που περιέχουν Fe.</p> <p>Τακτικός έλεγχος αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης.</p> <p>Ενημέρωση ασθενούς για τη λήψη σκευασμάτων Fe με χυμό πορτοκαλιού για την καλύτερη απορρόφηση του και όχι με γάλα η αυγό.</p> <p>Διαστάρωση αίματος. Προετοιμασία για πιθανή μετάγγιση.</p>	<p>Χορηγήθηκε Ferro Sanol duodenal 100 mg 1 το μεσημέρι και 1 το βράδυ.</p> <p>Λήψη σωστής διαίτας σε συνεργασία με τον διαιτολόγο (κόκκινο κρέας, φακές, σπανάκι και μούρα).</p> <p>Έγινε έλεγχος αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης και διαπιστώθηκαν μειωμένες τιμές.</p> <p>Σωστή λήψη των σκευασμάτων Fe.</p> <p>Δεν χρειάστηκε μετάγγιση.</p>	<p>Καλύτερα επίπεδα αιματοκρίτη (35%) και αιμοσφαιρίνης (12 g/dl) αλλά όχι τα επιθυμητά αποτελέσματα γι' αυτό και συνεχίζεται η θεραπεία.</p>

Κλινική περίπτωση Β

Νοσηλευτικό Ιστορικό

Ασθενής ηλικίας 52 ετών, εισήλθε στη χειρουργική κλινική του νοσοκομείου «Άγιος Σάββας» στις 21/12/08. Στο εισιτήριο της τέθηκε διάγνωση: «Ca στον αριστερό μαστό». Η ίδια η ασθενής ανακάλυψε μετά από εξέταση test pap ογκίδιο στον αριστερό μαστό διαστάσεων 1*1cm.

Το Ιατρικό ιστορικό της ασθενούς περιγράφει την περίπτωση ως εξής: «Κάτω από την θηλή του αριστερού μαστού ανευρέθη ογκίδιο ανώδυνο, σκληρό με διαστάσεις 1*1cm. Στην περιοχή της μασχάλης διακρίνονται ψηλαφητοί, ανώδυνοι, κινητοί λεμφαδένες. Δεξιός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα».

Διάγνωση: «Ca στον αριστερό μαστό».

Στάδιο 2, T₁N₁M₀.

Η ασθενής καπνίζει, δεν κάνει χρήση αλκοόλ, δεν είναι παχύσαρκη και το οικογενειακό της ιστορικό δεν αναφέρει κληρονομικότητα. Έναρξη έμμηνου ρύσεως στα 12 της χρόνια. Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και αίματος για την διεξαγωγή εξετάσεων. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η ογκεκτομή. Στις 21/12/08 η ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο και στις 22/12/08 στις 10:00 π.μ. πραγματοποιήθηκε χειρουργείο όπου η ασθενής υποβλήθηκε σε ογκεκτομή και αφαίρεση 9 λεμφαδένων προληπτικά. Το μόνο μετεγχειρητικό πρόβλημα που αντιμετώπισε ήταν η αύξηση της θερμοκρασίας. Αρχές Μαρτίου προγραμματίστηκε ακτινοθεραπεία. Στο σύνολο έγιναν 35 (1 κάθε ημέρα) οι οποίες έγιναν στο Νοσοκομείο του Ρίου.

Ατομικά Στοιχεία της Ασθενούς:

<i>Επώνυμο:</i>	K
<i>Όνομα:</i>	P
<i>Ηλικία:</i>	52 ετών
<i>Ασφαλιστικός Φορέας:</i>	I.K.A
<i>Θρησκεία:</i>	Χριστιανή Ορθόδοξη
<i>Επάγγελμα:</i>	Δασκάλα
<i>Οικογενειακή Κατάσταση:</i>	Έγγαμη, 3 παιδιά

<i>Τόπος Κατοικίας:</i>	Αρτα
<i>Ύψος:</i>	1,68 cm
<i>Βάρος:</i>	73 kg
<i>Θερμοκρασία:</i>	36,6° C
<i>Αρτηριακή Πίεση:</i>	120/70 mmhg
<i>Αναπνοές:</i>	17/min
<i>Σφίξεις:</i>	80/min
<i>Γενική Κατάσταση:</i>	Πολύ καλή
<i>Διάγνωση Εισαγωγής:</i>	Ca αριστερού μαστού
<i>Ημερομηνία Εισόδου:</i>	21/12/2008

Κλινικές Παρατηρήσεις:

<i>Κινητικότητα:</i>	εισήλθε στο νοσοκομείο περιπατητική
<i>Διανοητική & Ψυχική κατάσταση:</i>	Φοβισμένη και αγχωμένη
<i>Ομιλία:</i>	Η ασθενής γίνεται δύσκολα κατανοητή λόγω της αργής ομιλίας της
<i>Ακοή:</i>	καλή
<i>Αναπνευστικό:</i>	είναι σε φυσιολογικά επίπεδα
<i>Έμμετοι:</i>	Όχι
<i>Κενώσεις:</i>	Ενεργείται φυσιολογικά
<i>Ούρηση:</i>	φυσιολογική

Αναμνηστικό Ιστορικό:

<i>Αλλεργίες:</i>	Δεν αναφέρονται
<i>Άλλα νοσήματα:</i>	Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και άγχος
<i>Προηγούμενα χειρουργεία:</i>	Φυσιολογικοί και οι 3 τοκετοί
<i>Πρόσφατη χρήση φαρμάκων:</i>	Χρήση Laprazol 30 mg και Lexotanil 3 mg

Νοσηλευτική Διαργασία (προεγχειρητικά)

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Ναυτία και έμμετοι από την ακτινοθεραπεία.</p>	<p>Να σταματήσουν η ναυτία και οι έμετοι λόγω της ακτινοθεραπείας.</p> <p>Να ανακουφισθεί ο ασθενής.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p><u>Να γίνει:</u></p> <p>Χορήγηση αντιεμετικών σύμφωνα με ιατρική οδηγία με σκοπό την πρόληψη ναυτίας και εμμέτου.</p> <p>Ενθάρρυνση της ασθενούς να λαμβάνει άφθονα υγρά για την αποφυγή αφυδάτωσης.</p> <p>Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας για την σωστή θρέψη.</p> <p>Μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές.</p> <p>Παρακολούθηση της συχνότητας, του χαρακτήρα και της ποσότητας των εμμέτων με σκοπό να εξασφαλιστεί επαρκής ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.</p> <p>Εργαστηριακός-βιοχημικός έλεγχος αίματος (έλεγχος ηλεκτρολυτών)</p>	<p>Χορηγήθηκε 1 amp Primperan σύμφωνα με ιατρική οδηγία στις 19:00 μ.μ. με σκοπό την αντιμετώπιση των εμμέτων. Η ασθενής έλαβε υγρά & επιτεύχθηκε σωστή σίτιση της ασθενούς.</p> <p>Έγινε μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Έγινε περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με port cotton και Hexalen και ενθαρρύνθηκε να παίρνει βαθιές αναπνοές.</p> <p>Τοποθετήθηκε η άρρωστη σε ανάρροπη θέση, με το κεφάλι στο πλάι για την πρόληψη εισρόφησης των εμμέτων.</p> <p>Σημειώθηκαν 2 έμμετοι στην απογευματινή βάρδια. Η σύσταση αυτών ήταν βλέννη, σίελος και μικρή ποσότητα γαστρικού υγρού και η ποσότητά τους ήταν περίπου 60 cc. Η ασθενής λαμβάνει 3000 ml IV/24 h: 1000 ml LR+1000 ml D/W+1000 ml N/S 0.9%.</p>	<p>Το αίσθημα της ναυτίας άρχισε να υποχωρεί και οι έμμετοι μειώθηκαν σε συχνότητα, λόγω χορήγησης Primperan το οποίο είναι μετοκλοπραμίδη και βοηθάει στην γρήγορη κένωση του στομάχου και την διάβαση στο λεπτό έντερο.</p> <p>Εξασφαλίστηκε επαρκής ενυδάτωση και σωστή σίτιση της ασθενούς.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
Ευαισθησία δέρματος λόγω της ακτινοθεραπείας (δερματοπάθεια).	Να αποκατασταθούν οι τοπικές βλάβες του δέρματος όσο το δυνατόν γρηγορότερα.	<p><u>Να γίνει:</u></p> <p>Παρακολούθηση της ασθενούς για ερυθρότητα ή ξηρότητα στο δέρμα.</p> <p>Ενημέρωση της ασθενούς για προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό, που μπορεί να οφείλεται είτε σε ηλιακή ακτινοβολία είτε σε ψηλή θερμοκρασία, καθώς και αποφυγή τραυματισμού από στενά ενδύματα.</p> <p>Ενημέρωση της ασθενούς για αποφυγή αλοιφών, λοσιόν, σκόνης, επιθεμάτων και λευκοπλάστη στην περιοχή του δέρματος που έχει υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία.</p> <p>Πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό, ύστερα από ιατρική οδηγία.</p>	<p>Δεν βρέθηκαν σημεία ερυθρότητας ή ξηρότητας στο δέρμα.</p> <p>Ενημερώθηκε η ασθενής για την προστασία του δέρματός της.</p> <p>Έγιναν πλύσεις με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό, όπως καθορίστηκε από τον ιατρό.</p>	Δεν παρουσιάστηκαν αντιδράσεις από το δέρμα λόγω της ακτινοθεραπείας.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
Διάρροια λόγω της ακτινοθεραπείας.	<p>Να σταματήσουν οι διαρροϊκές κενώσεις.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p><u>Να γίνει:</u></p> <p>Χορήγηση αντιδιαρροϊκού φαρμάκου σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Μείωση της ποσότητας του φαγητού και σταδιακή αύξησή της μετά το πρώτο 24ωρο σύμφωνα με τις αντοχές του ασθενή.</p> <p>Λήψη άφθονων υγρών με αυξημένη συγκέντρωση καλίου και νατρίου για την αποφυγή αφυδάτωσης.</p> <p>Μέτρηση προσλαμβανόμενων & αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών σύμφωνα με τις ανάγκες της ασθενούς.</p> <p>Εργαστηριακός-βιοχημικός έλεγχος ηλεκτρολυτών.</p>	<p>Χορηγήθηκε Immodium 2 mg 2 tablets ανά 6ωρο.</p> <p>Προσαρμόστηκε το διαιτολόγιό της σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού.</p> <p>Έλαβε άφθονα υγρά πλούσια σε κάλιο και νάτριο για την πρόληψη της αφυδάτωσης.</p> <p>Έγινε μέτρηση προσλαμβανόμενων & αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Χορηγήθηκαν 2000 ml το 24ωρο: 500 ml LR + 1000 ml N/S +500 ml D/W.</p>	<p>Αντιμετωπίστηκε επιτυχώς η διάρροια ύστερα από την χορήγηση του Immodium, το οποίο ανακουφίζει και μειώνει τους μυϊκούς σπασμούς του γαστρεντερικού σωλήνα.</p> <p>Έγινε πρόληψη της αφυδάτωσης μετά από την λήψη άφθονων υγρών, την μετρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.</p>

Κλινική Περίπτωση Γ

Νοσηλευτικό Ιστορικό

Άνδρας ηλικίας 74 ετών εισήλθε στην χειρουργική κλινική του Ιπποκράτειου στις 10/6/2007. Προσήλθε με ψηλαφητή μάζα στον δεξιό μαστό. Η μικροσκοπική εξέταση ανέδειξε μία μάζα 3x4cm στην περιοχή υπό την θηλή. Η μικροσκοπική εξέταση του όγκου έδειξε διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα Gradell, από μικρά σχετικά ομοιόμορφα στρογγυλά κύτταρα. Τα κακοήθη κύτταρα περιορίζονταν στο μαζικό αδένια χωρίς διήθηση του δέρματος ή των μυών. Δεν βρέθηκαν στοιχεία in situ. Διήθηση υπήρχε στον έναν από τους 25 λεμφαδένες που αφαιρέθηκαν. Έγινε βιοψία με λεπτή βελόνη και στην κυτταρολογική εξέταση βρέθηκε κακοήθεια. Έγινε εκτεταμένος κλινικός, εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος με CT (θώρακος και κοιλιάς) καθώς και σπινθηρογράφημα οστών και δεν βρέθηκαν απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Με την διάγνωση του πιθανού καρκινώματος μαστού σταδίου II T2N1M0, ο άνδρας οδηγήθηκε στο χειρουργείο.

Διάγνωση: «Ψηλαφητή μάζα 3x4 cm στον δεξιό μαστό στην περιοχή υπό την θηλή σταδίου II T2N1M0.

Ο ασθενής ήταν παντρεμένος και είχε 2 παιδιά. Χρωμοσωμική ανάλυση φλεβικού αίματος έδειξε φυσιολογικό καρυότυπο (46XY) με διπλασιασμό της ετεροχρωματικής περιοχής του χρωμοσώματος συμβατό με πολυμορφισμό. Το σύνδρομο Klinefelter αποκλείστηκε.

Ο ασθενής καπνίζει από την ηλικία των 19 ετών, δεν είναι παχύσαρκος και το οικογενειακό του ιστορικό δεν αναφέρει κληρονομικότητα. Στην κλινική έγινε λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων και λήψη αίματος για την διεξαγωγή βιοχημικών και αιματολογικών εξετάσεων. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η ριζική τροποποιημένη μαστεκτομή.

Το χειρουργείο προγραμματίστηκε στις 13/6/2007 με σκοπό την ριζική τροποποιημένη μαστεκτομή στο δεξιό μαστό όπου και πραγματοποιήθηκε και πλήρης λεμφαδενικός καθαρισμός της δεξιάς μασχαλιαίας χώρας. Ο ασθενής παρουσίασε κάποια μετεγχειρητικά προβλήματα όπου με την σωστή νοσηλευτική φροντίδα εξήλθε από το νοσοκομείο την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα. Οι ογκολόγοι συνέστησαν αγωγή με Ταμοξιφαίνη και Χημειοθεραπεία.

Ατομικά Στοιχεία του ασθενούς:

Επώνυμο:	T
Όνομα:	Π
Ηλικία:	74 ετών
Ασφαλιστικός Φορέας:	Ο.Γ.Α.
Θρησκεία:	Χριστιανός Ορθόδοξος
Επάγγελμα:	Συνταξιούχος
Οικογενειακή Κατάσταση:	Έγγαμος, 2 παιδιά
Τόπος Γέννησης:	Χαλκιδική
Τόπος Κατοικίας:	Χαλκιδική
Ύψος:	1,67 cm
Βάρος:	70 kg
Θερμοκρασία:	36,2° C
Αρτηριακή Πίεση:	140/70 mmhg
Αναπνοές:	15/min
Σφίξεις:	85/min
Γενική Κατάσταση:	Ικανοποιητική
Διάγνωση Εισαγωγής:	Ca μαστού
Ημερομηνία Εισόδου:	10/6/2007

Κλινικές Παρατηρήσεις:

Κινητικότητα:	εισήλθε στο νοσοκομείο περιπατητικός
Διανοητική & Ψυχική κατάσταση:	Φοβισμένος
Ομιλία:	καλή
Ακοή:	καλή
Αναπνευστικό:	είναι σε φυσιολογικά επίπεδα
Έμμετοι:	Όχι
Κενώσεις:	Ενεργείται φυσιολογικά
Ούρηση:	φυσιολογική

Αναμνηστικό Ιστορικό:

Αλλεργίες:

Δεν αναφέρονται

Άλλα νοσήματα:

Δεν αναφέρονται

Προηγούμενα χειρουργεία:

Δεν αναφέρονται

Πρόσφατη χρήση φαρμάκων:

Όχι (παυσίπονο)

Νοσηλευτική Διαργασία (προεγχειρητικά)

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
Πόνος στην περιοχή της επέμβασης (δεξιός μαστός υπό την θηλή).	Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πόνο εντός 2 ωρών.	<p><u>Να γίνει:</u></p> <p>Ενθάρρυνση του ασθενή να περιγράψει και να εντοπίσει τον πόνο και την έντασή του.</p> <p>Παρατήρηση της περιοχής που εμφανίζεται ο πόνος και ενθάρρυνση του ασθενή να αναφέρει τον τύπο του πόνου (οξύς, παροδικός ή μόνιμος).</p> <p>Τοποθέτηση του ασθενή σε άνετη θέση προς χάλαση των θωρακικών μυών.</p> <p>Μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων στο διάγραμμα του ασθενή.</p> <p>Χορήγηση αναλγητικού σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Έλεγχος του επιδερμικού υλικού.</p>	<p>Ο ασθενής περιέγραψε ότι ο πόνος είναι συνεχής και οξύς και επιδεινώνεται με τη στάση του σώματος προς τα δεξιά.</p> <p>Ο ασθενής τοποθετήθηκε από την αντίθετη χειρουργηθείσα πλευρά.</p> <p>Τοποθετήθηκε μαξιλάρι κάτω από τον ώμο της χειρουργηθείσας περιοχής και τον προέτρεψαν να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις.</p> <p>Χορηγήθηκε αναλγητικό μετά από ιατρική οδηγία (inj.pethidine 0,5 mg IM).</p> <p>Παρατηρήθηκε: Α.Π.: 130/80 mmHg. Θερμοκρασία 36,7°C. Αναπνοές 14/min. Σφίξεις 70/min και έγινε καταγραφή τους στο διάγραμμα με σκοπό την ενημέρωση της υγειονομικής ομάδας.</p> <p>Έγινε συστηματικός έλεγχος του επιδερμικού υλικού και των παροχτεύσεων ανά 2ωρο.</p>	Με την χορήγηση pethidine (ταχέως οπιοειδές αναλγητικό φάρμακο) ο πόνος υποχώρησε εντός 1 ώρας.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
<p>1^η μετεγχειρητική ημέρα. Πτώση της αρτηριακής πίεσεως (80/50 mmHg).</p>	<p>Επαναφορά της αρτηριακής πίεσεως σε φυσιολογικά επίπεδα. Πρόληψη επιπλοκών (shock).</p>	<p><u>Να γίνει:</u> Λήψη ιστορικού του ασθενή για την ανεύρεση τυχόν κληρονομικότητας. Έλεγχος και καταγραφή των ζωτικών σημείων. Έλεγχος του επιδεσμικού υλικού για τυχόν αιμορραγία. Λήψη αίματος για την διεξαγωγή βιοχημικών και αιματολογικών εξετάσεων. Ενημέρωση του ασθενή για αλλαγή των διατροφικών του συνηθειών (ελάττωση πρόσληψης αλατιού). Ενθάρρυνση του ασθενή για μείωση του άγχους που οφείλεται στην αγωνία για την εξέλιξη της κατάστασής του. Ενημέρωση του ασθενή για υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής. Διατήρηση του σώματος του ασθενή σε καλή φυσική κατάσταση.</p>	<p>Έγινε λήψη του ιστορικού του ασθενή & διαπιστώθηκε ότι δεν οφειλόταν σε κληρονομικότητα. Έγινε 3ωρος έλεγχος των ζωτικών σημείων τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. Έγινε έλεγχος του επιδεσμικού υλικού ανά 3ωρο χωρίς να παρουσιαστούν σημεία αιμορραγίας. Έγινε λήψη αίματος και τα αποτελέσματα κυμαίνονταν σε φυσιολογικά επίπεδα. Έγινε ενημέρωση του ασθενή για αλλαγή των διατροφικών του συνηθειών και το άγχος του περιορίστηκε ικανοποιητικά. Έγινε ενημέρωση του ασθενή για υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής και διατήρησή του σε καλή φυσική κατάσταση (βάδισμα, κολύμπι).</p>	<p>Φυσιολογικά επίπεδα ζωτικών σημείων. Το επιδεσμικό υλικό είναι καθαρό άρα δεν υπάρχει κίνδυνος αιμορραγίας. Ικανοποιητικά αποτελέσματα από την γενική αίματος. Ο ασθενής προσαρμόστηκε στις οδηγίες του γιατρού.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Αύξηση θερμοκρασίας (38,2° C) χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα.</p>	<p>Ανακούφιση του αρρώστου από τον πυρετό.</p> <p>Επαναφορά θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p><u>Να γίνει:</u></p> <p>3ωρη θερμομέτρηση και καταγραφή στο διάγραμμα του ασθενή.</p> <p>Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων.</p> <p>Τοποθέτηση ελαφρών κλινοσκεπασμάτων.</p> <p>Χορήγηση αντιπυρετικού σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Λήψη αίματος και ούρων για αιματολογικές εξετάσεις και καλλιέργεια.</p> <p>Χορήγηση υγρών για την αποφυγή αφυδάτωσης λόγω των εφιδρώσεων.</p> <p>Τήρηση του διαιτολογίου από τον ασθενή σύμφωνα με ιατρική οδηγία (ελαφρά δίαιτα).</p>	<p>Έγινε 3ωρη θερμομέτρηση και ο πυρετός σταδιακά υποχωρούσε.</p> <p>Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα.</p> <p>Έγινε λήψη αίματος και ούρων για καλλιέργεια.</p> <p>Χορηγήθηκε 1 amp Aprotel με ιατρική οδηγία.</p> <p>Χορηγήθηκαν υγρά και ο ασθενής προσαρμόστηκε στο διαιτολόγιο που του δόθηκε από τον ιατρό.</p>	<p>Απύρετος μετά το πρώτο 24ωρο ύστερα από την χορήγηση Aprotel (αντιπυρετικό) και την σωστή τήρηση των οδηγιών του ιατρού.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
<p>2^η μετεγχειρητική ημέρα. Φλεγμονή στην περιοχή του τραύματος (δεξιό μαστό υπό την θηλή).</p>	<p>Έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της φλεγμονής εντός 10 ημερών.</p>	<p><u>Να γίνει:</u></p> <p>Έλεγχος της τομής για ερυθρότητα, οίδημα ή εμφάνιση πύου.</p> <p>Έλεγχος θερμοκρασίας.</p> <p>Έλεγχος μη σύγκλισης των χειλέων του τραύματος.</p>	<p>Παρατηρήθηκε ερυθρότητα στην περιοχή του τραύματος.</p> <p>Θερμοκρασία 38° C.</p> <p>Αλλαγή επιδεσμικού υλικού και εφαρμογή άσηπτης τεχνικής.</p> <p>Η τομή να διατηρείται στεγνή.</p> <p>Παρότρυνση του ασθενή να πλυθεί 24 ώρες μετά την αφαίρεση των παροχέτευσεων.</p> <p>Σε περίπτωση απέκκρισης υγρών από το σημείο παροχέτευσης τοποθετείται γάζα για να παραμείνει στεγνό.</p>	<p>Αντιμετώπιση της φλεγμονής.</p> <p>Διατήρηση του τραύματος καθαρό και προστασία του από εξωγενείς μολυσματικούς παράγοντες.</p>

Κλινική Περίπτωση Δ

Νοσηλευτικό Ιστορικό

Γυναίκα ηλικίας 53 ετών εισήλθε στην χειρουργική κλινική του Θεαγένειου Νοσοκομείου στις 7/1/2008. Στην επισκόπηση οι μαστοί της ασθενούς ήταν ευμεγέθεις, χαλαροί και παρατηρήθηκε μικρή εισολκή της δεξιάς θηλής. Κατά την ψηλάφηση σε κατακεκλιμένη και καθιστή θέση, διαπιστώθηκε ογκίδιο μικρού μεγέθους, όχι μεγαλύτερο από 1 cm, στο άνω έξω τεταρτημόριο του δεξιού μαστού και σε απόσταση 5 cm από τη θηλή. Οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, σύστοιχοι και ετερόπλευροι, ήταν αψηλάφητοι. Στον αριστερό μαστό δεν υπήρχαν μακροσκοπικά παθολογικά ευρήματα. Η γυναίκα αγνοούσε την ύπαρξη του ογκιδίου και ήταν η πρώτη φορά που υποβάλλετο σε εξέταση των μαστών της.

Κατά τον μαστογραφικό έλεγχο που ακολούθησε, επιβεβαιώθηκε η ύπαρξη του ογκιδίου στη θέση που ανευρέθηκε ψηλαφητικά. Η μεγαλύτερη διάμετρος αυτού ήταν 0,9 cm, το περίγραμμά του είχε ασαφή όρια με ακτινοειδείς προσεκβολές και διεκρίνετο επίσης η εισολκή της θηλής με πάχυνση του υπερκείμενου δέρματος. Η μαστογραφία του αριστερού μαστού ήταν αρνητική. Η ασθενής ενημερώθηκε λεπτομερώς και με δεδομένο ότι το ογκίδιο του δεξιού μαστού της, παρουσίαζε κλινικά και ακτινολογικά χαρακτηριστικά κακοήθειας, συγκατατέθηκε στην περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση.

Ακολούθησε παρακέντηση του όγκου με λεπτή βελόνη (F.N.A.) και η κυτταρολογική εξέταση έδειξε κύτταρα «ύποπτα κακοήθειας». Νέα παρακέντηση έδωσε το ίδιο αποτέλεσμα.

Στη συνέχεια η ασθενής υποβλήθηκε σε πλήρη προεγχειρητικό έλεγχο με όλες τις απαραίτητες παρακλινικές εξετάσεις για σταδιοποίηση της νόσου (ακτινογραφία θώρακα, ηπατικός έλεγχος, scanning οστών με γ camera). Δεν βρέθηκαν παθολογικά στοιχεία. Οι καρκινικοί δείκτες ήταν επίσης φυσιολογικοί: CEA=4,5 ng/ml (Φ.Τ. <5), CA125=17,6 U/ml (Φ.Τ. <35), CA15,3=1,8 U/ml (Φ.Τ. <30).

Με τη διάγνωση πιθανού καρκινώματος μαστού σταδίου T1N0M0, η γυναίκα οδηγήθηκε στο χειρουργείο.

Διάγνωση: Ca δεξιού μαστού σταδίου T1N0M0.

Η ασθενής καπνίζει, είναι παχύσαρκη και το οικογενειακό της ιστορικό δεν αναφέρει κληρονομικότητα. Στην κλινική έγινε λήψη και καταγραφή ζωτικών

σημείων και λήψη αίματος για την διεξαγωγή αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η μερική μαστεκτομή με αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων επιπέδου I.

Το χειρουργείο προγραμματίστηκε στις 10/1/2008 με σκοπό την μερική μαστεκτομή με αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων επιπέδου I.

Ατομικά Στοιχεία της ασθενούς:

Επώνυμο:	Γ
Όνομα:	Β
Ηλικία:	55 ετών
Ασφαλιστικός Φορέας:	I.K.A
Θρησκεία:	Χριστιανή Ορθόδοξη
Επάγγελμα:	Πωλήτρια
Οικογενειακή Κατάσταση:	Έγγαμη, 3 παιδιά
Τόπος Γέννησης:	Βόλος
Τόπος Κατοικίας:	Θεσσαλονίκη
Ύψος:	1,70 cm
Βάρος:	95 kg
Θερμοκρασία:	37,2° C
Αρτηριακή Πίεση:	140/70 mmhg
Αναπνοές:	15/min
Σφίξεις:	75/min
Γενική Κατάσταση:	Καλή
Διάγνωση Εισαγωγής:	Ca μαστού
Ημερομηνία Εισόδου:	7/1/2008

Κλινικές Παρατηρήσεις:

Κινητικότητα:	εισήλθε στο νοσοκομείο με EKAB
Διανοητική & Ψυχική κατάσταση:	Φοβισμένη
Ομιλία:	Παρουσιάζει δυσχέρεια στην ομιλία της
Ακοή:	καλή

Αναπνευστικό: Παρουσιάζει δύσπνοια
Έμμετοι: Όχι
Κενώσεις: Παρουσιάζει δυσκοιλιότητα
Ούρηση: φυσιολογική

Αναμνηστικό Ιστορικό:

Αλλεργίες: Παρουσιάζει αλλεργία στο περδικάκι (φυτό)
Άλλα νοσήματα: Αρρυθμίες - στηθάγχη
Προηγούμενα χειρουργεία: Αφαίρεση γεννητικών οργάνων λόγω πτώσης αυτών
Πρόσφατη χρήση φαρμάκων: Inderal 75 mg, Ζιρτεκ 10 mg, Apotel tablets

Νοσηλευτική Διαργασία (προεγχειρητικά)

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
Άγχος, φόβος, κατάθλιψη (προεγχειρητικά) λόγω της επέμβασης.	Μείωση του άγχους, της αγωνίας και όλων των αρνητικών συναισθημάτων.	<p><u>Να γίνει:</u></p> <p>Ηθική και ψυχολογική τόνωση.</p> <p>Εξασφάλιση ήρεμου και ευχάριστου περιβάλλοντος.</p> <p>Γνωριμία με άλλους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε παρόμοια επέμβαση.</p> <p>Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας και εμπιστοσύνης από τους νοσηλευτές.</p> <p>Χορήγηση μυοχαλαρωτικού, με εντολή ιατρού, προς αποφυγή του άγχους.</p> <p>Ενθάρρυνση της ασθενούς για την πορεία της νόσου.</p>	<p>Ενισχύθηκε ψυχολογικά η ασθενής και έγινε τόνωση του ηθικού της.</p> <p>Έγινε γνωριμία με άλλους ασθενείς παρόμοιου προβλήματος.</p> <p>Συζητήθηκαν και λύθηκαν όλες οι απορίες γύρω από την επέμβαση και τη μετεγχειρητική πορεία.</p> <p>Το προηγούμενο βράδυ του χειρουργείου χορηγήθηκαν μυοχαλαρωτικά lexotanil 1.5 mg 1x1 για την εξασφάλιση καλού ύπνου.</p>	Περιορίστηκε το άγχος και υπήρξε καλύτερη αποδοχή της επέμβασης από την ασθενή, λόγω της ψυχολογικής τόνωσης και της χορήγησης του μυοχαλαρωτικού φαρμάκου.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Δυσκοιλιότητα (μετεγχειρητικά)</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από την συμπτωματολογία της δυσκοιλιότητας.</p> <p>Να ελεγχθεί η λειτουργία του εντέρου και να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p><u>Να γίνει:</u></p> <p>Άμεσος υποκλυσμός fleet enema και duphalac 20 cc.</p> <p>Έλεγχος και καταγραφή του αποτελέσματος.</p> <p>Να προσεχθεί το διαιτολόγιο της ασθενούς (πλούσιο σε φυτικές ίνες).</p> <p>Συζήτηση με την άρρωστη για τις ατομικές της συνήθειες.</p> <p>Λήψη ιστορικού της ασθενούς σχετικά με τις κενώσεις του εντέρου.</p> <p>Η ασθενής να σηκώνεται συχνά για την καλύτερη κινητικότητα του εντέρου.</p>	<p>Έγινε χαμηλός υποκλισμός (1 fleet enema).</p> <p>Είχε ικανοποιητικά αποτελέσματα και καταγράφηκε στο φύλλο νοσηλείας.</p> <p>Ελέγχθηκαν οι κενώσεις της ασθενούς ύστερα από το συνεχές βάδισμα.</p> <p>Διασφαλίστηκε το διαιτολόγιο της ασθενούς το οποίο περιείχε φυτικές ίνες.</p> <p>Έγινε συζήτηση με την ασθενή η οποία δεν ανέφερε παρόμοιο πρόβλημα δυσκοιλιότητας.</p>	<p>Παρατηρήθηκε βελτίωση της κένωσης του εντέρου ύστερα από τον άμεσο υποκλυσμό, την λήψη τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες και τη συχνή κινητοποίηση της ασθενούς.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Δυσκολία κατάποσης λόγω στοματίτιδας (παρενέργεια της χημειοθεραπείας).</p>	<p>Βελτίωση της κατάποσης σε 4 ημέρες.</p>	<p><u>Να γίνει:</u></p> <p>Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας 4 φορές την ημέρα.</p> <p>Επάλειψη γλυκερίνης στα χείλη και περιποίηση στόματος με Hexalen.</p> <p>Χορήγηση άφθονων υγρών για την διατήρηση της υγρασίας της στοματικής κοιλότητας.</p> <p>Αφαίρεση της τεχνητής οδοντοστοιχίας.</p> <p>Καθημερινός έλεγχος της στοματικής κοιλότητας προς ενημέρωση της υγειονομικής ομάδας.</p> <p>Πολτοποίηση της τροφής για την διευκόλυνση της κατάποσης.</p>	<p>Έγινε περιποίηση της στοματικής κοιλότητας όπως είχε καθορισθεί καθώς και επάλειψη γλυκερίνης στα χείλη.</p> <p>Χορηγήθηκαν επαρκή υγρά για την διατήρηση της υγρασίας της στοματικής κοιλότητας.</p> <p>Αφαιρέθηκε η τεχνητή οδοντοστοιχία και ενημερώθηκε η υγειονομική ομάδα από τον καθημερινό έλεγχο.</p> <p>Διευκολύνθηκε η κατάποση με την πολτοποίηση της τροφής.</p>	<p>Η ασθενής μετά από 4 ημέρες συνεχίζει να έχει προβλήματα στην κατάποση της τροφής, παρόλα αυτά δήλωσε ότι έχει λιγότερο πόνο κατά την κατάποση. Τα μέτρα αυτά θα πρέπει να συνεχιστούν για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Αλωπεκία λόγω κυτταρολογικής επίδρασης των αντινεοπλασματικών παραγόντων στους θυλάκους των τριχών.</p>	<p>Η ασθενής να αποδεχθεί την παρούσα-προσωρινή κατάσταση (αλωπεκία).</p>	<p><u>Να γίνει:</u></p> <p>Νοσηλευτικός διάλογος με ασθενή.</p> <p>Να δημιουργηθεί κατάλληλο περιβάλλον και η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά της για την αλωπεκία.</p> <p>Ενημέρωση της ασθενούς ότι πρόκειται για μια παροδική κατάσταση.</p> <p>Ενθάρρυνση της ασθενούς ότι τα μέσα και οι τρόποι αποκατάστασης είναι αποτελεσματικά.</p> <p>Να έρθει σε επικοινωνία με ασθενείς που είχαν παρόμοιο πρόβλημα.</p> <p>Ευρύτερη συζήτηση προς ενημέρωση και ενίσχυση με τους οικείους της (σύζυγο-παιδιά).</p> <p>Ενημέρωση της ασθενούς για χρήση αντηλιακού ή καπέλου για προστασία.</p> <p>Συνεχής πλύση του τριχωτού της κεφαλής για αποφυγή κνησμού.</p> <p>Απαλλαγή του άγχους και της δυσφορίας με ένα απαλό μασάζ στο δέρμα της κεφαλής.</p> <p>Ενημέρωση της ασθενούς για χρήση πολύχρωμων turbans ή περούκας.</p>	<p>Ελήφθησαν μέτρα μείωσης του άγχους και του φόβου της ασθενούς.</p> <p>Κατανοήθηκαν τα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας:</p> <p>α) βοηθήθηκε η άρρωστη να δεχθεί την αλλαγή του σώματός της και της εμφάνισής της.</p> <p>β) Της δόθηκαν συμβουλές για χρησιμοποίηση περούκας.</p> <p>Ενημερώθηκε η ασθενής και τηρήθηκε ο προγραμματισμός της νοσηλείας της.</p>	<p>Η αποκατάσταση του τριχωτού της κεφαλής επιτεύχθηκε μετά την λήξη της χημειοθεραπείας ύστερα από την εφαρμογή των οδηγιών του ιατρού.</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την κυριότερη αιτία θανάτου στις γυναίκες, άρα έχει μεγάλη σημασία η έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη.
- Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού είναι 1 στις 8 γυναίκες. Για τον λόγο αυτόν επιβάλλεται να γίνεται καλύτερος προληπτικός έλεγχος, ώστε η διάγνωση να γίνεται στα πρώτα στάδια.
- Κατά την διάρκεια των τελευταίων χρόνων η επιστήμη έχει επιτελέσει πολύ μεγάλη πρόοδο στην θεραπεία του καρκίνου του μαστού.
- Η αντιμετώπιση της νόσου γίνεται με την χειρουργική, την ακτινοθεραπεία, την χημειοθεραπεία, και την ορμονοθεραπεία.
- Οι παγκόσμιες καμπάνιες, ο Πανελλήνιος Σύλλογος Καρκίνου του Μαστού αλλά και η συνεχής ενημέρωση των γυναικών έχει φέρει σημαντικά αποτελέσματα στην πρόληψη.
- Όλο και περισσότερες γυναίκες ευαισθητοποιούνται και η αυτοεξέταση των μαστών τους έχει γίνει μία από τις συνήθειές τους.
- Η ψυχολογική και η συναισθηματική υποστήριξη παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των προσωπικών προβλημάτων στις μαστεκτοθείσες γυναίκες. Γι' αυτό θα ήταν καλό οι ασθενείς να συμμετέχουν σε συμβουλευτικές συνεδρίες.
- Η συνεχής εκπαίδευση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού για τις συνεχείς εξελίξεις έχει βοηθήσει σημαντικά τόσο στην πρόληψη όσο και στην θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Τα άτομα της ομάδας υγείας πρέπει να βλέπουν τον ασθενή σαν δικό τους άνθρωπο και όχι σαν ένα απλό νούμερο κρεβατιού.
2. Να ιδρυθούν περισσότερα αντικαρκινικά διαγνωστικά κέντρα μαστού ώστε να γίνεται εξέταση ενός μεγαλύτερου αριθμού γυναικών.
3. Να δημιουργηθούν και στην Ελλάδα όπως έχουν δημιουργηθεί σε μεγάλα νοσοκομεία ευρωπαϊκών χωρών, ειδικές μονάδες μαστού όπου μια ομάδα εξειδικευμένων επιστημόνων θα παρακολουθεί, θα καθοδηγεί και θα συμπαρίσταται στις ασθενείς, αλλά και στις γυναίκες υψηλού κινδύνου.
4. Οι μονάδες μαστού θα πρέπει να στελεχώνονται από εξειδικευμένο για τον μαστό χειρουργό-ογκολόγο, πλαστικό χειρουργό, παθολόγο ογκολόγο, κλινικό γενετιστή, μοριακό βιολόγο, παθολογοανατόμο, ψυχολόγο και ακτινολόγο, συμβάλλοντας όλοι μαζί στην μείωση της θνησιμότητας μιας νόσου που μπορεί να «προτιμά» τις γυναίκες αλλά στην ουσία να «χτυπάει» ολόκληρη την οικογένεια.
5. Σε όλες τις γυναίκες άνω των 20 χρονών συνίσταται η αυτοεξέταση του μαστού 1 φορά των μήνα.
6. Κάθε γυναίκα άνω των 40 ετών θα πρέπει να υποβάλλεται σε μία μαστογραφία 1 φορά το χρόνο σε συνεργασία με τον γυναικολόγο της.
7. Να υπάρχει συνεχής ενημέρωση των γυναικών από διάφορους οργανισμούς όπως (εταιρείες καλλυντικών) διοργανώνοντας συχνά ημερίδες με θέμα τον καρκίνο του μαστού και μοιράζοντας έντυπο υλικό.
8. Εκπαίδευση των νοσηλευτών σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την τεχνική της αυτοεξέτασης.
9. Στήριξη νοσηλευτών /τριών στις ασθενείς, εκπαίδευση για το πώς πρέπει να συνεχίσουν την ζωή τους, τι να αποφεύγουν, ενημέρωση για τυχόν παρενέργειες που θα συναντήσουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μελετώντας τα παραπάνω δεδομένα και στοιχεία διαπιστώνεται ότι παρόλες τις προόδους στους τομείς της πρόγνωσης και πρόβλεψης ο καρκίνος του μαστού εξακολουθεί να είναι ένας από τους μεγαλύτερους κινδύνους για την υγεία των γυναικών στην σημερινή εποχή.

Σκοπός της εργασίας μας είναι η διαφώτιση και η διαπαιδαγώγηση του κοινού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, και ειδικότερα για την πρόληψή του. Οφείλουμε να παροτρύνουμε τις γυναίκες να παρακολουθούν την υγεία των μαστών τους με τον καταλληλότερο τρόπο σύμφωνα με την ηλικία και τις εξατομικευμένες ανάγκες τους. Το μήνυμα που θέλουμε να μεταφέρουμε μέσα από αυτήν την προσπάθειά μας είναι ότι όσο νωρίτερα γίνεται η διάγνωση τόσο πιο αποτελεσματική και καλύτερη θα είναι η αντιμετώπιση του καρκίνου.

Όπως έγινε γνωστό και από την εργασία μας ο καρκίνος του μαστού είναι ο πρώτος σε συχνότητα εμφάνισης καρκίνος στις γυναίκες, σε ποσοστό που φτάνει το 27,4%. Το γεγονός ότι οι άνθρωποι σήμερα δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για θέματα που έχουν σχέση με την υγεία τους αφ' ενός και αφ' ετέρου η εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας έχουν κατορθώσει να μειώσουν το ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού με ρυθμό 2% ετησίως με ελπίδες για μεγαλύτερη μείωση στο μέλλον. Αυτά τα ποσοστά είναι που μας ώθησαν να ασχοληθούμε ιδιαίτερα με αυτό το θέμα για να γνωστοποιήσουμε τους παράγοντες που ενοχοποιούνται για τον καρκίνο, τα συμπτώματά του, την θεραπεία εκλογής ανάλογα με την σταδιοποίησή του και τον τρόπο συνεισφοράς των νοσηλευτών σ' αυτήν την ύπουλη ασθένεια.

Συμπερασματικά, ο νοσηλευτής έχει χρέος να καθοδηγήσει, να ενημερώσει, να συμπαρασταθεί, να συμβουλευσει και να βοηθήσει τον ασθενή να επιστρέψει στην καθημερινότητά του και να διαπράξει με επιτυχία τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ê *Αδαμίδου Θ. , Κατσοπούλου Β. , Αποκατάσταση γυναικών μετά από μαστεκτομή, ο ρόλος των νοσηλευτών, www.iatronet.org, 2003.*
- Ê Atlantic Breast Cancer Net, www.abcn.ca, 2009, 16/8/09.
- Ê *Αντωνιάδου Θ. , Η συνεισφορά της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, Τεύχος 10^ο, Εκδότης Σκούρτα Ι., Αθήνα 2008, σ. 14-15.*
- Ê *Βαρσάμη Γ., Καρκίνος του Μαστού και αποκατάσταση στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας, πτυχιακή εργασία, εισηγητής Δετοράκης Ι., Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 2003, σ. 73-74.*
- Ê *Βασιλειάδης Γ., www.iatrotek.online.gr, 2007, 13/7/09.*
- Ê Breast cancer Treatment., www.omnimedicalsearch.com, 7/8/09.
- Ê British Psychological Society., www.medlook.gr, 2006, 3/1/09.
- Ê *Γκέλμπεση Α., Νταλαφούρα Ε., Καρκίνος Μαστού: πρόληψη-διαφώτιση, πτυχιακή εργασία, εισηγήτρια Παπαδημητρίου Μ., Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 1993, σ. 5.*
- Ê *Γκινόπουλος Π., www.oncology.gr, 13/8/09.*
- Ê *Γλέντης Κ.Π., ειδικός χειρουργός, www.surgeon.gr, 24/5/07.*
- Ê Growbust.net, www.breasthealth.com, 14/12/08.
- Ê *Δρακούλης, Γιαννουκάκος, Κληρονομικότητα και καρκίνος μαστού, Αγκαλιάζω (περιοδικό), Εκδότης Σκούρτα Ι., Αθήνα 2008, σ. 16-17.*
- Ê *Dollinger M., Rosenbaum E., Cable G., Ο Καρκίνος, Διάγνωση, Πρόληψη, Θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση, Εκδόσεις Κάτοπτρο, μετάφραση Μαθάς Χ., Αθήνα 1992, p. 298-299.*
- Ê *Ελληνική Ογκολογία, Τεύχος 2^ο, Τόμος 44, Εκδότης Κορδιαλής, Αθήνα, Απρίλιος 2008, σ. 36-38.*
- Ê *Engram B., Νοσηλευτική φροντίδα στην παθολογία και χειρουργική, επιμέλεια Καραχάλιος Γ., Επιστημονικές Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 1997, σ. 616-622.*
- Ê Health Care Clinic., www.medicalcentre.com, 9/8/09.
- Ê Healthy living, www.E.D.gr, 2009, 5/5/09.
- Ê Ιατρική Εταιρεία Χίου, www.chios-medical.gr, 10/11/08.
- Ê Icus., www.nursing.gr, 5/12/08.

- Ê *Ιωαννίδου-Μουζάκα Α.*, «Καρκίνος του Μαστού, Μαθαίνουμε περισσότερα για να φοβόμαστε λιγότερο!», Περιοδικό Μετρό, Φεβρουάριος 2006, σ. 20-21.
- Ê *Ιωαννίδου-Μουζάκα Α.*, Μανδρέκας Α., Σύγχρονη Μαστολογία 2, Τόμος 2^{ος}, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2007, σ. 72-76.
- Ê *Ιωαννίδου-Μουζάκα Α.*, www.lydia.mouzaka.gr, 2006, 5/8/09.
- Ê *Ιωαννίδου-Μουζάκα Α.*, www.mastologos.gr/articles/14-breast-cancer-freqency, 2009, 7/6/09.
- Ê *Ιωσηφίδης Ν.*, www.womanshealth.gr, 7/1/09.
- Ê *Καλογεράκος Κ.*, www.enet.gr, 22/6/09.
- Ê Κέντρο Έλλη Λαμπέτη., www.mastologia.gr, 25/10/08.
- Ê Κέντρο πρόληψης, www.ftbc.gr, 16/11/08.
- Ê *Κεραμόπουλος Α.*, Νεοπλασίες, Τόμος 2^{ος}, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2009, σ. 404-405.
- Ê Κληρονομικός καρκίνος-Καρκίνος μαστού-ωοθηκών, www.biogenomica.gr, 23/7/09.
- Ê *Κοκκώλης Κ.*, www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art-id=7457, 7/6/09.
- Ê *Κονιάρη Ε.*, Καρκίνος του μαστού, Νοσηλευτική Παρέμβαση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991, σ. 172-173, 190-193.
- Ê *Κυριακίδου Θ.Ε.*, Κοινωνική Νοσηλευτική, Έκδοση 6^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Ταβίθα, Αθήνα 2005, σ. 45-48.
- Ê *Λεονταρίτου Α.*, www.bestrong.gr, 2007., 16/11/08.
- Ê *Lippert H.*, Ανατομική, κείμενο και Άτλας, Έκδοση 5^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1993 σ.82-89.
- Ê *Μαλγαρινού Μ.Α.*, *Κωνσταντινίδου Σ.Φ.*, Νοσηλευτική Χειρουργική-Παθολογική, Τόμος 2^{ος}, Μέρος 2^ο, Έκδοση 20^η, Επιστημονικές Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 2003, σ. 79-109.
- Ê *Μαρκόπουλος Χ.*, Παθήσεις Μαστού, Τόμος 1^{ος}, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2008, σ. 15-16.
- Ê *Μαρκόπουλος Χ.*, Εγχειρίδιο «Καλοήθεις και Κακοήθεις Παθήσεις του Μαστού, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2007, σ. 16-39.
- Ê *Μαρκόπουλος Χ.*, www.markopoulos.gr, 2007, 13/7/09.

- Ê Medlife, “Δύο σαν κι εμάς”, Τεύχος 7^ο, Εκδόσεις Επιφάνεια Α.Ε., Αθήνα 2000, σ. 11.
- Ê Μόσχου-Κάκου Α., Ογκολογική Νοσηλευτική, Πάτρα 1999, σ. 3-9.
- Ê Μουζάκα Α., Μανδρέκας Α., Μπαρμπούνης Β., Σύγχρονη Μαστολογία, Τόμος 1^{ος}, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2007, σ. 16-39.
- Ê National Research Center for Women and Families., www.wikipedia.org, 12/11/08.
- Ê Network Communication., www.nci.com, National Institutes of health, Breast cancer, September 2006, 14/12/08.
- Ê Όμιλος Υγείας Δ.Θ.Κ.Α, www.hygeia.gr, 6/1/09.
- Ê Παναγιωτοπούλου Α., www.bestrong.gr, 30/11/07.
- Ê Παναγιωτοπούλου Α., www.bestrong.gr, 2/2/09.
- Ê Παπαδημητρίου Χ., Ροδολάκης Α., Γυναικολογική Ογκολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2001, σ. 125-126.
- Ê Παπαδοπούλου Ε., Διατροφή και Καρκίνος του Μαστού, Τεύχος 5^ο, Εκδότης Καλογιάννη Λ., Αθήνα 2007, σ. 4-5, 16-17.
- Ê Παπανικολάου Ν., Μαστολογία, Έκδοση 3^η, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1994, σ. 438-445.
- Ê Παπανικολάου Ν., Παπανικολάου Α., Γυναικολογία, Έκδοση 3^η, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2005, σ.438-502.
- Ê Σαχίνη-Καρδάση Α., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική-Νοσηλευτικές Διαδικασίες, Τόμος 2^{ος}, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις ΒΗΤΑ Medical Arts, Αθήνα 2006, σ. 481-489.
- Ê Σκοπινάκης Π., www.mednet.gr, 5/12/08.
- Ê Σολομών Ε., www.oekk.gr, 3/1/09.
- Ê Σπηλιώτης Ι., Καρκίνος «Από την άγνοια... στον φόβο», Αχαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα 1999, σ. 20-22.
- Ê Τάκης Χ., www.iatronet.gr, 8/9/08.
- Ê Tkaczuk B., Dr., www.surgicaloncology.org, 8/9/08.
- Ê Τοίκος Ν., Καραγεωργοπούλου-Γραβάνη Σ., Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής ΙΙ, Έκδοση 2^η, Επιστημονικές Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 1999, σ. 22-31.

- Ê Τοκμακίδης Π., Ο Γυνακείος Μαστός, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 2001, σ. 183-190, 200-201, 211-212, 230-236.
- Ê Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ., Προληπτική Ιατρική, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1986, σ. 49-56.
- Ê Treatment & Side Effects, www.breastcancer.org, 14/12/08.
- Ê Thompson M.W., McInnes R.R., Willard H.F., Ιατρική Γενετική, Έκδοση 5^η, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, 1992, p. 92.
- Ê Φιλιποπούλου Ν., Καρκίνος Μαστού, πτυχιακή εργασία, εισηγητής Ζήσης Θ., Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 2006, σ. 77-78, 83-84.
- Ê Φύσσας Γ., Ο Μαστός και οι παθήσεις του, ένας οδηγός για κάθε γυναίκα, Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα 2006, σ. 18-19.
- Ê Φύσσας Γ.Π., www.mastology.gr, 2008, 16/11/08.
- Ê Χατζημπούγιας Ι., Στοιχεία ανατομικής των ανθρώπων, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις GN Desing, Αθήνα 2002, σ. 158-160.
- Ê Womanonly., www.loipon.gr, 16/11/08.
- Ê Women's Health Information, www.breastofcanada.com, 6/8/09.
- Ê www.anyxnenskarkinoumastou.gr, 13/7/09.
- Ê www.archive.enet.gr, 12/6/07.
- Ê www.breastcancer.hellas.gr, 28/12/08.
- Ê www.cancer.gr, 10/11/08.
- Ê www.cancer.canada.gr, 3/11/08.
- Ê www.cancer.help.org.uk, 28/9/07.
- Ê www.capitalhealth.gr/article, 30/7/09.
- Ê www.glonagemna.org, 2009, 16/8/09.
- Ê www.greece.flash.gr, 6/1/09.
- Ê www.gym.gr/artman/publish/article-4asp, 2008, 14/7/08.
- Ê www.healthin.gr, 2008.
- Ê www.hygeia.tanea.gr, 29/10/08.

Ê www.roche.gr/portal/eipt/Greece/portal/roche.gr/breastcancer, 2008, 12/8/09.

Ê www.tanea.gr, 2/6/09.

Ê www.thoracic.surgery.gr, 2009, 13/8/09.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Η Έλενα είναι επιζών από καρκίνο του μαστού!

Στα 27 μου πρέπει να παλέψω με τον Καρκίνο του μαστού. Θα μπορούσα να ζήσω και χωρίς αυτό, τώρα όμως είναι πια κομμάτι του εαυτού μου. **Πιστεύω στη δύναμη που κρύβουν αλλά και φανερώνουν πολλές φορές οι άνθρωποι...** Ο καρκίνος δεν είναι τόσο άσχημος εχθρός όσο ακούγεται. Πιστεύω ότι η λέξη είναι αυτή που μας τρομάζει περισσότερο παρά η αρρώστια. Στη μάχη μπήκα μικρή και άμαθη. Δεν ήξερα πως να πιάσω το ξίφος και η ασπίδα μου φαινόταν ασήκωτη.

Πως θα αντιμετώπιζα τέτοιο απρόσκλητο επισκέπτη και καθόλα ανεπιθύμητο; **Μια αλλαγή στον μαστό μου, κάτι σκληρό μέσα στο στήθος μου,** αυτό έπιασα. Αυτό ήταν το κακό που είχε φωλιάσει στον κόρφο μου και έπρεπε να βγει. Μα τι έκανα και το προκάλεσα; Αυτή η ερώτηση δεν απαντήθηκε ποτέ. Και δεν έχει τελικά καμία ουσία τι το προκάλεσε. Το «γιατί» δεν ωφελεί, όσο πιο γρήγορα αποδεχτεί ο νους σου μια καινούρια κατάσταση τόσο πιο άμεσα θα προσαρμοστεί σε αυτή. «Αποδέχτηκα» την πρόκληση, όταν πας σε μια μάχη πιας για τη νίκη...



cf18262 www.fotosetor.com

Μέσα σε δέκα μέρες ήξερα ότι ο όγκος ήταν 99% ύποπτος και ότι όταν θα ξυπνούσα από το χειρουργείο το σώμα μου θα το έβλεπα αλλαγμένο. Ο όγκος δεν ήταν καλός φυσικά, και μαζί του πήρε τον μόλις 27 ετών δεξί μου μαστό. Λίγα χρόνια δεν είναι τα 27 για ένα μαστό; Αφαιρέθηκαν και 19 λεμφαδένες στο ίδιο χειρουργείο. Σε μια νύχτα (εκείνη πριν το χειρουργείο) άλλαξε όλη μου η ζωή. Σαν κάποιος να την κλώτσησε ξαφνικά και να την έθεσε σε μια τρελή τροχιά. Ήμουν σοκαρισμένη για πολύ καιρό, ίσως αυτή είναι η πιο συνηθισμένη αυτοάμυνα, ίσως...

Έσκυψα το κεφάλι και είπα ας γίνει ότι είναι να γίνει, γιατί λίγα πράγματα ήταν στο χέρι μου. Βγήκα με ένα μαστό λιγότερο από το χειρουργείο, σοκαρισμένη και δρομολογημένη για 8 χημειοθεραπείες. Δεν ήξερα πως θα ανταπεξέλθω... κι όμως! **Το θαύμα έγινε και ξεκίνησε από μένα!** Υποτίμησα τις χημειοθεραπείες και τις πέρασα κυριολεκτικά στο πόδι. **Δεν αποθήκευσα διάφορες πληροφορίες για τις παρενέργειές τους.** Ο κάθε ασθενής αντιδρά διαφορετικά.

Όρθωσα το ανάστημά μου, τη μικρή μου φιγούρα μπροστά σε ένα θεριό και επαναλάμβανα στον εαυτό μου ότι ο μόνος τρόπος να πάω κόντρα σε κάτι τέτοιο είναι η καλή διάθεση. Τελικά **έκρυβα περισσότερες δυνάμεις από όσες γνώριζα στη σύντομη ζωή μου.** Πάλεψα να μην κάνω φίλη τη μοναξιά, έφευγα από το σπίτι με κάθε ευκαιρία και βρισκόμουν με φίλους έξω. Έκανα βόλτες σαν να μη συνέβαινε τίποτα...

Με τη θετική μου σκέψη τελείωσα τις χημειοθεραπείες 1η Απριλίου 2008 (σαν ψέμα) και έφτασα να τερματίσω με την τελευταία ακτινοθεραπεία μου, πρόσφατα, στις 9/6/2008. Η ιστορία με τον Καρκίνο πέρασε από τον χειμώνα στο καλοκαίρι, από το Νοέμβριο του 2007 ως σήμερα, Ιούνιο του 2008. Αλλά όλα αυτά φαντάζουν πλέον πολύ μακρινά, σαν να έγιναν πριν χρόνια.

Έτσι λειτουργεί ο άνθρωπος «τα κακά στον πάτο αφήνει». Τα μαλλιά ξαναβγήκανε, τα νύχια αλλάξαν, η γεύση επανήλθε τα φρύδια πυκνώσανε και ο χρόνος μετρά υπέρ μου! **Όλα πήγαν καλά,** δεν ήξερα τι δυνάμεις κρύβω μα θα ήταν και παράληψη να ξεχάσω όσους μου στάθηκαν. Τώρα που τελείωσα με κάθε είδους θεραπεία μου είμαι αισιόδοξη ότι **ΔΕΝ ΘΑ ΞΑΝΑΡΡΩΣΤΗΣΩ.** Πρέπει όμως να το πιστέψεις πραγματικά για να εκπέμεις στη συχνότητα του υγιούς ανθρώπου.

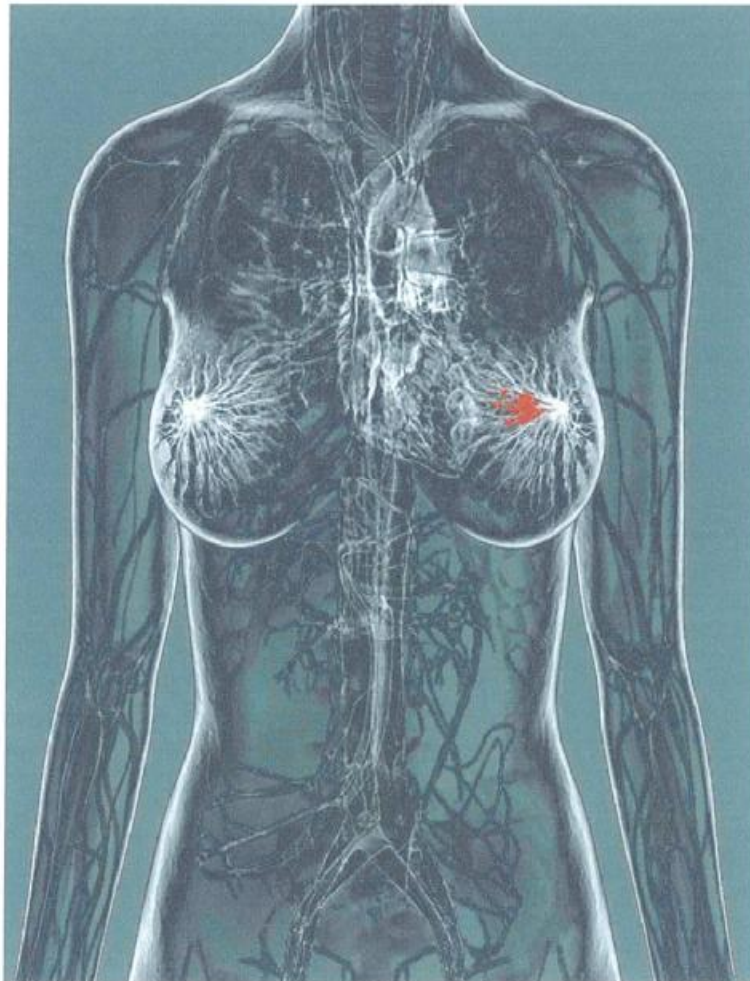
Αν περνάτε τα ίδια **μη διατάσετε να ζητήσετε βοήθεια**, αν όχι από ειδικούς, τότε σίγουρα από ανθρώπους που νοιώθετε κοντά σας. Η «υπόθεση» Καρκίνος στην αρχή φαντάζει απότομο βουνό και η συντέλεια του κόσμου. Όταν όμως το κουβάρι ξετυλίγεται, βλέπεις πως βήμα βήμα μπορείς να το ξεπεράσεις.

Προσπαθήστε να βρείτε τι σας ευχαριστεί και παράλληλα σας αποφορτίζει στην καθημερινότητά σας. Οι εκρήξεις και τα νεύρα είναι ότι πιο φυσιολογικό αλλά μόλις όλα αυτά γίνουν παρελθόν με μια ηρεμία εγκαθίστατε στο πρόσωπό σας! Η ουσία βέβαια δεν κρύβεται στην εμφάνιση αλλά στο μέσα μας, αν η ψυχούλα μας είναι καλά, να είστε σίγουροι ότι και το «έξω» μας λάμπει!

Προσωπικά, κατάφερα και βρήκα διέξοδο δημιουργώντας στο διαδίκτυο το δικό μου ημερολόγιο, www.mastektomi.blogspot.com. Το να γράφω στο δικό μου blog και να μιλώ για την καθημερινή μάχη που έδωσα με τον καρκίνο, η επαφή μου με τους αναγνώστες και η στήριξη τους με βοήθησαν, να περάσω από τον χειμώνα στο καλοκαίρι, δίνοντάς μου **ελπίδα για το μέλλον!**

Ονομάζομαι Έλενα

Είμαι 28 χρονών και είμαι επιζών από καρκίνο του μαστού 1 χρόνο!



Η ζωή μου
Εάν η ζωή ήταν τόσο απλή όπως παίρνοντας μια μαύρη και
άσπρη εικόνα,
εάν μπορούσα να φέρω το χρόνο πίσω
εάν μόνο ήξερα τότε αυτό που ξέρω τώρα,
θα το έκανα διαφορετικά
Συνεχίζω να αναρωτιέμαι
Γιατί εγώ?
Αλλά τώρα πια ξέρω
Γιατί εγώ.
Για να μάθω
για να καταλάβω
για να ξέρω περισσότερα
πόσο σκληρή είναι η ζωή
πόσο εύκολος είναι ο θάνατος
Θέλησα το θάνατο
τόσο πολύ
αλλά όχι πια
Θέλω να ζήσω
Είμαι φοβισμένη
Έχω έρθει πάρα πολύ κοντά
στον θάνατο
Δεν θέλω να καταλάβω το θάνατο
Θέλω να γεράσω
Θέλω να δω το αύριο
Αγαπώ τη ζωή
Αγαπώ να είμαι φοβισμένη
Αγαπώ να αισθάνομαι
Αγαπώ να ζω
Είμαι ζωντανή
και αυτό είναι σπουδαίο!

What Cancer Cannot Do

Cancer is so limited....

It cannot cripple Love

It cannot shatter Hope ✠

It cannot corrode Faith

It cannot destroy Peace ∞∞

It cannot kill Friendship

It cannot suppress Memories

It cannot silence Courage

It cannot invade the Soul ✠

It cannot steal Eternal Life

It cannot conquer the Spirit.

