

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

Ο ρόλος του νοσηλευτή στον καρκίνο μαστού,  
*παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη*



Φοιτήτριες:

- Πριόβολου Αθανασία
- Ράπτη Βαία

Εισηγήτρια:

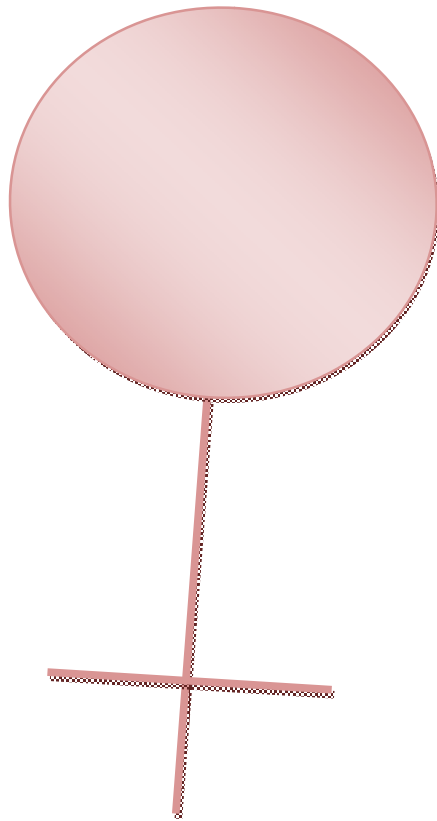
- Σαλάτα Αποστολία, MSc

Πάτρα, 2009

*Μητέρα*

*Κόρη*

*Έφηβη*



*Γυναίκα*

*Σύζυγος*

*Γιαγιά*

*Ευχαριστούμε πολύ για την πολύτιμη βοήθεια τους τα μέλη των συλλόγων "Αγκαλιάζω" και "Άλμα Ζωής" για την παροχή πληροφοριών με αποτέλεσμα την καλύτερη διακπεραίωση της εργασίας μας...*

*Καθώς επίσης και την καθηγήτρια μας, κ. Σαλάτα Αποστολία για την άψογη συνεργασία μας και την εμπιστοσύνη που μας έδειξε και τέλος, τους γονείς μας που μας έκαναν άξιους και υγιείς για να μπορούμε να ονειρευόμαστε έναν καλύτερο κόσμο*

*γεμάτο "ΥΓΕΙΑ" ...*

*Πριόβολου Αθανασία*

*Ράπη Βαΐα*

## Περιεχόμενα:

Πρόλογος .....	8
Ιστορική αναδρομή.....	9

### Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

1.1.Ανατομία-Φυσιολογία μαστικού αδένος .....	12
1.2.Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού.....	16

### Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

2.1 Γενικά για τον καρκίνο .....	18
2.2 Διατροφικές αλλαγές στην εκδήλωση Ca.....	20
2.3 Καλοήθειες παθήσεις μαστού .....	23

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

3.1 Εισαγωγή στον καρκίνο μαστού .....	28
3.2 Σταδιοποίηση .....	31
3.3 Αιτιολογία-Προδιαθεσικοί παράγοντες .....	34
3.4 Ιστορικό υγείας .....	38
3.5 Εκτίμηση φυσικής κατάστασης και συμπεριφοράς .....	39
3.6 Διαγνωστικές εξετάσεις .....	41
3.7 Προβλήματα άρρωστης .....	50
3.8 Σκοποί φροντίδας .....	50
3.10 Θεραπεία .....	51
3.11 Μετά τη θεραπευτική αγωγή.....	57
3.12 Μετεγχειρητικές επιπλοκές.....	59
3.12 Μετέπειτα παρακολούθηση .....	64
3.13 Μεταστάσεις .....	65

## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>

4.1 Ομάδα θεραπευτικής αγωγής.....	68
------------------------------------	----

4.2 Νοσηλευτική παρέμβαση ασθενούς (προεγχειρητικά-μετεγχειρητικά)	69
4.3 Μετά τη χειρουργική επέμβαση	72
4.4 Ανάπλαση μαστού	72
4.5 Διδασκαλία άρρωστης	73
4.6 Ασκήσεις και σωστές κινήσεις μετά από ριζική μαστεκτομή	75
4.7 Ψυχολογική υποστήριξη	78
4.8 Αντιμετώπιση και υποστήριξη (πιο αναλυτικά)	80

## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>

5.1 Πρόληψη	85
5.2 Πρόγνωση	87
5.3 Αυτοεξέταση μαστού	88

## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>

6.1 Ελπίδα ζωής το εμβόλιο για καρκίνο μαστού	94
6.2 Στοιχεία έρευνας που παρουσιάστηκαν στο συνέδριο του ΕΣΝΕ (Μάιος 2008, Αθήνα)	97

6.3 Καρκίνος μαστού στους άντρες .....	98
----------------------------------------	----

## Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>

7.1 Νοσηλευτική Διεργασία .....	102
---------------------------------	-----

## Παράρτημα

- Όμιλος κατά του καρκίνου μαστού «Άλμα Ζωής .....
- Όμιλος κατά του καρκίνου «Αγκαλιάζω» .....

Βιβλιογραφία.....	117
-------------------	-----

*«Γυναίκες,*

*Ευάλωτες, είναι το κύριο χαρακτηριστικό τους. Το κύριο χαρακτηριστικό της γυναικείας προσωπικότητας είναι ο συναισθηματισμός. Επικεντρώνονται στις ανάγκες των άλλων, με αποτέλεσμα να βιώνουν μία αυτό-άρνηση.»*

Από το βιβλίο: «Η Ψυχολογία της Γυναίκας» Σκοδρά Ε. (1998)



## Πρόλογος

“Mamma”! Αυτός είναι ο ιατρικός όρος για τον γυναικείο μαστό. Για τους αρχαίους Ρωμαίους ήταν το συνώνυμο της θηλυκότητας και της μητρικής συμπεριφοράς. Ο γυναικείος μαστός βρισκόταν στο επίκεντρο της προσοχής, της καλαισθησίας και της μόδας. Για κανένα άλλο όργανο ούτε είχε ούτε έχει τόσο μεγάλη αισθητική σημασία μιας και η συναισθηματική σημασία του γυναικείου μαστού είναι εξίσου μεγάλη καθώς εκτείνεται από την κλασική αντίληψη του ταμπού μέχρι τη μοντέρνα φετιχιστική αντίληψη για το ανθρώπινο σώμα.(Σκορδά Ε. 1998)

Ο καρκίνος στις γυναίκες συνεχεται με τον κίνδυνο να χάσουν τη θηλυκότητά τους και την αυτοπεποίθησή τους. Καμία γυναίκα δεν υποκύπτει στην ασθένεια του καρκίνου του μαστού εάν παρακολουθεί, προσέχει και ελέγχει τον μαστό της.

Ο μαστός μετά την ωοθήκη αποτελεί το πλέον «θηλυκό» όργανο. Ο γενικός χειρουργός βλέπει το μαστό ως «νεοπλασία» καλοήγη ή κακοήγη. Ο παθολόγος ως «μαστίτιδα». Ο ενδοκρινολόγος ως «γαλακτόρροια». Ο πλαστικός χειρουργός ως μεταβολές που συμβαίνουν φυσιολογικά ή παθολογικά. Εκείνος, ο οποίος ασχολείται με όλες τις πτυχές του μαστού, είναι ο γυναικολόγος. Ο οποίος βρίσκεται κοντά στη γυναίκα και ο οποίος θα εξετάσει πρώτος το μαστό.(Τοκμακίδης Π. 2001,Σύλλογος Καρκινοπαθών Μακεδονίας-Θράκης επιμέλεια: Μήττα Π.)

## Ιστορική αναδρομή

Ο καρκίνος του μαστού έχει περιγραφεί από πολύ παλιά. Όγκοι μαστού καταγράφηκαν το 1600 π.Χ. σε Αιγυπτιακούς πάπυρους, που βρέθηκαν στη Θήβα της Αιγύπτου το 1862 και ανακοινώθηκαν από τον Edwin Smith. Επίσης, είναι η πρώτη φορά που αναφέρεται κακοήθης όγκος του μαστού, όχι σε γυναίκα, αλλά σε άνδρα (περίπτωση 45 του ίδιου πάπυρου). (Κούζης Α. 2007, Susan M. 2005)

Οι αρχαίοι **Αιγύπτιοι** περιγράφουν περιστατικά καρκίνων του μαστού που αντιμετώπιζονταν θεραπευτικά με **καυτηριασμό**. Οι πρώτες καταγραφές της αρχαίας Ελλάδας αποδίδονται στον πατέρα της ιστορίας, τον **Ηρόδοτο** (5ος π.Χ. αιώνας), που αναφέρει ότι η Άτσοσα, η μητέρα του Πέρση βασιλιά Δαρείου, είχε όγκο στο μαστό της. Επίσης, ο μεγαλύτερος γιατρός της αρχαιότητας, ο **Ιπποκράτης**, (460-377 π.Χ.) χρησιμοποίησε πρώτος τους όρους “καρκίνος” και “καρκίνωμα” για να περιγράψει όγκους όχι μόνο στους μαστούς, αλλά και σε άλλα σημεία του σώματος, ενώ πίστευε ότι οι όγκοι με εξωτερικό έλκος μπορούν να αντιμετωπιστούν με χειρουργική επέμβαση. Γενικότερα, πάντως, θεωρούσε ότι πολλές φορές είναι προτιμότερο να μην εφαρμόζεται καμία θεραπεία για τον καρκίνο, αφού έτσι εκτιμούσε ότι οι ασθενείς ζούσαν περισσότερο. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι σε **αφιερώματα** του **4ου π.Χ. αιώνα**, που βρέθηκαν σε διάφορα **Ασκληπιεία**, συχνά απεικονίζονται μαστοί, γεγονός που αποδεικνύει τη μεγάλη έκταση που είχαν οι παθήσεις του στήθους εκείνη την εποχή. Susan M. 2005

Τον 1ο μ.Χ. αιώνα ο **Κέλσος** καταγράφει την κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού και επισημαίνει τη διόγκωση των λεμφαδένων, αποδίδοντας την πρώτη γραπτή σταδιοποίηση της νόσου που έχει βρεθεί μέχρι σήμερα. Ο **Λεωνίδης** από την Αλεξάνδρεια είναι ο πρώτος που περιέγραψε με λεπτομέρειες το **180 μ.Χ. εγχείρηση μαστεκτομής**, η οποία ακολουθούνταν από καυτηριασμό για τη αποτροπή της αιμορραγίας. Οι μαστεκτομές, πάντως, φαίνεται ότι είχαν ξεκινήσει πολύ παλαιότερα, πιθανότατα από την εποχή του Ιπποκράτη, χωρίς όμως να υπάρχει αναλυτική περιγραφή της διαδικασίας. Ο **Γαληνός**, την ίδια εποχή, γράφει ότι στα πρώτα στάδια του καρκίνου είναι πιο ωφέλιμη η συντηρητική θεραπεία, ενώ όταν ο όγκος μεταβληθεί σε μεγάλη μάζα, είναι απαραίτητη η μαστεκτομή. (Susan M. 2005, Trescothick J 2005)

Οι άγιοι **Ανάργυροι**, ο **Κοσμάς** και ο **Δαμιανός**, τον 3ο μ.Χ. αιώνα αναφέρεται ότι μπορούσαν να θεραπεύσουν πολλές ασθένειες, μεταξύ των οποίων και περιστατικά καρκίνου του μαστού. Γύρω στο 670 μ.Χ. ο **Πάυλος ο Αιγινήτης** πρώτος περιέγραψε **ογκεκτομή**, δηλαδή εγχείρηση χωρίς ολική αφαίρεση του μαστού. Συμπερασματικά, ο καρκίνος του μαστού είχε μελετηθεί πολύ καλά από τους γιατρούς της Αρχαίας Ελλάδας και του Βυζαντίου. Ορισμένοι μάλιστα ιστορικοί υποστηρίζουν ότι ο καρκίνος του μαστού αποτέλεσε το πρότυπο της μελέτης των κακοήθων παθήσεων, τόσο λόγω της

συχνότητάς του όσο και της επιφανειακής θέσης του. Η παρομοίωση της νόσου με το ζώο καρκίνο έχει την πιο πιστή αναπαράστασή της στην περίπτωση του μαστού. Η χειρουργική θεραπεία ήταν εύκολο να εφαρμοστεί, καθώς η νόσος ήταν επιφανειακή, δεν προκαλείτο κίνδυνος ζωής, δεν υπήρχε μεγάλος κίνδυνος αιμορραγίας και η επούλωση μπορούσε να γίνει ευκολότερα και με λιγότερες επιπλοκές.

Οι συγκεκριμένες τεχνικές και θεωρίες εκείνης της εποχής πέρασαν μέσω των **Αράβων** στην Ιατρική της Δύσης, όπου μέσα από τα ιατρικά βιβλία του διάσημου Πανεπιστημίου της Σορβόνης στο Παρίσι, παρέμειναν σχεδόν αναλλοίωτες για πολλούς αιώνες, ενώ από τα Βυζαντινά χρόνια μέχρι τον 19ο αιώνα, ελάχιστα είναι τα νέα κομμάτια που μπαίνουν στο περίπλοκο παζλ της αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού. (Κούζης Α. 2007, Trescothick J 2005)

Ένα από τα σημαντικότερα βήματα στη χειρουργική του καρκίνου του μαστού προήλθε από τον **Charles Hewitt Moore** (1821-1870), του Νοσοκομείου Middlesex του Λονδίνου, ο οποίος έθεσε τις γενικές αρχές της χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού.

Ο σημαντικότερος χειρουργός στη μακραίωνη ιστορία του καρκίνου του μαστού ήταν ο **Χάλστεντ**, ο οποίος το 1882 πραγματοποίησε την πρώτη **ολική μαστεκτομή**, που πήρε το όνομά του, και περιλάμβανε ευρεία εκτομή του όγκου και του γύρω δέρματος, αφαίρεση των μασχालαίων λεμφαδένων, αφαίρεση του μείζονος θωρακικού μυός, αφαίρεση όλων των ιστών που βρίσκονται προς τις περιοχές ανάπτυξης του όγκου, καθώς και επιδιόρθωση της περιοχής με δερματικά μοσχεύματα. Η μαστεκτομή κατά Χάλστεντ αποτέλεσε την πρωταρχική μέθοδο αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού, για ένα περίπου αιώνα. (Susan M. 2005, Trescothick J 2005)

Μετά το 1900, οι εξελίξεις σε κάθε τομέα της ιατρικής και της τεχνολογίας ήταν ραγδαίες. Στο τέλος, μόλις, της δεκαετίας του 1960, ο **Βερονέζι** και οι συνεργάτες του στο Πανεπιστήμιο του Μιλάνου, ανακοινώνουν ασυνήθιστα ψηλά ποσοστά επιβίωσης από καρκίνο του μαστού, μετά από συνδυασμό μερικής εκτομής του όγκου, ακτινοβολήσης και χημειοθεραπείας.

Το 1967 ο **Jensen** ανακαλύπτει τους υποδοχείς ER και το 1971 η παρουσία τους χρησιμοποιείται ως προβλεπτικός παράγοντας. Το 1978 ο **McGuire** επιτυγχάνει τη μέτρηση των επιπέδων των ER, τα οποία το 1979 θα αρχίσουν να χρησιμοποιούνται ως δείκτες για τη θεραπεία. Τέλος, το 1980 προσδιορίζονται τα επίπεδα των PgR υποδοχέων και χρησιμοποιούνται επικουρικά. (Κούζης Α. 2007)

Το 1990 το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των ΗΠΑ, αλλά και πολλές άλλες εθνικές επιτροπές, καθόρισαν τις **χειρουργικές επιλογές**, όσον αφορά στον καρκίνο του μαστού, οι οποίες επελέγησαν μετά από σειρά συναντήσεων των κορυφαίων ογκολόγων και χειρουργών του κόσμου. Έτσι, η επέμβαση κατά Χάλστεντ σταδιακά αποσύρθηκε, διότι παρουσίαζε ορισμένα προβλήματα, ενώ τελικά επικράτησαν η **τροποποιημένη μαστεκτομή κατά Πάτεϊ** και η ογκεκτομή με ταυτόχρονο λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης, που είχε προτείνει ο Βερονέζι.

# **Κεφάλαιο 1.**

---

<b>1.1</b>	<b><u>Ανατομία-Φυσιολογία μαστικού αδένος .....</u></b>	<b><u>12</u></b>
<b>1.2</b>	<b><u>Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού.....</u></b>	<b><u>16</u></b>

### 1.1 Ανατομία-Φυσιολογία μαστικού αδένος

Ο μαστικός αδένος ή απλώς μαστός ανήκει στους αδένες του δέρματος, όπως οι σμηγματογόνοι και οι ιδρωτοποιοί: Ο αδενικός ιστός βρίσκεται μέσα στον υποδόριο ιστό. Το έκκριμα αποβάλλεται στο δέρμα. Ο ανθρώπινος μαστός αποτελείται από 15-20 ξεχωριστούς αδένες, που εκβάλλουν με ανεξάρτητους εκφορητικούς πόρους (γαλακτοφόροι πόροι) στη θηλή του μαστού. Η εξωτερική μορφή του μαστού καθορίζεται λιγότερο από τον αδενικό και περισσότερο από το λιπώδη ιστό. Στη μη έγκυο γυναίκα το αδενικό μέρος του μαστού είναι μικρό. (Lippert 1993)

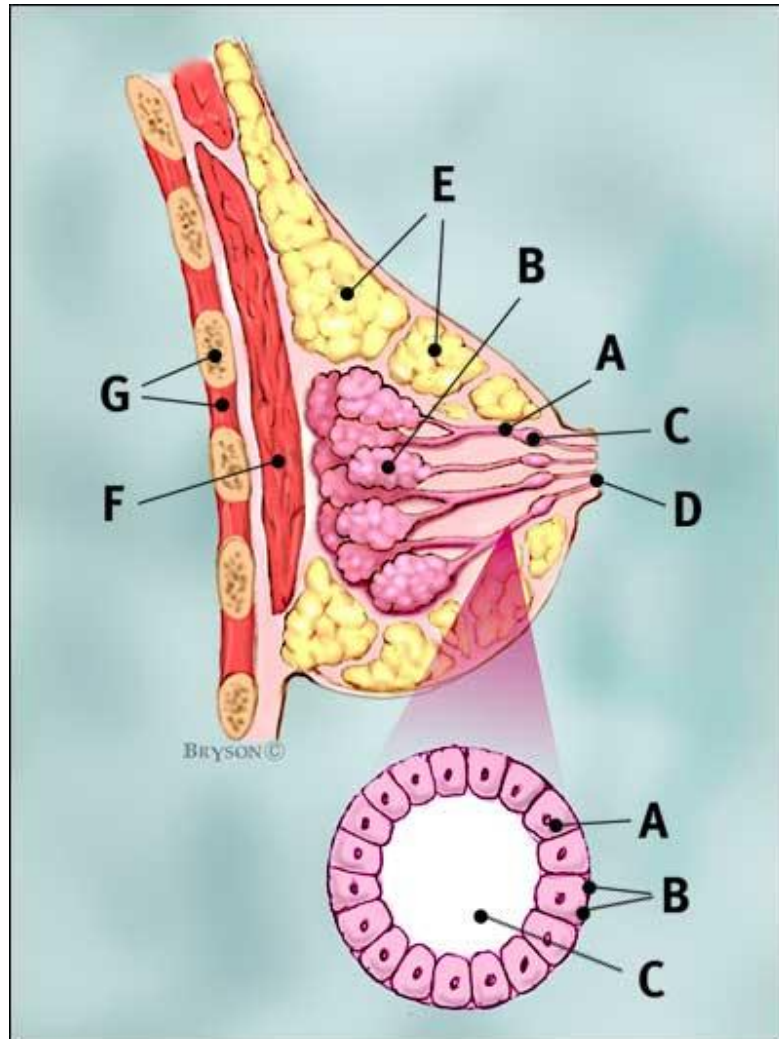
Οι μαστοί θεωρούνται επικουρικά γεννητικά όργανα μιας και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εγκυμοσύνη και το θηλασμό. Βρίσκονται πάνω από το πρόσθιο τμήμα του στέρνου. Ο εξωτερικός μαστός χωρίζεται σε τρία μέρη:

1. Την μαλακή περιοχή από δέρμα
2. Την θηλαία άλω, η οποία περιλαμβάνει την θηλή και περιέχει τους αδένες του Montgomery και
3. Τη θηλή (Shapiro P. 2001)

Επειδή ο μαστός, ως όργανο του δέρματος, δεν περιέχει χόνδρινο ή οστέινο σκελετό, κρέμεται σακκοειδώς προς τα κάτω ανάλογα με την πλήρωσή του και άρα το βάρος του. Στο νεανικό μαστό, ο συνδετικός ιστός κρατά κατά κάποιο τρόπο σταθερή τη μορφή του. Όσο αυξάνεται η ηλικία χαλαρώνει ο συνδετικός ιστός και ο μαστός κατεβαίνει χαμηλότερα. (Lippert 1993)

Σε οριζόντια διατομή του θωρακικού τοιχώματος γυναίκας στο ύψος της θηλής του μαστού είναι εμφανής οι επιμέρους λοβοί του αδένου που χωρίζονται από τους

με  
ιστό.  
I. et al



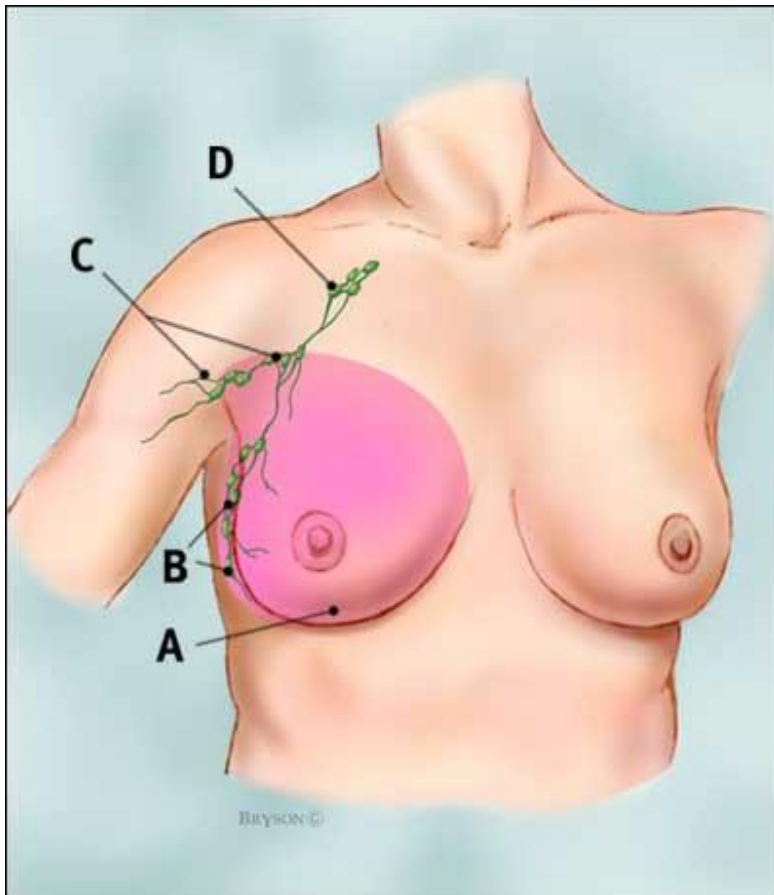
γειτονικούς  
συνδετικό  
(Κακλαμάνος  
2006)

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

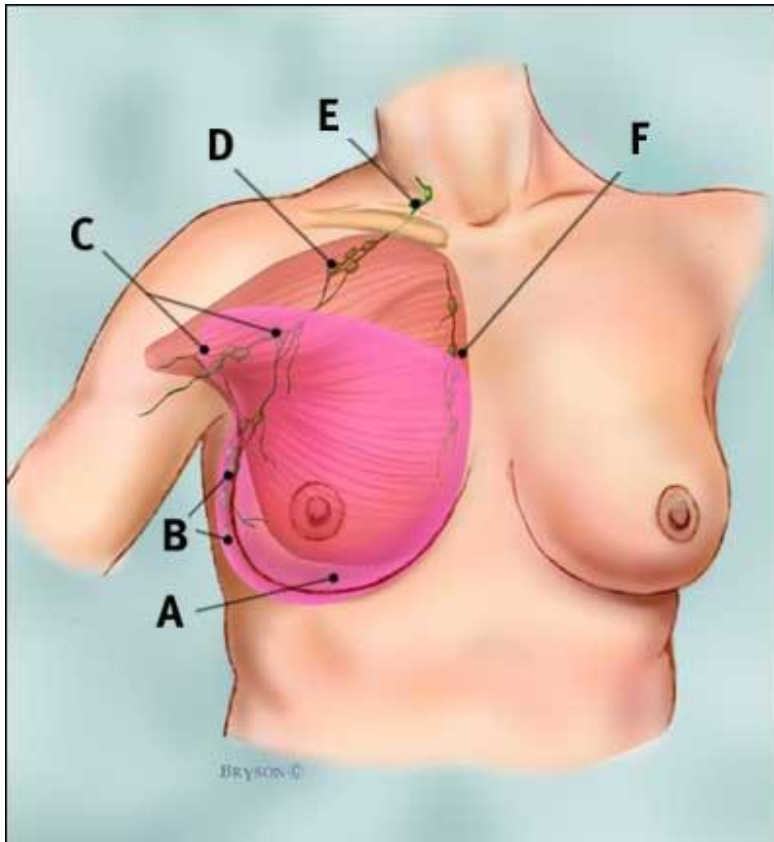
Η θηλή του μαστού περιέχει δίκτυο μυϊκών ινών με κοχλιοειδή διάταξη, οι οποίες ακτινοβολούν μέσα στην άλω της θηλής.

Ο μαστός στην ενήλικη γυναίκα εκτείνεται από την 2<sup>η</sup> έως την 6<sup>η</sup> πλευρά. Η κυριότερη προσεκβολή του, είναι η ούρα του μαστού η οποία μπορεί να εκληφθεί συχνά σαν όγκος μιας και εισέρχεται στην μασχαλιαία κοιλότητα. (Κακλαμάνος Ι. et al 2006)

Ο μαστικός αδένας περιβάλλεται από τα δύο πέταλα της επιπολής θωρακικής περιτονίας, στο δε εν τω βάθει πέταλο καταλήγουν ινώδεις ταινίες (σύνδεσμοι του Cooper) που φέρονται από το χόριο του δέρματος αφού διαχωρίσουν το μαστό σε λοβούς. Για την τοπογραφική περιγραφή των αλλοιώσεων διακρίνεται ο μαστός στη θηλαία περιοχή και σε 4 τεταρτημόρια: 1) Άνω έξω, 2)Κάτω έξω, 3)Άνω έσω, 4)Κάτω έσω. (Κακλαμάνος Ι. et al 2006)



Η αρτηριακή παροχή του μαστού γίνεται από την έσω μαστική (κλάδος της υποκλειδίου), την πλάγια θωρακική (από την μασχαλιαία) και τις μεσοπλεύριες αρτηρίες. Η δε φλεβική απορροή από φλέβες που ακολουθούν την ίδια με τις αρτηρίες πορεία. (Lippert 1993,Κακλαμάνος I. et al 2006)



### Νεύρα

- μακρό θωρακικό ή νεύρο του Bell
- θωρακοραχιαίο
- έσω θωρακικό νεύρο
- μεσοπλευριοβραχιόνιο (Κακλαμάνος I. et al 2006)



## 1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού

Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού ανήκουν: ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι ωοθήκες, ο θυρεοειδής αδένας, τα επινεφρίδια, ο πλακούντας και το νευρικό σύστημα. Διαπιστώνουμε δηλαδή, πως ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο. (Παπανικολάου Ν. 1995)

**Υποθάλαμος** : είναι γνωστό πως ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση. Ένας ανασταλτικός παράγοντας του υποθαλάμου, που έχει σχέση με την υπόφυση είναι και της προλακτίνης, ο PIF. Η προλακτίνη (PRL) είναι ορμόνη της υπόφυσης που έχει στενότερη σχέση με το μαστό. (Σταυρίδης Ι. 2008, Βαρσαμίδης Κ 2001)

**Υπόφυση** : η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Η έκκριση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και της ωχρινοτρόπου (LH) . διεγείρουν την ανάπτυξη και την έκκριση της ωοθήκης και του ωχρού σωματίου. Απόδειξη αυτού, είναι το γεγονός ότι μετά από υποφυσεκτομία, προκαλείται υποπλασία των ωοθηκών και υποπλασία ή ατροφία των μαστών.

Οι ορμόνες της υπόφυσης, που έχουν στενότερη σχέση με το μαστό είναι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη. (Σταυρίδης Ι. 2008, Βαρσαμίδης Κ 2001)

Προλακτίνη: η αυξημένη έκκριση της προλακτίνης, οδηγεί σε αύξηση της έκλυσης της ντοπαμίνης στον υποθάλαμο. Υπάρχει δηλαδή ένα είδος βραχείας παλίνδρομης αλληλορύθμισης. Με λίγα λόγια, η προλακτίνη παίρνει ουσιαστικό μέρος στην ανάπτυξη του μαστού και ιδιαίτερα στη διαφοροποίηση των κυττάρων των τελικών γαλακτοφόρων πόρων. Στην εγκυμοσύνη ελέγχει την αύξηση και την εκκριτική δραστηριότητα των κυττάρων των αδενοκυψελών. Επίσης, ελέγχει τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος.

Ωκυτοκίνη : αυτή παράγεται σε υποθαλαμικά κέντρα και αποθηκεύεται στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Η κυριότερη δράση της ωκυτοκίνης είναι η πρόκληση σύσπασης της

μήτρας. Άλλη γνωστή δράση της, είναι η πρόκληση σύσπασης των μυοεπιθηλιακών κυττάρων των γαλακτοφόρων πόρων των μαστών. Έτσι, συμβάλλει στην έξοδο του εκκρινόμενου γάλακτος. (Πλέσσας Σ. Κανέλλος Ε. 1997, Desporoulos A. Silbernagl S. 1989

## Κεφάλαιο 2.

---

<b><u>2.1 Γενικά για τον καρκίνο.....</u></b>	<b><u>18</u></b>
<b><u>2.2 Διατροφικές αλλαγές στην εκδήλωση Ca.....</u></b>	<b><u>20</u></b>
<b><u>2.3 Καλοήθειες παθήσεις μαστού .....</u></b>	<b><u>23</u></b>

## 2.1 Γενικά για τον καρκίνο

Στον όρο νεόπλασμα περιλαμβάνονται όλα τα κακοήθη νοσήματα, που αναφέρονται σαν καρκίνος. Ο καρκίνος είναι πολύ παλιά αρρώστια. Μερικοί τύποι καρκίνου είναι γνωστοί από τα προϊστορικά χρόνια. Ο Ιπποκράτης αναγνώρισε τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του και τον ξεχώρισε από άλλες αρρώστιες. Σήμερα γίνεται διάγνωση των περισσότερων τύπων καρκίνου, χάρη στην ανάπτυξη των επιστημών, της τεχνολογίας και του αυξημένου όρου ζωής. Στις αρχές του αιώνα μας οι περισσότεροι που παρουσίαζαν καρκίνο πέθαιναν. Σήμερα όμως το ποσοστό των καρκινοπαθών που θεραπεύονται ανέβηκε στη σχέση 1:3, δηλαδή ένας καρκινοπαθής θεραπεύεται ενώ οι τρεις πεθαίνουν. (Αθανάτου Ε. 2000,Κωνσταντινίδου Σ., Μαλγαρινού Μ. 2003,Δημητρακάκης Κ. 2007)

**Τα νεοπλάσματα** διακρίνονται σε καλοήθη και κακοήθη. Τα κακοήθη αποτελούν ένα ιδιόρρυθμο πληθυσμό κυττάρων μη φυσιολογικής μορφολογίας, που χαρακτηρίζονται από άτυπο, άσκοπο και αυτόνομο πολλαπλασιασμό με άγνωστη αιτιολογία. Τα καλοήθη νεοπλάσματα αποτελούνται από κύτταρα φυσιολογικής μορφολογίας που σχηματίζουν περιγεγραμμένους όγκους και συνήθως είναι ακίνδυνα.(Αθανάτου Ε. 2000,Cable G. et al. 1992)

Τα νεοπλάσματα είναι η δεύτερη αιτία θανάτου μετά τις καρδιακές παθήσεις. Προσβάλλουν σχεδόν όλα τα όργανα του ανθρώπινου σώματος κατά διαφορετική συχνότητα ως προς το φύλο και την ηλικία. Η συχνότητα είναι αυξημένη στα ηλικιωμένα άτομα. Στις γυναίκες συχνότερα είναι του μαστού, παχέως εντέρου, μήτρας, δέρματος. Στους άντρες είναι του πνεύμονα, πεπτικού σωλήνα, προστάτη, ουροδόχου κύστης. Στα

παιδιά φαίνεται το πρόβλημα μικρότερο αλλά είναι μέγιστο το ενδιαφέρον λόγω της μεγάλης θνησιμότητας. Ένας από τους πολλούς τρόπους ταξινόμησης των αιτιολογικών παραγόντων της καρκινογένεσης είναι ο παρακάτω με αντιπροσωπευτικά παραδείγματα: (Αθανάτου Ε. 2000, Ντούλια Μ. 2001,)

**1. Επαγγελματικοί παράγοντες**

α. φυσικοί

β. χημικοί

**2. Ιατρογενείς**

α. ακτινοβολίες

β. αντισυλληπτικά

**3. Γενικοί παράγοντες**

α. διατροφή

β. κάπνισμα-οινόπνευμα

γ. ιοί

δ. γενετικοί (Αθανάτου Ε. 2000, Ντούλια Μ. 2001, Δημητράκης Κ., Κεραμόπουλος Α. 2000)

## 2.2 Διατροφικές αλλαγές στην εκδήλωση Ca

Ο καρκίνος επηρεάζει όχι μόνο τις διατροφικές συνήθειες του ασθενούς αλλά και τον τρόπο με τον οποίο το σώμα χρησιμοποιεί τα θρεπτικά συστατικά που προσλαμβάνει. Όπως επίσης πολλά άτομα μετά τη διάγνωση δεν τρώνε πλέον τα είδη και τις ποσότητες των τροφών που προτιμούσαν στο παρελθόν. Η συνήθης αντίδραση είναι η μείωση της τροφής, αλλά δεν είναι σπάνιο κάποιος να αρχίσει να τρώει και περισσότερο. (Παρασκευόπουλος Π., Robert A. 2005, Όμιλος εθελοντών κατά του καρκίνου «Αγκαλιάζω»)

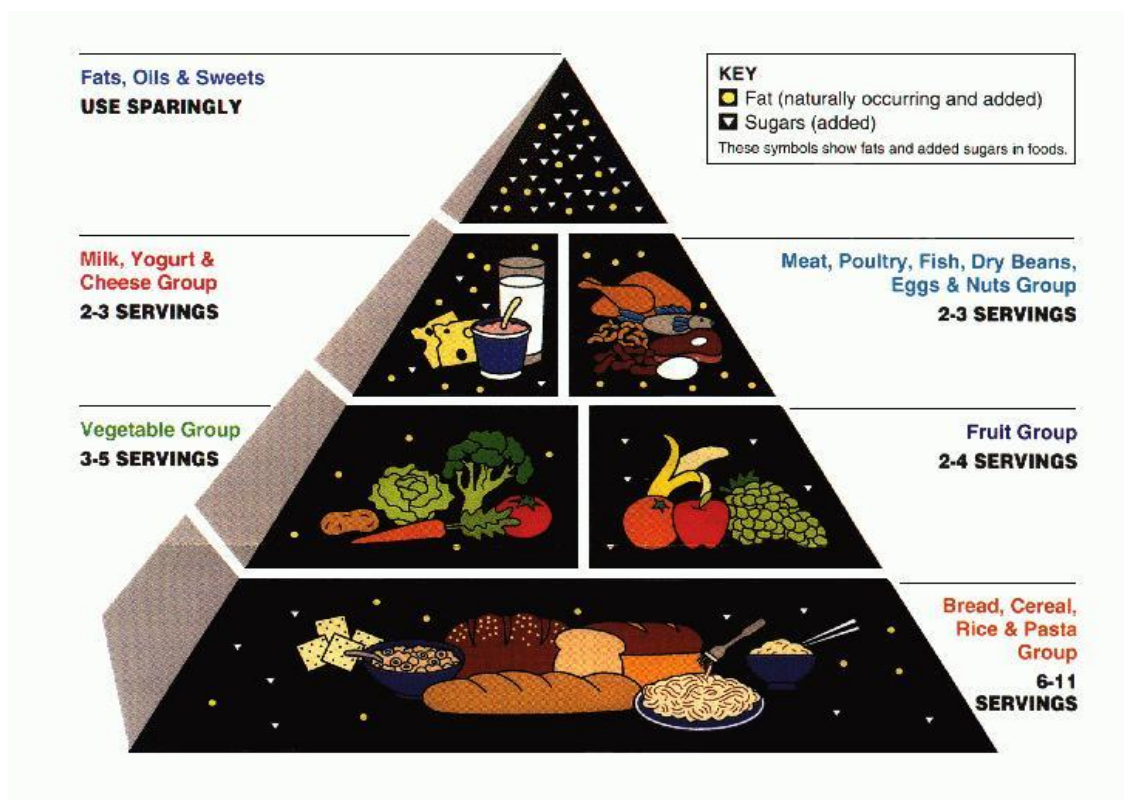
Οι παρενέργειες των αντικαρκινικών θεραπειών επηρεάζουν συχνά τις διατροφικές συνήθειες των ασθενών. Είναι πιθανό να μην τους αρέσει πλέον η γεύση κάποιων τροφών με αποτέλεσμα να περιορίσουν την κατανάλωσή τους. Τυχόν προγενέστερα προβλήματα διατροφής μερικές φορές επιδεινώνονται λόγω του καρκίνου ή της αντικαρκινικής θεραπείας. Αν, για παράδειγμα, κάποιος είχε ήδη κάποιες αλλεργίες ή δυσανεξίες, αυτές είναι πιθανό να σας ταλαιπωρήσουν περισσότερο τώρα που έχουν ταυτόχρονα και καρκίνο. (Όμιλος εθελοντών κατά του καρκίνου «Αγκαλιάζω», Μπούκας Χ. Τζιλιάνος Μ. 2007)

Είναι επίσης πολύ φυσικό να προβληματίζονται για το διαιτολόγιό τους. Ίσως φοβούνται να καταναλώσουν επαρκείς ποσότητες από ορισμένα τρόφιμα ή να ανησυχούν σε τέτοιο βαθμό του μήπως φάνε κάτι που «δεν πρέπει» με αποτέλεσμα στο τέλος να τρώνε ελάχιστα. Παρ'όλα αυτά αυτές οι αντιδράσεις είναι φυσιολογικές. (Σύλλογος

Καρκινοπαθών Μακεδονίας-Θράκης επιμέλεια: Μήττα Π., Σκουρολιάκου Μ. 2008, [www.actclick.com](http://www.actclick.com))

Μερικές φορές, ο καρκίνος αλλάζει τον τρόπο με τον οποίο το σώμα χρησιμοποιεί τις θρεπτικές ουσίες που προσλαμβάνει. Αυτές οι αλλαγές οφείλονται στην αντίδραση του σώματος στον όγκο, στις παρενέργειες της θεραπείας, σε ορισμένα φάρμακα ή σε συνδυασμό όλων των παραπάνω παραγόντων. Δεν είναι αδύνατο να διαπιστωθούν αλλαγές στον με τον οποίο το σώμα των ατόμων αυτών μεταβολίζει τη ζάχαρη ή στα επίπεδα σακχάρου στο αίμα. Είναι επίσης πολύ πιθανό να εκδηλώσουν υπεργλυκαιμία (αυξημένα επίπεδα σακχάρου). Η υπογλυκαιμία είναι σπανιότερο φαινόμενο. Αν εκδηλωθεί κάποια από τις παραπάνω παθήσεις, τότε ο γιατρός σε συνεργασία με τον διαιτολόγο θα πρέπει να εξηγήσουν στον ασθενή πώς μπορεί να ελέγξει τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα μέσω της διατροφής. (Robert A. 2005, [www.actclick.com](http://www.actclick.com), [www.surgeon.gr](http://www.surgeon.gr))

Η διατροφικά πυραμίδα που απεικονίζεται στο σχήμα δείχνει τον αριθμό των μερίδων από κάθε ομάδα τροφίμων που συνιστάται να καταναλώνονται καθημερινά.



Ωστόσο, ορισμένοι ασθενείς με καρκίνο ενδέχεται να δυσκολεύονται να καταναλώσουν αρκετά μεγάλη ποικιλία τροφίμων για την ικανοποίηση των διατροφικών τους αναγκών. ([www.surgeon.gr](http://www.surgeon.gr))

Στην περίπτωση αυτή, ενδείκνυται ενδεχομένως η λήψη συμπληρωμάτων διατροφής με βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. Με τη βοήθεια τέτοιων συμπληρωμάτων μπορεί να εξασφαλιστεί η πρόσληψη της συνιστώμενης ημερήσιας δόσης σημαντικών θρεπτικών συστατικών. Κυκλοφορούν επίσης υποκατάστατα γεύματος σε υγρή μορφή τα οποία καλύπτουν επιπλέον τις ανάγκες για πρωτεΐνες. Οι πρωτεΐνες είναι απαραίτητες καθώς ενισχύουν σημαντικά το σώμα αλλά δεν πρέπει να καταναλώνονται σε υπερβολικές ποσότητες. Επίσης, τα όποια συμπληρώματα διατροφής δεν πρέπει να λαμβάνονται σε μεγάλες δόσεις που υπερβαίνουν την ημερήσια συνιστώμενη ποσότητα. Η υπερβολική πρόσληψη τέτοιων ουσιών είναι δυνατό να επηρεάσει αρνητικά τη θεραπευτική δράση ορισμένων χημειοθεραπειών ή/και της ακτινοθεραπείας. Πάντως πρέπει πάντα να ενημερώνεται ο γιατρός σχετικά με τα συμπληρώματα διατροφής που παίρνει ο κάθε ασθενής καθώς και τις ποσότητες αυτών. (Ομιλος εθελοντών κατά του καρκίνου «Αγκαλιάζω», Μπούκας Χ. Τζιλιάνος Μ. 2007, [www.actclick.com](http://www.actclick.com))

### Συνήθεις ελλείψεις βιταμινών και ιχνοστοιχείων σε καρκινοπαθείς

Φυλλικό οξύ	Βιταμίνη Α	Βιταμίνη C
Χαλκός	Σίδηρος	Μαγνήσιο
ψευδάργυρος	ασβέστιο	Βιταμίνη D

### 2.3 Καλοήθειες παθήσεις μαστού

Οι περισσότεροι όγκοι του μαστού δεν είναι καρκινώδεις. Στην πραγματικότητα, όλες οι γυναίκες έχουν ογκίδια στο στήθος και πολλά από αυτά που ανακαλύπτουν είναι απλά σβολώδεις περιοχές φυσιολογικού μαστικού ιστού που γίνονται πιο εμφανείς και αισθητές πριν ακριβώς από την περίοδο. (Παπανικολάου Ν. 1995)

1. Ινοαδενώματα: τα ογκίδια αυτά δεν αποτελούν καν μορφή νόσου με την αυστηρή έννοια του όρου. Αποτελούν το 60% όλων των ογκιδίων που εντοπίζονται στις γυναίκες κάτω των 20 ετών και είναι σχετικά σπάνιο να εμφανιστεί αργότερα και δεύτερο. Για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση, χρησιμοποιείται συνήθως υπερηχογράφημα και αναρρόφηση με λεπτή βελόνα. Τουλάχιστον ένα στα τρία θα συρρικνωθεί ή θα εξαφανιστεί από μόνο του μέσα στα επόμενα δύο χρόνια. (Λέοναρντ Ρ., Ντίξον Τζ. 2000)



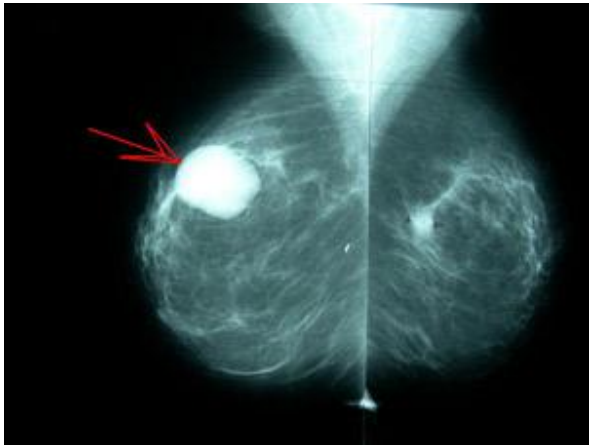
**Μεγέθυνση μαστογραφίας ινοαδενώματος μαστού.  
Παρατηρήστε το ομαλό περίγραμμα.**



2. Κύστεις: οι κύστεις είναι διογκωμένα λοβία που μπορεί να δημιουργηθούν καθώς ο μαστικός ιστός γερνάει, γι' αυτό και εμφανίζονται συνήθως σε γυναίκες στην ηλικία των 30, 40 ή 50 χρόνων. Είναι ιδιαίτερα συνηθισμένες κατά τα χρόνια πριν από την εμμηνόπαυση. Δεν γνωρίζουμε τι προκαλεί τις κύστεις, αλλά δεν πρόκειται απλώς για απόφραξη γαλακτοφόρου πόρου. Οι περισσότερες κύστεις είναι μαλακά, κινούμενα ογκίδια. Ορισμένες είναι αρκετά μεγάλες και ευδιάκριτες και μπορεί να είναι επώδυνες. Συνήθως, είναι αρκετά εύκολο να αναγνωριστεί μία κύστη με υπερηχογράφημα και μαστογραφία. Οι κύστεις μπορεί να περιέχουν υγρό. Κίτρινο, πράσινο ή μπλε-μαύρο. Αν έχει το χρώμα του αίματος, θα σταλεί για εξετάσεις διότι καμιά φορά, αν και είναι μάλλον σπάνιο, μπορεί να δημιουργηθεί καρκίνος στα τοιχώματα της κύστης. Οι κύστεις που παράγουν υγρό στο χρώμα της του αίματος συνήθως αφαιρούνται. Από κάθε έξι γυναίκες που αναπτύσσουν κύστη, οι τρεις δεν θα εμφανίσουν ποτέ ξανά άλλη. Τα καλά νέα είναι ότι δεν είναι απαραίτητο να αφαιρείται κάθε φορά το υγρό από την κύστη. Οι γυναίκες που έχουν αναπτύξει μία ή και περισσότερες κύστεις δεν αντιμετωπίζουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού, υπάρχει κάποιος κίνδυνος αλλά δεν θεωρείται σημαντικός. (Λέοναρντ Ρ., Ντίξον Τζ. 2000)

3. Ινοκυστική μαστοπάθεια

4. Φυλλοειδής κυστεοσάρκωμα Παπανικολάου Ν. 1995



**Φυλλοειδής όγκος. Το ομαλό περίγραμμα  
θυμίζει μεγάλο ινοαδένωμα.**

5. Θήλωμα



**Αίμα βγαίνει από ένα πόρο**

6. Παθολογική έκκριση:
- α) αιματηρή
  - β) ορώδης
  - γ) γαλακτώδης
  - δ) κιτρινωπή ή πρασινωπή
  - ε) πυώδης

7. Μασταλγία (Παπανικολάου Ν. 1995, Λέοναρντ Ρ., Ντίξον Τζ. 2000)

### Άλλες παθήσεις μικρότερης σημασίας

1. Αδενωμάτωση
2. Γαλακτοφορεκτασία
3. Αδένωμα
4. Υποθηλαία θηλωμάτωση
5. Λοβιδιακή υπερπλασία
6. Γαλακτοκήλη
7. Γαλακτοφορίτιδα
8. Υπερφόρτιση μαστών
9. Επώδυνες θηλές
10. Οξεία πυώδης μαστίτιδα
11. Λίπωμα
12. Λειομύωμα
13. Ίδραδένωμα
14. Μυοβλάστωμα
15. Αγγείωμα
16. Μεγαλομαστία
17. Μικρομαστία (Παπανικολάου Ν. 1995,Ματσανιώτης Ν. 1987)

### Διαπλαστικές ανωμαλίες

Διαταραχές στην ανάπτυξη της εμβρυϊκής μαστικής ακρολοφίας, δηλαδή έλλειψη της καταβολής της ή ατροφία της, που υπολείπεται κατά περιοχές, είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε διαπλαστικές ανωμαλίες των αμστών. Οι συχνότερες διαπλαστικές ανωμαλίες είναι:

1. Αμαστία
2. Αθηλία
3. Συγγενής εισολκή θηλής
4. Υπεράριθμοι μαστοί ή θηλές
5. Ψευτομαστία
6. Ανισομαστία (Παπανικολάου Ν. 1995,Ματσανιώτης Ν. 1987)

# Κεφάλαιο 3.

---

3.1	<u>Εισαγωγή στον καρκίνο μαστού .....</u>	<u>28</u>
3.2	<u>Σταδιοποίηση.....</u>	<u>31</u>
3.3	<u>Αιτιολογία-Προδιαθεσικοί παράγοντες.....</u>	<u>34</u>
3.4	<u>Ιστορικό υγείας.....</u>	<u>38</u>
3.5	<u>Εκτίμηση φυσικής κατάστασης και συμπεριφοράς.....</u>	<u>39</u>
3.6	<u>Διαγνωστικές εξετάσεις.....</u>	<u>41</u>
3.7	<u>Προβλήματα άρρωστης.....</u>	<u>50</u>
3.8	<u>Σκοποί φροντίδας.....</u>	<u>50</u>
3.9	<u>Θεραπεία.....</u>	<u>51</u>
3.10	<u>Μετά τη θεραπευτική αγωγή.....</u>	<u>57</u>
3.11	<u>Μετέπειτα παρακολούθηση.....</u>	<u>59</u>
3.12	<u>Μετεγχειρητικές επιπλοκές.....</u>	<u>64</u>
3.13	<u>Μεταστάσεις.....</u>	<u>65</u>

### 3.1 Εισαγωγή στον καρκίνο μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνή μορφή καρκίνου στις γυναίκες (περίπου μία γυναίκα στις 12 θα εκδηλώσει αυτή τη νόσο σε κάποια στιγμή της ζωής της). Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού διπλασιάζεται κάθε δέκα χρόνια και είναι στην πραγματικότητα πολύ σπάνιος στις νεότερες γυναίκες. (Λέοναρντ Ρ., Ντίξον Τζ. 2000,Κονιάρη Ε. 1991,Σέγκου Χ., Μανιά Ν. 1992)

Παρ'όλη, όμως, τη σχετική σπανιότητα του, στις νεότερες γυναίκες, ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συνήθης αιτία θανάτου στις γυναίκες μεταξύ 35 και 50 ετών, αν και η αλήθεια είναι ότι σε πολλές γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων των 50 ετών, διαγιγνώσκεται και θεραπεύεται με επιτυχία. Αξίζει επίσης να θυμάστε ότι 9 στους 10 όγκους του μαστού είναι καλοήθεις ή μη καρκινώδεις. Εκείνοι που αποδεικνύεται ότι είναι κακοήθεις ή μη καρκινώδεις όσο πιο νωρίς διαγνωστούν και αντιμετωπιστούν τόσο περισσότερες πιθανότητες έχει η γυναίκα να επιβιώσει. (Λέοναρντ Ρ., Ντίξον Τζ. 2000,Πινακίδης Μ. Μπούτης Α. 1993)



Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του καρκίνου μαστού μιας και η εντόπισή του είναι πολύ συχνή στις ΗΠΑ, την Κεντρική και Βόρεια Ευρώπη, μικρότερη συχνότητα παρατηρείται στις γυναίκες της Νότιας Ασίας και σπάνια στον γυναικείο πληθυσμό της Ιαπωνίας και της Ινδονησίας. Γενικά οι γυναίκες της κίτρινης φυλής εμφανίζουν τη χαμηλότερη συχνότητα καρκίνου μαστού. (Κωνσταντινίδου Σ., Μαλγαρινού Μ. 2003,Ματσανιώτης Ν. 1987,Γκυρ Ζ. 2007)

Άμεσα επίσης επηρεάζει τη συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου μαστού η κοινωνική και η οικονομική κατάσταση του ατόμου δηλαδή οι γυναίκες με υψηλό κοινωνικοοικονομικό και πολιτιστικό επίπεδο παρουσιάζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνο μαστού.(Κωνσταντινίδου Σ., Μαλγαρινού Μ. 2003,Αποστολίδης Ν. Πανουτσόπουλος Δ. 1998)



**Φλεγμονώδης καρκίνος μαστού. Παρατηρήστε την ερυθρότητα του δέρματος γύρω και κάτω από τη θηλή. Το δέρμα αυτό θυμίζει φλούδα πορτοκαλιού.**

## **Συμπερασματικά ο καρκίνος μαστού:**

Εμφανίζεται πιο συχνά, αντιμετωπίζεται πλέον αποτελεσματικότερα.

- Μία στις τρεις γυναίκες με καρκίνο του μαστού εγκαταλείπουν τη θεραπεία τους για διάφορους λόγους. Παρόλα αυτά και παρά την αύξηση εμφάνισης νέων κρουσμάτων της νόσου, οι ελπίδες για την αντιμετώπιση της ασθένειας αυξάνουν όλο και περισσότερο.
- Καθοριστικό ρόλο σε αυτό διαδραματίζουν τα προγράμματα έγκαιρης διάγνωσης, καθώς και οι νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις όπως η εξεμεστάνη, η οποία με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης TEAM προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα στους ασθενείς (Ματσανιώτης Ν. 1987, Γκυρ Ζ. 2007)
- Η μαστογραφία είναι κρίσιμος παράγοντας σωτηρίας των ασθενών, καθώς μπορεί να εντοπίσει όγκο μόλις 1,1 εκατοστού, όταν η τυχαία ανεύρεση αποκαλύπτει τον όγκο σε υπερτριπλάσιο μέγεθος (3,6 εκατοστά).
- Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μία μάστιγα για το «αδύνατο» φύλο, καθώς είναι η πρώτη σε συχνότητα εμφάνιση μορφής καρκίνου (27,4%). Κάθε μία εργάσιμη ώρα, μία Ελληνίδα διαγιγνώσκεται με τη νόσο και κάθε έξι ώρες μία χάνει τη ζωή της εξαιτίας της. (Δημητρακάκης Κ. 2007, Δημόπουλος Μ. 2007 )

### 3.2 Σταδιοποίηση

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.

Στάδιο I: ο καρκίνος εντοπίζεται μέσα στο παρέγχυμα του μαστού.

Στάδιο II: ο καρκίνος επεκτάθηκε ως την επιφάνεια του μαστού.

Στάδιο III: ο καρκίνος προκάλεσε μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες.

Στάδιο IV: ο καρκίνος προκάλεσε μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα.  
(Παπανικολάου Ν. 1995,Χρυσοχόου Μ. 1998)

Προκειμένου να έχουμε δυνατότητες ταξινομήσεως και συγκρίσεως του καρκίνου του μαστού, σε διεθνή βάση δημιουργήθηκε ένα υπόδειγμα ταξινόμησης της πάθησης (ειδικότερα, η UICC «union international contre cancer» και η AJC «American joint commity»,σταδιοποίησαν το καρκίνο του μαστού βασιζόμενοι στο σύστημα TNM) το γνωστό TNM, όπου τα αρχικά γράμματα του αλφαβήτου, μεμονωμένα σημαίνουν:

T= Χαρακτηρίζει τον πρωτοπαθή όγκο και το μέγεθος του όγκου (tumor), η μέτρηση γίνεται στη μεγαλύτερη διάμετρο.

N= Αναφέρεται στα επιχώρια λεμφογάγγλια (από τα λατινικά nodi lymphatici)

M= Αναφέρεται σε πιθανές μεταστάσεις (Τοκμακίδης Π. 2001,Παπανικολάου Ν. 1995,Μαστογραφία – Καρκίνος του μαστού Εκδόσεις Παρισιανού)



Για τον καρκίνο μαστού πιο συγκεκριμένα υπάρχει η ακόλουθη κλινική σταδιοποίηση:

T0= καμία ένδειξη για πρωτοπαθή όγκο, δηλαδή δεν διαπιστώνεται όγκος.

Tis= όγκος χωρίς τραυματισμό των παρακείμενων ιστών (καρκίνωμα in situ) ή M. Paget της θηλής χωρίς όγκο.

T1= όγκος διαμέτρου 2 cm

T1a= ο όγκος είναι διαμέτρου μέχρι 0,5 cm

T1b = ο όγκος έχει διάμετρο μέχρι 1 cm

T1c= ο όγκος έχει διάμετρο μέχρι 2 cm

T2= όγκος διαμέτρου μεταξύ 2 και 5 cm

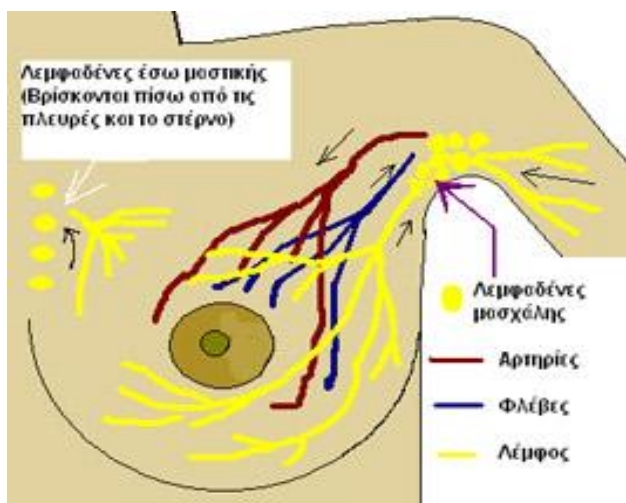
T3= όγκος διαμέτρου πλέον των 5 cm

T4= ο όγκος (σε οποιοδήποτε μέγεθος) επεκτείνεται στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα

T4a= στο θωρακικό τοίχωμα

T4b= οίδημα δέρματος, εξέλκωση, δορυφόρα οζίδια

T4c= φλεγμονώδες καρκίνωμα (Τοκμακίδης Π. 2001,Χρυσόχου Μ. 1998)



### Σημείωση:

α. η νόσος Paget συνδυασμένη με όγκο σταδιοποιείται ανάλογα με το μέγεθος του όγκου.

β. επί πολλαπλών όγκων ο όγκος σταδιοποιείται με τον μεγαλύτερο όγκο.

γ. έλξη του δέρματος δεν επηρεάζει τη σταδιοποίηση.

δ. αμφοτερόπλευρος καρκίνος σταδιοποιείται χωριστά.

N0= οι λεμφαδένες της σύστοιχης πλευράς είναι ελεύθεροι από καρκινικά κύτταρα, δηλαδή μη ψηλαφητοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες

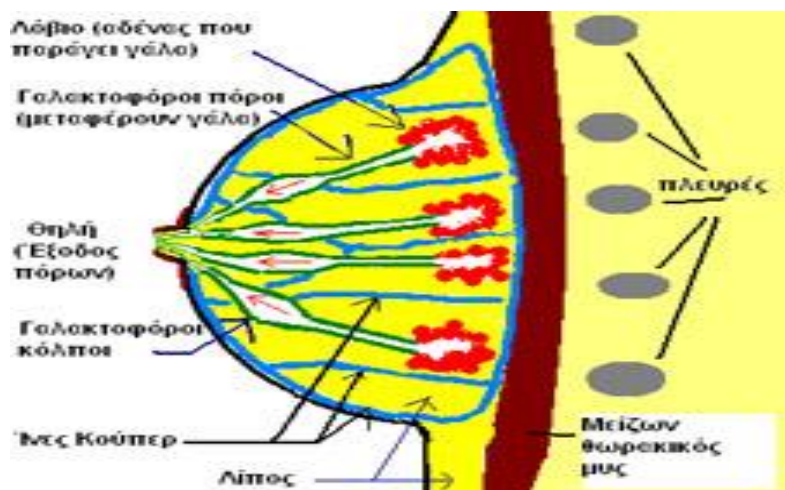
N1= ένας ή περισσότεροι λεμφαδένες είναι κατειλημμένοι από καρκινικά κύτταρα, αλλά οι λεμφαδένες δεν είναι μεταξύ τους προσκολλημένοι, δηλαδή υπάρχουν κινητοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες

N2= τουλάχιστον δύο λεμφαδένες περιέχουν καρκινικά κύτταρα, οι λεμφαδένες είναι μεταξύ τους κολλημένοι

N3= λεμφαδένες έσω μαστικής

M0= καμία μετάσταση

M1= διαπιστωμένες μεταστάσεις (Τοκμακίδης Π. 2001, Παπανικολάου Ν. 1995, Χρυσοχόου Μ. 1998)



### 3.3 Αιτιολογία-Προδιαθεσικοί παράγοντες

Τα αίτια είναι μέχρι σήμερα άγνωστα. Υπάρχουν όμως μια σειρά παράγοντες που έχουν αποδειχτεί πως έχουν σχέση με την εμφάνισή του. Στις γυναίκες «υψηλού κινδύνου», δηλαδή στις γυναίκες με ένα ή περισσότερους προδιαθεσικούς παράγοντες, ο καρκίνος μαστού είναι 2-5 φορές συχνότερος σε σχέση με τις γυναίκες «χαμηλού κινδύνου», δηλαδή χωρίς προδιαθεσικούς παράγοντες. (Βάρρας Μ. 2003)

Όσον αφορά τους παράγοντες οι οποίοι προδιαθέτουν στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, γνωρίζουμε εδώ και δεκαετίες, ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μια **πολυπαραγοντική νόσος**. Οι πιο γνωστοί **προδιαθεσικοί παράγοντες** είναι: (Παπανικολάου Ν. 1995, Βάρρας Μ. 2003, Αποστολίδης Ν. Πανουτσόπουλος Δ. 1998)

1. **Κληρονομικότητα:** η σχέση της κληρονομικότητας με τον καρκίνο μαστού είναι διαπιστωμένη και αφορά σε συγγενείς πρώτου βαθμού, δηλαδή μητέρα ή αδελφή. Θα πρέπει όμως να διευκρινίσουμε ότι είναι άλλο αυτό που λέμε θετικό οικογενειακό ιστορικό, το να έχει δηλαδή μια γυναίκα συγγενή πρώτου βαθμού, παράδειγμα τη μητέρα της ή την αδελφή της, η οποία είχε καρκίνο του μαστού, κάτι που τριπλασιάζει περίπου τον δικό της κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού και άλλο ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού. Στον κληρονομικό καρκίνο του μαστού, έχουμε εντοπίσει γονίδια, τα οποία ευθύνονται για την εμφάνισή του και η ύπαρξη μιας μετάλλαξης σε ένα τέτοιο γονίδιο, αυξάνει πάρα πολύ την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου, η οποία φθάνει περίπου στο 80% κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας που φέρει αυτά τα γονίδια, ενώ συγχρόνως συνοδεύεται από υψηλή πιθανότητα, περίπου 60%, εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών. Εκείνο όμως που θα πρέπει να τονισθεί είναι ότι ο **κληρονομικός** με αυτή την έννοια ή γονιδιακός καρκίνος, **αποτελεί μικρό ποσοστό των καρκίνων**. Σε 100 γυναίκες με καρκίνο του μαστού, ο κληρονομικός καρκίνος θα ευθύνεται για την προσβολή 5-6 γυναικών. Αυτό είναι

σημαντικό, γιατί το να κάνει μια γυναίκα τα γενετικά τεστ και να αποδειχθούν αρνητικά, δεν πρέπει να εφησυχάσει. Απλά, έχει αποκλείσει αυτό το **ποσοστό του 5-6%**. Άρα, θα πρέπει να εξακολουθεί τους ελέγχους της κανονικά.  
(Μαστογραφία – Καρκίνος του μαστού Εκδόσεις Παρισιανού, Πινακίδης Μ. 2007, Φοράδης Ν. 2007)

2. **Φύλο:** στους 100 καρκίνους μαστού μονάχα ο ένας αφορά στον άντρα.
3. **Γεωγραφική κατανομή:** στατιστικά δεδομένα αναφέρουν πως ο καρκίνος μαστού είναι συχνότερος στο δυτικό κόσμο απ' ότι στην Αμερική, την Ασία και στη Μέση Ανατολή.
4. **Ηλικία:** ο καρκίνος μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών 35-55 ετών. Δεν είναι συχνή η εμφάνισή του πριν από την ήβη. Η συχνότητα ανεβαίνει μέχρι την εποχή της εμμηνόπαυσης, για να περιορισθεί μετά από αυτή.  
Ειδικότερα, ο καρκίνος μαστού κάτω από την ηλικία των 30 ετών εμφανίζεται σε συχνότητα που δε φτάνει το 1%, και στο 85% των περιπτώσεων η μέση ηλικία εμφάνισης του είναι η ηλικία των 40 ετών. (Φοράδης Ν. 2007)
5. **Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης:** η πρόωγη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση διαπιστώθηκε πως συμβάλλουν στις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου μαστού γιατί υπάρχουν στην περίπτωση αυτή περισσότεροι ανωοθυλακιορρηκτικοί κύκλοι και επομένως λιγότερη έκκριση προγεστερόνης που προστατεύει το μαστό. Το ίδιο ισχύει και για τις γυναίκες που πάσχουν από στειρώση, λόγω ύπαρξης πολυκυστικών ωοθηκών.
6. **Ηλικία πρώτου τοκετού:** διαπιστώθηκε πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ηλικία της γυναίκας που θα αποκτήσει το πρώτο της παιδί και στον καρκίνο μαστού. Αν αυτή γεννήσει το πρώτο της παιδί πριν από τα 20 χρόνια της ηλικίας της, τότε ο μαστός προστατεύεται περισσότερο από τον καρκίνο σε σύγκριση με αυτή που θα γεννήσει το πρώτο της παιδί μετά τα 35 χρόνια της. Ειδικότερα, οι πιθανότητες σε αυτή την περίπτωση τριπλασιάζονται. (Φοράδης Ν. 2007, Buckman R. Whittaker T. 2000)
7. **Ατεκνία:** οι γυναίκες που δε γέννησαν, εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα καρκίνου μαστού, αλλά μικρότερη από αυτές που γέννησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 35 χρόνια.

8. **Φύλο του πρώτου παιδιού:** πιστεύεται πως όταν το πρώτο παιδί είναι αγόρι η γυναίκα προστατεύεται περισσότερο από τον καρκίνο του μαστού, λόγω των εκκρινόμενων από το έμβρυο, ανδρογόνων ορμονών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
9. **Αριθμός τοκετών:** ενώ όπως προαναφέρθηκε έχει σημασία η ηλικία της γυναίκας κατά τον πρώτο τοκετό, δεν έχει διαπιστωθεί πως ο μαστός προστατεύεται από τον καρκίνο στις πολύτοκες. (Buckman R. Whittaker T. 2000,Edward G. et al)
10. **Θηλασμός:** Είναι γνωστό σε ευρεία κλίμακα ότι οι γυναίκες που θηλάζουν έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού από εκείνες που δεν έχουν θηλάσει
11. **Αμβλώσεις:** οι διακοπές της εγκυμοσύνης κατά το πρώτο τρίμηνο, διαπιστώθηκε πως αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες εκδήλωσης καρκίνου μαστού.
12. **Ορμονικοί παράγοντες:** η επίδραση των ορμονών στο επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων απασχόλησε τους ερευνητές. Φάρμακα τα οποία χορηγούνται για την αντιμετώπιση θυρεοειδοπαθειών, η λήψη αντισυλληπτικών δισκίων χωρίς προγεστερόνη, ενοχοποιήθηκαν για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Οι πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου μαστού σε γυναίκες που τους χορηγήθηκαν οιστρογόνες ορμόνες διπλασιάζονται. Το αντίθετο συμβαίνει αν τους χορηγήθηκε προγεστερόνη.(Βαβίλης Δ. 2002,Σέγκου Χ., Μανιά Ν. 1992)
13. **Άλλης εντόπισης καρκίνος:** όταν εμφανιστεί καρκίνος στον ένα μαστό υπάρχει πιθανότητα 8-10 φορές συχνότερα να αναπτυχθεί και στον άλλο μαστό. Επίσης, συχνότερα εμφανίζεται καρκίνος στο μαστό όταν υπάρχει στο ενδομήτριο, στις ωοθήκες και στο παχύ έντερο.
14. **Διαιτητικοί παράγοντες:** πιστεύεται πως οι παχύσαρκες γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τον καρκίνο μαστού. Παρατηρήθηκε πως στο δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο σημειώθηκε αισθητή κάμψη εμφάνισης της πάθησης. (Παπανικολάου Ν. 1995,Βάρρας Μ. 2003,Καστανάς Η., Χατζόγλου Α. 1994,Ζαπάτη Ε. Μαστοράκος Γ. 2001)

Και η κατάχρηση αλκοόλ φαίνεται πως προδιαθέτει στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού, γιατί εμφανίζεται 1-1,5 φορά συχνότερα απ'ότι στο γενικό πληθυσμό σε γυναίκες που πίνουν παραπάνω από το συνηθισμένο, οινοπνευματώδη ποτά.

15. **Ινοκυστική μαστοπάθεια:** είναι η συχνότερη καλοήθης πάθηση του μαστού. Μια μορφή της φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης καρκίνου μαστού.
16. **Άλλοι παράγοντες:** διαπιστώθηκε πως όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος σπουδών της γυναίκας, τόσο αυξάνεται και η συχνότητα του καρκίνου μαστού. Επίσης, οι ψηλές γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από ότι οι κοντές όπως επίσης προσβάλλονται οι γυναίκες αστικών τάξεων σε σύγκριση με τις γυναίκες αγροτικών. Ακόμα πιστεύεται πως η έντονη ψυχική δοκιμασία και η χορήγηση ορισμένων φαρμάκων, όπως της ρεσερπίνης σε μεγάλες δόσεις, μπορούν να θεωρηθούν αιτιολογικοί παράγοντες του καρκίνου του μαστού. Γυναίκες που εκτέθηκαν σε ακτινοβολία ή και γυναίκες οι οποίες έπασχαν από φυματίωση και υποβλήθηκαν σε συχνό ακτινολογικό έλεγχο εμφανίζουν συχνότερα καρκίνο.

Τέλος, εκφράστηκε η άποψη ότι υπάρχει κάποιος ιός ο οποίος βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση και ενεργοποιείται κάτω από την επίδραση διαιτητικών, γενετικών και ενδοκρινικών παραγόντων και προκαλεί καρκίνο μαστού. (Παπανικολάου Ν. 1995, Βάρρας Μ. 2003, Καστανάς Η., Χατζόγλου Α. 1994, Ζαπάτη Ε. Μαστοράκος Γ. 2001)

### 3.4 Ιστορικό υγείας

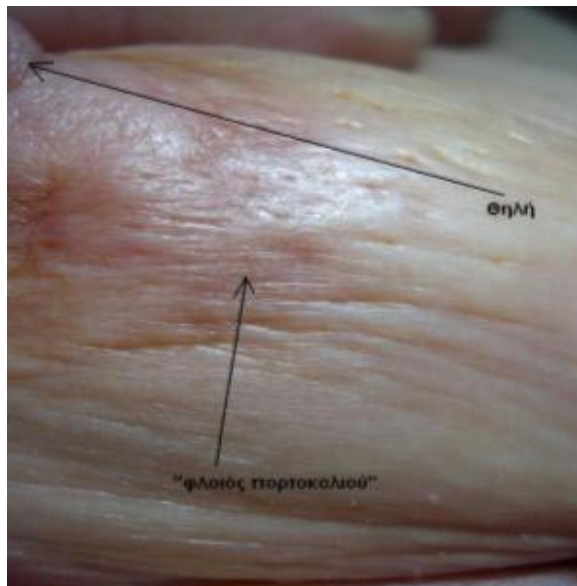
- a. Ηλικία
- b. Επάγγελμα
- c. Συζυγική κατάσταση
- d. Καταμήνιο, μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό
- e. Οικογενειακό ιστορικό (άλλα άτομα οικογένειας με καρκίνο μαστού)
- f. Προηγούμενη πάθηση μαστού
- g. Ιστορικό λήψης αντισυλληπτικών δισκίων (Βαβίλης Δ. 2002,Σέγκου Χ., Μανιά Ν. 1992)
- h. Πρόσφατος θηλασμός
- i. Διαιτητικές συνήθειες (δίαιτα πλούσια σε λίπη και χοληστερίνη) (Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997,Αποστολίδης Ν. Πανουτσόπουλος Δ. 1998)



### 3.5 Εκτίμηση φυσικής κατάστασης και συμπεριφοράς

Η εξέταση του μαστού μπορεί να αποκαλύψει τα εξής:

- Ορώδη ή αιματηρή έκκριση
- Ανώδυνο, σκληρό, μη κινητό ογκίδιο
- Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα. Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού, στα εντυπώματα του οποίου αντιστοιχούν οι πόροι των τριχών και των σμηγματογόνων αδένων.
- Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβλημένου μαστού
- Εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα (Αποστολίδης Ν. Πανουτσόπουλος Δ. 1998, Πινακίδης Μ. Μπούτης Λ. 1993)



**Καρκίνος μαστού που διηθεί το δέρμα.  
Το δέρμα κοκκινίζει, αγριεύει λίγο και μοιάζει με φλούδα πορτοκαλιού.**



- Εισολκή θηλής: οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή (Βάρρας Μ. 2003, Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997)
- Ακινητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων (σε προχωρημένο στάδιο)
- Εξέλκωση κάτω από τη θηλή: οφείλεται σε αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξαιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων και της ταχύτητας ανάπτυξης της μάζας
- Πόνος συνήθως απουσιάζει, εκτός από τα προχωρημένα στάδια (Βάρρας Μ. 2003, Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997)



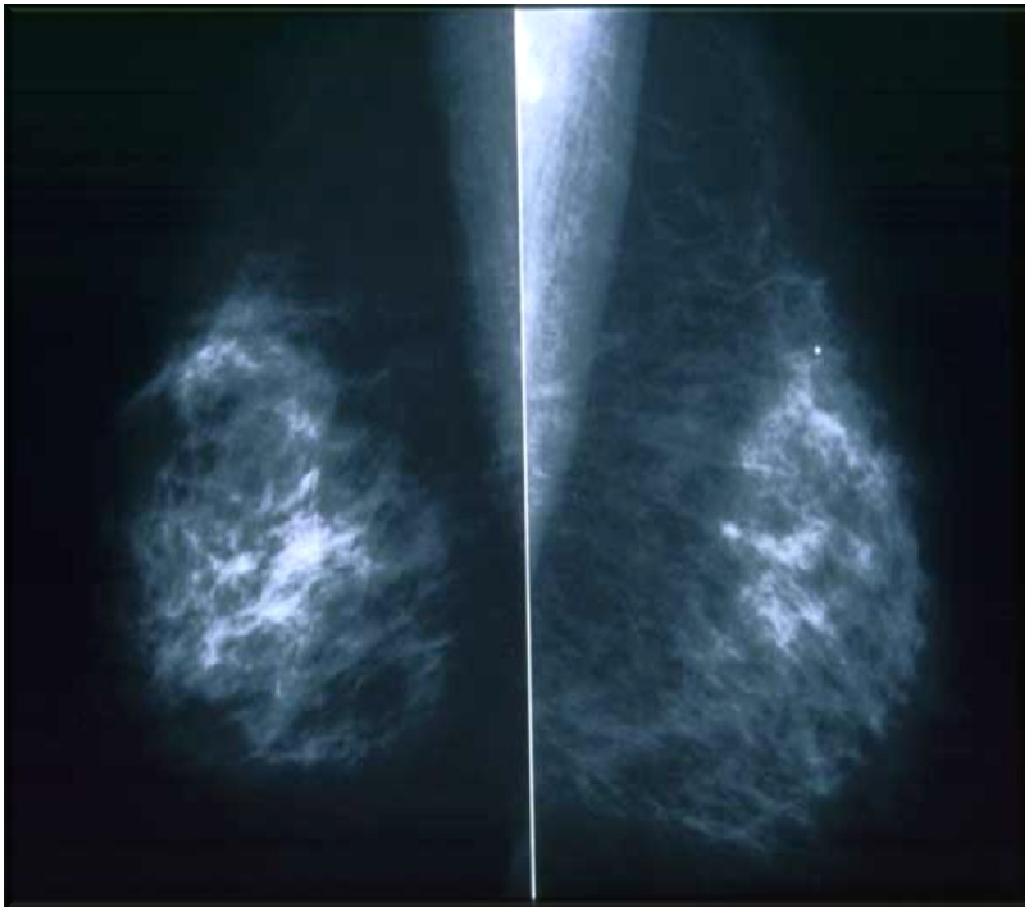
### 3.6 Διαγνωστικές εξετάσεις

1. **Μαστογραφία:** είναι η ακτινογραφική απεικόνιση του μαστού με ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα, το μαστογράφο, χωρίς την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας. Λαμβάνονται τρεις όψεις του μαστού:

-κρανοουραία

-μεσοπλάγια

-μασχαλιαία (Παπανικολάου Ν. 1995, Βάρρας Μ. 2003)



Πρώτη μαστογραφία: 35 ετών («μαστογραφία αναφοράς»)

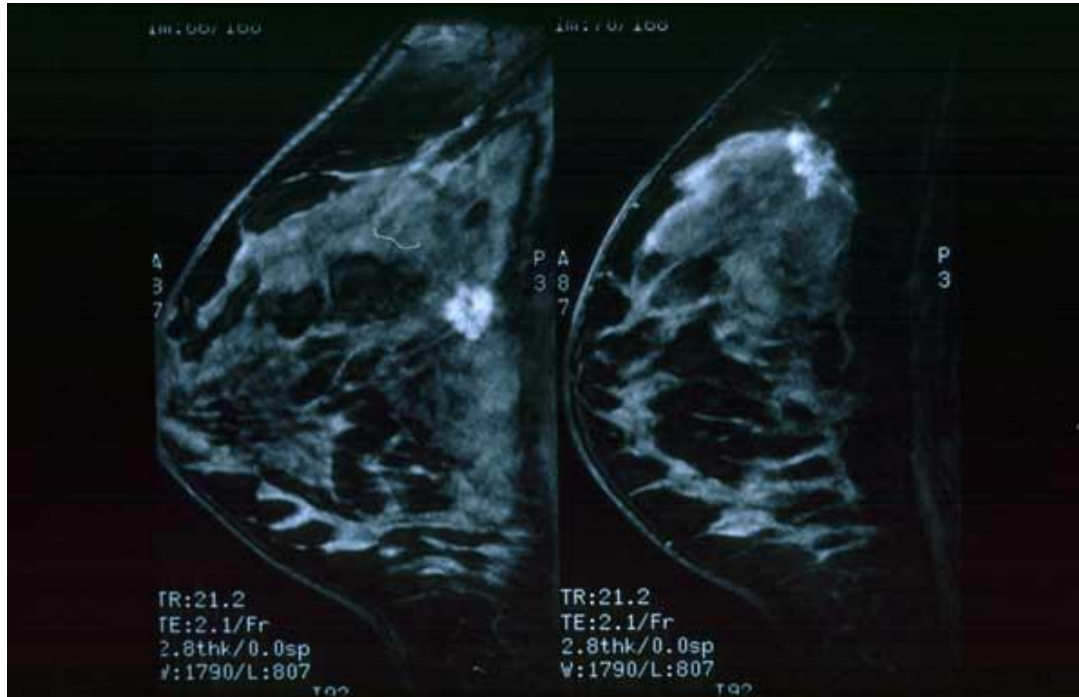
- 1) Επόμενη μαστογραφία: 40 ετών
- 2) Στη συνέχεια κάθε χρόνο
- 3) Μία μαστογραφία δεν αρκεί - πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο
- 4) Τις παλιές μαστογραφίες δεν τις πετάμε

Στο σημείο αυτό θέλω να ξεκαθαρίσω το εξής:

Η ακτινοβολία της μαστογραφίας είναι ελάχιστη. Ως μέτρο σύγκρισης, θα σας πω πως η ακτινοβολία 1 αξονικής τομογραφίας είναι η ίδια όση θα παίρνατε εάν κάνατε μαστογραφία 400 φορές!!! Πόσοι απο εσάς δεν κάνατε μία αξονική, ακόμα και για μια απλή σχετικά διάγνωση; .....

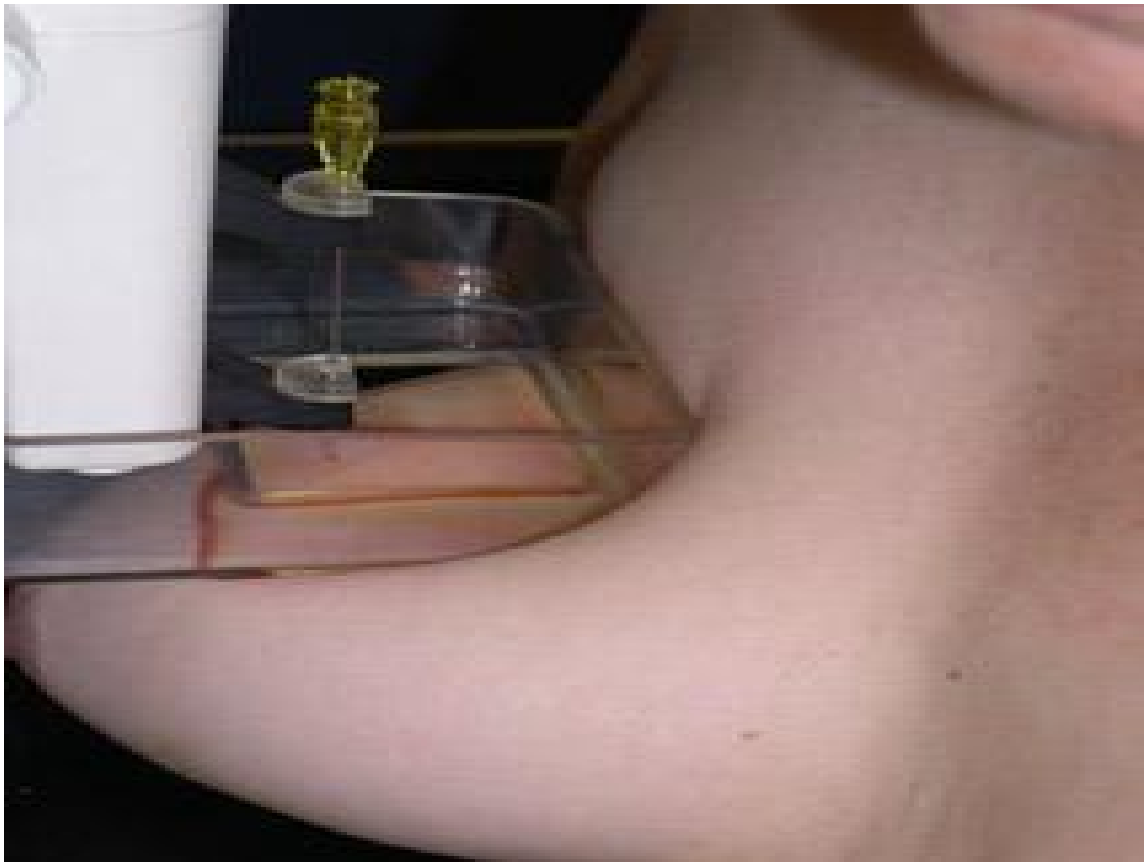
### Ενδείξεις:

- I. Στον προληπτικό έλεγχο. Είναι φυσικό ότι μερικές αλλοιώσεις του μαστού δεν είναι δυνατόν να γίνουν αντιληπτές στην κλινική του εξέταση, έτσι η προληπτική μαστογραφία αποκτά ξεχωριστή θέση στην πρόληψη του καρκίνου, γιατί ελαττώνει τη θνησιμότητα της γυναίκας από αυτόν όπως απέδειξαν στατιστικές των τελευταίων ετών. Κάθε γυναίκα πρέπει να κάνει προληπτικά μαστογραφία στην ηλικία 35-40 ετών. Αν δεν υπάρχει ιδιαίτερος λόγος, η μαστογραφία μπορεί να επανεκτελείται σε 2-3 εξάμηνα μέχρι την ηλικία των 50 ετών. Μετά από αυτή την ηλικία πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο. Αν η πρώτη μαστογραφία δείξει φυσιολογικούς τους μαστούς, τότε για το θεωρητικό κίνδυνο στην έκθεση των ακτινών, μπορεί οι επόμενες να είναι μαστογραφίες μίας μόνο προβολής. (Παπανικολάου Ν. 1995, Αποστολίδης Ν. Πανουτσόπουλος Δ. 1998)



- II. Σε υγιής γυναίκες που έχουν οικογενειακό ιστορικό βεβαρημένο με καρκίνο και κατά συνέπεια υπάρχει ο φόβος εμφάνισης καρκίνου.
- III. Σε κύστη του μαστού μετά από παρακέντηση, για τον έλεγχο κακοηθούς βλάβης, που είναι δυνατόν να συνυπάρχει μετά από εμφύσηση αέρα.
- IV. Σε ινοκυστική μαστοπάθεια προληπτικά, αν παραδεχτούμε πως αυτή αποτελεί έδαφος πάνω στο οποίο μπορεί ευκολότερα να αναπτυχθεί καρκίνος. Μία τέτοια παρακολούθηση συστήνεται κάθε χρόνο. (Neireyer R. 2005)
- V. Σε ασθενείς χωρίς ψηλαφητό όγκο, που εμφανίζουν τοπικά, όπως έκκριση από την θηλή, ευρήματα από το μαστό.
- VI. Σε μεγάλους μαστούς, όταν δεν είναι εύκολη η ψηλάφησή τους.
- VII. Σε γυναίκες που υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία λόγω καρκίνου μαστού, για την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος. (Παπανικολάου Ν. 1995)
- VIII. Σε τοπικό άλγος του μαστού, που δεν συνοδεύεται από όγκο.
- IX. Σε ύπαρξη πολλών όγκων μέσα στο μαστό, για να διαλέξουμε αυτόν, που θα προτιμήσουμε για προληπτικό έλεγχο.

- X. Σε ψηλαφητούς λεμφαδένες της μασχάλης, όταν η κλινική εξέταση δεν απέδειξε την ύπαρξη όγκου.
- XI. Σε περίπτωση κλινικής διάγνωσης κακοηθούς επεξεργασίας για ακτινολογική επιβεβαίωση.
- XII. Σε κάθε περίπτωση ψηλαφητού όγκου του μαστού.
- XIII. Στην αναζήτηση πρωτοπαθούς εστίας, όταν υπάρχουν μεταστάσεις.  
(Παπανικολάου Ν. 1995, Αποστολίδης Ν. Πανουτσόπουλος Δ. 1998)



## Αντενδείξεις

Η μαστογραφία δεν πρέπει να γίνεται στις εξής περιπτώσεις:

- I. Σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 18 ετών γιατί οι μαστοί σε αυτή την ηλικία είναι ακτινοευαίσθητοι.
- II. Σε έγκυες για τον κίνδυνο της ακτινοβολίας και γιατί λόγω της υπερτροφίας των μαστών, τα μαστογραφικά ευρήματα δεν είναι ικανοποιητικά όπως δεν είναι ικανοποιητικά και κατά τη διάρκεια της λοχείας. (Παπανικολάου Ν. 1995)

**2.Υπερηχογράφημα:** το υπερηχογράφημα είναι μία διαγνωστική μέθοδος, που βασίζεται στους υπερήχους, δηλαδή σε ηχητικά κύματα, που έχουν την ικανότητα να εισχωρούν στους ιστούς με σταθερή ταχύτητα και να αντανακλώνται σε κάθε επιφάνεια, που διαχωρίζει δύο διαφορετικούς ιστούς. (Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997)

Επειδή οι υπέρηχοι δεν εκπέμπουν ιονίζουσα ακτινοβολία και επειδή δεν έχει αποδειχθεί πως είναι επικίνδυνοι στην ανθρώπινη υγεία, η συμβολή τους στη διάγνωση των παθήσεων του μαστού είναι αξιόλογη.



### Ενδείξεις

- I. Ως συμπληρωματική διαγνωστική μέθοδο της μαστογραφίας, όταν υπάρχει ψηλαφητή μάζα στο μαστό μεγαλύτερη από 1 cm, γιατί αν είναι μικρότερη δύσκολα φαίνεται όπως δεν φαίνονται και οι μικροεπασβεστώσεις.
- II. Στη διαφορική διάγνωση καλοήθους και κακοήθης επεξεργασία.
- III. Στη διάκριση των κυστικών αλλοιώσεων του μαστού, από τις συμπαγείς.
- IV. Στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού δεν μπορούμε να στηριχθούμε στο υπερηχογράφημα μόνο, γιατί σε ψηλαφητούς όγκους μπορεί το ποσοστό επιτυχίας στη διάγνωση να φτάσει το 90% αλλά στη μαστογραφία φτάνει το 98%.
- V. Στη διάγνωση των καλοήθων ψηλαφητών όγκων, το ποσοστό επιτυχίας της διάγνωσης φτάνει στο 80% ενώ της μαστογραφίας στο 90%.
- VI. Στον προληπτικό έλεγχο του μαστού το υπερηχογράφημα δεν έχει ένδειξη γιατί δεν πιάνει τους αψηλάφητους όγκους, ούτε τις μικροεπασβεστώσεις.
- VII. Στον έλεγχο νεανικών πυκνών μαστών βοηθάει τη μαστογραφία, που δύσκολα απεικονίζονται σε αυτή.

- VIII. Στην επιτυχία παρακέντησης όγκου του μαστού, για να αποδειχθεί αν είναι κυστικός ή συμπαγής. Έτσι, αποφεύγεται η ιστοληψία.
- IX. Στην επιτυχία ανεύρεσης συμπαγή ιστού μέσα στην κύστη που μπορεί να είναι κακοήθης. Στην περίπτωση αυτή, η παραμονή ψηλαφητής διόγκωσης θα μπορούσε να αποδοθεί στην ατελή αναρρόφηση του περιεχομένου της κύστης.
- X. Στην επιτυχία εισαγωγής βελόνας στο κέντρο αποστήματος του μαστού.
- XI. Στη διαφοροδιάγνωση μεταξύ φλεγμονής και καρκίνου σε περίπτωση που το δέρμα έχει παχυνθεί. (Παπανικολάου Ν. 1995, Γιαννουκάκος Δ. 2008, Μαρκόπουλος Χ. 2007)

**3.Αξονική ηλεκτρονική τομογραφία:** η αξονική ηλεκτρονική τομογραφία του μαστού εκτελείται με τη χρησιμοποίηση ειδικού μαστογραφικού αξονικού τομογράφου. (Παπανικολάου Ν. 1995, Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997)

### Ενδείξεις

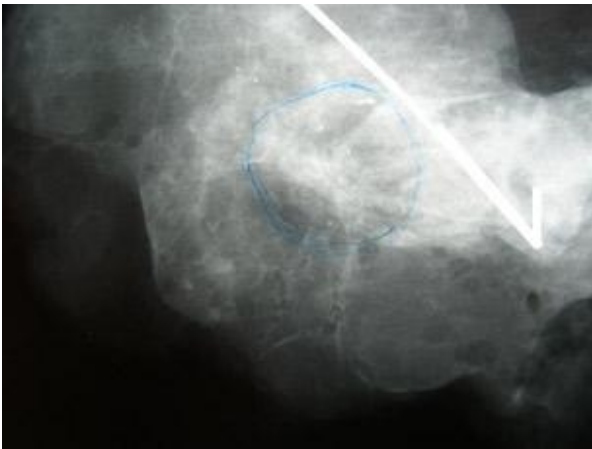
- I. Στη διάγνωση κακοηθών παθήσεων του μαστού, στις οποίες διακρίνεται υπερσυγκέντρωση σκιαγραφικής ουσίας.
- II. Στην ανίχνευση καρκινικής βλάβης διαμέτρου 2-3mm, σε πυκνωτικούς μαστούς, εκεί που η μαστογραφία για να αποδείξει την ύπαρξή της η βλάβη πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 5mm.
- III. Στην ακριβή διάγνωση ινοκυστικής μαστοπάθειας εκεί που τα μαστογραφικά ευρήματα αμφισβητούνται.
- IV. Στην διάγνωση καλοήθου όγκου, που μοιάζει με καρκίνο στη μαστογραφία.
- V. Στην προληπτική εξέταση των μαστών δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί, γιατί απαιτεί υψηλές δόσεις ακτινοβολίας, περισσότερο χρόνο εξέτασης και προβλήματα στην απεικόνιση της βλάβης του μαστού. (Παπανικολάου Ν. 1995)



4. **Θερμογραφία :** Υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθά έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης (περιορισμένης διαγνωστικής αξίας). Σε κακοήθη εξεργασία εμφανίζεται χαρακτηριστική θερμή περιοχή εξαιτίας αυξημένης αιμάτωσης. (Παπανικολάου Ν. 1995,Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997)
  
5. **Ξηρογραφία :** είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο αντί της φωτογραφικής πλάκας. Κατά την ξηρογραφία παράγεται θετική εκτύπωση, με έμφαση στις διάφορες πυκνότητες. Ινώδεις αναπτύξεις και παραμορφωμένες φλέβες διαπιστώνονται με την ξηρογραφία. (Παπανικολάου Ν. 1995,Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997)
  
6. **Διαφανοσκόπηση:** χρησιμοποιώντας δυνατό φως σε ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο, φωτίζεται ο μαζικός αδένας. Οι κύστεις διαυγάζουν ενώ ο συμπαγής όγκος παραμένει αδιαφανής. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνεται εύκολα η ύπαρξη κύστης ή νεοπλάσματος. (Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997)
  
7. **Φλεβογραφία :** ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων. Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, με γενική νάρκωση, ενδομυελικά στο κάτω άκρο του στέρνου. Φυσιολογικά, οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι τους σκιαγραφούνται. Διακοπή της σκιαγράφησης των φλεβών αυτών και η ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας είναι ενδεικτικά πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφογαγγλίων, χωρίς όμως να αποκλείεται και η πιθανότητα της απλής αδενίτιδας. Ακόμα, το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη μεταστάσεων. (Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997,Φοράδης Ν. 2007,Μαλιν D. 2006)

8. **Σπινθηρογράφημα:** ανακαλύπτονται οστικές αλλοιώσεις πολλούς μήνες πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά. (Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997)

9. **Βιοψία:** τεμάχιο ιστού λαμβάνεται είτε με αναρρόφηση, είτε με τομή στο χειρουργείο μετά από τοπική ή γενική νάρκωση, ανάλογα με το μέγεθος του όγκου και στέλνεται για ιστολογική εξέταση. (Παπανικολάου Ν. 1995, Βάρρας Μ. 2003, Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997)



Βιοψία κατόπιν εντοπισμού με συρμάτινο οδηγό. Εδώ φαίνεται ένα μικρό τμήμα μαστού με ύποπτες αποτιτανώσεις που αφαιρέθηκε. Φαίνεται επίσης η άκρη του σύρματος με το αγκίστρι στην άκρη του, που μας καθοδήγησε να βρούμε το μαστογραφικό εύρημα που δεν ψηλαφούσαμε (μέσα σε μπλε κύκλο).

10. **Ακτινολογικός έλεγχος** πνεύμονα και μεσοθωρακίου για τον αποκλεισμό μεταστάσεων. (Βάρρας Μ. 2003)

11. **Ψηφιακή μαστογραφία**

12. **Μαγνητική μαστογραφία**

13. **Ποζιτρονική τομογραφία (PET)** (Γιαννουκάκος Δ. 2008, Μαρκόπουλος Χ. 2007)

### 3.7 Προβλήματα της άρρωστης

1. Ψυχολογικά προβλήματα
  - α. αδυναμία αποδοχής της διάγνωσης
  - β. θυμός, σύγχυση, κατάθλιψη
  - γ. φόβος θανάτου
2. Μεταβολή σωματικού ειδώλου, απώλεια θηλυκότητας και αυτοεκτίμησης
3. Προβλήματα σχέσεων με οικογένεια και σύζυγο
4. Προβλήματα χρονιότητας της νόσου
5. Προβλήματα από μεταστάσεις του καρκίνου (Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997,[www.gyn.gr](http://www.gyn.gr))

### 3.8 Σκοποί της φροντίδας

#### **1. Άμεσοι:**

- α. βοήθεια να αποδεχθεί η άρρωστη τη διάγνωση του καρκίνου και την απώλεια του μαστού
- β. ελαχιστοποίηση αγωνίας και άγχους

#### **2. Μακροπρόθεσμοι:**

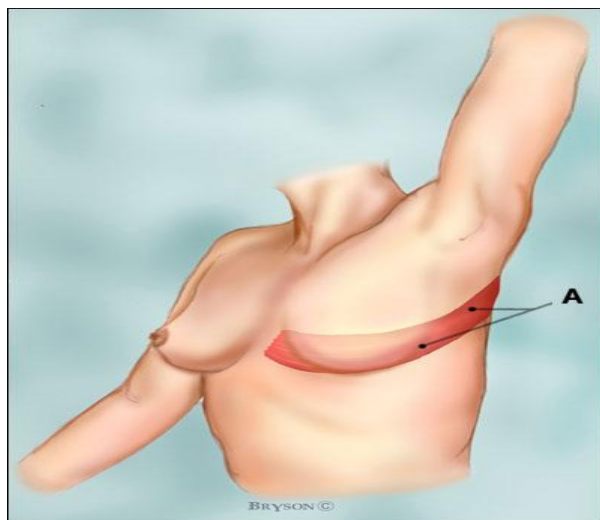
- α. βοήθεια άρρωστης και οικογένειας να αποδεχθούν την πραγματικότητα
- β. μείωση κινδύνου υποτροπής της νόσου
- γ. βελτίωση αυτοεκτίμησης, αυτοφροντίδας και σεξουαλικής λειτουργίας (Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997,Κονιάρη Ε 1991)

### 3.9 Θεραπεία

Ο καρκίνος του μαστού, εξακολουθεί να αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου γυναικών στην ηλικία μεταξύ 45-55 ετών. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, περισσότεροι από 1,2 εκατομμύρια άνθρωποι σε ολόκληρο τον κόσμο έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού αυτό το χρόνο. Το αισιόδοξο μήνυμα είναι ότι τα ποσοστά θνησιμότητας μειώνονται και πιστεύεται ότι αυτό είναι αποτέλεσμα της έγκαιρης διάγνωσης και των αποτελεσματικότερων θεραπειών, καθώς το 90% σχεδόν των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού που έχουν διαγνωσθεί έγκαιρα είναι ιάσιμες. (Γιαννουκάκος Δ. 2008,Μαρκόπουλος Χ. 2007,[www.gyn.gr](http://www.gyn.gr))

Πιο συγκεκριμένα, τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού την διακρίνουμε σε:

- α. χειρουργική
- β. ακτινοθεραπεία
- γ. χημειοθεραπεία
- δ. ορμονοθεραπεία και
- ε. ανοσοθεραπεία.(Αθανάτου Ε. (2000),Τούντας Κ. 1977)



**1. Χειρουργική:** όλες οι τεχνικές των εγχειρήσεων, που προτάθηκαν στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, όταν υπάρχουν μεταστάσεις, δεν έχουν επιτυχία, όποια και αν είναι η ριζικότητά τους, γιατί αντιμετωπίζουμε μία πάθηση τοπικά, όταν αυτή είναι συστηματική δηλαδή έχει γενικευθεί. (Malin D. 2006)

Η εξαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων συντελεί στην καλύτερη σταδιοποίηση της πάθησης και στον έλεγχο των υποτροπών στη μασχάλη.

Η εγχειρητική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει τις παρακάτω επεμβάσεις:

- i. Ριζική μαστεκτομή
- ii. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή
- iii. Εκτεταμένη απλή μαστεκτομή
- iv. Απλή μαστεκτομή
- v. Τμηματεκτομή
- vi. Ογκεκτομή (Παπανικολάου Ν. 1995, Ardelina A et al 1999)



**Αριστερή μαστεκτομή και ανακατασκευή μαστού έτοιμη για ανακατασκευή της θηλής.**

**2. Ακτινοθεραπεία:** αν και ο καρκίνος του μαστού θεωρείται ακτινοάντοχος σχετικά, η συμβολή της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του έχει θέση και μάλιστα στην ελάττωση των υποτροπών μετά την εγχείρηση. Δεν φαίνεται πως παρατείνει την επιβίωση.

Η ακτινοθεραπεία των τοπικών υποτροπών στο θώρακα ή τους λεμφαδένες ελέγχει την πάθηση στο 80% των περιπτώσεων, παρατείνοντας την επιβίωση. (Παπανικολάου Ν. 1995, Μπούτης et al 1981)

### **Νοσηλευτική παρέμβαση**

- ✓ Ενημερώνεται ο φάκελος του αρρώστου για το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας, τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, το σκοπό της θεραπείας
- ✓ Προσπαθούμε να προλάβουμε την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθούμε τον άρρωστο για ναυτία και εμέτους ή οποιαδήποτε άλλη αντίδραση, ώστε να διαγνωστεί έγκαιρα και να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά
- ✓ Χορηγούμε στον άρρωστο αναλγητικά πριν τη θεραπεία, αν χρειάζεται επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και τον προστατεύει από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων (Παπανικολάου Ν. 1995, Malin D. 2006, Γιαννουκάκος Δ. 2008)

**3. Χημειοθεραπεία:** εφαρμόζεται ιδιαίτερα σε τοπική ή γενική καρκινωμάτωση και σε αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς, για την πιθανή βελτίωση της διάρκειας και των συνθηκών της ζωής της άρρωστης. Σε σπάνιες περιπτώσεις η πάθηση υποχωρεί αισθητά για μεγάλο χρονικό διάστημα, χωρίς να θεραπευθεί. Στις ηλικιωμένες ασθενείς θα τη συστήσουμε, όταν υπάρχουν πάνω από 4 διηθημένοι λεμφαδένες και οι ορμονικοί υποδοχείς είναι αρνητικοί. (Μαρκόπουλος Χ. 2007)

Η χημειοθεραπεία αρχίζει πριν περάσουν τρεις εβδομάδες από την εγχείρηση και κρατάει 6-8 μήνες, τα δε φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι η μεθοτρεξάτη (methotrexate), η κυκλοφωσφαμίδη (endoxan), η μιτομυκίνη (mytomycin), η χλωραμβουκίλη (leukeran), η 5-φθοριο-ουρακίλη (fluoro-uracil), η βινκριστίνη (oncovin), η βιμπλαστίνη (velbe), η δοξορουμπικίνη (adriblastina), η μελφαλάνη (alkeran), η τριαιθυλενοθειοφωσφαμίδη (thiotepa) και η μιτομυκίνη (mitomycin-C).

Τα φάρμακα χορηγούνται και συνδυασμένα.(Παπανικολάου Ν. 1995,Νακοπούλου Α. Γακιοπούλου Χ. 1996)

Στο μέλλον περιμένουμε την –πιθανώς- οριστική λύση στο πρόβλημα με τη γονιδιακή θεραπεία. Υπάρχουν βάσιμες ελπίδες ότι τελικά θα υπάρξει η δυνατότητα ανασχεσης της ανάπτυξης του όγκου με τη βοήθεια ειδικών **αντιογκογονιδίων**, τα οποία θα καταστέλλουν την κακοήγη ανάπτυξη του νεοπλασματος.

Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ο καρκίνος αποτελεί ένα βιολογικό πρόβλημα και δημιουργεί την ελπίδα ότι, στον αιώνα που ακολουθεί, οι μελλοντικές ανακαλύψεις σε θέματα καρκίνου θα δώσουν τη δυνατότητα θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών χωρίς την ανάγκη αφαίρεσης ενός τόσο σημαντικό οργάνου για τη ζωή της γυναίκας.

Με τον τρόπο αυτό, τα παιδιά ή τα εγγόνια μας θα μπορέσουν ίσως σε μια στιγμή στο μέλλον να εύχονται: «Αντε περαστικά, καρκίνος είναι, θα περάσει». ([www.gyn.gr](http://www.gyn.gr), [www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr))

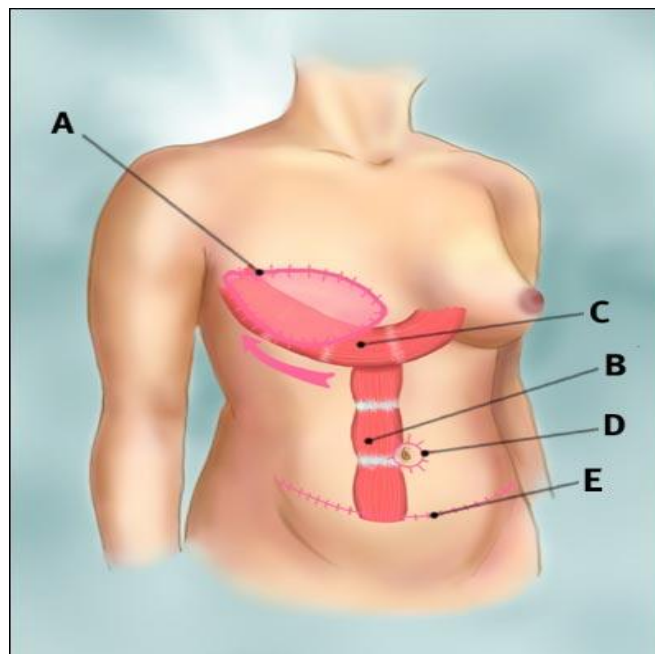
### **Νοσηλευτική παρέμβαση**

- ✓ Κατά τη διάλυση ή οποιοδήποτε άλλο χειρισμό φαρμάκου χρησιμοποιούνται γάντια για την προστασία του δέρματος
- ✓ Αν το διάλυμα έρθει σε επαφή με το δέρμα με το δέρμα ή βλεννογόνο πλένουμε την περιοχή με άφθονο νερό
- ✓ Το σημείο έγχυσης προτιμάται να είναι η ράχη της άκρας χείρας, ο καρπός ή ο ωλεκρανικός βόθρος
- ✓ Αποφεύγεται η έγχυση του φαρμάκου σε σημείο που είχε προηγούμενα χρησιμοποιηθεί
- ✓ Μόλις αρχίσει η ενδοφλέβια του διαλύματος χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο, παρακολουθείται η περιοχή της φλεβοκέντησης για υποδόρια έγχυση του υγρού (οίδημα, πόνος, ερυθρότητα). Αν το υγρό πάει ενδοφλέβια αρχίζει η έγχυση του φαρμάκου

- ✓ Γίνεται συνεχής παρακολούθηση του σημείου της φλεβοκέντησης για συμπτώματα υποδόριας έγχυσης όπως ελάττωση της ροής του υγρού, πόνος, ερυθρότητα και οίδημα στο σημείο της φλεβοκέντησης
- ✓ Μόλις παρατηρηθούν τα πιο πάνω συμπτώματα διακόπτεται η έγχυση του φαρμάκου, διατηρείται η φλέβα ανοιχτή με έγχυση φυσιολογικού ορού και ενημερώνεται ο γιατρός
- ✓ Μετά την έγχυση του φαρμάκου ξεπλένεται η βελόνα με έγχυση φυσιολογικού ορού και αφαιρείται
- ✓ Γίνεται αναγραφή της νοσηλείας (Παπανικολάου Ν. 1995,[www.gyn.gr](http://www.gyn.gr))

**4. Ορμονοθεραπεία:** όταν υπάρχουν θετικοί ορμονικοί υποδοχείς, τότε μπορεί να έχει ευεργητική επίδραση στην άρρωση η χορήγηση ορμονών. Προτιμάται η χορήγηση της κιτρικής ταμοξιφαίνης (tamoxifen), γιατί δεν έχει ανεπιθύμητες ενέργειες. Αυτή αναστέλλει την ανάπτυξη του καρκίνου, γιατί συνδέεται με τους υποδοχείς των κυττάρων. Αλλά και όταν οι ορμονικοί υποδοχείς είναι αρνητικοί, χορηγούμε ταμοξιφαίνη συμπληρωματικά ή για την αντιμετώπιση των μεταστάσεων.(Παπανικολάου Ν. 1995,Αθανάτου Ε. (2000))

**5. Ανοσοθεραπεία:** στις ημέρες μας η ανοσοθεραπεία μας βοηθάει μόνο στην παράταση της επιβίωσης. Επικρατέστερο φάρμακο, που χρησιμοποιείται, είναι το BCG (Bacillus Calmette Guerin). Το BCG μπορεί να συνδυαστεί με αδριαμυκίνη (adriablastin), φθοριοουρακίλη (fluoro-uracil) και άλλα κυτταροστατικά φάρμακα.Παπανικολάου Ν. 1995





## Συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες

Μπορεί να διαπιστώσετε ότι συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες - όπως βελονισμός, διαλογισμός, γιόγκα, τάι τσι, μουσική, μασάζ, αρωματοθεραπεία, διαιτητικές θεραπείες, βότανα και ομοιοπαθητική - σας βοηθούν. Ωστόσο, είναι σημαντικό να θυμάστε ότι πολλές συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες δεν έχουν δοκιμαστεί για παρενέργειες, ή για τις αντιδράσεις τους με συμβατικές θεραπευτικές αγωγές.

Δεν υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία ότι οι συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες μπορούν να αφαιρέσουν τον καρκίνο του μαστού, να τον εμποδίσουν από το να επιστρέψει, ή να τον εμποδίσουν από το να επεκταθεί σε άλλα μέρη του σώματος.

Μερικές συμπληρωματικές θεραπείες μπορούν να αυξήσουν την ευεξία σας και να μειώσουν το άγχος (π.χ. θεραπεία χαλάρωσης και καθοδηγούμενη νοερή απεικόνιση). Μερικές συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες μπορεί να είναι βλαβερές αν λαμβάνονται συγχρόνως με συμβατικές θεραπευτικές αγωγές.

Μιλήστε με το γιατρό σας για οποιεσδήποτε συμπληρωματικές ή εναλλακτικές θεραπείες τις οποίες κάνετε, στις οποίες συμμετέχετε ή τις οποίες σκέφτεστε να κάνετε. ([www.gyn.gr](http://www.gyn.gr), [www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr))

### 3.10 Μετά τη θεραπευτική αγωγή

#### **Λεμφοίδημα**

Μερικές γυναίκες παρουσιάζουν λεμφοίδημα ύστερα από χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού ή/και ακτινοθεραπεία στη μασχάλη. Το λεμφοίδημα είναι πρήξιμο σε μια περιοχή του σώματος λόγω απόφραξης των λεμφαγγείων. Μπορεί να είναι πολύ ελαφρό ή αρκετά σοβαρό. Το λεμφοίδημα μπορεί να παρουσιαστεί μήνες, ή ακόμα και χρόνια, μετά τη θεραπευτική αγωγή. Μπορεί να παρουσιαστεί στο βραχίονα, στο μαστό, ή στον εναπομείναντα ιστό του μαστού.

Αν παρουσιαστεί λεμφοίδημα, δεν μπορεί να θεραπευθεί. Ωστόσο, υπάρχουν μερικά πράγματα που μπορείτε να κάνετε για να βοηθήσετε να μειωθεί το πρήξιμο και να αποφευχθεί μόλυνση.

Πείτε στους γιατρούς σας αμέσως για τυχόν πρήξιμο, σφίξιμο ή πόνο στο βραχίονα ή στο μαστό που παρουσιάζεται μετά τη θεραπευτική αγωγή, ούτως ώστε να μπορεί να αντιμετωπιστεί. (Μαρκόπουλος Χ. 2007, [www.gyn.gr](http://www.gyn.gr), [www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr))

#### **Εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα**

Τα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα είναι συνηθισμένες παρενέργειες των ορμονοθεραπειών και μερικών φαρμάκων χημειοθεραπείας. Μερικές φορές η εμμηνόπαυση είναι προσωρινή και μερικές φορές είναι μόνιμη. Όσο πλησιέστερα είστε στην ηλικία φυσικής εμμηνόπαυσης όταν υποβληθείτε σε θεραπευτική αγωγή, τόσο περισσότερες πιθανότητες έχετε να είναι μόνιμη η εμμηνόπαυση. Αν η εμμηνόπαυσή σας είναι μόνιμη, μιλήστε στο γιατρό σας σχετικά με τον κίνδυνο οστεοπόρωσης (εύθραυστα οστά). Ασχέτως του κατά πόσον η εμμηνόπαυσή σας είναι προσωρινή ή μόνιμη, μπορεί να αντιμετωπίσετε μερικά ή όλα από τα ακόλουθα συμπτώματα:

- εξάψεις
- διαταραχή ύπνου
- κολπική ξηρότητα ή/και εκκρίσεις
- μείωση της λίμπιντο
- έλλειψη έμμηνων περιόδων, ή ακανόνιστες έμμηνες περιόδους. ([www.gyn.gr](http://www.gyn.gr))

Μερικές γυναίκες έχουν εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα μόνο για λίγους μήνες, ενώ άλλες γυναίκες τα έχουν για πολύ περισσότερο διάστημα. Οι γυναίκες χρησιμοποιούν μια ποικιλία ιατρικών θεραπευτικών αγωγών, αλλαγών τρόπου διαβίωσης και συμπληρωματικών θεραπειών για αντιμετώπιση των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων τους. ([www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr))

Πείτε το στο γιατρό σας αν αισθάνεστε οποιαδήποτε εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, ούτως ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπιστούν.

## **Γονιμότητα και εγκυμοσύνη**

Οι θεραπευτικές αγωγές για πρώιμο καρκίνο του μαστού μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητά σας να μείνετε έγκυος. Μερικές επιδράσεις είναι μόνο προσωρινές ενώ άλλες είναι μόνιμες.

Αν δεν έχετε φθάσει ακόμα στην εμμηνόπαυση και μελετάτε την πιθανότητα να κάνετε παιδιά στο μέλλον, συζητήστε τον κίνδυνο στειρότητας με το γιατρό σας πριν αρχίσετε οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή.

Ρωτήστε το γιατρό σας αν υπάρχουν άλλες θεραπευτικές αγωγές που έχουν λιγότερες πιθανότητες να σας κάνουν στείρα (και, αν ναι, πόσο αποτελεσματικές είναι για την κατάστασή σας) ή μπορεί να μελετήσετε την πιθανότητα κατάψυξης μερικών εμβρύων πριν τη θεραπευτική αγωγή, ούτως ώστε να μπορέσετε ίσως να μείνετε έγκυος στο μέλλον. ([www.gyn.gr](http://www.gyn.gr), [www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr), [www.breastcancerhellas.gr](http://www.breastcancerhellas.gr))

## **Εγκυμοσύνη μετά τη θεραπευτική αγωγή**

Δεν υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία που να εισηγούνται ότι είναι επισφαλές για σας ή το βρέφος σας αν μείνετε έγκυος ύστερα από θεραπευτική αγωγή για καρκίνο του μαστού, ή ότι η εγκυμοσύνη μετά από θεραπευτική αγωγή για καρκίνο του μαστού θα αυξήσει τις πιθανότητες να επιστρέψει ο καρκίνος του μαστού. ([www.breastcancerhellas.gr](http://www.breastcancerhellas.gr))

## **Θηλασμός μετά τη θεραπευτική αγωγή**

Οι περισσότερες γυναίκες που έκαναν ακτινοθεραπεία μετά από χειρουργική επέμβαση του μαστού διαπιστώνουν ότι είναι μόνιμα ανίκανες να θηλάσουν από το μαστό που υπεβλήθη σε θεραπευτική αγωγή. Συνήθως ο μαστός που υπεβλήθη σε θεραπευτική αγωγή δεν παράγει γάλα.

Αν είστε ικανή να θηλάσετε από το μαστό που υπεβλήθη σε θεραπευτική αγωγή, δεν υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία που να εισηγούνται ότι αυτό είναι ανασφαλές για σας ή για το βρέφος σας. Μπορείτε να θηλάζετε με ασφάλεια από το μαστό σας που δεν υπεβλήθη σε θεραπευτική αγωγή αν κάνατε ακτινοθεραπεία. ([www.gyn.gr](http://www.gyn.gr), [www.breastcancerhellas.gr](http://www.breastcancerhellas.gr))

### 3.11 Μετεγχειρητικές επιπλοκές

#### **Shock**

Αποτελεί μία από τις πιο σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Παλιότερα, ήταν η κύρια αιτία μετεγχειρητικών θανάτων. Σήμερα όμως, με την προεγχειρητική ρύθμιση υγρών και την ορθή αναπλήρωση αίματος, πλάσματος και υγρών κατά και μετά τη χειρουργική επέμβαση, καθώς και με τη χρησιμοποίηση του κατάλληλου για κάθε άρρωστο αναισθητικού και τον περιορισμό του χειρουργικού τραύματος στο ελάχιστο, η επιπλοκή αυτή έχει μειωθεί ικανοποιητικά.

Το shock μπορεί να οριστεί ως η δυσαναλογία μεταξύ χωρητικότητας του κυκλοφορικού συστήματος και όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος. Η δυσαναλογία αυτή έχει ως αποτέλεσμα την κυκλοφορική κατάπτωση. Είναι δηλαδή ένα σύνδρομο διαταραχής της μικροκυκλοφορίας των ιστών. Τα διάφορα συμπτώματα οφείλονται ακριβώς στην ιστική υποξία των διαφόρων οργάνων. (Γιαννουκάκος Δ. 2008,Μαρκόπουλος Χ. 2007,[www.gyn.gr](http://www.gyn.gr))

Το shock ανάλογα με την αιτιολογία του διαιρείται σε:

- Ø Υποογκαιμικό (μείωση όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος) που προκαλείται από:
  1. Απώλεια αίματος
  2. Απώλεια πλάσματος (έγκαιμα, περιτονίτιδα, εντερική απόφραξη)
  3. Απώλεια νερού (έμετοι, διάρροια, εφιδρώσεις)

Η βαρύτητα του υποογκαιμικού Shock εξαρτάται από τον όγκο του υγρού που χάνεται και από την ταχύτητα απώλειάς του. ([www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr), [www.breastcancerhellas.gr](http://www.breastcancerhellas.gr))

- Ø Καρδιογενές (μείωση της απόδοσης της καρδιάς ως αντλίας)

Παρουσιάζεται σε:

1. Έμφραγμα του μυοκαρδίου
2. Αρρυθμίες
3. Καρδιακό επιπωματισμό
4. Πνευμονικό εμβολή

- Ø Σηπτικό (οφείλεται σε τοξίνες μικροβίων, κυρίως Gram αρνητικών, (70%) αλλά και Gram θετικών, οι οποίες επιδρούν στ τοίχωμα των τριχοειδών, του οποίου αυξάνουν τη διαβατότητα.)
- Ø Αναφυλακτικό (συμβαίνει κατά τη χορήγηση φαρμάκων ή άλλων ουσιών (πενικιλίνης- ιωδούχων σκιαγραφικών σκευασμάτων, ιππείου αντιτετανικού ορού) ή μετά από ρήξη εχινόκοκκου κύστης στην υπεζωκοτική κοιλότητα. Προκαλείται εξαιτίας δράσης της ισταμίνης στα περιφερικά αγγεία, τα οποία διαστέλλονται και αυξάνεται η διαβατότητα του τοιχώματός τους. (Παπανικολάου Ν. 1995,Σέγκου Χ., Μανιά Ν. 1992,Μalin D. 2006)
- Ø Νευρογενές (οφείλεται στην απότομη ελάττωση του τόνου του αγγειακού συστήματος και στην περιφερική λίμναση του αίματος)

Συμβαίνει:

1. Σε κατώσεις του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού
2. Εξαιτίας λήψης γαγγλιοπληγικών ή βαρβιτουρικών και αναισθητικών
3. Από ψυχογενή αίτια (φόβος επέμβασης, θέα αίματος)
4. Εξαιτίας πόνου
5. Εξαιτίας εκτεταμένου χειρουργικού τραύματος

### Εκτίμηση κατάστασης αρρώστου

- Ø Επίπεδο συνείδησης
- Ø Σημεία υποογκαιμίας και μειωμένης άρδευσης των ιστών με αίμα (ΚΦΠ, ΑΠ, σφυγμός)
- Ø Αγωνία, ευερεθιστότητα, φόβος ή άλλες συγκινησιακές αλλαγές, καθώς το shock επιδεινώνεται
- Ø Αντισταθμικές αποκρίσεις
  - Συχνές επιπόλαιες αναπνοές
  - Ταχυκαρδία
  - Αύξηση περιφερικών αντιστάσεων
  - Αύξηση κατεχολαμινών
- Ø Ζεστοί, ερυθροί, ξηροί περιφερικοί ιστοί (σηπτικό Shock) ή ψυχρό κολλώδες, κυανωτικό δέρμα
- Ø Υποθερμία ή πυρετός( σηπτικό shock)
- Ø Μείωση όγκου ούρων
- Ø Στάση αίματος στους περιφερικούς ιστούς και ενδαγγειακή πήξη
- Ø Γενική αίματος και λευκοκυτταρικός τύπος
- Ø Hb, Hct, ουρία, σάκχαρο αίματος (αύξηση ουρίας-κρεατινίνης στο σηπτικό Shock)
- Ø Ηλεκτρολύτες:  $K^+$ ,  $Na^+$ ,  $Cl^-$ ,  $Ca^{++}$

- Ø Αέρια αρτηριακού αίματος για κατάσταση οξυγόνωσης και οξεοβασικής ισορροπίας (πρώιμα, αναπνευστική αλκάλωση και με την πρόοδο του shock μεταβολική οξέωση)
- Ø ΗΚΓ: 12 απαγωγές
- Ø Ομάδα αίματος , διασταύρωση (Παπανικολάου Ν. 1995,Ματσανιώτης Ν. 1987,Πινακίδης Μ. 2007,Malin D. 2006)
- Ø Εξετάσεις πήξης, ροής, ινωδογόνου, προθρομβίνης
- Ø Καλλιέργειες αίματος ή άλλων βιολογικών υγρών
- Ø Γαλακτικά ορού (Παπανικολάου Ν. 1995,Ματσανιώτης Ν. 1987,Πινακίδης Μ. 2007,Malin D. 2006)

### Νοσηλευτική παρέμβαση

- ü Τοποθέτηση αρρώστου σε ύπτια οριζοντιωμένη θέση με τα κάτω άκρα ανυψωμένα
- ü Εξασφάλιση ανοιχτού αεραγωγού και επαρκούς οξυγόνωσης με χορήγηση O<sub>2</sub>
- ü Έλεγχος εξωτερικής αιμορραγίας
- ü Στενή παρακολούθηση ζωτικών και νευρολογικών σημείων, ώσπου να σταθεροποιηθούν μετά τη θεραπεία
- ü Χορήγηση υγρών: Ringer's, δεξτράνης (Macrodex, Rheomacrodex) ή φυσιολογικού διαλύματος χλωριούχου νατρίου, μέσα από ενδοφλέβιες γραμμές μεγάλης διαμέτρου, με ρυθμό που διατηρεί την πίεση στα 90 mmHg (υποογκαιμικό shock)
- ü Λήψη αίματος για ομάδα-διασταύρωση
- ü Χορήγηση πλήρους αίματος ή πεπλυμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων, ανάλογα με τα αποτελέσματα για Hb και Hct.
- ü Συχνός προσδιορισμός ηλεκτρολυτών, αερίων αρτηριακού αίματος, καλλιεργειών και ευαισθησιών, ανάλυσης ούρων, ουρίας, κρεατινίνης, σακχάρου αίματος, πήξης, ροής, Hb, Hct
- ü Εισαγωγή καθετήρα Foley, για ωριαία μέτρηση όγκου ούρων, ειδικού βάρους, pH και έλεγχο παρουσίας αιμοσφαιρίνης ή μυοσφαιρίνης
- ü Χορήγηση μεγάλων δόσεων σκευασμάτων υδροκορτιζόνης, αν υπάρχει ιατρική οδηγία
- ü Λήψη 12 απαγωγών ΗΚΓ
- ü Χορήγηση του κατάλληλου αντιβιοτικού για το σηπτικό shock
- ü Χρήση αγγειοσυσπαστικών
- ü Στενή παρακολούθηση ΚΦΠ και διατήρηση της μεταξύ 6 και 8 cmH<sub>2</sub>O
- ü Συχνή ακρόαση πνευμονικών ήχων κατά τη διάρκεια χορήγησης ενδοφλέβιων υγρών
- ü Αν το shock είναι καρδιογενές, ενδοφλέβια χορήγηση ντοπαμίνης
- ü Διόρθωση αρρυθμιών και πρόληψη κοιλιακής μαρμαρυγής (προφυλακτικά: λιδοκαΐνη 1-4 mg/min ενδοφλέβια)

- Διόρθωση οξεοβασικής διαταραχής με χορήγηση όξινου ανθρακικού νάτριου 50 ml του διαλύματος 8,4% (50 mEq)
- Αν το shock είναι σηπτικό και εμπύρετο, αύξηση των θερμίδων ως 5.000 το 24ωρο ανάλογα με τις ανάγκες
- Χορήγηση φρέσκου κατεψυγμένου πλάσματος και ηπαρίνης, αν υπάρχει ένδειξη διάχυτης ενδαγγειακής πήξης
- Παροχή ψυχολογικής υποστήριξη (Παπανικολάου Ν. 1995, [www.gyn.gr](http://www.gyn.gr), [www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr))

### Αιμορραγία

Οι μετεγχειρητικές αιμορραγίες διακρίνονται σε:

- Πρωτογενείς, που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης
- Διάμεσες, που συμβαίνουν τις πρώτες ώρες μετά την εγχείρηση και οφείλονται στην αποκατάσταση της αρτηριακής πίεσης, που απομακρύνει ατελείς θρόμβους από μη απολινωμένα αγγεία
- Δευτερογενείς, που συμβαίνουν αρκετό χρόνο μετά την επέμβαση και οφείλονται σε ολίσθηση απολίωσης εξαιτίας φλεγμονής, μη καλού κόμπου ή διάβρωσης του αγγείου από σωλήνα παροχέτευσης. (Σέγκου Χ., Μανιά Ν. 1992,Ματσανιώτης Ν. 1987,Γκυρ Ζ. 2007,Ιακωβίδης Ι. Ιακωβίδης Α. 2007)

Άλλη διάκριση των αιμορραγιών γίνεται ανάλογα με το είδος του αγγείου που αιμορραγεί. Έτσι, διακρίνουμε:

- Την τριχοειδική αιμορραγία, που χαρακτηρίζεται από βραδεία έξοδο αίματος και από μεγάλη επιφάνεια
- Τη φλεβική, που χαρακτηρίζεται από ταχεία έξοδο σκοτεινού χρώματος αίματος και
- Την αρτηριακή, που χαρακτηρίζεται από έξοδο αίματος ζωηρού κόκκινου χρώματος που εξακοντίζεται σε κάθε καρδιακό παλμό

Τέλος, όταν η αιμορραγία μπορεί να παρατηρηθεί άμεσα, ονομάζεται εμφανής (εξωτερική), ενώ εκείνη που δεν γίνεται άμεσα αντιληπτή ονομάζεται καλυμμένη (εσωτερική). (Παπανικολάου Ν. 1995,Ματσανιώτης Ν. 1987)

## Συμπτώματα

Ο άρρωστος είναι αγχώδης, ανήσυχος και κινείται συνεχώς, διψά και το δέρμα του είναι κρύο, υγρό και ωχροό. Ο σφυγμός είναι συχνός και μικρός, η θερμοκρασία πέφτει, οι αναπνοές γίνονται συχνές και βαθιές. Με τη συνέχιση της αιμορραγίας ελαττώνεται η κεντρική φλεβική πίεση, η αρτηριακή πίεση και ο αιματοκρίτης. Χείλη και επιπεφυκότες είναι ωχροί. Βλέπει κηλίδες μπροστά στα μάτια του, ακούει να κτυπούν κουδούνια. Εξασθενεί συνεχώς ως το τέλος. Αξιοσημείωτη ρυθμιστική αντίδραση παρατηρείται όταν ο όγκος του αίματος που χάνεται ή προστίθεται στο κυκλοφορικό είναι 500 mL. Αντίθετα, αν η απώλεια ή η προσθήκη είναι μεγάλη, ο άρρωστος θα παρουσιαστεί shock και πνευμονικό οίδημα, αντίστοιχα. (Παπανικολάου Ν. 1995,Σέγκου Χ., Μανιά Ν. 1992,Ματσανιώτης Ν. 1987)

## Παρέμβαση

- ü Τοποθέτηση αρρώστου σε θέση Shock
- ü Χορήγηση μορφίνης για να ηρεμήσει ο άρρωστος
- ü Τοποθέτηση του αιμορραγούντος σημείου σε ανάρροπη θέση, κάλυψη με γάζα και πιεστική επίδεση
- ü Μετάγγιση αίματος
- ü Αν εν υπάρχει διαθέσιμο αίμα, δίνεται πλάσμα ή υποκατάστατά του, φυσιολογικό διάλυμα χλωριούχου νατρίου ή γλυκόζης Παπανικολάου Ν. 1995,Κέντρο Ψυχοκοινωνική Υποστήριξης Γυναικών Με Καρκίνο Μαστού,Κορδιόλης Ν. 2005

Εκτός από τη συνήθη νοσηλευτική φροντίδα:

- Θα πρέπει να συνειδητοποιήσουμε ότι μεγάλη αιμορραγία μπορεί να συμβεί κατά την διάρκεια της μαστεκτομής και είναι δυνατόν να χρειαστούν μεταγγίσεις αίματος στην ασθενή
- Θα πρέπει να παρακολουθούμε την μετάγγιση αίματος όπως παρακολουθούμε και μια ενδοφλέβια ένεση
- Ελέγχουμε τις γάζες συχνά για τυχόν σημαντική αιμορραγία
- Ελέγχουμε τα σκεπάσματα του κρεβατιού διότι το αίμα μπορεί να παροχετεύεται πίσω από τις γάζες και να μην εμφανίζεται
- Ειδοποιούμε τον γιατρό για τυχόν οίδημα ή αιμωδία, στο χέρι της πλευράς που χειρουργήθηκε
- Είμαστε έτοιμοι να προσφέρουμε υποστήριξη από την στιγμή που το βάδισμα αρχίζει να είναι δύσκολο , καθώς η ασθενής δεν αισθάνεται ότι έχει καλή ισορροπία
- Προσφέρουμε συναισθηματική υποστήριξη και βοηθάμε τη γυναίκα στην εκτέλεση των ασκήσεων αποκατάστασης (Πινακίδης Μ. 2007,Φοράδης Ν. 2007)
-



### 3.12 Μετέπειτα παρακολούθηση

**Τακτική μετέπειτα παρακολούθηση είναι απαραίτητη ύστερα από τη θεραπευτική αγωγή για πρόωμο καρκίνο του μαστού.**

Μετά τη θεραπευτική αγωγή σας θα πρέπει να έχετε τακτικά ραντεβού με το γιατρό σας γενικής ιατρικής (GP), το χειρουργό, τον ακτινοογκολόγο ή το γιατρό ογκολόγο σας. Η τακτική μετέπειτα παρακολούθηση εξασφαλίζει ότι, αν ο καρκίνος του μαστού επιστρέψει στο μαστό, σε ιστό του μαστού, ή στον άλλο μαστό, θα υποβληθεί σε θεραπευτική αγωγή αμέσως. Η τακτική μετέπειτα παρακολούθηση επιτρέπει επίσης στο γιατρό σας να ελέγχει και να αντιμετωπίζει, οποιεσδήποτε παρενέργειες από θεραπευτική αγωγή που μπορεί να εμφανιστούν μετά που θα έχετε τελειώσει τη θεραπευτική αγωγή σας. Μιλήστε στο γιατρό σας σχετικά με ένα πρόγραμμα μετέπειτα παρακολούθησης. ([www.gyn.gr](http://www.gyn.gr))

Η κατάλληλη μετέπειτα παρακολούθηση περιλαμβάνει τακτικές εξετάσεις και μαστογραφίες. Δεν περιλαμβάνει ακτινογραφίες θώρακα, σπινθηρογραφήματα οστών ή εξετάσεις αίματος εκτός αν υπάρχει πρόβλημα που δείχνει ότι χρειάζονται.

Δείτε το γιατρό σας γενικής ιατρικής (GP) ή τον ειδικευμένο γιατρό σας το συντομότερο δυνατό αν:

- αισθανθείτε όγκο είτε στον ένα είτε στον άλλο μαστό, ή στον ιστό μαστού που απέμεινε στο στήθος σας ύστερα από μαστεκτομή
  - έχετε οποιαδήποτε άλλα συμπτώματα είτε στον ένα είτε στον άλλο μαστό, όπως έκκριση θηλής
  - εμφανίσετε οποιαδήποτε άλλα συμπτώματα που σας ανησυχούν.
- ([www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr), [www.breastcancerhellas.gr](http://www.breastcancerhellas.gr) )

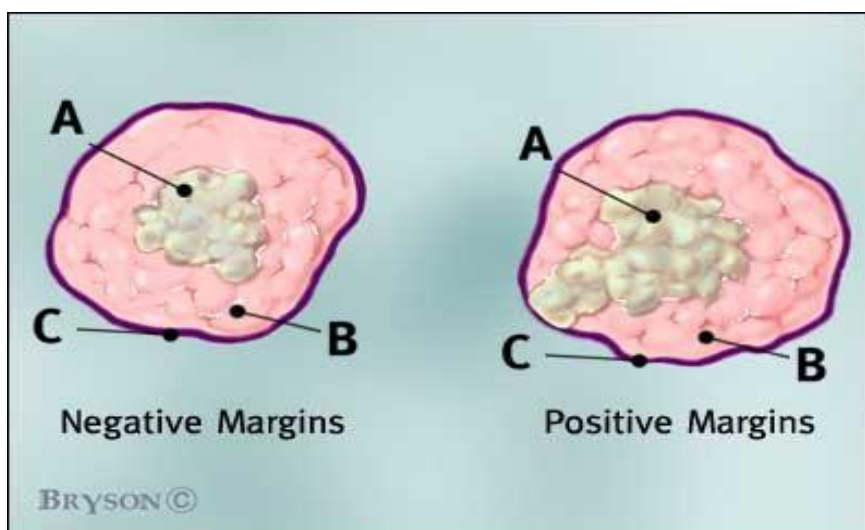
**Μην περιμένετε μέχρι το τακτικό ραντεβού σας αν προσέξετε οποιοσδήποτε νέες ή ασυνήθιστες αλλαγές.**

Αν αλλάξετε γιατρούς οποιαδήποτε στιγμή, ζητήστε από το νέο γιατρό σας να ζητήσει τον ιατρικό σας φάκελο από τον προηγούμενο γιατρό σας. (Lambley P. 2005, Parry G. 1996)

### 3.12 Μεταστάσεις

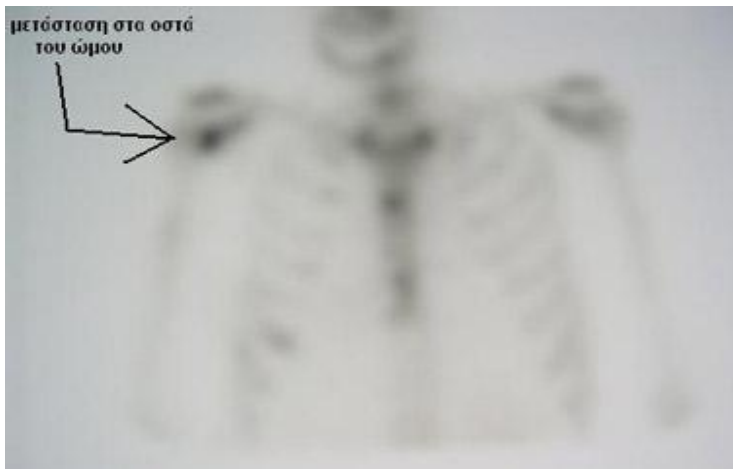
Η μετάσταση των καρκινικών κυττάρων αποτελεί ένα πολυσύνθετο βιολογικό φαινόμενο. Η διαδικασία της μετάστασης ξεκινάει από την απόσπαση των νεοπλασματικών κυττάρων από την πρωτογενή εστία και καταλήγει στην μεταφορά τους σε απομακρυσμένες εστίες. Όπου πολλαπλασιάζονται για τον σχηματισμό νέας νεοπλασματικής εστίας. (Νακοπούλου Α. Καβαντζάς Ν. 1997, Τσαρουχά Χ. 2002, Δημητράκης Κ., Κεραμόπουλος Α. 2000)

Οι μεταστάσεις στον καρκίνο μαστού προκαλούνται με διήθηση των γειτονικών ιστών, κατά μήκος των γαλακτοφόρων πόρων, με το λεμφικό σύστημα και με τα 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 δυνατόν να διηθηθούν οι λεμφαδένες της έσω μαστικής. Σε διήθηση των λεμφαδένων της έσω μαστικής η πρόγνωση είναι βαριά. (Παπανικολάου Ν. 1995, Σακοράφας Γ. Βλάχος Α.)



Κατά σειρά συχνότητας ο καρκίνος μαστού, προκαλεί μεταστάσεις:

- στα οστά (συχνότερα της πύελου και στο μηριαίο οστό) σε συχνότητα 70%
- στο ήπαρ 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. (Παπανικολάου Ν. 1995,Τσαρουχά Χ. 2002,[www.gyn.gr](http://www.gyn.gr),[www.gyn.gr](http://www.gyn.gr))



Οι μεταστάσεις είναι δυνατόν 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. 1995,Τσαρουχά Χ. 2002,Δημητράκης Κ., Κεραμόπουλος Α. 2000)

# Κεφάλαιο 4

---

<b><u>4.1 Ομάδα θεραπευτικής αγωγής.....</u></b>	<b><u>68</u></b>
<b><u>4.2 Νοσηλευτική παρέμβαση ασθενούς (προεγχειρητικά-μετεγχειρητικά).....</u></b>	<b><u>69</u></b>
<b><u>4.3 Μετά τη χειρουργική επέμβαση.....</u></b>	<b><u>72</u></b>
<b><u>4.4 Ανάπλαση μαστού.....</u></b>	<b><u>72</u></b>
<b><u>4.5 Διδασκαλία άρρωστης.....</u></b>	<b><u>73</u></b>
<b><u>4.6 Ασκήσεις και σωστές κινήσεις μετά από ριζική μαστεκτομή.....</u></b>	<b><u>75</u></b>
<b><u>4.7 Ψυχολογική υποστήριξη.....</u></b>	<b><u>78</u></b>
<b><u>4.8 Αντιμετώπιση και υποστήριξη (αναλυτικά).....</u></b>	<b><u>80</u></b>

#### 4.1 Ομάδα θεραπευτικής αγωγής

Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής σας για πρώιμο καρκίνο του μαστού θα συναντήσετε έναν αριθμό γιατρών και άλλων επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης. Τα άτομα που εμπλέκονται στην περίθαλψή σας μπορεί να συναντούνται ή να μιλούν μεταξύ τους για να προγραμματίζουν τη θεραπευτική αγωγή και την περίθαλψή σας. Μαζί, η ομάδα θα εξετάζει ποιες επιλογές θεραπευτικής αγωγής είναι κατάλληλες για την περίπτωσή σας. Η ομάδα σας μπορεί να περιλαμβάνει μερικούς ή όλους από τους παρακάτω:

- γιατρό γενικής ιατρικής [general practitioner (GP)] ή τον οικογενειακό γιατρό σας που παρέχει συνεχή περίθαλψη και σας παραπέμπει σε ειδικευμένους γιατρούς.
- χειρουργό που κάνει εγχείρηση μαστού
- παθολόγο που εξετάζει ιστό ο οποίος αφαιρείται από το μαστό σας
- ακτινολόγο που διαβάζει ακτινογραφίες, όπως μαστογραφίες
- ακτινοογκολόγο που ειδικεύεται σε ακτινοθεραπεία
- γιατρό ογκολόγο που ειδικεύεται σε χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία
- νοσηλεύτη περίθαλψης μαστού που παρέχει περίθαλψη και υποστήριξη για γυναίκες με παθήσεις του μαστού
- νοσηλεύτη ογκολογίας που παρέχει φροντίδα για άτομα με καρκίνο. (Πινακίδης Μ. 2007, Φοράδης Ν. 2007, Γιαννουκάκος Δ. 2008)

Άλλοι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης που μπορεί να εμπλέκονται στην περίθαλψή σας περιλαμβάνουν:

- σύμβουλο (counsellor), ψυχολόγο (psychologist) ή ψυχίατρο (psychiatrist) που παρέχει συναισθηματική υποστήριξη ή/και βοηθά στην αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης
- κοινωνικό λειτουργό (social worker) που παρέχει υποστήριξη και πρακτικές πληροφορίες, για παράδειγμα σχετικά με οικονομική βοήθεια, παιδική φροντίδα και βοήθεια στο σπίτι
- φυσιοθεραπευτή (physiotherapist) ή εργοθεραπευτή (occupational therapist) που συμβουλεύει για ασκήσεις που μπορείτε να κάνετε μετά τη θεραπευτική αγωγή
- πλαστικό χειρουργό (plastic surgeon) που κάνει ανάπλαση μαστού για γυναίκες που υποβάλλονται σε μαστεκτομή. ([www.gyn.gr](http://www.gyn.gr), [www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr))

Αν και μπορεί να δείτε μια ποικιλία γιατρών και άλλων επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης, υπάρχει συνήθως ένα πρόσωπο που αποτελεί το κύριο σημείο επαφής σας.

Θα πρέπει να αισθάνεστε άνετα με την ομάδα θεραπευτικής αγωγής σας. Είναι σημαντικό να λέτε στην ομάδα θεραπευτικής αγωγής σας για οποιεσδήποτε συγκεκριμένες ανησυχίες και προτεραιότητες που μπορεί να έχετε.

Η συμμετοχή σας σε αποφάσεις θεραπευτικής αγωγής

Η κατάσταση κάθε γυναίκας είναι διαφορετική. Η θεραπευτική αγωγή που είναι κατάλληλη για μια γυναίκα μπορεί να μην είναι κατάλληλη για μια άλλη. Δικαιούστε να

διαλέξετε τη θεραπευτική αγωγή που σας ταιριάζει καλύτερα. Πριν λάβετε απόφαση, συνιστάται να συζητάτε τις επιλογές θεραπευτικής αγωγής σας με τον/τους γιατρό(ούς), την οικογένεια ή/και τους φίλους σας. ([www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr))

Ρωτάτε τους γιατρούς σας όσες ερωτήσεις χρειάζεστε, ακόμα και αν τις έχετε ρωτήσει προηγουμένως, και ενθαρρύνετε την οικογένειά σας να κάνει το ίδιο.

Αν σας πάρει μια ή δύο εβδομάδες μέχρι να αποφασίσετε για τη θεραπευτική αγωγή σας δεν θα επηρεαστεί η έκβαση της θεραπευτικής αγωγής σας. Ωστόσο, δεν είναι φρόνιμο να σας πάρει μήνες μέχρι να αποφασίσετε.

Αν είστε δυσαρεστημένη με τη συμβουλή που σας δίνεται ή θέλετε να μιλήσετε σε έναν άλλο γιατρό σε οποιοδήποτε στάδιο, έχετε το δικαίωμα να πάρετε δεύτερη γνώμη. ([www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr))

#### 4.2 Νοσηλευτική παρέμβαση ασθενούς (προεγχειρητικά- μετεγχειρητικά)

##### 1. Προεγχειρητική παρέμβαση

- Αναζήτηση της καλύτερης φυσικής και ψυχολογικής προσέγγισης για ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο.
- Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης και βοήθεια να απαλλαγεί από τα αισθήματα του φόβου
- Ακρόαση των ανησυχιών και των προβλημάτων της
- Έμφαση στο σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης και στη χρήση τεχνητού μαστού
- Εξασφάλιση επίσκεψης άρρωστης με ικανοποιητική μετεγχειρητική προσαρμογή στη μαστεκτομή
- Αναζήτηση υποστήριξης από το σύζυγο
- Βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας μαστού. Κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στη μαστεκτομή, γι' αυτό ο νοσηλευτής προσεγγίζει κάθε γυναίκα ως άτομο και τη βοηθά να εκφράσει τα συναισθήματά της. Η γυναίκα μπορεί να φοβάται απόρριψη από τον άντρα της ή να νιώσει απογοήτευση, γιατί δε θα μπορεί να εκπληρώσει το ρόλο της ως μητέρα (να θηλάσει το παιδί της).

Η υποστήριξη της άρρωστης από τον άντρα της και την οικογένειά της, επομένως θα βοηθήσει πολύ σε μία τέτοια περίπτωση.

- Ενημέρωση της άρρωστης για τις πρόσφατες έρευνες και τις νέες θεραπευτικές μεθόδους για τον καρκίνο του μαστού.
- Μείωση χρόνου αναμονής πριν από την εγχείρηση
- Διαπίστωση φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους
- Εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή
- Χορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης
- Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας. Η ίδια ετοιμασία γίνεται και πρόσθια επιφάνεια του μηρού, για πιθανή λήψη δέρματος για πλαστική επανορθωτική επέμβαση. (Αθανάτου Ε. 2000,Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997,Κονιάρη Ε 1991)
- Διδασκαλία άρρωστης και οικογένειας σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων, την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού, τα αισθήματα μετά τη μαστεκτομή, τον πόνο, τη δραστηριότητα και τη διορθωτική πλαστική του μαστού.
- Βοήθεια οικογένειας να εκφράσει τα αισθήματά της, τους φόβους και τις ανησυχίες της. (Αθανάτου Ε. 2000,Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997,Κονιάρη Ε 1991)

## 2. Μετεγχειρητική παρέμβαση

- Εκτίμηση αρτηριακής πίεσης και σφυγμού, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για διαπίστωση shock και αιμορραγίας.
- Επισκόπηση του επιδερμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας, ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη.
- Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από τον πόνο.
- Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών, για πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών.
- Έλεγχος της επίδεσης ου τραύματος αποφεύγεται η πολύ πιεστική επίδεση, για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων.

- Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος. Συνήθως ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή Hemovac. Η αναρρόφηση γίνεται με δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γι'αυτό και η συσκευή θα πρέπει να αδειάζεται προτού γεμίσει τελείως. Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά, ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχτευόμενων υγρών της συσκευής ελέγχονται και αναγράφονται.
- Πρόληψη λοίμωξης (Αθανάτου Ε. 2000,Κονιάρη Ε 1991)
- Σε μια ριζική μαστεκτομή, η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας αφαίρεσης των λεμφαδένων. Το προσβλημένο χέρι πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό και δεν θα πρέπει να γίνονται υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις ούτε φλεβοκεντήσεις σ'αυτό, για αποφυγή εισόδου μικροβίων. (Αθανάτου Ε. 2000,Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997)
- Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημι-Fowler. Αν το χέρι είναι ελεύθερο, τοποθετείται πάνω σε μαξιλάρι η βαρύτητα βοηθά την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός λεμφοιδήματος.
- Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι. Κατά την έγερση, συχνά ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο, για να παρεμποδίζεται η πίεση στο τραύμα. Όταν για πρώτη φορά σηκώνεται η άρρωστη από το κρεβάτι, ο νοσηλευτής την συνοδεύει, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.
- Χορήγηση δίαιτας ανάλογα με την ανοχή και την προτίμηση της άρρωστης. Κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες ίσως η άρρωστη χρειαστεί βοήθεια την ώρα του φαγητού, γιατί δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει το ένα της χέρι.
- Σχεδιασμό για έξοδο από το νοσοκομείο-διδασκαλία
- Ενθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή χρήσιμων απαντήσεων.
- Ετοιμασία συζύγου για παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης στη σύζυγό του. (Αθανάτου Ε. 2000,Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997,Κονιάρη Ε 1991)



### 4.3 Μετά τη χειρουργική επέμβαση

Η παραμονή σας στο νοσοκομείο θα μπορούσε να διαρκέσει μεταξύ μίας ημέρας και μίας εβδομάδας. Αυτό θα εξαρτηθεί από τον τύπο χειρουργικής επέμβασης που κάνετε, την πρόδοό σας στο νοσοκομείο και κατά πόσον ή όχι διατίθεται κοινοτική υποστήριξη όταν θα φύγετε από το νοσοκομείο. (Γιαννουκάκος Δ. 2008,Μαρκόπουλος Χ. 2007)

Μετά τη χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού, θα σας μείνει μια ουλή στο μαστό σας, η οποία θα βελτιωθεί με το πέρασμα του χρόνου. Ο μαστός σας δεν θα φαίνεται ο ίδιος όπως φαινόταν πριν τη χειρουργική επέμβαση. Συνήθως δεν θα χρειαστεί να φορέσετε πρόθεση μαστού ή να σκεφθείτε να κάνετε ανάπλαση του μαστού.

Αν κάνατε μαστεκτομή θα έχετε ουλή κατά μήκος του στήθους σας, η οποία θα βελτιωθεί με το πέρασμα του χρόνου. Μπορείτε να φοράτε μαλακή **προσωρινή πρόθεση μαστού** (ψεύτικο μαστό) ενώ επουλώνεται η πληγή σας. Ύστερα από αυτό το διάστημα, μπορούν να σας πάρουν μέτρα για **μόνιμη πρόθεση μαστού**. Μπορεί να διαλέξετε να κάνετε ανάπλαση του μαστού η οποία μερικές φορές μπορεί να γίνει την ίδια ώρα όπως και η μαστεκτομή, ή μπορεί να γίνει αργότερα (δείτε παρακάτω).

Προθέσεις μαστού

Μετά τη μαστεκτομή, μπορείτε να φοράτε ένα τεχνητό μαστό, ονομαζόμενο **εξωτερική πρόθεση μαστού** ή **μορφή μαστού**, μέσα στο σουτιέν σας για να δίνει σχήμα στα ρούχα σας. Είναι σχεδιασμένος για να ταιριάζει με τον τόνο του δέρματος, το μέγεθος και το σχήμα του άλλου μαστού σας. Μια πρόθεση μαστού έχει συγκεκριμένο βάρος ούτως ώστε να δίνει την αίσθηση και να κινείται όπως ο άλλος μαστός σας, να αποκαθιστά την ισορροπία σας και να βοηθά στην πρόληψη οποιωνδήποτε προβλημάτων στάσης του σώματος. Μπορείτε επίσης να πάρετε ειδικό μαγιό με πρόθεση μαστού. (Μαρκόπουλος Χ. 2007)

### 4.4 Ανάπλαση του Μαστού

Η ανάπλαση του μαστού ύστερα από μαστεκτομή περιλαμβάνει την αναδημιουργία του σχήματος του μαστού, χρησιμοποιώντας εμφύτευμα ή ιστό από άλλο μέρος του σώματός σας.

Μερικές φορές η ανάπλαση γίνεται αμέσως μετά από χειρουργική επέμβαση μαστεκτομής (δηλαδή, ενώ είστε ακόμα στο χειρουργείο), και μερικές φορές μπορεί να κάνετε πρόσθετες χειρουργικές επεμβάσεις αργότερα.

Αν και η ανάπλαση του μαστού αποσκοπεί να αναδημιουργήσει το μαστό σας έτσι που να μοιάζει όσο το δυνατόν πιο 'πραγματικός', ο αναπλασμένος μαστός σας δεν θα φαίνεται και δεν θα δίνει την αίσθηση που έδινε όπως πριν την αρχική χειρουργική σας επέμβαση. ([www.gyn.gr](http://www.gyn.gr))

Η ανάπλαση του μαστού μπορεί να περιλαμβάνει εμφυτεύματα (που συνήθως γίνονται από ζελέ σιλικόνης), ή χρήση ιστού από ένα άλλο μέρος του σώματός σας. Ο χειρουργός που εκτελεί τη μαστεκτομή σας μπορεί επίσης να είναι σε θέση να κάνει την ανάπλαση

του μαστού σας ή μπορεί να συνεργαστεί με, ή να σας παραπέμψει σε, χειρουργό που ειδικεύεται στην ανάπλαση μαστού.

Δεν υπάρχει κανένα αποδεικτικό στοιχείο ότι η ανάπλαση του μαστού κάνει πιο πιθανή την επιστροφή του καρκίνου του μαστού ή ότι η ανάπλαση του μαστού εμποδίζει τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού αν πράγματι ο καρκίνος επιστρέψει. ([www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr))

#### 4.5 Διδασκαλία άρρωστης

##### **1. Φροντίδα τραύματος**

- Επεξήγηση για την βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας
- Σημείωση ότι το πρόσφατα επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση εξαιτίας κάκωσης των νεύρων.
- Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα
- Αναγνώριση σημείων φλεγμονής: πόνος, ευαισθησία, ερυθρότητα, οίδημα. Ενημέρωση γιατρού αν παρουσιαστούν
- Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο κακάου, για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος. Γίνεται με έγκριση του γιατρού. (Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997, Πινακίδης Μ. Μπούτης Λ. 1993)

##### **2. Πρόληψη και αντιμετώπιση λεμφοιδήματος**

- Επειδή στη ριζική μαστεκτομή αφαιρούνται οι λεμφαδένες και τα λεμφαγγεία, το χέρι ενδέχεται να παρουσιάσει λεμφοίδημα λόγω κακής παροχέτευσης της λέμφου, η δε καταπολέμηση τυχόν λοίμωξης σ' αυτό το άκρο να καταστεί προβληματική λόγω μειωμένης αντίστασης. (Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997)
- Για πρόληψη λεμφοιδήματος θα πρέπει:
- Να αποφεύγονται στο χέρι αυτό κοψίματα, αμυγές, τσιμπήματα, δήγματα εντόμων, εγκαύματα και η χρήση ισχυρών απορρυπαντικών, γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του οιδήματος.

- Οι ασκήσεις να γίνονται όπως υποδείχθηκαν.
- Στο βραχίονα της προσβλημένης πλευράς να γίνεται μασάζ 3 ή 4 μήνες μετεγχειρητικά, για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωση του οιδήματος
- Ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς να ανυψώνεται συχνά για πρόληψη εξαρτημένου οιδήματος
- Το χέρι και η εγχειρητική περιοχή να διατηρούνται σχολαστικά καθαρά για πρόληψη λοίμωξης
- Να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων (σφιχτά μανίκια), για διευκόλυνση της κυκλοφορίας
- Για αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος μπορεί να παραγγελθούν διουρητικά και η χρήση διαλείπουσας μονάδας συμπίεσης (μέσα σε μανίκι που εφαρμόζεται στο άνω άκρο εισάγεται περιοδικά αέρας υπό πίεση για την προώθηση του υγρού).  
(Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997, Πινακίδης Μ. Μπούτης Λ. 1993)

#### 4.6 Ασκήσεις και σωστές κινήσεις μετά από ριζική μαστεκτομή

Βοήθεια άρρωστης κατά την εκτέλεση παθητικών ασκήσεων. Οι ασκήσεις αυτές αρχίζουν 24 ώρες περίπου μετά την επέμβαση στο χέρι της προσβλημένης πλευράς. Οι αρχικές ασκήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση δακτύλων, και γίνονται για πρόληψη μυϊκών συσπάσεων και διατήρηση κινητικότητας και μυϊκού τόνου. Αρχικά, η άρρωστη μπορεί να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις εξαιτίας του πόνου που έχει, αλλά ο νοσηλευτής θα τονίσει τη σπουδαιότητά τους και θα τις συνεχίσει μέσα στα όρια ανοχής της άρρωστης. Το εύρος των ασκήσεων αυξάνει προοδευτικά και η άρρωστη θα πρέπει να είναι σε θέση να εκτελεί τις περισσότερες δραστηριότητες της, όπως χτένισμα, βούρτσισμα δοντιών και άλλες. (Αθανάτου Ε. 2000, Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997)

- Οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η άρρωστη δεν πρέπει να αισθάνεται καμιά δυσχέρεια στις κινήσεις.
- Αν έχει γίνει πλαστική ή η τομή έχει κλειστεί με αξιόλογη τάση, η άσκηση θα πρέπει να περιορίζεται στον ελάχιστο βαθμό και να αυξάνεται προοδευτικά.
- Θα πρέπει να ενθαρρύνεται αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα.
- Η άρρωστη ενθαρρύνεται να διατηρεί κανονική θέση του σώματος της κατά την εκτέλεση των ασκήσεων. Η σωστή θέση όχι μόνο προάγει την καλή μηχανική του σώματος, αλλά βοηθά και στη φυσιολογική εμφάνιση της γυναίκας. (Αθανάτου Ε. 2000, Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997)

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

- *Σφίξιμο μπάλας:* είναι μια απλή άσκηση, που βοηθά στην ισχυροποίηση των μυών του χεριού και στην βελτίωση της κυκλοφορίας. Μια

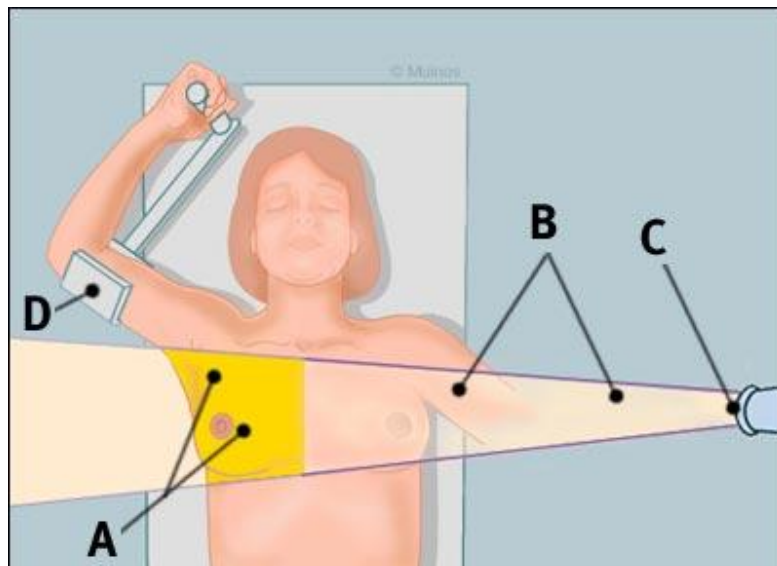
ελαστική μπάλα ή μια τσαλακωμένη εφημερίδα σφίγγεται με το χέρι της προσβλημένης πλευράς,(Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997)

- *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.(Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997,[www.breastcancerhellas.gr](http://www.breastcancerhellas.gr))
- *Αναρρίχηση στον τοίχο:* προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα βλέπει προς τον τοίχο με τα δάχτυλα 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. Σημειώνεται στον τοίχο το σημείο όπου έφτασαν τα χέρια της και όταν επαναληφθεί η άσκηση, προσπαθεί να ξεπεράσει το σημείο αυτό.(Αθανάτου Ε. 2000,Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997)
- *Γύρισμα σχοινού:* είναι μια άσκηση για την ευλυγισία του ώμου. Δένεται σφιχτά με διπλό κόμπο στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί 3περίπου μέτρων. Η άρρωστη στέκεται σε απόσταση 2 περίπου μέτρων μακριά από την πόρτα. Πιάνει χαλαρά την άκρη του σχοινού με το προσβλημένο χέρι, κάνει ένα κόμπο και τον τοποθετεί στην παλάμη της. Το άλλο της χέρι το τοποθετεί στη μέση της. Με τεντωμένο το προσβλημένο χέρι γυρίζει το σχοινί με μικρούς κύκλους αρχικά. Οι κύκλοι αυτοί σιγά-σιγά μεγαλώνουν, ώστε οι κινήσεις του χεριού να γίνονται από τον ώμο.(Αθανάτου Ε. 2000,Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997)
- *Αιώρηση χεριών:* χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών. Η άρρωστη σκύβει προς τα εμπρός από την 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. (Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997)
- *Τροχαλία:* ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου. Ένα κομμάτι σχοινί μήκους 3 μέτρων περίπου, περνιέται στο σίδερο του μπάνιου. Τα άκρα του σχοινού 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 άρρωση, κατά τη διάρκεια αυτής της άσκησης να μην καλύπτει τους βραχίονες και τα πόδια της να εφάπτονται στο πάτωμα.(Αθανάτου Ε. 2000,Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997,[www.breastcancerhellas.gr](http://www.breastcancerhellas.gr))

- *Κούμπωμα πίσω κουμπιών:* απαιτεί δυνατούς επικουρικούς μύες και γίνεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες. Η άρρωση 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 φτάνουν ψηλότερα στην πλάτη.(Αθανάτου Ε. 2000)

- *Άγγιγμα μετώπου:* δυναμώνει τους επικουρικούς μυς του ώμου. Η άρρωση βλέπει προς τον τοίχο σε απόσταση άνω άκρων. Οι παλάμες της τοποθετούνται στον τοίχο στο ύψος του ώμου. Η άρρωση σιγά-σιγά γέρνει προς τον τοίχο κάμπτοντας τους αγκώνες της και επανέρχεται στην αρχική θέση τεντώνοντας τους αγκώνες. (Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997,[www.breastcancerhellas.gr](http://www.breastcancerhellas.gr))



#### 4.7 Ψυχολογική υποστήριξη

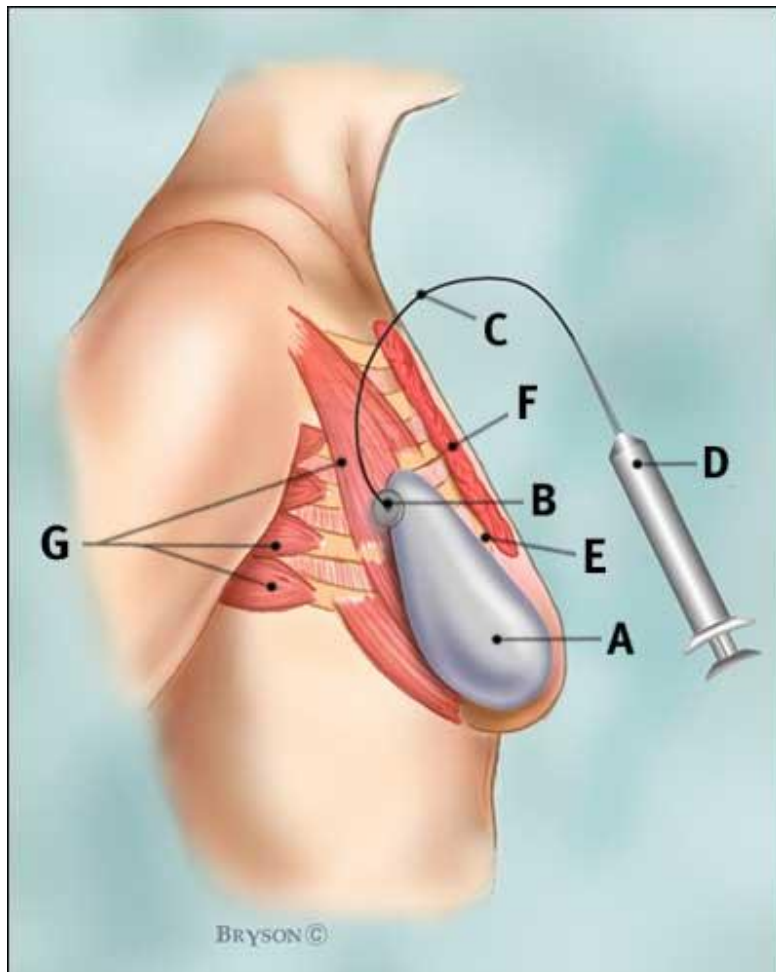
##### 1. Βελτίωση σεξουαλικής λειτουργίας

Η μεταβολή του σωματικού ειδώλου της άρρωστης και της αυτοεκτίμησής της, η αντίδραση του συντρόφου και ο βαθμός ανησυχίας του ζευγαριού, είναι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στις σεξουαλικές πρακτικές. Μερικοί σύντροφοι δυσκολεύονται να κοιτάξουν τη μαστεκτομηθείσα περιοχή, ενώ άλλοι φαίνεται να μην επηρεάζονται και νιώθουν άνετα, μεταβιβάζοντας έτσι στη σύντροφο τους το αίσθημα ότι εξακολουθεί να είναι αγαπητή και ποθητή. Και οι δύο αποκρίσεις επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση της άρρωστης, τη σεξουαλικότητα της και την αποδοχή της.

- Συζήτηση με την άρρωστη για το πώς αισθάνεται η ίδια και για την πιθανή μείωση του libido που σχετίζεται με κόπωση, ναυτία ή ανησυχία, μπορεί να βοηθήσει στη διευκρίνιση θεμάτων γι' αυτή και το σύντροφό της. Η διόρθωση εσφαλμένων αντιλήψεων (π.χ. ότι ο καρκίνος μεταδίδεται σεξουαλικά) είναι πολύ σημαντική.
- Η ενθάρρυνση ανοιχτής συζήτησης για φόβους, ανάγκες και επιθυμίες, μπορεί να μειώσει το stress του ζευγαριού. (Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997, Βελέντζα Κ., Μαμπλέκου Ε. 2003, Περέτση Ε. 2007, Ρηγάτος Γ. 2007)

## 2. Χρήση πρόσθεσης (τεχνητού στήθους)

Η άρρωστη που έχει υποβληθεί σε απλή ή ριζική μαστεκτομή χρειάζεται βοήθεια στην επιλογή της πρόσθεσης (τεχνητού στήθους). Αρχικά, η άρρωστη συμβουλευέται να φοράει κανονικό στηθόδεσμο, που θα τον γεμίζει με ένα μαλακό υλικό (μαλλί), το οποίο δεν θα κολλάει πάνω στο τραύμα. Μετά την επούλωση του τραύματος, η άρρωστη ενημερώνεται για τους διάφορους τύπους πρόσθεσης που υπάρχουν στο εμπόριο και από πού μπορεί να τους προμηθευτεί. Η πρόσθεση που θα επιλεγεί πρέπει να είναι άνετη, να έχει κανονική φόρμα και το ίδιο μέγεθος, σχήμα και βάρος με τον άλλο μαστό. Οι παράγοντες αυτοί είναι σημαντικοί, για να ανακτήσει η άρρωστη την ισορροπία της. Ο σύζυγος ενθαρρύνεται να συνοδεύει τη γυναίκα του στην αγορά της πρόσθεσης, για ενθάρρυνση και αποδοχή. Η πρόσθεση δεν θα πρέπει να φορεθεί, αν δεν επιτρέψει ο γιατρός. (Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997, Βελέντζα Κ., Μαμπλέκου Ε. 2003)





#### 4.8 Αντιμετώπιση και υποστήριξη

Η εμπειρία της διάγνωσης και της υποβολής σε θεραπευτική αγωγή για πρώιμο καρκίνο του μαστού είναι διαφορετική για κάθε γυναίκα. Διατίθεται υποστήριξη για να βοηθά εσάς, την οικογένεια και τους φίλους σας να αντιμετωπίσετε επιτυχώς οποιεσδήποτε δύσκολες στιγμές.

Η φροντίδα της συναισθηματικής σας ευεξίας είναι ένα πολύ σημαντικό μέρος της συνεχούς περίθαλψής σας. Αν και μπορεί να δοκιμάσετε διαφορετικά συναισθήματα σε διαφορετικά στάδια της διαδικασίας της θεραπευτικής αγωγής και της ανάρρωσης, οι περισσότερες γυναίκες πράγματι αντιμετωπίζουν ικανοποιητικά τις αλλαγές που προκαλούνται από την εμπειρία τους με τον καρκίνο του μαστού. Μερικές γυναίκες νιώθουν ανησυχία ή κατάθλιψη για αρκετά χρόνια, ιδιαίτερα σχετικά με την πιθανότητα να ξαναγυρίσει ο καρκίνος. Μιλήστε με τους γιατρούς σας ή άλλους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με οποιεσδήποτε ανησυχίες που μπορεί να έχετε. Αν νομίζετε ότι θα θέλατε περισσότερη υποστήριξη, ζητήστε να παραπεμφθείτε σε ειδικευμένο επαγγελματία όπως σύμβουλο, ψυχολόγο ή ψυχίατρο. ([www.gyn.gr](http://www.gyn.gr), [www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr))

#### **Τα αισθήματά σας**

Η διάγνωση και θεραπευτική αγωγή του καρκίνου του μαστού προκαλεί αλλαγές στη ζωή σας, και μπορεί ν' αλλάξει τον τρόπο που σκέφτεστε και αισθάνεστε για διάφορα πράγματα. Αυτές οι αλλαγές και τα αποτελέσματά τους δεν θα είναι τα ίδια για όλες τις γυναίκες, αλλά μπορεί να είναι καθησυχαστικό να γνωρίζετε ότι κι άλλες γυναίκες μοιράζονται κάποια από τα ίδια αισθήματα και τις ίδιες εμπειρίες.

Μερικά από τα αισθήματα που μπορεί να δοκιμάσετε συμπεριλαμβάνουν σοκ, θυμό, αίσθηση ότι είστε 'απλώς ένας αριθμός' ή ότι είναι 'απλώς ένας μαστός', απομόνωση και μοναξιά, αυτομομφή, λύπη ή κατάθλιψη, άγχος ή φόβο.

**Το να μοιράζεστε τις σκέψεις και τα αισθήματά σας με άλλους, ακόμα και οδυνηρά αισθήματα, μπορεί να σας βοηθήσει να αντιμετωπίσετε επιτυχώς τη διάγνωση σας.**

Η κάθε γυναίκα είναι διαφορετική στον τρόπο που αντιμετωπίζει δύσκολα αισθήματα τα οποία έχουν να κάνουν με καρκίνο του μαστού. Είναι δυνατό να παρέχεται υποστήριξη από μια μεγάλη ποικιλία ατόμων και οργανισμών. Μερικές γυναίκες εκφράζουν και αντιμετωπίζουν τα αισθήματά τους μέσω οικογενειακών, φιλικών και κοινοτικών δραστηριοτήτων. Άλλες ζητούν επαγγελματική βοήθεια - από το γιατρό γενικής ιατρικής (GP) τους, ή άλλους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης. Το σπουδαίο πράγμα που πρέπει να θυμάστε είναι ότι **δεν χρειάζεται να αντιμετωπίζετε τα πράγματα μόνη σας**. Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τρόποι για να βρείτε υποστήριξη και βοήθεια για

αντιμετώπιση των αισθημάτων σας σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπευτική αγωγή σας. ([www.gyn.gr](http://www.gyn.gr), [www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr), [www.breastcancerhellas.gr](http://www.breastcancerhellas.gr))

Εκτός από οποιαδήποτε υποστήριξη που παίρνετε από οικογένεια και φίλους, μπορείτε να βρείτε υποστήριξη από:

μέλη της ομάδας θεραπευτικής αγωγής σας, ιδιαίτερα από νοσηλευτή περίθαλψης μαστού, που παρέχει υποστήριξη και πληροφόρηση για γυναίκες με καρκίνο του μαστού

## **Η επίπτωση στον/στη σύντροφο, την οικογένεια και τους φίλους σας**

Η διάγνωση και η θεραπευτική αγωγή του καρκίνου του μαστού σας θα επηρεάσουν άλλους στη ζωή σας, όπως τον/τη σύντροφό ή σύζυγό σας, την οικογένεια και τους στενούς φίλους σας. Μπορεί να νιώθουν ανήσυχoi, ανίσχυροι ή να μη ξέρουν τι να πουν. Μπορεί να έχουν παρόμοια συναισθήματα με σας, όπως σοκ, λύπη, κατάθλιψη, φόβο, άγχος και θυμό. Το κάθε άτομο είναι διαφορετικό και θα έχει το δικό του τρόπο αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού σας. (Γιαννουκάκος Δ. 2008,Μαρκόπουλος Χ. 2007)

**Για αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού σας και επίλυση τυχόν προβλημάτων, η καλή επικοινωνία μεταξύ εσάς και άλλων είναι σημαντική.**

Τα παιδιά σας είναι πιθανόν να επηρεαστούν από τη διάγνωσή σας. Ανάλογα με την ηλικία τους, τα παιδιά μπορεί να γνωρίζουν ότι κάτι δεν πάει καλά χωρίς ούτε καν να τους το πείτε εσείς. Μπορεί να χρειάζεται να μιλήσετε στα παιδιά σας για την κατάστασή σας ούτως ώστε να καταλάβουν τι συμβαίνει. Απαντήστε τις ερωτήσεις τους όσο το δυνατόν πιο ειλικρινά με λέξεις που μπορούν να καταλάβουν. Αυτό που φαντάζονται ότι συμβαίνει είναι πιθανόν πιο ανησυχητικό γι' αυτά από ό,τι θα είναι η πραγματικότητα, όταν τους εξηγηθεί.

Η επίδραση της διάγνωσής σας στο παιδί σας μπορεί να αντικατοπτρίζεται στη συμπεριφορά του παιδιού σας. Αν ανησυχείτε για τη συμπεριφορά του παιδιού σας στο σχολείο, θα μπορούσατε να επιλέξετε να μιλήσετε στο δάσκαλο για τον καρκίνο του μαστού σας, ούτως ώστε να καταλάβει τους λόγους για τυχόν αλλαγές στη συμπεριφορά.

**Αν ανησυχείτε για τα παιδιά σας, μπορείτε να ζητήσετε από το γιατρό σας να τα παραπέμψει σε σύμβουλο, ψυχολόγο ή ψυχίατρο, ή μερικά μέλη ή όλη η οικογένεια μπορούν/εί να δουν/ει οικογενειακό θεραπευτή.** ([www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr), [www.breastcancerhellas.gr](http://www.breastcancerhellas.gr))

## **Η επίπτωση στη σεξουαλικότητά σας**

Η χειρουργική επέμβαση του μαστού, η ακτινοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία και η χημειοθεραπεία συχνά έχουν σημαντική επίδραση στο πώς νιώθουν οι γυναίκες για τον εαυτό τους και την ελκυστικότητά τους. Αυτό μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε γυναίκα, είτε έχει είτε δεν έχει σύντροφο.

Οι αλλαγές στο σώμα σας, πόση ενέργεια έχετε, και η διάθεσή σας θα επηρεάζουν το πώς νιώθετε για τον εαυτό σας. Αυτό συμπεριλαμβάνει τη σεξουαλική σας επιθυμία και την ικανότητά σας να έχετε σεξουαλική σχέση με άλλους.

Αν έχετε ανησυχίες θα μπορούσατε να μιλήσετε στο γιατρό, νοσηλεύτη ή άλλο επαγγελματία υγειονομικής περίθαλψής σας. Υπάρχουν επίσης εκπαιδευμένοι ειδικευμένοι επαγγελματίες που μπορούν να προσφέρουν συμβουλές για σας ή /και τον/τη σύντροφό σας. ([www.breastcancerhellas.gr](http://www.breastcancerhellas.gr))

## **Επιστροφή σε εργασία ή κάποια τακτική δραστηριότητα**

Αν εργαζόσασταν ή συμμετείχατε σε μια τακτική δραστηριότητα όταν έγινε διάγνωση του καρκίνου του μαστού σας, ίσως να βρείτε χρήσιμη την επιστροφή σε αυτή την εργασία ή δραστηριότητα σύντομα μετά τη θεραπευτική αγωγή. Αυτό θα μπορούσε να σας κάνει να νιώθετε ότι σας εκτιμούν και να σας δώσει την ανακούφιση του να είστε γύρω από ανθρώπους που σας είναι γνωστοί. Μιλήστε στον εργοδότη ή στον οργανισμό σας για να γίνουν οι ώρες σας πιο ελαστικές για ένα διάστημα πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπευτική αγωγή.

Μπορεί να δυσκολεύεστε να μιλήσετε με τους συναδέλφους ή τους φίλους σας για την εμπειρία σας όσον αφορά τη διάγνωσή σας με καρκίνο του μαστού. Αν το θέλετε, μπορείτε να μοιραστείτε την εμπειρία σας με μόνο λίγους στενούς φίλους ή συναδέλφους. Το να μοιραστείτε τα αισθήματά σας θα μπορούσε να οδηγήσει σε πολύτιμη υποστήριξη. (Μαρκόπουλος Χ. 2007, [www.breastcancerhellas.gr](http://www.breastcancerhellas.gr))

## Οικονομική και πρακτική υποστήριξη

Μιλήστε στο γιατρό σας σχετικά με τα πιθανά έξοδα ιατρικών εξετάσεων, θεραπευτικής αγωγής και υπηρεσιών υποστήριξης.

Τα έξοδά σας θα εξαρτηθούν από τα: κατά πόσον υποβάλλεστε σε θεραπευτική αγωγή στο δημόσιο ή το ιδιωτικό σύστημα· κατά πόσον εργάζεστε και χρειάζεται να παίρνετε άδεια για θεραπευτική αγωγή· και κατά πόσον ζείτε σε αγροτική περιοχή και χρειάζεται να ταξιδεύετε για θεραπευτική αγωγή.

Αν χρειάζεται να υποβληθείτε σε θεραπευτική αγωγή όπως χειρουργική επέμβαση ή ακτινοθεραπεία σε ένα κέντρο ή νοσοκομείο που είναι μακριά από εκεί που ζείτε μπορεί να διατίθεται στέγαση για σας και την οικογένειά σας σε μειωμένη τιμή ή μπορεί να είναι δυνατό να πάρετε κάποια οικονομική βοήθεια με τα ταξιδιωτικά έξοδα.

Ανάλογα με τις περιστάσεις σας και το πού ζείτε, μπορεί επίσης να διατίθεται οικονομική και πρακτική βοήθεια για παιδική φροντίδα, γεύματα ή γενική οικιακή βοήθεια. Θα μπορούσε επίσης να δικαιούστε επίδομα ασθένειας (sickness allowance) ενώ υποβάλλεστε σε θεραπευτική αγωγή

(Neireyer R. 2005,Μαρκόπουλος Χ. 2007,[www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr))

# Κεφάλαιο 5.

---

<b>5.1 Πρόληψη.....</b>	<b>85</b>
<b>5.2 Πρόγνωση.....</b>	<b>87</b>
<b>5.3 Αυτοεξέταση μαστού .....</b>	<b>88</b>



### 5.1. Πρόληψη

Η σωστή πρόληψη μπορεί να σταματήσει άνετα, τουλάχιστον το 30-35% των καρκίνων που παρουσιάζονται κάθε χρόνο. Αυτό σημαίνει πραγματική προαγωγή υγείας. Έτσι δεν θα φτάνουμε στην ανάγκη να αντιμετωπίζουμε τόσους πολλούς αρρώστους με καρκίνο. ([www.gyn.gr](http://www.gyn.gr))

Αποκατάσταση είναι όλο το ειδικό πλέγμα των ενεργειών που χρειάζεται κάθε άρρωστος ή άρρωστη, που νοσηλεύτηκε από έναν όγκο και ξαναγυρίζει στο σπίτι του.

Μερικές φορές όμως η νόσος μπορεί να ξαναγυρίσει και τότε ο πόνος είναι ένα σύμπτωμα που φανερώνεται τακτικά. ([www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr), Lambley P. 2005, Levine M. 2006)

Πολλές φορές η αντιμετώπιση του καρκίνου είναι εύκολη. Άλλες φορές χρειάζεται ειδική βοήθεια. Τη βοήθεια αυτή, πρέπει να ξέρουμε πώς να τη δώσουμε, πρέπει να μεταφέρουμε τους τρόπους αυτούς σε όλους τους Λειτουργούς Υγείας που εργάζονται σκληρά ημέρα και νύχτα για τον σκοπό αυτό. (Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων-Ευρώπη κατά του καρκίνου 1994)



## Συμπερασματικά:

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια νόσος δυνητικά θανατηφόρος που, όμως, μπορεί να ιαθεί αν ανακαλυφθεί και αντιμετωπιστεί σωστά από ειδικούς σε αρχικά στάδια.

Ιδιαίτερη σημασία προς αυτή την κατεύθυνση έχει η έγκαιρη διάγνωση. Πέρα από την αυτοεξέταση του μαστού, οι γυναίκες συνιστάται να ελέγχονται και από γιατρό. Η

Αμερικανική Εταιρία Καρκίνου προτείνει το ακόλουθο σχήμα ελέγχου:

- 1) Για γυναίκες μετά την εφηβεία, μηνιαία αυτοεξέταση των μαστών.
- 2) Για γυναίκες 20-40 ετών φυσική εξέταση (από γιατρό) κάθε 3 χρόνια.
- 3) Για γυναίκες άνω των 40 ετών φυσική εξέταση μια φορά το χρόνο.
- 4) Μαστογραφία αναφοράς μεταξύ 35-40 ετών.
- 5) Μαστογραφία κάθε 1-2 χρόνια στις γυναίκες υψηλού κινδύνου και
- 6) Μαστογραφίες κάθε χρόνο σε γυναίκες άνω των 50 ετών.

Επίσης, ετήσια μαστογραφία συνιστάται σε όλες τις γυναίκες που έχουν εμφανίσει στο παρελθόν καρκίνο του μαστού. (Σέγκου Χ., Μανιά Ν. 1992, Πινακίδης Μ. 2007, Ιακωβίδης Ι. Ιακωβίδης Α. 2007, Καρκίνος του μαστού 2007)



πρόληψη.....



η καλύτερη θεραπεία....

## 5.2. Πρόγνωση

Επειδή η βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου του μαστού είναι κάθε φορά και διαφορετική, παρά τις προσπάθειες που καταβάλλει η σύγχρονη επιστήμη, αυτός παραμένει ύπουλος και με αβέβαιη πρόγνωση. Ο γιατρός, που θα βιασθεί να την προσδιορίσει, δεν έμαθε ακόμα όσα έχουν σχέση με τον καρκίνο του μαστού. Γενικά, στην πρόγνωση είναι δυνατόν να μας βοηθήσουν: (Νακοπούλου Λ. 1997, Αποστολίδης Ν. Πανουτσόπουλος Δ. 1998, Simonton C. 2005, Henger B. et al. 1999)

- a) Η εντόπισή του στα τέσσερα τεταρτημόρια του μαστού
- b) Ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων
- c) Οι αγγειακές διηθήσεις
- d) Το εντοπισμένο ή διηθητικό του όγκου
- e) Το μέγεθός του και η φλεγμονή αυτού
- f) Ο ιστολογικός του τύπος
- g) Η διαφοροποίηση του
- h) Η σταδιοποίησή του και
- i) Η ύπαρξη ορμονικών υποδοχέων (Παπανικολάου Ν. 1995)

Σχετικά με τη διαφοροποίηση, όταν αυτή είναι υψηλή, η 20ετής επιβίωση φτάνει το 40%, όταν είναι χαμηλή το 20%. (Παπανικολάου Ν. 1995, Νακοπούλου Λ. 1997, Αποστολίδης Ν. Πανουτσόπουλος Δ. 1998)

Σχετικά με τη σταδιοποίηση, όταν ο καρκίνος βρίσκεται στο στάδιο I, το ελεύθερο νόσου διάστημα για 10 χρόνια φτάνει το 50-90%, στο στάδιο II το 40-70%, στο στάδιο III στο 10-20% και στο στάδιο IV μέχρι 5%. (Παπανικολάου Ν. 1995)

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

- Ø Πνευμονική ανεπάρκεια (26%)
- Ø Λοίμωξη (24%)
- Ø Καρδιακή ανεπάρκεια (15%)
- Ø Άλλες επιπλοκές (20%) (Παπανικολάου Ν. 1995, Ulrich et al. 1997, Plant J. 2003)



### 5.3. Αυτοεξέταση μαστού

Οι περισσότερες γυναίκες πηγαίνουν στο γιατρό γιατί έχουν ψηλαφήσει μία μάζα στο στήθος τους. Δυστυχώς πολλές φορές, όταν γίνεται αυτό, η νόσος είναι ήδη προχωρημένη. Παίζει λοιπόν πολύ σημαντικό ρόλο στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, η συστηματική και σωστή αυτοεξέταση των μαστών από την ίδια την γυναίκα. Όλες οι γυναίκες μετά την ηλικία των 20 ετών θα πρέπει να εξετάζουν το στήθος τους μια φορά το μήνα. Η αυτοεξέταση γίνεται την 10<sup>η</sup> περίπου ημέρα του γεννητικού κύκλου και πραγματοποιείται ως εξής: (Βάρρας Μ. 2003, Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997)



Û Η γυναίκα στέκεται γυμνή από τη μέση και πάνω μπροστά σε έναν καθρέφτη. Τα χέρια της βρίσκονται χαλαρά στο πλάι του σώματος και κοιτάζει προσεκτικά το στήθος της για να ελέγξει το μέγεθος (μία μικρή διαφορά στο μέγεθος των δύο μαστών είναι φυσιολογικό να υπάρχει), τη συμμετρία και τη μορφολογία δηλαδή την ύπαρξη διόγκωσης, εισολκή της θηλής και όψη «φλοιού πορτοκαλιού». (εικ. 1) (Βάρρας Μ. 2003, [www.oekk.gr](http://www.oekk.gr))



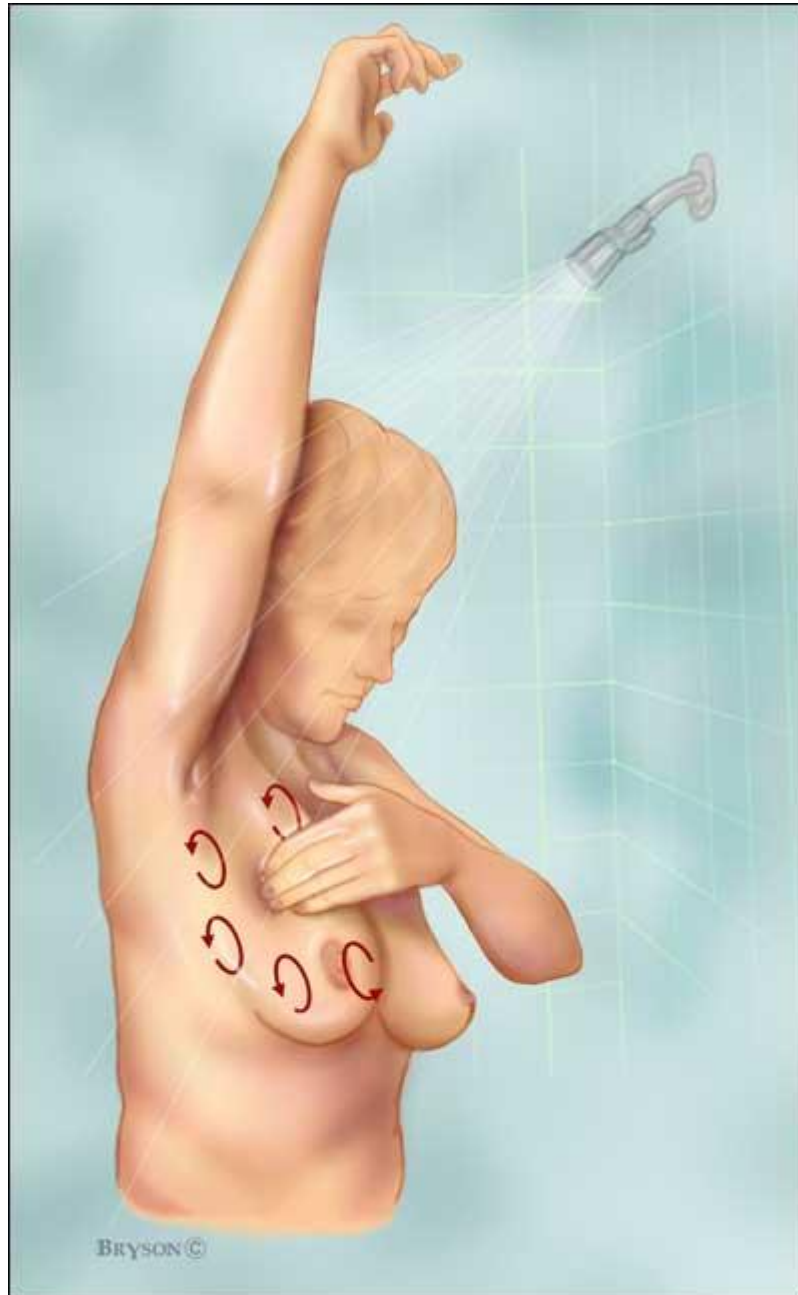
(εικ. 1)

- ü Σηκώνει τα χέρια σε ανάταση πάνω από το κεφάλι ή τα φέρνει στη μέση και πιέζει τη λεκάνη, ενώ παρατηρεί προσεκτικά αν υπάρχει μεταβολή στο σχήμα των μαστών.(εικ. 2) (Βάρρας Μ. 2003, images.google.gr)



(εικ. 2)

ü Με ανασηκωμένο το αριστερό άνω άκρο ψηλαφεί τον αριστερό μαστό με τα δάχτυλα του δεξιού χεριού. Αρχίζει την ψηλάφηση από το έξω τμήμα του μαστού και τη συνεχίζει κυκλικά για να ψηλαφήσει όλο το στήθος. Στο τέλος πιέζει τη θηλή για να δει αν έχει έκκριμα. Ολοκληρώνει την εξέταση με την ψηλάφηση της αριστερής μασχάλης. Στη συνέχεια ψηλαφεί με τον ίδιο τρόπο και το δεξιό μαστό.(εικ. 3) (Βάρρας Μ. 2003, [www.oekk.gr](http://www.oekk.gr), [images.google.gr](http://images.google.gr))



(εικ. 3)

**ΰ** Η γυναίκα ξαπλώνει σε ύπτια θέση και εξετάζει πρώτα τον ένα μαστό και μετά τον άλλο όπως προηγουμένως. Διευκολύνεται αν βάλει ένα μαξιλάρι κάτω από τους ώμους της, στην πλευρά του μαστού που εξετάζει κάθε φορά.(εικ. 4) (Βάρρας Μ. 2003)



(εικ. 4)

Η εξέταση των μαστών όμως γίνεται και από τον γιατρό και περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση. Κατά την εξέταση η γυναίκα θα πρέπει να είναι γυμνή από τη μέση και πάνω όπως και στην αυτοεξέταση από την ίδια. ([www.oekk.gr](http://www.oekk.gr), [images.google.gr](http://images.google.gr))

**Ü** Οι μαστοί παρατηρούνται από μπροστά και από το πλάι με τη γυναίκα σε καθιστή θέση, αφού της ζητήσουμε να αφήσει τα χέρια της χαλαρά πλάι στο σώμα της στην αρχή και να τα φέρει σε ανάταση στη συνέχεια. Αν έχει μεγάλο στήθος της ζητάμε να σκύψει προς τα εμπρός. Παρατηρούμε με προσοχή για να δούμε, αν υπάρχει οποιαδήποτε αλλαγή στο σχήμα ή ασυμμετρία στην κίνηση των μαστών.

**Ü** Η ψηλάφηση γίνεται με τη γυναίκα ξαπλωμένη σε ύπτια θέση, με τα άνω άκρα πλάι στο σώμα της ή πάνω από το κεφάλι της αν έχει μεγάλους μαστούς. Ψηλαφούμε πρώτα τον ένα μαστό και μετά τον άλλο μεθοδικά, με κυκλική πορεία από την περιφέρεια προς τη θηλή, για να ελεγχθεί όλος ο μαστός. Η εξέταση ολοκληρώνεται με την ψηλάφηση των μασχαλών για τη διαπίστωση διογκωμένων λεμφαδένων. (Βάρρας Μ. 2003, Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. 1997)

# Κεφάλαιο 6.

---

- 6.1 Ελπίδα ζωής το εμβόλιο για τον καρκίνο μαστού.....94
- 6.2 Στοιχεία έρευνας που παρουσιάστηκαν στο Συνέδριο του ΕΣΝΕ  
(Μάιος 2008, Αθήνα).....97
- 6.3 Καρκίνος μαστού στους άνδρες.....98

## **6.1 Ελπίδα ζωής το εμβόλιο για καρκίνο μαστού**

04/04/2009

**«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 την περασμένη Τρίτη κατά τη διάρκεια συνέντευξης Τύπου της Ελληνικής Εταιρείας 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». ([www.epemvatiki.gr](http://www.epemvatiki.gr), [www.emprosnet.gr](http://www.emprosnet.gr), [www.xiakifoni.gr](http://www.xiakifoni.gr))

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/new 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 τη σύνθεση νέων κυττάρων του αίματος. ([www.emprosnet.gr](http://www.emprosnet.gr), [www.xiakifoni.gr](http://www.xiakifoni.gr))

Ο εμβολιασμός γίνεται σε γυναίκες που έχουν προσληφθεί από καρκίνο του μαστού, έχουν ολοκληρώσει την κλασσική 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 κλασσικές 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. ([www.xiakifoni.gr](http://www.xiakifoni.gr))

### **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 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 τη διεθνώς καθιερωμένη θεραπεία (χειρουργείο, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία). Ασθενείς που έχουν ολοκληρώσει αυτά τα είδη θεραπειών αλλά συνεχίζουν να παίρνουν ορμονοθεραπεία (π.χ. 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 τη 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. Λόρεν Π 2007, Henry C. 2006

Ο εμβολιασμός των γυναικών που μετέχουν στην επιστημονική μελέτη γίνεται κάθε μήνα και διαρκεί επτά συνολικά μήνες. Οι γυναίκες επανέρχονται για εξέταση σε έξι 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 δύο 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 ό,τι αφορά στην κλινική μελέτη που πραγματοποιείται στο Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» τα οριστικά αποτελέσματα αναμένονται μετά από 2,5 χρόνια. (Henry C. 2006, Kessler R. 2006)



## Άλλα θέματα

Στο 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαστολογίας επρόκειτο να συζητηθούν και άλλα θέματα και συγκεκριμένα:

Αντιμετώπιση καλοήθων παθήσεων του μαστού, όπως υποτροπιάζουσες φλεγμονές, γυναικομαστία κ.ά..

Νεώτερες μέθοδοι βιοψίας για τη διάγνωση μη ψηλαφητών αλλοιώσεων.

Δύσκολα προβλήματα στον καρκίνο του μαστού, όπως καρκίνος μαστού και κύηση.

Νεώτερες απεικονιστικές μέθοδοι.

Το PET CT και η σημασία του.

Η MRI και η σημασία της στον κληρονομικό καρκίνο του μαστού.

Κληρονομικός καρκίνος του μαστού.

Πρόοδος στην ακτινοθεραπεία.

Καλύτερη χρήση φαρμάκων, φαρμακογνωσία, λιγότερες παρενέργειες, μεγιστοποίηση της δράσης. (Kessler R. 2006)

Μοριακή στόχευση και μοριακή σταδιοποίηση.

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου της ΕΕΜ, επρόκειτο ν' ανακοινωθεί η ίδρυση της Ελληνικής Σχολής Μαστολογίας που τελεί υπό την αιγίδα της Διεθνούς Εταιρείας Μαστολογίας (SIS) και θα αρχίσει τον πρώτο κύκλο μαθημάτων. Καθώς είναι επιτακτική η ανάγκη παροχής σύγχρονης, συστηματικής και ομοιόμορφης γνώσης στους ιατρούς που ασχολούνται με τη Μαστολογία, για να παρέχουν την πλέον αποτελεσματική προσέγγιση στη διάγνωση και τη θεραπεία των παθήσεων του μαστού στον ελλαδικό χώρο.

Η Σχολή της Μαστολογίας, όμως, απευθύνεται σε νέους γιατρούς, οι οποίοι θέλουν να εμπλουτίσουν τις γνώσεις τους εξειδικευμένα στη Μαστολογία, τομέας ο οποίος δεν καλύπτεται πλήρως τη στιγμή αυτή από τα ελληνικά πανεπιστήμια.

<http://www.emprosnet.gr>, [www.xiakifoni.gr](http://www.xiakifoni.gr), [www.gyn.gr](http://www.gyn.gr)

## 6.2 Στοιχεία έρευνας που παρουσιάστηκαν στο συνέδριο του ΕΣΝΕ

(Μάιος 2008, Αθήνα)

Η πρόωμη αντίληψη του καρκίνου του μαστού είναι πολύ σημαντική διότι οδηγεί στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των παραγόντων που συντέλεσαν στην πρόωμη αντίληψη του καρκίνου του μαστού. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ΠΓΝ της Αθήνας σε εξωτερικό ιατρείο ογκολογικής κλινικής και τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 114 γυναίκες.

Η ηλικία του δείγματος ήταν από 32 έως 87 έτη με μέση τιμή 61,6 έτη. Βασική εκπαίδευση είχαν οι 64 δηλαδή ποσοστό 56,1% γυναίκες. Οι 90 δηλαδή ποσοστό 78,9% είχαν παιδιά, η μέση ηλικία γέννησης του πρώτου παιδιού ήταν 20 έτη, οι 79 δηλαδή ποσοστό 69,3% θήλασαν το πρώτο παιδί για μέσο χρονικό διάστημα 6 μηνών, το δεύτερο παιδί για 4 μήνες και το τρίτο παιδί για 2 μήνες. Ιστορικό με καρκίνο μαστού είχαν γυναίκες με ποσοστό 21,1% ενώ ένας σημαντικός αριθμός σε ποσοστό 78,1% δεν είχε. Οι 84,2% αντιλήφθηκαν τυχαία τη νόσο π.χ. στο μπάνιο τους, ενώ μόνο το 0,9% από αυτοεξέταση και 0,9% από κλινική εξέταση. Σε ποσοστό 65,8% μεσολάβησε 0-1 μήνες για να καταφύγουν στον ειδικό γιατρό, για τις 13,1% 2-5 μήνες, και για τις 5,3% ένας ολόκληρος χρόνος. Οι 10,5% καθυστέρησαν από αμέλεια, οι 11,4% από άγνοια και οι 5,3% από φόβο ως προς τη διάγνωση. Οι 78,9% είχαν περάσει κατάσταση stress σε πρόσφατο χρονικό διάστημα. Οι 65% ήταν παχύσαρκες.

Σε σταδιοποίηση κατά TNM σύστημα. Το Tis και το στάδιο I θεωρείται πρόωμο στάδιο και σ' αυτό διαγνώστηκαν οι 33,3%. Το στάδιο II θεωρείται ενδιάμεσο και διαγνώστηκαν 51,8% και στάδιο III και πάνω, θεωρείται προχωρημένο όπου και διαγνώστηκαν οι 10,5%. Υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στο χρόνο θηλασμού του πρώτου και του τρίτου παιδιού. (Κρουστάλλη Ε. Χατζησπύρου Σ. 2008)

Εν κατακλείδι, το αποτέλεσμα της έρευνας έδειξε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών η πρώτη αντίληψη ήταν τυχαία και ότι υπήρξαν παράγοντες που καθυστερούν τις γυναίκες να προσέλθουν στον ειδικό. Επίσης ότι θηλάζουν σε μικρό ποσοστό με σημαντική διαφορά στο χρόνο θηλασμού μεταξύ της σειράς των παιδιών. (Κρουστάλλη Ε. Χατζησπύρου Σ. 2008)

### 6.3 Καρκίνος μαστού στους άντρες

*Ο καρκίνος μαστού στους άντρες αντιπροσωπεύει ποσοστό μικρότερο του 1% στο σύνολο των κακοήθων νεοπλασιών στους άντρες. Η αιτιολογία της νόσου, τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες, παραμένει άγνωστη. Το σύνδρομο Klinefelter, οι ορμονικές επιδράσεις και η ακτινοβολία θεωρούνται παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της νόσου. Ο πιο συχνός ιστολογικός τύπος είναι το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα. Λοβιακό καρκίνωμα δεν εμφανίζεται, επειδή ο ανδρικός ιστός δεν έχει λόβια. Το κύριο σύμπτωμα, σε ποσοστό που υπερβαίνει το 80%, είναι μία μάζα που συνήθως εντοπίζεται κεντρικά κάτω από τη θηλή. Η αξία της μαστογραφίας είναι περιορισμένη, λόγω του μικρού μεγέθους του αντρικού μαστού, χρησιμεύει όμως ως μέτρο σύγκρισης με τον ετερόπλευρο μαστό. Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είναι η μέθοδος που εφαρμόζεται από τους περισσότερους χειρουργούς. Επικουρική ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία και ενδοκρινικοί χειρισμοί συμπληρώνουν τη θεραπευτική αντιμετώπιση της μεταστατικής νόσου. Ο πλέον καθοριστικός παράγοντας της πορείας της νόσου είναι η διήθηση ή μη των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Η πενταετής και η δεκαετής επιβίωση ασθενών σταδίου I δεν διαφέρει σημαντικά από την αντίστοιχη των γυναικών. Η συνολική 10ετής επιβίωση για ασθενείς σταδίου II με θετικούς λεμφαδένες είναι 40%, σε αντίθεση με τις γυναίκες όπου ανέρχεται σε 62%. Η πρόωμη διάγνωση και η κατάλληλη θεραπεία της νόσου σε στάδιο δυννητικά ιάσιμο αποτελούν τις αρχές της αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού στους άντρες, κατά αντιστοιχία με το γυναικείο καρκίνο, αφού φαίνεται ότι οι δύο παθήσεις έχουν πολλές ομοιότητες.Μητρόπουλος Φ. Λινός Δ. 1995,[www.gyn.gr](http://www.gyn.gr),[www.gyn.gr](http://www.gyn.gr)*

Ο καρκίνος του μαστού στους άντρες αποτελεί μια σπάνια νοσολογική οντότητα, η οποία εμφανίζεται σε συχνότητα μικρότερη του 1% της αντίστοιχης συχνότητας του στις γυναίκες. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής υπολογίστηκε για το έτος 1991 ότι θα βεβαιώνονταν 900 νέες περιπτώσεις καρκίνου στους άντρες από τις οποίες αναμένονταν ότι οι 300 θα κατέληγαν.Μητρόπουλος Φ. Λινός Δ. 1995

Ο καρκίνος μαστού αντιπροσωπεύει ποσοστό μικρότερο του 1% του συνόλου των κακοηθειών στους άντρες. Εξαιτίας της σπανιότητας της νόσου, ο καρκίνος του

μαστού στους άντρες δεν έχει μελετηθεί λεπτομερώς, σε αντίθεση με αυτόν των γυναικών. (Μητρόπουλος Φ. Λινός Δ. 1995,[www.gyn.gr](http://www.gyn.gr),[www.gyn.gr](http://www.gyn.gr))

Η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού, τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες, παραμένει άγνωστη. Παρόλα αυτά ενδογενείς διαφορές στο όργανο-στόχο και στην ορμονική δραστηριότητα μεταξύ των δύο φύλων προσφέρουν μοναδικές ευκαιρίες για έρευνα. Παραδοσιακά, ως αιτιολογικοί παράγοντες του καρκίνου του μαστού στους άντρες έχουν ενοχοποιηθεί οι ορμονικές επιδράσεις, η γυναικομαστία, το σύνδρομο Klinefelter, το τραύμα και η ακτινοβολία. (Μητρόπουλος Φ. Λινός Δ. 1995)

Ο κυκλικός ορμονικός ερεθισμός του γυναικείου μαστού έχει αναγνωριστεί ως ένας κρίσιμος παράγοντας στην καρκινογένεση. Η έλλειψη αυτού του κυκλικού ερεθισμού μπορεί εν μέρει να εξηγήσει την αναλογικά πολύ χαμηλή συχνότητα του καρκίνου του μαστού στους άντρες. Ειδικότερα, η επίδραση των οιστρογόνων στον ιστό του αντρικού μαστού είναι αναμφισβήτητη. Όσο αφορά τα ενδογενή οιστρογόνα στους άντρες, αυτά προκύπτουν από τη μετατροπή της τεστοστερόνης σε οιστραδιόλη και την περιφερική μετατροπή της ανδροστενδιόνης σε οιστρόνη στα λιποκύτταρα. (Μητρόπουλος Φ. Λινός Δ. 1995,[www.gyn.gr](http://www.gyn.gr))

Ως γυναικομαστία ορίζεται η μικροσκοπική ανάδειξη ινοεπιθηλιακής υπερπλασίας και υπερτροφίας του στρώματος.



**Ήπια γυναικομαστία σε άνδρα 40 ετών. Κανένα πρόβλημα.**

Το σύνδρομο Klinefelter χαρακτηρίζεται από θετική χρωματίνη φύλου σε συνδυασμό με υπογοναδισμό, ασπερματογένεση, υποπλασία των όρχεων, γυναικομαστία, γυναικεία κατανομή τριχοφυΐας, διαφόρου βαθμού ψυχοδιανοητικές διαταραχές, αυξημένες γοναδοτροπίνες (ιδίως FSH) και χαμηλή τεστοστερόνη. Η γυναικομαστία είναι αμφοτερόπλευρη, αποτελεί χαρακτηριστικό σημείο του συνδρόμου και σε μερικές περιπτώσεις οι μαστοί εμφανίζουν ανάπτυξη κυψελών και σχηματισμό αληθών λοβίων, παρόμοιων με τα αντίστοιχα των γυναικείων μαστών. Μερικοί υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με σύνδρομο Klinefelter παρουσιάζουν την ίδια συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού με αυτή των γυναικών. Συμπερασματικά, στους άντρες με θετική χρωματίνη φύλου απαιτείται προσεκτική παρακολούθηση και μια πιο επιθετική τακτική στην αντιμετώπιση αλλοιώσεων του μαστού. (Μητρόπουλος Φ. Λινός Δ. 1995,[www.gyn.gr](http://www.gyn.gr))

Έχει αναφερθεί επίσης ότι η εμφάνιση κακοήθων όγκων μήνες ή και χρόνια μετά από μία ευρεία ποικιλία τοπικών τραυμάτων.

Οι επιδράσεις της ακτινοβολίας στην καρκινογένεση είναι απόλυτα τεκμηριωμένες. Για τους άντρες, στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν πέντε περιστατικά καρκίνου μαστού που αναφέρουν στο ιστορικό τους ακτινοβολία της περιοχής του μαστού (για θεραπεία λεμφώματος μεσοθωρακίου, εκζέματος και γυναικομαστίας). Άντρες με ιστορικό ακτινοβολίας της περιοχής του μαστού απαιτούν προσεκτική κλινική εξέταση και παρακολούθηση. (Μητρόπουλος Φ. Λινός Δ. 1995,[www.gyn.gr](http://www.gyn.gr))

# Κεφάλαιο 7.

---

<b>7.1 Νοσηλευτική Διεργασία.....</b>	<b>102</b>
---------------------------------------	------------

## 7.1 Νοσηλευτική Διεργασία

Γυναίκα 57 ετών, στις 25-8-2005, πραγματοποίησε μαστογραφία χαμηλής δόσης, στην οποία προβάλλεται στο άνω και έσω τεταρτημόριο του δεξιού μαστού πρόσθετη σκίαση διαμέτρου περί τα 2cm με ακανόνιστα όρια και συνυπάρχει ευμεγέθους μασχαλιαίος λεμφαδένας. Επίσης, στο άνω και έξω τεταρτημόριο του αριστερού μαστού προβάλλονται δύο στρόγγυλες σκιάσεις με σαφή εν πολλοίς όρια, η μεγαλύτερη των οποίων έχει μέγιστη διάμετρο περί του 1,5cm.

Το συμπέρασμα αυτής της εξέτασης είναι η πρόσθετη σκίαση στο δεξιό μαστό, το οποίο συνοδεύεται από μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια και επίσης, δύο πρόσθετες σκιάσεις στον αριστερό μαστό με σαφή όρια (πιθανές κύστεις).

Δεύτερη μαστογραφία, μετά το πρώτο αποτέλεσμα, πραγματοποιήθηκε στις 13-12-2008 και τα ευρήματα της ήταν μεγάλη μιτωτική εξεργασία περί τα 6cm, η οποία εντοπίστηκε στον αριστερό μαστό. Αυτή η βλάβη, έχει ανώμαλη παρυφή και φέρει αποτιτανώσεις. Επίσης, συνυπάρχουν σκιερά μορφώματα στο άνω και έξω τεταρτημόριο του αριστερού μαστού, το πρώτο με σαφή παρυφή και το δεύτερο (περί τα 1,5 cm) με λοβωτή και ελαφρώς ανώμαλη παρυφή.

Επίσης, με την επισκόπηση βρέθηκε παχυσμένο δέρμα στο δεξιό μαστό και εισολκή δεξιάς θηλής. Στις 3-3-2009 ξεκίνησε ο προγραμματισμός πορείας νόσου της γυναίκας. Στις 10-3-2009 έγιναν Ca δείκτες, στις 11-3 C<sub>T</sub> κοιλίας, στις 12-3 scan οστών και FNA μαστού. Με βάση το σωματικό βάρος της κυρίας, (108kg) και το ύψος της (1,50m) στις 15-3 ξεκίνησε ο 1<sup>ος</sup> κύκλος χημειοθεραπείας. Στις 4-4 πραγματοποιήθηκε κυτταρολογική εξέταση των επιχρισμάτων από FNA όγκου δεξιού μαστού. Παρατηρήθηκαν εντός αιμορραγικού υποστρώματος μεμονωμένα κύτταρα και αρκετές ομάδες νεοπλασματικών κυττάρων με ανισοπυρήνωση, υπερχρωσία πυρήνων, ανώμαλη κατανομή της χρωματίνης, διαταραχή πυρηνοκυτταροπλασματικής αναλογίας και αρκετά βασεοφιλοκυτταροπλάσματα. Με αυτή την εξέταση παρατηρήθηκε εικόνα συμβατή με αδενοκαρκίνωμα μαστού. Στις 8-4 έγινε 2<sup>ος</sup> κύκλος της θεραπείας. Στις 26-4 παρατηρήθηκε μείωση των διαστάσεων της μάζας μαστού, δόθηκε αντιβίωση και εστάλθησαν Ca δείκτες. Στις 19-5 πραγματοποιήθηκε C<sub>T</sub> πνευμονικών αγγείων, στην οποία παρατηρήθηκε διογκωμένος λεμφαδένας 1cm

αριστερά παραορτικά. Επίσης, και στη δεξιά μασχαλιαία χώρα τουλάχιστον 2cm με μέγεθος 2cm. Επίσης, παρατηρήθηκε ύπαρξη συμπαγούς ιστού με ακτινοειδές προεκβολές εντός του πειραματικού λίπους του δεξιού μαστού ως επί κακοήθους εξεργασίας. Στις 6-6 έγινε χειρουργείο αφαίρεσης δεξιού μαστού. Η παθολογοανατομική διάγνωση έδειξε διηθητικό πορογενές καρκίνωμα του μαστού, ιστολογικού βαθμού κακοήθειας (grade) III. Το νεόπλασμα επεκτείνεται στο χόριο του δέρματος με παρουσία νεοπλασματικών εμβολών εντός λεμφαγγείων. Η μικρότερη απόσταση του νεοπλάσματος από το εν τω βάθει χειρουργικό όριο είναι 0,2 cm. Στο υπόλοιπο παρέγχυμα αναγνωρίζονται αλλοιώσεις απλής ινώδους κυστικής νόσου. Οι δύο από τους τρεις λεμφαδένες εμφανίζουν νεοπλασματική διήθηση, με διάσπαση της κάψας τους και παρουσία νεοπλασματικών εμβόλων εντός λεμφαγγείων του περιβάλλοντος του λιπώδους ιστού. Η γυναίκα θα συνεχίσει με τον 4<sup>ο</sup> κύκλο χημειοθεραπείας. Στις 12-7 έγινε έναρξη χημειοθεραπείας με Herceptin και λεγιναν εξετάσεις Ca δείκτες, C<sub>T</sub> κοιλίας και Ro θώρακος.



# πρόβλημα 1.

## 1. Νοσηλευτική Διάγνωση

Κοινωνική απομόνωση λόγω μειωμένης προσαρμοστικής ικανότητας στην νέα κατάσταση

## 2. Αντικειμενικός Σκοπός

Να προσαρμοστεί η ασθενής στο νέο περιβάλλον όσο το δυνατόν καλύτερα, σε διάστημα 6 μηνών.

## 3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας

- ü Καθημερινή ενθάρρυνση της ασθενούς να συνεχίσει τις καθημερινές της δραστηριότητες στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό, ώστε να μην απομονωθεί από τον κοινωνικό περίγυρο.
- ü Προτροπή της συμμετοχής της σε συλλόγους γυναικών με καρκίνο μαστού για ανταλλαγή απόψεων και έκφραση των ανησυχιών της.
- ü Η παρακολούθηση θα γίνεται μετά από συνάντηση του κοινοτικού νοσηλευτή της ασθενούς, κάθε 15 ημέρες.

#### 4. Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας

- Έγινε συζήτηση με την ασθενή όπου διαπιστώσαμε ότι υπάρχουν ενδιαφέροντα που μπορεί να διατηρήσει.
- Επίσης, έδειξε ενδιαφέρον να επισκεφτεί συλλόγους γυναικών με καρκίνο μαστού.
- Οι συναντήσεις με τον κοινοτικό νοσηλευτή, έγιναν όπως είχαν προγραμματιστεί στο χώρο τον οποίο η ίδια επιθυμούσε.

#### 5. Αξιολόγηση Αποτελέσματος Νοσηλευτικής Φροντίδας

Τα αποτελέσματα του προγραμματισμού, ήταν αρκετά ικανοποιητικά. Η ασθενής ήδη από της αρχή του προγράμματος προσαρμόστηκε στα νέα προγράμματα και δήλωσε πως θα συνεχίσει να επισκέπτεται τους συλλόγους, διότι εκεί της προσφέρουν υποστήριξη και την ευκαιρία της ελεύθερης έκφρασης.

# πρόβλημα 2.

## 1. Νοσηλευτική Διάγνωση

Αδυναμία λόγω συνεχιζόμενης ανορεξίας και απώλειας βάρους

## 2. Αντικειμενικός Σκοπός

Αύξηση σωματικού βάρους με την πρόσληψη τροφής σε 10 ημέρες.

Επίσης, πρέπει να κατανοήσει το πρόβλημα της ώστε να το αντιμετωπίσει με την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού.

## 3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας

- Û Ενημέρωση της ασθενούς για την σημασία της λήψης τροφής.
- Û Σχεδιασμός δίαιτας πλούσιας σε θερμίδες σε συνεργασία με διαιτολόγο.
- Û Επίσης, σε συνεργασία με το γιατρό να γίνει χορήγηση ορεξιογόνων φαρμάκων εφόσον θα κριθεί απαραίτητο.

#### 4. Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας

- Έγινε η ενημέρωση της ασθενούς η οποία κατάλαβε το πρόβλημα της και δήλωσε πρόθυμη να συνεργαστεί.
- Η ασθενής παρακολουθείται κατά τη διάρκεια του γεύματος και ενθαρρύνεται.
- Τα ορεξιογόνα φάρμακα χορηγήθηκαν κατόπιν ιατρικής οδηγίας.
- Επίσης, κατά τη διάρκεια του φαγητού επιτράπηκε στα συγγενικά πρόσωπα της ασθενούς να παρευρίσκονται δίπλα της

#### 5. Αξιολόγηση Αποτελέσματος Νοσηλευτικής Φροντίδας

Μετά από 10 ημέρες βελτιώθηκε η όρεξη της ασθενούς και τα αποτελέσματα της διαίτας ήταν ενθαρρυντικά, καθώς το βάρος της ασθενούς αυξήθηκε κατά 2 kg. Έγινε πρόταση να συνεχιστεί και η ίδια διαίτα και μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο

# πρόβλημα 3.

## 1. Νοσηλευτική Διάγνωση

Διαταραχή ύπνου της ασθενούς λόγω πόνου

## 2. Αντικειμενικός Σκοπός

Βελτίωση του ύπνου της ασθενούς, σε διάστημα 2 ημερών.

## 3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας

- ü Να χορηγηθούν παυσίπονα κατόπιν ιατρικής οδηγίας
- ü Επίσης, να ληφθούν μέτρα που προάγουν τον ύπνο

## 4. Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας

- ο Σύμφωνα με εντολή γιατρού χορηγήθηκαν παυσίπονα 1 ώρα πριν την βραδινή κατάκλιση της ασθενούς.
- ο Επίσης, δόθηκε ένα ζεστό ρόφημα και την προτρέψαμε να ακούσει απαλή μουσική ή να κάνει ένα ζεστό μπάνιο για να ηρεμήσει πριν κοιμηθεί.

## 5. Αξιολόγηση Αποτελέσματος Νοσηλευτικής Φροντίδας

Η ασθενής κοιμήθηκε περισσότερες ώρες αυτές τις 2 νύχτες.

Θα συνεχιστεί η χορήγηση των παυσίπων για όσο διαρκεί ο πόνος της ασθενούς.

# πρόβλημα 4.

## 1. Νοσηλευτική Διάγνωση

Μειωμένη σωματική κινητικότητα λόγω μαστεκτομής

## 2. Αντικειμενικός Σκοπός

Να αυξηθεί η κινητικότητα του προσβεβλημένου άκρου, σε διάστημα 5 ημερών.

## 3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας

- ü Η ασθενής διδάσκεται ασκήσεις που θα την βοηθήσουν να αυξήσει την κινητικότητα του χεριού, της σύστοιχης με τη μαστεκτομή πλευρά και να διατηρήσει τον μυϊκό τόνο.
- ü Επίσης, η ασθενής θα πρέπει να ενθαρρύνεται σε κάθε άσκηση.

#### 4. Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας

- Η ασθενής διδάχθηκε ασκήσεις που βοηθούν στην έκταση του προσβεβλημένου άκρου και στην ευλυγισία του ώμου, όπως το πέταγμα της μπάλας και το γύρισμα του σχοινιού.
- Της ζητήθηκε να τις επαναλάβει μόνη της, για να βεβαιωθούμε πώς τις εμπέδωσε σωστά, ενώ παράλληλα είχε την υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού.

#### 5. Αξιολόγηση Αποτελέσματος Νοσηλευτικής Φροντίδας

Μετά από 5 ημέρες η κινητικότητα του χεριού της σύστοιχης πλευράς με την μαστεκτομή, βελτιώθηκε ελαφρώς.

Η ασθενής δείχνει να έχει περισσότερη άνεση στις κινήσεις της και συνεχίζει να συνεργάζεται με περισσότερη θέληση και κουράγιο.

# Παράρτημα

---

- Όμιλος κατά του καρκίνου μαστού «Άλμα Ζωής».....112
- Όμιλος κατά του καρκίνου «Αγκαλιάζω».....114



## Όμιλος κατά του καρκίνου μαστού «Άλμα Ζωής»

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού ιδρύθηκε το 1988 από γυναίκες που είχαν βιώσει την εμπειρία του καρκίνου του μαστού, ύστερα από πρόταση και υποστήριξη της κ. Ιωσηφίνας Σκούρτα, Κοινωνικής Λειτουργού.

Σκοπός του, είναι:

- ✚ Η οργανωμένη αλληλοβοήθεια
- ✚ Η ψυχοκοινωνική στήριξη και αποκατάσταση των γυναικών με καρκίνο μαστού και των οικογενειών τους
- ✚ Η συμβολή του στην απομυθοποίηση του καρκίνου
- ✚ Η ενημέρωση κάθε γυναίκας για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού

Ο Σύλλογος σύμφωνα με το καταστατικό του, ιδρύει Παραρτήματα και σε άλλες περιοχές της Ελλάδας, έτσι ώστε κάθε γυναίκα της περιφέρειας με καρκίνο μαστού να έχει τις ίσες δυνατότητες υποστήριξης.

Το Παράρτημα στο Νομό Αχαΐας, ιδρύθηκε το 2002 με έδρα την Πάτρα μετά από αίτημα των γυναικών της περιοχής που βίωσαν την εμπειρία καρκίνου μαστού στο παρελθόν. Οι σκοποί του Παραρτήματος είναι ανάλογοι της έδρας του Συλλόγου στην Αθήνα.

Το Παράρτημα διοικείται από 5μελή Επιτροπή, στην οποία συμμετέχουν μέλη του Παραρτήματος.

Το επιστημονικό του έργο εποπτεύεται από Επιστημονική Επιτροπή αποτελούμενη από διακεκριμένους επιστήμονες δημοσίων φορέων της περιοχής.

Διαθέτει κοινωνική λειτουργό με εκπαιδευτικό, εποπτικό και συμβουλευτικό ρόλο στα προγράμματά του.

Την ευθύνη λειτουργίας του Παραρτήματος έχει το Διοικητικό Συμβούλιο της έδρας.

Στηρίζεται οικονομικά στις συνδρομές των μελών του, δωρεές και χορηγίες.

Στο Παράρτημα λειτουργούν τα παρακάτω προγράμματα:

- I. Εθελοντικό Πρόγραμμα
- II. Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης
- III. Πρόγραμμα Ενημέρωσης Μελών
- IV. Πρόγραμμα ενημέρωσης για Πρόληψη-Εγκαιρη Διάγνωση

Στο χώρο του Συλλόγου μπορούν όλες οι γυναίκες με καρκίνο μαστού και τα μέλη των οικογενειών τους να μιλήσουν και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, τις σκέψεις και τις δυσκολίες σε κλίμα ασφάλειας και εχεμύθειας. Μπορούν να αξιοποιήσουν τα προγράμματα του Συλλόγου ώστε να μιλήσουν με την κοινωνική λειτουργό ή και με μία εθελόντρια σε ένα χώρο ζεστό και οικείο στο κέντρο της πόλης. Η συνάντηση γίνεται μετά από ραντεβού. Όλες οι υπηρεσίες του Συλλόγου παρέχονται δωρεάν.

Το Παράρτημα στην Πάτρα, βρίσκεται στην Γούναρη 37, 3<sup>ος</sup> όροφος

Τηλ: 2610-222274

E-mail: [breastcapatras@yahoo.com](mailto:breastcapatras@yahoo.com)

## Όμιλος κατά του καρκίνου «Αγκαλιάζω»

Το Παράρτημα Νομού Αχαΐας του Ομίλου Εθελοντών κατά του Καρκίνου «Αγκαλιάζω» ιδρύθηκε στην Πάτρα το 2001 με σκοπό την ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ογκολογικών ασθενών στο Ν. Αχαΐας. Έχει ήδη 195 μέλη, 40 εθελόντριες, πενταμελή Διοικούσα Επιτροπή, Επιστημονική Επιτροπή και Κοινωνική Λειτουργό.

Σήμερα υλοποιεί τα εξής προγράμματα:

- ✓ **Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Εθελοντριών** για την εκπαίδευση των ενδιαφερομένων σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο και την αξιοποίηση τους στη συνέχεια για την ενίσχυση των προγραμμάτων του.
- ✓ **Πρόγραμμα Έγκαιρης Διάγνωσης** του καρκίνου με την διεξαγωγή ενημερωτικών εκδηλώσεων, λειτουργία ενημερωτικών περιπτέρων κ.ά. με στόχο την ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για την έγκαιρη διάγνωση και την απομυθοποίηση του καρκίνου.
- ✓ **Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης** για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ογκολογικών ασθενών και των οικογενειών τους μέσα σε κλίμα ασφάλειας και εμπιστοσύνης.
- ✓ **Πρόγραμμα Ενδονοσοκομειακής Στήριξης** για την ηθική υποστήριξη ογκολογικών ασθενών στο χώρο του Νοσοκομείου.
- ✓ **Πρόγραμμα Κοινωνικής Εκδηλώσεων** για τα μέλη και τους φίλους του για την οικονομική ενίσχυση των προγραμμάτων του.

## **Σκοποί του Σωματείου:**

- § Η εθελοντική παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας προς άτομα ή ομάδες πληθυσμού.
- § Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, των υπεύθυνων άσκησης πολιτικής και των κοινωνικής φορέων σε θέματα έγκαιρης διάγνωσης καρκίνου και κοινωνικής αποκατάστασης των καρκινοπαθών.
- § Η ανάπτυξη των δεσμών, η διάδοση πνεύματος αλληλεγγύης και η καλλιέργεια των σχέσεων των μελών του Σωματείου με τα μέλη άλλων Σωματείων της Ελλάδος και άλλων χωρών με παρεμφερείς σκοπούς.
- § Η παροχή επείγουσας ανθρωπιστικής, επισιτιστικής και αναπτυξιακής βοήθειας προς τους πληθυσμούς αναπτυσσόμενων χωρών, για την επίτευξη της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης των χωρών αυτών.
- § Η παροχή επείγουσας ανθρωπιστικής βοήθειας προς τους πληθυσμούς αναπτυσσόμενων χωρών, με δράσεις στον τομέα της υγείας και ειδικότερα σε θέματα έγκαιρης διάγνωσης καρκίνου και αποκατάστασης των καρκινοπαθών και η προώθηση του σεβασμού των ανθρωπινών δικαιωμάτων.
- § Η συνεργασία με επιστημονικούς και πνευματικούς φορείς, εθελοντικές οργανώσεις, δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, καθώς και ερευνητικά κέντρα και πανεπιστήμια τόσο στην Ελλάδα όσο και στην αλλοδαπή ώστε να προωθηθεί η έρευνα και η ευαισθητοποίηση στα προβλήματα των καρκινοπαθών και στην πρόβλεψη και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.
- § Η συμβολή σε παρεμβάσεις πρόληψης του καρκίνου και αποκατάστασης των καρκινοπαθών, που προωθούνται από το Κράτος ή από διεθνείς οργανισμούς και οργανώσεις.
- § Η συνεργασία με τοπικούς και εθνικούς δημοσίους, ιδιωτικούς και άλλους εθελοντικούς φορείς, με σκοπό τη συμβολή στην πληροφόρηση του κοινού για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου γενικότερα.
- § Η δράση του Σωματείου δεν εξαρτάται από κανένα δημόσιο ή ιδιωτικό οργανισμό κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Το Παράρτημα στην Πάτρα βρίσκεται στην οδό Πατρέως 8-10, 1<sup>ος</sup> όροφος

Τηλ: 2610-226 122 e-mail: [omilospa@otenet.gr](mailto:omilospa@otenet.gr) [www.agaliazo.gr](http://www.agaliazo.gr)

# Βιβλιογραφία

---

**Βιβλιογραφία.....117**

- Σκοδρά Ε.** (1998). *Η Ψυχολογία της Γυναίκας*, «Ελληνικά Γράμματα». Αθήνα
- Τοκμακίδης Π.** (2001). *Γυναικείος Μαστός*, «Ελλην». Αθήνα
- Lippert** (1993). *Ανατομική*, κείμενο και άτλαντας, «Γρηγόριος Παρισιανός». Αθήνα
- Shapiro P.** (επιμέλεια: Γεωργιόπουλος Α.) (2001). *Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική*, «Ελλην». Αθήνα
- Κακλαμάνος Ι., Μπονάτσος Γ.** κ.συν.(2006). *Χειρουργική-Παθολογία*,» Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης». Αθήνα
- Παπανικολάου Ν.** (1995). *Γυναικολογική μαστολογία*, «Παρισιανός Γρηγόριος». Αθήνα
- Πλέσσας Σ., Κανέλλος Ε.** (1997). *Φυσιολογία του ανθρώπου 1*, «εκδόσεις Φάρμακον-Τύπος». Αθήνα
- Despouros A., Silbernagl S.** (επιμέλεια μετάφρασης: Κωστόπουλος Γ.) (1989). *Εγχειρίδιο φυσιολογίας με έγχρωμο άτλαντα*, «Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας». Αθήνα
- Αθανάτου Ε.** (2000). *Παθολογική και Χειρουργική: κλινική νοσηλευτική*, «έκδοση ΣΤ΄». Αθήνα
- Κωνσταντινίδου Σ., Μαλγαρινού Μ.** (2003). *Νοσηλευτική: Παθολογική Χειρουργική*, «η Ταβίθα». Αθήνα
- Λέοναρντ Ρ., Ντίξον Τζ.** (2000). *Παθήσεις μαστού*, «Ελληνικά γράμματα». Αθήνα
- Βάρρας Μ., Ζουρμπάκη Α. κ. συν.** (2003). *Μαιευτική Γυναικολογία*, «ΟΕΔΒ». Αθήνα
- Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ.** (1997). *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική: νοσηλευτικές διαδικασίες*, «Βήτα». Αθήνα
- Argelina A., Baldonad Ph. et al** (1999). *Γενική Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*, «Ελλην». Αθήνα
- Μπούτης Π., Παπαϊωάννου Α. κ. συν.** (1981). *Κλινική Ογκολογία*, με τη συνεργασία Ελλήνων ειδικών και τις εκδόσεις UICC. Αθήνα
- Τούντας Κ.** (1977). *Χειρουργική*, «Παρισιανός». Αθήνα
- Καστανάς Η., Χατζόγλου Α.** 1994 «*Βιολογικοί παράγοντες καρκίνου μαστού*», Ιατρική, 3:264
- Ζαπάτη Ε., Μαστοράκος Γ.** 2001 «*Παράγοντες κινδύνου καρκίνου μαστού*», Ιατρική, 5:403-404
- Νακοπούλου Α., Γακιοπούλου Χ.** 1996 «*Χημειοθεραπεία*», Ιατρική, 3:160-161
- Νακοπούλου Α., Καβαντζάς Ν.** 1997 «*Μεταστάσεις*», Ιατρική, 5:442
- Σακοράφας Γ., Βλάχος Α.** 2001 «*Μεταστάσεις*», Ιατρική, 2:160-161

- Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων-Ευρώπη κατά του καρκίνου (1994).  
 Νοσηλευτική Ογκολογία: Βοηθήματα νοσηλευτικής πρόληψης και έγκαιρης  
 διάγνωσης καρκίνου, «Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία». Αθήνα
- Cable G., Dollinger M. et al.** (1992). *Ο καρκίνος: διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση, ένας οδηγός για όλους*, «Κάτοπτρο». Αθήνα
- Κονιάρη Ε.** (1991). *Καρκίνος του μαστού-Νοσηλευτική παρέμβαση*, «Βήτα». Αθήνα
- Νακοπούλου Α.** 1997 Πρόγνωση καρκίνου μαστού, *Ιατρική*, 3:245
- Βελέντζα Κ., Μαιμπλέκου Ε.** 2003 Καρκίνος και Κατάθλιψη, *Ιατρική*, 3:199
- Περτέση Ε.** 2007, Η αποτελεσματικότητα των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στην ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρκίνο μαστού, *Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ* 7:43-44
- Κρουστάλλη Ε., Χατζησπύρου Σ.** (2008). *35<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο*, βιβλίο περιλήψεων. Αθήνα
- Μητρόπουλος Φ., Λινός Δ.** 1995 Καρκίνος μαστού στους άντρες. *Ιατρική*, 6:583-585
- Ρηγάτος Γ.** (2007). *Θέματα Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας*, Αθήνα
- Αποστολίδης Ν., Πανουσόπουλος Δ.** (1998). *Ο καρκίνος μαστού: σύγχρονες απόψεις*, Αθήνα
- Ντούλια Μ.** (2001). *Ανάπτυξη και κλινικές εφαρμογές μεθόδων μοριακής διαγνωστικής για την ανίχνευση κυκλοφορούντων καρκινικών κυττάρων στον καρκίνο μαστού μέσω της έκφρασης της μαστοσφαιρίνης Α*, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Τσαρουχά Χ.** (2002). *Γενετική μελέτη των όγκων του μαστού (Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τμήμα Βιολογίας-Τομέας Γενετικής και Βιοτεχνολογίας καθώς και «Τμήμα Γενετικής-Περιφερειακό Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών 'Ο Άγιος Σάββας'»)*, Αθήνα
- Πινακίδης Μ., Μπούτης Α.** (1993). Καρκίνος μαστού, «Univercity StudioPress». Θεσσαλονίκη
- Κονιάρη Ε.** (1991). *Καρκίνος του μαστού: νοσηλευτική παρέμβαση*, «Βήτα». Αθήνα
- Δημητράκης Κ., Κεραμόπουλος Α.** (2000). *Καρκίνος μαστού και μοριακή βιολογία*, Επιστημονικές εκδόσεις «Γρ. Παρισιανού». Αθήνα
- Χρυσοχόου Μ.** (1998). *Καρκίνος μαστού στην Ελλάδα, σταδιοποίηση και επιβίωση: διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*. Αθήνα

- Βαβίλης Δ.** (2002). *Αντισύλληψη Στο: Βασικές γνώσεις Μαιευτικής και Γυναικολογίας, « I.N.Μπόντης» University Studio Press.* Θεσσαλονίκη
- Σέγκου Χ., Μανιά Ν.** (1992). *Ορμονική αντισύλληψη: Γυναικολογική Ενδοκρινολογία, «Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας».* Αθήνα
- Ματσανιώτης Ν.** (1987). *Η Σύγχρονη Ιατρική: οικογενειακή υγεία, παιδί και φροντίδα 4:32-40, «Φυκίρης».* Αθήνα
- Γκυρ Ζ.** (2007). *Η Ψυχοσωματική και Καρκίνος, Εκδόσεις: Χατζηνικολή*
- Δημητρακάκης** (2007). *Κ. καρκίνος μαστού και μοριακή βιολογία, Εκδόσεις: Παρισιανού Μαρία*
- Δημόπουλος Μ.** (2007). *Οι θεραπείες του καρκίνου από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, Εκδόσεις: Ευανδρός*
- Ιακωβίδης Ι., Ιακωβίδης Α.,** (2007). *Ψυχικές επιδράσεις του καρκίνου, Εκδόσεις: Γράφημα*
- Καρκίνος του μαστού.**(2007). *Νοσηλευτική παρέμβαση, Εκδόσεις: Κονιάρη, Βήτα Ιατρικές εκδόσεις*
- Κουζής Α.**(2007). *Ο καρκίνος παρά τοις αρχαίοις Έλλησιν Ιατροίς. Εκδόσεις: Σταμούλη Α. Ε.*
- Λαμπρόπουλος Δ.,** (2007). *Ο καρκίνος και προλαμβάνεται και θεραπεύεται*
- Λόρεν Π.** (2007). *μπορείς να αγωνιστείς για τη ζωή σου, Εκδόσεις: Θυμάρι*
- Μαστογραφία – Καρκίνος του μαστού – Ο δρόμος προς τη διάγνωση (3 τόμοι),** Σεμινάρια Ογκολογίας. Εκδόσεις: Παρισιανού
- Παρασκευόπουλος Π.,** (2007). *Διατροφή και Καρκίνος. Σημασία της μεσογειακής δίαιτας, Εκδόσεις: University Studio Press*
- Πινακίδης Μ.,** (2007). *Καρκίνος μαστού. Εκδόσεις: University Studio Press*
- Ρήγα Α.,** (2007). *Καρκίνος από τη μητέρα στην κόρη: Η δυναμική της Επανάληψης. Εκδόσεις: Παπαζήσης*
- Φοράδης Ν.,** Καρκίνος. (2007). *Πρόληψη – θεραπεία δίχως φάρμακα. Εκδόσεις: Κέντρο Φυσικής Ζωής*
- Buckman R., Whittaker T.** (2000). *Καρκίνος μαστού: όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε. Εκδόσεις: Δωρικός*
- Edward G., Confield J., Hansen M** (2006). *Καρκίνος του μαστού, Βοήθεια για την ψυχή και το σώμα. Εκδόσεις: Αλκυών, Αθήνα*
- Henry C.,** (2006). *Όρια Ζωής*
- Kessler R.,** (2006). *Μαθήματα Ζωής. Εκδόσεις: EuroPubli*



- Lambley P., (2005). *η Ψυχολογία του καρκίνου*. Εκδόσεις: Μακρή
- Levine M., (2006) *Πώς νίκησα τον καρκίνο*. Εκδόσεις: Κλειδάριθμος
- Malin D., RosenSam E., Cable K. (2006). *Ο καρκίνος – Διάγνωση, πρόληψη, θεραπεία, καθημέρινη αντιμετώπιση, οδηγός για όλους*
- Murray, Birdshall, Pizzorno et. al (2005). *Καρκίνος, Πρόληψη-θεραπεία με φυσικά μέσα*. Εκδόσεις: Διόπτρα
- Neireyer R. (2005). *Να αγαπάς και να χάνεις – Αντιμετωπίζοντας την απώλεια*. Εκδόσεις: Κριτική
- Simonton C., Mottley-Simonton S., Creighton J. (2005). *Γίνε ξανά καλά: Μια ολιστική προσέγγιση στη θεραπεία του καρκίνου*
- Robert A. (2005). *Καρκίνος του στήθους. Διατροφή για πρόληψη & αντιμετώπιση*. Εκδόσεις: Μοντέρνοι Καιροί
- Susan M., Lore M., Liindseum K. (2005). *Το βιβλίο του μαστού*. Εκδόσεις: Λύχνος
- Trescothick J, (2005). *Καρκίνος*. Εκδόσεις: Μίνωας
- Σταυρίδης Ι. (2008). *Φυσιολογία του ανθρώπου*, Ιατρικές εκδόσεις «Πασχαλίδης», 2:591-596. Αθήνα
- Βαρσαμίδης Κ (2001). *Φυσιολογία του ανθρώπου*, University Studio Press. Θεσσαλονίκη
- Hegner B., Caldwell E. επιμέλεια Καλαβρουζιώτης Γ. (1999). *Νοσηλευτική Οργανικών Συστημάτων*, «Ελλην». Αθήνα
- Ulrich, Canale, Wendell (1997). *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική: Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας*, «Λαγός» 1:917-935. Αθήνα
- Plant J. (2003). *Κατανοώντας, προλαμβάνοντας και υπερνικώντας τον Καρκίνο Μαστού «Αυτή η μάχη κερδίζεται»*, εκδόσεις «Διόπτρα». Αθήνα
- Lambley P. (2005). *Η Ψυχολογία του Καρκίνου (πρόληψη και επιβίωση: Τι μπορείς να κάνεις για να βοηθήσεις τον εαυτό σου)*, «Μαυρή». Αθήνα
- Parry G. επιμέλεια: Δεγλέρης Ν. (1996). *Ψυχολογικές κρίσεις και η αντιμετώπισή τους*, «Ελληνικά Γράμματα». Αθήνα
- Κέντρο Ψυχοκοινωνική Υποστήριξης Γυναικών Με Καρκίνο Μαστού (Ελλη Λαμπέτη)- Ελληνική Εταιρία Μαστολογίας. Ενημερώσου, Προφυλάξου, Πρόλαβε!!! . Ενημερωτική Έκδοση
- Όμιλος εθελοντών κατά του καρκίνου «Αγκαλιάζω». Διατροφή ασθενών με καρκίνο. Ενημερωτική Έκδοση
- Μπούκας Χ., Τζιλιάνος Μ. (2007). *Κατανοώντας τον καρκίνο μαστού*.

Σύλλογος Καρκινοπαθών Μακεδονίας-Θράκης επιμέλεια: Μήττα Π. «Μπορώ Να Επιβιώσω». Ενημερωτική Έκδοση  
Έκδοση Του Πανελληνίου Συλλόγου Γυναικών Με Καρκίνο Μαστού, «Πάνω απ'όλα Γυναίκα, Οδηγός για τον Καρκίνο Μαστού», Ενημερωτική Έκδοση  
Κορδιόλης Ν.,(2005). «Τα δικαιώματα των ασθενών με καρκίνο» Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία  
Σκουρολιάκου Μ. (2008). Διατροφή ασθενών με Καρκίνο. Ενημερωτικό φυλλάδιο του Συλλόγου «Αγκαλιάζω»  
Γιαννουκάκος Δ., Καγιάννη Ε. κ.ά. (2008). Δε θέλω να κοιμάμαι ήσυχη/Θέλω να κοιμάμαι ήσυχη, περιοδικό: Αγκαλιάζω, 10:8-9,16-19  
Μαρκόπουλος Χ. (2007). 30 Χρόνια προσφοράς Αγκαλιάζω, περιοδικό: Αγκαλιάζω, 1: 12-14  
<http://www.emprosnet.gr/topics/health/?EntityID=06e810e0-4373-4566-9032-d2d01ea31e53> 4/4/2009  
<http://www.xiakifoni.gr/articles.aspx?ArticleID=7522> 4/4/2009  
[http://www.gyn.gr/artman/publish/article\\_234.asp](http://www.gyn.gr/artman/publish/article_234.asp) 4/4/2009  
[http://www.gyn.gr/artman/publish/article\\_218.asp](http://www.gyn.gr/artman/publish/article_218.asp) 15/4/2009  
[http://www.gyn.gr/artman/publish/article\\_116.asp](http://www.gyn.gr/artman/publish/article_116.asp) 15/4/2009  
[http://www.gyn.gr/artman/publish/article\\_115.asp](http://www.gyn.gr/artman/publish/article_115.asp) 22/5/2009  
[http://www.gyn.gr/artman/publish/article\\_4.asp](http://www.gyn.gr/artman/publish/article_4.asp) 22/5/2009  
<http://www.epemvatiki.gr/mastos.html> 22/5/2009  
<http://www.emprosnet.gr/topics/health/?EntityID=06e810e0-4373-4566-9032-d2d01ea31e53>. 4/4/2009  
<http://www.xiakifoni.gr/articles.aspx?ArticleID=7522> 4/4/2009  
[http://www.gyn.gr/artman/publish/article\\_234.asp](http://www.gyn.gr/artman/publish/article_234.asp) 15/4/2009  
<http://www.mednutrition.gr/content/view/2414/111/> 22/5/2009  
<http://www.breastcancerhellas.gr/default.asp?pid=4&la=1> 22/5/2009  
[http://www.actclick.com/site/articlepages/mainArticle\\_924.aspx](http://www.actclick.com/site/articlepages/mainArticle_924.aspx) 4/4/2009  
<http://www.surgeon.gr/110/3342.aspx> 22/5/2009  
[http://www.oekk.gr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=53&Itemid=201](http://www.oekk.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=201) 15/4/2009  
<http://images.google.gr/images> 30/5/2009