

ΤΕΙ Πάτρας
Σχολή ΣΕΥΠ
Τμήμα Νοσηλευτικής

Πτυχιακή εργασία
Καρκίνος μαστού-Νοσηλευτική παρέμβαση στην
ψυχοσωματική υποστήριξη του ατόμου



Εισηγήτρια :

Δημοπούλου Ειρήνη
Καθηγήτρια Εφαρμογών

Επιμέλεια :

Αλεξανδροπούλου Νικολίτσα

Πάτρα 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	6
Πρόλογος	7
Εισαγωγή	
<u>Κεφάλαιο 1 «Ανατομία και Φυσιολογία μαστού»</u>	
1.1 Μαστός	9
1.2 Θέση και Έκταση μαστού	9
1.3 Υφή μαστού	10
1.4 Αιμάτωση	13
1.5 Αγγείωση	13
1.6 Νεύρωση μαστού	15
1.7 Φυσιολογία	15
<u>Κεφάλαιο 2 «Ιστορία και Επιδημιολογία καρκίνου μαστού»</u>	
2.1 Ιστορική αναδρομή	18
2.2 Επιδημιολογία	18
2.4 Θνησιμότητα	19
<u>Κεφάλαιο 3 «Προδιαθεσικοί παράγοντες»</u>	
3.1 Κληρονομικότητα	22
3.2 Φύλλο	22
3.3 Ηλικία	22
3.4 Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης	23
3.5 Ορμονικοί παράγοντες	24
3.6 Αντισυλληπτικά χάπια	25
3.7 Ακτινοβολία	25
3.8 Ψυχολογικοί παράγοντες και καρκινογέννεση	26
3.9 Θηλασμός	26
3.10 Διατροφή	27
3.11 Κάπνισμα	28
3.12 Έκτρωση	29

<u>Κεφάλαιο 4 «Πρόληψη καρκίνου μαστού»</u>	31
4.1 Ορισμός πρόληψης	31
4.2 Επίπεδα ενημέρωσης καρκίνου μαστού στη χώρα μας	33
4.3 Εφαρμογή προγραμμάτων και μέτρων πρωτογενούς πρόληψης	34
4.4 Πρωτογενής πρόληψη	34
4.5 Δευτερογενής πρόληψη	35
4.6 Αυτοεξέταση μαστού	35
4.7 Ρόλος νοσηλεύτη στην πρόληψη	37
<u>Κεφάλαιο 5 «Διάγνωση καρκίνου μαστού»</u>	40
5.1 Κλινική εξέταση	41
5.2 Εργαστηριακή διάγνωση	41
5.2.1 Αιματολογική εξέταση	41
5.2.2 Κυτταρολογικές εξετάσεις	41
5.3 Μέθοδοι απεικονιστικής εξέτασης	42
5.3.1 Μαστογραφία	44
5.3.2 Υπερηχογράφημα	45
5.3.3 Πνευμοκυστογραφία	45
5.3.4 Μαγνητική	46
5.3.5 Αξονική τομογραφία	47
5.3.6 Σπινθηρογράφημα	47
5.3.7 Θερμογραφία	48
5.3.8 Ξηρογραφία	48
5.3.9 Διαφανοσκόπηση	48
5.4 Εγχειρητική διάγνωση	49
5.4.1 Παρακέντηση με λεπτή βελόνα	50
5.4.2 Βιοψία με κόπτουσα βελόνη	50
5.4.4 Ρόλος του νοσηλεύτη κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων	
<u>Κεφάλαιο 6 «Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού»</u>	
6.1 Θεραπεία του καρκίνου του μαστού	52
6.2 Είδη θεραπευτικών χειρουργικών μεθόδων	52
6.2.1 Ριζική μαστεκτομή	53

6.2.3 Μερική μαστεκτομή	54
6.2.4 Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή	54
6.2.5 Εκτεταμένη ολική μαστεκτομή	55
6.2.6 Ογκεκτομία	56
6.2.8 Ρόλος του νοσηλευτή κατά την χειρουργική επέμβαση	56
6.2.8.1 Προεγχειρητική φροντίδα	56
6.2.8.2 Μετεγχειρητική φροντίδα	57
6.3 Χημειοθεραπεία	58
6.3.1 Παρενέργειες χημειοθεραπείας	58
6.3.2 Ρόλος νοσηλευτή κατά την χημειοθεραπεία	60
6.4 Ακτινοθεραπεία	61
6.4.1 Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία	62
6.4.2 Παρενέργειες ακτινοθεραπείας	63
6.4.3 Ρόλος νοσηλευτή κατά την ακτινοθεραπεία	64
6.5 Ορμονοθεραπεία	64
6.5.1 Ταμοξιφένη	64
6.5.2 Παρενέργειες Ταμοξιφένης	65
6.6 Ανοσοθεραπεία	65

Κεφάλαιο 7 «Ρόλος νοσηλευτή στην ψυχοσωματική υγεία της ασθενούς»

7.1 Η γνώση της αλήθειας και η ασθενής	67
7.2 Επικοινωνία νοσηλευτή – ασθενή	68
7.3 Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς	69
7.4 Τι είναι αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή	71
7.5 Μέθοδοι αποκατάστασης μαστού	72
7.6 Ψυχική αποκατάσταση και νοσηλευτική παρέμβαση	73
7.7 Ερωτική ζωή και σεξουαλικά προβλήματα	73
7.8 Κατ' οίκον νοσηλεία και νοσηλευτική φροντίδα	74

Κεφάλαιο 8 «Καρκίνος μαστού και ειδικές περιπτώσεις

8.1 Καρκίνος μαστού στους άνδρες	77
8.2 Καρκίνος μαστού και κλιμακτήριος	78

8.3 Καρκίνος μαστού και καφές	79
8.4 Κύηση μετά από μαστεκτομή	80
8.5 Καρκίνος μαστού και εγκυμοσύνη	81
8.6 Θεραπεία υπογονιμότητας (εξωσωματική γονιμοποίηση) και καρκίνος μαστού	82
8.7 Καρκίνος μαστού και χάπι	83
<u>Κεφάλαιο 9 «Νοσηλευτική Διεργασία»</u>	85
<u>Συμπεράσματα – Προτάσεις</u>	108
<u>Περίληψη</u>	110
<u>Summary</u>	111
<u>Βιβλιογραφία</u>	112
<u>Παραρτήματα</u>	116

Πρόλογος

Από τα πρώτα χρόνια της ιστορίας ο μαστός της γυναίκας θεωρήθηκε σύμβολο ευγονίας και θηλυκότητας. Η κλασική και η σύγχρονη τέχνη αντιμετώπισε τους μαστούς σαν εκφραστικά στοιχεία του γυναικείου κάλους με κλασικό πρότυπο την Αφροδίτη. Ο θηλασμός και οι ιατρικές, κατά κύριο λόγο, οπτικές που αναπτύσσονται γύρω από αυτόν καθορίζουν τη στάση των σημερινών γυναικών ως προς το θηλασμό και την ενοχοποίηση ή απενοχοποίησή τους ως προς το πόσο καλές μητέρες είναι. Το στήθος, όμως, πέρα από τους δύο αυτούς άξονες της μητρότητας και της νόσου εμπλέκεται και σε άλλα θέματα, ευρύτερα, που αφορούν αφενός μεν την πανίσχυρη «ιδεολογία» της ομορφιάς και αφετέρου τη θέση της γυναίκας στην κοινωνία. Το στήθος αποτέλεσε κατά καιρούς σύμβολο πολιτικό, αισθητικό και εμπορικό. Το οξύμωρο σήμερα είναι ότι παρόλο που όλα τα ζητήματα αυτά έχουν δημόσια τεθεί και αρθρωθεί, εδώ και κάποιες δεκαετίες, δεν σημαίνει ότι έχουν απαραίτητα επιλυθεί. Η πορνογραφία, η σεξουαλική κακοποίηση, η προσαρμογή σε κανόνες ομορφιάς, η οποία πυροδοτεί τη ραγδαία εξάπλωση της αισθητικής χειρουργικής, η πολιτική αλλά και η σεξουαλική απελευθέρωση –ζητήματα τα οποία όλα κατά καιρούς συνδέθηκαν συμβολικά με το γυναικείο στήθος– μοιάζουν να είναι ζητήματα που επιβιώνουν διαχρονικά διαρκώς μεταβαλλόμενα και σήμερα πλέον διαχέονται σε πολλές κοινωνικές ομάδες και αφορούν όλο και περισσότερο κόσμο.

Εισαγωγή

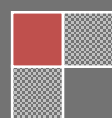
Πολλές παθήσεις που θεωρούνται ανίατες μπορούν σήμερα να προληφθούν η και να θεραπευθούν, εφ' όσον διαγνωσθούν έγκαιρα. Τόσο η πρόληψη όσο και η έγκαιρη διάγνωση, προϋποθέτουν ότι ο πολίτης είναι ευαισθητοποιημένος και κατάλληλα ενημερωμένος. Η γνώση της κατασκευής και του τρόπου που λειτουργεί το ανθρώπινο σώμα, αλλά και η κατανόηση βασικών στοιχείων μιας πάθησης ,μπορούν να βοηθήσουν ώστε να αναγνωρισθούν έγκαιρα, τυχόν προειδοποιητικά συμπτώματα και σημεία, από τον ίδιο τον πάσχοντα και να τον οδηγήσουν στο γιατρό. Ο καρκίνος του μαστού σήμερα θεωρείται μια ασθένεια η οποία μπορεί να θεραπευτεί και η διάγνωση της δεν είναι συνώνυμο του θανάτου.

Ο οργανισμός του ανθρώπου αποτελείται από έναν τεράστιο αριθμό κυττάρων τα οποία στη διάρκεια της ζωής του θα υποστούν φθορά και μετά από ένα διάστημα πεθαίνουν και στη συνέχεια αντικαθίσταται από άλλα κύτταρα μέσω του μηχανισμού πολλαπλασιασμού των κυττάρων (κυτταρική διαίρεση). Ο μηχανισμός αυτός ρυθμίζεται από πληροφορίες που υπάρχουν καταγεγραμμένες στον γενετικό υλικό. Όταν ο μηχανισμός αυτός υποστεί βλάβη για κάποιο λόγο ο πολλαπλασιασμός των νεκρών κυττάρων μπορεί μην λειτουργεί σε φυσιολογικά επίπεδα και με βάση τις ανάγκες του ανθρώπινου οργανισμού. Έτσι αυτά τα κύτταρα μετατρέπονται σε καρκινικά κύτταρα και αργότερα σε καρκίνο του μαστού.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ



1.1 Μαστός

Ο μαστός υπάρχει και στα δυο φύλα, αν και στον άνδρα είναι υποανάπτυκτος (Τζωρακοελευθεράκης, 1992). Είναι ένα όργανο που εμφανίζεται αργά στη φυλογενετική κλίμακα αφού, αποτελεί ανατομικό χαρακτηριστικό των θηλαστικών ζώων και χρησιμεύει για τη θρέψη των σχετικά ανώριμων κατά τη γέννηση παιδιών τους (Κόνιαρη, 1991). Θεωρείται επικουρικό γεννητικό όργανο μιας και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εγκυμοσύνη και στο θηλασμό (Shapiro, 1999). Στη γυναίκα αναπτύσσεται κατά και μετά την ήβη και φτάνει στη μέγιστή του ανάπτυξη κατά τη διάρκεια των τελευταίων μηνών της κύησης και της γαλουχίας (Τζωρακοελευθεράκης, 1992). Όσο θηλάζει η γυναίκα τόσο ο μαστός παράγει γάλα. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω αντανακλαστικού από τη θηλή του μαστού στο διάμεσο εγκέφαλο και από εκεί, μέσω της υπόφυσης, με την ορμόνη προλακτίνη. Μετά τη διακοπή του θηλασμού οι αδένες επιστρέφουν στην κατάσταση πριν το θηλασμό (Lippert, 1993).

Μερικές γυναίκες νιώθουν αμήχανες για το στήθος τους. Πιστεύουν ότι είναι είτε πολύ μεγάλο είτε πολύ μικρό ή ανησυχούν ότι το ένα είναι μεγαλύτερο από το άλλο. Στην πραγματικότητα όμως το μέγεθος των μαστών δεν κάνει καμία διαφορά ούτε στις σεξουαλικές διαθέσεις μια γυναίκας ούτε στην ικανότητα να θηλάσει ένα μωρό. Οι γυναίκες με μικρό στήθος έχουν τις ίδιες σεξουαλικές διαθέσεις με τις γυναίκες με μεγάλο στήθος και μπορούν να θηλάσουν ένα μωρό με την ίδια επιτυχία. Επιπλέον, είναι φυσιολογικό ο ένας μαστός να διαφέρει ελαφρώς από τον άλλον σε μέγεθος και σε σχήμα. Συνήθως το δεξιό στήθος είναι πιο μικρό από το αριστερό (Clinic, 2008).

1.2 Θέση και έκταση μαστού

Στην έφηβη γυναίκα οι μαστοί είναι ημισφαιρικοί και βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ανάμεσα στη 2^η-3^η και 6^η – 7^η πλευρά και ανάμεσα από το χείλος του στέρνου και την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή (Παπανικολάου, 2005) σχηματίζοντας προς την μασχάλη μια πυραμοειδή προσεκβολή, την ουρά του Spence (Μαρκόπουλος, 2007).

Η πραγματική, όμως, έκταση του μαστού είναι σημαντικά μεγαλύτερη, γιατί αυτός εκτείνεται με τη μορφή λεπτής στιβάδας, προς τα πάνω στην κλείδα, προς το κέντρο

στη μέση γραμμή και προς τα έξω στο έξω χείλος του πλατύ ραχιαίου μυ (Παπανικολάου, 2005). Πιο αναλυτικά, τα 2/3 του μαστού βρίσκονται στην επιφάνεια του μείζονος θωρακικού μυός και το 1/3, περίπου, στον πρόσθιο οδοντωτό (Bates, 1982).

1.3 Υφή του μαστού

Η υφή του μαστού έχει μεγάλη σημασία, γιατί εμφανίζει μεγάλες διαφορές, που βρίσκονται μέσα σε φυσιολογικά όρια. Αυτό οφείλεται στην επίδραση των ορμονών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και του ωοθηκικού κύκλου.

Αν αποκολλήσουμε το μαστό από το πρόσθιο πεδίο, θα διακρίνουμε δυο επιφάνειές του, την πρόσθια και την οπίσθια, και την περιφέρειά του.

Ø *Πρόσθια επιφάνεια.* Αυτή είναι υπόκυρτη και αποτελείται από το δέρμα, που, στο φυσιολογικό μαστό, είναι ευκίνητο, λείο, λεπτό και επιτρέπει, περισσότερο στη γυναίκα που θηλάζει, να διαγράφονται κάτω από αυτό οι φλέβες. Στο κέντρο της επιφάνειας αυτής προέχει η θηλή και γύρω από αυτή υπάρχει η θηλαία άλως, που και οι δυο τους ξεχωρίζουν από το υπόλοιπο δέρμα για τη χροιά τους (Παπανικολάου, 2005). Στις μελαχρινές γυναίκες είναι αμαυρές, στις ξανθές ρόδινο και αμαυρότερες σε όλες κατά το διάστημα της εγκυμοσύνης (Κόνιαρη, 1991· Παπανικολάου, 2005).

Ø *Οπίσθια επιφάνεια.* Αυτή λέγεται και βάση του μαστού, είναι επίπεδη, βρίσκεται πάνω στην πρετονία του μείζοντα θωρακικού μυ και συνάπτεται μαζί του με συνδετικό ιστό. Στους μεγάλους, όμως, μαστούς, η οπίσθια επιφάνεια περνάει το κάτω χείλος του μείζοντος θωρακικού μυ και σκεπάζει τα οδοντώματα του πρόσθιου οδοντωτού μυ και στον έξω λοξό της κοιλιάς μυ, στο ύψος της 5^{ης} -6^{ης} πλευράς.

Ø *Περιφέρεια.* Αυτή είναι λεπτή και συνεχίζεται με ινολιπώση ιστό με τους γύρω ιστούς.

Κάθε μαστός αποτελείται από το δέρμα (τη μαλακή περιοχή, τη θηλή, και την θηλαία άλως), το περιμαστικό λίπος και μαστικό αδένια. Το δέρμα διαφέρει στις διάφορες περιοχές του και εμφανίζει κεντρικά τη θηλή και γύρω από τη θηλαία άλω. Το δέρμα του μαστού έχει σμηματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες (Παπανικολάου, 2005).

Δέρμα :

Ø *Θηλή.* Μπορεί να είναι επίπεδη, αλλά περιέχουν ιστό που μπορεί να ανυψωθεί με διάφορα ερεθίσματα, όπως όταν κάνει κρύο, κατά τη διάρκεια του σεξουαλικού ερεθισμού ή όταν κάτι τρίβεται πάνω σε αυτή. Η θηλή σε μερικές γυναίκες προεξέχουν πάντα και σε άλλες εισέχουν (εσολκή). Και οι 3 τύποι θηλών είναι απολύτως φυσιολογική (Clinic, 2008). Η κατασκευή της θηλής είναι συμμετρική, στερεά, ελαστική και παρακολουθεί κάθε μετακίνηση του μαστικού αδένα. Στη θηλή του μαστού υπάρχει η τελική μοίρα και τα στόμια των 15-20 γαλακτοφόρων πόρων, που καλύπτονται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο.

Ø *Θηλαία άλω.* Αποτελεί την κυκλότερη ζώνη γύρω από τη θηλή, έχει διάμετρο 15-35 χιλιοστά και χρώμα σκοτεινότερο από το υπόλοιπο δέρμα. Το δέρμα της θηλαία άλω περιέχει μικρές τρίχες και άπειρους αδένες, που διακρίνονται σε ιδρωτοποιούς, σηματογόνους και επικουρικούς.

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η θηλή και η θηλαία άλω γίνονται περισσότερες μελαχρινές μετά την 8^η εβδομάδα (Παπανικολάου, 2005).

Περιμαστικό λίπος:

Παριστάνει τη συνέχεια του υποδόριου λίπους και μέσα σε αυτό κατασκηνώνει ο μαστικός αδένας. Διακρίνουμε σε αυτό την πρόσθια και οπίσθια στιβάδα του

Ø *Πρόσθια στιβάδα.* Είναι παχιά ιδιαίτερα στην παρθένο, δεν υπάρχει στο μέρος της θηλής και της θηλαίας άλω και το πάχος της αυξάνεται στην περιφέρεια. Την πρόσθια στιβάδα περνάνε συνδετικές ίνες, που λέγονται σύνδεσμοι του Cooper ή ανεκκτήρες σύνδεσμοι του μαστού. Κάθε καρκινική διήθηση αυτών των συνδέσμων προκαλεί απώλεια της ελαστικότητάς τους και βράχυνσή τους, που έχει σαν αποτέλεσμα την εισολκή του δέρματος, χρήσιμο κλινικό σημάδι για την διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Ø *Οπίσθια στιβάδα.* Είναι λεπτή, περίπου 1εκ., βρίσκεται πίσω από το μαστικό αδένα και ανάμεσα στην πίσω επιφάνειά του και την επιφανειακή θωρακική περιτονία, αποτελεί ένα είδος κρεμαστήρα συνδέσμου του μαστού (Παπανικολάου, 1995).

Μαστικός αδένας :

Έχει σχήμα δίσκου και περιβάλλεται από πέταλο συνδετικού ιστού. Διακρίνουμε σε αυτόν δύο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια περιφέρεια.

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

- Ø *Λοβοί.* Ο κάθε μαστός έχει 15-20 λοβούς. Ο κάθε λοβός έχει έναν γαλακτοφόρο πόρο, στον οποίο εκβάλλουν άλλοι δευτερότεροι πόροι, βρίσκεται μέσα στο μαστικό αδένα σε ακτινωτή διάταξη και συγκλίνει προς τη θηλή (Παπανικολάου, 2005). Κάθε λοβός περιέχει πολλά λοβία τα οποία κρατιούνται μεταξύ τους με συνδετικό ιστό, ο οποίος επίσης χρησιμεύει για την στήριξη αγγείων και πόρων (Τζωρακοελευθεράκης, 1992). Κάθε λοβός αποτελείται από ένα γαλακτοφόρο πόρο, από διάφορο αριθμό λοβίων και από αδενοκυψέλες.
- Ø *Εκφορητικοί πόροι.* Αυτοί διευλάνουν τη θηλή και φέρουν έκκριμα του μαστού από τους γαλακτοφόρους πόρους προς τα έξω και ανέρχονται στους 25-20 πόρους.
- Ø *Γαλακτοφόροι κόλποι.* Είναι 20 περίπου, αποτελούν ανευρύσματα, που βρίσκονται στη βάση της θηλής και σχηματίζονται από την αναστόμωση των γαλακτοφόρων πόρων, που εκβάλλουν σ' αυτούς. Οι γαλακτοφόροι πόροι είναι περισσότερο ανεπτυγμένοι στο μαστό που θηλάζει, και φέρουν το έκκριμά τους στη θηλή με τους εκφορητικούς πόρους (Παπανικολάου, 2005).
- Ø *Γαλακτοφόροι πόροι.* Έχουν διάμετρο 4-5 mm οι οποίοι χρησιμεύουν σαν αποθήκες των εκκρίσεων του μαζικού αδένα. περιβάλλονται από συνδετικό ιστό ο οποίος περιέχει επιμήκεις και εγκάρσιες ελαστικές ίνες και επαλείφεται από κυλινδρικό επιθήλιο με ένα εξωτερικό στρώμα επιμηκών μυοεπιθηλιακών κυττάρων πάνω σε βασική μεμβράνη (Τζωρακοελευθεράκης, 1992).
- Ø *Αδενοκυψέλες.* Αποτελούν την εκκριτική μοίρα του μαστικού αδένα και περιβάλλονται από εξειδικευμένο συνδετικό ιστό. Πολλές αδενοκυψέλες μαζί με τον ενδιάμεσο συνδετικό ιστό, αποτελούν τα λοβία και πολλά λοβία μαζί με το λοβό του αδένα (Παπανικολάου, 1995).

1.4 Αιμάτωση

Η αιμάτωση του μαστού είναι πλούσια. Λόγω της κεντρικής θέσης στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα ο μαστός δέχεται αρτηριακούς κλάδους από τη μασχαλιαία και την έσω θωρακική αρτηρία, οι οποίες βρίσκονται στην περιφέρειά του. Οι κυριότεροι κλάδοι μπαίνουν στο μαστό από τον άνω έσω ή άνω έξω όριό του. Ανάλογα ισχύουν και για τη φλεβική απαγωγή του αίματος μέσω της μασχαλιαίας και έσω θωρακικής φλέβας (Τζωρακοελευθεράκης, 1992).

1.5 Αγγείωση

Η αγγείωση του μαστού επιτυγχάνεται με τις αρτηρίες, τις φλέβες και τα λεμφαγγεία .

Αρτηρίες :

Ο μαζικός αδένας δέχεται αίμα από την έσω μαστική, την πλάγια και την ανώτερη θωρακική, τους διαιτιτραίνοντες κλάδους των μεσοπλεύριων και την υποπλάτια αρτηρία, που αναστομώνονται μεταξύ τους, σχηματίζοντας πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες (Κόνιαρη, 1991· Παπανικολάου, 1994). Η υποπλάτιος αρτηρία έχει ιδιαίτερη σημασία, γιατί στην πορεία της συνοδεύεται από ομάδα λεμφαδένων, που παίρνουν μέρος στις μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού και οι κλάδοι της προκαλούν μεγάλη αιμορραγία, όταν γίνεται ριζική μαστεκτομή (Κόνιαρη, 1991).

Οι αρτηρίες είναι οι εξής :

- Ø Έσω μαστική αρτηρία
- Ø Πλάγια θωρακική αρτηρία
- Ø Ακρωμοθωρακική αρτηρία
- Ø Μεσοπλεύριες αρτηρίες
- Ø Υποπλάτιος αρτηρίες.

Φλέβες :

Οι φλέβες του μαστού έχουν μεγάλη σημασία, γιατί με αυτές, πολλές φορές, συμβαίνουν μεταστάσεις του καρκίνου. Οι επιφανειακές φλέβες του μαστού βρίσκονται κάτω από το πρόσθιο πέταλο της υποδόριας περιτονίας και μπορούν να διακριθούν με γυμνό μάτι. Οι φλέβες του μαστού, που βρίσκονται στο βάθος,

απάγουν το αίμα από το μαστό και το θωρακικό τοίχωμα και διακρίνονται σε 4 ομάδες που είναι οι εξής :

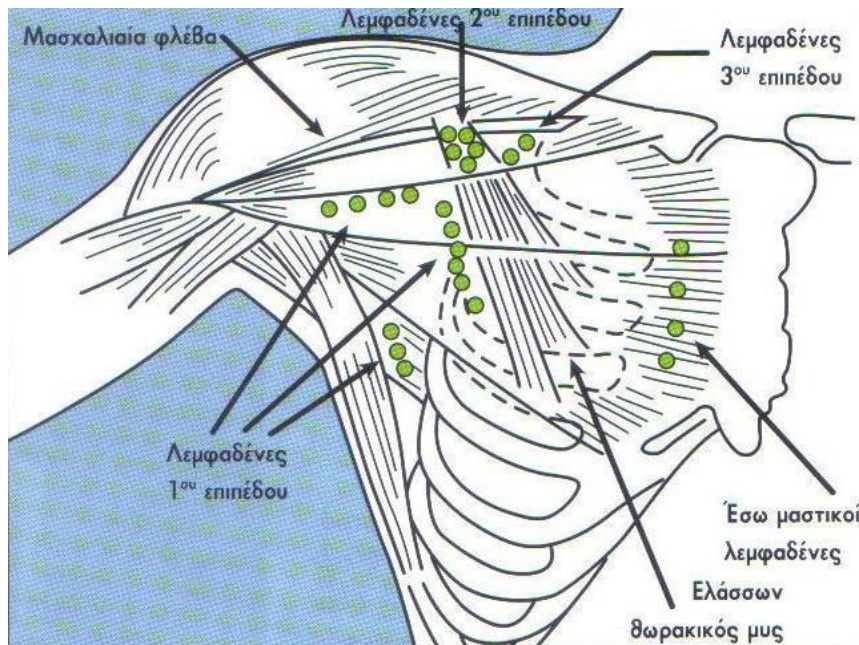
- Ø *Έσω μαστικές φλέβες*
- Ø *Μασχαλιαίες φλέβες*
- Ø *Μεσοπλεύριες φλέβες*
- Ø *Σπονδυλικές φλέβες (Παπανικολάου, 2005).*

Λεμφαγγεία :

Το σύστημα της λεμφικής αποχέτευσης του μαστού παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, κυρίως λόγω της σχέσης του με τη διασπορά του καρκίνου. Το λεμφικό δίκτυο είναι πλουσιότατο , εμφανίζει πολλές αναστομώσεις, αλλά και πολλές εναλλακτικές οδούς. (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2007). Ανάλογα με τη θέση που βρίσκονται, ξεχωρίζουν στις εξής ομάδες :

- Ø *Έξω μαστικούς ή βραχιόνιους λεμφαδένες, που είναι 4-5 και βρίσκονται πίσω από τη μασχαλιαία φλέβα, κάτω από το χείλος του μείζονα θωρακικού μυ και ψηλαφώνται στο έξω χείλος του μαστού.*
- Ø *Έσω μαστικούς ή βραχιόνιους λεμφαδένες, που είναι 5-6 και βρίσκονται σε δυο σωρούς, τον ένα στο ύψος του 2^{ου}-3^{ου} και τον άλλο του 4^{ου}-5^{ου} μεσοπλευριου διαστήματος (Παπανικολάου, 2005).*
- Ø *Οπίσθιους ή υποπλάτιους λεμφαδένες, που είναι 6 ή 7 και διατάσσονται στο οπίσθιο τοίχωμα της μαχαλιαίας κοιλότητας κατά μήκος της πορείας των υποπλατιαίων αγγείων.*
- Ø *Κεντρικούς λεμφαδένες, που είναι 3-4 μεγάλοι λεμφαδένες πίσω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ, εμβυθισμένοι σε άφθονο λίπος. Υποδέχονται λέμφο από όλες τις ομάδες των μασχαλιαίων λεμφαδένων 1^{ου} επιπέδου και την απάγουν στους κορυφαίους λεμφαδένες. Είναι οι πρώτοι που προσβάλλονται από μεταστάσεις σε περίπτωση κακοήθους εξεργασίας (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2007).*
- Ø *Κορυφαίους ή υποκλείδιους λεμφαδένες, που είναι 6-12 και βρίσκονται, οι περισσότεροι, κάτω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ, στο υποκλείδιο τρίγωνο, κάτω από την κορακοκλειδική ταινία και εξωτερικά της μασχαλιαίας φλέβας.*
- Ø *Υπερκλείδιοι λεμφαδένες, που βρίσκονται πάνω από την κλείδα και μέσα στο χαλαρό ιστό και το λίπος, που υπάρχουν κάτω από το μυώδες πλάσμα. Η ομάδα των υποκλειδίων λεμφαδένων σχηματίζει τρίγωνο, που έχει προς*

τα μέσα τη σφαγίτιδα φλέβα, προς τα έξω τον τραπεζοειδή μυ και προς τα κάτω την υποκλείδια φλέβα. Στον πυθμένα του τριγώνου υπάρχει ο πρόσθιος σκαληνός μυς (Παπανικολάου, 2005).



Εικόνα 1

Ανατομική θέση μασχαλιαίων λεμφαδένων

(Μαρκόπουλος, 2007)

1.6 Νεύρωση του μαστού

Η νεύρωση του μαστού γίνεται :

- Ø Από το μεσοπλευροβαραχιόνιο νεύρο,
- Ø Το θωρακορραχιαίο ή μέσο υποπλάτιο νεύρο
- Ø Το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell
- Ø Το αυτόνομο νευρικό σύστημα (Παπανικολάου, 2005).

1.7 Φυσιολογία του μαστού

Η ανάπτυξη και η λειτουργία του μαστού ξεκινά από ποικίλα ορμονικά ερεθίσματα, των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, της προλακτίνης, της ωκυτοκίνης, της θυροξίνης, της κορτιζόλης, και της αυξητικής ορμόνης. Τα οιστρογόνα, η

προγεστερόνη, και η προλακτίνη είναι ουσιαστικά για τη φυσιολογική ανάπτυξη και τη λειτουργία του μαστού. Τα οιστρογόνα επιδρούν στην ανάπτυξη των πόρων, ενώ η προγεστερόνη είναι υπεύθυνη για τη διαφοροποίηση του επιθηλίου και για την ανάπτυξη των λοβίων. Η προλακτίνη είναι το αρχικό ορμονικό ερέθισμα για τη λακτογένεση στην εγκυμοσύνη και τη μετά τον τοκετό περίοδο. Ρυθμίζει τους ορμονικούς υποδοχείς και προάγει την επιθηλιακή ανάπτυξη.

Η έκκριση των νευροτροφικών ορμονών από τον υποθάλαμο ρυθμίζει την έκκριση των ορμονών που επηρεάζουν τους ιστούς του μαστού. Η ωχρινοποιητική ορμόνη (LH) και η θυλακιοτρόπος (FSH) ρυθμίζουν την απελευθέρωση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες. Στη συνέχεια, η απελευθέρωση της LH και FSH από τα βασεόφιλα κύτταρα που βρίσκονται στη πρόσθια υπόφυση ρυθμίζεται από την έκκριση της εκλυτικής ορμόνης της γοναδοτροπίνης (gonadotropin-releasing hormone) (GnRH) από τον υποθάλαμο.

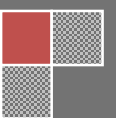
Θετική και αρνητική ανάδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης ρυθμίζει την έκκριση των LH, FSH και GnRH. Οι ορμόνες αυτές είναι αρμόδιες για την ανάπτυξη, τη λειτουργία και τη διατήρηση των ιστών του μαστού.

Στο θηλυκό νεογνό, τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης μειώνονται μετά από τη γέννηση και παραμένουν χαμηλά καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας λόγω του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης που δρα σαν αρνητικό feedback. Με την αρχή της εφηβείας, υπάρχει μείωση στην ευαισθησία του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης στο αρνητικό feedback και αύξηση στην ευαισθησία του στο θετικό feedback από τα οιστρογόνα. Η αύξηση που προκαλείται στην έκκριση GnRH, FSH και LH, οδηγεί στην αύξηση της έκκρισης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες, και στην έναρξη της έμμηνης ρύσης. Στην αρχή της έμμηνης ρύσης, υπάρχει αύξηση στο μέγεθος και την πυκνότητα των μαστών, η οποία ακολουθείται από την αύξηση των ιστών του μαστού και τον πολλαπλασιασμό του επιθηλίου. Με την αρχή της εμμηνόπαυσης, η αύξηση των μαστών υποχωρεί και ο πολλαπλασιασμός του επιθηλίου μειώνεται (Σγουράκης, 2006).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Ιστορία και Επιδημιολογία καρκίνου
του μαστού



2.1 Ιστορική αναδρομή

Ο καρκίνος του μαστού δεν είναι μόνο μια νόσος της σύγχρονης κοινωνίας, καθώς έχει αναγνωριστεί από την εποχή των αρχαίων Αιγύπτιων πολύ καιρό πριν από το έτος 1600π.Χ. Εντούτοις, η νόσος έχει εξελιχθεί σε ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 50 ετών και έχει υπολογιστεί ότι τουλάχιστον μια στις οχτώ γυναίκες θα εμφανίσουν τη νόσο σε κάποιο στάδιο της ζωής τους (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2007).

Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι τα τελευταία χρόνια, μία στις εννέα γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού. Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα είναι χαμηλότερη από τις άλλες χώρες της Ευρώπης και της Β. Αμερικής, αλλά υψηλότερη από τη θνησιμότητα στις χώρες της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής. Στις Ελληνίδες ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρώτη θέση ανάμεσα στις αιτίες θανάτου από καρκίνο με περίπου 1150 θανάτους ανά έτος, ακολουθούμενος από τους καρκίνους του στομάχου (560 θάνατοι ανά έτος) και του πνεύμονα (550 θάνατοι ανά έτος) (Συμεωνίδης, 2002).

2.1 Επιδημιολογία

Για τον παγκόσμιο πληθυσμό συνολικά, η συχνότητα και ο επιπολασμός του καρκίνου του μαστού αυξάνονται με γρήγορο ρυθμό κατά τη διάρκεια της τέταρτης δεκαετίας της ζωής και συνεχίζουν να αυξάνονται με την αύξηση της ηλικίας μετά την εμμηνόπαυση, αλλά λιγότερο θεαματικά από πριν (Τοκμακίδης, 2001).

Η επίπτωση του καρκίνου του μαστού αυξάνεται διαχρονικά στις περισσότερες χώρες και οι μεταβολές είναι συνήθως μεγαλύτερες εκεί όπου τα ποσοστά ήταν προηγουμένως μικρά. Από τις εκτιμήσεις για το έτος 1990, έχει υπάρξει μια ολική αύξηση στα ποσοστά της επίπτωσης περίπου 0,5 % ετησίως.

Το έτος 2002, ο καρκίνος του μαστού είχε διαπιστωθεί σε 1,15 εκατομμύριο νέες περιπτώσεις. Από αυτές, οι περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις είχαν διαγνωστεί στις βιομηχανικές χώρες, οι 361.000 στην Ευρώπη, και οι 230.000 στη βόρεια Αμερική. Η υψηλή επίπτωση της νόσου στις πιο εύπορες χώρες πιθανόν να οφείλεται

και στην παρουσία προγραμμάτων πρόληψης του πληθυσμού, τα οποία ανιχνεύουν τα πρώιμα διηθητικά καρκινώματα, ορισμένα από τα οποία σε διαφορετική περίπτωση θα είχαν διαγνωστεί αργότερα ή καθόλου.

Στην Ευρώπη διαπιστώθηκαν περίπου 2.886.800 νέες περιπτώσεις και 1.711.000 θάνατοι ατόμων με καρκίνο το έτος 2004. Η συχνότερη μορφή ήταν ο καρκίνος των πνευμόνων και στη συνέχεια ακολούθησε ο ορθοκολικός καρκίνος και ο καρκίνος του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες ήταν κατά πολύ η πιο συχνή μορφή από όλους τους καρκίνους, υπολογίζοντας ότι διαγνώσθηκαν 370.100 νέες περιπτώσεις με τη νόσο (27,4% όλων των νέων περιπτώσεων στις γυναίκες).

Στην Ελλάδα, υπάρχει αύξηση των κρουσμάτων εξαιτίας του σύγχρονου τρόπου ζωής. Οι Έλληνες καπνίζουν σαν φουγάρα και δεν γυμνάζονται, ενώ η διατροφή τους απέχει κατά 50% από το πρότυπο της μεσογειακής διαίτας (<http://www.makthes.gr/index.php>, 2009). κάθε χρόνο περίπου 1.500 γυναίκες εμφανίζουν τη νόσο και από αυτές οι 65% (ή 85% με εντοπισμένοι μάζα) επιβιώνουν περισσότερο από μια πενταετία (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2007).

2.3 Θνησιμότητα

Η πρόγνωση από τον καρκίνο του μαστού είναι γενικά μάλλον καλή, όπως διαπιστώνεται από τα κατ' εκτίμηση ποσοστά της επιβίωσης, ο μέσος όρος των οποίων στις ανεπτυγμένες χώρες είναι 73% και στις αναπτυσσόμενες χώρες 57%. Συνεπώς, η νόσος έχει ταξινομηθεί ως η 5^η αιτία θανάτου από τον καρκίνο συνολικά, αν και ακόμα αποτελεί την κύρια αιτία της θνησιμότητας του καρκίνου στις γυναίκες. Η πολύ καλή επιβίωση των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού στις Δυτικές χώρες (89% στα 5 έτη), αποτελεί επίσης μια συνέπεια της λειτουργίας των προγραμμάτων διαλογής του πληθυσμού.

Ο καρκίνος του μαστού παραμένει ένα από τα βασικής σπουδαιότητας προβλήματα της δημόσιας υγείας στην Ευρώπη, καθώς εμφανίζει αυξανόμενα ποσοστά επίπτωσης της νόσου και τα ποσοστά της θνησιμότητας έχουν παραμείνει σταθερά για τα 50 έτη, αν και πρόσφατα έχει διαπιστωθεί πτώση της θνησιμότητας της νόσου σε ορισμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ακόμη, τα στοιχεία έχουν αποκαλύψει και μια μείωση της νοσηρότητας από τη νόσο και ότι η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού εξαρτάται από το στάδιο της νόσου κατά τη διάγνωσή της, καθώς το ποσοστό της πενταετούς επιβίωσης

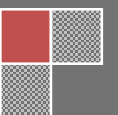
κυμαίνεται από το 84% στις γυναίκες με διαγνωσμένη νόσο σταδίου I σε 18% σε αυτές με νόσο στο στάδιο IV. Η ελάττωση αυτή οφείλεται στις βελτιώσεις των μεθόδων διάγνωσης και αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού.

Ο προληπτικός έλεγχος του πληθυσμού με τη μαστογραφία είναι αποτελεσματικός στη μείωση της θνησιμότητας όταν εφαρμόζονται οι διαδικασίες ποιοτικού ελέγχου και βελτιώνει σημαντικά την έκβαση της νόσου, η οποία φαίνεται από το πολύ μεγάλο ποσοστό της επικινδυνότητας εμφάνισης της νόσου κατά τη διάρκεια της ζωής (7,8%) από αυτό του θανάτου από την ασθένεια (2%) που παρατηρείται στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2007).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Προδιαθεσικοί παράγοντες



Τα αίτια και οι παράγοντες του καρκίνου μαστού μέχρι και σήμερα είναι άγνωστα (Βάρρας, Ζουρμπάκη, κ.ά. 1999Clinic 2008 Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου, 1997). Υπάρχουν όμως μια σειρά παραγόντων ένας είτε σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες που έχουν σχέση με την εμφάνισή του, είτε (Κόνιαρη 1991). Οι πιο σημαντικοί προδιαθεσικοί παράγοντες είναι οι εξής :

3.1 Κληρονομικότητα

Η σχέση της κληρονομικότητας με τον καρκίνο μαστού είναι διαπιστωμένη και αφορά τους συγγενείς πρώτου βαθμού, δηλαδή μητέρα ή αδελφή (Παπανικολάου, 1994). Οι γυναίκες με συγγενή πρώτου βαθμού που παρουσίασε καρκίνο μαστού πριν την εμμηνόπαυση παρουσιάζουν αυξημένο κατά 3-4 φορές κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο μαστού σε σχέση με αυτές τις γυναίκες που δεν έχουν τέτοιο ιστορικό στην οικογένειά τους. Αν η συγγενής πρώτου βαθμού εμφάνισε αμφοτερόπλευρα καρκίνο μαστού (δηλαδή καρκίνο του μαστού στους δυο μαστούς) πριν την εμμηνόπαυση ή αν περισσότερες από μια συγγενείς πρώτου βαθμού ανέπτυξαν καρκίνο του μαστού πριν την εμμηνόπαυση, τότε ο κίνδυνος να παρουσιάσει καρκίνο του μαστού η γυναίκα με αυτό το οικογενειακό ιστορικό είναι και ακόμα μεγαλύτερος (8-10 φορές) σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Σακοράφας, 2000).

3.2 Φύλλο

Καρκίνος του μαστού μπορεί να εμφανιστεί και στους άνδρες, όμως είναι συχνότερος στις γυναίκες (100:1), όπου ο μαστός υφίσταται την επίδραση των ορμονών κατά την εφηβεία και κατά την διάρκεια των ετών της έμμηνου ρύσεως (Μαρκόπουλος 2007). Συχνότερα εμφανίζεται ο καρκίνος του μαστού σε όσους πάσχουν από σύνδρομο Klinefelter (Παπανικολάου 1995).

3.3 Ηλικία

Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνει με την ηλικία (Βάρρας,

Ζουρμπάκη κ.ά. 1999· Παπανικολάου, 2005· Μαρκόπουλος, 2008). Κάτω των 25 ετών η νόσος είναι πολύ σπάνια (Μαρκόπουλος, 2008· Κόνιαρη, 1991). Σε όλες σχεδόν τις γυναίκες ηλικίας κάτω των 25 οι όγκοι στους μαστούς αποδεικνύεται στην ιστολογική εξέταση ότι είναι καλοήθεις, συνήθως ινοαδενώματα, σπανιότερα πολλαπλά θηλώματα ή αδενώσεις. Μετά την ηλικία των 30, η νόσος αυξάνεται απότομα και εξακολουθεί να αυξάνεται για το υπόλοιπο της ζωής (Κόνιαρη, 1991).

Είναι πιθανό ότι η αύξηση οφείλεται όχι σε οποιαδήποτε έμφυτη έλλειψη σταθερότητας των γερασμένων κυττάρων, αλλά στην αύξηση της πιθανότητας ύπαρξης περιπτώσεων μεταλλάξεων με το χρόνο. Έχει υποστηριχθεί ότι η αυξανόμενη επίπτωση του καρκίνου με την ηλικία είναι το αποτέλεσμα της εμφάνισης μεταβολών προσαρμογής των κυττάρων που επιβιώνουν. Οι ορμόνες ασκώντας την επιρροή τους στην καρκινογένεση επιδρούν περισσότερο στην αύξηση των κυττάρων παρά σε οποιαδήποτε δραστηριότητα άμεσης μετάλλαξης (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2007).

3.4 Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης

Οι κύκλοι της περιόδου συνεπάγονται κυτταρικές διαιρέσεις και για το λόγο αυτό αυξάνεται η πιθανότητα μιας εξαλλαγής σε μετάλλαξη και πορεία από το φυσιολογικό σε οποιοδήποτε ενδιάμεσο στάδιο ή από ένα ενδιάμεσο στάδιο προς την κακοήθεια. Συνεπώς, όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των κύκλων της έμμηνου ρύσης, τόσο μεγαλύτερος και ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2007).

Με λίγα λόγια, οτιδήποτε επηρεάζει τη μακροχρόνια έκθεση στα οιστρογόνα, επηρεάζει και τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού (Μαρκόπουλος, 2007· Πατέρας, 2004). Για το λόγο αυτό, εάν η εμμηναρχή είναι πρόιμη (<12 ετών) και η εμμηνόπαυση καθυστερημένη (>50 ετών), η γυναίκα αυτή εμφανίζει αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού (Μαρκόπουλος, 2007).

Για να εκδηλωθεί η αρχή των εμμηνών, είναι απαραίτητο να επιτευχθεί μια ζωτική μάζα σώματος, σε σχέση με το ύψος του ατόμου. Το ύψος καθορίζεται γενετικά και με τη διατροφή, ενώ το βάρος του σώματος καθορίζεται κυρίως από το διαιτολόγιο και η ζωτική μάζα πρέπει να διατηρηθεί ώστε να συνεχίσει η έμμηνος ρύση. Αυτοί που χάνουν βάρος ως αποτέλεσμα ανορεξίας, άγχους ή ως μέρος εντατικής αθλητικής προπόνησης θα αναπτύξουν αμηνόρροια. Έχει βρεθεί ότι υπάρχει μια ελάττωση στη

συχνότητα του καρκίνου του μαστού μεταξύ γυναικών οι οποίες ήταν πρώην κολεγιακές αθλήτριες.

Η επικινδυνότητα αυξάνεται και με την καθυστερημένη εμμηνόπαυση, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει διπλασιασμός της επικινδυνότητας στις γυναίκες που συνεχίζουν να έχουν εμμηνορρυσία και μετά από την ηλικία των 55 ετών σε σύγκριση με εκείνες που η φυσιολογική τους εμμηνόπαυση ήταν πριν την ηλικία των 45 ετών.

Η τεχνητή εμμηνόπαυση φαίνεται ότι προστατεύει τις γυναίκες από τον καρκίνο του μαστού. Σε μια προοπτική μελέτη γυναικών που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική θεραπεία με αμφοτερόπλευρη ωοθηκεκτομή πριν από την ηλικία των 40 ετών, υπήρχε τετραπλάσια μείωση της επίπτωσης του καρκίνου του μαστού. Αυτές που υπέστησαν παρόμοια επέμβαση και είχε σταματήσει η περίοδος εξαιτίας αυτού του γεγονότος, το ποσοστό της παρατηρούμενης προς την αναμενόμενη νόσο ήταν 0,79 για τις ηλικίες 40-44 ετών και 0,99 για τις ηλικίες 45-55 ετών.

Το γεγονός δηλώνει ότι και ορισμένες γυναίκες που θα ανέπτυσαν καρκίνο του μαστού σώζονται από την εμμηνόπαυση και ότι η κατάργηση της ωοθηκικής λειτουργίας μπορεί να προστατέψει ορισμένες γυναίκες από την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2007).

3.5 Ορμονικοί παράγοντες

Η επίδραση των ορμονών στο επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων απασχόλησε τους ερευνητές. Φάρμακα, που χορηγούνται για την αντιμετώπιση θυρεοειπαθειών, η λήψη οιστρογόνων ορμονών και η χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων χωρίς προγεστερόνη, ενοχοποιήθηκαν για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού.

Οι πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες, που τους χορηγήθηκαν οιστρογόνες ορμόνες, διπλασιάζονται. Το αντίθετο συμβαίνει, αν τους χορηγήθηκε προγεστερόνη.

Σημασία, φαίνεται, πως έχει η σχέση οιστριόλης προς την οιστρόνη και την οιστραδιόλη. Αύξηση της σχέσης σημαίνει ελαττωμένες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, ενώ ελάττωσή της, στις αυξημένες.

Η αυξημένη παραγωγή οιστριόλης, που παρατηρείται στην εγκυμοσύνη, προστατεύει το μαστό από την καρκινογόνο δράση των δυο άλλων ορμονών. Η άποψη, πως οι γυναίκες, που εμφανίζουν υπερπρολακτιναιμία, έχουν αυξημένες

πιθανότητες προσβολής από τον καρκίνο του μαστού δεν τεκμηριώθηκε (Παπανικολάου, 2005).

3.6 Αντισυλληπτικά χάπια

Οι μελέτες, οι οποίες συνέκριναν τις γυναίκες που χρησιμοποίησαν κάποια στιγμή τα αντισυλληπτικά από το στόμα με αυτές που δεν τα χρησιμοποίησαν ποτέ, απέδειξαν ότι δεν υπήρχε αύξηση της επικινδυνότητας, ενώ η παρατεταμένη διάρκεια της χρήσης τους οδήγησε σε μια αύξηση της επικινδυνότητας.

Αυτή η επικινδυνότητα φαίνεται να είναι εμφανέστερη στα άτομα που λαμβάνουν αντισυλληπτικά για ένα παρατεταμένο διάστημα πριν την πρώτη ολοκληρωμένη εγκυμοσύνη. Στην ανάλογη μελέτη του Ηνωμένου Βασιλείου η σχετική επικινδυνότητα ήταν 1,4 μετά από λήψη των αντισυλληπτικών για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 8 ετών πριν από την εγκυμοσύνη. Αντίθετα μελέτες υποστηρίζουν την αντίληψη ότι η μικρή περίοδος της χρήσης (<4 ετών) των αντισυλληπτικών από το στόμα δεν συνοδεύεται από κάποια σημαντική αύξηση της επικινδυνότητας.

Ακόμη, έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες που ελάμβαναν αντισυλληπτικά με υψηλή δόση οιστρογόνων και προγεστερόνης εμφάνιζαν μεγαλύτερη επικινδυνότητα καρκίνου του μαστού από αυτές που ελάμβαναν αντισυλληπτικά με χαμηλή δόση οιστρογόνων (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2007).

3.7 Ακτινοβολία

Η έκθεση σε ακτινοβολία σε παιδική ηλικία συνδυάζεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Έκθεση σε ακτινοβολία είναι πολύ πιθανή όταν υπάρχει ιστορικό κακοήθους πάθησης στην παιδική ή εφηβική ηλικία και ιδιαίτερα λεμφώματος (Σακοράφας, 2000). Οι περιπτώσεις αυτές υποβλήθηκαν σε δόση 3 μέχρι 15Gy. Αν και δεν υπάρχουν πληροφορίες για την επικινδυνότητα των μικρότερων δόσεων της ακτινοβολίας, η μελέτη των παιδιών που έλαβαν ακτινοβολία στο κρανίο έδειξε ότι υπάρχει αυξημένη επικινδυνότητα στα άτομα που ευρίσκονται στην ηλικία των 5-9 ετών κατά τη διάρκεια της ακτινοβολίας. Επομένως, εάν οι πολύ μικρές δόσεις ακτινοβολίας επηρεάζουν το μαστό μέσω ενός ειδικού παράθυρου κατά τις ηλικίες των 5-9 ετών, τότε το ιστορικό της ακτινοβολίας μπορεί να παίζει

σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, ιδιαίτερα στις νεαρές γυναίκες.

Η παρακολούθηση γυναικών, οι οποίες έπασχαν από πνευμονική φυματίωση και υποβλήθηκαν σε επαναλαμβανόμενες ακτινοσκοπήσεις για τη θεραπεία του πνευμοθώρακα, έδειξε ότι η σχετική επικινδυνότητα ήταν 1,8 και αντιστρόφως ανάλογη προς την ηλικία του ατόμου κατά την έκθεση. Το μέσο χρονικό διάστημα από την έκθεση έως τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού ήταν 15 έτη.

Συνεπώς, η ακτινοβολία είναι μια από τις κυριότερες αιτίες για την εμφάνιση της πλειοψηφίας των καρκίνων του μαστού και οι όγκοι του μαστού που οφείλονται στην ακτινοβολία, ίσως κρατούν το κλειδί της βλάβης στο DNA, η οποία είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση της νόσου (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2007).

3.8 Ψυχολογικοί παράγοντες και καρκινογένεση

Επικίνδυνο για την υγεία των γυναικών μπορεί να αποδειχθεί το υπερβολικό άγχος. Τα υψηλά επίπεδα άγχους ενδέχεται να ευθύνονται για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Χαρακτηριστικό είναι ότι σχεδόν 7 στις 10 γυναίκες είχαν πολύ άγχος, πριν να νοσήσουν από τη συγκεκριμένη μορφή καρκίνου (Μπούκα, 2007).

3.9 Θηλασμός

Ο θηλασμός είναι ένας πολύ πιθανός παράγοντας για την προστασία από τον καρκίνο του μαστού και αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στην αποβολή μετασχηματισμένων κυττάρων ή στην απελευθέρωση των προσληφθέντων καρκινογόνων. Εναλλακτικά, η διαδικασία της διαφοροποίησης που καταλήγει στην παραγωγή γάλακτος θα μπορούσε να οδηγήσει στην αναχαίτηση της ανάπτυξης των προκαρκινικών κυττάρων ή των κλώνων.

Μέχρι σήμερα επικρατεί ότι ο θηλασμός δεν έχει καμία επίδραση στην επικινδυνότητα του καρκίνου του μαστού, ο οποίος σε σχέση με την εγκυμοσύνη εξαρτάται κυρίως από την ηλικία της πρώτης ολοκληρωμένης εγκυμοσύνης. Υπάρχει μια προστατευτική επίδραση του παρατεταμένου θηλασμού κυρίως στις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Ο θηλασμός μπορεί να αναγνωριστεί ως ένας προστατευτικός παράγοντας σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού και αποτελεί μια

άλλη αιτία για τη σύσταση του θηλασμού, ο οποίος παρέχει πλεονεκτήματα στη μητέρα και στο παιδί (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2007).



Εικόνα 2

(Boehle, Mohrbacher, κ.ά, 1992).

3.10 Διατροφή

Πολλές μελέτες έχουν γίνει για το ρόλο που παίζει η διατροφή στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Υπάρχει μεγάλη σχέση μεταξύ σωματικού βάρους και καρκίνου, ιδιαίτερα στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (Κόνιαρη, 1991).

Η κλινική πράξη έδειξε ότι οι χειρουργοί πραγματοποιούν επεμβάσεις στο μαστό πιο συχνά σε εύσωμες παρά σε αδύνατες γυναίκες, ενώ οι διεθνείς συγκρίσεις της επίπτωσης του καρκίνου του μαστού έχουν αποκαλύψει σημαντικές συσχετίσεις με την εθνική κατανάλωση σε ζωτικά λιπαρά (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2007).

Οι διατροφικοί παράγοντες υπεισέρχονται στη σύνθεση και στο μεταβολισμό των οιστρογόνων ορμονών, δηλαδή, το λίπος, και μάλιστα το ζωικό, οδηγεί σε αυξημένη μετατροπή της ανδροστενδιόλης σε οιστρόνη και αυξάνει την απελευθέρωση προλακτίνης από την υπόφυση και την παραγωγή χολικών αλάτων, που μεταβάλλουν την εντερική χλωρίδα, έτσι, ώστε να παράγονται καρκινογόνες ουσίες (Παπανικολάου, 1995).

Η βιταμίνη Α ασκεί μέτρια προστατευτική δράση στον καρκίνο του μαστού, ιδιαίτερα στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Επίσης, παίζει σημαντικό ρόλο στην κυτταρική ανάπτυξη και συμβάλλει στην προστασία των κυττάρων από τις επιβλαβείς δράσεις των ελευθέρων ριζών στο σώμα.

Η σόγια περιέχει τα ισοφλαβινοειδή που είναι ειδικοί τύποι οιστρογόνων που ανευρίσκονται άφθονα σε προϊόντα της. Σε εργαστηριακές μελέτες τα ισοφλαβινοειδή εμφανίζονται να προστατεύουν τα κύτταρα του μαστού από την καρκινική μετάλλαξη ενώ, σε γυναίκες στις οποίες χορηγήθηκαν συμπληρώματα σόγιας εμφάνισαν αυξημένη υπερπλασία των κυττάρων του μαζικού αδένου. Η σχέση ισοφλαβινοειδών, σόγιας και καρκίνου του μαστού σε ανθρώπους δεν έχει ακόμα διευκρινισθεί (Μαρκόπουλος, 2007).

Και η κατάχρηση οινοπνεύματος φαίνεται, πως προδιαθέτει στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, γιατί εμφανίζεται 1-1,5 φορές συχνότερα απ' ότι στο γενικό πληθυσμό σε γυναίκες, που πίνουν παραπάνω από το συνηθισμένο, οινοπνευματώδη ποτά. Σε μεγαλύτερη, μάλιστα, συχνότητα εμφανίζεται σε γυναίκες, που έχουν επιβαρυνμένο το κληρονομικό τους με καρκίνο μαστού (Παπανικολάου, 1995).

3.11 Κάπνισμα

Οι περισσότεροι θάνατοι από καρκίνο προέρχονται κυρίως από το κάπνισμα παρά από οποιαδήποτε άλλη αιτία και αυτό εμφανίζεται βασικά με μια αυξημένη επιδημική εμφάνιση του καρκίνου του πνεύμονα. Από τις μελέτες ανέφεραν μια σχετική επικινδυνότητα στις καπνίστριες. Ακόμη πιο πρόσφατες μελέτες όχι μόνο δεν έδειξαν προστασία, αλλά εμφάνισαν μια αυξημένη σχετική επικινδυνότητα στις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες που κάπνιζαν. Διαπιστώθηκε μια πρόιμη εμμηνόπαυση στις καπνίστριες και η σχετική επικινδυνότητα του καρκίνου του μαστού ήταν 1,1. Έτσι και αυτή η μελέτη υποστηρίζει το πλήθος των άλλων που δε διαπίστωσαν κάποιο προστατευτικό αποτέλεσμα από το κάπνισμα. Συνεπώς, καμία γυναίκα δεν πρέπει να συμβουλευέται ή να ενθαρρύνεται να καπνίζει για να μειώσει έτσι την επικινδυνότητα του καρκίνου του μαστού. Μια γυναίκα με μεγάλη επικινδυνότητα οικογενειακού καρκίνου του μαστού αυταπατάται με το να θεωρεί ότι μπορεί να προλάβει τη νόσο με το κάπνισμα και η μόνη πιθανότητα είναι ότι ένας δυνητικά ιάσιμος καρκίνος θα αντικατασταθεί από ένα μη ιάσιμο μικροκυτταρικό καρκίνωμα του πνεύμονα.

3.12 Έκτρωση

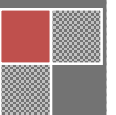
Είναι γνωστό ότι ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τη λειτουργία των ωοθηκών και καταστάσεις όπως η πρόιμη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση αποτελούν επιβαρυντικοί παράγοντες ενώ αντίθετα ο αριθμός των τελειόμηνων κύησεων φαίνεται να έχει προστατευτικό ρόλο. Αυτό το οποίο δεν ήταν ξεκάθαρο ήταν η επίδραση που έχουν αυτόματες ή και τεχνητές αποβολές στον κίνδυνο για Ca μαστού.

Για το λόγο αυτό ερευνητές μελέτησαν τη συγκεκριμένη υπόθεση σε πάνω από 250,000 γυναίκες από ευρωπαϊκές χώρες (μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα) και δημοσίευσαν τα αποτελέσματά της προοπτικής αυτής μελέτης στο *International Journal of Cancer* . Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης της κάθε γυναίκας ανήλθε στα 6,6 χρόνια και από τον αρχικό πληθυσμό γυναικών 4,805 γυναίκες προσβλήθηκαν τελικά από καρκίνο του μαστού. Οι ερευνητές είχαν στη διάθεσή τους πληροφορίες για τον αριθμό των αυτομάτων αλλά και τεχνητών αποβολών στις οποίες είχαν υποβληθεί οι εν λόγω γυναίκες. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν κάποιο αυξημένο κίνδυνο για τις γυναίκες οι οποίες είχαν προχωρήσει σε τεχνητή διακοπή της κύησης ή που είχαν στο παρελθόν μία αυτόματη αποβολή. Αντιθέτως όμως παρατηρήθηκε μια ελάχιστη αύξηση του κινδύνου για τις γυναίκες οι οποίες είχαν 2 και άνω αυτόματες αποβολές. Τελικά αυτό το οποίο διαφαίνεται είναι ότι η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης δεν επηρεάζει δυσμενώς τον κίνδυνο για καρκίνο μαστού (Νίξον, 2007).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Πρόληψη καρκίνου μαστού



4.1 Ορισμός πρόληψης

Η πρόληψη διακρίνεται σε δυο κατηγορίες: στην πρωτογενή και τη δευτερογενή πρόληψη (Κόνιαρη, 1991). Η πρωτογενής αναφέρεται κυρίως στη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης της νόσου, μέσω της μείωσης της έκθεσης σε παράγοντες που είναι γνωστό ότι μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της νεοπλασίας (Φρουτζήλας και Μπαρμπούνης, 2006). Τέτοια είναι τα μέτρα, με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικώς αιτιολογικών παραγόντων (π.χ. περιορισμός του ατόμου στην έκθεση ιοντίζουσας ακτινοβολίας) ή αποφυγή της έκθεσης σε αυτούς (π.χ. διακοπή αυθαίρετης λήψης οιστρογόνων χωρίς ιατρική συνταγή) ή ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σε αυτούς (π.χ. εμβολιασμός κατά του ιού της ηπατίτιδας Β (Κόνιαρη, 1991).

Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται στην προσπάθεια διάγνωσης της νόσου σε όσο το δυνατό πρωιμότερο στάδιο, όταν και οι πιθανότητες πλήρους ίασης αλλά και εφαρμογής λιγότερο επιθετικών θεραπειών είναι μεγαλύτερες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν τα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού ή του στομάχου και στα οποία ο ρόλος του χειρουργού ογκολόγου είναι πρωταρχικός. Εντούτοις από τις πλέον εντυπωσιακές προόδους της Χειρουργικής Ογκολογίας είναι η συμβολή της στην πρωτογενή πρόληψη με την εφαρμογή της προληπτικής χειρουργικής αφαίρεσης καλοηθειών, με υψηλή πιθανότητα να εξελιχθούν σε νεοπλασία ή οργάνων ασθενών με γενετική προδιάθεση να αναπτύξουν κάποια μορφή νεοπλασίας του συγκεκριμένου οργάνου (Φρουτζήλας και Μπαρμπούνης, 2006).

4.2 Επίπεδα ενημέρωσης καρκίνου μαστού

Σύμφωνα με τα στοιχεία της τελευταίας επιστημονικής έρευνας ο βαθμός ενημέρωσης για τους τρόπους πρόληψης του Καρκίνου του Μαστού στη χώρα μας χαρακτηρίζεται σχετικά ικανοποιητικός. Ποσοστό της τάξεως του 20% των γυναικών αισθάνεται «πολύ» ενημερωμένο, 45% «αρκετά», 28% «λίγο» και 7% «καθόλου» ενημερωμένο.

Από την ανάλυση των στοιχείων προκύπτει ότι περισσότερο ενημερωμένες αισθάνονται οι γυναίκες ηλικίας 50-59 ετών. Σε αυτή την ομάδα το ποσοστό που

αισθάνεται «πολύ ενημερωμένο» ανέρχεται στο 34% και «αρκετά» στο 44%. Ανησυχητική χαρακτηρίζεται η διάθεση για περαιτέρω ενημέρωση σε ορισμένες ομάδες των γυναικών. Αναλυτικότερα, ενώ εμφανίζεται ιδιαίτερα ενισχυμένη (53%) στις νεότερες ηλικίες 18-29 ετών, στις ηλικίες 60-69 παρατηρούμε ότι περιορίζεται στο 38% υποδηλώνοντας μία άρνηση για ενημέρωση γύρω από το θέμα. Το στοιχείο αυτό συνδυαζόμενο με τον χαμηλό βαθμό ενημέρωσης, στις ίδιες ηλικίες, υποδηλώνει μια συνειδητή στάση μιας ευαίσθητης ομάδας υψηλού κινδύνου του γυναικείου πληθυσμού απέναντι στην ενημέρωση σχετικά με τα μέτρα πρόληψης που υπάρχουν με κυριότερο τον ετήσιο τακτικό έλεγχο των γυναικών αυτών με μαστογραφία. Η ομάδα αυτή δεν ξέρει και δεν θέλει να μάθει ενώ εκ των πραγμάτων έχει μεγαλύτερη επίπτωση της νόσου. Εκτός από την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και ο τόπος κατοικίας φαίνεται ότι συνδέονται με τον βαθμό ενημέρωσης. Τέσσερις στις δέκα γυναίκες που κατοικούν εκτός Αθηνών και Θεσσαλονίκης, με μέσο προς χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αισθάνονται λίγο η καθόλου ενημερωμένες.

Στο ερώτημα ποιες είναι οι πηγές ενημέρωσης των γυναικών για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού παρατηρούμε ότι τα ΜΜΕ παίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο. Ποσοστό της τάξεως του 62% των γυναικών ανέφερε ότι ενημερώνεται από την τηλεόραση, 55% από το γυναικολόγο τους, 35% από τις συζητήσεις με φίλες, 32% από τα περιοδικά. Συμπληρωματικές πηγές ενημέρωσης για ορισμένες ομάδες είναι σε ποσοστό 16% τα ενημερωτικά φυλλάδια, 13% ο γιατρός άλλης ειδικότητας, 9% άλλο άτομο που αντιμετώπισε το πρόβλημα ενώ γυναίκες ηλικίας 18-29 ετών ανέφεραν σε χαμηλό ποσοστό (4%) ως πηγή ενημέρωσης την παρακολούθηση σεμιναρίων και το ιντερνέτ. Ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα εκτός Αθηνών και Θεσσαλονίκης το 70% των γυναικών ενημερώνεται από την τηλεόραση. Από την ανάλυση της έρευνας προκύπτει ότι ο ρόλος των ΜΜΕ και κυρίως της τηλεόρασης, ενώ είναι η κυρίαρχη πηγή ενημέρωσης τους για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού για σημαντικές ομάδες του πληθυσμού, δεν επαρκεί και δεν αντικαθιστά τον ειδικό γιατρό. Οι γυναίκες που αισθάνονται πολύ ενημερωμένες έχουν ως πηγή ενημέρωσης την τηλεόραση 41% αλλά και τον γυναικολόγο σε ποσοστό 77%, στον αντίποδα όσες αισθάνονται λίγο ενημερωμένες ανέφεραν ως πηγή ενημέρωσης την τηλεόραση 65% αλλά τον γυναικολόγο μόνο στο 31% (Κατσανός και Τρακατέλλης, 2009).

Ο φόβος, η μη σωστή ενημέρωση και η προκατάληψη, κάνουν τις γυναίκες ακόμα και σήμερα να μην προβαίνουν σε προληπτικό έλεγχο του μαστού, ενώ οι έρευνες

δείχνουν ότι μεγάλος είναι ο αριθμός των γυναικών -ιδιαίτερα από την επαρχία- που αν και έχουν ξεπεράσει το 45ο έτος της ηλικίας τους δεν έχουν κάνει ποτέ στη ζωή τους μαστογραφία (Παπασταθοπούλου, 2008).

4.3 Εφαρμογή προγραμμάτων και μέτρων πρωτογενούς πρόληψης

Τέτοια προγράμματα είναι τα εξής :

Ø Η υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού βοηθάει στην πρόληψή του, π.χ. οι διατροφικές συνήθειες και η σχέση του με τον καρκίνο του μαστού.

Ø Η προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. γυναικών που εργάζονται σε ακτινολογικά φύση της εργαστήρια) γίνεται λήψη ειδικών μέτρων, σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.

Ø Η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα σε εθνικούς και διεθνείς κανονισμούς (Κόνιαρη, 1991).

Θα μπορούσαν επίσης να περιληφθούν και Προγράμματα και δράσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά του καρκίνου του μαστού :

Ø 1987: Το πρώτο πρόγραμμα δράσης «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου», το οποίο ακολουθούν δύο ακόμη ανάλογα προγράμματα (1990-94, 1996-2003) με στόχο τη μείωση, μέχρι το 2000, της θνησιμότητας λόγω καρκίνου κατά 15% και με προτεραιότητες τον βελτιωμένο ποιοτικό έλεγχο και την ανταλλαγή εμπειριών σχετικά με τις περισσότερο αποτελεσματικές πρακτικές.

Ø 1990: Δημιουργία «Δικτύου Ανίχνευσης Καρκίνου του Μαστού» με στόχο την επέκταση του μαστογραφικού ελέγχου σε όλη την Ευρώπη, το οποίο το 1992 παρουσιάζει τις «Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Γραμμές για την ποιοτική διασφάλιση του μαστογραφικού ελέγχου ανίχνευσης».

Ø 2002-2006: Συνεχής χρηματοδότηση και δραστηριότητα για τα Ερευνητικά προγράμματα πλαισίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχετικά με την έρευνα του καρκίνου (για παράδειγμα στο έκτο πρόγραμμα-πλαίσιο δραστηριοτήτων έρευνας, τεχνολογικής ανάπτυξης και επίδειξης διατίθενται συνολικά 400 εκατ. ευρώ για την έρευνα του καρκίνου).

Ø 2003: Δημόσια Ημερίδα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου με θέμα «Ανάγκη υιοθέτησης Κατευθυντήριων Γραμμών για τα Διεπιστημονικά Κέντρα περίθαλψης

καρκίνων του μαστού» που στοχεύει στην πρόσβαση όλων των γυναικών σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Ø 2003-2008: Δημιουργία ολοκληρωμένου «Προγράμματος Κοινωνικής Δράσης στον Τομέα της Δημόσιας Υγείας» (Κατσανός και Τρακατέλλης, 2009).

4.4 Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη αναφέρεται κυρίως στη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης της νεοπλασίας μέσω της μείωσης της έκθεσης σε παράγοντες που είναι γνωστό ότι μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη της νεοπλασίας (π.χ. διακοπή του καπνίσματος) (Φρούντζηλας και Μπαρμπούνης, 2006).

Γυναίκες που πληρούν κάποιους από τους προδιαθεσικούς παράγοντες εμφάνισης της νόσου, αλλά και γενικότερα όλες οι γυναίκες, για να προφυλαχθούν από τη νόσο αυτή πρέπει:

- Ø Να ενημερώνονται σωστά.
- Ø Να μην ντρέπονται και να μη φοβούνται να ρωτούν και να εξετάζονται.
- Ø Να εξετάζουν μόνες τους τους μαστούς του μία φορά το μήνα (αυτοεξέταση).

Η αυτοεξέταση επιτρέπει την έγκαιρη ανακάλυψη οποιουδήποτε καινούριου εξογκώματος ή αλλαγής σε παλιό εξόγκωμα.

Η εξέταση πρέπει να γίνεται 8-12 ημέρες μετά την έναρξη της εμμήνου ρύσεως (περιόδου) ή την πρώτη μέρα κάθε μήνα σαν βρίσκονται στην εμμηνόπαυση ή σε κατάσταση εγκυμοσύνης.

Στην πρωτογενή πρόληψη ανήκει και η προληπτική χειρουργική. Ο όρος προληπτική χειρουργική μέχρι πρόσφατα αναφερόταν σε καταστάσεις οι οποίες προδιέθεταν την ανάπτυξη νεοπλασμάτων. Η αναγνώριση των ασθενών που πιθανόν να ωφεληθούν από την προληπτική αφαίρεση του μαστού και η απόφαση για τη συγκεκριμένη επέμβαση είναι πολύπλοκη και προσωποποιημένη για την κάθε ασθενή (Φρούντζηλας και Μπαρμπούνης, 2006). Είναι μια επιλογή με αρκετές ψυχολογικές επιπτώσεις για τη γυναίκα και για αυτό θα πρέπει να αποτελεί απόφαση της ίδιας, μετά από αρκετή προετοιμασία που περιλαμβάνει συστηματική ενημέρωση και ειδική ψυχολογική προετοιμασία (Παπανικολάου, 1994).

4.5 Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται στην προσπάθεια διάγνωσης της νεοπλασίας σε όσο το δυνατόν πρωιμότερο στάδιο, όταν και οι πιθανότητες πλήρους ίασης αλλά και εφαρμογής λιγότερο επιθετικών συνεπειών είναι μεγαλύτερες (Φρούντζηλας και Μπαρμπούνης, 2006).

Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές. Οικονομικοί λόγοι είναι μια από τις δυσκολίες. Ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά, το χάσιμο του χρόνου κ.ά. είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμα χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που υπάρχουν στη διάθεσή του για την πρόληψη (Μαλγαρινού και Κωσταντινίδου, 1997).

Ο προγραμματισμένος έλεγχος του πληθυσμού (γνωστός ως screening) είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος για τη δευτερογενή πρόληψη. Ο έλεγχος αυτός μπορεί έγκαιρα να διαπιστώσει σημεία και ενδείξεις μια νόσου, πριν ακόμη το άτομο παρουσιάσει οποιαδήποτε συμπτώματα π.χ. τεστ Παπανικολάου, μαστογραφία (Κυριακίδου, 2004).

4.6 Αυτοεξέταση μαστού

Η αυτοεξέταση των μαστών έχει αποδεχτεί πολύτιμο μέσο έγκαιρης διαπίστωσης του καρκίνου του μαστού. Η πείρα έχει δείξει ότι το 95% των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες (Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου, 2002). Η αυτοεξέταση των μαστών μπορεί να σώσει ζωές, για αυτό όλες οι γυναίκες πρέπει να εξετάζουν τους μαστούς τους μία φορά το μήνα (Clinic, 2008) για δυο βασικούς λόγους :

- Ø Το ετήσιο χρονικό διάστημα της προληπτικής εξέτασης από τον γιατρό είναι μακρό για το μαστό, ο οποίος κινδυνεύει από καρκίνο.
- Ø Η γυναίκα λαμβάνει μια εικόνα για το μαστό της και έτσι μπορεί να διαπιστώσει έγκαιρα ενδεχόμενες μεταβολές (Τοκμακίδης, 2001).

Αν και η αυτοεξέταση δεν είναι ευαίσθητη στο να ανιχνεύσει μικρές πρώιμες βλάβες, η παρεμπόδιση των τοπικά προχωρημένων όγκων είναι ένα πιθανό πλεονέκτημα (Πατέρας, 2004).

Οι λόγοι για τους οποίους συνήθως οι γυναίκες εγκαταλείπουν την αυτοεξέταση είναι οι εξής :

- Ø Ο φόβος και άγχος για την ανεύρεση καρκίνου μαστού.
- Ø Η έλλειψη γνώσης για την αυτοεξέταση και εμπιστοσύνης σχετικά με τον τρόπο διενέργειάς της.
- Ø Η άγνοια της εξαιρετικής σημασίας την μηνιαίας αυτοεξέτασης, ως απαραίτητου στοιχείου της γνώσης της φυσικής κατάστασης της αυτοεξεταζόμενης.
- Ø Η σεμνοτυφία ή/και ενόχληση (Κόνιαρη 1991).

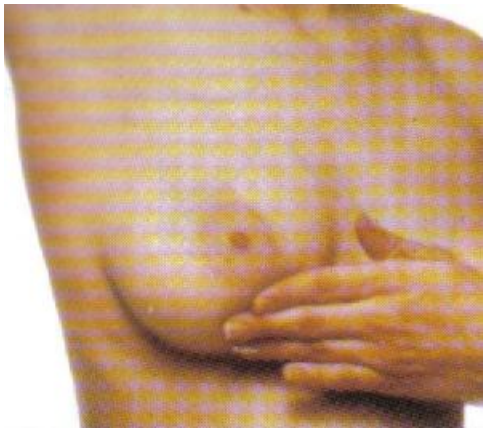
Η αυτοεξέταση θα πρέπει να γίνεται περίπου 7-10 μέρες μετά την έναρξη της έμμηνου ρύσεως όταν οι μαστοί είναι συνήθως μαλακοί και λιγότερο ευαίσθητοι (Μαρκόπουλος, 2007· Κόνιαρη 1991· Μαρκόπουλος, 2008) . Οι γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση είναι καλύτερα να εξετάζονται λίγες μέρες μετά το τέλος της περιόδου, γιατί τότε είναι μικρότερες οι πιθανότητες το στήθος να είναι ευαίσθητο ή πρησμένο (Clinic, 2008). Για τις γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια, η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται την πρώτη μέρα του νέου κύκλου λήψης των αντισυλληπτικών. Για τις γυναίκες που λαμβάνουν συνεχώς προγεστερονικά σκευάσματα, συνίσταται η αυτοεξέταση των μαστών να γίνεται την πρώτη ημέρα κάθε μηνός (Κόνιαρη, 1991). Ένα υγρό δέρμα του μαστού διευκολύνει την ψηλάφηση, αφού το χέρι γλιστράει εύκολα επάνω στο μαστό. Για το λόγο αυτό συνιστάται η εξέταση να γίνεται μέσα στη μπανιέρα, ή αν αληφθεί το δέρμα με κρέμα (Τοκμακίδης, 2001).

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η γυναίκα που επιθυμεί να υποβάλλεται σε αυτοεξέταση των μαστών της θα πρέπει να την κάνει σωστά, αφού την διδάχτεί από εξειδικευμένο νοσηλεύτη ή από τον γιατρό της (Μαρκόπουλος, 2007).

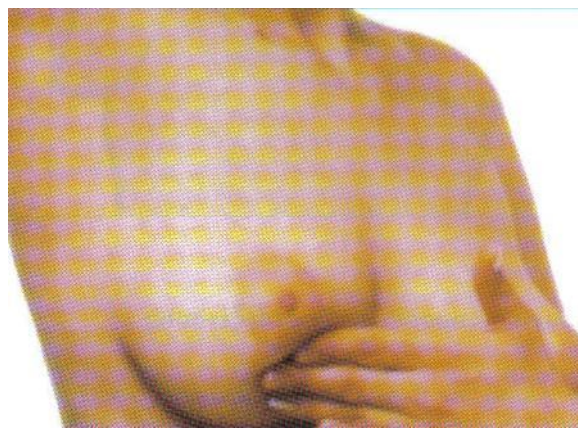
Σημαντικό είναι ότι όλα τα τμήματα του μαστού να εξεταστούν. Η τήρηση μιας συγκεκριμένης σειράς για την διεξαγωγή της μηνιαίας εξέτασης διευκολύνει :

- Ø Αρχίζουμε την αυτοεξέταση πάντοτε με την επισκόπηση. Βλέπουμε το σχήμα και την επιφάνεια των μαστών μπροστά από τον καθρέφτη με τα δυο χέρια να κρέμονται στη φυσική τους θέση. Ακολουθεί η ανάταση των χεριών. Παρατηρούμε τυχόν μεταβολές του δέρματος, όπως ερυθρότητα, οίδημα ή διάταση των αγγείων, τυχόν εισολκές στην επιφάνεια του μαστού, (Τοκμακίδης, 2001· Πετρίδης, 2004)).

- Ø Κοιτάζοντας τους μαστούς, πιέζουμε ελαφρά τις θηλές για να ελέγξει αν υπάρχει κάποιο ασυνήθιστο και κυρίως σκούρο σαν αίμα έκκριμα. Για τον έλεγχο του εκκρίματος πιέζουμε « ελαφρά » με τον δείκτη και τον αντίχειρα κάτω από τη θηλή.
- Ø Στη συνέχεια ξαπλώνουμε στο κρεβάτι, τοποθετούμε το αριστερό χέρι επάνω από το κεφάλι και με το δεξί χέρι εξετάζουμε τον αριστερό μαστό και μετά το ίδιο κάνουμε και για να εξετάσουμε τον δεξί μαστό (Μαρκόπουλος, 2007).
- Ø Τελειώνοντας, εξετάζουμε την περιοχή δίπλα στους μαστούς, κάτω από τη μασχάλη γιατί περιέχει και αυτή ιστό των μαστών και λεμφαδένες (Clinic, 2008).



Εικόνα 3



Εικόνα 4

Αυτοεξέταση μαστών

(Μαρκόπουλος, 2007)

4.7 Ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες της φροντίδας υγείας (πρωτοβάθμιας κυρίως, αλλά και δευτεροβάθμιας). Ο ρόλος λοιπόν του νοσηλευτή, αφού πρωτοστατεί στις υπηρεσίες φροντίδας για την υγεία, είναι πολυδύναμος, πολυεπίπεδος και στρατηγικός (Κόνιαρη, 1991).

Ο νοσηλευτής, σαν μέλος της υγειονομικής ομάδας, προσφέρει πολύτιμο έργο στη διαφώτιση σχετικά με την ανίχνευση και την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού καθώς και την καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας (Κόνιαρη, 1991· Αθανάτου, 2000). Είναι ανάγκη η προσπάθεια του αντικαρκινικού

αγώνα, στην οποία ο νοσηλευτής έχει την περισσότερο ενεργό συμμετοχή, να στραφεί στην ενημέρωση, την πληροφόρηση και διαπαιδαγώγηση του κοινού με τις παρακάτω επιδιώξεις :

- Ø Να μάθει κάθε Ελληνίδα τα ύποπτα αλλά και τα πρώτα συμπτώματα του καρκίνου του μαστού.
- Ø Να καταπολεμηθούν η ημιμάθεια και οι προκαταλήψεις για τον καρκίνο του μαστού με τη σωστή ενημέρωση.
- Ø Να μάθει το κοινό ποιες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού.
- Ø Να εκπαιδευτούν όλες οι γυναίκες στην τεχνική της αυτοεξέτασης και περιοδική εξέταση για την ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση της νόσου.
- Ø Να γνωρίσουν όλες οι γυναίκες τα υπάρχοντα κέντρα έρευνας για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.
- Ø Να μεταδοθεί το μήνυμα ότι ο καρκίνος δεν είναι συνώνυμος με τον θάνατο, όταν βέβαια διαγνωσθεί στα αρχικά στάδια (Αθανάτου, 2000).

Για να γίνει όμως σωστή ενημέρωση πρέπει να τονιστεί η αναγκαιότητα της εκπαίδευσης των νοσηλευτών στην πρόληψη. Μια αποδεκτή αλήθεια είναι ότι η εκπαίδευση αποτελεί την πρώτη επιλογή στην πρόληψη της ασθένειας καθώς και για την προαγωγή της υγείας.

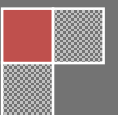
Η εκπαίδευση μπορεί να αναδείξει τους μελλοντικούς νοσηλευτές φύλακες και φρουρούς της υγείας των ανθρώπων. Γιατί οι νοσηλευτές εργάζονται σε όλες τις μορφές υπηρεσιών υγείας, το σπίτι, το σχολείο, τους χώρους εργασίας και συνεργάζονται με τον μεγαλύτερο αριθμό ανθρώπων από κάθε άλλη ομάδα επαγγελματιών υγείας. Επειδή έχουν την συχνότερη, αμεσότερη και πιο μακροχρόνια επαφή με τους ανθρώπους διαθέτουν αμέτρητες ευκαιρίες κινητοποίησής τους για υιοθέτηση υγιών προτύπων συμπεριφοράς και προσυμπτωματικού ελέγχου σε πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου.

Οι κατάλληλοι προετοιμασμένοι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλουν ποικιλότροπα και αποτελεσματικά μέσω άμεσων νοσηλευτικών παρεμβάσεων διδασκαλίας, συμβουλευτικής και έρευνας στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, εντός και εκτός του νοσοκομείου και να γίνουν οι ίδιοι πρότυπα υγιεινής διαβίωσης και συμπεριφοράς (Κόνιαρη, 1991).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Διάγνωση καρκίνου μαστού



5.1 Κλινική εξέταση

Η κλινική εξέταση, η οποία μέχρι πριν μια δεκαετία κατείχε την πρώτη θέση μέσα στο σύνολο των μεθόδων για τη διερεύνηση της παθολογίας του μαστού, σήμερα, ύστερα από την εφαρμογή των προγραμμάτων μαζικού ελέγχου για την ανίχνευση καρκίνου του μαστού με τη χρήση μαστογράφων υψηλής τεχνολογίας, φαίνεται να υποχωρεί στη δεύτερη θέση.

Παρ' όλα αυτά η κλινική εξέταση εξακολουθεί να είναι μια πολύ σημαντική εξέταση μέσα στα πλαίσια της διερεύνησης των παθήσεων του μαστού και για αυτό θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με σοβαρότητα, ακρίβεια και αντικειμενικότητα (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2007).

Στην κλινική εξέταση του μαστού η ασθενής εξετάζεται σε διάφορες θέσεις και στάσεις του σώματος και καταγράφεται προσεκτικά κάθε ύποπτη μάζα, ογκίδιο ή παθολογικά εύρηματα, καθώς και εμφανή σημεία ή συμπτώματα ύπαρξης κακοήθειας (φλεγμονή, οίδημα, ορώδης ή αιματηρή έκκριση, εξέλκωση, ανύψωση του πάσχοντος μαστού, κτλ).

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

Η μέθοδος αυτή περιλαμβάνει το ιστορικό, την αξιολόγηση και την κλινική εξέταση. Πιο αναλυτικά, στην κλινική εξέταση αναφέρονται :

- Ø Η ηλικία της άρρωστης
- Ø Η ύπαρξη ή όχι έμμηνος ρύσεως (Παπανικολάου, 1994)
- Ø Το οικογενειακό ιστορικό
- Ø Το ατομικό ιστορικό
- Ø Οι συνήθειες της άρρωστης
- Ø Η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει
- Ø Ειδικές ανάγκες της άρρωστης κ.ά. (Κόνιαρη, 1991

Ιδιαίτερη διαγνωστική αξία αλλά απαιτείται μεγάλη προσοχή η διαπίστωση ύπαρξης εισολκής του δέρματος του μαστού ή της θηλής ή εκτροπή της, η ύπαρξη ή όχι οιδήματος, κάθε είδους έκκριση από τη θηλή, αιματηρή ή υδαρή, η οποία επιβάλλεται να ελέγχεται κυτταρολογικά και η ψηλάφηση της μασχάλης και των υπερκλειδίων λεμφαδένων (Παπανικολάου, 1994).

5.2 Εργαστηριακή διάγνωση

Ένα μέρος του αρχικού διαγνωστικού ελέγχου, όπως οι αιματολογικές και οι κυτταρολογικές εξετάσεις, παραγγέλλονται για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης της υγείας της ασθενούς. Αυτές οι εξετάσεις ρουτίνας δεν είναι ειδικές για τον καρκίνο αλλά τα αποτελέσματά τους μπορεί να υποδείξουν την παρουσία μη φυσιολογικής κατάστασης όπως λοίμωξης, αιμορραγίας ή κάποιας άλλης παθολογικής κατάστασης, σχετιζόμενης με τον καρκίνο, το οποίο δεν είναι καρκινικό (Κόνιαρη, 1991).

5.2.1 Αιματολογική εξέταση

Γίνεται μέτρηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων, ύπαρξη ή όχι αναιμίας, μέτρηση των τιμών του ασβεστίου, φωσφόρου, αλκαλικής και όξινης φωσφατάσης, LDH, SGOT και αναλόγως την περίπτωση και την κρίση του θεράποντος γιατρού ενδέχεται να συστηθούν και άλλες αιματολογικές εξετάσεις.

5.2.2 Κυτταρολογικές εξετάσεις

Οι κυτταρολογικές εξετάσεις περιλαμβάνουν τον εργαστηριακό έλεγχο των επιχρισμάτων της έκκρισης της θηλής, μα δεν αποτελούν πάντοτε αξιόπιστο παράγοντα στη διάγνωση (Παπανικολάου, 1994).

5.3 Μέθοδοι απεικονιστικής εξέτασης

Στις απεικονιστικές εξετάσεις περιλαμβάνονται μαστογραφία, ο ακτινολογικός έλεγχος, το υπερηχογράφημα, το πνευμονομαστογράφημα, η μαγνητική, η αξονική τομογραφία, το σπινθηρογράφημα , η θερμογραφία, η ξηρογραφία, η διαφανοσκόπηση, η υπολογιστική τομογραφία κ.ά.

5.3.1 Μαστογραφία

Η μαστογραφία είναι η απεικόνιση των μαστών πάνω σε ακτινογραφικό φιλμ με τη βοήθεια της ακτινοβολίας. Η μαστογραφία κατέχει μοναδική θέση στην πρόιμη ανίχνευση και ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού περισσότερο από κάθε άλλη μέθοδο. Είναι απαραίτητη για την πλήρη εκτίμηση των συμπτωματικών γυναικών και αναντικατάστατη στον προσυμπτωματικό έλεγχο σαν μέσο διαλογής. Η μαστογραφία είναι εξέταση απλή, ανώδυνη, ακίνδυνη και εύκολα αποδεκτή από τις γυναίκες. Η μαστογραφία συνίσταται να γίνεται κάθε 2 χρόνια μετά την ηλικία των 50. Σε ηλικία 35-40 ετών η γυναίκα, έστω και ασυμπτωματική, πρέπει να κάνει μια μαστογραφία αναφοράς. Επί υποψίας καρκίνου του μαστού μπορεί να γίνει μαστογραφία σε οποιαδήποτε ηλικία (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2002).

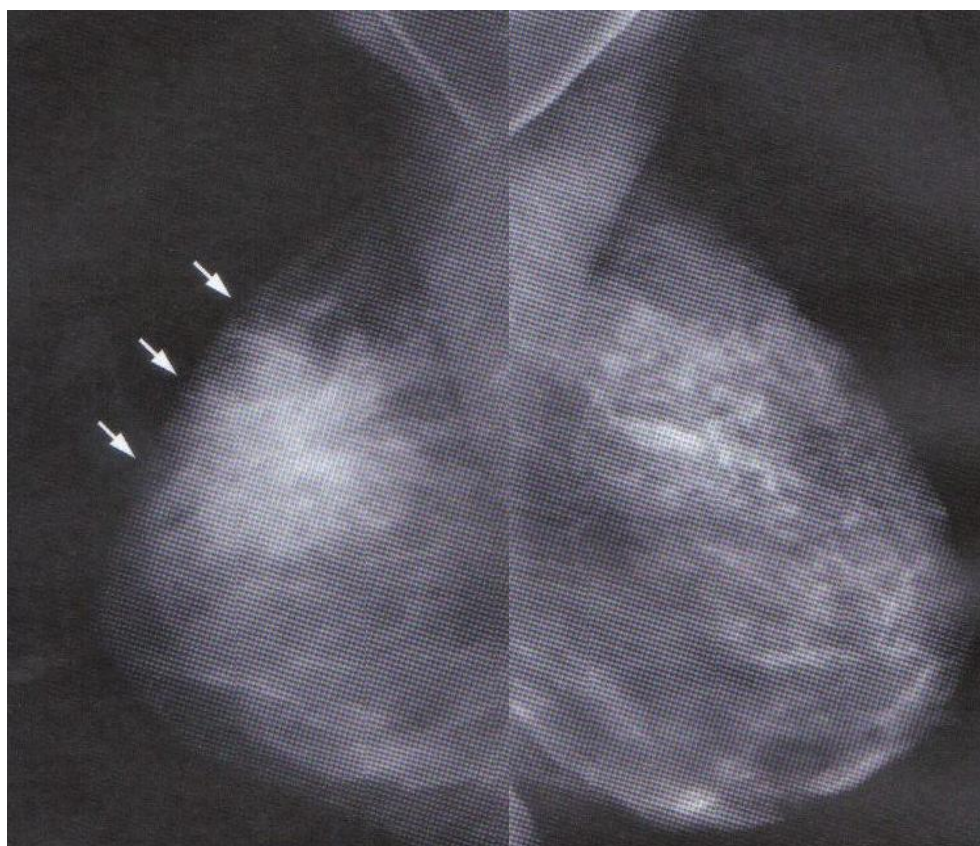
Τα κύρια χαρακτηριστικά της μαστογραφίας είναι ότι :

- Ø πρόκειται για ακτινοβολία X
- Ø η χρησιμοποιούμενη δόση ακτινοβολίας είναι πολύ μικρή
- Ø μπορεί να αναδείξει καρκίνους πολύ μικρού μεγέθους (έως και 5 χιλιοστών)
- Ø 5-15% από τους καρκίνους μπορεί να μην αναδειχτούν στη μαστογραφία για διάφορους λόγους
- Ø η ευαισθησία της είναι ιδιαίτερα μικρή σε γυναίκες νεαρής ηλικίας (μικρότερης 30 ετών) που έχουν συνήθως πυκνούς μαστούς
- Ø είναι η μόνη απεικονιστική μέθοδος που χρησιμοποιείται για πληθυσμιακό έλεγχο κυρίως λόγω του χαμηλού της κόστους σε σχέση με νεότερες μεθόδους
- Ø είναι αντικειμενική μέθοδος και δεν παρουσιάζει εξάρτηση από τον εξεταστή της, όπως το υπερηχογράφημα. Βεβαίως η παρατήρηση και η ορθή ερμηνεία των ευρημάτων εξαρτάται από την εκπαίδευση και εμπειρία του ακτινοδιαγνώστη.

Σκοπός της μαστογραφίας είναι εκτός από την ενίσχυση της κλινικής διάγνωσης όταν υπάρχει ένα ψηλαφητό εύρημα, η ανάδειξη άλλων εστιών καρκίνου και μη ψηλαφητών όγκων. Η μαστογραφία πρέπει να <<διαβάζεται>> πάντοτε συγκριτικά, τόσο με παλαιότερες προηγούμενων ετών – παρατήρηση τυχόν μεταβολής, νέων στοιχείων ή αλλαγή στην απεικόνιση παλαιότερων ευρημάτων- όσο συγκρίνοντας τον

ένα με τον άλλο μαστό, που συνήθως παρουσιάζουν σχετικά συμμετρική ανάπτυξη (Μαρκόπουλος, 2007).

Η δόση ακτινοβολίας που ο δέχεται κάθε μαστός σε μια ικανοποιητική μαστογραφία έχει περιοριστεί σε 0.2-0.3 rad στο δέρμα και σε 0.02-0.03 στο μαστό, ποσότητες ασήμαντης για βλαπτική δράση, ιδιαίτερα όταν γίνεται σε σχετικά μεγάλες γυναίκες. Ο κίνδυνος της ακτινοβολίας από μια ή περισσότερες μαστογραφίες έχει αποτελέσει πηγή άγχους για τις γυναίκες και μεγάλης αβεβαιότητας για τους γιατρούς. Σε γενικές γραμμές, όλες οι πειραματικές μελέτες δείχνουν ότι η ιοντίζουσα ακτινοβολία, μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του μαστού. Εντούτοις, ο κίνδυνος μειώνεται προοδευτικά με την αύξηση της ηλικίας. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος από επανειλημμένες εκθέσεις υπάρχει στις ηλικίες από 9-19 ετών, ενώ πάνω από τα 50, πιθανότατα, ο μαστός δεν είναι από πρακτική σκοπιά ευαίσθητος στην ακτινοβολία (Κόνιαρη, 1991).



Εικόνα 5

Εικόνα 6

Μαστογραφία απεικόνισης καρκίνου αριστερού και δεξιού μαστού

(Μαρκόπουλος, 2007)

5.3.2 Υπερηχογράφημα

Ο υπέρηχος χρησιμοποιείται συμπληρωματικά στη διάγνωση: αν ένας όγκος εντοπιστεί με τη μαστογραφία ή την ψηλάφηση του μαστού, ο υπέρηχος είναι το κατάλληλο μέσο για να διαπιστωθεί αν αυτός είναι συμπαγής (πιθανότητα καλοήθες ινωαδένωμα ή καρκινικός όγκος) ή γεμάτος υγρό (καλοήθης κύστη). Ο υπέρηχος δεν μπορεί να αντικαταστήσει την μαστογραφία δηλαδή αποτελεί ένα άριστο συμπληρωματικό εργαλείο διάγνωσης, ειδικά τα τελευταία χρόνια, κατά τη διάρκεια των οποίων η τεχνολογία των υπερήχων βελτιώθηκε σημαντικά. Έτσι, ο υπέρηχος αποτελεί εξαιρετικό εργαλείο για τον έλεγχο του εσωτερικού τοιχώματος των κύστεων. Αντιθέτως, υστερεί στην ανίχνευση βλαβών, όπως η διαταραχή της αρχιτεκτονικής του μαστού, ή στη διερεύνηση του χαρακτήρα των αποτετανώσεων (Σουφλέρη, 2006).

Το υπερηχογράφημα είναι μια εξέταση κατά την οποία ένας πομπός υπερήχων κινείται πάνω από την περιοχή του μαστού και εκπέμπει ηχητικά κύματα υψηλής συχνότητας, τα οποία μεταδίδονται μέσα στο μαστό και αντανακλώνται, όταν βρουν εμπόδιο (Κόνιαρη, 1991).

Τα πλεονεκτήματα του υπερηχογραφήματος είναι :

- Ø δεν υπάρχει ακτινική επιβάρυνση
- Ø μπορεί να επαναληφθεί για παρακολούθηση ευρήματος
- Ø δεν έχει αντένδειξη σε ειδικές περιπτώσεις όπως η εγκυμοσύνη
- Ø οι μοντέρνοι υπερηχογράφοι έχουν πολύ υψηλή ακρίβεια και διαγνωστική δυνατότητα
- Ø είναι διαγνωστική εξέταση με πολύ χαμηλό κόστος

Τα μειονεκτήματα του υπερηχογραφήματος είναι ότι η ακρίβεια του αποτελέσματος εξαρτάται από :

- Ø την ποιότητα του μηχανήματος
- Ø την εκπαίδευση και ικανότητα του ακτινοδιαγνώστη που χρησιμοποιεί το μηχάνημα (Μαρκόπουλος, 2007).

5.3.3 Πνευμοκυστογραφία

Πρόκειται για χορήγηση αέρα σε ήδη παρεκεντηθείσα κύστη μαστού και στη συνέχεια γίνεται η μαστογραφία. Παρέχει τη δυνατότητα ελέγχου του εσωτερικού της κύστεως για πιθανούς ενδοκυστικούς όγκους. Θεωρείται από μερικούς συγγραφείς μέθοδος εκλογής για τις κύστεις, διαγνωστική και θεραπευτική.

Κριτήρια για την πραγματοποίηση βιοψίας μετά από τη πνευμοκυστογραφία είναι η απεικόνιση ενδοκυστικής μάζας και η ανάδειξη εξωκυστικής μάζας που πιέζει ή διηθεί το τοίχωμα της κύστης (Μαρκόπουλος, 2007).

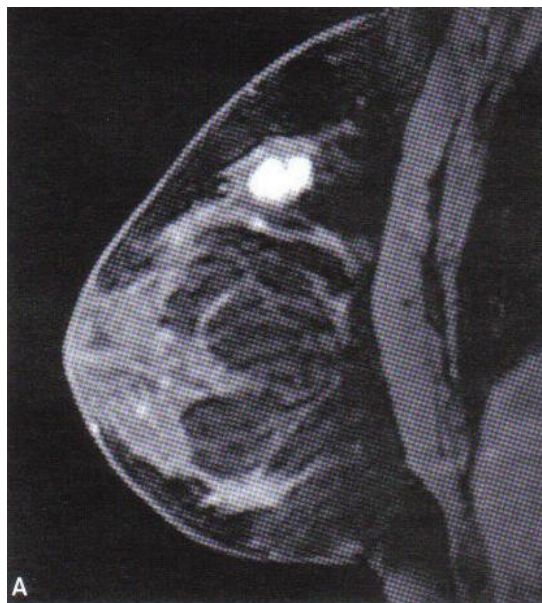
5.3.4 Μαγνητική

Η μαγνητική μπορεί να εντοπίσει όγκους που είναι πολύ μικροί, για να εντοπιστούν με σωματική εξέταση, και είναι δύσκολο να εντοπιστούν στην κλασική μαστογραφία (Clinic, 2008). Πρόκειται για μέθοδο με μεγάλες δυνατότητες που άρχισε να χρησιμοποιείται πρόσφατα στη διαγνωστική προσέγγιση του καρκίνου του μαστού. Η εξέταση ενδείκνυται στις εξής περιπτώσεις :

- Ø στον αποκλεισμό του καρκίνου σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, σε πολύ πυκνούς μαστούς όπου η μαστογραφία έχει χαμηλή διαγνωστική δυνατότητα
- Ø στον έλεγχο των επιθεμάτων, για διάγνωση ρήξεως του ενθέματος
- Ø προεγχειρητικά, όταν υπάρχουν κλινικά ευρήματα ύποπτα για καρκίνο και η μαστογραφία δεν αναδεικνύει βλάβες, σε γνωστό ή πολύ πιθανό καρκίνο για ακριβή καθαρισμό της έκτασής του κ.ά.
- Ø σε τοπικά προχωρημένους καρκίνους, για εκτίμηση της τοπικής ανταπόκρισης στη συστηματική θεραπεία (χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία)
- Ø άμεσα μετεγχειρητικά, για εκτίμηση τυχόν υπολειμματικής νόσου

Η μαγνητική παρουσιάζει υψηλή ευαισθησία στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, αναφέρεται όμως με μέτρια ειδικότητα. Για αυτό δεν ενδείκνυται για προσυμπτωματικό έλεγχο του γενικού πληθυσμού. Άλλες αντενδείξεις είναι η γαλουχία, η εγκυμοσύνη και η φλεγμονή του μαστού. Θα πρέπει να τονιστεί ότι δεν

πρέπει να χρησιμοποιείται ως μοναδική απεικονιστική μέθοδος του μαστού, αλλά να συνδυάζεται με τη μαστογραφία και την κλινική εξέταση (Μαρκόπουλος, 2007).



Εικόνα 7
Μαγνητική ινσοαδενώματος
(Μαρκόπουλος, 2007)

5.3.5 Αξονική τομογραφία

Μεγάλη διαγνωστική αξία έχει η αξονική τομογραφία, σε περίπτωση υποψίας μεταστάσεων (Παπανικολάου, 1994). Παρουσιάζει περιορισμένες εφαρμογές στον έλεγχο των μαστών, όπως :

- Ø στη διάγνωση κακοηθών παθήσεων του μαστού, στις οποίες διακρίνεται υπερσυγκέντρωση σκιαγραφικής ουσίας
- Ø στη διάγνωση καλοήθου όγκου, που μοιάζει με καρκίνο στη μαστογραφία
- Ø στην προληπτική εξέταση των μαστών δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί, γιατί απαιτεί υψηλές δόσεις ακτινοβολίας (Παπανικολάου, 2005)
- Ø εκτίμηση μετεγχειρητικών ασθενών για τοπική ή περιοχική υποτροπή
- Ø προεγχειρητική εντόπιση με συρμάτινο οδηγό υπό αξονοτομογραφικό έλεγχο βλάβης που φαίνεται σε μια μόνο μαστογραφική λήψη

Θεωρείται ως ακατάλληλη μέθοδος πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού λόγω μεγάλου κόστους, υψηλής δόσης ακτινοβολίας, μεγάλου χρόνου

εξέτασης, μικρής ευαισθησίας και ειδικότητας και μικρής ικανότητας ανάδειξης βλάβης του μαστού (Μαρκόπουλος, 2007).

5.3.6 Σπινθηρογράφημα

Το σπινθηρογράφημα θεωρείται αξιόπιστη μέθοδος διάγνωσης ιδιαίτερα όταν συνδυαστεί και με άλλες διαγνωστικές μεθόδους όπως τη μαστογραφία. Το σπινθηρογράφημα, συνίσταται απαραίτητα σε περιπτώσεις σημείων ή συμπτωμάτων μετάστασης στο ήπαρ ή στα οστά (Κόνιαρη, 1991).

Το σπινθηρογράφημα έχει το πλεονέκτημα να αποκαλύπτει τις οστικές αλλοιώσεις αρκετό καιρό πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά και δίνει καλή απεικόνιση του αριθμού και των θέσεων των μεταστάσεων. Χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις κακοηθών όγκων του μαστού, αλλά και σε όλες τις περιπτώσεις κακοηθών νεοπλασιών γενικότερα (Κόνιαρη, 1991· Παπανικολάου, 1994).

5.3.7 Θερμογραφία

Η θερμογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος με την οποία παίρνουμε φωτογραφία της θερμοκρασίας της επιφάνειας του μαστού με τη βοήθεια του θερμογράφου. Στηρίζεται στην υπέρυθρη ακτινοβολία, που εκπέμπει φυσιολογικά το ανθρώπινο σώμα. Στο υπερκείμενο δέρμα της κακοήθους νεοπλασίας η θερμοκρασία ανεβαίνει 1-3 °C (Παπανικολάου, 2005).

Η εξέταση είναι εύκολη και αβλαβής και δεν υπάρχει κίνδυνος από την ακτινοβολία. Οι ασυμπτωματικές γυναίκες θερμογραφικώς διακρίνονται σε φυσιολογικό θερμογράφημα και σε γυναίκες με ανώμαλο θερμογράφημα, οι οποίες υποβάλλονται και σε μαστογραφία, και έχει τη δυνατότητα να επαναλαμβάνεται συχνά και ανεξάρτητα από την ηλικία της ασθενούς (Κόνιαρη, 1991).

Οι εφαρμογές της είναι μόνο ερευνητικές αφού η κλινική της αξία έχει ευρέως αμφισβητηθεί. Βασικό μειονέκτημα της μεθόδου είναι η αδυναμία διαφορικής διάγνωσης μεταξύ θερμών περιοχών, π.χ. φλεγμονής του καρκίνου και καρκίνου όπου υπάρχει αυξημένη θερμότητα λόγω μεγάλης αγγείωσης (Μαρκόπουλος, 2007). Άλλο μειονέκτημα της εξέτασης είναι ότι όλοι οι καρκίνοι δεν είναι θερμοί και έτσι τα ψευδώς αρνητικά θερμογραφήματα ανέρχονται σε 14-40 %. Επίσης, μπορεί να

προκαλέσει άγχος και υστερία σε γυναίκες, λόγω των ψευδώς θετικών ευρημάτων, όπως μπορεί να προκαλέσει και κακό, παρέχοντας αισθήματα ασφάλειας σε ασθενής με καρκίνο του μαστού (Κόνιαρη, 1991).

5.3.8 Ξηρογραφία

Η ξηρογραφία αλλοιώνεται με την πάροδο του χρόνου και καταργήθηκε με την έλευση των μαστογράφων « χαμηλής δόσης » , λόγω υψηλότερης δόσης ακτινοβολίας που χρησιμοποιούσε (Μαρκόπουλος, 2007).

Γενικά, η ξηρογραφία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την ακτινογράφιση των μαλακών ιστών, όπου η αντίθεση μεταξύ όγκου και των ιστών που τον περιβάλλουν είναι σχετικά μικρή. Επίσης, ενδείκνυται για την απεικόνιση αγγείων, παραμορφωμένων φλεβών (Κόνιαρη, 1991).

5.3.9 Διαφανοσκόπηση

Η διαφανοσκόπηση είναι διαγνωστική μέθοδος στην οποία, με φωτεινή πηγή τοποθετημένη κάτω από το μαστό μέσα σε σκοτεινό χώρο, πετυχαίνουμε την εντόπιση αλλοιώσεων του μαστού. Η μέθοδος δεν θεωρείται αξιόπιστη όταν χρησιμοποιείται μόνη της. Είναι απαραίτητο να συνδυάζεται με μαστογραφία (Παπανικολάου, 2005).

Η διαφανοσκόπηση υστερεί στην ανάδειξη πρώιμων καρκίνων και δεν είναι αξιόπιστη σε γυναίκες με μαστίτιδα, τραύμα ή αιμορραγικές κύστεις μαστού, πρόσφατη βιοψία ή παρακέντηση. Η εφαρμογή της δεν παρουσιάζει κλινικά οφέλη και περιορίζεται στην έρευνα (Μαρκόπουλος, 2007).

5.4 Εγχειρητική διάγνωση

Στην εγχειρητική διάγνωση περιλαμβάνονται :

- Ø η παρακέντηση με λεπτή βελόνα
- Ø βιοψία με κόπτουσα βελόνη

5.4.1 Παρακέντηση με λεπτή βελόνα

Μπορεί να γίνει σε κάθε ψηλαφητή διόγκωση του μαστού με βελόνα 21G σε σύριγγα 10 ml και το υλικό που αναρροφάται στέλνεται για κυτταρολογική εξέταση.

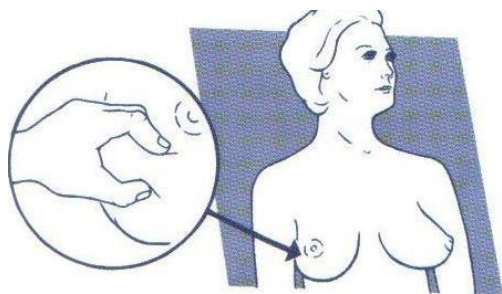
Η ευαισθησία της μεθόδου κυμαίνεται από 78% έως 99%. Βασικό μειονέκτημα της παραμένει το σχετικά υψηλό ποσοστό ψευδώς θετικών (1-3%) και ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων (1-8%).

Τα πλεονεκτήματα της εξέτασης είναι τα εξής :

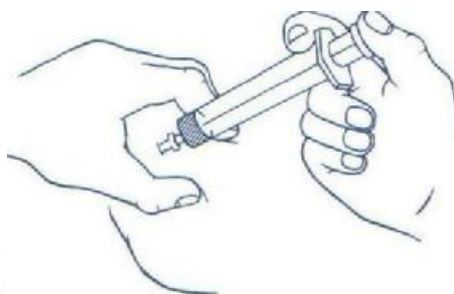
- Ø πρόκειται για απλή τεχνική και γίνεται καλά ανεκτή από την ασθενή
- Ø επιτυχής ακόμα και σε μικρές ή «σκληρές» αλλοιώσεις
- Ø είναι δυνατό να ληφθούν πολλαπλά δείγματα, από διαφορετικές θέσεις μιας εκτεταμένης αλλοίωσης
- Ø υπάρχει η δυνατότητα άμεσου αποτελέσματος ακόμα και την ίδια μέρα
- Ø είναι γρήγορη και πλέον ατραυματική τεχνική από την βιοψία με κόπτουσα βελόνη
- Ø έχει μικρότερο κόστος από τη βιοψία με κόπτουσα βελόνη

Τα μειονεκτήματα της εξέτασης είναι τα εξής :

- Ø δεν ξεχωρίζει μεταξύ διηθητικού και μη διηθητικού καρκίνου
- Ø απαιτεί ιδιαίτερα έμπειρο και εξειδικευμένο στις παθήσεις του μαστού κυτταρολόγο
- Ø έχει ένα ποσοστό «ψευδώς» θετικών αποτελεσμάτων σε αλλοιώσεις
- Ø απαιτεί ιδιαίτερη εμπειρία για τη λήψη σωστού και επαρκούς δείγματος (Μαρκόπουλος, 2007).



Εικόνες 8



Εικόνα 9

Παρακέντηση ψηλαφητής αλλοίωσης δεξιού μαστού με λεπτή βελόνη

(Μαρκόπουλος, 2007)

5.4.2 Βιοψία με κόπτουσα βελόνη

Πρόκειται για μικρή, επεμβατική τεχνική στην οποία λαμβάνεται τεμάχιο-πυρήνας ιστού με τη χρήση βελόνης βιοψίας.

Ενέχει μεγαλύτερο κίνδυνο από την παρακέντηση με λεπτή βελόνη για εμφάνιση αιμορραγίας, διαταραχή της δομής του εξεταζόμενου ιστού και εμφύτευσης κυττάρων του όγκου στο τραύμα.

Έχει αντικαταστήσει τη βιοψία για λήψη υλικού στις περιπτώσεις τοπικά προχωρημένου καρκίνου, όπου λαμβάνεται εύκολα υλικό για ιστολογική επιβεβαίωση, χωρίς να καθυστερήσει, λόγω εγχειρητικού τραύματος, η άμεση έναρξη της συστηματικής θεραπείας (Μαρκόπουλος, 2007).

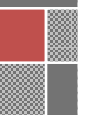
5.4.4 Ρόλος του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων

Οι περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις δεν προκαλούν σωματικό πόνο, για αυτό και δεν προκαλούν μεγάλη αναστάτωση, αλλά μηνύουν την ασθενή ότι υπάρχει κάποιος λόγος να ανησυχεί σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου. Κάθε εξέταση που κάνει η ασθενής, κάθε νέο άτομο που συναντά, μπορεί να της αυξήσει το αίσθημα ότι χάνει τον έλεγχο. Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει τον έλεγχό της στο άγνωστο περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσεται αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης με την ασθενή, ενημερώνοντας την για όλες τις εξετάσεις στις οποίες θα υποβληθεί, εξηγώντας της για ποιο σκοπό αποφασίστηκε η διενέργεια της εξέτασης και ενημερώνοντάς την σχετικά με τον τρόπο που θα γίνει η εξέταση και το χρόνο που θα διαρκέσει (Σαββοπούλου, 2000).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού



6.1 Θεραπεία του καρκίνου του μαστού

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει 4 βασικές μεθόδους :

- Ø Χειρουργική θεραπεία
- Ø Χημειοθεραπεία
- Ø Ακτινοθεραπεία
- Ø Ορμονοθεραπεία

Όλες οι θεραπευτικές δυνατότητες που διαθέτουμε σήμερα πρέπει να χρησιμοποιούνται ανάλογα με την περίπτωση και τις ενδείξεις, βάση των επί μέρους χαρακτηριστικών τόσο της ασθενούς (π.χ. ηλικία, βιολογική κατάσταση, άλλα νοσήματα) όσο και του όγκου (Μαρκόπουλος, 2007).

Κάθε θεραπευτικός χειρισμός έχει 2 στόχους :

- Ø Να εξαλείψει την τοπική νόσο και τις πιθανότητες της τοπικής υποτροπής
- Ø Να προφυλάξει ή να θεραπεύσει τη συστηματική επέκταση της νόσου (Παναγιωτόπουλος και Παπαλάμπρος, 1991).

6.2 Είδη χειρουργικών θεραπευτικών μεθόδων

Η χειρουργική είναι η αρχαιότερη μέθοδος θεραπείας του καρκίνου του μαστού (Κόνιαρη, 1991). Περιλαμβάνει 6 χειρουργικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται ανάλογα με την προτίμηση του χειρουργού γιατρού της ασθενούς , την κλινική σταδιοποίηση του κάθε όγκου, τυχόν διηθήσεις ή μεταστάσεις και από άλλους παράγοντες (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2007).

Τύποι χειρουργικών επεμβάσεων :

- Ø Ριζική μαστεκτομή
- Ø Απλή μαστεκτομή
- Ø Μερική μαστεκτομή
- Ø Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή
- Ø Εκτεταμένη απλή μαστεκτομή
- Ø Ογκεκτομία

6.2.1 Ριζική μαστεκτομή

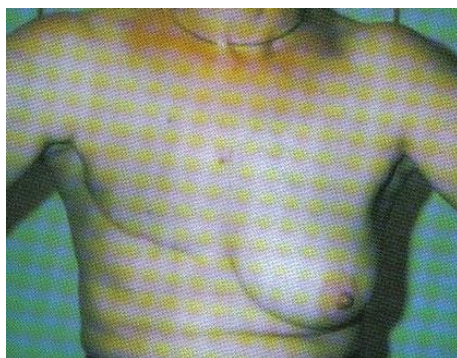
Η ριζική μαστεκτομή έχει προταθεί από τον Halsted το 1986 και συνεχίζεται να εκτελείται ακόμα και σήμερα από πολλούς χειρουργούς, αλλά σε μικρότερη έκταση (Τοκμακίδης, 2000). Η επέμβαση αυτή συνίσταται στη ριζική αφαίρεση του μαζικού αδένου, μείζονα και ελάσσονα θωρακικού μυός, καθώς και καθαρισμό της μασχάλης και όλου του λίπους των γειτονικών μυών.

Η τομή που γίνεται μπορεί να είναι εγκάρσια ή κάθετη και τοποθετείται στο τραύμα παροχέτευση συνεχούς αναρρόφησης . Η εγχείρηση έχει αυξημένη νοσηρότητα, κακό κοσμητικό αποτέλεσμα, εμφάνιση οιδήματος άνω άκρων και ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας (Κόνιαρη, 1991).

6.2.2 Απλή μαστεκτομή

Στην απλή μαστεκτομή γίνεται αφαίρεση ολόκληρου του προσβεβλημένου μαστού, χωρίς να γίνει λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης. Πιθανό είναι να αφαιρεθούν κάποιοι λεμφαδένες οι οποίοι βρίσκονται πολύ κοντά στο μαστό και πιθανώς να έχουν προσβληθεί ή πρόκειται να προσβληθούν.

Η απλή μαστεκτομή συνίσταται συνήθως σε μικρούς όγκους εντοπισμένους ενδιάμεσα ή κεντρικά στο μαστό, δίχως λεμφαδενική διασπορά καρκινικών κυττάρων. Συνήθως γίνεται σε ηλικιωμένες γυναίκες που δεν αποβλέπεται να έχουν ταχεία εξέλιξη της νόσου και συνδυάζεται με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2007).



Εικόνα 10

Τελικό αποτέλεσμα Απλής μαστεκτομής

(Μαρκόπουλος, 2007)

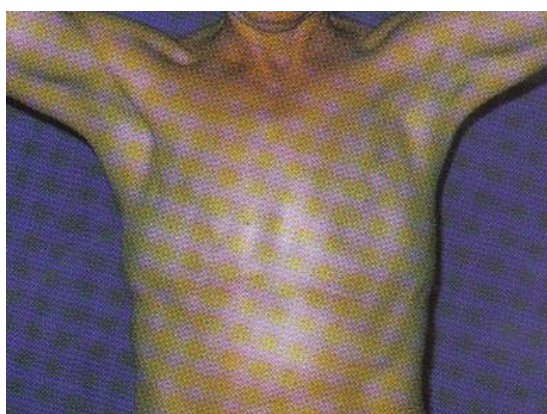
6.2.3 Μερική μαστεκτομή

Η Μερική μαστεκτομή εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όγκων του μαστού μεγέθους 2cm ή και μικρότερων, εντοπισμένων στην περιφέρεια του μαστού, δίχως λεμφαδενική διασπορά. Η τομή που γίνεται είναι εγκάρσια, αλλά επειδή έχει επισημανθεί αλλαγή της θέσης της θηλής και της θηλαίας άλω, τελευταία η τομή γίνεται γύρω από την τομή της πρόσφατης βιοψίας. Από αυτή αφαιρούνται τα περίξ του όγκου, 2/3 του μαστού και οι μασχαλιαίοι αδένες (Κόνιαρη, 1991).

6.2.4 Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αποτελεί την εγχείρηση εκλογής για τον καρκίνο του μαστού. Έχει σαφή λειτουργικά και κοσμητικά πλεονεκτήματα που διευκολύνουν τη μετέπειτα πλαστική αποκατάσταση του μαστού και πολύ χαμηλή επίπτωση σημαντικού λεμφοιδήματος το οποίο μπορεί να προληφθεί με το κατάλληλο επιμορφωτικό πρόγραμμα (Τζωρακοελευθεράκης, 1992).

Όσον αφορά στην τεχνική, η τομή που γίνεται είναι εγκάρσια επιτυγχάνοντας έτσι το καλύτερο δυνατό αισθητικό αποτέλεσμα. Η ασθενής με την τομή αυτή μπορεί να φοράει ρούχα με ντεκολτέ χωρίς να φαίνεται η ουλή της τομής. Η ίδια τομή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και πάλι σε περίπτωση που θα γίνει τοποθέτηση τεχνητού στήθους μελλοντικά (Κόνιαρη, 1991).



Εικόνα 11

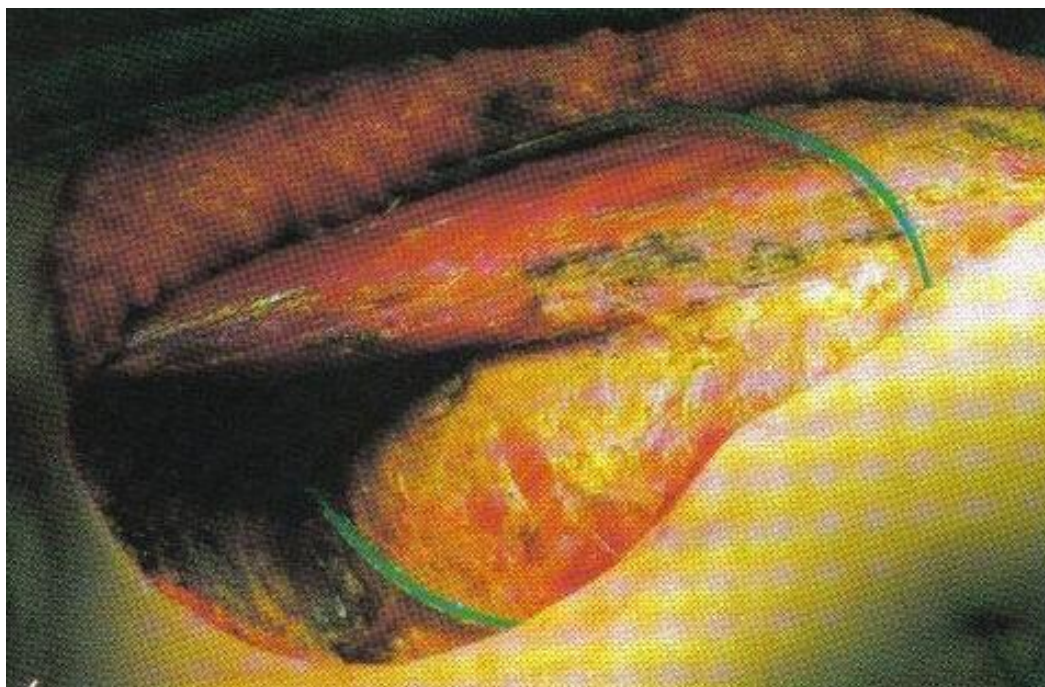
Αριστερά Ριζική και δεξιά Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή
(Μαρκόπουλος, 2007)

6.2.5 Εκτεταμένη ολική μαστεκτομή

Κατά την επέμβαση αυτή αφαιρείται όλος ο μαζικός αδένας με το υπερκείμενο δέρμα και το σύμπλεγμα της θηλής-άλω και επιπρόσθετα, σε συνέχεια ιστών αφαιρούνται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, η προσπέλαση των οποίων γίνεται με έλξη και απόθεση και όχι διατομή του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός.

Η τομή του δέρματος γίνεται έτσι ώστε να συμπεριλαμβάνει την υπερκείμενη του καρκίνου ή της προηγηθείσας βιοψίας περιοχή και λαμβάνεται υπόψη να μη δημιουργηθεί πρόβλημα ελλείμματος δέρματος.

Το τραύμα παροχτεύεται με 2 παροχτεύσεις κενού, μια στη μασχαλιαία κοιλότητα και μια τοποθετείται επάνω στο μείζονα θωρακικό μύ και το δέρμα συρράπτεται συνήθως με διακεκομμένα ράμματα. Οι παροχτεύσεις αφαιρούνται συνήθως την 3^η με 4^η μετεγχειρητική μέρα.



Εικόνα 12

Το τραύμα παροχτεύεται με 2 παροχτεύσεις. Μια στη μασχαλιαία κοιλότητα και μια επάνω στο θωρακικό μυ
(Μαρκόπουλος, 2007)

6.2.6 Ογκεκτομία

Η εγχείρηση συνίσταται στην εξαίρεση μόνο του όγκου και 3-4 cm φυσιολογικού ιστού γύρω από αυτόν και μπορεί να συνδυαστεί με καθαρισμό ή ιστοληψία των λεμφαδένων της μασχάλης (Παπανικολάου, 1994).

Μεγάλη προσοχή πρέπει να δοθεί, ώστε κατά την εγχείρηση να επιτευχθεί κατάλληλη αιμόσταση για την αποφυγή αιματώματος, το οποίο μπορεί να προκαλέσει παραμόρφωση του μαστού και καθυστέρηση της έναρξης της ακτινοθεραπείας. Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία αρχίζει αμέσως μόλις επουλωθεί το τραύμα, συνήθως 10-14 μέρες μετά (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2007 · Κόνιαρη, 1991).

6.2.7 Ρόλος του νοσηλευτή κατά την χειρουργική επέμβαση

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην χειρουργική επέμβαση χωρίζεται σε 2 στάδια :

- Ø Προεγχειρητική φροντίδα
- Ø Μετεγχειρητική φροντίδα

6.2.7.1 Προεγχειρητική φροντίδα

Ο σκοπός της εγχείρησης στην ασθενή με καρκίνο μαστού είναι θεραπευτικός ή περιοριστικός της έκτασης του καρκίνου. Ως αποτέλεσμα της χειρουργικής παρέμβασης, μπορεί να έχουμε κάποια παραμόρφωση ή και την αφαίρεση του μαστού, καταστάσεις που η ασθενής αντιμετωπίζει με φόβο και άγχος.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να σταθεί στα εξής :

- Ø Να εκτιμήσει την κατάσταση της ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της αντίδρασης στη διάγνωση και στους σκοπούς της χειρουργικής επέμβασης καθώς και των φόβων και αβεβαιοτήτων που θα αντιμετωπίσει.
- Ø Να εκτιμήσει τυχόν επιπλοκές καθώς και ειδικά νοσηλευτικά μέτρα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των προεγχειρητικών σωματικών καταστάσεων της ασθενούς.

- Ø Να εκτιμήσει το επίπεδο του άγχους της ασθενούς σχετικά με τη διάγνωση, την εγχείρηση και τα αποτελέσματα καθώς και την ανταπόκριση της οικογένειας της ασθενούς στη νόσο.
- Ø Να προσδιορίσει το επίπεδο κατανόησης της ασθενούς σχετικά με τις πληροφορίες που της δίνονται για την επέμβαση, τις διαδικασίες που θα ακολουθήσουν.
- Ø Να παρέχει στην ασθενή πληροφορίες σύμφωνα με την εκτίμηση της ικανότητάς της να καταλάβει και να ανταποκριθεί στη γνώση των θεραπευτικών διαδικασιών.
- Ø Να παρέχει προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία καθώς και να στηρίζει την ασθενή κατά την περίοδο των προεγχειρητικών εξετάσεων.
- Ø Να ενθαρρύνει την ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά της και τις φοβίες της.
- Ø Να παρέχει στην ασθενή χρόνο για εκμάθηση (βήχα, βαθιές αναπνοές) ή εξάσκηση (ασκήσεις του άκρου).
- Ø Να φροντίζει η ασθενής να έχει κάνει όλες τις απαραίτητες διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις και να εξασφαλίσει και τη σωστή σωματική προετοιμασία (Κόνιαρη, 1991).

6.2.8.2 Μετεγχειρητική φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς μετά τη χειρουργική επέμβαση αποτελεί συνέχεια της προεγχειρητικής φροντίδας. Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή κατά την οποία η ασθενής επανέρχεται από το χειρουργείο στο νοσηλευτικό τμήμα. Η φροντίδα είναι πολύπλευρη και πολυμερής και θεωρείται από τις σοβαρότερες και πιο υπεύθυνες νοσηλευτικές ενέργειες (Κόνιαρη, 1991).

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει :

- Ø Την παραλαβή και τοποθέτηση της άρρωστης σε ύπτια θέση, λήψη ζωτικών σημείων και αξιολόγηση αυτών καθώς και έλεγχο των παροχετεύσεων (καθετήρα, Red-O-Pack) και του επιδεσμικού υλικού για πιθανή αιμορραγία.
- Ø Σύσταση της ασθενής να βαθιές αναπνοές όπως της είχαν διδαχτεί προεγχειρητικά.

- Ø Υπενθύμιση της ασθενούς να περιορίσει την κινητικότητά της καθώς και να μην πει τίποτα από το στόμα εάν δεν της δοθεί εντολή.
- Ø Συνεχείς παρακολούθηση για σημεία αιμορραγίας ή κάποιας άλλης επιπλοκής όπως πυρετός, πόνος, shock, πνευμονία, λεμφοίδημα, φλεγμονή του τραύματος (Αθανάτου, 2000).
- Ø Παρακολούθηση ασθενούς για διαταραχή του σωματικού ειδώλου, ενθάρρυνση για έκφραση των συναισθημάτων της και ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς .
- Ø Διδασκαλία ασθενούς για αυτοεξυπηρέτηση (Κόνιαρη, 1991).

6.3 Χημειοθεραπεία

Η θεραπεία αυτή συνίσταται στη χορήγηση ενός συνδυασμού αντικαρκινικών φαρμάκων (Ντίξον, Λεονάρντ, 1999). Ο πρωταρχικός στόχος αυτών των φαρμάκων είναι ο εντοπισμός και η εξουδετέρωση των κυττάρων χωρίς να προκληθεί μόνιμη βλάβη των φυσιολογικών (Ντίξον, Λεονάρντ, 1999· Wendell, 1997). Τα φάρμακα χρησιμοποιούνται μόνα ή σε συνδυασμό με χειρουργική επέμβαση και/ή ακτινοθεραπεία για να επιτευχθεί ίαση, έλεγχος ή ανακούφιση από τα συμπτώματα της προχωρημένης μάζας (Μαρκόπουλος, 2007).

Το ευρύτερο γνωστό σχήμα είναι το CMF (συνδυασμός των Cyclophosphamide, Methotrexate και 5-Fluorouracil) κάθε 3 βδομάδες, σε ένα σύνολο 6 κύκλων. Υπάρχουν όμως και άλλα κυτταροτοξικά φάρμακα όπως Cisplatin, Famarubicin, Epirubicin κ.ά.

Η χημειοθεραπεία ρυθμίζεται ανάλογα με τα ευρήματα (μέγεθος όγκου, διήθηση μασχαλιαίων λεμφαδένων), την εμμηνορρυσιακή κατάσταση της ασθενούς και του ορμονικούς υποδοχείς του όγκου. Σε γενικές γραμμές συνίσταται σε γυναίκες που έχουν υψηλό κίνδυνο υποτροπής, που είναι αυτές που έχουν θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες ή και με μεγάλο πρωτοπαθή όγκο (Μαρκόπουλος, 2007).

6.3.1 Παρενέργειες χημειοθεραπείας

Τα κυτταροτοξικά φάρμακα δεν διακρίνουν το φυσιολογικό από το καρκινικό κύτταρο και επομένως μπορεί να παρατηρηθούν ορισμένες παρενέργειες και τοξικά

φαινόμενα από τη χρήση τους. Οι άμεσες παρενέργειες είναι συνήθως παροδικές και σε αυτές περιλαμβάνονται :

- Ø η ναυτία/έμετος
- Ø αλωπεκία
- Ø εμμηνορυσιακές ανωμαλίες και άλλες.

Στις απώτερες παρενέργειες πρέπει να σημειωθεί :

- Ø η μόνιμη αμηνόρροια, αρκετά σημαντική για τις γυναίκες και ειδικότερα για αυτές που δεν έχουν τεκνοποιήσει
- Ø η καταστροφή των φλεβών και έτσι να καταστεί δύσκολη η ανεύρεση φλεβών για τη χορήγηση των φαρμάκων
- Ø νέκρωση του δέρματος και των υποδόριων ιστών στο χέρι της ασθενούς που προκαλείται από τη διαφυγή των φαρμάκων κατά τη διάρκεια της ενδοφλέβιας χορήγησης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων
- Ø μελάγχρωση των νυχιών που υποχωρεί εντός μερικών μηνών (Μαρκόπουλος, 2007)
- Ø αιμορραγία λόγω της θρομβοκυτταροπενίας που προκύπτει από την καταστολή του μυελού των οστών
- Ø διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας που σχετίζεται με την άμεση τοξική δράση των κυτταροτοξικών φαρμάκων
- Ø καρδιακές αρρυθμίες που σχετίζονται με την καρδιοτοξική δράση ορισμένων κυτταροστατικών φαρμάκων
- Ø νευροτοξικότητα που σχετίζεται με την απομυελίνωση των νευρικών ινών (Wendell, 1997).



Εικόνα 13

Νέκρωση του δέρματος από τη διαφυγή των φαρμάκων της χημειοθεραπείας
(Μαρκόπουλος, 2007)

Πιο αναλυτικά, αναφέρονται οι παρενέργειες των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται πιο συχνά στην χημειοθεραπεία :

- Ø Cyclophosphamide (ιδιοσκεύασμα : Endoxan), προκαλεί αιμορραγική κυστίτιδα ιδιαίτερα όταν δεν γίνεται καλή ενυδάτωση του αρρώστου, αλωπεκία, ναυτία, έμετοι, διάρροια, πνευμονίτιδα, αμηνόρροια, κνίδωση.
- Ø Methotrexate (ιδιοσκεύασμα : Emthexate/Chemipharm), προκαλεί ανορεξία, διάρροια που αποτελεί ένδειξη διακοπής της θεραπείας διότι συνέχιση την χορήγησης του φαρμάκου μπορεί να οδηγήσει σε αιμορραγική εντερίτιδα και διάτρηση του εντέρου, στοματίτιδα και φαρυγγίτιδα που συνιστάται η διακοπή του φαρμάκου, ναυτία, έμετοι, πεπτικά έλκη, λευκοπενία, αναιμία, αλωπεκία, δερματίτιδες, νευρολογικές διαταραχές όπως υπνηλία ή διαταραχές της όρασης.
- Ø 5-Fluorouracil (ιδιοσκεύασμα : Fluorouracil/ICN/Icon), προκαλεί ανορεξία, ναυτία, έμετοι που είναι συνήθεις, καθώς και στοματίτιδα, γαστρεντερικές εξελκώσεις, διάρροια, αιμορραγία που είναι ένδειξη για διακοπή της θεραπείας, αλωπεκία, δερματίτιδα και σπάνια προκαλεί άλγη, καρδιακές αρρυθμίες.
- Ø Cisplatin (ιδιοσκεύασμα : Cisplatin), προκαλεί συχνά ναυτία και έμετο, σπάνια ανορεξία, λευκοπενία, νεφρική ανεπάρκεια, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, τοξικές αντιδράσεις, κόπωση (Φερτάκης, Καφάτος, 2003· Ρηγόπουλος, 2006).

6.3.2 Ρόλος νοσηλευτή κατά την χημειοθεραπεία

Ο νοσηλευτής ανήκει στο μέρος του προσωπικού του κλάδου υγείας, το οποίο έρχεται σε επαφή με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας που μπορεί να έχουν καταστρεπτικές επιδράσεις στην σωματική και την ψυχοσωματική υγεία της ασθενούς.

Ο νοσηλευτής φροντίζει :

- Ø για την τοποθέτηση της ασθενούς που θα υποβληθεί να θεραπεία σε μικρό θάλαμο
- Ø να βεβαιώσει πως οι τοξικές ενέργειες και οι ανεπιθύμητες επιδράσεις των φαρμάκων δεν είναι τίποτα άλλο από τη μαρτυρία πως τα

χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοηθών κυττάρων καταστρέφουν και τα υγιή

- Ø εφαρμόσει αρχές διδασκαλίας και μάθησης ώστε η ασθενής να δεχθεί να εφαρμόσει τη θεραπεία (Κόνιαρη, 1991)
- Ø να ενθαρρύνει την ασθενή να αναφέρει το άγχος της και τις φοβίες της και να της παρέχει ψυχολογική υποστήριξη
- Ø να ενεργήσει ώστε η άρρωστη να μην εμφανίσει συμπτώματα ναυτίας και εμέτου χορηγώντας αντιεμετικά πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας
- Ø να λάβει μέτρα πρόληψης ή μείωσης της στοματίτιδας διδάσκοντας την ασθενή για συχνή στοματική υγιεινή (πλύσιμο των δοντιών με μαλακή οδοντόβουρτσα, αποφυγή καπνίσματος, πλύσιμο της στοματικής κοιλότητας με σόδα φαγητού)
- Ø να λάβει μέτρα για να μειώσει τα συμπτώματα της κόπωσης, της διαταραχής του ύπνου
- Ø για την πρόληψη της αλωπεκίας, με χρήση μαλακών χτενών, αποφυγή σκληρών σαμπουάν και γενικότερα να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει όλες τις επιπλοκές που προκαλούν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα (Wendell, 1997)
- Ø να γίνεται γενική αξιολόγηση της ασθενούς για τη θρέψη, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, το βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση της ασθενούς, την ευαισθησία της ασθενούς στα φάρμακα.

6.4 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία έχει γίνει ένα πολύ σπουδαίο μέσο αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού τα τελευταία 50 χρόνια. Η θεραπεία γίνεται τμηματικά για 6 βδομάδες, κάθε μέρα, 5 φορές τη βδομάδα (Μαρκόπουλος, 2007).

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει ως βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης στα υγιή κύτταρα. (Κόνιαρη, 1991· Μαλγαρινού, Κωσταντινίδου, 2003· Μαρκόπουλος, 2007).

Σε περίπτωση εγκυμοσύνης η ακτινοθεραπεία πρέπει να αποφεύγεται εντελώς προς όφελος του εμβρύου, σε αντίθεση με την χημειοθεραπεία που ενδείκνυται, όμως μετά το πρώτο τρίμηνο της κύησης (Λώλη, 2004).

Πρέπει να τονιστεί ότι η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία ελαττώνει τις τοπικές υποτροπές αλλά είναι αμφίβολο αν αυξάνει την επιβίωση (Μαρκόπουλος, 2007).

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί :

- Ø ως κύριο μέσο θεραπείας όταν η χειρουργική επέμβαση καθίσταται αδύνατη (τοπικά προχωρημένη κατάσταση)
- Ø μετεγχειρητικά ως συμπλήρωμα θεραπευτικής θεραπείας
- Ø ως παρηγορητική θεραπεία σε εκτεταμένες μεταστάσεις και υποτροπές.

6.4.1 Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία συνίσταται συμπληρωματικά μετά την εγχείρηση για τη θεραπεία της υπολειμματικής νόσου, με σκοπό την ελάττωση των τοπικά υποτροπών. Ο αριθμός των υποτροπών αυξάνεται όσο λιγότερο ριζική είναι μια εγχείρηση.

Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία πρέπει να ξεκινάει αμέσως μετά την εγχείρηση και όχι να περιμένουμε την εμφάνιση υποτροπών, διότι το ποσοστό αντιμετώπισης της νόσου πέφτει στο 50-70% (Κόνιαρη, 1991).

6.4.2 Παρενέργειες ακτινοθεραπείας

Παρά τη σημαντική βελτίωση των μέσων και τεχνικών, η ακτινοθεραπεία εξακολουθεί να έχει παρενέργειες (γενική αδυναμία-κούραση κατά τη διάρκεια της θεραπείας) και επιπλοκές που διακρίνονται σε :

- 1) οξείες-άμεσες και
- 2) απότερες

1) Οξείες-άμεσες :

- Ø φλεγμονή
- Ø υπέρχρωση
- Ø έγκαυμα τραύματος
- Ø ήπιο άλγος στο μαστό

2) Απώτερες :

- Ø ευαισθησία, σκληρία και οίδημα στο μαστό
- Ø κατάγματα πλευρών
- Ø περικαρδίτιδα
- Ø πνευμονίτιδα
- Ø οίδημα άνω άκρου
- Ø παράλυση βραχιόνιου άκρου (Μαρκόπουλος, 2007).

Η ασθενής μπορεί επίσης να παρουσιάσει :

- Ø αλωπεκία
- Ø στοματίτιδα
- Ø διαταραχές της θρέψης
- Ø καρκίνο δέρματος
- Ø λευχαιμία (Κόνιαρη, 1991).



Εικόνα 14

Εικόνα 15

Ελαφρύ ερύθημα και ικανού βαθμού εγκαύματος του δέρματος από ακτινοθεραπεία
(Μαρκόπουλος, 2007)

6.4.3 Ρόλος νοσηλευτή κατά την ακτινοθεραπεία

Η νοσηλευτική φροντίδα ξεκινάει από της στιγμή που ο νοσηλευτής θα έρθει σε επαφή με την ασθενή. Από τη στιγμή αυτή ο νοσηλευτής με την κατανόηση και το ενδιαφέρον του θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στην ασθενή ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής. Ο νοσηλευτής φροντίζει :

- ∅ στην ενημέρωση της ασθενούς για τη θεραπεία. Οι ασθενείς γενικά έχουν την ανάγκη να ενημερώνονται για τη θεραπεία που θα υποβληθούν και να βεβαιωθούν ότι θα είναι ανώδυνη και ακίνδυνη
- ∅ να ενημερώσει την ασθενή για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που πρόκειται να εμφανιστούν, τα μέτρα που θα ληφθούν για την πρόληψη και αντιμετώπισή τους όπως αποφυγή ερεθισμού του δέρματος με λοσιόν, κρέμες κ.ά, περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, παρακολούθηση ασθενούς για κακή θρέψη
- ∅ στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την ασθενή, το περιβάλλον και τον ίδιο το νοσηλευτή (Κόνιαρη, 1991).

6.5 Ορμονοθεραπεία

Οι αρχές της ορμονοθεραπείας, ως θεραπευτική επιλογή στον καρκίνο του μαστού στηρίζεται στο γεγονός ότι τα οιστρογόνα επηρεάζουν όλα τα ορμονοεξαρτώμενα όργανα και ιστούς, επομένως η καταστολή τους με ορμονικό τρόπο (ανδρογόνα, προγεστερόνη, οιστρογόνα, κορτικοειδή και θυρεοειδική ορμόνη) ή και χειρουργικό (εκτομή των επινεφριδίων ή της υπόφυσης) μπορεί να βελτιώσει την κατάσταση και συγκεκριμένα να μειώσει το μέγεθος του όγκου ή να καταστρέψει καρκινικά κύτταρα (Παπανικολάου, 2005).

Σημαντικά επίπεδα ορμονικών υποδοχέων ανιχνεύονται σε περισσότερους από 60% των όγκων του καρκίνου του μαστού. Στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες το ποσοστό είναι μεγαλύτερο. Όμως μόνο τα 2/3 από αυτούς τους όγκους ανταποκρίνονται στην ορμονοθεραπεία (Φρουντζήλας και Μπαραμπάτης, 2006).

6.5.1 Ταμοξιφένη

Η ταμοξιφένη συντέθηκε για πρώτη φορά το 1960 και διαπιστώθηκε ότι έχει κλινική αποτελεσματικότητα στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Έγινε γρήγορα αποδεκτή στην καθημερινή κλινική πράξη εξαιτίας των λιγότερων ανεπιθύμητων ενεργειών σε σχέση με τα οιστρογόνα υψηλής δόσεως και τα ανδρογόνα που χρησιμοποιούνταν για τη θεραπεία. Η ταμοξιφένη ανταγωνίζεται τη δράση των οιστρογόνων στον καρκίνο μαστού μέσω σύνδεσης των οιστρογονικών

υποδοχέων, προκαλώντας παύση του κυτταρικού κύκλου και καταστέλλοντας την ανάπτυξη του όγκου.

Η αντιοιστρογονική δράση της ταμοξιφένης στο φυσιολογικό επιθήλιο του μαστού έχει ως αποτέλεσμα την πρόληψη του καρκίνου του μαστού κατά 50% νέων καρκίνων του μαστού. το γεγονός αυτό έδωσε μια ώθηση στη χρήση της ταμοξιφένης ως χημειοπροφυλακτικού παράγοντα. Όταν χρησιμοποιείται ως θεραπεία, ο αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του ενδομητρίου θεωρείται μικρός συγκριτικά με τη μεγάλη ωφέλεια που παρέχει από τη μείωση του καρκίνου του μαστού.

Παραταύτα, είτε χορηγείται ως θεραπεία είτε για τη μεταστατική νόσο, τελικά τα καρκινικά κύτταρα θα αναπτύξουν αντίσταση στη θεραπεία (Φρουντζήλας και Μπαραμπάτης, 2006).

Υπάρχουν ισχυρά δεδομένα που πείθουν ότι μετά από 5 χρόνια χορήγησης ταμοξιφένης η χορήγηση λητροζόλης παρατείνει το χρονικό διάστημα ελεύθερο νόσου. Αντίστοιχα, καλά αποτελέσματα φαίνεται να προκύπτουν όταν η ταμοξιφένη μετά πάροδο 2-3 ετών αντικατασταθεί από την εξαμεστάνη για 2-3 χρόνια (Σκάρλος, 2009).

6.5.2 Παρενέργειες Ταμοξιφένης

Οι παρενέργειες της ταμοξιφένης είναι συνήθως ήπιες. Σε μικρό ποσοστό παρατηρούνται εξάψεις, αιμορραγία από τον κόλπο ή αμμηνόρροια (10%) και δεν επιφέρει καταστολή του μυελού των οστών (Μαρκόπουλος, 2007).

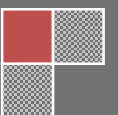
6.6 Ανοσοθεραπεία

Στις μέρες μας η ανοσοθεραπεία βοηθάει μόνο στην παράταση της επιβίωσης. Επικρατέστερο φάρμακο, που χρησιμοποιείται είναι το BGD (Bacillus Calmette Guerin). Το BGD μπορεί να συνδυαστεί και με άλλα φάρμακα όπως η αδριουμυκίνη (Adriblastin) και άλλα κυτταροστατικά φάρμακα (Παπανικολάου, 1994).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Ρόλος νοσηλεύτη στην ψυχοσωματική
υγεία της ασθενούς



7.1 Η γνώση της αλήθειας και η ασθενής

Ο μαστός δεν είναι ένα απλό τμήμα του γυναικείου σώματος αλλά συμβολίζει δύο από τις πιο σημαντικές πτυχές κάθε γυναίκας, τη μητρότητα και την ερωτική υπόσταση. Όταν μία γυναίκα μαθαίνει ότι έχει καρκίνο μαστού, δεν έρχεται αντιμέτωπη μόνο με την βασική νόσο και τις βιολογικές της συνέπειες αλλά με μία σειρά αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων που περιστρέφονται γύρω από τον θάνατο και την εικόνα εαυτού. Παράλληλα ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συνήθως, σε μία ηλικία που συντελούνται και άλλες αλλαγές στην βιολογική υπόσταση της γυναίκας όπως η εμμηνόπαυση, η φυσιολογική γήρανση, ο περιορισμός των ρόλων της, αν έχουν μεγαλώσει τα παιδιά της ή έχει αλλάξει η επαγγελματική της ενασχόληση. Όλοι οι προαναφερόμενοι παράγοντες έχουν αρνητική επίδραση στην εικόνα του εαυτού της, στην αίσθηση θηλυκότητας και αποδοχής της από το περιβάλλον. Είναι αλήθεια ότι όλα τα άτομα δεν αντιμετωπίζουν με τον ίδιο τρόπο ένα δυνητικά θανατηφόρο νόσημα (Μαλλιώρα, 2006). Η τακτική του νοσηλευτή πρέπει να εξατομικεύεται μετά από την προσεκτική εκτίμηση της προσωπικότητας της ασθενούς και μετά τη στάθμιση των ιδιαίτερων συνθηκών του περιβάλλοντός της. Το αν θα γίνει, τότε θα γίνει και το πώς θα γίνει η ενημέρωση ου ασθενούς από το νοσηλευτή ποικίλει από περίπτωση σε περίπτωση (Κόνιαρη, 1991). Συνήθως παρουσιάζονται οι παρακάτω καταστάσεις:

- Ø **Αρνηση.** Η ασθενής αρνείται ενεργητικά κάθε αναφορά που σχετίζεται με την σοβαρότητα της κατάστασης. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού π.χ., αρνείται κατηγορηματικά την διάγνωση, ενώ δικαιολογεί την χειρουργική επέμβαση με λόγια όπως : «δεν ήταν κάτι σοβαρό, απλά έβγαλαν το στήθος για προληπτικούς λόγους». Δεν μιλά ποτέ από μόνη της για το θέμα και κλείνει γρήγορα την συζήτηση όταν κάτι αναφερθεί από κάποιον άλλον.
- Ø **Μαχητικότητα.** Η ασθενής είναι αποφασισμένη να πολεμήσει και να νικήσει, κρατά θετική σκέψη και ελπίζει. Συνήθως ψάχνει μόνη της για να συλλέξει όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί σχετικά με το νόσημά της και την αντιμετώπισή του. Ρωτάει τον γιατρό της όλες τις λεπτομέρειες για την κατάστασή της, ή άλλες φίλες που τυχαίνει να πάσχουν από το ίδιο νόσημα. Αισθάνεται τυχερή που το ανακάλυψε έγκαιρα (Μαλλιώρα, 2006).

- Ø Στωική αποδοχή. Η ασθενής δέχεται την διάγνωση, δεν αναζητά επιπλέον πληροφορίες, εκτός αν προκύψουν καινούρια συμπτώματα, γενικά συνεχίζει να ζει όπως πριν χωρίς, να ασχολείται ιδιαίτερα με την νόσο.
- Ø Αποδοχή με συνοδό άγχος/θλίψη. Η ασθενής αντιδρά στη διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή και θλίψη. Όπως και οι γυναίκες με μαχητικό πνεύμα, επιδιώκει ενεργητικά να μάθει όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί, αλλά αντίθετα από τις πρώτες έχει την τάση να τις ερμηνεύουν με τρόπο αρνητικό και απαισιόδοξο. Αντιμετωπίζει ικανοποιητικά τις καθημερινές της υποχρεώσεις.
- Ø Απελπισία-αίσθημα εγκατάλειψης. Η ασθενής φαίνεται να έχει κυριευτεί απόλυτα από τη διάγνωση. Είτε έχει είτε δεν έχει συμπτώματα, θεωρεί ότι είναι συνεχώς άρρωστη και μερικές φορές ενεργεί σα να πρόκειται να καταλήξει άμεσα. Η καθημερινή της λειτουργικότητα είναι απόλυτα επηρεασμένη και αποδιοργανωμένη (Μαλλιώρα, 2006).

Μέχρι ένα σημείο η ανάγκη των περισσότερων καρκινοπαθών να αποφεύγουν πλήρη ενημέρωση είναι σεβαστή. Όμως σε καμία περίπτωση, δεν προβαίνουμε σε ψευδή πληροφόρηση. Όταν η ασθενής νιώσει αρκετά δυνατή ψυχικά, θα είναι εκείνη που θα καθορίσει (μέσω επικοινωνίας που προκύπτει από τη συναισθηματική ζεύξη με τον νοσηλευτή) πόσα θέλει να ακούσει και για ποια πτυχή της αρρώστιας. Όταν η συναισθηματική ζεύξη ασθενούς-νοσηλευτή είναι ισχυρή, κάθε ψυχολογική αντίδραση της ασθενούς θα μπορεί να αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά (Κόνιαρη, 1991).

7.2 Επικοινωνία νοσηλευτή – ασθενή

Η σύγχρονη αντίληψη στη νοσηλευτική εκπαίδευση και στην κλινική πράξη θέλει τη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς κοινωνικά ισότιμη. Προϋποθέτει καθαρά συνεργατική διαδικασία ανάμεσα στα δυο μέρη, με κοινό στόχο την προαγωγή της υγείας της ασθενούς. Έτσι η ασθενής δεν μένει άβουλη στη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων και της θεραπείας, αλλά συμμετέχει ενεργά μέσα από αμφίδρομη επικοινωνία με το νοσηλευτή, κατά την οποία αλληλομεταδίδονται πολύτιμες πληροφορίες και για τους δυο. Στα πλαίσια αυτής της επικοινωνίας, ο νοσηλευτής, πριν από οποιαδήποτε ενέργεια, λαμβάνει υπόψη του τις προηγούμενες αντιδράσεις της ασθενούς και η ασθενής αποκτώντας συνείδηση του υπεύθυνου ρόλου του

παρέχει στο νοσηλευτή τις πληροφορίες εκείνες που θα προωθήσουν την υπόθεση της υγείας της.

Έχοντας συνεχώς αντίληψη των αντιδράσεων της ασθενούς, ο νοσηλευτής μεθοδεύει την όλη δραστηριότητά του έτσι, ώστε αυτή να μην έχει αρνητική ψυχολογική επίδραση στην ασθενή. Φυσικά, ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τις επιστημονικές του γνώσεις και την κλινική εμπειρία του κατά το επωφελέστερο για κάθε ασθενή τρόπο.

Για την ουσιαστική επικοινωνία ασθενή-νοσηλευτή, είναι απαραίτητη η δημιουργία συναισθηματικής σύζευξης νοσηλευτή-ασθενή. Ο νοσηλευτής νιώθει το συνολικό πρόβλημα της ασθενούς, τόσο από τη σωματική όσο και από την ψυχολογική της πλευρά, και η ασθενής καταλαβαίνει ότι ο νοσηλευτής την νιώθει αληθινά. Πρόκειται δηλαδή για μια σχέση που στηρίζεται σε αυτό που λέμε θεραπευτική συμμαχία.

Η επικοινωνία ασθενή-νοσηλευτή σημαίνει ανταλλαγή απόψεων, ιδεών και συναισθημάτων. Περιλαμβάνει ακρόαση μέσα από λεκτικές ή άλλες οδούς, ώστε να διευκολυνθεί και βελτιωθεί ο τρόπος επικοινωνίας και να αναφερθεί η σημασία της αλληλεπίδρασης μεταξύ των δυο ατόμων. Στην επικοινωνία νοσηλευτή-ασθενή στηρίζεται και η ενημέρωση της ασθενούς για την ασθένειά της (Κόνιαρη, 1991).

7.3 Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς

Η ασθενής με καρκίνο του μαστού καλείται να αναγνωρίσει και να αποδεκτοί τις αλλαγές που έφερε ο καρκίνος στη ζωή της - σωματικές και ψυχικές- να διαχειριστεί ανάλογα τις σχέσεις με το οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον και να επαναπροσδιορίσει γενικότερα τη στάση της για τη ζωή.

Η αποκατάσταση των ασθενών πραγματώνεται με τη διαχείριση των συναισθημάτων τους και την αφομοίωση της εμπειρίας του καρκίνου ως μίας πρόκλησης για καλύτερη ποιότητα ζωής για τις ιδέες και τις οικογένειες τους.

Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ασθενών με καρκίνο του μαστού αποτελεί σήμερα αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας τους. Η στήριξη από ειδικούς επαγγελματίες από την αρχή της διάγνωσης του καρκίνου μέχρι τη θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας τους, αμβλύνει τις επώδυνες εμπειρίες και συμβάλει στην επανάκτηση νέων ισορροπιών στην προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή των ασθενών με καρκίνο του μαστού (Πέγιου, 2008).

Υπάρχουν διάφορα προγράμματα που στόχος είναι :

- Ø Υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους.
- Ø Πληροφόρηση και ενημέρωση για παροχές κοινωνικής πολιτικής (Παπαχρυσανθάκη, 2007).
- Ø Άμεση αντιμετώπιση της κρίσης που επιφέρει η διάγνωση του καρκίνου.
- Ø Διαχείριση δυσάρεστων συναισθημάτων (άγχος, φόβος μετάστασης, φόβος θανάτου, κατάθλιψη).
- Ø Αποδοχή νέας εικόνας σώματος.
- Ø Προσαρμογή στις νέες συνθήκες ζωής (Πέγιου, 2008).

Ο νοσηλευτής μπορεί να προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη σε ασθενής με μαστεκτομή κάνοντας τα εξής :

- Ø Κατάργηση της σιωπής, ανοικτή επικοινωνία και έκφραση των συναισθημάτων.
- Ø Να τονίσει ότι η ασθενής εκτιμάται από τη νοημοσύνη και την προσωπικότητα και όχι από το στήθος της.
- Ø Να ενθαρρύνει τη συνέχιση της καθημερινής προσωπικής φροντίδας.
- Ø Να ενθαρρύνει τη συμμετοχή στο σχέδιο φροντίδας και θεραπείας.
- Ø Να συμβάλλει στην κατανόηση της συνεχούς αλλαγής της σωματικής εικόνας.
- Ø Να δίνει πρακτικές συμβουλές διατήρησης της εικόνας του σώματος όπως οι υδατικές κρέμες,
- Ø Να ευνοεί τις ανοικτές συζητήσεις που αφορούν την σεξουαλικότητα.
- Ø Να εξασφαλίσει καλή σχέση γυναίκας-συζύγου-νοσηλευτή για συζητήσεις, συναισθήματα, αποκατάσταση της ερωτικής ζωής.



001545at www.fotosearch.com

Εικόνα 16

(<http://www.fotosearch.com>)

7.4 Τι είναι η αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή ;

Η αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή περιλαμβάνει το σύνολο των χειρουργικών επεμβάσεων που έχουν ως σκοπό τη δημιουργία καινούργιου μαστού σε γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή για καρκίνωμα. Οι επεμβάσεις αποκατάστασης στοχεύουν στην ανακατασκευή του όγκου και του σχήματος του μαστού και του συμπλέγματος θηλής-άλω. Στις επεμβάσεις αποκατάστασης συμπεριλαμβάνονται και αυτές που γίνονται στον ετερόπλευρο υγίη μαστό, για την επίτευξη συμμετρίας ή για προληπτικούς λόγους (Μυλωνάκη, 2009).

Οι λόγοι που οδήγησαν στο γεγονός αυτό είναι κυρίως :

- Ø Η βελτίωση των τεχνικών και μεθόδων που αποδίδουν καλύτερα αποτελέσματα.
- Ø Η καλύτερη εκπαίδευση των πλαστικών χειρουργών και ο μεγαλύτερος αριθμός τους.
- Ø Η ευρύτερη ενημέρωση των ασθενών, που αναζητούν μια καλύτερη ποιότητα ζωής (Γιακουματτής, 2009).

7.5 Μέθοδοι αποκατάστασης μαστού

Οι σύγχρονες χειρουργικές μέθοδοι που εφαρμόζονται, μπορούν να χωριστούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες :

- Ø Αποκαταστάσεις με ενθέματα σιλικόνης.
- Ø Αποκατάσταση με κρημνούς (Μαρκόπουλος, 2008· Γιακουματτής, 2009· Τοκμακίδης, 1999).

Η επιλογή της μεθόδου εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως :

- Ø η ποιότητα και κατάσταση των ιστών, δέρματος και μυών, μετά τη μαστεκτομή
- Ø τον χειρουργό και
- Ø την ασθενή (Γιακουματτής, 2008).

Η αποκατάσταση με ενθέματα σιλικόνης :

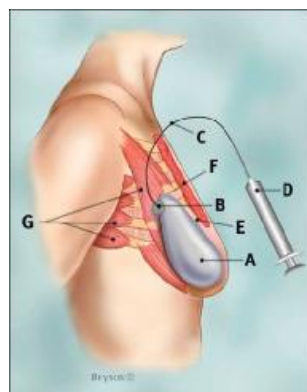
Αποτελεί την πιο συνηθισμένη και δημοφιλή μέθοδο αποκατάστασης (Γιακουματτής, 2009). Ο τρόπος αυτός μπορεί να καλύψει σε ικανοποιητικό βαθμό τις ανάγκες και τις προσδοκίες της ασθενούς. Η πρόσθεση της σιλικόνης επιλέγεται έτσι ώστε να

ταιριάζει όσον αναφορά στο μέγεθος, σχήμα και περίγραμμα με τον άλλον μαστό και είναι κατάλληλη για την αποκατάσταση του μαστού σε γυναίκες των οποίων ο παραμένον μαστός έχει μικρό έως μέτριο μέγεθος και ελάχιστο βαθμό πτώσης (Τζωρακοελευθεράκης, 1992). Στις άμεσες αποκαταστάσεις συνήθως τοποθετείται σε υπομυϊκή θέση ειδικός διατατήρας ιστών. Έτσι μετά τη συρραφή του δέρματος το ένθεμα προστατεύεται από δύο στρώματα ιστών. Ακολουθεί διάταση η οποία ολοκληρώνεται μέσα σε διάστημα ενός περίπου μήνα. Η δεύτερη φάση της αποκατάστασης πραγματοποιείται μετά από 3-4 μήνες με αντικατάσταση του διατατήρα με κατάλληλου σχήματος και μεγέθους μόνιμου ενθέματος σιλικόνης. Τα σιλικονούχα υλικά που χρησιμοποιούνται είναι ασφαλή και δεν προκαλούν αλλεργικού τύπου αντιδράσεις στον οργανισμό. Σήμερα υπάρχει μεγάλη ποικιλία τύπων, σχημάτων και μεγεθών από τα οποία ο χειρουργός μπορεί να επιλέξει τα πλέον αποτελεσματικά για την εκάστοτε περίπτωση. (Γιακουμεττής, 2009).

Στην αποκατάσταση με κρημονούς :

Το έλλειμμα της μαστεκτομής αποκαθίσταται με τη μεταφορά κρημονού δέρματος (υποδόριου λίπους – μύς με την αγγειώσή του) και συνήθως χρησιμοποιείται ο πλατύς ραχιαίος ή ορθός κοιλιακός μυς. Αρκετές φορές όταν χρησιμοποιείται ο πλατύς ραχιαίος μυς, θα χρειαστεί επίσης η τοποθέτηση μικρού προθέματος σιλικόνης για την επίτευξη του επιθυμητού μεγέθους και συνήθως η αισθητική επέμβαση σμίκρυνσης και ανόρθωσης του άλλου μαστού για την επίτευξη συμμετρίας.

Η αποκατάσταση του συμπλέγματος θηλής-άλω και στις δυο μεθόδους, μπορεί να γίνει με πολλές τεχνικές, στον ίδιο χειρουργικό χρόνο ή συνήθως αργότερα.



Εικόνα 17

Τοποθέτηση μοσχεύματος σιλικόνης
(Γλεντής, 2009)

7.6 Ψυχική αποκατάσταση και νοσηλευτική παρέμβαση

Η αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή προσφέρει στις γυναίκες καταρχήν ψυχολογική στήριξη και αποφυγή της εικόνας του ακρωτηριασμού αμέσως μετά την επέμβαση. Στη συνέχεια εξυπηρετεί τη γυναίκα στις κινήσεις και στο ντύσιμό της αφού δεν κινδυνεύει να της φύγει η πρόθεση (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2009).

7.7 Ερωτική ζωή και σεξουαλικά προβλήματα

Η σεξουαλική ζωή μετά την επέμβαση μαστού μπορεί να αποτελέσει ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια στη φάση της ανάρρωσης. Εφόσον το στήθος αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της σεξουαλικότητας, είναι φυσικό απασχολεί το θέμα αυτό. Οι γυναίκες με καρκίνο μαστού φοβούνται ότι απωθούν τον σύντροφό τους και ανησυχούν για το εάν μπορούν να έχουν μια ολοκληρωμένη και ικανοποιητική σεξουαλική επαφή μετά τη μαστεκτομή. Ανησυχούν ότι δεν θα νιώθουν άνετες με την αλλαγή του σώματός τους, ότι θα δυσκολεύονται στο ντύσιμο και στην προσωπική σεξουαλική συμπεριφορά τους. Αρκετές γυναίκες που έχουν αφαιρέσει και τους δύο μαστούς ανησυχούν ότι δεν θα είναι πλέον σε θέση να επανακτήσουν την ερωτική αίσθηση και σεξουαλική ικανοποίηση που αυτοί προσφέρουν (Zuckweiler, 2009).

Ο καρκίνος μπορεί να έχει αρνητικά συμπτώματα στην σεξουαλικότητα και στις διαπροσωπικές σχέσεις και μπορεί να επηρεάσει τη σεξουαλικότητα με τέσσερις τρόπους:

- Ø Στη φυσική ικανότητα να δώσουν και να εισπράξουν ευχαρίστηση.
- Ø Στις σκέψεις και τα συναισθήματα για την εικόνα του σώματός σας.
- Ø Στα συναισθήματα όπως τον φόβο, τον θυμό.
- Ø Στους ρόλους μέσα στις σχέσεις τους (Λεονταρίτου, 2009).

Ο μαστός δεν είναι ένα οποιοδήποτε όργανο του γυναικείου σώματος. Αποτελεί μέρος του «εγώ» κάθε γυναίκας. Του σωματικού και ερωτικού προφίλ της. Γι αυτό και γίνεται μεγάλη προσπάθεια σήμερα να εφαρμόζονται χειρουργικές επεμβάσεις που να μην αφαιρείται όλος ο μαστός όταν αυτό είναι εφικτό. είναι φυσικό κάθε γυναίκα με μαστεκτομή να φοβάται μήπως ο σύντροφός της τη βρίσκει αποκρουστική. Μερικές φοβούνται στην αρχή, ακόμα και να κοιταχτούν στον

καθρέφτη (Φύσσας, 2006). Ο σύντροφος όμως έχει δει τη γυναίκα σε στιγμές αφόρητου πόνου και το μόνο πράγμα που δεν θέλει είναι να προκαλέσει ακόμα περισσότερο πόνο. Αναρωτιέται τι είδους συναισθήματα, ανασφάλειας ή θλίψης μπορεί να προκαλέσει αν ακουμπήσει σε κάποιο σημείο στην περιοχή του στήθους. Αν ο σύντροφος αποφεύγει να αγγίζει το στήθος, να μη θεωρηθεί ότι αυτό αποτελεί σημάδι ότι η περιοχή αυτή είναι άσχημη και τον απωθεί. Γνωρίζει πόσο σημαντικό είναι για μια γυναίκα να είναι σε θέση να δεχτεί το σώμα της και να του αρέσει. Πιθανών φοβάται ότι ίσως είναι ένας επιπόλαιος άνδρας που δεν μπορεί να συμπαρασταθεί. Νομίζει ότι είναι πιο ευσυνείδητος, αλλά ανησυχεί μήπως απογοητεύσει και προσφέρει έτσι περισσότερο πόνο (Zuckweiler, 2009).

7.8 Κατ' οίκον νοσηλεία και νοσηλευτική φροντίδα

Η κατ' οίκον νοσηλεία είναι η παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας στο σπίτι, στο χώρο ζωής της ασθενούς (Κόνιαρη, 1991). Ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος δίνουν την εξής ερμηνεία :

« Η νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί το σύνολο των δραστηριοτήτων εκείνων, με βάση τις οποίες οι υπηρεσίες υγείας μεταφέρονται στα άτομα και στην οικογένεια στο χώρο που ζουν με αντικειμενικό σκοπό τη διατήρηση, την προαγωγή και την αποκατάσταση της υγείας τους. Η νοσηλεία στο σπίτι βοηθάει τα άτομα να αυξήσουν το επίπεδο ανεξαρτησίας, περιορίζοντας στο ελάχιστο τις δυσμενείς επιδράσεις της αναπηρίας ή της αρρώστιας » (Κυριακίδου, 2004).

Οι σκοποί που επιδιώκει ο νοσηλευτής στην υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι είναι :

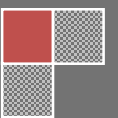
- Ø να μην χρησιμοποιούνται νοσοκομειακές κλίνες για απλές νοσηλευτικές διαδικασίες
- Ø η διαμόρφωση βασικών νοσηλευτικών δυνατοτήτων στο σπίτι, που επιτυγχάνεται με την κατάλληλη εκπαίδευση των οικείων από τους νοσηλευτές που, εκτός από την παρακολούθηση της ασθενούς, διδάσκουν, κατευθύνουν και παρακολουθούν τους οικείους σε βασικές φροντίδες
- Ø η δημιουργία ειδικών ψυχολογικών συνθηκών στην ασθενή με τη βεβαιότητα ότι δεν είναι εγκαταλειμμένη βγαίνοντας από το νοσοκομείο, αλλά συνεχίζεται η παρακολούθησή της

- Ø η παραμονή της ασθενούς στο γνώριμο και αρεστό οικογενειακό περιβάλλον
- Ø η ανακάλυψη άλλων προβλημάτων της ασθενούς και η παροχή βοήθειας για αντιμετώπιση των προβλημάτων
- Ø η παροχή βοήθειας για την ανάπτυξη ικανότητας αυτοβοήθειας και αυτοεξυπηρέτησης (Κόνιαρη, 1991).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8⁰

Καρκίνος του μαστού και ειδικές
περιπτώσεις



8.1 Καρκίνος μαστού στους άνδρες

Αν και ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες είναι σπάνιος, μπορεί να συμβεί (Mayo Clinic, 2008). Αντιπροσωπεύει μόνο το 0.5% όλων των καρκίνων του μαστού και το 0.2% του συνόλου των καρκίνων που εμφανίζονται στον ανδρικό πληθυσμό, ενώ εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ηλικιωμένους ασθενείς (Αγγελόπουλος, Ματζώρος, 2007).

Αν και η αιτιολογία της εμφάνισης καρκίνου του μαστού στον άνδρα δεν έχει ακόμα πλήρως κατανοηθεί, υπάρχουν όμως άνδρες που έχουν μεγαλύτερη επικινδυνότητα να αναπτύξουν καρκίνο στο μαστό. Και ως τέτοιοι παράγοντες αναφέρονται οι εξής :

- Ø Η ηλικία πιο συχνός στις ηλικίες από 50 έως 70 ετών.
- Ø Η εθνικότητα μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζουν οι άντρες της μαύρης φυλής και ακόμα μεγαλύτερη οι άντρες της Εβραϊκής φυλής.
- Ø Το οικογενειακό ιστορικό.
- Ø Η υψηλή κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, αν και δεν έχει διευκρινιστεί ο ρόλος της, όμως ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος σε απόφοιτους Πανεπιστημιακών Σχολών.
- Ø Άντρες με αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων στο αίμα τους που προκαλούν γυναικομαστία, είτε από κάποια συνοδό πάθηση ή από εξωγενή φαρμακευτική δράση.
- Ø Άνδρες που εμφανίζουν βουβονοκλήλη, κρυπορχία ή έχουν μειωμένη στάθμη τεστοστερόνης, η οποία επιτρέπει την αύξηση του μαζικού αδένα, εμφανίζουν 20 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού
- Ø Άντρες που εκτέθηκαν επανειλημμένα σε ακτινοβολία κατά τη νεαρή τους ηλικία.

Οι άντρες στην πλειοψηφία τους δεν αντιλαμβάνονται τον καρκίνο στο μαστού τους. Αυτό είναι ίσως λίγο ειρωνικό, διότι λόγω της κατασκευής του αντρικού μαστού, η ψηλάφηση του είναι πολύ πιο εύκολη από αυτή στο γυναικείο μαστό. Οι άντρες όμως επαναπαύονται όταν διαπιστώσουν κάτι ψηλαφητό στο μαστό τους. Διότι έχοντας την εμπειρία της παροδικής εφηβικής γυναικομαστίας και της ανάπτυξης ψηλαφητού μορφώματος σε αυτή την ηλικία εκλαμβάνουν και την

περίπτωση του ογκιδίου που εμφανίζεται σε προχωρημένη ηλικία, ότι θα μπορούσε να αντιστοιχεί σε καλοήγη πάθηση.

Το πλέον συχνό σύμπτωμα είναι το ανώδυνο ψηλαφητό ογκίδιο στον αντρικό μαστό που ανακαλύπτεται από τον ίδιο τον ασθενή και συνήθως εντοπίζεται κάτω από την περιοχή της θηλής και της θηλαίας άλω όπου υπάρχει και η μεγαλύτερη συγκέντρωση μαζικού ιστού. Ακόμη όμως και άλλα συμπτώματα, όπως η αλλαγή του μεγέθους ή ακόμα και ο σχήματος του ενός μαστού, εξέλκωση στο δέρμα του μαστού, έκκριμα από τη θηλή του μαστού, εισολκή της θηλής, εξάνθημα ή τέλος ψηλαφητοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες μπορεί να αποτελούν την κλινική εκδήλωση καρκίνου του μαστού (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2009).



Εικόνα 18

Καρκίνος μαστού σε άνδρα
(Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2009)

8.2 Καρκίνος μαστού και κλιμακτήριος

Οι ορμόνες που χορηγούνται στις γυναίκες για να μειωθούν τα προβλήματα που παρουσιάζονται κατά την κλιμακτήριο και την εμμηνόπαυση διπλασιάζουν τον κίνδυνο προσβολής από τον καρκίνο του μαστού.

Μέχρι σήμερα έχουν χρησιμοποιηθεί κυρίως δύο μορφές ορμονικής θεραπείας για την ανακούφιση των γυναικών από τα δυσάρεστα συμπτώματα που συνοδεύουν τις ορμονικές αλλαγές που παρατηρούνται φυσιολογικά στη μεταβατική αυτή περίοδο της γυναικείας ζωής. Η χορήγηση οιστρογόνων μόνο και η χορήγηση συνδυασμένης ορμονικής θεραπείας με οιστρογόνα και προγεστερόνη, συμβάλλουν στη μείωση των

εξάψεων και στις αλλαγές της ψυχικής διάθεσης που συχνά ταλαιπωρούν τις γυναίκες κατά την κλιμακτήριο (http://www.medlook.net/article.asp?item_id=1062 , 2003).

8.3 Καρκίνος μαστού και καφές

Υπάρχουν διάφοροι πιθανοί βιολογικοί μηχανισμοί δια μέσου των οποίων η κατανάλωση καφέ μπορεί να μειώνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. Ο καφές είναι πλούσιος σε φυτοοιστρογόνα. Η χημική δομή των ουσιών αυτών, μοιάζει πολύ με αυτήν των οιστρογόνων του ανθρώπινου οργανισμού. Οι επιδράσεις του καφέ στον καρκίνο του μαστού, έχουν αποδοθεί στα φυτοοιστρογόνα. Αυτά δεσμεύουν τους υποδοχείς των οιστρογόνων και μειώνουν έτσι τη δράση των ενδογενών οιστρογόνων στον άνθρωπο. Ο προστατευτικός αυτός μηχανισμός βρίσκεται ακόμη υπό διερεύνηση για να αποδειχθεί πράγματι ότι έτσι συμβαίνει στους ανθρώπους που πίνουν καφέ.

Σε μια πρόσφατη μελέτη τα αποτελέσματα έδειξαν ότι :

- Ø Οι γυναίκες που έπιναν από 1 έως 3 φλιτζάνια καφέ καθημερινά, είχαν 10% χαμηλότερο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με γυναίκες που δεν έπιναν καθόλου καφέ.
- Ø Οι γυναίκες που έπιναν από 4 έως 5 φλιτζάνια καφέ καθημερινά, είχαν 25% χαμηλότερο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με γυναίκες που δεν έπιναν καθόλου καφέ.
- Ø Οι γυναίκες που έπιναν περισσότερα από 6 φλιτζάνια καφέ καθημερινά, είχαν 69% χαμηλότερο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με γυναίκες που δεν έπιναν καθόλου καφέ.
- Ø Η προστατευτική δράση του καφέ παρατηρήθηκε μόνο στις γυναίκες που είχαν μεταλλάξεις στο γονίδιο BRCA1 και όχι στο γονίδιο BRCA2.
- Ø Η προστατευτική δράση παρατηρήθηκε μόνο με την κατανάλωση καφέ με καφεΐνη και όχι αυτού χωρίς καφεΐνη

(http://www.medlook.net/article.asp?item_id=1927, 2009).

8.4 Κύηση μετά από μαστεκτομή

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

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

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

Οι γυναίκες μετά τη μαστεκτομή και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του θηλασμού, δεν πρέπει να ξεχνούν να κάνουν αυτοεξέταση των μαστών τους ως προληπτικό μέσο διάγνωσης νέου καρκίνου (Κόνιαρη, 1991).



Εικόνα 19

(Λυμπεροπούλου, 2009)

8.5 Καρκίνος μαστού και εγκυμοσύνη

Ως καρκίνο του μαστού στην εγκυμοσύνη εννοούμε αυτόν που αναπτύχθηκε κατά τη διάρκειά της (Κόνιαρη, 1991).

Έγκυες που εμφανίζουν καρκίνο στο μαστό δεν έχουν χειρότερες πιθανότητες θνησιμότητας ή υποτροπή σε σχέση με άλλες νέες ασθενείς με καρκίνο στο μαστό. Τα ποσοστά υποτροπής, μετάστασης και επιβίωσης ήταν περίπου τα ίδια για τις γυναίκες με καρκίνο στο μαστό που σχετίζονταν με την εγκυμοσύνη και για τις άλλες γυναίκες (http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=7497, 2009).

Οι γυναίκες που γεννούν πριν την ηλικία των 20 έχουν τον μισό κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού. Μία ορμόνη που παράγεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης φαίνεται ότι παρέχει προστασία για όλη τους την ζωή. Οι γονείς που σπεύδουν με μία έγκυο έφηβη σε κλινική εκτρώσεων, θα πρέπει να γνωρίζουν ότι στερούν την προστασία ενάντια σε μία ασθένεια που είναι ο μεγαλύτερος δολοφόνος γυναικών σε ηλικία τεκνοποίησης, και η τρίτη σημαντικότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση (<http://www.tvxs.gr/v9467>, 2009).

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι οι εξής :

- Ø Η πρώτη εγκυμοσύνη, όταν συμβαίνει κάτω των 30 ετών, προστατεύει τη γυναίκα από τον καρκίνο του μαστού. Οι επόμενες δεν έχουν προστατευτική αξία.
- Ø Η οιστριόλη ανταγωνίζεται την ενζυμική δράση της 17-β οιστραδιόλης, που πιστεύεται ότι ευνοεί την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Έτσι η υπερπαραγωγή οιστριόλης κατά την εγκυμοσύνη πιστεύεται ότι προστατεύει το μαστό από τη δράση της οιστιόλης και της ιστραδιόλης (Κόνιαρη, 1991).

Οι διαγνωστικές τεχνικές για τον καρκίνο του μαστού κατά την εγκυμοσύνη είναι οι εξής :

- Ø Μαστογραφία. Είναι ασφαλής με την εφαρμογή της κατάλληλης ασπίδας προστασίας της κοιλιακής χώρας και της πτυέλου. Επίσης έχει κάποια διαγνωστική αξία, διότι οι εγκυμονούσες και οι θηλάζουσες γυναίκες δεν έχουν απαραίτητα πυκνούς μαστούς και η ευαισθησία της είναι άγνωστη για μη ψηλαφητούς όγκους.

- Ø Υπερηχογράφημα. Είναι ασφαλές γιατί δεν έχει ακτινοβολία, έχει 100% ευαισθησία σε ψηλαφητούς όγκους και είναι άγνωστη η ευαισθησία σε μη ψηλαφητούς όγκους.
- Ø Βιοψία με λεπτή ή κόπτουσα βελόνα. Η βιοψία είναι ασφαλής και διαγνωστική καθώς και θεραπευτική στην περίπτωση κύστεως ή γαλακτοκήλης.
- Ø Ανοιχτή, χειρουργική βιοψία. Είναι ασφαλής με τοπική αναισθησία και ενδοφλέβια καταστολή και ο κίνδυνος είναι πολύ μικρός για το έμβρυο. Οι πιθανές επιπλοκές είναι η γαλακτοκήλη και το συρίγγιο.
- Ø Γενική αναισθησία. Γίνεται μόνο όταν η χειρουργική επέμβαση είναι οριστική ενώ ο κίνδυνος είναι μικρός για τη μητέρα και το κύημα (Μαρκόπουλος, 2007).

8.6 Θεραπεία υπογονιμότητας (εξωσωματική γονιμοποίηση) και καρκίνος μαστού

Με τα μέχρι τώρα βιβλιογραφικά δεδομένα, δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι οι γυναίκες οι οποίες χρησιμοποιούν φάρμακα γονιμότητας διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Από τα αποτελέσματα κλινικών μελετών με μεγάλους αριθμούς γυναικών προκύπτουν τα εξής :

- Ø Αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού μόνο τον πρώτο χρόνο χρήσεως των φαρμάκων γονιμότητας. Αυτό εξηγήθηκε με την πιθανή επιτάχυνση, λόγω των αυξημένων ορμονών, της ανάπτυξης υποκλινικών καρκίνων που ήδη υπήρχαν ή λόγω της έγκαιρης διάγνωσης που οφείλεται στον προληπτικό έλεγχο των μαστών που υποβάλλονται οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της θεραπείας γονιμότητας.
- Ø Οριακή αύξηση του κινδύνου μόνο στην ομάδα των γυναικών που έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού.
- Ø Ο αριθμός των προσπαθειών εξωσωματικής γονιμοποίησης που έκανε η γυναίκα, όπως και το είδος των φαρμάκων που χρησιμοποίησε έχει διαφορετική επίδραση.

Ø Θα πρέπει να γίνουν επί μέρους αναλύσεις του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε σχέση με τα διαφορετικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα και επιπλέον, θα πρέπει να ερευνηθεί ο πιθανός ρόλος των αναστολέων της αρωματάσης ως εναλλακτικό φάρμακο αντί των έως σήμερα χρησιμοποιούμενων φαρμάκων υπογονιμότητας (Μαρκόπουλος, 2007).

8.7 Καρκίνος μαστού και χάπι

Το νέο φάρμακο, το οποίο έχει τη μορφή χαπιού, έλαβε άδεια κυκλοφορίας από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για τα 27 κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Πρόκειται για ακόμη ένα σημαντικό φάρμακο στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Πρέπει να ξεκαθαριστεί ότι δεν αφορά όλες τις περιπτώσεις γυναικών με καρκίνο του μαστού, αλλά μία υποομάδα, στην οποία εντοπίζεται μία συγκεκριμένη ογκοπρωτεΐνη, η οποία ευθύνεται για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Η πρωτεΐνη αυτή εντοπίζεται στο 25% των γυναικών με καρκίνο του μαστού, δηλαδή το ¼ των γυναικών που πάσχουν θα χρειαστεί να πάρουν το νέο φάρμακο.

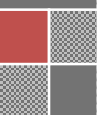
Το συγκεκριμένο φάρμακο δεν θεραπεύει τον καρκίνο του μαστού, αλλά επιτυγχάνει σε μεγάλο βαθμό ύφεση της ασθένειας. Τα πλεονεκτήματά του είναι ότι αυξάνει το χρονικό διάστημα μη επιδείνωσης της νόσου και βελτιώνει το χρόνο επιβίωσης των γυναικών που πάσχουν μέσα σε διάστημα 1-2 μηνών.

Η νέα θεραπεία αποτελεί ένα πολύ αισιόδοξο μήνυμα για τις γυναίκες, αφού πρόκειται για μια απλή, από του στόματος θεραπεία για ασθενείς με το συγκεκριμένο τύπο καρκίνου του μαστού. Μάλιστα, για το συγκεκριμένο τύπο της νόσου, οι θεραπευτικές επιλογές είναι περιορισμένες. Η συγκεκριμένη υποομάδα ασθενών αποτελεί περίπου το 25% - 30% των γυναικών με καρκίνο του μαστού.(Μπούκα, 2008).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

Νοσηλευτική διεργασία



Κλινική περίπτωση 1^η

Η Α.Κ. ετών 56 εισήχθη στην Α Χειρουργική κλινική του Γ.Π.Ν.Πίου στις 8/11/08 για να γίνει η απαραίτητη προεγχειρητική προετοιμασία για το προγραμματισμένο χειρουργείο στις 9/11/08.

Η ασθενής ασχολείται με τα οικιακά. Έχει 4 παιδιά, 2 αγόρια και 2 κορίτσια. Είχε φυσιολογικούς τοκετούς και στις 4 εγκυμοσύνες της. Αναφέρει ότι δεν έχει καπνίσει ποτέ στη ζωή της και ότι δεν πίνει αλκοόλ.

Η ασθενής πριν από 2 μήνες είχε εισαχθεί ξανά στην κλινική με ιστορικό Μικροζώδους Μορφολογίας Άμφω και Μικροναλατιτανώσεις στο έσω τεταρτημόριο του αριστερού μαστού και υπεβλήθη σε κεντρική μαστεκτομή με βιοψία λεμφαδένα φρουρού και επανεισήχθη για χειρουργική αντιμετώπιση συμπληρωματικής μαστεκτομής αριστερού μαστού.

Τα ζωτικά της σημεία κατά την εισαγωγή της ήταν:

Θερμοκρασία: 36,5⁰ C

Σφύξεις: 90/min

Αρτηριακή πίεση: 110mmHg

SpO₂: 97%

Η ασθενής αναφέρει ότι είναι αλλεργική στο κρέας.

Άλλες επεμβάσεις που είχε κάνει είναι χολοκυστεκτομή προ 1 έτους.

Την παραμονή του χειρουργείου ετέθη σε 3ωρη θερμομέτρηση και 8ωρη παρακολούθηση αρτηριακής πίεσης, σε μέτρηση του οξυγόνου στο αίμα (SPO₂) και ενημερώθηκε για την διακοπή από του στόματος διατροφή και μετά τις 12 τα μεσάνυχτα και του νερού. Της έγινε η αντιπηκτική αγωγή με inohep 0,3 και η αγωγή θα συνεχιζόταν και την άλλη μέρα στις 8πμ πριν από το χειρουργείο που είχε προγραμματιστεί για τις 9.15 πμ .

Το απόγευμα της ίδιας ημέρας της έγινε η απαραίτητη προεγχειρητική προετοιμασία. Τέθηκε Sup γλυκερίνης, ξύρισμα στη μασχάλη και λουτρό καθαριότητας. Έγινε ο έλεγχος για βαμμένα νύχια ξένη οδοντοστοιχία, κοσμήματα, φακούς επαφής.

Η χειρουργική επέμβαση πραγματοποιήθηκε με επιτυχία. Υπήρξαν όμως κάποια μετεγχειρητικά προβλήματα, όπως πόνος, αύξηση της θερμοκρασίας, ναυτία, που όμως με την σωστή και άμεση νοσηλευτική παρέμβαση ξεπεράστηκαν.

Κατά την παραμονή της στο τμήμα χορηγήθηκαν στην ασθενή τα εξής:

Φαρμακευτική αγωγή:

Sup γλυκαιρίνης 1×1.

Amp. Primperan 10mg/2ml 1×1 (αντιεμετικό), διαλυμένο σε 100 ml φυσιολογικό ορό NaCl 0,9%.

Amp. Zideron 75mg/2ml 1×1 (παυσίπονο), διαλυμένο σε 100 ml φυσιολογικό ορό NaCl 0,9%.

Amp. Aprotel 300mg/2ml 1×1 (αντιπυρετικό), διαλυμένο σε 100 ml φυσιολογικό ορό NaCl 0,9%.

Amp. Zofron 4mg/2ml (αντιεμετικό) διαλυμένο σε 100ml φυσιολογικό ορό NaCl 0,9%.

Amp.Begalin 250mg/5ml (αντιβίωση) 1× 2 για 3 ημέρες.

Σχήμα ορών:

Πρώτη μέρα νοσηλείας:

NaCl 0,9% 1000ml 1×1

Δεύτερη μέρα νοσηλείας:

Dextrose 5% 1000ml 1×1

L-R 1000ml 1×1

NaCl 0,9% 500ml 1×1

Τρίτη μέρα νοσηλείας:

NaCl 0,9% 1000ml 1×1

L-R 500ml 1×1

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p><u>1^η μετεγχειρητική μέρα 7-3</u></p> <p>Ø Η ασθενής αισθάνεται πόνο στην περιοχή του τραύματος.</p>	<p>Ø Μείωση της έντασης του πόνου</p>	<p>Ø Αλλαγή της θέσης και τοποθέτηση μαξιλαριών κάτω από το χειρουργημένο χέρι</p> <p>Ø Έλεγχος παροχετεύσεων</p> <p>Ø Εκτίμηση της έντασης του πόνου</p> <p>Ø Χορήγηση αναλγητικών με εντολή ιατρού</p> <p>Ø Έλεγχος ζωτικών σημείων</p>	<p>Ø Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ανάρρωπη θέση και τοποθετήθηκαν μαξιλάρια κάτω από το χειρ/μένο χέρι</p> <p>Ø Έγινε ο έλεγχος των παροχετεύσεων για τυχόν εμφάνιση αιμορραγίας</p> <p>Ø Χορηγήθηκε αναλγητικό amp. Zideron 75mg/2ml σε N/S 100cc IV στις 1μμ</p>	<p>Ø Ο πόνος μειώθηκε μετά από μισή ώρα από τη χορήγηση του αναλγητικού και η ασθενής ένιωσε ανακούφιση</p> <p>Ø Οι παροχετεύσεις παρατηρούνται συχνά και δεν έχουμε δείγματα αιμορραγίας</p>

			<p>με ρυθμό 10 σταγόνες/λεπτό</p> <p>Ø Οι τιμές στα ζωτικά σημεία ήταν :</p> <p>Θερ/σια:38.7 Α.Π.:110/80 mmHg Σφ:110/λεπτό SpO₂: 92%</p>	
--	--	--	---	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> ∅ Η ασθενής παρουσιάζει πυρετό 38.7 °C 	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Επαναφορά της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα 	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Παρακολούθηση της θερμοκρασίας κάθε 1 ώρα ∅ Εξασφάλιση ενός άνετου και ήρεμου θαλάμου για την ασθενή ∅ Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων με εντολή ιατρού ∅ Έλεγχος του τραύματος και αλλαγή του επιδεσμικού υλικού με άσηπτη τεχνική 	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Πραγματοποιήθηκε η ωριαία παρακολούθηση της θερμ/σίας ∅ Δημιουργήθηκε ένα άνετο και ήρεμο περιβάλλον και αερισμό του θαλάμου ∅ Χορηγήθηκε αντιπυρετικό amp. Apotel 300mg/2ml σε 100cc N/S IV με ρυθμό 10 σταγόνες/λεπτό στις 1.30 μμ ∅ Εφαρμόστηκε κομπρέσα στο μέτωπο 	<ul style="list-style-type: none"> ∅ 1 ώρα μετά η θερμοκρασία έπεσε στο 36.8°C ∅ Η ασθενής ανακουφίστηκε με την κομπρέσα και τη λήψη αντιπυρετικού

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>∅ Η ασθενής αισθάνεται ναυτία</p>	<p>∅ Απαλλαγή της ασθενούς από το αίσθημα της ναυτίας</p>	<p>∅ Να τοποθετηθεί η άρρωστη σε σωστή θέση</p> <p>∅ Να χορηγηθεί αντιεμετικό με εντολή ιατρού</p> <p>∅ Να γίνει περιποίηση της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς</p>	<p>∅ Τοποθετήθηκε η ασθενής σε θέση ανάρρωπη με το κεφάλι στο πλάι</p> <p>∅ Ετέθη Zofron amp. 4mg/2ml σε N/S 100cc IV με ρυθμό 10 σταγόνες/λεπτό στις 18.30 μμ.</p> <p>∅ Έγινε η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με γαργάρες Hexalen</p>	<p>∅ Το αίσθημα της ναυτίας άρχισε να υποχωρεί μισή ώρα μετά τη χορήγηση του αντιεμετικού</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Ø Δυνητικός κίνδυνος φλεγμονής του τραύματος 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Πρόληψη για τυχόν εμφάνιση φλεγμονής 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Παρακολούθηση του τραύματος για ερυθρότητα, εμφάνιση πύου, οίδημα, αύξηση της θερμοκρασίας Ø Αλλαγή του επιδεσμικού υλικού με άσηπτη τεχνική, έλεγχος του τραύματος και φροντίδα το τραύμα να μένει στεγνό Ø Έλεγχος της παροχέτευσης Red-O-Pack 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Έγινε παρακολούθηση του τραύματος Ø Έγινε η αλλαγή του επιδεσμικού υλικού με άσηπτη τεχνική και φροντίδα να μένει στεγνό το τραύμα Ø Έγινε ο έλεγχος της παροχέτευσης Red-O-Pack Ø Χορηγήθηκε Begalin amp. 250mg/5ml σε 100cc N/S IV με ρυθμό 10 σταγόνες/λεπτό 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Με τη νοσηλευτική φροντίδα που πραγματοποιήθηκε εξασφαλίστηκε στην άρρωστη η πρόληψη των σημείων φλεγμονής από το τραύμα

		∅ Χορήγηση αντιβίωσης με εντολή ιατρού	στις 8.30 πμ. και η αγωγή θα συνεχιστεί για 3 ημέρες	
--	--	--	---	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> ∅ Πρόληψη για εμφάνιση λεμφοιδήματος 	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Αποφυγή εμφάνισης λεμφοιδήματος 	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Σωστή ενημέρωση και διδασκαλία της ασθενούς για τα μέτρα πρόληψης της λοίμωξης και του οιδήματος ∅ Προγραμματισμός για έναρξη ασκήσεων και φυσιοθεραπείας ∅ Τοποθέτηση μαξιλαριών κάτω από το προσβεβλημένο χέρι ∅ Παρακολούθηση του χεριού για λεμφοίδημα 	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Ενημερώθηκε η ασθενής για την αποφυγή εμβολιασμών, ενέσεων, αιμοληψιών, λήψη Α.Π. και οποιασδήποτε άλλης χρήσης του προσβεβλημένου χεριού ∅ Έγινε συνεννόηση με τον φυσιοθεραπευτή για έναρξη των ασκήσεων ∅ Τοποθετήθηκαν 	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Η ασθενής δείχνει πιο ήσυχη και έχει ενημερωθεί και διδαχτεί για τα μέτρα πρόληψης ∅ Με τη βοήθεια της βαρύτητας έχουμε επιστροφή του φλεβικού αίματος και αποφυγή οιδήματος

			<p>μαξιλάρια κάτω από το προσβεβλημένο χέρι</p> <p>Ø Παρακολουθείται το χέρι για ερυθρότητα και οίδημα</p>	
--	--	--	--	--

Κλινική περίπτωση 2^η

Η κυρία Σ.Τ. ετών 35 επισκέφτηκε τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Γ.Π.Ν.ΡΙΟΥ στις 14/3/09 με πόνο στο δεξιό μαστό.

Η ασθενής ασχολείται με οικιακά, έχει 3 παιδιά, 2 κορίτσια και ένα αγόρι και η πρώτη της εγκυμοσύνη ήταν σε ηλικία 26 ετών. Η ασθενής αναφέρει ότι καπνίζει 7-8 τσιγάρα την ημέρα και ότι σε ηλικία 30 ετών έκανε χρήση ναρκωτικών ουσιών για διάστημα 3 μηνών.

Προ 4ετίας αναφέρει ότι είχε νοσηλευτεί στην Χειρουργική κλινική του Γ.Π.Ν.ΡΙΟΥ με αιτία εισόδου εκροή υγρών από τη δεξιά θηλή και ακολούθησε διερεύνηση και χειρουργική αντιμετώπιση που ανέδειξε πορογενές διηθητικό Ca μαστού.

Η βιοψία δια βελόνης στο δεξιό μαστό έδειξε ορογενές διηθητικό καρκίνωμα μαστού με βαθμό κακοήθειας grade II με στοιχείο in situ καρκινώματος συμπαγούς και comedo τύπου σε ποσοστό 20%. Το νεόπλασμα διηθεί το δικτυωτό χόριο του επάρματος της θηλής και μεθίσταται σε 19 από τους 26 ανευρεθέντες εντός του μασχαλαίου λίπους λεμφαδένες, καθώς και σε 2 ανευρεθέντες λεμφαδένες εντός του αποσταλέντος με κωδικό 09/4498 και λοιπά τεταρτημόρια και τα εγχειρητικά όρια είναι ελεύθερα νεοπλάσματος.

Παρόντα νοσήματα : AIDS υπό αγωγή από το τμήμα λοιμώξεων.

Χορηγούμενα φάρμακα : αντιρετροϊκή αγωγή.

Από την επισκόπηση που της έγινε έδειξε ότι η θρέψη της είναι καλή, τα ζωτικά Κ.Φ. (κατά φύσιν), οι πνεύμονες Κ.Φ., η καρδιά Κ.Φ. και η κοιλιά Κ.Φ.

Εξετάσεις :

- Ø C.T. εγκεφάλου έδειξε αρνητική για παθολογικά ευρήματα.
- Ø C.T. Άνω-Κάτω κοιλίας έδειξε μικρό ωοθυλάκιο δεξιάς ωοθήκης.
- Ø C.T. θώρακος έδειξε αρνητική για παθολογικά ευρήματα και εικόνα δεξιάς μαστεκτομής.
- Ø Βιοχημικός έλεγχος :
 - Σάκχαρο : 102 mg/dL
 - Ουρία : 20 mg/dL
 - Κρεατινίνη : 0.5 mg/dL
 - Νάτριο : 139 mmol/L

Κάλιο : 4.4 mmol/L
 SGOT : 20 IU/L
 SGPT : 3120 IU/L
 γ- GT : 16 IU/L
 Ολική χολερυθρίνη : 0.6 mg/dL
 Άμεση χολερυθρίνη : 0.1 mg/dL
 Χολυστερίνη : 145 mg/dL
 Τριγλυκερίδια : 180 mg/dL
 HDL : 33 mg/dL
 LDL : 76
 Ουρικό οξύ : 3.6 mg/dL
 Ασβέστιο ολικό : 9.4 mg/dL

Ø Γενική αίματος :

Λευκά αιμοσφαίρια : 3.9 K/μl
 Ουδετερόφιλα : 49 K/μl
 Λεμφοκύτταρα : 41.5 K/μl
 Μονοπύρηνα : 7.8 K/μl
 Ηωσινόφιλα : 1.1 K/μl
 Βασεόφιλα : 0.6 K/μl
 Ερυθρά αιμοσφαίρια : 3.32 M/μl
 Αιμοσφαιρίνη : 11 g/dL
 Αιματοκρίτης : 34 %
 Μέσος όρος ερυθρών 102.3 fl
 Αιμοπετάλια : 297 K/μl
 Αιμοπεταλιοκρίτης : 0.246
 Μέσος όγκος αιμοπεταλίων 8.3 fl

Το σχήμα που ακολούθησε η ασθενής καθορίστηκε κάθε 21 μέρες για 6 κύκλους και ήταν το εξής :

<u>Φάρμακο</u>	<u>Δόσεις</u>	
Amp. Zofron IV 4mg/2ml	(2×1)	-
Amp. Endoxan 800mg IV	(σε 250 ml N/S 0.9% σε μια ώρα)	-

Amp.Farmorubicin 110mg IV	(σε 250 ml N/S 0.9% σε 10 λεπτά)	-
Amp. 5-Fluorouracil 800mg IV	(IV bolus)	-
Amp. Neulaste	-	1×3
Tb. Zofron 4mg	1×3	1×3

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p><u>Φάση πριν από την έναρξη του πρώτου κύκλου</u></p> <p>1) Ναυτία που προέρχεται από διέγερση του κέντρου του εμετού από τα κυτταροτοξικά φάρμακα</p>	<p>Ø Η ασθενής να μην εμφανίσει συμπτώματα ναυτίας</p>	<p>Ø Να ληφθούν μέτρα για τη μείωση της ναυτίας</p> <p>Ø Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων με εντολή γιατρού</p> <p>Ø Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς και ενημέρωση για τα προληπτικά μέτρα</p>	<p>Ø Λήφθηκαν προληπτικά μέτρα με τη χορήγηση amp Zofron 4mg/2ml IV 1 ώρα πριν από την έναρξη της ΧΜΘ και μετά για 3 μέρες, 3 φορές την ημέρα tb Zofron 4mg</p> <p>Ø Ενθάρρυνση της ασθενούς να αναφέρει το άγχος και το φόβο</p> <p>Ø Ενθάρρυνση της ασθενούς να αναπνέει αργά</p>	<p>Ø Η λήψη των προληπτικών μέτρων ήταν αποτελεσματική</p> <p>Ø Η ασθενής αισθάνθηκε ήρεμη και ασφαλής με την ενημέρωση των προληπτικών μέτρων</p>

			<p>και βαθιά όταν αισθάνεται ναυτία</p> <p>Ø Ενθάρρυνση της ασθενούς να τρώει ξηρές τροφές και να αποφεύγει να πίνει υγρά με τα γεύματα</p>	
--	--	--	---	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>2) Αλωπεκία που οφείλεται στη δράση των φαρμάκων Endoxan, Farmorubicin και 5-Fluorouracil</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ø Ψυχολογική υποστήριξη και ενημέρωση της ασθενούς για την αλλαγή που θα αρχίσει να συμβαίνει στην εμφάνισή της Ø Να ληφθούν μέτρα για να μην γίνει αισθητή η αλλαγή της εμφάνισης 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Ενημέρωση της ασθενούς για την αλλαγή της εμφάνισής της μετά την έναρξη της ΧΜΘ Ø Ψυχολογική υποστήριξη από τον νοσηλευτή και ενθάρρυνση έκφρασης των συναισθημάτων Ø Ενημέρωση ότι η αλλαγή θα είναι προσωρινή και ότι προέρχεται από τη δράση των κυτταροτοξικών φαρμάκων 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Έγινε η ενημέρωση της ασθενούς ότι η απώλεια των τριχών είναι προσωρινή και ότι το απαλό βούρτσισμα, η αποφυγή σκληρών σαμπουάν και η χρήση παγοκύστης κατά τη ΧΜΘ βοηθούν στη μείωση της τριχόπτωσης Ø Η ασθενής ενθαρρύνθηκε να εκφράσει τα 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Η ασθενής είναι πιο ήρεμη μετά την ενημέρωση για τα μέτρα που μπορεί να λάβει και για το ότι μετά το τέλος της ΧΜΘ θα επανέλθει στη φυσική της εμφάνιση

		<p>Ø Ενημέρωση της ασθενούς για την προμήθεια περούκας ή την κάλυψη της κεφαλής</p>	<p>συναισθήματά της και τις απορίες της</p> <p>Ø Ενημερώθηκε για την δυνατότητα προμήθειας περούκας πριν από την έναρξη της ΧΜΘ ώστε η περούκα να πλησιάζει προς την φυσική εμφάνισή της</p>	
--	--	---	--	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p><u>Φάση μετά την έναρξη του 1^{ου} κύκλου</u></p> <p>1) Σημάδια κόπωσης που σχετίζονται με την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων που εκτίθενται στα κυτταροτοξικά φάρμακα</p>	<p>∅ Μείωση της αίσθησης κόπωσης</p>	<p>∅ Να γίνει εκτίμηση των σημείων κόπωσης όπως παράπονα ασθενούς για συνεχή μεγάλο βαθμού έλλειψη ενεργητικότητας και αδυναμίας, έλλειψη ενδιαφέροντος για το περιβάλλον κ.α.</p> <p>∅ Ενημέρωση της ασθενούς για τις παρενέργειες της ΧΜΘ</p> <p>∅ Να εντοπίσει η ασθενής τα χαρακτηριστικά της κόπωσης που αισθάνεται π.χ.</p>	<p>∅ Λήφθηκαν μέτρα ώστε να διευκολυνθεί η ανάπαυση και η διατήρηση των δυνάμεων της ασθενούς όπως τακτά χρονικά διαστήματα ανάπαυσης, ελάχιστη δραστηριότητα και περιορίστηκε ο θόρυβος στο περιβάλλον της ασθενούς</p> <p>∅ Έγινε ενημέρωση ότι το αίσθημα της</p>	<p>∅ Η ασθενής με τις τεχνικές που της διδάχτηκαν μείωσε τα σημάδια κόπωσης</p> <p>∅ Με την ενημέρωση ότι η κόπωση είναι παρενέργεια της ΧΜΘ αισθάνθηκε ήρεμη</p>

		ώρα της μέρας, μετά από ορισμένες δραστηριότητες	κόπωσης είναι αναμενόμενο σαν αποτέλεσμα της νόσου και σαν παρενέργεια της ΧΜΘ Ø Έγινε καθοδήγηση της ασθενούς ώστε να εξοικονομεί ενέργεια π.χ. χρήση καρέκλας στο ντους, καθιστική θέση στο χτένισμα των μαλλιών ή στο βούρτσισμα των δοντιών	
--	--	---	---	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩ-ΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙ-ΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙ-ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ-ΤΟΣ
<p>2) Στοματίτιδα λόγω κακής θρέψης και ανεπαρκούς στοματικής υγιεινής ή/και λόγω της τοξικής δράσης των κυτταροστατικών φαρμάκων</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ø Απουσία φλεγμονής Ø Ικανότητα κατάποσης χωρίς δυσφορία 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Να ληφθούν μέτρα για τον περιορισμό της στοματίτιδας 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Δόθηκε Nystamycyn sir 10 ml×3 για 10 μέρες μετά την ΧΜΘ με εντολή γιατρού Ø Έγινε επάλειψη στα χείλη της ασθενούς με γλυκερίνη Ø Τονίστηκε η σημασία της στοματικής υγιεινής μετά από κάθε γεύμα, η χρήση μαλακής οδοντόβουρτσας, ενημερώθηκε η ασθενής να μην 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Τα συμπτώματα της στοματίτιδας μειώθηκαν και η ασθενής ανακουφίστηκε

			καπνίζει γιατί το κάπνισμα ερεθίζει το βλεννογόνο και ενημέρωση να αποφεύγει ουσίες που ερεθίζει το βλεννογόνο όπως ζεστά, πικάντικα ή όξινες τροφές	
--	--	--	---	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩ-ΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙ-ΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙ-ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ-ΤΟΣ
<p>3) Θλίψη που σχετίζεται τις μεταβολές της σωματικής εικόνας, των ρόλων και του καθημερινού τρόπου ζωής, τη διάγνωση του καρκίνου και τον ενδεχόμενο πρόωρο θάνατο</p>	<p>∅ Αντιμετώπιση της θλίψης και αίσθηση ασφάλειας</p>	<p>∅ Να κατανοήσει η ασθενής τις αλλαγές που υφίσταται ώστε να αρχίσει η διαδικασία αντιμετώπισης της θλίψης</p> <p>∅ Να δημιουργηθεί ατμόσφαιρα φροντίδας και ενδιαφέροντος ώστε να προαχθεί η εμπιστοσύνη</p> <p>∅ Ενθάρρυνση της ασθενούς να εκφράσει τα</p>	<p>∅ Με τη συζήτηση η ασθενής βοηθήθηκε να αποδεχτεί τις διάφορες φάσεις της ΧΜΘ με τις αλλαγές που ίσως επακολουθή-σουν</p> <p>∅ Πραγματοποιή-θηκε συζήτηση κατ' ιδίαν, υπήρξαν δείγματα συμπάθειας και σεβασμού και δόθηκαν</p>	<p>∅ Το αίσθημα της θλίψης μειώθηκε και η ασθενής ήταν σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση</p>

		συναισθήματά της με οποιονδήποτε τρόπο της είναι ευκολότερος π.χ. γραφή συνομιλία	ειλικρινής απαντήσεις στην ασθενή Ø Η ασθενής ενθαρρύνθηκε να εκφράσει τα συναισθήματά της με τη συνομιλία μιας και αυτός ο τρόπος την έκφραζε περισσότερο	
--	--	---	---	--

Συμπεράσματα - Προτάσεις

- Ø Ο καρκίνος του μαστού είναι το συχνότερο κακόηθες νεόπλασμα που προσβάλλει τις γυναίκες σε όλο τον κόσμο και ο μόνος τρόπος να μειωθούν οι θάνατοι είναι η πρόληψη ή η έγκαιρη διάγνωση.
- Ø Η αιτία παρουσίας του καρκίνου του μαστού στον ανθρώπινο οργανισμό δεν έχει βρεθεί. Υπάρχουν όμως κάποιοι προδιαθεσικοί παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, όπως η κληρονομικότητα, το φύλλο, η ηλικία, η ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης, ο θηλασμός, η διατροφή διάφοροι ορμονικοί παράγοντες και άλλοι.
- Ø Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού έχει μεγάλη αξία. Διακρίνεται σε δυο κατηγορίες την πρωτογενή πρόληψη και δευτερογενή πρόληψη. Στόχος της πρόληψης είναι η σωστή ενημέρωση, η πραγματοποίηση αυτοεξέτασης των μαστών καθώς και η εφαρμογή προγραμμάτων ελέγχου του πληθυσμού.
- Ø Η διάγνωση του καρκίνου είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι όπου περιλαμβάνει την κλινική εξέταση, διάφορες εργαστηριακές-αιματολογικές-κυτταρολογικές εξετάσεις, τη μαστογραφία, το υπερηχογράφημα, τη μαγνητική, την αξονική τομογραφία, τη θερμογραφία καθώς και άλλες μεθόδους διάγνωσης του καρκίνου του μαστού.
- Ø Η θεραπεία περιλαμβάνει 4 βασικές μεθόδους τη Χειρουργική, τη Χημειοθεραπεία, την Ακτινοθεραπεία και την Ορμονοθεραπεία οι οποίες χρησιμοποιούνται ανάλογα με την περίπτωση, τις ενδείξεις και τον γιατρό.
- Ø Τέλος, ο νοσηλευτής καλείται και σε αυτό το ρόλο του να ενημερώνεται συχνά για τις εξελίξεις και τις καινοτομίες στην επιστήμη, να παρέχει ενημέρωση στους ασθενείς του, να βοηθάει στην ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης της νόσου, να παρέχει ψυχοσωματική υποστήριξη και να είναι σε θέση να εκτιμά, να αξιολογεί και να εφαρμόζει νοσηλευτική φροντίδα.

1. Κάθε γυναίκα ηλικίας 35-50 ακόμα και αν δεν έχει σημάδια για καρκίνο μαστού πρέπει να κάνει μαστογραφία κάθε 2 χρόνια.
2. Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας σε ότι αφορά τις εκδηλώσεις της νόσου και τις μεθόδους πρόληψης.
3. Δημιουργία κέντρων ενημέρωσης από ειδικευμένους νοσηλευτές για τον καρκίνο του μαστού και δυνατότητα πραγματοποίησης εκπαιδευτικών προγραμμάτων ακόμα και σε απομακρυσμένες πόλεις και χωριά.
4. Να γίνεται συνεχής ενημέρωση στους επαγγελματίες υγείας για τις νέες εξελίξεις και καινοτομίες στην νοσηλευτική επιστήμη και ογκολογία.
5. Κάθε γυναίκα που εμφανίζει συμπτώματα θα πρέπει να απευθύνεται στον γιατρό της.
6. Δημιουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού και ανοιχτή συζήτηση με άτομα που έχουν περάσει το στάδιο της διάγνωσης και της αντιμετώπισης της νόσου.
7. Να διδάχτούν όλες οι γυναίκες να αγαπούν και να προσέχουν το σώμα τους και να υπογραμμιστεί η έννοια της πρότασης : « Δεν θέλω να κοιμάμαι ήσυχη, θέλω να ζήσω ήσυχη ».

Περίληψη

Ο καρκίνος του μαστού θεωρείται μια νόσος επικίνδυνη ακόμα και στις μέρες μας όπου η επιστήμη έχει κάνει προόδους για την εξάλειψη της. Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρώτη θέση ανάμεσα στις αιτίες θανάτου στις γυναίκες. **Σκοπός** της εργασίας αυτής είναι η προσωπική μου επιστημονική ενημέρωση, καθώς και η ενημέρωση του κοινού και ειδικότερα των γυναικών για τη μεγάλη έκταση που έχει στις μέρες μας ο καρκίνος του μαστού και το πώς εμείς οι νοσηλευτές μπορούμε να συμβάλουμε στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου. Ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνή μορφή καρκίνου στον γυναικείο πληθυσμό. Εμφανίζεται σπάνια σε γυναίκες κάτω των 30 ετών, αλλά η συχνότητά του αυξάνεται με την ηλικία. Στη χώρα μας η συχνότητα του καρκίνου του μαστού έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια λόγω της αλλαγής του τρόπου ζωής όπως η εγκυμοσύνη σε μεγαλύτερες ηλικία, η χρήση ορμονών, οι εκτρώσεις, η καθιστική ζωή, η διατροφή, κ.ά.. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος και η νοσηλευτική φροντίδα ξεκινάει από τη στιγμή που ο νοσηλευτής έρθει σε επαφή με τον ασθενή και τελειώνει με την ενημέρωση και διδασκαλία του ασθενούς πριν από την έξοδό του από το νοσοκομείο. Ο μαστός για τη γυναίκα συμβολίζει 2 σημαντικές πτυχές, τη μητρότητα και την ερωτική υπόσταση. Η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού μπορεί να φέρει κάποια παραμόρφωση του μαστού ή και αφαίρεσή του, καταστάσεις που δημιουργούν άγχος, φόβο, θλίψη, απελπισία ακόμα και κατάθλιψη στην γυναίκα. Ο νοσηλευτής οφείλει να δημιουργήσει στην ασθενή ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής, να ακούει και να δίνει απαντήσεις στις απορίες της, να την ενημερώνει για την ασθένεια, να την προετοιμάζει για προσαρμογή στις νέες συνθήκες ζωής της και να φροντίζει την ψυχοσωματική υγεία της ασθενούς.. **Συμπερασματικά**, η νόσος του καρκίνου του μαστού παραμένει ένα από τα βασικά προβλήματα υγείας, καθώς εμφανίζει αυξανόμενα ποσοστά επίπτωσης της νόσου. Επομένως, ο προληπτικός έλεγχος του πληθυσμού με μαστογραφία και αυτοεξέταση του μαστού μπορεί να μειώσουν τη θνησιμότητα. Άλλωστε να μην ξεχνάμε ότι : « η καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου είναι η πρόληψή της ».

Summary

Nowadays breast cancer is considered a dangerous disease even though science has progressed significantly in order to eradicate it. It is estimated that in Greece breast cancer rates are the first among the causes of female mortality rates. **The purpose of this project** is to familiarize myself as well as the public and especially women about the magnitude of breast cancer rates and how we, as nurses, can contribute to its prevention and treatment. Breast cancer is the most common type of cancer in the female population. It rarely appears in women under the age of thirty, but its frequency increases with age. In our country the frequency of breast cancer has increased over the last years because of changes in life style such as pregnancy in older age, the use of hormones, higher rates of abortions, sedentary lifestyles, unhealthy nutrition and the like. The role of a nurse is multidimensional and nursing care starts when the nurse comes into contact with the patient. It finishes when the patient is fully aware of their condition and it is ready for discharge from hospital. Breasts symbolize two important notions: motherhood and erotic substance. Its treatment can disfigure the breasts or even result in the abstraction of a breast, situations which cause stress, fear, hopelessness or even depression. The nurse must create an atmosphere of trust and feelings of acceptance, listen and give answers concerning queries, inform the patient, prepare for the new adaptations in the new way of life and take care of the patient psychosomatic health. **In conclusion**, breast cancer remains one of the main health problems since increased percentage appear. Thus, regular mammography check-ups and self-examination can reduce the mortality rate. Besides let's not forget that « the best treatment of breast cancer is its prevention ».

Βιβλιογραφία

1. Αγγελόπουλος, Σ., Ματζώρος Ι. (2007). *Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα. Δεκαπενταετής εμπειρία*, Αθήνα : Ελληνική Χειρουργική
2. Αθανάτου, Ε. (2000). *Παθολογική και Χειρουργική κλινική νοσηλευτική*, Αθήνα : Λαγός
3. Βάρρας, Μ., Ζουρμπάκη, Α., Θεοδώρα-Λακαφώση, Β. (1999). *Μαιευτική γυναικολογία*, Επίτομος, Έκδοση 1^η, Αθήνα : Καλαθάς
4. Γιακουματτής, Α. (2008). *Πλαστική επανορθωτική αποκατάσταση μαστού*, στο *Αγκαλιάζω*, Τεύχος 11 Νοέμβριος-Δεκέμβριος, Αθήνα : Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία
5. Γιακουματτής, Α. (2009). Ανακτήθηκε 13 Ιουλίου 2009, από <http://www.oekk.gr>
6. Γλεντής, Π. (2009). *Καρκίνος του μαστού*, Ανακτήθηκε 21 Ιουνίου 2009, από <http://www.surfeon.gr>
7. Θεδούλα, Ν. (2003). *Νοσηλευτική αποκατάσταση γυναικών μετά από μαστεκτομή*, στο ΕΣΔΝΕ, Τόμος 42, Τεύχος 3 Ιούλιος-Σεπτέμβριος, Αθήνα : ΕΣΔΝΕ
8. Ιωαννίδου-Μουζάκα, Λ. (2002). *Καρκίνος του μαστού. Που βρισκόμαστε σήμερα και οι προοπτικές*, Τόμος 6^{ος}, Τεύχος 2, Αθήνα : Δίκτυνα
9. Ιωαννίδου-Μουζάκα, Λ. (2007). *Σύγχρονη μαστολογία*, Αθήνα : Πασχαλίδης
10. Κατσανός, Γ. και Τρακατέλλης, Α. (2009). *Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας*, Ανακτήθηκε 22 Ιουλίου 2009, από <http://www.mastologia.gr>
11. Κόνιαρη, Ε. (1991). *Καρκίνος του μαστού-Νοσηλευτική παρέμβαση*, Αθήνα : Βήτα
12. Κυριακίδου, Ε. (2004). *Κοινωνική νοσηλευτική*, Αθήνα : Ταβίθα
13. Λεονταρίτου, Α. (2009). *Ερωτική ζωή και καρκίνος μαστού*, Ανακτήθηκε 21 Ιουνίου 2009, <http://www.beststrong.org>
14. Λυμπεροπούλου, Μ. (2008). *Μετά τους 4 μήνες*, Ανακτήθηκε 30 Ιουλίου 2009, από <http://www.myworld.gr>
15. Λώλης, Δ. (2004). *Γυναικολογία και μαιευτική*, Αθήνα : Παρισσιάνος

16. Μαλγαρινού, Μ. και Κωσταντινίδου, Σ. (1997). *Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική*, Τόμος 2^{ος}, Μέρος 2^ο, Αθήνα Ταβίθα
17. Μαλλιώρα, Μ. (2006). *Καρκίνος του μαστού και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις*, Ανακτήθηκε 15 Ιουλίου 2009, από <http://www.malliori.gr>
18. Μαρκόπουλος, Χ. (2007). *Παθήσεις του μαστού*, Αθήνα : Πασχαλίδης
19. Μαρκόπουλος, Χ. (2008). *Αυτοεξέταση μαστού*, στο ΑγκαλιάΖω, Τεύχος 5^ο Οκτώβριος-Νοέμβριος, Αθήνα : Ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία
20. Μπούκα, Ν. (2007). *Καρκίνος του μαστού. Ένοχο και το υπερβολικό βάρος*, στην Μακεδονία, Θεσσαλονίκη : Μακεδονία
21. Μπούκα, Ν. (2008). *Καρκίνος του μαστού. Νέο χάπι δίνει ελπίδες για χιλιάδες γυναίκες*, στην Μακεδονία, Θεσσαλονίκη : Μακεδονία
22. Μυλωνάκη, Δ. (2009). *Αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή*, Ανακτήθηκε 28 Ιουλίου 2009, από <http://www.Konoras.tripod.com>
23. Νίξον, Ρ. (2007). *Η έκτρωση επηρεάζει τον κίνδυνο για τον καρκίνο του μαστού*, Ανακτήθηκε 23 Ιουνίου 2009, από <http://www.medtime.gr>
24. Ντίξον, Μ. και Λεονάρντ Ρ. (1999). *Παθήσεις του μαστού, οικογενειακός οδηγός*, Αθήνα : Βρετανική Ιατρική Εταιρεία
25. Παναγιωτόπουλος, Γ. και Παπαλάμπρος Σ. (1991). *Χειρουργική*, Αθήνα : Πασχαλίδης
26. Παπανικολάου, Ν. (1993). *Γυναικολογική γηριατρική*, Αθήνα : Λίτσα
27. Παπανικολάου, Ν. (1994). *Μαστολογία*, Αθήνα : Παρισσιάνος
28. Παπανικολάου, Ν. (1995). *Γυναικολογική μαστολογία*, Αθήνα : Παρισσιάνος
29. Παπανικολάου, Ν. (2005). *Γυναικολογία*, Αθήνα : Παρισσιάνος
30. Παπασταθοπούλου, Χ. (2008). *Καρκίνος του μαστού*, στην Ελευθεροτυπία, Αθήνα : Τεγόπουλος, Ανακτήθηκε 30 Αυγούστου 2009, από <http://www.enet.gr>
31. Παπαχρυσανθάκη, Λ. (2007). *Διατροφή και καρκινογένεση*, στο ΑγκαλιάΖω, Τεύχος 2^ο Απρίλιος, Αθήνα : Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία
32. Πατέρας, Χ. (2004). *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχολογικής ογκολογίας*, Αθήνα : Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία
33. Πέγιου, Μ. (2003). *Δεν θέλω να κοιμάμαι ήσυχη. Θέλω να ζήσω ήσυχη*, στο ΑγκαλιάΖω Αύγουστος-Σεπτέμβριος-Οκτώβριος, Αθήνα : Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία
34. Πετρίδης, Α. (2004). *Εγχειρίδιο χειρουργικής*, Αθήνα : Έλλην

35. Ρηγάτος, Γ. (2006). *Εγκόλπιο ογκολογίας*, Αθήνα : Λίτσα
36. Σαββοπούλου, Γ. (2000). *Καρκίνος του μαστού. η πρώτη μέρα μετά τη διάγνωση*, Αθήνα : Ταβίθα
37. Σακοράφας, Γ. (2000). *Ο καρκίνος του μαστού*, Αθήνα : Λαγός
38. Σαχίνη-Καρδάση, Α. και Πάνου, Μ. (1997). *Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική*, Τόμος 2^{ος}, Αθήνα : Βήτα
39. Σαχίνη-Καρδάση, Α. και Πάνου, Μ. (2002). *Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική*, Τόμος 2^{ος}, Μέρος 2^ο, Αθήνα : Βήτα
40. Σγουράκης, Γ. (2006). *Ανατομία και φυσιολογία μαστού*, Αθήνα : Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία
41. Σκάρλος, Ν. (2009). *Ορμονοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού*, Αθήνα : Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Ανακτήθηκε 25 Ιουλίου 2009, από <http://www.mastologia.gr>
42. Σουφλέρη, Ι. (2006). *Ακτινογραφία ως μαστολογία*, Αθήνα : το Βήμα-on line, Ανακτήθηκε 5 Ιουλίου 2009, από <http://www.tovima.gr>
43. Συμεωνίδης Α. (2002). *Καρκίνος μαστού. Τι πρέπει να γνωρίζουμε όλοι μας*, Ανακτήθηκε 8 Ιουνίου 2009, από <http://www.gyn.gr>
44. Τζωρακοελευθεράκης, Ε. (1992). *Χειρουργικές παθήσεις του μαστού*, Αθήνα : Λίτσα
45. Τοκμακίδης, Π. (2001). *Γυναικείος μαστός*, Αθήνα : Έλλην
46. Φερτάκης, Α., Καφάτος, Α., Καλφαρέτζος, Φ., Συριοπούλου, Β., Γαλανάκης, Ν., Αντωνιάδου, Α. (2003). *Εθνικό συνταγολόγιο 2003*, Αθήνα : Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
47. Φρουτζήλας, Γ. και Μπαρμπούνης, Β. (2006). *Βασικές αρχές θεραπείας του καρκίνου*, Τόμος 1^{ος}, Θεσσαλονίκη : University Studio Press
48. Φύσσας, Π. (2006). *Ο μαστός και οι παθήσεις του*, Αθήνα : Λιβάνη
49. Bates, B. (1982). *Οδηγός για κλινική εξέταση*, Αθήνα : Λίτσα
50. Boehle, D., Gotsch G. κ.ά. (1992). *Breastfeeding does make a difference*, Αμερική : La lech league international, Ανακτήθηκε 28 Αυγούστου 2009, από <http://www.homeopathy.gr>
51. Clinic, M. (2008). *Οικογενειακός οδηγός υγείας*, Τόμος 6^{ος}, Αθήνα : Βήτα
52. Lippert, H. (1993). *Ανατομική*, Αθήνα : Παρισσιάνος
53. Shapira, P. (1999). *Μαιευτική και γυναικολογική νοσηλευτική*, Επίτομος, Αθήνα : Έλλην

54. Wendell, C. (1997). *Παθολογική-Χειρουργική νοσηλευτική. Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας*, Αθήνα : Λαγός
55. Zuckweiler, B. (2009). *Ενθαρρύνοντας τη σεξουαλικότητά σας*, Ανακτήθηκε 22 Ιουλίου 2009, από <http://amoena.com>
56. <http://www.fotosearch.com>, (2009). Ανακτήθηκε 23 Ιουλίου 2009
57. http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=7497, (2009). Ανακτήθηκε 12 Αυγούστου 2009
58. <http://www.makthes.gr/index.php>, (2009). *Καρκίνος. Αυξάνονται τα κρούσματα στη χώρα μας*. στη Μακεδονία, Θεσσαλονίκη : Μακεδονία, Ανακτήθηκε 22 Ιουνίου 2009
59. http://www.medlook.net/article.asp?item_id=1062 , (2003). Ανακτήθηκε 7 Ιουλίου 2009
60. http://www.medlook.net/article.asp?item_id=1927, (2009). Ανακτήθηκε 28 Αυγούστου 2009
61. <http://www.tvxs.gr/v9467>, (2009). Ανακτήθηκε 2 Αυγούστου 2009

Παραρτήματα

Μαρτυρίες γυναικών με καρκίνο μαστού

1^η Μαρτυρία

Είμαι η Φώφη Γεννηματά. Είμαι μία από τις χιλιάδες Έλληνιδες που παλεύουν με τον καρκίνο και θέλουν ταυτόχρονα να χαρούν τη ζωή, την οικογένεια, τα παιδιά, τον έρωτα

Είμαι ένας άνθρωπος που βρέθηκα και από τις δύο πλευρές και από την πλευρά εκείνου που συμπαραστέκεται στους γονείς του -αφού η μάνα μου και ο πατέρας μου χτυπήθηκαν από τον καρκίνο- και από την πλευρά εκείνου που παλεύει με τη νόσο.

Με τη μητέρα μου ήμασταν πολύ δεμένες και μαζί με την αδελφή μου, της σταθήκαμε. Πηγαίναμε για θεραπείες και κάναμε σχέδια για το καλοκαίρι και το μέλλον. Η μητέρα μου ποτέ δεν διαμαρτυρήθηκε για την ασθένειά της. Πάλεψε 10 χρόνια με αυτήν και δεν την ακούσαμε ούτε μία ημέρα να λέει πως δεν είναι καλά. Το ίδιο και η θεία μου, η αδελφή της μητέρας μου. Χτυπήθηκε από την ίδια ασθένεια και σήμερα, ύστερα από 17 ολόκληρα χρόνια είναι καλά.

Είναι για μένα ένα παράδειγμα ελπίδας. Τα χρειαζόμαστε αυτά τα παραδείγματα, για να αντέξουμε σε αυτό τον δύσκολο δρόμο, σε αυτόν τον μαραθώνιο που έχουμε μπροστά μας και από όπου πρέπει να βγούμε νικήτριες.

Κάνω σχέδια. Προσπαθώ να κάνω σχέδια. Σημασία έχει να μη το βάζουμε κάτω, να μην ηττηθούμε στην καθημερινότητα, να μη ζούμε συνέχεια κάτω από τη σκέψη τού τι χειρότερο μπορεί να συμβεί. Αυτή είναι η ιδιαιτερότητα όσων ζούμε με τον καρκίνο. Δεν είναι εύκολο. Θέλει πολλή προσπάθεια, αυτοέλεγχο, υποστήριξη από το περιβάλλον μας και αυτό είναι ίσως το πιο σημαντικό.

Το πιο σημαντικό μου όνειρο, είναι να δω τα παιδιά μου να μεγαλώνουν. Θα τα καταφέρω. Θα τα καταφέρουμε όλες μαζί, μια αγκαλιά, μαζί με τους ανθρώπους που μας αγαπάνε και βρίσκονται στο πλευρό μας.

2^η Μαρτυρία

Η αμερικανίδα ηθοποιός Τζάκλιν Σμιθ, ποτέ δεν θα ξεχάσει την ημέρα που ανακάλυψε ότι είχε καρκίνο στο μαστό. Ποτέ δεν θα ξεχάσει όμως και το μάθημα που πήρε τις πρώτες στιγμές ως καρκινοπαθής.

Καθώς ο γιατρός έκανε τη διάγνωση, η ίδια βρισκόταν σε κατάσταση πανικού, όπως περιγράφει. Έμοιαζε με κάτι σουρεαλιστικό. Τέτοιες στιγμές κανείς δεν θέλει να ακούει αυτά που του λένε.

Όταν η Σμιθ γύρισε στο σπίτι από τον γιατρό, εκείνη την ημέρα, το μόνο που ήθελε να πει ήταν ‘βγάλε το στήθος μου, βγάλ’ το. Όμως ο σύζυγός της που ήταν γιατρός της έδειξε έρευνες που ανέφεραν ότι η καλύτερη λύση για το είδος του όγκου που είχε ήταν η ογκεκτομή και η ραδιοθεραπεία.

Το μάθημα που πήρε εκείνη την ημέρα ήταν πως δεν πρέπει κανείς να πηγαίνει μόνος στον γιατρό. Ο σύζυγός της ήταν περισσότερο συγκεντρωμένος και μπόρεσε να απευθύνει τις κατάλληλες ερωτήσεις στον γιατρό, σχετικά με τη θεραπεία.

3^η Μαρτυρία

Η ηθοποιός Ολίβια Νιούτον- Τζον, μετά την διάγνωση καρκίνου δηλώνει πως το ένστικτό της δεν βγήκε αληθινό. Φοβούμενη να κάνει χημειοθεραπεία, όταν διαγνώστηκε όγκος στο μαστό το 1992, στράφηκε σε εναλλακτικές θεραπείες, όπως βελονισμό και ομοιοπαθητική, ενώ σκεφτόταν να την παραλείψει.

Ωστόσο, τώρα δηλώνει ότι η χημειοθεραπεία δεν ήταν τόσο δυσάρεστη όσο νόμιζε. Όπως δηλώνει, επεκράτησε ο κοινός νους. Μια φίλη της την ρώτησε γιατί να ρισκάρει έστω και ένα καρκινικό κύτταρο, έχοντας και ένα παιδί να μεγαλώσει. Μετά από μαστεκτομή ακολούθησε χημειοθεραπεία.

Ένα από τα πιο σημαντικά πράγματα που μπορεί να κάνει μια γυναίκα με καρκίνο, συνεχίζει η Σμιθ, είναι να θυμάται τη δύναμη των φίλων. Η οικογένεια θα συμπαρασταθεί αλλά έχει έντονα συναισθήματα. Οι φίλες την βοήθησαν πολύ. Ιδιαίτερα βοηθήθηκε από φίλη που ξεπέρασε τον καρκίνο στο μαστό. Της συμπαραστάθηκε και της έδειξε πως τώρα πια έχει περάσει στην αντίθετη όχθη της αρρώστιας, έχοντας ξεπεράσει το πρόβλημα.

Καμιά φορά μπορεί νέες φίλες να αποδειχτούν πολύτιμο στήριγμα. Όταν η Ολίβια Νιούτον- Τζον φοβήθηκε την αγωγή με χημειοθεραπεία, ο ογκολόγος της την έφερε σε επαφή με άλλες γυναίκες που είχαν υποστεί χημειοθεραπεία και τη βοήθησαν να αντιμετωπίσει τον φόβο της.

4^η Μαρτυρία

Μία περιπέτεια υγείας, μου ανακάλυψε πόσο ελλιπής είναι ο τρόπος ανεύρεσης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού και κυρίως πόσο ανήξερές είμαστε σε ότι αφορά στα δικαιώματά μας. Η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού σχετίζεται με την ύπαρξη κάποιων παραγόντων όπως :η κληρονομικότητα(καρκινοπαθή μέλη της ίδιας οικογένειας με όχι υποχρεωτική την ίδια εντόπιση) ηλικία, η ηλικία εμμηναρχής, η ατεκνία ή η ηλικία πρώτης τελειόμηνης εγκυμοσύνης, και η ψυχική ένταση. Η θηλυκότητα μας κρύβει πολλά μυστικά και αν δεν την προσέχουμε βάζουμε τον εαυτό μας σε απίστευτους πολλούς κινδύνους. Το στήθος μας κρύβει στην ουσία ένα μεγάλο ναρκοπέδιο. Όλα ξεκίνησαν όταν στην απλή μαστογραφία εμφανίστηκε μία σκιά. Η διάγνωση ήταν Ca μαστού με ερωτηματικό. Η πρώτη αντίδραση ήταν η αμφισβήτηση. Της διάγνωσης . Για να τεκμηριωθεί η διάγνωση είναι απαραίτητα τα ακόλουθα: η αυτοεξέταση και η ετήσια μαστογραφία μετά από κλινική εξέταση από ειδικό γιατρό Προχώρησα στην επιβεβαίωση της Το ελληνικό δημόσιο εγκρίνει την απλή μαστογραφία αλλά όχι την ψηφιακή(110 ευρώ).Ο προγραμματισμός για την ψηφιακή γίνεται μήνες πριν αφού είναι ελάχιστα τα δημοσία νοσοκομεία όπου πραγματοποιείται. Η απλή μαστογραφία θεωρείται ξεπερασμένη σαν διαγνωστική αξία .Δηλαδή αν δεν έχεις την δυνατότητα να κάνεις ψηφιακή βάζεις και στην ουσία καταδικάζεις τον εαυτό σου σε μία επικίνδυνη πορεία Στην συνέχεια για καλύτερη εντόπιση της βλάβης απαιτείται η πυρηνική ιατρική δηλαδή μία μαγνητική τομογραφία (MRI= Magnetic Resonance Imaging). Αρκετά δημόσια νοσοκομεία έχουν και μπορείς να προγραμματιστής, αλλά μετά από μήνες. Υπάρχουν πληθώρα ιδιωτικών μαγνητικών τομογράφων αλλά πολλοί αμφισβητούν την πιστότητα των φιλμ(μηχανήματα Philips ,Siemens) και κυρίως την ακρίβεια στην διάγνωση. Στην Ελλάδα υπάρχει η μεγαλύτερη αναλογία αξονικών τομογράφων / κατοίκων αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι προσφέρουν και μία σωστή διάγνωση. Το δημόσιο αναγνωρίζει ,άρα δικαιολογεί, μόνο την μαγνητική μαστών και θώρακος αλλιώς θα δώσεις 375 ευρώ. Επιβεβαιώθηκε η διάγνωση και προχώρησα στην επέμβαση και στην αφαίρεση λεμφαδένων από την σύστοιχη μασχάλη. Και εδώ υπήρχε πρόβλημα για τον γρήγορο προγραμματισμό της επεμβάσεως και φυσικά έφτασα πάλι στα χέρια της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Άνω των 5.000 ευρώ χωρίς τις αμοιβές των γιατρών που ευγενικά και δεοντολογικά δεν ζήτησαν αμοιβή. Η ιστορία σταμάτησε εδώ αλλά εγώ παραμένω ανήσυχη σχετικά με το θέμα και κυρίως με τις περιορισμένες δυνατότητες μιας απλής γυναίκας να θεραπευτεί από τον όγκο μαστού.

Τι θα κάνουν αυτές που δεν έχουν οικονομική άνεση; Στην Ελλάδα 1 στις 12 γυναίκες (8.3%) έχει πιθανότητα να αναπτύξει καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της ζωής της, ενώ ο αντίστοιχος αριθμός για τον καρκίνο της ωοθήκης είναι 1 στις 70 (1.4%). Ο καρκίνος μαστού αφορά όλες τις γυναίκες. Κάθε χρόνο στη χώρα μας εντοπίζονται περίπου 4.500 νέα περιστατικά, ενώ υπολογίζεται ότι 1 στις 8 γυναίκες παγκοσμίως θα παρουσιάσει καρκίνο μαστού σε κάποια φάση της ζωής της. Μόνον στις ΗΠΑ εκτιμάται ότι εφέτος θα πεθάνουν εξ αιτίας του 46.000 γυναίκες, ενώ περισσότερες από 180.000 θα διαπιστωθεί ότι τον έχουν αναπτύξει. Ευτυχώς οι μέθοδοι διάγνωσης και θεραπείας έχουν εξελιχθεί τόσο, ώστε να είναι δυνατή η διάγνωση της νόσου σε πρώιμο στάδιο, τότε που μπορεί να αντιμετωπιστεί με επιτυχία. Η έγκαιρη διάγνωση όγκου μαστού βασίζεται στο ότι κάθε χρόνο η γυναίκα, άνω των 40 ετών πρέπει να υποβάλλεται ,δωρεάν, σε τακτά χρονικά διαστήματα σε μαστογραφία, χωρίς να παρουσιάζει κανένα σύμπτωμα. Δεν μιλάμε για την ομορφιά αλλά για την ζωή της. Για τι Η Ελληνική Δημοκρατία μας δεν μεριμνεί για τις γυναίκες που άλλωστε αποτελούν και το 51% του πλουτισμού της; Αυτό συμβαίνει στην Γαλλία όπου σε όλες τις γυναίκες (Securite sociale με carte d;assurance maladie) άνω των 40 ετών στέλνονται προσκλήσεις για δωρεάν μαστογραφία και άνω των 50 προσκλήσεις για δωρεάν κολωνοσκόπηση. Για τι η οικονομική κρίση και τα ασφυκτικά χρέη των νοσοκομείων μεταφέρονται στις πλάτες των ασθενών που θα πληρώσουν τη «νύφη» ;Για τι ασθενείς που είναι ασφαλισμένες πρέπει πάντα να φροντίζουν να έχουν μαζί τους αρκετά χρήματα κάθε φορά που η ανάγκη τις φέρνει στο κατώφλι του Νοσοκομείου; Μόνον στις ΗΠΑ εκτιμάται ότι εφέτος θα πεθάνουν εξ αιτίας του 46.000 γυναίκες, ενώ περισσότερες από 180.000 θα διαπιστωθεί ότι τον έχουν αναπτύξει.

Άλμα Ζωής

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής» ιδρύθηκε το 1988 και όλα τα μέλη του, οι εθελόντριες, καθώς και τα μέλη του Δ.Σ. είναι γυναίκες που έχουν βιώσει την εμπειρία του καρκίνου του μαστού. Διαθέτει ένα δυναμικό σώμα εκπαιδευμένων εθελοντριών που με τη δράση τους αποτελούν ένα μοναδικό παράδειγμα αποκατάστασης και ζωής. Το όραμα του Συλλόγου «Άλμα Ζωής» είναι κάθε γυναίκα σε κάθε γωνιά της Ελλάδας που θα νοσήσει από καρκίνο του μαστού να έχει πλήρη ψυχοκοινωνική στήριξη & ενημέρωση για όλα τα θέματα που αφορούν στην υγεία, στην καριέρα της, καθώς και στα δικαιώματά της. Επίσης, κάθε γυναίκα σε κάθε γωνιά της Ελλάδας να είναι ενημερωμένη για τον καρκίνο του μαστού & τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσής του. Εδώ και 21 χρόνια, το «Άλμα Ζωής» με τα οργανωμένα προγράμματά του στηρίζει ψυχοκοινωνικά χιλιάδες γυναίκες που έρχονται αντιμέτωπες με την ασθένεια, συμβάλλει στην απομυθοποίηση του καρκίνου του μαστού και ενημερώνει πανελλαδικά τις γυναίκες για τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης της νόσου, συμβάλλοντας με τον τρόπο του στη μείωση των θανάτων από την ασθένεια. Ο καρκίνος του μαστού έγινε εφαλτήριο για δημιουργία, για έμπνευση και τελικά για μια εκστρατεία με έναν κοινό στόχο: τη ζωή χωρίς καρκίνο του μαστού.

Πώς με την Ομοιοπαθητική δεν χρειάστηκε εγγείριση

Ασθενής 50 ετών γυναίκα, με επισκέπτεται στο ιατρείο στις 22-12-97. Υποφέρει από ημικρανίες μετά την τελευταία έμμηνο ρύση της (20-10-97). Η ημικρανία είναι τις περισσότερες φορές αριστερή. Προηγείται συνήθως συχνουρία, ώρες πριν. Η ίδια λέει ότι «μετά τη συχνουρία είμαι σίγουρη ότι θα ακολουθήσει πονοκέφαλος». Ο πόνος εντοπίζεται κάτω από την κροταφογοναθική άρθρωση, δεξιά ή αριστερά, επεκτείνεται στο αυτί και έπειτα στο μάτι. «Αισθάνομαι τα πάντα, μυαλό, μάτι, πληγωμένα».

Ανακουφίζεται με ζεστές κομπρέσες ή φορώντας έναν σκούφο «μέχρι και στην κορυφή του κρανίου αισθάνομαι ότι έχει τρύπα-πληγή, χτυπάει όλο το κεφάλι και πιέζω με τα δάκτυλα μου».

Παράλληλα έχει ναυτία. Πολλές φορές κάνει εμετούς και ανακουφίζεται. Συνήθως η ημικρανία αρχίζει την ημέρα και διαρκεί 12-15 ώρες. Αν ο πόνος είναι μικρότερης έντασης διαρκεί 7-10 ημέρες.

Κατά τη διάρκεια της ημικρανίας, δεν μπορεί να ησυχάσει, ούτε να καθίσει, ούτε να κοιμηθεί τη νύχτα, την ενοχλούν οι θόρυβοι, ο κρύος αέρας ακόμη και το χτένισμα. Ανακουφίζεται ελαφρά με ζεστά ροφήματα και ζέστη γενικά. Αυτό είναι το πρόβλημα για το οποίο έρχεται στο ιατρείο. Αναφέρεται επίσης ότι κοινούς πονοκεφάλους είχε από 17 ετών κατά περιόδους.

Επειδή όμως κατά τη λήψη του ομοιοπαθητικού ιστορικού εξετάζεται συνολικά ο οργανισμός, θα πρέπει να αναφερθούν τα παρακάτω:

Από την εφηβεία της υπέφερε από αλλεργική ρινίτιδα και επιπεφυκίτιδα, η οποία επιδεινώθηκε από την τελευταία άνοιξη. Η μύτη της είναι συνεχώς μπουκωμένη. «Είναι βασανιστήριο, νομίζω ότι θα σκάσω». Τα συμπτώματα αυτά τα είχε μέχρι τον Ιούλιο. Και πριν 20 ημέρες εμφανίζει εξιδρωτικό έκζεμα με μεγάλη φαγούρα σε διάφορα σημεία του σώματος. Αυτό κράτησε 10 ημέρες. Η διάγνωση ήταν αλλεργία.

Επίσης η ασθενής έχει από μηνός εξάψεις, περισσότερο ενοχλητικές την ημέρα. Αισθάνεται πρησμένη στο σώμα γενικά και τις τέσσερις τελευταίες ημέρες πρήστηκε το στήθος της. Περισσότερο ο δεξιός μαστός, ο οποίος είναι ευαίσθητος και στο άγγιγμα και πονά ακόμη και τη νύχτα. Αντικειμενικά ο δ. μαστός είναι ζεστός, οίδηματώδης, ερυθρός και ψηλαφιέται μια υπόσκληρη περιοχή γύρω από την δεξιά θηλή.

Ως προς την ψυχολογική της κατάσταση είναι αναστατωμένη και ευσυγκίνητη, αναστενάζει στο ιατρείο και η κόρη της (όχι η ίδια) μου αναφέρει ότι φοβάται τον καρκίνο του μαστού.

Της χορηγήθηκε ομοιοπαθητική αγωγή (Belladonna 200 CH) για ενάμιση μήνα και συμφωνούμε με την ασθενή να κάνει μια μαστογραφία.

Με επισκέπτεται για δεύτερη φορά στις 23-2-98 (αφού είχε κάνει μαστογραφία στις 11-2-98 και προγραμματίστηκε βιοψία για τις 24-2-98). Δεν έχει ημικρανίες πια, ο δ. μαστός είναι πιο ήρεμος, δηλαδή: έχουν υποχωρήσει το οίδημα και η ερυθρότητα, εξακολουθεί όμως να ψηλαφιέται μια περιοχή με σκληρία γύρω από τη θηλή και δεν είχε συμπτώματα αλλεργικής ρινίτιδας.

Ενώ όμως δεν είχε ημικρανίες, την τελευταία εβδομάδα, έχει σχεδόν καθημερινά πονοκέφαλο, μικρότερης έντασης. Επίσης αισθάνεται πρησμένα τα μάτια της το πρωί, και βαρύ το κεφάλι της πριν ξαπλώσει το βράδυ. Οι εξάψεις έχουν περιορισθεί και εντοπίζονται κυρίως στο πρόσωπο.

Της χορηγήθηκε αγωγή για ενάμιση μήνα (Calcarea Carbonica 1M). Η κατάσταση της ασθενούς, γενικά συνεχίζει να βελτιώνεται.

Την επόμενη μέρα (24-2-98) είχε προγραμματισμένη επίσκεψη στο Νοσοκομείο «'γιος Σάββας» στο τμήμα Χειρουργικής Μαστού, όπου με βάση τη μαστογραφία γίνεται βιοψία, συνιστάται εγχείρηση του δεξιού μαστού και της δίδεται εισιτήριο για εισαγωγή στην κλινική.

Με ενημέρωσε και το συζητήσαμε πολύ (Βεβαίως συνεκτιμήθηκαν η καλή πορεία του οργανισμού προς την υγεία, η ικανοποιητική ως τότε ανταπόκρισή της στα ομοιοπαθητικά φάρμακα και η κλινική της εικόνα) Η ασθενής αποφάσισε να μην χειρουργηθεί..

Στο επόμενο διάστημα, έχουμε τακτικές τηλεφωνικές επικοινωνίες και την βλέπω στο ιατρείο τον 4°, 5°, και 12° μήνα του 1998. Η ασθενής συνεχίζει να είναι γενικά (κλινικά) καλά και τον Μάιο του '98 της επανεμφανίζεται η έμμηνος ρύση, κανονικά ως και τον Νοέμβριο 1998.

Μετά από ένα χρόνο - ίδια εικόνα.

Η μαστογραφία γίνεται πάλι 3 μήνες μετά την πρώτη (τον 5° του '98) και 12 μήνες μετά (2° του '99) την πρώτη εξέταση.

Ένα χρόνο αργότερα, η ασθενής πηγαίνει στο νοσοκομείο για μαστογραφία, αλλά από την κλινική εξέταση διαπιστώνεται ότι η εικόνα των μαστών έχει αλλάξει (δεν ψηλαφιέται τίποτα) οπότε η εξέταση δεν κρίνεται απαραίτητη και δεν γίνεται.

Η ασθενής εξακολουθεί να είναι καλά ως τον Απρίλιο του 2001, δηλαδή με επισκέπτεται στο ιατρείο μετά από 28 μήνες.

Αισθάνεται μεγάλη κατάπτωση, αναστενάζει, έχει πάλι εξάψεις, το στήθος είναι ευαίσθητο στο άγγιγμα και έχει σχεδόν καθημερινά ημικρανία κυρίως αριστερά. «Είμαι τρομαγμένη μετά το θάνατο της αδελφής μου από καρκίνο» λέει.

Της χορηγήθηκε πάλι ομοιοπαθητική αγωγή για ενάμιση μήνα (Calcarea Carbonica 10M). Πήγε πολύ καλά και εξακολουθεί να είναι καλά.

Στη διάγνωση κατά την τελευταία μαστογραφία, που έγινε στις 29-9-2001 δεν της συνιστάται πλέον εγχείρηση, αλλά επανέλεγχος μετά από δύο χρόνια.

Βενετία Βέργου-Μπαζαίου, από το περιοδικό Ομοιοπαθητική Ιατρική

Εμβόλιο κατά της επανεμφάνισης καρκίνου του μαστού

Θεαματικά χαρακτηρίζουν επιστήμονες τα αποτελέσματα δοκιμών εμβολίου που μειώνει σημαντικά την πιθανότητα επανεμφάνισης του καρκίνου του μαστού.

Ελπίδα σε εκατομμύρια γυναίκες με καρκίνο μαστού σε όλο τον κόσμο δίνει το εμβόλιο που δοκιμάζουν έλληνες ερευνητές στο αντικαρκινικό νοσοκομείο Άγιος Σάββας.

Το εμβόλιο, το οποίο μειώνει σημαντικά την πιθανότητα επανεμφάνισης του καρκίνου του μαστού, έχει δοκιμαστεί ήδη σε 78 γυναίκες με καρκίνο στο μαστού από την Ελλάδα και όχι μόνο.

Σύμφωνα με τους επιστήμονες, σχεδόν 60% των ασθενών κινδυνεύουν να ξαναεκδηλώσουν τη νόσο. Ωστόσο, εκείνες που δοκίμασαν το εμβόλιο δεν εμφάνισαν καρκίνο για 18 ολόκληρους μήνες. Το εμβόλιο αναμένεται να κυκλοφορήσει στην αγορά αφού πρώτα δοκιμαστεί σε ακόμη περισσότερους ασθενείς. Αξίζει να σημειωθεί ότι κάθε χρόνο 4.500 γυναίκες και 200 άνδρες νοσούν από καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα.

ΣΚΑΪ ΝΕΑ

Η ταμοξιφένη έχει πραγματικά προληπτική δράση στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού

Δεδομένα μακρόχρονης παρακολούθησης που δείχνουν ότι η δράση της ταμοξιφένης στη μείωση του κινδύνου καρκίνου μαστού παραμένει και μετά τη διακοπή του φαρμάκου, δημοσιεύτηκαν σε πρόσφατο τεύχος του Journal of the National Cancer Institute. Τα τελευταία αυτά αποτελέσματα αφορούν μια ανάλυση της μελέτης International Breast Cancer Intervention Study (IBIS-1), με διάμεση παρακολούθηση 8 έτη, και της αντίστοιχης μελέτης του Royal Marsden, με διάμεση παρακολούθηση 13 έτη. Τα αποτελέσματα αυτά πρωτοπαρουσιάστηκαν τον Δεκέμβριο 2006 στο San Antonio Breast Cancer Symposium. Τώρα, σε ένα editorial στο ίδιο τεύχος, σημειώνεται ότι τα αποτελέσματα μακρόχρονης παρακολούθησης στις δύο σημαντικές αυτές μελέτες επαναφέρουν το ενδιαφέρον στην ταμοξιφένη, δείχνοντας ότι είναι πραγματικά δραστική με αποδεκτή τοξικότητα, στη μείωση του κινδύνου, και ίσως στην πραγματική πρόληψη, ορμονοευαίσθητου καρκίνου μαστού σε γυναίκες υψηλού κινδύνου. Η μελέτη IBIS-1 έδειξε μια σημαντική μείωση καρκίνου μαστού κατά 29%, και το όφελος παρέμεινε ακόμα και όταν το φάρμακο διεκόπη μετά 5 έτη. Είναι σημαντικό ότι το όφελος της ταμοξιφένης αφορούσε κυρίως τις γυναίκες με ER-θετική νόσο, ενώ επίσης σημειώνεται μια προοδευτικά μειούμενη εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών, με το λόγο κίνδυνος/όφελος συνεχώς να βελτιώνεται με το πέρασμα του χρόνου. Στη μελέτη από το Royal Marsden, η μείωση στην ER-θετική νόσο δεν ήταν εμφανής στα 8 έτη, όμως έγινε στατιστικά σημαντική με την μακρύτερη παρακολούθηση. Σε καμία από τις 2 μελέτες δεν φάνηκε όφελος σε ER-αρνητική νόσο. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται να υποστηρίξουν προηγούμενα δεδομένα από την μελέτη του National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP) P-1, και από τη μετα-ανάλυση μελετών συμπληρωματικής θεραπείας (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Lancet. 2005;365:1687-1717), που σημείωναν ότι 'η προληπτική δράση' της ταμοξιφένης έχει 'διάρκεια' - ή ίσως είναι και μόνιμη. Στη μετα-ανάλυση η 'προληπτική δράση' παρέμεινε και μετά το τέλος της θεραπείας, μέχρι και 10 έτη. Η εμφάνιση καρκίνου ενδομητρίου ήταν στατιστικά σημαντική στη μελέτη IBIS-1 μόνο κατά τη διάρκεια ενεργού θεραπείας (12 περιστατικά με ταμοξιφένη vs 3 με placebo; $P = .02$) αλλά όχι συνολικά (17 vs 11 περιστατικά) και ήταν οριακής στατιστικής σημαντικότητας στη μελέτη του Royal Marsden (13 vs 5 περιστατικά; $P = .06$).

Παρομοίως, τα θρομβοεμβολικά επεισόδια ήταν διπλάσια αλλά στατιστικά σημαντικά μόνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας στην μελέτη IBIS-1, και δεν υπήρχαν επιπλέον εγκεφαλικά ή καρδιακά επεισόδια σε καμία από τις δύο μελέτες. Δυστυχώς, σχολιάζουν οι ερευνητές, η ταμοξιφένη αποτελεί τυπικό παράδειγμα ενός δραστικού παράγοντα με τεράστιο όγκο κλινικών δεδομένων, που συγκεντρώνει όμως μικρό ενδιαφέρον στην προφυλακτική και προληπτική αγωγή, κυρίως λόγω μικρού εμπορικού ενδιαφέροντος: το φάρμακο είναι φτηνό και δεν είναι πλέον κάτω από καμία πατέντα.