

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ

**ΘΕΜΑ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ
ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ
ΑΔΕΥΡΟΝΤΑ ΠΟΛΥΞΕΝΗ
ΤΣΑΦΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ
ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ

ΠΑΤΡΑ 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	6
Summary	7
Πρόλογος	8
Εισαγωγή.....	9

Κεφάλαιο 1^ο : Ανατομία και Φυσιολογία Μαστού

1.1 Ανατομία μαστού	11
1.1.1 Αγγείωση μαστού	13
1.1.2 Νεύρωση μαστού	14
1.2 Φυσιολογία μαστού	15
1.2.1 Ορμόνες	17

Κεφάλαιο 2^ο : Καρκίνος μαστού

2.1 Ορισμός Καρκίνου	20
2.2 Καρκίνος μαστού	20
2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία	20
2.4 Ταξινόμηση	22
2.5 Συμπτώματα	23
2.6 Ιστολογικοί τύποι	24
2.7 Βιολογία νόσου	29
2.8 Κλινική σταδιοποίηση καρκίνου	30
2.9 Μεταστάσεις και ο νοσηλευτικός ρόλος	32
2.10 Γενετική του καρκίνου του μαστού	34
2.11 Καρκίνος στους άνδρες	35

Κεφάλαιο 3^ο : Κατηγορίες κινδύνου

3.1	Γενετικοί παράγοντες	37
3.2	Ορμονικοί παράγοντες	39
3.3	Ιδιοσυστασιακοί παράγοντες	39
3.4	Ατομικές συνήθειες	40
3.5	Εξωγενείς παράγοντες	43
3.6	Περιβαλλοντικοί παράγοντες	45
3.7	Μορφολογικοί παράγοντες	46
3.8	Άλλοι παράγοντες	46

Κεφάλαιο 4^ο : Διάγνωση

4.1	Εξετάσεις διάγνωσης	49
4.2	Κλινική εξέταση	49
4.3	Εργαστηριακή εξέταση	53
4.3.1	Μαστογραφία	53
4.3.2	Κυτταρολογικός έλεγχος	55
4.3.3	Σπινθηρογραφικός έλεγχος	56
4.3.4	Υπερηχογραφία	56
4.3.5	Θερμογραφία	57
4.3.6	Ξηρογραφία	58
4.3.7	Διαφανοσκόπηση	59
4.3.8	Φλεβογραφία	59
4.3.9	Αξονική	59
4.3.10	Γαλακτοφορογραφία	60
4.3.11	Μαγνητική	61
4.3.12	Βιολογικοί δείκτες	61
4.3.13	Πνευμοκυστεογραφία	61
4.4	Εγχειρητική διάγνωση	62

Κεφάλαιο 5^ο : Πρόληψη καρκίνου του μαστού

5.1	Ορισμός πρόληψης	65
5.2	Πρόληψη καρκίνου του μαστού	65
5.3	Πρωτογενής πρόληψη	65
5.3.1	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτογενή πρόληψη.....	66
5.4	Δευτερογενής πρόληψη	67
5.4.1	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην δευτερογενή πρόληψη.....	67
5.5	Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού	68

Κεφάλαιο 6^ο : Μέθοδοι θεραπείας Καρκίνου του μαστού

6.1	Κριτήρια επιλογής θεραπείας	71
6.2	Χειρουργική θεραπεία	71
6.2.1	Τύποι χειρουργικών επεμβάσεων	72
6.3	Καρκίνος γυναικείου μαστού : μερική ή ολική μαστεκτομή;	74
6.4	Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	76
6.4.1	Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	77
6.5	Χημειοθεραπεία	77
6.5.1	Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας.....	79
6.5.2	Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας.....	80
6.6	Ακτινοθεραπεία	81
6.6.1	Τρόπος εφαρμογής ακτινοθεραπείας	82
6.6.2	Ανεπιθύμητες ενέργειες/επιπλοκές ακτινοθεραπείας	83

6.6.3 Νοσηλευτική φροντίδα στη ακτινοθεραπεία	84
6.7 Ορμονοθεραπεία	85
6.7.1 Ορμονικός χειρισμός – Ενδείξεις και παρενέργειες ορμονοθεραπείας	87
6.7.2 Νοσηλευτική φροντίδα στην ορμονοθεραπεία.....	88

Κεφάλαιο 7^ο : Αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή

7.1 Ενδείξεις – Αντενδείξεις	90
7.2 Χρόνος Αποκατάστασης	91
7.3 Τεχνικές αποκατάστασης	91
7.4 Ο νοσηλευτικός ρόλος κατά τη μετεγχειρητική αποκατάσταση του μαστού	93

Κεφάλαιο 8^ο : Ψυχολογική υποστήριξη

8.1 Νοσηλευτικός ρόλος	96
8.2 Ο ρόλος της οικογένειας	99

Επίλογος	102
Κλινικές περιπτώσεις	103
Βιβλιογραφία	110
Παράρτημα	115

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε θερμά τον εισηγητή- καθηγητή μας κ. Γιαννούλη Νικόλαο για την επιστημονική και ηθική συμπαράσταση του, ο οποίος μας βοήθησε ουσιαστικά και καταλυτικά στην συγγραφή και ολοκλήρωση της εργασίας μας.

Επίσης, νιώθουμε την υποχρέωση να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας, των οποίων η ηθική και υλική συμπαράσταση ήταν απολύτως απαραίτητη για την ολοκλήρωση των σπουδών μας και της πτυχιακής μας εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού, μια πάθηση της οποίας η συχνότητα αυξάνεται ραγδαία τα τελευταία χρόνια, αποτελεί πρωταρχική αιτία θανάτου των γυναικών ηλικίας 35-55 ετών. Η διάγνωση ότι πάσχουν από καρκίνο του μαστού προκαλεί απελπισία, απόγνωση και κατάθλιψη στην γυναίκα.

Η ασθένεια αυτή προσβάλλει 1 στις 8 γυναίκες και η συχνότητα της είναι μεγαλύτερη σε ανύπαντρες ή παντρεμένες γυναίκες που δεν έχουν αποκτήσει παιδιά, σε γυναίκες των οποίων οι μητέρες είχαν καρκίνο. Οι παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση του καρκίνου είναι πολλοί.

Ενδεικτικά αναφέρουμε την κληρονομικότητα, που αφορά συγγενείς 1^{ου} βαθμού, διάφορους εξωγενείς και περιβαλλοντικούς παράγοντες καθώς και γονιδιακούς παράγοντες.

Ο τύπος αυτός του καρκίνου, πολύ συχνά, ανακαλύπτεται από την ίδια την γυναίκα, μέσω της αυτοεξέτασης και κάποιων έκδηλων συμπτωμάτων (αιματηρή έκκριση, ύπαρξη ογκιδίου, ασυμμετρία θηλής κ.τ.λ.). Αμέσως μετά τη συνειδητοποίηση της ύπαρξης του προβλήματος, η γυναίκα εισέρχεται στην φάση της διαγνωστικής διαδικασίας. Εξετάσεις, όπως η μαστογραφία, η θερμογραφία, η βιοψία κ.α. αποσκοπούν στην εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας. Η θεραπεία διακρίνεται σε συντηρητική (Χημειοθεραπεία, Ακτινοθεραπεία), σε λειτουργική και σε ορμονική.

Σημαντική είναι στη φάση αυτή η συμβολή των νοσηλευτών-νοσηλευτριών στην φροντίδα των ασθενών, η οποία και αποτελεί βασική αναφορά της εργασίας του. Η συνεισφορά τους στο επίπεδο υγείας του κοινωνικού συνόλου είναι εξέχουσας σημασίας για τις ασθενείς, οι οποίες εκτός από νοσηλευτική φροντίδα, έχουν ανάγκη από ψυχολογική υποστήριξη, η οποία θα πρέπει να παρέχεται στην γυναίκα από την πρώτη στιγμή που έρχεται αντιμέτωπη με το πρόβλημα.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι ζωτικής σημασίας σε όλα τα επίπεδα: Διάγνωση, Θεραπεία, Νοσηλευτική φροντίδα, Υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους. Για να μπορέσει να ανταπεξέλθει στο ρόλο του, απαιτείται να αγαπά τους ασθενείς και να έχει υψηλό το αίσθημα της ευθύνης, συμπεριλαμβανομένης της επιστημονικής κατάρτισης του.

SUMMARY

The cancer of breast, a disease that the frequency is increased rapidly in the past few years, constitutes fundamental cause of death of women at the age of 35-55 years. The diagnosis that they suffer from cancer of breast causes despair, desperation and depression in the woman.

This illness offends 1 in the 8 women and her frequency is bigger in unmarried or wedded women that have not acquired children, in women which the mothers of had cancer. The factors that can contribute in the appearance of cancer are many. Indicatively we report the heredity, which concerns relatives of 1st degree, various exogenic and environmental factors as well as pertaining to genes factors.

This type of cancer, very often, is discovered by herself the woman, via self testing and certain evident symptoms (bloody excretion, existence tumor, asymmetry nipple etc.). Immediately afterwards the awareness of existence of problem, the woman enters in the phase of diagnostics of process. Examinations, as the mammography, the thermography, biopsy etc, they aim in the application of suitable treatment. The treatment is distinguished in conservative (Chemotherapy, Radiotherapy), in functional and in hormonal.

Important is in the phase this contribution of nurses-nurse in the care of patients, which constitutes also basic report of his work. Their contribution in the level of health of social total of is distinguished importance for the patients, which apart from nursing care, have need from psychological support, which should be provided in the woman from the first moment where it comes confronted with the problem.

The role of nurses in the confrontation of cancer of breast of is vital importance in the all levels: Diagnosis, Treatment, Nursing care, Support of patients and their families. In order to it can cope with his role, it is required it loves the patients and it has high the feeling of responsibility, included his scientific training.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που μαστίζει κυριολεκτικά τον άνθρωπο, εδώ και αρκετά χρόνια. Θεωρείται η δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου στην Ελλάδα, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Χιλιάδες άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο, ενώ αρκετοί είναι αυτοί που αναγκάζονται να ζήσουν για το υπόλοιπο της ζωής τους με μια μόνιμη αναπηρία. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο στόχο των γυναικών στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου, όπως και στην Ελλάδα, όπου κάθε χρόνο περίπου 4.500 γυναίκες προσβάλλονται και 700 περίπου πεθαίνουν από καρκίνο μαστού.

Παρά το γεγονός ότι οι διαγνωστικές και θεραπευτικές μέθοδοι έχουν σημειώσει σημαντική πρόοδο, οι θνησιμότητα από καρκίνο μαστού δεν έχει υποχωρήσει, συγκεκριμένα στην Ελλάδα αυξάνεται κατά τα τελευταία χρόνια.

Εκατοντάδες ερευνητές σε όλο τον κόσμο μελετούν τα αίτια, την συμπτωματολογία, την θεραπευτική αντιμετώπιση και την πρόληψη του καρκίνου μαστού. Παρ' όλα αυτά η νόσος αυτή εξακολουθεί να είναι η δεύτερη σε συχνότητα παγκοσμίως και να αποτελεί το συχνότερο καρκίνο στο γυναικείο πληθυσμό και την δεύτερη αιτία θανάτου.

Τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια για καλύτερη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των γυναικών, όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου μαστού (Αυτοεξέταση-Μαστογραφία).

Ο καρκινοπαθής είναι γεμάτος κατάθλιψη, απελπισία, αγωνία και ανασφάλεια, από την στιγμή της διαγνώσεως της ασθένειας του. Γι' αυτό έχει την ανάγκη της νοσηλευτικής υποστήριξης και συμπαράστασης περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο ασθενή.

Σκοπός της εργασίας μας είναι να δώσουμε μια μικρή γενική εικόνα του θέματος "Καρκίνος του μαστού" δίνοντας μεγαλύτερη έκφραση στη νοσηλευτική φροντίδα της αρρώστου. Ο καρκίνος του μαστού αν εντοπιστεί στα αρχικά στάδια, έχει πιθανότητες ίασης, αφήνοντας όμως στην γυναίκα μια μόνιμη αναπηρία. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει μια γυναίκα μετά από το χειρουργείο μαστεκτομής είναι πάρα πολλά.

Αυτό που θα τονίσουμε στην εργασία μας είναι ο ρόλος της νοσηλεύτριας για την επίλυση των προβλημάτων που προκαλούνται στην ασθενή από την μαστεκτομή και από τις διάφορες θεραπευτικές μεθόδους (Χημειοθεραπεία, Ακτινοθεραπεία κ.τ.λ.), που έχει σαν αποτέλεσμα την ανακούφιση του ψυχικού και σωματικού πόνου της άρρωστης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

Χιλιάδες άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από ,καρκίνο ενώ αρκετοί είναι αυτοί που αναγκάζονται να ζήσουν το υπόλοιπο της ζωής τους με μια μόνιμη αναπηρία. Ανάμεσα στους λοιπούς καρκίνους ο καρκίνος του μαστού, ο πλέον συχνός και θανατηφόρος καρκίνος της γυναίκας, απορροφά το μεγαλύτερο μέρος της βασικής και κλινικής έρευνας από όλους τους άλλους κακοήθεις όγκους.

Τα τελευταία χρόνια στις επιστήμες υγείας και ειδικότερα στην Βιολογία και τη Γενετική συντελούνται εκπληκτικοί πρόοδοι, όσον αφορά την αύξηση της επιστημονικής γνώσεως. Οι εξελίξεις των επιστημών παράλληλα τροποποιούν και βελτιώνουν τις πράξεις της φροντίδας υγείας που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.

Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον πλανήτη. Η συχνότητα του στην Ευρώπη παρουσιάζει σταθερή αύξηση και είναι σήμερα ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών. Ενώ όμως στη δυτική Ευρώπη, την τελευταία δεκαετία, μειώνεται ο αριθμός των γυναικών που χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους από καρκίνο του μαστού, στη χώρα μας συνεχίζει σταθερά την αύξηση. Αυτό οφείλεται στο ότι το 60% των Ευρωπαίων γυναικών υποβάλλονται σε τακτική προληπτική κλινική εξέταση μαστών και μαστογραφία, ενώ στη χώρα μας μόνο το 5%. Έτσι οι Ευρωπαίοι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γιαντρευτούν τελείως από τον καρκίνο, λόγω της πρόωπης και της έγκαιρης θεραπείας.

Στην Ελλάδα τα επιδημιολογικά στοιχεία δεν είναι ενθαρρυντικά. Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει περίπου 4.500 γυναίκες κάθε χρόνο. Το 95% από αυτές πήγε στο γιατρό αφού <<έπιασε κάτι στο μαστό>> και τότε πολλές φορές μπορεί να είναι αργά. Κι έτσι μόνο το 5% των Ελληνίδων ανακαλύπτουν έγκαιρα έναν όγκο σε προληπτική κλινική εξέταση μαστού ή μαστογραφία.

Στην Ευρώπη κάθε μέρα παρουσιάζονται 1.000 νέες περιπτώσεις του καρκίνου του μαστού. Ο κίνδυνος να πάθει μια γυναίκα καρκίνο του μαστού, κατά τη διάρκεια της ζωής της είναι 12,2% δηλαδή 1 ανά 8 γυναίκες (αναλογία 1:8) και ο κίνδυνος να πεθάνει από καρκίνο είναι 3,6% ή 1 στις 28 γυναίκες.(Κρεατσάς 1998)

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

Η θεραπεία καλύπτει ένα μεγάλο κομμάτι της νόσου και σκοπός της είναι η αποκατάσταση και η επανένταξη της γυναίκας στο περιβάλλον και στις δραστηριότητες της, από της οποίες την απομάκρυνε η ασθένεια.

Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι πολύ σημαντικός. Οι νοσηλευτές πρέπει να μάθουν να παρεμβαίνουν με διακριτικότητα στη ζωή του ατόμου, προκειμένου να αντιληφθούν τις ιδιαίτερες ανάγκες του και να χρησιμοποιήσουν τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα σε συνεργασία με το ίδιο το άτομο. Αυτό θα το καταφέρουν χάρη στην δεξιότηρία που θα αναπτύξουν στην τέχνη της επικοινωνίας και στην καλλιέργεια της κριτικής τέχνης για να μπορούν να εκτιμούν τις ανάγκες του ατόμου.



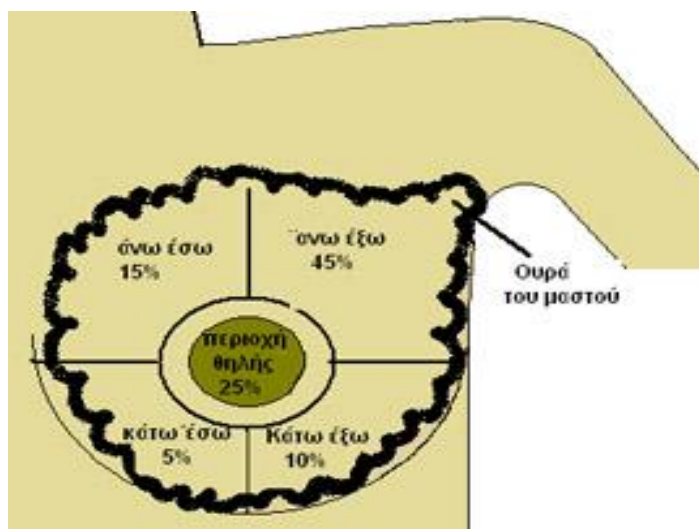
**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΑΝΑΤΟΜΙΑ
ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ**

1.1 Ανατομία μαστού

Ο μαστός αποτελεί σύμβολο μητρότητας και γυναικείας ομορφιάς, αν και υπάρχει και στα δυο φύλα. Φυσικά στον άνδρα παραμένει υποτυπώδης σε όλη του την ζωή, ενώ στη γυναίκα είναι υποτυπώδης στην παιδική ηλικία και αναπτύσσεται κατά την διάρκεια της εφηβείας και μετά από αυτήν. (Ιωαννίδου-Μουζάκα 1996)

Το γυναικείο στήθος αποτελείται από δύο μαστούς που συνίσταται από λιπώδη ιστό, ο οποίος τους προσδίδει το μέγεθος και το σχήμα, μέσα στον οποίο βρίσκονται χιλιάδες **λόβια**, που το κάθε ένα περιλαμβάνει μια περιοχή που παράγει το γάλα (αδένιο) και μια περιοχή που μεταφέρει το γάλα (πόρος). Δηλαδή τα λόβια (γαλακτοπαραγωγικούς αδένες), εκκρίνουν γάλα μετά τον τοκετό και οι γαλακτοφόροι πόροι, μεταφέρουν το μητρικό γάλα στις θηλές κατά την περίοδο του θηλασμού. Σε κάθε θηλή εκβάλλουν περίπου 20 πόροι. Λίγο πριν την εκβολή τους διευρύνονται δημιουργώντας τους γαλακτοφόρους κόλπους. Η σκουρόχρωμη περιοχή γύρω από την θηλή ονομάζεται **θηλαία άλως** και οφείλει το χρώμα της στο ότι εκεί το δέρμα έχει κύτταρα με πυκνότερη εναπόθεση της χρωστικής μελανίνης. Οι θηλές είναι πολύ ευαίσθητες στην επαφή και παίζουν σημαντικό ρόλο στην σεξουαλική διέγερση. (Φύσσας 2006)

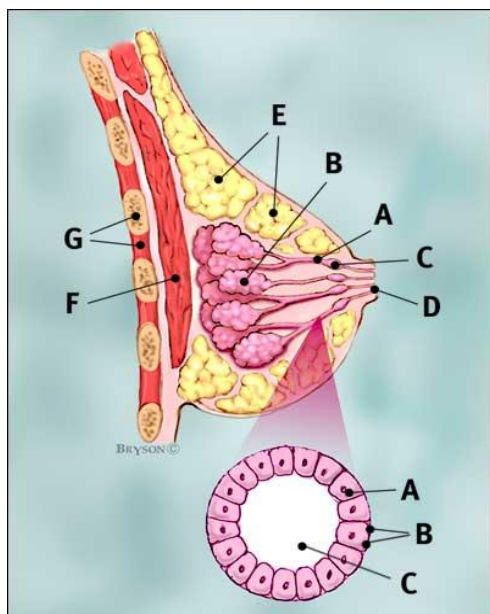
Ο μαστός βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, μεταξύ δεύτερης και έκτης πλευράς. Η θηλή του βρίσκεται στο ύψος τις τέταρτης πλευράς. Τα πλάγια όρια του αποτελούν προς τα έσω το στέρνο και προς τα έξω η πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Η κατακόρυφη διάμετρος του είναι περίπου 10 – 12 εκατοστά, ενώ η οριζόντια λίγο μικρότερη. Το μέσο βάρος του είναι 150-200 γραμμάρια, από τα οποία τα 2/3 καλύπτουν το μείζονα θωρακικό μυ και το 1/3 τον πρόσθιο οδοντωτό. Ο αριστερός είναι λίγο μεγαλύτερος από τον δεξιό. Για να περιγραφεί ο μαστός , χωρίζεται σε 4 τεταρτημόρια, αν νοηθούν μια κατακόρυφη και μια οριζόντια γραμμή, που διασταυρώνονται στη θηλή.



Εικόνα 1.1 : Τα τεταρτημόρια του μαστού, η ουρά και η περιοχή της θηλής.

Στη γυναίκα το άνω έξω τεταρτημόριο επεκτείνεται προς τα μασχάλη, σχηματίζοντας την ουρά του μαστού (ουρά του Spence) που είναι μια φυσιολογική επέκταση του μαστού προς τη μασχάλη. Αρκετές φορές νεοπλάσματα ή άλλες παθολογικές καταστάσεις που αναπτύσσονται σε αυτό το τμήμα του μαστού, δίνουν κατά την κλινική εξέταση- λανθασμένα- την εντύπωση διογκωμένων μασχαλιαίων λεμφαδένων. (Γολεμάκη 1991).

Μια κεντρική περιοχή γύρω και πίσω από τη θηλή ονομάζεται **περιθηλαία**. Τα δυο έξω τεταρτημόρια μαζί λέγονται **έξω ημιμόριο** και τα δυο έσω τεταρτημόρια **έσω ημιμόριο** του μαστού. Τα δυο άνω και τα δυο κάτω τεταρτημόρια μαζί ονομάζονται άνω και κάτω ημιμόριο αντίστοιχα. Τα τμήματα αυτά δεν έχουν πραγματικά και σαφή ανατομικά όπια, αλλά είναι εντελώς σχηματικά και έχουν καθαρά περιγραφική χρησιμότητα. (Φύσσας 2006)



- A. Γαλακτοφόροι πόροι
- B. Λοβία
- C. Διευρύνσεις των πόρων που αποθηκεύεται το γάλα.
- D. Θηλή
- E. Λίπος
- F. Μείζων θωρακικός μυς
- G. Θωρακικό τοίχωμα

- A. Φυσιολογικά κύτταρα των πόρων
- B. Βασική μεμβράνη
- C. Αυλός των γαλακτοφόρων πόρων

Εικόνα 1.2 : Ανατομία μαστού

Οι μαστοί της γυναίκας αποτελούνται από αδενικό ιστό (εκκριτική μοίρα) και υπόστρωμα. Ο μαζικός αδένας περιλαμβάνει 15-20 ακανόνιστους λοβούς που χωρίζονται μεταξύ τους με πυκνό συνδετικό ιστό και πολύ λιπώδη ιστό. Ουσιαστικά κάθε λοβός είναι ένας ξεχωριστός αδένας με δικό του εκφορητικό γαλακτοφόρο πόρο. Οι εκφορητικοί γαλακτοφόροι πόροι των λοβών έχουν ανεξάρτητη έξοδο ο καθένας στη θηλή του μαστού.

Ο μεσολοβίος συνδετικός ιστός εισχωρεί σε κάθε λοβό διαιρώντας τον σε λοβίδια, με μεσολοβίδιο συνδετικό ιστό που περιλαμβάνει κάθε τελική πορολοβιακή μονάδα. Η ιστολογική δομή των μαζικών αδένων αλλάζει ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και τις φυσιολογικές συνθήκες που επικρατούν στο σώμα.

Οι μαστοί στη νεαρή γυναίκα έχουν συνήθως πυκνό αδενικό ιστό και σχετικά λίγο κυτταρολιπώδες υπόστρωμα. Όσο προχωρά όμως η ηλικία η σχέση αυτή μεταβάλλεται. Ο αδενικός ιστός λιγοστεύει και αυξάνει αντίθετα ο χαλαρός κυτταρολιπώδης ιστός.

Οι μαστοί μιας γυναίκας αλλάζουν μέγεθος και σχήμα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής της, λόγω διαφόρων επιπέδων γεννητικών ορμονών που υπάρχουν στο γυναικείο σώμα σε κάθε δεδομένη στιγμή. Η διόγκωση τους γίνεται συνήθως κατά τη διάρκεια της εφηβείας, πριν την έμμηνη ρύση(περίοδο), κατά την εγκυμοσύνη και κατά την διάρκεια του θηλασμού. Η διόγκωση των μαστών συνοδεύεται με πόνο αυτών και μια γενικότερη <<σβολοποίηση>> τους.

Στην ενήλικη γυναίκα οι μαζικοί αδένες αποτελούνται από γαλακτοφόρους πόρους και τελικές προλοβιακές μονάδες. Κοντά στο στόμιο της θηλής οι γαλακτοφόροι πόροι διαστέλλονται και σχηματίζουν τις λεγόμενες ληκύθους ή γαλακτοφόρα κολποειδή. Οι γαλακτοφόροι πόροι επενδύονται κοντά στα εξωτερικά τους στόμια με πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Βαθύτερα στον αδένα, το επιθήλιο γίνεται διαδοχικά λεπτότερο με λιγότερες κυτταρικές στιβάδες και εν τέλει αποτελείται από δυο

στιβάδες κυβοειδών ή χαμηλών κυλινδρικών κυττάρων . Κοντά στα εκκριτικά τμήματα του αδένου (τελικές προλοβιακές μονάδες), το επιθήλιο γίνεται απλό κυβικό και στηρίζεται πάνω στην βασική μεμβράνη και σε μια ασυνεχή στιβάδα από προεκβολές μυοεπιθηλιακών κυττάρων.

Στην διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου παρατηρούνται μικρές αλλοιώσεις στην ιστολογική δομή αυτών των αδένων, όπως γύρω στον χρόνο της ωορρηξίας υπάρχει πολλαπλασιασμός στα κύτταρα που έχουν οι πόροι και τα εκκριτικά τμήματα. Επίσης μεγαλύτερη συγκέντρωση λιπώδους ιστού και μεγαλύτερη υδάτωση του συνδετικού ιστού στην προεμμηνορρυσιακή φάση, έχουν σαν αποτέλεσμα τη μεγέθυνση του ιστού. Ακόμα η διαίρεση των μαζικών αδένων σε λοβία γίνεται εντονότερη. Η θηλή του μαστού εξωτερικά καλύπτεται από κερατινοποιημένο πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο που είναι συνέχεια του επιθηλίου του γειτονικού δέρματος. Το επιθήλιο της θηλής του μαστού στηρίζεται σε μια στιβάδα συνδετικού ιστού πλούσιου σε λείες μυϊκές ίνες. Αυτές οι ίνες είναι διατεταγμένες κυκλικά γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και είναι παράλληλες προς αυτούς, στα σημεία που συναντούν τη θηλή για να εισβάλουν χωριστά στην κορυφή αυτής. (American College Of Physicians 2000)

1.1.1 Αγγείωση μαστού

Η αγγείωση του επιτελείται με αγγεία που διανέμονται στο πρόσθιο και στο πλάγιο τοίχωμα του θώρακα.

A. Αρτηρίες

Ο μαζικός αδένος δέχεται αίμα από την έσω μαστική, την πλάγια και την ανώτερη θωρακική, το θωρακικό κλάδο της ακρωμοθωρακικής, τους διατιτρώντες κλάδους των μεσοπλευρίων αρτηριών και την υποπλάτιο αρτηρία, που αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες. Η υποπλάτιος αρτηρία έχει ιδιαίτερη σημασία, γιατί στην πορεία της συνοδεύεται από ομάδα λεμφαδένων, που παίρνουν μέρος στις μεταστάσεις του καρκίνου μαστού, και οι κλάδοι της προκαλούν μεγάλη αιμορραγία, όταν γίνεται ριζική μαστεκτομή.

B. Φλέβες

Η φλεβική οδός είναι σημαντική στη μελέτη του καρκίνου, γιατί α) οι μεταστάσεις γίνονται συχνά δια αυτής της οδού και β) η λεμφική οδός που παίζει ιδιαίτερο ρόλο στις μεταστάσεις, ακολουθεί της φλέβες. Οι επιφανειακές φλέβες του μαστού βρίσκονται κάτω από το πρόσθιο πέταλο της υποδόριας περιτονίας και μπορούν να διακριθούν με γυμνό μάτι και να φωτογραφηθούν. Τότε, μπορούμε να τις ξεχωρίσουμε σε δύο τύπους, τον εγκάρσιο και τον επιμήκη.

Οι φλέβες του μαστού που βρίσκονται στο βάθος απάγουν αίμα από το μαστό και το θωρακικό τοίχωμα και διακρίνονται σε τρεις ομάδες εν τω βάθει φλεβών, που εμφανίζουν ενδιαφέρον. Οι ομάδες αυτές είναι:

1. Διατιτραίνοντες κλάδοι της έσω μαστικής. Αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα φλεβών που απάγουν αίμα από το μαστό προς την ανώνυμη φλέβα. Αυτή η φλεβική οδός οδηγεί κατευθείαν στα πνευμονικά τριχοειδή και έτσι δημιουργείται οδός για καρκινικές μεταστάσεις από τους μαστούς στους πνεύμονες.

2. **Μασχαλιαία φλέβα.** Δέχεται μικρές φλέβες από το θωρακικό τοίχωμα, τους θωρακικούς μυς και την εν τω βάθει αρτηρία του μαστού. Μέσω της μασχαλιαίας το αίμα καταλήγει στο τριχοειδικό δίκτυο των πνευμόνων και έτσι δημιουργείται η δεύτερη μεταστατική οδός για τους πνεύμονες.

3. **Μεσοπλεύριων φλέβες.** Είναι η Τρίτη σημαντική οδός της φλεβικής παροχέτευσης. Αυτές οι φλέβες επικοινωνούν με τις σπονδυλικές φλέβες και τελικά καταλήγουν στην άξυγο φλέβα. Η επικοινωνία με της σπονδυλικές φλέβες δικαιολογεί την εμφάνιση μεταστάσεων του καρκίνου μαστού στη σπονδυλική στήλη και το ιερό οστών. (Παπανικολάου 1994)

Γ. Λεμφαγγείωση μαστού

Η γνώση της λεμφαγγείωσης του μαστού και ιδιαίτερα των επιχώριων λεμφαδένων του, είναι απαραίτητη για την σημασία της στις καρκινικές μεταστάσεις.

Οι επιχώριοι λεμφαδένες είναι οι λεμφαδένες της μασχάλης και αυτοί που βρίσκονται στην πορεία της έσω μαστικής αρτηρίας.

Ένα πλούσιο λεμφικό πλέγμα παροχετεύει το δέρμα και το μαζικό αδένια και καταλήγει στα μασχαλιαία και στα της έσω μαστικής λεμφογάγγλια. Ως καλύτερη περιγραφή και κατάταξη θεωρείται αυτή των Poiriew και Cuncu, η οποία υιοθετήθηκε και από τον Rouviere.

Σύμφωνα με αυτήν υπάρχουν 6 ομάδες μασχαλιαίων λεμφαδένων:

- α) Έξω μαστικά λεμφογάγγλια
- β) Ωμοπλατιαία λεμφογάγγλια
- γ) Κεντρικά λεμφογάγγλια
- δ) Διαθωρακικά λεμφογάγγλια
- ε) Λεμφογάγγλια της μασχαλιαίας φλέβας
- στ) Υποκλείδια λεμφογάγγλια (κορυφαίοι λεμφαδένες)
- ζ) Λεμφική οδός της έσω μαστικής

Σπουδαίο ρόλο στην λεμφική παροχέτευση του μαστού κατέχει η έσω μαστική λεμφική οδός. Η οδός αυτή αρχίζει από τα προπερικαρδιακά λεμφογάγγλια τα οποία συλλέγουν λέμφο από την πρόσθια κάτω επιφάνεια του ήπατος, από την πρόσθια μοίρα του διαφράγματος, από την άνω μοίρα του ορθού κοιλιακού μυός και της θήκης του και από το κάτω και έσω τμήμα του μαστού. Αν μεταστάσεις από καρκίνο του μαστού διηθήσουν λεμφαδένα της έσω μαστικής αλυσίδας στο 1^ο και το 2^ο μεσοπλεύριο διάστημα, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα εισόδου μεταστατικών εμβόλων στη φλεβική κυκλοφορία. (Κονιάρη 1991)

1.1.2 Νεύρωση

Η νεύρωση του μαστού γίνεται από το :

- Μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο
- Θωρακοραχιαίο ή μέσο υποπλάτιο νεύρο
- Μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell
- Αυτόνομο νευρικό σύστημα

Οι μύες που έρχονται στην χειρουργική του μαστού είναι οι:

- 1) Μείζονος θωρακικός μυς που νευρώνεται από τα έσω πρόσθια θωρακικά νεύρα.
- 2) Ελλάσσονας θωρακικός μυς που νευρώνεται από τα έσω πρόσθια θωρακικά νεύρα.
- 3) Πρόσθιος οδοντωτός μυς που νευρώνεται από το μακρύ θωρακικό νεύρο (νεύρο του Bell).
- 4) Πλατύς ραχιαίος μυς που νευρώνεται από το θωρακοραχιαίο νεύρο.
- 5) Καρακοβραχιόνιος μυς που νευρώνεται από το μυοδερματικό νεύρο.
- 6) Έξω λοξός κοιλιακός μυς.

Ο μαστός νευρώνεται από τους έξω μαστικούς κλάδους του 2^{ου} και 6^{ου} μεσοπλευρίου νεύρου καθώς και από τους έσω μαστικούς κλάδους του 2^{ου} και 4^{ου} μεσοπλευρίου νεύρου.(Παπανικολάου 1994)

1.2 Φυσιολογία μαστού

Κάθε λοβός αποτελεί έναν ανεξάρτητο κυψελοειδή αδένα. Έτσι ο μαστός στο σύνολο του παριστά την συνάθροιση αυτών των ανεξάρτητων μονάδων, κάθε μια από τις οποίες έχει το δικό της εκφορητικό πόρο και κατά συνέπεια την δική της εκβολή στην επιφάνεια της θηλής. Ο εκφορητικός πόρος (γαλακτοφόρος πόρος) πριν εκβάλλει στη θηλή σχηματίζει μια μικρή διεύρυνση που ονομάζεται γαλακτοφόρος κόλπος.

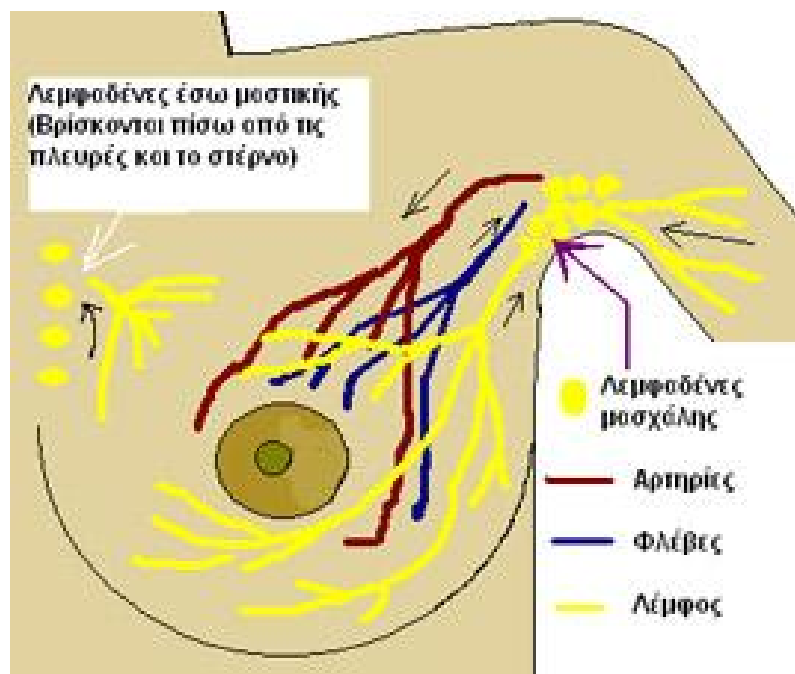
Το επιθήλιο στις αδενοκυψέλες των λοβίων είναι μονόστιβο κυβοειδές ή κυλινδρικό, στο γαλακτοφόρο πόρο αποτελείται από δυο στιβάδες κυβοειδών ή κυλινδρικών κυττάρων, ενώ στο γαλακτοφόρο κόλπο γίνεται πολύστιβο πλακώδες. Τα κύτταρα αυτά στηρίζονται με βασικό υμένα στη βάση του οποίου προσφέρονται μονοεπιθηλιακά κύτταρα. Τα μονοεπιθηλιακά αυτά κύτταρα σχηματίζουν ένα δίκτυο γύρω από τις αδενοκυψέλες και κατά μήκος των εκφορητικών πόρων και παίζουν ρόλο στην προώθηση του γάλακτος από τις αδενοκυψέλες ως τη θηλή (γαλακτοεκθλιπτικό αντανεκλαστικό).

Η δομή, το μέγεθος και η λειτουργία του μαζικού αδένα υπόκειται σε πλήθος μεταβολών, που σχετίζονται με την εμμηνόρυση, την κύηση, την γαλουχία και την εμμηνόπαυση.

Κυκλοφορία του αίματος στο μαστό

Το αίμα, μεταφέροντας τα βασικά συστατικά για την επιβίωση των κυττάρων του μαστού, φθάνει σ' αυτόν με τις **αρτηρίες** και φεύγει απ' αυτόν με τις **φλέβες**. Ο κάθε μαστός δέχεται αίμα και από την εξωτερική του πλευρά, αυτή που βρίσκεται προς το χέρι, και από την εσωτερική, αυτή που βρίσκεται προς το στήθος. Οι αρτηρίες της εξωτερικής πλευράς είναι κλάδοι της **μασχαλιαίας αρτηρίας**, του μεγάλου δηλαδή αγγείου που πηγαίνει το αίμα από την καρδιά προς το χέρι, περνώντας από τη μασχάλη. Οι αρτηρίες της εσωτερικής πλευράς είναι κλάδοι της **έσω μαστικής αρτηρίας**, που βρίσκεται πίσω από τις πλευρές και οδεύει παράλληλα με το στήθος. Το αίμα, αφού με τη βοήθεια των αρτηριών κυκλοφορήσει στο μαστό και φθάσει και στο τελευταίο κύτταρο μεταφέροντας οξυγόνο, θρεπτικά συστατικά, ορμόνες και άλλες ουσίες, αποχετεύεται από άλλα αγγεία, τις **φλέβες**, που οδεύουν παράλληλα με

της αρτηρίες και έχουν τα ίδια ονόματα(π.χ. μασχαλιαία φλέβα). Μέσα στις φλέβες όμως το αίμα κινείται με αντίθετη φορά από ό, τι στις αρτηρίες, δηλαδή από τις φλέβες του μαστού προς τη μασχαλιαία φλέβα και από εκεί στην καρδιά(έξω τμήμα μαστού) ή προς την έσω μαστική φλέβα και από εκεί στην καρδιά(έσω τμήμα). (Φύσσα 2006)



Εικόνα 1.3: Το αίμα έρχεται στο μαστό με τις αρτηρίες (κόκκινο χρώμα) και φεύγει με τις φλέβες(μπλε). Τα λεμφαγγεία απομακρύνουν την λέμφο προς τους λεμφαδένες (κίτρινο χρώμα). Τα μονά μαύρα βέλη δείχνουν τη φορά του αίματος και της λέμφου μέσα στα αγγεία.

A. Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού

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

✚ **Υποθάλαμος:** Είναι γνωστό πως ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση. Η *προλακτίνη* είναι ορμόνη της υπόφυσης, που έχει στενότερη σχέση με το μαστό. Δυο άλλες ορμόνες, που ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο και έχουν σχέση με το μαστό, είναι η *αυξητική* και η *θυροειδοτρόπος ορμόνη*.

✚ **Υπόφυση:** Συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Οι ορμόνες της υπόφυσης, που έχουν στενότερη σχέση με το μαστό είναι η *προλακτίνη* και η *ωκυτοκίνη*.

✚ **Ωοθήκες:** Οι ορμόνες των ωοθηκών, που στενότερα συνδέονται με το μαστό, είναι οι *οιστρογόνες* και η *προγεστερόνη*.

✚ **Θυροειδής αδένας:** Αυτός έχει δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες. Η *θυροξίνη* μπορεί να αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης

✚ **Επινεφρίδια:** Όπως και ο θυροειδής αδένας, έτσι και αυτά, έχουν δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες .

✚ **Πλακούντας:** Ο πλακούντας αποτελεί ενδοκρινή αδένα και σημαντική πηγή οιστρογόνων ορμονών και χοριακής γονοδοτρόπου ορμόνης, ενώ σε μικρότερες ποσότητες, εκκρίνει προγεστερόνη και πλακουντική γαλακτογόνο ορμόνη. Από τις ορμόνες του πλακούντα, αυτή, που έχει επίδραση στους μαστούς είναι η πλακουντική γαλακτογόνο ορμόνη (HPL).

✚ **Νευρικό σύστημα:** Αυτό, φαίνεται . πως έχει επιδράσει στην ανάπτυξη των μαστών, γιατί οι διαταραχές του στη διάρκεια φυσιολογικών ή παθολογικών περιόδων της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας δείχνουν, πως υπάρχει νευρικός ή αντανεκλαστικός μηχανισμός που επιδρά στους μαστούς.

Το νευρικό σύστημα ασκεί αγγειοκινητικές επιδράσεις στο μαστό και προκαλεί την έκθλιψη μικρής ποσότητας γάλακτος, που περιέχεται στις αδενοκυψέλες, χωρίς να επηρεάζει την εκκριτική λειτουργία του μαστού.

Μεγάλες συγκινήσεις είναι δυνατό να αναστείλουν την έκκριση γάλακτος προσωρινά ή μόνιμα.

B. Γαλουχία και μαστός

Κατά τη γαλουχία τα καλυπτήρια κύτταρα των αδενοκυψελών του μαστού γίνονται κυλινδρικά και προσλαμβάνουν εμφάνιση εξωκρινών κυττάρων. Λιπίδια, υδατάνθρακες και πρωτεϊνούχα προϊόντα των κυττάρων αυτών εναποτίθενται, στον αυλό των αδενοκυψελών, απ' όπου μεταφέρονται στους μεγαλύτερους πόρους για να καταλήξουν τελικά στους γαλακτοφόρους πόρους και κόλπους. Η μεταφορά αυτή επιτυγχάνεται με σύσπαση των μυελοεπιθηλιακών κυττάρων. Το ερέθισμα για την σύσπαση αποτελεί ο θηλασμός του βρέφους. (Παπανικολάου 1994)

1.2.1 Ορμόνες

Οκυτοκίνη : Είναι ορμόνη της πρόσθιας υπόφυσης που συντίθεται στους νευρώνες του υπεροπτικού και παρακοιλιακού πυρήνα του υποθαλάμου. Το ερέθισμα για την έκκριση της αποτελεί μηχανικός ερεθισμός της θηλής κατά το θηλασμό. Οι υποδοχείς της οκυτοκίνης στο μαστό αυξάνουν κατά τον τοκετό.

Προλακτίνη : Είναι ορμόνη της πρόσθιας υπόφυσης και η έκκριση της βρίσκεται κάτω από τον ανασταλτικό έλεγχο του P.I.F. (Proiactim Inhibitory Factor), δηλαδή της ντοπαμίνης που καταστέλλει την παραγωγή και την έκκριση της προλακτίνης αντιδρώντας με τους υποδοχείς προλακτίνης στα προλακτινοπαράγωγα κύτταρα.

Η προλακτίνη είναι η κύρια ορμόνη που παράγεται σαν απάντηση στο ερέθισμα του θηλασμού (γαλακτοπαραγωγικό αντανεκλαστικό). Διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και ευνοεί την ανάπτυξη και διαφοροποίηση του μαστού.

Το αυθεντικό πλακουντιακό γαλακτογόνο : Αυτό μαζί με την προλακτίνη και την αυξητική ορμόνη αποτελεί τις λεγόμενες γαλακτογόνες ορμόνες, αυξάνει κατά την κύηση και ελαττώνεται απότομα μετά τον τοκετό. Φαίνεται λοιπόν ότι ο κύριος λόγος που περιορίζεται στην ανάπτυξη και την διαφοροποίηση του μαστού κατά την κύηση,

ενώ μετά τον τοκετό τα χαμηλά επίπεδα του έχουν δράσει παρόμοια με αυτήν της προλακτίνης.


Τα οιστρογόνα έχουν σύνθετο ρόλο. Προάγουν την ανάπτυξη του μαστού και σε χαμηλές δόσεις την έκκριση προλακτίνης, ενώ σε υψηλές δόσεις αναστέλλουν την γαλουχία.

Η προγεστερόνη μαζί με τα οιστρογόνα και την προλακτίνη προάγει των κυστιδίων κατά το τελικό άκρο των πόρων. Προκαλεί αύξηση του μεγέθους των λοβίων του μαζικού αδένου, πολλαπλασιασμό των αδενοκυψελών και εμφάνιση εκκριτικών χαρακτηριστικών στα κύτταρα τους.

Τα κορτικοστεροειδή είναι απαραίτητα τόσο για την έναρξη όσο και για την διατήρηση της γαλουχίας.

Η ινσουλίνη παίζει σημαντικό ρόλο στη σύνθεση των λιπιδίων των κυττάρων του μαστού ρυθμίζοντας την μεταφορά γλυκόζης στα κύτταρα.

Η προσταγλανίνες πιστεύεται ότι δρουν σαν ένας από τους ανασταλτικούς παράγοντες της γαλουχίας από τον τοκετό. (Κονιάρη 1991)



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο :ΚΑΡΚΙΝΟΣ
ΜΑΣΤΟΥ**

2.1 Ορισμός καρκίνου μαστού

Ο καρκίνος μαστού είναι μια κακοήθης νεοπλασματική νόσος, η οποία μπορεί να προσβάλλει τον ένα ή και τους δυο μαστούς.

Ο καρκίνος δεν είναι μια ξεχωριστή νόσος, αλλά ένα σύνολο νοσημάτων, που χαρακτηρίζονται από την ιδιότητα τους να προκαλούν ανώμαλες μεταβολές στα κύτταρα με αποτέλεσμα αυτά να πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα. Οι περισσότεροι τύποι καρκίνου σχηματίζουν έναν όγκο-έναν όζο ή μια μάζα καρκινικών κυττάρων.

Κύτταρα μπορούν να αποσπαστούν από έναν όγκο και να μεταναστεύσουν σε άλλα μέρη του σώματος, όπου μπορούν να εγκατασταθούν και να πολλαπλασιασθούν. Αυτή η διαδικασία εξάπλωσης καλείται *μετάσταση*, ενώ οι νέοι καρκίνοι που εξαπλώθηκαν αφού αποσπάστηκαν από τον αρχικό όγκο, ονομάζονται μεταστάσεις.

Δεν είναι όλοι οι όγκοι καρκινικοί ή κακοήθεις. Ορισμένοι είναι καλοήθεις, δεν εξαπλώνονται και δεν είναι απειλητικοί για τη ζωή.

Τέλος, μερικοί καρκίνοι δεν σχηματίζουν μάζες ή όγκους όπως για παράδειγμα εκείνοι που προσβάλλουν το αίμα, όπως η λευχαιμία..

2.2 Καρκίνος μαστού

Ο καρκίνος μαστού είναι αδενοκαρκίνωμα που εξαρτάται από το επιθήλιο των πόρων και των αδενοκυψελών του μαζικού αδένου. Επειδή ο μαστικός αδένος βρίσκεται κάτω από την επίδραση όλων των μεταβολών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και επειδή τα επιθηλιακά κύτταρα εμφανίζουν μεγάλη λειτουργική δραστηριότητα και ευαισθησία, η εξαλλαγή τους σε καρκινικά είναι εύκολη.

Έτσι πρέπει να δεχτούμε, πως η καρκινογένεση στον μαστό αρχίζει από την αναπαραγωγική ηλικία, άσχετα από το πότε θα εκδηλωθεί κλινικά.

Πολύ λίγα γνωρίζουμε για το χρονικό διάστημα, που περνάει, από την έναρξη της επιθηλιακής εξαλλαγής μέχρι το σχηματισμό της καρκινικής μάζας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο χρόνος αυτός πρέπει να είναι μεγάλος και να εξαρτάται από την κινητική των καρκινικών κυττάρων. (Γολεμάκη 1991)

2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία

Μάστιγα του 21^{ου} αιώνα αποτελεί ο καρκίνος: Σύμφωνα με εκτιμήσεις των επιστημόνων, επτά εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο χάνουν κάθε χρόνο τη μάχη με τον θάνατο. Οι προβλέψεις τους είναι δυσοίωνες: αν οι σημερινές τάσεις αύξησης καρκίνου συνεχιστούν ο εκτιμώμενος αριθμός νέων περιστατικών ανά έτος αναμένεται να φτάσει ως το 2020 τα 16εκατομμύρια από 10,9εκατομμύρια που ήταν το 2002. Τα παραπάνω στοιχεία έδωσε στη δημοσιότητα ο πρόεδρος της (ΕΟΠΕ) κ^{ος} Δημήτρης Ι. Μπαφαλούκος. (Καραγιώργου 2009)

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες (προσβάλλει βέβαια και τους άνδρες αλλά σε πολύ μικρότερα ποσοστά) και τα συμπτώματα που υποδηλώνουν αυτήν την νόσο είναι ακόμα πιο συχνά.

Περίπου 15.000.000 γυναίκες στις Η.Π.Α. ζητούν την βοήθεια ιατρού κάθε χρόνο σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και πάνω από 140.000 νέες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο. Για κάθε γυναίκα στην οποία γίνεται διάγνωση της

νόσου άλλες 5-10 υποβάλλονται σε βιοψίες που αποβαίνουν καλοήθης και άλλες 10 εμφανίζονται με μάζα στο μαστό που τους προκαλεί ανησυχία. (Merck 1998)

Το 2000 διαγνώσθηκαν δυστυχώς 182.000 γυναίκες στο Ηνωμένο Βασίλειο με καρκίνο του μαστού. Πάνω από 40.800 υπέκυψαν στην αρρώστια. (Caro M. Hoskins and Judith Haber 2000)

Στην Ευρώπη κάθε μέρα παρουσιάζονται 1.000 νέες περιπτώσεις του καρκίνου του μαστού. Ο κίνδυνος να πάθει μια γυναίκα καρκίνο του μαστού, κατά τη διάρκεια της ζωής της είναι 12,2% δηλαδή 1 ανά 8 γυναίκες (αναλογία 1:8) και ο κίνδυνος να πεθάνει από καρκίνο είναι 3,6% ή 1 στις 28 γυναίκες.

Στην Ελλάδα αναφέρεται συχνότητα 1 στις 12 γυναίκες. Κάθε χρόνο 1.500 γυναίκες προσβάλλονται από την ασθένεια και περίπου 700 πεθαίνουν, ενώ μόνο στο 15% των περιπτώσεων ο όγκος ανιχνεύεται στα πρώτα στάδια. (Κρεατσάς1998)

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (IARC), περισσότερες από 216.000 γυναίκες παρουσίασαν καρκίνο μαστού στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 2000 και περισσότεροι από 79.000 πέθαναν από τη νόσο.

Παγκοσμίως οι ανεπτυγμένες βιομηχανικές χώρες, πλην της Ιαπωνίας, έχουν υψηλή επίπτωση (αριθμός νέων περιπτώσεων-νοσηρότητα-ανά έτος σε 100.000 γυναίκες) της νόσο, αλλά με μεγάλες διαφορές μεταξύ τους. Στην Ευρώπη, οι Δυτικές και Βόρειες χώρες έχουν υψηλότερη επίπτωση από τις χώρες της Νότιου και Ανατολικής Ευρώπης. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού είναι 60% μεγαλύτερος στη Δυτική Ευρώπη απ' ότι στην Ανατολική.

Το 1997 οι χώρες με την μεγαλύτερη επίπτωση ήταν οι κάτω χώρες (120,76), η Δανία(113,24), το Βέλγιο(116,03), η Γαλλία(109,56) και η Σουηδία(107,28) ενώ οι άλλες χώρες – μέλη όπως η Ελλάδα (70,64 με 4.450 νέες περιπτώσεις) και η Ισπανία είχαν την χαμηλότερη επίπτωση.

Στις περισσότερες χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο αριθμός των νέων περιπτώσεων καρκίνου του μαστού αυξάνεται ετησίως περίπου κατά 1,5%.

Οι ανισότητες στην επίπτωση του καρκίνου του μαστού στην Ε.Ε., όπου οι γυναίκες της Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης μπορεί να αποδοθούν σε παράγοντες κινδύνου που συνδέονται άμεσα με την κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη κάθε χώρας. Ανισότητες εξαιτίας αυτών των παραγόντων εμφανίζονται και μέσα στην ίδια χώρα: Γυναίκες που ζουν σε αστικές περιοχές εμφανίζουν περισσότερο καρκίνο του μαστού από αυτές που ζουν σε αγροτικές περιοχές. (Πατέρας 2004)

Αιτιολογική συσχέτιση – Γυναίκες υψηλού κινδύνου

Ο κίνδυνος για εμφάνιση καρκίνου του μαστού αυξάνει με την ηλικία. Είναι σπάνιος σε ηλικία κάτω των 25 ετών, μετά τα 30 αυξάνει, παρουσιάζοντας μια ύφεση κατά την εμμηνόπαυση(κλιμακτήριο). Οι περισσότεροι καρκίνοι μαστού εμφανίζονται στην ηλικία 40 και 75 ετών.

Γυναίκες που έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του μαστού από το γενικό πληθυσμό είναι:

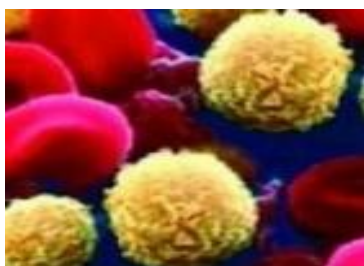
1. Αυτές των οποίων η μητέρα ή η αδερφή εμφάνισε τη νόσο.
2. Γυναίκες με εμμηνарχή πριν τα 12.
3. Γυναίκες με ιστορικό χρόνιας κυστικής μαστοπάθειας.
4. Γυναίκες που ακτινοβολήθηκαν στο παρελθόν.
5. Αυτές που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά και οιστρογόνα για μεγάλες χρονικές περιόδους και
6. Οι παχύσαρκες και όσες καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες ζωικού λίπους (140 – 150 γραμμάρια την ημέρα), κυρίως όταν πρόκειται για μεταμηνόπαυσιακές γυναίκες.

Ακόμη, το φύλλο παίζει σημαντικότερο ρόλο. Έχουμε συνηθίσει να ταυτίζουμε τον καρκίνο του μαστού με τις γυναίκες. Και αυτό συμβαίνει επειδή σε 100 καρκίνους μαστού σε γυναίκες αντιστοιχεί 1 καρκίνος μαστού σε άνδρα. Τέλος αναφέρεται ότι μεγαλύτερη πιθανότητα προσβολής έχουν όσες γυναίκες έχουν μεγάλους μαστούς.(Χατζηγεωργίου 2002)

2.4 Ταξινόμηση νεοπλασμάτων

Τα νεοπλάσματα διακρίνονται σε δυο βασικές κατηγορίες, στα καλοήθη και στα κακοήθη. Ανάλογα με την βιολογική τους συμπεριφορά και τον ιστολογικό τύπο καθορίζεται αντίστοιχα η κατηγορία στην οποία ανήκουν. Τα νεοπλάσματα διακρίνονται σε διάφορες κατηγορίες ανάλογα με το είδος του ιστού από τον οποίο προέρχονται και τον οποίο προσβάλλουν. Είναι οι εξής:

- Νεοπλάσματα επιθηλιακού ιστού
- Νεοπλάσματα ερειστικού και συνδετικού ιστού, εκτός του αιμοποιητικού ιστού.
- Νεοπλάσματα αιμοποιητικού ιστού.
- Ειδικά νεοπλάσματα.(Πετρίδης 2002)



Εικόνα 2.1 Νεοπλάσματα

Τα καλοήθη νεοπλάσματα, ανάλογα με τους ιστούς απ' όπου προέρχονται διακρίνονται σε:

- Καρκινώματα που προέρχονται από επιθηλιακούς ιστούς(π.χ. αδenoκαρκίνωμα).
- Σαρκώματα που προέρχονται από ερειστικό, μυϊκό, νευρικό ιστό. Σάρκωμα είναι μια ξεχωριστή κατηγορία κακοήθους μορφής που προέρχεται από τα κύτταρα των ινών του μαστού. Αποτελεί λιγότερο από το 1% των κακοήθων παθήσεων του μαστού. Το σάρκωμα προκαλεί συνήθως αιμορραγικές μεταστάσεις αν δεν το προλάβουμε.
- Λεμφώματα που προέρχονται από τον αιμοποιητικό ιστό.

Ένα καλοήθες νεόπλασμα (λίπωμα, ινοαδένωμα, θήλωμα κ.ά.) αναπτύσσεται τοπικά, με διηθεί γειτονικούς ιστούς και δεν κάνει μεταστάσεις σε άλλα όργανα. Αν αυτός ο όγκος αναπτύσσεται και μεγαλώνει είναι πιθανό να δημιουργήσει πιεστικά προβλήματα σε όργανα της γύρω περιοχής. Αντίθετα ένα κακοήθες νεόπλασμα είναι διηθητικό και δίνει μεταστάσεις. Είναι ικανό να διηθεί καταστρέφοντας γειτονικούς ιστούς και όργανα.(Φύσσας 2006)

Τα χαρακτηριστικά των καλοηθών νεοπλασμάτων είναι:

- Τα νεοπλασματικά κύτταρα μοιάζουν με τον μητρικό ιστό.
- Είναι περιγεγραμμένα και έχουν κάψα.
- Δε δίνουν μεταστάσεις (αιματογενείς-λεμφογενείς- δι 'εμφυτεύσεως.)

- ✚ Δεν διηθούν τους γύρω ιστούς.
- ✚ Δεν προκαλούν θάνατο.
- ✚ Δεν υποτροπιάζουν.
- ✚ Κάνουν τοπική βλάβη (πίεση).

Τα χαρακτηριστικά των κακοηθών νεοπλασμάτων είναι:

- ✚ Τα νεοκύτταρα χάνουν την ομοιότητα τους.
- ✚ Δεν είναι περιγεγραμμένα και δεν έχουν κάψα.
- ✚ Δίνουν μεταστάσεις.
- ✚ Διηθούν τους γύρω ιστούς.
- ✚ Είναι θανατηφόρα στο πλείστο των περιπτώσεων.
- ✚ Υποτροπιάζουν συνήθως.
- ✚ Κάνουν καταστροφή των ιστών, διήθηση ιστών.

2.5 Κλινική εικόνα

Ο καρκίνος του μαστού στην αρχή μπορεί να είναι ασυμπτωματικός και η ανακάλυψη του να γίνει σε τυχαία ψηλάφηση του.(Παπανικολάου1994)

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

Γενικά συμπτώματα:

- ✚ **Αναιμία :** Την προκαλεί η αιμορραγία από εξελκώσεις ή διάβρωση αιμοφόρων αγγείων, μολύνσεις, μεταστάσεις στα οστά με αποτέλεσμα την επιβράδυνση της ερυθροποίησης ή την καταστολή του μυελού των οστών από την χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.
- ✚ **Πόνος :** Εμφανίζεται συνήθως πολύ αργά αν και η παρουσία του εξαρτάται από το όργανο ή το σύστημα που προσβάλλει.
- ✚ **Πυρετός :** Τις περισσότερες φορές προέρχεται από μολύνσεις επιφανειακού όγκου ή άλλες φλεγμονές.
- ✚ **Καχεξία :** Χαρακτηρίζεται από απώλεια βάρους, μυϊκή αδυναμία, ανορεξία και οξέωση. Μερικά από τα πιθανά αίτια της καχεξίας είναι τοξικά προϊόντα που εκκρίνει ο καρκίνος.(Μαλγαρινού-Κωνσταντινίδου 2003)

Ειδικά συμπτώματα:

- ✚ Το συχνότερο σύμπτωμα είναι η **παρουσία μιας ανώδυνης διόγκωσης, σκληρίας ή πάχυνσης** στο μαστό στο 80-90% των περιπτώσεων.
- ✚ **Μεταβολές από την θηλή** υπό την μορφή παθολογικού εκκρίματος, εισολκής, παρέκκλισης ή εκζέματος της θηλής ή της άλω.
- ✚ **Μεταβολές στο σχήμα του μαστού, εντύπωμα ή ρυτίδωση του δέρματος, διευρυμένες φλέβες, μεταβολές της χροιάς του δέρματος,** παρουσία οζιδίων, εξελκώσεων και οιδήματος είναι συμπτώματα προχωρημένου καρκίνου.
- ✚ Σπανιότατα η **παρουσία μιας μάζας στην μασχालαία κοιλότητα** αποτελεί το πρώτο ενόχλημα που παρατηρεί η ασθενής

- ✚ **Ασυμμετρία και ανύψωση** του προσβεβλημένου μαστού.
- ✚ Σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις οι ασθενείς προσέρχονται στο νοσοκομείο για συμπτώματα και ευρήματα τα οποία οφείλονται στις μεταστάσεις, όπως αποφρακτικός ίκτερος, οστικές εκδηλώσεις ή εκδηλώσεις από πνευμονικές ή υπεζωκοτικές μεταστάσεις.
- ✚ Ο **πόνος** συνήθως απουσιάζει εκτός από προχωρημένα στάδια. (Σέχας 1995)

Κλινική Συμπτωματολογία-Ποσοστά

Τα συμπτώματα των παθήσεων μαστού που οδηγούν της γυναίκες σε εξειδικευμένα κέντρα είναι συνοπτικά:

- ✚ Όγκος 65%
- ✚ Πόνος 15%
- ✚ Ευαίσθητη περιοχή 7,6%
- ✚ Ρύση θηλής 5,2%
- ✚ Εισολκή θηλής 2,5%
- ✚ Έκζεμα θηλής 0,2%
- ✚ Άλλα 4,4%

Τα πρώιμα κλινικά συμπτώματα του καρκίνου μαστού είναι:

- ✚ Όγκος θηλής 9%
- ✚ Τοπικό οίδημα 4%
- ✚ Εισολκή θηλής 3%
- ✚ Εξέλκωση θηλής 2%
- ✚ Άλλα 5% (Οικονομοπούλου 2001)

2.6 Ιστολογικοί τύποι καρκίνου μαστού

Δύο είναι οι ιστολογικοί τύποι του καρκίνου του μαστού που προεξέχουν και αποτελούν το 90% των κακοήθων όγκων. Είναι το παρογενές και το λοβιακό του μαστού.

A) ΠΑΡΟΓΕΝΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ

Παρογενές καρκίνωμα in situ (DCIS)

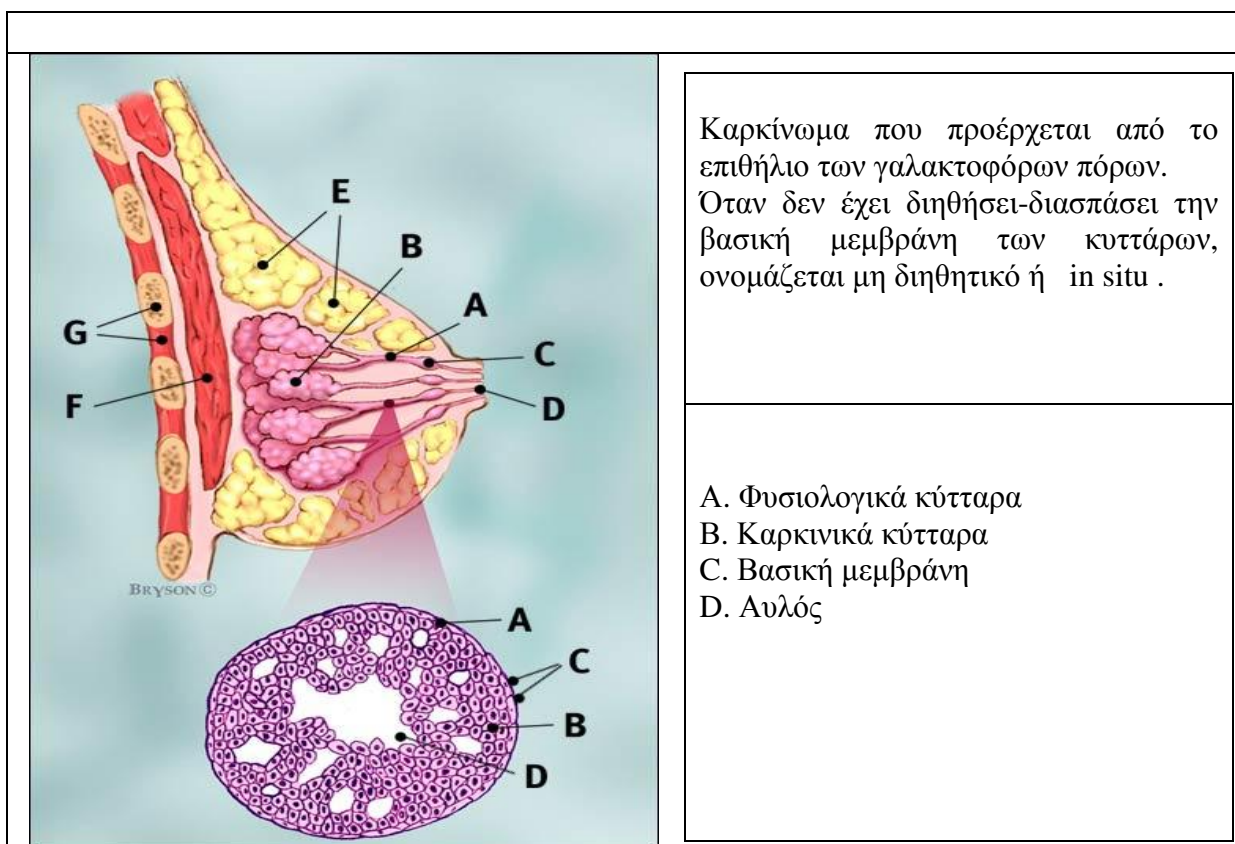
Το παρογενές καρκίνωμα προέρχεται από τα κύτταρα των τελικών πόρων του μαζικού αδένου και μπορεί να είναι διηθητικό ή μη διηθητικό.

Το μη διηθητικό αποτελεί την **πρώιμη μορφή** καρκίνου του μαστού, πολλές φορές αναφέρεται και σαν στάδιο 0. Το μη διηθητικό δεν έχει διηθήσει τη βασική μεμβράνη οπότε αν αφαιρεθεί εγκαίρως και σωστά θεωρείται τελείως **ιάσιμο**.

Οι γυναίκες που αντιμετωπίστηκαν για πορογενές καρκίνωμα in situ στο παρελθόν έχουν αυξημένο κίνδυνο (25-50%) να αναπτύξουν κάποια μορφή διηθητικού καρκίνου στο μέλλον, γι' αυτό βρίσκονται στην ομάδα επαγρύπνησης όπως λέμε, με τακτικό κλινικό και μαστογραφικό προληπτικό έλεγχο. Στα 10 χρόνια υπάρχει πιθανότητα 30% να αναπτύξει διηθητικό καρκίνο.

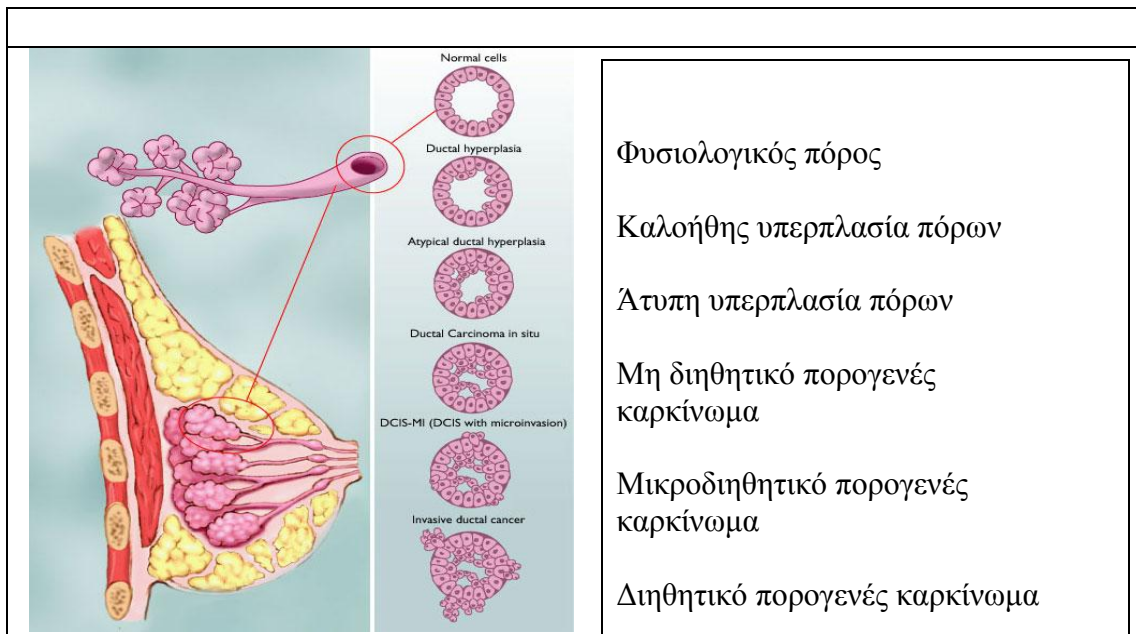
Κάποιες από αυτές πρέπει να λαμβάνουν **ορμονοθεραπεία**, η οποία υπό ορισμένες συνθήκες μειώνει αυτό τον κίνδυνο.

Το πορογενές καρκίνωμα in situ φαίνεται στην μαστογραφία, επειδή συνήθως περιέχει μικροαποτιτανώσεις, οι οποίες όμως δεν δείχνουν σαφώς το μέγεθος του, γιατί ο όγκος μπορεί να εκτείνεται και πέρα από αυτές. Στο 30% των περιπτώσεων βρίσκεται και σε άλλα σημεία του ίδιου μαστού και στο 5% μπορεί να βρεθεί και στον άλλο μαστό. (Φύσσας 2006)



Εικόνα 2.2 Μαστός-Καρκίνωμα

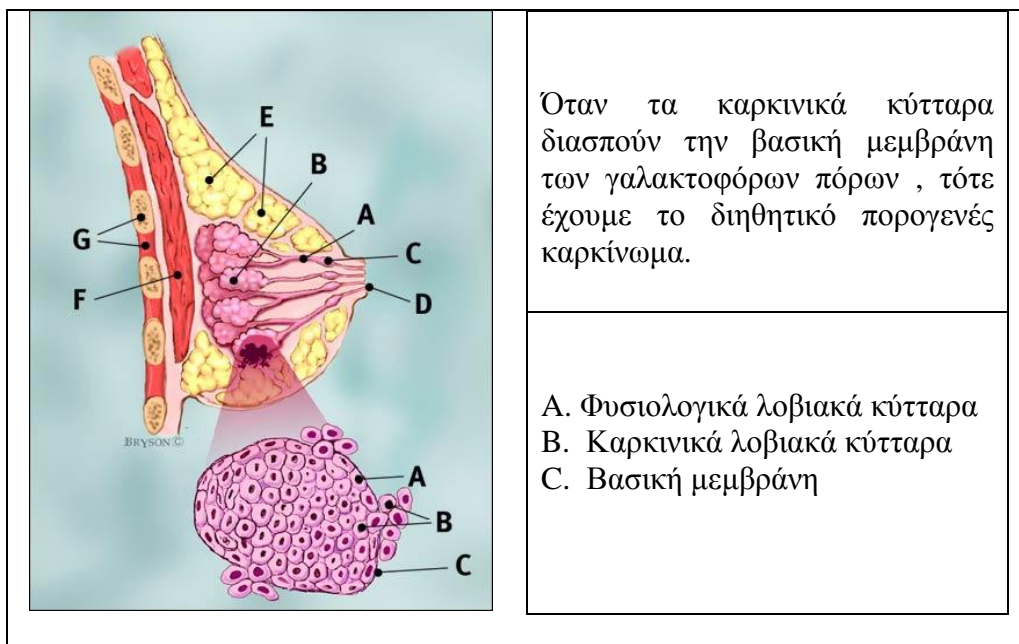
Εικόνα 2.3: Στάδια εξέλιξης προς διηθητικό καρκίνωμα



Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα (IDC)

Είναι η συχνότερη μορφή(συνήθως μονήρης) και αποτελεί το **80%** των διηθητικών καρκινωμάτων του μαστού. Μόνο το 1% των περιπτώσεων είναι πιθανό να υπάρχει και δεύτερη εστία στον ίδιο ή και στον άλλο μαστό. Μπορεί να εκδηλωθεί με όλα τα πιθανά συμπτώματα, ανάλογα με την περίπτωση: ψηλαφητό ογκίδιο, έκκριση από τη θηλή, εισολκή δέρματος κ.τ.λ.

Είναι αόρατος στη μαστογραφία. Μπορεί να δώσει μεταστάσεις σε άλλα όργανα. Η επιθετικότητα και ο βαθμός κακοήθειας του εμφανίζουν πολύ μεγάλη ποικιλία, ανάλογα με την περίπτωση.(Φύσσας 2006)



Εικόνα 2.4 Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα

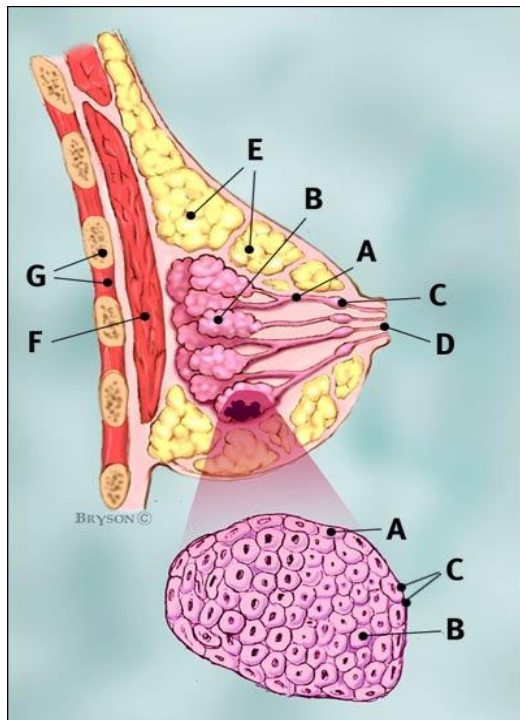
Β) ΛΟΒΙΑΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ

Το λοβιακό καρκίνωμα μαστού επίσης μπορεί να είναι διηθητικό ή μη διηθητικό. Το λοβιακό *in situ* (LCIS) είναι από μόνο του προκαρκινωματώδης κατάσταση αλλά από μόνο του δεν είναι αληθινός καρκίνος. Είναι λιγότερο επιθετική μορφή καρκίνου του μαστού, γιατί έχει πιθανότητα στα 20% στα 15 χρόνια να μετατραπεί σε διηθητικό καρκίνο μαστού.

Είναι άρατος στη μαστογραφία και συνήθως βρίσκεται σε τμήμα μαστού που αφαιρέθηκε για άλλο λόγο (βιοψία πλαστική μείωσης μαστού κ.α.). Στο 80% των περιπτώσεων είναι πολυεστιακός, δηλαδή βρίσκεται και σε άλλα σημεία του ίδιου μαστού. Στο 25% βρίσκεται και στον άλλο μαστό.

Ο συνδυασμός του LCIS με το διηθητικό καρκίνο, που ανευρίσκεται σε ποσοστό 20-25% δημιουργεί ένα πρωτοπαθή όγκο του μαστού. Στο λοβιακό καρκίνωμα κατά τη λήψη της βιοψίας πρέπει να διενεργείται βιοψία καθρέπτου στον άλλο μαστό. (Φύσσας 2006)

Λοβιακό καρκίνωμα *in situ* (LCIS)



Καρκίνωμα που προέρχεται από τα αδενικά κύτταρα των λοβίων. Όταν δεν έχει διηθήσει-διασπάσει την βασική μεμβράνη των αδενίων, ονομάζεται μη διηθητικό ή *in situ*.

- A. Φυσιολογικά λοβιακά κύτταρα
- B. Καρκινικά λοβιακά κύτταρα
- C. Βασική μεμβράνη

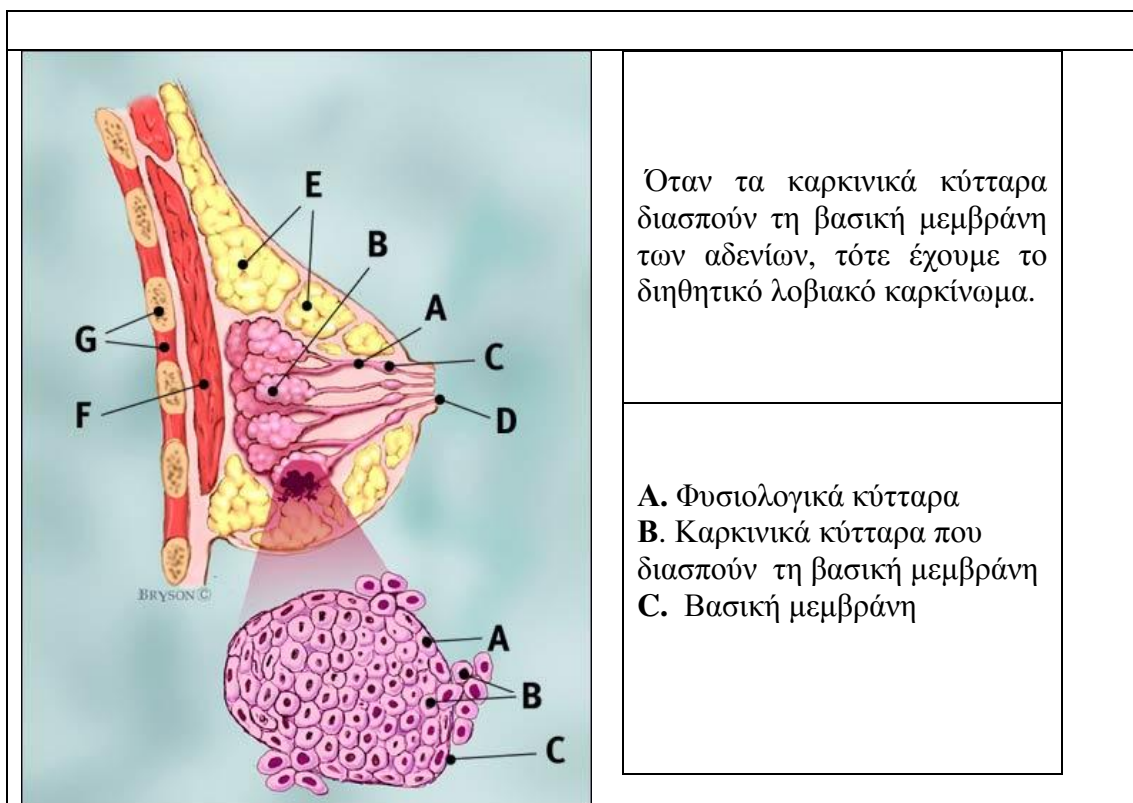
Εικόνα 2.5 Λοβιακό καρκίνωμα

Διθητικό λοβιακό καρκίνωμα

Είναι ο καρκίνος που αρχίζει από τους λοβιακούς αδένες, που παράγουν γάλα. Αποτελεί το 10% του συνόλου των καρκινωμάτων του μαστού. Στο 20% των περιπτώσεων, μπορεί να βρεθεί και στον άλλο μαστό (αμφοτερόπλευρος καρκίνος μαστού). Εκδηλώνεται συνήθως με ψηλαφητό όγκο στο μαστό. Είναι ορατός στη μαστογραφία. Δεν προκαλεί έκκριση υγρού από τη θηλή.

Τα τελευταία χρόνια για άγνωστους μέχρι στιγμής λόγους αυξάνει η συχνότητά του, κυρίως σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Είναι αρκετά συχνά **πολυεστιακό** στον ίδιο ή και στους δύο μαστούς.

Επειδή η ανάπτυξη του δεν είναι εστιακή, στα αρχικά στάδια δεν σχηματίζει ψηλαφητά ογκίδια, πράγμα που κάνει την διάγνωση του με ψηλάφηση ιδιαίτερα δύσκολη. (Φύσσας 2006)

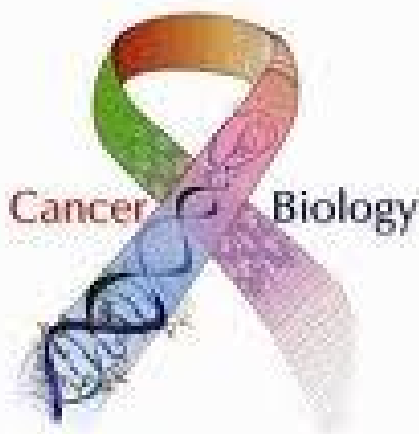


Εικόνα 2.6 Διθητικό λοβιακό καρκίνωμα

2.7 Βιολογία της νόσου

Οι βλάβες όπως απλή υπερπλασία, υπερπλασία με ατυπίες, καρκινώματα "in situ" θεωρείται ότι αποτελούν εξελικτικά στάδια του ίδιου βιολογικού φαινομένου. Άλλοι θεωρούν ότι η συνύπαρξη των βλαβών αυτών με το διηθητικό καρκίνωμα είναι αποτέλεσμα της δράσης των παραγόντων του περιβάλλοντος, της κληρονομικότητας και των ορμονών σε ολόκληρο το μαστικό αδένα. Τα κύτταρα που αποτελούν τον όγκο διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την αντιγονική έκφραση των γονιδίων, τα χαρακτηριστικά του πολλαπλασιασμού. Αυτή η ετερογένεια έχει μεγάλη σημασία στην κλινική συμπεριφορά των όγκων και στην ανταπόκριση στη θεραπεία.

Οι ορμόνες επηρεάζουν τη βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου του μαστού. Εκτός από την άμεση δράση οι ορμόνες (κυρίως τα οιστρογόνα) δρουν και άμεσα στον καρκίνο του μαστού λειτουργώντας ως αυξητικοί παράγοντες.



Εικόνα 2.7

Σημαντικό να σημειωθεί και ο ρόλος των ογκογονιδίων στη βιολογική συμπεριφορά του όγκου. Για παράδειγμα: το HER-2/neu το οποίο φυσιολογικά είναι υπεύθυνο για την παραγωγή του υποδοχέα ενός επιδερμικού αυξητικού παράγοντα. Αυξημένη έκφραση αυτού του ογκογονιδίου (που παρατηρείται σε 40% των όγκων του μαστού) έχει συνδεθεί με δυσμενή πρόγνωση.

Οι αλληλεπιδράσεις των καρκινικών κυττάρων και των πρωτεϊνών της εξωκυττάριας θεμέλιας ουσίας επηρεάζουν σημαντικά την ανάπτυξη των όγκων, επιδρώντας στον πολλαπλασιασμό και στην κυτταρική επιβίωση καθώς και στην ικανότητα των κυττάρων να μεταναστεύουν από τον πρωτοπαθή όγκο σε άλλους ιστούς και να δίνουν μεταστάσεις.

Πολλές από αυτές τις αλληλεπιδράσεις διαμεσολαβούνται από τις ιντεγκρίνες, που αποτελούν μια ευρέως εκφραζόμενη υπεροικογένεια διαμεμβρανικών πρωτεϊνών της κυτταρικής επιφάνειας. Οι ιντεγκρίνες διαμέσου της ρύθμισης της προσκολλητικής ικανότητας των καρκινικών κυττάρων ελέγχουν τον σχηματισμό των μεταστατικών νεοπλασμάτων. Η γονιδιακή έκφραση των ιντεγκρινών ελέγχεται από μια οικογένεια πρωτεϊνών << πρωτεϊνική κινάση C (PKC)>>. Η πρωτεϊνική κινάση C παίζει ουσιαστικό ρόλο σε αρκετές οδούς επαγωγής των σημάτων που ρυθμίζουν την κυτταρική αύξηση, το μετασχηματισμό και τη διαφοροποίηση. Η PKC εμπλέκεται στη παθογένεση του καρκίνου του μαστού γιατί η συνολική της δραστηριότητα αυξάνει σε μια σειρά ανθρώπινων καρκίνων του μαστού, σε σύγκριση με φυσιολογικό ιστό μαστικού αδένα.

Μεγάλες κλινικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ καθ στην Ευρώπη έδειξαν ότι οι θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες είναι δείκτες της διασποράς της νόσου και όχι απαραίτητα ένα ενδιάμεσο στάδιο στη διεργασία της εμφάνισης απομακρυσμένων μεταστάσεων.

Η σχετικά πρόσφατη ανακάλυψη των BRCA1 και BRCA2 (1990) υπεύθυνων γονιδίων για το κληρονομούμενο καρκίνο του μαστού θεωρείται εξαιρετικής σημασίας. (BRCA=BR=breast= μαστός /CA=CANCER=καρκίνος). Οι γυναίκες που φέρουν τα γονίδια αυτά έχουν 80% πιθανότητα να εμφανίσουν την νόσο ως την ηλικία των 70 ετών. Η υποψία να υπάρχει πρόβλημα σε μια οικογένεια τίθεται όταν τρία ή περισσότερα μέλη έχουν εμφανίσει την νόσο.(Ρουμेलιώτης 2006)

2.8 Κλινική σταδιοποίηση καρκίνου μαστού

Η έκταση της νόσου που αποκαλύπτεται από τα κλινικά ευρήματα και τις ειδικές μετεγχειρητικές εξετάσεις, χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό του κλινικού σταδίου. Οι περισσότερες περιπτώσεις εμφανιζόμενου καρκίνου, του μαστού βρίσκονται μεταξύ του 45^{ου} και 55^{ου} έτους της ηλικίας και οι νεότερες γυναίκες, όμως και κάτω των 35 ετών είναι δυνατόν να παρουσιάζουν καρκίνο του μαστού, ο οποίος είναι κακοηθέστερος και με ταχύτερη εξέλιξη. Κάτω των 20 ετών ο καρκίνος είναι εξαιρετικά σπάνιος.

Η σταδιοποίηση του μαστού είναι απαραίτητη για τον σχεδιασμό της θεραπευτικής τακτικής καθώς και για την πρόγνωση της νόσου. Κυρίως αφορά στον καθορισμό της νόσου με κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις αφού από την έκταση της θα εξαρτηθεί και τι είδος θα ακολουθηθεί (τοπική ή συστηματική).

Στον καρκίνο του μαστού η σταδιοποίηση που είναι κυρίως κλινική στηρίζεται στα αποτελέσματα της φυσικής εξέτασης και στα εργαστηριακά και τα ακτινολογικά ευρήματα. Υπάρχουν διάφορα συστήματα σταδιοποίησης τα οποία είναι χρήσιμα στην επιλογή της θεραπείας, στην εκτίμηση της πρόγνωσης και στην σύγκριση των αποτελεσμάτων διάφορων θεραπευτικών σχημάτων.(Vincent 1993)

Από τα διάφορα συστήματα κλινικής σταδιοποίησης που έχουν προστεθεί κατά καιρούς, Manchester, Columbia, T.N.M. (T:tumour = πρωτοπαθείς όγκος, N:nodes = επιχώριοι λεμφαδένες, M: metastases = μακρινές μεταστάσεις), το πλέον αναγνωρισμένο σύστημα σταδιοποίησης είναι το σύστημα T.N.M. Από τα στοιχεία λαμβάνονται υπόψη το μέγεθος του όγκου (T) και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες (N), που εκτιμώνται κυρίως κλινικώς, ενώ η ύπαρξη μεταστάσεων (M) με παρακλινικές εξετάσεις στην καθημερινή πράξη περιλαμβάνουν : Ακτινογραφία θώρακος , αλκαλική φωσφατάση, υπερηχογραφία ύπατος, C.E.A.και σπινθηρογράφημα σκελετού.(Παπαδημητρίου-Ανδρουλάκης 1989)

Με τον συσχετισμό των τριών παραμέτρων του T.N.M. συστήματος διακρίνουμε 4 στάδια κλινικής σταδιοποίησης του καρκίνου του μαστού.

Πίνακας 2.1 : Κλινικά στάδια του καρκίνου του μαστού :

ΣΤΑΔΙΑ	ΕΠΙΒΙΩΣΗ
ΣΤΑΔΙΟ 1^ο : Όγκος <2cm διάμετρο χωρίς μεταστατικές διηθήσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις.	85-90 %
ΣΤΑΔΙΟ 2^ο : Όγκος 2-5 cm λεμφαδένες μη ψηλαφητοί ή ψηλαφητοί, ευκίνητοι και χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις.	65-70 %
ΣΤΑΔΙΟ 3^ο : Όγκος <5cm ή οποιουδήποτε μεγέθους με ή χωρίς επινέμηση στο δέρμα , λεμφαδενικές μεταστάσεις στη μασχάλη, ψηλαφητοί λεμφαδένες και κινητοί, καθηλωμένοι στο θωρακικό τοίχωμα , υπερκλείδιοι λεμφαδένες , χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις.	40-50 %
ΣΤΑΔΙΟ 4^ο : Απομακρυσμένες αιματογενείς μεταστάσεις ήπαρ, πνεύμονες, οστά έτερος μαστού, δέρμα, εγκέφαλο κ.τ.λ.	5-10 %

Η μη ύπαρξη λεμφαδενικών μεταστάσεων στη μασχάλη δεν αποκλείει την ύπαρξη αιματογενών μεταστάσεων, δηλαδή μεταστάσεων μέσω της κυκλοφορίας του αίματος. Πρόκειται για δυο διαφορετικές και ανεξάρτητες μεταξύ τους διαδικασίες. (Μουτσόπουλος 1989)

Πίνακας 2.2 : Ιστολογική σταδιοποίηση λεμφαδένων

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

2.9 Μεταστάσεις και ο νοσηλευτικός ρόλος

Είναι γεγονός ότι οι επικουρικές συστηματικές θεραπείες επιμήκυναν τον χρόνο επιβίωσης των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Παρ' όλα αυτά ένα ποσοστό ασθενειών που είναι μεγαλύτερο του 1/3 καταλήγει από την μεταστατική νόσο. Αν υποθεθεί, ότι μετά τη διάγνωση μακρινών μεταστάσεων ο μέσος χρόνος επιβίωσης είναι 2-3 χρόνια, τα σημερινά θεραπευτικά μέσα δεν είναι σε θέση να οδηγήσουν σε ίαση το μεταστατικό καρκίνο του μαστού(αθεράπευτος- incurable). Όμως, υπάρχει η παρατήρηση ότι περίπου 10% των ασθενών επιβιώνει περισσότερο από 10 χρόνια.

Η ανταπόκριση στη θεραπεία είναι άλλοτε άλλου βαθμού. Οι ασθενείς με μεταστάσεις στους μαλακούς ιστούς και στα οστά, μπορεί να ανταποκριθούν επί χρόνια στην ορμονική θεραπεία. Αντίθετα αυτοί με σπλαχνικές μεταστάσεις ακόμα και μετά την εφαρμογή της πλέον δραστικής χημειοθεραπείας, εμφανίζουν ταχεία διαδρομή και εξέλιξη της νόσου. Η μεταστατική νόσος δεν μπορεί να εξαλειφθεί. Ο πρωταρχικός στόχος της θεραπείας είναι παρηγορητικός και αποβλέπει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η έγκαιρη δραστική θεραπεία δεν έχει αποδείξει ότι είναι σε θέση να επιμηκύνει το χρόνο ζωής των ασθενών. Οι μεταστάσεις στον καρκίνο του μαστού προκαλούνται με διήθηση των γειτονικών ιστών, κατά μήκος γαλακτοφόρων πόρων, με το λεμφικό σύστημα και με τα αιματικά έμβολα.

Οι μεταστάσεις εξαρτώνται από το βαθμό κακοήθειας του νεοπλασματος και από το υπόστρωμα που τις περιβάλλει. Επίσης, από ορμονικούς και ανοσολογικούς παράγοντες, από τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου και από τα χαρακτηριστικά του μαστικού αδένου όπως είναι η πυκνότητα του, η αιμάτωση του, το λεμφικό του δικτύου κλπ.

Αναφέρεται το παράδειγμα των μασχαλιαίων λεμφαδένων, οι οποίοι προσβάλλονται συχνότερα (40-50%). Όταν αυτοί ψηλαφηθούν, τότε τις περισσότερες φορές υπάρχουν μεταστάσεις στα έσω μαστικά αγγεία, ιδιαίτερα όταν ο καρκίνος εντοπίζεται στο εσωτερικό ημιμόριο του μαστού ή στην κεντρική μοίρα του. Αλλά και στην εντόπιση του καρκίνου που αφορά στο έξω ημιμόριο του είναι δυνατόν να διηθηθούν οι λεμφαδένες της έσω μαστικής. Σε διήθηση των λεμφαδένων της έσω μαστικής η πρόγνωση είναι βαριά. Η πρόγνωση γίνεται βαρύτερη όταν διηθηθούν οι υπερκλειδίιοι λεμφαδένες μέσω των μασχαλιαίων, τότε που ο καρκίνος κατατάσσεται στο 4^ο στάδιο και είναι ανεγχείρητος.(Κονιάρη 1991)

Ο καρκίνος του μαστού προκαλεί τις εξής μεταστάσεις:

1. Στα οστά σε συχνότητα 70% (συχνότερα τις πύελου και στον μηριαίο οστό). Οι οστικές μεταστάσεις όταν είναι εντοπισμένες ακτινοβολούνται, αλλιώς αντιμετωπίζονται με συστηματική, ενδοκρινική θεραπεία ή χημειοθεραπεία. Το πρόβλημα με τις οστικές μεταστάσεις είναι ο πόνος και τα κατάγματα.

Μεταστάσεις στο μυελό των οστών έχει το 55% περίπου των γυναικών με οστικές μεταστάσεις διαγνωσμένες με απλή ακτινογραφία ή σπινθηρογράφημα οστών. Στις γυναίκες χωρίς οστικές μεταστάσεις του μυελού με ειδικές ευαίσθητες ανοσοϊστοχημικές χρώσεις. Η μεταστατική νόσος στο μυελό των οστών πρέπει να αντιμετωπίζεται με συστηματική θεραπεία.

2. Στους πνεύμονες σε συχνότητα 65%. Οι πνευμονικές μεταστάσεις είναι τριών ειδών:

α) Οζίδια. Η οζιδιακή μορφή των μεταστάσεων έχει πολύ καλή ανταπόκριση στη χημειοθεραπεία,

β) **Λεμφαγγειακή διασπορά.** Στον πνεύμονα είναι δύσκολο να επιβεβαιωθεί και γενικά θεωρείται κακής πρόγνωσης. Η μεταστατική νόσος των πνευμόνων πρέπει να αντιμετωπίζεται με συστηματική θεραπεία,

γ) **Κακοήθης υπεζωκοτική συλλογή.** Παρουσιάζεται σε μεγάλο ποσοστό γυναικών με μεταστατική νόσο. Εάν είναι ασυμπτωματική δεν χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση. Θέμα αντιμετώπισης μπαίνει από τη στιγμή που αρχίζει να συμπτωματική. Η καλύτερη αντιμετώπιση τότε είναι η παροχέτευση της συλλογής με τη βοήθεια του συστήματος κλειστής παροχέτευσης θώρακα και στη συνέχεια έγχυση σκληρυντικών ουσιών.

3. Στις ωοθήκες σε συχνότητα 15%

4. Στον άλλο μαστό με συχνότητα 2%

5. Στις μήνιγγες σε συχνότητα 1-35%

6. Μεταστάσεις σε μικρότερη συχνότητα εμφανίζονται στα νεφρά, στην καρδιά, στον εγκέφαλο και στο δέρμα σε μικρότερη συχνότητα. (Τζωρακοελευθεράκης 1992)

Ο νοσηλευτικός ρόλος στη διάγνωση του μεταστατικού καρκίνου

Ο τρόπος που ο νοσηλευτής μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στη διάγνωση του μεταστατικού καρκίνου είναι η εκτίμηση των συμπτωμάτων που υπάρχει περίπτωση να εμφανιστούν σε διάφορα όργανα του σώματος, όπως:

1) Οστά : Όπως ήδη έχει αναφερθεί σε μετάσταση καρκίνου του μαστού στα οστά εμφανίζεται έντονος πόνος, παθολογικά κατάγματα, νευρολογικά ελλείμματα και δυσκολία κίνησης των ασθενών, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα της ζωής των ασθενών.

Η νοσηλευτική ευθύνη περιλαμβάνει:

- Οστικούς στη βάδιση
- Απογοήτευση εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας

Η νοσηλευτική παρέμβαση συνίσταται στην :

1) Ανακούφιση του πόνου με ακτινοθεραπεία, ναρκωτικά ή αναλγητικά και ηρεμιστικά.

2) Πρόληψη καταγμάτων σπονδυλικής στήλης. Η ασθενής συμβουλεύεται να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις, να μη σηκώνει βαριά αντικείμενα, να μη γυρίζει και να μην πέφτει απότομα στο κρεβάτι.

3) Ακινητοποίηση καταγμάτων (αν συμβούν)

2) Πνεύμονες: Η νοσηλευτική εκτίμηση περιλαμβάνει:

A) Παρακέντηση θώρακα για ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια. Επειδή η παρακέντηση προσωρινή ανακούφιση, .

πιθανόν να επαναληφθεί.

B) Χορήγηση Οξυγόνου (O₂)

3) Ήπαρ: Η νοσηλευτική εκτίμηση συνίσταται στην παρακολούθηση του ασθενούς για:

- ✚ Ασκίτη
- ✚ Δυσφορία-Δύσπνοια
- ✚ Ναυτία και εμέτους
- ✚ Κοιλιακούς πόνους
- ✚ Ανορεξία
- ✚ Απώλεια βάρους

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει:

1. Παρακέντηση κοιλίας για ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια.
2. Διατήρηση ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.
3. Χορήγηση διουρητικών.
4. Μικρά και συχνά γεύματα .
5. Τεχνητή διατροφή μέσω εντερικού σωλήνα Levin ή πλήρη παρεντερική διατροφή σε περίπτωση που η ασθενής αδυνατεί να φάει.

4) Εγκέφαλος: Η νοσηλευτική εκτίμηση περιλαμβάνει:

- § Σύγχυση
- § Διαταραχή στην ισορροπία του σώματος
- § Σπασμούς
- § Παράλυση
- § Διαταραχές της όρασης

Παρέμβαση του νοσηλευτή προσανατολίζεται σε:

- A) Εξασφάλιση άνεσης.
- B) Πρόληψη τραυματισμού από πτώση ή από πρόκληση βλάβης κατά τη διάρκεια των σπασμών.
- Γ) Παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- Δ) Εξασφάλιση επαρκούς διαίτας.
- E) Παροχή υγιεινής φροντίδας στο σώμα.(Κονιάρη1991)

2.10 Γενετική του καρκίνου μαστού

Έχει αναγνωρισθεί προ πολλού ότι ο καρκίνος του μαστού χαρακτηρίζεται από μια ισχυρή γενετική συνιστώσα. Επιδημιολογικές μελέτες σε πληθυσμούς έδειξαν ότι ποσοστό μέχρι και 10% των γυναικών της Β.Αμερικής θα αναπτύξουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους καρκίνο τέτοιας μορφής. Επιπλέον, ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου σε μια γυναίκα αυξάνεται έως και τρεις φορές εάν έχει ήδη προσβληθεί κάποια συγγενής πρώτου βαθμού, ενώ πάνω από ένας πρώτου βαθμού συγγενής έχει προσβληθεί από τη συγκεκριμένη μορφή καρκίνου ο κίνδυνος ενδέχεται να αυξηθεί έως και 10 φορές.

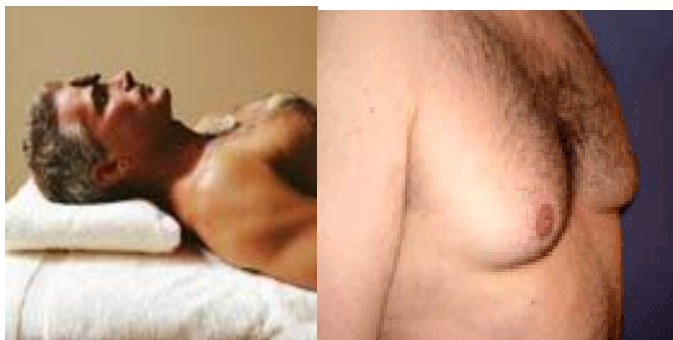
Οι οικογενείς κίνδυνοι αυξάνονται ακόμα περισσότερο εάν η ασθένεια εμφανισθεί σε άτομα κάτω των 40 ετών. Παρόλο που ακόμη και στο 20% όλων των περιστατικών καρκίνου του μαστού μπορεί να υπάρχει μια σημαντική γενετική συνιστώσα, ως τμήμα ενός μηχανισμού πολυπαραγοντικής ή πολυγονιδιακής κληρονομιάς, μεντελικά μεταβιβαζόμενη, επικρατή προδιάθεση για καρκίνο του μαστού. Οι οικογένειες αυτές εμφανίζουν κοινά χαρακτηριστικά οικογενούς καρκίνου: μεγάλο αριθμό προσβεβλημένων γυναικών, μικρότερη ηλικία εμφάνισης, συχνή αμφοτερόπλευρη εμφάνιση του όγκου και αυξημένη συχνότητα καρκίνου του μαστού στους άνδρες.(Thomson 2001)

2.11 Καρκίνος μαστού στους άνδρες

Πρόκειται για μια σπάνια πάθηση, γιατί σχετίζεται με την εκατονταπλάσια συχνότητα στις γυναίκες παρά στους άνδρες.

Παρατηρούνται πολλά κοινά σημεία με τον ίδιο καρκίνο στο γυναικείο φύλλο:


- Οι ιστολογικοί τύποι του καρκίνου του μαστού που αναπτύσσουν οι άνδρες είναι παρόμοιοι με αυτούς των γυναικών. Όμως στους άνδρες οι καρκίνοι του μαστού είναι πιο συχνά ευαίσθητοι στις ορμόνες (οιστρογόνα ή προγεστερόνη) οι οποίες επηρεάζουν την ανάπτυξη τους.
- Επειδή οι υποδοχείς για τις ορμόνες στους καρκίνους μαστού ανδρών είναι περισσότεροι, σε μεγάλο ποσοστό των περιστατικών, οι ορμονικές θεραπείες μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμες.
- Κατά γενικό κανόνα στους άνδρες που πάσχουν από καρκίνο μαστού συστήνονται οι ίδιες θεραπείες όπως και στις γυναίκες.
- Στις περιπτώσεις με μεταστάσεις συστήνονται κατά κύριο λόγο οι ορμονικές θεραπείες. Η χημειοθεραπεία επιφυλάσσεται μόνο για τις περιπτώσεις που έχουν ευαισθησία στις ορμόνες.
- Άνδρες με ιστορικό ασθενειών των όρχεων ή των μαστών, με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού στις γυναίκες, άνδρες που πάσχουν από το σύνδρομο *kleinfelter* ή ακόμη αυτοί που έχουν Εβραϊκή καταγωγή, έχουν υψηλότερο κίνδυνο στο να παρουσιάσουν τη νόσο.
- Οι άνδρες που έχουν ανωμαλίες στο γονίδιο *BRCA 2*, όπως και οι γυναίκες με τις ίδιες ανωμαλίες, έχουν πολύ αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού. Σε αντίθεση, ενώ οι ανωμαλίες του γονιδίου *BRCA 1* σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες, στους άνδρες με ανωμαλία του γονιδίου αυτού δεν παρατηρείται το ίδιο. (Annals of internal Medicine 2002)



Εικόνα 2.8: Γυναικομαστία

Στους άνδρες επειδή δεν μεσολαβεί μάζα του μαστού, που δρα ως φρένο στην ταχεία εξάπλωση του καρκίνου έξω από τον μαστό, συνήθως είναι επιθετικός, γιατί διηθεί πιο εύκολα τα αιμοφόρα αγγεία και μεθίσταται πιο γρήγορα.

Στη γυναικομαστία εφαρμόζεται μόνο μια επέμβαση, η ολική μαστεκτομή που συνοδεύεται και από λεμφαδενικό καθαρισμό μασχάλης, αλλά που, αν υπάρχει η τεχνητή δυνατότητα και γνώση, μπορεί να προηγηθεί η αφαίρεση του λεμφαδένα <<φρουρού>>. (Φύσσας 2006)



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Εισαγωγή

Ο καρκίνος του μαστού δεν είναι μια ασθένεια με σαφή αιτιολογία, ούτε υπάρχει μόνο ένα είδος καρκίνου του μαστού. Είναι γνωστοί όμως πολλοί παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την εμφάνιση της νόσου. Ξέρουμε ότι κάποιες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες από κάποιες άλλες να πάθουν καρκίνο του μαστού και έχουμε βρει παράγοντες που αυξάνουν και άλλους που ελαττώνουν αυτόν τον κίνδυνο.

3.1 Γενετικοί παράγοντες

Ηλικία

Ο κίνδυνος να αναπτύξει μια γυναίκα καρκίνο στο μαστό αυξάνει με την ηλικία. Είναι δυνατόν από ένα χειρουργό κατά τη σταδιοδρομία του να καταγραφεί καρκίνος του μαστού σε μία ή δύο γυναίκες που ευρίσκονται μεταξύ 20-30 χρονών. Ο καρκίνος του μαστού σε αυτό το εύρος των ηλικιών εμφανίζεται πολύ σπάνια. Η πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου στη γυναίκα αυξάνει σταθερά με την αύξηση της ηλικίας και σ' ένα ποσοστό γυναικών ο καρκίνος εκδηλώνεται στην μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο.

Έτσι ενώ μέχρι την ηλικία των 39 ετών ο κίνδυνος είναι μόλις 0,5%, στις ηλικίες 40-59 ετών ο κίνδυνος φτάνει το 4% (δηλαδή 1 στις 25 γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο στο μαστό). Από την ηλικία των 60 και άνω, ο κίνδυνος αυτός φτάνει το 7% (περίπου 1 στις 15 γυναίκες).

Η σημασία της σχέσης ηλικίας και του καρκίνου του μαστού γενικά είναι αποδεκτή. Η σχέση όμως της διεργασίας της φυσιολογικής γήρανσης του μαστού και του καρκίνου δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς. Η ταχύτητα και ο βαθμός εξέλιξης αυτής μπορεί να αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου.

Φύλο

Η σχέση προσβολής από καρκίνο του μαστού μεταξύ των δύο φύλων είναι 100 γυναίκες προς 1 άνδρα, με τάση σήμερα να γίνει 200 γυναίκες προς 1 άνδρα. Η συχνότητα πάντως καρκίνου του μαστού σε άνδρες με σύνδρομο Kline-Feller είναι 66 φορές μεγαλύτερη από αυτή του γενικού ανδρικού πληθυσμού και υπολογίζεται ότι το 3,3% των ανδρών με καρκίνο του μαστού εμφανίζουν τη χρωμοσωμική αυτή ανωμαλία. (Αποστολίδης 1998)

Οικογενειακό ιστορικό

Οι γυναίκες που έχουν μια πρώτου βαθμού συγγενή (μητέρα, αδερφή, κόρη) με καρκίνο του μαστού έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν τη νόσο. Εάν έχουν περισσότερες από μία συγγενής πρώτου βαθμού με καρκίνο του μαστού, ο κίνδυνος αυξάνεται ακόμα περισσότερο.

Όλες οι μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες που η μητέρα τους ή η αδερφή τους εμφάνισε καρκίνο του μαστού έχουν διπλάσια ως τριπλάσια πιθανότητα να προσβληθούν και οι ίδιες από καρκίνο του μαστού. Ο κίνδυνος είναι ακόμα μεγαλύτερος, αν αυτή η πρώτου βαθμού συγγενής έχει προσβληθεί σε μικρή ηλικία ή αν η νόσος ήταν αμφοτερόπλευρη. Αν η μητέρα ή η αδερφή πέρασε καρκίνο μετεμμηνοπαυσιακά, οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου είναι μία και μισή φορά περισσότερες. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε προεμμηνοπαυσιακά τότε αυτές φτάνουν τις τρεις φορές.

Από διάφορες μελέτες προκύπτει ότι υπάρχει 5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης πρωτοπαθούς καρκίνου στον άλλο μαστό, σε γυναίκες που έχουν εμφανίσει καρκίνο του μαστού στο παρελθόν.

Τέλος έχουν ενοχοποιηθεί ο πρωτοπαθής καρκίνος της ωοθήκης, του ενδομητρίου και του παχέος εντέρου, για διπλασιασμό της πιθανότητας ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. (Φύσσας 2006)

Το σωματικό βάρος

Οι γυναίκες που εμφανίζουν αύξηση του σωματικού τους βάρους σε οποιαδήποτε στιγμή μετά την ηλικία των 18 ετών, έχουν περισσότερες πιθανότητες να ασθενήσουν από καρκίνο στο μαστό σε σχέση με γυναίκες που διατηρούν σταθερό το σωματικό τους βάρος, σύμφωνα με νέα έρευνα.

Ο επικεφαλής της έρευνας, Jiyoung Ahn, σημειώνει ότι η αύξηση του σωματικού βάρους κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής καθώς και σε συγκεκριμένες περιόδους συσχετίζονταν με κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στο μαστό σε σχέση με τη διατήρηση του βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα. Οι συγκεκριμένες περιόδους περιλαμβάνουν τα πρώτα χρόνια της αναπαραγωγικής ηλικίας, τα τελευταία της ίδια περιόδου και τα χρόνια γύρω και μετά την εμμηνόπαυση.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος γυναίκες που δεν ακολουθούσαν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης.

Ο Dr. Jay Brooks, αιματολόγος- ογκολόγος του Baton Rouge, πώς τα ευρήματα της έρευνας αποτελούν ακόμα μια ένδειξη σχετικά με τη σημασία της αύξησης του σωματικού βάρους στην εμφάνιση καρκίνου στο μαστό.

Η παχυσαρκία θεωρείται παράγοντας κινδύνου για καρκίνο στο μαστό κατά τα χρόνια μετά την εμμηνόπαυση, πιθανών λόγω συσσώρευσης των οιστρογόνων στο λιπώδη ιστό. Ωστόσο, παραμένει ασαφές αν η χρονική στιγμή της αύξησης του βάρους θα μπορούσε να επηρεάζει τον κίνδυνο.

Στη νέα έρευνα, οι επιστήμονες ανέλυσαν στοιχεία 100.000 γυναικών μετά την εμμηνόπαυση. Στην έναρξη της έρευνας, το 1996, οι γυναίκες ανέφεραν το βάρος τους και διαστάσεις του σώματος τους στις ηλικίες των 18, 35 και 50 ετών. Στη συνέχεια κατηγοριοποιήθηκαν με βάση τον ΔΜΣ ως χαμηλού βάρους, φυσιολογικού, υπέρβαρες και παχύσαρκες.

Οι γυναίκες που είχαν φυσιολογικό ή χαμηλότερο σωματικό βάρος στην ηλικία των 18, αλλά στα 35 και 50 ήταν υπέρβαρες ή παχύσαρκες είχαν περισσότερες πιθανότητες κατά 1,4 φορές να νοσήσουν από καρκίνο στο μαστό σε σύγκριση με τις γυναίκες που είχαν διατηρήσει το σωματικό τους βάρος φυσιολογικό. Οι γυναίκες που στη συνέχεια έχασαν κιλά είχαν τον ίδιο κίνδυνο με αυτές που διατήρησαν το βάρος τους σε φυσιολογικά επίπεδα.

(http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=3081)

3.2 Ορμονικοί παράγοντες

Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, η λήψη ορμονικής αντισύλληψης συνδέεται με αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Εντούτοις σειρά από μελέτες που μέχρι σήμερα έχουν αντικείμενο τη συσχέτιση λήψης αντισυλληπτικών δισκίων και καρκίνου μαστού δεν απέδειξαν θετική συσχέτιση.

Αντίθετα διαπιστώθηκε ότι υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης της νόσου σε ορισμένες υπό-ομάδες γυναικών, όπως σε αυτές που παρουσιάζουν και δεύτερο σημαντικό παράγοντα κινδύνου, όπως επίσης σε γυναίκες που έκαναν χρήση της αντισύλληψης σε πολύ μικρή ή πολύ μεγάλη ηλικία.

Ακόμα φαίνεται να ενοχοποιείται η λήψη των συνδυασμένων αντισυλληπτικών χαπιών, όταν λαμβάνονται για μεγάλο χρονικό διάστημα από γυναίκες που δεν έχουν αποκτήσει παιδί.

Όσον αφορά την παρατεταμένη χορήγηση ορμονών υποκατάστασης σε γυναίκες πριν και μετά την εμμηνόπαυση, φαίνεται ότι μια τέτοια χρήση μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Πάντως ο κίνδυνος αυτός μειώνεται όταν περάσουν δέκα χρόνια από τη διακοπή των αντισυλληπτικών χαπιών.

Ο συνδυασμός οιστρογόνων με προγεστερόνη ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού και θεωρείται σαν η ασφαλέστερη μέθοδος στη θεραπεία υποκατάστασης. (Πινακίδης - Μπούτης 1993)

3.3 Ιδιοσυστασιακοί παράγοντες

Εμμηνορρυσιακοί και αναπαραγωγικοί παράγοντες

Η πρόωγη έναρξη της εμμήνου πριν την ηλικία των 12 χρόνων και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση μετά την ηλικία των 50 χρόνων φαίνεται να σχετίζονται με διπλασιασμό της πιθανότητας προσβολής από τη νόσο. Και στις δυο περιπτώσεις φαίνεται να ενοχοποιείται η αυξημένη χρονική διάρκεια των μονοφασικών κύκλων.

Η νεαρή ηλικία (<20 ετών) της γυναίκας στην πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσύνη φαίνεται να παίζει προστατευτικό ρόλο κατά την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Η προστατευτική αυτή επίδραση διατηρείται για όλη τη μετέπειτα ζωή και δεν έχει σχέση με τις λοιπές τελειόμηνες εγκυμοσύνες, ανεξάρτητα από τον αριθμό τους και την ηλικία στην οποία πραγματοποιήθηκαν.

Αντίθετα, ενοχοποιητικό παράγοντα αποτελεί η ατεκνία και η απόκτηση του 1^{ου} παιδιού μετά την ηλικία των 35 χρόνων, όπου η πιθανότητα προσβολής από τη νόσο τριπλασιάζεται. Πιστεύεται ακόμα σήμερα ότι η τεχνική διακοπή της πρώτης εγκυμοσύνης κατά το πρώτο τρίμηνο, σε νεαρές γυναίκες αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα, ίσως επειδή ο αρχικός πολλαπλασιασμός των κυττάρων δεν ακολουθείται από διαφοροποίηση. (Λώκης 1998)

Θηλασμός

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

Όταν μια γυναίκα κάνει παιδιά οι πιθανότητες της να παρουσιάσει καρκίνο του μαστού είναι λιγότερες από τις γυναίκες που δεν κάνουν παιδιά. Έχει υπολογιστεί ότι για κάθε παιδί που κάνει μια γυναίκα, ο κίνδυνος της να παρουσιάσει καρκίνο του μαστού μειώνεται κατά 7%. Επιπρόσθετα για κάθε χρόνο θηλασμού που προσφέρει στα παιδιά της κερδίζει ακόμη μια μείωση του κινδύνου για εκδήλωση καρκίνου του μαστού, της τάξης του 4,3%.

Στις ανεπτυγμένες χώρες, οι γυναίκες εκτός από το γεγονός ότι κάνουν λιγότερα παιδιά, επιπρόσθετα η συνολική διάρκεια θηλασμού που προσφέρουν στα παιδιά τους είναι μειωμένη.

Λόγω αυτών των δύο βασικών παραγόντων η συχνότητα του καρκίνου του μαστού στις ανεπτυγμένες χώρες είναι πολύ ψηλή σε σύγκριση με τις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες όπου οι γυναίκες κάνουν περισσότερα παιδιά και τα θηλάζουν για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα.

Τα δεδομένα που αναφέρουμε πιο πάνω τεκμηριώνονται από μια πολύ μεγάλη πρόσφατη ανάλυση 47 επιδημιολογικών ερευνών που αφορούσε 50.302 γυναίκες με καρκίνο του μαστού και 96.973 άλλες γυναίκες.

Σύμφωνα λοιπόν με τα συμπεράσματα, εάν οι γυναίκες θηλάζαν για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα τα παιδιά τους, θα είχαμε χιλιάδες λιγότερους θανάτους από καρκίνο του μαστού.

Οι θάνατοι από την φοβερή αυτή ασθένεια θα ήταν ακόμη λιγότεροι εάν οι γυναίκες έκαναν και περισσότερα παιδιά απ' ότι σήμερα.

(http://www.medlook.net/article.asp?item_id=432)

3.4 Ατομικές συνήθειες

Διατροφή και λίπη

Το θέμα της διατροφής σαν σημαντικός παράγοντας έχει πολυσυζητηθεί. Από εργαστηριακές μελέτες παρατηρήθηκε ότι, τα ποντίκια τα οποία σιτίζονται με τροφές πλούσιες σε λίπη, εμφανίζουν υψηλή συχνότητα καρκίνου του μαστού. Πάλι από εργαστηριακές μελέτες αναφέρεται ότι ανεξάρτητα από το πλούσιο ή μη των λιπών, η υψηλή συνολική κάλυψη απεδείχθη σαν αίτιο αύξησης της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Η χορήγηση υψηλής ποσότητας λιπών / θερμίδων είναι γεγονός ότι παρουσιάζει αύξηση της διέγερσης στην εξέλιξη του όγκου του μαστού στα πειραματόζωα. Συμβαίνει όμως το ίδιο και στον άνθρωπο. Τα αποτελέσματα των τελευταίων ετών προσανατολίζονται στο ότι, η ελάττωση του λίπους, η σημαντικότερη της ολικής θερμιδικής ποσότητας προκαλεί μια δυναμική καταστολή στην εξέλιξη του καρκίνου του μαστού στον άνθρωπο.

Οι δίαιτες οι οποίες είναι πλούσιες σε λίπη επιδρούν διεγερτικά επί της εξέλιξης του όγκου, πράγμα που εν μέρει σχετίζεται με το θερμιδικό μηχανισμό. Ενδεχομένως ο περιορισμός των θερμίδων να δρα σε κυτταρικό επίπεδο με αποτέλεσμα την εμφάνιση ενεργειακής ανεπάρκειας, η οποία επιφέρει σχετική ελάττωση στην παραγωγή κυττάρων. (Αποστολίδης 1998)

Διατροφή και καρκινογόνα συμπλέγματα

Οι άνθρωποι με τη σίτιση τους λαμβάνουν καρκινογόνα συμπλέγματα. Επί παραδείγματι είναι γνωστό ότι, τα ψητά ή τα τηγανητά ψάρια περιέχουν μεταλλακτικές ετεροκυκλικές αμίνες. Έχει διαπιστωθεί ότι οι ετεροκυκλικές αμίνες στα πειραματόζωα οδηγούν στο καρκίνο του μαστού. Πιστεύεται ότι οι ουσίες αυτές παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανθρώπινη καρκινογένεση. Εξ' άλλου από μακρού

υποστηρίζεται ότι οι αντιοξειδωτικές βιταμίνες C, E και Αελαττώνουν τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού. Η άποψη αυτή, βέβαια, δεν βασίζεται σε προγραμματισμένες μελέτες. (Αποστολίδης 1998)

Διατροφή και παχυσαρκία

Η παχυσαρκία και ο τρόπος διατροφής συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου μαστού. Σε χώρες με ημερήσια κατανάλωση δεν ξεπερνά τα 50 γραμμάρια.

Το αυξημένο σωματικό βάρος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Μετά την εμμηνόπαυση το κύριο κυκλοφορούν οιστρογόνο είναι πλέον η οιστρόνη αντί της οιστρηδιόλης. Η οιστρόνη παράγεται στον εγκέφαλο, στο ήπαρ και στο περιφερικό λιπώδη ιστό με αρωματοποίηση της ανδροστενδιόνης των επινεφριδίων. Η παχυσαρκία σχετίζεται όχι μόνο με την αυξημένη παροχή ανδροστενδιόνης από τα επινεφρίδια αλλά και με αυξημένη μετατροπή της σε οιστρόνη στο περιφερικό λίπος. Με αυτό λοιπόν το μηχανισμό θεωρείται ότι η παχυσαρκία πιθανώς προάγει την ανάπτυξη ορμονοευαίσθητων όγκων όπως ο καρκίνος του μαστού.

Συμπερασματικά δίαιτα με λίπη και ζωικές ίνες ή παχυσαρκία αποτελούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου. Αντίθετα τροφή πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και σε φυτικές ίνες αποτελούν προστατευτικό παράγοντα.

Σύγχρονες μελέτες δείχνουν ότι η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού είναι πολύ μεγαλύτερη στις χώρες της Β. Ευρώπης με μεγάλη κατανάλωση κεκορεσμένων λιπαρών.

Χώρες όπως η Αγγλία, η Δανία έχουν διπλάσια ποσοστά θνητότητας από τη νόσο από τις χώρες όπως η Ισπανία ή η Ελλάδα. Αυτό που προβληματίζει τους επιδημιολόγους είναι ότι η κατανάλωση λιπών έχει αυξηθεί ακόμα και σε χώρες που δείχνουν χαμηλά ποσοστά θνητότητας από τη νόσο. (Πινακίδης –Μπούτης 1993)

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. Επειδή τα επιδημιολογικά στοιχεία είναι λιγοστά στο εν λόγω θέμα, ερευνητές από τον Καναδά, την Πολωνία, το Ισραήλ και τις Ηνωμένες Πολιτείες, εξέτασαν σε 1690 γυναίκες τη σχέση μεταξύ κατανάλωσης καφέ και κινδύνου για καρκίνο του μαστού. Οι γυναίκες αυτές είχαν ψηλό κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. Είχαν όλες μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA1 ή BRCA2. Οι μεταλλάξεις των γονιδίων αυτών, αυξάνουν τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού.

Τα αποτελέσματα έδειξαν:

ο 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.

ο 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.

ο 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.

Η προστατευτική δράση του καφέ παρατηρήθηκε μόνο στις γυναίκες που είχαν μεταλλάξεις στο γονίδιο BRCA1 και όχι στο γονίδιο BRCA2.

Η προστατευτική δράση παρατηρήθηκε μόνο με την κατανάλωση καφέ με καφεΐνη και όχι αυτού χωρίς καφεΐνη.

Οι ερευνητές συμπέραναν ότι η υψηλή κατανάλωση καφέ σε γυναίκες με παθολογικά γονίδια που αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, δεν είναι βλαβερή.

Μάλιστα είναι πιθανόν ότι η κατανάλωση καφέ, σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο για τον εν λόγω καρκίνο εξαιτίας των φυτοοιστρογόνων που ο καφές περιέχει.

(http://www.health.eportal.gr/health/karkinos/12337oz_2006080612337.php3)

Αλκοόλ

Η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο των γυναικών για καρκίνο του μαστού. Για κάθε αλκοολούχο ποτό που καταναλώνεται καθημερινά από τις γυναίκες, αυξάνεται ο κίνδυνος εκδήλωσης καρκίνου του μαστού κατά 6%. Επιπρόσθετα, η κατανάλωση αλκοόλ είναι υπεύθυνη για την πρόκληση του 4% των καρκίνων του μαστού που καταγράφονται στις ανεπτυγμένες χώρες. Οι γυναίκες πίνουν όλο και περισσότερο αλκοολούχα ποτά. Εάν το φαινόμενο αυτό συνεχιστεί, τότε υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες να αυξηθούν και τα περιστατικά καρκίνου του μαστού που οφείλονται στο αλκοόλ.

Το **Cancer Research UK**, που είναι μια από τις πλέον αναγνωρισμένες επιστημονικές οργανώσεις για την έρευνα στον καρκίνο στο Ηνωμένο Βασίλειο, πραγματοποίησε έρευνα στην οποία συμπεριλήφθηκε το 80% του συνόλου των πληροφοριών που υπάρχουν παγκοσμίως σχετικά με τον καρκίνο μαστού και αλκοόλ. Τα στοιχεία που εξετάστηκαν αφορούσαν 150.000 γυναίκες από διάφορες χώρες του κόσμου.

Το γεγονός ότι οι νεαρές γυναίκες πίνουν περισσότερα αλκοολούχα ποτά σήμερα παρά στο παρελθόν, αυξάνει τις ανησυχίες για περισσότερους καρκίνους του μαστού.

Σε μια άλλη έρευνα μελετήθηκαν 90.000 Αμερικανίδες νοσοκόμες. Βρέθηκε ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου μαστού ήταν 30% μεγαλύτερος για τις αδερφές που έπιναν 5-15 gr. Αλκοόλ την ημέρα και έφθανε το 60% στις αδερφές που έπιναν περισσότερο. Αυτό μάλλον οφείλεται στο ότι το οινόπνευμα, όπως και τα οιστρογόνα, αποσυντίθενται στο ήπαρ (συκώτι).

Το οινόπνευμα προκαλεί βλάβη στα ηπατικά κύτταρα και αυτά δυσκολεύονται να αποσυνθέσουν και να αποβάλλουν τα οιστρογόνα. Έτσι οι γυναίκες αυτές έχουν αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων στο αίμα.

(http://www.medlook.net/article.asp?item_id=963)



Εικόνα 3.1

Κάπνισμα

Μέχρι τώρα γνωρίζαμε ότι το κάπνισμα αποτελεί τον κυριότερο επιβαρυντικό παράγοντα για την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα. Το κάπνισμα προκαλεί γενετικές βλάβες στα κύτταρα και τα μετατρέπει σε καρκινικά. Σύμφωνα όμως με ερευνητικά δεδομένα που πρόσφατα είδαν το φως της δημοσιότητας, το κάπνισμα αποτελεί επίσης παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο του στήθους. Συγκεκριμένα, ορισμένες ουσίες που περιέχονται στον καπνό, όπως οι υδρογονάνθρακες, οι αρωματικές αμίνες και οι νιτροζαμίνες, μεταβολίζονται στα κύτταρα του στήθους και ευθύνονται για τη δημιουργία μεταλλάξεων στο DNA.

Είναι όμως αξιοσημείωτο ότι το κάπνισμα παρουσιάζει και αντιοιστρογονική δράση, επειδή περιορίζει το σχηματισμό οιστρογόνων στο λιπώδη ιστό.

Ο συνδυασμός, λοιπόν, των αντικρουόμενων συνεπειών του καπνίσματος, δηλαδή της καρκινογενετικής και της αντιοιστρογονικής δράσης επηρεάζει διαφορετικά τις νεότερες γυναίκες από εκείνες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση. (Stricker 2007)



Εικόνα 3.2

3.5 Εξωγενείς παράγοντες

Ιονίζουσα ακτινοβολία

Η υψηλή δόση ακτινοβολίας στο μαστό ενοχοποιείται για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Αυτό επιβεβαιώθηκε για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Αυτό επιβεβαιώθηκε από παρατηρήσεις αφενός σε γυναίκες που εκτέθηκαν σε ακτινοβολία στη Χιροσίμα και το Ναγκασάκι και αφετέρου σε γυναίκες, που λόγω φυματίωσης, υποβλήθηκαν σε επανειλημμένες ακτινοσκοπήσεις πνευμόνων. (Λώκης 1998)

Ψυχολογικοί παράγοντες

Από τότε που ο G. Engel δημοσίευσε το 1977 στο περιοδικό Science την πρότασή του για ένα νέο ιατρικό μοντέλο, το οποίο ονόμασε βιοψυχοκοινωνικό σε αντιδιαστολή με το ισχύον βιοιατρικό, αυξήθηκε πολύ το ενδιαφέρον για μια ολιστική προσέγγιση των ατόμων που ασθενούν. Δεδομένου ότι ο άνθρωπος είναι μέρος ενός ευρύτερου συστήματος, η αποτελεσματική θεραπεία πρέπει να απευθύνεται ταυτόχρονα και στις τρεις διαστάσεις, δηλαδή και στην βιολογική και στην ψυχολογική και στην κοινωνική. Η ανάγκη αυτή είναι φανερό ότι γίνεται πιο

επιτακτική σε νοσήματα που όπως ο καρκίνος, έχουν πολλές φορές άσχημο αποτέλεσμα ή/και σχετικά μακροχρόνια πορεία.

Η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα που δυνητικά μπορεί να προκαλέσει τον θάνατό της, αλλά και με την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματός της που συμβολίζει δυο από τις πιο σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της : την μητρότητα και την ερωτική της υπόσταση. Το τελευταίο έχει ιδιαίτερη σημασία, αν αναλογιστεί κανείς ότι ο καρκίνος του μαστού είναι πιο συχνός σε μια ηλικία που και άλλοι παράγοντες (πχ. εμμηνόπαυση, φυσιολογική γήρανση) επιδρούν αρνητικά στην αίσθηση θηλυκότητας και ελκυστικότητας που αισθάνονται και νιώθουν οι γυναίκες.

Κάθε άνθρωπος, όταν έρχεται αντιμέτωπος με ένα δυνητικά θανατηφόρο νόσημα προσπαθεί να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση με σκοπό να μπορέσει να χρησιμοποιήσει όλες τις εφεδρείες που έχει ώστε να αντιμετωπίσει καλύτερα τον κίνδυνο για την ζωή του. Όλοι οι άνθρωποι δεν τα καταφέρνουν το ίδιο καλά και αυτό φαίνεται να έχει σχέση με τα εγγενή χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους . Άλλοι κατορθώνουν γρήγορα να προσαρμοστούν με τα καινούρια δεδομένα της ζωής τους, άλλοι αργούν περισσότερο και άλλοι δεν το κατορθώνουν ποτέ. Εκτεταμένες έρευνες πάνω στους τρόπους αντιμετώπισης των σοβαρών νοσημάτων έχουν δείξει ότι οι κύριοι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται για την προσαρμογή είναι οι ακόλουθοι :

α) Άρνηση (Denial). Το άτομο που νοσεί αρνείται ενεργητικά κάθε ένδειξη που συνηγορεί ότι πάσχει από σοβαρό νόσημα. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού π.χ., αρνείται κατηγορηματικά την διάγνωση, ενώ δικαιολογεί την χειρουργική επέμβαση με λόγια όπως : "δεν ήταν κάτι σοβαρό, απλώς έβγαλαν το στήθος για λόγους προληπτικούς". Οι γυναίκες αυτές δεν μιλούν ποτέ από μόνες τους για το θέμα και κλείνουν γρήγορα την συζήτηση όταν αναφερθεί από κάποιον άλλον.

β) Μαχητικότητα (Fighting Spirit). Η ασθενής είναι αποφασισμένη να πολεμήσει και να νικήσει. Κρατάει θετική στάση και ελπίζει και συνήθως ψάχνει μόνη της για να συλλέξει όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί σχετικά με το νόσημά της και την αντιμετώπισή του. Συνήθως ρωτούν τον γιατρό τους για να μάθουν λεπτομέρειες για την κατάστασή τους, ή άλλες φίλες τους που τυχαίνει να πάσχουν από το ίδιο νόσημα, και μπορεί να αισθάνονται τυχερές που το "ανακάλυψαν γρήγορα".

γ) Στωική αποδοχή (Stoic Acceptance). Οι ασθενείς αυτές δέχονται την διάγνωση. Δεν αναζητούν πληροφορίες γι' αυτήν εκτός αν προκύψουν καινούρια συμπτώματα και γενικά συνεχίζουν να ζουν όπως πρώτα χωρίς να ασχολούνται ιδιαίτερα με το νόσημά τους.

δ) Αποδοχή με συνοδό άγχος/θλίψη (Anxious/depressed Acceptance). Οι ασθενείς αυτές αντιδρούν στην διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή/και θλίψη. Όπως και οι γυναίκες με μαχητικό πνεύμα, επιδιώκουν ενεργητικά να μάθουν όσες περισσότερες πληροφορίες μπορούν, αλλά αντίθετα από τις πρώτες έχουν την τάση να τις ερμηνεύουν με τρόπο αρνητικό και απαισιόδοξο. Πάντως, είναι ικανές να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές δραστηριότητές τους.

ε) Απελπισία Αβοηθητότητα (Hopeless Helpless). Οι γυναίκες αυτές φαίνεται να έχουν κυριευτεί απόλυτα από την διάγνωση. Θεωρούν ότι είναι συνεχώς άρρωστες είτε έχουν είτε δεν έχουν συμπτώματα, και μερικές φορές ενεργούν σα να πρόκειται να καταλήξουν άμεσα. Η καθημερινή τους λειτουργικότητα είναι απόλυτα επηρεασμένη και αποδιοργανωμένη.

Διάφορες εργασίες έχουν δείξει ότι η προσαρμογή στον καρκίνο του μαστού δεν είναι στατική αλλά μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου από την στιγμή της διάγνωσης. Η εργασία των Morris και συν. (1977) έδειξε ότι πάνω από τις μισές γυναίκες προσαρμόζονται από την αρχή χρησιμοποιώντας αυτό που ονομάστηκε πιο πάνω στωική αποδοχή. Ένα ποσοστό περίπου 15% αντιδρά με άρνηση και ένα άλλο

15% αντιδρά με μαχητικότητα. Μία στις δέκα γυναίκες περίπου μπορεί να αντιδράσει με αβοηθητικότητα ή/και απελπισία ενώ λιγότερες, αντιδρούν με άγχος/θλίψη. Ένα έως δύο χρόνια μετά την διάγνωση μειώνονται αισθητά οι γυναίκες με μαχητικότητα και άρνηση, και έτσι επτά στις δέκα εμφανίζουν στωική αποδοχή, μηχανισμός που αποτελεί τον κυρίαρχο τρόπο προσαρμογής και αντιμετώπισης των περισσότερων καρκίνων.

Εκτεταμένες έρευνες έχουν γίνει τα τελευταία 15 χρόνια για να διαπιστωθεί εάν ο τρόπος αντιμετώπισης της νόσου καθώς και άλλες πτυχές της προσωπικότητας των ασθενών μπορούν να επηρεάσουν την επιβίωση και την πρόγνωση. Τα συμπεράσματα μπορούν να συνοψισθούν ως εξής:

§ Οι ασθενείς που τρεις μήνες μετά την χειρουργική θεραπεία για καρκίνο του μαστού πρώιμου σταδίου αντιμετωπίζουν τη νόσο με τη μέθοδο της άρνησης, φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ελεύθερο νόσου.

§ Οι ασθενείς, που τρεις μήνες μετά την χειρουργική θεραπεία καρκίνου πρώιμου σταδίου εμφανίζουν μαχητικότητα, φαίνεται να έχουν επίσης καλύτερη πρόγνωση, αν και το εύρημα αυτό δεν έχει αναπαραχθεί από όλους τους ερευνητές.

§ Οι ασθενείς με απελπισία ή/και αβοηθητικότητα εμφανίζουν σταθερά σε όλες τις εργασίες πιο άσχημη πρόγνωση.

§ Σε ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου, οι ψυχολογικοί παράγοντες αντιμετώπισης δεν φαίνεται να επηρεάζουν την επιβίωση. Στην ομάδα αυτή των ασθενών οι βιολογικοί παράγοντες φαίνεται να έχουν τον κύριο ρόλο σχετικά με την επιβίωση.

Πολλοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει να διερευνήσουν τους μηχανισμούς με τους οποίους οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στην πορεία του καρκίνου του μαστού. Ιδιαίτερα έχουν μελετηθεί οι πιθανοί ανοσολογικοί μηχανισμοί που μπορεί να μεσολαβούν. Δύο τέτοιοι μηχανισμοί, είναι οι ακόλουθοι :

✚ Γυναίκες, που μια εβδομάδα μετά τη μαστεκτομή εμφανίζουν μεγαλύτερη δυσφορία και όχι καλή προσαρμογή εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα των φυσικών κυτταροκτόνων κυττάρων (natural killer cells, NK), και αυτό σχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση.

✚ Γυναίκες που 3 μήνες μετά τη μαστεκτομή χρησιμοποιούν το μηχανισμό της άρνησης εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα ανοσοσφαιρινών IgM σε σχέση με αυτές που χρησιμοποιούν το μηχανισμό της στωικής αποδοχής ή της μαχητικότητας. Η υπόθεση που έχει γίνει είναι ότι οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν την απάντηση του ανοσολογικού συστήματος του ασθενή και είτε να προκαλούν αύξηση των ανοσοσφαιρινών που δεν ενεργοποιούν το συμπλήρωμα (όπως IgG2 και IgG4), γεγονός που μπορεί να εμποδίζει την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, είτε να προκαλούν αύξηση των ανοσοσφαιρινών που ενεργοποιούν το συμπλήρωμα (όπως IgM), γεγονός που μπορεί να βοηθά στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων.

(<http://www.stress.gr/disorder.php?id=18>)

3.6 Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Εθνικοί και κοινωνικοοικονομικοί

Στατιστικά δεδομένα αναφέρουν πως ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στο δυτικό κόσμο απ' ότι στην Ασία και στη Μέση Ανατολή.

Γενικά η συχνότητα στην Ασία και στις τριτοκοσμικές χώρες είναι χαμηλότερη σε σύγκριση με αυτή της Βόρειας Ευρώπης, Αμερικής και πλούσιων χωρών.

Στη Βόρεια Αμερική και στη Βόρειο Ευρώπη εμφανίζεται 5 φορές συχνότερα από ότι στην Ασία και στην Αφρική. Στη Ν. Αμερική και στη Ν. Ευρώπη εμφανίζεται σε μέση συχνότητα. Στην Ολλανδία εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα από όλα τα άλλα κράτη.

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

Εκπαιδευτικοί παράγοντες

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

Παρατηρείται μια τάση να καπνίζουν λιγότερο τα άτομα με περισσότερη εκπαίδευση (μέχρι 7 χρόνια εκπαίδευσης καπνίζουν 49,2% και με πάνω από 7 χρόνια εκπαίδευσης καπνίζουν 30,8%). (Παπανικολάου 1994)

3.7 Μορφολογικοί παράγοντες

Προηγηθείσα βιοψία του μαστού

Μελέτες προοπτικής που έγιναν κατά καιρούς αναφέρουν 2 μέχρι 7 φορές μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, σε γυναίκες με ιστολογικά διαπιστωμένη επιθηλιακή ατυπία, από προηγηθείσα βιοψία του μαστού στο μέλλον.

Παρεγχυματικός τύπος μαστού

Ο παρεγχυματικός ή δυσπλαστικός μαστογραφικός τύπος DY κατά Wolfe είχε ενοχοποιηθεί από το συγγραφέα για μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού. Από μεταγενέστερες παρατηρήσεις όμως, σήμερα πιστεύεται ότι ο ακτινομορφολογικός τύπος του μαστού μόνος του δεν αποτελεί ικανοποιητικό δείκτη για καθορισμό του κινδύνου.

3.8 Άλλοι παράγοντες

Βάρος σώματος

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

Διαιτητικοί παράγοντες

Σύμφωνα με υπολογισμούς, πάνω από το 35% όλων των περιπτώσεων καρκίνου σχετίζονται με διαιτητικούς παράγοντες. Οι δείκτες θνησιμότητας καθώς και επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η επίπτωση ορισμένων καρκίνων είναι χαμηλότερη στην περιοχή της Μεσογείου, όπου το ελαιόλαδο είναι το κύριο διαιτητικό λίπος

Η υψηλή πρόσληψη ελαιόλαδου από ορισμένους Μεσογειακούς πληθυσμούς σχετίζεται με την απουσία κινδύνου ή με μειωμένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, παρά το γεγονός ότι η συνολική πρόσληψη λιπαρών είναι υψηλή.

Συγκριτικές πληθυσμιακές μελέτες ενοχοποιούν την αυξημένη κατανάλωση ζωικού λίπους και κρέατος ως παράγοντα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Η άποψη ότι οι διαιτητικοί παράγοντες επηρεάζουν τη στάθμη, τη σύνθεση και το μεταβολισμό των οιστρογόνων είναι πλέον γενικότερα αποδεκτή. (Λώκης 1998)

Γενικά νοσήματα

Φαίνεται ότι σε περιοχές που ενδημεί η ιωδοπενική βρογχοκήλη υπάρχει μεγαλύτερη επίπτωση για καρκίνο του μαστού. Ακόμα έχει βρεθεί υψηλό ποσοστό βασεόφιας της υπόφυσης σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού ενώ συγχρόνως αναφέρεται ανίχνευση υψηλών επιπέδων θυροειδοτρόπου ορμόνης. Η μυασθένεια φαίνεται επίσης ότι σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα ΚΜ. Η θυμεκτομή ακολουθεί από μείωση της επίπτωσης. (Αποστολίδης 1998)

Σωματική διάπλαση

Από διάφορες μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι οι παχύσαρκες και ψηλές γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο από ότι οι λεπτές και κοντές.

«Μη ενοχοποιητικοί» παράγοντες

Παράγοντες που παλιότερα είχαν ενοχοποιηθεί για αύξηση του κινδύνου εμφάνισης της νόσου, αλλά που σήμερα θεωρούνται μη ενοχοποιητικοί είναι η διαζεπάμη, η ρεζερπίνη, η βαφή των μαλλιών, οι θυρεοειδοπάθειες κ.α. Τέλος, φαίνεται να παίζει το ρόλο της η χρόνια ψυχική ένταση της γυναίκας, τόσο στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού όσο και στην παρουσίαση υποτροπής μετά από μακρό, ελεύθερο νόσο, μεσοδιάστημα. (Κακλαμάνης –Κάμμας 1998)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΔΙΑΓΝΩΣΗ

4.1 Εξετάσεις διάγνωσης

Λήψη ιστορικού

Πριν ο μαστολόγος εξετάσει την ασθενή του, πρέπει πάντα να της εκμειεύσει ένα πλήρες ιστορικό, έτσι ώστε όταν αρχίσει την εξέταση να έχει ήδη στο μυαλό του τις πιθανότερες διαγνώσεις. Το ιστορικό του μαστού είναι ένα τυποποιημένο ερωτηματολόγιο, που όλες του οι ερωτήσεις έχουν τη σημασία τους και τον υποβοηθητικό τους ρόλο στη διάγνωση.

Περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν το ατομικό, το μαιευτικό και το οικογενειακό ιστορικό, την λήψη ορμονών ή φαρμάκων, την διενέργεια εξετάσεων, επεμβάσεων, βιοψιών ή παρακεντήσεων, καθώς και των τρόπων έναρξης και τη διάρκεια του κύριου συμπτώματος που οδήγησε τη γυναίκα στο γιατρό. Ακόμα και όταν η γυναίκα πηγαίνει στο γιατρό για προληπτική εξέταση, πρέπει πάλι να γίνονται όλες οι ερωτήσεις.

Στη συνέχεια ο γιατρός εξετάζει την ασθενή και συμπληρώνει τα ευρήματα της εξέτασής στο ιστορικό, μαζί με ό,τι οδηγίες ή φάρμακα έδωσε. Οι απαντήσεις πρέπει να φυλάσσονται στο αρχείο ως ατομικός φάκελος της ασθενούς. Έτσι, σε κάθε εξέταση, ο μαστολόγος, αφού ρίξει μια γρήγορη ματιά στο ιστορικό και κάνει τις βασικές ερωτήσεις που αφορούν το νέο κύριο σύμπτωμα, προχωρεί στη νέα εξέταση και ενημερώνει ξανά το φάκελο της ασθενούς ως προς τα νέα ευρήματα. Αν χρειαστεί να παρακάμψει την γυναίκα σε άλλους γιατρούς για εξετάσεις ή θεραπείες, της δίνει ένα πλήρες αντίγραφο του ιστορικού της.

Καλό είναι λοιπόν μια γυναίκα να βρίσκει έναν ειδικό μαστολόγο της εμπιστοσύνης της, που θα έχει το φάκελο του ιστορικού της, να τον επισκέπτεται μια φορά το χρόνο και να μην αλλάζει συνεχώς γιατρό. (Φύσσας 2006)

4.2 Κλινική εξέταση

Τι είναι η αυτοεξέταση των μαστών;

Η αυτοεξέταση του μαστού, δηλαδή το να μάθει μια γυναίκα να εξετάζεται μόνη της, είναι ένα παρεξηγημένο θέμα της Μαστολογίας. Ένας από τους μεγαλύτερους χειρουργούς μαστού στον κόσμο, ο M. Braun, γελούσε κάθε φορά που έβλεπε κάποιο βιβλίο ή περιοδικό να προσπαθεί να μάθει στις γυναίκες πως να αυτοεξετάζονται. <<Πως είναι δυνατόν>>, έλεγε, <<να μάθει μια γυναίκα να εξετάζεται; Εδώ εμείς, που έχουμε εξετάσει χιλιάδες γυναίκες, κι ακόμα, συχνά, στους δύσκολους μαστούς μπερδευόμαστε !>>. Πραγματικά, η εξέταση μαστού δεν είναι καθόλου εύκολη δουλειά.

Είναι γνωστό ότι το 90% των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτονται πρώτα από τις ίδιες τις ασθενείς. Όμως αυτό δεν σημαίνει ότι έμαθαν να αυτοεξετάζονται. Οι περισσότερες από αυτές τις γυναίκες δεν πηγαίνουν τακτικά στο γιατρό για προληπτική εξέταση μαστών, αλλά αντικαθιστούν την ιατρική εξέταση με το να αυτοεξετάζονται. Για να μπορέσουν όμως μόνες τους να πιάσουν έναν όγκο στο μαστό, θα πρέπει αυτός να έχει φθάσει περίπου το μέγεθος καρυδιού. Άρα έχουν ήδη χάσει πολύ χρόνο. Έχει βρεθεί ότι πολλές γυναίκες που αυτοεξετάζονται καθυστερούν μέχρι και δυο χρόνια να αναφέρουν στο γιατρό κάποιο εύρημα από το μαστό τους.

Η αυτοεξέταση, λοιπόν, είναι σπουδαία, όχι όταν γίνεται για να αντικαταστήσει την προληπτική εξέταση μαστών από τον ειδικό μαστολόγο αλλά ως αφορμή για

έκτακτο ραντεβού σε περίπτωση ύποπτου ευρήματος. Πρέπει να γίνεται κάθε μήνα μετά το τέλος της περιόδου. (Φύσσας 2006)

Πότε είναι σωστό να γίνεται;

Σε κάθε γυναίκα, καθώς οι μαστοί αλλάζουν σε μέγεθος όσο πλησιάζουν οι μέρες της περιόδου, μπορεί να εμφανιστεί κάποιο ψηλαφητό ογκίδιο, που μετά την περίοδο να εξαφανισθεί. Γι' αυτό οι καλύτερες μέρες για τις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι μόλις τελειώσει η περίοδος τους έως και μια εβδομάδα μετά. (Φύσσας 2006)

Ποια είναι τα σημεία κινδύνου;

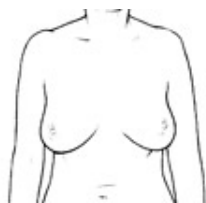
Αλλαγές που σημαίνουν συναγερμό και παραπέμπουν άμεσα στον ειδικό είναι:

- Ψηλάφηση μάζας
- Έκκριση από τη θηλή, άλλη από γάλα
- Πρήξιμο του μαστού
- Ερεθισμός του δέρματος ή εισολκή του
- Αλλοιώσεις από τη θηλή (πόνος, εισολκή, ερυθρότητα, κνησμός)
- Μάζα στη μασχάλη (Μητροπάνος 2008)

Ποια είναι η τεχνική της αυτοεξέτασης;

Στάδιο 1^ο (θέση όρθια)

Σταθείτε όρθια απέναντι από έναν καθρέφτη αρκετά μεγάλο, ώστε να διακρίνετε με ευχέρεια το στήθος σας. Παρατηρείστε με προσοχή τον κάθε μαστό, ψάχνοντας για κάτι ασυνήθιστο: ασυμμετρία, εισολκή του δέρματος, ερυθρότητα, εξανθηματοειδή βλάβη ή έκκριση από τη θηλή.



Επαναλάβετε την επισκόπηση σταυρώνοντας τα δάκτυλά σας και φέρνοντας τα χέρια σας πίσω από το κεφάλι εφαρμόζοντας ελαφρά πίεση προς τα εμπρός.



Τελειώστε την επισκόπηση τοποθετώντας τα χέρια στη λεκάνη σας, σκύβοντας ελαφρά προς τον καθρέφτη και φέρνοντας ώμους κι αγκώνες εμπρός. Ακολουθώντας τα βήματα αυτά θα αισθανθείτε τους μύς του θώρακά σας να σφίγγουν.



Ολοκληρώστε το 1^ο στάδιο της εξέτασης πιέζοντας ελαφρά τη θηλή του μαστού μεταξύ αντίχειρα και δείκτη του χεριού της αντίθετης πλευράς, παρατηρώντας για πιθανή έκκριση από αυτή υγρού (γαλακτώδους, πυώδους, αιμορραγικού, ορώδους). Ελέγξτε τη θηλή προς τα εμπρός κι εκτιμήστε την ευχέρεια κινητικότητάς της, όπως κι ενδεχόμενη ευαισθησία της.



Στάδιο 2^ο (θέση ύπτια)

Ανωμαλίες στην αρχιτεκτονική του μαστού γίνονται πιο εύκολα αντιληπτές σε αυτή τη θέση, καθώς έτσι οι ιστοί απλώνονται στηριζόμενοι στο σκληρότερο θωρακικό τοίχωμα. Ξαπλώστε χαλαρή, φέρνοντας το χέρι πίσω από το κεφάλι, τοποθετώντας προηγουμένως ένα λεπτό μαξιλαράκι κάτω από τον εξεταζόμενο ώμο.



Χρησιμοποιείτε ως εργαλείο ψηλάφησης τις ράγες των 3 μεσαίων δακτύλων του χεριού της αντίθετης από την εξεταζόμενη πλευρά. Ψηλαφίστε σχολαστικά το μαστό σε όλη του την έκταση, ακολουθώντας στερεότυπη πορεία (κυκλική ή γραμμοειδή), ενώ μπορείτε να αλείψετε λοσιόν ή πούδρα στα δάκτυλά σας για να διευκολύνετε την ολίσθηση και να κάνετε πιο ευαίσθητη τη διαδικασία. Πολλές γυναίκες εκτελούν το στάδιο αυτό στο μπάνιο. Αναζητήστε κάποια διόγκωση. Αισθανθείτε τους ιστούς πιέζοντάς τους με τα δάκτυλά σας πάνω στους υποκείμενους μυς, καλύπτοντας μικρή επιφάνεια τη φορά, όσο π.χ. το μέγεθος ενός νομίσματος.



Είναι απαραίτητο να συμπεριλάβετε ολόκληρη την έκταση των μαστών, όπως και να μην παραλείψετε τις μασχάλες, αλλά και τις περιοχές μεταξύ αυτών και των μαστών (ουρά του μαστού), όπου ανευρίσκεται σημαντικό ποσοστό καρκίνων. Αξιολογήστε οποιαδήποτε ψηλαφητή σκληρία ή επώδυνη περιοχή.

Γίνεται αντιληπτό, ότι η συστηματική μηνιαία αυτοεξέταση του μαστού δεν είναι αμελητέα, αλλά ανώδυνος, ανέξοδος κι ακίνδυνος τρόπος επανεκτίμησης της καλής υγείας του στήθους. Είναι υποχρέωση της κάθε γυναίκας να αφιερώνει τόσο λίγο χρόνο μια φορά το μήνα, όταν έτσι μπορεί να συμβάλει, με μια απλούστατη εξέταση ρουτίνας, στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. (Μητροπάνος 2008)

Η κλινική εξέταση μέχρι πρότινος αποτελούσε την πιο σημαντική εξέταση για την ανακάλυψη καρκίνου του μαστού. Σήμερα τη θέση της έχει δώσει στη μαστογραφία, όπου σκοπός του ειδικού είναι η ανακάλυψη καρκίνου του μαστού σε στάδιο υποκλινικό. Ο κλινικά έκδηλος καρκίνος του μαστού έχει χαρακτηρισθεί σημειολογία. Πλην όμως, πρέπει να γίνει σαφές, ότι όσο πιο έκδηλη είναι η κλινική σημειολογία στο μαστό μιας γυναίκας, τόσο μικρότερη η πιθανότητα θεραπείας. Για να εξασφαλιστεί μεγαλύτερη επιβίωση, που να αγγίζει τα όρια της ίασης, ο καρκίνος του μαστού πρέπει να ανακαλύπτεται, όταν είναι μικρότερος του 1εκ. , όπως μας δείχνουν οι καμπύλες επιβίωσης στη Σουηδία, όπου η 12ετής επιβίωση είναι της τάξης του 95-98%. Έτσι ο καρκίνος του μαστού δεν πρέπει να εμφανίζει καμία σημειολογία στην κλινική εξέταση, για να μπορεί να είναι ιάσιμος.

Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού έχει μεγάλη σημασία, διότι τα βασικά στοιχεία που συνθέτουν την προσωπικότητα της εξεταζόμενης, προσανατολίζουν το γιατρό να κατατάξει ή όχι τη συγκεκριμένη περίπτωση στην ομάδα αυξημένου κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού και υποβοηθούν έτσι τη διάγνωση.

Με την επισκόπηση ελέγχεται η συμμετρία και το ύψος των μαστών, το περίγραμμα, η κινητικότητα, το δέρμα, οι θηλές και τυχόν ανωμαλίες πάνω στο δέρμα. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού μπορεί να δημιουργηθεί ανισομαστία, είτε λόγω συρρίκνωσης του ενός μαστού από τη διήθηση των συνδέσμων του Cooper, είτε λόγω διόγκωσης του μαστού από φλεγμονώδη διήθηση, όπως παρατηρείται στον φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού. Το ίδιο ισχύει και για τη θέση που εμφανίζουν οι μαστοί στο θωρακικό τοίχωμα. Στην περίπτωση διήθησης της περιτονίας του μείζονος θωρακικού μυός, έχουμε καθήλωση του ενός μαστού σε σχέση με τον άλλο.

Το περίγραμμα της καμπυλότητας των μαστών μπορεί να εμφανίσει ανωμαλία τύπου εισολκής ή προπέτειας, αν ο καρκίνος τοπογραφικά βρίσκεται στην περιφέρεια του μαστού.

Το δέρμα μπορεί να εμφανίσει εισολκή, εξέλκωση, ερυθρότητα ή διήθηση, δίκην φλοιού πορτοκαλιού. Οι θηλές μπορούν να εμφανίσουν εισολκή από σύμπτυξη οπισθοθηλαίου καρκίνου. Η εισολκή της θηλής πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από την εσωστροφή της θηλής. (Λώκης 1998)

4.3 Εργαστηριακή εξέταση

Τα τελευταία χρόνια, η πρόγνωση των γυναικών με καρκίνο του μαστού φαίνεται να έχει βελτιωθεί σημαντικά, καθώς ο αριθμός των ασθενών που θεωρείται ότι έχουν πλέον ιανθεί αυξάνει συνεχώς, ενώ τόσο η επιβίωση, όσο και η ποιότητα ζωής όλων, όσοι έχουν ασθενήσει, έχουν γίνει πολύ καλύτερες. Αυτή η ευχάριστη εξέλιξη, στο μεγαλύτερο μέρος της δεν οφείλεται σε κάποια νέα θεραπεία, σε κάποιο «μαγικό χάπι». Οφείλεται κυρίως στην έγκαιρη διάγνωση, στο γεγονός δηλαδή ότι ολοένα και πιο πολλές είναι οι γυναίκες στις οποίες η ασθένεια ανακαλύπτεται έγκαιρα, στα αρχικά στάδια.

Επομένως, η καλύτερη και πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, είναι η έγκαιρη διάγνωση του. (Παπανικολάου 1994)

Για να διαγνωστεί έγκαιρα ο καρκίνος του μαστού υπάρχουν οι εξής διαδικασίες :

4.3.1 Μαστογραφία

Η μαστογραφία είναι μια απλή ακτινογραφία των μαστών, μόνο που η δόση της ακτινοβολίας που εκπέμπει είναι πολύ μικρότερη από της συνηθισμένες ακτινογραφίες. Γίνεται με τη βοήθεια ενός ειδικού μηχανήματος που λέγεται μαστογράφος. (Φύσσας 2006)



Εικόνα 4.1 : Μαστογράφος

Ο πιο εξελιγμένος μαστογράφος είναι ο μαμμοτόμος, μας δίνει τη δυνατότητα όχι μόνο να εντοπίσουμε μια ύποπτη μαστογραφικά αλλά απηλάφητη περιοχή του μαστού, αλλά να μπορούμε να πάρουμε και βιοψία από αυτήν, χρησιμοποιώντας μια ειδική χοντρή βελόνα (true cut), με τη διαφορά ότι η βελόνα κατευθύνεται μέσω υπολογιστή από το μαμμοτόμο, που απεικονίζει τη βλάβη στο μαστό.

Σωστό είναι να γίνεται μια μαστογραφία στην ηλικία των 35 ετών, η οποία χρησιμοποιείται ως εξέταση αναφοράς. Από εκεί και πέρα, πρέπει να γίνεται μια μαστογραφία κάθε χρόνο από την ηλικία των 40 ετών. Αν μια γυναίκα έχει μια ή περισσότερες συγγενείς πρώτου βαθμού(μητέρα ή αδερφές) με καρκίνο μαστού, ιδιαίτερα μάλιστα εάν η νόσος είχε εμφανιστεί σε νεαρή ηλικία, καλό είναι να αρχίζει με μια μαστογραφία αναφοράς 5 χρόνια νωρίτερα από την ηλικία που διεγνώσθη η νόσος στη συγγενή.

Όλες οι γυναίκες μπορούν και πρέπει να εξετάζονται κλινικά, κάθε χρόνο μετά τα τριάντα, από ειδικό μαστολόγο.

Δεν γίνεται μαστογραφία από την ηλικία των 25 ετών, γιατί στο 5-10% των νεαρών γυναικών, δεν φαίνεται στη μαστογραφία ένας καρκίνος μαστού, ενώ είναι ψηλαφητός με το χέρι. Αποφεύγετε λοιπόν να χρησιμοποιείτε η μαστογραφία σε πολύ νεαρές γυναίκες, γιατί οι μαστοί τους είναι ακόμα πολύ σφριγηλοί, πυκνοί και

αδιαπέραστοι από τις ακτίνες, πράγμα που καθιστά την εξέταση λιγότερο αξιόπιστη. Στην περίπτωση αυτή οι γιατροί ξεκινάνε τον έλεγχο με υπερηχογράφημα μαστού. Όταν όμως υπάρχει ογκίδιο με ισχυρή υποψία για καρκίνο, τότε θα γίνει και μαστογραφία, ανεξαρτήτως ηλικίας, για να καταλήξουν στην ορθότερη αντιμετώπιση του προβλήματος. (Φύσσας 2006)



κάθε μαστός συμπιέζεται κάθετα και οριζόντια και λαμβάνονται οι ανάλογες λήψεις

Εικόνα 4.2 : Μαστογραφία

Ο ετήσιος μαστογραφικός έλεγχος έχει βρεθεί από μελέτες ότι μειώνει την θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού κατά 24%. Αυτό είναι σημαντικότερο νούμερο, αν αναλογιστούμε ότι ο καρκίνος του μαστού είναι για τις γυναίκες, ο πρώτος σε συχνότητα καρκίνος και αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις Δυτικές κοινωνίες.

Η μαστογραφία αποτελεί την έρευνα που επιτρέπει την καλύτερη και σφαιρικότερη απεικόνιση της μορφολογίας, της δομής και των παθολογικών αλλοιώσεων του μαστού. Είναι ένα διαγνωστικό τεστ με πολύ υψηλή ευαισθησία και ακρίβεια και γι' αυτό η διεξαγωγή του απαιτεί αυστηρά κριτήρια όσον αφορά την τεχνική αλλά και την διαγνωστική του.

Τα διάφορα διαγνωστικά πρωτόκολλα προτείνουν μια μαστογραφία αναφοράς, όπως λέγεται, για να φανεί η υφή και η δομή του μαστού στην ηλικία των 40 χρόνων περίπου, σε ασυμπτωματικές γυναίκες. (Artmann 2006)

Με τη μαστογραφία, μπορεί να ανακαλυφθούν παθήσεις :

α) καλοήθειες : κύστες, αδένωμα μαστού, εκτασία του πόρου, ίνωση πλασματοκυτταρική μαστίτιδα, αποστήματα και σάρκωμα.

β) κακοήθειες : καρκίνωμα και σάρκωμα.

Επίσης, με τη μαστογραφία είναι δυνατόν να διαγνωσθούν και άλλα σημεία κακοήθειας : αποτιτανώσεις, μονόπλευρη ανάπτυξη ή αλλαγή θέσης των αγγείων και του μαστικού αδένα, διάχυτη πάχυνση του δέρματος, εισολκή της θηλής και παραμόρφωση του υποστρώματος του μαστικού αδένα.

Η μεγάλη αξία της μαστογραφίας, έγκειται στην εντόπιση υπόπτων περιοχών πριν ακόμη από την ψηλάφηση ογκιδίου.

Ενδείκνυται σε :

Ανεύρεση συμπαγούς μάζας κατά την κλινική εξέταση, ευκίνητη με καλοήθειες κλινικούς χαρακτήρες. Στη μαστογραφία, συνήθως απεικονίζεται ως σκίαση, ομότιμη, ομαλή με σαφή όρια. Σε αυτήν εκτελείται παρακέντηση με την οποία επιδιώκεται διαφορική διάγνωση μεταξύ συμπαγούς μάζας και κύστης.

1. Σε πολυεστιακές ογκικές εξεργασίες στο μαστό.
2. Σε προηγούμενη βιοψία μαστού.
3. Σε περιπτώσεις εκκρίσεως από το μαστό ή εισολκής της θηλής χωρίς να διαπιστώνεται ογκική επεξεργασία στο μαστό κατά την κλινική εξέταση.
4. Σε ασθενή με καρκίνο στο μαστό γίνεται έλεγχος και στον άλλο μαστό.

5. Σε άτομα με υπερμεγέθεις λιπώδεις μαστούς στα οποία με την ψηλάφηση δεν μπορεί να τεθεί σαφής διάγνωση.
6. Σε ανεύρεση μασχαλιαίων αδενικών μεταστάσεων άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας.
7. Σε άτομα με καρκινοφοβία.
8. Για τον έλεγχο του θεραπευτικού αποτελέσματος άλλων μεθόδων σε ανεγχείρητους καρκίνους του μαστού.
9. Σε ινοκυστική μαστοπάθεια προληπτικά, αν παραδεχθούμε, πως αυτή αποτελεί έδαφος, πάνω στο οποίο μπορεί ευκολότερα να αναπτυχθεί καρκίνος.
10. Σε τοπικό άλγος του μαστού, που δεν συνοδεύεται από όγκο.
11. Σε ψηλαφητούς λεμφαδένες της μασχάλης, όταν η κλινική εξέταση δεν απέδειξε την ύπαρξη όγκου.

Αντενδείκνυται σε :

1. Γυναίκες ηλικίας κάτω των 18 ετών γιατί οι μαστοί σ' αυτή την ηλικία είναι ακτινοευαίσθητοι.
2. Έγκυες, για τον κίνδυνο της ακτινοβολίας, και γιατί, λόγω της υπερτροφίας των μαστών, τα μαστογραφικά ευρήματα δεν είναι ικανοποιητικά, όπως δεν είναι ικανοποιητικά και κατά τη διάρκεια τη; λοχείας.

Η μαστογραφία είναι ανώδυνη και αναίμακτη ακτινοβολική μέθοδος και δεν χρειάζεται έγχυση σκιαγραφικού μέσου για την απεικόνιση του μαζικού αδένου.

Δεν υπάρχει κίνδυνος καρκινογένεσης από την μαστογραφία, δεδομένου ότι η δόση της ακτινοβολίας σήμερα είναι πολύ μικρή με τους νέου τύπου μαστογράφους. Εξάλλου τα φιλμ που χρησιμοποιούνται είναι ακτινοευαίσθητα που σημαίνει μικρός χρόνος έκθεσης στην ακτινοβολία. (Παπανικολάου 1994)

4.3.2 Κυτταρολογικός έλεγχος

Κυτταρολογική εξέταση στο μαστό γίνεται βασικά με τρεις τρόπους:



- στο έκκριμα της θηλής – αν υπάρχει.
- σε υλικό παρακέντησης με λεπτή βελόνα από ψηλαφητό ή μη ογκίδιο. Η παρακέντηση είναι μια διαδικασία απλή και ανώδυνη όπως η λήψη αίματος, με την οποία παίρνουμε υλικό για κυτταρολογική εξέταση από ένα συγκεκριμένο σημείο μέσα στο μαστό που μπορεί να είναι είτε ψηλαφητό ογκίδιο, είτε ακτινολογική ανωμαλία που την έχει εντοπίσει η μαστογραφία και τέλος
- στο αποτύπωμα του ογκιδίου στο χειρουργείο, ή πολύ σπάνια, στο αποτύπωμα από εξωτερική πληγή στο δέρμα ή στη θηλή του μαστού.

Το υλικό που λαμβάνεται με τις παραπάνω μεθόδους αφού επιστρωθεί σε πλακίδιο και χρωματισθεί εξετάζεται στο μικροσκόπιο από τον /την Κυτταρολόγο.

Η Κυτταρολογία θέτει ή επιβεβαιώνει μια διάγνωση. Το γεγονός αυτό είναι πολύ σημαντικό για την ασθενή για να γνωρίζει προεγχειρητικά τι έχει και τι πρόκειται να της γίνει. Αρνητική ή θετική για κακοήθεια, διαφοροποιείται η περαιτέρω αγωγή.

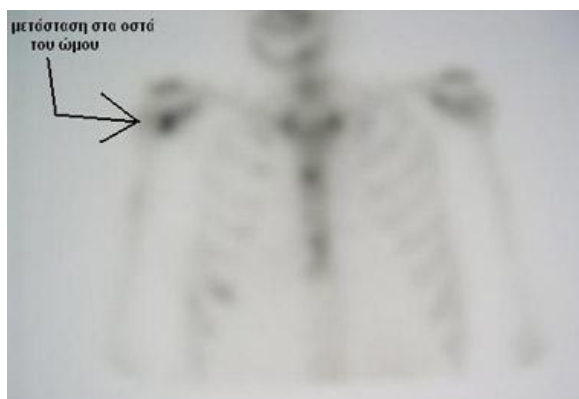
Εκτός όμως από τη διάγνωση, η κυτταρολογική εξέταση σήμερα προσφέρει και στην πρόγνωση του καρκίνου του μαστού με τον προσδιορισμό διαφόρων προγνωστικών παραγόντων. (Ιωαννίδου- Μουζάκα , Pusterla, 1996)

4.3.3 Σπινθηρογραφικός έλεγχος

Είναι μια εξέταση που γίνεται με τη βοήθεια ενός ραδιενεργού φαρμάκου, που χρησιμοποιείται με ενδοφλέβια ένεση στην ασθενή, κυκλοφορεί στο αίμα και προσλαμβάνεται από το όργανο που θέλουμε να εξετάσουμε.

Από εκπέμπει τότε αόρατες ακτίνες, τις οποίες μπορούμε να δούμε με ειδικό μηχάνημα. Έτσι μπορούμε να εκτιμήσουμε το σχήμα και την ομοιογένεια ορισμένων οργάνων και να πιθανολογήσουμε την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων σε αυτά. Στον σπινθηρογραφικό έλεγχο περιλαμβάνεται ο έλεγχος του μαστικού αδένα.

Το σπινθηρογράφημα θεωρείται αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδος, τόσο για την ανακάλυψη ύπαρξης καρκίνου στο μαστό, όσο και μεταστάσεων στο ήπαρ και οστά. Ο συνδυασμός του, όμως, με άλλη διαγνωστική μέθοδο, όπως τη μαστογραφία, ανεβάζει τη διαγνωστική του αξία σε υψηλά επίπεδα. (Φύσσας 2006)



Εικόνα 4.3 : Σπινθηρογραφικός έλεγχος

4.3.4 Υπερηχογραφία

Η υπερηχογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος που βασίζεται στους υπέρηχους, δηλαδή σε ηχητικά κύματα, που έχουν την ικανότητα να εισχωρούν στους ιστούς με σταθερή ταχύτητα και ν' αντανακλώνται σε κάθε επιφάνεια, που χωρίζει δυο διαφορετικούς ιστούς.

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

Μπορεί να επαναλαμβάνεται όσο συχνά χρειάζεται άφοβα. Είναι ανώδυνη, χαμηλού κόστους, γρήγορη, με άμεσα αποτελέσματα. Η εκτέλεση της από ιατρό ακτινολόγο ελαχιστοποιεί τα ψευδώς θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα. (Μαλαχίας 2006)

Ενδείξεις υπερηχογραφίας :

- 1.Ως συμπληρωματική διαγνωστική μέθοδο της μαστογραφίας, όταν υπάρχει ψηλαφητή μάζα στο μαστό μεγαλύτερη από 1εκ., γιατί αν είναι μικρότερη, δύσκολα φαίνεται, όπως δεν φαίνονται και οι μικροεπασβεστώσεις.
- 2.Στη διαφορική διάγνωση καλοήθους από κακοήθη επεξεργασία του μαστού.
- 3.Στη διάκριση των κυστικών αλλοιώσεων του μαστού, από τις συμπαγείς.

4. Στο προληπτικό έλεγχο του μαστού, η υπερηχογράφηση δεν έχει ένδειξη, γιατί όπως αναφέραμε, δεν πιάνει τους αψηλάφητους όγκους, ούτε τις μικροεπασβεστώσεις.
5. Στον έλεγχο νεανικών πυκνών μαστών βοηθάει τη μαστογραφία, που δύσκολα απεικονίζεται σ' αυτή.
6. Στην επιτυχία παρακέντησης όγκου του μαστού, για να αποδειχθεί αν είναι κυστικός ή συμπαγής. Έτσι, αποφεύγεται η ιστοληψία.
7. Στην επιτυχία ανεύρεσης συμπαγούς ιστού μέσα στην κύστη, που μπορεί να είναι κακοήθης. Στην περίπτωση αυτή, η παραμονή ψηλαφητής διόγκωσης θα μπορούσε να αποδοθεί στην ατελή αναρρόφηση του περιεχομένου της κύστης.
8. Στην επιτυχία εισαγωγής βελόνας στο κέντρο αποστήματος του μαστού.
9. Στη διαφοροδιάγνωση μεταξύ φλεγμονής και καρκίνου, σε περίπτωση, που το δέρμα έχει παχυνθεί. (Παπανικολάου 1994)

4.3.5 Θερμογραφία

Η θερμογραφία αποτελεί χρήσιμη εξέταση για τη διάγνωση του καρκίνου μαστού. Γίνεται με υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή, η οποία καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθάει έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης. Πολλές παθήσεις του μαστού, είτε καλοήθειες είτε κακοήθειες, συνδέονται με αυξημένη θερμότητα. Έτσι η θερμογραφία δεν είναι απόλυτος δείκτης του καρκίνου μαστού αλλά θέτει σε συναγερμό το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την πιθανότητα της νόσου. (Κονιάρη 1991)

Το ψηλό λαθεμένο αρνητικό ή θετικό ποσοστό διάγνωσης στον έλεγχο του καρκίνου του μαστού, αποτελεί μεγάλο μειονέκτημα της θερμογραφίας. Για αυτό δεν προτιμάται ως μόνη διαγνωστική μέθοδος, αλλά πάντα συνδυασμένη με μαστογραφία.

Η θερμογραφία θα μπορούσε να αποτελέσει ιδανική μέθοδο προληπτικού ελέγχου του μαστού, γιατί είναι απλή και αβλαβής. Δεν καθιερώθηκε όμως γιατί δεν εντοπίζει όγκους διαμέτρου μικρότερης των 3εκ.

Η διαγνωστική της αξία σχετίζεται με όγκους, που αναπτύσσονται με γρήγορο ρυθμό. Σε όγκους που αναπτύσσονται με αργό ρυθμό οι λαθεμένες της εικόνες είναι πολλές.

Η θερμογραφία, σε συνδυασμό με τη μαστογραφία, μπορεί να εφαρμοστεί προληπτικά σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομία, για τον έλεγχο μετάστασης στον άλλο μαστό.

Το θερμογράφημα παρουσιάζει βασικά τη λειτουργική κατάσταση των μαστών. Η θερμική κατανομή του δέρματος κατοπτρίζει κυρίως την κατάσταση των επιπολής και των εν τω βάθει φλεβών.

Συνθήκες λήψης θερμογραφημάτων

Η νοσηλεύτρια αφού εφαρμόσει την νοσηλευτική φροντίδα από τη προηγούμενη ημέρα, φέρνει την ασθενή στο εξεταστήριο, απελευθερώνει το σώμα από οποιοδήποτε ρούχο από την μέση και πάνω και την αφήνει στο δωμάτιο, θερμοκρασίας 18-21° C, επί 3'-5' min. Τα χέρια της ασθενούς τοποθετούνται στην απαγωγή, ώστε να μην έρχονται σε επαφή με το σώμα.

Πλεονεκτήματα της θερμογραφίας :

- § Η εξέταση είναι εύκολη και αβλαβής. Δεν υπάρχει κίνδυνος από ακτινοβολία.
- § Το θερμογράφημα παραμένει σταθερό σε κάθε γυναίκα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για σύγκριση στο μέλλον.

- § Μπορεί να επαναλαμβάνεται συχνά και ανεξάρτητα από την ηλικία της ασθενούς.
- § Το θερμογράφημα μπορεί να είναι ανώμαλο σε περιπτώσεις που η μαστογραφία είναι αρνητική και όμως υπάρχει καρκίνος.
- § Εκτός από τη διαγνωστική φαίνεται πως έχει και προγνωστική σημασία, γιατί οι θερμότεροι όγκοι έχουν πιο γρήγορη εξέλιξη.

Μειονεκτήματα θερμογραφίας :

- § Όλοι οι καρκίνοι δεν είναι θερμοί.
- § Μπορεί να προκαλέσει άγχος και υστερία σε γυναίκες, λόγω των ψευδών θετικών ευρημάτων.
- § Δεν υπάρχει πάντοτε τοπογραφική αντιστοιχία του καρκίνου με την θέση της ανωμαλίας στο θερμογράφημα. (Παπανικολάου 1994)

4.3.6 Ξηρογραφία

Είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο αντί της φωτογραφικής πλάκας. Κατά την ξηρογραφία παράγεται θετική εκτύπωση με έμφαση στις διάφορες πυκνότητες.

Είναι μέθοδος «ξηρά» και διαφέρει της μαστογραφίας μόνο στον τρόπο επεξεργασίας της εικόνας. Η ξηρογραφία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την ακτινογράφιση των μαλακών ιστών. Ενδείκνυται για την απεικόνιση αγγείων, παραμορφωμένων φλεβών, ινωδών αναπτύξεων οστών και αρθρώσεων. Το ποσοστό της διάγνωσης του καρκίνου σε έμπειρα χέρια με την ξηρογραφία ανέρχεται στο 90%.

Συνήθως λαμβάνονται δυο λήψεις για κάθε μαστό, μια σε κάθετο και μια σε οριζόντιο άξονα. Τελευταία γίνεται μια μόνο λήψη σε λοξό άξονα από πάνω προς τα κάτω και έξω.

Οι διαφορές που παρουσιάζει η ξηρογραφία από την μαστογραφία είναι οι εξής :

- Ø Η ακτινολογική εικόνα είναι πάνω σε χαρτί και η ανάγνωση της πιο εύκολη, χωρίς να χρειάζεται διαφανοσκόπιο.
- Ø Η αντίθεση στα σημεία διαχωρισμού των διαφόρων ανατομικών στοιχείων είναι πιο έντονη.
- Ø Οι μικροασβεστώσεις φαίνονται καλύτερα στην ξηρογραφία και μάλιστα μικρότερου μεγέθους.
- Ø Μάζες στο μαστό φαίνονται καλύτερα στην μαστογραφία.
- Ø Η ξηρογραφία μας δίνει περισσότερες πληροφορίες για τον οπισθομαζικό χώρο και τη μασχάλη.
- Ø Για την ξηρογραφία δεν είναι απαραίτητος ειδικός μαστογράφος, χρειάζονται όμως ειδικές συσκευές για την φόρτιση και την εμφάνιση των πλακών σεληνίου.
- Ø Η ξηρογραφία είναι η πιο σύγχρονη μέθοδος.
- Ø Η ξηρογραφία είναι ανώτερη σε διαγνωστική ακρίβεια παθήσεων του μαστού από τη μαστογραφία κατά 5% περίπου. Η διαφορά είναι μεγαλύτερη σε κακοήθεις παθήσεις. (Κατράκης 2003)

4.3.7 Διαφανοσκόπηση

Η μέθοδος χρησιμοποιείται με μικρή εστία ορατού φωτός μεγάλης ισχύος. Στη μέθοδο χρησιμοποιείται μικρή λυχνία με ορατό φως και έχουμε τη δυνατότητα να βλέπουμε άμεσα το διαφανοσκοπούμενο μαστό, αλλά και η εικόνα διαμέσου ηλεκτρονικού υπολογιστή μεταφέρεται σε οθόνη τηλεοράσεως και απεικονίζεται σε ειδικά φωτογραφικά φιλμ, ευαίσθητα στην υπέρυθη ακτινοβολία.

Η διαφανοσκόπηση του μαστού εξαρτάται από το λίπος και γενικά από την οπτική σύνθεση του δέρματος και του μαζικού αδένα, από την παρουσία κύστεων, αδενωμάτων και νεοπλασιών.

Τόσο οι καλοήθειες όσο και οι κακοήθειες παθήσεις του μαστού, δίνουν διαφορετικά χρώματα στη διαφανοσκόπηση και κάνουν ορατές τις ανωμαλίες των φλεβών. Στις μαστοπάθειες, κυριαρχεί το ερυθρό χρώμα.

Τα ιναδενώματα έχουν καφετί ή βαθύ ερυθρό χρώμα με σαφή όρια, ενώ οι καρκίνοι έχουν χρώμα από καφέ μέχρι βαθύ γκριζό, συχνά με ορατές αγγειακές ανωμαλίες.

Η μέθοδος δεν θεωρείται αξιόπιστη, όταν χρησιμοποιείται μόνη της. Είναι απαραίτητο να συνδυάζεται με μαστογραφία. Ίσως, αργότερα, να βελτιωθεί με τη χρησιμοποίηση ακτίνων laser και να καθιερωθεί ως μέθοδος προληπτικού ελέγχου του μαστού. (Κονιάρη 1991)

4.3.8 Φλεβογραφία

Με αυτήν ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφαγγείων. Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας ενδομυελικής στο κάτω άκρο του στέρνου με γενική νάρκωση. Φυσιολογικά, οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι τους σκιαγραφούνται. Διακοπή της σκιαγράφησης των φλεβών αυτών και ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας είναι ενδεικτικά στοιχεία πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφοαγγείων, χωρίς όμως να αποκλείεται και η ύπαρξη απλής αδενίτιδας, όπως και το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη μεταστάσεων. (Κονιάρη 1991)

4.3.9 Αξονική ηλεκτρονική τομογραφία

Η αξονική ηλεκτρονική τομογραφία του μαστού εκτελείται με τη χρησιμοποίηση ειδικού μαστογραφικού αξονικού τομογράφου. Μπορεί να ανακαλύψει καρκινική εξεργασία, τόσο μικρής διαμέτρου, που δεν μπορεί να την ανακαλύψει μαστογραφία. Ο συνδυασμός της με τη μαστογραφία έχει επιτυχία 100%.



Εικόνα 4.4

Ενδείξεις :

1. Στη διάγνωση κακοήθων παθήσεων του μαστού, στις οποίες διακρίνεται υπερσυγκέντρωση σκιαγραφικής ουσίας.
2. Στην ανίχνευση καρκινικής βλάβης διαμέτρου 23mm, σε πυκνωτικούς μαστούς, εκεί που η μαστογραφία, για να αποδείξει την ύπαρξη της, η βλάβη πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 5mm.
3. Στην ακριβή διάγνωση ινοκυστικής μαστοπάθειας, εκεί που τα μαστογραφικά ευρήματα αμφισβητούνται.
4. Στη διάγνωση καλοήθου όγκου, που μοιάζει με καρκίνο στη μαστογραφία.
5. Στην προληπτική εξέταση των μαστών δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί γιατί απαιτεί υψηλές δόσεις ακτινοβολίας, περισσότερο χρόνο εξέταση και προβλήματα στην απεικόνιση της βλάβης του μαστού. (Φύσσας 2006)



Εικόνα 4.5

4.3.10 Γαλακτοφορογραφία

Γαλακτοφορογραφία είναι η μαστογραφία ή ξηρομαστογραφική απεικόνιση του μαστού, ύστερα από έγχυση υδατοδιαλυτής σκιαγραφικής ουσίας στους εκφορητικούς πόρους του, για τον έλεγχο του εύρους, της διαβατότητας, της τοπογραφίας και του σημείου έμφραξης του πόρου από όγκο, για την ευκολότερη χειρουργική του εξαίρεση.

Για να εντοπισθεί καλύτερα η περιοχή που πάσχει, μπορούμε να προσθέσουμε μέσα στη σκιαγραφική ουσία χρωστική, bleu de methylene. Έτσι, ο χειρουργός αφαιρεί μόνο τον πόρο που πάσχει αποφεύγοντας την εξαίρεση φυσιολογικού μαστικού ιστού.

Η δυσχέρεια καθετηριασμού του πόρου, που πρέπει να ελεγχθεί, δεν επιτρέπει τη συχνή εκτέλεση της γαλακτοφορογραφίας. Έπειτα, οι χαρακτηριστικές αλλοιώσεις, που δείχνονται στο διευρυμένο γαλακτοφόρο πόρο, δεν είναι εύκολο να ερμηνευθούν με ακρίβεια.

Η γαλακτοφορογραφία έχει ένδειξη σε κάθε περίπτωση μαστού που εκκρίνει χωρίς ψηλαφητή διόγκωση.

Ορισμένοι, εκφράζουν το δισταγμό τους στην εκτέλεση της από φόβο πρόκλησης ρήξης του γαλακτοφόρου πόρου, ύστερα από εφαρμογή μεγάλης πίεσης της σκιαγραφικής ουσίας κατά την έγχυση της και από φόβο προώθησης καρκινικών κυττάρων στο αίμα και στα λεμφαγγεία, όταν πρόκειται για καρκίνο, και εφαρμόσουμε μεγαλύτερη πίεση στην έγχυση της σκιαγραφικής ουσίας.

4.3.11 Μαγνητική τομογραφία

Η μαγνητική τομογραφία (MRI) είναι εξέταση νεότερη της αξονικής, μόνο που χρησιμοποιεί μαγνητικό πεδίο και όχι ακτίνες X, όπως η αξονική και άρα δεν εκπέμπει βλαβερή ακτινοβολία.

Τα τελευταία χρόνια μάλιστα η μαγνητική τομογραφία αρχίζει να χρησιμοποιείται και για την εξέταση του ίδιου του μαστού, γιατί δίνει απάντηση σε πολλές αμφίρροπες μαστογραφικές εικόνες. Η χρήση της μαγνητικής ενδείκνυται επίσης σε νέες γυναίκες αυξημένου κινδύνου, σε γυναίκες με πολύ «πυκνούς» μαστούς, όπου η μαστογραφία έχει περιορισμένη διαγνωστική αξία, και σε γυναίκες με ενθέματα σιλικόνης.

Μειονέκτημα της μεθόδου είναι το υψηλό κόστος, περίπου οκταπλάσιο της μαστογραφίας, η μειωμένη διαγνωστική ακρίβεια της μεθόδου και η αδυναμία της απεικόνισης των μικροαποτιτανώσεων. (Φύσσας 2006)



Εικόνα 4.6

4.3.12 Βιολογικοί δείκτες

Από χρόνια παρατηρήθηκε ότι στον ορό αίματος καρκινοπαθών κυκλοφορούν βιολογικά μόρια, όπως είναι τα ένζυμα, σε μεγαλύτερη συγκέντρωση, όταν συγκριθούν με τα ίδια προϊόντα υγιών ατόμων.

Τα βιολογικά αυτά μόρια τα ονομάσαμε βιολογικούς δείκτες.

Από τους βιολογικούς δείκτες, προκειμένου για τον καρκίνο του μαστού, μας ενδιαφέρουν δυο : το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) και η εμβρυϊκή πρωτεΐνη (AFP), που ονομάζονται και «ογκοαναπτυξιακοί δείκτες».

Αυτοί δεν έχουν μόνο μεγάλη διαγνωστική αξία, αλλά μπορούν να βοηθήσουν και στην παρακολούθηση της πορείας της αντικαρκινικής θεραπείας.

Δυστυχώς, όμως, όπως συμβαίνει και με άλλους δείκτες, και αυτοί οι δείκτες εμφανίζονται και εκεί, που δεν υπάρχει καρκίνος.

Από τους δυο δείκτες, αυτός που συχνά χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη είναι το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA). Οι φυσιολογικές τιμές του είναι 2-5mg/ml. Πάνω από 5mg/ml είναι ενδεικτικές μεταστατικής νόσου του μαστού.

Οι τιμές από τον προσδιορισμό του CEA μας βοηθάνε και στην εκτίμηση του βαθμού διαφοροποίησης του όγκου, δηλαδή, ψηλές τιμές του σημαίνουν χαμηλή διαφοροποίηση, και χαμηλές τιμές υψηλή διαφοροποίηση.

4.3.13 Πνευμοκυστεογραφία

Πνευμοκυστεογραφία είναι η μαστογραφική απεικόνιση του μαστού ύστερα από παρακέντηση κύστης, αφαίρεση του περιεχομένου της και εμφύσηση αέρα μέσα στην κοιλότητα της.

Την πνευμοκυστεογραφία την εκτελούμε γιατί η μαστογραφία δεν μπορεί πάντα να διαγνώσει ενδοκυστικούς όγκους, εκτός αν εμφανίζουν επασβεστώσεις ή άλλα μαστογραφικά σημάδια διήθησης. Επίσης, η υπερηχογραφία μπορεί να διακρίνει την κύστη και το υγρό μέσα σ' αυτή, αλλά σπάνια διακρίνει μόρφωμα, που μπορεί να υπάρχει μέσα στην κύστη. (Τσιγκουράκος 1993)

4.4 Εγχειρητική διάγνωση

Επέμβαση στο μαστό για διαγνωστικό σκοπό, εκτελείται, αφού εξαντληθεί κάθε κλινική και εργαστηριακή εκτίμηση. Ο τύπος της χειρουργικής διαγνωστικής διαδικασίας που πραγματοποιείται είναι η βιοψία.

Υπάρχουν οι εξής τεχνικές βιοψίας :

1. Αναρρόφηση με λεπτή βελόνα

Η λήψη βιοπτικού υλικού προς κυτταρολογική εξέταση που γίνεται με λεπτή βελόνα κατόπιν αναρρόφησης είναι μια παλιά μέθοδος, η οποία πρόσφατα έχει κερδίσει έδαφος. Η λήψη με τον τρόπο αυτό γίνεται από βλάβες, οι οποίες εντοπίζονται με την ψηλάφηση και μπορεί να αφορούν στο μαστό.

Η κυτταρολογική αναρρόφηση, συγκρινόμενη με τη χειρουργική βιοψία, είναι μια διεργασία κατά πολύ φθηνότερη καθώς και η εξέταση των επιχρισμάτων. Εδώ μεγάλη σημασία έχει η ποιότητα του υλικού. Ο μικρός αριθμός κυττάρων, η κακή παρασκευή και χρωματισμός καθιστούν το υλικό άχρηστο.



Εικόνα 4.7

Αντενδείξεις :

Η συγκεκριμένη εξέταση μπορεί να γίνει σε όλες τις γυναίκες. Όσες παίρνουν αντιπηκτικά φάρμακα υποβάλλονται σ' αυτή παρουσία γιατρού, γιατί η βελόνα μπορεί να επιφέρει αιμορραγία.

2. Βιοψία με βελόνα απ' τον πυρήνα

Χρησιμοποιείται βελόνα κοπής κατευθυνόμενη, προς το κέντρο της βλάβης (core) όπου με τον κατάλληλο χειρισμό γίνεται διείδυση και αποκοπή βιοπτικού υλικού, το οποίο εξέρχεται με την προς τα έξω συρόμενη βελόνα. Το υλικό, σε σύγκριση με την αναρρόφηση με λεπτή βελόνα, ποσοτικά είναι ικανοποιητικό, ώστε να προσφέρονται ιστολογικές λεπτομέρειες κατά την εξέταση. Η βιοψία είναι μια σχετικά μικρή επέμβαση, δεν απαιτεί πολυήμερη νοσηλεία και δεν προκαλεί πόνους ή έντονα

ενοχλήματα. Συχνά, η βιοψία ενδείκνυται με βάση τα ευρήματα της μαστογραφίας. Σ' ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών στο οποίο η μαστογραφία δείχνει σημεία ύποπτα για κακοήθεια, αποδεικνύεται στη βιοψία πως αυτά είναι καλοήθη.

3. Ανοιχτή βιοψία εκτομής

Η χειρουργική -ανοιχτή- βιοψία είναι αυτή, που τελικά αποδίδει πλήρη πιστότητα, αλλά και σε βλάβες που πληρούν τα κριτήρια εκτομών περιορισμένης χειρουργικής και διατήρησης του μαστού προσφέρει και την τελική θεραπεία. Τα κύρια στοιχεία που καταξιώνουν τη μέθοδο είναι ότι προσδιορίζεται επακριβώς το μέγεθος, η ιστολογική ταυτότητα του όγκου και η δυνατότητα εκτροπής επί υγιών ορίων, όπου, όπως προαναφέρθηκε, επιτρέπει το να είναι η τελική θεραπεία. Πέραν αυτού, μπορεί να γίνει άλλωστε και η περαιτέρω χειρουργική εκτομή, υπό την αναισθησία, εφ' όσον αυτή αποφασισθεί.

Με το χειρουργικό έλεγχο του μαστού, δηλαδή, με την ιστολογική εξέταση της βλάβης, έχουμε την οριστική, την ακριβή διάγνωση της πάθησης του, που είναι απαραίτητη, προκειμένου να καθορίσουμε τη θεραπευτική αγωγή διαφορετική σε κάθε περίπτωση. Οι καλοήθειες επεξεργασίες του μαστού απαιτούν περιορισμένη τοπική εκτομή, ενώ οι κακοήθειες έχουν ανάγκη από εκτεταμένο ακρωτηριασμό του μαστού που δεν πρέπει να εκτελείται όταν δεν είναι απόλυτη ανάγκη. (Σακοράφα 2002)



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΠΡΟΛΗΨΗ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

5.1 Ορισμός πρόληψης

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

5.2 Πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Η προληπτική παρέμβαση ακολουθεί τη φυσική εξέλιξη της αρρώστιας, η οποία αποτελεί τη βάση στην οποία στηρίζεται. Η αρρώστια προχωρεί με την πάροδο του χρόνου και οι παθολογικές μεταβολές όσο αυτή προχωρεί, γίνονται λιγότερο αναστρέψιμες.

Ο αντικειμενικός σκοπός των προληπτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων είναι να αναχαιτίσουν ή να αναστρέψουν την παθολογική διεργασία, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, προλαβαίνοντας μεγαλύτερη βλάβη.

Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της αρρώστιας διακρίνονται σε 3 επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων. Η Πρωτογενής, η Δευτερογενής και η Τριτογενής πρόληψη.

Η Πρωτογενής πρόληψη αφορά την παρέμβαση, που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες και κατά τη διάρκεια της επιρρέπειας του ατόμου. Οι πρωτογενής παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της γενικής κατάστασης της υγείας όσο και στην προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα υγείας. Στην προκείμενη περίπτωση στην προστασία από καρκίνο του μαστού.

Η Δευτερογενής πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια (καρκίνο του μαστού) και να τη θεραπεύσει αποτελεσματικά. Σκοπός της είναι να θεραπευτεί η αρρώστια κατά το δυνατό στα πρώτα της στάδια σε περίπτωση δε που αυτό δεν είναι δυνατό, να περιοριστεί η εξέλιξη της και να προληφθούν επιπλοκές και αναπηρίες.

Η Τριτογενής πρόληψη σκοπεύει στον περιορισμό της ανικανότητας που προκαλεί η αρρώστια (συγκεκριμένα ο καρκίνος του μαστού) και στην αποκατάσταση των ατόμων παρεμβαίνει δε όταν παθολογικές βλάβες έχουν ήδη εμφανιστεί ή το άτομο παρουσιάζει κάποιο βαθμό αναπηρίας. (Κυριακίδου 1997)

5.3 Πρωτογενής πρόληψη

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

- ✚ Η υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Πχ οι διατροφικές συνήθειες.
- ✚ Η προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων, σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινικό παράγοντα.
- ✚ Η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

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

- Ø Η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.
- Ø Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40^ο έτος.
- Ø Η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.
- Ø Η ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα, οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση.
- Ø Η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα.
- Ø Η αναγνώριση του ρόλου του νοσηλεύτη/τριας στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση νοσηλευτών/τριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.
- Ø Η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των ασχολουμένων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν στον καρκίνο του μαστού.
- Ø Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιοριστούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.
- Ø Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου. (Κονιάρη 1991)

5.3.1 Ο ρόλος του νοσηλεύτη στην πρωτογενή πρόληψη

Στην πρωτογενή πρόληψη η νοσηλεύτρια γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Μπορεί να κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας, να παίρνει διαιτολόγια, να βλέπει της παρεκκλίσεις, αφού γνωρίζει ότι η διατροφή αποτελεί τη βασικότερη ίσως παράμετρο του μικροπεριβάλλοντος και για το λόγο αυτό θεωρείται πιθανός αιτιολογικός παράγοντας για τον καρκίνο μαστού. Συνιστά στην αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και υποδεικνύει τη χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών Α και C.

Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας, σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες.

Στοχεύει να διαμορφώσει νέα πρότυπα συμπεριφοράς στην απομάκρυνση των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου.

Ενισχύει την προσπάθεια του κοινού για την βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντος του. Στόχος του νοσηλεύτη/τριας είναι να επενδύονται στην καθημερινότητα της ζωής οι υγιεινές συνθήκες και τα προληπτικά μέτρα κατά του καρκίνου, να γίνονται συμπεριφορά, στάση, πεποίθηση.

Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό, αποδεικνύονται στατιστικώς τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες που προσήλθαν στο 1^ο στάδιο με ποσοστό θεραπείας 90%, σε αντίθεση με εκείνες που προσήλθαν στο 5^ο στάδιο με ποσοστό θεραπείας 24%.

Είναι τραγικό ότι πολλές γυναίκες καθυστερούν αρκετό χρόνο πριν να συμβουλευτούν ένα γιατρό από τότε που αποκαλύπτουν πιθανά συμπτώματα καρκίνου μαστού και ακόμα καθυστερούν αρκετό καιρό, για να αποφασίσουν τη βιοψία και τη θεραπεία.

Στόχος του νοσηλεύτη ου έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό είναι με ένα καλό ιστορικό να προσπαθήσει να εντοπίσει καθυστέρηση, να ανιχνεύσει τα αίτια που τους δημιουργούν και να τους αναχαιτίσει με τη σωστή διδασκαλία και ενημέρωση. Τέτοιοι παράγοντες είναι: κοινωνικοί-οικονομικοί, ψυχολογικοί και μορφωτικοί. (Κονιάρη 1991)

5.4 Δευτερογενής πρόληψη

Στη δευτερογενή πρόληψη ανήκουν μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στη προσυμπτωματική διάγνωση των νοσημάτων στο κατά το δυνατόν πρωϊμότερο στάδιο. Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς προλήψεως ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων δευτερογενούς προλήψεως είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης.

Η δευτερογενής πρόληψη των κακοήθων νεοπλασμάτων βασίζεται στη προσυμπτωματική τους διάγνωση κατά τη διάρκεια της προδιηθητικής φάσεως (in situ phase) ή, σπανιότερα, κατά τη διάρκεια άλλων καρκινογενετικών φάσεων.

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για τη σημασία της προσυμπτωματικής διάγνωσης στη δευτερογενή πρόληψη Ca μαστού. Πολλοί όμως λόγοι και ιδιαίτερα οικονομικοί και τεχνικοί κάνουν αδύνατο τον συνεχή έλεγχο και έγκαιρη διάγνωση Ca μαστού στο γυναικείο πληθυσμό μιας χώρας γι' αυτό η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες υψηλού κινδύνου.

Διαλογή (screening) είναι η προκαταρτική αναγνώριση ασυμπτωματικών νοσημάτων και ανωμαλιών με την εφαρμογή κλινικών, παρακλινικών ή εργαστηριακών εξετάσεων που γίνονται εύκολα, φθηνά και γρήγορα.

Μαζική ή γενική (mass screening) ονομάζεται η διαλογή που εφαρμόζεται στο σύνολο του πληθυσμού μιας περιοχής ή σε σημαντικό τμήμα του πληθυσμού της.

Τα προγράμματα screening βασίζονται στα εξής :

- § Διαθέσιμα και εφαρμόσιμα σε πολλούς ανθρώπους
- § Δεν κοστίζουν ακριβά
- § Ακριβή στην πρώιμη εντόπιση
- § Παραγωγικά ως προς τη γρήγορη απόδοση εφικτών αποτελεσμάτων
- § Ανώδυνα
- § Εφαρμοσμένα από νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο μπορεί να πραγματοποιήσει και να συνδυάσει προληπτική διδασκαλία.

Επομένως, η μετάδοση γνώσεων είναι αναγκαία.

Επίσης, η αλλαγή τρόπου διαβίωσης, όταν δεν είναι σωστή, τότε είναι αναγκαία η εφαρμογή νέων συνθηκών σωστής ζωής. Η κοινωνική εφαρμογή απαιτεί τη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς και συνεχή μετάδοση νέων τρόπων διαβίωσης.

Ο καρκίνος μπορεί να προληφθεί ή και να μειωθεί σημαντικά η εμφάνιση του. Η μείωση του καρκίνου είναι απαραίτητη γιατί βελτιώνει την ποιότητα ζωής όλου του κόσμου, αφού δεν προκαλούνται ατομικά ή οικογενειακά προβλήματα και δεν δημιουργείται ψυχολογική και κοινωνική αναταραχή. (Γεωργούζος 1993)

5.4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη δευτερογενή πρόληψη

Θα αναφερθούμε ιδιαίτερα στη μεγάλη συμβολή του νοσηλευτή στα εξής θέματα:

A) Λήψη ιστορικού

Είναι σαφές ότι – όπως σε κάθε πάθηση έτσι και στις παθήσεις του μαστού- πριν προχωρήσει κανείς στην κλινική εξέταση πρέπει πρώιμα να συγκεντρώνει ορισμένες πληροφορίες για την ασθενή.

Με τη λήψη καλού ιστορικού ο νοσηλευτής μπορεί να βγάλει συμπεράσματα για την κατάσταση της εξεταζόμενης και να μάθει να εκτιμά την αντίληψη των εξεταζόμενων γυναικών για τα προβλήματα τους.

Το νοσηλευτικό ιστορικό πρέπει να λαμβάνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα και με οργανωμένο τρόπο, ακολουθώντας κάποια καθοδηγητική δομή. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι άνετη και ευχάριστη κατά τη διάρκεια της συνέντευξης της ασθενούς και ικανός να την καθοδηγήσει σε μια ανταλλαγή πληροφοριών, στην οποία θα βασισθεί η πορεία αντιμετώπισης της εξεταζόμενης.

B) Κλινική εξέταση

Όσο σημαντική είναι η αξία ενός καλού ιστορικού άλλο τόσο σημαντική είναι και μια καλή κλινική εξέταση για την πρόωπη διάγνωση της νόσου. Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

Πριν από τη κλινική εξέταση ο νοσηλευτής:

- Εξηγεί στην ασθενή τι πρόκειται να γίνει και της εμπνέει διάθεση συνεργασίας.
- Εξασφαλίζει απόλυτη ησυχία και καλό φωτισμό.
- Την προστατεύει με παραβάν ώστε να μην εκτεθεί. Με αυτόν τον τρόπο ανακουφίζει ή και εξουδετερώνει το φόβο, τη νευρικότητα και την συστολή της ασθενούς.
- Τη βοηθά με επαρκείς εξηγήσεις να πάρει θέση κατάλληλη για το είδος της κλινικής εξέτασης.
- Συνιστά να πάει στη τουαλέτα για την κένωση της ουροδόχου κύστης, ώστε να διευκολυνθεί η εξέταση.
- Την πληροφορεί ότι ο γιατρός θα τη ρωτήσει για το ιστορικό της υγείας της.

Γ) Αυτοεξέταση μαστού (ΑΕΜ)

Όπως γνωρίζουμε οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Γι' αυτό ένας καλός τρόπος για να φτάσει κανείς την ανακάλυψη νέων περιπτώσεων και σε πρωιμότερα στάδια, είναι η αυτοεξέταση, η οποία είναι εύκολη, ανέξοδη και χωρίς κανένα κίνδυνο.

Ο νοσηλευτής θεωρείται το καταλληλότερο πρόσωπο για την ενημέρωση του κοινού για την βοήθεια ΑΕΜ και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Ως γυναίκα ανήκει στην κατηγορία των ανθρώπων που μαστίζονται από το νόσημα αυτό, μπορεί να αναπτύξει καλύτερη επαφή με τις γυναίκες και ιδιαίτερα της υπαίθρου, που στις οποίες το αίσθημα της ντροπής γίνεται ανασταλτικός παράγοντας για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Σκοπός του νοσηλευτή είναι η ενημερώσει του γυναικείου πληθυσμού με επιμορφωτικά σεμινάρια και συγκεντρώσεις, καθώς και με οπτικά-ενημερωτικά μέσα. (Νικολούδη- Μερκούρη 1999)

5.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας στη πρόληψη του καρκίνου του μαστού

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

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

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

Είναι σημαντικό ότι στις γυναίκες οι οποίες βρίσκονται στον υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού πρέπει να δοθούν πληροφορίες που χρειάζονται για να αποφασίσουν για την υγεία τους.

Ενώ διενεργούν φυσική και κλινική εκτίμηση, οι νοσηλεύτριες/τριες πρέπει να ακούν προσεκτικά τη γυναίκα που αναφέρει προβλήματα υγείας και συμπτώματα. Ηλικία, αναπαραγωγικό ιστορικό και προϋπάρχον ιστορικό προβλημάτων υγείας θα πρέπει να εκτιμώνται και να αναλύονται προσεκτικά.

Είναι ανάγκη η προσπάθεια του αντικαρκινικού αγώνα, στην οποία η νοσηλεύτρια έχει την περισσότερη ενεργό συμμετοχή, να στραφεί στην ενημέρωση, πληροφόρηση και διαπαιδαγώγηση του κοινού με τις παρακάτω επιδιώξεις :

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



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΜΕΘΟΔΟΙ
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
ΜΑΣΤΟΥ**

6.1 Κριτήρια επιλογής θεραπείας

Οι θεραπευτικές αγωγές διακρίνονται σε δυο κατηγορίες. Τις τοπικές (θεραπεία του ίδιου του μαστού) καθ συστηματικές (θεραπεία για το υπόλοιπο σώμα). Οι συστηματικές είναι σημαντικότερες στη θεραπεία της νόσου. Τη θεραπεία του καρκίνου τη διακρίνουμε σε χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία και ανοσοθεραπεία.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή της γυναίκας στη επιλογή της θεραπείας, ποικίλουν ανάλογα με την προσωπικότητα της. Επίσης η ηλικία της γυναίκας καθώς και ο τρόπος ζωής της αποτελούν σημαντικά κριτήρια. (Suzan 1994)



Εικόνα 6.1 : Χειρουργική επέμβαση

6.2 Χειρουργική θεραπεία

Από την εποχή του Halsted (1894) που περιέγραψε την γνωστή μέθοδο της ριζικής μαστεκτομής, επί 7 δεκαετίες περίπου η εγχειρητική αυτή ήταν η θεραπεία εκλογής για ασθενείς με χειρουργήσιμο καρκίνο του μαστού.

Εν συνεχεία όμως άλλες εγχειρήσεις, λιγότερο ριζικές, εφαρμόστηκαν για ένα καλύτερο κοσμητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα, χωρίς να υστερούν της ριζικής μαστεκτομής ως προς την επιβίωση.

Τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να διαγράφεται μια τάση προς λιγότερο ριζικές εγχειρήσεις με σκοπό την διατήρηση του μαστού και την αποφυγή ως εκ τούτου του φυσικού και ψυχικού ακρωτηριασμού σε γυναίκες με καρκίνο σε πρώιμο στάδιο.

Όλες οι τεχνικές των εγχειρήσεων όταν υπάρχουν μεταστάσεις δεν έχουν επιτυχία. Όποια μέθοδος και αν ακολουθηθεί προς αντιμετώπιση της πάθησης, θα έχει τα ίδια αποτελέσματα ως προς την επιβίωση, αλλά διαφορετικά ως προς το ποσοστό των τοπικών υποτροπών.

Η εξαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων συντελεί στην καλύτερη στερεοποίηση της πάθησης και στον έλεγχο των υποτροπών στη μασχάλη.(Παπανικολάου 1994)

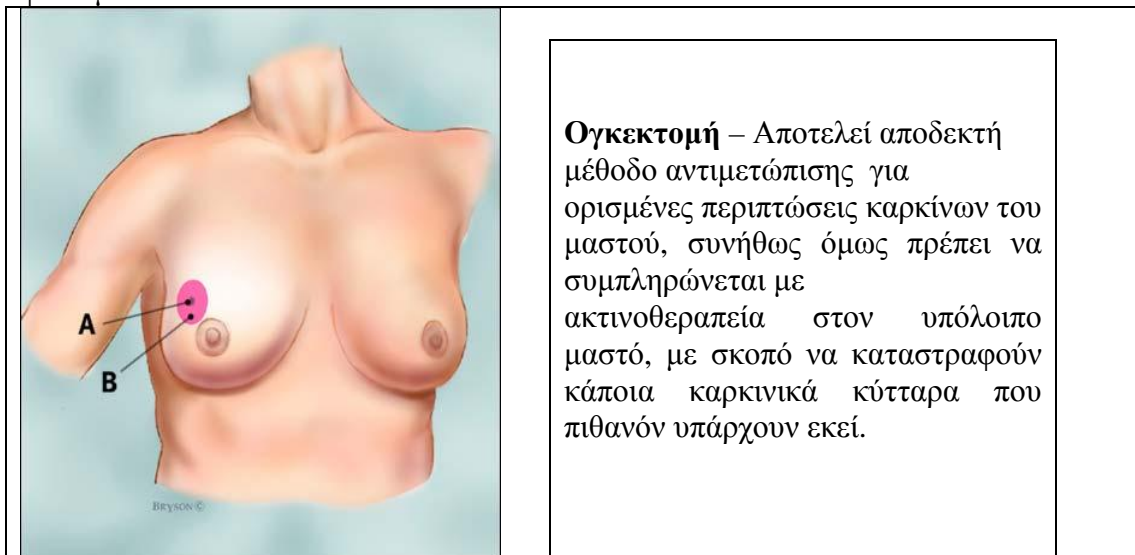


Εικόνες 6.2 : Χειρουργείο

6.2.1 Τύποι χειρουργικών επεμβάσεων:

Η αφαίρεση ολόκληρου ή μέρους του μαστού λέγεται μαστεκτομή και συνήθως γίνεται για την αντιμετώπιση καρκίνων του στήθους.

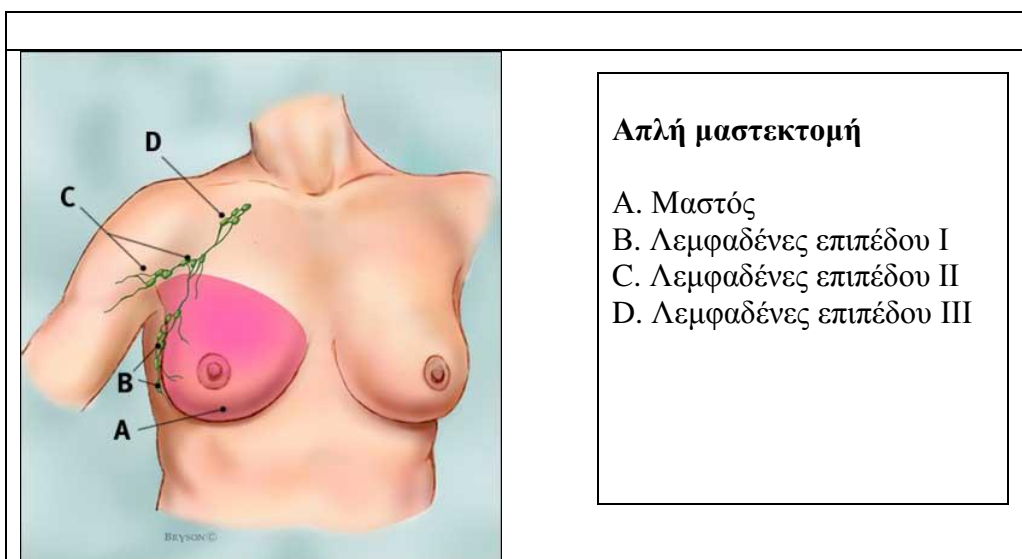
1. Ογκεκτομή. Ένα ογκίδιο στο στήθος αφαιρείται, μαζί με ένα στρώμα των γύρω ιστών. Μετά την επούλωση του τραύματος, μένει ένα μικρό σημάδι. Με αυτό τον τρόπο έχουν θεραπευτεί πολλές γυναίκες, χωρίς να χρειαστεί να κάνουν μαστεκτομή. Συνήθως γίνονται και ακτινοβολίες, για να περιοριστεί ο κίνδυνος επανεμφάνισης του φαινομένου.



Εικόνα 6.3 : Ογκεκτομή

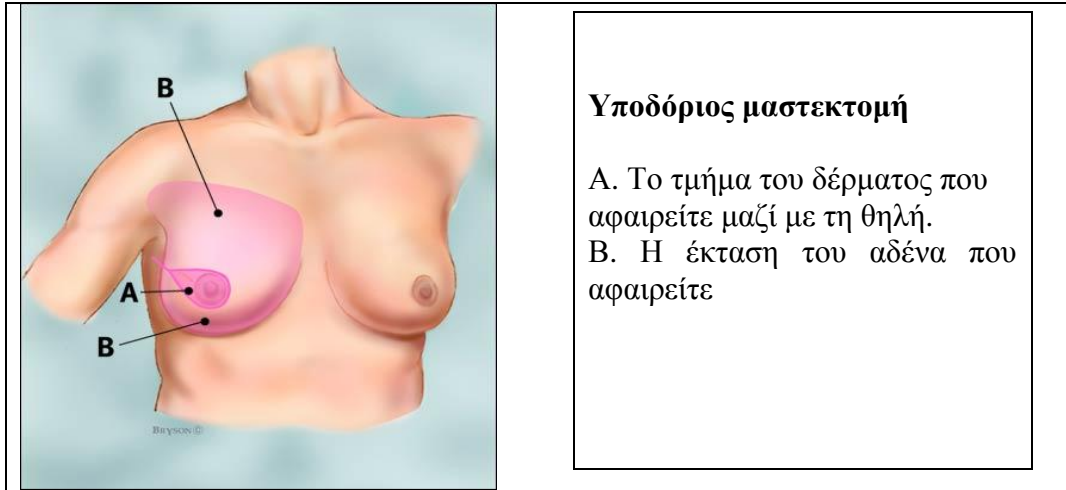
2. Μερική μαστεκτομή. Αφαιρείτε ο όγκος, μαζί με το δέρμα που τον επικαλύπτει, ένα τμήμα των γύρω ιστών και μερικοί από τους υποκείμενους του όγκου ιστούς. Συνήθως απαιτείται και ραδιοθεραπεία.

3. Απλή μαστεκτομή. Αφαιρείτε ολόκληρος ο μαστός, αλλά οι θωρακικοί μύες και οι λεμφαδένες τις μασχάλης δεν θίγονται. Πιθανόν να αφαιρεθούν κάποιοι λεμφαδένες (επιπέδου I) οι οποίοι βρίσκονται πολύ κοντά στο μαστό.



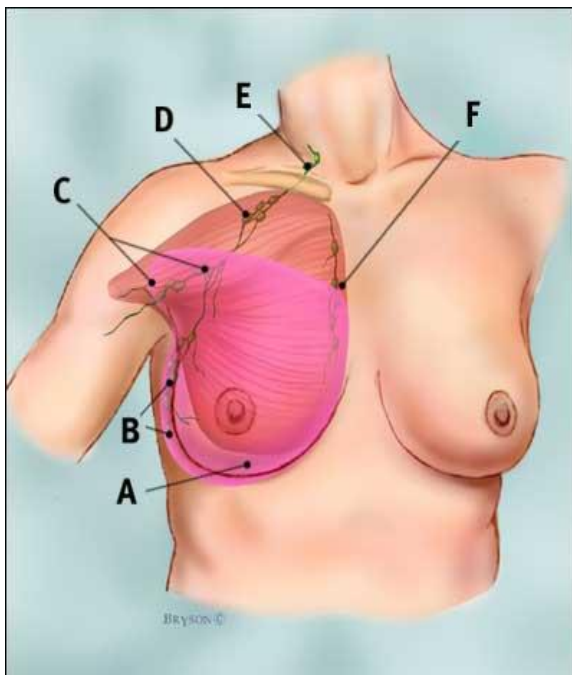
Εικόνα 6.4

4. Υποδόριος μαστεκτομή. Αφαιρούνται μόνο οι εσωτερικοί ιστοί του μαστού, αφήνοντας άθικτη τη θηλή και την επιδερμίδα. Συνήθως, οι η προσθήκη σιλικόνης αντικαθιστά των ιστό του μαστού που έχει αφαιρεθεί. Η διαδικασία αυτή δεν γίνεται για την αφαίρεση καρκίνου. Χρησιμοποιείτε για να τον προλάβει στις γυναίκες που διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο.



Εικόνα 6.5

5. Ριζική μαστεκτομή. Αφαιρούνται ο μαστός τα λεμφογάγγλια της μασχάλης και οι θωρακικοί μύες . Η επέμβαση αυτή, που οπωσδήποτε χαλάει την εμφάνιση της περιοχής, δεν είναι αποτελεσματικότερη από την απλή μαστεκτομή ή την τροποποιημένη ολική μαστεκτομή και δεν γίνεται σχεδόν ποτέ σήμερα.



Εικόνα 6.6: Ριζική μαστεκτομή

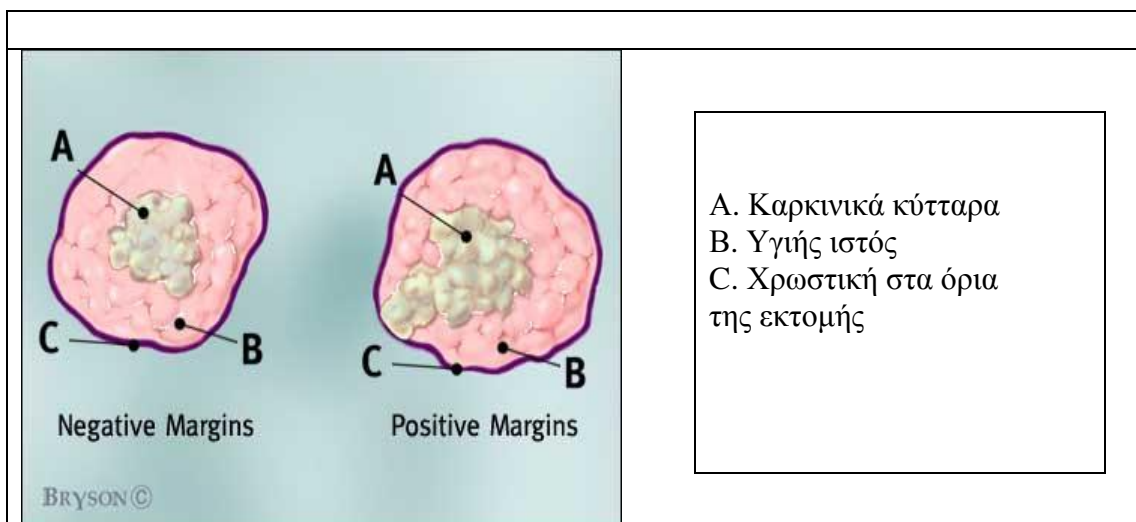
6. Τροποποιημένη ολική μαστεκτομή. Είναι η συχνότερη εφαρμοζόμενη μέθοδος μαστεκτομής. Αφαιρούνται ολόκληρος ο μαστός και **τα** λεμφογάγγλια της μασχάλης, χωρίς να θίγονται οι θωρακικοί μύες. (Φύσσας 2006)



Εικόνα 6.7

6.3 Καρκίνος του γυναικείου μαστού: μερική ή ολική μαστεκτομή:

Η ολική και η ριζική μαστεκτομή ήταν για πολλά χρόνια μέθοδοι εκλογής για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Πρόκειται για εξαιρετικά ακρωτηριάστρες επεμβάσεις που έφταναν μέχρι και την αφαίρεση τόσο των λεμφαδένων της μασχαλιαίας κοιλότητας, αλλά και των υποκείμενων μυών του θώρακα. Εδώ και 30 χρόνια οι χειρουργοί που ασχολούνται με το μαστό υιοθέτησαν μια περισσότερο συντηρητική προσέγγιση στην πάθηση, εφαρμόζοντας απλούστερες και λιγότερο εκτεταμένες εκτομές. Τέτοιου είδους επεμβάσεις περιλαμβάνουν είτε **τεταρτεκτομή** (δηλαδή αφαίρεση του ¼ του μαστού μαζί με το νεόπλασμα), είτε ογκεκτομή, δηλαδή αφαίρεση μόνο του νεοπλάσματος και του προκείμενου ιστού.



Εικόνα 6.8: Τεταρτεκτομή. Όποια μορφή περιορισμένης εκτομής και αν επιλεγεί, πρέπει να εξασφαλίζεται ότι όγκος θα αφαιρεθεί σε υγιή όρια (αριστερή εικόνα).



Εικόνα 6.9 : Μαστεκτομή

Από το 1970 ξεκίνησαν 2 μακροχρόνιες μελέτες σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού για την σύγκριση των θεραπευτικών προσεγγίσεων, ή την ριζική και ολική μαστεκτομή με τις λιγότερο εκτεταμένες επεμβάσεις.



Εικόνα 6.10: Ολική μαστεκτομή δεξιού μαστού

Η πρώτη μελέτη (1973) έγινε για την σύγκριση ριζικής μαστεκτομής και τεταρτεκτομής. 701 γυναίκες ηλικίας μέχρι 70 ετών και όγκο μαστού έως 2 εκ. και χωρίς διογκωμένους λεμφαδένες αντιμετωπίστηκαν με έναν από τους δύο τρόπους (349 ριζική μαστεκτομή – 352 τεταρτεκτομή). Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε τεταρτεκτομή, υποβλήθηκαν επιπλέον σε αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων και σε ακτινοβολία. Αντίθετα όσες ασθενείς βρέθηκαν με διηθημένους λεμφαδένες υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία ανεξάρτητα από το είδος της επέμβασης.

Τα αποτελέσματα της παρακολούθησης των ασθενών μετά από 20 χρόνια έδειξαν ότι η μέθοδος της τεταρτεκτομής αν και συνοδευόταν από αυξημένη τοπική υποτροπή, δεν παρουσίαζε σημαντική διαφορά στην εμφάνιση

μεταστάσεων. Τα στατιστικά στοιχεία έδειξαν τελικά ότι το ποσοστό θανάτων (περίπου 40%) ήταν το ίδιο για όλες τις ασθενείς, είτε υποβαλλόταν σε ριζική μαστεκτομή είτε σε τεταρτεκτομή.

Η δεύτερη μελέτη η οποία έγινε σε πολλά κέντρα των Η.Π.Α.(Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής) περιλάμβανε περίπου 2000 γυναίκες με καρκινικούς όγκους του μαστού διαμέτρου περίπου 4 εκατοστά. Οι γυναίκες τυχαία ταξινομούνταν σε 3 θεραπευτικές ομάδες : ογκεκτομή, ακτινοβολία και ολική μαστεκτομή. Και στις τρεις ομάδες δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ως προς την επιβίωση, ούτε ως προς την εμφάνιση μεταστάσεων. Η μόνη διαφορά εμφανίζεται στην τοπική υποτροπή, που είναι αυξημένη στην μέθοδο της ογκεκτομής χωρίς ακτινοβολία. Αυτό δεν επηρεάζει τη συνολική επιβίωση.

Το συμπέρασμα που προκύπτει από την σύγκριση των θεραπευτικών επιλογών είναι ότι για την έκταση της νόσου που μελετήθηκε, η συντηρητική χειρουργική αποφέρει τα ίδια αποτελέσματα με την ολική και την ριζική μαστεκτομή. Τα δεδομένα αυτά πρέπει να είναι στη διάθεση κάθε ασθενούς ώστε μαζί με το θεράποντα ιατρό της να αποφασίζουν τον καλύτερο τρόπο θεραπείας. (Fisher & Aderson 2007)

6.4 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Προεγχειρητικά η ασθενής εμφανίζει έλλειψη γνώσεων όσον αφορά τη ρουτίνα του νοσοκομείου σχετικά με τη εγχείρηση, την προετοιμασία, το τι θα αισθάνεται φυσιολογικά μετά την χειρουργική επέμβαση, την αναισθησία και τέλος την μετεγχειρητική φροντίδα.

Επιθυμητό αποτέλεσμα του νοσηλευτή/τριας είναι η άρρωστη να εκφράσει προφορικά ότι κατάλαβε την προεγχειρητική και μετεγχειρητική της φροντίδα.

Ο νοσηλευτής/τρια οφείλει να δώσει πληροφορίες σχετικά:

§ Με τη συνηθισμένη προεγχειρητική ρουτίνα της επέμβασης στην οποία πρόκειται να υποβληθεί η ασθενής (π.χ. εξετάσεις αίματος, ηλεκτροκαρδιογράφημα, γενική ούρων, ακτινογραφία θώρακος, τοποθέτηση ουροκαθετήρα, προετοιμασία εντέρου και του δέρματος, αφαίρεση προσθετικών εξαρτημάτων)

§ Τον προγραμματισμένο χρόνο και την υπολογιζόμενη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης.

§ Τον περιορισμό σε τροφή και υγρά προεγχειρητικά.

§ Την προεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή.

§ Τη θέση του σώματος στο χειρουργικό τραπέζι.

§ Τις αίθουσες προνάρκωσης και ανάνηψης (π.χ. τον σκοπό τους και τον υπολογιζόμενο χρόνο παραμονής τους σε αυτές).

§ Το τι αισθάνεται συνήθως κάποιος από την χειρουργική επέμβαση και την νάρκωση.

§ Πρέπει να τονιστούν οι πληροφορίες που δόθηκαν από τον αναισθησιολόγο και το χειρουργό.

§ Να πληροφορηθεί η ασθενής για την μετεγχειρητική φροντίδα. (Wendel 1997)

6.4.1 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η Μετεγχειρητική φάση αρχίζει όταν η άρρωστη μεταφερθεί από την αίθουσα ανάνηψης και τελειώνει όταν έχει αναρρώσει από την χειρουργική επέμβαση. Αυτό το σχέδιο φροντίδας εστιάζεται στη μετεγχειρητική φροντίδα της ενήλικης αρρώστου που υποβλήθηκε σε γενική αναισθησία και μεταφέρθηκε από την αίθουσα ανάνηψης στη χειρουργική κλινική.

Οι στόχοι της φροντίδας είναι η πρόληψη των επιπλοκών και η υποβοήθηση της αρρώστου να αποκτήσει μετεγχειρητικά την καλύτερη κατάσταση υγείας. Το σχέδιο αυτό φροντίδας θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί σε συνάρτηση με όλα τα σχέδια χειρουργικής φροντίδας.

Μερικές από τις μετεγχειρητικές νοσηλευτικές διαγνώσεις είναι:

- § Διαταραχή της αιμάτωσης των ιστών.
- § Αναποτελεσματικός τρόπος αναπνοής.
- § Αναποτελεσματικός καθαρισμός των αεροφόρων οδών.
- § Διαταραχή στην ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών. Δηλαδή έλλειμμα όγκου υγρών, υποκαλιαιμία, περίσσεια όγκου υγρών.
- § Πόνος.
- § Διαταραχή θρέψης.
- § Διάταση κοιλίας και πόνος από αέρια.
- § Ναυτία και εμετός.
- § Λόξυγκας.
- § Διαταραχή στο βλεννογόνο του στόματος, δηλαδή ξηρότητα.
- § Δυσανεξία στη κόπωση.
- § Διαταραχή της φυσιολογικής κινητικότητας.
- § Μειωμένη αυτοεξυπηρέτηση.
- § Κατακράτηση ούρων.
- § Δυσκοιλιότητα.
- § Διαταραχές του ύπνου.
- § Αυξημένος κίνδυνος για το τραύμα.
- § Άγχος. (Wendel 1997)

6.5 Χημειοθεραπεία

Αυτό το σχέδιο φροντίδας εστιάζεται στη χρήση κυτταροτοξικών φαρμάκων στη θεραπεία του καρκίνου. Τα φάρμακα χρησιμοποιούνται μόνα τους ή σε συνδυασμό με χειρουργική επέμβαση.

Στόχος της χημειοθεραπείας είναι η καταστροφή όλων των κακοηθών κυττάρων χωρίς να προκληθεί μόνιμη βλάβη των φυσιολογικών. Η επιτυχία της θεραπείας εξαρτάται από το μέγεθος, τον τύπο και την εντόπιση του όγκου, σε συνδυασμό με τη γενική κατάσταση της ασθενούς.

Τα κυτταροτοξικά φάρμακα ταξινομούνται σύμφωνα με τη χημική τους δομή ή δράση στον κύκλο ζωής του κυττάρου. Ορισμένα δεν έχουν σχέση με τον κύκλο ζωής του κυττάρου. Άλλα σχετίζονται με το κύκλο και είναι πιο αποτελεσματικά εναντίον των κυττάρων που πολλαπλασιάζονται με ταχείς ρυθμούς.

Τα κυτταροτοξικά φάρμακα πιστεύεται ότι καταστρέφουν ένα σταθερό ποσοστό των κυττάρων του όγκου με κάθε δόση γιατί μόνο ένα ποσοστό των καρκινικών

κυττάρων βρίσκεται στη φάση διαίρεσης και έτσι παρουσιάζει ευαισθησία στα φάρμακα. Θεωρητικά, όσο μεγαλύτερος είναι ο ρυθμός ανάπτυξης του όγκου, τόσο περισσότερα καρκινικά κύτταρα θα καταστραφούν. Τα κύτταρα στη φάση ηρεμίας ανταποκρίνονται λιγότερο στους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες και είναι περισσότερο ικανά να αντικαθιστούν τις βλάβες, αν προσβληθούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

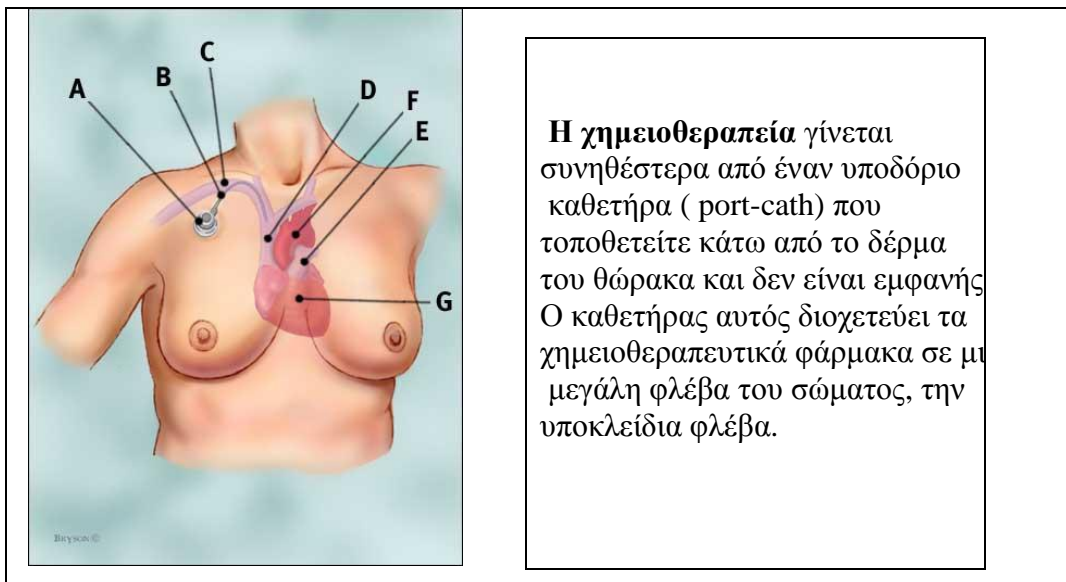
Στους ασθενείς με καρκίνο συνήθως χορηγείται συνδυασμός φαρμάκων τα οποία δίνονται μαζί ή με καθορισμένη σειρά ή πρωτόκολλο. Η αθροιστική και μερικές φορές η συνεργική δράση που παρατηρείτε όταν τα φάρμακα χρησιμοποιούνται μαζί, προκαλεί την καταστροφή αυξημένου ποσοστού των καρκινικών κυττάρων του όγκου χωρίς ταυτόχρονα να αυξάνεται η φαρμακευτική τοξικότητα. Τα φάρμακα επιλέγονται για συνδυασμένη χρήση με βάση την αποτελεσματικότητά τους, την δράση στον κυτταρικό κύκλο, την τοξικότητα και τους άλλους φαρμακολογικούς τους χαρακτήρες (π.χ. χρόνος ημιζωής).

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. Τα φάρμακα έχουν την μεγαλύτερη επίδραση σε ταχέως πολλαπλασιαζόμενα καρκινικά και φυσιολογικά κύτταρα. Επειδή τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν δρουν επιλεκτικά μόνο στα καρκινικά, αλλά και στα φυσιολογικά κύτταρα, η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία είναι πραγματικά μια πρόκληση. (Wendel 1997)

Τα είδη της χημειοθεραπείας είναι φάρμακα κυτταρικού κύκλου στα οποία ανήκουν οι αντιμεταβολίτες και τα φυτικά αλκαλοειδή και φάρμακα μη ειδικά του κυτταρικού κύκλου. Σε αυτά ανήκουν οι αλκυλιωτικοί παράγοντες, τα αντιβιοτικά κατά των όγκων, ορμονικοί παράγοντες και νιτροζουρίες.

Η χορήγηση γίνεται:

- Ø Από το στόμα ,
- Ø Τοπικά ,
- Ø Ενδοφλέβια.
- Ø Ενδομυϊκά.
- Ø Υποδόρια,
- Ø Αρτηριακά,
- Ø Από την πυλαία
- Ø και Ενδοτραχειακά.



Εικόνα 6.11

Η δοσολογία εξαρτάται από τη σωματική επιφάνεια της ασθενούς, την προηγούμενη αντίδραση στη χημειοθεραπεία ή στην ακτινοβολία και στην φυσική της κατάσταση.

Η προσθήκη χημειοθεραπείας μετά την επέμβαση γιατρεύει 30-40% περισσότερες γυναίκες. (Καραχάλιος 1999)

6.5.1 Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας

1. Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας και συμμετέχει και η οικογένεια) προσέγγιση της αρρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά του σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα , φυσικά, συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.
2. Βεβαιώνεται η ασθενής πως οι τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτα άλλο από τη μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοηθών κυττάρων, καταστρέφουν και τα υγιή.
3. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση της αρρώστου ώστε να αποδεχθεί, να εφαρμόσει την θεραπεία και να αντιμετωπίσει της ανεπιθύμητες ενέργειές της.
4. Ενημερώνεται η ασθενής πως υπάρχει έντυπη πληροφορία για περισσότερη ενημέρωση σχετικά με τη χημειοθεραπεία.
5. Γίνεται αξιολόγηση της αρρώστου για τη θρέψη της, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό της κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, την ευαισθησία σε διάφορα φάρμακα κ.α. Λαμβάνετε επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας. (Μαλγαρινού 2000)

6.5.2 Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να ενημερώσει για της ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Υπάρχει καταστολή του μυελού των οστών. Παρατηρείτε με :

A) **Λευκοπενία.** Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση των λευκών διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός.

B) **Προλαμβάνονται οι λοιμώξεις** με εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής καθαριότητας, κάθε 4-6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και εφαρμόζεται τεχνική απομόνωσης . Σε περίπτωση **θρομβοπενίας** παρακολουθούνται τα αιμοπετάλια, η αρτηριακή πίεση του αίματος, προλαμβάνονται οι αιμορραγίες. Τέλος, είναι πιθανή η εμφάνιση **αναιμίας**. Για αυτό πρέπει να παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη, η ασθενής να παίρνει διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο, αποφυγή κόπωσης και χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού.

Εμφανίζονται επίσης **γαστρεντερικές διαταραχές** που εκδηλώνονται με ναυτία και εμέτους. Παρακολουθείτε η ποσότητα και η συχνότητα των εμετών και η θρέψη της ασθενούς. Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης όπως είναι η χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (μετά από εντολή γιατρού). Προγραμματίζονται μικρά και ελαφρά γεύματα, η ασθενής ενισχύεται να μασάει πολύ καλά την τροφή, γίνεται καθαριότητα της στοματική κοιλότητας. Στις διάρροιες/σύσπαση κοιλιακών μυών παρακολουθείται το χρώμα, η ποσότητα και η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης, ο άρρωστος για συμπτώματα αφυδάτωσης και η συχνότητα και η ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την πρόληψη της διάρροιας και τις συσπάσεως των κοιλιακών μυών είναι ο περιορισμός της κυτταρίνης, χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν τη διάρροια (μετά από ιατρική εντολή), χορήγηση υγρών και βοήθεια στη διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών.

Μια άλλη παρενέργεια είναι η **νευροτοξικότητα** όπου παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα ήπιας ή σοβαρότερης νευροπάθειας. Χρησιμοποιούνται μέτρα ασφάλειας για την προστασία της αρρώστου, ενημέρωση ιατρού και διατήρηση των μελών σε φυσιολογική θέση.

Σε περίπτωση **ωτοτοξικότητας** εκτιμάται η ακοή της αρρώστου πριν να αρχίσει η θεραπεία. Ενημερώνεται η ασθενής να αναφέρει, αν αισθανθεί βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

Στην **ηπατοτοξικότητα** παρακολουθείται η λειτουργικότητα του ήπατος με τις ηπατικές εξετάσεις και η εμφάνιση συμπτωμάτων. Ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός και ανακουφίζεται η ασθενής από τα συμπτώματα με τις κατάλληλες νοσηλευτικές δραστηριότητες.

Η **νεφροτοξικότητα** είναι μία από της πιθανές παρενέργειες. Παρακολουθείται η λειτουργικότητα των νεφρών, εμφάνιση συμπτωμάτων όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κ.τ.λ. Λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα και τη διατήρηση της αντιδράσεως των ούρων σε φυσιολογικά επίπεδα με χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

Στην **ανοσοκατασταλτική επίδραση** παρακολουθείται η ασθενής για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο κ.λπ. Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι να προστατευτεί η άρρωστος από μολύνσεις.

Στις **διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων** παρακολουθείται η ασθενής για συμπτώματα όπως αμηνόρροια. Ενημερώνεται πως κατά τη διάρκεια της θεραπείας

και μερικούς μήνες μετά τη θεραπεία δεν θα πρέπει να μείνει έγκυος για την πρόληψη τερατογένεσης.

Γίνεται εξακρίβωση αν η άρρωστη έχει καταλάβει ότι τα μαλλιά της μπορεί να πέσουν στη διάρκεια της θεραπείας, αλλά θα ξαναβγούν 8 περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας. Μειώνεται η αλωπεκία αν κατά τη θεραπεία και 10-15 λεπτά μετά από αυτή εφαρμοστεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.

Παρακολουθείται **το δέρμα** για διακοπή της συνεχείας του, διατηρείται καθαρό, προστατεύεται από τη ξηρότητα και την μεγάλη έκθεση στον ήλιο ή σε τεχνητές υπεριώδης ακτίνες. Δίνονται στην άρρωστη έντυπες πληροφορίες σχετικά με την προστασία του δέρματος και τυχόν αλλαγές στο χρώμα αν υπάρχουν. (Μαλγαρινού 2000)

6.6 Ακτινοθεραπεία

Είναι η προσπάθεια καταστροφής καρκινικών κυττάρων με τη βοήθεια της ιονίζουσας ακτινοβολίας. Είναι ένας από τους τέσσερις κύριους τρόπους θεραπείας του καρκίνου. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί:

✚ **Μετεγχειρητικά**, ως συμπληρωματική θεραπεία της προηγηθείσας εγχείρησης. Μετά τη μαστεκτομή, σε τοπικά προχωρημένη νόσο και με εκτεταμένη λεμφαδενική διασπορά στη μασχάλη.

✚ **Σε ανεγχείρητες περιπτώσεις**, όταν η χειρουργική επέμβαση δεν είναι δυνατή λόγω της τοπικά προχωρημένης κατάστασης ή λόγω άλλων ιατρικών αντενδείξεων για χειρουργική επέμβαση. Δηλαδή όταν ο όγκος είναι ανεγχείρητος, 3^{ου} σταδίου, πολύ μεγάλου μεγέθους, κολλημένος στο θωρακικό τοίχωμα, στο δέρμα ή φλεγμονώδης. Αποσκοπεί στη σμίκρυνση του όγκου (υποσταδιοποίηση), για τη δυνατότητα να αφαιρεθεί αργότερα χειρουργικά

✚ **Παρηγορητικά**, σε περίπτωση μεταστάσεων ή υποτροπών. Για τον έλεγχο του πόνου, όπου υπάρχουν μεταστάσεις στα οστά, σε μετεγχειρητικές εστίες του δέρματος, του μεσοθωράκιου, των λεμφαδένων του λαιμού ή των μασχαλών. (Παπαβασιλείου-Φύσσας 2006)

Τελευταίες μελέτες έχουν δείξει ότι σε ορισμένες περιπτώσεις, η ακτινοθεραπεία αμέσως μετά εγχείρηση και εφόσον γίνει με όλες τις νεότερες τεχνικές προδιαγραφές αυξάνει την επιβίωση των ασθενών σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο.

Η ακτινοθεραπεία, η οποία μπορεί να είναι είτε εξωτερική(τηλεθεραπεία) είτε εσωτερική (βραχυθεραπεία), είναι τοπική μορφή θεραπείας στην οποία η καταστροφή των κυττάρων συμβαίνει μόνο στην περιοχή όπου εφαρμόζεται η θεραπεία. Είναι περισσότερο αποτελεσματική σε όγκους με καλή οξυγόνωση και με ταχύ ρυθμό ανάπτυξης. Δυστυχώς, η ακτινοθεραπεία δεν έχει εκλεκτική δράση μόνο στα καρκινικά κύτταρα και έτσι μεταβολές της κυτταρικής δομής και λειτουργίας συμβαίνουν τόσο στα καρκινικά, τόσο και στα φυσιολογικά κύτταρα που βρίσκονται μέσα στο πεδίο της ακτινοβολίας. Τα φυσιολογικά κύτταρα, όμως έχουν μεγαλύτερη ικανότητα αποκατάστασης των βλαβών.

Η ακτινοθεραπεία προκαλεί περίπλοκες μεταβολές στα κύτταρα, που αρχίζουν αμέσως και συνεχίζονται για απεριόριστη περίοδο.

Συνήθως η ακτινοθεραπεία διαρκεί λίγα λεπτά της ώρας κάθε μέρα, πέντε φορές την εβδομάδα, για 4-6 εβδομάδες.

Οι κύριοι στόχοι της θεραπείας είναι η διατήρηση της άνεσης, η πρόληψη των επιπλοκών και η ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με την ακτινοθεραπεία, τις αναμενόμενες παρενέργειες και τις τοξικές δράσεις που θα πρέπει να αναφερθούν από την άρρωστη. (Wendel 1997)



Εικόνα 6.12 Ακτινοθεραπεία

6.6.1 Τρόποι εφαρμογής ακτινοθεραπείας

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί εξωτερικά και εσωτερικά . Εξωτερική εφαρμογή είναι η τηλεπάθεια που εφαρμόζεται με ακτίνες X οι οποίες παράγονται από ειδικό μηχάνημα, ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε ραδιοθεραπευτικές βόμβες και ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα σε θήκες.



Εικόνα 6.13 : Εξωτερική

Εσωτερική χρήση η οποία εφαρμόζεται ενδοκοιλιακά , εμφύτευση και εσωτερική χρήση από το στόμα ή ενδοφλέβια. (Μαλγαρινού 2000)



Εικόνα 6.14 :Εξωτερικά

6.6.2 Ανεπιθύμητες ενέργειες/επιπλοκές ακτινοθεραπείας

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες διακρίνονται σε οξείες ή άμεσες και σε χρόνιες ή απώτερες, ανάλογα με το χρονικό διάστημα εμφάνισής τους.

Οι άμεσες ανεπιθύμητες ενέργειες παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας ή εντός 6 μηνών από το πέρας αυτής. Οφείλονται στην καταστροφή των κυττάρων, η μιτωτική δραστηριότητα των οποίων μεταβάλλεται. Αν οι αλλοιώσεις αυτές δεν αναστραφούν, επέρχεται μόνιμη βλάβη του ιστού. **Οι χρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες** δημιουργούνται από την προσπάθεια του οργανισμού να επουλώσει ή να επισκευάσει την βλάβη που προξένησε στα κύτταρα η ακτινοβολία, μπορεί να εμφανιστούν μετά από λανθάνουσα περίοδο που κυμαίνεται από 6-4 χρόνια και συνήθως είναι μη αναστρέψιμες.

Ειδικά στις ασθενείς με καρκίνο μαστού, στις άμεσες ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας περιλαμβάνονται:

Ø **Οι αντιδράσεις από το δέρμα** (ερύθημα, ξηρή και υγρή απολέπιση, υπέρχρωση δέρματος). Κρατάει λίγο καιρό και μετά περνάει (μετακτινική δερματίτιδα).

Ø **Το οίδημα μαστού.**

Ø **Το λεμφοίδημα άνω άκρου.** Σε πλήρη λεμφαδενικό καθαρισμό , αρκετές φορές υπάρχει μια ασήμαντη διαφορά δυο ή τριών πόντων στην περίμετρο του βραχίονα συγκριτικά με το άλλο χέρι. Μεγαλύτερη διαφορά σπάνια εμφανίζεται σήμερα και ονομάζεται **λεμφοίδημα.**

Ø **Η κόπωση.**

Ø **Η ναυτία και**

Ø **Η ήπια καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών.**

Οι χρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως η τηλεαγγειεκτασία και η ίνωση, παρουσιάζονται αργότερα και η σοβαρότητα τους εξαρτάται από το χρόνο που μεσολάβησε μεταξύ της εμφάνισής τους και της έκθεσής τους στην ακτινοβολία. Άλλες χρόνιες και σπανιότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι :

Ø Το κάταγμα πλευρών,

Ø Το σύνδρομο βραχιόνιου πλέγματος

Ø Η πνευμονίτιδα

Ø Η περικαρδίτιδα

Ø Οι επιπλοκές από την καρδιά

Ø Η πλευρική συλλογή και

Ø Ο κίνδυνος καρκινογένεσης.

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τη σοβαρότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών της ακτινοθεραπείας είναι :

- Η ένταση της ακτινοβολίας
- Ο ρυθμός της ημερήσιας δόσης και
- Ο χρόνος έκθεσης,

Καθώς και άλλοι όπως:

- Ο σακχαρώδης διαβήτης
- Οι κολλαγονώσεις και
- Η ευαισθησία του δέρματος.

Οι αντιδράσεις από το δέρμα εμφανίζονται σε όλες τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας. Το οίδημα μαστού είναι συχνότερο σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε συντηρητική επέμβαση μαστού και στη συνέχεια σε ακτινοθεραπεία, σε

εκείνες που έχουν υποστεί εκτομή μασχαλιαίων αδένων (>11 αδένες) και σε εκείνες που έλαβαν επικουρική χημειοθεραπεία. Το οίδημα άνω άκρου εμφανίζεται πιο συχνά σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε εκτομή μασχαλιαίων αδένων και σε ακτινοθεραπεία στην περιοχή της μασχάλης.

Η συμπτωματική πνευμονίτιδα εκδηλώνεται με ξηρό βήχα και χαμηλό πυρετό μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας σε ασθενείς που έλαβαν ταυτόχρονα μεθοτρεξάνη και 5-FU, δεν είναι όμως συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια.

Το σύνδρομο βραχιόνιου πλέγματος επίσης δεν είναι πολύ συχνό, εκδηλώνεται με παραισθησία, με ή χωρίς αδυναμία βραχίονα και άκρας χείρας, και μπορεί να είναι παροδικό ή μόνιμο.

Τα κατάγματα πλευρών είναι πού σπάνια. Οι επιπλοκές από το καρδιαγγειακό σύστημα είναι επίσης σπάνιες και σχετίζονται με τη δόση της ακτινοθεραπείας και την ταυτόχρονη χορήγηση χημειοθεραπείας ή μη. Οι συχνότερες από αυτές είναι η περικαρδίτιδα και η καρδιακή ανεπάρκεια, ενώ αναφέρεται και το έμφραγμα του μυοκαρδίου (συχνότητα <1%).

Μια σπάνια αλλά πιθανή ανεπιθύμητη ενέργεια της ακτινοθεραπείας είναι η εμφάνιση δευτέρου καρκίνου. Οι δύο πιο συχνή τύποι νεοπλασμάτων είναι το σάρκωμα μαλακών μορίων και οστών και ο καρκίνος πνεύμονα. Οι πιθανές εστίες ανάπτυξης του σαρκώματος αφορούν την περιοχή του μαστού που έχει ακτινοβοληθεί ή στο οίδημα άνω άκρο. Ο καρκίνος του πνεύμονα εμφανίζεται όταν στο πεδίο ακτινοβολήσης περιλαμβάνεται μεγαλύτερος όγκος πνεύμονα απ' ότι στις συνηθισμένες τεχνικές και κυρίως μετά τη διενέργεια μαστεκτομής. Ο κίνδυνος ανάπτυξης οξείας μυελογενούς λευχαιμίας και μυελοδυσπλαστικού συνδρόμου σχετίζεται με τη συνολική δόση της ακτινοβολίας, τον όγκο του μυελού των οστών που ακτινοβολείται και τη χρήση ή μη αλκυλιωτικών παραγόντων. (Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών 2007)

6.6.3 Νοσηλευτική φροντίδα στην ακτινοθεραπεία

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες του νοσηλευτή/τριας που νοσηλεύει ασθενή στην οποία εφαρμόζεται η ακτινοθεραπεία αναφέρεται στην εκπαίδευση της αρρώστου για τη θεραπεία, στην προετοιμασία και βοήθεια της αρρώστου για τη θεραπεία, στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων και στην ψυχολογική τόνωση της ασθενούς.

Ο νοσηλευτής/τρια ενημερώνεται από το φάκελο της ασθενούς για το είδος της ακτινοθεραπείας, τη θέση του όγκου, το σκοπό της θεραπείας και των αριθμό των συνεδριών. Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί την άρρωστη για ναυτία, εμέτους ή άλλη αντίδραση. Χορηγεί στη άρρωστη αναλγητικά πριν τη θεραπεία αν χρειαστεί και της απαντά σε τυχόν απορίες που μπορεί να έχει. Το διαιτολόγιο πρέπει να είναι ελαφρύ και να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες. (Μαλγαρινού 2000)

Η νοσηλευτική φροντίδα σε κάποιες παρενέργειες της ακτινοθεραπείας:

✓ Δερματικές αντιδράσεις: Η φροντίδα του δέρματος αποτελεί άμεση νοσηλευτική προτεραιότητα και δίνονται οι σχετικές οδηγίες. Η ασθενής θα πρέπει να διατηρεί το δέρμα της στεγνό και να αποφεύγει να χρησιμοποιεί αρώματα, σαπούνια και κρέμες στην περιοχή της θεραπείας. Είναι προτιμότερο να φορά χαλαρά ρούχα ή μια βαμβακερή μπλούζα, προκειμένου να προστατευτεί η περιοχή από αλλαγές θερμοκρασίας, αλλά και για να αποφεύγονται οι κακώσεις, η τριβή και η πίεση στην περιοχή.

✓ Εμφάνιση κόπωσης: Ενημερώνεται η ασθενής για την πιθανότητα εμφάνισης κόπωσης κατά τη διάρκεια της θεραπείας και ενθαρρύνεται να απολαμβάνει μικρές

περιόδους ανάπαυσης κατά τη διάρκεια κοπιαστικών ενεργειών και να συμμετέχει σε προγράμματα ήπιας γυμναστικής (περπάτημα, κολύμπι). Με την κόπωση σχετίζονται και διαταραχές στον ύπνο. Για αυτό και εξασφαλίζουμε: α) ήρεμο περιβάλλον, β) αποφυγή ροφημάτων που περιέχουν διεγερτικά, γ) ήπια άσκηση επίσης βοηθά τον ύπνο. Σε δύσκολες περιπτώσεις, συστήνεται η χορήγηση υπνωτικών ή αγχολυτικών φαρμάκων για την διευκόλυνση του ύπνου.

▼ Αλλαγές αίσθησης στο μαστό. Ενημερώνεται η ασθενής ότι στα τελικά στάδια της θεραπείας θα εμφανιστούν αλλαγές στο μαστό, οι οποίες μπορεί να επιμένουν και μετά την ολοκλήρωση της. Συνήθως συνοδεύονται από πόνο, νυγμούς, αιμωδίες (μούδιασμα), αυξημένη ευαισθησία και αίσθημα καύσου στην περιοχή.

▼ Οίδημα μαστού. Εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας, με προοδευτική αύξηση της έντασής του και συχνή παραμονή του και μετά το πέρας αυτής. Η ασθενής θα πρέπει να φορά χαλαρά ρούχα και να ξαπλώνει στο κρεβάτι, προκειμένου να αποφευχθεί η πίεση που προκαλείται από το οίδημα.

▼ Λεμφοίδημα: Εμφανίζεται όταν χορηγείται ακτινοθεραπεία και στη μασχάλη. Οι συστάσεις που πρέπει να δίνονται για την αποφυγή ανάπτυξης λεμφοιδήματος διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες :

- 1) αποφυγή τραυματισμού,
- 2) πρόληψη λοίμωξης,
- 3) αποφυγή περίσφιξης του άκρου και
- 4) άσκηση.

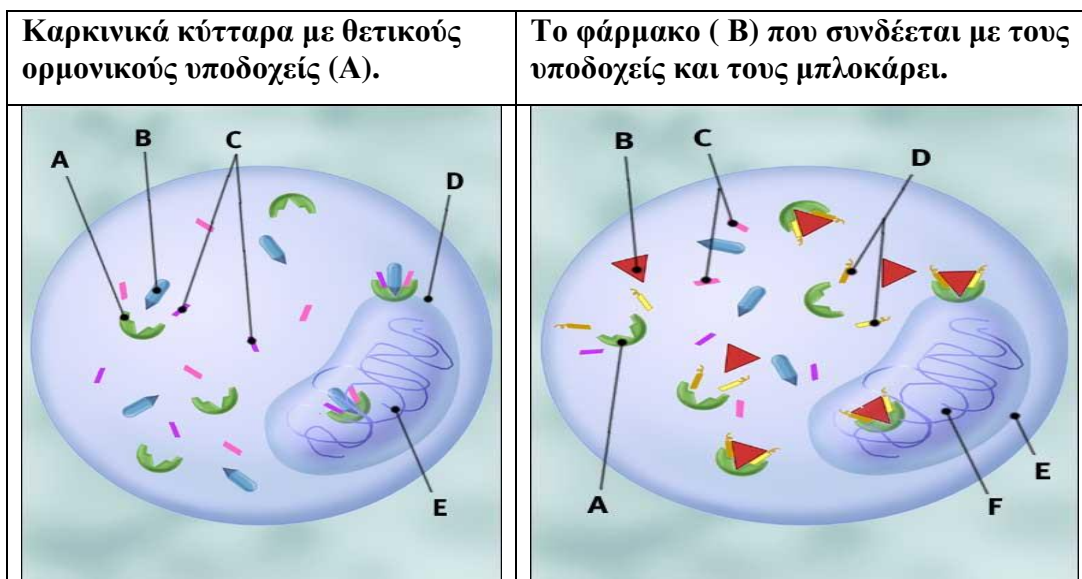
Η θεραπεία που ακολουθείται σήμερα περιλαμβάνει: (α) την φροντίδα του δέρματος, (β) την τεχνική μαλάξεων με σκοπό την παροχέτευση του λεμφικού υγρού, (την επίδεση του άκρου με ελαστικούς επιδέσμους και (δ) την κινησιοθεραπεία. (Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών 2007)

6.7 Ορμονοθεραπεία

Η ορμονοθεραπεία είναι μια αντικαρκινική θεραπεία που αναστέλλει την έκκριση ορμονών ή εμποδίζει τη δράση τους δυσχεραίνοντας έτσι την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων. Οι ορμόνες είναι χημικές ουσίες που παράγονται από τους ενδοκρινείς αδένες του σώματος, εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος και από εκεί φτάνουν σε κάθε όργανο και ιστό για να επιτελέσουν το έργο τους.

Η χρήση ορμονοθεραπείας για την αντιμετώπιση του καρκίνου βασίζεται στην παρατήρηση ότι στην επιφάνεια ορισμένων καρκινικών κυττάρων υπάρχουν υποδοχείς συγκεκριμένων ορμονών, οι οποίες είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη τους.

Η αντικαρκινική ορμονοθεραπεία μπορεί να δράσει εμποδίζοντας την παραγωγή συγκεκριμένων ορμονών στον οργανισμό, δεσμεύοντας τους ορμονικούς υποδοχείς στην επιφάνεια των καρκινικών κυττάρων ή υποκαθιστώντας τις φυσικές ορμόνες με χημικώς όμοιες τους, τις οποίες όμως δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα καρκινικά.



Εικόνα 6.15

Έχει αποδειχθεί ότι με την χορήγηση διάφορων ορμονών είναι δυνατό να γίνει επίδραση σε εμφάνιση μεταστάσεων του καρκίνου του μαστού. Οι χρησιμοποιούμενες ορμόνες είναι τα ανδρογόνα, τα οιστρογόνα, τα κορτικοειδή και επίσης η θυρεοειδική ορμόνη.

Η θεραπεία με **ανδρογόνες** ορμόνες εφαρμόζετε σε περίπτωση υποτροπής του καρκίνου του μαστού σε νεαρές γυναίκες ή σε γυναίκες στις οποίες η έμμηνος ρύση έχει σταματήσει όχι περισσότερο από 5 χρόνια ή σε ασθενή οποιασδήποτε ηλικίας με σύμπτωμα τον πόνο προερχόμενος από οστικές μεταστάσεις. Σε αναλογία 25% έχουμε ευνοϊκή επίδραση, δηλαδή υποχώρηση του πόνου και των οστεολυτικών επεξεργασιών. Το επιθυμητό αυτό αποτέλεσμα απαιτεί θεραπεία 6-8 εβδομάδων. Εάν όμως 2 μήνες μετά από την έναρξη της θεραπείας δεν έχει παρατηρηθεί η αναμενόμενη βελτίωση, η θεραπεία διακόπτεται. (Τούντας 1981)

Τα **οιστρογόνα** χορηγούνται 5 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση και κυρίως σε περιπτώσεις μεταστάσεων στα μαλακά μόρια. Η ευεργετική επίδραση επέρχεται μόνο με χορήγηση μεγάλων δόσεων. Επί ορμονοεξαρτήσεως επέρχεται μέσα σε λίγες εβδομάδες επιθηλιοποίηση των εξελκωμένων επιφανειών και σμίκρυνση του μεγέθους των μεταστάσεων στους πνεύμονες, γάγγλια κ.λπ. Εάν το αποτέλεσμα είναι το επιθυμητό, η θεραπεία πρέπει να συνεχιστεί για χρόνια. (Σμπαρούνης 1990)

Οι **ορμόνες του θυρεοειδούς** έχουν σημαντική επίδραση όσον αφορά στην πρόληψη των υποτροπών και είναι παραδεκτό πως υπάρχει σχέση μεταξύ υποθυρεοειδισμού και γεννητικών καρκίνων.

Τέλος υπάρχουν τα **γλυκοκορτικοειδή**. Κατά προτίμηση χορηγούνται τα υδρογονωμένα παράγωγα της κορτιζόνης επειδή παρουσιάζουν εντονότερη γλυκοορμονική ιδιότητα και προκαλούν μικτότερη κατακράτηση νατρίου και ύδατος. (Τούντας 1981)



Εικόνα 6.16

6.7.1 Ορμονικός χειρισμός-Ενδείξεις και παρενέργειες ορμονοθεραπείας

Υπάρχουν οι λεγόμενες τρεις γραμμές ορμονικού χειρισμού:

A) Ορμονικός χειρισμός πρώτης γραμμής στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με μεταστατική νόσο είναι η χορήγηση ενός αντιστρογόνου, όπως η **ταμοξιφαίνη**. Η χορήγηση ταμοξιφαίνης συνιστάται για της ασθενής που είχαν λάβει το αντιστρογόνο ως συμπληρωματική θεραπεία αλλά παρήλθε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών από το τέλος της. Η ταμοξιφαίνη χορηγείται στο 1^ο στάδιο του καρκίνου, σε γυναίκες με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς, ακολουθώντας την εγχείρηση ή το συνδυασμό εγχείρησης-χημειοθεραπείας. Στο 2^ο και 3^ο στάδιο ακολουθώντας το συνδυασμό εγχείρησης-χημειοθεραπείας. Δεν απαιτεί στενή παρακολούθηση, χορηγείται για 3-5 χρόνια και αυξάνει περίπου κατά 30% την επιβίωση των ασθενών.

B) Ο ορμονικός χειρισμός δεύτερης γραμμής περιλαμβάνει τη χορήγηση εκλεκτικών αναστολέων του ενζύμου **αρωματάση**, στεροειδικών και μη. Η αρωματάση καταλύει τη σύνθεση των οιστρογόνων από τα σχηματιζόμενα στα επινεφρίδια ανδρογόνα. Χρησιμοποιείται σε μετεμμηνοπαυσιακές με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς, είτε ως συνέχεια της ταμοξιφαίνης είτε ως αρχική θεραπεία. Χρησιμοποιείται είτε μετά την εγχείρηση, με ή χωρίς χημειοθεραπεία, είτε σε γυναίκες με μεταστάσεις. Επίσης χρησιμοποιείται σε γυναίκες που αρνούνται την επέμβαση ή δεν μπορούν, για άλλους λόγους υγείας, να χειρουργηθούν.

Γ) Ο ορμονικός χειρισμός τρίτης γραμμής, είναι η χορήγηση ενός γεσταγόνου, όπως η οξική μεδροξυπρογεστερόνη και η οξική μεγεστρόλη (160mg ημερησίως peros). Τα φάρμακα αυτά δεσμεύουν τον οιστρογονικό υποδοχέα στον όγκο και διεγείρουν τη διάσπαση ανδρογόνων και οιστρογόνων.

Η **ωοθηκεκτομή** είναι μια μη φαρμακευτική ορμονοθεραπεία η οποία εφαρμόζεται σαν πρώτη θεραπεία σε προεμμηνοπαυσιακές κατά την πρώτη εμφάνιση μεταστάσεων ιδίως στα οστά. Έχει εφαρμοστεί και προφυλακτικά, δηλαδή αμέσως μετά τη μαστεκτομή και προ εμφανίσεως μεταστάσεων. Οι περισσότερη σήμερα δεν την εφαρμόζουν προφυλακτικά.

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

- ✚ Από την ύπαρξη ή μη υποδοχέων (σε ασθενείς με αρνητικούς υποδοχείς αποδίδει μόνο στο8-10%).
- ✚ Από τη χρονική περίοδο που η ασθενής παραμένει ελεύθερη συμπτωμάτων(δεν αποτελεί αποτελεσματική ορμονική θεραπεία η έναρξη σε διάστημα μικρότερο από ένα χρόνο, αντίθετα εάν αρχίσει σε διάστημα πάνω από 5 χρόνια υπάρχει καλύτερη ανταπόκριση στην ορμονική θεραπεία).
- ✚ Από τη θέση της μεταστατικής νόσου (όταν η μετάσταση εντοπίζεται στα μαλακά μόρια, το δέρμα, τους επιχώριους λεμφαδένες , την υπεζωκοτική κοιλότητα και τα οστά, έχει μεγάλη ανταπόκριση στην ορμονοθεραπεία).
- ✚ Από την ηλικία της ασθενούς (η ορμονική είναι πιο αποτελεσματική στις μεγαλύτερες γυναίκες γιατί τα αντιστρογόνα βρίσκουν καλύτερη ανταπόκριση στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, απ' ότι στις προεμμηνοπαυσιακές).
- ✚ Από προηγούμενη επιτυχημένη ορμονοθεραπεία (ασθενείς με καλή ανταπόκριση σε μια μορφή ορμονοθεραπείας αναμένεται ότι θα έχουν εξίσου καλή ανταπόκριση και σε μια άλλη μορφή ορμονοθεραπείας). (Σταματελόπουλος 2001)

Οι παρενέργειες από την έναρξη της ορμονοθεραπείας μπορεί να είναι:

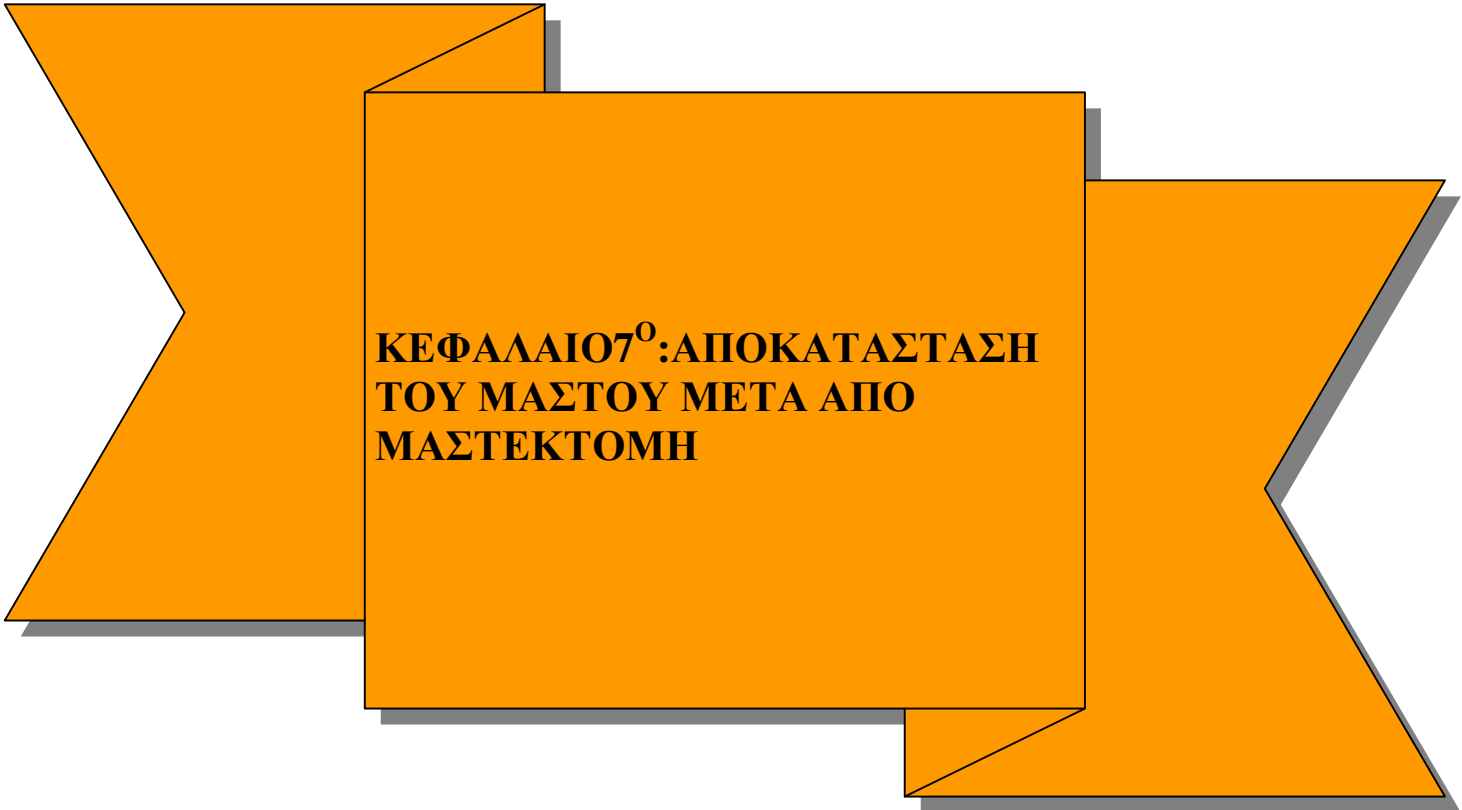
- Υπερασβεστιαμία
- Επίταση των οστικών αλγών
- Παροδική αύξηση του νεοπλάσματος
- Ναυτία
- Εξάψεις
- Θρομβοφλεβίτιδα.(Θρομβοεμβολικά επεισόδια)
- Διαταραχές οράσεως
- Αύξηση βάρους

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

6.7.2 Νοσηλευτική φροντίδα στην ορμονοθεραπεία

Ο νοσηλευτής/τρια:

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



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ
ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ**

Μαστεκτομή

Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε ριζική μαστεκτομή δέχονται ένα ισχυρό ψυχικό και συναισθηματικό κλονισμό του οποίου τα βλαπτικά επακόλουθα διαρκούν πολλά χρόνια.

Το 40% από τις ασθενείς αυτές εμφανίζουν σοβαρό άγχος, κατάθλιψη και προβλήματα στη σεξουαλική τους ζωή. Σύμφωνα με τους Green και White εμφανίζουν μέτρια έως βαριά κατάθλιψη σε ποσοστό 23%. Άλλοι αναφέρουν ότι πάνω από 50% των ασθενών αλλάζει τη σεξουαλική του συμπεριφορά και αυτό οφείλεται στην εκτομή του στήθους. Επίσης αρκετές εμφανίζουν ελεύθερο ή σωματοποιημένο άγχος, μυϊκή τάση, υπερευαισθησία και επιθετικότητα.

Παρόλα αυτά δεν επιθυμούν αποκατάσταση μαστού μετά τη μαστεκτομή όλες οι ασθενείς. Οι περισσότερες από αυτές αρκούνται στη χρήση μιας εξωτερικής πρόσθεσης, έστω και αν γνωρίζουν ότι η χειρουργική αποκατάσταση είναι δυνατή.

Δυστυχώς, δεν υπάρχει τρόπος ώστε να επιλεγούν προεγχειρητικά οι ασθενείς εκείνες οι οποίες μια εγχείρηση αποκατάστασης θα έχει σαν αποτέλεσμα πλήρη απαλλαγή από τα συναισθηματικά της προβλήματα.

7.1 Ενδείξεις και αντενδείξεις αποκατάστασης

Το βασικότερο είναι να έχει εξαλειφθεί η τοπική νόσος. Έτσι οι κυριότερες υποψήφιες είναι οι ασθενείς που κατατάσσονται κλινικά στο στάδιο I του C.C.C.S (Columbia Clinical Classification System) δηλαδή απουσία δερματικού οιδήματος στη μετεγχειρητική ουλή, εξέλκωσης και καθηλώσης του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα και μεταστατικής διήθησης των μασχαλιαίων λεμφαδένων.

Συνίσταται αποκαταστάσεις μόνο σε ασθενείς χαμηλού κινδύνου υποτροπής. Ο κίνδυνος υποτροπής είναι μικρότερος όταν υπάρχουν καλά διαφοροποιημένοι και μικρού μεγέθους πρωτοπαθείς όγκοι.

Σύμφωνα με έρευνα συνίσταται αποκατάσταση στις ασθενείς με κλινικό στάδιο I ή στάδιο II με πρωτοπαθή όγκο μικρότερο των 5cm και αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες ή μικρό πρωτοπαθή όγκο και λίγους διηθημένους λεμφαδένες της μασχάλης.

Επίσης υποψήφιες για χειρουργική αποκατάσταση μπορεί να είναι οι ασθενείς με νόσο σε εξέλιξη που όμως επιβιώνουν για μια τριετία, δεδομένου ότι το 70% των υποτροπών εμφανίζονται στην πρώτη τριετία.

Το γεγονός ότι κάποιες από αυτές τις ασθενείς θα αναπτύξουν απομακρυσμένες μεταστάσεις, δεν σημαίνει υποχρεωτικά ότι πρέπει να στερηθούν την ικανοποίηση μιας αποκατάστασης έστω και στον ελεύθερου νόσου μεσοδιάστημα.

Αν η αποκατάσταση του μαστού βελτιώσει την ποιότητα ζωής σε μια γυναίκα που το προσδόκιμο επιβίωσης είναι μεταξύ 2-5 έτη, δεν είναι ισχυρό επιχείρημα να πραγματοποιηθεί έστω και αν η ασθενής τελικά πεθάνει από την εξέλιξη της νόσου. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 1993)

7.2 Χρόνος αποκατάστασης

Οι γνώμες για τον χρόνο αποκατάστασης ποικίλουν. Μερικοί χειρουργοί παρακάμπτουν τη διαδικασία επιλογής των υποψηφίων με την άμεση αποκατάσταση.

Σε μια μελέτη του Mandelson 1981 αναφέρεται ότι το 42% των χειρουργών συστήνουν επανόρθωση τους πρώτους 6 μήνες, το 43% σε 6-12 μήνες, το 14% σε 1-2 χρόνια, ενώ 1% σε λιγότερο από 5 χρόνια.

Άμεση αποκατάσταση δεν συνίσταται σε ασθενείς με φλεγμονώδη καρκίνο ή με διήθηση του θωρακικού τοιχώματος, ενώ η διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων δεν αποτελεί αντένδειξη για άμεση αποκατάσταση.

Πολλοί απορρίπτουν την άμεση αποκατάσταση και μόνο για το λόγο ότι οι ασθενείς παρακάμπτουν το στάδιο της απογοήτευσης που προκαλεί την φοβερή για αυτές εικόνα του στήθους χωρίς μαστό με συνήθως δύσφορες μετεγχειρητικές ουλές και μεταβαίνουν απευθείας στην εικόνα της αποκατάστασης που σίγουρα υπολείπεται αισθητικά από αυτό που προϋπήρχε με αποτέλεσμα να είναι πάντοτε δυσαρεστημένες.

Στην πράξη, οι περιορισμοί στο χρόνο για αποκατάσταση είναι κυρίως τεχνικής φύσεως και οι περισσότεροι από τους χειρουργούς επιλέγουν τις προς αποκατάσταση ασθενείς σε σχέση με τις ψυχολογικές και ογκολογικές παραμέτρους αναμένοντας μια περίοδο 6 μηνών ώστε οι ιστοί και οι ουλές της θέσεως της προηγηθείσας μαστεκτομής να μαλακώσουν.

Εάν συνυπάρξει και συμπληρωματική ακτινοθεραπεία τότε η αναμονή γίνεται μεγαλύτερη του ενός έτους, γιατί η αυξημένη ίνωση εμποδίζει την αιμάτωση του κνησμού και ελαχιστοποιεί την ελαστικότητα του δέρματος. Ακόμα και μετά από χρόνια το ακτινοβοληθέν δέρμα και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, ενώ φαίνονται φυσιολογικοί, στην πραγματικότητα είναι παθολογικοί (διαταραγμένοι). (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 1993)

7.3 Τεχνικές αποκατάστασης

Προσωρινή προσθήκη

Η προσωρινή προσθήκη είναι ένα προσθετικό υλικό που εφαρμόζεται εξωτερικά στο μαστό που έχει αφαιρεθεί και δίνει έτσι κάποια συμμετρία και στις δύο πλευρές.

Μόνιμη προσθήκη

Υπάρχουν αρκετοί τρόποι ανακατασκευής του μαστού και ο καθένας τους έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Υπάρχουν επίσης τρόποι ανακατασκευής της θηλής.

Οι μέθοδοι μόνιμης αποκατάστασης του μαστού είναι:

1) **Απλή τοποθέτηση ενθέματος σιλικόνης.** Η σιλικόνη που χρησιμοποιείτε είναι αδρανές υλικό. Τα ενθέματα σιλικόνης γεμίζονται από το χειρουργό μετά την τοποθέτηση τους στο μαστό .

2) **Ανάπλαση του μαστού με τη χρήση απομακρυσμένων ιστών (κρημνούς),** εφόσον η κατάσταση των τοπικών ιστών δεν επιτρέπει τη χρήση τους, είτε λόγω έλλειψης είτε λόγω ακτινοβολίας της περιοχής. Χρησιμοποιούνται δηλαδή ιστοί του

δέρματος της ασθενούς(αυτόλογους ιστούς) που μεταφέρονται από άλλη περιοχή και όχι ξένα υλικά.

Οι κρημνοί που χρησιμοποιούνται είναι:

✓ Μυοδερματικός κρημνός από τον πλατύ ραχιαίο μυ. Ο πλατύς ραχιαίος κρημνός μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνος του ή σε συνδυασμό με ένθεμα σιλικόνης.

✓ Κρημνοί από τον ορθό κοιλιακό μυ (TRAM). Μειονέκτημα του κρημνού αυτού είναι ο αυξημένος κίνδυνος τμηματικής νέκρωσης του. Ο κρημνός TRAM συνοδεύετε από αυξημένη πιθανότητα μετεγχειρητικής κήλης και μπορεί να υποστεί μερική ή ολική νέκρωση σε ποσοστό 5-10%.

✓ Δερμουποδόριος κρημνός των εν τω βάθει κάτω επιγαστρίων αγγείων (DIEP). Ο κρημνός DIEP είναι παρόμοιος με τον κρημνό TRAM , αλλά η παρασκευή του δεν επηρεάζει το κοιλιακό τοίχωμα. Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα αυτού του κρημνού είναι η μείωση εμφάνισης μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης. Μειονέκτημα θεωρείται από ορισμένους η αυξημένη χρονική διάρκεια και η μεγαλύτερη τεχνητή δυσκολία.

✓ Ελεύθερος μυοδερματικός κρημνός του μείζονος γλουτιαίου μυός. Αποτελεί την τελευταία επιλογή.

3) Αποκατάσταση με διατατήρες ιστών. Δίνεται με αυτή τη μέθοδο η δυνατότητα διάτασης του δέρματος στην περιοχή της μαστεκτομής. Στους διατατήρες ιστών <<ξεχειλώνουμε>> το υπάρχον δέρμα και μετά το γεμίζουμε με ένθεμα σιλικόνης. Για το σκοπό αυτό, κατά την επέμβαση της μαστεκτομής ή σε αργότερο χρόνο, χρησιμοποιείται ένας διατατήρας δέρματος (tissue expander).

Μέθοδοι αποκατάστασης της θηλής και της θηλαίας άλω

Η αποκατάσταση της θηλής /θηλαίας άλω καθυστερεί 2-3 μήνες και πραγματοποιείτε συνήθως ταυτόχρονα με τη χειρουργική επέμβαση συμμετρίας στον άλλο μαστό:

1) Για την αποκατάσταση της άλω μπορεί να χρησιμοποιηθεί:

- Δισκοειδές μόσχευμα από τα μικρά χείλη του αιδοίου ή την έσω επιφάνεια του μηρού.
- Μόσχευμα από την άλλη θηλή.

2) Για την δημιουργία θηλής μπορεί να χρησιμοποιηθούν:

- Μόσχευμα από το λοβό του αυτιού
 - Τεχνητή θηλή από ελαστικό η οποία επικολλάται στο μαστό
- (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 1993)

7.4 Ο νοσηλευτικός ρόλος κατά τη μετεγχειρητική αποκατάσταση του μαστού

Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με προσωρινή προσθήκη

Ο νοσηλευτής γνωρίζοντας τη μεγάλη σημασία που έχει για κάθε γυναίκα η διάθεση των μαστών της που είναι σύμβολο θηλυκότητας και σεξουαλικότητας, τόσο για τη γυναίκα όσο και για τον άνδρα βρίσκεται ίσως στη μοναδική θέση προσφέρει βοήθεια και να υποστηρίξει τη μαστεκτομηθείσα ασθενή:

A) Να επανεκτιμήσει την ψυχική της ισορροπία .

B) Να οδηγηθεί στη μετεγχειρητική αποκατάσταση της συμμετρίας της όσο το δυνατό πιο γρήγορα.

Και η ψυχική ισορροπία και η απόκτηση συμμετρίας στους μαστούς είναι δυνατόν να αποκατασταθούν με τη χρησιμοποίηση προσωρινής προσθήκης στο νοσοκομείο ή το σπίτι. (Dollinger 1992)

Στο νοσοκομείο: Πριν την αφαίρεση των επιδέσμων η προσθήκη σταθεροποιείται στο νυχτικό της ασθενώς με παραμάνες και στις δυο πλευρές. Μετά την αφαίρεση του επιδεσμικού υλικού και αφού η ασθενής αισθάνεται ότι μπορεί να φορέσει το στηθόδεσμό της η προσθήκη τοποθετείται μέσα σε αυτόν. Η τιράντα του στηθόδεσμου μπορεί να μακρύνει λίγο για να αποφευχθεί η πίεση στον ώμο ή μπορεί ακόμη να ράψει εσωτερικά στο στηθόδεσμο δυο σταυρωτές υφασμάτινες ταινίες και να τις τοποθετήσει ανάμεσα στην προσθήκη.(Παπανικολάου 1994)

Στο σπίτι: Ο νοσηλευτής ενημερώνει την ασθενή να μη φοράει στενά ρούχα αλλά ρούχα που να την κολακεύουν. Συνιστά να φοράει ριχτές μπλούζες ή πουλόβερ με οριζόντιες ρίγες.

Για να φορέσει μαγιό συνίσταται από το νοσηλευτή η τοποθέτηση εσωτερικά ενός σφουγγαριού κομμένου στο κατάλληλο σχήμα.

Τέλος, ο νοσηλευτής τονίζει στην ασθενή πως η προσθήκη αυτή είναι προσωρινή και ότι είναι απαραίτητη μέχρι να αποκατασταθεί η περιοχή της τομής και μέχρι η ασθενής να αισθανθεί έτοιμη για μόνιμη ανασύσταση (εάν αυτή ενδείκνυται).

(Κονιάρη 1991)

Ο νοσηλευτικός ρόλος σε ασθενή με μόνιμη προσθήκη

Ο νοσηλευτής ενημερώνει την ασθενή για εμφάνιση επιπλοκής μετά τη μετεγχειρητική αποκατάσταση του μαστού με μόνιμη προσθήκη. **Συγκεκριμένα:**

§ Ο νοσηλευτής ενημερώνει την ασθενή σε περίπτωση εμφάνισης σημείων φλεγμονής όπως πυρετό, πόνο ή ευερεθιστικότητα, τοπική αύξηση της θερμοκρασίας του μαστού ή εμφάνιση πυώδους υγρού από την τομή ,να καλέσει αμέσως το γιατρό. Η φλεγμονή δεν συμβαίνει συχνά αλλά είναι η κύρια αιτία αφαίρεσης της προσθήκης σιλικόνης η οποία επανατοποθετείται 4-6 μήνες μετά.

§ Ο νοσηλευτής διδάσκει επίσης στον ασθενή την αυτοεξέταση του μαστού αν δεν τη γνωρίζει και τη συμβουλεύει να την πραγματοποιεί κάθε μήνα. Δεν έχει αποδειχθεί ότι η ανάπλαση του μαστού μπορεί να οδηγήσει σε νέα εμφάνιση του καρκίνου. Ωστόσο ο νοσηλευτής οφείλει να τονίσει τη σπουδαιότητα της αυτοεξέτασης του μαστού και κατόπιν συνεννόησης με το γιατρό να συμβουλεύσει την ασθενή για ετήσιες διαγνωστικές εξετάσεις , μαστογραφία, θερμογραφία, ιδιαίτερα στην περίπτωση της εμφύτευσης σάκων σιλικόνης.

§ Ο νοσηλευτής ενημερώνει την ασθενή ότι θα πρέπει να επισκεφθεί το γιατρό σε περίπτωση που η προσθήκη γίνει σκληρή και στην αίσθηση και την αφή

δυσανασχετεί την ασθενή διότι υπάρχει κίνδυνος να έχουν αναπτυχθεί ινώδη στοιχεία γύρω από την προσθήκη.

§ Αμέσως μετά την χειρουργική αποκατάσταση του μαστού ο νοσηλευτής συμβουλεύει τη γυναίκα να περιορίσει της κινήσεις των χεριών και του ώμου το λιγότερο για δυο εβδομάδες μετεγχειρητικός. Αποφεύγεται η ανύψωση των χεριών πάνω από το επίπεδο κεφαλής ή η έντονη κινητικότητα των θωρακικών μυών, όπως συμβαίνει κατά το χτένισμα ή την οδήγηση. Οι δραστηριότητες της αυξάνονται σταδιακά.

§ Καθοδηγείται η ασθενής να φορά σφιχτό στηθόδεσμο ακόμη και κατά τη διάρκεια του ύπνου, μετά από 6 εβδομάδες η ασθενής μπορεί να μην χρησιμοποιεί στηθόδεσμο αν δεν θέλει. Συμβουλεύεται όμως να το φορά συνεχώς, όταν έχει έντονη δραστηριότητα ή όταν ασχολείται με τον αθλητισμό π.χ. με τροχάδην. (Med 1992)



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ**

8.1 Νοσηλευτικός ρόλος

Πρώμο στάδιο

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης, οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και shock, που ακολουθούνται ή από άρνηση, που οδηγεί στην καθυστέρηση ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, ή από άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Άλλες λοιπόν αποφεύγουν να έχουν πληροφόρηση, άλλες αναζητούν πληροφορίες για να μειώσουν το άγχος. Όταν η πιθανότητα κακοήθους νεοπλασίας δε μπορεί να αποκλειστεί, το άτομο πρέπει να μπει στο νοσοκομείο. Μέχρι της στιγμή της εισαγωγής, πολλά άτομα είναι αγχώδη, ανήσυχα, σε κατάθλιψη και συχνά εκφράζουν φόβο ακρωτηριασμού ή θανάτου. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, το άτομο αναγκάζεται να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή, το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι γνώριμο, η ανεξαρτησία και ο έλεγχος χάνονται, ενώ πρέπει να υποβληθεί σε πρόσθετες εξετάσεις. Όλα αυτά μπορεί να προκαλέσουν συναίσθημα αποπροσανατολισμού και έλλειψης βοήθειας. Υπάρχουν όμως και μακροπρόθεσμες διαστάσεις που συνδέονται πρώτον με τις επιπτώσεις που θα έχει η νόσος στην οικογενειακή, κοινωνική ζωή και την επαγγελματική δραστηριότητα και στα οικονομικά και, δεύτερον, με την κακοήθεια της νόσου που βιώνεται ως απειλή για την συνέχεια της υγείας και της ίδιας της ζωής.

Ωστόσο, ο τρόπος με τον οποίο η ασθενής θα αντιμετωπίσει τη νοσηλεία, την ασθένεια και τις συνέπειες (στην ίδια και στους άλλους) εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο μέρος από το πώς είχε στο παρελθόν αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα, κρίσεις και εντάσεις στη ζωή. Αν για παράδειγμα δεν είχε ποτέ στο παρελθόν συζήτηση με τους άλλους για τα συναισθήματα ή τα προσωπικά της προβλήματα ανοιχτά και εποικοδομητικά, γίνεται δυσκολότερη η προσαρμογή της στο στάδιο αυτό.

Οι στόχοι μας ως νοσηλευτές στη φάση αυτή είναι :

- α) να βοηθήσουμε την ασθενή να μπορεί να ζει με επίγνωση της σοβαρής νόσου και των συνεπειών της,
- β) να την βοηθήσουμε να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και τις άλλες σχετικές ανησυχίες,
- γ) να βοηθήσουμε να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού και
- δ) να τη βοηθήσουμε να επαναπροσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον.

Οι πρώτες συναντήσεις με την ασθενή πρέπει να αφιερώνονται στην ενημέρωση της γύρω από την λειτουργία της πτέρυγας του νοσοκομείου, στην οποία έχει εισαχθεί, και στην κατατόπιση της στους ρόλους που έχει το νοσοκομειακό προσωπικό (επισκέψεις γιατρών, νοσηλεύτριας, χορήγηση θεραπευτικής αγωγής, θέματα κοινωνικής υπηρεσίας, ζήτηση διατροφής).

Κατόπιν θα λαμβάνεται λεπτομερειακό ιστορικό. Αν η ασθενής πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, την ενημερώνουμε και την προετοιμάζουμε ψυχικά. Στην περίπτωση γυναίκας που πρόκειται να υποβληθεί σε μαστεκτομή :

α) περιγράφουμε τις διαδικασίες που η ασθενής θα περάσει πριν και μετά την επέμβαση, δίνουμε πληροφορίες για την διαδικασία της επέμβασης, την έκταση της, το διάστημα ανάρρωσης, τα μετεγχειρητικά προφυλακτικά μέτρα και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπευτικής αγωγής. Με το να είναι προετοιμασμένη, δημιουργείται ασυνέπεια μεταξύ προσδοκώμενων και βιωμένων γεγονότων και το άγχος μειώνεται,

β) αντιμετωπίζουμε λαθεμένες αντιλήψεις γύρω από τη νόσο, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, τα μετεγχειρητικά προβλήματα και την

ενθαρρύνουμε να δει αυτές τις πλευρές με θετικό τρόπο, ξεπερνώντας αδικαιολόγητους και αβάσιμους φόβους. (Κονιάρη 1991)

Ενδιάμεσο στάδιο

Διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύτηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίστηκε και υφίσταται ανάγκη άλλων μορφών θεραπείας.

Η ασθενής έχει γνώση της εξέλιξης και της υγείας της με βάση τη φυσική της κατάσταση, την ένταση και την έκταση του πόνου, την αδυναμία και την καχεξία και άλλα συμπτώματα, όπως αιμορραγίες κλπ.

Μερικές ασθενείς καθυστερούν να δουν το γιατρό, όταν εμφανίζονται συμπτώματα υποτροπής του καρκίνου. Είναι οι ασθενείς που θέλουν να αποφύγουν να αντικρύσουν την επιστροφή του καρκίνου, μια και αυτό θα ανακινούσε παλιούς φόβους για τη διάγνωση. Η επανεμφάνιση για αυτές θα σήμαινε την αρχή του τέλους, που τίποτε δεν μπορεί να γίνει για να το αποτρέψουν. Θα δημιουργείτο φόβος για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της αντικαρκινικής θεραπείας, η οποία θα εφαρμοστεί στο νέο αυτό στάδιο ανάπτυξης της νόσου, και θα βρίσκονται δικαιολογίες για να αρνηθούν την υποτροπή («χάνω βάρος, γιατί δεν πρόσεξα τη διατροφή». «η δύσπνοια προκλήθηκε από κρύωμα, όταν βγήκαμε για να επισκεφθούμε κάποιους συγγενείς»).

Άλλοι ασθενείς κατηγορούν το γιατρό ή την αρχική θεραπευτική αγωγή για την επανεμφάνιση του καρκίνου. Μπορεί να αμφισβητήσουν τις καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους και να θελήσουν να προσανατολισθούν σε όχι πάντα επιστημονικά αποδεκτές λύσεις, όπως φαρμακευτικά σκευάσματα βιταμινών, γιατροσόφια, διαλογισμός. Ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήσουν στην ασθενή ότι μια τέτοια αγωγή είναι χωρίς αξία και να την κατευθύνουν σε παραδεκτές θεραπείες.

Ορισμένες ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για μεταστατικό καρκίνο βρίσκουν πως η ατέλειωτη σειρά εργαστηριακών εξετάσεων είναι μια ιδιαίτερα δυσάρεστη πλευρά της νοσηλείας. Η αναμονή των αποτελεσμάτων φαίνεται πως είναι από τις πιο δύσκολες στιγμές, ενώ όταν τα αποτελέσματα βγουν και επιβεβαιώσουν τις υποψίες, ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήσουν στην ασθενή και στην οικογένεια της το θεραπευτικό πρόγραμμα που σχεδιάζουν. Επίσης, πρέπει να εξηγηθούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας σε επιδείνωση της νόσου και αν θορυβηθεί ιδιαίτερα. Πρέπει η νοσηλεύτρια να εξηγήσει στην ασθενή και στους συγγενείς της τα υπέρ και τα κατά της χημειοθεραπείας και αν προετοιμάσει την ασθενή να τα δεχτεί. Θα πρέπει να γίνει σαφές στην ασθενή ότι τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της θεραπείας μπορεί να την απασχολούν και να την ενοχλούν, όμως, υπάρχει ο κλονισμός της υγείας της από τη νόσο που είναι σοβαρότερος. Πρέπει να υπομείνει τις ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες άλλωστε με το πέρασμα του χρόνου θα εκλείψουν και η προτεραιότητα θα δοθεί στην αντιμετώπιση της κυρίου νόσου. Όταν ο ασθενής υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, ο ακτινοθεραπευτής γιατρός θα πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή πώς ενεργεί αυτή η θεραπεία, ποια αποτελέσματα και ποιες ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να επιφέρει ώστε να μειωθεί το άγχος και ο φόβος, όταν οι ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανιστούν. Επίσης, ανάλογη πληροφόρηση πρέπει να έχουν και οι συγγενείς της ασθενούς, ώστε να διευκρινιστούν ορισμένες αντιλήψεις, όπως όταν η ασθενής γίνεται ραδιενεργή και την εγκαταλείπουν.

Η μεταστατική νεοπλασματική νόσος μπορεί να έχει σοβαρά αποτελέσματα στη ζωή της ασθενούς. Ο έντονος πόνος και οι φυσικοί περιορισμοί την αναγκάζουν να μη μπορεί να εργασθεί πια και να παραμένει στο σπίτι, να σταματήσει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που παλιότερα την ευχαριστούσαν. Η ζωή της μπορεί να διακόπτεται από επανειλημμένες εισόδους στο νοσοκομείο για χημειοθεραπεία ή

ακτινοβόληση, ενώ ο ανεξέλεγκτος πόνος μπορεί να της θυμίζει συνεχώς ότι το μοιραίο επίκειται. Με την επιδείνωση της νόσου, η ασθενής φοβάται ότι η οικογένεια της θα την εγκαταλείψει. Έτσι μερικές ασθενείς γίνονται υπάκουες χωρίς παράπονα, ώστε να αποφύγουν καταστάσεις που ίσως οδηγήσουν τους άλλους να τις εγκαταλείψουν. Πρέπει να βεβαιώσουμε την ασθενή ότι ο γιατρός, η νοσηλεύτρια, οι συγγενείς θα μείνουν κοντά της, θα κάνουν τα πάντα για να νιώσει περισσότερο ανακουφισμένη. Πρέπει να ακούσουμε τις ανησυχίες, τους φόβους, τις ανάγκες της, να την υποστηρίξουμε συναισθηματικά, για να της δώσουμε κουράγιο και ελπίδα στη μάχη με τη μεταστατική νόσο. Τότε θα μειωθεί το άγχος, η κατάθλιψη, οι συγχυτικές καταστάσεις, οι ιδέες του θανάτου ή αυτοκτονίας και κάποια αποδιοργάνωση που κλιμακώνεται, η επαφή μαζί της θα βελτιωθεί, θα γίνει πιο συνεργάσιμη και θα έχει περισσότερη εμπιστοσύνη σε όσους φροντίζουν γι' αυτή. (Κονιάρη 1991)

Τελικό στάδιο

Σε αυτό το στάδιο όπου η θεραπεία είναι μόνο ανακουφιστική η ασθενής και η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζουν μαζί το ενδεχόμενο του θανάτου. Κατά τη διάρκεια της τελικής φάσης της νόσου η ασθενής μπορεί να ταλαντώνεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής. Μπορεί να φαίνεται πως ξέρει πως πρόκειται να πεθάνει αλλά την ίδια στιγμή μπορεί να εκφράζεται σαν να μη γνωρίζει τίποτα για τη νόσο της.

Η ασθενής μπορεί να κατηγορήσει τη νοσηλεύτρια ότι δεν την είχε ενημερώσει για τις επιπλοκές ή για ενδεχόμενο θάνατο παρά το γεγονός ότι σε όλη τη διάρκεια της νόσου μπορεί να ενημερωνόταν για την πρόγνωση της.

Ο θάνατος δεν έρχεται σαν ξαφνικό σοκ στην καρκινοπαθή σε προχωρημένο στάδιο. Θα έχει περάσει πολλούς μήνες με χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, θα έχει υποβληθεί σε εγχειρήσεις, θα έχει μπει και βγει από πολλές μονάδες νοσοκομείων, πιθανόν να έχει δει άλλους ασθενείς να πεθαίνουν στα νοσοκομεία από την ίδια νόσο.

Αλλά ο φυσικός θάνατος που όλα τα ζωτικά όργανα παύουν να λειτουργούν είναι μόνο μια μορφή θανάτου. Υπάρχει ο κοινωνικός θάνατος όπου η ασθενής απομονώνεται και αποχωρίζεται από τους άλλους, ή με αυτοεγκατάλειψη ή οι συγγενείς απομακρύνονται και σταματούν να την επισκέπτονται. Υπάρχει ο ψυχικός θάνατος, στον οποίο η ασθενής αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο και αποσύρεται στον εαυτό της. Συνήθως ο ψυχικός και ο κοινωνικός θάνατος συμβαίνουν ταυτόχρονα, αλλά μερικοί ασθενείς δέχονται το θάνατο πρόωρα, εγκαταλείπουν τον αγώνα απελπισμένα - στηριζόμενοι στο ανίατο του καρκίνου – και αρνούνται να συνεχίσουν να ζουν. Ακόμη υπάρχει ο βιολογικός θάνατος, που ορίζεται από την απουσία συνείδησης ή γνωστικών λειτουργιών.

Είναι σημαντικό για την ασθενή σε αυτή τη φάση να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια δεν πρόκειται να την εγκαταλείψει, αλλά θα μείνει δίπλα της και θα είναι διαθέσιμη για να συζητήσουν τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες της, να της παρέχει ανακούφιση και υποστήριξη ως την τελευταία στιγμή.

Πίσω από όλα αυτά κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει, η ελπίδα. Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά είναι απλά ένας εφιάλτης και όχι η αλήθεια, ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Παίρνει κουράγιο για να αντέξει ακόμα λίγο καιρό. Αυτό δε σημαίνει ότι οι νοσηλεύτριες πρέπει να πουν ψέματα στον ασθενή. Σημαίνει ότι μοιραζόμαστε μαζί της την ελπίδα πως κάτι απρόβλεπτο μπορεί να αλλάξει τη ροή των πραγμάτων. Πρέπει να προσέξουμε, ώστε να μην απελπίσουμε την ασθενή ενώ χρειάζεται ακόμη την ελπίδα. Αν εγκαταλείψουμε μια τέτοια ασθενή και παραιτηθούμε μπορεί να εγκαταλείψει και η ίδια τον εαυτό της και η περαιτέρω ιατρική και νοσηλευτική βοήθεια θα μπορούσε να έρθει πολύ αργά βρίσκοντάς την απροετοίμαστη για μια νέα μάχη.

Στην ασθενή σε τελικό στάδιο πρέπει να κάνουμε τακτικές επισκέψεις, υποστηρίζοντας την και δείχνοντας της ότι δεν την ξεχάσαμε. Ζητούμε απ' την οικογένεια, τους φίλους και τους γνωστούς της να μην την εγκαταλείψουν. Έχουμε συζητήσει το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης με την ίδια την ασθενή και φροντίζουμε να διευθετήσει όλες τις υποθέσεις της. Της δίνουμε την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους, τις ανάγκες, τα συναισθήματα της και της δείχνουμε κατανόηση και συμπαράσταση. (Κονιάρη 1991)



Εικόνα 8.1 : Τελικό στάδιο καρκίνου μαστού

8.2 Ο ρόλος της οικογένειας

Η συμβολή της οικογένειας είναι απαραίτητη και μπορεί να αποτελέσει ένα υποστηρικτικό σύστημα στην αντιμετώπιση της ασθενούς, δεδομένου ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μια μακροχρόνια νόσος, έτσι και η σχέση των λειτουργιών υγείας και της οικογένειας θα είναι μακρά.

Όταν η οικογένεια επιτελεί τον ψυχολογικό, υποστηρικτικό ρόλο της, δεν πρέπει να εκλαμβάνεται ως ξεκομμένη κοινωνική ομάδα, αφού την αποτελεσματικότητα της στον τομέα αυτό έχει ανάγκη βοήθειας και καθοδήγησης που μόνο η πολιτεία μπορεί να προσφέρει.

Δεκάδες μελέτες έχουν αποδείξει ότι τόσο η κατάσταση της ασθενούς όσο και η ανταπόκριση της οικογένειας στο έργο της βελτιώνονται όταν πλαισιώνονται απ' την γνώμη και καθοδήγηση ειδικών. Χωρίς αυτή, προβλήματα μπορούν εύκολα να προκύψουν όταν τα μέλη που έχουν αναλάβει την υποστήριξη της ασθενούς μένουν μετέωρα και ανίσχυρα.

Η επιτυχία της οικογένειας να υποστηρίξει ψυχολογικά και αποτελεσματικά την καρκινοπαθή εξαρτάται από την ικανότητα που έχει η οικογένεια να κρατά την ασθενή στους σωστούς προσωπικούς της στόχους. Με αυτή την προϋπόθεση η οικογένεια θα πρέπει να επικεντρώσει τα αποθέματα γνώσεων και δύναμης που διαθέτει στα εξής σημεία :

✚ συναισθηματική υποστήριξη : το χαρακτηριστικό αυτό αφορά τη συμπεριφορά εκείνη της οικογένειας η οποία σκοπό έχει να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι εξακολουθούν οι αγαπημένοι της να τρέφουν αγάπη και εκτίμηση, ανεξάρτητα από

την κατάσταση της εύκολα γίνεται αντιληπτή η σημασία του χαρακτηριστικού αυτού για την ασθενή που βρίσκεται κάτω από συναισθηματική πίεση.

✚ κοινωνική σύνδεση : αναφέρεται στην ανάγκη της ασθενούς για επαφή και επικοινωνία με άλλους ανθρώπους και είναι μέλημα της οικογένειας να την ενθαρρύνει σ' αυτό. Η υποστήριξη από άλλους ανθρώπους, φίλων, συγγενών, γειτόνων, είναι η καλύτερη πηγή δύναμης για την πάσχουσα. Γιατί οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν μια πειστική κατάσταση, όταν κινητοποιούνται και συνδέονται με άλλους μπορούν να απολύουν τα αισθήματα τους, της μοναξιάς και της απομόνωσης. Αν αυτά τα άτομα παρουσιάζουν το ίδιο πρόβλημα υγείας με την ασθενή μπορούν να πάρουν πληροφορίες και να αντλήσουν σιγουριά.

✚ διατήρηση της κοινωνικής ταυτότητας της ασθενούς : αναφέρεται στο βαθμό κοινωνικής ένταξης της ασθενούς. Η οικογένεια της ασθενούς θα πρέπει με θυσίες, προσωπικές συχνά, να διατηρήσει τους ήδη υπάρχοντες κοινωνικούς δεσμούς ή να αποκαταστήσει τους ήδη χαλαρούς. Η χαλάρωση των δεσμών της ασθενούς με τον κοινωνικό περίγυρο οδηγεί στη μη υγιή κατάσταση της απομόνωσης και μοναξιάς. Άρα οι κοινωνικοί δεσμοί βοηθούν στη διατήρηση της ταυτότητας του ατόμου, πράγμα πολύ σημαντικό κατά την περίοδο μιας κρίσης όπως αυτής της κακοήθους νεοπλασίας.

Μεταξύ άλλων ερευνητών, ο Valom έχει πειραματιστεί με την επίδραση του φιλικού περιβάλλοντος σε γυναίκες με μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Η έρευνα έδειξε πως οι γυναίκες που συμμετείχαν σε φιλικές συγκεντρώσεις ήταν λιγότερο ανήσυχες και μελαγχολικές από εκείνες που δεν συμμετείχαν σε παρόμοιες φιλικές συγκεντρώσεις.

- πληροφόρηση της ασθενούς : η πληροφόρηση σαν είδος υποστήριξης της ασθενούς με κακοήγη νεοπλάσματα του μαστού είναι σημαντική και αποτελεί και θέμα της οικογένειας της ασθενούς. Υπερπροστατευτική απόκρυψη της αλήθειας από την ασθενή είναι ο συνηθέστερος τρόπος αντίδρασης της οικογένειας αν και τα τελευταία χρόνια μοιάζει να κερδίζει έδαφος η ανοιχτή επικοινωνία αφού οι ειδικοί έχουν προχωρήσει σ' αυτόν τον τομέα φάνηκαν θετικά αποτελέσματα.

Η ανοιχτή επικοινωνία δεν είναι εύκολη αλλά δεν είναι και πανάκεια για κάθε οικογένεια που αντιμετωπίζει τον καρκίνο. Ένας παράγοντας που συμβάλλει στις δυσκολίες για επικοινωνία είναι ο διαφορετικός βαθμός επιθυμίας των μελών της οικογένειας.

Πολλές γυναίκες με μαστεκτομή περίμεναν περισσότερη συζήτηση με τους συντρόφους τους οι οποίοι όμως δεν είχαν την ίδια επιθυμία να συζητήσουν και γιατί νόμιζαν ότι μπορεί να δημιουργήσουν αρνητικά συναισθήματα και να παρεμποδίσουν την καλή προσαρμογή των συζύγων τους. Ακόμα πολλά ζευγάρια αναφέρουν σαν μυστικό της επιτυχίας τους ότι ποτέ δεν συζήτησαν για τον καρκίνο. Σ' αυτή την περίπτωση όμως δεν πρέπει να μιλήσουμε για ανικανότητα επικοινωνίας αλλά μάλλον έχουμε να κάνουμε με συνειδητή επιλογή των ζευγαριών.

Η οικογένεια θα πρέπει να παρέχει συναισθηματική υποστήριξη στην ασθενή, με τέτοιο τρόπο όμως, που να μην εκλαμβάνεται ως πίεση από την ασθενή, με αποτέλεσμα να την αποθαρρύνει. Επίσης, τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να επιλέγουν προσεκτικά τη χρονική στιγμή που θα προσφέρουν υποστήριξη στην ασθενή.

Σε έρευνα των Barton και Parker ασθενείς ρωτήθηκαν για την υποστήριξη από συζύγους, άλλα μέλη της οικογένειας, φίλους και θρησκευτικές ομάδες. Ειδικότερα γυναίκες ρωτήθηκαν αν είχαν την ευκαιρία να συζητήσουν τα συναισθήματα τους για την εγχείρηση της μαστεκτομής με τα παραπάνω πρόσωπα. 12% δήλωσαν ότι δεν είχαν ή δεν χρησιμοποίησαν καμία πηγή υποστήριξης, 21% μια πηγή, 35% δυο πηγές, 28% τρεις πηγές και 4% τέσσερις πηγές. Στην ίδια όμως έρευνα παρατηρήθηκε ότι όσο αυξανόταν ο αριθμός των πηγών υποστήριξης τόσο αυξανόταν ο δείκτης

κατάθλιψης των ασθενών. Αυτό ίσως να οφειλόταν ακριβώς στο stress που ασκείται από ένα ευρύτερο δίκτυο στον ασθενή.

Τα μέλη της οικογένειας έχουν ανάγκη από πλήρη ενημέρωση και εκπαίδευση προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις αυξημένες ανάγκες της ασθενούς με καρκίνο του μαστού. Να δώσουν και να πάρουν υποστήριξη έτσι ώστε να βοηθηθεί η οικογένεια σε αυτό το ψυχοθεραπευτικό ρόλο που της ζητάμε να παίξει. (Τζωρτζίνη 1994)

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια νόσος που τρομάζει τις γυναίκες πολύ περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη ασθένεια, επειδή αφορά το στήθος, ένα ευαίσθητο αλλά και συμβολικό σημείο του γυναικείου σώματος.

Η κάθε γυναίκα έχει την δική της ιστορία να αφηγηθεί για το πώς ανακάλυψε και πώς αντιμετώπισε τον καρκίνο του μαστού. Και οι ιστορίες αυτές έχουν σημασία γιατί προέρχονται από τις νικήτριες της μάχης. Από πραγματικές ηρωίδες που όντας σήμερα καλά, έχουν την πείρα και την δύναμη όχι μόνο να μας προειδοποιήσουν για το τι να προσέχουμε αλλά κυρίως να σταθούν απέναντί μας ως ζωντανά σύμβολα ελπίδας και αισιοδοξίας. Ως πραγματικές αποδείξεις ότι αφού τα κατάφεραν αυτές, μπορούμε να τα καταφέρουμε όλες. Για λίγες από εμάς, βέβαια, η απόδειξη μπορεί να είναι δίπλα μας: Η μαμά μας, η θεία μας, η συνάδελφός μας.

Ο καρκίνος του μαστού δεν κάνει διακρίσεις. Κάθε γυναίκα μπορεί να είναι εν δυνάμει θύμα γι' αυτό όλες οφείλουμε να προστατευόμαστε ακολουθώντας έναν υγιεινό τρόπο ζωής και εξετάζοντας τακτικά το στήθος μας, μόνες μας, με ψηλάφηση, με την βοήθεια του γυναικολόγου μας αλλά, καθώς μεγαλώνουμε, και σε μαστογράφο. Στο ζήτημα του καρκίνου του μαστού, του πιο συχνού «γυναικείου» καρκίνου, δεν χωράνε παραλήψεις. Δεν δικαιολογείται η αδιαφορία ή η καθυστέρηση. Ειδικά σήμερα που έχουμε το προνόμιο να ενημερωνόμαστε για τον καρκίνο εκτενέστερα από ποτέ και που έχουμε ως παραδείγματα «θυμάτων» του αμέτρητες γυναίκες γύρω μας, πολλές εκ των οποίων τον νίκησαν και κάποιες όχι.

Και όμως, συγκριτικά με άλλες μορφές καρκίνου (π.χ. του πνεύμονα), ο καρκίνος του μαστού στην πλειοψηφία των περιπτώσεων θεραπεύεται. Η ασθένεια πρώτον έχει καλύτερη «συμπεριφορά» και δεύτερον αντιμετωπίζεται πιο αποτελεσματικά. Γι' αυτό και είναι ζωτική η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης, της πρόληψης, αλλά και της σωστής ενημέρωσης.

Ένα τεστ Παπανικολάου, δεν είναι ούτε επώδυνο, ούτε παίρνει πολύ χρόνο, το ίδιο και μια αυτοεξέταση μαστού.

Ας αφιερώσουμε λίγο χρόνο και στον εαυτό μας και ας τον αγαπήσουμε και αυτόν όπως αγαπάμε τον άντρα μας και τα παιδιά μας. Μπορούμε να προσφέρουμε ακόμα περισσότερα σε αυτούς όταν είμαστε υγιείς και δίπλα τους.

Μην αφήσουμε να χαθεί πολύτιμος χρόνος. Ίσως τότε να είναι αργά..

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΩΖΕΙ !!!!!!!

Δεν είναι απλά ανάγκη, είναι επιλογή. Επιλέγω να προλάβω, επιλέγω να είμαι υγιής, επιλέγω να ζήσω!!!

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Πρώτη περίπτωση

Ιστορικό υγείας

Όνοματεπώνυμο: Κ.Α.

Ηλικία: 48

Επάγγελμα: Οικιακά

Συζυγική κατάσταση: Διαζευγμένη

Ημερομηνία εισόδου: 14/3/04

Ημερομηνία εξόδου: 20/3/04

Ατομικό ιστορικό: Δεν είχε κανένα πρόβλημα υγείας, παρ' όλο που κάπνιζε, ήταν στην κλιμακτήριο περίοδο.

Οικογενειακό ιστορικό: Δεν υπήρχε άτομο στην οικογένεια της με καρκίνο μαστού.

Προηγούμενη πάθηση μαστού: Καμία. Ανακαλύφθηκε τυχαία.

Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης: Η εξέταση του μαστού αποκαλύπτει ανώδυνο σκληρό μη κινητό ογκίδιο.

Διαγνωστικές εξετάσεις: Ακτινογραφία θώρακα αρνητική. Μαστογραφία θετική.

Εντόπιση: Άνω έξω τεταρτημόριο αριστερού μαστικού αδένου.

Ιστολογικός τύπος: Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα.

Κλινική σταδιοποίηση: Κατατάσσεται στο στάδιο III με διάμετρο 2,5 εκ.

Ταξινόμηση κατά T.N.M. σύστημα: T³N⁰M⁰

Χειρουργική επέμβαση: Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή και μασχαλιαίος καθαρισμός

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<u>Πρόβλημα ασθενούς</u>	<u>Νοσηλευτική αντιμετώπιση</u>	<u>Αιτιολόγηση</u>	<u>Αξιολόγηση</u>
<u>Φόβος και αγωνία για τη χειρουργική επέμβαση. Δυσκολία να αποδεχθεί την απώλεια του μαστού της</u>	Απαντάμε σε κάθε απορία της ασθενούς σχετικά με την εγχείρηση, εξηγούμε πως χιλιάδες γυναίκες επανήλθαν στις προηγούμενες δραστηριότητες τους	Η τόνωση του ηθικού είναι απαραίτητη γιατί οι ασθενείς με φόβο και κατάθλιψη συχνά έχουν μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως shock κ.α.	Η ασθενής μετά τη συναισθηματική υποστήριξη είναι έτοιμη να αποδεχθεί την απώλεια του μαστού της
<u>Παρακολούθηση της ασθενούς μέχρι να ανανήψει</u>	Γοποθέτηση της ασθενούς σε ύπια θέση. Συνεχής λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή	Με τη συνεχή παρακολούθηση εκτιμούμε την ασθενή και προλαμβάνουμε κάθε επιπλοκή	Εξασφάλιση ψυχικής και σωματικής ασφάλειας της ασθενούς μέχρι να ανανήψει
<u>Πόνος στη περιοχή του τραύματος</u>	Ενημέρωση από την ασθενή για το χαρακτήρα του πόνου. Χορήγηση αναλγητικών μετά από ιατρική εντολή	Ο πόνος οφείλεται στο τραύμα	Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο μετά την χορήγηση αναλγητικών
<u>Δυσφορία της ασθενούς από τη πολύ πιεστική επίδεση του τραύματος</u>	Χαλάρωση της επίδεσης για την ανακούφιση της ασθενούς	Η πολύ πιεστική επίδεση εμποδίζει την έκπτυξη των πνευμόνων	Η ασθενής δηλώνει ότι αναπνέει πιο άνετα μετά από την χαλάρωση της επίδεσης

<u>Τραύμα- παροχέτευση</u>	Καθημερινός καθαρισμός με χλιαρό νερό και σαπούνι. Παράλληλα παρατηρούμε την παροχέτευση, το χρώμα και την ποσότητα των υγρών και αν λειτουργεί σωστά η συσκευή	Πρόληψη της μόλυνσης της τραυματικής χώρας	Επιτυχία γρήγορης επούλωσης του τραύματος χωρίς κίνδυνο λοίμωξης της περιοχής
<u>Μειωμένη αποβολή ούρων</u>	Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Μέτρηση ποσότητας των ούρων και τη συχνότητα των ουρήσεων. Μέτρηση βάρους της	Πρόληψη διαταραχής της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας.	Ο ασθενής πρέπει να πίνει περίπου 1000λίτρα ημερησίως
<u>Διατροφή</u>	Εξασφάλιση ενεργειακής ισορροπίας.	Φροντίδα για τη καλή διατροφή της ασθενούς, ανακαλύπτοντας τους παράγοντες που την επηρεάζουν	Πρόσληψη συγκεκριμένης ποσότητας θρεπτικών συστατικών για την καλή σωματική κατάσταση του ασθενή.
<u>Πυρετός έως 38,2° C</u>	Ενημέρωση του θεράποντα ιατρού. Τρίωρη λήψη θερμοκρασίας. Γίνεται προσπάθεια αποβολής εκκρίσεων και κινητοποίηση της ασθενούς	Η αύξηση της θερμοκρασίας οφείλεται σε αναπνευστική αιτιολογία	Επαναφορά της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα
<u>Έναρξη κινήσεων για το αριστερό χέρι</u>	Ενθάρρυνση της ασθενούς να αυτοεξυπηρετείται (βούρτσισμα δοντιών-χτένισμα)	Η κινητικότητα βοηθά στην ανάπτυξη των μυϊκών συσπάσεων	Μετά από την παρέμβαση του νοσηλευτικού προσωπικού και ειδικού φυσιοθεραπευτή ανέλαβε την έναρξη κινήσεων και ασκήσεων για το χέρι της

Δεύτερη περίπτωση

Ιστορικό υγείας

Όνοματεπώνυμο: Τ.Α.

Ηλικία: 58

Επάγγελμα: Οικιακά

Συζυγική κατάσταση: Παντρεμένη

Ημερομηνία εισόδου: 22/1/2000

Ημερομηνία εξόδου: 1/2/2000

Ατομικό ιστορικό: Δεν κάπνιζε και ήταν στην κλιμακτήριο περίοδο. Είχε πρόβλημα υγείας. Στις 23/1/1997 είχε κάνει μαστογραφία και των δύο μαστών, αλλά δεν παρατηρήθηκαν ευρήματα κακοήθειας στους μαζικούς αδένες. Στις 30/1/1997 ξαναέκανε μαστογραφία και πάλι δεν σημειώθηκαν παθολογικά ευρήματα στους μαζικούς αδένες και γύρω από τη θηλή. Στις 5/1/2000 από τη μαστογραφία που έκανε δεν σημειώθηκαν παθολογικά ευρήματα στον αριστερό μαζικό αδένα. Στο άνω έξω τεταρτημόριο του δεξιού μαζικού αδένα απεικονίστηκε σκίαση με ασαφή όρια. Στους υπερήχους η παραπάνω περιοχή αναδεικνυόταν ως συμπαγής όζος. Η θηλή ήταν φυσιολογική στο πάχος του δέρματος. Εικόνα μιτωτική.

Οικογενειακό ιστορικό: Δεν είχε άλλο άτομο της οικογένειας καρκίνο μαστού.

Προηγούμενη πάθηση μαστού: Είχε ενοχλήσεις. Ανακαλύφθηκε από τη μαστογραφία, όπως αναφέρουμε πιο πάνω. Η ίδια έκανε συχνή αυτοεξέταση μαστού.

Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης: Η εξέταση έδειξε ανώδυνο μη κινητό ογκίδιο και υπήρχε ερυθρότητα.

Διαγνωστικές εξετάσεις: Στην ακτινογραφία θώρακα δεν είχε παθολογικά ευρήματα στους πνεύμονες. Η μαστογραφία ήταν θετική (σκίαση με ασαφή όρια).

Εντόπιση: Δεξιός μαστός στο άνω έξω τεταρτημόριο.

Ιστολογικός τύπος: Αμιγές αδenoκαρκίνωμα.

Κλινική σταδιοποίηση: Ανήκει στο στάδιο I με διάμετρο 4 εκ. περίπου.

Ταξινόμηση κατά T.N.M. σύστημα: T¹N⁰M⁰

Χειρουργική επέμβαση: Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<u>Πρόβλημα ασθενούς</u>	<u>Νοσηλευτική αντιμετώπιση</u>	<u>Αιτιολόγηση</u>	<u>Αξιολόγηση</u>
<u>Ναυτία και εμετοί</u>	<p>-Ενημέρωση του θεράποντα ιατρού για τη ναυτία και τον εμετό. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων</p> <p>-Έλεγχος ισοζυγίου ηλεκτρολυτών</p> <p>-Διατήρηση της ασθενούς καθαρής μετά από τους εμετούς</p> <p>-Εξασφάλιση καλής θρέψης της ασθενούς</p> <p>-Συμπλήρωση του νοσηλευτικού ιστορικού για τη ποσότητα, συχνότητα και το χαρακτήρα των εμετών</p>	<p>Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται γιατί μπορεί να γίνει αλλαγή στο θεραπευτικό σχήμα. Ανακούφιση της ασθενούς από την κακοσμία</p> <p>-Οι συχνοί εμετοί δημιουργούν αποστροφή</p>	Ανακούφιση της ασθενούς από τη ναυτία και τους εμετούς και λήψη επαρκούς ποσότητας τροφής
<u>Πτώση αρτηριακής πίεσης</u>	Συνεχής λήψη ΑΠ, αναπνοών και σφυγμών. Έλεγχος του τραύματος μήπως αιμορραγεί	Τα ζωτικά σημεία είναι δείκτες για διαπίστωση shock και αιμορραγίας. Συνεχή παρακολούθηση για τα παραπάνω και ενημέρωση του γιατρού	Η επαναφορά ΑΠ στα φυσιολογικά επίπεδα και μη εμφάνιση άλλων συμπτωμάτων

<p><u>Προβλήματα σχέσεων με την οικογένεια και το σύζυγο</u></p>	<p>Βοήθεια της ασθενούς και της οικογένειας της να αποδεχθούν την πραγματικότητα</p>	<p>Η απώλεια του μαστού προκαλεί μείωση της αυτοπεποίθησης και επίταση της ανασφάλειας. Ανασφάλεια στον αισθητικό τομέα, το σεξ, την μητρότητα</p>	<p>Επαναφορά της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας και απόδοση της ασθενούς στα ανώτερα εφικτά επίπεδα</p>
<p><u>Απότομη πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων (3-200/mm³)</u></p>	<p>-Ενημερώνουμε το γιατρό</p> <p>-Γίνεται συχνή λήψη της θερμοκρασίας του σώματος</p> <p>-Κάνουμε σχολαστικό έλεγχο του δέρματος και των κοιλοτήτων της ασθενούς για την εμφάνιση λοίμωξης</p>	<p>Λόγω της ελάττωσης του αριθμού των λευκών χρειάζεται διακοπή της θεραπείας. Μικρή άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη επεξεργασία. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή προλαμβάνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις</p>	<p>Μετά από συνεχή παρακολούθηση της ασθενούς δεν διαπιστώθηκε άλλη πτώση των λευκών ούτε κάποια σημεία λοιμώξεως και η θεραπεία συνεχίστηκε κανονικά</p>
<p><u>Ανορεξία. Απώλεια βάρους</u></p>	<p>Καθημερινό ζύγισμα της ασθενούς. Προγραμματισμός μικρών και συχνών γευμάτων σε συνεργασία με την ασθενή για το περιεχόμενο και την ώρα. Ενθάρρυνση της ασθενούς να σιτίζεται επαρκώς</p>	<p>Η ασθενής πρέπει να σιτίζεται κανονικά, γιατί η ελλιπής λήψη τροφής οδηγεί στην μείωση της καλής φυσικής κατάστασης</p>	<p>Η ασθενής κατανόησε τη σημασία της σωστής διατροφής και καταβάλει κάθε δυνατή προσπάθεια για συνεργασία</p>

<p><u>Απώλεια</u> <u>μαστού και</u> <u>επιλογή σωστού</u> <u>τύπου τεχνητού</u></p>	<p>Ενθάρρυνση της ασθενούς να αποδεχθεί την πραγματικότητα</p>	<p>Η νοσηλεύτρια ενίσχυσε ψυχολογικά την άρρωστη και διέλυσε το άγχος της. Της είπε να φορέσει στηθόδεσμο που θα το γέμιζε με κάποιο μαλακό υλικό (μαλλί) και μετά την ενημέρωσε για τους τύπους τεχνητού πρόσθετου και από πού μπορεί να τον προμηθευτεί. Ο σύζυγος ενθαρρύνεται να συνοδεύσει τη γυναίκα του στην αγορά για ενθάρρυνση και αποδοχή</p>	<p>Άρτια εμφάνιση της ασθενούς</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανάτου Ε ,Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, , έκδοση 6^η, Αθήνα 2000 ,115-130

American College Of Physicians, "Ιατρική Έκδοση 21^{ου} Αιώνα", Εκδόσεις << ΔΟΜΙΚΗ>>, Επιμέλεια Χατζηδάκη Μ., Μετάφραση Πρατσίνης Ν., Μουτσοπούλου Α., Περαντούκου- Κουκ Μ., Ελλάδα 2000, σελ.754,756,760-761.

Αποστολίδης Σ, Πανουσόπουλος Γ, Καρκίνος του μαστού- Σύγχρονες απόψεις, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1998, σελ 5-3,67-125

Artmann A., Hellerhoff K. and Heywang-Kobrunner SH. Screening in women with increased breast cancer risk. Breast care 2006. Feb; 1(1): 22-5

Breast Cancer in men, Annals of Internal Medicine, 202(137): 678-687, Οκτώβριος 2002

Caro M. Hoskins.PHD.RN.FAAN and Judith Haber PHD.RN.FAAN, <<American journal of nursing >>, "Adjusting to B.cancer", April 2000, σελ.26

<<Cancer Principles and Practice of Oncology>>, Edited by Vincent J.Devita et al ed,1993

Γεωργούζος Β., Ο πληθυσμιακός έλεγχος στην Ελληνίδα για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού στα πλαίσια του προγράμματος της Ε.Ο.Κ. Η Ευρώπη κατά του καρκίνου, Ελληνική Διατριβή 1993, σελ17-20

Γολεμάτη Β., Παθήσεις Μαστού, Χειρουργική Παθολογία, Τόμος Β', Έκδοση Α', Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1991, σελ.704-708,710-712

Dollinger Malin MD, Ernest H.Rosenbaum, MD, ΚΑΙ Christopher Beul MD, <<Ο Καρκίνος. Διάγνωση και Πρόληψη, Θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση: ένας οδηγός για όλους >>. Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Λίστας, Αθήνα 1992,σελ.297-323

·
Ιωαννίδου- Μουζάκα Α., Η Μαστολογία και η θέση της στον ιατρικό χώρο, Σιβρίδης Ε., Ανατομική και Ιστολογική θεώρηση του μαστού, Σύγχρονη Μαστολογία Υπεύθυνη έκδοσης Ιωαννίδου- Μουζάκα Α., Αθήνα 1996.

Ιωαννίδου- Μουζάκα Α.,Pusterla Ε., Κλινική εξέταση των μαστών, Σύγχρονη Μαστολογία, Υπεύθυνη έκδοσης Ιωαννίδου- Μουζάκα Α ,Αθήνα 1996.

Κακλαμάνης Ν, Κάμμας Α, Η ανατομική του ανθρώπου, εκδόσεις Μ- Edition, Αθήνα 1998

Κατράκης Α.Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Βραβείο Ακαδημίας Αθηνών 1998, Ογκολογική Ενημέρωση Τόμος Ε', τεύχος 2 Απρίλιος- Ιούνιος 2003

Κονιάρη Ε.(1991), Καρκίνος του Μαστού Νοσηλευτική Παρέμβαση. Επίτομος, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα. σελ.1-4,24-26, 33-38,50, 55-62, 90-92,108-111, 140,166-172,177,180-189, 201-201

Κρεατσάς Γ.Κ. : << Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική>>, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης , Αθήνα 1998, σελ.48.416-417,419-421, 423-425, 429-431

Καραγιώργου Δημήτρη, 4 Φεβρουαρίου: Παγκόσμια μέρα κατά του καρκίνου, 3 Φεβρουαρίου 2009, http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=7441.

Καραχάλιος Γ.Ν.(1999), Γενική Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, σελ 65-70

Κυριακίδου Ε, Κοινωνική Νοσηλευτική, έκδοση 2^η, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1997

Κωνσταντίνος Παπαβασιλείου-Γιάννης Φύσσας, Ακτινοθεραπεία, Ο ΜΑΣΤΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ, Ένας οδηγός για κάθε γυναίκα –Με ερωτήσεις και απαντήσεις, Εκδοτικός Οργανισμός ΑΙΒΑΝΗ, Αθήνα 2006,σελ127-129

Κωνσταντινίδης Θ-Τζαγαράκη Ε., Νοσηλευτική αντιμετώπιση της γυναίκας με καρκίνο του μαστού στη φάση της θεραπείας, τόμος 40, Τεύχος 3^ο ,Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2001, σελ 65-68

Λώκης Δ, Γυναικολογία και Μαιευτική, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, τόμος Α', Αθήνα 1998

Μαλαγαρινού Μ., Κωνσταντινίδου Σ.(2003), Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική. Τόμος 2^{ος} . Εκδόσεις Β', Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα.σελ.80-82, 90,97-107, 114-116.

Μαλαχίας Γ, http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=898, Η θέση της υπερηχογραφικής εξέτασης του μαστού σήμερα, η ανίχνευση των παθήσεων του σε συνδυασμό με τη μαστογραφία, 6/2/2006

Μπαγιώργου Α., Καρκίνος μαστού και νοσηλευτική παρέμβαση, Πτυχιακή εργασία Πάτρα 2008

Med Β., Θέματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Τίμηνο περιοδικό της Ένωσης Μαιευτήρων Γυναικολόγων, τόμος ΣΤ', Ιανουάριο-Μάρτιο 1992)

Merck.<<Εγχειρίδιο Merck>>, " Διάγνωση και Θεραπεία ",Έκδοση 1998, σελ.2481

Νικολούδη- Μερκούρη Π., Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας σε γυναίκες με καρκίνο μαστού. Πρακτικά 26^{ου} ετήσιου Πανελλήνιου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Κέρκυρα 25-27 Μαΐου 1999, σελ 411-412

Οικονομοπούλου Χρ. , Η αξιολόγηση της ποιότητας της χειρουργικής φροντίδας ασθενών με καρκίνο, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια ογκολογίας και ψυχοογκολογίας, Νοέμβριος 1999- Φεβρουάριος 2000, Εκδόσεις Δοντάς-Μπεσμπέας, Αθήνα 2001, σελ.130

Παπανικολαου Ν.Α., Παπανικολαου Α.Ν., Γυναικολογία, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανός Γρηγόριος, 3^η Έκδοση, Αθήνα 1994, σελ.437-445,448-450,470-472,476-477

Παπαδημητρίου Γ., Ανδρουλάκης Γ., <<Αρχές γενικής χειρουργικής>>, τόμος Α. Έκδοση 1^η , Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 1989, σελ 311-328

Πατέρας Χαρίλαος, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας : << Καρκίνος του μαστού-Πληθυσμιακός έλεγχος>>, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Οκτώβριος 2003-Ιανουάριος 2004, σελ.20

Πετρίδης Α., Εγχειρίδιο Χειρουργικής, έκδοση 4^η , εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, σελ 70-90

Πινακίδης Μ, Μπούτης Α, Καρκίνος του μαστού, Έκδοση Α, Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1993,σελ20-26

Ράπτη Σ. (2002) Εσωτερική Παθολογία. Τόμος 3^{ος} , Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα 1987

Ρουμελιώτης Γ. Αθανάσιος,Μπρεζεάνου Κ Χριστίνα, Αμύγδαλος Ι. Γεώργιος (2006),Καρκίνος του μαστού, Πρόληψη-Αντιμετώπιση, Medicus Hippocraticus, τεύχος 10, Περιοδική έκδοση της ιατρικής εταιρείας και του ιατρικού συλλόγου Χίου,

Σακοράφα Χ. (2002), "Ο καρκίνος του μαστού", Εκδόσεις Λάγος, Αθήνα, σελ 34-36

Σέχας Μ.(1995), Χειρουργική. Τόμος 2^{ος}. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, σελ.505-514

Σμπαρούνης Χ.(1990), Γενική Χειρουργική Ασθενούς, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, σελ 143-146

Stricker CT. Endocrine effects of breast cancer treatment. Seminars in Oncology Nursing. 23(1): 55-70, 2007 Feb

Suzan M.Love,M.D.Kare Cindsey, Το βιβλίο του μαστού, Έκδοση 1^η ,Εκδόσεις Λύγος, Αθήνα 1994, σελ.115-228,259-390

Σταματελόπουλος Σ.(2001), Θεραπευτική των Σύγχρονων Νοσημάτων, Εσωτερική Παθολογία, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα, σελ 120-130

Τζωρακοελευθεράκης Ε <<Χειρουργικές παθήσεις του μαστού>>, Επίτομος, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992

Τούντας Κ.(1981). Επίτομος Χειρουργική, Τεύχος 2^ο ,Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα, σελ.374-376.

Thomsons (2001), Ιατρική Γενετική, Πανεπιστημιακές εκδόσεις, Κρήτη

Τριμηνιαίο περιοδικό Ε.Σ.Ν.Ε, Νοσηλευτική, τόμος 46, τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 2007

Τριχοπούλου Α, Τριχόπουλος Δ, Προληπτική Ιατρική, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1986

Τσιγκουράκος Δ, Η συμβουλή της οικογένειας ως υποστηρικτικού συστήματος του καρκινοπαθούς από τη σκοπιά του κλινικού ογκολόγου, «Ελληνική Ογκολογία», 1993

Τσίκος Ν και Καραγεωργοπούλου-Γραβάνη Σ, Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής ΙΙ, έκδοση 2^η, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999

Φύσσας Π. Γιάννης, Ο ΜΑΣΤΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ, Ένας οδηγός για κάθε γυναίκα –Με ερωτήσεις και απαντήσεις, Εκδοτικός Οργανισμός ΛΙΒΑΝΗ, Αθήνα 2006, σελ.19,21-24,41-42,46,50-51,60,98-99,100

Fisher B. & Aderson S., Καρκίνος του γυναικείου μαστού :μερική ή ολική μαστεκτομή, <http://www.mastologia.gr>, Τελευταία ανανέωση ημερομηνίας 10-01-2007

Χατζηγεωργίου Ν. Κωνσταντίνος, 29 Αυγούστου 2002, http://www.gym.gr/artman/publish/article_4.asp

http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=3081 23 Οκτωβρίου 2007 Η αύξηση του σωματικού βάρους ενισχύει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στο μαστό

http://www.medlook.net/article.asp?item_id=432 20/7/02 Ο θηλασμός μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού)

http://www.health.eportal.gr/health/karkinos/12337oz_2006080612337.php3
Καφές και καρκίνος: Νέα στοιχεία

http://www.medlook.net/article.asp?item_id=963 14/1/03, Η σχέση καρκίνου του μαστού και κατανάλωσης αλκοόλ

<http://www.stress.gr/disorder.php?id=18> Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις του καρκίνου του μαστού

http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=5609 Μητροπάνος Γ, Αυτοεξέταση του μαστού: εγκληματική αμέλεια ή παράλειψη της , 4/8/2008



Καρκίνος μαστού-Η γνώση και η πρόληψη είναι η καλύτερη αντιμετώπιση της ασθένειας.



Σε ποιο σημείο βρίσκεται η αγάπη που νιώθεις γι' αυτήν;

Ένας ωραίος μεσήληξ μπήκε σ' ένα cafe και κάθισε. Προτού παραγγείλει, παρατήρησε μια ομάδα νεαρών οι οποίοι έπιναν το ποτό τους σ' ένα γειτονικό τραπέζι, τον κοροϊδεύανε....

Είχε συναίσθηση ότι, για κάποιο συγκεκριμένο λόγο είχε καρφίτσωμένο στο πίσω μέρος του σακακιού του ένα ροζ φιόγκο...

Ο άντρας αδιαφόρησε λίγο, αλλά η επιμονή των κοροϊδιών, από τους γείτονες του άρχισαν να ενοχλούν. Κοίταξε στα μάτια επίμονα έναν από τους νεαρούς και με τον δείκτη του χεριού έδειξε το πίσω μέρος του σακακιού λέγοντας: <<Αυτό;>>. Με την κίνηση του αυτή, όλη η παρέα των νεαρών ξέσπασε στα γέλια....Ο νεαρός στον οποίο απευθύνθηκε η ερώτηση είπε:

"Συγγνώμη αλλά λέγαμε πόσο αστείος γίνεσαι με αυτόν τον μικρό φιόγκο στη ράχη του σακακιού σου."

Με ένα ατάραχο βλέμμα, ο μεσήληξ έκανε ένα νεύμα προσκαλώντας τον νεαρό να έλθει να καθίσει στο τραπέζι του. Παρ' όλο που ένιωθε λίγο άβολα, ο νεαρός πλησίασε και κάθισε στο τραπέζι.

Ο μεσήληξ με μια ήρεμη φωνή του είπε: " Φοράω αυτό το φιόγκο για να τραβήξω την προσοχή για τον καρκίνο του μαστού." Τον φοράω προς τιμή της μητέρας μου

-Λυπάμαι πολύ, φίλε μου είπε ο νεαρός, η μητέρα σας πέθανε από καρκίνο μαστού;

- Όχι εκείνη είναι μια χαρά, τα στήθη της με γαλούχησαν όταν ήμουν μωρό, και ήταν το καταφύγιο μου όταν φοβόμουν και όταν ένιωθα μοναξιά στην παιδική μου ηλικία. Καταλαβαίνω είπε ο νεαρός.....

-Φοράω επίσης αυτόν τον φιόγκο προς τιμήν της γυναίκας μου, συνέχισε ο μεσήληξ

- Και εκείνη είναι επίσης καλά; Είπε ο νεαρός

-Βεβαίως, τα στήθη της υπήρξαν πηγή έρωτος για όλους. Μ' αυτά ανέθρεψε την θαυμάσια κόρη μας 23 ετών. Τους είμαι επίσης ευγνώμων για την υγεία τους.

- Νεαρός: Βλέπω και υποθέτω ότι φοράτε αυτό το φιόγκο επίσης προς τιμήν της κόρης σας.

-Όχι. Για την κόρη μου είναι πολύ αργά, πέθανε από καρκίνο μαστού, προ μηνός....Φανταζόταν ότι ήταν πολύ νέα για να έχει καρκίνο μαστού, γι 'αυτό όταν παρατήρησε τυχαία μια σκληρία στο μαστό την αγνόησε. Σκέφτηκε ότι καθώς αυτό δεν την ενοχλούσε, και δεν είχε κανένα πόνο δεν έπρεπε να ασχοληθεί με αυτό.

- Μουδιασμένος και ντροπιασμένος ο νεαρός του είπε: Είμαι συντετριμμένος, κύριε.

-Αλλά φοράω αυτό το φιόγκο στη μνήμη της κόρης μου με υπερηφάνεια είπε, ο μεσήληξ. Αυτό μου δίνει την ευκαιρία να μιλώ με άλλους ανθρώπους. Όταν το βράδυ θα γυρίσεις σπίτι σου μίλησε γι 'αυτό με την γυναίκα σου, τις κόρες σου, την φίλη σου.... Κράτα...Πρόσθεσε ο μεσήληξ καθώς έψαξε και έβγαλε από την τσέπη του ένα ροζ μικρό φιόγκο και του τον έδωσε.

-Ο νεαρός, τον πήρε, τον κοίταξε, σήκωσε το κεφάλι του και είπε: Μπορείτε να με βοηθήσετε να τον καρφιστώσω;

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΑΝΤΙΔΟΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι τροφές που καταναλώνουμε ενδέχεται να επηρεάσουν το αν θα προσληφθούμε ή όχι από καρκίνο του μαστού, το πόσο γρήγορα αυτός θα αναπτυχθεί, καθώς και το αν θα δημιουργήσει μεταστάσεις σε άλλα μέρη του σώματος, δηλαδή τη συνολική του πορεία γενικότερα. Αν και αρκετοί είναι οι παράγοντες που παίζουν αποφασιστικό ρόλο για την εμφάνιση κι εξέλιξη του καρκίνου του μαστού, αναμφίβολα πιο σημαντικός από όλους θεωρείται τώρα πια η διατροφή. Σε αυτήν έχουν επικεντρώσει τελευταία τις έρευνες τους οι επιστήμονες με σκοπό να ανακαλύψουν τους μυστηριώδεις τρόπους με τους οποίους οι τροφές είναι σε θέση να ρυθμίσουν τις διάφορες λειτουργίες των κυττάρων ή των ορμονών, και κυρίως των οιστρογόνων, που συντελούν στον έλεγχο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού.

Ο ρόλος του λάχανου

Ορισμένα τρόφιμα επισπεύδουν την αποβολή των οιστρογόνων από τον οργανισμό. Επιταχύνουν το μεταβολισμό τους, κάνοντας καύση των ορμονών, ώστε να μειώνονται εκείνες που είναι διαθέσιμες να θρέψουν τα καρκινικά κύτταρα. Αυτό ακριβώς κάνουν οι ουσίες που περιέχονται στο λάχανο και στα άλλα μέλη της οικογένειας των σταυρανθών – το μπρόκολο, το κουνουπίδι, τα λαχανάκια Βρυξελλών και άλλα – σύμφωνα με μελέτη που έκανε ο Jon Michnovicz και άλλοι επιστήμονες στο Ινστιτούτο Ορμονικών Ερευνών της Νέας Υόρκης. Η μελέτη τους αποκάλυψε ότι συγκεκριμένες ινδόλες που περιέχονται στα εν λόγω λαχανικά επισπεύδουν μια διαδικασία κατά την οποία ο οργανισμός εξουδετερώνει ή απαλλάσσεται από το είδος των οιστρογόνων που ευθύνονται για την εκδήλωση καρκίνου του μαστού.

Σε επιδημιολογικές έρευνες που διενεργήθηκαν σε γυναίκες και άντρες, τα συστατικά του λάχανου επιτάχυναν τη διαδικασία εξουδετέρωσης των οιστρογόνων κατά 50%, αναφέρει χαρακτηριστικά ο Michnovicz. Η δοκιμαστική δόση υπερέβαινε ασφαλώς τη συνηθισμένη ημερήσια δόση που καταναλώνει ένας άνθρωπος: περιλάμβανε 500mg ινδόλης – 3- καρβινόλης, ποσότητα που περιέχεται σε περίπου τετρακόσια γραμμάρια ωμού λάχανου. Ακόμα και λιγότερη κατανάλωση, ωστόσο, προκαλούσε καύση των οιστρογόνων, μολονότι σε μικρότερο βαθμό. Είναι γνωστό, επισημαίνει ο Michnovicz, ότι οι γυναίκες με αυξημένο μεταβολισμό οιστρογόνων παρουσιάζουν λιγότερη προδιάθεση εμφάνισης ορμονικά εξαρτώμενων μορφών καρκίνου, όπως αυτός του μαστού, της μήτρας και του ενδομητρίου. Υποψιάζεται δε ότι ένας από τους λόγους για τον οποίο οι Ασιάτισσες εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά καρκίνου του μαστού είναι η αυξημένη κατανάλωση σταυρανθών λαχανικών.

Όταν χορηγήθηκαν ινδόλες σε ποντίκια, τα κρούσματα καρκίνου του μαστού μειώθηκαν θεαματικά, αναφέρει ο Michnovicz. Ερευνητές από το Αντικαρκινικό Ινστιτούτο Erpley, του Πανεπιστημίου της Νεμπράσκα, παρατήρησαν επίσης ότι η χορήγηση σταυρανθών λαχανικών σε πειραματόζωα, ιδίως λάχανου, περιορίσε τόσο την εκδήλωση όσο και τις πιθανές μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού.

Οι ινδόλες περιέχονται εκτός από το λάχανο σε όλα τα σταυρανθή λαχανικά, όπως το κουνουπίδι, το μπρόκολο, τα λαχανάκια Βρυξελλών και το γογγύλι. Για να λάβουμε το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, πρέπει να καταναλώνουμε τα λαχανικά αυτά ωμά ή ελαφρώς μαγειρεμένα, συμβουλεύει ο Michnovicz. Η αυξημένη θερμότητα αλλοιώνει τις ινδόλες, περιορίζοντας την αντιοιστρογονική και αντικαρκινική δράση τους.

Οι ευεργετικές ιδιότητες του σιταριού

Ένας ακόμα τρόπος για να καταπολεμήσουμε τον καρκίνο του μαστού, περιορίζοντας τα επίπεδα των οιστρογόνων του αίματος, είναι η κατανάλωση δημητριακών. Το πίτουρο σιταριού συγκεκριμένα περιέχει κάποια πολύτιμη ουσία, η οποία δε φαίνεται να υπάρχει στα υπόλοιπα δημητριακά. Η ουσία αυτή μειώνει εντυπωσιακά τα επίπεδα των οιστρογόνων του αίματος, στα οποία αποδίδεται συχνά η εμφάνιση καρκίνου. Σε αυτό το συμπέρασμα κατέληξε μεγάλη επιδημιολογική μελέτη που πραγματοποίησε ο David P. Rose, του Αμερικανικού Οργανισμού Υγείας της Νέας Υόρκης, σε 62 προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, ηλικίας από είκοσι έως πενήντα χρόνων.

Οι γυναίκες καταλάωναν ημερησίως τρία έως τέσσερα ατομικά κέικ πλούσια σε φυτικές ίνες, παρασκευασμένα είτε από βρόμη είτε από καλαμπόκι είτε από σιτάρι. Αυτό διπλασίασε, από δεκαπέντε σε τριάντα γραμμάρια, την ποσότητα που

προσλάμβαναν καθημερινά. Ένα μήνα μετά, η διαφορά στα επίπεδα οιστρογόνων στο αίμα τους ήταν ανεπαίσθητη. Ωστόσο, δύο μήνες αργότερα, τα οιστρογόνα των γυναικών που κατανάλωναν σιτάρι μειώθηκαν γύρω στο 17%. Τα επίπεδα των οιστρογόνων παρέμειναν αμετάβλητα σε εκείνες που κατανάλωναν τα κέικ από βρόμη και καλαμπόκι.

Η βασική διαφορά είναι ότι οι φυτικές ίνες του σιταριού που εμφανίζουν υψηλή αδιαλυτότητα γίνονται «τροφή» για τα βακτήρια που αποτελούν τη χλωρίδα του εντέρου. Αυτό, μέσ' από μια πολύπλοκη διαδικασία βιολογικών λειτουργιών, μειώνει τα οιστρογόνα που επιστρέφουν στο κυκλοφορικό σύστημα. Ποια ποσότητα χρειάζεται; Η ποσότητα φυτικών ινών που αποδείχτηκε αποτελεσματική στη μελέτη αντιστοιχεί σε λίγο παραπάνω από μισό φλιτζάνι δημητριακά ολικής αλέσεως (τύπου All – Bran) ή ενάμισι φλιτζάνι νιφάδες δημητριακών ή έξι κουταλιές της σούπας ακατέργαστου πίτουρου σιταριού ημερησίως. Παρόλο που η μελέτη διενεργήθηκε σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, ο Rose επισημαίνει ότι το πίτουρο σιταριού μειώνει τα επίπεδα των οιστρογόνων, εμποδίζοντας την εκδήλωση καρκίνου και σε μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες, μετά την εμμηνόπαυση.

Τα φασόλια καταπολεμούν τον καρκίνο του μαστού

Η κατανάλωση άφθονων φασολιών συντελεί στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού, πιθανόν λόγω των φυτοοιστρογόνων που περιέχουν, τα οποία αναστέλλουν τη δραστηριότητα των οιστρογόνων που προάγουν την εκδήλωση της νόσου. Αυτό υποστηρίζει ο ερευνητής Leonard A. Cohen, του Αμερικανικού Οργανισμού Υγείας. Ο Cohen αναφέρει ότι οι γυναίκες ισπανικής καταγωγής που κατοικούν στην Καραϊβική και στο Μεξικό εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά καρκίνου του μαστού σε σχέση με τις Αμερικανίδες. Σε πρόσφατη μελέτη του μάλιστα ανακάλυψε το λόγο. Οι πρώτες καταναλώνουν διπλάσια όσπρια από τις δεύτερες – κυρίως κόκκινα φασόλια, ρεβίθια και σόγια.

Καταναλώνετε ψάρια

Τα θαλασσινά, και κυρίως τα παχιά ψάρια, συμβάλλουν στην καταπολέμηση του καρκίνου. Αυτό υποστηρίζει η Rashida Karmali, αναπληρώτρια καθηγήτρια Διατροφής στο Πανεπιστήμιο Rutgers. Ανακάλυψε ότι διατροφικά συμπληρώματα ιχθυελαίου, ανάλογα της μέσης ποσότητας που προσλαμβάνουν οι Γιαπωνέζες από την κατανάλωση ψαριού, περιόρισαν τα βιολογικά σημάδια προδιάθεσης καρκίνου του μαστού που έδειχναν γυναίκες που ανήκαν σε ομάδες ιδιαίτερα υψηλού κινδύνου. Εξάλλου, σφυγμομέτρηση Καναδών επιστημόνων που πραγματοποιήθηκε ανάμεσα σε τριάντα δύο χώρες έδειξε ότι τόσο τα κρούσματα όσο και τα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού είναι χαμηλότερα σε χώρες όπως η Ιαπωνία, όπου οι γυναίκες καταναλώνουν τις μεγαλύτερες ποσότητες ψαριού. Το πιο εντυπωσιακό είναι ότι το ιχθυέλαιο είναι μάλλον σε θέση να επηρεάσει την εξέλιξη του καρκίνου ακόμα κι όταν αυτός εκδηλωθεί. Η κατανάλωση ιχθυελαίου μπορεί να συγκρατήσει την εξάπλωση, αποτρέποντας έτσι πιθανές μεταστάσεις, υποστηρίζει ο George Blackburn, καθηγητής Χειρουργικής στο Χάρβαρντ. Εικάζει πως το ιχθυέλαιο ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα, εξοντώνοντας τα καρκινικά κύτταρα προτού δημιουργήσουν δευτερογενείς όγκους. Πιστεύει επίσης ότι εμποδίζει την προσκόλληση των περιφερόμενων καρκινικών κυττάρων σε νέα σημεία. Έτσι δυσκολεύονται να εγκατασταθούν σε άλλα μέρη προκαλώντας μεταστάσεις. Προκειμένου να τεκμηριώσει τη θεωρία του αυτή, διενεργεί εκτεταμένη έρευνα σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού.

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΝΑ ΝΙΚΗΣΕΤΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Τα τελευταία χρόνια, έχουν δημοσιευτεί εκατοντάδες μελέτες σχετικά με τους τρόπους που μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε για να αποφύγουμε τον καρκίνο. Όλες καταλήγουν στ ίδιο συμπέρασμα: Μπορούμε να προλάβουμε το 60% όλων των τύπων καρκίνου, αν κάνουμε μερικές αλλαγές στον τρόπο ζωής μας. Η επιλεγμένη διατροφή είναι τόσο σημαντικό προληπτικό μέτρο όσο και η διακοπή του καπνίσματος. Ακόμη δεν ξέρουμε πως ακριβώς οι διάφορες τροφές συντελούν ή αποτρέπουν την εκδήλωση μιας νεοπλασίας. Υπάρχουν όμως δύο βασικές θεωρίες. Η μία εκφράζει την άποψη ότι ορισμένα συστατικά που περιέχονται στις τροφές μας καταστρέφουν το DNA, το γενετικό υλικό που περιλαμβάνουν τα κύτταρα μας. Αυτό ακριβώς το υλικό που ελέγχει τη διαίρεση των κυττάρων. Όταν το DNA καταστραφεί, η διαίρεση των κυττάρων γίνεται ανεξέλεγκτα, και αυτό είναι που προκαλεί τους κακοήθεις όγκους. Η άλλη επιστημονική άποψη είναι πως ορισμένα στοιχεία των τροφών οδηγούν στην ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων.

Περισσότερα φρούτα και λαχανικά

Ο Διεθνής Οργανισμός Υγείας συνιστά να τρώμε τουλάχιστον 5 μερίδες καθημερινά. Τα φυτοχημικά που περιέχουν άφθονα είναι ότι ακριβώς χρειάζεται ο οργανισμός για να δυναμώσει την άμυνα του απέναντι στον αόρατο εχθρό. Τα φρούτα και τα λαχανικά έχουν ισχυρή αντιοξειδωτική δράση, γιατί περιέχουν πολλές βιταμίνες και ιχνοστοιχεία, που εξουδετερώνουν τις ελεύθερες ρίζες οι οποίες ευθύνονται για τον καρκίνο.

Λάχανο: Το πιο γνωστό αντικαρκινικό

Προτιμήστε τα πράσινα πλατύφυλλα λαχανικά. Το λάχανο, τα μπρόκολα, το σπανάκι, τα χόρτα, το μαρούλι έχει αποδειχτεί από μελέτες πως συνδέονται με χαμηλότερη συχνότητα καρκίνου. Μάλιστα, σε μια μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ, αποκαλύφθηκε πως όσοι έτρωγαν πάνω από μία φορά την εβδομάδα λάχανο (κράμβη) είχαν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν όγκο στο έντερο, σε σχέση με αυτούς που δεν έτρωγαν το συγκεκριμένο λάχανο.

Λιγότερο κόκκινο κρέας

Οι έρευνες δείχνουν πως όσοι τρώνε πολύ κόκκινο κρέας (μοσχάρι, αρνί, κατσικάκι, χοιρινό, εντόσθια κλπ) διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο στο έντερο, κι αυτό γιατί το κρέας βοηθά τα μικρόβια που φυσιολογικά υπάρχουν στο έντερο να παράγουν ουσίες που προκαλούν βλάβη στο DNA, το γενετικό υλικό των κυττάρων. Το λευκό κρέας (κοτόπουλο) περιέχει λιγότερα κεκορεσμένα λίπη. Γι' αυτό βλέπει λιγότερο.

Περισσότερα όσπρια

Τα όσπρια και οι φυτικές ίνες των φρούτων και των λαχανικών θωρακίζουν το έντερο από τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Ο καρκίνος του εντέρου είναι ο δεύτερος σε συχνότητα εμφάνισης για άντρες και γυναίκες. Στους άντρες πρώτος

είναι του πνεύμονα. Στις γυναίκες του μαστού. Τα όσπρια μαζί με τις πολύτιμες ίνες των φυτικών προϊόντων αποτελούν τροφή για τα μικρόβια που φυσιολογικά υπάρχουν εκεί. Αυτά, με τη σειρά τους, παράγουν ένα οξύ που λέγεται βουτυρικό, το οποίο προστατεύει το έντερο. Όσο η διατροφή περιέχει μεγάλες ποσότητες οσπρίων, μειώνεται και η ταχύτητα της διαίρεσης των κυττάρων, με αποτέλεσμα να μειώνεται ο κίνδυνος να αναπτυχθούν κύτταρα που θα μπορούσαν να εξελιχθούν σε καρκινικά.

Λιγότερα λίπη

Ο καρκίνος του εντέρου εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα που τρώνε πολύ βούτυρο και κόκκινο κρέας. Οι θάνατοι από τον ίδιο καρκίνο είναι λιγότεροι στις μεσογειακές χώρες, όπου καταναλώνουμε πολύ λάδι ελιάς (μονοακόρεστο).

Περισσότερο σκόρδο

Σε πειράματα που έκαναν σε ζώα που έπασχαν από καρκίνο, ερευνητές από τη Δυτική Βιρτζίνια διαπίστωσαν ότι σε εκείνα που έπαιρναν σκόρδο παρατηρήθηκε μείωση στο μέγεθος του όγκου. Τα ίδια ζώα αύξησαν τις πιθανότητες να επιβιώσουν, παρά την πάθηση που τα ταλαιπωρούσε. Είναι πιθανόν το σκόρδο να ενισχύει τον αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού, με αποτέλεσμα να είναι περισσότερο ισχυρός στην πάλη του με τον καρκίνο.

Λιγότερες θερμίδες

Η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο να εμφανιστεί όγκος στο έντερο, στη μήτρα, στην ουροδόχο κύστη, στις ωοθήκες, στο μαστό και στον προστάτη. Αν μια γυναίκα είναι υπέρβαρη, μεγαλώνει 2-3 φορές τον κίνδυνο να εμφανίσει νεοπλασία στο ενδομήτριο (το εσωτερικό της μήτρας). Τα περιττά κιλά συχνά εμποδίζουν την ωορρηξία (η μηνιαία παραγωγή του ωαρίου). Έτσι, η προγεστερόνη, η γυναικεία ορμόνη που ελέγχει την έμμηνη ρύση, δεν παράγεται. Η ίδια ορμόνη όμως προστατεύει τη μήτρα από τον καρκίνο. Έτσι, οι παχύσαρκες γυναίκες μένουν απροστάτευτες μπροστά στον ενδεχόμενο κίνδυνο.

Περισσότερη σόγια

Οι Κινέζες και οι Γιαπωνέζες που ακολουθούν δίαιτα με πολλή σόγια έχουν πολύ λιγότερα κρούσματα καρκίνου του μαστού. Το φυτό της σόγιας περιέχει φυτικά οιστρογόνα, ουσίες που μοιάζουν πολύ στη δράση τους με το ταμοξιφέν, ένα νέο φάρμακο που χορηγείται συστηματικά για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Αυτό που πετυχαίνει η σόγια είναι να εμποδίζει τα κύτταρα του μαστού να υποδέχονται τα οιστρογόνα σε μεγάλες δόσεις.

Η σόγια μοιάζει με φασόλι. Μαγειρεμένη θυμίζει κρέας (κεφτέδες σόγιας). Υπάρχει και σάλτσα σόγιας. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε πολλές συνταγές, είναι γευστική, υγιεινή και σχετικά ολιγοθερμιδική τροφή.

Μακριά από το τσιγάρο

Εκτός από τον καρκίνο του πνεύμονα, του στομάχου και του φάρυγγα, οι καπνίστριες απειλούνται δύο φορές περισσότερο και από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Το αισιόδοξο είναι πως όσες συνετές γυναίκες διακόπτουν τη συνήθεια

εγκαίρως έχουν πολλές ελπίδες να αποφύγουν τον κίνδυνο. Το τσιγάρο καταστρέφει το αμυντικό σύστημα του οργανισμού. Έτσι, τα κύτταρα του τραχήλου της μήτρας δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν τον ιό του έρπη, που στις περισσότερες περιπτώσεις αποτελεί την αιτία του συγκεκριμένου τύπου κακοήθειας. Δυστυχώς, τα ίδια προβλήματα προκαλεί και το παθητικό κάπνισμα.

Ήλιος με μέτρο

Μέχρι πρόσφατα κατηγορούσαμε τις UVB ακτίνες για τον καρκίνο του δέρματος. Οι έρευνες όμως δείχνουν πως και οι UVA δεν είναι καθόλου ασφαλείς, γιατί φαίνεται πως παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη του μελανώματος (ένα είδος νεοπλασίας του δέρματος που παίρνει 20-50 χρόνια για να εμφανιστεί). Οι χλωμές επιδερμίδες κινδυνεύουν περισσότερο, γιατί δεν μπορούν να αυτοπροστατευτούν από τις ελεύθερες ρίζες που απελευθερώνονται και τις καταστρέφουν, όταν εκτίθενται για πολλές ώρες στον ήλιο.

Αυτοέλεγχος στο μαστό

Η μαστογραφία είναι πολύ χρήσιμη στις γυναίκες πάνω από τα 40. Για τις νεαρές κυρίες, όμως, που ο ιστός του μαστού είναι πιο σκληρός, ο αυτοέλεγχος είναι καλύτερο μέτρο. Κοιταχτείτε στον καθρέφτη και ψηλαφήστε τους μαστούς, εναλλάξ. Προσέξτε μήπως υπάρχουν εκκρίσεις από τη θηλή, ένας ασυνήθιστος πόνος, μια κύστη, ένας μαλακός ή σκληρός όγκος ή αν μία από τις δύο θηλές έχει στραφεί προς τα μέσα.

Επιφυλάξεις για τα αντισυλληπτικά

Οι τελευταίες μελέτες δείχνουν πως το χάπι αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού κατά 20% για τις γυναίκες. Αυτό, όμως, μόνο για όσο διάστημα το παίρνουν. Ο κίνδυνος υποχωρεί σταδιακά και εξαλείφεται 10 χρόνια αφότου η γυναίκα σταματήσει να το παίρνει. Το θέμα δεν έχει λυθεί οριστικά, γι' αυτό γίνονται συνεχώς νέες μελέτες. Η νέα γενιά των αντισυλληπτικών ενοχοποιείται πολύ λιγότερο.

Όχι στο πολύ αλκοόλ

Το πολύ οινόπνευμα, ιδίως όταν συνδυάζεται με κάπνισμα, μεγαλώνει τον κίνδυνο εμφάνισης νεοπλασίας στο στόμα, στο λάρυγγα, στο λαιμό, στον οισοφάγο και στο συκώτι. Ένα ποτό την ημέρα αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού κατά 7%. Ενώ τρία οινοπνευματώδη ανεβάζουν τις πιθανότητες σε 30%. Η εξήγηση είναι πως το αλκοόλ αυξάνει τα επίπεδα των οιστρογόνων στο αίμα. Τα οιστρογόνα κάνουν τα κύτταρα να διαιρούνται πιο γρήγορα, κι έτσι πολλαπλασιάζονται οι πιθανότητες να μετατραπούν σε καρκινογόνα.

Ασφάλεια στο σεξ

Όσο περισσότερους σεξουαλικούς συντρόφους έχετε, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να εμφανίσετε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι έρευνες δείχνουν ότι τα κύτταρα του τραχήλου της μήτρας είναι πιο ευάλωτα πριν από την ηλικία των 20 χρόνων. Γι' αυτό, όσο νωρίτερα αρχίσει μια γυναίκα τη σεξουαλική της ζωή, τόσο περισσότερο

κινδυνεύει από την κακοήθη πάθηση. Τα ελαστικά προφυλακτικά και το σπιράλ μειώνουν τον κίνδυνο.

Ο θηλασμός προστατεύει

Όσες γυναίκες κάνουν παιδιά σε νεαρή ηλικία διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού. Ο θηλασμός, μάλιστα, προσφέρει επιπλέον προστασία.

Συχνά τεστ ΠΑΠ

Μια φορά το χρόνο το τεστ Παπανικολάου είναι απαραίτητο, ιδίως αν οι σεξουαλικοί σας σύντροφοι ξεπερνούν τους δύο σε όλη τη διάρκεια της ζωής σας, αν είχατε την πρώτη ολοκληρωμένη σεξουαλική σας επαφή πριν από τα 18, αν καπνίζετε ή αν έχετε κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, π.χ. έρπη των γεννητικών οργάνων. Αν καμιά από τις παραπάνω υποθέσεις δεν ισχύει, μπορείτε να κάνετε τεστ Παπανικολάου κάθε 2-3 χρόνια.

Εγκαταλείψτε τον καναπέ

Η κίνηση κάθε είδους μειώνει τον κίνδυνο. Έχει π.χ. ορμονικές επιδράσεις στον καρκίνο του μαστού. Βοηθά όμως τον οργανισμό να αμυνθεί και εναντίον του καρκίνου του εντέρου. Δε χρειάζεται να γίνει κάποιος πρωταθλητής για να έχει αποτέλεσμα η άσκηση. Τριάντα λεπτά γρήγορο περπάτημα, 4 φορές την εβδομάδα, είναι αρκετή γυμναστική. Το σημαντικό είναι να αποφύγουμε το καθιστό.

Έμμα Μπόμπεκ : Μήνας μνήμης αφιερωμένος στον καρκίνο του μαστού (Έχασε τη μάχη με τον καρκίνο μαστού)

«Αν μπορούσα να ξαναζήσω τη ζωή μου από την αρχή....

Θα καλούσα όλους τους φίλους μου στο σπίτι για φαγητό, ακόμα και αν το χαλί ήταν λεκιασμένο και ακόμα και αν ο καναπές μου είχε παλιώσει...

Θα έτρωγα ποπ - κόρν μέσα στο σαλόνι και θα άναβα το τζάκι χωρίς να με νοιάζει η στάχτη που θα έπρεπε μετά να καθαρίσω...

Θα αφιέρωνα χρόνο για να ακούσω όλες εκείνες τις υπέροχες ιστορίες του παππού μου για τα νιάτα του....

Θα άφηνα τα παράθυρα του αυτοκινήτου πάντα ανοιχτά τις μέρες του καλοκαιριού και δεν θα με πείραζε που μόλις είχα φτιάξει τα μαλλιά μου....

Θα άναβα εκείνο το όμορφο κεράκι που έμοιαζε με τριαντάφυλλο και που το άφησα να λιώσει και να χαλάσει στο υπόγειο για να το φυλάξω....

Θα έπαιζα με τα παιδιά μου στο γρασίδι και δεν θα με ένοιαζε που θα λέρωναν τα ρούχα τους....

Θα γελούσα ή θα έκλαιγα λιγότερο βλέποντας τηλεόραση. Θα γελούσα και θα έκλαιγα περισσότερο κοιτάζοντας τη ζωή....

Θα έμενα στο σπίτι όταν δεν ένιωθα καλά αντί να πιέζω τον εαυτό μου να πηγαίνει στη δουλειά λες και ο κόσμος θα σταματούσε εάν έλειπα μια μέρα....

Δεν θα αγόραζα τίποτα απλά επειδή ήταν πρακτικό ή επειδή είχε εγγύηση λειτουργίας για μια ζωή , θα αγόραζα μόνο πράγματα που θα μου άρεσαν πραγματικά...

Αντί να γκρινιάζω για τους εννέα μήνες της εγκυμοσύνης μου , θα τους απολάμβανα στιγμή με στιγμή , συνειδητοποιώντας ότι η ζωή μεγάλωνε μέσα μου και ότι η εγκυμοσύνη ήταν η μοναδική μου ευκαιρία να βοηθήσω το Θεό σε ένα από τα θαύματα του....

Θα φιλούσα τα παιδιά μου αντί να τα έστελνα συνεχώς να πλύνουν τα χέρια τους πριν να κάτσουν στο τραπέζι....

Θα έλεγα περισσότερα Σ αγαπώ και περισσότερα Συγγνώμη...και θα ζούσα το σήμερα ! Δείτε το σήμερα , αδράξτε το σήμερα και ζήστε το πραγματικά....μπορεί να μην υπάρχει άλλο..»

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΘΗΚΗ

"Αν ο Θεός ξεχνούσε για μια στιγμή ότι είμαι μια μαριονέτα φτιαγμένη από κουρέλια και μου χάριζε ένα κομμάτι ζωή, ίσως να έλεγα όλα αυτά που σκέφτομαι, αλλά σίγουρα θα σκεφτόμουν όλα αυτά που λέω εδώ.

Θα έδινα αξία στα πράγματα, όχι γι' αυτά που αξίζουν, αλλά γι' αυτό που σημαίνουν.

Θα κοιμόμουν λίγο, θα ονειρευόμουν πιο πολύ, γιατί για κάθε λεπτό που κλείνουμε τα μάτια, χάνουμε εξήντα δευτερόλεπτα φως.

Θα συνέχιζα όταν οι άλλοι σταματούσαν, θα ξυπνούσα όταν οι άλλοι κοιμόταν. Θα άκουγα όταν οι άλλοι μιλούσαν και πόσο θα απολάμβανα ένα ωραίο παγωτό σοκολάτα!

Αν ο Θεός μου δώριζε ένα κομμάτι ζωή, θα ντυνόμουν λιτά, θα ξάπλωνα μπρούμυτα στον ήλιο, αφήνοντας ακάλυπτο όχι μόνο το σώμα αλλά και την ψυχή μου.

Θεέ μου, αν μπορούσα, θα έγραφα το μίσος μου πάνω στον πάγο και θα περίμενα να βγει ο ήλιος.

Θα ζωγράφιζα μ' ένα όνειρο του Βαν Γκογκ πάνω στα άστρα ένα ποίημα του Μπενεντέτι κι ένα τραγούδι του Σερράτ θα ήταν η σερενάτα που θα χάριζα στη σελήνη.

Θα πότιζα με τα δάκρια μου τα τριαντάφυλλα, για να νοιώσω τον πόνο από τα' αγκάθια τους και το κοκκινωπό φιλί των πετάλων τους...

Θεέ μου, αν είχα ένα κομμάτι ζωή... Δεν θα άφηνα να περάσει ούτε μια μέρα χωρίς να πω στους ανθρώπους ότι αγαπώ, ότι τους αγαπώ.

Θα έκανα κάθε άνδρα και γυναίκα να πιστέψουν ότι είναι αγαπητοί μου και θα ζούσα ερωτευμένος με τον έρωτα.

Στους ανθρώπους θα έδειχνα πόσο λάθος κάνουν να νομίζουν ότι παύουν να ερωτεύονται όταν γερνούν, χωρίς να καταλαβαίνουν ότι γερνούν όταν παύουν να ερωτεύονται

Στο μικρό παιδί θα έδινα φτερά, αλλά θα το άφηνα να μάθει μόνο του να πετάει.

Στους γέρους θα έδειχνα ότι το θάνατο δεν τον φέρνουν τα γηρατειά αλλά η λήθη.

Έμαθα πως όλοι θέλουν να ζήσουν στην κορυφή του βουνού, χωρίς να γνωρίζουν ότι η αληθινή ευτυχία βρίσκεται στον τρόπο που κατεβαίνεις την απόκρημνη πλαγιά.

Έμαθα πως όταν το νεογέννητο σφίγγει στη μικρή παλάμη του, για πρώτη φορά, το δάχτυλο του πατέρα του, το αιχμαλωτίζει για πάντα.

Να λες πάντα αυτό που σκέφτεσαι και να κάνεις πάντα αυτό που νοιώθεις

Αν ήξερα ότι σήμερα θα ήταν η τελευταία φορά που θα σ' 'έβλεπα να κοιμάσαι, θα σ' αγκάλιαζα σφιχτά και θα προσευχόμουν στον Κύριο για να μπορέσω να γίνω ο φύλακας της ψυχής σου.

Αν ήξερα ότι αυτή θα ήταν η τελευταία φορά που θα σ' 'έβλεπα να βγαίνεις από την πόρτα, θα σ' αγκάλιαζα και θα σου 'δυνα ένα φιλί και θα σε φώναζα ξανά για να σου δώσω κι άλλα.

Αν ήξερα ότι αυτή θα ήταν η τελευταία φορά που θα άκουγα τη φωνή σου, θα ηχογραφούσα κάθε σου λέξη για να μπορώ να τις ακούω ξανά και ξανά.

Αν ήξερα ότι αυτές θα ήταν οι τελευταίες στιγμές που σ' 'έβλεπα, θα έλεγα "σ' αγαπώ" και δεν θα υπέθετα, ανόητα, ότι το ξέρεις ήδη.

Υπάρχει πάντα ένα αύριο και η ζωή μας δίνει και άλλες ευκαιρίες για να κάνουμε τα πράγματα όπως πρέπει, αλλά σε περίπτωση που κάνω λάθος και μας μένει μόνο το σήμερα, θα' ήθελα να σου πω πόσο σ' αγαπώ κι ότι ποτέ δεν θα σε ξεχάσω.

Το αύριο δεν το έχει εξασφαλίσει κανείς, είτε νέος είτε γέρος.

Σήμερα μπορεί να είναι η τελευταία φορά που βλέπεις τους ανθρώπους που αγαπάς.

Γι' αυτό μην περιμένεις άλλο, καν' το σήμερα, γιατί αν το αύριο δεν έρθει ποτέ, θα μετανιώσεις σίγουρα για τη μέρα που δεν βρήκες χρόνο για ένα χαμόγελο, μια αγκαλιά, ένα φιλί και ήσουν πολύ απασχολημένος για να κάνεις πράξη μια επιθυμία.

Κράτα αυτούς που αγαπάς κοντά σου, πες τους ψιθυριστά πόσο πολύ τους χρειάζεσαι, αγάπα τους και φέρσου τους καλά, βρες χρόνο για να τους

πεις "συγγνώμη", "συγχώρεσε με", "σε παρακαλώ". "ευχαριστώ" κι όλα τα λόγια αγάπης που ξέρεις.

Κανείς δεν θα σε θυμάται για τις κρυφές σου σκέψεις.

Ζήτα απ' τον Κύριο τη δύναμη και τη σοφία για να τις εκφράσεις.

Δείξε στους φίλους σου τι σημαίνουν για σένα".