



«Ο ρόλος του Νοσηλευτή στον Καρκίνο του Μαστού»



Εισηγήτρια:
Γεωργούση Παρασκευή
Καθηγήτρια Εφαρμογών

Επιμέλεια:
Σκαρμούτσου Σταματία
Σπουδάστρια

Πάτρα 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Συντομογραφίες	6
Πρόλογος	7
Εισαγωγή	8

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Κεφάλαιο I

1.1 Καρκίνος Μαστού: Ιστορική Αναδρομή.....	9
1.2 Ανατομικά στοιχεία μαστού.....	10
1.3 Φυσιολογία Μαστού.....	12

Κεφαλαίο II

2.1 Ορισμός.....	13
2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία	14

Κεφάλαιο III

3.1 Αίτια – Παράγοντες κινδύνου	15
3.2 Κλινική εικόνα: Σημεία Συμπτώματα	16
3.3 Καλοήθεις Παθήσεις του Μαστού	16
3.4 Κακοήθεις παθήσεις του Μαστού	20
3.5 Εξέλιξη του καρκίνου του Μαστού	21
3.5.1 Ιστολογία – Ιστολογικοί Τύπο	21
3.6 Σταδιοποίηση.....	25
3.6.1 Ταξινόμηση.....	25
3.6.2 Γονίδια και Καρκίνος.....	26
3.7 Διαγνωστικές μέθοδοι Καρκίνου Μαστού.....	29
3.7.1 Μέθοδοι Κλινικής Εξέτασης - Αυτοεξέταση.....	30
3.7.2 Μέθοδοι Εργαστηριακής Εξέτασης.....	33

3.7.3	Μέθοδοι Απεικονιστικής Εξέτασης.....	34
3.7.4	Κυτταρολογικές μέθοδοι – Βιοψία.....	40
3.8	Νέες Μέθοδοι.....	41
3.9	Εμβόλιο κατά της επανεμφάνισης καρκίνου του μαστού	42

Κεφάλαιο IV

4.1	Θεραπεία Καρκίνου Μαστού – Τρόποι αντιμετώπισης	43
4.1.1	Χειρουργική θεραπεία – Μαστεκτομή	44
4.1.2	Αποκατάσταση	45
4.2.1	Ορμονοθεραπεία	48
4.2.2	Ανοσοθεραπεία.....	48
4.3	Μεταστάσεις Καρκίνου Μαστού	48
4.3.1	Λεμφοίδημα	50
4.3.2	Παράγοντες κινδύνου λεμφοιδήματος.....	50
4.3.3	Πρόληψη ανάπτυξης λεμφοιδήματος του άνω άκρου	51
4.3.4	Αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος.....	52
4.4	Παρακολούθηση μετά την θεραπεία	53
4.5	Πρόγνωση	53
4.6	Πρόληψη.....	54

Κεφάλαιο V

5.1	Καρκίνος μαστού στους Άνδρες	55
5.1.1	Επιδημιολογικά στοιχεία	55
5.1.2	Κλινική εικόνα – Συμπτώματα.....	56
5.2	Καρκίνος μαστού και Εγκυμοσύνη.....	56
5.2.1	Συχνότητα εμφάνισης και πρόγνωση.....	56
5.2.2	Διάγνωση.....	57
5.2.3	Εγκυμοσύνη μετά την αντιμετώπιση του καρκίνου του Μαστού	57

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Κεφάλαιο VI

6.1	Η Νοσηλευτική παρέμβαση – Προεγχειρητική & Μετεγχειρητική	59
6.2	Η Νοσηλευτική στις διαγνωστικές εξετάσεις	63
6.3	Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη θεραπεία	64
6.3.1	Ο Ρόλος των φαρμάκων στον καρκίνο	65
6.3.2	Χημειοθεραπεία – Νοσηλευτική φροντίδα.....	66
6.3.3	Ακτινοθεραπεία – Νοσηλευτική φροντίδα	67
6.4	Η σημασία της Συνεργασίας Διαφόρων Λειτουργιών Επαγ/των Υγείας....	69
6.5	Η συμβολή της Νοσηλευτικής στο σπίτι – Βασικοί Σκοποί	70
6.6	Νοσηλευτική παρέμβαση στα 3 στάδια της νόσου.....	74
6.6.1	Πρώιμο στάδιο.....	74
6.6.2	Ενδιάμεσο στάδιο	74
6.6.3	Τελικό στάδιο	75
6.6.4	Νοσηλευτική παρέμβαση καρκινοπαθών στα τελικά στάδια της νόσου...	75
6.6.5	Αντιμετώπιση δυσχερειών σε Καρκίνο του Μαστού.....	76
6.6.6	Η Νοσηλευτική στον θάνατο	77
6.7	Ψυχολογικές επιπτώσεις στην οικογένεια.....	78
6.7.1	Ψυχολογικές επιπτώσεις μετά τη διάγνωση της νόσου στην ασθενή.....	79

Κεφάλαιο VII

7.1	Σεξουαλικότητα και καρκίνος	80
7.2	Φόβος επανεμφάνισης	81
7.2.1	Ενοχές και καρκίνος.....	81
7.3	Διαφημιστικές καμπάνιες	82
7.3.1	Η μόδα πολεμά τον καρκίνο του μαστού (F.T. B. C).....	83
7.3.2	Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με καρκίνο Μαστού	85
7.3.3	Αγκαλιάζω – Σύλλογος Εθελοντών κατά του καρκίνου	86
7.3.4	Europa Donna Hellas	87

Κεφάλαιο VIII

8.1	Νοσηλευτική Διεργασία.....	89
	Συμπεράσματα	102
	Προτάσεις.....	103
	Περίληψη.....	104
	Βιβλιογραφία	105
	Παράρτημα.....	109

Συντομογραφίες

Κ.Μ. Καρκίνος Μαστού

Ε.Ε.: Ευρωπαϊκή Ένωση

TNM: (T-tumor), (N-Nodes), (M- Metastasis)

CEA: Καρκινοεμβρυικό αντιγόνο

FTBC: Fashion Target Brest Cancer

Πρόλογος

“Mamma” Αυτός είναι ο ιστορικός όρος για τον γυναικείο μαστό. Για τους αρχαίους Ρωμαίους ήταν συνώνυμο της θηλυκότητας και της μητρικής συμπεριφοράς.

Και είναι δυστυχώς ο γυναικείος μαστός , ένα από τα κύρια όργανα που αποτελείται από μία σειρά ασθενειών με πρωταρχική τη μάζστιγα του αιώνα μας , τον καρκίνο. Το γεγονός αυτό, εύκολα αποδεικνύεται και εξηγείται από τον ολοένα αυξανόμενο αριθμό απαραίτητων εγχειρήσεων που μπορεί να συνοδεύονται επεμβάσεις αισθητικής όπως ανάπλαση, σμίκρυνση, μεγέθυνση και σύσφιξη.

Στόχος αυτής της εργασίας είναι να επικεντρωθεί στο ρόλο του νοσηλευτή και την παρέμβαση του σε κάθε στάδιο φροντίδας του άρρωστου, ξεκινώντας από την πρόληψη και ολοκληρώνοντας την ουσιαστική συμμετοχή του στη θεραπεία του ασθενή, καθώς και να ενημερώσει σωστά και με κατάλληλα στοιχεία τον συνάνθρωπο όσον αφορά την αιτιολογία τη συμπτωματολογία καθώς και τα αναπόφευκτα συνωδά ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα.

Ο μαστός συγκεντρώνει όλα τα χαρακτηριστικά της ομορφιάς της γονιμότητας, της μητρότητας, της αγνότητας. Χαρακτηριστικά τα οποία είναι στενά συνυφασμένα με την γυναικολογία. Όταν η γυναίκα κλείσει την γεννητησιακή της ηλικία αυτή, δηλαδή αρχίζει να εισέρχεται στην κλιμακτιριακή ηλικία, οι μαστοί δεν παραμένουν αμέτοχοι. Συμμετέχουν συνεπώς και οι μαστοί στα γεράματα της γυναίκας.

Τέλος η πρόωγη διάγνωση του CA, η σωστή ενημέρωση και πρόληψη είναι ικανές να μειώσουν αισθητά το ποσοστό εμφάνισης CA μαστού αλλά και θνησιμότητας στην ανθρωπότητα.

Εισαγωγή

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα στην ιατρική και ένα από τα πιο συναρπαστικά και ενδιαφέροντα θέματα στην επιστήμη και την έρευνα. Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που βάζουν πρώτο το καρκίνο του μαστού τα απαρίθμησε ο Grant πριν από 23 χρόνια, εκδότης τότε του περιοδικού Cancer.

A) Είναι ο πιο θανατηφόρος καρκίνος της γυναίκας.

B) Είναι ο πιο φοβερός καρκίνος.

Γ) Είναι ο καρκίνος που πιο συχνά ανακαλύπτεται από την ίδια τη γυναίκα.

Δ) Είναι ο καρκίνος για τον οποίο έχουν γραφτεί τα περισσότερα επιστημονικά άρθρα.

E) Είναι ο καρκίνος για τον οποίο έχουν γίνει και γίνονται οι περισσότερες ακτινογραφίες.

ΣΤ) Είναι ο καρκίνος που οι θεραπείες του έχει προκαλέσει πάντα τις περισσότερες διχογνωμίες.

Z) Είναι ο καρκίνος για τον οποίο έχουν γίνει οι περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις .

H) Είναι ο καρκίνος για τον οποίο έχουν γίνει οι περισσότερες ακτινοθεραπείες.

Θ) Είναι ο καρκίνος για τον οποίο έχουν γίνει οι περισσότερες χημειοθεραπείες.

I) Είναι ο καρκίνος για τον οποίο υπάρχει και εφαρμόζεται η μεγαλύτερη ποικιλία ενδοκρινικών θεραπειών.

Ια) Είναι ο καρκίνος με την πιο έντονη ετερογένεια του κυτταρικού πληθυσμού.

Ιβ) Είναι ο καρκίνος με τον οποίο ασχολείται η μεγαλύτερη ετερογένεια του ιατρικού κόσμου.

Οι νοσηλευτές που ανήκουν στην επιστημονική ομάδα που αποτελείται από τον ογκολόγο, αναισθησιολόγο, χειρουργό, ψυχολόγο, ακτινοθεραπευτή, ιερείς, καθώς και άλλους ειδικούς που έχουν να προσφέρουν πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Ο καρκίνος του μαστού έχει γίνει μια ασθένεια που έχει γίνει μάστιγα για την γυναίκα αλλά και τον άνδρα τα τελευταία χρόνια. Η αντιμετώπιση αυτής της απειλής και η ψυχολογική υποστήριξη είναι από τις σημαντικότερες υπηρεσίες που μπορούμε να

δώσουμε στον ασθενή με κακοήθη νεοπλασμάτα. Για να γίνει ένα νεοπλασματικό ογκίδιο αντιληπτό πρέπει να έχει διάμετρο τουλάχιστον ένα εκατοστόμετρο. Ογκίδιο αυτού του μεγέθους αποτελείται από 500 περίπου εκατομμύρια νεοπλασματικά κύτταρα και έχει μετρηθεί ο χρόνος που χρειάζεται να περάσει ώστε το αρχικό νεοπλασματικό κύτταρο να σχηματίσει το ογκίδιο αυτό και είναι 10 μήνες.

Σύμφωνα με ειδικούς ο πόνος στο στήθος δεν είναι ενδεικτικός της ύπαρξης καρκίνου.

Αν και υπάρχουν περιπτώσεις κακοήθειας που προκαλούν πόνο, συνήθως ο καρκίνος του μαστού είναι ανώδυνος.

Κεφάλαιο I

1.1 Καρκίνος μαστού: Ιστορική ανάδρομη

Ο καρκίνος του μαστού έχει μελετηθεί πολύ καλά από τους γιατρούς της Αρχαίας Ελλάδας και του Βυζαντίου. Ορισμένοι μάλιστα ιστορικοί υποστηρίζουν ότι ο καρκίνος του μαστού αποτέλεσε το πρότυπο της μελέτης των κακοήθων παθήσεων, τόσο λόγω της συχνότητας του όσο και της επιφανειακής θέσης του. Η πρώτη αναφορά έγινε από τον Ιπποκράτη και αναφερόταν σε άρρωστη από τα Άβδηρα, πατρίδα του Δημόκριτου που παρουσίαζε αιμορραγία από τη θηλή του μαστού της. Επειδή η πάθηση προκάλεσε τη διόγκωση και τη διαγραφή του φλεβικού δικτύου του μαστού, ο Ιπποκράτης την ονόμασε έτσι γιατί το δίκτυο έμοιαζε με πόδια κάβουρα (καρκίνου). Η παρομοίωση της νόσου με το ζώο καρκίνο έχει την πιο πιστή αναπαράσταση της στην περίπτωση του μαστού. Η χειρουργική θεραπεία ήταν εύκολο να προσαρμοστεί, καθώς η νόσος ήταν επιφανειακή, δεν προκαλείτο ο κίνδυνος ζωής, δεν υπήρχε μεγάλος κίνδυνος αιμορραγίας και η επούλωση μπορούσε να γίνει ευκολότερα και με λιγότερες επιπλοκές. Η αφαίρεση του όγκου πρέπει να γίνει σε υγιείς ιστούς (περικόχας σε παν το παππονθός, ως ουδεμία υπολείπεσθαι ρίζαν, Γαληνός), η δε καυτηρίαση που χρησιμοποιούσαν στη συνέχεια είχε διπλή αποστολή, αφ' ενός μεν να σταματήσει την αιμορραγία, αφ' ετέρου δε να κάψει τυχόν υπολείμματα ή προσεκβολές του όγκου.

Όγκοι μαστού είχαν ήδη περιγραφεί και από τους Αιγυπτίους χιλιάδες χρόνια π. Χ. Μετά το 460 π. Χ. Έλληνες και αργότερα Ρωμαίοι μελετητές περιέγραψαν θανατηφόρους όγκους του μαστού, των οποίων η συχνότητα ήταν άγνωστη. Αναμφίβολα, η

Ευρωπαϊκή ιατρική έχει τις ρίζες της στην αρχαία Ελληνική και η μεταπήδηση στην σύγχρονη ιατρική λαμβάνει χώρα στο δεύτερο μισό του δέκατου πέμπτου αιώνα. Στο τέλος του δέκατου ένατου αιώνα στην Αμερική, ο Halsted και σχεδόν ταυτόχρονα ο Meyer, περιγράφουν την ριζική μαστεκτομή, η οποία και παραμένει η σταθερή μέθοδος χειρουργικής θεραπείας για περίπου εβδομήντα χρόνια, μέχρι την έλευση συντηρητικότερων χειρουργικών τεχνικών και πολυπαραγοντικών θεραπειών του εικοστού αιώνα. Μπορούμε να πούμε πως στο δεύτερο μισό του αιώνα μας υπάρχει μία αξιοσημείωτη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση του καρκινοπαθούς και ειδικά αυτού με καρκίνο μαστούς. Η μαστογραφία και η σταδιοποίηση του καρκίνου αποτελούν δύο από τις σημαντικότερες εξελίξεις.

1.2 Ανατομικά στοιχεία μαστού

Ο μαστός αποτελεί ημισφαιρική λιπώδη πτυχή του δέρματος στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ο οποίος περιέχει τον μαστικό ή μαζικό αδένα και είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένος στις γυναίκες μετά την εφηβεία (Η περιγραφή που ακολουθεί αφορά στον γυναικείο πλήρως ανεπτυγμένο μαστό).

Η εξωτερική μορφολογία του μαστού περιλαμβάνει την θηλή, την θηλαία άλω και τα αλωαία οζίδια.

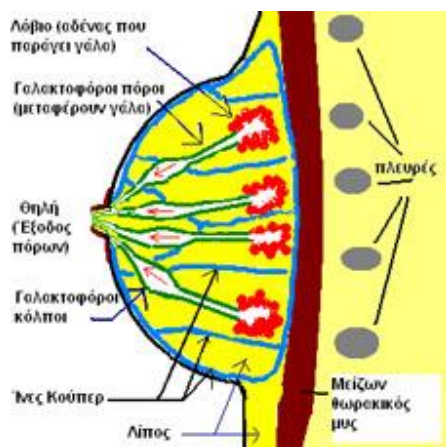
Η θηλή αποτελεί έπαρμα του δέρματος του μαστού που βρίσκεται λίγο πιο κάτω και έξω από το μέσο του μαστού. Στην κορυφή της υπάρχουν 15-20 στόμια όπου καταλήγουν οι γαλακτοφόροι πόροι. Το ύψος της θηλής είναι περίπου 1-1,5 cm και αυξάνει κατά την γαλουχία (θηλασμός). Το καστανέρυθρο χρώμα της θηλής οφείλεται στην άφθονη παρουσία μελανίνης ουσίας.

Η θηλαία άλως αποτελεί υποστρόγγυλη και ελαφριά επηρμένη περιοχή γύρω από την θηλή με διάμετρο 1,5-6 cm. Στην επιφάνεια της θηλαίας άλω υπάρχουν μικρά επάρματα, τα θηλαία οζίδια τα οποία έχουν ως υπόθεμα τους αλωαίους αδένες. Οι αλωαίοι αδένες είναι κυρίως οσμηγόνιοι, αλλά και σμηγματογόνοι και υποτυπώδεις γαλακτικοί αδένες.

Εσωτερικά ο μαστός αποτελείται από τον μαστικό ή μαζικό αδένα και το περιμαστικό λίπος. Το περιμαστικό λίπος είναι συνέχεια του υποδόριου λίπους το οποίο όμως είναι

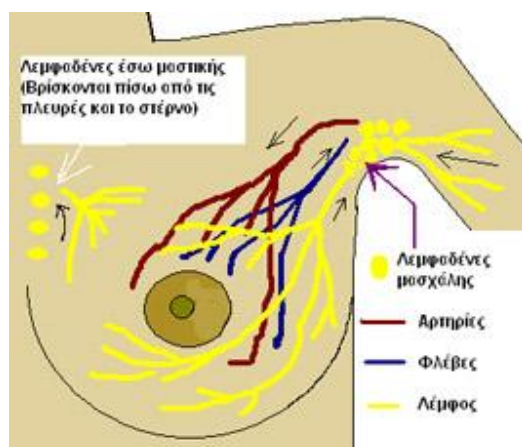
αφθονότερο στην πρόσθια περιοχή του μαστού, ανάμεσα στο δέρμα και τον μαστικό αδένα.

Ο μαστικός αδένας σε γυναίκα μη κυφορούσα βρίσκεται πίσω από την θηλαία άλω και μόλις που υπερβαίνει τα όριά της. Ο μαστικός αδένας, αποτελείται από τους λοβούς όπου παράγεται το γάλα και τους γαλακτοφόρους πόρους που μεταφέρουν το γάλα στους γαλακτοφόρους κόλπους. Οι γαλακτοφόροι κόλποι είναι ανευρύσματα των πόρων τα οποία λειτουργούν ως αποθήκη του γάλακτος, το οποίο και απελευθερώνουν μετά από πίεση της θηλής από το βρέφος.^{2, 6, 15}



Εικόνα 1.³

Το γάλα παράγεται στους λοβιακούς αδένες(με κόκκινο χρώμα) και ακολουθώντας τα κόκκινα βέλη βγαίνει μέσω των γαλακτοφόρων πόρων (με πράσινο χρώμα) στη θηλή.



Εικόνα 2.³

Το αίμα έρχεται στο μαστό με τις αρτηρίες (κόκκινο χρώμα) και φεύγει με τις φλέβες (μπλε). Τα λεμφαγγεία απομακρύνουν τη λέμφο προς τους λεμφαδένες(κίτρινο χρώμα).

1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός της γυναίκας ως όργανο του δέρματος δεν περιέχει χόνδρινο ή οστέινο σκελετό, κρέμεται σακκοειδώς προς τα κάτω ανάλογα με την πλήρωσή του και επομένως το βάρος του. Όσο αυξάνεται η ηλικία χαλαρώνει ο συνδετικός ιστός και ο μαστός κατεβαίνει χαμηλότερα. Στον άνδρα ο μαστικός αδένας παραμένει στην παιδική του μορφή, παρόλα αυτά μπορεί να παρουσιαστεί καρκίνος αλλά είναι σπάνιος. Το μέγεθος και το σχήμα των μαστών παραλλάσσει αναλόγως την ηλικία αλλά και την φυλή, την εγκυμοσύνη, την γαλουχία. Κατά την εμμηνορρυσία μεγαλώνει, για να γίνει ακόμα μεγαλύτερο στο θηλασμό και για να ατροφήσει στην εμμηνοπαυσιακή ηλικία.

Στην παρθένο η σύσταση των μαστών είναι σκληρή ή ελαστική και στην γυναίκα που γέννησε και μάλιστα που θήλασε το παιδί της είναι μαλακή. Πολύ σημαντικό επίσης είναι ότι συχνά οι δύο μαστοί είναι άνισοι μεταξύ τους, ενώ είναι τέλεια συμμετρικοί περιφερειακά. Τυχαίνει λοιπόν πολλές φορές ο αριστερό μαστός να είναι μεγαλύτερος από τον δεξιό. Στην ηλικιωμένη γυναίκα είναι πιο εύκολη η ανακάλυψη όγκου λόγω της ατροφίας τους, μικραίνουν και γίνονται πλαδαροί στη σύστασή τους, κατάσταση που τους κάνει περισσότερο εύκολους για ψηλάφηση.

Στον φυσιολογικό άνδρα, ο μαστός διαμέτρου τουλάχιστον 2 εκ. θέτει τη διάγνωση της γυναικομαστίας. Μάζες, παρατυπία και ασυμμετρία θέτουν την υποψία του καρκίνου ιδίως στον άνδρα. Ο μαστός του άνδρα στερείται λειτουργικότητας. Η ανάπτυξη και η λειτουργία του μαστού ξεκινά από ποικίλα ορμονικά ερεθίσματα, των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, της προλακτίνης, της ωκυτοκίνης, της θυροξίνης, της κορτιζόλης, και της αυξητικής ορμόνης. Τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη, και η προλακτίνη είναι ουσιαστικά για τη φυσιολογική ανάπτυξη και τη λειτουργία του μαστού. Τα οιστρογόνα επιδρούν στην ανάπτυξη των πόρων, ενώ η προγεστερόνη είναι υπεύθυνη για τη διαφοροποίηση του επιθήλιου και για την ανάπτυξη των λοβίων. Η προλακτίνη είναι το αρχικό ορμονικό ερέθισμα για τη λακτογένεση στην εγκυμοσύνη και τη μετά τον τοκετό περίοδο. Ρυθμίζει τους ορμονικούς υποδοχείς και προάγει την επιθηλιακή ανάπτυξη. Η έκκριση των νευροτροφικών ορμονών από τον υποθάλαμο ρυθμίζει την έκκριση των ορμονών που επηρεάζουν τους ιστούς του μαστού. Η ωχρινοποιητική ορμόνη (LH) και

η θυλακιοτρόπος (FSH) ρυθμίζουν την απελευθέρωση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες. Στη συνέχεια, η απελευθέρωση της LH και FSH από τα βασεόφιλα κύτταρα που βρίσκονται στη πρόσθια υπόφυση ρυθμίζεται από την έκκριση της εκλυτικής ορμόνης της γοναδοτροπίνης από τον υποθάλαμο. Θετική και αρνητική ανάδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης ρυθμίζει την έκκριση της LH, FSH και GnRH. Οι ορμόνες αυτές είναι αρμόδιες για την ανάπτυξη, τη λειτουργία και τη διατήρηση των ιστών του μαστού.^{52, 43}

Κεφάλαιο II

2.1 Ορισμός

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένα επιθηλίωμα που προέρχεται από τα κυλινδρικά κύτταρα των αδενωσωλήνων του μαζικού αδένου.

Πρόκειται για ένα όγκο μικρού μεγέθους στην αρχή με ασαφή όρια, σχετικά καθηλωμένο στο θωρακικό τοίχωμα, που συμφύεται με το περιβάλλον δέρμα. Το δέρμα πάνω από τον όγκο μπορεί να μοιάζει με φλούδα πορτοκαλιού. Μπορεί να συνυπάρχει ρήση ή και εισολκή της θηλής. Αργότερα παρατηρείται εξέλκωση του δέρματος με σκληρά και ανώμαλα χείλη και πυθμένα σκληρό που αιμορραγεί εύκολα. Ο καρκίνος του μαστού δίνει μεταστάσεις σχετικά εύκολα γρήγορα. Αιματογενώς στους πνεύμονες, ήπαρ και οστά. Λεμφογενώς στους επιχώριους λεμφαδένες και κατά συνέχεια ιστού στο περιβάλλον δέρμα και στους υποκείμενους μύες. Το λάθος ξεκινά από τον πυρήνα των κυττάρων. Μερικές φορές τα χρωμοσώματα σπάζουν και δεν μπορούν να φέρουν σε πέρας τη σχετική με το είδος του ιστού που ανήκουν λειτουργία. Σχηματίζεται ένα σύνολο ανώμαλων κυττάρων κι αυτό συνεχίζει να αυξάνεται έξω από κάθε φυσιολογικό έλεγχο. Καθώς η ανάπτυξη του προχωρεί μπορεί να επεκταθεί μεταξύ των φυσιολογικών κυττάρων και να τα καταστρέψει. Αυτό ονομάζεται διήθηση. Αυτό γίνεται στους κακοήθεις όγκους. Υπάρχουν και καλοήθεις όγκοι που περιβάλλονται από ένα περίβλημα που τους εμποδίζει να διηθήσουν τους γύρω ιστούς και συνήθως είναι ακίνδυνοι.⁶⁴

2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

Ο καρκίνος μαστού είναι υπ' αριθμόν ένας κίνδυνος που απειλεί και φοβίζει τις γυναίκες σήμερα. Περίπου 1 εκατομμύριο νέα περιστατικά καρκίνου του μαστού διαγιγνώσκονται παγκοσμίως το χρόνο. Αποτελεί την πιο συχνή κακοήθεια στις γυναίκες και αποτελεί το 18% των γυναικείων καρκίνων. Προσβάλει γυναίκες ηλικίας μεταξύ 40-50 ετών. Στις 4 γυναίκες που θα προσβληθούν από κάποιο καρκίνο η μία θα προσβληθεί από καρκίνο μαστού. Στις 5 γυναίκες που πεθαίνουν από καρκίνο η μία έπασχε από Κ.Μ. Είναι ο τρίτος σε συχνότητα καρκίνος και σε παγκόσμια κλίμακα το ποσοστό θανάτων από καρκίνο μαστού είναι περίπου 60%.

Η συχνότητα της νόσου εμφανίζει σημαντικές διακυμάνσεις μεταξύ διαφόρων περιοχών του κόσμου, με την υψηλότερη επίπτωση στις δυτικές βιομηχανικές χώρες όπου ο Κ.Μ. αποτελεί το 25% των κακοηθών νεοπλασμάτων που πλήττουν τις γυναίκες. Κάθε χρόνο 500.000 ευρωπαϊκές γυναίκες προσβάλλονται από τον Κ.Μ. Δηλαδή 1 στις 11 Ευρωπαϊκές θα αναπτύξουν Κ.Μ. κατά την διάρκεια της ζωής τους. Υψηλό ποσοστό Κ.Μ. εμφανίζεται στην Αμερική, Καναδά και στη Β. Ευρώπη. Μικρό ποσοστό Κ.Μ. υπάρχει στην Ιαπωνία και στην Κίνα.

Η Ελλάδα εμφανίζει μέση επίπτωση. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο έχουμε περίπου 4.500 νέες περιπτώσεις καρκίνου μαστού. Η επίπτωση της νόσου στην Ελλάδα αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία μέχρι το 50ο έτος. Κάτω τα 25 ο Κ.Μ. είναι σπάνιος. Η συχνότητα της νόσου είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις και φαίνεται ότι αυξάνεται στη χώρα μας με ανησυχητικό ρυθμό (2% κάθε χρόνο).

Αυτή η μορφή καρκίνου είναι σπάνια στους άνδρες. Στις ΗΠΑ μόνο το 1% των καρκινωμάτων μαστού εμφανίζεται στους άνδρες, ενώ σε άλλες χώρες φθάνει μέχρι και 10%.

Στον άνδρα μεθίσταται γρήγορα και θανατώνει τον άρρωστο σε μικρό χρονικό διάστημα.

30,50

Κεφάλαιο III

3.1 Αίτια – παράγοντες κινδύνου

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο έχουμε περίπου 1.500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση του Κ.Μ. δεν έχουν πλήρως διευκρινιστεί.

- Η μεγάλη ηλικία. Περίπου το 80% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού συμβαίνουν σε γυναίκες >50 ετών.
- Το ατομικό ιστορικό. Το ιστορικό καρκίνου στον ένα μαστό συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο και στον άλλο μαστό.
- Οικογενειακό ιστορικό. Η ύπαρξη σε συγγενείς α' βαθμού (μητέρα, αδελφή, κόρη) καρκίνου του μαστού ή καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.
- Η γενετική προδιάθεση. Το 5-10% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού είναι κληρονομικοί.
- Δύο γονίδια βρέθηκαν τα BRCA1 και BRCA2 βρέθηκαν να παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση καρκίνου.^{17,19}
- Απορρυπαντικά – χημικό που ανιχνεύεται στα απορρυπαντικά, υφάσματα, πλαστικά συνδέονται με Κ.Μ. 19
- Η έκθεση σε ακτινοβολία.
- Το υψηλό ανάστημα, η παχυσαρκία μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών και η μεγάλη μάζα του αδένα του μαστού.
- Η πρώιμη εμμηναρχή και η όψιμη εμμηνόπαυση.
- Η ηλικία γέννησης του πρώτου παιδιού. Σε μεγαλύτερες ηλικίες, η τεκνοποίηση συνεπάγεται μεγαλύτερο κίνδυνο.
- Η θεραπευτική λήψη ορμονών, οιστρογόνων και προγεστερόνης για διάστημα μεγαλύτερο των 4 ετών.
- Η ινοκυστική μαστοπάθεια.
- Αντισυλληπτικά δισκία, αν και η αύξηση του κινδύνου είναι πολύ μικρή και έχει βραχεία διάρκεια.
- Η αυξημένη κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και το κάπνισμα.

- Η αυξημένη πρόσληψη λίπους, ιδιαίτερα στο άνω μέρος του σώματος.¹⁷

3.2 Κλινική εικόνα, Σημεία – Συμπτώματα

Το πιο σύνηθες προειδοποιητικό σημείο του καρκίνου του μαστού είναι ένα συμπαγές ογκίδιο που συνήθως δεν μπορεί να μετακινηθεί και μπορεί να πονάει ή όχι. Αλλά σημεία μπορεί να είναι τα ακόλουθα:

- Έκκριση ορώδους ή αιμορραγικού υγρού από την θηλή.
 - Η θηλή μπορεί να εμφανίζει εισολκή (να είναι στραμμένη προς τα μέσα) ή να βγάζει σκουρόχρωμο υγρό.
 - Το δέρμα πάνω από τον όγκο μπορεί να μοιάζει με φλούδα πορτοκαλιού ή να παρουσιάζει εσοχές (κοιλότητες) στις περιοχές όπου έχει εξαπλωθεί ο καρκίνος.
 - Η αλλαγή στο σχήμα στην εξωτερική καμπύλη του μαστού.
- Βέβαια η αλλαγή στο μέγεθος ή στην υφή του μαστού μπορεί να οφείλεται σε πληθώρα άλλων καταστάσεων όπως οι αλλαγές στον ιστό του μαστού που συμβαίνουν φυσιολογικά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του καταμήνιου κύκλου, οι κύστες, τα αδενώματα.^{17,6}

3.3 Καλοήθεις παθήσεις του μαστού

Οι καλοήθεις παθήσεις στο 88%-90% της παθολογίας του μαστού και περιλαμβάνουν όλες τις παθολογικές του καταστάσεις εκτός του καρκίνου. Οι καλοήθεις παθήσεις του μαστού εμφανίζουν κλινική και ακτινολογική ποικιλομορφία και μπορούν να καταταγούν με βάση την κλινική τους εικόνα, σε οκτώ ομάδες.

1) Παθήσεις απότοκες θηλασμού (επώδυνες θηλές και ραγάδες, υπερφόρτωση των μαστών, μαστίτιδα της λοχείας, απόστημα του μαστού, γαλακτοκήλη).

2) Φλεγμονές

Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται όλες οι καταστάσεις φλεγμονών που εμφανίζονται εκτός της περιόδου της γαλουχίας. Οι περιπτώσεις αυτές διακρίνονται σε:

- Μαστίτιδα (οξεία μαστίτιδα, χρόνια ή υποτροπιάζουσα μαστίτιδα, μαστίτιδα από σιλίκονη).
- Απόστημα του μαστού

- Συρίγγιο
- Έκζεμα
- Ειδικές φλεγμονές

3) Παθολογικές εκκρίσεις

Ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών (35%-40%) που προσέρχεται για εξέταση, εμφανίζει έκκριση από τους μαστούς. Η έκκριση μπορεί να είναι τυχαίο εύρημα από την ίδια την ασθενή ή να διαπιστωθεί κατά την κλινική εξέταση ή την μαστογραφία. Η ύπαρξη εκκρίματος από την θηλή, εκτός περιόδου κύησης και θηλασμού, αποτελεί παθολογικό εύρημα. Και για τον λόγο αυτό θα πρέπει να γίνεται κυτταρολογικός έλεγχος του εκκρίματος. Κάθε έκκριση, όμως, από τον μαστό δεν προδικάζει κακοήθεια. Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός καταστάσεων που μπορεί να προκαλέσει παθολογική έκκριση.

- Μηχανικός ερεθισμός.
- Χορήγηση φαρμάκων – Γαλακτόρροια (ηρεμιστικά ή καρδιοτονωτικά φάρμακα)
- Καλοήθεις παθήσεις (ενδοπορικό θήλωμα, διάταση των γαλακτοφόρων πόρων, ινοκυστική μαστοπάθεια).
- Νευροορμονικά αίτια: Αμηνόρροια – Γαλακτόρροια (Σύνδρομο Chiari-Grommel), αδένωμα της υπόφυσης, θυροειδεκτομή, ωθηκεκτομή.
- Τραυματισμός του θωρακικού τοιχώματος (θωροκτομή, πνευμονεκτομή).

4. Συγγενείς ανωμαλίες του μαστού

Οι ανωμαλίες των μαστών διακρίνονται στις ανωμαλίες ατροφικού τύπου, ανωμαλίες υπερτροφικού τύπου και ανωμαλίες του συμπλέγματος της θηλής – θηλαίας αλω.

α. Ανωμαλίες ατροφικού τύπου. Αμαστία (ετερόπλευρη ή αμφόπλευρη), απλασία (ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη), υποπλασία (ετερόπλευρη ή αμφόπλευρη), ατροφία.

β. Ανωμαλίες ατροφικού τύπου: Πολυμαστία, υπερτροφία (αμφοτερόπλευρη ασύμμετρη υπερτροφία, ετερόπλευρη υπερτροφία και ετερόπλευρη υποπλασία).

γ. Ανωμαλίες του συμπλέγματος θηλής – θηλαίας άλω: Ανωμαλίες ως προς τον αριθμό και την θέση, αθηλία, πολυθηλία (υπεράριθμες θηλές), έκτοπη θηλή, μορφολογικές ανωμαλίες θηλής.

5. Καλοήθεις όγκοι του μαστού

α. Κυστικοί όγκοι

Κύστη

Η κύστη του μαστού είναι καλοήθης κυστικός όγκος που εμφανίζεται συχνότερα στην δεκαετία πριν από την εμμηνόπαυση. Τα κλινικά ευρήματα ποικίλουν. Ψηλαφητικά μπορεί να είναι ομαλή ή ανώμαλη, επώδυνη ή ανώδυνη, ευπίεστη ή ασυμπίεστη, καλά αφοριζόμενη, κινητή, χωρίς συμφύσεις, μονήρης ή πολλαπλή, ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη. Η διάγνωση τίθεται με την κλινική εξέταση και την μαστογραφία, αλλά επιβεβαιώνεται με τους υπερήχους και την παρακέντηση. Η παρακέντηση, στην περίπτωση των κύστεων, έχει διπλό χαρακτήρα, διαγνωστικό και θεραπευτικό. Το υγρό των κύστεων αποστέλλεται για κυτταρολογική εξέταση. Οι κύστες δεν εξαιρούνται χειρουργικά, εκτός εάν διαπιστωθεί ενδοκυστική ανωμαλία, γαλακτοκήλη, απόστημα, αιμάτωμα.

β. Συμπαγείς όγκοι

Ινοαδένωμα

Το ινοαδένωμα είναι το τρίτο σε συχνότητα νεόπλασμα του μαστού, μετά την κυστική νόσο και τον καρκίνο.

Είναι όμως ο συχνότερος όγκος σε ηλικία άνω των 25 ετών. Είναι καλοήθης όγκος της νεαρής ηλικίας και προέρχεται από υπερπλασία τόσο του επιθηλιακού όσο και του ινώδους στοιχείου του μαστού. Κλινικά εμφανίζεται ως ογκίδιο ομαλό, κινητό, ανώδυνο, καλά αφοριζόμενο, σκληρό και ασυμπίεστο. Μπορεί να είναι μονήρες ή πολλαπλό, με ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη εντόπιση. Συχνά παρουσιάζει τάση αύξησης του μεγέθους του και αρκετές φορές κυκλική αυξομείωση, γεγονός που στηρίζει την άποψη ότι το ινοαδένωμα είναι ορμονοεξαρτώμενο. Στις πολύ νέες γυναίκες, στις οποίες η πιθανότητα καρκίνου του μαστού είναι σχεδόν μηδενικές, η θεραπεία είναι συντηρητική, ενώ στις μεγαλύτερες εφαρμόζεται χειρουργική εξαίρεση του ογκιδίου.

γ. Φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα

Λίπωμα

Το λίπωμα είναι καλοήθες ογκίδιο του μαστού λιπώδους σύστασης. Κλινικά είναι ανώδυνο, μαλακό, πολύλοβο, κινητό, καλά αφοριζόμενο και συνήθως μονήρες. Εντοπίζεται στον υποδόριο χώρο, ποικίλει σε μέγεθος και δεν συμφύεται με το υπερκείμενο δέρμα. Διαγιγνώσκεται με υπερηχογράφημα και μαστογραφία. Θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική εξαίρεση.

6. Μασταλγία

Η μασταλγία είναι ένα ενοχλητικό σύμπτωμα, το οποίο αποτελεί την κυριότερη αιτία προσέλευσης των γυναικών για εξέταση. Μπορεί να οφείλεται σε αίτια ενδομαστικά ή εξωσωματικά. Έτσι, διακρίνεται σε μασταλγία εξωμαστικής αιτιολογίας και μασταλγία από καρκινοφοβία.

7. Ινοκυστική μαστοπάθεια ή κυστική νόσος

Η κυστική νόσος ή ινοκυστική νόσος ή ινοκυστική μαστοπάθεια, είναι καλοήθης κατάσταση αρκετά συχνή, κυρίως στην ηλικία των 25-50 ετών. Κύριο εύρημα είναι η ύπαρξη πολλαπλών μορφών κύστεων, διαφόρου μεγέθους, με σημαντική ίνωση στο χώρο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους. Η συχνότητα των κύστεων αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας και παρουσιάζει την μεγαλύτερη αιχμή της στην δεκαετία των 35-45 ετών.

Η ινοκυστική μαστοπάθεια είναι νοσολογική οντότητα αγνώστου αιτιολογίας. Πιστεύεται ότι οφείλεται σε ορμονική διαταραχή που προκαλείται από ωθηκική δυσλειτουργία. Η κατάσταση αυτή εμφανίζεται τουλάχιστον μια δεκαετία μετά την εμμηναρχή και η συχνότητά της αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας, μέχρι την εμμηνόπαυση. Είναι γενικά παραδεκτή η άποψη ότι η ινοκυστική μαστοπάθεια παρουσιάζει ορμονοθεραπεία.

Το κύριο σύμπτωμα της ινοκυστικής μαστοπάθειας είναι η μασταλγία, ενώ το κύριο κλινικό εύρημα η παρουσία πολλαπλών κινητών ομαλών οζιδίων, διαφόρου μεγέθους, και στους δύο μαστούς. Πρόκειται περί μικρών κύστεων, οι οποίες έχουν την τάση να αυξάνουν κατά την χρονική περίοδο πριν την εμμηνορροσία και να υποχωρούν με την έναρξή της.

Στην μαστογραφία παρατηρείται διάχυτη ινώδης υπερπλασία με μικροκυστικές αλλοιώσεις διάχυτες, συνήθως και στους δύο μαστούς. Στην ινοκυστική μαστοπάθεια, οι υπέρηχοι έχουν την ίδια διαγνωστική ικανότητα με την μαστογραφία, καθώς διευκολύνεται, εκτός των άλλων η διαφορική διάγνωση μεταξύ συμπαγών όγκων και κύστεων.

Μέχρι σήμερα πολλά έχουν γραφεί και συζητηθεί διεθνώς για την πιθανή σχέση της κυστικής νόσου με τον καρκίνο του μαστού. Εντούτοις η σχέση αυτή παραμένει ακόμη αδιευκρίνιστη.

8. Διάφορες καλοήθειες παθήσεις

Στην κατηγορία αυτή των καλοήθων παθήσεων περιλαμβάνονται οι παθήσεις εκείνες που δεν είναι δυνατόν να ομαδοποιηθούν σε κάποια άλλη κατηγορία (Νόσος του Mondor, κακώσεις του μαστού, γυναικομαστία, φαρμακευτική, ορμονικής αιτιολογίας ιδιοπαθής και γυναικομαστία των εφήβων).^{21,24,26,1}

3.4 Κακοήθειες παθήσεις του μαστού

Στη χώρα μας όπως και στις περισσότερες χώρες του κόσμου, ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες, ενώ στους άνδρες εμφανίζεται σπανιότατα. Η συχνότητά τους διαφέρει από χώρα σε χώρα. Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι ποσοστό 10% των γυναικών προσβάλλεται από καρκίνο του μαστού, ενώ ποσοστό 3% των γυναικών πεθαίνει από την μορφή αυτή του καρκίνου. Ο μεγαλύτερος αριθμός περιπτώσεων καρκίνου του μαστού παρουσιάζεται στις ηλικίες 40-75 ετών, ενώ οι περισσότεροι θάνατοι σημειώνονται στις ηλικίες 45-80 ετών.^{21.}

Υπάρχουν 3 τύπου καρκίνου μαστού.

A) Πορογενές καρκίνωμα

B) Λοβιακό καρκίνωμα

Γ) Καρκίνωμα της θηλής

Και τα πορογενή αλλά και τα λοβιακά καρκινώματα μπορεί να είναι διηθητικά ή μη διαθητικά, Οι μη διηθητικοί λοβιακοί καρκίνοι *in situ* είναι σιωπηλοί για μεγάλα χρονικά διαστήματα και συνήθως ανακαλύπτονται ως μη ψηλαφητές μαστογραφικές βλάβες. Μπορεί επίσης να είναι αμφοτερόπλευροι ή πολυεστιακοί, παρατηρείται συχνότερα σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες και έχουν αυξημένα επίπεδα ορμονικών υποδοχέων. Φαίνεται ότι εξελίσσεται σε διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα σε ένα ποσοστό περίπου 30%. Ο καρκίνος των πόρων (πορογενές *in situ*) μπορεί να έχει μεγάλο μέγεθος και εξελίσσεται σε διηθητικό στο 70-80% των περιπτώσεων. Το καρκίνωμα της θηλής (νόσο *paget*) αποτελεί μια ιδιαίτερη μορφή καρκίνων μαστού. Ξεκινάει από την επιδερμίδα του θηλής και θηλαίας άλω και εξελίσσεται σε μη διηθητικό καρκίνο κατά μήκος των πόρων.^{27,28.}

3.5 Εξέλιξη του Καρκίνου Μαστού

Η εξέλιξη της καρκινογένεσης μπορεί να διακριθεί σε τέσσερις φάσεις:

- 1^η φάση επαγωγής ή έναρξη
- 2^η προδιηθητική φάση
- 3^η διηθητική φάση
- 4^η φάση διασποράς

3.5.1 Ιστολογία- ιστολογικοί τύποι

Η ταξινόμηση του καρκίνου μπορεί να γίνει με βάση: 1) ιστογένεση 2) τη διηθητικότητα του ή μη 3) μορφολογία το μεγαλύτερο ποσοστό του καρκίνου του μαστού, προέρχεται από το επιθήλιο των πόρων (80%) και το υπόλοιπο από το επιθήλιο των λοβών.

Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (W.H.O.) προτείνει την ακόλουθη ιστοπαθολογική ταξινόμηση:

1. Καλοήθεις επιθηλιακοί όγκοι
 - ενδοσωληνώδες θήλωμα

- αδένωμα της θηλής (θηλώδες)
- αδένωμα του μαστού (σωληνώδες και lactating)
- αδеноμοεπιθηλίωμα
- 2. Όγκοι μικτοί επιθηλιακοί και συνεκτικού ιστού
 - ιναδενώματα
 - φυλλοειδή κυστεοσαρκώματα
- 3. Άλλοι μικτοί όγκοι
 - Όγκοι του δέρματος και μαλακών μορίων
 - Μυοβλάστωμα
- 4. Ινοκυστική νόσος (μαστοπάθεια - μαζική δυσπλασία)
- 5. Βλάβες παρομοιάζουσες με όγκο
 - Εκτασία των πόρων
 - Φλεγμονώδες "ψευδο-ογκίδιο"
 - Αμάρτωμα
 - Γυναικομαστία²⁶

Το 80% των καρκινωμάτων του μαστού είναι διηθητικά από τους γαλακτοφόρους πόρους και το υπόλοιπο 20% αφορά σε μεγάλη ποικιλία άλλων καρκινωμάτων. Ειδικότερα, στους 100 καρκίνους του μαστού θα συναντήσουμε την παρακάτω συχνότητα σχετικά με τον ιστολογικό τύπο.

- § Διηθητικά καρκινώματα των γαλακτοφόρων οδών συνδυασμένα με άλλα καρκινώματα 29%
- § Λοβιακά Καρκινώματα 5%
- § Μυελοειδή καρκινώματα 6%
- § Βλεννώδη καρκινώματα 2,5 %
- § Νόσος Paget 2%
- § Άλλοι τύποι καρκινωμάτων 3,5 %

Σε συχνότητα 99% ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται από το επιθήλιο των πόρων και 1% από το συνεκτικό ιστό. Η ανάπτυξη του αρχίζει ταυτόχρονα από πολλούς γαλακτοφόρους πόρους, γι' αυτό σε συχνότητα 50% των μαστών, που εξαιρέθηκαν για καρκίνο, εκτός από τον καρκινικό όγκο, μέσα σ' αυτούς υπάρχουν πολλαπλές εστίες μικροσκοπικού διηθητικού ή όχι καρκινώματος.

Συνηθέστεροι τύποι καρκίνου του μαστού είναι οι παρακάτω:

Καρκίνωμα γαλακτοφόρων πόρων ή ενδοσωληνώδες καρκίνωμα. Όπως αναφέρθηκε, απαντάται σε συχνότητα 80% περίπου.

Στην in situ μορφή του η διήθηση δεν έχει περάσει τη βασική μεμβράνη, είναι πολυεστιακό και, πολύ σπάνια, συνοδεύεται από μεταστάσεις στους λεμφαδένες.

Στη διηθητική του μορφή σε συχνότητα 90% δεν έχει ειδικά χαρακτηριστικά μακροσκοπικά εξεταζόμενο. Αποτελεί συμπαγή, σκληρής σύστασης όγκο, διαμέτρου 2-4 ε.κ. που όταν κοπεί, έχει λευκότερη χροιά με λευκές ή κιτρινωπές γραμμές και επεκτείνεται διηθητικά στον γειτονικό μαστικό αδένα.

Όταν το κόβουμε έχουμε την αίσθηση πως κόβουμε υλικό, που έχει τη σύσταση άμμου. Η πρόγνωση του εξαρτάται από το βαθμό διαφοροποίησης.

Καρκίνωμα των λοβών. Αυτό απαντάται σε συχνότητα 5% όλων των καρκίνων του μαστού, τις περισσότερες φορές είναι πολυεστιακό και αμφοτερόπλευρο και διηθεί περισσότερο αγγεία.

Στην in situ μορφή του αποτελεί τυχαίο εύρημα βιοψιών ινοκυστικής μαστοπάθειας και, πολλές φορές, συνυπάρχει με τη διηθητική του μορφή και με ενδοσωληνώδες καρκίνωμα.

Στη διηθητική του μορφή έχει μέγεθος 1-4 ε.κ., ασαφή όρια και ελαστική σύσταση. Επειδή δυνατό να είναι αμφοτερόπλευρο, μετά τη μαστεκτομία συστήνεται στενή παρακολούθηση του εναπομείναντος μαστού.

Μυελώδες καρκίνωμα: Απαντάται σε συχνότητα 6%, συχνότερα γύρω στην ηλικία των 50 ετών, με τη μορφή μαλακού περιγραμμένου όγκου διαστάσεων 5-10 ε.κ., που μοιάζει με απόστημα, δεν έχει κάψα και, όταν κοπεί, πολλές φορές στο κέντρο του υπάρχει νέκρωση και αιμορραγική διήθηση.

Βλεννώδες καρκίνωμα: Απαντάται σε συχνότητα 2,5% και αποτελεί μαλακό όγκο με σαφή όρια, που, όταν κοπεί, μοιάζει με ζελατίνα.

Σωληνώδες καρκίνωμα: Αυτό λέγεται και καλά διαφοροποιημένο καρκίνωμα, είναι σπάνιο και σε συχνότητα 80% συνδυάζεται με όλους τους άλλους ιστολογικούς τύπους. Εκδηλώνεται με τη μορφή όγκου και σπάνια προκαλεί μεταστάσεις.

Σπάνια καρκινώματα. Σ' αυτά ανήκουν:

1. Το ενδοκυστικό θηλώδες καρκίνωμα (0,5%), που εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες ηλικίας γύρω στα 55 χρόνια τους, προτιμά τις παχύσαρκες, έχει βραδεία εξέλιξη και καλή πρόγνωση.

2. Η νόσος του Paget (2%), που εμφανίζεται με τη μορφή εκζέματος της επιδερμίδας της θηλής και της θηλαίας άλω σε γυναίκες πάνω από 40 ετών και σε συχνότητα 43% δε συνοδεύεται από ψηλαφητό όγκο. Δυνατό να συνοδεύεται από αιματηρή έκκριση της θηλής. Έχει βραδεία εξέλιξη και η πρόγνωση της εξαρτάται από την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων στους λεμφαδένες.
3. Φλεγμονώδες καρκίνωμα (1,5%), που χαρακτηρίζεται από ερύθημα του δέρματος του μαστού, αυξημένη θερμοκρασία του και σκληρία από διήθηση των υποδόριων λεμφαγγείων. Έχει κακή πρόγνωση. Η πενταετής επιβίωση φτάνει το 5,5%.
4. Λιποεκκριτικό καρκίνωμα (1%), που εμφανίζεται γύρω στα 60 χρόνια της γυναίκας, δυνατό να συνοδεύεται από πορογενές λοβιακό καρκίνωμα insitu ή διηθητικό, έχει γρήγορη εξέλιξη και βαριά πρόγνωση. Ανάμεσα στις μεταστάσεις, που προκαλεί, είναι και αυτές που αφορούν τα μάτια.
5. Μεταπλαστικό καρκίνωμα (0,5 - 2%), που αναφέρεται και ως επιδερμοειδής καρκίνος, εμφανίζεται συχνότερα γύρω στο 50^ο έτος της ηλικίας της γυναίκας, συχνά προκαλεί μεταστάσεις και η πενταετής επιβίωση της άρρωστης ανέρχεται σε 65%.
6. Θηλώδες καρκίνωμα, που χαρακτηρίζεται από το σχηματισμό θηλών στο επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων και αιματηρή έκκριση από τη θηλή.
7. Καρκίνωμα από αποκρινείς αδένες, που η συμπεριφορά του μοιάζει με το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα.
8. Καρκινοσάρκωμα, που δεν διευκρινίστηκε, αν προέρχεται από εξαλλαγή ινοαδενώματος.
9. Καρκινοειδές, που εμφανίζεται γύρω στα 48 χρόνια της γυναίκας, με τη μορφή ανώδυνης μάζας χωρίς χαρακτήρες κακοήθειας και έχει καλή πρόγνωση.
10. Αδενοκυστικό καρκίνωμα, που τις περισσότερες φορές εντοπίζεται κοντά στη θηλή του μαστού και τα κύτταρα του σχηματίζουν κύστες, που εκκρίνουν βλέννα. Μοιάζει με το καρκίνωμα των σιελογόνων αδένων και έχει καλή πρόγνωση.
11. Μεταστατικό καρκίνωμα, που προέρχεται, τις περισσότερες, φορές από τους πνεύμονες, τις ωθήκες και από κακόηθες μελάνωμα.
12. Αμφοτερόπλευρο πρωτοπαθές καρκίνωμα, που σε συχνότητα 1 - 15% αναπτύχθηκε, ύστερα από αντιμετώπιση του ενός μαστού και σε συχνότητα 0,1 - 11% συνυπήρχε από την αρχή.⁵⁵⁻⁵⁹

3.6 Σταδιοποίηση

Η σταδιοποίηση της νόσου γίνεται σύμφωνα με την ταξινόμηση της UICC με το TNM σύστημα (Tα: όγκος, N: Λεμφαδένες, M: μεταστάσεις). Υπάρχουν λοιπόν 4 στάδια :

A) Στάδιο 1. Ο όγκος εντοπίζεται μέσα στο παρέγχυμα του οργάνου, πάνω στο οποίο αναπτύχθηκε ο καρκίνος. Διάμετρο 2 cm.

B) Στάδιο II. Ο όγκος επεκτάθηκε και έφτασε ως την επιφάνεια του οργάνου. Διάμετρο μέχρι 5 cm.

Γ) Στάδιο III. Ο όγκος έκανε μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες. Διάμετρο πάνω από 5 cm.

Δ) ΣτάδιοIV. Ο όγκος έκανε μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα. ²⁰

Ειδικότερα για την σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού χρησιμεύει το σύστημα TNM, το οποίο έγινε για την ομαδοποίηση των ασθενών, την μέτρηση διαφόρων παραμέτρων (επιβίωση, θνησιμότητα) και τον καθορισμό της πρόγνωσης και της θεραπείας.^{20,27,28}

3.6.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ TNM

T Πρωτοπαθής όγκος

TO Χωρίς ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου

T1s Καρκίνος in situ ή νόσος του Paget, χωρίς ψηλαφητό όγκο.

T1 Όγκος μικρότερος των 2 cm, δέρμα ελεύθερο. [T1a όγκος 0,5 cm ή μικρότερος, T1b μεγαλύτερος από 0,5 cm αλλά μικρότερος από 1 cm, T1c μεγαλύτερος από 1 cm αλλά μικρότερος από 2cm].

T2 όγκος μεγαλύτερος από 2 cm αλλά μικρότερος από 5 cm.

T3 Όγκος μεγαλύτερος από 5 cm

T4 Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με άμεση επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή δέρμα. [T4a επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα. T4b οίδημα – εξέλκωση του δέρματος ή δορυφόρο ογκίδια στον ίδιο μαστό, T4c συμβαίνουν τα T4a και T4b μαζί, T4d φλεγμονώδης καρκίνος].

N Περιοχικοί λεμφαδένες.

N0 Χωρίς μεταστάσεις σε περιοχικούς λεμφαδένες.

N1 Κινητοί ομόπλευροι μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

N2 Ομόπλευροι καθηλωμένοι λεμφαδένες.

N3 Ομόπλευροι λεμφαδένες έσω μαστικής.

M Απομακρυσμένες μεταστάσεις.

M0 Μη ανιχνεύσιμες αιματογενείς μεταστάσεις.

M1 Απομακρυσμένες μεταστάσεις (συμπεριλαμβανομένων μεταστάσεων σε ομόπλευρους υπερκλείδιους λεμφαδένες).^{29,30.}

3.6.2 Γονίδια και Καρκίνος

Από τα γονίδια που έχουν εντοπιστεί σε καρκινικά κύτταρα και φέρουν μεταλλάξεις, αυτά τα οποία έχει αποσαφηνιστεί ότι πράγματι συνδέονται με αυτόν τον όγκο, μπορούν να διαχωριστούν σε δύο αδρές κατηγορίες:

α) γονίδια που ενέχονται στην καρκινογένεση (MYC, RB1, BRCA1, TP53)

β) γονίδια που ενέχονται στην προαγωγή και τη συμπεριφορά του όγκου (CDH3, CDH5, MMP1, MDR1 κ.α.).

Προς τον παρόν οι γνώσεις στον τομέα της μοριακής γενετικής αυξάνονται ραγδαία πολύ περισσότερα είναι γνωστά για τα γονίδια και γενετικά δρώμενα στην ογκογένεση από ότι για τα γονίδια που συνδέονται με τη βιολογική συμπεριφορά των καρκινικών κυττάρων. Τα γονίδια της πρώτης κατηγορίας, αν και πιθανόν τα μέχρι σήμερα δεδομένα να οδηγούν σε υπεραπλουστεύσεις, μπορούν να ταξινομηθούν στις εξής κατηγορίες: ογκογονίδια, όγκοκατασταλτικά, γονίδια επιδιορθωτικά του DNA. Όμως θα μπορούσε να γίνει και μια άλλη πιο ειδική κατάταξη βάσει των επιμέρους λειτουργιών (ρυθμιστικά γονίδια της απόπτωσης, γονίδια ρυθμιστές του κυτταρικού κύκλου κ.α.).

- Ογκογονίδια (oncogenes)

Τα ογκογονίδια είναι γονίδια που προάγουν την ομαλό πολλαπλασιασμό και διαφοροποίηση των κυττάρων και τα οποία έχουν μεταβληθεί από ένα μεταλλακτικό γεγονός που δημιουργήσε αλλαγές στη δομή του γονιδίου ή στη ρύθμιση της γονιδιακής έκφρασης. Τα ογκογονίδια προάγουν την ογκογένεση δρώντας με τον επικρατή - γενετικά - τρόπο κληρονομικότητας στο κυτταρικό επίπεδο, δηλαδή αρκεί μία μετάλλαξη στο ένα από τα δύο αλληλόμορφα. Μεταλλακτικά γεγονότα που οδηγούν στην ενεργοποίηση των ογκογονιδίων περιλαμβάνουν σημειακές μεταλλάξεις, χρωμοσωμικές ανακατατάξεις και γονιδιακή επέκταση. Μερικές εισχωρήσεις και ενσωματώσεις μπορούν επίσης να οδηγήσουν στην ενεργοποίηση των ογκογονιδίων. Παραδείγματα αυτών των μηχανισμών ενεργοποίησης των ογκογονιδίων υπάρχουν πολλά. Ένα κλασικό σήμερα παράδειγμα είναι η μετάθεση t (9;22) στη χρόνια μυελογενή λευχαιμία η οποία μετακινεί ένα τμήμα του γονιδίου ABL (του χρωμοσώματος 9) στην περιοχή συνάθροισης σημείων θραύσης (Breakpoint Cluster Region : BRC) στο χρωμόσωμα 22 με αποτέλεσμα τη χιμαιρική πρωτεΐνη BRC/ABL με δράση κινάσης της τυροσίνης. Παραδείγματα γονιδιακής επέκτασης είναι αυτά των γονιδίων ο EKBB-2 και MYO στον καρκίνο του μαστού.

- Ογκοκατασταλτικά Γονίδια. (Tumor suppressor genes)

Τα ογκοκατασταλτικά είναι γονίδια τα οποία φυσιολογικά καταστέλλουν τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό. Η συμμετοχή τους στην καρκινογένεση γίνεται με απώλεια ή μεταλλάξεις των δύο αλληλομόρφων γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα απώλεια,

καταστολή ή ανωμαλίες στην πρωτεΐνη που κωδικοποιούν. Είναι επομένως κατανοητό ότι στο κυτταρικό επίπεδο τα γονίδια αυτά συμπεριφέρονται με τον υπολειπόμενο τρόπο κληρονομικότητας.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα κατασταλτικού γονιδίου είναι αυτό του ρετινοβλαστώματος (KBI). Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι το ρετινοβλάστωμα είναι κατά 40% κληρονομούμενος καρκίνος ενώ κατά 60% σποραδικός. Ο κληρονομούμενος τύπος παρουσιάζεται σε νεαρότερα άτομα και συνήθως εμφανίζεται και στα δύο μάτια. Όταν το ένα από τα δύο γονίδια του K.B1 (χρωμοσωμική θέση 13ς 14) είναι μεταλλαγμένο σε ένα άτομο εκ γενετής, από τα κύτταρα της γενετικής σειράς μέσω του γονιμοποιημένου ωαρίου, τότε χρειάζεται επιπροσθέτως μία δεύτερη μετάλλαξη σε ένα κύτταρο του αμφιβληστροειδούς, σωματική αυτή τη φορά, ώστε να «αδρανοποιηθεί» και το δεύτερο από τα αλληλόμορφα γονίδια με αποτέλεσμα την ανάπτυξη ρετινοβλαστώματος. Στο σποραδικό τύπο χρειάζονται δύο μεταλλάξεις στο ίδιο κύτταρο του αμφιβληστροειδούς για να ξεκινήσει η ογκογένεση. Το μοντέλο αυτό της ογκογένεσης, γνωστό ως "two hit hypothesis" που πρωτοχρησιμοποιήθηκε για να εξηγήσει τη συμπεριφορά του ρετινοβλαστώματος έχει γενικότερη εφαρμογή σε διάφορα καρκινικά σύνδρομα και τους αντίστοιχους σποραδικούς καρκίνους όπου εμπλέκονται μεταλλάξεις ογκοκατασταλτικών γονιδίων.

•Επιδιορθωτικά γονίδια DNA

Τέτοιου είδους γονίδια στη φυσιολογική μορφή τους έχουν σαν ρόλο τη διατήρηση της ομαλότητας ολοκλήρου του γονιδιώματος. Αποτέλεσμα των μεταλλάξεων τους είναι η συσσώρευση «λαθών» κατά τη διάρκεια διπλασιασμού του DNA κυρίως στις επαναλαμβανόμενες αλληλουχίες (microsatellites) που βρίσκονται μεταξύ των γονιδίων. Η γενετική αστάθεια αυτών των αλληλουχιών αυξάνει με τη σειρά της την πιθανότητα να συμβεί μετάλλαξη σε άλλα γονίδια που συνδέονται με τον καρκίνο, προκαλώντας με αυτό τον τρόπο δευτερογενώς καρκινογένεση.

Γνωστό παράδειγμα είναι τα επιδιορθωτικά γονίδια MTH1, PM81, PM32 των οποίων μεταλλάξεις οδηγούν στο μη πολυποδικό κληρονομούμενο καρκίνο του παχέος εντέρου.

•Ρυθμιστικά γονίδια απόπτωσης (apoptosis regulating genes)

Η απόπτωση, δηλαδή ο προγραμματισμένος κυτταρικός θάνατος ρυθμίζεται από ειδική κατηγορία γονιδίων. Μεταλλάξεις σε τέτοιου είδους γονίδια τα καθιστούν αντιαποπτωτικά δηλαδή προωθείται η μακρά επιβίωση των κυττάρων επιτρέποντας έτσι μεταλλάξεις σε πρωτοογκογονίδια και/ή ογκοκατασταλτικά γονίδια που με τη σειρά τους προάγουν την ογκογένεση. Παράδειγμα τέτοιου γονιδίου είναι το BCL2 στη χρωμοσωμική θέση 180q21 που εμφανίζεται με παθολογική δράση σε μεγάλο ποσοστό τύων λεμφωμάτων.

Το γονίδιο TP53 που κατά τη φυσιολογική του δράση ευνοεί την απόπτωση σε κύτταρα με βλάβες του DNA, έχει βρεθεί λειτουργικά απενεργοποιημένο σε αρκετούς τύπους καρκίνου. Τέτοιου είδους γονίδια ονομάζονται προαποπτωτικά.

•Γονίδια ρυθμιστές του κυτταρικού κύκλου

Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν γονίδια που φυσιολογικά τα προϊόντα τους είναι ρυθμιστές του κυτταρικού κύκλου κυρίως κυκλίνες (cyclins), οι εξαρτώμενες από αυτές κινάσες (CDKs), αναχαιτιστές των κινασών (CKIs), καθώς και το υπόστρωμα στο οποίο δρουν. Τα σύμπλοκα (χημικά) που σχηματίζονται από τις κυκλίνες και τις CDK δρουν ρυθμιστικά με φωσφοριλίωση σημαντικών πρωτεϊνών που ενέχονται σε διεργασίες του κυτταρικού κύκλου. Μεταλλάξεις στις κυκλίνες και στις κινάσες τις ωθούν ώστε να δρουν ως ενεργοποιημένα ογκογονίδια.

Από την άλλη πλευρά, οι αναχαιτιστές των κινασών λειτουργούν ως αρνητικοί ρυθμιστές σχηματίζοντας σταθερά σύμπλοκα που απενεργοποιούν την καταλυτική μονάδα κυκλίνης - κινάσης. Λόγω της "υπολειπόμενης" φύσης τους στον έλεγχο του κυτταρικού κύκλου και του γεγονότος ότι μερικοί από αυτούς παρουσιάζονται μεταλλαγμένοι σε ανθρώπινους όγκους, έχει υποδειχτεί ότι πρέπει επίσης να λειτουργούν ως ογκοκατασταλτικά γονίδια.

Υπερέκφραση του γονιδίου της κυκλίνης D1 (CCND1) που είναι μέλος της οικογένειας κυκλινών G1, έχει βρεθεί περίπου στο 35% των πορογενών καρκινωμάτων του μαστού. Το γονίδιο αυτό εντοπίζεται στη χρωμοσωμική θέση 11q13 .⁵⁵⁻⁵⁹

3.7 Διαγνωστικές μέθοδοι Καρκίνου Μαστού

Κάθε εργάσιμη ώρα γίνεται μια διάγνωση ΚΜ σε κάποια ελληνίδα. Η νόσος αποτελεί την πρώτη σε συχνότητα εμφάνισης μορφή καρκίνου στη χώρα μας, προσβάλλοντας ετησίως 4.500 γυναίκες. Κάθε 6 ώρες, μία από αυτές χάνει τη ζωή της. Παρά την αύξηση στη συχνότητα εμφάνισής της ο αριθμός των θανάτων εμφανίζει σταθερή μείωση, χάρη στις νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Το δυσάρεστο είναι ότι το 20% έως 40% των ασθενών εγκαταλείπουν την θεραπεία τους, εξαιτίας ανεπιθύμητων ενεργειών.⁸

Έγκαιρη διάγνωση του ΚΜ σημαίνει ανακάλυψη του καρκίνου σε τέτοιο στάδιο της ανάπτυξής του, ώστε με τις σημερινές γνώσεις και μεθόδους μπορούμε να τον θεραπεύσουμε. Η εγκαίριότερη διάγνωση του ΚΜ γίνεται με

- Κλινικές μέθοδοι
- Εργαστηριακές μέθοδοι
- Απεικονιστικές μέθοδοι
- Κυτταρολογικές μέθοδοι- βιοψία^{6,13}

3.7.1. Μέθοδοι Κλινικής Εξέτασης

Κλινική εξέταση

Η κλινική εξέταση γίνεται με την μη λήψη ιστορικού και την φυσική εξέταση από τον γιατρό. Στο ιστορικό πρέπει να αναζητείται κάθε στοιχείο σχετικό με το πρόβλημα που αναφέρει η γυναίκα στο μαστό της! Όπως κυκλικά ενοχλήματα από τους μαστούς με την περίοδο, έκκριση από την θηλή, μεταβολές της θέσεως και του σχήματος των μαστών. Λεπτομερές γυναικολογικό ιστορικό όπως έναρξη της περιόδου, συχνότητα και διάρκεια αυτής, εγκυμοσύνη, θηλασμός.

Καθώς και οικογενειακό και ατομικό ιστορικό, δηλαδή προηγούμενες παθήσεις μαστού ή συγγενείς με Κ.Μ.

Όσο για την φυσική εξέταση από τον γιατρό πρέπει να γίνεται σε χώρο που η ασθενής να αισθάνεται άνετα χωρίς την παρουσία άλλων ατόμων εκτός μιας αδελφής – βοηθούν και να γυμνώνεται από τη μέση και πάνω.²⁹

Αυτοεξέταση

Η αυτοεξέταση πρέπει να αρχίζει στην ηλικία των 20 ετών και να γίνεται κάθε μήνα, λίγες μέρες μετά τη λήξη της εμμήνου ρήσεως (περιόδου). Αν η περίοδος έχει σταματήσει, η γυναίκα πρέπει να διαλέξει μια ειδική μέρα, π.χ. την 1^η κάθε μηνός. Αν παρατηρήσετε κάποια αλλαγή στο μαστό, συμβουλευθείτε τον γιατρό σας, διότι ναι μεν στην πλειονότητα των περιπτώσεων οι αλλαγές ή και τυχόν ογκίδια που έχετε εντοπίσει δεν είναι καρκίνος, αλλά γιατί να το διακινδυνεύσετε.^{29,3,4}



Εικόνα 3.³

Για να κάνετε σωστά την αυτοεξέταση μαστού, ακολουθήστε τις εξής οδηγίες:

- 1) Καθίστε ή στηθείτε μπροστά στον καθρέφτη, αφήστε τα χέρια να πέσουν ελεύθερα στο πλάι και κοιτάξτε προσεκτικά τους μαστούς σας για οποιοσδήποτε αλλαγές στο μέγεθος και το σχήμα. Αναζητήστε τυχόν εξάνθημα, πτυχή ή κοίλανση στο δέρμα, καθώς και τυχόν έκκριμα ή αλλοίωση στις θηλές.
- 2) Σηκώστε και τα δύο χέρια πάνω από το κεφάλι και αναζητήστε τα ίδια ακριβώς πράγματα. Εάν έχετε ξανακάνει αυτοεξέταση, προσπαθήστε να διαπιστώσετε αν υπάρχει οποιαδήποτε αλλαγή από την προηγούμενη φορά που ελέγξατε τους μαστούς σας.



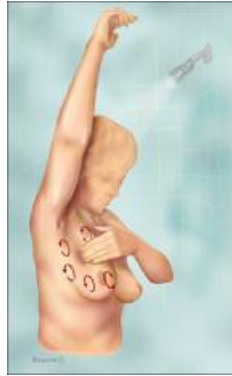
Εικόνα 4.³

- 3) Στη συνέχεια ξαπλώστε στο κρεβάτι, τοποθετήστε ένα μαξιλάρι ή μια διπλωμένη πετσέτα μπάνιου κάτω από τον αριστερό σας ώμο και φέρτε το αριστερό σας χέρι κάτω από το κεφάλι. (Από το στάδιο αυτό μέχρι και το στάδιο 7 θα ψάχνετε για ογκίδιο ή πύκνωση στους ιστούς).



Εικόνα 5.³

- 4) Με τα δάχτυλα του δεξιού σας χεριού ενωμένα και τεντωμένα αρχίστε να πιέζετε μαλακά αλλά σταθερά το μαστό, κάνοντας μικρές κυκλικές κινήσεις, για να ψηλαφίσετε τον ιστό μεταξύ των δακτύλων σας και του τοιχώματος του θώρακα. Αρχίστε από το έξω μέρος του μαστού κοντά στην αριστερή σας μασχάλη και ψηλαφίστε αργά και προσεκτικά με μικρές κυκλικές κινήσεις γύρω από όλη την περίμετρο του μαστού σας.



Εικόνα 6.³

- 5) Τώρα μετακινήστε τα δάχτυλά σας κατά 2 εκατοστά πιο μέσα, προς την κατεύθυνση της θηλής, και κάνετε τις ίδιες μικρές κυκλικές κινήσεις γύρω από το μαστό. Επαναλάβετε το ίδιο όσες φορές χρειάζεται για να ψηλαφίσετε κυκλικά ολόκληρη την επιφάνεια του μαστού, από το έξω μέρος μέχρι την θηλή.
- 6) Κατεβάστε τώρα το αριστερό σας χέρι προς τα κάτω, στο πλάι του σώματός σας και χρησιμοποιώντας την εσωτερική επιφάνεια των δακτύλων εξετάστε το μέρος κάτω από τη μασχάλη, γιατί και σε αυτή την περιοχή υπάρχει ιστός του μαστού (μαστικός ιστός).
- 7) Επαναλάβετε ολόκληρη τη διαδικασία για να ελέγξετε και τον δεξιό μαστό, χρησιμοποιώντας βεβαίως το αριστερό χέρι.^{9,11}

3.7.2. Μέθοδοι Εργαστηριακής Εξέτασης

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

- i) Αιματολογικές εξετάσεις: Μέτρηση της ταχύτητας καθίζησης ερυθρών, ύπαρξη αναιμίας ή όχι, μέτρηση τιμών ασβεστίου, φωσφόρου, αλκαλικής και όξινης φωσφατάσης, LDH, SGOT και αναλόγως την περίπτωση και την κρίση του θεράποντος ιατρού, ενδέχεται να συστηθούν και άλλες αιματολογικές εξετάσεις.
- ii) Κυτταρολογικές εξετάσεις: Περιλαμβάνουν τον εργαστηριακό έλεγχο των επιχρισμάτων έκκρισης της θηλής, μα δεν αποτελούν πάντοτε αξιόπιστο παράγοντα στη διάγνωση.

iii) Έλεγχος του καρκινοεμβρυικού αντιγόνου (CEA): Ο κλινικά εύκολος έλεγχος του CAA, όπου παρατηρείται αύξησή του στον ορό του αίματος πάνω από 5mg/ml, αποτελεί έναν αξιόπιστο παράγοντα στη διάγνωση του CA του μαστού, στη σταδιοποίησή του, στη θεραπευτική αντιμετώπιση και στην εξακρίβωση υποτροπών ή μεταστάσεων. Έτσι, το πρώτο στάδιο του CA του μαστού, το CEA είναι αυξημένο σε συχνότητα 14,8% στο δεύτερο στάδιο σε συχνότητα 23,7%, στο τρίτο στάδιο σε 40,5% και στο τέταρτο στάδιο σε 73,1%. Σήμερα δεν θεωρείται τόσο αξιόπιστος δείκτης και χρησιμοποιείται περισσότερο η μέτρηση του αντιγόνου.^{11,9}

3.7.3. Μέθοδοι Απεικονιστικής Εξέτασης

Στις απεικονιστικές μεθόδους περιλαμβάνονται:

- i. μαστογραφία
- ii. μαγνητική τομογραφία
- iii. υπερηχογράφημα
- iv. θερμογραφία
- v. ξηρογραφία
- vi. σπινθηρογράφημα
- vii. ποζιτρονική τομογραφία

Μαστογραφία

Ο στόχος των ανιχνευτικών εξετάσεων για το Κ.Μ. είναι να εντοπιστεί ο καρκίνος στα αρχικά στάδια. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την μαστογραφία.

Στη μαστογραφία χρησιμοποιούνται ακτίνες Χ για να εξεταστούν οι μαστοί. Συχνά η μαστογραφία μπορεί να δείξει όγκους προτού αυτοί μεγαλώσουν αρκετά, για να γίνουν αντιληπτοί στην ψηλάφηση.

Η εξέταση δυνατόν να πραγματοποιηθεί είτε με την κλασική μέθοδο ακτινογραφίας είτε με την ψηφιακή μαστογραφία, η οποία παρουσιάζει μεγαλύτερη ευκρίνεια και η γυναίκα δέχεται μικρότερη ποσότητα ακτινοβολίας^{1,36}.

Η μαστογραφία είναι για τους γιατρούς πιθανώς το σημαντικότερο εργαλείο που μπορεί να τους βοηθήσει να εντοπίσουν, να αξιολογήσουν και να παρακολουθήσουν γυναίκες

που έχουν Κ.Μ. Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται περίπου τριάντα χρόνια. Οι μαστογραφίες δεν προλαμβάνουν τον Κ.Μ., αλλά μπορούν να σώσουν τις ζωές βρίσκοντας τον Κ.Μ. το νωρίτερο δυνατόν. Παραδείγματος χάριν, οι μαστογραφίες έχει αποδειχθεί ότι έχουν μειώσει την πιθανότητα προσβολής από τον Κ.Μ. κατά 35% στις γυναίκες μετά την ηλικία 50 χρόνων, οι έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες μεταξύ 40 και 50 χρόνων μπορούν να μειώσουν την πιθανότητα προσβολής από τον Κ.Μ. κατά 25-35%.

Η πρόωρη εύρεση του Κ.Μ. με τη μαστογραφία έχει δείξει επίσης ότι πολύ περισσότερες γυναίκες θεραπεύονται από τον Κ.Μ. και είναι σε θέση να έχουν και τα στήθη τους. Όταν εντοπίζονται νωρίς, οι καρκίνοι που βρίσκονται σε μια συγκεκριμένη περιοχή μπορούν να απομακρυνθούν, χωρίς να χρειαστεί η αφαίρεση του στήθους (μαστεκτομή).

Οι μαστογραφίες δεν είναι τέλειες. Ο φυσιολογικός ιστός του στήθους μπορεί να κρύψει έναν καρκίνο του μαστού, έτσι ώστε να μην εμφανιστεί στη μαστογραφία. Αυτό καλείται ψεύτικο αρνητικό. Και η μαστογραφία μπορεί να προσδιορίσει μία ανωμαλία που μοιάζει με έναν καρκίνο, αλλά αποδεικνύεται φυσιολογική. Αυτός ο «ψεύτικος συναγερμός» καλείται ψεύτικο θετικό. Για να αποφευχθούν αυτές οι καταστάσεις, χρειάζονται περισσότερες μαστογραφίες.^{7,9}

Η μαστογραφία δίνει πληροφορίες για τα ψηλαφητά ογκίδια αλλά ταυτόχρονα μπορεί να ανακαλύψει μη ψηλαφητές ανωμαλίες που η ίδια η γυναίκα ή ο ιατρός της δεν μπορούν να ψηλαφίσουν.

Μαστογραφία- πότε χρειάζεται:

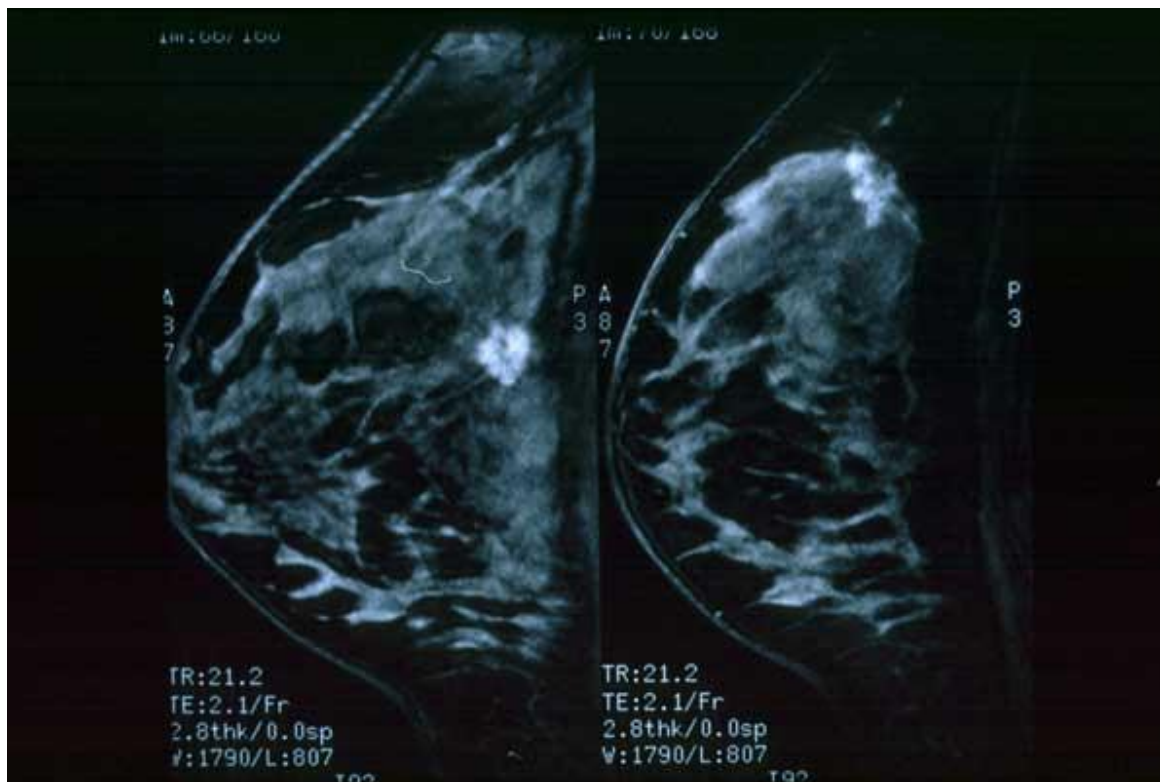
- Σε γυναίκες χωρίς επιβαρημένο κληρονομικό ιστορικό
- (συγγενείς με καρκίνο μαστού ή ωοθηκών), μια μαστογραφία αναφοράς στην ηλικία των 40 ετών και επί ελλείψεως ευρημάτων, επανάληψη κάθε 2 χρόνια μέχρι την ηλικία των 50 ετών.
- Σε ηλικία άνω των 50 ετών, μαστογραφία ετησίως (ή ανά δύο
- χρόνια με παρεμβολή στο έτος ενός υπερηχογραφήματος μαστών από ειδικευμένο ιατρό γυναικολόγο ή ακτινολόγο).

- Σε γυναίκες με επιβαρημένο ιστορικό, η πρώτη μαστογραφία αναφοράς καλό είναι να γίνεται στην ηλικία των 35 ετών .
- Σε κάθε περίπτωση ψηλαφητής βλάβης στο μαστό.
- Σε ψηλαφητούς λεμφαδένες στη μασχάλη
- Σε περίπτωση παθολογικής έκκρισης από τη θηλή
- Σε εισολκή (τράβηγμα προς τα μέσα) της θηλής.^{7,9}

Μαγνητική μαστογραφία

Τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται όλο και περισσότερο, αφού δίνει πληροφορίες σε ό,τι αφορά τους όγκους και καλύπτει τα κενά που αφήνει η απλή μαστογραφία. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στις γυναίκες που έχουν κάνει αύξηση στήθους, καθώς τα ενθέματα εμποδίζουν το «οπτικό» πεδίο της μαστογραφίας. Από την άλλη, ενημερώνει καλύτερα για την κατάσταση των πυκνών μαστών. «Όγκοι μεγέθους λίγων χιλιοστών και πολυεστιακές νεοπλασίες πιθανόν να μη γίνουν αντιληπτές με τη μαστογραφία», μας εξηγεί η κ. Ευαγγελία Πανουργιά, ακτινοδιαγνώστρια, ειδικευμένη σε θέματα μαστού στο Εθνικό Κέντρο για την Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού της Ολλανδίας. Η εξέταση αυτή αποδεικνύεται ιδιαίτερα χρήσιμη στις γυναίκες που ήδη έχουν χειρουργηθεί για τον καρκίνο του μαστού. «Η μετεγχειρητική ίνωση που παρουσιάζεται στο στήθος κάνει δύσκολη τη δουλειά των άλλων διαγνωστικών μεθόδων», εξηγεί η κ. Πανουργιά. «Σε αυτήν την περίπτωση, η μαγνητική δίνει περισσότερες πληροφορίες. Από την άλλη, καθώς δεν επιβαρύνει με ακτινοβολία την ασθενή, μπορεί να επαναληφθεί όσο συχνά χρειάζεται».

INFO: Η εξέταση γίνεται στην Ευρωκλινική, στο Μαιευτήριο Ιασώ, στη Βιοϊατρική και αλλού.



Εικόνα 7.³ Μαγνητική μαστών

Υπερηχογράφημα

Πρόκειται για μια πιο εξειδικευμένη μορφή του απλού υπερηχογραφήματος, η οποία έχει τη δυνατότητα να απεικονίσει όχι μόνο το μήκος και το πλάτος της αλλοίωσης, αλλά και να δείξει ακόμα και την κάτοψή της. Έτσι, στις περιπτώσεις που η μαστογραφία δεν δίνει αρκετές πληροφορίες, ειδικότερα στις νέες γυναίκες, εφαρμόζεται συμπληρωματικά η εξέταση με 3 D υπέρηχο. Το τρισδιάστατο υπερηχογράφημα ενημερώνει για τον όγκο σε τέτοια ανάλυση ώστε να υποδεικνύει τις παραμέτρους για κλειστές βιοψίες με βελόνα. Με άλλα λόγια, δεν χρειάζεται επέμβαση προκειμένου να γίνει βιοψία στον όγκο, αρκεί μια βελόνα που θα ακολουθήσει τις συντεταγμένες που έχει δώσει η εξέταση.

Το υπερηχογράφημα εφαρμόζεται ακόμα και σε νέες γυναίκες, σαν τεχνική ρουτίνας, μαζί με την ψηλάφηση, όπως μας εξηγεί ο Δημοσθένης Μπαλτάς. Με αυτόν τον τρόπο γνωρίζουμε τις τυχόν αλλοιώσεις ή ιδιαιτερότητες τις οποίες μπορεί να έχει το στήθος της γυναίκας σε νεαρή ηλικία. Ακόμα κι αν αυτά τα ευρήματα δεν δημιουργούν

ανησυχία, καλό είναι να γνωρίζουμε τι ακριβώς συμβαίνει και να έχουμε ένα σημείο αναφοράς για τις εξετάσεις που θα ακολουθήσουν στο μέλλον».

INFO: Η εξέταση γίνεται στο Μαιευτήριο Ιασώ.

Θερμογραφία

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

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

Ξηρογραφία

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

Σπινθηρογράφημα

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

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

Ποζιτρονική τομογραφία

Ο τομογράφος ποζιτρονικής εκπομπής (PET Scan-Pozitron Emission Tomography Scan) , είναι ένας αναλυτής συνδεδεμένος με ηλεκτρονικό υπολογιστή , ο οποίος καταγράφει εικόνες των χημικών αλλαγών που λαμβάνουν χώρα στους ιστούς . Αρχικά , χορηγείται στον ασθενή ένα εναίσιμο διάλυμα που περιέχει ένα συνδυασμό σακχάρου και μιας ελάχιστης ποσότητας ραδιενεργού ουσίας . Το ραδιενεργό σάκχαρο που δημιουργείται , έχει την δυνατότητα να εντοπίζει τον όγκο , εξαιτίας της τάσης των καρκινικών κυττάρων στον πάσχοντα ιστό , να απορροφούν το σάκχαρο γρηγορότερα σε σχέση με άλλους ιστούς του σώματος . Μετά από 45 λεπτά από την χορήγηση του διαλύματος , ο ασθενής , παίρνει θέση στον ποζιτρονικό τομογράφο , ο οποίος χρησιμοποιείται ουσιαστικά για την ανίχνευση της ακτινοβολίας . Εάν υπάρχει όγκος , το ραδιενεργό σάκχαρο συσσωρεύεται εκεί . Ο ποζιτρονοκός τομογράφος μεταφέρει τα δεδομένα στο ηλεκτρονικό υπολογιστή , ο οποίος μεταφράζει τις πληροφορίες που δέχεται σε εικόνες και ένας ειδικός ραδιολόγος – ακτινολόγος τις ερμηνεύει . Η ποζιτρονική τομογραφία , είναι σημαντική για την διάγνωση μιας μάζας στο μαστό και τον σαφή καθαρισμό της ως καρκινικής ή μη . Θεωρείται πιο ακριβής και χρησιμοποιείται περισσότερο για τον εντοπισμό μεγαλύτερων και πιο επιθετικών όγκων , παρά για όγκους ίσους ή μικρότερους των 8mm ή λιγότερο επιθετικούς . Το πλεονέκτημα όμως , της ποζιτρονικής τομογραφίας είναι ότι μπορεί να ανιχνεύσει τον

καρκίνο , όταν άλλες απεικονιστικές μέθοδοι δεν μπορούν και ότι , φαίνεται ιδιαίτερα χρήσιμη στη εκτίμηση και σταδιοποίηση καρκίνου που έχει ανακάμψει και έχει επιστρέψει , συχνά δριμύτερος

3.7.4. Κυτταρολογικές Μέθοδοι – Βιοψία

Η 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 την 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 επάνω σε πλακίδιο και χρωματισθεί, εξετάζεται στο μικροσκόπιο από τον/ την κυτταρολόγο.

Βασικά 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 η κυτταρολογική εξέταση μπορεί κάποιες φορές να διαφοροποιήσει την περαιτέρω αγωγή.

Εκτός όμως από την διάγνωση, η κυτταρολογική εξέταση σήμερα προσφέρει και στην πρόγνωση του καρκίνου του μαστού με τον προσδιορισμό διαφόρων προγνωστικών παραγόντων.^{3,4,6}

Βιοψία

Είναι η εξέταση στο μικροσκόπιο του ιστού ή του ογκιδίου που αφαιρεί ο μαστολόγος από τον μαστό. Στην ιατρική γλώσσα λέγεται «ιστολογική εξέταση».

Γίνεται με χειρουργική επέμβαση, μικρή ή μεγάλη, ή ακόμη και με παρακέντηση με ειδική βελόνα. Σ' όλες τις περιπτώσεις λαμβάνεται ένα τμήμα ιστού (μικρό ή μεγάλο) στο οποίο γίνεται η ιστολογική εξέταση (βιοψία).

Ο ιατρός που εκτελεί την ιστολογική εξέταση ονομάζεται Παθολογοανατόμος.

Ο ρόλος του παθολογοανατόμου στη διάγνωση κυρίως, αλλά και στην πρόγνωση ενός καρκίνου στο μαστό είναι πολύ σημαντική.

Το χειρουργικό παρασκεύασμα ύστερα από κατάλληλη επεξεργασία, τοποθετείται επάνω σε γυάλινα πλακάκια τα οποία βάζονται και στη συνέχεια εξετάζονται από τον / την Παθολογοανατόμο στο μικροσκόπιο. Ακολούθως συντάσσεται η έκθεση της ιστολογικής εξέτασης (δηλ, καταγράφονται όλα τα στοιχεία που ο / η Παθολογοανατόμος διαπιστώνουν από την εξέταση). Στην έκθεση ακόμη καταγράφεται η τελική διάγνωση και τα στοιχεία που σχετίζονται με την πρόγνωση και τη βιολογική συμπεριφορά της αλλοίωσης.

Η τελική διάγνωση μιας ιστολογικής εξέτασης μπορεί να είναι:

- Καλοήθης αλλοίωση

Προκαρκινωματώδης ή οριακής κακοήθειας αλλοίωση που κατατάσσει την ασθενή σε ομάδα υψηλής επικινδυνότητας για μελλοντική ανάπτυξη καρκινώματος μαστού.

- Κακοήθεια

Η σωστή διάγνωση στηρίζεται στη σωστή συνεργασία και την εμπειρία τόσο του ιατρού που εκτελεί τη χειρουργική επέμβαση (Μαστολόγου) όσο και του Παθολογοανατόμου που διενεργεί την ιστολογική εξέταση (βιοψία).

Τα ιστολογικά χαρακτηριστικά μιας οριακής αλλοίωσης που έχουν προγνωστική σημασία για την ασθενή, είναι στοιχεία που θα αναζητήσει ο Παθολογοανατόμος στη μικροσκοπική εξέταση, για να ενημερώσει τόσο τον θεράποντα ιατρό όσο και την ίδια τη γυναίκα.^{41,3,4}

3.8 ΟΙ ΝΕΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

1. Γενετικός έλεγχος

«Το 5 έως 10% των περιστατικών καρκίνου του μαστού οφείλονται σε γενετική προδιάθεση», εξηγεί η δρ. Ελένη Κοντογιάννη, γενετίστρια και επιστημονική διευθύντρια

του Ινστιτούτου Γυναικολογίας και Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Αυτό σημαίνει ότι αν μια κοντινή συγγενής, όπως μητέρα, αδελφή, γιαγιά ή θεία από την πλευρά της μητέρας ή του πατέρα, έχει εμφανίσει τη νόσο, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες να νοσήσουμε. Το γενετικό τεστ, το οποίο μελετάει τις μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 και BRCA2, είναι μία διαδεδομένη εξέταση που προσφέρεται πλέον σε αρκετά διαγνωστικά κέντρα στη χώρα μας. «Μια γυναίκα, στην οποία έχουν ανιχνευθεί μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA, διατρέχει έως και οκταπλάσιο κίνδυνο να εκδηλώσει καρκίνο του μαστού», εξηγεί η ειδικός. Η εξέταση γίνεται με τη λήψη αίματος, τα αποτελέσματα όμως μπορεί να χρειαστούν μέχρι και δύο μήνες. Αν βγουν θετικά, οι γιατροί συστήνουν αντίστοιχα προληπτικά μέτρα, ανάλογα με το βαθμό του κινδύνου. Αν βγουν αρνητικά, η γυναίκα υπάγεται στους κανόνες που ισχύουν για το γενικό πληθυσμό, διατρέχει δηλαδή 10% κίνδυνο να νοσήσει.

INFO: Το τεστ γίνεται στο Ινστιτούτο Γυναικολογίας και Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, στο Νοσοκομείο «Υγεία», στον «Δημόκριτο» και σε άλλα κέντρα.

2. Ανίχνευση καρκινικών κυττάρων στο έκκριμα της θηλής

Με τη βοήθεια μιας αντλίας, της mammary pump, όπως ονομάζεται, ο ειδικός συλλέγει υγρό από τις θηλές. «Το έκκριμα αυτό περιλαμβάνει κύτταρα των γαλακτοφόρων πόρων, των βαθιών πόρων και των λοβιδίων του μαστού», εξηγεί ο δρ. Στέφανος Ζερβούδης, χειρουργός μαστολόγος. «Στη συνέχεια, αναλύονται τα κύτταρα και ανιχνεύονται οι προκαρκινικές αλλοιώσεις. Πρόκειται για μια εύκολη, επαναλαμβανόμενη τεχνική, η οποία συμπληρώνει τις άλλες διαγνωστικές μεθόδους».

INFO: Η εξέταση γίνεται στο Μαιευτήριο Λητώ.

3.9 Εμβόλιο κατά της επανεμφάνισης καρκίνου του μαστού

Θεαματικά χαρακτηρίζουν επιστήμονες τα αποτελέσματα δοκιμών εμβολίου που μειώνει σημαντικά την πιθανότητα επανεμφάνισης του Κ.Μ.

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

Το εμβόλιο το οποίο μειώνει σημαντικά την πιθανότητα επανεμφάνισης του Κ.Μ. έχει δοκιμαστεί ήδη σε 78 γυναίκες με Κ.Μ. από την Ελλάδα και όχι μόνο.

Σύμφωνα με τους επιστήμονες σχεδόν 60% των ασθενών κινδυνεύουν να ξαναεκδηλώσουν τη νόσο. Ωστόσο εκείνες που δοκίμασαν το εμβόλιο δεν εμφάνισαν καρκίνο για 18 ολόκληρους μήνες.

Το εμβόλιο αναμένεται να κυκλοφορήσει στην αγορά, αφού πρώτα δοκιμαστεί σε ακόμη περισσότερους ασθενείς.

Αξίζει να σημειωθεί ότι κάθε χρόνο 4.500 γυναίκες και 200 άνδρες νοσούν από Κ.Μ. στην Ελλάδα.²³

Κεφάλαιο IV

4.1 Θεραπεία καρκίνου του μαστού – τρόποι καταπολέμησης

Μέχρι σήμερα: Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί πραγματική απειλή για όλες τις γυναίκες, αφού στις περισσότερες περιπτώσεις σήμαινε μαστεκτομή και χημειοθεραπεία. Καθεμία από αυτές τις μεθόδους έχει σοβαρές επιπτώσεις είτε στην υγεία είτε στην ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς. Η μαστεκτομή, για παράδειγμα, αλλοιώνει την εικόνα της γυναίκας. Η χημειοθεραπεία, από την άλλη, έχει ενοχλητικές παρενέργειες, αφού τα φάρμακα που χορηγούνται είναι τόσο δυνατά ώστε παρεμβαίνουν σε πολλές από τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού. Ωστόσο, η επιστήμη διαρκώς προχωράει. Σήμερα οι γιατροί εφαρμόζουν νέες, εξελιγμένες μεθόδους, οι οποίες ελαχιστοποιούν τις παρενέργειες και εξασφαλίζουν καλύτερη υγεία στην ασθενή.⁶²⁻⁶³

Τα αποτελέσματα μιας θεραπείας δεν εξαρτώνται μόνο από τη μέθοδο που εφαρμόζουμε, αλλά και από τη βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου ή πιο σωστά του συστήματος καρκίνου – ασθενούς. Ο χρόνος από την αρχική θεραπεία ως την υποτροπή και τις μεταστάσεις και από εκεί στο θάνατο είναι μεγάλος για τους καρκίνους με πρώιμη διάγνωση και βραχύς για τους καρκίνους που ανακαλύφθηκαν αργά.

Οι τρόποι αντιμετώπισης είναι: η χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία. Η πιο εφαρμοσμένη θεραπεία είναι ο συνδυασμός χειρουργικής, ακτινοβολίας και συμπληρωμένη επικουρική χημειοθεραπεία.^{40,41}

4.1.1 Χειρουργική θεραπεία – Μαστεκτομή

Υπάρχουν οι λεγόμενες συντηρητικές και ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις. Στις συντηρητικές επεμβάσεις περιλαμβάνονται:

- Η ευρεία ογκεκτομή, που αφορά μόνον την εξαίρεση του ογκιδίου ή της ακτινολογικής ανωμαλίας και του περιβάλλοντος ιστού.
- Η τμηματεκτομή που αφορά στην εξαίρεση ενός τεταρτημορίου του μαστού σ' αυτό που έχει αναπτυχθεί ο όγκος.

Και στις δύο περιπτώσεις μπορεί να γίνει και λεμφαδενικός καθαρισμός ή εξαίρεση του λεμφαδένα φρουρού.

Στις ριζικές επεμβάσεις περιλαμβάνονται:

- Η απλή μαστεκτομή, όπου αφαιρείται ο μαστός με τη θηλή και την άλω, και
- Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή όπου μαζί με το μαστό αφαιρούνται και οι λεμφαδένες της μασχάλης.

Σε ποιο είδος επέμβασης θα υποβληθεί η γυναίκα εξαρτάται από μερικούς παράγοντες τους οποίους εκτιμούμε από την κλινική εξέταση, τη μαστογραφία αλλά και την ιστολογική εξέταση, ούτως ώστε η γυναίκα να μην κινδυνεύει να πάθει τοπική υποτροπή. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- Η ηλικία. Όσο νεότερη είναι η γυναίκα τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος της τοπικής υποτροπής.
- Το μέγεθος του ογκιδίου και μάλιστα σε σχέση με το μέγεθος του μαστού, π.χ. ένα ογκίδιο μεγέθους 2cm μπορεί εύκολα να υποβληθεί σε συντηρητική επέμβαση, σε μια γυναίκα, αν το μέγεθος του μαστού της είναι μεγάλο, παρά όταν είναι μικρό.
- Η πολυεστιακή ή πολυκεντρική ανάπτυξη του καρκίνου. Στις περιπτώσεις αυτές απαγορεύεται συντηρητική επέμβαση.
- Η επιθυμία της γυναίκας
- Περιπτώσεις ασθενών που μένουν μακριά από μεγάλα Ιατρικά Κέντρα και δεν μπορούν να παραμείνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα μακριά από τα σπίτια τους, για να υποβληθούν σε συντηρητική επέμβαση.

- Τοπικά προχωρημένη κατάσταση του όγκου.

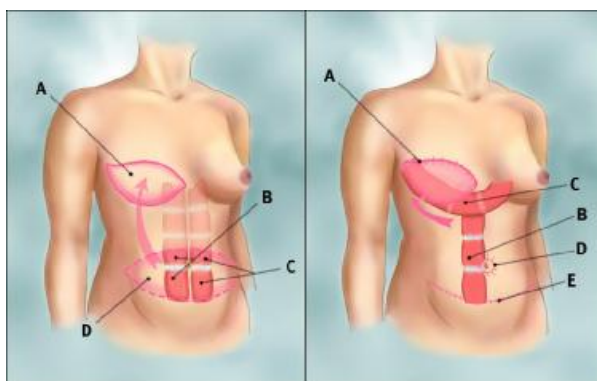
Όπως σε όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις έτσι και στις επεμβάσεις του μαστού υπάρχει μετεγχειρητικός κίνδυνος για αιμορραγία και φλεγμονή. Ήσσονος σημασίας είναι η συγκέντρωση λέμφου στην περιοχή της μαστεκτομής, η λεγόμενη λεμφοκήλη. Ως απώτερη επιπλοκή θεωρείται το μετεγχειρητικό λεμφοίδημα του σύστοιχου άνω άκρου, δηλ. διόγκωση και οίδημα.

Υπάρχει περίπτωση να προηγηθεί η χημειοθεραπεία της χειρουργικής επέμβασης.

Όταν θέλουμε να μικρύνουμε το μέγεθος του όγκου, πριν το χειρουργείο ή σε περίπτωση φλεγμονώδους καρκίνου.

Υπάρχει περίπτωση σε πολύ αρχόμενο καρκίνο να πρέπει να γίνει μαστεκτομή.

Ακόμη και σε πολύ αρχική μορφή καρκίνου που είναι το μη διηθητικό ή in situ καρκίνωμα, χρειάζεται μερικές φορές να γίνεται μαστεκτομή εάν παρουσιάζει πολυκεντρική ή πολυεστιακή ανάπτυξη το καρκίνωμα.^{41,44,40}



Εικόνα 8,9.³

4.1.2 Αποκατάσταση μαστού

Είναι η εκ νέου ανάπτυξη του μαστού που αφαιρέθηκε με μαστεκτομή. Μπορεί να γίνει ταυτόχρονα με τη μαστεκτομή ή μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Στην πρώτη περίπτωση που γίνεται η ανάπτυξη ταυτόχρονα με τη μαστεκτομή η γυναίκα έχει το πλεονέκτημα να ξυπνήσει μετά το χειρουργείο και να έχει πάλι δύο μαστούς, έχοντας τον καινούργιο μαστό στη θέση του παλιού.

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

Σήμερα αυτές οι επεμβάσεις έχουν πολύ καλά αποτελέσματα αφού οι νέες χειρουργικές τεχνικές, η εξειδίκευση των πλαστικών χειρουργών και οι νέες προθέσεις βοηθούν θετικά στο θέμα.

Οι περισσότερες ασθενείς με καρκίνο του μαστού είναι κατάλληλες για αποκατάσταση του μαστού η οποία μπορεί να γίνει αμέσως μετά τη μαστεκτομή.

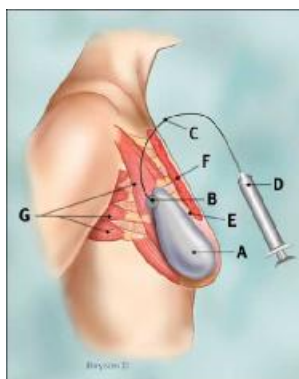
Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που θα πρέπει για λόγους ιατρικούς και όχι μόνον από τη νόσο του καρκίνου, η αποκατάσταση του μαστού να καθυστερήσει και να γίνει σε δεύτερο χρόνο.

Η ενημέρωση όμως των γυναικών με καρκίνο του μαστού σήμερα, προεγχειρητικά, είναι υποχρέωση του θεράποντος ιατρού και δίνει στις γυναίκες τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουν πιο θετικά τον καρκίνο του μαστού και με προοπτικές για το μέλλον.

Θεωρητικά, όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις περικλείουν κάποιους κινδύνους και θεωρητικά σχεδόν όλες οι γυναίκες μπορούν να υποβληθούν σε αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή. Οι κίνδυνοι στην περίπτωση της αποκατάστασης μπορούν να συνοψιστούν σε αιμορραγία, συλλογή υγρού, υπερτροφική ουλή, μόλυνση και ρίκνωση της κάψας.

Η αποκατάσταση του μαστού δεν έχει καμία επίδραση στις υποτροπές της νόσου και δεν εμποδίζει τη μετεγχειρητική χορήγηση προφυλακτικής χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι αποκατάστασης, άλλοι πιο απλοί και άλλοι πιο περίπλοκοι που χρησιμοποιούνται ανάλογα με την περίπτωση.



Εικόνα 10.³ Τοποθέτηση μοσχεύματος σιλικόνης

Μερικές από αυτές τις μεθόδους είναι:

- Αποκατάσταση με διαστολέα ιστών,
 - Αποκατάσταση με κρημνούς, όπως του πλατέως ραχιαίου μυός, του ορθού κοιλιακού μυός κ.α.
- Ασφαλώς όμως το ποια μέθοδος θα χρησιμοποιηθεί είναι θέμα που η κάθε γυναίκα θα πρέπει να το συζητήσει με τον ιατρό της.

Τα είδη των επεμβάσεων

- Διαστολέας ιστών

Η πιο συνηθισμένη επέμβαση είναι να τοποθετηθεί ένας διαστολέας ιστών και αργότερα να αντικατασταθεί με πρόθεση σιλικόνης.

Μετά τη μαστεκτομή ο διαστολέας ιστών τοποθετείται κάτω από το μείζονα θωρακικό μυ που βρίσκεται πίσω από το μαστό και μετά την επέμβαση από μια βαλβίδα ανά δεκαήμερο αρχίζει να διαστέλλεται με φυσιολογικό ορό. Όταν η διαστολή φτάσει στο επιθυμητό όριο, ο διαστολέας (εφόσον είναι απλός) αντικαθίσταται με μια πρόθεση σιλικόνης. Μερικοί διαστολείς παραμένουν μόνιμα ώστε στην περίπτωση αυτή να μη χρειασθεί δεύτερη επέμβαση. Η αποκατάσταση της θηλής γίνεται σε δεύτερο χρόνο με τοπική αναισθησία.

- Αποκατάσταση με κρημνούς

Μια άλλη μέθοδος είναι η χρήση των λεγόμενων μυοδερματικών κρημνών δηλαδή τμήματα δέρματος με άφθονο υποδόριο λίπος που παίρνονται από κάποιο άλλο σημείο του σώματος όπως η πλάτη, η κοιλιά ή οι γλουτοί και τοποθετούνται με ειδικό τρόπο στη θέση του μαστού που αφαιρέθηκε.

- Άλλες επεμβάσεις

Συνήθως ο άλλος μαστός χρειάζεται είτε μείωση, είτε αύξηση, είτε ανόρθωση για να υπάρχει τελικά συμμετρία μεταξύ των δύο μαστών.

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων το αισθητικό αποτέλεσμα μετά την επέμβαση είναι πολύ ικανοποιητικό και βοηθάει πολύ σημαντικά στην καλύτερη ποιότητα ζωής των γυναικών.^{13,41,42}

4.2.1 Ορμονοθεραπεία

Οι έρευνες έχουν δείξει εδώ και χρόνια πως τα οιστρογόνα είναι ο καλύτερος φίλος του Κ.Μ. Η γυναικεία ορμόνη φαίνεται πως λειτουργεί σαν «λίπασμα» για την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων. Για να αποτρέψουν την δράση τους, οι γιατροί χορηγούν φάρμακα που εμποδίζουν τα κύτταρα να «υποδεχτούν» τις ορμόνες, ενεργούν δηλαδή πάνω τους υποδοχείς των οιστρογόνων.

Τέτοιες ουσίες είναι τα ταμοξιφέν τα αναστραζόλ το λετροζόλ και το εξεμεστάν. Μελέτες που δημοσιεύθηκαν πρόσφατα σε επιστημονικά περιοδικά, όπως το Lancet και το New England Journal Of Medicine, έδειξαν ότι η χορήγηση τέτοιων ουσιών περιορίζει τον κίνδυνο υποτροπής της ασθένειας.^{43,46}

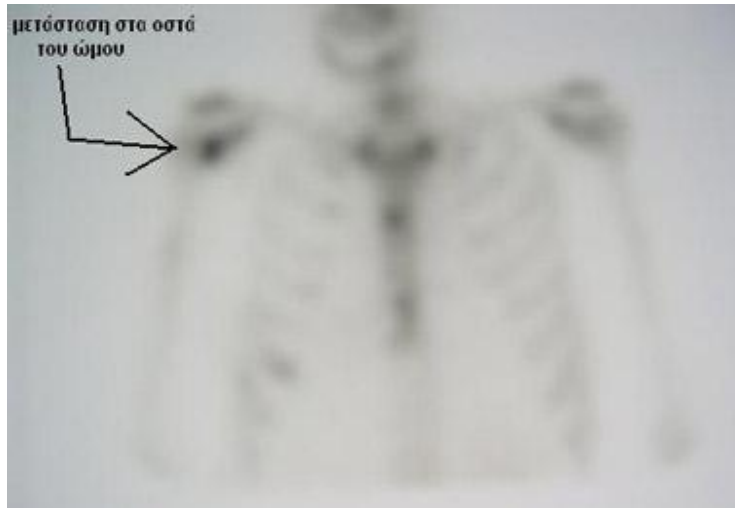
4.2.2 Ανοσοθεραπεία

Στις ημέρες μας, η ανοσοθεραπεία μας βοηθάει μόνο στην παράταση της επιβίωσης. Επικρατέστερο φάρμακο, που χρησιμοποιείται είναι BCG (Basilus Calmette Guerin). Το BCG μπορεί να συνδυαστεί με αδριουμικίνη (Adriblastin), φθοριοουρακίλη (Fluorourakil) και άλλα κυτταροστατικά φάρμακα.³²

4.3 Μεταστάσεις του Καρκίνου του Μαστού

Ο καρκίνος του μαστού καταλαμβάνει κατ' αρχή τους λεμφαδένες της μασχάλης τους υπερκλειθίους και του μεσοθωρακίου. Μερικές φορές η διάγνωση του Κ.Μ. γίνεται μετά από την εμφάνιση των μεταστάσεων. Μετά την διήθηση των λεμφαδένων συχνά παρατηρούνται μεταστάσεις στα οστά (70%). Οι μεταστάσεις κυρίως εμφανίζονται στους σπόνδυλους της οσφυϊκής μοίρας, τα οστά τα πυέλου και το άνω τμήμα του μηρού. Συχνά μεθίσταται και στους πνεύμονες (40%).

Οι μεταστάσεις εξαρτώνται από το βαθμό κακοήθειας του νεοπλασματος και από το υπόστρωμα, που τις περιβάλλει. Επίσης, από ανοσολογικούς και ορμονικούς παράγοντες, από τον τύπο του καρκίνου και από τα χαρακτηριστικά του μαστού, όπως και η πυκνότητα των ιστών του, η αιμάτωσή του, το λεμφικό δίκτυό του κ.λ.π. Όσο



Εικόνα 16.³

αυξάνεται η επέκταση και μεγαλώνει ο όγκος τόσο η πιθανότητα εξωμαστικής επέκτασης και απομακρυσμένων μεταστάσεων αυξάνεται προοδευτικά και τόσο η αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της πάθησης λιγοστεύει, γιατί πρόλαβαν οι λεμφαδένες μεταστάσεις.

Συχνότερα προσβάλλονται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες (40-

50%). Όταν αυτοί διηθηθούν και ψηλαφηθούν τότε πρέπει να αναμένουμε, τουλάχιστο στις περισσότερες περιπτώσεις, διηθημένους και τους λεμφαδένες, των έσω μαστικών αγγείων. Επίσης γίνεται σε ποσοστό 65% στο συκώτι, στα μαλακά μόρια σε συχνότητα 50% και στις ωθήκες σε συχνότητα 15%. Οι μεταστάσεις σε μεγάλης ηλικίας γυναίκες εκδηλώνονται βαθμιαία αλλά σταθερά κάθε χρόνο, φονεύοντας ακόμα και μετά από 20 ή 30 χρόνια μετά από την αρχική θεραπεία.

Ο θάνατος από μεταστάσεις προκαλείται κατά σειρά συχνότητας από: πνευμονική ανεπάρκεια λοίμωξη, καρδιακή ανεπάρκεια, ηπατική ανεπάρκεια και αιμορραγία.^{30, 22, 18}

Ελπίδες στις γυναίκες που έχουν νοσήσει από Κ.Μ. πως δεν θα υποστούν μετάσταση της νόσου σε κάποιο όργανό τους δίνει νέα επιστημονική διαγνωστική μέθοδος.

Η μέθοδος αυτή έχει την δυνατότητα να εντοπίζει έγκαιρα στο αίμα καρκινικά κύτταρα πριν αυτά κάνουν νέα μετάσταση. Όμως οι μισές περίπου από τις γυναίκες με Κ.Μ. υποτροπιάζουν. Η υποτροπή οφείλεται σε μικρομεταστάσεις οι οποίες, προκαλούνται

από κυκλοφορούσαν καρκινικά κύτταρα στο αίμα και δεν είναι ορατές με απεικονιστικές μεθόδους. Εμφανίζονται κυρίως σε όγκους >1cm και διηθημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

Ακόμη, ομάδα ερευνητών από το Αντικαρκινικό Κέντρο Memorial Sloan Kettering της Νέας Υόρκης εντόπισε αρκετά φυσικά ανθρώπινα microRNA που εμποδίζουν τον καρκίνο του μαστού να δώσει μεταστάσεις στον πνεύμονα και τα οστά, τα 2 βασικά σημεία μετάστασης του Κ.Μ. σύμφωνα με μελέτη που δημοσιεύεται στο επιστημονικό περιοδικό Nature.^{30,22,18}

4.3.1. Λεμφοίδημα

Λεμφοίδημα του άνω άκρου είναι η κατάσταση στην οποία το χέρι από την πλευρά της εγχείρισης διογκώνεται, επειδή η λέμφος δεν μπορεί πλέον να κυκλοφορήσει φυσιολογικά. Εμφανίζεται όταν διακόπτεται η ομαλή ροή στα λεμφαγγεία που φέρνουν κανονικά στην περίσσεια λέμφου από το χέρι, πίσω στην κεντρική κυκλοφορία.

Περίπου 5-20% των γυναικών που υποβάλλονται σε εγχείριση αφαίρεσης των μασχαλιαίων λεμφαδένων θα εμφανίσουν κάποια βαθμό λεμφοιδήματος. Σε κίνδυνο είναι κάθε ασθενής που έχει υποβληθεί σε τροποποιημένη ριζική μεστακτομή, είτε σε απλή μαστεκτομή είτε σε ογκεκτομή, σε συνδυασμό με αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων ή/ και ακτινοβολία της μασχάλης.

Το λεμφοίδημα μπορεί να εμφανιστεί οποτεδήποτε: αμέσως μετά την εγχείριση, μέσα σε μερικούς μήνες, έτη ή και δεκαετίες μετά την αρχική θεραπεία του καρκίνου. Το οίδημα μπορεί να ποικίλλει από μόλις αισθητή, έως πολύ εμφανής, δυσάρεστη διόγκωση, που μπορεί να οδηγήσει σε αναπηρία του άνω άκρου.⁴²

4.3.2 Παράγοντες κινδύνου

Οι κύριοι παράγοντες για ανάπτυξη λεμφοιδήματος είναι:

- Ο αριθμός των λεμφαδένων της μασχάλης που αφαιρέθηκαν
- Ακτινοθεραπεία της μασχαλιαίας κοιλότητας
- Διήθηση των λεμφαδένων από καρκίνο
- Μετεγχειρητικές επιπλοκές του τραύματος της μασχάλης (π.χ. μόλυνση)
- Επανειλημμένες λοιμώξεις στο χέρι/ λεμφαγγειίτιδες

- Εκτεταμένη περιοχή υποτροπή της νόσου

Οι επικουρικοί παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη λεμφοιδήματος είναι:

- Η ηλικία της ασθενούς.
- Η παχυσαρκία ή η αύξηση βάρους.
- Η προϋπάρχουσα λεμφική ανεπάρκεια.
- Η τάση για οίδημα σε όλο το σώμα, μετά από αύξηση κατανάλωσης άλατος ή αλκοόλ ή αύξηση θερμοκρασίας.
- Το κάπνισμα.
- Ο διαβήτης.
- Προηγηθείσες ή μεταγενέστερες χειρουργικές επεμβάσεις.

Στάδια λεμφιδέματος

Ο βαθμός του λεμφιδέματος μπορεί να χωρισθεί σε τρία στάδια:

- | | |
|------------|--|
| 1ο Στάδιο | Αυτόματα αναστρέψιμο: συνήθως υποχωρεί με ξεκούραση και το χέρι είναι φυσιολογικό το επόμενο πρωί. |
| 2ο Στάδιο: | Μη αυτόματα αναστρέψιμο: για να υποχωρήσει χρειάζεται, εκτός από ξεκούραση, κατάλληλες ασκήσεις, χειρομασάζ, πιεστικό γάντι κ.τ.λ. |
| 3ο Στάδιο | Μη αναστρέψιμο – μόνιμη λεμφοστάση: μόνιμη βλάβη των ιστών, εκτράχυνση, σκλήρυνση και πάχυνση του δέρματος και του υποκειμένου λιπώδους ιστού. |

4.3.3 Πρόληψη ανάπτυξης λεμφοιδήματος του άνω άκρου

Μια ασθενής που έχει υποβληθεί σε ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό πρέπει να προσέχει τα παρακάτω, προκειμένου να αποφύγει την ανάπτυξη λεμφοιδήματος άνω άκρου:

- Να μη φοράει στενά ρούχα ή κοσμήματα που σφίγγουν το χέρι στον βραχίονα, στον καρπό ή τα δάχτυλα.

- Να αποφεύγει να κρατάει βαριά τσάντα ή βαριά πράγματα από αυτή την πλευρά.
- Να μην κάνει για πολύ ώρα βαριές δουλειές στο σπίτι ή στην εργασία της, χρησιμοποιώντας το χειρουργημένο χέρι.
- Να μην ερεθίζει το χέρι της με υγρό ή απορρυπαντικό.
- Να μην αφήνει να της παίρνουν αίμα ή πίεση από το χειρουργημένο χέρι.
- Να μην τραβάει τις παρωνυχίδες στα δάχτυλά της και να φροντίζει να τις κόβει, όπως και τα νύχια της, προσεκτικά, χωρίς να πληγωθεί.
- Να αποφεύγει με προσοχή κάθε είδους έγκαυμα του χεριού της (π.χ. ηλιακό έγκαυμα, καυτό νερό, ζεστός φούρνος ή οικιακά σκεύη, τσιγάρο) ή τσιμπήματα από έντομα ή αγκάθια λουλουδιών.

4.3.4 Αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος

Αρχικά, κυρίως στο πρώτο στάδιο, αν η ασθενής εμφανίσει κάποιο πρόβλημα στο χέρι της, πρέπει να λάβει τα εξής μέτρα:

- Εάν τραυματιστεί: να καθαρίσει προσεκτικά την πληγή και να βάλει αντισηπτικό.
- Εάν νιώσει το χέρι της να βαραίνει μετά από έντονη δουλειά: να σταματήσει αμέσως, να κάνει ήπιο μασάζ από τον καρπό της προς τη μασχάλη, να τοποθετήσει το χέρι της ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα όταν κάθεται και κατά τη διάρκεια του ύπνου.
- Εάν παρουσιασθεί σημείο φλεγμονής: να αρχίσει αμέσως αντιβίωση εφόσον το χέρι είναι κόκκινο και παρουσιάζει οίδημα και να επικοινωνήσει αμέσως με τον χειρουργό της.

Οι κύριες μέθοδοι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για αποσυμφορητική φυσιοθεραπεία στην περίπτωση του λεμφοίδη 2ου κα 3ου σταδίου είναι:

- Λεμφικό χειρομασάζ: είναι μια πολύ ήπια τεχνική, που αποτελείται κυρίως από την κινητοποίηση του δέρματος και των επιφανειακών λεμφαγγείων, με τα χέρια.
- Πνευματική αντλία: ο βραχίονας τοποθετείται σε ένα ολόκληρο πλαστικό μανίκι που γεμίζει σταδιακά – από κάτω προς τα πάνω – με αέρα και συμπιέζει τους ιστούς, μετακινώντας τα υγρά τους προς τα επάνω (βραχίονα – ώμο).

- Συμπιεστική επίδεση και ελαστικό γάντι: στόχος είναι να μειωθεί η εκ νέου συσσώρευση υγρών και να αναδιαμορφωθεί ο βραχίονας ώστε η εικόνα του να γίνει όπως αυτή του απρόσβλητου βραχίονα. Εφαρμόζεται στο τέλος κάθε χειρομασάζ ή εφαρμογής πνευματικής αντλίας, ώστε να διατηρηθεί το αποτέλεσμα που επιτεύχθηκε.

4.4 Παρακολούθηση μετά τη θεραπεία

Ποια όμως είναι η διαχρονική παρακολούθηση των ασθενών που αντιμετωπιστήκαν θεραπευτικά με καρκίνο στον μαστό: Μετά το τέλος της βασικής θεραπείας πρέπει κάθε χρόνο:

- Κλινική εξέταση από θεράποντα.
- Εργαστηριακός βιοχημικός έλεγχος αίματος.
- Μαστογραφία.
- Ακτινογραφία θώρακος.
- Οι αξονικές τομογραφίες και το σπινθηρογράφημα οστών είναι εξετάσεις που πρέπει να γίνονται μόνο εάν υπάρχουν ενδείξεις όπως λ.χ. οστικά άλγη, διαταραχή βιοχημείας ήπατος, αύξηση (Ca⁺⁺ αίματος κλπ).

4.5 Πρόγνωση

Η πρόγνωση κάθε Καρκίνου Μαστού γυναίκας καθορίζεται από το ρυθμό ανάπτυξής του. Ο ρυθμός αυτός εξαρτάται από την διηθητικότητα, την ατομική σχέση με λεμφαγγεία και αιμοφόρα αγγεία, την ηλικία του όγκου, τους αμυντικούς μηχανισμούς της ασθενούς και τις ειδικές συνθήκες των περιοχών μεταστάσεων.^{35, 39}

Νέο τεστ για την πρόγνωση του καρκίνου του μαστού τα επίπεδα της κυκλίνης E (Cyclin E protein), σε όγκους (με τη μέθοδο Western blot).

Μια νέα εξέταση που μπορεί να γίνει πάνω σε Κ.Μ. θα μπορεί να δίνει με πολύ μεγάλη ακρίβεια, πληροφορίες για την πρόγνωση της ασθενούς.

Οι πληροφορίες αυτές θα επιτρέπουν στους γιατρούς να καθορίζουν με πιο ορθό τρόπο τις γυναίκες εκείνες, οι οποίες πράγματι χρειάζεται να υποβληθούν σε δύσκολες και δυσάρεστες θεραπείες, όπως για παράδειγμα η χημειοθεραπεία.

Σήμερα δυστυχώς δεν υπάρχουν τρόποι καλύτερου προσδιορισμού της φυσικής εξέλιξης και πρόγνωσης ορισμένων καρκίνων του μαστού και ιδιαίτερα αυτών που εκδηλώνονται σε χαμηλά στάδια.

Το αποτέλεσμα είναι ότι πολλές γυναίκες υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία ενώ είναι πολύ πιθανόν ότι η θεραπεία αυτή, δεν τις βοηθά και προκαλεί βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, ανεπιθύμητες παρενέργειες.

Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό, ευθύς εξ αρχής με την διάγνωση του καρκίνου, να υπάρχουν τρόποι που θα προσδιορίζουν με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια, ποιες ασθενείς θα επωφεληθούν από μια χημειοθεραπεία και ποιες όχι.

Γιατροί από το αντικαρκινικό κέντρο του πανεπιστημίου του Τέξας, εξέτασαν τα επίπεδα της κυκλίνης E (Cyclin E protein), σε όγκους από 395 γυναίκες που διαγνώστηκαν με Κ.Μ.

Μετά από τις μετρήσεις των επιπέδων της κυκλίνης E (με τη μέθοδο western blot) εξέτασαν τη σχέση των επιπέδων αυτών με το στάδιο του καρκίνου, την πρόγνωση και την επιβίωση των ασθενών.¹⁶

4.6 Πρόληψη

Απευθυνθείτε στον γιατρό σας σε περίπτωση που ανακαλύψετε κάποιο συμπαγές ογκίδιο ή κάποιο από τα προειδοποιητικά σημεία του Κ.Μ., ιδιαίτερα αν οι αλλοιώσεις επιμένουν μετά από έναν εμμηνορροϊκό κύκλο ή αλλάζουν την εμφάνιση του μαστού.

Περιορίστε την κατανάλωση αλκοόλ σε λιγότερο από δύο ποτά την ημέρα.

Διατηρήστε ένα υγιές βάρος, ιδιαίτερα μετά την εμμηνόπαυση.

Αποφύγετε την μακρόχρονη ορμονοθεραπεία, η οποία αυξάνει τον κίνδυνο για Κ.Μ.

Παραμείνετε σωματικά δραστήριες, τουλάχιστον 30' τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας.

Καταναλώστε τρόφιμα υψηλά σε περιεκτικότητα φυτικών ινών, όπως είναι τα φρέσκα φρούτα, τα λαχανικά και τα δημητριακά.

Χρησιμοποιείτε ελαιόλαδο γιατί το ελαϊκό οξύ φαίνεται ότι καταστέλλει τη δράση του σημαντικότερου ογκογονιδίου του μαστού.^{33,50.}

Οδηγίες Δευτερογενούς Πρόληψης (Προ-συμπτωματικός Έλεγχος)

- Μηνιαία αυτοεξέταση των μαστών σε ενήλικες γυναίκες. Αποκτήστε επαρκείς γνώσεις για τη σωστή αυτοεξέταση των μαστών, η οποία πρέπει να γίνεται στη 10η μέρα του κύκλου με 1η την ημέρα έναρξης της περιόδου.
- Ετήσια εξέταση των μαστών από τον οικογενειακό γιατρό ή τον γυναικολόγο μετά το 20ο έτος της ζωής.
- Μαστογραφία αναφοράς για συγκριτικούς λόγους πριν το 40ο έτος της ηλικίας, η οποία θα πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά 3ετία σε γυναίκες μικρότερες των 50 ετών και ανά διετία μετά το 50ο έτος.
- Ανάλογα με τον αριθμό των παραγόντων κινδύνου μπορεί να υπάρξει βράχυνση των μεσοεξεταστικών περιόδων.^{25, 12, 1.}

Κεφάλαιο V

5.1 Καρκίνος Μαστού στον άνδρα

Παρόλο που ο καρκίνος του μαστού θεωρείται γυναικεία πάθηση, αυτό δεν εμποδίζει την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού στον άνδρα. Και έχει συχνότητα εμφάνισης 1%, δηλαδή σε κάθε 100 γυναίκες με Κ.Μ. αντιστοιχεί 1 άνδρας. Επιπλέον ο καρκίνος του μαστού του άνδρα έχει χειρότερη έκβαση για τους εξής απλούστατους λόγους:

Ο άνδρας δεν πάει στο γιατρό αμέσως μόλις διαπιστώσει κάποια ανωμαλία στο μαστό. Δυστυχώς αργεί να διαγνωστεί διότι ασθενείς και γιατροί δεν τον σκέφτονται εύκολα, λόγω καθυστερημένης διάγνωσης και λόγω του μικρού μεγέθους του μαστού, έχουμε πιο συχνή διήθηση του δέρματος ή του μυός που βρίσκεται πίσω από το μαστό (μείζον θωρακικός), με αποτέλεσμα την διευκόλυνση των μεταστάσεων.

5.1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία

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

Η ηλικία πιο συχνός στις ηλικίες από 50 έως 70 ετών.

Η εθνικότητα μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζουν άνδρες της μαύρης φυλής και ακόμα μεγαλύτερη οι άνδρες της Εβραϊκής φυλής.

Το οικογενειακό ιστορικό και ιδιαίτερα η ύπαρξη του γονιδίου BIRCA 1 &2, δωδεκαπλασιάζει τη συχνότητα ανάπτυξης Κ.Μ. στον άνδρα.

Άνδρες με αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων στο αίμα τους που προκαλούν γυναικομαστία, είτε από κάποια συνοδό πάθηση ή από εξωγενή φαρμακευτική δράση.

Άνδρες που εμφανίζουν το σπάνιο σύνδρομο Klinefelter, βουβωνοκήλη, κρυπαρχία ή έχουν μειωμένη στάθμη τεστοστερόνης, η οποία επιτρέπει την αύξηση του μαζικού αδένου, εμφανίζουν 20 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Άνδρες που εκτέθηκαν επανειλημμένα σε ακτινοβολία κατά τη νεαρή τους ηλικία.^{1, 35}

5.1.2 Κλινική εικόνα – Συμπτώματα

Οι άνδρες δυστυχώς στην πλειοψηφία τους δεν αντιλαμβάνονται τον καρκίνο στο μαστό τους παρά δε πολύ προχωρημένο στάδιο.

5.2 Καρκίνος του Μαστού και Εγκυμοσύνη

Ο Κ.Μ. που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, παρά την σχετική εντύπωση που επικρατεί, δεν είναι επιθετικός και χειρότερης πρόγνωσης καθώς μελέτες στις οποίες έγινε αξιολόγηση των ασθενών ανά στάδιο της νόσου έδειξαν ότι η επιβίωση δεν διαφέρει από αυτήν των μη εγκύων γυναικών με καρκίνο ίδιου σταδίου.

5.2.1 Συχνότητα εμφάνισης και πρόγνωση

Ο καρκίνος του μαστού στην εγκυμοσύνη (κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του θηλασμού και έως ένα χρόνο αργότερα) αντιστοιχεί στο 1-3% των Κ.Μ. ενώ αποτελεί το 10% των καρκίνων του μαστού σε γυναίκες νεώτερες των 40 ετών. Συναντάται με συχνότητα 1:3.000 έως 1:10.000 εγκυμοσύνες.

Η παρατηρούμενη αύξηση της εμφάνισης του Κ.Μ. στην εγκυμοσύνη συμβαδίζει με την αύξηση που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια στη συχνότητα του Κ.Μ. σε νεώτερες ηλικίες / προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, αλλά και με την τάση των γυναικών να τεκνοποιοούν σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Η δυσκολία όμως, στον έλεγχο των μαστών της εγκυμονούσας γυναίκας και η καθυστέρηση στη διάγνωση και στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων και μέτρων είναι τα κύρια αίτια που σχετίζονται με την εύρεση της νόσου συνήθως σε πιο προχωρημένο στάδιο και οδηγούν στη συνολικά κακή πρόγνωση των εγκύων γυναικών με Κ.Μ.

5.2.2 Διάγνωση

Ο καρκίνος του μαστού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφανίζεται συνήθως ως ανώδυνη, ψηλαφητή μάζα του μαστού (στο 90% των περιπτώσεων). Η μαστογραφία, αν και δεν συσχετίζεται με παρενέργειες στη μητέρα και το έμβρυο, έχει περιορισμένη διαγνωστική ακρίβεια, λόγω της ιδιαίτερης φύσης του μαζικού αδένα. Η κυτταρολογική εξέταση μετά από παρακέντηση της μάζας στον μαστό της εγκύου είναι πολύ χρήσιμη και αξιόπιστη σε αυτές τις περιπτώσεις.

Θεραπεία

Η διακοπή της κύησης δεν φαίνεται να επηρεάζει την πρόγνωση, αλλά θα πρέπει να γίνει στις περιπτώσεις προχωρημένης νόσου (όγκοι T3-4). Εάν η ασθενής επιθυμεί τη διακοπή της κύησης τότε ακολουθεί μετά από αυτήν μια αντίστοιχη, κλασική αντιμετώπιση του καρκίνου της. Εάν όμως δεν επιθυμεί την διακοπή τότε θα πρέπει να γίνει πρώτα η χειρουργική αντιμετώπιση (σε όγκους T1-2 ευρεία εκτομή και μασχαλιαίοι λεμφαδένες ή μαστεκτομή) και να ακολουθήσει η χημειοθεραπεία και η ακτινοβολία μετά το τέλος της κύησης. Για όγκους T3-4, είναι προτιμότερο να διακοπεί η εγκυμοσύνη και να γίνει πλήρης θεραπεία.

5.2.3 Εγκυμοσύνη μετά από την αντιμετώπιση του καρκίνου του Μαστού

Σε μια γυναίκα που αντιμετώπιστηκε στο παρελθόν για καρκίνο του μαστού δεν υπάρχει αντένδειξη για εγκυμοσύνες διότι δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι επηρεάζουν την πορεία της ασθενούς. Πάντως, είναι φρόνιμο να περιμένει κανείς τουλάχιστον μια διετία πριν από την επόμενη κύηση, ώστε να περάσει το χρονικό διάστημα κατά το οποίο παρατηρείται

το μεγαλύτερο ποσοστό υποτροπής της νόσου, όπως επίσης και τυχόν επιπτώσεις από την προηγηθείσα χορήγηση χημειοθεραπείας.^{3,9,2}

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Κεφάλαιο VI

6.1 Η Νοσηλευτική παρέμβαση – Προεγχειρητική & Μετεγχειρητική

Συνίσταται στην ενημέρωση και εκπαίδευση

Ενημέρωση μπορεί να γίνει για:

- Τη διαδικασία εισόδου στο νοσοκομείο, τη διάρκεια της παραμονής σε αυτό και για το χρονικό διάστημα που θα κάνει τις θεραπείες.
- Το είδος της θεραπείας που θα κάνει.
- Τις πιθανές παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Εκπαίδευση

- Να καλλιεργηθεί η σκέψη «θυσιάζω κάτι πολύτιμο, τον μαστό μου, για να κερδίσω κάτι πολυτιμότερο, τη ζωή μου».
- Καλύτερα αποτελέσματα έπειτα από την χειρουργική επέμβαση.
- Ελάττωση του άγχους, κατάθλιψης και του φόβου για τον θάνατο.
- Μεγαλύτερη ικανοποίηση.
- Μεγαλύτερη ικανότητα χειρισμού των συμπτωμάτων.
- Καλύτερα ποσοστά επιβίωσης.⁴⁸

Προεγχειρητική παρέμβαση

- Αναζήτηση της καλύτερης φυσικής και ψυχολογικής προσέγγισης για ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο.
- Ο νοσηλευτής ενημερώνει την ασθενή για τη δοκιμασία που θα ακολουθηθεί (εργαστηριακές εξετάσεις πριν από την εγχείρηση, προνάρκωση, μεταφορά στο χειρουργείο, αναισθησία, ανάνηψη).

- Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης και βοήθεια να απαλλαγεί από τα αισθήματα φόβου με:
- Προσπάθεια μείωσης άγχους.
- Κατάργηση της σιωπής, ανοικτή επικοινωνία, έκφραση και ακρόαση των ανησυχιών και προβλημάτων της.
- Έμφαση στο σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης και στη χρήση τεχνητού μαστού.
- Εξασφάλιση επίσκεψης άρρωστης.
- Αναζήτηση ψυχολογικής υποστήριξης από τον σύζυγο.
- Κανονίζει ένα ραντεβού με πλαστικό χειρουργό εφόσον απαιτηθεί αργότερα επανορθωτική μαστού.
- Βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας του μαστού. Η γυναίκα μπορεί να φοβάται την απόρριψη από τον άνδρα της ή να νιώθει απογοήτευση, γιατί δεν θα μπορεί να εκπληρώσει το ρόλο της ως μητέρα (να θηλάσει το παιδί της). Επομένως χρειάζεται υποστήριξη από τον άνδρα της και την οικογένειά της.
- Χορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης.
- Εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή.
- Προετοιμασία δέρματος.

Αφιερώνεται χρόνος στην οικογένεια, με έμφαση στο σύζυγο, για να λύσει τις απορίες τους σχετικά με την επέμβαση, να εκφράσουν τους φόβους τους και να κατανοήσουν τις συναισθηματικές και κοινωνικές ανάγκες της ασθενούς.

Η ψυχαγωγία έχει και αυτή θέση στη νοσηλευτική φροντίδα. Περιλαμβάνει ανάγνωση βιβλίου – περιοδικών – τηλεόραση.

Χειρουργική παρέμβαση

- Απλή μαστεκτομή: αφαίρεση του μαστού χωρίς εκτομή των λεμφαδένων.
- Κλασική ριζική μαστεκτομή: αφαίρεση του μαστού, των υποκείμενων θωρακικών μυών και των μασχαλικών λεμφογαγγλίων και λεμφαδένων. 49

Μετεγχειρητική παρέμβαση

- α. Εκτίμηση αρτηριακής πίεσης και σφυγμού, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για διαπίστωση shock και αιμορραγίας.
- β. Επισκόπηση του επιδερμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας, ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη.
- γ. Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από τον πόνο.
- δ. Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών, για πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών. Όπως πνευμονία οφειλόμενη σε αναισθησία, ακινησία ή ανεπαρκή αερισμό.
- ε. Έλεγχος επίδεσης του τραύματος.
- στ. Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος.
- ζ. Πρόληψη λοίμωξης. Λόγω αφαίρεσης των λεμφαδένων η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται. Το προσβεβλημένο χέρι πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό. Και δεν θα πρέπει να γίνονται υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις ούτε φλεβοκεντήσεις σ' αυτό, για αποφυγή εισόδου μικροβίων.
- η. Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημι –Flower.
- θ. Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι.
- ι. Χορήγηση κατάλληλης διαίτας.

Σχεδιασμός για έξοδο από το νοσοκομείο – Διδασκαλία

- Ενθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή χρησιμων απαντήσεων.
- Ετοιμασία συζύγου για παροχή της απαραίτητης υποστήριξης στην σύζυγό του.
- Ενθάρρυνσή του επιβεβαιώνει στην ασθενή ότι η σεξουαλικότητα, η θηλυκότητα και η αγάπη των άλλων δεν επηρεάζεται από την εμφάνισή της.^{48,5,6}
- Βοήθεια άρρωστης και παροχή πληροφοριών για την εκτέλεση παθητικών ασκήσεων. Οι ασκήσεις που συστήνονται είναι: Σφίξιμο και πέταγμα μπάλας, αναρρίχηση στον τοίχο, γύρισμα σχοινού, αιώρηση χεριών, τροχαλία, άγγιγμα μετώπου, κούμπωμα πίσω κουμπιών.
- Φροντίδα τραύματος.

- Πρόληψη και αντιμετώπιση λεμφοιδήματος. Το λεμφοίδημα αναπτύσσεται στο σύστοιχο άνω άκρο και πρόκειται για δυσλειτουργία στην ικανότητα απαγωγής της λέμφου, με αποτέλεσμα τη συσσώρευση του λεμφικού υγρού και το οίδημα.

Η θεραπεία του περιλαμβάνει:

α) Μέτρα υγιεινής του άκρου, πρόληψη τραυματισμών, αμυχών, εγκαυμάτων, τσιμπημάτων, αποφυγή ένεσης, βελονισμού, αιμοληψίας και αντιμικροβιακή θεραπεία, ελάττωση λήψης αλατιού.

β) Κινησιοθεραπεία, ανύψωση του μέλους, μασάζ για 3-4 μήνες για βελτίωση κυκλοφορίας και μείωση του οιδήματος.

γ) Επίδεση του άκρου με ελαστικούς επιδέσμους, για την εξισορρόπηση της ελαστικότητας των ιστών.

δ) Αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.

ε) Χειροπρακτική λεμφική παροχέτευση. Ειδική τεχνική μαλάξεων με σκοπό την προώθηση του υγρού του οιδήματος από το λεμφοστατικό τεταρτημόριο.

στ) Χορήγηση διουρητικών.

- Βελτίωση σεξουαλικής λειτουργίας. Η μεταβολή του σωματικού ειδώλου της άρρωστης, το άγχος, η απογοήτευση, η αντίδραση του συντρόφου και ο βαθμός ανησυχίας είναι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στη σεξουαλική ζωή τους. Ο σύζυγος πρέπει να είναι ενήμερος για να μην απογοητευτεί και να μπορέσει να συμβάλλει στην ομαλή εξέλιξη της αποκατάστασης.

- Ανοικτές συζητήσεις που αφορούν την σεξουαλικότητα, τη θηλυκότητα και θέματα ταμπού.

- Εξασφάλιση καλής σχέσης γυναίκας – συζύγου – νοσηλεύτη για συζητήσεις, συναισθήματα, αποκατάσταση ερωτικής ζωής.

- Ο σύζυγος έχει και αυτός ανάγκη υποστήριξης, ατομικής και ομαδικής.

Χρήση πρόσθεσης (τεχνητού στήθους). Σε γυναίκες με πρόσθεση στήθους είναι σημαντικό να εφαρμόζουν σωστά τον στηθόδεσμο. Σκοπό είναι να παρέχει συμμετρία στους μαστούς όταν η γυναίκα φορά στηθόδεσμο και να διατηρήσει ή να ξαναποκτήσει

την εικόνα του σώματος που είχε πριν από την εγχείρηση. Σε περίπτωση προσωρινής πρόσθεσης ο νοσηλευτής πρέπει να εκπαιδεύσει τη γυναίκα και την εφαρμόζει και συγχρόνως να εκτιμήσει τον βαθμό αποδοχής.

Τονισμός σπουδαιότητας μετανοσοκομειακού επανελέγχου (check-up).

- Αξιολόγηση της επούλωσης του τραύματος.
- Εκτίμηση της προσπάθειας για αποκατάσταση. Έλεγχος προόδου ασκήσεων.
- Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της πρόσθεσης.
- Αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής της άρρωστης.
- Διαπίστωση πιθανής υποτροπής.^{42,12,13}

6.2 Η Νοσηλευτική στις διαγνωστικές εξετάσεις

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

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

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

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

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

Πρωταρχικό όμως καθήκον και χρέος του νοσηλευτή είναι η ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς. Καθώς επίσης το ειλικρινές ενδιαφέρον του, ο σεβασμός της

προσωπικότητας της ασθενούς, την αγάπη και τη συνεχή του παρουσία κατά τη διάρκεια των εξετάσεων με το διάλογο και την υποστήριξη συμβάλλει στην ανακούφιση και στην καθυσύχαση της ασθενούς.

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

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

Γιατί αισθάνεται γύρω της ανθρώπους που ενδιαφέρονται πραγματικά για την ανακούφιση της, την αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας της.⁶¹

6.3 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την θεραπεία

1. Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει ο άρρωστος και η οικογένειά του) προσέγγιση του αρρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά του σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

2. Βεβαιώνεται ο άρρωστος πως οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από την μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.

3. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση του αρρώστου ώστε να αποδεχθεί, να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.

4. Προσφέρεται στον άρρωστο ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.

5. Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου για τη θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητος σε διάφορα φάρμακα κ.ά. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας.^{47,24}

6.3.1 Ρόλος φαρμάκων στον Καρκίνο του Μαστού

Η φαρμακευτική αγωγή τα τελευταία χρόνια έχει βοηθήσει σημαντικά στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Με την πρόοδο της έρευνας κάθε χρόνο καινούργια φάρμακα ανακαλύπτονται και προστίθενται στα ήδη υπάρχοντα. Τα φάρμακα αυτά μπορεί να χορηγηθούν είτε μετεγχειρητικά, ως συμπλήρωμα της εγχείρισης, είτε προεγχειρητικά, για να βοηθήσουν να μειωθεί το μέγεθος του όγκου είτε σε περιπτώσεις που υπάρχουν μεταστάσεις.

Είναι δυνατόν νεοπλασματικά κύτταρα να διαφύγουν από την περιοχή του όγκου και διαμέσου της κυκλοφορίας του αίματος ή της λέμφου να εγκατασταθούν σε άλλα σημεία του σώματος της γυναίκας, χωρίς να μπορούμε να τα εντοπίσουμε στο αρχικό τους στάδιο. Για τον λόγο αυτό μετά τη χειρουργική επέμβαση και την αφαίρεση του όγκου, συνιστάται στις περισσότερες ασθενείς μετεγχειρητική προφυλακτική φαρμακευτική θεραπεία.

Η θεραπεία αυτή αποφασίζεται ύστερα από την εκτίμηση ορισμένων παραγόντων που προκύπτουν κυρίως από την ιστολογική εξέταση του όγκου, αλλά και από άλλες εξετάσεις, όπως ορμονικοί υποδοχείς, ή ύπαρξη ή όχι του γονιδίου HER-2 κ.α. Μεταξύ των παραγόντων που θα ληφθούν υπόψη είναι η ηλικία της γυναίκας, και εάν έχει ή όχι ακόμη περίοδο.

Η συμπληρωματική μετεγχειρητική θεραπεία του καρκίνου του μαστού με φάρμακα, έχει βελτιώσει σημαντικά την πρόγνωση τα τελευταία 20 περίπου χρόνια.

Τα φάρμακα αυτά χορηγούνται είτε από το στόμα ως χάπια είτε από τη φλέβα ως ενέσεις. Η μετεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή αποτελείται είτε από κυταροστατικά φάρμακα είτε από ορμονικά σκευάσματα είτε γίνεται συνδυασμός των δύο. Πρόσφατα έχει προστεθεί και το Trastuzumab (Herceptin) ένα μονοκλωνικό αντίσωμα εναντίον του αυξητικού παράγοντα HER2/Neu.

Η αποτελεσματικότητα της κάθε θεραπείας εξαρτάται από ορισμένους παράγοντες. Για κάθε ασθενή ο ιατρός με βάση ορισμένα κριτήρια (ιστολογική εξέταση, ηλικία περίοδος αλλά και σε σχέση με άλλα υπάρχοντα προβλήματα υγείας), θα επιλέξει αυτήν που θεωρεί ως την πιο κατάλληλη για τη συγκεκριμένη ασθενή αφού προηγουμένως συζητήσει το θέμα μαζί της.

Η διάρκεια της μετεγχειρητικής προφυλακτικής χημειοθεραπείας είναι συνήθως 6 μήνες, ενώ η διάρκεια της μετεγχειρητικής προφυλακτικής ορμονοθεραπείας είναι 5-7 χρόνια. Η θεραπεία με Herceptin διαρκεί 1-2 χρόνια.^{2,3}

6.3.2 Χημειοθεραπεία



Εικόνα 11.³

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.

Επειδή τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν δρούν εκλεκτικά μόνο στα καρκινικά αλλά και στα φυσιολογικά κύτταρα, η Νοσηλευτική φροντίδα του χημειοθεραπευτικού ασθενούς είναι πραγματικά μια πρόκληση για τους Νοσηλευτές. Οι κύριοι στόχοι της

νοσηλευτικής φροντίδας είναι η διατήρηση της άνεσης, η πρόληψη των επιπλοκών, η ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με τη χημειοθεραπεία, τις αναμενόμενες παρενέργειες και τα τοξικά φαινόμενα που πρέπει να αναφερθούν. Επίσης διαδραματίζει κύριο ρόλο στην βοήθεια του ασθενούς και των συγγενών και φίλων στην αντιμετώπιση των τρεχουσών και μελλοντικών διαταραχών της σωματικής εικόνας, του τρόπου ζωής και των ρόλων, ως συνέπεια του καρκίνου και της χημειοθεραπείας.

Εκείνοι που προετοιμάζουν τα φάρμακα για χορήγηση, πρέπει να χρησιμοποιούν γάντια και μάσκα μίας χρήσης και αν είναι δυνατόν στον ειδικό χώρο και στην φωλέα

Οι οδηγίες για την διάλυση ή την προετοιμασία του φαρμάκου πρέπει να δίδονται γραπτώς. Σε κάθε περίπτωση να αναγράφεται η αναλογούμενη δόση. Η διάλυση πρέπει να γίνεται με ανάλογο διαλυτικό και στην κατάλληλη ποσότητα.

Σε κάθε σύριγγα με κυτταροστατικά να είναι γραμμένο το όνομα του ασθενούς, το είδος και την δόση του κυτταροστατικού. Να προστατεύεται από το φως αν χρειάζεται και να ενίεται σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Να γίνεται έλεγχος και εφαρμογή των κανόνων ασηψίας και αντισηψίας.



Εικόνα 12.³

Παρενέργειες Χημειοθεραπείας

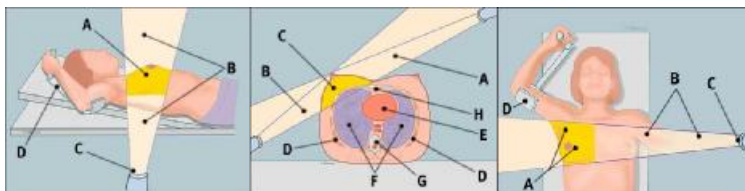
ΔΕΡΜΑ	Αλωπεκία, Υπέρχρωση δέρματος, Υπέρχρωση φλεβικού δικτύου, Φλεβίτιδες, Ερύθημα, Χρωστικές εναποθέσεις στα νύχια
Διάφορα	Πόνος στον όγκο, Φαινόμενο ανάκλησης ακτινοβολίας, Πόνος στη γνάθο, Γριππώδες σύνδρομο, Κακουχία
Κεντρικό – Περιφερειακό Νευρικό σύστημα	Εκδηλώσεις από το ΚΝΣ και από Περιφερειακά νεύρα, Ωτοτοξικότητα, Φωτοευαισθησία, Φωτοφοβία
Μεταβολικές Διαταραχές	Υπογλυκαιμία, Υπασβεσταιμία, Υπομαγνησισαιμία, Διαταραχές οξεοβασικής ισορροπίας, Υπερουριαιμία
Ουροποιητικό σύστημα	Νεφροτοξικότητα, Αιμορραγική κυστίτιδα
Τοξικότητα από όργανα	Ηπατοτοξικότητα, Καρδιοτοξικότητα, Πνευμονική τοξικότητα

6.3.3 Ακτινοθεραπεία

Με την μέθοδο αυτή επιδιώκεται η καταστροφή των νεοπλασματικών κυττάρων με την ακτινοβολία (ιονίζουσα ακτινοβολία). Εφαρμόζεται συχνά κατά την χειρουργική επέμβαση, ειδικότερα εάν ο όγκος που αφαιρέθηκε ήταν μεγάλου μεγέθους ή εάν ο καρκίνος είχε διασπαρθεί στους λεμφαδένες.

Η ακτινοβολία γίνεται καθημερινά 5 μέρες την εβδομάδα και επί 6 εβδομάδες περίπου. Στόχος αυτής της θεραπείας είναι να καταστρέψει οποιαδήποτε εναπομείναντα

καρκινικά κύτταρα μετά την αφαίρεση του όγκου, μειώνοντας τον κίνδυνο επαναδημιουργίας ή διασποράς (μετάστασης) του καρκίνου. Η δόση της ακτινοβολίας είναι 45-50Gy σε όλο το μαστό. Συμπληρωματική δόση 10-15Gy χορηγείται στην κοίτη του όγκου.^{27,46}



Εικόνα 13, 14, 15.³

Νοσηλευτική παρέμβαση

Για την προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοσθεί εξωτερική ακτινοθεραπεία (ακτίνες Χ- Τηλεακτινοθεραπεία) γίνονται οι πιο κάτω εφαρμογές.

Η νοσηλεύτρια(-της)

- Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για (1) το είδος, της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε, (2.) τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, (3) το σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός), (4) τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει.
- Αξιολογεί τι και πως αντιλαμβάνεται ο άρρωστος το είδος αυτό τη θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει σε συνεργασία με το γιατρό.
- Βεβαιώνεται πως ο άρρωστος έχει καταλάβει να μη βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο, πού, θα γίνει η ακτινοθεραπεία
- Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία και εμετούς ή άλλη αντίδραση, ώστε να τη διαγνώσει έγκαιρα και είναι έτοιμη να τον βοηθήσει κατάλληλα.
- Χορηγεί στον άρρωστο αναλγητικά πριν τη θεραπεία, αν χρειάζεται, επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και τον προστατεύει

από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.

- Το πιο ουσιαστικό μέρος της προετοιμασίας του αρρώστου για την εφαρμογή της εξωτερικής ακτινοβολίας είναι η απάντηση στα ερωτήματα που συνήθως είναι τα εξής:
- Πονάει η ακτινοθεραπεία;
- Τι θα πρέπει/να κάνει κατά το διάστημα της θεραπείας;
- Θα είναι μόνος του κατά τη διάρκεια της θεραπείας;
- Αν δεν αισθάνομαι καλά κατά το διάστημα της θεραπείας και έχω ανάγκη από βοήθεια τι θα κάνω;

Παρενέργειες ακτινοθεραπείας

Οι παρενέργειες που μπορεί να παρουσιάσουν οι ασθενείς που δέχονται εξωτερική ακτινοβολία, είναι: αντίδραση του δέρματος στη θέση που ακτινοβολήθηκε, κόπωση, κακουχία και ανορεξία. Άλλες παρενέργειες μπορεί να παρουσιασθούν ανάλογα με την ανατομική θέση που ακτινοβολείται, το ρυθμό μιώσεων των κυττάρων στο πεδίο ακτινοθεραπείας, τον καταμερισμό της δόσης, την ολική δόση και τη γενική κατάσταση του ασθενούς.

Ο ασθενής που έχει ως θεραπεία την ακτινοθεραπεία συνήθως είναι εξωτερικός ασθενής, εκτός αν παρουσιάζει διάφορα προβλήματα ή επιπλοκές, ή είναι δύσκολη η μετακίνησή του λόγω τόπου διαμονής και δυσκολία ανοχής και αντιμετώπιση ορισμένων παρενεργειών.

6.4 Η σημασία της Συνεργασίας Διαφόρων Λειτουργιών Επαγγελματιών Υγείας

Μια επιτυχημένη ομάδα εργασίας βασίζεται κατ' αρχάς στην προσεκτική επιλογή των μελών της: Η επαγγελματική ικανότητα, η ευελιξία, η αίσθηση του χιούμορ, ο σεβασμός για τους άλλους, η ικανότητα υποστήριξης των συναδέλφων καθώς και της έννοιας της εμπιστοσύνης είναι απαραίτητα. Χρειάζεται σαφή και ευέλικτη οργάνωση, αναγνώριση, ποιος είναι ο επικεφαλής και ποιος εκτελεί τις εντολές αποτελεί τη βάση της καλής διεπιστημονικής συνεργασίας.

Οι επισκέψεις στους θαλάμους:

Η επίσκεψη στον ασθενή θα πρέπει να πραγματοποιείται με ηρεμία αυτά που λέγονται να είναι κατανοητά και να αξιολογούνται οι αντιδράσεις του ασθενή.

Οι συναντήσεις με την οικογένεια:

Η οικογένεια αποτελεί το άμεσο περιβάλλον του ασθενούς και πρέπει να ενημερώνεται συνεχώς από την ομάδα. Οι ανησυχίες της οικογένειας είναι πολλές και ποικίλουν γι' αυτό χρειάζεται ενημέρωση.

Οι επισκέψεις κατ' οίκον:

Δημιουργείται μια πλήρης εικόνα της κατάστασης του ασθενούς και επιτυγχάνεται καλύτερος χειρισμός των τρεχόντων προβλημάτων. Η ανάληψη ευθύνης της αξιολόγησης μιας περίπτωσης ασθενούς απαιτεί ιδιαίτερες ικανότητες.³¹

6.5 Η συμβολή της Νοσηλευτικής στο σπίτι – Βασικοί σκοποί

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

Η νοσηλεία στο σπίτι είναι το βασικότερο στοιχείο της συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας διεθνώς και θεωρείται υπηρεσία που κατεξοχήν οργανώνεται και αξιολογείται από νοσηλευτές. Ο νοσηλευτής ως μέλος της υγειονομικής ομάδας αποτελεί τον σπουδαιότερο δομικό παράγοντα για την οργάνωση, παροχή και αξιολόγηση υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι. Η θεσμοθέτηση υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι στην Ελλάδα έγινε με το νόμο 2071/92.⁵³

Γιατί όμως πρέπει να εφαρμοσθεί ο θεσμός και ποια οφέλη απορρέουν από την εφαρμογή του; Οι λόγοι που επιβάλλουν την εφαρμογή της νοσηλείας στο σπίτι είναι: α. Η έλλειψη νοσοκομειακών κρεβατιών που παρατηρείται, ιδιαίτερα στην χώρα μας και οι δυσκολίες που δημιουργούνται, όταν αυτά καταλαμβάνονται από χρόνιους ασθενείς, όπως οι καρκινοπαθείς.

- β. Ο περιορισμός των ημερών νοσηλείας περιορίζει σημαντικά το κόστος νοσηλείας κατά ασθενή.
- γ. Η Ψυχική κατάσταση του ασθενούς που διαφέρει, όταν αυτός νοσηλεύεται στο σπίτι του, από την νοσηλεία του στον άγνωστο και ψυχρό χώρο του νοσοκομείου.
- δ. Ο περιορισμός ημερών αποχής των ατόμων από την εργασία τους και τις άλλες δραστηριότητες τους.⁵⁵
- ε. Το άτομο μπορεί να μην έχει κάποιο άτομο της οικογένειας του διαθέσιμο ή ικανό να παρέχει φροντίδα στο σπίτι.
- ζ. Πολλοί άνθρωποι προτιμούν να πεθάνουν στο σπίτι τους και αυτό χρειάζεται ανάλογη φροντίδα.⁵³

Βασικοί Σκοποί

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

- α. Να μην χρησιμοποιούνται νοσοκομειακές κλίνες για απλές νοσηλευτικές διαδικασίες, όπως είναι η περιοδική παρακολούθηση.
- β. Η δημιουργία ειδικών ψυχολογικών συνθηκών στην ασθενή με τη βεβαιότητα ότι δεν είναι εγκαταλελειμμένη βγαίνοντας από το νοσοκομείο, αλλά ότι συνεχίζεται η παρακολούθηση της.
- γ. Να παρέχονται στο σπίτι δωρεάν φάρμακα, να γίνονται αιμοληψίες για πλήθος εργαστηριακών εξετάσεων και να χορηγούνται οροί.
- δ. Η παραμονή της ασθενούς στο γνώριμο και αρεστό οικογενειακό περιβάλλον.
- ε. Ενδυνάμωση της σύνδεσης και της λειτουργικότητας της οικογένειας.
- ζ. Προαγωγή ενός υγιεινού περιβάλλοντος.⁵³⁻⁵⁵

Οι βασικοί σκοποί του νοσηλευτή είναι:

- α. Ανακάλυψη άλλων προβλημάτων υγείας της ασθενούς.
- β. Παροχή βοήθειας για την παραδοχή και αντιμετώπιση των προβλημάτων.
- γ. Διασύνδεση της οικογένειας με άλλες υπηρεσίες υγείας.
- δ. Παροχή βοήθειας για την ανάπτυξη της ικανότητας αυτοβοήθειας και αυτοεξυπηρέτησης.⁵³⁻⁵⁵

Ειδικότερα η φροντίδα στο σπίτι περιλαμβάνει:

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

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

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

δ) Να εφαρμόζει ακριβώς το πρόγραμμα της νοσηλείας και να παρακολουθεί την εξέλιξη της κατάστασης της, ώστε να παρουσιασθεί κάποιο νέο πρόβλημα να είναι σε θέση να το αντιμετωπίσει σε συνεργασία πάντα με τη βοήθεια των άλλων μελών της πρωτοβάθμιας υγειονομικής ομάδας, π.χ. της κοινωνικής λειτουργού.

ε) Να αποβλέπει στην αποκατάσταση της υγείας του ατόμου και να διδάσκει στο άτομο σωστό τρόπο ζωής.

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

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

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

- Ικανότητα. Οφείλει να τοποθετεί τον εαυτό του στη θέση της ασθενούς για να μπορέσει να την κατανοήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

- Ευαισθησία στις ανάγκες τόσο του ατόμου που νοσηλεύει όσο και στο οικογενειακό του περιβάλλον.

- Ικανότητα ανάπτυξης καλής επικοινωνίας και εμπιστοσύνης ώστε να αισθανθεί η ασθενής άνετα να μιλήσει για το πρόβλημα της. Μεγάλης σημασίας είναι και η ψυχολογική βοήθεια που παρέχεται από το νοσηλευτή. Υπάρχουν ασθενείς που μένουν

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.6 Νοσηλευτική παρέμβαση στα 3 στάδια της νόσου

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

6.6.1 1η φάση – Πρώιμο στάδιο

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

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

Οι στόχοι του νοσηλευτή στη φάση αυτή είναι τα εξής:

A. Να βοηθήσει τον ασθενή να μπορεί να ζει με επίγνωση της σοβαρής νόσου και των συνεπειών της.

B. Να τον βοηθήσει να προσαρμοσθεί στη νέα εικόνα του σώματός του και του εαυτού του.

Γ. Να τον βοηθήσει να αναπροσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον.

Δ. Να δώσει απαντήσεις σε απορίες και ανησυχίες του.⁵⁵

6.6.2 2η Φάση – Ενδιάμεσο στάδιο

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

Οι στόχοι του νοσηλευτή στη φάση αυτή είναι οι εξής:

A. Να εξηγήσει στον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της θεραπείας που πρόκειται να υποστεί και να προετοιμάσει να τα δεχθεί.

Β. Επειδή σε αυτήν την φάση ο ασθενής μπορεί να έχει αισθήματα φόβου και εγκατάλειψης από το οικογενειακό του περιβάλλον πρέπει ο νοσηλευτής να τον βεβαιώσει ότι το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό και οι συγγενείς του θα παραμείνουν κοντά του.

Γ. Οφείλει να ακούσει τις ανησυχίες, τους φόβους, τις ανάγκες του, να τον υποστηρίξει συναισθηματικά και να του δώσει κουράγιο και ελπίδα στην μάχη με την μεταστατική νόσο.

6.6.3 3η Φάση – τελικό στάδιο

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

Οι στόχοι του νοσηλευτή στη φάση αυτή είναι οι εξής:

Α. Να παραμείνει δίπλα στον ασθενή και να είναι διαθέσιμος να συζητήσει τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες του και να του παρέχει ανακούφιση και υποστήριξη ως την τελευταία στιγμή.

Β. Να ενημερώσει την οικογένεια για την εξέλιξη της νόσου και να προτρέψουμε συγγενείς ή φίλους να μην τον εγκαταλείψουν.

Γ. Ο νοσηλευτής δίνει την ευκαιρία στον ασθενή να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες, τις ανάγκες, τα συναισθήματά του και του δείχνει κατανόηση και συμπάρασταση.⁵⁵

6.6. 4 Νοσηλευτική παρέμβαση καρκινοπαθών στα τελικά στάδια της νόσου.

Σωματική φροντίδα και εξασφάλιση άνεσης

Η σωματική φροντίδα και η εξασφάλιση άνεσης και ασφάλειας για τον ασθενή που πεθαίνει αποτελούν σημαντικούς τομείς δράσης και παρέμβασης του νοσηλευτή. Αποτελεσματική σωματική φροντίδα του ασθενή στα τελευταία στάδια της ζωής του μπορεί να συμβάλλει σημαντικά σε έναν ήσυχο θάνατο. Ανεξάρτητα από το αν ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο ή στο σπίτι, οι ανάγκες για φροντίδα και συμπάρασταση είναι ίδιες.⁵⁵

6.6.5 Αντιμετώπιση δυσχερειών σε Καρκίνο του μαστού

Αντιμετώπιση του πόνου

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

Σε περίπτωση που ο ασθενής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο νοσηλεύεται στο σπίτι, ο νοσηλευτής οφείλει να διδάξει την οικογένεια πώς και πότε να χορηγεί τα φάρμακα καθώς και πώς να εκτιμά την ανταπόκριση του ασθενή στην φαρμακευτική αγωγή. Αναποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου στο σπίτι είναι συχνά η αιτία για τη διακομιδή του ασθενή στο νοσοκομείο.⁵⁵

Δυσκοιλιότητα

Οι περισσότεροι ασθενείς, στο τελικό στάδιο, υποφέρουν από δυσκοιλιότητα. Αυτή οφείλεται στην έλλειψη δραστηριότητας, στο διαιτολόγιο με μικρή περιεκτικότητα φυτικών ινών και συχνά στην φαρμακευτική αγωγή. Απαιτούνται συνήθως υπακτικά, τα οποία πρέπει να αναγράφονται τακτικά, όταν αρχίζει η χορήγηση ναρκωτικών αναλγητικών και σε περίπτωση που η αγωγή με υπακτικά δεν αποδώσει μπορεί να χρειασθούν υπόθετα γλυκερίνης ή υποκλυσμός.²⁵

Ναυτία και Έμμετος

Η ναυτία και ο έμμετος είναι πολύ συχνά και βασανιστικά συμπτώματα του ασθενή που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του. Υπάρχουν πολλές αιτίες που προκαλούν τέτοιου είδους συμπτώματα σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου. Ο νοσηλευτής οφείλει να ανακαλύψει τα αίτια και να τα αντιμετωπίσει. Για παράδειγμα αν οι έμμετοι οφείλονται σε κάποιο φάρμακο πρέπει να σταματήσει την χορήγηση του, να

ενημερώσει τον γιατρό για να το αντικαταστήσει και να χορηγήσει κάποιο αντιεμμετικό.

25

Διατροφή

Οι ασθενείς στα τελικά στάδια της ζωής τους χαρακτηρίζονται από ανορεξία. Συχνά, δεν ενδιαφέρονται καθόλου για το φαγητό και μερικές φορές ακόμη και η μυρωδιά του φαγητού τους προκαλεί ναυτία. Σε αυτό το στάδιο οι ασθενείς μπορούν να τρώνε οτιδήποτε τους ευχαριστεί και δεν τους προκαλεί δυσάρεστα ενοχλήματα.

Πρέπει επίσης να επιδιώκουμε και να επιτυγχάνουμε την κατάλληλη ενυδάτωση αυτών των ασθενών. Μικρή και συχνή χορήγηση υγρών που αρέσουν στον ασθενή (π.χ. πορτοκαλάδας) βοηθούν να αποφευχθεί η αφυδάτωση. Σε διαφορετική περίπτωση θα πρέπει να καταφύγουμε σε παρεντερική χορήγηση υγρών.⁵⁵

Πρόληψη -Αντιμετώπιση κατακλίσεων

Στον ασθενή που βρίσκεται στην τελική φάση της ζωής του, εμφανίζονται όλα τα προδρομικά σημεία κατακλίσεων, αν όχι κατακλίσεις. Τέτοιοι ασθενείς είναι συνήθως κατάκοιτοι, τρέφονται ανεπαρκώς, συχνά είναι αφυδατωμένοι και αποφεύγουν την συχνή εναλλαγή θέσεων, επειδή ανακουφίζονται σε αυτήν και δεν τους προκαλεί δυσάρεστα ενοχλήματα. Για τους παραπάνω λόγους, η ανάπτυξη κατακλίσεων είναι συχνό φαινόμενο. Οι ασθενείς και το συγγενικό τους περιβάλλον θα πρέπει να διδάσκονται την προσπάθεια αποφυγής της κατάκλισης ή τον τρόπο αντιμετώπισης της. Τα διάφορα σπρέι που κυκλοφορούν θα πρέπει να τονισθεί ότι χρησιμοποιούνται μετά από προσεκτική καθαριότητα και πλούσιο νερό. Η έκθεση της κατάκλισης στον ήλιο ή σε οξυγόνο και η συχνή αλλαγή θέσεων του ασθενούς βελτιώνει την κατάκλιση.²⁵

6.6.6 Η Νοσηλευτική στον Θάνατο

Τα ερωτήματα που τίθενται για την γνώση ή όχι του επικείμενου θανάτου είναι πολλά: Πρέπει να ενημερώνεται ο καρκινοπαθής για την αρρώστια του; Ποιο είναι το καταλληλότερο πρόσωπο να ενημερώσει τον άρρωστο; Πώς πρέπει να γίνεται η ενημέρωση;

Κατ' αρχήν, για την πρώτη ερώτηση αν δηλαδή πρέπει να ενημερώνεται ο καρκινοπαθής για την αρρώστια του, η απάντηση είναι μια και μόνη και βέβαια πρέπει.

Ακριβέστερα, είναι αδύνατο να αποφευχθεί η ενημέρωση, διότι όλοι οι άρρωστοι ρωτούν από τι πάσχω; Σ' αυτήν την απλή ερώτηση θα δοθεί οπωσδήποτε μια απάντηση. Εκείνο που πρέπει να καθοριστεί είναι ποιος πρέπει να απαντήσει στο ερώτημα και ποιου είδους πρέπει να είναι η απάντηση. Στο ερώτημα ποιο είναι το καταλληλότερο πρόσωπο να ενημερώσει τον ασθενή; Η απάντηση μπορεί να είναι ένα μέλος της οικογένειας ένα φιλικό πρόσωπο ή ο θεράπων ιατρός. Τα μέλη της οικογένειας δεν είναι τα καταλληλότερα πρόσωπα για την ενημέρωση του αρρώστου; Διότι αφ' ενός στερούνται των απαραίτητων επαγγελματικών γνώσεων και αφετέρου έχουν έντονο συναισθηματικό δεσμό με τον άρρωστο. Για τέτοια ενημέρωση χρειάζεται πρόσωπο, που να διαθέτει όχι μόνο ενδιαφέρον και αγάπη για τον άρρωστο αλλά και επαγγελματικές γνώσεις για τη νόσο και ψυχραιμία. Τα φιλικά πρόσωπα δεν έχουν αυτά τα χαρακτηριστικά. Κατ' ανάγκη, ως καταλληλότερο πρόσωπο για ενημέρωση του καρκινοπαθούς μένει ο θεράπων ιατρός.

6.7 Ψυχολογικές επιπτώσεις στην οικογένεια

Σε πολλές περιπτώσεις οι γυναίκες που έχουν προσβληθεί από καρκίνο του μαστού έχουν ανήλικα παιδιά και αντιμετωπίζουν το ερώτημα: «Τι πρέπει να πούμε στα παιδιά;» Ο ρόλος του νοσηλευτή στο στάδιο της διάγνωσης είναι καθοριστικός τόσο σε συμβουλευτικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο.

Οι έρευνες δείχνουν ότι τα παιδιά ανησυχούν λιγότερο, όταν γνωρίζουν τι συμβαίνει και ότι είναι λιγότερο τρομακτικό για αυτά το να ξέρουν την πραγματικότητα, έστω και αν δεν την καταλαβαίνουν εντελώς. Μπορεί να σου φαίνεται δύσκολο να μιλήσεις μαζί τους για τον καρκίνο του μαστού σου, να ξέρεις όμως ότι στις περισσότερες περιπτώσεις αυτή η συζήτηση θα βοηθήσει τόσο εσένα όσο και εκείνα.

Μίλησε στα παιδιά σου για τον καρκίνο του μαστού με τον ίδιο τρόπο και τις λέξεις που χρησιμοποιείς όταν δε νιώθεις καλά. Δεν υπάρχει λόγος να τα τρομάξεις ή να τα «φορτώσεις» με πληροφορίες. Γι' αυτό θα μπορούσες να αποφασίσεις να του πεις ότι το στήθος σου – ή όποια λέξη χρησιμοποιούν αυτά όταν αναφέρονται στο στήθος σου – είναι λίγο άρρωστο και θα πας στο νοσοκομείο για να το κάνεις καλά. Θα είναι καλό για αυτά να δουν από κοντά που βρίσκεσαι και να γνωρίζουν ότι θέλεις να τα δεις.

Οι περισσότεροι έφηβοι έχουν ακούσει για τον καρκίνο και μπορεί να γνωρίζουν κάποια πράγματα. Οι έφηβοι είναι πιθανό να θέλουν περισσότερες πληροφορίες για τον καρκίνο του μαστού και την θεραπεία του.

Το να μιλήσεις στα παιδιά σου για τον καρκίνο του μαστού, να απαντήσεις στις ερωτήσεις τους και να αντιμετωπίσεις τις αντιδράσεις τους δε γίνεται «μια κι έξω». Μέχρι να ολοκληρωθεί η θεραπευτική διαδικασία, θα ήταν καλό να διατηρήσεις τις διόδους επικοινωνίας ανοιχτές.

Αν καταφέρεις να μιλάς ειλικρινά και ανοιχτά με την οικογένειά σου, θα συνειδητοποιήσεις ότι η οικογένεια είναι η βασικότερη πηγή αγάπης και στήριξης.^{42,20}

6.7.1 Ψυχολογικές επιπτώσεις κατά την διάγνωση της νόσου στην ασθενή και ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση

«Όταν ο γιατρός μου είπε ότι έχω καρκίνο του μαστού, ένιωσα τη γη να φεύγει κάτω από τα πόδια μου...»: είναι μια από τις συχνότερες αντιδράσεις στο άκουσμα της διάγνωσης. Και αυτό, γιατί η διάγνωση καρκίνου αποτελεί ένα πολύ σημαντικό στρεσογόνο γεγονός. Ο καρκίνος του μαστού απειλεί, όχι μόνο τη ζωή, αλλά και ένα όργανο που είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τη μητρότητα, τη σεξουαλικότητα και τη θηλυκότητα. «Γιατί σ' εμένα;» είναι μια από τις πρώτες ερωτήσεις, που πολλές φορές κρύβει θυμό. Δεν μπορεί πάντα να δοθεί μια ακριβής απάντηση, καθώς η αιτία του καρκίνου του μαστού δεν είναι πάντα γνωστή. Η γυναίκα όμως με μια τέτοια διάγνωση έχει την ανάγκη να αποδώσει κάπου αυτό που της συνέβη προκειμένου να ανακτήσει τον έλεγχο της κατάστασης και να πάρει τα μέτρα της, ώστε να αποτρέψει μελλοντική υποτροπή της νόσου. Άλλες καταφέρνουν να απαντήσουν σε αυτό το «γιατί», έστω και εσφαλμένα, άλλες πάλι όχι. Η απάντηση είναι απλή και δύσκολη ταυτόχρονα: «γιατί όχι σ' εμένα;» Ο καρκίνος του μαστού είναι πια μέσα στη ζωή μας και δεν υπάρχει τίποτα που να μας εξασφαλίζει ότι ποτέ δεν θα νοσήσουμε.

Το στάδιο του «γιατί σ' εμένα;» ακολουθείται από το «πως». Με ποιο τρόπο, δηλαδή, θα καταφέρει η γυναίκα με αυτή τη διάγνωση να το αντιμετωπίσει. Σε αυτό το στάδιο οι στρατηγικές ποικίλλουν. Άλλες με ιδιαίτερη ψυχραιμία αναζητούν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την ασθένειά τους και κινητοποιούνται ώστε να καταλήξουν στον γιατρό που θα εμπιστευτούν περισσότερο. Μοιράζονται τις σκέψεις,

τους φόβους, την αγωνία τους με το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον. Άλλες, πάλι αρνούνται να το συζητήσουν και αφήνονται στωικά στα χέρια του Θεού, της μοίρας ή του γιατρού τους.^{20,42}

Κεφάλαιο VII

7.1 Σεξουαλικότητα και Καρκίνος

Ο καρκίνος και η θεραπεία του μπορεί να έχουν αρνητικά συμπτώματα στην σεξουαλικότητα και στις διαπροσωπικές σχέσεις, ο καρκίνος του μαστού όμως και η θεραπεία του δεν σημαίνουν το τέλος της σεξουαλικής τους ζωής. Με υποστήριξη και επικοινωνία, θα μπορέσουν να επανακτήσουν σιγά — σιγά την ερωτική τους ζωή.

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

- Στη φυσική ικανότητα να δώσουν και να εισπράξουν ευχαρίστηση.
- Στις σκέψεις και τα συναισθήματα για την εικόνα τους σώματος τους.
- Στα συναισθήματα όπως τον φόβο, τον θυμό.
- Στους ρόλους μέσα στις σχέσεις τους.

Τα συναισθήματα μπορεί να έχουν μπορεί να έχουν μεγάλη επιρροή στην σεξουαλικότητα τους και στην σεξουαλική συμπεριφορά τους. Η σεξουαλική αυτοεκτίμηση είναι άμεσα συνδεδεμένη με την καλή ψυχική υγεία.

Εάν θέλουν να μοιραστούν τα συναισθήματα τους θα πρέπει να επιλέξουν σε ποιον, πιθανότατα σε έναν πολύ κοντινό φίλο/φίλη ή σε ένα οικογενειακό τους μέλος που θα τους ακούσει και δεν θα τους κατακρίνει. Μπορεί όμως να νιώθουν πως είναι καλύτερο να μιλήσουν απευθείας γι' αυτό το θέμα με τον σύντροφο τους. Να μοιραστούν το θυμό τους, τους προβληματισμούς τους, τα συναισθήματα τους γενικότερα. Πολλά ζευγάρια «εκμεταλλεύονται» αυτές τις στιγμές για να έρθουν πιο κοντά στον σύντροφο τους και να είναι πιο ειλικρινείς απέναντι του/της.⁵³

7.2 Φόβος επανεμφάνισης

Η επανεμφάνιση του καρκίνου είναι όταν προσβάλλονται από τον καρκίνο ξανά, εφόσον έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους και εφόσον δεν υπήρχε πλέον καρκίνος στο σώμα τους. Η επανεμφάνιση μπορεί να συμβεί στο ίδιο μέρος από όπου ξεκίνησε ή μπορεί να συμβεί σε άλλο μέρος του σώματος. Η ανησυχία για την επανεμφάνιση του καρκίνου είναι μία φυσιολογική σκέψη για όσους έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους.

Η Αμερικανική Καρκινική Κοινότητα υπολογίζει ότι τουλάχιστον το 70% των νικητών νιώθουν την ανησυχία της επανεμφάνισης. Οι νικητές του καρκίνου πιθανότατα ζουν με μεγαλύτερη ανασφάλεια για την επανεμφάνιση του από ότι άλλοι άνθρωποι που έχουν βιώσει άλλες ασθένειες.

Τι μπορούν να κάνουν :

- Να μιλήσουν με ένα ειδικό από την ιατρική ομάδα που τους επιβλέπει
- Να κάνουν μια λίστα από πιθανά συμπτώματα που έχουν βιώσει
- Να μιλήσουν στους φίλους και στην οικογένεια τους γιατί μπορεί και εκείνοι να έχουν τους ίδιους φόβους με αυτούς
- Να καταλάβουν πως τα αγαπημένα τους πρόσωπα μπορούν να τους βοηθήσουν φτάνει να τους αφήσουν
- Να βρουν μια ομάδα υποστήριξης ώστε να έρθουν σε επαφή με άλλους νικητές και να μάθουν νέους τρόπους για να χειριστούν αποτελεσματικά τον φόβο της επανεμφάνισης
- Να ασχοληθούν με άλλες δραστηριότητες.⁵³

7.2.1 Ενοχές και Καρκίνος

Οι ενοχές είναι ένα από τα περίεργα αισθήματα που εμφανίζονται σε διάφορα πρόσωπα που εμπλέκονται, με οποιαδήποτε ιδιότητα, με το νόσημα καρκίνος. Πρόκειται για αίσθημα που βιώνεται από όλους, αν και από καθέναν για διαφορετικούς λόγους. Με τη λέξη ενοχή θέλουμε να δηλώσουμε το δυσάρεστο συναίσθημα που βιώνει όποιος έχει συνείδηση ότι έχει διαπράξει κάτι κακό. Όσον αφορά στον καρκίνο του μαστού η καθυστέρηση και η αλλαγή, πολύ συχνά των θεραπευτικών δυνατοτήτων και προοπτικών δημιουργούν πλέγμα ενοχών, στο οποίο μπορεί να συμβάλουν και

άλλοι παράγοντες. Επειδή δε οι μαστοί είναι όργανα που σχετίζονται και με την ερωτική ζωή, οι ενοχές μπορεί να ανάγουν το νόσημα σε αποτέλεσμα «θείκης τιμωρίας». Το ίδιο μπορεί να σχετίζονται με την παροχή θηλασμού στα βρέφη τους ή πολύ συχνότερα με την λήψη ορμονών σε κάποια φάση της ζωής τους.

Ένας άλλος παράγοντας που αποτελεί την αιτία ενοχών είναι η αίσθηση της ταλαιπωρίας των συγγενών εξαιτίας της. Τέλος, μια άλλη αιτία που δημιουργεί ενοχές είναι και η κληρονομική μετάδοση αν και οι περιπτώσεις για μετάδοση καρκίνου του μαστού από την μητέρα στην κόρη είναι ελάχιστες, η μητέρα φοβάται και αισθάνεται ενοχή για την πιθανή εμφάνιση καρκίνου του μαστού στην κόρη της ή σε μεταγενέστερες γενεές.

7.3 Διαφημιστικές καμπάνιες

Οκτώβριος με ροζ κορδελίτσα

Ο πρώτος, ουσιαστικά, μήνας του φθινοπώρου και της νέας σεζόν, ο Οκτώβριος, έχει θεσπιστεί διεθνώς ως ο μήνας ενημέρωσης για τον καρκίνο του μαστού και της ροζ κορδελίτσας, που έχει καθιερωθεί ως σήμα αυτής της σημαντικής εκστρατείας.

Είναι πλέον γεγονός ότι το 98% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού θεραπεύεται, αν γίνει έγκαιρα η διάγνωση του. Και είναι κρίμα να χάνονται ανθρώπινες ζωές από άγνοια ή αμέλεια.⁶⁴

Αναρωτηθείτε λοιπόν : Ποια ήταν η τελευταία φορά που πήγατε στον γυναικολόγο σας για ψηλάφηση μαστού; Ποια ήταν η τελευταία φορά που κάνατε μαστογραφία; Επίσης αναρωτηθείτε : Έχετε συμβάλει κι εσείς στην ενίσχυση των οργανώσεων που πολεμούν τον καρκίνο του μαστού;

Αν το θέμα έως τώρα δεν σας έχει απασχολήσει, μην χάνετε άλλο χρόνο.

Κάντε το απαραίτητο τσεκάπ και φροντίστε από εδώ και εμπρός να το κάνετε τακτικά γιατί δυστυχώς ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου των γυναικών.

Νιώθεις ωραία όταν βοηθάς; Οι οργανώσεις κατά του καρκίνου του μαστού συγκεντρώνουν χρήματα για την δημιουργία κέντρων όπου οι γυναίκες μπορούν να



απευθύνονται για τακτικά τσεκάπ και θεραπεία. Ιδιαίτερα εκείνες που δεν διαθέτουν τους απαραίτητους πόρους.

Νιώθεις ωραία όταν ξέρεις πως στη δύσκολη ώρα δεν είσαι μόνος;

Και μην ξεχνάτε : Η υγεία είναι πάνω από όλα και χωρίς αυτή τίποτα, μα τίποτα, δεν μπορούμε να χαρούμε. ⁵³

7.3.1 Εκστρατεία «η μόδα πολεμά τον καρκίνο του στήθους» (f.t.b.c..)

Η εκστρατεία «Η μόδα Πολεμά τον Καρκίνο του Στήθους» (P.T.B.O.) ξεκίνησε στην Αμερική το 1994, όταν ο βασικός εμπνευστής Ralph Lauren δημιούργησε το «στόχο» επηρεασμένος από τον θάνατο της στενής του φίλης και αρχισυντάκτριας μόδας της «Washington Post», Nina Hyde, με πίστη ότι η μόδα μπορεί να σώσει ζωές. Αντικειμενικός σκοπός του P.T.B.O., είναι η ενημέρωση και η συγκέντρωση χρημάτων για περαιτέρω έρευνα, επιμόρφωση, πρόληψη. Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα έσοδα της εκστρατείας από πωλήσεις ρούχων και αξεσουάρ, ξεπερνούν τα 40 εκατομμύρια δολάρια. ⁵⁶



Εικόνα 17.⁵⁶

Υπολογίζεται ότι μέχρι τώρα έχουν πωληθεί περισσότερα από 7 εκατομμύρια T-shirts. Στην Ελλάδα η δράση του F.T.B.C.. ξεκινά το 2001 και μέχρι στιγμής έχει συγκεντρώσει περισσότερα από € 780.000. Τα έσοδα χρηματοδοτούν εξ' ολοκλήρου το «Σπίτι του στόχου», ένα Κέντρο Πρόληψης που βρίσκεται στα Άνω Πατήσια και λειτουργεί

καθημερινά παρέχοντας ΔΩΡΕΑΝ προληπτικές εξετάσεις. Το Κέντρο λειτουργεί καθημερινά με την επιστημονική ευθύνη του Γεν. Ογκολογικού Νοσοκομείου «Οι Αγ. Ανάργυροι». Συγκεκριμένα το 2007, έγιναν 2.986 μαστογραφίες, 207 υπέρηχοι και 131 εντοπιστικές λήψεις.⁵⁶

7.3.2 Πανελλήνιος σύλλογος γυναικών με καρκίνο μαστού

Υπάρχει επίσης και μια αξιόλογη προσπάθεια από τον Σύλλογο γυναικών που έζησαν την εμπειρία του καρκίνου του μαστού και ξεπέρασαν με επιτυχία τις δυσκολίες που προέκυψαν από την ασθένεια.

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής» είναι σωματείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, το οποίο στηρίζεται οικονομικά, στις συνδρομές των μελών του και σε δωρεές.

Σκοπός του είναι η οργανωμένη αλληλοβοήθεια, η ψυχοκοινωνική στήριξη και αποκατάσταση των γυναικών που πάσχουν όπως επίσης και των μελών των οικογενειών τους, η συμβολή του στην απομυθοποίηση του καρκίνου και η ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού πανελλαδικά για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας.

Τέλος, διαθέτει επιστημονικούς συνεργάτες, ψυχολόγο, κοινωνική λειτουργό και 150 εκπαιδευμένες εθελόντριες έτοιμες να συνδράμουν σε κάθε περίπτωση με όλη τους την καρδιά. Και διάφορα είδη που θα χρειαστούν οι γυναίκες μετά την επέμβαση στο μαστό τους, καθώς και βοήθεια στον τρόπο χρήσης τους π.χ. ειδικά σουτιέν, μαγιό, τεχνητούς μαστούς, περούκες κλπ.⁵⁴⁻⁶²



Εικόνα 18.⁶²

7.3.3 ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Το 1976 ομάδα ευαισθητοποιημένων γυναικών ίδρυσε τον Όμιλο Εθελοντών Κατά του Καρκίνου - Αγκαλιάζω με σκοπό την ηθική και οικονομική στήριξη απόρων ασθενών με καρκίνο που νοσηλεύονταν στο Νοσοκομείο «Μεταξά». Έκτοτε, στα 32 χρόνια που μεσολάβησαν, εξελίχθηκε σε οργανωμένο εθελοντικό φορέα με 1.500 μέλη και 180 εκπαιδευμένους εθελοντές και με δύο παραρτήματα, ένα στην Πάτρα και ένα στο Ηράκλειο Κρήτης.⁵⁷

Ψυχή και πυρήνας του Ομίλου είναι οι εθελοντές του, που εκπαιδεύονται και εποπτεύονται από κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους. «Εθελοντής σημαίνει ανιδιοτελής προσφορά, ανθρώπινο πλησίασμα, αληθινό ενδιαφέρον και μοίρασμα, άγγιγμα, σιωπή, αφού και μόνο να μπορείς να ακούς είναι πράξη αγάπης».

Οι στόχοι του Ομίλου Εθελοντών κατά του Καρκίνου - Αγκαλιάζω αγκαλιάζουν τρεις διαφορετικές κατευθύνσεις, με πρώτη την ενημέρωση για την πρόληψη και έγκαιρη

διάγνωση του καρκίνου. Για το σκοπό αυτό έχει δημιουργήσει τηλεοπτικά σποτ και διακινεί έντυπο ενημερωτικό υλικό για διάφορες μορφές καρκίνου.

Τους, εκδίδει περιοδικό ειδικού ενδιαφέροντος σε διμηνιαία βάση, το οποίο διανέμεται δωρεάν σε 5.000 αποδέκτες, έχει δημιουργήσει ιστοσελίδα στο διαδίκτυο με ενημερωτικό και πληροφοριακό υλικό και από το 2007 λειτουργεί ομάδα διεκδίκησης δικαιωμάτων καρκινοπαθών με σύνθημα «τίποτα για εμάς χωρίς εμάς».

Δεύτερο στόχο έχει θέσει την ψυχοκοινωνική στήριξη ασθενών με καρκίνο και των οικογενειών τους. Πρόγραμμα που υλοποιείται από την κοινωνική και ψυχολογική υπηρεσία για τους ασθενείς από την ώρα της διάγνωσης μέχρι την αποθεραπεία ή το θάνατο, παρέχοντας στήριξη σε κοινωνικό, οικονομικό και ψυχολογικό επίπεδο με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και αποκατάστασης. Στο πρόγραμμα συμμετέχουν και εθελόντριες του Ομίλου που βοηθούν σε πρακτικά θέματα (συντροφιά σε μοναχικούς ασθενείς, φροντίδα, λογαριασμοί κ.ά).

Τρίτο στόχο του Ομίλου αποτελεί η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Ο Ο.Ε.Κ.Κ. έχει συμβάλει στην ίδρυση δύο Πανελληνίων Συλλόγων στηρίζοντας τους ηθικά και οικονομικά. Τον Πανελλήνιο Σύλλογο Λαρεγγεκτομηθέντων που στηρίζει μέχρι σήμερα, και τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο Μαστού - Άλμα Ζωής, που αυτονομήθηκε το 2005.

Απώτερος στόχος του Ομίλου είναι να γίνει μια μεγάλη αγκαλιά υποστήριξης για τους καρκινοπαθείς αλλά και ενημέρωσης για τον υπόλοιπο πληθυσμό.⁵⁶

7.3.4 EUROPA DONNA HELLAS

Η EUROPA DONNA HELLAS, νόμιμα συνεστημένη και ειδικά πιστοποιημένη στο Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Μ.Κ.Ο., αποτελεί το ελληνικό FORUM της EUROPA DONNA [THE EUROPEAN BREAST CANCER COALITION], της ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΣΥΝΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.

Η Ε.Δ. ιδρύθηκε στο Μιλάνο το 1993, όπου και τα κεντρικά γραφεία, αριθμεί σήμερα 40 χώρες κράτη - μέλη [όλες οι χώρες της Ε.Ε. είναι μέλη της] και αποτελεί ΟΡΓΑΝΟ ΣΥΝΗΓΟΡΙΑΣ & ΔΙΕΚΔΙΚΗΣΗΣ [ADVOCACY AND LOBBYING GROUP].

Η EUROPA DONNA εργάζεται για να ευαισθητοποιήσει και να αφυπνίσει τη κοινή γνώμη σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, να κινητοποιήσει και υποστηρίξει τις

Ευρωπαϊές γυναίκες ώστε να ασκήσουν πολιτική πίεση για την άριστη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, τον κατάλληλο πληθυσμιακό έλεγχο, τον ποιοτικό και τακτικό έλεγχο του ιατρικού εξοπλισμού, την βέλτιστη θεραπεία και περίθαλψη καθώς επίσης και για αυξανόμενους πόρους για την έρευνα καρκίνου του μαστού.

Συνεργάζεται αφενός με τον Ευρωκοινοβούλιο - δια της Ευρωπαϊκής Κοινοβουλευτικής Ομάδας για τον Καρκίνο του Μαστού (EPBC) - σε θέματα πολιτικής υγείας για τον καρκίνο του μαστού και αφετέρου με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή από την οποία επιχορηγούνται οι δράσεις της.⁶⁰



Εικόνα 19.⁶⁰

Κεφάλαιο VIII

8.1 Νοσηλευτική διεργασία

Κλινική περίπτωση Α

Νοσηλευτικό Ιστορικό

Ασθενής, ηλικίας 30 χρόνων, εισήλθε στην χειρουργική κλινική του Γ.Ν.Λιβαδείας, στις 02/03/2010. Στο εισιτήριο της τέθηκε διάγνωση «Ογκίδιο αριστερού μαστού». Η ίδια ανακάλυψε τυχαία, πριν 1 χρόνο, ένα ογκίδιο στον αριστερό της μαστό, διαστάσεων 1x1 cm , χωρίς άλλα συνοδό ευρήματα. Πριν 6 μήνες υποβλήθηκε σε παρακλινικό έλεγχο με u/s και μαστογραφία, που έδωσε την εικόνα ινοαδενώματος. Στο ενδιάμεσο διάστημα το ογκίδιο μεγάλωσε σε μέγεθος και η επανάληψη του παρακλινικού ελέγχου έδειξε εικόνα ύποπτη για κακοήθεια.

Το Ιατρικό ιστορικό της ασθενούς περιγράφει την περίπτωση ως εξής: «Στην ουρά του αριστερού μαστού ανευρεθεί ογκίδιο, ανώδυνο, σκληρό, με σαφή όρια, διαστάσεων 1x1,5cm. Στην περιοχή της μασχάλης διακρίνονται ψηλαφητοί, ανώδυνοι, κινητοί λεμφαδένες. Δεξιός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα».

Διάγνωση: πιθανός καρκίνος αριστερός μαστού, σταδίου II (T1,N1,M0).

Η ασθενής δεν κάνει χρήση καπνού ή αλκοόλ, δεν είναι παχύσαρκη και το οικογενειακό της ιστορικό είναι ελεύθερο. Είναι παντρεμένη, έχει ένα γιο πρώτος τοκετός 19 ετών, δύο αποβολές 22 και 23 ετών και δεν εργάζεται. Έναρξη έμμηνου ρύσεως 12 χρόνων.

Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και αίματος για την διεξαγωγή εξετάσεων. Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου, το πρωί της 04/03/2010. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η ογκεκτομή (εξαιτίας του νεαρού της ηλικίας της ασθενούς) ή η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, αναλόγως των αποτελεσμάτων της ταχείας βιοψίας. Τελικά εφαρμόστηκε η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Αρχικά το πρόβλημα που αντιμετώπισε η ασθενής ήταν άγχος και φόβος , καθώς και αλλαγές στις διατροφικές της συνήθειες .

Μετά την επέμβαση η ασθενής παρουσίασε νέκρωση εξέλκωσης του τραύματος το οποίο αντιμετωπίστηκε εγκαίρως και με επιτυχία. Επίσης παρουσιάστηκε πόνος στην περιοχή της τομής . Πήρε εξιτήριο στις 15/03/2010 όπου και δόθηκαν οδηγίες για την φροντίδα της τομής στο σπίτι και ορίστηκε επανεξέταση μετά από 8 ημέρες.

Ο θεράπων ιατρός δεν έκρινε σκόπιμη την εφαρμογή χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Κ.
Όνομα:	Β.
Ηλικία:	30 ετών
Επάγγελμα:	Οικιακά
Οικογενειακή κατάσταση:	Έγγαμη, 1 παιδί
Τόπος κατοικίας:	Λιβαδειά
Διάγνωση εισαγωγής:	Ογκίδιο (Α) μαστού
Ημερομηνία εισόδου:	2/03/2010

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Άγχος φόβος (προεγχειρητικά) λόγω της επικείμενης επέμβασης</p>	<p>Μείωση του άγχους , της αγωνίας και όλων των αρνητικών συναισθημάτων άμεσα</p>	<p>Ηθική και ψυχολογική τόνωση . Επίσκεψη στους χώρους του χειρουργείου και γνωριμία της ασθενούς με το υγειονομικό προσωπικό της κλινικής . Χορήγηση ηρεμιστικού το προηγούμενο βράδυ του χειρουργείου</p>	<p>Η ασθενής ενθαρρύνθηκε ψυχολογικά και τονώθηκε το ηθικό της . Έγινε γνωριμία με το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής και λύθηκαν οι απορίες της . Ξεναγήθηκε στους χώρους του χειρουργείου και εξοικειώθηκε με αυτούς . Χορηγήθηκε 1tabl stedon ώρα 10 το βράδυ .</p>	<p>Έλεγχος του άγχους και καλύτερη αποδοχή της επέμβασης από την ασθενή λόγω της ψυχολογικής τόνωσης και της χορήγησης του ηρεμιστικού .</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Διατροφικές διαταραχές – ανορεξία λόγω ψυχολογικού επηρεασμού .	Βελτίωση των διατροφικών διαταραχών Η ασθενής να ανακτήσει την όρεξή της και τις φυσιολογικές διατροφικές συνήθειές της μέχρι την ημέρα εξόδου της από το νοσοκομείο.	Επικοινωνία με την ασθενή και ενθάρρυνσή της για λήψη υγρών και χορήγηση συχνών γευμάτων . Ανακούφιση της άρρωστης από το άγχος και τους φόβους της που δημιουργούν ανορεξία .	Επικοινωνήσαμε και στηρίξαμε την ασθενή ψυχολογικά . Χορηγήθηκε τροφή της προτιμήσεως της , καλά μαγειρεμένη σε περιποιημένο δίσκο κάτω από ένα καθαρό και ήσυχο περιβάλλον.	Με την επικοινωνία και την ψυχολογική υποστήριξη που της δόθηκε απέκτησε τις φυσιολογικές της διατροφικές συνήθειες . Και επίσης βελτιώθηκε σημαντικά η ψυχολογικής της κατάσταση , κατά την διάρκεια παραμονής της στο νοσοκομείο .

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Νέκρωση – εξέλκωσης</p>	<p>Αποκατάσταση της συνέχειας του δέρματος του μαστού άμεσα . Θεραπεία της εξέλκωσης.</p>	<p>Καθαρισμός εξέλκωσης – νέκρωσης . Διδασκαλία της άρρωστης πώς να αποφεύγει παράγοντες που μπορεί να μολύνουν το τραύμα . Χρήση αντιμικροβιακών φαρμάκων . Παρακολούθηση για τυχόν επιδείνωση και επέκταση της νέκρωσης .</p>	<p>Καθαρίστηκε το τραύμα της εξέλκωσης με χλιαρό νερό και ήπια διαλύματα . Αφαιρέθηκαν και απομακρύνθηκαν οι νεκρωμένοι ιστοί. Χρησιμοποιήθηκαν αντιμικροβιακά φάρμακα με τοπική εφαρμογή για την γρηγορότερη υποχώρηση και αποφυγή επέκτασης της νέκρωσης.</p>	<p>Με την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας περιορίστηκε η μόλυνση και αποκατεστάθη η εξέλκωση .</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Πόνος οφειλόμενος στην επέμβαση (μετεγχειρητικά)</p>	<p>Εξάλειψη του πόνου σε ½ ώρα , και εξασφάλιση άνεσης της ασθενούς</p>	<p>Εκτίμηση του τύπου και της έντασης του πόνου . Χορήγηση αναλγητικού έπειτα από ιατρική οδηγία . Σωστή θέση στο κρεβάτι , να αποφεύγεται η πίεση του τραύματος .</p>	<p>Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να πάρει θετική σκέψη απέναντι στο πρόβλημά της . Χορηγήθηκε Arotel ενδοφλεβίως για την μείωση του τραύματος. Τοποθετήθηκε η ασθενής σε θέση ημι-fowler διότι διαπιστώθηκε ότι την ανακούφιζε .</p>	<p>Με την χρήση του αναλγητικού Arotel ο πόνος σταμάτησε σε μισή ώρα και με την τοποθέτηση της ασθενούς σε άνετη θέση εξασφαλίστηκε η ηρεμία και η άνεσή της .</p>

Κλινική περίπτωση Β

Νοσηλευτικό Ιστορικό

Ασθενής ηλικίας 52 ετών, εισήλθε στη χειρουργική του νοσοκομείου «Άγιος Σάββας» στις 21/12/2008. Στο εισιτήριο της τέθηκε διάγνωση: «CA στον αριστερό μαστό». Η ίδια ασθενής ανακάλυψε μετά από εξέταση μαστογραφίας ογκίδιο στον αριστερό μαστό διαστάσεων 1 cm.

Το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς περιγράφει την περίπτωση ως εξής: «Κάτω από την θηλή του αριστερού μαστού ανευρεθεί ογκίδιο ανώδυνο, σκληρό με διαστάσεις 1cm. Στην περιοχή της μασχάλης διακρίνονται ψηλαφητοί ανώδυνοι, κινητοί λεμφαδένες. Δεξιός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα.»

Διάγνωση: «CA στον αριστερό μαστό».

Στάδιο 2, T1N1M0

Η ασθενής καπνίζει, δεν κάνει χρήση αλκοόλ, δεν είναι παχύσαρκη και το οικογενειακό της ιστορικό δεν αναφέρει κληρονομικότητα. Έναρξη έμμηνου ρύσεως στα 14 της χρόνια. Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και αίματος για τη διεξαγωγή εξετάσεων. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η ογκεκτομή. Στις 21/12/2008 στις 10.00 π.μ. πραγματοποιήθηκε χειρουργείο όπου η ασθενής υποβλήθηκε σε ογκεκτομή και αφαίρεση λεμφαδένων προληπτική. Το μόνο μετεγχειρητικό πρόβλημα που αντιμετώπισε ήταν η αύξηση της θερμοκρασίας. Αρχές Μαρτίου προγραμματίστηκε χημειοθεραπεία. Στο σύνολο έγιναν 35 (1 κάθε μέρα) οι οποίες έγιναν στο Νοσοκομείο του Ρίου. Με την χημειοθεραπεία παρουσιάστηκε στην ασθενή ναυτία – έμμετος , και αλωπεκία . Με αποτέλεσμα η ασθενής να επηρεαστεί και ψυχολογικά .

Ατομικά Στοιχεία της Ασθενούς

Επώνυμο:	Κ
Όνομα:	Ρ
Ηλικία:	52 ετών
Ασφαλιστικός Φορέας:	ΙΚΑ
Θρησκεία:	Χριστιανή Ορθόδοξη
Επάγγελμα:	Δασκάλα
Οικογενειακή κατάσταση:	Έγγαμη, 3 παιδιά
Τόπος κατοικίας:	Άρτα
Διάγνωση εισαγωγής:	Ca αριστερού μαστού
Ημερομηνία εισόδου:	21/12/2008

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Αίσθημα κατάθλιψης λόγω αλλαγής του σωματικού ειδώλου .</p>	<p>Να αποδεχτεί η ασθενής την καινούρια της εικόνα στο λιγότερο χρόνο και με το μικρότερο ψυχικό κόστος .</p>	<p>Ενημέρωση της ασθενούς για τις αλλαγές στην εμφάνιση της . Βοήθεια της ανάρρωσης και της οικογένειάς της να κατανοήσουν την φύση της αρρώστιας και να το αποδεχτούν . Επικοινωνία της άρρωστης με άτομα που είχαν το ίδιο πρόβλημα . Ενημέρωση της άρρωστης για την χρήση ομοιωμάτων και τις δυνατότητες πλαστικής αποκατάστασης που υπάρχουν .</p>	<p>Ενημερώθηκε η οικογένεια και η άρρωστη για την μεταβολή της σωματικής εικόνας της πρώτης και καθοδηγήθηκαν έτσι ώστε να βοηθήσουν και την ασθενή και να μην προβάλλουν αρνητικά συναισθήματα για την κατάστασή της . Η ασθενής ήρθε σε επαφή με εθελοντές και ενισχύθηκε ψυχολογικά συζητώντας μαζί τους . Προμηθεύτηκε ομοιώματα στήθους .</p>	<p>Η ασθενής μετά την επιμελημένη φροντίδα και το διάλογο αισθάνθηκε πιο άνετα . Έδειξε ένα βαθμό αποδοχής του χειρουργικού αποτελέσματος . Είναι σε θέση να αντικρίσει την τομή της και να φροντίσει το τραύμα . Ενισχύθηκε η αυτοπεποίθησή της με την προσθήκη ομοιωμάτων και ανησυχεί λιγότερο για την εικόνα που δείχνει στους άλλους .</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣ ΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Αύξηση θερμοκρασίας 38,2ο C μετεγχειρητικά</p>	<p>Ανακούφιση του αρρώστου από τον πυρετό Επαναφορά θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα</p>	<p>Παρακολούθηση ζωτικών σημείων , 3ωρη θερμομέτρηση και καταγραφή στο διάγραμμα του ασθενή Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων Τοποθέτηση ελαφρών κλινοσκεπασμάτων Χορήγηση αντιπυρετικού σύμφωνα με ιατρική οδηγία Χορήγηση υγρών για την αποφυγή αφυδάτωσης λόγω των εφιδρώσεων</p>	<p>Έγινε 3ωρη θερμομέτρηση και παρακολούθηση ζωτικών σημείων . Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα . Χορηγήθηκε 1 amp Aprotel με ιατρική οδηγία . Χορηγήθηκαν υγρά</p>	<p>Ο πυρετός υποχώρησε μετά το πρώτο 24ωρο ύστερα από την χορήγηση Aprotel (αντιπυρετικό) και την σωστή φροντίδα και την τήρηση των οδηγιών του ιατρού</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Ναυτία και έμμετοι , λόγω της χημειοθεραπείας</p>	<p>Ανακούφιση ασθενούς από το αίσθημα ναυτίας και περιορισμός εμμέτων άμεσα</p>	<p>Χορήγηση αντιεμετικών σύμφωνα με ιατρική οδηγία Ενθάρρυνση της ασθενούς να λαμβάνει άφθονα υγρά για την αποφυγή αφυδάτωσης . Χορήγηση μικρών συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας για τη σωστή θρέψη</p>	<p>Χορηγήθηκε 1amp Primperan σύμφωνα με ιατρική οδηγία με σκοπό την αντιμετώπιση των εμμέτων . Η ασθενής έλαβε υγρά και χορηγήθηκε η κατάλληλη τροφή . Τοποθετήθηκε σε ανάρροπη θέση με το κεφάλι στο πλάι για την πρόληψη εισρόφησης των εμμέτων</p>	<p>Το αίσθημα ναυτίας άρχισε να υποχωρεί και οι έμμετοι μειώθηκαν σε συχνότητα , λόγω χορήγησης Primperan το οποίο βοηθάει στην γρήγορη κένωση του στομάχου και την διάβαση της τροφής στο λεπτό έντερο</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Αλωπεκία λόγω επίδρασης της χημειοθεραπείας .</p>	<p>Η ασθενής να αποδεχτεί την παρούσα κατάσταση ως προσωρινή . Και να συνεργαστεί για την προστασία του τριχωτού της κεφαλής .</p>	<p>Ενημέρωση της ασθενούς ότι πρόκειται για μια παροδική κατάσταση . Ενημέρωση για χρήση αντηλιακού ή καπέλου για προστασία . Συνεχής πλύση του τριχωτού της κεφαλής για αποφυγή κνησμού . Διάλογο με την ασθενή για χρήση περούκας .</p>	<p>Ενημερώθηκε η ασθενής και κατανόησε τα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας . Χρησιμοποίησε περούκα και ακολούθησε τις οδηγίες που της δόθηκαν για την προστασία του τριχωτού της κεφαλής .</p>	<p>Η αποκατάσταση του τριχωτού της κεφαλής επιτεύχθηκε μετά από την λήξη της χημειοθεραπείας και την εφαρμογή των οδηγιών χωρίς κανένα άλλο πρόβλημα .</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η θνησιμότητα από τον Καρκίνο του Μαστού έχει μειωθεί σημαντικά στην τελευταία δεκαετία και εξακολουθεί να μειώνεται συστηματικά. Ο λόγος είναι ότι με την προσθήκη της μαστογραφίας στις εξετάσεις ρουτίνας, πολλοί καρκίνοι εντοπίζονται έγκαιρα κι άρα μπορούν να αντιμετωπιστούν με πολύ καλύτερα αποτελέσματα.

Πλέον οι πιθανότητες μια γυναίκα να επιζήσει τα 5 κρίσιμα χρόνια μετά από έγκαιρη διάγνωση, έχουν αυξηθεί σημαντικά.

Ακόμη, ο Καρκίνος είναι η πιο συχνή μορφή γυναικείου καρκίνου στις αναπτυγμένες χώρες. Ο δυτικός πολιτισμός δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση του ατόμου, συνεπώς η νόσος αυτή απειλεί και μεταβάλλει την εικόνα που έχει η γυναίκα, για το σώμα της κλονίζοντας την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθησή της.

Ο καρκίνος του μαστού δεν εμφανίζεται μόνο σε γυναίκες μεγάλης ηλικίας. Η εμφάνιση CA μαστού δεν είναι πάντα σίγουρη ακόμη και αν κάποιο άτομο έχει ένα από τους δυνατότερους συντελεστή επικινδυνότητας όπως μια ανωμαλία γονιδίων CA μαστού.

Ακόμη μια ιστορία του καρκίνου του μαστού στην οικογένεια της μητέρας ή του πατέρα ενός ατόμου το επηρεάζει ισότιμα. Για αυτές τις γυναίκες ο κίνδυνος μπορεί να αυξηθεί λίγο, πολύ ή και καθόλου. Για το λόγο ότι τα μισά από τα γονίδιά μας προέρχονται από τη μητέρα και τα υπόλοιπα μισά από τον πατέρα. Αλλά ένας άνδρας με μια ανωμαλία γονιδίων καρκίνου μαστού είναι λιγότερο πιθανό να αναπτύξει CA μαστού από μια γυναίκα με ένα παρόμοιο γονίδιο.

Σύμφωνα με τους ειδικούς ο πόνος στο στήθος δεν είναι ενδεικτικός της ύπαρξης καρκίνου. Αν και υπάρχουν περιπτώσεις κακοήθειας που προκαλούν πόνο, συνήθως ο καρκίνος του μαστού είναι ανώδυνος.

Τέλος, προβλήματα και δυσκολίες προκύπτουν συχνά από τις παρενέργειες των θεραπειών στις οποίες υποβάλλεται γυναίκα που ασθενεί, αφού μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργικότητα και την ψυχολογική της κατάσταση. Σε αυτό το σημείο σημαντικός είναι ο ρόλος του υποστηρικτικού δικτύου που διαθέτει, όπως είναι η συναισθηματική υποστήριξη της οικογένειας, αλλά και συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη που μπορεί να της παρέχουν διάφοροι σύλλογοι κατά του καρκίνου και εθελοντές μέσω συμβουλευτικών συνεδρίων.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Να ιδρυθούν περισσότερα κέντρα μαστού, ώστε να γίνεται εξέταση ενός μεγαλύτερου αριθμού γυναικών που βρίσκονται στην επαρχία και δεν έχουν την δυνατότητα να έρθουν σε επαφή με κέντρα και συλλόγους που εδρεύουν κυρίως σε μεγάλες πόλεις.
2. Όλες οι γυναίκες άνω των 20 χρονών θα πρέπει να καθιερώσουν την αυτοεξέταση του μαστού μια φορά το μήνα.
3. Γυναίκες άνω των 40 ετών, πρέπει να υποβάλλονται κάθε χρόνο σε μαστογραφία.
4. Η σωματική άσκηση λέγεται ότι μειώνει τον κίνδυνο, γι' αυτό συνιστάται.
5. Αποφυγή υπερβολικού βάρους μετά την εμμηνόπαυση.
6. Αποφεύγεται το υπερβολικό αλκοόλ.
7. Η μακροχρόνια χρήση ορμονών μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο. Συμβουλευτείτε τον γιατρό σας.
8. Εκπαίδευση νοσηλευτών/ τριών σχετικά με τον Καρκίνο Μαστού και την τεχνική αυτοεξέτασης.
9. Καθιέρωση ενός σωστού διατροφικού προγράμματος με βάση τη μεσογειακή διατροφή.
10. Ακόμη και υγιείς γυναίκες θα πρέπει να προσέρχονται για εξετάσεις , ακόμη και αν δεν έχουν κάποιο συγγενικό πρόσωπο που έχει νοσήσει από το CA δεν πρέπει να επαναπαύονται.
11. Όλοι οι κρατικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί ή οι ιδιωτικές ασφαλιστικές, που καλύπτουν νοσοκομειακή περίθαλψη στα προγράμματα τους, οφείλουν να καλύψουν και τα έξοδα της αποκατάστασης του μαστού και αυτό γιατί η αποκατάσταση του μαστού δεν είναι καλλωπιστική επέμβαση αλλά η αποκατάσταση ενός ακρωτηριασμού.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Διεκπεραιώνοντας την εργασία αυτή, διαπιστώνεται πως ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα αρκετά πολυδιάστατο νόσημα.

Η προσπάθεια αποκατάστασης γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού είναι σίγουρα μία επίπονη και ιδιαίτερα απαιτητική διαδικασία. Το ίδιο ισχύει και για την ανίχνευση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να προβάλλει τη φύση του καρκίνου, όσον αφορά την αιτιολογία, τις εκδηλώσεις, τη διάγνωση και τη θεραπεία καθώς και τα αναπόφευκτα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που συνδέουν την αρρώστια. Επίσης να τονίσει το ρόλο της νοσηλεύτριας ως διαφωτιστή της υγείας, σε θέματα που αφορούν τα πρώιμα συμπτώματα του καρκίνου και τη σκοπιμότητα της συστηματικής περιοδικής εξετάσεως.

Οι ασθενείς με καρκίνο μαστού είναι άτομα με αρκετές ιδιαιτερότητες και εκδηλώνουν συχνά νευρικότητα, επιθετικότητα, αρνητισμό και άλλα.

Πέρα από το οικογενειακό περιβάλλον και το γιατρό, σημαντικό ρόλο καλείται να επιτελέσει και ο Νοσηλευτής, τόσο κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και θεραπείας της νόσου και παροχής φροντίδας εντός του νοσοκομείου όσο και εκτός του νοσοκομείου, στην κοινότητα.

Ο Νοσηλευτής, εκτός από τις νοσηλευτικές αρμοδιότητες που θα προσφέρει με ιδιαίτερη προσοχή, καλείται να στηρίξει ηθικά τον ασθενή αλλά και την οικογένειά του, πρέπει να είναι οπλισμένος με υπομονή και επιμονή και να αναπτύξει μία σωστή επικοινωνία μαζί του, έτσι ώστε να εξωτερικεύει τις αδυναμίες, τα συναισθήματα και τους φόβους του, σε ένα περιβάλλον εμπιστοσύνης και ασφάλειας που έχει δημιουργηθεί.

Η σημασία του νοσηλευτικού έργου σε αυτήν την κατηγορία ασθενών είναι μεγάλη και για το λόγο αυτό πρέπει να πραγματοποιείται με ιδιαίτερη ευαισθησία και κατανόηση.

Τέλος, για να πραγματοποιηθούν οι στόχοι και οι προτάσεις που θέτει η Νοσηλευτική για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και τη στήριξη των ογκολογικών ασθενών θα πρέπει να υπάρξει μεγάλη κοινωνική ευαισθητοποίηση και πολιτική θέσπιση θεσμών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ιωαννίδου – Μουζάκα Λυδία, Επίκουρος Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αποκατάσταση Μαστού Μετά από Μακστεκτομή, www.mastologos.gr, 29/11/09
2. Νικολέττα Μπουκα, Νέο Χάπι, Ελπίδα για χιλιάδες γυναίκες. www.makthes.gr, 19/7/08.
3. Παναγιώρτης Κ. Γλεντής M.D, Ειδικός Χειρουργός, Καρκίνος Μαστού, Βιοψία Μαστού, Μαστογραφία – Μαστεκτομή. www.surgeon.gr. 29/11/09
4. Καθ. Χρήστος Μαρκόπουλος, Πρόεδρος της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας Μαστού, Νέα Δεδομένα για τη θεραπεία του Καρκίνου του Μαστού. www.healthcareinfo.gr, 9/4/08.
5. Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Γυναικών με CA Μαστού Ελλη Λαμπέτη, Καρκίνος Μαστού. www.elli-lampeti.gr, 29/11/09
6. Γιάννης Π. Φύσσας, Ειδικός Χειρουργός Παθήσεων Κοιλίας και Μαστών Διδάκτωρ Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών Είδη Καρκίνου του Μαστού. www.mastology.gr, 29/11/09
7. Μύθοι για τον Καρκίνο του Μαστού, www.teleiosgamos.gr, 20/11/09.
8. Αναπληρωτής Καθηγητής Χειρουργικής Χρήστος Μαρκόπουλος. Ο Καρκίνος του Μαστού χτυπά 4.500 ελληνίδες. www.ethnos.gr, 5/2/09.
9. CA Μαστού: Πρόληψη και αντιμετώπιση, www.madata.gr, 29/11/09.
10. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Επιδημιολογίας Παγώνα Λάγιου, Νέα όπλα κατά του Καρκίνου του Μαστού. www.ygeia.tanea.gr, 29/11/09.
11. Ομιλος Υγείας Δ.Θ.Α.Κ., www.hegeia.gr, 20/11/09.
12. Παγκόσμια Ημέρα Κατά του Καρκίνου του Μαστού. www.inoclt.gr, 29/11/09.

13. Θ. Κ. Κόνωνας, Πλαστικός Χειρουργός, Δέσποινα Β. Μυλωνάκη, Ειδικευόμενη Γενικής Χειρουργικής, Αποκατάσταση του Μαστού μετά από Μαστεκτομή. www.theo-kononas.tripod.com, 29/11/09.
14. Έρευνα – Μαίρη Υφαντή, Αιτία – Μαστεκτομή – Εξετάσεις. www.noikokyra.gr. 29/11/09.
15. Μαστός – Βικιπαίδεια. www.el.wikipedia.org, 29/11/09
16. Νέο τεστ για την πρόγνωση του Καρκίνου του Μαστού. www.womanshealth.gr, 29/11/09.
17. Εθνική Αντικαρκινική Εκστρατεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο, Η ζωή νικά τον καρκίνο. www.neahygeia.gr. 28/11/09
18. Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης, τα microRNA προλαμβάνουν τη μετάσταση του Καρκίνου του Μαστού. www.isth.gr, 29/11/09.
19. Καρκίνος του Μαστού και Απορρυπαντικά. www.kathimerini.gr, 24/7/2005, 29/11/2009.
20. Καρκίνος Μαστού, www.labtestsonline.gr, 30/11/09.
21. Ο Μαστός – Embio Medical Center, www.ivf-embryo.gr, 30/11/09.
22. Νικόλαος Ξενίδης, Λέκτορας Πανεπιστημίου Αλεξανδρούπολης, Διαγνωστική Μέθοδος για τον CA Μαστού. www.medinfo.gr, 29/11/09
23. Εμβόλιο κατά της εμφάνισης του CA Μαστού, www.Skar.gr, 1/4/09, 29/11/09
24. Μαστός – Είδη καρκίνου, www.nefeli.lib-teicrete.gr, 2/12/09
25. Δρ. Παναγιώτης Γκινόπουλος, Προληπτική και Συμβουλευτική Ογκολογία – Χημειοπροφύλαξη του Καρκίνου του Μαστού, www.oncology.gr, 29/11/09
26. Μπούτης Λάζαρος, Πινακίδης Μάρκος, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1993, σ. 7-9.
27. Σπηλιώτης Δ. Ιωάννης, Καρκίνος «Από την άγνοια ... στον φόβο», Πανεπιστήμιο Πατρών, Αχαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα 1999, σ. 58-67, 240-249.
28. Δοντάς Ν. Μπεσμπέας Σ., Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας, Περίοδος Νοέμβριος 1991 – Φεβρουάριος 2000, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 2001, σ. 130-137.

29. Παπαδημητρίου Δ. Γιάννης, Ανδρεουλάκης Α. Γιώργος, Αρχές Γενικής Χειρουργικής, τόμος Α' Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Γρ., Αθήνα 1989, σ. 311-326.
30. Αποστολίδης Νικόλαος, Συνοπτική Γενική Χειρουργική, Εκδόσεις Επτάλοφος, Αθήνα 1987, σ/ 284-298./
31. Βαδαλούκα Σ. Αθηνά, Ανακουφιστική και Συμπτωματική Αγωγή Ασθενών Τελικού Σταδίου, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα 2005, σ. 15-19
32. Τοκμακίδης Κ. Παναγιώτης, Ο Γυναικείος Μαστός, Εκδόσεις Ιων, Αθήνα 2001
33. Η διατροφή στην πρόληψη των Γυναικολογικών Καρκίνων, Εκδόσεις Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα 2004.
34. Μασχογραφία Ενάντια στον CA Μαστού. www.inews.gr, 30/11/09
35. Κατράκης Α. Γεώργιος, Τούσης Α. Δημήτριος. Πρόληψη Εγκαιρη Διάγνωση και Διαφυγή από τον Καρκίνο, Τεύχος 2, Εκδόσεις Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής, Αθήνα 1980
36. Η μαγνητική Τομογραφία, www.medlook.net.gr, 29/3/2007, 30/11/09
37. Υπερηχογράφημα Μαστού. www.iatriki-diagnosi.gr, 10/3/08, 30/11/09.
38. Υπερηχογράφημα Μαστού, www.breast-ultrasound.com, 1/12/09
39. Χατζηγεωργίου, Ν. Κωνσταντίνος, Καρκίνος Μαστού και Μαστογραφία, www.gyn.gr, 2001, 1/12/09.
40. Η Πυρηνική Ιατρική. www.isotopic-studies.gr, 1/12/09.
41. Ιωαννίδου – Μουζάκα Λυδία, Ενημερώσου – Προφυλάξου, Πρόλαβε, Εκδόσεις Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας, Αθήνα 2001, σ. 35-40.
42. Μαρκόπουλος Χρήστος, Οδηγός για τον Καρκίνο Μαστού – Πάνω απ' όλα Γυναίκα, Τεύχος 1, Εκδόσεις Δίοπτρα, Αθήνα 2008, σ. 105-106, σ. 119-122.
43. Καρκίνος Μαστού. www.irf.gr, 1/12/09.
44. Ελένη Φιλιάκου, Πώς Αντιμετωπίζεται ο Καρκίνος του Μαστού. www.Faliakou.gr, 2000, 29/11/09.
45. Χειρουργική Ογκολογία, www.papagnq.gr, 1/12/09.
46. Γκούμας – Κωτσιόπουλος Ο.Ε. AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, AMERICAN SOCIETY OF INTERNAL MEDICINE, ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΟΝ 21^ο Αιώνα, Εκδόσεις Δομική 2000, σ. 759-761.

47. Μαλγαρινού Μ.Α. Κωνσταντινίδου Σ.Φ., Παθολογική – Χειρουργική, Τεύχος 2, Τόμος Β' Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 2005, σ. 113-114.
48. Κωνσταντινίδης , Τζαγκαράκη Ε., Νοσηλευτική Αντιμετώπιση της Γυναίκας με Καρκίνο του Μαστού στη φάση της θεραπείας, Περιοδικό Νοσηλευτική, Τεύχος 3, Τόμος 40, Εκδόσεις Δίκτυνα Ε.Π.Ε. Αθήνα 2001, σ. 66-72.
49. Σαχίνη – Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική – Νοσηλευτικές Διαδικασίες Β' έκδοση, τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000, σ. 480-493.
50. Ο Καρκίνος του Μαστού, www.news-pathfinfer.gr, 29/11/09
51. Ρηγάτος Α. Γεράσιμος, Η ιστορία του Καρκίνου και της Ογκολογίας, Εκδόσεις ASCENT, Αθήνα 2009, σ. 28-29.
52. Παπανικολάου Α. Νίκος, Μαστολογία, Copyright Ν. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη 1989, σ. 56-105, 233-251.
53. Ροζ κορδέλα, www.bestrong.gr , 3/7/2010
54. www.brestcancer.hellas.gr, 4/7/2010
55. Κονιάρη Ε., Καρκίνος του μαστού, Νοσηλευτική Παρέμβαση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991, σ. 172-173, 190-193.
56. Κέντρο πρόληψης, www.ftbc.gr, 6/5/2010.
57. Σολομών Ε., www.oekk.gr, 6/6/2010.
58. Σακοράφα Χ., (2002), Ο Καρκίνος του μαστού, Αθήνα: Λάγιος, σ.34-36.
59. Καραϊσκού Κ., & Κοντοπάνου Ι., (2005), Νοσηλευτής στην πρόληψη και στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, Πάτρα: Πτυχιακή εργασία, σ.26-28.
60. Healthy living, www.E.D.gr , 1/8/2010.
61. Βαρσάμη Γ., Καρκίνος του Μαστού και αποκατάσταση στο νοσοκομείο Άγιος Ανδρέας, πτυχιακή εργασία, εισηγητής Δετοράκης Ι., Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 2003, σ. 73-74.
62. Καρκίνος του μαστού, www.lesbian.gr, 1/8/2010
63. www.ivf.gr, 3/12/2009
64. Πέμπτη Έκδοση Εγχειρίδιο Χειρουργικής, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, σ. 87, Α. Πετρίδης.

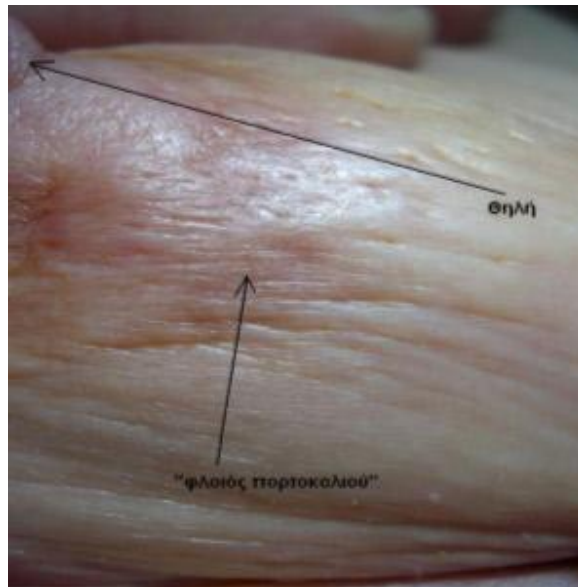
ПАРАРТНМА

Παράρτημα

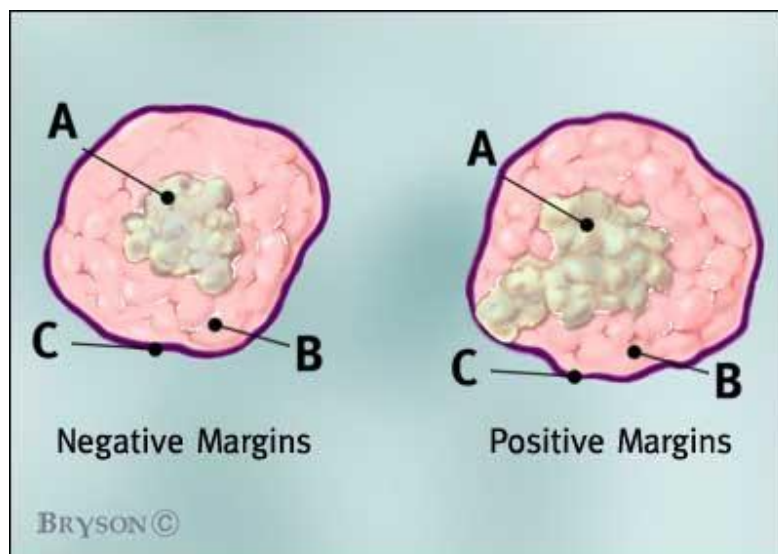




Τα ροζ βραχιολάκια της ελπίδας, σχεδιασμένα απ' τον Δούκα Χατζηδούκα.



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



Μαστογραφία



Μέγεθος όγκων που εντοπίζονται με την μαστογραφία

Σε αντιστοιχία με τα συνήθη κέρματα που χρησιμοποιούμε καθημερινά



Μέσο μέγεθος όγκου που εντοπίζεται από την ετήσια μαστογραφία όταν υπάρχει η δυνατότητα να γίνει σύγκριση με παλαιότερες μαστογραφίες.



Μέσο μέγεθος όγκου που εντοπίζεται από την πρώτη μαστογραφία.



Μέσο μέγεθος όγκου που εντοπίζεται τυχαία είναι μεγαλύτερο από το κέρμα των 2 ευρώ.



A song from the heart

Betty Dennis



*There came a moment in
time
I'd finished with tears,
then pain receded out of
my mind
At last, healing began.
A load lifted, I sang
from my heart.
By summer, I'm a whole
person
to enjoy the seasons once
more.*