

**Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
Σ.Ε.Υ.Π
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

**ΜΑΪΚΑΝΤΗ ΜΑΡΙΝΑ
ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΣΑΛΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ**

ΠΑΤΡΑ 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	7
II. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	14
III. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΣΤΟΛΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	17
II. ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΘΗΛΗΣ.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ	36
i. Είδη καρκίνου	36
ii. Παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού	47
iii. Κλινική εικόνα καρκίνου του μαστού	54
iv. Περιοχές του μαστού στις οποίες εμφανίζεται συχνότερα ο καρκίνος	55
v. Σταδιοποίηση	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	90
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 – ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	103
I. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	103
II. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	116
III. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	122
IV. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	126
V. ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ – ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	132
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 – ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	136
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 – ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ	140
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	144
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ.....	156

II. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΘΗΛΗΣ-ΘΗΛΑΙΑΣ ΑΛΩ.....	158
III. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	159
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12 – ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	161
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13 – ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	170
I. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	171
II. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....	174
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14 – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	176
i. Φροντίδα σε οργανικό επίπεδο.....	177
ii. Φροντίδα σε ψυχολογικό επίπεδο.....	180
iii. Φροντίδα σε κοινωνικό επίπεδο.....	181
iv. Φροντίδα σε πνευματικό επίπεδο.....	183
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	185
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	187

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία που ακολουθεί, έχει σκοπό να ενημερώσει και να ευαισθητοποιήσει τους αναγνώστες και το ακροατήριο, σχετικά με το θέμα του καρκίνου του μαστού. Αφορμή για την πραγματοποίηση της παρούσης εργασίας, είναι το γεγονός ότι αποτελεί το πιο συχνό καρκίνωμα στις γυναίκες και σύμφωνα με τελευταίες έρευνες, δυστυχώς ολοένα και αυξάνει.

Προς το παρόν, μια στις τρεις γυναίκες θα συμβουλευτεί γιατρό για τη νόσο του μαστού και σχεδόν μια στις τέσσερις θα υποβληθεί σε βιοψία. Ενώ μια στις οχτώ Αμερικανίδες και μία στις εννέα Ελληνίδες γυναίκες, θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού.

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζεται και στους άνδρες, είναι όμως ασυνήθιστος. Στις εκατό περιπτώσεις της νόσου η μια αφορά τον άνδρα. Παρόλα αυτά τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες μπορεί να προκαλέσει θάνατο.

Ελπίζω η εργασία αυτή να αποτελέσει σημαντικό βοήθημα ως προς την κατανόηση της συγκεκριμένης ασθένειας, τους τρόπους αντιμετώπισης και θεραπείας καθώς και τους τρόπους ψυχολογικής και κοινωνικής επανένταξης. Επίσης, να αποτελέσει το κίνητρο για την επαγρύπνηση της κάθε γυναίκας, που μπορεί να έρθει αντιμέτωπη με αυτή την απειλή, αφοπλίζοντας την, σημαδεύοντας την κατευθείαν στην καρδιά, με ένα βέλος που να γράφει στην αιχμή του: « Έγκαιρη διάγνωση ».

Όσο περισσότερο κατατοπιστεί ο καθένας σε σχέση με την πρόληψη τόσο πιο εύκολο θα είναι να ανιχνεύσει έγκαιρα την νόσο αλλά και να περιορίσει τους παράγοντες που την ευνοούν.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αγαπημένο γυναικείο όργανο ο μαστός. Τροφός και ζωοδότης. Γαλακτοφόρος και σημαιοφόρος μιας θηλυκότητας που ανατέλλει απ τα εφηβικά χρόνια. Τι κρίμα που σ' αυτόν έλαχε να φιλοξενεί τον πιο συχνό καρκίνο του γυναικείου σώματος κι ένα σωρό άλλες απλούστερες παθήσεις!

Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει εκατομμύρια γυναίκες σε όλον τον πλανήτη. Πρόκειται για το συνηθέστερο πρόβλημα υγείας στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του δέρματος και αποτελεί την δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Η νόσος εμφανίζεται και στους άνδρες αν και είναι ασυνήθιστη. Ένας άνδρας με καρκίνο του μαστού αντιστοιχεί σε κάθε εκατό γυναίκες με καρκίνο του μαστού (Φύσσας, 2006).

Ο καρκίνος του μαστού είναι κακοήθης όγκος που προκύπτει από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των κυττάρων του μαστού. Κάθε καρκίνος έτσι και αυτός συμβαίνει λόγω κάποιας ανωμαλίας σε κάποιο κύτταρο. Παρότι η αιτία βρίσκεται σε επίπεδο γονιδίων μόνο 5-10% κληρονομούνται από τους γονείς. Οι περισσότεροι καρκίνοι στον μαστό οφείλονται σε κάποια γονιδιακή βλάβη κατά τη διάρκεια ζωής του ατόμου (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2007).

Εμφανίζεται κυρίως στους πόρους, τα σωληνάκια που μεταφέρουν το γάλα στη θηλή κατά τη διάρκεια του θηλασμού (πορογενή καρκινώματα), αλλά και δευτερευόντως στους λοβούς, στους αδένες που παράγουν γάλα (λοβιακά καρκινώματα).

Η συγκεκριμένη νόσος είναι διαφορετική από τους μεταστατικούς καρκίνους που μπορούν να εξαπλωθούν στο στήθος από άλλα μέρη του σώματος.

Κάθε χρόνο γίνεται διάγνωση περίπου 250.000 νέων περιστατικών της νόσου στην Ευρώπη. Η Αμερικανική Εταιρεία μελέτης καρκίνου (ACS, American Cancer Society) υπολογίζει ότι 178.480 καινούργιες περιπτώσεις διηθητικού καρκίνου του μαστού διαγνώσθηκαν στις ΗΠΑ το 2008 και περίπου 40.460 γυναίκες πέθαναν από την ασθένεια. Όσον αφορά τους άνδρες η ACS

υπολογίζει ότι σε περίπου 2.030 που διαγνώσθηκε ο καρκίνος του μαστού το 2008 περίπου 450 πέθαναν από αυτόν (Τοκμακίδης, 2001).

Στην Ελλάδα εντοπίζονται περίπου 4.500 νέα περιστατικά κάθε χρόνο ενώ περίπου 1.500 Ελληνίδες πεθαίνουν ετησίως από τη νόσο. Η εικόνα θα ήταν πολύ καλύτερη εάν οι Ελληνίδες ήταν πιο ευαισθητοποιημένες στο θέμα των τακτικών προληπτικών εξετάσεων.

Υπολογίζεται ότι 1 στις 12 γυναίκες (8.3%) έχει πιθανότητα να αναπτύξει καρκίνο μαστού στη διάρκεια της ζωής της ενώ αντίστοιχος αριθμός για τον καρκίνο της ωοθήκης είναι 1 στις 70 (1,4%).

Όσον αφορά την ηλικία η πιθανότητα προσβολής από τη νόσο αυξάνεται όσο μεγαλώνει η γυναίκα μέχρι την ηλικία των 75 ετών και μετά αρχίζει να μειώνεται. Παρότι όμως είναι πιο σπάνιος στις νέες γυναίκες είναι πιο επιθετικός απ'ότι στις ηλικιωμένες, αποτελώντας τη συχνότερη αιτία θανάτου στις ηλικίες 35 με 45 ετών. Τέλος έρευνες έδειξαν ότι οι λεύκες γυναίκες παρουσιάζουν συχνότερα την νόσο παρά οι γυναίκες Ασιατικής ή Αφρικανικής προέλευσης (Μαρκόπουλος, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός αποτελεί περίπου ημισφαιρική, λιπώδη πτυχή του δέρματος, που περιέχει το μαστικό (ή μαζικό) αδένια και είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένος στα θήλεα άτομα. Οι δύο μαστοί βρίσκονται στην πρόσθια επιφάνεια του θώρακα, μεταξύ της 2^{ης}, 3^{ης}, 6^{ης} και 7^{ης} πλευράς. Προς τα έξω κάθε μαστός φθάνει μέχρι την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή, ενώ προς τα έσω μέχρι το πλάγιο χείλος του στέρνου. Ανάμεσα στους μαστούς υπάρχει ο μεσομάστιος κόλπος. Το σχήμα του είναι κωνικό ή ημισφαιρικό, ενώ στο άνω έξω τεταρτημόριο υπάρχει προεκβολή προς τη μασχαλιαία κοιλότητα. Στον μαστό διακρίνουμε δύο επιφάνειες, την πρόσθια, την οπίσθια, όπως και μία περιφέρεια (Buckman, 2000).

Η πρόσθια επιφάνεια του μαστού καλύπτεται από λεπτό και λείο δέρμα, στο μέσο περίπου του οποίου παρατηρούνται η θηλή και η θηλαία άλως. Σε κάθε μαστό η θηλή προβάλλει προς τα επάνω και πλάγια και παρουσιάζει στην κορυφή τις ρωγμές, όπου υπάρχουν 15 έως 20 στόμια για την εκβολή των γαλακτοφόρων πόρων. Το ύψος της θηλής είναι κατά μέσο όρο 1 έως 1,5 εκατοστά, και αυξάνει στο θηλασμό, χαρακτηρίζεται από άφθονη παρουσία μελανίνης, που της δίνει καστανέρυθρο χρώμα. Η θηλή βρίσκεται στο ύψος του 4^{ου} μεσοπλεύριου διαστήματος και σε απόσταση 10 έως 12 εκατοστά από τη μέση γραμμή. Ωστόσο η θέση της σε σχέση με το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα δεν είναι σταθερή και εξαρτάται από το μέγεθος και το βαθμό χαλάρωσης του μαστού. Η θηλαία άλως είναι υποστρόγγυλη περιοχή γύρω από τη θηλή, με καστανέρυθρο χρώμα και διάμετρο 1,5 έως 6 εκατοστά. Η τραχεία εμφάνιση της άλως οφείλεται στην παρουσία σμηγματογόνων αδένων, τα φυμάτια του Montgomery, ακριβώς κάτω από το δέρμα. Αυτοί οι αδένες εκκρίνουν μια

λιπαρή ουσία, η οποία θεωρείται ότι λιπαίνει τη θηλή.

Η οπίσθια επιφάνεια του μαστού είναι υποστρόγγυλη και έρχεται σε επαφή με την περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός.

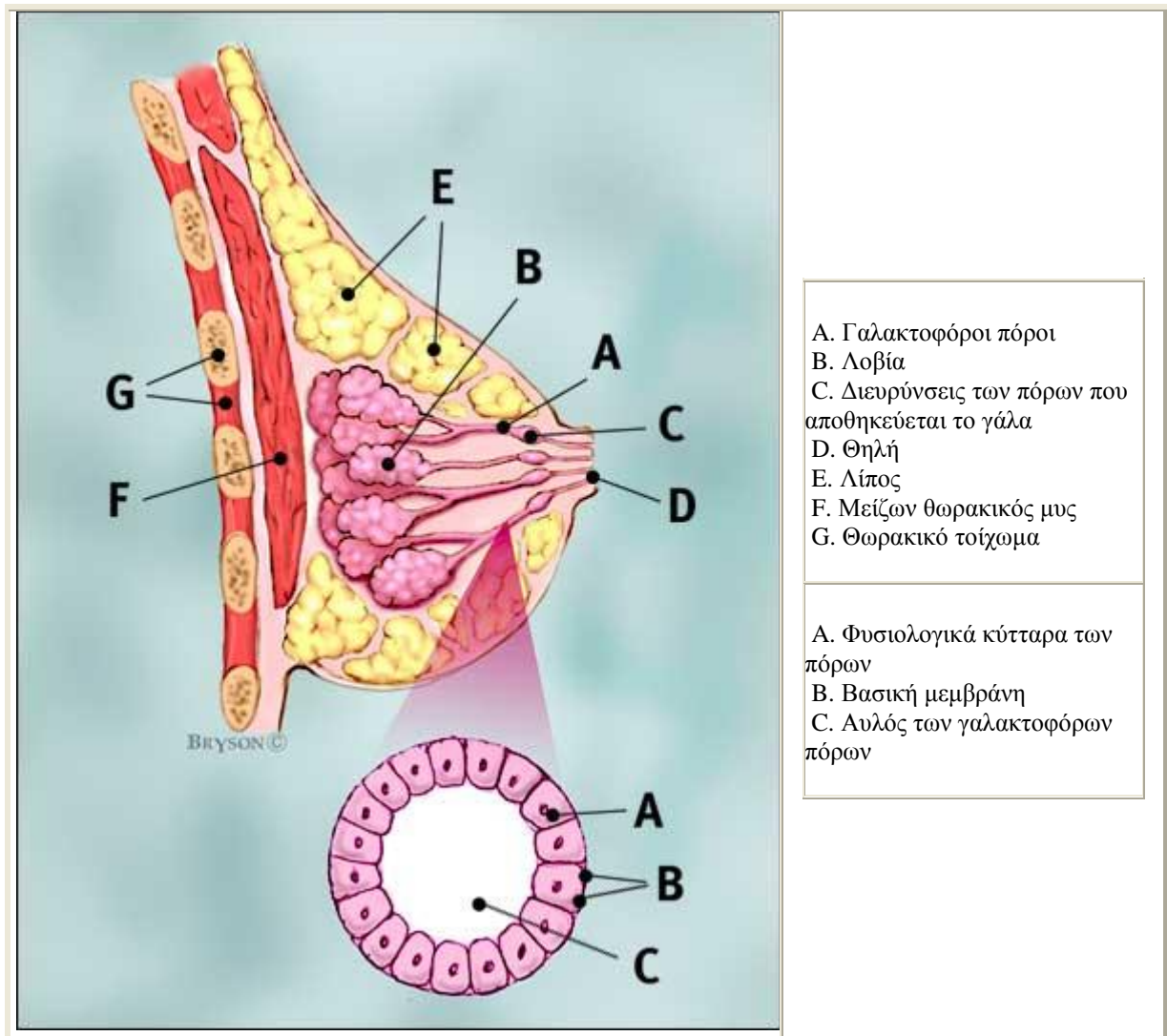
Η περιφέρεια του μαστού μεταβαίνει βαθμιαία στο γύρω δέρμα.

Από άποψη κατασκευής ο μαστός αποτελείται:

i. δέρμα: Το δέρμα του μαστού είναι λεπτό, διαφανές και έχει πολλούς σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες και συνδέεται με το περιμαστικό λίπος

ii. Το περιμαστικό λίπος: Το περιμαστικό λίπος είναι αφθονότερο στην πρόσθια επιφάνεια του μαστού, ανάμεσα στο δέρμα και στο μαστικό αδένα.

iii. Ο μαστικός ή μαζικός αδένας ή μαστικό σώμα: Ο μαζικός αδένας διαιρείται σε 15 έως 20 δεσμίδες γνωστές ως σύνδεσμοι του Cooper, οι οποίοι παρέχουν υποστήριξη στους μαζικούς αδένες ενώ παράλληλα επιτρέπουν την κινητικότητά τους στο θωρακικό τοίχωμα. Οι λοβοί του μαζικού αδένα διατάσσονται ακτινοειδώς γύρω από τη θηλή και τη θηλαία άλω. Κάθε λοβός έχει δικό του γαλακτοφόρο πόρο, που αφού σχηματίσει κάτω από τη θηλή ένα ανεύρυσμα το γαλακτοφόρο κόλπο, το οποίο χρησιμεύει ως αποθήκη γάλακτος, εκβάλλει από δικό του στόμιο στη θηλή (Τοκμακίδης, 2001).



ΟΙ ΜΥΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Κάθε μαστική περιοχή περιέχει τον μείζονα θωρακικό μυ, τον ελάσσονα θωρακικό και τον υποκλείδιο. Και οι τρεις αυτοί μύες εκφύονται από το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και καταφύονται στα οστά του άνω άκρου.

i. Μείζων θωρακικός μυς: Είναι ο μεγαλύτερος και επιφανειακότερος από τους μύες της μαστικής περιοχής.

- ii. Υποκλείδιος μυς: Βρίσκεται κάτω (εσωτερικά) από τον μείζονα θωρακικό μυ.
- iii. Ελάσσων θωρακικός μυς: Κατευθύνεται από την πρόσθια επιφάνεια της 2^{ης}, 3^{ης} και 4^{ης} πλευράς στην κορακοειδή απόφυση της ωμοπλάτης (Drake, 2007).

ΟΙ ΠΕΡΙΤΟΝΙΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι περιτονίες του μαστού είναι:

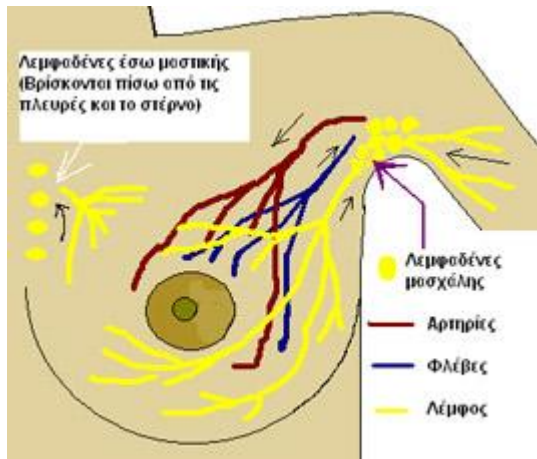
- i. Υποδόρια
- ii. Περιτονία του μείζονα θωρακικού μυός
- iii. Κορακοπλευρική
- iv. Περιτονία της μασχάλης

ΤΑ ΑΓΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΝΕΥΡΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

A) ΑΡΤΗΡΙΕΣ: Οι αρτηρίες που αγγειώνουν το μαστό προέρχονται από:

- i. Την έσω μαστική
- ii. Την ανώτερη και πλάγια θωρακική
- iii. Το θωρακικό κλάδο της ακρωμιοθωρακικής
- iv. Τους κλάδους των μεσοπλεύριων αρτηριών
- v. Την υποπλάτιο αρτηρία.

B) ΦΛΕΒΕΣ: Ο μαστός έχει πλούσιο φλεβικό δίκτυο που διακρίνεται σε επιπολής και εν τω βάθει. Οι επιπολής εκβάλουν στην έσω μαστική φλέβα. Οι εν τω βάθει φλέβες ακολουθούν τρεις βασικές οδούς: 1) προς την έσω μαστική φλέβα, 2) προς την μασχαλιαία φλέβα και 3) προς τις μεσοπλεύριες φλέβες που αναστομώνονται με τις σπονδυλικές.



Οι λεμφαδένες της μασχάλης.

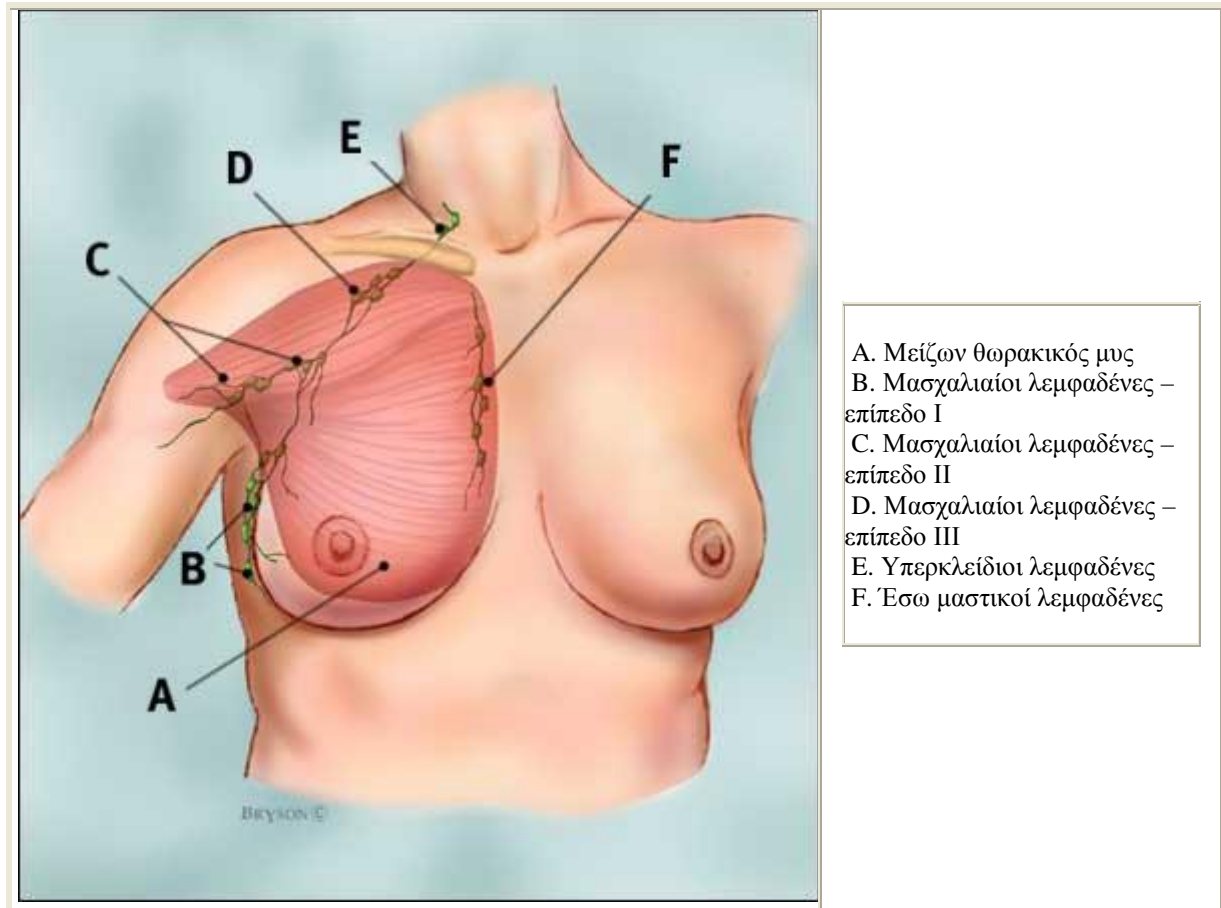
Γ) ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΑ: Το πλούσιο λεμφαγγειακό δίκτυο του μαστού, δηλαδή του δέρματος και του μαστικού αδένα καταλήγει προς δύο κατευθύνσεις: 1) προς τα έξω στους μασχالياίους λεμφαδένες και 2) προς τα έσω στους λεμφαδένες της έσω μαστικής αρτηρίας.

Δ) ΛΕΜΦΟΓΑΓΓΛΙΑ: Οι λεμφαδένες του μαστού χωρίζονται σε τρεις ομάδες:

- i. τους υπερκλείδιους
- ii. τους μασχالياίους και
- iii. τους αδένες της έσω μαστικής αρτηρίας (Χατζημπούγιας, 2003).

Χειρουργικά, οι μασχالياίοι αδένες χωρίζονται σε τρία επίπεδα που καθορίζονται από τη σχέση τους προς τον ελάσσινο θωρακικό μυ. Όσοι λεμφαδένες βρίσκονται πάνω από το έσω χείλος του ελάσσονος θωρακικού, αποτελούν το ΙΙΙ (τρίτο) επίπεδο, όσοι λεμφαδένες βρίσκονται ακριβώς κάτω του ελάσσονος θωρακικού, αποτελούν το ΙΙ (δεύτερο) επίπεδο και όσοι λεμφαδένες βρίσκονται έξω από το έσω χείλος του ελάσσονος θωρακικού αποτελούν το Ι (πρώτο) επίπεδο των μασχالياίων λεμφαδένων. Οι λεμφαδένες, στα επίπεδα αυτά μπορεί να ονομάζονται και κορυφαίοι, της μασχالياίας φλέβας και μασχالياίοι λεμφαδένες, αντίστοιχα. Μια μικρή ομάδα λεμφαδένων μεταξύ του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός αποτελεί την ομάδα

των λεμφαδένων του Rotter, που χειρουργικά ανήκουν στο τρίτο επίπεδο. Όλες οι ομάδες των λεμφαδένων του μαστού, έχουν τεράστια σημασία στη διασπορά των κακοήθων όγκων του μαστού (Μιχάλας, 2000).



Η ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η νεύρωση του μαστού γίνεται από τους έξω μαστικούς κλάδους των 2-6 μεσοπλευρίων νεύρων, τους έσω μαστικούς κλάδους των 2-4 μεσοπλευρίων νεύρων και από τα συμπαθητικά δίκτυα στο δέρμα, τη θηλή, την άλω και το παρέγχυμα (Χατζημπούγιας, 2003).

ΑΝΤΡΙΚΟΙ ΜΑΣΤΟΙ

Ο αντρικός μαστός είναι υποτυπώδης και αποτελείται από μια μικρή θηλή και περιθηλαία άλω, που υπέρκεινται ενός λεπτού στρώματος μαζικού ιστού που, κατά την ψηλάφηση, δεν ξεχωρίζει από τους παρακείμενους ιστούς (Μαρκόπουλος, 2007).

II. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός στη γυναίκα εξυπηρετεί την αναπαραγωγική διαδικασία με διπλό τρόπο. Ως μέσο πρόκλησης του άρρενος για σεξουαλική δραστηριότητα και ως μέσω σίτισης του νεογνού. Αυτό επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη του αδένου και την προετοιμασία για την κύρια λειτουργία του, που είναι η γαλουχία. Ο μαστός για την ανάπτυξη και τη λειτουργία του εξαρτάται από την επίδραση πολλαπλών ορμονικών παραγόντων (Κονιάρη, 1991).

Παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη και τη λειτουργία του μαστού.

Στους παράγοντες, που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού ανήκουν:

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

Προλακτίνη: Παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του μαστού και ιδιαίτερα στη διαφοροποίηση των κυττάρων των τελικών γαλακτοφόρων πόρων. Στην εγκυμοσύνη ελέγχει την αύξηση και την εκκριτική δραστηριότητα των κυττάρων των αδενοκυψελών. Επίσης ελέγχει τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος.

Ωκυτοκίνη: Η κυριότερη δράση της είναι η πρόκληση σύσπασης της μήτρας. Άλλη γνωστή δράση της είναι η πρόκληση σύσπασης των επιθηλιακών κυττάρων των γαλακτοφόρων πόρων των μαστών. Έτσι συμβάλλει στην έξοδο του εκκρινόμενου γάλακτος.

Ωοθήκες: Οι ορμόνες των ωοθηκών, που συνδέονται στενότερα με το μαστό, είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη.

Οιστρογόνα: Τα οιστρογόνα προκαλούν: 1) ανάπτυξη του ιστού και των πόρων των μαστών, 2) εναπόθεση λίπους στους μαστούς, 3) έναρξη της αύξησης των μαστών και του μηχανισμού παραγωγής γάλακτος, 4) επίσης είναι υπεύθυνα για τη χαρακτηριστική εξωτερική εμφάνιση του στήθους στην ώριμη γυναίκα.

Προγεστερόνη: Προάγει την ανάπτυξη των λοβιδίων και των αδενοκυψελών των μαστών, γιατί προκαλεί τον πολλαπλασιασμό και μεγέθυνση των κυττάρων των αδενοκυψελών, και μετατροπή τους σε εκκριτικά κύτταρα. Εντούτοις, η προγεστερόνη δεν προκαλεί την έκκριση γάλακτος από τις αδενοκυψέλες, γιατί το γάλα εκκρίνεται μόνο όταν το ήδη προετοιμασμένος μαστός διεγείρεται από την προλακτίνη του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης. Η προγεστερόνη προκαλεί επίσης διόγκωση των μαστών.

Πλακούντας: Οι ορμόνες του πλακούντα έχουν σημασία για την ανάπτυξη του μαστού, τις μεταβολές του στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την έκκριση γάλακτος. Από τις ορμόνες του πλακούντα αυτή που έχει στενότερη σχέση με τους μαστούς, είναι η πλακουντική γαλακτογόνο ορμόνη (HPL), η οποία διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και αναπτύσσει τον μαστικό αδένα.

Νευρικό σύστημα: Το νευρικό σύστημα ασκεί αγγειοκινητικές επιδράσεις στο μαστό και προκαλεί την αποβολή μικρής ποσότητας γάλακτος, που περιέχεται στις αδενοκυψέλες, χωρίς να επηρεάζει την εκκριτική λειτουργία του μαστού. Μεγάλες συγκινήσεις είναι δυνατό να αναστείλουν την έκκριση γάλακτος, προσωρινά ή μόνιμα (Παπανικολάου, 1995).

III. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΣΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μαστοί είναι ένα ζεύγος μαζικών αδένων οι οποίοι βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, στην επιφάνεια του μείζονος θωρακικού και του πρόσθιου οδοντωτού μυός. Ο μαστός ξεκινά από τη 2^η με 3^η πλευρά έως την 6^η ή 7^η πλευρά και από την άκρη του στέρνου έως τη μέση μασχαλιαία γραμμή.

Οι μαστοί υγείων ενηλίκων γυναικών έχουν περίπου το ίδιο μέγεθος και έχουν το ίδιο σχήμα, αλλά συχνά δεν είναι απόλυτα συμμετρικοί, σε περίπτωση που ο ένας είναι μεγαλύτερος και σε κατώτερη θέση, συνήθως είναι ο δεξιός. Αν αυτό συμβαίνει από μικρή ηλικία, τότε δεν είναι ανησυχητικό. Αν όμως αναπτυχθεί αυτή η διαφορά στο μέγεθος στη συνέχεια, τότε θα πρέπει να γίνει διερεύνηση (χωρίς να σημαίνει ότι κατ' ανάγκη είναι και παθολογικό). Το σχήμα και το μέγεθος των μαστών ποικίλει και εξαρτάται από κληρονομικούς παράγοντες και από την ορμονική ανάπτυξη της γυναίκας. Το μέγεθος των μαστών αυξάνει: 1) Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, λόγω της υπερτροφίας των αδένων που προετοιμάζονται για την παραγωγή γάλακτος, που θα χρησιμοποιηθεί για τη θρέψη του νεογνού, 2) Κατά τη διάρκεια του μηνιαίου κύκλου με το μεγαλύτερο μέγεθος να παρατηρείται στο δεύτερο μισό του κύκλου, λόγω της κατακράτησης υγρών, 3) Επηρεάζεται από την πρόσληψη ή την απώλεια βάρους της γυναίκας, μια και ο μαστός περιέχει σημαντική ποσότητα λίπους (Moore, 1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Διακρίνονται σε:

i. ανωμαλίες ατροφικού τύπου

Απλασία, μικρομαστία, υποπλασία

ii. ανωμαλίες υπερτροφικού τύπου

πολυμαστία, υπερτροφία (μεγαλομαστία)

Απλασία

Χαρακτηρίζεται από ετερόπλευρη, πλήρη απουσία μόνο του μαζικού αδένου. Υπάρχουν μορφολογικές αλλοιώσεις του ημιθωρακίου που οφείλονται στην έλλειψη των θωρακικών μυών. Η δυσμορφία αυτή, καλείται, σύνδρομο POLLAND. Η αποκατάσταση επιτυγχάνεται χειρουργικά, με την χρησιμοποίηση ενός μυός(πλατύς ραχιαίος μυς) που θα καλύψει το έλλειμμα και ενός κατάλληλου μεγέθους ενθέματος σιλικόνης (Φύσσας,2006).

Μικρομαστία

Πρόκειται για μη αναπτυσσόμενο μαστό στην ήβη. Συνδυάζεται από ατελή ανάπτυξη του μείζονος θωρακικού μυός και των γεννητικών οργάνων (Ντολάτζας, 1994).

Υποπλασία

Μπορεί να είναι ετερό- ή αμφοτερόπλευρη. Χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη όλων των ανατομικών στοιχείων του μαστού. Τα οποία όμως υπολείπονται σε

ανάπτυξη. Στην ετερόπλευρη υποπλασία, υπάρχει ένας φυσιολογικά αναπτυγμένος μαστός και ένας υποπλαστικός. Ο "φυσιολογικός" μαστός θα χρησιμοποιηθεί σαν "οδηγός- μοντέλο" για την διαμόρφωση του υποπλαστικού. Είναι, βέβαια, δυνατόν ο φυσιολογικός μαστός να παρουσιάζει, κάποιου, βαθμού, πτώση ή υπερτροφία.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, θα πρέπει να προηγηθεί η διαμόρφωση του και στη συνέχεια να ακολουθήσει η διόρθωση του υποπλαστικού, για την επίτευξη συμμετρίας σας.

Η αμφοτερόπλευρη υποπλασία με ασυμμετρία, μπορεί να αφορά τόσο την διάμετρο όσο και την προβολή των μαστών. Η τοποθέτηση διαφορετικού μεγέθους σιλικόνης, λύνει το πρόβλημα (Ιωαννίδου -Μουζάκα, 2005).

Πολυμαστία-Πολυθηλία

Η πολυμαστία μπορεί να συμβεί οπουδήποτε κατά μήκος της γαλακτικής γραμμής. Πλήρης όμως ανάπτυξη έκτοπου μαστού(μερικές φορές και με θηλή, συνήθως ετερόπλευρα και πολύ σπάνια αμφοτερόπλευρα) είναι εφικτή κυρίως στην περιοχή της μασχάλης. Εκτομή του έκτοπου μαστού ενδείκνυται για αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, για αισθητικούς λόγους(ή σε σπάνιες περιπτώσεις στις οποίες στον έκτοπο μαζικό ιστό αναπτύσσονται καλοήθεις όγκοι(ινοαδένωμα, θήλωμα) ή ακόμη σπανιότερα καρκίνος (Τοκμακίδης, 2001).

Υπερτροφία μαστού (Μεγαλομαστία)

Πρόκειται για τεράστια διόγκωση του μαστού λόγω υπερτροφίας του μαζικού λίπους και του ινώδους υποστρώματος, ενώ ο μαζικός αδένας είναι φυσιολογικός. Παρατηρείται κυρίως σε γυναίκες τροπικών χωρών (Φύσσας, 2006).

II. ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΘΗΛΗΣ

Διακρίνονται σε:

ii. ανωμαλίες του αριθμού και της θέσης

πολυθηλία, έκτοπη θηλή

ii. μορφολογικές ανωμαλίες

υπερτροφία, εισολκή της θηλής

Πολυθηλία

Η πολυθηλία είναι σχετικά συχνή ανωμαλία, συναντάται σε ποσοστό 1% και στα δυο φύλα. Συνήθως υπάρχει μόνο μια θηλή, λίγα εκατοστά χαμηλότερα της φυσιολογικής. Άλλοτε παρουσιάζονται πολλές θηλές και εντοπίζονται πάντοτε κατά μήκος των γαλακτικών γραμμών που εκτείνονται από τις μασχάλες μέχρι τις βουβωνικές περιοχές. Οι υπεράριθμες θηλές αφαιρούνται με τοπική αναισθησία (Μουτούση- Μυστρατιάδου, 2000).

Έκτοπη θηλή

Οι έκτοπες θηλές είναι λάθη της φύσης που δεν έχουν καμία σχέση με τον καρκίνο. Λέγονται και υπεράριθμες θηλές ή επιπλέον θηλές. Υπάρχουν στο 2% περίπου των γυναικών αλλά και σε άνδρες. Βρίσκονται σε οποιοδήποτε σημείο της νοητής λοξής γραμμής που αρχίζει από τη μασχάλη, περνάει από τη θηλή του μαστού και φτάνει μέχρι και στο πλάγιο της κοιλιάς. Μπορεί να είναι μία ή περισσότερες. Μπορεί να βρίσκονται μόνο αριστερά, μόνο δεξιά ή και στις δύο μεριές. Σπανιότερα συνοδεύονται και από έκτοπο (υπεράριθμο) μαστό. Συνήθως οι ασθενείς νομίζουν ότι πρόκειται για κρεατοελιές (θηλώματα). Δεν τις πειράζουμε, εκτός κι αν μια γυναίκα ζητήσει επέμβαση για αισθητικούς λόγους (Φύσσας, 2006).



Έκτοπη θηλή κοντά στη
μασχάλη. Κανένα πρό-
βλημα.

Υπερτροφία της θηλής

Η υπερτροφία της θηλής αποτελεί ανωμαλία άγνωστης αιτιολογίας, με φυσιολογική θηλαία άλω, η οποία συνυπάρχει με υποπλασία των μαστών. Η δυσαναλογία των μεγεθών δημιουργεί αισθητικό πρόβλημα. Το οποίο όμως αντιμετωπίζεται με επιτυχία (τεχνική "δίκην τηλεσκοπίου" για την θηλή, αυξητική για την υποπλασία) (Αραβαντινός,1999).

Εισολκή της θηλής

Εισολκή σημαίνει να μην εξέχει από το μαστό θηλή και να είναι τραβηγμένη προς τα μέσα. Είναι συνήθως φυσιολογικό φαινόμενο που αρχίζει κατά την εφηβεία, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και αργότερα. Αφορά τις περισσότερες φορές και τους δύο μαστούς, χωρίς να αποκλείεται η μονόπλευρη εισολκή. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται σε ορισμένες περιπτώσεις η εισολκή της μιας μόνο θηλής, που εμφανίζεται σε μεγάλη ηλικία και δεν προϋπήρχε. Τότε μπορεί να κρύβεται ένας όγκος πίσω από τη θηλή, που να την τραβάει προς τα μέσα προκαλώντας εισολκή της θηλής, μια ακόμα ένδειξη κακοήθειας. Γι' αυτό

χρειάζεται σχολαστική λήψη ιστορικού από το γιατρό, ώστε να ξεκαθαριστεί αν η εισολκή της θηλής προϋπήρχε από νεαρή ηλικία ή εμφανίστηκε πρόσφατα. Στις περισσότερες περιπτώσεις εισολκής της θηλής που υποκρύπτεται καρκίνος, αυτός είναι ψηλαφητός με την απλή κλινική εξέταση, πρόκειται δηλαδή για αρκετά προχωρημένο σύμπτωμα. Πρέπει να τονιστεί ότι υπάρχουν και καλοήθεις παθήσεις η χρονιότητα των οποίων μπορεί να οδηγήσει τελικά σε εισολκή της θηλής. Εισολκή δέρματος (λακουβίτσα) χωρίς να έχει προηγηθεί κάποια επέμβαση πιθανόν να είναι σημάδι κακοήθειας και μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε περιοχή του μαστού. Συμβαίνει καθώς μεγαλώνει ένας κακοήθης όγκος που βρίσκεται κοντά στο δέρμα. Προκαλείται τότε ρίκνωση των ινών Κούπερ, έλξη του υπερκείμενου δέρματος και σχηματισμός μιας μικρής λακουβίτσας. Τότε πρόκειται για προχωρημένο σύμπτωμα και ο καρκίνος αυτός είναι συνήθως ψηλαφητός (Φύσσας, 2006).



Φυσιολογική εισολκή θηλών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι καλοήθειες παθήσεις είναι η συχνότερη αιτία προέλευσης στο γιατρό και αποτελούν το 85% όλων των περιστατικών. Τα συνηθέστερα συμπτώματα ή ευρήματα καλοήθους αιτιολογίας σε γυναίκες που επισκέπτονται ένα ιατρείο είναι η μασταλγία, το έκκριμα από τη θηλή, οι κύστεις, οι καλοήθειες όγκοι και οι φλεγμονές, ενώ στους άνδρες η γυναικομαστία (Κωστάκης, 2005).

ΜΑΣΤΑΛΓΙΑ

Η μασταλγία είναι το συχνότερο σύμπτωμα του μαστού και μπορεί να οφείλεται σε φυσιολογικό πόνο στο στήθος όπως κατά την κύηση, σε φλεγμονή ή απόστημα του μαστού ή σε εξωμαστική αιτία (αντανάκλαση πόνου). Εμφανίζεται σε γυναίκες 35-40 ετών, με συχνά οξυδιακή κλινικώς εμφάνιση του μαστού. Στο 85% των ασθενών, η μασταλγία αντιμετωπίζεται με ψυχολογική υποστήριξη, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό των ασθενών θα χρειαστεί φαρμακευτική αγωγή. Ο ρόλος της χειρουργικής περιορίζεται στις περιπτώσεις φλεγμονή ή αποστήματος και σπανίως στην τοπική επέμβαση, όταν ο πόνος εντοπίζεται σε μια περιορισμένη περιοχή του μαστού (Σακοράφας, 2000).

ΠΟΡΕΚΤΑΣΙΑ Η ΔΙΑΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΑΛΑΚΤΟΦΟΡΩΝ ΠΟΡΩΝ (MAMMARY DUCT ECTASIA)

Ορισμένες γυναίκες μπορεί να εμφανίσουν έκκριση από τη θηλή ενός παχύρευστου, λευκοκίτρινου υγρού, που προέρχεται από την υπερβολική διάταση των γαλακτοφόρων κόλπων, στους τελικούς πόρους κοντά στην θηλή. Η κατάσταση αυτή λέγεται πορεκτασία ή διάταση των γαλακτοφόρων πόρων

και είναι καλοήθης πάθηση. Εμφάνίζεται συχνότερα σε καπνίστριες, μη θηλάζουσες, μεταξύ τριανταπέντε και πενήντα ετών. Σπάνια μπορεί να οδηγήσει σε μαστίτιδα η συρίγγιο (Κωστάκης, 2005).

ΓΑΛΑΚΤΟΡΡΟΙΑ

Ως γαλακτόρροια ορίζεται η εκροή γαλακτώδους εκκρίματος από τη θηλή εκτός της φυσιολογικής περιόδου της εγκυμοσύνης, της γαλουχίας ή της λοχείας. Η γαλακτόρροια σε αυτή την περίπτωση οφείλεται σε υπερπρολακτιναιμία που μπορεί να έχει ως αίτιο τη λήψη φαρμάκων ή να οφείλεται σε άλλες, παθολογικές καταστάσεις. Αρκετές φορές δε θα βρεθεί σαφές αίτιο και σε αυτές τις περιπτώσεις, η καλούμενη ιδιοπαθής γαλακτόρροια, οφείλεται είτε σε ελαφρώς αυξημένα επίπεδα προλακτίνης, είτε σε υπερευαισθησία στα φυσιολογικά επίπεδα προλακτίνης. Η υπερπρολακτιναιμία αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση βρωμοκρυπτίνης ή άλλων ανταγωνιστών της ντοπαμίνης (Κονιάρη, 1991).

ΘΗΛΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΟΥ

Το θήλωμα είναι συχνό ογκίδιο του μαστού. Είναι συνήθως καλοήθες, αλλά μπορεί να εξελιχθεί σε καρκίνο. Σε μια στις πέντε περιπτώσεις συνυπάρχουν περισσότερα του ενός.

Υπάρχουν δυο τύποι θηλωμάτων του μαστού :

Το θήλωμα κεντρικού τύπου, που βρίσκεται πολύ κοντά στη θηλή, και **το θήλωμα περιφερικού τύπου**, που βρίσκεται στην περιφέρεια του μαστού.

Το θήλωμα κεντρικού τύπου είναι πολύ πιο συχνό (66%). Είναι καλοήθες ογκίδιο, που βρίσκεται στην τελική μοίρα των γαλακτοφόρων πόρων, λίγο πριν από τη θηλή του μαστού. Έχει μέγεθος λίγο χιλιοστών μέχρι ένα εκατοστό του

μέτρου. Εμφανίζεται σε γυναίκες μεταξύ σαράντα και πενήντα ετών. Δεν πονάει. Εκδηλώνεται με έκκριση υγρού από τη θηλή, συνήθως αιματηρού. Αν πρόκειται για ένα μόνο θήλωμα, τότε η έκκριση βγαίνει πάντα από τον ίδιο πόρο, ενώ αν είναι πολλά βγαίνει από διάφορους. Δεν ψηλαφάτε πάντα με το χέρι. Πιο εύκολα φαίνεται σε ένα υπερηχογράφημα, που δείχνει τοιχωματικό ογκίδιο που προβάλλει μέσα στο γαλακτοφόρο πόρο, δίνοντας την εντύπωση μικρής κύστεως. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με κυτταρολογική εξέταση του υγρού που βγαίνει από τη θηλή. Λέγεται και **ενδοπορικό θήλωμα**.

Θεραπεύεται με χειρουργική αφαίρεση, που πρέπει να γίνεται, γιατί έκκριση αιμορραγικού υγρού από τη θηλή μπορεί να προκαλέσει και ο καρκίνος, αλλά και γιατί μπορεί το θήλωμα να εξελιχθεί σε καρκίνο. Η τομή για την αφαίρεση του θηλώματος γίνεται στο όριο θηλαίας άλω και δέρματος. Έτσι, μετά από λίγο καιρό εξαφανίζεται. Αν όμως η ιστολογική εξέταση δείξει καρκίνωμα, τότε θα απαιτηθεί μεγαλύτερη επέμβαση

Το θήλωμα περιφερικού τύπου αποτελεί το 33% περίπου των θηλωμάτων του μαστού. Πρόκειται για όγκο, συνήθως μικρού μεγέθους, έναν ή περισσότερους. Παρουσιάζει μεγαλύτερη πιθανότητα κακοήθους εξαλλαγής από το θήλωμα κεντρικού τύπου και πρέπει πάντα να αφαιρείται, γιατί δεν μπορούμε ποτέ να είμαστε σίγουροι ότι δεν πρόκειται εξαρχής για καρκίνο, πριν το εξετάσουμε στο μικροσκόπιο (Παπαδήμας & Μπόντης, 2009).



Θήλωμα. Αίμα βγαίνει από έναν πόρο.

ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΜΑΣΤΟΥ

Συχνά συμβαίνει να μολύνεται από μικρόβια μια περιοχή του μαστού και να κοκκινίζει, προκαλώντας έντονη φλεγμονή και μεγάλη ανησυχία σε όλους. Ενίοτε μπορεί να κάνει πυρετό, να πονάει, να μαζέψει πύον, να γίνεται δηλαδή απόστημα και να χρειαστεί χειρουργική διάνοιξη. Ο γιατρός θα πρέπει να ξεχωρίσει τη φλεγμονή από το φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού, πράγμα συνήθως εύκολο αλλά όχι πάντα. Σε αμφίβολες περιπτώσεις, απαιτείται μαστογραφία, παρακέντηση για κυτταρολογική εξέταση και καλλιέργειες για την ύπαρξη μικροβίων (Πανουσόπουλος & Αποστολίδης, 2001).



ΜΑΣΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΥΡΙΓΓΙΟ ΜΑΣΤΟΥ

Ορισμένες γυναίκες μπορεί να εμφανίσουν φλεγμονή στη περιοχή κοντά στην θηλή γύρω από τους τελικούς γαλακτοφόρους πόρους. Ξεκινάει ως πορεκτασία που εξελίσσεται σε φλεγμονή και απόστημα. Αν δεν υποχωρεί με τα αντιβιοτικά ενδέχεται να απαιτήσει χειρουργική διάνοιξη. Σπάνια μπορεί να υποτροπιάσει, ακόμα και μετά την επέμβαση. Τότε υπάρχει συνήθως ένα συρίγγιο, δηλαδή ένας στενός πόρος, που φέρνει σε επικοινωνία την φλεγμονώδη κοιλότητα με έναν πόρο της θηλής. Οριστικά γιατρεύεται με χειρουργική αφαίρεση όλου του γαλακτοφόρου συριγγώδους πόρου (Κεραμόπουλος, 2000).

ΟΞΕΙΑ ΜΑΣΤΙΤΙΔΑ

Η οξεία μαστίτιδα συνήθως συμβαίνει σε πρωτοτόκες γυναίκες, της πρώτες εβδομάδες της γαλουχίας. Οφείλεται σε επιμόλυνση, μέσω των γαλακτοφόρων πόρων ή κατόπιν τραυματισμού της θηλής, μέσω του αίματος ή των λεμφαγγείων, συνήθως από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο, και καταλήγει στην δημιουργία φλεγμονής ή αποστήματος.

Τα συμπτώματα της οξείας μαστίτιδας είναι:

- i. Υψηλός πυρετός με ρίγος
- ii. Πόνος
- iii. Ερυθρότητα στο μαστό
- iv. Οιδηματώδης διόγκωση στο μαστό
- v. Ο μαστός που πάσχει είναι θερμότερος του άλλου

Θεραπευτικά πριν την δημιουργία αποστήματος χορηγούνται αντιβιοτικά, διακόπτεται η γαλουχία και εφαρμόζονται θερμά επιθέματα (Παπαδήμας & Μπόντης, 2009).

ΙΝΟΑΔΕΝΩΜΑ (FIBROADENOMA)

Άγνωστης αιτιολογίας, είναι το συχνότερο καλόηθες συμπαγές ογκίδιο του μαστού. Εμφανίζεται σε μικρές ηλικίες, από την εφηβεία μέχρι τριάντα ετών περίπου.

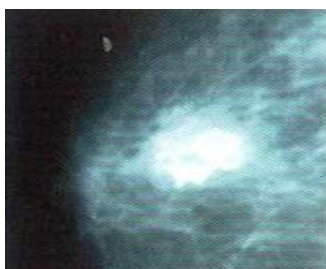
Ποικίλει σε μέγεθος, μεγαλώνοντας αργά από λίγα χιλιοστά και φτάνοντας μέχρι λίγα εκατοστά του μέτρου. Είναι πάντα συμπαγές. Μπορεί να είναι ένα ή περισσότερα, στον έναν ή και στους δύο μαστούς. Μετά την εμμηνόπαυση, συνήθως εκφυλίζεται και εξαφανίζεται. Στην κλινική εξέταση έχει συνήθως σαφή όρια είναι κινητό ελαστικό και μαλακό. Δεν πονάει και δεν προκαλεί έκκριση υγρού από την θηλή. Η διάγνωση πιθανολογείται με το υπερηχογράφημα όπου συνήθως το ινοαδένωμα έχει χαρακτηριστική

απεικόνιση. Δεν εξελίσσεται σε καρκίνο. Τα μικρά ινοαδενώματα δεν χρειάζονται αφαίρεση. Τα μεγάλα (άνω των δύο εκατοστών) πρέπει να αφαιρούνται για το λόγο ότι κανείς ούτε το υπερηχογράφημα ούτε η μαστογραφία ούτε η διαγνωστική παρακέντηση δεν μπορούν να τα ξεχωρίσουν από τους φυλλοειδείς όγκους, που μπορεί να κρύβουν κακοήθεια. Ειδική κατηγορία είναι τα γιγάντια ινοαδενώματα, που όμως είναι σπανιότατα (Μιχάλας, 2000).



ΑΠΟΤΙΤΑΝΩΜΕΝΟ ΙΝΟΑΔΕΝΩΜΑ

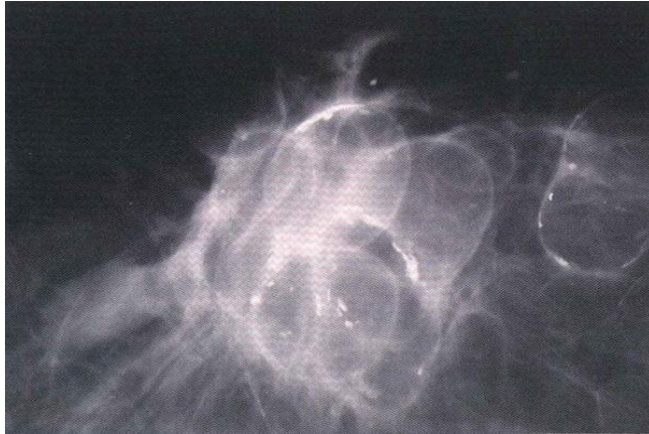
Πρόκειται για εναπόθεση αλάτων ασβεστίου πάνω σε ένα παλιό ινοαδένωμα. Συμβαίνει σε μερικές γυναίκες μεγάλης ηλικίας, αλλά δεν σημαίνει τίποτε περισσότερο από ένα απλό ινοαδένωμα. Δεν κρύβει κακοήθεια και δεν απαιτεί χειρουργική εκτομή, αν και η εικόνα του στην μαστογραφία είναι εντυπωσιακή, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να είναι πολύ συχνά ανήσυχες αν δεν τις εφησυχάσει κάποιος ειδικός γιατρός (Hayer, 1999).



ΚΥΣΤΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ (BREAST CYSTS)

Συχνή πάθηση μεγάλου ποσοστού των γυναικών. Εμφανίζονται συνήθως μετά την ηλικία των είκοσι πέντε με τριάντα ετών, αλλά όχι μετά την εμμηνόπαυση. Δεν αποτελούν προκαρκινοματώδη κατάσταση και η ύπαρξη τους δεν αυξάνει τις πιθανότητες καρκίνου στο μαστό. Δεν ξέρουμε που οφείλονται, μάλλον πρόκειται για αρχή εκφύλισης των αδενικών λοβίων. Μπορεί να είναι μία ή περισσότερες, στον έναν ή και στους δύο μαστούς. Το μέγεθος τους μπορεί να ποικίλλει από λίγα χιλιοστά μέχρι αρκετά εκατοστά του μέτρου. Μπορεί να μεγαλώνουν γρήγορα και συνήθως δεν πονούν, εκτός και αν φλεγμαίνουν. Η διάγνωση τους γίνεται με την κλινική εξέταση (ψηλάφηση), αλλά εύκολα μπορεί κανείς να μπερδέψει την απλή κύστη με ένα ινοαδένωμα.

Επιβεβαίωση γίνεται με το υπερηχογράφημα, το οποίο είναι η μέθοδος εκλογής για να ξεχωρίσει αν το μόρφωμα που ψηλαφάται είναι κυστικό η συμπαγές, και όχι με τη μαστογραφία. Η μικρή αψηλάφητη κύστη των λίγων χιλιοστομέτρων που βρίσκεται τυχαία σε κάποιο υπερηχογράφημα χρειάζεται μόνο παρακολούθηση. Η μεγαλύτερη κύστη που είναι ψηλαφητή δεν απαιτεί χειρουργική αφαίρεση. Αντιμετωπίζεται με εκκενωτική παρακέντηση, που γίνεται εύκολα στο ιατρείο. Γίνεται με μια συνηθισμένη σύριγγα με βελόνα, δεν πονάει περισσότερο από μια αιμοληψία και δεν απαιτεί τοπική αναισθησία. Μετά την παρακέντηση, μια κύστη αδειάζει και δεν πρέπει να ψηλαφάται πια. Αν συνεχίζει να ψηλαφάται, σημαίνει ότι μπορεί να υπάρχει και συμπαγές στοιχείο στο τοίχωμα της, οπότε χρειάζεται χειρουργική αφαίρεση.



Μαστογραφία καλοήθων κύστεων μαστού με αποπιτανώσεις στο τοίχωμά τους.

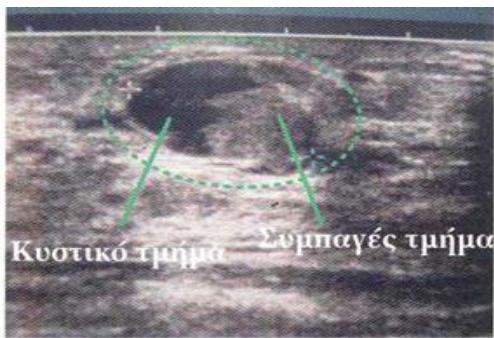
Το υγρό που περιέχει μια τυπική απλή κύστη του μαστού έχει στην αρχή χρώμα κίτρινο, που με την πάροδο των χρόνων μπορεί να γίνει πράσινο ή μπλε. Δεν απαιτείται κάποια εξέταση του υγρού, χωρίς κάτι τέτοιο είναι λάθος. Όταν όμως είναι αιμορραγικό (κόκκινο), πρέπει οπωσδήποτε να σταλεί για καλλιέργεια μικροβίων κυττάρων. Όταν είναι πυώδες, πρέπει να σταλεί για καλλιέργεια μικροβίων, γιατί ενδέχεται να οδηγήσει σε απόστημα και να χρειασθεί αντιβιοτικά.



Οι καλοήθειες κύστεις του μαστού περιέχουν συνήθως θολό κίτρινο υγρό.

Χειρουργική αφαίρεση κύστεως μαστού, λόγω υποψίας καρκίνου, απαιτείται μόνο στις εξής περιπτώσεις:

- i. Όταν είναι αιμορραγικό το περιεχόμενο της κύστεως (κόκκινο υγρό), ακόμα κι αν η κυτταρολογική του εξέταση είναι αρνητική για καρκίνο.
- ii. Όταν μετά την παρακέντηση συνεχίζει να ψηλαφάται το ογκίδιο, δηλαδή δεν εξαφανίζεται, όπως είναι το πιο σύνηθες.
- iii. Όταν το υπερηχογράφημα δείχνει και συμπαγές μórφωμα στο τοίχωμα ή μέσα στην κύστη (μικτή κύστη).
- iv. Όταν υπάρχει υποτροπή της κύστεως (ξαναγεμίζει πάλι με υγρό λίγες μέρες μετά την παρακέντηση) (Buckman, 2000).



Μικτή κύστη μαστού. Στο υπερηχογράφημα φαίνεται η στρογγυλή κύστη με το κυστικό και το συμπαγές τμήμα της.

ΙΝΟΚΥΣΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΠΑΘΕΙΑ

Πρόκειται για πολύ συνηθισμένη καλοήθη κατάσταση, που εμφανίζουν οι μισές γυναίκες. Η έντονη μηνιαία ορμονική δραστηριότητα επηρεάζει και τους μαστούς, οι οποίοι κάθε μήνα υπερτρέφονται ελαφρά πριν από την περίοδο και ηρεμούν μετά. Ο μαστός περιέχει λίγα ή πολλά μικρά ογκίδια, τα οποία είναι περιοχές αυξημένων ινώσεων αλλά και μικρών ή μεγάλων κύστεων, εξ ου και η ονομασία ινοκυστική νόσος. Μόνο οι ακραίες περιπτώσεις ινοκυστικής

μαστοπάθειας αποτελούν πάθηση, απασχολούν τους γιατρούς και μπορεί να χρειασθούν θεραπεία. Δε θεωρείται προκαρκινωματώδης κατάσταση. Μπορεί όμως εύκολα ένας καρκίνος του μαστού να κρυφτεί μέσα σε έναν έντονα ινοκυστικό μαστό και έτσι να καθυστερήσει η διάγνωση του. Συνεπώς, οι γυναίκες με έντονη ινοκυστική μαστοπάθεια έχουν αυξημένες πιθανότητες να υποβληθούν κάποτε σε χειρουργική βιοψία λόγω υποψίας καρκίνου, όχι όμως και αυξημένη πιθανότητα να πάθουν καρκίνο.

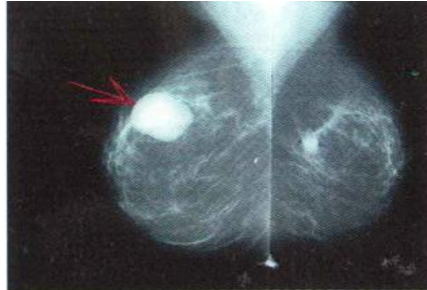
Τα συχνότερα συμπτώματα είναι ο πόνος και τα ψηλαφητά ογκίδια. Ο πόνος είναι συνήθως πιο έντονος πριν από τη έμμηνο ρύση και εντοπίζεται συνήθως στα άνω έξω τεταρτημόρια των μαστών. Τα ψηλαφητά ογκίδια δεν λείπουν και μπορεί να συνυπάρχει έκκριση υγρού από τις θηλές. Το υγρό των κύστεων πρέπει τυπικά να εξετάζεται κυτταρολογικά για την πιθανότητα ανευρέσεως κακοήθων κυττάρων, αν και ποτέ δε βρίσκεται καρκίνος στο συνηθισμένο κίτρινο υγρό των κύστεων (Παπαδόπουλος & Τσαλίκης, 2004).

ΦΥΛΛΟΕΙΔΗΣ ΟΓΚΟΣ (PHYLLOEIDES TUMMOR)

Πρόκειται για ασυνήθιστο όγκο του μαστού. Μπορεί να είναι καλοήθης αλλά και κακοήθης. Εμφανίζεται σε μικρές ηλικίες, από δεκαέξι έως είκοσι ετών. Μοιάζει πολύ με ινοαδένωμα και στην κλινική εξέταση και στο υπερηχογράφημα. Φτάνει όμως, αν δεν αφαιρεθεί, σε μεγέθη που δεν φτάνει ένα ινοαδένωμα. Μόνο η βιοψία και ο έλεγχος στο μικροσκόπιο θα ξεχωρίσουν αν είναι ινοαδένωμα η φυλλοειδής όγκος και αν είναι καλοήθης ή κακοήθης. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο πρέπει να συνιστάται η αφαίρεση των ευμεγεθών ινοαδενωμάτων (μεγαλυτέρων των δύο εκατοστών του μέτρου).

Η κακοήθης μορφή λέγεται **φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα**, μεγαλώνει τοπικά, αλλά μπορεί να δώσει και μεταστάσεις. Η διάγνωση κακοήθους φυλλοειδούς όγκου απαιτεί νέα, ευρύτερη επέμβαση, που να περιλαμβάνει υγιές τμήμα του

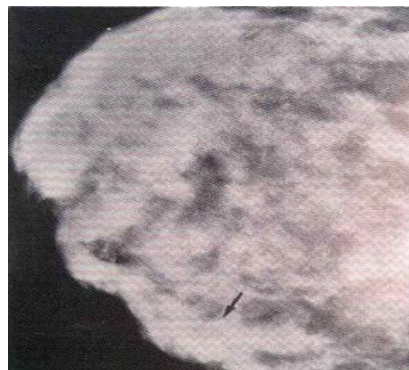
μαστού γύρω από τον υπάρχοντα όγκο, ώστε να μην υπάρξει αργότερα επανεμφάνιση της νόσου(υποτροπή) (Παπαδήμας & Μπόντης, 2009).



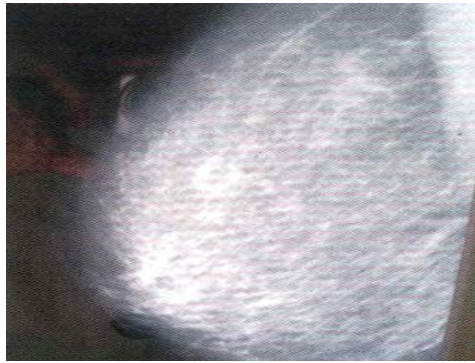
Φυλλοειδής όγκος.

ΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΗ ΑΔΕΝΩΣΗ (SCLEROSING ADENOSIS)

Σπάνια καλοήθης πάθηση, που εκδηλώνεται με ένα ή περισσότερα σκληρά ψηλαφητά ογκίδια, ενίοτε ευαίσθητα, που θυμίζουν καρκίνο, αλλά δεν είναι. Συχνά συνυπάρχουν μικροαποτιτανώσεις. Η βιοψία συνήθως είναι αναπόφευκτη (Φύσσας, 2006)



Μαστογραφία σκληρυντικής αδένωσης. Δύσκολο να ξεχωρίζει κανείς έναν όγκο (που φαίνεται λευκός) μέσα σε άλλες τόσες επίσης λευκές σκιάσεις.

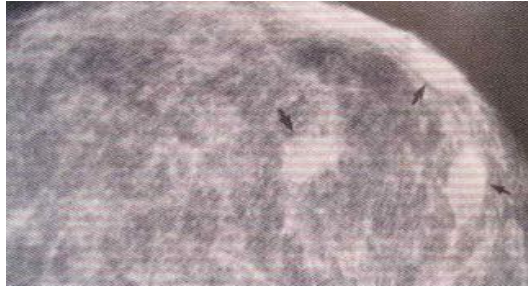


Φυσιολογική μαστογραφία. Σε συγκριση με την άλλην εικόνα θα μπορούσε να φανεί εδώ μια υπο-ύποπτη σκίαση καρκίνου αμέσως μόλις θα αναπτυσσόταν, ως λευκή μέσα σε μαύρο φόντο.

ΝΕΚΡΩΣΗ ΛΙΠΟΥΣ (FAT NECROSIS)

Σπάνια πάθηση, που συνήθως προκαλείται μετά από τραυματισμό του μαστού (χτύπημα, τροχαίο ατύχημα, χειρουργική επέμβαση κ.λπ.).

Πρόκειται για σκληρό, ανώδυνο ψηλαφητό ογκίδιο, που μοιάζει με καρκίνο ακόμη και μαστογραφικά, είναι όμως 100% καλοήθες. Η χειρουργική βιοψία είναι συνήθως αναπόφευκτη (Φύσσας, 2006).

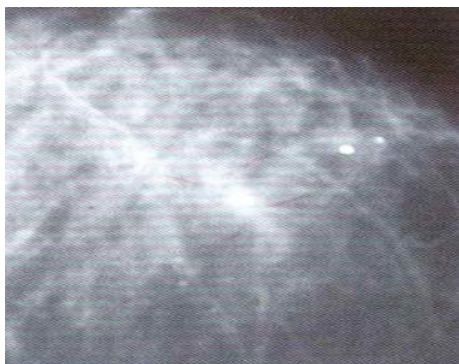


Μαστογραφία τριών σημείων νέκρωσης λίπους. Τροχαίο ατύχημα προ δεκαετίας.

ΑΚΤΙΝΩΤΗ ΟΥΛΗ (RADIAL SCAR)

Πρόκειται για καλοήγη πάθηση των μαστών, που όμως μοιάζει τόσο πολύ με καρκίνο στη μαστογραφία, που η χειρουργική εκτομή για βιοψία είναι αναπόφευκτη. Ποτέ δε γίνεται καρκίνος, αλλά δυστυχώς ποτέ δεν είναι σίγουρο από τη μαστογραφία ότι δεν έχουμε να κάνουμε με ακτινωτή ουλή ώστε να γλιτώσει η ασθενής την επέμβαση.

Είναι ίσως η μόνη πάθηση που μπορεί να μπερδέψει ακόμα και την ταχεία βιοψία. (Baron-Faust, 1999)



Μαστογραφία ακτινωτής ουλής.

ΓΥΝΑΙΚΟΜΑΣΤΙΑ

Καλοήθης διόγκωση των μαστών που εμφανίζεται σε άνδρες εφήβους, νέους ή ηλικιωμένους(δεκαπέντε έως είκοσι πέντε των ή άνω των εξήντα). Συχνότερα βρίσκεται και στους δύο μαστούς, αλλά μπορεί και να βρεθεί μόνο στον έναν. Συνήθως υποχωρεί μόνη της, χωρίς θεραπεία, χρειάζεται όμως ψυχολογική υποστήριξη στα νεαρά αγόρια. Είναι άγνωστης αιτιολογίας και συνήθως δε δημιουργεί κανένα πρόβλημα. Επειδή σπάνια μπορεί να υπάρχει ορμονικό-ενδοκρινολογικό πρόβλημα, καλό είναι να επικοινωνεί ο ασθενής με τον γιατρό του. Αν η διόγκωση των μαστών είναι πολύ έντονη επειδή προκαλεί έντονο ψυχολογικό πρόβλημα στους νεαρούς εφήβους μπορεί θαυμάσια να γίνει χειρουργική διόρθωση, με άριστο αισθητικό αποτέλεσμα. Σήμερα αντιμετωπίζεται επιτυχώς και με λιποαναρρόφηση.

Στους ηλικιωμένους μπορεί να οφείλεται και στη λήψη φαρμάκων (ψυχοφάρμακα, δακτυλίτιδας, αντικαταθλιπτικών, ορμονών, φαρμάκων για υπερτροφία ή καρκίνο του προστάτη). Η διόγκωση τους ενός μαστού σε μεγάλους άνδρες πρέπει πάντα να ελέγχεται για καρκίνο πριν αποδοθεί σε γυναικομαστία. Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες είναι εκατό φορές σπανιότερος σε σχέση με τις γυναίκες, όχι όμως ανύπαρκτος (Μαρκόπουλος, 2007).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ (BREAST CANCER)

I. Είδη καρκίνου του μαστού:

Υπάρχουν πολλά είδη καρκίνου του μαστού. Εξαρτάται πώς τους κατατάσσουμε. Ανάλογα με το πόσο βαθιά έχει προχωρήσει ένας καρκίνος μέσα στο μαστό, χωρίζεται σε μη διηθητικό (in situ) και σε διηθητικό. Ανάλογα με τα κύτταρα από τα οποία προέρχεται, χωρίζεται σε πορογενή και σε λοβιακό. Ανάλογα με το πόσο κακοήθες είναι τα κύτταρα του, χωρίζεται σε καρκίνο με βαθμό κακοήθειας 1 (χαμηλό), 2 (μέτριο) ή 3 (υψηλό). Ο βαθμός κακοήθειας είναι βασικός δείκτης, που δείχνει πόσο γρήγορα πολλαπλασιάζονται τα κύτταρα και συνεπώς πόσο γρήγορα μεγαλώνει ένας όγκος μαστού. Ο όγκος βαθμού 1 μεγαλώνει πιο αργά, ενώ ο όγκος βαθμού 2 πιο γρήγορα είναι δηλαδή πιο κακοήθης. Η κατάταξη αυτή βρίσκεται στο έντυπο ιστολογικής εξέτασης του όγκου που αφαιρέθηκε και γίνεται από τους παθολογοανατόμους, που εξετάζουν στο μικροσκόπιο τα τεμάχια ιστών που οι χειρουργοί αφαιρούν στο χειρουργείο (Korans, 2000).

Διηθητικός καρκίνος και in situ καρκίνος

Συνήθως προηγείται του καρκίνου μια υπερπλασία κάποιων κυττάρων. Αργότερα τα κύτταρα αυτά γίνονται άτυπα (παραμορφωμένα) και πιο μετά γίνονται καρκινικά (κακοήθη). Αυτά μεγαλώνουν κλεισμένα μέσα σε μια μεμβράνη που λέγεται βασική μεμβράνη και τα απομονώνει από τα υπόλοιπα κύτταρα του μαστού. Στη φάση αυτή ο καρκίνος θεωρείται εντοπισμένη νόσος, δεν κάνει μεταστάσεις σε άλλα όργανα και άρα είναι ιάσιμος με απλή

χειρουργική αφαίρεση. Αυτή η μορφή του ονομάζεται καρκίνος *in situ* και είναι αρχόμενη νόσος.

Μεγαλώνοντας σιγά σιγά, ο καρκίνος διασπά τη βασική αυτή μεμβράνη και διεισδύει (διηθεί, όπως λέγεται) στα γειτονικά κύτταρα, τα αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία. Τότε ονομάζεται διηθητικός (*invasive* ή *infiltrative*). Ο διηθητικός καρκίνος είναι πιο προχωρημένη νόσος, με την έννοια ότι μπορεί να κάνει μεταστάσεις σε άλλα όργανα, χωρίς όμως αυτό να είναι υποχρεωτικό. Δηλαδή, διαβάζοντας σε ένα χαρτί ιστολογικής εξέτασης κάποιου νοσοκομείου τη λέξη « διηθητικό καρκίνωμα », αυτό δεν σημαίνει αυτομάτως και ότι έχουν γίνει μεταστάσεις και αλλού, σημαίνει μόνο ότι κάτι τέτοιο είναι πιθανό.

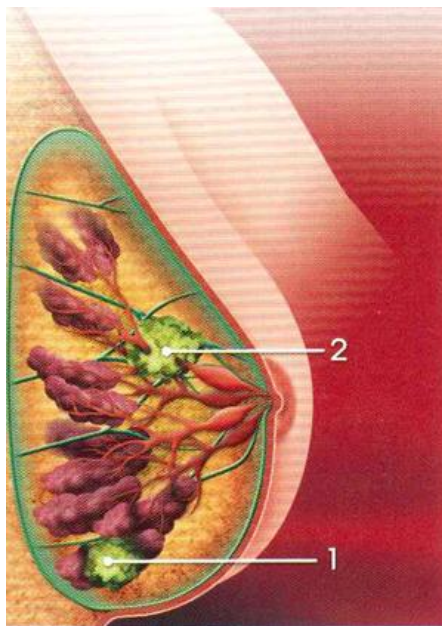
Το διάστημα που μεσολαβεί για να μεταπέσει ένας καρκίνος από *in situ* σε διηθητικό μπορεί να είναι από κάποιοι μήνες έως κάποια χρόνια. Υπάρχουν *in situ* μορφές που μεγαλώνουν φθάνοντας σε μεγάλα μεγέθη, χωρίς να γίνουν διηθητικές. Τότε, παρά το μέγεθος του όγκου, μπορεί ο γιατρός να διαβεβαιώσει τον ασθενή ότι με την ευρεία αφαίρεση του όγκου δε διατρέχει κίνδυνο μεταστάσεων από αυτόν. Χρειάζεται όμως τακτική παρακολούθηση, γιατί μπορεί αργότερα να εμφανιστεί ένας καρκίνος κάπου αλλού στον ίδιο ή στον άλλο μαστό. Αντιθέτως, υπάρχουν επίσης μορφές διηθητικού καρκίνου τόσο επιθετικές που διηθούν σχεδόν εξαρχής τους γύρω ιστούς, χωρίς να περάσουν από το στάδιο *in situ*. Δηλαδή ο *in situ* καρκίνος είναι συνήθως πρόδρομη μορφή του διηθητικού, αλλά αυτό δεν ισχύει πάντα (Hayer, 1999).

Λοβιακός και πορογενής καρκίνος

Λοβιακός (*lobular*) ονομάζεται ο καρκίνος του μαστού που προέρχεται από κύτταρα των αδενικών λοβίων, από αυτά δηλαδή που παράγουν το γάλα.

Πορογενής (*ductal*) ονομάζεται ο καρκίνος που προέρχεται από κύτταρα των πόρων του μαστού, από αυτά δηλαδή που μεταφέρουν το γάλα.

Συνεπώς ένας καρκίνος μπορεί να είναι *in situ* πορογενής ή *in situ* λοβιακός. Μπορεί επίσης να είναι διηθητικός πορογενής η διηθητικός λοβιακός. Τέλος μπορεί κάθε ένα από τα ανωτέρω είδη καρκίνου να έχει μικρό, μέτριο ή μεγάλο βαθμό κακοήθειας (Φύσσας, 2007).



1.λοβιακός καρκίνος
2.πορογενής καρκίνος

Πορογενής διηθητικός καρκίνος του μαστού (IDC)

Είναι ο καρκίνος που αρχίζει από τα κύτταρα των γαλακτοφόρων πόρων, αυτών δηλαδή που μεταφέρουν το γάλα από τα λοβία προς τη θηλή. Αποτελεί το 80% του συνόλου των καρκινωμάτων του μαστού, πρόκειται δηλαδή για τη συχνότερη μορφή και είναι συνήθως μονήρης. Μόνο το 1% των περιπτώσεων είναι πιθανό να υπάρχει και δεύτερη εστία στον ίδιο ή και στον άλλο μαστό. Μπορεί να εκδηλωθεί με όλα τα πιθανά συμπτώματα, ανάλογα με την περίπτωση: ψηλαφητό όγκο, έκκριμα από τη θηλή, εισολκή του δέρματος, ψηλαφητούς λεμφαδένες μασχάλης, πόνο κ.λπ. είναι ορατός στη μαστογραφία.

Μπορεί να δώσει μεταστάσεις σε άλλα όργανα. Η επιθετικότητα και ο βαθμός κακοήθειάς του εμφανίζουν πολύ μεγάλη ποικιλία, ανάλογα με την περίπτωση (Ιωαννίδου- Μουζάκα, 2005).

Λοβιακός διηθητικός καρκίνος του μαστού (ILC)

Είναι ο καρκίνος που αρχίζει από τους λοβιακούς αδένες, που παράγουν το γάλα. Αποτελεί το 10% του συνόλου των καρκινωμάτων του μαστού. Τα τελευταία χρόνια, για άγνωστους λόγους μέχρι στιγμής αυξάνει η συχνότητά του, κυρίως στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Στο 20% των περιπτώσεων μπορεί να βρεθεί και στον άλλο μαστό (αμφοτερόπλευρος καρκίνος μαστού). Εκδηλώνεται συνήθως με ψηλαφητό όγκο στο μαστό. Είναι ορατός στη μαστογραφία. Δεν προκαλεί έκκριση υγρού από τη θηλή (Buckman, 2000).

Λοβιακός in situ καρκίνος (LCIS-LOBULAR CARCINOMA IN SITU)

Γράφεται διεθνώς ως LCIS. Είναι η λιγότερο επιθετική μορφή καρκίνου του μαστού, γιατί έχει πιθανότητα 20% στα δεκαπέντε χρόνια να μετατραπεί σε διηθητικό καρκίνο μαστού. Είναι αόρατος στη μαστογραφία και συνήθως βρίσκεται σε τμήμα μαστού που αφαιρέθηκε για άλλο λόγο (βιοψία, αφαίρεση κάποιου άλλου ογκιδίου, πλαστική μείωσης μαστών κ.λπ.). στο 80% των περιπτώσεων είναι **πολυεστιακός**, δηλαδή βρίσκεται σε άλλα σημεία του ίδιου μαστού. Στο 25% βρίσκεται και στον άλλο μαστό. Πρόκειται για πάθηση που για την αντιμετώπισή της δεν υπάρχει ομοφωνία. Πολλές λύσεις έχουν προταθεί, ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία κάθε ασθενούς, αλλά και της ιατρικής ομάδας που θα την αντιμετωπίσει.

Με την πάθηση αυτή συμβαίνει το εξής παράδοξο: Ενώ στον επιθετικό διηθητικό καρκίνο του μαστού γίνονται προσπάθειες σήμερα να διασωθεί ο μαστός και δυο στις τρεις φορές επιτυγχάνεται, στο «καλοηθέστερο»

κακόηθες» ογκίδιο του μαστού, το LCIS, οι περισσότεροι ειδικοί συνιστούν υποδόρια μαστεκτομή, λόγω της αυξημένης πολυεστιακότητας (Korans, 2000).

Πορογενής in situ καρκίνος (DCIS-DUCTAL CARCINOMA IN SITU)

Γράφεται διεθνώς ως DCIS. Όπως προαναφέρθηκε « in situ » σημαίνει πρόδρομη μορφή καρκίνου που δεν μεγαλώνει τοπικά. Δε δίνει μεταστάσεις, εκτός κι αν εξαλλαγεί σε διηθητικό καρκίνο, πράγμα που έχει πιθανότητα 30% να συμβεί στα δέκα χρόνια. Φαίνεται στη μαστογραφία, επειδή συνήθως περιέχει μικροαποτιτανώσεις, οι οποίες δε δείχνουν σαφώς το μέγεθός του, γιατί ο όγκος μπορεί να επεκτείνεται και πέρα από αυτές. Στο 30% των περιπτώσεων βρίσκεται και σε άλλα σημεία του ίδιου μαστού και το 5% μπορεί να βρεθεί στον άλλο μαστό.

Οι γυναίκες που αντιμετώπισαν πορογενές καρκίνωμα in situ στο παρελθόν, έχουν αυξημένο κίνδυνο (25-50%) να αναπτύξουν κάποια μορφή διηθητικού καρκίνου στο μέλλον, γι' αυτό βρίσκονται και στην ομάδα επαγρύπνησης όπως λέμε, με τακτικό κλινικό και μαστογραφικό προληπτικό έλεγχο.

Κάποιες από αυτές πρέπει να λαμβάνουν ορμονοθεραπεία, η οποία υπό ορισμένες συνθήκες μειώνει αυτόν τον κίνδυνο (Moller, 2000).



Μαστογραφία πορογενούς in situ καρκίνου.

Νόσος Paget της θηλής

Πρόκειται για σπάνια μορφή πορογενούς διηθητικού καρκινώματος των τελικών γαλακτοφόρων πόρων της θηλής. Διηθείται η θηλή του μαστού, γιατί ο όγκος βρίσκεται σχεδόν από κάτω της.

Προκαλείται έτσι μια κοκκινίλα της θηλής και της θηλαίας άλω, που μοιάζει με έκζεμα. Αποτελεί λιγότερο από το 1% των κακοηθειών του μαστού (Πανουσόπουλος & Αποστολίδης, 2001).

Σάρκωμα

Πρόκειται για μια ξεχωριστή κατηγορία κακοήθους μορφής που προέρχεται από τα κύτταρα των ινών του μαστού. Αποτελεί λιγότερο από το 1% των κακοήθων παθήσεων του μαστού. Δε μεθίσταται στους λεμφαδένες της μασχάλης, γι' αυτό και αντιμετωπίζεται με ευρεία ογκεκτομή ή απλή μαστεκτομή, δηλαδή χωρίς την αφαίρεση των λεμφαδένων της μασχάλης. Το σάρκωμα προκαλεί συνήθως αιματογενείς μεταστάσεις (Μουτάφη, 2004).

Φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού

Ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού είναι μια ειδική κατηγορία καρκίνου. Συνοδεύεται από μικροβιακή ή άσηπτη φλεγμονή των λεμφαγγείων μιας περιοχής εμφανίζει σαφή ερυθρότητα, μπορεί εύκολα να θεωρήσει κανείς πως πρόκειται για απλή φλεγμονή και να χορηγήσει αντιβίωση. Συνήθως η ερυθρότητα στο φλεγμονώδη καρκίνο είναι διάχυτη και καταλαμβάνει μεγάλο μέρος της επιφάνειας του δέρματος, ακόμα και το 1/3. Αντίθετα, στη φλεγμονή και στο απόστημα του μαστού η ερυθρότητα συνήθως εστιάζεται ιδιαίτερα σε ένα σημείο του δέρματος, που είναι το κέντρο της φλεγμονής, και όσο

απομακρυνόμαστε από εκεί αραιώνει. Ο φλεγμονώδης καρκίνος κατατάσσεται εξαρχής στο 3^ο στάδιο καρκίνου του μαστού (Φύσσας, 2007).



Καλοήθης φλεγμονή από μόλυνση στο δέρμα του μαστού. Η έντονη ερυθρότητα είναι εντοπισμένη στο κέντρο και μετά αραιώνει. Δεν κατάλαμβάνει πολύ μεγάλη επιφάνεια του δέρματος του μαστού.



Φλεγμονώδης καρκίνος μαστού. Παρατηρείται ερυθρότητα του δέρματος που είναι διάχυτη γύρω και κάτω από τη θηλή χωρίς εστιακό κέντρο. Το δέρμα θυμίζει φλούδα πορτοκαλιού.

Μυελοειδές καρκίνωμα

Εμφανίζεται συχνότερα σε προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες και αποτελεί το 4% περίπου των καρκίνων του μαστού.

Είναι γενικά μεγάλοι όγκοι, μαλακής σύστασης, καλώς περιγεγραμμένοι. Μαστογραφικά έχουν συνήθως τη μορφή καλώς αφοριζόμενων βλαβών και μιμούνται καλοήθεις βλάβες.

Ιστολογικά η περιφέρεια τους είναι διηθητική, αλλά ομαλή με λίγες προσεκβολές. Μικροσκοπικά τα κύτταρα είναι ευμεγέθη, με πυρηνική ατυπία και πολλές μιτώσεις και σχηματίζουν αθροίσεις, που διαχωρίζονται από συνδετικό ιστό. Εντός αυτού παρατηρείται φλεγμονώδης διήθηση από λεμφοκύτταρα και πλασματοκύτταρα.

Η πρόγνωση του είναι σχετικά καλή και οι λεμφαδενικές μεταστάσεις όχι ιδιαίτερα συχνές (Creagen, 2007).

Θηλώδες καρκίνωμα

Τα θηλώδη καρκινώματα σπάνια γίνονται διηθητικά. Εμφανίζονται σε ηλικιωμένες κυρίως γυναίκες στους επιχώριους λεμφαδένες και έχουν καλή πρόγνωση (Creagen, 2007).

Σωληνώδες καρκίνωμα

Πρόκειται για σπάνιο νεόπλασμα, που εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες μέσης ηλικίας, έχει πολύ καλή πρόγνωση και μικρή πιθανότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων. Συχνά είναι πολυκεντρικό ή και αμφοτερόπλευρο. Η παρουσία θετικού οικογενειακού ιστορικού είναι αρκετά συχνή.

Δεν προσλαμβάνει συνήθως μεγάλο μέγεθος (0.5-1.5cm) και ανιχνεύεται αρκετά συχνά μαστογραφικά (ως αστεροειδής μικρή βλάβη που ίσως

συνδυάζεται με συρροή αποτιτανώσεων) παρά με την κλινική εξέταση. Μικροσκοπικά αποτελείται από μικρές σωληνώδεις αθροίσεις, στερούμενες βασικής μεμβράνης (Φύσσας, 2006).

Βλεννώδες η κολλοειδές καρκίνωμα

Έχει καλή πρόγνωση και χαμηλή συχνότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων το μέγεθος του ποικίλλει. Στη φυσική εξέταση παρουσιάζεται ως μάζα και με σύσταση ανάλογη του φυσιολογικού παρεγχύματος. Η μαστογραφική του εικόνα έχει τη μορφή μάζας ωοειδούς ή ακανόνιστου σχήματος με ομαλά, όρια που δίνει την εντύπωση καλοήθειας.

Ιστολογικά αποτελείται από άφθονη εξωκυττάρια βλέννη, εντός της οποίας βρίσκονται μικρές αθροίσεις κακοηθών κυττάρων (Ιωαννίδου- Μουζάκα, 2007).

Επιδερμοειδές καρκίνωμα

Το επιδερμοειδές (πλακώδες) καρκίνωμα του μαστού είναι μια σπάνια οντότητα που αποτελεί <1% των διηθητικών καρκίνων του μαστού. Πρόκειται για μορφή μεταπλαστικού καρκινώματος καθώς το επιθήλιο του μαζικού αδένα φυσιολογικά δεν έχει την ικανότητα κερατινοποίησης. Στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει και ένα στοιχείο πορογενούς διηθητικού αδενοκαρκινώματος, ωστόσο η διάγνωση τίθεται όταν >90% των νεοπλασματικών κυττάρων είναι πλακώδη σε συνδυασμό με απουσία πλακώδους καρκινώματος σε άλλη εντόπιση, καθώς και διήθησης του δέρματος. Τα πρώτα περιστατικά αναφέρθηκαν το 1939.

Λόγω της σπανιότητας του επιδερμοειδούς καρκίνου του μαστού δεν έχει πλήρως καθοριστεί, εάν αυτός ο όγκος αποτελεί ένα αμιγές πρωτοπαθές πλακώδες καρκίνωμα του μαστού ή μια ακραία περίπτωση πλακώδους

μεταπλασίας αδενοκαρκινώματος του μαστού. Εκτεταμένη πλακώδης μεταπλασία ωστόσο έχει αναφερθεί ακόμη και σε ινοαδενώματα.

Η ηλικία εμφάνισης κυμαίνεται από 31-83 ετών, ενώ κλινικά περιγράφεται ως μεγάλος, συμπαγής όγκος με σκληρή σύσταση συχνότερα στον αριστερό μαστό. Σε ό,τι αφορά την πρόγνωση, υπάρχουν αναφορές ότι πρόκειται για επιθετικούς όγκους, οι οποίοι συμπεριφέρονται ως χαμηλής διαφοροποίησης αδενοκαρκίνωμα και συχνά παρουσιάζουν τοπικές υποτροπές και απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η μεγαλύτερη δημοσιευμένη σειρά ασθενών με αυτή τη νόσο περιγράφει 33 περιπτώσεις, 2 από τις οποίες παρουσιάστηκαν με μεταστατική νόσο, ενώ 22 υποτροπίασαν. Συμπερασματικά το επιδερμοειδές καρκίνωμα του μαστού είναι μια σπάνια οντότητα με επιθετική συμπεριφορά. Η εξακρίβωση της γονιδιακής υπογραφής αυτού του όγκου αναμένεται να ξεκαθαρίσει την προέλευση του και να οδηγήσει στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή του (Φύσσας, 2006).

Φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού

Ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού είναι μια ειδική καρκίνου. Συνοδεύεται από μικροβιακή ή άσηπτη φλεγμονή των λεμφαγγείων μιας περιοχής εμφανίζει σαφή ερυθρότητα, μπορεί εύκολα να θεωρήσει κανείς πως πρόκειται για απλή φλεγμονή και να χορηγήσει αντιβίωση. Συνήθως η ερυθρότητα στο φλεγμονώδη καρκίνο είναι διάχυτη και καταλαμβάνει μεγάλο μέρος της επιφάνειας του δέρματος, ακόμα και το 1/3. Αντίθετα, στη φλεγμονή και στο απόστημα του μαστού η ερυθρότητα συνήθως εστιάζεται ιδιαίτερα σε ένα σημείο του δέρματος, που είναι το κέντρο της φλεγμονής, και όσο απομακρυνόμαστε από εκεί αραιώνει. Ο φλεγμονώδης καρκίνος κατατάσσεται εξαρχής στο 3^ο στάδιο καρκίνου του μαστού (Korans, 2000).

Αδιαφοροποίητος καρκίνος μαστού

Πρόκειται για πολύ σπάνια μορφή, που δεν μπορούμε να ξεχωρίσουμε ούτε με το μικροσκόπιο από ποια κύτταρα προέρχεται. Είναι συνήθως πιο επιθετική μορφή καρκίνου, χειρότερης προγνώσεως και μπορεί να ανθίσταται και στη χημειοθεραπεία (Hayer, 1999).

Αδενοκαρκίνωμα με ίνωση

Το αδενοκαρκίνωμα με ίνωση αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκινώματος του μαστού σε ποσοστό 75-78%. Πρόκειται για νεόπλασμα που επεκτείνεται στο δέρμα και στους υποκείμενους ιστούς και συνοδεύεται από ταχεία εμφάνιση μεταστάσεων στους λεμφαδένες (Εταιρία Νοσηλευτικών Σπουδών, 1998).

Αδενοκαρκίνωμα η αδένο-Ca

Καρκίνος, καρκίνωμα, αδενοκαρκίνωμα και αδένο-Ca είναι ταυτόσημες έννοιες (Φύσσας, 2006).

II. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού δεν είναι μια ασθένεια με σαφή αιτιολογία, όπως π.χ. η ηπατίτιδα, η φυματίωση, η ευλογιά, ο τέτανος κ.α., που μπορούμε με βεβαιότητα σήμερα να πούμε ότι προκαλούνται από συγκεκριμένα γνωστά μικρόβια και ιούς, ούτε υπάρχει ένα μόνο είδος καρκίνου του μαστού. Είναι γνωστό ότι κάποιες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες από κάποιες άλλες να πάθουν καρκίνο του μαστού και έχουν βρεθεί παράγοντες που αυξάνουν και άλλους που ελαττώνουν αυτόν τον κίνδυνο.

Αυτοί είναι δύο ειδών: **γενετικοί**, που ο άνθρωπος τους μεταφέρει μέσα στα κύτταρά του, και **περιβαλλοντικοί**, που τον επηρεάζουν μετά την γέννηση του. Η γνώση των παραγόντων αυτών μπορεί να βοηθήσει στην αξιολόγηση ατόμων υψηλού κινδύνου, ώστε να παρακολουθούνται σχολαστικά και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα αν νοσήσουν, αλλά να αλλάξουν ορισμένες συνήθειες της ζωής τους που θεωρούνται επικίνδυνες.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο του ιστορικού του μαστού και οι ερωτήσεις γι' αυτούς δεν πρέπει να παραλείπονται (Φιλόπουλος, 2006).

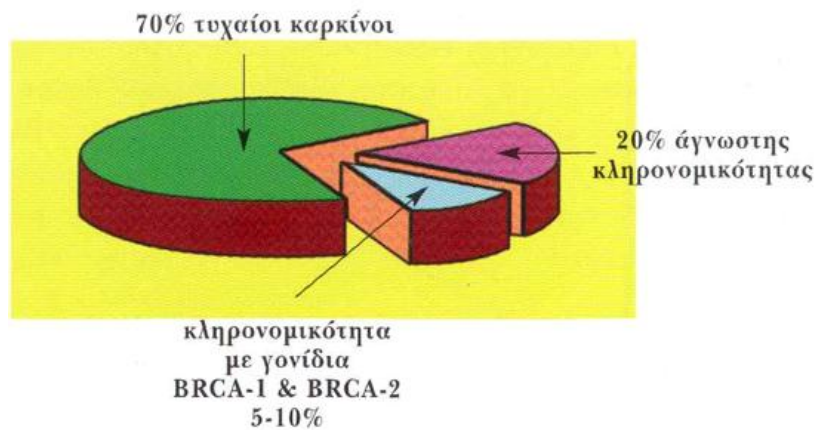
Παράγοντες αυξημένου κινδύνου είναι:

- **Ηλικία:** Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού αυξάνεται με την ηλικία. Οι περισσότερες περιπτώσεις παρουσιάζονται μετά από την ηλικία των 50 ετών (80% των περιπτώσεων) ενώ είναι σπάνιος σε ηλικίες μεταξύ είκοσι και τριάντα πέντε ετών (5% των περιπτώσεων). Εξαιρούνται οι γυναίκες με κληρονομική προδιάθεση.
- **Φύλο:** Καρκίνος του μαστού μπορεί να εμφανιστεί και στους άνδρες. Όμως είναι συχνότερος στις γυναίκες (100 γυναίκες: 1 άνδρας).
- **Θετικό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού:** Όταν μια γυναίκα έχει μια συγγενή πρώτου βαθμού (μητέρα, αδελφή ή κόρη) με καρκίνο του

μαστού, σχεδόν διπλασιάζεται ο σχετικός κίνδυνος να αναπτύξει καρκίνο του μαστού και η ίδια. Ο κίνδυνος σχεδόν πενταπλασιάζεται όταν υπάρχουν δύο συγγενείς πρώτου βαθμού με καρκίνο του μαστού στο ιστορικό τους (Μαρκόπουλος, 2007).

- **Κληρονομικός καρκίνος:** Οφείλεται σε γενετική μετάλλαξη (μετάλλαξη του γονιδίου BRCA1 ή BRCA2) ή είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης άλλων γονιδίων. Ένα μέρος του κληρονομούμενου καρκίνου οφείλεται στις μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA1 και BRCA2. Το BRCA1 είναι ένα γονίδιο, το οποίο παράγει πρωτεΐνες, οι οποίες αντιδρούν με τα DNA του πυρήνα του κυττάρου στο μαστό και την ωοθήκη και εμποδίζουν να δημιουργηθεί ένας καρκίνος αν συμβεί μια μετάλλαξη σε αυτό το γονίδιο παράγονται ανώμαλα πρωτεϊνικά προϊόντα, με αποτέλεσμα να χάσει το γονίδιο την κατασταλτική του ιδιότητα στον καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών. Αυτό το μεταλλαγμένο γονίδιο του BRCA1 κληρονομείται και από την μητέρα και από τον πατέρα. Γυναίκες, οι οποίες παρουσιάζουν μεταλλάξεις του BRCA1, έχουν κίνδυνο να εμφανίσουν 80-90% καρκίνο του μαστού και 50-60% καρκίνο των ωοθηκών, μέχρι την ηλικία των 80 ετών. Ο αντίστοιχος σχετικός κίνδυνος για τις γυναίκες που δεν φέρουν μεταλλάξεις στο BRCA1, δηλαδή του φυσιολογικού πληθυσμού, είναι 12,2% για τον καρκίνο του μαστού και 1% για τον καρκίνο των ωοθηκών, μέχρι την ηλικία των 80 ετών. Το BRCA2, είναι ένα παρόμοιο γονίδιο, το οποίο παρουσιάζει τους ίδιους περίπου κινδύνους για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών, αλλά ακόμη κατηγορείται και για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού στους άντρες.

Ο κληρονομούμενος καρκίνος του μαστού υποπτεύεται όταν στο ιστορικό της γυναίκας υπάρχουν συγγενείς που εκδήλωσαν καρκίνο του μαστού σε μικρή ηλικία ή εκδήλωσαν και στους δύο μαστούς ή αν υπάρχει συγχρόνως και ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών (Μιχαλάκη, 2005).



- **Προσωπικό ιστορικό:** Οι γυναίκες που παρουσίασαν καρκίνο του μαστού στο ένα στήθος, έχουν πιο ψηλό κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο και στον άλλο μαστό (1 στις 100 γυναίκες ανά έτος).
- **Ηλικία εμμηναρχής:** Σε όσο μικρότερη ηλικία εμφανισθεί έμμηνος ρύση (κάτω των δέκα ετών) τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος για ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.
- **Ηλικία εμμηνόπαυσης:** Όσο πιο καθυστερημένα έρθει η εμμηνόπαυση (άνω των 55 ετών) τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος.
- **Ηλικία πρώτης τελειόμηνης εγκυμοσύνης:** Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία απόκτησης πρώτου παιδιού (άνω των 35 ετών) τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος.
- **Η παράλειψη του θηλασμού:** Παρόλο που πολλά έχουν γραφτεί γι' αυτό το θέμα και δεν συμφωνούν όλοι μ' αυτήν την άποψη, οι περισσότερες στατιστικές παρατηρήσεις δείχνουν ότι η παράλειψη θηλασμού αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου μαστού.
- **Αμβλώσεις:** Οι διακοπές της εγκυμοσύνης, στο πρώτο τρίμηνο της, διαπιστώθηκε, πως αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες εκδήλωσης καρκίνου του μαστού (Παπανικολάου, 1995).
- **Ο τόπος καταγωγής:** Οι νέγρες έχουν αυξημένη πιθανότητα αναπτύξεως καρκίνου του μαστού σε σχέση με τις λευκές γυναίκες, ενώ οι Γιαπωνέζες τρεις φορές μικρότερη από τις λευκές (Ιωαννίδου- Μουζάκου, 2007).

- **Η παχυσαρκία:** Έχει παρατηρηθεί στατιστικά λίγο αυξημένη πιθανότητα θανάτου από καρκίνο του μαστού σε παχύσαρκες γυναίκες. Αυτό εξηγείται γιατί το λίπος έχει ένα ένζυμο που λέγεται αρωματάση και μετατρέπει κάποιες ορμόνες σε οιστρογόνα. Πιο πολύ το λίπος, πιο πολλή η αρωματάση, συνεπώς και πιο πολλή ορμόνη ορμόνη μετατρέπεται σε οιστρογόνα. Ορισμένοι όμως υποστηρίζουν πως αυτή η αυξημένη επιθετικότητα του καρκίνου οφείλεται απλώς και μόνο σε καθυστερημένη διάγνωση και έναρξη θεραπείας, γιατί ο όγκος κρύβεται πιο εύκολα μέσα στο μαστό λόγω παχυσαρκίας (Αγοραστός & Μπόντης, 2008).

- **Έλλειψη φυσικής δραστηριότητας:** Σύμφωνα με μελέτες που έχουν δημοσιευτεί στο Ευρωπαϊκό περιοδικό για τον καρκίνο (European Journal of Cancer) η φυσική δραστηριότητα φαίνεται να είναι μια ελπιδοφόρα θεμελιώδεις στρατηγική πρόληψης, και είναι κατάλληλη για μεγάλους πληθυσμούς. Η συσχέτιση της φυσικής δραστηριότητας με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού υποστηρίζεται βιολογικά εφόσον το βάρος μειώνεται και κατ' επέκταση μειώνονται η παχυσαρκία, οι ενδογενείς φυλετικές ορμόνες (παίζουν ρόλο στην έναρξη και παύση της εμμηνορρυσίας), και ενισχύεται το ανοσοποιητικό σύστημα. Η έντονη φυσική δραστηριότητα στην εφηβεία και στις νέες ενήλικες γυναίκες έχει συσχετισθεί αντίστροφα με τη μετέπειτα εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, πιθανότατα επειδή αναβάλλεται η αρχή της έμμηνου ρύσεως και μειώνεται ο αριθμός των κανονικών έμμηνων κύκλων (Λυμπέρη, 2006). Γενικά, η επίδραση της φυσικής δραστηριότητας στη μείωση εμφάνισης καρκίνου του μαστού επιβεβαιώνεται από μια μελέτη στην οποία διαπιστώθηκε ότι, γυναίκες με καθιστικό τρόπο ζωής έχουν περίπου 29% μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού απ' ότι γυναίκες που είναι μέτρια δραστήριες. Η εμφάνιση καρκίνου του μαστού είναι συχνότερη σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση παρά σε γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση. Έτσι γυναίκες με μέτρια ή έντονη φυσική δραστηριότητα σε νεότερη ηλικία (γύρω στα 35 έτη) φαίνεται να έχουν μειωμένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού μετά την

εμμηνόπαυση περίπου 14%. Παρόλα αυτά, επίσης αυξημένα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας στα χρόνια μετά την εμμηνόπαυση έχει συσχετισθεί με μείωση εμφάνισης καρκίνου του μαστού, με πιο ευεργετική την χαμηλή έντασης άσκηση για πολλές ώρες την εβδομάδα παρά έντονη μορφή άσκηση για λίγες μόνο ώρες την εβδομάδα. Γενικότερα η ευεργετική δράση της άσκησης στην πρόληψη και την αντιμετώπιση πολλών ασθενειών είναι ευρέως αποδεδειγμένη όπως και στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού (Αγοραστός & Μπόντης, 2008).

- **Η κατάχρηση λιπαρών ουσιών:** Η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου γενικά, αυξάνεται κατά 30% σε ανθρώπους που για χρόνια συνηθίζουν να τρώνε τροφές τυποποιημένες, κατεψυγμένες με πολλά κορεσμένα λιπαρά και παραλείπουν από τη διατροφή τους υγιεινές τροφές πλούσιες σε βιταμίνες (φρούτα, λαχανικά κ.λπ.) (Αγοραστός & Μπόντης, 2008).

- **Το κάπνισμα:** Το τσιγάρο ευθύνεται και για πολλούς άλλους καρκίνους, βλάβες της καρδιάς και των αγγείων που πρέπει να αποθαρρύνεται η χρήση του. Οι τελευταίες έρευνες δείχνουν ότι όσοι καπνίζουν πολλά χρόνια, έχουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

- **Η κατάχρηση οινοπνεύματος:** Τα τελευταία χρόνια κάποιες μελέτες αναφέρουν ότι οι γυναίκες που για χρόνια καταναλώνουν πάνω από σαράντα γραμμάρια οινοπνεύματος τη μέρα έχουν αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου στο μαστό. Αυτό μάλλον οφείλεται στο ότι το οινόπνευμα, όπως και τα οιστρογόνα, αποσυντίθεται στο ήπαρ. Το οινόπνευμα προκαλεί βλάβη στα ηπατικά κύτταρα και αυτά δυσκολεύονται να αποσυνθέσουν και να αποβάλουν τα οιστρογόνα. Έτσι, οι γυναίκες αυτές έχουν αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων στο αίμα (Μαρκόπουλος, 2007).

- **Ακτινοβολία:** Ο κάθε άνθρωπος έχει ένα ανώτατο όριο ακτινοβολίας που μπορεί να δεχτεί με ασφάλεια. Για να πάθει καρκίνο, πρέπει να ξεπεραστεί σημαντικά αυτό το όριο, το οποίο όμως δεν είναι ίδιο σε όλους και κανένας δεν μπορεί να ξέρει το δικό του. Τα κύτταρα του ανθρώπου επίσης έχουν κάποιου

είδους μνήμη και αθροίζουν όλες τις ακτινοβολίες που έχει δεχτεί κατά τη διάρκεια της ζωής του. Γι' αυτό όλες οι εξετάσεις που ακτινοβολούν τον άνθρωπο με ακτίνες X (αξονικές τομογραφίες, ακτινογραφίες, πυελογραφίες, αγγειογραφίες, στεφανιογραφίες κ.λπ.) πρέπει να χρησιμοποιούνται όταν πραγματικά χρειάζονται, να συστήνονται πάντα με περίσκεψη από τους γιατρούς και να μην γίνεται κατάχρησή τους, ιδιαίτερα σε νέα άτομα (Φύσσας, 2006).

- **Προηγηθείσα βιοψία:** Αν προηγούμενες βιοψίες του μαστού είχαν διαγνώσει πολλαπλές αλλοιώσεις, χωρίς άτυπη υπερπλασία, τότε ο κίνδυνος αυξάνεται κατά 2,5 έως 2 φορές. Αν προηγούμενη βιοψία αποκάλυψε άτυπη υπερπλασία, ο κίνδυνος αυξάνεται κατά 4 έως 5 φορές (Burke, Lemone, 2004).

- **Οιστρογόνα:** Τα οιστρογονικά σκευάσματα, οι περίφημες θηλυκές ορμόνες της γονιμότητας, φαίνεται πως ευνοούν τον καρκίνο του μαστού. Ίσως έτσι εξηγείται γιατί οι άνδρες εμφανίζουν καρκίνο του μαστού εκατό φορές πιο σπάνια από τις γυναίκες. Εξηγείται επίσης γιατί οι γυναίκες που είχαν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα γονιμότητας στη ζωή τους θεωρούνται ελαφρά αυξημένου κινδύνου (Ζαπειρίδης, 2005). Παρόλ' αυτά υπάρχουν σήμερα τροποποιημένα οιστρογονικά υποκατάστατα, όπως είναι το Tibolone (Livial) και το Raloxifene (Evista), που προστατεύουν από τα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα και την οστεοπόρωση, χωρίς να αυξάνουν την πιθανότητα για καρκίνο του μαστού (Ζαφράκας & Γουλής, 2005). Πρόσφατες μελέτες μάλιστα αναφέρουν ότι το Evista μειώνει κατά 50% τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. Κι όμως στην Ελλάδα δεν συνηθίζεται (Πετρόπουλος & Καραγιάννης, 2007).

- **Αντισυλληπτικά χάπια:** Είναι στατιστικά αποδεδειγμένο ότι η χορήγηση αντισυλληπτικών χαπιών για μεγάλο χρονικό διάστημα προκαλεί μια ελάχιστη αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου στο μαστό. Ο ελάχιστος αυτός κίνδυνος δεν είναι παντοτινός. Μειώνεται όταν περάσουν δέκα χρόνια από την διακοπή των αντισυλληπτικών (Πάντος & Τσολακίδης, 2004).

- **Πολλές απόπειρες εξωσωματικών γονιμοποιήσεων:** Ισχύει και εδώ ότι και πριν. Υπάρχει ελάχιστος αυξημένος κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου στο μαστό, ανάλογος με την διάρκεια και τον αριθμό των προσπαθειών που γίνονται για σύλληψη. Σήμερα όμως, αφενός οι δόσεις των ορμονών που χρησιμοποιούνται είναι ελάχιστες σε σχέση με παλιότερα και αφετέρου οι νεότερες τεχνικές επιτυγχάνουν τη σύλληψη πιο γρήγορα και πιο εύκολα. Θεωρείται λοιπόν ασφαλές και αξίζει τον κόπο να γίνονται εξωσωματικές γονιμοποιήσεις, αρκεί να γίνονται με τις σωστές ενδείξεις και να μην διαρκούν δέκα χρόνια.
- **Ψυχική ένταση:** Η μακροχρόνια ψυχική ένταση και η στρεσογόνος κατάσταση στην οποία μπορεί να βρίσκεται μια γυναίκα, αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Μαρκόπουλος, 2007).

Πρέπει να τονισθεί ότι οι επιβαρυντικοί παράγοντες δε σημαίνουν ότι όποια γυναίκα τους έχει θα πάθει υποχρεωτικά κάποτε καρκίνο του μαστού, αλλά και αντίστροφα δε σημαίνει πως όποια γυναίκα δεν τους έχει δεν πρόκειται ποτέ να πάθει καρκίνο (Φύσσας, 2006).

III. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στα αρχικά στάδια, ο καρκίνος του μαστού δεν παρουσιάζει σημάδια ή συμπτώματα. Πολλοί όγκοι του μαστού δεν προκαλούν κανένα απολύτως σύμπτωμα. Μπορεί δηλαδή να ανακαλυφθούν π.χ. με μια μαστογραφία σε μια γυναίκα χωρίς συμπτώματα.

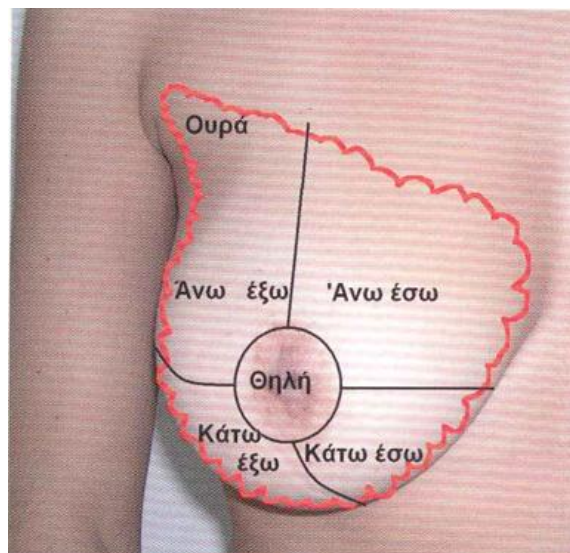
Είναι σημαντικό να θυμόμαστε πως οι περισσότεροι όζοι που ανευρίσκονται στο μαστό δεν είναι καρκίνοι αλλά καλοήθειες καταστάσεις καθώς και ότι τα συμπτώματα και τα κλινικά σημεία που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού μπορεί να οφείλονται και σε άλλες αιτίες (Bickley, 2006).

Κλινικά σημεία και συμπτώματα αποτελούν:

- Ανώδυνη μάζα ή πάχυνση του στήθους
- Ασυνήθιστη μάζα στη μασχάλη ή πάνω από την κλείδα
- Επίμονο εξάνθημα κοντά στην περιοχή της θηλής
- Απολέπιση ή ερύθημα κοντά στη θηλή
- Εισολκή, τράβηγμα ή ρίκνωση σε κάποια περιοχή του μαστού
- Έκκριμα θηλής
- Αλλαγή στη θέση της θηλής
- Αίσθημα καύσου, δήγματος ή νυγμών
- Φουσκωμένες φλέβες στο δέρμα του μαστού
- Λεμφαδένες στη μασχάλη, σκληροί και ακίνητοι
- Λεμφοίδημα άνω άκρου, δηλαδή μεγάλο πρήξιμο του χεριού
- Οζίδια στο δέρμα του θώρακα, της κοιλιάς ή της πλάτης (δερματικές μεταστάσεις)
- Αυτόματα κατάγματα ή ισχυρός πόνος από μεταστάσεις στα οστά
- Συμπτώματα από μεταστάσεις στο ήπαρ (π.χ. ίκτερος), στον εγκέφαλο (π.χ. ίλιγγος) ή στους πνεύμονες (δύσπνοια) (Μουτούση- Μυστρατιάδου, 2000).

IV. Περιοχές του μαστού στις οποίες εμφανίζεται συχνότερα ο καρκίνος

Στην παρακάτω εικόνα φαίνεται η συχνότητα του καρκίνου του μαστού ανά τεταρτημόριο. Μπορεί εύκολα να παρατηρηθεί ότι σχεδόν οι μισές περιπτώσεις (45%) εμφανίζεται στο άνω έξω τεταρτημόριο και στην ουρά του μαστού και ότι το 25% εμφανίζεται στην περιοχή της θηλής. Μόνο το 20% των καρκίνων προσβάλλουν το έσω ημιμόριο (άνω και κάτω έσω τεταρτημόρια) (Buckman, 2000).



V. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στο καθορισμό του καρκίνου του μαστού, αξιολογούνται και το μέγεθος του όγκου και η εξάπλωσή του από την αρχική θέση του. Υπάρχει μια ενιαία και παγκόσμια κατάταξη για το πόσο προχωρημένος είναι ένας καρκίνος, πράγμα που βοηθάει να συνεννοούνται και οι γιατροί μεταξύ τους, αλλά και οι ασθενείς να καταλαβαίνουν σε πιο στάδιο βρίσκονται. Η κατάταξη γίνεται με βάση το διεθνές σύστημα TNM από τα αρχικά των λέξεων Tumor=όγκος, Node=αδένας

και Metastasis=μετάσταση. Σύμφωνα με αυτό το σύστημα Αναγνωρίζονται λοιπόν πέντε κύρια στάδια, από το καρκίνωμα στη φυσική του θέση, το πιο ευνοϊκό, μέχρι το στάδιο IV, το λιγότερο ευνοϊκό. Η θεραπεία και ο βαθμός επιβίωσης επηρεάζονται από το στάδιο κατά τη διάγνωση.

Ο πιο αξιόπιστος παράγοντας επιβίωσης είναι το στάδιο του καρκίνου του μαστού κατά τη στιγμή της διάγνωσης του. Η συνολική πενταετής επιβίωση για ασθενείς με καρκίνο του μαστού είναι 70-75%.

Ο καρκίνος in situ ονομάζεται **στάδιο 0**. Στο στάδιο αυτό, μερικά κύτταρα έχουν γίνει κακοήγη. Όμως δεν έχουν προσβάλλει γειτονικές ομάδες κυττάρων. Το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης είναι σχεδόν 100%..

Στάδιο I. Ο όγκος έχει διάμετρο μικρότερη από 2 cm, είναι εντοπισμένος μόνο στο μαστό, χωρίς να διηθεί το δέρμα ή τη θηλή, και δεν έχει δώσει πουθενά μεταστάσεις. Το ποσοστό επιβίωσης πέντε χρόνια μετά τη διάγνωση είναι 80%.

Στάδιο II. Ο όγκος έχει διάμετρο 2 έως 5 cm, έχει προκαλέσει λεμφαδενικές μεταστάσεις στη μασχάλη, αλλά οι λεμφαδένες αυτοί είναι ακόμα κινητοί.

Στα δύο πρώτα στάδια, ριζικές επεμβάσεις, χημειοθεραπεία ή και ακτινοθεραπεία δικαιολογούνται απολύτως με σκοπό την ίαση. Δεν είναι εύκολη η διάκριση μεταξύ 1^{ου} και 2^{ου} σταδίου με μόνη την κλινική εξέταση. Χρειάζεται πάντα και επέμβαση. Διότι μπορεί να ψηλαφώνται λεμφαδένες στη μασχάλη χωρίς να έχουν καρκινική μετάσταση, αλλά και αντιστρόφως να μην πιάνουμε τίποτα στη μασχάλη και η ιστολογική εξέταση των λεμφαδένων που αφαιρέθηκαν να δείξει μετάσταση. Το ποσοστό επιβίωσης είναι 65%.

Στάδιο III. Όγκος οιοδήποτε μεγέθους, που διηθεί το δέρμα του μαστού ή κολλάει στους μυς του θώρακος ή υπάρχουν μεταστάσεις σε λεμφαδένες της μασχάλης που δεν μπορούμε πια να τους κουνήσουμε, κατά την εξέταση, γιατί είναι καθηλωμένοι στο θώρακα ή στο δέρμα. Εδώ κατατάσσεται και ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού. Η ασθένεια στο στάδιο 3 αντιμετωπίζεται με συνδυασμένη θεραπεία που συχνά περιλαμβάνει χημειοθεραπεία, χειρουργική και ραδιοθεραπεία με ποσοστό επιβίωσης 40%.

Στάδιο IV. Υπάρχουν αιματογενείς μεταστάσεις και σε μακρινά όργανα (π.χ. οστά, ήπαρ, δέρμα, πνεύμονες, εγκέφαλο κ.α.).

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

Πιο συγκεκριμένα αιματογενής μετάσταση είναι η μετάσταση κατά την οποία τα καρκινικά κύτταρα προκαλούν γύρω τους σχηματισμό νέων αιμοφόρων αγγείων, τρέφονται απ' αυτά και μεγαλώνουν τοπικά. Λέγεται αιματογενής διότι προσήλθε μέσω της κυκλοφορίας του αίματος. Αν η διαδικασία αυτή γίνει μέσω των λεμφαγγείων, τότε η μετάσταση λέγεται λεμφογενής, εντοπίζεται αρχικά στο φρουρό λεμφαδένα και αργότερα και στους υπόλοιπους μασχαλιαίους αδένες.

Η ασθένεια στο στάδιο IV αντιμετωπίζεται με χημειοθεραπεία, αν και μπορεί επίσης, να χρησιμοποιηθεί ραδιοθεραπεία αν ο όγκος έχει προσβάλει τον εγκέφαλο ή προκαλεί επώδυνες αλλοιώσεις των οστών. Η επιβίωση στο στάδιο αυτό είναι 10%.

Πιστεύεται ότι, σύντομα, η μελέτη των ήδη γνωστών καρκινικών γονιδίων, σε συνδυασμό με την ανακάλυψη νέων, θα αλλάξουν ριζικά την μέχρι σήμερα εφαρμοζόμενη σταδιοποίηση του καρκίνου, που είναι αρκετά αόριστη, επειδή βασίζεται μόνο στην ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων και στη διάμετρο του όγκου, αγνοώντας το DNA του. Έτσι θα εξηγηθεί τα επόμενα χρόνια γιατί υπάρχουν καρκίνοι του μαστού μικρού μεγέθους, π.χ. λίγων χιλιοστών, που εμφανίζουν μεγάλη επιθετικότητα και ταχύτατη μεταστατικότητα, και υπάρχουν επίσης καρκίνοι διαμέτρου 5 cm, που μεγαλώνουν αργά αργά για χρόνια, χωρίς να δώσουν μεταστάσεις (Φύσσας, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Παρά το ότι οι μαστοί είναι όργανα ευπρόσιτα για εξέταση, μερικές φορές είναι δύσκολο να μπορέσουμε να ξεδιαλύνουμε το πρόβλημα και να θέσουμε μια ασφαλή διάγνωση. Χρησιμοποιούμε τότε διάφορα διαγνωστικά μέσα που βοηθούν σ' αυτήν την κατεύθυνση. Κεντρικός άξονας της προσπάθειάς μας είναι να μη μας διαφύγει ένας καρκίνος του μαστού. Αρχίζουμε από την λεπτομερή λήψη του ιστορικού της ασθενούς και του συγκεκριμένου προβλήματος, προχωρούμε στη κλινική εξέταση (ψηλάφηση) των μαστών και ζητούμε, αν χρειαστεί, τη βοήθεια ειδικών απεικονιστικών εξετάσεων. Η ύπαρξη ύποπτου ψηλαφητού ογκιδίου μπορεί να απαιτήσει την παρακέντηση του με λεπτή βελόνα ώστε να ληφθούν κύτταρα για μικροσκοπική εξέταση. Αν η διάγνωση ακόμα μας διαφεύγει, μπορεί να χρειαστεί να φθάσουμε και στο χειρουργείο για λήψη τεμαχίου για βιοψία.

Κάθε μια από τις διαγνωστικές μεθόδους παίζει το ρόλο της στη διάγνωση.

Ο καλός μαστολόγος κρίνει ποιες εξετάσεις θα χρειαστούν και την συνεκτιμά όλες στο μυαλό του, μαζί με την δική του κλινική εξέταση, για να καταλήξει στο τελικό του συμπέρασμα (Goldman, 2002).


Ιστορικό μαστού

Πριν ο μαστολόγος εξετάσει τον ασθενή του, πρέπει πάντα να της εκμαιεύσει ένα πλήρες ιστορικό, έτσι ώστε όταν αρχίσει την εξέταση να έχει ήδη στο μυαλό του τις πιθανότερες διαγνώσεις. Το ιστορικό του μαστού είναι ένα τυποποιημένο ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει διάφορες ερωτήσεις.

Οι ερωτήσεις αφορούν το ατομικό, το μαιευτικό και το οικογενειακό ιστορικό, τη λήψη ορμονών ή φαρμάκων, τη διενέργεια εξετάσεων, επεμβάσεων βιοψιών

ή παρακεντήσεων, καθώς και τον τρόπο έναρξης και τη διάρκεια του πρώτου συμπτώματος που οδήγησε τον ασθενή στο γιατρό. Ακόμα και αν η γυναίκα έρχεται για προληπτική εξέταση, πρέπει πάλι να γίνονται όλες οι ερωτήσεις. Οι απαντήσεις φυλάσσονται σε αρχείο ως ατομικός φάκελος του ασθενούς.

Έτσι σε κάθε νέα εξέταση, ο μαστολόγος αφού ρίξει μια ματιά στο ιστορικό της ασθενούς και κάνει τις βασικές ερωτήσεις που αφορούν το νέο κύριο σύμπτωμα, προχωρεί στη νέα εξέταση και ενημερώνει ξανά το φάκελο της ασθενούς ως προς τα νέα ευρήματα. Αν χρειάζεται ο ασθενής άλλους γιατρούς για εξετάσεις ή θεραπείες καλό είναι ένα πλήρες αντίγραφο του ιστορικού της να την συνοδεύει. Βοηθάει πολύ ώστε να αποφευχθεί άσκοπη απώλεια χρόνου επαναλαμβάνοντας τις ίδιες ερωτήσεις από την αρχή (Bickley, 2006).

ΓΙΑΝΝΗΣ Π. ΦΥΣΣΑΣ Γενικός Χειρουργός και Ειδικός Μαστολόγος Διδάκτωρ Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών Τ. Επιμελητής Royal Marsden Hospital, London Πατησίων 207, Αθήνα, τηλ. 210 8664515, 6944523132 www.mastology.gr e-mail: john@fyssas.gr	
ΑΤΟΜΙΚΟ ΦΥΛΛΟ ΕΞΕΤΑΣΕΩΣ ΜΑΣΤΩΝ	
ΟΝΟΜΑ ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΠΡΩΤΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ Τ.Ε.Ρ. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	
ΠΑΤΕΡΑΣ ΜΗΤΕΡΑ Μ. ΠΑΓΙΑ Μ. ΠΑΠΠΟΥΣ Μ. ΘΕΙΟΙ/ΕΣ	ΑΔΕΡΦΙΑ ΠΑΙΔΙΑ Π. ΠΑΓΙΑ Π. ΠΑΠΠΟΥΣ Π. ΘΕΙΟΙ/ΕΣ
ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	
ΕΜΜ. ΡΥΣΗ ΠΑΙΔΙΑ ΓΕΝ. 1ΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΔΙΑΚΟΠΗ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΕΚΚΡΙΣΗ ΘΗΛΗΣ	ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΟΡΜΟΝΕΣ ΦΑΡΜΑΚΑ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΕΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑ
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	
	
ΟΔΗΓΙΕΣ	ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κλινική εξέταση μαστών

Περιλαμβάνει καταρχήν την επισκόπηση των μαστών. Ο ασθενής κάθεται απέναντι από τον εξεταστή χωρίς ρούχα από την μέση και πάνω και παρατηρούνται οι μαστοί της για ασυμμετρία, εμφανείς μάζες, οίδημα, ερυθρότητα, εισολκή ή εξέλκωση του δέρματος ή της θηλής.

Στη συνέχεια, αφού τοποθετήσει η ασθενής τα χέρια της πρώτα επάνω και πίσω από το κεφάλι και κατόπιν ζητώντας της να πιέσει με τα χέρια γύρω από της μέση της, προκαλώντας έτσι τη σύσπαση μυών, ελέγχεται αν υπάρχει καθήλωση του αδένου στο θωρακικό τοίχωμα (Bickley, 2006).

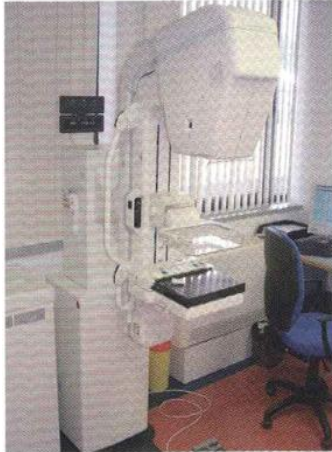
Ψηλάφηση

Ο ασθενής βρίσκεται στο εξεταστικό κρεβάτι με τα χέρια αρχικά στα πλάγια του σώματος της και στη συνέχεια, με το σύστοιχο με τον εξεταζόμενο μαστό χέρι κάτω από το κεφάλι της. Οι μαστοί εξετάζονται με ήπιες κυκλικές κινήσεις ασκώντας ελαφρά πίεση από την περιφέρεια προς το κέντρο, προσέχοντας να καλυφθεί όλος ο μαστός από τη ουρά έως τη θηλή. Ιδιαίτερα ψηλαφάται η μασχάλη τοποθετώντας τις άκρες των δακτύλων στη κορυφή της και τέλος η περιοχή της θηλής για τον έλεγχο εκκρίματος. Στην εξέταση μασχάλης ελέγχεται η παρουσία ψηλαφητών λεμφαδένων, το μέγεθός τους, ένα είναι κινητοί, επώδυνοι και εάν συμφύονται μεταξύ τους ή με τους γύρω ιστούς (Πανουσόπουλος & Αποστολίδης, 2001).

Μαστογραφία

Είναι μια απλή ακτινογραφία των μαστών, μόνο που η δόση της ακτινοβολίας που εκπέμπει είναι πολύ μικρότερη από τις συνηθισμένες ακτινογραφίες. Γίνεται με τη βοήθεια ειδικού ακτινολογικού μηχανήματος που λέγεται

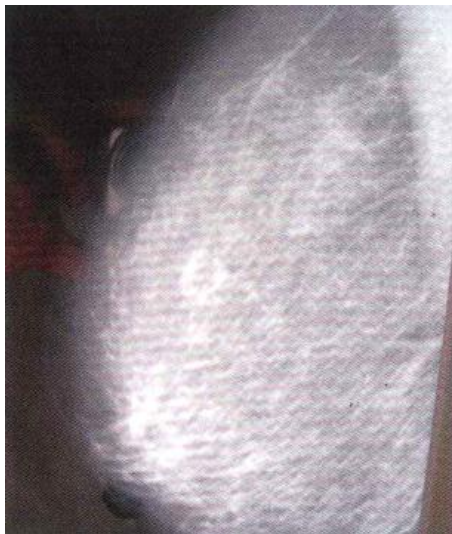
μαστογράφος. Ο κάθε μαστός συμπιέζεται ελαφρά ανάμεσα σε δύο επίπεδες διαφανείς πλάκες. Αυτό γίνεται αρχικά από την πάνω και την κάτω πλευρά του, οπότε και λαμβάνεται μια μαστογραφία που λέγεται FACE (ή κεφαλουραία ή CC), και στη συνέχεια από τα πλάγια, οπότε η λήψη λέγεται PROFILE (πλάγια ή MLO ή PR).



Σε περίπτωση ανευρέσεως μιας ύποπτης σκίασης, λαμβάνονται επιπρόσθετες εικόνες με τη χρήση ειδικών εξαρτημάτων που τοποθετούνται στο μαστογράφο, ώστε να απεικονίζεται πιο αναλυτικά η ύποπτη περιοχή. Η μαστογραφία μπορεί να γίνεται προληπτικά, ως έλεγχος του γυναικείου πληθυσμού για την ανίχνευση αρχόμενων μορφών καρκίνου ή ως διαγνωστική μέθοδος σε περίπτωση ψηλαφητικά ύποπτων ογκιδίων του μαστού.



Στη φυσιολογική μαστογραφία, σε μαύρο φόντο, που είναι το λίπος του μαστού, φαίνονται λευκοί οι αδενικοί σχηματισμοί, οι πόροι και οι ίνες του συνδετικού ιστού. Όσο πιο νεανικός είναι ο μαστός τόσο πιο πολλές είναι οι λευκές περιοχές και τόσο λιγότερο το λίπος. Όσο πιο ηλικιωμένος είναι τόσο περισσότερο λίπος θα έχει αντικαταστήσει τους αδένες και συνεπώς τόσο πιο πολλές σκούρες περιοχές θα έχει.



Φυσιολογική μαστογραφία.



Μαστογραφία καρκίνου.

Όταν ένα καλοήθες ή κακόηθες μórφωμα αναπτύσσεται σε κάποιο σημείο, αυτό φαίνεται επίσης λευκό (σκίαση). Η διαγνωστική αξία της μαστογραφίας είναι μικρότερη σε γυναίκες με πυκνούς μαστούς και αυτός είναι ο λόγος που στις περιπτώσεις αυτές προτείνεται να ολοκληρώνεται ο έλεγχος με υπερηχογράφημα. Στη μαστογραφία του νεανικού μαστού είναι πολύ πιο εύκολο να κρυφτεί μια μικρή βλάβη, όντας λευκή μέσα στον αρκετά λευκό μαστό. Συνεπώς, η διαγνωστική ικανότητα της μαστογραφίας είναι μικρότερη στις νέες γυναίκες από ό,τι στις ηλικιωμένες και αυτός είναι ένας λόγος που στις νέες πρέπει να αποφεύγεται. Στη μαστογραφία του ηλικιωμένου μαστού, αντίθετα, επειδή λόγω εκφυλίσεως του αδένου υπάρχει πιο πολύ λίπος, η βλάβη (λευκή) φαίνεται πιο εύκολα μέσα στο λίπος, που δείχνει μαύρο. Συνήθως ξεχωρίζει εύκολα από τους γύρω φυσιολογικούς σχηματισμούς, εκτός κι αν είναι μικρή και επιπροβάλλεται, βρίσκεται δηλαδή στην ίδια ευθεία με αυτούς στη συγκεκριμένη λήψη (π.χ. πλάγια λήψη-PROFILE). Κάτι τέτοιο όμως είναι απίθανο να γίνει ταυτόχρονα και στην άλλη λήψη (FACE). Σε περιπτώσεις αμφιβολιών, μπορούν να γίνουν και λήψεις 45°. Σε ένα ποσοστό 5-10%, που κυρίως αφορά νέες γυναίκες με πυκνούς μαστούς, είναι δυνατόν να μη φανεί ένας καρκίνος στη μαστογραφία, ενώ μπορεί να είναι ψηλαφητός από το έμπειρο ιατρικό χέρι ενός μαστολόγου. Συνεπώς, η διαγνωστική αξία της μαστογραφίας είναι μικρότερη στις νέες γυναίκες από ό,τι στις ηλικιωμένες και αυτός είναι ένας ακόμα λόγος που σε ηλικίες μικρότερες των τριάντα πέντε ετών πρέπει να αποφεύγεται, εκτός εάν υπάρχει βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό.

Άλλη σπάνια περίπτωση είναι όταν ένας όγκος βρίσκεται σε πολύ ακραία περιφερική θέση του μαστού, ιδιαίτερα στο έσω ημιμόριο κοντά στο στήρνο ή πολύ κοντά στη μασχάλη ή πολύ κοντά στο οστό της κλείδας. Αν ο τεχνολόγος που κάνει τη μαστογραφία δεν είναι ενημερωμένος για την ιδιαιτερότητα του συγκεκριμένου όγκου, τότε είναι πολύ εύκολο ο όγκος να μείνει έξω από τα όρια του φιλμ, να μη «μαστογραφηθεί» καθόλου και άρα η μαστογραφία να γνωματευθεί ως φυσιολογική! Γι' αυτό και δεν πρέπει να αρκείται κανείς να

κάνει μαστογραφίες μόνος του. Θα πρέπει να πηγαίνει στον μαστολόγο, που θα τον εξετάζει και θα ενημερώνει τον ακτονολόγο για τις πιθανές ιδιαιτερότητες των μαστών του (Κεραμόπουλος, 2000).



Προχωρημένος καρκίνος μαστού κοντά στο στέρνο, που δεν φάνηκε καθόλου από τη μαστογραφία.

Αποτιτανώσεις η ασβεστώσεις του μαστού.

Αρκετές φορές συμβαίνει να εναποτίθενται (κατακαθίζουν) άλατα ασβεστίου σε κάποια σημεία του μαστού. Αυτό δε σημαίνει, όπως πολλοί από λάθος νομίζουν, ότι οπωσδήποτε ο μαστός κρύβει κάποια κακοήθεια. Είναι μια διαδικασία που συχνότερα γίνεται σε γυναίκες με καλοήθειες παθήσεις, αλλά μπορεί να γίνει και σε περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Οι καλοήθειες αποτιτανώσεις έχουν συνήθως ομαλά όρια, που θυμίζουν μπαλίτσες ή λεπτά σωληνάκια. Οι κακοήθειες αποτιτανώσεις είναι τελείως ακανόνιστες, συνήθως μικρού μεγέθους (μικροαποτιτανώσεις), με ασαφή όρια, άνισα μεγέθη και θυμίζουν νιφάδες χιονιού. Τα πράγματα βέβαια δεν είναι τόσο απλά, γιατί, μερικές φορές, μικροαποτιτανώσεις με κακοήγη χαρακτηριστικά αποδεικνύονται τελικά, μετά από βιοψία, καλοήθειες. Ευτυχώς, το αντίθετο είναι εξαιρετικά σπάνιο, γιατί οι καλοήθειες αποτιτανώσεις έχουν πολύ χαρακτηριστική μορφή. Σε κάθε περίπτωση ο ασθενής πρέπει να απευθυνθεί στον ειδικό. Μια αποτιτανωση μπορεί να κρύβει κάτι ύποπτο και μόνο ο εξειδικευμένος στο μαστό

ακτινολόγος είναι εκείνος που θα τον καθησυχάσει ή θα ζητήσει βιοψία της περιοχής.

Οι αποτιτανώσεις αποτελούν μαστογραφικό εύρημα και δεν είναι ποτέ δυνατόν να τις ψηλαφίσει ούτε ο μεγαλύτερος ειδικός του κόσμου, εκτός αν περιλαμβάνονται σε όγκο και είναι ο όγκος που ψηλαφάται (Φύσσας, 2006).



Καλοήθεις αποτιτανώσεις κατά μήκος αγγείων και πόρων του μαστού. Εικόνα πορεκτασίας.



Υποπτες ακανόνιστες μικροαποτιτανώσεις μαστού. Η βιο-έδειξε έντονη ινοκυστική μαστοπάθεια.

Κίνδυνοι από τη μαστογραφία

Τα τελευταία χρόνια, με τη χρήση μηχανημάτων προηγμένης τεχνολογίας, η δόση της ακτινοβολίας από τη μαστογραφία είναι μικρή και αντιστοιχεί περίπου στο 1/4 της ακτινοβολίας από μια απλή ακτινογραφία θώρακος. Τονίζεται επίσης ότι ο κίνδυνος της ακτινοβολίας από τη μαστογραφία είναι θεωρητικός και δεν έχει αποδειχθεί στη βιβλιογραφία ότι η συνολική δόση ακτινοβολίας από επανειλημμένες μαστογραφίες έχει προκαλέσει καρκίνο μαστού. (Κεραμόπουλος, 2000)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

- Ενημερώνουμε την ασθενή για τον τόπο και το χρόνο διενέργειας της εξέτασης καθώς και για τον σκοπό της.
- Ενημερώνουμε για τον τρόπο διενέργειά της. Είναι αναίμακτη και δεν προκαλεί πόνο.
- Σε έντονο άλγος καθώς και στην εμφάνιση έντονου άγχους και αγωνίας χορηγούμε αναλγητικά ή ελαφρά ηρεμιστικά κατόπιν ιατρικής εντολής.
- Εκτιμάται η γενική σωματική κατάσταση της ασθενούς. Σε περίπτωση αναπηρίας, η εξέταση διενεργείται σε καθιστική θέση. Μπορούμε να συνοδεύσουμε την ασθενή και να της συμπαρασταθούμε κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Η μεταφορά της ασθενούς γίνεται με καρέκλα.
- Σε περίπτωση αφυδάτωσης, φροντίζουμε για τη σωστή ενυδάτωση του οργανισμού με την χορήγηση, κατόπιν ιατρικής συμβουλής, παρεντερικών διαλυμάτων με σκοπό την ευχάριστη διάθεση της ασθενούς.
- Αν υπάρχουν άλλα μεταβολικά νοσήματα, όπως σακχαρώδης διαβήτης, φροντίζουμε για τη χορήγηση ινσουλίνης στην ασθενή και καθορίζει τη διαίτά της. Φροντίζουμε επίσης τέτοιοι ασθενείς να μπαίνουν πρώτες στο πρόγραμμα για εξέταση.

- Ενημερώνουμε και καθησυχάζουμε τους συγγενείς της ασθενούς και τους επιβεβαιώνουμε για την ασφάλεια, τους κινδύνους, τα αναμενόμενα αποτελέσματα, την αναγκαιότητα της εξέτασης και τις εξετάσεις που μπορεί να ακολουθήσουν.
- Βοηθάμε την ασθενή να τοποθετήσει τον μαστό της στις διάφορες θέσεις (Κρανιο-ουραία προβολή, Ουραιο-κρανιακή προβολή, Μεσο-πλάγια προβολή, Πλάγια-μέση προβολή, Μασχαλιαία προβολή) (Κονιάρη, 1991).



Ψηφιακή μαστογραφία

Η βασική διαφορά της αναλογικής μαστογραφίας σε σχέση με την ψηφιακή είναι ότι στην αναλογική χρησιμοποιείται το φιλμ μόνον, ως μέσο καταγραφής των διαγνωστικών εικόνων ενώ στην ψηφιακή χρησιμοποιείται ψηφιακός ανιχνευτής και ηλεκτρονικός υπολογιστής. Το ψηφιακό σύστημα της ψηφιακής μαστογραφίας έχει την ικανότητα να διακρίνει εξαιρετικά μικρού μεγέθους μαστογραφικά ευρήματα, όπως οι μικροαποτιτανώσεις που έχουν μέγεθος 100–200 microns.

Η ψηφιακή μαστογραφία προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα σε σχέση με την κλασική (αναλογική) και δη αυτή με το σελήνιο.

- Η εξέταση σε ψηφιακό μαστογράφο διαρκεί σχεδόν τον μισό χρόνο σε σχέση με τον συμβατικό ή αναλογικό, αφού δεν υπάρχει η χρονοβόρα διαδικασία της εμφάνισης των φιλμ.
- Επιτυγχάνεται σημαντική μείωση της δόσης της ακτινοβολίας στην ασθενή (ανάλογα με τον τύπο του μαστού).
- Λαμβάνονται εικόνες υψηλής ανάλυσης που αυξάνουν τη διαγνωστική πληροφορία και συντελούν στην πρώιμη διάγνωση καρκίνου του μαστού σε πολύ πιο αρχικό στάδιο.
- Η ψηφιακά παραγόμενη εικόνα μπορεί να υποστεί επεξεργασία από τον ιατρό βελτιώνοντας την αντίθεση, φωτεινότητα, κλπ, και μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο τις άσκοπες επαναλήψεις. Επίσης αποθηκεύεται ηλεκτρονικά και διατηρείται αναλλοίωτη η εικόνα για πολλά χρόνια.
- Παρέχει τη δυνατότητα χρήσης υπολογιστικά υποβοηθούμενης διάγνωσης (Computer Aided Diagnosis-CAD), εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο στην υπηρεσία των ακτινολόγων (Ιωαννίδου- Μουζάκα, 2007).

Στατιστικές πληροφορίες

Η ψηφιακή μαστογραφία πρωτοεμφανίστηκε πριν από 5 περίπου χρόνια στην Αμερική. Είναι η σύγχρονη τεχνολογική εξέλιξη της καθιερωμένης αναλογικής μεθόδου καθώς επίσης και αποτέλεσμα πολυετούς έρευνας των κατασκευαστικών οίκων.

Σήμερα, στην Ελλάδα έχουν εγκατασταθεί 15 ψηφιακοί μαστογράφοι και όλοι βρίσκονται σε λειτουργία (Αθανασίου, 2004).

Πότε συνίσταται και πότε όχι:

Όπως η κλασική, έτσι και η ψηφιακή μαστογραφία θα πρέπει να γίνεται η πρώτη, στην ηλικία των 35 ετών και στη συνέχεια από την ηλικία των 40 χρονών και άνω, κάθε χρόνο. Σε γυναίκες με επιβαρυνμένο οικογενειακό

ιστορικό συστήνεται να αρχίζει ο έλεγχος περίπου 10 χρόνια νωρίτερα από την ηλικία που εμφανίστηκε ο καρκίνος στο μέλος της οικογένειας. Η ψηφιακή μαστογραφία είναι ιδανική μέθοδος για τις γυναίκες νεαρής ηλικίας, τις γυναίκες με πυκνούς μαστούς και αυτές με προθέματα σιλικόνης (Αθανασίου, 2004).

Ακριβής διαδικασία, πως γίνεται, τα αποτελέσματα.

Όπως και κατά τη διαδικασία της κλασικής μαστογραφίας, ο χειριστής τοποθετεί κατάλληλα τον μαστό της εξεταζόμενης σε ειδική υποδοχή του μαστογράφου, συμπιέζει το μαστό με το ειδικό έδρανο συμπίεσης και ενεργοποιεί την έκθεση ακτίνων X. Κάθε εικόνα που λαμβάνεται εμφανίζεται σε μερικά δευτερόλεπτα στο monitor του σταθμού ελέγχου.

Στη συνέχεια ο χειριστής αποστέλλει ηλεκτρονικά την εικόνα στο σταθμό παρατήρησης του ακτινολόγου ο οποίος με τη σειρά του θα προβεί σε πιθανή επεξεργασία της εικόνας, θα τη συγκρίνει με προηγούμενη μαστογραφία και τέλος θα τη διασώσει αποθηκεύοντας την εικόνα (Αθανασίου, 2004).

Παρενέργειες-πιθανοί κίνδυνοι

Δεν έχουν αναφερθεί μέχρι σήμερα και δεν υπάρχουν κίνδυνοι ούτε παρενέργειες όταν γίνεται σωστή χρήση.

Είναι πολύ σημαντικό να μην συγχέονται οι ψηφιακοί μαστογράφοι με τους ψηφιοποιητές (CR). Οι ψηφιακοί μαστογράφοι διαθέτουν ενσωματωμένο μηχανισμό ανίχνευσης ακτίνων X και δημιουργίας ψηφιακού σήματος ενώ οι ψηφιοποιητές συνεργάζονται με όλους τους αναλογικούς μαστογράφους χρησιμοποιώντας ψηφιακές κασέτες, οι οποίες μετά την έκθεση τοποθετούνται σε ειδικό laser scanner για ανάγνωση. Ως εκ τούτου δημιουργείται σημαντική

απώλεια πληροφορίας και υποβιβασμός της ποιότητας της εικόνας (Μαρκόπουλος, 2007).

Μαγνητική μαστογραφία

Η μαγνητική μαστογραφία μπορεί να δώσει λύσεις σε πολλά κλινικά προβλήματα. Λόγω όμως της χαμηλής της ειδικότητας, του υψηλού ποσοστού ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων και του υψηλού της κόστους, η χρήση της δε θα πρέπει να γίνεται ρουτίνα αλλά να ακολουθεί ορισμένες βασικές ενδείξεις, μερικές εκ των οποίων προαναφέρθηκαν. Επίσης, θα πρέπει να τονισθεί ότι η σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει η μαγνητική μαστογραφία να αντικαθιστά την κλασική μαστογραφία και το υπερηχογράφημα και ότι η ερμηνεία των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται με συνδυασμό και των τριών παραπάνω μεθόδων.

Η κλασική μαστογραφία είναι μια αποτελεσματική μέθοδος για την ανίχνευση και τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού ενώ αποτελεί και τη μοναδική απεικονιστική μέθοδο που οδηγεί σε μείωση της θνητότητας από το συγκεκριμένο καρκίνο όταν χρησιμοποιείται ως τεχνική screening.

Ωστόσο, υπάρχουν γνωστοί περιορισμοί ως προς την εφαρμογή της ενώ συνοδεύεται από ένα ποσοστό ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων που κυμαίνεται από 4-34%. Η μαγνητική μαστογραφία, από την άλλη, με χορήγηση σκιαγραφικού, έχει υψηλή ευαισθησία ως προς την ανίχνευση του καρκίνου του μαστού, κάτι που έχει προκαλέσει τα τελευταία χρόνια ένα αυξημένο ενδιαφέρον ως προς τη χρήση της.

Δυστυχώς όμως, η υψηλή της ευαισθησία, η οποία κυμαίνεται από 90-100%, συνοδεύεται από χαμηλή ειδικότητα (50-70% με βάση τις περισσότερες μελέτες), κάτι το οποίο έχει ως αποτέλεσμα μεγάλο αριθμό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων. Το γεγονός αυτό δεν επιτρέπει, προς το παρόν, τη χρήση της ως εξέταση ρουτίνας για το μαστό. Το παρόν άρθρο αναφέρεται σε ορισμένες

από τις ενδείξεις, όπως έχουν καθορισθεί με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, στις οποίες μπορεί να εφαρμοσθεί η μαγνητική μαστογραφία, παίζοντας μάλιστα και καθοριστικό και επικουρικό ρόλο στην τελική διάγνωση (Ιωαννίδου- Μουζάκα, 2007).

Τεχνική της εξέτασης και απεικονιστική ερμηνεία

Η ασθενής τοποθετείται σε πρηνή θέση μέσα στο μαγνήτη ενώ εφαρμόζεται ένα ειδικό επιφανειακό πηνίο μαστού. Ορισμένα από αυτά τα πηνία εφαρμόζουν συγχρόνως πίεση στο μαστό κατά τη διάρκεια της εξέτασης οδηγώντας έτσι αφ ενός με σε μείωση της κίνησης και αφ έτερου σε μείωση του πάχους του μαστού με συνεπακόλουθη μείωση της διάρκειας της εξέτασης. Καλό είναι να τοποθετείται εκ των πρότερων μία ενδοφλέβια γραμμή στην ασθενή για τη μετέπειτα χορήγηση του σκιαγραφικού ούτως ώστε να αποφευχθεί στη συνέχεια η κίνηση κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Όσον αφορά στη τεχνική της εξέτασης, δεν υπάρχουν αυστηρά καθορισμένα πρωτόκολλα για τη μαγνητική μαστογραφία και έτσι αυτά μπορεί να ποικίλουν ανάλογα με τον εκάστοτε εξεταστή (απεικόνιση του ενός ή και των δύο μαστών ταυτόχρονα, 2D ή 3D πρόσκτηση δεδομένων κλπ). Οι συγγραφείς του άρθρου εφαρμόζουν T1 3D gradient ακολουθίες υψηλής ευκρίνειας, με καταστολή του λίπους, πριν και μετά τη χορήγηση γαδολινίου (οι οποίες λαμβάνονται σε χρόνο μικρότερο από 2 λεπτά) καθώς και T2 ακολουθίες οι οποίες βοηθούν στην ανίχνευση των κυστικών αλλοιώσεων του μαστού και ορισμένων ινοαδενωμάτων.

Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων στηρίζεται στα μορφολογικά χαρακτηριστικά της ύποπτης βλάβης και στην κινητική της σκιαγραφικής ενίσχυσης αυτής. Τα μορφολογικά χαρακτηριστικά εξετάζουν τη θέση, το σχήμα, το μέγεθος και τα όρια μιας αλλοίωσης και είναι παρόμοια με αυτά που ισχύουν και στην κλασσική μαστογραφία ενώ τα κριτήρια σκιαγράφησης στηρίζονται στην

κινητική του τρόπου σκιαγραφική ενίσχυσης μίας αλλοίωσης μέσα στα δύο πρώτα λεπτά από τη χορήγηση της παραμαγνητικής ουσίας (καμπύλες σκιαγραφικής ενίσχυσης).

Μία αλλοίωση με ύποπτα μορφολογικά χαρακτηριστικά, ανεξάρτητα από τον τρόπο που προσλαμβάνει το σκιαγραφικό, χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, πιθανόν και με βιοψία, ενώ το ίδιο ισχύει και για μία αλλοίωση με καλοήγη ή ενδιάμεση μορφολογικά χαρακτηριστικά αλλά παθολογική καμπύλη σκιαγράφησης. Ο συνδυασμός των δύο αυτών κριτηρίων για την απεικονιστική ερμηνεία οδηγεί σε αύξηση τόσο της ειδικότητας όσο και της ευαισθησίας της μαγνητικής μαστογραφίας (Ιωαννίδου- Μουζάκα, 2007).

Ενδείξεις της Μαγνητικής Μαστογραφίας

Σήμερα ένας αριθμός ενδείξεων έχει καθορισθεί με βάση τη βιβλιογραφία στις οποίες η μαγνητική μαστογραφία αποτελεί σημαντική επικουρική διαγνωστική τεχνική. Ορισμένες από αυτές είναι οι ακόλουθες:

1. Καθορισμός της τοπικής έκτασης της κακοήθους βλάβης

Συγκεκριμένα, είναι γνωστό ότι σε νεοδιαγνωσθέν καρκίνο του μαστού, η ακριβής επέκταση της βλάβης παίζει καθοριστικό ρόλο στην επιλογή της κατάλληλης θεραπείας. Η μαγνητική μαστογραφία, σε τέτοιες περιπτώσεις, έχει αποδειχθεί πιο αξιόπιστη από την κλασική μαστογραφία και τον υπέρηχο καθώς και από την κλινική εξέταση τόσο στον ακριβή καθορισμό του μεγέθους της πρωτοπαθούς εστίας όσο και στην ανίχνευση τυχόν υποκλινικής πολυεστιακής ή πολυκεντρικής νόσου. Στην τελευταία βέβαια περίπτωση, και για την αποφυγή ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων, συνιστάται βιοψία των επιπλέον ύποπτων βλαβών που αναδεικνύονται.

Εξάλλου, μετά από χειρουργική βιοψία, η μαγνητική μαστογραφία έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμη στην ανίχνευση υπολειπόμενου όγκου. Η απουσία τοπικής νόσου υποδηλώνεται με την παρουσία μετεγχειρητικής κοιλότητας με

ομαλά όρια και πάχος τοιχώματος < 5 χιλ. ενώ η ανάδειξη ανώμαλων ορίων, με οζώδεις προσεκβολές, πάχος > 5 χιλ. και ανώμαλη πρόσληψη της παραμαγνητικής ουσίας παριστούν υπολειπόμενη νόσο.

Με βάση μία μελέτη των Frei et al, η ευαισθησία της μαγνητικής μαστογραφίας για την εντόπιση υπολειπόμενης νόσου κυμαίνεται από 89 έως 94%. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η ευαισθησία, η ειδικότητα, η θετική και αρνητική προγνωστική αξία της μεθόδου ποικίλουν ανάλογα με το χρονικά διάστημα που μεσολαβεί από τη βιοψία μέχρι την εξέταση, με τα καλύτερα αποτελέσματα να παρατηρούνται όταν η διενέργεια της μαγνητικής μαστογραφίας γίνεται μετά της 28ης μέρας από τη χειρουργείο.

2. Διηθητικός λοβιακός καρκίνος του μαστού

Ο διηθητικός λοβιακός καρκίνος συνιστά το 10% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. Η μορφή αυτής καρκίνου, αφ ενός μεν εμφανίζει την τάση να αναπτύσσεται διηθητικά, και μάλιστα χωρίς συνοδό δεσμοπλαστική αντίδραση και αφ έτερου αποτελεί και την ιστολογική μορφή με το μεγαλύτερο ποσοστό πολυεστιακής ή αμφοτερόπλευρης εντόπισης.

Τα χαρακτηριστικά αυτά του συγκεκριμένου τύπου καρκίνου καθιστούν δυσχερή την ακριβή τοπική σταδιοποίησή του με βάση μόνο τη μαστογραφία, την κλινική εξέταση και τον υπέρηχο. Από την άλλη, η μαγνητική μαστογραφία μπορεί να αναδείξει με μεγάλη αξιοπιστία την ακριβή έκταση του νεοπλασματος και συνιστάται για το λόγο αυτό η διενέργεια της σε ασθενείς με νεοδιαγνωσθέν διηθητικό λοβιακό καρκίνο του μαστού.

3. Καθορισμός της χειρουργικής θεραπείας που θα εφαρμοστεί

Χάρη στην ιδιότητα της μαγνητικής μαστογραφίας να ανιχνεύει τον πρωτοπαθή όγκο σε μεγαλύτερη έκταση, να ανευρίσκει τυχόν υποκλινική πολυεστιακή νόσο, καθώς και να εντοπίζει την ύπαρξη ή μη υπολειπόμενου όγκου μετά από βιοψία, έχει αποδειχθεί ότι η διενέργεια της οδηγεί σε τροποποίηση της αρχικά προγραμματισμένης χειρουργικής θεραπείας στο 7-51% των περιπτώσεων.

Διάφορες μελέτες υποδεικνύουν ότι η προεγχειρητική διενέργεια της μαγνητικής μαστογραφίας είναι πιο χρήσιμη όταν πρόκειται για πυκνούς μαστούς, όταν πρόκειται για όγκους προχωρημένου σταδίου (T2 και T3) καθώς και όταν πρόκειται για διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα. Η τροποποίηση της θεραπείας από συντηρητική σε ριζική παρατηρήθηκε στο 19% των περιπτώσεων μετά τη διενέργεια της μαγνητικής μαστογραφίας ενώ τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα οδήγησαν σε άχρηστα χειρουργεία στο 6 & των περιπτώσεων, σύμφωνα με μία σειρά μελετών.

4. Εκτίμηση της μη διαγνωστικής κλασσικής μαστογραφίας

Παρ' όλο που ο συνδυασμός κλασσικής μαστογραφίας και υπερήχου μπορεί να δώσει απάντηση στα περισσότερα ερωτήματα που αφορούν στο μαστό, εν τούτοις ορισμένες περιπτώσεις δεν καταλήγουν σαφώς σε κάποιο συμπέρασμα. Σε τέτοιες περιπτώσεις βοηθά η διενέργεια μαγνητικής μαστογραφίας. Η παραπάνω μπορεί να βοηθήσει στον ακριβή καθορισμό της θέσεως μίας βλάβης, στη διάκριση ενός ψευδοόγκου από μία πραγματική αλλοίωση (το θετικό αποτέλεσμα χρήζει ιστολογικής επιβεβαίωσης) καθώς και στη διάκριση του ουλώδους (μετεγχειρητικού ή μετακτινικού) ιστού από νεοπλασία. Στην τελευταία περίπτωση και για την αποφυγή ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων καλό είναι η μαγνητική μαστογραφία να εκτελείται τουλάχιστον έξι μήνες μετά το χειρουργείο, όταν πρόκειται για μετεγχειρητικό ουλώδη ιστό και 18-24 μήνες μετά το τέλος της ακτινοβολίας, όταν πρόκειται για μετακτινικές αλλοιώσεις (Φύσσας, 2006).

5. Η μαγνητική μαστογραφία ως μέθοδος Screening

Διάφορες μελέτες έχουν αναδείξει ότι η χρήση της μαγνητικής μαστογραφίας ως μεθόδου screening σε γυναίκες υψηλού κινδύνου (π.χ. με αποδεδειγμένη μετάλλαξη στα γονίδια BRCA 1 και 2, με ισχυρό οικογενειακό ιστορικό ή με λοβιακό καρκίνωμα in situ) έχει οδηγήσει σε αυξημένη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού σε σχέση με την κλινική εξέταση και την κλασσική μαστογραφία της τάξεως του 1-4%. Παρ' όλα αυτά, δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις μέχρι

σήμερα που να δικαιολογούν τη χρήση της μαγνητικής μαστογραφίας ως screening μεθόδου στο γενικότερο πληθυσμό.

6. Άλλες ενδείξεις

Πέρα από τα παραπάνω, η μαγνητική μαστογραφία μπορεί να βοηθήσει στην ανάδειξη τυχόν ρήξεως προθεμάτων σιλικόνης, στον καθορισμό της διήθησης ή μη του μείζονος θωρακικού από γνωστό καρκίνο του μαστού, στην ανάδειξη του υποκλινικού πρωτοπαθούς όγκου σε γυναίκες με μεταστατική μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια και αρνητική μαστογραφία καθώς και στον έλεγχο της ανταπόκρισης του νεοπλασματος στη χημειοθεραπεία.

Συμπέρασμα

Συμπερασματικά θα λέγαμε πως η μαγνητική μαστογραφία μπορεί να δώσει λύσεις σε πολλά κλινικά προβλήματα. Λόγω όμως της χαμηλής της ειδικότητας, του υψηλού ποσοστού ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων και του υψηλού της κόστους, η χρήση της δε θα πρέπει να γίνεται ρουτίνα αλλά να ακολουθεί ορισμένες βασικές ενδείξεις, μερικές εκ των οποίων προαναφέρθηκαν. Τέλος, θα πρέπει να τονισθεί ότι η σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει η μαγνητική μαστογραφία να αντικαθιστά την κλασική μαστογραφία και το υπερηχογράφημα και ότι η ερμηνεία των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται με συνδυασμό και των τριών παραπάνω μεθόδων (Φύσσας, 2006).

Γαλακτογραφία

Πρόκειται για χορήγηση σκιαγραφικού υλικού από το στόμιο πόρου. Μπορεί να εφαρμοσθεί σε περιπτώσεις αυτόματης εκκρίσεως (ορώδους, αιματηρού ή οροαιματηρής) ενός πόρου, σε μη θηλάζων στήθος, και μπορεί να αναδείξει διάταση ή απόφραξη πόρου (Παπανικολάου, 1995).

Θερμογραφία

Η θερμογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος με την οποία παίρνουμε φωτογραφία της θερμοκρασίας της επιφάνειας του μαστού με τη βοήθεια θερμογράφου. Στηρίζεται στην υπέρυθη ακτινοβολία, που εκπέμπει φυσιολογικά το ανθρώπινο σώμα. Το υψηλό λαθεμένο θετικό ή αρνητικό ποσοστό διάγνωσης στον έλεγχο του καρκίνου του μαστού, αποτελεί μεγάλο μειονέκτημα της μεθόδου και για αυτό προτιμάται σε συνδυασμό με την μαστογραφία σε γυναίκες με μαστεκτομή, για τον έλεγχο μεταστάσεων στον άλλο μαστό (Παπανικολάου, 1995).

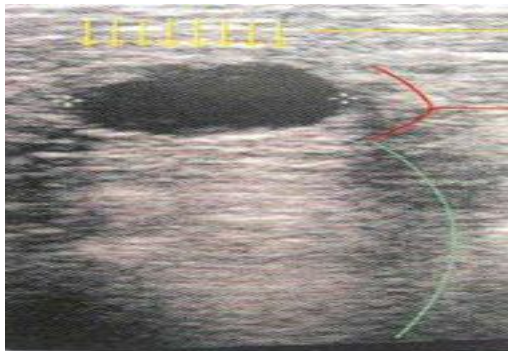
Υπερηχογράφημα

Το υπερηχογράφημα του μαστού είναι μια εξαιρετικά χρήσιμη διαγνωστική εξέταση. Είναι μια εικόνα που παίρνουμε όταν ένας ήχος με συχνότητα τόσο υψηλή που δεν την ακούει το ανθρώπινο αυτί (υπέρηχος) περνάει μέσα από το μαστό. Τα διάφορα τμήματα του μαστού απορροφούν ή αντανακλούν τον υπέρηχο, ανάλογα με την ηχητική τους πυκνότητα. Άλλη ηχητική πυκνότητα έχουν οι αδένες και οι πόροι του μαστού και άλλη το λίπος. Έτσι παίρνονται ποικίλες εικόνες τομών του μαστού, καθώς το ακουστικό κύμα περνάει μέσα από ένα ηχητικά διαπερατό μόρφωμα ή αντανακλάται από ένα ηχητικά αδιαπέραστο. Το υπερηχογράφημα μαστών πρέπει να γίνεται μόνο από ειδικευμένο ακτινολόγο (Αθανασίου, 2004).

Η χρησιμότητα του υπερηχογραφήματος.

Το υπερηχογράφημα μπορεί εύκολα να διαχωρίσει συμπαγή μορφώματα (μεγάλη πιθανότητα κακοήθειας) από κυστικά μορφώματα (ελάχιστη πιθανότητα κακοήθειας). Μπορεί επίσης να περιγράψει αν τα όρια ενός

συμπαγούς μορφώματος είναι ομαλά (μικρή πιθανότητα κακοήθειας) ή ανώμαλα (μεγάλη πιθανότητα). Μπορεί δηλαδή να μας πει ότι ένα ογκίδιο που ψηλαφούμε είναι συμπαγές και με ανώμαλη παρυφή, αλλά δεν μπορεί να θέσει τη διάγνωση με βεβαιότητα, γιατί δεν είναι παρά μια ακτινολογική εξέταση, δηλαδή μια εικόνα. Μπορεί επίσης να βοηθήσει στη λήψη βιοψίας από μόρφωμα που δεν ψηλαφάται αλλά φαίνεται στο υπερηχογράφημα, κατευθύνοντας τη βελόνα μέσα στο μόρφωμα. Επιβεβαίωση της διαγνώσεως γίνεται μόνο με το μικροσκόπιο, αν γίνει παρακέντηση ή αφού αφαιρεθεί χειρουργικά ένα ογκίδιο. Μέχρι τότε, όλες οι εξετάσεις είναι απλώς ενδεικτικές αλλά όχι αποδεικτικές (Αθανασίου, 2004).



Υπερηχογράφημα κύστεως μαστού. Τα κίτρινα βελάκια είναι η δέσμη υπερήχων. Το κόκκινο η κύστη και το πράσινο η ακουστική σκιά. Κάτω από την κύστη υπάρχει έντονη άσπρη σκιά διότι το υγρό της περιεχόμενό λειτουργεί σαν συγκεντωτικός φακός για τη δέσμη υπερήχων.

Κίνδυνοι υπερηχογραφήματος.

Μετά από δεκαετίες στη χρήση του, μπορούμε σήμερα με βεβαιότητα να πούμε ότι το υπερηχογράφημα είναι μια ακίνδυνη διαγνωστική μέθοδος, αφού έχει αποδειχθεί ότι αυτός ο υπέρηχος δε βλάπτει τα κύτταρα. Μπορεί λοιπόν να χρησιμοποιηθεί άφοβα και όποτε χρειάζεται, σε γυναίκες κάθε ηλικίας, όπως εξάλλου χρησιμοποιείται άφοβα εδώ και δεκαετίες για τον έλεγχο του εμβρύου στις εγκύους (Moller & Reif, 2000).

Διαφορές μαστογραφίας και υπερηχογραφήματος.

Το υπερηχογράφημα δεν έχει τις ίδιες διαγνωστικές ικανότητες με τη μαστογραφία. Το υπερηχογράφημα δεν ανιχνεύει τις μικροαποτιτανώσεις, οι οποίες αποτελούν συχνή εκδήλωση του αρχόμενου καρκίνου του μαστού. Συνεπώς, δεν πρέπει να το μεταχειριζόμαστε ως μέθοδο μαζικού προληπτικού πληθυσμιακού ελέγχου. Το χρησιμοποιούμε συνήθως επικουρικά, για να εκτιμήσουμε κι από άλλη σκοπιά ένα μαστογραφικό ή ψηλαφητικό εύρημα στο μαστό, π.χ. για να ξεχωρίσουμε τα κυστικά από τα συμπαγή ογκίδια. Επίσης το χρησιμοποιούμε σε νέες γυναίκες που, λόγω ηλικίας, δεν έχουν ένδειξη για μαστογραφία (Ιωαννίδου- Μουζάκα. 2007).

Βιοψία με λεπτή βελόνα (FNA) και κυτταρολογική εξέταση.

Είναι εξέταση τεράστιας σημασίας, πολύ απλή σε έμπειρα χέρια και σχεδόν ανώδυνη για την ασθενή. Γίνεται με μια κοινή σύριγγα με βελόνα και δεν πονάει περισσότερο από όσο μια αιμοληψία από το χέρι για τις συνήθεις εξετάσεις αίματος. Η λογική της βασίζεται στο εξής: Όταν ο γιατρός ψηλαφά κάποιο ογκίδιο στο μαστό μιας γυναίκας, όσο ύποπτο κι αν του φαίνεται, όσο έμπειρος κι αν είναι, μόνο αν εξετάσει κύτταρα του στο μικροσκόπιο μπορεί να

επιβεβαιώσει αν είναι καλοήθες ή κακοήθες. Για να ληφθούν όμως κύτταρα του ογκιδίου, πρέπει κάτι να μπει μέσα στο ογκίδιο και να τα πάρει. Ένας τρόπος βέβαια είναι να αφαιρεθεί χειρουργικά το ογκίδιο και να εξετασθεί στο μικροσκόπιο. Χρειάζεται όμως εισαγωγή στο νοσοκομείο, εξετάσεις, νάρκωση, νοσηλεία, χρόνος και χρήμα, χωρίς να υπολογίσουμε την ψυχική φθορά μιας τέτοιας δοκιμασίας. Πολύ πιο απλή είναι μια βιοψία με λεπτή βελόνα-FNA. Ο μαστολόγος που κάνει την παρακέντηση βάζει το ύποπτο ογκίδιο που ψηλαφά ανάμεσα στο δείκτη και το μέσο δάχτυλο του αριστερού του χεριού. Με το δεξί του χέρι κατευθύνει τη βελόνα μιας σύριγγας, υπολογίζοντας να φθάσει η άκρη της μέσα στο ογκίδιο, και αναρροφά κύτταρα μέσα στη σύριγγα. Αυτά απλώνονται σε ένα ειδικό γυάλινο πλακάκι και ένας άλλος ειδικός γιατρός, ο κυτταρολόγος, τα εξετάζει στο μικροσκόπιο. Από τα χαρακτηριστικά τους μπορεί να καταλάβει αν είναι ή όχι κακοήθη. Επειδή η παρακέντηση γίνεται με τα «μάτια» του νου, μπορεί μερικές φορές η βελόνα να μην πετύχει ακριβούς το ογκίδιο, ιδιαίτερα μάλιστα αν είναι μικρό, και να αναρροφήσει υγιή κύτταρα του μαστού, δίπλα από το ογκίδιο. Τότε η εξέταση θα πρέπει να επαναληφθεί. Σε έμπειρα χέρια, η πιθανότητα επιτυχίας της FNA δεν υπερβαίνει το 75%. Μοναδική επιπλοκή, που σπάνια μπορεί να συμβεί, είναι η πρόκληση μικρού αιματώματος στην περιοχή της παρακέντησης. Εκδηλώνεται με μια μικρή παροδική μελανιά, που διαρκεί λίγες μόνο μέρες. Η FNA δεν προκαλεί διασπορά κακοηθών κυττάρων, όπως λανθασμένα υποστηρίζουν κάποιοι άσχετοι, και είναι ευρέως διαδεδομένη, ως πρώτη εξέταση, σε όλα τα κέντρα μαστού της γης.

Η κυτταρολογική εξέταση είναι αξιόπιστη μέθοδος όταν είναι θετική για καρκίνο, δεν ισχύει όμως και το αντίθετο. Αν δηλαδή η κυτταρολογική δείξει κακοήθη κύτταρα, τότε πρόκειται σίγουρα για καρκίνο. Αν όμως είναι αρνητική για κακοήθεια, τότε δεν μπορεί με βεβαιότητα να αποκλεισθεί μία τέτοια πιθανότητα. Στην περίπτωση που υπάρχει σοβαρή υποψία, η εξέταση πρέπει να επαναληφθεί και η θεραπευτική αντιμετώπιση να αποφασισθεί αφού ληφθούν

υπ' όψιν και οι υπόλοιπες εξετάσεις, καθώς επίσης και η ηλικία της ασθενούς.

Άλλες χρησιμότητες της παρακέντησης με λεπτή βελόνα (FNA);

Η παρακέντηση με μία βελόνα, εκτός από διαγνωστική μέθοδος, μπορεί να γίνει και θεραπευτική, λύνοντας το πρόβλημα. Αν η βελόνα αναρροφήσει μερικά κυβικά εκατοστά υγρού, τότε επρόκειτο για μια κύστη του μαστού, η οποία συνήθως εξαφανίζεται τελείως αφού αναρροφηθεί το περιεχόμενο της και αδειάσει με την παρακέντηση. Με την FNA λύθηκε οριστικά το πρόβλημα σ' αυτή την περίπτωση και δε χρειάζεται τίποτα περισσότερο. Η πιθανότητα μια κύστη να κρύβει καρκίνο είναι ελάχιστη (Φύσσας, 2006).



Ταχεία βιοψία

Όταν υπάρχει ένα ύποπτο ψηλαφητό ογκίδιο ή όγκος στο μαστό με σοβαρή πιθανότητα κακοήθειας, χωρίς να έχει γίνει FNA, καθώς επίσης και όταν έχει γίνει FNA αλλά δεν έχουμε σίγουρη διάγνωση, τότε δε μένει παρά να οδηγηθεί η ασθενής στο χειρουργείο και με γενική αναισθησία να αφαιρεθεί ο όγκος και να σταλεί για ιστολογική εξέταση, ενώ η ασθενής είναι ακόμα ναρκωμένη. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται ταχεία βιοψία, γιατί το τμήμα που αφαιρέθηκε εξετάζεται αμέσως από τον παθολογοανατόμο στο μικροσκόπιο, αφού πρώτα

καταψυχθεί στους 20°C για ένα λεπτό, ώστε να μπορεί να κοπεί σε λεπτές φέτες, και ενώ ο χειρουργός περιμένει στο χειρουργείο την απάντηση. Αν βρεθεί καρκίνος, τότε ο χειρουργός προχωρεί στην αναγκαία επέμβαση, που πρέπει να έχει προσυμφωνήσει με την ασθενή του. Αν το αποτέλεσμα είναι αρνητικό, η ασθενής μπορεί την ίδια μέρα να πάει στο σπίτι της. Το ίδιο και αν, από την απάντηση της ταχείας βιοψίας, υπάρχει σοβαρή υποψία καρκίνου αλλά όχι βεβαιότητα. Τότε είναι προτιμότερο ο χειρουργός να αναβάλει την οριστική επέμβαση για μια άλλη μέρα, περιμένοντας την «κανονική βιοψία», παρά να προχωρήσει σε μια μερική ή ολική μαστεκτομή και αργότερα να αποδειχθεί ότι δεν υπήρχε κακοήθεια (Μαρκόπουλος, 2007).

Διαφορές κανονικής και ταχείας βιοψίας.

Στη διαδικασία της ταχείας βιοψίας, ο παθολογοανατόμος, ανάλογα με την εμπειρία του, διαλέγει από το τεμάχιο που του στέλνει ο χειρουργός από το χειρουργείο το πιο ύποπτο σημείο και από εκεί κόβει δυο τρεις πολύ λεπτές φέτες, που εξετάζει άμεσα στο μικροσκόπιο. Αν ο καρκίνος κρύβεται λίγα χιλιοστά πιο δίπλα, τότε σ' αυτές τις τομές δε θα υπάρχει καρκίνος και συνεπώς η απάντηση της ταχείας βιοψίας θα είναι αρνητική για κακοήθεια, ενώ στην πραγματικότητα αυτό δε θα ισχύει. Αυτό γίνεται για λόγους ταχύτητας, γιατί στο χειρουργείο η ασθενής είναι ναρκωμένη και η χειρουργική ομάδα περιμένει, ενώ εξέταση όλου του όγκου στο μικροσκόπιο απαιτεί εκατοντάδες τομές και επεξεργασία που χρειάζεται αρκετές μέρες. Αυτό ακριβώς γίνεται στην κανονική βιοψία. Κόβεται ολόκληρος ο όγκος σε δεκάδες τομές και εξετάζεται σχολαστικά από έναν ή, επί αμφιβολιών, από περισσότερους γιατρούς. Έτσι εκμηδενίζεται η πιθανότητα να διαφύγει κάποια κακοήθεια. Κανονική βιοψία γίνεται πάντοτε μετά την ταχεία, στο υπόλοιπο κομμάτι που απομένει, αφού κοπεί το μικρό τμήμα του όγκου που θα εξετασθεί ως ταχεία βιοψία. Κανονική βιοψία ή ιστολογική εξέταση γίνεται πάντοτε σε ό,τι αφαιρείται από το

ανθρώπινο σώμα, χωρίς να είναι υποχρεωτικό να γίνει ταυτόχρονα και ταχεία βιοψία. Με την πρόοδο της Κυτταρολογίας, της επιστήμης δηλαδή που μπορεί, εξετάζοντας τους χαρακτήρες λίγων κυττάρων, να θέσει τη διάγνωση μιας παθήσεως, οι ταχείες βιοψίες έχουν λιγοστέψει πολύ σήμερα στις προηγμένες χώρες και γίνονται μόνο σε περιπτώσεις που επανειλημμένες FNA δεν έχουν δώσει σαφή διάγνωση, ενώ η κλινική και η μαστογραφική εικόνα είναι πολύ ύποπτες. Σήμερα θεωρείται σφάλμα να μη γίνεται FNA σε κάθε ύποπτο ογκίδιο, αλλά να υποβάλλεται η κάθε γυναίκα με ογκίδιο του μαστού απευθείας σε χειρουργική επέμβαση και ταχεία βιοψία. Πόσες και πόσες γυναίκες δεν έχουν στο παρελθόν υποβληθεί σε άσκοπες επεμβάσεις στο στήθος τους για βιοψία καλοηθών ογκιδίων με κόστος οικονομικό και ψυχικό!

Ταχεία βιοψία, με ειδική τεχνική, μπορεί να γίνει και σε λεμφαδένες, ιδιαίτερα δε στο λεμφαδένα «φρουρό» (Μαρκόπουλος, 2007).

Βιοψία εντοπισμού με συρμάτινο οδηγό.

Όταν ένα ύποπτο μαστογραφικό εύρημα δεν ψηλαφάται, τότε ο γιατρός δεν μπορεί να το παρακεντήσει, αλλά ούτε και να το αφαιρέσει χειρουργικά, εκτός κι αν αφαιρέσει πολύ μεγάλη περιοχή του μαστού (π.χ. το 1/4), υπολογίζοντας ότι κάπου μέσα εκεί θα πρέπει να βρίσκεται και το ύποπτο ογκίδιο. Κάτι τέτοιο όμως θα άφηνε μεγάλη δυσμορφία στο μαστό, που θα ήταν ίσως δικαιολογημένη αν το ογκίδιο αποδεικνυόταν τελικά κακόηθες, αλλά τελείως αδικαιολόγητη αν ήταν καλοήθες. Στις περιπτώσεις αυτές, χρησιμοποιούμε μια ειδική τεχνική για τον εντοπισμό τέτοιων ύποπτων μαστογραφικών ευρημάτων, που λέγεται βιοψία εντοπισμού με συρμάτινο οδηγό (Needle Localization Biopsy ή NLB).

Η διαδικασία είναι η εξής:

Ενώ η ασθενής βρίσκεται στο μαστογράφο, ο ειδικός ακτινολόγος μαστού, που ταυτόχρονα βλέπει την ύποπτη περιοχή στην οθόνη του μηχανήματος, προωθεί

ένα ειδικό λεπτό σύρμα που στην άκρη του έχει κρυμμένο ένα μικρό αγκίστρι. Μόλις η άκρη του σύρματος φθάσει στο ύποπτο σημείο, απελευθερώνεται το αγκίστρι και καθιλώνεται το σύρμα εκεί, ώστε να μην μπορεί να μετακινηθεί πλέον. Τότε η ασθενής οδηγείται στο χειρουργείο και, με γενική νάρκωση, ο μαστολόγος αφαιρεί την περιοχή γύρω από την άκρη του σύρματος σε ακτίνα λίγων εκατοστομέτρων. Το τεμάχιο που αφαιρείται υποβάλλεται σε μαστογραφία, που συγκρίνεται με την προηγούμενη, για να επιβεβαιωθεί ότι αφαιρέθηκε η ύποπτη περιοχή, και στη συνέχεια αποστέλλεται στο παθολογοανατομικό εργαστήριο για εξέταση.

Αν εξετασθεί άμεσα στο μικροσκόπιο ως ταχεία βιοψία, τότε η ασθενής περιμένει ναρκωμένη την απάντηση. Αν διαπιστωθεί κακοήθεια, τότε εκτελείται η ενδεδειγμένη επέμβαση για τον καρκίνο. Αν όχι, τότε όλη η διαδικασία τελειώνει. Αν εξετασθεί ως κανονική βιοψία, τότε η επέμβαση τελειώνει εκεί, η ασθενής θα γυρίσει στο σπίτι της και, όταν μετά από μέρες βγει το αποτέλεσμα της κανονικής βιοψίας, θα επανέλθει για μεγαλύτερη επέμβαση αν διαπιστωθεί καρκίνος. Η κανονική βιοψία είναι πιο αξιόπιστη από την ταχεία, χρειάζονται όμως δύο επεμβάσεις. Σε ογκίδια μικρότερα του 1 cm, η ταχεία βιοψία καλό είναι να αποφεύγεται, διότι η βαθιά κατάψυξη τα καταστρέφει και δεν απομένει μετά σχεδόν τίποτα για κανονική βιοψία. Επειδή όλη αυτή η διαδικασία είναι μια ολόκληρη επέμβαση, με σημαντική ψυχική φθορά για τη γυναίκα, πρέπει ο ακτινολόγος που γνωματεύει τη μαστογραφία αλλά και ο χειρουργός μαστού να είναι έμπειροι και βέβαιοι ότι το αρχικό μαστογραφικό εύρημα είναι πραγματικά πολύ ύποπτο για κακοήθεια (Ιωαννίδου- Μουζάκα, 2007).



Μαστογραφία μικρού τμήματος μαστού με ύποπτες αποτιτανώσεις που αφαιρέθηκε αφού έγινε εντοπισμός με συρμάτινο οδηγό. Φαίνεται επίσης η άκρη του σύρματος με το αγκίστρι στην άκρη του, που καθοδήγησε στο να βρεθεί το μαστογραφικό εύρημα που δεν ψηλαφόταν (μπλε κύκλος). Η βιοψία έδειξε πορογενές καρκίνωμα in situ.

Μαμμοτόμος και «βιοψία του πυρήνα» («core biopsy»).

Ο μαμμοτόμος είναι στην πραγματικότητα ένας πολύ εξελιγμένος μαστογράφος. Η εξέλιξη του συνίσταται στο ότι μας δίνει τη δυνατότητα όχι μόνο να εντοπίσουμε μια ύποπτη μαστογραφικά αλλά ψηλάφητη περιοχή του μαστού (πράγμα που το κάνει και ο μαστό γράφος), αλλά να μπορούμε να πάρουμε και βιοψία από αυτήν, χρησιμοποιώντας μια ειδική χοντρή βελόνα (true cut), με τη διαφορά ότι η βελόνα κατευθύνεται μέσω υπολογιστή από το μαμμοτόμο, που απεικονίζει τη βλάβη στο μαστό, κι όχι από το γιατρό, που δεν μπορεί να την ψηλαφίσει. Η βελόνα εισάγεται στο κέντρο της ύποπτης περιοχής, αφαιρώντας ένα τμήμα σαν λεπτό μακαρόνι, γι' αυτό και η διαδικασία αυτή λέγεται βιοψία του πυρήνα (core biopsy). Το τμήμα αυτό εξετάζεται ως κανονική ιστολογική βιοψία και όχι ως κυτταρολογική εξέταση. Έτσι οι ασθενείς δεν υποβάλλονται αρχικά σε χειρουργική επέμβαση βιοψίας. Απαιτείται καλή εκπαίδευση από το

χειριστή του μαστού, έτσι ώστε να αποφεύγεται η λανθασμένη λήψη βιοψίας από υγιές σημείο του μαστού, εφησυχάζοντας τους πάντες, ενώ ο όγκος μπορεί να βρίσκεται κάπου παραδίπλα. Σε περιπτώσεις που η βιοψία αυτή δείξει καρκίνο, απαιτείται πάντα χειρουργική επέμβαση. Όταν όμως πρόκειται για καλοήγη βλάβη, τότε η επέμβαση μπορεί να αποφευχθεί οριστικά. Ουσιαστικά πρόκειται για εξέταση (Φύσας, 2006).

Καρκινικοί δείκτες

Υπάρχουν κάποιες ειδικές εξετάσεις αίματος που λέγονται καρκινικοί δείκτες. Η ανεύρεση τους σε υψηλές τιμές μπορεί να πιθανολογήσει καρκίνο. Αυτό όμως δεν είναι απόλυτα βέβαιο, γιατί έχουν βρεθεί αυξημένες τιμές και σε υγιείς ανθρώπους, καθώς επίσης και σε καπνιστές και σε πάσχοντες από κάποιες άλλες παθήσεις.

Ο ιδανικός καρκινικός δείκτης για κάποια μορφή καρκίνου θα έπρεπε να ανιχνεύεται σε όλους τους πάσχοντες από το συγκεκριμένο καρκίνο και σε κανέναν υγιή, αλλά ούτε και σε κανέναν πάσχοντα από άλλη ασθένεια.

Τέτοιος καρκινικός δείκτης, δυστυχώς, δεν έχει βρεθεί ακόμα.

Όσον αφορά το μαστό, ο πιο ειδικός, γνωστός μέχρι τώρα, καρκινικός δείκτης είναι το λεγόμενο CA 15-3. Βέβαια, αν μια γυναίκα βρεθεί να έχει αυξημένη τιμή, δε σημαίνει υποχρεωτικά ότι έχει καρκίνο και, αντιστρόφως, μια γυναίκα με φυσιολογική τιμή δε σημαίνει υποχρεωτικά ότι δεν έχει καρκίνο.

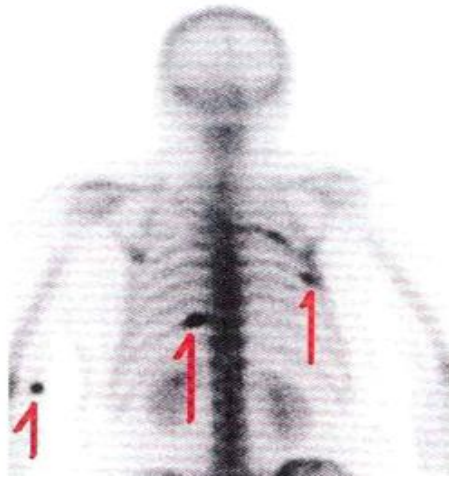
Ο CA 15-3 είναι πολύ χρήσιμος δείκτης στη μετεγχειρητική παρακολούθηση των γυναικών που πριν από τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου του μαστού είχαν υψηλή τιμή CA 15-3. Μετά την επέμβαση, συνήθως η τιμή του ελαττώνεται στα φυσιολογικά όρια και μια ενδεχόμενη νέα αύξηση της μπορεί να σημαίνει επανεμφάνιση του καρκίνου. Το 40% περίπου των γυναικών με σχετικά μικρούς όγκους του μαστού έχουν αυξημένη τιμή CA 15-3, ενώ αν υπάρχουν μεταστάσεις το ποσοστό αυτό αυξάνεται στο 80%. Αυξημένες τιμές

μπορεί να βρεθούν και σε άλλες κακοήθειες παθήσεις, που δεν αφορούν όμως το βιβλίο αυτό. Άρα δεν είναι ειδικός δείκτης μόνο για το μαστό.

Αν σε μια εξέταση αίματος, στο πλαίσιο προληπτικού αιματολογικού τσεκάπ, βρεθεί αυξημένη τιμή του CA 15-3, τότε χρειάζεται μια καλή εξέταση μαστού και μια μαστογραφία, για να ελεγχθεί η πιθανότητα ανεύρεσης ενός κρυμμένου καρκίνου στο μαστό. Αν δε βρεθεί τίποτα στο μαστό, επιβάλλεται έλεγχος και άλλων οργάνων του σώματος, γιατί είπαμε ότι αυξημένη τιμή CA 15-3 βρίσκεται και σε άλλες παθήσεις (Μαρκόπουλος, 2007).

Σπινθηρογράφημα (Scanning)

Είναι μια εξέταση που γίνεται με τη βοήθεια ενός ραδιενεργού φαρμάκου, που χορηγείται με ενδοφλέβια ένεση στην ασθενή, κυκλοφορεί στο αίμα και προσλαμβάνεται από το όργανο που θέλουμε να εξετάσουμε. Αυτό εκπέμπει τότε αόρατες ακτίνες, τις οποίες μπορούμε να δούμε με ειδικό μηχάνημα. Έτσι είναι δυνατόν να εκτιμήσουμε το σχήμα και την ομοιογένεια ορισμένων οργάνων και να πιθανολογήσουμε την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων σε αυτά. Στη Μαστολογία χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των οστών, του ήπατος και του εγκεφάλου. Σήμερα, η αξονική τομογραφία έχει αντικαταστήσει το σπινθηρογράφημα ήπατος και εγκεφάλου και παραμένει η χρησιμότητα του στον έλεγχο μεταστάσεων στο σκελετό. Στην περίπτωση αυτή, τα σημεία των μεταστάσεων ακτινοβολούν διαφορετικά από τα φυσιολογικά οστά, με αποτέλεσμα να ξεχωρίζει χαρακτηριστικά η μετάσταση. Χρησιμοποιείται επίσης για την ανίχνευση του «φρουρού» λεμφαδένα της μασχάλης (Κωστάκης, 2005).



Σπινθηρογράφημα οστών που δείχνει μετάσταση στις πλευρές και στον αγκώνα.

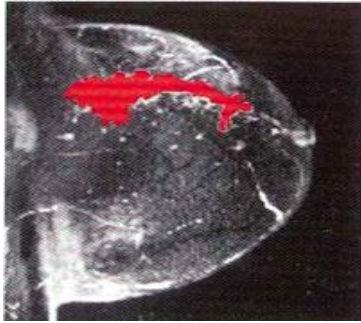
Αξονική και μαγνητική τομογραφία.

Η αξονική τομογραφία (CT) είναι μια ακτινολογική εξέταση που γίνεται με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή. Μας δείχνει τομές των περιοχών του σώματος που θέλουμε να ελέγξουμε, (π.χ. κοιλίας, θώρακος, κρανίου κ.ά.). Μπορούμε έτσι να ελέγξουμε το συκώτι, τους πνεύμονες, τον εγκέφαλο και τα σπλάγχνα.

Η πολύτιμη αυτή εξέταση είναι σημαντικό όπλο της Ιατρικής, αλλά ακόμα και αυτή δεν μπορεί συνήθως να δείξει τις πολύ μικρές μεταστάσεις (<0.5 cm). Δε χρησιμοποιείται για έλεγχο των μαστών.

Η μαγνητική τομογραφία (MRI) είναι εξέταση νεότερη της αξονικής, μόνο που χρησιμοποιεί μαγνητικό πεδίο και όχι ακτίνες X, όπως η αξονική, και άρα δεν εκπέμπει βλαβερή ακτινοβολία. Τα τελευταία χρόνια μάλιστα η μαγνητική τομογραφία αρχίζει να χρησιμοποιείται και για την εξέταση του ίδιου του μαστού, γιατί δίνει απάντηση σε πολλές αμφίρροπες μαστογραφικές εικόνες. Η χρήση της μαγνητικής ενδείκνυται επίσης σε νέες γυναίκες αυξημένου κίνδυνου, σε γυναίκες με πολύ «πυκνούς» μαστούς, όπου η μαστογραφία έχει

περιορισμένη διαγνωστική αξία, και σε γυναίκες με ενθέματα σιλικόνης. Μειονέκτημα της μεθόδου είναι το υψηλό κόστος, περίπου οκταπλάσιο της μαστογραφίας, η μειωμένη διαγνωστική ακρίβεια της μεθόδου και η αδυναμία της απεικόνισης των μικροαποτιτανώσεων (Μουτούση- Μυσατρατιάδου, 2000).



Μαγνητική τομογραφία που δείχνει μεγάλο όγκο.

PET/CT

Είναι σήμερα η πιο προχωρημένη τεχνολογικά εξέταση διαγνώσεως καρκίνου, αλλά και μεταστάσεων όχι μόνο του μαστού αλλά και πολλών άλλων οργάνων. Βασίζεται στην αρχή ότι οι περιοχές του καρκίνου έχουν κύτταρα που πολλαπλασιάζονται ταχύτερα από τα φυσιολογικά, άρα χρησιμοποιούν περισσότερη γλυκόζη, που είναι το βασικό ενεργειακό καύσιμο των κυττάρων. Χορηγώντας στον ασθενή γλυκόζη σεσημασμένη με ειδικό ραδιοφάρμακο και χρησιμοποιώντας το συνδυασμό PET με ειδικό αξονικό τομογράφο (CT), μπορεί να ανιχνευτεί σε ποια σημεία του σώματος πηγαίνει αυτή η ειδική ραδιενεργός γλυκόζη και έτσι να εντοπίζουμε τις περιοχές αυξημένου κυτταρικού μεταβολισμού πολύ πριν αυτές φανούν σε οποιαδήποτε άλλη εξέταση.

Υπερτερεί σημαντικά έναντι της κλασικής αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας, γιατί μπορεί να δείξει καρκινικές βλάβες σε περιοχές που στην απλή αξονική φαίνονται καθαρές.

Αλλάζει έτσι η σταδιοποίηση και συνεπώς όλη η θεραπευτική στρατηγική και αποτρέπονται άσκοπες επεμβάσεις. Μειονεκτεί ακόμα πολύ σε κόστος, γιατί μια εξέταση στοιχίζει περίπου όσο σαράντα αξονικές τομογραφίες.

Στην Ελλάδα λειτουργεί σήμερα μόνο μία συσκευή PET, που είναι εγκαταστημένη στο νοσοκομείο «Υγεία» από το 2004 (Αγγελάτου & Κυζιλής, 2005).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνή απειλή για κάθε γυναίκα, αλλά μπορεί να αντιμετωπιστεί αν διαγνωσθεί έγκαιρα. Ο Οκτώβριος είναι αφιερωμένος σε όλο τον κόσμο στην πρόληψη για τον καρκίνο του στήθους.

Στην Ελλάδα σήμερα γίνονται 4.500 νέες διαγνώσεις καρκίνου του μαστού το χρόνο. Κάθε 2.5 ώρες γίνεται μια διάγνωση ενώ κάθε έξι ώρες μια γυναίκα πεθαίνει από καρκίνο του μαστού. Στο σύνολο των διαγνώσεων μόνο το 5% των γυναικών το μαθαίνει έγκαιρα και επωφελείται από το πρώτο στάδιο της ασθένειας, αντιμετωπίζοντάς την με επιτυχία, ενώ στην Ευρώπη το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται στο 60%.

Είναι εξαιρετικά σημαντικό να καταλάβουμε ότι ο καρκίνος του μαστού διαφέρει σε κάθε άνθρωπο. Στις περισσότερες από τις μισές γυναίκες δεν είναι κληρονομική αρρώστια αλλά περιβαλλοντική. Σχετίζεται με τον τρόπο ζωής του ανθρώπου, ο οποίος είναι ίσως ο μόνος παράγοντας που μπορεί να ελέγξει ώστε να έχει καλύτερη πρόληψη. Με υγιεινή διατροφή, αποφυγή καπνίσματος και υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ, σωματικής άσκησης και προστασία από ηλιακή ακτινοβολία μπορούν να προληφθούν τα μισά περίπου περιστατικά καρκίνου.

Πολύ σημαντικό είναι να πειστούν οι γυναίκες να κάνουν τακτικές εξετάσεις, μαστογραφίες και να παραμερίσουν τους φόβους και τις προκαταλήψεις τους. Ακούγεται κοινότυπο αλλά είναι πέρα ως πέρα αληθινό:

«Η καλύτερη θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού είναι η έγκαιρη διάγνωση».

- Ο άνθρωπος πρέπει να κάνει την πρόληψη " ρουτίνα ", σαν μια συνήθεια φροντίδας στο μηνιαίο του πρόγραμμα.
- Πρέπει να διαδώσει τη σημασία της σε φίλους και πρόσωπα που αγαπάει.
- Η πρόληψη σώζει ζωές

Κανείς δεν πρέπει να ξεχνάει την παρακάτω φράση:

“ Η πρόληψη δεν είναι απλά ανάγκη είναι επιλογή.”

Επιλέγω να προλάβω, επιλέγω να είμαι υγιής, επιλέγω να ζήσω (Ζαφράκας & Τσαλίκης, 2009).



Η ροζ κορδέλα, το σύμβολο της μάχης κατά του καρκίνου του μαστού παγκοσμίως.

Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε:

- Σε μέτρα πρωτογενούς πρόληψης που έχουν σκοπό να προλάβουν την έναρξη των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια μέτρα για παράδειγμα είναι ο περιορισμός έκθεσης του ατόμου στην ιοντίζουσα ακτινοβολία και άλλοι.
- Σε μέτρα δευτερογενούς πρόληψης που εφαρμόζονται από τους φορείς υγειονομικής περίθαλψης, που θα επιτρέψουν είτε την πρόωμη διάγνωση προκαρκινικών καταστάσεων είτε τη διάγνωση του καρκίνου σε αρχικά στάδια. Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται επίσης και ως «προληπτικός πληθυσμιακός έλεγχος» ή «μαζικός ασυμπτωματικός πληθυσμιακός έλεγχος» ή «screening». Η πρόωμη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού εκτός από ότι οδηγεί σε μείωση της θνησιμότητας, επιτρέπει σε μεγάλο βαθμό και την

εφαρμογή λιγότερο επιθετικών μορφών θεραπείας με τελικό αποτέλεσμα τη μείωση της νοσηρότητας και την καλύτερη ποιότητα ζωής.

Σημειώνεται, ότι ως τριτογενής πρόληψη αναφέρεται η πρόωμη και έγκαιρη διάγνωση υποτροπών της νόσου, μετά από την αρχική διάγνωση και θεραπεία στο πλαίσιο της μετέπειτα παρακολούθησης (follow-up) (Buckman, 2000).

Πρωτογενής Πρόληψη

i. Διακοπή καπνίσματος

Η αποφυγή του καπνίσματος αποτελεί μια από τις σημαντικότερες «συνταγές» ενάντια στον καρκίνο του μαστού. Έρευνες, μάλιστα δείχνουν ότι όχι μόνο το κάπνισμα αλλά και το παθητικό κάπνισμα είναι ένας από τους επιβαρυντικούς παράγοντες.

ii. Άσκηση

Η καλή φυσική κατάσταση συμβάλλει στην πρόληψη και του καρκίνου. Δεν είναι ανάγκη να εξαντλείται κάποιος μέσω της σωματικής άσκησης, απλά καλό θα είναι να ασκείται για τουλάχιστον 30 λεπτά τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας.

iii. Διατήρηση ενός υγιούς, σταθερού βάρους

Σύμφωνα με μελέτες, η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, κυρίως στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Είναι σημαντικό, λοιπόν, οι γυναίκες να κρατούν σταθερό το βάρος σας σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους και ειδικά μετά την εμμηνόπαυση.

iv. Ισορροπημένη, υγιεινή διατροφή

Οι σωστές διατροφικές συνήθειες πρέπει να υιοθετούνται από την προεφηβική ηλικία. Αυτό που ονομάζεται «τρόφιμα σκουπίδια» (junk food) προδιαθέτει για καρκίνο του μαστού, γιατί φορτώνει τον οργανισμό με λιπαρά (κυρίως κορεσμένα). Για να μειωθεί, λοιπόν ο κίνδυνος πρέπει τουλάχιστον πέντε μερίδες φρούτων και λαχανικών την ημέρα. Οι γυναίκες που έχουν μέσα στο

αίμα τους ψηλότερα επίπεδα καρωτινοειδών ουσιών, οι οποίες προέρχονται από τα φρούτα και τα λαχανικά, παρουσιάζουν σημαντικά λιγότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού.

Η μελέτη έγινε από Γάλλους και Αμερικανούς ερευνητές. Μέτρησαν τα επίπεδα των καρωτινοειδών ουσιών σε 540 γυναίκες και παρακολούθησαν την εξέλιξη τους για 11 χρόνια. Αυτές που είχαν κατά μέσο όρο χαμηλότερα επίπεδα καρωτινοειδών ουσιών στο αίμα τους είχαν διπλάσιο κίνδυνο από τις άλλες να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού.

v. Προσοχή στη κατανάλωση αλκοόλ

Πολυάριθμες μελέτες εδώ και χρόνια συνηγορούν υπέρ της μέτριας κατανάλωσης αλκοόλ επειδή προστατεύει την καρδιά και τα αγγεία. Στον αντίποδα, όμως, αυτών των ερευνών έρχονται άλλες μελέτες οι οποίες συνδέουν την κατανάλωση αλκοόλ με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε εμμηνόπαυσιες γυναίκες. Σύμφωνα, μάλιστα, με μεγάλη μελέτη του Εθνικού Ινστιτούτου Καρκίνου των ΗΠΑ ένα έως δυο αλκοολούχα ποτά την ημέρα αυξάνουν κατά 32% τον κίνδυνο ενώ τρία έως πέντε ποτά την ημέρα τον εκτοξεύουν στο 51% καθώς, σύμφωνα με τους ερευνητές, το αλκοόλ επεμβαίνει στον μεταβολισμό των οιστρογόνων.

vi. Θηλασμός

Όσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα κατά το οποίο θηλάζουν οι γυναίκες τόσο περισσότερο προστατεύονται από τον καρκίνο του μαστού.

vii. Κατανάλωση πράσινου τσαγιού

Ουσίες που περιέχονται μέσα στο τσάι πιθανόν να προστατεύουν τις γυναίκες από καρκίνο του μαστού. Στις χώρες της Ασίας όπου υπάρχει καθημερινή κατανάλωση πράσινου τσαγιού, είχε παρατηρηθεί προ πολλού ότι στις γυναίκες εμφανίζονταν λιγότεροι καρκίνοι του μαστού. Αυτό οδήγησε σε σκέψη ότι το πράσινο τσάι πιθανόν να είναι ευεργετικό μειώνοντας τις πιθανότητες για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Γιατροί από την ιατρική του πανεπιστημίου της Βοστώνης, για να μελετήσουν τη δράση του πράσινου τσαγιού, χορήγησαν σε

πειραματόζωα (μεγάλους ποντικούς) να πίνουν πράσινο τσάι. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι όγκοι μαστού που εκδήλωναν τα ζώα αυτά, ήταν μικρότεροι σε μέγεθος και λιγότερο κακοήθεις και επιθετικοί από τους όγκους που παρουσίαζαν τα ζώα που δεν ελάμβαναν πράσινο τσάι. Επίσης άλλα συμπεράσματα της μελέτης εισηγούνται ότι πιθανόν οι πολυφαινόλες που περιέχονται στο πράσινο τσάι μειώνουν τον κίνδυνο για άλλους καρκίνους όπως τον καρκίνο του στομάχου, του πνεύμονα, του ήπατος, του παγκρέατος και του ορθού.

viii. Κατανάλωση σόγιας

Η σόγια πιθανόν να έχει προστατευτική δράση η οποία συμβάλλει στην πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού.

Οι επιστήμονες εδώ και χρόνια έχουν υποπτευθεί ότι η διατροφή πλούσια σε σόγια και τα παράγωγά της μπορεί να έπαιξε κάποιο ρόλο στην εκδήλωση του καρκίνου του μαστού.

Ο λόγος είναι ότι σε χώρες όπου υπάρχει αυξημένη κατανάλωση σόγιας στη Κίνα και στην Ιαπωνία η συχνότητα καρκίνου του μαστού είναι χαμηλή. Ερευνητές από τρία κέντρα, το National Cancer Institute, το Cancer Research UK και το εθνικό πανεπιστήμιο Σιγκαπούρης, προσπάθησαν να βρουν τις επιπτώσεις έχει μια διατροφή πλούσια σε σόγια πάνω στο μαστό. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι οι γυναίκες που είχαν την περισσότερη σόγια στη διατροφή τους είχαν 60% λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού.

ix. Λήψη βιταμίνης D

Η βιταμίνη D μπορεί να μειώνει τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού και ωοθηκών. Η αύξηση της πρόληψης της βιταμίνης αυτής, θα μπορούσε να αποτελέσει αποτελεσματικό μέτρο πρόληψης, σώζοντας έτσι εκατομμύρια ζωές που χάνονται κάθε χρόνο.

Η καθημερινή λήψη 1.000 IU (διεθνών μονάδων) που ισοδυναμούν με 25mcg βιταμίνης D3, δυνατόν να μειώνει κατά 30% τον κίνδυνο για καρκίνο του

μαστού. Τα σημαντικά αυτά αποτελέσματα προκύπτουν από έρευνα ειδικών για την πρόληψη του καρκίνου από το πανεπιστήμιο της Καλιφόρνιας. Διεξήγαγαν μια συστηματική ανάλυση όλων των επιστημονικών μελετών σχετικών με τη σχέση βιταμίνης D και καρκίνου που δημοσιεύτηκαν παγκοσμίως, από τον Ιανουάριο του 1966 έως τον Δεκέμβριο του 2004. Η Εθνική Ακαδημία των ΗΠΑ, θεωρεί ότι το ανώτερο ασφαλές όριο βιταμίνης D είναι 2.000 IU (ισοδυναμούν με 50 mcg). Η λήψη περισσότερων μονάδων εμπεριέχει τον κίνδυνο υπερβολικής απορρόφησης ασβεστίου από τον οργανισμό. Αυτό μπορεί να προκαλέσει βλάβες στους νεφρούς και στο συκώτι.

Βιταμίνη D περιέχει το γάλα (περίπου 100 IU), το γιαούρτι, ο χυμός πορτοκαλιού, τα λιπαρά ψάρια η μαργαρίνη και το κρέας.

x. Χρησιμοποίηση ελαιόλαδου

Το ελαιϊκό οξύ πρέπει να αποφεύγεται γιατί φαίνεται ότι καταστέλλει τη δράση του σημαντικότερου ογκογονιδίου του μαστού.

xi. Η έκθεση σε ακτινοβολία

Η ιονίζουσα ακτινοβολία σε χαμηλή δόση στο θώρακα σε παιδική ή νεανική ηλικία για άλλο καρκίνο αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο, τουλάχιστον 2 με 3 φορές άνω του φυσιολογικού. Τα αποτελέσματα μιας μελέτης επιβεβαιώνουν ότι τα κορίτσια που υποβάλλονται στην ακτινοβολία για τον καρκίνο στην παιδική ηλικία έχουν ένα αυξημένο μακροπρόθεσμο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. Κατά τη μελέτη εντοπίστηκαν 120 γυναίκες με τον καρκίνο σε ηλικία μικρότερη των 21 ετών που έλαβαν ακτινοβολία. Εκείνες οι περιπτώσεις συγκρίθηκαν με τέσσερις γυναίκες που ανέπτυξαν τον καρκίνο στην ίδια ηλικία αλλά δεν έλαβαν ακτινοβολία. Συνολικά, η ακτινοβολία για τον αρχικό καρκίνο δεν αύξησε τον κίνδυνο για δεύτερο καρκίνο. Εντούτοις, όση περισσότερη ακτινοβολία λαμβάνει μια γυναίκα σε νεαρή ηλικία τόσο υψηλότερος είναι ο κίνδυνος που διατρέχει να αναπτύξει καρκίνο του μαστού

xii. Αποφυγή ορμονοθεραπείας: Οι θεραπείες ορμονικής υποκατάστασης θα ήταν καλό να αποφεύγονται, αφού έχουν συνδεθεί με διάφορες μορφές

καρκίνου, μεταξύ αυτών και του μαστού. Ακόμη κι αν υπάρχει μεγάλη ανάγκη λήψης ορμονών κατά την εμμηνόπαυση, αυτή θα πρέπει να περιορίζεται σε διάστημα μικρότερο των πέντε ετών. Όταν η λήψη των ορμονών είναι απαραίτητη, θα πρέπει να γίνεται συνεννόηση με το γιατρό για τι μέτρα ελέγχου του μαστού θα πρέπει να ληφθούν (Μαρκόπουλος, 2007).

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

- Μηνιαία αυτοεξέταση
- Ετήσια κλινική εξέταση των μαστών
- Μαστογραφία
- Ανάλογα με τον αριθμό των παραγόντων κινδύνου μπορεί να υπάρξει βράχυνση των μεσοεξεταστικών περιόδων (Φύσσας, 2006).

Αυτοεξέταση των μαστών

Η αυτοεξέταση των μαστών αποτελεί την **πρώτη και βασική μέθοδο προληπτικής εξέτασης των μαστών** και μπορεί να γίνει πολύ απλά στο σπίτι από την ίδια την γυναίκα. Όλες οι γυναίκες από την ηλικία των 20 ετών πρέπει να μάθουν να κάνουν σωστά αυτοεξέταση στους μαστούς τους. Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται τη 10^η μέρα του κύκλου με 1^η την ημέρα έναρξης της περιόδου (Αραβαντινός, 1999).

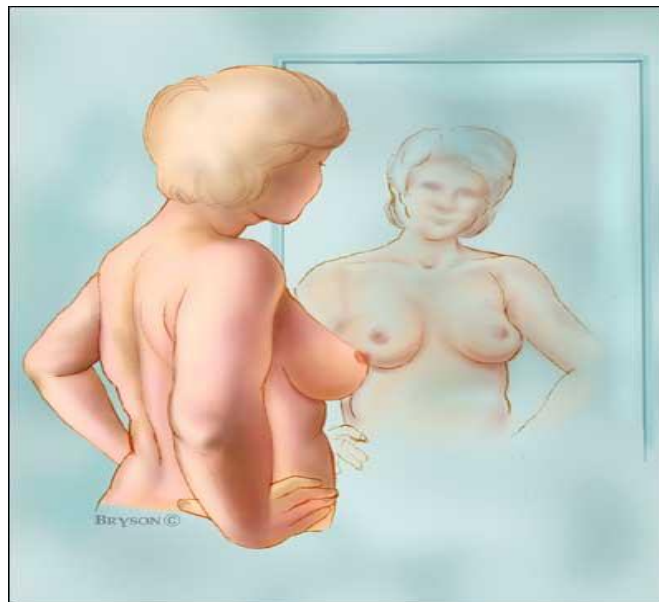
ΒΗΜΑ 1ο

Ξεκινήστε κοιτάζοντας τους μαστούς σας στον καθρέφτη.

Ελέγχουμε το μέγεθος, το σχήμα και το χρώμα. Οι δύο μαστοί πρέπει να είναι συμμετρικοί και ομοιόμορφοι.

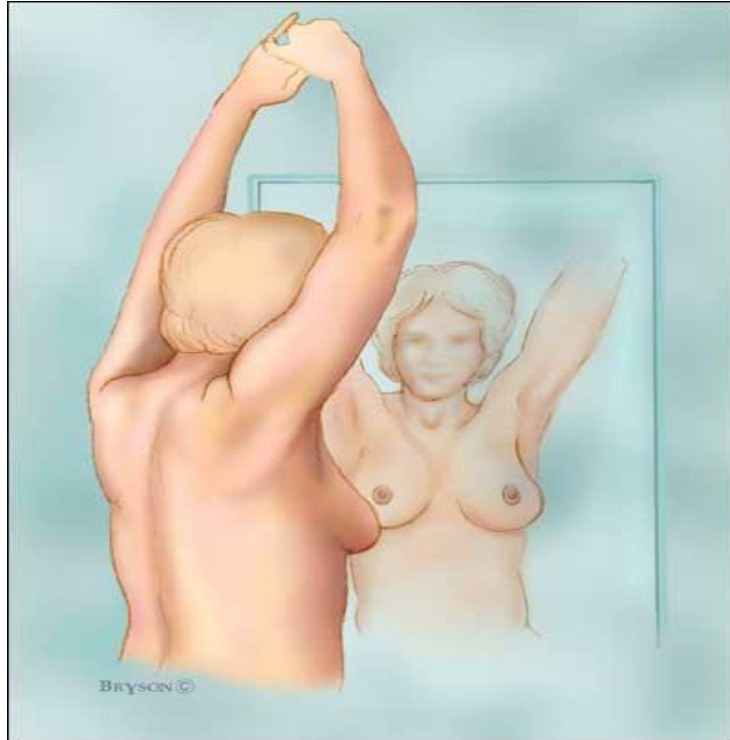
Σημεία που χρειάζονται διερεύνηση:

- Εισολκή δέρματος ή θηλής
- Δέρμα σαν «φλοιός πορτοκαλιού»
- Ερυθρότητα
- Διόγκωση
- Αποβολή υγρού ή αίματος από την θηλή
- Διαγραφή των φλεβών κάτω από το δέρμα



ΒΗΜΑ 2ο

Τα χέρια πρέπει να σηκωθούν για να παρατηρηθούν τα ίδια σημεία. Στη συνέχεια πρέπει να ασκηθεί πίεση και στις δύο θηλές για να ελεγχθεί αν υπάρχει έκκριση υγρού από αυτές. Το υγρό αυτό μπορεί να είναι γαλακτώδες κίτρινο ή και αίμα.



ΒΗΜΑ 3ο

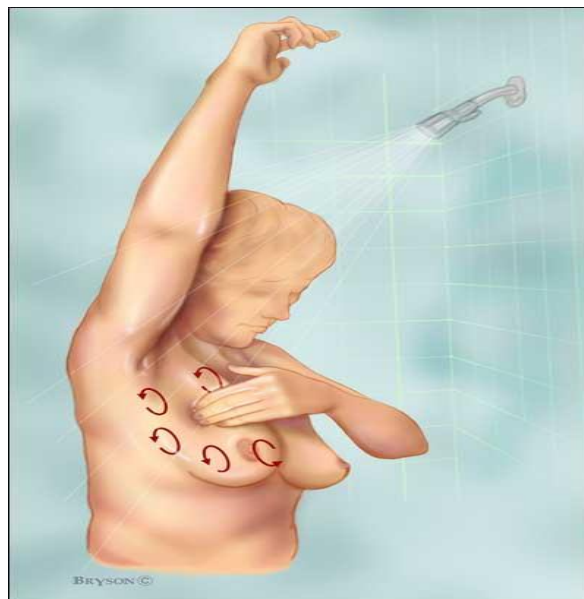
Η γυναίκα πρέπει να ξαπλώσει και να εξετάσει τους μαστούς της κάνοντας μικρές κυκλικές κινήσεις με τις άκρες των δακτύλων της, μέχρι να καλύψει όλη την έκταση του κάθε μαστού. Η πορεία που πρέπει να ακολουθείται είναι από πάνω προς τα κάτω και από έξω προς τα μέσα. Το δεξί χέρι εξετάζει τον αριστερό μαστό και το αντίθετο.





ΒΗΜΑ 4ο

Η ίδια διαδικασία πρέπει να ακολουθείται με τα ίδια βήματα σε ορθή θέση. Πολλές γυναίκες αισθάνονται καλύτερα το μαστό τους όταν το δέρμα τους είναι υγρό και γλιστερό, έτσι προτιμούν να κάνουν αυτό το στάδιο της αυτοεξέτασης στο μπάνιο (Ιωαννίδου- Μουζάκα,2007).



Ετήσια κλινική εξέταση μαστών

Η κλινική εξέταση του μαστού είναι σημαντικό στοιχείο της φροντίδας των γυναικών: Βοηθά στην ανίχνευση των καρκίνων του μαστού, που με την μαστογραφία μπορεί να διαφύγουν και παρέχει την δυνατότητα κατάδειξης τεχνικών αυτοεξέτασης στην ασθενή. Όμως, η κλινική έρευνα έχει δείξει ότι η ποικιλία στην εμπειρία του εξεταστή, καθώς και η τεχνική του επηρεάζουν την αξία της κλινικής εξέτασης.

Πριν ξεκινήσει ο εξεταστής την επισκόπηση, θα πρέπει να ενημερώσει την ασθενή ότι πρόκειται να εξετάσει τους μαστούς της και η διάρκεια της εξέτασης διαρκεί 3 λεπτά για κάθε μαστό. Αυτή μπορεί να είναι μια καλή στιγμή για να ρωτήσει αν έχει προσέξει όγκους ή άλλα προβλήματα και αν κάνει μηνιαία αυτοεξέταση των μαστών. Η επαρκής επισκόπηση απαιτεί πλήρη έκθεση του μαστού, με την ασθενή όρθια ή καθιστή μπροστά στον εξεταστή. Μια πλήρης εξέταση των μαστών περιλαμβάνει προσεκτική επισκόπηση για μεταβολές στο χρώμα και το ποιόν του δέρματος, έλεγχος της συμμετρίας των μαστών, έλεγχος για ύπαρξη εξογκώματος, η εισολκής και έλεγχος των θηλών για τυχόν έκκριση υγρού. Η ασθενής εξετάζεται σε 4 διαφορετικές θέσεις, με τα χέρια στα πλάγια, πάνω από το κεφάλι, πιεσμένα στους γοφούς και με την ασθενή σκυμμένη μπροστά. Επειδή οι μαστοί τείνουν να διογκώνονται και να γίνονται πιο οζώδεις πριν από την εμμηνορρυσία ως αποτέλεσμα του αυξημένου ερεθισμού από τα οιστρογόνα, η καλύτερη στιγμή για την εξέταση είναι στο τέλος της έμμηνου ρύσεως.

Κατά την ψηλάφηση ο εξεταστής αρχίζει από τον φυσιολογικό μαστό, ώστε να αποκτή μια ιδέα για τη φυσιολογική σύσταση των μαστών της ασθενούς και να μπορεί να τον συγκρίνει με τον παθολογικό μαστό. Ψηλαφά ολόκληρη την επιφάνεια του μαστού είτε οριζόντια, είτε κάθετα είτε κυκλικά, ασκώντας ελαφρά πίεση με τα δάχτυλα και των δύο χεριών. Επίσης ψηλαφάται η θηλή για τυχόν έκκριμα με τα δάχτυλα του εξεταστή να πιέζει.

Τέλος, θα πρέπει να εξετάζονται οι μασχαλιαίες κοιλότητες με την ασθενή καθισμένη και τον εξεταστή να κρατά με το αντίστοιχο χέρι το χέρι της ασθενούς, ώστε να επιτυγχάνεται χαλάρωση της ωμικής ζώνης (Bickley, 2006).

Μαστογραφία

Η βασική μέθοδος για τη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού στο γενικό πληθυσμό είναι η μαστογραφία. Η μαστογραφία είναι η μόνη απεικονιστική μέθοδος που επιτρέπει αξιόπιστα την ανίχνευση παθολογικών μικροαποτιτανώσεων στο μαστό. Υπολογίζεται, ότι παθολογικές μικροαποτιτανώσεις παρατηρούνται περίπου στο 30-40% του συνόλου των διηθητικών καρκινωμάτων και σε ως και 90% των καρκινωμάτων *in situ* του μαστού. Γίνεται έτσι φανερό ότι η μαστογραφία μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού. Πράγματι, υπολογίζεται ότι με το συστηματικό προληπτικό έλεγχο με μαστογραφία, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού μπορεί να μειωθεί ως και 30-50%. Αυτό οφείλεται και στο ότι, εκτός από την υπεροχή της στην ανίχνευση του καρκινώματος *in situ*, επιτρέπει και τη διάγνωση του διηθητικού καρκίνου του μαστού σε προωμότερα στάδια από ό,τι άλλες μέθοδοι.

Σύμφωνα με τις συστάσεις της Αμερικανικής Εταιρείας κατά του Καρκίνου (American Cancer Society-ACS), του Αμερικανικού Κολλεγίου Ακτινολογίας (American College of Radiology-ACR) του Αμερικανικού Εθνικού Ινστιτούτου κατά του Καρκίνου (National Cancer Institute-NCI), σωστό είναι να γίνεται μια μαστογραφία στην ηλικία των τριάντα πέντε ετών, η οποία χρησιμοποιείται ως εξέταση αναφοράς. Από εκεί και πέρα όλες οι γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 40 ετών θα πρέπει να υποβάλλονται τακτικά σε προληπτική μαστογραφία σε μεσοδιαστήματα ενός έτους.

Σε περίπτωση που υπάρχει ιστορικό καρκίνου σε μια ή περισσότερες συγγενείς πρώτου βαθμού (μητέρα ή αδελφές) ιδιαίτερα μάλιστα εάν η νόσος είχε

εμφανιστεί σε νεαρή ηλικία, καλό είναι να αρχίσει με μια μαστογραφία αναφοράς πέντε χρόνια νωρίτερα από την ηλικία που διεγνώσθη η νόσος της συγγενούς (Αγγελάτου & Κυζιλής, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Σήμερα χρησιμοποιούνται στην καθημερινή κλινική πράξη τέσσερις θεραπευτικές μέθοδοι, που έχουν περάσει τη δοκιμασία του χρόνου και έχουν αποδειχθεί ευεργετικές για τους ασθενείς :

Η χειρουργική, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία. Υπάρχει επίσης, στα σπάργανα ακόμα αλλά πολλά υποσχόμενη, η γονιδιακή θεραπεία. Αυτές οι θεραπευτικές μέθοδοι μπορούν να εφαρμοσθούν σε ποικίλους συνδυασμούς κι όχι μία μόνο σε κάθε ασθενή.

Δοκιμάζονται επίσης, σε ερευνητικό ακόμα επίπεδο, πολλά προγράμματα, όπως ανοσοθεραπείες, εμβόλια κ.ά. Ίσως κάποιο από αυτά να αποδειχθεί κάποτε ότι κρύβει οριστικά το μυστικό της θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Προς το παρόν, τίποτα τέτοιο δε φαίνεται στον ορίζοντα (Τοκμακίδης, 2001).

I. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μέχρι πριν από λίγα χρόνια, η διάγνωση του καρκίνου του μαστού ήταν συνυφασμένη στο μυαλό των γυναικών αλλά και των γιατρών με μαστεκτομή. Στη διάρκεια όμως της δεκαετίας του 70, μια ομάδα Ιταλών χειρουργών πρωτοεφάρμοσε, με επιφύλαξη στην αρχή, περιορισμένη εκτομή μικρών καρκινωμάτων του μαστού σε γυναίκες που για διάφορους λόγους δε δέχονταν τη μαστεκτομή. Αφαιρούσαν τον όγκο μαζί με μια μικρή υγιή περιοχή του μαστού γύρω από αυτόν, διασώζοντας έτσι τον υπόλοιπο μαστό, τον οποίο στη συνέχεια, προληπτικά, ακτινοβόλούσαν με ειδικά μηχανήματα. Από την παρακολούθηση των γυναικών αυτών για πολλά χρόνια μετά την επέμβαση, δε φάνηκε να υπάρχει διαφορά στην επιβίωση τους σε σχέση με τις γυναίκες ίδιας ηλικίας και ίδιου καρκινικού σταδίου που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή. Επιπλέον, δεν είχαν υποστεί και την αφαίρεση του μαστού με όλο το

ψυχολογικό και το σωματικό τραύμα. Η νέα τεχνική εξαπλώθηκε γρήγορα στον πολιτισμένο κόσμο, με αποτέλεσμα η διατήρηση του μαστού να είναι βασικό μέλημα των χειρουργών σήμερα, όπου αυτό είναι εφαρμόσιμο. Έτσι, ενώ πριν από τριάντα χρόνια σε κάθε δέκα καρκίνους του μαστού είχαμε και δέκα ολικές μαστεκτομές, σήμερα έχουμε περίπου τρεις ολικές μαστεκτομές και επτά μερικές (Τσούσκας, 2004).

Περιπτώσεις στις οποίες πρέπει να αφαιρείται ολόκληρος ο μαστός και περιπτώσεις που αφαιρείται ο όγκος.

Συνοπτικά, ο μαστός πρέπει να αφαιρείται ολόκληρος όταν ο όγκος είναι πολύ μεγάλου μεγέθους ή βρίσκεται πολύ κοντά στη θηλή. Τα κριτήρια των χειρουργών είναι κυρίως δυο:

- i. Να μην πλησιάσουν πολύ στον καρκίνο κατά την επέμβαση, γιατί αλλιώς μπορεί να ξεφύγουν καρκινικά κύτταρα και υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες ο όγκος να υποτροπιάσει.
- ii. Η όψη του μαστού που θα απομείνει, αν δε γίνει ολική μαστεκτομή, να είναι αισθητικά αποδεκτή.

Όταν λοιπόν ο όγκος βρίσκεται κάτω από τη θηλή, τότε, για να μην υπάρξει τοπική υποτροπή, θα πρέπει να αφαιρεθεί και η θηλή. Είναι όμως πολύ αποκρουστικός ένας μαστός που έχει στο κέντρο ένα μεγάλο κρατήρα αντί για θηλή. Είναι προτιμότερο να μην υπάρχει καθόλου μαστός εκεί. Βέβαια, υπάρχουν γυναίκες που αποκλείουν την αφαίρεση όλου του μαστού σε κάθε περίπτωση. Ο γιατρός θα πρέπει να συμμορφωθεί, άσχετα από την προσωπική ή επιστημονική του άποψη (Goldman & Bennett, 2002).

Είδη Χειρουργικών Επεμβάσεων (Μαστεκτομών)

Οι επεμβάσεις αυτές χωρίζονται αρχικά σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- i. Τις θεραπευτικές. Είναι οι συχνότερες, γίνονται σε γυναίκες με διαγνωσμένο

αλλά όχι πολύ προχωρημένο καρκίνο του μαστού και αποσκοπούν στην ίαση.

ii. Τις προληπτικές, που γίνονται σε γυναίκες πολύ υψηλού κίνδυνου, χωρίς όμως να έχουν καρκίνο του μαστού.

iii. Τις παρηγορητικές, που γίνονται σε γυναίκες με πολύ προχωρημένο καρκίνο του μαστού και δεν αποσκοπούν στην ίαση, αλλά στην προφύλαξη από εξέλιξη του όγκου προς το δέρμα, καθώς και στην ελάττωση των καρκινικών κυττάρων, με σκοπό να δράσει καλύτερα η χημειοθεραπεία (Φύσσας, 2006).



Θεραπευτική μαστεκτομή και τα είδη της.

Η θεραπευτική μαστεκτομή είναι η επέμβαση που γίνεται για αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού με σκοπό την ίαση. Μπορεί να είναι μερική, όταν αφαιρείται μέρος του μαστού, ή ολική, όταν αφαιρείται όλος ο μαστός. Έχει επικρατήσει όταν λέμε «μαστεκτομή» συνήθως να εννοούμε αφαίρεση όλου του μαστού.

Αν η επέμβαση γίνεται για διηθητικό καρκίνο του μαστού, λέγεται τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, γιατί περιλαμβάνει και αφαίρεση των λεμφαδένων της μασχάλης, στους οποίους ο καρκίνος μπορεί να επεκτείνεται (μεθίσταται) μέσω της λεμφαδενικής οδού. Παλαιότερα, οι χειρουργοί αφαιρούσαν και τους μύς του θώρακος στην προσπάθεια τους για ευρύτερη εκτομή του όγκου, επέμβαση που λέγεται υπερριζική μαστεκτομή ή μαστεκτομή HALSTED. Έχει εγκαταλειφθεί σήμερα, γιατί ο χρόνος απέδειξε ότι, ενώ είναι πολύ βαρύτερη επέμβαση, δε βελτιώνει την επιβίωση των ασθενών. Η επέμβαση που γίνεται για πολυεστιακό αρχόμενο καρκίνο *in situ*, για σάρκωμα ή για κάποια άλλη δυνητικά κακοήγη πάθηση λέγεται απλή μαστεκτομή, γιατί αφαιρείται μόνο ο μαστός με το δέρμα και τη θηλή, αλλά δεν αφαιρούνται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, αφού ξέρουμε πως αυτή η μορφή καρκίνου δε μεθίσταται σ' αυτούς. Η μερική μαστεκτομή ή αλλιώς τμηματεκτομή είναι η νεότερη τεχνική. Γίνεται σε καρκίνο του μαστού που δε βρίσκεται πολύ κοντά στη θηλή, ούτε κι έχει πολύ μεγάλο μέγεθος. Όταν αφαιρείται μόνο ο όγκος με λίγο υγιή μαστό γύρω του, τότε μιλάμε για ογκεκτομή. Όταν αφαιρείται ο όγκος με μεγαλύτερο υγιές τμήμα γύρω του τότε πρόκειται για ευρεία τοπική εκτομή. Κι όταν αφαιρείται το 1/4 του μαστού, η επέμβαση ονομάζεται τεταρτεκτομή. Και οι τρεις αυτές επεμβάσεις μπορούν να συνδυασθούν με αφαίρεση των λεμφαδένων της μασχάλης, χωρίς αυτό να είναι υποχρεωτικό. Γίνονται όλες με γενική αναισθησία, εκτός από την ογκεκτομή, που μπορεί να γίνει και με τοπική. Συνήθως απαιτούνται τρεις μέρες παραμονής στο νοσοκομείο για την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή και για όσες επεμβάσεις χρειάζονται και μασχαλιαίο λεμφαδενικό καθαρισμό. Αντίθετα, η βιοψία, η απλή μαστεκτομή και η τμηματεκτομή χωρίς λεμφαδενικό καθαρισμό απαιτούν μόνο μία μέρα ή γίνονται και με ολιγόωρη παραμονή στο νοσοκομείο (Ιωαννίδου- Μουζάκου, 2007).



Εικόνα δεξιάς τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής.

Προληπτική (ή προφυλακτική) μαστεκτομή

Ονομάζεται και υποδόρια μαστεκτομή, γιατί η διαδικασία χειρουργικής αφαίρεσης του μαστού γίνεται κάτω από το δέρμα (υποδορίως) και έτσι το δέρμα και η θηλή διασώζονται, ενώ αφαιρείται το 90-95% του μαστού. Είναι πρακτικά αδύνατο να αφαιρεθεί το 100%, όπως θα ήταν το ιδανικό, γιατί διασώζοντας το δέρμα και τη θηλή του μαστού παραμένουν εκεί προσκολλημένα και πολύ μικρά τμήματα μαστού. Πρόκειται για επέμβαση μιας μέρας, που χρειάζεται γενική αναισθησία. Οι προληπτικές μαστεκτομές είναι ακόμα εξαιρετικά σπάνιες, αλλά προβλέπεται να αυξηθούν, καθώς η γενετική επιστήμη εξελίσσεται. Εφαρμόζονται σε γυναίκες που δεν έχουν πάθει καρκίνο του μαστού, αλλά που έχουν πολύ αυξημένο κίνδυνο, επειδή οι νεότερες γενετικές εξετάσεις τις βρίσκουν θετικές για μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA-1 και/ή BRCA-2 ή επειδή έχουν τουλάχιστον δυο πολύ στενές συγγενείς που έπαθαν καρκίνο του μαστού. Επειδή γίνονται σε νέες γυναίκες, πρέπει να συνδυάζονται πάντα και με άμεση ανακατασκευή του μαστού.

129. Τι είναι η παρηγορητική μαστεκτομή;

Είναι η μερική ή ολική μαστεκτομή που γίνεται σε γυναίκες με καρκίνο στο μαστό που έχουν ήδη μακρινές μεταστάσεις και όχι καλή πρόγνωση. Έχει δυο στόχους:

- i. Να φύγει ο καρκίνος από το μαστό για να μην εξελκωθεί (ανοίξει) προς το δέρμα. Γιατί η ανοιχτή πληγή στο μαστό μεγαλώνει σιγά σίγα, σε αντίθεση με κάθε γνωστή μας πληγή, που τείνει να επουλωθεί. Μπορεί να μολυνθεί με κοινά μικρόβια ή ακόμα και να γεμίσει σκουλήκια και να δημιουργήσει σημαντικό πρόβλημα.
- ii. Να φύγει ο καρκίνος από το μαστό, ώστε τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα να δράσουν καλύτερα στις μεταστάσεις και να μην καταναλώνονται στον όγκο (Μαρκόπουλος, 2007).

Αφαίρεση λεμφαδένων της μασχάλης

Στα περισσότερα νοσοκομεία του κόσμου και της Ελλάδας, η διάγνωση καρκίνου στο μαστό σημαίνει μαστεκτομή, μερική ή ολική, συνδυασμένη με λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης. Αυτός είναι ο κανόνας και συνεχίζει να είναι ακόμα στα περισσότερα νοσοκομεία που δε διαθέτουν την υλικοτεχνική υποδομή για κάτι καλύτερο.

Όταν υπάρχει ιστολογικά επιβεβαιωμένο διηθητικό καρκίνωμα μαστού, τότε αφαιρούνται οι λεμφαδένες της μασχάλης, με σκοπό να διαπιστωθεί αν ο όγκος έχει ξεφύγει από το μαστό προκαλώντας λεμφαδενική μετάσταση, πράγμα που αλλάζει τη σταδιοποίηση του όγκου, τη θεραπευτική στρατηγική και ίσως τελικά την πρόγνωση. Όσο περισσότεροι λεμφαδένες έχουν μεταστατική νόσο τόσο πιο προχωρημένη είναι η νόσος και τόσο πιο επιθετική αγωγή πρέπει να ακολουθήσουμε. Δεν έχει κανένα νόημα η αφαίρεση των λεμφαδένων της μασχάλης αν ξέρουμε πως υπάρχουν μεταστάσεις σε άλλα όργανα (Τσούσκας, 2004).

Πότε αποφεύγεται η αφαίρεση όλων των λεμφαδένων της μασχάλης, «φρουρός» λεμφαδένας.

Είναι δυνατόν να αποφεύγεται η αφαίρεση όλων των λεμφαδένων της μασχάλης, στις περιπτώσεις που ο «φρουρός» λεμφαδένας δεν έχει μετάσταση. Τι είναι ο «φρουρός» λεμφαδένας:

Σε όλους τους ανθρώπους κάθε περιοχή του μαστού αποχετεύει τη λέμφο της σε ένα λεμφαδένα της μασχάλης που λέγεται «φρουρός ή δορυφόρος» λεμφαδένας και είναι υπεύθυνος να δέχεται τη λέμφο μόνο μιας συγκεκριμένης περιοχής. Κάθε περιοχή του μαστού έχει και το δικό της «φρουρό» λεμφαδένα. Αν αναπτυχθεί καρκίνος σε κάποια περιοχή, η μετάσταση του θα κατευθυνθεί αρχικά στον αντίστοιχο «φρουρό» λεμφαδένα της.

Μέχρι πριν από λίγα χρόνια, διάγνωση καρκίνου στο μαστό σήμαινε αυτόματα και αφαίρεση όλων των λεμφαδένων της μασχάλης. Το ίδιο γίνεται ακόμα και σήμερα στα περισσότερα νοσοκομεία που δεν έχουν τον ειδικό εξοπλισμό για την ανεύρεση του «φρουρού» λεμφαδένα. Αφαιρούνται έτσι και πολλοί υγιείς λεμφαδένες, πράγμα που αφενός είναι περιττό και αφετέρου επιβαρύνει την ασθενή αλλά και το χέρι της, που αποχετεύει κι αυτό τη λέμφο του στους λεμφαδένες της μασχάλης. Στις περιπτώσεις που η ιστολογική εξέταση των λεμφαδένων δείξει ότι κάποιοι έχουν μετάσταση, τότε σωστά αφαιρέθηκαν. Στις περιπτώσεις όμως που η ιστολογική εξέταση δε δείχνει κανένα λεμφαδένα με μετάσταση, αυτό μπορεί να είναι πολύ καλό για την ασθενή, όμως αυτή έχει ήδη προληπτικά υποβληθεί σε αφαίρεση μέχρι και σαράντα υγιών λεμφαδένων, για να εξετασθούν, χωρίς τελικά να αποδειχθεί ότι αυτό χρειαζόταν. Τότε δεν μπορούν να ξαναμπούν οι υγιείς λεμφαδένες στη θέση τους!

Σήμερα με την πρόοδο της τεχνολογίας μπορούμε να εντοπίσουμε, να αφαιρέσουμε και να εξετάσουμε μόνο το λεμφαδένα που δέχεται τη λέμφο από τον όγκο του μαστού αλλά μόνο σε ελάχιστα νοσοκομεία που διαθέτουν κατάλληλα μηχανήματα και τους ειδικά εκπαιδευμένους γιατρούς (Τσούσκας, 2004).

Εντοπισμός του «φρουρού» λεμφαδένα

Στην περιοχή του κακοήθους όγκου του μαστού γίνεται ένεση μικρής ποσότητας ειδικού φαρμάκου, που εκπέμπει πολύ ασθενή ραδιενέργεια, του ίδιου που χρησιμοποιείται στα σπινθηρογραφήματα. Σε λίγη ώρα το ραδιοφάρμακο μπαίνει στα λεμφαγγεία, προχωρεί προς τους λεμφαδένες της μασχάλης και θα περάσει πρώτα από το «φρουρό» λεμφαδένα, ακολουθώντας την ίδια οδό που θα είχε ακολουθήσει και μια μετάσταση, αν αυτό συνέβη. Η ασθενής οδηγείται στο χειρουργείο και εκεί ο χειρουργός, χρησιμοποιώντας ειδική φορητή συσκευή (γ-κάμερα) που ανιχνεύει αυτό το φάρμακο, εντοπίζει και αφαιρεί μόνο το «φρουρό» λεμφαδένα του όγκου, αυτόν δηλαδή που του υποδεικνύει το μηχάνημα ότι έχει προσλάβει το περισσότερο ραδιοφάρμακο. Αν υπάρχει μετάσταση στους λεμφαδένες, αυτή θα έχει περάσει πρώτα υποχρεωτικά από το «φρουρό». Στη συνέχεια, ο «φρουρός» λεμφαδένας αποστέλλεται για ταχεία βιοψία στο παθολογοανατομικό εργαστήριο, ενώ η ασθενής παραμένει ναρκωμένη στο χειρουργείο. Αν η βιοψία δε δείξει καρκίνο, αυτό σημαίνει ότι και οι υπόλοιποι λεμφαδένες αποκλείεται να έχουν πειραχθεί και άρα δεν υπάρχει λόγος να αφαιρεθούν. Έτσι διασώζονται πολλοί λεμφαδένες, που διαφορετικά θα έπρεπε να αφαιρεθούν, και αποφεύγονται οι, ευτυχώς σπάνιες, επιπλοκές του μασχαλιαίου λεμφαδενικού καθαρισμού. Αν όμως βρεθεί μετάσταση στο λεμφαδένα «φρουρό», τότε θα πρέπει να ακολουθήσει αφαίρεση και των υπόλοιπων λεμφαδένων της μασχάλης, γιατί είναι πιθανό ο καρκίνος να έχει προχωρήσει και πέρα από το «φρουρό». Ουσιαστικά η μέθοδος αυτή ξεχωρίζει τις γυναίκες που πρέπει να υποβληθούν σε λεμφαδενικό καθαρισμό μασχάλης από αυτές που δεν το χρειάζονται, μειώνοντας τον αριθμό των περιττών επεμβάσεων στις απολύτως αναγκαίες. Η μέθοδος εφαρμόζεται προς το παρόν σε ελάχιστα νοσοκομεία της Ελλάδας (Φύσσας, 2006)



Η φορητή γ-κάμερα με την οποία γίνεται στο χειρουργείο ο εντοπισμός του του φρουρού λεμφαδένα της μασχάλης.

Λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης, λεμφοίδημα.

Οι επιπλοκές του λεμφαδενικού καθαρισμού της μασχάλης μπορεί να είναι παροδικές ή μόνιμες. Παροδικός είναι ο πόνος, που συνήθως κρατάει λίγες μέρες, καθώς επίσης και μια σχετική δυσκινησία του χεριού, που υποχωρεί σιγά σιγά σε έναν έως τρεις μήνες. Ειδικές ασκήσεις βοηθούν το ταλαιπωρημένο χέρι να αναλάβει πλήρως (βλ. κεφ. αποκατάστασης). Ένα οίδημα (πρήξιμο) του χεριού μπορεί να είναι παροδικό αλλά ενίοτε και μόνιμο. Σε πλήρη λεμφαδενικό καθαρισμό, αρκετές φορές υπάρχει μια ασήμαντη διαφορά δυο τριών πόντων στην περίμετρο του βραχίονα συγκριτικά με το άλλο χέρι. Μεγαλύτερη διαφορά σπάνια εμφανίζεται σήμερα και ονομάζεται λεμφοίδημα. Οφείλεται συνήθως σε περιορισμό της αποχέτευσης της λέμφου του χεριού προς τη μασχάλη. Συμβαίνει όταν από τη μασχάλη αφαιρεθούν, εκτός από τους λεμφαδένες που αντιστοιχούν στο μαστό, και πολλοί λεμφαδένες του χεριού, όταν μετά την αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων εφαρμοσθεί και μετεγχειρητική ακτινοβολία στην περιοχή της μασχάλης, κάτι που ευτυχώς σήμερα αποφεύγεται, αλλά και αν υπάρξει τραυματισμός της μασχαλιαίας φλέβας, που πάνω της κολλούν πολλοί λεμφαδένες. Πάντως το χέρι αυτό μπορεί πάντα να

υπολείπεται λίγο σε σχέση με το άλλο, απαιτώντας περισσότερη προσοχή στις χειρωνακτικές δουλειές και σε κάθε δραστηριότητα που ενέχει κίνδυνους φλεγμονής (κηπουρική, μανικιούρ, αιμοληψίες, μικροεπεμβάσεις κ.ά.). Η καλή χειρουργική τεχνική κατά την αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων παίζει το σπουδαιότερο ρόλο στη μετέπειτα κατάσταση του χεριού. Ο χειρουργός πρέπει να γνωρίζει με ακρίβεια ποιοι ακριβώς λεμφαδένες αντιστοιχούν στο μαστό και ποιοι στο χέρι και να αφαιρέσει μόνο τους πρώτους. Πρέπει επίσης να ξέρει καλά και να διαφυλάξει τα νεύρα που δίνουν κίνηση στους μυς του χεριού, του κορμού και της πλάτης, αλλά και τα νεύρα που μεταφέρουν την αισθητικότητα του βραχίονα.

Επίσης μπορεί να εμφανιστεί λεμφοίδημα χεριού χωρίς επέμβαση μπορεί σε περιπτώσεις προχωρημένου καρκίνου του μαστού που δεν αντιμετωπίσθηκε, με αποτέλεσμα οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες να μεγαλώσουν τόσο, που να μπλοκάρουν τη λεμφική οδό του χεριού ή να τρυπήσουν ακόμα και το δέρμα της μασχάλης (Τσούσκας, 2004).

Σωλήνες παροχετεύσεως στη μασχάλη μετά τη μαστεκτομή

Οι λεμφαδένες της μασχάλης μεσολαβούν στην οδό απορροής της λέμφου από τα λεμφαγγεία του συστοίχου χεριού προς τα λεμφαγγεία του θώρακος (Ερ. 2). Η αφαίρεση των λεμφαδένων διακόπτει αυτή την οδό δημιουργώντας κομμένα λεμφαγγεία, που στη μία πλευρά φέρνουν λέμφο από το χέρι και στην άλλη απάγουν λέμφο προς το θώρακα. Έτσι, η λέμφο που έρχεται από το χέρι λιμνάζει προσωρινά στην περιοχή της μασχάλης, μέχρι να βρει πάλι το δρόμο της προς τα λεμφαγγεία του θώρακος. Επιπλέον, το δέρμα στη χειρουργημένη περιοχή είναι στην αρχή ξεκολλημένο από τους υποκείμενους ιστούς, δημιουργώντας από κάτω του έναν κενό χώρο, που διευκολύνει τη συλλογή υγρών και λέμφου. Η τοποθέτηση σωλήνος παροχετεύσεως κάτω από το χειρουργημένο δέρμα στη μασχάλη, συνδεδεμένου με πλαστική φιάλη κενού,

λειτουργεί σαν συνεχής αναρρόφηση, που διώχνει προς τη φιάλη τα λιμνάζοντα υγρά, βοηθώντας το δέρμα να κολλήσει στους μύς και να κλείσει ο κενός χώρος. Αρκετοί χειρουργοί τοποθετούν και δεύτερο σωλήνα παροχετεύσεως κάτω από το δέρμα του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος, εκεί που αφαιρέθηκε ο μαστός, με σκοπό να βοηθήσουν και εκείτο δέρμα να κολλήσει στους υποκείμενους ιστούς. Αυτός παροχετεύει λίγο υγρό, μόνο για δυο τρεις μέρες, και αφαιρείται συνήθως πρώτος.

Ο σωλήνας αφαιρείται γύρω στην 5η-7η μετεγχειρητική μέρα, εφόσον η ημερήσια παροχή του δεν υπερβαίνει τα 30 ml. Σ' αυτή την περίπτωση μπορεί να παραμείνει λίγες μέρες ακόμα χωρίς πρόβλημα (Κωστάκης, 2005).

Εκλογή της σωστής επέμβασης

Σε άλλες μορφές καρκίνου (π.χ. του στομάχου ή του παχέος εντέρου), η επέμβαση που πρέπει να γίνεται είναι μία και αυτήν εφαρμόζουν όλοι οι χειρουργοί. Στον καρκίνο του μαστού όμως αυτό δεν ισχύει. Σωστή επέμβαση είναι αυτή που ταιριάζει σε κάθε γυναίκα ξεχωριστά. Συντηρητικές και ριζικές επεμβάσεις είναι σήμερα αποδεκτές. Ο γιατρός πρέπει να δίνει όλα τα δεδομένα στην ασθενή του και μαζί να αποφασίζουν, ανάλογα με την ψυχοσύνθεση της, την οικογενειακή της κατάσταση και την ηλικία της. Υπάρχουν όμως κάποιοι κανόνες απαραίτατοι:

i. Σε διηθητικά καρκινώματα μεγάλου μεγέθους (άνω των 4 cm) ή σε κακοήθεις όγκους που βρίσκονται κάτω από τη θηλή, πρέπει να γίνεται αφαίρεση όλου του μαστού και των λεμφαδένων της μασχάλης ή του λεμφαδένα «φρουρού».

ii. Σε κακοήθεις όγκους μικρότερου μεγέθους, όπου επιλέγεται να γίνει μερική μαστεκτομή (τεταρτεκτομή, ευρεία εκτομή, ογκεκτομή), πρέπει να υπάρχουν υγιή όρια ασφαλείας κατά την εκτομή του όγκου, έτσι ώστε να αφαιρείται γύρω του υγιή περιοχή που σε κανένα σημείο να μην είναι μικρότερη του 1 cm. Επειδή σε αυτές τις επεμβάσεις υπάρχει μεγάλη πιθανότητα τοπικής υποτροπής

του καρκίνου στο μέρος του μαστού που παραμένει, πρέπει αυτός να υποβάλλεται πάντα σε ακτινοθεραπεία, η οποία μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο τοπικών υποτροπών.

iii. Στην ολική μαστεκτομή δε χρειάζεται ακτινοθεραπεία, εκτός από τις περιπτώσεις μεγάλων όγκων που διηθούν τους μυς ή το θωρακικό τοίχωμα ή υπάρχει καρκίνος μέσα στο λίπος της μασχάλης και εκτός των λεμφαδένων.

v. Η ύπαρξη λεμφαδενικών μεταστάσεων επιβάλλει να ακολουθήσει χημειοθεραπεία.

iv. Πρέπει να αποφεύγεται η ακτινοβολία στην περιοχή της μασχάλης μετά από αφαίρεση όλων των λεμφαδένων, γιατί μπορεί να προκληθεί λεμφοίδημα στο χέρι (Φύσσας, 2006).

Καρκινώματα in situ

Δεν υπάρχει ομοφωνία στην αντιμετώπιση των καρκινωμάτων αυτών. Ο τύπος αυτός δε δίνει μεταστάσεις ούτε στους λεμφαδένες ούτε στην κυκλοφορία του αίματος. Μερικές φορές όμως μπορεί να είναι πολυεστιακός στον έναν ή και στους δύο μαστούς. Αρκεί συνήθως μια ευρεία ογκεκτομή. Μερικοί γιατροί προτείνουν συνδυασμό με ακτινοθεραπεία του υπόλοιπου μαστού για πρόληψη των τοπικών υποτροπών. Πολλοί χειρουργοί εφαρμόζουν για την πιθανότητα της πολυεστιακής νόσου και την απλή μαστεκτομή, που δεν απαιτεί ακτινοθεραπεία. Λίγοι έχουν εφαρμόσει και χημειοθεραπεία (Φύσσας, 2006).

Καλοήθεις όγκοι

Σε καλοήθεις όγκους (π.χ. ινοαδενώματα) επαρκεί μια ογκεκτομή, με εξαίρεση τους φυλλοειδείς όγκους, που απαιτούν ευρεία εκτομή. Κάθε ινοαδένωμα που ξεπερνά τα 2 cm ή που μεγαλώνει πρέπει να αφαιρείται, ακόμα και σε νέες γυναίκες, γιατί η προεγχειρητική του διάκριση από φυλλοειδή όγκο είναι

αδύνατη. Οι κύστεις του μαστού δεν πρέπει να χειρουργούνται, εκτός από ειδικές περιπτώσεις (Φύσας, 2006).

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της μερικής μαστεκτομής

Είναι αυτονόητο ότι καμία γυναίκα δε θέλει να χάσει όλο το μαστό της. Η διατήρηση λοιπόν ενός μαστού, με όλο το ψυχικό κέρδος που συνεπάγεται για τη γυναίκα, πρέπει να είναι βασικό μέλημα της χειρουργικής ομάδας, αυτό όμως δεν μπορεί να είναι αυτοσκοπός, γιατί οδηγεί στο άλλο άκρο: στη διαφύλαξη δηλαδή ενός μαστού πάση θυσία, ακόμα και με καρκίνο μεγάλου μεγέθους, που ενώ κανονικά θα απαιτούσε μαστεκτομή τελικά αφαιρείται με ανεπαρκή υγιή όρια και άρα με πολύ υψηλές πιθανότητες υποτροπής ή με απaráδεκτο αισθητικό αποτέλεσμα, ρισκάροντας την τελική έκβαση της ασθενούς μόνο και μόνο για να μην τη στενοχωρήσουμε. Αν μια γυναίκα επιλέξει να υποβληθεί σε μερική μαστεκτομή, θα πρέπει να γνωρίζει ότι ο υπόλοιπος μαστός που απομένει θα ακτινοβοληθεί, για να μην υπάρξει επανεμφάνιση (υποτροπή) του καρκίνου. Μαζί με αυτόν θα δεχθούν ακτινοβολία και άλλες ευαίσθητες περιοχές του σώματος, όπως είναι οι πνεύμονες, η καρδιά αλλά και το δέρμα. Η ακτινοβολία αυτή που σκοτώνει καρκινικά κύτταρα μπορεί σε ένα ποσοστό να προκαλέσει βλάβες και στα υγιή κύτταρα που θα βρεθούν στο δρόμο της. Με την πρόοδο της τεχνολογίας, οι επιπλοκές από την ακτινοθεραπεία λιγοστεύουν, γιατί οι δέσμες της ιονίζουσας ακτινοβολίας, με σωστό σχεδιασμό, έχουν καλύτερη κατευθυντικότητα, σαφέστερα όρια και λιγότερη διάχυση στους γύρω υγιείς ιστούς. Σήμερα, που όλο και περισσότερες γυναίκες κάνουν προληπτική μαστογραφία, ο καρκίνος του μαστού ανακαλύπτεται συνήθως σε μικρό μέγεθος, οπότε και μπορεί να γίνει μια ευρεία εκτομή του όγκου, με αφαίρεση και αρκετού υγιούς τμήματος μαστού γύρω από τον όγκο, σε συνδυασμό με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία (Κωστάκης, 2005).

Σάρκωμα

Το σάρκωμα του μαστού είναι σπάνια πάθηση, που μεθίσταται συνήθως με την κυκλοφορία του αίματος και άρα δε δίνει μεταστάσεις στους λεμφαδένες της μασχάλης. Συνεπώς, αντιμετωπίζεται με ευρεία εκτομή ή απλή μαστεκτομή. Λεμφαδενικός καθαρισμός μασχάλης περιττεύει, εκτός κι αν υπάρχουν ήδη ψηλαφητοί λεμφαδένες στη μασχάλη (Φύσσας, 2006).

II. Χημειοθεραπεία

Είναι η αντιμετώπιση του καρκίνου με εξειδικευμένα φάρμακα, που στοχεύουν στην εξουδετέρωση των κυττάρων ενός κακοήθους όγκου, αλλά και των καρκινικών κυττάρων που έχουν ξεφύγει ή που μπορεί να έχουν ξεφύγει από τον όγκο και κυκλοφορούν στο αίμα ή βρίσκονται εγκατεστημένα σε άλλους ιστούς.

147. Σε ποιο στάδιο εφαρμόζεται η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού; Σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες σταδίου 1 (μικρός όγκος χωρίς μεταστάσεις στους λεμφαδένες της μασχάλης) με αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς (Ερ. 153).

Σε νέες γυναίκες σταδίου I, όπου λόγω ηλικίας η νόσος θεωρείται επιθετική, όλο και περισσότεροι γιατροί χορηγούν σήμερα χημειοθεραπεία, σε μία προσπάθεια για μακρόχρονη επιβίωση ή και οριστική ίαση.

Στο στάδιο II, εκεί δηλαδή που υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες της μασχάλης, χρησιμοποιείται πάντα, γιατί έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει κατά 30-40% τη δεκαετή επιβίωση των ασθενών όταν ακολουθεί τη χειρουργική αφαίρεση του καρκίνου (Σακοράφας, 2000).

Επίσης χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις τοπικά προχωρημένης νόσου (στάδιο III), με σκοπό τη σμίκρυνση του όγκου, για να μπορέσει να ακολουθήσει η

χειρουργική εκτομή. Αυτό λέγεται υποσταδιοποίηση (down staging).

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μόνη θεραπεία σε πιο προχωρημένες μορφές καρκίνου, π.χ. όταν υπάρχουν ήδη μεταστάσεις (στάδιο V).

Εφαρμόζεται επίσης σε γυναίκες που αρνούνται κάθε χειρουργική επέμβαση. Δεν εφαρμόζεται σε αρχόμενο στάδιο καρκίνου του μαστού (in situ - στάδιο 0) (Φύσσας, 2006).

Χημειοθεραπευτικά σχήματα

Υπάρχουν πολλά είδη φαρμάκων, που συνήθως χρησιμοποιούνται σε συνδυασμούς, ανάλογα με την περίπτωση. Όσο πιο επιθετικός μοιάζει ο καρκίνος τόσο βαρύτερο συνδυασμό χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, αναπόφευκτα, χρησιμοποιούν οι γιατροί και τόσο περισσότερες πιθανότητες παρενεργειών μπορεί να εμφανίσουν οι ασθενείς.

Οι συνδυασμοί των φαρμάκων συνιστούν το θεραπευτικό σχήμα που θα ακολουθήσουν οι γιατροί. Τα χημειοθεραπευτικά σχήματα είναι πολύ συγκεκριμένα. Συνήθως εφαρμόζονται ενδοφλέβια, κάθε τρεις εβδομάδες, για έξι περίπου μήνες. Κάποια απαιτούν να εισάγεται η ασθενής στο νοσοκομείο τη μέρα της χημειοθεραπείας και να παρακολουθείται για την αντιμετώπιση πιθανών παρενεργειών. Πάντα μεσολαβεί ένα διάστημα ηρεμίας δυο τριών εβδομάδων από το ένα σχήμα στο επόμενο, όπου οι ασθενείς δεν παίρνουν τίποτα, με σκοπό να ανακτήσει δυνάμεις ο οργανισμός τους. Στο διάστημα αυτό παρακολουθούνται στενά με εξετάσεις αίματος, γιατί είναι πολύ πιθανό ότι θα χρειασθούν κάποια ιατρική βοήθεια.

Οι γιατροί που επιλέγουν και χορηγούν τα χημειοθεραπευτικά σχήματα φαρμάκων, παρακολουθούν και υποστηρίζουν τις ασθενείς κατά και μετά την αγωγή ονομάζονται ογκολόγοι και είναι παθολόγοι ειδικευμένοι στη φαρμακευτική αντιμετώπιση του καρκίνου και των επιπλοκών του. Οι χειρουργοί δε χορηγούν οι ίδιοι χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Η αρμονική

συνεργασία μεταξύ χειρουργών και ογκολόγων είναι που θα φέρει τα καλά αποτελέσματα σας ασθενείς. Όπως οι ασθενείς ψάχνουν για έναν καλό χειρουργό, έτσι πρέπει να επιλέξουν και έναν καλό παθολόγο-ογκολόγο. Αυτός θα πάρει αποφάσεις που μπορεί να κρίνουν και τη ζωή τους: ποιος συνδυασμός φαρμάκων θα χορηγηθεί ανάλογα με την περίπτωση, πότε, πώς, πού, κάθε πότε και για πόσο χρόνο (Ιωαννίδου- Μουζάκα. 2007).

Παρενέργειες της χημειοθεραπείας

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα καταστρέφουν τα κύτταρα που πολλαπλασιάζονται γρήγορα. Τέτοια είναι τα καρκινικά κύτταρα αλλά και πολλά είδη φυσιολογικών κυττάρων του οργανισμού, όπως π.χ. τα λευκά αιμοσφαίρια, τα κύτταρα του γαστρεντερικού σωλήνος, τα κύτταρα των θυλάκων των τριχών κ.ά.

Δυστυχώς, τα φάρμακα αυτά δεν είναι ακόμα τόσο εξειδικευμένα ώστε να καταφέρνουν να ξεχωρίσουν τα καρκινικά από τα φυσιολογικά ταχέως αναπτυσσόμενα κύτταρα και να σκοτώσουν μόνο τα πρώτα αφήνοντας σώα τα δεύτερα. Έτσι παρουσιάζονται ποικίλες παρενέργειες, ανάλογα με το θεραπευτικό σχήμα, που όμως είναι παροδικές. Πέφτουν τα μαλλιά, ελαττώνονται τα λευκά αιμοσφαίρια, παρουσιάζεται ναυτία, εμετός, διάρροια, πυρετός, καταβολή κ.λπ. Με τη στενή παρακολούθηση και τη φροντίδα των ογκολόγων, οι ασθενείς ξεπερνούν τις παρενέργειες, η πρόγνωση τους βελτιώνεται και ένα ποσοστό τυχερών ασθενών θα γιατρευτεί οριστικά. Αυτό έχει στατιστικά αποδειχθεί από παρακολούθηση εκατομμυρίων γυναικών για δεκαετίες. Η προσθήκη χημειοθεραπείας μετά την επέμβαση γιατρεύει 30-40% περισσότερες γυναίκες από την επέμβαση μόνη. Δεν μπορούμε όμως, δυστυχώς, να γνωρίζουμε από την αρχή ποιες θα είναι οι τυχερές. Αυτό θα το δείξει μόνο ο χρόνος (Τσούσκας, 2004).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Καταστολή του μυελού των οστών:

- α. Η θεραπευτική αγωγή είναι ουσιαστικά υποστηρικτική
- β. Μεταγγίσεις συμπυκνωμένων ερυθρών, αιμοπεταλίων ή και μερικές φορές και λευκών αιμοσφαιρίων
- γ. Τονίζεται η αναγκαιότητα της αξιολόγησης των συχνών προσδιορισμών των παραπάνω κυττάρων στο αίμα

Λευκοπενία: Μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων στο αίμα λόγω της επίδρασης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

- α. Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος
- β. Εξηγούνται στην ασθενή τα γενικά συμπτώματα λοίμωξης και τη σημασία της έγκαιρης αναφοράς τους: αύξηση θερμοκρασίας του σώματος, ρίγη, βήχας οίδημα ή ερυθρότητα, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, συχνότητα ούρησης.
- γ. Ελέγχεται το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη
- δ. Εφαρμόζεται καλή και σχολαστική ατομική καθαριότητα.

Θρομβοπενία: Οφείλεται στη μείωση των αιμοπεταλίων του αίματος, τα οποία συμμετέχουν στην πήξη του αίματος.

- α. Παρακολουθηση των αιμοπεταλίων από τις εξετάσεις που έχει κάνει η ασθενής.
- β. Παρακολούθηση των κοπράνων και των ούρων για αίμα, του δέρματος για πετέχειες ή αιματώματα, τις διάφορες κοιλότητες για ρινο-ουλορραγίες.
- γ. Σε δυσκοιλιότητα, αποφεύγονται οι υποκλυσμοί και τα υπόθετα.

δ. Περιορίζονται οι υποδόριες και οι ενδομυϊκές ενέσεις. Αν πρέπει να γίνουν, ασκείται πίεση στο σημείο της ένεσης για 3 min περίπου για την πρόληψη αιματώματος ή εξόδου αίματος.

Αναιμία: Ελάττωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων στο αίμα.

- α. Παρακολουθούθηση της αιμοσφαιρίνης, τον αιματοκρίτη.
- β. Ενημέρωση ασθενή για ελάττωση των δραστηριοτήτων της.
- γ. Αποφυγή κόπωσης.
- δ. Παρότρυνση ασθενή για καλή και επαρκή ανάπαυση.
- ε. Πρέπει να περιορίζεται η απώλεια του αίματος.

Ναυτία και εμετός:

- α. Παρακολουθηση της συχνότητας των εμετών
- β. Παρακολουθείται η θρέψη, η ανορεξία ή η αποστροφή στην τροφή που μπορεί να έχει η ασθενής
- γ. Εξηγείται η πιθανότητα εμφάνισης ναυτίας και εμετών από ασθενή σε ασθενή

Διάρροια:

- α. Ελέγχεται το χρώμα, η ποσότητα και η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης.
- β. Ενημέρωση του ασθενή για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνουν διαταραχή του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών.
- γ. Τη συχνότητα και την ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.

Στοματίτιδα – Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας:

Καταστροφή των κυττάρων του βλεννογόνου του στόματος με αποτέλεσμα οποιοσδήποτε τραυματισμός να καταλήγει σε εξέλκωση.

- α. Λήψη οδοντιατρικού ιστορικού

- β. Ελέγχεται η στοματική κοιλότητα της ασθενούς και αξιολογείται με βάση την υγρασία, το χρώμα, τις οδοντοστοιχίες και τα υπάρχοντα σφραγίσματα
- γ. Διδάσκαλία ασθενή για το πως να εξετάζει το στόμα της και ενθαρρύνσή της να αναφέρει σημαντικές αλλαγές

Αλωπεκία: Η πτώση των τριχών της κεφαλής είναι προσωρινή

- α. Ενημερώνεται ο ασθενής σχετικά με την αλωπεκία
- β. Προετοιμάζεται να περιμένει την πτώση των τριχών 2 – 3 εβδομάδες μετά την αρχική χορήγηση της χημειοθεραπείας.
- γ. Όταν αρχίζουν να πέφτουν τα μαλλιά, παροτρύνεται στο να εκφράσει τα συναισθήματά της σχετικά με την διαφοροποίηση της εμφάνισής της.
- δ. Διδάσκεται και ενημερώνεται για τα υπάρχοντα μέσα, με τα οποία δύναται να αποτραπεί η τριχόπτωση ή να αντιμετωπισθεί θετικά.

Νευροτοξικότητα:

Πρέπει να παρακολουθείται ο ασθενής για συμπτώματα:

- α. Ήπιας νευροπάθειας, όπως ελαφρό πόνο στα χέρια και στα πόδια και απώλεια των εν τω βάθει αντανακλαστικών των τενόντων.
- β. Σοβαρότερης νευροπάθειας, όπως μείωση της δύναμης των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού.

Νεφροτοξικότητα:

- α. Παρακολουθείται η λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας
- β. Παρακολουθείται η ασθενής για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας, όπως οιδήματα.
- γ. Ελέγχεται και αξιολογείται το ισοζύγιο των λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

δ. Χορηγούνται τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και λίπος, αλλά όχι φτωχές σε κάλιο και νάτριο, για αποφυγή αύξησης ηλεκτρολυτών και κένωση.

Προβλήματα από το γεννητικό σύστημα:

α. Παροχή βοήθειας στην ασθενή για να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού της ειδώλου

β. Παροχή βοήθειας για τα τυχόν εμφανιζόμενα προβλήματα από το γεννητικό της σύστημα. Ενημερώνεται για τυχόν αλλαγές, οι οποίες είναι:

- Αλλαγές στον καταμήνιο κύκλο.
- Εξάψεις καθώς και άλλα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης.
- Ορμονικές αλλαγές λόγω χημειοθεραπείας (Κονιάρη, 1991).

ΙΙΙ. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι ορμονικοί υποδοχείς και η χρησιμότητά τους

Οι ωοθήκες παράγουν τις γυναικείες ορμόνες οιστρογόνα και προγεστερόνη, οι οποίες μπαίνουν στην κυκλοφορία του αίματος και πηγαίνουν σε όλα τα ορμονοευαίσθητα όργανα, άρα και στους μαστούς. Χάρη σ' αυτές, οι μαστοί των μικρών κοριτσιών μεγαλώνουν και ωριμάζουν. Εξαιτίας τους οι μαστοί όλων των γυναικών αυξομειώνονται ελαφρά σε μέγεθος κάθε μήνα, ανάλογα με την έμμηνο ρύση, εμφανίζοντας μια ήπια περιοδική ευαισθησία. Για να μπορέσουν οι ορμόνες αυτές να ασκήσουν τη δράση τους, κολλούν σε εξειδικευμένες για την κάθε ορμόνη περιοχές των κυττάρων του μαστού. Αυτές οι περιοχές λέγονται ορμονικοί υποδοχείς των κυττάρων. Τέτοιους υποδοχείς έχουν συνήθως και τα καρκινικά κύτταρα. Στον καρκίνο του μαστού μετράμε τους οιστρογονικούς και τους προγεστερονικούς υποδοχείς, που συνδέονται με τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη αντίστοιχα, ορμόνες που είπαμε ότι

τρέφουν και αυξάνουν τον καρκίνο του μαστού (Ερ. 94, 97, 98). Η ιδιότητα των καρκινικών κυττάρων να είναι ορμονοευαίσθητα χρησιμοποιήθηκε για θεραπευτικούς σκοπούς. Βρήκαμε φάρμακα τέτοια που να μην αφήνουν τα οιστρογόνα να δράσουν στο μαστό. Όσο πιο έντονη είναι η δραστηριότητα των ορμονικών υποδοχέων των κυττάρων ενός καρκινώματος του μαστού τόσο πιο έντονα αντιδρά στα οιστρογόνα, αλλά και τόσο καλύτερα ανταποκρίνεται στην ορμονοθεραπεία (Κωστάκης, 2005).

Ορμονικά σκευάσματα για τον καρκίνο του μαστού

Παλιά εφαρμοζόταν η χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών (ωοθηκεκτομή), με σκοπό την εξάλειψη των οιστρογόνων. Σήμερα η επέμβαση αυτή έχει εγκαταλειφθεί για δύο λόγους:

i. Γιατί κυκλοφορούν πανίσχυρα ορμονικά φαρμακευτικά σκευάσματα (αντι-οιστρογόνα), που σταματούν τη δράση των οιστρογόνων καθιστώντας περιττή την ωοθηκεκτομή.

ii. Γιατί οιστρογόνα δεν παράγουν μόνο οι ωοθήκες αλλά και τα επινεφρίδια.

Τα αντι-οιστρογόνα φάρμακα ενώνονται με τους ορμονικούς υποδοχείς των κυττάρων εμποδίζοντας τη σύνδεση των οιστρογόνων και απαγορεύοντας έτσι στα οιστρογόνα να εμφανίσουν την αυξητική τους δράση στον καρκίνο του μαστού. Το πρώτο τέτοιο φάρμακο που χρησιμοποιείται από το 1970 μέχρι και σήμερα είναι η ταμοξιφαίνη (Nolvadex, Kessar, Zymoplex) και έχει βοηθήσει εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον κόσμο. Πρόκειται για ένα απλό χάπι των 20 mg ημερησίως.

Νεότερα αντι-οιστρογόνα φάρμακα είναι οι αναστολείς της αρωματάσης, ενός ενζύμου βασικού για την παραγωγή των οιστρογόνων, που γίνεται εκτός από τις ωοθήκες και σε άλλους ιστούς του σώματος (επινεφρίδια, λίπος κ.ά.). Επιτυγχάνουν μηδενισμό των οιστρογόνων στο αίμα και φαίνεται ότι έχουν ακόμα καλύτερα αποτελέσματα από την ταμοξιφαίνη. Ελαττώνουν την

πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου στον άλλο μαστό. Φαίνεται ότι θα αντικαταστήσουν την ταμοξιφαίνη ή θα αποτελέσουν τη θεραπευτική της συνέχεια. Προς το παρόν χρησιμοποιούνται όταν η ταμοξιφαίνη παύσει να ενεργεί. Σήμερα κυκλοφορούν: η Αναστροζόλη (Arimidex), η Λετροζόλη (Femara) και η Εξεμεστάνη (Aromacin).

Ταμοξιφαίνη και παρενέργειες

Η ταμοξιφαίνη χορηγείται στις εξής περιπτώσεις:

Στο I στάδιο του καρκίνου, σε γυναίκες με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς, ακολουθώντας την εγχείρηση ή το συνδυασμό εγχείρησης-χημειοθεραπείας.

Στο II και III στάδιο, ακολουθώντας το συνδυασμό εγχείρησης-χημειοθεραπείας. Η ταμοξιφαίνη μειώνει τις πιθανότητες χορήγησης μεταστάσεων από τον όγκο και δεν επιτρέπει στις μικρομεταστάσεις που έχουν ήδη γίνει να μεγαλώσουν σε μέγεθος. Δεν απαιτεί στενή παρακολούθηση, χορηγείται για τρία έως πέντε χρόνια και αυξάνει περίπου κατά 30% την επιβίωση των ασθενών. Σε γυναίκες που δεν έχει τελειώσει η περίοδος τους προκαλεί εμμηνόπαυση. Κάποιες από αυτές μπορεί παροδικά να εμφανίσουν ναυτία, εξάψεις, ξηρότητα του κόλπου, μείωση της ερωτικής διάθεσης, διαταραχές οράσεως, αύξηση βάρους και θρομβοεμβολικά επεισόδια.

Αναστολείς της αρωματάσης και παρενέργειες

Χρησιμοποιούνται σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς, είτε ως συνέχεια της ταμοξιφαίνης είτε ως αρχική θεραπεία.

Χρησιμοποιούνται είτε μετά την εγχείρηση, με ή χωρίς χημειοθεραπεία, είτε σε γυναίκες με μεταστάσεις.

Χρησιμοποιούνται επίσης σε γυναίκες που αρνούνται την επέμβαση ή δεν μπορούν, για άλλους λόγους υγείας, να χειρουργηθούν.

Οι παρενέργειες των αναστολέων της αρωματάσης είναι παρόμοιες με της ταμοξιφαίνης, αλλά πιο ελαφρές και πιο σπάνιες (Φύσσας, 2006).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Από τη στιγμή που η ορμονική θεραπεία συνεπάγεται την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών, υψηλό καθήκον μας είναι η διδασκαλία της ασθενούς σχετικά με τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες βέβαια δεν είναι πολύ συχνές. Βασικά, όλα τα ορμονικά σκευάσματα χορηγούνται από το στόμα, ώστε οι ασθενείς να έχουν την δυνατότητα να συνεχίζουν τη θεραπεία στο σπίτι. Η ασθενής πρέπει να ενημερωθεί, ότι είναι δυνατόν να εμφανισθούν φυσικές μεταβολές, οι οποίες εκδηλώνονται με τρεις τρόπους:

- Προσωρινή ερυθρότητα, οίδημα ή εμφάνιση δερματικών αλλοιώσεων ή αύξηση του μεγέθους του όγκου.

Νοσηλευτική παρέμβαση

Διαβεβαίωση ασθενή ότι η επιταχυνόμενη αύξηση του μεγέθους του όγκου κατά τις 2 πρώτες εβδομάδες της θεραπείας δεν υποδηλώνει ότι η θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική.

- Εκδήλωση αυξημένου οστικού πόνου, ο οποίος μπορεί να σχετίζεται με οστική μετάσταση.

Νοσηλευτική παρέμβαση

Χορήγηση αναλγητικών και αντιστεροειδή για την ελάττωση και την αντιμετώπιση του πόνου αυτού.

- Υπερασβεστιαμία, δηλαδή αύξηση των επιπέδων ασβεστίου πάνω από 10 mg/dl είναι πολύ συχνή. Η ασθενής και η οικογένειά της πρέπει να

ενημερωθούν ότι υπερασβεστιαμία είναι δυνατόν να συμβεί πολύ γρήγορα. Το πιο συχνό και πρωταρχικό σύμπτωμα της είναι η διαταραχή του διανοητικού επιπέδου, η οποία εκφράζεται με μείωση της μνήμης και της προσοχής και άκαιρα σχόλια. Άλλο συνηθισμένο σύμπτωμα είναι η ναυτία, η πολυδιψία, η πολυουρία, η δυσκοιλιότητα και η εμφάνιση οστικού πόνου.

Νοσηλευτική παρέμβαση

Παρακολουθούνται τα επίπεδα του ασβεστίου καθώς η διατήρησή τους σε φυσιολογικά επίπεδα, ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών.

Ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως εξάψεις, αύξηση του βάρους, αρρενοποίηση ή εμφάνιση εξανθήματος, είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε δυσχέρεια συνέχισης της θεραπείας (Κονιάρη, 1991).

IV. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι η προσπάθεια καταστροφής καρκινικών κυττάρων με τη βοήθεια ισχυρής ιονίζουσας ακτινοβολίας, που σήμερα παράγεται από ειδικές συσκευές υψηλής τεχνολογίας, τους γραμμικούς επιταχυντές ηλεκτρονίων, ενώ παλαιότερα παραγόταν από το ραδιενεργό κοβάλτιο. Εκτός από τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, δεν είχε αποδειχθεί μέχρι σήμερα ότι παρατείνει την επιβίωση των ασθενών. Τελευταίες μελέτες όμως έχουν δείξει ότι, σε ορισμένες περιπτώσεις, η ακτινοθεραπεία αμέσως μετά τη εγχείρηση και εφόσον γίνει με όλες τις νεότερες τεχνικές προδιαγραφές αυξάνει την επιβίωση των ασθενών σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο. Το ραδιενεργό κοβάλτιο συνεχίζει να χρησιμοποιείται και σήμερα σε ορισμένα κέντρα, ιδιαίτερα στην ακτινοβολία των μεταστατικών εστιών.

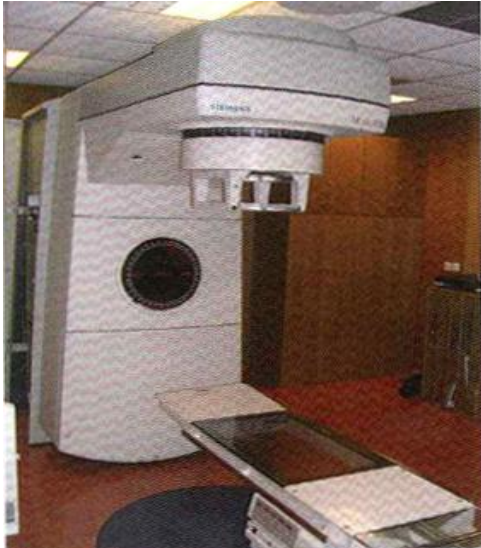
Αρχικά γίνεται τρισδιάστατη μελέτη της περιοχής που θα ακτινοβοληθεί και επιλέγεται ο αριθμός των θέσεων (πεδίων) από τις οποίες θα γίνει η

ακτινοβολία. Η ασθενής πρέπει πάντα να βρίσκεται ακριβώς στην ίδια θέση και στάση, κάτω από το μηχάνημα. Η θεραπεία αυτή δεν είναι καθόλου επώδυνη. Οι γιατροί που αποφασίζουν το θεραπευτικό σχήμα, τη δόση, τον αριθμό των πεδίων και εφαρμόζουν τις ακτινοβολίες λέγονται ακτινοθεραπευτές. Είναι σημαντικό το νοσοκομείο να έχει ακτινοθεραπευτικό τμήμα προηγμένης τεχνολογίας, με γραμμικούς επιταχυντές και όχι ραδιενεργό κοβάλτιο, αλλά και καλό γιατρό-ακτινοθεραπευτή.

Το πιο συνηθισμένο σχήμα διαρκεί λίγα λεπτά της ώρας κάθε μέρα, πέντε μέρες την εβδομάδα, για τέσσερις έως έξι εβδομάδες.

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται σήμερα στις εξής περιπτώσεις:

- i. Όταν γίνεται μερική μαστεκτομή ή ογκεκτομή (ακτινοβολείται ο μαστός που απομένει). Έτσι προλαμβάνονται πολλές τοπικές υποτροπές του καρκίνου, που συμβαίνουν σε αρκετές γυναίκες με αυτό τον τύπο επεμβάσεως. Βασική προϋπόθεση για να αρχίσει η ακτινοθεραπεία είναι να έχει ολοκληρωθεί η επούλωση της χειρουργημένης περιοχής.
- ii. Όταν ο όγκος είναι ανεγχείρητος, 3ου σταδίου, πολύ μεγάλου μεγέθους, κολλημένος στο θωρακικό τοίχωμα, στο δέρμα ή φλεγμονώδης. Αποσκοπεί στη σμίκρυνση του όγκου (υποσταδιοποίηση), για τη δυνατότητα να αφαιρεθεί αργότερα χειρουργικά.
- iii. Για τον έλεγχο του πόνου, όταν υπάρχουν μεταστάσεις στα οστά.
- iv. Σε μεταστατικές εστίες του δέρματος, του μεσοθωρακίου, των λεμφαδένων του λαιμού ή των μασχαλών.
- v. Μετά τη μαστεκτομή, σε τοπικά προχωρημένη νόσο και με εκτεταμένη λεμφαδενική διασπορά στη μασχάλη (Μαρκόπουλος, 2007).



Σύγχρονος γραμμικός επιταχυντής για την ακτινοθεραπεία κακοήθων όγκων.

Παρενέργειες της ακτινοθεραπείας

Η δόση ιονίζουσών ακτίνων που μπορεί κανείς να δεχθεί χωρίς να πάθει βλάβες είναι περιορισμένη, έχει μετρηθεί κατά μέσο όρο, αλλά ποικίλλει από τον έναν άνθρωπο στον άλλο. Στη διάρκεια της ζωής του κάθε άνθρωπος, σαν να κρύβει μέσα του ένα δοσομετρητή, «αθροίζει» την ακτινοβολία που έχει δεχθεί, από ακτινογραφίες, αξονικές τομογραφίες, αγγειογραφίες αλλά και ακτινοθεραπείες. Υπέρβαση του ορίου μέγιστης δόσεως του μπορεί να έχει δυσάρεστες συνέπειες στο άμεσο ή στο απώτερο μέλλον.

Οι ιονίζουσες ακτίνες που χρησιμοποιούνται δεν είναι δυνατόν να ελεγχθούν 100%, ώστε η δράση τους να περιορισθεί μόνο στον κακοήθη όγκο. Ακτινοβολούνται λοιπόν και υγιείς ιστοί που βρίσκονται κοντά στην περιοχή του στόχου. Όταν ο όγκος βρίσκεται στο μαστό, οι ακτίνες μπορεί να βλάψουν τους πνεύμονες, το δέρμα, τον οισοφάγο ή την καρδιά. Με την επαναστατική τεχνολογική εξέλιξη των σημερινών μηχανημάτων, οι κίνδυνοι αυτοί ελαττώνονται σημαντικά, αλλά δε μηδενίζονται. Ο ερεθισμός του δέρματος το

οποίο διαπερνούν οι ακτίνες είναι συχνός, κρατάει λίγο καιρό και μετά περνάει (μετακτινική δερματίτιδα). Ειδικές αλοιφές προστατεύουν το δέρμα και το βοηθούν να αναρρώσει (Πρεβεδουράκης, 2002).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

- Αλλαγές στο δέρμα:

- α. Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται.

- β. Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών και καθαρίζεται τη περιοχή με χλιαρό νερό

- γ. Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά με χλιαρό νερό.

- δ. Η περιοχή αυτή πρέπει να διατηρείται καθαρή.

- Καταβολή του μυελού των οστών:

- α. Είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς για αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγηση

- β. Συνεχής αιματολογικός έλεγχος

- γ. Παρακολούθηση ασθενή για εμφάνιση αιμορραγίας

- Διαταραχές στην κένωση του εντέρου. Εμφάνιση διάρροιας, λόγω μεγάλης ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία:

- α. Εκτιμάται η ποιότητα και η συχνότητα των κοπράνων.

- β. Χορηγούνται τροφές με μικρό υπόλειμμα.

- γ. Αποφεύγονται άπεπτες τροφές, όπως το μαύρο ψωμί, τα λαχανικά, τα χόρτα.

- Γενικότερες διαταραχές του πεπτικού συστήματος, όπως, στοματίτιδα/μυκητίαση, στοματοφαρυγγικός πόνος, ξηροστομία, οισοφαγίτιδα, ανεπιθύμητες ενέργειες οι οποίες επιδρούν αρνητικά στη λήψη τροφής:
 - α. Ενθαρρύνεται ο ασθενής να καταπίνει αργά, αφού πρώτα μασάει καλά την τροφή της.
 - β. Ενθαρρύνεται για την αυξημένη λήψη υγρών.

- Πόνος οφειλόμενος στο ραδιοϊσοτοπικό εμφύτευμα:
 - α. Παρατήρηση ασθενή για σημεία πόνου και έλλειψη άνεσης, όπως κόπωση, εξάντληση, ανησυχία, άγχος, ευερεθιστότητα, υψηλή συχνότητα σφυγμών
 - β. Χορήγηση αναλγητικών με εντολή γιατρού, εκτίμηση και καταγραφή της ανταπόκριση του ασθενούς

- Αλλαγή της κατάστασης του στοματικού βλεννογόνου, λόγω της εκπομπής ακτινοβολίας από το ραδιοϊσότοπο:
 - α. Παροχή φροντίδας για τη σωστή υγιεινή της στοματικής κοιλότητας, ενημέρωση του ασθενή να κάνει πλύσεις κάθε 3 – 4 ώρες, χρησιμοποιώντας ήπια διαλύματα.
 - β. Το διαιτολόγιο τους ασθενή να περιλαμβάνει μαλακές και ήπιες τροφές, ενώ αποφεύγονται οι σάλτσες, τα κόκκινα κρέατα, τα ξινά φαγητά, ο καπνός και το οινόπνευμα, τα οποία είναι δυνατόν να προκαλέσουν αλλαγές στη γεύση και φλεγμονή του στόματος.

- Κοινωνική απομόνωση και έλλειψη αυτοφροντίδας:
 - α. Τοποθέτηση ασθενή σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με το χώρο των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούθησης της ασθενούς, τουαλέτα, λουτρό. Ενημέρωση πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό και γιατί εφαρμόζεται.

β. Στην πόρτα του δωματίου, στο φάκελο της ασθενούς τοποθετείται ειδική πινακίδα με το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας

γ. Περιορισμός επισκεπτών. Δεν πρέπει να αφήνονται τα παιδιά κάτω από 16 ετών ή έγκυες γυναίκες να επισκεφθούν την ασθενή. Η παραμονή κάθε επισκέπτη στο χώρο δεν πρέπει να ξεπερνά τα 15 min/24ωρο (Κονιάρη Ε, 1991).

ΑΡΧΕΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑΣ

Οι συστάσεις αυτές ισχύουν για τα άτομα που ασχολούνται με τη φροντίδα των ασθενών οι οποίοι υποβάλλονται σε ακτινοβολία:

- Θα πρέπει να διατηρείται η μέγιστη δυνατή απόσταση από την πηγή της ακτινοβολίας.
- Η παραμονή κοντά στην πηγή της ακτινοβολίας πρέπει να γίνεται κατά τον ελάχιστο δυνατό χρόνο
- Προστασία από την ακτινοβολία με ειδικά γάντια και ειδικές ποδιές από μόλυβδο, όταν αυτό είναι δυνατόν.
- Εάν υπάρχει εγκυμοσύνη, θα πρέπει να αποφεύγετε την έκθεση σε πηγές ακτινοβολίας.
- Εάν υπάρχει συστηματική έκθεση κοντά σε πηγή ακτινοβολίας θα πρέπει να φοριέται μια συσκευή παρακολούθησης/ανίχνευσης της ακτινοβολίας για τη μέτρηση της συνολικής έκθεσης του οργανισμού σε αυτή.
- Τα σεντόνια και τα ενδύματα της ασθενούς θα πρέπει να μαζεύονται με προσοχή και σύμφωνα με το πρωτόκολλο που ισχύει στο συγκεκριμένο νοσοκομείο.
- Πρέπει να χρησιμοποιούνται μακριές λαβίδες για να τοποθετηθεί οποιοδήποτε ραδιενεργό εμφύτευμα έχει τυχόν μετατοπισθεί μέσα σε ένα ειδικό δοχείο από μόλυβδο (Creagen, 2007).

V. ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ – ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα τελευταία χρόνια έκαναν την εμφάνιση τους με θεραπευτική επιτυχία κάποια νεότερα φάρμακα, προϊόντα υψηλής γεννητικής βιολογίας, αυτά καταφέρνουν να αναγνωρίζουν και να καταστρέφουν μόνο ειδικά ογκίδια του καρκίνου. Λόγω της ιδιότητας τους αυτής να σημαδεύουν δηλαδή ένα συγκεκριμένο στόχο, η θεραπεία του καρκίνου με αυτά τα φάρμακα ονομάζεται «στοχευμένη» (targeted therapy) (Goldman & Bennett, 2002).

HER-2 και Trastuzumab

Το HER-2 είναι ένα ογκίδιο του καρκίνου του μαστού, που η ύπαρξη του σε ένα όγκο αποτελεί παράγοντα αυξημένης μεταστατικής ικανότητας. Λέγεται και C-Erb2. Δεν υπάρχει σε όλους τους καρκίνους του μαστού. Μπορεί να το βρεί κάποιος αν διαβάσει την ιστολογική εξέταση ενός κακοήθους όγκου του μαστού που αφαιρέθηκε, εφόσον έχει εφαρμοστεί και η τεχνική της ανοσοϊστοχημείας.

Το Trastuzumab (Herceptin) είναι ένα εξειδικευμένο φάρμακο, που να αναγνωρίσει και να καταστρέψει μόνο τα κύτταρα του καρκίνου που περιέχουν το συγκεκριμένο HER-2 ογκογονίδιο. Το φάρμακο αυτό δε χρησιμοποιείται μόνο του, αλλά πάντα σε συνδυασμό με κάποιες από τις ήδη καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους. Είναι το πρώτο φάρμακο αυτής της κατηγορίας των εξειδικευμένων φαρμάκων εναντίον ογκογονιδίων που έχει εγκριθεί και χρησιμοποιείται στην κλινική Ιατρική. Φαίνεται ότι βελτιώνει την επιβίωση ορισμένων ασθενών, θετικών για το HER-2, και μειώνει τη μεταστατική ικανότητα ορισμένων καρκίνων.

Γυναίκες με καρκίνο μαστού που έλαβαν θεραπεία με το φάρμακο Herceptin για 1 χρόνο μετά από την αρχική χειρουργική επέμβαση και τη χημειοθεραπεία, είχαν 3 χρόνια αργότερα, περισσότερες πιθανότητες επιβίωσης σε σύγκριση με

γυναίκες με την ίδια πάθηση οι οποίες όμως δεν πήραν τη θεραπεία με το συγκεκριμένο φάρμακο.

Το συμπέρασμα αυτό προέκυψε από προοδευτική, τυχαιοποιημένη θεραπευτική δοκιμή που έγινε στο Ηνωμένο Βασίλειο σε 3.401 γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών για την αποτελεσματικότητα του Herceptin στον καρκίνο του μαστού.

Η ενεργός ουσία που περιέχεται στο φάρμακο Herceptin είναι το μονοκλωνικό αντίσωμα Trastuzumab. Το αντίσωμα αυτό καταστέλλει τη δράση της πρωτεΐνης HER2. Η πρωτεΐνη HER2, υπάρχει σε 20% έως 25% του συνόλου των καρκίνων μαστού.

Βρίσκεται στην επιφάνεια των καρκινικών κυττάρων, λειτουργεί ως υποδοχέας στην κυτταρική μεμβράνη, η παρουσία της συμβάλλει στην ανάπτυξη του καρκίνου και σχετίζεται με επιθετικότερο καρκίνο, άσχημης πρόγνωσης.

Οι πρώτες θεραπευτικές δοκιμές με το Trastuzumab, είχαν δείξει ότι αύξανε το χρονικό διάστημα επιβίωσης χωρίς υποτροπή σε γυναίκες με καρκίνο μαστού θετικό για την πρωτεΐνη HER2.

Στην έρευνα του Ηνωμένου Βασιλείου, ο στόχος ήταν να διαφανεί εάν το φάρμακο αυξάνει τη συνολική επιβίωση των ασθενών. Οι γιατροί του νοσοκομείου Royal Marsden του Λονδίνου, στα πλαίσια διεθνούς πολυκεντρικής έρευνας, επέλεξαν με τυχαιοποιημένο τρόπο 1.703 γυναίκες για να πάρουν Herceptin για 1 χρόνο μετά από τη χειρουργική επέμβαση και τη χημειοθεραπεία.

Άλλες 1.698 γυναίκες με την ίδια πάθηση, έλαβαν μόνο τη θεραπεία με χειρουργική επέμβαση και χημειοθεραπεία χωρίς στη συνέχεια Herceptin. Όλες οι γυναίκες είχαν καρκίνο μαστού που ήταν θετικός στην πρωτεΐνη HER2 και έτυχαν παρακολούθησης για 2 χρόνια.

Τα αποτελέσματα έδειξαν σαφή διαφορά όσον αφορά στη συνολική επιβίωση των γυναικών. Στην ομάδα αυτών που έλαβαν το Trastuzumab, καταγράφηκαν

μόνο 59 θάνατοι ενώ στην άλλη ομάδα υπήρξαν 90 θάνατοι. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι το φάρμακο μειώνει κατά 34% τον κίνδυνο θανάτου.

Το συμπέρασμα των ερευνητών είναι ότι η θεραπεία με το Herceptin, προσφέρει σημαντικό πλεονέκτημα βελτιώνοντας τις πιθανότητες επιβίωσης των ασθενών με επιθετικό καρκίνο μαστού, θετικό στην πρωτεΐνη HER2.

Οι ευεργετικές δράσεις του φαρμάκου, φαίνονται να υπάρχουν όχι μόνο στις μεταστατικές μορφές των εν λόγω καρκίνων αλλά και στα αρχικά στάδια.

Επισημαίνεται ότι το κυριότερο πρόβλημα με το Herceptin, είναι οι καρδιακές βλάβες που κάποτε προκαλεί. Αυτό χρειάζεται προσοχή σε όλους τους ασθενείς αλλά ακόμη περισσότερο σε ασθενείς που έχουν ήδη πρόβλημα καρδιάς.

Τονίζεται όμως ότι ο κίνδυνος για καρδιακό πρόβλημα φαίνεται λιγότερος σε σύγκριση με τους κινδύνους υποτροπής του καρκίνου του μαστού που συνοδεύεται συνήθως με άσχημη πρόγνωση.

Ένα άλλο πρόβλημα με το Herceptin που πρέπει να επιλυθεί είναι το πολύ ψηλό του κόστος.

Το φάρμακο Herceptin έχει αλλάξει ριζικά την πρόγνωση των γυναικών με τον επιθετικό καρκίνο του μαστού που χαρακτηρίζεται από την παρουσία της πρωτεΐνης HER2. Σε γυναίκες με καρκίνο αυτής της μορφής ο οποίος είναι και μεταστατικός, το φάρμακο χρησιμοποιείται συστηματικά μετά από τη χειρουργική επέμβαση και τη χημειοθεραπεία.

Τώρα το Herceptin άρχισε να χρησιμοποιείται και σε ασθενείς με αρχικά στάδια καρκίνου του μαστού, θετικού για την πρωτεΐνη HER2. Τα αποτελέσματα της θεραπευτικής δοκιμής που έγινε στο Λονδίνο, δείχνουν ότι το φάρμακο είναι ευεργετικό και για τα αρχικά στάδια της νόσου (Φύσσας, 2006).

Bevacizumab (Avastin)

Ελπιδοφόρο φάρμακο, με εντυπωσιακό μέχρι στιγμής αποτελέσματα στο μεταστατικό καρκίνο του παχέος εντέρου, που δοκιμάζονται πλέον και στον

καρκίνο του μαστού. Για να μεγαλώσουν τα κύτταρα μιας μεταστάσεως σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος, απαιτούνται διάφορες θρεπτικές ουσίες, τις οποίες τα κύτταρα παίρνουν με το αίμα. Άρα είναι απαραίτητο να δημιουργηθούν αγγεία γύρω από τη μετάσταση, που να τη τρέφουν.

Η γέννηση των αγγείων αυτών προκαλείται κυρίως από μια πρωτεΐνη που λέγεται VEGF. Το Avastin σταματάει τη δράση της VEGF, καθιστώντας αδύνατη τη δημιουργία αγγείων γύρω από την μετάσταση. Έτσι τα κύτταρα της μετάστασης αφού δεν μπορούν να τραφούν με αίμα πεθαίνουν και ασθενής αρχίζει και βελτιώνεται. Σε ορισμένες περιπτώσεις το Avastin παρουσίασε και εντυπωσιακή μείωση του ίδιου πρωτοπαθούς όγκου, ο οποίος επίσης έχει ανάγκη από νέα αγγεία για να μεγαλώσει (Φύσσας, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Ο καρκίνος του μαστού που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του θηλασμού και έως ένα χρόνο αργότερα, αντιστοιχεί στο 1-3% των καρκίνων του μαστού, αποτελεί το 10% των καρκίνων του μαστού σε γυναίκες νεώτερες των 40 ετών. Μέχρι προσφάτων υπήρχε η πεποίθηση ότι ο καρκίνος του μαστού που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι εξαιρετικά επιθετικός και γενικώς χειρότερης προγνώσεως. Εντούτοις, σε μελέτες που έγινε αποδείχτηκε ότι η επιβίωση δε διαφέρει από αυτή των μη εγκύων γυναικών με καρκίνο του μαστού. Η πλέον συνήθης εμφάνιση της νόσου είναι ανώδυνη, ψηλαφητή μάζα του μαστού (στο 90% των περιπτώσεων) (Σακοράφας, 2000).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Υπερηχογράφημα

Μπορεί να διαφορογνώσει μεταξύ κυστικού και συμπαγούς μορφώματος χωρίς βλαπτική επίπτωση επί του εμβρύου.

Επί συμπαγούς μορφώματος συνιστάται να ακολουθήσει:

Μαστογραφία

Επιτρέπεται κατά την κύηση με προστατευτική ασπίδα (ποδιά) της κοιλίας, γιατί μπορεί να βοηθήσει στην πρωιμότερη διάγνωση του καρκίνου κυρίως λόγω ανάδειξης μικροαποτιτανώσεων (σε ποσοστό 50%). Η μαστογραφία έχει ευαισθησία 63-75% και ψευδώς θετικές ενδείξεις σε ποσοστό >25%. Σε υποψία καρκίνου λόγω ψηλαφηθείσης μάζας στους μαστούς στο τέλος της κύησης συνιστάται μαστογραφία αμέσως μετά τον τοκετό και προ της γαλακτοφορίας.

FNA

Υπάρχουν διαφωνίες ως προς την ευαισθησία της μεθόδου. Πολλοί την θεωρούν άριστη μέθοδο διερεύνησης, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι το υλικό της παρακέντησης κατά τηξν κύηση δεν επιτρέπει διαγνωστική ακρίβεια, επειδή τα επιθηλιακά κύτταρα είναι υπερπλαστικά (υπο την επήρεια υψηλής ορμονικής επίδρασης) και μιμούνται την εικόνα καρκινικών κυττάρων. Γι' αυτό ο παθολογοανατόμος-κυτταρολόγος πρέπει να είναι έμπειρος και ενήμερος ότι το εξεταζόμενο δείγμα αφορά έγκυο ασθενή.

Η βιοψία με βελόνη ευρέως αυλού (Core biopsy)

Συνιστάται αντί της FNA σε περιπτώσεις συμπαγούς μάζης. Αναφέρονται όμως επιπλοκές όπως αιμορραγίες, φλεγμονές και συρίγγια.

Λόγω των ανωτέρω ο χρυσός κανόνας στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού κατά την κύηση είναι η **ανοιχτή βιοψία** (Παντελή, 2008).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία καρκίνου του μαστού σε έγκυες γυναίκες πρέπει να εξατομικεύεται. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ηλικία της ασθενούς, και η επιθυμία της να αποκτήσει παιδί.

Η κύρια αγωγή είναι η χειρουργική αντιμετώπιση και μάλιστα η ριζική μαστεκτομία. Οι συμπληρωματικές θεραπείες χρησιμοποιούνται με τρόπο ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις στο έμβρυο. Έτσι αποφεύγεται η ακτινοθεραπεία και τροποποιείται χρονικά η χημειοθεραπευτική αγωγή (αποκλείεται κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης). Με δεδομένο ότι η διακοπή της κύησης δεν βελτιώνει την επιβίωση ή την πορεία της νόσου στην έγκυο γυναίκα με καρκίνο του μαστού, διακοπή κύησης ενδείκνυται μόνο:

- i. Επί ανάγκης χημειοθεραπείας η ακτινοθεραπείας σε αρχικά στάδια της κύησης
- ii. Λίαν επιθετικού τύπου καρκίνου
- iii Επί νόσου λίαν επιθετικού τύπου και προχωρημένου σταδίου και κακής πρόγνωσης.

Ο φυσιολογικός τοκετός δεν αποτελεί αντένδειξη αλλά συνιστάται να μη γίνεται άμεσα, δηλαδή εντός 2-3 εβδομάδων μετά από χημειοθεραπεία, ώστε το έμβρυο να γεννηθεί μετά από την αποβολή των χημειοθεραπευτικών από τον οργανισμό του. Αντιθέτως, γέννηση νωρίτερα μπορεί να προκαλέσει βαριά γενικευμένη (και ειδική στο μυελό των οστών) τοξικότητα. Ο τοκετός συνιστάται να επιτυγχάνεται στις 34-35 εβδομάδες κύησης, ώστε να μην καθυστερήσει η ενδεδειγμένη αγωγή.

Έχουν ανακοινωθεί παγκοσμίως 60 περιπτώσεις μετάστασης του καρκίνου της εγκύου στον πλακούντα με συχνότερες το μελάνωμα και τον ηπατικό καρκίνο. Σπανιότερα, έχουν αναφερθεί περιπτώσεις μετάστασης στο έμβρυο (Παντελή, 2008).

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΕΓΚΥΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η έγκυος από τη στιγμή της διάγνωσης της του καρκίνου του μαστού αντιμετωπίζει διατάραξη της φυσιολογικής εξέλιξης της εγκυμοσύνης της, καθώς έρχεται αντιμέτωπη με την άγνωστη και απειλητική νόσο. Με την ανακοίνωση της διάγνωσης, βιώνει την απώλεια της ψυχολογικής και κοινωνικής της ταυτότητας. Καλείται έκτακτα και αναγκαστικά να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει μια διαφορετική εξέλιξη της εγκυμοσύνης της και να υπερασπιστεί πολλαπλές συναισθηματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές αλλαγές τόσο για τον εαυτό της όσο και για το έμβρυο. Κάθε πληροφορία που παίρνει

από το προσωπικό φαντάζει τραγική, κάθε ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας της ή το θεραπευτικό σχεδιασμό φαντάζει ως μελλοντική απειλή για την ίδια και το μωρό της. Ο πλέον αρμόδιος για τη υποστήριξη της εγκύου είναι ο κοινωνικός λειτουργός, ο οποίος αναπτύσσει το ρόλο του σε δύο επίπεδα: α) αρχικά δίνεται μεγάλη βαρύτητα στη συναισθηματική υποστήριξη της εγκύου ασθενούς και της οικογένειας της σε κάθε στάδιο της νόσου, β) δημιουργείται ένα υποστηρικτικό πλέγμα για τη διευθέτηση όλων των διαδικαστικών ζητημάτων που προκύπτουν από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης και καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας (παροχές από τα ασφαλιστικά ταμεία των ασθενών για ζητήματα νοσηλείας, μετακινήσεων, εξετάσεων, επιδοτήσεων)

Παράλληλα με την ασθενή είναι απαραίτητη η συναισθηματική υποστήριξη της οικογένειας, η οποία βιώνει κ αυτή τις δικές της ανασφάλειες και αγωνίες. Η συνεργασία με την οικογένεια ξεκινά από την εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο με στόχο τη συναισθηματική εκφόρτιση, τη συνειδητοποίηση της νέας πραγματικότητας από την εκδήλωση της νόσου, την προσαρμογή στα νέα δεδομένα που έχει φέρει στη ζωή τους η ασθένεια, την υποστήριξη κατά τη διάρκεια των θεραπειών (Korans, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

Παρά το γεγονός ότι ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες είναι σπάνιος, εντούτις παρουσιάζει αυξητική και μπορεί να προκαλέσει και τον θάνατο όπως και στις γυναίκες.

Μια νέα έρευνα που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο American Journal of Roentgenology καταδεικνύει πως 1 στους 100 καρκίνους του μαστού εκδηλώνεται σε άνδρα και έχει χειρότερη έκβαση σε σύγκριση με τις γυναίκες για τους 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 σκεφτονται 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 (μείζων θωρακικός), με αποτέλεσμα τη διευκόλυνση μεταστάσεων.

Οι επιστήμονες του Καναδά προσπαθούν τελευταία να ευαισθητοποιήσουν τους άνδρες, ως προς την έγκαιρη διάγνωση της νόσου, προτρέποντάς τους για προληπτικό έλεγχο αν διαπιστώσουν οποιαδήποτε ενόχληση στο στήθος. Η έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση του καρκίνου του μαστού στους άνδρες σώζει ζωές. Το ποσοστό επιβίωσης των ανδρών με καρκίνο του μαστού στα πέντε χρόνια είναι περίπου 60%. Εάν η νόσος ανιχνευτεί έγκαιρα το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 90% (Hayer, 1999).

ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα κύρια σημεία και συμπτώματα του καρκίνου του μαστού στους άνδρες είναι:

- Εμφάνιση ενός οζιδίου ή μεγαλύτερης μάζας ή ανωμαλίας, πάχυνσης των ιστών ή του δέρματος που εμφανίζεται συνήθως κοντά ή κάτω από τη θηλή και δεν συνοδεύεται από πόνο. Η διόγκωση του μαστού σε καρκίνου είναι πιο σφικτή και σκληρότερη απ' ό τι η καλοήθης γυναικομαστία.
- Η θηλή είναι δυνατόν να παρουσιάσει εξέλκωση (πληγή) ή εισολκή.
- Μπορεί να παρουσιαστούν εκκρίσεις αιμορραγικές, ορώδεις ή άλλες, αν και είναι σπάνιες.
- Κνησμός θηλής
- Μαστωδυνία
- Ψηλαφητοί μασχालιαίοι λεμφαδένες (Αδαμόπουλος, 1998).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

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

i. Η ηλικία. Η μέση ηλικία ανάπτυξης καρκίνου του μαστού στον άνδρα είναι μεταξύ πενήντα και εβδομήντα ετών. Η ανάπτυξη της ασθένειας πριν τα τριάντα πέντε χρόνια είναι πολύ σπάνια.

ii. Η εθνικότητα. Όπως και στη γυναίκα και εδώ μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζουν οι άνδρες της Μαύρης φυλής και ακόμη μεγαλύτερη οι άνδρες της Εβραϊκής φυλής. Σε μερικά μέρη της Αφρικής ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα είναι συχνότερος.

iii. Το οικογενειακό ιστορικό και ιδιαίτερα η ύπαρξη του ογκογονιδίου BRCA2, δωδεκαπλασιάζει τη συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού στον άνδρα. Υπολογίζεται ότι 6% των ανδρών με το γονίδιο BRCA2 θα παρουσιάσουν τη νόσο πριν από την ηλικία των εβδομήντα ετών.

iv. Η υψηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, αν και δεν έχει διευκρινιστεί ο ρόλος της, όμως ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος σε απόφοιτους Πανεπιστημιακών Σχολών.

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

vi. Πολύ χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης στο αίμα που είναι δυνατόν να προκληθούν λόγω αύξησης της ηλικίας, παχυσαρκίας, ανωμαλιών των όρχεων, βουβωνοκήλης, κατάχρησης αλκοόλ. Διαταραχών που οδηγούν σε στειρότητα και του συνδρόμου Klinefelter. Στο σύνδρομο αυτό ο καρύοτυπος του ανδρός δεν είναι XY αλλά XXY, δηλαδή υπάρχει ένα επιπρόσθετο χρωμόσωμα X που είναι χαρακτηριστικό του γυναικείου φύλου. Η συχνότητα του συνδρόμου αυτού είναι 1 αγόρι για κάθε 2000.

vii. Η επανειλημμένη έκθεση σε ακτινοβολία κατά την νεαρή ηλικία.

viii. Η γυναικομαστία στους άνδρες, δηλαδή η αύξηση του μεγέθους του μαστού, δεν προδιαθέτει για καρκίνο του μαστού (Buckman, 2000).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η διαγνωστική προσέγγιση ξεκινά με την κλινική εξέταση όπου γίνεται λεπτομερής καταγραφή του ατομικού και κληρονομικού ιστορικού και των συμπτωμάτων, που αναφέρει ο ασθενής ακολουθούν η επισκόπηση και η ψηλάφηση των μαστών και τα ευρήματα καταγράφονται στο ιστορικό του ασθενούς.

Η κλινική εξέταση θα πρέπει να συμπληρωθεί με άλλες όπως μαστογραφία, υπέρηχοι, παρακέντηση με λεπτή βελόνα και κυτταρολογική εξέταση. Εφόσον διαπιστωθεί καρκίνος του μαστού, τότε ο προεγχειρητικός έλεγχος συμπληρώνεται με αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας, αξονική τομογραφία θώρακος και μεσοπνευμονίου και σπινθηρογραφημάτων (Μαρκόπουλος, 2007).

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η εκλογή της θεραπευτικής αγωγής βασίζεται στην σταδιοποίηση της νόσου με τον ίδιο τρόπο που γίνεται και στη γυναίκα. Η πιο συχνή θεραπευτική αντιμετώπιση στον άνδρα είναι η μαστεκτομή, που συνοδεύεται από λεμφαδένικο καθαρισμό της σύστοιχης μασχάλης (τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή) αφού ο μαζικός αδένας στον άνδρα είναι λίγος και δεν επιτρέπει την ασφαλή εξαίρεση μόνο του όγκου.

Ανάλογα με το στάδιο και την ηλικία ακολουθεί χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία. Επειδή οι υποδοχείς για τις ορμόνες στους καρκίνους του μαστού των ανδρών είναι περισσότεροι σε μεγάλο ποσοστό των περιστατικών, οι ορμονικές θεραπείες για τους άνδρες μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμες. Σε μεταστάσεις, συστήνονται κατά κύριο λόγο οι ορμονικές θεραπείες. Η χημειοθεραπεία επιφυλάσσεται μόνο για τις περιπτώσεις που δεν έχουν ευαισθησία στις ορμόνες. Επίσης η αντί-οιστρογονική θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί. Στους άνδρες οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού έχουν υποδοχείς για τα οιστρογόνα και έτσι η αντί-οιστρογονική θεραπεία είναι δυνατόν να βοηθήσει (Buckman, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Προβλήματα του αρρώστου:

- i. Ψυχολογικά προβλήματα
 - α. αδυναμία αποδοχής της διάγνωσης
 - β. θυμός, σύγχυση, κατάθλιψη
 - γ. φόβος, θάνατος
- ii. μεταβολή σωματικού ειδώλου, απώλεια θηλυκότητας και αυτοεκτίμησης
- iii. προβλήματα σχέσεων οικογένειας και συζύγου
- iv. προβλήματα χρονιότητας της νόσου
- v. προβλήματα από μεταστάσεις του καρκίνου

Σκοποί της φροντίδας

i. Άμεσοι

- α. Βοήθεια να αποδεχθεί ο ασθενής τη διάγνωση του καρκίνου και την απώλεια του μαστού
- β. Ελαχιστοποίηση αγωνίας και άγχους

ii. Μακροπρόθεσμοι

- α. Βοήθεια άρρωστου και οικογένειας να αποδεχτούν την πραγματικότητα
- β. Μείωση κινδύνου υποτροπής της νόσου
- γ. Βελτίωση αυτοεκτίμησης, αυτοφροντίδας και σεξουαλικής λειτουργίας (Πάνου & Σαχίνη-Καρδάση, 1998).

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Αυτό το σχέδιο φροντίδας εστιάζεται στον ενήλικα άρρωστο που προγραμματίζεται για χειρουργική επέμβαση. Στόχοι της προεγχειρητικής φροντίδας είναι να προετοιμαστεί ο ασθενής ψυχολογικά και σωματικά για την επέμβαση και την μετεγχειρητική περίοδο. Η προσεκτική προεγχειρητική προετοιμασία ελαττώνει πολύ τον προεγχειρητικό φόβο και το άγχος του αρρώστου, αλλά και τον κίνδυνο των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Στην προεγχειρητική φροντίδα ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να φροντίζει για την:

α. Αναζήτηση της καλύτερης φυσικής και ψυχολογικής προσέγγισης για την ετοιμασία του αρρώστου για το χειρουργείο.

- Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης του άρρωστου και βοήθεια να απαλλαγεί από τα αισθήματα φόβου με:

- i. Ακρόαση των ανησυχιών και προβλημάτων του. Ενθάρρυνση στο να εκφράζει τα συναισθήματά του με οποιονδήποτε τρόπο (πχ. γράφοντας, σχεδιάζοντας, συνομιλώντας). Ο νοσηλευτής πρέπει να ενεργήσει έτσι ώστε να προάγει την εμπιστοσύνη του ασθενή απαντώντας στις ερωτήσεις του με ειλικρίνεια παρέχοντάς του τις πληροφορίες που ζητάει). Παρότρυνση για λεκτική έκφραση του θυμού και της λύπης και βοήθεια στο να καθησυχαστεί.

- ii. Έμφαση στο σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης και στη χρήση τεχνητού μαστού

- iii. Εξασφάλιση επίσκεψης άρρωστου με ικανοποιητική μετεγχειρητική προσαρμογή στη μαστεκτομή

- iv. Αναζήτηση υποστήριξης από το σύζυγο

- Βοήθεια στην αποδοχή απώλειας του μαστού. Κάθε ασθενής αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στην μαστεκτομή γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να προσεγγίζει ασθενή ως άτομο και να τον βοηθά στο να εκφράζει τα συναισθήματά του. Η γυναίκα μπορεί να φοβάται την απόρριψη από τον άνδρα

της ή να νιώθει απογοήτευση γιατί δεν μπορεί να εκπληρώσει το ρόλο της ως μητέρα (να θηλάσει το παιδί της). Η υποστήριξη τόσο από τον σύζυγο όσο και από την οικογένεια, επομένως, θα βοηθήσει πολύ μια τέτοια περίπτωση.

- Ενημέρωση του αρρώστου για τις πρόσφατες έρευνες και τις νέες θεραπευτικές μεθόδους για τον καρκίνο του μαστού.

- Μείωση του χρόνου αναμονής πριν από την εγχείρηση.

- i. Διαπίστωση φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους

- ii. Εξασφάλιση αίματος αν χρειάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή

- iii. Χορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης

- Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας. Η ίδια ετοιμασία γίνεται και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού, για πιθανή λήψη δέρματος για πλαστική επανορθωτική επέμβαση.

- β. Διδασκαλία άρρωστης και οικογένειας σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων, την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού. Ενθάρρυνση για να εκφράσουν τις ανησυχίες και τα συναισθήματά τους, τον πόνο, τη δραστηριότητα και τη διορθωτική πλαστική μαστού.

- Βοήθεια στα άτομα του περιβάλλοντος του αρρώστου ώστε να καταλάβουν τις φάσεις θλίψης του αρρώστου και ενθάρρυνση

- γ. Βοήθεια οικογένειας να εκφράσει τα αισθήματά της, τους φόβους και τις ανησυχίες της. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να επιβεβαιώσει τον άρρωστο και την οικογένειά του ότι θα βρίσκεται πάντα κοντά του σε οτιδήποτε τον χρειαστεί.

- δ. Εξασφάλιση κληρικού, εάν το επιθυμεί ο άρρωστος.

- ε. Σε περίπτωση που υπάρχουν σημεία αναποτελεσματικής αντιμετώπισης της θλίψης (πχ επιμένουσα άρνηση αποδοχής της αναμενόμενης απώλειας, υπερβολικός θυμός ή λύπη, υστερία., τάσεις αυτοκτονίας) ο νοσηλευτής θα πρέπει να συμβουλευτεί τον γιατρό για παραπομπή σε ψυχίατρο (Πάνου & Σαχίνη-Καρδάση, 1998).

ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΤΗΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗΣ

- Λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία του ασθενή. Σε περίπτωση πυρετού, ενημερώνεται ο χειρουργός.
- Συνίσταται στον ασθενή η κένωση της κύστης.
- Αφαιρούνται τα κοσμήματα και οι τεχνητές οδοντοστοιχίες
- Τοποθετείται ταυτότητα χειρός με το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία του ασθενή
- Ο ασθενής φοράει τα ρούχα του χειρουργείου.
- Ο ασθενής τοποθετείται στο φορείο και οδηγείται στο χειρουργείο με ολόκληρο το φάκελό του (ιατρικό και νοσηλευτικό) (Κονιάρη, 1991).

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η μετεγχειρητική φάση αρχίζει όταν ο άρρωστος μεταφερθεί από την αίθουσα του χειρουργείου στην αίθουσα ανάνηψης και τελειώνει όταν έχει αναρρώσει από την χειρουργική επέμβαση. Αυτό το σχέδιο φροντίδας εστιάζεται στην μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου που υποβλήθηκε σε γενική αναισθησία και μεταφέρθηκε από την αίθουσα ανάνηψης στην χειρουργική κλινική. Οι στόχοι της φροντίδας είναι η πρόληψη των επιπλοκών και η υποβοήθηση του αρρώστου να αποκτήσει μετεγχειρητικά την καλύτερη κατάσταση της υγείας του.

Συγκεκριμένα ο νοσηλευτής πρέπει να:

- α. Εκτιμά τα ζωτικά σημεία και κυρίως την αρτηριακή πίεση και τους σφυγμούς, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για διαπίστωση shock και αιμορραγίας.
- β. Ελέγχει το επιδεσμικό υλικό για διαπίστωση αιμορραγίας, ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη.

- γ. Χορηγεί αναλγητικά για την ανακούφιση από τον πόνο.
- δ. Ενθαρρύνει για την αλλαγή θέσης και βαθιών αναπνοών, για πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών
- ε. Ελέγχει την επίδεση του τραύματος. Αποφεύγεται η πολύ πιεστική, για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων.
- στ. Παρακολουθεί τη παροχέτευση του τραύματος συνήθως, ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή Hemovac. Η αναρρόφηση γίνεται με δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γι' αυτό και η συσκευή θα πρέπει να αδειάζετε προτού γεμίσει τελείως. Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά, ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευμένων υγρών της συσκευής ελέγχονται και αναγράφονται.
- ζ. Φροντίζει στην εξασφάλιση ύπνου του αρρώστου χωρίς διαταραχές που σχετίζονται με φόβο, άγχος. Ανησυχία, αδυναμία του αρρώστου να πάρει την συνηθισμένη θέση ύπνου:
- Διατηρεί μια ήσυχη αναπνευστική ατμόσφαιρα.
 - Ικανοποιεί ανάγκες του όπως άνεση και ζέστη πριν από τον ύπνο.
 - Εξασφαλίζει καλό αερισμό δωματίου.
 - Αποθαρρύνει τις μεγάλες περιόδους ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας εκτός αν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα έλλειψης ύπνου.
 - Ενεργεί έτσι ώστε να ελαττώσει το φόβο του ασθενούς παρέχοντας του τη δυνατότητα να εκφράσει τα αισθήματά του και συζητώντας μαζί του ότι τον ανησυχεί και τον απασχολεί.
 - Όταν επιτρέπεται η σίτιση από το στόμα:
 - i. αποθαρρύνει την κατανάλωση υγρών πλούσιων σε καφεΐνη (π.χ καφές, τσάι ποτά τύπου Coca cola) ιδιαίτερα τις απογευματινές ώρες.
 - ii. προσφέρει στον άρρωστο ένα απογευματινό γεύμα υψηλής πρωτεϊνικής αξίας (π.χ γάλα, τυρί) εκτός αν υπάρχει αντένδειξη.
 - Χορηγεί ηρεμιστικά υπνωτικά αν έχουν συνταγογραφεί.

- Χρησιμοποιεί τεχνικές χαλάρωσης (ασκήσεις προοδευτικής χαλάρωσης, μασάζ στη πλάτη, απαλή μουσική, φαρμακευτική αγωγή) πριν από τον ύπνο.

η. Φροντίζει στο να προληφθεί οποιαδήποτε λοίμωξη.

Σε μια ριζική μαστεκτομή, η άμυνα του οργανισμού έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας αφαίρεσης των λεμφαδένων. Το προσβλημένο χέρι πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό και δεν θα πρέπει να γίνονται υποδόριες η ενδομυϊκές ενέσεις ούτε φλεβοκεντήσεις σ' αυτό, για αποφυγή εισόδου μικροβίων.

θ. Τοποθετεί τον άρρωστο σε θέση ημι-Fowler. Αν το χέρι είναι ελεύθερο, τοποθετείται πάνω σε μαξιλάρι. Η βαρύτητα βοηθά στην επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός λεμφοιδήματος.

ι. Φροντίζει για την έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι. Κατά την έγερση συχνά ο βραχίονας της προσβεβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο, για να παρεμποδίζεται η πίεση στο τραύμα. Όταν για πρώτη φορά σηκώνεται ο ασθενής από το κρεβάτι ο νοσηλευτής τον συνοδεύει, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί η ισορροπία του εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.

ια. Φροντίζει για την χορήγηση δίαιτας ανάλογα με την ανοχή και την προτίμηση του ασθενή. Κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες ίσως χρειαστεί βοήθεια την ώρα του φαγητού, γιατί δεν μπορεί να δεν μπορεί ο ασθενής να χρησιμοποιήσει το ένα του χέρι.

ιβ. Σχεδιασμός για έξοδο από το νοσοκομείο- Διδασκαλία.

- Ενθαρρύνει για ερωτήσεις και παρέχει χρήσιμες απαντήσεις.

- Προετοιμάζει τον σύζυγο για παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης.

- Βοηθάει κατά την εκτέλεση παθητικών ασκήσεων. Οι ασκήσεις αυτές αρχίζουν 24 ώρες περίπου μετά την επέμβαση στο χέρι της προσβεβλημένης πλευράς. Οι αρχικές ασκήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηγισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση δακτύλων, και

γίνονται για πρόληψη μυϊκών συσπάσεων και διατήρηση κινητικότητας και μυϊκού τόνου. Αρχικά, ο ασθενής μπορεί να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις εξαιτίας του πόνου που έχει, αλλά ο νοσηλευτής θα τονίσει τη σπουδαιότητά τους και θα τις συνεχίσει μέσα στα όρια ανοχής του αρρώστου. Το εύρος των ασκήσεων αυξάνει προοδευτικά και ο άρρωστος θα πρέπει να είναι σε θέση να εκτελεί τις περισσότερες δραστηριότητές της, όπως χτένισμα, βούρτσισμα δοντιών κ.λπ.

Οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και ο άρρωστος δεν πρέπει να αισθάνεται καμία δυσχέρεια στις κινήσεις. Αν έχει γίνει πλαστική ή η τομή έχει κλειστεί με αξιόλογη τάση, η άσκηση θα πρέπει να περιορίζεται στον ελάχιστο βαθμό και να αυξάνεται προοδευτικά.

Θα πρέπει να ενθαρρύνεται αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα.

Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να διατηρεί κανονική θέση του σώματός του κατά την εκτέλεση των ασκήσεων. Η σωστή θέση όχι μόνο προάγει την καλή μηχανική του σώματος, αλλά βοηθά και στη φυσιολογική εμφάνισή του.

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

- Σφίξιμο μπάλας. Είναι μια απλή άσκηση, που βοηθά την ισχυροποίηση των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας. Μια ελαστική μπάλα ή μια τσαλακωμένη εφημερίδα σφίγγεται με το χέρι της προσβεβλημένης πλευράς.
- Πέταγμα μπάλας. Βελτιώνει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα πετά την μπάλα, που είναι δεμένη σε ελαστικό κορδόνι. Κάθε βολή προάγει την παραπέρα έκταση του βραχίονα.
- Αναρρίχηση στον τοίχο. Προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα βλέπει προς τον τοίχο με τα δάχτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο, όσο είναι δυνατό. Λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο ισιώνοντας τους ώμους. Σηκώνει τα χέρια πάνω στον

τοίχο παράλληλα και όταν αισθανθεί πόνο, τα επαναφέρει στην αρχική τους θέση. Σημειώνεται στον τοίχο το σημείο όπου έφθασαν τα χέρια της και όταν επαναληφθεί η άσκηση, προσπαθεί να ξεπεράσει το σημείο αυτό.

— Γύρισμα σχοινιού. Είναι μια άσκηση για την ευλυγισία του ώμου. Δένεται σφιχτά με διπλό κόμπο το χερούλι της πόρτας ένα σχοινί 3 περίπου μέτρων. Ο ασθενής στέκεται σε απόσταση 2 περίπου μέτρων μακριά από την πόρτα. Στη συνέχεια πιάνει χαλαρά την άκρη του σχοινιού με το προσβεβλημένο χέρι, κάνει ένα κόμπο και τον τοποθετεί στην παλάμη του. Το άλλο χέρι το τοποθετεί στη μέση του. Με τεντωμένο το προσβεβλημένο χέρι γυρίζει το σχοινί με μικρούς κύκλους αρχικά. Οι κύκλοι αυτοί σιγά-σιγά μεγαλώνουν, ώστε οι κινήσεις του χεριού να γίνονται από τον ώμο.

— Αιώρηση χεριών. Χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών. Ο άρρωστος σκύβει προς τα εμπρός από τη μέση και αιωρεί τα χέρια της από το ένα πλάγιο στο άλλο με τεντωμένους τους αγκώνες. Ο νοσηλευτής στέκεται δίπλα του, όταν η άσκηση γίνεται για πρώτη φορά, γιατί ενδέχεται να αισθανθεί ζάλη.

— Τροχαλία. Ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου. Ένα κομμάτι σχοινί, μήκους 3 μέτρων περίπου, περνιέται στο σίδερο του μπάνιου. Τα άκρα του σχοινιού δένονται σε κόμπους. Με τεντωμένους βραχίονες, ο άρρωστος τραβά το σχοινί προς τα κάτω με το γερό χέρι, ενώ το γερό χέρι ανυψώνεται. Η διαδικασία αυτή κατόπιν αντιστρέφεται και κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, το ύψος αυξάνει. Τονίζεται στην άρρωστη, κατά τη διάρκεια αυτής της άσκησης να μην κάμπτει τους βραχίονες και τα πόδια της να εφάπτονται στο πάτωμα.

— Κούμπωμα πίσω κουμπιών. Απαιτεί δυνατούς επικουρικούς μυς και γίνεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες. Ο ασθενής ανεβοκατεβάζει και τα δυο του χέρια πίσω στη ράχη, σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπιά της μπλούζας του. Κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, τα χέρια φθάνουν ψηλότερα στην πλάτη.

— Άγγιγμα μετώπου. Δυναμώνει τους επικουρικούς μυς του ώμου. Ο ασθενής βλέπει προς τον τοίχο σε απόσταση άνω άκρων. Οι παλάμες του τοποθετούνται στον τοίχο στο ύψος του ώμου. Ο άρρωστος σιγά-σιγά γέρνει προς τον τοίχο κάμπτοντας τους αγκώνες του και επανέρχεται στην αρχική θέση τεντώνοντας τους αγκώνες.

- Φροντίδα τραύματος.

— Επεξήγηση για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.

— Σημείωση ότι τι πρόσφατα επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση εξαιτίας κάκωσης των νεύρων.

— Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.

— Αναγνώριση σημείων φλεγμονής: πόνος, ευαισθησία, ερυθρότητα, οίδημα. Ενημέρωση γιατρού αν χρειαστούν.

— Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο κακάου, για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος. Γίνεται με έγκριση του γιατρού.

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

Για πρόληψη λεμφοιδήματος θα πρέπει:

— Να αποφεύγονται στο χέρι αυτό κοψίματα, αμυχές, τσιμπήματα, δήγματα εντόμων, εγκαύματα και η χρήση ισχυρών απορρυπαντικών, γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του λεμφοιδήματος.

— Οι ασκήσεις να γίνονται όπως υποδείχθηκαν.

— Στο βραχίονα της προσβεβλημένης πλευράς να γίνεται μασάζ 3 η 4 μήνες μετεγχειρητικά, για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωση του οιδήματος.

— Ο βραχίονας της προσβεβλημένης πλευράς να ανυψώνεται συχνά για πρόληψη εξαρτημένου οιδήματος.

- Το χέρι και η εγχειρητική περιοχή να διατηρούνται σχολαστικά καθαρά για πρόληψη λοίμωξης.
- Να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων (σφιχτά μανίκια).
- Να ακολουθούνται οι συμβουλές στους παρακάτω πίνακες:

Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΔΕ ΠΡΕΠΕΙ:

- Να κρατά τσιγάρο σ' αυτό το χέρι
- Να κρατά αντικείμενο με αυτό το χέρι τσάντα ή άλλο βαρύ αντικείμενο
- Να κόβει η να τραβά τις παρανυχίδες σ' αυτό το χέρι
- Να σκάβει τον κήπο του με αυτό το χέρι και να μην κόβει αγκαθωτά φυτά
- Να πλησιάζει ζεστό φούρνο μ' αυτό το χέρι
- Να του κάνουν ένεση σ' αυτό το χέρι
- Να του παίρνουν αίμα από αυτό το χέρι
- Να του παίρνουν την αρτηριακή πίεση από αυτό το χέρι

ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ:

- Φοράει ελαστικό γάντι όταν ασχολείται με τη μαγειρική, την καθαριότητα ή το πλύσιμο πιάτων
- Φοράει δακτυλήθρα όταν ράβει ή κεντάει
- Βάζει κρέμα λανολίνης στο χέρι, πολλές φορές την ημέρα
- Φοράει την ιατρική ταυτότητα με την εγχάραξη: «ΠΡΟΣΟΧΗ-ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟ ΧΕΡΙ - ΟΧΙ ΥΠΟΔΟΡΙΕΣ»
- Αναφέρει στο γιατρό αν τραυματίστηκε το χέρι του, αν είναι ερυθρό, θερμό ή ασυνήθιστα σκληρό ή οίδηματώδες
- Επιστρέφει για επανεξέταση σε διάστημα δυο μηνών

- Για αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος μπορεί να παραγγελθούν διουρητικά και η χρήση διαλείπουσας μονάδας συμπίεσης (μέσα σε μανίκι που εφαρμόζεται

στο άνω άκρο εισάγεται περιοδικά αέρας υπό πίεση για την προώθηση του υγρού).

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

— Συζήτηση με τον ασθενή για το πώς αισθάνεται και για την πιθανή μείωση του libido που σχετίζεται με κόπωση, ναυτία ή ανησυχία, μπορεί να βοηθήσει στη διευκρίνιση θεμάτων γι' αυτόν και το σύντροφό του. Η διόρθωση εσφαλμένων αντιλήψεων (π.χ. ότι ο καρκίνος μεταδίδεται σεξουαλικά είναι πολύ σημαντική)

— Η ενθάρρυνση ανοικτής συζήτησης για φόβους, ανάγκες και επιθυμίες, μπορεί να μειώσει το stress του ζευγαριού.

- Χρήση πρόσθεσης (τεχνητού στήθους). Η άρρωστη που έχει υποβληθεί σε απλή ή ριζική μαστεκτομή χρειάζεται βοήθεια στην επιλογή της πρόσθεσης (τεχνητού στήθους). Αρχικά, η άρρωστη συμβουλεύεται να φορέει κανονικό στηθόδεσμο, που θα τον γεμίζει με ένα μαλακό υλικό (μαλλί), το οποίο δε θα κολλά πάνω στο τραύμα. Μετά την επούλωση του τραύματος η άρρωστη ενημερώνεται για τους διάφορους τύπους πρόσθεσης που υπάρχουν στο εμπόριο και από πού μπορεί να τους προμηθευτεί. Η πρόσθεση που θα επιλεγεί πρέπει να είναι άνετη, να έχει κανονική φόρμα και το ίδιο μέγεθος σχήμα και βάρος με τον άλλον μαστό. Οι παράγοντες αυτοί είναι σημαντικοί για να επανακτήσει η άρρωστη την ισορροπία της. Ο σύζυγος ενθαρρύνεται να συνοδεύσει την

γυναίκα του στην αγορά της πρόσθεσης, για ενθάρρυνση και αποδοχή. Η πρόσθεση δε θα πρέπει να φορεθεί αν δεν το επιτρέψει ο γιατρός.

ιβ. Τονισμός σπουδαιότητας μετανοσοκομειακού ελέγχου (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.

Αξιολόγηση

i. Αναμενόμενα αποτελέσματα

- Επιδεικνύει προθυμία να διαπραγματευτεί με το άγχος της διάγνωσης και την επίπτωση της εγχείρησης στο σωματικό είδωλο και τη σεξουαλική της λειτουργία.
- Βιώνει λίγη ή καθόλου δυσχέρεια.
- Συμμετέχει ενεργητικά σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας.

ii. Επιπλοκές

- Τοπική υποτροπή

Μετάσταση σε άλλα όργανα (οστά, πνεύμονες, ήπαρ, εγκέφαλο) (Πάνου & Σαχίνη-Καρδάση, 1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ

Πλαστική μαστού είναι η χειρουργική αποκατάσταση ενός ή και των δύο μαστών που εκτελείται με σκοπό αύξηση ή μείωση του μεγέθους του μαστού ή τη δημιουργία ενός νέου μαστού μετά από μαστεκτομή. Μπορεί να εκτελεστεί αμέσως μετά από μαστεκτομή ή σε δεύτερο χρόνο μετά από 3 – 12 μήνες ανάλογα με την προτίμηση του ιατρού, την έκταση της νεοπλασίας, το βαθμό προσβολής των λεμφαδένων και την επιθυμία της ασθενούς.

Η τεχνική που θα χρησιμοποιηθεί για την αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή εξαρτάται από το χρόνο εκτέλεσης της σε σχέση με τη μαστεκτομή, την κατάσταση και την ελαστικότητα του δέρματος στο θωρακικό τοίχωμα και την ύπαρξη ή όχι του μείζονος θωρακικού μυός. Σε ορισμένες γυναίκες, το μόνο που απαιτείται είναι η απλή τοποθέτηση εμφυτεύματος κάτω από τον μείζονα \ θωρακικό μυ. Σε άλλες γυναίκες, οι οποίες έχουν εκταμένες απώλειες δέρματος, ιστών και μυών ή δερματικές βλάβες από ακτινοβολία, για την αποκατάσταση του μαστού μπορεί να απαιτηθεί η χρήση αυτόλογων ιστικών μοσχευμάτων όπως π.χ. Από το μείζονα γλουτιαίο μυ, τον πλατύ ραχιαίο μυ ή τον ορθό κοιλιακό μυ (Ulrich-Wendell, 1997).

Οι μέθοδοι αποκατάστασης είναι:

- Απλή τοποθέτηση ενθέματος σιλικόνης, μετά από απλή ή τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Χρησιμοποιούνται σάκοι από σιλικόνη που μπορεί να γεμίζονται από το χειρουργό μετά την τοποθέτησή τους στο μαστό, ανάλογα με το επιθυμητό μέγεθος, είτε με το ίδιο υλικό σε ζελατινώδη κατάσταση είτε με υγρό μεγάλου μοριακού βάρους, π.χ. Dextran, ή ακόμη και με φυσιολογικό ορό.

- Αποκατάσταση με κρημνούς. Η μεταφορά στην περιοχή της μαστεκτομής δέρματος καλής ποιότητας αποτελεί προϋπόθεση, όταν η περιοχή αυτή παρουσιάζει προβλήματα, όπως πλατιά και καθηλωμένη ουλή, ατροφικό δέρμα, δέρμα υπό τάση. Οι κρημνοί που χρησιμοποιούνται είναι:
 - i. Μυοδερματικός κρημνός από τον πλατύ ραχιαίο μυ
 - ii. Κρημνοί από τον ορθό κοιλιακό μυ
 - iii. Διάφοροι άλλοι κρημνοί, π.χ. Οριζόντιος θωρακοεπιγαστρικός δερματικός κρημνός
- Αποκατάσταση με διατατήρες ιστών. Δίνεται η δυνατότητα διάτασης του δέρματος στην περιοχή της μαστεκτομής. Η μέθοδος αυτή, όπου μπορεί να εφαρμοστεί, υπερτερεί σημαντικά των άλλων μεθόδων (Κονιάρη, 1991).



Αριστερή μαστεκτομή και ανακατασκευή μαστού. Έτοιμη για ανακατασκευή της θηλής.

II. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΘΗΛΗΣ/ΘΗΛΑΙΑΣ ΑΛΩ

Η αποκατάσταση θηλής/θηλαίας άλω καθυστερεί 2–3 μήνες και πραγματοποιείται ταυτόχρονα με τη χειρουργική επέμβαση συμμετρίας στον άλλο μαστό.

Για την αποκατάσταση της άλω, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόσχευμα από τα μικρά χείλη του αιδοίου ή την έσω επιφάνεια του μηρού, ανάλογα με την απόχρωση που επιδιώκεται. Επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθούν και μοσχεύματα από την άλλη θηλή, πράγμα που πολύ συχνά γίνεται στην δεύτερη φάση της αποκατάστασης, όταν διαφοροποιείται το σχήμα και το μέγεθος του άλλου μαστού.

Για τη δημιουργία της θηλής, μπορεί να χρησιμοποιηθούν μικροί δερματικοί κρημνοί ή σύνθετα μοσχεύματα από το λοβίο του ωτός ή τεχνητή θηλή, η οποία επικολλάται στο μαστό (Κονιάρη, 1991).

ΙΙΙ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

- Ενημέρωση ασθενή για τις πιθανές μετεγχειρητικές επιπλοκές
- Ενημέρωση για τις παροχετεύσεις που θα τοποθετηθούν μετεγχειρητικώς (Κονιάρη, 1991).

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- Αμέσως μόλις η ασθενής συνέλθει από την αναισθησία, πρέπει να κινητοποιηθεί.
- Περιορίζονται οι κινήσεις του βραχίονα και του ώμου, το λιγότερο για 2 εβδομάδες.
- Αποφεύγεται η ανύψωση των χεριών πάνω από το επίπεδο της κεφαλής ή την έντονη κινητικότητα των θωρακικών μυών, όπως συμβαίνει κατά το χτένισμα ή την οδήγηση.
- Οι δραστηριότητες της ασθενούς αυξάνονται σταδιακά.
- Τοποθετούνται πιεστικοί επίδεσμοι στην περιοχή της τομής για 5 – 7 ημέρες, εκτός και αν παρατηρηθούν πυρετός, μαύρες ή μπλε περιοχές του δέρματος περιφερικά των επιδέσμων, κακή εφαρμογή του επιδεσμικού υλικού, αυξημένη πίεση της περιοχής.
- Ελέγχεται το επιδεσμικό υλικό για την ακεραιότητά του, την κατάλληλη εφαρμογή και για εμφάνιση αιμορραγίας. Οι επίδεσμοι πρέπει να είναι πιο πιεστικοί στα άνω και έξω τεταρτημόρια, γιατί τα αγγεία των περιοχών αυτών αιμορραγούν πιο εύκολα.
- Οι επίδεσμοι αφαιρούνται την 3η – 4η μετεγχειρητική ημέρα.

- Καθοδηγείται η ασθενής να φορά σφιχτό υποστηρικτικό στηθόδεσμο, ακόμη και κατά την διάρκεια του ύπνου.

Μετά από 6 εβδομάδες, η ασθενής μπορεί να μη χρησιμοποιεί στο στηθόδεσμο, αν δεν θέλει, αλλά συμβουλεύεται να τον φορά συνεχώς, όταν έχει έντονη δραστηριότητα ή όταν ασχολείται με τον αθλητισμό (Κονιάρη, 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Δεν ακολουθούν όλοι οι καρκίνοι του μαστού την ίδια πορεία. Μπορεί κανείς να πει ότι όσοι ασθενείς με καρκίνο του μαστού υπάρχουν τόσα είναι και τα είδη των καρκίνων του μαστού και τόσες διαφορετικές πορείες υπάρχουν. Ενδεικτικά, ένας όγκος στο μαστό μπορεί:

- Να μεγαλώνει τοπικά, χωρίς να δίνει μεταστάσεις για χρόνια.
- Να μεγαλώνει διατρυπώντας το δέρμα ή κολλώντας πάνω στους θωρακικούς μυς και στις πλευρές.
- Να μεγαλώνει και να δίνει λεμφογενείς, αιματογενείς μεταστάσεις ή και τις δύο.
- Να δίνει μεταστάσεις ταχύτατα, πριν καν γίνει αντιληπτός στο μαστό.
- Να θεραπευτεί με την εγχείρηση και μόνο.
- Να θεραπευτεί με την εγχείρηση και χημειοθεραπεία.
- Να θεραπευτεί με την εγχείρηση και χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.
- Να μην υποχωρεί με καμία θεραπεία.
- Να υποχωρήσει με όλους τους θεραπευτικούς συνδυασμούς και μετά από χρόνια να υποτροπιάσει τοπικά ή να δώσει μεταστάσεις.
- Να ακολουθήσει κάθε άλλη πορεία (Φύσσας, 2006).

Τοπική υποτροπή

Τοπική υποτροπή ονομάζεται η επανεμφάνιση μικρού ή μεγάλου όγκου στη περιοχή της επεμβάσεως. Αν έχει γίνει ολική μαστεκτομή, τοπική υποτροπή μπορεί να εμφανιστεί πάνω στην ουλή της επεμβάσεως στο θωρακικό τοίχωμα κάτω από το δέρμα στη περιοχή του μαστού που αφαιρέθηκε πάνω στο μείζονα

θωρακικό μυ και στη μασχάλη. Στη μερική μαστεκτομή, τοπική υποτροπή μπορεί να εμφανιστεί κάτω από την ουλή της επεμβάσεως μέσα στον υπόλοιπο μαστό ή στη μασχάλη.

Η πιθανότητα τοπικής υποτροπής είναι μεγαλύτερη στις μερικές μαστεκτομές σε σχέση με τις ολικές, ιδιαίτερα όταν δεν έχει ακολουθήσει ακτινοθεραπεία.

Εμφανίζεται συνήθως μέσα στα πρώτα δύο χρόνια από την επέμβαση.

Ο κίνδυνος υποτροπής του καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερος σε γυναίκες κάτω των 35 ετών σε σχέση με τις μεγαλύτερες γυναίκες, ιδιαίτερα αν ακολουθούν λιγότερο δραστική θεραπεία. Ο κίνδυνος επανεμφάνισης καρκίνου του μαστού απομακρύνεται σε γυναίκες οι οποίες έχουν ήδη υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Η επανεμφάνιση της νόσου αποτελεί εφιάλτη για τις ασθενείς, καθώς το ενδεχόμενο του θανάτου είναι υπαρκτό.

Η νόσος μπορεί να υποτροπιάσει ακόμη και μετά από μεγάλα χρονικά διαστήματα. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος υποτροπής εμφανίζεται κατά την διάρκεια της πρώτης πενταετίας μετά την διάγνωση, υποτροπές όμως 10-15 χρόνια μετά την αρχική θεραπεία δεν είναι ασυνήθιστες.

Η παρακολούθηση των ασθενών με καρκίνο του μαστού αποσκοπεί στην έγκαιρη διάγνωση της τοπικής υποτροπής, του καρκίνου του αντίθετου μαστού και της αναπτύξεως συστηματικών μεταστάσεων και περιλαμβάνει:

- **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:** ιστορικό, αξιολόγηση συμπτωμάτων, κλινική εξέταση
- **ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:**
 - i. Γενική εξέταση αίματος
 - ii. Αλκαλική Φωσφατάση(ALP)
 - iii. γ- γουνυλ-τρανσφεράση(γGT)
 - iv. Αντίσωμα (CA 15 – 3)
 - v. Καρκίνο -εμβρυϊκό αντιγόνο (CEA)
- **ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ:**

- i. Ακτινογραφία θώρακα
- ii. Υπερηχογράφημα ήπατος
- iii. Σπινθηρογράφημα οστών
- iv. Μαστογραφία

Ένα μεγάλο ποσοστό από τις ασθενείς που είχαν έναν πρωτοπαθή, διηθητικό καρκίνο του μαστού, θα αναπτύξουν κάποια στιγμή στη ζωή τους συστηματικές μεταστάσεις σε άλλα όργανα, ανεξαρτήτως από τη θεραπεία την οποία έλαβαν. Η πιθανότητα αυτή είναι διαφορετική για κάθε ασθενή και εξαρτάται από το αρχικό στάδιο στο οποίο έγινε η διάγνωση της νόσου και τους επί μέρους, συγκεκριμένους για κάθε ασθενή και την νόσο της, προγνωστικούς παράγοντες.

Οι υποτροπές μπορεί να είναι τοπικές, με νεοεμφανιζόμενο όγκο στον εναπομείναντα μαστό, υποδόρια γύρω από την ουλή ή το θωρακικό τοίχωμα, περιοδικές στους λεμφαδένες της μασχάλης, ή απόμακρες στον σκελετό, στους πνεύμονες, στο ήπαρ και σε απομακρυσμένους λεμφαδένες.

Τα συνηθέστερα όργανα στα οποία δίνει μεταστάσεις ο καρκίνος του μαστού είναι κατά σειρά συχνότητας τα **οστά**, οι **πνεύμονες**, το **ήπαρ** και ο **εγκέφαλος** (Κωστάκης, 2005).

Στην **τοπική υποτροπή** πρέπει να γίνεται έλεγχος για:

- ογκίδιο στο θωρακικό τοίχωμα στην περιοχή της τομής.

Ο νοσηλευτής/τρια:

- Προετοιμάζει την ασθενή για παραπέρα εξετάσεις όπως ακτινοθεραπεία

Στα **οστά** πρέπει να γίνεται έλεγχος για:

- Οστικούς πόνους, παθολογικά κατάγματα
- δυσκολία στη βάρδιση
- απογοήτευση εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας

Ο νοσηλευτής/τρια:

- Προσπαθεί να ανακουφίσει τον πόνο της ασθενούς χορηγώντας ναρκωτικά ή αναλγητικά και ηρεμιστικά.
- Συμβουλεύει την ασθενή να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις, να μη σηκώνει βαριά αντικείμενα, να μην γυρίζει και να μην πέφτει απότομα στο κρεβάτι με σκοπό την πρόληψη των καταγμάτων.
- Ακινητοποιεί τα κατάγματα αν συμβούν.

Στους πνεύμονες πρέπει να γίνεται έλεγχος για:

- πόνο
- δυσφορία
- δύσπνοια

Ο νοσηλευτής/τρια:

- Σε συνεργασία με τον γιατρό, προβαίνουν σε παρακέντηση κοιλίας για την ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια. Επειδή η παρακέντηση προκαλεί προσωρινή ανακούφιση, πιθανόν να επαναληφθεί.
- Υποστήριξη της αναπνοής με την χορήγηση οξυγόνου.

Στο ήπαρ πρέπει να γίνεται έλεγχος για:

- ασκίτη
- δυσφορία, δύσπνοια
- ναυτία, εμετοί
- κοιλιακοί πόνοι
- ανορεξία
- απώλεια βάρους

Ο νοσηλευτής/τρια:

- Συμμετάσχει μαζί με τον γιατρό στην παρακέντηση κοιλίας για την ανακούφιση από τη δυσφορία και την δύσπνοια
- Φροντίζει για την διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών

- Χορηγεί διουρητικά με σκοπό την μείωση της κατακράτησης των υγρών
- Χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα
- Παρέχει τεχνητή διατροφή μέσω εντερικού σωλήνα Levin ή πλήρη παρεντερική διατροφή, σε περίπτωση που η άρρωστη αδυνατεί να φάει.

Στον **εγκέφαλο** πρέπει να γίνεται έλεγχος για:

- σύγχυση
- διαταραχή ισορροπίας του σώματος
- σπασμοί
- παράλυση
- διαταραχές όρασης

Ο νοσηλευτής/τρια:

- Εξασφαλίζει την άνεση της ασθενούς
- Προλαμβάνει τους τραυματισμούς από πτώση ή πρόκληση βλάβης κατά τη διάρκεια των σπασμών
- Παρακολουθεί και διατηρεί το ισοζύγιο των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών
- Εξασφαλίζει την καλή θρεπτική κατάσταση της ασθενούς
- Παρέχει υγιεινή φροντίδα του σώματος της ασθενούς (Πάνου & Σαχίνη-Καρδάση, 1988).

Εξέλιξη του καρκίνου του μαστού και μεταστάσεις

Ένας καρκίνος μαστού μεγαλώνει με όποιο ρυθμό κυτταρικού πολλαπλασιασμού είναι γραμμένος στα γονίδιά του. Άλλοτε πιο αργά άλλοτε πιο γρήγορα. Κάποια στιγμή, τα καρκινικά κύτταρα μπορεί να ξεφύγουν από τον όγκο και να μπουν στην κυκλοφορία του αίματος. Εκεί αναγνωρίζονται από τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος που προστατεύουν τον οργανισμό από καθετί «ξένο» και αρχίζει μια μάχη, όπου πολλά καρκινικά κύτταρα σκοτώνονται. Αν κάποια γλιτώσουν, μπορούν να φθάσουν σε διάφορα όργανα του σώματος, όπου και εγκαθίστανται. Συνήθως πηγαίνουν στα οστά, στο ήπαρ, στους πνεύμονες, στον εγκέφαλο, στο δέρμα ή αλλού. Εκεί μπορούν να παραμείνουν λαθροβιώντας για χρόνια, χωρίς αυτό να συνιστά προς το παρόν μετάσταση. Ακόμα και τότε μπορούν να καταστραφούν από τα αμυντικά κύτταρα του οργανισμού. Αν όμως αρχίσουν να προκαλούν γύρω τους σχηματισμό νέων αιμοφόρων αγγείων, να τρέφονται από αυτά και να μεγαλώνουν τοπικά, τότε έχουμε μια μετάσταση που λέγεται αιματογενής διότι προήλθε μέσω της κυκλοφορίας του αίματος. Αν η διαδικασία αυτή γίνει μέσω των λεμφαγγείων, τότε η μετάσταση λέγεται λεμφογενής, εντοπίζεται αρχικά στο «φρουρό» λεμφαδένα και αργότερα και στους υπόλοιπους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Οι αιματογενείς και οι λεμφογενείς μεταστάσεις είναι ανεξάρτητες διαδικασίες. Δεν είναι υποχρεωτικό ότι θα συμβούν σε όλες τις ασθενείς ή μπορεί να συμβεί μόνο η μία. Οι αιματογενείς έχουν σαφώς χειρότερη πρόγνωση από τις λεμφογενείς, γι' αυτό και ταξινομούνται στο IV στάδιο, ενώ οι λεμφογενείς στο II ή στο III. Πολλές γυναίκες με λεμφογενείς μεταστάσεις θα γιατρευτούν μια για πάντα από τον καρκίνο. Οι αιματογενείς μεταστάσεις αντιμετωπίζονται πιο δύσκολα όταν βρίσκονται σε ζωτικά όργανα (ήπαρ, πνεύμονες, εγκέφαλο κ.α.).

Οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες είναι οι πιο συχνή θέση μετάστασης του καρκίνου του μαστού. Η διόγκωση αυτών των λεμφαδένων σε μια γυναίκα θέτει την

πιθανότητα καρκίνου του μαστού. Οι λεμφαδένες αυτοί είναι σκληρής σύστασης αλλά δεν είναι συνήθως ευαίσθητοι. Η απουσία διογκωμένων μασχαλιαίων λεμφαδένων δεν εγγυάται ότι δεν έχει εμφανιστεί μετάσταση του καρκίνου του μαστού. Πάνω από τη θέση του καρκίνου του μαστού το δέρμα παχύνετε και δημιουργεί εντύπωμα. Η παρεμπόδιση της λεμφικής παροχέτευσης του μαστού είναι υπεύθυνη για την πάχυνση και σκλήρυνση του δέρματος που προκαλείται κυρίως από τη διήθηση των καρκινικών κυττάρων κατά μήκος των κρεμαστήριων συνδέσμων οι οποίοι βραχύνονται (Moore, 1998).



Όγκος μαστού που μεγαλώνει χωρίς θεραπεία για πέντε χρόνια. Φαίνεται ακόμα και με το μάτι. Λίγο ακόμα και θα εξελκωθεί προς το δέρμα. Ακόμα δεν έδωσε μεταστάσεις.

Όταν ο καρκίνος αφεθεί χωρίς θεραπεία

Η πεποίθηση πως κάθε καρκίνος του μαστού είναι θανατηφόρος αν αφεθεί χωρίς θεραπεία δεν είναι απόλυτα σωστή, αν και κάτι τέτοιο πολύ σπάνια γίνεται σήμερα στις πολιτισμένες χώρες.

Εκτός από την χορήγηση μεταστάσεων, που όσο περνά ο καιρός γίνεται

πιθανότερη, υπάρχουν και τοπικές επιπλοκές από έναν όγκο που μεγαλώνει. Αν βρίσκεται κοντά στο δέρμα, μπορεί σιγά-σιγά να το τρυπήσει δημιουργώντας μια μικρή κόκκινη περιοχή και αργότερα μια πληγή. Τότε λέγεται εξελκωμένος καρκίνος.

Αν βρίσκεται κοντά στο θωρακικό τοίχωμα, μπορεί να το «διηθήσει» κολλώντας στους θωρακικούς μυς ή στις πλευρές. Η παρακάτω εικόνα είναι μιας γυναίκας η οποία ζει δέκα χρόνια με εξελκωμένο καρκίνο μαστού, χωρίς μεταστάσεις και αρνούμενη φαρμακευτική και χειρουργική θεραπεία. Το μυστικό βρίσκεται κρυμμένο στα κύτταρα του όγκου. Επρόκειτο προφανώς για όγκο αργής εξέλιξης, ελάχιστα επιθετικό (Φύσσας, 2006).



Εξέλκωση καρκίνου του μαστού. Η γυναίκα, εξήντα ετών, το έκρυβε για έξι χρόνια ακόμα και από τον σύζυγο της.

Πρόγνωση ασθενή με καρκίνο του μαστού

Κάθε καρκίνος είναι και μια ειδική περίπτωση. Οι γιατροί όμως είναι υποχρεωμένοι να ομαδοποιούν τους ασθενείς, να κάνουν στατιστικές και να δίνουν στον κόσμο αριθμούς, σαν να ήταν ίδιοι όλοι οι καρκίνοι της κάθε ομάδας. Βασίζονται ακόμα, υποχρεωτικά, μόνο στο στάδιο στο οποίο βρίσκεται η νόσος, χωρίς να εξετάζουν το μικροσκοπικό και γονιδιακό τύπο της κάθε

μορφής καρκίνου. Έτσι κάποιες από τις γυναίκες ίδιας ηλικίας, με καρκίνο μαστού ίδιου σταδίου, που ακολούθησαν ίδια θεραπευτική οδό θα ζήσουν σαράντα χρόνια ενώ κάποιες άλλες θα φύγουν πολύ νωρίτερα. Προς το παρόν κανείς δε μπορεί να προβλέψει πόσο θα ζήσει ο κάθε ασθενής.

Μπορεί εβδομήντα στις εκατό γυναίκες όλων των σταδίων να ζουν σε πέντε χρόνια αλλά δεν κανείς δε μπορεί να προβλέψει ποιες από αυτές τις εκατό θα είναι οι τυχερές. Μπορεί ακόμα το 90% ασθενών με καρκίνους πρώτου σταδίου (χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις) να ζει σε πέντε χρόνια, ενώ στους καρκίνους του τέταρτου σταδίου (με μεταστάσεις σε άλλα όργανα) να ζει μόνο το 20%.

Χιλιάδες γυναίκες σ' όλη τη γη κοιτάζουν κάθε μέρα το γιατρό τους ψάχνοντας να δουν μέσα από τα μάτια του την απάντηση στο δύσκολο ερώτημα του «αν θα ζήσω». Η αλήθεια είναι μια: *ούτε ο γιατρός μπορεί να ξέρει*. Αν εξαιρέσουμε τις απελπιστικά προχωρημένες περιπτώσεις, που και οι ίδιοι ασθενείς γνωρίζουν ότι δε θα γίνουν καλά, στη συντριπτική πλειονότητα των καρκίνων του μαστού κανείς δε ξέρει με βεβαιότητα ποια θα είναι η εξέλιξη σε πέντε, δέκα, είκοσι η τριάντα χρόνια (Φύσσας, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Πολλά ψυχολογικά προβλήματα εμφανίζονται σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού.

Κάθε θεράπων ιατρός, ακολουθώντας το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας, χρειάζεται να παραπέμπει την ασθενή για ψυχοκοινωνική στήριξη, εφόσον η ίδια το επιθυμεί. Κάθε κλινική μαστού πρέπει να περιλαμβάνει και ειδικό ψυχολόγο ή ψυχίατρο ή κοινωνική λειτουργό, που να αναλαμβάνει το δύσκολο αυτό κομμάτι. Στην Ελλάδα υπάρχει και μια αξιόλογη προσπάθεια από το σύλλογο γυναικών που έζησαν την εμπειρία του καρκίνου του μαστού και ξεπέρασαν με επιτυχία τις δυσκολίες που προέκυψαν από την ασθένεια (Μουτούση- Μυστρατιάδου, 2000).

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. Προσφέρει πολύ σημαντικό έργο στους τομείς της ψυχοκοινωνικής στήριξης των γυναικών με καρκίνο του μαστού και στις οικογένειές τους, της οργανωμένης αλληλοβοήθειας, της εκπαίδευσης και εποπτείας εθελοντριών, καθώς και της ενημέρωσης του γυναικείου πληθυσμού πανελλαδικά για την πρόληψη-έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Διαθέτει επιστημονικούς συνεργάτες, ψυχολόγο, κοινωνική λειτουργό και πενήντα εκπαιδευμένες εθελόντριες έτοιμες να συνδράμουν σε κάθε περίπτωση, με όλη τους την καρδιά. Διαθέτει επίσης έκθεση των διαφόρων ειδών που θα χρειασθούν οι γυναίκες μετά την επέμβαση

στο μαστό τους, καθώς και βοήθεια στον τρόπο χρήση τους π.χ. ειδικούς στηθόδεσμούς, τεχνητούς μαστούς, περούκες κ.λπ. (Φύσσας, 2006).

Η διεύθυνση του συλλόγου είναι:

Αριστοτέλους 79-81, 104 34, Αθήνα

Τηλέφωνο: 210-4180006, fax: 210-4180016

e-mail: breastca@otenet.gr www.breastcancerhellas.gr



I. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα πιο συχνά προβλήματα που βιώνουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι το άγχος, η κατάθλιψη, η ψυχολογική δυσφορία εξαιτίας των αλλαγών στην εικόνα του σώματος τους και εξαιτίας των αλλαγών στην σεξουαλικότητά τους. Το άγχος και η κατάθλιψη έχει σχέση με την εμφάνισή της ασθένειας ,με τους τρόπους θεραπείας και τις ανεπιθύμητες ενέργειες τους. Η μεταβολή στην εικόνα του σώματος προέρχεται όχι μόνο από την χειρουργική επέμβαση αλλά και από τις παρενέργειες των θεραπειών όπως είναι η αλωπεκία, και οι αντιδράσεις του δέρματος εξ αιτίας της ακτινοθεραπείας.

Η έννοια του σώματος είναι μια δυναμική έννοια ,είναι δηλαδή συστατικό της εικόνας του εαυτού του κάθε ανθρώπου, της ολοκληρωμένης αντίληψης που έχει κάποιος για τον εαυτό του ,πως πιστεύει ότι είναι, με τι μοιάζει και γενικά πως αισθάνεται για τον εαυτό του.

Συναισθήματα όπως η δυσφορία που νιώθει η γυναίκα όταν βλέπει τις ουλές στο στήθος της, αίσθηση ότι δεν είναι σεξουαλικά επιθυμητή, η έλλειψη άνεσης όταν φοράει αποκαλυπτικά ρούχα ,είναι μερικές από τις κοινές εκφράσεις διαταραχής της εικόνας του σώματος (Kuebler KK,2005). Οι γυναίκες μετά από μαστεκτομή ή ογκεκτομή βιώνουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης που έχουν σχέση με την απώλεια του στήθους.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί εάν η μαστεκτομή και η ογκεκτομή προκαλούν τα ίδια ψυχολογικά αποτελέσματα στην εικόνα του σώματος της γυναίκας .Τα αποτελέσματα των ερευνών είναι αντιφατικά. Κάποιες αναφέρουν ότι οι γυναίκες με ογκεκτομή και μαστεκτομή βιώνουν την ίδια ψυχολογική δυσφορία ,έχουν φόβους για μεταστάσεις, υπάρχει ελάττωση της σεξουαλικής ζωής και γενικά επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους. Αντιθέτως άλλες μελέτες έδειξαν ότι οι γυναίκες με ογκεκτομή που διατηρούν ένα μεγάλο μέρος του στήθους τους έχουν καλύτερη εικόνα του εαυτού τους και βιώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την σεξουαλική τους ζωή σε σχέση με αυτές που έχουν υποστεί μαστεκτομή.

Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι ένα από τα συχνά προβλήματα που βιώνει συχνά η γυναίκα κατά την διάρκεια της θεραπείας. Προδιαθεσικοί παράγοντες όπως προϋπάρχοντα προβλήματα και αλλαγές που συμβαίνουν εξ αιτίας της εμμηνόπαυσης συμβάλλουν στην εμφάνισή της ακριβής αιτιολογία δεν είναι ακόμα καλά τεκμηριωμένη. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας όπως η εμμηνόπαυση με τα συνοδά προβλήματα της (π.χ. εξάψεις), η ξηρότητα του κόλπου, και η επακόλουθη δυσπανευρία θεωρούνται αιτιολογικοί παράγοντες. Η ορμονική θεραπεία επιδεινώνει τα παραπάνω προβλήματα ενώ οι αλλαγές όπου συμβαίνουν στο σώμα της εξ αιτίας της ακτινοθεραπείας και η

επακόλουθη διαταραχή στην εικόνα του σώματος της συμβάλλουν στην σεξουαλική της λειτουργία.

Άλλο πρόβλημα είναι η κοινωνική απομόνωση εξαιτίας της διαταραχής της υγείας τους, της άσχημης ψυχολογικής τους κατάστασης καθώς και λόγω της πιθανής αλλαγής στην οικονομική τους ζωή (Ιωαννίδου- Μουζάκα, 2005).

Ο ρόλος του νοσηλευτή και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους ασθενείς που βιώνουν την παραπάνω ψυχολογική κατάσταση εστιάζεται στα παρακάτω:

- Να αρχίσει την νοσηλευτική υποστήριξη αμέσως μετά την διάγνωση ή την χειρουργική επέμβαση
- Να εξασφαλίσει ένα κλίμα θετικό μεταξύ ασθενή και νοσηλευτή
- Να ενημερώσει για τις συχνές συναισθηματικές καταστάσεις που βιώνουν οι περισσότερες ασθενείς που βρίσκονται σε παρόμοια κατάσταση
- Να του συστήσει και να τον ενθαρρύνει να μοιραστεί τους φόβους τους και το άγχος με τον νοσηλευτή την οικογένειά τους ακόμα και με άλλους ασθενείς με κοινές εμπειρίες
- Να τον βοηθήσει να κατανοήσει την αλλαγή του σώματός του
- Να τον ενθαρρύνει να διατηρήσει θετική εικόνα για το σώμα του με το να χρησιμοποιεί υδατικές κρέμες και να αγγίζει την ουλή του
- Να υποστηρίξει ψυχολογικά τον σύντροφο για την επίδραση της θεραπείας στην σεξουαλική λειτουργία και να τον ενθαρρύνει ώστε να συμπαρασταθεί
- Να ενθαρρύνει τους συζύγους να συζητούν μεταξύ τους για τα προβλήματα που έχουν προκύψει
- Να ενθαρρύνει τον ασθενή να επιστρέψει στην εργασία του
- Να τονώσει τον ασθενή την σημασία της εργασίας η οποία θα τονώσει την αυτοεκτίμησή του
- Να τον φέρει σε επαφή με κοινωνικό λειτουργό (Κονιάρη, 1991).

II. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενή με καρκίνο αντανακλά σε όλη την οικογένεια. Πρέπει να υποστηρίξουμε και να βοηθήσουμε τα μέλη της οικογένειας, με τον ίδιο τρόπο που βοηθάμε τον ασθενή.

Για παράδειγμα, τα μέλη της οικογένειας μπορεί να διακατέχονται από άγχος, αγωνία, ευερεθιστότητα. Όσο ο ασθενής πλησιάζει προς το τέλος της ζωής του, η επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και οικογένειας δυσχεραίνεται. Σκοπός μας στο σημείο αυτό είναι η αποκατάσταση της επικοινωνίας και η ψυχική ενίσχυση των δύο πλευρών. Ενδιαφερόμαστε για τον ασθενή μπορεί να προβούμε σε εκτιμήσεις και ανάλογες παρεμβάσεις και να εκτιμήσουμε την αποτελεσματικότητα τους σύμφωνα με τις ανάγκες της συγκεκριμένης οικογένειας. Ίσως, κριθεί απαραίτητη και η συμμετοχή ιερωμένου ή κοινωνικής λειτουργού, για την υποστήριξη της οικογένειας και για τη βοήθεια στην καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών της.

Η οικογένεια του ασθενούς έχει μεγαλύτερη ανάγκη για φροντίδα και υποστήριξη, ιδιαίτερα μετά το θάνατο του. Ορισμένες οικογένειες δυσκολεύονται πάρα πολύ να αντιμετωπίσουν και να αποδεχτούν ότι ένα αγαπημένο τους πρόσωπο έφυγε για πάντα. Ο θάνατος, το άγχος και ο επερχόμενος θρήνος έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των μελών της οικογένειας.

Οι νοσηλευτές πρέπει να βοηθήσουν την οικογένεια μετά το θάνατο του ασθενή με το να προσφέρουν την συμπαράστασή τους και να δημιουργήσουν ήσυχη και άνετη ατμόσφαιρα, όπου θα μπορέσουν να μιλήσουν με τα μέλη της οικογένειας, να τα ενθαρρύνουν και να τα υποστηρίξουν ψυχικά. Πρέπει να δώσουν στα μέλη της οικογένειας την ευκαιρία να εκφράσουν τα άμεσα συναισθήματά τους, να κλάψουν, να συγκεντρωθούν μαζί ή να αποσυρθούν. Τη συγκεκριμένη περίοδο, χρειάζονται ησυχία και χρόνο. Μπορεί για το λόγω αυτό οι νοσηλευτές να έχουν φροντίσει να δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ

αυτών και των μελών. Έτσι, μετά το θάνατο του ασθενή, η οικογένεια διατηρεί την επαφή της με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Στόχος των νοσηλευτών που θα βρίσκονται σε επαφή με την οικογένεια είναι να τη βοηθήσουν να ακολουθήσει φυσιολογική πορεία στο πένθος της ώστε να μπορέσει να ξαναβρεί την ισορροπία της. Πρέπει επίσης να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τη συμπεριφορά που κυριαρχεί, όταν η διαδικασία του πένθους δεν εξελίσσεται ομαλά. Μερικά από τα βασικότερα συμπτώματα παθολογικού πένθους είναι:

- Αδικαιολόγητα παρατεινόμενο πένθος που εμποδίζει το άτομο στη λειτουργία της καθημερινής του ζωής.
- Υπερβολική ευφορία, δραστηριότητα και απασχόληση μπροστά στο θάνατο, που εμποδίζει τη διαδικασία του πένθους.
- Τάσεις αυτοκαταστροφής ή αυτοτιμωρίας.
- Υπερβολικές αντιδράσεις στο πρόβλημα κάποιου τρίτου.
- Ταύτιση και υιοθέτηση χαρακτηριστικών της νεκρής ή εκδήλωση των ίδιων οργανικών συμπτωμάτων που παρουσίαζε η ασθενής στην περίοδο της νόσου.
- Υπερβολική κατάθλιψη που εμφανίζεται καθυστερημένα, μήνες μετά το θάνατο.
- Τα μέλη της οικογένειας που εκδηλώνουν τα συμπτώματα αυτά πρέπει να παραπέμπονται έγκαιρα σε ειδικό ψυχολόγο ή ψυχίατρο (Κονιάρη, 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Παρά το γεγονός ότι υπάρχει ποικιλία θεραπευτικών προσεγγίσεων για τον καρκίνο του μαστού ,κάποιοι ασθενείς δεν καταφέρνουν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την ασθένεια τους και φτάνουν στο τελικό στάδιο της ζωής τους, αντιμέτωποι με τον θάνατο.

Τα τελευταία χρόνια ,η αντιμετώπιση ασθενούς στο τελικό στάδιο της ζωής του γίνεται στα πλαίσια ανακουφιστικής φροντίδας .Συμφώνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), «ανακουφιστική φροντίδα είναι ο ενεργός ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών, των οποίων η ασθένεια δεν ανταποκρίνεται στη θεραπευτική αγωγή».Επιπλέον, ο ΠΟΥ δηλώνει ότι ο έλεγχος του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων, των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων αποτελεί την υπέρτατη διάσταση της. Στόχος της είναι η επίτευξη, όσο το δυνατόν, καλύτερης ποιότητας ζωής του ασθενή και της οικογένειάς του.

Η συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας είναι απαραίτητη προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες των ασθενών, αλλά και για να επιτευχθεί ολιστική προσέγγιση.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω η νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ατόμου που αφορούν το οργανικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο (Φύσσας, 2006).

i. Φροντίδα σε οργανικό επίπεδο

Η φροντίδα στο οργανικό επίπεδο θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις βιολογικές ανάγκες του ασθενή, στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, καθώς και σε οποιαδήποτε κατάσταση προκαλεί δυσφορία και ελάττωση της λειτουργικότητας του (Παπαδάτου, 1999).

Τα συχνότερα συμπτώματα είναι :πόνος, ανορεξία, ναυτία-έμετος, δυσφαγία, δύσπνοια, δυσκοιλιότητα, λεμφοίδημα και κόπωση.

Η αντιμετώπιση του πόνου στους ασθενείς αποτελεί μια από τις άμεσες προτεραιότητες του νοσηλευτή. Αρχικά πραγματοποιείται λήψη νοσηλευτικού ιστορικού και η αξιολόγηση του πόνου γίνεται με την χρήση αριθμητικών κλιμάκων από 0 έως 10 (όπου το 0 αντιστοιχεί στην ανυπαρξία πόνου και το 10 στη μέγιστη του πόνου). Οι παράγοντες που βελτιώνουν ή επιδεινώνουν τον πόνο αξιολογούνται και γίνεται εκτίμηση των ψυχολογικών αιτιών του .Από την προσεκτική σωματική εξέταση και την συνεκτίμηση των εργαστηριακών ευρημάτων διαπιστώνεται ότι ο πόνος προέρχεται πιθανότερα από :

- μετάσταση στα οστά (σπονδυλική στήλη, πύελος, κρανίο).
- παθολογικό κάταγμα
- συμπίεση νωτιαίου μυελού εξ αιτίας μετάστασης στην σπονδυλική στήλη
- μετάσταση στις μήνιγγες
- αποτέλεσμα θεραπείας (νευροθεραπεία)και
- αποτέλεσμα της διήθησης των μαλακών ιστών από τον όγκο (σπλαχνικός πόνος στην άνω κοιλία ή στην πύελο).

Η αντιμετώπιση του πόνου πραγματοποιείται με φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές μεθόδους. Οι φαρμακολογικές μέθοδοι περιλαμβάνουν χορήγηση κατάλληλων αναλγητικών .Σε ήπιο πόνο χορηγούνται μη οπιούχα αναλγητικά. Εάν ο πόνος παραμένει ή αυξάνεται (μέτριος) μπορούν να χορηγηθούν ήπια οπιούχα. Τέλος ισχυρά οπιούχα (π.χ. μορφίνη) δίδονται όταν ο πόνος είναι μεγάλης έντασης και δεν ανακουφίζεται με καμία από τις

προαναφερθείσες μεθόδους. Σημαντικό ρόλο σε όλες τις προαναφερθείσες βαθμίδες διαδραματίζουν τα βοηθητικά φάρμακα.

Η χορήγηση των παραπάνω φαρμάκων δεν είναι η μόνη θεραπευτική επιλογή στην αντιμετώπιση του πόνου στον καρκίνο. Υπάρχει και ο αιτιολογικός έλεγχος του πόνου που περιλαμβάνει την παρηγορητική ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία και θεραπεία με διφοσφονικά. Οι μη φαρμακολογικές μέθοδοι περιλαμβάνουν χαλάρωση, βελονισμό, μασάζ και προσευχή. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει τις αιτίες του πόνου και τους τρόπους ανακούφισής του, ώστε να συμβάλλει ουσιαστικά με τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής και την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας της. Σαν μέλος της διεπιστημονική ομάδας έχει στόχο να ανακουφίσει τον ασθενή και να βελτιώσει τον πόνο όλο το εικοσιτετράωρο αυξάνοντας την λειτουργικότητα του. Άλλες νοσηλευτικές αρμοδιότητες είναι η ενθάρρυνση και η υποστήριξη του ασθενή να χρησιμοποιεί κάποια από τις μη φαρμακολογικές μεθόδους για τον έλεγχο του πόνου. Ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί ότι τα αναλγητικά χορηγούνται σε καθορισμένα ωράρια με σκοπό να επιτευχθεί η ανακούφιση του πόνου, και δεν χορηγούνται με την επίκληση του. Σε όλες τις παρεμβάσεις θα πρέπει να έχει πάντα υπόψη του, την προσωπικότητα του ασθενή και τα όρια αντοχής του. Στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής ο στόχος του δεν θα πρέπει να είναι η «αναισθησία» με την έννοια της έλλειψης της πνευματικής διαύγειας, αλλά «αναλγησία» στα πλαίσια της οποίας ο ασθενής ανακουφίζεται, ενώ ταυτόχρονα διατηρεί επικοινωνία με το περιβάλλον του. Η ναυτία και ο έμετος είναι ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα στο τελικό στάδιο. Οι πιθανές αιτίες δημιουργίας του είναι :μεταβολικές διαταραχές (π.χ. υπερασβεστιαμία, ηπατική ανεπάρκεια), αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση εξ αιτίας εγκεφαλικών μεταστάσεων, απόφραξη εντέρου, ηπατικές μεταστάσεις, τρόποι θεραπείας ή ανεπιθύμητη ενέργεια των οπιούχων.

Κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι χορήγηση τροφής σε μικρά και συχνά γεύματα και η χορήγηση κατάλληλων φαρμακευτικών σκευασμάτων ανάλογα με την αιτία.

Ένα άλλο σύμπτωμα που συνοδεύει την ναυτία-εμετό είναι η ανορεξία. Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει τον ασθενή να τρώει και να πίνει τα αγαπημένα του φαγητά και υγρά σε οποία ποσότητα επιθυμεί και να αποφεύγει τις τροφές που η όψη τους τον ενοχλούν.

Η δυσφαγία εμφανίζεται όταν υπάρχουν λεμφαδένες στο μεσοθωράκιο, διήθηση οισοφάγου ή στοματίτιδα εξ αιτίας της παρηγορητικής χημειοθεραπείας.

Κατάλληλα μέτρα αντιμετώπισης είναι η ασθενής να τρώει λιωμένες τροφές και να πίνει υγρά θρεπτικά συμπληρώματα θερμιδικής αξίας.

Η δυσκοιλιότητα οφείλεται στην ελαττωμένη πρόσληψη φυτικών ινών και υγρών, στην ακινησία και στα αναλγητικά. Ο ασθενής πρέπει να πίνει πολλά υγρά και να προσθέσει στο διαιτολόγιο της τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες. Είναι χρήσιμο η οικογένεια να διδαχθεί από το νοσηλευτή όλες τις απαραίτητες διαδικασίες του υποκλυσμού. Η δύσπνοια είναι αποτέλεσμα κάποιου βρόγχου, αποτέλεσμα συλλογής πλευρικού ή περικαρδιακού υγρού, ή οφείλεται σε απόφραξη κάποιου βρόγχου, σε αναιμία ή λοίμωξη, ή είναι αποτέλεσμα της θεραπείας (πνευμονίτις από χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, καρδιακή ανεπάρκεια από χημειοθεραπεία). Ο πιο σημαντικός νοσηλευτικός ρόλος σε αυτήν την περίπτωση είναι η εκπαίδευση σε τεχνικές ελέγχου της αναπνοής, όπως είναι η χρήση τεχνικών μυϊκής χαλάρωσης και απόσπασής της προσοχής. Επίσης προγραμματίζει και χορηγεί την φαρμακευτική αγωγή ανακούφισης της δύσπνοιας η οποία περιλαμβάνει χορήγηση οπιούχων. Σε περίπτωση υποξαιμίας να χορηγεί οξυγόνο.

Η σοβαρή δύσπνοια τρομάζει τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, γι' αυτό θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια καλής ενημέρωσής και ψυχολογικής υποστήριξης.

Το λεμφοίδημα είναι ένα πρόβλημα που συχνά αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας. Η πιθανή αιτιολογία του είναι η λοίμωξη, αύξηση του όγκου και η επέκταση του στη μασχάλη, η θρόμβωση ή η ίνωση που δημιουργήθηκε από προηγούμενες θεραπείες. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη λοίμωξης και αποφυγή τραυματισμού. Σε πολύ βαριές περιπτώσεις συστήνεται η χρήση ειδικών συσκευών εναλλασσόμενης πίεσης, και η χρήση αναλγητικών. Η κόπωση που εμφανίζεται στα τελικά στάδια είναι αποτέλεσμα της ασθένειας και της θεραπείας. Ο ασθενής ενημερώνεται για την εμφάνιση της και τους τρόπους αντιμετώπισης της.

Συστήνεται η χρησιμοποίηση εναλλακτικών τρόπων θεραπείας όπως η χαλάρωση, η ψυχαγωγία, οι φαντασιώσεις και η προσευχή.

Σε βαριές περιπτώσεις γίνεται προγραμματισμός μετάγγισης αίματος, χορήγησης ψυχοδιεγερτικών και κορτικοστεροειδών (Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, 1998).

ii. Φροντίδα σε ψυχολογικό επίπεδο

Ο ασθενής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο κατακλύζεται από αισθήματα θυμού, φόβου, ανησυχίας και κατάθλιψης.

Πολλές φορές εξ αιτίας του θυμού του είναι πιθανόν να γίνει επιθετικός και να απομακρύνει τους ανθρώπους που τον φροντίζουν, φοβούμενος κάθε εγκατάλειψη, όπως και την εγκατάλειψη του από το προσωπικό της υγείας, το άγνωστο αλλά και την οριστικότητα του θανάτου. Επίσης φοβάται και για την περίοδο που οδηγεί στον θάνατο και τα συνοδά οργανικά προβλήματα που θα βιώσει ως το τέλος της ζωής του. Ιδιαίτερα οι νέες γυναίκες φοβούνται για το μέλλον των παιδιών τους. Θρηνούν για τις εμπειρίες της ζωής που πρόκειται να χάσουν και για τις που βιώνουν. Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι ο ασθενής κατά κάποιο τρόπο βιώνει προσωπικό πένθος.

Η ανησυχία και η κατάθλιψη στη γυναίκα σχετίζεται με πολλούς παράγοντες. Κάποιοι από αυτούς είναι :η επιδείνωση της φυσικής κατάστασης, η επανεμφάνιση του καρκίνου ,οι ανεπιθύμητες ενέργειες της καινούργιας θεραπείας και ειδικότερα η διαταραχή που δημιουργείται από την απώλεια της ανεξαρτησίας. Έχει βρεθεί ότι όσο πλησιάζει ο θάνατος τόσο αυξάνει το αίσθημα της κατάθλιψης. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να δημιουργήσει ένα θετικό κλίμα επικοινωνίας με τον ασθενή και να τον κάνει να κατανοήσει ότι είναι πρόθυμος να τον ακούσει και ότι ενδιαφέρεται για αυτόν.

Με αυτόν τον τρόπο θα μπορέσει να εκφράσει τον ψυχικό πόνο που βιώνει και να συμφιλιωθεί με τα συναισθήματα του ενώ είναι χρήσιμο παράλληλα να τον ενθαρρύνει να τα εκφράσει χωρίς να τον κρίνει, να τον συμβουλεύει ή να επιβάλλει τις προσωπικές του απόψεις. Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες του για ασφάλεια ,αυτονομία και αυτοέλεγχο, ώστε να διατηρήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό του και την αξιοπρέπεια του.

Η καλλιέργεια της αυτονομίας και του αυτοελέγχου επιτυγχάνεται με την ενημέρωση για την εξέλιξη της υγείας του ,με την προετοιμασία για τις πιθανές σωματικές αλλαγές, με την προώθηση της αυτοφροντίδας και την δυνατότητα να αποφασίζει για θέματα που αφορούν την υγεία του και για την φροντίδα που δέχεται (Παπαδάτου, 1999).

iii. Φροντίδα σε κοινωνικό επίπεδο

Ο ασθενής πραγματοποιεί μια προοδευτική απόσυρση σε συναισθηματικό επίπεδο όταν βρίσκεται στο τελικό στάδιο, η οποία είναι πιθανόν να καταλήξει σε κοινωνική απομόνωση όταν δεν υπάρχει επικοινωνία με τον περίγυρο του. Ταυτόχρονα συνυπάρχει και η ανάγκη να ανήκει σε ένα περιβάλλον που τον αποδέχεται μέσα στο οποίο μπορεί να διεκπεραιώσει τις βασικές κοινωνικές ανάγκες του όπως είναι η διευθέτηση εκκρεμών υποθέσεων που πηγάζουν από

το ρόλο και τη θέση του στην οικογένεια, στο χώρο εργασίας του και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Ο πρωταρχικός στόχος του νοσηλευτή στη διάρκεια της φροντίδας του είναι η ειλικρινής επικοινωνία με τον ασθενή. Η συζήτηση γύρω από τους προβληματισμούς του όπως για παράδειγμα σχετικά με το πώς η οικογένεια του θα τα βγάλει πέρα μετά το θάνατο του. Είναι δυνατόν ο νοσηλευτής να παίξει το ρόλο του συνηγόρου του και να λειτουργήσει εκ μέρους του ώστε να καλυφθούν κάποιες από της ανάγκες του. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να τον ενθαρρύνει να συμμετάσχει σε ομάδες ασθενών που δέχονται κοινωνική υποστήριξη, ενώ όταν διαπίστωση ότι υπάρχουν σοβαρά προβλήματα να τον φέρει σε επαφή με κάποιον κοινωνικό λειτουργό (Κονιάρη, 1991).

Τα μέλη της οικογένειάς του ασθενή χρειάζονται και αυτά ψυχολογική υποστήριξη διότι συχνά λόγω της απόσυρσης του ασθενή ελαττώνεται ή δεν πραγματοποιείται καθόλου. Στην περίπτωση αυτή, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποκαταστήσει την επικοινωνία μεταξύ των δυο πλευρών με στόχο να αντιμετωπίσει το άγχος και να τονώσει την οδύνη της οικογένειας ,ώστε να βοηθήσει τον ασθενή να τακτοποιήσει τις εκκρεμείς κοινωνικές υποθέσεις του. Παράλληλα θα πρέπει να πείσει την οικογένεια ότι ο ασθενής μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του είναι ένα άτομο που ζει και έχει κοινωνικές υποχρεώσεις και ανάγκες για επικοινωνία τις οποίες θα πρέπει να τις καλύψει.

Σημαντικό είναι να ενθαρρύνει τα μέλη της οικογένειας του να έρθουν σε επαφή και με άλλα μέλη οικογενειών στα πλαίσια υποστηρικτικών ομάδων, προκειμένου να συζητήσουν τα κοινά τους προβλήματα και να βρουν στρατηγικές αντιμετώπισης.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι από τη στιγμή που ο ασθενής διαγιγνώσκεται με μεταστάσεις και διανύει το τελικό στάδιο της ζωής του δημιουργούνται και προβλήματα οικονομικής φύσεως.

Στη διάρκεια αυτής της περιόδου τα μέλη της οικογένειας του που τον φροντίζουν να υποαπασχολούνται ή να φεύγουν από την εργασία τους, ενώ

αυξάνονται τα έξοδα λόγω αγοράς κάποιων φαρμάκων ή κάποιας επιπλέον θεραπείας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να στηρίζει την οικογένεια και να βρει τρόπους μείωσης των εξόδων της θεραπείας ή να επικοινωνήσει απευθείας με τον εργοδότη εκθέτοντας το πρόβλημα. Σε δύσκολες περιπτώσεις ενθαρρύνει την οικογένεια να έρθει σε επαφή με την κοινωνική λειτουργό (Εταιρία Νοσηλευτικών Σπουδών, 1998).

iv. Φροντίδα σε πνευματικό επίπεδο

Ο ασθενής καθώς φτάνει στο τέλος του έχει την ανάγκη ικανοποίησης των πνευματικών του αναγκών βιώνοντας μια βαθιά κρίση γιατί χάνει τον εαυτό του, τον σκοπό και το νόημα της ζωής του.

Παράλληλα προσπαθεί να ικανοποιήσει κάποιες βασικές πνευματικές του ανάγκες προσπαθώντας μέσα από την προσωπική του κουλτούρα και κοσμοθεωρία να πραγματοποιήσει μια ανασκόπηση και να δώσει κάποιο νόημα στα γεγονότα της ζωής του και στην ασθένεια του.

Παράλληλα προσπαθεί να ζήσει τις τελευταίες της ημέρες σε αξιοπρεπείς συνθήκες, να βιώσει κατά κάποιο τρόπο έναν καλό θάνατο .Η πίστη στο θεό αποτελεί πηγή ανακούφισης ενώ για τους ασθενείς που δεν πιστεύουν στην μετά θάνατο ζωή την ελπίδα την αντλούν από τα έργα και τις πράξεις τους (Παπαδάτου, 1999).

Ο νοσηλευτής αφού καλλιεργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης μπορεί να ακολουθήσει τις παρακάτω νοσηλευτικές παρεμβάσεις :

- Να αναγνωρίσει τις πνευματικές ανάγκες του ασθενή στο τελικό στάδιο της ζωής του.
- Να τον βοηθήσει να επεξεργαστεί όλες τις σκέψεις και τα συναισθήματα του
- Να του απευθύνει ερωτήσεις του είδους «τι δίνει νόημα και ελπίδα στη ζωή σου», «που στρέφεσαι όταν νιώθεις θλίψη», που βοηθούν την πνευματική προσέγγιση.

- Να τον φέρει σε επαφή με κάποιον ιερέα ώστε να το βοηθήσει να ικανοποιήσει τις πνευματικές ανάγκες
- Να ενθαρρύνει τη συμμετοχή της οικογένειας στην πνευματική φροντίδα
- Να του διατηρήσει την ελπίδα ότι υπάρχει ζωή πέρα από το Θάνατο (Κονιάρη, 1999).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η Ιατρική σήμερα έχει αρχίσει την προσπάθεια να καθαρίσει το θολό εξωτερικό τζάμι του μυστηρίου που λέγεται καρκίνος, για να δει τι γίνεται από μέσα. Και μέσα φαίνονται δαιδαλώδεις δρόμοι και στοές, που οδηγούν σε χιλιάδες διαφορετικές πόρτες, κάθε μία με τη δική της κλειδαριά και το δικό της μυστικό συνδυασμό. Η επιστήμη, με τις μεθόδους της, θα βρει σιγά σιγά τους συνδυασμούς αυτούς και θα ανοίξει αυτές τις πόρτες όπως τόσες άλλες μέχρι σήμερα.

Η άγνοια δεν θα πρέπει να δίνει έδαφος σ' αυτήν την ασθένεια. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο αίτιο θανάτου των γυναικών στις περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου, όπως και στην Ελλάδα. Η θνησιμότητα από τον καρκίνο έχει μειωθεί στην Ευρώπη (αλλά όχι και στην Ελλάδα) και αυτό οφείλεται κυρίως στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Γι' αυτό είναι πολύ σημαντικό να πειστούν οι γυναίκες να κάνουν τακτικές εξετάσεις και μαστογραφίες και να παραμερίσουν τους φόβους και τις προκαταλήψεις τους. Η αυτοεξέταση, όταν γίνεται σωστά και συστηματικά, μπορεί να συμβάλλει στην επαγρύπνηση της γυναίκας για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού αλλά δεν είναι αρκετή. Ο ετήσιος έλεγχος με μαστογραφία και κλινική εξέταση από εξειδικευμένο γιατρό κυρίως μετά την ηλικία των σαράντα ετών είναι απαραίτητος.

Τα τελευταία χρόνια, στη χώρα μας καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια για την καλύτερη ενημέρωση των γυναικών, όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Η 19^η Οκτώβρη είναι η μέρα αφιερωμένη στη πρόληψη του καρκίνου του μαστού με σκοπό την ευαισθητοποίηση του γυναικείου πληθυσμού και την έγκαιρη ενημέρωσή του.

Κανείς δεν πρέπει να ξεχνά πως «η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη».

Ο καρκίνος του μαστού αρκετά μας έχει κλέψει, όχι υλικούς θησαυρούς, αλλά πολύτιμες υπάρξεις, όπως είναι η ζωή εκατομμυρίων μητέρων, συζύγων, αδελφών, φίλων. Κάθε ενδεχόμενη κίνηση πρόληψης και προσοχής : ΑΞΙΖΕΙ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αδαμόπουλος, Π.Ν. (1998). *Η Παθολογία στην Ιατρική Πράξη*. Αθήνα: Παρισιανός
- Αραβαντινός, Δ. (1999). *Παθολογία της γυναίκας*. Αθήνα: Παρισιανός.
- Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών. (1998). *Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας Τόμος Α*. Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
- Ιωαννίδου-Μουζάκα, Λ. (2007). *Σύγχρονη Μαστολογία*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Ιωαννίδου-Μουζάκα, Λ. (2005). *Η αποκάλυψη του στήθους*. Αθήνα: Λιθογραφική.
- Κεραμόπουλος, Α. (2000). *Η μαστογραφία στη κλινική πράξη*. Αθήνα: Παρισιανός.
- Κονιάρη, Ε. (1991). *Καρκίνος του μαστού Νοσηλευτική Παρέμβαση*. Αθήνα: Βήτα
- Κωστάκης, Α.Τ. (2005). *Σύγχρονη Χειρουργική Διαγνωστική και Θεραπευτική*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Μαρκόπουλος, Χ. (2007). *Παθήσεις μαστού*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Μιχαλάς, Σ.Π. (2000). *Επιτομή Μαιευτική και Γυναικολογία*. Αθήνα: Παρισιανός.

- Μουτούση-Μυστρατιάδου, Μ. (2000). *Γυναικολογία-Κυτταρολογία*. Αθήνα: Παρισσιανός.
- Ντολάτζας, Θ. (1994). *Συνοπτική Χειρουργική Ιατρική*. Αθήνα: Λίτσα.
- Πάνου, Μ., & Σαχίνη-Καρδάση, Α. (1988). *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική I Νοσηλευτικές Διαδικασίες Τομος 2*. Αθήνα: Βήτα.
- Πανουσόπουλος, Δ., & Αποστολίδης, Ν. (2001). *Καρκίνος του μαστού- Σύγχρονες απόψεις*. Αθήνα: Επτάλοφος.
- Παπαδάτου, Δ. (1999). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Παπανικολάου, Ν.Α. (1995). *Γυναικολογική Μαστολογία*. Αθήνα: Παρισσιανός.
- Πρεβεδουράκης, Κ. (2002). *Επίκαιρα θέματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας*. Αθήνα: Παρισσιανός.
- Σακοράφας, Γ.Χ. (2000). *Καρκίνος του Μαστού*. Αθήνα: Λαγός.
- Τοκμακίδης, Π. (2001). *Ο γυναικείος μαστός*. Αθήνα: Έλλην.
- Τσούσκας, Λ.Ι. (2004). *Στοιχεία Γενικής Χειρουργικής*. Θεσσαλονίκη: Επιστημονικά βιβλία.

- Φύσσας, Γ. (2006). *Ο μαστός και οι παθήσεις του, ένας οδηγός για κάθε γυναίκα με ερωτήσεις και απαντήσεις*. Αθήνα: Λιβάνη.
- Baron-Faust, R. (1999). *Breast Cancer, what every woman should know*. New York: Hearst Books.
- Bickley, L.S. (2006). *Οδηγός για την κλινική εξέταση και τη λήψη ιστορικού*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Buckman, R. (2000). *Καρκίνος μαστού όλα όσα πρέπει να γνωρίζεται*. Αθήνα: Χρυσή Πέννα.
- Goldman, L., & Bennett, M. (2002). *Νοσολογία- Φυσιολογία- Διάγνωση- Θεραπεία*. Αθήνα: Πασχαλίδη.
- Creagen, E. (2007) *Καρκίνος του Μαστού*. Αθήνα: Αλκυών.
- Drake, R.L., & Vogl, W. (2007) *Ανατομία (2 nd ed.)*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Hayer, D. (1999). *Άτλας Καρκινώματος του Μαστού*. Αθήνα: Παρισσιανός.
- Kopans, D. (2000). *Breast Imaging*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moller, T.B., & Reif, E. (2000). *Ακτινοδιαγνωστική του μαστού*. Αθήνα: Παρισσιανός.
- Moore, K.L. (1998). *Κλινική Ανατομία I*. Αθήνα: Μασχαλίδης.

- Ulrich-Wendell C. (1997) *Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας*. Αθήνα: Λαγός.
- Αγγελάτου, Ρ., & Κυζιλής, Α. (2005). Μέθοδοι εξέτασης του μαστού. *Μπεσμπέας: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία Μ'Ενδιαφέρει*,44, 48-56.
- Αγοραστός, Θ., & Μπόντης, Ι. (2008). Ο ρόλος της διατροφής και της παχυσαρκίας στο καρκίνο του μαστού και του γυναικείου γεννητικού συστήματος. *Καύκας: Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*,20, 48-53.
- Αθανασίου, Ε. (2004). Μαστογραφία η υπερηχογράφημα μαστών. *Καύκας: Θέματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας*, 3, 298-302.
- Ζαφράκας, Μ., & Γουλής, Δ. (2005). Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης και καρκίνος του μαστού. *Καύκας: Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*,17, 273-277.
- Ζαφράκας, Μ., & Τσαλίκης Τ. (2009). Πρωτογενής και Δευτερογενής πρόληψη καρκίνου του μαστού. *Καύκας: Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*,21, 122-131.
- Ζεπειρίδης, Λ. (2005). Ορμονική αντισύλληψη και καρκίνος του μαστού. *Καύκας: Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*,16, 203-205.
- Λυμπέρη, Μ. (2006). Καρκίνος του μαστού και φυσική δραστηριότητα. *Μπεσμπέας: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία Μ'Ενδιαφέρει*, 54, 35-38.

- Μιχαλάκη, Β.Ι. (2005). Κληρονομικός καρκίνος μαστού και ωοθηκών. *Ογκολογική ενημέρωση*, 8 (3), 157-161.
- Μουτάφη, Ε. (2004). Σάρκωμα μαστού. *Ελληνική ογκολογία*, 40 (4), 323-326.
- Παντελή, Β. (2008). Καρκίνος μαστού και εγκυμοσύνη. *Ελληνική Ογκολογία*, 44 (2), 129-134.
- Πάντος, Τ., & Τσολακίδης, Ι. (2004). Το αντισυλληπτικό χάπι. Καύκας: *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*, 16, 169-177.
- Παπαδήμας, Ι., & Μπόντης, Ι. (2009). Καλοήθειες και προδιηθητικές αλλοιώσεις του μαστού. .Καύκας: *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*, 21, 122-131.
- Παπαδόπουλος, Α.θ., & Τσαλίκης Τ. (2009). Ινοκυστική μαστοπάθεια. .Καύκας: *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*, 21, 135-137.
- Πετρόπουλος, Π. & Καραγιάννης, Β. (2007). Ορμονική αντισύλληψη και καρκίνος. Καύκας: *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*, 19, 71-77.
- Φιλόπουλος, Ε. (2006). Καρκίνος μαστού και γυναίκες υψηλού κινδύνου. Μπεσμπέας: *Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία Μ'Ενδιαφέρει*, 56, 27-28.

