

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
(BREAST CANCER- NURSING INTERVENTION)



Εισηγητής :

Δρ. Ζήσης Θεόδωρος
Καθηγητής

Επιμέλεια :

Ζώτου Αναστασία
Σπουδάστρια

Πάτρα 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

i.	Εισαγωγή	5
ii.	Ιστορική αναδρομή :Ο καρκίνος του μαστού στην Αρχαία Ελλάδα και Βυζαντινή ιατρική ως τον 20ο αιώνα	6

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Κεφάλαιο 1: Ανατομία-Φυσιολογία του μαστού	12
1.1 Ανατομία του μαστού	13
1.1.1 Αγγείωση του μαστού	15
1.1.2 Λεμφική αγγείωση του μαστού	15
1.1.3 Νεύρωση του μαστού	16
1.2 Φυσιολογία του μαστού	17
1.2.1.Ανάπτυξη των μαστών	17
1.2.2.Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία και την ανάπτυξη του μαστού	18
1.2.3.Κύηση, γαλακτοπαραγωγή και γεροντική ηλικία	20
Κεφάλαιο 2: Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού	22
Κεφάλαιο 3: Παθογένεια του καρκίνου του μαστού-Αιτιολογικοί Παράγοντες	26
Κεφάλαιο 4: Τύποι καρκίνου του μαστού	31
Κεφάλαιο 5:Κλινική εικόνα	33
Κεφάλαιο 6:Διαγνωστικές εξετάσεις	36
6.1.Μαστογραφία	37
6.2.Υπέρηχος Μαστών	41
6.3.Μαγνητική μαστογραφία	42
6.4.Μέθοδοι διαδερμικής βιοψίας	43
6.5.Αναρρόφηση δια λεπτής βελόνης (FNA)	43
6.5.1.Βιοψία δια βελόνης με λήψη ιστοτεμαχίων (core-needle biopsy)	44
6.6.Έλεγχος γονιδίων BRCA 1 και BRCA 2-Ο ρόλος των γονιδίων στον καρκίνο του μαστού	45
Κεφάλαιο 7: Σταδιοποίηση	47
Κεφάλαιο 8: Μέθοδοι θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού	53
8.1.Χειρουργική θεραπεία	54
8.1.1.Χειρουργικές επεμβάσεις για τον καρκίνο του μαστού	54
8.1.2.Πρωτοπαθής όγκος	58
8.1.3.Κρίσιμα χαρακτηριστικά για την επιλογή της χειρουργικής Επέμβασης	59
8.1.4.Απόλυτες και σχετικές αντενδείξεις διατήρησης του Μαστού (ενδείξεις μαστεκτομής)	60

8.1.5.Απόλυτες αντενδείξεις	60
8.1.6.Σχετικές αντενδείξεις	60
8.2.Προεγχειρητική χημειοθεραπεία και διατήρηση του μαστού	61
8.3.Λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης	62
8.4.Επικουρική ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού	63
8.5.Επικουρική συστηματική κυτταροτοξική χημειοθεραπεία	67
8.6.Επικουρική ενδοκρινική θεραπεία	68

Κεφάλαιο 9: Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού	70
9.1.Τοπικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση	71

Κεφάλαιο 10:Καρκίνος του μαστού και πρόληψη	73
10.1.Πρωτογενής πρόληψη	75
10.2.Δευτερογενής πρόληψη	77
10.3.Αυτοεξέταση του μαστού	77

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Κεφάλαιο 1: Νοσηλευτικοί ρόλοι	81
1.1.Νοσηλευτικές Ευθύνες για τις Διαγνωστικές Εξετάσεις – Βιοψία Μαστού	82
1.1.1.Βιοψία με αναρρόφηση μέσω λεπτής βελόνας	82
1.1.2.Στερεοτακτική Βιοψία	83
1.1.3.Ανοιχτή Βιοψία	83
1.2.Νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις στην χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού	85
1.2.1.Εκτίμηση του αρρώστου	85
1.2.2.Προβλήματα και νοσηλευτικές παρεμβάσεις	86
1.2.3.Εκπαίδευση της Ασθενούς και της Οικογένειας	91
1.3.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και διαγνώσεις σε γυναίκα με καρκίνο του μαστού που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία	92
1.3.1.Εκπαίδευση ασθενών	92
1.3.2.Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών της ακτινοθεραπείας	93
1.4.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και διαγνώσεις σε γυναίκα με καρκίνο του μαστού που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία	98
1.4.1.Ανεπιθύμητες ενέργειες από την χημειοθεραπεία	98

Κεφάλαιο 2:Αποκατάσταση Μαστού	104
2.1.Επιλογή τεχνικής	105
2.2.Χρονικός προγραμματισμός της επέμβασης (timing)	106

Κεφάλαιο 3:Η Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου του Μαστού	110
3.1.Οι ιδιαιτερότητες του καρκίνου του μαστού	111
3.2.Μηχανισμοί προσαρμογής και αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού	111
3.3.Σχέση των μηχανισμών προσαρμογής και αντιμετώπισης με την πρόγνωση	112
3.4.Ψυχική Νοσηρότητα στον Καρκίνο του Μαστού	113
3.5.Διαφορές μεταξύ μαστεκτομής και ογκεκτομής	114

3.6.Κοινωνικές Παράμετροι στον Καρκίνο του Μαστού	115
Κεφάλαιο 4:Ψυχολογική υποστήριξη –Ο ρόλος του νοσηλευτή	116

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Κεφάλαιο 1: Νοσηλευτική διεργασία	119
Συμπεράσματα	129
Προτάσεις	130
Περίληψη	131
Summary	132
Βιβλιογραφία	133
Παράρτημα	134

Εισαγωγή

Ο μαστός τρέφει το βρέφος, εκφράζει την τρυφερότητα και την αγάπη της συντρόφου και μητέρας, εξασφαλίζει τη διατήρηση της ανθρώπινης ζωής, είναι το σύμβολο του κάλλους, της αγάπης, του έρωτα, της γονιμότητας και αποτελεί αιώνιο, αναντικατάστατο και μοναδικό στοιχείο της γυναικείας φύσης.

Από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, ο άνθρωπος πασχίζει να διατηρήσει την αισθητική και την ακεραιότητα του μαστού, αλλά σε πολλές περιπτώσεις αναγκάζεται να υποκύψει στο αναπόφευκτο, δηλαδή τον ακρωτηριασμό, στον οποίο πρέπει να προβεί ο χειρουργός προκειμένου να σώσει τη ζωή της ασθενούς, όταν ο μαστός γίνεται θύμα του καρκίνου, που είναι μια από τις πλέον αμείλικτες παθήσεις.

Η ταύτιση του μαστού, διαχρονικά, με την εικόνα της καλαισθησίας του γυναικείου σώματος, με τη διαδικασία της μητρότητας και, εν γένει, με την υγεία της γυναίκας, εγείρει, σε περιπτώσεις εκδήλωσης καρκινώματος του μαστού, σύνθετες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και προβλήματα στην πάσχουσα, στο οικογενειακό της περιβάλλον και στην κοινωνία ευρύτερα. Η μελέτη του καρκίνου του μαστού παρέχει δυνατότητες αποσαφήνισης της έκτασης και της οξύτητας του προβλήματος και δημιουργεί έγκυρα σημεία αναφοράς για την ανάπτυξη προγραμμάτων, στοχευμένης, για την περίπτωση, πρόληψης και αγωγής υγείας.

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει μερικές ιδιαιτερότητες αναφορικά με την ψυχοκοινωνική διάστασή του, οι οποίες οφείλονται κατά κύριο λόγο σ'αυτό καθαυτό το όργανο στόχο αλλά και στα επιδημιολογικά δεδομένα. Συγκεκριμένα, η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα που δυνητικά μπορεί να προκαλέσει τον θάνατό της, αλλά και με την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματός της που συμβολίζει δυο από τις πιο σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της : την μητρότητα και την ερωτική της υπόσταση.

Για να διαγνωστεί έγκαιρα ο καρκίνος του μαστού, υπάρχουν τρεις τρόποι: ο πρώτος είναι η αυτοεξέταση των μαστών από την ίδια τη γυναίκα, ο δεύτερος η τακτική προληπτική εξέταση του στήθους από το γιατρό και, ο τρίτος, η τακτική προληπτική εξέταση με μαστογραφία. Και οι τρεις τρόποι μαζί μπορεί να βοηθήσουν σημαντικά στην ανακάλυψη του καρκίνου σε αρχικό στάδιο, γεγονός που διευκολύνει την οριστική θεραπεία του. Η τελειοποίηση των διαγνωστικών εξετάσεων εκτιμάται από όλους ότι έχει συμβάλει σημαντικά στη δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού.¹

Η βασική προσπάθεια που γίνεται σήμερα έγκειται στο να ανακαλυφθεί ο καρκίνος του μαστού σε όσο το δυνατόν πρώιμο στάδιο, οπότε και η αρχική αντιμετώπιση συνεπάγεται έως και πλήρη ίαση, δηλαδή βελτίωση της πρόγνωσης. Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση είναι η καλύτερη θεραπεία του καρκίνου του μαστού.¹

Ιστορική αναδρομή :Ο καρκίνος του μαστού στην Αρχαία Ελλάδα και Βυζαντινή ιατρική ως τον 20^ο αιώνα

Ο άνθρωπος όχι απλά παρατήρησε, αλλά και αναπαράστησε το μαστό από τις αρχαιότερες καλλιτεχνικές του αναζητήσεις, όπως στη λεγόμενη Αφροδίτη της Lascaux του 10.000 π.Χ., που είναι πληθωρική με υπερτονισμένους τους μαστούς και την ήβη. Αναφέρθηκε σ' αυτόν ήδη από τα πρώτα μνημεία του λόγου, ενώ το ίδιο πρώιμα αναφέρθηκε στη μοναδική του αξία για την επιβίωση του ανθρώπινου είδους. Το γεγονός αυτό εξηγεί γιατί στις κοσμογονικές αντιλήψεις όλων των αρχαίων λαών οι πρώτες θεότητες είναι γυναίκες και απεικονίζονται με μεγαλομαστία ή πολυμαστία.

Κάθε γυναικεία μορφή απεικονίζεται με τους μαστούς της, σε πανάρχαια Κυκλαδικά ειδώλια, σε αγαλματίδια στη Μινωική Κρήτη, σε πήλινα ειδώλια στις Μυκήνες και σε πήλινα αγαλματίδια από τη Βοιωτία, τις γνωστές Ταναγραίες. Ο μαστός αναφέρεται και από τον Όμηρο στην Ιλιάδα. Αλλά και ο Ηρόδοτος αναφέρει τις Αμαζόνες, πανέμορφες γυναίκες πολεμίστριες, που ζούσαν στις όχθες της Σκυθίας και έκοβαν το δεξιό μαστό τους για να κρατούν καλύτερα το τόξο. Στη συνέχεια, δημιουργήθηκαν πολλά γλυπτά με ορατούς τους μαστούς σε έργα που έχουν ως θέμα μυθικά πρόσωπα, όπως τις Αμαζόνες, και θεές, όπως την Αφροδίτη.^{1,2}

Αρχαία Ελλάδα

Ο Πατέρας της Ιστορίας Ηρόδοτος (484-426 π.Χ.) αναφέρει τον καρκίνο του μαστού, από τον οποίο έπασχε η Άτοσσα, η μητέρα του Βασιλιά των Περσών Δαρείου, την οποία θεράπευσε ο Έλληνας γιατρός Δημοκίδης.² Ο Ιπποκράτης (460-377 π.Χ.), ο επιφανέστερος Έλληνας ιατρός, πρώτος χρησιμοποίησε σε γραπτά κείμενα τον όρο «καρκίνος» ή «καρκίνωμα». Θεωρούσε ότι ήταν καλύτερα να μη

δοθεί θεραπεία σε «κεκρυμμένο» καρκίνο. Αυτό σήμαινε ότι μόνο ελκωτικοί καρκίνοι θα μπορούσαν να θεραπευτούν με εγχείρηση, πιθανόν ως ανακουφιστική θεραπεία. Χαρακτηριστικά, ο Ιπποκράτης είχε γράψει για τον καρκίνο: «Είναι προτιμότερο να μην εφαρμόζεται καμιά θεραπεία.¹ Και αυτό, γιατί αν λάβει θεραπεία η ασθενής θα πεθάνει σύντομα, ενώ αν αφεθεί χωρίς θεραπεία μπορεί να ζήσει για μεγάλο χρονικό διάστημα». Αναθήματα που απεικονίζουν μαστούς βρέθηκαν στα Ασκληπιεία Επιδαύρου, Κω, Τρίκκης και Κορίνθου, που άλλοτε ήταν ιερά του Ασκληπιού, Θεού της Ιατρικής, δείχνοντας ότι οι παθήσεις του μαστού αποτελούσαν μια από τις πλέον συχνές νόσους για τις οποίες οι άνθρωποι ζητούσαν βοήθεια. Σε ορισμένα από αυτά απεικονίζονται όγκοι μαστού και σε ένα τουλάχιστον εξελκωμένος όγκος μαστού.^{1,2}

Ελληνορωμαϊκή περίοδος

Ο Aulus Cornelious Celsus (1ος αιώνας μ.Χ.) για πρώτη φορά καταγράφει την κλινική περιγραφή του καρκίνου, αλλά δεν προχωρεί σε λεπτομέρειες για τη χειρουργική θεραπεία. Αναφέρει τη διόγκωση των λεμφαδένων της μασχάλης σε περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Μόνο όγκοι του μαστού που καταλάμβαναν λιγότερο από το μισό του οργάνου ήταν κατάλληλοι για χειρουργική θεραπεία. Η περιγραφή αυτή αναφέρεται ως η πρώτη σταδιοποίηση.¹

Ο Αρχιγένης ο Απαμεύς (98-115 μ.Χ.) ασχολήθηκε συστηματικά με τον καρκίνο του μαστού, όπως προκύπτει από κείμενα του Ορειβασίου, του Αετίου και του Παύλου Αιγινήτη, όπου αναφέρονται απόψεις του Αρχιγένη τόσο για την παθολογία της νόσου όσο και για τη θεραπευτική αντιμετώπισή της. Στη θεραπευτική του καρκίνου ο Αρχιγένης εφάρμοζε την Ιπποκρατική άποψη ότι είναι προτιμότερο να μην εφαρμόζεται καμιά θεραπεία.¹

Ο Λεωνίδης (περίπου το 180 μ.Χ.), ο οποίος εργαζόταν στη μεγάλη σχολή της Αλεξάνδρειας, έχει λεχθεί ότι είναι ο πρώτος που περιέγραψε εγχείρηση αφαίρεσης όγκου μαστού. Ο Λεωνίδης εφάρμοζε την εγχείρηση ανάλογα με το κλινικό στάδιο της νόσου. Βέβαια και επί εποχής Ιπποκράτη πρέπει να γίνονταν εγχειρήσεις, καθώς αναφέρεται ότι από αυτές οι ασθενείς θα πεθάνουν πιο γρήγορα. Άλλωστε, υπάρχει και ανάθημα από την Ελληνιστική περίοδο, όπου έχει αφαιρεθεί ο μαστός. Ο Λεωνίδης εφάρμοσε και τον καυτηριασμό ως μέσο θεραπείας: *«Της πασχούσης ύππιας εσχηματισμένης, υπέρ το καρκίνωμα διαιρώ το μέρος του μαστού το υγιές, και το διηρημένον υποκαίω καυτηρίοις, έως ότου εσχαρωθέντων των σωμάτων*

επισχεθή η αιμορραγία. Είτα πάλιν τέμνω, περιχαράσσω άμα και βαθυτομών τον μαστόν, και πάλιν τα τετμημένα καίω. Και πλειστάκις τούτο ποιώ τέμνων και μετά ταύτα καίωv προς εποχήν της αιμορραγίας και έστιν ακίνδυνος η αιμορραγία αύτη. Μετά δε την τελείαν αποκοπήν πάλιν επικαίω τα μέρη τα όλα έως αναξηρασμού, το μεν γαρ πρώτον και δεύτερον προς την της αιμορραγίας εποχήν, έσχατον δε μετά την τελεία αποκοπήν τα καυτήρια προσάγειν προς την του πάθους όλου ανασκευήν. Είωθα δε πότε και χωρίς καύσεως ενεργείν, όταν όγος γένηται περί τον μαστό χοιρώδης, μελετών την του καρκινώματος γένεσιν. Τοιούτου τοίνυν όντος του πάθους, έξεστιν αρκεσθήναι τη από των υγιών μερών εκτομή του μαστού. Ουδέ γαρ σφοδρά γίνεται επί των τοιούτων αιμορραγία».²

Ο Σωρανός ο Εφέσιος (2ος αιώνας μ.Χ.) διαφοροποιεί το σκίρρο από τον καρκίνο και προτείνει να μη χειρουργείται ο προσβεβλημένος μαστός όταν ο όγκος έχει προσβάλει το θωρακικό τοίχωμα.

Ο Γαληνός ο Περγαμνός (131-198 μ.Χ.) σπούδασε στην Πέργαμο και την Αλεξάνδρεια και εργάστηκε στη Ρώμη. Εθεωρείτο δεύτερος μετά τον Ιπποκράτη. Προτείνει κυρίως συντηρητική θεραπεία. Ο Γαληνός έγραψε ότι η θεραπεία του καρκίνου του μαστού μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική. Στα πρώιμα στάδια έχει μεγαλύτερη επιτυχία η συντηρητική θεραπεία, ενώ όταν ο όγκος έχει μεταβληθεί σε μια μεγάλη μάζα μόνο η χειρουργική επέμβαση μπορεί να προσφέρει ελπίδες ίασης. Ο Γαληνός περιγράφει ο ίδιος μαστεκτομή και περιγράφει τη διαδικασία της εγχείρησης για τον καρκίνο του μαστού.²

Ο Δίων ο Κάσσιος (155-235 μ.Χ.) αναφέρει τα κτυπήματα στο στήθος ως αίτιο για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Η πλήξη των μαστών -και του στήθους γενικά- από τη γυναίκα με τα ίδια της τα χέρια αποτελούσε εκδήλωση απελπισίας λόγω πένθους ή σημαντικής απώλειας.

Ο Αλέξανδρος της Αφροδισίας, που έζησε τον 3ο αιώνα μ.Χ., παρατήρησε ότι ο καρκίνος που η χολή δημιουργεί στο μαστό είναι διαβρωτικός, ενώ η ίδια διαδικασία στο πόδι προκαλεί κακοήθη έλκη. Περαιτέρω, τα στρογγυλά έλκη είναι δύσκολο να θεραπευτούν, γιατί μαζεύουν χολή.¹

Πρωτοχριστιανική περίοδος

Οι Άγιοι Ανάργυροι, Κοσμάς και Δαμιανός (3ος αιώνας μ.Χ.), πραγματοποίησαν πολλές θαυματουργικές θεραπείες, μεταξύ των οποίων αναφέρονται και δύο περιπτώσεις καρκίνου μαστού. Μέσα από τις αναφορές αυτές διαφαίνεται ότι τον 3ο μ.Χ. αιώνα διενεργούνταν μαστεκτομές.

Η Αγία Αγάθη από τη Σικελία (3ος αιώνας μ.Χ.) ανακηρύχθηκε από τους Σικελούς προστάτιδα Αγία όσων πάσχουν από παθήσεις του μαστού, μετά από το μαρτύριο στο οποίο υποβλήθηκε από το Ρωμαίο Κυβερνήτη (αφαίρεση των μαστών της) για τα γνωστά θρησκευτικά της αισθήματα.¹

Βυζαντινή περίοδος

Στη Βυζαντινή περίοδο, ο Αέτιος ο Αμιδηνός (6ος αιώνας μ.Χ.) επιχειρεί μια πλήρη περιγραφή της μαστεκτομής, στηριζόμενος σε αυτά που είχαν γραφεί από τον Αρχιγένη, το Λεωνίδα και το Γαληνό.

Ο Παύλος ο Αιγινήτης (625-690 μ.Χ.) συνιστά και αυτός μαστεκτομή, κάνοντας λεπτομερείς αναφορές στη μέθοδο του Αρχιγένη και του Λεωνίδα. Η μέθοδος αυτή αντιγράφεται από τους Άραβες και από εκεί περνάει αργότερα στη Δύση. Είναι η πρώτη φορά που αναφέρεται εγχείρηση καρκίνου μαστού χωρίς την αφαίρεση του οργάνου. Μετά από μικρή τομή καυτηριάζεται ο όγκος, κάτι ανάλογο με τη σημερινή μέθοδο ογκεκτομής και ακτινοβολίας, αλλά με πολύ πιο συντηρητικό τρόπο.^{1,2}

20^{ος} αιώνας

Μεταξύ του 1900 και του 1950 οι εξελίξεις στη θεραπεία ήταν αξιοσημείωτες. Το 1907, ο Albert Ochsner (1858-1925), σε δημοσίευσή του, αναφέρει ότι είχε χρησιμοποιήσει μετεγχειρητική ακτινοβολία των ωθηκών σε όλες τις περιπτώσεις μετά από τη μαστεκτομή, αντί της ωθηκεκτομής, αλλά η πρακτική αυτή αποδείχθηκε αργότερα λιγότερο αποτελεσματική, γιατί η μείωση του επιπέδου των οιστρογόνων καθυστέρησε για αρκετούς μήνες. Συστήθηκε η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία του όγκου, για τη μείωση του κινδύνου διασποράς των κυττάρων κατά τους επεμβατικούς χειρισμούς.

Το 1931, ο George Edward Pfahler (1874-1957) χρησιμοποιεί τη μετεγχειρητική ακτινοβολία ως μέθοδο ρουτίνας και βελτιώνει την πενταετή επιβίωση στο στάδιο II.

Το 1936 χρησιμοποιείται η ραδιοθεραπεία στον πρώιμο καρκίνο του μαστού. Πολλά δημοσιευμένα αποτελέσματα, σε πολλά μεγάλα κέντρα, ενθάρρυναν χειρουργούς και ραδιοθεραπευτές σε όλον τον κόσμο να χρησιμοποιήσουν την τοπική εξαίρεση του όγκου μαζί με την ακτινοθεραπεία, ως υποκατάστατο της μαστεκτομής.

Το 1945, σε συμπόσιο που οργανώνεται στη Βασιλική Εταιρεία Ιατρικής στο Λονδίνο, τονίζεται ότι τα οιστρογόνα και τα ανδρογόνα μπορούν να παίζουν κάποιο ρόλο στη θεραπεία. Δύο χρόνια αργότερα, οι Arair και Herman ανακοίνωσαν τη χρησιμοποίηση της τεστοστερόνης στη θεραπεία του προχωρημένου καρκίνου του μαστού. Ο Nathanson ανακοίνωσε την επίδραση της stilbestrol στον προχωρημένο καρκίνο του μαστού. Αυτές οι δύο ορμόνες διατηρήθηκαν σε χρήση για τουλάχιστον 20 χρόνια.

Το 1951, ο Jerry Urban (1914-1991) πραγματοποιεί την υπερριζική μαστεκτομή (ριζική μαστεκτομή και εκτομή του θωρακικού τοιχώματος και εκτομή των έσω μαστικών λεμφαδένων με χρήση μοσχεύματος). Η θεωρία της κατά συνέχεια ιστών εξάπλωσης του όγκου έχει πλέον αντικατασταθεί από την κατανόηση του γεγονότος ότι η αιματογενής διασπορά του όγκου αποτελεί τον κύριο προγνωστικό παράγοντα. Συνεπώς, η απάντηση στην εξάπλωση του καρκίνου του μαστού δεν έχει σχέση με τη ριζική μαστεκτομή, αλλά αφορά σε δύο σημεία: (α) στον κατάλληλο έλεγχο της τοπικής νόσου και (β) στην παρεμπόδιση ή στη θεραπεία της δευτεροπαθούς εξάπλωσης της νόσου.¹

Το 1960, ο Jean-Maurice Spitalier (1922-1990) επιχειρεί ακτινοθεραπεία σε εγχειρήσιμο καρκίνο του μαστού και ανακοινώνει καλά αποτελέσματα με την τεχνική αυτή, την οποία περιγράφει ως «περιορισμένη χειρουργική επέμβαση με συντηρητικές προσδοκίες». Μέσω της μεθόδου αυτής αντιμετωπίζει τον καρκίνο χωρίς ακρωτηριασμό, θέτοντας τη χειρουργική στην υπηρεσία της ακτινοθεραπείας, κάτι που με διαφορετικό τρόπο -καυτηριασμό του όγκου- είχε ήδη προτείνει τον 7ο αιώνα ο Παύλος ο Αιγηνίτης.^{1,2}

Το 1990 επισημοποιούνται οι συντηρητικές χειρουργικές επιλογές από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των ΗΠΑ, σύμφωνα με το οποίο η χειρουργική θεραπεία με διατήρηση του μαστού θεωρείται η ενδεδειγμένη μέθοδος κύριας θεραπείας για την

πλειονότητα των γυναικών με καρκίνο του μαστού σταδίου I και II και είναι προτιμότερη, καθόσον προσφέρει επιβίωση παρόμοια της ολικής μαστεκτομής, με διατήρηση του μαστού. Εντούτοις, υπάρχει ακόμη διχογνωμία για το αν ο λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης αποτελεί θεραπευτικό χειρισμό ή απλά μια επέμβαση σταδιοποίησης, που θα επιτρέψει την αναγνώριση των ασθενών υψηλού κινδύνου εμφάνισης μεταστάσεων και, επομένως, υποψήφιων για επικουρική χημειοθεραπεία.

Έτσι γεννήθηκε η συντηρητική θεραπευτική αγωγή του καρκίνου του μαστού, οι προτεραιότητες της οποίας είναι ο τοπικός έλεγχος της νόσου, η συγκέντρωση του μεγίστου των πληροφοριών, ο μικρότερος κατά το δυνατόν ακρωτηριασμός και η επίτευξη αποδεκτών αποτελεσμάτων τόσο από αισθητική όσο και από λειτουργική άποψη. Πάντως, αν και υπάρχουν ικανά αποδεικτικά στοιχεία ότι η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού μπορεί να γίνει με εξίσου καλά αποτελέσματα και με συντηρητικές χειρουργικές επεμβάσεις, εντούτοις, λόγω της ιδιαίτερης βιολογικής συμπεριφοράς του όγκου, που απαιτεί μακροχρόνια παρακολούθηση για την εκτίμηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, πιστεύεται ότι η θεραπευτική αυτή επιλογή θα καθυστερήσει να γίνει καθολικά αποδεκτή.

Όσον αφορά στη νεότερη Ελλάδα, οι χειρουργοί που επηρέασαν την πορεία του κλάδου κατά την περίοδο αυτή ήταν οι Καθηγητές Γ. Φωκάς, Κ. Μέρμηγκας (μαθήματα μαστεκτομής στο αμφιθέατρο, 1930-1939), Μ. Γερουλάνος (εκτελεί μαστεκτομή το 1942), Π. Κόκκαλης και Μ. Μακκάς στον Ερυθρό Σταυρό, που ήταν όλοι εκπρόσωποι της Γερμανικής σχολής. Ο Καθηγητής Γ. Καραγιαννόπουλος, τελευταίος εκπρόσωπος, άφησε μια πλειάδα μαθητών που σφράγισε τη χειρουργική του μαστού και όχι μόνο, όπως οι Ν. Χρηστέας, Μακρής, Κ. Τούντας στη Θεσσαλονίκη, Μίχας κ.ά. Πρέπει ακόμα να αναφερθεί το έργο των Κ. Αλιβιζάτου και στη συνέχεια του Ν. Οικονόμου στο «Ιπποκράτειο», των Ξανθοπουλίδη, Γιαννόπουλου, Α. Μάνου, Χ. Σταθάτου στον «Ευαγγελισμό», Περράκη, Κοντήρη, Προπατορίδη στο «Κρατικό», Σμπαρούνη-Τρίκορφου, Β. Κούρια στον «Ερυθρό», Π. Χρυσοσπάθη στο «Λαϊκό», του Γρ. Σκαλκέα, του Πολίτη και του Γκαρά. Τα χρόνια αυτά, μαστεκτομές εκτελούσαν όλοι οι χειρουργοί, αφού η εξειδίκευση της Μαστολογίας δεν υπήρχε, ούτε υπάρχει επίσημα μέχρι σήμερα. Οι τεχνικές που εφαρμόστηκαν ήταν εκείνες που χρησιμοποιούσαν στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ, αφού οι Έλληνες χειρουργοί παρακολουθούσαν από κοντά τις εξελίξεις και τις διάφορες τάσεις.¹

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Κεφάλαιο 1: Ανατομία-Φυσιολογία του μαστού



1.1 Ανατομία του μαστού

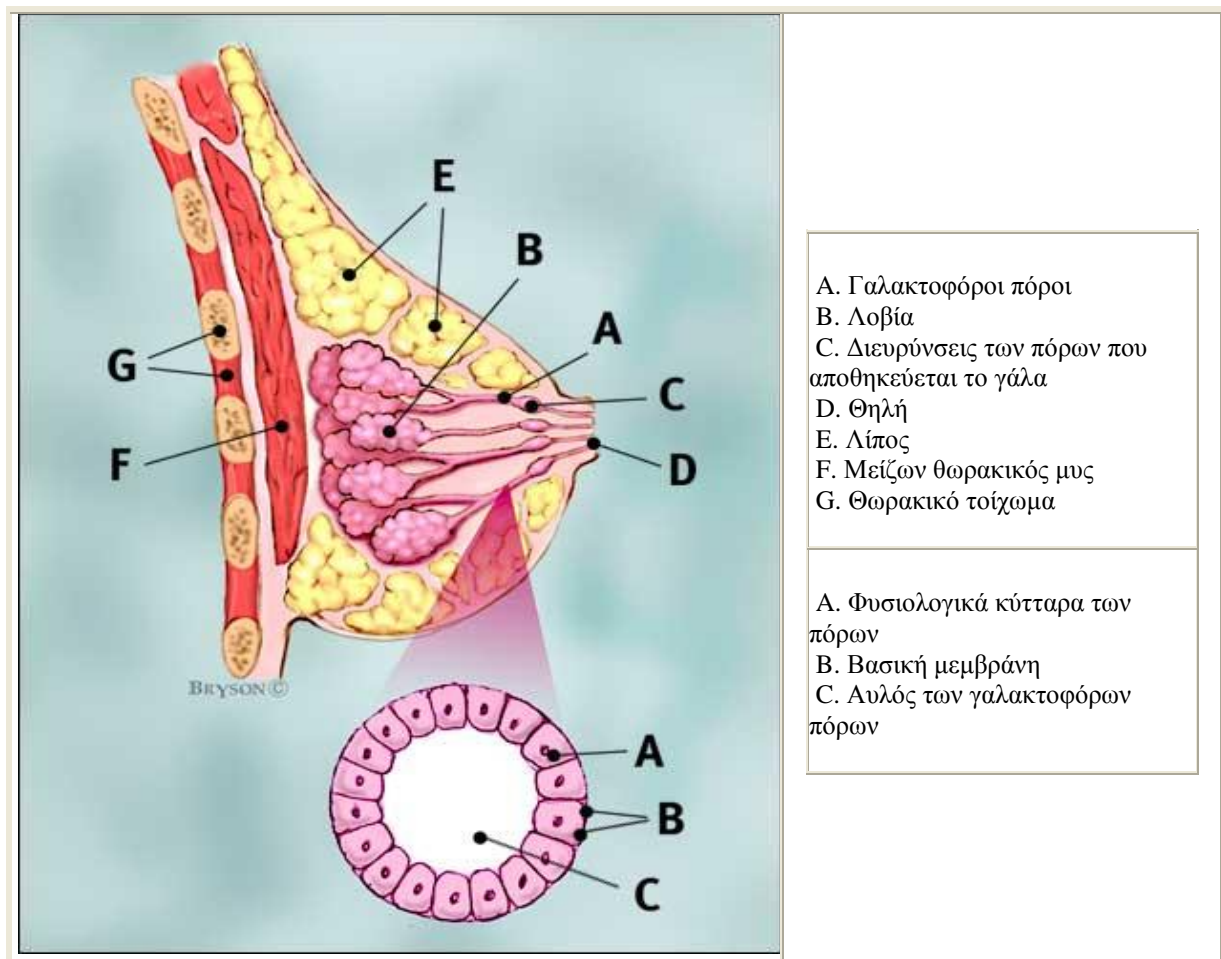
Ο μαστός βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και εκτείνεται από το πλάγιο χείλος του στέρνου ως την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή και από δεύτερη ή τρίτη μέχρι την έκτη ή έβδομη πλευρά. Ο μαστός έχει περίμετρο κυκλική. Το κεφαλουραίο μήκος του είναι κατά μέσο όρο 3–5 εκατοστά. Το βάρος του μαστού κυμαίνεται από 150–200 γραμμάρια, αλλά στη γαλουχία μπορεί να φτάσει τα 400–500 γραμμάρια.

Κάθε μαστός αποτελείται από 15–20 λοβούς, οι οποίοι διαχωρίζονται με ινώδεις δεσμίδες, τους λεγόμενους συνδέσμους του Cooper. Κάθε λοβός καταλήγει σε εκφορητικό πόρο, τον γαλακτοφόρο, που εκβάλλει ανεξάρτητα ο καθένας στο δέρμα της θηλής, αφού προηγουμένως σχηματίσει μια ατρακτοειδή διεύρυνση κάτω από τη θηλή, που χρησιμεύει για προσωρινή συλλογή της εκκρίσεως. Συχνά ο μαστός σχηματίζει προβολή προς τη μασχάλη, την ουρά του μαστικού αδένου, που είναι γνωστή ως ουρά του Spence ή Spencer, η οποία πολλές φορές είναι ορατή και ψηλαφητή στο γυναικείο σώμα.

Στην κεντρική περιοχή του μαστού και στο ύψος του τέταρτου μεσοπλεύριου διαστήματος προβάλλει ένα μικρό κυλινδρικό ή κωνικό έπαρμα, η θηλή του, η οποία περιβάλλεται από τη θηλαία άλω, μια στεφάνη κεχρωσμένη, με διάμετρο περίπου 3–5 εκατοστά. Το χρώμα της στεφάνης αυτής σχετίζεται με τη χρωστική του δέρματος. Έτσι, είναι ρόδινο στα ξανθά άτομα και πιο σκούρο στα μελαχρινά. Το δέρμα της θηλής στερείται λίπους, τριχών και σμηγματογόνων αδένων. Οι τελευταίοι υπάρχουν στην περιφέρεια της θηλαίας άλω με μορφή υποστρόγγυλων πολλαπλών επαρμάτων, τα λεγόμενα οζίδια του Montgomery. Η κορυφή της θηλής είναι διάτρητη από 15–20 μικρά στόμια, από τα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι του μαστικού αδένου. Τέλος, η επιφάνεια της είναι ανόμοια και αρυτίδωτη.

Ο μαστός αποτελείται από έξω προς τα έσω από δέρμα, το περιμαστικό λίπος και το μαστικό αδένου. Το δέρμα είναι λεπτό και μαλακό προς την περιφερική ζώνη και διαθέτει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες, εκτός από το δέρμα των θηλών. Το περιμαστικό λίπος είναι λιπώδεις ιστός που περιβάλλει το μαστικό αδένου. Αυτός αποτελεί σύνθετο σωνηλοκυψελοειδή αδένου και συνιστάται από 15–20 λοβούς ανώμαλου σχήματος, που φέρονται ακτινοειδώς από τη θηλή προς την περιφέρεια,

ινώδη διαφράγματα διαχωρίζουν τους λοβούς και τους διαιρούν σε διάφορου μεγέθους λοβία. Έτσι, κάθε λοβός αποτελείται από ένα μείζονα εκφορητικό πόρο, το γαλακτοφόρο, ο οποίος εκβάλλει στη θηλή και από διάφορου αριθμού λοβία, τα μικρότερα από τα οποία αποτελούνται από βασική μεμβράνη, λεπτή στιβάδα μυοεπιθηλιακών κυττάρων και μια στοιβάδα κυλινδρικών αδενικών κυττάρων και είναι ελάχιστες κατά την περίοδο ηρεμίας του μαστού, ενώ αυξάνονται σε μέγεθος και αριθμό κατά την κύηση.³



Ο μαστός έχει άμεση σχέση με τη μασχαλιαία κοιλότητα, καθώς συνορεύει με αυτήν, και επηρεάζεται από τη δική της αναδρομική δομή και φυσιολογία. Η μασχαλιαία κοιλότητα έχει σχήμα τετράπλευρης πυραμίδας με τέσσερα τοιχώματα, κορυφή και βάση. Το πρόσθιο τοίχωμα σχηματίζεται από την έξω μοίρα του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός. Το οπίσθιο τοίχωμα σχηματίζεται από τον υποπλάτιο, το μείζονα στρογγυλό και τον πλατύ ραχιαίο μυ. Το έσω τοίχωμα σχηματίζεται από τον πρόσθιο οδοντωτό και το έξω τοίχωμα διαμορφώνεται από το

βραχιόνιο οστό, από τον κορακοβραχιόνιο μυ και από τη βραχεία κεφαλή του δικέφαλου βραχιονίου μυός.^{3,4}

1.1.1 Αγγείωση του μαστού

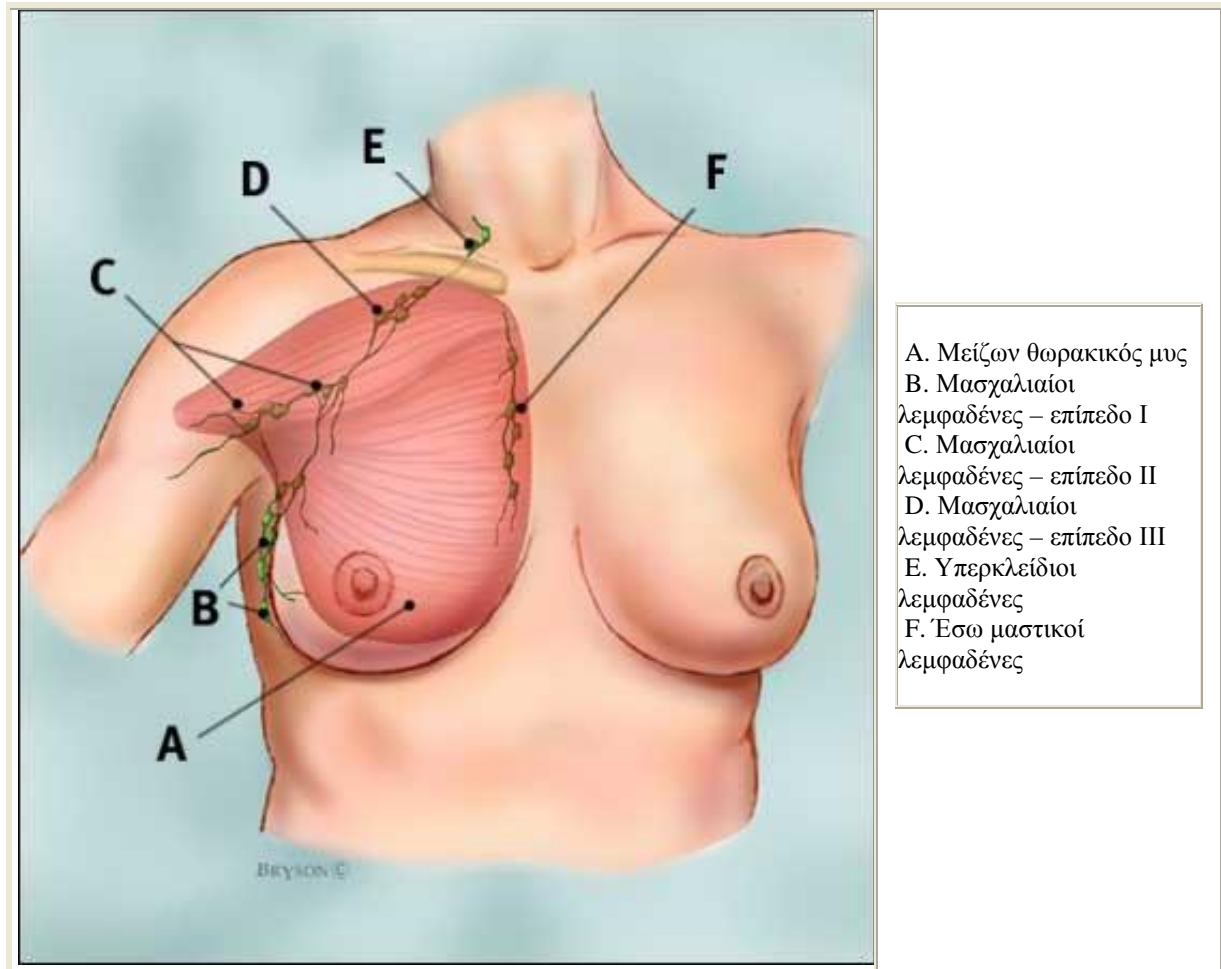
Η αγγείωση του μαστού επιτελείται από αγγεία που διανέμονται στο πρόσθιο και στο πλάγιο τοίχωμα του θώρακα. Οι κύριες αρτηρίες που αιματώνουν το μαστό είναι οι διαπιπραίνοντες κλάδοι της έσω μαστικής, που συμβάλουν στο 50% της συνολικής αιμάτωσης, η πλάγια και η ανώτερη θωρακική αρτηρία, η οποία εκφύεται από τη μασχαλιαία αρτηρία. Για τον καρκίνο του μαστού, ιδιαίτερη σημασία έχει η τελευταία αρτηρία, γιατί στην πορεία της συνοδεύεται από ομάδα λεμφαδένων που παίρνουν μέρος στις μεταστάσεις, και οι κλάδοι της προκαλούν μεγάλη αιμορραγία όταν γίνεται ριζική μαστεκτομή.

Ο μαστικός αδένας έχει πλούσιο αναστομωτικό δίκτυο επιφανειακών φλεβών. Οι φλέβες αυτές διατείνονται κατά την εγκυμοσύνη, ενώ μερικές φορές γίνονται ιδιαίτερα εμφανείς σε περιοχές υπερκείμενες νεοπλασμάτων. Η πλειονότητα των επιφανειακών φλεβών, των επιπολής υποδορίων φλεβών, καταλήγει στην άνω έσω μαστική φλέβα και από εκεί στην ανώνυμο.³

1.1.2 Λεμφική αγγείωση του μαστού

Κατά μήκος των αρτηριών και φλεβών του μαστού πορεύεται ένα πλούσιο λεμφικό πλέγμα, το οποίο παροχετεύει το δέρμα και τον αδενικό ιστό του μαστού προς δύο κυρίως κατευθύνσεις, προς τα μασχαλιαία και τα έσω μαστικά λεμφογάγγλια. Η εξωτερική λεμφική οδός απάγει το 75% της λέμφου από τη θηλή και το έξω τμήμα του μαστού προς τη μασχάλη, και η εσωτερική οδός αποχετεύει κυρίως τη λέμφο από το εν των βάθει και έσω τμήμα του μαστού προς τα έσω μαστικά γάγγλια. Υπάρχουν περίπου 53 λεμφογάγγλια στη μασχαλιαία κοιλότητα, τα οποία διακρίνονται τοπογραφικά σε κεντρικά, υποπλάτια, υποκλείδια, παραμαστικά και υπομαστικά. Αυτά τα λεμφογάγγλια διαιρούνται για πρακτικούς λόγους σε τρία επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο περιλαμβάνεται ο ιστός κάτω και πλάγια του κάτω χείλους του ελάσσονα μυ, στο δεύτερο επίπεδο ο ιστός αμέσως κάτω και πίσω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ και στο τρίτο επίπεδο, ο ιστός πάνω και μέσα από τον ελάσσονα θωρακικό μυ.

Αξιοσημείωτο είναι, πως η πρόγνωση στο καρκίνο του μαστού έχει άμεση σχέση με το επίπεδο των κατελιγμένων λεμφογαγγλίων.³



1.1.3 Νεύρωση του μαστού

Η νεύρωση του μαστού πραγματοποιείται από το μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο, το θωρακοραχιαίο και το μακρύ θωρακικό, καθώς επίσης και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Μάλιστα, οι αισθητικές ίνες του πόνου πορεύονται με το μεσοπλεύριο νεύρο και αναστομώνονται με την αυχενική ρίζα και το βραχιόνιο πλέγμα, ώστε ο πόνος από της παθήσεις του μαστού να επεκτείνεται προς τον τράχηλο, τη μασχάλη, τον ώμο, την έσω επιφάνεια του άνω άκρου ή και σε ολόκληρο το τοίχωμα του ημιθωρακίου. Όγκοι που πιθανόν εντοπίζονται μόνο στο παρέγχυμα, το οποίο στερείται αισθητικές ίνες του πόνου, είναι ανώδυνοι.³

1.2 Φυσιολογία του μαστού

1.2.1. Ανάπτυξη των μαστών

Ο μαστικός αδένας προέρχεται πρώτιστα από επιδερμικές παχύνσεις που αναπτύσσονται κατά μήκος της κοιλιακής επιφάνειας του σώματος, στην αποκαλούμενη γαλακτική γραμμή. Στις γυναίκες, το μεγαλύτερο μέρος της ανάπτυξης του μαστού διαδραματίζεται μετά τη γέννηση. Αντίθετα, στους άνδρες, καμία περαιτέρω εξέλιξη των μαστών δεν λαμβάνει μέρος μετά τη γέννηση. Στις γυναίκες η αύξηση και η ανάπτυξη της διακλάδωσης των μαστικών αδένων γίνεται αργά κατά τη διάρκεια των προεφηβικών ετών. Κατόπιν, η ανάπτυξη των μαστικών αδένων αυξάνεται εντυπωσιακά στην εφηβεία με την περαιτέρω διακλάδωση των πόρων, την αύξηση του σχηματισμού των λοβίων, και το δραματικό πολλαπλασιασμό του στρώματος μεταξύ των πόρων. Αυτό οδηγεί στο σχηματισμό της μαστικής εκβλάστησης. Η ξαφνική εμφάνιση της μαστικής εκβλάστησης στο θωρακικό τοίχωμα είναι μερικές φορές λόγος ανησυχίας. Δεν είναι ασυνήθιστο για τις μητέρες να φέρουν τις κόρες τους για ιατρική αξιολόγηση μετά την παρατήρηση ενός νέου ογκιδίου στο θωρακικό τοίχωμα. Ο χειρουργός πρέπει να δώσει μεγάλη προσοχή κατά την εξέταση και βιοψία οποιασδήποτε μάζας στο θωρακικό τοίχωμα σε ένα νέο κορίτσι πριν από την ανάπτυξη των ώριμων μαστών.

Στην εφηβεία, οι μαστικοί αδένες αναπτύσσονται γρήγορα, πρώτιστα λόγω του πολλαπλασιασμού του στρώματος και του συνδετικού ιστού γύρω από τους πόρους. Η αύξηση του συστήματος των πόρων εμφανίζεται μέσω της επιρροής των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, που εκκρίνονται από τις ωθήκες κατά τη διάρκεια της εφηβείας.

Μόνο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ο μαστός επιτυγχάνει την πλήρη δομική ωρίμανση και την πλήρη λειτουργική δραστηριότητα. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι λοβιακοί πόροι αναπτύσσονται γρήγορα, διαμορφώνοντας τις εκβλαστήσεις που γίνονται φατνία, και αντιστρέφεται η αναλογία στρώμα/αδενικό ιστό. Μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης, ο μαστός αποτελείται σχεδόν εξ ολοκλήρου από αδενικές μονάδες που χωρίζονται από μικρές ποσότητες στρωματικού ιστού. Μετά τη γαλακτοφόρα, επέρχεται ατροφία των λοβίων, στενεύουν οι δομές των πόρων, και ολόκληρος ο μαστός μικραίνει εμφανώς σε μέγεθος.

Με την αρχή της εμμηνόπαυσης, το λοβίο παλινδρομεί περαιτέρω, με την απώλεια του ενδολοβιακού και μεταξύ των λοβίων συνδετικού ιστού. Με το χρόνο, οι

δομές των λοβίων μπορούν να είναι απολύτως απύσες από το μαστό στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Κατά συνέπεια, η μορφολογική εμφάνιση του μαστού στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι πολύ διαφορετική από αυτήν των γυναικών προεμμηνοπαυσιακά. Κατά τη διάρκεια των μετεμμηνοπαυσιακών ετών, και οι δομές των πόρων και ο συνδετικός ιστός των μαστών είναι εμφανώς μειωμένα σε μέγεθος.

Το σύστημα των πόρων περιέχει πολυάριθμα λοβία με τα λοβιόλια. Κάθε λοβίο τροφοδοτεί έναν τελικό πόρο, ο οποίος, στη συνέχεια, τροφοδοτεί έναν τμηματικό πόρο. Οι τμηματικοί πόροι διενεργούν τελικά τη παροχέτευση των πόρων, και περίπου 15-20 συγκλίνουν κάτω από την άλω προς την επιφάνεια της θηλής μέσω χωριστών στομίων.

Οι τρεις πιο κοινές αιτίες μιας διακριτής μάζας των μαστών σε μια γυναίκα είναι κύστεις, ινοαδενώματα, και καρκινώματα. Οι κύστεις και τα ινοαδενώματα αναπτύσσονται μέσα στα λοβία ενώ τα καρκινώματα αναπτύσσονται στους τελικούς πόρους. Οι κοινές αιτίες της εκροής των θηλών είναι τα θηλώματα και η εκτασία, και αυτά αναπτύσσονται στους τμηματικούς πόρους. Τα αδενώματα των θηλών αναπτύσσονται επίσης στους τμηματικούς πόρους, κοντά στην πρόσφυση τους, στη θηλή. Η νόσος του Paget του μαστού αναφέρεται σαν δερματίτιδα στο σύμπλεγμα θηλή - άλως. Αυτό δείχνει γενικά την παρουσία ενός υποβόσκοντος καρκίνου του μαστού. Οι μισές από αυτές τις περιπτώσεις αποδίδονται σε καρκίνο *in situ* και οι άλλες μισές σε διηθητικό καρκίνο.⁴

1.2.2. Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία και την ανάπτυξη του μαστού

Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού ανήκουν: Ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι ωοθήκες, ο θυρεοειδής αδένας, τα επινεφρίδια, ο πλακούντας, και το νευρικό σύστημα. Διαπιστώνουμε ότι ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο. Αυτή η ορμονοεξάρτηση του μαστικού αδένα δε περιορίζεται μόνο στο επιθήλιο του αδενικού ιστού. Επεκτείνεται και στο συνδετικό ιστό, που αποτελεί το ερειστικό υπόστρωμα του μαστού, και ιδιαίτερα στους ιστούς που βρίσκονται γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους.

- Υποθάλαμος: Είναι γνωστό πως ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση. Ένας ανασταλτικός παράγοντας του υποθαλάμου που έχει σχέση με την υπόφυση είναι και της υπόφυσης ο PIF [Prolactin Inhibiting Factor]. Δύο άλλες

ορμόνες ,που ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο, και έχουν σχέση με τον μαστό, είναι η αυξητική ορμόνη και η θυρεοειδότροπος ορμόνη.

- Υπόφυση: Η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Απόδειξη αυτού, είναι το γεγονός ότι μετά από υποφυσεκτομία προκαλείται υποπλασία των ωοθηκών και υποπλασία ή αροφία των μαστών. Οι ορμόνες της υπόφυσης που έχουν στενότερη σχέση με το μαστό είναι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη.
- Προλακτίνη: Η προλακτίνη, παίρνει ουσιαστικό μέρος στη ανάπτυξη του μαστού και ιδιαίτερα στη διαφοροποίηση των κυττάρων των τελικών γαλακτοφόρων πόρων. Στην εγκυμοσύνη ελέγχει την αύξηση και την εκκριτική δραστηριότητα των κυττάρων, των αδενοκυψελών. Επίσης ελέγχει τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος.
- Ωκυτοκίνη: Αυτή παράγεται σε υποθαλαμικά κέντρα και αποθηκεύεται στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Η κυριότερη δράση της ωκυτοκίνης είναι η πρόκληση σύσπασης των επιθηλιακών κύτταρων των γαλακτοφόρων πόρων των μαστών. Έτσι συμβάλει στην έξοδο του εκκρινόμενου γάλακτος.
- Ωοθήκες: Οι ορμόνες των ωοθηκών που στενότερα συνδέονται με το μαστό είναι οι οιστρογόνες και η προγεστερόνη.
- Οιστρογόνες ορμόνες: Η βιολογική δράση των οιστρογόνων ορμονών αφορά περισσότερο στο γεννητικό σύστημα και στους ιστούς, που κάνουν την γυναίκα να ξεχωρίζει από τον άνδρα. Ανάμεσα σ' αυτούς είναι και οι μαστοί των οποίων προκαλούν ανάπτυξη όλων των στοιχείων τους και ιδιαίτερα των γαλακτοφόρων πόρων. Με την πάροδο της ηλικίας η επίδραση των οιστρογόνων ελαττώνεται γιατί ελαττώνονται οι οιστρογονικοί υποδοχείς του μαστικού αδένα. Οι οιστρογόνες ορμόνες συνδέονται έμμεσα με τους μαστούς με την έκκριση της προλακτίνης .
- Προγεστερόνη: Στους μαστούς η προγεστερόνη, σε μικρές δόσεις προκαλεί την ανάπτυξη των αδενοκυψελών και σε μεγάλες έκκριση που μοιάζει με πύαρ.
- Θυρεοειδής αδένας: Η θυροξίνη, που παράγεται στον αδένα αυτό, μπορεί να αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης.
- Επινεφρίδια: Όπως ο θυρεοειδής αδένας έτσι και αυτά έχουν δευτερευούσης σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες.

- Πλακούντας: Ο πλακούντας αποτελεί ενδοκρινή αδένα και σημαντική πηγή οιστρογόνων ορμονών και χοριακής γονιδοτρόπου ορμόνης, ενώ, σε μικρότερες ποσότητες, εκκρίνει προγεστερόνη και πλακούντιο λακτογόνο ορμόνη. Οι ορμόνες του πλακούντα έχουν σημασία για την ανάπτυξη του μαστού, τις μεταβολές του στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την έκκριση γάλακτος. Αυτό αποδεικνύεται από το ότι, αν εκτελέσουμε ωθηκεκτομή μετά τον 3ο ή 4ο μήνα της εγκυμοσύνης, θα διαπιστώσουμε πως η ανάπτυξη των μαστών συνεχίζεται και ακολουθεί φυσιολογική έκκριση γάλακτος. Με την ύπαρξη του πλακούντα συνδέεται και η μικρή διόγκωση των μαστών του νεογνού ή η μικρή έκκριση γάλακτος από αυτούς γιατί μητρικές ορμόνες πέρασαν μέσω του πλακούντα στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης. Από τις ορμόνες του πλακούντα, αυτή που έχει στενότερη σχέση με τους μαστούς είναι η πλακούντιο γαλακτογόνος ορμόνη. Η ορμόνη αυτή μοιάζει με την αυξητική ορμόνη της υπόφυσης, μοιάζει όμως και με τη δράση τη προλακτίνης, γιατί διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και αναπτύσσει το μαστικό αδένα.
- Νευρικό σύστημα . Το νευρικό σύστημα ασκεί αγγειοκινητικές επιδράσεις στο μαστό και προκαλεί την έκθλιψη μικρής ποσότητας γάλακτος, που περιέχεται στις αδενοκυψέλες, χωρίς να επηρεάζει την εκκριτική λειτουργία του μαστού. Επίσης μεγάλες συγκινήσεις είναι δυνατό να αναστείλλουν την έκκριση γάλακτος προσωρινά ή μόνιμα.⁵

1.2.3.Κύηση, γαλακτοπαραγωγή και γερωντική ηλικία

Μεγάλη αύξηση στην κυκλοφορία των οιστρογόνων, που εκκρίνονται από τις ωθήκες και τον πλακούντα, και των προγεστερονών συμβαίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η οποία προκαλεί αλλαγές στη μορφή και το υπόστρωμα του μαστού. Ο μαστός αυξάνεται καθώς πολλαπλασιάζονται οι πόροι και τα λόβια, το δέρμα της άλω σκουραίνει, και οι επικουρικοί αδένες της άλω (αδένες του Montgomery) αναπτύσσονται.

Κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο, οι ελάσσονες πόροι αναπτύσσονται. Κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου, λιπίδια συσσωρεύονται στο επιθήλιο και πρωτόγαλα γεμίζει τα διαστήματα μεταξύ των λοβίων και των πόρων. Στο τέλος της κύησης, η προλακτίνη ρυθμίζει τη σύνθεση των λιπαρών ουσιών και των πρωτεϊνών του γάλακτος. Μετά τον τοκετό του πλακούντα, η προγεστερόνη και τα επίπεδα των

οιστρογόνων μειώνονται, το οποίο επιτρέπει την πλήρη δράση της προλακτίνης. Η παραγωγή του γάλακτος ελέγχεται από τα νευρικά ανακλαστικά τόξα που δημιουργούνται στις νευρικές απολήξεις της θηλής και της άλω. Η απελευθέρωση της ωκυτοκίνης ρυθμίζεται από τα ακουστικά, οπτικά, και οσφρητικά ερεθίσματα και συμβάλλει στην αποβολή του γάλακτος στους γαλακτοφόρους πόρους.

Μετά τον απογαλακτισμό του βρέφους η απελευθέρωση της προλακτίνης και της ωκυτοκίνης μειώνεται . Το γάλα που έχει μείνει στο στήθος μέσα αυξάνει την πίεση μέσα στους πόρους με συνέπεια την ατροφία του επιθηλίου. Κατά την εμμηνόπαυση υπάρχει μια μείωση στην έκκριση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες και εκφύλιση των πόρων του μαστού. Ο ινώδης συνδετικός ιστός αυξάνει σε πυκνότητα, και οι ιστοί του μαστού αντικαθίστανται από τους λιπώδεις ιστούς.⁵

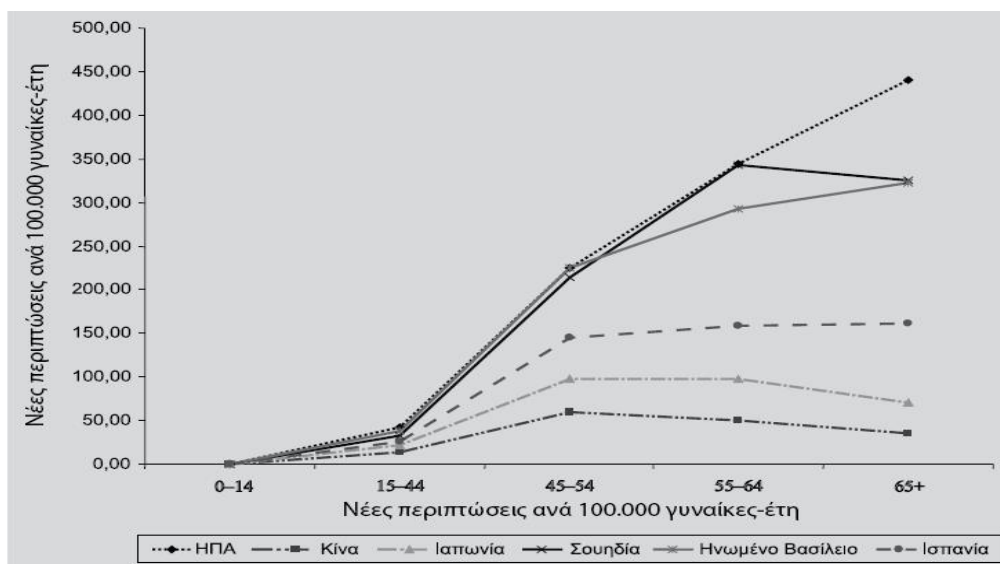
Κεφάλαιο 2: Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού



Το καρκίνωμα του μαστού αποτελεί τον συχνότερο τύπο νεοπλασίας μεταξύ των γυναικών των ανεπτυγμένων χωρών του κόσμου. Στη Βόρειο Ευρώπη και τη Βόρειο Αμερική η επίπτωση κυμαίνεται περί τις 100 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες ανά έτος, ενώ κατά την διάρκεια της ζωής η πιθανότητα νόσησης είναι 1:9 γυναίκες. Η χαμηλότερη συχνότητα βρίσκεται στην Ιαπωνία και την Ταϊβάν, κυμαινόμενη γύρω από τις 15 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες ανά έτος, ενώ στις χώρες της Ανατολικής, Κεντρικής και Νότιας Ευρώπης η επίπτωση λαμβάνει ενδιάμεσες τιμές.

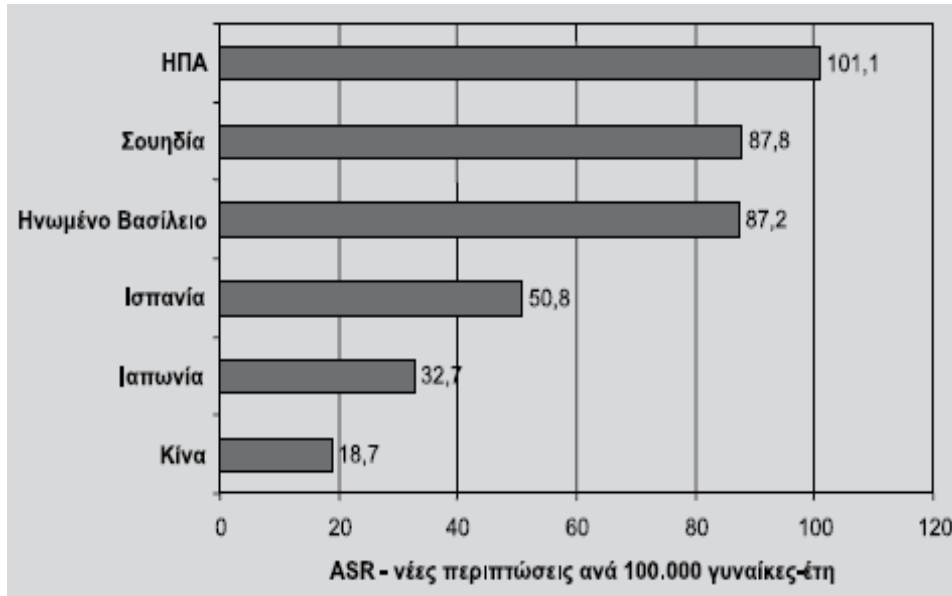
Αξιοπεριεργη και σε ορισμένες περιπτώσεις ασαφής είναι η διαφορετική γεωγραφική μεταβλητότητα της επίπτωσης στην ίδια ή σε γειτονικές χώρες. Ενδεικτική περίπτωση αποτελεί η Φινλανδία, στην οποία η επίπτωση της νόσου είναι χαμηλή, σε αντίθεση με τις γειτονικές χώρες της Σουηδίας και της Νορβηγίας. Στη Γερμανία, επίσης, παρατηρείται συχνότητα διπλάσια στο Αμβούργο σε σχέση με το Σαάρ, ενώ και στην Ελλάδα παρουσιάζονται διακυμάνσεις μεταξύ των διαφόρων γεωγραφικών διαμερισμάτων της χώρας.

Διαφοροποιήσεις στη συχνότητα παρατηρούνται, επίσης, μεταξύ διαφόρων φυλετικών ομάδων πολιτών της ίδιας χώρας. Ενδεικτική είναι η περίπτωση των Η.Π.Α. όπου η νόσος παρουσιάζει υψηλή συχνότητα στους πολίτες της λευκής φυλής, μέτρια στους πολίτες της μαύρης φυλής και σαφώς περιορισμένη στους πολίτες της κίτρινης φυλής, που διαμένουν στη χώρα.⁶



Ως προς το φύλο, το καρκίνωμα του μαστού είναι σπάνιο στους άρρενες και αντιστοιχεί σε ποσοστό μικρότερο του 1% επί των κακοήθων νεοπλασιών των ανδρών. Αντίθετα, στις γυναίκες, η υψηλή συχνότητα αποτελεί κοινό τόπο και

συνιστά ένα σοβαρό σκέλος της παθολογίας των θηλέων. Έρευνες κατά ομάδες σε δείγματα γυναικείου πληθυσμού έχουν δείξει ότι σε μία γενιά 1.000 γυναικών, οι 60-80 θα εμφανίσουν τη νόσο και 35-40 από αυτές θα πεθάνουν λόγω της πάθησης.



Η νόσος αφθονεί μετά το 20ο-25ο έτος και η επίπτωση αυξάνει με ταχύ ρυθμό μετά το 30ο έτος της ζωής. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η συχνότητα του καρκινώματος του μαστού σε συνάρτηση με την ηλικία είναι αυξανόμενη στις χώρες με υψηλή επίπτωση, με τις υψηλότερες τιμές να παρατηρούνται σε ηλικίες κυμαινόμενες από 70-75 έτη. Αντίθετα, σε χώρες με χαμηλή συχνότητα εκδήλωσης της νόσου, η αυξανόμενη πορεία μετά την ηλικία των 50 ετών σχεδόν περιορίζεται. Ωστόσο, η ροπή της θνησιμότητας από καρκίνωμα του μαστού σε σχέση με την ηλικία είναι μονίμως αυξανόμενη, σε βαθμό που ποικίλλει συναρτώμενη με τη συχνότητα της νόσου στις υπό εξέταση χώρες.⁶

Αξιοσημείωτη και δυσνόητη είναι η διαφορά συχνότητας της νόσου σε σχέση με την ηλικία μεταξύ γυναικών της λευκής και της μαύρης φυλής. Και στις δυο τις φυλές η πορεία της συχνότητας του καρκινώματος είναι παρόμοια μέχρι το 45ο έτος της ζωής. Στη συνέχεια παρατηρείται ανοδική πορεία, κατά κύριο λόγο, στις γυναίκες της λευκής φυλής, ιδιαίτερα λίγο πριν από την έναρξη και κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης.

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση η συχνότητα του καρκινώματος του μαστού είναι υψηλότερη στις άγαμες γυναίκες σε σχέση με τις έγγαμες, ενώ μεταξύ των εγγάμων γυναικών η συχνότητα υπερτερεί στις άτεκνες.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι επιδημιολογικές έρευνες, στις οποίες έχει αναδειχθεί θετική συσχέτιση της συχνότητας της νόσου με γυναίκες υψηλού κοινωνικού, οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου. Η συγκεκριμένη θετική συσχέτιση θα μπορούσε να αποδοθεί στο γεγονός ότι η συγκεκριμένη ομάδα γυναικών έχει υιοθετήσει την επιλογή της τέλεσης γάμου και της γέννας σε μεγαλύτερη ηλικία.

Ως προς τη θνησιμότητα, η μεταβλητότητα διεθνώς είναι παρόμοια με τη νοσηρότητα. Πληθυσμοί με υψηλή επίπτωση του καρκινώματος του μαστού παρουσιάζουν, επίσης, υψηλή θνησιμότητα. Αξιοσημείωτο, όμως, είναι το γεγονός ότι στις περισσότερες χώρες του κόσμου η θνησιμότητα από τη νόσο παρουσιάζει σταθερότητα με τάσεις μείωσης, που συνδέονται με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης σε επίπεδο διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Στην Ελλάδα η επίπτωση του καρκινώματος του μαστού ανά 100.000 γυναίκες για το έτος 2008 υπολογίζεται σε 82,5 και η θνησιμότητα σε 18,6. Τα δεδομένα αυτά συνηγορούν στο γεγονός ότι η νόσος αποτελεί τη συχνότερη νεοπλασία του γυναικείου πληθυσμού στη χώρα. Επισημαίνεται, όμως, ότι η Ελλάδα καταλαμβάνει, διεθνώς, ενδιάμεση θέση ως προς τη συχνότητα, την επίπτωση και τη θνησιμότητα του καρκινώματος του μαστού.⁶

Κεφάλαιο 3: Παθογένεια του καρκίνου του μαστού-Αιτιολογικοί παράγοντες



Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού ποικίλλει ανάλογα με την ύπαρξη ορισμένων καλά τεκμηριωμένων παραγόντων κινδύνου.

1.Φύλο

Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού έχει υπολογισθεί ότι είναι 100 φορές μεγαλύτερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Λόγω του μικρού αριθμού περιστατικών ανδρικού καρκίνου του μαστού δεν είναι καλά τεκμηριωμένοι οι παράγοντες κινδύνου σε αυτή τη πληθυσμιακή ομάδα.⁷

2.Ηλικία

Είναι πλέον τεκμηριωμένο ότι η συχνότητα του καρκίνου του μαστού αυξάνει με την ηλικία. Ειδικότερα έχει υπολογισθεί ότι σε ηλικία 20-30 ετών η συχνότητα είναι περίπου 10 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους, ενώ σε ηλικίες άνω των 60 ετών η συχνότητα αυξάνεται σε 200 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους. Εντούτοις, η σχέση αυτή δεν είναι γραμμική. Η μέση ηλικία διάγνωσης καρκίνου του μαστού είναι τα 64 έτη.^{7,8}

3.Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο

Ο καρκίνος του μαστού συναντάται συχνότερα σε γυναίκες υψηλότερο οικονομικό και εκπαιδευτικού επιπέδου.⁷ Αυτό σχετίζεται κυρίως με την ποιότητα ζωής τους (π.χ. διαίτα, ηλικία πρώτης κύησης, χρήση εξωγενών ορμονών και κατανάλωση αλκοόλ). Πάντως, η θνητότητα είναι υψηλότερη σε λιγότερο προνομιακές κοινωνικές ομάδες, γεγονός που υπογραμμίζει ότι η δυνατότητα πρόσβασης σε παροχές υγείας και η έγκαιρη θεραπεία αποτελούν σημαντική παράμετρο της σωστής διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης των ασθενών.⁸

4.Οικογενειακό Ιστορικό

Περίπου το 1/3 των ασθενών με καρκίνο του μαστού έχουν έναν ή περισσότερους 1^{ου} βαθμού συγγενείς με καρκίνο του μαστού, ενώ 4-9% των ασθενών θεωρείται ότι έχει κληρονομικό καρκίνο μαστού. Η ταυτοποίηση και μελέτη των γονιδίων BRCA 1 & 2, τα οποία σχετίζονται με οικογενή καρκίνο μαστού (και ωοθηκών) ανέδειξε τη σημασία του οικογενειακού ιστορικού στην αξιολόγηση του πιθανού κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού.^{7,8}

5.Ορμονικοί και Αναπαραγωγικοί παράγοντες

Η πρόωμη έμμηνος ρύση και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση αποτελούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου. Μια κύηση αυξάνει βραχυπρόθεσμα τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, αλλά τον μειώνει σημαντικά μακροχρόνια, πιθανόν εξαιτίας του γεγονότος ότι τα κύτταρα του μαστού γίνονται λιγότερο ευάλωτα στη διαδικασία καρκινογένεσης μετά από την «τελική ιστολογική διαφοροποίηση» που προκαλείται μετά από μία ή περισσότερες τελειόμηνες κυήσεις. Όσο μικρότερη είναι η ηλικία πρώτης τελειόμηνης κύησης, τόσο πιο παρατεταμένη και έντονη είναι η παρεχόμενη μακροχρόνια προστασία. Μετά από την ηλικία των 35 ετών περίπου μια πρώτη εγκυμοσύνη αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, επειδή η βραχυπρόθεσμη αύξηση του κινδύνου στις ηλικίες αυτές υπερκαλύπτει τη μετέπειτα μείωσή του. Οι τυχόν επόμενες τελειόμηνες κυήσεις έχουν ανάλογες, αλλά ποσοτικά μικρότερες συνέπειες, ενώ οι αποβολές ή οι εκτρώσεις δεν φαίνεται να έχουν οποιαδήποτε επίδραση.Ο θηλασμός παρέχει κάποιο περιορισμένο βαθμό προστασίας, κυρίως πριν από την εμμηνόπαυση.

Όσον αφορά στις ενδογενείς ορμόνες, όλες όσες έχουν μελετηθεί σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες –με εξαίρεση την αντιπυονεκτίνη– έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Στις ορμόνες αυτές περιλαμβάνονται η ολική και η ελεύθερη οιστραδιόλη, η οιστρόνη, η ανδροστενεδιόνη, η δεϋδροεπιανδροστερόνη, η τεστοστερόνη και η προλακτίνη. Στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, τα σχετικά περιορισμένα δεδομένα –λόγω της δυσκολίας εναρμονισμού των δειγματοληψιών με τον καταμήνιο κύκλο– υποδεικνύουν αύξηση του κινδύνου με αυξημένες τιμές οιστρογόνων και ινσουλινοειδούς αυξητικού παράγοντα 1 (IGF-1).⁸

Το αυξημένο ύψος στις γυναίκες έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο της νόσου, ενώ η παχυσαρκία μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες αλλά τον αυξάνει σημαντικά στις μετεμμηνοπαυσιακές.⁸

6.Χορήγηση εξωγενών ορμονών

Η σύνθεση των αντισυλληπτικών χαπιών τα τελευταία χρόνια άλλαξε αναφορικά με το τύπο και την αναλογία σε οιστρογόνα, την παρουσία και την αναλογία σε προγεστίνες, τη διάρκεια χορήγησης και την ηλικία έναρξης χορήγησης. Πρόσφατες αναλύσεις όλων των επιδημιολογικών δεδομένων κατέληξαν στα ίδια συμπεράσματα. Οι γυναίκες που κάνουν ή έκαναν χρήση αντισυλληπτικών χαπιών εμφανίζουν μία μικρή αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού, αλλά ο κίνδυνος αυτός εξαφανίζεται 10 χρόνια μετά τη διακοπή τους. Επιπλέον, οι γυναίκες που ξεκινούν αντισυλληπτικά χάπια πριν από την ηλικία των 20 ετών έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Πάντως, τα νεοπλάσματα του μαστού τα οποία φαίνεται να σχετίζονται με τη χρήση αντισυλληπτικών διαγιγνώσκονται σε πιο πρώιμο στάδιο σε σχέση με τα νεοπλάσματα σε γυναίκες που δεν είχαν κάνει ποτέ χρήση αντισυλληπτικών.^{7,8}

7.Καλοήθεις παθήσεις του μαστού

Υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι η παρουσία ή το ιστορικό καλοήθους νόσου του μαστού αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Η σχέση αυτή φαίνεται να περιορίζεται μόνο στις γυναίκες στις οποίες έχει αποδειχθεί ιστολογικά ότι έχουν ατυπία ή υπερπλαστικές διαταραχές (άτυπη πορογενή ή λοβιακή υπερπλασία).⁸

8.Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Γυναίκες με μαστογραφία στην οποία τουλάχιστον το 75% της επιφάνειας του μαστού έχει πυκνή απεικόνιση εμφανίζουν τετραπλάσιο κίνδυνο καρκίνου του μαστού, συγκρινόμενες με γυναίκες στις οποίες <25% της επιφάνειας του μαστού έχει πυκνή απεικόνιση. Η ιονίζουσα ακτινοβολία αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, αλλά

η αύξηση είναι μικρή. Η καρκινογενετική δράση της ιονίζουσας ακτινοβολίας φαίνεται να είναι ισχυρότερη κατά τη διάρκεια της εφηβείας, παρατήρηση που είναι συμβατή με τη θεωρία μιας περιόδου μεγαλύτερης ευπάθειας στις νεαρές ηλικίες.

Η κατανάλωση οινοπνεύματος αυξάνει επίσης τον κίνδυνο της νόσου, ενώ η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ελαιόλαδου, καθώς και η σωματική άσκηση, θεωρείται ότι τον μειώνουν, σε μικρό όμως βαθμό. Δεν έχει διαπιστωθεί σχέση του καρκίνου του μαστού με την έκθεση σε ηλεκτρομαγνητικά πεδία ή σε οργανοχλωριούχες ουσίες.⁸

Κεφάλαιο 4: Τύποι καρκίνου του μαστού



Ο καρκίνος στο μαστικό αδένα είναι δυνατόν να αναπτυχθεί σε οποιοδήποτε από τα στοιχεία που τον απαρτίζουν. Δηλαδή καρκινική εξαλλαγή μπορεί να είναι είτε στο συνδετικό ιστό, είτε στον ιστό των γαλακτοφόρων πόρων. Ο πιο συχνός καρκίνος σε ποσοστό 70-80% είναι το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα ενώ υπάρχουν και άλλοι λιγότερο συχνά εμφανιζόμενοι τύποι. Μη διηθητικά καρκινώματα ,το πορογενές μη διηθητικό (DCIS) και το λοβιακό ποσοστό εμφάνισης 3-9% των ψηλαφητών όγκων. Το λοβιακό μη διηθητικό καρκίνωμα (LCIS) υποδηλώνει μια αύξηση της πιθανότητας ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου κατά 30%.

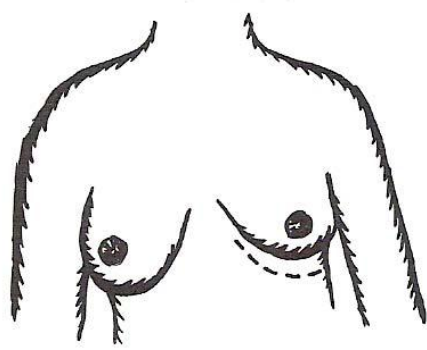
Ιστολογικά ταξινομούνται ως εξής :

1. Μη διηθητικά καρκινώματα ,το πορογενές μη διηθητικό (DCIS) και το λοβιακό μη διηθητικό (LCIS) με ποσοστό εμφάνισης 3-9% των ψηλαφητών όγκων. Το LCIS υποδηλώνει μια αύξηση της πιθανότητας ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου κατά 30% (50 έτη)
2. Το πορογενές διηθητικό σε ποσοστό 70-80% (> 60 έτη)
3. Το βλεννώδες καρκίνωμα 2% (>70 έτη)
4. Το μυελοειδές καρκίνωμα 4-9% σε νέες γυναίκες με καλή πρόγνωση.
5. Το θηλώδες και σωληνώδες καρκίνωμα 1-2%
6. Σαρκώματα
7. Φλεγμονώδες καρκίνωμα.⁹

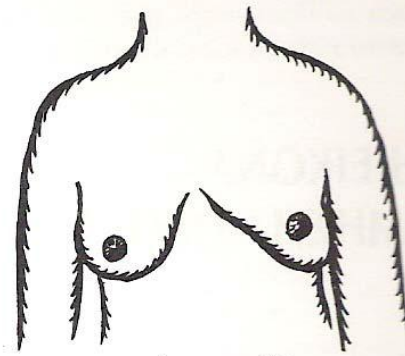
Κεφάλαιο 5: Κλινική εικόνα



- Το πιο συνηθισμένο σημείο του καρκίνου του μαστού είναι ψηλαφητή μάζα (77%). Στο 90% των περιπτώσεων ανακαλύπτεται τυχαία από την ίδια την άρρωση, συνηθέστατα κατά τη διάρκεια του μπάνιου της.
- Συνήθως η μάζα αυτή είναι ανώδυνη (66%), σκληρή, στερεά που δύσκολα διαχωρίζεται από τον υπόλοιπο μαστό. Μερικές φορές η μάζα αυτή είναι σχετικά ευκίνητη και δύσκολα ξεχωρίζει από άλλες καλοήθεις παθήσεις του μαστού.
- Η έκκριση της θηλής του μαστού (10%) είναι το δεύτερο συνήθως συχνό κλινικό σημείο του καρκίνου του μαστού.
- Ο πόνος δεν είναι συχνό σύμπτωμα αν και 20% περίπου των γυναικών μπορεί να αναφέρουν κάποιο ενόχλημα που να έχει σχέση με τον καρκίνο. Σπάνια ο πόνος αποτελεί την πρώτη κλινική εκδήλωση, όπως ένας οξύς αναίτιος πόνος, ιδιαίτερα στις μετακλιμακτηριακές γυναίκες.
- Έλξη του δέρματος του μαστού από τον όγκο αποτελεί πρώιμο κλινικό σημείο και οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του Cooper από τον όγκο.
- Εισολκή της θηλής (όταν εντοπίζεται ο όγκος κάτω από τη θηλή), αποτελεί άλλη κλινική εκδήλωση της νόσου. Προσοχή χρειάζεται να μην γίνει σύγχυση με παρόμοια εισολκή που παρουσιάζεται εκ γενετής ή μπορεί να οφείλεται σε οξείες παθήσεις του μαστού.
- Οίδημα του δέρματος υπό μορφή φλοιού πορτοκαλιού (Peau d' orange), λόγω απόφραξης των λεμφαγγείων από καρκινικά κύτταρα.
- Ερυθρότητα, εξέλκωση, αιμορραγία, καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα ή ρίκνωση και πάχυνση του δέρματος από τον όγκο αποτελούν άλλα κλινικά σημεία του προχωρημένου καρκίνου του μαστού.
- Σε σπανιότερες περιπτώσεις κάποιος μασχαλιαίος αδένας ή οίδημα του ώμου ή πόνος οστικός (από μεταστάσεις) μπορεί να αποτελούν την πρώτη κλινική εκδήλωση.^{9,10}



Ανύψωση



Ασυμμετρία



Αιμορραγία



Δέρμα «δίκην φλοιού πορτοκαλιού»



Εισολκή
θηλής

Υποπτα σημεία για καρκίνο μαστού

Κεφάλαιο 6: Διαγνωστικές εξετάσεις



6.1.Μαστογραφία

Αποτελεί την εξέταση εκλογής για τη πρώιμη διάγνωση καρκινωμάτων μαστού. Διακρίνεται στη μαστογραφία που γίνεται στα πλαίσια προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου και τη διαγνωστική μαστογραφία, η οποία χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση κλινικών προβλημάτων. Η διαγνωστική μαστογραφία περιλαμβάνει λήψη πολλαπλών εξειδικευμένων λήψεων, όπως μεγεθυντικών και μπορεί να γίνει ταυτόχρονα με την προληπτική μαστογραφία.

Η μαστογραφία είναι μια ασφαλής και φτηνή σχετικά μέθοδος που έχει σώσει πολλές γυναίκες από δυσάρεστες καταστάσεις. Η σημασία του μαζικού προσυμπτωματικού μαστογραφικού ελέγχου (screening) σε γυναίκες άνω των 40 ετών δεν αμφισβητείται τώρα πια από κανέναν. Ο ένας χρόνος μεταξύ δύο μαστογραφιών έχει επιλεγεί για περιοδικό έλεγχο εκτός αν αποφασίσει διαφορετικά ο θεράπων ιατρός.



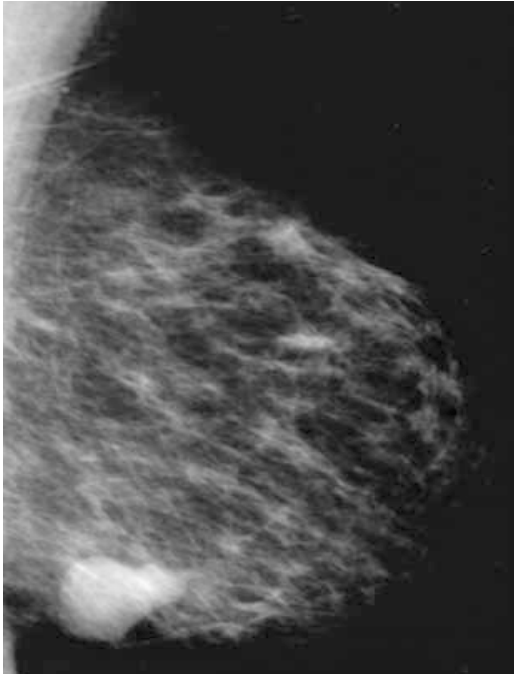
Μαστογραφία

Η μαστογραφία μπορεί να εντοπίσει τους καρκινικούς όγκους ακόμα και πριν να μπορεί κάποιος να τους εντοπίσει με την ψηλάφηση. Αυτό είναι και το μεγαλύτερό

της πλεονέκτημα ως διαγνωστικής μεθόδου. Η μαστογραφία είναι μια ακτινογραφία, με πολύ χαμηλή δόση ακτινοβολίας, άρα είναι ουσιαστικά ανώδυνη και το πλεονέκτημα του να εντοπιστεί έγκαιρα ο καρκίνος σίγουρα είναι μεγαλύτερο από το ρίσκο του να λάβει κανείς μία μικρή δόση ακτινοβολίας.^{9,10}



Απλή μαστογραφία



Ψηφιακή μαστογραφία

Όμως και η μαστογραφία δεν είναι αλάνθαστη, επομένως αν εντοπίσει κάποιο εξόγκωμα στο στήθος της κάποια παρόλο που η πρόσφατη μαστογραφία δεν εντόπισε τίποτα το ανησυχητικό, καλό είναι να απευθυνθεί και πάλι στο γιατρό. Το πόσο συχνά μία γυναίκα πρέπει να κάνει μαστογραφία είναι κάτι που θα το καθορίσει ο γιατρός της, καθώς εκείνος γνωρίζει το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού που πιθανόν να υπάρχει ή άλλων μορφών καρκίνου, καθώς και το ατομικό ιστορικό της ασθενούς και θα μπορεί να κατατοπιστεί κατάλληλα. Σε ετήσια περιοδική εφαρμογή συνιστάται σε γυναίκες υψηλού κινδύνου μετά τα 35 και σε κάθε γυναίκα μετά τα 50 χρόνια. Όμως όλες οι γυναίκες, στην ηλικία 35-40 ετών πρέπει να κάνουν μία μαστογραφία, την μαστογραφία αναφοράς όπως λέγεται, και που αποτελεί στοιχείο για μελλοντική σύγκριση. Η κυτταρολογική εξέταση με παρακέντηση ή από έκκριση της θηλής και η βιοψία επαληθεύουν τελικά ή αποκλείουν την νόσο.

Από τα αποτελέσματα της πρόσφατης διεθνούς βιβλιογραφίας έχει αποδειχθεί ότι ο προληπτικός μαστογραφικός έλεγχος γυναικών είναι εξίσου αποτελεσματικός στη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού, τόσο σε γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών όσο και σε γυναίκες ηλικίας 50-59 ετών. Ωστόσο, λόγω της ταχύτερης ιστολογικής αποδιαφοροποίησης του καρκίνου σε γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών, προκειμένου να επιτευχθεί μείωση της θνησιμότητας σε αυτή την ηλικία έχει

καθιερωθεί διεθνώς ο ετήσιος μαστογραφικός έλεγχος γυναικών ηλικίας άνω των 40 ετών.

Το ανώτατο όριο ηλικίας διακοπής του προληπτικού ελέγχου με μαστογραφία δεν έχει καθοριστεί. Όμως, λόγω της αυξημένης συχνότητας καρκίνου του μαστού σε προχωρημένη ηλικία, πολλοί ερευνητές προτείνουν τη συνέχιση ανά διετία του προληπτικού ελέγχου με μαστογραφία σε γυναίκες καλής γενικής κατάστασης και ηλικίας άνω των 75 ετών.¹⁰

Ο θεωρητικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού από τη μαστογραφία σε γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών είναι εξαιρετικά μικρός (ή ασήμαντος), συγκριτικά με τη μείωση της θνησιμότητας από την έγκαιρη διάγνωση. Η εξέταση εκλογής σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 30 ετών με διαγνωστικά προβλήματα από το μαστό είναι η υπερηχοτομογραφία, ενώ σε γυναίκες άνω των 30 ετών με κλινική ένδειξη περαιτέρω ελέγχου προτιμάται, η μαστογραφία και το υπερηχογράφημα κατέχει συμπληρωματικό ρόλο.¹¹

Τα ευρήματα στα οποία θα στηριχθεί η μαστογραφία για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι τα ακόλουθα:

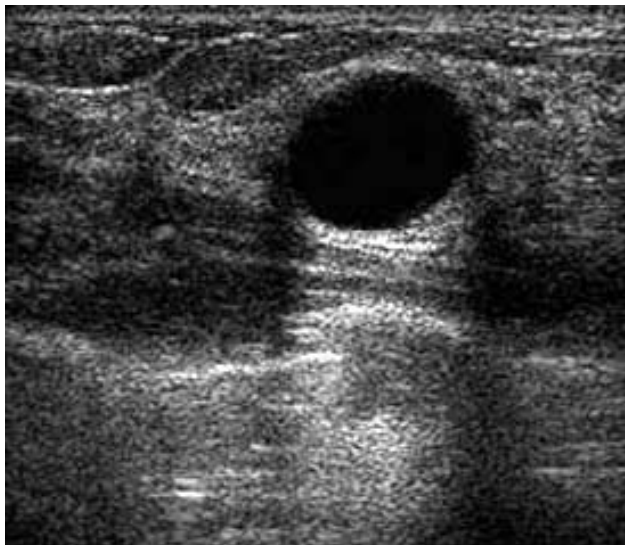
1. Η παρυφή του όζου. Είναι ανώμαλη με ασαφή όρια. Σε μερικές μορφές καρκίνου (μυελοειδής, βλενωδής), η παρυφή του όζου μπορεί να είναι περιγεγραμμένη, αλλά με ασαφή όρια.
2. Το μέγεθος του όζου. Οι διαστάσεις του όζου στη μαστογραφία είναι μικρότερες από εκείνες που διαπιστώνονται κατά την ψηλάφηση.
3. Η ανώμαλη φορά των εκφορητικών πόρων.
4. Οι αποτιτανώσεις. Οι αποτιτανώσεις οφείλονται σε εναποθέσεις αλάτων ασβεστίου σε νεκρωμένες περιοχές καρκινικών κυττάρων και παρατηρούνται στο 35% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού.
5. Τοπική συρρίκνωση του δέρματος.
6. Πάχυνση του δέρματος.
7. Αυξημένη αγγείωση.
8. Μεταβολές της θηλής και της άλω.⁹

6.2. Υπέρηχος Μαστών

Η κύρια χρήση του είναι η διαπίστωση της ύπαρξης ή μη κυστικής βλάβης όταν η μαστογραφία αναδείξει την παρουσία μάζας. Δε χρησιμοποιείται ευρέως καθώς αφενός δεν έχει μεγάλη διακριτική ικανότητα για μικρού μεγέθους διαταραχή της αρχιτεκτονικής του μαστού ούτε μπορεί να διαπιστώσει την ύπαρξη μικροαποτιτανώσεων, αν και υπάρχουν τελευταίες αναφορές που υποστηρίζουν την πιθανή χρήση τους σε μεγάλες συσσωρεύσεις μικροαποτιτανώσεων.^{9,10}



Υπέρηχος μαστών



Υπερηχογραφική εικόνα κύστης



Υπερηχογραφική εικόνα κακοήθειας

6.3.Μαγνητική μαστογραφία

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει η δυνατότητα διενέργειας μαγνητικής μαστογραφίας με ειδικό πηνίο του μαγνητικού τομογράφου. Η μαγνητική μαστογραφία εμφανίζει ορισμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα συγκριτικά με την κλασική μαστογραφία. Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της μαγνητικής μαστογραφίας είναι η υψηλή ευαισθησία της στην ανίχνευση διηθητικού καρκίνου σε γυναίκες με πυκνό μαστικό παρέγχυμα. Ακόμα, παρέχει τη δυνατότητα εκτίμησης όγκων κοντά στο θωρακικό τοίχωμα και επιτρέπει τον έλεγχο γυναικών με πρόθεμα σιλικόνης. Το υψηλό κόστος της εξέτασης, αλλά και της παραμαγνητικής ουσίας, αποτελεί ένα από τα μειονεκτήματα της μεθόδου έναντι της μαστογραφίας και της υπερηχοτομογραφίας. Επίσης, η μαγνητική μαστογραφία με χορήγηση παραμαγνητικής ουσίας δεν διαθέτει ακόμα υψηλή ευαισθησία στη διάκριση λοβιακού καρκινώματος *in situ* από την επιθηλιακή υπερπλασία με ατυπία ή στη διάκριση πορογενούς καρκίνου *in situ* από υπερπλαστικές αλλοιώσεις.^{9,10}

6.4. Μέθοδοι διαδερμικής βιοψίας

Η διαδερμική βιοψία υπό απεικονιστικό έλεγχο (μαστογραφικό ή υπερηχογραφικό ή ακόμα και CT, MRI) αποτελεί ένα επεμβατικό διαγνωστικό βήμα πριν ή αντί για την χειρουργική εξαίρεση. Ο τρόπος καθοδήγησης της βελόνης είναι πάντα σε συνάρτηση με τον τρόπο απεικόνισης της βλάβης. Στην πράξη χρησιμοποιείται η υπό μαστογραφικό ή υπό υπερηχοτομογραφικό έλεγχο. Εάν απεικονίζεται και με τους δύο τρόπους τότε θα προτιμήσουμε την υπερηχοτομογραφική καθοδήγηση λόγω της αποφυγής ακτινοβολίας.

Τα τελευταία χρόνια η μέθοδος εφαρμόζεται και υπό μαγνητικό τομογράφο, αλλά βρίσκεται ακόμα υπό εξέλιξη. Συγκριτικά με την χειρουργική βιοψία οι διαδερμικές πλεονεκτούν διότι είναι λιγότερο ακριβείς απαιτούν λιγότερο χρόνο συσχετίζονται με μικρότερη νοσηρότητα από ότι η χειρουργική παρέμβαση.¹⁰

6.5. Αναρρόφηση δια λεπτής βελόνης (FNA)

Στην αναρρόφηση δια λεπτής βελόνης (FNA) λαμβάνονται κύτταρα μετά από παρακέντηση με μια λεπτή βελόνη για κυτταρολογική εξέταση. Αρκετά ιδρύματα χρησιμοποιούν αναρρόφηση (παρακέντηση) δια λεπτής βελόνης στην διάγνωση των αλλοιώσεων του μαστού. Εφαρμόζεται κυρίως σε ψηλαφητές βλάβες και σε μη-ψηλαφητές που έχουν απεικονιστικά χαρακτηριστικά μάζας. Αυτή η μέθοδος έχει αποκτήσει μια ευαισθησία της τάξης του 53-99 % και ειδικότητα 96-100% σε ειδικά κέντρα μαστού με έμπειρο προσωπικό.⁷

Περιορισμοί

- Τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα οφείλονται συνήθως σε ανεπαρκές υλικό ή λάθος ερμηνεία.
- Η κυτταρολογική αναγνώριση του μικροκυτταρικού λοβιακού καρκινώματος είναι δύσκολη.
- Η κυτταρολογική εξέταση δεν μπορεί να διαφοροδιαγνώσει μεταξύ διηθητικού και μη διηθητικού καρκίνου, ούτε επιτρέπει την σταδιοποίηση ή την αναγνώριση υποδοχών.⁹

6.5.1.Βιοψία δια βελόνης με λήψη ιστοτεμαχίων (core-needle biopsy)

Σε μια βιοψία με την βοήθεια μιας χοντλής βελόνης λαμβάνονται μερικά μικρά ιστοτεμάχια για ιστολογική εξέταση.

- Επιτρέπει την αναγνώριση των υποδοχέων.
- Μελέτες αναφέρουν ευαισθησία της τάξης του 85-97 % και ειδικότητα 99% και άνω για βιοψίες υπό στερεοταξικό μαστογραφικό έλεγχο.^{9,7}

Περιορισμοί

- Για την λήψη αντιπροσωπευτικού ιστού, πρέπει να έχουμε αρκετά τεμάχια (3 έως 5 συνήθως) με βελόνες τουλάχιστον 16 gauge. Κάθε τεμάχιο όσο μακρύτερο δυνατόν (1,5-2 εκ. όσο και η εγκοπή της βελόνας, όπου μεταφέρεται ιστός μετά την κοπή).
- Η ακρίβεια (ευστοχία) της παρακέντησης εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες όπως:
 - Το μέγεθος και η θέση της βλάβης.
 - Δυσκολία στην προσπέλαση αντιμετωπίζουμε σε μικρές και εν τω βάθει βλάβες.
 - Στην στερεοταξία, η κίνηση του ασθενούς είναι πιθανόν να καθιστά αδύνατη την εξέταση.
 - Ψευδώς αρνητικά ευρήματα μπορούν να προκύψουν αν ληφθούν μη αντιπροσωπευτικά τεμάχια ιστού (κεντρική νέκρωση ή ίνωση σε έναν όγκο ή διάσπαρτη ανάπτυξη των κυττάρων του όγκου), παρά την ακριβή τοποθέτηση της βελόνας.⁹

6.6. Έλεγχος γονιδίων BRCA 1 και BRCA 2-Ο ρόλος των γονιδίων στον καρκίνο του μαστού

Κάθε άνθρωπος γεννιέται με 2 ομάδες από εκατό περίπου χιλιάδες διαφορετικά γονίδια. Η μια ομάδα γονιδίων προέρχεται από τη μητέρα και η άλλη από τον πατέρα. Σε μερικές οικογένειες, ο καρκίνος προκαλείται από μια γενετική μετάλλαξη στα γονίδια αυτά, η οποία κληρονομείται από τη μητέρα ή τον πατέρα στα παιδιά.

Δύο γονίδια, τα BRCA 1 και BRCA 2 βρέθηκαν να παίζουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο στον κληρονομούμενο καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών και να αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισής τους, όταν φέρουν γενετική μεταλλαγή. Για αυτό είναι σημαντικό, η γυναίκα με κληρονομικό ιστορικό καρκίνου μαστού ή ωοθηκών στην οικογένεια, να υποβάλλεται σε εξέταση (γενετικό τεστ για BRCA 1 και BRCA 2) για να μάθει αν έχει αυτή την προδιάθεση.

Είναι εξίσου σημαντικό μια γυναίκα που έχει ήδη προσβληθεί από τη νόσο να κάνει το τεστ, καθότι ο κίνδυνος για εμφάνιση καρκίνου και στον άλλο το μαστό, είναι περίπου 60% μεγαλύτερος εάν η γυναίκα έχει μεταλλαγμένο BRCA1 ή BRCA 2 γονίδιο.

Πρόσφατες ανακαλύψεις μακροχρόνιων ερευνών έδειξαν ότι δύο γονίδια, τα BRCA 1 και BRCA 2, σε περίπτωση γενετικής μεταλλαγής τους, παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στον κληρονομούμενο καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών και αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισής του.

Μέχρι την ηλικία των 70 ετών, το 87% των γυναικών που έχουν μετάλλαξη στο γονίδιο BRCA 1 θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού, ενώ το 64% θα αναπτύξει καρκίνο των ωοθηκών. Αντιθέτως, αν σε μια γυναίκα βρεθεί ότι δεν έχει τη συγκεκριμένη μετάλλαξη στο BRCA 1, ακόμη κι αν έχει βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό, τότε η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού ή ωοθηκών μειώνεται στα επίπεδα του γενικού πληθυσμού (περίπου 10% για καρκίνο του μαστού και 1,4% για καρκίνο των ωοθηκών).

Η ανάλυση των γονιδίων BRCA 1 και BRCA 2 είναι μια ιδιαίτερα εξειδικευμένη και λεπτομερής εξέταση, που ερευνά και ανιχνεύει τις μεταλλάξεις που μπορεί να υπάρχουν σ' αυτά τα γονίδια. Το γενετικό τεστ, με το οποίο διαπιστώνεται η προδιάθεση για καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών, απευθύνεται σε ανθρώπους

που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για έναν από αυτούς τους καρκίνους, λόγω βεβαρημένου οικογενειακού ιστορικού.

Σε περίπτωση που το τεστ βγει αρνητικό, ο κίνδυνος για τη γυναίκα περιορίζεται στο δείκτη του γενικού πληθυσμού. Επίσης τα παιδιά της γυναίκας αυτής, δεν διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και δεν χρειάζεται να κάνουν το τεστ.

Στην περίπτωση που το τεστ βγει θετικό, η γυναίκα κατατάσσεται στην ομάδα υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού ή των ωοθηκών. Γνωρίζοντας το αποτέλεσμα, η κάθε γυναίκα έχει τη δυνατότητα να υιοθετήσει τον κατάλληλο τρόπο ζωής, ώστε να μειώσει τις πιθανότητες προσβολής της από τη νόσο. Επίσης, αλλάζει η ιατρική της παρακολούθηση και αντιμετώπιση. Η ίδια η γυναίκα, πάντα σε συνεργασία με τον ιατρό της, έχει τη δυνατότητα να επιλέξει τις διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους που θα ακολουθηθούν στην περίπτωση της. Σκοπός είναι, η διάγνωση να γίνει όσο το δυνατόν πιο έγκαιρα, έτσι ώστε η θεραπεία να αποφέρει τα καλύτερα αποτελέσματα, ή ακόμη και να περιορισθεί η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου.⁸

Κεφάλαιο 7: Σταδιοποίηση



Η σταδιοποίηση της νεοπλασματικής νόσου ορίζει κατ' αρχήν έναν κοινό κώδικα επικοινωνίας μεταξύ των κλινικών, ώστε να προσδιορίζεται με ακρίβεια και συντομία η ιδιαίτερη περίπτωση που αποτελεί κάθε ασθενής με καρκίνο. Επιπλέον, κάθε σύστημα σταδιοποίησης δημιουργείται με σκοπό να προσεγγίσει με τη μεγαλύτερη ακρίβεια την πρόγνωση κάθε συγκεκριμένης περίπτωσης καθώς και να υποδείξει την καταλληλότερη θεραπευτική αγωγή. Ο σκοπός της είναι να καθορίσει την ανατομική έκταση της νόσου τη δεδομένη στιγμή καθώς και την τάση για επέκταση-εξέλιξη αυτής έτσι ώστε να επιλεγεί η ιδανική θεραπευτική προσέγγιση. Προϋποθέτει την αντικειμενική ανάλυση όλων των σχετικών κλινικών και παθολογοανατομικών στοιχείων. Δυστυχώς όλα τα συστήματα ταξινόμησης που έχουν δημιουργηθεί μέχρι σήμερα αδυνατούν να εξασφαλίσουν με βεβαιότητα την πρόβλεψη της βιολογικής συμπεριφοράς της νόσου.

Όσο ακριβέστερα μπορεί να καθοριστούν διακριτές κατηγορίες ασθενών που θα πρέπει να υποβληθούν σε ανάλογη θεραπεία, τόσο περισσότεροι θα μειωθούν οι ασθενείς με επιθετική νόσο που υποθεραπεύονται, όσο και αυτοί με περιορισμένη νόσο που υπερθεραπεύονται.

Το σύστημα TNM, ακροστιχίδα των αγγλικών λέξεων Tumor-Nodes-Metastases, βασίζεται στο μέγεθος και την ανατομική έκταση του όγκου και παραμένει το κύριο σύστημα ταξινόμησης έως σήμερα. Υπάρχουν κλινικά και παθολογοανατομικά κριτήρια στο TNM για την προ- και μετεγχειρητική αντίστοιχα ταξινόμηση.⁹

Σύστημα TNM – Σταδιοποίηση όγκου-Tumor (T)

TX Αδυναμία εκτίμησης του πρωτοπαθούς όγκου

T0 Απουσία ενδείξεων πρωτοπαθούς όγκου

Tis Καρκίνος in situ:

Ενδοτορικός

Λοβιακός

Νόσος Paget της θηλής

T1 Πρωτοπαθής όγκος μεγίστης διαμέτρου ≤ 2 εκ

T1a Πρωτοπαθής όγκος μεγίστης διαμέτρου ≤ 0.5 εκ.

T1b Πρωτοπαθής όγκος μεγίστης διαμέτρου >0.5 και ≤ 1.0 εκ.

- T1c** Πρωτοπαθής όγκος μεγίστης διαμέτρου >1.0 και ≤ 2.0 εκ.
- T2** Πρωτοπαθής όγκος μεγίστης διαμέτρου >2.0 και ≤ 5.0 εκ.
- T3** Πρωτοπαθής όγκος μεγίστης διαμέτρου >5.0 εκ.
 - T3a** Χωρίς καθήλωση στο μείζονα θωρακικό ή την υποκείμενη περιτονία
 - T3b** Με καθήλωση στο μείζονα θωρακικό ή την υποκείμενη περιτονία
- T4** Πρωτοπαθής όγκος με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή και στο δέρμα
 - T4a** Επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα
 - T4b** Οίδημα (φλοιός πορτοκαλιού), εξέλκωση, διήθηση, δορυφόρα οζίδια στο δέρμα του μαστού
 - T4c** Συνύπαρξη T4a και T4b
 - T4d** Φλεγμονώδης καρκίνος

Σύστημα TNM - Σταδιοποίηση επιχώριων λεμφαδένων-Nodes (N)

- NX** Αδυναμία εκτίμησης των επιχώριων λεμφαδένων (π.χ. αφαίρεση κατά το παρελθόν)
- N0** Απουσία μετάστασης στους επιχώριους λεμφαδένες
- N1** Μετάσταση σε κινητούς, ομόπλευρους μασχαλιαίους λεμφαδένες
- N2** Μετάσταση σε ομόπλευρους μασχαλιαίους λεμφαδένες, συμφομένους μεταξύ τους ή με γειτονικά ανατομικά στοιχεία
- N3** Μετάσταση σε ομόπλευρους έσω μαστικούς λεμφαδένες

Σύστημα TNM – Σταδιοποίηση μεταστάσεων

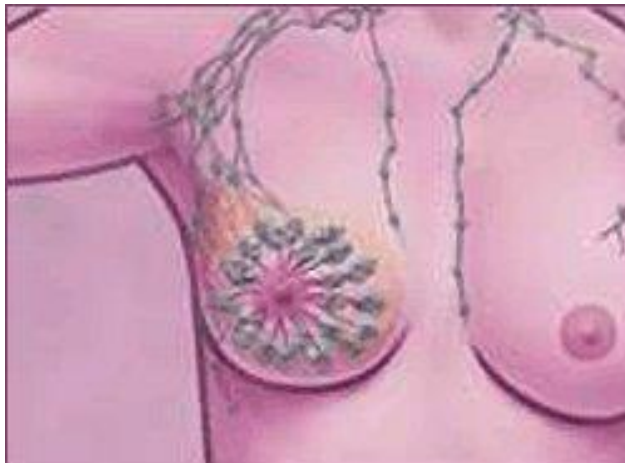
Ανάλογα με την ανάδειξη ή όχι μεταστάσεων το σύστημα TNM περιέχει τρεις υποκατηγορίες στο σκέλος M:

- n MX και** Αδυναμία εκτίμησης ύπαρξης μεταστάσεων

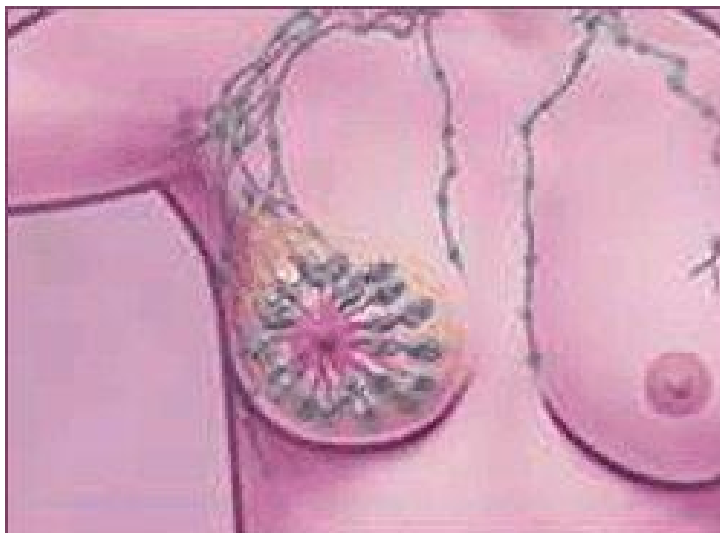
n **M0** και Απουσία μεταστάσεων

n **M1** και Ύπαρξη μεταστάσεων (και αυτές στους σύστοιχους υπερκλείδιους λεμφαδένες)

Ανάλογα με την εντόπισή τους έχουμε μεταστάσεις πνευμονικές (PUL), οστικές (OSS), ηπατικές (HEP), εγκεφαλικές (BRA), λεμφαδενικές (LYM), μυελού οστών (MAR), υπεζωκοτικές (PLE), περιτοναϊκές (PER), δερματικές (SKI), άλλες (ΟΤΗ).^{7,9,10}



ΣΤΑΔΙΟ 0 (Tis, N0, M0)



ΣΤΑΔΙΟ I (T1, N0, M0)



ΣΤΑΔΙΟ II

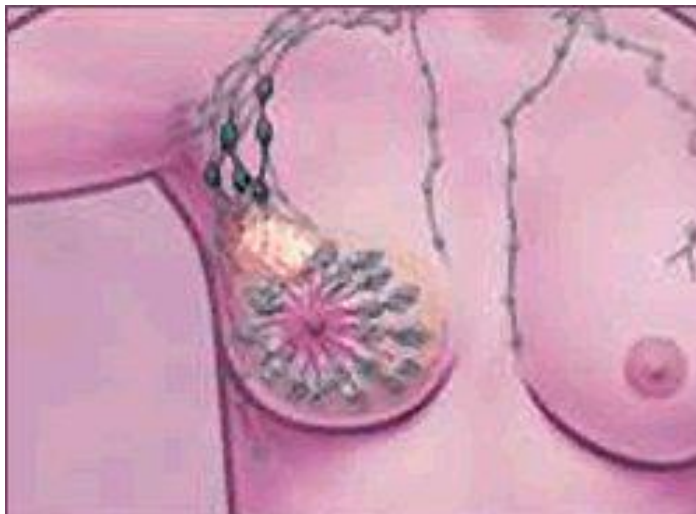
IIA = T0, N1, M0

T1, N1, M0

T2, N0, M0

IIB = T2, N1, M0

T3, N0, M0



ΣΤΑΔΙΟ III

IIIA = T0, N2, M0

T1, N2, M0

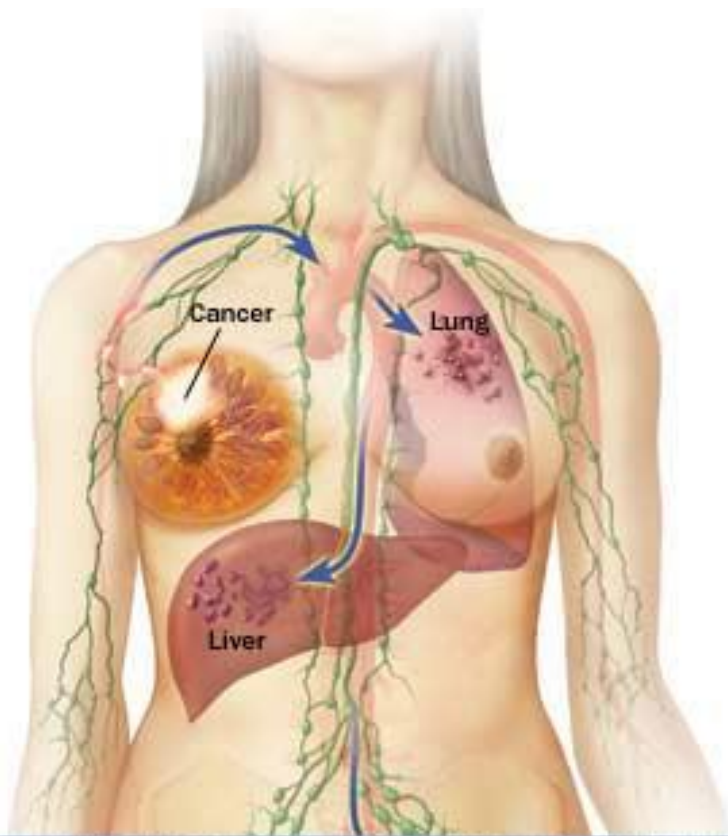
T2, N2, M0

T3, N1, M0

T3, N2, M0

IIB = T4, any N, M0

Any T, N3, M0



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

ΣΤΑΔΙΟ IV (any T, any N, M1)

Κεφάλαιο 8: Μέθοδοι θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού



8.1.Χειρουργική θεραπεία

Από την εποχή που ο Halsted (1891) περιέγραψε τη γνωστή μέθοδο της ριζικής μαστεκτομής, επί 7 δεκαετίες περίπου η εγχείρηση αυτή ήταν η θεραπεία εκλογής για ασθενείς με χειρουργήσιμο καρκίνο του μαστού. Στη συνέχεια όμως άλλες εγχειρήσεις, λιγότερο ριζικές, εφαρμόστηκαν για καλύτερο κοσμητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα, χωρίς να υστερούν της ριζικής μαστεκτομής ως προς την επιβίωση.

Τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να διαγράφεται μια τάση προς λιγότερο ριζικές εγχειρήσεις, με σκοπό τη διατήρηση του μαστού και την αποφυγή ως εκ τούτου του φυσικού και ψυχικού ακρωτηριασμού σε γυναίκες με καρκίνο σε πρώιμο στάδιο.⁹

8.1.1.Χειρουργικές επεμβάσεις για τον καρκίνο του μαστού

Ως επέμβαση διατήρησης του μαστού ορίζεται η εκτομή του πρωτοπαθούς όγκου και του παρακείμενου μαζικού ιστού (ογκεκτομή, μερική μαστεκτομή, τμηματική μαστεκτομή, τεταρτεκτομή), που συνδυάζεται με χειρουργική εκτίμηση της σύστοιχης μασχάλης και που συνήθως ακολουθείται από ακτινοθεραπεία.

α. Απλή μαστεκτομή: Η εκτομή ολόκληρου του μαστού.

β. Εκτεταμένη ολική μαστεκτομή: Η ολική εκτομή του μαστού και ο πλήρης μασχαλιαίος λεμφαδενικός καθαρισμός, χωρίς αφαίρεση ή διατομή του μείζονος ή του ελάσσονος θωρακικού μυός (Είναι ο συχνότερα χρησιμοποιούμενος τα τελευταία χρόνια τύπος μαστεκτομής).

γ. Ριζική μαστεκτομή: Διακρίνεται σε κλασική ριζική μαστεκτομή κατά Halsted, στην οποία εκτέμνεται ο μαστός, το περιεχόμενο της μασχάλης, ο μείζων και ελάσσων θωρακικός μυς και σε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή κατά Patey, στην οποία -σε αντίθεση με την κλασική- διατηρείται ο μείζων, αλλά διατέμνεται ο ελάσσων θωρακικός μυς.

Τα αποτελέσματα πολλών ερευνών, τόσο προοπτικών τυχαιοποιημένων, όσο και αναδρομικών, έχουν δείξει ότι η μαστεκτομή και η χειρουργική διατήρησης του μαστού (BCS) σε κατάλληλα επιλεγμένες ασθενείς, είναι ισοδύναμες όσον αφορά την επιβίωση.

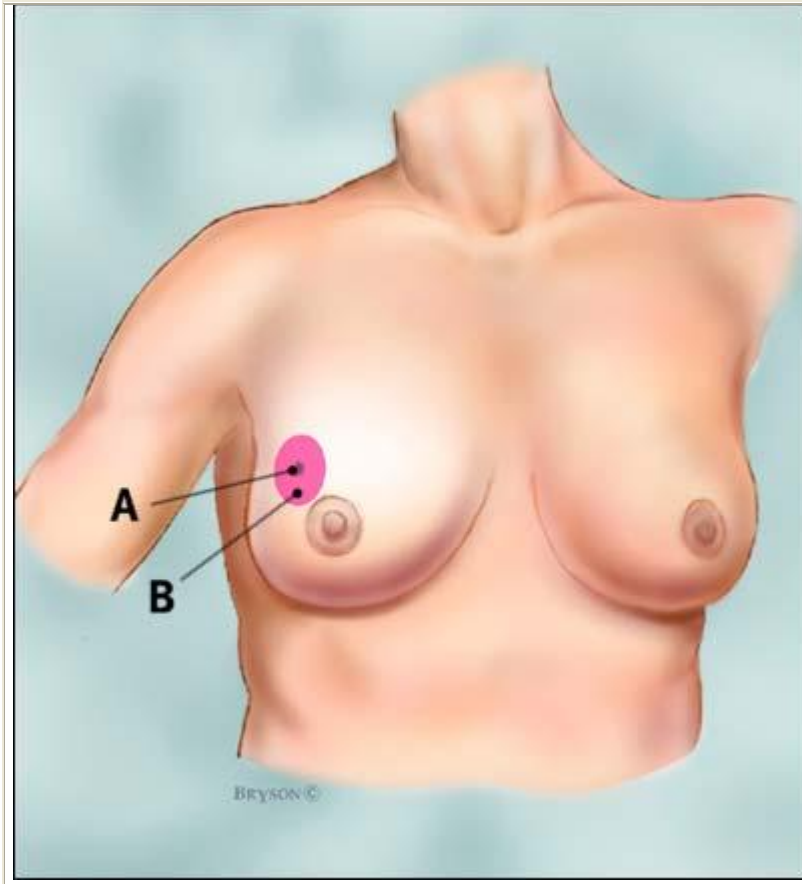
Τα παρακάτω στοιχεία προσδιορίζουν την καταλληλότητα για BCS και καθορίζουν το ισοζύγιο μεταξύ του ελέγχου της τοπικής-περιοχικής νόσου και της ελάχιστης εκτομής ιστών:

- α) Η χορήγηση μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας
- β) Το αισθητικό αποτέλεσμα στο μαστό
- γ) Η δυνατότητα ογκεκτομής με αρνητικά όρια.

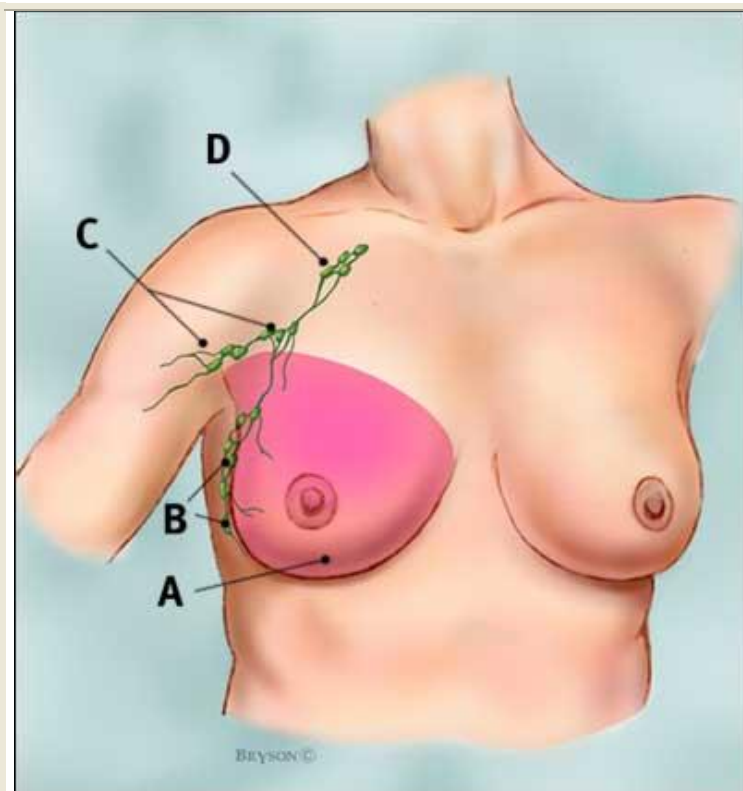
Η διατήρηση του μαστού εμπεριέχει τον κίνδυνο τοπικής υποτροπής ή ανάπτυξης νέου πρωτοπαθούς καρκίνου στον διατηρημένο μαστό. Ενώ όμως η τοπική υποτροπή μετά από μαστεκτομή συνήθως είναι προάγγελος συστηματικής νόσου, η υποτροπή μετά από BCS συνήθως είναι μεμονωμένο συμβάν που μπορεί να αντιμετωπιστεί με νέα χειρουργική επέμβαση (συνήθως μαστεκτομή). Οπωσδήποτε όμως πρέπει να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για την εξαρχής επίτευξη τοπικού ελέγχου της νόσου.

Στόχος της BCS πρέπει να είναι το ποσοστό 10ετούς τοπικής υποτροπής να κυμαίνεται μεταξύ 5% έως 10%, δηλαδή μικρότερο από 1% ανά έτος.

Χειρουργήσιμος θεωρείται ο καρκίνος μαστού σταδίων I, II, IIIA και ο χειρουργήσιμος σταδίου IIIC (Το στάδιο IIIC περιλαμβάνει ασθενείς με οποιοδήποτε T και pN3. Ασθενείς με pN3a και pN3b θεωρούνται χειρουργήσιμες, ενώ με pN3c μη χειρουργημένες).^{7,9,10}

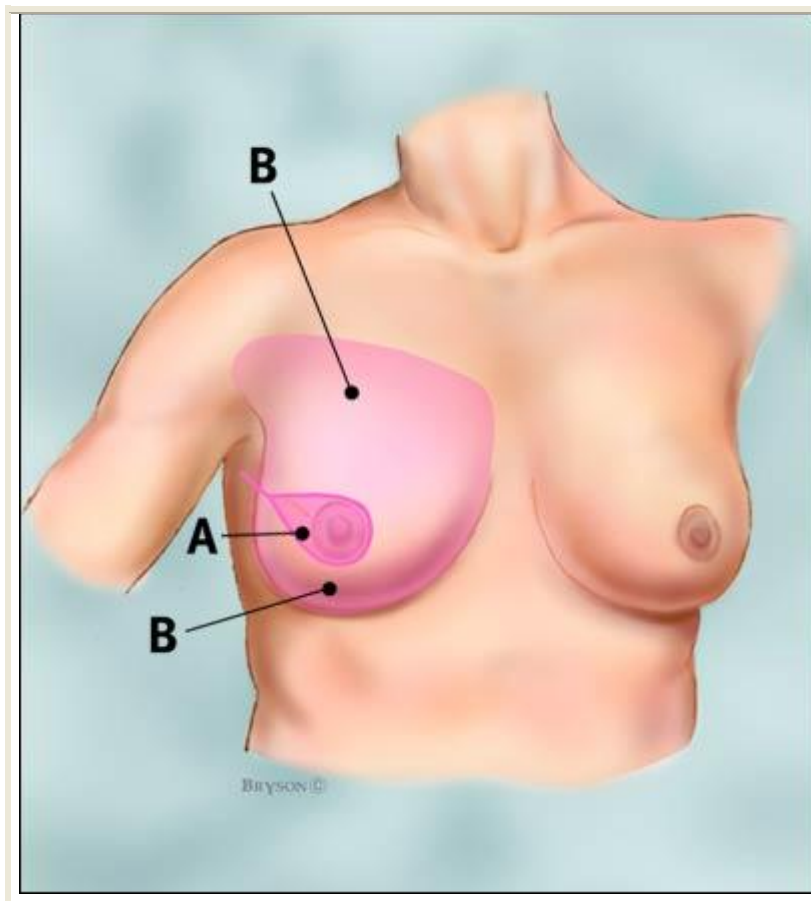


Ογκεκτομή - Αποτελεί αποδεκτή μέθοδο αντιμετώπισης για ορισμένες περιπτώσεις καρκίνων του μαστού, συνήθως όμως πρέπει να συμπληρώνεται με ακτινοθεραπεία στον υπόλοιπο μαστό, με σκοπό να καταστραφούν κάποια καρκινικά κύτταρα που πιθανόν υπάρχουν εκεί

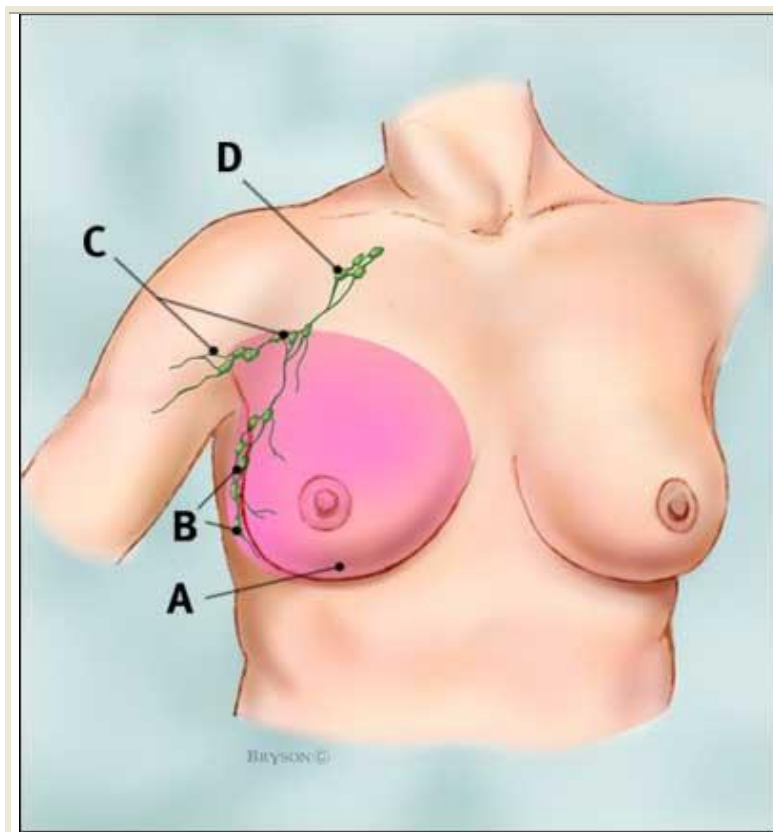


Απλή μαστεκτομή - Αφαιρείται ολόκληρος ο μαστός χωρίς να γίνει λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης. Πιθανόν να αφαιρεθούν κάποιοι λεμφαδένες (επιπέδου I) οι οποίοι βρίσκονται πολύ κοντά στον μαστό

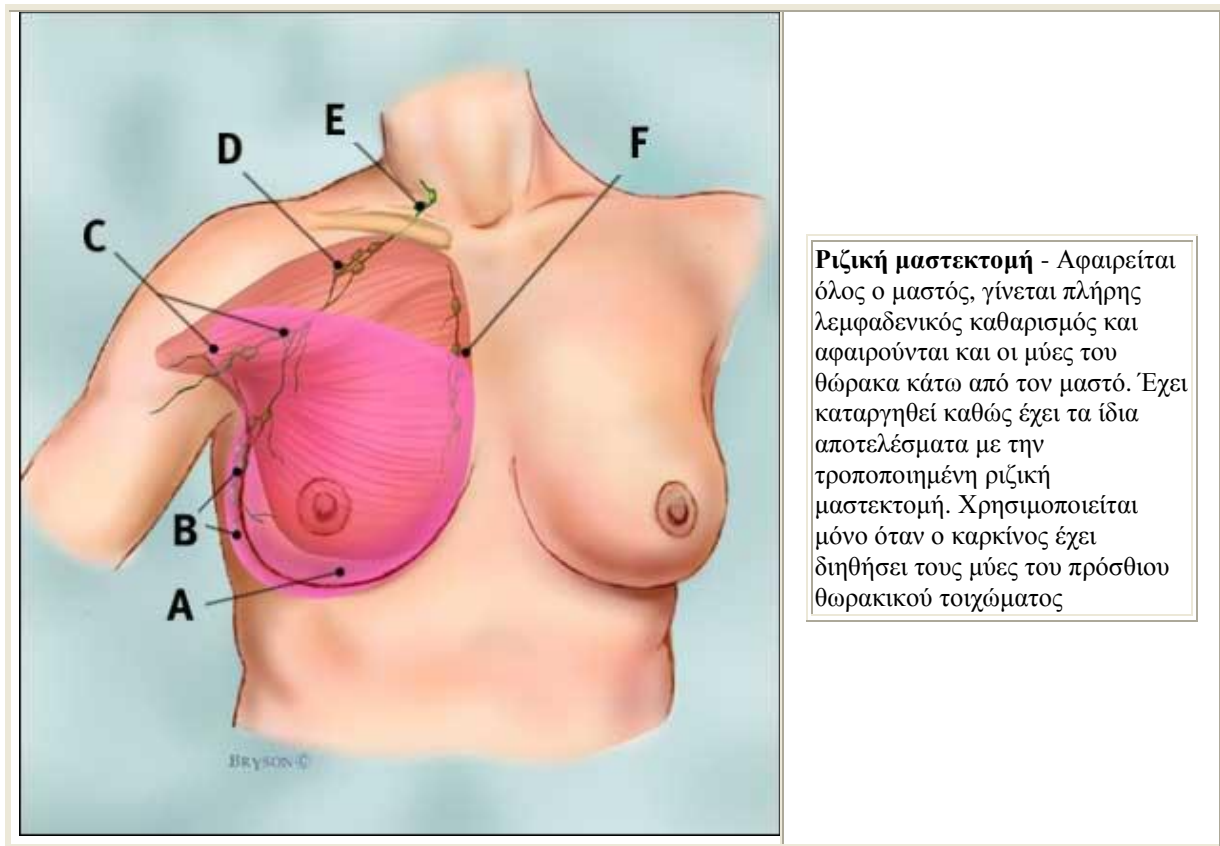
- A. Μαστός
- B. Λεμφαδένες επιπέδου I
- C. Λεμφαδένες επιπέδου II
- D. Λεμφαδένες επιπέδου III



Υποδόριος μαστεκτομή - Εφαρμόζεται όταν υπάρχει προοπτική για αποκατάσταση του μαστού με κάποια μέθοδο επανορθωτικής πλαστικής χειρουργικής. Προϋπόθεση να αφαιρείται πάντα η θηλή του μαστού και να μην διηθείται το δέρμα από τον καρκίνο
 Α. Το τμήμα δέρματος που αφαιρείται μαζί με την θηλή
 Β. Η έκταση του αδένου που αφαιρείται



Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή - Είναι η συχνότερα εφαρμοζόμενη μέθοδος μαστεκτομής. Γίνεται αφαίρεση όλου του μαστού και λεμφαδενικός καθαρισμός μασχάλης επιπέδων I και II



8.1.2. Πρωτοπαθής όγκος

Η κρίσιμότερη παράμετρος στην BCS είναι η ευρεία εκτομή της πρωτοπαθούς βλάβης. Η επίτευξη αρνητικών μικροσκοπικών ορίων τριγύρω του όγκου πρέπει οπωσδήποτε να επιτυγχάνεται, ακόμα και εάν αυτό σημαίνει επανεγχείρηση. Είναι επιθυμητό η ασθενής να οδηγείται στο χειρουργείο διαγνωσμένη και η διάγνωση του καρκίνου να έχει επιβεβαιωθεί αρχικά με βιοψία τεμαχίου του όγκου με βελόνη μεγάλης διαμέτρου (core needle biopsy). Αφού τεκμηριωθεί η διάγνωση πρέπει να γίνει η ενδεδειγμένη θεραπευτική επιλογή. Η πλειονότητα των ασθενών με όγκους T1 ή μικρούς T2 (<3cm) προσφέρεται για BCS. Η BCS μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί σε επιλεγμένους όγκους με μεγαλύτερο μέγεθος, εφόσον υπάρχει η δυνατότητα επαρκούς εκτομής με αρνητικά όρια και αποδεκτό αισθητικό αποτέλεσμα. Στις περιπτώσεις αυτές με τις ογκοπλαστικές τεχνικές μπορεί να επιτευχθεί ευρεία εκτομή με αρνητικά όρια και καλό αισθητικό αποτέλεσμα. Η ογκοπλαστική χειρουργική, με την προϋπόθεση να μην αποκλίνει από τις αρχές της χειρουργικής ογκολογίας, μπορεί να διευρύνει της ενδείξεις της BCS. Οι τεχνικές ανάπλασης του

μαστού όταν χρησιμοποιούνται, πρέπει να εφαρμόζονται στην αρχική επέμβαση, διότι είναι δύσκολη η επιδιόρθωση ενός κακού αποτελέσματος εκ των υστέρων, μετά την ακτινοθεραπεία.^{9,10}

8.1.3.Κρίσιμα χαρακτηριστικά για την επιλογή της χειρουργικής επέμβασης

1. Ιστορικό και κλινική εξέταση
2. Αξιολόγηση της μαστογραφικής εικόνας και λοιπών απεικονιστικών εξετάσεων.
3. Ιστολογική εκτίμηση του χειρουργικού παρασκευάσματος.
4. Συνεκτίμηση των προτιμήσεων και προσδοκιών της ασθενούς.
5. Ιστορικό και κλινική εξέταση

Η ηλικία βέβαια δεν αποτελεί κριτήριο επιλογής. Η νεαρή ηλικία αυξάνει τις πιθανότητες τοπικής υποτροπής, αλλά το γεγονός αυτό δεν αποκλείει τη διατήρηση του μαστού. Εάν αποκλειστούν οι λοιποί παράγοντες η επιβίωση δεν επηρεάζεται από την επιλογή της BCS σε νέες ασθενείς (<40 ετών), οι οποίες όμως πρέπει να ενημερώνονται για τον δυνητικό κίνδυνο υψηλότερων ποσοστών τοπικής υποτροπής. Επίσης πρέπει να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για τον έλεγχο των ορίων εκτομής.

Στις ηλικιωμένες ασθενείς οι παράγοντες που θα καθορίσουν την τοπική θεραπεία είναι η φυσιολογική ηλικία και η παρουσία άλλων νόσων. Υπάρχει διχογνωμία εάν η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία μπορεί να αποφευχθεί σε μεγαλύτερες ασθενείς οι οποίες θα λάβουν συμπληρωματική ορμονοθεραπεία μετά την τοπική εκτομή. Δεν αμφισβητείται το γεγονός ότι η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία ωφελεί όλες τις ηλικιακές ομάδες, αλλά το όφελος στις ηλικιωμένες ασθενείς μπορεί να είναι μικρό, οπότε πρέπει να εξετασθεί η απόφαση στις περιπτώσεις αυτές.

Πρέπει να τονιστεί ότι κατά την κλινική εξέταση η παρουσία εισολκής του δέρματος, της θηλής, ή του μαζικού παρεγχύματος δεν αποτελεί ένδειξη τοπικά προχωρημένης νόσου και δεν είναι αντενδείξεις διατήρησης του μαστού.⁹

8.1.4.Απόλυτες και σχετικές αντενδείξεις διατήρησης του μαστού (ενδείξεις μαστεκτομής)

Για την επιλογή των ασθενών κατάλληλων να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού και ακτινοθεραπεία υπάρχουν απόλυτες και σχετικές αντενδείξεις.

8.1.5.Απόλυτες αντενδείξεις

1. Ασθενείς με 2 ή περισσότερους όγκους σε ξεχωριστά τεταρτημόρια του μαστού ή με διάχυτες μικροαποπιτανώσεις κακοήθους εμφάνισης.
2. Ιστορικό προηγηθείσης ακτινοθεραπείας στην περιοχή του μαστού.
3. Κύηση 1ου και 2ου τριμήνου. Η κύηση αποτελεί απόλυτη αντένδειξη για τη χρήση ακτινοθεραπείας στο μαστό. Σε αρκετές όμως περιπτώσεις μπορεί η έγκυος ασθενής να υποβληθεί σε χειρουργική διατήρησης του μαστού στο 3ο τρίμηνο της κύησης και σε ακτινοθεραπεία μετά από τον τοκετό.
4. Θετικά όρια εκτομής που επιμένουν μετά από ένα λογικό αριθμό χειρουργικών προσπαθειών εκτομής του όγκου επί υγιών ορίων (Δεν υπάρχει προκαθορισμένο όριο για τον αριθμό των προσπαθειών επανεκτομής, αλλά επανειλημμένες ανεπιτυχείς απόπειρες: α) μπορεί να σημαίνουν εκτεταμένο καρκινικό φορτίο στο μαστό, β) καθυστερούν την χορήγηση συμπληρωματικής μετεγχειρητικής θεραπείας, γ) επηρεάζουν αρνητικά το αισθητικό αποτέλεσμα).⁹

8.1.6.Σχετικές αντενδείξεις

1. Ιστορικό νόσου του κολλαγόνου αποτελεί σχετική αντένδειξη διατήρησης του μαστού, διότι οι ασθενείς αυτές δεν ανέχονται ικανοποιητικά την ακτινοθεραπεία. Οι περισσότεροι ακτινοθεραπευτές δεν ακτινοβολούν ασθενείς που πάσχουν από σκληρόδερμα ή ενεργό ερυθηματώδη λύκο, θεωρώντας αυτές τις νόσους απόλυτη αντένδειξη. (Η ρευματοειδής αρθρίτις δεν είναι αντένδειξη).
2. Ασθενείς με πολλούς μακροσκοπικούς όγκους στο ίδιο τεταρτημόριο και ακαθόριστες αποπιτανώσεις πρέπει να εξετάζονται λεπτομερώς εάν

προσφέρονται για διατήρηση του μαστού, διότι δεν υπάρχουν τεκμηριωμένες μελέτες αυτών των περιπτώσεων.

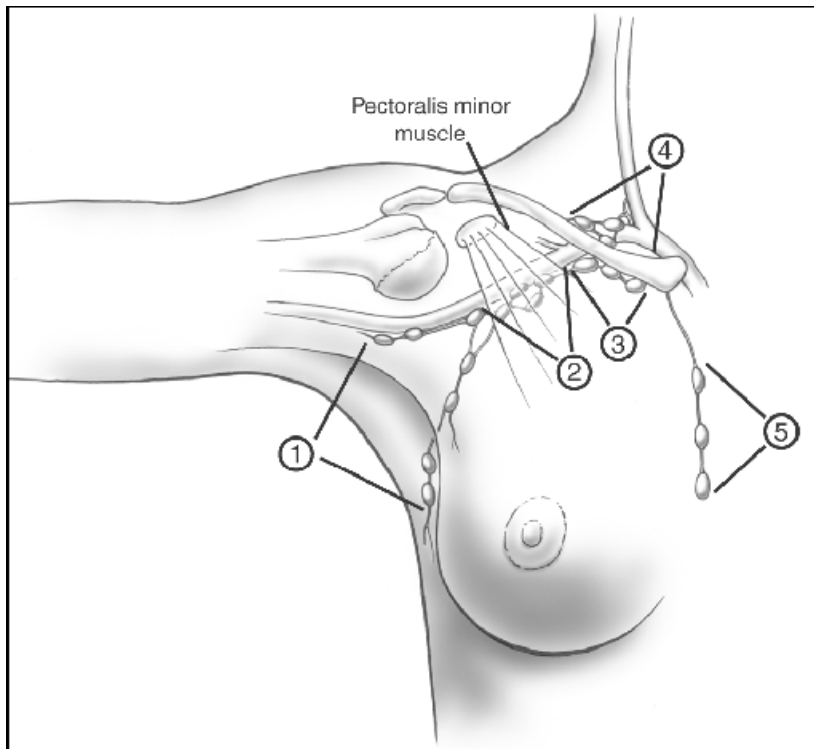
3. Το μέγεθος του όγκου δεν αποτελεί απόλυτη αντένδειξη για BCS, παρά τον περιορισμένο αριθμό μελετών ασθενών με όγκους μεγέθους μεγαλύτερου των 4-5cm. Η παρουσία όμως μεγάλου όγκου σε μικρό μαστό, όπου η επαρκής εκτομή συνεπάγεται πτωχό αισθητικό αποτέλεσμα είναι σχετική αντένδειξη. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να εξεταστεί η προεγχειρητική χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία, καθώς και η χρήση ογκοπλαστικών τεχνικών ανακατασκευής του μαστού, εφόσον η ασθενής επιθυμεί τη διατήρηση του μαστού της. Το μέγεθος του μαστού μπορεί να είναι σχετική αντένδειξη. Ασθενείς με μεγάλους ή κρεμάμενους μαστούς μπορούν να υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία εάν είναι τεχνικώς δυνατή η επίτευξη επαρκούς ομοιογένειας της δόσης της ακτινοβολίας.⁹

8.2. Προεγχειρητική χημειοθεραπεία και διατήρηση του μαστού

Η προεγχειρητική χημειοθεραπεία (ΧΜΘ) αποτελεί την κλασική αντιμετώπιση του τοπικά προχωρημένου καρκίνου του μαστού, με ποσοστά ανταπόκρισης περίπου 80%. Έτσι ο όγκος μπορεί να καταστεί χειρουργήσιμος και επίσης εκτιμάται *in vivo* η ευαισθησία του στην χημειοθεραπεία. Η χειρουργική παράμετρος αντιμετώπισης των ασθενών αυτών είναι σημαντική, διότι τα ποσοστά τοπικής υποτροπής είναι υψηλότερα όταν η ακτινοθεραπεία είναι η μόνη τοπική αγωγή που εφαρμόζεται μετά από την προεγχειρητική χημειοθεραπεία. Η προεγχειρητική χημειοθεραπεία είναι λογική και ασφαλής θεραπευτική προσέγγιση για καρκίνο μαστού οποιουδήποτε σταδίου εφόσον είμαστε βέβαιοι ότι πρέπει μετεγχειρητικώς να χορηγηθεί χημειοθεραπεία. Ο κίνδυνος υπερθεραπείας μειώνεται όταν τεκμηριωθεί ότι ο όγκος είναι διηθητικός, αφού η χημειοθεραπεία δεν ενδείκνυται για μεγάλου μεγέθους ή ψηλαφητό DCIS. Η προεγχειρητική χημειοθεραπεία δεν καθιστά ασθενείς με πολλούς όγκους ή διάχυτες αποτιτανώσεις κατάλληλες για διατήρηση του μαστού ανεξάρτητα από τον βαθμό συρρίκνωσης του όγκου.^{9,10}

8.3.Λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης

Η πιο συχνή αρχική θέση επέκτασης του καρκίνου του μαστού είναι οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Πολλά χαρακτηριστικά του πρωτοπαθούς όγκου σχετίζονται με την επίπτωση της διήθησης της μασχάλης τη στιγμή της διάγνωσης, όπως το μέγεθος του όγκου και το κλινικό στάδιο, ο βαθμός διαφοροποίησης (grade) όγκου, η λεμφαγγειακή διήθηση και η ηλικία. Η κατάσταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων είναι σημαντικός προγνωστικός παράγων σε ασθενείς με χειρουργήσιμο καρκίνο του μαστού και παραμένει ισχυρός προγνωστικός δείκτης της υποτροπής και της επιβίωσης.



Μασχαλιαίοι λεμφαδένες

1. ΕΠΙΠΕΔΟ I, (Χαμηλό) [Λεμφαδένες επί τα εκτός του ελάσσονος θωρακικού μύος]
2. ΕΠΙΠΕΔΟ II, (Μεσαίο) [Λεμφαδένες πίσω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ]
3. ΕΠΙΠΕΔΟ III, (Υψηλό-κορυφαίο) [Λεμφαδένες επί τα εντός του ελάσσονος θωρακικού μύος]
4. Υπερκλείδιοι λεμφαδένες

5. Λεμφαδένες έσω μαστικής

Ο ακριβής προσδιορισμός της κατάστασης των μασχαλιαίων λεμφαδένων είναι σημαντικός για

- α) την σταδιοποίηση,
- β) την πρόγνωση,
- γ) την καθοδήγηση για την επιλογή της θεραπείας και
- δ) τον τοπικό έλεγχο της νόσου.

Οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες διηθούνται συνήθως διαδοχικά: Αρχικά του επιπέδου I, κατόπιν του επιπέδου II και τελικά του επιπέδου III. Μπορεί όμως να συμβεί και μεμονωμένη διήθηση του επιπέδου II και/ή του επιπέδου III (διήθηση «καθ'άλλατα» “skip involvement”). Η διήθηση μόνο του επιπέδου III είναι σπάνια και συμβαίνει σε <3% των ασθενών.

Η 5ετής και 10ετής συνολική επιβίωση και η επιβίωση ελεύθερης νόσου επιδεινώνονται με την αύξηση του αριθμού των διηθημένων λεμφαδένων. Ο αριθμός επίσης των μεταστατικών μασχαλιαίων λεμφαδένων σχετίζεται με την τοπική – περιοχική υποτροπή. Οι υποτροπές αυτές εμφανίζονται κυρίως στο θωρακικό τοίχωμα, στις παραστερνικές και στις υπερκλείδιες χώρες.

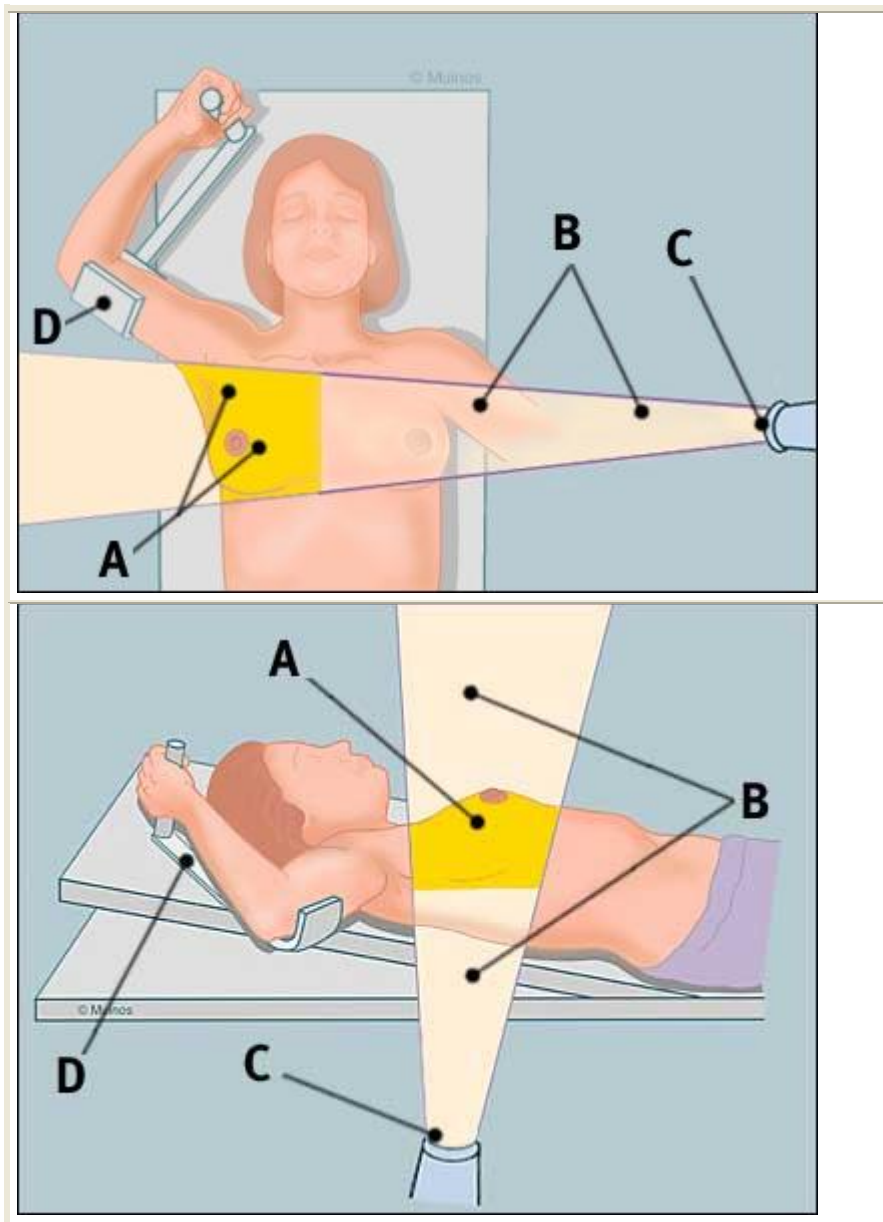
Σε ασθενή που υποβάλλεται σε μαστεκτομή, ο μασχαλιαίος λεμφαδενικός καθαρισμός γίνεται μέσω της τομής της μαστεκτομής, ενώ σε επέμβαση διατήρησης του μαστού εκτελείται με ξεχωριστή τομή, διότι η συνεχής τομή από το μαστό στη μασχάλη έχει ως αποτέλεσμα δυσμορφία που μπορεί να αποφευχθεί.

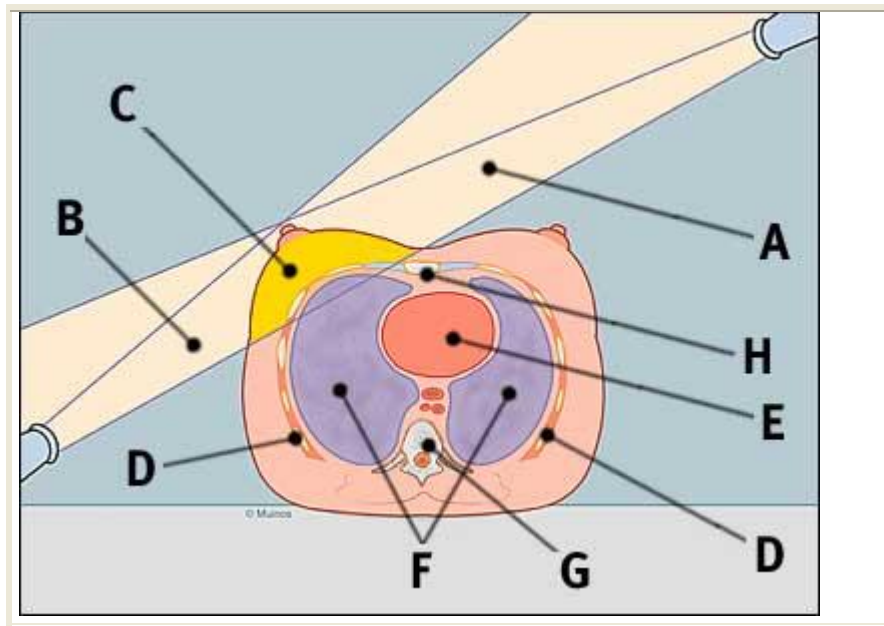
Σήμερα οι γυναίκες είναι περισσότερο ενημερωμένες για τον καρκίνο του μαστού και η μαστογραφία χρησιμοποιείται ευρέως σε προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου, με αποτέλεσμα οι ασθενείς κατά την αρχική διάγνωση να έχουν μικρότερους όγκους, χαμηλότερη πιθανότητα διηθημένων λεμφαδένων και λιγότερους διηθημένους λεμφαδένες.¹⁰

8.4.Επικουρική ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού

Η ακτινοθεραπεία μετά από χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο για επανεμφάνιση της νόσου στο μαστό και στις γειτνιάζουσες περιοχές. Η χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού μπορεί να είναι μαστεκτομή για προχωρημένα στάδια ή μόνο αφαίρεση του όγκου όταν πρόκειται για αρχικά στάδια. Η ακτινοθεραπεία μετά από τη μαστεκτομή μπορεί να

έχει θετικές επιδράσεις στην επιβίωση των ασθενών. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η ακτινοθεραπεία βελτιώνει τις πιθανότητες επιβίωσης και για τις ασθενείς με αρχικά στάδια καρκίνου μαστού. Η πιο πιθανή εξήγηση για το γεγονός ότι υπάρχει βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών λόγω ακτινοθεραπείας μετά από συντηρητική χειρουργική επέμβαση στα αρχικά στάδια καρκίνου του μαστού, είναι ότι επιτυγχάνεται καλύτερος έλεγχος της ασθένειας τοπικά.¹²





Η ακτινοθεραπεία που ακολουθεί την αφαίρεση του όγκου, μειώνει τον κίνδυνο επανεμφάνισης του, στην περιοχή που αρχικά εμφανίστηκε. Πετυχαίνοντας αυτό, μειώνει τον κίνδυνο για μεταστάσεις σε άλλα όργανα και ιστούς του οργανισμού. Η χρησιμότητα της ακτινοθεραπείας στα αρχικά στάδια του καρκίνου του μαστού εξετάστηκε από ερευνητές από το Βέλγιο και τις Ηνωμένες Πολιτείες οι οποίοι αξιολόγησαν 15 διεθνείς θεραπευτικές δοκιμές στις οποίες έλαβαν μέρος περισσότερες από 9.000 γυναίκες.

Όλες οι γυναίκες στις εν λόγω μελέτες, είχαν υποβληθεί σε αφαίρεση του όγκου (συντηρητική προσέγγιση) για αρχικό στάδιο καρκίνου μαστού. Από αυτές περίπου οι μισές, έλαβαν ακτινοθεραπεία. Στην ανάλυση τους οι γιατροί διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες με αρχικά στάδια καρκίνου του μαστού, οι οποίες δεν ελάμβαναν ακτινοθεραπεία μετά από τη συντηρητική χειρουργική επέμβαση, είχαν 8,6% μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων σε σύγκριση με αυτές οι οποίες ελάμβαναν ακτινοθεραπεία. Οι γυναίκες που δεν έπαιρναν ακτινοθεραπεία, είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν τοπική υποτροπή της ασθένειάς τους.

Τα αποτελέσματα αυτά ενδυναμώνουν αυτό που ακολουθείται σήμερα στις περισσότερες περιπτώσεις καρκίνων μαστού στα αρχικά στάδια. Σύμφωνα με τις συστάσεις των Εθνικών Ινστιτούτων Υγείας (National Institutes of Health) των Ηνωμένων Πολιτειών, η ακτινοθεραπεία είναι αναγκαία για όλες τις γυναίκες οι οποίες υποβάλλονται σε συντηρητική επέμβαση (ογκεκτομή) για καρκίνο του μαστού.

Επίσης για τις πλείστες περιπτώσεις συστήνεται συμπληρωματική χημειοθεραπεία. Η χημειοθεραπεία μπορεί να σκοτώσει όλα τα υπολειπόμενα καρκινικά κύτταρα που πιθανόν να παραμένουν είτε τοπικά στο μαστό είτε αλλού στο σώμα.

Οι σύγχρονες τεχνικές ακτινοθεραπείας μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο λόγω ακτινοβολίας της καρδιάς και έτσι μειώνονται οι κίνδυνοι μακροχρόνιων επιπλοκών. Σε ορισμένες περιπτώσεις γυναικών μπορούν να υπάρχουν ιδιαίτερες περιστάσεις όπως για παράδειγμα προηγηθείσα ακτινοθεραπεία ή άλλα προβλήματα. Στις περιπτώσεις πρέπει εξατομικευμένα να ληφθούν υπ' όψη τα υπέρ και τα κατά της ακτινοθεραπείας.

Το κυριότερο μειονέκτημα της ακτινοθεραπείας είναι η καρδιοτοξικότητα, ιδιαίτερα σε όγκους του αριστερού μαστού, η οποία πάντως έχει μειωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια χάρη στην πρόοδο της τεχνολογίας. Σήμερα το ερευνητικό ενδιαφέρον σε ότι αφορά την επικουρική ακτινοθεραπεία μετά από συντηρητική επέμβαση με διατήρηση του μαστού εστιάζεται κυρίως στην ταυτοποίηση υποομάδων ασθενών στις οποίες δεν είναι απαραίτητη η ακτινοθεραπεία, καθώς και στο αν έχει πλεονεκτήματα η χορήγηση μίας τοπικής δόσης (boost) μετά από τυπική ακτινοβολία ολόκληρου του μαστού.

Διχογνωμία υπάρχει γενικώς σε ότι αφορά την ακτινοθεραπεία μετά από μαστεκτομή, γεγονός που οφείλεται στη σχετική έλλειψη στοιχείων από προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες.

Με βάση εμπειρικά κυρίως κριτήρια, ακτινοθεραπεία μετά από μαστεκτομή συνιστάται σε ασθενείς με:

- α) τέσσερις ή περισσότερους διηθημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες,
- β) όγκους T3 ή T4 και
- γ) διήθηση παρακείμενου στον όγκο δέρματος ή μυός.

Στις περιπτώσεις αυτές η ακτινοβολία εφαρμόζεται:

- α) στο θωρακικό τοίχωμα,
- β) στους υπερ- και υπο-κλειδίους λεμφαδένες (εάν υπάρχουν τέσσερις ή περισσότεροι διηθημένοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες) και
- γ) κατ' εξαίρεση στη μασχαλιαία κοιλότητα, εάν υπάρχουν κλινικά εμφανείς υπολειπόμενες μεταστάσεις.

Υπό έρευνα βρίσκονται ο ρόλος της ακτινοθεραπείας μετά από μαστεκτομή με ακτινοβολία των λεμφαδένων της έσω μαστικής καθώς και μετά από προεγχειρητική χημειοθεραπεία.¹²

8.5.Επικουρική συστηματική κυτταροτοξική χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μια από τις πιο πρόσφατες μεθόδους θεραπείας του καρκίνου του μαστού και βασίζεται στο ότι δε θεραπεύει το νεόπλασμα, αλλά επιβραδύνει την εξέλιξη του και περιορίζει τις διαστάσεις του. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι κυτταροτοξικά και ασκούν δηλητηριώδη δράση και στα κακοήθη αλλά και στα υγιή κύτταρα. Τα μεν πρώτα, επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, είναι πιο πολύ ευπαθή στα χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Η εκλογή αυτής της μεθόδου θεραπείας καθορίζεται από τους εξής παράγοντες:

1. Από τη μορφή και την ακριβή εντόπιση της νόσου.
2. Από το στάδιο εξέλιξης της νόσου
3. Από την κατάσταση της ασθενούς.
4. Από το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας.
5. Από τις συνήθειες και την πείρα των γιατρών.
6. Από την τακτική που εφαρμόζει το νοσοκομείο.

Υπάρχουν σήμερα τουλάχιστον 80 διαφορετικά είδη χημειοθεραπευτικών φαρμάκων τα οποία κάποτε αποκαλούνταν αντικαρκινικά φάρμακα. Ο κάθε τύπος χημειοθεραπευτικού φαρμάκου, έχει το δικό του τρόπο δράσης. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε μόνα τους είτε σε συνδυασμούς μεταξύ τους. Η χημειοθεραπεία που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από το είδος του καρκίνου που θα πρέπει να αντιμετωπισθεί και την έκταση που έχει πάρει στον οργανισμό τόσο τοπικά όσο και σε επίπεδο μεταστάσεων.

Η χημειοθεραπεία φτάνει σχεδόν σε όλα τα μέρη του σώματος. Αυτό βοηθά στην εξάλειψη των καρκινικών κυττάρων που έχουν διασκορπιστεί από την αρχική εστία του καρκίνου. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω δυστυχώς τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα καταστρέφουν όχι μόνο καρκινικά κύτταρα αλλά και τα υγιή, φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού. Ενώ τα καρκινικά κύτταρα συνήθως δεν ανακάμπτουν μετά από την έκθεσή τους στη χημειοθεραπεία, τα φυσιολογικά κύτταρα έχουν μηχανισμούς επιδιόρθωσης που τους επιτρέπουν να αναζωογονηθούν και να λειτουργήσουν ξανά φυσιολογικά.

Η αξία της χορήγησης επικουρικής συστηματικής κυτταροτοξικής χημειοθεραπείας (adjuvant systemic cytotoxic chemotherapy) σε σύγκριση με τη μη-

χορήγηση χημειοθεραπείας έχει εδραιωθεί από πολλά χρόνια, με τις πρώτες κλινικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν ειδικά για αυτό το σκοπό. Τα πρώτα σχήματα χημειοθεραπείας, τόσο σε επίπεδο κλινικών μελετών όσο και σε επίπεδο ρουτίνας βασίζονταν γενικώς στο συνδυασμό CMF (κυκλοφωσφαμίδη –μεθοτρεξάτη -5-φλουο-ο-ουρακίλη). Σταδιακά, στην επικουρική συστηματική κυτταροτοξική χημειοθεραπεία του καρκίνου του μαστού προστέθηκαν αρχικά οι ανθρακυκλίνες (δοξορουμπικίνη και επιρουμπικίνη) και στη συνέχεια οι ταξάνες.

Σήμερα, τα σχήματα πολύ-χημειοθεραπείας που εφαρμόζονται πιο συχνά διεθνώς είναι:

- α) ο συνδυασμός κυκλοφωσφαμίδης με μία ανθρακυκλίνη και 5-φλουο-ουρακίλη
- β) ο συνδυασμός δοξορουμπικίνης, κυκλοφωσφαμίδης με μία από τις ταξάνες (κυρίως TAC- δοσιταξέλη, δοξορουμπικίνη, κυκλοφωσφαμίδη- και AC-T -δοξορουμπικίνη, κυκλοφωσφαμίδη, πακλιταξέλη).

Τα περισσότερα από αυτά τα σχήματα χορηγούνται σε έξι κύκλους, κάθε τρεις εβδομάδες. Διεθνώς υπάρχει γενικά ομοφωνία ως προς το ότι η επικουρική συστηματική κυτταροτοξική χημειοθεραπεία ενδείκνυται σε διηθητικό καρκίνο του μαστού με θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες (ειδικά όταν υπάρχουν τέσσερις ή περισσότεροι θετικοί λεμφαδένες), ενώ αντενδείκνυται στο καρκίνωμα *in situ*, αφού πρόκειται για καθαρά τοπική νόσο.

Αν και η χορήγηση επικουρικής συστηματικής κυτταροτοξικής χημειοθεραπείας αποτελεί υπερ-θεραπεία, λόγω των πιθανών επιπλοκών της (καταβολή, έμετοι, αλωπεκία, καταστολή μυελού των οστών, φλεγμονές, μυαλγία και νευροπάθεια, καρδιοτοξικότητα, γνωσιακές διαταραχές), οι περισσότερες από τις ασθενείς αυτές δε θα αποφύγουν τελικά αυτή τη μορφή θεραπείας.

Σε ό,τι αφορά τον κατάλληλο χρόνο έναρξης χορήγησης της χημειοθεραπείας, αυτός φαίνεται ότι δε θα πρέπει να υπερβαίνει τις 60 μέρες μετά από την χειρουργική επέμβαση και κατά συνέπεια η χημειοθεραπεία πρακτικά προηγείται χρονικά της ακτινοθεραπείας.¹²

8.6.Επικουρική ενδοκρινική θεραπεία

Από τη δεκαετία του 1970 ξεκίνησε η εποχή της φαρμακευτικής ενδοκρινικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού, με την εφαρμογή της ταμοξιφαίνης. Σήμερα, οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν, ότι με βάση τα υπάρχοντα στοιχεία από

δημοσιευμένες κλινικές τυχαιοποιημένες μελέτες, η ενδεικνυόμενη επικουρική ενδοκρινική θεραπεία σε προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς με διηθητικό καρκίνο μαστού και θετικούς ορμονικούς υποδοχείς είναι η χορήγηση GnRH-αναλόγου για καταστολή της ωοθηκικής λειτουργίας για 2-3 έτη σε συνδυασμό με ταμοξιφαίνη για πέντε χρόνια.

Σε ό,τι αφορά την επικουρική ενδοκρινική θεραπεία σε μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς με διηθητικό καρκίνο μαστού και θετικούς ορμονικούς υποδοχείς, η ταμοξιφαίνη αποτέλεσε για πολλά χρόνια τη βασική θεραπευτική ουσία. Η ιδανική διάρκεια της θεραπείας με ταμοξιφαίνη θεωρείται ότι είναι τα πέντε χρόνια, με ημερήσια δόση 20mg. Ωστόσο, υπολογίζεται ότι 10% των ασθενών σταματούν την ταμοξιφαίνη λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών, στις οποίες περιλαμβάνονται εξάψεις, μυοσκελετικά άλγη, δυσάρεστες κολπικές εκκρίσεις και σπανιότερα οστεοπόρωση, θρομβοεμβολικά επεισόδια και καρκινογένεση στο ενδομήτριο.

Οι ενδοκρινικοί χειρισμοί στη θεραπεία του ορμονοευαίσθητου καρκίνου του μαστού μπορεί να είναι αφαιρετικοί (ωοθηκεκτομή, υποφυσεκτομή, επινεφριδεκτομή), προσθετικοί (οιστρογόνα, προγεσταγόνα, ανδρογόνα), ανταγωνιστικοί (εκλεκτικοί τροποποιητές των οιστρογονικών υποδοχέων, όπως ταμοξιφένη και ραλοξιφένη και αμιγή αντιοιστρογόνα, όπως η φουλφεστράνδη), και τέλος ανασταλτικοί (αγωνιστές LH-RH και αναστολείς αρωματάσης, όπως η αναστραζόλη, η λετροζόλη και η εξαμεστάνη). Η τελευταία κατηγορία των αναστολέων της αρωματάσης αναστέλλει την παραγωγή των οιστρογόνων στους περιφερικούς ιστούς σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες μέσω της παρεμπόδισης της μετατροπής των ανδρογόνων των επινεφριδίων σε οιστρογόνα.^{10,12}

Κεφάλαιο 9: Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού



Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει βελτιώσει την πρόγνωση των ασθενών και μάλιστα ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου. Τόσο η διάρκεια όσο και η ποιότητα της ζωής τους έχει βελτιωθεί. Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία παρουσιάζουν επιβίωση σε ποσοστό 50% και είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι το ποσοστό αυτό παραμένει σταθερό κατά τα τελευταία χρόνια και είναι περίπου ίδιο σε διάφορες χώρες. Επίσης, ένα ποσοστό καρκινοπαθών μπορεί να επιζήσει για 5 ή 10 χρόνια χωρίς θεραπεία.

Η πρόγνωση για την ασθενή εξαρτάται και τίθεται από ομάδα γιατρών, η οποία εξετάζει για πρώτη φορά και παίρνει την πρώτη βασική απόφαση. Αν ο καρκίνος του μαστού είναι χειρουργήσιμος ή όχι. Αν ο καρκίνος του μαστού είναι χειρουργήσιμος η ασθενής έχει την πιθανότητα να θεραπευθεί, ενώ αν δεν είναι, όχι.

9.1. Τοπικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση

- Τοπική έκταση του όγκου
- Καθήλωση του όγκου
- Οίδημα
- Φλεγμονή και εξέλκωση δέρματος
- Παρουσία δορυφόρων οζιδίων
- Σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινώματος και φυσιολογικού μαστού
- Γεωγραφική θέση μαστού
- Προσβολή της θηλής
- Γενικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη πρόγνωση .
- Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων
- Ρυθμός αύξησης του όγκου
- Απάντηση στη θεραπευτική αγωγή
- Αντίσταση του οργανισμού και βιολογικοί δείκτες. Τέτοιοι θεωρούνται το καρκινοενβρυικό αντιγόνο CEA<5 Mg/ml, το CA 125<35 U/ml, το CA 15.3<30 U/ml
- Εμφάνιση καρκίνου και στους δυο μαστούς
- Άντρες με καρκίνο του μαστού έχουν πάντοτε προσβεβλημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες κατά την πρώτη επίσκεψη στο γιατρό. Αυτός κυρίως είναι ο λόγος

για τον οποίο η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού στον άντρα είναι πολύ βαρύτερη από την πρόγνωση του καρκίνου του μαστού στη γυναίκα .⁹

Κεφάλαιο 10:Καρκίνος του μαστού και πρόληψη



Αν και η συχνότητα του καρκίνου του μαστού αυξάνει μεταξύ των προεμμηνόρρυσιακών γυναικών, είναι ακόμη νόσος των μεγαλύτερων κυρίως σε ηλικία γυναικών. Όμως, οι ανάγκες για φροντίδα των ηλικιωμένων γυναικών με καρκίνο του μαστού δεν καλύπτονται επαρκώς από τη βιβλιογραφία και δεν τονίζονται όσο θα έπρεπε από τα μέσα ενημέρωσης. Οι γυναίκες ηλικίας από 50 μέχρι 65 είναι η ομάδα που θα ωφεληθεί περισσότερο από έναν ετήσιο έλεγχο με μαστογραφία, όμως πολλές γυναίκες αυτής της ηλικιακής ομάδας δεν έχουν κάνει ποτέ μαστογραφία. Η αποτυχία των γιατρών να πείσουν τις γυναίκες αυτές να υποβληθούν σε μαστογραφία είναι ο κύριος λόγος που συμβάλλει σ' αυτά τα στατιστικά δεδομένα. Οι νοσηλεύτριες και οι γυναίκες γιατροί είναι πιο πιθανό να πείσουν τις γυναίκες αυτές να υποβληθούν σε μαστογραφία. Οι ενημερωτικές εκστρατείες υπέρ της μαστογραφίας στέλνουν ένα μπερδεμένο μήνυμα, επειδή δείχνουν εικόνες γυναικών στα 20 και τα 30 τους για τις οποίες η μαστογραφία δεν έχει σημαντικά οφέλη, αντί να δείχνουν γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας που είναι πιο πιθανό να ωφεληθούν από τη μαστογραφία.¹³

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει μερικές ιδιαιτερότητες αναφορικά με την ψυχοκοινωνική διάστασή του, οι οποίες οφείλονται κατά κύριο λόγο σ' αυτό καθ' αυτό το όργανο - στόχο αλλά και στα επιδημιολογικά δεδομένα. Συγκεκριμένα, η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα που δυνητικά μπορεί να προκαλέσει τον θάνατό της, αλλά και με την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματός της που συμβολίζει δυο από τις πιο σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της : την μητρότητα και την ερωτική της υπόσταση. Το τελευταίο έχει ιδιαίτερη σημασία, αν αναλογιστεί κανείς ότι ο καρκίνος του μαστού είναι πιο συχνός σε μια ηλικία που και άλλοι παράγοντες (π.χ. εμμηνόπαυση, φυσιολογική γήρανση) επιδρούν αρνητικά στην αίσθηση θηλυκότητας και ελκυστικότητας που αισθάνονται και νιώθουν οι γυναίκες.

Και ενώ γνωρίζουμε πως γυναίκες σε ολόκληρο τον κόσμο εκτίθενται στον κίνδυνο να αναπτύξουν σε κάποια στιγμή της ζωής τους καρκίνο μαστού, δυστυχώς δε γνωρίζουμε αρκετά ώστε να κάνουμε πραγματική πρόληψη. Πρόληψη σημαίνει πως μπορούμε να λάβουμε μέτρα ώστε να αποφύγουμε τη δημιουργία του καρκίνου. Παράλληλα με την προσπάθεια για πρόληψη που καταβάλλεται διεθνώς και κυρίως εν αναμονή των εξελίξεων στην έρευνα του ανθρώπινου γονιδιώματος, η βασική προσπάθεια που γίνεται σήμερα έγκειται στο να ανακαλυφθεί ο καρκίνος σε όσο το

δυνατόν πιο πρώιμο στάδιο, οπότε και η αρχική αντιμετώπιση συνεπάγεται έως και πλήρη ίαση, δηλαδή βελτίωση της πρόγνωσης.¹⁴

Συνεπώς χρειαζόμαστε μια μέθοδο η οποία θα ανιχνεύει τη νόσο σε πολύ αρχικά στάδια, ίσως και σε στάδια που ο όγκος αποτελείται από λίγα μόλις κύτταρα. Αυτή είναι η λεγόμενη έγκαιρη διάγνωση, η οποία είναι ο κύριος σκοπός της δευτερογενούς πρόληψης, δηλαδή η ανίχνευση ενός καρκίνου, είτε σε μη διηθητική μορφή (in situ) , είτε σε πολύ μικρό μέγεθος, ιδανικά μικρότερο των 5 χιλιοστών , που αποτελούν την έννοια του «πρώιμου» καρκίνου. Επίσης, περιλαμβάνει αψηλάφητους όγκους που αποτελούν ευρήματα σε μαστογραφίες ελέγχου (screening) και έχουν καλή πρόγνωση, τη διάγνωση ενός καρκίνου στο μαστό χρησιμοποιώντας ανάλογα με την ηλικία, όλες τις δυνατές διαγνωστικές μεθόδους, τη μηνιαία αυτοεξέταση των μαστών από την ίδια γυναίκα ή τον ιατρό, το συστηματικό έλεγχο με μαστογραφία, κλινική εξέταση από ειδικό ιατρό και την ανοιχτή βιοψία για ιστολογική ταυτοποίηση μιας αλλοίωσης.¹³

10.1.Πρωτογενής πρόληψη

Ο σκοπός της πρωτογενούς πρόληψης είναι να εντοπίσει τους παράγοντες που προκαλούν καρκίνο στον άνθρωπο και να προστατεύσει τον πληθυσμό από την έκθεσή του σε αυτούς. Σε μερικές περιπτώσεις είναι εφικτοί η ολοκληρωτική αποφυγή τους, όπως είναι το κάπνισμα, ενώ σε άλλες, όπως είναι η υπεριώδης ηλιακή ακτινοβολία, μπορεί να επιτευχθεί περιορισμός της έκθεσης στον βλαπτικό παράγοντα.

- **Κάπνισμα :** Η χρήση του καπνού είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας του ανθρώπου, από αυτά που θα μπορούσαν να προληφθούν. Οι καρκινικές βλάβες και οι θάνατοι, επέρχονται συνήθως μετά την πάροδο 10-30 ετών, με αποτέλεσμα να μην γίνεται αντιληπτό το κάπνισμα σαν άμεσος κίνδυνος για τη ζωή, από το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Οι πολιτικές όλων των εθνικών οργανισμών κατά του καρκίνου, εστιάζονται στη προσπάθεια μείωσης την κατανάλωσης προϊόντων καπνού, γεγονός, όμως, που δυσχεραίνεται από την τεράστια οικονομική και πολιτική επιρροή της παγκόσμιας βιομηχανίας καπνού. Ανησυχητικά σημάδια της πρόληψης στον τομέα του καπνού, είναι ότι, παρά τις σημαντικές προσπάθειες που γίνονται, παρατηρείται μεγάλη αύξηση του καπνίσματος σε δύο μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες, που είναι από τη μία

πλευρά οι γυναίκες σε όλο τον κόσμο και από την άλλη οι κάτοικοι των χωρών του Τρίτου Κόσμου.

- Διατροφή και διαίτα: Τα παχύσαρκα άτομα έχουν αυξημένο κίνδυνο προσβολής από ορισμένες μορφές καρκίνου, όπως είναι όγκοι στο μαστό, το παχύ έντερο, τον προστάτη, τις ωοθήκες και τη μήτρα. Οι προσπάθειες για την πρόληψη του καρκίνου, όσον αφορά τη διατροφή, επικεντρώνονται στην υιοθέτηση συγκεκριμένων διαιτητικών συνηθειών, όπως:
 - Η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες
 - Η αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης ζωικού λίπους
 - Η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε βιταμίνες Α και C
 - Η αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης οινοπνεύματος
 - Η αποφυγή της παχυσαρκίας
 - Η μείωση της κατανάλωσης καπνιστών και παστών προϊόντων
- Γενετικοί παράγοντες: Σε περίπτωση που υπάρχουν ενδείξεις για γενετική προδιάθεση κάποιου ατόμου, όσον αφορά στον καρκίνο, θα μπορούσαν να ληφθούν μερικά μέτρα, ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος προσβολής από τη νόσο όπως είναι:
 - Ελάττωση ή αποφυγή της επαφής με τους βλαπτικούς παράγοντες
 - Άμεση ιατρική διερεύνηση οποιουδήποτε πρώιμου σημάδιου που μπορεί να σχετίζεται με τη νόσο
 - Πραγματοποίηση τακτικών check up
 - Λήψη κατάλληλων οδηγιών από ιατρεία συμβουλευτικής γενετικής
- Επαγγελματική έκθεση: οι όγκοι που αναπτύσσονται λόγω έκθεσης σε ουσίες ή παράγοντες που απαντώνται στους επαγγελματικούς χώρους, αποτελούν περίπου το 5% των περιπτώσεων καρκινογένεσης. Σε πιθανή ύπαρξη τέτοιων παραγόντων, θα πρέπει να λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης, όπως είναι στολές, γάντια, μάσκες κτλ. Μερικοί γνωστοί βλαπτικοί παράγοντες είναι η ιονίζουσα ακτινοβολία, ο αμίαντος, το βενζόλιο, το χλωριούχο βινύλιο, οι ενώσεις του αρσενικού, του ουρανίου, του νικελίου, του χρωμίου, οι αναθυμιάσεις από λάστιχο και χλωρίνη, αλλά και η σκόνη από βαμβάκι και κάρβουνο.
- Προληπτικές εξετάσεις: Εδώ ανήκει η αυτοεξέταση μαστού και η κλινική εξέταση του μαστού. Η εκτέλεση αυτών των εξετάσεων έχει αποδειχθεί ότι

μπορεί να οδηγήσει στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου και έτσι να αύξηση τις πιθανότητες επιτυχούς έκβασης της θεραπείας.¹³

10.2. Δευτερογενής πρόληψη

Ο σκοπός της δευτερογενής πρόληψη είναι η έγκαιρη διάγνωση της νόσου σε πρώιμο στάδιο όταν η νόσος είναι ακόμη τοπική και υπάρχουν δυνατότητες με τα θεραπευτικά μέσα που διατίθενται για να επιτευχθεί η ίαση.

- Αυτοεξέταση : Η αυτοεξέταση μαστών από τις γυναίκες άνω των 20 ετών πρέπει να γίνεται κάθε μήνα. Επιπλέον , γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση θα έπρεπε να κάνουν αυτή την εξέταση 5 μέρες μετά το τέλος της περιόδου. Μετά την εμμηνόπαυση πρέπει να κάνουν αυτοεξέταση την ίδια ημέρα κάθε μήνα.
- Φυσική εξέταση: Θα πρέπει να γίνεται από ένα γιατρό κάθε 3 χρόνια για γυναίκες μεταξύ 20 και 40 ετών και κάθε χρόνο για γυναίκες άνω των 40 ετών.
- Μαστογραφία: Οι μέθοδοι της σημερινής μαστογραφίας χρησιμοποιούν ειδικό εξοπλισμό με φιλμ και οθόνη και αποκαλύπτει το μαστό σε 0,02 CGy σε δυο όψεις. Συνιστάται σε γυναίκες από 35 – 39 ετών η βασική μαστογραφία , ενώ από 40 ετών και μετά , συνιστάται σε όλες τις γυναίκες ανά 1 – 2 χρόνια . Αν εκτεθεί κανείς σε ακτινοβολία 1 CGy τότε αυξάνονται οι πιθανότητες να αποκτήσει καρκίνο μαστού σε συχνότητα 6 άτομα ανά 1.000.000 πληθυσμού.

10.3.Αυτοεξέταση του μαστού

Πρόκειται για μία σχετικά απλή μέθοδο, η αποτελεσματικότητα της οποίας όμως αμφισβητείται έντονα. Υπάρχουν αρκετές κλινικές μελέτες που έδειξαν όφελος από την εφαρμογή της, ενώ άλλες κατέληξαν σε αντίθετα συμπεράσματα. Τα μεθοδολογικά προβλήματα σε όλες αυτές τις μελέτες αποτελούν το βασικότερο πρόβλημα εξαγωγής οριστικών συμπερασμάτων. Ένας από τους βασικότερους περιορισμούς της μεθόδου αυτής είναι ότι η αποτελεσματικότητά της εξαρτάται άμεσα από την ικανότητα του εξεταζόμενου.

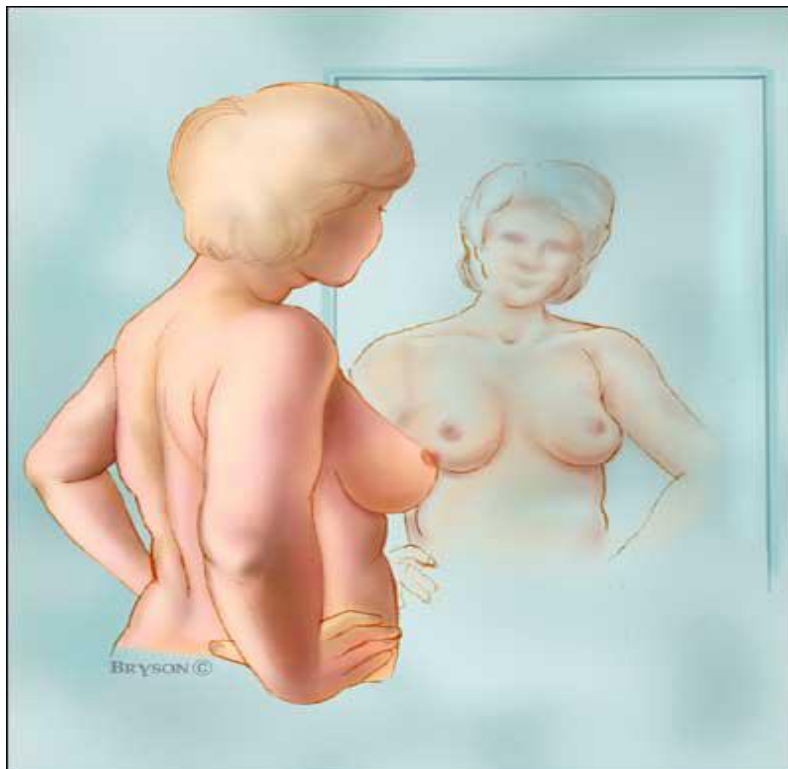
Επιπλέον, ακόμη και με τη καλύτερη δυνατή εκπαίδευση, είναι δύσκολος ο προσδιορισμός βλαβών μεγέθους μικρότερων του 1 εκατοστού. Η πλειοψηφία των όγκων που εντοπίζονται με την αυτοεξέταση του μαστού είναι συχνά μεγάλοι σε μέγεθος και χαρακτηρίζονται από κακή κλινική πορεία. Έχει περιγραφεί ότι το μέσο μέγεθος των όγκων αυτών είναι 2,7 εκατοστά και συχνά τα καρκινώματα έχουν δώσει ήδη μεταστάσεις στους σύστοιχους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

Επιπλέον, η αποτελεσματικότητα της μεθόδου εξαρτάται και από τη συμμόρφωση των γυναικών να την εφαρμόζουν σε μηνιαία βάση. Λόγω όλων αυτών των περιορισμών, η χρησιμότητά της στη δευτερογενή πρόληψη των καρκινωμάτων μαστού φαίνεται σταδιακά να μειώνεται.

Αποβλέπει στην όσο το δυνατόν έγκαιρη διαπίστωση μιας ψηλαφητής μάζας στο μαστό από την ίδια την γυναίκα. Επιβάλλεται όλες οι γυναίκες πάνω από 30 χρονών κυρίως, να υποβάλλονται σε αυτοεξέταση, λόγω του ότι περισσότερο από 95% των καρκίνων του μαστού εμφανίζονται μετά από αυτή την ηλικία.

Πρέπει να γίνεται κάθε μήνα και κατά τον ίδιο χρόνο. Στις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες την 9^η -11^η μέρα του κύκλου. Με την αυτοεξέταση, η γυναίκα εξοικειώνεται με το μαστό της και έχει την δυνατότητα να διαπιστώσει οποιαδήποτε μεταβολή.

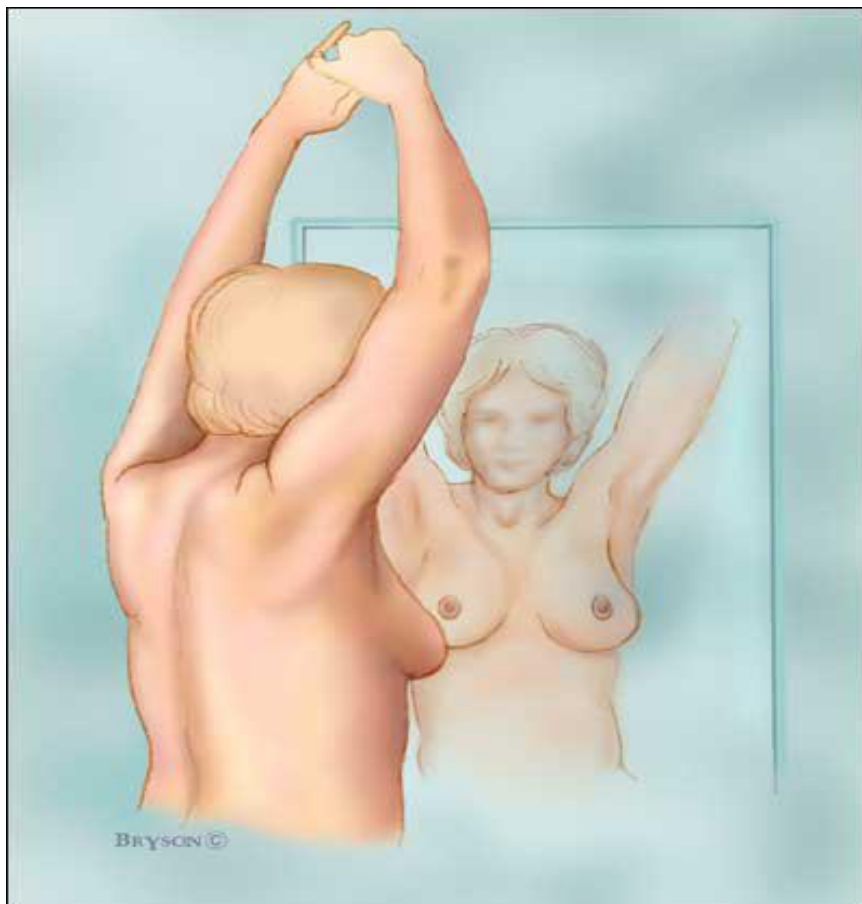
ΒΗΜΑ 1^ο



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 2°



Σηκώστε τα χέρια και παρατηρήστε για τα ίδια σημεία. Ακολουθώως πιάστε και τις δύο θηλές και ελέγξτε αν υπάρχει αποβολή υγρού από αυτές. Το υγρό αυτό μπορεί να είναι γαλακτώδες, κίτρινο ή αίμα.

ΒΗΜΑ 3°



Ξαπλώστε και εξετάστε τους μαστούς κάνοντας μικρές κυκλικές κινήσεις με τις άκρες των δακτύλων σας, μέχρι να καλύψετε όλη την έκταση του κάθε μαστού. Ακολουθείστε πορεία από πάνω προς τα κάτω και από έξω προς τα μέσα. Προσπαθήστε να αισθανθείτε οποιαδήποτε μάζα στο εσωτερικό του μαστού. Το δεξί χέρι εξετάζει τον αριστερό μαστό και το αντίθετο.

ΒΗΜΑ 4°



Ακολουθείστε την ίδια διαδικασία με τα ίδια βήματα σε όρθια θέση. Πολλές γυναίκες αισθάνονται καλύτερα τον μαστό τους όταν το δέρμα είναι υγρό και γλιστερό, έτσι προτιμούν να κάνουν αυτό το στάδιο της αυτοεξέτασης όταν κάνουν μπάνιο.¹⁵

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

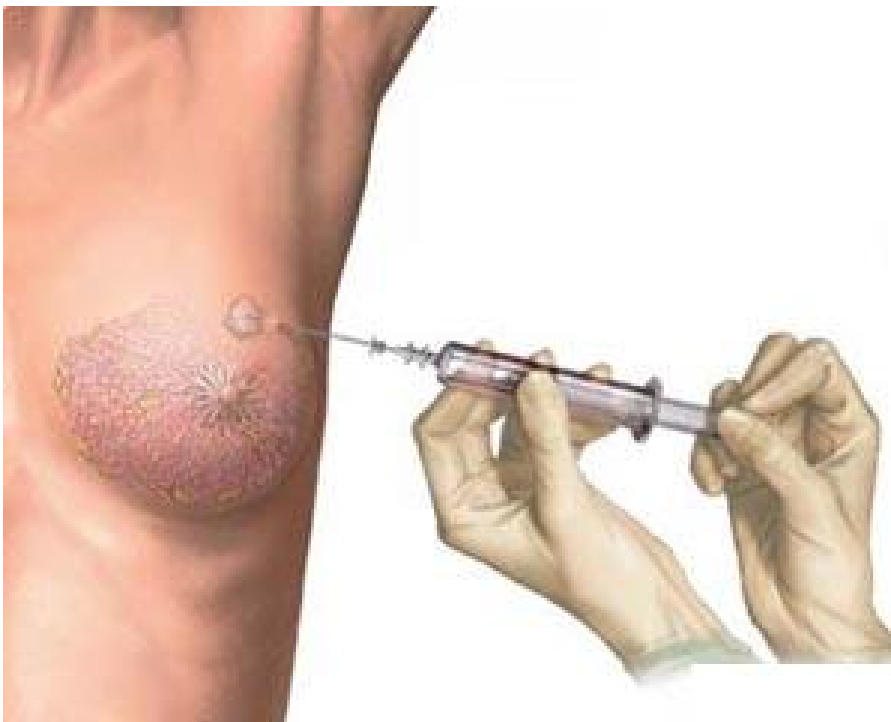
Κεφάλαιο 1: Νοσηλευτικοί ρόλοι



1.1.Νοσηλευτικές Ευθύνες για τις Διαγνωστικές Εξετάσεις - Βιοψία Μαστού

1.1.1.Βιοψία με αναρρόφηση μέσω λεπτής βελόνας

- Βεβαιωθείτε ότι το έντυπο γραπτής συγκατάθεσης έχει υπογραφεί.
- Δεχτείτε ότι το προεγχειρητικό άγχος είναι φυσιολογικό. Είναι σημαντικό να θυμάστε ότι το 80% των βλαβών στο μαστό είναι καλοήθεις.
- Για τη λήψη ιστού και/ή υγρού από τη βλάβη του μαστού θα χρησιμοποιηθεί βελόνα. Η διαδικασία αυτή μπορεί να γίνει στο ιατρείο του χειρουργού και απαιτεί χρόνο ελάχιστων μόνο λεπτών.
- Ο ιστός που αναρροφάται στέλνεται για ιστολογική εξέταση για να διευκρινισθεί αν είναι καρκινωματώδης. Τα αποτελέσματα αποστέλλονται στο χειρουργό μέσα σε λίγες μέρες.
- Ήπια αναλγητικά συνήθως είναι αρκετά για ν' ανακουφίσουν από τον πόνο.



Βιοψία με αναρρόφηση μέσω λεπτής βελόνας

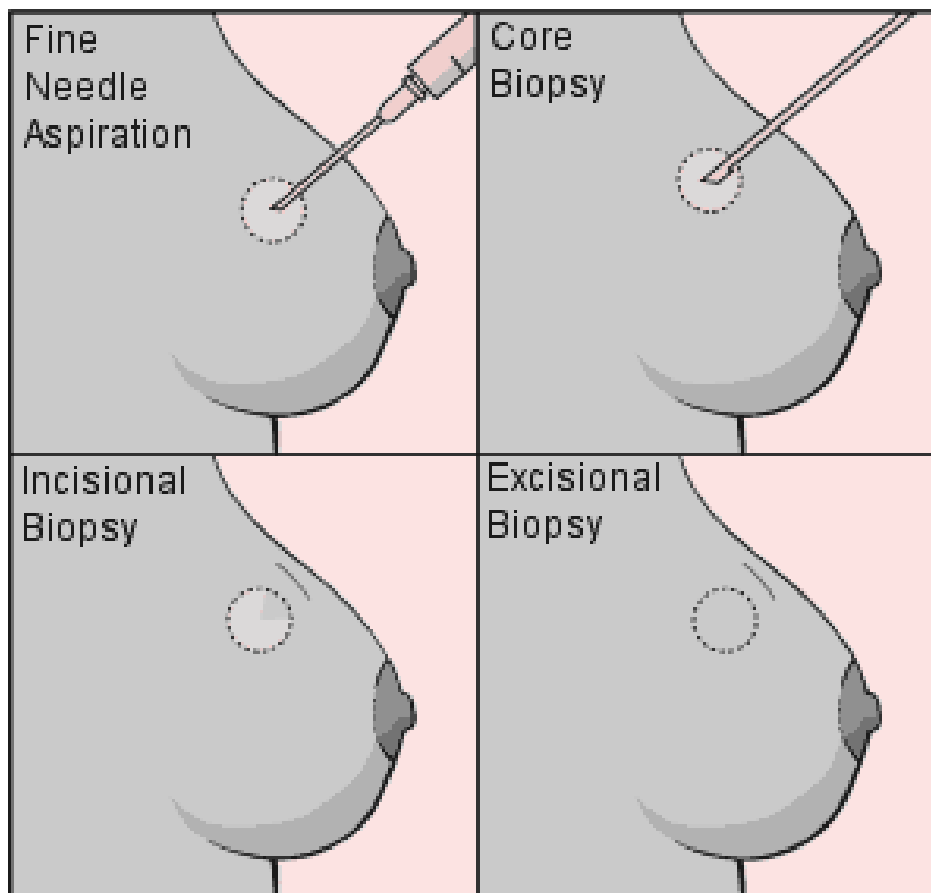
1.1.2.Στερεοτακτική Βιοψία

- Η γυναίκα λαμβάνει θέση πρηνή σε ένα ειδικό για στερεοτακτικές βιοψίες τραπέζι με μια οπή, μέσω της οποίας προβάλλει ο μαστός. Ο μαστός αναισθητοποιείται, η βλάβη εντοπίζεται με μαστογραφία και μια κοίλη βελόνα καθοδηγούμενη από υπολογιστή εισέρχεται στο μαστό και με μεγάλη ταχύτητα αποσπά ένα τεμάχιο ιστού.
- Ο ιστός στέλνεται για ιστολογική εξέταση για να διευκρινισθεί αν είναι καρκινωμάτωσης. Τα αποτελέσματα βγαίνουν μέσα σε διάστημα 36 ωρών. Ήπια αναλγητικά συνήθως είναι αρκετά για να ανακουφίσουν από τον πόνο.¹³

1.1.3.Ανοιχτή Βιοψία

- Η διαδικασία απαιτεί την εκτέλεση μαστογραφίας, η οποία χρησιμεύει ως οδηγός, στη συνέχεια εισάγεται μια κοίλη βελόνα στη βλάβη και μέσω αυτής ένα ή περισσότερα σύρματα. Μέσω της βελόνας μπορεί να γίνει και έγχυση χρωστικής, η οποία μπορεί να προκαλέσει λίγο τσούξιμο. Στη συνέχεια, με τα σύρματα τοποθετημένα στη θέση τους, η γυναίκα οδηγείται στη χειρουργική αίθουσα, για τη βιοψία.
- Η βιοψία γενικά μπορεί να γίνει σ'ένα μικρό χειρουργείο, υπό τοπική αναισθησία. Αν η γυναίκα έχει μεγάλους μαστούς ή έχει μεγάλες πιθανότητες για επιπλοκές, ο χειρουργός μπορεί να προτιμήσει να εκτελέσει τη βιοψία σε κανονική χειρουργική αίθουσα.
- Σε μια απλή ανοιχτή βιοψία, ένα τεμάχιο ιστού αφαιρείται από τη βλάβη του μαστού και στέλνεται για ιστολογική εξέταση.
- Σε ογκεκτομή, αφαιρείται ολόκληρη η βλάβη, μαζί με υγιή περιβάλλοντα ιστό. Το δείγμα στέλνεται για μαστογραφική και ιστολογική εξέταση, ώστε να διασφαλισθεί ότι έχει αφαιρεθεί ολόκληρη η βλάβη και να διευκρινισθεί αν είναι καρκινωμάτωσης.
- Ένα σεντόνι κρύβει το χειρουργικό πεδίο από τη θέα. Ένας νοσηλεύτης στέκεται δίπλα στη γυναίκα και της εξηγεί τι συμβαίνει, απαντά στις ερωτήσεις και προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη.
- Αν η γυναίκα πονά, μπορεί να ζητήσει πρόσθετη αναλγησία.

- Ο χειρουργός κλείνει το τραύμα εσωτερικά με απορροφήσιμα ράμματα και βάζει ραφές στο δέρμα. Το τραύμα προφυλάσσεται με μια γάζα.
- Ο μετεγχειρητικός πόνος, το αιμάτωμα και η επούλωση ποικίλλουν, ανάλογα με την τεχνική του χειρουργού και με τον ιστό της γυναίκας. Είναι χρήσιμο η γυναίκα να φορά στηθόδεσμο και να βάζει περιοδικά πάγο στο στήθος. Ήπια αναλγητικά συνήθως είναι αρκετά για ν' ανακουφίσουν από τον πόνο.
- Τα αποτελέσματα της βιοψίας συνήθως βγαίνουν μέσα σε λίγες μέρες.¹³



Βιοψία με λεπτή βελόνα και ανοιχτή βιοψία

1.2.Νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις στην χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος μαστού δεν είναι μια νοσολογική οντότητα, αλλά πολλές, που διακρίνονται ανάλογα με τον ιστό του μαστού που παρουσιάζει τη βλάβη, με την εξάρτηση του ιστού από τα οιστρογόνα και από την ηλικία της γυναίκας κατά την εμφάνιση της νόσου. Η ψυχοκοινωνική επίδραση του καρκίνου του μαστού εκτείνεται πέρα από το φόβο και την απειλή του θανάτου. Η αναγγελία της διάγνωσης μπορεί να αλλάξει την αντίληψη της γυναίκας για τον εαυτό της και να οδηγήσει σε ολοκλήρωση ή αναθεώρηση των οικογενειακών σχέσεων.

Η Αμερικάνικη Αντικαρκινική Εταιρεία συνιστά σε όλες τις γυναίκες να κάνουν αυτοεξέταση του μαστού κάθε μήνα μετά το 20^ο έτος της ηλικίας τους, ιατρική κλινική εξέταση κάθε τρία χρόνια από τα 20 μέχρι τα 39 και κλινική εξέταση του μαστού και μαστογραφία κάθε χρόνο μετά τα 40.

Όλες οι γυναίκες θα πρέπει να εκπαιδευθούν πώς θα κάνουν την αυτοεξέταση του μαστού κάθε μήνα. Οι γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση θα πρέπει να κάνουν την αυτοεξέταση μετά την εμμηνόρρυσια, επειδή οι ορμονικές μεταβολές αυξάνουν την τάση και την ανομοιογένεια του μαστού. Τα ενημερωτικά μηνύματα για τον έλεγχο για καρκίνο του μαστού θα πρέπει να είναι κατάλληλα για το κοινό στο οποίο απευθύνονται. Για παράδειγμα, οι τηλεοπτικές εκστρατείες που συνιστούν τη μαστογραφία συνήθως παρουσιάζουν λευκές νέες γυναίκες, όμως η προσέγγιση αυτή έχει αποδειχτεί αναποτελεσματική στις έγχρωμες γυναίκες.¹³

1.2.1.Εκτίμηση του αρρώστου

Ο νοσηλευτής συγκεντρώνει τα παρακάτω στοιχεία μέσα από το ιστορικό υγείας και τη φυσική εξέταση.

- Ιστορικό υγείας: οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, μεταβολές στο μαστό, έκκριμα θηλής, χρήση ορμονικών σκευασμάτων, ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού, προηγούμενες διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπεία για καρκίνο, εμμηνόρρυσιακό ιστορικό, εγκυμοσύνες, λήψη αλκοόλ, φυσική δραστηριότητα, διατροφικές συνήθειες.
- Φυσική εξέταση: Ύψος και βάρος, εξέταση του μαστού, παρουσία διογκωμένων λεμφαδένων.^{13,15,16}

1.2.2. Προβλήματα και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Αν και κάθε γυναίκα έχει εξατομικευμένες ανάγκες, οι νοσηλευτικές διαγνώσεις πριν από την χειρουργική επέμβαση είναι σχετικές με ανησυχία, σύγκρουση αποφάσεων, έλλειμμα γνώσεων και θρήνος για την απώλεια του μαστού.

1. Άγχος

Η γυναίκα με καρκίνο του μαστού συνήθως είναι ανήσυχη για τη διάγνωση, για την εγχείρηση, για το αποτέλεσμα της χειρουργικής επέμβασης εάν βρεθούν λεμφαδένες και για τις πιθανές αλλαγές στις σεξουαλικές και οικογενειακές της σχέσεις. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι νέες γυναίκες με καρκίνο του μαστού, ένας συνεχώς αυξανόμενος πληθυσμός, είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην ανάπτυξη άγχους και άλλων ψυχολογικών προβλημάτων. Εξίσου επιρρεπείς είναι και οι σύζυγοι και τα παιδιά τους.

- Δώστε ευκαιρίες να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα της. Έτσι η γυναίκα μπορεί να περιγράψει τους φόβους της. Καθώς εκφράζονται οι φόβοι, ο νοσηλευτής μπορεί απλά να ακούει, να εκπαιδεύει ή να αντιμετωπίζει τους φόβους, όταν οφείλονται σε άγνοια.
- Συζητήστε με τη γυναίκα τις γνώσεις της για τον καρκίνο του μαστού. Η εκτίμηση των γνώσεων για τον καρκίνο του μαστού βοηθά το νοσηλευτή να σχεδιάσει πιο αποτελεσματική διδασκαλία. Ενθαρρύνετε συζητήσεις σχετικά με τις άμεσες ανησυχίες της για τη ζωή της στο σπίτι και για τις αλλαγές που θα πρέπει να γίνουν. Η προληπτική καθοδήγηση μπορεί να βοηθήσει στον προγραμματισμό και την αντιμετώπιση των αλλαγών στη ζωή και τις σχέσεις της.
- Δώστε πληροφορίες για τη διαδικασία της χειρουργικής επέμβασης, περιλαμβάνοντας και πληροφορίες για την προεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή, την αναισθησία, και την ανάνηψη. Η γνώση των διαδικασιών βοηθά στον περιορισμό του άγχους.
- Εξηγήστε ότι είναι φυσιολογικό να υπάρχει μειωμένη αισθητικότητα στη χειρουργημένη περιοχή. Νευρικά στελέχη που έχουν κοπεί ή καταστραφεί περιορίζουν την αισθητικότητα.^{15,16}

2. Σύγκρουση Αποφάσεων

Η γυναίκα με καρκίνο του μαστού πρέπει να πάρει καθοριστικές για τη ζωή της αποφάσεις σχετικές με τη θεραπεία της, μέσα σε σχετικά μικρό χρόνο και υπό μεγάλη ένταση. Η ηλικία της, η ορμονική της κατάσταση και το στάδιο του καρκίνου είναι μερικοί μόνο από τους παράγοντες που θα επηρεάσουν τις αποφάσεις της. Οι πνευματικές αξίες, ο τρόπος ζωής, η κοινωνικοοικονομική της κατάσταση και η αυτοεκτίμηση επίσης εξετάζονται.

- Δώστε ευκαιρία στη γυναίκα να κάνει ερωτήσεις. Απαντήστε στις ερωτήσεις όσο πιο απλά και άμεσα μπορείτε. Δημιουργήστε επαφή με τα μάτια και δώστε προσοχή στη γλώσσα του σώματος. Με αυτόν τον τρόπο η γυναίκα μπορεί να επεξεργαστεί πληροφορίες και να πάρει συνειδητές αποφάσεις.
- Εστιάστε στις άμεσες ανησυχίες της και εφοδιάστε τη με ενημερωτικά πληροφοριακά έντυπα. Τα έντυπα παρέχουν πληροφορίες, στις οποίες εύκολα μπορεί να ανατρέξει όταν θελήσει και που δεν είναι δυνατό να τις κατανοήσει από την αρχή υπό το άγχος και την πίεση.
- Ακούστε τη γυναίκα κατά τη διαδικασία λήψης απόφασης χωρίς κριτική διάθεση. Η ενεργητική ακρόαση, χωρίς διάθεση κριτικής βοηθά τη γυναίκα να κατανοήσει τις πληροφορίες και να πάρει συνειδητές αποφάσεις. Μόνο αυτή γνωρίζει το νόημα της ζωής της.
- Αν η γυναίκα το επιθυμεί, δώστε της ευκαιρία να συναντηθεί με άλλες γυναίκες που είχαν χειρουργηθεί για καρκίνο του μαστού. Δεν είναι προετοιμασμένες όλες οι γυναίκες να συναντήσουν άλλες γυναίκες με το ίδιο πρόβλημα, αλλά είναι χρήσιμο να αφήσετε ανοικτή αυτή τη διέξοδο. Η γυναίκα μπορεί να αποφασίσει να μιλήσει με άλλες γυναίκες μετά την εγχείρηση.
- Διευκολύνετε μια συνολική προσέγγιση με το χειρουργό, τον αναισθησιολόγο, τον ογκολόγο, τον πλαστικό χειρουργό και άλλους επαγγελματίες υγείας. Το να είστε συμπαραστάτης της γυναίκας σε αυτή τη φάση του άγχους και της λήψης απόφασης μειώνει την ένταση και διευκολύνει τη συνεργασία με όλους τους επαγγελματίες υγείας.^{15,16}

3. Προπαρασκευαστικός Θρήνος

Η χειρουργική επέμβαση του μαστού, ακόμη και μια ογκεκτομή, μεταβάλλει την εμφάνιση του μαστού. Η απώλεια αυτή προκαλεί θρήνο.

- Ακούτε προσεκτικά την έκφραση συναισθημάτων θρήνου και αναζητήστε μη λεκτικές νύξεις (αποφυγή βλέμματος, κλάμα, σιωπή). Την απογοήτευση τους δεν την εκφράζουν όλες οι γυναίκες ξεκάθαρα- μερικές φορές η θλίψη που δεν εκφράζεται είναι πιο οδυνηρή. Ο θρήνος ανακουφίζεται μόνο όταν εκφράζεται σε ασφαλές περιβάλλον.
- Αφιερώστε χρόνο στην ασθενή και μη δείξετε βιασύνη. Η διάθεση χρόνου δίνει το μήνυμα ότι ενδιαφέρεστε για τη γυναίκα.
- Εξηγήστε ότι είναι φυσιολογικό να υπάρχουν περίοδοι μελαγχολίας, θυμού, και άρνησης μετά από εγχείρηση στο μαστό. Όλα αυτά τα συναισθήματα είναι φυσιολογικές εκφράσεις του θρήνου.
- Αν η γυναίκα το επιθυμεί, εμπλέξτε και το σύντροφο για στην αντιμετώπιση του θρήνου. Να θυμάστε ότι και ο σύντροφος μπορεί επίσης να θρηνεί. Δεν επιθυμούν όλες οι γυναίκες να μοιραστούν τη θλίψη τους και δεν ενδιαφέρονται όλοι οι σύντροφοι για συμμετοχή και υποστήριξη.^{15,16}

4.Κίνδυνος για Λοίμωξη

Όπως κάθε χειρουργικός ασθενής, έτσι και η γυναίκα με επέμβαση στο μαστό διατρέχει κίνδυνο να αναπτύξει λοίμωξη. Η αφαίρεση των λεμφαδένων και η παρουσία παροχέτευσης αυξάνει τον κίνδυνο.

- Ελέγχετε τις γάζες στο τραύμα για αιμορραγικά ή άλλα υγρά, το χρώμα και την οσμή τους κάθε 4 ώρες για το πρώτο 24ωρο και καταγράψτε τα ευρήματά σας. Υπερβολική ποσότητα αίματος ή άλλων υγρών μπορεί να σημαίνει μετεγχειρητικές επιπλοκές που ενδεχομένα απαιτούν επείγουσες ενέργειες.
- Εξετάστε τη χειρουργική τομή και τα σημεία εισόδου καθετήρων για ευαισθησία, ερυθρότητα, οίδημα και εκροή. Ελέγξτε τη βατότητα και την αρνητική πίεση του συστήματος παροχέτευσης και σημειώστε την ποσότητα και το χρώμα του περιεχομένου. Η προσεκτική παρατήρηση για σημεία λοίμωξης είναι πολύ σημαντική επειδή το ανοσοποιητικό σύστημα της γυναίκας είναι κατεσταλμένο.
- Οι ενδοφλέβιοι καθετήρες θα πρέπει να τοποθετούνται μόνο στην υγιή πλευρά.

- Χρησιμοποιήστε άσηπτη τεχνική για την αλλαγή των γαζών και των ενδοφλέβιων γραμμών. Οι υγρές γάζες και ενδοφλέβιοι καθετήρες ευνοούν την ανάπτυξη των μικροβίων. Οι τακτικές αλλαγές των γαζών και των ενδοφλέβιων καθετήρων με άσηπτη τεχνική περιορίζουν τον κίνδυνο λοιμώξεων.
- Συστήστε δίαιτα υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες. Συζητήστε την κατάσταση θρέψης της γυναίκας με διαιτολόγο και ζητήστε του να ασχοληθεί μαζί της. Η επαρκής θρέψη προάγει την επούλωση και ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα.
- Διδάξτε τη γυναίκα πώς να φροντίζει το σύστημα παροχέτευσης (καθαρισμός της περιοχής, άδειασμα δοχείου, καταγραφή του χρώματος και της ποσότητας του περιεχομένου). Συχνά η γυναίκα εξέρχεται από το νοσοκομείο πριν την αφαίρεση των παροχετεύσεων και επιδέσεων και χρειάζεται διδασκαλία αυτοφροντίδας.
- Κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, διδάξτε την ασθενή πώς να ελέγχει και να αναφέρει στον επαγγελματία υγείας κάθε σημείο λοίμωξης: πυρετό, ερυθρότητα, σκληρία στην περιοχή της εγχείρησης ή πυώδη υγρά στις παροχετεύσεις. Κάθε τέτοιο σημείο θα πρέπει να αναφέρεται στο χειρουργό. Η γνώση των σημείων και των συμπτωμάτων μιας λοίμωξης κινητοποιεί τη γυναίκα ώστε να ζητήσει την κατάλληλη θεραπεία αν παρουσιαστεί λοίμωξη.
- Εξηγήστε της ότι μπορεί να παρουσιάσει εφελκίδες, κνησμό, ξηρότητα, εξάνθημα ή απολέπιση του δέρματος, ιδιαίτερα μετά από ακτινοθεραπεία. Η διαταραχή της ακεραιότητας του δέρματος αυξάνει τον κίνδυνο λοιμώξεων.
- Συστήστε στη γυναίκα να αποφεύγει αποσμητικά πούδρες στην περιοχή μέχρι την πλήρη επούλωση τομής. Οι ουσίες αυτές μπορεί να ερεθίσουν το δέρμα και να επηρεάσουν την επούλωση.^{13,16}

5. Κίνδυνος για Βλάβη

Η αφαίρεση των λεμφαδένων θέτει τη γυναίκα σε κίνδυνο κακώσεων και μακροχρόνιων επιπλοκών, όπως το λεμφοίδημα και η λοίμωξη.

- Για τη λήψη της αρτηριακής πίεσης και για φλεβοκέντηση χρησιμοποιήστε τη μη χειρουργημένη πλευρά. Πίεση του βραχίονα στη χειρουργημένη πλευρά, μπορεί να προκαλέσει λεμφοίδημα.

- Ανυψώστε το σύστοιχο χέρι με τη βοήθεια ενός μαξιλαριού, ώστε να είναι ψηλότερα από τον ώμο, αλλά όχι σε απαγωγή. Ο καρπός πρέπει να είναι σε υψηλότερη θέση από τον αγκώνα. Η ανύψωση του άκρου, τρέπει καλύτερη παροχέτευση, προλαμβάνει το οίδημα και διευκολύνει την κυκλοφορία.
- Ενθαρρύνετε ασκήσεις εύρους κίνησης του σύστοιχου χεριού. Η άσκηση βοηθά την παράπλευρη κυκλοφορία.
- Εξηγήστε ότι το μασάζ και η ελαστική πιεστική περιδέση μπορεί να βοηθήσουν στον έλεγχο του οιδήματος, μετά την ανάνηψη από την εγχείρηση. Είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι γυναίκες τις δυνατότητες έχουν μετά την ανάνηψη.¹⁶

6. Διαταραχή Εικόνας Σώματος

Η εγχείρηση στο μαστό μπορεί να αλλάξει τη σωματική εικόνα. Οι χειρουργικές αλλοιώσεις είναι πιθανό να συνοδεύονται από αύξηση βάρους και άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας και της ορμονοθεραπείας. Η αυτοεκτίμηση επηρεάζει και αυτή την προσαρμογή τη νέα σωματική εμφάνιση.

- Εκτιμήστε το πώς η γυναίκα βλέπει το σώμα της. Συζητήστε μαζί της για την εικόνα εαυτού είχε πριν από την επέμβαση. Η εικόνα του σώματος σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση. Συζητήστε αν έχει μεταβληθεί η εικόνα του εαυτού της.
- Εξηγήστε ότι η ερυθρότητα και το οίδημα στην ουλή θα υποχωρήσουν με το χρόνο. Η γνώση ότι θα βελτιωθεί το χρώμα της ουλής, μπορεί να δώσει πιο ρεαλιστική εικόνα των αλλαγών.
- Συμπεριλάβετε το σύντροφο και την οικογένεια, αν είναι δυνατό, όταν συζητάτε το σχέδιο φροντίδας και αποκατάστασης. Κανονίστε συνάντηση με ψυχολόγο και άλλους ειδικούς, αν ενδιαφέρεται για κάτι τέτοιο η γυναίκα. Η συζήτηση με το σύντροφο και την οικογένεια μπορεί να διευκολύνει τη συναισθηματική αποκατάσταση της γυναίκας.
- Δώστε ενημερωτικά φυλλάδια και προτείνετε βιβλία και βίντεο που θα μπορούσαν να δώσουν πληροφορίες για τις προοπτικές της θεραπείας. Η γνώση των προοπτικών βοηθά στην καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος.
- Προτείνετε παραπομπή σε υποστηρικτικές ομάδες γυναικών που βιώνουν παρόμοια προβλήματα. Μερικές γυναίκες μπορεί να προτιμούν ατομικές συμβουλές.

- Ενθαρρύνετε τη γυναίκα να βλέπει τη χειρουργική τομή όταν νιώσει έτοιμη. Συχνά η πραγματικότητα δεν είναι τόσο αποκρουστική όσο την έχει φανταστεί. Εξηγήστε της ότι είναι φυσιολογικό να φοβάται να δει. Η επιβεβαίωση ότι η συμπεριφορά της είναι φυσιολογική μειώνει το άγχος.
- Αν η γυναίκα ενδιαφέρεται για την αποκατάσταση του μαστού, δώστε της γραπτές πληροφορίες και ενθαρρύνετε την να μιλήσει με πλαστικό χειρουργό και με γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε πρακτικές αποκατάστασης του μαστού. Είναι σημαντικό να είναι καλά πληροφορημένη για τις διαθέσιμες επιλογές, ώστε να πάρει μια συνειδητή απόφαση.^{13,16}

1.2.3. Εκπαίδευση της Ασθενούς και της Οικογένειας

- Αναπνευστικές ασκήσεις με βαθιές αναπνοές είναι σημαντικές, επειδή μετά από γενική αναισθησία υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης ατελεκτασιών, ιδιαίτερα όταν έχει εφαρμοστεί πιεστική επίδεση που περιορίζει την έκπτυξη του θώρακα.
- Μια παροχέτευση με αναρρόφηση θα είναι τοποθετημένη για να απομακρύνει τα υγρά που συγκεντρώνονται μετά την αφαίρεση των λεμφαδένων. Η παροχέτευση αυτή συνήθως αφαιρείται 3-5 μέρες μετά το χειρουργείο.
- Μετά το χειρουργείο θα παραμείνει μια φλεβική γραμμή για χορήγηση υγρών και αντιβιοτικών, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος λοίμωξης.
- Ελέγξτε τον πόνο με τη χρήση συσκευής ελεγχόμενης αναλγησίας από την ασθενή ή ζητώντας αναλγητικά πριν καταστεί ισχυρός ο πόνος. Χρησιμοποιήστε αναλγητικά, αν χρειάζεται, πριν την εκτέλεση των απαιτούμενων ασκήσεων, ώστε να διευκολυνθεί η πλήρης κινητικότητα.
- Σημειώστε και ενημερώστε για κάθε σημάδι αιμορραγίας στους επιδέσμους ή τα σεντόνια.
- Μούδιασμα ή αίσθημα νυγμών στην περιοχή της μασχάλης είναι συνηθισμένα.
- Η ύπτια θέση ή πλάγια στη μη χειρουργημένη πλευρά βοηθά στην παροχέτευση των υγρών από τη χειρουργημένη πλευρά.
- Η κίνηση του χεριού της χειρουργημένης πλευράς βοηθά στην αποκατάσταση της κινητικότητας· ειδικές ασκήσεις για την πλήρη αποκατάσταση της κινητικότητας θα προταθούν όταν το τραύμα θα έχει επουλωθεί.
- Αν μετά την αφαίρεση των παροχετεύσεων συγκεντρωθούν υγρά στο τραύμα, μπορούν να αναρροφηθούν από το χειρουργό.

- Μεγάλη προσοχή στην ανύψωση βαριών αντικειμένων με το χέρι της χειρουργημένης πλευράς.
- Προσέχετε για τραυματισμούς και λοιμώξεις στη χειρουργημένη πλευρά. Φοράτε λαστιχένια γάντια όταν πλένετε πιάτα και γάντια περιποίησης φυτών κήπου όταν κάνετε άλλες βαριές δουλειές. Θα πρέπει να αποφεύγεται η λήψη αρτηριακής πίεσης και οι φλεβοκεντήσεις στη χειρουργημένη πλευρά για να μειωθεί η πιθανότητα κάκωσης και λοίμωξης.
- Αισθήματα άγχους, λύπης και φόβου στην όψη της χειρουργικής τομής είναι φυσιολογικά. Η μαστεκτομή επιφέρει ξαφνική αλλαγή στη σωματική εμφάνιση. Είναι φυσιολογικό για μια γυναίκα μετά από μια διάγνωση καρκίνου να θρηνεί την απώλεια του μαστού και να φοβάται για την απώλεια της ζωής της.
- Η σεξουαλική σχέση μπορεί να επηρεαστεί από τη μαστεκτομή- συχνά βοηθά η συζήτηση πιθανών σεξουαλικών προβλημάτων με το σύντροφο, παρουσία συμβούλου ή με την υποστηρικτική ομάδα.¹³

1.3.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και διαγνώσεις σε γυναίκα με καρκίνο του μαστού που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία

1.3.1.Εκπαίδευση ασθενών

Η διδασκαλία και η πληροφόρηση της ασθενούς και της οικογένειάς της αποτελεί μια από τις σημαντικότερες προτεραιότητες του νοσηλευτή. Οι πληροφορίες του νοσηλευτή προς την ασθενή μπορεί να είναι:

Γενικές πληροφορίες

Ο νοσηλευτής ενημερώνει τις ασθενείς ότι κατά τη διάρκεια της πρώτης επίσκεψης θα πραγματοποιηθεί προγραμματισμός της ακτινοθεραπείας και σ' αυτήν θα συμμετέχουν αρκετοί επαγγελματίες υγείας, όπως ιατροί, νοσηλευτές, ακτινοφυσικοί και ακτινολόγοι. Θα τις ενημερώσει επίσης ότι η θεραπεία θα γίνεται σε εξωτερική βάση, δηλαδή δεν θα νοσηλεύονται στο νοσοκομείο αλλά θα προσέρχονται σε αυτό κάθε μέρα από Δευτέρα έως Παρασκευή για περίπου 5–7 εβδομάδες και, ακόμα, ότι ως εξωτερικοί ασθενείς θα επισκέπτονται το γιατρό τους μία φορά την εβδομάδα, εκτός εάν υπάρχει κάποιο πρόβλημα. Τέλος, μπορεί να τους

ορίζει τα ραντεβού σε ώρες τέτοιες που να διευκολύνεται το πρόγραμμα εργασίας τους ή άλλες δραστηριότητές τους.¹⁷

Πληροφορίες για την ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία έχει σκοπό να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα, με την παρεμπόδιση του πολλαπλασιασμού και της διαίρεσής τους. Πρόκειται για τοπική θεραπεία, η οποία συχνά συστήνεται σε συνδυασμό με τη χειρουργική για την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων που έχουν απομείνει. Καταστρέφοντας πλήρως τα κύτταρα στη θέση της πρωτοπαθούς εστίας, εμποδίζει τη διασπορά τους στα υπόλοιπα μέρη του σώματος. Αποδίδει ακτίνες υψηλής ενέργειας κατευθείαν στον όγκο από μηχανήμα που βρίσκεται εκτός σώματος. Τα σημάδια μελάνης που τοποθετούνται στο σώμα της ασθενούς για την ακριβή εστίαση της δέσμης της ακτινοβολίας στο σημείο του όγκου, καθορίζονται από τους γιατρούς.

Πληροφορίες για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας.

Ο νοσηλευτής ενημερώνει την ασθενή και την οικογένειά της για ενδεχόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες που θα εμφανίσει κατά τη διάρκεια αλλά και μετά το πέρας της ακτινοθεραπείας, καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισής τους.¹⁷

1.3.2.Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών της ακτινοθεραπείας

Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας είναι οι αντιδράσεις του δέρματος, η κόπωση, οι αλλαγές αίσθησης στο μαστό, το οίδημα μαστού, το λεμφοίδημα και οι διαταραχές ύπνου.

Δερματικές εκδηλώσεις

Οι δερματικές αντιδράσεις αποτελούν τη συχνότερη επιπλοκή, η οποία εμφανίζεται περίπου στο 95% των ασθενών. Εκδηλώνονται συνήθως με ερύθημα, κνησμό, ευαισθησία, ξηρή και τελικά υγρή απολέπιση. Η έντασή τους αυξάνει με την

πρόοδο της ακτινοθεραπείας, ενώ μετά το τέλος της είναι ηπιότερες. Η φροντίδα του δέρματος αποτελεί άμεση νοσηλευτική προτεραιότητα και δίνονται οι σχετικές οδηγίες. Η ασθενής θα πρέπει να διατηρεί το δέρμα της στεγνό και να αποφεύγει να χρησιμοποιεί αρώματα, σαπούνια και κρέμες στην περιοχή της θεραπείας. Είναι προτιμότερο να φορά χαλαρά ρούχα ή μια βαμβακερή μπλούζα, προκειμένου να προστατευτεί η περιοχή από αλλαγές θερμοκρασίας, αλλά και για να αποφεύγονται οι κακώσεις, η τριβή και η πίεση στην περιοχή. Μπορεί να κάνει μπάνιο χρησιμοποιώντας ζεστό ή κρύο νερό, όχι όμως καυτό. Θα πρέπει να προσέχει να μη σβήσουν τα σημάδια της μελάνης στην περιοχή της θεραπείας και αυτό μπορεί να το επιτύχει ρίχνοντας στην περιοχή νερό και στεγνώνοντάς την απαλά. Επίσης, θα πρέπει να αποφεύγει την ηλιοθεραπεία και την κολύμβηση σε χλωριωμένες πισίνες. Στην περίπτωση που η αντίδραση του δέρματος είναι πολύ σοβαρή, της συστήνεται να χρησιμοποιήσει κρέμες, οι οποίες μπορεί να είναι είτε ελαφρά υδατικές ή λιπαρές ή να περιέχουν βιταμίνη Α, ενώ μπορεί να χρησιμοποιήσει και κρέμα με αλόη.¹⁷

Κόπωση

Η κόπωση εμφανίζεται με συχνότητα περίπου 90% στις γυναίκες που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Τα επίπεδα της κόπωσης αυξάνονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας, με μέγιστα επίπεδα κατά τα τελικά στάδια αυτής και ελάττωσή τους μετά την ολοκλήρωσή της, ενώ είναι δυνατόν η κόπωση να παραμένει ακόμα και δύο χρόνια μετά το τέλος της θεραπείας.

Ο ακριβής αιτιολογικός μηχανισμός είναι άγνωστος, αν και υπάρχουν αρκετοί αιτιολογικοί παράγοντες που μπορεί σχετίζονται με την εμφάνισή της, είτε οργανικοί (αλλαγές που συμβαίνουν στο ανοσοποιητικό σύστημα), είτε ψυχολογικοί (κατάθλιψη). Έχει βρεθεί συσχέτιση της κόπωσης με τη μελατονίνη (μια νευροδιαβιβαστική ουσία που έχει σχέση με τον κύκλο ύπνου/ εγρήγορσης), τη θερμοκρασία του σώματος, το δείκτη μάζας σώματος, τη C-αντιδρώσα πρωτεΐνη, τη θρομβοπλαστίνη, τον ενεργοποιητή του πλασμινογόνου, την ιντερλευκίνη-6, την αιμοσφαιρίνη και τον αριθμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων, των μονοκυττάρων και των ουδετεροφίλων.

Μετά μια πρώτη αρχική αξιολόγηση, η εκτίμηση συνεχίζεται με βάση τις αντικειμενικές και υποκειμενικές πληροφορίες που λαμβάνονται από την ίδια και τον εργαστηριακό της έλεγχο. Στη συνέχεια, προγραμματίζονται κατάλληλες νοσηλευτικές

παρεμβάσεις, όπως είναι η ενημέρωση της ασθενούς για την πιθανότητα εμφάνισης κόπωσης κατά τη διάρκεια της θεραπείας και η ενθάρρυνσή της να απολαμβάνει μικρές περιόδους ανάπαυσης κατά τη διάρκεια κοπιαστικών ενεργειών και να συμμετέχει σε προγράμματα ήπιας γυμναστικής (περπάτημα, κολύμπι).¹⁷

Διαταραχές αισθητικότητας

Οι αλλαγές αίσθησης στο μαστό εμφανίζονται στα τελικά στάδια της ακτινοθεραπείας και μερικές φορές μπορεί να επιμένουν και μετά την ολοκλήρωσή της. Συνήθως συνοδεύονται από πόνο, νυγμούς, αιμωδίες (μούδιασμα), αυξημένη ευαισθησία και αίσθημα καύσου στην περιοχή. Ο πόνος χαρακτηρίζεται ως παροδικός και στιγμιαίος και δεν ενοχλεί ιδιαίτερα την ασθενή. Η καλύτερη νοσηλευτική παρέμβαση σε αυτή την περίπτωση είναι η πληροφόρηση της ασθενούς για το τι αναμένεται και η λεπτομερής περιγραφή των αισθητικών διαταραχών που πρόκειται να βιώσει.

Οίδημα- λεμφοίδημα

Το οίδημα μαστού εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας, με προοδευτική αύξηση της έντασής του και συχνή παραμονή του και μετά το πέρας αυτής. Η ασθενής θα πρέπει να φορά χαλαρά ρούχα και να ξαπλώνει στο κρεβάτι, προκειμένου να αποφευχθεί η πίεση που προκαλείται από το οίδημα. Απαιτείται παραιτέρω έρευνα για τον καθορισμό κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων ανακούφισης των συμπτωμάτων της παραπάνω επιπλοκής.

Το λεμφοίδημα εμφανίζεται όταν χορηγείται ακτινοθεραπεία και στη μασχάλη. Πρόκειται για δυσλειτουργία του μηχανισμού απαγωγής της λέμφου, με αποτέλεσμα τη συσσώρευση του λεμφικού υγρού και την εμφάνιση οιδήματος στο σύστοιχο άκρο. Οι συστάσεις που πρέπει να δίνονται για την αποφυγή ανάπτυξης λεμφοιδήματος διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες:

- (α) αποφυγή τραυματισμού,
- (β) πρόληψη λοίμωξης,
- (γ) αποφυγή περίσφιξης του άκρου και
- (δ) άσκηση.

Τα συνήθη μέτρα που λαμβάνονται είναι:

- Η χρήση προστατευτικών γαντιών κατά τη διάρκεια εργασιών στο σπίτι και στον κήπο
- Η αποφυγή φλεβοπαρακέντησης, μέτρησης αρτηριακής πίεσης και ένεσης στο προσβεβλημένο χέρι
- Η άμεση αναφορά και η έγκαιρη θεραπεία επί εμφάνισης σημείων λοίμωξης (ερυθρότητα, πόνος)
- Η αποφυγή ενδυμάτων που περιορίζουν την καλή κυκλοφορία του προσβεβλημένου άκρου
- Η αποφυγή ανύψωσης βάρους
- Η αποφυγή βίαιων κινήσεων του άκρου
- Η χρήση μαλακών προσθετικών στήθους
- Η ελάττωση λήψης αλατιού και η αποφυγή καπνίσματος και αλκοόλ.



Λεμφοίδημα

Η θεραπεία που ακολουθείται σήμερα περιλαμβάνει:

- τη φροντίδα του δέρματος,
- την τεχνική μαλάξεων με σκοπό την παροχέτευση του λεμφικού υγρού,
- την επίδεση του άκρου με ελαστικούς επιδέσμους και
- την κινησιοθεραπεία.

Σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν ειδικές συσκευές εφαρμογής εναλλασσόμενης πίεσης (intermittent sequential pneumatic compression),

η φαρμακευτική αγωγή και η χειρουργική επέμβαση. Απαραίτητη θεωρείται η πληροφόρηση και η εκπαίδευση της ασθενούς σχετικά με τους κινδύνους δημιουργίας του λεμφοιδήματος, των μέτρων που πρέπει να λαμβάνει για την πρόληψή του και των τρόπων θεραπείας του. Πρόσφατα, έχει συστηθεί οι γυναίκες με λεμφοιδηματικό άκρο να φορούν ειδικό βραχιόλι, που θα υποδεικνύει την ανάγκη αποφυγής μέτρησης αρτηριακής πίεσης και τρυπημάτων με βελόνα. Η καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την εκτίμηση του λεμφοιδήματος με τη μέτρηση της περιφέρειας σε διάφορα σημεία κατά μήκος του άκρου.¹⁷

Διαταραχές ύπνου

Οι διαταραχές ύπνου εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας, ενώ συχνά επιμένουν και μετά το τέλος αυτής. Σχετίζονται με την κόπωση, την ελαττωμένη λειτουργική ικανότητα και τα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα.

Αποτελεσματικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την αποφυγή διακοπών του ύπνου είναι οι εξής:

1. Διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος (χωρίς θορύβους, φως).
2. Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που εμποδίζουν τον ύπνο (π.χ. ανεπιθύμητες ενέργειες θεραπείας).
3. Καθιέρωση συγκεκριμένης ώρας κατάκλισης και έγερσης.
4. Χορήγηση υγρού ή άλλου σνάκ, προκειμένου να αποφευχθεί το αίσθημα της πείνας κατά τη διάρκεια της νύχτας.
5. Αποφυγή ροφημάτων που περιέχουν διεγερτικά, όπως αναψυκτικών τύπου κόκα κόλα, καφεΐνης και αλκοόλ.
6. Ήπια άσκηση που πραγματοποιείται τουλάχιστον 6 ώρες πριν από τη νυχτερινή κατάκλιση βοηθά στην επέλευση του ύπνου, ενώ αντίθετα θα πρέπει να αποφεύγεται ο ύπνος αργά το μεσημέρι ή το απόγευμα.
7. Σε δύσκολες περιπτώσεις, συστήνεται η χορήγηση υπνωτικών ή αγχολυτικών φαρμάκων για τη διευκόλυνση του ύπνου .¹⁷

1.4.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και διαγνώσεις σε γυναίκα με καρκίνο του μαστού που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία

Μετά από ομαδική προσέγγιση της ασθενούς, καταβάλλεται προσπάθεια ανάπτυξης ενός θεραπευτικού προγράμματος, που εσωκλείει τις φυσικές και συναισθηματικές της ανάγκες. Κύρια ευθύνη του νοσηλευτή είναι η προστασία της άρρωστης με τη χρήση ειδικού θαλάμου, έτοιμου για την αντιμετώπιση επιπλοκών και απαλλαγμένου από την παρουσία ξένων ατόμων.

- Ο νοσηλευτής πληροφορεί την καρκινοπαθή για τα αίτια των τοξικών ενεργειών των κυτταροστατικών φαρμάκων και μειώνει την ανησυχία της για την εμφάνισή τους.
- Παράλληλα με την διενέργεια της θεραπείας, ο νοσηλευτής μεταδίδει αρχές διδασκαλίας και καθοδηγεί την ασθενεί στην αποδοχή της θεραπείας και των ανεπιθύμητων ενεργειών της.
- Γίνεται γενική αξιολόγηση της ασθενούς με τη λήψη ιστορικού, που περιλαμβάνει πληροφορίες για τη θρέψη, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τη συναισθηματική κατάσταση και το μέχρι τώρα ιστορικό υγείας της.¹⁵

1.4.1.Ανεπιθύμητες ενέργειες από την χημειοθεραπεία

1.Λευκοπενία

Η λευκοπενία προέρχεται από μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων στο αίμα λόγω της καταστροφικής επίδρασης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Ο νοσηλευτής που συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα της καρκινοπαθούς, τονίζει τη σπουδαιότητα της αξιολόγησης του συχνού προσδιορισμού των λευκοκυττάρων και μεταβιβάζει ότι επικείμενη πτώση τους είναι προσωρινή και προκαλεί εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Έτσι, ο πυρήνας της νοσηλευτικής παρέμβασης αφορά την πρόληψη των λοιμώξεων στον εξασθενημένο οργανισμό της άρρωστης :

- Τακτική παρακολούθηση των λευκών αιμοσφαιρίων και του λευκοκυτταρικού τύπου. Σε απότομη πτώση αυτών, διακόπτεται η χημειοθεραπεία.
- Ενημέρωση της ασθενούς για τα γενικά συμπτώματα λοίμωξης, όπως η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, ο βήχας, ρίγη, οίδημα η ερυθρότητα και αύξηση της συχνότητας της ούρησης, και για το συχνό έλεγχο του δέρματος και των κοιλοτήτων, ώστε να προληφθούν σηψαιμικές εκδηλώσεις.

- Νοσηλεία της άρρωστης σε μονόκλινο δωμάτιο με περιορισμό των επισκεπτών, οι οποίοι πρέπει να φορούν ειδική μάσκα, γάντια και ποδιά, και καθοδήγηση αυτής να αποφεύγει κλειστούς και πολυσύχναστους χώρους ή να έρχεται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από λοιμώξεις.
- Εφαρμογή σχολαστικής ατομικής καθαριότητας στην καρκινοπαθή, με καθημερινό λουτρό και πλύσιμο των χεριών με αντισηπτικά υγρά.
- Τήρηση δίαιτας με περιορισμό λήψης ωμών φρούτων και λαχανικών, που δεν απολυμαίνοντας με το βρασμό.
- Σε περίπτωση ενδοφλέβιας έγχυσης, αλλαγή της συσκευής κάθε 24 ώρες και της θέσης της βελόνας κάθε 48 ώρες. Κατόπιν ιατρικής εντολής, ενίσχυση της ασθενούς με αντιβιοτικά.^{13,15}

2.Θρομβοπενία

Η θρομβοπενία οφείλεται στη μείωση των αιμοπεταλίων του αίματος, τα οποία συμμετέχουν στην πήξη του αίματος, έτσι ώστε μικρός τραυματισμός να αιτιολογεί την αιμορραγική διάθεση του οργανισμού του καρκινοπαθούς. Ο νοσηλευτής έχει σαν απώτερο σκοπό την αντιμετώπιση της θρομβοπενίας τη διδασκαλία της ασθενούς για αποφυγή των τραυματισμών :

- Συχνή παρακολούθηση των αιμοπεταλίων
- Μείωση όσο το δυνατόν περισσότερο των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων, που πιθανόν να προκαλέσουν μικροτραυματισμό, όπως οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις, η εφαρμογή υποκλυσμού, χορήγηση υπόθετων και θερμομέτρηση από τον πρωκτό.
- Εξήγηση της ασθενούς για τα ενδεικτικά σημεία αιμορραγίας, που περιλαμβάνουν ουλορραγίες, ρινορραγίες, αιματουρία, μελανές κενώσεις και αιμόπτυση. Ενημέρωση αυτής, ότι η λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων, όπως τα σαλικυλικά (Aspirin, Epiral) αυξάνει την αιμορραγική διάθεση του οργανισμού.
- Τέλος, ο νοσηλευτής τονίζει τη σπουδαιότητα αποφυγής των μικροτραυματισμών και συνιστά ήπιους και επιφυλακτικούς χειρισμούς στην καθημερινή δραστηριότητα της καρκινοπαθούς.¹³

3.Αναιμία

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα επιδρούν και στην τρίτη κατηγορία των έμμορφων στοιχείων του αίματος, στα ερυθρά αιμοσφαίρια, προκαλώντας ελάττωση του αριθμού τους, δηλαδή αναιμία. Αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης της αναιμίας είναι η μετάγγιση αίματος, η οποία προϋποθέτει τη διάθεση φιαλών αίματος. Στην αναιμία συνιστάται :

- Παρακολούθηση της τιμής της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη (14–18g/ml αίματος και 37–47% στις γυναίκες αντίστοιχα) και παρουσίας συμπτωμάτων, όπως αδυναμία, εύκολη κόπωση, ωχρότητα και ζάλη.
- Χορήγηση τροφών πλουσίων σε λευκώματα και σίδηρο η φαρμακευτική υποστήριξη του οργανισμού. Προτροπή για επαρκή ανάπαυση και μείωση των δραστηριοτήτων.^{13,15}

4. Ναυτία και έμετος

Η ναυτία και ο εμετός σχετίζονται με την ισχυρή φαρμακευτική δράση των κυτταροστατικών φαρμάκων και η έντασή τους εξαρτάται από την αντοχή της ασθενούς σε αυτά. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει :

- Παρακολούθηση της συχνότητας, του χαρακτήρα και της ποσότητας των εμετών, διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών της άρρωστης.
- Λήψη προληπτικών μέτρων με χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων πριν από την έναρξη της θεραπείας κατά τη διάρκεια αυτής μετά από εντολή γιατρού.
- Εξασφάλιση επαρκούς θρέψεως της ασθενούς. Συμβουλές για μικρά και συχνά γεύματα, για εύπεπτες και μαλακές τροφές, για κρύα αφεψήματα και για τροφές που ανακουφίζουν τη δυσφορία του στομάχου, όπως τοστ, κράκερ, δημητριακά και φρυγανιές.
- Σε επικείμενη ναυτία, ενθάρρυνση της άρρωστης να αναπνέει βαθιά από το στόμα.

5. Διάρροια

Η διάρροια αποτελεί ενδεικτικό σημείο της δράσης των χημειοθεραπευτικών και εμφανίζεται από την πρώτη ημέρα της θεραπείας. Η ευθύνη του νοσηλευτή εσωκλείει :

- Συχνή αξιολόγηση του χρώματος, της ποσότητας και της περιεκτικότητας των διαρροϊκών κενώσεων και έλεγχος της ασθενούς για συμπτώματα αφυδάτωσης.
- Σύσταση για τήρηση ειδικού διαιτολογίου και αποφυγή τροφών που προκαλούν έντονη σύσπαση του εντέρου ή αφήνουν μεγάλο υπόλειμμα (όσπρια, ξηροί καρποί, λαχανικά, γλυκά φρούτα) ή επιτείνουν τη διάρροια (γαλακτοκομικά προϊόντα). Συνιστώνται τροφές πλούσιες σε κάλιο (μπανάνες, πορτοκάλια, πατάτες).
- Φροντίδα του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών με χορήγηση άφθονων υγρών και μικρών και συχνών υδαρών γευμάτων (νερό, τσάι, χυμοί φρούτων, αραιή σούπα).
- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με οδηγία γιατρού, σε περίπτωση που η διάρροια δεν αντιμετωπίζεται διαφορετικά.^{13,15}

6. Στοματίτιδα – Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας

Λίγο μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας, παρατηρείται καταστροφή κυττάρων του βλεννογόνου του στόματος, με αποτέλεσμα, να ατροφεί και οποιοσδήποτε μικροτραυματισμούς να καταλήγει σε εξέλκωση.

Για την πρόληψη της στοματίτιδας, ο νοσηλευτής λαμβάνει τα ακόλουθα μέτρα :

- Λήψη οδοντιατρικού ιστορικού και ενημέρωση για τις συνήθειες της ασθενούς σχετικά με την φροντίδα της στοματικής κοιλότητας.
- Έλεγχος της στοματικής κοιλότητας της άρρωστης και αξιολόγηση της κατάστασής της. Διδασκαλία αυτής για προληπτική υγιεινή του στόματος της.
- Καθοδήγηση για διατήρηση της υγρασίας του στόματος με τη λήψη τροφών, όπως φρούτα παγωτά, άφθονα υγρά και πολτοποιημένη μαγειρεμένη τροφή.

Για την αντιμετώπιση της στοματίτιδας, η νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει:

- Συχνή εκτίμηση της κατάστασης του στοματικού βλεννογόνου.
- Εξασφάλιση ενυδάτωσης και καθαριότητας στην στοματική κοιλότητα της καρκινοπαθούς.
- Χρήση διαλυμάτων, που θα συστήσει ο γιατρός, για την επούλωση της λύσης του βλεννογόνου του στόματος.¹³

7.Αλωπεκία

Η πτώση των τριχών της κεφαλής είναι μια από της πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας. Είναι προσωρινή, αφού μετά το τέλος της θεραπείας, αρχίζει ξανά η ανάπτυξη της τριχοφυΐας. Η αλωπεκία εξαρτάται από την αντίδραση του οργανισμού της ασθενούς και από το συνδυασμό των χορηγούμενων φαρμάκων. Εδώ, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει την άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματά της σχετικά με τη διαφοροποίηση του σωματικού της ειδώλου :

- Ενημέρωση της καρκινοπαθούς για την αλωπεκία και για τη φυσιολογική επαναφορά του τριχωτού της κεφαλής μετά τη διακοπή της χημειοθεραπείας.
- Διδασκαλία για τη χρήση των μέσων, που αποτρέπουν την τριχόπτωση με: αποφυγή συχνών λουσιμάτων και χημικών καλλυντικών τεχνικών και εφαρμογή καπέλων ή περούκας.
- Ενημέρωση της γυναίκας, ότι μπορεί να ελαχιστοποιηθεί η αλωπεκία με πρόκληση τοπικής υποθερμίας με αυτοσχέδιους τρόπους, όπως για παράδειγμα τοποθέτηση παγοκύστης.^{13,15}

8.Νευροτοξικότητα

Η νευροτοξικότητα έχει ανάλογη σχέση με το μέγεθος της δόσης των κυτταροστατικών φαρμάκων. Εμφανίζει δύο κατηγορίες εκδηλώσεων και από αυτές ο νοσηλευτής οφείλει να προστατέψει την ασθενή:

- Ήπιας νευροπάθειας, με χαρακτηριστικά σημεία ελαφρύ πόνο στο πόδια και χέρια και μυϊκή αδυναμία.
- Σοβαρότερης νευροπάθειας, όπως αταξία, απώλεια συντονισμού, παραλυτικό ειλεό, ψυχικές διαταραχές και ορθοστατική υπόταση.

- Η νοσηλευτική παρέμβαση είναι αντίστοιχη των συμπτωμάτων της νευροπάθειας μικρής ή μεγάλης βαρύτητας και καθορισμένη από της ιατρικές οδηγίες.¹³

9.Νεφροτοξικότητα

Η νεφρική λειτουργία επηρεάζεται από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, καθώς αυτά μεταβολίζονται και αποβάλλονται από τους νεφρούς, με κίνδυνο να προκαλέσουν στο πέρασμά τους βλάβη σε αυτούς. Ενδεικτικό σημείο νεφροτοξικότητα αποτελεί η ολιγουρία, η οποία αν παραβλεφθεί, εξελίσσεται σε ανουρία και θάνατο. Η παρεχόμενη φροντίδα εσωκλείει :

- Παρακολούθηση της λειτουργικότητας των νεφρών με εργαστηριακό έλεγχο και της εμφάνισης συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας (ολιγουρία, οιδήματα).
- Εκτίμηση του ισοζυγίου προσλαμβανομένων τροφών και αποβαλλομένων υγρών.
- Εφαρμογή μέσων (π.χ. φάρμακα, υγρά) που βοηθούν στη σταθεροποίηση των ενδεικτικών τιμών της νεφρικής λειτουργίας στα φυσιολογικά όρια.¹³

10.Γεννητικό σύστημα

Συχνά, η χημειοθεραπεία είναι δυνατό να προκαλέσει διαταραχές στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας, οι οποίες εξαρτώνται από τον τύπο των φαρμάκων, την ηλικία της ασθενούς και τη γενική κατάσταση της υγείας της. Η νοσηλευτική παρέμβαση στοχεύει στην ενημέρωση της άρρωστης για τις επικείμενες αλλαγές :

- Στην έμμηνο ρύση, η οποία μπορεί να γίνει ακανόνιστη ή να διακοπεί εμφανίζοντας συμπτώματα εμμηνόπαυσης (εξάψεις).
- Στην ορμονική λειτουργία της ασθενούς με πρόκληση κνησμού, καύσου και ξηρότητας του κολπικού επιθηλίου.
- Στη γονιμότητα της γυναίκας, προκαλώντας στειρώση, προσωρινή ή μόνιμη.
- Σε περίπτωση εγκυμοσύνης, συνιστάται αποφυγή έναρξης της θεραπείας ή έναρξης της μετά τη 12^η εβδομάδα κυοφορίας.¹³

Κεφάλαιο 2:Αποκατάσταση Μαστού



Όλες οι ασθενείς που έχουν υποστεί ή πρόκειται να υποστούν μαστεκτομή μπορούν να υποβληθούν σε εγχείρηση αποκατάστασης του μαστού εφόσον βέβαια το επιθυμούν. Εξαιρέση αποτελούν οι ασθενείς που η πρόγνωση της νόσου τους είναι τόσο δυσοίωνη, που θα καθιστούσε κάθε προσπάθεια ανακατασκευής του μαστού μάταιη και άσκοπη. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτό που προέχει είναι η εκρίζωση της νόσου, χωρίς βέβαια να παραγνωρίζεται η μεγάλη σημασία του μαστού στην σεξουαλική ζωή και την εν γένει ψυχική υγεία της γυναίκας. Με κανένα τρόπο δεν θα πρέπει να θυσιάζεται η ριζικότητα της χειρουργικής επέμβασης, να παραλείπεται ή να καθυστερεί η έναρξη της συμπληρωματικής θεραπευτικής αγωγής με χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία χάριν της επίτευξης ενός ελκυστικότερου αισθητικού αποτελέσματος.⁴

2.1.Επιλογή τεχνικής

Ιδανική τεχνική που να είναι εφαρμόσιμη σε όλες τις περιπτώσεις ανακατασκευής του μαστού δεν υπάρχει. Η επιλογή της τεχνικής εξαρτάται από διάφορους παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη πριν την τελική απόφαση.

Ο τύπος της μαστεκτομής, τροποποιημένη ή ριζική μαστεκτομή αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την επιλογή της τεχνικής που θα χρησιμοποιηθεί. Η ποιότητα και ποσότητα του μείζονος θωρακικού μυός και του δέρματος καθώς και η ποιότητα και η κατεύθυνση της μετεγχειρητικής ουλής της μαστεκτομής θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες στην επιλογή της μεθόδου αποκατάστασης και θα καθορίσουν κατά πόσον η ανακατασκευή του μαστού ενδείκνυται να γίνει με ενθέματα ή με κρημνούς.

Ασθενείς που είχαν προηγουμένως ακτινοβοληθεί δεν αποτελούν κατάλληλες υποψήφιος για ανακατασκευή με διατατήρες ιστών ή ενθέματα, λόγω της μεγάλης πιθανότητας να αναπτυχθεί ρικνωτική κάψα πέριξ του ενθέματος και της υψηλής συχνότητας εμφάνισης επιπλοκών.

Άλλοι παράγοντες που καθορίζουν την επιλογή της τεχνικής είναι η ηλικία, η γενική κατάσταση της υγείας και η κατάσταση του ετερόπλευρου μαστού. Η μεγάλη ηλικία δεν αποτελεί αντένδειξη για την εγχείρηση αποκατάστασης, αν και αναμφίβολα ο αριθμός των ασθενών ηλικίας άνω των 60 ετών που επιζητούν ανακατασκευή είναι σαφώς μικρότερος των ασθενών μικρότερης ηλικίας.

Σε ασθενείς με προβλήματα υγείας ή σε άτομα σχετικά μεγάλης ηλικίας επιλέγεται η μέθοδος που θα επιβαρύνει λιγότερο την γενική κατάσταση της υγείας τους. Έτσι, σε αυτές τις περιπτώσεις η αποκατάσταση με κάποιο ένθεμα ή με διατατήρα ιστών αποτελεί την πρώτη επιλογή του χειρουργού από ότι οι πολύωρες εγχειρήσεις με μυοδερματικούς κρημνούς ή ελεύθερους αγγειακούς κρημνούς.

Η κατάσταση του ετερόπλευρου μαστού καθορίζει επίσης τον τύπο της επανόρθωσης του μαστού. Λόγω του ότι η επίτευξη συμμετρίας αποτελεί ένα από τους κύριους σκοπούς της επέμβασης αποκατάστασης, εκτιμάται το μέγεθος και το σχήμα του ετερόπλευρου μαστού για να αποφασισθεί τελικά η μέθοδος ανακατασκευής που θα επιτύχει την καλύτερη συμμετρία. Έτσι, σε μικρού ή μετρίου μεγέθους μαστούς με μικρή μόνο πτώση, το ένθεμα προσφέρει ικανοποιητική λύση, ενώ σε μεγάλους μαστούς οι μυοδερματικοί κρημνοί εξασφαλίζουν καλύτερα αισθητικά αποτελέσματα, διότι επιτρέπουν μεγαλύτερη ευχέρεια χειρισμών και καλύτερη διαμόρφωσης του καινούργιου μαστού. Επίσης, εκτιμάται κατά πόσον θα απαιτηθεί σμίκρυνση, μεγέθυνση ή ανόρθωση του ετερόπλευρου υγιούς μαστού για να ταιριάξει αυτός καλύτερα προς τον υπό ανακατασκευή μαστό. Σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκινώματος στον ετερόπλευρο μαστό όπως συμβαίνει σε πολυεστιακό λοβιακό καρκίνωμα μαστού, ενδέχεται να απαιτηθεί απλή ή υποδόρια μαστεκτομή και αμφοτερόπλευρη ανακατασκευή των μαστών.⁴

2.2. Χρονικός προγραμματισμός της επέμβασης (timing)

Η ανακατασκευή του μαστού γίνεται είτε ταυτόχρονα με την επέμβαση της μαστεκτομής(άμεση αποκατάσταση) είτε σε δεύτερο χρόνο, μετά από παρέλευση μερικών μηνών(αποκατάσταση σε δεύτερο χρόνο ή όψιμη αποκατάσταση).

Άμεση αποκατάσταση

Η άμεση αποκατάσταση του μαστού έχει το σημαντικό όφελος ότι η ασθενής δεν βλέπει καθόλου την εικόνα του σωματικού ειδώλου της με αποτέλεσμα να αποφεύγεται το έντονο ψυχολογικό τραύμα από την ακρωτηριαστική επέμβαση της μαστεκτομής. Αυτό, αποτελεί στοιχείο που επιδρά θετικά στον ψυχισμό της ασθενούς και συμβάλλει σε μια περισσότερο αισιόδοξη αντιμετώπιση της νόσου και κατ' επέκταση στην ταχύτερη ανάρρωση.

Οι αντιρρήσεις που προβάλλονται στην άμεση αποκατάσταση αφορούν τα ακόλουθα:

- Συγκάλυψη και καθυστέρηση της έγκαιρης διάγνωσης της τοπικής υποτροπής
- Η άμεση αποκατάσταση κρίνεται άσκοπη και βλαβερή σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνωμα
- Αδυναμία σωστής εκτίμησης από μέρους της ασθενούς των αποτελεσμάτων της εγγείρησης αποκατάστασης, καθώς δεν έχει την εμπειρία της ζωής χωρίς μαστό
- Καθυστέρηση στην έναρξη συμπληρωματικής χημειοθεραπείας λόγω διαταραχής των μηχανισμών της επούλωσης και μείωσης του αριθμού των λευκοκυττάρων που αυξάνει την κίνδυνο επιμόλυνσης του ενθέματος
- Αυξημένη συχνότητα επιπλοκών και νοσηρότητα
- Μη ικανοποιητικό αισθητικό αποτέλεσμα.

Απόψεις ότι η άμεση επανόρθωση του μαστού καθυστερεί την έγκαιρη διάγνωση και την έναρξη θεραπείας της τοπικής ή της περιοχικής υποτροπής δεν φαίνεται να ευσταθούν. Μελέτες έδειξαν ότι η άμεση αποκατάσταση του μαστού δεν προκαλεί αξιοσημείωτη καθυστέρηση στην έγκαιρη διάγνωση της υποτροπής και δεν επιβαρύνει την πρόγνωση των ασθενών.

Εξ' άλλου η τοπική υποτροπή εντοπίζεται στο δέρμα ή το υποδόριο λίπος με αποτέλεσμα να γίνεται εύκολα αντιληπτή, ιδίως στις περιπτώσεις που η ανακατασκευή του μαστού γίνεται με την τοποθέτηση του ενθέματος του μαστού κάτωθεν των μυών. Αξιοσημείωτη παρατήρηση είναι ότι η συχνότητα εμφάνισης τοπικής υποτροπής μετά μαστεκτομή και άμεση αποκατάσταση του μαστού δεν βρέθηκε να διαφέρει στατιστικά σημαντικά από την μαστεκτομή χωρίς ανακατασκευή του μαστού. Επίσης, η άποψη ότι η άμεση αποκατάσταση είναι δυνατόν να καθυστερήσει την έναρξη χημειοθεραπείας και ότι η χημειοθεραπεία αυξάνει την συχνότητα των επιπλοκών της επέμβασης αποκατάστασης δεν αποδείχθηκε από κλινικές μελέτες

Η άμεση ανακατασκευή αντενδείκνυται σε ασθενείς με μεγάλους όγκους και με ύποπτους μασχालιαίους λεμφαδένες στις οποίες θα απαιτηθεί ακτινοθεραπεία μετεγχειρητικά. Σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι προτιμότερο να καθυστερεί η αποκατάσταση ιδίως με ενθέματα σιλικόνης, διότι υπάρχει κίνδυνος νέκρωσης του δέρματος και αποκάλυψης του ενθέματος.⁴

Αποκατάσταση σε 2^ο χρόνο

Ο όρος όψιμη αποκατάσταση ή αποκατάσταση του μαστού σε 2ο χρόνο, αναφέρεται στην ανακατασκευή του μαστού που γίνεται μετά από μερικές ημέρες μέχρι και χρόνια συνήθως όμως μετά από 6-12 μήνες μετά την μαστεκτομή. Παλαιότερα, απαιτείτο αναμονή για δύο τουλάχιστον χρόνια μετά την μαστεκτομή προτού γίνει η ανακατασκευή του μαστού, με το σκεπτικό ότι οι περισσότερες υποτροπές παρατηρούνται μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα. Από ογκολογικής πλευράς δεν υπάρχει λόγος να τίθενται χρονικά όρια ασφαλείας μεταξύ μαστεκτομής και επανόρθωσης του μαστού. Κανένα χρονικό διάστημα αναμονής, δεν μπορεί να θεωρηθεί χρονικό διάστημα ασφαλείας, αφού τίποτε δεν αποκλείει την εμφάνιση υποτροπής σε ένα απώτερο χρόνο. Η εμφάνιση ή όχι υποτροπής εξαρτάται από την βιολογική συμπεριφορά του όγκου και το στάδιο της νόσου και δεν φαίνεται να σχετίζεται με τον χρόνο που θα αποφασισθεί να γίνει η αποκατάσταση του μαστού.

Υπέρ της όψιμης αποκατάστασης συνηγορούν τα ακόλουθα:

1. Πιστεύεται, ότι με την αποκατάσταση σε δεύτερο χρόνο υπάρχει αρκετός χρόνος για την πλήρη επούλωση του χειρουργικού τραύματος, για την απορρόφηση αιματώματος ή συλλογών ορώδους υγρού και για την ωρίμανση της ουλής της μαστεκτομής. Έτσι, το δέρμα στο πρόσθιο ημιθώρακιο γίνεται μαλακό και ευκίνητο, γεγονός που διευκολύνει τους χειρουργικούς χειρισμούς της ανακατασκευής.
2. Η ασθενής βλέποντας και ζώντας με τη δυσμορφία της μαστεκτομής για μερικούς μήνες, μπορεί να εκτιμήσει και να δεχθεί θετικότερα το αποτέλεσμα της αποκατάστασης.
3. Δίνεται η δυνατότητα πλήρους ανάρρωσης από μια μείζονα χειρουργική επέμβαση, ώστε να κρίνει η ασθενής ήρεμα και ανεμπόδιστα και όχι κάτω από συνθήκες συναισθηματικής φόρτισης, την αναγκαιότητα ή όχι ανακατασκευής του μαστού της. Επίσης, υπάρχει χρόνος για την πλήρη ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με τις δυνατότητες ανακατασκευής που προσφέρονται και την επιλογή του χειρουργού της.
4. Δίνεται ο χρόνος στον χειρουργό και την ασθενή να αναπτύξουν αρμονική σχέση εμπιστοσύνης που δεν είναι εφικτή όταν η αποκατάσταση γίνεται ταυτόχρονα με την μαστεκτομή.

5. Μερικοί χειρουργοί θεωρούν ότι η αποκατάσταση σε δεύτερο χρόνο επιτρέπει ευκολότερα την επίτευξη συμμετρίας μεταξύ των δύο μαστών από ότι η άμεση αποκατάσταση.
6. Τέλος, υπάρχει αρκετός χρόνος να γίνει ακριβής παθολογοανατομική εξέταση του όγκου και σταδιοποίηση της νόσου, να συμπληρωθεί η αγωγή με ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία που κρίνεται απαραίτητη, προτού επιχειρηθεί η αποκατάσταση του μαστού.

Οι σύγχρονες τάσεις υποστηρίζουν την άμεση αποκατάσταση τουλάχιστον για καρκινώματα μαστού στα αρχικά στάδια, διότι θεωρείται ογκολογικά ασφαλής για την ασθενή και εξασφαλίζει ικανοποιητικά αισθητικά αποτελέσματα. Η τελική απόφαση για τον χρονικό προγραμματισμό της επέμβασης θα πρέπει να λαμβάνεται από κοινού από τον χειρουργό, τον ογκολόγο και τον πλαστικό χειρουργό, αφού προηγηθεί λεπτομερής ενημέρωση της ασθενούς για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του κάθε τύπου αποκατάστασης.⁴

Κεφάλαιο 3: Η Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου του Μαστού



3.1.Οι ιδιαιτερότητες του καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει μερικές ιδιαιτερότητες αναφορικά με την ψυχοκοινωνική διάστασή του, οι οποίες οφείλονται κατά κύριο λόγο σ'αυτό καθαυτό το όργανο στόχο αλλά και στα επιδημιολογικά δεδομένα. Συγκεκριμένα, η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα που δυνητικά μπορεί να προκαλέσει τον θάνατό της, αλλά και με την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματός της που συμβολίζει δυο από τις πιο σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της : την μητρότητα και την ερωτική της υπόσταση. Το τελευταίο έχει ιδιαίτερη σημασία, αν αναλογιστεί κανείς ότι ο καρκίνος του μαστού είναι πιο συχνός σε μια ηλικία που και άλλοι παράγοντες (πχ. εμμηνόπαυση, φυσιολογική γήρανση) επιδρούν αρνητικά στην αίσθηση θηλυκότητας και ελκυστικότητας που αισθάνονται και νιώθουν οι γυναίκες.¹⁸

3.2.Μηχανισμοί προσαρμογής και αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού

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

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

2. **Μαχητικότητα (Fighting Spirit).** Η ασθενής είναι αποφασισμένη να πολεμήσει και να νικήσει. Κρατάει θετική στάση και ελπίζει και συνήθως ψάχνει μόνη της για να συλλέξει όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί σχετικά με το νόσημά της και την αντιμετώπισή του. Συνήθως ρωτούν τον γιατρό τους για να μάθουν λεπτομέρειες για την κατάστασή τους, ή άλλες φίλες τους που τυχαίνει να πάσχουν από το ίδιο νόσημα, και μπορεί να αισθάνονται τυχερές που το "ανακάλυψαν γρήγορα".
3. **Στωική αποδοχή (Stoic Acceptance).** Οι ασθενείς αυτές δέχονται την διάγνωση. Δεν αναζητούν πληροφορίες γι'αυτήν εκτός αν προκύψουν καινούρια συμπτώματα και γενικά συνεχίζουν να ζουν όπως πρώτα χωρίς να ασχολούνται ιδιαίτερα με το νόσημά τους.
4. **Αποδοχή με συνοδό άγχος/θλίψη (Anxious/depressed Acceptance).** Οι ασθενείς αυτές αντιδρούν στην διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή/και θλίψη. Όπως και οι γυναίκες με μαχητικό πνεύμα, επιδιώκουν ενεργητικά να μάθουν όσες περισσότερες πληροφορίες μπορούν, αλλά αντίθετα από τις πρώτες έχουν την τάση να τις ερμηνεύουν με τρόπο αρνητικό και απαισιόδοξο. Πάντως, είναι ικανές να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές δραστηριότητές τους.
5. **Απελπισία/Αβοηθητότητα (Hopeless/Helpless).** Οι γυναίκες αυτές φαίνεται να έχουν κυριευτεί απόλυτα από την διάγνωση. Θεωρούν ότι είναι συνεχώς άρρωστες είτε έχουν είτε δεν έχουν συμπτώματα, και μερικές φορές ενεργούν σα να πρόκειται να καταλήξουν άμεσα. Η καθημερινή τους λειτουργικότητα είναι απόλυτα επηρεασμένη και αποδιοργανωμένη.¹⁸

3.3.Σχέση των μηχανισμών προσαρμογής και αντιμετώπισης με την πρόγνωση

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

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

2. Οι ασθενείς, που τρεις μήνες μετά την χειρουργική θεραπεία καρκίνου πρώιμου σταδίου εμφανίζουν μαχητικότητα, φαίνεται να έχουν επίσης καλύτερη πρόγνωση, αν και το εύρημα αυτό δεν έχει αναπαραχθεί από όλους τους ερευνητές.
3. Οι ασθενείς με απελπισία ή/και χωρίς βοήθεια από κάποιον εμφανίζουν σταθερά σε όλες τις εργασίες πιο άσχημη πρόγνωση.
4. Σε ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου, οι ψυχολογικοί παράγοντες αντιμετώπισης δεν φαίνεται να επηρεάζουν την επιβίωση. Στην ομάδα αυτή των ασθενών οι βιολογικοί παράγοντες φαίνεται να έχουν τον κύριο ρόλο σχετικά με την επιβίωση.¹⁸

3.4. Ψυχική Νοσηρότητα στον Καρκίνο του Μαστού

Στην εκτίμηση της μέτρησης της ψυχιατρικής νοσηρότητας στον καρκίνο του μαστού όπως και σε άλλα καταληκτικά νοσήματα εγείρονται πολλά μεθοδολογικά προβλήματα. Το κυριότερο πρόβλημα αφορά στα κριτήρια με τα οποία θα διακριθούν οι "περιπτώσεις" από τις "μη περιπτώσεις". Τα υπάρχοντα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται γι'αυτόν τον σκοπό στην ψυχιατρική έρευνα αν και είναι πολύ έγκυρα και αξιόπιστα για την ανίχνευση πρωτοπαθών ψυχιατρικών διαταραχών δεν μπορούν το ίδιο καλά να διακρίνουν την παροδική "δυσφορία" που αποτελεί φυσιολογική αντίδραση σε ένα αρνητικό γεγονός από την "αληθινή" ψυχιατρική διαταραχή. Με τον όρο "αληθινή" εννοείται εκείνη η διαταραχή που θα κρινόταν από έναν κλινικό ψυχίατρο ότι απαιτεί ειδική θεραπεία (φαρμακευτική ή/και ψυχοθεραπευτική) και η οποία μετά την ειδική αυτή θεραπεία θα βελτιωνόταν σημαντικά. Κρατώντας αυτή την επιφύλαξη, τα ευρήματα των περισσότερων ερευνών συνοψίζονται ως εξής :

1. Ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών, περίπου μία στις τέσσερις εμφανίζουν τα πρώτα δύο χρόνια από την διάγνωση του καρκίνου του μαστού κάποιο είδος συναισθηματικής διαταραχής του τύπου της αγχώδους διαταραχής ή της κατάθλιψης. Στις περισσότερες φορές ωστόσο η διαταραχή αυτή είναι ήπια ή αυτοπεριορισμένη έτσι ώστε αρκετοί είναι εκείνοι που πιστεύουν ότι δεν υπάρχει λόγος να παραπέμπονται οι γυναίκες αυτές σε ψυχίατρο. Ένα 5% ωστόσο παρουσιάζει ενδείξεις σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής, κυρίως μείζονος κατάθλιψης που απαιτεί θεραπεία.

2. 30% των γυναικών μετά την χειρουργική θεραπεία παρουσιάζει δυσκολίες στην σεξουαλική προσαρμογή της (μείωση της επιθυμίας, μείωση της συχνότητας των επαφών, μείωση της ικανοποίησης). Ωστόσο η σεξουαλική αυτή δυσλειτουργία είναι συνήθως μέτριου βαθμού και μόνο σε ένα μικρό ποσοστό είναι σοβαρή (περίπου στο 5%), ενώ όπως θα αναφερθεί παρακάτω φαίνεται να εξαρτάται και από το είδος της επέμβασης (μαστεκτομή ή ογκεκτομή).¹⁸

3.5. Διαφορές μεταξύ μαστεκτομής και ογκεκτομής

Στην χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού δεν υπάρχει ακόμη συναίνεση αναφορικά με το είδος της θεραπείας που πρόκειται να ακολουθηθεί. Το είδος της επέμβασης, ριζικής ή μη ριζικής αποφασίζεται ανάλογα με το στάδιο της νόσου, την ηλικία της ασθενούς, τις προτιμήσεις του χειρουργού ή της γυναίκας. Υπάρχουν ωστόσο αρκετά στοιχεία που δείχνουν ότι η επιβίωση μεταξύ των δύο μεθόδων δεν φαίνεται να διαφέρει σημαντικά. Έχει, λοιπόν, ενδιαφέρον να δει κανείς αν οι ψυχολογικές επιπτώσεις μεταξύ των δύο μεθόδων διαφέρουν, αφού οι υποστηρικτές των μη ριζικών επεμβάσεων τονίζουν ιδιαίτερα αυτήν την πλευρά. Τα συμπεράσματα των λίγων σχετικά εργασιών συνοψίζονται ως εξής :

1. Διαφορές στην εικόνα του εαυτού : Λίγους μήνες μετά την επέμβαση και οι δύο ομάδες γυναικών αναφέρουν μειωμένη ελκυστικότητα και θηλυκότητα. Ένα χρόνο μετά όμως οι γυναίκες με μη ριζικές επεμβάσεις επιστρέφουν στην προχειρουργική κατάσταση, σε αντίθεση με τις γυναίκες με ριζικές επεμβάσεις που συνεχίζουν να έχουν αισθήματα απώλειας της θηλυκότητάς τους και της εικόνας του εαυτού τους.
2. Διαφορές στην σεξουαλική λειτουργία : Φαίνεται ότι οι ασθενείς με μαστεκτομή έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν σοβαρή έκπτωση της σεξουαλικής λειτουργίας μετά την επέμβαση όπως αυτή εκδηλώνεται στην μείωση της επιθυμίας, της ικανοποίησης και της συχνότητας. Η επιπλοκή αυτή αν και γενικά όπως αναφέρθηκε είναι σχετικά μικρή, ωστόσο φαίνεται να εκδηλώνεται σχεδόν αποκλειστικά στην ομάδα των γυναικών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή.

3. Διαφορές στις ψυχιατρικές διαταραχές (αγχώδεις - καταθλιπτικές διαταραχές) : Από τα υπάρχοντα στοιχεία δεν φαίνεται να υπάρχουν διαφορές στην συχνότητα ψυχιατρικών διαταραχών.¹⁸

3.6. Κοινωνικές Παράμετροι στον Καρκίνο του Μαστού

Το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα που διαθέτει η γυναίκα που νοσεί από καρκίνο του μαστού φαίνεται να παίζει κρίσιμο ρόλο στην προσαρμογή στη νόσο και στην επακόλουθη δυσφορία. Ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζουν τα μέλη της οικογένειας και ο σύζυγος της γυναίκας. Οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια αλλά και οι ευρύτερες διαπροσωπικές σχέσεις δεν φαίνεται να επηρεάζονται από τη νόσο και σε μερικές περιπτώσεις βελτιώνονται. Η αντίληψη από την ίδια την γυναίκα ότι της παρέχεται υψηλού βαθμού υποστήριξη από το περιβάλλον της αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα που βελτιώνει την προσαρμογή της και μειώνει την δυσφορία της.¹⁸

Κεφάλαιο 4:Ψυχολογική υποστήριξη – Ο ρόλος του νοσηλευτή



Ο νοσηλευτής, στο πλαίσιο της νοσηλευτικής φροντίδας, θα πρέπει να διαπιστώσει εάν η ασθενής βιώνει ψυχολογικά προβλήματα και να τη βοηθήσει με τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Τα πιο συχνά ψυχολογικά προβλήματα που βιώνουν οι ασθενείς είναι το άγχος και η κατάθλιψη, καθώς και η ψυχολογική δυσφορία εξαιτίας των αλλαγών στην εικόνα του σώματός τους και στη σεξουαλικότητά τους.

Το άγχος και η κατάθλιψη έχουν σχέση με την εμφάνιση της νόσου, τη θεραπεία και τις ανεπιθύμητες ενέργειές της. Η ενημέρωση όσον αφορά στους παραπάνω παράγοντες μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να προσαρμοστεί στη θεραπεία, να βελτιώσει τη συναισθηματική της κατάσταση, να την επαναφέρει στην καθημερινότητα και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής της.

Μετά τη χειρουργική επέμβαση, η απώλεια του στήθους δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα στη γυναίκα, με αποτέλεσμα τη μείωση της αυτοεκτίμησής της, τη μεταβολή της εικόνας του σώματός της και τελικά την απόκτηση μιας αρνητικής εικόνας για τον εαυτό της. Η μεταβολή στην εικόνα του σώματος προέρχεται όχι μόνο από τη χειρουργική επέμβαση, αλλά και από τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, όπως είναι οι δερματικές αντιδράσεις λόγω της ακτινοθεραπείας.

Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι ένα από τα συχνά προβλήματα που βιώνει η γυναίκα κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Προδιαθεσιακοί παράγοντες, όπως προϋπάρχοντα προβλήματα και αλλαγές που συμβαίνουν εξαιτίας της εμμηνόπαυσης, συμβάλλουν στην εμφάνισή της. Η ακριβής αιτιολογία της δεν είναι επαρκώς τεκμηριωμένη. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας, όπως η πρόωμη εμμηνόπαυση με τα υπόλοιπα προβλήματά της (π.χ. εξάψεις), η ξηρότητα του κόλπου και η συνεχής δυσπαρευνία (σεξουαλική επαφή) , θεωρούνται αιτιολογικοί παράγοντες. Η ορμονική θεραπεία επιδεινώνει τα παραπάνω προβλήματα, ενώ οι αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα της ασθενούς εξαιτίας της ακτινοθεραπείας και η επακόλουθη διαταραχή στην εικόνα του σώματός της συμβάλλουν στη σεξουαλική δυσλειτουργία.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στις γυναίκες που βιώνουν την παραπάνω ψυχολογική κατάσταση εστιάζεται στα εξής:

- Να εξασφαλίσει θετικό κλίμα μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή, ώστε να ευνοείται ο διάλογος

- Να ενημερώσει την ασθενή για τις συχνές συναισθηματικές αντιδράσεις που είναι πιθανό να της δημιουργήσει η νόσος, βοηθώντας την να αισθάνεται πιο φυσιολογική
- Να την ενθαρρύνει να εκφράσει τα συναισθήματά της και να αποκαλύψει τις ανησυχίες της
- Να την ενθαρρύνει να μοιραστεί τις εμπειρίες της με άλλες ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία
- Να ετοιμάσει και να χρησιμοποιήσει ένα ερωτηματολόγιο από ανοικτές ερωτήσεις, με σκοπό τη λήψη πληροφοριών από την ασθενή σχετικά με την ψυχολογική της κατάσταση
- Να την ενημερώσει σχετικά με τη σημασία της μετεγχειρητικής θεραπείας και των σωματικών και ψυχολογικών ανεπιθύμητων ενεργειών της
- Να τη βοηθήσει να κατανοήσει την αλλαγή του σώματός της, η οποία είναι αποτέλεσμα συνδυασμού των θεραπειών της
- Να υποστηρίξει ψυχολογικά και να ενημερώσει το σύζυγο σχετικά με τις αλλαγές που συμβαίνουν στην ψυχολογία της γυναίκας
- Να ενημερώσει την ασθενή και το σύζυγό της για την επίδραση της θεραπείας στη σεξουαλική λειτουργία, καθώς και για τους άλλους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες αυτής της δυσλειτουργίας
- Να ενημερώσει το σύζυγο για τα προβλήματα που θα εμφανίσει η ασθενής και να τον ενθαρρύνει να της συμπαρασταθεί
- Να δημιουργήσει κατάλληλο κλίμα, ώστε να ενθαρρύνει την ασθενή να μιλήσει για τη σεξουαλική της ζωή
- Να ενθαρρύνει τους συζύγους να συζητούν μεταξύ τους το πρόβλημα που προέκυψε.^{16,17}

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Κεφάλαιο 1 : Νοσηλευτική Διεργασία



ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1^ο

Όνομα ασθενούς : Κ.Φ.

Ηλικία ασθενούς : 48

Διάγνωση εισόδου : Καρκίνος αριστερού μαστού

Ημερομηνία εισαγωγής : 22/06/10

Η ασθενής Κ.Φ. εισήλθε στην χειρουργική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας. Η ίδια η ασθενής ανακάλυψε με την αυτοεξέταση μαστών πριν από περίπου ένα χρόνο, ένα ογκίδιο στον αριστερό της μαστό διαστάσεων 1x1 cm. Πριν από 6 μήνες υποβλήθηκε σε παρακλινικό έλεγχο με U/S (υπέρηχο) και μαστογραφία, που έδωσε την εικόνα ινοαδενώματος. Στο ενδιάμεσο διάστημα το ογκίδιο μεγάλωσε σε μέγεθος και η επανάληψη του παρακλινικού ελέγχου έδειξε εικόνα ύποπτη για κακοήθεια. Στην περιοχή της μασχάλης διακρίνονται ανώδυνοι κινητοί λεμφαδένες. Ο δεξιός μαστός δεν είχε παθολογικά ευρήματα.

Η ασθενής καπνίζει από την ηλικία των 15 ετών, είναι παντρεμένη και έχει ένα παιδί. Έναρξη έμμηνου ρύσεως 14 ετών. Στο οικογενειακό της ιστορικό αναφέρει δυο περιστατικά με καρκίνο άλλου είδους, αλλά όχι μαστού.

Στην κλινική έγιναν λήψη ζωτικών σημείων και αιματολογικός έλεγχος. Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου το μεσημέρι της 23/06/10. Ως προς θεραπεία εκλογής προτάθηκε η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αναλόγως των αποτελεσμάτων της ταχείας βιοψίας.

Μετά την επέμβαση η ασθενής δεν παρουσίασε καμία επιπλοκή και πήρε εξιτήριο στις 5/07/10. Δόθηκαν οδηγίες για την φροντίδα της τομής στο σπίτι και ορίστηκε επανεξέταση σε 10 ημέρες.

Κατά την παραμονή της στην κλινική τέθηκε η εξής φαρμακευτική αγωγή :

Sup Γλυκερίνης 1x2 (προεγχειρητικά)

Fl Fraxiparine 1x1 (επί 6 ημέρες μετεγχειρητικά)

Amp Pethidine (επί πόνου)

N/S 0,9% 1000cc (την 1^η μετεγχειρητική μέρα)

Ringer's 1000cc (την 1^η μετεγχειρητική μέρα)

D/W 5% 1000cc (την 1^η μετεγχειρητική μέρα)

Δίαιτα ελεύθερη

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες-προβλήματα</i> Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Άγχος Φόβος Κατάθλιψη (προεγχειρητικά) λόγω της εγχείρησης</p>	<p>Εξασφάλιση ηρεμίας της ασθενούς.</p> <p>Ενθάρρυνση της ασθενούς για την απόκτηση της υγείας της.</p> <p>Μείωση των άσχημων συναισθημάτων και του άγχους που έχει η ασθενής.</p>	<p>Χορήγηση ηρεμιστικού με ιατρική εντολή, για αποφυγή άγχους.</p> <p>Συζήτηση και γνωριμία με το προσωπικό της κλινικής.</p> <p>Υποστήριξη σε όλα τα επίπεδα.</p> <p>Δημιουργία αισθήματος ασφαλείας από τους νοσηλευτές.</p>	<p>Το βράδυ πριν την εγχείρηση χορηγήθηκε ηρεμιστικού Tabl Iexotanil των 3mg 1x1 για την εξασφάλιση καλού ύπνου.</p> <p>Συζητήθηκαν όλες οι απορίες γύρω από την εγχείρηση.</p> <p>Ενισχύθηκε ψυχολογικά και τονώθηκε το ηθικό της ασθενούς.</p>	<p>Περιορίστηκε το άγχος και υπήρξε καλύτερη αποδοχή της εγχείρησης από την ασθενή, λόγω της ψυχολογικής τόνωσης και της χορήγησης ηρεμιστικού φαρμάκου.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες-προβλήματα</i> Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Λεμφοίδημα αριστερού άνω άκρου.	Πρόληψη λεμφοιδήματος.	Ενημέρωση του φακέλου της ασθενούς. Έναρξη ασκήσεων με φυσιοθεραπευτή. Ανάρτηση του άνω άκρου.	Έγινε ενημέρωση του φακέλου της ασθενούς σχετικά με το σύμπτωμα που προέκυψε. Έγινε επίσκεψη από τον φυσιοθεραπευτή και πραγματοποιήθηκαν οι πρώτες ασκήσεις. Αποτράπηκε η λήψη αρτηριακής πίεσεως και αίματος από το χέρι αυτό. Κινητοποιήθηκε και έγινε απαγωγή του βραχίονα αφού πρώτα δόθηκε εντολή γιατρού. Κατά την διάρκεια της νύχτας στο προσβεβλημένο αριστερό άνω άκρο τοποθετήθηκε μαξιλάρι.	Με τις ασκήσεις που έκανε ο φυσιοθεραπευτής στην ασθενή, αυτή ένιωσε πολύ καλά και αφού είχε επιτευχθεί η κινητοποίηση του αριστερού άνω άκρου, το λεμφοίδημα υποχώρησε σταδιακά.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Πόνος (μετεγχειρητικά)</p>	<p>Μείωση του πόνου και εξασφάλιση άνεσης.</p> <p>Σταθεροποίηση ζωτικών σημείων.</p>	<p>Εξασφάλιση σωστής θέσης στο κρεβάτι.</p> <p>Χορήγηση αναλγητικών με ιατρική εντολή και τρίωρη λήψη ζωτικών σημείων.</p> <p>Έλεγχος της παροχέτευσης και του υλικού παροχέτευσης.</p>	<p>Δόθηκε σωστή θέση στο κρεβάτι.</p> <p>Έγινε λήψη ζωτικών σημείων ανά τρεις ώρες.</p> <p>Χορηγήθηκε αναλγητικό (Nubain) μέσα σε ορό (D/W 5%) για την μείωση του πόνου.</p> <p>Έγινε έλεγχος της παροχέτευσης για τυχόν εμφάνιση αιμορραγίας.</p>	<p>Με την χορήγηση του αναλγητικού μειώθηκε ο πόνος σε λιγότερο από μια ώρα και η ασθενής έγινε πιο ήρεμη. Τα ζωτικά σημεία είναι φυσιολογικά και στην παροχέτευση έγινε έλεγχος χωρίς όμως, ευτυχώς, καμία ένδειξη για αιμορραγία. Η πορεία της ασθενούς εξελίχθηκε ανώδυνα.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες-προβλήματα</i> Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Αλλαγή σωματικού ειδώλου (απώλεια ενός μαστού).</p>	<p>Να αποδεχτεί η ασθενής την καινούρια της εικόνα στο λιγότερο δυνατό χρόνο και με λιγιστή ψυχική απώλεια.</p>	<p>Ψυχολογική στήριξη της ασθενούς.</p> <p>Ενημέρωση του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος για το τι συμβαίνει και για να γίνει η αποδοχή της πιο σωστά.</p> <p>Επίσκεψη σε ειδικούς ψυχολόγους για την αποδοχή του καινούριου ειδώλου.</p> <p>Ενημέρωση για την χρήση ειδικών προσθηκών μετά από μαστεκτομή και για τον τρόπο ένδυσης.</p> <p>Βοήθεια αποδοχής της από το κοινωνικό της περίγυρο.</p>	<p>Ενισχύθηκε η αυτοπεποίθησή της και τονώθηκε ψυχολογικά.</p> <p>Πληροφορήθηκαν οι φίλοι και οι συγγενείς σχετικά με την μεταβολή της σωματικής της εικόνας.</p> <p>Μίλησε και συζήτησε με τον ειδικό ψυχολόγο για τι την ενοχλεί και πως μπορεί να το αντιμετωπίσει.</p> <p>Ενημερώθηκε για τον τρόπο χρήσης προσθηκών μετά την μαστεκτομή.</p> <p>Έγινε προσπάθεια να ενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο.</p>	<p>Η ασθενής τελικά αποδέχθηκε το καινούριο της σωματικό είδωλο.</p> <p>Έδειξε μεγάλη κατανόηση και υπομονή.</p> <p>Οι συζητήσεις με τον ειδικό ψυχολόγο επέφεραν θετικά αποτελέσματα βοηθώντας την ψυχικά και κάνοντάς την να νιώθει και πάλι γυναίκα.</p>

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2^ο

Όνομα ασθενούς : Γ.Μ.

Ηλικία ασθενούς : 42

Διάγνωση εισόδου : Καρκίνος αριστερού μαστού

Ημερομηνία εισαγωγής : 16/01/10

Η ασθενής Γ.Μ. επισκέφτηκε τον ιδιωτικό καρδιολόγο της με τα εξής συμπτώματα :

Πόνος στον αριστερό μαστό και τσιμπήματα στην καρδιά. Νομίζοντας ότι έχει κάποιο πρόβλημα με την καρδιά της και λόγω του ιστορικού που υπήρχε, ο γιατρός της έκανε ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα βλέποντας όμως ότι ήταν φυσιολογικό. Υποπτευόμενος όμως τι μπορεί να υπάρχει την ρώτησε αν είχε κάνει μαστογραφία ποτέ της. Πηγαίνοντας για την εξέταση διαπιστώθηκε ότι είναι καρκίνος.

Η ασθενής είναι μητέρα ενός μικρού παιδιού και στο παρελθόν είχε αποβάλλει σε ηλικία 35 ετών. Η ασθενής αυτή δεν καπνίζει και έκανε διατροφή και γυμναστική για πολλά χρόνια. Όμως κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης της είχε αποκόλληση πλακούντα και έπρεπε να μείνει στο κρεβάτι ακίνητη τους τελευταίους δυο μήνες όπου πήρε και πολλά κιλά.

Η εισαγωγή της σε ιδιωτική κλινική ήταν άμεση. Οι εργαστηριακές εξετάσεις που έγιναν ήταν ακτινογραφία θώρακος, γενική ούρων και αίματος και μαστογραφία. Η χειρουργική θεραπεία είναι ριζική μαστεκτομή.

Η φαρμακευτική αγωγή είναι :

Tabl Lonarid 1x4

Amp Zideron 1x1

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες-προβλήματα</i> Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Διατροφή	<p>Ανακάλυψη των παραγόντων που επηρεάζουν την καλή διατροφή της ασθενούς.</p> <p>Ανακούφιση της άρρωστης από το άγχος και τις φοβίες της που της δημιουργούν ανορεξία.</p>	<p>Ενθάρρυνση της ασθενούς για λήψη υγρών και χορήγηση συχνών γευμάτων πλούσια σε θρεπτικά συστατικά.</p> <p>Συζήτηση με την ασθενή για τις φοβίες που έχει και καταπολέμησή τους έτσι ώστε να ηρεμήσει και να δημιουργηθεί όρεξη για φαγητό.</p>	<p>Χορήγηση στην ασθενή φαγητά τις προτιμήσεως της, καλά μαγειρευμένα αλλά και σε ευνοϊκό περιβάλλον για χαλάρωση.</p>	<p>Σημαντική διακοπή απώλειας βάρους της ασθενής. Ρύθμιση του ισοζυγίου αναγκών του οργανισμού και αύξηση ορέξεως της ασθενούς για τροφή.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες-προβλήματα</i> Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Κακοσμία	<p>Εξάλειψη της κακοσμίας που δημιουργείται λόγω της ανοιχτής ιστικής αλλοίωσης.</p> <p>Βοήθεια της άρρωστης να διατηρείται καθαρή αλλά να ελέγχει την κακοσμία.</p>	<p>Η λήψη μέτρων για τη διατήρηση της περιοχής καθαρής και η χρήση αποσμητικών ουσιών για την μείωση της κακοσμίας.</p>	<p>Η χρήση σαπουνιού στην περιοχή γύρω από το τραύμα, την διατηρεί καθαρή αλλά και δροσερή.</p> <p>Η αλλαγή της επίδεσης κάθε φορά που είναι λερωμένη.</p> <p>Ο συχνός αερισμός του θαλάμου βοηθάει στην εξάλειψη της κακοσμίας.</p> <p>Ανάλογα την τραυματισμένη περιοχή χρησιμοποιείτε και το ανάλογο είδος υγρού για την περιποίηση του τραύματος.</p>	<p>Η ασθενής αισθάνεται πολύ πιο άνετα και καλύτερα που δεν μυρίζει άσχημα.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες-προβλήματα</i> Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Νέκρωση - Εξέλκωση	<p>Προστασία της ασθενούς από εστίες μόλυνσεως για την πρόληψη δημιουργίας νεκρώσεως στο κέντρο της διογκώσεως.</p> <p>Προστασία της ασθενούς από αντικείμενα μαζεύουν πολλούς μικροοργανισμούς και μπορούν να μολύνουν σοβαρά το τραύμα.</p>	<p>Διδασκαλία της ασθενούς πώς να μην τραυματίζει και να μην μολύνει το τραύμα, γιατί αυτά είναι παράγοντες που αυξάνουν τον πόνο και την ταλαιπωρούν.</p> <p>Παρακολούθηση του τραύματος για τυχόν εμφάνιση σημείων που δηλώνουν λοίμωξη όπως κακουχία, πυρετός, άφθονες αλλά και δύσοσμες εκκρίσεις.</p>	<p>Καθαρισμός της μολυσμένης εξέλκωσης του όγκου με χλιαρό νερό και ήπια αντισηπτικά διαλύματα.</p> <p>Η χρησιμοποίηση αντιμικροβιακών φαρμάκων εσωτερικά του τραύματος και η εφαρμογή τοπικά βοηθάει στην υποχώρηση της λοιμώξεως.</p>	<p>Με την παροχή της ανάλογης νοσηλευτικής φροντίδας, την προσοχή και την επιμέλεια, το τελικό αποτέλεσμα ήταν ο περιορισμός της μόλυνσης και την αποτροπή της λοίμωξης.</p>

Συμπεράσματα

Το βασικότερο συμπέρασμα που δίνεται να κατανοήσουμε είναι ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μια ασθένεια η όποια δυστυχώς έχει “μπει” στην ζωή μας για τα καλά.

Επίσης το θετικό είναι ότι η επιστήμη έχει προοδεύσει τόσο που σε λίγα χρόνια δεν θα καταλαβαίνει κάποιος ότι πέρασε την ασθένεια αυτή και δεν καταπονήθηκε σωματικά και ψυχικά.

Οι γυναίκες, που είναι η ομάδα που διατρέχει τον μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, είναι ενημερωμένη από παντού και μπορεί έτσι να έχει καλύτερη πρόληψη από τον καρκίνο του μαστού.

Η εκπαίδευση και η στήριξη (ψυχολογική, συναισθηματική) του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, βοηθά ακόμη περισσότερο στην συνέχιση της ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού.

Το οικογενειακό περιβάλλον βοηθά πάρα πολύ τον ασθενή να γυρίσει πίσω στην παλιά του ζωή παρά το σοβαρό πρόβλημα που αντιμετωπίζει.

Οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν καρκίνο του μαστού από οποιαδήποτε άλλη ομάδα. Συγκεκριμένα, 1 στις 8 γυναίκες εμφανίζει καρκίνο του μαστού.

Οργανώσεις όπως το “Άλμα Ζωής”, κέντρα στήριξης όπως το “Έλλη Λαμπέτη” και εταιρείες καλλυντικών όπως η Estée Lauder, η Avon έχουν βοηθήσει μη κερδοσκοπικά γυναίκες με καρκίνο του μαστού αλλά και έχουν ενημερώσει χιλιάδες για το θέμα του καρκίνου του μαστού.

Προτάσεις

Η ίδρυση περισσότερων αντικαρκινικών κέντρων μαστού στην Ελλάδα αλλά και στον κόσμο θα βοηθούσε στην εξέταση περισσότερων γυναικών και στην γρήγορη πρόληψη.

Εκπαίδευση με σεμινάρια και συνέδρια πάνω στον καρκίνο του μαστού, του ιατρικού αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Να υπάρχει ειδικευμένη ομάδα γιατρών – ψυχολόγων όπου θα στηρίζει τον ασθενή στην επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο αλλά και θα βοηθά την οικογένεια του ατόμου σε ψυχολογικό επίπεδο.

Κάθε γυναίκα που βρίσκεται στην ηλικία των 40 χρονών πρέπει να υποβάλλεται σε μαστογραφία 1 φορά τον χρόνο σε συνεργασία με τον γυναικολόγο της.

Να υπάρχουν ειδικά κίσκια που θα μοιράζουν έντυπα και πληροφορίες σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, σε μεγάλες πόλεις.

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης να προβάλουν περισσότερες διαφημίσεις σχετικά με τον καρκίνο του μαστού.

Η δημιουργία ειδικών μονάδων μαστού στην Ελλάδα να πραγματοποιηθούν όπως γίνεται σε άλλες χώρες και να έχουν εξειδικευμένο προσωπικό ιατρικό και νοσηλευτικό.

Περίληψη

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα από τα σοβαρά πλέον προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες (ανεξαρτήτως χρώματος και ηλικίας). Ευτυχώς όμως, με την πάροδο των χρόνων, η ιατρική και προπάντων η νοσηλευτική έχουν εξελιχθεί τόσο ώστε οι πιθανότητες θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού έχουν μειωθεί αρκετά.

Δεν παύει όμως να μην αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα θέματα του σύγχρονου κόσμου. Για τον λόγο αυτό, όλος ο κόσμος και κυρίως ο γυναικείος πληθυσμός πρέπει να ενημερώνεται σχετικά με το θέμα αλλά και να κάνει τις απαραίτητες εξετάσεις έτσι ώστε να προλαμβάνει την νόσο.

Επίσης, οι εξετάσεις που γίνονται πριν και μετά από την διάγνωση κάποιου με καρκίνο του μαστού αλλά και οι μέθοδοι θεραπείας του με την αφαίρεση του όγκου επιφέρουν την υγεία στον ασθενή. Αυτό όμως από μόνο του δεν μπορεί να γίνει αν δεν υπάρχει η ψυχολογική αλλά και συναισθηματική υποστήριξη από τους ανθρώπους που είναι μαζί του από την οικογένεια, τους φίλους, την δουλειά και κυρίως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, με το οποίο ο ασθενής συναναστρέφεται περισσότερο λόγω της προσπάθειας που γίνεται για την απόκτηση της υγείας του.

Τέλος, η εξέλιξη της επιστήμης, συγκεκριμένα της ιατρικής αλλά και της νοσηλευτικής, μελλοντικά θα οδηγήσει στην εξάλειψη του καρκίνου του μαστού με απώτερο σκοπό την μείωση των πασχόντων από την λεγόμενη «μάστιγα του 21^{ου} αιώνα».

Summary

Breast cancer constitutes one from the serious problems of health that face the women (independent color and age). However with the byway of years, the medicine and nursing they have been evolved so much what the probabilities of mortality from breast cancer they have been decreased enough.

But that it is not one of the major themes of the modern world. For this reason, the whole world and especially the female population must be informed about the issue and make the necessary tests in order to prevent the disease.

Also, tests carried out before and after diagnosis of breast cancer and the treatment methods for the removal of the tumor leading to patient's health. But this alone can't be done if there is not psychological and emotional support from people who are with patient to family, friends, work, and particularly health professionals with whom the patient is more because the contact that have and the effort that been done.

Finally, the development of science, concretely the medicine but also nursing, in future will lead to the obliteration of breast cancer with final aim the reduction of sufferers from the said "plague of 21st century".

Βιβλιογραφία

1. Μαλλιού Σ., Αγνάντη Ν., Παυλίδης Ν., Καππάς Α., Κριαράς Ι., Γερούλανος Σ., Η ιστορία του καρκίνου του μαστού, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2006, σ.260-278.
2. Φιλόπουλος Ε., Ο καρκίνος του μαστού στην Αρχαία Ελληνική και Βυζαντινή Ιατρική, Τεύχος 23, Αύγουστος – Οκτώβριος 1997, <http://medlab.cs.uoi.gr/erga/pathology/kefalaio2/kefalaio23.htm> 9/3/2010.
3. Χατζημπούγιας Ι., *Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου.*, Εκδόσεις GM Desing, Θεσ/νίκη 2002.
4. Φύσσας Γ., Ο μαστός και οι παθήσεις του, Εκδοτικός οίκος Α.Α. Λιβάνη, Αθήνα 2006 σ.6-20, 83, 90-93, 104, 111-112, 130-131.
5. Guyton C., Hall E., *Εγχειρίδιο Ιατρικής Φυσιολογίας*, Εκδόσεις Παρισιάνο, Αθήνα 2006.
6. Δαρδαβέσης Θ., Επιδημιολογία του καρκινώματος του μαστού. ,9^ο Συνέδριο Χειρουργικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος, Θεσσαλονίκη 2009.
7. Γεωργίου Χ. Σακοράφα, Ο καρκίνος του μαστού, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα Μάρτιος 2000, σ.14-16, 25-29, 37.
8. Λάγιου Α. ,Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2008, 25(6) σ.742-748.
9. Κωστάκης Α. *Σύγχρονη χειρουργική διαγνωστική και θεραπευτική*. Τόμος ΙΙ. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης. 2005.
10. Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία – εκπαιδευτικό συμβούλιο, Διαγνωστικές και θεραπευτικές κατευθύνσεις στη χειρουργική ογκολογία (Evidence-based surgical oncology) , Επιμέλεια έκδοσης Βασιλόπουλος Π. Περικλής, Γκρινιάτσος Ιωάννης, Κορκολής Π. Δημήτριος, Εκδοτική παραγωγή stimulus Φιλοπούλου Δήμητρα, Αθήνα , σ. 40-44, 68-78.
11. Βούρτση Α., Βλάχος Λ. Απεικονιστική διαγνωστική προσέγγιση του καρκίνου του μαστού, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 16(6) σ. 574-579.
12. Ζαφράκας Μ., Τσαλίκης Τ., Παπαδόπουλος Α., Σόρτσης Α., Ταρλατζής Β. , *Επικουρική θεραπεία του καρκίνου του μαστού: Βασικές αρχές ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ, 2009 21(2)σ. 164-169.*

13. Lemone P., Burke K. Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς, Τόμος 3, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός 2004.
14. Μόσχου-Κάκκου Αθηνά, Ογκολογική νοσηλευτική, Πάτρα Σεπτέμβριος 1999, σ. 3-10, 12, 19.
15. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας , Επιμέλεια έκδοσης : Δοντάς Ν., Μπεσμπέας Σ., Πατηράκη Ε., Αθήνα 2004, σ. 34-48.
16. Κόνιαρη Ευδοξία, Καρκίνος του Μαστού- Νοσηλευτική παρέμβαση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991, σ. 254-261, 268-271.
17. Λαβδανίτη Μ. Γυναίκες με καρκίνο μαστού που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, Νοσηλευτική προσέγγιση, Νοσηλευτική 2007,46(2) σ. 181–188.
18. Αδαμακίδου Θ. Αποκατάσταση γυναικών μετά από μαστεκτομή, Ο ρόλος των νοσηλευτών, Νοσηλευτική 42, 2003, σ. 308-315.

Παράρτημα

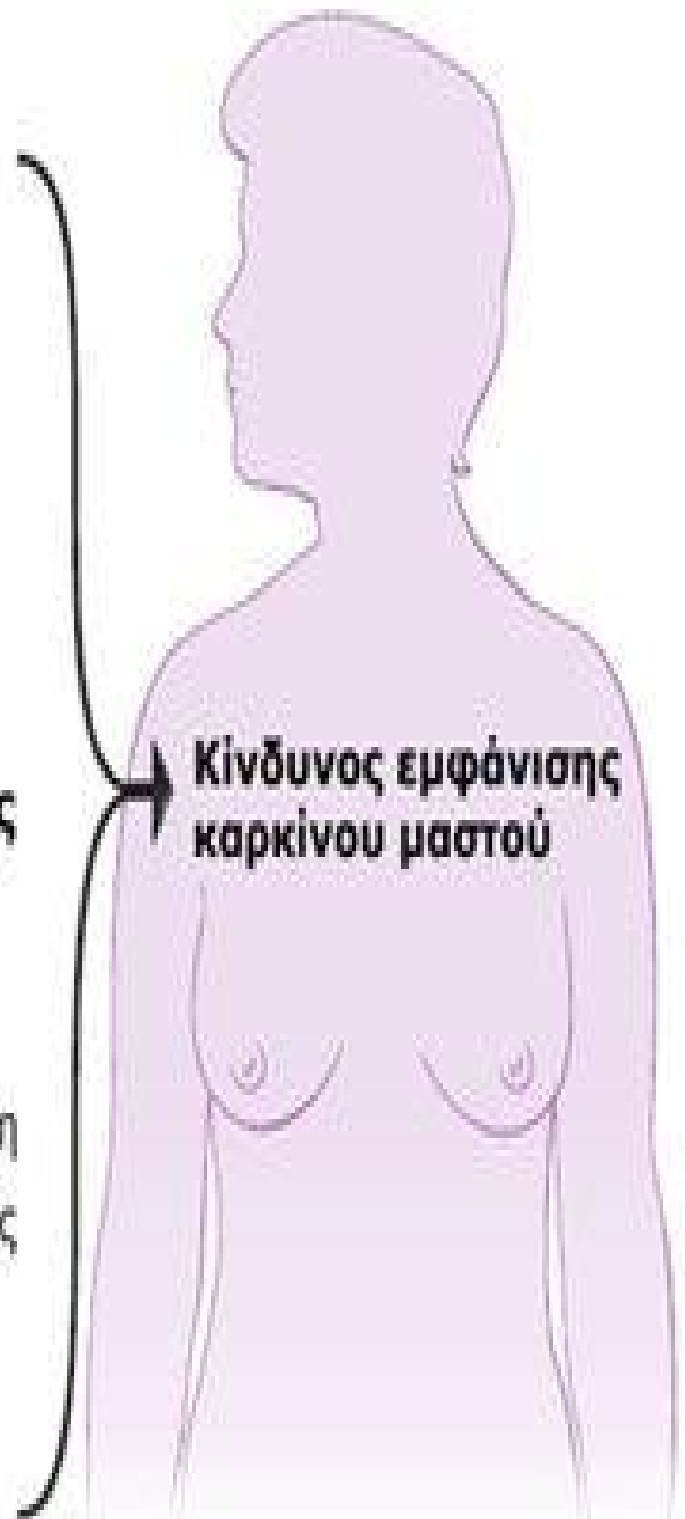


Γενετικοί παράγοντες

- ◆ Κύρια υπεύθυνα γονίδια *BRCA1, BRCA2*
- ◆ Γονίδια-τροποποιητές (modifier genes)

Μη γενετικοί παράγοντες

- ◆ Ηλικία εμμηναρχής
- ◆ Βάρος / διαίτα
- ◆ Άσκηση / φυσική κατάσταση
- ◆ Περιβαλλοντικοί παράγοντες
- ◆ Άλλοι αναπαραγωγικοί / ορμονικοί παράγοντες



Παγκόσμια μάστιγα

Σε 4.500

Ελληνίδες γίνεται ετησίως
διάγνωση καρκίνου του μαστού

Σε 182.460

γυναίκες στις ΗΠΑ διαγνώστηκε διηθητικός
καρκίνος του μαστού το 2008

40.480

από αυτές πέθαναν από την ασθένεια

130

φιλανθρωπικοί αγώνες «Susan
G. Komen Race for the Cure Series»
οργανώθηκαν το 2009

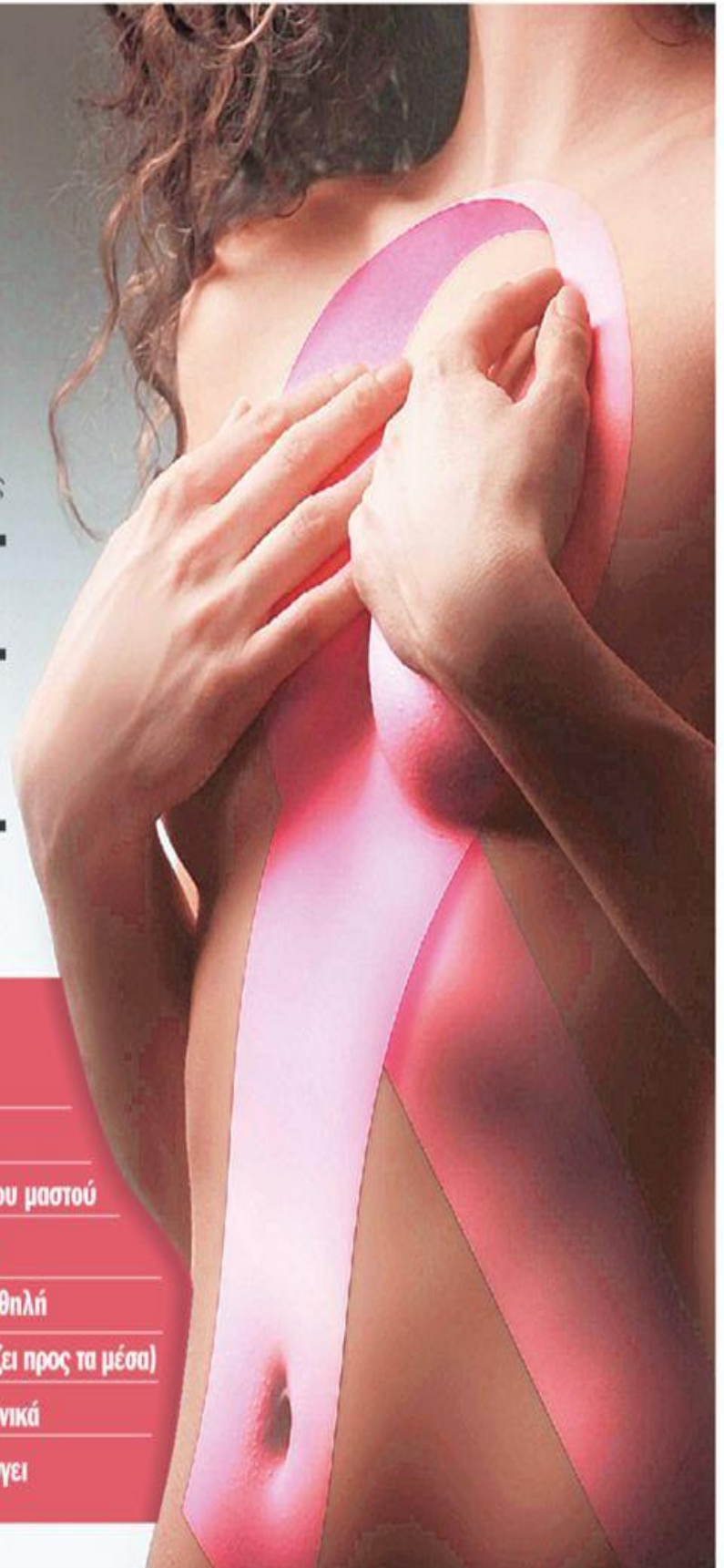
Σε 1,3 εκατ.

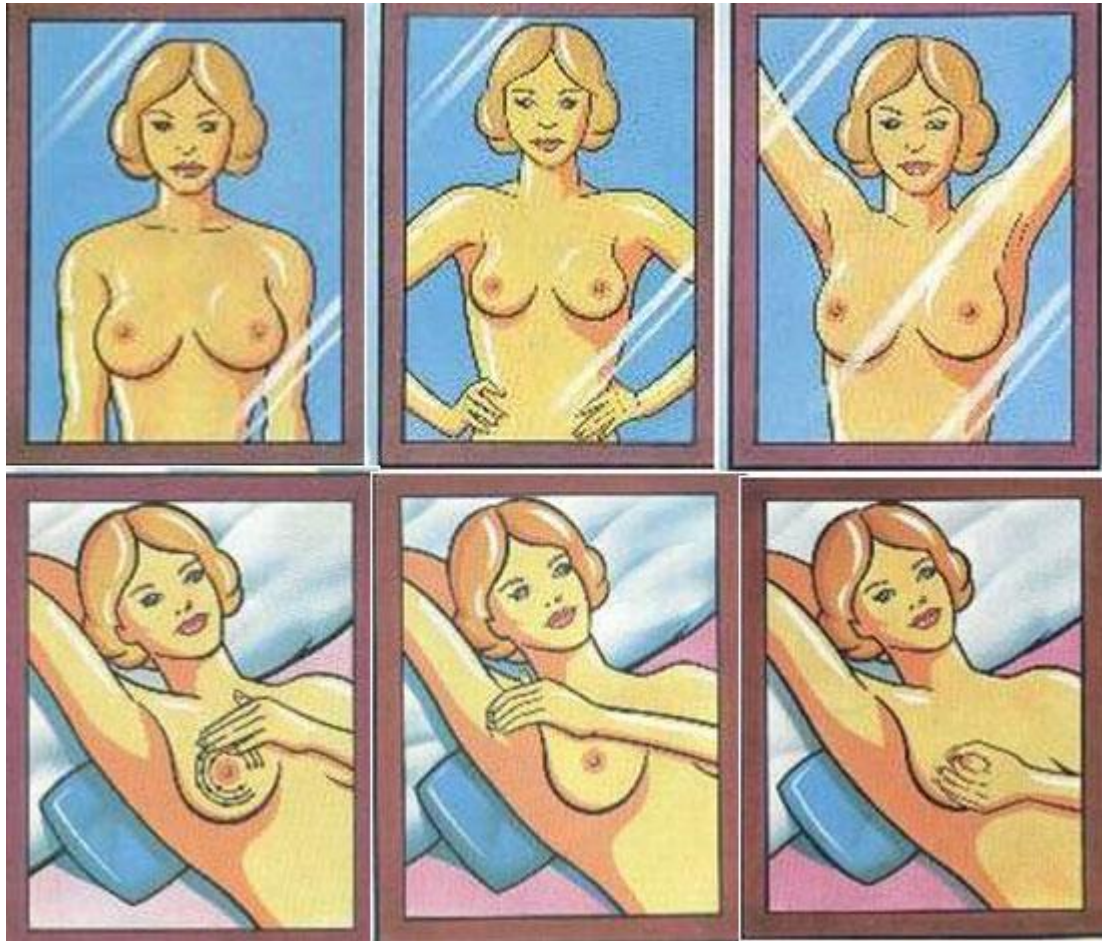
γυναίκες παγκοσμίως διαγιγνώσκεται
κάθε χρόνο καρκίνος του μαστού

Συμπτώματα - SOS

- ΣΚΛΗΡΗ μάζα ή ογκίδιο
- ΠΡΗΞΙΜΟ, ερεθισμός στο δέρμα
- ΑΛΛΑΓΗ στο μέγεθος ή το σχήμα του μαστού
- ΔΙΠΛΩΣΕΙΣ ή πτυχές του δέρματος
- ΦΑΓΟΥΡΑ, πληγή ή εξάνθημα στη θηλή
- ΕΙΣΟΛΚΗ της θηλής (όταν αυτή γυρίζει προς τα μέσα)
- ΥΓΡΟ από τη θηλή που βγαίνει ξαφνικά
- ΠΟΝΟΣ σε ένα σημείο που δεν φεύγει

ΤΑ ΝΕΑ Πηγή: «Άλμα Ζωής», American Cancer Society





Αυτοεξέταση μαστού

7 ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΝΑ ΠΡΟΦΥΛΑΧΤΟΥΜΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ



1

ΚΑΝΤΕ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ!
ΡΩΤΗΣΤΕ ΤΟΝ ΠΙΑΤΡΟ ΣΑΣ ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ.



2

ΚΑΝΤΕ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ ΤΑΚΤΙΚΑ.
ΑΝΑΦΕΡΤΕ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΑΓΗ ΓΙΑΡΑΤΗΡΗΣΕΤΕ ΣΤΟΝ ΠΙΑΤΡΟ ΣΑΣ!



3

ΤΡΩΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΛΑΧΑΝΙΚΑ ΚΑΙ ΦΡΟΥΤΑ.
ΟΙ ΙΝΕΣ, ΤΑ ΑΝΤΙΟΞΕΙΔΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ ΠΟΥ ΠΕΡΙΧΟΥΝ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΒΟΗΘΗΣΟΥΝ!



4

ΓΥΜΝΑΣΘΕΙΤΕ!
ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΟ, ΧΟΡΟΣ, ΠΟΓΚΑ, Ο,ΤΙ ΣΑΣ ΑΡΕΣΕΙ!



5

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΣΑΣ.
EXTRA ΚΙΛΑ = EXTRA ΡΙΣΚΟ.



6

ΜΗΝ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ!
ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΤΕ ΝΑ ΤΟ ΚΩΨΕΤΕ.

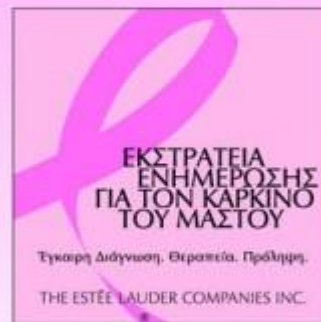


7

ΠΙΝΕΤΕ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΛΚΟΟΛ!

ΒΟΗΘΗΣΤΕ ΝΑ ΚΕΡΔΙΣΟΥΜΕ ΤΗ ΜΑΧΗ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η Estée Lauder Companies Inc. έχει αφιερώσει διεθνώς τις προσπάθειές της στο να αφυπνίσει τον κόσμο ότι η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού σώζει ζωές. Στην Αμερική υποστηρίζει το Breast Cancer Research Foundation, έναν οργανισμό που διεξάγει έρευνες χρηματοδοτούμενες από δωρεές της ίδιας της εταιρίας, και από μέρος των εσόδων πωλήσεων επιλεγμένων προϊόντων της. Περισσότερες πληροφορίες για το BCRF: www.bcrfcure.org



Aramis • Aveda • Bobbi Brown Cosmetics
Bumble and bumble • Clinique • Darphin
Donna Karan Cosmetics • Estée Lauder
Jo Malone • Lab Series Skincare For Men
La Mer • Ojon • Origins
Prescriptives • Sean John Fragrances
Tommy Hilfiger Toiletries

Για περισσότερες πληροφορίες επισκεφθείτε το site: www.elcompanies.com

Η σκιτσογράφος Marisa Acocella Marchetto έδωσε τη μάχη της και κέρδισε τον καρκίνο του μαστού. Περιγράφει την προσωπική της ιστορία μέσα από τα σκίτσα του βιβλίου της Cancer Vixen. Μέρος των εσόδων του βιβλίου της διατίθεται για τις έρευνες κατά του καρκίνου του μαστού. www.cancervixen.com