

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΊΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**‘ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ’**



ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ

ΑΝΤΩΝΙΑ ΜΑΡΑΖΙΩΤΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

ΠΑΠΑΡΒΑΝΙΤΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΝΤΑΛΙΑΡΔΑ ΣΤΕΛΛΑ

ΠΑΤΡΑ 2011

ΠΡΟΛΟΓΟΣ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την υπεύθυνη καθηγήτρια μας Αντωνία Μαραζιώτη για την πολύτιμη βοήθεια της και την υπομονή της μέχρι να φέρουμε εις πέρας αυτή την εργασία καθώς και τους γονείς μας που μας στήριξαν όλα αυτά τα χρόνια ώστε να καταφέρουμε να φτάσουμε μέχρι εδώ.

Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει 9 στις 10 γυναίκες που έχουν ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό ενώ μια στις 11 θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού κατά την διάρκεια της ζωής της. Η λέξη καρκίνος ακόμη και σήμερα που η εξέλιξη της επιστήμης και ειδικότερα της ιατρικής έχει προχωρήσει, συνεχίζει να προκαλεί φόβο, άγχος και αγωνία στον άνθρωπο.

Ο μαστός, το σύμβολο της θηλυκότητας και της μητρότητας χαρίζει πράγματι ομορφιά στη γυναίκα. Δυστυχώς όμως ο γυναικείος μαστός είναι ένα από τα κύρια όργανα που απειλείται από μια σειρά ασθενειών με πρωταρχική τη μάστιγα της εποχής μας, τον καρκίνο.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να βοηθήσει στην πληρέστερη και λεπτομερέστερη κατανόηση της αρρώστιας, καθώς επίσης και τη διαφώτιση του κοινωνικού συνόλου για τους τρόπους πρόληψης καθώς και να δώσει μια εικόνα του πως πρέπει να νοσηλεύεται η ασθενής με καρκίνο του μαστού στις σημαντικότερες φάσεις της αρρώστιας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η μάστιγα της εποχής και ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα της κοινωνία μας. Αφορά το σύνολο του γυναικείου πληθυσμού του πλανήτη μας. Είναι η πιο συχνή κακοήθης νεοπλασία στις γυναίκες και η δεύτερη αιτία θανάτου μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Η ακτινοθεραπεία και η ορμονική θεραπεία δεν είναι ριζική θεραπεία του προβλήματος, σε αντίθεση με την έγκαιρη διάγνωση και έγκαιρη θεραπεία. Όλες οι γυναίκες ανεξάρτητα από την ηλικία και την τάξη πρέπει να ενημερώνονται και να αποκτούν κάθε μέρα όλο και περισσότερες γνώσεις σχετικά με το θέμα. Οι ερευνητές συνεχίζουν την μάχη κατά του καρκίνου του μαστού, μια δύσκολη μάχη για να σώσει χιλιάδες γυναίκες, και οι νοσηλευτές να συνεχίσουν να είναι κοντά σε κάθε γυναίκα πριν και μετά τη διάγνωση του καρκίνου.

SUMMARY

Breast cancer is the scourge of time and a very significant problem in our society. It concerns the entire female population of our planet. It is the most common malignant neoplasm in women and the second cause of death after lung cancer. The radiotherapy and hormonal therapy are not radical cure of the problem, unlike the early diagnosis and timely treatment. All women regardless of age and class must be informed and gain every day more and more knowledge about the subject. Researchers continue the battle against breast cancer, a difficult battle to save thousands of women, and nurses continue to be near each women before and after diagnosis of cancer.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ-SUMMARY.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	12

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Κεφάλαιο 1 ^ο . ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	14
--	----

Γενικά

1.1 Μια πολύ παλιά ασθένεια.....	14
1.2 Η πρόκληση και η πορεία του καρκίνου του μαστού.....	14
1.3 Από την αρχαία Αίγυπτο στην εποχή του Ιπποκράτη.....	15
1.4 Ο καρκίνος στην Ελληνορωμαϊκή περίοδο.....	15
1.5 Τα πρώτα χριστιανικά και βυζαντινά χρόνια.....	16
1.6 Ο μακρύς δρόμος μέχρι τον 19 ^ο αιώνα.....	16
1.7 ΟΙ Νέοι ορίζοντες της χειρουργικής	16
1.8 Οι εξελίξεις του 20 ^{ου} αιώνα.....	17
1.9 Ένας πραγματικός κίνδυνος.....	17

Κεφάλαιο 2 ^ο . ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	19
---	----

Γενικά

2.1 Θέση μαστού.....	19
2.2 Μορφολογία μαστού.....	19
2.2.1 Θηλή	20
2.2.2 Θηλαία άλωσ	21
2.3 Εσωτερικά του μαστού.....	21

2.4 Μαστός κατά ηλικία.....	22
2.5. Αρτηριακή παροχή του μαστού.....	23
2.6 Φλεβική παροχέτευση του μαστού.....	23
2.7Λεμφική παροχέτευση του μαστού.....	23
2.8 Νεύρωση του μαστού.....	24
2.9.Λεμφαδένας Φρουρός.....	24
Κεφάλαιο 3 ^ο . ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	26
Κεφάλαιο 4 ^ο . ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	28
Γενικά	
4.1 Ιογενείς παράγοντες	29
4.2 Γενετικοί παράγοντες.....	29
4.2.1 οικογενειακό ιστορικό.....	29
4.2.2 φύλο.....	30
4.2.3 ηλικία.....	30
4.2.4 άλλοι παράγοντες	30
4.3 χημικές ουσίες	30
4.4 ιδιοσυστατικοί παράγοντες.....	31
4.4.1 ηλικία εμμηναρχής –εμμηνόπαυση.....	31
4.4.2 τεχνητή εμμηνόπαυση.....	31
4.4.3 γάμος και τεκνοποίηση.....	31
4.4.4 θηλασμός	32
4.5 ορμονικοί παράγοντες.....	32
4.5.1 οιστρογόνα.....	32

4.5.2 προλακτίνη.....	32
4.5.3 εξωγενή οιστρογόνα-αντισυλληπτικά.....	32
4.6 εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες	33
4.6.1 ιονίζουσα ακτινοβολία.....	33
4.6.2 ψυχογενή άγχη.....	33
4.7 μορφολογικοί παράγοντες.....	33
4.7.1 προηγηθείσα βιοψία.....	33
4.7.2 γενικά νοσήματα.....	34
4.7.3 κακοήθεις νεοπλασίες	34
4.7.4 παθήσεις μαστού.....	43
4.8 περιβαλλοντικοί παράγοντες	35
4.8.1 εθνικοί και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες	35
4.8.2 εκπαιδευτικοί παράγοντες	35
4.8.3 διαιτητικοί παράγοντες.....	35
4.8.4 αλκοόλ.....	35
4.8.5 βάρος	36
4.8.6 καθιστική ζωή.....	36
Κεφάλαιο 5°. ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	37
5.1 συχνότητα ιστολογικών τύπων καρκίνου.....	37
5.1.1 μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα.....	38
5.1.2 μη διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα.....	38
5.1.3 διηθητικό πορογενές καρκίνωμα.....	39

5.1.4. νόσος του paget.....	39
5.1.5 φλεγμονώδες καρκίνωμα του μαστού.....	39
5.1.6 μυελοειδές καρκίνωμα.....	39
5.1.7 βλενώδες καρκίνωμα.....	39
5.1.8 σωληνοειδές καρκίνωμα.....	40
5.1.9 θηλώδες καρκίνωμα.....	40
Κεφάλαιο 6°. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ-ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	41
6.1 σταδιοποίηση καρκίνου του μαστού.....	41
6.2 σκοπός της σταδιοποίησης	41
Κεφάλαιο 7°. ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	44
7.1 λήψη ιστορικού.....	44
7.2 κλινική εξέταση.....	44
7.3 ακτινολογικές εξετάσεις.....	45
7.3.1 μαστογραφία.....	45
7.3.2 γαλακτογραφία.....	46
7.3.3 μαγνητική απεικόνιση.....	46
7.3.4 υπερηχογράφημα.....	47
7.3.5 υπερηχο-ελαστογραφία.....	47

7.3.6 παρακέντηση- κυτταρολογική εξέταση.....	48
7.3.7 καρκινικοί δείκτες.....	49
7.4 αυτοεξέταση.....	49
7.4.1 μέθοδοι αυτοεξέτασης.....	49
7.5 σημάδια- συμπτώματα που απαιτούν ιατρική συμβουλή.....	52
Κεφάλαιο 8 ^ο . ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	53
8.1 τοπικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση.....	53
8.2 παθολογοανατομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση.....	54
8.3 γενετικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση.....	54
Κεφάλαιο 9 ^ο . ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	56
Γενικά	
9.1 χειρουργική θεραπεία.....	56
9.2 ακτινοθεραπεία.....	57
9.3 χημειοθεραπεία.....	57
9.4 ορμονοθεραπεία.....	58
9.5 συνήθεις θεραπείες ανά στάδιο.....	58
Κεφάλαιο 10 ^ο ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ.....	60
Κεφάλαιο 11 ^ο . ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	61

Γενικά

11.1 πρόσθεση μαστού σιλικόνης σε ένα στάδιο.....	61
11.2 τεχνική επέκτασης των ιστών.....	62
11.3 τεχνική χρησιμοποίησης κρημνού από το πλατύ ραχιαίο μύ.....	62
11.4 τεχνική χρησιμοποίησης μυοδερματικού κρημνού από τον εγκάρσιο κοιλιακό μύ.....	63
11.5 μικροχειρουργική τεχνική ελεύθερης επιλογής κρημνού.....	63
Κεφάλαιο 12°. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΤΡΑ.....	64

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Κεφάλαιο 1°.

1.1 ο νοσηλευτικός ρόλος στην πρωτογενή πρόληψη.....	66
1.1.1 κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες.....	66
1.1.2 έλλειψη μόρφωσης.....	67
1.1.3 ψυχολογικοί παράγοντες.....	67
1.2 ο νοσηλευτικός ρόλος στη δευτερογενή πρόληψη.....	67
1.2.1 λήψη ιστορικού.....	67
1.2.2 κλινική εξέταση.....	67
1.2.3 αυτοεξέταση μαστού.....	69
Κεφάλαιο 2°. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	69

2.1 ενημέρωση για τον καρκίνο του μαστού.....	69
2.2 ψυχικές αντιδράσεις.....	69
2.2.1 πιθανά προβλήματα κατά την ενημέρωση- αντιμετώπιση.....	70
Κεφάλαιο 3°. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ.....	73
Γενικά	
3.1 μαστογραφία και νοσηλευτική παρέμβαση.....	74
3.2 σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας κατά τη βιοψία.....	74
Κεφάλαιο 4°.	
4.1 προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	76
4.2 μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	78
4.3 φροντίδα τραύματος και πρόληψη φλεγμονής.....	79
4.4 νοσηλευτική φροντίδα σθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.....	81
4.5 νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία.....	82
4.6 νοσηλευτική φροντίδα της οικογένειας και υποστήριξη.....	84
Κεφάλαιο 5°. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΙΘΑΝΩΝ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ.....	85
5.1 οστά.....	85
5.2 πνεύμονες.....	85

5.3 ήπαρ.....85

5.4 εγκέφαλος..... 86

Κεφάλαιο 6^ο. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ / ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....87

Γενικά

6.1 αντιμετώπιση πόνου.....87

6.2 δυσκοιλιότητα.....87

6.3 ναυτία και εμετός.....88

6.4 διατροφή.....88

6.5 πρόληψη κατακλίσεων..... 88

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Νοσηλευτική φροντίδα 1^ο περιστατικού με καρκίνο μαστού με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.....90

Νοσηλευτική φροντίδα 2^ο περιστατικού με καρκίνο μαστού με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.....95

Συζήτηση – Συμπεράσματα99

Παγκόσμια μέρα του καρκίνου του μαστού.....100

Οργανισμοί και σύλλογοι.....101

Βιβλιογραφία.....102

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο διεθνής ιατρικός όρος για τον καρκίνο του μαστού είναι mammary carcinoma.

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συνηθέστερη μορφή καρκίνου μεταξύ των γυναικών στη βόρειο Αμερική, σχεδόν σε όλη την Ευρώπη, την λατινική Αμερική και την Αυστραλία. Υπολογίζεται ότι η νόσος αυτή θα πλήξει πέντε εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον κόσμο μέσα στην επόμενη δεκαετία. Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού αυξάνεται σε όλους τους πληθυσμούς, τόσο στις βιομηχανοποιημένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες, κατά μέσο όρο περίπου 1% ετησίως.

Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα είναι μικρότερη από την αντίστοιχη συχνότητα των περισσότερων χωρών της Ευρώπης και της βορείου Αφρικής, μεγαλύτερη όμως από εκείνη της Ιαπωνίας.

Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο έχουμε περίπου 3.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου μαστού στην Ελλάδα. Οι θάνατοι από καρκίνο είναι περίπου 1.200 το χρόνο.

Σήμερα επικρατεί γενικά η αντίληψη ότι οι παράγοντες που προκαλούν την καρκινογένεση είναι κυρίως εξωγενείς, ενώ σπανιότεροι είναι ενδογενείς. Μέχρις ότου γίνει δυνατή η πρόληψη του καρκίνου του μαστού, η μεγαλύτερη ελπίδα για τον έλεγχο της νόσου είναι η πρόωμη ανίχνευση, η διάγνωση και η θεραπεία.



ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο γυναικείος μαστός είναι ένα μοναδικό και αιώνιο σύμβολο της γυναικείας φύσης, που σχετίζεται άμεσα με τη θηλυκότητα, την ομορφιά, τον έρωτα, τη γονιμότητα, αλλά και την ίδια την ανάπτυξη και διατήρηση της ανθρώπινης ζωής

1.1 ΜΙΑ ΠΟΛΥ ΠΑΛΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Η λέξη “μαστός” πιθανότατα προέρχεται από τη λέξη “μαζός” που χρησιμοποιούσαν οι Έλληνες για να δηλώσουν την ομοιότητα της σύστασής του στήθους με τη μάζα, δηλαδή τη ζύμη. Την ίδια λέξη αναφέρεται, επίσης, ότι χρησιμοποίησαν στα κείμενά τους ο Όμηρος, ο Ηρόδοτος, ο Ευρυπίδης και ο Αισχύλος. Ο καρκίνος του μαστού, αποτελεί την συχνότερη κακοήθεια στις γυναίκες, καθώς και τη δεύτερη αιτία θανάτου από την επάρατη νόσο σε ολόκληρο τον κόσμο. Η ασθένεια, μολονότι εδώ και δύο αιώνες ακολουθεί αυξητική τάση, μόλις τα τελευταία χρόνια έχει ελαφρά περιοριστεί, πιθανότατα λόγω επέκτασης των προγραμμάτων πρόωμης διάγνωσης, αλλά και βελτίωσης της θεραπευτικών μεθόδων.

1.2 Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΚΑΙ Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι παράγοντες που βρέθηκε ότι σχετίζονται με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού είναι πολλοί. Η κληρονομικότητα, η έκκριση συγκεκριμένων ορμονών, η πρόωμη έναρξη της περιόδου, η μεγάλη ηλικία πρώτης κύησης, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση, η εξωγενής χορήγηση αναπαραγωγικών ορμονών, η έλλειψη γυμναστικής, η έκθεση σε ακτινοβολία, οι γονιδιακές μεταλλάξεις, η αυξημένη κατανάλωση λιπών και η παρουσία ορισμένων καλοηθών καταστάσεων στο στήθος, είναι μερικοί από τους παράγοντες που προδιαθέτουν για προσβολή μιας γυναίκας από καρκίνο του μαστού. Η ασθένεια είναι δυνατό να προσβάλλει οποιαδήποτε γυναίκα, ανεξάρτητα από την εθνικότητα, την εξωτερική της εμφάνιση ή τις συνήθειές της. Θεωρείται, μάλιστα, ότι είναι ασθένεια που πλήττει περισσότερο τον ανεπτυγμένο κόσμο και ειδικότερα τις πλούσιες και μορφωμένες γυναίκες! Εφόσον ο καρκίνος αυτός δεν εντοπιστεί έγκαιρα ή παραμεληθεί, είναι πιθανό να δώσει μεταστάσεις, είτε σε γειτονικά, είτε σε απομακρυσμένα όργανα, με τη βοήθεια της λεμφικής ή της αιματικής κυκλοφορίας. Οι πιο συχνές θέσεις μετάστασης είναι οι λεμφαδένες της μασχάλης, οι πνεύμονες, τα οστά, το ήπαρ, το δέρμα και ο εγκέφαλος. Όπως είναι φυσικό, η προσβολή από μια τέτοια αμείλικτη

ασθένεια, όπως είναι ο καρκίνος του μαστού, αλλά και η πιθανή μαστεκτομή, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα πλήγματα στην εξωτερική εικόνα, αλλά κυρίως στην ψυχολογία μιας γυναίκας.

1.3 ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΑΙΓΥΠΤΟ, ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

Ο καρκίνος του μαστού κάνει την εμφάνισή του για πρώτη φορά σε αιγυπτιακά κείμενα που χρονολογούνται γύρω στο 1600 π.Χ. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι περιγράφουν περιστατικά καρκίνων του μαστού που αντιμετώπιζονταν θεραπευτικά με καυτηριασμό, με τη βοήθεια ενός εργαλείου που ονομαζόταν “τρυπάνι φωτιάς”. Οι πρώτες καταγραφές της αρχαίας Ελλάδας αποδίδονται στον πατέρα της ιστορίας, τον Ηρόδοτο (5^{ος} π.Χ. αιώνας), που αναφέρει ότι η Άτσα, η μητέρα του Πέρση βασιλιά Δαρείου, είχε όγκο στο μαστό της. Επίσης, ο μεγαλύτερος γιατρός της αρχαιότητας, ο Ιπποκράτης, (460-377 π.Χ.) χρησιμοποίησε πρώτος τους όρους “καρκίνος” και “καρκίνωμα” για να περιγράψει όγκους όχι μόνο στους μαστούς, αλλά και σε άλλα σημεία του σώματος, ενώ πίστευε ότι οι όγκοι με εξωτερικό έλκος μπορούν να αντιμετωπιστούν με χειρουργική επέμβαση. Γενικότερα, πάντως, θεωρούσε ότι πολλές φορές είναι προτιμότερο να μην εφαρμόζεται καμία θεραπεία για τον καρκίνο, αφού έτσι εκτιμούσε ότι οι ασθενείς ζούσαν περισσότερο. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι σε αφιερώματα του 4^{ου} π.Χ. αιώνα, που βρέθηκαν σε διάφορα Ασκληπιεία, συχνά απεικονίζονται μαστοί, γεγονός που αποδεικνύει τη μεγάλη έκταση που είχαν οι παθήσεις του στήθους εκείνη την εποχή.

1.4 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΟΡΩΜΑΪΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

Τον 1^ο μ.Χ. αιώνα ο Κέλσος καταγράφει την κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού και επισημαίνει τη διόγκωση των λεμφαδένων, αποδίδοντας την πρώτη γραπτή σταδιοποίηση της νόσου που έχει βρεθεί μέχρι σήμερα. Ο Λεωνίδης από την Αλεξάνδρεια είναι ο πρώτος που περιέγραψε με λεπτομέρειες το 180 μ.Χ. εγχείρηση μαστεκτομής, η οποία ακολουθούνταν από καυτηριασμό για τη αποτροπή της αιμορραγίας. Οι μαστεκτομές, πάντως, φαίνεται ότι είχαν ξεκινήσει πολύ παλαιότερα, πιθανότατα από την εποχή του Ιπποκράτη, χωρίς όμως να υπάρχει αναλυτική περιγραφή της διαδικασίας. Ο Γαληνός, την ίδια εποχή, γράφει ότι στα πρώτα στάδια του καρκίνου είναι πιο ωφέλιμη η συντηρητική θεραπεία, ενώ όταν ο όγκος μεταβληθεί σε μεγάλη μάζα, είναι απαραίτητη η μαστεκτομή. Μία άλλη άποψη, ενδεικτική της άγνοιας του τρόπου ανάπτυξης του καρκίνου εξέφρασε ο Δίων, που υποστήριξε ότι οι όγκοι στους μαστούς αναπτύσσονται μετά τα χτυπήματα των γυναικών με τα χέρια στο στήθος τους, μια κίνηση πολύ διαδεδομένη τα αρχαία χρόνια σε περιπτώσεις μεγάλης λύπης ή πένθους.

1.5 ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΑ ΚΑΙ ΒΥΖΑΝΤΙΝΑ ΧΡΟΝΙΑ

Οι άγιοι Ανάργυροι, ο Κοσμάς και ο Δαμιανός, τον 3^ο μ.Χ. αιώνα αναφέρεται ότι μπορούσαν να θεραπεύσουν πολλές ασθένειες, μεταξύ των οποίων και περιστατικά καρκίνου του μαστού. Γύρω στο 670 μ.Χ. ο Παύλος ο Αιγινήτης πρώτος περιέγραψε ογκεκτομή, δηλαδή εγχείρηση χωρίς ολική αφαίρεση του μαστού. Οι συγκεκριμένες τεχνικές και θεωρίες εκείνης της εποχής πέρασαν μέσω των Αράβων στην Ιατρική της Δύσης, όπου μέσα από τα ιατρικά βιβλία του διάσημου Πανεπιστημίου της Σορβόνης στο Παρίσι, παρέμειναν σχεδόν αναλλοίωτες για πολλούς αιώνες.

1.6 Ο ΜΑΚΡΥΣ ΔΡΟΜΟΣ ΜΕΧΡΙ ΤΟΝ 19^ο ΑΙΩΝΑ

Από τα Βυζαντινά χρόνια μέχρι τον 19^ο αιώνα, ελάχιστα είναι τα νέα κομμάτια που μπαίνουν στο περίπλοκο παζλ της αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού. Γύρω στο 1600 ο Χίλντεν στη Γερμανία επινοεί ένα αποκρουστικό εργαλείο που συνέθλιβε τη βάση του μαστού και στη συνέχεια εκτελούσε τη μαστεκτομή με ένα ειδικά προσαρμοσμένο νυστέρι. Λίγο αργότερα, ο Ολλανδός γιατρός Τουλπ διαδίδει τη θεωρία ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μεταδοτική ασθένεια, βλέποντας τη σχεδόν ταυτόχρονη (προφανώς τυχαία) προσβολή μιας Ολλανδής αριστοκράτισσας και της υπηρέτριάς της. Η θεωρία του αυτή, που ουσιαστικά βασιζόταν μόνο στα συγκεκριμένα περιστατικά, γνώρισε τεράστια διάδοση για πολλά χρόνια, χωρίς ποτέ κανένας να ενδιαφερθεί για την επιστημονική της επιβεβαίωση. Τις επόμενες δεκαετίες οι χειρουργικές τεχνικές τροποποιήθηκαν, όχι πάντα προς το καλύτερο, οι μεταστάσεις σε διάφορα σημεία του σώματος δεν άργησαν να αναγνωριστούν, ενώ η ανακάλυψη του μικροσκοπίου στο τέλος του 17^{ου} αιώνα άνοιξε νέους ορίζοντες στην ακριβή διάγνωση των διαφόρων μορφών καρκίνου του μαστού. Σε ορισμένες, ακόμη, περιπτώσεις αντί του κλασικού καυτηριασμού, επιχειρήθηκε να εφαρμοστεί διακοπή της αιμορραγίας ακόμη και με καυστικές χημικές ουσίες, ενώ άρχισε να γίνεται από όλους τους χειρουργούς αποδεκτή η ταυτόχρονη, με τη μαστεκτομή, αφαίρεση των προσβεβλημένων λεμφαδένων της μασχάλης.

1.7 ΟΙ ΝΕΟΙ ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Ο σημαντικότερος χειρουργός στη μακράιωνη ιστορία του καρκίνου του μαστού ήταν αναμφίβολα ο Χάλστεντ, ο οποίος το 1882 πραγματοποίησε την πρώτη ολική μαστεκτομή, που πήρε το όνομά του, και περιλάμβανε ευρεία εκτομή του όγκου και του γύρω δέρματος, αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, αφαίρεση του μείζονος θωρακικού μυός, αφαίρεση όλων των ιστών που βρίσκονται προς τις περιοχές ανάπτυξης του όγκου, καθώς και επιδιόρθωση της περιοχής με δερματικά μοσχεύματα. Η μαστεκτομή κατά

Χάλστεντ αποτέλεσε την πρωταρχική μέθοδο αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού, για ένα περίπου αιώνα. Εκτός από τον συγκεκριμένο χειρουργό, ένας άλλος επιστήμονας που άλλαξε τη ροή των πραγμάτων ήταν ο Ρέντγκεν, ο οποίος ανακάλυψε το 1895 τις ακτίνες X, ενώ μόλις ένα χρόνο αργότερα άρχισαν δειλά-δειλά να γίνονται οι πρώτες ακτινοθεραπείες, με σκοπό τη συρρίκνωση του όγκου.

1.8 ΟΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΤΟΥ 20^{ΟΥ} ΑΙΩΝΑ

Μετά το 1900, οι εξελίξεις σε κάθε τομέα της ιατρικής και της τεχνολογίας ήταν ραγδαίες. Όσον αφορά στον καρκίνο του μαστού, το 1903 καθιερώνεται επίσημα η ακτινοβολία ως θεραπευτική μέθοδος ρουτίνας, το 1930 ανακαλύπτεται το περίφημο ακτινοθεραπευτικό μηχάνημα Mega Volt Apparatus, ενώ την ίδια εποχή αρχίζει να εφαρμόζεται η ακτινοθεραπεία για την αντιμετώπιση ακόμη και πρώιμων μορφών καρκίνου. Στη δεκαετία του 1940 οι γιατροί της εποχής ανακαλύπτουν ότι ορισμένες ορμόνες, αλλά και οι ωθήκες κατά περίεργο και άγνωστο τρόπο, έχουν σχέση με τους όγκους των μαστών. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 1960 ο Σπιταλιέ προτείνει την αντιμετώπιση ακόμη και εγχειρήσιμων όγκων με τη βοήθεια της ακτινοθεραπείας, εφαρμόζοντας την ίδια σχεδόν τακτική με τον Παύλο τον Αιγινήτη, ο οποίος τον 7^ο αιώνα πρότεινε τον καυτηριασμό, ως εναλλακτική λύση για την αποφυγή της μαστεκτομής!

Στο τέλος, μόλις, της δεκαετίας του 1960, ο Βερονέζι και οι συνεργάτες του στο Πανεπιστήμιο του Μιλάνου, ανακοινώνουν ασυνήθιστα ψηλά ποσοστά επιβίωσης από καρκίνο του μαστού, μετά από συνδυασμό μερικής εκτομής του όγκου, ακτινοβολήσης και χημειοθεραπείας. Το 1990 το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των ΗΠΑ, αλλά και πολλές άλλες εθνικές επιτροπές, καθόρισαν τις χειρουργικές επιλογές, όσον αφορά στον καρκίνο του μαστού, οι οποίες επελέγησαν μετά από σειρά συναντήσεων των κορυφαίων ογκολόγων και χειρουργών του κόσμου. Έτσι, η επέμβαση κατά Χάλστεντ σταδιακά αποσύρθηκε, διότι παρουσίαζε ορισμένα προβλήματα, ενώ τελικά επικράτησαν η τροποποιημένη μαστεκτομή κατά Πάτεϊ και η ογκεκτομή με ταυτόχρονο λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης, που είχε προτείνει ο Βερονέζι.

1.9 ΈΝΑΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ

Παρά την αδιαμφισβήτητη ύπαρξη αρκετών προδιαθεσικών παραγόντων, η ακριβής αιτία πρόκλησης του καρκίνου του μαστού παραμένει, εδώ και πολλούς αιώνες, άγνωστη. Πώς, άλλωστε, θα μπορούσε να εξηγηθεί το γεγονός ότι μπορούν να προσβληθούν από τη νόσο ακόμη και γυναίκες χωρίς κανένα γνωστό επιβαρυντικό παράγοντα; Υπάρχει κάτι που μπορούν να κάνουν οι

γυναίκες για να προστατευτούν από αυτήν την πραγματικά επικίνδυνη νόσο; Η αλήθεια είναι ότι μερικοί παράγοντες δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν, όπως για παράδειγμα η κληρονομικότητα, οι γονιδιακές μεταλλάξεις και το ιστορικό έμμηνης ρύσης. Άλλοι, όμως, μπορούν να αποφευχθούν, όπως είναι η διατροφή με λίπη, η έλλειψη γυμναστικής, η μεγάλη ηλικία γέννησης του πρώτου παιδιού, η λήψη ορμονών και η έκθεση σε ακτινοβολίες. Έτσι, ακόμη και αν με συγκεκριμένες αλλαγές στον τρόπο ζωής ο κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του μαστού μπορεί να μειωθεί, είναι βέβαιο ότι δεν μπορεί να εξαλειφθεί.^{1,2}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

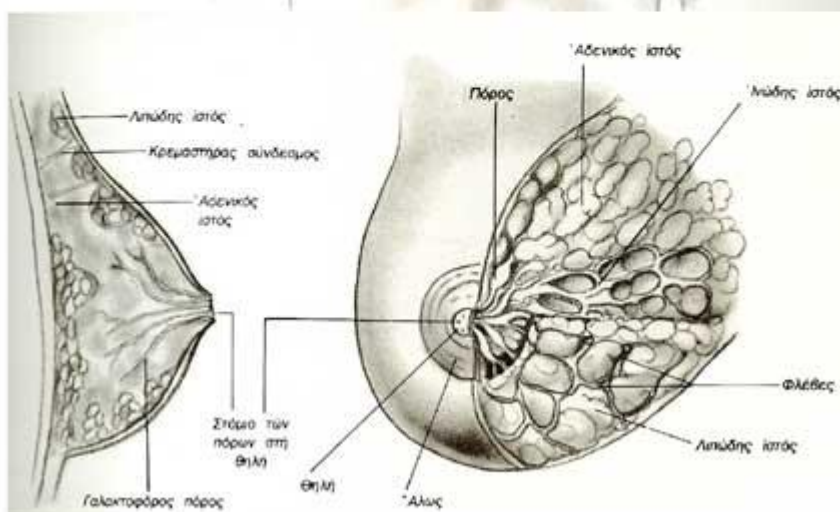
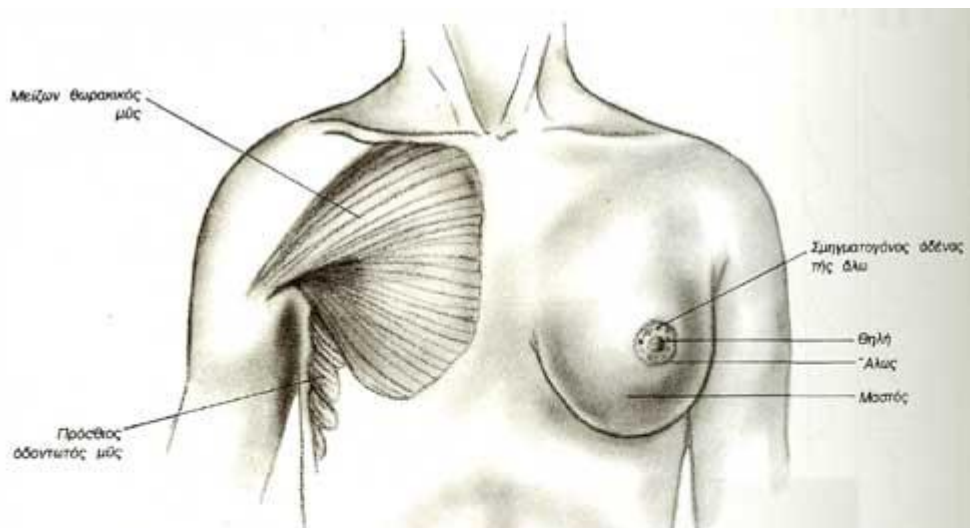
Πριν την εφηβεία, ο μαστός αποτελείται και στα δυο φύλα από ένα μικρό αριθμό πόρων που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της εμβρυικής ζωής, μέσα σε ένα λεπτό στρώμα συνδετικού ιστού και λίπους.³ Οι μαστοί είναι τα περισσότερο προέχοντα επιπολής μορφώματα στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ιδιαίτερα στις γυναίκες. Οι μαζικοί αδένες είναι επικουρικά όργανα του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος. Εκκρίνουν γάλα για τη διατροφή του βρέφους, διαδικασία γνωστή ως θηλασμός. Συχνά εκτείνονται προς τη μασχάλη σχηματίζοντας μασχαλιαίες ουρές. Η ποσότητα του λίπους που περιλαμβάνει το μαζικό αδένια καθορίζεται από το μέγεθος των μαστών.⁴ Τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη, η προλακτίνη και η αυξητική ορμόνη είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη του μαστού ενώ η σωματοτρόπος ορμόνη και η κορτιζόνη είναι απαραίτητες για την παραγωγή γάλακτος.⁵

2.1 ΘΕΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός στην άτοκη γυναίκα και τον άνδρα βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα μεταξύ 2^{ης} και 6^{ης} πλευράς και μεταξύ του στέρνου και της μασχαλιαίας γραμμής. Τα 2/3 της μάζας του μαστού καλύπτουν το μείζονα θωρακικό μυ και το 1/3 το πρόσθιο οδοντωτό μυ, ενώ το κάτω χείλος του φτάνει στο πάνω όριο της θήκης του ορθού κοιλιακού μυ. ^{6,7}

2.2 ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

Εξωτερικά ο μαστός αποτελείται από τη θηλή, την κυκλική γραμμή γύρω από τη θηλή που ονομάζετε θηλαία άλως και τους αλωαίους αδένες.



Η ανατομία του μαστού της γυναίκας

2.2.1 ΘΗΛΗ

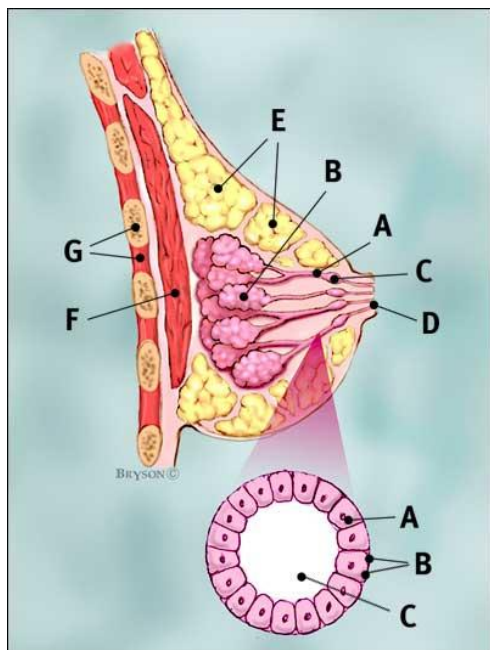
Η πρόσθια επιφάνεια του μαστού αποτελείται από δέρμα λεπτό και μαλακό. Στην κεντρική περιοχή και στο ύψος του τέταρτου μεσοπλεύριου διαστήματος προβάλλει από το μαστό ένα μικρό κυλινδρικό ή κωνικό έπαρμα η θηλή του η οποία περιβάλλεται από τη θηλαία άλω. Παρόλα αυτά, η θέση της θηλής ποικίλλει αρκετά και γ αυτό δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως οδηγό σημείο για την ανεύρεση του τέταρτου μεσοπλεύριου διαστήματος. Η θηλή του μαστού έχει χρώμα εντελώς όμοιο με το χρώμα της άλω. Η κορυφή της είναι διάτρητη από 15-20 μικρά στόμια, από τα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι του μαστικού αδένα. Η επιφάνεια της θηλής είναι ανόμοια και ρυτιδωτή. Οι θηλές αποτελούνται κυρίως από κυκλικά διαταγμένες λείες μυϊκές ίνες, που συμπιέζουν τους γαλακτοφόρους πόρους και ανορθώνουν τις θηλές όταν συσπώνται. Στη θηλή δεν υπάρχει καθόλου λίπος.^{4,7}

2.2.2 ΘΗΛΑΙΑ ΑΛΩΣ

Η θηλαία άλως είναι μια στεφάνη κεχρωσμένη με διάμετρο περίπου 3-5 cm. Περιέχει πολυάριθμους σμηγματογόνους αδένες, (αλωαίοι αδένες) οι οποίοι μεγαλώνουν κατά τη διάρκεια της κύησης και του θηλασμού και εκκρίνουν μια ελαιώδη ουσία, που περιέχει ένα προστατευτικό λιπαντικό για τη θηλαία άλω και τη θηλή. Η θηλαία άλως φέρει υποστρόγγυλα πολλαπλά επάρματα, τα οζίδια του Montgomery, τα οποία αποτελούν ιδρωτοποιούς αδένες. Το χρώμα της σχετίζεται με τη χρωστική του δέρματος. Έτσι είναι ρόδινο στις ξανθιές και πιο σκούρο στις μελαχρινές. Κατά την διάρκεια της κύησης, η άλως παίρνει χρώμα σκοτεινότερο και περιβάλλεται από δακτύλιο με χρώμα ενδιάμεσο μεταξύ του δικού της χρώματος και εκείνου της επιδερμίδας. Ο δακτύλιος αυτός ονομάζεται **δευτερεύουσα άλως**. Και στη θηλαία άλω όπως και στη θηλή δεν υπάρχει λίπος.^{4,8,9}

2.3 ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Εσωτερικά ο μαστός αποτελείται από το μαστικό αδένια που καλύπτεται από μαστικό λίπος. Ο μαστικός αδένια είναι ένας ιδιότυπος ιδρωτοποιός αδένια. Αυτό εξηγεί γιατί δεν διαθέτει κάψα ή έλυτρο. Βρίσκεται στην επιπολής περιτονία, στην πρόσθια επιφάνεια του θώρακα. Η οπίσθια επιφάνεια του μαστού χωρίζεται από τους θωρακικούς μύες από την εν τω βάθει περιτονία. Μεταξύ μαστού και εν τω βάθει περιτονίας υπάρχει μια μικρή περιοχή χαλαρού συνδετικού ιστού, που περιέχει μικρή ποσότητα λίπους. Η ζώνη αυτή αναφέρεται ως οπισθομαστικό διάστημα. Ο μαστός δεν είναι στερεά συνδεδεμένος με την εν τω βάθει περιτονία, από την οποία εύκολα αποκολλάται. Αντίθετα ο μαζικός αδένια συμφύεται στερεά με το δέρμα του μαστού με τους κρεμαστήριους συνδέσμους (συνδέσμους Cooper). Οι σύνδεσμοι αυτοί είναι ινώδεις ταινίες, που υποστηρίζουν το μαστό και φέρονται μεταξύ του δέρματος και της εν τω βάθει περιτονίας. Το κυκλικό περίγραμμα των μαστών και το μεγαλύτερο μέρος του όγκου τους παράγεται από τα λοβία του λίπους, εκτός από τη διάρκεια της κύησης και του θηλασμού οπότε οι μαζικοί αδένια αυξάνονται σε μέγεθος. Το σχήμα των μαστών αλλάζει κατά πολύ σε διαφορετικά άτομα και φυλές και στο ίδιο το άτομο σε διαφορετικές ηλικίες.^{4, 10, 11}



2.4 ΜΑΣΤΟΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ

Ο μαστός της γυναίκας ως όργανο του δέρματος, δεν περιέχει χόνδρινο ή οστέινο σκελετό, κρέμεται σακκοειδώς προς τα κάτω ανάλογα με την πλήρωση του και άρα με το βάρος του.

Στην **νεαρή ηλικία**, ο συνδετικός ιστός κρατά κατά κάποιο τρόπο σταθερή τη μορφή του. Συνεπώς στους άνδρες ο μαστικός αδένας παραμένει φυσιολογικά στην παιδική μορφή. Στις γυναίκες όσο αυξάνεται η ηλικία χαλαρώνει ο συνδετικός ιστός και ο μαστός κατεβαίνει χαμηλότερα.

Στην **ενήλικη γυναίκα**, οι μαζικοί αδένες αποτελούνται από γαλακτοφόρους πόρους και τελικές προλοβιακές μονάδες. Κοντά στο στόμιο της θηλής οι γαλακτοφόροι πόροι διαστέλλονται και σχηματίζουν τις λεγόμενες ληκύνθους ή γαλακτοφόρα κολποειδή. Οι γαλακτοφόροι πόροι επενδύονται κοντά στα εξωτερικά τους στόμια με πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Βαθύτερα στον αδένα το επιθήλιο γίνεται διαδοχικά λεπτότερο με λιγότερες κυτταρικές στιβάδες και εν τέλει αποτελείται από δυο στιβάδες κυβοειδών ή χαμηλών κυλινδρικών κυττάρων. Σε μερικές γυναίκες οι μαστοί μεγαλώνουν ελαφρώς κατά τη διάρκεια του καταμήνιου κύκλου τους, λόγω της αύξησης των γοναδοτρόπων ορμονών (FSH και LH, ωοθυλακιοτρόπος και ωχρινοτρόπος ορμόνη). Κατά την κύηση, οι μαστοί μεγεθύνονται κατά πολύ, λόγω του σχηματισμού νέου αδενικού ιστού. Τα κύτταρα που εκκρίνουν το γάλα αναπτύσσουν τις αδενοκύψελες και διατάσσονται σε ομάδες με σχήμα όπως το τσαμπί σταφυλιού ή σε λοβία. Στις πολύτοκες γυναίκες, οι μαστοί είναι πιθανόν να μεγαλώσουν και να χάσουν την προηγούμενη θέση τους. Στις **ηλικιωμένες γυναίκες**, οι μαστοί είναι μικροί και ρυτιδωμένοι, λόγω της μείωσης του λίπους και του αδενικού ιστού.^{4,12,1}

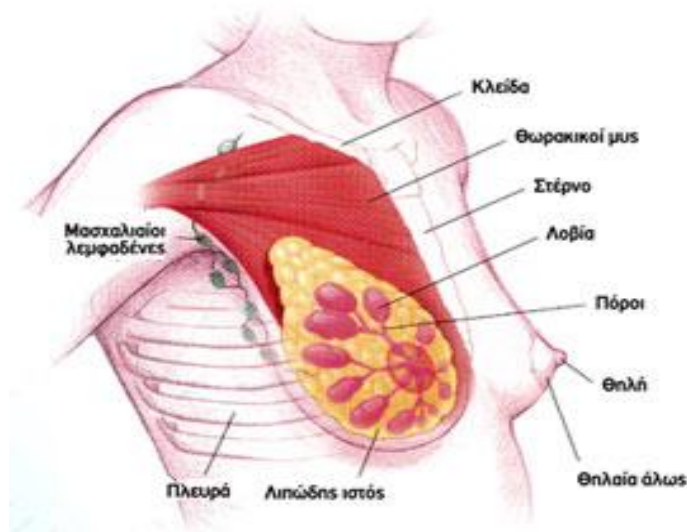
2.5 ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΑΡΟΧΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Υπάρχει πλούσια παροχή αίματος στο μαστό. Οι μαζικός αδένας δέχεται αίμα από την έσω θωρακική (πρώην έσω μαστική), την πλάγια και την ανώτερη θωρακική αρτηρία, και την υποπλάτιο αρτηρία, που αναστομώνονται μεταξύ τους, σχηματίζοντας πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες. Η υποπλάτιος αρτηρία έχει ιδιαίτερη σημασία, γιατί στην πορεία της συνοδεύεται από ομάδα λεμφαδένων, που παίρνουν μέρος στις μεταστάσεις του ΚΜ και οι κλάδοι της προκαλούν μεγάλη αιμορραγία, όταν γίνεται ριζική μαστεκτομή.^{4,14}

2.6 ΦΛΕΒΙΚΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ

Η φλεβική οδός είναι σημαντική στη μελέτη του καρκίνου του μαστού, γιατί (α) οι μεταστάσεις συχνά γίνονται δι' αυτής της οδού, και (β) η λεμφική οδός, που έχει ιδιαίτερο ρόλο στις μεταστάσεις, ακολουθεί τις φλέβες. Το αίμα απάγεται από τους μαστούς και το θωρακικό τοίχωμα με τρεις ομάδες εν τω βάθει φλεβών:

- α) διατριταίνοντες κλάδοι της έσω μαστικής φλέβας
- β) μασχαλιαία φλέβα
- γ) μεσοπλεύριες φλέβες.^{4,14}



2.7 ΛΕΜΦΙΚΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

Το μεγαλύτερο μέρος της λέμφου περνά από το μαζικό αδένα κατά μήκος των μεσολόβιων λεμφικών αγγείων. Τα λεμφαγγεία ακολουθούν τις φλέβες του μαστού προς τη μασχάλη. Το μεγαλύτερο μέρος της λεμφικής παροχέτευσης (περίπου το 75%) γίνεται μέσο των **μασχαλιαίων λεμφαδένων**, κυρίως από την ομάδα των **θωρακικών λεμφαδένων**. Βρίσκονται κατά μήκος του κάτω άκρου χείλους του ελάσσονος θωρακικού μυός, ο οποίος βρίσκεται κάτω από το

μείζονα θωρακικό μυ. Από την οπίσθια επιφάνεια του μαστού τα λεμφαγγεία περνούν δια του μείζονος θωρακικού μυός και εκβάλλουν στην κορυφαία ομάδα των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Η λέμφος από το έσω τμήμα του μαστού παροχετεύεται στους παραστερνικούς λεμφαδένες, οι οποίοι βρίσκονται στο θώρακα κατά μήκος των έσω θωρακικών αγγείων. Η λέμφος από το δέρμα του μαστού μπορεί να περνά προς το κοιλιακό τοίχωμα και τον άλλο μαστό.^{4,8}

2.8 ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

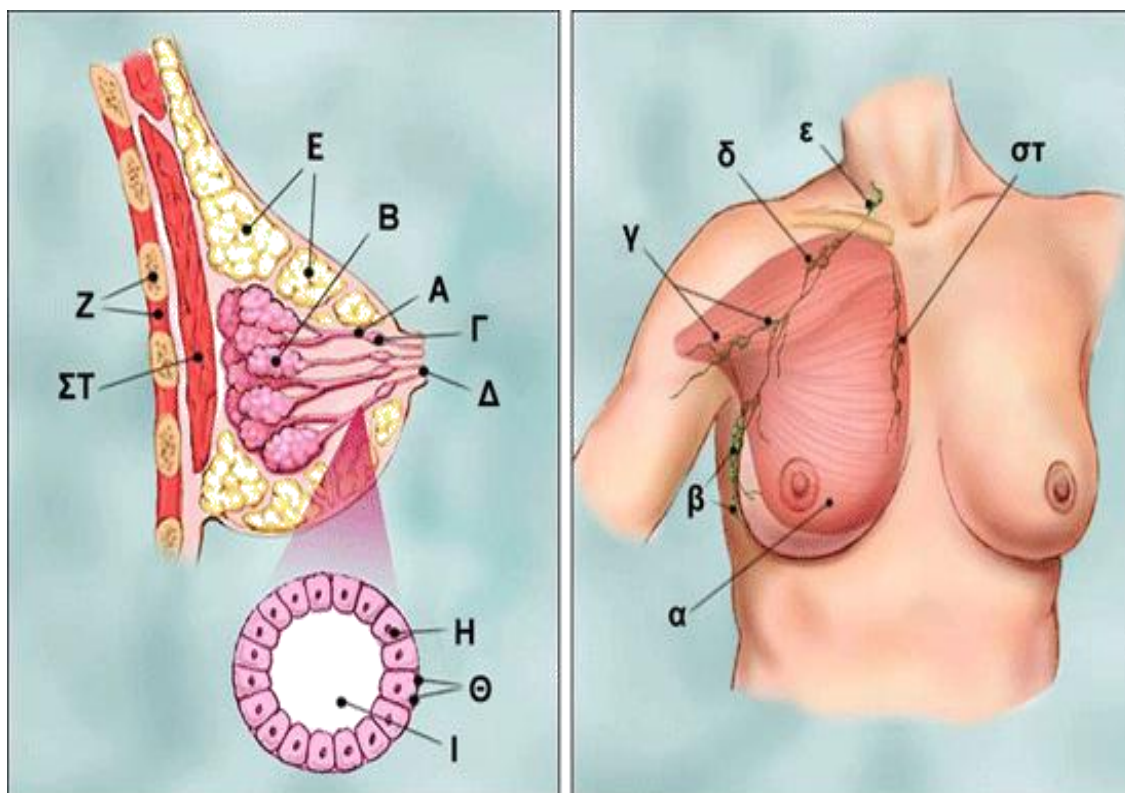
Ο μαστός νερόνεται από πλάγιους και πρόσθιους διατιτρώντες κλάδους του 2^{ου} έως 6^{ου} μεσοπλεύριου νεύρου. Αυτά τα νεύρα περιλαμβάνουν αισθητικές και συμπαθητικές ίνες, που νευρώνουν το δέρμα, τις λείες ίνες της θηλαίας άλω και της θηλής, τα αιμοφόρα αγγεία και τους μαζικούς αδένες.

Η λεμφική και η φλεβική παροχέτευση των μαστών έχει τεράστια σημασία στην εξάπλωση του καρκίνου του μαστού, του ενός από τους δύο πιο συχνούς τύπους καρκίνου στις γυναίκες. Τα καρκινικά κύτταρα φέρονται από το μαστό με τα λεμφαγγεία στους λεμφαδένες, κυρίως στους μασχαλιαίους. Τα κύτταρα παραμένουν στους λεμφαδένες, όπου παράγουν εστίες κυττάρων όγκου, που ονομάζονται **μεταστάσεις**.^{4,8}

2.9 ΛΕΜΦΑΔΕΝΑΣ ΦΡΟΥΡΟΣ

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει προσπάθεια για τον περιορισμό της έκτασης της επέμβασης στη μασχάλη με την ανεύρεση άλλων μεθόδων ασφαλούς σταδιοποίησης, όπως η βιοψία του Λεμφαδένας Φρουρού, ο οποίος εντοπίζεται είτε με τεχνικές απεικόνισης με χρωστική ουσία, είτε με ανίχνευση της γ-ακτινοβολίας που εκπέμπει ένα ενεθέν ραδιο-φάρμακο που καθηλώνεται εκλεκτικά και ανιχνεύεται διεγχειρητικά με ένα ειδικό στυλεό ανίχνευσης ακτινοβολίας (γ-detecting probe).

Σαν λεμφαδένας φρουρός καλείται ο πρώτος λεμφαδένας στον οποίο αποχετεύει η περιοχή του καρκίνου και ο οποίος πρώτος από τους άλλους λεμφαδένες της μασχάλης θα δεχθεί τη μετάσταση καρκινικών κυττάρων του όγκου.³



- A. Γαλακτοφόροι πόροι
- B. Λοβία
- Γ. Διευρύνσεις των πόρων που αποθηκεύεται το γάλα
- Δ. Θηλή
- E. Λίπος
- ΣΤ. Μείζων θωρακικός μυς
- Z. Θωρακικό τοίχωμα
- H. Φυσιολογικά κύτταρα των πόρων
- Θ. Βασική μεμβράνη
- Ι. Αυλός των γαλακτοφόρων πόρων

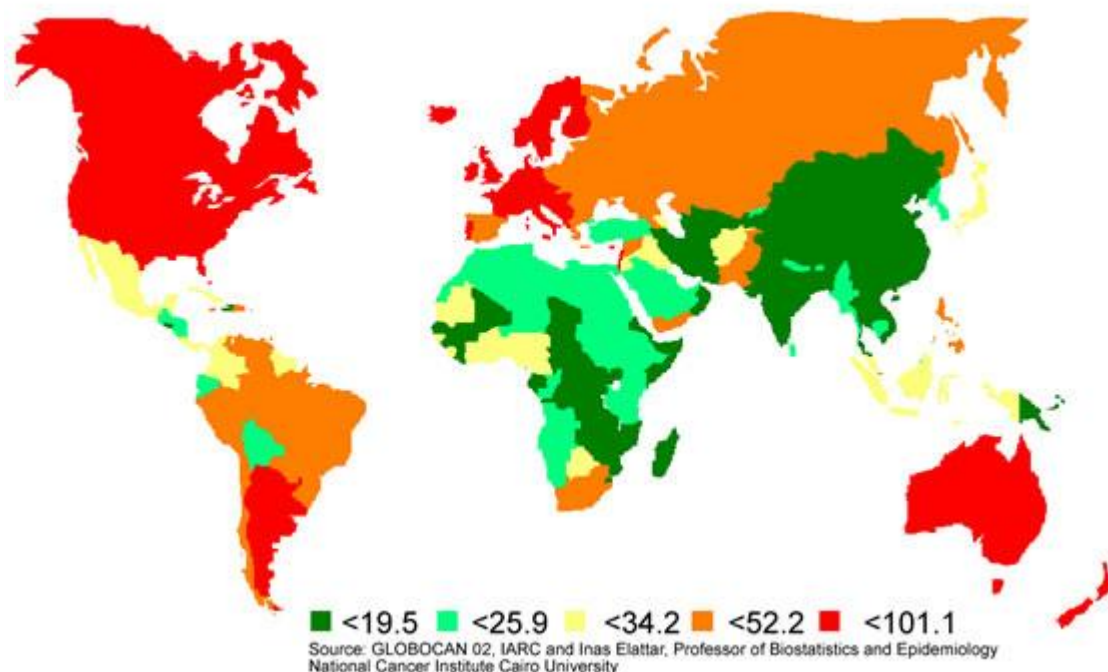
- α. Μείζων θωρακικός μυς
- β. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες – επίπεδο I
- γ. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες – επίπεδο II
- δ. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες – επίπεδο III
- ε. Υπερκλείδιοι λεμφαδένες
- στ. Έσω μαστικοί λεμφαδένες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Παγκοσμίως, ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο κοινός καρκίνος στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του δέρματος που αντιπροσωπεύουν το 16% όλων των γυναικείων καρκίνων. Το ποσοστό είναι πάνω από το διπλάσιο του καρκίνου του παχέος εντέρου και του τραχήλου της μήτρας και περίπου τρεις φορές μεγαλύτερη από καρκίνο του πνεύμονα. Η θνησιμότητα παγκοσμίως είναι 25% μεγαλύτερη από εκείνη του καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες.

Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού διαφέρει σημαντικά σε όλο τον κόσμο, είναι χαμηλότερη στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες και μεγαλύτερη στις πιο αναπτυγμένες χώρες. Στις δώδεκα περιοχές του κόσμου, η ετήσια ηλικία τυποποιημένα ποσοστά επίπτωσης ανά 100.000 γυναίκες έχουν ως εξής: στην Ανατολική Ασία 18, Νότια Κεντρική Ασία 22, Υποσαχάρια Αφρική 22, Νοτιοανατολική Ασία 26, Βόρεια Αφρική και τη Δυτική Ασία 28, Νότια και Κεντρική Αμερική το 42, Ανατολική Ευρώπη 49, Νότια Ευρώπη 56, Βόρεια Ευρώπη 73, Ωκεανία 74, Δυτική Ευρώπη 78, και στη Βόρεια Αμερική 90. Ο καρκίνος του μαστού συνδέεται στενά με την ηλικία με μόνο το 5% όλων των καρκίνων του μαστού εμφανίζονται σε γυναίκες κάτω των 40 ετών.

Breast Cancer Age-Standardized Incidence Rate Per 100,000

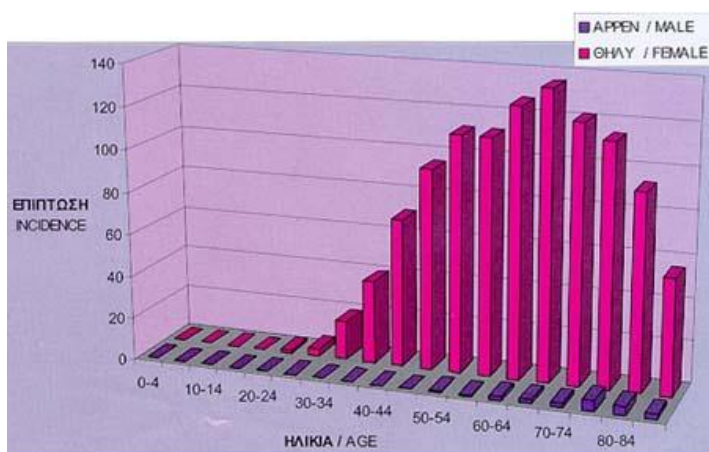


Ο καρκίνος του μαστού στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες, όπως αυτές της Νότιας Αμερικής, αποτελεί μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας. Είναι η κύρια αιτία

του καρκίνου θανάτων που σχετίζονται με τις γυναίκες σε χώρες όπως η Αργεντινή, η Ουρουγουάη και τη Βραζιλία. Οι αναμενόμενοι αριθμοί των νέων κρουσμάτων και θανάτων λόγω καρκίνου του μαστού στη Νότια Αμερική για το έτος 2001 είναι περίπου 70.000 και 30.000 αντίστοιχα

Ο καρκίνος του μαστού παραμένει ένα από τα βασικής σπουδαιότητας προβλήματα της δημόσιας υγείας στην Ευρώπη, καθώς εμφανίζει αυξανόμενα ποσοστά της επίπτωσης της νόσου και τα ποσοστά της θνησιμότητας έχουν παραμείνει σταθερά για τα τελευταία 50 έτη αν και πρόσφατα έχει διαπιστωθεί πτώση της θνησιμότητας της νόσου σε ορισμένες χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης. Το 2004 στην Ευρώπη διαπιστώθηκαν 129.900 θάνατοι 17,4%. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο περίπου 1.500 γυναίκες εμφανίζουν τη νόσο και από αυτές οι 65% επιβιώνουν περισσότερο από μια πενταετία, ενώ η διαχρονική τάση της θνησιμότητας εμφανίζεται να αυξάνει ή να παραμένει σταθερή στην καλύτερη περίπτωση.

ΕΙΔΙΚΗ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΠΡΩΤΟΠΑΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΡΧΕΙΟ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ 1990 - 1991

Το 2008 στην Ελλάδα ο καρκίνος του μαστού καταλαμβάνει την πρώτη θέση με ποσοστό 28,8% μεταξύ των γυναικών. ^{15,,16,,17}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Όπως συμβαίνει και με την πλειονότητα των κακοήθων όγκων, η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού δεν έχει γίνει κατανοητή μέχρι σήμερα. Είναι όμως γενικά αποδεκτό ότι ο ΚΜ είναι πολυπαραγοντική νόσος και αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου για τις γυναίκες ορισμένων ηλικιών. Η μόνη επί του παρόντος δυνατή προσέγγιση στην πρόληψη του ΚΜ διέρχεται μέσα από τη γνώση, την καταγραφή και τη συσχέτιση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών και μεταβλητών που είναι αποδεκτοί παράγοντες κινδύνου. Ως τέτοιοι θεωρούνται:

1) ιογενείς παράγοντες

2) γενετικοί παράγοντες

α) οικογενειακό ιστορικό

β) φύλο

γ) ηλικία

δ) άλλοι παράγοντες

3) χημικές ουσίες

4) ιδιοσυστασιακοί παράγοντες

α) ηλικία εμμηναρχής ή εμμηνόπαυσης

β) τεχνητή εμμηνόπαυση

γ) γάμος και τεκνοποίηση

δ) θηλασμός

5) ορμονικοί παράγοντες

α) οιστρογόνα

β) προγεστερόνη

γ) προλακτίνη

δ) εξωγενή οιστρογόνα-αντισυλληπτικά

6) εξωγενείς παράγοντες

α) ιονίζουσα ακτινοβολία

β) ψυχογενετικά άγχη

7) μορφολογικοί παράγοντες

α) προηγηθείσα βιοψία

β) γενικά νοσήματα

γ) κακοήθεις νεοπλασίες

δ) παθήσεις μαστού

8) περιβαλλοντικοί παράγοντες

α) εθνικοί και κοινωνικοοικονομικοί

β) εκπαιδευτικοί

γ) διαιτητικοί

δ) αλκοόλ

ε) βάρος

στ) καθιστική ζωή^{14,18}

4.1 ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το 1936, ο Bittner βρήκε ότι στα ποντίκια η ανάπτυξη καρκίνου του μαστού εξαρτάται από έναν παράγοντα που μεταφέρεται με το μητρικό γάλα στη διάρκεια του θηλασμού. Μέχρι το 1945, είχε αποδειχθεί ότι ο παράγων Bittner έχει χαρακτηριστικά ιού. Σήμερα, έχει βρεθεί ότι είναι ιός B τύπου RNA και αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία ως MMTV(mouse mammary tumor virus).

Σε μελέτες που έγιναν σε ανθρώπινο γάλα βρέθηκαν ενδείξεις τμημάτων oncornavirus σε σημαντικό ποσοστό γυναικών που είχαν κληρονομικές περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Μορφολογικά, υπάρχουν πολλές ομοιότητες μεταξύ των ιών γάλακτος των καρκινοπαθών γυναικών και του MMTV καθώς και μεταξύ του RNA από τον καρκινικό ιστό μαστού γυναικών και το RNA του MMTV.

Ανοσολογικές μελέτες έδειξαν την ύπαρξη ειδικών αντισωμάτων σε ποσοστό 60% στον ορό των γυναικών με καρκίνο του μαστού και σε ποσοστό 40% στο ορό των συγγενών τους, ενώ το ποσοστό σε κλινικά υγιείς γυναίκες χωρίς συγγενείς με ΚΜ ήταν 15%. Τα ειδικά αυτά αντισώματα δίνουν θετικές δοκιμασίες ανοσοσοφθορισμού με κύτταρα από τον ίδιο όγκο, με ομόλογους όγκους και με κύτταρα από καρκίνο μαστού ποντικών. Εξάλλου, αναφέρεται εξουδετέρωση της δράσης του MMTV από τον ορό γυναικών με ΚΜ.

Όλα αυτά είναι ενδείξεις ότι ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες οφείλεται σε ένα ιό, ο οποίος είναι δυνατόν ευρισκόμενος σε λανθάνουσα κατάσταση να δραστηριοποιηθεί από την επίδραση άλλων ενδοκρινικών, διαιτητικών και γενετικών παραγόντων.¹⁴

4.2 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

4.2.1 Οικογενειακό ιστορικό

Διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε γενεαλογικά δένδρα για την επίπτωση του ΚΜ αποδεικνύουν την κληρονομική επικράτηση της νόσου σε ειδικές οικογένειες. Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη ΚΜ είναι αυξημένος σε γυναίκες με βεβαρυσμένο κληρονομικό ιστορικό. Γυναίκες, των οποίων η μητέρα ή η αδερφή είχε ΚΜ, έχουν 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ΚΜ. Η πιθανότητα αυτή μπορεί να αυξηθεί μέχρι 8 φορές, αν ο ΚΜ εμφανίσθηκε πριν την εμμηνόπαυση ή ήταν αμφοτερόπλευρη. Όσον αφορά στην πιθανότητα για την ανάπτυξη ΚΜ σε σχέση με την ηλικία πρώτου τοκετού, οι αδελφές των ασθενών, για όλες τις κατηγορίες ηλικιών, που γέννησαν για πρώτη φορά σε μεγάλη ηλικία έχουν

μεγάλη πιθανότητα από αυτές που γέννησαν για πρώτη φορά σε μικρή ηλικία. ^{14,12}

4.2.2 Φύλο

Το φύλο αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου, μια και όπως είναι γνωστό οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από ΚΜ από ότι οι άνδρες. Η σχέση προσβολής από τον καρκίνο του μαστού μεταξύ των δύο φύλων είναι 99 γυναίκες προς 1 άνδρα σε χώρες με μεγάλη επίπτωση, ενώ σε χώρες με μικρή επίπτωση (αραβικές, ανατολικής αφρικής) ανέρχεται σε 10 προς 1. ^{14,13}

4.2.3 Ηλικία

Η ηλικία μιας γυναίκας παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο όσον αφορά στην πιθανότητα να πάθει ΚΜ. Κάτω των 25 ετών, η νόσος είναι πολύ σπάνια. μόνο το 0,2% εκείνων που αναπτύσσουν ΚΜ βρίσκονται σε αυτή την ομάδα ηλικίας. Σε όλες σχεδόν τις γυναίκες ηλικίας κάτω των 25 οι όγκοι στους μαστούς αποδεικνύεται στην ιστολογική εξέταση ότι είναι καλοήθεις, συνήθως ινοαδενώματα, σπανιότερα πολλαπλά θηλώματα ή αδενώσεις.

Ο καρκίνος γίνεται κάπως συχνότερος μεταξύ 25 και 30 ετών, οπότε η βιοψία δεν πρέπει να καθυστερεί. Στην αρχή, υπήρξε η βεβαιότητα ότι ο καρκίνος του μαστού σε νέες γυναίκες είχε πολύ χειρότερη εξέλιξη από ότι σε μεγαλύτερες. Μετά την ηλικία των 30, η νόσος αυξάνεται απότομα σε συχνότητα και εξακολουθεί να αυξάνεται για το υπόλοιπο της ζωής. ^{6,19}

4.2.4 Άλλοι παράγοντες

Έχει διαπιστωθεί μια περίεργη σχέση ΚΜ με τη γενετικώς προσδιοριζόμενη σύσταση της κυψελίδας του αυτιού, με το φαινόμενο SS ομάδων αίματος, με ισοένζυμα ερυθρών αιμοσφαιρίων και ζωνών χρωμοσωμάτων. Από στατιστικές μελέτες προκύπτει ότι οι ψηλές γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη ΚΜ. ¹⁹

4.3 ΧΗΜΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

δεν έχει αποδειχθεί ότι κάποια χημική ουσία σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη ΚΜ, αν και πολλά χημικά σκευάσματα έχουν ενοχοποιηθεί. Για παράδειγμα οι χημικές χρωστικές για τη βαφή μαλλιών. Βρέθηκε μια διαφορά σε γυναίκες που χρησιμοποιούσαν, αλλά όχι σημαντική. Η διαφορά

ήταν σημαντικότερη σε γυναίκες μετεμμηνοπαυσιακές και μετά από χρήση για περισσότερο από 10 χρόνια.²⁰

4.4 ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

4.4.1 Ηλικία εμμηναρχής- εμμηνόπαυσης

Η πρόωμη έναρξη της έμμηνης ρύσης και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση φαίνεται πως συνδυάζονται με την αυξημένη πιθανότητα προσβολής από τη νόσο. Και στις δύο περιπτώσεις, η χρονική περίοδος των μονοφασικών (ανώρρηκτων) κύκλων είναι αυξημένη, πράγμα που αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα ανάπτυξης ΚΜ. Από μελέτες που έγιναν η μία στο νοσοκομείο Johns Hopkins το (1981) αναφέρει κίνδυνο να αναπτυχθεί καρκίνος μαστού στην προεμμηνοπαυσιακή περίοδο 5,4 φορές μεγαλύτερο στις άτεκνες γυναίκες με φυσιολογικούς κύκλους, η άλλη στη Mayo Clinic παρουσιάζει κίνδυνο να αναπτυχθεί ΚΜ 1,45 φορές μεγαλύτερο στην ομάδα των γυναικών με αποδεδειγμένους ανωρρηκτικούς κύκλους ή διαπιστωμένες πολυκυστικές ωοθήκες.^{2.12}

4.4.2 Τεχνητή εμμηνόπαυση

Η ωοθηκεκτομή προστατεύει τις γυναίκες σε βαθμό έναντι ενδεχομένου ΚΜ. Η προστασία που παρέχει είναι τόσο μεγαλύτερη όσο μικρότερη είναι η ηλικία της γυναίκας κατά την επέμβαση. Η προστατευτική επίδραση γίνεται έκδηλη, αφού περάσουν 10 περίπου χρόνια μετά την επέμβαση και διαρκεί για ολόκληρη την υπόλοιπη ζωή. Η ωοθηκεκτομή μετά τα 50 δεν έχει προστατευτικό αποτέλεσμα.²¹

4.4.3 Γάμος και τεκνοποίηση

Έχει διαπιστωθεί ότι η σχετική συχνότητα του ΚΜ είναι μεγαλύτερη στις άγαμες γυναίκες μεταξύ των εγγάμων είναι μεγαλύτερη στις άτεκνες. Η εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία πιστεύεται ότι προασπίζει από καρκίνο του μαστού. Οι γυναίκες που γέννησαν πριν την ηλικία των 20 χρόνων έχουν 1/3 της πιθανότητας να πάθουν ΚΜ σε σύγκριση με τις γυναίκες που γέννησαν μετά την ηλικία των 35 ετών, όπου η πιθανότητα νοσήματος τριπλασιάζεται. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η πρόωμη ηλικία τοκετού είναι σημαντικός προασπιστικός παράγοντας, κυρίως για προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Η προστατευτική επίδραση που ασκεί ο τοκετός σε νεαρή ηλικία εξακολουθεί για όλη τη μετέπειτα ζωή. Επισημαίνεται ότι είναι δυνατή η κατά 30% μείωση της επίπτωσης ΚΜ σε έναν πληθυσμό, αν μειωθεί η ηλικία πρώτης τελειόμηνης κύησης κατά πέντε χρόνια. Δεν έχουν όμως προστατευτική επίδραση οι λοιπές τελειόμηνες εγκυμοσύνες, ανεξάρτητα από τον αριθμό τους και την ηλικία στην οποία πραγματοποιήθηκαν, ούτε

και η διακοπή εγκυμοσύνης σε πολύ νεαρή ηλικία. Αντίθετα, πιστεύεται ότι η τεχνητή διακοπή της πρώτης εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνο σε νεαρές γυναίκες αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα ίσως διότι, ο αρχικός πολλαπλασιασμός των κυττάρων δεν ακολουθείται από διαφοροποίηση.²²

4.4.4 Θηλασμός

Από έρευνα που έγινε από το Επιδημιολογικό Τμήμα της Σχολής Δημόσιας Υγείας της Σχολής του Harvard το 1968 διαπιστώθηκε ότι ο θηλασμός δεν διαδραματίζει αξιόλογο ρόλο στην αιτιολογία του ΚΜ. Ωστόσο, σε εργασία του Schaefer το 1975, σε Εσκιμώες και Κινέζες αναφέρεται ότι παρατηρήθηκε αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου στον αριστερό μαστό, μια και οι γυναίκες αυτές συνηθίζουν να θηλάζουν τα παιδιά τους μόνο από το δεξί μαστό. Από πρόσφατες μελέτες έχει αποδειχθεί αντίθετα με ό τι πιστευόταν στο παρελθόν, ότι ο θηλασμός δεν παίζει προστατευτικό ρόλο έναντι του καρκίνου του μαστού ούτε αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την γυναίκα που δεν έχει θηλάσει. Επίσης, δεν έχει σχέση το αν η ίδια η γυναίκα έχει θηλάσει από τη μητέρα της.^{17,18}

4.5 ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

4.5.1 Οιστρογόνα

Από τις κύριες μορφές οιστρογόνων, η οιστρόνη, η οιστραδιόλη προάγουν τον καρκίνο του μαστού σε πειραματόζωα, ενώ η οιστριόλη μειώνει την προαγωγή αυτή.

4.5.2 Προλακτίνη

Με επιδημιολογικές έρευνες, έχει βρεθεί ότι οι θυγατέρες ασθενών με ΚΜ έχουν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα προλακτίνης σε σχέση με μάρτυρες. Υπάρχουν όμως δυο καταστάσεις στη ζωή της γυναίκας, που συνδυάζονται σταθερά με αύξηση της στάθμης της προλακτίνης στον οργανισμό - η εγκυμοσύνη και ο θηλασμός. Αν δεχόμασταν ότι τα αυξημένα επίπεδα προλακτίνης σχετίζονται με την εμφάνιση ΚΜ, θα έπρεπε οι δυο παραπάνω καταστάσεις να συνδυάζονται με αύξηση της πιθανότητας προσβολής, πράγμα βέβαια που δεν συμβαίνει.

4.5.3 Εξωγενή οιστρογόνα-αντισυλληπτικά

Τα αντισυλληπτικά χάπια φαίνεται να αυξάνουν ελαφρώς τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού στις γυναίκες κατά το χρόνο κύησης τους ή λίγο μετά. Δεν συνιστάται η χορήγηση αντισυλληπτικού χαπιού σε γυναίκες <20 ή > 40 ετών. Επίσης, στις γυναίκες που χρησιμοποιούν το χάπι συνιστάται να αποφεύγουν το κάπνισμα. Στις γυναίκες που είναι επιρρεπείς

να αναπτύξουν μαστοπάθεια ή σε αυτές που διαπιστώθηκε μαστοπάθεια κατά την περίοδο που χρησιμοποίησαν αντισυλληπτικό χάπι, δεν συνιστάται περαιτέρω χρήση του.^{3,8,12}

4.6 ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ Ή ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

4.6.1 Ιονίζουσα ακτινοβολία

Οι πρώτες παρατηρήσεις για την καρκινογόνο επίδραση της ιονίζουσας ακτινοβολίας σε γυναίκες με φυματίωση πνευμόνων. Μια ομάδα είχε υποστεί θεραπευτική αγωγή πνευμοθώρακα και είχε δεχτεί αυξημένες δόσεις ιονίζουσας ακτινοβολίας, λόγω των συχνών ακτινοσκοπήσεων που απαιτούνται. Στην άλλη ομάδα δεν είχε γίνει θεραπεία πνευμοθώρακα και συχνά ακτινοσκοπήσεις. Σε χρονικό διάστημα παρακολούθησης 10ετών, από τις 271 γυναίκες της πρώτης ομάδας 13 ανέπτυξαν ΚΜ, ενώ από τις 510 της δεύτερης ομάδας μόνο 1 γυναίκα.

Εξάλλου, οι πληθυσμιακές ομάδες στη Χιροσίμα και στο Ναγκασάκι έδειξαν ότι γυναίκες που δέχτηκαν ακτινοβολία ίση ή μεγαλύτερη από 90 rad ανέπτυξαν ΚΜ σε συχνότητα τέσσερις φορές μεγαλύτερη από το αναμενόμενο.

Τελευταία, πιστεύεται ότι οι μικρές δόσεις ακτινοβολίας που εφαρμόζονται για διαγνωστικούς σκοπούς (μαστογραφία) μπορεί να είναι επικίνδυνες. Αυτό όμως δεν έχει τεκμηριωθεί. Παρά ταύτα, ορισμένοι πιστεύουν ότι ο προληπτικός περιοδικός έλεγχος ασυμπτωματικών γυναικών πρέπει να γίνεται μετά τα 45-50, ενώ όταν υπάρχουν συμπτώματα ή ευρήματα ύποπτα για κακοήθεια ξηρομαστογραφικός έλεγχος πρέπει να γίνεται σε οποιαδήποτε ηλικία, δεδομένου ότι η ακτινική επιβάρυνση της ασθενούς δεν είναι μεγαλύτερη εκείνης που δέχεται από οποιαδήποτε άλλη ακτινολογική εξέταση (στομάχου, βαριούχος υποκλυσμός κ.ά)²³

4.6.2 Ψυχογενή άγχη

Ψυχολογικοί παράγοντες –ψυχολογικά άγχη, ψυχικές διαταραχές –φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση του ΚΜ. Η ψυχική όμως ένταση δύσκολα μπορεί να μετρηθεί και έτσι η ποσοτικοποίηση του σχετικού κινδύνου αυτών των παραγόντων είναι δυσχερής.^{23,24}

4.7 ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

4.7.1 Προηγηθείσα βιοψία

Η προηγηθείσα βιοψία στο μαστό θεωρείται παράγοντας αυξημένου κινδύνου, με εξαίρεση αυτήν που γίνεται για τα ινοαδενώματα. Η άποψη

αυτή υποστηρίχθηκε από τους David et al (1984) και μέχρι σήμερα δεν διαφοροποιήθηκε πολύ.^{3,13}

4.7.2 Γενικά νοσήματα

Το 1986, ο Beatson συμβούλευσε τη χορήγηση θυρεοειδικών εκχυλισμάτων σε ασθενείς με ΚΜ. Διάφορες μελέτες μέχρι σήμερα έχουν εντοπίσει τη σχέση μεταξύ υποθυρεοειδισμού και ΚΜ. Άλλες όμως εργασίες δεν βρήκαν ύπαρξη σημαντικής σχέσης. Φαίνεται όμως ότι σε περιοχές που ενδημεί η ιωδοπενική βρογχοκήλη υπάρχει μεγαλύτερη επίπτωση ΚΜ. Ακόμη, έχει βρεθεί υψηλό ποσοστό βασεόφιλης υπερτροφία της υπόφυσης σε ασθενείς με ΚΜ, ενώ συγχρόνως αναφέρεται ανίχνευση υψηλών επιπέδων θυρεοειδοτρόπου ορμόνης.

Η μυασθένεια gravis φαίνεται επίσης ότι σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα ΚΜ. Η θυμεκτομή ακολουθείται από μείωση της επίπτωσης.

4.7.3 Κακοήθεις νεοπλασίες

Θετική σχέση παρατηρείται μεταξύ ΚΜ και άλλων κακοήθων νεοπλασιών. Γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου έχουν 1,2-2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ΚΜ από ότι έχει ο γενικός γυναικείος πληθυσμός.

Ο καρκίνος των ωοθηκών, ο καρκίνος του θυρεοειδούς αδένου, ο, καρκίνος του παχέος εντέρου, η οξεία μυελοκυτταρική λευχαιμία, το σάρκωμα των μαλακών μορίων σχετίζονται επίσης θετικά με τον ΚΜ. Αντίθετα, έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες με καρκίνο σε ένα μεγάλο σιελογόνο αδένου έχουν το ¼ της πιθανότητας να εμφανίσουν ΚΜ από ότι ο γενικός πληθυσμός.

4.7.4 Παθήσεις μαστού

Ο καρκίνος του μαστού έχει πολυκεντρική φύση, δηλαδή έχει την τάση να υποτροπιάζει στον ίδιο ή στον αντίθετο μαστό. Επομένως, γυναίκες που είχαν καρκίνο στον ένα μαστό διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν και δεύτερο καρκίνο.

Έχει υπολογισθεί ότι το ποσοστό του κινδύνου αυτού ανέρχεται στο 20% των περιπτώσεων. Οι Warren et al (1973) υποστήριξαν ότι γυναίκες με ινοκυστική μαστοπάθεια έχουν 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν ΚΜ σε σχέση με γυναίκες που δεν είχαν ινοκυστική μαστοπάθεια. Ο κίνδυνος αυτός συνεχίζει να υπάρχει για 30-40 χρόνια μετά τη βιοψία. Η κυστική νόσος, και ιδιαίτερα η ινοκυστική μαστοπάθεια με άτυπες επιθηλιακές υπερπλασίες με πολλαπλή θηλωμάτωση, αυξάνει τον κίνδυνο νόσησης 2,5 φορές. Ο ακριβής μηχανισμός της σχέσης μεταξύ της

ινοκυστικής νόσου και του καρκίνου του μαστού δεν έχει εξακριβωθεί. Εντούτοις, δύο πιθανές εξηγήσεις υπάρχουν:

α. Ότι η ινοκύστικη μαστοπάθεια είναι προκαρκινική κατάσταση, που η προδιαθέτει σε κακοήθη εξαλλαγή ή είναι πρόιμη εκδήλωση της κακοήθους εξαλλαγής, και

β. ότι καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του μαστού έχουν κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες και ιδιαίτερα το ορμονικό στοιχείο.^{3,8,10,23}

4.8 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

4.8.1 Εθνικοί και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες

Ο ΚΜ είναι συχνότερος στις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές και αστικές τάξεις. Μεγαλύτερη επίπτωση της νόσου παρουσιάζεται στο λεγόμενο δυτικό κόσμο-Βόρεια Αμερική, Βορειοδυτική Ευρώπη, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία-, ενώ αντίθετα η Αφρική, η Μέση Ανατολή και η Ασία παρουσιάζουν χαμηλούς δείκτες. Η Λατινική Αμερική, η Νότια και η Ανατολική Ευρώπη κατέχουν ενδιάμεση θέση.

4.8.2 Εκπαιδευτικοί παράγοντες

Σχολική μόρφωση που ξεπερνά τα 16 χρόνια τριπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης ΚΜ σε σχέση με τις γυναίκες, στις οποίες η εκπαίδευση δεν ξεπερνά τα 12 χρόνια.

4.8.3 Διαιτητικοί παράγοντες

Πολλές μελέτες έχουν γίνει για το ρόλο που παίζει η διατροφή στην ανάπτυξη ΚΜ. Υπάρχει μεγάλη σχέση μεταξύ σωματικού βάρους και ΚΜ, ιδιαίτερα στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Για γυναίκες ηλικίας κάτω των 50 ετών, υπάρχει μικρός ή καθόλου αυξημένος κίνδυνος, αλλά σε ομάδες ηλικίας 60-69ετών, αύξηση βάρους από τα 60 στα 70 ή και περισσότερο αυξάνει τον κίνδυνο κατά 80% περίπου.^{6,12,13}

4.8.4 Αλκοόλ

Τα οινοπνευματώδη ποτά αυξάνουν τη συγκέντρωση των οιστρογόνων στο αίμα (μέτρια συσχέτιση με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού).

4.8.5 Βάρος

Η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού μετά την εμμηνόπαυση, αυξάνοντας τα επίπεδα των οιστρογόνων. Αυτό συμβαίνει διότι η παραγωγή των οιστρογόνων στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση γίνεται κυρίως μέσα σε λιπώδη ιστό (μετατροπή των επινεφριδικών ανδρογόνων σε οιστρογόνα από την αρωματάση, ένα ένζυμο που βρίσκεται κυρίως στο λίπος).

4.8.6 Καθιστική ζωή

Η τακτική, έντονη άσκηση κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού μιας γυναίκας, κυρίως διότι μπορεί να καθυστερήσει την έναρξη της έμμηνου ρύσεως, να επιμηκύνει τον χρόνο μεταξύ των περιόδων ή να ελαττώσει τον αριθμό των εμμηνορυσιακών κύκλων, μειώνοντας έτσι την έκθεση της γυναίκας στα οιστρογόνα. Επιπλέον όφελος είναι ο έλεγχος της αύξησης του βάρους.^{23,24}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

5.1 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΥΠΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Υπάρχουν διάφοροι τύποι καρκίνου του μαστού. Η επιθετικότητα και η πιθανότητα εξάπλωσης των καρκινικών κυττάρων σε άλλες περιοχές του σώματος εξαρτώνται από το συγκεκριμένο τύπο καρκίνου.

Υπάρχουν δύο κύριες μορφές πρωτοπαθούς καρκίνου μαστού: ο **διηθητικός** και ο **μη διηθητικός**.

Ο καρκίνος μαστού προέρχεται από τα επιθηλιακά κύτταρα του τελικού πόρου της λοβιακής μονάδας. Τα καρκινικά κύτταρα που δεν διηθούν τη βασική μεμβράνη της μονάδας ή του πόρου, κατατάσσονται ως *in situ* μη-διηθητικά. Στο διηθητικό καρκίνο, τα κύτταρα έχουν μετακινηθεί, έξω από τη βασική μεμβράνη των πόρων και των λοβίων, στους παρακείμενους υγιείς ιστούς. Τόσο ο *in situ* όσο και ο διηθητικός καρκίνος, έχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά βάσει των οποίων κατατάσσονται.¹⁹

Επιθηλιακός	Μή διηθητικός	Μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα (DCIS) Μη διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα (LCIS)	20%
	Διηθητικός	Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα	52%
		Διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα	15%
		Μυελοειδές καρκίνωμα	6%
		Paget και φλεγμονώδες καρκίνωμα	2,3%
		Βλεννώδες καρκίνωμα	2%
		Σωληνώδες καρκίνωμα	1,5%
		Αδενοκυστικό καρκίνωμα	0,4%
		Θηλώδες καρκίνωμα	0,3%
		Συνδυασμός διηθητικού πορογενούς καρκινώματος με άλλο είδος αδενοκρινώματος	6%
		Λειομυοσάρκωμα,	0,1%

Μη
επιθηλιακόςαγγειοσάρκωμα ,
ραβδομυοσάρκωμα.

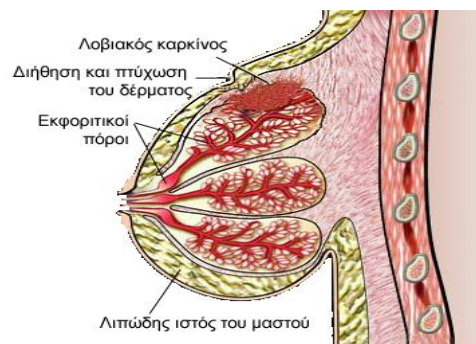
42

5.1.1 Μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα (DCIS)

Το μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα είναι μακράν ο πιο συχνός καρκίνος μαστού. Επειδή συνήθως έχει άφθονο ινώδες στρώμα αναφέρεται και σαν **σκίρρο καρκίνωμα**. Το DCIS τείνει να γεμίζει και να παραμορφώνει τα προσλαμβανόμενα λοβία και έτσι φαίνεται να προσβάλλει δομές σαν πόρους. Η διάγνωση του αν και είναι πολύ δύσκολη στην ταχεία βιοψία, έχει μεγάλη, σημασία, γιατί το ποσοστό ίασης σε αυτές τις περιπτώσεις είναι υψηλό. Έχει ταχεία εξέλιξη προς το διηθητικό καρκίνο σε ποσοστό 70% και δίνει λεμφαδενικές μεταστάσεις σε ποσοστό 1-3%.³

5.1.2 Μη διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα (LCIS)

Το μη διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα αποτελεί τυχαίο εύρημα επειδή η ανεύρεση του είναι συνήθως τυχαία σε μαστούς που χειρουργούνται για μαστοπάθεια, γιατί δεν δίνει κλινικά ή μαστογραφικά σημεία. Το (LCIS) συνήθως διευρύνει αλλά δεν αλλάζει την υποκείμενη δομή του λοβίου και περιορίζεται από τη βασική μεμβράνη και δεν διηθεί το στρώμα ή το λεμφαγγειακό δίκτυο. Η συχνότητα του σε υλικό από επεμβάσεις για καλοήθεις νόσους φτάνει περίπου σε 2%, αλλά ο αριθμός εξαρτάται από τον αριθμό των τομών που πάρθηκαν από το παρασκεύασμα. Παρουσιάζει πολυκεντρική ανάπτυξη σε ποσοστό 70% περίπου και είναι επίσης συχνά αμφοτερόπλευρο. Έτσι το LCIS είναι και δείκτης αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου και στους δύο μαστούς και άμεσος πρόδρομος μερικών καρκίνων. Αξίζει να σημειωθεί ότι και από το DCIS και από το LCIS μπορεί να αναπτυχθεί διηθητικός καρκίνος.^{19,25}



5.1.3 Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα

Η πλειονότητα 70%-80% των καρκίνων είναι αυτής της ομάδας. Αυτός ο τύπος καρκίνου συνδυάζεται συνήθως με το DCIS και LCIS. Ο καρκίνος αυτός εμφανίζεται σε ένα πόρο διασπώντας το τοίχωμα του πόρου και διεισδύει στο λιπώδη ιστό του μαστού.²⁴

5.1.4 Νόσος του Paget

Πρόκειται για έναν καρκίνο των γαλακτοφόρων πόρων, ο οποίος πολύ νωρίς εμφανίζει διηθήσεις στο δέρμα, στη θηλή του μαστού και στη θηλαία άλω. Για το λόγο αυτό εμφανίζει εξελκώσεις στο δέρμα, πριν να είναι εφικτή η ψηλάφηση αυτού. Αυτή η συνήθης εξέλιξη της νόσου, δηλαδή οι εξελκώσεις στο δέρμα να διαπιστώνονται πριν από τον όγκο, οδηγεί σε μια πραγματικότητα, ότι το 50% των περιπτώσεων της νόσου Paget υποβάλλεται σε λανθασμένη θεραπεία λόγω των δερματικών εκδηλώσεων εκλαμβάνεται η νόσος συχνά ως έκζεμα, δηλαδή σαν μι χρόνια φλεγμονώδης δερματοπάθεια και υποβάλλεται κατά συνέπεια η γυναίκα σε μια λανθασμένη θεραπεία, δεδομένου ότι υπάρχει ένα διαγνωστικό λάθος.¹²

5.1.5 Φλεγμονώδες καρκίνωμα του μαστού

Το πάσχον δερματικό τμήμα του μαστού εμφανίζει ερυθρότητα και πάχυνση, παράλληλα παραπονείται η γυναίκα για πόνο. Επειδή τόσο στον όγκο όσο και στη φλεγμονή κατά την ψηλάφηση του μαστού μπορεί να διαπιστωθεί μια τοπική σκληρία, σκόπιμο είναι να γίνει μια ακτινολογική εξέταση προκειμένου να αποκλείσουμε αυτή τη νόσο.

5.1.6 Μυελωειδές καρκίνωμα

Η καλή πρόγνωση του μυελωειδούς καρκινώματος σχετίζεται με τις περιπτώσεις όπου περιορίζεται στο μαστό και δεν έχει λεμφαδενικές μεταστάσεις. Η συχνότητα της νεοπλασίας κυμαίνεται από 5-7% των κακοηθών νεοπλασιών του μαστού. Παρατηρείται συχνότερα γύρω στην ηλικία των 45-50 ετών με τη μορφή μαλακού περιγεγραμμένου όγκου διαστάσεων 5-10εκ. που μοιάζει με απόστημα. Μικροσκοπικά ο όγκος είναι σφαιρικός. Αναπτύσσεται κατά κανόνα στο βάθος του μαστού. Εμφανίζει μικρή πιθανότητα μετάστασης στους επιχώριους λεμφαδένες.

5.1.7 Βλεννώδες καρκίνωμα

Ο τύπος αυτού του καρκινώματος του μαστού προκαλεί ξεχωριστό ενδιαφέρον, γιατί είναι γνωστό από παλιά, ότι έχει καλή πρόγνωση και εμφανίζεται συχνότερα σε μεγάλη ηλικία. Χαρακτηριστικό είναι η παρουσία βλέννης που πιστεύεται ότι συνδυάζεται με καλύτερη πρόγνωση. Η συχνότητα κυμαίνεται στο 2,5% και αποτελεί μαλακό όγκο με σαφή όρια. Η εξέλιξη του όγκου είναι βραδεία και οι μεταστάσεις εμφανίζονται σε προχωρημένες φάσεις. Ιστολογικά αποτελείται από άφθονη εξωκυττάρια βλέννη, εντός της οποίας βρίσκονται μικρές αθροίσεις κακοήθων κυττάρων.

5.1.8 Σωληνοειδές καρκίνωμα

Το σωληνοειδές καρκίνωμα είναι ένας σπάνιος τύπος καρκίνου. Εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες μέσης ηλικίας, έχει πολύ καλή πρόγνωση και μικρή πιθανότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων.

5.1.9 Θηλώδες καρκίνωμα

Το διηθητικό θηλώδες καρκίνωμα είναι σπάνιο νεόπλασμα. Ο όγκος εμφανίζεται συνήθως σε μετεμηνοπαυσιακές γυναίκες και είναι καλά περιγεγραμμένος. Μικροσκοπικά χαρακτηρίζεται από το σχηματισμό θηλών στο επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων και αιματηρή έκκριση από τη θηλή. Η πρόγνωση του είναι καλή και οι μεταστάσεις στα επιχώρια μασχαλαία λεμφογάγγλια σπάνια.^{24,26}

Κεφάλαιο 6^ο

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ- ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

6.1 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Λέγοντας σταδιοποίηση του ΚΜ εννοούμε τον ευρύτερο προσδιορισμό της νόσου σε σχέση με την έκταση της. Όταν κατά τη σταδιοποίηση γίνεται συστηματική διερεύνηση

A) των χαρακτηριστικών του πρωτοπαθούς καρκίνου με κλινική και ποθολογοανατομική εξέταση

B) της προσβολής λεμφαδένων (με κλινική εξέταση, λεμφαγγειογραφία και ίσως βιοψία) και

Γ) για την ύπαρξη μεταστάσεων

Τότε χρησιμοποιείται το σύστημα TNM για τη σταδιοποίηση.^{23,25}

ΣΤΑΔΙΑ	5ετής ΕΠΙΒΙΩΣΗ
<u>Στάδιο I:</u> Όγκος < 2cm διάμετρος χωρίς μεταστατικές διηθήσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις	85%
<u>Στάδιο II:</u> Όγκος < 5cm λεμφαδένες μη ψηλαφητοί ή ψηλαφητοί ευκίνητοι και χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις	66%
<u>Στάδιο III:</u> Όγκος > 5cm ή οποιουδήποτε μεγέθους με ή χωρίς επινέμηση στο δέρμα, ψηλαφητοί λεμφαδένες καθηλωμένοι στο θωρακικό τοίχωμα, υπερκλείδιιοι λεμφαδένες, χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις	41%
<u>Στάδιο IV:</u> Απομακρυσμένες μεταστάσεις ήπαρ, πνεύμονες, οστά έτερος μαστός	10%

6.2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ο σκοπός της σταδιοποίησης είναι:

A) να βοηθήσει τον κλινικό στον σχεδιασμό της θεραπείας

B) να δώσει κάποια ένδειξη πρόγνωσης

Γ) να βοηθήσει στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της θεραπείας

Δ) να διευκολύνει την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ κέντρων θεραπείας

Ε) να προσφέρει στη συνεχή έρευνα του καρκίνου. ¹²

Η πιο αποδεκτή σταδιοποίηση για το ΚΜ είναι η Tumor-Nodules-Metastasis(TNM) σύμφωνα με την αμερικανική επιτροπή σταδιοποίησης καρκίνου. Με αυτό το σύστημα κάθε όγκος χαρακτηρίζεται από ένα κωδικό που αποτελείται με ένα γράμμα και ένα κωδικό. Το γράμμα T δηλώνει το μέγεθος του όγκου, το N το βαθμό διασποράς στους λεμφαδένες και το M την παρουσία μετάστασης. Σε κάθε γράμμα προστίθεται και ένας αριθμός που δείχνει το βαθμό του μεγέθους και της διασποράς. ⁵

T=TUMOR

T0 Δεν υπάρχει φανερός όγκος

T1 Όγκος 2 cm ή μικρότερος στη μεγαλύτερη διάμετρό του

T1a Χωρίς διήθηση των υποκείμενων ιστών

T1b Ο όγκος διηθεί τη θωρακική περιτονία ή τους θωρακικούς μυς

T2 Όγκος 2-5 cm

T2a Χωρίς διήθηση των υποκείμενων ιστών

T2b Ο όγκος διηθεί τη θωρακική περιτονία ή τους θωρακικούς μυς

T3 Όγκος μεγαλύτερος των 5 cm

T3a Χωρίς διήθηση των υποκείμενων ιστών

T3b Ο όγκος διηθεί τη θωρακική περιτονία ή τους θωρακικούς μυς

T4 Οποιοδήποτε μέγεθος όγκου, εφόσον υπάρχει επέκταση της νόσου στο δέρμα ή το θωρακικό τοίχωμα

T4a Με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα (πλευρές, μεσοπλευριοί μύες, πλατύς ραχιαίος μυς)

T4b Με οίδημα ή διήθηση ή εξέλκωση του δέρματος του μαστού ή δερματικές μεταστάσεις στον ίδιο το μαστό

T4c Συνδυασμός a και b

Tx Δεν υπάρχουν οι ελάχιστες απαραίτητες πληροφορίες για την εκτίμηση του πρωτοπαθούς όγκου

N=NODES

N Περιφερικοί λεμφαδένες

N0 Μη ψηλαφητοί σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες

N1 Ψηλαφιούνται ευκίνητοι σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες

N1a Χωρίς ύποπτα σημεία καρκινικής διήθησης

N1b Λεμφαδένες που θεωρούνται ότι διηθούνται από τον όγκο

N2 Σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες με σημεία καρκινικής διήθησης και καθηλωμένοι είτε σε παρακείμενους ιστούς είτε μεταξύ τους

N3 Ύποπτοι καρκινικής διήθησης σύστοιχοι υπερκλειδίοι ή υποκλειδίοι λεμφαδένες ή οίδημα του σύστοιχου άνω άκρου που οφείλεται στη νόσο

Nx Τα ελάχιστα αναγκαία στοιχεία για την εκτίμηση των λεμφαδένων δεν παρέχονται

M=METASTASIS

M Μεταστάσεις σε άλλα όργανα

M0 Δεν υπάρχουν μεταστάσεις σε άλλα όργανα

M1 Υπάρχουν μεταστάσεις σε άλλα όργανα

Mx Δεν υπάρχουν οι αναγκαίες πληροφορίες για τον καθορισμό της παρουσίας μεταστάσεων

Στάδιο I	T1a ,T1b	No, N1a	Mo
Στάδιο II	T1a, T1b	N1b	Mo

	T2a, T2b	No, N1a, N1b	Mo
Στάδιο IIIa	T1a, T2b	N2	Mo
	T2a, T2b	N2	Mo
	T3a, T3b	No, N1a, N1b, N2	Mo
Στάδιο IIIb	T1a,b T2a,b T3a,b	N3	Mo
	T4a, T4b, T4c	Ότι N	Mo
Στάδιο IV	Οποιοδήποτε T	Ότι N	M1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η διάγνωση του μαστού γίνεται ως εξής:

7.1 Λήψη ιστορικού

- A) ηλικία
- B) επάγγελμα
- Γ) συζυγική κατάσταση
- Δ) μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό
- Ε) οικογενειακό ιστορικό (άλλα άτομα με καρκίνο μαστού)
- Στ) προηγούμενη πάθηση μαστού
- Z) ιστορικό λήψης αντισυλληπτικών
- Η) πρόσφατος θηλασμός
- Θ) διαιτητικές συνήθειες ^{12, 13}

7.2 Κλινική εξέταση

Όσο καλή είναι η αξία ενός καλού ιστορικού άλλο τόσο σημαντική για την πρώιμη διάγνωση της νόσου είναι μια καλή κλινική εξέταση. Η κλινική εξέταση είναι το μέσο με το οποίο ο ιατρός θα έρθει σε επαφή με την εξεταζόμενη και επιπλέον θα σχηματίσει άποψη για την κλινική εικόνα του μαστού και συγκεκριμένα για την ύπαρξη ή μη ψηλαφητού ευρήματος. Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει:

- **την επισκόπηση μαστών**
- **την ψηλάφηση**

Η επισκόπηση θα πρέπει να γίνεται με επαρκή φωτισμό με τα χέρια της ασθενούς στο πλάι, πάνω από το κεφάλι και στη μέση. Ο καλοήθης όγκος είναι ορατός. Ο κακοήθης όγκος αντίθετα, όταν είναι ορατός συνοδεύεται από πρόσφατη δερματική αντίδραση, καθώς και από μειωμένη δερματική κινητικότητα. Η ανύψωση του βραχίονα συχνά δείχνει μικρές μεταβολές του δέρματος. Μια ανωμαλία της θηλής (έλκη και μετατόπιση της θηλής) είναι ύποπτη αν είναι πρόσφατης εμφάνισης.

Η ψηλάφηση γίνεται με την ασθενή σε όρθια θέση και μετά κατακεκλειμένη, η παλάμη κυλά στον αδένα πάνω στο πλευρικό τόξο. Έτσι ακριβώς μπορεί να καθορίσει τους χαρακτήρες του όγκου και τη σύνδεση του με το γειτονικό αδενικό ιστό. Αυτή η εξέταση πρέπει να είναι αμφοτερόπλευρη. Ένας καλοήθης όγκος είναι κινητός στο μαστό, δίνοντας πολύ χαρακτηριστικό σημείο αναπήδησης (κύστη, αδένωμα). Ένας κακοήθης όγκος είναι συμπαγής σκληρός και με τυπικά ανώμαλα μόρια. Το δέρμα παίρνει τη μορφή φλοιού πορτοκαλιού, που είναι πολύ χαρακτηριστική. ^{28,29}

7.3 Ακτινολογικές εξετάσεις

7.3.1 Μαστογραφία

Η μαστογραφία είναι απεικόνιση του μαστού με ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα το μαστογράφο, χωρίς έγχυση σκιαγραφικής ουσίας. Λαμβάνονται τρεις όψεις του μαστού: (α) κρανοουραία, (β) μεσοπλάγια, (γ) μασχαλιαία.

Πρόκειται για ακτινογραφία του μαστικού αδένα που γίνεται με χαμηλή ακτινοβολία. Απαιτεί συμπίεση του μαστού ανάμεσα σε δύο πλάκες και είναι δυσάρεστη ως εξέταση.

Είναι η εξέταση που αυτή τη στιγμή μπορεί να δώσει από μόνη της το μεγαλύτερο ποσοστό αξιοπιστίας για την ύπαρξη καρκίνου του μαστού και να διαπιστώσει καρκίνο του μαστού σε πολύ αρχικό στάδιο, δηλαδή όταν το μέγεθος του είναι λίγα χιλιοστά, όταν δηλαδή ούτε η ίδια η γυναίκα, αλλά ούτε και ο ιατρός της μπορούν να ψηλαφίσουν. Σε μαστογραφία πρέπει να υποβάλλεται κάθε γυναίκα μετά την ηλικία των 40, μία φορά το χρόνο. Αν συντρέχει ειδικός λόγος η μαστογραφία μπορεί να γίνει και πιο πριν. Η μαστογραφία έχει πετύχει τη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού σε ποσοστό 30-50%. Η μαστογραφία επιτρέπει την ανεύρεση μαζών, περιοχές παρεγχυματικής αλλοίωσης και μικροαποπιτανώσεις. Επειδή οι μαστοί είναι σχετικά ακτινοσκευροί σε γυναίκες μικρότερες των 35 ετών, η μαστογραφία σπάνια βοηθά σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.^{12,30,31}

Ενδείκνυται σε:

- * ανεύρεση συμπαγούς μάζας κατά την κλινική εξέταση
- * οικογενειακό ιστορικό καρκίνου
- * προηγούμενη βιοψία μαστού
- * πολύ μεγάλους μαστούς που η εξέταση τους είναι δύσκολη
- * γυναίκα με μάζα στον ένα μαστό, για έλεγχο και του άλλου μαστού
- * καρκινοφοβία³²



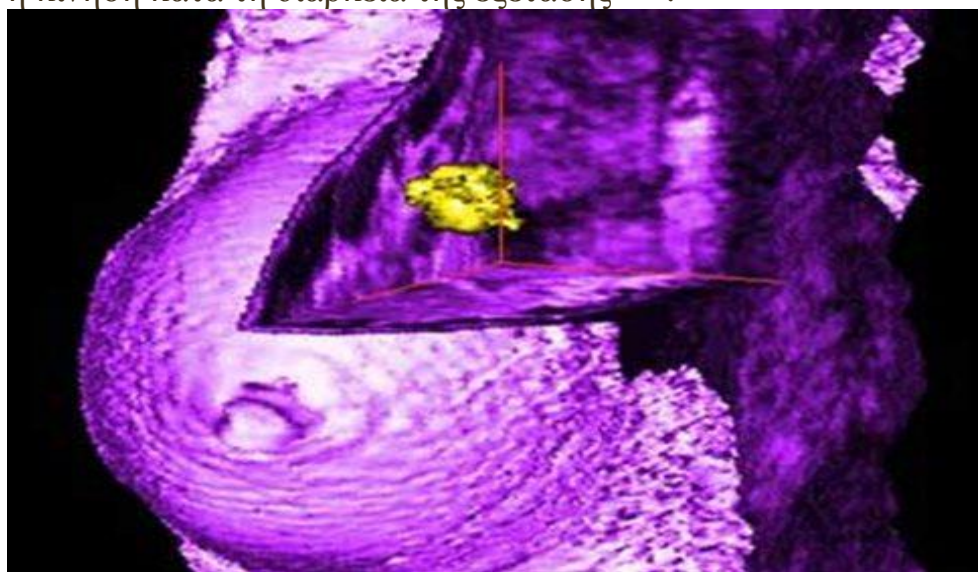
7.3.2 Γαλακτογραφία

Οποιαδήποτε ανωμαλία μέσα στο γαλακτοφόρο πόρο δεν μπορεί να απεικονιστεί με την απλή μαστογραφία για αυτό θα πρέπει να γίνει η γαλακτογραφία. Στη γαλακτογραφία γίνεται έκχυση σκιερής ουσίας μέσα στο γαλακτοφόρο πόρο και μετά λαμβάνεται μαστογραφία.³⁰

7.3.3 Μαγνητική απεικόνιση

Η μαγνητική απεικόνιση μπορεί να δώσει λύσεις σε πολλά κλινικά προβλήματα. Αποτελεί ακριβή μέθοδο απεικόνισης του μαστού. Έχει υψηλή ευαισθησία για τον καρκίνο του μαστού και μπορεί να απεικονίσει την έκταση τόσο διηθητικής όσο και μη διηθητικής νόσου. Αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο σε μαστούς που έχουν διατηρηθεί για να διευκρινισθεί εάν μια βλάβη, στο σημείο του προηγούμενου χειρουργείου, αποτελεί ουλή ή υποτροπή. Επίσης, θα πρέπει να τονισθεί ότι η σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει η μαγνητική μαστογραφία να αντικαθιστά την κλασική μαστογραφία και το υπερηχογράφημα και ότι η ερμηνεία των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται με συνδυασμό και των τριών παραπάνω μεθόδων.

Η ασθενής τοποθετείται σε πρηνή θέση μέσα στο μαγνήτη ενώ εφαρμόζεται ένα ειδικό επιφανειακό πηνίο μαστού. Ορισμένα από αυτά τα πηνία εφαρμόζουν συγχρόνως πίεση στο μαστό κατά τη διάρκεια της εξέτασης οδηγώντας έτσι αφ ενός με σε μείωση της κίνησης και αφ έτερου σε μείωση του πάχους του μαστού με συνεπακόλουθη μείωση της διάρκειας της εξέτασης. Καλό είναι να τοποθετείται εκ των πρότερων μία ενδοφλέβια γραμμή στην ασθενή για τη μετέπειτα χορήγηση του σκιαγραφικού ούτως ώστε να αποφευχθεί στη συνέχεια η κίνηση κατά τη διάρκεια της εξέτασης.^{30,31}



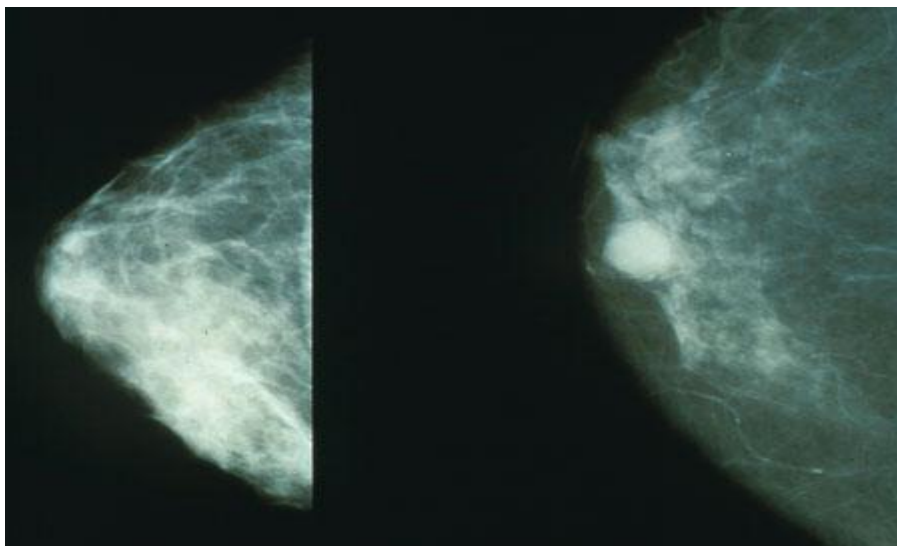
7.3.4 Υπερηχογράφημα

Είναι η εξέταση της δομής των μαστών με υπερηχητικά κύματα. Είναι εξέταση συμπληρωματική της μαστογραφίας και γίνεται όταν οι μαστοί είναι πυκνοί ή όταν θέλουμε να ερευνήσουμε μία ανωμαλία στη μαστογραφία ή την κλινική εξέταση. Με τους υπερήχους μπορούμε να διακρίνουμε εάν το μόρφωμα είναι κυστικό ή συμπαγές, καλόηθες ή κακόηθες. Σήμερα που η τεχνολογία των υπερήχων έχει εξελιχθεί πολύ και η εμπειρία των ιατρών έχει αυξηθεί μπορούμε να διαπιστώσουμε με τους υπερήχους και μικρές βλάβες. Όμως οι υπέρηχοι δεν μπορούν να αντικαταστήσουν τη μαστογραφία. Το υπερηχογράφημα πραγματοποιείται με τη χρήση ειδικού μηχανήματος υπερήχων και με κατάλληλη για τον μαστό κεφαλή. Η γυναίκα τοποθετείται συνήθως σε ύπτια θέση και με τα χέρια πίσω από το κεφάλι. Με την τοποθέτηση της κεφαλής (του ηχοβολέα) επάνω στο μαστό η συσκευή αναπαράγει ανατομικές τομές του μαστού σε ασπρόμαυρη εικόνα. Εξετάζονται οι μαστοί σε όλη τους την επιφάνεια καθώς και οι μασχαλιαίες περιοχές. Είναι μέθοδος ανώδυνη, ακίνδυνη (δεν περιέχει ακτινοβολία) και σχετικά σύντομη. Το υπερηχογράφημα πρέπει να εφαρμόζεται από ιατρούς που έχουν εμπειρία σ' αυτή τη μέθοδο και γνωρίζουν καλά τις παθήσεις του μαστού.^{30,32}



7.3.5 Υπερηχο-ελαστογραφία

Είναι μια νέα επαναστατική υπερηχογραφική μέθοδος που βοηθά στη διάγνωση και τον διαχωρισμό καλοηθών βλαβών από κακοήθεις ακόμα και όταν δεν είναι σαφώς οριοθετημένες ή είναι πολύ μικρές. Γίνεται όπως το απλό υπερηχογράφημα δίνει πληροφορίες σχετικά με την εντόπιση της σύστασης και την αιμάτωση μιας βλάβης. Ο συνδυασμός των υπερηχογραφικών με τα ελαστογραφικά ευρήματα μας καθοδηγεί στον διαχωρισμό καλοήθους φύσης αλλοιώσεων από ύποπτες έως κακοήθεις αντίστοιχα. Ουσιαστικά διαχωρίζει της καλοήθεις αλλοιώσεις με αποτέλεσμα να αποφεύγονται περιττές βιοψίες και χρησιμεύει στην παρακολούθησή τους.³³



7.3.6 Παρακέντηση – κυτταρολογική εξέταση

Οποιαδήποτε ανωμαλία στο μαστό πρέπει να παρακεντηθεί για να γίνει η εξέταση από τα κύτταρα της συγκεκριμένης ανωμαλίας και να τεθεί η σωστή διάγνωση πριν από το χειρουργείο.

Ο καρκίνος του μαστού δεν δημιουργείται από τη μια στιγμή στην άλλη. Το κύτταρο με τη γενετική προδιάθεση, σιγά, σιγά εξελίσσεται προς υπερπλαστικό, μετά γίνεται δυσπλαστικό και μετά από αρκετό καιρό γίνεται μη διηθητικός καρκίνος, όπου ακόμη δεν έχει διασπαστεί η βασική μεμβράνη και άρα ο κίνδυνος για μετάσταση είναι ανύπαρκτος.

Τέλος, εάν η κατάσταση δεν αντιμετωπισθεί μέχρι εδώ, τότε εξελίσσεται σε διηθητικό καρκίνο, όπου τότε υπάρχει η διάσπαση της βασικής μεμβράνης και η είσοδος καρκινικών κυττάρων στην αιματική και λεμφική κυκλοφορία και δημιουργείται ο κίνδυνος της μετάστασης. Η παρακέντηση είναι μια διαδικασία απλή και ανώδυνη όπως η λήψη αίματος, με την οποία παίρνουμε υλικό για κυτταρολογική εξέταση από ένα συγκεκριμένο σημείο μέσα στο μαστό που μπορεί να είναι είτε ψηλαφητό ογκίδιο, είτε ακτινολογική ανωμαλία που την έχει εντοπίσει η μαστογραφία και τέλος

Κυτταρολογική εξέταση στο μαστό γίνεται βασικά με τρεις τρόπους:



- στο έκκριμα της θηλής – αν υπάρχει.
- σε υλικό παρακέντησης με λεπτή βελόνα από ψηλαφητό ή μη ογκίδιο
- στο αποτύπωμα του ογκιδίου στο χειρουργείο, ή πολύ σπάνια, στο αποτύπωμα από εξωτερική πληγγή στο δέρμα ή στη θηλή του μαστού.

Το υλικό που λαμβάνεται με τις παραπάνω μεθόδους αφού επιστρωθεί σε πλακίδιο και χρωματισθεί εξετάζεται στο μικροσκόπιο από τον Κυτταρολόγο.
30,31,32

7.3.7 Καρκινικοί δείκτες

Πολλές φορές αν οι καρκίνοι εκκρίνουν κάποιες ουσίες στην κυκλοφορία οι οποίες μπορούν να εντοπιστούν με ειδικές εξετάσεις. Οι ουσίες αυτές ονομάζονται καρκινικοί δείκτες. Στον καρκίνο του μαστού βρίσκονται οι δείκτες CA και CEA. Αυτοί δεν ενδείκνυται για την έγκαιρη διάγνωση του μαστού αλλά βοηθούν στην παρακολούθηση ασθενών που νόσησαν και υποβλήθηκαν σε θεραπεία και στην οποία πριν από αυτή είχαν υψηλές τιμές.³⁴

7.4 Αυτοεξέταση

Η αυτοεξέταση των μαστών αποτελεί την πρώτη και βασική μέθοδο προληπτικής εξέτασης των μαστών. Η Αυτοεξέταση του Μαστού είναι εξέταση που γίνεται από την ίδια τη γυναίκα στους μαστούς της με σκοπό την εξοικείωση με τη μορφολογία του μαστού ώστε να καταφέρει να εντοπίσει οτιδήποτε διαφορετικό από τα συνηθισμένα. Συνιστάται να ξεκινά από την ηλικία των 20 ετών και να γίνεται ταχτικά 1 φορά το μήνα 2-3 μέρες μετά το τέλος της περιόδου δηλαδή περίπου την 8η - 10η μέρα του κύκλου. Η αυτοεξέταση του μαστού.¹² Αρχίζει στην ηλικία των 20 ετών. Συνιστάται ετήσια ψηλάφηση από γιατρό μετά την ηλικία των 25 ετών. Σε γυναίκες χαμηλού κινδύνου συνιστάται ετήσια μαστογραφία μετά την ηλικία των 40 ετών. Σε γυναίκες υψηλού κινδύνου συνιστάται η ψηλάφηση από το γιατρό να γίνεται ανά εξάμηνο και η μαστογραφία νωρίτερα απ' ότι συνήθως. Η αυτοεξέταση έχει κάποια βασικά βήματα τα οποία περιλαμβάνουν αφενός την επισκόπηση κάθε μαστού και αφετέρου την ψηλάφηση του, καθώς και αυτή των μασχαλών και των υπερκλείδιων κοιλοτήτων. Ανιχνεύονται παραμορφώσεις ασυμμετρίας, βαθουλώματα, ερυθρές περιοχές, εισολκές, ή αποκλίσεις της θηλής. Επίσης αφορά τον εντοπισμό οζιδίου ή εκκρίσεις στις θηλές και τέλος ανιχνεύεται αν υπάρχει κάποια μεγέθυνση των λεμφογαγγλίων.¹⁷

Το κλειδί στη σωστή χρήση της αυτοεξέτασης είναι η ενημέρωση των γυναικών και η εκπαίδευση τους ώστε να εντοπίζουν αλλαγές στους μαστούς. Όσο πιο καλά ξέρει η ίδια η γυναίκα τους μαστούς της, τόσο πιο εύκολα και έγκαιρα μπορεί ν' ανακαλύψει τα σημάδια κάποιας πάθησης. Όσο πιο συχνά και σε σταθερή βάση πραγματοποιεί μια γυναίκα την αυτοεξέταση, τόσο αυξάνει την πιθανότητα ανακάλυψης όγκων σε πρώιμα στάδια.²⁹

7.4.1 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗΣ

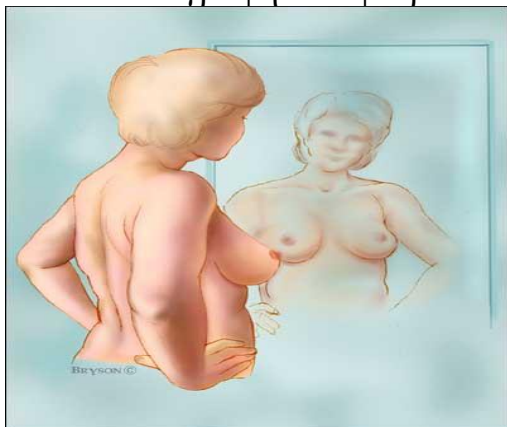
Ξεκινήστε κοιτάζοντας τους μαστούς σας στον καθρέφτη.

Ελέγχουμε το μέγεθος, το σχήμα και το χρώμα.

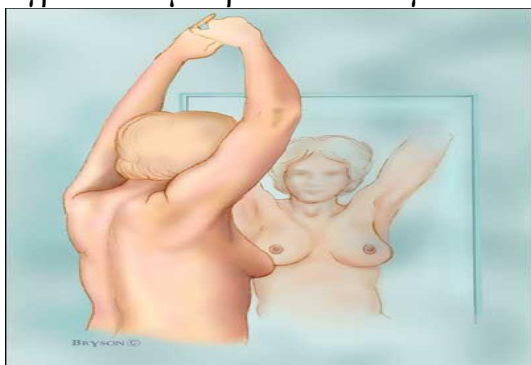
Οι δύο μαστοί πρέπει να είναι συμμετρικοί και ομοιόμορφοι.

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



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







Ξαπλώστε και εξετάσετε 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.



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.^{6,35}

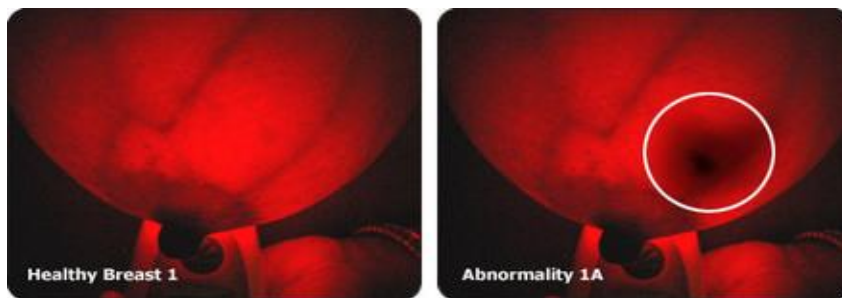


Οι λόγοι που συνήθως οι γυναίκες εγκαταλείπουν την ΑΕΜ είναι:

-  Φόβος και άγχος για την ανεύρεση καρκίνου του μαστού
-  Έλλειψη γνώσης για την ΕΑΜ και εμπιστοσύνης σχετικά με τον τρόπο διενέργειας της
-  Άγνοια της εξαιρετικής σημασίας της μηνιαίας ΑΕΜ, ως απαραίτητου στοιχείου της γνώσης της φυσικής κατάστασης της αυτοεξεταζόμενης
-  Σεμνοτυφία ή και ενόχληση¹²

Μία νέα μέθοδος αυτοεξέτασης στο σπίτι είναι το breast light. Είναι ένα νέο προϊόν υγείας και ευημερίας για τις γυναίκες. Το breastlight διαχέει ένα δυνατό φως μέσα στον ιστό του μαστού, έτσι ώστε να γίνουν ορατές κάποιες λεπτομέρειες μέσα σε αυτόν. Όταν το φως χτυπά ένα αιμοφόρο αγγείο στο στήθος σας, απορροφάται από την αιμοσφαιρίνη στα ερυθρά αιμοσφαίρια αίματος. το γεγονός αυτό κάνει τις φλέβες και τα αιμοφόρα αγγεία να εμφανίζονται σαν σκοτεινές γραμμές. Αυτό είναι απόλυτα φυσιολογικό. Με την πάροδο των μηνών θα εξοικειωθείτε με την εικόνα του στήθους σας και έτσι θα είναι εμφανής η οποιαδήποτε αλλαγή.³⁷





7.5 Σημάδια – Συμπτώματα που απαιτούν ιατρική συμβουλή

Τα παρακάτω συμπτώματα θα πρέπει να μας αφυπνίσουν ώστε να επισκεφτούμε το γιατρό χωρίς να περιμένουμε την επόμενη προγραμματισμένη συνάντησή.

- * Εντόπιση ψηλαφητής μάζας
- * Μεταβολές στο σχήμα, το μέγεθος ή το περίγραμμα του μαστού
- * Εισολκή ή ζάρωμα δέρματος
- * Πόνος ή ευαισθησία σε κάποιο μέρος του μαστού⁽²⁴⁾

Ο πόνος διακρίνεται σε δυο μορφές: το κυκλικό και το μη κυκλικό. Ο κυκλικός σχετίζεται με τον έμμηνο κύκλο και ως τούτου, αφορά τις γυναίκες που έχουν ακόμη 'περίοδο'. Αυτός είναι ένας πόνος που διαρκεί συνήθως από 5-14 μέρες, εκδηλώνεται πριν την εμφάνιση της περιόδου και εξαφανίζεται μετά την εμφάνιση της.

Ο μη κυκλικός πόνος έχει σχέση με τον έμμηνο κύκλο και σε πολλές περιπτώσεις δεν αφορά αυτό τον μαστό αλλά το θώρακα (τις πλευρές τους χόνδρους των πλευρών ή τους μύες πίσω από το μαστό).

- * Έκκριμα της θηλής
- * Αύξηση της θερμοκρασίας του μαστού
- * Εισολκή ή παραμόρφωση της θηλής
- * Μαστοδυνία
- * Ψηλαφητή διόγκωση μασχάλης
- * Αλλαγές στο δέρμα (πάχυνση ή ρυτίδωση του δέρματος ,δέρμα σαν φλοιός πορτοκαλιού, έντονη ερυθρότητα).^{30,35}



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού γίνεται με την κοινή ταξινόμηση TNM την οποία ήδη έχουμε περιγράψει.

Η πρόγνωση και η επιλογή της θεραπείας εξαρτώνται από το μέγεθος, τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου, τη μικροσκοπική του εμφάνιση την προσβολή ή όχι των μασχαλιαίων λεμφαδένων και τον αριθμό όσων ενδεχομένως προσβλήθηκαν την ηλικία της γυναίκας και τη μετεμμηνοπαυσιακή της κατάσταση (αν δηλ. η διακοπή της εμμήνου ρύσεως είναι φυσιολογική ή προκλήθηκε χειρουργική) κατά το χρόνο της διάγνωσης. Όσο μεγαλύτερος είναι ο καρκίνος τόσο πολλαπλασιάζονται οι πιθανότητες να προσβληθούν οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες και να εκδηλωθούν μεταστάσεις.

8.1 ΤΟΠΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

A) Τοπική έκταση του όγκου

B) Καθήλωση του όγκου

Γ) Οίδημα,

Δ) Φλεγμονή και εξέλκωση δέρματος

E) Παρουσία δορυφόρων οζιδίων

Στ) Σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινώματος και φυσιολογικού μαστού

Z) Γεωγραφική θέση του όγκου

H) Προσβολή της θηλής

Κατά τις στατιστικές του Haagensen, πενταετής επιβίωση εμφανίζεται σε ποσοστό μόλις 39,1% σε παρουσία ενός από τα παρακάτω βαριά προγνωστικά σημεία:

A) Οίδημα του δέρματος

B) Εξέλκωση του δέρματος

Γ) Καθήλωση του όγκου

Δ) Μεταστατικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες μεγέθους από 2,5cm και άνω και

Ε)Καθήλωση των μεταστατικών μασχαλιαίων λεμφαδένων στους υποκείμενους ιστούς της μασχάλης.

8.2 ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Το πώς θα εξελιχθεί ο καρκίνος μαστού (η πρόγνωση του) εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι:

- 1)Το μέγεθος του όγκου: όγκοι διαμέτρου κάτω των 2cm έχουν γενικά καλύτερη πρόγνωση.
- 2)Λεμφαδενικές μεταστάσεις :(δηλαδή η ύπαρξη καρκινικών κυττάρων στους λεμφαδένες)
- 3)Ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων :πχ αν δεν υπάρχουν μεταστάσεις η 5ετής επιβίωση είναι περίπου 80%.Αν όμως υπάρχουν σε 1 η 3 λεμφαδένες η 5ετής επιβίωση ελαττώνεται σε 50%.Αν υπάρχουν μεταστάσεις σε 4 ή περισσότερους λεμφαδένες η 5ετής επιβίωση ελαττώνεται σε 20%περίπου
- 4)Ο ιστολογικός τύπος καρκίνου
- 5)Η ιστοκυτταρική αντίδραση των λεμφοκόλπων των λεμφαδένων (όταν υπάρχει αποτελεί ευνοϊκότερο σημείο πρόγνωσης)
- 6)Η μικροσκοπική καρκινωμάτωσης διήθηση των μυών ,νεύρων και αγγείων .
- 7)Ο βαθμός κακοήθειας και η διαφοροποίηση (όσο λιγότερο διαφοροποιημένος είναι ο όγκος τόσο υψηλότερο ιστολογικό βαθμό κακοήθειάς και τόσο δυσμενέστερη πρόγνωση έχει.

8.3 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

- A. Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων (ήπαρ, οστά, εγκέφαλο)
- B. Ο ρυθμός αύξησης όγκου
- Γ. Απάντηση σε θεραπευτική αγωγή
- Δ. Αντίσταση του οργανισμού και <<βιολογικοί δείκτες >>
- E. Εμφάνιση καρκίνου και στους 2 μαστούς

Στην πρόγνωση του μαστού υπάρχουν και παράγοντες ,των οποίων η σημασία είναι σημαντική η αμφιλεγόμενη:

Οι παράγοντες αυτοί είναι:

A. Η ηλικία της γυναίκας :εμφάνιση καρκίνου μαστού σε ηλικία 30ετων πολύ κακή πρόγνωση

B. προφυλακτική στείρωση

Γ. Κύηση .Η ανάπτυξη καρκίνου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας είναι ταχεία και η πρόγνωση κακή.^{12,38}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική του καρκίνου του μαστού έχει εμπλουτισθεί πολύ τα τελευταία χρόνια. Περιλαμβάνει τη χειρουργική, την ακτινοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία ως κύριες μορφές θεραπείας, μόνες ή συνηθέστερα σε συνδυασμό.³⁹ Σήμερα αποτελεί πάγια τακτική η συνεργασία των οικογενειακών γιατρών, των χειρουργών, των ακτινοθεραπευτών και των ογκολόγων για να προγραμματίσουν και να εφαρμόσουν τη θεραπεία σε κάθε ασθενή. Ο καθένας τους είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις που λαμβάνονται και μπορεί να πληροφορεί την ασθενή και την οικογένειά της, καθώς και τα άλλα μέλη της άλλης ιατρικής ομάδας.³⁴

Για την επιλογή της πιο κατάλληλης κατά περίπτωση μορφής θεραπείας ο ιατρός πρέπει να γνωρίζει το κλινικό στάδιο της νόσου με τη μεγαλύτερη δυνατή προσέγγιση, τον ιστολογικό τύπο του νεοπλασματος και την ορμονική δραστηριότητα τόσο της γυναίκας (πριν ή μετά την εμμηνόπαυση) όσο και του όγκου (ύπαρξη ή μη ορμονικών υποδοχέων στα καρκινικά κύτταρα).

Κάθε θεραπευτικός χειρισμός έχει 2 στόχους:

- 1) να εξαλείψει τη τοπική νόσο (πρωτοπαθή και τις πιθανότητες τοπικής υποτροπής
- 2) να προφυλάξει ή να θεραπεύσει τη συστηματική επέκταση της νόσου (μεταστάσεις).³⁹

9.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Την χειρουργική θεραπεία την διακρίνουμε σε:

βιοψία

κατά τη βιοψία γίνεται αφαίρεση όλου του όγκου χωρίς αφαίρεση των λεμφαδένων. Η παλαιότερα χρησιμοποιούμενη απλή βιοψία τμήματος του όγκου έχει καταργηθεί και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται λόγω υψηλού κινδύνου διασποράς της νόσου.³

Ευρεία τοπική εκτομή

Είναι η εκτομή του όγκου μαζί με ένα υγιές τμήμα τουλάχιστον 2 εκατοστά γύρω από αυτόν. Μια επέκταση αυτής της επέμβασης είναι η τεταρτεκτομή κατά την οποία αφαιρείται όλο το τεταρτημόριο του μαστού στο οποίο ήταν ο καρκίνος.

Ολική ή απλή μαστεκτομή

Κατά αυτή την μαστεκτομή γίνεται αφαίρεση όλου του μαστικού αδένου μαζί με ένα υπερκείμενο δέρμα και όχι λεμφαδένες.³

Υποδόρια μαστεκτομή

Στην υποδόρια μαστεκτομή διατηρείται ο μαστός και αφαιρείται πλήρως ο μαστικός αδένας. Το δέρμα και η θηλή διατηρούνται, ενώ οι κάτωθεν αυτού ιστοί αφαιρούνται πλήρως²⁴

✱ Ριζική μαστεκτομή

Κατά την ριζική μαστεκτομή αφαιρείται όλος ο μαστικός αδένας, ο μείζων και ο ελάσσων θωρακικός μυς και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες της κοιλότητας ως την κλείδα²⁴

✱ Εκτεταμένη ολική μαστεκτομή

η επέμβαση αυτή περιλαμβάνει την ολική αφαίρεση του μαστού και τον πλήρη λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης, χωρίς να αφαιρείται ή να κόβεται ο μείζων ή ελάσσων θωρακικός μυς. Είναι η επέμβαση που έχει αντικαταστήσει τα τελευταία χρόνια τη ριζική μαστεκτομή.⁴

✱ Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Είναι όμοια με τη ριζική μαστεκτομή αλλά διατηρεί το μείζων θωρακικό μυ. Η εγχείρηση αυτή προτιμάται από τους περισσότερους χειρουργούς όταν υπάρχουν μεταστάσεις στην μασχάλη.^{39,40}

9.2 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ακτινοθεραπεία είναι η χρήση ιοντίζουσας ακτινοβολίας με σκοπό την διακοπή της κυτταρικής ανάπτυξης. Η ακτινοθεραπεία συνήθως χρησιμοποιείται σαν επικουρική μέθοδος θεραπείας του καρκίνου του μαστού, σε συνδυασμό με τη χειρουργική ή και τη συστηματική θεραπεία (χημειοθεραπεία/ορμονοθεραπεία).⁴¹ Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται ως τοπική θεραπεία είτε συνήθως συμπληρωματικός μετά τη μαστεκτομή για να εξαφανίσει τυχόν καρκινικές εναποθέσεις που έχουν απομείνει στο σύμπλεγμα μαστός-μασχάλη-έσω μαστικά λεμφογάγγλια, είτε ως κύρια μορφή τοπικής θεραπείας.³⁹ Μετά την ακτινοθεραπεία, το δέρμα αναπτύσσει ερυθρηματώδη αντίδραση που συνήθως διαρκεί 3-4 εβδομάδες. Οι ασθενείς θα πρέπει να αποφεύγουν την έκθεση της ακτινοβολούμενης περιοχής στον ήλιο, για αρκετές εβδομάδες. Μετά την ακτινοθεραπεία της μασχάλης ορισμένοι ασθενείς αναπτύσσουν ίνωση της κατ'ώμον άρθρωσης που μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμό της κινητικότητας της.¹⁹

9.3.ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία είναι ταξινομημένη μέθοδος θεραπείας στον καρκίνο του μαστού, που παρατείνει τόσο τη συνολική όσο και την ελεύθερη νόσου επιβίωση. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα συνήθως χορηγούνται μετά την επέμβαση σε ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο για την εξέλιξη του καρκίνου και την εμφάνιση μεταστάσεων ή σε ασθενείς με ήδη υπάρχουσες μεταστάσεις.

Η επικουρική χημειοθεραπεία χορηγείται σήμερα στις περισσότερες ασθενείς με τη χειρουργική επέμβαση με σκοπό την πρόληψη ή την ελαχιστοποίηση της

πιθανότητας επιβίωσης των χειρουργικών κυττάρων που απέμειναν μετά τη χειρουργική επέμβαση, που αν παραμείνουν θα μπορούσαν να πολλαπλασιαστούν και να οδηγήσουν σε υποτροπή του καρκίνου ή και γενίκευση της νόσου. Συνήθως χορηγείται σε ασθενείς με λεμφαδενικές μεταστάσεις.

Η χημειοθεραπεία σε μεταστατική νόσο γίνεται συνήθως στις περιπτώσεις αυτές που δεν είναι δυνατή η ίαση εντούτοις όμως είναι δυνατό τα συμπτώματα να βελτιωθούν και αυτό να διαρκέσει για μήνες ή ακόμη και χρόνια. Όταν ήδη υπάρχουν μακρινές μεταστάσεις χορηγούνται διάφοροι συνδυασμοί χημειοθεραπευτικών με σκοπό την αναστολή της εξέλιξης της πάθησης και τη συρρίκνωση του όγκου. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα εξαρτάται από τη γενική κατάσταση άρρωστης και από το πόσο εκτεταμένη είμαι η μεταστατική νόσος.

⁴¹ Κατά τη χημειοθεραπεία οι ασθενείς έχουν απώλεια του τριχωτού της κεφαλής ενώ συνήθως αναφέρουν και κούραση, λήθαργο, ναυτία και εμετό. Η αλωπεκία που προκαλείται από ορισμένα σχήματα χημειοθεραπείας μπορεί να μειωθεί με ψύξη του τριχωτού κεφαλής.¹⁹

9.4 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ορμονοθεραπεία είναι η αρχαιότερη μετεγχειρητική θεραπεία του καρκίνου του μαστού και χαρακτηρίζεται συγκριτικά από ελάχιστες παρενέργειες.

Κύριος στόχος της ορμονικής θεραπείας είναι η απομόνωση της ορμονικής ενέργειας στον καρκίνο του μαστού. Οι ορμόνες των ωοθηκών <<οιστρογόνα>> σε συνεργασία μ' άλλους παράγοντες μπορεί να διεγείρει την ανάπτυξη του όγκου. Έτσι με μια θεραπεία τόσο με οιστρογόνα όσο και με αντιοιστρογόνα μπορεί να επιτευχθεί η βελτίωση του όγκου.²⁴

Η συμπληρωματική ορμονική θεραπεία περιλαμβάνει την αμφοτερόπλευρη ωοθηκεκτομή, και την χορήγηση ταμοξιφαίνης. Η ωοθηκεκτομή είναι ωφέλιμη σε γυναίκες νεότερες των 50 ετών. Τα οφέλη της ωοθηκεκτομής είναι βέλτιστα σε γυναίκες με όγκους θετικού σε υποδοχείς οιστρογόνων. Η ταμοξιφάνη είναι αποτελεσματική στη νόσο σε προ- όσο και σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.⁷

9.5 ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ

ΣΤΑΔΙΟ 0 (in situ)

Μη επιθετικοί καρκίνοι

- Εκτομή ογκιδίου
- ακτινοθεραπεία

ΣΤΑΔΙΟ I

Το στάδιο αυτό είναι ιάσιμο χειρουργικά.

- Εκτομή του όγκου με βιοψία με ξεχωριστή αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων
- Αφαίρεση μεγαλύτερου μέρους τμήματος του μαστού(τμηματεκτομή) η οποία και πάλι συνδυάζεται με αφαίρεση μασχαλιαίων λεμφαδένων και ακτινοβολία
- Τροποποιημένη ριζική ή ολική μαστεκτομή με συνοδό αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων και ακτινοθεραπεία.

ΣΤΑΔΙΟ II

Οι καρκίνοι του σταδίου IIA και IIB ίωνται με διάφορες χειρουργικές τεχνικές.

- Εκτομή του όγκου με βιοψία και καθαρισμός των λεμφαδένων ακολουθημένη από ακτινοβολία
- Τμηματική εκτομή και πάλι με ταυτόχρονα αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων και μετεγχειρητικά ακτινοβολία
- Τροποποιημένη ριζική ή ολική μαστεκτομή

ΣΤΑΔΙΟ III

το στάδιο αυτό θεωρείται γενικά χειρουργήσιμο και θεραπεύεται επιθετικά.

- Ριζική ή τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή(πριν από τη χειρουργική επέμβαση μπορεί να δοθεί χημειοθεραπεία για διάστημα αρκετών μηνών με στόχο να διευκολυνθεί η αφαίρεση του
- Το στάδιο IIIB που περιλαμβάνει φλεγμονώδες καρκίνωμα, θεωρείται γενικά ανεγχείρητο. Συνιστάται χημειοθεραπεία και ακτινοβολία.

ΣΤΑΔΙΟ IV

Στο στάδιο αυτό υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις ή προσβολή του δέρματος και του θωρακικού τοιχώματος πέρα από την περιοχή του μαστού.

- Βιοψία (για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση και να εξακριβωθεί ο κυτταρικός τύπος του όγκου
- Ακτινοβολία
- Χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία ³⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Όπως σε κάθε είδος καρκίνου δεν κινδυνεύει η ζωή της ασθενούς από τα τοπικά ευρήματα του καρκίνου του μαστού αλλά από τις μεταστάσεις αυτού. Πρόκειται για διασκορπισμένα καρκινικά κύτταρα, τα οποία σε κάποια άλλη θέση του ανθρώπινου σώματος συνεχίζουν την καταστροφική τους ανάπτυξη.

Όταν ο καρκίνος του μαστού έχει διάμετρο μικρότερη από 1εκατοστό, τότε σε συχνότητα 20% υπάρχουν μεταστάσεις. Αν είναι μέχρι 5 εκατοστά, τότε σε συχνότητα 20% οι έσω μαστικοί λεμφαδένες είναι διηθημένοι, αν μεγαλύτερη από 5 εκατοστά, τότε είναι διηθημένοι σε συχνότητα 38%.

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

Κατά σειρά συχνότητας ο καρκίνος του μαστού προκαλεί μεταστάσεις:







- * στα **οστά** (συχνότερα της πυέλου και το μηριαίο οστό) σε συχνότητα 70%
- * στο **συκώτι** σε συχνότητα 65%
- * στους **πνεύμονες** σε συχνότητα 15%

Επίσης σε μικρότερη συχνότητα εμφανίζεται στο δέρμα, στον εγκέφαλο στους νεφρούς και στην καρδιά.

Οι μεταστάσεις είναι δυνατό να είναι και τοπικές, δηλαδή ν' αναπτυχθούν αργότερα σε ένα σημείο του μαστού, που υποβλήθηκε σε θεραπεία, εγχειρητική ή συντηρητική. Τέτοιες μεταστάσεις είναι οι μασχαλιαίες, παραστερνικές και στο θωρακικό τοίχωμα και απαντώνται σε συχνότητα 70%.

Κάθε ασθενείς με καρκίνο κατά τα επόμενα χρόνια θα πρέπει να βρίσκεται σε επαγρύπνηση, για τυχόν μετάσταση. Τα πρώτα 3 χρόνια κάνει εξετάσεις κάθε 3 μήνες οι οποίες συνεχίζονται κατόπιν κάθε 6 μήνες μέχρι να συμπληρωθούν 5 χρόνια από την επέμβαση, ενώ στη συνέχεια επαναλαμβάνονται κάθε 12 μήνες.

Η παρακολούθηση περιλαμβάνει:

-  επισκόπηση και ψηλάφηση
 -  εργαστηριακό έλεγχο
 -  μαστογραφία
 -  μέτρηση περιμέτρου χεριών για οίδημα
- αν υπάρχει υποψία για μεταστάσεις, ακολουθεί:*
-  σπινθηρογραφικός έλεγχος οστών, ήπατος
 -  προσδιορισμός υδροξυπρολίνης ούρων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι γυναίκες που υπέστησαν μαστεκτομή μπορούν να αποκαταστήσουν τη φυσική τους εμφάνιση με ποικίλους τρόπους, στους οποίους συγκαταλέγεται ο προσθετικός μαστός. Με την ανακατασκευή του μαστού όμως δημιουργείται αίσθηση πληρότητας, δεν τοποθετείται εξωτερικά προσθετικό υλικό και δεν είναι μεγάλη η ανάγκη να τροποποιηθεί ο ρουχισμός.

Υπάρχουν αρκετοί τρόποι ανακατασκευής του μαστού, κι ο καθένας τους έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Υπάρχουν επίσης τρόποι ανακατασκευής της θηλής. Μπορεί να χρειαστεί να τροποποιήσουμε το σχήμα του άλλου μαστού, να τον μικρύνουμε ή να τον μεγαλώσουμε, ώστε να υπάρχει η καλύτερη δυνατή συμμετρία ώστε να επιτευχθεί η αρμονικότερη εμφάνιση. Απαιτείται συνήθως η συνεργασία ομάδας ειδικών (πλαστικού χειρουργού, γενικού χειρουργού, ακτινολόγου, ογκολόγου και γενικού ιατρού).

Το πλεονέκτημα της άμεσης ανακατασκευής είναι ότι μειώνονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις (<<πένθος>> για το χαμένο μαστό).

Η άμεση ανακατασκευή ενδείκνυται σε γυναίκες με μικρής έκτασης καρκίνο και αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες που επιθυμούν να αποφύγουν μια δεύτερη επέμβαση αλλά έχουν συνειδητοποιήσει πως υπάρχει κάποιος ελαφρός αυξημένος κίνδυνος να προκύψουν προβλήματα επούλωσης. Όταν όμως ο όγκος είναι μεγάλος και πρέπει να γίνει τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, αποφεύγεται συνήθως η άμεση ανακατασκευή του μαστού. Ο αρχικός στόχος είναι η ίαση από τον καρκίνο, ενώ η ικανοποιητική πλαστική ανακατασκευή έρχεται σε δεύτερη μοίρα.⁴¹

Η καθυστερημένη επίλυση του προβλήματος έχει πολλά πλεονεκτήματα. Επιτρέπει στο χειρουργικό τραύμα να επουλωθεί. Επιπλέον, ο παθολογοανατόμος θα μελετήσει τα όρια του ιστού που θα επανακατασκευαστεί και τους μασχαλιαίους λεμφαδένες, πράγμα που επιτρέπει να επιλέγει σωστότερη τεχνική.

Η ανακατασκευή του μαστού καθυστερεί όταν μαζί με τη χειρουργική επέμβαση εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, οι οποίες ενδέχεται να επηρεάσουν τα συστατικά του αίματος και το ανοσολογικό σύστημα, οπότε αυξάνεται ο κίνδυνος λοίμωξης, επιβραδύνεται η επούλωση τραύματος και εκδηλώνονται και άλλες επιπλοκές. Συνήθως η ανακατασκευή αναβάλλεται για τέσσερις έως έξι βδομάδες μετά τη συμπλήρωση της ακτινοθεραπείας και δύο έως τρεις μήνες μετά το πέρας της χημειοθεραπείας.

11.1 Πρόσθεση μαστού σιλικόνης σε ένα στάδιο:

Σε ελάχιστες περιπτώσεις, τοποθετείται μικρό εμφύτευμα σιλικόνης κάτω από τους μύς του θωρακικού τοιχώματος και κατά τη διάρκεια της μαστεκτομής. Η

τεχνική εφαρμόζεται σε γυναίκες με μικρούς μαστούς από τις οποίες αφαιρέθηκε πολύ μικρό τμήμα τού μαστού.

Πλεονεκτήματα

- ☞ Ο μαστός ανακατασκευάζεται σε μία επέμβαση

Μειονεκτήματα

- ☞ Συνήθως δεν δημιουργείται το περίγραμμα του μαστού όπως φαίνεται στο φυσιολογικό μαστό και όπως επιτυγχάνεται με τις άλλες τεχνικές.
- ☞ Όπως συμβαίνει με κάθε εμφύτευμα σιλικόνης, υπάρχει κίνδυνος λοίμωξης που θα μπορούσε να οδηγήσει σε προσωρινή απόρριψη του εμφυτεύματος
- ☞ Σε ορισμένες ασθενείς εμφανίζονται μακροχρόνιες παρενέργειες από τη σιλικόνη. Το ενδεχόμενο μελετάται ενδελεχώς και ο γιατρός πρέπει να συζητά με τον ασθενή.

11.2 Τεχνική επέκτασης των ιστών:

Κάτω από τους μυς του θωρακικού τοιχώματος τοποθετείται πρόσθεση σιλικόνης που φουσκώνει προοδευτικά με αποστειρωμένο φυσιολογικό ορό. Αυτό γίνεται στο ιατρείο κάθε εβδομάδα. Συνήθως απαιτούνται δύο με τρεις μήνες ώσπου ο μαστός να φτάσει το μέγεθος του αντίθετου μαστού. Χρησιμοποιούμε το εμφύτευμα για μεγάλο χρονικό διάστημα ή μπορούμε να το αλλάξουμε με μόνιμη πρόσθεση με απλή επέμβαση.

Πλεονεκτήματα

- ☞ Η τεχνική είναι απλή και εφαρμόζεται στα εξωτερικά ιατρεία με τοπική ή γενική αναισθησία

Μειονεκτήματα

- ☞ Καθυστερεί έως ότου ολοκληρωθεί
- ☞ Υπάρχει κίνδυνος λοίμωξης, όπως συμβαίνει και με την πρόσθεση μαστού σιλικόνης σε ένα στάδιο

11.3 Τεχνική χρησιμοποίησης κρημονού από το πλατύ ραχιαίο μυ(LATS):

Χρησιμοποιείται κυρίως όταν οι ιστοί του κατώτερου θωρακικού τοιχώματος είναι τεταμένοι ή λεπτοί ή όταν υπάρχει βλάβη από προηγούμενη εντοπισμένη ακτινοβολία έπειτα από μαστεκτομή.

Χρησιμοποιείται εμφύτευση μαστού σιλικόνης μαζί με ευρύ, σχήματος βεντάλιας πλατύ ραχιαίο μυ που στρέφεται γύρω από το θωρακικό τοίχωμα για να υποκαταστήσει τον ιστό που αφαιρέθηκε κατά τη μαστεκτομή.

Πλεονεκτήματα

- ☞ Προσδίδει αίσθημα πληρότητας στο κατώτερο τμήμα του μαστού, όπου και χρειάζεται κατ'εξοχήν
- ☞ Δημιουργεί πιο φυσική την πτυχή του μαστού

Μειονεκτήματα

- ☞ Το δέρμα της πλάτης μπορεί να έχει διαφορετική απόχρωση ή υφή
- ☞ Προκαλείται συμπληρωματική ουλή στο θώρακα και ορατή ουλή στην πλάτη
- ☞ Η μεταφορά των μυών της πλάτης στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα μπορεί να επηρεάσει τη μυϊκή ισχύ για ορισμένες αθλητικές δραστηριότητες

11.4 Τεχνική χρησιμοποίησης μυοδερματικού κρημνού από τον εγκάρσιο ορθό κοιλιακό μυ (TRAM):

Είναι η πιο περίπλοκη τεχνική από όσες χρησιμοποιούνται συνήθως και δεν είναι δυνατό να εφαρμοστεί σε όλες τις ασθενείς.

Είναι τμήμα του κάθετου μυός που βρίσκεται στο κέντρο της κοιλίας (ορθός κοιλιακός) καθώς και μεγάλο τμήμα δέρματος και λίπους ελλειψοειδούς σχήματος από το κάτω τμήμα της κοιλίας, μεταφέρονται στο θωρακικό τοίχωμα και σχηματίζουν τη μορφή του μαστού.

Πλεονεκτήματα

- ☞ Τα αισθηματικά αποτελέσματα γενικά είναι ικανοποιητικά. Το δέρμα που μεταφέρεται από την κοιλία στο θωρακικό τοίχωμα συνήθως είναι παρόμοιο στο χρώμα και τη σύσταση\
- ☞ Συνήθως δεν χρειάζεται πρόσθεση σιλικόνης
- ☞ Συνήθως μετά τη μεταφορά δέρματος και του λίπους από την κοιλία δημιουργείται κάποια <<κοιλιακή πτύχωση>>
- ☞ Πιθανή μυϊκή αδυναμία των κοιλιακών τοιχωμάτων ή δημιουργία κήλης στο κοιλιακό τοίχωμα
- ☞ Επιπρόσθετες ουλές στην περιοχή του άνω μαστού και του κατώτερου τμήματος της κοιλίας
- ☞ Η επέμβαση είναι μεγάλη και χρονοβόρα

11.5 Μικροχειρουργική τεχνική ελεύθερης επιλογής κρημνού:

Η μέθοδος αυτή, η πιο σύγχρονη μαζί με την τεχνική TRAM, εφαρμόζεται επίσης όταν οι απλούστερες τεχνικές αποτυγχάνουν. Σπανίως επιχειρείται και αποτελεί την τελευταία επιλογή.

Ιστός από το κέντρο της κοιλίας, την πλάτη ή τους γλουτούς μεταφέρεται στο θωρακικό τοίχωμα και μορφοποιείται εν είδει μαστού. Τα αγγεία από το ελεύθερο κρημνό συνδέονται με τα αγγεία του θωρακικού τοιχώματος με μικροχειρουργικές τεχνικές.

- ☞ Ο πλαστικός χειρουργός πρέπει να είναι ιδιαίτερα επιδέξιος και να έχει ειδικευτεί στη μικροχειρουργική ^{34,37}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΤΡΑ

Ποσοστό μικρότερο από το 5% των καρκίνων του μαστού εμφανίζονται στους άνδρες, και ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το 0,7% όλων των ανδρικών καρκίνων. Η κορυφή της επίπτωσης στους άνδρες εμφανίζεται σε ηλικία 5-10 έτη μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των γυναικών. Παρουσιάζεται συνήθως ως έκκεντρη μάζα του μαστού ή με εισολκή του υπερκείμενου δέρματος. Η άμεση διήθηση του δέρματος είναι περισσότερο συχνή στον ανδρικό μαστό, λόγω του μικρότερου όγκου του μαστού σε σύγκριση με το γυναικείο μαστό, και κατά συνέπεια, η νόσος είναι πιθανότερο να είναι περισσότερο προχωρημένη κατά τη διάγνωση. Η μαστογραφία, η κυτταρολογική εξέταση μετά από παρακέντηση με λεπτή βελόνα λη βιοψία, επιβεβαιώνουν τη διάγνωση. Η θεραπεία του εντοπισμένου καρκίνου μαστού είναι η ολική μαστεκτομή και η αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, ακολουθούμενη από μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία του θωρακικού τοιχώματος. Οι αιματογενείς μεταστάσεις είναι συχνές.

Η σταδιοποίηση του είναι η ίδια όπως και των γυναικών. Σε εμφάνιση συστηματικής νόσου η αφαίρεση των όρχεων έχει τα καλύτερα αποτελέσματα. Η 5ετής επιβίωση είναι σε στάδιο I 58%, ενώ σε στάδιο II μόλις 38%.³⁹



ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Όπως είναι γνωστό, πρόληψη του καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, δηλαδή την πρωτοβάθμια και την δευτεροβάθμια. Όπως όλοι γνωρίζουμε, γνωστοί αιτιολογικοί παράγοντες βρίσκονται στο μικρο περιβάλλον (όπως η ρύπανση του περιβάλλοντος).

Σκοπός της νοσηλεύτριας, ως μέλος μιας υγειονομικής ομάδας, είναι η υλοποίηση ενός εθνικού προγράμματος πρόληψης του καρκίνου του μαστού, χρησιμοποιώντας τακτικές, με στόχο την ενημέρωση και τη διαφώτιση του κοινού σχετικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες και την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου μαστού. Όταν ο μήνυμα της πρόληψης ενσωματώνεται σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο, μπορεί να προάγει την υγεία του ατόμου. Για την υλοποίηση τέτοιων προγραμμάτων πρόληψης συνδέονται παράγοντες πολιτικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί, περιβαλλοντικοί.

Επομένως, η νοσηλεύτρια γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες για τον καρκίνο του μαστού, καθώς επίσης και τους προστατευτικούς.

Μπορεί να ρυθμίζει διαιτολόγια, να παρεμβαίνει σε διατροφικές συνήθειες, να συνιστά στις γυναίκες να καταναλώνουν τροφές πλούσιες σε βιταμίνες, κυρίως Α και C, φρούτα, λαχανικά και φτωχές σε λίπος ζωικής προέλευσης, όπως κόκκινα κρέατα.

Επίσης, τονίζει τη σημασία του υγιεινού περιβάλλοντος, της καθαριότητας και των υγιεινών συνηθειών, ως μέτρο πρόληψης για τον καρκίνο του μαστού.

Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας σε άτομα που εκτίθενται σε καρκινογόνους παράγοντες π.χ. ακτινοβολία ή ειδική βιομηχανική ρύπανση.

Τέλος, τονίζει τη σημαντικότητα της πρόωμης ανίχνευσης του όγκου με διάφορες τεχνικές, υποδεικνύοντας τη στενή σχέση ου υπάρχει ανάμεσα στη θνησιμότητα και στην ανίχνευση του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο.

Η νοσηλεύτρια που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό, πρέπει να εντοπίσει τους παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε μια τέτοια καθυστέρηση.^{14, 3, 28}

Τέτοιοι παράγοντες είναι:

1.1.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όταν, για παράδειγμα, μια εργαζόμενη γυναίκα με οικογένεια μπορεί για μια χρονική περίοδο να έχει πολλές υποχρεώσεις και αυτό να έχει ως αποτέλεσμα να αμελήσει να πάει στο γυναικολόγο για την καθιερωμένη κλινική εξέταση.







Ή, μια γυναίκα με χαμηλό εισόδημα να καθυστερήσει τη χειρουργική επέμβαση λόγω του υψηλού κόστους της επέμβασης.

1.1.2 ΈΛΛΕΙΨΗ ΜΟΡΦΩΣΗΣ

Πολλές γυναίκες λόγω του ότι δεν έχουν ιδιαίτερα συμπτώματα ή δεν αυξήθηκε ο όγκος τους, θεώρησαν περιττό να θεραπευτούν. Αυτό είναι ένα είδος άγνοιας. Βασικός σκοπός ενός προγράμματος πρόληψης είναι να πειστούν οι γυναίκες ότι ο καρκίνος του μαστού σε αρχικά στάδια είναι ιάσιμος και όχι ανίατη ασθένεια.

1.1.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τέτοιοι είναι:

-  Ο φόβος: οι ασθενείς φοβούνται τη διάγνωση του καρκίνου, πολλές φοβούνται ότι θα χάσουν το μαστό τους.
-  Η ντροπή: πολλές γυναίκες φοβούνται να συμβουλευτούν έναν γιατρό για το μαστό τους.
-  Αποφυγή ψηλάφησης μαστού.
-  Αρνητισμός: πολλές γυναίκες εξαιτίας της εσωστρέφειάς τους αρνούνται να ζητήσουν ιατρική συμβουλή
-  Κατάθλιψη: η οποία προκαλεί αδιαφορία για την υγεία.
-  Καταπίεση: αφορά γυναίκες οι οποίες για να πετύχουν κάτι είναι ικανές να δημιουργήσουν παθολογικά προβλήματα στον οργανισμό τους. Εάν παρουσιάσουν συμπτώματα, αυτές τα αγνοούν.¹⁴






1.2 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

1.2.1 ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Σκοπός της λήψης ιστορικού είναι η συγκέντρωση ορισμένων πληροφοριών για την ασθενή. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι άνετη και ευχάριστη κατά την διάρκεια της συνέντευξης και πρέπει να είναι ικανή να καθοδηγεί την ασθενή σ' αυτή τη συλλογή πληροφοριών.

1.2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Πριν από την κλινική εξέταση, η νοσηλεύτρια πρέπει να:

-  Εμπνέει διάθεση συνεργασίας στην ασθενή.
-  Τη συμβουλεύει να πάει τουαλέτα ώστε να είναι άδεια η ουροδόχος κύστη.
-  Τη βοηθάει στην αφαίρεση των ενδυμάτων, τοποθετώντας της παραβάν ώστε να αισθάνεται πιο άνετα, τη βοηθάει να ξαπλώσει στην κατάλληλη θέση και την σκεπάζει με ένα σεντόνι ώστε να μην εκτεθεί περισσότερο από όσο πρέπει. Αυτό κάνει την ασθενή λιγότερο νευρική και την χαλαρώνει.
-  Εξασφαλίζει απόλυτη ησυχία και κατάλληλο φωτισμό.
-  Την ενημερώνει για την κλινική εξέταση που θα ακολουθήσει, πως θα διεξαχθεί.^{14,19}

1.2.3 ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Πολλές γυναίκες αμελούν την αυτοεξέταση του μαστού.

Πρόβλημα: **Φόβος- άγχος που οφείλεται στην πιθανή εύρεση όγκου**

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Η νοσηλεύτρια τονίζει τη σημασία της εύρεσης ενός όγκου πρόωρα.
- Υποστηρίζει ψυχολογικά τη γυναίκα.
- Της αναφέρει τα πλεονεκτήματα της αυτοεξέτασης.

Πρόβλημα: **Έλλειψη εμπιστοσύνης σχετικά με τον τρόπο διενέργειάς της**

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Λεπτομερής ανάλυση του τρόπου που πραγματοποιείται.
- Η νοσηλεύτρια τονίζει την ευκολία στην εφαρμογή της.
- Κάθε γυναίκα οφείλει στον εαυτό της να την πραγματοποιεί.

Πρόβλημα: **Σεμνοτυφία που οφείλεται στην κλειστή ζωή που έχει μια γυναίκα**

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Η νοσηλεύτρια πρέπει να δείχνει άνετη και ευχάριστη. Ως γυναίκα κι ανήκει στην κατηγορία των ανθρώπων που μαστίζονται από το νόσημα αυτό. Πρέπει να αναπτύξει καλή επαφή μαζί τους και να απομακρύνει το αίσθημα της ντροπής που αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την ανίχνευση του καρκίνου.
- Φέρνουμε την ασθενή σε επαφή με μια γυναίκα η οποία λόγω της αυτοεξέτασης του μαστού έχει διαγνώσει έγκαιρα τη νόσο και έχει θεραπευθεί.^{14,3}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

2.1 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Είναι αλήθεια ότι όλα τα άτομα δεν αντιμετωπίζουν με τον ίδιο τρόπο ένα θανατηφόρο νόσημα. Η διαφορετικότητα του χαρακτήρα του καθενός, η δυναμικότητα που διαθέτει, η προσωπικότητα και η προσπάθεια κάθε γυναίκας να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα, ποικίλουν. Πολλές φορές παρουσιάζονται κάποιες καταστάσεις που μπορεί να είναι άμεσες ή μπορεί να μη γίνουν εμφανείς.²⁸

Αυτές είναι:

- 1. Άρνηση:** Η ασθενής αρνείται τη σοβαρότητα της κατάστασης και πολλές φορές ακόμα και τη διάγνωση. Σε περίπτωση μαστεκτομής μπορεί να δικαιολογηθεί λέγοντας ότι αφαίρεσαν το στήθος της για προληπτικούς λόγους. Δεν μιλά ποτέ μόνη για το θέμα αυτό.
- 2. Μαχητικότητα:** Η ασθενής συλλέγει όσο πιο πολλές πληροφορίες μπορεί για το νόσημα αυτό και ρωτά για κάθε λεπτομέρεια. Είναι αισιόδοξη και αποφασισμένη να πολεμήσει και να νικήσει.
- 3. Στωική αποδοχή:** Η ασθενής απλώς δέχεται τη νόσο και συνεχίζει να ζει μ' αυτήν όπως πριν.
- 4. Αποδοχή με συνοδό άγχος/θλίψη;** Η ασθενής αντιδρά στη διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή θλίψη. Συλλέγει όσο πιο πολλές πληροφορίες μπορεί και τις ερμηνεύει με απαισιόδοξο τρόπο.³⁰
- 5. Απελπισία-αίσθημα εγκατάλειψης:** Η ασθενής έχει κυριευτεί από τη διάγνωση και, είτε παρουσιάζει συμπτώματα είτε όχι, νιώθει άρρωστη.

Η αποδοχή της διάγνωσης επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως: τον τρόπο ανακοίνωσης της διάγνωσης, τις πεποιθήσεις του ασθενή για το αίτιο του καρκίνου και νόημα της νόσου, τις καθυστερήσεις στη διάγνωση του καθώς και την προσωπικότητα και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης του ασθενή.¹²

2.2 ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ

Εκτός από τους μηχανισμούς άμυνας που προαναφέρθηκαν, υπάρχουν και κάποιες ψυχικές αντιδράσεις της γυναίκας από την γνώση της νόσου. Αυτές διαφοροποιούνται από γυναίκα σε γυναίκα, γενικά όμως εξελίσσονται σε τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση είναι όταν η ασθενής μαθαίνει για τη νόσο και χαρακτηρίζεται από άγχος και ανησυχία. Μπορεί να φτάσει και στον πανικό. Η δεύτερη φάση είναι όταν η άρρωστη έχει συνειδητοποιήσει την κατάστασή της. Μπορεί να παρουσιάσει άγχος, φόβο, αρνητικά συναισθήματα ή να παρουσιάσει κάποιο μηχανισμό άμυνας, από αυτούς που αναφέραμε παραπάνω. Η τρίτη φάση χαρακτηρίζεται είτε από θετική προσαρμογή στην πραγματικότητα είτε από αρνητική.³

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι να πετύχει στο δύσκολο αυτό έργο της ενημέρωσης με σκοπό το συμφέρον της ασθενούς.

2.2.1 Πιθανά Προβλήματα κατά την Ενημέρωση-Αντιμετώπιση

Πρόβλημα: Πιθανό άγχος-αγωνία ή φόβος

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Η νοσηλεύτρια αφιερώνει 5-10 λεπτά στην ασθενή, τουλάχιστον τρεις φορές την ημέρα.
- Συζητά μαζί της για το πρόβλημά της, δείχνει ενδιαφέρον και την υποστηρίζει ψυχολογικά.
- Συγκεντρώνεται στο πρόβλημα.
- Πρέπει να είναι ειλικρινής και κατανοητή.
- Κατά τη συνομιλία της χρησιμοποιεί μικρές και σύντομες προτάσεις.
- Δεν παρέχει περισσότερες πληροφορίες και διευκρινήσεις από αυτές που μπορεί να κατανοήσει η ασθενής.

Επίσης η νοσηλεύτρια:

- Παρακολουθεί τις φυσικές ανάγκες και την άνεση της ασθενούς.
- Παρακολουθεί τα σωματικά ενοχλήματα που μπορεί να έχει.
- Μειώνει τα περιβαλλοντικά διεγερτικά ενοχλήματα.
- Ενθαρρύνει την ασθενή για φυσικές δραστηριότητες (π.χ. περπάτημα).
- Επίσης, ενθαρρύνει την ασθενή να κλαίει αν αυτό την ανακουφίζει.
- Χορηγεί ελαφρά ηρεμιστικά, αν χρειαστεί, σύμφωνα με ιατρική εντολή.³¹

Πρόβλημα: Πιθανός πανικός που οφείλεται στο αυξημένο άγχος

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Η νοσηλεύτρια παραμένει με την ασθενή.
- Την τοποθετεί σε ένα μοναχικό δωμάτιο ώστε να της εξασφαλίσει ηρεμία, αν κρίνει ότι θα χρειαστεί.
- Την βεβαιώνει ότι θα ξαναβρεί τον αυτοέλεγχό της.
- Χορηγεί ηρεμιστικά φάρμακα κατόπιν ιατρικής εντολής.¹⁴

Πρόβλημα: Διαταραχές ύπνου που οφείλονται στην αυξημένη αγωνία

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Η νοσηλεύτρια ενθαρρύνει τη συζήτηση των προβλημάτων της ασθενούς ώστε να «εκτονωθεί» το άγχος και η αγωνία.
- Εξασφαλίζει ασφαλές και ήρεμο περιβάλλον.
- Χρησιμοποιεί μέσα που διευκολύνουν τον ύπνο (την ενθαρρύνει να πει ένα ζεστό ρόφημα πριν ξαπλώσει στο κρεβάτι, να κάνει ένα ζεστό μπάνιο, της εξασφαλίζει καθαρό περιβάλλον, άνετα ρούχα).

- Φροντίζει, όσο είναι δυνατόν, να εκπληρωθούν όλες οι εκκρεμότητες της ασθενούς κατά τη διάρκεια της ημέρας ώστε να μειωθεί το άγχος.
- Προγραμματίζει τον ύπνο της ημέρας ώστε να μην είναι παρατεταμένος.
- Χορήγηση ηρεμιστικών σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

Πρόβλημα: **Κατάθλιψη που οφείλεται σε γνώση της ασθένειας**

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Η νοσηλεύτρια πραγματοποιεί συχνές συναντήσεις με την ασθενή.
- Ρωτά ανοιχτά την ασθενή για τα συναισθήματά της.
- Επικεντρώνει την προσοχή της στην ασθενή, δείχνει ενδιαφέρον ακόμη κι αν αυτή δείχνει απρόθυμη ή ανίκανη να συνομιλήσει μαζί της.
- Επίσης, η νοσηλεύτρια ενθαρρύνει την ασθενή να αναπτύξει κοινωνικές συναναστροφές ώστε να μη νιώθει απομονωμένη.
- Παροτρύνει την ασθενή να φροντίζει μόνη της για την ατομική της υγιεινή και επικροτεί τις προσπάθειές της.
- Βοηθά, επίσης, την ασθενή να κάνει πράγματα για τον εαυτό της αυξάνοντας έτσι την αυτοεκτίμησή της.
- Ενθαρρύνει την ασθενή στην λήψη αποφάσεων όταν βρίσκεται σε καταθλιπτικό στάδιο.
- Παροτρύνει την ασθενή να κλαίει αν αυτό την κάνει να αισθάνεται καλύτερα
- Τέλος, βοηθά το υπόλοιπο προσωπικό στις προσπάθειές του να επικοινωνήσει μαζί της ώστε να νιώσει καλύτερα.^{12,14}

Πρόβλημα: **Έλλειψη αυτοεκτίμησης που οφείλεται στη διαταραχή της ιδέας που έχει για τον εαυτό της**

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Η νοσηλεύτρια εκφράζει ενδιαφέρον και σεβασμό στην ασθενή.
- Τονίζει τα ενδιαφέροντα και τις πρόσφατες δραστηριότητες της ασθενούς.
- Ζητά από την ασθενή να έχει θετικές σκέψεις και όταν αρχίζουν οι αρνητικές σκέψεις να επισημαίνει τις θετικές.
- Ενθαρρύνει την ασθενή να συμμετέχει σε αποφάσεις.
- Επίσης, της αναθέτει μικρά καθήκοντα και δραστηριότητες.
- Παροτρύνει την ασθενή να αποφεύγει την απομόνωση και προγραμματίζει συχνές συναντήσεις με το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου μαζί της.
- Εκφράζει την εμπιστοσύνη της στις ικανότητες της.¹⁴

Πρόβλημα: **Έλλειψη γνώσης και ψυχολογική κατάπτωση που οφείλεται στην κατάθλιψη**

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Η νοσηλεύτρια βοηθά την ασθενή να κατανοήσει την αιτία που έχει ψυχολογική πτώση.
- Της τονίζει τη σημασία των κοινωνικών επαφών και την παροτρύνει να τις συνεχίσει.
- Την ενθαρρύνει να βρίσκει σωστούς τρόπους στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της.
- Την πληροφορεί για το θεραπευτικό σχήμα που θα ακολουθήσει με σκοπό τη βελτίωση της υγείας της.

Για να υπάρχει ουσιαστική επικοινωνία μεταξύ νοσηλεύτριας-ασθενούς, με σκοπό τη θεραπεία της ασθενούς, η νοσηλεύτρια πρέπει να «καταλάβει» την ασθενή, να «συναισθάνεται» τα προβλήματά της, να συμπάσχει πραγματικά ώστε να δημιουργείται μια θεραπευτική συμμαχία με σκοπό να πετύχουμε το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Όταν η συναισθηματική σύζευξη μεταξύ νοσηλεύτριας-ασθενούς είναι ισχυρή, κάθε ψυχολογική αντίδραση της ασθενούς θα μπορεί να αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά.^{14,42}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Οι περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις δεν προκαλούν σωματικό πόνο, γι αυτό και δεν προκαλούν μεγάλη αναστάτωση, αλλά μηνύουν στην ασθενή ότι υπάρχει κάποιος λόγος να ανησυχεί σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου. Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει τον έλεγχο της σε αυτό το άγνωστο περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσεται αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης με την ασθενή, με τα εξής:

- 1ο.Ενημερώνοντας την για όλες τις εξετάσεις, στις οποίες θα υποβληθεί.
- 2ο.Εξηγώντας για πιο σκοπό αποφασίστηκε η ενέργεια της εξέτασεως
- 3ο.Ενημερώνοντας την σχετικά με τον τρόπο που θα γίνει η εξέταση και με το χρόνο διάρκειας της και
- 4ο.Τι περιλαμβάνει η εξέταση
- 5ο.Ποιος ο ρόλος της εξέτασης στη διαγνωστική διαδικασία
- 6ο.Ποιες είναι οι πιθανές επιπλοκές
- 7ο.Αν υπάρχουν κάποιες εναλλακτικές λύσεις και ποιες είναι
- 8ο.Πότε θα γίνουν οι διαγνωστικές εξετάσεις.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να εξηγεί στην ασθενή όλη την διαδικασία, να την ενθαρρύνει και να την υποστηρίζει στο διάστημα που εκείνη πρέπει να αποφασίσει για την συμμετοχή της στις διαγνωστικές διαδικασίες να δώσει την συγκατάθεση της κατά την διάρκεια τους. Ειδική προετοιμασία της ασθενούς, όπως ειδική δίαιτα, καθαρτικοί υποκλυσμοί ή χορήγηση ηρεμιστικών, είναι συνήθως για πολλές διαγνωστικές εξετάσεις. Πριν από την προετοιμασία της ασθενούς πρέπει η νοσηλεύτρια να εκτιμήσει την κατάσταση της.

Η εκτίμηση περιλαμβάνει:

- I Ποια είναι η βασική φυσική κατάσταση της ασθενούς(αφυδάτωση, πόνος, ικανότητα να σταθεί όρθια)
- II Τι αποτελέσματα έχει συνήθως η συγκεκριμένη προετοιμασία. Τι μπορεί να προκαλέσει στην ασθενή(διάρροια, αιμορραγία, πόνο).
- III Είναι η ασθενής αλλεργική σε κάποιο φάρμακό
- IV Αν χρειάζεται χορήγηση παρεντερικών διαλυμάτων για την αντιμετώπιση αφυδάτωσης. Χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων που είναι απαραίτητα κατά τη διάρκεια της εξέτασης ή για την αντιμετώπιση επιπλοκών.
- V Εάν πρέπει ο ασθενής να πάρει αναλγητικά πριν από την εξέταση, για να αισθάνεται πιο άνετα.^{14, 28}

3.1 ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Σκοποί νοσηλευτικής παρέμβασης-φροντίδας

- ενημέρωση και κατατόπιση της ασθενούς στις διαδικασίες της εξέτασης προς αποφυγή ή ανακούφιση του άγχους και της αγωνίας.
- Προετοιμασία ψυχολογική – σωματική για την αποδοχή της εξέτασης χωρίς δυσάρεστα επακόλουθα.
- Αναχαίτιση επιβαρυντικών για την πορεία της εξέτασης παραγόντων, όπως πόνου, ανησυχίας, αφυδάτωσης, καθώς και άλλων μεταβολικών νοσημάτων, πχ σακχαρώδους διαβήτη.²⁸

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- I Ενημερώνεται η ασθενής για τον τόπο και το χρόνο διενέργειας της εξέτασης καθώς και για το σκοπό της.
- II Ενημερώνεται για τον τρόπο διενέργειας της. Είναι αναίμακτη εξέταση και δεν προκαλεί πόνο.
- III Σε έντονο άλγος καθώς και στην εμφάνιση έντονου άγχους και αγωνίας χορηγούνται αναλγητικά ή ελαφρά ηρεμιστικά κατόπιν ιατρικής εντολής.
- IV Εκτιμάται η γενική σωματική κατάσταση της ασθενούς. Σε περίπτωση αναπηρίας, η εξέταση διενεργείται σε καθιστή θέση. Η νοσηλεύτρια μπορεί να συνοδεύσει την ασθενή και να της παρασταθεί κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Η μεταφορά της ασθενούς γίνεται με καρέκλα.
- V Σε περίπτωση αφυδάτωσης, η νοσηλεύτρια φροντίζει για τη σωστή ενυδάτωση του οργανισμού με τη χορήγηση, κατόπιν ιατρικής εντολής, παρεντερικών διαλυμάτων, σκοπό την αναχαίτιση ανασταλτικών για τη διενέργεια της εξέτασης παραγόντων και την ευχάριστη διάθεση της ασθενούς.
- VI Αν υπάρχουν άλλα μεταβολικά νοσήματα: όπως σακχαρώδης διαβήτης, φροντίζει για την χορήγηση ινσουλίνης στην ασθενή και καθορίζει τη διαίτα της. Φροντίζει επίσης τέτοιοι ασθενείς να μπαίνουν πρώτες στο πρόγραμμα για εξέταση.
- VII Ενημερώνει και καθησυχάζει τους συγγενείς της ασθενούς και τους επιβεβαιώνει για την ασφάλεια, τους κινδύνους, τα αναμενόμενα αποτελέσματα, την αναγκαιότητα της εξέτασης και τις εξετάσεις που μπορεί ν' ακολουθήσουν.¹⁴

3.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΒΙΟΨΙΑ

Υπάρχουν οκτώ σημαντικά στοιχεία, τα οποία η νοσηλεύτρια ενσωματώνει στο σχεδιασμό της φροντίδας:

- 1) Η προγραμματισμένη εγχείρηση και ο σκοπός των διαδικασιών που έχουν περιληφθεί στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας.
- 2) Η νοσηλεύτρια πρέπει να φροντίσει για την διενέργεια όλων των αιματολογικών, ουρολογικών, ακτινολογικών εξετάσεων και του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, την παραλαβή των αποτελεσμάτων, την αξιολόγηση και την καταγραφή τους. Μη φυσιολογικές τιμές αποτελεσμάτων αναφέρονται αμέσως στο γιατρό.
- 3) Η ασθενής πρέπει να υπογράψει δήλωση αποδοχής της χειρουργικής διαδικασίας. Ο γιατρός που για διενεργήσει τη βιοψία είναι υπεύθυνος για τη λήψη από την ασθενή της δήλωσης αποδοχής. Η νοσηλεύτρια οφείλει να ελέγξει τη δήλωση και να καταγράψει στο διάγραμμα την προεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή.
- 4) Επίσκεψη του αναισθησιολόγου πριν από τη διενέργεια της βιοψίας, ώστε η ασθενής να μπορέσει να ζητήσει τον τύπο της αναισθησίας και να διατυπώσει ερωτήσεις.είνι σημαντικό η νοσηλεύτρια να γνωρίζει την ακολουθούμενη διαδικασία , ώστε να συμπληρώνει κατάλληλα τις πληροφορίες που ο αναισθησιολόγος θα δώσει στον ασθενή νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της γενικής αναισθησίας και να είναι προετοιμασμένη να απαντήσει σε όποιες πρόσθετες ερωτήσεις της ασθενούς.
- 5) Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τον καθορισμό του εντέρου της ασθενούς(το προηγούμενο βράδυ και το πρωί της εξέτασης γίνεται κλύσμα) και καθορίζει τη δίαιτα της (υδρική).
- 6) Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει το ιστορικό της ασθενούς
- 7) Η νοσηλεύτρια οφείλει να γνωρίσει την εμφάνιση προηγούμενης ή πρόσφατης φαρμακευτικής αλλεργίας. Κατά τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού, ρωτά για προηγούμενη αντίδραση σε συγκεκριμένο φάρμακο και το είδος της αντίδρασης, όπως ναυτία, εμετό, ρινίτιδα κλπ
- 8) Η νοσηλεύτρια οφείλει να γνωρίζει το σκοπό, την πιθανή φαρμακευτική αλληλεπίδραση και τη δράση κάθε προεγχειρητικής φαρμακευτικής αγωγής που συνιστάται, όπως η χορήγηση μορφίνης, ατροπίνης ,διαζεπάμης(valium)κλπ. Η νοσηλεύτρια χορηγεί με ακρίβεια φάρμακα, για να εξασφαλίσει τα ανεπιθύμητα καταπραϋντικά αποτελέσματα, να διατηρήσει την ασφάλεια της ασθενούς και να παρακολουθήσει τυχόν ανεπιθύμητες αντιδράσεις πριν η ασθενής εισαχθεί στο χειρουργείο.^{14,28}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Σκοπός της είναι:

- Η καλύτερη δυνατή εξασφάλιση ψυχολογικής, σωματικής και φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης της ασθενούς.
- Η ελάττωση κινδύνου των λοιμώξεων με τη μείωση των πηγών μόλυνσης και ενίσχυση της αντίστασης του οργανισμού της ασθενούς.
- Η πρόληψη επιπλοκών της αντίστασης του οργανισμού του της ασθενούς.
- Η πρόληψη επιπλοκών και η επιτάχυνση της ανάρρωσης²⁸

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η χειρουργική επέμβαση όποια και αν είναι προκαλεί κάποιο άγχος στον ασθενή, το οποίο όσο πιο έντονο είναι τόσο περισσότερο επηρεάζει αρνητικά την ομαλή λειτουργία του όλου οργανισμού. Η ασθενείς συνήθως εκφράζει:

Πρόβλημα: Αμφιβολίες για την διάγνωση

Νοσηλευτική φροντίδα

- Υποστήριξη της ασθενούς κατά την περίοδο των εξετάσεων που γίνονται πριν από την εγχείρηση.
- Ενίσχυση της πεποίθησης της ασθενούς ότι ο γιατρός είναι πεπειραμένος και θα εφαρμόσει την καλύτερη θεραπεία

Πρόβλημα: άγχος, κατάθλιψη, ψυχική και σωματική αδυναμία σχετιζόμενα με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τα αποτελέσματα της εγχείρησης και ιδιαίτερα με την αλλαγή του σωματικού ειδώλου

Νοσηλευτική φροντίδα

- Ενημέρωση της ασθενούς για πράγματα που πιθανόν να της προκαλέσουν φόβο(μηχανήματα, διαδικασίες που ακολουθούνται για την εξέταση)
- Παροχή πληροφοριών και διαβεβαιώσεις, που η ασθενής επιθυμεί και χρειάζεται, για την παραμονή της στο νοσοκομείο, την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και την αναμενόμενη μετεγχειρητική πορεία.
- Ενθάρρυνση της ασθενούς να εκφράσει τους φόβους της και τα συναισθήματα της.

- Παροχή εκμάθησης (βήχα ή βαθειάς αναπνοής) ή εξάσκηση (ασκήσεις του άκρου)

Πρόβλημα: ο φόβος του πόνου και του θανάτου

Νοσηλευτική φροντίδα

- Ενημέρωση της ασθενούς ότι δεν θα πονάει κατά την διάρκεια της επέμβασης.
- Προειδοποίηση ότι μετά την εγχείρηση θα αισθάνεται πόνο αλλά θα είναι μικρής διάρκειας.
- Ενημέρωση της άρρωστης ότι η χειρουργική στην εποχή μας έχει προοδεύσει και το αποτέλεσμα της θα είναι άριστο.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Μετά το πέρας των διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων, γίνεται προετοιμασία της ασθενούς για το χειρουργείο. Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να μειώσει το χρόνο αναμονής πριν από την εγχείρηση με:

- * Διαπίστωση των φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπιση τους.
- * Εξασφάλιση αίματος, αν χρειάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή.
- * Χορήγηση ηρεμιστικών (με εντολή γιατρού) για να μειωθούν οι ανησυχίες της ασθενούς.

Την παραμονή της εγχείρησης:

- * Λαμβάνεται αίμα για τον καθορισμό της ομάδας και γίνεται διασταύρωση για την εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση, αν χρειασθεί.
- * Γίνεται ευπρεπισμός του εγχειρητικού πεδίου και του αντίστοιχου μηρού για τυχόν λήψη δερματικού μοσχεύματος. Ακολουθεί λουτρό καθαριότητας.
- * Χορηγούνται υπακτικά φάρμακα για την κένωση του εντέρου.
- * Δίνεται ελαφρό γεύμα κατά το δείπνο και, κατόπιν ιατρικής οδηγίας, υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση καλού ύπνου.

Κατά την μέρα της εγχείρησης:

- * Λαμβάνονται και καταγράφονται ζωτικά σημεία της ασθενούς. Επί πυρετού, ενημερώνεται ο χειρουργός.
- * Συνιστάται στην ασθενή η κένωση της κύστης.

- * Αφαιρούνται κοσμήματα και οι τεχνητές οδοντοστοιχίες και φυλάσσονται από την προϊσταμένη.
- * Τοποθετείται ταυτότητα χειρός με το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία της ασθενούς.
- * Η ασθενής φοράει τα ρούχα του χειρουργείου.
- * Η ασθενής τοποθετείται στο φορείο και οδηγείται στο χειρουργείο με ολόκληρο το φάκελο της.(ιατρικό και νοσηλευτικό).^{14,28, 33}

4.2 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του της ασθενούς αρχίζει μετά το τέλος της επέμβασης και φτάνει μέχρι την έξοδο του από το νοσοκομείο και την πλήρη αποκατάσταση του. Είναι μια περίοδος παρακολούθησης και φροντίδας με **σκοπό:**

- Την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο.
- Την διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών.
- Την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- Τη βοήθεια να ανεξαρτητοποιηθεί από τη φροντίδα των άλλων το συντομότερο και να ανακτήσει τις δυνάμεις του.

Πρόβλημα: Εμφάνιση πόνου

Οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν πάντα ως αποτέλεσμα την εμφάνιση πόνου.

Στην μαστεκτομή ο πόνος οφείλεται στην χειρουργική τομή, αλλά και στην περιορισμένη κινητικότητα της ασθενούς, λόγω τοποθέτησης του επιδεσμικού υλικού, των ορών και των συσκευών παροχέτευσης.

Νοσηλευτική παρέμβαση

- 1) Χορήγηση αναλγητικών με ιατρική οδηγία.
- 2) Τοποθέτηση της ασθενούς σε θέση ημι-flower, για την βελτίωση της αναπνοής.
- 3) Τοποθέτηση μαξιλαριών για την σωστή τοποθέτηση του χεριού.
- 4) Διδασκαλία πως η ασθενής να αναπνέει και να βήχει, ιδιαίτερα μετά τη χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου.
- 5) Ενθάρρυνση της ασθενούς για την έγερση της από την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα
- 6) Υπενθύμιση της ασθενούς να περιορίσει την κινητικότητα του σύστοιχου άκρου.

Πρόβλημα: αιμορραγία

Ο μαστός είναι όργανο με μεγάλη αγγείωση. Για αυτό το λόγο οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μετεγχειρητικής αιμορραγίας,

Νοσηλευτική παρέμβαση

- 1) Παρακολούθηση επιδεσμικού υλικού κάθε 2 ώρες κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο.
- 2) Έλεγχος του ιματισμού του κρεβατιού κάτω από τη μασχάλη και την πλάτη, γιατί συμβαίνει πολλές φορές το αίμα να ρέει προς τα πίσω, ενώ το επιδεσμικό υλικό επί του τραύματος διατηρείται καθαρό.
- 3) Παρακολούθηση και εκτίμηση των ζωτικών σημείων της ασθενούς κάθε 2-4 ώρες.
- 4) Έλεγχος των συσκευών παροχέτευσης τραύματος (hemovac). Όταν τα παροχετευμένα υγρά είναι 50-100cc με αιματηρή σύσταση το πρώτο 24ωρο μετεγχειρητικός, το αναφέρει αμέσως στο γιατρό.
- 5) Παρακολούθηση της ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών για την εξασφάλιση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και για τη θερμοδίκη κάλυψη.
- 6) Παρατήρηση του ποσού των ούρων για εμφάνιση ολιγουρίας (σε αιμορραγία το ποσό του αίματος που λειτουργεί στα νεφρά μειώνεται, με αποτέλεσμα την υπολειτουργία των νεφρών και την εμφάνιση ολιγουρίας).
- 7) Εκτίμηση αλλαγών του διανοητικού επιπέδου της ασθενούς (μειωμένο επίπεδο συνείδησης, σύγχυση), οι οποίες είναι δυνατό να υποδεικνύουν μειωμένη παροχή αίματος στον εγκέφαλο.
- 8) Ενημέρωση του γιατρού για τα σημεία αιμορραγίας. Προετοιμάζει για μετάγγιση αίματος.^{12,28,33}

4.3 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ

Η νοσηλεύτρια τηρεί αυστηρά τις αρχές της άσηπτης τεχνικής κατά τις αλλαγές του τραύματος, αν υπάρχει, της μαστεκτομής και του μηρού. Η φροντίδα περιλαμβάνει:

- Επεξήγηση για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.
- Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.
- Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο κακάο για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος (γίνεται με έγκριση γιατρού).

Νοσηλευτική παρέμβαση

Η νοσηλεύτρια οφείλει να:

- * Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 4 ώρες και εκτιμά σημεία που υποδηλώνουν φλεγμονή (π.χ. αύξηση της θερμοκρασίας).
- * Παρατηρεί την τομή για τοπική αύξηση της θερμότητας, οίδημα, εμφάνιση πύου. Καταγράφει και αναφέρει αυτά αμέσως στο γιατρό.
- * Ελέγχει το ποσό των παροχέτευσεων, το χρώμα και την οσμή.
- * Σημειώνει και αναφέρει παράπονα της ασθενούς για έντονο πόνο στο στήθος ή ευαισθησία.

Μετά από ριζική μαστεκτομή είναι δυνατό να έχουμε την εμφάνιση οιδήματος του σύστοιχου προς τη μαστεκτομή άκρου, λόγω της αφαίρεσης των λεμφαδένων και των λεμφαγγείων με αποτέλεσμα τη μη παροχέτευση της λέμφου και τη λίμναση της στην περιοχή. Η καταπολέμηση της λοίμωξης σε αυτό το άκρο είναι πολύ δύσκολη, λόγω της μειωμένης αντίστασης του οργανισμού σε αυτή.¹⁴

Για την **πρόληψη λεμφοιδήματος** η ασθενής θα πρέπει:

- Να αποφεύγει στο χέρι αυτό κοψίματα, αμυχές, τσιμπήματα, δήγματα εντόμων, εγκαύματα και η χρήση ισχυρών απορρυπαντικών γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του οιδήματος.
- Ασκήσεις που γίνονται όπως υποδείχθηκαν.
- Στον βραχίονα της προσβεβλημένης πλευράς να γίνεται μασάζ 3ή 4 μήνες μετεγχειρητικά, για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωση του οιδήματος.
- Το χέρι και η εγχειρητική περιοχή να διατηρούνται σχολαστικά καθαρά για πρόληψη λοίμωξης.
- Να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων (σφιχτά μανίκια), για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.
- Για την αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος μπορεί να παραγγελθούν διουρητικά και η χρήση διαλείπουσας μονάδας συμπίεσης (μέσα σε μανίκι που εφαρμόζεται στο άνω άκρο εισάγεται περιοδικά αέρας υπό πίεση για την προώθηση του υγρού).
- Να ακολουθούνται οι συμβουλές που αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα.^{14,33}

ΠΙΝΑΚΑΣ. Φροντίδα λεμφοιματικού χεριού.

«ΜΗ»	«ΝΑΙ»
Μην κρατάτε τσιγάρο σ' αυτό το χέρι.	Να φοράτε ελαστικό γάντι όταν ασχολείστε με τη μαγειρική, την καθαριότητα ή το πλύσιμο πιάτων.
Μην κρατάτε σ' αυτό το χέρι την τσάντα ή άλλο βαρύ αντικείμενο.	
Μην κόβεται ή τραβάτε τις παρανυχίδες σ' αυτό το χέρι.	Να φοράτε δακτυλήθρα όταν ράβετε ή κεντάτε.
Μην σκάβετε τον κήπο σας με αυτό το χέρι και μην κόβετε αγκαθωτά φυτά.	Να βάζετε κρέμα λανολίνης στο χέρι, αρκετές φορές την μέρα.
Μην πλησιάζετε ζεστό φούρνο με αυτό το χέρι.	Να φοράτε την ιατρική ταυτότητα με την εγχάραξη: « ΠΡΟΣΟΧΗ-ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟ ΧΕΡΙ-ΟΧΙ ΥΠΟΔΟΡΙΕΣ».
Μην επιτρέπετε να σας κάνουν ένεση σ αυτό το χέρι.	
Μην αφήνετε να σας πάρουν αίμα από αυτό το χέρι.	Να αναφέρετε στο γιατρό σας αν τραυματίσατε το χέρι σας, αν είναι ερυθρό, θερμό ή ασυνήθιστα σκληρό ή οίδηματώδες.
Μην επιτρέπεται να παίρνεται η αρτηριακή πίεση από αυτό το χέρι.	Να επιστρέψετε για επανεξέταση σε διάστημα δύο μηνών.

4.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όλα τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοηθών νεοπλασμάτων, προκαλούν ναυτία, εμετούς, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών.

Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, από τη στοματική κοιλότητα ως το κόλο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος άλλα δρουν τοξικά, σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το νευρικό σύστημα.

ΣΚΟΠΟΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- 1) Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας.
- 2) Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος.
- 3) Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπιση τους.¹⁴

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- 1ο. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε κλίμα κατανόησης.
- 2ο. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων πριν από τη θεραπεία.
- 3ο. Επαρκής ενυδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- 4ο. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
- 5ο. Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά.
- 6ο. Προσεκτική φροντίδα στόματος.
- 7ο. Προστασία άρρωστου από μολύνσεις.
- 8ο. Παρακολούθηση των ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
- 9ο. Βοήθεια του αρρώστου να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό σύστημα
- 10ο. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
- 11ο. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.³³

4.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έρθει σε επαφή με τον άρρωστο της. Από τη στιγμή αυτή, η νοσηλεύτρια με την ευσυνείδητη αγάπη της, και το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της θέσης του αρρώστου και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσηλεύτρια ενημερώνεται από το φάκελο της άρρωστης για:

- 1) Το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που θα γίνει.
- 2) Την ακριβή θέση του όγκου που θα υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία.
- 3) Το σκοπό που πρέπει να γίνει ακτινοβολία (θεραπευτικό ή ανακουφιστικό).
- 4) Τον αριθμό των συνεδριών που έχει κάνει και που πρόκειται να κάνει.

Οι νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις επικεντρώνονται στη διδασκαλία και στην αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Η νοσηλεύτρια προφυλάσσει την άρρωστη από το άσχημο αίσθημα πόνου με τη χορήγηση αναλγητικών.
- Μετά την ακτινοθεραπεία, η νοσηλεύτρια ελέγχει το δέρμα της περιοχής που γίνεται η ακτινοβολία για την πρόληψη δερματίτιδας και παίρνει τα κατάλληλα μέτρα.
- Σε αίσθημα καταβολής, ναυτίας, εμέτων, ανορεξίας, απώλειας βάρους, η νοσηλεύτρια μετά από ιατρική εντολή χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά, αντιδιαρροικά, φροντίζει για την καλύτερη σίτιση και ενυδάτωση της άρρωστης, για την κάλυψη των φυσικών της αναγκών και γενικά η νοσηλεύτρια κάνει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού που συμβάλλει στη μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.⁴³

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το ραδιοϊσότοπο που χρησιμοποιείται στην ακτινοθεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι το Ir-192. Για την τοποθέτηση του (με μορφή βελόνων, ελασμάτων ή κόκκων) η ασθενής προετοιμάζει το χειρουργείο.

Η νοσηλεύτρια, πριν φτάσει στην ασθενή για την εκτίμηση των αναγκών και των προβλημάτων της ενημερώνεται από το φάκελο της για **α)** το είδος του ραδιοϊσοτόπου, **β)** τον τύπο της πηγής (θωρακισμένοι), **γ)** τον τρόπο που θα χορηγηθεί, **δ)** την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, **ε)** σε πιο σημείο θα εφαρμοστεί, **στ)** τις μέρες που η ασθενής πρέπει να απομονωθεί.⁴³

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ –ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ

1. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να εξηγήσει στην άρρωστη τις διαδικασίες που θα γίνουν για να εμφυτευθεί το ραδιοϊσότοπο.
2. Εξηγεί τις απαραίτητες προφυλάξεις, που πρέπει να πάρει μετά την εμφύτευση.
3. Ενθαρύνει την άρρωστη στο να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες της και γενικότερα τα συναισθήματα της.²⁸

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

1. χορηγεί στην άρρωστη υπερλευκωματούχο υδρική διαίτα ή τοποθετεί ρινογαστρικό καθετήρα.
2. παρακολουθεί και ελέγχει την παρεντερική χορήγηση υγρών και ενθαρρύνει στο να λαμβάνονται υγρά από το στόμα για την καλή ενυδάτωση. Ταυτόχρονα καταγράφει τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά για τη διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.
3. ενθαρρύνει την ασθενή να περπατά για να παρεμποδίζει τις διαταραχές στην κένωση του εντερικού σωλήνα ή της ούρησης.¹⁴

4.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς με καρκίνο αντανακλά σε όλη την οικογένεια. Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει και να υποστηρίξει τα μέλη της οικογένειας με τον ίδιο τρόπο που βοηθάει την ασθενή.

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι να λάβουν τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς κατάλληλη ψυχολογική και συναισθηματική φροντίδα και διδασκαλία. Αυτό επιτυγχάνεται με τα εξής:

- παρέχει μέρος του χρόνου της, συζητώντας με τα μέλη της οικογένειας για την κατάσταση της ασθενούς, προσφέροντας πληροφορίες απατώντας ερωτήσεις, ενθαρρύνοντάς τα.
- Βοηθάει τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν τα συναισθήματα της ασθενούς.
- Βοηθάει την ασθενή να εκφράσει τα αισθήματα και τις ανάγκες της στην οικογένειά της.
- Ενθαρρύνει την οικογένεια να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι η θηλυκότητά της, η σεξουαλικότητα και η αγάπη των άλλων προς αυτή δεν επηρεάζονται από την εμφάνισή της.
- Γνωστοποιεί ότι ο θάνατος, είτε άμεσος είτε απώτερος μπορεί να είναι πιθανό αποτέλεσμα. Βοηθάει την ασθενή/οικογένεια να ερευνήσουν/να εκφράσουν την έννοια του θανάτου. Βοηθάει ασθενή/οικογένεια να επικοινωνήσουν με τον ιερωμένο της εκκλησίας του νοσοκομείου, αν το επιθυμούν.¹⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΙΘΑΝΩΝ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

5.1. ΟΣΤΑ

Νοσηλευτική εκτίμηση

- Οστικοί πόνοι, παθολογικά κατάγματα
- Δυσκολία στην βάρδιση
- Απογοήτευση εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Ανακούφιση του πόνου με ακτινοθεραπεία, ναρκωτικά ή αναλγητικά και ηρεμιστικά.
- Πρόληψη καταγμάτων σπονδυλικής στήλης. Η ασθενής συμβουλεύεται να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις, να μην σηκώνει βαριά αντικείμενα, να μη γυρίζει και να μην πέφτει απότομα στο κρεβάτι.
- Ακινητοποίηση καταγμάτων εάν συμβούν.³²

5.2 ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ

Νοσηλευτική εκτίμηση

- Πόνος
- Δυσφορία δύσπνοια

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Παρακέντηση θώρακα για ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια. Επειδή η παρακέντηση προκαλεί προσωρινή ανακούφιση, πιθανών να επαναληφθεί.
- Χορήγηση οξυγόνου.¹⁹

5.3 ΗΠΑΡ

Νοσηλευτική εκτίμηση

- Ασκίτης
- Δυσφορία-δύσπνοια
- Ναυτία-εμετοί
- Κοιλιακοί πόνοι
- Ανορεξία
- Απώλεια βάρους

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Παρακέντηση κοιλίας για την ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια.
- Διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.
- Χορήγηση διουρητικών.
- Μικρά και συχνά γεύματα
- Τεχνητή διατροφή μέσω εντερικού σωλήνα Levin σε περίπτωση που ασθενής αδυνατεί να φάει.¹⁴

5.4 ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

Νοσηλευτική εκτίμηση

- Σύγχυση
- Διαταραχή της ισορροπίας του σώματος
- Σπασμοί
- Παράλυση
- Διαταραχές όρασης

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Εξασφάλιση άνεσης.
- Πρόληψη τραυματισμού από πτώση ή από πρόκληση βλάβης κατά τη διάρκεια των σπασμών.
- Παρακολούθηση προσβαλλόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- Εξασφάλιση επαρκούς διαίτας.
- Παροχή υγιεινής φροντίδας στο σώμα.^{19,32,14}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΗΣ/ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η σωματική φροντίδα και η εξασφάλιση άνεσης και ασφάλειας για την ασθενή που πεθαίνει αποτελούν σημαντικούς τομείς δράσης και παρέμβασης της νοσηλεύτριας. Αποτελεσματική σωματική φροντίδα της ασθενούς στα τελευταία στάδια της ζωής της μπορεί να συμβάλει σημαντικά σε έναν ήσυχο θάνατο. Ανεξάρτητα από το αν η ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο ή στο σπίτι, οι ανάγκες για φροντίδα και συμπαράσταση είναι ίδιες.

6.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΝΟΥ

Η αντιμετώπιση του πόνου σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο είναι ένα από τα κύρια νοσηλευτικά καθήκοντα. Οι εξελίξεις που σημειώνονται στη φαρμακολογία καθώς και στους τρόπους χορήγησης των φαρμάκων σε ασθενείς με οξύτατη εξασθένιση έχουν βελτιώσει τη δυνατότητα αντιμετώπισης του πόνου. Είναι ζωτικής σημασίας για τη νοσηλεύτρια η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων. Η ευσυνείδητη βαθυμέτρηση και αξιολόγηση αποτελεί το πρώτο και το σημαντικότερο στάδιο θετικής νοσηλευτικής ανταπόκρισης στο πρόβλημα και περιλαμβάνει τόσο την αξιολόγηση του πόνου από τη νοσηλεύτρια όσο και από την ίδια την ασθενή.

Όταν η ασθενής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο νοσηλεύεται στο σπίτι, η νοσηλεύτρια πρέπει να διδάξει την οικογένεια πώς και το πότε πρέπει να χορηγεί τα φάρμακα καθώς και να εκτιμά την ανταπόκριση της ασθενούς στην φαρμακευτική αγωγή.

Οι τεχνικές χαλάρωσης αποτελούν επίσης βοηθητικά μέσα για την ασθενή που πονάει. Ασκήσεις βοήθειας αναπνοής, χαλάρωσης των μυών καθώς και η αποκόλληση της ασθενούς από τη σκέψη του πόνου τη βοηθούν να γίνει περισσότερο ανεκτική σ' αυτόν.

6.2 ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

Οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο, που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής υποφέρουν πολύ από τη δυσκοιλιότητα. Η νοσηλεύτρια οφείλει να δώσει συμβουλές στην οικογένεια για τα μέτρα που είναι αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση της κατάστασης.

6.3 ΝΑΥΤΙΑ ΚΑΙ ΕΜΕΤΟΣ

Μπορούν ν' αντιμετωπιστούν με προσεκτική επιλογή της χορηγούμενης τροφής, η οποία να δίνεται σε μικρά και συχνά γεύματα καθώς και φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία δίνονται με τη μορφή υποθέτων.

6.4 ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Στα τελικά στάδια της ζωής οι ασθενείς χαρακτηρίζονται από ανορεξία.

6.5 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

Για την ασθενή που βρίσκεται σπίτι είναι πολύ σημαντικό οι η οικογένεια να διδαχθεί πώς να την φροντίζουν ώστε να αποφύγουν την κατάκλιση.¹⁴



ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Νοσηλευτική φροντίδα 1^{οο} περιστατικού με καρκίνο μαστού με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Όνομα ασθενούς: Κ.Φ

Ηλικία: 69

Διάγνωση εισόδου: καρκίνος δεξιού μαστού

Ημερομηνία εισαγωγής: 19/1/11

Ατομικό αναμνηστικό: αρτηριακή υπέρταση (υπό αγωγή)- υπερλιπιδαιμία υπο αγωγή με Iepur

Οικογενειακό αναμνηστικό: -

Εγχειρήσεις :-

Φάρμακα που παίρνει: aflen, olartan plus, zularpour, Iepur, donarot

Αλλεργίες: δεν αναφέρονται

Εξαρτήσεις – συνήθειες: δεν καπνίζει , δεν πίνει αλκοόλ

Η ασθενής εισήλθε στις 19/1/11 και ώρα 10:30 πμ στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Παναγία η Βοήθεια». Η ασθενής σε τυχαία αυτοψηλάφηση προ 1 μήνα ανέφερε ψηλαφητή μάζα στο δεξιό μαστό και έκκριμα θηλής χωρίς πόνο. Κατόπιν επεβλήθη σε μαστογραφία η οποία έδειξε παρουσία δύο βλαβών στο άνω ημιμόριο του δεξιού μαστού διαμέτρου 2 και 3 εκ αντίστοιχα. Οι βλάβες φαίνεται να αφορούν νεοεξεργασία με διήθηση ενδομαστικά και στη σύστοιχη μασχαλιαία χώρα.

Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και αίματος καθώς και α/α θώρακος αρτηριακή πίεση της ήταν 150/10 mmHg. Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου στις 20/1/11.

Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, με λεμφαδενικό καθαρισμό μασχάλης.

Κατά την παραμονή της η ασθενής αντιμετώπισε κάποια προβλήματα τα οποία αντιμετωπίστηκαν εγκαίρως .

Η φαρμακευτική αγωγή της κατά την παραμονή της στο νοσοκομείο ήταν η εξής:

- Aflen 2x1
- Olardan plus 20mg 1x1
- Zulapour 300mg ½ x 1
- Lepur 400mg 1x1
- Donarot 1x1
- Innohep 0,35 1x1(προεγχειρητικά)
- Sup γλυκερίνης 1x1(προεγχειρητικά)
- L/R 1000 2x1 (μετεγχειρητικά)
- Begalin 3gr 1x3(μετεγχειρητικά)
- Tb pernazol 1x1 (μετεγχειρητικά)
- Amp primperan 1x2 (μετεγχειρητικά)
- Berovent 1x2 (μετεγχειρητικά)
- Tr dynastat 1x2(μετεγχειρητικά)
- Amp pethidine 50mg ½ x1(μετεγχειρητικά)

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Πόνος- ανησυχία μετά το χειρουργείο 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του πόνου και εξασφάλιση άνεσης • Σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αναλγητικών, με εντολή, ανάλογα με τον τύπο και την ένταση του πόνου • Συχνός έλεγχος των ζωτικών σημείων • Έλεγχος του τραύματος • Έλεγχος της λειτουργικότητας της παροχέτευσης Red-o-pack και του υλικού της παροχέτευσης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε pethidine ½ amp για την μείωση του πόνου (σύμφωνα με ιατρική οδηγία) • Έγινε συχνός έλεγχος ζωτικών σημείων • Έγινε έλεγχος του τραύματος και της παροχέτευσης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο πόνος μειώθηκε μετά από μισή ώρα από την χορήγηση της pethidine και η ασθενής ένιωσε ανακούφιση • Τα ζωτικά σημεία ήταν πάντα στα φυσιολογικά επίπεδα • Παρακολουθούνταν συνεχώς η παροχέτευση και δεν υπήρξε καμία ένδειξη αιμορραγίας.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Δύσπνοια 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση δύσπνοιας 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθέτηση ασθενούς σε κατάλληλη θέση • Χορήγηση κατάλληλης τροφής • Προφύλαξη του ασθενούς από άσκοπη προσπάθεια 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανύψωση του πάνω μέρους του κρεβατιού • Χορήγηση οξυγόνου • Αποφυγή μεγάλων γευμάτων • Ελαφρά και ζεστά ρούχα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανάκτηση της φυσιολογικής αναπνευστικής λειτουργίας

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Λεμφοίδημα δεξιού άκρου. (από λανθασμένους χειρισμούς κατά τη διάρκεια της επέμβασης) 	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόληψη λεμφοιδήματος 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανάρτηση του άνω άκρου. Γρήγορη κινητοποίηση του άκρου και του σύστοιχου ώμου • Ενθάρρυνση για ασκήσεις • Συνεννόηση με το φυσιοθεραπευτή για τον προγραμματισμό και την εφαρμογή ασκήσεων • Ενημέρωση ασθενούς για κατανόηση και αποδοχή της φροντίδας 	<ul style="list-style-type: none"> • Κατά τη διάρκεια της νύχτας τοποθετείται μαξιλάρι κάτω από το προσβεβλημένο χέρι. • Ασκήσεις κάμψη και έκταση δακτύλων καθώς και του αγκώνα της χειρουργηθείσας περιοχής κάθε 2 ώρες μέχρι να 	<ul style="list-style-type: none"> • Σταδιακή υποχώρηση του λεμφοιδήματος μετά από διεκπεραίωση όλων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων

- αρχίσει η κινητικότητα του ώμου
- Τοποθέτηση μαξιλαριού κάτω από τον ώμο της χειρουργηθείσας περιοχής
 - Επίσκεψη από το φυσιοθεραπευτή και έναρξη ασκήσεων
 - Αποφυγή κάθε είδους λήψης ζωτικών σημείων καθώς και τοποθέτησης ipit στο χειρουργημένο χέρι

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Αλλαγή σωματικού ειδώλου 	<ul style="list-style-type: none"> Να αποδεχτεί η ασθενής την καινούργια της εικόνα στο λιγότερο δυνατό χρόνο και με το λιγότερο δυνατό ψυχικό κόστος. 	<ul style="list-style-type: none"> Εκτιμάται η αντιμετώπιση της ασθενούς και της οικογένειας της όσον αφορά στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου της. Να ελαττωθεί η ανησυχία της ασθενούς και να γίνει ενημέρωση για τις δυνατότητες αποκατάστασης που υπάρχουν 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημερώνεται η οικογένεια για την πλήρη στήριξη της ασθενούς και την αποδοχή της εικόνας της τονίζοντας την ελκυστικότητα και την αξία της. Ενημερώνου με την ασθενή για τις εφαρμογές νέων μεθόδων πλαστικής χειρουργικής 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής δείχνει ένα βαθμό αποδοχής του χειρουργικού αποτελέσματος. Είναι σε θέση να αντικρίζει την τομή της , κάνει ερωτήσεις για τη φροντίδα της τομής στο σπίτι. Η ασθενής ακολουθεί και τηρεί τις οδηγίες που της δίνονται και κατανοεί την αναγκαιότητα των φροντίδων που της παρέχονται.

Νοσηλευτική φροντίδα 2^{οο} περιστατικού με καρκίνο μαστού με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Όνομα ασθενούς: Σ.Ε

Ηλικία: 56

Διάγνωση εισόδου: καρκίνος αριστερού μαστού

Ημερομηνία εισαγωγής: 12/1/2011

Ατομικό αναμνηστικό: Αρτηριακή υπέρταση. Ανεπάρκεια μιτροειδούς (μικρού προς μετρίου βαθμού)

Οικογενειακό ιστορικό: ελεύθερο

Εγχειρήσεις : σκωληκοειδεκτομή σε ηλικία 19 χρονών

Φάρμακα που παίρνει: lobivon tabs plus 5/12.5 mg 1x1

Αλλεργίες: δεν αναφέρει

Συνήθειες – εξαρτήσεις: δεν καπνίζει, κοινωνική πότρια

Η ασθενής εισήλθε στις 12/1/2011 και ώρα 12:30 πμ στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Παναγία η Βοήθεια». Η ασθενής προ εξαμήνου ψηλάφησε μόρφωμα στον ΑΡ μαστό. Επεβλήθη σε μαστογραφία η οποία έδειξε μόρφωμα διαστάσεων 5,5 x 5,5 x 2,5 εκ στο άνω έξω τεταρτημόριο του ΑΡ μαστού, με χαρακτήρες συμβατούς για κακοήθεια. Εισολκή και πάχυνση του υπερκείμενου δέρματος και της θηλής. Στη σύστοιχη μασχαλαία χώρα διογκωμένοι λεμφαδένες μεγίστης διαμέτρου 20χιλ. Εικόνα συμβατή με μίτωση μαστού.

Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων καθώς και όλες οι απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις. Η ημέρα επέμβασης ορίστηκε 13/1/2011. Ως χειρουργική θεραπεία ορίστηκε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, με λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης.

Κατά την παραμονή της η ασθενής αντιμετώπισε κάποια προβλήματα τα οποία αντιμετωπίστηκαν εγκαίρως. Η ασθενής πηρέ εξιτήριο στις 18/1/2011. Εδόθηκαν οδηγίες κατά την έξοδο.

Η φαρμακευτική αγωγή κατά την παραμονή της στο νοσοκομείο ήταν η εξής:

- Lobivon plus 5mg/ 12,5 mg 1x1 (αρτηριακή πίεση)

- Innoherp 0,35 1x1(προεγχειρητικά-μετεγχειρητικά)
- Sup γλυκερίνης 1x1(προεγχειρητικά)
- Begalin 3gr 1x3(προεγχειρητικά)
- Stedon 2,5mg 1x1 (προεγχειρητικά)
- L/R 1000 2x1 (μετεγχειρητικά)
- Amp primperan 1x2 (μετεγχειρητικά)
- fl dynastat 1x2(μετεγχειρητικά)
- apotel (επι πόνου)
- pethidine ½ 100mg 1x1 (μετεγχειρητικά)

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • φόβος-κατάθλιψη λόγω της επέμβασης (προεγχειρητικά) 	<ul style="list-style-type: none"> • μείωση του άγχους και της αγωνίας • ενθάρρυνση της ασθενούς για την πορεία της νόσου • εξασφάλιση άνετου περιβάλλοντος 	<ul style="list-style-type: none"> • ηθική και ψυχολογική τόνωση της ασθενούς • γνωριμία με το προσωπικό και τους χώρους της κλινικής • δημιουργία αισθήματος ασφάλειας με τους νοσηλευτές • χορήγηση μυοχαλαρωτικού(με ιατρική εντολή) 	<ul style="list-style-type: none"> • η ασθενής ενισχύθηκε ψυχολογικά και τονώθηκε το ηθικό της • έγινε γνωριμία με το προσωπικό • λύθηκαν οι απορίες της γύρω από την επέμβαση • χορηγήθηκε μυοχαλαρωτικό stedon 	<ul style="list-style-type: none"> • το άγχος της ασθενούς περιορίστηκε με τη χορήγηση μυοχαλαρωτικού • με την ενημέρωση και η ψυχική τόνωση από το προσωπικό η ασθενής αποδέχτηκε την επέμβαση απαλλάχθηκε από το φόβο που την κατέλαβε και περιορίστηκε το άγχος της

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • αύξηση της θερμοκρασίας (38,5) 	<ul style="list-style-type: none"> • άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος • πρόληψη λοίμωξης 	<ul style="list-style-type: none"> • έλεγχος θερμοκρασίας κάθε 3 ώρες • συχνός έλεγχος του τραύματος και αλλαγή του επιδεσμικού υλικού με την μέθοδο άσηπτης τεχνικής. • εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων • χορήγηση αντιπυρετικών(με ιατρική εντολή) 	<ul style="list-style-type: none"> • έγινε 3ωρη παρακολούθηση θερμοκρασίας • έγινε έλεγχος και αλλαγή του επιδεσμικού υλικού • εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα • χορηγήθηκε αντιπυρετικό apotel 	<ul style="list-style-type: none"> • με τον συχνό έλεγχο της θερμοκρασίας, τη σωστή περιποίηση του τραύματος και την χορήγηση αντιπυρετικού μειώθηκε η θερμοκρασία στα φυσιολογικά επίπεδα • με τη χορήγηση ψυχρών επιθεμάτων ένιωσε μεγάλη ανακούφιση
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • αιμορραγία τραύματος 	<ul style="list-style-type: none"> • πρόληψη αιμορραγίας • έλεγχος της παροχέτευσης του τραύματος (hemovac) • 	<ul style="list-style-type: none"> • λήψη των ζωτικών σημείων κάθε 2-4 ώρες • Έλεγχος και καταγραφή της ποσότητας, και του χρώματος των υγρών της παροχέτευσης • Έλεγχος του επιδεσμικού υλικού για την εμφάνιση αίματος • Χορήγηση L/R 1000ML για την διατήρηση του ισοζυγίου υγρών 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων κάθε 2 ώρες • Έγινε έλεγχος και καταγραφή των υγρών της παροχέτευσης • Έγινε έλεγχος του επιδεσμικού υλικού • Χορηγήθηκε L/R 1000ML 	<ul style="list-style-type: none"> • Με όλα τα παραπάνω η ασθενής δεν παρουσίασε κανένα σημείο αφυδάτωσης και αποφεύχθηκε η αιμορραγία

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Πόνος (μετεγχειρητικά) 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του πόνου και εξασφάλιση άνεσης 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αναλγητικών με ιατρική εντολή • Σωστή τοποθέτηση της ασθενούς στο κρεβάτι • Έλεγχος του τραύματος • Έλεγχος της λειτουργικότητας της παροχέτευσης 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε ½ amp pethidine 100mg 1x1 για τη μείωση του πόνου • Έγινε σωστή τοποθέτηση της ασθενούς στο κρεβάτι • Έγινε έλεγχος του τραύματος και της παροχέτευσης 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο πόνος μειώθηκε μετά από μισή ώρα με τη χορήγηση της pethidine και η ασθενής ένιωσε ανακούφιση • Το τραύμα δεν έδειξε σημεία αιμορραγίας • Η παρακολούθηση της παροχέτευσης δεν έδειξε σημεία αιμορραγίας • Η μετεγχειρητική πορεία της νόσου εξελίχθηκε ομαλά

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, κάθε γυναίκα με καρκίνο του μαστού θα πρέπει να αντιμετωπίζεται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής της ως άτομο που ζει, ως άτομο που σε καμία περίπτωση δεν βρίσκεται στο περιθώριο της ζωής επειδή πεθαίνει, ως άτομο που έχει ανάγκες και δεν παύει ποτέ να προσπαθεί να δώσει νόημα στη ζωή του.

Επομένως, η νοσηλευτική προσέγγιση ασθενούς με καρκίνο του μαστού πρέπει να στοχεύει στην ολιστική φροντίδα, στην οποία η ασθενής αντιμετωπίζεται ως βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Στόχος της φροντίδας πρέπει να είναι η γυναίκα τόσο να επανακτήσει τη μέγιστη σωματική και ψυχολογική ισορροπία της όσο και να ανταποκριθεί στις κοινωνικές και επαγγελματικές απαιτήσεις της ζωής. Ωστόσο, όταν διανύει το τελικό στάδιο της ζωής της είναι απαραίτητο να αντιμετωπίζεται πάλι με τον ίδιο τρόπο και να οδηγείται πάντα με τη βοήθεια του νοσηλευτή σε έναν ήρεμο και αξιοπρεπή θάνατο.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στις 29 Οκτωβρίου έχουν «γενέθλια» όλες οι γυναίκες!!! Γιατί την ημέρα αυτή γεννήθηκε...η πρόληψη. Η πρόληψη κατά του καρκίνου του μαστού. «Γεννήθηκε» η διατήρηση της ίδιας της ζωής. Αν και οι Παγκόσμιες ημέρες δεν «κοσμούν» τα ημερολόγια για να τις θυμόμαστε μόνο μια φορά το χρόνο...αυτή η ημερομηνία βοηθά όλο το γυναικείο πληθυσμό να θυμηθεί-γιορτάσει τη ζωή...να φορέσει το ροζ φιογκάκι στο πέτο και να κλείσει το καθιερωμένο ραντεβού για μια μαστογραφία. Ο φιόγκος είναι ροζ, το χρώμα που κάθε γυναίκα θέλει να βάφει τα όνειρά της κάθε μέρα...κάθε λεπτό...κάθε στιγμή... Ποια γυναίκα άλλωστε θα ξέχναγε τα... «γενέθλιά» της;



Κατάλογος Οργανισμών & Συλλόγων

«Άλμα ζωής» Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού
Αριστοτέλους 79-81 (Πλ. Βικτωρίας)
104 34 Αθήνα

«Έλλη Λαμπέτη» - Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης
Λεωφόρος Κηφισίας 30
115 26 Αθήνα

Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού
Κουντουριώτου 149
185 35 Πειραιάς

«Η Αγία Αικατερίνη» - Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού –
Σύλλογος Καρκινοπαθών Κατερίνης Πιερίας
Νομαρχία Πιερίας (118 -1ος όροφος), 28ης Οκτωβρίου 40 Κατερίνη Πιερίας



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) [www.greek-health.gr/2010/12/blog_ost_7973.html\(22/12/2010\)](http://www.greek-health.gr/2010/12/blog_ost_7973.html(22/12/2010)).
- 2) Ιωάννου- Μουζάκα Λ και συν. Σύγχρονη Μαστολογία Αθήνα 2007, Τόμος ΙΙ, Εκδόσεις Πασχαλίδης , σελ 140-160.
- 3) Μακρόπουλος Χ. Παθήσεις του Μαστού Αθήνα 2007, Έκδοση Δεύτερη, Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελ 126-143.
- 4) Keith L και συν. Κλινική Ανατομία Αθήνα 1998, Τόμος 1, Έκδοση Τρίτη, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Γενική επιμέλεια Δημητρίου ΣΤ. Θέσπης, σελ 64-69.
- 5) Πετρίδης Α. Εγχειρίδιο Χειρουργικής Αθήνα 2004, Έκδοση Πέμπτη, Εκδόσεις Έλλην, σελ 82-89.
- 6) Bates B. Οδηγός για κλινική εξέταση Αθήνα, Έκδοση Β. Εκδόσεις Λίτσα, σελ 186-189.
- 7) Τούντα Κ. Χειρουργική Αθήνα 1976, Επίτομος, Έκδοση δεύτερη, Εκδόσεις Παρισιάνος, σελ 359,374-376.
- 8) Σέχας Μ. Χειρουργική Αθήνα, Τόμος Β, Εκδόσεις Πασχαλίδη, σελ
- 9) Rob Charles G. Άτλας γενικής χειρουργικής 1985, Εκδόσεις Κωστανταρας, σελ 130-150.
- 10) Herbert L. Ανατομική- Κείμενο και Άτλας, Ελληνικοί και Λατινικοί όροι Αθήνα 1993, Εκδόσεις Παρισιάνου, σελ 82-89.
- 11) Σμοσκοβίτης Α. Η φυσιολογία με μεγεθυντικό φακό Αθήνα 2009, Εκδόσεις Κυριακίδη, σελ 112-119.
- 12) Ιωάννου- Μουζάκα Λ και συν. Σύγχρονη Μαστολογία Αθήνα 2007, Τόμος Ι, Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελ 1-4,73-74,77-80.
- 13) Φύσσας Π. Ο μαστός και οι Παθήσεις του Αθήνα 2006, Εκδόσεις Λιβάνη, σελ 70-95.
- 14) Κονιάρη Ε. Καρκίνος του Μαστού- Νοσηλευτική Παρέμβαση Αθήνα 1991, Εκδόσεις Βήτα, σελ 35-56,102-130,230-260.
- 15) [www.medlab.cs.voi.gr\(27/2/11\)](http://www.medlab.cs.voi.gr(27/2/11)).
- 16) [www. News-medical.net/health/breast-cancer.aspx\(18-10-10\)](http://www.News-medical.net/health/breast-cancer.aspx(18-10-10)).
- 17) Τριχόπουλος Δ-Πετρίδου Ε. Επιδημιολογία και πρόληψη νεοπλασμάτων Αθήνα 2000, Εκδόσεις Ζήτα, σελ 39,56.
- 18) Σειτανίδης Β και συν. Εξελίξεις στην παθολογία, νεότερες απόψεις στη διάγνωση και στη θεραπεία Αθήνα 2006, Έκδοση 3^η, σελ 34-38.
- 19) James Garden A, Bradbury W. Αρχές χειρουργικής- θεωρία και πράξη Αθήνα 2008, Έκδοση 4^η , Εκδόσεις Παρισιάνου, σελ 452-469,474-479.
- 20) Marschall S και συν. Παθολογία 1 Αθήνα 2006, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, σελ 200-210.
- 21) [www.mastology.gr/kar_mastou-a.asp\(25/11/10\)](http://www.mastology.gr/kar_mastou-a.asp(25/11/10)).
- 22) Πινακίδης Μ, Μπούτης Λ. Καρκίνος του μαστού Θεσσαλονίκη 1993, university studio press, σελ 76-119.
- 23) Τζωρακολευθεράκης Ε. Χειρουργικές παθήσεις μαστού Αθήνα 1992, Επίτομος, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, σελ 94-127.

- 24) Τοκμακίδης Π. Γυναικείος Μαστός, Εκδόσεις Έλλην, 140-167,180-187.
- 25) Vinay K και συν. Βασική παθολογική ανατομία Αθήνα 2001, Έκδοση 7^η, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, σελ 786-789.
- 26) Jay R Harris, Morrow M. Principles and practice of oncology Philadelphia 1993, Έκδοση 4^η, σελ 98-105.
- 27) Haslett C. Γενικές Αρχές και Κλινική Πράξη της Ιατρικής Αθήνα 2003, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, σελ 1111-1122.
- 28) Αθανάτου Ε. Παθολογική και Χειρουργική κλινική νοσηλευτική Αθήνα 2000, Έκδοση στ', Εκδόσεις Βήτα, σελ, 172-180,184-203.
- 29) Σαμπουντζή Δ. Χρόνια ασθένεια μια ολιστική προσέγγιση Αθήνα 2004, Έκδοση Β', Εκδόσεις Έλλην,σελ 34-50.
- 30) Φιλιππίδης Ε. Τι ευνοεί και τι προστατεύει από την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού? Πώς να διασφαλίσω την έγκαιρη διάγνωση? Γνωριμία με τη μαστογραφία, ενημερωτικό φυλλάδιο, Αθήνα 2004.
- 31) [www.mastologos.gr.breast-cancer/breast cancer exams.Ludia ioannou mouzaka](http://www.mastologos.gr.breast-cancer/breast%20cancer%20exams.Ludia%20ioannou%20mouzaka). (15/1/11)
- 32) Leger L. Χειρουργική Σημειολογία Αθήνα 1999, επιμέλεια Γ Ανδρουλάκης, Εκδόσεις Παρισιάνου, σελ 370-373.
- 33) Σαχίνη- Καρδάση Α. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική Αθήνα 2000, τόμος 2^{ος}, έκδοση Β, Εκδόσεις Βήτα, σελ
- 34) Διαγνωστικό ιατρείο Πατρείαρχέας.Υπερηχο-ελαστογραφία μαστών, ενημερωτικό φυλλάδιο ,Πάτρα 2011.
- 35) Dollinger M και συν. Ο καρκίνος Αθήνα 1992., Εκδόσεις Κάτοπτρο, σελ 303-320.
- 36) [www.surgeon.gr/110/350.aspx.\(23/1/11\)](http://www.surgeon.gr/110/350.aspx.(23/1/11)).
- 37) [www.breastlight.com\(12/2/11\)](http://www.breastlight.com(12/2/11))
- 38) Μιχαλάς Σ.Π. Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία Αθήνα 2000, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, σελ 123-130.
- 39) Καμπάνης Α. Πρόληψη Έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο, Ιατρική 1980, σελ 12-45.
- 40) Παπανικολάου Ν. Γυναικολογική Μαστολογία Αθήνα 1995,Εκδόσεις Παρισιάνου, σελ 14-16,19-24,109.
- 41) Σακοράφα Γ. Ο καρκίνος του μαστού Αθήνα 2000,Εκδόσεις λαγός, σελ 33-37,47-49.
- 42) Κεραμόπουλος Α και συν. Καρκίνος του μαστού και μοριακή βιολογία Αθήνα 2000 Εκδόσεις Παρισιάνου σελ 23.
- 43)Μαλγαρινού και συν. Βασικές Αρχές -Παθολογική χειρουργική Αθήνα 1987, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις ταβίθα.

