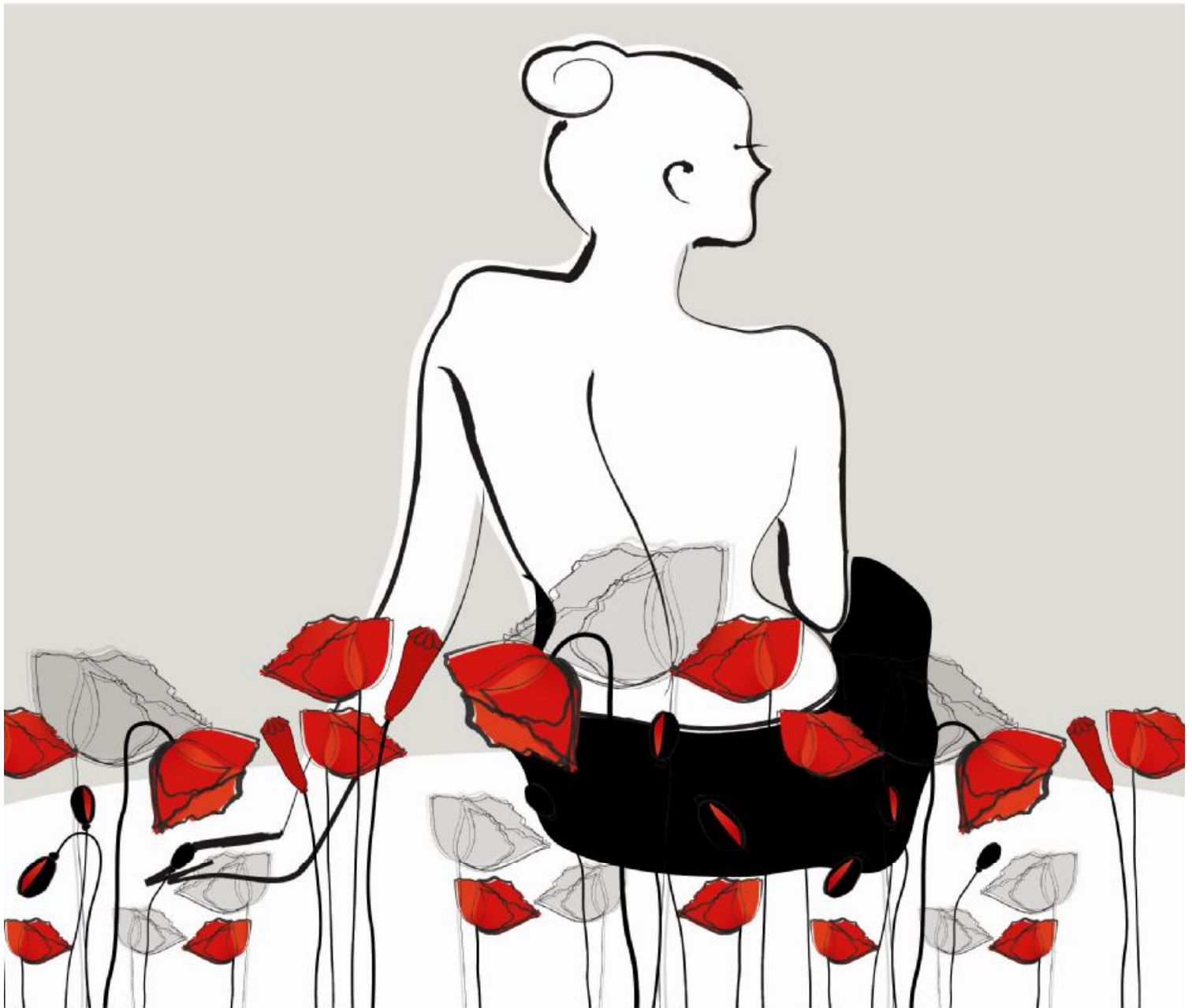




Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού και Νοσηλευτική Διεργασία



Σπουδάστρια: ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΣΜΥΡΙΛΙΟΥ

Εποπτεύων καθηγητής: Μαρνέρας Χρήστος

ΠΑΤΡΑ 2012

Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	9
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	11
ABSTRACT.....	13
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	15
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	17
1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	19
1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	19
1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	21
1.3 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	22
1.4 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	23
1.5 ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	24
A. ΑΡΤΗΡΙΕΣ	24
B. ΦΛΕΒΕΣ	25
Γ. ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΑ – ΛΕΜΦΙΚΕΣ ΟΔΟΙ	25
1.6 ΛΕΜΦΟΓΑΓΓΛΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	26
A. ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑ	26
B. ΥΠΕΡΚΛΕΙΔΙΑ	26
Γ. ΓΑΓΓΛΙΑ ΤΗΣ ΕΣΩ ΜΑΣΤΙΚΗΣ	26
2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	27
2.1 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	27
2.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	28
2.3 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ.....	29
2.3.1 <i>Οι τέσσερις κύριοι τύποι είναι:</i>	30
2.3.2 <i>Τα γονίδια που προκαλούν καρκίνο κατατάσσονται σε δύο διαφορετικούς τύπους:</i>	30
2.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ.....	30
3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	33
3.1 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	33
3.2 ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	33
3.2.1 <i>Αυτοεξέταση μαστών</i>	33
3.2.2 <i>Ψηλάφηση</i>	34
3.2.3 <i>Μαστογραφία-(ακτινογραφία μαστού)</i>	34
3.3 ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ.....	35
3.3.1 <i>Υπερηχογράφημα</i>	35
3.3.2 <i>Θερμογραφία</i>	35
3.3.3 <i>Διαφανοσκόπηση</i>	35
3.3.4 <i>Μαγνητική τομογραφία (MRI)</i>	35
3.3.5 <i>Βιοψία</i>	36
3.3.6 <i>Παρακέντηση σθόλου του μαστού</i>	36
3.3.7 <i>Φλεβογραφία</i>	36
3.3.8 <i>Γαλακτοφορογραφία</i>	37
3.3.9 <i>Αξονική τομογραφία</i>	37
3.3.10 <i>Σπινθηρογράφημα</i>	37

3.3.11 Κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου.....	37
4 ΚΕΦΑΛΑΙΟ	39
4.1 ΓΕΝΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	39
4.2 ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	41
4.3 ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ	42
5 ΚΕΦΑΛΑΙΟ	44
ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	44
5.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	44
5.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ.....	44
6 ΚΕΦΑΛΑΙΟ	46
6.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	46
6.1.1 Χειρουργική θεραπεία	46
6.1.2 Πιθανότητα αιματώματος ή φλεγμονής.....	48
6.2 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	49
6.3 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	49
6.3.1 Νεότερες τεχνικές στην ακτινοθεραπεία του μαστού	51
6.4 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	52
6.4.1 Ορμονική θεραπεία χειρουργικός	53
6.4.2 Ορμονική θεραπεία φαρμακευτικός	53
1. ΤΑΜΟΧΙΦΕΝ (ΤΑΜΟΞΙΦΑΙΝΗ).....	54
2. ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΑΣΤΡΑΖΟΛΕ (ARIMIDEX), LETROZOLE (FEMARA) ΚΑΙ ΕΧΕΜΕΣΤΑΝΕ (AROMASIN) ΓΝΩΣΤΟ ΚΑΙ ΣΑΝ ΑΡΟΜΑΤΑΣΕ ΙΝΗΒΙΤΟΡΣ.....	54
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	57
1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ	59
1.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	59
1.2 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	59
1.3 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	61
1.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	62
2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ	63
2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	63
2.2 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	63
2.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	65
2.3.1 Οι φίλοι	65
2.3.2 Οι σύζυγοι	66
2.3.3 Τα παιδιά	66
3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ	69
3.1 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	69
3.1.1 Ανεπιθύμητες ενέργειες και νοσηλευτική φροντίδα	70
3.1.2 Προετοιμασία για έξοδο	71
3.2 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗΝ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	71
3.2.1 Πιθανά προβλήματα κατά την ορμονοθεραπεία.....	72
3.2.2 Ανεπιθύμητες ενέργειες και νοσηλευτική φροντίδα	72
3.3 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	73
3.3.1 Συμπληρωματική προφυλακτική χημειοθεραπεία του καρκίνου του μαστού.....	74

3.3.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην προφυλακτική χημειοθεραπεία	74
3.3.3 Χημειοθεραπεία προχωρημένου Καρκίνου του μαστού	76
3.3.4 Ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χημειοθεραπεία	77
3.3.5 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς	77
4 ΚΕΦΑΛΑΙΟ	82
4.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	82
4.1.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την ημέρα της επέμβασης	83
4.2 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	83
4.2.1 Πρόληψη λοίμωξης	84
4.2.2 Σχεδιασμός για έξοδο από το νοσοκομείο – Διδασκαλία	85
4.2.3 Ψυχολογική υποστήριξη	86
4.2.4 Φροντίδα περιοχής	86
4.2.5 Διατροφή	86
4.2.6 Ενδυμασία	86
4.2.7 Εργασία	87
4.2.8 Άσκηση – Άθληση	87
4.2.9 Σεξουαλικές σχέσεις	87
4.2.10 Πρόληψη λοίμωξης	88
4.2.11 Πρόληψη οιδήματος	88
4.2.12 Επιπλοκές	88
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ	89
1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ	91
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	91
1.1 ΠΡΟΛΗΨΗ	91
1.1.1 Πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού	91
Α) ΑΝΑΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ	93
Β) ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΕΩΣ	94
1.1.2 Δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού	95
Κινητές διαγνωστικές μονάδες	99
Ιατρεία προκλινικής διάγνωσης	100
ΤΑ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΕΙΝΑΙ:	100
ΤΑ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΝΑΙ:	100
2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ	101
ΑΤΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	101
3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ	106
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	106
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α	106
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	106
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β	113
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	113
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Γ	119
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	119
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	125
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	126
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	127

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το γυναικείο στήθος αιώνιο, μοναδικό σύμβολο θηλυκότητας, ομορφιάς και γονιμότητας, σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη και τη διατήρηση της ανθρωπίνης ζωής, έχει όμως πολλούς εχθρούς. Ο πιο ύπουλος από αυτούς είναι ο καρκίνος του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη κακοήθεια και η συνηθέστερη αιτία θανάτου σήμερα. Θεωρείται πλέον η δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου μετά τον καρκίνο του πνεύμονα.

Ο καρκίνος του μαστού είναι, ο πλέον μελετημένος σε σχέση με τις ψυχολογικές του επιπτώσεις, όχι μόνο γιατί είναι ο πλέον συχνός καρκίνος στις γυναίκες αλλά και γιατί προσβάλλεται ένα όργανο που είναι συνυφασμένο με τη γυναικεία θηλυκότητα και σεξουαλικότητα. Η αισιόδοξη και λυτρωτική νότα σχετικά με τον εφιάλτη που ακούει στο όνομα «καρκίνος μαστού» είναι ότι το 85-90% των κρουσμάτων μπορούν να θεραπευτούν αν διαγνωστούν έγκαιρα. Καμία γυναίκα δεν υποκύπτει στην ασθένεια του καρκίνου του μαστού εάν παρακολουθεί, προσέχει και ελέγχει τον μαστό της.

Τα προληπτικά μετρά επηρεάζουν περισσότερο τους δείκτες θνησιμότητας από ότι η θεραπευτική αγωγή και είναι ο μόνος τρόπος που μπορεί να τους επηρεάσει. Σε αντίθεση με τη θεραπευτική αγωγή η οποία συνδέεται στενά με την αντιμετώπιση της νόσου, η πρόληψη ως νοσηλευτική πράξη βασίζεται στην ενημέρωση και στην συνειδητή συνεργασία του κοινού που με τη σειρά της προϋποθέτει μια σωστή και αποτελεσματική αγωγή υγείας. Το έργο των νοσηλευτών όσο αφορά την πρόληψη, περιλαμβάνει την υλοποίηση μέτρων και την ενεργοποίηση των λειτουργιών αυτών με σκοπό την καλύτερη δυνατή βελτίωση των συνθηκών ζωής.

Ο ψυχολογικός αντίκτυπος από αυτή καθαυτή τη νόσο, από την απώλεια του μαστού και από τη διαταραχή των σχέσεων είναι σημαντικός αν και πρόσφατες μελέτες τείνουν να αναθεωρήσουν τον πρωταρχικό ρόλο της απώλειας του μαστού στην ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.

Βασική είναι η συμβολή των επαγγελματιών υγείας, πολύ δε περισσότερο για τους νοσηλευτές που έρχονται καθημερινά σε επαφή με μεγάλα μέρη του πληθυσμού κι έχουν την ευχέρεια να επικοινωνούν μαζί τους για θέματα υγείας.

Παρακάτω, θα αναλύσουμε τα γενικά στοιχεία της νόσου, τη νοσηλευτική παρέμβαση καθώς και την ψυχολογική υποστήριξη.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Σ' αυτή τη προσπάθειά μου θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την οικογένειά μου, οι οποίοι στήριξαν τις σπουδές μου με διάφορους τρόπους, φροντίζοντας για την καλύτερη δυνατή μόρφωση μου. Καθώς και όλους εκείνους που με βοήθησαν και μου συμπαραστάθηκαν κατά την διάρκεια της φοίτησής μου.

Πολύτιμη στάθηκε η συμβολή του εισηγητή μου κύριου Μαρνέρα Χρήστου, κυρίως για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, και την υπομονή που έκανε κατά τη διάρκεια υλοποίησης της πτυχιακής εργασίας. Όπως επίσης και για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση του, για την επίλυση διάφορων θεμάτων.

Ευχαριστίες όμως ανήκουν και στους καθηγητές του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας που κατά τη διάρκεια της φοιτήσεώς μου, μου δίδαξαν θεωρητικά και πρακτικά τις νοσηλευτικές γνώσεις και αύξησαν την κριτική μου σκέψη.

Με εκτίμηση η σπουδάστρια
Αλεξάνδρα Σμυρίλιου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η λέξη καρκίνος, ακόμα και σήμερα που η εξέλιξη της επιστήμης και ειδικότερα της ιατρικής έχει τόσο προχωρήσει, συνεχίζει και προκαλεί φόβο, άγχος και αγωνία στον άνθρωπο και αυτό γιατί παραμένουν αδιευκρίνιστες οι αιτίες που τον προκαλούν, ενώ τα θεραπευτικά μέτρα φαντάζουν περίπλοκα.

Ανάμεσα στους λοιπούς καρκίνους, ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει τις συχνότερες εμφανίσεις στις γυναίκες στις περισσότερο αναπτυγμένες χώρες του κόσμου και αυτό γιατί ακολουθούν το «σύγχρονο τρόπο ζωής»³.

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

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια σοβαρή ασθένεια που η συχνότητα έχει μειωθεί κατά πολύ τα τελευταία χρόνια χάρη στη μεγάλη προσπάθεια που γίνεται για την καλύτερη ενημέρωση των γυναικών, όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Η κλινική πείρα μας πείθει ότι παραμελημένες περιπτώσεις αφορούν στα νοσοκομεία για θεραπεία με κύρια αίτια καθυστέρησης την άγνοια των γυναικών αυτών.

Υπάρχουν κάποιες κατηγορίες παραγόντων που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού. Συγκεκριμένα : φυσικοί, χημικοί, φαρμακευτικοί και κληρονομικότητα. Η πρόληψη βέβαια προλαμβάνει τη σοβαρότητα της ασθένειας και σε σημαντικό βαθμό την θνησιμότητα της.¹⁵

ABSTRACT

The word cancer, and even today the development of science and medicine in particular is so advanced, and continues to cause fear, stress and anxiety in humans and it remains unclear why the causes which induce and therapeutic measures seem complicated.

Among other cancers, breast cancer is the most common presenting views on women in more developed countries of the world and that's why following the "modern lifestyle".³

Awareness of women than breast, who would not want to deprive ever, is one of the important factors that could preventive nursing support in its quest for early diagnosis and early treatment for hope.

Breast cancer is a serious disease that the frequency has fallen sharply in recent years thanks to the great efforts made to raise awareness of women in the prevention of breast cancer. The clinical experience convinces us that neglected cases relating to hospitals for treatment of major causes of delay ignorance of these women.

There are some categories of factors that increase the likelihood of breast cancer. Namely: physical, chemical, pharmaceutical and heredity. Prevention of course prevents the severity of the disease and a significant level of mortality.¹⁵

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον πλανήτη. Στην Ελλάδα ο καρκίνος του μαστού σημαδεύει περίπου 4500 γυναίκες το χρόνο. Το 95% από αυτές πήγε στο γιατρό αφού «έπιασε κάτι στο στήθος» και τότε πολλές φορές μπορεί να είναι αργά. Κι έτσι μόνο το 5% των Ελληνίδων ανακαλύπτουν έγκαιρα έναν όγκο σε προληπτική κλινική εξέταση μαστού ή σε προληπτική μαστογραφία.

Παρά τα αλματώδη βήματα της ιατρικής επιστήμης και τις νέες θεραπευτικές αγωγές που εφαρμόζονται, η πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη παραμένει πάντα η σημαντικότερη πράξη για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

Στόχος της εργασίας αυτής είναι να δώσει μια εικόνα του πώς πρέπει να νοσηλευτεί μια ασθενής με καρκίνο του μαστού σε όλες τις φάσεις της αρρώστιας. Θα παρατεθούν σημαντικές πτυχές του θέματος, γύρω από την πορεία και την φύση της νόσου, ενώ θα γίνει λεπτομερής νοσηλευτική ανάπτυξη των προβλημάτων που καλείται να αντιμετωπίσει το νοσηλευτικό προσωπικό καθ' όλη την πορεία της νόσου.

Επιπλέον η παράθεση του θέματος καρκίνος μαστού στοχεύει στην ευαισθητοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού, αποκτώντας την απαραίτητη γνώση για την καλύτερη κατανόηση της πρόληψης του καρκίνου μαστού και την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή του, καθώς επίσης ευελπιστούμε οι γυναίκες να αναλάβουν ενεργό ρόλο ως προς την πρόληψη και τη διάγνωση και όχι να τρομοκρατούνται από τα φαινόμενα αυτά, θέλοντας έτσι να επιτύχουμε και τη μετέπειτα συμβολή τους στη θεραπεία της νόσου.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

1 Κεφάλαιο

1.1 Ανατομία του μαστού

Ο μαστός αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα για την κατάταξη του ανθρώπου στην τάξη των θηλαστικών. Ο μαστός υπάρχει και στα δύο φύλα αν και στον άνδρα παραμένει ανενεργός. Στην γυναίκα αναπτύσσεται και μετά την ήβη και φτάνει στη μέγιστη του ανάπτυξη κατά την διάρκεια των τελευταίων μηνών της κύησης και της γαλουχίας.

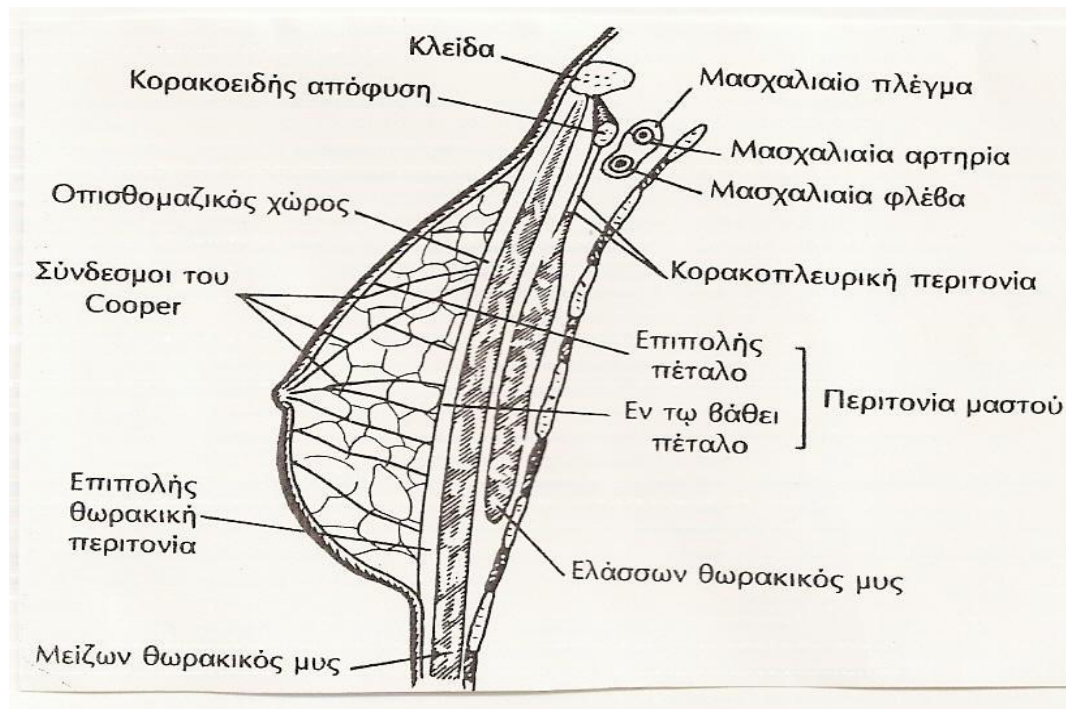
Ο μαστικός αδένας ή απλώς μαστός ανήκει στους αδένες του δέρματος, όπως οι σμηγματογόνοι και οι ιδρωτοποιοί. Ο αδενικός ιστός βρίσκεται μέσα στον υποδόριο ιστό. Το έκκριμα αποβάλλεται στο δέρμα. Ο ανθρώπινος μαστός αποτελείται από 15-20 ξεχωριστούς αδένες, που εκβάλλουν με ανεξάρτητους εκφορητικούς πόρους (γαλακτοφόροι πόροι) στη θηλή του μαστού. Η εξωτερική μορφή του μαστού καθορίζεται λιγότερο από τον αδενικό και περισσότερο από το λιπώδη ιστό. Στη μη έγκυο γυναίκα το αδενικό μέρος του μαστού είναι μικρό.¹

Ο συνδετικός ιστός του μαστικού αδένος που διαχωρίζει τα αδενικά λόβια μεταξύ τους συγκεντρώνεται σε πολλά μέρη και σχηματίζει ινώδεις ταινίες που εκτείνονται προς την υποδόρια περιτονία και το δέρμα (πρόσθιοι σύνδεσμοι του Cooper). Παρόμοιες ταινίες εκκινούν και από την οπίσθια επιφάνεια του αδένος διασχίζουν τον οπισθοδρομικό χώρο και ενώνονται με τη θωρακική περιτονία (κρεμαστήρες σύνδεσμοι Cooper).

Στην έφηβη γυναίκα οι μαστοί είναι ημισφαιρικοί και βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ανάμεσα στη 2η-3η και 6η-7η πλευρά και ανάμεσα από το χείλος του στέρνου και την πρόσθια μασχαιαία γραμμή. Ο συνδετικός ιστός κρατά κατά κάποιο τρόπο σταθερή τη μορφή του. Όσο αυξάνεται η ηλικία χαλαρώνει ο συνδετικός ιστός και ο μαστός κατεβαίνει χαμηλότερα.²

Η πραγματική, όμως, έκταση του μαστού είναι σημαντικά μεγαλύτερη, γιατί αυτός εκτείνεται με τη μορφή λεπτής στιβάδας, προς τα πάνω στην κλείδα, προς το κέντρο στη μέση γραμμή και προς τα έξω στο έξω χείλος του πλατύ ραχιαίου μυ. Κάποτε, ο μαστός εμφανίζει προεκβολές, από τις οποίες η περισσότερο συνηθισμένη είναι αυτή, που πορεύεται προς τη μασχάλη, γι' αυτό λέγεται και μασχαιαία ουρά ή ουρά του Spence.²

Κάθε μαστός εμφανίζει στην πρόσθια επιφάνεια μια κεντρική κυκλική περιοχή διαμέτρου 15-35 χιλ., τη θηλαία άλω, το δέρμα της οποίας περιέχει μικρές τρίχες και άπειρους αδένες, που διακρίνονται σε ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και επικουρικούς. Τα αλwaία οζίδια που παράγονται από τους σμηγματογόνους αδένες λέγονται φυμάτια του Montquery.



Εικόνα 1. Οβελιαία διατομή του μαστού και του θωρακικού τοιχώματος.

Επειδή ο μαστός, ως όργανο του δέρματος, δεν περιέχει χόνδρινο ή οστέινο σκελετό, κρέμεται σακκοειδώς προς τα κάτω ανάλογα με την πλήρωσή του και άρα το βάρος του.

Η σύσταση του μαστού είναι σκληρή και ελαστική στις γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει. Είναι μαλακή κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης, τεταμένη στην αρχή της περιόδου του θηλασμού και μαλακή έπειτα από πολλούς θηλασμούς. Η θηλαία άλως, μία στεφάνη κεχρωσμένη με διάμετρο περίπου 35cm, φέρει υποστρόγγυλα πολλαπλά επάρματα τα οζίδια του Montgomery, τα οποία αποτελούν μεγάλους ιδρωτοποιούς αδένες. Περιφερικώς της θηλαίας άλω, βρίσκονται θύλακες τριχών και σμηγματογόνοι αδένες. 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 πόροι του μαστικού αδένος και η επιφάνειά της είναι ανόμοια και ρυτιδωτή.³

1.2 Φυσιολογία του μαστού

Κάθε λοβός του μαστού αποτελεί έναν ανεξάρτητο κυψελοειδή αδένα. Έτσι ο μαστός στο σύνολό του παριστά τη συνάθροιση αυτών των ανεξάρτητων μονάδων καθεμία από τις οποίες έχει τον δικό της εκφορητικό πόρο και κατά συνέπεια τη δική της εκβολή στην επιφάνεια της θηλής. Ο εκφορητικός πόρος (γαλακτοφόρος πόρος) έχει διάμετρο 0,4 - 0,7 εκ. και πριν εκβάλει στη θηλή σχηματίζει μια μικρή διεύρυνση που ονομάζεται γαλακτοφόρος κόλπος. Το επιθήλιο στις αδενοκυψέλες των λοβίων είναι μονόστιβο, κυβοειδές ή κυλινδρικό, στο γαλακτοφόρο πόρο αποτελείται από δύο στοιβάδες κυβοειδών ή κυλινδρικών κυττάρων, ενώ στο γαλακτοφόρο κόλπο γίνεται πολύστιβο πλακώδες. Τα κύτταρα αυτά στηρίζονται σε βασικό υμένα, στη βάση του οποίου προσφύονται μυοεπιθηλιακά κύτταρα. Τα μυοεπιθηλιακά αυτά κύτταρα σχηματίζουν ένα δίκτυο γύρω από τις αδενοκυψέλες και κατά μήκος των εκφορητικών πόρων και παίζουν ρόλο στην προώθηση του γάλακτος από τις αδενοκυψέλες προς την θηλή.¹

Η δομή, το μέγεθος και η λειτουργία του μαζικού αδένα υπόκεινται σε πλήθος μεταβολών που σχετίζονται με την έμμηνο ρύση, την κύηση, τη γαλουχία και την εμμηνόπαυση.

Οι μαστικοί αδένες αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από ορμονικό έλεγχο, είναι δηλαδή ένα ορμονοεξαρτώμενο όργανο.

Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού ανήκουν ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι ωοθήκες, ο θυροειδής αδένας, τα επινεφρίδια, ο πλακούντας και το νευρικό σύστημα.

Αυτή η ορμονοεξάρτηση του μαστικού αδένος δεν περιορίζεται μόνο στα επιθήλια του αδενικού ιστού, επεκτείνεται και στο συνδετικό ιστό, που αποτελεί το ερείστικο υπόστρωμα του μαστού και ιδιαίτερα στους μεγάλους ιστούς, που βρίσκονται γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους.⁴

Η ανάπτυξη και η παραγωγή του γάλακτος, εξαρτώνται από την ύπαρξη γεννητικών και άλλων ορμονών. Στενότερη σχέση με το μαστό έχουν κι οι ορμόνες της υπόφυσης και κυρίως η προλακτίνη και η ωοκοτοκίνη.

Η προλακτίνη αποτελεί ορμόνη που παράγεται στην αδενουπόφυση. Η δράση της στο μαστικό αδένος είναι διττή. Ο μαστός που αποτελεί όργανο στόχο της προλακτίνης, δεν ασκεί παλίνδρομη αλληλορύθμιση στην υπόφυση. Φαί-

νεται όμως πως η αυξημένη έκκριση της προλακτίνης, οδηγεί σε αύξηση της έκλυσης της ντοπαμίνης στον υποθάλαμο. Υπάρχει δηλαδή ένα είδος βραχείας παλίνδρομης αλληλορύθμισης.⁵

Η προλακτίνη παίρνει ουσιαστικό μέρος στην ανάπτυξη του μαστού και ιδιαίτερα στη διαφοροποίηση των κυττάρων των τελικών γαλακτοφόρων πόρων. Στην εγκυμοσύνη ελέγχει την αύξηση και την εκκριτική δραστηριότητα των κυττάρων των αδενοκυψελών. Επίσης, ελέγχει τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος.⁶

Η ωκυτοκίνη είναι ορμόνη που παράγεται από τον παρακοιλιακό πυρήνα του υποθαλάμου και εκκρίνεται από τη νευροπόφυση. Η δράση της εντοπίζεται στη μήτρα και στο μαστικό αδένα. Στη μήτρα οδηγεί στη σύσπαση της με αποτέλεσμα την εξώθηση του εμβρύου κατά τον τοκετό ενώ στο μαστικό αδένα αποτελεί τη βασική ορμόνη του αντανακλαστικού του θηλασμού, κατά το οποίο έχουμε παραγωγή της ωκυτοκίνης μετά από τον τοκετό, συνηθέστερα δε μετά την επαφή των χειλέων του νεογνού με τη θηλή.

Σαν αποτέλεσμα της παραγωγής ωκυτοκίνης έχουμε τη σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων των αδενοκυψελών, την εξώθηση του γάλακτος προς τους γαλακτοφόρους πόρους και την έναρξη του θηλασμού. Τις πρώτες 2-3 ημέρες παράγεται το πύαρ ή πρωτόγαλα. Έπειτα αρχίζει η παραγωγή του γάλακτος που ρυθμίζεται από τη προλακτίνη.²

1.3 Ανάπτυξη του μαστού

Όσο αφορά την ανάπτυξη και τη λειτουργία του μαστού, αυτή ξεκινά από ποικίλα ορμονικά ερεθίσματα, των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, της προλακτίνης, της ωκυτοκίνης, της θυροξίνης, της κορτιζόλης, και της αυξητικής ορμόνης. Τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη, και η προλακτίνη είναι ουσιαστικά για τη φυσιολογική ανάπτυξη και τη λειτουργία του μαστού. Τα οιστρογόνα επιδρούν στην ανάπτυξη των πόρων, ενώ η προγεστερόνη είναι υπεύθυνη για τη διαφοροποίηση του επιθηλίου και για την ανάπτυξη των λοβίων. Η προλακτίνη είναι το αρχικό ορμονικό ερέθισμα για τη λακτογένεση στην εγκυμοσύνη και τη μετά τον τοκετό περίοδο. Ρυθμίζει τους ορμονικούς υποδοχείς και προάγει την επιθηλιακή ανάπτυξη. Η έκκριση των νευροτροφικών ορμονών από τον υποθάλαμο ρυθμίζει την έκκριση των ορμονών που επηρεάζουν τους ιστούς του μασ-

τού. Η ωχρινοποιητική ορμόνη (LH) και η θυλακιοτρόπος (FSH) ρυθμίζουν την απελευθέρωση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες. Στη συνέχεια, η απελευθέρωση της LH και FSH από τα βασεόφιλα κύτταρα που βρίσκονται στη πρόσθια υπόφυση ρυθμίζεται από την έκκριση της εκλυτικής ορμόνης της γοναδοτροπίνης (gonadotropin-releasing hormone) (GnRH) από τον υποθάλαμο. Θετική και αρνητική ανάδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης ρυθμίζει την έκκριση των LH, FSH και GnRH.

Οι ορμόνες αυτές είναι αρμόδιες για την ανάπτυξη, τη λειτουργία και τη διατήρηση των ιστών του μαστού.⁷

Στο θηλυκό νεογνό, τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης μειώνονται μετά από τη γέννηση και παραμένουν χαμηλό καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας λόγω του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης που δρα σαν αρνητικό feedback.⁴

Με την αρχή της εφηβείας, υπάρχει μείωση στην ευαισθησία του άξονα υποθαλάμου υπόφυσης στο αρνητικό feedback και αύξηση στην ευαισθησία του στο θετικό feedback από τα οιστρογόνα. Η αύξηση που προκαλείται στην έκκριση GnRH, FSH και LH, οδηγεί στην αύξηση της έκκρισης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες, και στην έναρξη της έμμηνης ρύσης. Στην αρχή της έμμηνης ρύσης, υπάρχει αύξηση στο μέγεθος και την πυκνότητα των μαστών, η οποία ακολουθείται από την αύξηση των ιστών του μαστού και τον πολλαπλασιασμό του επιθηλίου. Με την αρχή της εμμηνόπαυσης, η αύξηση των μαστών υποχωρεί και ο πολλαπλασιασμός του επιθηλίου μειώνεται.³

1.4 Μεταβολές του μαστού

Στην ανάπτυξη των μαστών παρατηρούμε δύο στάδια. Στο πρώτο στάδιο αναπτύσσονται οι γαλακτοφόροι πόροι. Στο δεύτερο στάδιο, που αντιστοιχεί στην εγκυμοσύνη, σχηματίζονται στα άκρα των πόρων οι αδενοκυψέλες. Τότε, συμπληρώνεται η ανάπτυξή τους.⁸

Στη γέννηση ο μαστός είναι ο ίδιος και στα δύο φύλα. Αποτελείται από γαλακτοφόρους πόρους, που εκβάλλουν στην καλά αναπτυγμένη θηλή. Παρατηρούνται, ακόμη, μερικές αδενοκυψέλες. Άλλα αδενικά στοιχεία δεν κάνουν ακόμα την εμφάνισή τους. Λίγες μέρες μετά τη γέννηση, στη βρεφική ηλικία, σε μεγάλη συχνότητα, διαπιστώνεται η ύπαρξη εκκριτικής λειτουργίας του μαστού σε

μικρό βαθμό. Οι μικροί μαστοί του βρέφους, αρσενικού ή θηλυκού, διογκώνονται και από τη θηλή εκκρίνεται υλικό που έχει τη μορφή γάλακτος.

Στην παιδική ηλικία αυτή οι μαστοί αδρανούν, γιατί η εκκριτική τους δραστηριότητα, που παρατηρήθηκε μετά τη γέννηση, υποχωρεί σε μία εβδομάδα περίπου. Ανάμεσα στο 10ο-15ο έτος της ηλικίας, δηλαδή την ήβη, οι μαστοί έχουν αναπτυχθεί. Η θηλαία άλωσ μμεγαλώνει, γίνεται μμελαχρινότερη, δεν προβάλλει και κάτω από αυτή σχηματίζεται μικρή μάζα μμαστικού ιστού σε σχήμα δίσκου. Στην αναπαραγωγική ηλικία αυτή οι μαστοί παθαίνουν τέτοιες μεταβολές, που θυμίζουν τις μεταβολές του ενδομήτριου.¹

Στην εγκυμοσύνη με την επίδραση των ορμονών των ωοθηκών, της προλακτίνης και, στο τέλος της εγκυμοσύνης, της πλακουντικής γαλακτογόνου ορμόνης, επέρχονται μεγάλες μεταβολές στο μαστό της εγκύου. Οι αδενοκυψέλες υπερπλάσσονται σε τέτοιο βαθμό, ώστε ολόκληρος ο μαστός να αποτελείται από αδενικό ιστό.

Στην γαλουχία, η ανάπτυξη των μαστών φτάνει στο μέγιστό της και η λειτουργική τους δραστηριότητα αποκορυφώνεται με τη συνδυασμένη δράση των οιστρογόνων ορμονών, της προγεστερόνης, της ινσουλίνης, και της κορτιζόλης, ιδιαίτερα, όμως, της προλακτίνης.

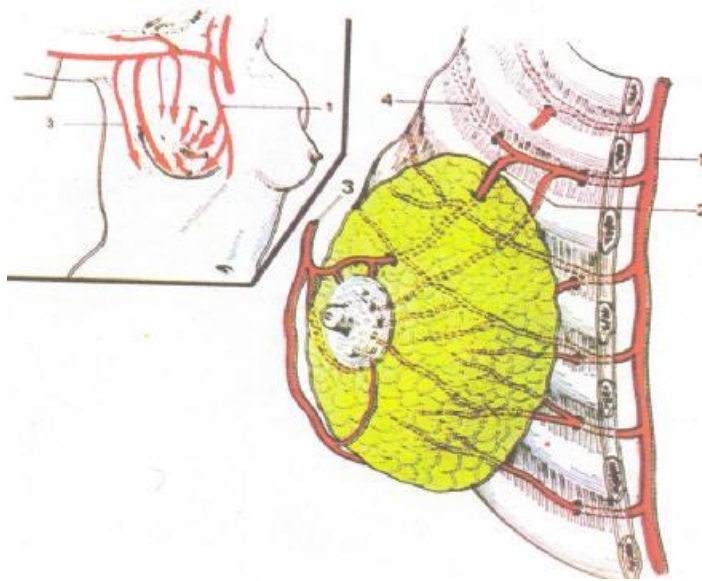
Στην εμμηνόπαυση επέρχεται προοδευτική βράχυνση των γαλακτοφόρων πόρων από την περιφέρειά τους προς τη θηλή. Επίσης, ατροφία των αδενοκυψελών και πάχυνση του συνδετικού ιστού, που βρίσκεται γύρω από τους πόρους. Έτσι, με την πάροδο της ηλικίας, η κίτρινη χροιά του μαστού εξαφανίζεται, για να γίνει λευκή.⁵

1.5 Αγγείωση του μαστού

Η αγγείωση του μαστού επιτυγχάνεται με ένα πολύπλοκο σύστημα αρτηριών, φλεβών και λεμφαγγείων.

A. Αρτηρίες

Οι αρτηρίες που αγγειώνουν το μαστό προέρχονται από την έσω μαστική, την πλάγια και ανώτερη θωρακική, το θωρακικό κλάδο της ακρωμιοθωρακικής, τους διατιπρένοντες κλάδους των μεσοπλεύριων αρτηριών και την υποπλάτια αρτηρία, που αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες.⁹



Εικόνα 2. Αρτηρίες του μαστού 1. Έσω μαστικοί, 2. Διαατραίνοντες κλάδοι, 3. Πλάγια θωρακική, 4. Μεσοπλεύριες, 5. Μασχαλιαία, 6. Υποκλείδια

B. Φλέβες

Οι φλέβες του μαστού έχουν μεγάλη σημασία, γιατί, με αυτές, πολλές φορές, συμβαίνουν μεταστάσεις του καρκίνου.

Οι επιφανειακές φλέβες του μαστού βρίσκονται κάτω από το πρόσθιο πέταλο της υποδόριας περιτονίας και μπορούν να διακριθούν με γυμνό μάτι και να φωτογραφηθούν. Τότε, μπορούμε να τις ξεχωρίσουμε σε δύο τύπους, τον εγκάρσιο και τον επιμήκη.⁶

Οι φλέβες του μαστού που βρίσκονται στο βάθος, απάγουν το αίμα από το μαστό και το θωρακικό τοίχωμα και διακρίνονται σε τρεις ομάδες που εμφανίζουν ειδικό ενδιαφέρον. Οι ομάδες αυτές είναι της έσω μαστικής φλέβας, της μασχαλιαίας φλέβας και των μεσοπλευρίων φλεβών.⁸

Γ. Λεμφαγγεία – Λεμφικές οδοί

Ένα πολύ πλούσιο λεμφικό πλέγμα αποχετεύει το δέρμα και τον αδενικό ιστό του μαστού προς δυο κυρίως κατευθύνσεις: τα μασχαλιαία και τα έσω μαστικά λεμφογάγγλια. Η μελέτη των λεμφικών οδών κατέληξε σήμερα στην αποδοχή του γεγονότος ότι τα έσω μαστικά και τα μασχαλιαία γάγγλια δέχονται λέμφο από όλα τα τερτατημόρια του μαστού.

Η εξωτερική οδός προς τη μασχάλη απάγει το 75% της λέμφου από τη θηλή και το έξω τμήμα εν τω βάθει και έσω τμήμα του μαστού. Μεταξύ των δυο αυτών κυρίων οδών υπάρχουν πολλές αναστομώσεις, καθώς και με τις υπόλοιπες, μικρότερης σημασίας λεμφικές οδούς (π.χ. η οδός προς τα διαθωρακικά γάγγλια του Ratter).⁴

1.6 Λεμφογάγγλια του μαστού

A. Μασχαλιαία

Προς αυτά κατευθύνεται η κύρια έξω λεμφική οδός, η οποία καταλήγει στα κεντρικά γάγγλια και από εκεί στις διάφορες άλλες ομάδες οι οποίες αναστομώνονται μεταξύ τους.

- Έξω μαστικά (έσω ομάδα ή θωρακικά) κατά μήκος της πλάγιας θωρακικής αρτηρίας.
- Ωμοπλασία (οπίσθια ή υποπλάτια) κατά την πορεία της υποπλατίου φλέβας, πολύ κοντά στο θωρακορραχιαίο νεύρο.
- Κεντρικά, είναι μια μεγάλη ομάδα που κείται επιφανειακά, κάτω από το δέρμα της μασχάλης.
- Διαθωρακικά ή Ratter, μεταξύ των θωρακικών μυών.
- Γάγγλια της μασχαλιαίας φλέβας (έξω ομάδα ή βραχίονα) κάτω από τον τένοντα του μείζονα θωρακικού μυός.
- Υποκλείδια (κορυφαία της μασχάλης), κάτω από τον τένοντα του υποκλειδίου μυός. Σ' αυτά καταλήγουν συλλεκτικές λεμφικές οδοί από όλες τις άλλες ομάδες των μασχαλιαίων γαγγλίων.⁹

B. Υπερκλείδια

Διηθούνται όταν πλέον έχουν προσβληθεί τα υποκλείδια γάγγλια της υποκλειδοσφαγιτιδικής γωνίας, και ψηλαφώνται επιφανειακά και πλάγια στην υπερκλείδια χώρα.

Γ. Γάγγλια της έσω μαστικής

Συνήθως εντοπίζονται στο ύψος των τριών πρώτων μεσοπλεύριων διαστημάτων. Προς αυτά απάγεται η λέμφος της οπίσθιας και έσω επιφάνειας του μαστού, καθώς επίσης και λέμφος από το ήπαρ, το διάφραγμα και την άνω μοίρα του ορθού κοιλιακού μυός.¹⁰

2 Κεφάλαιο

2.1 Συχνότητα - Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του μαστού είναι σήμερα η πρώτη σε συχνότητα εμφάνισης μορφή καρκίνου (27,4%) στις γυναίκες. Στην Ελλάδα 1.500 γυναίκες προσβάλλονται κάθε χρόνο, ενώ 1 στις 8 θα αναπτύξει τη νόσο. Επίσης στις ΗΠΑ 1 στις 8 θα εμφανίσει τη νόσο, στις χώρες της Ευρώπης η συχνότητα είναι 1 στις 12, ενώ στην Ιαπωνία η συχνότητα είναι μικρότερη, 1 στις 80 γυναίκες.¹¹

Το ποσοστό αυτό διαφοροποιείται ανάλογα με τις ηλικίες καθώς στην πενταετία 35-40 μόνο μία στις 300 γυναίκες εμφανίζει καρκίνο, ενώ στην πενταετία 60-65 η αναλογία, μικραίνει δραματικά καθώς μία στις 14 έρχεται αντιμέτωπη με αυτό το πρόβλημα.

Τα ετήσια ποσοστά θανάτου στην Ευρώπη, από τη νόσο, ξεπερνούν τις 165.000 και τις 44.000 στις Ηνωμένες πολιτείες. Σε ολόκληρο τον κόσμο πάνω από 700.000 γυναίκες πεθαίνουν, ενώ εκτιμάται ότι 8% με 9% των γυναικών θα αναπτύξουν καρκίνο.¹²

Η νόσος αυτή μπορεί να προσβάλλει και τους άνδρες, αλλά σε ποσοστό μικρότερο του 1% επί του συνόλου όλων των περιπτώσεων καρκίνου μαστού.

Αν ο καρκίνος διαγνωστεί έγκαιρα πριν επεκταθεί από το μαστό σε άλλα όργανα, η πενταετής επιβίωση ξεπερνά το 95% . Μετά την αρχική θεραπεία, περίπου 50% των ασθενών αναπτύσσουν μεταστατικό καρκίνο μαστού (MBC). Μετά την αρχική διάγνωση του μεταστατικού καρκίνου, ο μέσος όρος επιβίωσης αυτών των ασθενών είναι 18 με 30 μήνες.¹³

Καθοριστικό ρόλο σε αυτό διαδραματίζουν τα προγράμματα έγκαιρης διάγνωσης, καθώς και οι νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως η εξεμεστάνη, η οποία με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης TEAM προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα στους ασθενείς.

Η επίπτωσή του φαίνεται να αυξάνει, ενώ η θνητότητα παραμένει σταθερή. Ευρείας κλίμακας επιδημιολογικές μελέτες έχουν εντοπίσει δύο επιβαρυντικούς παράγοντες :

- α) ιστορικό καρκίνου του μαστού σε εξ αίματος συγγενείς και
- β) καρκίνο του μαστού στο ίδιο άτομο στο παρελθόν.¹⁴

Τα κυριότερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του μαστού είναι:

- Η μεγάλη διεθνής μεταβλητότητα, η οποία παρατηρείται κυρίως στις μεγαλύτερες ηλικίες
- Η σαφής προστατευτική επίδραση της πρώτης ολοκληρωμένης εγκυμοσύνης και μάλιστα όταν αυτή συμβαίνει κατά τη νεαρή ηλικία της γυναίκας
- Η απουσία σχέσης της ασθενούς με το θηλασμό
- Η προστατευτική επίδραση της πρώιμης εμμηνόπαυσης και μάλιστα εκείνης που προκαλείται μετά από επέμβαση πάνω στη λειτουργία της ωθήκης
- Η χωρίς αμφισβήτηση σχέση του καρκίνου του μαστού με την κυστική μαστίτιδα και η πιθανή σχέση του με τον καρκίνο του σώματος της μήτρας, των ωθηκών και ορισμένων ενδοκρινικών νοσημάτων και η διαπιστούμενη συμβολή κληρονομικών παραγόντων.³
- Η λήψη οιστρογόνων αυξάνει το κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου κατά 2,5 φορές.
- Η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία χαμηλής δόσης (100–200 rads) αυξάνει το κίνδυνο
- Κοινωνικοοικονομικά και γεωγραφικά.

2.2 Αιτιολογία

Από κλινικό-εργαστηριακή άποψη η φυσική ιστορία των περισσότερων κακοηθών νεοπλασιών μπορεί να διακριθεί σε τέσσερις φάσεις.

Φάση έπαγωγής, που χαρακτηρίζεται από υπομικροσκοπικές βιοχημικές και κυτταρογενετικές εκτροπές.

Προδιηθητική φάση (ενδοεπιθηλιακή), που χαρακτηρίζεται από μικροσκοπικές κυτταρικές διαταραχές.

Διηθητική φάση, που χαρακτηρίζεται από ιστολογικά (παθολογοανατομικά) ευρήματα

Φάση διασποράς, που χαρακτηρίζεται από κλινικές εκδηλώσεις.¹⁰

Η χρονική διάρκεια των τεσσάρων αυτών φάσεων ποικίλλει από νεοπλασία σε νεοπλασία και από άτομο σε άτομο. Από αιτιολογική άποψη, σημαντικότερη

φάση είναι βέβαια η πρώτη που υποδιαιρείται στο στάδιο της ενάρξεως και στο στάδιο της ευοδώσεως. Το στάδιο ενάρξεως είναι το βασικό στάδιο της καρκινογένεσης, προσδιορίζεται από τη δράση ενός ή περισσότερων καρκινογόνων παραγόντων και υλοποιείται με την πραγματοποίηση μίας μη αναστρέψιμης νεοπλασματικής μεταμορφώσεως σε κάποιο σωματικό κύτταρο. Το στάδιο της ευοδώσεως προσδιορίζεται από τη επίδραση των ίδιων ή άλλων καρκινογόνων ή ακόμα και μη καρκινογόνων παραγόντων, που έχουν ως κοινό αποτέλεσμα τη συντήρηση, τη ανάπτυξη και τη διαφορική επιβίωση του κλώνου των καρκινογόνων κυττάρων. Είναι φανερό ότι η παρουσία καρκινογόνων παραγόντων είναι αναγκαία αλλά δεν είναι πάντα αρκετή για την πραγματοποίηση της καρκινογένεσης. Σε πολλές περιπτώσεις η ολοκλήρωση του φαινομένου προϋποθέτει τη συγχρονισμένη επίδραση ενός ή περισσότερων ευοδωτικών παραγόντων.¹⁵

Ο καρκίνος του μαστού θεωρείται πολυπαραγοντική νόσος και αποτελεί τη πρώτη αιτία θανάτου για τις γυναίκες ορισμένων ηλικιών. Είναι γενικά αποδεκτό ότι η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού δεν έχει γίνει κατανοητή μέχρι σήμερα.

Αναφέρεται ένα σύνολο παραγόντων που η παρουσία τους και η δράση τους μπορεί να αυξάνει ή να μειώνει τη συχνότητα του καρκίνου του μαστού. Οι παράγοντες αυτοί έχουν αποδειχθεί μετά από μακροχρόνιες κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες και έχουν αξιολογηθεί με στατιστικές αναλύσεις.¹⁶

2.3 Τι είναι καρκίνος

Παρά την εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας ο καρκίνος εξακολουθεί ακόμα και σήμερα να αποτελεί την πιο απειλητική νόσο για την ανθρώπινη ζωή. Μόνο και μόνο η λέξη καρκίνος, ήταν και είναι ακόμα και σήμερα συνώνυμη του πόνου και του θανάτου.¹⁰

Στη διάρκεια της ζωής, τα υγιή κύτταρα διαιρούνται και πολλαπλασιάζονται, αντικαθιστώντας τα παλαιότερα με ένα σταθερό ρυθμό και με ελεγχόμενο τρόπο. Στην περίπτωση του καρκίνου, ένα κύτταρο που υπέστη κάποια μετάλλαξη αρχίζει να πολλαπλασιάζεται ανεξέλεγκτα. Ο πολλαπλασιασμός αυτός δημιουργεί μια εστία που ονομάζεται όγκος. Κάθε όγκος είναι μια μάζα τέτοιων κυττάρων. Οι περισσότεροι καρκίνοι δημιουργούν όγκους, όμως δεν είναι όλοι οι όγκοι καρκινικοί και με βάση αυτό το δεδομένο, διαχωρίζονται σε καλοήθεις και

κακοήθεις όγκους. Οι καλοήθεις, παύουν να μεγαλώνουν, δεν εξαπλώνονται σε άλλα μέρη του σώματος και δεν σχηματίζουν όγκους. Οι κακοήθεις-καρκινωμάτωσης –όγκοι, όμως, πιέζουν τα υγιή κύτταρα, συχνά τα καταστρέφουν, επηρεάζουν διάφορες σωματικές λειτουργίες και αντλούν θρεπτικές ουσίες από τους ιστούς.

Ο όρος «καρκίνος» καλύπτει πάνω από 100 παθήσεις, που αφορούν σχεδόν κάθε σημείο του σώματος, όλες δυνητικά θανατηφόρες αλλά σίγουρα απειλητικές για την ανθρώπινη ζωή¹⁷

2.3.1 Οι τέσσερις κύριοι τύποι είναι:

α) **Καρκίνωμα:** είναι το συχνότερο και προέρχεται από επιθηλιακό ιστό και ξεκινά από το δέρμα, τους πνεύμονες, τους μαστούς, το πάγκρεας, τους βλεννογόνους, τα επιθηλιακά κύτταρα των αδένων κ.ά.

β) **Σάρκωμα:** είναι σπάνιο και προέρχεται από συνδετικό ιστό, το μυϊκό ιστό, τα οστά, τα αγγεία κ.ά.

γ) **Λέμφωμα:** είναι καρκίνος του λεμφικού συστήματος και προέρχεται από τους λεμφαδένες.

δ) **Λευχαιμία και μυέλωμα:** είναι καρκίνος του αιμοποιητικού συστήματος και του μυελού των οστών αντίστοιχα και δεν σχηματίζουν συμπαγείς όγκους.¹⁵

2.3.2 Τα γονίδια που προκαλούν καρκίνο κατατάσσονται σε δύο διαφορετικούς τύπους:

α) στα ογκογονίδια και

β) τα ογκοκατασταλτικά γονίδια.

Οι δύο τύποι έχουν αντίθετα αποτελέσματα στην καρκινογένεση. Τα ογκογονίδια διευκολύνουν τον κακοήθη σχηματισμό, ενώ τα ογκοκατασταλτικά γονίδια, καταστέλλουν την ανάπτυξη του όγκου, ρυθμίζοντας γονίδια που ενέχονται στην κυτταρική ανάπτυξη.¹⁷

2.4 Παράγοντες που συμβάλουν στην ανάπτυξη του

- Αυξανόμενη ηλικία
- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, αρχικά στους γονείς, τις κόρες και τις αδελφές αλλά και σε συγγενείς δευτέρου βαθμού. ο κίνδυνος εξαπλασιάζεται αν η μητέρα ή η αδελφή είχαν καρκίνο του

μαστού πριν από την εμμηνόπαυση και δεκαπλασιάζεται αν ο καρκίνος αφορούσε και τους δύο μαστούς.

- Μερικές προκαρκινοματώδεις βλάβες του μαστού ενδέχεται να σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου , όπως η πολλαπλή θηλωμάτωση , η άτυπη υπερπλασία και ορισμένες φορές οι πολύ μεγάλες κύστεις του μαστού . Η ινοκυστική μαστοπάθεια και ο καρκίνος του μαστού φαίνεται να έχουν κοινό ορμονικό υπόστρωμα , αλλά δεν υπάρχει βεβαιότητα ότι η ινοκυστική μαστοπάθεια μπορεί να θεωρηθεί προκαρκινοματώδης βλάβη .
- Ιστορικό προηγούμενου καρκίνου του μαστού στον ένα μαστό , ιδίως αν αναπτύχθηκε πριν από την εμμηνόπαυση.
- Πρώιμη έναρξη της εμμηνου ρύσεως και καθυστερημένη εμμηνόπαυση .
- Χορήγηση μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας . Η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία αυξάνει τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού . Ιδιαίτερα κινδυνεύουν οι γυναίκες που ακτινοβολήθηκαν για μαστίτιδα μετά τον τοκετό , όσες υπέστησαν μακροχρόνιο ακτινοσκοπικό έλεγχο για φυματίωση ή όσες υπέστησαν ακτινοβολία στο άνω τμήμα του σώματος πριν από τα 40 τους.
- Η παχυσαρκία με αυξημένη πρόσληψη θερμίδων και λιπών.
- Αντισυλληπτικά και οιστρογόνα . Δεν έχει αποδειχθεί ισχυρή συσχέτιση αντισυλληπτικών δισκίων και καρκίνου του μαστού . Ο κίνδυνος ποικίλλει με τα χρόνια λήψης και ειδικότερα με τον τελευταίο χρόνο λήψης.
- Ο καρκίνος του μαστού συχνότερα προσβάλλει άτομα υψηλής κοινωνικής και οικονομικής τάξης και κατοίκους των πόλεων (συγχρονος τροπος ζωής).
- Η γαλουχία φαίνεται ότι δεν σχετίζεται με την ανάπτυξη καρκίνου μαστού, όπως ήταν πιστευτό παλαιότερα¹⁸

Οι γυναίκες που συνδυάζουν τους παραπάνω επιβαρυντικούς παράγοντες χαρακτηρίζονται ως άτομα υψηλού κινδύνου (H.R.G.) και υποβάλλονται σε πρόγραμμα συστηματικής κλινικής και μαστογραφικής παρακολούθησης, ώστε αν παρουσιάσει καρκίνο του μαστού να γίνει έγκαιρη διάγνωση. Η έγκαιρη δι-

άγνωση σκοπό έχει να εντοπίσει τη νόσο όταν το μέγεθος του όγκου είναι τόσο μικρό, ώστε με τα υπάρχοντα θεραπευτικά μέσα να έχουμε ακόμα και ίαση.

Είναι γνωστό ότι όσοι μικρότερος είναι ο όγκος όταν γίνεται η διάγνωση , τόσο μεγαλύτερη είναι η επιβίωση . Ασθενείς με όγκους διαμέτρου έως 1 cm, έχουν πιθανότητα επιβίωσης στην δεκαετία 90%, ενώ αν ο όγκος είναι μεγαλύτερος των 5 cm., η επιβίωση στην πενταετία πέφτει στο 50%.¹⁹

3 Κεφάλαιο

3.1 Ο Καρκίνος του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένα επιθηλίωμα που προέρχεται από τα κυλινδρικά κύτταρα των αδενωσωλήνων του μαζικού αδένου. Πρόκειται για έναν όγκο μικρού μεγέθους στην αρχή, ανώμαλο με ασαφή όρια, σχετικά καθηλωμένο στο θωρακικό τοίχωμα, που συμφύεται με το περιβάλλον δέρμα. Το δέρμα πάνω από τον όγκο μπορεί να μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού και πιθανόν να συνυπάρχει αιμορραγική ρήση ή και εισολκή θηλής, ενώ αργότερα παρουσιάζεται εξέλκωση του δέρματος με σκληρά και ανώμαλα χείλη και σκληρό πυθμένα.

Ο καρκίνος του μαστού δημιουργεί μεταστάσεις σχετικά γρήγορα. Μέσω του αίματος στους πνεύμονες, το ήπαρ και τα οστά. Μέσω της λέμφου, στους επιχώριους λεμφαδένες και κατά συνέχεια ιστού στο περιβάλλον δέρμα και στους υποκείμενους μύες.²⁰

3.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι η διαδικασία κατά την οποία εξετάζονται υγιείς άνθρωποι, χωρίς συμπτώματα, ώστε να συλλέγουν πληροφορίες για τα πρώιμα σημεία της νόσου. Σήμερα διαθέτουμε τρεις αξιόλογες μεθόδους προσυμπτωματικού ελέγχου, την αυτοεξέταση των μαστών, την εξέταση μαστών από τον γιατρό και την μαστογραφία.¹⁴

3.2.1 Αυτοεξέταση μαστών

Οι γυναίκες ηλικίας άνω των 20 ετών πρέπει οι ίδιες να κάνουν ψηλάφηση των μαστών τους. Η αυτοεξέταση αυτή γίνεται μεταξύ της 7ης και 10ης ημέρας μετά την αρχή της εμμηνορυσίας ή την ίδια μέρα για τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Είναι ένα εξαιρετικά σημαντικό κομμάτι διάγνωσης του καρκίνου του στήθους, που ο γυναικολόγος σας θα πρέπει να φροντίσει να σας τη διδάξει, ώστε να την εφαρμόσει κάθε μήνα. Κάθε γυναίκα θα πρέπει να εντάξει την αυτοεξέταση στο καθημερινό της πρόγραμμα για να μπορεί να εξοικειωθεί με το στήθος της. Έτσι μπορεί πιο εύκολα να εντοπίσει οποιοσδήποτε αλλαγές και να

απευθυνθεί στον γιατρό της προλαμβάνοντας κάποιον καλοήθη ή κακοήθη όγκο.²¹

3.2.2 Ψηλάφηση

Στην κλινική εξέταση, ο γιατρός παρατηρεί και τους δύο μαστούς, για τυχόν αλλαγές που υποδηλώνουν κάποια ασθένεια (π.χ. ανωμαλίες της θηλής). Στη συνέχεια ψηλαφάτον ένα μαστό και μετά τον άλλο. Εξετάζει αν υπάρχει εκροή από τη θηλή και στη συνέχεια παρατηρεί και ψηλαφά τη μασχάλη ώστε να εντοπίσει αν υπάρχουν διογκωμένοι λεμφαδένες. Τέλος, ο γιατρός εξετάζει τις περιοχές πάνω από την κλείδα, δεξιά και αριστερά του λαιμού, για να ελέγξει τους λεμφαδένες της περιοχής. Η κλινική εξέταση πρέπει να πραγματοποιείται κάθε 3 χρόνια σε γυναίκες ηλικίας 35-40 ετών και γυναίκες από 40 ετών και άνω πρέπει να υποβάλλονται σε κλινική εξέταση μια φορά το χρόνο.²²

3.2.3 Μαστογραφία-(ακτινογραφία μαστού)

Η μαστογραφία είναι η απεικόνιση των μαστών σε ακτινογραφικό φιλμ με τη βοήθεια ακτινοβολίας, δηλαδή η δισδιάστατη απεικόνιση μιας τρισδιάστατης δομής. Οι πυκνότερες περιοχές εμφανίζονται ως σκιές. Ο μαστικός ιστός είναι πολύ πυκνός και εμφανίζεται στη μαστογραφία λευκός. Το λίπος το οποίο δεν είναι πυκνό, εμφανίζεται με χρώμα φαιό.¹⁷

Αποτελεί μοναδική θέση στην πρώιμη ανίχνευση και ανακάλυψη του καρκίνου μαστού. Η μαστογραφία είναι μια απλή εξέταση, ακίνδυνη και ανώδυνη, εύκολα αποδεκτή από την πλειοψηφία των γυναικών και μπορεί να ανιχνεύσει κάποιες ανωμαλίες στο μαστό μεγέθους 2cm, όπως οζίδια ή μεταβολές στον ιστό του μαστού. Αυτή η εξέταση συνιστάται να γίνεται κάθε 2 χρόνια, ειδικά μετά την ηλικία των 50 ετών, επίσης μια μαστογραφία αναφοράς θα πρέπει να γίνεται και από γυναίκες ηλικίας 35-40 ετών, έστω και ασυμπτωματική. Όταν όμως υπάρχει υποψία για καρκίνο, τότε η μαστογραφία μπορεί να γίνει σε οποιαδήποτε ηλικία.

Η κλινική εξέταση και η μαστογραφία αλληλοσυμπληρώνονται, δεν υποκαθιστά η μία την άλλη. Μπορούμε να παρατηρήσουμε ορισμένους όζους στη μαστογραφία, τους οποίους δεν μπορείτε να ψηλαφήσετε, όπως επίσης μπορεί να αντιληφθείτε την ύπαρξη μερικών όζων κατά την ψηλάφηση, ενώ δεν μπορείτε να τους διακρίνετε στη μαστογραφία.²³

3.3 Ανίχνευση και τεχνικές

3.3.1 Υπερηχογράφημα

Είναι μέθοδος μη αιματηρή, δεν εκθέτει το μαστό σε ακτινοβολία και αποτελεί τη μόνη απεικονιστική μέθοδο που διακρίνει τις κυστικές από τις συμπαγείς βλάβες. Στη διάγνωση μεταξύ καλοηθών και κακοήθων όγκων βοηθούν τα εξής στοιχεία: τα όρια της μάζας και το σχήμα, η παρουσία ήχων στο εσωτερικό της μάζας και η σκιά πίσω από τον όγκο. Οι καλοήθεις μάζες έχουν στρογγυλό ή ωοειδές ομαλό περίγραμμα, δεν έχουν καθόλου ήχους στο εσωτερικό τους (κύστεις) ή αν έχουν είναι ομοιογενείς (ιναδενώματα). Αντίθετα στις κακοήθεις μάζες οι ήχοι είναι ανομοιογενείς και το οπίσθιο χείλος σκοτεινό με μία σκούρα, χωρίς ήχους σκιά να προβάλλει προς τα πίσω.²⁴

3.3.2 Θερμογραφία

Είναι υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή όπου καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθάει έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης. Όταν υπάρχει κακοήθεια εμφανίζεται χαρακτηριστική θερμή περιοχή εξαιτίας αυξημένης αιμάτωσης.²⁵

3.3.3 Διαφανοσκόπηση

Η τεχνική αυτή, βασίζεται στην ιδέα ότι το φως θα διαπερνά τους περισσότερους ιστούς, αλλά θα απορροφηθεί από τον όζο. Η φωτεινή πηγή τοποθετείται δίπλα στο μαστό, το φως τον διαπερνά και καταγράφεται στην άλλη πλευρά. Έχει το πλεονέκτημα όπως και η θερμογραφία, ότι δεν χρησιμοποιεί ιονίζουσα ακτινοβολία. Επίσης έχει και το μειονέκτημα ότι δεν είναι αποτελεσματική. Δεν μπορεί να διακρίνει μικρές αλλοιώσεις που είναι και το ζητούμενο για πραγματικά πρόωμη ανίχνευση. Σήμερα χρησιμοποιείται μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.²⁶

3.3.4 Μαγνητική τομογραφία (MRI)

Είναι μια τεχνική απεικόνισης η οποία δεν χρησιμοποιεί ακτινοβολία. Το μηχάνημα αυτό μας δίνει μια τρισδιάστατη εικόνα του μαστού. Έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να είναι περισσότερο ευαίσθητη στην ανίχνευση ορισμένων ανωμαλιών των μαλακών ιστών από τη μαστογραφία. Επίσης είναι γνωστή ως μέθοδος Πυρηνικού Μαγνητικού Συντονισμού, εκμεταλλεύεται τις ηλεκτρομαγνητικές ιδι-

ότητες του πυρήνα του υδρογόνου. Η MRI είναι ένας τεράστιος μαγνήτης. Η ασθενής τίθεται στο κέντρο του μαγνήτη και το μαγνητικό πεδίο ενεργοποιείται και στη συνέχεια απενεργοποιείται. Ο τρόπος με τον οποίο τα μαγνητισμένα κύτταρα επανέρχονται στη φυσιολογική τους κατάσταση, μας δίνουν μια εικόνα. Αυτή η εξέταση αποδεικνύεται χρήσιμη στον εγκέφαλο, αλλά όχι στο μαστό. Μπορεί όμως να έχει μακροπρόθεσμες επιδράσεις, τις οποίες δεν γνωρίζουμε ακόμα.²²

Παρ' όλα αυτά η μαστογραφία παραμένει ο καλύτερος τρόπος ανίχνευσης ενδείξεων καρκίνου του μαστού.

3.3.5 Βιοψία

Ένα ογκίδιο στο μαστό συνήθως απαιτεί βιοψία ακόμα κι αν η μαστογραφία το δείχνει σαν κάτι φυσιολογικό.

Με τη βιοψία αφαιρείται ένα μικρό δείγμα ιστού, το οποίο εξετάζεται στο μικροσκόπιο για να διαπιστωθεί η ύπαρξη καρκινικών κυττάρων. Ο ιστός που λαμβάνεται συνήθως μπορεί να αξιολογηθεί σε 24-48 ώρες. Εξετάζεται για οιστρογονικούς και προγεστερονικούς υποδοχείς. Αυτοί οι υποδοχείς βοηθάνε στη πρόβλεψη για το αν οι ορμόνες επηρεάζουν την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς είναι πιο πιθανό να ανταποκριθούν και έχουν γενικά καλύτερη πρόγνωση.²⁴

3.3.6 Παρακέντηση σβόλου του μαστού

Η παρακέντηση ενός σβόλου του μαστού γίνεται για διάγνωση καρκίνου του μαστού, όπου λαμβάνονται κύτταρα από ένα σβόλο και εξετάζονται μικροσκοπικά. Επίσης και ως θεραπευτική μέθοδος κύστεων του μαστού, την οποία θα περιγράψουμε παρακάτω στη θεραπεία. Και στις δύο αυτές περιπτώσεις, η διαδικασία γίνεται στο νοσοκομείο με τοπική αναισθησία.

3.3.7 Φλεβογραφία

Ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων. Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, με γενική νάρκωση, ενδομυελικά στο κάτω άκρο του στέρνου. Φυσιολογικά, οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι τους σκιαγραφούνται. Διακοπή της σκιαγράφησης των φλεβών αυτών και ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας είναι ενδεικτικά πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφογα-

γλίων, χωρίς όμως να αποκλείεται και η πιθανότητα της απλής αδενίτιδας. Ακόμα το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη μεταστάσεων.²³

3.3.8 Γαλακτοφορογραφία

Επίσης και αυτή η μέθοδος αποτελεί την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους διαμέσου της θηλής. Με αυτόν τον τρόπο μπορούμε να διαγνώσουμε παραμορφωμένους, διευρημένους ή αποφραγμένους πόρους λόγω πιθανής νεοπλασίας. Η εξέταση πραγματοποιείται αφού πρώτα έχει προηγηθεί κυτταρολογική εξέταση υγρού της θηλής.³

3.3.9 Αξονική τομογραφία

Έχει την ικανότητα να αποκαλύψει ορισμένους καρκίνους του μαστού, που δεν γίνονται αντιληπτοί με άλλη μέθοδο. Επιτρέπει την απεικόνιση τόσο των μασχालιαίων όσο και των έσω μαστικών αδένων. Έχουν απεικονισθεί όγκοι 2 mm, αλλά η κύρια συμβολή της αξονικής τομογραφίας είναι στους πυκνούς μαστούς, όπου η μαστογραφία δεν είναι διαφωτιστική, και σε μικρού μεγέθους καρκίνους που δεν ανιχνεύονται ούτε κλινικά ούτε μαστογραφικά.²²

3.3.10 Σπινθηρογράφημα

Σε αυτή την εξέταση χρησιμοποιούνται ραδιενεργά ισότοπα τα οποία όταν μπουν στον οργανισμό έχουν τις ίδιες χημικές αντιδράσεις και μεταβολικές διαδικασίες με σταθερά στοιχεία. Ο παθολογικός ιστός παρουσιάζει άλλη εικόνα στον απαριθμητή των σπινθηρισμών επειδή το ραδιοϊσότοπο μεταβολίζεται διαφορετικά από τον ιστό αυτό.²⁷

3.3.11 Κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου

Γίνεται από την έκκριση του μαζικού αδένου. Κάτω από το μικροσκόπιο τα κύτταρα μπορεί να έχουν φυσιολογική ή αναπλαστική εικόνα. Η όψη των κυττάρων ταξινομείται σε πέντε κλίμακες:

Class I - φυσιολογικά

Class II – μάλλον φυσιολογικά

Class III – αμφίβολα (πιθανόν να είναι κακοήθη)

Class IV – μάλλον κακοήθη

Class V – κακοήθη

Η εξέταση επαναλαμβάνεται αν τα κύτταρα βρέθηκαν να ανήκουν στην Class III. Αν βρεθεί ότι τα κύτταρα ανήκουν στην Class IV ο εξεταζόμενος πρέπει να κάνει βιοψία για καλύτερη αξιολόγηση της ασθενούς.²⁵

4 Κεφάλαιο

4.1 Γενική επισκόπηση καρκίνου του μαστού

Όσο σημαντική είναι η αξία ενός καλού ιστορικού άλλο τόσο σημαντική είναι για την πρώιμη διάγνωση της νόσου και μια καλή κλινική εξέταση. Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση.³

Πρέπει να ζητείται από την ασθενή να παίρνει εκ περιτροπής κάθε μια από τις ακόλουθες θέσεις:

1. τα χέρια να ακουμπούν στα γόνατα ούτως ώστε οι θωρακικοί μύες να χαλαρώνουν

2. τα χέρια να τοποθετούνται στη μέση εξασφαλίζοντας σύσπαση των θωρακικών μυών

3. οι βραχίονες να υψώνονται πάνω από το κεφάλι τεντώνοντας τους θωρακικούς μύες, καθώς επίσης και το δέρμα που περιβάλλει το μαστό και προστατώνω

4. η ασθενής να κλίνει (σκύβει) προς τα εμπρός, έτσι ώστε οι μαστοί να αιωρούνται

5. τελικά οι μαστοί εξετάζονται, ενώ η ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση, με την υπό εξέταση πλευρά ανυψούμενη με ένα μαξιλάρι και με τα χέρια της παράλληλα προς τον κορμό ή πάνω από το κεφάλι.²⁸

Με την επισκόπηση, που γίνεται κάτω από άπλετο φωτισμό, κατατοπιζόμαστε σχετικά με τα γενικά χαρακτηριστικά των μαστών, αν δηλαδή οι μαστοί είναι μικροί και παρθενικοί ή μητρικοί και λιπώδεις.

Συμβαίνει, μερικές φορές, αυτά τα χαρακτηριστικά να μας βοηθήνε στη διάγνωση, γιατί έχει παρατηρηθεί πως οι μικροί μαστοί πάσχουν συχνότερα από μασταλγία και ιναδενώματα, ενώ οι μεγάλοι και λιπώδεις από ινοκυστική μαστοπάθεια, θηλώματα και καρκίνο. Συγκεκριμένα εξετάζουμε τα εξής σημεία:⁶

α)Περίμετρος, αυτή εξετάζεται παρακολουθώντας την από την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή ως εκεί που εξαφανίζεται, στη μέση γραμμή. Ανωμαλίες ή διογκώσεις στην περίμετρο του μαστού, πολλές φορές αποκαλύπτουν τη θέση της βλάβης.

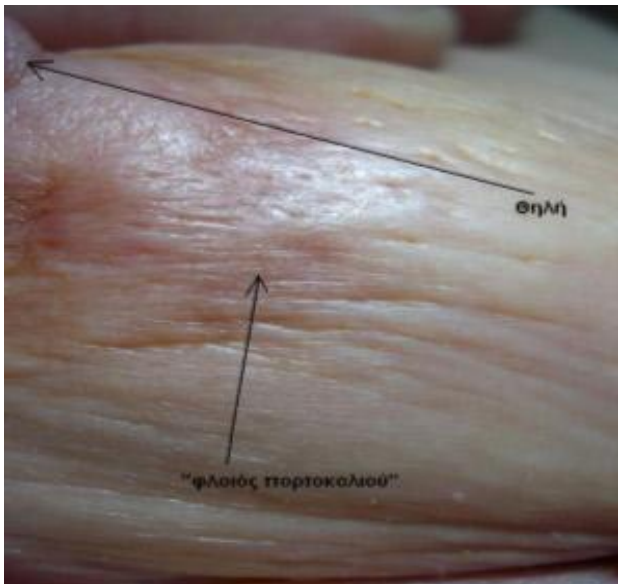
β)Δυσαναλογία, αυτή καμία φορά παρατηρείται μεταξύ των δύο μαστών και οφείλεται σε ανωμαλία της ανάπτυξης. Δεν πρέπει να μας ανησυχεί. Συμβα-

ίνει δηλαδή ο ένας μαστός, και συχνότερα ο αριστερός, να είναι μεγαλύτερος από τον άλλο, αλλά και οι δύο μαζί να είναι συμμετρικοί.

γ) Δέρμα, εξετάζεται προσεκτικά για την ανεύρεση ερυθρότητας ή οιδήματος ή διευρυσμένων λεβών ή αγγειωμάτων ή σπιλών, υπερτερατώσεων, τελαγγειεκτασιών, χειλοειδών, δοθινηών κ.τ.λ.

δ) Υποδόριες φλέβες, αυτές είναι δυνατόν να διαγράφονται διευρυμένες από αυξημένη παραγωγή αίματος, όταν το νεόπλασμα καλοήθες ή κακόηθες αναπτύσσεται γρήγορα.²⁷

ε) Ερυθρότητα δέρματος, αυτή κι η αύξηση της θερμοκρασίας, παρατηρούνται σε οξείες και χρόνιες φλεγμονές του μαστού και σε νεοπλασίες του, όπως σε φλεγμονώδη τύπο καρκίνου. Παρατηρείται επίσης στη γαλακτοφορεκτασία, όταν το υλικό, που βρίσκεται μέσα στους πόρους, περνάει στο μαστικό ιστό.



στ) Οίδημα, αυτό προκαλείται ύστερα από έμφραξη υποδόριων λεμφαγγείων, τόσο σε φλεγμονές του μαστού και της μασχάλης όσο και σε προχωρημένο καρκίνο. Η λέμφος τότε συσσωρεύεται μέσα στο δέρμα, κάνει αυτό πολύ παχύτερο και προκαλεί ανώμαλες εμβαθύνσεις στα στόμια των υποδόριων αδένων που κάνουν το μαστό να παίρνει την όψη φλοιού πορτοκαλιού.

Εικόνα 3 . Καρκίνος μαστού που διηθεί το δέρμα. Το δέρμα κοκκινίζει, αγγριεύει λίγο και μοιάζει με φλούδα πορτοκαλιού.

ζ) Θηλή - θηλαία άλως, αυτές παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην επισκόπηση των μαστών. Η θηλή, λόγω βλάβης που βρίσκεται κάτω από αυτήν και μέσα στο μαστικό αδένα, παίρνει διάφορες μορφές. Έτσι γίνεται εισέχουσα, εγκολεασθείσα, ομφαλωτή, συρρικνωθείσα. Άλλες φορές ο άξονας της εκτρέπεται από εισολκή αυτής ή της θηλαίας άλως.²⁹

4.2 Στάδια του Καρκίνου

Σταδιοποίηση είναι η διαδικασία ανεύρεσης του βαθμού διασποράς του καρκίνου. Είναι ένας τρόπος για να καθοριστεί η έκταση του όγκου, το μέγεθος και ο βαθμός ανάπτυξής του. Προφανώς όταν ένας όγκος βρεθεί μόνο σε ένα σημείο, σημαίνει ότι βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο. Αν διαπιστωθεί ότι έχει εξαπλωθεί σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος σημαίνει ότι βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο. Πρόκειται για μια τυποποιημένη μέθοδο που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τον καρκίνο με γενικότερους όρους, να καθορίσει τον τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης και να εκτιμήσει την πρόγνωση της ασθενούς.³⁰

Η πιο αποδεκτή σταδιοποίηση για τον Ca μαστού είναι η Tumor-Nodes-Metastasis (TNM) σταδιοποίηση σύμφωνα με την Αμερικανική Επιτροπή Σταδιοποίησης Καρκίνου (ACS 2005). Με αυτό το σύστημα κάθε όγκος χαρακτηρίζεται από έναν κωδικό που αποτελείται από ένα γράμμα και έναν αριθμό. Το γράμμα T δηλώνει το μέγεθος του όγκου, το N, το βαθμό διασποράς του στους λεμφαδένες και το M την παρουσία μετάστασης. Σε κάθε γράμμα προστίθεται και ένας αριθμός που δείχνει το βαθμό του μεγέθους και της διασποράς.³¹

T: προέρχεται από τη λέξη Tumor που σημαίνει όγκος. Συνοδεύεται από τους αριθμούς 0-4, περιγράφοντας το μέγεθος και τη διασπορά του όγκου στα όρια του μαστού ή τα παρακείμενα όργανα.¹⁰

N: προέρχεται από τη λέξη Nodes που σημαίνει λεμφαδένες. Συνοδεύεται από τους αριθμούς 0-3, περιγράφοντας τον αριθμό και είδος των λεμφαδένων που περιπλέκονται, δηλαδή αφορά μεταστάσεις στους περιχορικούς λεμφαδένες.

M: προέρχεται από τη λέξη Metastasis που σημαίνει μετάσταση. Συνοδεύεται από τους αριθμούς 0-1, περιγράφοντας τη διασπορά του καρκίνου με απομακρυσμένα όργανα π.χ. οστά, πνεύμονες.³²

Για τον καρκίνο μαστού πιο συγκεκριμένα υπάρχει η ακόλουθη κλινική σταδιοποίηση:

T0= καμία ένδειξη για πρωτοπαθή όγκο, δηλαδή δεν διαπιστώνεται όγκος.

Tis= όγκος χωρίς τραυματισμό των παρακείμενων ιστών (καρκίνωμα in situ)
ή M. Paget

της θηλής χωρίς όγκο.

T1= όγκος διαμέτρου 2 cm

T1a= ο όγκος είναι διαμέτρου μέχρι 0,5 cm

T1b = ο όγκος έχει διάμετρο μέχρι 1 cm

T1c= ο όγκος έχει διάμετρο μέχρι 2 cm

T2= όγκος διαμέτρου μεταξύ 2 και 5 cm

T3= όγκος διαμέτρου πλέον των 5 cm

T4= ο όγκος (σε οποιοδήποτε μέγεθος) επεκτείνεται στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα

T4a= στο θωρακικό τοίχωμα

T4b= οίδημα δέρματος, εξέλκωση, δορυφόρα οζίδια

T4c= φλεγμονώδες καρκίνωμα³³

Σημείωση:

α. η νόσος Paget συνδυασμένη με όγκο σταδιοποιείται ανάλογα με το μέγεθος του όγκου.

β. επί πολλαπλών όγκων ο όγκος σταδιοποιείται με τον μεγαλύτερο όγκο.

γ. έλξη του δέρματος δεν επηρεάζει τη σταδιοποίηση.

δ. αμφοτερόπλευρος καρκίνος σταδιοποιείται χωριστά.

N0= οι λεμφαδένες της σύστοιχης πλευράς είναι ελεύθεροι από καρκινικά κύτταρα, δηλαδή μη ψηλαφητοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες

N1= ένας ή περισσότεροι λεμφαδένες είναι κατειλημμένοι από καρκινικά κύτταρα, αλλά οι λεμφαδένες δεν είναι μεταξύ τους προσκολλημένοι, δηλαδή υπάρχουν κινητοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες

N2= τουλάχιστον δύο λεμφαδένες περιέχουν καρκινικά κύτταρα, οι λεμφαδένες είναι μεταξύ τους κολλημένοι

N3= λεμφαδένες έσω μαστικής

M0= καμία μετάσταση

M1= διαπιστωμένες μεταστάσεις.¹⁸

4.3 Τύποι καρκινωμάτων

Το 80% των καρκινωμάτων είναι διηθητικά από τους γαλακτοφόρους πόρους και το 20% αφορά άλλα καρκινώματα. Πιο συγκεκριμένα, στους 100 καρκίνους του μαστού που θα συναντήσουμε, η συχνότητα είναι η εξής:

Διηθητικά καρκινώματα των γαλακτοφόρων οδών	52
συνδυασμένα με άλλα καρκινώματα	29
Λοβιακά καρκινώματα	5
Μυελοειδή καρκινώματα	6

Βλεννώδη καρκινώματα	2,5
Νόσος Paget	2
Άλλοι τύποι καρκινωμάτων	3,5

Ιστογενετικά, τα καρκινώματα διακρίνονται, στα μη διηθητικά (λοβιακό ή ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα in situ και ενδοσωληνώδες καρκίνωμα in situ), στα διηθητικά (λοβιακό διηθητικό και ενδοσωληνώδες διηθητικό καρκίνωμα ή καρκίνωμα των πόρων) και στα ακαθόριστης ιστογενετικής προέλευσης (φλεγμονώδες, μεταπλασματικό, καρκινοσάρκωμα και καρκινοειδές).

Άλλα συνήθη καρκινώματα είναι το μυελώδες καρκίνωμα, το βλεννώδες καρκίνωμα και το σωληνώδες καρκίνωμα.²⁷

Υπάρχουν και σπάνια καρκινώματα όπως: Νόσος του Paget, θηλώδες καρκίνωμα, ενδοκυστικό θηλώδες καρκίνωμα, λιποεκκριτικό καρκίνωμα, καρκίνωμα από αποκκρινείς αδένες, αδενοκυστικό καρκίνωμα και μεταστατικό καρκίνωμα.²

5 Κεφάλαιο

Ειδικές περιπτώσεις καρκίνου του μαστού

5.1 Καρκίνος του μαστού και εγκυμοσύνη

Περίπου το 1-3% των καρκίνων του μαστού γίνεται η διάγνωση κατά την διάρκεια της κυήσεως ή της περιόδου του θηλασμού. Η πάθηση υφίσταται κάτω από ιδιαίτερους κανόνες:

Οι μεταβολές του μαστού κατά την διάρκεια της κυήσεως δύσκολα επιτρέπουν τη διάγνωση ενός απομονωμένου όγκου. Το υψηλό επίπεδο ορμονών (οιστρογόνων) κατά την διάρκεια της κυήσεως μπορεί να ευνοεί την ανάπτυξη του όγκου.

Για τους λόγους αυτούς τίθεται η διάγνωση του καρκίνου του μαστού κατά την διάρκεια της κυήσεως ή του θηλασμού πολύ αργά. Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι η ίδια όπως και στην μη έγκυο γυναίκα. Επίσης η θεραπεία του ΚΜ με εγχείρηση ή ακτινοθεραπεία είναι δυνατή ακόμη και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μια κυτταροστατική θεραπεία αντιθέτως είναι αμφισβητούμενη, διότι κατά το πρώτο τρίμηνο της κυήσεως είναι υπαρκτός ένας αυξημένος κίνδυνος διαμαρτιών του παιδιού. Σύμφωνα με μελέτες της Αγγλίας δεν υπάρχει διαφορά στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού των γυναικών που λαμβάνουν ανασταλτικά ωοθυλακιορρηξίας σε σύγκριση των γυναικών που δεν λαμβάνουν. Αντιθέτως μία κανονική λήψη αντισυλληπτικών δισκίων μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού.

Μετά την θεραπεία του ΚΜ θα πρέπει να παραιτηθεί η γυναίκα από μια προστασία μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με ανασταλτικά ωοθυλακιορρηξίας λόγω των ορμονών.³³

5.2 Καρκίνος του μαστού στους άνδρες

Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες είναι σπάνιος. Συνήθως η νόσος αποκαλύπτεται όταν ο καρκίνος είναι προχωρημένος. Εμφανίζεται μια στις 150 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού στους άνδρες ηλικίας περίπου 60 χρονών. Το στάδιο III της νόσου αποτελεί αυξημένη συχνότητα, διότι ο όγκος προσβάλλει το δέρμα.

Θεραπεία εκλογής έχει εφαρμοσθεί η απλή και η ριζική μαστεκτομή. Συχνά πρέπει να τοποθετηθεί δερματικό μόσχευμα. Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται συχνά μετεγχειρητικά για να μειωθεί ο κίνδυνος τοπικής υποτροπής. Ορισμένες φορές ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες αντιμετωπίζεται με χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία λόγω ότι συχνά έχουν προσβληθεί οι γειτονικοί λεμφαδένες και επειδή η συμπληρωματική χημειοθεραπεία έχει καλά αποτελέσματα όπως και στις γυναίκες.

Ελέγχονται οι ορμονικοί υποδοχείς στους ασθενείς αν και οι περισσότεροι ΚΜ στους άνδρες έχουν θετικούς οιστρογονικούς υποδοχείς και ανταποκρίνονται στους ορμονικούς χειρισμούς, κυρίως με *tamoxifen*.

Η πρόγνωση του ΚΜ των ανδρών ίσως σχετίζεται με την καθυστέρηση της θεραπείας (έως 10 μήνες), το οποίο μπορεί να οφείλεται στην ελλιπή ευαισθησία του κοινού και των γιατρών ως προς την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.³⁴

6 Κεφάλαιο

6.1 Θεραπεία Καρκίνου του Μαστού

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει τη χειρουργική θεραπεία, τη χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία. Κάθε θεραπευτικός χειρισμός έχει δύο στόχους:

1. να εξαλείψει την τοπική νόσο και τις πιθανότητες τοπικής υποτροπής και
2. να προφυλάξει ή να θεραπεύσει τη συστηματική επέκταση της νόσου (μεταστάσεις). Για την επιλογή της πιο κατάλληλης μορφής θεραπείας ο ιατρός πρέπει να γνωρίζει το κλινικό στάδιο της νόσου, τον ιστολογικό τύπο του νεοπλασματος και την ορμονική δραστηριότητα τόσο της γυναίκας (πριν ή μετά την εμμηνόπαυση) όσο και του όγκου (ύπαρξη ή μη υποδοχέων στα καρκινικά κύτταρα).¹⁴

6.1.1 Χειρουργική θεραπεία

Ένας καρκίνος του μαστού μπορεί να προέρχεται μόνο από τον μαστικό αδένα.

Για το λόγο αυτό είναι η αφαίρεση του μαστικού αδένα ο αποκλειστικός σκοπός μας σε κάθε εγχείρηση καρκίνου του μαστού. Ο επιστημονικός όρος επί του προκειμένου είναι η λέξη «μαστεκτομή» (από τα ελληνικά) ή «Ablatio mammae» (από τα λατινικά).

Τα σημερινά δεδομένα των εγχειρήσεων μαστεκτομής επεκτείνονται σε τρεις βασικές επεμβάσεις. Σε όλες τις επεμβάσεις διενεργείται η αφαίρεση του μαστικού αδένα με τον περίξ αυτού λιπώδη και συνδετικό ιστό. Επιπλέον, αφαιρούνται η θηλή του μαστού και οι λεμφαδένες της μασχαλιαίας κοιλότητας. Η αναγκαιότητα για την αφαίρεση της θηλής του μαστού προκύπτει από την ανατομική της σχέση:

Στην θηλή του μαστού εκβάλλουν όλοι οι γαλακτοφόροι πόροι. Κάθε τμήμα ιστών, το οποίο μέσα στον μαστικό αδένα είναι ελεύθερο, καταλήγει αναντίρρητα στην θηλή του μαστού. Επειδή ο καρκίνος δημιουργείται στον μαστικό αδένα, μπορούν να καταλήγουν καρκινικά κύτταρα, μέσω των γαλακτοφόρων πόρων, απ' ευθείας στη θηλή του μαστού. Για τον λόγο αυτό αποτελεί η θηλή του μαστού σε καρκίνο του μαστού το τμήμα με το μεγαλύτερο κίνδυνο.³³

Ριζική μαστεκτομή: εξαιρείται ολόκληρος ο μαστός, ο μείζων και ο ελάσσων θωρακικός μυς και αφαιρούνται οι λεμφαδένες της έσω μαστικής. Εφαρμόζεται σπάνια και έχει λίαν περιορισμένες ενδείξεις. Η κύρια επιπλοκή της είναι το οίδημα του σύστοιχου άνω άκρου.³⁵

Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (κατά Patey): Σε αυτήν την ολιγότερο ριζική μαστεκτομή δεν αφαιρείται ο μείζων θωρακικός μυς και επιλέγεται μία οριζόντια τομή. Η αφαίρεση του μαστικού αδένος, του ελάσσονος θωρακικού μυός και ο πλήρης λεμφαδενικός καθαρισμός I, II και III επιπέδου της μασχαλιαίας κοιλότητας διενεργείται όπως και κατά την ριζική μαστεκτομή.

Με τη διατήρηση του μείζονος θωρακικού μυός γίνεται το είδος αυτό της εγχειρήσεως ολιγότερο επιβαρυντικό για την ασθενή και ο θώρακας διατηρεί μια καλύτερη περίμετρο. Η αφαίρεση του ελάσσονος θωρακικού μυός δεν έχει δυσμενείς επιπτώσεις για την κινητικότητα του σύστοιχου βραχίονα.²²

Απλή μαστεκτομή: αφαιρείται μόνο ο μαστικός αδένος, η επιδερμίδα που ερχόταν σε επαφή με τον όγκο χωρίς να θιγεί ο θωρακικός μυς και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Μειονέκτημα αποτελεί το ότι μόνη η κλινική εξέταση δεν μπορεί να αποκλείσει τη πιθανή διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Η απλή μαστεκτομή από πολλούς συνδυάζεται με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.^{35 36}

Μερική μαστεκτομή: Όταν ο όγκος είναι μεγαλύτερος, αντιμετωπίζεται με μερική μαστεκτομή (ή εκτομή τεταρτημορίου)., κατά την οποία αφαιρείται περίπου ένα τέταρτο από τον ιστό του μαστού. Η μερική μαστεκτομή, η ογκεκτομή, η ευρεία εκτομή, η τμηματική μαστεκτομή και η τετάρτη μοριεκτομή, αποτελούν όλες ονόματα αυτού του τύπου εγχείρησης και χρησιμοποιούνται ουσιαστικά ως συνώνυμα. Εκτός της τετάρτημοριεκτομής, κανείς από τους παραπάνω όρους δεν υποδηλώνει το ποσό του αφαιρεμένου ιστού. Στη μερική μαστεκτομή, το αφαιρούμενο μέρος μπορεί να αναφέρεται στο 1% ή στο 50% του μαστικού ιστού. Η ογκεκτομή εξαρτάται από το μέγεθος του όζου. Η ευρεία εκτομή απλώς μας πληροφορεί ότι θα απομακρυνθεί ιστός γύρο από τον όζο. Η τμηματική μοιάζει να υπονοεί ότι ο ιστός αποτελείται από μικρά τμήματα.

Για την εφαρμογή της μερικής μαστεκτομής υπάρχουν ορισμένες αντενδείξεις οι οποίες είναι:

Απώλεια της αισθητικότητας, μετά τη μερική μαστεκτομή, η οποία εξαρτάται από το μέγεθος του αφαιρούμενου όζου.²⁶

6.1.2 Πιθανότητα αιματώματος ή φλεγμονής.

Διαφορά μεγέθους και σχήματος, σε σύγκριση με πριν. Είναι πιθανών να φαίνεται ο μαστός κάπως διαφορετικός. Η ασυμμετρία αυτή δεν διορθώνεται, διότι δεν μπορεί να τοποθετηθεί ένθεμα σιλικόνης στον μικρότερο μαστό για να τον μεγεθύνετε, μια τέτοια ενέργεια θα μείωνε την ικανότητα να παρακολουθήσετε το μαστό για τυχόν υποτροπή του καρκίνου.²⁶

Αφαίρεση των λεμφαδένων: Η πραγματική απειλή σε έναν καρκίνο προέρχεται από τον κίνδυνο των μεταστάσεων. Με τον όρο αυτό αντιλαμβάνεται κανείς την εγκατάσταση καρκινικών κυττάρων σε άλλη θέση του σώματος μέσω της λεμφικής οδού ή των αιμοφόρων αγγείων. Αυτός ο κίνδυνος αυξάνει με την ανάπτυξη του όγκου σε μέγεθος, διότι το αναπτυσσόμενο καρκίνωμα μπορεί να διηθήσει τα λεμφικά και αιμοφόρα αγγεία.

Με τη διάβρωση τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να εισχωρήσουν στα αγγεία και να προκαλέσουν μεταστάσεις. Τα καρκινώματα εμφανίζουν μεταστάσεις πρωτογενώς με τη λεμφική οδό, δηλαδή τα καρκινώματα διαβρώνουν αρχικά τα λεμφαγγεία. Μέσω των λεμφαγγείων φθάνουν τα καρκινικά κύτταρα στα λεμφογάγγλια, όπου τα κύτταρα κατακρατούνται, δηλαδή στο σημείο αυτό τα λεμφαγγεία «φιλτράρονται» από τα καρκινικά κύτταρα.³³

Για δύο λόγους η αφαίρεση των λεμφογαγγλίων αποτελεί το σημαντικό στοιχείο κάθε εγχείρησης του μαστού:

Τα λεμφογάγγλια μπορούν να είναι προσβεβλημένα από καρκινικά κύτταρα. Με την αφαίρεση αυτών παρεμποδίζεται ο κίνδυνος μιας περαιτέρω ανάπτυξης ενός των λεμφαδένων και μειώνεται η δυνατότητα μιας γενικής διασποράς των καρκινικών κυττάρων.

Η γνώση μιας ενδεχόμενης καρκινικής προσβολής των λεμφογαγγλίων παριστάνει ένα σημαντικό στοιχείο για την αξιολόγηση της παθήσεως και για την απόφαση σχετικά με μία περαιτέρω θεραπεία.

Τα αφαιρούμενα κατά τις διάφορους μεθόδους εγχειρήσεις λεμφογάγγλια ταξινομεί ο χειρουργός σε τρία επίπεδα:

Επίπεδο I: Λεμφαδένες στο έξω τμήματος μασχαλιαίας κοιλότητας.

Επίπεδο II: Λεμφαδένες στο έσω τμήμα της μασχαλιαίας κοιλότητας κάτω από τον ελάχιστο θωρακικό μυ.

Επίπεδο III: Λεμφαδένες στην υποκλείδια χώρα.²⁹³³

6.2 Χημειοθεραπεία

Αποτελεί μία επίπονη αγωγή, λόγω της μακράς διάρκειας, των συχνών επιπλοκών και της αυξημένης νοσηρότητας. Πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα και να γίνεται προσπάθεια να εφαρμοσθεί το 100% της δόσεως των φαρμάκων προκειμένου να υπάρξει επιθυμητό αποτέλεσμα.

Η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται σε προχωρημένα νεοπλάσματα του μαστού και όταν δεν έχει δράσει ή έχει παύσει να δρα η ορμονοθεραπεία, έχει χρησιμοποιηθεί σε περιορισμένη όμως κλίμακα και προεγχειρητικά με σκοπό να περιορίσει την εξάπλωση του όγκου κατά την εγχείρηση και να καταστήσει εγχειρήσιμους ορισμένους ανεγχείρητους όγκους.

Η σωστή επιλογή της οδού χορήγησης, μπορεί να συμβάλλει στο καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, όταν με αυτή εξασφαλίζεται υψηλή συγκέντρωση του φαρμάκου στον ιστό ή στους ιστούς που νοσούν.³⁰

Ανάλογα με τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται διακρίνεται σε χημειοθεραπεία *πρώτης γραμμής* με αντιπροσωπευτικότερο σχήμα το συνδυασμό κυκλοφωσφαμίδης, μεθοτρεξάτης και φλουοροουρασίλης, χημειοθεραπεία *δεύτερης γραμμής* όπου η μεθοτρεξάτη αντικαθίσταται από ανθρακυκλίνη και τη χημειοθεραπεία *τρίτης γραμμής* με νεότερα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, το σημαντικότερο των οποίων είναι οι ταξάνες. Χορηγείται συνήθως σε 6 κύκλους σε απόσταση 3 εβδομάδων μεταξύ τους. Η χορήγηση διφωσφονικών ενώσεων ενδοφλεβίως καθυστερεί την εμφάνιση συστηματικών και ειδικότερα οστικών μεταστάσεων.³⁷

6.3 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί καθιερωμένο είδος θεραπείας μετά την αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου και των λεμφαδένων. Άλλη ένδειξη της ακτινοβολίας ως αρχικής θεραπείας είναι η ακτινοθεραπεία του θωρακικού τοιχώματος έπειτα από μαστεκτομή. Αυτό μπορεί να είναι αν κατά την επέμβαση ή μετά την εξέταση των ιστών διαπιστωθεί ότι ο όγκος έχει προσβάλλει το δέρμα ή τους μύες του θωρακικού τοιχώματος, πράγμα που συμβαίνει αν ο όγκος είναι πολύ μεγάλος ή αν έχουν προσβληθεί πολλοί λεμφαδένες. Η εφαρμογή της στηρίζεται στην υπόθεση ότι ενδέχεται να υπάρχουν μετά την επέμβαση κρυμμένα καρκινικά κύτταρα στο θωρακικό τοίχωμα ή στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, τα οποία καταστρέφονται αποτελεσματικά με την ακτινοβολία. Πλην του θωρακι-

κού τοιχώματος ορισμένες φορές ακτινοβολούνται οι λεμφαδένες της μασχαλιαίας χώρας πάνω από την κλείδα (υπερκλείδιοι λεμφαδένες).³³

Στις ασθενείς στις οποίες αναπτύσσεται αργότερα υποτροπή της νόσου στο θωρακικό τοίχωμα, συχνά εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία ευρείας έκτασης αν δεν έχει ακτινοβληθεί προηγουμένως η περιοχή, ώστε να καταστραφούν τα καρκινικά κύτταρα που ενδεχομένως υπάρχουν στη γύρω περιοχή. Έτσι στις εντοπισμένες υποτροπές επιτυγχάνεται μόνιμος έλεγχος της νόσου περίπου στις μισές ασθενείς.¹⁸

Η ακτινοβολία χορηγείται καθημερινά, πέντε ημέρες την εβδομάδα και επί έξι εβδομάδες περίπου. Συνήθως χρησιμοποιείται η εξωτερική ακτινοβολία σε ολόκληρο το μαστό και ορισμένες φορές χορηγείται αναμνηστική συμπληρωματική δόση ακτινοβολίας με χειρουργική εμφύτευση ραδιενεργών κόκκων απευθείας μέσα στον όγκο (βραχυθεραπεία). Με την ακτινοθεραπεία δεν αυξάνεται ο κίνδυνος να αναπτυχθεί και η δεύτερη κακοήθεια ή καρκίνος του άλλου μαστού.

Η ακτινοβολία χρησιμοποιείται συχνά σε μεταστατική νόσο τόσο για να μικρύνει τον όγκο όσο και για να ανακουφίσει από τα τοπικά συμπτώματα, όπως ο πόνος ή αίσθημα πίεσης. Αν υπάρξει μεταστατική εστία σε κάποιο οστόν που φέρει βάρος, λόγω χάρη στο πόδι, μπορεί να επέλθει κάταγμα με πολύ μικρή κάκωση (παθολογικό κάταγμα). Στις περιοχές αυτές χορηγείται συνήθως ακτινοβολία για να επιβληθεί η επούλωση του οστού, να ελαττωθεί ο πόνος και να ελεγχθεί η τοπική επέκταση της νόσου.

Αν η οπτική βλάβη είναι εκτεταμένη υπάρχει αυξημένος κίνδυνος παθολογικών καταγμάτων για μερικούς μήνες μέχρις ότου ολοκληρωθεί η ακτινοθεραπεία και η επούλωση. Αν υπάρχει πόνος στην περιοχή της σπονδυλικής στήλης οι σπονδυλικές βλάβες που φαίνονται στο σπινθηρογράφημα ή στις ακτινογραφίες πρέπει να διερευνώνται αμέσως. Αν υπάρχει μεταστατικός όγκος π, υπάρχει κίνδυνος κατάγματος των σπονδύλων από συμπίεση (ακόμα και με το απλό βάδισμα).³²

Συχνά ο πόνος οφείλεται σε πίεση των νεύρων από τον όγκο, και τότε η ακτινοβολία βοηθάει στην ανακούφιση από τον πόνο μειώνοντας το μέγεθος του όγκου. Όπως συμβαίνει και σε άλλους τύπους καρκίνου, η δόση της χορηγούμενης ακτινοβολίας σε ορισμένες περιοχές είναι μικρή, λόγω της περιορισμένης ανοχής των φυσιολογικών ιστών.

Πολλές από τις ανεπιθύμητες ενέργειες των ακτινοβολιών έχουν πέρα από το βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό σκέλος. Μία από τις συχνές παρενέργειες η ναυτία και ο εμετός επιβαρύνουν πολύ έντονα τη ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς. Η ναυτία και οι εμετοί είναι από τις πιο συχνές αιτιάσεις, δεν οφείλονται πάντα στις ακτινοβολίες, ιδιαίτερα μετά τη συμπλήρωση της θεραπείας, και σ' αυτό επικαλείται η προσοχή μας.

Πρόβλημα, κύρια αισθητικό, παραμένει η υπερχρώση και οι τηλαγγειακτεσί-ες, καθώς και σε ατροφικές αλλοιώσεις του δέρματος που ακολουθούν την ακτινοθεραπεία και φυσικά το δυσίατα εγκαύματα που παρουσιάζονται σε ορισμένες περιπτώσεις.¹⁸

6.3.1 Νεότερες τεχνικές στην ακτινοθεραπεία του μαστού

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει προσπάθεια περαιτέρω τροποποίησης των τεχνικών της ακτινοθεραπείας για τη διευκόλυνση της ασθενούς. Μείωση της διάρκειας της θεραπείας από 5 έως 6 εβδομάδες σε 3 έως 4 εβδομάδες. Χορηγείται μεγαλύτερη ημερήσια δόση ακτινοβολίας σε όλο τον μαστό έτσι ώστε να μειωθεί η διάρκεια της θεραπείας. Κλινικές μελέτες από τον Καναδά και τη Μεγάλη Βρετανία έδειξαν ότι αυτά τα σχήματα της ακτινοθεραπείας είναι καλώς ανεκτά με καλό αισθητικό αποτέλεσμα. Θα θέλαμε να διατηρήσουμε την επιφύλαξη διότι η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, ειδικότερα στον μαστό, γίνεται μετά από παρέλευση ετών και γι' αυτό πιστεύουμε ότι είναι καλύτερα η τροποποίηση αυτή να γίνεται στο πλαίσιο κλινικών μελετών με μακρόχρονη παρακολούθηση.

Η μερική ακτινοβόληση του μαστού είναι μια άλλη μέθοδος. Η ακτινοθεραπεία χορηγείται μόνο στην περιοχή όπου ευρίσκεται ο όγκος και όχι σε όλο τον μαστό. Η επιλογή των ασθενών για αυτό το είδος της θεραπείας είναι αυστηρή και μόνο περιορισμένος αριθμός ασθενών με ιδιαίτερα καλώς προγνωστικούς παράγοντες ή μεγάλης ηλικίας μπορεί να υποβληθεί σε αυτή τη μορφή θεραπείας. Η θεραπεία αυτή μπορεί να γίνει είτε με εξωτερική ακτινοθεραπεία ή με εμφύτευση ραδιενεργών πηγών στην περιοχή.³⁸

Η σύγχρονη αντιμετώπιση των κακοηθών όγκων απαιτεί πλέον μια πολύπλευρη προσέγγιση. Οι συμβαλλόμενες θεραπευτικές μέθοδοι χειρουργική ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία οδηγούν σε αποτελεσματικότερη και το δυνατόν λιγότερο τραυματική αντιμετώπιση της νόσου. Για τον ακτινοθεραπευτή ογ-

κολόγο ο συνδυασμός των θεραπειών συνεπάγεται αθροιστικές παρενέργειες. Έτσι προκύπτει η αναγκαιότητα της ακριβέστερου και πλέον προσεγγμένου προσδιορισμού του ογκικού στόχου, της μεγαλύτερης δυνατής προστασίας των υγιών ιστών. Η αποτελεσματικότητα της ακτινοθεραπείας είναι συνάρτηση της δόσης στον ακτινοβολούμενο όγκο και κατά συνέπεια απαιτεί επίσης ακρίβεια και προσεκτική προσέγγιση. Η ανάπτυξη της τεχνολογίας ώθησε την εξελεγκτική πορεία των απεικονιστικών μεθόδων με αποτέλεσμα η σύμμορφη τεχνική να είναι ρουτίνα στην καθημερινότητα του ακτινοθεραπευτή ογκολόγου.³⁵

Η υπέρθεση και σύντηξη εικόνων CT, MRI, PET-CT δίνει την δυνατότητα ακριβέστερης εντόπισης του ογκικού στόχου και των παρακείμενων δομών καθώς επίσης και της καλύτερης αξιολόγησης της ανταπόκρισης της νόσου. Αυτό οδηγεί σε νέες προκλήσεις για ποιο απαιτητικές και φιλόδοξες θεραπευτικές προσεγγίσεις όπως υψηλότερες δόσεις ακτινοθεραπείας σε συγκεκριμένους στόχους ακόμη και σε στόχους δυσπρόσιτους στις σύμμορφες τεχνικές. Η διαμορφούμενης έντασης ακτινοθεραπεία (IMRT), στερεοτακτική ακτινοχειρουργική (x-Knife, γ-Knife) έχουν μπει στην καθημερινή πράξη. Η πρόκληση της μέγιστης ακρίβειας στη διαδικασία του σχεδιασμού θεραπείας από την τοποθέτηση του ασθενούς, προσδιορισμό του ογκικού στόχου και ευαίσθητων πέριξ ιστών, εκπόνησης του θεραπευτικού σχήματος μέχρι την καταγραφή της κίνησης των οργάνων οδήγησε πέραν των ειδικών τεχνικών και στην ανάπτυξη εξειδικευμένων συστημάτων ελέγχου όπως η δυνατότητα ψηφιακής ανασύστασης προβολών και σε άλλα επίπεδα πέραν των εγκαρσίων τομών (οβελιαία, στεφανιαία, λοξή) MPR multiplanar reconstruction. Η αναγκαιότητα για καθημερινό έλεγχο με σκοπό την ελαχιστοποίηση των μεταβολών στην τοποθέτηση του ασθενούς ώθησαν σε προηγμένα ηλεκτρονικά συστήματα portal imaging που παρέχουν την δυνατότητα άμεσης διόρθωσης on-line πριν από κάθε συνεδρία. Το επόμενο βήμα πέραν της 3D Dimensional ακτινοθεραπείας είναι η Four Dimensional που λαμβάνει υπόψιν επιπλέον την φυσιολογική κίνηση των οργάνων όπως της αναπνοής και της απεικονιστικά κεταευθυνόμενης ακτινοθεραπείας Image-Guided Radiotherapy.³⁹

6.4 Ορμονοθεραπεία

Η ορμονική θεραπεία είναι η αρχαιότερη μετεγχειρητική θεραπεία του καρκίνου του μαστού και χαρακτηρίζεται από ελάχιστες παρενέργειες. Ο μηχανισμός

δράσης της ορμονικής θεραπείας στηρίζεται στην περίπλοκη δράση μεταξύ των καρκινικών ιστών αφ' ενός καθώς επίσης και στις ορμόνες των ωοθηκών, των επινεφριδίων και υποφύσεως αφετέρου.

Κύριος στόχος της ορμονικής θεραπείας είναι η απομόνωση της ορμονικής ενέργειας στον καρκίνο του μαστού. Όπως έχει ήδη εξηγηθεί η ορμόνη των ωοθηκών «οιστρογόνα» σε συνεργασία με άλλους παράγοντες μπορεί να διεγείρει την ανάπτυξη του όγκου. Επίσης τα επινεφρίδια και η υπόφυση μπορούν να ενεργούν στην κατεύθυνση αυτή. Μια ορμονική θεραπεία μπορεί να διεξαχθεί τόσο φαρμακευτικά όσο και χειρουργικά.³³

6.4.1 Ορμονική θεραπεία χειρουργικός

Η αφαίρεση των ωοθηκών το 1896 άνοιξε τον δρόμο της ορμονικής θεραπείας. Με την στέρση της ωοθηκικής ορμόνης «οιστρογόνα» μπόρεσε να επιτευχθεί μία βελτίωση στο ήμισυ των περιπτώσεων. Αργότερα προσετέθησαν και άλλες χειρουργικές δυνατότητες όπως η αφαίρεση των επινεφριδίων και της υποφύσεως, βάσει της οποίας αφαιρέθηκε η επίδραση των ορμονών αυτών στον όγκο. Η χειρουργική μορφή της ορμονικής θεραπείας έχει προεκτομηθεί σημαντικά σε σχέση με την φαρμακευτική αγωγή.³⁶

6.4.2 Ορμονική θεραπεία φαρμακευτικός

Μία ορμονική θεραπεία του καρκίνου του μαστού φαρμακευτικός μετά την κλιμακτήριο είναι περισσότερο επιτυχής, διότι η παραγωγή των ορμονών από μέρος του οργανισμού έχει περατωθεί και η ορμονική θεραπεία χωρίς αλληλεξάρτηση των ορμονών της ωοθήκης μπορεί να δράσει στα καρκινικά κύτταρα.

Κατά την ορμονική θεραπεία σημαντική θέση κατέχει η προγεστερόνη όσον αφορά την ορμονική θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Η ουσία οξεική μεδροξυπρογεστερόνη είναι μια ημισυνθετική προγεστερόνη και της οποίας η δραστηκότητα αυξάνει με αυξανόμενη δράση. Όπως σε κάθε μορφή ορμονοθεραπείας, εξαρτάται επίσης η δραστηκότητα της οξεικής μεδροξυπρογεστερόνης από τους ορμονικούς υποδοχείς. Όταν υπάρχουν θετικοί οιστρογονικοί και προγεστερονικοί υποδοχείς, δρα η ουσία αυτή στο 75% των περιπτώσεων. Θα πρέπει να είναι στο 40% των περιπτώσεων δραστηκή, όταν μία χημειοθεραπεία ή μία άλλη μορφή της ορμονοθεραπείας δεν μπορούσε να επιτύχει κάποια βελτίωση.

Μια συχνή παρενέργεια της οξεικής μεδροξυπρογεστερόνης είναι η αύξηση του σωματικού βάρους.³¹

Άλλοι μεθόδοι ορμονικής θεραπείας που είναι διαθέσιμοι είναι:

1. Tamoxifen (Ταμοξιφαίνη)

Το Tamoxifen έχει χρησιμοποιηθεί για πολλά έτη στην θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Είναι αποτελεσματικό σε όλες τις ηλικίες αλλά είναι αποτελεσματικότερο στους όγκους που είναι πλούσιοι σε δέκτες οιστρογόνων (ER). Το οιστρογόνο, μια από τις θηλυκές ορμόνες, υποκινεί την αύξηση των κυττάρων καρκίνου του μαστού και το Tamoxifen εμποδίζει αυτήν την λειτουργία. Είναι αποτελεσματικό ενάντια στους καρκινικούς όγκους σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος, όχι μόνο το στήθος. Όπως δρα στην εμπόδιση της δράσης των οιστρογόνων, έχει επίσης οφέλη παρόμοια με την θεραπεία αποκατάστασης ορμονών (HRT) συμπεριλαμβανομένης της μείωσης της οστεοπόρωσης και της μείωσης της επίπτωσης των εμφραγμάτων. Το Tamoxifen λαμβάνεται κάθε ημέρα την ίδια ώρα ως μια δόση (20mg).⁴⁰

Οι παρενέργειες μπορούν να περιλαμβάνουν ήπια ναυτία ή μια μικρή μεταλλική γεύση και αυτές μπορούν να αποφευχθούν εάν λαμβάνεται με τροφή ή προ ύπνου. Το Tamoxifen συστήνεται συνήθως για μια πενταετή περίοδο εάν χρησιμοποιείται από μόνο του, αν και πιο πρόσφατα έχει χρησιμοποιηθεί για μικρότερες χρονικές περιόδους (2-3 έτη) και στην συνέχεια δίνονται άλλα φάρμακα όπως: αναστολείς αρωματάσης (anastrozole, letrozole, exemestane). Το Tamoxifen έχει διάφορες πιθανές παρενέργειες που συχνά εμφανίζονται στους προ-εμμηνοπαυσιακούς ασθενείς. Αυτοί μπορεί να έχουν ήπια δυσπεψία, ναυτία, εξάψεις, κοιλικά υγρά ή ξηρότητα. Η έμμηνος ρύση μπορεί να μειωθεί ή να σταματήσει εντελώς. Μπορεί να μειωθεί η ανάπτυξη των μαλλιών και των νυχιών τους. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις μπορεί επίσης να προκαλέσει καρκίνο της μήτρας αλλά αυτό είναι πολύ ασυνήθιστο και θεραπεύσιμο. Αν και το Tamoxifen είναι μια θεραπεία ορμονών δεν αποτελεί ένα αντισυλληπτικό, ακόμα κι αν η περίοδος σταματήσει κατά την θεραπεία.³⁶

2. Ορμονική θεραπεία με Anastrozole (Arimidex), Letrozole (Femara) και Exemestane (Aromasin) γνωστό και σαν Aromatase Inhibitors.

Μια νέα ομάδα ορμονικών φαρμάκων αποκαλούνται αναστολείς αρωματάσης (AI's) είναι τώρα διαθέσιμοι για την θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Εμποδίζουν τη μετατροπή των αρσενικών ορμονών σε θηλυκές ορμόνες στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Δεν λειτουργούν εντούτοις στις προ-

εμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Τα τρέχοντα AI's περιλαμβάνουν anastrozole (Arimidex), letrozole (Femara) και exemestane (Aromasin). Οι πρόσφατες ερευνητικές μελέτες έχουν δείξει ότι αυτά τα φάρμακα είναι το ίδιο αποτελεσματικά όσο το Tamoxifen, αν και Tamoxifen είναι πολύ φτηνότερο.⁴⁰

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητά τους φαίνεται να αυξάνεται σε ορισμένες κλινικές περιπτώσεις. Τρία έτη Letrozole έχουν αποδειχθεί ότι βελτιώνουν σημαντικά την επιβίωση μετά από πενταετή χρήση του Tamoxifen στις γυναίκες με θετικούς λεμφαδένες. Η χρήση του Exemestane για 2-3 έτη έχει αποδείξει ότι αυξάνει σημαντικά την επιβίωση, μετά την χρήση του Tamoxifen για 2-3 έτη. Επιπλέον, η λειτουργία των ωθηκών μπορεί να εμποδιστεί από το φάρμακο (Zoladex) ή με τη χειρουργική αφαίρεση ωθηκών. Στο παρελθόν η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιήθηκε μερικές φορές για να σταματήσει την λειτουργία των ωθηκών αλλά οι παρενέργειες έχουν κάνει τώρα αυτήν την μέθοδο ξεπερασμένη. Όλες αυτές οι θεραπείες ορμονών μειώνουν την πιθανότητα της δημιουργίας όγκων και βελτιώνουν την επιβίωση μετά από τη χειρουργική επέμβαση καρκίνου του μαστού. Επίσης μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου στο άλλο στήθος.³⁷

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

1 Κεφάλαιο

1.1 Νοσηλευτική παρέμβαση στη θεραπεία του Καρκίνου του μαστού

Ο νοσηλευτής αφιερώνει τον περισσότερο χρόνο στον ασθενή και είναι αυτός που βρίσκεται δίπλα του και καλύπτει όλες του τις ανάγκες. Ο ρόλος του είναι πολλαπλός. Επεμβαίνει στην πρόληψη της νόσου, με ενημέρωση του κοινού, επεμβαίνει, στην θεραπεία, από την προετοιμασία των φαρμάκων μέχρι την χορήγηση τους αλλά και στην αναγνώριση των παρενεργειών των φαρμάκων και στην κατάλληλη αντιμετώπιση τους. Είναι παρόν στην ενθάρρυνση του ασθενή για να εξωτερικεύσει τις φοβίες του και τους προβληματισμούς του αλλά και στην υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή. Επίσης ο νοσηλευτής συμμετέχει ενεργά και στην διαδικασία της αποκατάστασης.⁴¹

1.2 Ο Νοσηλευτικός ρόλος στην Πρωτογενή Πρόληψη

Όπως είναι γνωστό, η πρόληψη του καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, δηλαδή την πρωτοβάθμια και την δευτεροβάθμια.³

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 την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Όταν το 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.⁴²

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.⁴²

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 πρώιμης ανίχνευσης του όγκου με διάφορες τεχνικές, υποδεικνύοντας τη στενή σχέση που υπάρχει ανάμεσα στη θνησιμότητα και στην ανίχνευση του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο.⁴³

Η νοσηλεύτρια που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό, πρέπει να εντοπίσει τους παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε μια τέτοια καθυστέρηση. Τέτοιοι παράγοντες είναι:

Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες

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

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

Έλλειψη μόρφωσης

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.⁴¹

Ψυχολογικοί παράγοντες

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.⁴⁴

1.3 Ο Νοσηλευτικός ρόλος στη Δευτερογενή Πρόληψη

Η δευτερογενή πρόληψη έχει σκοπό να εντοπίσει τη νόσο, πριν αυτή εκδηλωθεί με συμπτώματα, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της σε βαριά και ανίατη μορφή. Οικονομικοί και τεχνικοί λόγοι κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, για αυτό ο έλεγχος περιορίζεται στον γυναικείο πληθυσμό υψηλού κινδύνου. Διαλογή (screening) είναι η προκαταρκτική αναγνώριση ασυμπτωματικών νοσημάτων ή ανωμαλιών, με την εφαρμογή κλινικών, παρακλινικών ή εργαστηριακών εξετάσεων που γίνονται εύκολα, γρήγορα και φθηνά. Τα προγράμματα διαλογής βασίζονται στα εξής:

Η ασθένεια έχει συγκεκριμένα και προσδιοριζόμενα χαρακτηριστικά.

Υπάρχουν αποτελεσματικές μέθοδοι και προληπτικές εξετάσεις για την εντόπιση του καρκίνου σε όλες τις φάσεις του.

Το κοινό πρέπει να γνωρίζει και να συμμετέχει στα προγράμματα.

Να είναι δυνατός ο προσδιορισμός πληθυσμού ή ομάδων ασθενών στους οποίους ανιχνεύεται η επίδραση παραγόντων κινδύνου.

Κύριο μέλημα των φορέων που διενεργούν δευτερογενή πρόληψη, είναι η προσέλκυση των υγιών γυναικών για προληπτικό έλεγχο. Χρειάζεται λοιπόν να δημιουργηθούν κίνητρα για αυτό το σκοπό. Απαιτείται η συνεργασία πολλών ατόμων για να ενημερωθεί το κοινό για την χρησιμότητα τέτοιων προγραμμάτων. Η εξέταση του μαστού γίνεται με την βοήθεια των νοσηλευτών αλλά και μηχανημάτων.³ Απαιτείται λοιπόν:

Ολοκληρωμένο οικογενειακό και ατομικό ιστορικό.

Σκοπός της λήψης ιστορικού είναι η συγκέντρωση ορισμένων πληροφοριών για την ασθενή. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι άνετη και ευχάριστη κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και πρέπει να είναι ικανή να καθοδηγεί την ασθενή σ' αυτή τη συλλογή πληροφοριών.⁴²

Κλινική εξέταση (επισκόπηση και ψηλάφηση)

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.²³
- Τη βοηθήσει 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.

- Εξασφαλίσει απόλυτη ησυχία και κατάλληλο φωτισμό.
- Την ενημερώνει για την κλινική εξέταση που θα ακολουθήσει, πώς θα διεξαχθεί.⁴⁵

Αυτοεξέταση του μαστού.

Πολλές γυναίκες αμελούν την αυτοεξέταση του μαστού.

1.4 Νοσηλευτική Φροντίδα

Παρακάτω παρουσιάζονται προβλήματα που συχνά αντιμετωπίζουν οι νοσηλεύτριες όταν έχουν απέναντί τους την ασθενή.

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.⁴⁶

Αξιολόγηση: Η ασθενής είναι ήρεμη, καθησυχασμένη και χωρίς άγχος.

Έλλειψη εμπιστοσύνης σχετικά με τον τρόπο διενέργειας 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.⁴⁷

Αξιολόγηση: Η ασθενής είναι ενήμερη και έχει εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Σεμνοτυφία που οφείλεται στην κλειστή ζωή που έχει μια γυναίκα.

Νοσηλευτική παρέμβαση

Η νοσηλεύτρια πρέπει να δείχνει άνετη και ευχάριστη. Ως γυναίκα κι αυτή 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.⁴⁸

Αξιολόγηση: Η ασθενής έχει καλή επαφή μαζί μας. Συζητά με τον ιατρό και δείχνει ήρεμη.

2 Κεφάλαιο

2.1 Νοσηλευτική φροντίδα στη διάγνωση

Παρά το γεγονός ότι ο καρκίνος του μαστού στις μέρες μας έχει καλύτερη πρόγνωση από άλλα είδη καρκίνου, η διάγνωση του γεμίζει με φόβους και άγχος την ασθενή και η συναισθηματική και ψυχολογική αντίδραση διαφοροποιείται ανάλογα με το άτομο και εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες όπως είναι η χρονική στιγμή της διάγνωσης, η ωριμότητα της γυναίκας και ο τρόπος που αυτή προσαρμόζεται σε καινούργιες καταστάσεις.⁴⁹

Τα πιο συχνά προβλήματα που βιώνουν είναι το άγχος η κατάθλιψη και η ψυχολογική δυσφορία εξ αιτίας των αλλαγών στην εικόνα του σώματος τους και εξ αιτίας των αλλαγών στην σεξουαλικότητα τους.

Έτσι παρουσιάζονται κάποιες καταστάσεις που μπορεί να είναι άμεσες ή μπορεί να μη γίνουν εμφανείς. Αυτές είναι:

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.

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.

Στωική αποδοχή: Η ασθενής απλώς δέχεται τη νόσο και συνεχίζει να ζει μ' αυτήν όπως πριν.⁵⁰

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.

Απελπισία -αίσθημα εγκατάλειψης: Η ασθενής έχει κυριευτεί από τη διάγνωση και, είτε παρουσιάζει συμπτώματα είτε όχι, νιώθει άρρωστη.⁵¹

2.2 Ενημέρωση της ασθενούς για τον Καρκίνο του Μαστού

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

- Να αρχίσει την νοσηλευτική υποστήριξη σχεδόν αμέσως μετά την διάγνωση ή την χειρουργική επέμβαση.

- Να εξασφαλίσει θετικό κλίμα μεταξύ ασθενή-νοσηλευτή έτσι ώστε να ευνοείται ο διάλογος.
- Να την ενημερώνει για τις συχνές συναισθηματικές αντιδράσεις που πιθανόν να της δημιουργήσει η ασθένεια ,βοηθώντας την να αισθάνεται πιο φυσιολογική.⁵²
- Να την ενθαρρύνει να μοιραστεί κοινές εμπειρίες με άλλες ασθενείς οι οποίες υποβάλλονται σε θεραπεία.
- Να ετοιμάσει και να χρησιμοποιεί ένα ερωτηματολόγιο από ανοιχτές ερωτήσεις ,ώστε να καταφέρει να αποσπάσει πληροφορίες από την ασθενή σχετικά με την ψυχολογική της κατάσταση.
- Να την ενημέρωση σχετικά με την σημασία της μετεγχειρητικής θεραπείας και σωματικές και τις ψυχολογικές παρενέργειες.
- Να την ενθαρρύνει να εκφράσει και να διερευνάει τα συναισθήματα της, σχετικά με την απώλεια του στήθους της και την επίδραση του χαμένου μέρους του σώματος στις καθημερινές της δραστηριότητες.⁵³
- Να τονίσει ότι η γυναίκα εκτιμάται από την νοημοσύνη της και την προσωπικότητά της και όχι από το στήθος της.⁵⁴
- Να την βοηθήσει να κατανοήσει την αλλαγή του σώματός της η οποία είναι αποτέλεσμα θεραπειών.
- Να την ενθαρρύνει να διατηρήσει θετική εικόνα για το σώμα της με το να χρησιμοποιεί υδατικές κρέμες ,να αγγίζει την ουλή της αλλά και να εξερευνήσει άλλες περιοχές του σώματός της που είναι παραμελημένες.
- Να υποστηρίξει ψυχολογικά τον σύζυγο της για την επίδραση της θεραπείας στην σεξουαλική λειτουργία, καθώς και τους άλλους αιτιολογικούς παράγοντες μιας πιθανής δυσλειτουργίας.⁵¹
- Να ενημερώνει τον σύζυγο της για τα προβλήματα που θα εμφανίσει η ασθενής και ενθαρρύνει να της συμπαρασταθεί.
- Να ενημερώνει την ασθενή αλλά και τον σύζυγο για τους εναλλακτικούς τρόπους σεξουαλικής ζωής που μπορούν να έχουν (π.χ.με την δημιουργία καταλλήλου κλίματος με κεριά, μασάζ).
- Να ενθαρρύνει τους συζυγούς να συζητούν μεταξύ τους το πρόβλημα που προέκυψε.⁵⁴

2.3 Κοινωνική υποστήριξη της ασθενούς

Ο καρκίνος είναι μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια, και οι θεραπείες που ακολουθούν με τις οξείες και μακροχρόνιες παρενέργειες τους τον αντικαθιστούν σαν μια ασθένεια που επηρεάζει όχι μόνο τον ασθενή αλλά και την οικογένειά της.⁵⁵

Στην κοινωνική υποστήριξη της ασθενούς σημαντικό ρόλο εκτός από τον νοσηλευτή συμβάλλει και το άτυπο υποστηρικτικό δίκτυο που είναι η οικογένεια, ο σύζυγος, τα παιδιά και οι στενοί φίλοι. Τονίζεται ότι η οικογένεια έχει ρόλο τόσο στην συναισθηματική υποστήριξη, όσο και στη συμμετοχή στη φροντίδα των παρενεργειών της θεραπείας αλλά και στην διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Η διαταραχή της υγείας της γυναίκας, η συνακόλουθη ψυχολογική δυσφορία και η πιθανή αλλαγή στην οικονομική της ζωή, οδηγεί στη απομάκρυνση από τον κοινωνικό της περίγυρο και τελικά οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση. Η διαταραχή στην εικόνα του σώματος μετά από χειρουργική επέμβαση είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει την κοινωνική της ζωή αφού οι γυναίκες αποφεύγουν να εμπλέκονται σε δραστηριότητες που χρειάζεται να εκθέσουν το σώμα τους.⁵⁶

Η συμμετοχή της σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες και η ενασχόληση της με τις εργασίες του σπιτιού την επηρεάζουν θετικά. Η οικογένεια αλλά και οι φίλοι της είναι εκείνοι οι οποίοι την βοηθούν σημαντικά κατά την διάρκεια της θεραπείας. Στην αρχή της θεραπείας η γυναίκα έχει την ενεργεία να συμμετάσχει στις δουλειές του σπιτιού, αλλά καθώς η θεραπεία προχωρά, η οικογένεια της θα πρέπει να συμμετέχει ενεργά και να την βοηθά αναλαμβάνοντας κάποιες εργασίες στο σπίτι.⁵³

2.3.1 Οι φίλοι

Όταν εμφανίζονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες, είναι χρήσιμο για την ασθενή να συμμετάσχει σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Οι φίλοι της μπορούν να την υποστηρίξουν καλώντας την σε δείπνο, σε έξοδο στο σινεμά ή σε κάποια έκθεση τέχνης. Υποστηρίζεται ότι με την συμμετοχή σε τέτοιες δραστηριότητες η ασθενής εστιάζει την σκέψη της σε γεγονότα ευχάριστα παρά την ασθένειά της.¹⁰

Ο νοσηλευτής αφού πάρει πρώτα άδεια από την ασθενή, παρεμβαίνει ενθαρρύνοντας και βοηθώντας την οικογένεια να συμμετάσχει ενεργά στην κοι-

νωνική της υποστήριξη. Μπορεί να ενημέρωση επίσης τους φίλους της σχετικά με το είδος της προαναφερθείσας βοήθειας που μπορούν να της προσφέρουν. Είναι χρήσιμο να ενθαρρύνει την ασθενή να έρθει σε επαφή με άλλες ομάδες ασθενών που βιώνουν τα ίδια προβλήματα.

2.3.2 Οι σύζυγοι

Οι σύζυγοι συχνά γίνονται οι πιο σημαντικοί στην υποστήριξη της ασθενούς εξ αιτίας της υψηλής σημασίας που έχουν στην ζωή των γυναικών.

Βιώνουν άγχος και ανησυχία για την ασθένεια όπως και για την έκβαση αυτής, κρύβοντας συχνά πίσω από την κρυμμένη αισιοδοξία μια λύπη που πηγάζει από την εικόνα της συζύγου να υποφέρει όσο και από την σκέψη απώλειας της.⁵⁰

Ο σύζυγος είναι διαφορετική προσωπικότητα με διαφορετικές ανάγκες από αυτές της γυναίκας με συνέπεια να χρειάζεται διαφορετική εκπαίδευση στην προσαρμογή του στην ασθένεια.

Αναμφισβήτητο η συζυγική σχέση μετά την διάγνωση και κατά την διάρκεια της θεραπείας περνά κρίση αλλά δεν κλονίζεται σε τόσο μεγάλο βαθμό που να οδηγεί στο διαζύγιο. Έχει βρεθεί ότι τα διαζύγια στις οικογένειες με καρκίνο μαστού δεν είναι πιο συχνά από ότι στις υγιείς. Δυσκολίες στη συζυγική ζωή συμβαίνουν σε ένα μικρό ποσοστό γυναικών που πιθανών αντιμετωπίζουν προβλήματα και πριν την διάγνωση του καρκίνου.⁴⁸

Οι κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι η υποστήριξη του συζύγου η ενημέρωση του για την ασθένεια και η συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων, εφ' όσον η σύζυγος συμφωνεί.

Θα πρέπει να ενθαρρύνει τους συζύγους να συζητούν μεταξύ τους φόβους τους και να εκτιμήσουν τις κοινές τους ανάγκες.

Ο νοσηλευτής, με απλές ερωτήσεις μπορεί να εκτιμήσει σε ποια κατάσταση βρίσκεται η συζυγική τους σχέση και εάν διαπιστώσει ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα να τους παραπέμψει σε κάποιον ειδικό κοινωνικό λειτουργό.⁵⁶

2.3.3 Τα παιδιά

Η προσαρμογή των παιδιών στην καινούργια κατάσταση που δημιουργεί η ασθένεια στην οικογένεια εξαρτάται από την ηλικία τους. Τα μικρότερα παιδιά ανησυχούν για την συνοχή της οικογένειάς τους, λυπούνται για την ασθένεια της μητέρας τους και συχνά έχουν ενοχές ότι ευθύνονται για αυτήν. Για τους

εφήβους οι αυξημένες υποχρεώσεις τους στο σπίτι και η ελάττωση των δραστηριοτήτων τους εξ αιτίας της ασθενείας, είναι τα πιο σημαντικά προβλήματα που βιώνουν.

Τα μικρά παιδιά και οι έφηβοι έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ακριβώς τι συμβαίνει ακριβώς στην οικογένεια τους.⁶

Το άγχος και η ανησυχία της μητέρας είναι παράγοντες που επηρεάζουν περισσότερο από ότι η θεραπεία της.

Η ενημέρωση τους, το είδος και η ποιότητα των πληροφοριών πρέπει να είναι ανάλογες με την ηλικία, την ωριμότητα, και την προσωπικότητα του κάθε παιδιού.²⁸

Χρειάζεται έρευνα προκειμένου να βρεθούν και άλλοι κατάλληλοι τρόποι με τους οποίους μπορεί να παρέμβει ο νοσηλευτής έτσι ώστε να βοηθήσει τα παιδιά και τους εφήβους.

Η επιστροφή της στην εργασία μετά την θεραπεία ή η διατήρηση της απασχόλησης κατά τη διάρκεια της θεραπείας είναι μια πρόκληση για την γυναίκα. Πολλές γυναίκες δουλεύουν έξω από το σπίτι τη στιγμή της διάγνωσης και επιλέγουν την μερική ή την ολική απασχόληση κατά την διάρκεια της θεραπείας τους. Η επιλογή αυτή βασίζεται στην οικονομική ανάγκη, στην ανάγκη για ασφάλιση της υγείας και σύνταξης αλλά και στη σημασία που αποδίδει στην εργασία το κάθε άτομο.

Η επιστροφή στην εργασία δίνει μια ευκαιρία στη γυναίκα αλλά και στην οικογένεια της να αφήσουν «πίσω τους τον καρκίνο» και να συνεχίσουν τη ζωή τους. Η ικανότητα της γυναίκας να ξαναρχίσει τους προηγούμενους ρόλους της είναι σημάδι υγείας. Κάποιες από αυτές περιμένουν να γίνουν ενεργές, να ξαναρχίσουν γρήγορα τις προηγούμενες δραστηριότητες τους.⁵⁵

Η επιστροφή μπορεί να της δημιουργεί άγχος σχετικά με το εάν οι συνάδελφοι της γνωρίζουν την κατάσταση, αλλά και φόβο για την εμφάνιση των ανεπιθύμητων ενεργειών τις θεραπείας στην εργασία με την πιθανή σκέψη παρενέργειες όπως (π.χ. η κόπωση), μεταβάλλουν την ικανότητα της να διατηρήσει την αποδοτικότητα της.

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω ο νοσηλευτής οφείλει να:

- Να ενθαρρύνει την ασθενή να επιστρέψει στην εργασία της.

- Να τονίσει την σημασία της εργασίας για την ίδια αλλά και για κάθε άτομο, εξηγώντας της ότι εργασία και καριέρα είναι μια σημαντική πηγή αυτοεκτίμησης - ταυτότητας - ικανοποίησης.
- Να βοηθήσει την γυναίκα να δει τον καρκίνο ως ένα πρόβλημα με το οποίο πρέπει να συνηθίσει να ζει μαζί του και να μην φοβάται τις αντιδράσεις των γύρω της.
- Να την ενθαρρύνει να βρει τρόπους να διατηρεί την ενεργεία της και να μην κουράζεται άσκοπα κατά την διάρκεια της εργασίας της.
- Να την φέρει σε επαφή με τον κοινωνικό λειτουργό.⁵³

3 Κεφάλαιο

3.1 Ο Νοσηλευτικός ρόλος στην ακτινοθεραπεία

Πολλές φορές η ακτινοθεραπεία φιλοδοξεί να αντικαταστήσει τη μαστεκτομή. Πιστεύεται ότι μετά από μία ογκεκτομή η ακτινοθεραπεία που εφαρμόζεται στον υπολειπόμενο ιστό μπορεί να αποτρέψει μία πιθανή υποτροπή και να έχει το ίδιο αποτέλεσμα όπως μετά από μία μαστεκτομή, με τη διαφορά ότι οι ασθενείς διατηρούν το μαστό τους.⁴⁴

Ο νοσηλευτής/ρια οφείλει να ενημερώσει την ασθενή για τη θεραπεία και να εντοπίσει την κατάλληλη στιγμή ώστε να πληροφορήσει για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που θα εμφανιστούν. Πρέπει να την προετοιμάσει, να την προστατέψει και να την τονώσει ψυχολογικά κατά τη θεραπεία.³

Ο νοσηλευτής/ρια ενημερώνει την ασθενή για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας και τις δίνει συμβουλές για την αντιμετώπισή τους.

Παρέχει ενημερωτικό έντυπο και συμβουλεύει την ασθενή για τη καλύτερη συνεργασία στο σχεδιασμό της θεραπείας της.

Παρέχει χρόνο στην ασθενή ώστε να κάνει στο νοσηλευτή τις ερωτήσεις που επιθυμεί όπως, πονάει η ακτινοθεραπεία;

Την πληροφορεί για τα αναμενόμενα αποτελέσματα και την αφήνει να εκφράσει τα συναισθήματά της.⁴⁶

Παρέχει γραπτές οδηγίες για τη φροντίδα του δέρματος.

Δίνει οδηγίες στην ασθενή για τη διατροφή, τη συμβουλεύει οι διατροφικές συνήθειές της να εμπλουτιστούν με τροφές υψηλής θερμιδικής αξίας ζωτικής σημασίας για την αντοχή του οργανισμού στην ακτινοθεραπεία.

Τη συμβουλεύει για την επαρκή λήψη των υγρών γιατί οι μεταβολικές ανάγκες των ιστών είναι αυξημένες και απαιτείται αυξημένη χορήγηση υγρών για την αποβολή των άχρηστων ουσιών.⁸

Χορηγεί μετά από ιατρική οδηγία αναλγητικά και αντιεμετικά φάρμακα περίπου δύο ώρες πριν από το γεύμα και αξιολογεί την αποτελεσματικότητά τους.

Ελέγχει τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορεί να αυξάνουν τη ναυτία και τον έμετο (π.χ. αποφυγή έντονων και δυσάρεστων οσμών).

Χορηγεί βιταμίνες μετά από ιατρική οδηγία.

Γνωστοποιεί στην ασθενή ότι η λήψη κρύων τροφών μπορεί να βοηθήσει στην αναισθητοποίηση και στην ανακούφιση του πόνου της στοματικής κοιλότητας.

Τη συμβουλεύει να αποφεύγει τη χορήγηση ζεστών τροφών και υγρών που μπορεί να προκαλέσουν αλλοιώσεις του βλεννογόνου του στόματος, όπως ο καφές, το τσάι, τα οينوπνευματώδη, τα μπαχαρικά, οι σάλτσες και τα ανθρακούχα αναψυκτικά.³¹

Διδάσκει την ασθενή τεχνικές για την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. Της συνιστά τη χρήση μαλακής οδοντόβουρτσας και τη παροτρύνει να διατηρείται χείλη της υγρά.

Πριν την έναρξη της ακτινοθεραπείας προτρέπει την ασθενή να επισκεφθεί τον οδοντίατρο για προληπτικές εξετάσεις ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες μόλυνσης. Εάν υπάρχουν χαλασμένα δόντια ή σφραγίσματα ενημερώνει την ασθενή ότι θα αφαιρεθούν πριν από την έναρξη της θεραπείας. Προληπτικά συμβουλεύει την ασθενή να χρησιμοποιεί οδοντόκρεμα που να περιέχει αντιβιοτικό.

Συζητά με την ασθενή και την ενημερώνει πως υπάρχει περίπτωση να τραφεί με ρινογαστρικό σωλήνα Levin εάν παρατηρηθεί αυξημένη απώλεια βάρους.

Ελέγχει καθημερινά τις εργαστηριακές τιμές των ηλεκτρολυτών, της κρεατινίνης κ.α.⁹

3.1.1 Ανεπιθύμητες ενέργειες και νοσηλευτική φροντίδα

Ο νοσηλευτής/ρια ενημερώνει την ασθενή ότι πρέπει να διατηρεί το δέρμα της στεγνό και να αποφεύγει να χρησιμοποιεί αρώματα, σαπούνια και κρέμες στη περιοχή της θεραπείας.

Προτρέπει την ασθενή να φορά χαλαρά ρούχα ή βαμβακερή μπλούζα ώστε να αποφευχθούν οι κακώσεις, η τριβή και η πίεση στην περιοχή.

Τη συμβουλεύει να αποφεύγει την ηλιοθεραπεία και την κολύμβηση σε χλωριωμένες πισίνες.⁵⁵

Χορηγεί μετά από ιατρική οδηγία ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές στη περιοχή. Ενημερώνει την ασθενή να αποφεύγει τη χρήση στηθόδεσμου εάν της δημιουργεί πίεση.

Όταν έχει διάρροια εκτιμά τη ποιότητα και τη συχνότητα των κοπράνων.

Παρακολουθεί τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά και το βάρος (αφυδάτωση, μείωση του βάρους και διαταραχή των ηλεκτρολυτών είναι αποτέλεσμα της διάρροιας).

Ενθαρρύνει την ασθενή να καταπίνει αργά, αφού πρώτα μασάει καλά τη τροφή της, για να ελαττωθεί ο σπασμός και να αυξηθεί η απορρόφηση των τροφών.²⁶

3.1.2 Προετοιμασία για έξοδο

Ο νοσηλευτής/ρια ενημερώνει την ασθενή σχετικά με το προγραμματισμό της θεραπείας και το σχεδιασμό της φροντίδας του δέρματος.

Παρέχει στην ασθενή κατάλογο με τις ακριβείς ημερομηνίες κάθε συνεδρίας και των συναντήσεων με τον ιατρό.

Ενημερώνει την ασθενή σχετικά με τις αλλαγές στο διαιτολόγιο και στη λήψη τροφής κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Διδάσκει την ασθενή πώς να παρακολουθεί και να ελέγχει την ακεραιότητα της περιοχής του δέρματος που ακτινοβολείται.

Προτείνει τη χρησιμοποίηση βιβλίων μαγειρικής, τα οποία είναι ειδικά για το καθορισμό του διαιτολογίου των καρκινοπαθών.

Εκτιμά και αξιολογεί τις ανάγκες φροντίδας της ασθενούς στο σπίτι.³

3.2 Ο νοσηλευτικός ρόλος στην ορμονοθεραπεία

Η ορμονοθεραπεία αποτελεί μια άλλη μορφή θεραπείας που εφαρμόζεται σε συνδυασμό με τις άλλες μεθόδους. Μετά την εκτομή του ο όγκος ελέγχεται στο εργαστήριο για την παρουσία επάνω στα καρκινικά κύτταρα ορμονικών υποδοχέων. Εάν υπάρχουν τέτοιοι υποδοχείς τότε χρησιμοποιούμε συγκεκριμένα φάρμακα που τους μπλοκάρουν και σταματούν τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων. Η ορμονοθεραπεία είναι μια μορφή αντινεοπλασματικής θεραπείας που χορηγείται με επιτυχία στα ορμονοευαίσθητα κακοήθη νεοπλασμάτα, όπως καρκίνος του προστάτη, καρκίνος του μαστού, καρκίνος του ενδομητρίου. Το τελικό αποτέλεσμα εξαρτάται από την παρουσία πρωτεϊνών θερμικής καταπληξίας (heat shock proteins) και συγκατασταλτικών (co repressors) και συνεργητικών (co activators) πρωτεϊνών (όπως π.χ. η GMP/P300, T1 F2, N-CoR, SMRT, NSD1 κ.λπ.) που τροποποιούν την ακετυλίωση των υποδοχέων και των ιστονών. Έτσι, αφενός η N-CoR ογκοκατασταλτική πρωτεΐνη καθιστά το

σύμπλεγμα ταμοξιφένης -ER αγωνιστικό (δράση οιστρογόνου) και δημιουργεί συνθήκες αντίστασης στην ταμοξιφένη. Αφετέρου η ακετυλίωση των ERα από τη GMP/P300 συνεπάγεται καταστολή της δραστηριότητας των ER μέσω μη-νεργοποίησης της MAPK.²⁵

Η ορμονοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη μεταστατική νόσο, ως εισαγωγική (induction) και προεγχειρητική (neo-adjuvant) θεραπεία, ως συμπληρωματική (adjuvant) αγωγή και τέλος ως προφύλαξη (prevention) από ανάπτυξη καρκίνου μαστού σε ορμονοευαίσθητο καρκίνο.

Στη μεταστατική ορμονοευαίσθητη νόσο σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες φαίνεται ότι οι αναστολείς των αρωματασών υπερτερούν της ταμοξιφένης και αποτελούν σήμερα τη θεραπεία εκλογής πρώτης γραμμής.⁵⁷

Στην ορμονοθεραπεία λαμβάνονται ορμόνες όπως ανδρογόνα, οιστρογόνα, προγεστερόνη.

Έτσι ο νοσηλεύτης/ρια διδάσκει την ασθενή σχετικά με τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες που έχουν τα φάρμακα της ορμονοθεραπείας. Την ενημερώνει για την αύξηση του μεγέθους του όγκου και την καθησυχάζει.

Χορηγεί αναλγητικά και αντιστεροειδή μετά από ιατρική οδηγία για την ελάττωση και την αντιμετώπιση του οστικού πόνου. Ενημερώνει την ασθενή και την οικογένειά της για τη πιθανή εμφάνιση υπερασβεστιαϊμίας. Βοηθά την ασθενή να διατηρήσει το βάρος της σε φυσιολογικό επίπεδο κατά τη διάρκεια της ορμονοθεραπείας.⁵⁴

3.2.1 Πιθανά προβλήματα κατά την ορμονοθεραπεία

Υπερασβεστιαϊμία που οφείλεται στα ανδρογόνα που λαμβάνει η ασθενής. Κατακράτηση νερού που οφείλεται στα υψηλά οιστρογόνα. Πιθανή αρρενοποίηση λόγω ανδρογόνων. Πιθανά προβλήματα που μπορεί να προκαλέσει η συστηματική λήψη προγεστερόνης.⁵⁰

3.2.2 Ανεπιθύμητες ενέργειες και νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί την εμφάνιση συμπτωμάτων όπως πόνοι στα οστά, κωλικοί νεφρού, χάλαση σκελετικών μυών.

Χορηγούνται μεγάλες ποσότητες υγρών.

Σε περίπτωση που αυξηθούν πολύ τα επίπεδα ασβεστίου στο αίμα διακόπτεται η θεραπεία με ιατρική οδηγία.

Μετράται καθημερινά το σωματικό βάρος της ασθενούς.

Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Περιορίζουμε το αλάτι στη διατροφή και συνιστούμε να λαμβάνει τροφές πλούσιες σε κάλιο, π.χ. μπανάνα, πορτοκάλι.

Η ασθενής παρακολουθείται για τυχόν οιδήματα στα σφυρά.

Παρακολουθείται η ασθενής για πιθανή αλλαγή της φωνητικής χορδής, αύξηση του μεγέθους της κλειτορίδας, εμφάνιση τριχοφυΐας στο πρόσωπο.

Δίνεται συμπάρσταση στην ασθενή.

Η νοσηλεύτρια διαθέτει χρόνο και δείχνει διάθεση για συζήτηση με την ασθενή.

Η νοσηλεύτρια αξιολογεί για πιθανόν οίδημα, ίκτερο, θρομβωτικά επεισόδια.

Ενημερώνει την ασθενή ώστε να βρίσκεται σε επαγρύπνηση για τυχόν συμπτώματα, όπως: απότομη αύξηση του σωματικού βάρους, οίδημα άκρων, γαστρεντερικές διαταραχές, συμπτώματα εμβολικών και θρομβωτικών καταστάσεων, ώστε η ασθενής να είναι σε θέση να τα ερμηνεύει και να ενημερώνει το θεράποντα ιατρό, όταν το κρίνει αναγκαίο.²⁵

3.3 Ο Νοσηλευτικός ρόλος στη χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μια από τις πιο πρόσφατες μεθόδους θεραπείας του καρκίνου του μαστού και βασίζετε στο ότι δε θεραπεύει το νεόπλασμα, αλλά επιβραδύνει την εξέλιξη του και περιορίζει τις διαστάσεις του.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι κυτταροτοξικά και ασκούν δηλητηριώδη δράση και στα κακοήθη αλλά και στα υγιή κύτταρα. Τα μεν πρώτα, επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστηρια από τα φυσιολογικά, είναι πιο πολύ ευπαθή στα χημειοθεραπευτικά φαρμακα. Τα δε δεύτερα, και ιδίως τα κύτταρα του μυελού των οστών, που εμφανίζουν έντονη δραστηριότητα, εκτίθενται στη δράση των χημειοθεραπευτικών και είναι πολύ δύσκολο, να υπολογισθεί το όριο δόσης αυτών των φαρμάκων, ώστε να καταστραφούν τα παθολογικά κύτταρα χωρίς να επηρεαστούν τα φυσιολογικά.²²

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

- A) Από τη μορφή και την ακριβή εντόπιση της νόσου.
- B) Από το στάδιο εξέλιξης της νόσου
- Γ) Από την κατάσταση της ασθενούς.

Δ) Από το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας.

Ε) Από τις συνήθειες και την πείρα των γιατρών.

ΣΤ) Από την τακτική που εφαρμόζει το νοσοκομείο.³

Ο κάθε τύπος φαρμάκου έχει τις δικές του επιπλοκές. Αυτές μπορεί να είναι λιγότερο ή περισσότερο σοβαρές ανάλογα με της αντιδράσεις και την γενική κατάσταση του ασθενούς. Είναι πολύ σημαντικό το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό να ενημερώνουν λεπτομερώς τους ασθενείς για τις παρενέργειες που δυνατόν να αναμένονται από τη χημειοθεραπεία που θα χορηγηθεί. Η ενημέρωση πρέπει να γίνεται πριν την έναρξη αυτής.

3.3.1 Συμπληρωματική προφυλακτική χημειοθεραπεία του καρκίνου του μαστού

Η προφυλακτική χημειοθεραπεία εφαρμόζεται, εφόσον έχει προηγηθεί αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας, με σκοπό την καταστροφή των μη ορατών, αλλά υπαρκτών, μικρομεταστάσεων. Απώτεροι στόχοι είναι η αύξηση της τελικής επιβίωσης και του ποσοστού ίασης της ασθενούς μετά την εγχείρηση, όπου κάνει την εμφάνιση του το μετεγχειρητικό πρόβλημα της διασποράς των καρκινοπαθών κυττάρων.⁴³

Τα κριτήρια που προσδιορίζουν την επιλογή της προφυλακτικής χημειοθεραπείας, συμπληρωματικά προς τη μαστεκτομή, είναι:

Α) Η ικανότητα πρόβλεψης με υψηλό ποσοστό ακριβείας των ασθενών που έχουν μικρομεταστάσεις.

Β) Η επιλογή της καταλληλότερης αποτελεσματικής θεραπείας, που θα μειώσει τα ποσοστά υποτροπών.

Γ) Η επιτυχία της προφυλακτικής χημειοθεραπείας, με τις λιγότερες οξείες ή χρονιές τοξικές επιδράσεις.⁴⁸

3.3.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην προφυλακτική χημειοθεραπεία

Ο γιατρός, σε συνεργασία με τον νοσηλευτή, αφού μελετήσει τις εναλλακτικές λύσεις και προσδιορίσει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα, καταλήγει στην επιλογή του καταλληλότερου είδους θεραπείας. Ο νοσηλευτής, που έρχεται σε άμεση επαφή με την καρκινοπαθή, πρέπει να γνωρίζει και αντιμετωπίζει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας. Σε αυτές ανήκουν η αλωπεκία, η ναυτία, οι εμετοί, δερματικές αλαλαγές, οι διάρροια, η φθορά των αιμοφόρων αγγείων, η διαταραχή της σεξουαλικής επιθυμίας, της αυτοεκτίμησης και του

σωματικού ειδώλου. Ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει την ασθενή να μειώσει το άγχος και την ανησυχία της για τα θεραπευτικά αποτελέσματα και να της γνωστοποιήσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες μπορεί να αυξάνονται σε ένταση κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά παρέρχονται μετά από αυτήν.³⁶

Πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας, ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει την πάσχουσα για το είδος, τον τρόπο και τη διάρκεια αυτής. Βεβαία, η επιλογή του χρόνου από το νοσηλευτή πρέπει να είναι πολύ προσεκτική, δηλαδή, να αφορά χρονική περίοδο μειωμένης συναισθηματικής έντασης και καταπόνησης για την ασθενή.

Τέλος, ο νοσηλευτής είναι αρμόδιος να σχεδιάζει και να οργανώνει την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια της μακρόχρονης θεραπείας της άρρωστης. Κατά αυτόν τον τρόπο, γίνεται αποδοτικότερη η θεραπευτική επικοινωνία μεταξύ ασθενούς, οικογένειας και υγειονομικού προσωπικού και εξασφαλίζεται το επιθυμητό αποτέλεσμα.⁵⁶

Η ασθενής, που βρίσκεται στα πρόθυρα της εφαρμογής προφυλακτικής χημειοθεραπείας, καταλαμβάνεται από ποικίλα ερωτηματικά, ερωτηματικά, που της προξενούν άγχος, αγωνιά, περιέργεια, φόβο και ανησυχία για της επικείμενες αλλαγές στον τρόπο ζωής της.²⁴

Οι τομείς που πιο συχνά και πιο δραματικά υφίσταται αλλαγές είναι αυτός της δραστηριότητας. Έτσι, παρατηρείται μείωση της κοινωνικής, επαγγελματικής, οικονομικής, συναισθηματικής, οικογενειακής και σεξουαλικής δραστηριότητας. Οι γυναίκες, φοβούμενες την εμφάνιση των ανεπιθύμητων ενεργειών από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, μειώνουν τις κοινωνικές συναναστροφές, αποδιοργανώνονται ή παραιτούνται από την εργασιακή δραστηριότητα, έτσι ώστε αυτές οι μεταβολές να εξαντλούν τις φυσικές και ψυχικές δυνάμεις τους και να τους προκαλούν έντονη συναισθηματική φόρτιση. Αλλά και η οικογενειακή και ερωτική ζωή της άρρωστης δοκιμάζονται σφοδρά, καθώς η γυναικά λόγω της χημειοθεραπείας και συνεπειών της αποστασιοποιείται και δυσχεραίνει ανταπεξέλθει σε αυτούς τους τομείς. Ασφαλώς, στην κατάπτωση της ασθενούς συμβάλει και η οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας λόγω του υψηλού κόστους της φαρμακευτικής χημειοθεραπείας.³

3.3.3 Χημειοθεραπεία προχωρημένου Καρκίνου του μαστού

Η χημειοθεραπεία, που πραγματοποιείται στον προχωρημένο καρκίνο του μαστού, δε μπορεί να έχει παρά μονό χαρακτήρα παρηγορητικό, καθώς η επιβίωση είναι περιορισμένη, η δε πρόγνωση εξαρτάται από την έκταση και την βαρύτητα των μεταστάσεων. Αυτή εφαρμόζεται στον καρκίνο του μαστού σταδίου IV και προϋποθέτει την ύπαρξη, σχετικά καλής, γενικής κατάστασης του σώματος (κατάσταση μυελού των οστών, νεφρική, ηπατική και καρδιακή λειτουργία).²⁸

Οι κατηγορίες φαρμάκων, που χρησιμοποιούνται στη χημειοθεραπεία του καρκίνου του μαστού, είναι:

- A) Αλκυλιούντες παράγοντες
- B) Αντιμεταβολιτές
- Γ) Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης
- 6) Αντιβιοτικά
- E) Ορμόνες

Τα χημειοθεραπευτικά φαρμακα είναι δυνατόν να χορηγηθούν με τους εξής τρόπους:

- Ενδομυϊκώς
- Ενδοφλεβίως – ενδαρτηριακώς (με έγχυση η απευθείας
- χορήγηση – bolus)
- Ενδοκοιλοτικώς (π.χ. ενδοϋπεζωκοτική)
- Υποδορίως
- Από το στόμα
- Τοπικώς στο μαστό⁴²

Η φάση της προετοιμασίας και της χορήγησης χημειοθεραπευτικών φαρμάκων πρέπει να γίνεται από πεπειραμένο, ειδικευμένο, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την αποφυγή περισσότερων ανεπιθύμητων ενεργειών σε βάρος του ασθενή.

Πριν από την έναρξη της θεραπευτικής αγωγής απαιτείται προσεκτικός έλεγχος των εργαστηριακών εξετάσεων και εκτίμηση των δεικτών αίματος και ούρων. Ακολουθεί λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος της ασθενούς, μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και έλεγχος των ζωτικών σημείων.

Επίσης, για την ασφάλεια και προστασία της καρκινοπαθούς από τις παρενέργειες των χημειοθεραπευτικών, το προσωπικό φροντίζει να υπάρχει δίπλα της συσκευή οξυγόνου για τυχόν αλλεργικό shock, τα απαραίτητα φαρμακα τοποθετημένα στον κατάλληλο χώρο (π.χ. ψυγείο) και τα αντίδοτα αυτών.⁴⁵

3.3.4 Ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χημειοθεραπεία

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χημειοθεραπεία εντοπίζονται στα διάφορα συστήματα που περιλαμβάνουν:

- Καταστολή του μυελού των οστών
- Λευκοπενία
- Θρομβοπενία
- Αναιμία
- Τοξικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα
- Ναυτία και έμετος
- Διάρροια
- Στοματίτιδα – έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας
- Αλωπεκία
- Νευροτοξικότητα
- Νεφροτοξικότητα
- Προβλήματα από το γεννητικό σύστημα.⁴⁵

3.3.5 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς

Λευκοπενία

Ενημερώνουμε την ασθενή ότι η λευκοπενία είναι προσωρινή.

Δημιουργούμε καθαρό και υγιεινό περιβάλλον για την αποφυγή λοίμωξης (λόγω πτώσης του ανοσοποιητικού συστήματος).

Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια. Σε περίπτωση υπερβολικής πτώσης των λευκών κατά τη χημειοθεραπεία, τη διακόπτουμε.

Σε περίπτωση αύξησης θερμοκρασίας, εμφάνισης οιδήματος ή ερυθρότητας, αύξησης συχνότητας της ούρησης, ή σε οποιοδήποτε σύμπτωμα που μπορεί να ποδεικνύει λοίμωξη, τότε ενημερώνουμε το γιατρό.

Οποιαδήποτε διακοπή συνέχειας του δέρματος, απολυμαίνεται.

Αποφεύγεται η λήψη ωμών φρούτων και φαγητών, καθώς είναι πιθανή η μετάδοση νόσου

Η ασθενής τοποθετείται σε μονόκλινο δωμάτιο, αν είναι δυνατόν, και σε όποιον εισέρχεται στο δωμάτιο συνιστάμε να φοράει μάσκα.

Κάθε 4-6 ώρες πρέπει να γίνεται αντισηψία της στοματικής κοιλότητας, καθημερινό λουτρό, συχνό πλύσιμο χεριών.

Χορήγηση αντιβιοτικών σύμφωνα με εντολή γιατρού.⁵⁵

Μετά την έξοδο απ' το νοσοκομείο συνιστάται να αποφεύγει πολυσύχναστους χώρους.²⁵

Θρομβοπενία

Συχνή παρακολούθηση των αιμοπεταλίων. Σε περίπτωση που είναι <50.000 χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση (φυσιολογικές τιμές: 200.000-300.000/mm³).

Σχολαστική παρατήρηση των ούρων και των κοπράνων καθώς και του δέρματος για αιμορραγία.¹⁵

Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Σε περίπτωση που είναι πολύ χαμηλή είναι ένδειξη εσωτερικής αιμορραγίας.

Περιορίζονται οι υποδόριες και οι ενδομυϊκές ενέσεις.

Αποφεύγεται η θερμομέτρηση από τον πρωκτό.

Αποφεύγονται τα υπόθετα και οι υποκλυσμοί

Για την στοματική καθαριότητα συνιστούμε στην ασθενή να χρησιμοποιεί μαλακή οδοντόβουρτσα.

Η ασθενής πρέπει να αποφεύγει το ξύρισμα.

Να είναι ιδιαίτερα προσεκτική κατά τη χρησιμοποίηση μαχαιριών ή άλλων κοφτερών αντικειμένων, καθώς επίσης στις οικιακές της δουλειές.

Πρέπει να αποφεύγει την κατανάλωση κάποιων φαρμάκων, όπως ασπιρίνη (σαλικυλικά) γιατί εμποδίζουν την πήκτικότητα του αίματος.

Τέλος, πρέπει πάντα να υπάρχει διαθέσιμο αίμα για την ασθενή με σκοπό την αντιμετώπιση μιας πιθανής αιμορραγίας.⁴⁷

Αναιμία

Συχνή παρακολούθηση της αιμοσφαιρίνης (φυσιολογικές τιμές: 14-18 g / 100 ml αίματος) και του αιματοκρίτη (φυσιολογικές τιμές: 37-47%).

Παρατήρηση της ασθενούς αν παρουσιάσει κάποια συμπτώματα όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση.

Χορήγηση τροφών πλούσιων σε σίδηρο και λεύκωμα

Ελάττωση των δραστηριοτήτων

Αποφυγή κόπωσης

Συνιστάται ανάπαυση⁵⁰

Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική εντολή.

Σε περίπτωση άμεσης αντιμετώπισης της αναιμίας κάνουμε μετάγγιση αίματος⁵³

Ναυτία

Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική εντολή.

Χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων με άδειο στομάχι.

Προγραμματίζονται μικρά συχνά γεύματα.

Χορηγούνται μαλακές τροφές γιατί διευκολύνουν την πέψη.³¹

Συνιστούμε καλή μάσηση της τροφής.

Αποφεύγονται τροφές με έντονα αρώματα, καθώς αυξάνουν τη ναυτία.

Σε περίπτωση που παρουσιαστεί ναυτία, δίνονται κομμάτια πάγου και συμβουλεύουμε την ασθενή να φάει λίγη φρυγανιά.⁴⁸

Συνιστάται ανάπαυση μετά το φαγητό γιατί η δραστηριότητα επιβραδύνει την πέψη.

Σε περίπτωση που η ασθενής είχε ναυτία, τη συμβουλεύουμε να πάρει μερικές βαθιές αναπνοές.

Διατήρηση καθαρής της ασθενούς και σε υγιεινό περιβάλλον χωρίς την κακοσμία εμέτων.³¹

Διόρθωση του ανισοζυγίου και των ηλεκτρολυτών που πιθανόν να έχουν απορυθμιστεί.

Ενημέρωση της ασθενούς πως η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα.

Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς και παρότρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στη φροντίδα της.⁴¹

Διάρροια

Σχολαστική παρακολούθηση του χρώματος, της ποσότητας και της περιεκτικότητας της διαρροϊκής κένωσης.

Παρατηρούμε την ασθενή για συμπτώματα αφυδάτωσης.

Συνιστούμε να αποφεύγει τροφές που προκαλούν συσπάσεις στους κοιλιακούς μύες και τροφές που προλαμβάνουν τη διάρροια. Τέτοιες είναι: καφές, φασόλια, ξηροί καρποί, χορταρικά, φρούτα, δημητριακά, γλυκά, γαλακτοκομικά.⁴⁵

Συμβουλεύουμε την ασθενή να λαμβάνει μικρά συχνά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Χορήγηση άφθονων υγρών ώστε να επανέλθει η ισορροπία των ηλεκτρολυτών.

Με τη διάρροια έχουμε αποβολή καλίου. Οπότε χορηγούμε τροφές όπως μπανάνες, πορτοκάλια, πατάτες που είναι πλούσιες σε κάλιο.⁵⁰

Φροντίδα του δέρματος.

Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με οδηγία γιατρού.

Στοματίτιδα

Για την πρόληψη της στοματίτιδας:

Η νοσηλεύτρια ελέγχει την υγρασία και το χρώμα της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς και την πιθανή αλλαγή κατάστασης του βλεννογόνου.

Διδάσκει στην ασθενή πώς να αξιολογεί το στόμα της και να αναφέρει τυχόν αλλαγές.⁴⁰

Ενθαρρύνει την υγιεινή του στόματος, βουρτσίζοντας τα δόντια της 2-3 φορές την ημέρα με μαλακή οδοντόβουρτσα, χρησιμοποιώντας στοματικό διάλυμα σόδας-νερού 3-4 φορές την ημέρα, της προτείνει να χρησιμοποιεί βούτυρο κακάο για τα χείλια της και τη συμβουλεύει να τρώει μαλακές τροφές. 68 7585

Την παροτρύνει να πίνει άφθονα νερά και να τρώει τροφές όπως φρούτα, παγωτά, καρπούζι που αποδίδουν υγρασία στη στοματική κοιλότητα. Εάν θέλει να φάει ένα παξιμάδι ή φρυγανιά μπορεί να το βουτήξει πριν σε λίγο γάλα ή τσάι. Εάν εμφανιστεί στοματίτιδα, τότε:

Η νοσηλεύτρια εκτιμά συνεχώς το βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας.

Καθαρίζει το στόμα της ασθενούς με φυσιολογικό ορό 3-4 φορές την ημέρα.³⁶

Αλωπεκία

Η νοσηλεύτρια εξηγεί στην ασθενή πως δημιουργείται η αλωπεκία και της τονίζει ότι τα μαλλιά ξαναβγαίνουν μετά από 8 εβδομάδες.

Προετοιμάζει την ασθενή, έχοντας επίγνωση των ψυχολογικών επιπτώσεων που προκαλούνται από την πτώση των μαλλιών της κεφαλής και του σώματος.

Τη συμβουλεύει να μη λούζεται πολύ συχνά και να μη χρησιμοποιεί σκληρή βούρτσα.

Να αποφεύγει τις βαφές μαλλιών κατά τη χημειοθεραπεία.

Να χρησιμοποιεί μαντίλια, σκουφάκια ή περούκα ακόμη κι από τα ίδια της τα μαλλιά.⁴³

Κατά τη χημειοθεραπεία μπορεί να εφαρμόσει πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη, για 10-15 λεπτά, στο τριχωτό της κεφαλής. Αυτό δημιουργεί σύσπαση των αγγείων του κεφαλιού με αποτέλεσμα να μην εισέρχεται αίμα στους θύλακες των τριχών. Μ' αυτό τον τρόπο μειώνεται η αλωπεκία. Μπορούμε, επίσης, να τοποθετήσουμε μία κάσκα υποθερμίας που έχει κατασκευαστεί γι' αυτό το λόγο.³¹

Νευροτοξικότητα

Χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία της ασθενούς.

Διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση.

Άμεση ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα συμπτώματα.

Αλλαγή σχήματος χημειοθεραπείας σύμφωνα με ιατρική οδηγία.⁴⁵

Νεφροτοξικότητα

Είναι απαραίτητη η διενέργεια ορισμένων εργαστηριακών εξετάσεων.

Παρακολούθηση για οίδημα ή άλλα συμπτώματα που υποδηλώνουν νεφροτοξικότητα.²⁷

Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Χορήγηση τροφών πλούσιων σε υδατάνθρακες και λίπος και φτωχών σε κάλιο και νάτριο για αποφυγή αύξησης ηλεκτρολυτών.

Γεννητικό σύστημα

Η νοσηλευτική παρέμβαση στοχεύει στην ενημέρωση της άρρωστης για τις επικείμενες αλλαγές:

Στην έμμηνο ρύση, η οποία μπορεί να γίνει ακανόνιστη ή να διακοπεί εμφανίζοντας συμπτώματα εμμηνόπαυσης (εξάψεις).

Στην ορμονική λειτουργία της ασθενούς με πρόκληση κνησμού, Καύσου και ξηρότητας του κολπικού επιθηλίου.⁴¹

Στη γονιμότητα της γυναίκας, προκαλώντας στειρώση, προσωρινή ή μόνιμη.

Σε περίπτωση εγκυμοσύνης, συνιστάται αποφυγή έναρξης της θεραπείας ή έναρξης της μετά τη δωδέκατη (12η) εβδομάδα κυοφορίας.³

4 Κεφάλαιο

4.1 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ο σκοπός της εγχειρητικής στην ασθενή με καρκίνο του μαστού είναι θεραπευτικός ή περιοριστικός της έκτασης του καρκίνου. Ως αποτέλεσμα της εγχειρητικής παρέμβασης, μπορεί να υπάρχει κάποια παραμόρφωση ή και αφαίρεση του μαστού, καταστάσεις βέβαια που η ασθενής αντιμετωπίζει με φόβο και ιδιαίτερο άγχος. Για τον λόγο αυτό, η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα έχει σχέση με την ανταπόκριση της ασθενούς στη διάγνωση και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις.¹⁴

Στο σημείο αυτό η νοσηλευτική διδασκαλία και η εκτίμηση του σωματικού και ψυχοσυναισθηματικού επιπέδου της ασθενούς παρέχουν απαραίτητα και σημαντικά στοιχεία για τον άμεσο σχεδιασμό των νοσηλευτικών μέτρων αντιμετώπισης της νόσου. Η ασθενής είναι πληροφορημένη για την πιθανή παραμόρφωση ή την αφαίρεση του στήθους ως αποτέλεσμα της εγχείρησης. Στο σύνολο των προβλημάτων της ασθενούς προστίθεται και αυτό της αλλαγής του σωματικού ειδώλου. Μερικές ασθενείς μπορούν να καταλάβουν τις πιθανότητες της εγχείρησης και ζητούν πληροφορίες σχετικά με τη μετεγχειρητική αποκατάστασή τους, ενώ άλλες δεν έχουν την ικανότητα αυτοσυγκέντρωσης μετά την εγχείρηση.

Η ικανότητα των ασθενών να κατανοήσουν τις πληροφορίες σχετικά με τις διαδικασίες της επέμβασης και τα πιθανά αποτελέσματά της επηρεάζεται από τη σωματική τους κατάσταση. Προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις, όπως αναπνευστικά και καρδιακά προβλήματα είναι δυνατό να μειώσουν το ενεργειακό επίπεδο της ασθενούς καθώς και τη θέληση για την αυτισυγκράτησή της ώστε να αντιμετωπίσει το άγχος της επικείμενης διόγκωσης και θεραπείας.³⁵

Η νοσηλεύτρια για να μπορέσει να βοηθήσει αλλά και για να ανταποκριθεί η ίδια στο κάλεσμα βοήθειας της ασθενούς, οφείλει να προχωρήσει στη λήψη νοσηλευτικών μέτρων, τα οποία είναι:

Εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της αντίδρασης αυτής στη διόγκωση και στους σκοπούς της εγχείρησης καθώς και των φόβων και των αβεβαιοτήτων που θα αντιμετωπίσει.

Προσδιορίζει τα πιθανά αποτελέσματα που το συγκεκριμένο είδος της εγχείρησης μπορεί να έχει στη λειτουργικότητα του σώματος της ασθενούς και στη διαταραχή του σωματικού ειδώλου.

Εκτιμά τις πιθανές επιπλοκές καθώς και τα ειδικά νοσηλευτικά μέτρα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση προεγχειρητικών σωματικών καταστάσεων της ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων των παθολογικών επεξεργασιών.

Εκτιμά το επίπεδο άγχους της ασθενούς σχετικά με τη διάγνωση, την εγχείρηση και τα αποτελέσματά της, καθώς και την ανταπόκριση της οικογένειας της ασθενούς στη νόσο.⁴⁵

Προσδιορίζει το επίπεδο κατανόησης της ασθενούς σχετικά με τις πληροφορίες που της δίνονται για την εγχείρηση, τις διαδικασίες που θα ακολουθήσουν και τους χώρους που θα βρει κατά τη διάρκεια της εγχείρησης αλλά και αμέσως μετά από αυτήν.

Διαβεβαιώνεται ότι ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας συμπεριλαμβάνει κατάλληλα και τη φροντίδα που παρέχεται από το υπόλοιπο προσωπικό υγείας και ότι το σχέδιο φροντίδας είναι κατανοητό και έχει κοινή υποστήριξη.¹⁰

4.1.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την ημέρα της επέμβασης

Λήψη ζωτικών σημείων. Επί πυρετού, γίνεται ενημέρωση του θεράποντα ιατρού.

Αφαίρεση τεχνητής οδοντοστοιχίας, κοσμημάτων, φακών επαφής. Έλεγχος των νυχιών, εάν είναι βαμμένα, ώστε να ξεβαφτούν.

Η ασθενής φοράει τα ρούχα του χειρουργείου (ρόμπα, σκούφια, ποδονάρια, εσώρουχο μιας χρήσεως).

Τοποθετείται ταυτότητα χειρός.

Τοποθέτηση στο φορείο του Χ/Ο και συνοδεία της ασθενούς, φέροντας μαζί της τον ιατρικό και νοσηλευτικό φάκελο.³⁷

4.2 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την μετεγχειρητική φάση, τι πρέπει να κάνει και τι να προσέξει:

- Εκτίμηση αρτηριακής πίεσης και σφυγμού, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για διαπίστωση shock και αιμορραγίας.

- Επισκόπηση του επιδεσμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας, ιδιαίτερα στην περιοχή τη μασχάλης και στη ράχη.
- Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από τον πόνο.⁵⁵
- Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών, για πρόσληψη αναπνευστικών επιπλοκών.
- Έλεγχος της επίδεσης του τραύματος αποφεύγεται η πολύ πιεστική επίδεση, για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων.⁵³
- Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος. Συνήθως, ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή Hemovac. Η αναρρόφηση γίνεται με δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γι' αυτό και η συσκευή θα πρέπει να αδειάζετε προτού γεμίσει τελείως. Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά, ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευομένων υγρών της συσκευής ελέγχονται και αναγράφονται.⁴²

4.2.1 Πρόληψη λοίμωξης

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

Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημι-Fowler. Αν το χέρι είναι ελεύθερο, τοποθετείται πάνω στο μαξιλάρι, η βαρύτητα βοηθά την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός λεμφοιδήματος.

Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι. Κατά την έγερση, συχνά ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτότελη επίδεσμο, για να παρεμποδίζεται η πίεση στο τραύμα. Όταν για πρώτη φορά σηκώνεται η άρρωστη από το κρεβάτι, ο νοσηλευτής τη συνοδεύει, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.

Χορήγηση δίαιτας ανάλογα με την ανοχή και την προτίμηση της άρρωστης. Κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες ίσως η άρρωστη χρειαστεί βοήθεια την ώρα του φαγητού, γιατί δε μπορεί να χρησιμοποιήσει το ένα της χέρι.¹⁵

4.2.2 Σχεδιασμός για έξοδο από το νοσοκομείο – Διδασκαλία

Ο νοσηλευτής στην εκπαίδευση και ενημέρωση ασθενή με μαστεκτομή

Το γυναικείο κάλλος ανέκαθεν αποτελούσε αντικείμενο θαυμασμού. Με το πέρασμα των αιώνων το καλοσχηματισμένο και υγιές στήθος έγινε σύμβολο θηλυκότητας, γονιμότητας και σημείο αναφοράς για τον άρρηκτο δεσμό που δημιουργείται μεταξύ της μητέρας και του βρέφους. Η προσβολή του γυναικείου στήθους από καρκίνο και οι θεραπευτικές μέθοδοι αντιμετώπισης της πάθησης αυτής αποτελούν εδώ και δεκαετίες αντικείμενο επιστημονικών ερευνών αλλά και ψυχοκοινωνικών αναλύσεων. Όταν μία γυναίκα μαθαίνει ότι έχει καρκίνο μαστού, δεν έρχεται αντιμέτωπη μόνο με την βασική νόσο και τις βιολογικές της συνέπειες αλλά με μία σειρά αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων που περιστρέφονται γύρω από τον θάνατο και την εικόνα εαυτού. Η διατήρηση της ελπίδας και της προσδοκίας για μια ευνοϊκή έκβαση, είναι έννοιες ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση της αλλαγής της σωματικής εικόνας και τις ψυχολογικές της επιπτώσεις, την συνέχιση των καθημερινών δραστηριοτήτων, την διατήρηση ενός λειτουργικού ρόλου μέσα στην οικογένεια, τη βελτίωση του επιπέδου της ποιότητας ζωής.⁵³

Η μαστεκτομή εξακολουθεί να είναι μιας πρώτης γραμμής επιλογή χειρουργικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού. Ενώ όμως οι ασθενείς αναγνωρίζουν το όφελος που προκύπτει για την υγεία τους και το μέλλον τους από μια τέτοια επέμβαση, δεν παύουν να ανησυχούν για την απώλεια ενός μέρους του σώματός τους που, κατά τις παγιωμένες αντιλήψεις, συμβολίζει δυο από τις πιο σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της: την μητρότητα και την ερωτική της υπόσταση. Το τελευταίο έχει ιδιαίτερη σημασία, αν αναλογιστεί κανείς ότι ο καρκίνος του μαστού είναι πιο συχνός σε μια ηλικία που και άλλοι παράγοντες (πχ. εμμηνόπαυση, φυσιολογική γήρανση) επιδρούν αρνητικά στην αίσθηση θηλυκότητας και ελκυστικότητας που αισθάνονται και νιώθουν οι γυναίκες.⁴⁰

Θα πρέπει λοιπόν, να επισημανθεί η ανάγκη ενίσχυσης, κατανόησης, υποστήριξης, εκπαίδευσης και ενημέρωσης, όχι μόνο των ασθενών αλλά και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος από το νοσηλευτή όσον αφορά την ένταξη του στο κοινωνικό σύνολο και τις φυσιολογικές τους δραστηριότητες.

4.2.3 Ψυχολογική υποστήριξη

Η αντίληψη του σωματικού του ειδώλου όχι απλά απειλείται, αλλά είναι πραγματικότητα με όλες τις ψυχολογικές επιπτώσεις, όχι μόνον στο ίδιο το άτομο αλλά και στο περιβάλλον του. Συχνά η ασθενής βιώνει αισθήματα άγχους, άρνησης, οργής, θυμού απόρριψης, ζήλιας για τους υγιείς ανθρώπους, ενοχής για την παρούσα κατάσταση της υγείας του, φόβο για την εξέλιξή της. Είναι λοιπόν καθήκον του νοσηλευτή:

Να παρέχει εξατομικευμένη πληροφόρηση, προσαρμοσμένη στις ανάγκες της κάθε ασθενούς. Να δημιουργήσει κλίμα εμπιστοσύνης, να την στηρίξει ψυχολογικά, να την ενθαρρύνει να εκφράσει τα συναισθήματά του. Να αποσαφηνίσει απορίες, παρερμηνείες και προκαταλήψεις. Να ενημερώσει για τις τεχνικές αποκατάστασης σε δεύτερο στάδιο. Να τονίσει ότι χιλιάδες είναι οι άνθρωποι που βρέθηκαν στην θέση της και ένοιωσαν τους ίδιους φόβους. Κι όμως έχουν αναρρώσει πλήρως και συνεχίζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες.⁵⁴

4.2.4 Φροντίδα περιοχής

Σωστή περιποίηση του δέρματος (Χρήση καθαριστικών που σέβονται το pH του δέρματος, καλό σκούπισμα, αποφυγή αποσμητικών σαπουνιών, και αποσμητικών σπρέϋ έως ότου επουλωθεί το χειρουργικό τραύμα για αποφυγή ερεθισμών).⁴⁷

Αποφυγή χρήσης ξυριστικής μηχανής και ιδιαίτερη προσοχή συνίσταται όταν επιχειρείται αποτρίχωση καθώς η αισθητικότητα της περιοχής είναι μειωμένη.

Αποφυγή άσκησης μεγάλης πίεσης νερού πάνω στο τραύμα κατά το λουτρό καθαριότητας καθώς και μεγάλης παραμονής μέσα στο νερό έως ότου επουλωθεί πλήρως το τραύμα.

4.2.5 Διατροφή

Ισορροπημένη διατροφή χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά. Φρούτα και λαχανικά. Αποφυγή καφεϊνούχων σκευασμάτων. Άφθονη λήψη υγρών- τουλάχιστον 8 ποτήρια ημερησίως. Απολαύστε το φαγητό σας.³⁵

4.2.6 Ενδυμασία

Αποφυγή πολύ εφαρμοστών ρούχων τα οποία μπορεί να προκαλέσουν δυσφορία. Χρήση βαμβακερών ή λινών ρούχων. Χρήση κατάλληλου στηθόδεσ-

μου. Οι τιράντες του δεν πρέπει να ασκούν πίεση στον ώμο ή το στήθος. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαγιό.

4.2.7 Εργασία

Σε περίπτωση που η εργασία του αφορά άρση βαρέων αντικειμένων τότε θα πρέπει να περιμένει μέχρι να υπάρξει πλήρης ίαση για να επανέλθει σε αυτήν. Η γρήγορη αποκατάσταση είναι μεγάλης σημασίας για την ασθενή και την οικογένεια της, ώστε να αποφευχθεί το άγχος της μακροχρόνιας απουσίας και απραξίας.³⁷

4.2.8 Άσκηση – Άθληση

Ενημέρωση της ασθενούς για το είδος τη συχνότητα και τη διάρκεια των ασκήσεων. Διδασκαλία ασκήσεων στην ασθενή. Ενθάρρυνση για ξεκούραση και λήψης βαθιάς αναπνοής κατά τη διάρκεια των ασκήσεων. Τοποθέτηση του χεριού στο ύψος της καρδιάς κατά την ξεκούραση. Προτροπή για άσκηση μπροστά σε καθρέφτη για διαπίστωση της σωστής στάσης και θέσης του σώματός της. Χρήση του χεριού από την μεριά της μαστεκτομής για καθημερινές δραστηριότητες όπως πλύσιμο προσώπου χτένισμα μαλλιών, ντύσιμο. Χρήση μαλακής μπάλας και πίεση αυτής ανάμεσα στα δάκτυλα καθώς είναι μία απλή κίνηση που βοηθάει στο δυνάμωμα των μυών και στη βελτίωση της κυκλοφορίας.⁴¹

4.2.9 Σεξουαλικές σχέσεις

Η αλλαγή της εικόνας του σωματικού ειδώλου, η απώλεια της ελκυστικότητας, είναι παράγοντες που επιδρούν ψυχολογικά μιας ομαλής σεξουαλικής ζωής. Φαίνεται ότι οι ασθενείς με μαστεκτομή έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν σοβαρή έκπτωση της σεξουαλικής λειτουργίας μετά την επέμβαση. 30% των γυναικών μετά την χειρουργική θεραπεία παρουσιάζει δυσκολίες στην σεξουαλική προσαρμογή της (μείωση της επιθυμίας, μείωση της συχνότητας των επαφών, μείωση της ικανοποίησης). Ωστόσο η σεξουαλική αυτή δυσλειτουργία είναι συνήθως μέτριου βαθμού και μόνο σε ένα μικρό ποσοστό, 5%, είναι σοβαρή και όπως θα αναφερθεί παρακάτω φαίνεται να εξαρτάται και από το είδος της επέμβασης.³⁸

Ο νοσηλευτής πρέπει να καθησυχάσει τον ασθενή και να τον ενθαρρύνει να συζητήσει με τον ερωτικό του σύντροφο. Οι περισσότεροι ερωτικοί σύντροφοι

γυναικών με μαστεκτομή δηλώνουν ότι ενδιαφέρονται, πάνω από όλα, για την υγεία και την ευτυχία των παρτενέρ τους.

4.2.10 Πρόληψη λοίμωξης

Αποφυγή εμβολιασμών, ενέσεων, αιμοληψίας στο προσβεβλημένο χέρι
Αποφυγή εγκαυμάτων. Χρήση προστατευτικών γαντιών κατά την εκτέλεση διαφόρων εργασιών. Ιδιαίτερη προσοχή κατά την περιποίηση νυχιών, παρωνυχιδων.⁵

4.2.11 Πρόληψη οιδήματος

Καθημερινή άσκηση του χεριού. Αποφυγή μέτρησης πίεσης από το προσβεβλημένο χέρι. Ανύψωση του χεριού κατά τη διάρκεια του ύπνου(χρήση μαξιλαριού). Αποφυγή ρούχων και αξεσουάρ που εμποδίζουν την κινητικότητα και τη σωστή κυκλοφορία του άκρου. Αποφυγή έντονου ψύχους. Αποφυγή έντονης άσκησης στο γυμναστήριο.¹⁰

4.2.12 Επιπλοκές

Ενημερώνουμε την ασθενή ότι θα πρέπει να επικοινωνήσει με τον γιατρό σε περίπτωση: Πυρετού. Πόνου που δεν ανταποκρίνεται στα συνήθη παυσίπονα. Ασυνήθιστο οίδημα. Ερυθρότητα. Δυσσοσμία η έκκριση υγρού από το τραύμα. Αιμορραγία. Αλλεργία ή άλλη αντίδραση στην θεραπεία. Ανησυχία, κατάθλιψη, προβλήματα ύπνου υποστήριξη.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

1 Κεφάλαιο

Καρκίνος του μαστού: Πρόληψη και αντιμετώπιση

1.1 Πρόληψη

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου και τη συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες σε παγκόσμια κλίμακα.

Ως πρωτογενής πρόληψη ορίζεται η λήψη μέτρων που μειώνουν την έκθεση ή αναστέλλουν τις συνέπειες από την έκθεση του ατόμου σε παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης μιας νόσου. Στην περίπτωση του καρκίνου, οι παράγοντες αυτοί μπορεί είτε να δίνουν το έναυσμα για την έναρξη είτε να επάγουν στη συνέχεια τη διαδικασία της καρκινογένεσης.⁵⁸

Ο συσχετισμός τους με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού βασίζεται σε επιδημιολογικές μελέτες, χωρίς να υπάρχει πάντοτε σαφώς αποδεδειγμένη σχέση αιτίου - αποτελέσματος. Τα μέτρα πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού θα πρέπει εκτός από τον παραπάνω πρωταρχικό τους στόχο να συμβάλλουν και στη βελτίωση της γενικότερης υγείας και της ποιότητας ζωής του ατόμου.⁵⁹

Ως δευτερογενής πρόληψη ορίζεται η λήψη κατάλληλων μέτρων από τους φορείς υγειονομικής περίθαλψης, που θα επιτρέψουν είτε την πρώιμη διάγνωση προκαρκινικών καταστάσεων είτε τη διάγνωση του καρκίνου σε αρχικά στάδια. Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται επίσης και ως «προληπτικός πληθυσμιακός έλεγχος» ή «μαζικός ασυμπτωματικός πληθυσμιακός έλεγχος» ή «screening». Η πρώιμη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού εκτός από το ότι οδηγεί σε μείωση της θνησιμότητας, επιτρέπει σε μεγάλο βαθμό και την εφαρμογή λιγότερο επιθετικών μορφών θεραπείας με τελικό αποτέλεσμα τη μείωση της νοσηρότητας και την καλύτερη ποιότητα ζωής.⁶⁰

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

1.1.1 Πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Οι παράγοντες που συσχετίζονται επιδημιολογικά με τον καρκίνο του μαστού, μπορούν να διακριθούν σε «εξωγενείς» και «ενδογενείς». Οι εξωγενείς προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον ενώ οι ενδογενείς από τον ίδιο τον

οργανισμό της ασθενούς Έτσι, οι στόχοι της πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού κινούνται γύρω από δύο κεντρικούς άξονες:

α) την ελαχιστοποίηση της έκθεσης του ατόμου σε εξωγενείς παράγοντες, που αυξάνουν τον κίνδυνο νόσησης και

β) την τροποποίηση διάφορων ενδογενών παραγόντων, κυρίως ορμονικών παραμέτρων και παραγόντων που σχετίζονται με την αναπαραγωγή.⁵⁹

Για αύξηση του κινδύνου καρκίνου του μαστού, χωρίς ωστόσο να έχει περιγραφεί ξεκάθαρα κάποιος παθοφυσιολογικός μηχανισμός ή χωρίς να υπάρχει κάποια πολύ ισχυρή συσχέτιση σε όλες τις επιδημιολογικές μελέτες, έχουν ενοχοποιηθεί το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνεύματος. Αντίθετα, επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι παρακάτω παράγοντες πιθανότατα μειώνουν τον κίνδυνο: η βιταμίνη Α και γενικά τα ρετινοειδή, η κατανάλωση ελαιόλαδου, καθώς και η κατανάλωση σόγιας στη Νοτιοανατολική Ασία.

Αντίθετα δεν έχει εδραιωθεί κάποια σχέση με το συνολικό περιεχόμενο της δίαιτας σε λίπος ή σε φυτικές ίνες. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η διακοπή του καπνίσματος, η κατανάλωση οινοπνεύματος με μέτρο, η τακτική σωματική άσκηση, η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, η δίαιτα με μεγάλη περιεκτικότητα σε φρούτα και λαχανικά και η λήψη τροφών όπως το ελαιόλαδο και τα προϊόντα σόγιας είναι μέτρα που δρουν θετικά στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Επιπρόσθετα, τα μέτρα αυτά έχουν και θετική επίδραση στην πρόληψη νοσημάτων του καρδιαγγειακού συστήματος και του καρκίνου σε άλλα όργανα.⁶⁰

Η έκθεση σε μεγάλες δόσεις ιονίζουσας ακτινοβολίας έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού και για αυτό το λόγο θα πρέπει να προλαμβάνεται. Άτομα που επιβίωσαν μετά από τη ρίψη των δύο ατομικών βομβών στην Ιαπωνία το 1945 και άτομα που εκτέθηκαν σε μεγάλες δόσεις θεραπευτικής ακτινοβολίας στο θώρακα για την αντιμετώπιση καλοήθων ή κακοήθων παθήσεων, όπως για παράδειγμα νόσο Hodgkin, έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος, όταν η έκθεση συμβεί κατά τις δύο πρώτες δεκαετίες της ζωής.⁶¹

Με βάση αυτά τα στοιχεία θα πρέπει να αποφεύγονται οι άσκοπες και πολλαπλές ακτινολογικές εξετάσεις, ιδιαίτερα σε άτομα νεαρής ηλικίας. Υπογραμμίζεται πάντως το ότι η δόση της θεραπευτικής ακτινοβολίας είναι εκατοντάδες φορές μεγαλύτερη από ό,τι η δόση ακτινοβολίας της μαστογραφίας και το ότι η ακτινοθεραπεία μετά από τοπική εκτομή καρκίνου μαστού δε φαίνεται να αυξά-

νει τον κίνδυνο δεύτερου καρκίνου του μαστού ή άλλων κακοήθων νεοπλασιών. Το εάν η έκθεση σε ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού δεν είναι σαφές, αφού οι λίγες σχετικές μελέτες έχουν καταλήξει σε αντικρουόμενα συμπεράσματα.⁵¹

Ως προς τις διάφορες ορμονικές παραμέτρους και τους παράγοντες που σχετίζονται με την αναπαραγωγή, είναι προτιμότερη η τεκνοποίηση πριν από την ηλικία των 30 ετών από ότι η ατοκία ή η τεκνοποίηση σε μεγαλύτερες ηλικίες. Επίσης, θα πρέπει να ενθαρρύνεται και ο μητρικός θηλασμός. Ανάμεσα στη λήψη από του στόματος αντισυλληπτικών δισκίων και στον καρκίνο του μαστού δεν φαίνεται να υπάρχει ισχυρός συσχετισμός.⁵⁹

Αντίθετα, σχετικά πρόσφατα στοιχεία μεγάλων μελετών για την ορμονική θεραπεία μετά την εμμηνόπαυση έδειξαν ότι ο συνδυασμός οιστρογόνουπρογεσταγόνου και σε μικρότερο βαθμό η μονοθεραπεία με οιστρογόνα αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Έτσι, με βάση τα σημερινά δεδομένα, η ορμονική θεραπεία στην εμμηνόπαυση θα πρέπει να εξατομικεύεται. Σε ότι αφορά την χημειοπροφύλαξη από τον καρκίνο του μαστού, μία σειρά από δραστικές ουσίες έχει δοκιμαστεί κλινικά για το σκοπό αυτό. Μόνο για την ταμοξιφαίνη και τη ραλοξιφαίνη υπάρχουν επαρκή στοιχεία από κλινικές μελέτες, που να επιτρέπουν τη χρήση τους για χημειοπροφύλαξη από καρκίνο του μαστού με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς σε ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου.⁵⁸

Έτσι στην πρωτογενή πρόληψη ακολουθούνται μπορούμε να πούμε κάποια βήματα για να προλάβουμε τον καρκίνο.

α) Ανακάλυψη των αιτιολογικών παραγόντων

Η ανακάλυψη των αιτιολογικών παραγόντων μπορεί να γίνει με τρεις κατηγορίες ερευνών: σε ανθρώπους, σε πειραματόζωα και σε μικροβιακές καλλιέργειες. Οι έρευνες σε ανθρώπους είναι περισσότερο αποτελεσματικές παρόλο που είναι αναγκαστικά μη-πειραματικές. Το μειονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι πως ο άνθρωπος δεν έχει τον ίδιο μεταβολισμό με τα διάφορα πειραματόζωα που χρησιμοποιούνται και έτσι υπόκειται σε διαφορετικές καρκινογενετικές επιδράσεις. Ένα κοινό πρόβλημα των αιτιολογικών ερευνών σε ανθρώπους και πειραματόζωα είναι το μεγάλο τους κόστος και η μεγάλη χρονική διάρκεια.⁶¹

Τα δεδομένα αυτά μαζί με το γεγονός ότι κάθε χρόνο εισάγονται στην κατάναλωση πάνω από 10.000 νέες χημικές ουσίες, δημιούργησαν την ανάγκη καθιέρωσης μιας απλούστερης και συντομότερης ερευνητικής διαδικασίας, για

τον προκαταρκτικό έλεγχο της καρκινογενετικής ικανότητας των νεοεισαγόμενων ουσιών. Έτσι δημιουργήθηκε μια ερευνητική διαδικασία από τον Bruce Ames, η οποία είναι απλή, γρήγορη, δεν κοστίζει ακριβά και βασίζεται στη συσχέτιση που υπάρχει ανάμεσα στην καρκινογενετική ικανότητα και στην ικανότητα προκλήσεως μεταλλαγών σε μικρόβια.³³

β) Εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης.

Τέτοια προγράμματα είναι:

α. Η υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού

β. Η προστασία ομάδων πληθυσμού που εκτίθεται σε συγκεκριμένους καρκινογόνους παράγοντες, (π.χ. γυναίκες που εργάζονται σε ακτινολογικά εργαστήρια) και η λήψη ειδικών μέτρων σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.

γ. Η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα σε εθνικούς και διεθνείς κανονισμούς. Για να εφαρμοστούν τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης, η πολιτεία πρέπει αρχικά να λάβει μέτρα που θα βοηθήσουν στην εντόπιση και στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.³⁶

Τα μέτρα είναι:

1. Η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.

2. Να γίνει υποχρεωτική η προληπτική εξέταση στις γυναίκες μετά το 40^ο έτος της ηλικίας τους.

3. Να ιδρυθεί τμήμα αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο της χώρας.

4. Να ιδρυθούν συμβουλευτικοί ογκολογικοί σταθμοί σε όλη τη χώρα με σκοπό την αντικαρκινική διαφώτιση.

5. Να οργανωθεί ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα.

6. Να αναγνωρισθεί ο ρόλος του νοσηλευτή στον τομέα της διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.

7. Η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των ασχολούμενων με τη υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν στον καρκίνο του μαστού.

8. Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιορισθούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.

9. Να τηρηθεί αρχείο με στατιστικά στοιχεία για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και τη έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.⁶

1.1.2 Δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Η βασική μέθοδος για τη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού στο γενικό πληθυσμό είναι η μαστογραφία. Η μαστογραφία είναι η μόνη απεικονιστική μέθοδος που επιτρέπει αξιόπιστα την ανίχνευση παθολογικών μικροαποπιτανώσεων στο μαστό.⁴¹

Υπολογίζεται, ότι παθολογικές μικροαποπιτανώσεις παρατηρούνται περίπου στο 30-40% του συνόλου των διηθητικών καρκινωμάτων και σε ως και 90% των καρκινωμάτων in situ του μαστού. Γίνεται έτσι φανερό ότι η μαστογραφία μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού. Πράγματι, υπολογίζεται ότι με το συστηματικό προληπτικό έλεγχο με μαστογραφία, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού μπορεί να μειωθεί ως και 30-50%. Αυτό οφείλεται και στο ότι, εκτός από την υπεροχή της στην ανίχνευση του καρκινώματος in situ, επιτρέπει και τη διάγνωση του διηθητικού καρκίνου του μαστού σε πρωιμότερα στάδια από ότι άλλες μέθοδοι.

Σε όλο το δυτικό κόσμο γίνεται γενικά αποδεκτό ότι η μαστογραφία ως μέθοδος δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού θα πρέπει να πραγματοποιείται σε όλες τις γυναίκες ηλικίας 50-70 ετών σε ετήσια βάση, ενώ για τις ηλικίες 40-50 δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς το μεσοδιάστημα ανάμεσα σε δύο μαστογραφίες. Οι λόγοι για αυτό είναι κατά βάση πολιτικοοικονομικοί και όχι επιστημονικοί, δεδομένου ότι η προληπτική μαστογραφία σε ετήσια βάση σε γυναίκες 40-50 ετών αποδεδειγμένα μειώνει τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού, ανεξάρτητα από το όποιο κόστος για το σύστημα υγείας. Έτσι, σύμφωνα με τις συστάσεις της Αμερικανικής Εταιρείας κατά του Καρκίνου (American Cancer Society-ACS), του Αμερικανικού Κολλεγίου Ακτινολογίας (American College of Radiology-ACR) και του Αμερικανικού Εθνικού Ινστιτούτου κατά του Καρκίνου (National Cancer Institute-NCI), όλες οι γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 40 ετών θα πρέπει να υποβάλλονται τακτικά σε προληπτική μαστογραφία σε μεσοδιαστήματα ενός έτους.⁴⁴

Η μαστογραφία ως διαγνωστική μέθοδος έχει ευαισθησία περίπου 90%. Έτσι, υπολογίζεται ότι με την πραγματοποίηση ετήσιας προληπτικής μαστογραφίας περίπου 20% των καρκινωμάτων θα ανακαλυφθεί στο μεσοδιάστημα, ενώ με

μεσοδιαστήματα δύο ετών, το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 35-40%. Η ευαισθησία της μαστογραφίας είναι υψηλότερη σε μαστούς πλούσιους σε λίπος, ενώ όσο αυξάνεται η πυκνότητα του μαστού, όπως συμβαίνει σε νεαρές ηλικίες και σε γυναίκες με μαστοπάθεια τόσο μειώνεται η ευαισθησία της μεθόδου.⁴¹

Οι κύριοι λόγοι για τους οποίους η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού με μαστογραφία ξεκινά μετά την ηλικία των 40 ετών είναι η χαμηλή ευαισθησία της μεθόδου και ο πολύ χαμηλός επιπολασμός της νόσου στις νεότερες γυναίκες. Μαστογραφία θα πρέπει κατ' εξαίρεση να πραγματοποιείται σε μικρότερη ηλικία στις παρακάτω περιπτώσεις:

1) Όταν πρόκειται για τη λεγόμενη «μαστογραφία βάσης» ή «μαστογραφία αναφοράς», που πραγματοποιείται στο γενικό πληθυσμό στην ηλικία των 35 ετών, για να αποτελέσει το μέτρο ή τη βάση σύγκρισης για τις μεταγενέστερες μαστογραφίες.

2) Όταν υπάρχουν κλινικά ευρήματα, οπότε η μαστογραφία πραγματοποιείται σε γυναίκες κάτω των 40 ετών για διαγνωστικούς λόγους.

3) Όταν πρόκειται για γυναίκες με αποδεδειγμένο οικογενή καρκίνο μαστού / ωοθηκών, τότε ο ετήσιος προληπτικός μαστογραφικός έλεγχος θα πρέπει να ξεκινά σε νεότερη ηλικία.⁴³

Η μαστογραφία έχει υψηλή ειδικότητα (specificity) μόνο σε λίγες περιπτώσεις: στον αποκλεισμό κακοήθειας σε μαστούς πλούσιους σε λίπος και σε περιπτώσεις με τυπικούς χαρακτήρες καλοήθειας, όπως σε τυπικές κύστεις με ομαλά όρια, λιπώματα, αποτιτανωμένα ινοαδενώματα ή τυπικούς καλοήθεις λεμφαδένες. Αντίθετα, στις περισσότερες κλινικά ή μαστογραφικά εμφανείς αλλαγές η μαστογραφία είναι μη ειδική και επιτρέπει μόνο την πιθανολόγηση για τη φύση του ευρήματος. Υπολογίζεται ότι μόνο μία στις πέντε έως δέκα μη-ειδικές αλλοιώσεις στη μαστογραφία αντιστοιχεί σε καρκίνο και ότι η υπερηχογραφία και η διαδερμική βιοψία (ιστοληψία με βελόνη 14 ή 11 G) βελτιώνουν σημαντικά την ειδικότητα, μειώνοντας το συνολικό αριθμό άσκοπων ανοιχτών βιοψιών.⁴⁸

Τα τελευταία χρόνια, έχει αναπτυχθεί σημαντικά η τεχνολογία της ψηφιακής μαστογραφίας. Η ψηφιακή μαστογραφία έχει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα:

α) τη δυνατότητα ψηφιακής αρχειοθέτησης και μετάδοσης των εικόνων σε χαμηλό κόστος,

β) την εκμηδένιση διαφόρων artifacts, όπως είναι η σκόνη στα κλασικά φιλμς μαστογραφίας,

γ) το γεγονός ότι ο χρόνος συμπίεσης του μαστού είναι βραχύτερος, κάτι που κάνει την εξέταση περισσότερο αποδεκτή από την εξεταζόμενη,

δ) τη δυνατότητα απεικόνισης σε μεγέθυνση, χωρίς την ανάγκη λήψης νέας εικόνας,

ε) τη μεγαλύτερη ευκρίνεια στην απεικόνιση του δέρματος, και σε μαστούς με προθέσεις σιλικόνης,

στ) την ανίχνευση βλαβών με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή (Computed Aided Detection – CAD) και

ζ) την ψηφιακή επεξεργασία της εικόνας (τομοσύνθεση).⁵⁹

Με στόχο τη βελτίωση του τρόπου περιγραφής και αξιολόγησης των μαστογραφικών ευρημάτων, το Αμερικανικό Κολλέγιο Ακτινολογίας καθόρισε τέσσερις κατηγορίες πυκνότητας των μαστών στη μαστογραφία (I έως IV, από τη λιγότερο έως την περισσότερο πυκνή μαστογραφία) και το σύστημα καταγραφής και αναφοράς των ευρημάτων BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System). Η ταξινόμηση κατά BIRADS επεκτάθηκε αργότερα και για το χαρακτηρισμό των ευρημάτων της υπερηχογραφίας και της μαγνητικής τομογραφίας και υιοθετήθηκε και από ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες. Επίσης, η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Μαστολογίας (European Society of Mastology - EUSOMA) προτείνει ένα παρόμοιο σύστημα για τη μαστογραφία και την υπερηχογραφία.⁵⁸

Η υπερηχογραφία του μαστού έχει σήμερα οριστικά ξεφύγει από την εποχή που χρησίμευε μόνο για τη διαφορική διάγνωση μεταξύ κύστεων και συμπαγών όγκων. Για γυναίκες έως 30 ετών η υπερηχογραφία είναι η διαγνωστική εξέταση πρώτης εκλογής.

Ιδανικά, η υπερηχογραφία θα πρέπει να συνδυάζεται με τη μαστογραφία στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού, αλλά αυτό δεν εφαρμόζεται στην πράξη στα περισσότερα προγράμματα screening για λόγους κόστους.⁵¹

Η υπερηχογραφία ως συμπληρωματική μέθοδος βελτιώνει σημαντικά την ευαισθησία και την ειδικότητα της μαστογραφίας. Το όφελος από τη χρήση και των δύο μεθόδων είναι αθροιστικό. Η υπερηχογραφία μόνη της υπολογίζεται ότι έχει ευαισθησία 57-90% και ειδικότητα 60-90%.

Με την προσθήκη της υπερηχογραφίας στην αξιολόγηση της μαστογραφίας, η αθροιστική ειδικότητα από τις δύο μεθόδους μπορεί να φτάσει στο 92-95%. Ακόμη, σε ότι αφορά την ευαισθησία, με την υπερηχογραφία είναι δυνατό

να ανευρεθούν όγκοι που δεν είναι ανιχνεύσιμοι με τη μαστογραφία, κυρίως σε πυκνούς μαστούς.⁵⁴

Είναι αυτονόητο ότι ο τακτικός έλεγχος για τη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει και την κλινική εξέταση από το γιατρό, η οποία αποτελείται από την επισκόπηση και την ψηλάφηση των μαστών με τη γυναίκα τόσο σε όρθια όσο και κατακεκλιμένη θέση, καθώς και την εξέταση της περιοχής της μασχάλης, και του υπερκλειδίου και υποκλειδίου βόθρου, αμφοτερόπλευρα. Η σημασία της τακτικής αυτοεξετάσης των μαστών έχει μειωθεί σήμερα σε πολύ μεγάλο βαθμό.⁵⁶

Η Αμερικανική Εταιρεία κατά του Καρκίνου (ACS) στις πρόσφατες οδηγίες της αναφέρει ότι τόσο η αυτοεξέταση (ανά τακτά ή όχι μεσοδιαστήματα) όσο και η μη αυτοεξέταση είναι το ίδιο αποδεκτές. Μεγαλύτερη σημασία έχει η γνώση από την ίδια τη γυναίκα του μαστού της (“breast awareness”), η αναγνώριση αλλαγών που πιθανόν να συμβούν κάποια στιγμή και η αναφορά τους στον ειδικό. Τακτικός αυτοέλεγχος των μαστών συνιστάται σήμερα μόνο σε γυναίκες με αποδεδειγμένα κληρονομούμενο οικογενή καρκίνο του μαστού.⁴³

Όπως αναφέραμε η δευτερογενής πρόληψη έχει σκοπό να εντοπίσει τη νόσο, πριν αυτή εκδηλωθεί με συμπτώματα, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της σε βαριά και ανίατη μορφή. Οικονομικοί και τεχνικοί λόγοι κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, για αυτό ο έλεγχος περιορίζεται στον γυναικείο πληθυσμό υψηλού κινδύνου.

Διαλογή (screening) είναι η προκαταρκτική αναγνώριση ασυμπτωματικών νοσημάτων ή ανωμαλιών, με την εφαρμογή κλινικών, παρακλινικών ή εργαστηριακών εξετάσεων που γίνονται εύκολα, γρήγορα και φθηνά. Τα προγράμματα διαλογής βασίζονται στα εξής:

Η ασθένεια έχει συγκεκριμένα και προσδιοριζόμενα χαρακτηριστικά.

Υπάρχουν αποτελεσματικές μέθοδοι και προληπτικές εξετάσεις για την εντόπιση του καρκίνου σε όλες τις φάσεις του.

Το κοινό πρέπει να γνωρίζει και να συμμετέχει στα προγράμματα.

Να είναι δυνατός ο προσδιορισμός πληθυσμού ή ομάδων ασθενών στους οποίους ανιχνεύεται η επίδραση παραγόντων κινδύνου.

Τα κριτήρια που δείχνουν την καταλληλότητα των προγραμμάτων περιοδικού προληπτικού ελέγχου είναι:

- Η διάθεση και εφαρμογή τους σε πολλούς ανθρώπους

- Να είναι φθηνά.
- Να έχουν εύκολη εφαρμογή και απλή τεχνική.
- Να είναι ακριβή στην πρώιμη εντόπιση.
- Να είναι αναγνωρισμένης αξίας.
- Να έχουν γρήγορη απόδοση.
- Να είναι ανώδυνα
- Να εφαρμόζεται από νοσηλευτικό προσωπικό.³

Κύριο μέλημα των φορέων που διενεργούν δευτερογενή πρόληψη, είναι η προσέλκυση των υγιών γυναικών για προληπτικό έλεγχο. Χρειάζεται λοιπόν να δημιουργηθούν κίνητρα για αυτό το σκοπό. Απαιτείται η συνεργασία πολλών ατόμων για να ενημερωθεί το κοινό για την χρησιμότητα τέτοιων προγραμμάτων. Σκοπός δεν είναι η διάγνωση του καρκίνου αλλά η ανίχνευση ανωμαλιών που στη συνέχεια θα εκτιμηθούν από γιατρούς για να δώσουν την τελική διάγνωση. Η εξέταση του μαστού γίνεται με την βοήθεια προσωπικού αλλά και μηχανημάτων. Απαιτείται λοιπόν:

- Ολοκληρωμένο οικογενειακό και ατομικό ιστορικό.
- Γενική και φυσική κατάσταση.
- Κλινική εξέταση (επισκόπηση και ψηλάφηση)
- Αιματολογικές εξετάσεις.
- Ακτινολογικές εξετάσεις (μαστογραφία).⁸

Κινητές διαγνωστικές μονάδες

Οι κινητές διαγνωστικές μονάδες αποτελούνται από ομάδες γιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών και παραϊατρικού προσωπικού. Κινούνται συνεχώς με ειδικά αυτοκίνητα που έχουν εξεταστικούς χώρους, ακτινολογικά μηχανήματα και άλλα διαγνωστικά μέσα. Οι κινητές μονάδες επισκέπτονται αστικά κέντρα αλλά και απομακρυσμένα χωριά, όπου υπάρχει έλλειψη γνώσεων και ειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Σκοπός τους είναι η ενημέρωση στις δυνατότητες πρόληψης του καρκίνου και της βελτίωσης των σημερινών θεραπευτικών αποτελεσμάτων καθώς και την διενέργεια κλινικών εξετάσεων για πρώιμη διάγνωση του καρκίνου, χωρίς έξοδα και ταλαιπωρίες.⁵⁸

Ιατρεία προκλινικής διάγνωσης

Τα ιατρεία αυτά στηρίζονται κυρίως από νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο πραγματοποιεί το ρόλο των εκπαιδευτικών υγείας. Υπάρχουν γιατροί, οι οποίοι λειτουργούν σαν σύμβουλοι. Για αυτό το λόγο η εξέταση δεν είναι δαπανηρή. Η εξεταζόμενη συμπληρώνει μόνη της ένα είδος ερωτηματολογίου και ο έλεγχος έχει σκοπό να δείξει αν η εξεταζόμενη ανήκει στην ομάδα υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου μαστού.⁵⁹

Τα αναμενόμενα οφέλη από τον περιοδικό έλεγχο είναι:

- α. Η παράταση επιβίωσης, στην ομάδα ηλικιών 50-64 μείωση θνησιμότητας κατά 30%.
- β. Χαμηλότερα ποσοστά προχωρημένης νόσου και επομένως λιγότερο δαπανηρή και κουραστική θεραπεία.

Τα μειονεκτήματα του περιοδικού ελέγχου είναι:

- α. Δαπάνη για το κοινωνικό σύνολο.
- β. Καρκίνος μετά την έκθεση στην ακτινοβολία από τη μαστογραφία.
- γ. Αύξηση αριθμού εγχειρητικών επεμβάσεων. Ψυχικά τραύματα σε άτομα που διαπιστώθηκε καρκίνος.²⁷
- δ. Λόγω έγκαιρης διάγνωσης, το άτομο νομίζει πως παρατείνεται η διάρκεια της νόσου.

2 Κεφάλαιο

Ατομική προσέγγιση στη νοσηλευτική φροντίδα

Όπως έχουμε αναφέρει και παραπάνω ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος και εστιάζεται στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, στην εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας, στην υποστήριξη και συμβουλευτική, στη φροντίδα του ασθενούς αλλά και στην έρευνα. Η φροντίδα του ασθενούς στοχεύει κυρίως στην εφαρμογή κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων, οι οποίες θα ανακουφίσουν τον ασθενή από τις ανεπιθύμητες ενέργειες της κάθε θεραπείας που θα ακολουθηθεί, είτε αυτό είναι ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία είτε χειρουργική μαστεκτομή. Εμείς σαν νοσηλευτές θα πρέπει να είμαστε γνώστες των τεχνολογιών που χρησιμοποιούνται στις διάφορες μορφές θεραπείας, ώστε να είμαστε σε θέση να εκπαιδεύσουμε τους ασθενείς, αλλά και να παρέχουμε ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα. Επίσης θα πρέπει να συνεργαζόμαστε με τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας και να πραγματοποιούμε νοσηλευτική πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις. Αποτελούμε μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, και δρούμε είτε μόνοι μας, είτε σε συνεργασία με αυτήν την ομάδα προκειμένου να παρέχουμε ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα, αλλά και προκειμένου να υπάρξει το βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα για τον ασθενή.

Ο στόχος της ογκολογικής νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητα του και να τα χρησιμοποιήσει για την καταπολέμηση των κακοηθών κυττάρων, να ανεχθεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια. Ακόμη οι γνώσεις και οι δεξιότητες βοηθούν το νοσηλευτή να προβλέψει και να παρεμποδίσει την εμφάνιση των προβλημάτων αυτών.

Ο νοσηλευτής που εργάζεται με τον άρρωστο, που έχει καρκίνο, πρέπει να είναι περισσότερο από ένας έμπειρος τεχνικός. Πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει τον συνάνθρωπο και προσφέρει τον εαυτό του με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την ανθρωπιά του. Για να μπορέσει όμως να επιτύχει αυτό χρειάζεται:

- 1) Γνώσεις

- 2) Φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική
- 3) Ικανοποίηση (θετική ενίσχυση)
- 4) Βοήθεια και υποστήριξη .

Βασική προϋπόθεση για όλα αυτά είναι η κριτική σκέψης. Κριτική σκέψη είναι σκεπτικισμός του καθενός για την ίδια του την σκέψη. Οπότε επικεντρωνόμαστε στον ίδιο τον ασθενή και εστιάζουμε στο τι πιστεύει ή τι κάνει σε κάποια δεδομένη στιγμή. Έχουμε την δυνατότητα να παρατηρούμε τη συμπεριφορά και την ικανότητα του ασθενή και σε συνδυασμό με την γνώση της νοσηλευτικής διεργασίας επιτυγχάνουμε πολύ θετικά αποτελέσματα όσον αφορά την περίθαλψη του ασθενή αλλά και την ψυχολογία του ίδιου όταν αντιμετωπίζει μια τόσο σκληρή κατάσταση με την υγεία του.

Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική περιλαμβάνει εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναπόφευκτου του θανάτου. Πιο μεγάλη σημασία έχει να πιστεύει πως μπορεί να βοηθήσει τους άλλους με ότι είναι και ότι γνωρίζει και ότι έχει τη δύναμη να κάνει.

Η ικανότητα του καρκινοπαθή να αντιμετωπίσει την κατάσταση του επηρεάζεται από παράγοντες όπως: η ηλικία, το πολιτιστικό του επίπεδο, η βοήθεια και υποστήριξη που του προσφέρεται στο σύστημα υγείας και η πείρα από αρρώστια στο παρελθόν. Τα προβλήματα του αρρώστου είναι ανάλογα με το στάδιο της αρρώστιας και με το είδος της θεραπείας που εφαρμόζεται.

Γι' αυτό οι νοσηλευτές εκπαιδεύονται ειδικά στην περίθαλψη των καρκινοπαθών μέσα στο νοσοκομείο, στο ιατρείο, στο σπίτι ή σε ειδικά τμήματα, όπως είναι οι μονάδες ακτινοθεραπείας. Για να συμπληρώσουν τις βασικές ιατρικές τους γνώσεις εκπαιδεύονται στα εξής:

- Χορήγηση χημειοθεραπείας και αντιμετώπιση των παρενεργειών όπως η ναυτία, οι εμετοί και η τριχόπτωση.
- Ανακούφιση και έλεγχος του πόνου.
- Αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών καρκίνου.
- Παροχή ψυχολογικής συμπαράστασης στους ασθενείς και στους συγγενείς τους.
- Μετεγχειρητική περίθαλψη.
- Συμμετοχή σε ομάδες κλινικών ερευνών ή άλλων ανεξάρτητων ερευνών για θέματα περίθαλψης.

- Χρήση νέας τεχνολογίας και θεραπευτικών μεθόδων που βρίσκονται υπό εξέλιξη, όπως οι μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών ή οι βιολογικές θεραπείες.

Οι νοσηλευτές, επίσης, μπορούν να συμπληρώνουν τις γνώσεις τους σε διάφορες υποειδικότητες, όπως στην ακτινοθεραπεία, τη χειρουργική ή την παθολογική ογκολογία, στην παρηγορητική θεραπεία, στην πρόληψη και την έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου, στην περίθαλψη των ασθενών μέσα στα νοσηλευτικά ιδρύματα ή στο σπίτι, στην ενημέρωση του ασθενούς, στην περίθαλψη των περιπατητικών ασθενών και σε διοικητικά καθήκοντα νοσηλείας.

Επειδή ο καρκινοπαθής υπόκειται σε πολλών ειδών αλλαγές οι οποίες δεν είναι ευχάριστες, αισθάνεται φοβισμένος και αποθαρρυσμένος, ο νοσηλευτής πρέπει να επέμβει:

1. Με την άριστη νοσηλευτική φροντίδα κατά την οποία ενισχύεται η εμπιστοσύνη και το αίσθημα ασφάλειας με τη σωστή εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών, δηλαδή τη σωστή εφαρμογή κανόνων νοσηλείας και διευκόλυνση προμήθειας απαραίτητων υλικών.

2. Με την πληροφόρηση - εκπαίδευση, όπου ο νοσηλευτής μέσω του ρόλου του θα δώσει πληροφορίες για τη θεραπεία και τα αποτελέσματα της, ανάλογα με το είδος αλλά και το επίπεδο της και θα δώσει χρόνο στον ασθενή να συνηθίσει στην ιδέα της θεραπείας.

3. Με την αρμονική νοσηλευτή με την υγειονομική ομάδα, ο νοσηλευτής θα ανοίξει και θα κρατήσει ανοικτούς δρόμους επικοινωνίας αρρώστου, οικογένειας, και υγειονομικής ομάδας.

4. Με την ψυχολογική υποστήριξη η οποία θα επιτευχθεί με την επικοινωνία του αρρώστου με σκοπό να μετριάσει το φόβο και το άγχος του αγνώστου.

Η υποστήριξη και συμβουλευτική περιλαμβάνει αρχικά την εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής κατάστασης του ασθενούς, τη διαπίστωση της ύπαρξης προηγούμενων υποστηρικτικών μηχανισμών καθώς και την εκτίμηση του οικογενειακού, εργασιακού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Πραγματοποιείται ενεργός ακρόαση και στη συνέχεια παραπομπή σε κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο εάν χρειαστεί.

Ο νοσηλευτής είναι ο κεντρικός φάρος που πρέπει να φωτίζει κάθε ενέργεια ή κάθε πρόβλημα του ανθρώπου με την υγεία του. Υγεία σωματική, υγεία πνευματική, υγεία ψυχική. Και η παρουσία αυτή του νοσηλευτή πρέπει να είναι συ-

νεχής, στο σπίτι, στο νοσοκομείο, σε ένα απλό ιατρείο ή ακόμα και στην κοινωνία που ζούμε.

Πιο συγκεκριμένα η Ογκολογία είναι μια διαφορετική ειδικότητα από άλλες και ο νοσηλευτής πρέπει να μάθει να επικοινωνεί και να ενεργεί σε όλη την πολύπλευρη φάση του καρκίνου. Και ο καρκίνος είναι μία αρρώστια που μπορεί να προληφθεί σε ένα μεγάλο βαθμό περιπτώσεων, όπως μπορεί και να διαγνωσθεί έγκαιρα. Έτσι η εκπαίδευση των νοσηλευτών αρχίζει με την πρόληψη και τους τρόπους έγκαιρης διάγνωσης, προχωρεί στα διαγνωστικά μέσα που χρειάζονται να εφαρμοσθούν για τον καλύτερο έλεγχο κάθε ατόμου, ακολουθεί η θεραπεία, η αποκατάσταση και τέλος χρειάζεται η προσαρμογή τους και οι ιδιαίτερες γνώσεις για τη συνεχιζόμενη φροντίδα, ώστε το νοσηλευτικό πρόγραμμα της Νοσηλευτικής Ογκολογίας θα αρχίζει με την πρόληψη της αρρώστιας που πρέπει να γίνεται από οποιαδήποτε θέση και αν υπηρετεί ο νοσηλευτής. Είτε δηλαδή βρίσκεται σε ένα Κέντρο Υγείας, είτε στα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου ή ακόμα και στο περιβάλλον της κοινωνικής του ζωής.

Φυσικά, θα πρέπει, πρώτα απ' όλα, ο νοσηλευτής όχι απλά να γνωρίζει, αλλά να συνειδητοποιήσει ότι η ύπαρξη του αποτελεί ένα υπόδειγμα τρόπου ζωής για τους άλλους.

Βέβαια η εξειδικευμένη γνώση χρειάζεται μεν για την αντιμετώπιση των ιδιαίτεροτήτων κάθε ειδικότητας, αλλά δεν αποτελεί την ουσία της νοσηλευτικής και της φροντίδας. Σύμφωνα με τη Watson, συγκεκριμένα, περιγράφονται δέκα σημαντικοί παράγοντες οι οποίοι διαφοροποιούν τη νοσηλευτική φροντίδα από την ιατρική θεραπευτική. Η θεραπεία αποτελεί μέρος ή να είναι το αποτέλεσμα φροντίδας.

Οι δέκα αυτοί παράγοντες αποτελούν τον πυρήνα της νοσηλευτικής και μπορούν να εφαρμοσθούν σε όλες τις νοσηλευτικές μονάδες. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- 1) Η δημιουργία ενός συστήματος αξιών, οι οποίες να είναι ανθρωπιστικές - αλτρουιστικές. Οι αξίες που διέπουν τη ζωή του ανθρώπου διδάσκονται και μαθαίνονται κατά τη διάρκεια του κύκλου της ζωής. Η καθημερινή εμπειρία σε διδάσκει το να αποδέχεσαι τις ανθρώπινες αξίες, όπως αγάπη προς τους άλλους και ενδιαφέρον, καθώς και ικανοποίηση δια μέσου της προσφοράς.

2) Η ενστάλαξη της πίστewς και της ελπίδας. Διαμέσου της αποτελεσματικής σχέσης νοσηλευτή - αρρώστου μπορεί να αναπτυχθεί μια θετική στάση έναντι των θετικών αποτελεσμάτων.

3) Η καλλιέργεια της αυτογνωσίας. Η αυτογνωσία δίνει στον νοσηλευτή την ικανότητα να επικοινωνεί σωστά με τα άτομα κι έτσι να μπορεί να τα βοηθά αποτελεσματικά.

4) Η ανάπτυξη αμοιβαίας εμπιστοσύνης. Η ανάπτυξη της σχέσης εμπιστοσύνης προϋποθέτει τους τρεις προαναφερόμενους παράγοντες, αλλά βασικά στηρίζεται στην ειλικρίνεια, τη συμπάθεια και την προσφορά χωρίς αντάλλαγμα.

5) Η προώθηση και η αποδοχή της έκφρασης θετικών και αρνητικών συναισθημάτων.

6) Η συστηματική χρησιμοποίηση της επιστημονικής μεθόδου λύσεως προβλημάτων για τη λήψη αποφάσεων.

7) Η προώθηση της αμοιβαίας διεργασίας διδασκαλία / μάθησης.

8) Η πρόνοια για ένα υποστηρικτικό, προστατευτικό και διορθωτικό περιβάλλον, το οποίο να καλύπτει όλους τους τομείς, όπως ψυχολογικό, φυσικό, κοινωνικοπολιτισμικό και πνευματικό.

9) Η ιεράρχηση των αναγκών, αφού η ικανοποίηση των κατώτερων αναγκών θα ανοίξει τον δρόμο για την ικανοποίηση των ανώτερων αναγκών

10) Η γνώση, εκτός της νοσηλευτικής θεωρίας, και των υπαρξιακών και των φαινομενολογικών επιστημών καθώς και η επίδραση τους, μπορούν να βοηθήσουν τους νοσηλευτές στο να κατανοήσουν τις ανάγκες των ασθενών και να δίνουν σωστές ερμηνείες στις διάφορες αντιδράσεις τους.

3 Κεφάλαιο

Νοσηλευτική διεργασία

Κλινική Περίπτωση Α **Νοσηλευτικό Ιστορικό**

Όνομα ασθενούς: Π.Σ.

Ηλικία ασθενούς: 45

Ασθενής ηλικίας 45 ετών εισήλθε στην χειρουργική κλινική του Νοσοκομείου Ρίου στις 14/11/2009. Με τη διάγνωση «Τεράστιος όγκος καταλαμβάνων ολόκληρο το δεξιό μαστό (σάρκωμα)».

Τον Οκτώβριο του 2009 παρουσιάστηκε οίδημα στο δεξιό μαστό όπου και υποβλήθηκε σε ειδικές εξετάσεις και διαγνώστηκε το σάρκωμα.

Το Ιατρικό Ιστορικό της ασθενούς περιγράφει την περίπτωση ως εξής: Σε ολόκληρο το δεξιό μαστό ανευρέθει ογκίδιο μεγάλων διαστάσεων (μεγαλύτερο των 5 cm) σκληρό και επώδυνο. Ο αριστερός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Διάγνωση: «Τεράστιος όγκος καταλαμβάνων ολόκληρο το δεξιό μαστό (σάρκωμα)».

Στάδιο 3: T3NoMo

Η ασθενής δεν κάνει χρήση καπνού ή αλκοόλ, δεν είναι παχύσαρκη και το οικογενειακό της ιστορικό δεν αναφέρει ότι υπάρχει κληρονομικότητα. Έναρξη εμμήνου ρύσεως στα 13 της χρόνια. Στην κλινική έγινε λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων και λήψη αίματος για την διεξαγωγή αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η ολική μαστεκτομή.

Το χειρουργείο προγραμματίστηκε στις 15/11/2009 με σκοπό την ολική αφαίρεση του μαστού όπου και πραγματοποιήθηκε χωρίς να αφαιρεθούν λεμφαδένες. Η ασθενής δεν παρουσίασε καμία μετεγχειρητική επιπλοκή. Παρ' όλα αυτά 2 μήνες αργότερα εμφανίστηκε ογκίδιο στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και έτσι πραγματοποιήθηκε το 2^ο χειρουργείο στις 15/1/2010 με σκοπό να αφαιρεθούν

όγκος και λεμφαδένες. Η ασθενής δεν παρουσίασε καμία μετεγχειρητική επιπλοκή.

Ο θεράπων ιατρός της αποφάσισε ότι η ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε 32 ακτινοβολίες, 1 κάθε μέρα. Ενάμιση χρόνο μετά η ασθενής παρουσιάζει μετάσταση στον αριστερό μαστό όπου στην διάγνωση πιθανολογείται φυλλοειδής όγκος-με σεγχυματογενής όγκος.

Γι' αυτό το λόγο ως θεραπεία εκλογής στην συγκεκριμένη περίπτωση προτάθηκε η ογκεκτομή, όπου και πραγματοποιήθηκε στις 27/7/2011. Η ασθενής δεν εμφάνισε κάποια μετεγχειρητική επιπλοκή εκτός από κάποια μικρά ενοχλήματα στο δεξιό χέρι όπου δεν χορηγήθηκε κάτι για την αντιμετώπιση τους.

Με την λήξη του χειρουργείου ο γιατρός συνέστησε στην ασθενή ακτινοθεραπεία παρ' όλο που απαγορευόταν στην κατάσταση της. Αυτό έγινε αντιληπτό από τον ακτινολόγο ύστερα από την διατύπωση του ιστορικού της ασθενούς όπου και αντικατέστησαν την ακτινοθεραπεία με χημειοθεραπεία, με αποτέλεσμα η έναρξη της να καθυστερήσει 2 μήνες.

Η τελευταία χημειοθεραπεία πραγματοποιήθηκε στις 4/5/2012. Στις 27/4/2012 πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία όπου και διαγνώστηκαν σπλαχνικές μεταστάσεις του καρκίνου στον πνεύμονα και στην κοιλιά.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
Φόβος, Άγχος, Κατάθλιψη λόγω ολικής μαστεκτομής (προεγχειρητικά)	Μείωση του άγχους και της αγωνίας.	Να γίνει ψυχολογική υποστήριξη. Εξασφάλιση ήρεμου και ευχάριστου περιβάλλοντος. Γνωριμία με άλλους ασθενείς που αντιμετωπίζουν παρόμοιο πρόβλημα. Χορήγηση μυοχαλαρωτικού-ηρεμιστικού φαρμάκου μετά από ιατρική οδηγία. Επεξήγηση στις ερωτήσεις της αρρώστου σχετικά με την περίπτωση της.	Έγινε γνωριμία με άλλους ασθενείς που αντιμετωπίζουν παρόμοιο πρόβλημα. Χορήγηση 1 tablet Lexotanil 1,5 mg μετά από ιατρική οδηγία Εδόθησαν απαντήσεις στην ασθενή όσο αυτό ήταν εφικτό.	Περιορίστηκε το άγχος της ασθενούς. Η άρρωστη ηρέμησε μετά από την γνωριμία με άλλους ασθενείς & την χορήγηση Lexotanil που περιείχε βρωμαζεπάμη, η οποία ελαττώνει το άγχος & χαλαρώνει τους μύες. Απεδέχθη την επέμβαση ως αναγκαίο κακό.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
Πόνος στον δεξιό Μαστό (μετεγχειρητικά)	Ανακούφιση από τον πόνο εντός 24 ωρών.	Ναγίνει: Εκτίμηση του τύπου και της έντασης του πόνου. Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο. Εναλλαγή θέσεων ώστε να βρεθεί η κατάλληλη θέση που να την ανακουφίζει από τον πόνο. Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία.	Εκτιμήθηκε ότι ο πόνος είναι οξύς και συνεχής. Έγινε λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο όπου και ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα. Τοποθετήθηκε η ασθενής σε θέση ημι-Fowler διότι διαπιστώθηκε ότι την ανακούφιζε από τον πόνο. Χορηγήθηκε oxaligan 150mg 1*4 & σε αύξηση της έντασης του πόνου χορήγηση 2 σκευασμάτων (Oxaligan 150mg) το βράδυ. Τοποθέτηση αυτοκόλλητου συστήματος για διαδερμική χορήγηση (durogesic 50 mg) 1 κάθε 3 ώρες σύμφωνα με ιατρική οδηγία.	Ο πόνος μειώθηκε μετά την χορήγηση του Oxaligan, την κατάλληλη θέση που δόθηκε και την χρήση του Durogesic. Η ασθενής ανακουφίστηκε.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Διαταραχή του υδατοηλεκτρικού ισοζυγίου που οφείλεται στην ναυτία και τον έμετο που παρουσίασε η ασθενής λόγω της ακτινοθεραπείας (μετεγχειρητικά)</p>	<p>Επάνοδος του ισοζυγίου των υγρών και των ηλεκτρολυτών σε φυσιολογικά επίπεδα. Απαλλαγή της ασθενούς από το αίσθημα της ναυτίας και από τον έμετο. Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Να γίνει: Μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές. Παρακολούθηση της συχνότητας, του χαρακτήρα και της ποσότητας των εμέτων με σκοπό να εξασφαλιστεί επαρκής ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. Χορήγηση αντιεμετικών σύμφωνα με ιατρική οδηγία. Καλή σίτιση και τροφές πλούσιες σε λευκώματα-βιταμίνες. Έγινε λήψη αίματος για εργαστηριακό βιοχημικό έλεγχο ηλεκτρολυτών.</p>	<p>Γίνεται μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Χορήγηση 1amp Primperan σύμφωνα με ιατρική οδηγία στις 12 πμ με σκοπό την αντιμετώπιση των εμέτων. Έγινε περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με port cotton και Hexalen και ενθαρρύνθηκε να παίρνει βαθιές αναπνοές. Τοποθετήθηκε η άρρωση σε ανάρροπη θέση, με το κεφάλι στο πλάι για την πρόληψη εισρόφησης των εμέτων. Σημειώθηκαν 3 έμετοι στην πρωινή βάρδια. Η σύσταση αυτών ήταν βλέννη, σιέλος & μικρή ποσότητα γαστρικού υγρού και η ποσότητά τους ήταν περίπου 50 cc. Η ασθενής λαμβάνει 3000 ml IV/24h: 1000 ml LR+1000 ml D/W+1000 ml N/S 0.9%.</p>	<p>Το αίσθημα της ναυτίας άρχισε να υποχωρεί και οι έμετοι μειώθηκαν σε συχνότητα, λόγω χορήγησης Primperan το οποίο είναι με το κλοπραμίδη και βοηθάει στην γρήγορη κένωση του στομάχου και την διάβαση στο λεπτό έντερο. Εξασφαλίστηκε η επαρκής ενυδάτωση της ασθενούς. Οι τιμές των ηλεκτρολυτών σε φυσιολογικά επίπεδα. Δεν παρουσίασε κάποια επιπλοκή εξαιτίας των εμέτων.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
Έγχαρξη λεμφοειδήματος στο δεξί χέρι που οφείλεται σε περιορισμένη κινητικότητα. (μετεγχειρητικά)	Υποχώρηση του λεμφοειδήματος και αποκατάσταση λειτουργικότητας του δεξιού χεριού το συντομότερο δυνατό. Πρόληψη θρόμβωσης θρομβοφλεβίτιδας	Να γίνει: Χορήγηση διουρητικών για την υποχώρηση του οιδήματος. Συνεννόηση ασθενή με φυσικοθεραπευτή για την έναρξη ασκήσεων. Χορήγηση αντιπηκτικών για την πρόληψη θρομβώσεως. Ενημέρωση για περιορισμό των κινήσεων στο δεξί χέρι. Ανύψωση της προσβεβλημένης πλευράς (δεξί χέρι) με σκοπό την ανακούφιση και την λειτουργική αποκατάσταση.	Το δεξί χέρι της ασθενούς τοποθετήθηκε σε μαξιλάρι, ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωση του οιδήματος. Ενημερώθηκαν λογοδοσία & ασθενής ότι δεν λαμβάνεται ΑΠ & αίμα από το προσβεβλημένο άκρο. Διατηρήθηκε το χέρι καθαρό για την πρόληψη λοίμωξης. Αποφεύχθηκε η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων για την διευκόλυνση της κυκλοφορίας. Χορήγηση 2 amp Lasix στις 11 πμ για την υποχώρηση του οιδήματος. Έγιναν ασκήσεις με την βοήθεια φυσικοθεραπευτή. Χορήγηση Innohep 0,6 στις 9 πμ για την πρόληψη θρόμβωσης - θρομβοφλεβίτιδας SC.	Η φαρμακευτική αγωγή στην οποία υποβλήθηκε η ασθενής για 15 ημέρες δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα και ο γιατρός αποφάσισε την λήξη της θεραπείας γιατί η κατάσταση ήταν μη αναστρέψιμη.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
1η Μετεγχειρητική ημέρα Αιματοκρίτης Ht 28% Αιμοσφαιρίνη Hb 9g/dl λόγω σιδηροπενικής αναιμίας.	Αποκατάσταση του Ht και της Hb σε φυσιολογικά επίπεδα όσο το δυνατόν. Πρόληψη επιπλοκών.	Να γίνει: Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων κάθε μισή ώρα τις πρώτες 3 ώρες και κατόπιν κάθε 3 ώρες. Χορήγηση δίαιτας πλούσιας σε τροφές που περιέχουν Fe. Χορήγηση Fe σύμφωνα με ιατρική οδηγία. Συνεργασία ασθενούς με διαιτολόγο για τη λήψη δίαιτας πλούσιας σε τροφές που περιέχουν Fe. Τακτικός έλεγχος αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης. Ενημέρωση ασθενούς για τη λήψη σκευασμάτων Fe με χυμό πορτοκαλιού για την καλύτερη απορρόφηση του και όχι με γάλα η αυγό. Διασταύρωση αίματος. Προετοιμασία για πιθανή μετάγγιση. Χορήγηση ερυθρό ποιητίνης SC	Χορηγήθηκε Ferro SanoI duodenal 100 mg 1 το μεσημέρι και 1 το βράδυ. Λήψη σωστής δίαιτας σε συνεργασία με τον διαιτολόγο (κόκκινο κρέας, φακές, σπανάκι και μούρα). Σε 48 ώρες έγινε λήψη HCT και οι τιμές είχαν αυξηθεί. Σωστή λήψη των σκευασμάτων Fe. Δεν χρειάστηκε μετάγγιση.	Καλύτερα επίπεδα αιματοκρίτη (35%) και αιμοσφαιρίνης (12 g/dl) μετά την χορήγηση ερο αλλά όχι τα επιθυμητά αποτελέσματα γι' αυτό και συνεχίζεται η θεραπεία.

Κλινική Περίπτωση Β

Νοσηλευτικό Ιστορικό

Όνομα ασθενούς: Κ.Β.

Ηλικία ασθενούς: 51

Ο ασθενής είναι θήλυ, ετών 51. πάσχει από αδενοκαρκίνωμα μαστού χειρουργηθέν, με υπολειπόμενη νόσο στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και υπέρκλειδιούς. Προ δεκαετίας 2001 εμφάνισε σκλήρυνση κατά πλάκας. Η ασθενής περιγράφει με προθυμία και ακρίβεια όλα τα σημαντικά γι' αυτήν γεγονότα που αφορούν την κατάσταση της υγείας της από την ημέρα της διάγνωσης της ΣΚΠ μέχρι και σήμερα. Αξίζει να αναφέρουμε την οικογενειακή της κατάσταση. Είναι παντρεμένη με ένα γιο 23 ετών. Πριν την διάγνωση της ΣΚΠ, ήταν άτομο με έντονη κοινωνική ζωή που ταξίδευε, ζωγράφιζε και γυμναζόταν. Επίσης θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι συνείσφερε οικονομικά στην οικογένεια της αφού εργαζόταν σαν εφοριακός. Αξίζει να σημειωθεί ότι είναι μη καπνίστρια, αλλά πολλές φορές να αντεπεξέλθει σε προβλήματα και δυσκολίες κατέφευγε στο ποτό. Μετά τη διάγνωση της ΣΚΠ η ζωή της άλλαξε ριζικά. Αναγκάστηκε να διακόψει ορισμένες από τις συνήθειές της εξαιτίας των προβλημάτων που εμφάνισε η υγεία της: ημιπάρεση δεξιού κάτω άκρου, τρόμος χεριών, διαταραχές στην αισθητικότητα και στην όραση της όπως διπλωπία και σκότωμα, ακράτεια ούρων και δυσκοιλιότητα. Για την ΣΚΠ λαμβάνει συμπτωματική αγωγή και κατά τις κρίσεις λαμβάνει κορτιζόνη. Η παρούσα νόσος τη βρίσκει σε μια ιδιαίτερη ψυχολογική κατάσταση εξαιτίας της νόσου που την ταλανίζει μια δεκαετία τώρα. Μέσα σε μια δεκαετία κτυπήθηκε από δυο ανίατες ασθένειες. Η ίδια όπως μας τόνισε θέλει να γνωρίζει τα πάντα για την νόσο, τη θεραπεία που ακολουθεί και για να βοηθήσει την οικογένεια της, όσο μπορεί σε περίπτωση που δεν υπάρχουν θετικές εξελίξεις στην πορεία της ασθένειάς της. Για την παρούσα νόσο αδενοκαρκίνωμα μαστού υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση ριζικής αφαιρέσεις μαστού και μασχαλιαίων λεμφαδένων τον Απρίλιο του 2011 και για την υπολειπόμενη νόσο λαμβάνει ΧΜΘ από τον Ιούνιο του 2011. το ΧΜΘκό σχήμα που λάμβανε ονομάζεται κυκλοφωσφαμίδη (endoxan) 1000mg και είναι

- 1) Dexaton 8mg σε 100 cm³ 0.9 NaCl σε 30' iv bolus
- 2) Emend 125 1-3η μέρα peros.

- 3) Kytril 3mg να το πάρει iv bolus σε 30' πριν την ΧΜΘ
- 4) Uromitexan 400mg iv bolus
- 5) Κυκλοφωσφαμίδη Edoxan το ανασυσταθέν endoxan το χορηγούμε σε 500 cc 0.9 NaCl να το πάρει η ασθενής iv bolus σε 2 ώρες
- 6) Doxorubicin 100mg σε 250cc 0.9 NaCl να το πάρει η ασθενής iv bolus σε 30'
- 7) Uromitexan 400mg iv bolus
- 8) Neulasta 1 amp I.C. 24-48 ώρες μετά το τέλος της ΧΜΘ. και γίνεται σε 6 κύκλους ανά 28 μέρες ο καθένας. Όταν είναι να λάβει το ΧΜΘκό σχήμα της χορηγούνται και τα εξής φάρμακα: ρανιτιδίνη υδροχλωρική (zantac), σιταλοπράμη (seropram- αντικαταθλιπτικό), διμενυδρινάτη (vertico – vomex – αντιεμετικό), συμπληρώματα βιταμινών (eniol -neurobion).

Εντοπίζοντας τα μέρη του σώματος στα οποία εμφανίζεται η νόσος μπορούμε να εντοπίσουμε το στάδιο της νόσου στο οποίο βρίσκεται η ασθενής. Λόγω του ότι έχει εμφανίσει απομακρυσμένες μεταστάσεις στο ήπαρ, συγκεκριμένα στην κάψα του ήπατος , σύμφωνα με την σταδιοποίηση της νόσου ανήκει στο τελευταίο IV στάδιο. Ουσιαστικά με την πρόγνωση της εξέλιξης της νόσου καθορίζουμε και το λόγο που γίνεται η θεραπεία. Στη συγκεκριμένη περίπτωση η θεραπεία γίνεται με στόχο την αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Αναφερόμενη στην ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς πριν από το ΧΜΘκό σχήμα η ασθενής μας είπε ότι προσμένει με αγωνία το κάθε σχήμα παρόλο που ισχυρίζεται ότι είναι απλός θεατής και προετοιμάζεται ψυχολογικά κόβοντας τα μαλλιά της. Μετά το ΧΜΘκό σχήμα και κατά την παραμονή της στο νοσοκομείο και με την επιστροφή της στο σπίτι εμφανίζει τις εξής παρενέργειες: αλωπεκία, ανορεξία, ναυτία, αδυναμία – κόπωση, ξηροστομία, εμέτους. Ο πόνος που είναι συχνό πρόβλημα ευτυχώς όπως αναφέρει δεν τον αισθάνεται, ούτε κατά την διάρκεια της χορήγησης του φαρμάκου αλλά ούτε και με την επιστροφή της στο σπίτι. Για να αντιμετωπίσει τους έντονους εμέτους λαμβάνει αντιεμετικά φάρμακα (primperan).

Νοσηλευτική Δι- άγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φρον- τίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
Πόνος στην περιοχή της επέμβασης (δεξιός μαστός υπό την θηλή).	Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πόνο εντός 2 ωρών.	<p>Ναγίνει:</p> <p>Ενθάρρυνση του ασθενή να περιγράψει και να εντοπίσει τον πόνο και την έντασή του. Παρατήρηση της περιοχής που εμφανίζεται ο πόνος και ενθάρρυνση του ασθενή να αναφέρει τον τύπο του πόνου (οξύς, παροδικός ή μόνιμος). Τοποθέτηση του ασθενή σε άνετη θέση προς χάλαση των θωρακικών μυών.</p> <p>Μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων στο διάγραμμα του ασθενή.</p> <p>Χορήγηση αναλγητικού σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Έλεγχος του επιδεσμικού υλικού.</p>	<p>Ο ασθενής περιέγραψε ότι ο πόνος είναι συνεχής και οξύς και επιδεινώνεται με τη στάση του σώματος προς τα δεξιά.</p> <p>Ο ασθενής τοποθετήθηκε από την αντίθετη χειρουργηθείσα πλευρά. Τοποθετήθηκε μαξιλάρι κάτω από τον ώμο της χειρουργηθείσας περιοχής και την προέτρεψαν να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις.</p> <p>Χορηγήθηκε αναλγητικό μετά από ιατρική οδηγία (inj.pethidine 0,5 mg IM). Παρατηρήθηκε: Α.Π.: 130/80 mmHg. Θερμοκρασία 36,7οC.</p> <p>Αναπνοές 14/min. Σφίξεις 70/min και έγινε καταγραφή τους στο διάγραμμα με σκοπό την ενημέρωση της υγειονομικής ομάδας. Έγινε συστηματικός έλεγχος του επιδεσμικού υλικού και των παροχετεύσεων ανά 2ωρο.</p>	<p>Με την χορήγηση pethidine (ταχέως οπιοειδές αναλγητικό φάρμακο) ο πόνος υποχώρησε εντός 1 ώρας.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
<p>1η μετεγχειρητική ημέρα. Πτώση της αρτηριακής πίεσης (80/50 mmHg).</p>	<p>Επαναφορά της αρτηριακής πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα. Πρόληψη επιπλοκών (shock).</p>	<p>Να γίνει: Λήψη ιστορικού της ασθενούς για την ανεύρεση τυχόν κληρονομικότητας. Έλεγχος και καταγραφή των ζωτικών σημείων. Έλεγχος του επιδερμικού για τυχόν αιμορραγία. Λήψη αίματος για την διεξαγωγή βιοχημικών και αιματολογικών εξετάσεων. Ενημέρωση του ασθενή για αλλαγή των διατροφικών του συνηθειών (ελάττωση πρόσληψης αλατιού). Ενθάρρυνση του ασθενή για μείωση του άγχους που οφείλεται στην αγωνία για την εξέλιξη της κατάστασής του. Ενημέρωση του ασθενή για υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής. Διατήρηση του σώματος του ασθενή σε καλή φυσική κατάσταση.</p>	<p>Έγινε λήψη του ιστορικού του ασθενή & διαπιστώθηκε ότι δεν οφειλόταν σε κληρονομικότητα. Έγινε 3ωρος έλεγχος των ζωτικών σημείων τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. Έγινε έλεγχος του επιδερμικού υλικού ανά 3ωρο χωρίς να παρουσιαστούν σημεία αιμορραγίας. Έγινε λήψη αίματος και τα αποτελέσματα κυμαίνονταν σε φυσιολογικά επίπεδα. Έγινε ενημέρωση του ασθενή για αλλαγή των διατροφικών του συνηθειών και το άγχος του περιορίστηκε ικανοποιητικά. Έγινε ενημέρωση του ασθενή για υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής και διατήρησή του σε καλή φυσική κατάσταση (βάδισμα, κολύμπι).</p>	<p>Φυσιολογικά επίπεδα ζωτικών σημείων. Το επιδερμικό υλικό είναι καθαρό άρα δεν υπάρχει κίνδυνος αιμορραγίας. Ικανοποιητικά αποτελέσματα από την γενική αίματος. Ο ασθενής προσαρμόστηκε στις οδηγίες του γιατρού.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
Αύξηση θερμοκρασίας (38,2ο C) χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα.	Ανακούφιση του αρρώστου από τον πυρετό. Επαναφορά θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα.	<p>Να γίνει: 3ωρη θερμομέτρηση και καταγραφή στο διάγραμμα του ασθενή.</p> <p>Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων. Τοποθέτηση ελαφρών κλινσκεπασμάτων.</p> <p>Χορήγηση αντιπυρετικού σύμφωνα με ιατρική οδηγία. Λήψη αίματος και ούρων για αιματολογικές εξετάσεις και καλλιέργεια.</p> <p>Χορήγηση υγρών για την αποφυγή αφυδάτωσης λόγω των εφιδρώσεων.</p> <p>Τήρηση του διαιτολογίου από τον ασθενή σύμφωνα με ιατρική οδηγία (ελαφρά δίαιτα).</p>	Έγινε 3ωρη θερμομέτρηση και ο πυρετός σταδιακά υποχωρούσε. Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα. Έγινε λήψη αίματος και ούρων για καλλιέργεια. Χορηγήθηκε 1 amp Aprotel με ιατρική οδηγία. Χορηγήθηκαν υγρά και ο ασθενής προσαρμόστηκε στο διαιτολόγιο που του δόθηκε από τον ιατρό.	Απύρετη μετά το πρώτο 24ωρο ύστερα από την χορήγηση Aprotel (αντιπυρετικό) και την σωστή τήρηση των οδηγιών του ιατρού.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
2η μετεγχειρητική ημέρα. Φλεγμονή στην περιοχή του τραύματος (δεξιό μαστό υπό την θηλή).	Έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της φλεγμονής εντός 10 ημερών.	Να γίνει: Έλεγχος της τομής για ερυθρότητα, οίδημα ή εμφάνιση πύου. Έλεγχος θερμοκρασίας. Έλεγχος μη σύγκλισης των χειλέων του τραύματος.	Παρατηρήθηκε ερυθρότητα στην περιοχή του τραύματος. Θερμοκρασία 38ο C. Αλλαγή επιδεσμικού υλικού και εφαρμογή άσηπτης τεχνικής. Η τομή να διατηρηθεί καθαρή. Παρότρυνση του ασθενή να πλυθεί 24 ώρες μετά την αφαίρεση των παροχετεύσεων. Σε περίπτωση απέκκρισης υγρών από το σημείο παροχέτευσης τοποθετείται γάζα για να παραμείνει στεγνό.	Αντιμετώπιση της φλεγμονής. Διατήρηση του τραύματος καθαρό και προστασία του από εξωγενείς μολυσματικούς παράγοντες.

Κλινική Περίπτωση Γ Νοσηλευτικό Ιστορικό

Όνομα ασθενούς: Γ.Τ.

Ηλικία ασθενούς: 53

Γυναίκα ηλικίας 53 ετών εισήλθε στην χειρουργική κλινική του Νοσοκομείου Ρίου στις 7/1/2010. Στην επισκόπηση οι μαστοί της ασθενούς ήταν ευμεγέθεις, χαλαροί και παρατηρήθηκε μικρή εισολκή της δεξιάς θηλής. Κατά την ψηλάφηση σε κατακεκλιμένη και καθιστή θέση, διαπιστώθηκε ογκίδιο μικρού μεγέθους, όχι μεγαλύτερο από 1 cm, στο άνω έξω τεταρτημόριο του δεξιού μαστού και σε απόσταση 5 cm από τη θηλή. Οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, σύστοιχοι και ετερόπλευροι, ήσαν αψηλάφητοι. Στον αριστερό μαστό δεν υπήρχαν μακροσκοπικά παθολογικά ευρήματα. Η γυναίκα αγνοούσε την ύπαρξη του ογκιδίου και ήταν η πρώτη φορά που υποβάλετε σε εξέταση των μαστών της.

Κατά τον μαστογραφικό έλεγχο που ακολούθησε, επιβεβαιώθηκε η ύπαρξη του ογκιδίου στη θέση που ανευρέθηκε ψηλαφητικά. Η μεγαλύτερη διάμετρος αυτού ήταν 0,9 cm, το περίγραμμά του είχε ασαφή όρια με ακτινοειδείς προσεκβολές και διακρίνεται επίσης η εισολκή της θηλής με πάχυνση του υπερκείμενου δέρματος. Η μαστογραφία του αριστερού μαστού ήταν αρνητική. Η ασθενής ενημερώθηκε λεπτομερώς και με δεδομένο ότι το ογκίδιο του δεξιού μαστού της, παρουσίαζε κλινικά και ακτινολογικά χαρακτηριστικά κακοήθειας, συγκατατέθηκε στην περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση.

Ακολούθησε παρακέντηση του όγκου με λεπτή βελόνη (F.N.A.) και η κυτταρολογική εξέταση έδειξε κύτταρα «ύποπτα κακοήθειας». Νέα παρακέντηση έδωσε το ίδιο αποτέλεσμα.

Στη συνέχεια η ασθενής υποβλήθηκε σε πλήρη προεγχειρητικό έλεγχο με όλες τις απαραίτητες παρακλινικές εξετάσεις για σταδιοποίηση της νόσου (ακτινογραφία θώρακα, ηπατικός έλεγχος, scanning οστών με γ camera). Δεν βρέθηκαν παθολογικά στοιχεία. Οι καρκινικοί δείκτες ήταν επίσης φυσιολογικοί: CEA=4,5 ng/ml (Φ.Τ. <5), CA125=17,6 U/ml (Φ.Τ. <35), CA15,3=1,8 U/ml (Φ.Τ. <30).

Με τη διάγνωση πιθανού καρκινώματος μαστού σταδίου T1N0M0, η γυναίκα οδηγήθηκε στο χειρουργείο.

Διάγνωση: Ca δεξιού μαστού σταδίου T1N0M0.

Η ασθενής καπνίζει, είναι παχύσαρκη και το οικογενειακό της ιστορικό δεν αναφέρει κληρονομικότητα. Στην κλινική έγινε λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων και λήψη αίματος για την διεξαγωγή αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η μερική μαστεκτομή με αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων επιπέδου I.

Το χειρουργείο προγραμματίστηκε στις 12/1/2010 με σκοπό την μερική μαστεκτομή με αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων επιπέδου I.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
Άγχος, φόβος, κατάθλιψη (προεγχειρητικά) λόγω της επέμβασης.	Μείωση του άγχους, της αγωνίας και όλων των αρνητικών συναισθημάτων.	<p>Να γίνει: Ηθική και ψυχολογική τόνωση. Εξασφάλιση ήρεμου και ευχάριστου περιβάλλοντος. Γνωριμία με άλλους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε παρόμοια επέμβαση. Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας και εμπιστοσύνης από τους νοσηλευτές.</p> <p>Χορήγηση μυοχαλαρωτικού, με εντολή ιατρού, προς αποφυγή του άγχους. Ενθάρρυνση της ασθενούς για την πορεία της νόσου.</p>	<p>Ενισχύθηκε ψυχολογικά η ασθενής και έγινε τόνωση του ηθικού της. Έγινε γνωριμία με άλλους ασθενείς παρόμοιου προβλήματος. Συζητήθηκαν και λύθηκαν όλες οι απορίες γύρω από την επέμβαση και τη μετεγχειρητική πορεία.</p> <p>Το προηγούμενο βράδυ του χειρουργείου χορηγήθηκαν μυοχαλαρωτικά lexotanil 1.5 mg 1x1 για την εξασφάλιση καλού ύπνου.</p>	Περιορίστηκε το άγχος και υπήρξε καλύτερη αποδοχή της επέμβασης από την ασθενή, λόγω της ψυχολογικής τόνωσης και της χορήγησης του μυοχαλαρωτικού φαρμάκου.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
Δυσκοιλιότητα (μετεγχειρητικά)	Να ανακουφιστεί η ασθενής από την συμπτωματολογία της δυσκοιλιότητας. Να ελεγχθεί η λειτουργία του εντέρου και να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα.	Ναγίνει: Άμεσος υποκλυσμός fleet enema και duphalac 20 cc. Έλεγχος και καταγραφή του αποτελέσματος. Να προσεχθεί το διαιτολόγιο της ασθενούς (πλούσιο σε φυτικές ίνες). Συζήτηση με την άρρωστη για τις ατομικές της συνήθειες. Λήψη ιστορικού της ασθενούς σχετικά με τις κενώσεις του εντέρου. Η ασθενής να σηκώνεται συχνά για την καλύτερη κινητικότητα του εντέρου.	Έγινε χαμηλός υποκλισμός (1 fleet enema). Είχε ικανοποιητικά αποτελέσματα και καταγράφηκε στο φύλλο νοσηλείας. Ελέγχθηκαν οι κενώσεις της ασθενούς ύστερα από το συνεχές βάδισμα. Διασφαλίστηκε το διαιτολόγιο της ασθενούς το οποίο περιείχε φυτικές ίνες. Έγινε συζήτηση με την ασθενή η οποία δεν ανέφερε παρόμοιο πρόβλημα δυσκοιλιότητας.	Παρατηρήθηκε βελτίωση της κένωσης του εντέρου ύστερα από τον άμεσο υποκλυσμό, την λήψη τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες και τη συχνή κινητοποίηση της ασθενούς.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
Δυσκολία κατάποσης λόγω στοματίτιδας (παρενέργεια της χημειοθεραπείας).	Βελτίωση της κατάποσης σε 4 ημέρες.	Να γίνει: Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας 4 φορές την ημέρα. Επάλειψη γλυκερίνης στα χείλη και περιποίηση στόματος με Hexalen. Χορήγηση άφθωνων υγρών για την διατήρηση της υγρασίας της στοματικής κοιλότητας. Αφαίρεση της τεχνητής οδοντοστοιχίας. Καθημερινός έλεγχος της στοματικής κοιλότητας προς ενημέρωση της υγειονομικής ομάδας. Πολτοποίηση της τροφής για την διευκόλυνση της κατάποσης.	Έγινε περιποίηση της στοματικής κοιλότητας όπως είχε καθορισθεί καθώς και επάλειψη γλυκερίνης στα χείλη. Χορηγήθηκαν επαρκή υγρά για την διατήρηση της υγρασίας της στοματικής κοιλότητας. Αφαιρέθηκε η τεχνητή οδοντοστοιχία και ενημερώθηκε η υγειονομική ομάδα από τον καθημερινό έλεγχο. Διευκολύνθηκε η κατάποση με την πολτοποίηση της τροφής.	Η ασθενής μετά από 4 ημέρες συνεχίζει να έχει προβλήματα στην κατάποση της τροφής, παρόλα αυτά δήλωσε ότι έχει λιγότερο πόνο κατά την κατάποση. Τα μέτρα αυτά θα πρέπει να συνεχιστούν για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Αλωπεκία λόγω κυτταρολογικής επίδρασης των αντινεοπλασματικών παραγόντων στους θυλάκους των τριχών.</p>	<p>Η ασθενής να αποδεχθεί την παρούσα προσωρινή κατάσταση (αλωπεκία).</p>	<p>Να γίνει: Νοσηλευτικός διάλογος με ασθενή. Να δημιουργηθεί κατάλληλο περιβάλλον και η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά της για την αλωπεκία. Ενημέρωση της ασθενούς ότι πρόκειται για μια παροδική κατάσταση. Ενθάρρυνση της ασθενούς ότι τα μέσα και οι τρόποι αποκατάστασης είναι αποτελεσματικά. Να έρθει σε επικοινωνία με ασθενείς που είχαν παρόμοιο πρόβλημα. Ευρύτερη συζήτηση προς ενημέρωση και ενίσχυση με τους οικείους της (σύζυγο, παιδιά). Ενημέρωση της ασθενούς για χρήση αντηλιακού ή καπέλου για προστασία. Συνεχής πλύση του τριχωτού της κεφαλής για αποφυγή κνησμού. Απαλλαγή του άγχους και της δυσφορίας με ένα απαλό μασάζ στο δέρμα της κεφαλής. Ενημέρωση της ασθενούς για χρήση πολύχρωμων turbans ή περούκας.</p>	<p>Ελήφθησαν μέτρα μείωσης του άγχους και του φόβου της ασθενούς. Κατανοήθηκαν τα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας: α) βοηθήθηκε η άρρωση να δεχθεί την αλλαγή του σώματός της και της εμφάνισής της. β) Της δόθηκαν συμβουλές για χρησιμοποίηση περούκας. Ενημερώθηκε η ασθενής και τηρήθηκε ο προγραμματισμός της νοσηλείας της.</p>	<p>Η αποκατάσταση του τριχωτού της κεφαλής επιτεύχθηκε μετά την λήξη της χημειοθεραπείας ύστερα από την εφαρμογή των οδηγιών του ιατρού.</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια νόσος που πλήττει κυρίως τις γυναίκες. Η αντιμετώπιση των ασθενών με ευαισθησία και διακριτικότητα είναι κάτι που επιβάλλεται, καθώς η διαφορετικότητα είναι μια κατάσταση την οποία κανείς δεν επιθυμεί. Η επιστροφή στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή, η καλή φυσική και ψυχολογική κατάσταση είναι στοιχεία μιας παρατεταμένης διεργασίας με την οποία ο νοσηλευτής μπορεί να συμβάλλει στη μετέπειτα πορεία της ζωής του αρρώστου, αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας αυτής. Ασθενείς, που τους έγινε διδασκαλία πριν και μετά την χειρουργική επέμβαση, παρέμειναν λιγότερο χρόνο στο νοσοκομείο, παρουσίασαν λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές, υπέφεραν λιγότερο πόνο, και επανήλθαν στο κοινωνικό σύνολο και τις φυσιολογικές τους δραστηριότητες, πιο σύντομα από αρρώστους που δεν τους έγινε καμία διδασκαλία.

Έτσι όλες οι γυναίκες κυρίως, πρέπει κάθε χρόνο να καθιερώσουν μια επίσκεψη στο γυναικολόγο τους για Pap-test και γυναικολογική εξέταση. Να συνδυάζουν πάντα την ετήσια προληπτική μαστογραφία με κλινική εξέταση μαστών από ειδικό χειρουργό μαστολόγο και όχι από το γυναικολόγο τους. Να μάθουν αν ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για καρκίνο του μαστού. Να μην επαναπαύονται αν δεν ανήκουν και να μην αγχώνονται υπερβολικά αν ανήκουν, εκτός κι αν έχουν τη μετάλλαξη στα γονίδια BRCA-1 και / ή BRCA-2, οπότε απαιτείται άμεση κινητοποίηση. Να μην αρκούνται ποτέ στο να εξετάζονται μόνες τους. Δε βλάπτει, αλλά είναι πολύ δύσκολο να πιάσουν μόνες τους έναν όγκο στο μαστό όταν είναι ακόμα μικρός και ιάσιμος. Να μειώσουν το περιττό άγχος και να ζουν τη ζωή όσο καλύτερα γίνεται, γιατί ποτέ δεν ξέρουμε τι μας περιμένει αύριο. Και δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα άτομα της ομάδας υγείας πρέπει να βλέπουν τον ασθενή σαν δικό τους άνθρωπο και όχι σαν ένα απλό νούμερο κρεβατιού.

Να ιδρυθούν περισσότερα αντικαρκινικά διαγνωστικά κέντρα μαστού ώστε να γίνεται εξέταση ενός μεγαλύτερου αριθμού γυναικών.

Να δημιουργηθούν και στην Ελλάδα όπως έχουν δημιουργηθεί σε μεγάλα νοσοκομεία ευρωπαϊκών χωρών, ειδικές μονάδες μαστού όπου μια ομάδα εξειδικευμένων επιστημόνων θα παρακολουθεί, θα καθοδηγεί και θα συμπαρίσταται στις ασθενείς, αλλά και στις γυναίκες υψηλού κινδύνου.

Οι μονάδες μαστού θα πρέπει να στελεχώνονται από εξειδικευμένο για τον μαστό χειρουργό - ογκολόγο, πλαστικό χειρουργό, παθολόγο ογκολόγο, κλινικό γενετιστή, μοριακό βιολόγο, παθολογοανατόμο, ψυχολόγο και ακτινολόγο, συμβάλλοντας όλοι μαζί στην μείωση της θνησιμότητας μιας νόσου που μπορεί να «προτιμά» τις γυναίκες αλλά στην ουσία να «χτυπάει» ολόκληρη την οικογένεια.

Σε όλες τις γυναίκες άνω των 20 χρονών συνίσταται η αυτοεξέταση του μαστού 1 φορά των μήνα.

Κάθε γυναίκα άνω των 40 ετών θα πρέπει να υποβάλλεται σε μία μαστογραφία 1 φορά το χρόνο σε συνεργασία με τον γυναικολόγο της.

Να υπάρχει συνεχής ενημέρωση των γυναικών από διάφορους οργανισμούς όπως (εταιρείες καλλυντικών) διοργανώνοντας συχνά ημερίδες με θέμα τον καρκίνο του μαστού και μοιράζοντας έντυπο υλικό.

Εκπαίδευση των νοσηλευτών σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την τεχνική της αυτοεξέτασης.

Στήριξη νοσηλευτών /τριών στις ασθενείς, εκπαίδευση για το πώς πρέπει να συνεχίσουν την ζωή τους, τι να αποφεύγουν, ενημέρωση για τυχόν παρενέργειες που θα συναντήσουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Lippert H.** (1993), «Ανατομική, κείμενο και Άτλας», 5η έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, Αθήνα 1993, σ. 82-89
2. **Παπανικολάου Ν.Α.**, Μαστολογία, 5η έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, Αθήνα 1994, σ. 437-450. **Παπανικολάου Α., Παπανικολάου Ν.**, Γυναικολογία , 3η έκδοση, Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, Αθήνα 2005, σ. 438-502.
3. **Κόνιαρη Ε.** Καρκίνος του Μαστού Νοσηλευτική Παρέμβαση. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991, σ. 24-38, 50, 55-62, 90-92, 108-111, 140, 166-172, 177, 180-189, 201-205.
4. **Παπαδημητρίου Κων.** Ειδική Παθολογική Ανατομική (Συστηματική Παθολογία) , εκδόσεις Λίτσας , Αθήνα 1990 , σελ. 285-292,305-307.
5. **Κακλαμάνης Ν. , Κάμμας Α.** Η Ανατομική του Ανθρώπου, εκδόσεις M-Edition, Αθήνα 1998, σελ. 548 - 550.
6. **Παπανικολάου Ν., Παπανικολάου Α.** Γυναικολογία, 3η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 1998, σελ. 243, 452-454, 462-467.
7. (www.mastology.gr)
8. **Παπανικολάου Α., Παπανικολάου Ν.**, Γυναικολογία , 3η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 2005, σ. 438-502.
9. **Χατζημπούγιας Ι.** Στοιχεία ανατομικής των ανθρώπων, έκδοση 2η Εκδόσεις GN Desing, Αθήνα 2002, σ. 158-160.
10. **Φύσσας Π. Γιάννης.** Ο μαστός και οι παθήσεις του. Ένας οδηγός για κάθε γυναίκα. Με ερωτήσεις και απαντήσεις, Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα 2006, σελ.56-65, 90-93, 104, 111-112, 130-131
11. **Pasqualini J. R.**, Breast Cancer, Prognosis, Treatment and Prevention, εκδόσεις Marcel Dekker, Inc, μετάφραση Γιαννιώτη, New York 2002, σ. iii.
12. www.roche.gr/portal/eipf/greece/portal/roche.gr/breastcancer, 2005.
13. **Ιωαννίδου- Μουζάκα Α.** Η μαστολογία και η θέση της στον ιατρικό χώρο, **Σιβρίδης Ε.** Ανατομική και ιστολογική θεώρηση του μαστού., **Ιωαννίδου- Μουζάκα Α., Pusterla E.** Κλινική εξέταση των μαστών, **Lipworth L.** Ανασκόπηση της επιδημιολογίας του καρκίνου μαστού, Η κλινική και μαστογραφική απεικόνιση των κακοηθών βλαβών του μαστού, εντός Ιωαννίδου- Μουζάκα Α., Σύγχρονη Μαστολογία, υπεύθυνη έκδοσης Ιωαννίδου- Μουζάκα Α., Αθήνα 1996, σ. 61,67, 79, 133-134, 183-185, 187-189,427,430-441
14. **Παπαδημητρίου Π.- Ανδρουλάκης. Γ.** Αρχές Γενικής Χειρουργικής. Τόμος Α. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 1989, σ. 312, 322,336.
15. **Τριχοπούλου Α. , Τριχόπουλος Δ.** Προληπτική Ιατρική, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 1996 , σ. 49 , 55 , 61-65
16. **Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία**, «Ευρώπη κατά του Καρκίνου», Σεμινάριο Νοσηλευτών, Θέμα: Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα στον Καρκινοπαθή, Αθήνα 8-9 Ιουνίου 1999, σελ. 49-54.
17. **Thompson M.W., McInnes R.R., Willard H.F.** Ιατρική γενετική, 5η έκδοση, Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης, Κρήτη 1992

-
18. **M. Dollinger , E. Rosenbaum , M.D. Greg Gable.** Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ, η θεραπεία του και καθημερινή αντιμετώπιση, ένας οδηγός για όλους, εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1991, σ. 85-98, 345-354.
19. **Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία**, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής, Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας, Μάρτιος-Ιούνιος 1999, σ. 49 - 58 , 83 - 95
20. www.breastcancer.org
21. DIVA/Ενθετο "Υγεία: Γυναικολογικός οδηγός", τεύχος 90, Αύγουστος 2004, σ.2, www.myworld.gr
22. **Φιλόπουλος Ευάγγελος.** Τι ευνοεί και τι προστατεύει από την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού; Πώς θα διασφαλίσω την έγκαιρη διάγνωση; Γνωριμία με τη μαστογραφία, Γνωρίστε το στήθος σας, Ενημερωτικό φυλλάδιο, Αθήνα 2004. σ.16 - 40.
23. **Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία**, Εταιρία Νοσηλευτικών Σπουδών, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας, περίοδος Νοέμβριος 1999-Φεβρουάριος 2000, επιμέλεια-έκδοση Δοντάς Ν. Μπιεσμπέας Σ., Αθήνα 2001, σ.132-133, 135-136.
24. **Πινακίδης Μ., Μπούτης Λ.** Καρκίνος Μαστού, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1993, σ. 51-55.
25. **Σαχίνη-Καρδάση Α.-Πάνου Μ.** Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Τόμος 2ος, έκδοση Β. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000, σ. 43-54
26. **Lindsey K., Love S.** Το βιβλίο του Μαστού, Μετάφραση: Σαββόπουλος Γ., εκδόσεις «Λύχνος», Γ' έκδοση, Αθήνα 1994, σ. 28-29, 183-184, 289-191, 197-200, 290-302, 318-320, 322-324, 328-329.
27. **Μαλγαρινού Μ.-Κωνσταντινίδου Σ.** Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική. Τόμος 2ος, Έκδοση Β. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2003, σ. 80-82, 90-107, 114-116.
28. **Κουρκούτα Λ.** Στοιχεία Διαγνωστικής στη Νοσηλευτική. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 2001 σ. 54-57.
29. **Epslein, Perkin, de Bono, Cookson.** Κλινική Εξέταση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000, σ. 222-224.
30. **Τσούσης Σοφοκλής, Κατσιλιέρος Ιωάννης.** Άσκηση Κλινικής Ογκολογίας, Αθήνα 1999, σ.13-16, 29-49, 72-82.
31. **Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία** -Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας. Αθήνα 2006.
32. **Allan H. De Cheney & Martin L. Pernoll.** International Edition "Current" Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, Edition 8, by Appleton & Lange USA, Canada 1994.
33. **Τοκμακίδης Π.,** Ο Γυναικείος Μαστός, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 2001, σ. 97-101, 183-190, 200-201, 211-212,230-236.
34. **Malin Dollinger, Ernest H. Rosenbaum και Christopher Benz,** ΜΑΣΤΟΣ, Καρκίνος μαστού στους άνδρες, εντός Malin Dollinger, Ernest H. Rosenbaum και Greg Cable, Ο Καρκίνος, εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1992, σ. 319.
35. **Σμπαρούνης Χ.** Γενική Χειρουργική, Τράχηλος-Θώρακας. Τόμος Β. Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1990, σ. 734-741.

-
36. **Kerrasdoue A.**, Μετάφραση Κωστελένος Δ. Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια της Γυναίκας. Εκδόσεις Κισσός, Αθήνα 1996, σ. 181-184, 189-194.
37. **Παπαδημητρίου Ι.** Σύγχρονη Γενική Χειρουργική. Τόμος 1ος. Έκδοση 2η. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 2001, σ. 524-529, 535-536.
38. **Αντωνιάδου Θ.** Η συνεισφορά της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, τεύχος 10ο , Αθήνα 2008, σ. 14-15.
39. www.aktinotherapieia.com/data_info.php?prod_id=6
40. www.cambridgebreastclinic.com/2g3_gr.html
41. **Ρηγάτος Γ.Α.**, Εγκόλπιο ογκολογίας, εκδόσεις ASCENT, Αθήνα 1999, σ. 13,55.
42. **Αθανάτου Ελευθερία**, Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική, Έκδοση ΣΤ΄, Εκδόσεις Βήττα, Αθήνα 2000, σ. 156-173.
43. **Μαρκόπουλος Χ.**, Παθήσεις του μαστού., Έκδοση 2η , Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2005, σ. 324-370.
44. **Wymelenberg S.**, Καρκίνος του μαστού, Πρόληψη και θεραπεία. Μετάφραση: Μπουλάς, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ., Πασχαλίδης, Αθήνα 2004, σ. 782-823
45. **Σοφρονίφης Κ. Ιωάννης** Απεικονιστικός έλεγχος του μαστού: Διάγνωση, πρόληψη, University Studio Press, Θεσ/νίκη 1991, σ 647-715.
46. **Μανδρέκας Απόστολος** «Μαστολογία», Τεύχος 3, Αποκατάσταση μαστού μετά από μαστεκτομή, Αθήνα 2004, σελ. 14-16.
47. **Μαρκόπουλος Χρήστος**, Καρκίνος του μαστού: Πρόληψη και θεραπεία, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2004, σ. 368-391.
48. **Χανιώτης Ι. Φραγκίσκος -Χανιώτης Ι.Δημήτριος**, Νοσολογία -Παθολογία, Τόμος Α΄, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2002, σ. 127-163.
49. **Τσιρλιάγκος Α**, «Χειρουργική», Α έκδοση, Α.Τ.Ε.Ι Θεσ/νίκης 2004, σ. 527-562
50. **Σαπουντζή Δ.**, Κρελιά Χρόνια ασθένεια. Μια ολιστική προσέγγιση, έκδοση Β΄, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 2004.
51. **Λύδια Ιωαννίδου – Μουζάκα κ.τ.λ**, «Σύγχρονη Μαστολογία», Τόμος 2ος , Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 2007, σ. 430-441.
52. **Keller M, Fall P**, «Optimizing Quality of life», 2005 Supplements 105:9-15
53. **Κυρίτση Ε**, «Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενής με διαταραχή εικόνας σώματος και αυτοιδέας». Νοσηλευτική, 1999, σ. 2:151- 155,
54. **Αδαμακίδου Θ**, «Αποκατάσταση γυναικών μετά από μαστεκτομή», ο ρόλος των νοσηλευτών. Νοσηλευτική 42:308-315, Ιούλιος –Σεπτέμβριος 2003, σ. 523-574.
55. **Λαβδανίτη Μ**, « Η κόπωση στις γυναίκες με καρκίνο μαστού που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία». Διδακτορική διατριβή Αθήνα Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2003, σ. 367-375.
56. **Καλαφάτη Μ, Λεμονίδου Χ, Δεδούσης Π, Suhonen R.** Διερεύνηση των απόψεων νοσηλευομένων ορθοπεδικών ασθενών για την εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα. Νοσηλεία και Έρευνα 2007, 18:15–25

57. www.surgeon.gr, Ογκολογική κ' Χειρουργική Μαστού

58. **Κεραμόπουλος Α.**, Bye Bye «HRT». Ελληνικό Περιοδικό Γυναικολογίας και Μαιευτικής 2006, σ. 133-145.

59. **Ζαφράκας Μ, Μπόντης Ι.**, Καρκίνος του Μαστού: Παράγοντες Κινδύνου και Πρωτογενής Πρόληψη. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία, 2005 σ. 23-36, 108-163

60. **Ζαφράκας Μ, Αγοραστός Θ, Μπόντης Ι.**, Ο ρόλος της διατροφής και της παχυσαρκίας στην προφύλαξη από τον καρκίνο του μαστού και του γυναικείου γεννητικού συστήματος. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία 2008, σ. 48-57.

61. **Smith RA, Duffy SW, Tabar L, Gabe RL.**, Screening and Early Detection. In: Advanced Therapy of Breast Disease. Second Edition. Singletary, Robb, Hortobagyi (eds). BC Decker Inc. Hamilton, London 2004, p. 202-212.