



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ:
ΠΡΟΛΗΨΗ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Εισηγήτρια:

Σαμαρτζή Κυριακή

Επιμέλεια:

Θεοδώτου Λυδία

Καραγεώργου Άρτεμις

Κατσιμεντέ Αικατερίνη

Φοιτήτριες

ΠΑΤΡΑ, 2012

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ:
ΠΡΟΛΗΨΗ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Εισηγήτρια:

Σαμαρτζή Κυριακή

Επιμέλεια:

Θεοδώτου Λυδία

Καραγεώργου Άρτεμις

Κατσιμεντέ Αικατερίνη

Φοιτήτριες

ΠΑΤΡΑ, 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδες
Πρόλογος	7
Εισαγωγή	9
Γενικό μέρος	
Κεφάλαιο 1^ο Ανατομία & Φυσιολογία μαστού	11
1.1 Ανατομικά στοιχεία μαστών	12
1.1.1 Ανατομία μασχάλης	13
1.2 Φυσιολογία μαστών	14
1.2.1 Αιμάτωση μαστού	16
1.2.2 Ανάπτυξη μαστών	17
1.2.3 Λειτουργίες μαστών	18
Κεφάλαιο 2^ο Δημογραφικές τάσεις	20
2.1 Ιστορικά - Επιδημιολογικά στοιχεία	21
2.2 Συχνότητα	23
2.3 Θνησιμότητα	24
Κεφάλαιο 3^ο Νεοπλασίες μαστού – Ταξινόμηση	25
3.1 Ορισμός νεοπλασμάτων μαστού	26
3.2 Ιστολογική ταξινόμηση νεοπλασμάτων	26
3.3 Καλοήθεις παθήσεις μαστών	27
3.3.1 Αδένωση	27
3.3.2 Θηλωμάτωση	28
3.3.3 Ινοαδένωμα	28
3.3.4 Λίπωμα	29
3.3.5 Μεγάλες κύστες	29
3.4 Κακοήθεις παθήσεις μαστών	29
3.4.1 Μη διηθητικοί καρκίνοι	30
3.4.2 Διηθητικοί καρκίνοι	30
Κεφάλαιο 4^ο Παράγοντες κινδύνου στον καρκίνο του μαστού	32

4.1	Παράγοντες κινδύνου	33
4.1.1	Γενετικοί παράγοντες	33
4.1.2	Ιδιοσυστατικοί παράγοντες	33
4.1.3	Ορμονικοί παράγοντες	34
4.1.4	Λοιποί παράγοντες	34
Κεφάλαιο 5ο Εξέλιξη της νόσου		37
5.1	Σταδιοποίηση	38
5.1.1	Αρχικό στάδιο 0	38
5.1.2	Στάδιο I	38
5.1.3	Στάδιο II	38
5.1.4	Στάδιο III	38
5.1.5	Στάδιο IV	38
5.2	Κλινική εικόνα	39
5.3	Μεταστάσεις καρκίνου του μαστού	40
Κεφάλαιο 6^ο Επίπεδα πρόληψης στον καρκίνο του μαστού		42
6.1	Πρωτογενής πρόληψη καρκίνου μαστού	43
6.1.1	Κάπνισμα	43
6.1.2	Διατροφή & δίαιτα	43
6.1.3	Επαγγελματική έκθεση	44
6.1.4	Τεχνική Αυτοεξέταση Μαστού	45
6.2	Δευτερογενής πρόληψη	46
6.2.1	Εργαστηριακός έλεγχος	46
6.2.2	Ακτινολογικός έλεγχος	47
6.2.3	Ιστολογικές εξετάσεις	48
6.2.4	Μαστογραφία	49
6.2.5	Υπερηχογράφημα	49
Κεφάλαιο 7^ο Αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού		51
7.1	Χειρουργικές επιλογές	52
7.2	Συντηρητική χειρουργική θεραπεία	52

7.2.1	Ογκεκτομή	52
7.2.2	Τμηματεκτομή - Τεταρτεκτομή	52
7.3	Ριζική χειρουργική θεραπεία	52
7.3.1	Ριζική μαστεκτομή	53
7.3.2	Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή	53
7.3.3	Μερική μαστεκτομή	53
7.3.4	Απλή μαστεκτομή	53
7.4	Χειρουργική μασχάλης	53
7.4.1	Δειγματοληψία μασχάλης	54
7.4.2	Ριζικός λεμφαδενικός καθαρισμός	54
7.4.3	Αφαίρεση λεμφαδένα φρουρού	54
7.5	Συμπληρωματική θεραπεία	54
7.5.1	Χημειοθεραπεία	55
7.5.2	Ακτινοθεραπεία	55
7.5.3	Ορμονοθεραπεία	56
	Κεφάλαιο 8^ο Ο ρόλος της ψυχολογίας στη φροντίδα υγείας	58
8.1	Ο ρόλος της ψυχολογίας στη φροντίδα υγείας	59
8.1.1.	Ρόλοι και λειτουργίες των κλινικών ψυχολόγων στα τμήματα καρκινοπαθών	59
8.1.2.	Εφαρμογή του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στη κλινική ψυχολογία υγείας	59
8.2	Ψυχοθεραπευτική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο	62
8.2.1	Ατομική ψυχοθεραπεία	63
8.2.2	Ομαδική ψυχοθεραπεία	63
8.2.3	Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία	64
8.3	Ψυχοκοινωνικές ανάγκες ασθενών με καρκίνο	65
8.3.1	Ψυχολογικές διαταραχές κατά την ανακοίνωση (διάγνωση) του καρκίνου μαστού	67
8.3.2	Ψυχολογικές διαταραχές κατά τη μαστεκτομή	68
8.3.3	Ψυχολογικές διαταραχές κατά την χημειοθεραπεία	69
8.4	Ψυχολογικές διακυμάνσεις στο περιβάλλον της καρκινοπαθούς	70

Κεφάλαιο 9^ο Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με καρκίνο μαστού	
σε ψυχολογικό επίπεδο	73
9.1 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή με διάγνωση καρκίνου μαστού	74
9.1.1 Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς σε κοινωνικό επίπεδο	75
9.2 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή που υποβλήθηκε σε συντηρητική χειρουργική θεραπεία	77
9.3 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή που υποβλήθηκε σε ριζική χειρουργική θεραπεία	78
9.4 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή με καρκίνο τελικού σταδίου	80
Ειδικό μέρος	
Υλικό και μέθοδος	83
Αποτελέσματα	85
Συζήτηση	100
Συμπεράσματα - Προτάσεις	101
Επίλογος	102
Περίληψη	104
Summary	105
Βιβλιογραφία	106
Παράρτημα	112

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια μάστιγα για το δυτικό κόσμο, είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες και προσβάλλει κάθε χρόνο πολλά εκατομμύρια σε όλο τον πλανήτη. Στην Ελλάδα εμφανίζονται περίπου 3500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού το χρόνο. Η ιατρική επιστήμη μπορεί να έχει κάνει μεγάλα άλματα σήμερα γιατρεύοντας κάποιες μορφές καρκίνου, όμως ο καρκίνος του μαστού συνεχίζει το δολοφονικό του έργο σχεδόν αδιαφορώντας για την πρόοδο. Βέβαια υπάρχουν αυτή τη στιγμή τρόποι να περιορισθεί η μάστιγα, όχι όμως και να λυθεί το πρόβλημα αφού την αιτία του την αγνοούμε. Τρόποι βασισμένοι στην πρόοδο των διαγνωστικών μεθόδων, της μαστογραφίας, της κυτταρολογίας και της γενετικής, σε συνδυασμό με την προληπτική εξέταση των μαστών από έμπειρο ειδικό γιατρό. Ξέρουμε καλά σήμερα ότι αν ο καρκίνος του μαστού βρεθεί σε μια προληπτική μαστογραφία πριν γίνει επιθετικός (διηθητικός) και μάλιστα πριν καν γίνει ψηλαφητός και αφαιρεθεί χειρουργικά (στάδιο in situ) τότε γιατρέυεται οριστικά.

Αναλυτικότερα, ξεκινώντας την εργασία μας θα αναφερθούμε στα ανατομικά στοιχεία των μαστών, δηλαδή, που βρίσκεται ο γυναικείος μαστός, από τι αποτελείται αλλά και με τι συνορεύει. Επίσης, θα αναλύσουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία και την ανάπτυξη του μαστού αλλά και το πώς ο μαστός αιματώνεται, αναπτύσσεται, και τέλος αναλύοντας τη κάθε του λειτουργία ξεχωριστά.

Στο δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας, γνωστοποιούνται τα κυριότερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του μαστού, η συχνότητα και η θνησιμότητα αυτού. Είναι σημαντικό να γνωρίσουμε ότι ο καρκίνος του μαστού σημειώνει σταθερή αύξηση τα τελευταία 40 χρόνια στην Ευρώπη και πλέον αποτελεί τη πιο συνήθη μορφή κακοήθειας σε πολλές χώρες του κόσμου.

Συνεχίζοντας, θα μάθουμε τι ακριβώς σημαίνει η λέξη «καρκίνος». Έτσι στο τρίτο κεφάλαιο θα αναλύσουμε τις νεοπλασίες του μαστού. Με τον όρο νεοπλάσματα μαστού μπορεί να εννοούμε καλοήγη νεοπλάσματα μαστού αλλά και κακοήγη. Γι αυτό και θα δούμε το πώς διακρίνονται και ταξινομούνται τα νεοπλάσματα αλλά και τι ακριβώς ανήκει σε αυτές τις δυο ξεχωριστές κατηγορίες. Η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού είναι άγνωστη παρά τις τεράστιες έρευνες της Ογκολογικής Ιατρικής, που έχουν διεξαχθεί έως σήμερα. Για τους κλινικούς ιατρούς έχει μεγάλη σημασία να γνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου στο γυναικείο πληθυσμό, γιατί σε αυτές τις γυναίκες θα πρέπει να συσταθεί ειδικό προληπτικό πρόγραμμα με απώτερο σκοπό τη διάγνωση του σε αρχικό στάδιο. Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου, αναφέρονται και αναλύονται στο τέταρτο κεφάλαιο της εργασίας.

Το πώς εξελίσσεται η νόσος το συναντάμε στο επόμενο κεφάλαιο, δηλαδή στο πέμπτο. Η σωστή σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού είναι εξαιρετικής σημασίας. Όχι μόνο επιτρέπει την ακριβή πρόγνωση αλλά και σε πολλές επιπτώσεις βασίζεται και η απόφαση για τη θεραπεία που θα ακολουθηθεί. Εξαιρετικής σημασίας κρίνεται και η κλινική εικόνα του μαστού. Η κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού, εμφανίζει μια ποικιλία συμπτωμάτων, τα οποία είναι δυνατό να επηρεάσουν τη μορφολογία και τη σύσταση του μαστού, ώστε να γίνουν αντιληπτά από την ίδια τη γυναίκα και να της δώσουν το κίνητρο για εξέταση από ειδικό γιατρό.

Ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της εργασίας αναλύεται στο έκτο κεφάλαιο της εργασίας. Αυτό δεν είναι άλλο από τα επίπεδα πρόληψης στον καρκίνο του μαστού. Τα επίπεδα πρόληψης διακρίνονται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή. Ο ρόλος της προληπτικής ιατρικής, αποδεικνύεται καθοριστικός και σωτήριος σε όλες τις περιπτώσεις ασθενειών που απειλούν την υγεία και τη ζωή ενός ατόμου. Η πρόληψη ξεκινά από δυο βασικούς παράγοντες, πρώτον τον ίδιο τον άνθρωπο και δεύτερον την επιστήμη αλλά και αυτούς που την υπηρετούν. Ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου, το μέγεθος του όγκου, την ύπαρξη διηθημένων λεμφαδένων τοπικά ή την ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων ο

χειρουργός και οι ασθενείς αποφασίζουν για τη θεραπευτική διαδικασία. Έτσι στο έβδομο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στο τι χειρουργικές επιλογές υπάρχουν για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Είναι σημαντικό να αναφερθεί, ότι οι ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκίνου είναι παρούσες ακόμα και όταν η διάγνωση του δεν έχει αναφερθεί. Στο όγδοο κεφάλαιο αναλύεται ο ρόλος της ψυχολογίας στη φροντίδα υγείας. Ποιοι είναι οι ρόλοι και λειτουργίες των κλινικών ψυχολόγων στα τμήματα των καρκινοπαθών, αλλά και το πώς πρέπει να προσεγγίζονται άτομα με καρκίνο. Συνήθως τα μη λεκτικά μηνύματα από το γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πολύ αποκαλυπτικά. Γι αυτό αρκετά σημαντικό θεωρούνται και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με καρκίνο μαστού σε κάθε ψυχολογικό επίπεδο που αναλύονται στο ένατο και τελευταίο κεφάλαιο.

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

Αν εξαιρέσουμε τις εξ' αρχής πολύ επιθετικές μορφές καρκίνου, για τις οποίες ούτως η άλλως δεν μπορεί η ιατρική να προσφέρει και πολλά, θα ήταν δυνατόν, σε ένα τέλειο κόσμο, να ελαττώσουμε τους θανάτους από καρκίνο του μαστού, αφοπλίζοντας τον, σηματοδοτώντας το τέρας κατευθείαν στην καρδιά, με ένα βέλος που να γράφει στην αρχή του: ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος αποτελεί ακόμη και σήμερα τη σοβαρότερη ασθένεια η οποία προσβάλλει όλους τους ιστούς του ανθρώπου γιατί επιδρά, αλλοιώνει και μεθίσταται από ιστό σε ιστό. Ιδιαίτερα ο καρκίνος του μαστού έχει δυστυχώς αυξηθεί θεαματικά αποτελώντας το σοβαρότερο κίνδυνο για τη ζωή του γυναικείου πληθυσμού. Επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι 1 στις 10 έως 1 στις 14 γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο στο μαστό κατά την διάρκεια της ζωής της.

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει μερικές ιδιαιτερότητες αναφορικά με την ψυχοκοινωνική διάστασή του, οι οποίες οφείλονται κατά κύριο λόγο σε αυτό καθαυτό το όργανο στόχο αλλά και στα επιδημιολογικά δεδομένα. Συγκεκριμένα, η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα που δυνητικά μπορεί να προκαλέσει τον θάνατο της, αλλά και με την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματος της που συμβολίζει δύο από τις πιο σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της : την μητρότητα και την ερωτική της υπόσταση. (Διαμαντής Θ. 2009).

Για να διαγνωστεί έγκαιρα ο καρκίνος του μαστού, υπάρχουν τρεις τρόποι: ο πρώτος είναι η αυτοεξέταση των μαστών από την ίδια τη γυναίκα, ο δεύτερος η τακτική προληπτική εξέταση του στήθους από το γιατρό και, ο τρίτος, η τακτική προληπτική εξέταση με μαστογραφία. Και οι τρεις τρόποι μαζί μπορεί να βοηθήσουν σημαντικά στην ανακάλυψη του καρκίνου σε αρχικό στάδιο, γεγονός που διευκολύνει την οριστική θεραπεία του. Η τελειοποίηση των διαγνωστικών εξετάσεων εκτιμάται από όλους ότι έχει συμβάλει σημαντικά στη δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Βασικά (ή, σχεδόν κατά αποκλειστικότητα), τον κυρίαρχο ρόλο σε αυτό το πεδίο έχει η μαστογραφία, που είναι μια ακτινογραφία των μαστών. Χάρη σε αυτήν, μπορούμε σήμερα να διαγνώσουμε περιπτώσεις αρχόμενων καρκίνων, που δεν είναι δυνατό να γίνουν αντιληπτοί από την ψηλάφηση (είτε της ίδιας της γυναίκας, είτε του γιατρού).

Εκτός από αυτό και σύμφωνα με πολλές μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες, ο τακτικός προληπτικός έλεγχος με μαστογραφία αποτελεί, στην εποχή μας, το μέσο με το οποίο μπορούμε να βελτιώσουμε ακόμη πιο πολύ τα ποσοστά ίασης στον καρκίνο του μαστού. Για τις γυναίκες 50-59 ετών έχει αποδειχθεί ότι ο προληπτικός έλεγχος ελαττώνει τη θνητότητα από τον καρκίνο του μαστού κατά 30% περίπου. Η ευαισθησία της είναι 85-90% και η ακρίβεια περίπου 55-60%. (Γλεντής Π. 2006).

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

ГЕНКО МЕРОС

Κεφάλαιο 1^ο

Ανατομία & Φυσιολογία μαστού

1. Ανατομία & Φυσιολογία μαστού

1.1 Ανατομικά στοιχεία μαστών

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

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

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

Ο μαστός αποτελείται από έξω προς τα έσω από δέρμα, το περιμαστικό λίπος και το μαζικό αδένου. Το δέρμα είναι λεπτό και μαλακό προς την περιφερική ζώνη και διαθέτει σημηματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες, εκτός από το δέρμα των θηλών. Το περιμαστικό λίπος είναι λιπώδεις ιστός που περιβάλλει το μαζικό αδένου. Αυτός αποτελεί σύνθετο σωληνοκυψελοειδή αδένου και συνίσταται από 15-20 λοβούς ανώμαλου σχήματος, που φέρονται ακτινοειδώς από τη θηλή προς την περιφέρεια, ινώδη διαφράγματα διαχωρίζουν τους λοβούς και τους διαιρούν σε διαφόρου μεγέθους λόβια. Έτσι, κάθε λοβός αποτελείται από ένα μείζονα εκφορητικό πόρο, το γαλακτοφόρο, ο οποίος εκβάλλει στη θηλή και από διαφόρου αριθμού λόβια, τα μικρότερα από τα οποία αποτελούνται από βασική μεμβράνη, λεπτή στιβάδα μυοεπιθηλιακών κυττάρων και μια στοιβάδα κυλινδρικών αδενικών κυττάρων και είναι ελάχιστες κατά την περίοδο ηρεμίας του μαστού, ενώ αυξάνονται σε μέγεθος και αριθμό κατά την κύηση. (Πινακίδης Μ, Μπούτης Λ. 1993).

Ο μαστός έχει άμεση σχέση με τη μασχालιαία κοιλότητα, καθώς συνορεύει με αυτήν, και επηρεάζεται από τη δική της αναδρομική δομή και φυσιολογία. Η μασχालιαία κοιλότητα έχει σχήμα τετράπλευρης πυραμίδας με τέσσερα τοιχώματα, κορυφή και βάση. Το πρόσθιο τοίχωμα σχηματίζεται από την έξω μοίρα του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός. Το οπίσθιο τοίχωμα σχηματίζεται από τον υποπλάτιο, το μείζονα στρογγυλό και τον πλατύ ραχιαίο μυ. Το έσω τοίχωμα σχηματίζεται από τον πρόσθιο οδοντωτό και το έξω τοίχωμα διαμορφώνεται από το βραχιόνιο οστό, από τον κορακοβραχιόνιο μυ και από τη βραχεία κεφαλή του δικέφαλου βραχιονίου μυός. Η κορυφή της μασχालιαίας κοιλότητας φέρεται προς τα άνω και έσω και δέρμα και τη μασχालιαία περιτονία. Η τελευταία διαδράμει τη μασχάλη προς το εγγύς αντιβράχιο, αποτελούμενη από ανώμαλα διατεταγμένο παχύ συνδετικό ιστό, ανάμεσα στον οποίο παρεμβάλλονται ζώνες χαλαρού ιστού, λίπος, λεμφικά αγγεία και λεμφαδένες, τα οποία αφαιρούνται κατά τη διάρκεια της ριζικής μαστεκτομής.

Οι μύες του μαστού συγκρατούνται από τις περιτονίες, οι οποίες διαχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με την περιοχή που περικλείουν. Η πρώτη κατηγορία αφορά την υποδόρια περιτονία είναι διπέταλη και περιβάλλει το μαζικό αδένια σαν έλυτρο. Προς τα άνω συνεχίζεται με την υποδόρια περιτονία του τραχήλου και των άνω άκρων, ενώ προς τα κάτω με την ομώνυμη περιτονία της κοιλίας και πίσω με την ράχη. Η δεύτερη κατηγορία εσωκλείει την περιτονία του μείζονα θωρακικού μυός, που προς τα άνω αποτελείται από παχύ ινώδες πέταλο, την κλειδοθωρακική περιτονία, και προς τα κάτω τα δύο πέταλα της ενώνονται και προσφύονται στη μασχαλιαία περιτονία και το δέρμα της μασχάλης.

Οι μύες που ανήκουν στην περιοχή του μαστού, όπως κατά διαστήματα έχουν αναφερθεί, είναι ο μείζον θωρακικός μυς, ο έλασσον θωρακικός μυς, ο πρόσθιος οδοντωτός μυς, ο κορακοβραχιόνιος μυς και ο έξω λοξός κοιλιακός μυς. Οι μύες αυτοί παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την εγχειρητική του μαστού. (Watson M, Asley R.S. 2006).

1.1.1 Ανατομία της μασχάλης

Η μασχάλη οριοθετείται επί τα εντός από το θωρακικό τοίχωμα, έξω από τον πλατύ ραχιαίο μυ, άνω από τη μασχαλιαία φλέβα, πίσω από τον υποπλάτιο μυ, και κάτω από τη σύγκλιση του πλατέως ραχιαίου και του προσθίου οδοντωτού μυός. Η μασχάλη διαιρείται σε τρία επίπεδα, που καθορίζονται από την ανατομική σχέση τους με τον ελάσσονα θωρακικό μυ. Αυτά τα επίπεδα ενέχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία κατά τη συζήτηση της έκτασης της μασχαλιαίας λεμφαδεκτομής για τον καρκίνο του μαστού. Ο μασχαλιαίος ιστός που είναι επί τα εκτός των έξω ορίων του ελάσσονος θωρακικού μυός ορίζεται ως επίπεδο I, το οπίσθιο τμήμα και μεταξύ των έξω και έσω ορίων του μυός είναι το επίπεδο II και επί τα εντός του έσω ορίου του μυός είναι το επίπεδο III.

Μεταξύ του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός ανευρίσκονται οι λεμφαδένες του Rotter. Αυτοί οι λεμφαδένες βρίσκονται συνήθως στην οπίσθια επιφάνεια του μείζονος θωρακικού μυός. Το έξω θωρακικό νεύρο πορεύεται επίσης κατά μήκος της οπίσθιας επιφάνειας του μείζονος θωρακικού μυός, και βλάβη σε αυτό το νεύρο θα οδηγήσει σε ατροφία του μυός. Το έσω θωρακικό νεύρο, το οποίο έχει μορφή Y, νευρεί την κάτω έξω επιφάνεια του μείζονος θωρακικού μυός και πρέπει να διατηρείται κατά την παρασκευή. (Σέμογλου X. 2006).

Το δεύτερο δερματικό μεσοπλεύριο-βραχιόνιο νεύρο βρίσκεται περίπου 1 εκατ. κατώτερα από τη μασχαλιαία φλέβα, και πορεύεται προς μια έσω-έξω κατεύθυνση. Το μακρό θωρακικό νεύρο, που νευρώνει τον πρόσθιο οδοντωτό μυ, μπορεί να προσδιοριστεί ακριβώς κάτω από το μεσοπλεύριο-βραχιόνιο νεύρο στο δεύτερο μεσοπλεύριο διάστημα. Το μακρό θωρακικό νεύρο ακολουθεί την καμπύλη του θωρακικού τοιχώματος κάτω και πίσω, όπου διαιρείται σε κλάδους που παρεμβάλλουν τον πρόσθιο οδοντωτό μυ στο επίπεδο της τέταρτης ή πέμπτης πλευράς. Αν και το μακρό θωρακικό νεύρο τρέχει γενικά κατά μήκος του πρόσθιου οδοντωτού μυός, μπορεί επίσης να βρεθεί πιο έξω στο μασχαλιαίο ιστό. Επομένως, το νεύρο πρέπει να αναγνωριστεί πριν τη μασχαλιαία παρασκευή αμέσως επί τα εκτός του πρόσθιου οδοντωτού μυός. Είναι επίσης σημαντικό να σημειωθεί ότι το μακρό θωρακικό νεύρο τρέχει σε μια άνω-κάτω κατεύθυνση, και είναι πάντα πίσω από τα μεσοπλεύρια νεύρα (που τρέχουν σε μια έσω-έξω κατεύθυνση). Κατά συνέπεια, οποιαδήποτε χειρουργική παρασκευή πίσω από τα μεσοπλεύρια νεύρα προφυλάσσει το μακρό θωρακικό νεύρο. Η διατομή του μακρού θωρακικού νεύρου οδηγεί σε "φτερωτή ωμοπλάτη."

Το θωρακοραχιαίο νεύρο νευρώνει τον πλατύ ραχιαίο μυ. Προς τα άνω, αυτό βρίσκεται πίσω από την έξω θωρακική (thoracoerigastic) φλέβα. Ακολούθως παίρνει μια κάτω έξω πορεία, κείμενο στον υποπλάτιο μυ, συνοδευόμενο από τα υποπλάτια αγγεία, και εισέρχεται στην έσω επιφάνεια του πλατέως ραχιαίου μυός. Κατά συνέπεια, η παρασκευή κατά μήκος της έξω και πρόσθιας επιφάνειας του πλατέως ραχιαίου μυός αποφεύγει τη βλάβη στο θωρακοραχιαίο νεύρο. (Σγουράκης Γ. 2007).

1.2 Φυσιολογία μαστών

Οι μαστικοί αδένες αποτελούν σημαντικό τμήμα του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από ορμονικό έλεγχο. **Παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργία και την ανάπτυξη του μαστού.**

Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού ανήκουν: ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι ωοθήκες, ο θυρεοειδής αδένας, τα επινεφρίδια, ο πλακούντας και το νευρικό σύστημα. Διαπιστώνουμε ότι ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο.

Αυτή η ορμονοεξάρτηση του μαστικού αδένα δε περιορίζεται μόνο στο επιθήλιο του αδενικού ιστού. Επεκτείνεται και στο συνδετικό ιστό, που αποτελεί το ερειστικό υπόστρωμα του μαστού, και ιδιαίτερα στους ιστούς που βρίσκονται γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους. (Παπαχαραλάμπους Ξ. 1994).

Û **Υποθάλαμος:** Είναι γνωστό πως ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση. Ένας ανασταλτικός παράγοντας του υποθαλάμου που έχει σχέση με την υπόφυση είναι και της υπόφυσης ο PIF (Prolactin Inhibiting Factor). Δύο άλλες ορμόνες, που ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο, και έχουν σχέση με τον μαστό, είναι η αυξητική ορμόνη και η θυρεοειδότροπος ορμόνη.

Û **Υπόφυση:** Η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Απόδειξη αυτού, είναι το γεγονός ότι μετά από υποφυσεκτομία προκαλείται υποπλασία των ωοθηκών και υποπλασία ή ατροφία των μαστών. Οι ορμόνες της υπόφυσης που έχουν στενότερη σχέση με το μαστό είναι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη.

Û **Προλακτίνη:** Η προλακτίνη, παίρνει ουσιαστικό μέρος στην ανάπτυξη του μαστού και ιδιαίτερα στην 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.

Û **Ωκυτοκίνη:** Αυτή παράγεται σε υποθαλαμικά κέντρα και αποθηκεύεται στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Η κυριότερη δράση της ωκυτοκίνης είναι η πρόκληση σύσπασης των επιθηλιακών κυττάρων των γαλακτοφόρων πόρων των μαστών. Έτσι συμβάλλει στην έξοδο του εκκρινόμενου γάλακτος.

Û **Ωοθήκες:** Οι ορμόνες των ωοθηκών που στενότερα συνδέονται με το μαστό είναι οι οιστρογόνες και η προγεστερόνη.

Û **Οιστρογόνες ορμόνες:** Η βιολογική δράση των οιστρογόνων ορμονών αφορά περισσότερο στο γεννητικό σύστημα και στους ιστούς, που κάνουν την γυναίκα να ξεχωρίζει από τον άνδρα. Ανάμεσα σ' αυτούς είναι και οι μαστοί των οποίων προκαλούν ανάπτυξη όλων των στοιχείων τους και ιδιαίτερα των γαλακτοφόρων πόρων. Με την πρόοδο της ηλικίας η επίδραση των οιστρογόνων ελαττώνεται γιατί ελαττώνονται οι οιστρογονικοί υποδοχείς του μαστικού αδένα. Οι οιστρογόνες ορμόνες συνδέονται έμμεσα με τους μαστούς με την έκκριση της προλακτίνης.

Û **Προγεστερόνη:** Στους μαστούς η προγεστερόνη, σε μικρές δόσεις, προκαλεί την ανάπτυξη των αδενοκυψελών και σε μεγάλες, έκκριση που μοιάζει με πύαρ.

Û **Θυρεοειδής αδένας:** Η θυροξίνη, που παράγεται στον αδένα αυτό, μπορεί να αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης.

Û **Επιεφρίδια:** Όπως ο θυρεοειδής αδένας έτσι και αυτά έχουν δευτερευούσης σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες.

Û **Πλακούντας:** Ο πλακούντας αποτελεί ενδοκρινή αδένα και σημαντική πηγή οιστρογόνων ορμονών και χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης, ενώ, σε μικρότερες ποσότητες, εκκρίνει προγεστερόνη και πλακούντιο λακτογόνο ορμόνη. Οι ορμόνες του πλακούντα έχουν σημασία για την ανάπτυξη του μαστού, τις μεταβολές του στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την έκκριση γάλακτος. Αυτό αποδεικνύεται από το ότι, αν εκτελέσουμε ωθηκετομή μετά τον 3^ο ή 4^ο μήνα της εγκυμοσύνης, θα διαπιστώσουμε πως η ανάπτυξη των μαστών συνεχίζεται και ακολουθεί φυσιολογική έκκριση γάλακτος.

Με την ύπαρξη του πλακούντα συνδέεται και η μικρή διόγκωση των μαστών του νεογνού ή η μικρή έκκριση γάλακτος από αυτούς γιατί μητρικές ορμόνες πέρασαν μέσω του πλακούντα στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης.

Από τις ορμόνες του πλακούντα, αυτή που έχει στενότερη σχέση με τους μαστούς είναι η πλακούντιο γαλακτογόνο ορμόνη. Η ορμόνη αυτή μοιάζει με την αυξητική ορμόνη της υπόφυσης, μοιάζει όμως και με την δράση της προλακτίνης, γιατί διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και αναπτύσσει το μαστικό αδένα.

Û **Νευρικό σύστημα:** Το νευρικό σύστημα ασκεί αγγειοκινητικές επιδράσεις στο μαστό και προκαλεί την έκθλιψη μικρής ποσότητας γάλακτος, που περιέχεται στις αδενοκυψέλες, χωρίς να επηρεάζει την εκκριτική λειτουργία του μαστού. Επίσης μεγάλες συγκινήσεις είναι δυνατό να αναστείλουν την έκκριση γάλακτος προσωρινά ή μόνιμα. (Runowitz C, Petrec J, Gancler T. 1999).

Κύηση, γαλακτοπαραγωγή, και γεροντική ηλικία

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

Κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο, οι ελάσσονες πόροι αναπτύσσονται. Κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου, λιπίδια συσσωρεύονται στο επιθήλιο και πρωτόγαλα γεμίζει τα διαστήματα μεταξύ των λοβίων και των πόρων.

Στο τέλος της κύησης, η προλακτίνη ρυθμίζει τη σύνθεση των λιπαρών ουσιών και των πρωτεϊνών του γάλακτος. Μετά τον τοκετό του πλακούντα, η προγεστερόνη και τα επίπεδα οιστρογόνων μειώνονται, το οποίο επιτρέπει την πλήρη δράση της προλακτίνης. Η

παραγωγή του γάλακτος ελέγχεται από τα νευρικά αντανεκλαστικά τόξα που δημιουργούνται στις νευρικές απολήξεις της θηλής και της άλω. Η απελευθέρωση της ωκυτοκίνης ρυθμίζεται από τα ακουστικά, οπτικά, και οσφρητικά ερεθίσματα και συμβάλλει στην αποβολή του γάλακτος στους γαλακτοφόρους πόρους.

Μετά τον απογαλακτισμό του βρέφους η απελευθέρωση της προλακτίνης και της ωκυτοκίνης μειώνεται. Το εναπομείναν γάλα αυξάνει την πίεση μέσα στους πόρους με συνέπεια την ατροφία του επιθηλίου. Κατά την εμμηνόπαυση υπάρχει μια μείωση στην έκκριση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες και εκφύλιση των πόρων του μαστού. Ο ινώδης συνδετικός ιστός αυξάνει σε πυκνότητα, και οι ιστοί του μαστού αντικαθίστανται από τους λιπώδεις ιστούς. (Αραβαντινός Δ, Κρεατσάς Γ. 1999).

1.2.1 Αιμάτωση μαστού

Η αγγείωση του μαστού επιτελείται από αγγεία που διανέμονται στο πρόσθιο και στο πλάγιο τοίχωμα του θώρακα. Οι κύριες αρτηρίες που αιματώνουν το μαστό είναι οι διατιτραίνονται κλάδοι της έσω μαστικής, που συμβάλλουν στο 50% της συνολικής αιμάτωσης, η πλάγια και η ανώτερη θωρακική αρτηρία, η οποία εκφύεται από τη μασχλιαία αρτηρία. Για τον καρκίνο του μαστού, ιδιαίτερη σημασία έχει η τελευταία αρτηρία, γιατί στην πορεία της συνοδεύεται από ομάδα λεμφαδένων που παίρνουν μέρος στις μεταστάσεις, και οι κλάδοι της προκαλούν μεγάλη αιμορραγία όταν γίνεται ριζική μαστεκτομή. (Παπανικολάου Ν. 1995).

Ο μαζικός αδένας έχει πλούσιο αναστομωτικό δίκτυο επιφανειακών φλεβών. Οι φλέβες αυτές διατείνονται κατά την εγκυμοσύνη, ενώ μερικές φορές γίνονται ιδιαίτερα εμφανείς σε περιοχές υπερκείμενες νεοπλασμάτων. Η πλειονότητα των επιφανειακών φλεβών, των επιπολής υποδορίων φλεβών, καταλήγει στην άνω έσω μαστική φλέβα και από εκεί στην ανώνυμο. Οι εν τω βάθει φλέβες του μαζικού αδένου ακολουθούν οδούς αντίστοιχες με τα αρτηριακά στελέχη. Μια οδός παροχέτευσης είναι η δια των πρόσθιων διατιτρώτων μεσοπλευρίων φλεβών προς την έσω μαστική φλέβα, μια άλλη οδός είναι αυτή που με πολλαπλούς μικρούς κλάδους καταλήγει στη μασχλιαία φλέβα, ενώ η τρίτη οδός είναι η δια των οπισθίων αναστομωτικών κλάδων προς τις μεσοπλευρίες φλέβες, οι οποίες αναστομώνονται με τις σπονδυλικές φλέβες και καταλήγουν στην άζυγο φλέβα. Το γεγονός αυτό θεωρείται ότι αποτελεί την ερμηνεία της εμφανίσεως μεταστάσεων στα σώματα των σπονδύλων ή και στα λαγόνια. (Φύσσης Ι. 2006).

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

θωρακικό μυ και στο τρίτο επίπεδο, ο ιστός πάνω και μέσα από τον ελάσσινα θωρακικό μυ. Αξιοσημείωτο είναι, πως η πρόγνωση στο καρκίνο του μαστού έχει άμεση σχέση με το επίπεδο των κατελιημένων λεμφογαγγλίων. (Παπανικολάου Ν, Παπανικολάου Α. 1997).

1.2.2 Ανάπτυξη των μαστών

Ο μαζικός αδένας προέρχεται πρώτιστα από επιδερμικές παχύνσεις που αναπτύσσονται κατά μήκος της κοιλιακής επιφάνειας του σώματος, στην αποκαλούμενη γαλακτική γραμμή. Στις γυναίκες, το μεγαλύτερο μέρος της ανάπτυξης του μαστού διαδραματίζεται μετά τη γέννηση. Αντίθετα, στους άνδρες, καμία περαιτέρω εξέλιξη των μαστών δεν λαμβάνει μέρος μετά τη γέννηση. Στις γυναίκες η αύξηση και η ανάπτυξη της διακλάδωσης των μαζικών αδένων γίνεται αργά κατά τη διάρκεια των προεφηβικών ετών. Κατόπιν, η ανάπτυξη των μαζικών αδένων αυξάνεται εντυπωσιακά στην εφηβεία με την περαιτέρω διακλάδωση των πόρων, την αύξηση του σχηματισμού των λοβίων και το δραματικό πολλαπλασιασμό του στρώματος μεταξύ των πόρων. Αυτό οδηγεί στο σχηματισμό της μαστικής εκβλάστησης. Η ξαφνική εμφάνιση της μαστικής εκβλάστησης στο θωρακικό τοίχωμα είναι μερικές φορές λόγος ανησυχίας. Δεν είναι ασυνήθιστο για τις μητέρες να φέρουν τις κόρες τους για ιατρική αξιολόγηση μετά την παρατήρηση ενός νέου ογκιδίου στο θωρακικό τοίχωμα. Ο χειρουργός πρέπει να δώσει μεγάλη προσοχή κατά την εξέταση και βιοψία οποιασδήποτε μάζας στο θωρακικό τοίχωμα σε ένα νέο κορίτσι πριν από την ανάπτυξη των ώριμων μαστών. (Σγουράκης Γ. 2007).

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

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

Με την αρχή της εμμηνόπαυσης, το λόβιο παλινδρομεί περαιτέρω, με την απώλεια του ενδολοβιακού και μεταξύ των λοβίων συνδετικού ιστού. Με το χρόνο, οι δομές των λοβίων μπορούν να είναι απολύτως απύσες από το μαστό στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Κατά συνέπεια, η μορφολογική εμφάνιση του μαστού στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι πολύ διαφορετική από αυτήν των γυναικών προεμμηνοπαυσιακά. Κατά τη διάρκεια των μετεμμηνοπαυσιακών ετών, και οι δομές των πόρων και ο συνδετικός ιστός των μαστών είναι εμφανώς μειωμένα σε μέγεθος.

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

Οι τρεις πιο κοινές αιτίες μιας διακριτής μάζας των μαστών σε μια γυναίκα είναι κύστες, ινοαδενώματα, και καρκινώματα. Οι κύστες και τα ινοαδενώματα αναπτύσσονται μέσα στα λόβια ενώ τα καρκινώματα αναπτύσσονται στους τελικούς πόρους. Οι κοινές αιτίες της εκροής των θηλών είναι τα θηλώματα και η εκτασία, και αυτά αναπτύσσονται στους τμηματικούς πόρους. Τα αδενώματα των θηλών αναπτύσσονται επίσης στους τμηματικούς πόρους, κοντά στην πρόσφυση τους στη θηλή. Η νόσος του Paget του μαστού αναφέρεται σαν δερματίτιδα στο σύμπλεγμα θηλή-άλως. Αυτό δείχνει γενικά την παρουσία ενός υποβόσκοντος καρκίνου του μαστού. Οι μισές από αυτές τις περιπτώσεις αποδίδονται σε καρκίνο *in situ* και οι άλλες μισές σε διηθητικό καρκίνο. (Lucienne L. 1982).

1.2.3 Λειτουργίες μαστών

§ **Εμμηνος ρύση και μαστός.** Αρχίζοντας από την όγδοη ημέρα του καταμήνιου κύκλου, ο γυναικείος μαστός αυξάνει βαθμιαία σε μέγεθος, ενώ ο όγκος του πριν την εμμηνορρυσία μπορεί να αυξηθεί ως 50%, με αποτέλεσμα να εμφανίζει τάση και πιθανώς ευαισθησία. Η αύξηση αυτή του μεγέθους του μαστού οφείλεται σε οίδημα μεταξύ των λοβίων, αγγειακή συμφόρηση και αύξηση του παρεγχύματος με εμφάνιση νέων λοβίων, τα οποία κατά την εμμηνορρυσία υποστρέφονται και υφίστανται ίνωση. Με την εμφάνιση ης εμμήνου ρύσεως τόσο η αγγειακή συμφόρηση όσο και το οίδημα αρχίζουν να υποχωρούν και ο μαστός επανέρχεται στο μικρότερο μέγεθος του κατά την όγδοη με δέκατη ημέρα του κύκλου, χρονική περίοδος άριστη για την εξέταση του μαστού.

Στην έφηβη κοπέλα και οι δύο μαστοί συνήθως αναπτύσσονται με τον ίδιο ρυθμό. Μερικές φορές όμως, μπορεί να υπάρξει ασύγχρονη ανάπτυξη, με αποτέλεσμα την ασυμμετρία. Η διαφορά αυτή στο μέγεθος των μαστών συνήθως επανορθώνεται με το χρόνο και γι' αυτό κρίνεται απαραίτητη η αναμονή αυτών των ασθενών μέχρι το πέρας της εφηβείας. (Αναγνωστόπουλος Α, Παπαδόπουλος Λ. 2004).

§ **Κύηση – Γαλουχία και μαστός.** Κατά την εγκυμοσύνη, παρατηρείται μεγάλη διαφοροποίηση του μαστού. Ταυτόχρονα με την κύηση αρχίζει η αύξηση του μεγέθους των μαστών, που μπορεί να φθάσει στο διπλάσιο ή τριπλάσιο από του φυσιολογικού. Η θηλή και η θηλαία άλως στην εγκυμοσύνη παρουσιάζουν υπέρχρωση, ενώ σχηματίζεται και η δευτερεύουσα άλως, που αποτελεί δακτύλιο, ο οποίος περιβάλλει την άλω και έχει χρώμα ενδιάμεσο μεταξύ του δικού της και εκείνου της επιδερμίδας.

Κατά τη γαλουχία τα κύτταρα των αδενοκυψελών του μαστού γίνονται κυλινδρικά και προσλαμβάνουν εμφάνιση εξωτερικών κυττάρων. Λιπίδια, υδατάνθρακες και πρωτεϊνούχα προϊόντα των κυττάρων αυτών εναποτίθενται στον αυλό των αδενοκυψελών, απ' όπου μεταφέρονται στους μεγαλύτερους πόρους, για να καταλήξουν τελικά στους γαλακτοφόρους πόρους και κόλπους. Η μεταφορά αυτή επιτυγχάνεται με σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων. Το ερέθισμα για τη σύσπαση αποτελεί ο θηλασμός του βρέφους.

Το φαινόμενο της γαλουχίας ελέγχεται από πλήθος ορμονών, όπως η προγεστερόνη, τα οιστρογόνα, η προλακτίνη, το πλακουντιακό γαλακτογόνο και η κορτιζόνη. Τα οιστρογόνα από μόνα τους δε φαίνεται να παίζουν τόσο σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του μαστού. Αντίθετα, η προγεστερόνη διεγείρει την ανάπτυξη των κυψελών του μαστού ενώ αναστέλλει την εκκριτική τους λειτουργία. Αυτό το επιτυγχάνει μπλοκάροντας την τελικά διαφοροποίηση τους, η οποία αργότερα προάγεται από την προλακτίνη. Η τελευταία, της οποίας η δράση

ενισχύεται από την κορτιζόνη, θεωρείται απαραίτητη ορμόνη για την παραγωγή γάλακτος.

Μετά τη διακοπή της γαλουχίας, ο μαστός επανέρχεται στην αρχική κατάσταση ηρεμίας με ανάπτυξη ινώδους ιστού μεταξύ των λοβίων και απώλεια της ελαστικότητας του υπάρχοντος συνδετικού ιστού. (Αραβαντινός Δ, Κρεατσάς Γ. 1999).

§ Εμμηνόπαυση και μαστός. Μετά την εμμηνόπαυση ο μαζικός αδένας προοδευτικά ατροφεί. Τα αδενικά λοβία εμφανίζονται και παραμένουν μόνο ελάχιστα, ατροφικά, καθώς και οι μεγαλύτεροι από τους εκφορητικούς πόρους. Καθώς το αδενικό στοιχείο υποχωρεί, ο λιπώδης ιστός αναπτύσσεται, με αποτέλεσμα ο μαστός να διατηρεί το εξωτερικό σφαιρικό του περίγραμμα. Στις πολύ αδύνατες γυναίκες, όμως, οι μαστοί εμφανίζονται πλαδαροί εξαιτίας αυτής ακριβώς της μείωσης του αδενικού στοιχείου.

Η διασπορά του καρκίνου του μαστού προσβάλλει και το σύστημα της λέμφου, συμβάλλοντας έτσι στη λεμφογενή μετάδοση του. Από τα επιχώρια λεμφογάγγλια γύρω από το μαστό, τα πιο συχνά προσβαλλόμενα είναι τα λεμφογάγγλια της σύστοιχης μασχάλης. Η μεγαλύτερη ποσότητα της λέμφου του μαστού παροχετεύεται προς τα λεμφογάγγλια της μασχάλης, και για το λόγο αυτό, είναι πιο συχνές οι λεμφογαγγλιακές μεταστάσεις. (Πινακίδης Μ, Μπούτης Λ. 1993).

Κεφάλαιο 2^ο



Δημογραφικές τάσεις

2. Δημογραφικές τάσεις

2.1 Ιστορικά – Επιδημιολογικά στοιχεία

Ο μαστός αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα για την κατάταξη του ανθρώπου στην τάξη των θηλαστικών. Στον άνδρα, εκτός από λίγες εξαιρέσεις, παραμένει ανενεργή, ενώ στην γυναίκα υπόκειται σε πλήθος λειτουργικών και μορφολογικών μεταβολών που σχετίζονται με την εμμηνόρροια, την εγκυμοσύνη, τη γαλουχία και την εμμηνόπαυση.

Παρόλο που ο μαστός εξυμνήθηκε από τη ποίηση, τη γλυπτική και τη ζωγραφική ως το κυριότερο κόσμημα του γυναικείου σώματος, ωστόσο έχουν διασωθεί πολλές μαρτυρίες που επισκιάζουν και αμαυρώνουν την αντίληψη για τον μαστό.

Πολλά συγγράμματα της αρχαιότητας μαρτυρούν την ύπαρξη ασθενειών και την καρκινογένεση στο μαστό από εκείνα τα χρόνια. Η πρώτη επιστημονική αναφορά του καρκίνου του μαστού γίνεται από τον Ιπποκράτη, ο οποίος παρομοίωσε την πάθηση με καρκίνο (κάβουρα) λόγω της ακτινοειδούς διάταξης των φλεβών που έμοιαζαν με πόδια κάβουρα. Στο μαστό, σε ένα από τα πιο ευαίσθητα όργανα του γυναικείου σώματος, αντανακλώνται οι επιδράσεις του περιβάλλοντος και του σύγχρονου τρόπου διαβίωσης προκαλώντας ενοχλήσεις, που μπορεί να εκτείνονται από μια φλεγμονή μέχρι και ένα καρκίνο.

Η λέξη «καρκίνος» ακόμα και σήμερα, που η εξέλιξη της επιστήμης, και ειδικότερα της ιατρικής, έχει τόσο προχωρήσει, συνεχίζει να προκαλεί φόβο, άγχος και αγωνία στον άνθρωπο και αυτό γιατί παραμένουν αδιευκρίνιστες οι αιτίες που τον προκαλούν και τα θεραπευτικά μέτρα φαντάζουν περίπλοκα. Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει κυρίως τις γυναίκες και αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου γι' αυτές. (Buckman R. 2000). Η συχνότητα εμφάνισης του διαφέρει από χώρα σε χώρα, καθώς είναι σημαντικά μεγαλύτερη στην Βόρεια Αμερική και τις χώρες της Βόρειας Ευρώπης παρά στις ασιατικές και αφρικάνικες χώρες. Ο καρκίνος του μαστού εντοπίζεται στις μεσήλικες γυναίκες, μεταξύ 50-60 ετών, και η συχνότητα του αυξάνεται παράλληλα με την αύξηση της ηλικίας, ενώ αποτελεί σπάνιο φαινόμενο η αντιμετώπιση του κάτω από τα 25 χρόνια. Πειραματικές και κλινικές έρευνες δείχνουν ότι ορισμένες ομάδες γυναικών βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο αναπτύξεως καρκινώματος του μαστού.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί πλέον την κυριότερη αιτία θανάτου των γυναικών σε πολλές χώρες. Οι αναλογίες των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού και των θανάτων από αυτόν είναι 27 και 19 ανά 100.00 αντίστοιχα. Στις Ελληνίδες, ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρώτη θέση σαν αιτία θανάτου με ένα μέσο όρο θνησιμότητας 1.151 θανάτων ανά έτος. Η θνησιμότητα αυτή είναι συγκριτικά χαμηλή σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρώπης ή της Βορείου Αμερικής, ενώ είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη της Ιαπωνίας και των άλλων χωρών της Ασίας και Λατινικής Αμερικής. Διαχρονικά, οι θάνατοι από καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα αυξάνονται κατά μέσο όρο 4% κατά την τελευταία εικοσαετία και εντοπίζονται αυξημένοι στις ασιατικές παρά στις αγροτικές περιοχές.

Τα κυριότερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του μαστού είναι τα ακόλουθα:

Ü Η μεγάλη διεθνής μεταβλητότητα που παρατηρείται στη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε πολλές χώρες. Έτσι η νόσος είναι 6πλάσια στη Βόρεια Ευρώπη και Βόρεια Αμερική, παρά στην Άπω Ανατολή. Οι διαφορές αυτές αφορούν κυρίως της μεγάλες ηλικίες.

Ü Η απουσία σχέσης της ασθένειας με το θηλασμό.

Ü Η σαφής προστατευτική επίδραση της πρώτης ολοκληρωμένης εγκυμοσύνης και μάλιστα σε νεαρή ηλικία.

Ü Η σχέση του καρκίνου του μαστού με την κυστική μαστοπάθεια και η πιθανή σχέση του με τον καρκίνο του ενδομήτριου και των ωοθηκών.

Ü Η προστατευτική επίδραση της πρώιμης εμμηνόπαυσης και μάλιστα εκείνης που προκαλείται μετά από χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών.

Ü Η διαπιστωμένη συμβολή κληρονομικών παραγόντων.

Από τη γεωγραφική κατανομή διαπιστώνουμε μεγάλες διακυμάνσεις στην θνησιμότητα, οι οποίες κυμαίνονται από 25-30/100.000 γυναίκες στη Μεγάλη Βρετανία, τη Δανία, την Ολλανδία, τις Η.Π.Α και τον Καναδά και από 3-8/100.000 στην Ιαπωνία, το Μεξικό και τη Βενεζουέλα. Η ηλικία κατά την οποία προσβάλλονται οι γυναίκες από τον καρκίνο του μαστού σύμφωνα με νεώτερες πληροφορίες είναι το τριακοστό έτος και άνω, χωρίς να αποκλείεται η εμφάνιση του και σε νεώτερες ηλικίες. Το 15% των νέων προσβολών ετησίως αφορά γυναίκες κάτω των 40 ετών. Τα 2/3 των νέων περιστατικών εκδηλώνονται κυρίως σε γυναίκες άνω των 40 ετών και η συχνότητα προβολής σε ΗΠΑ και Ευρώπη είναι 6 φορές μεγαλύτερη από ότι στις χώρες της Ασίας και Αφρικής.

Τα τελευταία 40 χρόνια έχει παρατηρηθεί διεθνώς αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού και ιδίως στο τέλος της δεκαετίας του '80. Από τότε η συχνότητα εμφάνισης σταθεροποιήθηκε όμως νεότερες εργασίες αναφέρουν αύξηση προσβολής σε γυναίκες κάτω των 40 ετών.

Στη χώρα μας υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο εμφανίζονται 4.500 νέα περιστατικά και σε πάνω από 35% των ασθενών ο καρκίνος είναι οιστρογόνο-εξαρτώμενος.

Από το παραπάνω προκύπτει η αναγκαιότητα δημιουργίας μηχανισμών έγκαιρης διάγνωσης και παρακολούθησης των γυναικών. Η έγκαιρη διάγνωση βοηθά στην ευκολότερη αντιμετώπιση του προβλήματος. Ο καρκίνος του μαστού στα πρώιμα στάδια είναι ιάσιμος με την κατάλληλη θεραπεία. (Διαμαντής Θ. 2009).

Η επιστημονική κοινότητα αντιλαμβανόμενη εδώ και χρόνια την πολύτιμη προσφορά της πρόληψης έχει ρίξει μεγάλο βάρος των προσπαθειών της στον προληπτικό έλεγχο, γι' αυτό σε πολλές χειρουργικές κλινικές στα μεγαλύτερα νοσοκομεία του κόσμου έχουν ιδρυθεί ιατρεία μαστού σκοπός των οποίων είναι η ετήσια παρακολούθηση των γυναικών με ψηλάφηση του μαστού και παρακλινικό έλεγχο ανάλογα με την ηλικία και με τις κατευθύνσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει κατατάξει τις γυναίκες σε υψηλού και κανονικού κινδύνου ασθενείς ανάλογα με το ατομικό της αναμνηστικό. Γυναίκες αυξημένου κινδύνου είναι οι παρακάτω:

- Ø Γυναίκες άτεκνες άνω των 40 ετών
- Ø Γυναίκες που υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία για περισσότερο από 3 έτη
- Ø Γυναίκες που η μητέρα τους ή γυναίκα πρώτου βαθμού συγγένειας έχει παρουσιάσει προεμμηνοπαυσιακό καρκίνο του μαστού ή αμφοτερόπλευρο καρκίνο του μαστού
- Ø Γυναίκες λευκής φυλής
- Ø Γυναίκες με πρώιμη εμμηναρχή (έναρξη < των 12 ετών) και όψιμη εμμηνόπαυση (τέλος μετά τα 50 έτη)

- Ø Γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου
- Ø Γυναίκες με ινοκυστική μαστοπάθεια (δυσπλασία των μαστών)
- Ø Γυναίκες με καρκίνο του μαστού στον ένα μαστό έχουν 10-15% πιθανότητα να παρουσιάσουν καρκίνο και στον άλλο μαστό.

Οι υπόλοιπες γυναίκες ανήκουν στην ομάδα συνηθισμένου κινδύνου και πρέπει να ακολουθούν άλλους κανόνες πρόληψης.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει θεσπίσει χρονοδιάγραμμα προληπτικού ελέγχου παρακολούθησης των γυναικών:

Γυναίκες χωρίς βεβαρημένο ιστορικό

- § 35 ετών πρώτη μαστογραφία- ψηλάφηση- υπέρηχο εάν κρίνεται αναγκαίο
- § 40-50 ετών μαστογραφία κάθε δύο έτη- ψηλάφηση- υπέρηχο εάν κρίνεται αναγκαίο από το γιατρό
- § 50 και άνω μαστογραφία κάθε χρόνο- ψηλάφηση- υπέρηχο μαστών άμφω

Να σημειωθεί ότι στις δύο πρώτες κατηγορίες πρέπει η γυναίκα να επισκέπτεται το γιατρό της κάθε χρόνο και αν συντρέχει λόγος να υποβάλλεται σε έκτακτο πρακλινικό έλεγχο.

Γυναίκες με βεβαρημένο ιστορικό (group forties)

- § 30 ετών πρώτη μαστογραφία- ψηλάφηση- υπέρηχος- εάν κρίνεται αναγκαίο
- § 35-40 ετών μαστογραφία κάθε δύο έτη- ψηλάφηση- υπέρηχο εάν κρίνεται αναγκαίο
- § 40-50 ετών μαστογραφία κάθε χρόνο- ψηλάφηση- υπέρηχο εάν κρίνεται αναγκαίο
- § 50 και άνω μαστογραφία κάθε χρόνο- ψηλάφηση και υπέρηχο μαστών άμφω (Σκάρλος Δ. 2008).

2.2 Συχνότητα

Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού στα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη έχει σημειώσει σταθερή αύξηση τα τελευταία 40 χρόνια. Σήμερα αποτελεί τη πιο συνήθη μορφή κακοήθειας στις γυναίκες στην Ευρώπη, Αυστραλία, Ασία, Βόρεια Αμερική και στο μεγαλύτερο μέρος της Λατινικής Αμερικής. Στις χώρες αυτές σύμφωνα με πρόσφατες μετρήσεις, οι γυναίκες κινδυνεύουν να αναπτύξουν τη νόσο στη ζωή τους σε αναλογία 1 στις 12, αν και σε κάποιες κοινωνίες ο κίνδυνος αυξάνεται σε 1 στις 8. Προβλέπεται ότι μέχρι το 2010, ο ετήσιος αριθμός νέων διαγνωσμένων περιπτώσεων θα είναι 1,1-1,4 εκατομμύρια. (Διαμαντής Θ. 2009).

Η συχνότητα της νόσου εμφανίζει σημαντικές διακυμάνσεις μεταξύ διαφόρων περιοχών του κόσμου, με την υψηλότερη επίπτωση στις δυτικές βιομηχανικές χώρες όπου ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το 25% των κακοηθών νεοπλασμάτων που πλήττουν τις γυναίκες. Σε χώρες της δύσης με αξιόπιστες στατιστικές καταγραφές παρατηρείται από τη δεκαετία του 60 μια συνεχής αύξηση του καρκίνου του μαστού με περίπου 1,5 εκατοστιαία μονάδα ετησίως κατά ομάδα ηλικίας. Υπάρχουν βάσιμες ενδείξεις ότι η αύξηση αυτή είναι

πραγματική και δεν εκφράζει τη σχετική αύξηση των ηλικιωμένων στην πληθυσμιακή σύνθεση ούτε την πρωιμότερη διάγνωση λόγω βελτίωσης των διαγνωστικών δυνατοτήτων. Ο κίνδυνος για μια γυναίκα που γεννιέται στην αρχή του 21^{ου} αιώνα να πάθει καρκίνο του μαστού είναι πενταπλάσιος από ότι ήταν για μία γυναίκα που γεννήθηκε την αρχή του 20^{ου} αιώνα. Η νόσος είναι πολύ σπάνια πριν από την ηλικία των 40, επιδεικνύει όμως μια ταχεία και δραματική αύξηση τιμών επίπτωσης αμέσως μετά. Ένας όχι αμελητέος αριθμός γυναικών εμφανίζει τον όγκο στα ογδόντα, οι μισές όμως από τις γυναίκες που νοσούν είναι νεώτερες από τα 65 όταν πρωτοεκδηλώνουν τον όγκο. Στη χώρα μας πρέπει να ζουν 30 με 40.000 γυναίκες χειρουργημένες για καρκίνο του μαστού χωρίς σημεία ενεργού υπολειπόμενης νόσου και 4.000 που ζουν με χρονίζουσα ενεργό νόσο. (Αναγνωστόπουλος Α, Παπαδόπουλος Λ. 2004).

2.3 Θνησιμότητα

Σε μία ομάδα χωρών η θνησιμότητα παρέμεινε σταθερή παρά την αξιοσημείωτη αύξηση της συχνότητας της νόσου. Σε άλλη ομάδα χωρών σημειώθηκε μέτρια μείωση της κατά ηλικίες θνησιμότητας από τη νόσο της τάξης του 11% και τέλος σε άλλη ομάδα χωρών μεγάλη μείωση της θνησιμότητας, μέχρι 30%. Για την επίτευξη όμως αυτού του προγνωστικού κέρδους για τον γυναικείο πληθυσμό δεν αρκεί η εκτέλεση της μαστογραφίας, αλλά απαιτείται η σωστή ερμηνεία των ευρημάτων και η συνεπακόλουθη θεραπευτική λογισμική στα πλαίσια ειδικά οργανωμένων ιατρικών ομάδων που την ασκούν σαν αποκλειστικό καθήκον.

Το γεγονός ότι η αύξηση της καμπύλης επίπτωσης δεν συνοδεύεται όπως θα ήταν φυσικό από αύξηση της καμπύλης θνησιμότητας αποδίδεται κυρίως στην πρώιμη διάγνωση οπότε και η ασθένεια αποκαλύπτεται σε στάδια που μπορεί να εφαρμοσθεί θεραπεία με ευνοϊκά αποτελέσματα ίασης.

Συνολικά η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού κυμαίνεται γύρω στο 3%, ενώ σε γυναίκες νεώτερες των 50, όπου η γενική θνησιμότητα είναι χαμηλή, κυμαίνεται γύρω στο 15%. Η αντίστοιχη τιμή σχετικής θνησιμότητας για γυναίκες ηλικίας μεταξύ 60 και 70 ετών, είναι 7,5%. Για γυναίκες που εμφάνισαν τη νόσο πριν την ηλικία των 50 ο καρκίνος αυτός παραμένει η πιο συνηθισμένη αιτία θανάτου για περίπου 25 χρόνια μετά τη διάγνωση. Στην ομάδα των γυναικών που νόσησαν σε ηλικία 60-70 ετών ο όγκος είναι η κύρια αιτία θανάτου μια δεκαετία μετά την διάγνωση. Στην ομάδα άνω των 80 ο όγκος περνάει στις λιγότερο συνηθισμένες αιτίες θανάτου ήδη μετά από τρία χρόνια.

Με βάση φυσικά σημερινές γνώσεις πιστεύεται ότι ο καρκίνος του μαστού στη συντριπτική του πλειοψηφία **είναι σποραδική νόσος** χωρίς κληρονομικό υπόβαθρο. Σημασία για την εμφάνιση του έχει μια σειρά παραγόντων που σχετίζονται με το περιβάλλον και τον τρόπο ζωής. Παρά την εκτεταμένη και εντατική έρευνα στο θέμα δεν έχει γίνει κατορθωτό να απομονωθούν κάποιοι συγκεκριμένοι αιτιολογικοί παράγοντες που από μόνοι τους παίζουν καθοριστικό ρόλο στην καρκινογένεση και που η αντιμετώπιση τους θα μπορούσε να έχει προφυλαχτική αξία μειώνοντας τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα από καρκίνο του μαστού. (Buckman R. 2000).

Κεφάλαιο 3^ο

Νεοπλασίες Μαστού - Ταξινόμηση

3. Νεοπλασίες μαστού – Ταξινόμηση

3.1 Ορισμός νεοπλασμάτων μαστού

Λέγοντας «καρκίνος» εννοούμε την εμφάνιση σε ένα πολυκύτταρο οργανισμό άτυπων κυτταρικών πληθυσμών που αναπτύσσονται άναρχα και καταστρέφουν τους φυσιολογικούς πληθυσμούς του οργανισμού. Στην έναρξη της δημιουργίας των καρκινικών πληθυσμών πιθανότατα συμβαίνει μια εκτροπή στη διαδικασία ωρίμανσης των ποικίλων φυσιολογικών κυτταρικών σειρών που υπάρχουν σε ένα όργανο. Οι καρκινικοί πληθυσμοί κατορθώνουν και επιβιώνουν υπερνικώντας τα αμυντικά συστήματα του οργάνου και του οργανισμού. Αναπτύσσονται συνέχεια όλο και περισσότερο δυναμικά, αρχικά τοπικά, και αργότερα δημιουργώντας μεταστάσεις. Σήμερα ακόμη αγνοούμε τους περισσότερους κρίκους στην αλυσίδα του σχηματισμού, διατήρησης, ανάπτυξης, των καρκινικών πληθυσμών. (Μπεζμπέας Σ. 1991).

3.2 Ιστολογική ταξινόμηση νεοπλασμάτων

Τα νεοπλάσματα διακρίνονται σε δυο βασικές κατηγορίες, στα καλοήθη και στα κακοήθη. Ανάλογα με την βιολογική τους συμπεριφορά και τον ιστολογικό τύπο καθορίζεται αντίστοιχα η κατηγορία στην οποία ανήκουν. Η διάγνωση για να γίνει από το γιατρό, πρέπει πρώτα να στείλει το δείγμα του όγκου στον παθολογοανατόμο. Αυτός με τη σειρά του θα κάνει τον έλεγχο των κυττάρων κάτω από το μικροσκόπιο. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται βιοψία. Τα νεοπλάσματα διακρίνονται σε διάφορες κατηγορίες ανάλογα με το είδος του ιστού από τον οποίο προέρχονται και τον οποίο προσβάλλουν. Αυτές είναι οι εξής:

- Ø Νεοπλάσματα επιθηλιακού ιστού
- Ø Νεοπλάσματα ερειστικού και συνδετικού ιστού
- Ø Νεοπλάσματα αιμοποιητικού ιστού
- Ø Νεοπλάσματα νευρικού ιστού
- Ø Ειδικά νεοπλάσματα

Τα καλοήθη συνήθως λήγουν στην κατάληξη –ωμα όπως ίνωμα, λίπωμα, αδένωμα κ.α. Τα κακοήθη νεοπλάσματα, ανάλογα με τους ιστούς απ' όπου προέρχονται διακρίνονται σε:

- ✓ Καρκινώματα που προέρχονται από επιθηλιακούς ιστούς (π.χ. αδenoκαρκίνωμα)
- ✓ Σαρκώματα που προέρχονται από τον ερειστικό, μυϊκό, νευρικό ιστό
- ✓ Λεμφώματα που προέρχονται από τον αιμοποιητικό ιστό

Ένα καλοήθες νεόπλασμα αναπτύσσεται τοπικά, δε διηθεί γειτονικούς ιστούς και δεν κάνει μεταστάσεις σε άλλα όργανα. Αν αυτός ο όγκος αναπτύσσεται και μεγαλώνει είναι πιθανό να δημιουργήσει πιεστικά προβλήματα σε όργανα της γύρω περιοχής. Αντίθετα ένα κακοήθες νεόπλασμα είναι διηθητικό και δίνει μεταστάσεις. Είναι ικανό να διηθεί καταστρέφοντας γειτονικούς ιστούς και όργανα.

Τα χαρακτηριστικά των καλοηθών νεοπλασμάτων είναι:

- Τα νεοπλασματικά κύτταρα μοιάζουν με τον μητρικό ιστό
- Είναι περιγεγραμμένα και έχουν κάψα
- Δεν δίνουν μεταστάσεις (αιματογενείς – λεμφογενείς – δι’ εμφυτεύσεως)
- Δεν διηθούν τους γύρω ιστούς
- Δεν προκαλούν θάνατο
- Δεν υποτροπιάζουν
- Κάνουν τοπική βλάβη (πίεση)

Τα χαρακτηριστικά των κακοηθών νεοπλασμάτων είναι:

- Τα νεοκύτταρα χάνουν την ομοιότητά τους
- Δεν είναι περιγεγραμμένα και δεν έχουν κάψα
- Δίνουν μεταστάσεις
- Διηθούν τους γύρω ιστούς
- Είναι θανατηφόρα στο πλείστο των περιπτώσεων
- Συνήθως υποτροπιάζουν
- Καταστρέφουν τους ιστούς (Στεφανογιάννης Ι. 2005).

3.3 Καλοήθειες παθήσεις μαστών

Οι καλοήθειες παθήσεις του μαστού περιλαμβάνουν παθολογικές καταστάσεις με μεγάλη ποικιλομορφία όσον αφορά την κλινική εικόνα. Κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα των παθήσεων αυτών είναι η αδενική και η ινώδης δυσπλασία. Οι καλοήθειες μαστοπάθειες είναι αρκετά συχνές, περιλαμβάνουν το 90% περίπου των παθολογικών καταστάσεων του μαστού και πολλές φορές δυσκολεύεται η διαφοροδιάγνωση από τον καρκίνο, κατά την ψηλάφηση του μαστού. (Charles C.J, Griggs R.C, Loscalzo J. 2003).

3.3.1 Αδένωση

Η αδένωση είναι καλοήθης υπερπλασία του επιθηλίου των λοβιδίων και παρατηρείται στις γυναίκες προεμμηνόπαυσιακά. Συνυπάρχει συνήθως με υπερπλασία συνδετικού ιστού οπότε ονομάζεται σκληρυντική αδένωση. Οι περισσότεροι συγγραφείς αναφέρουν ότι η σκληρυντική αδένωση δεν αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού.

Στη μαστογραφία απεικονίζονται περιοχές μεγαλύτερης πυκνότητας, σαν συνέπεια ινώδους υπερπλασίας με διάσπαρτες μικροαποτιτανώσεις οι οποίες είναι στρογγυλές ή ορώδεις με ομαλά όρια και εντοπίζονται στον έναν ή και στους δυο μαστούς. Συνήθως οι αλλοιώσεις είναι συμμετρικές και αφορούν και τους δυο μαστούς. Οποιαδήποτε ασυμμετρία παρατηρηθεί στη μαστογραφία κατά το συγκριτικό έλεγχο των μαστών και η όποια δεν

οφείλεται σε κάποια χειρουργική επέμβαση, θα πρέπει να μελετάται με μεγάλη προσοχή επειδή ο κίνδυνος να οφείλεται σε μια κακοήγη πλασματική εξεργασία είναι μεγάλος.

3.3.2 Θηλωμάτωση

Η θηλωμάτωση είναι συχνό εύρημα και μπορεί να παρατηρηθεί σε οποιοδήποτε μέρος του μαστού. Στην κλινική εξέταση δεν παρατηρούνται ιδιαίτερα ευρήματα. Στην ιστολογική παρατηρείται πολλαπλή θηλωμάτωση, διάταξη των πόρων και επιθηλιακή υπερπλασία. Η μαστογραφική εικόνα δεν είναι χαρακτηριστική της νόσου. Συνήθως παρατηρούνται διάσπαρτες περιοχές αυξημένης πυκνότητας ως και μικροαποτιτανώσεις.

Η ακτινολογική διάγνωση θα γίνει με γαλακτογραφία, η οποία όμως συνιστάται στην έγχυση σκιερής ουσίας μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους. Στη γαλακτογραφία παρατηρούνται στους κύριους γαλακτοφόρους πολλές ελλειμματικές εικόνες χαρακτηριστικές των θηλωμάτων. Η πολλαπλή θηλωμάτωση πρέπει να διαχωρίζεται από το μονήρες θήλωμα και το θηλώδες καρκίνωμα.

Ενδοπορώδες θήλωμα: Όταν η ενδοπορώδης υπερπλασία αυξηθεί σημαντικά σε σημείο που να είναι ορατή και μακροσκοπικά, τότε η τοπική αυτή υπερπλασία ονομάζεται ενδοπορώδες θήλωμα. Το θήλωμα αυτό εντοπίζεται συνήθως στον όπισθεν της θηλής χώρο και συνοδεύεται από ροή ορώδους ή οροαιματηρού υγρού. Η ακτινολογική διάγνωση θα γίνει μόνο με τη γαλακτογραφία στην οποία, και στην πολλαπλή θηλωμάτωση, θα δούμε μονήρη ελλειμματική εικόνα που θα αντιστοιχεί στο ενδοπορώδες θήλωμα. Στο εύρημα αυτό δεν είναι δύσκολο να διαχωριστεί το καλοήθες ενδοπορώδες θήλωμα από το πορώδες καρκινοματώδες θήλωμα. (Μαρκόπουλος Χ. 2007).

3.3.3 Ινοαδένωμα

Το ινοαδένωμα είναι οι πιο συνηθισμένοι καλοήθεις όγκοι του γυναικείου μαστού. Εμφανίζονται μετά την εφηβεία, αλλά είναι συχνότεροι στην ηλικία των 20-30 ετών. Οι όγκοι αυτοί μπορεί να εμφανιστούν και μετά την εμμηνόπαυση αλλά πιστεύεται ότι σ' αυτές τις περιπτώσεις προϋπήρχαν της εμμηνόπαυσης και έγιναν εμφανείς με την πάροδο της ηλικίας και την υποστροφή των αδενικών και ινωδών στοιχείων.

Τα ινοαδενώματα είναι ορμονοεξαρτώμενοι όγκοι και είναι δυνατόν να παρουσιάσουν αύξηση του μεγέθους κατά το τέλος κάθε μηνιαίου κύκλου. Η άποψη αυτή ενισχύεται από το γεγονός ότι βρέθηκαν οιστρογόνοι υποδοχείς στα ινοαδενώματα. Οι καλοήθεις αυτοί όγκοι, που αποτελούνται από ινώδη και αδενικό ιστό περιβάλλονται από ινώδη κάψα, αυξάνουν σε μέγεθος αργά πιέζοντας τους γύρω ιστούς.

Αξιολογώντας την αδενική σύστασή τους, πολλά ινοαδενώματα παλινδρομούν με την πάροδο της ηλικίας ενώ, αντίθετα, άλλα μπορεί να παρουσιάσουν αύξηση του μεγέθους τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η πιθανότητα προσβολής των ινοαδενωμάτων από καρκίνο έγινε αντικείμενο μελέτης από πολλούς ερευνητές. Γενικά θεωρείται ασυνήθης η συνύπαρξη ινοαδενώματος και καρκίνου. Ο συνηθισμένος τύπος καρκίνου που προσβάλλει τα ινοαδενώματα ψηλαφίζονται σαν όγκοι σκληρής συστάσεως, ανώδυνοι, κινητοί, και ξεχωριστοί από τους γύρω ιστούς.

Τα ινοαδενώματα είναι μονήρη ή πολλαπλά και εντοπίζονται στον ένα ή και στους δυο μαστούς. Τα περισσότερα ινοαδενώματα, που παρατηρούνται στην εφηβική ηλικία έχουν την ίδια ακτινολογική εικόνα με εκείνη των ενηλίκων. Πολλές φορές με την πάροδο της ηλικίας μέσα στη μάζα του ινοαδενώματος παρουσιάζονται χαρακτηριστικές αδρές αποτιτανώσεις διαφόρου μεγέθους, η διαφορική διάγνωση των οποίων, από αποτιτανώσεις άλλης αιτιολογίας δεν είναι δύσκολη.

Το μέγεθος των ινοαδενωμάτων παραμένει για πολλά χρόνια το ίδιο αλλά μερικές

φορές έχουν την τάση να μεγαλώνουν γρήγορα σε τρόπο ώστε να διπλασιάζονται ή να τριπλασιάζεται το μέγεθος τους σε μικρό χρονικό διάστημα. Η χειρουργική αφαίρεση, είναι η μέθοδος επιλογής για θεραπεία επειδή αυτά πολλές φορές έχουν την τάση να μεγαλώνουν.

3.3.4 Λίπωμα

Ο μαστός είναι όργανο που περιέχει αρκετό λιπώδη ιστό ακόμη και στις νέες γυναίκες. Ο μαζικός αδένας αναπτύσσεται μέσα σε κυτταρολιπώδη ιστό, έτσι ώστε λιποματώδεις μάζες περιβάλλονται πολλές φορές από ινώδη κάψα σχηματίζοντας τα λιπώματα. Το λίπωμα εμφανίζεται σαν μάζα σφαιρική ή ωοειδής, κινητή και ελαστική κατά την ψηλάφηση.

Έχει την κλινική εικόνα της κύστεως και μόνο με τη μαστογραφία μπορεί να γίνει ο διαχωρισμός. Ο κύστες στη μαστογραφία δίνουν έντονη ομοιογενή σκίαση με ομαλά όρια, ενώ το λίπωμα χαρακτηρίζεται από ομαλή περιγεγραμμένη ακτινοδιαφανή περιοχή, στοιχείο που αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα του λιπώματος. (Charles C.J, Griggs R.C, Loscalzo J. 2003).

3.3.5 Μεγάλες κύστες

Οι κύστες στους μαστούς είναι συχνό εύρημα. Παρατηρούνται συνήθως στην ηλικία 35-50 ετών αλλά είναι δυνατόν να εμφανιστούν ακόμη και σε νεαρές γυναίκες. Η ανάπτυξη των κύστεων σταματά με την εμμηνόπαυση αλλά πολλές φορές εμφανίζονται και μετά απ' αυτή, ιδιαίτερα σε γυναίκες που έχουν κάνει θεραπεία με οιστρογόνα. Οι κύστες στους μαστούς αναπτύσσονται συνήθως σε υπόστρωμα αδενώσεως όταν οι πόροι των λοβιδίων διατείνονται και καλύπτονται από ατροφικό επιθήλιο. Οι μεγάλες κύστες, μονήρεις ή πολλαπλές μπορεί να είναι ασυμπτωματικές ή επώδυνες και κινητές κατά την κλινική εξέταση.

Η διάγνωση γίνεται με μαστογραφία ή με υπέρηχο. Η μονήρης κύστη στη μαστογραφία απεικονίζεται στρογγυλή ή ωοειδής με ομοιογενή σκίαση με σαφή όρια. Οι κύστες που αναπτύσσονται σε μαστούς πυκνούς με έντονη ινώδη υπερπλασία, εμφανίζονται ασαφείς και δημιουργούν προβλήματα διαφορικής διαγνώσεως από καρκίνο ή άλλες παθήσεις του μαστού. Σημαντικό ρόλο στη διάγνωση των κύστεων έχουν και οι υπέρηχοι. Με τους υπερήχους είναι δυνατόν να διαχωρίσουμε μια κυστική εξεργασία από μια συμπαγή μάζα. Πιο ασφαλές είναι να παρακεντηθεί η κύστη, να αφαιρεθεί το υγρό το οποίο θα δοθεί για κυτταρολογική εξέταση.

Οι ενδείξεις για χειρουργική αφαίρεση της κύστης είναι όταν στη μαστογραφία τα όρια της κύστης παρουσιάζουν σχετική ασάφεια ή όταν μετά την παρακέντηση και την αφαίρεση ποσότητας υγρού η σκίαση στη μαστογραφία παραμένει. Τέλος, αρκετοί πιστεύουν πως γυναίκες με πολλές και μεγάλες κύστες έχουν μεγάλο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού. (Bates B. 1982).

3.4 Κακοήθεις παθήσεις μαστών

Ιστολογικοί τύποι

Γενικά μπορούμε να διαχωρίσουμε τους καρκίνους σε εκείνους που διηθούν το στρώμα και τον αδέν, και σε εκείνους που δεν διηθούν και παραμένουν στο επιθήλιο έχοντας βέβαια όλα τα στοιχεία της κακοήθειας. (Στεφανογιάννης Ι. 2005).

3.4.1 Μη διηθητικοί καρκίνοι

Ø Πορογενές καρκίνωμα in situ

Περίπου σε ποσοστό 1% εμφανίζεται αυτό το ιστολογικό εύρημα. Είναι καρκίνος που ξεκινά απ'το επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων. Αρχικά παραμένει μικρός και δε διηθεί το στρώμα των γύρω ιστών (δεν διαπερνά τη βασική μεμβράνη) αλλά σε ένα ποσοστό 40% εξελίσσεται σε πορογενές διηθητικό. Συχνά είναι πολυκεντρικό και αυτό έχει διαπιστωθεί από τις υποτροπές σε άλλα σημεία του μαστού εάν αφαιρεθεί μόνο τοπικά. Η διάγνωση για τέτοιου είδους καρκίνωμα γίνεται εντελώς τυχαία κατά την εξέταση για καλοήθεις όγκους του αδένα.

Ø Λοβιδιακό καρκίνωμα in situ

Όπως και το προηγούμενο έτσι κι αυτό είναι συνήθως τυχαίο ιστολογικό εύρημα που διαγιγνώσκεται κατά την ιστολογική εξέταση για καλοήθεις παθήσεις του μαστού. Προέρχεται από το επιθήλιο των τελικών μικρών γαλακτοφόρων πόρων του αδένα. Είναι πολυεστιακό σε ποσοστό 70% και αφορά και τους δύο μαστούς σε ποσοστό 20-40% των περιπτώσεων. (Κιτράκη Ε, Τρούγκος Κ. 2006).

3.4.2 Διηθητικοί καρκίνοι

Û Πορογενές διηθητικό καρκίνωμα

Είναι ο **πιο συχνός ιστολογικός τύπος** καρκίνου του μαστού. Αποτελεί περίπου το **75%** όλων των καρκίνων που εμφανίζονται στο μαστικό αδένα. Ονομάζεται και NOS (Not Otherwise Specified) καθώς δεν έχει κάποιο ιδιαίτερο ιστολογικό χαρακτηριστικό. Η νεοπλασία εμφανίζεται ως μάζα με όρια ακαθόριστα, σκληρο-ελαστική υφή. Συμπεριλαμβάνονται σ'αυτήν την κατηγορία και οι ιστολογικές μορφές με έντονη την ινώδη αντίδραση (σκιρρώδη) και τη μορφή του κομεδώνα. Το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα γρήγορα τείνει να διηθήσει τα λεμφαγγεία και να δώσει μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

Û Μυελοειδές καρκίνωμα

Όχι πολύ συχνή ιστολογική μορφή (περίπου στο 5-7% των περιπτώσεων) παρουσιάζεται ως βλάβη μεγάλων διαστάσεων (κατά μέσο όρο 4-5 εκ.).Εντοπίζεται στα ανώτερα τεταρτημόρια του μαστού και συνήθως βαθιά προς τις πλευρές. Έχει σχετικά καλύτερη πρόγνωση απ'ότι το πορογενές διηθητικό.

Û Σωληνώδες (ή σωληνωτό) καρκίνωμα

Είναι κι αυτό αρκετά σπάνιο (1% των περιπτώσεων) και ελάχιστα μεταστατικό.Είναι η καλύτερη ιστολογική μορφή από άποψης πρόγνωσης σε σύγκριση με τους άλλους ιστολογικούς τύπους.

Û Βλεννώδες καρκίνωμα

Παρουσιάζεται σε ποσοστό περίπου 3% επί του συνόλου. Συνήθως αφορά ασθενείς σε μεγάλη ηλικία, και παρουσιάζει μια αργή ανάπτυξη ενώ μπορεί να φτάσει σε αρκετά μεγάλες διαστάσεις. Ψηλαφητικά έχει μαλακή υφή με καλώς καθορισμένα όρια. Όσο δε μεγαλύτερο το ποσοστό βλεννώδους ιστού, τόσο καλύτερη και η ιστολογική του συμπεριφορά άρα και η πρόγνωση.

Û Θηλώδεις διηθητικό καρκίνωμα

Σχετικά σπάνιο και σε ποσοστό λιγότερο από 1%. Με πιο συχνή θέση εμφάνισης τα κατώτερα τεταρτημόρια του μαστού, είναι πιο συχνά η εξέλιξη ενός θηλώδους όγκου που αρχικά δεν ήταν διηθητικός και εξαλλάχθηκε. Είναι καρκίνοι με αργή σχετικά εξέλιξη και πριν δώσουν μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες λαμβάνουν μεγάλες διαστάσεις. Έχουν άριστη πρόγνωση εάν χειρουργηθούν σε αρχικό στάδιο.

Û Λοβιδιακό διηθητικό καρκίνωμα

Αποτελεί το 5-10% επί του συνόλου των κακοηθειών του μαστού. Πολύ συχνά σε αυτή την ιστολογική μορφή παρατηρείται ο καρκίνος να είναι πολυεστιακός και με εμφάνιση και στους δύο μαστούς. Ιστολογικά αρκετά δύσκολη η διαφοροδιάγνωση του απ'το πορογενές καρκίνωμα με το οποίο παρουσιάζει μικροσκοπικά πολλές ομοιότητες.

Û Φλεγμονώδες καρκίνωμα (Καρκινωματούδης μαστίτις)

Παρατηρείται σχεδόν πάντα σε νέες γυναίκες με ογκώδης μαστούς ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή ακόμη και κατά την περίοδο του θηλασμού. Είναι μια κλινική οντότητα περισσότερο και δεν αναφέρεται σε συγκεκριμένο ιστολογικό τύπο. Ο μαστός που πάσχει εμφανίζεται διογκωμένος και σκληρός με έντονο οίδημα και ερυθρότητα του δέρματος. Η τοπική θερμοκρασία είναι αυξημένη. Αυτός ο φλεγμονώδης χαρακτήρας οφείλεται σε φλεβική και λεμφατική στάση καθώς η καρκινική διήθηση των αγγείων είναι ταχύτατη. Σχεδόν πάντα τη στιγμή της διάγνωσης ανακαλύπτονται και μεταστάσεις στους περιφερικούς λεμφαδένες όπως στους μασχαλιαίους, τους υπερκλειδίους αλλά και σε πιο απομακρυσμένους. Είναι ο καρκίνος με τη χειρότερη πρόγνωση.

Û Νόσος του Paget

Η συχνότητα του καρκίνου αυτού είναι από 1 έως 4%.Κλινικά η ασθενής αναφέρει εκζεματοειδείς αλλοιώσεις της θηλαίας άλω που προηγούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Συνοδεύονται από κνησμό, καύσο και μικροαιμορραγίες. Ο όγκος είναι ψηλαφητός κάτω απ'το δέρμα στα 2/3 των περιπτώσεων. Η διάγνωση τίθεται με βιοψία απ'τις εξελκώσεις που θα δείξει τα χαρακτηριστικά καρκινικά κύτταρα του Paget.

Û Σαρκώματα του μαστού

Αποτελούν το 1-2% των καρκίνων του μαστού. Δεν προέρχονται απ'τον μαζικό αδένιο. Εμφανίζονται σε οποιαδήποτε ηλικία και λαμβάνουν γρήγορα μεγάλες διαστάσεις ενώ σχετικά καθυστερούν να δώσουν μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Η μόνη θεραπεία τους είναι η χειρουργική σε πρώιμο στάδιο. (Russo J, Gusterson B. και συν. 1991).

Κεφάλαιο 4^ο

Παράγοντες κινδύνου στον καρκίνο του μαστού

4. Παράγοντες κινδύνου στον Καρκίνο του μαστού

4.1 Παράγοντες κινδύνου

Η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού είναι άγνωστη παρά τις τεράστιες έρευνες της Ογκολογικής Ιατρικής που έχουν διεξαχθεί έως σήμερα, καθώς έχουν προσδιορισθεί μόνο ορισμένοι επιβαρυντικοί παράγοντες που ασκούν κάποια επίδραση στην ανάπτυξη της νόσου. Για τους κλινικούς γιατρούς έχει μεγάλη σημασία να γνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου στο γυναικείο πληθυσμό, γιατί σε αυτές τις γυναίκες θα πρέπει να συσταθεί ειδικό προληπτικό πρόγραμμα με απώτερο σκοπό, όχι τη μείωση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού, αλλά τη διάγνωσή του σε αρχικό στάδιο. (Μακρόπουλος Χ. 2008).

4.1.1 Γενετικοί παράγοντες

Από τον προηγούμενο ήδη αιώνα, διάφοροι ερευνητές παρατήρησαν ένα είδος κληρονομικότητας του καρκίνου του μαστού. Μία εμπειριστατωμένη μελέτη απέδειξε ότι οι γυναίκες, των οποίων η μητέρα ή η αδελφή είχε καρκίνο στο μαστό, έχουν διπλάσιες ή και τριπλάσιες πιθανότητες να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Επίσης, έχει διαπιστωθεί υπέρμετρη αύξηση της συχνότητας προσβολής σε θυγατέρες ή αδελφές γυναικών που είχαν προσβληθεί από τη νόσο σε νεαρή, δηλαδή προεμμηνόπαυσιακή, ηλικία με ποσοστό προσβολής από 20 – 50 %. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνει ακόμη περισσότερο, όταν ο καρκίνος που μεταβιβάζεται κληρονομικά είναι αμφοτερόπλευρος ή έχει παρουσιασθεί σε δύο ή περισσότερες συγγενείς πρώτου βαθμού. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της κληρονομικής προδιάθεσης του καρκίνου του μαστού αποτελεί η εμφάνιση της κακοήθειας σε δίδυμες αδελφές, στην ίδια ηλικία, στον ίδιο μαστό και ίδιο τεταρτημόριο. (Μπούτης Α. 1993).

4.1.2 Ιδιοσυστατικοί παράγοντες

Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού έχει ποικιλόμορφη κατανομή στον πληθυσμό, καθώς επηρεάζεται από τρεις παραμέτρους που αφορούν την ιδιοσύσταση του ατόμου: το φύλο, τη γεωγραφική κατανομή και την ηλικία.

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες, αφού στους εκατό καρκίνους του μαστού μόνο ο ένας αφορά τον άνδρα. Έχει αποδειχθεί ότι η εκδήλωση αυτής της κακοήθειας στους άνδρες σχετίζεται με την προϋπόθεση ύπαρξης οικογενειακού ιστορικού γυναικομαστίας ή συνδρόμου Klinefelter (XXY).

Ακόμη, πρόσφατες στατιστικές μελέτες ενοχοποιούν ως αιτιολογικό παράγοντα πρόκλησης νεοπλασμάτων στο μαστό, τη γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού. Είναι γενικά παραδεκτό πως ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στο δυτικό κόσμο απ' ότι στην Αμερική, στην Ασία και στη Μέση Ανατολή. Στη Βόρεια Αμερική και στη Βόρεια Ευρώπη εμφανίζεται πέντε φορές συχνότερα απ' ότι στην Ασία και στην Αφρική. Με μέση συχνότητα εμφανίζεται στη Νότια Αμερική και στη Νότια Ευρώπη, ενώ στην Ολλανδία εκδηλώνεται στη μεγαλύτερη συχνότητα απ' όλα τα άλλα κράτη. Επίσης διαπιστώθηκε πως ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζεται επτά φορές συχνότερα στις Αμερικανίδες απ' ότι στις Γιαπωνέζες, και πως, όταν οι Γιαπωνέζες μεταναστεύουν στην Αμερική, στους απογόνους τους δεν υπάρχει αυτή η διαφορά.

Η παράμετρος «ηλικία» είναι καταλυτική για τη διασπορά του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες, επειδή αυτός αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου γυναικών ηλικίας μεταξύ 35 μέχρι και 55 ετών. Η εμφάνισή του πριν από την ήβη είναι σπάνια, ενώ παρουσιάζονται μεγάλα ποσοστά συχνότητας μέχρι την εποχή της εμμηνόπαυσης, για να περιορισθούν μετά από αυτή. Ειδικότερα, ο καρκίνος του μαστού κάτω από την ηλικία των 30 ετών εμφανίζεται

σε συχνότητα που δε φθάνει το 1% και στο 85% των περιπτώσεων, η μέση ηλικία είναι 40 ετών. (Μπερή Δ. 2006).

4.1.3 Ορμονικοί παράγοντες

Οι διακυμάνσεις των ορμονών στον οργανισμό της γυναίκας επηρεάζουν τη φυσιολογία του μαστού, επειδή ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο και ειδικά από τα οιστρογόνα. Η λήψη οιστρογόνων ορμονών σε οποιαδήποτε φαρμακευτική μορφή για την αντιμετώπιση ενδοκρινικών διαταραχών ενοχοποιείται για την πρόκληση καρκίνου του μαστού σε αυτές τις γυναίκες. Από τα οιστρογόνα, η αυξημένη παραγωγή οιστριόλης κατά την εγκυμοσύνη έχει αποδειχθεί ότι ασκεί προστατευτική δράση στη γέννηση του καρκίνου, ενώ η αυξημένη έκκριση οιστρονής και οιστραδιόλης εμφανίζει καρκινογόνο δράση. Επίσης, η αύξηση των ανωορρηκτικών κύκλων στην αναπαραγωγική περίοδο της γυναίκας συνεπάγεται μείωση της προστασίας στον καρκίνο, λόγω μειωμένης παραγωγής οιστριόλης και προγεστερόνης, και αύξηση του χρόνου έκθεσης σε πιθανές μεταλλακτικές δράσεις άλλων ορμονών. (Μπούτης Λ. 1993).

4.1.4 Λοιποί Παράγοντες

Οι υπόλοιποι παράγοντες χωρίζονται στις εξής κατηγορίες:

▼ Ιογενείς παράγοντες

Από τα δεδομένα της συγκριτικής ανοσολογίας και πιο συγκεκριμένα από τη μελέτη του καρκίνου του μαστού των ποντικών, που οφείλεται σε τουλάχιστον τρεις διαφορετικούς ιούς, διαπιστώθηκε ως πολύ πιθανή η ιογενής προέλευση του καρκίνου του μαστού στη γυναίκα. Ειδικότερα, τελευταίες έρευνες προκαλούν υπόνοιες για την ύπαρξη κάποιου ιού που βρίσκεται στον οργανισμό σε λανθάνουσα κατάσταση, ενεργοποιείται κάτω από την επίδραση διαιτητικών, γενετικών και ορμονικών παραγόντων και προκαλεί καρκίνο στο μαστό.

▼ Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Η επίδραση του εξωτερικού περιβάλλοντος οπωσδήποτε αφορά και τον άνθρωπο, ο οποίος είναι ένας ζωντανός οργανισμός που βρίσκεται σε διαρκή επικοινωνία με τους συνανθρώπους του, τη φύση και το δημιουργημένο από αυτόν τεχνικό περιβάλλον.

Ειδικότερα, έχει αποδειχθεί επιστημονικά πως καρκινογόνο δράση διαθέτει η ακτινοβολία, η οποία παράγεται προκειμένου να επιτευχθούν ειδικές απεικονιστικές δοκιμασίες, όπως η ακτινογραφία, η μαστογραφία, η αξονική τομογραφία και άλλες, και απελευθερώνεται με τη χρήση πυρηνικών εξοπλισμών όπως η ατομική βόμβα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της τελευταίας αποτελεί η απάνθρωπη αναφορά στην χρησιμοποιημένη ατομική βόμβα στην Χιροσίμα και το Ναγκασάκι, σύμφωνα με την οποία αναφέρεται πως οι γυναίκες που ακτινοβολήθηκαν εκεί αυξήθηκε ραγδαία η ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Και αυτό, γιατί ο μαστός θεωρείται σαν ένας από τους πιο ακτινοευαίσθητους ιστούς του ανθρώπινου σώματος. Βέβαια, η αύξηση του κινδύνου προσβολής εξαρτάται από τη χορηγούμενη δόση ακτινοβολίας. (Μακρόπουλος Χ. 2008).

▼ Διαιτητικοί παράγοντες

Οι διαφορετικές συνήθειες διατροφής πιθανολογείται ότι ευθύνονται για τις παρατηρούμενες διαφορές στη συχνότητα του καρκίνου του μαστού στις διάφορες χώρες του κόσμου.

Τα τελευταία χρόνια, έχει γίνει συσχέτιση του καρκίνου του μαστού με τον τρόπο

θρέψης. Στο τέλος της δεκαετίας του '80 παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες που καταναλώνουν πολλά λίπη και έλαια είχαν υψηλότερα ποσοστά προσβολής από καρκίνο του μαστού σε σχέση με αυτές που δεν κατανάλωναν. Μία επεξήγηση αυτού του γεγονότος αποτελεί ότι η αύξηση των λιπών και των ζωικών πρωτεϊνών στην τροφή πιθανόν να έχει επίδραση στον ενδοκρινικό μεταβολισμό, και έτσι, να επέρχεται γρήγορη ανάπτυξη της γυναίκας και ως επακόλουθο, πρωϊμότερη εμμηναρχή. Πρέπει να τονισθεί ότι όργανο παραγωγής οιστρογόνων, εκτός από τις ωοθήκες και τα επινεφρίδια, αποτελεί και το λίπος, ιδίως στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Έτσι εξηγείται και η συσχέτιση της αύξησης της συχνότητας του καρκίνου του μαστού στις παχύσαρκες γυναίκες. Επίσης, είναι δυνατόν η σύγχρονη διαίτα να περιέχει διάφορες ουσίες, όπως συντηρητικά, προσθετικά ή παραμένοντα στα αγροτικά προϊόντα φυτοφάρμακα, που πιθανόν να έχουν δυνατότητες καρκινογένεσης.

Παράλληλα, έχει διερευνηθεί η πιθανότητα συσχέτισης καρκίνου του μαστού και λήψης μεθυλοξανθινών, που τις αποτελούν ο καφές, το τσάι η κόκα-κόλα και η σοκολάτα. Όπως είναι γνωστό, το 90% περίπου του γυναικείου πληθυσμού κάνει χρήση αυτών των ουσιών. Ωστόσο, η δράση αυτών των ουσιών δεν έχει αποδειχθεί επιστημονικά στην πρόκληση καρκίνου στο μαστό, καθώς οι απόψεις δίστανται. Επίσης, η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών από τις γυναίκες πιθανολογείται ότι σχετίζεται με την αύξηση του κινδύνου προσβολής από καρκίνο του μαστού. Η αύξηση του σχετικού κινδύνου έχει σχέση με την καταναλισκόμενη ποσότητα αλκοόλ : η κατανάλωση ενός έως τριών αλκοολούχων ποτών ημερησίως αυξάνει το σχετικό κίνδυνο κατά 1,3 φορές, ενώ η κατανάλωση άνω των τριών ποτών ημερησίως αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής κατά 2 φορές. Είναι δυνατό, βέβαια, η λήψη αλκοόλ, με τις μικρές αλλοιώσεις που προκαλεί στο ήπαρ, να επηρεάζει το μεταβολισμό και η δράση του αλκοόλ να ασκείται διαμέσου ορμονικών διαταραχών. (Λάγιου Π. 1999).

✓ Παράγοντες που σχετίζονται με τη γεννητική υπόσταση της γυναίκας

Η καρκινογένεση στο γυναικείο μαζικό αδένιο συνδέεται άμεσα με την αναπαραγωγική ηλικία, δηλαδή με την ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης της γυναίκας. Η πρώιμη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση διαπιστώθηκε πως συμβάλλουν στις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, γιατί υπάρχουν στην περίπτωση αυτή περισσότεροι ανοσοθλακιορρηκτικοί κύκλοι, επομένως, λιγότερη έκκριση προγεστερόνης που προστατεύει το μαστό.

Το ίδιο ισχύει και για τις γυναίκες, που πάσχουν από στειρώση, λόγω ύπαρξης πολυκυστικών ωοθηκών. Στατιστικά, οι γυναίκες που είχαν εμμηνορρυσία παραπάνω από 40 χρόνια, έχουν διπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού από αυτές, που την είχαν 30 ή λιγότερα χρόνια. Γι' αυτό η ωοθηκεκτομία κοντά στην εμμηνόπαυση στις άτεκνες και πάσχουσες από πολυκυστικές ωοθήκες γυναίκες, καθώς και εγχειρητικός ευνουχισμός πριν από τα 40 χρόνια της γυναίκας, κρίθηκαν δικαιολογημένα, παράγοντες προστασίας από τον καρκίνο του μαστού.

Ακόμη, διαπιστώθηκε πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ηλικία της γυναίκας που θα τεκνοποιήσει για πρώτη φορά και στην κακοήγη νεοπλασία του μαστού. Αν λοιπόν, μία γυναίκα γεννήσει το πρώτο της παιδί πριν από τα 20 χρόνια της ηλικίας της, τότε ο μαστός της προστατεύεται περισσότερο από τον καρκίνο σε σύγκριση με αυτή που θα γεννήσει το πρώτο της παιδί μετά τα 35 χρόνια, όπου οι πιθανότητες καρκινογένεσης τριπλασιάζονται. Αυτή η προστασία διαρκεί για 15 χρόνια, και έτσι, η εμφάνιση του καρκίνου αναμένεται να εκδηλωθεί μετά την ηλικία των 40 ετών.

Επίσης, συγκριτικές μελέτες αποδεικνύουν ότι οι άτεκνες γυναίκες εμφανίζουν αυξημένη τη συχνότητα του καρκίνου του μαστού, αλλά μικρότερη από αυτές που γέννησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 35 τους χρόνια.

Αξιοσημείωτη είναι και η σύνδεση της ανάπτυξης καρκίνου με το φύλο του πρώτου εμβρύου. Ειδικότερα, όταν το πρώτο έμβρυο είναι αρσενικό, η γυναίκα προστατεύεται περισσότερο από καρκίνο στο μαστό της, λόγω των εκκρινόμενων από το έμβρυο ανδρογόνων ορμονών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Τέλος, οι διακοπές της εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνό της διαπιστώθηκε πως αποτελούν επιβαρυντικό παράγοντα εκδήλωσης καρκίνου του μαστού, ενώ αντίθετα θεωρείται πως η διάθεση για θηλασμό λειτουργεί προστατευτικά στη μητέρα – γυναίκα. (Καλογερόπουλος Α. 1999).

▼ Φαρμακευτικοί παράγοντες

Δεν έχει αποδειχθεί με επιστημονική τεκμηρίωση ότι η χρόνια χρήση κάποιου φαρμάκου σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα καρκίνου του μαστού. Παρόλα αυτά, έχει γίνει λόγος για αιτιολογικό συσχετισμό με τη χορήγηση ρεσερπίνης σε αυξημένες δόσεις και με τη μακροχρόνια χρήση αντισυλληπτικών. Όσον αφορά τα τελευταία, υπάρχουν ενδείξεις ότι ο κίνδυνος προσβολής από την κακοήθεια αυξάνεται σε μερικές υποομάδες γυναικών χρηστών, και γίνονται προσπάθειες, που αποσκοπούν στην ανεύρεση των υποομάδων αυτών και στην απόδειξη αυτού του επιχειρήματος.

▼ Παθολογοανατομικοί παράγοντες (ινοκυστική μαστοπάθεια)

Η κύρια παθολογοανατομική οντότητα που έχει σχέση με τον καρκίνο του μαστού είναι η ινοκυστική μαστοπάθεια. Η ινοκυστική μαστοπάθεια είναι ιστολογική διάγνωση, η οποία δεν τίθεται μόνο από την κλινική εξέταση και τη μαστογραφία. Η παθολογοανατομική θεωρία στηρίζεται στο ότι ο διαχωρισμός μεταξύ φυσιολογικού και μεταλλαγμένου σε καρκίνο μαστού αρχίζει στη φάση του πολλαπλασιασμού των κυττάρων, μετά εξελίσσεται σε ατυπία των κυττάρων και τελικά, φθάνει στον καρκίνο. Για το λόγο αυτό αναφέρεται πως η ινοκυστική μαστοπάθεια αποτελεί παράγοντα κινδύνου, όταν πρωτοεμφανίζονται τα άτυπα κύτταρα. Ιστολογικά, χαρακτηρίζεται από παρουσία κύστεων 2 – 3 χιλιοστών. Η νόσος είναι πολύ συχνή και υπολογίζεται ότι μία στις δέκα γυναίκες έχει κλινική ένδειξη της νόσου με συνήθη ηλικία προσβολής τα 30 μέχρι 45 χρόνια. (Τσιρλιάγκος Ε.Α. 2004).

Κεφάλαιο 5^ο



Η εξέλιξη της νόσου

5. Η εξέλιξη της νόσου

5.1 Σταδιοποίηση

Η σωστή σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού είναι εξαιρετικής σημασίας. Όχι μόνο επιτρέπει την ακριβή πρόγνωση αλλά επίσης, σε πολλές επιπτώσεις, η απόφαση για τη θεραπεία βασίζεται κατά πολύ στην ταξινόμηση κατά TNM. Έτσι, το στάδιο της νόσου καθορίζεται σύμφωνα με την ταξινόμηση TNM κατά την οποία ο καρκίνος του μαστού σταδιοποιείται ανάλογα με το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου (T), την προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων (N) και την παρουσία ή όχι μεταστάσεων (M).

5.1.1 Αρχικό στάδιο 0

Το Στάδιο 0 είναι ο καρκίνος in situ που εντοπίζεται στο σημείο προέλευσής του και δεν έχει αρχίσει να διηθεί τους γύρω ιστούς ή να διασπείρεται και περιλαμβάνει τα in situ λοβώδη καρκινώματα και τα in situ καρκινώματα των εκφορητικών πόρων του μαστού.

5.1.2 Στάδιο I

Στο Στάδιο I (T1N0M0) ο όγκος είναι μεγέθους 2cm ή μικρότερος και δεν υπάρχει ένδειξη διασποράς στους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένα σημεία.

5.1.3 Στάδιο II

Το Στάδιο II Α περιλαμβάνει τις κατηγορίες T0N1M0, όπου δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου αλλά διακρίνεται μετάσταση στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, T2N0M0, με όγκο μεγαλύτερο από 2cm αλλά όχι μεγαλύτερο από 5cm και χωρίς διασπορά στους λεμφαδένες.

Στο Στάδιο II Β περιλαμβάνονται οι κατηγορίες T2N1M0, με όγκο 2-5cm και με θετικούς λεμφαδένες και T3N0M0, με όγκο μεγαλύτερο από 5cm χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις.

5.1.4 Στάδιο III

Το Στάδιο III Α, στη συνέχεια, αποτελείται από τις κατηγορίες T0N2M0, T1N2M0, T2N2M0, T3N1M0 και T3N2M0, κατά τις οποίες ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 5cm και διακρίνεται προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων που συμφύονται μεταξύ τους ή με άλλους ιστούς.

Στο Στάδιο III Β περιλαμβάνονται οι κατηγορίες T4 anyN M0 και anyT N3 M0, όπου υπάρχουν προσβεβλημένοι θωρακικοί λεμφαδένες και ο όγκος επεκτείνεται στο θωρακικό τοίχωμα ή προσβάλλει και εξελκώνει το δέρμα.

5.1.5 Στάδιο IV

Τέλος, το Στάδιο IV περιλαμβάνει κατηγορίες με οποιοδήποτε μέγεθος όγκου, με διασπορά στους λεμφαδένες, αλλά και με απομακρυσμένες μεταστάσεις ή προσβολή του δέρματος και του θωρακικού τοιχώματος πέρα από την περιοχή του μαστού. (Ντολατζιάς Θ. 2005).

5.2 Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού, εμφανίζει μια ποικιλία συμπτωμάτων, τα οποία είναι δυνατό να επηρεάσουν τη μορφολογία και τη σύσταση του μαστού, ώστε να γίνουν αντιληπτά από την ίδια τη γυναίκα και να της δώσουν το κίνητρο για εξέταση από ειδικό γιατρό.

Στα αρχικά στάδια, ο καρκίνος του μαστού δεν παρουσιάζει σημάδια ή συμπτώματα. Τονίζεται ότι ο καρκίνος του μαστού, σε αρχικά τουλάχιστον στάδια, δεν προκαλεί πόνο. Αργότερα μπορεί να εμφανιστεί ένα ψηλαφητό μόνωμα στον μαστό ή διόγκωση των μασχαλαίων λεμφαδένων. Ακόμα, μπορεί να εμφανιστεί αλλαγή στο χρώμα του δέρματος ή καθήλωση του δέρματος ή της θηλής του μαστού (εισολκή θηλής). Τέλος, μπορεί να εμφανιστεί υγρό από τη θηλή του μαστού (έκκριμα), που δεν σημαίνει κατ' ανάγκη ότι η γυναίκα έχει καρκίνο του μαστού, αφού και άλλες μη κακοήθεις καταστάσεις προκαλούν το ίδιο εύρημα. Αν η γυναίκα δεν δώσει σημασία στα παραπάνω αναφερθέντα συμπτώματα τότε μπορεί να εμφανίσει σημάδια προχωρημένης νόσου, όπως θερμό και ερυθρό μαστό (φλεγμονώδης καρκίνος), πόνους στα οστά, μεγάλη διόγκωση (block) λεμφαδένων στη μασχάλη κ.α. Τονίζεται ιδιαίτερα η μεγάλη αξία της προληπτικής τακτικής εξέτασης των μαστών με μαστογραφία σε γυναίκες μετά τη κλιμακτήριο που δεν παρουσιάζουν σημάδια ή συμπτώματα της νόσου. Ωστόσο, η διάγνωση του καρκίνου αποδεικνύεται και τίθεται με τις απεικονιστικές διαγνωστικές μεθόδους. (Σκάρλος Δ. 2008).

Αναλυτικότερα, κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από:

Ø Ψηλαφητή μάζα: είναι το συχνότερο αρχικό εύρημα του καρκίνου του μαστού, καθώς υπολογίζεται πως στο 76% των περιπτώσεων ο καρκίνος εμφανίζεται σαν μάζα του μαζικού αδένου. Η ανίχνευση αυτής της μάζας γίνεται τυχαία σε ποσοστό 90% από την ίδια τη γυναίκα. Η μάζα είναι συνήθως ανώδυνη, και μόνο στο 15% των περιπτώσεων εμφανίζεται σαν επώδυνη, είναι στερεάς συστάσεως και δύσκολα διαχωρίζεται από τον υπόλοιπο μαστό. Το σύμπτωμα αυτό παρουσιάζεται στο μεγαλύτερο ποσοστό νεοπλασμάτων με ίνωση του υποστρώματος του μαστού.

Ø Έκκριση της θηλής: δεν αποτελεί συχνό σύμπτωμα του καρκίνου του μαστού. Έχει αποδειχθεί πως το 2% των περιπτώσεων εμφανίζει έκκριμα της θηλής, ενώ το 80% από αυτές παρουσιάζει και μάζα στο μαστό. Έτσι, μόνο το 12 – 20 % των περιπτώσεων εκκρίματος από τη θηλή, που οφείλονται σε καρκίνο, παρουσιάζουν κλινικά χωρίς όγκο στο μαστό, ενώ ένα 10% δεν εμφανίζει ούτε μαστογραφικές ανωμαλίες. Η έκκριση από πολλαπλά τμήματα της θηλής και στους δύο μαστούς συνήθως σχετίζεται με ενδοκρινολογικά προβλήματα, με χρήση φαρμάκων ή με διάχυτη ινοκυστική νόσο. Τα φάρμακα που ενοχοποιούνται είναι τα ψυχοτρόπα, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα οπιούχα και ορισμένα αντιυπερτασικά. (De Bono P. David. Cookson John. και συν. 2005).

Ø Έλξη του δέρματος: αποτελεί πρώιμο κλινικό σημείο και προκαλείται από την αύξηση του όγκου σε μέγεθος και από τη διήθηση του γειτονικού ιστού.

Ø Αλλοιώσεις του δέρματος: επέρχονται μετά από απόφραξη των λεμφαγγείων με επακόλουθο οίδημα δέρματος, ενώ οι σύνδεσμοι του Cooper που παραμένουν προκαλούν την όψη «φλοιού πορτοκαλιού». Σε προχωρημένα στάδια παρατηρούνται, επίσης, δορυφόρα οζίδια στο δέρμα, εξέλκωση, ερυθρότητα, αιμορραγία, καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα ή ρίκνωση και πάχυνση του δέρματος.

Ø Αλλοιώσεις της θηλής: μπορεί να εμφανίζονται με δύο τύπους, την εισολκή της θηλής ή τη νόσο Paget. Η εισέχουσα θηλή αρκετές φορές είναι καλοήθης. Όταν όμως οφείλεται σε

καρκίνο, η θηλή είναι καθηλωμένη, δεν καθίσταται δυνατή η ανάσπασή της και η προσεκτική εξέταση συνήθως αποκαλύπτει μάζα στο μαστό.

Ø Πόνος: δεν αποτελεί συχνό σύμπτωμα, αν και το 20 % περίπου των γυναικών μπορεί να αναφέρουν κάποιο ενόχλημα που να έχει σχέση με τον καρκίνο. Ο πόνος είναι ιδιαίτερα ύποπτος για καρκίνο, όταν εμφανισθεί ετερόπλευρα σε γυναίκα που δε βρίσκεται σε εμμηνόπαυση και δεν παίρνει οιστρογόνες ορμόνες.

Ø Άλλα συμπτώματα: σπανιότερα εντοπίζονται η εξέλκωση της θηλής, φλεγμονή, οίδημα, βήχας και δύσπνοια από πνευμονικές μεταστάσεις, θωρακικούς πόνους από διήθηση του υπεζωκότα, κοιλιακούς πόνους, ίκτερο, κεφαλαλγία, διπλωπία και άποιο διαβήτη από μετάσταση στην υπόφυση. (Lagman R.L, Danis M.P. 2005).

5.3 Μεταστάσεις καρκίνου του μαστού

Μεταστατικός όγκος ή απλά μετάσταση, καλείται ο νέος όγκος που δημιουργείται όταν καρκινικά κύτταρα εγκατασταθούν και αρχίσουν να αναπτύσσονται σε μια νέα θέση. Ο νέος όγκος έχει τον ίδιο τύπο ανώμαλων κυττάρων και το ίδιο όνομα με τον αρχικό καρκίνο (π.χ. εάν κύτταρα καρκίνου του πνεύμονα επεκτείνονται με μεταστάσεις στα οστά, τα κύτταρα που ανευρίσκονται στα οστά είναι καρκινικά κύτταρα πνεύμονα. Ο συγκεκριμένος τύπος, ονομάζεται μεταστατικός καρκίνος πνεύμονα και όχι καρκίνος των οστών.

Αυτό σημαίνει ότι αν, παραδείγματος χάριν, κύτταρα από καρκίνου του μαστού χορηγήσουν μετάσταση στον πνεύμονα, η πνευμονική μετάσταση αποτελείται από καρκινικά κύτταρα μαστού και όχι από καρκινικά κύτταρα του πνεύμονα. Καρκίνος μπορεί να αναπτυχθεί από και σε οποιοδήποτε ιστό ή όργανο του σώματος. Ο αρχικός όγκος καλείται **πρωτοπαθής καρκίνος** ή **πρωτοπαθής εστία** και παίρνει την ονομασία του από το όργανο ή τον τύπο κυττάρων που σχηματίζεται. Η κύρια αιτία των θανάτων από καρκίνο, είναι η ικανότητα των καρκινικών κυττάρων να μεταναστεύουν σε απομακρυσμένα όργανα και να δημιουργούν δευτερογενείς καρκινικές εστίες. (Φωτίου Σ. 2009).

Η καρκινική μετάσταση είναι μια εξαιρετικά εκλεκτική διαδικασία, έτσι ώστε τα καρκινικά κύτταρα συγκεκριμένης προέλευσης μετακινούνται σε συγκεκριμένα όργανα. Η μετάσταση προάγεται από αλλαγές που γίνονται κατά τη μετατροπή του κυττάρου. Συνήθως μεταβάλλονται τα μόρια της κυτταρικής επιφάνειας και διακόπτεται η σύνδεση των καρκινικών κυττάρων με τα γειτονικά τους. Συχνά, αλλαγές των στοιχείων του κυτταρικού σκελετού που συνδέονται με την πλασματική μεμβράνη σχετίζονται με τη μεταστατική ικανότητα των καρκινικών κυττάρων. Συνήθως, ένας σχετικά μικρός αριθμός καρκινικών κυττάρων που αποχωρίζεται από τον κύριο όγκο και εισέρχεται στην κυκλοφορία των σωματικών υγρών επιβιώνει το ταξίδι μέχρι τον ιστό-στόχο. Αυτά όμως είναι αρκετά για να δημιουργήσουν μια νέα καρκινική αποικία.

Η εξειδικευμένη καρκινική μετάσταση οφείλεται σε ειδικές αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στα καρκινικά κύτταρα και τα κύτταρα του ιστού στόχου. Παρά το γεγονός ότι η κυτταρική προσκόλληση, ειδική ή μη ειδική, είναι απαραίτητη για τη μετάσταση, δεν είναι αρκετή από μόνη της. Αυτό που έχει τη μεγαλύτερη σημασία για τη μεταστατική πορεία είναι η ικανότητα των καρκινικών κυττάρων να αναπτυχθούν στη συγκεκριμένη κυτταρική θέση. Τα καρκινικά κύτταρα έχουν την ικανότητα να προάγουν τη δική τους αύξηση με αυτοκρινή διέγερση, δηλ. την ταυτόχρονη έκφραση των αυξητικών παραγόντων και των αντίστοιχων υποδοχέων.

Τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να χορηγήσουν μεταστάσεις σχεδόν σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Συχνότατα διηθούν τους τοπικούς λεμφαδένες (ωοειδείς δομές που περιέχουν αμυντικά-λεμφικά κύτταρα) γύρω από τον όγκο (επιχώριοι λεμφαδένες). Οι

συνηθέστερες μεταστατικές εστίες από συμπαγής όγκους είναι οι πνεύμονες, τα οστά, το συκώτι (ήπαρ) και ο εγκέφαλος. Τα καρκινικά κύτταρα που έχουν τη δυνατότητα να διεισδύουν και να βλάπτουν γειτονικούς ιστούς και όργανα, ονομάζονται και **διηθητικοί καρκίνοι**. (Παπαθανασίου Κ. 2002).

Κεφάλαιο 6^ο



Επίπεδα πρόληψης στον καρκίνο του μαστού

6. Επίπεδα πρόληψης στον καρκίνο του μαστού

6.1 Πρωτογενής πρόληψη καρκίνου μαστού

Γνωρίζουμε πως πολλές γυναίκες σε ολόκληρο τον κόσμο εκτίθενται στον κίνδυνο να αναπτύξουν σε κάποια στιγμή της ζωής τους καρκίνο του μαστού. Για να μπορεί όμως ένας άνθρωπος να είναι και να παραμένει υγιής, θα πρέπει να υιοθετήσει ως τρόπο ζωής την έννοια της πρόληψης. Ο ρόλος της Προληπτικής Ιατρικής, αποδεικνύεται καθοριστικός και σωτήριος σε όλες τις περιπτώσεις ασθενειών που απειλούν την υγεία και τη ζωή ενός ατόμου.

Η πρόληψη ξεκινά από δύο βασικούς παράγοντες, πρώτα τον ίδιο τον άνθρωπο που θα πρέπει να αλλάξει τον τρόπο σκέψης του και δεύτερον την ίδια την επιστήμη και κατά συνέπεια και αυτούς που την υπηρετούν. Το σημαντικότερο όλων είναι να κατανοήσουμε, ότι το να προλάβουμε τον καρκίνο του μαστού είναι πολύ πιο ανώδυνο, από το να τον αντιμετωπίσουμε, μιας και οι θεραπευτικές διαδικασίες σε προχωρημένη φάση δεν είναι ούτε εύκολες, ούτε ευχάριστες. Η βασική προσπάθεια που γίνεται σήμερα έγκειται στο να ανακαλυφθεί ο καρκίνος σε όσο το δυνατόν πιο πρώιμο στάδιο, οπότε και η αρχική αντιμετώπιση συνεπάγεται έως και πλήρη ίαση, δηλαδή βελτίωση της πρόγνωσης. (Φιλόπουλος Ε. 2010).

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

6.1.1 Κάπνισμα

Η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα κατά την παιδική ή την ενήλικη ζωή φαίνεται ότι αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις γυναίκες. Η σύνδεση μεταξύ του παθητικού καπνίσματος και του καρκίνου του μαστού αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα ετών. Αν και ορισμένες μελέτες έχουν δείξει κατά καιρούς κάποια συσχέτιση, από άλλες δεν έχουν προκύψει τέτοια αποτελέσματα. Μεταξύ των 79.990 γυναικών ηλικίας 50-79 ετών που μελετήθηκαν εντοπίστηκαν 3.250 περιπτώσεις επιθετικού καρκίνου του μαστού σε διάρκεια 10 ετών παρακολούθησης. Με βάση την ανάλυση των στοιχείων προέκυψε ότι ο κίνδυνος για εμφάνιση καρκίνου του μαστού ήταν αυξημένος τόσο στις ενεργητικές όσο και στις παθητικές καπνίστριες. Συγκεκριμένα όσο πιο νωρίς άρχιζε το κάπνισμα τόσο μεγαλύτερο κίνδυνο αντιμετώπιζε για καρκίνο του μαστού. Διαπιστώθηκε επίσης ότι οι καπνίστριες αντιμετώπιζαν 16% κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού μετά την εμμηνόπαυση. Για τις πρώην καπνίστριες βέβαια ο κίνδυνος ήταν 9% και συνέχιζε ως και επί 20 χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος. τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι δεν εμφανίστηκε αυξημένος κίνδυνος σε γυναίκες που δεν κάπνιζαν αλλά είχαν εκτεθεί στον καπνό του τσιγάρου για λιγότερο από 10 – 20 χρόνια. (Τριχόπουλος Δ, Καλαποθάκη Β, Πετρίδου Ε. 2000).

6.1.2 Διατροφή και δίαιτα

Η δίαιτα θεωρείται μερικώς υπεύθυνη για το 30 – 40 % όλων των καρκίνων χωρίς να αποτελεί όμως από μόνη της την ‘αίτια’ ή την ‘θεραπεία’ του καρκίνου. Αν και χρειάζεται περαιτέρω έρευνα πάνω στη σχέση της διαίτας και του καρκίνου του μαστού, τα μέχρι τώρα ευρήματα δείχνουν ότι η συστηματική φυσική δραστηριότητα, η σωστή διατροφή και η διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους βοηθούν στη μείωση του κινδύνου του καρκίνου του μαστού ή στην επανεμφάνισή του.

Καρκίνος του μαστού και παχυσαρκία

Από μελέτες προκύπτει ότι οι υπέρβαρες γυναίκες (και ιδιαίτερα εκείνες που το επιπρόσθετο βάρος το απέκτησαν κατά την ενήλικη ζωή τους και όχι κατά την παιδική) διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, μετά την εμμηνόπαυση σε σύγκριση με αυτές που έχουν φυσιολογικό βάρος. Η παχυσαρκία αυξάνει επίσης και τα ποσοστά των μεταστατικών κυττάρων που είναι και πιο δύσκολα αντιμετωπίσιμοι. Ο λιπώδης ιστός παράγει μια μικρή ποσότητα οιστρογόνων που σχετίζονται άμεσα με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Επομένως όσο μεγαλύτερο το ποσοστό λιπώδους ιστού στο σώμα, μετά την εμμηνόπαυση, τόσο πιο αυξημένα τα επίπεδα οιστρογόνων και τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα ανάπτυξης της νόσου.

Καρκίνος του μαστού και κατανάλωση συγκεκριμένων τροφών και συμπληρωμάτων

Δεν υπάρχουν ισχυρές αποδείξεις για συγκεκριμένα τρόφιμα ή συμπληρώματα των οποίων η συστηματική κατανάλωση να οδηγεί σε μείωση κινδύνου εμφάνισης καρκίνου μαστού ή του ποσοστού επανεμφάνισής του. Έχει ανακαλυφθεί πως όταν τα θρεπτικά συστατικά που χρειαζόμαστε τα προσλαμβάνουμε από μια ποικιλία τροφίμων με μέτρο στη ποσότητα, τότε παρέχουμε το καλύτερο δυνατό στο σώμα μας. η πρόσληψη συμπληρωμάτων πρέπει να γίνεται ελεγχόμενα, εφόσον υπάρχει ανάγκη, και μετά από συμβουλή διαιτολόγου. (Λάγιου Π. 1999).

Καρκίνος του μαστού και αλκοόλ

Η κατανάλωση αλκοόλ ξεκάθαρα σχετίζεται με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Ο κίνδυνος μεγαλώνει ανάλογα με την προσλαμβανόμενη ποσότητα. Έχει παρατηρηθεί ότι γυναίκες που καταναλώνουν 2-5 ποτά ημερησίως διατρέχουν 1½ φορά παραπάνω κίνδυνο εμφάνισης της νόσου σε σύγκριση με γυναίκες που δεν καταναλώνουν καθόλου αλκοόλ. (Chick J. 2007).

Με βάση λοιπόν τα παραπάνω δεδομένα πρέπει να τηρούνται τα ακόλουθα για την πρόληψη εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

- Ø Δίαιτα πλούσια σε τρόφιμα φυτικής προέλευσης
- Ø Αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών
- Ø Δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά
- Ø Διατήρηση ιδανικού σωματικού βάρους
- Ø Αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης ζωικού λίπους
- Ø Αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών (Λάγιου Π. 1999).

6.1.3 Επαγγελματική έκθεση

Η έκθεση μιας γυναίκας σε ορισμένα χημικά προϊόντα, όπως και συνθετικές ίνες και τα προϊόντα πετρελαίου πριν φτάσει στην ηλικία των 35 ενδέχεται να τριπλασιάσει τον κίνδυνο να προσβληθεί από καρκίνου μαστού μετά την εμμηνόπαυση. Η έκθεση στον επαγγελματικό χώρο σε ακρυλικές ίνες, νάιλον και πολυκυκλικούς αρωματικούς υδρογονάνθρακες ενδέχεται να αυξήσουν τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Ωστόσο μερικοί

επιστήμονες κρατάνε μια πιο επιφυλακτική στάση, επισημαίνοντας ότι η συσχέτιση αυτή μπορεί να είναι εντελώς συμπτωματική. Κάποιοι επιστήμονες δεν απέκλεισαν την περίπτωση να αποτελούν τα ευρήματα σύμπτωση αλλά επεσήμαναν πως ο ιστός του μαστού είναι πιο ευαίσθητος σε χημικές ουσίες πριν την ηλικία των 40 ετών. Μια ομάδα χημικών και υγιεινολόγων διερεύνησαν την έκθεση των γυναικών σε περίπου 300 διαφορετικές ουσίες σε περίοδο που εργάζονταν. Αφού έλαβαν υπόψη τους, συνήθεις παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου μαστού, η ανάλυση έδειξε ότι η επαγγελματική έκθεση σε αρκετές από αυτές τις ουσίες, σχετίζονται άμεσα με τον καρκίνο. Τέλος συγκεκριμένα οι γυναίκες που εκτίθεται σε ακρυλικές ίνες αντιμετωπίζουν τον επταπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού από τις υπόλοιπες γυναίκες. (Βαλαβανίδης Α, Βελονάκης Ε. 1997).

6.1.4 Τεχνική Αυτοεξέταση Μαστού (Α.Ε.Μ)

Η αυτοεξέταση μαστών είναι η κλινική εξέταση που γίνεται από την ίδια την γυναίκα στους μαστούς και στους μασχαλιαίους αδένες. Αυτή η εξέταση έχει σαν σκοπό μέσω της πολλαπλής επανάληψής της, η γυναίκα να γνωρίσει τη μορφολογία των μαστών της και να μπορέσει να διακρίνει έγκαιρα οποιαδήποτε παρέκκλιση από αυτή. Για να μπορέσει η εξέταση να γίνει σωστά πρέπει οι μαστοί να μην είναι ευαίσθητοι ή πρησμένοι, έτσι η αυτοεξέταση γίνεται κυρίως 5-7 μέρες μετά το πέρας της έμμηνου ρύσης. (Μπερή Δ. 2006).

Ü Η τεχνική της αυτοεξέτασης περιλαμβάνει δύο στάδια τα οποία είναι τα εξής :

ΣΤΑΔΙΟ 1^ο

ΒΗΜΑ 1^ο : Στεκόμαστε όρθια απέναντι από ένα καθρέφτη αρκετά μεγάλο, έτσι ώστε να μπορέσουμε να διακρίνουμε το στήθος με ευχέρεια. Παρατηρούμε λοιπόν το στήθος ψάχνοντας για κάτι ασυνήθιστο όπως ασυμμετρία, εισολκή του δέρματος, ερυθρότητα, εξανθηματοειδή βλάβη ή έκκριση από τη θηλή

ΒΗΜΑ 2^ο : Επαναλαμβάνουμε την επισκόπηση σταυρώνοντας τα χέρια πίσω από το κεφάλι εφαρμόζοντας ελαφρά πίεση προς τα εμπρός

ΒΗΜΑ 3^ο : Έπειτα τοποθετούμε τα χέρια στη λεκάνη σκύβοντας ελαφρά, προ του καθρέφτη και φέρνοντας ώμους και αγκώνες προς τα μπροστά. Αυτό το βήμα μας βοηθάει στο να συσπαστεί ο μείζον θωρακικός μυς διότι έτσι γίνονται αντιληπτές μάζες, που προεξέχουν ή εισολκές του δέρματος.

ΒΗΜΑ 4^ο : Ολοκληρώνουμε το 1^ο στάδιο της εξέτασης πιέζοντας ελαφρά τη θηλή του μαστού μεταξύ αντίχειρα και δείκτη του χεριού της αντίθετης πλευράς παρατηρώντας για πιθανή έκκριση υγρού. Ελέγχουμε τη θηλή και παρατηρούμε την ευχέρεια της κινητικότητάς της, καθώς και την ευαισθησία της.

ΣΤΑΔΙΟ 2^ο

ΒΗΜΑ 1^ο : Ξαπλώνουμε χαλαρά, φέρνοντας το χέρι από το κεφάλι, τοποθετώντας προηγουμένως ένα λεπτό μαξιλαράκι κάτω από τον εξεταζόμενο ώμο. Ενδεχόμενες αρχιτεκτονικές ανωμαλίες μπορούν να γίνουν αντιληπτές σε αυτή τη θέση, καθώς έτσι οι ιστοί απλώνονται στο σκληρότερο θωρακικό τοίχωμα.

ΒΗΜΑ 2^ο : Πολλές γυναίκες εκτελούν το συγκεκριμένο βήμα στο μπάνιο. Ψηλαφούμε σχολαστικά το μαστό σε όλη του την έκταση, ακολουθώντας στερεότυπη πορεία (κυκλική ή γραμμοειδή) ενώ μπορούμε να διευκολύνουμε την ψηλάφηση τοποθετώντας στα δάχτυλά μας κάποιο είδος λιπαντικής ουσίας ή πούδρας. Χρησιμοποιούμε ως εργαλείο ψηλάφησης τις

ράγες των τριών μεσαίων δακτύλων της αντίθετης από την εξεταζόμενη πλευρά. Αισθανόμαστε τους ιστούς πιέζοντάς τους με τα δάκτυλά πάνω στους υποκείμενους μύς, καλύπτοντας μικρή επιφάνεια τη φορά αναζητώντας κάποια διόγκωση.

ΒΗΜΑ 3^ο : Είναι απαραίτητο να συμπεριλάβουμε ολόκληρη την έκταση των μαστών, όπως και των μασχαλοειδών αδένων αλλά και τις περιοχές μεταξύ αυτών και των μαστών όπου ανευρίσκεται σημαντικό ποσοστό καρκινωμάτων. Αξιολογούμε οποιαδήποτε σκληρία ή επώδυνη περιοχή. (Tierney M.T. 2009).

Παρόλα αυτά πολλές γυναίκες δεν εφαρμόζουν την αυτοεξέταση διότι διακατέχονται από απερίσκεπτα συναισθήματα όπως ο επικείμενος φόβος , άγχος μιας ενδεχόμενης καρκινικής ένδειξης στο μαστό τους, λόγω γνώσης και εμπιστοσύνης σχετικά με τον τρόπο και την διενέργεια της τεχνικής αυτής, καθώς και εξαιτίας κάποιων αρνητικών συναισθημάτων όπως σεμνοτυφία ή ενόχληση. (Μπερή Δ. 2006).

6.2 Δευτερογενής πρόληψη καρκίνου μαστού

Η δευτερογενής πρόληψη είναι συνώνυμος με την πρώιμη διάγνωση. Γνωρίζουμε ότι από τη στιγμή της μετάλλαξης του πρώτου φυσιολογικού κυττάρου σε καρκινικό, και μέχρις ότου η νόσος γίνει ψηλαφητός αντιληπτή, περνάει γύρω στα 4 με 6 χρόνια. Σε αυτή τη χρονική περίοδο, γίνονται προσπάθειες να διαγνωστεί η νόσος, όταν δηλαδή βρίσκεται στο υποκλινικό της στάδιο. Το κίνητρο για να μπορέσουμε να διαγνώσουμε τη νόσο τόσο νωρίς, είναι ότι ο κίνδυνος υποτροπής, δηλαδή η εμφάνιση μεταστάσεων, είναι ελάχιστος αν όχι μηδενικός σε αυτή την πρώιμη φάση. Αλλά και αν η νόσος διαγνωστεί λίγο αργότερα, ας πούμε στο πρώτο στάδιο, τα αναμενόμενα αποτελέσματα είναι καλύτερα από αυτά που προβλέπονται για το δεύτερο στάδιο. Τα μέτρα που διαθέτουμε σήμερα για την πρώιμη διάγνωση είναι ο εργαστηριακός έλεγχος, ο ακτινολογικός έλεγχος, οι ιστολογικές εξετάσεις, η μαστογραφία, και τέλος η υπερηχο-τομογραφία. (Speicher C.E. 2000)

6.2.1 Εργαστηριακός έλεγχος

Ο εργαστηριακός έλεγχος , που πραγματοποιείται σε υποψία νεοπλασίας στο μαστό, περιλαμβάνει μια σειρά από αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις του αίματος και των ούρων. Συγκεκριμένα, είναι χρήσιμος ο προσδιορισμός των λευκών αιμοσφαιρίων και του τύπου τους, του αιματοκρίτη, της αιμοσφαιρίνης ,των αιμοπεταλίων ,της ταχύτητας καθίζησης ερυθρών (Τ.Κ.Ε), της ομάδας αίματος, του μηχανισμού πήξης του αίματος, της γλυκόζης, της ουρίας και του ουρικού οξέως.

Επίσης, πρέπει να εκτιμώνται ορισμένοι ηλεκτρολύτες, όπως το κάλιο (K+), το νάτριο (Na+), και το ασβέστιο (Ca++), τα λευκώματα, οι τρανσαμινάσες, η αλκαλική φωσφατάση, το αυστραλιανό αντιγόνο (HbsAg) και τα αποτελέσματα της γενικής ούρων. Η σύγχρονη διαγνωστική ογκολογία διαθέτει στο ενεργητικό της μια σειρά από ειδικούς βιοχημικούς δείκτες, που συμβάλλουν στην έγκαιρη πρόγνωση και πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Τέλος, ο εργαστηριακός έλεγχος κρίνεται χρήσιμος για την ανίχνευση πιθανών μεταστάσεων, όταν η πρωτοπαθής εστία βρίσκεται στο μαστό. Οι αυξημένες τιμές της αλκαλικής φωσφατάσης και των υπολοίπων τρανσαμινασών αποτελούν αξιόπιστους δείκτες ηπατικών μεταστάσεων καρκίνου του μαστού. (Βούρτση Α, Βλάχος Λ. 1999).

6.2.2 Ακτινολογικός έλεγχος

Καμία εξέταση δεν είναι απολύτως ακριβής ή αλάνθαστη. Άλλες εξετάσεις είναι πιο ευαίσθητες για συγκεκριμένες βλάβες κι άλλες για πιο ειδικές. Είναι στην κρίση του γιατρού να επιλέξει την καταλληλότερη εξέταση για την ασθενή. Κάθε οργανισμός είναι διαφορετικός και ξεχωριστός και πάντα μέσα από αυτό το πρίσμα της «μοναδικότητας» οι γιατροί λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία και γενικά για την αντιμετώπιση της νόσου. Η απεικόνιση δεν σημαίνει και διάγνωση, απλά δείχνει ενδεχομένως την ύπαρξη μίας ασυνήθιστης αφύσικης δομής στον οργανισμό. Ο ακτινολογικός έλεγχος περιλαμβάνει διάφορες απεικονιστικές εξετάσεις που βοηθούν στην απόκτηση πολύτιμων διαγνωστικών πληροφοριών για το μαστό. Οι πιο γνωστές εξετάσεις που συμπεριλαμβάνονται στον ακτινολογικό έλεγχο είναι η ακτινογραφία θώρακος, αξονική τομογραφία κοιλίας, σπινθηρογράφημα οστών, και μαγνητική τομογραφία. (Τσακίρης Γ, Θρουβάλας Ν, Κύριας Γ. 2000).

Ακτινογραφία θώρακος

Η απλή ακτινογραφία αποτελεί βασική ακτινολογική μέθοδο που φωτογραφίζει τα οστά και τα εσωτερικά όργανα του ανθρώπου. Συνήθως είναι η πρώτη εξέταση που θα ζητήσει ο γιατρός. Πρόκειται για το απεικονιστικό αποτέλεσμα μετά από έκθεση του οργανισμού σε ακτινοβολία Χ. Αποτελεί απλή, ασφαλή, ανώδυνη, μη επεμβατική, ανέξοδη και γρήγορη διαδικασία που χρησιμοποιείται στον προεγχειρητικό έλεγχο (πριν το χειρουργείο) καθώς και στην αναγνώριση πλήθους νόσων της καρδιάς, των πνευμόνων και των οστών. Η έκθεση στην ακτινοβολία εγκυμονεί πάντοτε κάποιους κινδύνους για τους ιστούς του οργανισμού. Ωστόσο η ποσότητα της ακτινοβολίας στην οποία εκτίθεστε είναι τόσο μικρή - ακόμη μικρότερη σε ορισμένες περιπτώσεις από αυτήν που εκτίθεστε στο φυσικό σας περιβάλλον. Οι πληροφορίες που παίρνουμε από την ακτινογραφία θώρακος δεν είναι πάντα αρκετές ώστε να αποσαφηνίσουν την αιτία του προβλήματος (π.χ. αν πρόκειται για κακοήθεια, για φλεγμονή, για κάποιο τραυματισμό). (Κουμαριανός Δ. 2000).

Αξονική τομογραφία κοιλίας

Αρχικά χρησιμοποιήθηκε μόνο σε εξετάσεις εγκεφάλου και σπονδυλικής στήλης. Στη συνέχεια σε εξετάσεις κοιλίας ,πνευμόνων, οστών και μαλακών μορίων, με περιορισμό των άλλων ακτινολογικών μεθόδων. Επειδή μπορεί να γίνει σαφής εντοπισμός εσωτερικών εστιών στα διάφορα όργανα του σώματος, γίνονται βιοψίες με την καθοδήγηση της αξονικής τομογραφίας.

Η εξέταση αυτή γίνεται ανώδυνα ,ακίνδυνα ,με εξαιρετική ακρίβεια ,και συνέπεια στην έγκαιρη θεραπεία του ασθενούς και τον περιορισμό ημερών νοσηλείας. Η δόση ακτινοβολίας της αξονικής τομογραφίας είναι λιγότερη από τις κλασσικές τομογραφίες και αγγειογραφίες και μεγαλύτερη από τις απλές ακτινογραφίες. Μεγαλύτερη επίσης από τις απλές ακτινογραφίες είναι η δόση όταν λαμβάνονται πολλές τομές στο ίδιο σημείο, αλλά αυτό είναι σπάνιο ή σε ειδικές τεχνικές όπως η High resolution τεχνική αλλά και αυτή η μέθοδος γίνεται σε άκρως επιλεγμένες περιπτώσεις. Γι' αυτό η εξέταση με αξονική τομογραφία γίνεται μετά από κλινική ένδειξη. (Αλειφερόπουλος Δ, Καλλιβόκας Σ. 2003).

Σπινθηρογράφημα οστών

Το σπινθηρογράφημα οστών είναι εξέταση η οποία πραγματοποιείται για τον έλεγχο καλοηθών ή κακοηθών βλαβών των οστών καθώς και για την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων στα οστά. Αρχικά, γίνεται η χορήγηση ραδιοφαρμάκου στον εξεταζόμενο . Το ραδιοφάρμακο συγκεντρώνεται στα οστά μετά από 3 ώρες και στη συνέχεια, με τη βοήθεια μιας ειδικής

κάμερας (γ -camera) ανιχνεύεται η κατανομή του ραδιοφαρμάκου στα οστά και οι πληροφορίες καταγράφονται και επεξεργάζονται από ηλεκτρονικό υπολογιστή. Στις εικόνες που λαμβάνονται φαίνεται συνήθως όλος ο σκελετός και ορισμένες φορές εξετάζεται με λεπτομέρεια ένα συγκεκριμένο μέρος. Αποτελεί μια ανώδυνη και ασφαλή εξέταση αφού οι ποσότητες ραδιοφαρμάκου που χρησιμοποιούνται είναι τόσες ώστε να επιτευχθεί η μικρότερη έκθεση του εξεταζόμενου στην ακτινοβολία. (Αγοραστός Θ, Παπανικολάου Α. 2009).

Μαγνητική τομογραφία

Παράγει υψηλής ευκρίνειας δισδιάστατες και τρισδιάστατες εικόνες λεπτών τομών. Σε αντίθεση με την αξονική τομογραφία δεν χρησιμοποιεί ακτινοβολία X αλλά ένα ισχυρό μαγνητικό πεδίο. Διαφορετικοί ιστοί (συμπεριλαμβανομένων των όγκων) εκπέμπουν περισσότερο ή λιγότερο ισχυρά σήματα αναλόγως της χημικής τους δομής. Δεν εκθέτει τον οργανισμό σε ακτινοβολία. Ασθενείς που φέρουν μεταλλικά αντικείμενα στον οργανισμό τους, για παράδειγμα βηματοδότες ή μεταλλικές βελβίδες, θα πρέπει να ενημερώνουν το γιατρό πριν υποβληθούν σε αυτή την εξέταση. (Chauhan G. B. 2009).

6.2.3 Ιστολογικές εξετάσεις

Η ιστολογική εξέταση παίζει σπουδαίο ρόλο στον καρκίνο του μαστού αφού επισφραγίζει τη διάγνωση του. Σημασία όμως δεν έχει μόνο η ακριβής διάγνωση, αλλά και η όσο το δυνατόν ταχύτερη διεκπεραίωσή της, η οποία επιτρέπει την ταχεία έναρξη της κατάλληλης θεραπείας για την ασθενή. Σε ιστολογική εξέταση υποβάλλονται όλες οι ορατές βλάβες όπως όγκος ή πληγή στο δέρμα, το στόμα ή βλάβες που είναι ορατές με ακτινογραφία, αξονική τομογραφία, και υπερήχους. Στις περιπτώσεις αυτές αφαιρείται και αποστέλλεται για ιστολογική εξέταση ολόκληρη η βλάβη ή τμήμα αυτής, ανάλογα με την κρίση του θεράποντα ιατρού. Για τη λήψη του εξετασθέντος υλικού χρησιμοποιούνται δυο τεχνικές: η παρακέντηση με λεπτή βελόνα και η βιοψία του μαστού. Με τον τρόπο αυτό, η διάγνωση γίνεται απλούστερα, ταχύτερα, και ανώδυνα για τον ασθενή. (Ferri F.F. 2009).

Παρακέντηση με λεπτή βελόνα

Η παρακέντηση με λεπτή βελόνα πραγματοποιείται εφόσον εντοπισθεί κατά την κλινική εξέταση ψηλαφητός κυστικός όγκος, και αποτελεί την πρωταρχική συνιστώμενη μέθοδο σε αλλοιώσεις του μαστού. Η φυσιολογική εξέλιξη της παρακέντησης είναι εκκένωση της κύστης, η οποία όμως δεν είναι καθολική, αλλά εγκαταλείπει μικρή υπολειπόμενη μάζα. Η τεχνική της παρακέντησης είναι πολύ απλή, εφόσον δεν απαιτεί ούτε καν τοπική αναισθησία. Ο γιατρός σταθεροποιεί ανάμεσα στα δάχτυλα, του ενός χεριού την εξεταζόμενη μάζα, ενώ με το άλλο χέρι κατευθύνει με γωνία προς το θωρακικό τοίχωμα τη βελόνα της σύριγγας στο όγκο. (Βούρτση Α, Βλάχος Λ. 1999).

Βιοψία

Η εξέταση αυτή μπορεί να γίνει με αφαίρεση μέρους ή όλου του όγκου και πραγματοποιείται με τοπική ή γενική αναισθησία. Υπάρχουν δυο τεχνικές για τη βιοψία του μαστού: η βιοψία με την ειδική βελόνα και η χειρουργική ή ‘ανοιχτή’ βιοψία. Η βιοψία με την ειδική βελόνα είναι λιγότερο τραυματική και εξίσου αξιόπιστη, καθώς επιτυγχάνεται με αυτήν ικανοποιητικό ποσοστό δείγματος του όγκου προς ιστολογική εξέταση. Συνήθως γίνεται με τοπική αναισθησία και επιτρέπει τη συλλογή υλικού από οποιοδήποτε σημείο του μαστού, αρκεί ο όγκος να έχει διάμετρο μεγαλύτερη από 2 εκατοστά και να είναι αρκετά επιφανειακός. Το ποσοστό του μετατραυματικού αιματώματος είναι μικρό αλλά όχι αμελητέο και η ασθενής πρέπει να ενημερώνεται γι’ αυτό. Η εξέταση αυτή απαιτεί εμπειρία και

συστήνεται με επιφύλαξη για κινητούς όγκους ή όσους έχουν διάμετρο μικρότερη από το μήκος της εγκοπής της βελόνας, ενώ ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται, ώστε να μη γίνει κατά λάθος διάτρηση του θωρακικού τοιχώματος.

Η χειρουργική ή 'ανοιχτή' βιοψία γίνεται με τοπική ή γενική αναισθησία και μπορεί να αφορά τμήμα μόνο του όγκου ή την καθολική εξαίρεση του. Θεωρείται η πιο αξιόπιστη και ασφαλής μέθοδος διάγνωσης μια τοπικής αλλοίωσης του μαστού. Άλλη μία τεχνική ιστολογική εξέταση της μάζας του μαστού αποτελεί η ταχεία ή μόνιμη βιοψία για την οποία οι γνώμες των επιστημόνων δίστανται ως προς την αποτελεσματικότητά της. Η ταχεία βιοψία κατά τη διάρκεια της αναισθησίας της ασθενούς επιτρέπει τη λήψη αποτελεσμάτων σε 15-20 λεπτά με ποσοστό ακρίβειας 98%. (Speicher C. E. 2000).

6.2.4 Μαστογραφία

Η μαστογραφία κατέχει μοναδική θέση στην ανίχνευση του καρκίνου του μαστού, καθώς βοηθά στην πρόωμη ανακάλυψη του περισσότερο από κάθε άλλη μέθοδο. Κατά τη μαστογραφία χρησιμοποιείται η ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία με σκοπό να απεικονιστούν τα φυσιολογικά και παθολογικά στοιχεία του μαζικού αδένα. Η τεχνολογική εξέλιξη δεν άφησε ανεπηρέαστη τη μαστογραφία, η οποία τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται τελειοποιημένη με την τεχνική της 'χαμηλής δόσης'. Η τεχνική αυτή κατορθώνει να παραχθεί εικόνα καλύτερης ποιότητας με μικρότερη δόση ακτινοβολίας κατά έξι με εννέα (6-9) φορές.

Η συνηθισμένη εξέταση περιλαμβάνει δυο λήψεις από κάθε γωνία του μαστού, αλλά υπάρχει δυνατότητα και άλλων λήψεων. Η φυσιολογική εικόνα του μαστού στη μαστογραφία ποικίλει, καθώς εξαρτάται από την ηλικία της γυναίκας, τη φάση του κύκλου της έμμηνου ρύσεως, την εγκυμοσύνη και τη γαλουχία. Παρόλα αυτά συνήθως σε μια μαστογραφία ο υγιής μαστός αποτυπώνεται σαν ένα τρίγωνο με την κορυφή προς τη θηλή και τη βάση προς το θωρακικό τοίχωμα. Οι μαστοί των νέων και ενήλικων γυναικών παρουσιάζουν περισσότερο κανονική σύσταση και με την πάροδο της ηλικίας εμφανίζουν ομοιογενή εικόνα. Κατά την διάρκεια όμως τους εμμηνορρυσιακού κύκλου ο μαστός παρουσιάζει μαστογραφικές αλλαγές ως προς την πυκνότητα του λόγω ορμονικών μεταβολών, ενώ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρατηρείται υπερπλασία των ιστών, που δημιουργεί ασάφεια στην απεικόνισή του.

Επίσης πρέπει να προσθέσουμε πως η διάγνωση τους καρκίνου του μαστού δεν είναι πάντοτε εύκολη, υπάρχει ποικιλομορφία μαστογραφικών ευρημάτων, τα οποία εξαρτώνται από παραμέτρους, όπως τον ιστοπαθολογικό τύπο του καρκίνου, το ρυθμό αναπτύξεως αυτού, τη θέση που εντοπίζεται στο μαστό και τη σύσταση του μαζικού παρεγχύματος. (Ιωαννίδου – Μουζάκα Λ. 1996).

6.2.5 Υπερηχογράφημα

Το υπερηχογράφημα ή οι υπέρηχοι του μαστού είναι μια απεικονιστική μέθοδος του μαστού με υπερηχητικά κύματα. Το υπερηχογράφημα είναι συμπληρωματική εξέταση των μαστών και μπορεί να διαχωρίσει εάν μια ανωμαλία ή ένα ογκίδιο είναι συμπαγές ή κυστικό, καλοήθης ή κακοήθης. Το υπερηχογράφημα πραγματοποιείται με τη χρήση ειδικού μηχανήματος υπερήχων και με κατάλληλη για τον μαστό κεφαλή. Η γυναίκα τοποθετείται συνήθως σε ύπτια θέση και με τα χέρια πίσω από το κεφάλι. Με την τοποθέτηση της κεφαλής (του ηχοβολέα) επάνω στο μαστό η συσκευή αναπαράγει ανατομικές τομές του μαστού σε ασπρόμαυρη εικόνα. Εξετάζονται οι μαστοί σε όλη τους την επιφάνεια καθώς και οι μασχαλιαίες περιοχές.

Η συμβολή των υπέρηχων στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι σημαντική διότι οι υπέρηχοι δεν εκπέμπουν ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία. Στις νεαρές γυναίκες με

μαστούς πλούσιους σε αδενικό στοιχείο, όπου η μαστογραφία δεν ενδείκνυται, το υπερηχογράφημα αποτελεί πρώτη μέθοδο απεικόνισης. Είναι μέθοδος ανώδυνη, ακίνδυνη (δεν περιέχει ακτινοβολία) και σχετικά σύντομη. Το υπερηχογράφημα πρέπει να εφαρμόζεται από ιατρούς που έχουν εμπειρία σ' αυτή τη μέθοδο και γνωρίζουν καλά τις παθήσεις του μαστού. (Ferri F.F. 2009).

Κεφάλαιο 7^ο



Αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού

7. Αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού

7.1 Χειρουργικές επιλογές

Ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου, το μέγεθος του όγκου, την ύπαρξη διηθημένων λεμφαδένων τοπικά ή την ύπαρξη απομεμακρυσμένων μεταστάσεων ο χειρουργός και η ασθενής αποφασίζουν τη θεραπευτική διαδικασία. Οι θεραπείες για τον καρκίνο του μαστού χωρίζονται σε δυο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία είναι ριζική χειρουργική θεραπεία όπου περιλαμβάνει την ριζική μαστεκτομή, τροποποιημένη ριζική, και τέλος τη μερική ή απλή μαστεκτομή. Στις συγκεκριμένες επεμβάσεις ο μαστός αφαιρείται μαζί με τον όγκο. Παρόλα αυτά υπάρχει και δεύτερη κατηγορία θεραπείας η οποία ονομάζεται συντηρητική χειρουργική θεραπεία και στην οποία η ασθενής μπορεί να διατηρήσει το μαστό της, και να αφαιρέσει μόνο τον όγκο από αυτό. Στην συντηρητική θεραπεία υπάγονται η ογκεκτομή, η τμηματεκτομή, και η τεταρτεκτομή. Το είδος της επέμβασης που θα επιλεγεί εξαρτάται από το μέγεθος και τη θέση του όγκου, από την έκταση της εξάπλωσης του καρκίνου, από την ηλικία και τέλος από την κατάσταση της υγείας της ασθενή. (Τσιρλιάγκος Ε. Α. 2004).

7.2 Συντηρητική χειρουργική θεραπεία

Κατά τα τελευταία χρόνια η συντηρητική θεραπεία του πρώιμου καρκίνου του μαστού αποτελεί ένα από τα πιο ενδιαφέροντα πεδία της έρευνας. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ) εξέδωσε ανακοίνωση στην οποία υποδεικνύει ότι η συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου μαστού ακολουθούμενη από ακτινοθεραπεία είναι ο προτιμητέος τρόπος αντιμετώπισης για ασθενείς με πρώιμο καρκίνο μαστού. (Παπαδόπουλος Λ, Φαχαντίδης Ε, Κώτσης Α. 1997).

7.2.1 Ογκεκτομή

Η ογκεκτομή, η αφαίρεση δηλαδή του τμήματος του μαστού που περιλαμβάνει τον όγκο ή και μόνο του όγκου, αποτελεί την πιο σύγχρονη μέθοδο χειρουργικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού. Εφαρμόζεται σε ασθενείς με νεοπλάσματα σταδίου I και συμπληρώνεται από ακτινοθεραπεία. Συνήθως σήμερα χρησιμοποιείται η μαστεκτομή και ογκεκτομή σαν χειρουργικές θεραπείες κατά της νόσου. (Σακοράφας Γ, Σαφιολέας Ν. 2009).

7.2.2 Τμηματεκτομή – Τεταρτεκτομή

Κατά τις επεμβάσεις αυτές αφαιρείται το τμήμα ή το τεταρτημόριο του μαστού που περιλαμβάνει τον όγκο. Το τμήμα που αφαιρείται από το μαστό αποστέλλεται προς ταχεία βιοψία και καθαρισμό ορίων εκτομής. (Larson A.G. 2000).

7.3 Ριζική χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου στο μαστό, δηλαδή η λεγόμενη μαστεκτομή, αποτέλεσε την αρχαιότερη μέθοδο θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Πρώτος ο Halsted εφάρμοσε το 1981 την τεχνική της ριζικής μαστεκτομής, η οποία αποτέλεσε το σημείο εκκίνησης για πολλές εγχειρήσεις που εφαρμόζονται σήμερα στον καρκίνο του μαστού. Όπως προαναφέρθηκε υπάρχουν διάφοροι τρόποι μαστεκτομής όπου βοηθούν στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για την ασθενή.

7.3.1 Ριζική μαστεκτομή

Στη ριζική μαστεκτομή επιτυγχάνεται η αφαίρεση του μαζικού αδένου μαζί με τους θωρακικούς μύες (μείζονα και ελάσσονα), με το περιεχόμενο της μασχαλιαίας κοιλότητας και με το υπερκείμενο δέρμα και τη θηλή. Αυτή η τεχνική εφαρμόζεται συνήθως σε περιπτώσεις τοπικά προχωρημένου καρκίνου του μαστού ή για ανακουφιστικούς λόγους, καθώς δεν προσφέρει κανένα πλεονέκτημα στα αρχικά στάδια της νόσου. Εμφανίζει αυξημένη νοοτροπία, γιατί προκαλεί την εμφάνιση οιδήματος, παραμόρφωσης και δυσκινησίας του σύστοιχου άνω άκρου και πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές, κακό αισθητικό αποτέλεσμα και ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας.

7.3.2 Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αποτελεί την πιο συχνά εφαρμοζόμενη χειρουργική μέθοδο στον καρκίνο του μαστού. Στη συγκεκριμένη μέθοδο εξαιρείται ο μαζικός αδένος και οι λεμφαδένες της μασχάλης, ενώ διατηρούνται οι θωρακικοί μύες. Αποτελεί την επέμβαση εκλογής για τις ασθενείς που βρίσκονται στα αρχικά στάδια της νόσου και αποδίδει καλύτερα αισθητικά και λειτουργικά αποτελέσματα, εξασφαλίζοντας ευνοϊκή αποκατάσταση σε αυτές.

7.3.3 Μερική μαστεκτομή

Η εγχείρηση αυτή έχει στόχο να διασώσει τον προσβεβλημένο μαστό. Συνίσταται στην αφαίρεση του τμήματος του μαστού που περιέχει τον όγκο μαζί με το υπερκείμενο δέρμα, το λεμφογαγγλιακό καθαρισμό της μασχάλης και τέλος σε περιπτώσεις όγκων του μαστού μεγέθους δυο εκατοστά ή και μικρότερων. Μειονέκτημα αυτής της τεχνικής αποτελεί ο μετεγχειρητικός φόβος για την ύπαρξη υπολειπόμενου καρκίνου στο μαστό, γεγονός που κάνει επιτακτική την ανάγκη συμπληρωματικής ακτινοθεραπείας.

7.3.4 Απλή μαστεκτομή

Η απλή μαστεκτομή περιλαμβάνει την εξαίρεση ολόκληρου του μαζικού αδένου χωρίς να παραμένουν υπολείμματα του ιστού. Ενδείκνυται σε ασθενείς με νεοπλάσματα στο μαστό σταδίου I ή μικρού μεγέθους (δυο εκατοστά ή μικρότερους). Αυτή η μέθοδος από μόνη της είναι ανεπαρκής για παροχή ιδανικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού, και για τον λόγο αυτό συνδυάζεται με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. (Κατσώχης Κ, Παπαδόπουλος Β. 1997).

7.4 Χειρουργική μασχάλης

Τα λεμφικά αγγεία παροχετεύουν ένα μεγάλο μέρος του λεμφικού υγρού από το μαστό και το βραχίονα και είναι υπεύθυνα για τη διασπορά των καρκινικών κυττάρων από τον αρχικό όγκο στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Αυτό συμβαίνει στατιστικά στο 40% των ασθενών με διηθητικό καρκίνο του μαστού, διάγνωση που σχεδόν πάντα απαιτεί κάποιας μορφής χειρουργική επέμβαση στη μασχάλη. Επιπλέον, η αξιολόγηση μετάστασης ή όχι στους λεμφαδένες αποτελεί ένα σημαντικό προγνωστικό παράγοντα και βοηθά ουσιαστικά στον καθορισμό επακόλουθων θεραπειών. Υπάρχουν δύο λόγοι για τους οποίους απαιτείται χειρουργική επέμβαση στη μασχάλη. Ο πρώτος είναι να αξιολογηθεί επακριβώς εάν τα κύτταρα του όγκου έχουν επεκταθεί στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, ενώ ο δεύτερος λόγος της χειρουργικής επέμβασης στη μασχάλη είναι η εφαρμογή αποτελεσματικής τοπικής θεραπείας (σε περίπτωση επέκτασης του όγκου στους μασχαλιαίους λεμφαδένες), η οποία επιτυγχάνεται μέσω του μασχαλιαίου λεμφαδενικού καθαρισμού. (Παπαθανασίου Κ. 2002).

7.4.1 Δειγματοληψία μασχάλης

Η δειγματοληψία της μασχάλης αποτελεί τη χειρουργική παρέμβαση στη μασχάλη η οποία όμως δεν είναι μια θεραπευτική πράξη, αρνητικές, αλλά μία διαγνωστική. Προσφέρει πληροφορίες ως προς τη θετικότητα των λεμφαδένων που είναι ένας από τους σημαντικότερους προγνωστικούς παράγοντες και βοηθά στο σχεδιασμό της περαιτέρω αγωγής. Η κλινική εκτίμηση της μασχάλης ενέχει ένα σημαντικό ποσοστό λάθους. (Φωτίου Σ. 2009).

7.4.2 Ριζικός λεμφαδενικός καθαρισμός

Ο λόγος του μασχαλαίου λεμφαδενικού καθαρισμού είναι να παρέχει αποτελεσματική, τοπική θεραπεία στους ασθενείς όπου τα καρκινικά κύτταρα έχουν διαδοθεί, ή έχουν κάνει μετάσταση, σε αυτούς τους λεμφαδένες. Αυτό συνήθως έχει τη μορφή λεμφαδενικού καθαρισμού όπου η πλειοψηφία των λεμφαδένων κάτω από τη μασχάλη θα αφαιρεθούν. Περίπου το 40% των ασθενών με καρκίνο μαστού έχουν διάδοση του καρκίνου στους μασχαλαίους λεμφαδένες και αυτό συνήθως εξακριβώνεται με βιοψία φρουρού λεμφαδένα. Επίσης μπορεί να ανιχνευτεί πριν από το χειρουργείο με υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη βιοψία των μασχαλαίων λεμφαδένων που είναι ύποπτοι στον υπερηχογραφικό έλεγχο. Αυτό επιτρέπει στους ασθενείς να προχωρήσουν κατευθείαν σε μασχαλαίο καθαρισμό, αποφεύγοντας δύο μασχαλαίες διαδικασίες.

7.4.3 Αφαίρεση λεμφαδένα φρουρού

Μία σημαντική εξέλιξη που αφορά την εγχείρηση στη μασχάλη είναι η αφαίρεση των μασχαλαίων λεμφαδένων. Για την χορήγηση της κατάλληλης συμπληρωματικής φαρμακευτικής αγωγής, εκτός από τις πληροφορίες που έχουμε από τον ίδιο τον όγκο, απαραίτητο είναι να γνωρίζουμε εάν τα καρκινικά κύτταρα έχουν κάνει μετάσταση στους μασχαλαίους λεμφαδένες. Η εγχείρηση αυτή έχει σε κάποιο ποσοστό ανεπιθύμητες επιπτώσεις, όπως αιμωδία και αδυναμία του άκρου, δυσκαμψία του ώμου και μερικές φορές λεμφοίδημα. (Παπανικολάου Ν. 1995). Επειδή όμως ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με πρόωμη νόσο υποβάλλεται σε αφαίρεση των λεμφαδένων μόνο για να επιβεβαιωθεί ότι δεν έχουν μετάσταση, τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται η τεχνική του λεμφαδένα φρουρού. Αφαιρείται δηλαδή μόνο ο πρώτος λεμφαδένας - σταθμός μετάστασης στον οποίο αποχετεύει η περιοχή του καρκίνου και ο οποίος πρώτος από τους άλλους τους μασχαλαίους λεμφαδένες θα δεχθεί τη μετάσταση καρκινικών κυττάρων. Έτσι, εφ' όσον είναι 'αρνητικός', μπορεί να αποφευχθεί η αφαίρεση των μασχαλαίων λεμφαδένων και συγχρόνως οι πιθανές επιπτώσεις της. Και αυτή όμως η τεχνική, εφαρμόζεται κυρίως σε μικρού μεγέθους όγκους που έχουν μικρή πιθανότητα ανεύρεσης διηθημένων μασχαλαίων λεμφαδένων. (Καλογερόπουλος Α. 1999).

7.5 Συμπληρωματική θεραπεία

Είναι οι μορφές θεραπείας που χορηγούνται επί πλέον της Χειρουργικής θεραπείας, με σκοπό να μειωθούν οι πιθανότητες υποτροπής (επανεμφάνισης) του καρκίνου. Οι όποιες μορφές Συμπληρωματικής θεραπείας χορηγούνται είτε σαν μονοθεραπεία (π.χ. Ακτινοθεραπεία), είτε σαν συνδυασμός δύο ή περισσότερων μορφών θεραπείας σε σύγχρονη (π.χ. Ακτινοθεραπεία και ορμονική θεραπεία) ή διαδοχική χορήγηση (Χημειοθεραπεία, ορμονική θεραπεία, Ακτινοθεραπεία). (Wengstrom Y, Forsberg C. 2001).

7.5.1 Χημειοθεραπεία

Ο όρος χημειοθεραπεία αναφέρεται σε μια μορφή θεραπευτικής αγωγής κατά του καρκίνου. Η χημειοθεραπεία περιλαμβάνει τη χρήση φαρμάκων που αποσκοπούν στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων. Αποτελεί συνήθη πρακτική για την αντιμετώπιση των περισσότερων ειδών καρκίνου, και χρησιμοποιείται ποικιλοτρόπως, είτε σε συνδυασμό με αγωγές ακτινοβολίας και χειρουργικές επεμβάσεις, είτε μόνη της.

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μία από τις πιο πρόσφατες μεθόδους θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού και βασίζεται στο ότι δε θεραπεύει το νεόπλασμα, αλλά επιβραδύνει την εξέλιξη του και περιορίζει τις διαστάσεις του. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι κυτταροτοξικά και ασκούν δηλητηριώδη δράση στα κακοήθη αλλά και στα υγιή κύτταρα. Τα κακοήθη κύτταρα επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα υγιή, είναι πιο ευπαθή στα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, ενώ τα υγιή κύτταρα και ιδίως τα κύτταρα του μυελού των οστών, που εμφανίζουν έντονη δραστηριότητα, εκτίθενται περισσότερο στη δράση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Κατά συνέπεια λοιπόν αυτών των λόγων είναι αρκετά δύσκολο να υπολογισθεί το όριο δόσης των φαρμάκων, ώστε να καταστραφούν τα παθολογικά κύτταρα χωρίς να επηρεαστούν τα υγιή. Τέλος είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η ανακουφιστική δράση της χημειοθεραπείας, μπορεί να προσφέρει τόσο στα αρχικά στάδια της νόσου, όσο και για την καταπολέμηση του πόνου που πιθανόν να προκαλεί. (Κονιάρη Ε. 1991).

7.5.2 Ακτινοθεραπεία

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στην θεραπεία του καρκίνου ανάγεται στο 1895 με την ανακάλυψη των ακτινών X. Εφαρμόστηκε στην αρχή στον μαστό με πολύ καλά αποτελέσματα δηλαδή σμίκρυνση του όγκου και σε μερικές περιπτώσεις πλήρη εξαφάνιση. Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί την ιοντίζουσα ακτινοβολία, υψηλές ενέργειες ακτινών X ή άλλα σωματίδια για να καταστρέψει τα κύτταρα τα οποία διαθέτουν μεγάλη ικανότητα διαίρεσης, όπως τα καρκινικά κύτταρα. Η θεραπεία αυτή έχει χρησιμοποιηθεί στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού για σχεδόν 100 χρόνια και θεωρείται σημαντικός παράγοντας στην αντιμετώπιση της νόσου. Η αρχική χρησιμοποίηση της θεραπείας αυτής αφορούσε τις υποτροπές στο θωρακικό τοίχωμα μετά από μαστεκτομή καθώς και την προχωρημένη ανεγχείρητη νόσο. Με την πάροδο των ετών η ακτινοθεραπεία εξελίχθηκε σε σημαντικό παράγοντα της αρχικής θεραπείας, σε ασθενείς με πρώιμο καρκίνο του μαστού μετά από ογκεκτομή ή μερική μαστεκτομή για την εξάλειψη των καρκινικών κυττάρων τα οποία πιθανόν να έχουν παραμείνει κοντά στην περιοχή του όγκου ή σε άλλες θέσεις εντός του μαστού. (Τσακίρης Γ, Θρουβάλας Ν, Κύργιας Γ. 2000).

Η ακτινοθεραπεία έχει επίσης απόλυτη ένδειξη και σε μερικές γυναίκες μετά από μαστεκτομή ανάλογα με το μέγεθος του όγκου, τον αριθμό των διηθημένων λεμφαδένων της μασχάλης και το εύρος του ορίου γύρω από τον όγκο που αφαιρέθηκε από τον χειρουργό, δηλαδή σε εκείνες οι οποίες είναι υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση τοπικής υποτροπής. Η θεραπεία αυτή είναι αποτελεσματική για την μείωση εμφάνισης υποτροπής είτε στον μαστό ή στην περιοχή του θωρακικού τοιχώματος. Μια σπάνια εφαρμογή της ακτινοθεραπείας στον μαστό, είναι η χορήγηση της πριν από την χειρουργική επέμβαση για την μείωση του όγκου και διευκόλυνση της χειρουργικής επέμβασης, αν και αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται ευρέως σε άλλες εντοπίσεις όγκων, η εφαρμογή της είναι περιορισμένη. Η εξωτερική ακτινοβολία είναι συνήθως το είδος της ακτινοθεραπείας η οποία εφαρμόζεται στον καρκίνο του μαστού. Η ακτινοβολία εστιάζεται από μια πηγή ακτινοβολίας εκτός του σώματος στην περιοχή η οποία έχει προσβληθεί από καρκίνο. Οι ασθενείς συνήθως ακτινοβολούνται σαν εξωτερικοί ασθενείς με μία προσεκτικά προκαθορισμένη και με ακρίβεια υπολογισμένη δόση η οποία χορηγείται πέντε ημέρες την εβδομάδα για μια περίοδο

περίπου έξι εβδομάδων σε όλο τον μαστό. Χορηγείται επιπλέον δόση ακτινοβολίας στην περιοχή όπου αφαιρέθηκε ο όγκος. Τέλος πρέπει να τονιστεί ότι αυτή η συμπληρωματική δόση έχει αποδειχθεί ότι συνεισφέρει περαιτέρω στην μείωση των τοπικών υποτροπών και ειδικότερα στις νεαρές ασθενείς όπως έχει αποδειχθεί σε μεγάλες διεθνείς τυχαίοποιημένες μελέτες. (Μπαρμπούνη / Κωνσταντακάτου Ε. 2006).

7.5.3 Ορμονοθεραπεία

Η ορμονοθεραπεία είναι μια αντικαρκινική θεραπεία που αναστέλλει την έκκριση ορμονών ή εμποδίζει τη δράση τους δυσχεραίνοντας έτσι την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων. Οι ορμόνες είναι χημικές ουσίες που παράγονται από τους ενδοκρινείς αδένες του σώματος, εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος και από εκεί φτάνουν σε κάθε όργανο και ιστό για να επιτελέσουν το έργο τους. Η χρήση ορμονοθεραπείας για την αντιμετώπιση του καρκίνου βασίζεται στην παρατήρηση ότι στην επιφάνεια ορισμένων καρκινικών κυττάρων υπάρχουν υποδοχείς συγκεκριμένων ορμονών, οι οποίες είναι απαραίτητες για την ανάπτυξή τους. Οι όγκοι που εξαρτώνται από ορμόνες για να αναπτυχθούν λέγονται ορμονοεξαρτώμενοι.

Η αντικαρκινική ορμονοθεραπεία μπορεί να δράσει εμποδίζοντας την παραγωγή συγκεκριμένων ορμονών στον οργανισμό, δεσμεύοντας τους ορμονικούς υποδοχείς στην επιφάνεια των καρκινικών κυττάρων ή υποκαθιστώντας τις φυσικές ορμόνες με χημικώς όμοιές τους, τις οποίες όμως δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα καρκινικά κύτταρα. Οι διαφορετικές ομάδες ορμονοθεραπείας ταξινομούνται ανάλογα με τη δράση και/ή τον τύπο της ορμόνης που επηρεάζουν. Ας σημειωθεί ότι άλλα από τα ορμονικά φάρμακα είναι ειδικά παρασκευασμένα για τον καρκίνο και άλλα έχουν πολλές άλλες, μη ογκολογικές χρήσεις. Μετά την αφαίρεση του όγκου στο χειρουργείο, ακολουθεί λεπτομερής ανάλυσή του για διάφορα χαρακτηριστικά, μεταξύ των οποίων εξετάζεται και η ύπαρξη υποδοχέων οιστρογόνων και προγεστερόνης. Η εξέταση αυτή μας δείχνει εάν τα κύτταρα του όγκου της συγκεκριμένης γυναίκας εξαρτώνται για την ανάπτυξή τους από τις γυναικείες ορμόνες (οιστρογόνα και προγεστερόνη). Όταν η εξέταση είναι θετική, αυτό οδηγεί στη χορήγηση ορμονοθεραπείας στην ασθενή, είτε μετεγχειρητικά (προληπτικά) ή όταν υπάρχουν μεταστάσεις (θεραπευτικά). (Κιτράκη Ε, Τρούγκος Κ. 2006). Η ορμονοθεραπεία γίνεται με χειρισμούς όπως η χορήγηση φαρμάκων ή ορισμένες φορές, χειρουργικές επεμβάσεις. Στην εποχή μας, οι συνηθέστεροι χειρισμοί είναι οι ακόλουθοι:

Û Παρέμβαση στη λειτουργία των ωοθηκών

Στις γυναίκες που έχουν έμμηνο ρύση, η παραγωγή των ορμονών γίνεται από τις ωοθήκες. Η διακοπή της παραγωγής ορμονών από τις ωοθήκες μπορεί να γίνει είτε με φάρμακα που αναστέλλουν τη λειτουργία τους συνήθως παροδικά ή τη χειρουργική αφαίρεσή τους (ωοθηκεκτομή) που οδηγεί σε απότομη και μόνιμη εμμηνόπαυση.

Û Ταμοξιφένη

Αναφέρεται συχνά σαν "Αντι-οιστρογόνο" φάρμακο γιατί δεσμεύει τη δράση των οιστρογόνων. Χρησιμοποιείται σε γυναίκες με ορμονοευαίσθητο καρκίνο, ανεξάρτητα από την εμμηνορρυσιακή τους κατάσταση (λειτουργεί τόσο σε ασθενείς που βρίσκονται πριν όσο και μετά την εμμηνόπαυση).

Û Αναστολείς της Αρωματάσης

Χορηγούνται μόνον σε γυναίκες που είναι σε εμμηνόπαυση και εμποδίζουν την παραγωγή των οιστρογόνων αναστέλλοντας τη λειτουργία της αρωματάσης, ενός ενζύμου απαραίτητου για τη παραγωγή οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση.

Û Φουλβεστράνη

Η οποία επίσης έχει αντι-οιστρογονική δράση, και είναι ακριβώς ίδια η δράση της με την Ταμοξιφένη ενώ σπανιότερα σήμερα χρησιμοποιούνται τα προγεστερινοειδή ή προγεσταγόνα που δρουν εναντίον των οιστρογόνων. (Keeling D.I, Jone E, Harding K.G. 1996).

Κεφάλαιο 8^ο



Ο ρόλος της ψυχολογίας στη φροντίδα υγείας

8. Ο ρόλος της ψυχολογίας στη φροντίδα υγείας

8.1 Ο ρόλος της ψυχολογίας στη φροντίδα υγείας

Κατά τις δεκαετίες του 1970 και του 1980, υπήρξε μία ευρεία ενημέρωση του επιστημονικού κοινού, σχετικά με την ψυχολογία της υγείας και τη δυναμική της επαγγελματικής απασχόλησης σε αυτόν τον τομέα. Ωστόσο, η σημασία των ψυχικών παραγόντων στην υγεία και στη φροντίδα υγείας είχε αναγνωριστεί ήδη από παλιά. (Ρηγάτος Γ. 1985).

Ο ρόλος του ψυχολόγου στο σύστημα φροντίδας υγείας ξεκίνησε νωρίς τον 20^ο αιώνα, ως εκπαιδευτικού φοιτητών στις ιατρικές σχολές. Το πεδίο που εκπροσωπούσαν συχνότερα ήταν αυτό της ψυχοφυσιολογίας, καθώς η σχετική έρευνα άνθιζε. Ωστόσο, οι εφαρμογές της ψυχολογίας στα προβλήματα του συστήματος φροντίδας υγείας ήταν ελάχιστες. Καθώς το πεδίο της κλινικής ψυχολογίας αναπτύχθηκε μετά το 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο, η εστίαση ήταν κυρίως στις ψυχικές διαταραχές. Ο «ψυχικά ασθενής» θεωρείται το άτομο που πάσχει από γνωστικές, συναισθηματικές, και συμπεριφορικές διαταραχές. (Beller C, Deardoff W.1999).

8.1.1 Ρόλοι και λειτουργίες των κλινικών ψυχολόγων στα τμήματα καρκινοπαθών

Οι κλινικοί ψυχολόγοι υγείας, αναλαμβάνουν μια ποικιλία ρόλων και καθηκόντων. Οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούν όλο το διαθέσιμο φάσμα των διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών της επαγγελματικής ψυχολογικής δραστηριότητας (κλινικές συνεντεύξεις) με σκοπό την διάγνωση, εκτιμήσεις της συμπεριφοράς, ψυχομετρικές εκτιμήσεις, ενορατικές ψυχοθεραπείες. Συμπεριφοριστικές τεχνικές θεραπείας (ψυχοθεραπείες της συμπεριφοράς), ψυχοφυσιολογική αυτορρύθμιση, οικογενειακές, ομαδικές και θεραπείες ζευγαριού, ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες συμβουλευτικής και παρεμβάσεις σε μέλη του προσωπικού. (Ποταμιανός, Γ 2000).

Οι θεωρητικοί τους προσανατολισμοί περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται σε ψυχοδυναμικές συμπεριφοριστικές, συστηματικές και υπαρξιακές προσεγγίσεις και άλλες που βασίζονται στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης. Ασχολούνται με τα προβλήματα της αντιμετώπισης της ασθένειας από τον ίδιο τον ασθενή, τη συμμόρφωση του ασθενούς με τους θεραπευτικούς χειρισμούς, της σχέση ιατρού – ασθενούς, το σχεδιασμό συστημάτων φροντίδας υγείας, τις διαφορετικές διαγνώσεις, την αποκατάσταση, την υγεία στο χώρο εργασίας, και την πρόληψη ασθενειών. Κανένας ψυχολόγος της υγείας δεν είναι ειδικός σε όλους τους πιθανούς τομείς άσκησης του επαγγέλματος. (Heiden L, Hersen M. 2011).

8.1.2 Εφαρμογή του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στη κλινική ψυχολογία υγείας

Σ' αυτό το κεφάλαιο θα αναλύσουμε τον βασικό σκελετό του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου όσον αφορά στην διαδικασία αξιολόγησης στο επιστημονικό πεδίο της ψυχολογίας της υγείας. Κατά το τέλος αυτής της διαδικασίας, ο κλινικός θα πρέπει να είναι ενήμερος για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής, τους τυχόν περιβαλλοντικούς παράγοντες, αλλά και τους διαθέσιμους πόρους για τη αντιμετώπιση τους. Η παρέμβαση στην ψυχολογία της υγείας μπορεί επίσης να διαμορφωθεί με τη βοήθεια του πλαισίου που παραθέτουμε, αν και η εστίαση μετατίθεται από το ιστορικό και αναπτυξιακό κομμάτι στο παρόν και στο μέλλον.(Heiden L, Hersen M. 2011).

Στόχοι για τους ασθενείς

Όσον αφορά στον ασθενή, ο κλινικός μπορεί να επιχειρήσει παρεμβάσεις σε βιολογικό, συναισθηματικό, γνωστικό ή και συμπεριφορικό επίπεδο.

Βιολογικός τομέας

Οι στρατηγικές θεραπείας σε αυτόν τον τομέα σχεδιάζονται για να αλλάξουν άμεσα τις σωματικές απαντήσεις στη διαταραχή. Ο κλινικός μπορεί επίσης να παρέμβει με σκοπό τον έλεγχο συγκεκριμένων συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη νόσο ή τη θεραπεία της. Φυσικά, οι ιατρικές παρεμβάσεις εστιάζουν πρωταρχικά σε αυτόν τον τομέα, και τα αποτελέσματα της αλληλεπίδρασης τους με όποιες παράλληλες ψυχοφυσιολογικές παρεμβάσεις πρέπει να παρακολουθούνται ή να ελέγχονται. (Ποταμιανός Γ. 2000).

Συναισθηματικός τομέας

Στο συναισθηματικό τομέα, ο κλινικός μπορεί να εστιάσει σε συναισθηματικές καταστάσεις όπως το άγχος, την κατάθλιψη, ή την εχθρότητα. Ο κλινικός για παράδειγμα θα μπορούσε να παράσχει παρεμβάσεις όπως γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία για την κατάθλιψη, μαθήματα διαχείρισης θυμού κτλ. Οι παρεμβάσεις σε αυτόν τον τομέα περιλαμβάνουν την παροχή πληροφοριών στο πλαίσιο μιας ψυχο-εκπαιδευτικής προσέγγισης ή την αλλαγή του τρόπου με τον οποίο ένας ασθενής αντιλαμβάνεται ένα πρόβλημα. (Beller C, Deardoff W.1999).

Συμπεριφορικός τομέας

Οι παρεμβάσεις σε αυτό τον τομέα αφορούν στην αλλαγή των εξωτερικών συμπεριφορών του ασθενούς και περιλαμβάνουν τη χρήση βασικών αρχών των θεωριών της συντελεστικής και κοινωνικής μάθησης. Έτσι, ο κλινικός μπορεί να σχεδιάσει ένα ατομικό πρόγραμμα αυτοπαρατήρησης και καταγραφής για να διδάξει και να βελτιώσει τις δεξιότητες διεκδικητικής συμπεριφοράς ώστε να διευκολυνθεί η επικοινωνία με τον ιατρό του ασθενούς, να αναπτύξει ένα πρόγραμμα αλλαγής συμπεριφοράς ώστε να τροποποιήσει συμπεριφορές που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία ή να παρέμβει συμβουλευτικά στην εκπαίδευση του ασθενή για την απόκτηση δεξιοτήτων αυτοφροντίδας. (Dewit P. 2005).

Περιβαλλοντικοί στόχοι

Οι στόχοι δεν είναι απαραίτητο ωστόσο να εστιάσουν στον ασθενή, διότι ο κλινικός μπορεί να αποφασίσει ότι μια περιβαλλοντική παρέμβαση είναι είτε αναγκαία προκειμένου να επιτευχθεί αλλαγή είτε πιο εύκολα πραγματοποιήσιμη.

Οικογένεια

Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη φυσική πλευρά του οικογενειακού περιβάλλοντος περιλαμβάνουν την επανασχεδίαση του χώρου διαβίωσης σύμφωνα με τους περιορισμούς που παρουσιάζει ο ασθενής λόγω της κατάστασης του και παραπομπές στις κοινωνικές υπηρεσίες για την ανεύρεση οικονομικών πόρων. (Mayou R, Sharpe M, Carson A. 2010).

Στον συναισθηματικό τομέα, ο κλινικός θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει την υποστηρικτική θεραπεία έτσι ώστε να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίσουν το άγχος τους, που σχετίζεται με τη νόσο του ασθενή. Σε γνωστικό επίπεδο ο κλινικός μπορεί να διευκολύνει τη δημιουργία πιο ρεαλιστικών προσδοκιών παρέχοντας ακριβείς πληροφορίες ή να χρησιμοποιήσει την οικογενειακή θεραπεία για να δουλέψει πάνω σε ενδεχόμενες λανθασμένες αντιλήψεις για την αιτία της ασθένειας. Όσον αφορά στη

συμπεριφορά των μελών της οικογένειας, ίσως είναι αναγκαίο να εκπαιδευτούν έτσι ώστε να είναι σε θέση να προσφέρουν κατάλληλη συναισθηματική στήριξη ή να αναπτυχθεί ένα πρόγραμμα χειρισμού των απρόοπτων καταστάσεων, έτσι ώστε η συμπεριφορά της οικογένειας να μην ενισχύει χωρίς επίγνωση τη συμπεριφορά του ασθενή ως τέτοιου. (Spiegel D. 1997).

Το σύστημα φροντίδας υγείας

Ο κλινικός ψυχολόγος που εργάζεται στο σύστημα φροντίδας υγείας πρέπει να υιοθετεί ένα παρεμβατικό ρόλο προκειμένου όταν χρειάζεται να έχουν αποτέλεσμα πάνω στον ασθενή που δεν είναι δύσκολες.

Για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων του, ο κλινικός ψυχολόγος χρειάζεται να συνεργαστεί τόσο με το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό, προκειμένου να διευκολύνει τη θεραπεία του ασθενή. Στον γνωστικό τομέα, οι κλινικοί ψυχολόγοι συχνά αναλαμβάνουν ένα διδακτικό ρόλο, αφού στις περισσότερες συναλλαγές προσπαθούν να αυξήσουν την γνώση άλλων επαγγελματιών της υγείας σχετικά με τις ψυχολογικές πλευρές της υγείας, της ασθένειας και της φροντίδας του ασθενή. Αυτού του είδους η εκπαίδευση περιλαμβάνει επίσης τη διάλυση μύθων και την παροχή ορθών πληροφοριών για τις διάφορες ψυχολογικές διαταραχές που εκδηλώνονται ως μέρος ενός ή παράλληλα με ένα οργανικό πρόβλημα. (Βούρτση Α. 1999).

Κοινωνικό- πολιτιστικό πλαίσιο

Συχνά, μονάχα συγκεκριμένες πλευρές του κοινωνικό-πολιτιστικού πλαισίου είναι διαθέσιμες για άμεση παρέμβαση, αφού άλλα χαρακτηριστικά απαιτούν παρεμβάσεις που βρίσκονται έξω από τον έλεγχο οποιουδήποτε κλινικού. Είναι δυνατό να υπάρξει παρέμβαση στο κοινωνικό δίκτυο του ασθενή και έτσι να χρησιμοποιηθούν οι διαθέσιμοι πόροι προς όφελος του ασθενή. (Κόνιαρη Ε. 1991).

Πολλές άλλες πλευρές του κοινωνικό-πολιτιστικού περιβάλλοντος είναι αντικείμενο μάλλον μακρόχρονων παρεμβάσεων από τους κλινικούς ψυχολόγους και είναι εξίσου σημαντικές όταν σκεφτούμε την ποιότητα φροντίδας του ασθενούς στο μέλλον.

Τέτοιου είδους παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τα ακόλουθα :

- α)** συνεισφορά στη γνώση για τις αποτελεσματικές στρατηγικές διάγνωσης και θεραπείας μέσω κλινικής έρευνας
- β)** εθελοντική υπηρεσία σε ομάδες δημόσιας πληροφόρησης με σκοπό την διάλυση μύθων και στερεοτύπων
- γ)** εργασία επάνω στην νομοθεσία που είναι σχετική με την συμπεριφορά της υγείας και τέλος
- δ)** συμμετοχή στην κυβερνητική χάραξη πολιτικής σχετικά με τη μεταρρύθμιση της φροντίδας υγείας. (Ρηγάτος Γ. 2000).

8.2 Ψυχοθεραπευτική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο

Έχει αποδειχτεί ότι οι ψυχολογικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών επηρεάζουν ακόμη και την καθαρά βιολογική πλευρά της πορείας της νόσου τους. Καλά μεθοδευμένες μελέτες σύγκρισης ομάδων καρκινοπαθών που διέφεραν μόνο ως προς την έκβαση της νόσου από πλευράς επιβίωσης και λειτουργικής επάρκειας έδειξαν ότι ασθενείς με δυσμενέστερη έκβαση εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, μειωμένη ικανότητα έκφρασης συναισθημάτων, συχνότερη τάση για άρνηση της νόσου τους, πιο παθητική γενικά στάση και πιο συχνή καταθλιπτική αντίδραση. Τα ευρήματα των εργασιών αυτών υπογραμμίζουν την ανάγκη της διαπίστωσης αλλά και της αντιμετώπισης των ψυχολογικών αντιδράσεων του καρκινοπαθούς στα πλαίσια της επικοινωνίας γιατρού και ασθενούς. (Κποορ J. 2000).

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς είναι παρούσες ακόμη και όταν η διάγνωση δεν του έχει ανακοινωθεί. Συνήθως τα μη- λεκτικά μηνύματα από το γιατρό, το νοσηλευτικό προσωπικό, τους συγγενείς και το ευρύτερο περιβάλλον του ασθενούς είναι πολύ αποκαλυπτικά. Εξάλλου ο ασθενής παίρνει αρκετά μηνύματα από την ίδια του την κατάσταση. Το άλγος, η δυσφορία, ο περιορισμός της κινητικότητας – λειτουργικότητας και τα ποικίλα σωματικά συμπτώματα αποτελούν αδιάψευστα τεκμήρια σοβαρής νόσου. Ποικίλες είναι οι πιθανές ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς κυμαινόμενες από το άγχος και το φόβο μέχρι την κατάθλιψη και τις παρανοειδείς εκδηλώσεις. Το είδος και ο βαθμός των ψυχολογικών αντιδράσεων ποικίλει κατά περίπτωση με κύριο διαμορφωτικό παράγοντα το είδος των ψυχολογικών αμυντικών μηχανισμών. Τους μηχανισμούς αυτούς κινητοποιεί ο ασθενής ασυνείδητα προκειμένου να μειώσει την ένταση του άγχους και των άλλων συναισθηματικών του αντιδράσεων. (Γλεντής Π. 2006).

Οι κυριότεροι ψυχολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί είναι η άρνηση, η απώθηση, η καταπίεση, η υπεραναπλήρωση και η προβολή. Με το μηχανισμό της άρνησης ο ασθενής αρνείται ή ελαχιστοποιεί τα συμπτώματα της νόσου του και τις επιπτώσεις του. Εξαιτίας του ψυχολογικού αυτού μηχανισμού συχνά καθυστερεί πολύ η προσέλευση στο γιατρό και δυσχεραίνεται η συνεργασία γιατρού – ασθενούς, με αποτέλεσμα να μη γίνεται έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Συχνά ο ασθενής, ενώ γνωρίζει την ύπαρξη της νόσου του, αδιαφορεί, δεν ασχολείται με αυτήν, την βάζει στο περιθώριο. Όταν αυτό συμβαίνει σε ασυνείδητο επίπεδο, πρόκειται για το *μηχανισμό της απώθησης*, ενώ όταν συμβαίνει συνειδητά πρόκειται για το *μηχανισμό της καταπίεσης*. Η υπεραναπλήρωση βοηθάει τον ασθενή να αντιμετωπίσει σε ασυνείδητο επίπεδο την απώλεια της αυτοεκτίμησής του. Κινητοποιώντας το μηχανισμό της υπεραναπλήρωσης, ο ασθενής γίνεται πιο δραστήριος απ' ό,τι πριν αρρωστήσει, τουλάχιστον σε ορισμένους τομείς, που του επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του. Τέλος με την προβολή ο ασθενής γίνεται εριστικός, παρανοειδής, ακόμη και επιθετικός. Με το μηχανισμό αυτόν η επιθετικότητα στρέφεται προς τους άλλους και αποφεύγονται οι ιδέες ενοχής και αυτοκαταστροφής. (Ποταμιανός Γ. 2000).

Στους καρκινοπαθείς ο μηχανισμός που συνήθως υπερισχύει είναι η άρνηση. Όμως συχνά συνυπάρχουν και συλλειτουργούν περισσότεροι του ενός μηχανισμοί άμυνας. Το ποιος θα υπερισχύει και μέχρι ποιο βαθμό, εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων, που περιλαμβάνουν την προσωπικότητα του ασθενούς, τη φύση και τη βαρύτητα της νόσου, την προσωπική της σημασία για τον ασθενή και την ψυχολογική αλληλεπίδραση του ασθενούς με το περιβάλλον του. Από τους παράγοντες αυτούς το σημαντικότερο ρόλο παίζει η βασική προσωπικότητα του ασθενούς. Όμως και οι άλλοι παράγοντες είναι πολύ αξιόλογοι, αν και κατά κανόνα ο μόνος που λαμβάνεται υπ' όψη είναι η βαρύτητα της νόσου. Ο παράγων που συνηθέστερα παραμελείται είναι η ψυχική συναλλαγή του ασθενούς με το περιβάλλον του. Σ' αυτήν κεντρικό ρόλο παίζει η επικοινωνία γιατρού- ασθενούς. (Βούρτση Α. 1999).

8.2.1 Ατομική ψυχοθεραπεία

Ο καρκίνος παραμένει μια ασθένεια που στην κοινή αντίληψη είναι συνυφασμένη με τον πόνο και τον επικείμενο θάνατο. Κατά συνέπεια το άτομο που μαθαίνει ότι πάσχει από καρκίνο, βιώνει μια ψυχική αποδιοργάνωση με επιπτώσεις αρνητικές στην προσωπική του ψυχική ισορροπία, την οικογενειακή και κοινωνική του ζωή. Είναι αναγκασμένο να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή και να νοσηλευθεί για ένα ίσως μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο ψυχολόγος, εκτός από την υποστηρικτική παρέμβαση του, μπορεί να χρησιμοποιήσει μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση για να βοηθήσει έναν ασθενή. (Heiden L, Hersen M. 2011).

Στην ατομική ψυχοθεραπεία ο ασθενής συναντάται ατομικά με το ψυχοθεραπευτή. Η διάταξη είναι πρόσωπο με πρόσωπο και η θεραπεία είναι ενεργητική, δηλαδή ο ψυχοθεραπευτής αναλαμβάνει έναν ενεργητικό ρόλο. Η θεραπεία είναι μια συνεργασία όπου ο ασθενής είναι ισότιμος με το θεραπευτή και αναλαμβάνει εξίσου την ευθύνη της θεραπείας. Η χρονική διάρκεια της θεραπείας διαφέρει ανάλογα από το ζήτημα και από το ρυθμό του κάθε ανθρώπου. Η συνεδρία διαρκεί 45 λεπτά από την ώρα της συμφωνημένης συνάντησης. Υπάρχει απόλυτη εχεμύθεια και διατήρηση του απορρήτου από το θεραπευτή πέραν από τις περιπτώσεις όπου υπάρχει σοβαρός κίνδυνος για τη σωματική ακεραιότητα του ασθενή ή των γύρω του. (Ποταμιανός Γ. 2000).

8.2.2 Ομαδική ψυχοθεραπεία

Για να μπορέσουμε να κατανοήσουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη του καρκίνου είναι απαραίτητο να δούμε τη νεοπλασματική νόσο εκτυλισσόμενη σε ένα σωματικό – φυσικό και σε ένα ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο. Μια τέτοια θεώρηση μας επιτρέπει να εξετάσουμε τον καρκίνο σαν μια σοβαρή ασθένεια, που μπορεί να απειλήσει τη ζωή αλλά και που έχει ψυχικές επιπλοκές, οι οποίες με τη σειρά τους μπορεί να μεταβάλλουν την πορεία της σωματικής ασθένειας. Στόχος λοιπόν της ψυχολογικής παρέμβασης είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο μαστού. (Αγγελόπουλος Ν. 2009).

Από την ψυχοκοινωνική πλευρά ο ψυχολόγος μπορεί να συμβάλλει στη αντιμετώπιση των προβλημάτων του καρκινοπαθούς, που συνδέονται τόσο με τη νόσο όσο και με τη θεραπευτική προσέγγισή της (χειρουργική παρέμβαση, χημειοθεραπεία κ.α). Κατά κανόνα η ασθένεια ιδίως στα τελευταία στάδια της, συντελεί ώστε ο ασθενής να απομονώνεται διατηρώντας ελάχιστη επαφή με τον εξωτερικό κόσμο, μη θέλοντας να γίνει βάρος στους φίλους και στην οικογένεια με τους φόβους και τις ανησυχίες του. Καθώς λοιπόν ο ασθενής αποκόβει δεσμούς – επικοινωνία, παραμένει όλο και περισσότερο μόνος. Σε τέτοιες περιπτώσεις αλλά και σε άλλες, η ομαδική ψυχοθεραπεία κρίνεται σαν η πιο προσιτή μέγεθος παρέμβασης. (Πολύζος Α. 2007).

Σε αυτές τις ομάδες ψυχοθεραπείας παρατηρείται μια τάση συνδυασμού θεραπευτικών μεθόδων και τεχνικών από σχολές ψυχοθεραπείας. Στα νοσοκομεία λειτουργούν ομάδες βραχείας ψυχοθεραπείας γνωστικού προσανατολισμού. Οι ασθενείς που συμμετέχουν στις ομάδες ψυχοθεραπείας έχουν τη δυνατότητα να μοιραστούν και με άλλα άτομα τους φόβους τους, τις αγωνίες τους και τα προβλήματα τους που αφορούν την υγεία τους και τη σχέση με το κεφαλικό τους περιβάλλον. Τέλος πρέπει να τονίσουμε πως ένας από τους πιο σημαντικούς στόχους των ομάδων αυτών είναι η διευκόλυνση της προσαρμογής των ασθενών στο νέο σχήμα ζωής που επιβάλλει η ασθένεια και η θεραπευτική της αντιμετώπιση. (Μπεσμπέας Σ, Δοντάς Ν, Πατηράκη Ε. 2003).

8.2.3 Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία

Συχνά η κατάσταση της υγείας του αρρώστου, ο χρόνος επιβίωσης και η προσωπικότητα του δεν δίνουν τη δυνατότητα μιας ατομικής ή ομαδικής ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η εφαρμογή μια συμπεριφορικής θεραπείας αποβλέπει στον έλεγχο ορισμένων συμπτωμάτων ή διαταραχών της συμπεριφοράς, όπως παρατεταμένα κλάματα, φωνές, άρνηση λήψης τροφής, συνεχή αδικαιολόγητα παράπονα, ψυχοσωματικός βήχας, εμετός κ.α. (Αγγελόπουλος Ν. 2009).

Οι καρκινοπαθείς συχνά πρέπει να υποβληθούν σε παραμορφωτικές επεμβάσεις ή οδυνηρές θεραπείες, που μπορεί να διαρκέσουν για μήνες ή ακόμα και χρόνια. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις αυτών των εμπειριών επιδεινώνονται όταν ο ασθενής τοποθετείται σε απομόνωση ή ακινητοποιείται στο κρεβάτι. Μέσα σ' αυτές τις συνθήκες είναι φυσιολογικό να βιώνει έντονη κοινωνική αποστέρηση και τα μόνα διαθέσιμα μέσα που μπορεί να χρησιμοποιεί για να ελέγξει ερεθίσματα από το κοινωνικό περιβάλλον είναι η ανάπτυξη συμπτωμάτων που απαιτούν περισσότερη κοινωνική επαφή και μέριμνα. Ως αποτέλεσμα, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και οι συγγενείς παρέχουν περίθαλψη, ενδιαφέρον και τη συμπάθεια που επιδιώκει ο άρρωστος ενώ αυτός χρησιμοποιεί τα συμπτώματα του για να τους φέρει κοντά του. Τέλος, ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη συμπτωμάτων στη συμπεριφορά είναι μια αυξημένη ευαισθησία σε σωματικά ερεθίσματα στα οποία ο ασθενής επικεντρώνει τη προσοχή του και κατά συνέπεια τα βιώνει μεγαλοποιημένα, ακριβώς επειδή δεν δέχεται άλλα ερεθίσματα από το περιβάλλον του λόγω της απομόνωσης του. (Ρηγάτος Γ. 1985).

Η ανάπτυξη τέτοιων συμπτωμάτων στη συμπεριφορά έχει μια ιδιαιτερότητα στους καρκινοπαθείς. Αρχικά, μπορεί να είναι πολύ δύσκολο να προσδιορίσουμε αν ένα συγκεκριμένο σύμπτωμα έχει μια οργανική ή μια ψυχολογική βάση. Έπειτα, αφού μια ψυχική βάση των συμπτωμάτων τυπικά δεν θεωρείται ενδεχόμενη παρά μόνο αφού όλες οι διαθέσιμες ιατρικές θεραπείες έχουν αποτύχει, ο ασθενής που παραπονείται για τον πόνο μπορεί να λάβει χωρίς να υπάρχει ανάγκη, μεγάλες δόσεις ναρκωτικών που μπορεί να παρουσιάσουν σοβαρές παρενέργειες. Τέλος, ακόμα και αν το νοσηλευτικό προσωπικό είναι βέβαιο ότι η συμπεριφορά του ασθενή σχετίζεται με τα δευτερογενή οφέλη που δημιουργεί η επαφή, η φροντίδα κτλ, μπορεί να είναι απρόθυμοι να αποκαλύψουν την υπόθεσή τους. Συχνά το ιατρικό προσωπικό αισθάνεται ότι τέτοια παραδοχή θα ερμηνευόταν σαν κατηγορία αδυναμίας και οι ασθενείς δεν θα δέχονταν ότι το πρόβλημά τους βρίσκεται μόνο «στο μυαλό τους» και άρα ότι προσποιούνται. Ένα από τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι ασθενείς, το οποίο μπορεί να αντιμετωπιστεί σε μια συμπεριφορική προσέγγιση είναι ο πόνος. Ενδείξεις για τον πόνο συμβαίνουν σε συνέπεια ερεθισμού των περιφερικών νευρικών απολήξεων στο δέρμα και στα εν τω βάθος όργανα από ανατομική βλάβη ή άλλες παθολογικές καταστάσεις στον οργανισμό. Η διάγνωση ζητά να εντοπίσει τη βλάβη στο σώμα που προκαλεί τον πόνο και τη θεραπεία ζητά να μειώσει ή να σταματήσει τον πόνο. Αν η θεραπεία αποτυγχάνει και ο πόνος συνεχίζεται τότε το μοντέλο (*Σωματική πάθηση – Εντόπιση άλγους και της αντανάκλασης του – Διάγνωση – Θεραπεία*) δεν οδηγεί σε λύση του προβλήματος, έτσι θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν άλλα μοντέλα. Ένα συμπεριφορικό μοντέλο θεωρεί τον πόνο ως μια συμπεριφορά που αντανακλά την αντίληψη του πόνου που εκδηλώνονται σε επίπεδο λόγου, με εκφράσεις στο πρόσωπο, με τη λήψη φαρμάκων, με την άρνηση για εργασία, με την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, κ.α.

Ο πόνος στον καρκίνο προκαλείται από τον ίδιο τον καρκίνο, από την θεραπεία του (π.χ μετεγχειρητικός πόνος,) ή από άλλους λόγους όπως ο μυοσκελετικός. Η συμπεριφορική προσέγγιση υποστηρίζει ότι η αίσθηση και η έκφραση του πόνου επηρεάζονται από περιβαλλοντικούς παράγοντες και τη μάθηση και κατά συνέπεια μπορούν να τροποποιηθούν. Συνήθως τα άτομα που περιβάλλουν τον άρρωστο αντιδρούν με μεγαλύτερο ενδιαφέρον,

φροντίδα και συμπάθεια όταν ο ασθενής εκφράζει τον πόνο του (κλάμα, θυμός, παράπονα). Αυτή η διαφορετική στάση του περιβάλλοντος που ίσως δεν υπάρχει όταν ο ασθενής δεν πονά ενισχύει τις συμπεριφορές πόνου. Έτσι, λοιπόν, δεν θεωρούνται αντανακλαστικές αντιδράσεις αλλά «μαθαίνονται» γιατί εξαρτώνται από τις συνέπειες του. Δημιουργείται με λίγα λόγια μια εξαρτημένη μάθηση. (Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. 1986).

8.3 Ψυχοκοινωνικές ανάγκες ασθενών με καρκίνο

Ο προσδιορισμός των αναγκών υγείας αναγνωρίζεται ευρέως για να είναι γεμάτος με τη δυσκολία, που απεικονίζει τα ευρύτερα φιλοσοφικά προβλήματα να καταλάβει τις ανθρώπινες ανάγκες γενικά. Δεν υπάρχει ούτε ένα σωστός τρόπος να αντιληφθούν, να αξιολογηθούν και να μετρηθούν οι ανάγκες υγείας. Οι νοσοκομειακοί γιατροί, οι επαγγελματίες δημόσιας υγείας, οι διευθυντές υγειονομικών υπηρεσιών, οι οικονομολόγοι και οι κοινωνιολόγοι καθορίζουν και μετρούν τις «ανάγκες υγείας» διαφορετικά.

Η ψυχο – ογκολογία έχει διαδραματίσει έναν κρίσιμο ρόλο ώστε να βελτιώσει την πληροφόρηση για τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών και έχει αναπτύξει μια ιδιαίτερη προσέγγιση στην έρευνα, αξιολογώντας και απαντώντας στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες. Οι σφραγίδες αυτής της προσέγγισης είναι: μια εστίαση στις συναισθηματικές και ψυχολογικές απαντήσεις των ασθενών στην ασθένεια τους και τη θεραπεία του συναισθηματικού κινδύνου (ανησυχία, κατάθλιψη, ψυχολογική και ψυχιατρική νοσηρότητα, ψυχολογική παθολογία), η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής που καθίσταται λειτουργική από την άποψη της μέτρησης της φυσικής και συναισθηματικής λειτουργίας των ασθενών. Κατά συνέπεια οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες εξισώνονται με τους βαθμούς συναισθηματικής και ψυχολογικής καταπόνησης ή ανεπαρκούς συναισθηματικής λειτουργίας. Εάν οι αιτίες αποδίδονται σε αυτές, τείνουν να προσδιοριστούν στο επίπεδο μεμονωμένης προσωπικότητας και άλλων ψυχολογικών χαρακτηριστικών. Μια συμπονετική εκτίμηση του ευρέος φάσματος των πιθανών ψυχοκοινωνικών αναγκών εκ μέρους των φορέων παροχής υπηρεσιών μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τον καρκίνο. Υπάρχουν μερικές ανάγκες που μπορούν να καλυφθούν πλήρως από τα άτομα και τις υγειονομικές υπηρεσίες: σωματικές ανάγκες, συναισθηματικές και πνευματικές ανάγκες, ανάγκες πληροφόρησης, ανάγκες με κοινωνικά δίκτυα υποστήριξης. Μια μεγαλύτερη κατανόηση των ζητημάτων που συμβάλλουν στην ψυχολογική νοσηρότητα των ασθενών με καρκίνο θα βοηθήσει ώστε να εξασφαλιστούν οι ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες υποστήριξης. (Μπεσμπέας Σ, Δοντάς Ν, Πατηράκη Ε. 2003).

Οι φορείς παροχής υπηρεσιών καρκίνου πρέπει να εξασφαλίσουν ότι:

- Οι προσφέροντες ιατρικής υποστήριξης καταλαβαίνουν τις προσδοκίες των ασθενών τους και εκτιμούν ότι οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες ποικίλουν μεταξύ των ασθενών,
- Οι ανάγκες πληροφόρησης πρέπει να περιλαμβάνουν τις συμβουλές για τις υπηρεσίες,
- Οι προσφέροντες ιατρικής υποστήριξης να γνωρίζουν ότι είναι σημαντικό να παρέχεται υποστήριξη στην οικογένεια,
- Οι υπηρεσίες να περιλαμβάνουν τη βοήθεια στη διατήρηση και την ανεξαρτησία της αίσθησης του ελέγχου των γεγονότων από τον ασθενή,
- Να παρέχονται υπηρεσίες ώστε να βοηθήσουν τους ασθενείς να εξετάσουν μια σειρά συναισθηματικών και πνευματικών ζητημάτων,

- Οι ιατρικές υπηρεσίες να γνωρίζουν τις πρακτικές ανάγκες (συμπεριλαμβανομένης και της παιδικής μέριμνας).

Όλοι οι ασθενείς και οι οικογένειες αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής τους. Μερικοί είναι ξαφνικοί και πρόωροι (θάνατος ή η καταστροφή), ενώ άλλοι αναμένονται (διαζύγιο ή αποχώρηση). Ο καρκίνος σε ένα μέλος μιας οικογένειας θα αλλάξει τη συναισθηματική ισορροπία, τους πόρους χρηματοδότησης, το τμήμα της ευθύνης, και τις κοινωνικές δραστηριότητες του συζύγου ή του συνεργάτη, καθώς επίσης και το υπόλοιπο της οικογένειας. Επειδή πολλοί ασθενείς, ακόμα και σήμερα, θεωρούν μια διάγνωση καρκίνου ως πρόταση του επικείμενου και επίπονου θανάτου, υπάρχει ένας μεγάλος ψυχολογικός αντίκτυπος στο ρόλο του ασθενή και της οικογένειας. Αρχικά, μια ψυχολογική κρίση δημιουργείται, η οποία προκαλεί πολλές συγκινήσεις που κυμαίνονται από την ανησυχία, το θυμό, το φόβο, και την κατάθλιψη των συχνά συναισθηματικά παράλυτων επιλογών διαγνώσεων και θεραπείας, ως την απελπισία και την απόγνωση. Μετά από αυτήν την άμεση απάντηση κρίσης το Weisman και η μελέτη ορόσημων Worden εξηγούν την "υπαρξιακή δύσκολη θέση," του ατόμου κατά τη διάρκεια των πρώτων 100 ημερών μετά από τη διάγνωση. Ο ασθενής προσπαθεί να εξετάσει την έννοια της ασθένειας και τις πιθανές αλλαγές στα σχέδια ζωής αλλάζοντας αποφάσεις. Στην εκμάθηση μιας διάγνωσης καρκίνου, οι ασθενείς δοκιμάζουν τα νέα και πολλαπλάσια είδη κινδύνου που πρέπει να μάθουν να αντιμετωπίζουν. Η άρνηση, "αυτό δεν μπορεί να είναι αληθινό," συχνά αρχικά χρησιμοποιείται και είναι μια πολύ προσαρμοστική προσωρινή απάντηση. Στην άμεση διαδοχή έρχεται ο θυμός (γιατί εγώ;), ο φόβος (ο καρκίνος δεν σημαίνει το θάνατο;), η γενική ανησυχία (φόβος του άγνωστου), η ανησυχία "δοκιμής" (που περιμένουν τα αποτελέσματα), και το πένθος των πολλών απωλειών τους. Αυτά είναι όλα τα παραδείγματα του κινδύνου που οι ασθενείς πρέπει τώρα να αντιμετωπίσουν ως ένα σύνολο, ενώ προηγουμένως μπορεί να τα είχαν αντιμετωπίσει μόνο σε μεμονωμένη βάση. Ένας σημαντικός παράγοντας αφορά το πώς οι ασθενείς αποκρίνονται στη διάγνωση του καρκίνου. Αν και, αρχικά, είναι συνήθως η ευθύνη του παθολόγου/του χειρουργού. Άλλα στοιχεία που επηρεάζουν την απάντηση περιλαμβάνουν τους αναπτυξιακούς στόχους και τους στόχους σύμφωνα με την ηλικία, προγενέστερα επίπεδα λογικής και κοινωνικής προσαρμογής στην ασθένεια, τις θρησκευτικές και πολιτιστικές τοποθετήσεις, το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης. Οι συναισθηματικές διακυμάνσεις των μελών της οικογένειας και η δυνατότητα να αντιμετωπίσουν τη διάγνωση του καρκίνου είναι ίσως ένας από τους βαθύτερους παράγοντες άγχους που ένα άτομο μπορεί να δοκιμάσει. Η φυσική διαδικασία έχει επιπτώσεις μόνο στον οικοδεσπότη της, αλλά η εμπειρία της ασθένειας και της έμφυτης δυνατότητας για την πίεση επιμερίζεται σε ολόκληρη την οικογένεια. (Πολύζος Α. 2007).

Δεν είναι ασυνήθιστο για τους ασθενείς με σοβαρή ασθένεια και τις οικογένειές τους να αισθανθούν απομονωμένοι ακόμη και από τους στενούς φίλους και τα οικογενειακά μέλη. Μερικοί έχουν παρομοιάσει την εμπειρία του καρκίνου με έναν γύρο ακτοφυλάκων κυλίνδρων της ελπίδας και της απελπισίας. Οι πεποιθήσεις έχουν ένα σημαντικό τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι μπορούν να κρατήσουν την ελπίδα κατά τη διάρκεια μιας ασθένειας. Η ελπίδα δεν είναι η ίδια με τις επιθυμίες και τις προσδοκίες και δεν αφορά αποκλειστικά και μόνο τη σκαπάνη επιθυμίας για μια θεραπεία έτσι, οι ασθενείς και οι οικογένειές τους μπορούν να διερευνήσουν τη δυνατότητα της εκμετάλλευσης για μια ευρεία σειρά φυσικών, συναισθηματικών, και συγγενικών εκβάσεων. Η αρχική ανησυχία είναι η ζωή εναντίον του θανάτου. Ο φόβος κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου μπορεί να είναι ο ακρωτηριασμός και κατευθύνεται συχνά στην αβεβαιότητα. Κατά τη διάρκεια της διαγνωστικής περιόδου, το άτομο, η οικογένεια, και οι φίλοι μπορούν να συντριφθούν. Οι ασθενείς με τον καρκίνο μπορούν να υποστηριχθούν στις προσπάθειές τους να προσαρμοστούν. Εάν οι υποψίες του καρκίνου επιβεβαιώνονται, πρέπει να είναι ο γιατρός που το λέει στον ασθενή και την οικογένεια. Αυτή η εμπειρία μπορεί να δώσει στον ασθενή μια αυξανόμενη αίσθηση της

εμπιστοσύνης ότι η αλήθεια λέγεται και ότι κανένας δεν παρακρατά τις πληροφορίες. Μερικοί ασθενείς έχουν παρουσιάσει μια ανάγκη να αναγνωρίσουν την αίσθηση της προσωπικής τραγωδίας τους, αλλά χωρίς υποστήριξη φροντίδας. Συχνά είναι ανίκανοι να μιλήσουν ειλικρινά για τα συναισθήματά τους. Εντούτοις, κάθε άτομο είναι μοναδικό. Η διάγνωση καρκίνου μπορεί να προκαλέσει ένα ευρύ φάσμα φυσικών συμπτωμάτων όπως το αυξανόμενο ποσοστό καρδιών, η πίεση αίματος, οι πονοκέφαλοι, οι πόνοι μυών, ο ίλιγγος, η απώλεια όρεξης, η ναυτία, η διάρροια, η αδυναμία, η συμπίεση στο λαιμό και το στήθος, και οι διαταραχές ύπνου. Μερικοί θεωρούν ότι η πίεση μπορεί να έχει επιπτώσεις στο ανοσοποιητικό σύστημα του σώματος. Άλλα συναισθήματα που προκύπτουν είναι η κατάθλιψη, η ανησυχία και ένα έντονο συναίσθημα ευπάθειας που μπορεί να συνοδευθεί από τα συναισθήματα της προδοσίας και την αδικία. Δεδομένου ότι οι ασθενείς μαθαίνουν πώς η ασθένεια και η θεραπεία μπορούν να έχουν επιπτώσεις στους οργανισμούς τους είναι σε θέση να μείνουν ενημερωμένοι και να συμμετέχουν στην θεραπεία και την περίθαλψή τους.

Η ενθάρρυνση ενός ασθενή για να υποβάλει τις ερωτήσεις του στον γιατρό, και σε άλλα μέλη της ομάδας θεραπείας θα βελτιώσει την συναισθηματική του κατάσταση. Συχνά οι ασθενείς είναι απρόθυμοι να εκθέσουν τα σημάδια και τα συμπτώματα των παρενεργειών, δεν τα θεωρούν αρκετά σημαντικά ή δεν θέλουν "να ενοχλήσουν". (Κιόναρη Ε 1991).

8.3.1 Ψυχολογικές διαταραχές κατά την ανακοίνωση (διάγνωση) του καρκίνου μαστού

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει μερικές ιδιαιτερότητες αναφορικά με την ψυχοκοινωνική διάστασή του, οι οποίες οφείλονται κατά κύριο λόγο σ' αυτό καθαυτό το όργανο στόχο αλλά και στα επιδημιολογικά δεδομένα.

Συγκεκριμένα, η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα που δυνητικά μπορεί να προκαλέσει τον θάνατό της, αλλά και με την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματος της που συμβολίζει δυο από τις πιο σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της: την μητρότητα και την ερωτική της υπόσταση. Το τελευταίο έχει ιδιαίτερη σημασία, αν αναλογιστεί κανείς ότι ο καρκίνος του μαστού είναι πιο συχνός σε μια ηλικία που και άλλοι παράγοντες (πχ. εμμηνόπαυση, φυσιολογική γήρανση) επιδρούν αρνητικά στην αίσθηση θηλυκότητας και ελκυστικότητας που αισθάνονται και νιώθουν οι γυναίκες. Μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης της νόσου του καρκίνου η ασθενής πρέπει να αντιμετωπίζει τις παραπάνω προκλήσεις και να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση και αυτό γίνεται εκ μέρους της με διάφορους τρόπους. Οι βασικότεροι από αυτούς έχουν καταγραφεί και ονομάζονται **μηχανισμοί προσαρμογής**. (Βούρτση Α.1999).

Υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές ως προς τις αντιδράσεις ενός ασθενή που μπορούν να ξεκινούν από μια φαινομενική αδιαφορία και να φτάνουν σε μεγάλο βαθμό κατάθλιψη. Οι αρχικές αντιδράσεις του ασθενή είναι συνήθως σοκ, άρνηση και θυμός. Αναρωτιέται γιατί συνέβη σε εκείνον, γιατί αυτή τη στιγμή της ζωής του και γιατί ο Θεός ήταν τόσο άδικος μαζί του. Θεωρεί υπεύθυνο τον εαυτό του για αυτή την εξέλιξη στη ζωή του. Θυμώνει για όσα πιθανά «άσχημα» πράγματα έκανε και επιρρίπτει ευθύνες σε οικεία πρόσωπα. Εκτός από τις παραπάνω αντιδράσεις οι σκέψεις του ασθενούς στρέφονται γύρω από την θεραπεία της ασθένειας αλλά και τις επιπτώσεις της θεραπευτικής διαδικασίας.

Κάθε άνθρωπος, όταν έρχεται αντιμέτωπος με ένα δυνητικά θανατηφόρο νόσημα προσπαθεί να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση με σκοπό να μπορέσει να χρησιμοποιήσει όλες τις εφεδρείες που έχει ώστε να αντιμετωπίσει καλύτερα τον κίνδυνο για την ζωή του. Όλοι οι άνθρωποι δεν τα καταφέρνουν το ίδιο καλά και αυτό φαίνεται να έχει σχέση με τα εγγενή χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους. Άλλοι κατορθώνουν γρήγορα να προσαρμοστούν με τα καινούρια δεδομένα της ζωής τους, άλλοι αργούν περισσότερο και άλλοι δεν το κατορθώνουν ποτέ.

Εκτεταμένες έρευνες πάνω στους τρόπους αντιμετώπισης των σοβαρών νοσημάτων έχουν δείξει ότι οι κύριοι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται για την προσαρμογή είναι οι ακόλουθοι:

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

β) Μαχητικότητα: Η ασθενής είναι αποφασισμένη να πολεμήσει και να νικήσει. Κρατάει θετική στάση, ελπίζει και συνήθως ψάχνει μόνη της για να συλλέξει όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί σχετικά με το νόσημά της και την αντιμετώπισή του. Συνήθως ρωτούν τον γιατρό τους για να μάθουν λεπτομέρειες για την κατάστασή τους, ή άλλες φίλες τους που τυχαίνει να πάσχουν από το ίδιο νόσημα, και μπορεί να αισθάνονται τυχερές που το «ανακάλυψαν γρήγορα».

γ) Στωική αποδοχή: Οι ασθενείς δέχονται την διάγνωση και δεν αναζητούν πληροφορίες γι' αυτήν εκτός αν προκύψουν καινούρια συμπτώματα και γενικά συνεχίζουν να ζουν όπως πρώτα χωρίς να ασχολούνται ιδιαίτερα με το νόσημά τους.

δ) Αποδοχή με συνοδό άγχος/θλίψη: Οι ασθενείς αυτές αντιδρούν στην διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή/και θλίψη. Όπως και οι γυναίκες με μαχητικό πνεύμα, επιδιώκουν ενεργητικά να μάθουν όσες περισσότερες πληροφορίες μπορούν, αντίθετα αυτές έχουν την τάση να τα ερμηνεύουν όλα με τρόπο αρνητικό και απαισιόδοξο. Πάντως, είναι ικανές να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές δραστηριότητές τους.

ε) Απελπισία: Οι γυναίκες αυτές φαίνεται να έχουν κυριευτεί απόλυτα από την διάγνωση. Θεωρούν ότι είναι συνεχώς άρρωστες, είτε έχουν, είτε δεν έχουν συμπτώματα, και μερικές φορές ενεργούν σα να πρόκειται να καταλήξουν άμεσα. Η καθημερινή τους λειτουργικότητα είναι απόλυτα επηρεασμένη και αποδιοργανωμένη. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι αρκετοί ασθενείς με καρκίνο στο άκουσμα της διάγνωσης φτάνουν στο σημείο να αντιμετωπίζουν ψυχιατρικά προβλήματα. (Dewitt P. 2005).

8.3.2 Ψυχικές διαταραχές κατά τη μαστεκτομή

Η μαστεκτομή μπορεί να αποτελέσει μία τραυματική εμπειρία για κάθε γυναίκα που υπόκειται σε αυτή τη χειρουργική επέμβαση. Κυρίως, γιατί οι γυναίκες νιώθουν ότι το στήθος είναι το κατεξοχήν το σωματικό χαρακτηριστικό της θηλυκής τους φύσης. Ως αποτέλεσμα, οποιαδήποτε αλλαγή στην εικόνα του στήθους αποτελεί μεγάλο πλήγμα στην αυτοπεποίθηση της γυναίκας, ανεξάρτητα από την ηλικία της, το μορφωτικό της επίπεδο ή την κοινωνική της τάξη.

Οι περισσότερες γυναίκες χρειάζονται αρκετό χρόνο για να συμφιλιωθούν με την ιδέα της μαστεκτομής και ακόμη περισσότερο για να συνηθίσουν την εικόνα τους μετά την επέμβαση. Κάθε γυναίκα βρίσκει διαφορετικούς τρόπους για να αντιμετωπίσει την αλλαγή στο σώμα της. Κάποιες προτιμούν να δουν το σώμα τους την πρώτη φορά μετά την επέμβαση μόνες τους, χωρίς μάρτυρες. Άλλες ίσως χρειάζονται την συμπαράσταση του συντρόφου τους, μίας στενής φίλης, ή του γιατρού τους. Όποια κι αν είναι η αντίδραση, συνήθως οι πρώτοι μήνες μετά το χειρουργείο είναι δύσκολοι από ψυχολογικής απόψεως και οι περισσότερες γυναίκες έρχονται αντιμέτωπες με αντικρουόμενα συναισθήματα όπως λύπη,

φόβος, σοκ, θυμός και από την άλλη ανακούφιση που ο καρκίνος εντοπίστηκε έγκαιρα και αντιμετωπίστηκε. (Pascarella J.V. 1997).

Η ιατρική πιστοποίηση της πολύ σοβαρής ασθένειας του καρκίνου και η απώλεια του μαστού φαίνεται να οδηγούν σε μια σχεδόν υποχρεωτική αναδιάταξη των προσωπικών οριζόντων της ασθενούς και σε νέα σχέδια για το μέλλον. Ο φόβος του ενδεχόμενου θανάτου και η οριστική αλλαγή του σώματός της αναγκάζει την ασθενή να ερμηνεύσει την παρουσία του καρκίνου του μαστού ως τομή στο χρόνο και ως ρήγμα στην προσωπική της ιστορία (βιογραφική ρήξη), το οποίο οδηγεί σε μια σειρά από επαναπροσδιορισμούς των σχέσεων με τους άλλους, της εικόνας του εαυτού και κατ' επέκταση της σεξουαλικότητας και των γενικότερων αξιών τη ζωής.

Συνεπώς, η ζωή της γυναίκας μετά την εμφάνιση το καρκίνου του μαστού αλλά και τη μαστεκτομή φαίνεται να μην είναι ποτέ ξανά η ίδια εξαιτίας των σωματικών αλλά και των ψυχοκοινωνικών αλλαγών που ακολουθούν τη συγκεκριμένη νόσο. Η συμπαράσταση και η υποστήριξη του συντρόφου είναι ίσως το σημαντικότερο κομμάτι της επιστροφής της γυναίκας στην προ-καρκίνου ζωή της. Αν και η μαστεκτομή δεν επηρεάζει σε καμία περίπτωση την ικανότητα μίας γυναίκας να έχει σεξουαλική ζωή, τα συναισθήματα που συνοδεύουν την επέμβαση συνήθως επηρεάζουν τη σεξουαλικότητα της γυναίκας. Οι περισσότερες γυναίκες έχουν ανάγκη να νιώθουν καλά, να αγαπούν το σώμα τους για να έχουν μία καλή σεξουαλική ζωή. Επομένως, ο φόβος του να αφήσουν το σύντροφό τους να δει ή να αγγίξει και πάλι το «διαφορετικό» τους σώμα πολλές φορές τις σταματά. Εκεί είναι που ο σύντροφος θα πρέπει να κάνει τη γυναίκα να νιώσει ασφαλής μαζί του, ο σύντροφος είναι το κλειδί που θα κάνει τη γυναίκα να νιώσει ίδια όπως και πριν τον καρκίνο. Για πολλές γυναίκες, το πρώτο βήμα στο να συμφιλιωθούν με την εικόνα του κορμιού τους είναι η συμπαράσταση που λαμβάνουν από το σύντροφό τους. (Knorr T. 2000).

Οι γυναίκες αμέσως μετά την επέμβαση είναι ακόμη σε κατάσταση σοκ και τείνουν να μην πιστεύουν αυτά που τους λένε οι γιατροί και οι νοσοκόμες. Η ασθενής μετά την μαστεκτομή έχει να αντιμετωπίσει όχι μόνο τον φόβο από τις απώτερες συνέπειες της νόσου αλλά και την απώλεια του μαστού που ακρωτηριάζει το πρωταρχικό σύμβολο της θηλυκότητας της. Το ψυχολογικό τραύμα που συνοδεύει την μαστεκτομή είναι τόσο σημαντικό που αναστατώνει όλες σχεδόν τις πτυχές της προσωπικής και οικογενειακής ζωής της ασθενούς. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις της ασθενούς μετά από την απώλεια του μαστού παρομοιάζονται με αυτές που αισθάνεται κάποιος όταν χάνει αγαπημένο του πρόσωπο. Έτσι, η ασθενής πρέπει να περάσει από τα ίδια στάδια κατάθλιψης, θυμού, άρνησης και απόγνωσης μέχρις ότου προσαρμοσθεί ψυχολογικά και αποδεχθεί την καινούργια της κατάσταση. Αν και υπάρχει σχεδόν πάντοτε ο φόβος της υποτροπής και της συστηματικής διασποράς της νόσου, φαίνεται ότι η κατάθλιψη οφείλεται σε αρκετές περιπτώσεις στην απώλεια του μαστού παρά στην αγωνία για τις σοβαρές απώτερες συνέπειες του καρκίνου.

Αναμφίβολα, η αποκατάσταση του μαστού βοηθά την ασθενή να ξεπεράσει τα πολλαπλά ψυχολογικά προβλήματα που αναφύονται λόγω της μαστεκτομής. Όμως είναι αλήθεια ότι λίγες ημέρες μετά την επέμβαση, το οίδημα θα μειωθεί, τυχόν μελάνιασμα του δέρματος σιγά - σιγά θα εξαφανιστεί και οι ουλές θα γίνουν λιγότερο εμφανείς. Επιπλέον η προσθετική στήθους χρησιμοποιείται συχνά ως συμπλήρωμα της μαστεκτομής, προκειμένου να βοηθήσει ψυχολογικά τη γυναίκα που έχει υποστεί τη μαστεκτομή. (Spiegel D. 1997).

8.3.3 Ψυχολογικές διαταραχές κατά την χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία μπορεί να επιφέρει μείζονες αλλαγές στη ζωή του ασθενούς. Μπορεί να επηρεάσει τη συνολική υγεία του, να τον κάνει να αισθάνεται άσχημα, να διαταράσσει το καθημερινό του πρόγραμμα και να βάλει σε δοκιμασία της προσωπικές του σχέσεις. Επομένως είναι φυσικό πολλοί άνθρωποι να αισθάνονται φόβο, άγχος θυμό ή

κατάθλιψη σε κάποιο βαθμό κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.

Ο καρκινοπαθής εισέρχεται κατά κανόνα στη φάση της χημειοθεραπείας αφού έχουν προηγηθεί το σοκ της διάγνωσης ή μια οδυνηρή υποψία, ή μια ακρωτηριαστική επέμβαση (μαστεκτομή) και ίσως η ακτινοθεραπεία, που όμως δεν κατάφεραν να αναστείλουν τη νόσο. Στη φάση αυτή ο ασθενής κατά κανόνα γνωρίζει τη νόσο του, άσχετα αν αυτό εκφράζεται ή όχι, κι έχει κάνει ένα είδος προσαρμογής σ' αυτήν. Υπάρχει το στοιχείο της απογοήτευσης αλλά και το στοιχείο της ελπίδας, για την καινούργια θεραπευτική μέθοδο. Η θεραπεία αυτή, ωστόσο, είναι εξαιρετικά επιβαρυντική για τον οργανισμό του ασθενή, λόγω των πολλαπλών παρενεργειών που επιφέρει κάθε κύκλος χημειοθεραπείας στο σώμα του. Οι παρενέργειες αυτές είναι αναπόφευκτες καθώς οι φαρμακευτικές ουσίες εξοντώνουν, εκτός από τα καρκινικά, και τα υγιή κύτταρα. Παράλληλα, οι επάλληλοι κύκλοι χημειοθεραπείας επιφορτίζουν συναισθηματικά και ψυχολογικά τον ασθενή και κουράζουν το οικογενειακό του περιβάλλον. (Beller C, Deardoff W. 1999).

Το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του ασθενή μπορεί, και πρέπει, να του συμπαρασταθεί συναισθηματικά και ψυχολογικά κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας. Ωστόσο, υπάρχουν και βήματα πρακτικής φύσης που μπορεί να πάρει κάποιος για να ενισχύσει τον ασθενή στην προσπάθειά του. Μάλιστα είναι καλό ο ίδιος ο ασθενής να ενημερώνει για αυτά, απαλλάσσοντάς τους έτσι από την αμηχανία και παρέχοντάς τους τη χαρωπή δυνατότητα να βοηθήσουν όπου μπορούν. Είναι πολύ σημαντικό ο ασθενής να μην αποκλείσει την οικογένεια και τους φίλους του από τη δοκιμασία που περνά. Αντίθετα, οφείλει να τους εκφράζει συχνά την αγάπη και την εκτίμησή του για όσα κάνουν για να τον βοηθήσουν. Αυτό θα τους βοηθήσει να αναζωογονούνται ψυχολογικά και να διατηρούνται και αυτοί κατά το δυνατόν ευδιάθετοι. Δυστυχώς όμως, σπάνια οι ασθενείς αναγνωρίζουν την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη, παρ' ότι είναι αποδεδειγμένο πως το ψυχικό σθένος και η θετική διάθεση μπορούν να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της νόσου, καθώς διατηρούν τον ασθενή αποφασισμένο να ολοκληρώσει την αγωγή και να μην παραιτηθεί από τον αγώνα για τη ζωή του. Έχει τεκμηριωθεί από δεκάδες σχετικές έρευνες πως η διάθεση του ασθενή βελτιώνει τη γενικότερη λειτουργία του οργανισμού και την ανταπόκρισή του στην εκάστοτε θεραπεία. Συνεπώς, ανεξάρτητα από τις δηλώσεις του ίδιου του ασθενή, ο οποίος πιθανόν αρνείται πως έχει επηρεαστεί ψυχολογικά εξαιτίας των παρενεργειών της αγωγής, ο θεράπων ιατρός και οι οικείοι του ασθενή θα πρέπει να είναι ευαίσθητοι όσον αφορά τις ψυχολογικές και συναισθηματικές του ανάγκες.

Ένας ειδικός είναι σε θέση να βοηθήσει ένα καρκινοπαθή να αποδεχτεί και να αφομοιώσει με υγιή τρόπο τις όποιες αλλαγές – σωματικές, σεξουαλικές, οικογενειακές, εργασιακές - επιφέρει στη ζωή του η νόσος αλλά και η θεραπεία. (Mayou R, Sharpe M, Carson A. 2010).

8.4 Ψυχολογικές διακυμάνσεις στο περιβάλλον της καρκινοπαθούς

Ο τρόπος χειρισμού της όλης κατάστασης σε μεγάλο βαθμό θα οριστεί από αυτούς που έχει γύρω του ο ασθενής. Η οικογένεια, αφού αποδεχτεί πως ένα της μέλος νοσεί, καλείται να προσαρμοστεί σε νέα δεδομένα. Ακόμη και ο τρόπος συμπεριφοράς απέναντι στην ασθενή αλλάζει. Συνήθως, η οικογένεια δημιουργεί γύρω από την ασθενή ένα κλίμα υπερπροστασίας και ψεύτικης αισιοδοξίας αποφεύγοντας έτσι οποιαδήποτε δυσάρεστη επικοινωνία. Με αυτό τον τρόπο υψώνεται ένα τείχος όπου πράγματα αφήνονται να εννοηθούν χωρίς όμως να λεχθούν. Αποφεύγονται να χρησιμοποιηθούν λέξεις όπως καρκίνος και χημειοθεραπεία.

Η ασθενής βλέποντας τους άλλους να αλλάζουν στάση και συμπεριφορά απομονώνεται σιγά - σιγά μέσα από την προσπάθεια τους να τον προστατέψουν. Και ενώ στην φάση αυτή έχει την ανάγκη να εκφράσει φόβους και αγωνίες εισπράττει οίκτο και σιωπή. Η οικογένεια απαιτείται να έχει ανοικτή επικοινωνία με την ασθενή προκειμένου να

βοηθηθούν τα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν τα δικά τους συναισθήματα και ανάγκες καθώς επίσης και η ασθενής να λειτουργήσει μέσα από έναν ρόλο όχι παθητικού δέκτη αλλά υπεύθυνου και ενεργητικού. Μια αρρώστια όταν είναι σοβαρή ή χρόνια διαταράσσει όχι μόνο την προσωπική ζωή της ασθενούς, αλλά και τις σχέσεις της με τα μέλη της οικογένειας και την ίδια τη ζωή των μελών αυτών. Εκτός από τον άρρωστο, πάσχουν συγχρόνως και ο, η σύζυγος, τα παιδιά, οι γονείς, τα αδέρφια ή και άλλοι συγγενείς κατά περίπτωση. Τα αισθήματα και οι αντιδράσεις είναι σχεδόν οι ίδιες με αυτές της ασθενούς (σοκ, άρνηση, θυμός). Αναρωτιούνται γιατί συνέβη στη δική τους οικογένεια, γιατί αυτή τη στιγμή της ζωής τους και γιατί ο Θεός ήταν τόσο άδικος μαζί τους. Θεωρεί το κάθε μέλος της οικογένειας υπεύθυνο τον εαυτό του για αυτή την εξέλιξη στη ζωή του ασθενούς. (Ρηγάτος Γ.1985) .

Συχνά η ασθενής προσέρχεται στον γιατρό, συνοδευόμενη από κάποιο συγγενικό της πρόσωπο. Συνεπώς η επικοινωνία με την άρρωστη συχνά δεν περιορίζεται σε δύο μόνο πρόσωπα, αλλά διευρύνεται και αφορά σε πολύ περισσότερα άτομα. Πολλές φορές στις περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο οι συγγενείς όπως πρωτοειπώθηκε, συνωμοτούν έτσι ώστε να μην αποκαλυφθεί στην άρρωστη η διάγνωση φοβούμενοι την αντίδρασή της. Πολλές φορές η άρρωστη υποπτεύεται την αλήθεια, αλλά σκέφτεται ότι αυτή θα είναι ψυχικά δυσβάστακτη για τους συγγενείς του και έτσι προσπαθεί να τους προστατεύσει από την επώδυνη πραγματικότητα, αποφεύγοντας να μιλάει γι' αυτήν και προσποιούμενη ότι δεν γνωρίζει τίποτε. Αποτέλεσμα είναι η απομόνωση της αρρώστου, η οποία σηκώνει το φορτίο της διάγνωσης μόνη της, γεγονός που δημιουργεί περισσότερο άγχος, φόβο και σύγχυση. Αντίστοιχα, οι συγγενείς αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν με ψέματα την κατάσταση, και αυτή η εξαπάτηση πληγώνει την ασθενή περισσότερο από την επώδυνη αλήθεια. (Γλεντής Π 2006.). Έτσι η οικογένεια δεν επικοινωνεί ουσιαστικά και δεν επιλύει σημαντικά προβλήματα, σε μια χρονική στιγμή που περισσότερο παρά ποτέ υπάρχει ανάγκη στενής συνεργασίας. Απώτερη συνέπεια μπορεί να είναι η ανάπτυξη ενοχής και τύψεων στους συγγενείς μετά τον θάνατο της αρρώστου, διότι πιστεύουν ότι δεν στάθηκαν κοντά του όσο έπρεπε. Συχνά, επίσης, δίνεται η εντύπωση ότι οι συγγενείς προσπαθούν να προστατεύσουν τον εαυτό τους από τον πόνο της αποκάλυψης, αλλά το συνηθέστερο είναι ότι πραγματικά ενεργούν από αγάπη και ενδιαφέρον για την ασθενή. Μερικές φορές το αίτημά τους για απόκρυψη της αλήθειας μπορεί να προέρχεται από άρνηση των ιδίων να δεχθούν την πραγματικότητα, οπότε θα πρέπει να βοηθηθούν από κάποιον ειδικό προς την κατεύθυνση αυτή.

Αφού διαπιστωθεί πόσα καταλαβαίνουν σχετικά με την αρρώστια, θα πρέπει να συζητηθεί για την δική τους ψυχολογική επιβάρυνση αν θα προσποιούνται στην άρρωστη ότι η κατάστασή της δεν είναι σοβαρή. Εφόσον οι συγγενείς παραδεχθούν ότι η απόκρυψη της αλήθειας συνεπάγεται μεγάλη ψυχική οδύνη για τους ίδιους ο ειδικός μπορεί να θέσει το ζήτημα της ανοικτής συζήτησης με την ασθενή, όπου θα του δοθεί η ευκαιρία να εξωτερικεύσει όσα εκείνος γνωρίζει. Αν η ασθενής βρίσκεται σε άρνηση και ψυχολογικά φαίνεται να ισορροπεί καλά μέσα στην άγνοιά της, θα γίνει σεβαστός αυτός ο αμυντικός μηχανισμός της και δεν θα καταβληθεί προσπάθεια για να της αποκαλυφθεί η αλήθεια που δεν είναι έτοιμη να δεχθεί. Αν όμως δείξει ότι πράγματι ξέρει ή υποπτεύεται την αλήθεια τότε θα μπορέσουμε να επιβεβαιώσουμε τις υποψίες της και έτσι να διευκολύνουμε τον διάλογο με τους συγγενείς. Ο διάλογος αυτός θα επιτρέψει στα μέλη μιας οικογένειας να έχουν την καλύτερη δυνατή ανταλλαγή απόψεων μέσα στην πραγματικότητα που δημιουργεί η νόσος και να ολοκληρώσουν εργασίες ή υποχρεώσεις, που αλλιώς μπορεί να έμενε σε εκκρεμότητα, λόγω της έλλειψης επικοινωνίας. Αρκετές φορές η ασθενής βρίσκεται και εκείνη σε μια κατάσταση προστατευτικής σιωπής απέναντι στους οικείους του, η διαμεσολάβηση του ειδικού για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας κατά κανόνα θα είναι ευπρόσδεκτη και από τα δύο μέρη, αν και ο διάλογος θα είναι συναισθηματικά πολύ φορτισμένος. Είναι αυτονόητο ότι μια τέτοια προσέγγιση μπορεί να εφαρμοστεί και να

αποδώσει καλύτερα, αν ο ίδιος ο ειδικός έχει ξεπεράσει τους δικούς του φόβους και την αμηχανία του μπροστά στις συναισθηματικές αντιδράσεις των συνομιλητών του. Συχνά ο γιατρός αντιμετωπίζει περισσότερα από ένα συγγενικά πρόσωπα, που θέλουν να πάρουν ξεχωριστά πληροφορίες για την ασθενή ή και να εκφράσουν διαφορετικές απόψεις για την πορεία της θεραπείας της. (Κόνιαρη Ε. 1991).

Αυτό συχνά φθάνει να γίνεται κουραστικό για τον γιατρό, όχι μόνο γιατί αποτελεί πρόσθετο φόρτο εργασίας, αλλά και διότι μπορεί ακούσια να δημιουργήσει διαφορετικές εντυπώσεις σε κάθε πρόσωπο και να οδηγήσει σε σύγχυση. Ακόμη ο γιατρός δεν είναι σε θέση να γνωρίζει τις διαπροσωπικές σχέσεις των διαφόρων συγγενών, οι οποίες δεν είναι πάντα αγαθές και αρμονικές. Έτσι η παροχή πληροφοριών για την ασθενή σε ένα αποξενωμένο συγγενή μπορεί να μην είναι σύμφωνη με τις επιθυμίες της αρρώστου και να οδηγήσει σε παρεξηγήσεις, εχθρότητα ή και σε νομικές συνέπειες για τον γιατρό. Μια τέτοια κατάσταση μπορεί να αποφευχθεί, αν από την πρώτη κατάλληλη ευκαιρία, ζητηθεί από την ασθενή να ορίσει ένα συγκεκριμένο συγγενικό πρόσωπο με το οποίο θα επικοινωνεί ο γιατρός και με τη σειρά του θα μεταβιβάζει την πληροφόρησή μας προς τα άλλα μέλη της οικογένειας. Ο συγγενής που έχει αναλάβει τη γενικότερη φροντίδα της ασθενούς είναι απαραίτητο να επισκεφθεί ειδικό όχι μόνο για την καλύτερη αντιμετώπιση του πρώτου αλλά και για τη ψυχική ισορροπία του ίδιου που όπως φαίνεται από τα παραπάνω πολλές φορές κλονίζεται υπό αυτό το βάρος. (Αγγελόπουλος Ν. 2009).

Κεφάλαιο 9^ο



*Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε
ασθενείς με καρκίνο μαστού σε
ψυχολογικό επίπεδο*

9. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με καρκίνο μαστού σε ψυχολογικό επίπεδο

9.1 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή με διάγνωση καρκίνου μαστού

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. 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. (Spiegel D. 1997).

Όλα ξεκινούν από τη στιγμή που η γυναίκα ανακαλύπτει κάποιο ανησυχητικό σημείο στο στήθος της και απευθύνεται στον αρμόδιο γιατρό, όπου ακολουθεί τις συστάσεις του, μέχρι να επιβεβαιωθεί η διάγνωση του καρκίνου του μαστού, και καταλήγει στη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου. Αρχικά, στην ιδέα του καρκίνου η γυναίκα καταλαμβάνεται από τον πανικό, το άγχος και την άρνηση αποδοχής της διάγνωσης. Όταν η πιθανότητα κακοήθειας και ή εισαγωγή στο νοσοκομείο δε μπορεί να αποκλεισθεί, η ασθενής διακατέχεται από ανησυχία, κατάθλιψη, φόβο, ακρωτηριασμού ή θανάτου και αποπροσανατολισμό, ενώ αποσύρεται από την ενεργό ζωή.

Έτσι οι ενέργειες του νοσηλευτή πρέπει να είναι οι ακόλουθες :

- ✓ Από την στιγμή της διάγνωσης ο νοσηλευτής υποδηλώνει στην καρκινοπαθή τη συμπαράστασή του με την ευγενική και φιλική του συμπεριφορά
- ✓ Κατά την νοσηλεία στο νοσοκομείο, προσανατολίζει την ασθενή και τις δείχνει τα πάντα γύρω από το τμήμα που νοσηλεύεται ώστε να νιώθει άντε μέσα σε αυτό
- ✓ Ενημερώνει την ασθενή για τις θεραπείες που πρόκειται να υποβληθεί και για τυχόν παρενέργειες αυτών
- ✓ Βοηθάει στην προσαρμογή της ασθενούς για τις μελλοντικές θεραπείες
- ✓ Αφήνει περιθώρια για συζήτηση με την ασθενή, προσπαθώντας να την καθησυχάσει και να της απαντήσει σε όλες τις απορίες της σχετικά με τη νόσο
- ✓ Να την ενθαρρύνει να εκφράσει τα συναισθήματα της σχετικά για τη νόσο
- ✓ Ενημερώνει τους συγγενείς σχετικά με την ψυχολογική πορεία της ασθενούς και προτείνει λύσεις για ένα καλύτερο και πιο ευδιάθετο περιβάλλον
- ✓ Βελτιώνει την ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς με κάθε δυνατό τρόπο
- ✓ Βελτιώνει την ποιότητα ζωής της ασθενούς. (Kim A, Fall P. 2007).

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 την ασθενή αλλά και την οικογένειά της. Στην 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 της για την προσαρμογή στη θεραπεία 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. (Kornblith A, Ligitel J. 2003).

Ο νοσηλευτής αφού πάρει πρώτα άδεια από την ασθενή, παρεμβαίνει ενθαρρύνοντας και βοηθώντας την οικογένεια να συμμετάσχει ενεργά στην κοινωνική της υποστήριξη. Μπορεί να ενημερώσει επίσης τους φίλους της σχετικά με το είδος της προαναφερθείσας βοήθειας που μπορούν να της προσφέρουν. Είναι χρήσιμο να έρθει η ασθενής σε επαφή με άλλες ομάδες ασθενών που βιώνουν τα ίδια προβλήματα. 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 σύζυγου να υποφέρει όσο και από την σκέψη απώλειας της. Ο σύζυγος είναι διαφορετική προσωπικότητα με διαφορετικές ανάγκες από αυτές της γυναίκας με συνέπεια να χρειάζεται διαφορετική εκπαίδευση στην προσαρμογή του στην ασθένεια. (Keeling D.I, Jone E, Harding K.G. 1996).

Αναμφισβήτητα η συζυγική σχέση μετά την διάγνωση και κατά την διάρκεια της θεραπείας περνά κρίση. 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 το ζευγάρι να συζητούν 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 ψυχολόγο. 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. Η επιστροφή μπορεί να της δημιουργεί άγχος σχετικά με το εάν οι συνάδελφοι της γνωρίζουν την κατάσταση αλλά και το φόβο για την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών της μελλοντικής θεραπείας. Επίσης υπάρχει αρκετό άγχος αν οι παρενέργειες, όπως η κόπωση, μεταβάλλουν την ικανότητα της να διατηρήσει την αποδοτικότητα της στην δουλειά και στο σπίτι της. (Κονιάρη Ε. 1991).

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω ο νοσηλευτής οφείλει να :

- Ø Να ενθαρρύνει την ασθενή να επιστρέψει στην εργασία της
- Ø Να τονίσει την σημασία της εργασίας για την ίδια αλλά και για κάθε άτομο, εξηγώντας ότι η εργασία και η καριέρα είναι μια σημαντική πηγή αυτοεκτίμησης, ταυτότητας και ικανοποίησης
- Ø 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
- Ø Να την ενθαρρύνει να βρει τρόπους να διατηρεί την ενεργεία της και να μην κουράζεται άσκοπα κατά την διάρκεια της εργασίας της
- Ø Να την φέρει σε επαφή με τον κοινωνικό λειτουργό. (Vos P. J, Visser A.P. και συν. 2006)

9.1.1 Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς σε κοινωνικό επίπεδο

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 την ασθενή αλλά και την οικογένεια της (Kornblith A,

Ligitel J. 2003).

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. (Keeling D.I, Jone E, Harding K.G. 1996).

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. (Kornblith A, Ligitel J. 2003).

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. 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 ασθένεια της (Wengstrom Y. 2001).

Ο νοσηλευτής αφού πάρει πρώτα άδεια από την ασθενή, παρεμβαίνει ενθαρρύνοντας και βοηθώντας την οικογένεια να συμμετάσχει ενεργά στην κοινωνική 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. (Kornblith A, Ligitel J. 2003).

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. Ο σύζυγος είναι διαφορετική προσωπικότητα με διαφορετικές ανάγκες από αυτές της γυναίκας με συνέπεια να χρειάζεται διαφορετική εκπαίδευση στην προσαρμογή του στην ασθένεια. (Wengstrom Y. 2001). Αναμφισβήτητα 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 αντιμετώπιζαν προβλήματα και πριν την διάγνωση του καρκίνου. 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. (Keeling D.I, Jone E, Harding K.G. 1996).

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 ασθένειας, είναι τα πιο σημαντικά προβλήματα που βιώνουν. (Αγγελόπουλος Ν. 2009). Τα μικρά παιδιά και οι έφηβοι έχουν

ανάγκη να γνωρίζουν ακριβώς τι συμβαίνει ακριβώς στην οικογένεια τους. Το άγχος και η ανησυχία της μητέρας είναι παράγοντες που επηρεάζουν περισσότερο από ότι η θεραπεία της. (Watson M. 2006). Η ενημέρωσή τους, το είδος και η ποιότητα των πληροφοριών πρέπει να είναι ανάλογες με την ηλικία, την ωριμότητα, και την προσωπικότητα του κάθε παιδιού. 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. (Αγγελόπουλος Ν. 2009).

9.2 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή που υποβλήθηκε σε συντηρητική χειρουργική θεραπεία

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 που περιλαμβάνουν οι θεραπείες της συντηρητικής χειρουργικής θεραπείας. Σε αυτές ανήκουν η αλωπεκία, η ναυτία, οι εμετοί, δερματικές αλλαγές, 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 κατά την διάρκεια της θεραπείας. (Dewitt P. 2005).

Πριν από την έναρξη της θεραπείας, ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει την πάσχουσα για το είδος, τον τρόπο και τη διάρκεια αυτής. Βέβαια, 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. Οι γυναίκες, φοβούμενες την εμφάνιση των ανεπιθύμητων ενεργειών από τα φάρμακα, μειώνουν τις κοινωνικές συναναστροφές, αποδιοργανώνονται και παραιτούνται από την εργασιακή δραστηριότητα. Αυτό είχε σαν συνέπεια οι μεταβολές αυτές να εξαντλούν τις φυσικές και ψυχικές δυνάμεις τους, και να τους προκαλούν έντονη συναισθηματική φόρτιση. Αλλά και η οικογενειακή ζωή της άρρωστης δοκιμάζεται σφοδρά, καθώς η γυναικά λόγω της χημειοθεραπείας και συνεπειών της αποστασιοποιείται και δυσχεραίνει να ανταπεξέλθει σε κάποιους τομείς. Ασφαλώς, στην κατάπτωση της ασθενούς συμβάλει και η οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας λόγω του υψηλού κόστους της θεραπείας. (Pascaretta J.V. 1997).

Η ψυχολογική υποστήριξη είναι πολύ σημαντική σε όλες τις φάσεις της θεραπείας, χαρίζει δύναμη στην ασθενή να αντέξει την θεραπεία και να έχει δύναμη να συνεχίσει. Αντιλαμβανόμεστε λοιπόν πως ο ρόλος του νοσηλευτή είναι αρκετά σημαντικός για την ασθενή και για την πορεία της κατάστασής της. Έτσι ο νοσηλευτής πρέπει:

- Ø Να δίνει ψυχολογική υποστήριξη πριν, κατά τη διάρκεια και μετά το τέλος της θεραπείας
- Ø Να ενημερώνει την ασθενή σχετικά για το είδος της θεραπείας, και τις ανεπιθύμητες ενέργειες
- Ø Να διαβεβαιώνει την ασθενή πως η ύπαρξη παρενεργειών δεν υποδηλώνει αποτυχία της θεραπείας

- Ø Να εντοπίζει τον πόνο και να τον καταπολεμά με αναλγητικά
- Ø Τονίζει την προσωρινή διάρκεια των παρενεργειών
- Ø Να την ενθαρρύνει να συνεχίσει την προσπάθεια που κάνει για να βελτιώσει την κατάστασή της
- Ø Να την ενθαρρύνει να προσέχει την εμφάνιση της και γενικά να ασχολείται με τον εαυτό της και με την οικογένειά της. (Payne R, Medina E. 2003).

9.3 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή που υποβλήθηκε σε ριζική χειρουργική θεραπεία

Το στήθος θεωρείται αντιπροσωπευτικό στοιχείο της θηλυκότητας και της σεξουαλικότητας της γυναίκας. Μετά την χειρουργική επέμβαση ,η απώλεια του στήθους δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα με αποτέλεσμα να ελαττώνεται η αυτοεκτίμησή της, να μεταβάλλεται η εικόνα του σώματος της και τελικά να αποκτά μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό της. Η μεταβολή στην εικόνα του σώματος προέρχεται όχι μόνο από τις παρενέργειες των θεραπειών αλλά και από την χειρουργική επέμβαση. Η έννοια του σώματος είναι μια δυναμική έννοια ,είναι δηλαδή συστατικό της εικόνας του εαυτού ,της ολοκληρωμένης αντίληψης που έχει κάποιος για τον εαυτό του. Συναισθήματα όπως η δυσφορία όταν βλέπει τις ουλές στο στήθος της, αίσθηση ότι δεν είναι σεξουαλικά επιθυμητή, έλλειψη άνεσης όταν φοράει αποκαλυπτικά ρούχα ,είναι μερικές από τις κοινές εκφράσεις διαταραχής της εικόνας του σώματος. Οι γυναίκες μετά από ριζική χειρουργική θεραπεία βιώνουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης που έχουν σχέση με την απώλεια του στήθους. (Kingham S, Gamlin R. 2004).

Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί πως κάποιες γυναίκες αναφέρουν ότι οι με τη ριζική χειρουργική θεραπεία έχουν φόβους για μεταστάσεις ,ελάττωση της σεξουαλικής ζωής και γενικά επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους. Αντιθέτως άλλες μελέτες έδειξαν ότι οι γυναίκες με συντηρητική θεραπεία που διατηρούν ένα μεγάλο μέρος του στήθους τους έχουν καλύτερη εικόνα του εαυτού τους και βιώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την σεξουαλική τους ζωή.

Καθήκον λοιπόν του νοσηλευτή σε ψυχολογικό επίπεδο είναι:

- ü Να παρέχει εξατομικευμένη πληροφόρηση, προσαρμοσμένη στις ανάγκες της κάθε ασθενούς
- ü Να δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης, να την στηρίζει ψυχολογικά, να την ενθαρρύνει να εκφράσει τα συναισθήματά της
- ü Να αποσαφηνίσει απορίες, παρερμηνείες και προκαταλήψεις
- ü Να ενημερώσει για τις τεχνικές αποκατάστασης σε δεύτερο στάδιο
- ü Να αποσαφηνίσει απορίες, παρερμηνείες και προκαταλήψεις
- ü Να ενημερώσει για τις τεχνικές αποκατάστασης. (Vos P.J, Visser A.P. και συν. 2006)

Νοσηλευτική παρέμβαση σε φροντίδα περιοχής

- ✓ Ο νοσηλευτής πρέπει να κάνει σωστή περιποίηση του δέρματος
- ✓ Να χρησιμοποιεί καθαριστικών που σέβονται το pH του δέρματος, καλό σκούπισμα της περιοχής, αποφυγή αποσμητικών σαπουνιών ή αποσμητικών σπρέι έως ότου επουλωθεί το χειρουργικό τραύμα για αποφυγή ερεθισμών
- ✓ Αποφυγή χρήσης ξυριστικής μηχανής και ιδιαίτερη προσοχή συνιστάται 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

Νοσηλευτική φροντίδα στην διατροφή της ασθενούς

- Δίνεται ισορροπημένη διατροφή χαμηλής περιεκτικότητας
- Συστήνονται πολλά φρούτα και λαχανικά
- Δίνεται άφθονη λήψη υγρών, τουλάχιστον οχτώ ποτήρια ημερησίως
- Συστήνουμε στην ασθενή να τρώει με όρεξη και να απολαμβάνει το φαγητό της. (Λάγιου Π. 1999).

Νοσηλευτική παρέμβαση στην 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 και ντύσιμο
- § Χρήση μαλακής μπάλας και πίεση αυτής ανάμεσα στα δάχτυλα καθώς είναι μια απλή κίνηση που βοηθάει στο δυνάμωμα των μυών και στη βελτίωση της κυκλοφορίας

Νοσηλευτική φροντίδα στην ενδυμασία

- ✓ Αποφυγή πολύ εφαρμοστών ρούχων τα οποία μπορεί να προκαλέσουν δυσφορία
- ✓ Χρήση βαμβακερών ή λινών ρούχων

- ▼ Χρήση κατάλληλου στηθόδεσμου. Οι τιράντες του δεν πρέπει να ασκούν πίεση στον ώμο ή το στήθος (Mcgregary T. 1998).

9.4 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή με καρκίνο τελικού σταδίου

Η ασθενής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο κατακλύζεται από αισθήματα θυμού, φόβου, ανησυχίας και κατάθλιψης. Πολλές φορές εξ' αιτίας του θυμού της είναι πιθανόν να γίνει επιθετική και να απομακρύνει τους ανθρώπους που τη φροντίζουν. Επίσης φοβάται και για την περίοδο που οδηγεί στον θάνατο και τα συνοδικά οργανικά προβλήματα που θα βιώσει ως το τέλος της ζωής της. Ιδιαίτερα οι νέες γυναίκες φοβούνται για το μέλλον των παιδιών τους. Θρηνούν για τις εμπειρίες της ζωής που πρόκειται να χάσουν. Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι η ασθενής κατά κάποιο τρόπο βιώνει προσωπικό πένθος. Η ανησυχία και η κατάθλιψη στη γυναίκα σχετίζεται με πολλούς παράγοντες. Κάποιοι από αυτούς είναι :η επιδείνωση της φυσικής κατάστασης, η επανεμφάνιση του καρκίνου, οι ανεπιθύμητες ενέργειες της καινούργιας θεραπείας και ειδικότερα η διαταραχή που δημιουργείται από την απώλεια της ανεξαρτησίας. Έχει βρεθεί ότι όσο πλησιάζει ο θάνατος τόσο αυξάνει το αίσθημα της κατάθλιψης. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να δημιουργήσει ένα θετικό κλίμα επικοινωνίας με την ασθενή και να την κάνει να κατανοήσει ότι είναι πρόθυμος να την ακούσει και ότι ενδιαφέρεται για αυτήν. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορέσει να εκφράσει τον ψυχικό πόνο που βιώνει και να συμφιλιωθεί με τα συναισθήματα της ενώ είναι χρήσιμο παράλληλα να την ενθαρρύνει να τα εκφράσει χωρίς να την κρίνει, να την συμβουλεύει ή να επιβάλλει τις προσωπικές του απόψεις. Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες της για ασφάλεια ,αυτονομία και αυτοέλεγχο, ώστε να διατηρήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό της και την αξιοπρέπεια της.

Η ασθενής καθώς φτάνει στο τέλος της έχει την ανάγκη ικανοποίησης των πνευματικών της αναγκών βιώνοντας μια βαθιά κρίση γιατί χάνει τον εαυτό της ,τον σκοπό και το νόημα της ζωής της. Παράλληλα προσπαθεί να ικανοποιήσει κάποιες βασικές πνευματικές της ανάγκες προσπαθώντας μέσα από την προσωπική της κουλτούρα και κοσμοθεωρία να πραγματοποιήσει μια ανασκόπηση και να δώσει κάποιο νόημα στα γεγονότα της ζωής της και στην ασθένεια της. Παράλληλα προσπαθεί να ζήσει τις τελευταίες της ημέρες σε αξιοπρεπείς συνθήκες ,να βιώσει κατά κάποιο τρόπο έναν καλό θάνατο .Η πίστη στο θεό αποτελεί πηγή ανακούφισης ενώ για εκείνες που δεν πιστεύουν στην μετά θάνατο ζωή την ελπίδα την αντλούν από τα έργα και τις πράξεις τους. (Knoor T. 2000).

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

- Û Να αναγνωρίσει τις πνευματικές ανάγκες της ασθενούς στο τελικό στάδιο της ζωής της
- Û Να την βοηθήσει να επεξεργαστεί όλες τις σκέψεις και τα συναισθήματα της
- Û Να τις απευθύνει ερωτήσεις του είδους «τι δίνει νόημα και ελπίδα στη ζωή σου», «που στρέφεσαι όταν νιώθεις θλίψη», που βοηθούν την πνευματική προσέγγιση
- Û Να την φέρει σε επαφή με κάποιον ιερέα ώστε να τη βοηθήσει να ικανοποιήσει τις πνευματικές ανάγκες
- Û Να ενθαρρύνει τη συμμετοχή της οικογένειας στην πνευματική φροντίδα

Ü Να της διατηρήσει την ελπίδα ότι υπάρχει Ζωή πέρα από το Θάνατο (Payne R, Medina E. 2003).

Σε αυτό το στάδιο η καρκινοπαθής και οι φορείς υγείας έρχονται αντιμέτωποι με τον επικείμενο θάνατο. Η θεραπεία πραγματοποιείται μόνο για ανακουφιστικούς και παρηγορητικούς λόγους. Σε αυτή την τελική φάση, η άρρωστη παρουσιάζει μια αμφιταλαντευόμενη ψυχολογική κατάσταση, καθώς άλλοτε αρνείται και άλλοτε αποδέχεται την ιδέα του θανάτου. Ο θάνατος δεν είναι συνυφασμένος μόνο με την παύση των ζωτικών λειτουργιών της ασθενούς, αλλά και με την κοινωνική απομόνωση, αυτοεγκατάλειψη, κατάθλιψη, πρόωρη αποστροφή από τη ζωή και μείωση της συνείδησης αυτής .

Η θέση του νοσηλευτή απέναντι στην γυναίκα ασθενή είναι υπαρκτή και υποστηρικτική. Είναι σημαντικό για την ασθενή να γνωρίζει πως ο νοσηλευτής δεν πρόκειται να την εγκαταλείψει και πως είναι διαθέσιμος να συζητήσει τις ανησυχίες της ως την τελευταία στιγμή. Βέβαια, ακόμη και στην τελευταία μάχη για τη ζωή, η πάσχουσα διατηρεί ελπίδες για τη θεραπεία ή την πιθανότητα ευνοϊκής εξέλιξης της νόσου, κάτι που πρέπει ο νοσηλευτής να καλλιεργεί και να ενθαρρύνει για το καλό όλων. Τέλος, ζητά τη συνδρομή της οικογένειας για κατανόηση και συμπαράσταση σε αυτή τη δύσκολη φάση και την προετοιμάζει για την έσχατη κατάληξη. (Κόνιαρη.1998)

Συμπερασματικά, η νοσηλευτική προσέγγιση ασθενούς με καρκίνο του μαστού στοχεύει στην ολιστική φροντίδα, στην οποία η ασθενής αντιμετωπίζεται ως βιο-ψυχοκοινωνική οντότητα. Στόχος της φροντίδας είναι η γυναίκα να επανακτήσει τη μέγιστη σωματική και ψυχολογική ισορροπία της να ανταποκριθεί στις κοινωνικές και επαγγελματικές απαιτήσεις. Όταν διανύει το τελικό στάδιο της ζωής της, αντιμετωπίζεται πάλι με τον ίδιο τρόπο και οδηγείται με τη βοήθεια του νοσηλευτή σε έναν ήρεμο και ειρηνικό θάνατο.

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή.

B. Πληθυσμός-Δείγμα

Για τη συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας, το οποίο απευθυνόταν σε 100 γυναίκες, ηλικίας από 18 έως 65 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 15 ερωτήσεις, εκ των οποίων οι 14 ήταν κλειστού τύπου και διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) (Κεκές Ι. 2004).

Γ. Τύπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Δεκέμβριο του 2012 στα νοσοκομεία: Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών, Άγιος Σάββας Αντικαρκινικό – Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Μεταξά, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς (Άγιοι Ανάργυροι).

Δ. Συλλογή δεδομένων

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσε να μην απαντήσει στις ερωτήσεις μας, αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσε να διακόψει τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 9-10 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήριο εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

• Η κατάσταση υγείας της ασθενούς

Κριτήριο αποκλεισμού ήταν:

• Μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν.

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφή έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας, εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, καθώς και το φορέα της έρευνας-σχολή της φοίτησής μας.

Ζ. Στατιστική Ανάλυση

Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή και με τη βοήθεια του Microsoft Office Excel 2007 μπορέσαμε να δημιουργήσουμε διαγράμματα και πίτες όπου εμφανίζονται το ποσοστό των απαντήσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 100 γυναίκες οι οποίες πάσχουν ή έπασχαν από καρκίνο μαστού, ηλικίας από 18 έως 65 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Με αυτό το ερωτηματολόγιο διερευνάτε η ψυχολογική κατάσταση του υποκειμένου πριν την εμφάνιση και κατά την εξέλιξη της νόσου.

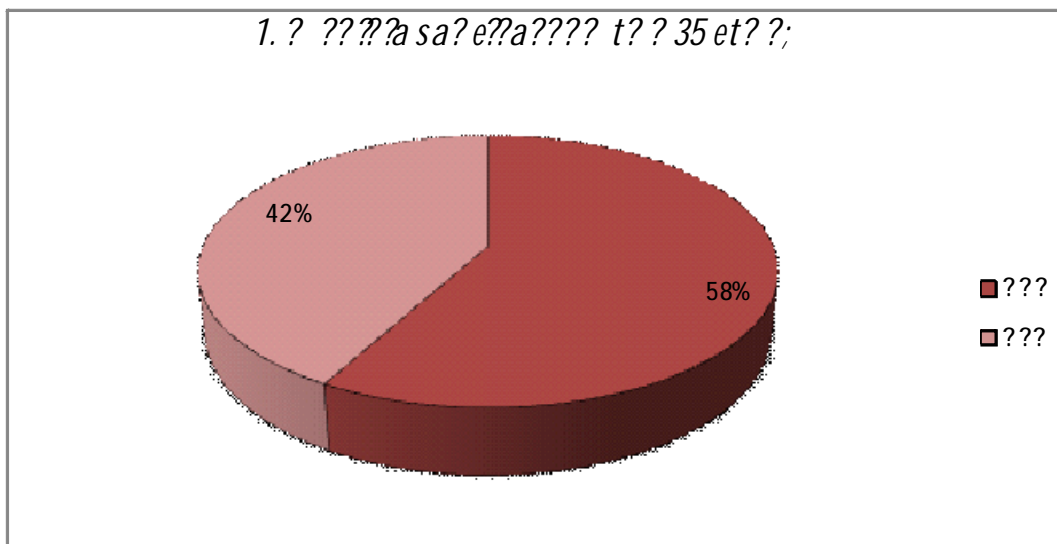
Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Από το σχήμα διακρίνουμε πως το 58 % των γυναικών όπου συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο μας είναι μεγαλύτερες από 35 ετών (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Πίνακας 1: Ηλικία ερωτηθέντων ασθενών

<i>Η ηλικία σας είναι πάνω από 35 ετών;</i>	<i>Αριθμός ερωτηματολογίων 100</i>	<i>Ποσοστό%</i>
<i>ΝΑΙ</i>	58	58%
<i>ΟΧΙ</i>	42	42%
Σύνολο		100%

Σχήμα 1: Ηλικία ερωτηθέντων ασθενών

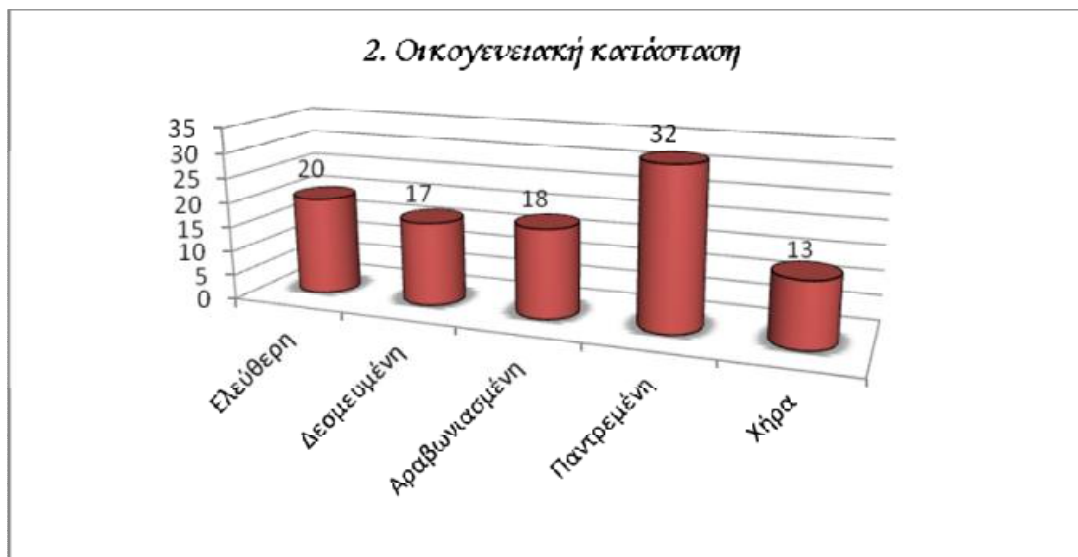


Το 20% των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα ήταν ελεύθερες, το 17% δεσμευμένες, άλλες 18 (ποσοστό 18%) αρραβωνιασμένες, το 32% παντρεμένες και οι υπόλοιπες 13 (ποσοστό 13%) χήρες(Πίνακας 2, Σχήμα 2).

Πίνακας 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση

<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	<i>Αριθμός ερωτηματολογίων</i> <i>100</i>	<i>Ποσοστό%</i>
Ελεύθερη	20	20%
Δεσμευμένη	17	17%
Αρραβωνιασμένη	18	18%
Παντρεμένη	32	32%
Χήρα	13	13%
Σύνολο		100%

Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση

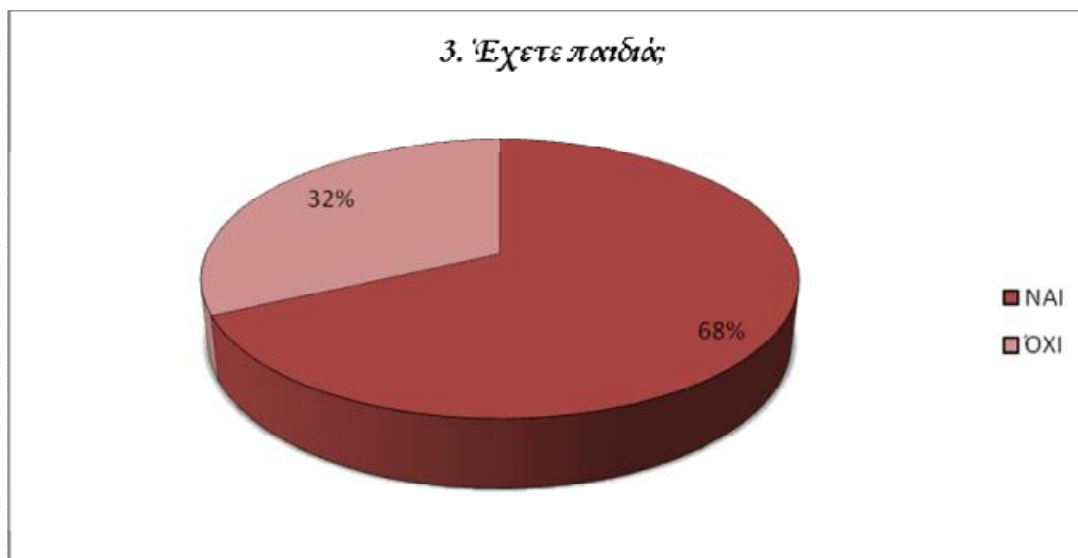


Το μέγιστο ποσοστό των παιδιών που προέκυψαν από την έρευνα είναι 68% ενώ το ελάχιστο 32% (Πίνακας 3, Σχήμα 3)

Πίνακας 3 : Ποσοστό παιδιών ερωτηθέντων ασθενών

<i>Έχετε παιδιά ;</i>	<i>Αριθμός ερωτηματολογίων 100</i>	<i>Ποσοστό%</i>
ΝΑΙ	68	68%
ΟΧΙ	32	32%
Σύνολο		100%

Σχήμα 3: Ποσοστό παιδιών ερωτηθέντων ασθενών

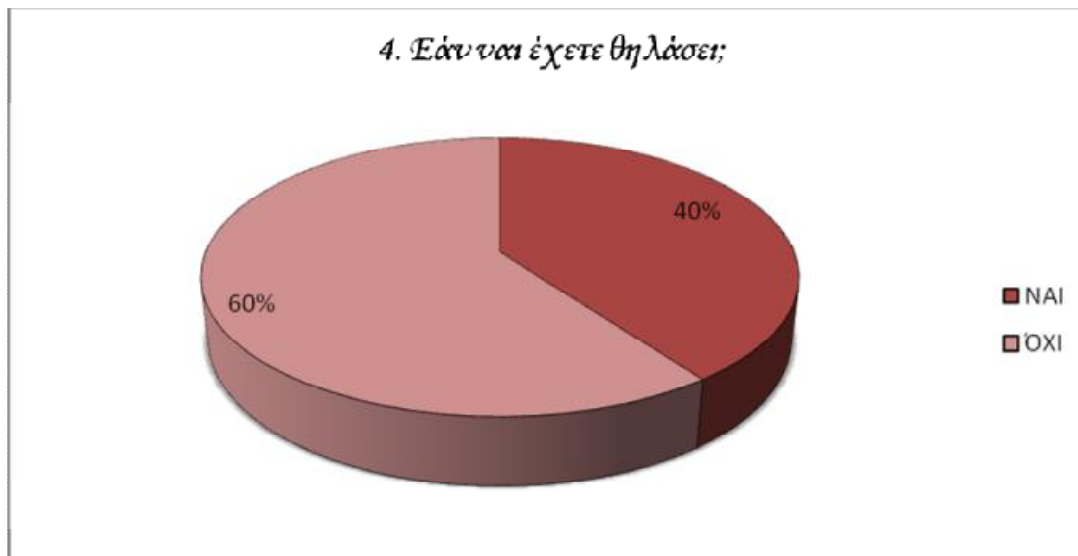


Από το ποσοστό προέκυψε πως οι περισσότερες γυναίκες οι οποίες απάντησαν αυτό το ερωτηματολόγιο δεν έχουν θηλάσει με ποσοστό 60% (Πίνακας 4, Σχήμα 4).

Πίνακας 4 : Ποσοστό ασθενών που έχουν θηλάσει τα παιδιά τους

<i>Εάν ναι έχετε θηλάσει;</i>	<i>Αριθμός ερωτηματολογίων 100</i>	<i>Ποσοστό%</i>
ΝΑΙ	40	40%
ΟΧΙ	60	60%
Σύνολο		100%

Σχήμα4: Ποσοστό ασθενών που έχουν θηλάσει τα παιδιά τους

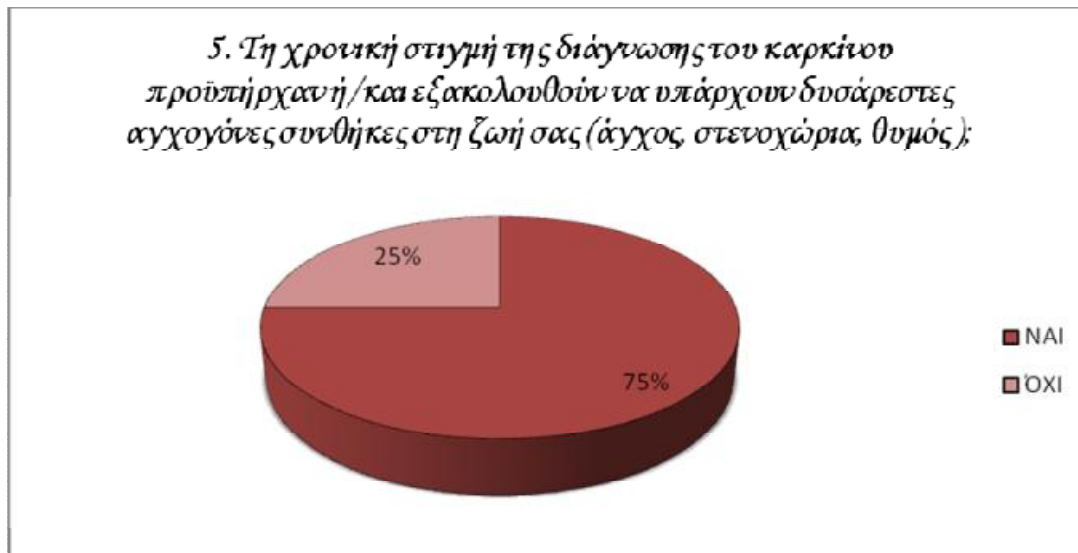


Κατά τη διάγνωση της ασθένειας το μεγαλύτερο ποσοστό 75% των γυναικών απάντησε πως προϋπήρχαν ή εξακολουθούν να υπάρχουν δυσάρεστες στρεσογόνες συνθήκες στη ζωή τους (Πίνακας 5, Σχήμα 5).

Πίνακας 5: Κατανομή ασθενών ως προς εάν επηρεάστηκαν από εξωτερικές συνθήκες κατά τη διάγνωση της ασθένειάς τους

<i>Τη χρονική στιγμή της διάγνωσης προϋπήρχαν ή και εξακολουθούν να υπάρχουν δυσάρεστες αγχογόνες συνθήκες στη ζωή σας (άγχος, στεναχώρια, θυμός)</i>	<i>Αριθμός ερωτηματολογίων 100</i>	<i>Ποσοστό%</i>
ΝΑΙ	75	75%
ΟΧΙ	25	25%
Σύνολο		100%

Σχήμα 5: Κατανομή ασθενών ως προς εάν επηρεάστηκαν από εξωτερικές συνθήκες κατά τη διάγνωση της ασθένειάς τους

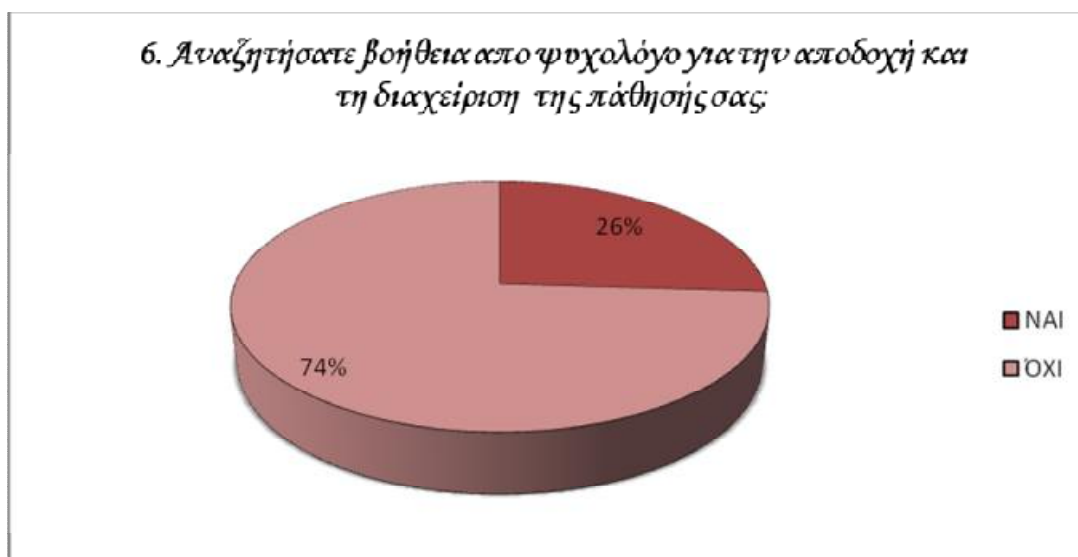


Μόνο το ποσοστό των γυναικών 26% απάντησε πως έχει επισκεφτεί κάποιο ψυχολόγο για να τη βοηθήσει στην αποδοχή της πάθησης τους (Πίνακας 6, Σχήμα 6).

Πίνακας 6: Κατανομή ερωτηθέντων ασθενών ως προς εάν αναζήτησαν βοήθεια από ειδικό ψυχολόγο

<i>Αναζητήσατε βοήθεια από ψυχολόγο για την αποδοχή και διαχείριση της πάθησής σας;</i>	<i>Αριθμός ερωτηματολογίων</i>	<i>Ποσοστό%</i>
	100	
ΝΑΙ	26	26%
ΟΧΙ	74	74%
Σύνολο		100%

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ασθενών ως προς εάν αναζήτησαν βοήθεια από ειδικό ψυχολόγο

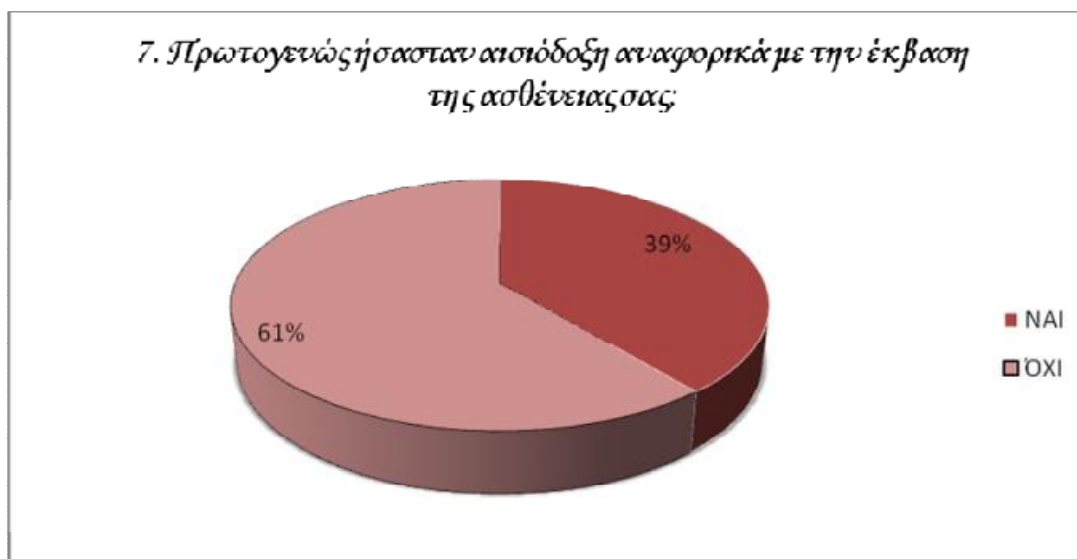


Το 39% των γυναικών απάντησε πως υπήρξε πρωτογενώς θετική αντιμετώπιση με την έκβαση της ασθένειας (Πίνακας 7, Σχήμα 7).

Πίνακας 7: Πρωτογενή συναισθήματα από τη έκβαση της ασθένειας

<i>Πρωτογενώς ήσασταν αισιόδοξη αναφορικά με την έκβαση της ασθένειά σας;</i>	<i>Αριθμός ερωτηματολογίων 100</i>	<i>Ποσοστό%</i>
ΝΑΙ	39	39%
ΟΧΙ	61	61%
Σύνολο		100%

Σχήμα 7: Πρωτογενή συναισθήματα με την έκβαση της ασθένειας

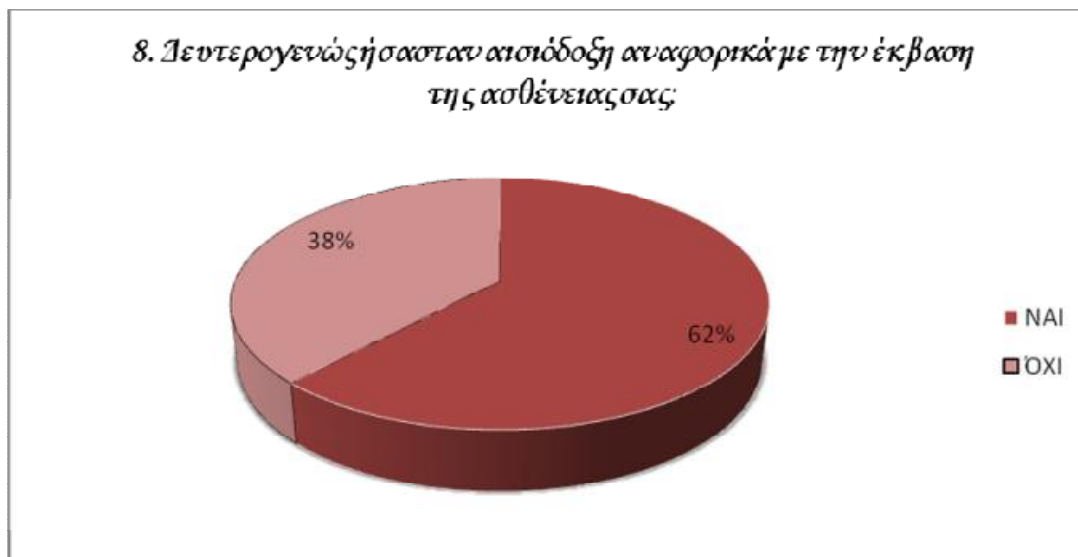


Σε αντίθεση με το προηγούμενο ερώτημα το ποσοστό των γυναικών που απάντησαν αν δευτερογενώς ήταν αισιόδοξες με την έκβαση της ασθένειας είναι 62% θετικό (Πίνακας 8, Σχήμα 8).

Πίνακας 8 : Δευτερογενή συναισθήματα με την έκβαση της ασθένειας

<i>Δευτερογενώς ήσασταν αισιόδοξη αναφορικά με την έκβαση της ασθένειά σας;</i>	<i>Αριθμός ερωτηματολογίων 100</i>	<i>Ποσοστό%</i>
ΝΑΙ	62	62%
ΟΧΙ	38	38%
Σύνολο		100%

Σχήμα 8 : Δευτερογενή συναισθήματα με την έκβαση της ασθένειας



Στα παρακάτω διαγράμματα διακρίνουμε το μεγάλο ποσοστό 54% των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική αντιμετώπιση καρκίνου μαστού (μαστεκτομή) (Πίνακας 9, Σχήμα 9).

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν υποβλήθηκαν ή όχι σε μαστεκτομή

<i>Έχετε έρθει αντιμετώπιση με τη χειρουργική παρέμβαση (μαστεκτομή);</i>	<i>Αριθμός ερωτηματολογίων</i> <i>100</i>	<i>Ποσοστό%</i>
ΝΑΙ	54	54%
ΟΧΙ	46	46%
Σύνολο		100%

Σχήμα 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν υποβλήθηκαν ή όχι σε μαστεκτομή

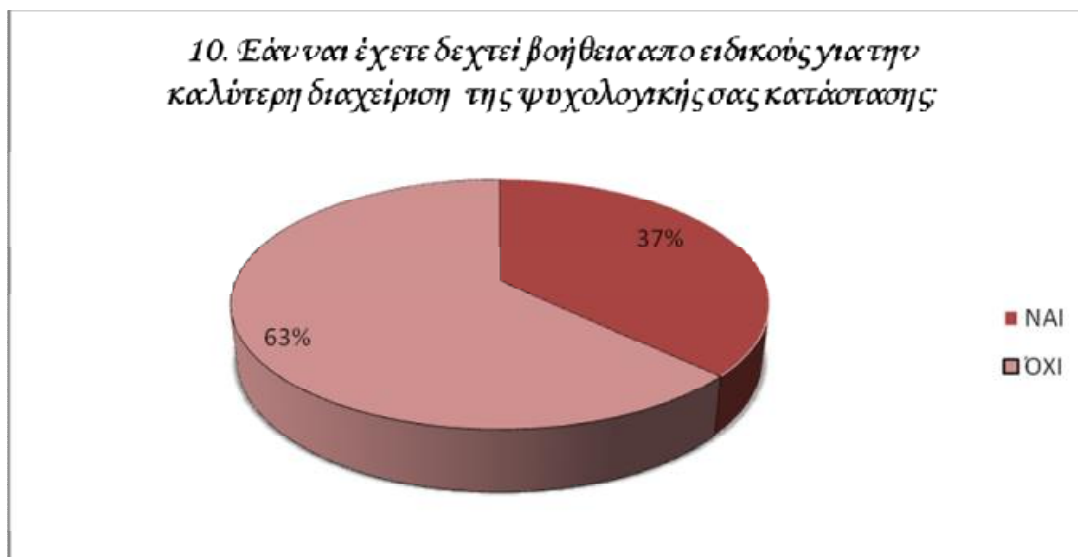


Διακρίνοντας και από τα διαγράμματα που ακολουθούν το ποσοστό των γυναικών όπου πιστεύουν πως μετά από μια μαστεκτομή πρέπει η γυναίκα να παρακολουθείτε από ειδικούς για την καλύτερη ψυχολογική κατάσταση είναι μόλις 37% (Πίνακας 10, Σχήμα 10).

Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν έχουν δεχτεί βοήθεια ψυχολόγου μετά από μαστεκτομή για τη καλύτερη ψυχολογική τους κατάσταση

<i>Εάν ναι έχετε δεχτεί βοήθεια από ειδικούς για την καλύτερη διαχείριση της ψυχολογικής σας κατάστασης;</i>	<i>Αριθμός ερωτηματολογίων 100</i>	<i>Ποσοστό %</i>
ΝΑΙ	37	37%
ΟΧΙ	63	63%
Σύνολο		100%

Σχήμα 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν έχουν δεχτεί βοήθεια ψυχολόγου μετά από μαστεκτομή για τη καλύτερη ψυχολογική τους κατάσταση

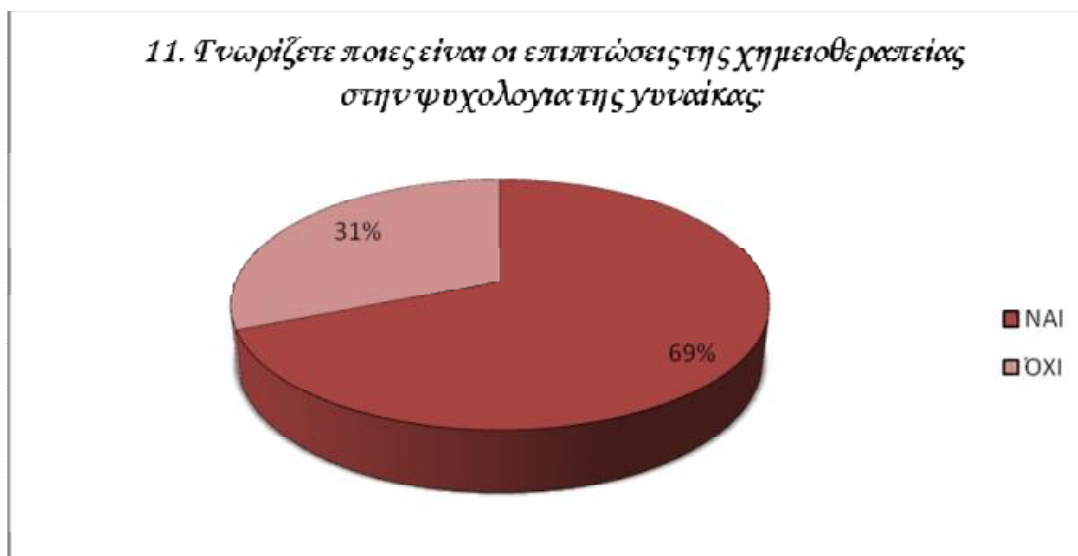


Στο επόμενο διάγραμμα παρατηρούμε πώς το 69 % των γυναικών γνωρίζει τις επιπτώσεις της χημειοθεραπείας στη ψυχολογία της γυναίκας.

Πίνακας 11: Κατανομή ασθενών ως προς εάν γνωρίζουν τις επιπτώσεις της χημειοθεραπείας στη ψυχολογία της γυναίκας

<i>Γνωρίζεται ποιες είναι οι επιπτώσεις της χημειοθεραπείας στη ψυχολογία της γυναίκας;</i>	<i>Αριθμός ερωτηματολογίων 100</i>	<i>Ποσοστό%</i>
ΝΑΙ	69	69%
ΟΧΙ	31	31%
Σύνολο		100%

Σχήμα 11 : Κατανομή ασθενών ως προς εάν γνωρίζουν τις επιπτώσεις της χημειοθεραπείας στη ψυχολογία της γυναίκας



Διακρίνουμε στους παρακάτω πίνακες πως το ποσοστό των 44% δεν γνωρίζει τίποτα για τα καταθλιπτικά επεισόδια κατά τη χημειοθεραπεία.

Πίνακας 12 : Κατανομή ασθενών ως προς εάν γνωρίζουν ότι αυξάνονται τα καταθλιπτικά επεισόδια κατά τη χημειοθεραπεία

<i>Γνωρίζεται ότι κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας αυξάνονται οι πιθανότητες καταθλιπτικών επεισοδίων;</i>	<i>Αριθμός ερωτηματολογίων 100</i>	<i>Ποσοστό %</i>
ΝΑΙ	56	56%
ΟΧΙ	44	44%
Σύνολο		100%

Σχήμα 12: Κατανομή ασθενών ως προς εάν γνωρίζουν ότι αυξάνονται τα καταθλιπτικά επεισόδια κατά τη χημειοθεραπεία

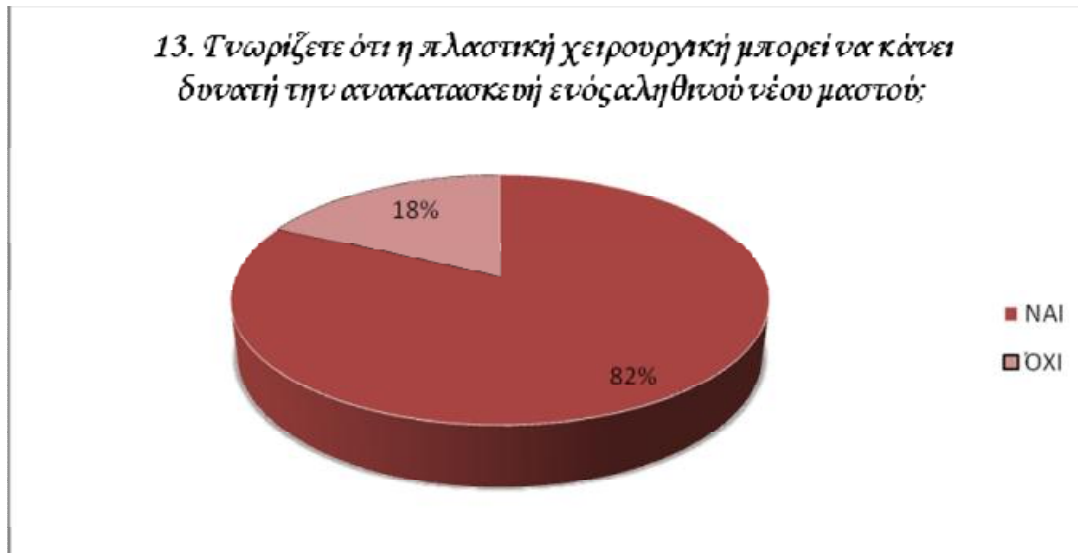


Όπως παρατηρούμε λοιπόν και από τον πίνακα και από το διάγραμμα το 82% των ασθενών γνωρίζει ότι η πλαστική χειρουργική μπορεί να ανακατασκευάσει έναν αληθινό νέο μαστό ενώ μόλις το 18% δεν γνωρίζει τίποτα γι' αυτό(Πίνακας 13, Σχήμα 13).

Πίνακας 13 : Κατανομή ασθενών ως προς εάν γνωρίζουν για τη ανακατασκευή νέου αληθινού μαστού

<i>Γνωρίζεται ότι η πλαστική χειρουργική μπορεί να κάνει δυνατή την ανακατασκευή ενός αληθινού νέου μαστού;</i>	<i>Αριθμός ερωτηματολογίων 100</i>	<i>Ποσοστό%</i>
ΝΑΙ	82	82%
ΟΧΙ	18	18%
Σύνολο		100%

Σχήμα 13: Κατανομή ασθενών ως προς εάν γνωρίζουν για τη ανακατασκευή νέου αληθινού μαστού

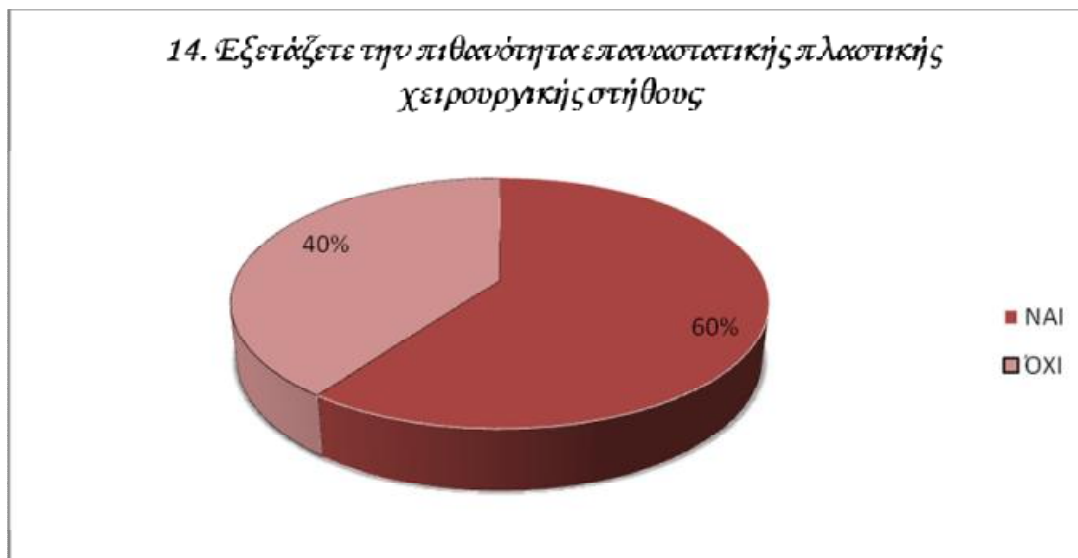


Το 60% των ασθενών απάντησε πως θα επέλεγαν να κάνουν χειρουργική στήθους, ενώ το υπόλοιπο 40% απάντησε δεν θα το έκανε καθόλου (Πίνακας 14, Σχήμα 14).

Πίνακας 14: Κατανομή ασθενών ως προς εάν θα επέλεγαν ποτέ την επαναστατική πλαστική χειρουργική στήθους

<i>Εξετάζετε την πιθανότητα επαναστατικής πλαστικής χειρουργικής στήθους;</i>	<i>Αριθμός ερωτηματολογίων 100</i>	<i>Ποσοστό%</i>
ΝΑΙ	60	60%
ΟΧΙ	40	40%
Σύνολο		100%

Σχήμα 14: Κατανομή ασθενών ως προς εάν θα επέλεγαν ποτέ την επαναστατική πλαστική χειρουργική στήθους

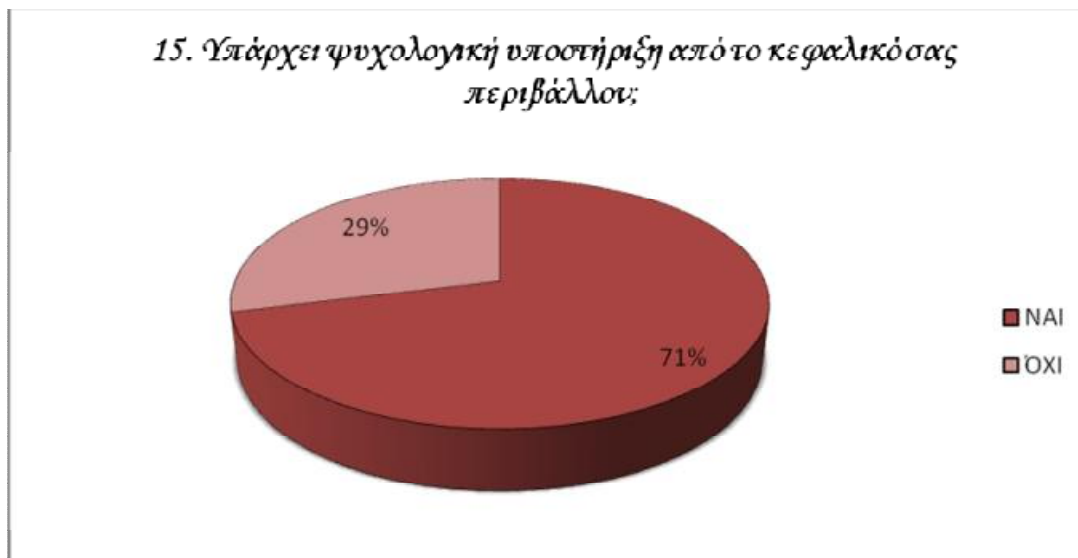


Το 29 % των ασθενών απάντησε πως δεν είχε υποστήριξη από το κεφαλικό τους περιβάλλον ενώ το υπόλοιπο 71% απάντησε θετικά (Πίνακας 15, Σχήμα 15).

Πίνακας 15 : Κατανομή ασθενών ως εάν υπάρχει υποστήριξη από το κεφαλικό τους περιβάλλον

<i>Υπάρχει ψυχολογική υποστήριξη από το κεφαλικό σας περιβάλλον;</i>	<i>Αριθμός ερωτηματολογίων 100</i>	<i>Ποσοστό %</i>
ΝΑΙ	71	71%
ΟΧΙ	29	29%
Σύνολο		100%

Σχήμα 15 : Κατανομή ασθενών ως εάν υπάρχει υποστήριξη από το κεφαλικό τους περιβάλλον



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την έρευνα προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (58%) είναι γυναίκες άνω των 35 ετών, από τις οποίες ενώ οι 68 (68%) έχουν παιδιά, οι 40 από αυτές δεν έχουν θηλάσει. Πράγμα που αποδεικνύει ότι η αποχή από το θηλασμό αποτελεί έναν από τους προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων το 20% είναι ελεύθερες, το 17% είναι δεσμευμένες, το 18% είναι αρραβωνιασμένες, το 32% είναι παντρεμένες και το 13% είναι χήρες. Συνεχίζοντας, φαίνεται ότι οι 75 από αυτές τη χρονική στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού βίωναν δυσάρεστες - αγχογόνες καταστάσεις στη ζωή τους. Ωστόσο, μόνο το 26% αναζήτησαν ψυχολογική υποστήριξη, παρόλο που πρωτογενώς το 39% ήταν αρνητικές για την έκβαση της νόσου.

Αυτό που προκαλεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον, είναι ότι οι περισσότερες το (62%), δευτερογενώς ήταν αισιόδοξες και είχαν θέληση να καταπολεμήσουν την ασθένεια τους.

Το 54% έχει υποβληθεί σε χειρουργική παρέμβαση (μαστεκτομή), παρ' όλα αυτά, εξακολουθεί να είναι μικρότερο το ποσοστό, δηλαδή μόνο το 37%, αναζήτησε βοήθεια από ειδικό.

Όσον αφορά τις επιπτώσεις της χημειοθεραπείας στην ψυχολογία της γυναίκας αλλά και τα καταθλιπτικά επεισόδια που παρουσιάζονται, φαίνεται ότι είναι γνωστά σε ποσοστό 69% και 56% αντίστοιχα.

Στην ερώτηση αν η πλαστική χειρουργική μπορεί να κάνει δυνατή την ανακατασκευή ενός αληθινού νέου μαστού το 82% είναι ενήμερο και το 60% θα προχωρούσε σε μια πλαστική χειρουργική στήθους.

Κλείνοντας την έρευνα, θεωρήσαμε ότι ένας αρκετά σημαντικός παράγοντας για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι κατά πόσο υπάρχει ψυχολογική υποστήριξη από το κεφαλικό περιβάλλον του υποκειμένου. Προέκυψε λοιπόν, ότι το 71% είχε ψυχολογική υποστήριξη από το περιβάλλον του, ενώ το 29% το αντιμετώπισε μόνο του.

Με βάση την διερεύνηση της ψυχολογικής κατάστασης του υποκειμένου πριν την εμφάνιση της νόσου συμπεραίνουμε ότι αρχικά, οι περισσότερες γυναίκες διένυαν μια αγχωτική περίοδο στη ζωή τους (75%) ενώ παρ' όλα αυτά δεν αναζήτησαν ψυχολογική υποστήριξη (74%) και χωρίς να είναι πρωτογενώς αισιόδοξες για την έκβαση της ασθένειας τους (61%).

Αντίθετα, κατά την εξέλιξη της νόσου, με ποσοστό 62% έναντι του 38% ήταν αισιόδοξη ώστε να το καταπολεμήσουν, χωρίς όμως ούτε αυτές να αναζητήσουν ψυχολογική υποστήριξη από ειδικό, παρά μόνο από το κεφαλικό τους περιβάλλον σε ποσοστό 71%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά, ο καρκίνος του μαστού είναι μια νόσος που πλήττει κυρίως τις γυναίκες. Η αντιμετώπιση των ασθενών με ευαισθησία και διακριτικότητα 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 τη χειρουργική επέμβαση, παρέμειναν λιγότερο χρόνο στο νοσοκομείο, παρουσίασαν λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές, υπέφεραν λιγότερο πόνο, και επανήλθαν στο κοινωνικό σύνολο και στις φυσιολογικές τους δραστηριότητες, πιο σύντομα από αρρώστους που δεν τους έγινε καμία διδασκαλία.

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια νόσος δυνητικά θανατηφόρος που, όμως, μπορεί να ιαθεί αν ανακαλυφθεί και αντιμετωπιστεί σωστά από ειδικούς. Ιδιαίτερη σημασία προς αυτή την κατεύθυνση έχει η έγκαιρη διάγνωση. Για το λόγο αυτό, συνίσταται:

- Για γυναίκες μετά την εφηβεία, μηνιαία αυτοεξέταση των μαστών
- Για γυναίκες 20-40 ετών φυσική εξέταση (από γιατρό) κάθε 3 χρόνια
- Για γυναίκες άνω των 40 ετών φυσική εξέταση μια φορά το χρόνο
- Μαστογραφία αναφοράς μεταξύ 35-40 ετών
- Μαστογραφία κάθε 1-2 χρόνια στις γυναίκες υψηλού κινδύνου
- Μαστογραφίες κάθε χρόνο στις γυναίκες άνω των 50 ετών
- Ετήσια Μαστογραφία συνίσταται σε όλες τις γυναίκες που έχουν εμφανίσει στο παρελθόν καρκίνο μαστού

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σε αυτή την εργασία περιγράφονται τα συμπτώματα, η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Παρέχονται ακόμη πληροφορίες για την αποκατάσταση και την υποστήριξη των ατόμων που πάσχουν από τη συγκεκριμένη νόσο.

Η θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού έχει μειωθεί σημαντικά την τελευταία δεκαετία και εξακολουθεί να μειώνεται συστηματικά. Η σωστή ενημέρωση αποτελεί αναμφισβήτητα τον καλύτερο τρόπο έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης του καρκίνου. Η άγνοια αλλά και η ημιμάθεια μπροστά σε έναν επερχόμενο κίνδυνο είναι πάντα επιβλαβής, αλλά μπορεί να αποβεί και καταστροφική.

Η ενημέρωση, η σωστή και υπεύθυνη του πάσχοντος τόσο για τη φύση της πάθησής του, όσο και για τις δυνατότητες τις θεραπευτικές που του παρέχονται είναι ένα θεμελιώδες βήμα στη ψύχραιμη, θαρραλέα και θετική αντιμετώπιση του προβλήματος από τον ίδιο και οδηγεί σε μια πολύ σημαντική συμβολή του στην όλη θεραπεία και εξέλιξη της πάθησής του.

Η πλειοψηφία των καρκίνων προκαλούνται από εξωγενείς παράγοντες οι οποίοι εισέρχονται στο σώμα και με ποικίλους τρόπους προκαλούν βλάβες στους ιστούς του. Κάθε άνθρωπος διαθέτει γενετικό υπόστρωμα το οποίο τον καθιστά περισσότερο ή λιγότερο ευάλωτο σε καρκινογόνους παράγοντες. Η πιθανότητα ανάπτυξης καρκινώματος εξαρτάται από την έκθεση (διάρκεια, ποσότητα) σε καρκινογόνα.

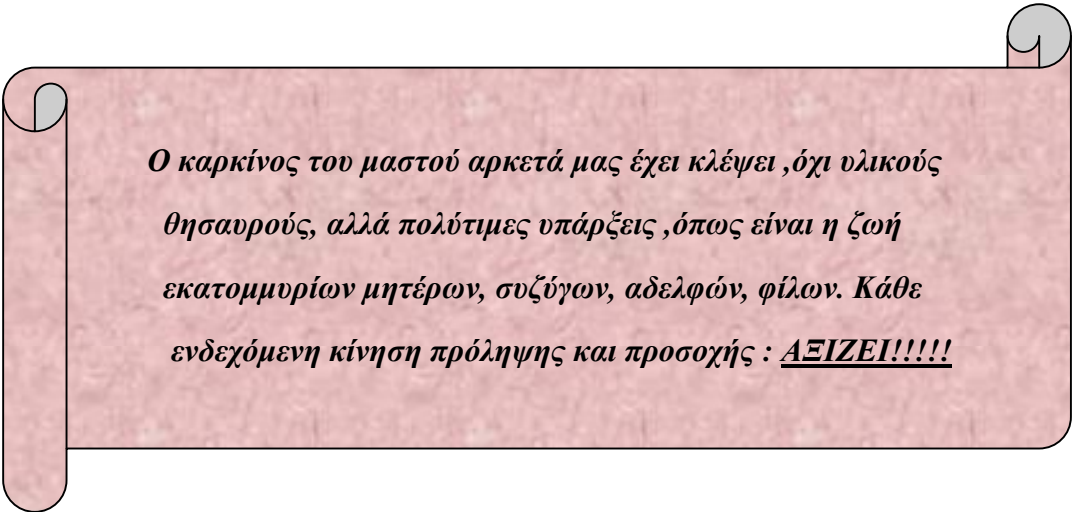
Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ) το 40% των καρκίνων μπορούν να προληφθούν κυρίως με την αποφυγή καπνίσματος, υγιεινή διατροφή, αύξηση της σωματικής δραστηριότητας και αποφυγή λοιμώξεων που μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο. Βέβαια η πρόοδος στις επιστήμες και στην τεχνολογία συντέλεσαν αρκετά στην καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού, καθώς και στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης.

Η γνώση είναι δύναμη και δίνει το κύρος σ' αυτούς που την κατέχουν να την διαθέτουν για το καλό των συνανθρώπων μας. Το προσωπικό υγείας παρέχει ουσιαστική στήριξη όταν αποδέχεται τόσο την οργανική, όσο και την ψυχική κατάσταση στη οποία βρίσκεται η ασθενής σε μια δεδομένη στιγμή, όσο και τον θάνατο γενικότερα. Η πορεία προς το θάνατο είναι δυνατόν να αποτελέσει μια δύσκολη και επώδυνη διαδικασία για την ασθενή αλλά και για το κεφαλικό της περιβάλλον. Παρόλα αυτά κάθε καρκινοπαθής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του ως άτομο που ζει, ένα άτομο που σε καμία περίπτωση δε βρίσκεται στο περιθώριο, επειδή πεθαίνει, ένα άτομο που έχει ανάγκες, ελπίδες και δεν παύει ποτέ να προσπαθεί να δώσει νόημα στις εμπειρίες και στη ζωή του.

Το έργο της συνολικής υποστήριξης (συναισθηματικής και ψυχολογικής) της καρκινοπαθούς οφείλει να επωμίζεται από ειδική ομάδα ψυχολόγων υγείας. Οι ψυχολόγοι μπορούν να παρέχουν μια αρκετά μεγάλη βοήθεια στην ασθενή. Μέσα από συζητήσεις καθώς και με διάφορες μεθόδους που αναλύσαμε στα τελευταία κεφάλαια της εργασίας μας η ασθενής μπορεί να νιώσει δυνατή, έτοιμη να παλέψει την νόσο, αλλά και να αντιμετωπίσει τα πράγματα λίγο πιο αισιόδοξα. Επίσης μπορεί να εκφράσει φόβους και ανησυχίες και να καταπολεμήσει το stress που την καταβάλλει. Τέλος οι ψυχολόγοι μπορεί να δώσουν αρκετά μεγάλη βοήθεια στο κεφαλικό περιβάλλον της ασθενή δίνοντας συμβουλές και για τους ίδιους αλλά και για τη προσαρμογή της συμπεριφοράς τους απέναντι στην ασθενή. Πρέπει να τονίσουμε επίσης πως παρέχεται η μοναδική ευκαιρία και νοσηλευτές να συνεργαστούν μαζί με την ασθενή αλλά και το κεφαλικό της περιβάλλον για μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Η διαδικασία όμως αυτή, δημιουργεί μεγάλο ψυχικό φόρτο στο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο αναγκάζεται να κινητοποιήσει όλα τα ψυχικά του αποθέματα, προκειμένου να

ολοκληρώσει με επιτυχία το δύσκολο έργο του. Η προσπάθεια του πετυχαίνει, όταν διαπνέεται από τη θέση ότι κάθε άνθρωπος δικαιούται να απολαμβάνει όχι μόνο μια αξιοπρεπή ζωή αλλά και έναν αξιοπρεπή θάνατο.

Η διατήρηση της ελπίδας είναι ένα χαρακτηριστικό που διακρίνει τον κάθε άνθρωπο, ακόμα και στις πιο δύσκολες στιγμές της ζωής του. Χωρίς ελπίδα, το άτομο παραιτείται από τη ζωή του και πολύ γρήγορα πεθαίνει. Συμπερασματικά όμως, η συγκεκριμένη εργασία θέλει μεταδώσει σε όλους τους ανθρώπους και κυρίως σε όλο το γυναικείο πληθυσμό το ακόλουθο μήνυμα...



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

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου και τη συχνότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες σε ολόκληρο τον κόσμο.

Σκοπός: Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι η σωστή ενημέρωση και πρόληψη του καρκίνου του μαστού προς όλες τις γυναίκες. Οι δημογραφικές τάσεις έδειξαν πως ο καρκίνος του μαστού εντοπίζεται στις μεσήλικες γυναίκες, και η συχνότητα του αυξάνεται τα τελευταία χρόνια. Παρόλα αυτά η θνησιμότητα της νόσου έχει μειωθεί και αυτό αποδίδεται κυρίως στην πρόωμη διάγνωση και στη θεραπεία με ευνοϊκά αποτελέσματα ίασης. Για τους κλινικούς γιατρούς έχει μεγάλη σημασία να γνωρίζουν σε ποια κατηγορία ανήκει ο καρκίνος, τους παράγοντες κινδύνου και τη σταδιοποίηση στο γυναικείο πληθυσμό, γιατί θα πρέπει να συσταθεί ειδικό προληπτικό πρόγραμμα με απώτερο σκοπό, τη διάγνωσή του σε αρχικό στάδιο αλλά και τη θεραπεία του. Ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου, το μέγεθος του όγκου, την ύπαρξη διηθημένων λεμφαδένων τοπικά ή την ύπαρξη απομεμακρυσμένων μεταστάσεων ο χειρουργός και η ασθενής αποφασίζουν τη θεραπευτική διαδικασία η οποία ποικίλλει.

Τέλος, ο νοσηλευτής παίζει σπουδαίο ρόλο στην ψυχολογική υποστήριξη όλων των γυναικών που νοσούν από τον καρκίνο του μαστού. Ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει την ασθενή να μειώσει το άγχος και την ανησυχία της για τη νόσο καθώς και για τη θεραπεία που επρόκειτο να ακολουθήσει στο μέλλον.

Συμπέρασμα: Θέλουμε να τονίσουμε και να επισημάνουμε σε όλες τις γυναίκες πως πρέπει να συμπεριλάβουν στη ζωή τους την πρωτογενή πρόληψη (ΑΕΜ), καθώς και τη δευτερογενή (εργαστηριακός έλεγχος) διότι η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία.

SUMMARY

Introduction: Breast cancer is the commonest form of cancer and is worldwide the leading cause of death in women.

Objective: The objective of this paper is to give proper information and prevention to all women. Demographic trends indicate that breast cancer is found in middle aged women and that its frequency has increased in recent years. Nevertheless the mortality of the disease has decreased mainly due to early diagnosis and therapy with positive healing results. It's of great importance to the physicians to know the cancer's classification, its risk factors and staging, because a more specialised preventive programme must be proposed aiming the diagnosis of the cancer and its therapy in an early stage. Depending on the classification, the size of the tumour, the existence of affected lymph nodes locally or the existence of remote metastasis, the surgeon and the patient decide the therapeutic procedure which varies.

Finally the nurse plays a major role in the psychological support of all women who suffer from breast cancer. The nurse must help the patient to relieve her stress and anxiety concerning the disease and therapy which will follow.

Conclusion: We want to emphasize and highlight to all women that we should include in their life primary and also secondary prevention, because prevention is the best treatment.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγγελόπουλος Νικόλαος. Ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία – Μια σύγχρονη ψυχιατρική. Τόμος 2^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Βήτα .Αθήνα 2009. Σ. 66-70
2. Αγοραστός Θεόδωρος. Παπανικολάου Αλέξανδρος. Ταρλατζής Βασίλειος. Πρόληψη και αντιμετώπιση του γυναικολογικού καρκίνου. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις University Studio. Αθήνα 2009. σ. 50-52
3. Αλειφερόπουλος Δημήτριος. Καλλιβώκας Σταύρος. Αξονική τομογραφία, ακτινοτεχνολογία. Αρχές σύγχρονες εφαρμογές. Επίτομος. Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 2003. σ. 100-110
4. Αναγνωστόπουλος Αχιλλέας. Παπαδόπουλος Λόης. Οικογενειακός ιατρικός οδηγός. Επίτομος. Εκδόσεις Γλάρος. Θεσσαλονίκη 2004. σ. 128-129
5. Αραβαντινός Δημήτριος. Κρεατσάς Γεώργιος. Εφηβική γυναικολογία, αναπαραγωγή, και εμμηνόπαυση. Τόμος 9^{ος}. Τριμηνιαία έκδοση της ελληνικής εταιρείας, παιδικής και νεανικής γυναικολογίας. Αθήνα 1999. σ. 281-283
6. Βαλαβανίδης Αθανάσιος. Βελονάκης Εμμανουήλ. Επαγγελματικός καρκίνος. Επίτομος. Εκδόσεις Ιυσασέ. Αθήνα 1997. σ. 2821-2823,4397
7. Βασίλαρος Σταμάτης. Πρόληψη καρκίνου μαστού. Πως οι νέες εξελίξεις βοηθούν στην έγκαιρη πρόληψη. Επίτομος. Εκδόσεις Ζήτα. Αθήνα 2009. σ.25-40
8. Βούρτση Αθηνά. Βλάχος Λουκάς. Απεικονιστική διαγνωστική προσέγγιση του καρκίνου του μαστού. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Λιβάνη. Αθήνα 1999. σ. 40-45
9. Bates Barbara. Οδηγός για κλινική εξέταση. Επιμέλεια-μετάφραση Ανδρουλάκης Ιωάννης. Μουτσόπουλος Χαράλαμπος. Επίτομος. Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1982. σ. 186-189
10. Beller Cynthia & Deardoff William. Κλινική ψυχολογία της υγείας. Επιμέλεια-μετάφραση Μεσσήνης Λάμπρος. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Φιλομάθεια. Αθήνα 1999. σ. 12-89
11. Buckman Robert. Καρκίνος μαστού όλα όσα πρέπει να γνωρίζεται. Επιμέλεια-μετάφραση Σάπκα Κωνσταντίνα. Επίτομος. Εκδόσεις Χρυσή Πέννα. Αθήνα 2000. σ. 55-67
12. Charles Carpenter J. Griggs Robert C. Loscalzo Joseph. Βασική παθολογία. Επιμέλεια-μετάφραση Ανδρουλάκης Ιωάννης. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 2003. σ. 597-613

13. Chauhan G.B. Βασικές αρχές μαγνητικής τομογραφίας. Επιμέλεια-μετάφραση Κούσκουρος Κωνσταντίνος. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Ροτόντα. Αθήνα 2009. σ. 25-50
14. Chick Jonathan. Μάθετε για το αλκοόλ και τα προβλήματα που σχετίζονται με αυτό. Επιμέλεια-μετάφραση Μπούλας Χρυσάνθος. Λύκουρας Λευτέρης. Τόμος 4^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2007. σ. 85-99
15. Γλεντής Παναγιώτης. Καρκίνος μαστού, βιοψία μαστού, μαστογραφία, μαστεκτομή. Αθήνα 2006. (www.surgeon.gr)
16. De Bono .P. David. Cookson John. Epstein Owen. Perkin G. David. Κλινική εξέταση. Επιμέλεια-μετάφραση Λεμονίδου Χρυσούλα. Επίτομος. Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 2005. σ. 251-255
17. Dewit Pierre. Βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Λαγός. Αθήνα 2005. σ.40-55
18. Δημητρόπουλος Ευστάθιος. Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1999. σ. 55-86
19. Διαμαντής Θωμάς. Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού τα τελευταία είκοσι (20) χρόνια. Τεύχος 1^ο. Έκδοση 1^η. Αθήνα 2009. (www.iatro.gr)
20. Ferri Fred F. Εξετάσεις εκλογής - Πρακτικός οδηγός κλινικής εργαστηριακής ιατρικής και απεικονιστικής διαγνωστικής. Επιμέλεια-μετάφραση Νοτόπουλος Αθανάσιος. Επίτομος. Εκδόσεις Σιώκης. Αθήνα 2009. σ. 78,119
21. Heiden Lynda. Hersen Michel. Κλινική ψυχολογία – ψυχοθεραπεία. Επιμέλεια μετάφρασης Αναγνωστόπουλος Φώτιος. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Πεδίο. Αθήνα 2011. σ. 22-45
22. Ιωαννίδου - Μουζάκα Λυδία. Σύγχρονη μαστολογία. Τόμος 2^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 1996
23. Καλογερόπουλος Αλέξανδρος. Γυναικολογία. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Έκδοση University Studio. Αθήνα 2004. σ.45
24. Κατσώχης Κωνσταντίνος. Παπαδόπουλος Βασίλειος. Πολλαπλές επιλογές σε θέματα γενικής χειρουργικής. Επίτομος. Εκδόσεις University Studio. Θεσσαλονίκη 1997. σ. 55
25. Keeling Debbie I. Jone Eleri. Harding Keith G. Some pragmatic implications for health care professionals. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Kuopio University. New Ziland 1996. σ. 76-81
26. Κεκές Ιωάννης. Μεθοδολογία επιστημονικής εργασίας. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Έκδοση Βήτα. Αθήνα 2004. σ. 45-68

27. Kim Ann. Fall Patrick. Optimizing quality of life. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Journal of the American Osteopathic Association. Philadelphia 2007. σ. 25
28. Kinghorn Shaun. Gamlin Richard. Ανακουφιστική Νοσηλευτική. Επιμέλεια-μετάφραση Θεοδοσοπούλου Ευθυμίου Ελένη. Επίτομος. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2004. σ.87
29. Knoop Teresa. Educational and psychosocial issues related to new treatment advances for metastatic breast cancer. Seminar Oncol Nurse Vanderbilt Ingram Cancer Center. Nashville - USA 2000 σ. 65
30. Kornblith Alice B. Ligitel Jennifer. Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. Seminar Oncol Nurse. USA 2003. σ. 799-813
31. Κουμαριανός Δημήτριος. Άτλας ακτινολογικών ελέγχων. Τόμος 2^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Παρισσιάνου. Αθήνα 2000. σ. 60-75
32. Κιτράκη Ευθυμία. Τρούγκος Κωνσταντίνος. Βιολογία καρκίνου. Επίτομος. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2006. σ. 55-56
33. Κόνιαρη Ευδοξία. Καρκίνος μαστού. Επίτομος. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1991. σ. 15-20
34. Λάγιου Παγώνα. Διατροφικές συνήθειες για ενήλικες. Τόμος 5^{ος}. Έκδοση 5^η. Εκδόσεις Γιαρταγάνη. Θεσσαλονίκη 1999. σ.41-43
35. Lagman Ruth L. Danis Mike P. Common symptoms in breast cancer. Seminar Oncol Nurse. USA 2005. σ.20-23
36. Larson Albert G. Εγχειρίδιο θεραπευτικής. Επιμέλεια-μετάφραση Ιωστίδου Πετρούλα. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Λαγός. Αθήνα 2000. σ.25
37. Lucienne Lousou. Από γυναίκα, σε γυναίκα. Επιμέλεια Μόσχα Μιχαλοπούλου. Επίτομος. Εκδόσεις Γλάρος. Αθήνα 1982. σ.30-32
38. Μακρόπουλος Χρήστος. Παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου μαστού. Επίτομος. εκδόσεις διόπτρα. Αθήνα 2008. σ.65
39. Μαρκόπουλος Χρήστος. Καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του μαστού. Επίτομος. εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2007. σ.30-75
40. Μαγου R. Share M. Carson A. ABC της ιατρικής ψυχολογίας . Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Παρισσιανού. Αθήνα 2010. σ. 14,75,78,89-95
41. McGready Tracey. Management of patient with breast cancer. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις RCN. England 1998. σ. 45-53

42. Μπαρμπούνη - Κωνσταντακάτου Ελένη. Ακτινοθεραπεία. Τόμος 2^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2006. σ.25-50
43. Μπεσμπέας Σταύρος. Πατηράκη Ελένη. Δοντάς Νικόλαος. Ψυχοκοινωνική ογκολογία. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Ζήτα. Αθήνα 2003. σ. 25,28,42-66
44. Μπεσμπέας Σταύρος. Σεμινάριο Νοσηλευτών με θέμα: πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου και αποκατάσταση του καρκινοπαθούς. Επίτομος. Εκδόσεις Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία. Αθήνα 1991. σ.25-30
45. Μπερή Δέσποινα. Καρκίνος μαστού· η αυτοεξέταση σώζει ζωές. Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη Α.Ε. περιοδικό Health News. Αθήνα 2006. (www.health.in.gr)
46. Μπούτης Λάζαρος. Καρκίνος μαστού. Επίτομος. Εκδόσεις University Studio Press. Θεσσαλονίκη 1993. σ.52
47. Νούτσος Παναγώτης. Οδηγός ερευνητικής μεθοδολογίας. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Παρισσιανού. Αθήνα 1998. σ. 22,55,66,78-90
48. Ντολατζάς Θεόδωρος. Ο γιατρός συμβουλεύει. Τόμος 3^{ος}. Έκδοση 3^η. Εκδόσεις Λίγκας Books. Αθήνα 2005 σ. 470
49. Παπαδάτου Δανάη. Αναγνωστόπουλος Φώτης. Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο. Τόμος 1^η. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Φλόγα. Αθήνα 1986. σ. 25-75
50. Παπαδόπουλος Λεωνίδα. Φαχαντίδης Επαμεινώνδας. Κώτσης Αλέξανδρος. Πρακτικός Συνέδριο Χειρουργικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος. Θεσσαλονίκη 1997. σ.32-50
51. Παπαθανασίου Κωνσταντίνος. Γυναικολογική Ογκολογία. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2002. σ.25-30
52. Παπανικολάου Νικόλαος. Γυναικολογική μαστολογία. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Παρισσιανού Α.Ε. Αθήνα 1995. σ.60
53. Παπανικολάου Νικόλαος. Παπανικολάου Αλέξανδρος. Γυναικολογία. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 3^η. Εκδόσεις Παρισσιανού Α.Ε. Αθήνα 1997. σ.35-40
54. Παπαχαράλαμπος Ξενοφών Ν. Γενική παθολογική ανατομική. Επίτομος. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 1994.σ.50
55. Pascarella Joseph V. Depressive phenomeno, physical symptom distress and functional status among women with breast cancer. Nursing Research. 1997. σ. 214-221 (www.journals.lww.com)
56. Payne Richard. Medina Eduardo. Quality of life concerns in patients with breast cancer. Wiley Online Library. 2003. σ. 311-317 (www.onlinelibrary.wiley.com)

57. Πινακίδης Μάρκος, Μπούτης Λάζαρος. Καρκίνος μαστού. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις University Studio Press A.E.Θεσσαλονίκη 1993. σ.25-70
58. Πολύζος Αριστοτέλης. Προεγχειρητική- μετεγχειρητική και υποστηρικτική θεραπεία σε ασθενείς με όγκο. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2007. σ. 55-65
59. Ποταμιανός Γρηγόριος. Κλινική ψυχολογία. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Παρισσιανού. Αθήνα 2000. σ. 55-98
60. Ρηγάτος Γεράσιμος. Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Ζήτα. Αθήνα 1985. σ. 15,16,40-65
61. Ρηγάτος Γεράσιμος. Η ανακούφιση του καρκινικού πόνου. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2000. σ. 45-75
62. Russo J. Gusterson B. Rogers A. Russo I. Wellings S. Comparative study of human with breast cancer. Department of pathology Michigan Cancer Foundation. Detroit 1997. σ. 481-484
63. Runowitz Carolyn. Gansler Ted. Petrek Jeanne. Cancer a thorough and compassionate resource for patients and their families.Επίτομος. Εκδόσεις American Cancer Society. 1999. σ. 57-53, 66-126
64. Σακοράφας Γεώργιος, Σαφιολέας Μιχαήλ. Η χειρουργική αντιμετώπιση καρκίνου του μαστού. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2009. σ.65
65. Σγουράκης Γεώργιος. Ανατομία και Φυσιολογία του μαστού. Περιοδικό Ελληνική Χειρουργική. Συντάκτης Κεραμίδας Δ. Αθήνα 2007. (www.exe1928.gr)
66. Σεμόγλου Χριστόφορος. Ο μαστός και οι παθήσεις του. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Διόπτρα. Αθήνα 2008. σ.23-25
67. Spreicher Carl E. Η κατάλληλη διαγνωστική δοκιμασία- οδηγός εργαστηριακής ιατρικής. Επιμέλεια-μετάφρασηΠαπαϊωαννίδης Δημήτριος. Επίτομος. Εκδόσεις Ζεβελεκάκης. Αθήνα 2000. σ.10-25
68. Spiegel Dagmar. Psychosocial aspects of breast cancer treatment. Seminars in oncology. 1997. σ. 36-47 (www.ncbi.nlm.nih.gov)
69. Στεφανογιάννης Ιωάννης. Διαγνωστική καρκίνου· ένας πλήρης οδηγός. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Π.Ε.Β.Ε. Ηράκλειο 2005. σ. 174-183
70. Tierney Malone T. Διαγνωστικός και Θεραπευτικός Οδηγός. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2009. σ.45-47
71. Τριχόπουλος Δημήτριος. Καλαπαθάκη Βασιλική. Πετρίδου Ελένη. Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία. Επίτομος. Εκδόσεις Ζήτα. Αθήνα 2000. σ. 408-409

72. Τσακίρης Γεώργιος. Θρουβάλας Νικόλαος. Κυργιας Γεώργιος.
Ακτινοθεραπευτική ογκολογία. Τόμος 2^{ος}. Έκδοση 2^η. Εκδόσεις Λύχνας, Αθήνα 2000.
σ.98
73. Τσιρλιάγκος Ευστάθιος - Ανέστης. Χειρουργική. Επίτομος. Εκδόσεις Μαυρογένης
Α.Ε. Αθήνα 2004. σ.78-109
74. Φιλόπουλος Ευάγγελος. Καρκίνος μαστού. Ιάτωρ Διαδικτυακό Περιοδικό.
Καταχωρήθηκε το άρθρο στις 28 Οκτωβρίου 2010. (www.iator.gr)
75. Φύσσας Ιωάννης. Ο μαστός και οι παθήσεις του. Επίτομος. Εκδόσεις Λιβάνη. Αθήνα
2006 σ. 70,120
76. Φωτίου Στυλιανός. Γυναικολογική ογκολογική. Επίτομος. Εκδόσεις Βήτα.
Αθήνα 2009. σ.100-105
77. Vos Petra J. Visser Adriaan P. Garssen Bert. Dyivenvoorden Hugo. Haes Hanneke.
Effects of delayed psychosocial interventions for women with early breast cancer.
2006. (www.pec-journal.com)
78. Watson Maggie. Asley Roman S. Factors associated with emotional and behavioural
problems among school age children of breast cancer. British Journal of Cancer.
2006. σ. 43-50 (www.nature.com)
79. Wengstrom Yvonne. Forsberg Charles. Coping with radiation therapy. Strategies used
by women with breast cancer receiving radiation therapy. International Journal of
Cancer Nursing. 2001. σ. 264-271 (www.journals.lww.com)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Η ηλικία σας είναι άνω των 35 ετών;

Ναι Όχι

2. Οικογενειακή κατάσταση

Ελεύθερη

Δεσμευμένη

Αρραβωνιασμένη

Παντρεμένη

Χήρα

3. Έχετε παιδιά;

Ναι Όχι

4. Εάν ναι έχετε θηλάσει;

Ναι Όχι

5. Τη χρονική στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου προϋπήρχαν ή /και εξακολουθούσαν να υπάρχουν δυσάρεστες αχχογόνες συνθήκες στη ζωή σας (άγχος, στενοχώρια, θυμός κτλ;)

Ναι Όχι

6. Αναζητήσατε βοήθεια από ψυχολόγο για την αποδοχή και την διαχείριση της πάθησής σας;

Ναι Όχι

7. Πρωτογενώς ήσασταν αισιόδοξη αναφορικά με την έκβαση της ασθένειά σας ;

Ναι Όχι

8. Δευτερογενώς ήσασταν αισιόδοξη αναφορικά με την έκβαση της ασθένειά σας ;
Ναι Όχι
9. Έχετε έρθει αντιμέτωπη με την χειρουργική παρέμβαση (μαστεκτομή);
Ναι Όχι
10. Εάν ναι έχετε δεχτεί βοήθεια από ειδικούς για την καλύτερη διαχείριση της ψυχολογικής σας κατάστασης ;
Ναι Όχι
11. Γνωρίζετε ποιες είναι οι επιπτώσεις της χημειοθεραπείας στην ψυχολογία της γυναίκας ;
Ναι Όχι
12. Γνωρίζετε ότι κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας αυξάνονται οι πιθανότητες καταθλιπτικών επεισοδίων ;
Ναι Όχι
13. Γνωρίζετε ότι η πλαστική χειρουργική μπορεί να κάνει δυνατή την ανακατασκευή ενός αληθινού νέου μαστού;
Ναι Όχι
14. Εξετάζετε την πιθανότητα επαναστατικής πλαστικής χειρουργικής στήθους;
Ναι Όχι
15. Υπάρχει ψυχολογική υποστήριξη από το κεφαλικό σας περιβάλλον;
Ναι Όχι