

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

**Εννοιολογική Προσέγγιση και Νοσηλευτική
Παρέμβαση**



Εισηγήτρια

Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία

Καθηγήτρια

Επιμέλεια

Λίλα Μιρσίντα

Σπουδάστρια

Πάτρα 2012

Αντί προλόγου...

Κανείς στην οικογένειά μου δεν είχε καρκίνο και εγώ μέχρι τότε νόμιζα πως είναι κάτι που μπορεί να συμβεί μόνο στους άλλους κι αυτοί οι άλλοι πεθαίνουν. Μετά όλα έγιναν πολύ γρήγορα... Χειρουργείο, ταχεία βιοψία αρνητική (η γιατρός βέβαια με καθάρισε πολύ καλά γιατί από την εμπειρία της ήξερε...), ογκεκτομή, αγωνία, καρκίνος, δεύτερο χειρουργείο, λεμφαδένες καθαροί. Και μετά; Θα δούμε... Δεν έκλαψα μόνο χαμογέλαγα, κανείς δεν με πίστεψε, κανείς δεν ήταν εκεί ο πατέρας μου, οι φίλοι μου, έλειπαν όλοι, δεν ξέρω ίσως φοβήθηκαν ποτέ δεν έμαθα. Μόνο η μητέρα μου ήταν κι ο άγγελός μου, που έπαιρναν δύναμη από μένα όπως μου είπαν μετά.

Κι ύστερα ήρθαν οι χημειοθεραπείες. Στο νοσοκομείο με έβαζαν μόνη μου να μην βλέπω τις άλλες γυναίκες που υπέφεραν γιατί ήμουν λέει “μικρή”. Ένα καλοκαίρι χωρίς να δω τη θάλασσα μόνο τον ουρανό έβλεπα ξαπλωμένη από το κρεβάτι μου και το πρόσωπο μου κάθε μέρα γινόταν πιο κίτρινο πιο εξασθενημένο. Λευκά αιμοσφαίρια, ενεσάκια, έμαθα. Κάποιες φορές δεν είχα τη δύναμη ούτε καν να μιλήσω, κουράστηκα. Δεν έχω λόγια να περιγράψω πως ένοιωθα μέσα μου όταν έκανα τις χημειοθεραπείες, δεν θέλω να ξαναρθούν. Ύστερα άρχισα ακτινοβολίες σε κρατικό νοσοκομείο, κάθε μέρα για 35 μέρες περίμενα υπομονετικά μαζί με άλλους ανθρώπους να έρθει η σειρά μου. Όλοι μας είχαμε ένα κοινό, έναν κόκκινο σταυρό που έδειχνε το μέρος. Εκεί δεν ήμουν η μικρότερη έβλεπα παιδάκια που ερχόντουσαν χωρίς να έχουν φταίξει σε τίποτα.. Εδώ και 18 μήνες παίρνω ταμοξιφαίνη, είναι βλέπεις ορμονοεξαρτώμενος.

«Στην προηγούμενη μου ζωή» όπως τη λέω τώρα πια, έζησα κάθε στιγμή και καλή και άσχημη, δεν έχω παράπονο. Ο φόβος δεν είναι ο ίδιος, τώρα ξέρω, κάνω τις εξετάσεις μου κάθε έξι μήνες και ακούω τους γιατρούς μου, μόνο λύπη αισθάνομαι για ότι δεν μπορώ να κάνω πια, για την ταλαιπωρία που πέρασα και περνάω, και για τον πόνο και την αγωνία που έζησα...

Κάθε πρωί χαμογελάω, η ζωή είναι ωραία και εγώ είμαι ακόμη εδώ, ο καρκίνος είναι μια ύπουλη αρρώστια αλλά όλοι μας κρύβουμε μέσα μας τη δύναμη να τον αντιμετωπίσουμε...

Ονομάζομαι Έλενα.

Είμαι 39 ετών και επιζών από καρκίνο του μαστού, 2 χρόνια!

Περίληψη

Εισαγωγή Ο καρκίνος του μαστού είναι μια ύπουλη νόσος που ακόμα και στις μέρες μας αποτελεί μείζων πρόβλημα δημόσιας υγείας καθώς δεν γίνεται αντιληπτή από την πρώτη στιγμή, ενώ ανάλογα με το στάδιο που βρίσκεται μπορεί να προκαλέσει άσχημες συνέπειες. Παρ'όλες τις προόδους στους τομείς της πρόγνωσης και της πρόληψης ο καρκίνος του μαστού συνεχίζει να είναι μία επικίνδυνη ασθένεια για τις γυναίκες ακόμα και στην εποχή μας.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η επιμόρφωση των νοσηλευτών και του ευρύτερου γυναικείου πληθυσμού για το καρκίνο του μαστού, σχετικά με τους προδιαθεσικούς παράγοντες που τον προκαλούν, τα συμπτώματα, τη θεραπεία, την πρόληψη, την αντιμετώπιση και την ενίσχυση των γνώσεών τους για προαγωγή της υγείας. Το μήνυμα που μεταφέρεται μέσω της εργασίας αυτής είναι ότι όσο πιο γρήγορα γίνει η διάγνωση του καρκίνου τόσο αποτελεσματικότερη θα είναι η θεραπεία του.

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πρώτος εμφανιζόμενος σε συχνότητα καρκίνος στις γυναίκες που φτάνει το ποσοστό 27,4%.

Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού εμφανίζουν έντονη ανησυχία, νευρικότητα και επιθετικότητα.

Πέρα από το οικογενειακό περιβάλλον και τον ιατρό σημαντικό ρόλο καλείται να επιτελέσει και ο νοσηλευτής τόσο κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και της θεραπείας όσο και την παροχή φροντίδας όχι μόνο εντός του νοσοκομείου αλλά και στη κοινότητα.

Ο νοσηλευτής εκτός από τις νοσηλευτικές αρμοδιότητες που θα προσφέρει με προσοχή καλείται να στηρίξει ηθικά τον ασθενή αλλά και την οικογένειά του.

Πρέπει να είναι οπλισμένος με υπομονή και επιμονή ώστε να αναπτύξει μια επικοινωνία μαζί με την ασθενή και να αναπτύξει κατάλληλο επικοινωνιακό περιβάλλον.

Συμπερασματικά ο εκπαιδευμένος και καταρτισμένος νοσηλευτής διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, στο προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας, στην εφαρμογή του προγράμματος νοσηλείας, συνεργαζόμενος με άλλους επαγγελματίες υγείας καθώς και στην αξιολόγηση του αποτελέσματος της κάθε παρέμβασης.

Summary

In introduction Breast cancer is an insidious disease that even nowadays is a major public health problem as it is perceived from the outset, while depending on the stage it may cause bad consequences. Despite advances in forecasting and prevention of breast cancer is still a dangerous disease for women even in our time.

The purpose of this work is the training of nurses and wider population with regard on breast cancer, with regard to the causes that it causes, the symptoms, the treatment, the precaution, the confrontation and aid of their knowledge for promotion of health. The message conveyed by this work is that the sooner the diagnosis of cancer is made more efficient will be the cure. Breast cancer is the first appearing at a frequency of cancer in women who reach the 27,4% rate. Patients with breast cancer showed a marked anxiety, nervousness and aggression. Apart from the family environment and the physician, important role to perform is called and the nurse both during the diagnosis and treatment as well the providing care not only within the hospital but also and the community. The nurse other than nursing responsibilities that will offer carefully is called upon to support morally the patient and his family. They must be armed with patient and perseverance to develop a contact with the patient and to develop appropriate and communication environment.

In conclusion the educated and grounded nurse plays essential role in the estimate of the patient's situation, in the planning of nursing care, in the application of hospitalisation program, collaborating with other professionals of health as well as in the evaluation of the result of each intervention.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδες
Αντί προλόγου.....	2
Περίληψη.....	3
Summary.....	4
Συντομογραφίες.....	11
Εισαγωγή.....	12

Κεφάλαιο 1^ο

Ιστορική αναδρομή και επιδημιολογικά - στατιστικά στοιχεία του καρκίνου του μαστού

1.1.Ιστορική αναδρομή.....	15
1.2.Επιδημιολογία - Συχνότητα.....	17
1.3.Θνησιμότητα – Επιβίωση.....	17

Κεφάλαιο 2^ο

Ανατομία – Φυσιολογία του Μαστού

2.1. Ανατομία του Μαστού.....	21
2.1.1.Θέση και έκταση του Μαστού.....	21
2.1.2.Μορφολογία του Μαστού.....	21
2.1.3.Μύες Μαστού.....	22
2.1.4.Αγγείωση Μαστού.....	22
2.1.5.Νεύρωση Μαστού.....	24
2.2. Φυσιολογία του Μαστού.....	24
2.2.1.Ανάπτυξη και Λειτουργία του Μαστού.....	24
2.2.2.Μεταβολές του Μαστού στη ζωή της γυναίκας.....	27

Κεφάλαιο 3^ο

Φυσική Εξέλιξη του καρκίνου του Μαστού

3.1. Ταξινόμηση.....	29
3.1.1. Μη διηθητικό Λοβιακό Καρκίνωμα	30
3.1.2. Λοβιακό διηθητικό Καρκίνωμα.....	30
3.1.3. Διηθητικό – Μη Διηθητικό Πορογενές Καρκίνωμα.....	30
3.1.4. Νόσος του Paget	31
3.1.5. Φλεγμονώδες καρκίνωμα.....	31
3.1.6. Μυελοειδές καρκίνωμα.....	32
3.1.7. Θηλώδες καρκίνωμα.....	32
3.1.8. Βλεννώδες καρκίνωμα	32
3.1.9. Σωληνώδες καρκίνωμα	32
3.1.10. Καρκινοσάρκωμα.....	32

Κεφάλαιο 4^ο

Αιτιολογία – Προδιαθεσικοί παράγοντες

4.1. Γενετικοί παράγοντες.....	34
4.1.1. Οικογενειακό ιστορικό.....	34
4.1.2. Φύλο.....	34
4.1.3. Ηλικία	34
4.1.4. Σωματικό Βάρος	35
4.1.5. Κληρονομικότητα	35
4.2. Ιονίζουσα ακτινοβολία.....	35
4.3. Χημικές ουσίες.....	36
4.4. Ηλικία εμμηναρχής – εμμηνόπαυσης	36
4.4.1. Γάμος – τεκνοποίηση.....	36
4.4.2. Θηλασμός.....	36
4.5. Ορμονικοί παράγοντες.....	36

4.5.1.Προγεστερόνη	37
4.5.2.Προλακτίνη	37
4.5.3.Οιστρογόνα	37
4.6. Εξωγενείς – Ιατρογενείς παράγοντες.....	37
4.6.1.Ψυχολογικοί παράγοντες	37
4.6.2.Προηγηθείσα βιοψία Μαστού.....	38
4.7. Περιβαλλοντικοί – Εκπαιδευτικοί παράγοντες.....	38
4.8. Μορφολογικοί παράγοντες	38

Κεφάλαιο 5^ο

Πρόληψη του καρκίνου του Μαστού

5.1. Αυτοεξέταση του Μαστού	40
5.2. Πρόληψη του καρκίνου του Μαστού	41
5.2.1.Προγράμματα και μέτρα πρωτογενούς πρόληψης.....	43
5.2.2.Προγράμματα και μέτρα δευτερογενούς πρόληψης	43
5.2.3.Διατροφή και καρκίνος Μαστού.....	43
5.3. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην πρόληψη	44
5.4. Νέα όπλα κατά του καρκίνου του Μαστού	44
5.5. Διαφημιστικές καμπάνιες.....	45
5.6. “Η Μόδα πολεμά τον καρκίνο του Μαστού”	45
5.7. Αγκαλιάζω – Όμιλος εθελοντών κατά του καρκίνου του μαστού.....	46

Κεφάλαιο 6^ο

Καρκίνος Μαστού στους άνδρες

6.1.Εισαγωγικά	48
6.2.Τύποι καρκίνου Μαστού στους άνδρες	48
6.3.Παράγοντες κινδύνου	48
6.4.Συμπτώματα	49
6.5.Τρόποι διάγνωσης.....	49

6.6.Θεραπεία.....	49
6.6.1.Πρόγνωση	50
6.7. Η Ζωή με τον καρκίνο του μαστού.....	50

Κεφάλαιο 7^ο

Διάγνωστική προσέγγιση του καρκίνου του Μαστού

7.1. Μέθοδοι Διάγνωσης.....	54
7.2. Μέθοδοι κλινικής εξέτασης	54
7.3. Μέθοδοι εργαστηριακής εξέτασης	55
7.4. Απεικονιστικές μέθοδοι	56
7.5. Μέθοδοι εγχειρητικής εξέτασης	59
7.6. Νοσηλευτική και διαγνωστικές εξετάσεις	61
7.7. Τρόποι επέκτασης του καρκίνου του μαστού	61
7.7.1.Λεμφική διασπορά.....	61
7.7.2.Τοπική διήθηση.....	62
7.7.3.Αιματογενής διασπορά.....	62
7.8. Μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού	62

Κεφάλαιο 8^ο

Κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού

8.1.Κλινική εικόνα	65
8.2.Σταδιοποίηση του καρκίνου του Μαστού.....	66
8.3.Πρόγνωση της νόσου	66
8.4.Γυναίκες που έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου Μαστού	67

Κεφάλαιο 9^ο

Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου του Μαστού

9.1. Ψυχολογικές επιπτώσεις	70
9.2. Ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις Μαστεκτομής	71

9.2.1. Stress – Άγχος – Πανικός	71
9.2.2. Κατάθλιψη	72
9.2.3. Εικόνα του σώματος	72
9.2.4. Φόβος επανεμφάνισης	73
9.2.5. Ενοχές και καρκίνος	73

Κεφάλαιο 10^ο

Θεραπεία – Νοσηλευτική παρέμβαση

10.1. Θεραπεία του μαστού	76
10.2. Χειρουργική θεραπεία	76
10.2.1. Νοσηλευτική παρέμβαση στη χειρουργική θεραπεία.....	76
10.2.2. Ριζική Μαστεκτομή	77
10.2.3. Τροποποιημένη ριζική Μαστεκτομή	77
10.2.4. Περιορισμένη ριζική Μαστεκτομή	78
10.2.5. Απλή Μαστεκτομή.....	78
10.2.6. Ογκεκτομή	78
10.2.7. Υποδόριος Μαστεκτομή	78
10.3. Ακτινοθεραπεία.....	78
10.3.1. Νεότερες τεχνικές ακτινοθεραπείας	79
10.3.2. Παρενέργειες – Επιπλοκές Ακτινοθεραπείας	80
10.3.3. Νοσηλευτική παρέμβαση στην Ακτινοθεραπεία	80
10.4. Χημειοθεραπεία	81
10.4.1. Νοσηλευτική παρέμβαση στην Χημειοθεραπεία.....	83
10.5. Ορμονοθεραπεία	84
10.6. Ανοσοθεραπεία	84
10.7. Στάδια της νόσου και ψυχική υποστήριξη από τον νοσηλευτή.....	85
10.7.1. Πρώτη φάση – πρώιμο στάδιο	85
10.7.2. Δεύτερη φάση – ενδιάμεσο στάδιο	85
10.7.3. Τρίτη φάση – τελικό στάδιο.....	86

10.8. Νοσηλευτική παρέμβαση στο τελικό στάδιο της νόσου.....	87
10.8.1. Η Νοσηλευτική στην ψυχολογική υποστήριξη της καρκινοπαθούς.....	88
10.8.2. Η Νοσηλευτική στο θάνατο	88
10.9. Νοσηλεία στο σπίτι.....	89
10.10. Βασικοί σκοποί	89
10.11. Νοσηλευτική φροντίδα καρκινοπαθούς στο σπίτι.....	90
10.12. Νοσηλευτική παρέμβαση σε συγκεκριμένους ασθενείς με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.Ολιστική και εξατομικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα	92
Συμπεράσματα	114
Προτάσεις	115
Βιβλιογραφία	117
Παράρτημα	120

Συντομογραφίες

- BRCA 1** : Breast Cancer type 1 (καρκίνος του μαστού 1, πρώιμη έναρξη)
- BRCA 2** : Breast Cancer type 2 (καρκίνος του μαστού τύπου 2)
- IDC** : Invasive Ductal Carcinoma (διηθητικό πορογενές καρκίνωμα)
- DCIS** : Ductal Carcinoma In Situ (μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα)
- TNM** : Tumor nodes metastasis
- T.K.E** : Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών
- SGOT** : Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase (Αυξημένη Γλουταμινική Οξαλοξική Τρανσαμινάση)
- SGPT** : Serum Glutamic Pyruvic Transaminase (Αυξημένη Γλουταμινική Πυρουβική Τρανσαμινάση)
- γGT** : γ-Glutamyl Transaminase (γ-Γλουταμινική Τρανσαμινάση)
- ALP** : Αλκαλική φωσφοτάση
- CEA** : καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου
- F.T.B.C** : Fashion Targets breast Cancer (η μόδα πολεμά το καρκίνο του στήθους)
- Γ.Ο.Ν.Κ** : γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς
- M.K.O** : Μη Κυβερνητικός Οργανισμός

Εισαγωγή

Ο καρκίνος αποτελεί ακόμη και σήμερα τη σοβαρότερη ασθένεια, η οποία προσβάλλει όλους τους ιστούς του ανθρώπινου σώματος 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 γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο μαστού κατά την διάρκεια της ζωής της. Ο όρος «καρκίνος του μαστού» αναφέρεται στη νοσηρή ανάπτυξη κακοήθους όγκου στην ευρύτερη περιοχή του μαστού. Αποτελεί μία από τις πλέον συχνότερα εμφανιζόμενες μορφές καρκίνου σε παγκόσμιο επίπεδο, πρώτη σε αριθμό κρουσμάτων μεταξύ του γυναικείου πληθυσμού, ιδιαίτερα στο δυτικό κόσμο. Αποτελεί, επίσης, τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου μεταξύ των Ευρωπαίων γυναικών και την πρώτη μεταξύ καρκινοπαθών.

Ο καρκίνος του μαστού, στις διάφορες μορφές της νόσου, προκαλείται από άναρχο και αφύσικο πολλαπλασιασμό παθολογικών κυττάρων στους ιστούς του σώματος, που, συνακόλουθα, προκαλούν το σχηματισμό κακοήθους όγκου στην περιοχή του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού, όπως και κάθε κακοήθης νεοπλασία, αποτελεί ουσιαστικά κυτταρική νόσο. Τα παθολογικά αυτά κύτταρα έχουν τη δυνατότητα διήθησης - διείδυσης δηλαδή σε γειτονικούς ιστούς - και συνεπώς είναι σε θέση να επεκταθούν και να προκαλέσουν σοβαρές βλαπτικές συνέπειες στη λειτουργία του οργανισμού.

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

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

Χάρη σε αυτήν, μπορούμε σήμερα να διαγνώσουμε περιπτώσεις πρώιμων καρκίνων, που δεν είναι δυνατό να γίνουν αντιληπτοί από την ψηλάφηση. Εκτός από αυτό, σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, ο τακτικός προληπτικός έλεγχος με μαστογραφία αποτελεί το μέσο με το οποίο μπορούμε να βελτιώσουμε σε μεγάλο βαθμό 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 ακρίβειά της αγγίζει το 55-60%.

Η βασική προσπάθεια που γίνεται σήμερα έγκειται στο να ανακαλυφθεί ο καρκίνος του μαστού σε όσο το δυνατόν πρώιμο στάδιο, έτσι ώστε κατά την αρχική αντιμετώπιση να επέλθει έως και πλήρης ίαση. Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση είναι η καλύτερη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που βάζουν πρώτο το καρκίνο του μαστού τα απαρίθμησε ο Grant πριν από 23 χρόνια εκδότης του τότε περιοδικού CANCER.¹

Είναι ο πιο θανατηφόρος καρκίνος στις γυναίκες.

Είναι ο καρκίνος που πιο συχνά ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες.

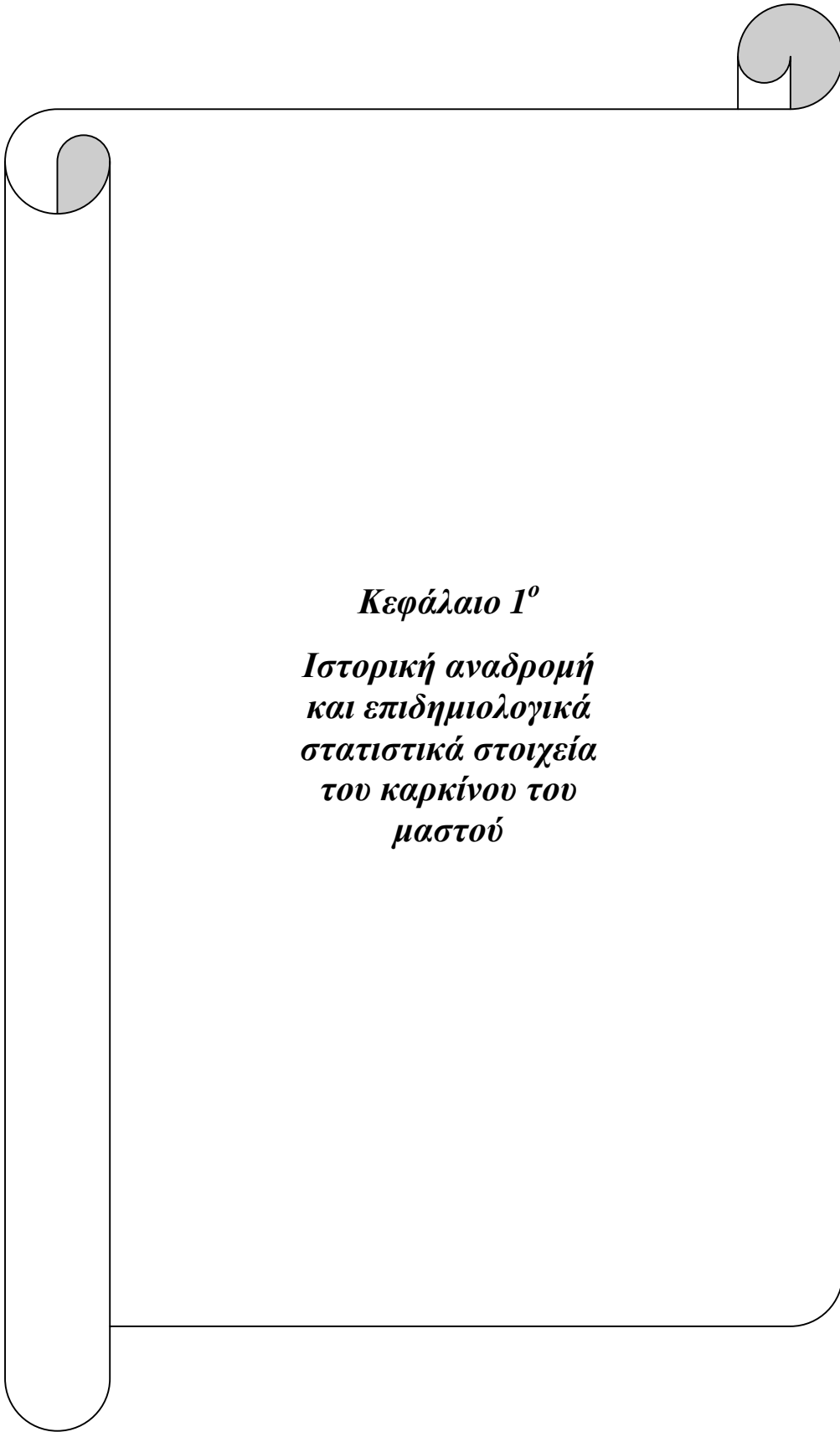
Είναι ο καρκίνος για τον οποίο γίνονται οι περισσότερες ακτινοθεραπείες και χημειοθεραπείες.

Για το καρκίνο του μαστού έχουν γραφτεί τα περισσότερα άρθρα.

Είναι ο καρκίνος που η θεραπεία του έχει προκαλέσει τις περισσότερες διχογνωμίες.

Ας σημειωθεί πως η εμφάνιση της νόσου σε άντρες, παρ' ότι σπανιότατη, δεν είναι άγνωστη. Όσον αφορά στις γυναίκες, ουσιαστικά όλες αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου – όχι, όμως στον ίδιο βαθμό.

Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή που πρέπει να μάει να μπαίνει με διακριτικότητα και λεπτομέρεια στη ζωή του ασθενούς ώστε να μπορέσει να κατανοήσει τις ιδιαίτερες ανάγκες του, να χρησιμοποιήσει τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέσα και μέτρα σε συνεργασία με τον ασθενή. Αυτό θα το καταφέρει χάρη στη δεξιοτεχνία που θα αναπτύξει στη τέχνη της επικοινωνίας και στη καλλιέργεια της κριτικής σκέψης για να μπορεί να κατανοήσει και να εκτιμήσει τον κάθε ασθενή.^{1,2}



Κεφάλαιο 1^ο
Ιστορική αναδρομή
και επιδημιολογικά
στατιστικά στοιχεία
του καρκίνου του
μαστού

1.1. Ιστορική αναδρομή

Ο καρκίνος του μαστού κάνει την εμφάνισή του για πρώτη φορά σε αιγυπτιακά κείμενα που χρονολογούνται γύρω στο 1600 π.Χ. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι περιγράφουν περιστατικά καρκίνων του μαστού που αντιμετωπίζονταν θεραπευτικά με καυτηριασμό, με τη βοήθεια ενός εργαλείου που ονομαζόταν “τρυπάνι φωτιάς”. Οι πρώτες καταγραφές της αρχαίας Ελλάδας αποδίδονται στον πατέρα της ιστορίας, τον Ηρόδοτο (5^{ος} π.Χ. αιώνας), που αναφέρει ότι η Άτοσα, η μητέρα του Πέρση βασιλιά Δαρείου, είχε όγκο στο μαστό της. Επίσης, ο μεγαλύτερος γιατρός της αρχαιότητας, ο Ιπποκράτης, (460-377 π.Χ.) χρησιμοποίησε πρώτος τους όρους “καρκίνος” και “καρκίνωμα” για να περιγράψει όγκους όχι μόνο στους μαστούς, αλλά και σε άλλα σημεία του σώματος, ενώ πίστευε ότι οι όγκοι με εξωτερικό έλκος μπορούν να αντιμετωπιστούν με χειρουργική επέμβαση. Γενικότερα, πάντως, θεωρούσε ότι πολλές φορές είναι προτιμότερο να μην εφαρμόζεται καμία θεραπεία για τον καρκίνο, αφού έτσι εκτιμούσε ότι οι ασθενείς ζούσαν περισσότερο. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι σε αφιερώματα του 4^{ου} π.Χ. αιώνα, που βρέθηκαν σε διάφορα Ασκληπεία, συχνά απεικονίζονται μαστοί, γεγονός που αποδεικνύει τη μεγάλη έκταση που είχαν οι παθήσεις του στήθους εκείνη την εποχή.¹

Ο καρκίνος στην Ελληνορωμαϊκή περίοδο

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

Τα πρώτα Χριστιανικά και Βυζαντινά χρόνια

Οι άγιοι Ανάργυροι, ο Κοσμάς και ο Δαμιανός, τον 3^ο μ.Χ. αιώνα αναφέρεται ότι μπορούσαν να θεραπεύσουν πολλές ασθένειες, μεταξύ των οποίων και περιστατικά καρκίνου του μαστού. Γύρω στο 670 μ.Χ. ο Παύλος ο Αιγινήτης πρώτος περιέγραψε ογκεκτομή, δηλαδή εγχείρηση χωρίς ολική αφαίρεση του μαστού. Οι συγκεκριμένες τεχνικές και θεωρίες εκείνης της εποχής πέρασαν μέσω των Αράβων στην Ιατρική της Δύσης, όπου μέσα από τα ιατρικά βιβλία του διάσημου Πανεπιστημίου της Σορβόνης στο Παρίσι, παρέμειναν σχεδόν αναλλοίωτες για πολλούς αιώνες.¹

Ο μακρύς δρόμος μέχρι τον 19^ο αιώνα

Από τα Βυζαντινά χρόνια μέχρι τον 19^ο αιώνα, ελάχιστα είναι τα νέα κομμάτια που μπαίνουν στο περίπλοκο παζλ της αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού. Γύρω στο 1600 ο Χίλντεν στη Γερμανία επινοεί ένα αποκρουστικό εργαλείο που συνέθλιβε τη βάση του μαστού και στη συνέχεια εκτελούσε τη μαστεκτομή με ένα ειδικά προσαρμοσμένο νυστέρι. Λίγο αργότερα, ο Ολλανδός γιατρός Τουλπ διαδίδει τη θεωρία ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μεταδοτική ασθένεια, βλέποντας τη σχεδόν ταυτόχρονη (προφανώς τυχαία) προσβολή μιας Ολλανδής αριστοκράτισσας και της υπηρέτριάς της. Η θεωρία του αυτή, που ουσιαστικά

βασιζόταν μόνο στα συγκεκριμένα περιστατικά, γνώρισε τεράστια διάδοση για πολλά χρόνια, χωρίς ποτέ κανένας να ενδιαφερθεί για την επιστημονική της επιβεβαίωση. Τις επόμενες δεκαετίες οι χειρουργικές τεχνικές τροποποιήθηκαν, όχι πάντα προς το καλύτερο, οι μεταστάσεις σε διάφορα σημεία του σώματος δεν άργησαν να αναγνωριστούν, ενώ η ανακάλυψη του μικροσκοπίου στο τέλος του 17^{ου} αιώνα άνοιξε νέους ορίζοντες στην ακριβή διάγνωση των διαφόρων μορφών καρκίνου του μαστού. Σε ορισμένες, ακόμη, περιπτώσεις αντί του κλασικού καυτηριασμού, επιχειρήθηκε να εφαρμοστεί διακοπή της αιμορραγίας ακόμη και με καυστικές χημικές ουσίες, ενώ άρχισε να γίνεται από όλους τους χειρουργούς αποδεκτή η ταυτόχρονη, με τη μαστεκτομή, αφαίρεση των προσβεβλημένων λεμφαδένων της μασχάλης.^{1,2}

Κουρέας, χειρουργός ή και τα δύο;

Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι για πολλές δεκαετίες καθήκοντα αυτοδίδακτου χειρουργού εκτελούσαν ακόμη και κουρείς, ενώ μόλις το 1745 στην Αγγλία έγινε διαχωρισμός των δύο επαγγελμάτων! Πενήντα χρόνια αργότερα αναφέρθηκε για πρώτη φορά ότι ο μαστός που έχει προσβληθεί από καρκίνο, έχει όψη “φλοιού πορτοκαλιού”. Άλλη εντυπωσιακή πληροφορία για την αντιμετώπιση της νόσου, είναι ότι η Αγγλίδα συγγραφέας Μπέρνεϊ που έκανε εγχείρηση μαστεκτομής το 1818, γράφει ότι έπρεπε να περιμένει αρκετές εβδομάδες μέχρι να εκπαιδευτούν οι υπηρέτριές της στην αλλαγή των επιδέσμων, αφού δεν υπήρχε το επάγγελμα της νοσηλεύτριας! Σταθμό στις χειρουργικές επεμβάσεις αποτέλεσε η ανακάλυψη της αναισθησίας το 1846 και η εφαρμογή των αντισηπτικών το 1868, αφού τα προηγούμενα χρόνια οι επεμβάσεις γινόταν είτε χωρίς νάρκωση, είτε με διάφορες βάρβαρες μεθόδους απώλειας των αισθήσεων. Επίσης, χωρίς τη εφαρμογή αντισηπτικών και την αποστείρωση των χειρουργικών εργαλείων, οι ασθενείς τους προηγούμενους αιώνες είχαν ελάχιστες πιθανότητες να γλιτώσουν τη ζωή τους από τις θανατηφόρες λοιμώξεις.^{1,2}

Οι νέοι ορίζοντες της χειρουργικής

Ο σημαντικότερος χειρουργός στη μακραίωνη ιστορία του καρκίνου του μαστού ήταν αναμφίβολα ο Χάλστεντ, ο οποίος το 1882 πραγματοποίησε την πρώτη ολική μαστεκτομή, που πήρε το όνομά του, και περιελάμβανε ευρεία εκτομή του όγκου και του γύρω δέρματος, αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, αφαίρεση του μείζονος θωρακικού μυός, αφαίρεση όλων των ιστών που βρίσκονται προς τις περιοχές ανάπτυξης του όγκου, καθώς και επιδιόρθωση της περιοχής με δερματικά μοσχεύματα. Η μαστεκτομή κατά Χάλστεντ αποτέλεσε την πρωταρχική μέθοδο αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού, για ένα περίπου αιώνα. Εκτός από τον συγκεκριμένο χειρουργό, ένας άλλος επιστήμονας που άλλαξε τη ροή των πραγμάτων ήταν ο Ρέντγκεν, ο οποίος ανακάλυψε το 1895 τις ακτίνες X, ενώ μόλις ένα χρόνο αργότερα άρχισαν δειλά-δειλά να γίνονται οι πρώτες ακτινοθεραπείες, με σκοπό τη συρρίκνωση του όγκου.^{1,2}

Οι εξελίξεις του 20^{ου} αιώνα

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

Παύλο τον Αιγινήτη, ο οποίος τον 7^ο αιώνα πρότεινε τον καυτηριασμό, ως εναλλακτική λύση για την αποφυγή της μαστεκτομής!

Στο τέλος, μόλις, της δεκαετίας του 1960, ο Βερονέζι και οι συνεργάτες του στο Πανεπιστήμιο του Μιλάνου, ανακοινώνουν ασυνήθιστα ψηλά ποσοστά επιβίωσης από καρκίνο του μαστού, μετά από συνδυασμό μερικής εκτομής του όγκου, ακτινοβολήσης και χημειοθεραπείας. Το 1990 το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των ΗΠΑ, αλλά και πολλές άλλες εθνικές επιτροπές, καθόρισαν τις χειρουργικές επιλογές, όσον αφορά στον καρκίνο του μαστού, οι οποίες επελέγησαν μετά από σειρά συναντήσεων των κορυφαίων ογκολόγων και χειρουργών του κόσμου. Έτσι, η επέμβαση κατά Χάλστεντ σταδιακά αποσύρθηκε, διότι παρουσίαζε ορισμένα προβλήματα, ενώ τελικά επικράτησαν η τροποποιημένη μαστεκτομή κατά Πάτεϊ και η ογκεκτομή με ταυτόχρονο λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης, που είχε προτείνει ο Βερονέζι.^{1,2}

1.2. Επιδημιολογία – Συχνότητα

Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει περίπου μία στις 10 γυναίκες στις υγειονομικά αναπτυγμένες χώρες και έχει πενταετή επιβίωση που πλησιάζει το 70%. Υπάρχουν αρκετές πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται το γυναικείο φύλο, η καυκάσια εθνικότητα, η μεγαλύτερη ηλικία, το μεγαλύτερο ύψος, η μετεμμηνοπαυσιακή παχυσαρκία, η υψηλής πυκνότητας μαστογραφία, η πρόιμη ηλικία εμμηναρχής, η καθυστερημένη ηλικία εμμηνόπαυσης, η ατεκνία, η μεγάλη ηλικία πρώτης τελειόμηνης κύησης, ο μικρός αριθμός παιδιών, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού σε συγγενείς πρώτου βαθμού και, τέλος, η ύπαρξη ορισμένων γονιδίων.

Ο καρκίνος του μαστού είναι περίπου 100 φορές συχνότερος στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και προσβάλλει περισσότερο γυναίκες ανώτερων οικονομικών τάξεων. Το 2000, εμφανίστηκαν περίπου 1.500.000 νεοδιαγνωσθείσες περιπτώσεις παγκοσμίως. Γενικά, ο καρκίνος του μαστού ευθύνεται για το ένα πέμπτο των περιπτώσεων καρκίνου στις γυναίκες. Το σχήμα της καμπύλης της κατά ηλικία επίπτωσης είναι γενικά παρόμοιο μεταξύ των χωρών, αλλά με μεγάλες διαφοροποιήσεις ως προς το επίπεδο επίπτωσης. Η επίπτωση της νόσου αυξάνει με την ηλικία (σπάνια εμφανίζεται σε γυναίκες ηλικίας <40 ετών), αλλά ο ρυθμός αύξησης μειώνεται μετά από την εμμηνόπαυση, γεγονός που ενισχύει το ρόλο των αναπαραγωγικών ορμονών στην αιτιολογία της νόσου. Η νόσος είναι πολύ συχνότερη στο δυτικό κόσμο σε σχέση με την Κίνα ή την Ιαπωνία. Έρευνες μεταναστών, στις οποίες οι μεταβολές στην επίπτωση του καρκίνου του μαστού εκτιμώνται σε γυναίκες που μετακινήθηκαν από χώρες χαμηλού σε χώρες υψηλού κινδύνου, καταδεικνύουν ότι η επίπτωση εξομοιώνεται με την αντίστοιχη της χώρας υποδοχής, συνήθως δύο γενιές αργότερα. Αυτά τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι διεθνείς διαφοροποιήσεις στους δείκτες του καρκίνου του μαστού οφείλονται, σε μεγάλο μέρος, σε διαφοροποιήσεις του μακρο- και μικροπεριβάλλοντος και όχι σε γενετικούς παράγοντες.^{3,4,5}

1.3. Θνησιμότητα – Επιβίωση

Στην Ελλάδα η Θνησιμότητα της νόσου είναι πολύ μικρότερη σε σχέση με άλλες ανεπτυγμένες Ευρωπαϊκές και βορειοαμερικανικές χώρες. Το ίδιο συμβαίνει και με τη συχνότητα. Στην πλειονότητα των χωρών η αργή αλλά σταθερή αύξηση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού αποδίδεται στην αύξηση του μέσου όρου ζωής. Ο καρκίνος του

μαστού δεν εμφανίζεται συχνά σε ηλικία κάτω των 25 ετών ενώ η συχνότητα του αυξάνεται σταθερά φθάνοντας στο αποκορύφωμα στις μεγάλες ηλικίες. Η νόσος αυτή αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 35-54 ετών. Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

Ο Κληρονομικός Καρκίνος του Μαστού αποτελεί το 7-10% του συνόλου των καρκίνων του μαστού και το 25-40% εκείνων που εμφανίζονται σε ηλικία κάτω των 35 ετών. Συχνά εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία, έχει αμφοτερόπλευρη εμφάνιση σε ποσοστό 20-40% και συνήθως υπάρχουν δύο ή περισσότεροι συγγενείς 1ου βαθμού με καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών, δηλαδή υπάρχει ένα πρότυπο κληρονομικότητας αυτοματικού κυρίαρχου τύπου. Μια σημαντική ανακάλυψη στη γενετική βάση του καρκίνου ήταν η ανακάλυψη το 1997 των ογκοκατασταλτικών γονιδίων BRCA1 στο χρωμόσωμα 17 και BRCA2 στο χρωμόσωμα 13, η μετάλλαξη των οποίων ενοχοποιείται για τον κληρονομικό καρκίνο του μαστού. Το 52% του κληρονομικού καρκίνου του μαστού οφείλεται σε μετάλλαξη στο ογκογονίδιο BRCA1, το 32% οφείλεται σε μετάλλαξη στο ογκογονίδιο BRCA2 ενώ ένα ποσοστό 16% οφείλεται σε άγνωστα μέχρι στιγμής γονίδια. Οι γυναίκες που φέρουν το ογκογονίδιο BRCA1 έχουν 50-85% πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού μέχρι την ηλικία των 70 ετών, σε ποσοστό 40-60% ο καρκίνος μπορεί να είναι αμφοτερόπλευρος, το 50% εμφανίζεται σε ηλικία μικρότερη των 40 ετών, ενώ έχουν και προδιάθεση για εμφάνιση καρκίνου των ωοθηκών σε ποσοστό έως 60%. Η παρουσία ελαττωματικού ογκογονιδίου BRCA2, για το οποίο έχουν αναγνωρισθεί πάνω από 300 μεταλλάξεις, σχετίζεται με πιθανότητα 50-85% εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις γυναίκες μέχρι την ηλικία των 70 ετών ενώ παρατηρείται κίνδυνος 6% εμφάνισης καρκίνου του μαστού στους άνδρες μέχρι την ηλικία των 70 ετών, ένα ποσοστό 100 φορές μεγαλύτερο από το συνήθη κίνδυνο καρκίνου του μαστού στους άνδρες. Κληρονομική εμφάνιση καρκίνου του μαστού έχει παρατηρηθεί και σε ορισμένα γνωστά κληρονομούμενα σύνδρομα όπως στο σύνδρομο Li-Fraumeni, στη νόσο Cowden και στην αταξία-τελαγγειεκτασία. Το σύνδρομο Li-Fraumeni χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση σαρκώματος, καρκίνου του μαστού και όγκων του εγκεφάλου καθώς και από καρκίνο του πνεύμονα, του λάρυγγα, λευχαιμία και καρκίνο των επινεφριδίων. Κληρονομείται με τον αυτοσωματικό κυρίαρχο χαρακτήρα και προκαλείται από μετάλλαξη στο γονίδιο της p53 που είναι υπεύθυνο για την ανάπτυξη διάφορων καρκίνων λόγω της πλειοτροπικής του επίδρασης.^{3,4,5}

Στη νόσο Cowden, που κληρονομείται με τον αυτοσωματικό κυρίαρχο χαρακτήρα, παρατηρείται εμφάνιση πολλαπλών δερματικών οζιδίων κυρίως στο πρόσωπο, στη ραχιαία και κοιλιακή επιφάνεια των χεριών, στα πόδια και στα αντιβράχια καθώς και εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε ποσοστό 30% των γυναικών με τη νόσο με το 1/3 αυτών να έχει αμφοτερόπλευρη εντόπιση. Μια μετάλλαξη σε ένα γονίδιο στο χρωμόσωμα 11q θεωρείται υπεύθυνη για μια σπάνια νευρολογική διαταραχή, αταξία-τελαγγειεκτασία, της παιδικής ηλικίας. Χαρακτηρίζεται από προϊούσα παρεγκεφαλιδική και νευροκινητική αταξία, τελαγγειεκτασίες του επιπεφυκότα και του δέρματος του προσώπου, ανοσοανεπάρκεια, διαταραχές της ανάπτυξης, υπερευαισθησία στην ιονίζουσα ακτινοβολία και εμφάνιση καρκίνου σε διάφορες θέσεις. Κληρονομείται με τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα και οι γυναίκες φορείς έχουν πενταπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε σχέση το γενικό πληθυσμό. Στο ερώτημα εάν ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού έχει ιδιαίτερα ιστολογικά ή επιμέρους βιολογικά χαρακτηριστικά που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν στους θεραπευτικούς χειρισμούς, η μέχρι σήμερα έρευνα έχει δείξει ότι πρόκειται για όγκους υψηλής κακοήθειας με Ca II-III, η έκφραση του *cerb-B2* βρίσκεται σε μικρότερη συχνότητα, θετικοί ορμονικοί υποδοχείς (ER και PR) απαντούν σε μικρό ποσοστό σε ασθενείς με μετάλλαξη στο BRCA1 (30%) και σε υψηλό (93-100%) σε ασθενείς με μετάλλαξη στο

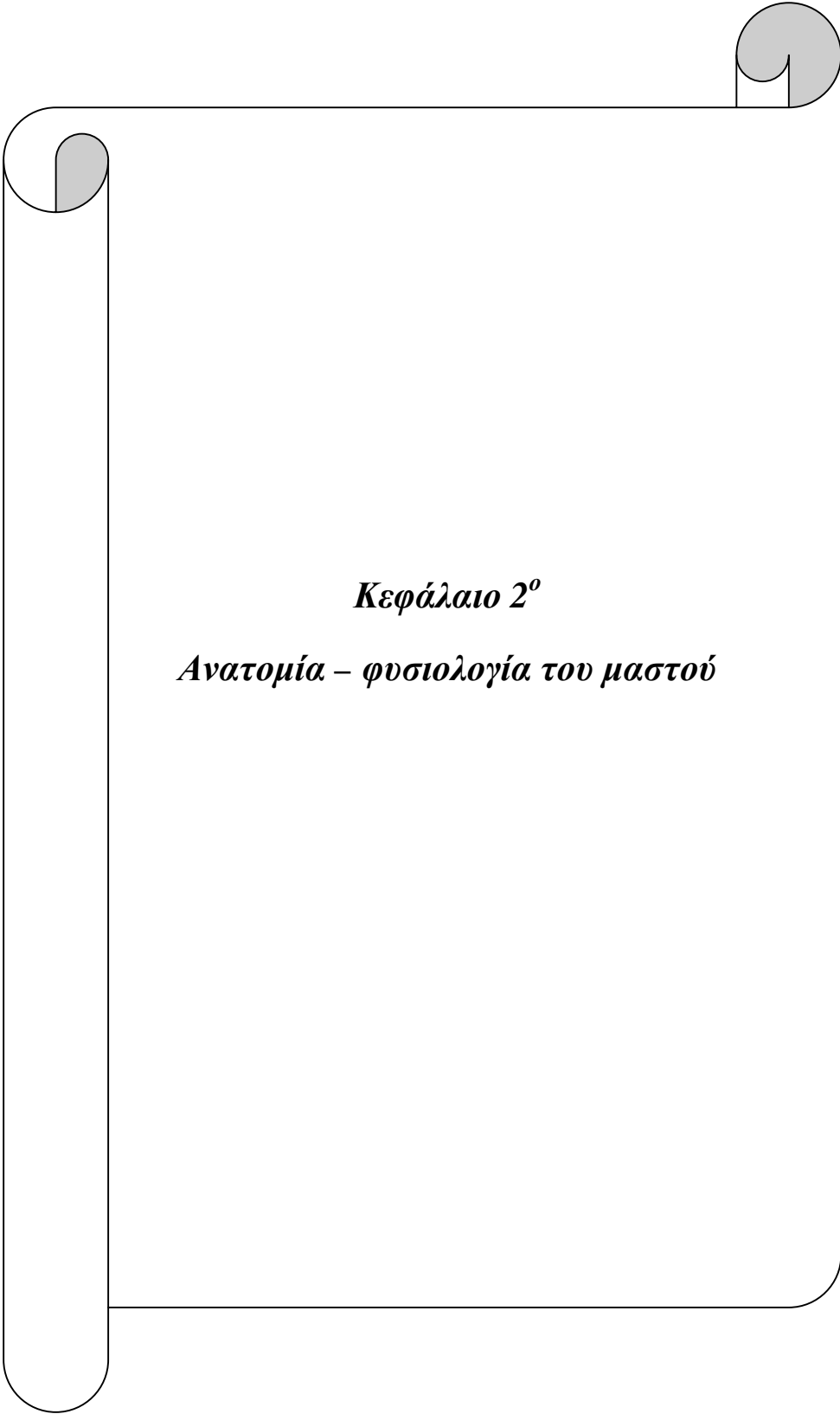
BRCA2, είναι συχνή η ανεύρεση εκτεταμένου μη διηθητικού στοιχείου στην περιφέρεια, παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά την πιθανότητα της τοπικής υποτροπής σε συντηρητικές επεμβάσεις διατήρησης του μαστού και τέλος υπάρχει αυξημένη πιθανότητα ανεύρεσης μεταλλάξεων της p53 (κυρίως στις ασθενείς με μετάλλαξη στο BRCA1) που αποτελεί κακό προγνωστικό παράγοντα. Πότε όμως μια γυναίκα πρέπει να υποβάλλεται σε γονιδιακό έλεγχο, δεδομένου ότι δεν αποτελεί μέσο μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου, αλλά και ποια η κλινική εφαρμογή της γνώσης που προσφέρει η ύπαρξη μεταλλάξεων στα ογκογονίδια BRCA1 και BRCA2. Καταρχήν σε γονιδιακό έλεγχο πρέπει να υποβάλλονται, εφόσον το επιθυμούν οι εξής κατηγορίες γυναικών:^{1,3}

- Γυναίκες που έχουν τουλάχιστον δύο συγγενείς 1ου βαθμού με καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών
- Γυναίκες με συγγενή 1ου βαθμού στην οποία έχει βρεθεί μετάλλαξη σε ένα από τα δύο ογκογονίδια
- Ασθενείς που αναπτύσσουν καρκίνο των ωοθηκών σε ηλικία κάτω των 30 ετών

Στις γυναίκες αυτές, εφόσον εντοπισθεί μετάλλαξη, μπαίνει το πρόβλημα της προφυλακτικής αντιμετώπισης, το οποίο θα πρέπει να το χειρισθεί ομάδα εξειδικευμένων ιατρών, συμπεριλαμβανομένου ψυχιάτρου ή ψυχολόγου και γενετιστή, ο οποίος με την ενεργό συμμετοχή της γυναίκας, θα εξηγήσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, το πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του γενετικού ελέγχου καθώς και το προσωπικό της όφελος από μια προφυλακτική επέμβαση. Η εντατική παρακολούθηση με κλινική εξέταση και υπερηχογράφημα μαστών ανά 6 μήνες, μαστογραφία και μαγνητική τομογραφία μαστών ανά έτος, ίσως να μην είναι αρκετή για αυτές τις γυναίκες, οπότε εναλλακτικές προτάσεις όπως η προφυλακτική αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή, η φαρμακευτική προφύλαξη και η ωοθηκεκτομή, θα πρέπει να συζητηθούν. Η αμφοτερόπλευρη απλή μαστεκτομή με ή χωρίς σύγχρονη αποκατάσταση αποτελεί τη ριζικότερη και ασφαλέστερη λύση. Η υποδόρια μαστεκτομή με διατήρηση της θηλής και της θηλαίας άλω, αν και έχει καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα και γίνεται ευκολότερα αποδεκτή από τη γυναίκα, αφήνει τουλάχιστον 10% του μαζικού αδένου κάτω από τη θηλή, άρα παραμένει αρκετή πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου. Η φαρμακευτική προφύλαξη βασίζεται στη γνώση της ελάττωσης του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του άλλου μαστού, σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με ταμοξιφένη για την ανάπτυξη ενός ορμονοευαίσθητου όγκου στο παρελθόν. Υπάρχουν όμως ορισμένες επιφυλάξεις για τις γνωστές παρενέργειες του φαρμάκου όπως θρομβοεμβολικά επεισόδια και κυρίως με την αύξηση της πιθανότητας ανάπτυξης καρκίνου του ενδομητρίου. Η ωοθηκεκτομή σε νέες γυναίκες έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση των κυκλοφορούντων οιστρογόνων, οδηγώντας πρόωρα σε εμμηνόπαυση. Η επιλογή αυτή, μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού και προφυλάσσει πλήρως από την ανάπτυξη καρκίνου των ωοθηκών. Βεβαίως αποτελεί δύσκολη επιλογή για μια νέα γυναίκα λόγω των προβλημάτων που δημιουργεί στον οικογενειακό προγραμματισμό της αλλά και για τις γενικότερες οργανικές επιπτώσεις για τις οποίες είναι υπεύθυνη.

Αν ο καρκίνος του μαστού διαγνωσθεί αρκετά γρήγορα πριν επεκταθεί πέραν του μαστού, το πενταετές ποσοστό επιβίωσης των γυναικών με καρκίνο του μαστού ξεπερνά το 95%. Παρόλας όμως τις μεθόδους στη διάγνωση και τη θεραπεία ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την κύρια αιτία θανάτων σχετιζόμενων με το καρκίνο στις γυναίκες και την υπ' αριθμών τρίτα αιτία θανάτου στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες πολιτείες. Μετά την αρχική θεραπεία περίπου 50% των ασθενών αναπτύσσουν μεταστατικό (προχωρημένο) καρκίνο του μαστού.

Μετά την αρχική διάγνωση μεταστατικού καρκίνου του μαστού, ο διάμεσος χρόνος επιβίωσης αυτών των ασθενών 18 – 30 μήνες.^{3,4,5}



Κεφάλαιο 2^ο

Ανατομία – φυσιολογία του μαστού

2.1.Ανατομία του Μαστού

Ο μαστός αποτελεί περίπου ημισφαιρική, λιπώδη πτυχή του δέρματος, που περιέχει το μαστικό αδένια και είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένα στα θήλεια άτομα. Οι μαστοί θεωρούνται επικουρικά γεννητικά όργανα που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εγκυμοσύνη και το θηλασμό. Το ώριμο γυναικείο στήθος αποτελείται από εκατομμύρια γαλακτοπαραγωγικούς θύλακες. Το γάλα ρέει από αυτούς τους θύλακες σε γαλακτοφόρους πόρους που το μεταφέρουν στη θηλή.⁶

2.1.1.Θέση και έκταση

Οι δύο μαστοί καταλαμβάνουν την πρόσθια επιφάνεια του θώρακος μεταξύ της 2^{ης}, 3^{ης}, 6^{ης} και 7^{ης} πλευράς. Προς τα έξω κάθε μαστός φθάνει μέχρι την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή, ενώ προς τα έσω μέχρι το πλάγιο χείλος του στέρνου. Ανάμεσα στους μαστούς σχηματίζεται ο μεσομάστιος κόλπος. Κάποτε ο μαστός εμφάνιζε προσεκβολές από τις οποίες η περισσότερο συνηθισμένη είναι αυτή που πορεύεται προς τη μασχάλη γιαυτό λέγεται και μασχαλιαία ουρά ή ουρα του Spence.⁶

2.1.2. Μορφολογία του μαστού

Η εξωτερική μορφολογία του μαστού περιλαμβάνει τη θηλή, τη θηλαία άλω και τους αλωαίους αδένες. Η θηλή αποτελεί προεξοχή κωνική ή κυλινδρική του δέρματος του μαστού που βρίσκεται λίγο πιο κάτω και έξω από το μέσο του μαστού στο κέντρο της θηλαίας άλω. Το καστανέρυθρο χρώμα της θηλής οφείλεται στην έντονη παρουσία της μελανίνης. Το ύψος της θηλής είναι 1 – 1.5 cm και αυξάνει κατά τη γαλουχία. Στη κορυφή της υπάρχουν σχησμές που περιέχουν 15 – 20 περίπου στόμια όπου καταλήγουν οι γαλακτοφόροι πόροι. Το επιθήλιο της θηλής του μαστού στηρίζεται σε μια στιβάδα συνδετικού ιστού πλούσιου σε λείες μυϊκές ίνες. Αυτές οι ίνες είναι διατεταγμένες κυκλικά γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και είναι παράλληλες προς αυτούς στα σημεία που συναντούν τη θηλή για να εκβάλλουν χωριστά στη κορυφή αυτής. Οι κυκλικές αυτές λείες μυϊκές ίνες συμπιέζουν τους γαλακτοφόρους πόρους και ανορθώνουν τις θηλές όταν συσπώνται.

Η θηλαία άλω αποτελεί υποστρόγγυλη και ελαφρά επηρμένη περιοχή γύρω από τη θηλή με διάμετρο 1.5 – 6 cm. Μεγαλώνει κατά τη διάρκεια της εφηβείας όπου οι μαστοί ξεκινούν και αναπτύσσονται. Η θηλαία άλω ποικίλλει σε μέγεθος, είναι ρόδινη στις λευκές άτοκες γυναίκες. Κατά την πρώτη κίνηση η θηλαία άλω της λευκής γυναίκας μεταβάλλεται σε καφεοειδή. Το βάθος του χρώματος οφείλεται στο χρώμα της επιδερμίδας της κάθε γυναίκας.

Εσωτερικά ο μαστός αποτελείται από το μαστικό ή μαζικό αδένια και το περιμαστικό λίπος. Το περιμαστικό λίπος είναι συνέχεια του υποδόριου λίπους το οποίο όμως είναι αφρονότερο στην περιοχή του μαστού ανάμεσα στο δέρμα και στο μαστικό αδένια. Ο μαστικός αδένια ανήκει στους αδένες του δέρματος όπως οι σηματογόνοι και οι ιδρωτοποιοί αδένες. Ο ανθρώπινος μαστός αποτελείται από 12 – 15 ξεχωριστούς αδένες που εκβάλλουν με ανεξάρτητους εκφορητικούς πόρους στη θηλή του μαστού, που χωρίζονται μεταξύ τους με πυκνό συνδετικό ιστό και πολύ λιπώδη ιστό. Ουσιαστικά κάθε λοβός είναι ένας ξεχωριστός αδένια με δικό του εκφορητικό γαλακτοφόρο πόρο. Οι εκφορητικοί γαλακτοφόροι πόροι έχουν ανεξάρτητη έξοδο στη θηλή των μαστών. Ο μεσολόβιος συνδετικός ιστός εισχωρεί σε κάθε λοβό διαιρώντας τον σε λοβίδια, με μεσολοβίδιο συνδετικό ιστό, που περιβάλλει κάθε τελική πορολοβιακή μονάδα. Η ιστολογική δομή των μαστικών αδένων αλλάζει σύμφωνα με το φύλο, την ηλικία, και τις φυσιολογικές συνθήκες που επικρατούν.^{6,7}

2.1.3. Μύες Μαστού

Οι μύες της περιοχής του μαστού είναι:

-**Μείζων θωρακικός μυς:** εκφύεται από τις έξω επιφάνειες της 3^{ης}, 4^{ης} και 5^{ης} πλευράς και καταφύεται στην άνω επιφάνεια της κορακοειδούς αποφύσεως της ωμοπλάτης. Νευρώνεται από το μέσο θωρακικό νεύρο του βραχιόνιου πλέγματος.

-**Πρόσθιος οδοντοτός μυς:** συγκρατεί την ωμοπλάτη στο θωρακικό τοίχωμα. Εκφύεται από τα πλάγια των άνω 8 πλευρών και καταφύεται στο σπονδυλικό χείλος της πλευρικής επιφάνειας της ωμοπλάτης. Νευρώνεται από το μακρύ θωρακικό νεύρο του Bell.

- **Πλατύς ραχιαίος μυς:** είναι ο μεγαλύτερος μυς του ανθρώπινου σώματος. Εκφύεται από τις ακανθώδεις αποφύσεις του θωρακικού σπονδύλου, των οσφυϊκών και ιερών σπονδύλων και καταφύεται στην αύλακα του βραχιόνιου οστού. Νευρώνεται από το θωρακοραχιαίο νεύρο του αυχενικού πλέγματος A6, A7, A8.⁶

2.1.4. Αγγείωση μαστού

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

Αρτηρίες : οι αρτηρίες που αγγειώνουν το μαστό προέρχονται από την έσω μαστική, την πλάγια και ανώτερη θωρακική, το θωρακικό κλάδο της ακρομιοθωρακικής, τους διατριπαινόντες κλάδους των μεσοπλευριών αρτηριών και την υποπλάτια αρτηρία που αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες.

Φλέβες : οι φλέβες του μαστού έχουν ιδιαίτερη σημασία γιατί με τις φλέβες πολλές φορές γίνονται οι μεταστάσεις του καρκίνου. Οι επιφανειακές φλέβες του μαστού βρίσκονται κάτω από το πρόσθιο πέταλο της υποδόριας περιτονίας και μπορούν να διακριθούν με γυμνό μάτι και να φωτογραφηθούν. Τις διακρίνουμε σε δύο τύπους τον επιμήκη και τον εγκάρσιο. Οι φλέβες του μαστού που βρίσκονται στο βάθος απάγουν το αίμα από το μαστό και το θωρακικό τοίχωμα και διακρίνονται σε τρεις ομάδες που εμφανίζουν ειδικό ενδιαφέρον. Οι ομάδες αυτές είναι: της έσω μαστικής φλέβας, της μασχαλιαίας φλέβας και των μεσοπλευριών φλεβών.

Έσω Μαστικές Φλέβες : αυτές πορεύονται πίσω από το θωρακικό τοίχωμα και έρχονται σε άμεση επαφή με τους πλευρικούς χόνδρους. Και η δεξιά και η αριστερή εκβάλλουν στις αντίστοιχες ανώνυμες φλέβες. Επειδή οι έσω μαστικές φλέβες οδηγούν προς το πνευμονικό δίκτυο των τριχοειδών, μπορούν να προκαλέσουν μετάσταση καρκίνου από το μαστό στους πνεύμονες.

Μασχαλιαίες Φλέβες: αυτές δέχονται κλαδους από το θωρακικό τοίχωμα, τους θωρακικούς μυς και την οπίσθια επιφάνεια του μαστού. Οι παραπάνω κλάδοι αντιστοιχούν προς τους κλάδους της μασχαλιαίας αρτηρίας και εμφανίζουν ποικιλία στο σχηματισμό τους γιατί η συμβολή της βασιλικής φλέβας με τη βραχιόνιο για να σχηματισθεί η μασχαλιαία είναι δυνατόν να παρατηρηθεί σε οποιοδήποτε σημείο από το έξω χείλος του μείζονα στρογγυλού μυ έως την κλείδα. Έτσι εάν η συμβολή αυτή είναι πολύ ψηλά τότε η μασχαλιαία φλέβα είναι διπλή και δεν είναι ένας μεγάλος κλάδος της μασχαλιαίας φλέβας

που ανέρχεται από το πλάγιο θωρακικό τοίχωμα. Οι μασχαλιαίες φλέβες αποτελούν τη δεύτερη οδό μετάστασης καρκίνου από το μαστό στους πνεύμονες καθώς με τις μασχαλιαίες φλέβες το αίμα φτάνει από το μαστό στο πνευμονικό δίκτυο των τριχοειδών.⁷

Μεσοπλεύριες Φλέβες

Αυτές αποτελούν τη σπουδαιότερη αδό με την οποία απάγεται το αίμα από τους μαστούς. Οι μεσοπλεύριες φλέβες κατευθύνονται προς τα πίσω, επικοινωνούν με τις σπονδυλικές φλέβες και μετά εκβάλλουν στην άζυγο φλέβα που οδηγεί στην άνω κοίλη φλέβα και στους πνεύμονες. Έτσι αποτελούν την τρίτη οδό για μετάσταση καρκίνου σ' αυτούς.

Σπονδυλικές Φλέβες

Αυτές παρέχουν άλλη, πολύ διαφορετική οδό με την οποία ο καρκίνος του μαστού μπορεί να μεταστεί στα οστά χωρίς να περάσει από τις κοίλες φλέβες στους πνεύμονες. Αυτό συμβαίνει γιατί οι σπονδυλικές φλέβες απάγουν το αίμα από τη σπονδυλική στήλη, τους παρακείμενους μυς και το νωτιαίο μυελό και αποτελούν φλεβικά πλέγματα που βρίσκονται μέσα και έξω από το σπονδυλικό σωλήνα σε όλη την έκτασή του.

Λεμφαγγεία

Η γνώση της λεμφαγγείωσης του μαστού και ιδιαίτερα των επιχώρων λεμφαδένων του, είναι απαραίτητη για τη σημασία τους στις καρκινικές μεταστάσεις. Οι επιχώριοι λεμφαδένες είναι οι λεμφαδένες της μασχάλης και αυτοί που βρίσκονται στην πορεία της έσω μαστικής αρτηρίας.

Λεμφαγγειακή οδός από το μαστό στη μασχάλη. Αυτή γίνεται με δύο στελέχη: το εξωτερικό που υποδέχεται τα λεμφαγγεία του ανώτερου τμήματος του μαστού, και το εσωτερικό, που υποδέχεται τα λεμφαγγεία του κατώτερου τμήματός του. Επίσης στη μασχάλη φτάνει η λέμφος και με δύο άλλες οδούς : τη θωρακική και την οπισθοθωρακική.

Θωρακική οδός

Αυτή αρχίζει από ομάδα λεμφαγγείων που βρίσκεται κάτω από το μαστό και μέσα στο χαλαρό ιστό που είναι ανάμεσα στην οπίσθια επιφάνεια του μαστικού αδένου και την περιτονία του μείζονα θωρακικού μυ. Τα λεμφαγγεία αυτά περνάνε το μείζονα θωρακικό μυ και φθάνουν στην υποκλείδια ομάδα των λεμφαδένων της μασχάλης. Οι λεμφαδένες που βρίσκονται ανάμεσα στο μείζονα και ελάσσονα θωρακικό μυ λέγονται λεμφαδένες του Rotter.

Οπισθοθωρακική οδός

Αυτή, που δεν υπάρχει πάντοτε, απάγει τη λέμφο από το ανώτερο και εσωτερικό τμήμα του μαστού και με λεμφαγγεία που περνάνε ανάμεσα στο μείζονα και τον ελάσσονα θωρακικό μυ τη φέρει στην υποκλείδια ομάδα των λεμφαδένων της μασχάλης.

Οι λεμφαδένες της μασχάλης προσβάλλονται συχνότερα από μεταστάσεις και γι' αυτό είναι περισσότερο σημαντικοί. Αυτοί ανάλογα με τη θέση που βρίσκονται, ξεχωρίζουν στις παρακάτω ομάδες:

Έξω μαστικούς ή βραχιόνιους που είναι 4 – 5 και βρίσκονται πίσω από τη μασχαλιαία φλέβα, κάτω από το έξω χείλος του μείζονα θωρακικού μυ και ψηλαφώνται στο έξω χείλος του μαστού.

Έσω μαστικούς ή θωρακικούς που είναι 5 – 6 και βρίσκονται σε δύο σωρούς, τον ένα στο ύψος του 2^{ου} – 3^{ου} και τον άλλο στο ύψος του 4^{ου} – 5^{ου} μεσοπλεύριου διαστήματος.

Οπίσθιους ή υποπλάτιους που είναι 6 – 7 και βρίσκονται στο μασχαλιαίο χείλος της ωμοπλάτης μαζί με τα αγγεία.

Κεντρικούς που είναι 3 - 4 και βρίσκονται μέσα στο λίπος της μασχάλης. Ένας ή δύο από αυτούς μπορεί να βρίσκονται επιφανειακά κάτω από το δέρμα της μασχάλης και εύκολα να ψηλαφώνται. Οι κεντρικοί λεμφαδένες είναι οι μεγαλύτεροι και αυτοί που εμφανίζουν συχνότερα μεταστάσεις.

Κορυφαίους ή υποκλείδιους που είναι 6 – 12 και βρίσκονται οι περισσότεροι κάτω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ στο υποκλείδιο τρίγωνο κάτω από τη κορακοκλειδική ταινία και εξωτερικά της μασχαλιαίας φλέβας. Οι παραπάνω ομάδες των λεμφαδένων της μασχάλης δέχονται αγγεία από την περιοχή τους και μεταξύ τους, φέρουν δε τη λέμφο στους υπερκλείδιους λεμφαδένες ή στη φλεβώδη γωνία. Όταν γίνονται μεταστάσεις αυτές αρχίζουν από τους κατώτερους προς τους ανώτερους λεμφαδένες της μασχάλης και από εκεί στους υπερκλείδιους.

Υπερκλείδιοι λεμφαδένες αυτοί βρίσκονται πάνω από τη κλείδα και μέσα στο χαλαρό ιστό και το λίπος που υπάρχουν κάτω από το μυώδες πλάσμα. Η ομάδα των υπερκλείδιων λεμφαδένων σχηματίζει τρίγωνο που έχει : προς τα μέσα τη σφαγίτιδα φλέβα, προς τα μέσα τον τραπεζοειδή μυ και προς τα κάτω την υποκλείδια φλέβα. Στον πυθμένα του τριγώνου υπάρχει ο πρόσθιος σκαληνός μυς.^{6,7}

2.1.5. Νεύρωση του μαστού

Το δέρμα του μαστού νευρώνεται από κατιόντες κλάδους του βραχιόνιου πλέγματος. Ο μαστικός αδένας νευρώνεται από τους έξω μαστικούς κλάδους του 2^{ου} έως 6^{ου} μεσοπλεύριου νεύρου καθώς και από τους έσω μαστικούς κλάδους του 2^{ου} έως 4^{ου} μεσοπλεύριου νεύρου.

Εκτός από τους κλάδους αυτούς εισδύονται στο μαστό και συμπαθητικά νεύρα που φέρονται κατά μήκος της πλάγιας θωρακικής και των μεσοπλεύριων αρτηριών και διανέμονται στο δέρμα, τις λείες μυικές ίνες της θηλής και της άλω, στα αγγεία και στο παρέγχυμα του οργάνου.⁶

2.2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.2.1.Ανάπτυξη και λειτουργία του μαστού

Ο μαστός στη γυναίκα εξυπηρετεί την αναπαραγωγική διαδικασία με διπλό τρόπο, πρώτα σαν μέσο πρόκλησης του άνδρα για σεξουαλική δραστηριότητα και κύρια σαν μέσο εξωμήτριας υποστήριξης του νεογνού για ορισμένες από τις ανάγκες του. Η βιολογική αυτή αποστολή επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη του αδένου μέσω των σταδίων εξέλιξως μέχρι την τελική μορφή του και με την προετοιμασία για την κύρια λειτουργία, αποστολή του, που είναι η γαλουχία.

Ο μαστός για την ανάπτυξη και λειτουργία του εξαρτάται αποκλειστικά από την επίδραση πολλαπλών ορμονικών παραγόντων για τους οποίους αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους αδένες – στόχους. Οι ενδοκρινικές επιδράσεις γίνονται δυνατές από την παρουσία ειδικών υποδοχέων που βρίσκονται στη μεμβράνη και τον πυρήνα των κυττάρων

στο αδενικό επιθήλιο και στο διάμεσο και λιπώδη ιστό. Τέτοιοι υποδοχείς έχουν απομονωθεί για την προλακτίνη, τα οιστρογόνα, την προγεστερόνη, την αυξητική, τις θυρεοειδικές ορμόνες, την ινσουλίνη και τα γλυκοκορτικοειδή. Και επειδή η ενδοκρινική δραστηριότητα χαρακτηρίζεται από καθορισμένες χρονικά μεταβολές, γι' αυτό η ανάπτυξη και λειτουργική κατάσταση του μαστού αποτελεί σε κάθε φάση της ζωής της γυναίκας έκφραση της δραστηριότητας του ενδοκρινικού της συστήματος, κυρίως όμως της έκκρισης προλακτίνης από την αδενουπόφυση και των στεροειδών ορμονών του φύλου από τις ωοθήκες.

Από όλες τις ορμόνες με μαστροτρόπο δράση, η προλακτίνη φαίνεται ότι ασκεί κυρίαρχη επίδραση στα επιθηλιακά στοιχεία του μαστού, αλλά αυτή εκδηλώνεται κυρίως σε συνέργεια με τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη. Μάλιστα τα οιστρογόνα φαίνεται ότι αυξάνουν τον αριθμό υποδοχέων για την προλακτίνη, με τρόπο ανάλογο προς την αύξηση των υποδοχέων για την προγεστερόνη. Η δράση της ορμόνης ασκείται μέσω υποδοχέων στη μεμβράνη των εκκριτικών κυττάρων του επιθηλίου των κυστιδίων και γαλακτοφόρων πόρων, και με την συνδιασμένη δράση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης προκαλεί την παραγωγή γάλακτος, ελέγχοντας τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος, της καζεΐνης και της α-λακταλβουμίνης. Η προλακτίνη μετά τη σύνδεση με τους υποδοχείς της μεταφέρεται με άγνωστο μηχανισμό δια μέσου των επιθηλιακών κυττάρων στους πόρους, ώστε να βρίσκεται σε πολύ μεγάλες συγκεντρώσεις στο γάλα ή στο υγρό των πόρων και έτσι να περιλαμβάνεται στους προδιαθεσικούς παράγοντες για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Ο ρόλος των οιστρογόνων στην ανάπτυξη και λειτουργία του μαστού είναι πολύπλοκος και απαιτεί τη συνεργική δράση κυρίως της προλακτίνης και λιγότερο της αυξητικής ορμόνης. Με την παρουσία αυτών, τα οιστρογόνα ασκούν επίδραση στο αδενικό επιθήλιο προάγοντας την ανάπτυξη του εκφορητικού συστήματος με επιμήκυνση και πάχυνση των γαλακτοφόρων πόρων.

Η προγεστερόνη, όπως και τα οιστρογόνα δεν ασκεί βιολογική δράση στο μαστό παρά μόνο με την συνέργεια των υποφυσιακών ορμονών και των οιστρογόνων. Η δράση της συνίσταται κυρίως στην ανάπτυξη των κυστιδίων κατά το τελικό άκρο των πόρων.

Η αυξητική ορμόνη και η ινσουλίνη είναι αναγκαίες κυρίως για την συνεργική τους δράση με την προλακτίνη. Ενώ η παρουσία γλυκοκορτικοειδών και θυρεοειδικών ορμονών φαίνεται απαραίτητη για τις περισσότερες φάσεις της ανάπτυξης και λειτουργίας του μαστού. Ειδικά για τις θυρεοειδικές ορμόνες θυροξίνη και τριωδοθυρονίνη επικρατεί η άποψη ότι σχετίζονται και με την παθογένεια προβλημάτων του αδένου, αφού η συχνότητα θυρεοειδοπάθειας σε καλοήθεις μαστοπάθειες και νεοπλάσματα του μαστού έχει βρεθεί σημαντικά αυξημένη.

Η βιολογική δράση των ορμονών στον μαστό μεταβάλλεται με πολυάριθμους παράγοντες όπως η μεταβολή της ορμονοέκκρισης κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου, η σχετική προς άλλες ορμόνες αυξομείωση της συγκεντρώσεως μαστοτρόπων ορμονών καθώς και η ποικίλουσα δεκτικότητα του αδένου, όπως καθορίζεται από τις μεταβολές στη διαθεσιμότητα των υποδοχέων του στις διάφορες ορμόνες.

Σε μικρό διάστημα από την γέννηση, όταν η παραγωγή οιστρογόνων, προγεστερόνης είναι η ελάχιστη, ο μαστός αποτελείται από μικρούς γαλακτοφόρους πόρους, χωρίς κυστίδια, ινώδη και λιπώδη ιστό. Με την ενήβωση αυξάνεται αισθητά η παραγωγή υποφυσιακών γοναδοτροπινών, προάγεται η παραγωγή οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης και αρχίζει βαθμιαία η ανάπτυξη του αδενικού ιστού (θηλαρχή) όπως και η απόθεση λίπους και η ανάπτυξη ινώδους συνδετικού ιστού.

Συνέπεια των φυσιολογικών μεταβολών της εκκρίσεως των ενδοκρινών αδένων είναι οι αυξομειώσεις του μεγέθους, της ευαισθησίας, της θερμοκρασίας και της εκκριτικής λειτουργίας του μαστού. Έτσι κατά την εξέλιξη του φυσιολογικού εμμηνορρυσιακού κύκλου, με την βαθμιαία αύξηση της έκκρισης οιστρογόνων, από το θυλάκιο που ωριμάζει και της προγεστερόνης, από το ωχρό σωματίο, ο μαστός υφίσταται αλλαγές και την εικόνα ηρεμίας αμέσως μετά την περίοδο και κατά την πρώτη φάση του κύκλου ακολουθεί κατάσταση αυξημένου μεγέθους, μεγαλύτερης ευαισθησίας και υψηλότερης θερμοκρασίας κατά την ωχρινική και προεμμηνορρυσιακή φάση. Οι μεταβολές αυτές εισάγονται με την ενήβωση επαναλαμβάνονται ανελλιπώς κατά την αναπαραγωγική ζωή και σταματούν μετά την εμμηνόπαυση. Κατά την τελευταία αυτή φάση, η διακοπή της ωθητικής λειτουργίας και η ελάττωση έκκρισης των οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης οδηγεί στον χαρακτηριστικό τύπο μαστού της μετεμμηνοπαυσιακής ηλικίας, με την έκδηλη και βαθμιαία υποστροφή όλων των στοιχείων μέχρι της καταλήσεως στη γεροντική μορφή του μαστού. Από την εκτίμηση της σχέσης γεννητικών ορμονών και μαστού, γίνεται εύκολα αντιληπτό γιατί η περίοδος της πιο μεγάλης λειτουργίας δραστηριότητας του αδένου συμπίπτει με την δημιουργικότερη εκδήλωση από το γεννητικό σύστημα, δηλαδή την κύηση και τις ενδοκρινικές μεταβολές που παρουσιάζονται σε αυτή. Πράγματι, κατά τη διάρκεια της κύησης αναπτύσσεται βαθμιαία και λειτουργεί ένας νεοπαγής ενδοκρινής αδένου, ο πλακούντας, που κατακλύζει τη γυναίκα με τεράστιες ποσότητες από προϋπάρχουσες της κύησης ορμόνες (οιστρογόνα, προγεστερόνη) ή από νεοεμφαιζόμενες (πλακουντιακό γαλακτογόνο), που ασκούν άμεση ή έμμεση δράση στο μαστό. Σα συνέπεια αυτών των επιδράσεων ο αδένου αναπτύσσεται στο μέγιστο δυνατό μορφολογικό και λειτουργικό βαθμό. Παράλληλα, με την επίδραση της αυξημένης προλακτίνης και την παρουσία του πλακουντιακού γαλακτογόνου ο μαστός προετοιμάζεται κατά την κύηση λειτουργικά για την παραγωγή γάλακτος. Η προλακτίνη, ειδικότερα έχει την ευθύνη για την έναρξη αλλά και διατήρηση της γαλουχίας στη γυναίκα μετά τον τοκετό. Η έκκριση της υποφυσιακής αυτής ορμόνης με την επίδραση του πλακουντιακού οιστρογόνου, αυξάνει από το δεύτερο μήνα της κύησης και βαθμιαία, ώστε η συγκέντρωση της να φθάνει από το μέσο της κύησης στο εικοσαπλάσιο περίπου εκείνης των μη εγκύων γυναικών.

Ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο αρχίζει η έκκριση γάλακτος από τον κατάλληλα προετοιμασμένο αδένου δεν είναι ακριβώς γνωστός.

Φαίνεται όμως ότι σχετίζεται με την αιφνίδια διακοπή της επίδρασης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, στο αδενικό επιθήλιο του μαστού αφού με την απομάκρυνση του πλακούντα σταματά η παραγωγή και μεταφορά τους στη μητρική κυκλοφορία. Ακολουθεί περιορισμός της έκκρισης προλακτίνης, που μόνο κατά το θηλασμό παρουσιάζει εκκριτικά κύματα. Το παραγόμενο γάλα μεταφέρεται στους γαλακτοφόρους πόρους με την επίδραση της οξυτοκίνης. Η ορμόνη αυτή παράγεται στον υποθάλαμο και παραμένει αποθηκευμένη στον οπίσθιο λοβό της υποφύσεως. Από εκεί απελευθερώνεται στην κυκλοφορία με ανταντακλαστικό μηχανισμό, που ξεκινά από τον ερεθισμό της θηλής κατά τον θηλασμό. Η οξυτοκίνη προκαλεί σύσπασση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων που περιβάλλουν μερικώς τα κυστίδια και τους μικρούς πόρους και έτσι προωθεί το γάλα στους μεγαλύτερους γαλακτοφόρους κόλπους. Αν δεν απομακρυνθεί το γάλα από το χώρο παραγωγής, τότε διακόπτεται η έκκριση του παρά την συνέχιση των ορμονικών επιδράσεων στον αδένου.

Όπως έγινε φανερό, η μορφολογική και λειτουργική κατάσταση του μαστού ρυθμίζεται καθοριστικά από την ισορροπία των πολλαπλών ορμονικών επιδράσεων που δέχεται ο αδένου. Έτσι κάθε διαταραχή της ενδοκρινικής ισορροπίας είναι δυνατό να εκδηλώνεται με μεταβολές στη μορφολογική κατάσταση του αδένου. Οι μεταβολές αυτές συνήθως αποτελούν συνοδό εκδήλωση της ενδοκρινικής διαταραχής, ενίοτε όμως μπορεί να

αποτελούν την κύρια ή τη μόνη ένδειξη της διαταραχής και συνήθως έχουν τον χαρακτήρα άκαιρης για την αναπαραγωγική κατάσταση της ασθενούς εξέλιξη. Χαρακτηριστικές μεταβολές είναι εκείνες της πρώιμης θηλαρχής, του ανδρογεννητικού συνδρόμου, της κυστικής μαστοπάθειας ή της γαλακτόρροιας (έκκριση γάλακτος σε μη έγκυο ή θηλάζουσα γυναίκα). Στην πρώτη περίπτωση, η πρώιμη παραγωγή ορμονών του φύλου οδηγεί σε ανάπτυξη του αδένου σε ηλικία που αυτή δεν αναμένεται. Στη δεύτερη κατάσταση, η ανάπτυξη του αδένου συχνά περιορίζεται από την παρουσία μεγάλης συγκέντρωσης ανδρογόνων, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει χαμηλή οιστρογονική δραστηριότητα. Στην τρίτη περίπτωση, μια χρόνια διαταραχή της ισορροπίας στην οιστρογόνων προς προγεστερόνης οδηγεί στην εκδήλωση κυστικής μαστοπάθειας. Τέλος, στην τελευταία κατάσταση, παρατεταμένη αύξηση της έκκρισης προλακτίνης είναι δυνατό να συνδέεται με άκαιρη παραγωγή γάλακτος.

Συμπερασματικά, από τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν για τη φυσιολογική λειτουργία του μαστού αλλά και για τις διαταραχές του, διαφαίνεται η στενή σχέση του αδένου με την γενικότερη ενδοκρινική δραστηριότητα, που φθάνει σε βαθμό πλήρους και απόλυτης εξάρτησης. Συνεπώς, στα πλαίσια της σχέσης αυτής, σε κάθε ενδοκρινοπάθεια θα πρέπει να εκτιμάται η μορφολειτουργική κατάσταση του μαστού, ενώ σε προβλήματα του μαστού απαραίτητα πρέπει να διερευνάται η δραστηριότητα του ενδοκρινικού συστήματος.^{7,8}

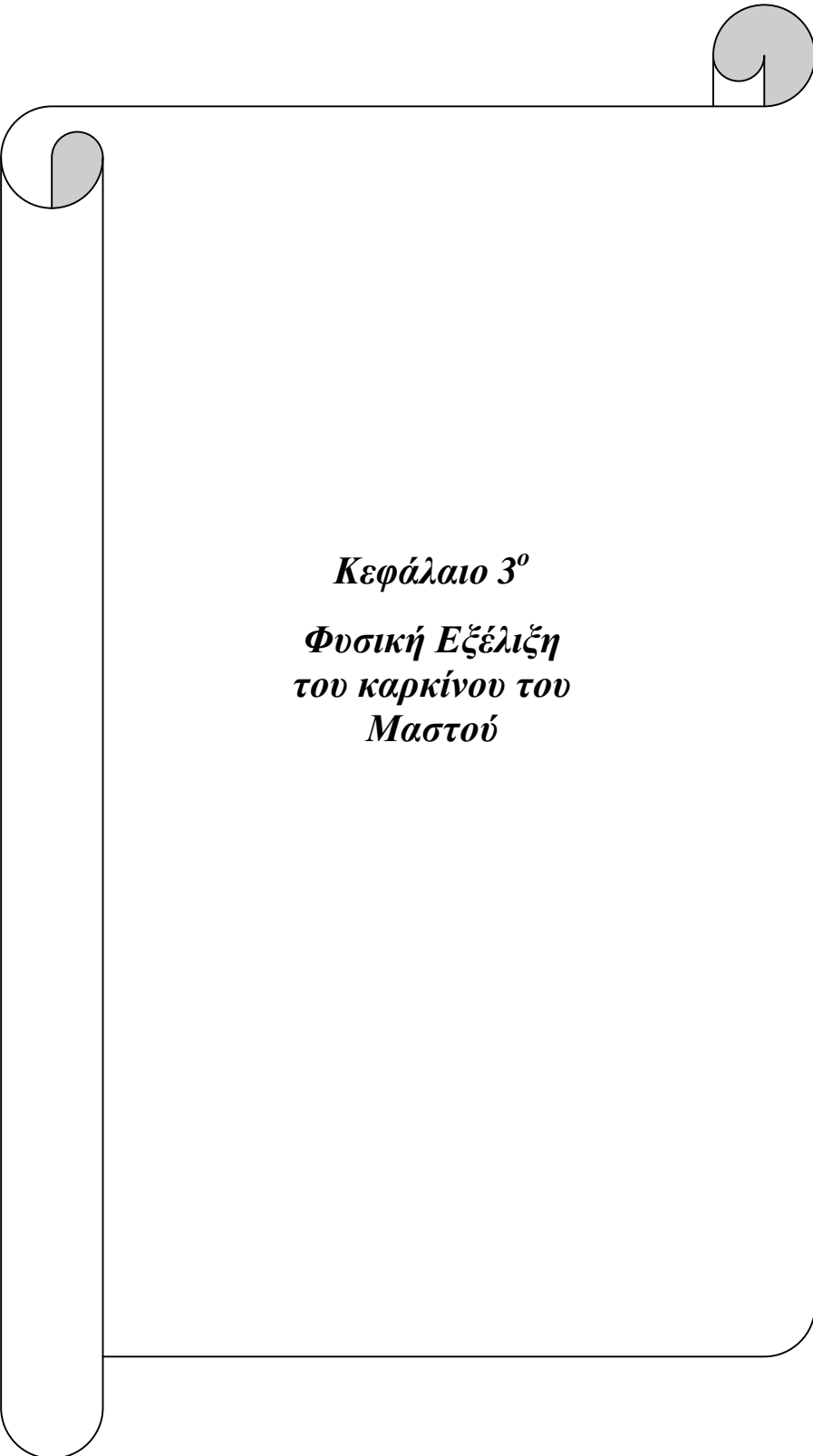
2.2.2 Μεταβολές του μαστού στη ζωή της γυναίκας

Επειδή ο μαστός ως όργανο δεν περιέχει χόνδρινο ή οστεϊνο σκελετό, κρέμεται σακκοειδώς προς τα κάτω ανάλογα με την πληρωσή του και συνεπώς με το βάρος του. Στη νεαρή γυναίκα οι μαστοί έχουν συνήθως αδενικό ιστό και σχετικά λίγο κυτταρολιπώδες υπόστρωμα. Όσο προχωρά όμως η ηλικία η σχέση αυτή μεταβάλλεται. Ο αδενικός ιστός λιγοστεύει και αυξάνει αντίθετα ο κυτταρολιπώδης ιστός στο σώμα.

Στην ενήλικη γυναίκα οι μαζικοί αδένες αποτελούνται από γαλακτοφόρους πόρους και τελικές πορολοβιακές μονάδες. Κοντά στο στόμιο της θηλής οι γαλακτοφόροι πόροι διαστέλλονται και σχηματίζουν τις ληκύθους ή τα γαλακτοφόρα κολποειδή. Οι γαλακτοφόροι πόροι επενδύονται κοντά στα εξωτερικά τους στόμια με πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Βαθύτερα στον αδένου το επιθήλιο γίνεται διαδοχικά λεπτότερο με λιγότερες κυτταρικές στιβάδες και εν τέλει αποτελείται από δύο στιβάδες κυβοειδών ή χαμηλών κυλινδρικών κυττάρων. Κοντά στα εκκριτικά τμήματα του αδένου, το επιθήλιο γίνεται απλό, κυβικό και στηρίζεται πάνω στη βασική μεμβράνη και σε μία ασυνεχή στιβάδα από προεκβολές μυοεπιθηλιακών κυττάρων.

Στη διάρκεια του εμμηνορυσιακού κύκλου παρατηρούνται μικρές αλλοιώσεις στην ιστολογική δομή αυτών των αδένων όπως γύρω στο χρόνο ωορηξίας υπάρχει πολλαπλασιασμός στα κύτταρα που έχουν οι πόροι και τα εκκριτικά τμήματα.

Επίσης μεγαλύτερη συγκέντρωση λιπώδους ιστού και υδάτωση του συνδετικού ιστού στην προεμμηνορυσιακή φάση έχουν σαν αποτέλεσμα τη διόγκωση του μαστού. Ακόμα η διαίρεση των μαζικών αδένων σε λόβια γίνεται εντονότερη. Η θηλή εξωτερικά του μαστού καλύπτεται από κερατινοποιημένο πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο που είναι συνέχεια του επιθηλίου του γειτονικού δέρματος.⁸



Κεφάλαιο 3^ο
Φυσική Εξέλιξη
του καρκίνου του
Μαστού

Φυσική Εξέλιξη του καρκίνου του μαστού

Η εξέλιξη του καρκίνου του μαστού μπορεί να ακολουθήσει δύο οδούς, την κλιμακωτή ή την ευθεία οδό. Στην πρώτη, ο σχηματισμένος αρχικός όγκος αποκτά ενδομαστική λεμφική διασπορά, που μπορεί να συνοδεύεται με μετάσταση στα επιχώρια λεμφογάγγλια και στους γύρω ιστούς, καταλήγοντας στην επέκταση του καρκίνου, και τελικά, στον θάνατο. Στη δεύτερη οδό, ο νεοσύστατος όγκος είναι δυνατό να παρακάμψει όλη την προηγούμενη διαδρομή και να επέλθει άμεσα η διασπορά του όγκου με τελική απόληξη το θάνατο. Η μεταστατική διασπορά δεν είναι αναγκαστικά ένα όψιμο χρονικά στάδιο ανάπτυξης του όγκου αλλά μπορεί να συμβεί και πρώιμα. Εξάλλου, η προσβολή των επιχώριων λεμφογαγγλίων θεωρείται δείκτης ενάρξεως της γενίκευσης της νόσου, γι' αυτό η τελική έκβαση στο στάδιο αυτό δεν κρίνεται από τη ριζικότητα της χειρουργικής επέμβασης, αλλά από το εάν έχουν γίνει ή όχι μικρομεταστάσεις.

Χαρακτηριστική στην εξέλιξη του καρκίνου στο μαστό είναι η τοπική επέκταση του δεδομένου ότι από τα τεταρτημόρια του μαστού, το άνω έξω (τεταρτημόριο) έχει τη μεγαλύτερη μάζα αδενικών μαστικών στοιχείων, σε αυτό εντοπίζεται συχνότερα η πρώτη εστία του καρκίνου του μαστού. Η ενδομαστική επέκταση του καρκίνου πραγματοποιείται με άμεση διήθηση του μαστικού παρεγχύματος, με διήθηση κατά μήκος των πόρων και με ενδομαστική λεμφική διασπορά. Έπειτα, η επέκταση συνεχίζεται προς τα έξω μέχρι το δέρμα και προς τα έσω μέχρι την περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός.

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.⁹

3.1. Ταξινόμηση

Η ταξινόμηση των νεοπλασμάτων του μαστού σύμφωνα με την παθολογοανατομική τους εμφάνιση αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση ώστε σε συνδυασμό με τη κλινική σταδιοποίηση να μπορεί να καθορισθεί ακριβέστερα η θεραπευτική αντιμετώπιση καθώς και η πρόγνωση της παθήσεως. Τα νεοπλάσματα του μαστού διακρίνονται σε καλοήθη και κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού.

Καλοήθη νεοπλάσματα του μαστού

- Ινοαδένωμα
- Ενδουλικό θήλωμα
- Λοβιδιακή υπερπλασία
- Υποθηλαία θηλωμάτωση

Κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού

- Καρκίνωμα γαλακτοφόρων πόρων ή ενδοσωληνοειδές καρκίνωμα
- Καρκίνωμα των λοβών
- Μυελοειδές καρκίνωμα
- Βλενώδες καρκίνωμα
- Σωληνώδες καρκίνωμα
- Ενδοκυστικό θηλώδες καρκίνωμα

- Νόσος του Paget
- Φλεγμονώδες καρκίνωμα
- Λιποεκκριτικό καρκίνωμα
- Μεταπλαστικό καρκίνωμα
- Καρκινοσάρκωμα
- Αδενοκυστικό καρκίνωμα
- Μεταστατικό καρκίνωμα
- Αμφοτερόπλευρο πρωτοπαθές καρκίνωμα

Επίσης διακρίνουμε δύο τύπους επιθηλιακού καρκίνου το μη διηθητικό και το διηθητικό καρκίνο.¹⁰

3.1.1.Μη διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα

Ο λοβιακός καρκίνος περιγράφεται για πρώτη φορά σαν η μορφή του μη διηθητικού καρκίνου του μαστού που εξαρτάται από τα τελικά λοβία του αδένα. Συνήθως δεν δίνει κλινικά ή ακτινολογικά ευρήματα για τον εντοπισμό του και σχεδόν πάντα αποτελεί τυχαίο εύρημα σε βιοψία του μαστού για άλλο λόγο. Περίπου 10 %– 35 % των γυναικών που έχει βρεθεί μη διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα θα αναπτύξουν διηθητικό καρκίνο μέσα στα επόμενα 25 χρόνια από την αρχική διάγνωση.

Με βάση αυτά τα στοιχεία θεωρείται σήμερα ο μη διηθητικός λοβιακός καρκίνος ισχυρός σαν παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου και όχι σαν ανατομικό προ-στάδιο διηθητικού καρκίνου. Δεν θεωρείται προκαρκινική κατάσταση αλλά δείκτης πιθανής ανάπτυξης διηθητικού καρκινώματος.¹⁰

3.1.2. Λοβιακό διηθητικό Καρκίνωμα

Τα καρκινικά κύτταρα έχουν διασπάσει το τοίχωμα των λοβιδίων και μπορούν να μεταναστεύσουν σε άλλα μέρη του σώματος μέσω της λεμφικής παροχέτευσης ή της κυκλοφορίας του αίματος. Είναι ο δεύτερος σε συχνότητα ιστολογικός τύπος καρκίνου του μαστού, σε ένα ποσοστό 20% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού, συνυπάρχει σε ένα ποσοστό 60% με μη διηθητικό (in situ) λοβιακό καρκίνωμα και είναι πιο συχνό σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Είναι πολύ συχνά πολυεστιακό και αμφοτερόπλευρο. Είναι επίσης συχνότερα θετικό σε ορμονικούς υποδοχείς.¹⁰

3.1.3.Διηθητικό – Μη Διηθητικό Πορογενές Καρκίνωμα

Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα: (IDC – Invasive Ductal Carcinoma). Είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου του μαστού, το 70% με 80% των διηθητικών καρκινωμάτων του μαστού. Ο καρκίνος αυτός αναπτύσσεται σε ένα πόρο, διασπά το τοίχωμα του πόρου και διεισδύει στο λιπώδη ιστό του μαστού. Από εκεί μπορεί να εξαπλωθεί σε άλλες περιοχές του σώματος μέσω της λεμφικής παροχέτευσης ή της κυκλοφορίας του αίματος.

Μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα: (DCIS – Ductal Carcinoma In Situ). Ένας περιορισμένος καρκίνος, που δεν έχει ακόμα την ικανότητα επέκτασης σε γειτονικές ή απομακρυσμένες περιοχές, πέρα από την περιοχή που βρίσκεται, λέγεται ότι είναι μη

διηθητικός (in situ). Ο συγκεκριμένος καρκίνος περιορίζεται στους πόρους των γαλακτοπαραγωγών αδένων και δεν έχει διηθήσει τους γειτονικούς ιστούς του μαστού, αν και, εφόσον παραμεληθεί, μπορεί τελικά να τους διηθήσει. Στο στάδιο αυτό, ωστόσο, δεν έχει πρόσβαση στα αιμοφόρα αγγεία ή λεμφαγγεία που πορεύονται στο λιπώδη ιστό εκτός των αδένων και δε μπορεί να εξαπλωθεί σε άλλα όργανα του σώματος. Το DCIS είναι καρκίνος του μαστού στο πρωιμότερο στάδιό του (Στάδιο 0), περιορισμένο ακόμα Το 100% σχεδόν των γυναικών με καρκίνο αυτού του σταδίου μπορούν να θεραπευτούν πλήρως. Στα κέντρα ελέγχου, 20% με 30% των νέων καρκίνων μαστού που διαγιγνώσκονται είναι DCIS, ενώ το 70% - 80% είναι διηθητικοί.¹⁰

3.1.4.Νόσος του Paget

Η νόσος Paget του μαστού χαρακτηρίζεται από ερύθημα ή εξέλκωση της θηλής και της θηλαίας άλω, εισολκή θηλής, εκροή αιμορραγικού υγρού από αυτήν, έκζεμα, κνησμό ή πάχυνση του δέρματος του μαστού με ή χωρίς αλλοιώσεις της θηλής. Η εκζεματοειδής αντίδραση αφορά αρχικά την περιοχή της θηλής και γρήγορα επεκτείνεται στη θηλαία άλω. Τα κλινικά αυτά χαρακτηριστικά είναι δυνατόν να παρερμηνευθούν ως μία καλοήθους δερματολογική πάθηση του μαστού και να οδηγήσουν στην τοπική θεραπεία με στεροειδή. Για το λόγο αυτό η διάγνωση της νόσου Paget στο μαστό μπορεί να καθυστερήσει μέχρι και 6-11 μήνες σε αντίθεση με το χρονικό διάστημα 1-2 μηνών στο οποίο συνήθως διαγιγνώσκεται το καρκίνωμα των πόρων. Η νόσος Paget στο μαστό είναι δυνατόν να συνδυάζεται με υποκείμενο επιθετικό ή μη επιθετικό καρκίνωμα, αλλά και να μη συνδέεται με υποκείμενη νεοπλασία.

Σύμφωνα όμως με τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας η νόσος Paget και ο καρκίνος του μαστού συνυπάρχουν σε ποσοστό 82-100%, επηρεάζοντας αρνητικά την πρόγνωση. Συνήθως πρόκειται για συνυπάρχον επιθετικό καρκίνωμα με αρνητικούς οιστρογονικούς και προγεστερονικούς υποδοχείς και με σημαντική υπερέκφραση του c-erbB-2 γονιδίου6. Το υποκείμενο καρκίνωμα μπορεί να ανιχνεύεται σε οποιοδήποτε σημείο του μαστού, με επίπτωση πολυεστιακής ή πολυκεντρικής εντόπισης 32% ως 41%. Στην περίπτωση αυτή τα ευρήματα από τη θηλή συνυπάρχουν με ψηλαφητή μάζα στο μαστό.¹¹

3.1.5.Φλεγμονώδες καρκίνωμα

Αυτή η προχωρημένη μορφή καρκίνου του μαστού αρχίζει ως διόγκωση του μαστού, με το δέρμα να γίνεται εξέρυθρο και θερμό. Συνήθως δεν υπάρχει σαφώς περιγεγραμμένος όγκος και η πρώτη εντύπωση είναι ότι πρόκειται για λοίμωξη. Πρόκειται για ένανσπάνιο και επιθετικό τύπο καρκίνου. Το δέρμα είναι εξέρυθρο διότι τα καρκινικά κύτταρα διηθούν και αποφράσσουν τα λεμφαγγεία, παρεμποδίζοντας έτσι την παροχέτευση του λεμφικού υγρού από ταλεμφαγγεία του δέρματος.

Μετά την εξακρίβωση της διάγνωσης του τύπου του καρκίνου μαστού είναι αναγκαίο ηπάσχουσα να ακολουθήσει μία από τις θεραπείες που ακολουθούν ή ακόμα και κάποιο συνδυασμό τους.¹⁰

3.1.6.Μυελοειδές καρκίνωμα

Αυτός ο διηθητικός καρκίνος έχει το ροζ χρώμα του εγκεφαλικού ιστού, δηλαδή του μυελού, και χαρακτηρίζεται από σχετικά καλώς περιγεγραμμένα, σαφή όρια μεταξύ του όγκου και του φυσιολογικού ιστού, το 6% περίπου όλων των καρκίνων του μαστού ανήκουν σε αυτόν τον τύπο, του οποίου η πρόγνωση είναι καλύτερη από εκείνη του διηθητικού λοβιακού ή διηθητικού πορογενούς καρκινώματος. Μπορεί να εμφανίζει ποικίλους βαθμούς επιθετικότητας.^{10,11}

3.1.7.Θηλώδες καρκίνωμα

Το θηλώδες καρκίνωμα ως μόνη οντότητα είναι σπάνιο στον μαστό, αν και μπορεί να υπάρχει θηλώδες στοιχείο στο 3-4% των καρκινωμάτων του μαστού. Τυπικά παρατηρείται στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Τα κύτταρα του εξαιρετικά σπάνιου αυτού καρκίνου εξέχουν σαν μικρές θηλές ή σαν προβολές δίκην δακτύλου. Ο τύπος αυτός καρκίνου μπορεί να είναι διηθητικός ή μη διηθητικός.^{10,11}

3.1.8.Βλεννώδες καρκίνωμα

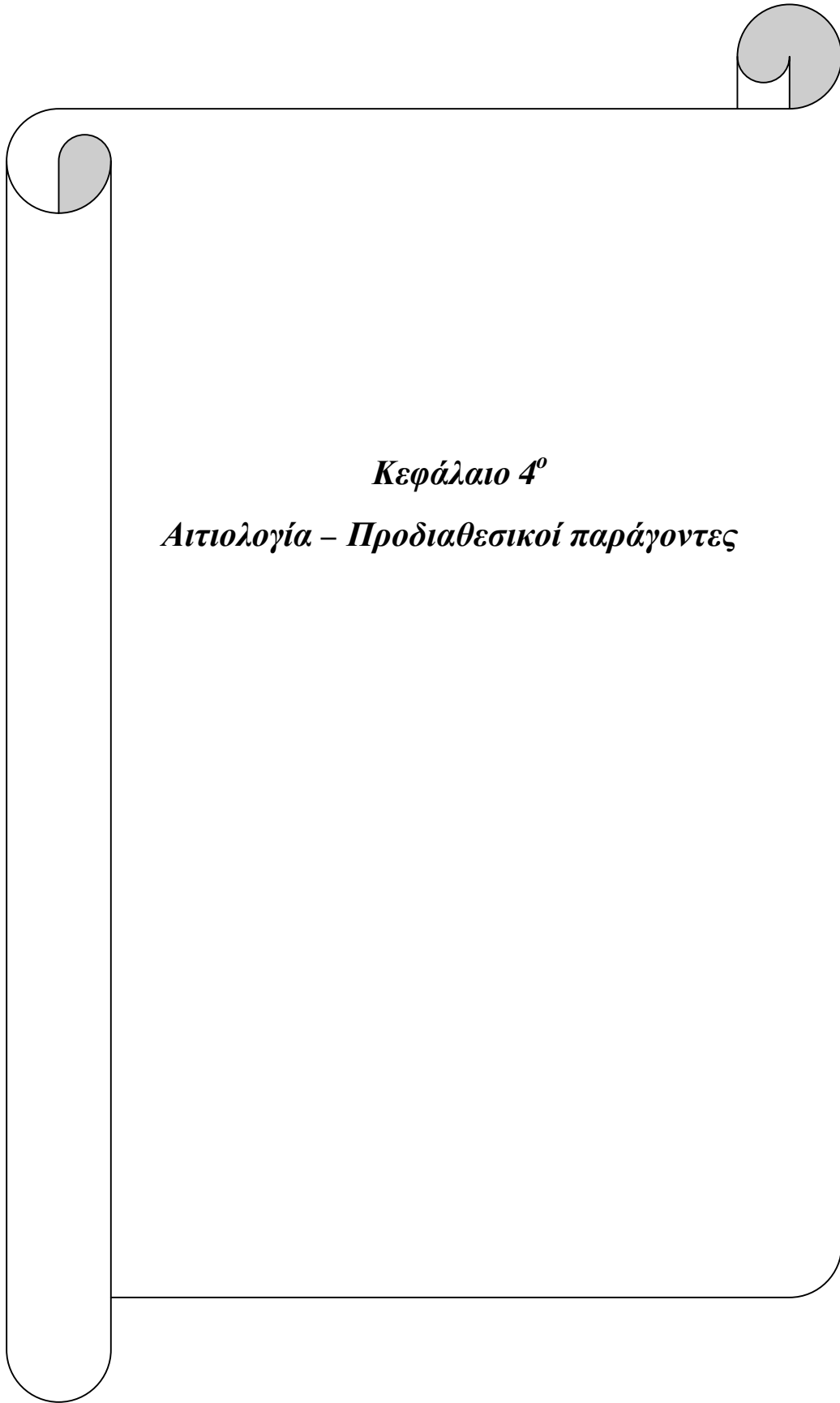
Το βλεννώδες (κολλοειδές) καρκίνωμα αποτελεί περίπου 5% των καρκινωμάτων του μαστού και εμφανίζεται χαρακτηριστικά σε ηλικιωμένες γυναίκες. Συνδέεται με καλύτερη πρόγνωση από τα πορογενή καρκινώματα. Το βλεννώδες καρκίνωμα μπορεί να διαιρεθεί σε καθαρό, μικτό και signet ring cell καρκίνωμα, με το τελευταίο να έχει τη χειρότερη πρόγνωση. Η μαστογραφία παρουσιάζει συνήθως ομαλά περιγραμμένη έως λοβωτή μάζα, (αντίθετα με το αστεροειδές σχήμα που διηθεί και παρατηρείται συνήθως στον καρκίνο του μαστού), και μια μαλακή μάζα ψηλαφάται.¹⁰

3.1.9.Σωληνώδες καρκίνωμα

Αντιστοιχεί στο 1% - 2% των καρκίνων του μαστού και τα κύτταρα του μοιάζουν με μικρούς σωλήνες, εξ ου και η ονομασία. Πρόκειται για διηθητικό καρκίνο, όμως σπάνια επεκτείνεται εκτός του μαστού και έχει επομένως καλύτερη πρόγνωση από το διηθητικό πορογενές ή λοβιακό καρκίνωμα.¹⁰

3.1.10.Καρκινοσάρκωμα

Αποτελεί πολύ σπάνιο τύπο νεοπλασματος και εμφανίζεται συνήθως με τη μορφή του φυλλοειδούς κυστεοσαρκώματος. Μικροσκοπικά, η σύνθεση του χαρακτηρίζεται από τη συνδυασμένη παρουσία επιθηλιακών και μεσεγχυματικών νεοπλασματικών στοιχείων. Τα καρκινώματα αυτής της κατηγορίας εμφανίζουν κακοήθη εξαλλαγή σε ποσοστό 10 % και συνήθως μεθίστανται στους πνεύμονες, τα οστά και τους υποδόριους ιστούς.¹⁰



Κεφάλαιο 4º
Αιτιολογία – Προδιαθεσικοί παράγοντες

4.1. Γενετικοί παράγοντες

Όταν λέγεται ότι ένα άτομο κινδυνεύει να εμφανίσει καρκίνο ή ότι έχει έναν παράγοντα κινδύνου σημαίνει ότι πιθανόν να έχει κάποιον βαθμό ευπάθειας στην ανάπτυξη της νόσου. Οι παράγοντες κινδύνου δεν προβλέπουν με βεβαιότητα την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

Μελέτες έχουν δείξει ότι μερικά άτομα που έχουν όλους τους παράγοντες κινδύνου, ζουν έως μεγάλη ηλικία χωρίς να εκδηλώσουν τη νόσο. Άλλες γυναίκες χωρίς γνωστό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου εμφανίζουν τελικά τη νόσο. Δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι κίνδυνοι για την υγεία που να σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού, όπως το κάπνισμα συνδέεται με τον καρκίνο του πνεύμονα ή τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης με την καρδιακή νόσο. Ωστόσο, το να γνωρίζει μία γυναίκα ότι έχει μερικούς παράγοντες κινδύνου μπορεί να τη βοηθήσει να είναι πιο προσεκτική.¹⁰

4.1.1.Οικογενειακό ιστορικό

Η προδιάθεση για τον καρκίνο του μαστού αυξάνεται για κάθε γυναίκα με στενή συγγενή εξ αίματος στην οποία έχει διαγνωσθεί η νόσος. Η ύπαρξη μίας συγγενούς πρώτου βαθμού (μητέρα, αδελφής, ή κόρης) με καρκίνο του μαστού σχεδόν διπλασιάζει το σχετικό κίνδυνο μίας γυναίκας. Η ύπαρξη δύο συγγενών πρώτου βαθμού με καρκίνο του μαστού, αυξάνει τον κίνδυνο της γυναίκας πέντε φορές.

Σε μερικές περιπτώσεις, ο καρκίνος του μαστού είναι το άμεσο αποτέλεσμα γενετική μετάλλαξης. Εάν ο καρκίνος μαστού μίας συγγενούς εκδηλώθηκε πριν την εμμηνόπαυση, εάν εμφανίστηκε και στους δύο μαστούς ή εάν εκτός από τον καρκίνο του μαστού ανέπτυξε και καρκίνο των ωοθηκών, υπάρχει αυξημένη πιθανότητα ο καρκίνος να είναι αποτέλεσμα γενετικής μετάλλαξης.¹⁰

4.1.2.Φύλο

Καρκίνος του μαστού μπορεί να εμφανιστεί τόσο δε γυναίκες όσο και σε άνδρες, όμως είναι συχνότερος στις γυναίκες, κυρίως επειδή οι μαστοί του υφίστανται μία πολύπλοκη ορμονική εξέλιξη καθώς ωριμάζουν στην εφηβεία και στην πρώιμη ενήλικη ζωή και εκτίθενται στην κυκλική επίδραση των ορμονών κατά τη διάρκεια των ετών της εμμήνου ρύσεως. Η σχέση προσβολής από καρκίνο του μαστού μεταξύ των δυο φύλλων είναι 99/1.¹⁰

4.1.3.Ηλικία

Η ηλικία της γυναίκας παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Κάτω των 25 ετών, η νόσος είναι πολύ σπάνια 0,2% να αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού. Συνήθως σε αυτή την ηλικία οι γυναίκες αναπτύσσουν καλοήθεις όγκους όπως ινοαδενώματα. Ο καρκίνος του μαστού γίνεται κάπως συχνότερος μεταξύ 25-30 ετών. Μετά την ηλικία των 30, η νόσος αυξάνεται απότομα σε συχνότητα και εξακολουθεί να αυξάνεται κατά την πάροδο της ηλικίας.

Στην Ελλάδα, την Ιαπωνία και την Πολωνία όπου οι δείκτες επίπτωσης είναι πολύ χαμηλότεροι από ότι σε άλλες χώρες υψηλότερου κινδύνου παραδείγματος χάρι Αμερική, πέφτουν μετά την εμμηνόπαυση.

Αν και η πιθανότητα ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας στις γυναίκες των Δυτικών Χώρων, ο πραγματικός αριθμός ασθενών που προσέρχονται με τη νόσο μειώνεται μετά την ηλικία των 60 ετών. Αυτό το παράδοξο εξηγείται από το γεγονός ότι οι μεγαλύτερες γυναίκες ασθενούν από άλλες ασθένειες και έτσι μένουν λιγότερες στη ζωή εκτεθειμένες στη νόσο.¹⁰

4.1.4.Σωματικό Βάρος

Οι διαφορετικές συνήθειες διατροφής πιθανολογείται ότι ευθύνονται για τις παρατηρούμενες διαφορές στη συχνότητα του καρκίνου του μαστού στις διάφορες χώρες. Η συσχέτιση του καρκίνου του μαστού με τον τρόπο θρέψης έχει υποθεθεί τα τελευταία χρόνια. Στο τέλος της δεκαετίας του '60 παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες που καταναλώνουν πολλά λίπη και έλαια είχαν υψηλότερα ποσοστά προσβολής από καρκίνο του μαστού σε σχέση με αυτές που δεν καταναλώναν.

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 δίαιτα 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. Οστόσο, 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 1 έως 3 αλκοολούχων ποτών ημερησίως αυξάνει το σχετικό κίνδυνο κατά 1, 3 φορές, ενώ η κατανάλωση άνω των 3 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.¹⁰

4.1.5.Κληρονομικότητα

Η σχέση της κληρονομικότητας με τον καρκίνο του μαστού είναι διαπιστωμένη και άφορα συγγενείς πρώτου βαθμού. Ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού αποτελεί το 7-10% του συνόλου των καρκίνων του μαστού και το 25-40% εκείνων που εμφανίζονται σε ηλικία κάτω των 35 ετών. Συχνά εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία, έχει αμφοτερόπλευρη εμφάνιση σε ποσοστό 20-40% και συνήθως υπάρχουν δύο ή περισσότεροι συγγενείς 1ου βαθμού με καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών, δηλαδή υπάρχει ένα πρότυπο κληρονομικότητας αυτοματικού κυρίαρχου τύπου. Διαπιστώθηκε η εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε δίδυμες αδελφές, στην ίδια ηλικία, στον ίδιο μαστό και στο ίδιο τεταρτημόριο του.¹²

4.2.Ιονίζουσα ακτινοβολία

Η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Η μεγαλύτερη ευαισθησία εμφανίζεται στην ηλικία 10-19 ετών. Η ακτινοβολία από τη μαστογραφία δεν ενέχει κανένα κίνδυνο λόγω της χαμηλής δόσεως που παίρνει η γυναίκα.^{10,12}

4.3.Χημικές ουσίες

Τα εντομοκτόνα, τα ζιζανιοκτόνα είναι χημικές ουσίες που όχι μπορούν να μειώσουν την ανθρώπινη γονιμότητα αλλά και να προκαλέσουν καρκίνο του μαστού. Οι γυναίκες θα πρέπει να αποφεύγουν την επαφή με μπογιές, βερνίκια, σπρέι και με παρόμοιες δηλητηριώδεις ουσίες. Είναι γεγονός πως οι γυναίκες χρησιμοποιούν αποσμητικά τα οποία περιέχουν χημικές ουσίες υπεύθυνες για τον καρκίνο του μαστού σύμφωνα με μελέτες. Το καλύτερο θα ήταν να μην χρησιμοποιούν καθόλου αποσμητικά ή να αλλάζουν συνέχεια μάρκες ώστε ο οργανισμός να μην παίρνει τον ίδιο συνδυασμό χημικών ουσιών.¹⁰

4.4.Ηλικία εμμηναρχής – εμμηνόπαυσης

Η πρόωμη αμμηναρχία και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση διαπιστώθηκε συμβάλλουν στις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες που έχουν εμμηνορρυσία πάνω από 40 χρονιά έχουν πολύ μεγάλη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού.¹³

4.4.1.Γάμος – τεκνοποίηση

Παράγοντας κίνδυνου αποτελεί η πρώτη πλήρης κύηση μετά τα 30. Αντίθετα, η πρώτη τελειομανή κύηση σε νεαρή ηλικία και η τεχνητή πρόωμη εμμηνόπαυση αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες. Η πολυτεκνία φαίνεται ότι είναι τι καλύτερο προστατευτικό παράγοντα. Η ατεκνία φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού

Επισημαίνεται ότι δυνατή κατά 30% μείωση της επίπτωσης καρκίνου του μαστού σ'ένα πληθυσμό, αν μειωθεί η ηλικία της πρώτης τελειομανής κύησης κατά 5 χρόνια.

Η ωοθηκεκτομή κοντά στη εμμηνόπαυση και μάλιστα στις γυναίκες ουδέν απόκτησαν έχει αποδειχθεί ότι είναι σωτηρία.¹³

4.4.2.Θηλασμός

Ο θηλασμός, για διάρκεια ενός χρόνου, βοηθά στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου στο μαστό, σύμφωνα με νέα έρευνα.Το World Cancer Research Fund ανέλυσε 7.000 προηγούμενες έρευνες και ανακάλυψε ότι ο κίνδυνος μειώνεται κατά 4.8%. Οι γυναίκες έχουν μια πιθανότητα στις εννιά να νοσήσουν από καρκίνο στο μαστό κατά τη διάρκεια της ζωής τους πράγμα που σημαίνει ότι η συνολική μείωση κινδύνου είναι λίγο πάνω από 0.5%. Οι ερευνητές σημειώνουν ότι είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσουν οι γυναίκες τη θετική επίδραση του θηλασμού.¹³

4.5.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 .¹⁰

4.5.1. Προγεστερόνη

Στους μαστούς η προγεστερόνη, σε μικρές δόσεις, προκαλεί την ανάπτυξη των αδενοκυψελών και σε μεγάλες, έκκριση που μοιάζει με πύαρ. Ως συνήθως προάγει τη καρκινογένεση.¹⁰

4.5.2. Προλακτίνη

Η λήψη ορμονικής αντισύλληψης δε φαίνεται να συνδέεται με αύξηση του κινδύνου προσβολής. Μακροχρόνια λήψη εμμηνοπαυσιακών οιστρογόνων και λήψη διαθσιμβεστρόλης κατά την εγκυμοσύνη πιθανότατα αυξάνουν το σχετικό κίνδυνο. Από τις ενδογενείς ορμόνες η οιστροαδιόλη και η βιολογικά ενεργός προλακτίνη φαίνεται να διαδραματίζουν κάποιο ενεργό ρόλο.¹⁰

4.5.3. Οιστρογόνα

Η βιολογική δράση των οιστρογόνων ορμονών αφορά περισσότερο στο γεννητικό σύστημα και στους ιστούς, που κάνουν την γυναίκα να ξεχωρίζει από τον άνδρα. Ανάμεσα σ' αυτούς είναι και οι μαστοί των οποίων προκαλούν ανάπτυξη όλων των στοιχείων τους και ιδιαίτερα των γαλακτοφόρων πόρων. Με την πάροδο της ηλικίας η επίδραση των οιστρογόνων ελαττώνεται γιατί ελαττώνονται οι οιστρογονικοί υποδοχείς του μαστικού αδένα. Οι οιστρογόνες ορμόνες συνδέονται έμμεσα με τους μαστούς με την έκκριση της προλακτίνης. Η οίστρων και η οιστραδιόλη προάγουν τον καρκίνο του μαστού ενώ η οιστραδιόλη μειώνει τον κίνδυνο.¹⁰

4.6. Εξωγενείς – Ιατρογενείς παράγοντες

4.6.1. Ψυχολογικοί παράγοντες

Το σύγχρονο μοντέλο υγείας και διεθνείς έρευνες αποδέχονται την άρρηκτα συνδεδεμένη σχέση ψυχής-σωματος, επιβεβαιώνοντας ότι το χρόνιο άγχος, τα αρνητικά συναισθήματα και το πεσμένο ηθικό εξασθενούν το ανοσοποιητικό σύστημα, καθιστώντας το ανίκανο να πολεμήσει την ασθένεια

Αντιθέτως, η αισιοδοξία, το γέλιο και οι θετικές σκέψεις μειώνουν τις ορμόνες του άγχους ,βελτιώνουν την ποιότητα ζωής και ενεργοποιούν τους μηχανισμούς αυτο-ίασης.¹⁰

4.6.2. Προηγηθείσα βιοψία Μαστού

Μελέτες προοπτικής που έγιναν κατά καιρούς ανέφεραν 2 μέχρι 7 φορές μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, σε γυναίκες με ιστολογικά διαπιστωμένη επιθηλιακή ατυπία από προηγηθείσα βιοψία του μαστού. Επίσης το λοβιακό μη διηθητικό καρκίνωμα σήμερα αποτελεί δείκτη μεγαλύτερου κινδύνου για ανάπτυξη διηθητικού καρκίνου στο μέλλον.¹⁰

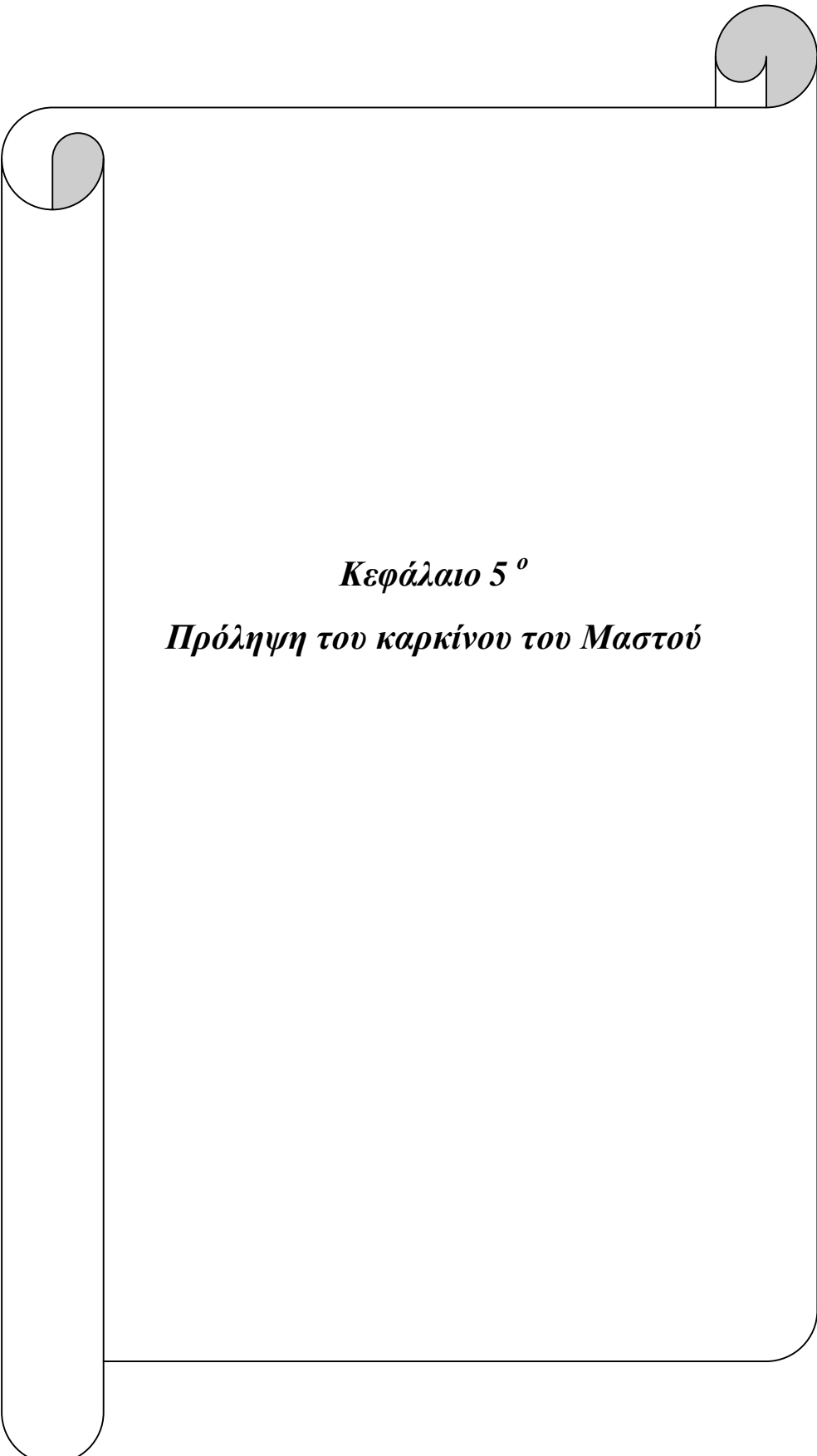
4.7. Περιβαλλοντικοί – Εκπαιδευτικοί παράγοντες

Διαπιστώθηκε πως όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος σπουδών της γυναίκας τόσο αυξάνεται και η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Σχολική μόρφωση που ξεπερνά τα 16 χρόνια σπουδών τριπλασιάζει τη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε σχέση με τις γυναίκες στις οποίες η εκπαίδευση δεν ξεπερνά τα 12 χρόνια.^{10,14}

4.8. Μορφολογικοί παράγοντες

Η προηγηθείσα βιοψία στο μαστό θεωρείται παράγοντας αυξημένου κινδύνου με εξαίρεση αυτή που γίνεται για τα ινοαδενώματα. Επίσης η κυστική νόσος και ιδιαίτερα η ινοκυστική μαστοπάθεια αυξάνουν το κίνδυνο νόσησης 2.5 φορές. Ο ακριβής μηχανισμός της συσχέτισης μεταξύ της ινοκυστικής νόσου και του καρκίνου του μαστού δεν έχει εξακριβωθεί. Εν τούτοις δύο πιθανές επεξηγήσεις υπάρχουν: α) ότι η ινοκυστική μαστοπάθεια είναι προκαρκινική κατάσταση που ή προδιαθέτει σε κακοήθη εξαλλαγή ή είναι πρόωμη εκδήλωση της κακοήθους εξαλλαγής και ότι β) καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του μαστού έχουν κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες.

Γυναίκες με καρκίνο στον έναν μαστό έχουν 5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο και στον άλλο μαστό. Τον κίνδυνο επίσης αυξάνει η ύπαρξη καρκίνου σε άλλο όργανο και ιδιαίτερα στο ενδομήτριο, στο παχύ έντερο και στους σιελογόνους αδένες.^{10,14}



Κεφάλαιο 5^ο
Πρόληψη του καρκίνου του Μαστού

5.1. Αυτοεξέταση του Μαστού

Είναι κλινική εξέταση, που γίνεται από την ίδια τη γυναίκα στους μαστούς και τις μασχάλες της. Σκοπό της έχει, μέσω της πολλαπλής επανάληψής της, να γνωρίσει η γυναίκα τη φυσιολογική μορφολογία των μαστών της, να αναγνωρίσει και να διακρίνει έγκαιρα οποιαδήποτε παρέκκλιση από αυτή. Ασφαλώς, η αυτοεξέταση από μόνη της δεν μπορεί να διαγνώσει τον καρκίνο και γι' αυτό δεν εφαρμόζεται ως αντικατάσταση, αλλά συμπληρωματικά στην κλινική εξέταση από τον ειδικό γιατρό και τη μαστογραφία. Η καλύτερη χρονική περίοδος είναι όταν οι μαστοί δεν είναι ευαίσθητοι ή πρησμένοι, δηλαδή σε γυναίκες με τακτική έμμηνο ρύση 5-7 ημέρες μετά το πέρας της. Οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες καλό είναι να αυτοεξετάζονται την ίδια εβδομάδα κάθε μήνα. Η αυτοεξέταση πρέπει να ξεκινά με τη συμπλήρωση του 20^{ου} έτους της ηλικίας και να μην διακόπτεται ποτέ, ούτε κατά την εγκυμοσύνη ή την εμμηνόπαυση. Τονίζεται, ότι μόνο όταν εφαρμόζεται περιοδικά και συστηματικά, παρέχει στη γυναίκα τη δυνατότητα της εξοικείωσης της με τους μαστούς της, ώστε να γίνει εύκολα αντιληπτή οποιαδήποτε μεταβολή τους.^{15,16}

βήμα 1: Στηθείτε μπροστά από ένα καθρέπτη με τα χέρια στη μέση αλλά χαλαρά -χωρίς να τα σφίγγετε στο κορμό σας. Κοιτάξτε και ελέγξτε κάθε μαστό χωριστά για κάτι ασυνήθιστο, όπως κάποιο μικρό ή μεγάλο βαθούλωμα, μια πληγή στο δέρμα του μαστού, κάποια ερυθρότητα (κοκκινίλα), αλλά και αυτό το μέγεθος κάθε μαστού. Είναι απόλυτα φυσιολογικό ο ένας μαστός να διαφέρει σε μέγεθος από τον άλλο, όμως, αν αυτή τη διαφορά δεν την έχετε προσέξει σε προηγούμενες εξετάσεις –αυτοεξετάσεις, πείτε το στο γιατρό σας. Τέλος, προσέξτε τη θέση της θηλής: εάν δείτε ότι αυτή έχει αλλάξει, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.¹⁷

βήμα 2: Σηκώστε τα χέρια, βάλτε τα πίσω από το κεφάλι και πιέστε προς τα πίσω. Οι μυς του θώρακα σφίγγουν. Κοιτάξτε το σχήμα και το περίγραμμα των μαστών και εξετάστε και τους δύο μαστούς όπως και στην εικόνα. Ελέγξτε οποιαδήποτε αλλαγή στο μέγεθος και στο σχήμα των μαστών, ή εάν υπάρχει κάποια διόγκωση ή βαθούλωμα, ή ερυθρότητα (κοκκινίλα), ή οποιαδήποτε αλλαγή χρώματος στο δέρμα, ή ακόμα κάποια πληγή ή εκδορά. Εάν διαπιστώσετε κάτι από τα παραπάνω, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.¹⁷

βήμα 3: Χρησιμοποιώντας τα άκρα των δακτύλων, ψηλαφίστε τους μαστούς σας από μέσα προς τα έξω, με κυκλικές κινήσεις και σε περιοχές που να καλύπτει η μια την άλλη. Εάν αισθανθείτε κάτι σκληρό κάτω από τις άκρες των δακτύλων σας, ψηλαφίστε ξανά την περιοχή και αφού βεβαιωθείτε ότι πράγματι κάτι υπάρχει εκεί, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.¹⁷

βήμα 4: Με το δεξί σας χέρι χρησιμοποιώντας τα άκρα των δακτύλων ψηλαφίστε τον αριστερό μαστό και με το αριστερό σας χέρι ψηλαφίστε το δεξιό μαστό. Ψηλαφίστε ανά μικρές περιοχές όσο ένα νόμισμα. Εάν εντοπίσετε κάτι σκληρό κάτω από τις άκρες των δακτύλων σας, ψηλαφίστε ξανά την περιοχή και αφού βεβαιωθείτε ότι πράγματι κάτι υπάρχει εκεί, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.¹⁷

βήμα 5: Χρησιμοποιώντας δύο δάκτυλα, τον δείκτη και τον μέσο του δεξιού χεριού ψηλαφίστε τον αριστερό μαστό και με το αριστερό σας χέρι ψηλαφίστε το δεξιό μαστό. Εάν εντοπίσετε κάτι σκληρό ανάμεσα στα δύο δάκτυλα, ψηλαφίστε ξανά την περιοχή και αν βεβαιωθείτε ότι πράγματι κάτι υπάρχει εκεί, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.¹⁷

βήμα 6: Τοποθετείστε το δείκτη του χεριού σας στη θηλή και πιέστε βαθιά γύρω γύρω τη θηλή, και μετά πιέζοντας ελαφρά τραβήξτε τη θηλαία άλω προς τα πάνω. Αν αισθανθείτε κάτι σκληρό κάτω από τη θηλή, ή κάτι που κρατάει τη θηλή και δεν την αφήνει ελεύθερα να κινηθεί προς τα πάνω, ή αν αισθανθείτε ασυνήθιστο πόνο, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.¹⁷

βήμα 7: Πιάστε και πιέστε προσεκτικά απαλά αλλά σταθερά κάθε θηλή. Χρησιμοποιήστε τον αντίχειρα και τον δείκτη. Εάν αισθανθείτε πόνο, έστω και μέτριο αλλά ασυνήθιστο, ή εάν παρατηρήσετε να τρέχει υγρό από τη θηλαία άλω, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.¹⁷

βήμα 8: Ξαπλώστε ανάσκελα σε ένα ίσιο κρεβάτι. Βάλτε ένα μικρό μαξιλάρι πίσω από τη πλάτη και ψηλά μέχρι τους ώμους. Βάλτε το αριστερό σας χέρι πίσω από το κεφάλι και με το δεξί σας χέρι ψηλαφίστε τον αριστερό μαστό σας. Κάντε το ίδιο αντίστροφα, βάλτε το δεξί σας χέρι πίσω από το κεφάλι και με το αριστερό σας χέρι ψηλαφίστε τον δεξιό μαστό σας. Χρησιμοποιήστε και πάλι τα άκρα των δακτύλων σας. Εάν αισθανθείτε κάπου πόνο, ή κάτι σκληρό, ή κάτι που “κολλάει” πάνω στο θώρακά σας, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.¹⁷

5.2. Πρόληψη του καρκίνου του Μαστού

Ο καρκίνος του στήθους είναι η πιο συχνή απειλή για κάθε γυναίκα, αλλά μπορεί να αντιμετωπιστεί με επιτυχία. Στην Ελλάδα σήμερα γίνονται 4.500 νέες διαγνώσεις καρκίνου του μαστού το χρόνο. Κάθε 2,5 ώρες γίνεται μια διάγνωση, ενώ κάθε 6 ώρες μια γυναίκα πεθαίνει από καρκίνο του στήθους. Στο σύνολο των διαγνώσεων, μόνο το 5% των γυναικών το μαθαίνει έγκαιρα και επωφελείται από το πρώιμο στάδιο της ασθένειας, αντιμετωπίζοντάς την με επιτυχία, ενώ στην Ευρώπη το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται στο 60%. Για αυτό είναι πολύ σημαντικό να πειστούν οι γυναίκες να κάνουν τακτικές εξετάσεις και μαστογραφίες και να παραμερίσουν τους φόβους και τις προκαταλήψεις τους. Η καλύτερη ενημέρωση και η εγρήγορση μπορεί να σώσει τις ζωές τους. Ακούγεται κοινότοπο, αλλά είναι πέρα ως πέρα αληθινό: η καλύτερη θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού είναι η έγκαιρη διάγνωση. Κάντε την πρόληψη "ρουτίνα", σαν μια συνήθεια φροντίδας στο μηνιαίο σας πρόγραμμα. Διαδώστε τη σημασία της σε φίλους και πρόσωπα που αγαπάτε. Η πρόληψη σώζει ζωές.¹⁶

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού διακρίνεται σε :

Πρωτογενή πρόληψη: Ο σκοπός της πρωτογενούς πρόληψης είναι να εντοπίσει τους παράγοντες που προκαλούν καρκίνο στον άνθρωπο και να προστατεύσει τον πληθυσμό από την έκθεσή του σε αυτούς. Σε μερικές περιπτώσεις είναι εφικτοί η ολοκληρωτική αποφυγή τους, όπως είναι το κάπνισμα, ενώ σε άλλες, όπως είναι η υπεριώδης ηλιακή ακτινοβολία, μπορεί να επιτευχθεί περιορισμός της έκθεσης στον βλαπτικό παράγοντα.¹⁸

Κάπνισμα : Η χρήση του καπνού είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας του ανθρώπου, από αυτά που θα μπορούσαν να προληφθούν. Οι καρκινικές βλάβες και οι θάνατοι, επέρχονται συνήθως μετά την πάροδο 10-30 ετών, με αποτέλεσμα να μην γίνεται αντιληπτό το κάπνισμα σαν άμεσος κίνδυνος για τη ζωή του, από το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Οι πολιτικές όλων των εθνικών οργανισμών κατά του καρκίνου, εστιάζονται στη προσπάθεια μείωσης την κατανάλωσης προϊόντων καπνού, γεγονός, όμως, που δυσχεραίνεται από την τεράστια οικονομική και πολιτική επιρροή της παγκόσμιας βιομηχανίας καπνού. Ανησυχητικά

σημάδια της πρόληψης στον τομέα του καπνού, είναι ότι, παρά τις σημαντικές προσπάθειες που γίνονται, παρατηρείται μεγάλη αύξηση του καπνίσματος σε δύο μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες, που είναι από τη μία πλευρά οι γυναίκες σε όλο τον κόσμο και από την άλλη οι κάτοικοι των χωρών του Τρίτου Κόσμου.¹⁸

Διατροφή και διαίτα: Τα παχύσαρκα άτομα έχουν αυξημένο κίνδυνο προσβολής από ορισμένες μορφές καρκίνου, όπως είναι όγκοι στο μαστό, το παχύ έντερο, τον προστάτη, τις ωοθήκες και τη μήτρα. Οι προσπάθειες για την πρόληψη του καρκίνου, όσον αφορά τη διατροφή, επικεντρώνονται στην υιοθέτηση συγκεκριμένων διαιτητικών συνηθειών, όπως:

Η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες
Η αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης ζωικού λίπους
Η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε βιταμίνες Α και C
Η αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης οινοπνεύματος
Η αποφυγή της παχυσαρκίας
Η μείωση της κατανάλωσης καπνιστών και παστών προϊόντων

Γενετικοί παράγοντες: Σε περίπτωση που υπάρχουν ενδείξεις για γενετική προδιάθεση κάποιου ατόμου, όσον αφορά στον καρκίνο, θα μπορούσαν να ληφθούν μερικά μέτρα, ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος προσβολής από τη νόσο όπως είναι:

Ελάττωση ή αποφυγή της επαφής με τους βλαπτικούς παράγοντες
Άμεση ιατρική διερεύνηση οποιουδήποτε πρώιμου σημαδιού που μπορεί να σχετίζεται με τη νόσο
Πραγματοποίηση τακτικών check up
Λήψη κατάλληλων οδηγιών από ιατρεία συμβουλευτικής γενετικής¹⁸

Επαγγελματική έκθεση: οι όγκοι που αναπτύσσονται λόγω έκθεσης σε ουσίες ή παράγοντες που απαντώνται στους επαγγελματικούς χώρους, αποτελούν περίπου το 5% των περιπτώσεων καρκινογένεσης. Σε πιθανή ύπαρξη τέτοιων παραγόντων, θα πρέπει να λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης, όπως είναι στολές, γάντια, μάσκες κτλ. Μερικοί γνωστοί βλαπτικοί παράγοντες είναι η ιονίζουσα ακτινοβολία, ο αμιάντος, το βενζόλιο, το χλωριούχο βινύλιο, οι ενώσεις του αρσενικού, του ουρανίου, του νικελίου, του χρωμίου, οι αναθυμιάσεις από λάστιχο και χλωρίνη αλλά και η ασκόνη από βαμβάκι και κάρβουνο.¹⁸

Δευτερογενή πρόληψη: Είναι ο μαζικός έλεγχος μεγάλων ομάδων φυσιολογικού πληθυσμού, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου με βάση πρώιμα σημεία ή συμπτώματα. Μερικές από τις πιο συνηθισμένες εξετάσεις που εφαρμόζονται στη δευτερογενή πρόληψη είναι:

- Αυτοεξέταση
- Κλινική εξέταση
- Μαστογραφία
- Υπερηχογράφημα
- Μαγνητική μαστογραφία
- Παρακέντηση
- Βιοψία με κόπτουσα βελόνα

-Ανοικτή χειρουργική βιοψία¹⁸

5.2.1. Προγράμματα και μέτρα πρωτογενούς πρόληψης

Όταν διαπιστώθηκε ότι ο καρκίνος του μαστού προκαλείται εκτός από κληρονομικούς και γονιδιακούς παράγοντες και από εξωγενείς παράγοντες. Τότε άρχισαν να εφαρμόζονται προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης τα οποία είναι:

- Υγειονομική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και ανδρικού πληθυσμού σχετικά με το καρκίνο του μαστού βοηθά στην πρόληψή του.
- Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα σε εθνικούς και διεθνείς κανονισμούς.
Λήψη μέτρων που θα βοηθήσουν στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού:
- Προληπτική υποχρεωτική εξέταση των γυναικών μετά το 40^ο έτος.
- Ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.
- Ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινικό διαφώτιση.
- Οργάνωση και προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα.
- Διεξαγωγή ερευνών για να προσδιοριστούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.
- Δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των ασχολούμενων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.¹⁹

5.2.2. Προγράμματα και μέτρα δευτερογενούς πρόληψης

Στη δευτερογενή πρόληψη γίνεται προσπάθεια να διαγνωστεί η ύπαρξη νόσου έγκαιρα δηλαδή πριν εμφανιστούν τα συμπτώματα ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε ανίατες μορφές. Επομένως η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.¹⁹

Τρόποι προσυμπτωματικού ελέγχου:

1. Μηνιαία αυτοεξέταση: για όλες τις γυναίκες άνω των 20 ετών. Φυναίκες πριν την εμμηνόπαυση θα έπρεπε να κάνουν αυτή την εξέταση 5 ημέρες μετά το τέλος της κάθε περιόδου. Μετά την εμμηνόπαυση οι γυναίκες θα πρέπει να κάνουν έλεγχο την ίδια μέρα κάθε μήνα.
2. Φυσική εξέταση: θα πρέπει να γίνεται από ιατρό κάθε τρία χρόνια για γυναίκες μεταξύ 20 και 40 ετών και κάθε χρόνο για γυναίκες άνω των 40 ετών.
3. Μαστογραφία: συνίσταται σε γυναίκες από 35-39 ετών η βασική μαστογραφία ενώ από 40 ετών και άνω συνίσταται σε όλες τις γυναίκες ετησίως.¹⁹

5.2.3. Διατροφή και καρκίνος Μαστού

Έξι βήματα που θα σας βοηθήσουν να μειώσετε το ρίσκο για εμφάνιση καρκίνου του μαστού:

- I. Μειριάστε την κατανάλωση αλκοόλ. Η κατανάλωση αλκοόλ έχει μέσω αρκετών επιστημονικών ερευνών ταυτιστεί με την αύξηση του κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου του μαστού στις γυναίκες κυρίως λόγω επιρροής του στα επίπεδα των φυλετικών στεροειδών ορμονών. Περιορίστε λοιπόν την κατανάλωση του αλκοόλ σε μια μερίδα καθημερινά.

- II. Μειώστε την κατανάλωση κόκκινου κρέατος και των προϊόντων του. Επιστημονικές μελέτες υποδεικνύουν σαφή σχέση μεταξύ της μεγάλης κατανάλωσης κόκκινου κρέατος και προϊόντων του και της εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Περιορίστε λοιπόν την κατανάλωση κόκκινου κρέατος 2-3 φορές το μήνα.
- III. Προτιμήστε το ελαιόλαδο. Επιστημονικά τεκμηριωμένα στοιχεία ανάγουν το ελαιόλαδο σε ασπίδα προστασίας κατά του καρκίνου του μαστού .
- IV. Καταναλώστε τουλάχιστον 5 μερίδες φρούτων και λαχανικών την ημέρα.
- V. Διατηρήστε το σωματικό σας βάρος σε φυσιολογικά επίπεδα.¹⁹
- VI. Ασκηθείτε συστηματικά.

5.3.Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην πρόληψη

Οι νοσηλευτές παίζουν σημαντικό ρόλο στη πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη του καρκίνου του μαστού, διότι η ολιστική τους προοπτική τους καθιστά ικανούς να επέμβουν για ασθενείς σε όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας. Είναι ικανοί να εκτιμήσουν όχι μόνο την υγεία των γυναικών αλλά χρησιμοποιώντας την ανώτερη γνώση και πρακτική ειδικότητά τους μπορούν να ενημερώσουν τις γυναίκες για τους καρκινογόνους παράγοντες και να οργανώσουν προγράμματα που στοχεύουν στην έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση.

Οι νοσηλευτές οφείλουν να κάνουν τα παρακάτω :

Ανίχνευση ατόμων υψηλού κινδύνου για καρκίνο του μαστού και συστηματική τους παρακολούθηση.

Αναγνώριση της κλινικής εικόνας ατόμων με συμπτώματα και σημεία καρκίνου του μαστού και καθοδήγησή τους προς τις κατάλληλες υγειονομικές υπηρεσίες.

Ενημέρωση των ασθενών για τις διαγνωστικές δοκιμασίες που είναι απαραίτητες.

Εκπαίδευση των γυναικών για το σωστό τρόπο αυτοεξέτασης του μαστού.

Η πρόγνωση για ανάρρωση σχετίζεται απευθείας με το στάδιο της ασθένειας τη στιγμή της διάγνωσης γι' αυτό το λόγο κάθε έγκαιρη διάγνωση μέσω μαστογραφιών και κλινικής εξέτασης είναι σημαντική.

Η πρόληψη συμβάλλει σημαντικά στην υψηλή ποιοτική ζωή των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Πρόγνωση για ανάρρωση σχετίζεται απευθείας με το στάδιο της ασθένειας τη στιγμή της διάγνωσης. Είναι σημαντικό ότι στις γυναίκες οι οποίες βρίσκονται στο υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού πρέπει να δοθούν πληροφορίες που χρειάζονται για να αποφασίσουν για την υγεία τους.²⁰

5.4.Νέα όπλα κατά του καρκίνου του Μαστού

Τα συμπληρώματα βιταμίνης D και ασβεστίου ενδέχεται να συμβάλλουν στη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, υποστηρίζουν ερευνητές από το Πουέρτο Ρίκο. Τα ευρήματα των επιστημόνων, που παρουσιάστηκαν στο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Εταιρείας Έρευνας του Καρκίνου στην Ουάσινγκτον, έδειξαν ότι η λήψη συμπληρωμάτων βιταμίνης D μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού κατά 30% και η λήψη συμπληρωμάτων ασβεστίου ενδέχεται να μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου κατά 40%. «Αν και τα συμπληρώματα δεν έχουν άμεση επίδραση», επισημαίνει ο καθηγητής Jaime Matta από την Ιατρική Σχολή Ponce του Πουέρτο Ρίκο, «ωστόσο παρατηρήσαμε ότι μακροπρόθεσμα μειώνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου». Όπως εξηγούν οι επιστήμονες, τα ευρήματα της μελέτης δείχνουν ότι τα συμπληρώματα ασβεστίου ενισχύουν την επιδιόρθωση του DNA -μια διαδικασία στην οποία συμμετέχουν

πάνω από 200 πρωτεΐνες- μειώνοντας έτσι τον κίνδυνο εμφάνισης μεταλλάξεων και καρκίνου.

«Καθώς δεν απαιτείται η λήψη μεγάλων δόσεων των συμπληρωμάτων, η μείωση του κινδύνου καρκίνου του μαστού με αυτόν τον τρόπο αποτελεί μια εφικτή επιλογή», καταλήγουν οι ερευνητές, στη μελέτη των οποίων συμμετείχαν 268 γυναίκες με καρκίνο του μαστού και 457 υγιείς μάρτυρες (άτομα ελέγχου).²¹

5.5. Διαφημιστικές καμπάνιες

Ο μήνας επαγρύπνησης για τον καρκίνο του μαστού είναι μία διεθνής ετήσια καμπάνια που οργανώνεται από μεγάλους οργανισμούς κάθε Οκτώβριο, με σκοπό την ενημέρωση και τη συγκέντρωση πόρων για την έρευνα που αφορά την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου. Η καμπάνια αυτή επίσης προσφέρει υποστήριξη και πληροφόρηση σε όσες γυναίκες ήδη νοσούν. Στα πλαίσια αυτής της καμπάνιας διοργανώνονται εκδηλώσεις και αγώνες σε διάφορες πόλεις σε όλο τον κόσμο. Τον Οκτώβριο του 1983 έγινε για πρώτη φορά μααραθώνιος στο Dallas του Texas όπου συμμετείχαν 800 δρομείς. Σύμφωνα με τους διοργανωτές, μέχρι το 2002 οι συμμετέχοντες είχαν φτάσει το 1,3 εκατομμύρια και η διοργάνωση έγινε σε περισσότερες από 100 πόλεις της Αμερικής. Η τεράστια και συνεχώς αυξανόμενη συμμετοχή του κόσμου δεν αντανακλά παρά στην έντονη ανάγκη για την καταπολέμηση της νόσου με την πρόληψη ή τη θεραπεία.

Η ροζ κορδέλα καθιερώθηκε διεθνώς ως σύμβολο αυτής της καμπάνιας όταν, το 1992, το ίδρυμα Susan G. Komen μοίρασε στους συμμετέχοντες της διοργάνωσης στη Νέα Υόρκη ροζ κορδέλες. Από τότε, κυκλοφορούν προϊόντα με τη ροζ κορδέλα, αλλά και διάφορα κτήρια φωτίζονται ροζ κάθε Οκτώβριο σε όλο τον κόσμο.²¹

5.6. "Η Μόδα πολεμά τον καρκίνο του Μαστού"

Η Εκστρατεία "Η Μόδα Πολεμά τον Καρκίνο του Στήθους" (F.T.B.C) ξεκίνησε στην Αμερική το 1994, όταν ο βασικός εμπνευστής Ralph Lauren δημιούργησε το «Στόχο» επηρεασμένος από το θάνατο της στενής του φίλης και αρχισυντάκτριας μόδας της "Washington Post", Nina Hyde, με την πίστη ότι η μόδα μπορεί να σώσει ζωές. Αντικειμενικός σκοπός της Εκστρατείας είναι η ενημέρωση και συγκέντρωση χρημάτων για την έρευνα, επιμόρφωση και πρόληψη του Καρκίνου του Στήθους. Στην Ελλάδα, η δράση μας ξεκινά το 2001. Χιλιάδες γυναίκες, επώνυμες και μη, αγάπησαν και φόρεσαν το διάσημο T-shirt με σήμα το «Στόχο», συγκεντρώνοντας μέχρι στιγμής πάνω από 900.000 €. Τα έσοδα αυτά διατέθηκαν στη δημιουργία ανοιχτής γραμμής επικοινωνίας για την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία το 2001 και για τη χρηματοδότηση Κέντρου Πρόληψης σε συνεργασία με τον «Σύλλογο Φίλων Γ.Ο.Ν.Κ. 'Οι Αγ. Ανάργυροι'» που παρέχει δωρεάν την εξέταση της μαστογραφίας στις γυναίκες που το επισκέπτονται.

Στις πρόσφατες ενέργειές τους συμπεριλαμβάνεται το «Περίπτερο Δωρεάν Ψηλάφησης», όπου σε συνεργασία με τοπικούς παράγοντες επισκεπτόμαστε διάφορες πόλεις της Ελλάδας, δίνοντας μεγάλη έμφαση στην περιφέρεια, για ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού σχετικά με την πρόληψη κατά του καρκίνου του στήθους. Οι επισκέπτριες εξετάζονται με τη μέθοδο της ψηλάφησης από γιατρούς χειρουργούς ογκολόγους. Η Εκστρατεία οφείλει την επιτυχία και διάδοση της σε ανθρώπους της μόδας, της μουσικής και της τηλεόρασης (μοντέλα, φωτογράφοι, ηθοποιοί, τραγουδιστές), οι οποίοι και τη στηρίζουν τόσα χρόνια σε κάθε της προσπάθεια. Μεγάλη είναι η βοήθεια που λαμβάνουμε από την τοπική αυτοδιοίκηση καθώς είναι αρκετοί οι δήμαρχοι που μας καλούν να υλοποιήσουμε από κοινού εκδηλώσεις ενημέρωσης για τη διάδοση του μηνύματος της πρόληψης.

Η Εκστρατεία εισπράττοντας καθημερινά την ανταπόκριση και απήχηση που έχει στις Ελληνίδες γυναίκες συνεχίζει με τον ίδιο ζήλο το έργο της με στόχο ένα μέλλον χωρίς το φόβο του καρκίνου του στήθους.²²

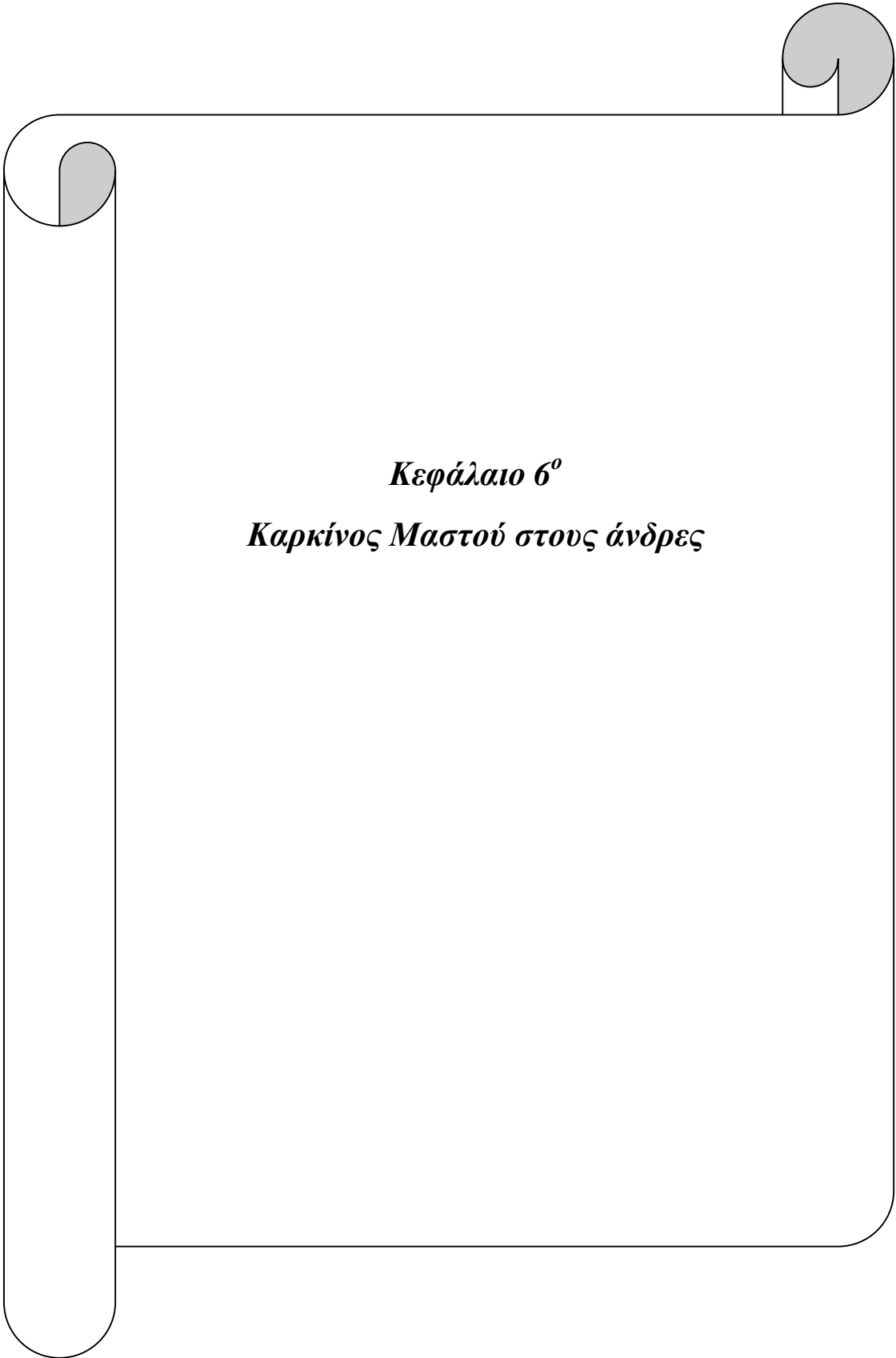
5.7.Αγκαλιάζω – Όμιλος εθελοντών κατά του καρκίνου του μαστού

Ο Όμιλος Εθελοντών κατά του Καρκίνου - ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ ιδρύθηκε το 1976 με σκοπό τότε την ηθική και οικονομική στήριξη των απόρων ασθενών με καρκίνο που νοσηλεύονταν στο Νοσοκομείο «ΜΕΤΑΞΑ». Εξελικτικά έγινε ένας οργανωμένος εθελοντικός φορέας με 1200 μέλη και 160 εκπαιδευμένους εθελοντές. Αποτελεί αναγνωρισμένο Σωματείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ανήκει στις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.) και έχει πιστοποιηθεί στο μητρώο των εθελοντικών οργανώσεων στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ο Όμιλος διοικείται από 11μελές Διοικητικό Συμβούλιο αποτελούμενο από εθελόντριες και εθελοντές. Η Επιστημονική του Επιτροπή αποτελείται από καταξιωμένους και έμπειρους επιστήμονες του αντικαρκινικού χώρου, όλων των ειδικοτήτων, και έχει την ευθύνη του επιστημονικού του έργου.

Για την υλοποίηση των προγραμμάτων εκτός από τους εθελοντές έχει οργανωμένη Γραμματεία και Κοινωνική και Ψυχολογική Υπηρεσία, καθώς και σταθερή εξωτερική συνεργασία με Λογοπεδικό και Ογκολογική Νοσηλεύτρια για τις ανάγκες των ειδικών προγραμμάτων. Με το έργο του, προσπαθεί να καλύψει σφαιρικά, σύμφωνα με τις Διεθνείς Αρχές του Εθελοντισμού, το κεφάλαιο «καρκίνος». Ο Όμιλος υλοποιεί προγράμματα:

Ενημέρωσης για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου (ημερίδες – καμπάνιες – εξορμήσεις).
Ψυχοκοινωνικής στήριξης ασθενών και των οικογενειών τους.
Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ασθενών. Ενδονοσοκομειακής στήριξης ασθενών.
Εκπαίδευσης εθελοντών. Συνέβαλλε στην ίδρυση και οργάνωση:
1989, του Πανελληνίου Συλλόγου Λαρυγγεκτομηθέντων, που στηρίζει μέχρι και σήμερα οικονομικά και επιστημονικά (ψυχοκοινωνική στήριξη - πρόγραμμα αποκατάστασης φωνής)
1988, του Πανελληνίου Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο Μαστού – ΑΛΜΑ ΖΩΗΣ, τον οποίο στήριξε οικονομικά και ηθικά μέχρι το 2005.

Εκδίδει διμηνιαίο περιοδικό ειδικού ενδιαφέροντος. Δημιουργεί και διακινεί έντυπο ενημερωτικό υλικό στα ελληνικά, αγγλικά, ρωσικά και αλβανικά. Έχει ιστοσελίδα (www.agaliazo.gr) με πληροφορίες για το κοινό. Επεκτείνει τα προγράμματά του στην περιφέρεια με την λειτουργία Παραρτημάτων (Πάτρα – Ηράκλειο Κρήτης). Συνεργάζεται σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο με φορείς που συμβάλλουν αποτελεσματικά στην καταπολέμηση και αντιμετώπιση του καρκίνου. Είναι μέλος της ECPC -European Cancer Patient Coalition (Ευρωπαϊκός Συνασπισμός Ασθενών με Καρκίνο). Στηρίζεται σε συνδρομές, χορηγίες και δωρεές.²³

A decorative border resembling a scroll or ribbon, with a grey shaded area at the top right corner and a grey shaded area at the top left corner.

Κεφάλαιο 6^ο
Καρκίνος Μαστού στους άνδρες

6.1.Εισαγωγικά

Παρ' όλο που ο καρκίνος του μαστού θεωρείται γυναικεία πάθηση αυτό δεν εμποδίζει την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού στον άνδρα. Και έχει συχνότητα εμφάνισης 1%, δηλαδή σε κάθε 100 γυναίκες με καρκίνο του μαστού αντιστοιχεί 1 άνδρας. Επί πλέον ο καρκίνος του μαστού του άνδρα έχει χειρότερη έκβαση για τους εξής απλούστατους λόγους:

- Ο άνδρας δεν πάει στο γιατρό αμέσως μόλις διαπιστώσει κάποια ανωμαλία στο μαστό.
- Δυστυχώς αργεί να διαγνωστεί διότι ασθενείς και γιατροί δεν τον σκέφτονται εύκολα,

Λόγω καθυστερημένης διάγνωσης και λόγω του μικρού μεγέθους του μαστού, έχουμε πιο συχνή διήθηση του δέρματος ή του μυός που βρίσκεται πίσω από το μαστό (μείζον θωρακικός), με αποτέλεσμα τη διευκόλυνση των μεταστάσεων. Οι Επιστήμονες του Καναδά προσπαθούν τελευταία να ευαισθητοποιήσουν τους άνδρες, ως προς την έγκαιρη διάγνωση της νόσου, προτρέποντας τους για προληπτικό έλεγχο αν διαπιστώσουν οποιαδήποτε ενόχληση στο στήθος. Σύμφωνα με την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία και την Αμερικανική Εταιρεία Κλινικής Ογκολογίας το 2002, 1600 άνδρες ανέπτυξαν καρκίνο στο μαστό και τον ίδιο χρόνο 400 άνδρες πέθαναν από καρκίνο του μαστού.¹⁹

6.2.Τύποι καρκίνου Μαστού στους άνδρες

Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα: ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί μέσω κυττάρων και έχει διηθήσει τους γαλακτοφόρους πόρους. Έχει συχνότητα 80% στους άνδρες.

Πορογενές καρκίνωμα in situ: καρκίνωμα που προέρχεται από τα αδενικά κύτταρα των λοβίων. Όταν ο καρκίνος δεν έχει διηθήσει τη βασική μεμβράνη των κυττάρων των αδένων λέγεται πορογενές καρκίνωμα in situ και είναι καρκίνος σε πρώιμη φάση.

Φλεγμονώδεις καρκίνος μαστού: τύπος καρκίνου μαστού που παρατηρείται πόνος, ερυθρότητα, ξηρότητα οίδημα.

Νόσος του paget: είναι καρκίνος των πόρων της θηλής. Ένας όγκος που αναπτύσσεται στους γαλακτοφόρους πόρους κάτω από τη θηλή και τη θηλαία άλω προοδευτικά προχωρά προς την επιφάνεια της θηλής.²⁴

6.3.Παράγοντες κινδύνου

Αν και οι ειδικοί δεν γνωρίζουν τα ακριβή αίτια που οδηγούν έναν άνδρα σε προσβολή από καρκίνο του μαστού, έχει αποδειχθεί ότι η νόσος έχει σε κάποιες περιπτώσεις γενετικό υπόβαθρο - δύο γονίδια έχουν ήδη εντοπισθεί και έχει αποδειχθεί η σύνδεσή τους με τον καρκίνο του μαστού. Πρόκειται για τα BRCA1 και BRCA2 (οι ειδικοί τονίζουν ότι υπάρχουν και άλλα γονίδια που εμπλέκονται στη διαδικασία, τα οποία δεν έχουν ακόμη εντοπισθεί). Στους άνδρες με καρκίνο του μαστού έχει παρατηρηθεί ότι το BRCA2 εμφανίζει πολύ συχνά μεταλλάξεις - σύμφωνα με στατιστικές ως και στο 40%-50% των περιπτώσεων. Οπως συμβαίνει και στις γυναίκες, όσοι άνδρες εμφανίζουν μεταλλάξεις σε αυτό το γονίδιο σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό θα παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού. Με αυξημένο κίνδυνο

προσβολής από τη νόσο συνδέονται επίσης το σύνδρομο Klinefelter - μια διαταραχή του φύλου που συνδέεται με υπογοναδισμό -, οι διαταραχές στην προλακτίνη, οι τραυματισμοί στους όρχεις ή κάποιες παθήσεις τους. Σε πολύ σημαντικό παράγοντα κινδύνου αναδεικνύεται και το οικογενειακό ιστορικό. Οι άνδρες στις οικογένειες των οποίων πολλές γυναίκες έχουν εμφανίσει καρκίνο του μαστού αντιμετωπίζουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν και οι ίδιοι τη νόσο. Μάλιστα ισχύει και το αντίστροφο: η ύπαρξη καρκίνου του μαστού σε άνδρα κάποιας οικογένειας αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα και για τις γυναίκες που ανήκουν σε αυτήν. Η έκθεση σε ακτινοβολία - σε περιπτώσεις ασθενών που υποβάλλονται σε ισχυρές ακτινοθεραπείες - θεωρείται επίσης ότι επηρεάζει την εμφάνιση της νόσου. Παράλληλα φαίνεται ότι κάποιες ομάδες επαγγελματιών - ηλεκτρολόγοι, εργαζόμενοι σε δίκτυα τηλεπικοινωνιών, όσοι γενικά εκτίθενται σε ηλεκτρομαγνητικά πεδία - είναι πιο «εύαλωτες» στον καρκίνο του μαστού.²⁴

6.4.Συμπτώματα

Οι άνδρες δυστυχώς στην πλειοψηφία τους δεν αντιλαμβάνονται τον καρκίνο στο μαστό τους, παρά σε πολύ προχωρημένο στάδιο. Αυτό είναι ίσως λίγο ειρωνικό, διότι λόγω της κατασκευής του ανδρικού μαστού, η ψηλάφηση του είναι πολύ πιο εύκολη από αυτή του γυναικείου μαστού. Οι άνδρες όμως επαναπαύονται όταν διαπιστώσουν κάτι ψηλαφητό στο μαστό τους. Διότι έχοντας την εμπειρία της παροδικής εφηβικής γυναικομαστίας και της ανάπτυξης ψηλαφητού μορφώματος σ' αυτήν την ηλικία, εκλαμβάνουν και την περίπτωση του ογκιδίου που εμφανίζεται σε προχωρημένη ηλικία, ότι θα μπορούσε να αντιστοιχεί σε καλοήγη πάθηση. Το πλέον συχνό σύμπτωμα είναι το ανώδυνο ψηλαφητό ογκίδιο στον ανδρικό μαστό που ανακαλύπτεται από τον ίδιο τον ασθενή και συνήθως εντοπίζεται κάτω από την περιοχή της θηλής και της θηλαίας άλω όπου υπάρχει και η μεγαλύτερη συγκέντρωση μαζικού ιστού. Ακόμη όμως και άλλα συμπτώματα, όπως η αλλαγή μεγέθους ή ακόμη και σχήματος του ενός μαστού, εξέλκωση (πληγή) στο δέρμα του μαστού, έκκριμα από τη θηλή του μαστού, εισολκή της θηλής, εξάνθημα ή τέλος ψηλαφητοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες μπορεί να αποτελούν την κλινική εκδήλωση ενός καρκίνου του μαστού.²⁵

6.5.Τρόποι διάγνωσης

Η διαγνωστική προσέγγιση ξεκινά με την κλινική εξέταση όπου γίνεται λεπτομερής καταγραφή του ατομικού και κληρονομικού ιστορικού και των συμπτωμάτων, που αναφέρει ο ασθενής ακολουθούν η επισκόπηση και η ψηλάφηση των μαστών και τα ευρήματα καταγράφονται στο ιστορικό του ασθενούς. Η κλινική εξέταση θα πρέπει να συμπληρωθεί με άλλες εξετάσεις όπως μαστογραφία, υπέρηχοι, παρακέντηση με λεπτή βελόνα και κυτταρολογική εξέταση. Εφόσον διαπιστωθεί καρκίνος του μαστού, τότε ο προεγχειρητικός έλεγχος συμπληρώνεται με αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας, αξονική τομογραφία θώρακος και μεσοπνευμονίου και σπινθηρογράφημα οστών.²⁵

6.6.Θεραπεία

Η εκλογή της θεραπευτικής αγωγής βασίζεται στην σταδιοποίηση της νόσου με τον ίδιο τρόπο που γίνεται και στη γυναίκα. Η πιο συχνή θεραπευτική αντιμετώπιση στον άνδρα είναι η μαστεκτομή, που συνοδεύεται από λεμφαδενικό καθαρισμό της σύστοιχης μασχάλης (τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή) αφού ο μαζικός αδέναστος άνδρα είναι λίγος και δεν

επιτρέπει την ασφαλή εξαίρεση μόνου του όγκου. Ανάλογα με το στάδιο και την ηλικία ακολουθεί χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία.²⁵

6.6.1. Πρόγνωση

Στους άνδρες ο καρκίνος του μαστού αν και είναι σπανιότερος έχει βαρύτερη πρόγνωση απ' ό τι στις γυναίκες, γιατί αφ' ενός λόγω της έλλειψης λίπους στον ανδρικό μαστό ο καρκίνος διηθεί γρήγορα στο δέρμα και το θωρακικό τοίχωμα και αφ' ετέρου έχουν σχεδόν πάντα προσβεβλημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες λόγω της καθυστέρησής τους να προσέλθουν στο νοσοκομείο ή σε έναν γιατρό καθώς αποκλείουν συνήθως τη πιθανότητα να πάσχουν από καρκίνο του μαστού. Επειδή η συχνότητα εμφανισής του είναι περιορισμένη δεν έχουν γίνει επαρκής έρευνες όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου, τα συμπτώματα και τη διάγνωση έτσι ώστε να οδηγούμαστε σε σταθερά και βέβαια συμπεράσματα για τη πρόγνωση.

Η πρόγνωση καθώς και οι θεραπευτικές επιλογές εξαρτώνται από:

- Το στάδιο της νόσου
- Τον τύπο του καρκίνου του μαστού
- Την ηλικία του ασθενή και τη γενικότερη κατάσταση της υγείας του ασθενή
- Την ύπαρξη μετάστασης καρκίνου μαστού στον έτερο μαστό ή σε άλλα όργανα και ιστούς.²⁵

6.7. Η ζωή με τον καρκίνο του μαστού

Είναι ο καρκίνος η μεγαλύτερη πρόκληση με την οποία έχεις έρθεις αντιμέτωπος; Για τους περισσότερους ανθρώπους είναι. Το να έρθεις σε επαφή με την εμπειρία του καρκίνου αλλά και με σκέψεις θανάτου είναι για πολλούς γεγονός που ανατρέπει την μέχρι τότε πορεία της ζωής. Είναι ίσως μια περίοδος για να μειώσεις στο ελάχιστο μετανιώματα του παρελθόντος και να θέσεις νέες προτεραιότητες.

"Ο καρκίνος με έκανε να ρίξω μια πιο βαθιά ματιά στο πώς περνούσα τις μέρες μου ως τώρα. Συνειδητοποιώντας ότι υπήρχε η πιθανότητα να γίνουν λιγότερες, αποφάσισα να τις κάνω όσο το δυνατόν καλύτερες. Έτσι επέλεξα να αξιοποιήσω τον χρόνο μου με τρόπους που θα με έκαναν χαρούμενο κι ευτυχισμένο." Όταν πάσχεις από καρκίνο, το να ζεις κάθε μέρα στο ζενίθ της σημαίνει:

- Να παραμείνεις ανοιχτός τόσο στις υποχρεώσεις, όσο και στις απολαύσεις της καθημερινής ζωής.
- Να επιστρέψεις στην εργασία σου εφ' όσον αυτό είναι δυνατό.
- Να συνεχίσεις να κάνεις σχέδια για το μέλλον.

Προσπάθησε να ζεις κάθε μέρα όσο πιο φυσιολογικά μπορείς. Απόλαυσε όλα εκείνα τα μικρά πράγματα που σου αρέσει να κάνεις. Άντλησε ευχαρίστηση και από όλα τα μεγαλύτερα βεληνεκούς γεγονότα.

Διατήρησε Την Καθημερινότητά σου

Εάν νιώθεις αρκετά καλά, διατήρησε το πρόγραμμα της καθημερινότητάς σου. Σ αυτό περιλαμβάνεται η εργασία σου, ο χρόνος που περνάς με οικογένεια και φίλους, η συμμετοχή στις αγαπημένες σου δραστηριότητες, ίσως ακόμη και η συμμετοχή σε εκδρομές. Ταυτόχρονα, δίνε στον εαυτό σου τον απαραίτητο χρόνο για να ασχοληθεί με τα συναισθήματα που σου γεννά ο καρκίνος.

Να προσέξεις ιδιαίτερα να μην προσποιείσαι τον χαρούμενο, όταν μέσα σου δε νιώθεις καθόλου έτσι. Το να αποφεύγεις τα συναισθήματά σου πιθανόν να σε κάνει να νιώθεις χειρότερα και όχι καλύτερα. Χρησιμοποίησε τις παρακάτω ερωτήσεις για να σκεφθείς πώς θα ήθελες να περνάς τον χρόνο σου.

- Με ποιον μου αρέσει να συγχρωτίζομαι;
- Ποιος με κάνει να γελάω;
- Πως επιθυμώ εγώ να περνώ την ώρα μου;
- Ποιος με κάνει να νιώθω χαρούμενος;
- Ποια είναι τα πάθη, οι επιθυμίες μου;
- Τι είδους πράγματα απολαμβάνω περισσότερο;
- Τι είδους πράγματα απολαμβάνω λιγότερο;
- Υπάρχει κάτι που θα ήθελα να κάνω και ποτέ δεν έχω δοκιμάσει;

Διασκέδαση

Μερικές φορές οι άνθρωποι με καρκίνο δοκιμάζουν νέα, διασκεδαστικά πράγματα που ποτέ πριν δεν είχαν δοκιμάσει. Για παράδειγμα, επιθυμούσες πάντα μια βόλτα με αερόστατο ή υποβρύχιο ψάρεμα; Τι διασκεδαστικά πράγματα επιθυμούσες από πάντα σου να κάνεις και ποτέ δεν βρήκες χρόνο; Μια νεαρή γυναίκα με καρκίνο το έθεσε ως εξής: "Πολλές φορές εμείς οι ασθενείς γεμίζουμε ασφυκτικά τις ζωές μας με σοβαρές δραστηριότητες και παραμελούμε όλα εκείνα τα ανόητα πράγματα που μας κάνουν να νιώθουμε πραγματικά ζωντανοί."

Δοκίμασε να κάνεις κάτι απλά για διασκέδαση κι όχι γιατί πρέπει. Πρόσεξε μόνο να μην εξαντλήσεις τον εαυτό σου. Μερικοί άνθρωποι πέφτουν σε κατάθλιψη όταν παρακουράζονται. Γι' αυτό βεβαιώσου πως ξεκουράζεσαι αρκετά, ώστε να νιώθεις αρκετά δυνατός για να ασχοληθείς με όλες αυτές τις διαφορετικές, διασκεδαστικές δραστηριότητες.

Φυσική Δραστηριότητα

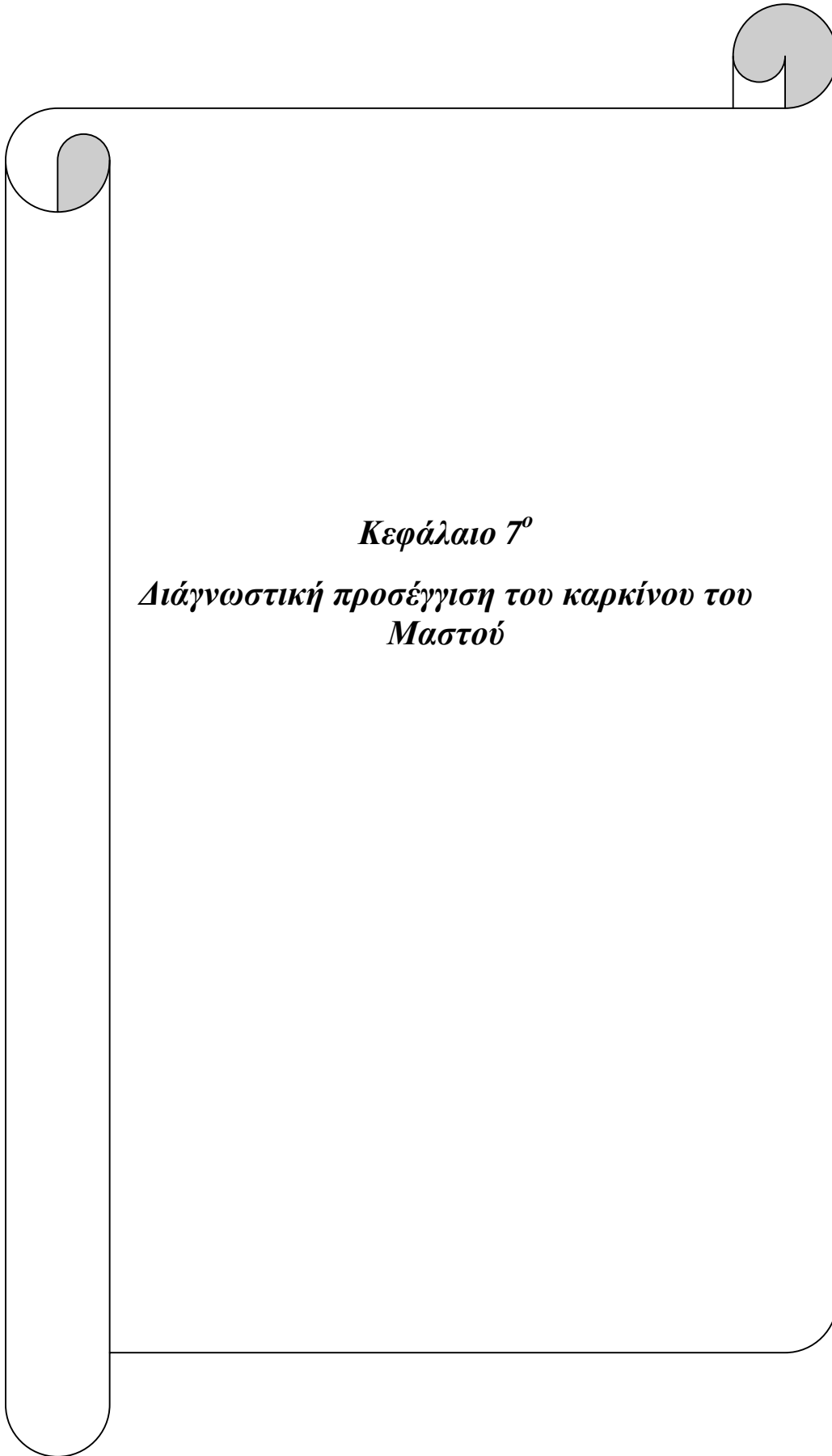
Πολλοί άνθρωποι νιώθουν πως διαθέτουν μεγαλύτερη ενέργεια όταν επιδίδονται σε διάφορες φυσικές δραστηριότητες, όπως το κολύμπι, το περπάτημα, η yoga, η ποδηλασία. Αισθάνονται πως τέτοιοι τύποι δραστηριότητας τους κρατούν δυνατούς και τους κάνουν να νιώθουν όμορφα. Μια μικρή επαφή με την άσκηση σε καθημερινή βάση :

- Αυξάνει τις ευκαιρίες για βελτίωση της ψυχικής διάθεσης.
- Διατηρεί τους μύες τονωμένους.
- Επιταχύνει την ίαση.
- Μειώνει το αίσθημα κόπωσης.
- Ελέγχει το άγχος.
- Αυξάνει την όρεξη.

- Μειώνει τη δυσκοιλιότητα.
- Βοηθά στην αποβολή των αρνητικών σκέψεων.

Ακόμη κι αν ποτέ κατά το παρελθόν δεν ασχολήθηκες με τη φυσική άσκηση, μπορείς εύκολα να ξεκινήσεις τώρα. Επέλεξε κάτι που πιστεύεις ότι θα σου άρεσε να ασχοληθείς κι λάβε τη συγκατάθεση του γιατρού σου προκειμένου να το δοκιμάσεις. Κάποιες μορφές άσκησης μπορείς να τις κάνεις ακόμη κι αν είσαι κλινήρης.

Ξεκίνα με ήπιους ρυθμούς, εμπλεκόμενος με τη συγκεκριμένη δραστηριότητα μόλις 5 με 10 λεπτά ημερησίως. Όταν νιώσεις αρκετά δυνατός, μπορείς να αυξήσεις σταδιακά το χρόνο σε 30 λεπτά ή και περισσότερο. Ενημέρωσε τον θεράποντα ιατρό σου και το νοσηλευτικό προσωπικό, αν τυχόν νιώθεις πόνο κατά τη διάρκεια της άσκησης.²⁶



Κεφάλαιο 7^ο
Διάγνωστική προσέγγιση του καρκίνου του
Μαστού

7.1.Μέθοδοι Διάγνωσης

Η ασθενής εισέρχεται στη φάση της διαγνωστικής διαδικασίας αμέσως μετά τη συνειδητοποίηση της ύπαρξης του προβλήματος και ζητεί την ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση και προσοχή. Η φάση της διάγνωσης μπορεί να απαιτήσει χρόνο και προϋποθέτει τη συμμετοχή της ασθενούς σε μια σειρά εξετάσεων.¹⁹

7.2.Μέθοδοι κλινικής εξέτασης

Όσο σημαντική είναι η άξια ενός καλού ιστορικού άλλο τόσο σημαντική για την πρόωμη διάγνωση της νόσου είναι και μια καλή κλινική εξέταση. Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση.¹⁹

A. Επισκόπηση

Κατά την επισκόπηση, η ασθενής γυμνή από τη μέση και πάνω βρίσκεται μπροστά από τον εξεταστή, όρθια ή καθιστή. Μπορεί ο εξεταστής να συστήσει στην ασθενή να σηκώσει τα χέρια πάνω από το κεφάλι της, να κάνει επίκυψη ή να φέρει τα χέρια της στη μέση, ώστε να παρατηρήσει τη συμπεριφορά των μαστών σε αυτές τις κινήσεις. Με την επισκόπηση εξετάζεται το σχήμα, το μέγεθος, η περιμέτρος και η συμμετρία των μαστών. Το δέρμα του μαστού ελέγχεται με προσοχή για το ενδεχόμενο συρρίκνωσης, οιδήματος, ερυθρότητας και πάχυνσης, που μπορεί να παίρνει τη μορφή «φλοιού πορτοκαλιού». Ακόμη, με προσοχή εκτιμάται η περιοχή της θηλής και της θηλαίας για το ενδεχόμενο εκζεμάτων, διαβρώσεων, εισολκής της θηλής και έκκρισης. Επί εισολκής της θηλής ελέγχεται η μονιμότητα, ο χρόνος καθώς και το ετερόπλευρο της εντόπισης της, ενώ επί εκκρίσεως της θηλής ελέγχεται το είδος του εκκρίματος, το οποίο είναι δυνατό να είναι ορώδες, οροαιματηρό, αιματηρό και γαλακτώδες.¹⁹

B. Ψηλάφηση

Με την τεχνική της ψηλάφησης ελέγχεται η παρουσία μάζας η σκληρίας που ξεχωρίζει από τον υπόλοιπο αδένα, η ευαισθησία των θηλών, καθώς και οι εκκρίσεις τους, και οι υπερκλειδίοι η μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Ακόμη, η ψηλάφηση αποκαλύπτει τη σύσταση του μαστού, πιθανή αύξηση της θερμοκρασίας και τυχόν ευαισθησία του αδένα. Η θέση που συνιστάται στην ασθενή, προκειμένου να επιτύχει η συγκεκριμένη εξέταση, είναι η ύπτια κατακεκλιμένη θέση με ένα μαξιλάρι κάτω από τον ώμο της, άνω ο βραχίονας της εξεταζόμενης πλευράς τοποθετείται πάνω από το κεφάλι, σε αντίθεση με το βραχίονα της αντίθετης πλευράς που βρίσκεται κάτω, παράλληλα με το σώμα.

Ο εξεταστής αρχίζει την ψηλάφηση από το φυσιολογικό μαστό, ώστε να αποκτή μια ιδέα για τη φυσιολογική σύσταση των μαστών της ασθενούς, που μπορεί να χρησιμοποιήσει σαν βάση σύγκρισης με το μαστό που πάσχει. Επίσης ψηλαφά ολόκληρη την επιφάνεια κάθε μαστού με το σύστημα που εκείνος διαλέγει, είτε οριζόντια, είτε κάθετα, είτε κυκλικά, ασκώντας ελαφρά πίεση με τα δάχτυλα και των δυο χεριών προς το θωρακικό τοίχωμα. Προκειμένου ο νοσηλευτής να προβεί σε ακριβή εκτίμηση της κατάστασης των μαστών με την ψηλάφηση, οφείλει να γνωρίζει ότι:

– Το άλγος και την ευαισθησία αντιπροσωπεύουν πολύ μικρό ποσοστό στα συμπτώματα του καρκίνου του μαστού και συνήθως έχουν μεγαλύτερη διαγνωστική άξια στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

– Οι εκκρίσεις, συνήθως, είναι χωρίς σημασία και αντιπροσωπεύουν φυσιολογικές καταστάσεις, πολλές φορές όμως, είναι παθολογικές και οφείλονται σε μονήρη ή πολλαπλά θηλώματα των πόρων, και σπανίως σε ενδοπορώδη καρκίνο. Συνήθως, οι εκκρίσεις είναι ορώδεις ή γαλακτώδεις, από αύξηση της προλακτίνης που μπορεί να οφείλεται στη λήψη

φαρμάκων, πράσινης χροιάς σε κυστικές μαστοπάθειες και αιματηρές σε μονήρη η πολλαπλή θηλωμάτωση πόρου η καρκίνο.

_ Τέλος, με την ψηλάφηση πρέπει να εξετάζονται και οι περιοχές των επιχώριων λεμφαδένων, που είναι οι μασχαλιαίες κοιλότητες. Η εξέταση γίνεται με την ασθενή καθισμένη και τον νοσηλευτή να κρατά με το αντίστοιχο χέρι το χέρι της εξεταζόμενης, ώστε να επιτυγχάνεται χαλάρωση της ωμικής ζώνης. δεν πρέπει να αγνοείται και η εξέταση των υπερκλειδίων χώρων, καθώς και το δεξιό υποχόνδριο, αν υπάρχει ψηλαφητό ήπαρ σε περιπτώσεις όγκου στο μαστό.¹⁹

7.3.Μέθοδοι εργαστηριακής εξέτασης

1.Αιματολογικές

α. Οι εξετάσεις αυτές θα δώσουν στο γιατρό σας μια αξιόπιστη εικόνα για τη γενικότερη κατάσταση του οργανισμού σας. Μπορείτε να τις κάνετε οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας και χωρίς να είστε απαραίτητως νηστικοί, καθώς οι τιμές που προκύπτουν από αυτές δεν επηρεάζονται.

• **Γενική αίματος:** Από την εξέταση αυτή προκύπτουν διάφορες τιμές (αιματοκρίτης, αιμοσφαιρίνη, αιμοπετάλια, ερυθρά και λευκά αιμοσφαίρια κ.ά.), από τις οποίες ο γιατρός σας θα αξιολογήσει τη γενική κατάσταση του οργανισμού και του αίματός σας.

• **T.K.E.:** Πρόκειται για την ταχύτητα καθίζησης ερυθρών. Μια αυξημένη τιμή σε αυτή την εξέταση δημιουργεί υποψίες για την ύπαρξη κάποιας φλεγμονής, λοίμωξης ή γενικά μιας διαταραχής.

• **Χολερυθρίνη ολική και άμεση, τρανσαμινάσες (SGOT και SGPT), αλκαλική φωσφατάση (ALP) και γ-GT:** Οι τιμές που θα προκύψουν από αυτές τις εξετάσεις αποκαλύπτουν σημαντικές πληροφορίες για τη λειτουργία και την κατάσταση του ήπατος.¹⁹

2.Κυτταρολογικές

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

Κυτταρολογική εξέταση στο μαστό γίνεται βασικά με τρεις τρόπους:

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

Το υλικό που λαμβάνεται με τις παραπάνω μεθόδους αφού επιστρωθεί σε πλακίδιο και χρωματισθεί εξετάζεται στο μικροσκόπιο από τον /την Κυτταρολόγο.²⁷

3.Έλεγχος καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου CEA

Το CEA τεστ ανιχνεύει αυξημένα επίπεδα CEA , (καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου) στο αίμα (Σημείο ευαισθησίας 5ng/ml).Τυχόν θετικό αποτέλεσμα του τεστ προειδοποιεί για αυξημένο κίνδυνο ύπαρξης καρκίνου διαφόρων μορφών όπως παχέος εντέρου, ορθού, παγκρέατος, στομάχου, πνεύμονος, μαστού, ωοθηκών κ.α.

Ορισμένες μορφές καρκίνου δεν εμφανίζουν εμφανή συμπτώματα κατά τη διάρκεια της αρχικής και της ενδιάμεσης φάσης. Το test ανιχνεύει την πιθανότητα ύπαρξης καρκίνου στο αρχικό στάδιο τότε που η κατάλληλη αγωγή μπορεί να αποτρέψει την εξέλιξη της νόσου.

Αν η διάγνωση γίνει κατά τη διάρκεια του τελικού σταδίου, η θεραπεία μπορεί να μην είναι πλέον εφικτή. Τυπικά, ο καρκίνος μπορεί να επιβεβαιωθεί με βιοψία από τα κύτταρα του όγκου. Για την διεξαγωγή του τεστ **απαιτείται αίμα ή ορός ή πλάσμα.**¹⁹

7.4.Απεικονιστικές μέθοδοι

Μαστογραφία

Η μαστογραφία κατέχει μοναδική θέση στην ανίχνευση του καρκίνου του μαστού, καθώς βοηθά στην πρόωμη ανακάλυψη του, περισσότερο από κάθε άλλη μέθοδο. Είναι απαραίτητη για την πλήρη εκτίμηση των συμπτωματικών γυναικών και αναντικατάστατη στον προσυμπτωματικό έλεγχο σαν μέσο διαλογής (screening).

Κατά τη μαστογραφία χρησιμοποιείται η ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία με σκοπό να απεικονιστούν τα φυσιολογικά και τυχόν παθολογικά στοιχεία του μαζικού αδένου. Όταν το φωτογραφικό απεικονιστικό υλικό είναι το ακτινογραφικό φιλμ, τότε η μέθοδος ονομάζεται μαστογραφία, ενώ όταν χρησιμοποιείται ξηρογραφικό χαρτί, ονομάζεται ξηρομαστογραφία.

Η τεχνολογική εξέλιξη δεν άφησε ανεπηρέαστη τη μαστογραφία, η οποία τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται τελειοποιημένη με την τεχνική της «χαμηλής δόσης». Με την τεχνική αυτή κατορθώθηκε να παραχθούν εικόνες καλύτερης ποιότητας με μικρότερη δόση ακτινοβολίας κατά έξι με εννέα (6-9) φορές. Η συνηθισμένη εξέταση περιλαμβάνει δύο λήψεις από κάθε μαστό σε γωνίες κάθετες μεταξύ τους, αλλά υπάρχει δυνατότητα και άλλων λήψεων.

Η φυσιολογική εικόνα του μαστού στη μαστογραφία ποικίλλει, καθώς εξαρτάται από την ηλικία της γυναίκας, τη φάση του κύκλου της εμμήνου ρύσεως, την εγκυμοσύνη και τη γαλουχία. Στη μαστογραφία ο υγιής μαστός αποτυπώνεται σαν ένα τρίγωνο με την κορυφή προς τη θηλή και τη βάση προς το θωρακικό τοίχωμα. Από την εφηβεία μέχρι την κλιμακτηριακή περίοδο παρατηρούνται διαφορετικοί βαθμοί ανάπτυξης των δομικών στοιχείων που καθορίζουν την ακτινολογική εικόνα.

Οι μαστοί των νέων και ενηλίκων γυναικών παρουσιάζουν περισσότερο κανονική σύσταση και με την πάροδο της ηλικίας εμφανίζουν ομοιογενή εικόνα. Αλλά και κατά τη διάρκεια του 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 απεικόνιση του.

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού δεν είναι πάντοτε εύκολη. Υπάρχει ποικιλομορφία μαστογραφικών ευρημάτων, η οποία εξαρτάται από παραμέτρους, όπως τον ιστοπαθολογικό τύπο του καρκίνου, το ρυθμό ανάπτυξης αυτού, τη θέση που εντοπίζεται στο μαστό και τη σύσταση του μαζικού παρεγχύματος.

Για την κλινική διάγνωση του καρκίνου του μαστού δεν είναι αρκετή η παρουσία μιας ψηλαφητής μάζας, γιατί η μαστογραφία μπορεί να απεικονίσει και μη ψηλαφητές βλάβες, όπως όγκους διαμέτρου κάτω του μισού εκατοστού. Άλλωστε, ο τυπικός κακοήθης όγκος του μαστού δεν προκαλεί τοπικές μόνο αλλοιώσεις, αλλά μπορεί να προκαλέσει μεταβολές και σε διάφορα απομακρυσμένα σημεία του μαστού. Παρόλο που στον καρκίνο του μαστού η εκδήλωση κλινικών ευρημάτων είναι σπάνια, στις μαστογραφίες εμφανίζονται πρώιμα, αρκετά ακτινολογικά σημεία κακοήθειας που δε γίνονται αντιληπτά στην κλινική εξέταση. Τέτοια σημεία είναι οι επασβεστώσεις, η διαταραχή της αρχιτεκτονικής του παρεγχύματος, η πάχυνση του δέρματος και η ασύμμετρη εμφάνιση των πόρων και των αγγείων.

Το ποσοστό επιτυχημένης διάγνωσης του καρκίνου μόνο με μαστογραφία κυμαίνεται γύρω στο 90% και μόνο με κλινική εξέταση στο 40-50%. Ο συνδυασμός τους ανεβάζει το ποσοστό αυτό στο 90-97%, με αποτέλεσμα η μαστογραφία και η κλινική εξέταση να θεωρούνται συμπληρωματικοί και όχι ανταγωνιστικοί τρόποι μελέτης του μαστού.

Η μαστογραφία ενδείκνυται σε:

- Οποιαδήποτε γυναίκα που εμφανίζει συμπτώματα κακοήθειας και εφόσον έχει προηγηθεί κλινική εξέταση των μαστών
- Γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών με έναν ή περισσότερους επιβαρυντικούς παράγοντες, οι οποίες πρέπει να υποβάλλονται σε μαστογραφικό έλεγχο μία φορά το χρόνο
- Γυναίκες ηλικίας μεταξύ 35-40 ετών χωρίς ιστορικό κακοήθειας για τουλάχιστον μία φορά το χρόνο
- Ασυμπτωματικές γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών, στις οποίες συνιστάται μαστογραφικός έλεγχος κάθε 1 ή 2 χρόνια, ανάλογα με την υφή του αδένα και τους δείκτες αυξημένου κινδύνου.^{28,29}

Ψηφιακή μαστογραφία

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

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

- Η εξέταση σε ψηφιακό μαστογράφο διαρκεί σχεδόν τον μισό χρόνο σε σχέση με τον συμβατικό ή αναλογικό, αφού δεν υπάρχει η χρονοβόρα διαδικασία της εμφάνισης των φιλμ.
- Επιτυγχάνεται σημαντική μείωση της δόσης της ακτινοβολίας στην ασθενή.
- Λαμβάνονται εικόνες υψηλής ανάλυσης που αυξάνουν τη διαγνωστική πληροφορία και συντελούν στην πρόωμη διάγνωση καρκίνου του μαστού σε πολύ πιο αρχικό στάδιο.
- Η ψηφιακά παραγόμενη εικόνα μπορεί να υποστεί επεξεργασία από τον ιατρό βελτιώνοντας την αντίθεση, φωτεινότητα, κλπ, και μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο τις άσκοπες επαναλήψεις. Επίσης αποθηκεύεται ηλεκτρονικά και διατηρείται αναλλοίωτη η εικόνα για χρόνια.
- Παρέχει τη δυνατότητα χρήσης υπολογιστικά υποβοηθούμενης διάγνωσης (Computer Aided Diagnosis-CAD), εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο στην υπηρεσία των ακτινολόγων.^{28,29}

Υπερηχοτομογραφία

Ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος του μαστού έχει κερδίσει τα τελευταία χρόνια έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην απεικόνιση της παθολογίας του μαστού ως συμπλήρωμα της μαστογραφίας και της φυσικής εξέτασης. Η συνεχής βελτίωση των μηχανημάτων και των τεχνικών, όπως επίσης και η τυποποίηση των διαγνωστικών κριτηρίων αναμένεται να βελτιώσει ακόμη περισσότερο την διαγνωστική ευκρίνεια της μεθόδου.

Η υπερηχοτομογραφία βασίζεται στην ιδιότητα των υπερήχων να μεταδίδονται με διαφορετική ταχύτητα στους διάφορους ιστούς και να ανακλώνται ανάλογα με την πυκνότητα των ιστών αυτών. Αυτή είναι η αρχή της μετατροπής του ηχητικού κύματος σε οπτική εικόνα. Ηχητικά κύματα υψηλής συχνότητας που παράγονται από τη δόνηση ενός κρυσταλλικού πομποδέκτη διοχετεύονται στο μαστό και ανακλώνται από τους ιστούς πίσω στον πομποδέκτη, όπου μετατρέπονται σε ηλεκτρικά σήματα που παράγουν μία τοξοειδή απεικόνιση των υλικών από τα οποία πέρασε ο ήχος.

Με τη βοήθεια του υπερηχογραφήματος διαχωρίζονται οι κυστικές από τις συμπαγείς εξεργασίες, καθώς αυτό μπορεί να καταδείξει μέσα σε μια κύστη μια συμπαγή βλάβη που μπορεί να είναι κακοήθης. Η συνήθης εμφάνιση της κακοήθειας είναι η εικόνα μάζας υποηχητικής με ανώμαλα όρια και συνοδό ακουστική κεντρική σκιά. Η συμβολή των υπερήχων στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι σημαντική, επειδή 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. Βασικά μειονέκτημα, όμως, αυτής της μεθόδου αποτελεί το γεγονός ότι οι υπέρηχοι σπάνια μπορούν να διακρίνουν αλλοιώσεις μικρότερες από ένα εκατοστό και μικροασβεστώσεις.

Ενδείξεις για υπερηχοτομογραφικό έλεγχο αποτελούν:

- Νεαρές γυναίκες
- Έγκυες γυναίκες
- Πυκνοί ακτινοσκοπικοί μαστοί
- Ινοκυστική νόσος
- Ψηλαφητή μάζα
- Συμπληρωματικά σε μαστογραφία
- Γυναίκες υψηλού κινδύνου
- Γυναίκες που αρνούνται μαστογραφία
- Πρόσφατο νεόπλασμα μαστού και
- Βοηθητικά στην καθοδήγηση παρακέντησης σε μη ψηλαφητά κυστικά μορφώματα.^{28,29}

Μαγνητική τομογραφία

Η χρήση μαγνητικής τομογραφίας μπορεί να βοηθήσει στην πρόιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες «υψηλού κινδύνου» για εμφάνιση της νόσου, σύμφωνα με μελέτες.

Η μελέτη αυτή που διεξήχθη από το Women's College Research Institute στο Τορόντο του Καναδά και δημοσιεύεται στο επιστημονικό περιοδικό «Journal of Clinical Oncology» διεξήχθη σε γυναίκες που έφεραν μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 ή BRCA2. Οι μεταλλάξεις στα δύο αυτά γονίδια συνδέονται με σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού ή των ωοθηκών σε σύγκριση με τον μέσο όρο.²⁹

Θερμογραφία

Με δεδομένο ότι στις νεότερες γυναίκες ο ιστός των μαστών είναι πυκνότερος, η μαστογραφία δεν δίνει πάντα αξιόπιστα αποτελέσματα- μελέτες έχουν δείξει ότι μπορεί να

εντοπίζει μόλις το 50% των όγκων. Σε αυτές τις γυναίκες η ψηφιακή συσκευή υπέρυθρης ακτινοβολίας μπορεί να αυξήσει τα ποσοστά ανίχνευσης της νόσου, σύμφωνα με τον επικεφαλής της μελέτης καθηγητή **Γκόρντον Γουίσαρτ**, διευθυντή της Μονάδας Μαστού στο Κέιμπριτζ.

Η μελέτη διεξήχθη σε περισσότερες από 100 γυναίκες και έδειξε ότι ο συνδυασμός μαστογραφίας με την τεχνολογία της θερμογραφίας, όπως ονομάζεται, οδηγεί σε εντοπισμό σχεδόν του 90% των καρκίνων του μαστού σε γυναίκες κάτω των 50 ετών.

Η θερμογραφία βασίζεται σε χρήση μιας κάμερας που εντοπίζει τις διαφορές στη θερμοκρασία του δέρματος: όπου υπάρχει μη φυσιολογικός ιστός, όπως ένας καρκινικός όγκος, η περιοχή είναι ελαφρώς θερμότερη (αποτυπώνεται με κόκκινο χρώμα στην εξέταση) σε σύγκριση με τον φυσιολογικό ιστό που βρίσκεται γύρω της.³⁰

Ξηρογραφία

Πρόκειται για μια άλλη αξιολογητική ακτινολογική εξέταση του μαστού. Είναι μέθοδος <<ξηρά>> και διαφέρει της μαστογραφίας μόνο στον τρόπο επεξεργασίας της εικόνας. Αντί για μαστογραφικό film χρησιμοποιούνται ειδικές πλάκες αλουμινίου-σεληνίου. Από εκεί η εικόνα αποτυπώνεται σε κοινές φωτογραφικές πλάκες.

Χρησιμοποιείται, όπως και η μαστογραφία, ιδιαίτερα σε μεγάλες γυναίκες (πάνω από 50 χρονών) γιατί παρέχει μεγαλύτερη ακτινοβολία από τη χαμηλής δόσης μαστογραφία. Με την ξηρογραφία φαίνονται ευκρινέστερα:

1. οι λεπτοκοκκιώδεις μικροαποτιτανώσεις
2. τα όρια του καρκίνου
3. οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Το ποσοστό της διάγνωσης του καρκίνου σε έμπειρα χέρια με την ξηρογραφία ανέρχεται στο 90%.²⁹

Σπινθηρογράφημα

Σπινθηρογράφημα οστών, ήπατος, εγκεφάλου. Με το σπινθηρογράφημα των οστών διαγιγνώσκονται οστικές μεταστάσεις σε ποσοστό 25% των γυναικών εκείνων που θα εθεωρούντο

αλλιώς ότι πάσχουν από καρκίνο του μαστού σε αρχικό στάδιο. Χαρακτηριστικό εύρημα του σπινθηρογραφήματος των οστών είναι η αυξημένη πρόσληψη του ραδιοφαρμάκου κατά τόπους και μάλιστα όταν η εστία αυτή της αυξημένης πρόσληψης συμπίπτει με την εστία του πόνου και τα ακτινογραφικά ευρήματα.

Κατάγματα, εκφυλιστικές νόσοι, κυφοσκολίωση και φλεγμονώδεις αλλοιώσεις του σκελετού προκαλούν κάποια αυξημένη πρόσληψη του φαρμάκου, πράγμα που μπορεί να δώσει ψευδώς

θετικές για μεταστάσεις ερμηνείες. Το ψευδώς αρνητικό αποτέλεσμα του ήπατος δια του σπινθηρογραφήματος είναι συχνό και ανέρχεται σε ποσοστό περίπου 30%, ενώ το ψευδώς θετικό είναι σπάνιο. Κατά συνέπεια ένα θετικό σπινθηρογράφημα έχει μεγαλύτερη διαγνωστική αξία από ένα αρνητικό.²⁹

7.5. Μέθοδοι εγχειρητικής εξέτασης

Στις μεθόδους εγχειρητικής εξέτασης περιλαμβάνονται οι παρακάτω τύποι βιοψίας:

1. παρακέντηση με λεπτή βελόνη
2. βιοψία
3. στερεοστατική βιοψία

Παρακέντηση με λεπτή βελόνη

Η παρακέντηση με λεπτή βελόνη 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 συχνότητα ενδοκυστικών καρκινωμάτων είναι μικρή και το μικρό ενδεχόμενο διαγνωστικού λάθους ξεπερνιέται με την αφαίρεση της βλάβης, όταν :

- Η παρακέντηση δεν αποδίδει καθόλου υγρό
- Παρέχει αιματηρό υγρό
- Δεν καταλήγει σε πλήρη εξαφάνιση της μάζας

Δεν ακολουθείται από ταχεία αναπαραγωγή του υγρού και απαιτούνται περισσότερες από δύο παρακεντήσεις για την εκκένωση της μάζας. Για περισσότερη ασφάλεια συνίσταται η κυτταρολογική εξέταση του υλικού της παρακέντησης των κύστεων.

Η τεχνική της παρακέντησης είναι πολύ απλή, εφόσον δεν απαιτεί ούτε καν τοπική αναισθησία. Ο εξεταστής σταθεροποιεί ανάμεσα στα δάχτυλα του ενός χεριού την εξεταζόμενη μάζα, ενώ με το άλλο χέρι κατευθύνει με γωνία προς το θωρακικό τοίχωμα τη βελόνη της σύριγγας στον όγκο.³¹

Βιοψία

Η αξία της βιοψίας ενός συμπαγούς όγκου του μαστού και η εφαρμογή της έχει γίνει αποδεκτή, ως ιδιαίτερα χρήσιμη, παγκοσμίως. Ενδείξεις για τη διενέργειά της αποτελούν:

- Εμμένουσα μάζα ή οζίδιο στο μαστό
- Εμμένουσα έκκριση από γαλακτοφόρο πόρο
- Απόστημα στο μαστό
- Ανεξήγητα σημεία φλεγμονής
- Αλλοιώσεις της θηλής
- Υποπτα μαστογραφικά σημεία

Η ιστολογική εξέταση μπορεί να γίνει με αφαίρεση μέρους (Incisional Biopsy) ή όλου του όγκου (Excisional Biopsy) και πραγματοποιείται με τοπική ή γενική αναισθησία.

Υπάρχουν δύο τεχνικές για τη βιοψία του μαστού: η βιοψία με βελόνα και η χειρουργική ή «ανοιχτή» βιοψία. Η βιοψία με βελόνα tru-cut 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 εξαίρεσή του. Θεωρείται η πιο αξιόπιστη και ασφαλής μέθοδος διάγνωσης μιας τοπικής αλλοίωσης του μαστού.

Άλλη μία τεχνική ιστολογικής εξέτασης μάζας στο μαστό 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 με 20 λεπτά με ποσοστό ακρίβειας 98%. Βλάβες που μπορεί να προκαλέσουν διαγνωστικό πρόβλημα είναι οι θηλαματώδεις βλάβες, η άτυπη υπερπλασία των πόρων, η σκληρυντική αδένωση και η νέκρωση λίπους.²⁹

Στερεοστατική βιοψία

Η στερεοστατική βιοψία είναι μια τεχνική βιοψίας η οποία εκτελείται με λεπτή βελόνη και με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή λαμβάνονται ακτινολογικές εικόνες.

Η μέθοδος αυτή εξασφαλίζει την τοποθέτηση της βελόνης βιοψίας στην ακριβή θέση της βλάβης ώστε να καταστεί δυνατή η λήψη δείγματος ιστού από μικρότερης έκτασης βλάβες ή εντοπισμένες αποτιτανώσεις.²⁹

7.6.Νοσηλευτική και διαγνωστικές εξετάσεις

Ο ρόλος του νοσηλευτή στις διαγνωστικές εξετάσεις είναι πολύ σημαντικός όχι μόνο για τη διάγνωση και πορεία της ασθένειας αλλά και για την ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς στην αντιμετώπιση της ασθένειας. Η γυναίκα που έρχεται να εξεταστεί υποψιαζόμενη ότι πάσχει από καρκίνο του μαστού χρειάζεται χρόνο για να προσαρμοστεί αρχίζοντας από τις εξετάσεις διάγνωσης και χρόνο για να γνωρίσει τα μέσα θεραπείας και τις επιπλοκές που τυχόν θα παρουσιαστούν.

Με το δικό του προσωπικό τρόπο θα εξηγήσει στη γυναίκα απλά και κατανοητά τη σημασία του ιστορικού, της επισκόπησης και της ψηλάφησης. Ακόμη την πληροφορεί για τις εξετάσεις που θα ακολουθήσουν, το σκοπό και τον τρόπο που πρέπει να γίνουν.

Ο νοσηλευτής είναι εκείνος που θα δώσει απαντήσεις, θα εξηγήσει, θα συμβουλευσει, θα υποστηρίξει και θα ανακουφίσει την ασθενή.

Μέσα στα καθήκοντα του νοσηλευτή είναι να συνεργαστεί με τον ιατρό για τη σωστή διεξαγωγή και λήψη των εξετάσεων συμβάλλοντας και ο ίδιος με τις παρατηρήσεις του στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Πρωταρχικό όμως καθήκον του νοσηλευτή είναι η ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς. Καθώς επίσης το ειλικρινές ενδιαφέρον του, ο σεβασμός της προσωπικότητας της ασθενούς, την αγάπη και τη συνεχή του παρουσία κατά τη διάρκεια των εξετάσεων με τον διάλογο και την υποστήριξη συμβάλλει στην καθυσήχηση και ανακούφιση της ασθενούς.

Δίνοντας τις πληροφορίες για το σκοπό και την εκτέλεση των εξετάσεών της βοηθά στην καλύτερη διεξαγωγή και κατανόησή τους.

Με τον τρόπο αυτό η ασθενής συνεργάζεται καλύτερα και απαιτείται λιγότερος χρόνος γιατί αισθάνεται γύρω της ανθρώπους που ενδιαφέρονται πραγματικά για την αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας της.³²

7.7.Τρόποι επέκτασης του καρκίνου του μαστού

7.7.1Λεμφική διασπορά

Τα καρκινώματα έχουν μεγάλη τάση να διασπείρονται με τη λεμφική κυκλοφορία. Η διασπορά γίνεται με τη μορφή μικρών αθροίσεων κυττάρων που εμφυτεύονται στους λεμφοκόλπους των λεμφαδένων σαν έμβολα. Αυτός ο τύπος επέκτασης ονομάζεται λεμφική διήθηση και παρατηρείται τοπικά γύρω από τον όγκο. Οι μεταστάσεις αναπτύσσονται πρώτα στους επιχώριους λεμφαδένες και έπειτα στους λοιπούς.

Η λεμφική διασπορά αποτελεί την κυριότερη οδό μετάστασης του καρκίνου του μαστού. Από τους χειρουργημένους ασθενείς περίπου 60-70% εμφανίζουν μετάσταση στους

λεμφαδένες της μασχάλης. Σε αρκετό αριθμό περιπτώσεων παρατηρείται επίσης διήθηση των υπερκλειδίων, των υποκλειδίων και των έσω μαστικών λεμφαδένων.

Εφόσον και η καρκινωματοδής διήθηση διαπεράσει τον ηθμό τον οποίο συνιστούν οι λεμφαδένες της μασχάλης και άλλων περιοχών παρατηρείται εγκατάσταση μεταστάσεων στον υπεζωκότα, το περιτόναιο, στους βουβωνικούς και σε προχωρημένα στάδια σε όλους τους λεμφαδένες του σώματος.²⁰

7.7.2. Τοπική διήθηση

Η τοπική διήθηση του όγκου κατά την ιστολογική εξέταση βρίσκεται πάντοτε μεγαλύτερη απ'ότι υπολογίζεται κατά την εγχείρηση. Γιαυτό το λόγο ο χειρουργός πρέπει να βγάζει αρκετό υγιή ιστό μαζί με τον όγκο. Η διήθηση είναι ευκολότερη σε χαλαρούς ιστούς, οι οποίοι διηθούνται εύκολα από τα νεοπλασματικά κύτταρα, γιατί τα τελευταία έχουν ελαττωμένη συγκολλητικότητα, κάνουν αμοιβαδοειδείς κινήσεις και εκκρίνουν πρωτεολυτικά ένζυμα και άλλες λυτικές ουσίες.²⁰

7.7.3. Αιματογενής διασπορά

Τα καρκινώματα διασπείρονται με την κυκλοφορία του αίματος συνήθως στα τελικά στάδια. Ο καρκίνος όμως του μαστού είναι δυνατόν να δώσει πρώιμες αιματογενείς μεταστάσεις. Για την ανάπτυξη μεταστάσεων απαραίτητη είναι η διήθηση των αγγείων από τα νεοπλασματικά κύτταρα, η απόσπαση εμβόλων και η μεταφορά, η εγκατάσταση και η αναπτυξή τους στη νέα θέση. Τα καρκινικά κύτταρα φθάνουν στη κυκλοφορία του αίματος διηθώντας μικρές φλέβες ή έμμεσα με τη λεμφική κυκλοφορία.

Δια της αιματικής οδού τα καρκινώματα του μαστού εγκαθίστανται κυρίως στους πνεύμονες, το ήπαρ, τα οστά της σπονδυλικής στήλης και της λεκάνης, τον εγκέφαλο, τα επινεφρίδια και άλλα όργανα. Για την ερμηνεία της διασποράς των μεταστάσεων στα οστά χωρίς πνευμονικές μεταστάσεις υποστηρίχθηκε ότι τα νεοπλασματικά κύτταρα διασπείρονται δια του παρασπονδυλικού φλεβικού δικτύου, το οποίο έχει απευθείας σύνδεση με το μαστό μέσω των μεσοπλευρίων αγγείων. Οι οστικές μεταστάσεις έχουν στις περισσότερες περιπτώσεις οστεολυτικό χαρακτήρα.²⁰

7.8. Μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού

Μετάσταση ονομάζεται η μετακίνηση καρκινικών κυττάρων από τον **πρωτοπαθή όγκο** σε άλλα σημεία του οργανισμού, μέσω των αιμοφόρων ή των λεμφοφόρων αγγείων, με επακόλουθο το σχηματισμό νέου κακοήθους όγκου. Ο όρος προέρχεται από τα συνθετικά μετά και ίστημι και ουσιαστικά σημαίνει μετεγκατάσταση

Τα κύτταρα που αποτελούν έναν κακοήθη όγκο, αναπτύσσουν μηχανισμούς που τους επιτρέπουν να διηθούν στις γύρω περιοχές και να προκαλούν μεταστάσεις σε μακρινότερα σημεία. Μεταστάσεις δεν συμβαίνουν σε κάθε γυναίκα που εμφανίζει καρκίνο του μαστού. Η έγκαιρη διάγνωση παίζει πολύ μεγάλο ρόλο στην καθυστέρηση ή και αποφυγή τέτοιων μεταστάσεων. Ο καρκίνος του μαστού μεθίσταται κυρίως στα οστά, τους πνεύμονες, την περιφερειακή λεμφαδένων, του ήπατος και του εγκεφάλου, με την πιο κοινή τοποθεσία να είναι το οστό.

Ερευνητές του βρετανικού Ινστιτούτου για την Έρευνα στον Καρκίνο επέτυχαν να προλάβουν τις μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού σε ποντίκια μπλοκάροντας ένα ένζυμο - «κλειδί», το LOXL2. Σύμφωνα με τους επιστήμονες τα νέα ευρήματα που δημοσιεύονται στο επιστημονικό περιοδικό «Cancer Research» παρέχουν έναν σημαντικό νέο θεραπευτικό στόχο για την αντιμετώπιση των καρκινικών μεταστάσεων του μαστού. Οι ερευνητές σημειώνουν στη μελέτη τους ότι το 90% των θανάτων από καρκίνο συμβαίνει εξαιτίας της

εξάπλωσης του πρωτογενούς όγκου σε άλλα σημεία του οργανισμού. Όταν μελέτησαν συγκεκριμένα ασθενείς με καρκίνο του μαστού είδαν ότι τα υψηλά επίπεδα του LOXL2 συνδέονται με μεταστάσεις και χαμηλά ποσοστά επιβίωσης.

Οι επιστήμονες ανακάλυψαν επίσης ότι το συγκεκριμένο ένζυμο είναι σημαντικό σε ό,τι αφορά τα πρώτα στάδια εξάπλωσης του καρκίνου καθώς βοηθά τα καρκινικά κύτταρα να «δραπετεύσουν» από το μαστό και να εισέλθουν στην κυκλοφορία του αίματος. Στα πειράματά τους στα ποντίκια χρησιμοποίησαν χημικά και αντισώματα ώστε να μπλοκάρουν τη δραστηριότητα του LOXL2. Όπως φάνηκε αυτό ήταν αρκετό ώστε να αποτραπεί η εξάπλωση του καρκίνου σε άλλους ιστούς. Σύμφωνα με την επικεφαλής της μελέτης δρ Τζανίν Ερλερ «το LOXL2 αποτελεί έναν καταπληκτικό φαρμακευτικό στόχο και είναι πολύ πιθανό να χρησιμοποιηθεί μελλοντικά στην κλινική πράξη». Η ερευνήτρια προσέθεσε ότι τα νέα ευρήματα δεν είναι μόνο σημαντικά για την ανάπτυξη φαρμάκων αλλά και για τη δημιουργία ενός τεστ που θα προβλέπει την πιθανότητα εξάπλωσης του καρκίνου στους ασθενείς.³³

Κεφάλαιο 8^ο
Κλινική εικόνα του
καρκίνου του μαστού

Κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού

8.1.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.Ωστόσο, η διάγνωση του καρκίνου αποδεικνύεται και τίθεται με τις απεικονιστικές διαγνωστικές μεθόδους .²⁰

Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από:

1.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 .²⁰

2 .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 ,παρασιάζουν 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 ψυχότροπα, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα οπιούχα και ορισμένα αντιυπερτασικά .^{20,34}

3.Έλξη του δέρματος: αποτελεί πρώιμο κλινικό σημείο και προκαλείται από την αύξηση του όγκου σε μέγεθος και από τη διήθηση του γειτονικού ιστού .^{15,16}

4.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 .^{20,34}

5.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.²⁰

6.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 .¹⁵

7.Άλλα συμπτώματα: σπανιότερα εντοπίζονται η εξέλκωση της θηλής, φλεγμονή , οίδημα , βήχας και δύσπνοια από πνευμονικές μεταστάσεις, θωρακικούς πόνους από διήθηση του υπεζωκότα, κοιλιακούς πόνους,ίκτηρο, κεφαλαλγία, διπλωπία και άποιο διαβήτη από μετάσταση στην υπόφυση.³⁴

8.2.Σταδιοποίηση του καρκίνου του Μαστού

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 κατά TNM (American Joint Committee, 1992), 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). Ταξινόμηση των σταδίων του καρκίνου του μαστού κατά TNM.

Υπάρχουν λοιπόν, τέσσερα στάδια.

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.

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

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

Το Στάδιο III A, 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 B 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.

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.^{2,3,35,36}

8.3.Πρόγνωση της νόσου

Το στάδιο του καρκίνου του μαστού είναι το μοναδικό αξιόπιστο σημείο για την πρόγνωση. Οι ασθενείς με νόσο εντοπισμένης στο μαστό και καμία ένδειξη για απομακρυσμένη νόσο μετά τη μικροσκοπική εξέταση των λεμφαδένων έχουν πολύ καλύτερη πρόγνωση. Η κατάσταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων είναι το μοναδικό και καλύτερο προγνωστικό σημείο που έχει μελετηθεί σήμερα και συσχετίζεται με την επιβίωση σε όλα τα μεγέθη των όγκων. Επιπρόσθετα, ο αριθμός των μασχαλιαίων λεμφαδένων που είναι διηθημένοι συσχετίζεται άμεσα με χαμηλότερα επίπεδα επιβίωσης. Οι οιστογονικοί και προγεστερονικοί υποδοχείς εμφανίζονται σαν σημαντικό προγνωστικό σημείο, διότι ασθενείς με όγκους με αρνητικούς υποδοχείς και καμία ένδειξη μεταστάσεως στους μασχαλιαίους

λεμφαδένες έχουν αρκετά υψηλότερο ποσοστό υποτροπών από ότι ασθενείς με όγκους με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς χωρίς μεταστάσεις στους περιοχικούς λεμφαδένες.

Η ιστολογική υποκατηγορία του καρκίνου μαστού (π.χ., μυελλοειδής, λοβιακός, κολλοειδής) εμφανίζεται να έχει μικρή ή ακόμη και καθόλου σημασία στην πρόγνωση από την ώρα που αυτοί οι όγκοι είναι στην πραγματικότητα διηθητικοί καρκίνοι. Η κυτταρομετρία ροής των καρκινικών κυττάρων στην ανάλυση του δείκτη DNA και της φάσης-S βοηθούν στην πρόγνωση. Οι όγκοι με εκσεσημασμένη ανευπλοϊδία έχουν φτωχή πρόγνωση. Το ογκογονίδιο HER-2/neu, οι υποδοχείς του επιδερμικού αναπτυξιακού παράγοντα και η καθεψίνη-D μπορεί να έχουν κάποια προγνωστική αξία αλλά κανένας δείκτης δεν είναι τόσο σημαντικός όπως οι μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες για να προδικάσει κανείς την εξέλιξη της νόσου.

Η θνητότητα στους ασθενείς με καρκίνο μαστού ξεπερνάει τη θνητότητα των αντίστοιχων φυσιολογικών για περίπου 20 χρόνια. Ακολούθως οι θνησιμότητες είναι ίσες παρόλο που οι θάνατοι που συμβαίνουν στους ασθενείς με καρκίνο μαστού συνήθως είναι αποτέλεσμα του όγκου. Οι στατιστικές που αφορούν 5ετή επιβίωση δεν ανταποκρίνονται πλήρως στην τελική έκβαση της θεραπευτικής αγωγής. Όταν ο καρκίνος είναι εντοπισμένος στο μαστό, χωρίς καμία ένδειξη επέκτασης στους περιοχικούς λεμφαδένες μετά από παθολογοανατομική εξέταση, το ποσοστό θεραπείας με τις πιο αποδεκτές μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι 75-90%. Εξαιρέσεις σ' αυτή τη γενίκευση μπορεί να σχετίζονται με το επίπεδο των ορμονικών υποδοχέων του όγκου, με το μέγεθος του όγκου, με την αντίσταση του ξενιστού ή με συνοδές ασθένειες. Οι ασθενείς με όγκους που είναι μικρού μεγέθους και ανακαλύπτονται μαστογραφικά και έχουν θετικούς οιστρογονικούς και προγεστερονικούς υποδοχείς και καμία ένδειξη μασχαλιαίας επέκτασης πιθανότητα έχουν 5ετή επιβίωση μεγαλύτερη από 90%. Όταν οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες είναι διηθημένοι από τον όγκο, τα ποσοστά επιβίωσης πέφτουν στο 40-50% στα 5 χρόνια και περίπου στο 25% στα 10 χρόνια. Γενικά, ο καρκίνος μαστού εμφανίζεται να είναι πιο επιθετική κακοήθεια στις νεότερες γυναίκες, και αυτό μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός ότι λιγότερες νέες γυναίκες έχουν όγκους με θετικούς οιστρογονικούς υποδοχείς.

Για εκείνες τις ασθενείς που η ασθένειά τους προχωρά παρά την θεραπεία, ομαδική υποστηρικτική θεραπεία έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την επιβίωση. Καθώς πλησιάζουν στο τέλος της ζωής τους αυτές οι ασθενείς θα χρειασθούν προσπάθειες παρηγορητικής θεραπείας.²⁸

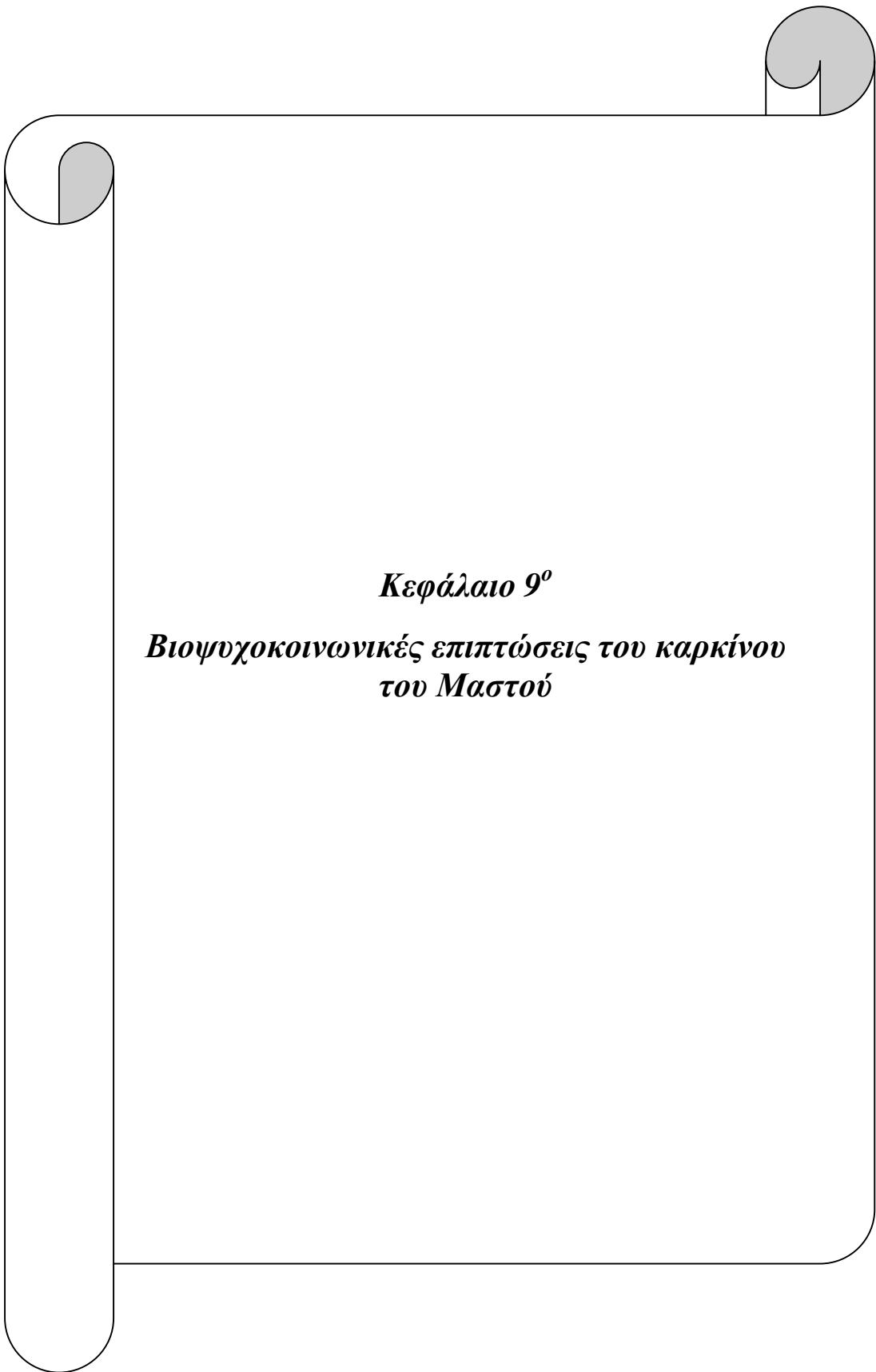
8.4.Γυναίκες που έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου Μαστού

Δεν έχουν αποσαφηνισθεί ακόμα οι παράγοντες που προκαλούν μεταλλάξεις στα κύτταρα, ώστε να αναπτυχθεί καρκίνος στο μαστό. Παρόλα αυτά έχουν βρεθεί μια σειρά από παράγοντες κινδύνου που φαίνεται ότι σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου. Πρέπει να τονιστεί ότι οι παράγοντες κινδύνου αποτελούν στοιχεία που υποδηλώνουν μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσει κάποιος από μία συγκεκριμένη νόσο και όχι βεβαιότητα γι' αυτό. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί κάποιος να συγκεντρώνει αρκετούς τέτοιους παράγοντες και να μην νοσήσει ποτέ και αντίθετα κάποιος άλλος χωρίς να έχει ούτε έναν παράγοντα να νοσήσει. Γι' αυτό λοιπόν αν μια γυναίκα έχει ένα ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου, δεν σημαίνει υποχρεωτικά ότι θα πάθει καρκίνο του μαστού, αλλά σημαίνει ότι έχει μεγαλύτερη πιθανότητα σε σύγκριση με άλλες γυναίκες που δεν έχουν κανένα παράγοντα. Όπως, αναφέρθηκε παραπάνω, ο συχνότερος επιβαρυντικός παράγοντας που παρατηρείται σε γυναίκες με καρκίνο μαστού είναι η αύξηση της ηλικίας, η οποία συνοδεύεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Οι επιδημιολογικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί

παγκοσμίως έδειξαν ότι τα περισσότερα περιστατικά καρκίνου του μαστού, εκδηλώνονται σε γυναίκες άνω των 50 ετών. Η συχνότητα της ασθένειας αυξάνεται ακόμη περισσότερο σε γυναίκες άνω των 60 ετών. Ο καρκίνος μαστού είναι πολύ σπάνιος σε γυναίκες μικρότερης ηλικίας και κυρίως κάτω των 35 ετών. Επίσης οι λευκές γυναίκες παρουσιάζουν συχνότερα καρκίνο του μαστού παρά οι γυναίκες Αφρικανικής ή Ασιατικής προέλευσης.

Τέλος, σε μια έρευνα, ερευνητές συνδύασαν τα αποτελέσματα από 50 μελέτες και συμπεριέλαβαν στοιχεία όσον αφορά 150000 γυναίκες από όλο τον κόσμο. Τα στοιχεία αυτά καταλήγουν στο συμπέρασμα, ότι όσο περισσότερο πίνει μια γυναίκα τόσο περισσότερες πιθανότητες έχει να εμφανίσει καρκίνο του μαστού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, στην ηλικία των 80 ετών, ο αριθμός των γυναικών που πρόκειται να αναπτύξει καρκίνο του μαστού θα είναι:

- 8,8%, αν δεν καταναλώνουν καθόλου αλκοόλ
- 10,1% αν καταναλώνουν 2 ποτά ημερησίως
- 13,3% αν καταναλώνουν 6 ποτά ημερησίως.²⁸



Κεφάλαιο 9^ο
Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου
του Μαστού

9.1. Ψυχολογικές επιπτώσεις

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο συχνή μορφή καρκίνου στις γυναίκες παγκοσμίως και συνεπώς η μελέτη για τις ψυχολογικές επιπτώσεις στην ασθενή είναι εκτενής. Ξεκινώντας από τη διάγνωση, οι αντιδράσεις των ασθενών μπορεί να ποικίλλουν με βάση το νόημα που αποδίδουν στην ασθένεια. Πιο συχνά, η πρώτη αντίδραση φαίνεται να είναι το “συναισθηματικό” μούδιασμα, το σοκ, ή η δυσπιστία για αυτό που συμβαίνει και οι πιο συχνές εκφράσεις που ακούγονται από τις ίδιες τις γυναίκες είναι: “γκρεμίστηκε ο κόσμος μου”, “έβλεπα τον γιατρό να μου μιλά, αλλά δεν τον άκουγα”

Την πρώτη αντίδραση μπορεί να ακολουθήσει το έντονο άγχος λόγω της απειλής της αλλαγής του τρόπου ζωής ή της αλλαγής της εικόνας σώματος, ο θυμός λόγω της άδικης επίθεσης εναντίον του εαυτού, η ενοχή λόγω της ανάγκης απόδοσης ευθυνών και βέβαια η έντονη θλίψη με βασικά στοιχεία την απώλεια και την ήττα. Ξαφνικά, η γυναίκα έρχεται αντιμέτωπη με ένα ιδιαίτερα στρεσογόνο γεγονός που μπορεί να αλλάξει τη ζωή της, αλλάζει την εικόνα του σώματός της και απειλεί τη γυναικεία της φύση. Το πένθος για την απώλεια, λοιπόν, είναι ιδιαίτερα συχνό, τόσο πριν, όσο και μετά την οποιαδήποτε επέμβαση αποφασιστεί, καθώς, παρόλο που οι συντηρητικές επεμβάσεις ή η προοπτική της πλαστικής αποκατάστασης βοηθούν τη διατήρηση του μαστού, η ψυχολογική προσαρμογή, η καλύτερη εικόνα σώματος και η σεξουαλική διάθεση, μπορεί να μην είναι πάντα εφικτές. Έτσι φαίνεται η ίδια η διάγνωση πολλές φορές να είναι πιο σημαντική από το είδος της επέμβασης. Την επέμβαση ακολουθούν οι θεραπείες που πολλές φορές θεωρούνται από τις γυναίκες ως χειρότερες από την ίδια τη διάγνωση, διότι οι παρενέργειες τους μπορεί να τις ταλαιπωρούν και να τις ακινητοποιούν. Ιδιαίτερα η χημειοθεραπεία μπορεί να αποτελέσει τον πιο δύσκολο “εχθρό” και 40% των ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία εμφανίζουν κάποια ψυχιατρική διαταραχή όπως για παράδειγμα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, ή κάποια αγχώδη διαταραχή. Ταυτόχρονα, πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι στις περιπτώσεις όπου η ασθενής έχει παθητικό ρόλο χωρίς να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων για τις θεραπείες, η ψυχολογική επιβάρυνση αυξάνεται. Αντίστοιχα, και η ακτινοθεραπεία φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών στο 30% των ασθενών, ενώ η ορμονοθεραπεία σε γενικές γραμμές φαίνεται να επηρεάζει τη σεξουαλική διάθεση και λειτουργία των ασθενών. Ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών, περίπου μία στις τέσσερις εμφανίζουν τα πρώτα δύο χρόνια από την διάγνωση του καρκίνου του μαστού κάποιο είδος συναισθηματικής διαταραχής του τύπου της αγχώδους διαταραχής ή της κατάθλιψης. Στις περισσότερες φορές ωστόσο η διαταραχή αυτή είναι ήπια ή αυτοπεριοριζόμενη έτσι ώστε αρκετοί είναι εκείνοι που πιστεύουν ότι δεν υπάρχει λόγος να παραπέμπονται οι γυναίκες αυτές σε ψυχίατρο. Ένα 5% ωστόσο παρουσιάζει ενδείξεις σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής. Το 30% των γυναικών μετά την χειρουργική θεραπεία παρουσιάζει δυσκολίες στην σεξουαλική προσαρμογή της (μείωση της επιθυμίας, μείωση της συχνότητας των επαφών, μείωση της ικανοποίησης). Ωστόσο η σεξουαλική αυτή δυσλειτουργία είναι συνήθως μέτριου βαθμού και μόνο σε ένα μικρό ποσοστό είναι σοβαρή (περίπου στο 5%), ενώ όπως θα αναφερθεί παρακάτω φαίνεται να εξαρτάται και από το είδος της επέμβασης (μαστεκτομή ή ογκεκτομή).³⁷

9.2. Ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις Μαστεκτομής

Μετά την μαστεκτομή, η γυναίκα ανησυχεί για την εμφάνισή της. Όταν γδύνεται μπροστά στον σύντροφό της ή κοιμάται γυμνή, νιώθει άχαρη και αδέξια. Αυτό είναι απόλυτα φυσικό, λόγω της σημασίας που αποδίδουν στην σεξουαλικότητα του μαστού τα κοινωνικά πρότυπα. Η θλίψη, για την απώλεια του μαστού, είναι μεγάλη. Με το πέρασμα του χρόνου, οι περισσότερες γυναίκες ξεπερνούν την αμηχανία και νιώθουν πάλι άνετες με το σώμα τους.

- Μερικές ασθενείς εξοικειώνονται με το σώμα τους κοιτάζοντας την εικόνα τους - γυμνές μπροστά στον καθρέπτη και αγγίζοντας ιδίως την περιοχή της ουλής. Στην αρχή, η γυναίκα είναι σκόπιμο να κοιτάζεται στον καθρέπτη μόνη της κατόπιν με τον σεξουαλικό σύντροφο ή κάποια στενή φίλη της. Τα συναισθήματα, που προκαλούνται από την νέα εικόνα του σώματος,
- πρέπει να συζητούνται ελεύθερα μεταξύ τους.
- Ο σύντροφος της ασθενούς πιθανώς να μην γνωρίζει πώς να εκφραστεί σχετικά με θέματα, που αφορούν την σεξουαλικότητα. Δεν γνωρίζει πώς και πότε είναι η κατάλληλη στιγμή να θίξει το θέμα της σεξουαλικότητας, οπότε αναμένει το πρώτο βήμα από την ασθενή. Ενδεχομένως φοβάται μήπως την πληγώσει ή την φέρει σε δύσκολη θέση. Ορισμένες φορές, η «προστασία» αυτή προκαλεί το αίσθημα της απόρριψης. Μολονότι, η γυναίκα συχνά νιώθει ότι διακινδυνεύει πάρα πολλά θίγοντας πρώτη αυτό το θέμα, μετά αισθάνεται σημαντική ανακούφιση.
- Είναι πιθανό να ανησυχούν και οι δύο για τον πόνο. Εάν η τομή ή οι μύες της περιοχής είναι ευαίσθητοι, η πίεση στον μαστό πρέπει να είναι περιορισμένη. Εάν η γυναίκα ξαπλώνει από την υγιή πλευρά, ελέγχει καλύτερα τις κινήσεις της και περιορίζεται ο ερεθισμός της τομής.
- Οι πειραματισμοί και ο χρόνος είναι οι βασικοί παράγοντες, που επιτρέπουν την διαπίστωση των αποτελεσματικότερων τρόπων προσαρμογής στην απώλεια του μαστού. Η επικοινωνία με άλλες γυναίκες, που έχουν υποστεί μαστεκτομή, προσφέρει συμπαράσταση και ενημέρωση σχετικά με κατάλληλα ρούχα ή προθέσεις (ομάδες υποστήριξης γυναικών με μαστεκτομή).
- Μερικές γυναίκες θεωρούν ότι έχει ιδιαίτερη σημασία η αποκατάσταση του μαστού μέσω τεχνικών της πλαστικής χειρουργικής.^{37,38}

9.2.1. Stress – Άγχος – Πανικός

Είναι πολύ φυσικό όταν εντοπίζεται καρκίνος σε κάποιον να ανησυχεί για αυτό που του συμβαίνει αλλά και για το ό,τι πρόκειται να του συμβεί, τον πόνο, την τελική έκβαση, τον θάνατο, τους αγαπημένους του ανθρώπους. Το **στρες** λοιπόν, αποτελεί μία φυσιολογική αντίδραση του ανθρώπινου οργανισμού απέναντι σε έναν «κίνδυνο». Η αίσθηση ότι το άτομο βρίσκεται απέναντι σε κάτι απειλητικό για εκείνον δημιουργεί μία «αφύπνιση», έναν «συναγερμό» στο σώμα του καθιστώντας το ικανό να «παλέψει» ενάντια σε αυτόν τον κίνδυνο. Για αυτό το λόγο όταν βιώνουμε **άγχος** το βιώνουμε μέσα και από σωματικά συμπτώματα.

Το άτομο που έχει άγχος μπορεί να παραπονείται για δυσκολία συγκέντρωσης, αίσθημα κόπωσης, δυσκολία στον ύπνο, και ευερεθιστότητα. Άλλα σωματικά συμπτώματα που μπορεί να προκαλούνται από το υπερβολικό άγχος είναι η ξηροστομία, η εφίδρωση, ο θωρακικός

πόνος, γαστρεντερικές διαταραχές, μωδιάσματα, εξάψεις και κρυάδες, αίσθημα ζαλάδας και ιλίγγου, τσιμπήματα στο σώμα, ταχυπαλμίες και «πτερουγίσματα» στο στήθος, σύσπαση των μυών, τινάγματα, αίσθημα δυσκολίας στην αναπνοή, δερματικά συμπτώματα. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι παρόντα καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας ή να εμφανίζονται με πιο έντονα ανά περιόδους όπως σε επισκέψεις σε ιατρεία, επαναλήψεις των εξετάσεων κ.τ.λ.

Αν το άγχος και ο φόβος είναι ακόμη πιο έντονα μπορεί το άτομο να βιώσει για ορισμένα λεπτά και μία κρίση πανικού. Μία κρίση πανικού έρχεται απροειδοποίητα και διαρκεί λίγα λεπτά. Σε αυτά τα λεπτά το άτομο έχει πολλά και έντονα σωματικά συμπτώματα όπως ταχυπαλμία, αίσθημα ότι κόβεται η ανάσα, ζαλάδα και τάση λιποθυμίας, πόνος στο στήθος, εφίδρωση. Αυτά, πυροδοτούν έναν ταυτόχρονο φόβο ότι κάτι πολύ κακό θα συμβεί, θα πεθάνει, θα χάσει τον έλεγχο, θα εκτεθεί, θα χάσει τα λογικά του. Τα συμπτώματα αυτά ομοιάζουν κατά πολύ με σοβαρές ιατρικές καταστάσεις όπως το έμφραγμα. Ασφαλώς και θα πρέπει να διερευνηθεί αν υφίσταται κάποια ιατρική κατάσταση παρόλα ταύτα αν συμβαίνει κατ' επανάληψη και αν τα συμπτώματα υποχωρούν μετά από λίγα λεπτά χωρίς να παραμένουν άλλα συμπτώματα τότε πρόκειται για μία κρίση πανικού. Όλα αυτά τα δυσάρεστα συναισθήματα που τη συνοδεύουν έχουν ως αποτέλεσμα το άτομο να φοβάται έντονα να μην του ξανασυμβεί, να προσπαθεί να αποφεύγει καταστάσεις που το ίδιο θεωρεί ότι τις προκαλούν και τελικά να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος φόβου και άγχους.^{37,38}

9.2.2.Κατάθλιψη

Δεν είναι καθόλου ασυνήθιστο να αισθάνεται κανείς πεσμένος μετά από μια διάγνωση καρκίνου, καθώς και κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή ακόμα και μετά τη λήξη της. Αρκετά άτομα αισθάνονται εξαντλημένα σωματικά αλλά και συναισθηματικά από τη θεραπευτική αγωγή, κάτι που είναι πιθανό να μειώσει τη διάθεση τους. Ωστόσο, για κάποια άτομα που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο η χαμηλή διάθεση τους μπορεί να συνεχίζεται για αρκετό διάστημα ή ακόμα και να επιδεινώνεται οπότε να χρειάζονται ειδική βοήθεια ή θεραπεία.

Υπάρχουν άτομα που θεωρούν πως η μελαγχολία οδηγεί σε μια κατάσταση όπου η διάθεση τους είναι χαμηλή για αρκετές εβδομάδες ή περισσότερο και είναι καταθλιπτικοί. Η σχέση καρκίνου και κατάθλιψης είναι πολύπλοκη. Η κατάθλιψη μπορεί να πυροδοτηθεί από τη διάγνωση του καρκίνου, από άλλους παράγοντες που σχετίζονται με τον καρκίνο και τη θεραπεία του ή την σύγκρουση του γεγονότος αυτού με τη ζωή και τη καθημερινότητα όπως υπάρχει μέχρι εκείνη τη στιγμή. Ακόμη, η κατάθλιψη μπορεί να προκληθεί από άλλες δύσκολες καταστάσεις, είτε του παρελθόντος, είτε του παρόντος, που δεν έχουν απολύτως καμία σχέση με το θέμα του καρκίνου, όπως ο χαμός ενός αγαπημένου ατόμου.^{37,38}

9.2.3.Εικόνα του σώματος

Η εικόνα του σώματος είναι η εσωτερική αναπαράσταση που έχει ο καθένας για την εξωτερική του εμφάνιση. Η εικόνα σώματος διαταράσσεται με διάφορους τρόπους όταν ένα άτομο μάθει ότι πάσχει από καρκίνο και αυτό γιατί τόσο η ίδια η νόσος όσο και οι θεραπείες της επιφέρουν ριζικές αλλαγές στο σώμα. Η ίδια η νόσος προκαλεί αντικειμενικές αλλαγές στον οργανισμό όπως αλλαγή των ορμονών με επιπτώσεις στην εξωτερική εμφάνιση του ατόμου. Επιπλέον οι ίδιες οι θεραπείες επιφέρουν αντικειμενικές αλλαγές όπως είναι η απώλεια μαλλιών, η αφαίρεση μελών του σώματος, κηλίδες στο δέρμα, χειρουργικά σημάδια, αλλαγή του σωματικού βάρους, σεξουαλικές δυσλειτουργίες.

Ορισμένες αλλαγές είναι μόνιμες και άλλες προσωρινές. Άλλες αλλαγές στην εικόνα του σώματος είναι υποκειμενικές και προκύπτουν από συναισθηματικές μεταβολές του ατόμου που νοσεί. Τα αρνητικά συναισθήματα, ο θυμός και η κατάθλιψη έχουν επιπτώσεις στην

εικόνα του σώματος αλλά και στην ενέργεια του ατόμου για καθημερινές δραστηριότητες. Ακόμα και αν τα σημάδια δεν είναι ορατά από τους άλλους ή δεν είναι εξωτερικά, είναι υπαρκτά για εκείνον που τα έχει και διαταράσσουν την εικόνα του εαυτού του.

Ορισμένοι άνθρωποι μπορεί να νιώθουν ντροπή για το σώμα τους, θυμό για αυτό που τους συνέβη, να αποφεύγουν τις διαπροσωπικές σχέσεις και κοινωνικές συναναστροφές. Νιώθουν προδομένοι από το σώμα τους, το θεωρούν κάτι ξεχωριστό από τον εαυτό τους, νιώθουν ότι έχουν χάσει τους ρόλους τους (επαγγελματικό ή σεξουαλικό). Άλλοι άνθρωποι ερμηνεύουν με διαφορετικό τρόπο τις αλλαγές στο σώμα τους και διαμορφώνουν μία θετική εσωτερική εικόνα για τον εαυτό τους εκτιμώντας την ανθεκτικότητα του οργανισμού τους, επαναξιολογούν το ρόλο της υγιεινής διατροφής και καλής φυσικής κατάστασης.^{37,38}

9.2.4.Φόβος επανεμφάνισης

Η επανεμφάνιση του καρκίνου είναι όταν προσβάλλεστε από τον καρκίνο ξανά, εφόσον έχετε ολοκληρώσει τη θεραπεία σας και εφόσον δεν υπήρχε πλέον καρκίνος στο σώμα σας. Η επανεμφάνιση μπορεί να συμβεί στο ίδιο μέρος από όπου ξεκίνησε ή μπορεί να συμβεί σε άλλο μέρος του σώματος. Ο φόβος να μην επανέλθει, η αγωνία δηλαδή να μην επανεμφανιστεί ο καρκίνος μετά την ολοκληρωμένη θεραπεία του, είναι πολύ σύνηθες στους επιζώντες του καρκίνου. Μπορεί να ανησυχείτε για αυτό, μόνο όταν πηγαίνετε να κάνετε τις καθορισμένες επαναληπτικές εξετάσεις ή μπορεί και να μην ανησυχείτε καθόλου.

Είναι ένα συναίσθημα που αγγίζει τον κάθε νικητή διαφορετικά. Είναι απόλυτα κατανοητό εάν ο φόβος να μην επανέλθει σας κυριαρχεί. Κανένας δεν θέλει να βιώσει τον καρκίνο ξανά. Ζώντας όμως με αυτόν τον φόβο ειδικά όταν πηγαίνετε για τις επαναληπτικές σας εξετάσεις είναι ένα κοινό συναίσθημα για τους περισσότερους νικητές. Παρ'όλα αυτά ο φόβος να μην επανέλθει μπορεί να σας καταβάλλει, και να σας δυσκολέψει ουσιαστικά ώστε να συνεχίσετε τη ζωή σας και να προσαρμοστείτε σε αυτήν μετά την εμπειρία του καρκίνου. Έχοντας κάποιες ανησυχίες για την επανεμφάνισή του είναι φυσιολογικό, αλλά η υπερβολική ανησυχία μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της ζωής σας. Κατανοώντας πώς να διαχειριστείτε τον φόβο σας, μπορεί να σας βοηθήσει να αισθανθείτε πιο αισιόδοξοι και σίγουροι για την νίκη σας.^{37,38}

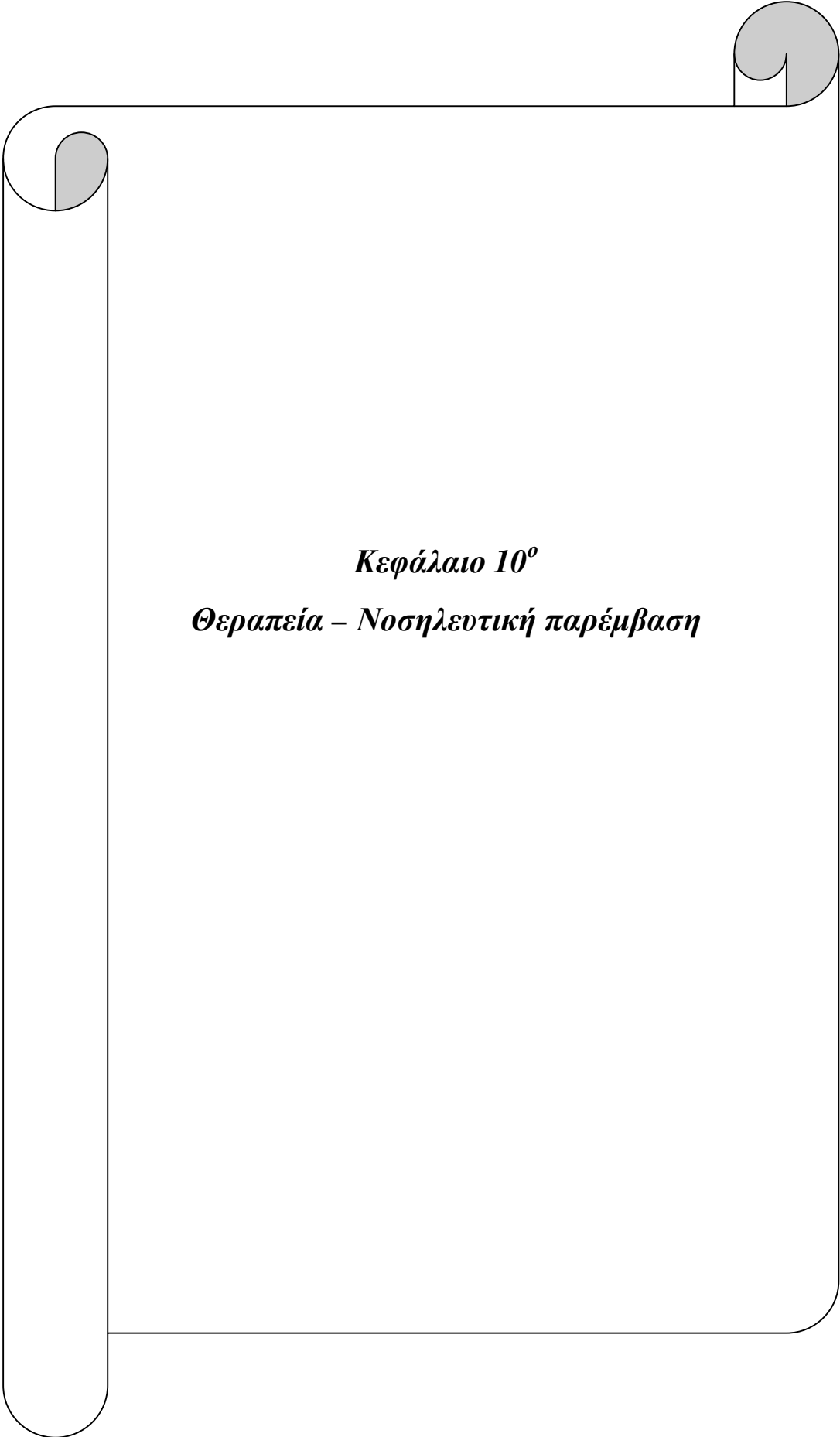
9.2.5.Ενοχές και καρκίνος

Οι ενοχές είναι ένα από τα περίεργα αισθήματα που εμφανίζονται σε διάφορα πρόσωπα που εμπλέκονται, με οποιαδήποτε ιδιότητα, με το νόσημα καρκίνος. Πρόκειται για αίσθημα που βιώνεται από όλους, αν και από καθέναν για διαφορετικούς λόγους. Με τη λέξη ενοχή θέλουμε να δηλώσουμε το δυσάρεστο συναίσθημα που βιώνει όποιος έχει συνείδηση ότι έχει διαπράξει κάτι κακό. Το κακό μπορεί να οφείλεται σε κάτι που κάναμε ή σε κάτι που παραλείψαμε να κάνουμε, καθένα από τα οποία έχει αρνητική επίδραση είτε σε εμάς προσωπικά, είτε σε κάποιο αγαπημένο μας πρόσωπο.

Ανάλογα συμβαίνουν και στον καρκίνο του μαστού. Μερικές φορές είναι ακατανόητο πώς μπορεί να φθάνουν σε τοπικά πολύ προχωρημένη νόσο με εξελκώσεις, διογκώσεις επιχώριων αδένων κλπ. νοήμονες γυναίκες, χωρίς να έχουν απευθυνθεί πιο γρήγορα στο γιατρό. Ο φόβος της διάγνωσης αποτρέπει ορισμένες γυναίκες να προσφύγουν σε ιατρική βοήθεια. Υπεραπασχόληση, κακές ενδοοικογενειακές σχέσεις, κοινωνικά προβλήματα κ.α. είναι μεταξύ των δικαιολογιών που επικαλούνται οι ασθενείς, αδιάφορο αν αυτά είναι πραγματικά ή αν αυτές τα βιώνουν ως τέτοια.

Η καθυστέρηση και η αλλαγή, πολύ συχνά, των θεραπευτικών δυνατοτήτων και προοπτικών, δημιουργούν πλέγμα ενοχών, στο οποίο μπορεί να συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες. Επειδή δε οι μαστοί είναι όργανα που σχετίζονται και με την ερωτική ζωή, οι

ενοχές μπορεί να ανάγουν το νόσημα σε αποτέλεσμα «θεϊκής τιμωρίας». Το ίδιο μπορεί να συσχετίζονται με την παροχή θηλασμού στα βρέφη τους ή πολύ συχνότερα, με τη λήψη ορμονών (αντισυλληπτικών ή για κύηση ή για υποκατάσταση κλπ.) σε κάποια φάση της ζωής τους.^{37,38}

A decorative border resembling a scroll or ribbon, with rounded ends and a central rectangular area. The scrollwork is drawn with thin black lines and has a light gray fill in the curved sections.

Κεφάλαιο 10^ο
Θεραπεία – Νοσηλευτική παρέμβαση

10.1.Θεραπεία του μαστού

Οι σύγχρονες μέθοδοι θεραπείας του καρκίνου του μαστού έχουν σταδιακά αυξήσει το όριο επιβίωσης από την ασθένεια. Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και προϋποθέσεις όπως το στάδιο του όγκου, η ηλικία, η οποία διακρίνεται σε προεμμηνοπαυσιακή και μεταεμμηνοπαυσιακή –το μέγεθός του όγκου η ταξινόμησή του κάτω από το μικροσκόπιο και η ορμονοεξάρτηση του. Για τα αρχικά στάδια της νόσου συνήθως συστήνεται η χειρουργική αφαίρεση μέρους ή ολόκληρου του μαστού, ενώ επέρχεται η ακτινοθεραπεία στην περιοχή προκειμένου να καταστραφούν όλα τα καρκινικά κύτταρα που έχουν απομείνει στην περιοχή. Ενδέχεται να χορηγηθεί από τον θεράποντα ιατρό επιπρόσθετη φαρμακευτική αγωγή με σκοπό τον καλύτερο έλεγχο και για προληπτικούς λόγους στην εξάπλωση του καρκίνου του μαστού. Αυτή η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να περιλαμβάνει την χημειοθεραπεία ή την ακτινοθεραπεία ή ακόμα και τον συνδυασμό τους.

Αν η διάγνωση του καρκίνου του μαστού γίνεται ήδη σε προχωρημένο στάδιο ή η ασθένεια έχει προχωρήσει σε μεταγενέστερο χρόνο, τότε σαφώς ενδείκνυται η χορήγηση της χημειοθεραπείας ή και της ορμονοθεραπείας. Το είδος και η ποσότητα των φαρμάκων που θα χορηγηθούν εξαρτώνται από τα όργανα που έχουν προσβληθεί.^{2,3}

10.2.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 μαστικού αδένα. Έτσι, σήμερα, η μαστεκτομή μπορεί να είναι ριζική, τροποποιημένη ριζική, μερική, απλή ή ογκεκτομή. Το είδος της επέμβασης που θα επιλεγεί εξαρτάται από το μέγεθος και τη θέση του όγκου, από την έκταση εξάπλωσης του καρκίνου, από την ηλικία και την κατάσταση της υγείας της γυναίκας.³⁹

10.2.1.Νοσηλευτική παρέμβαση στη χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική αφαίρεση όγκων αποτελεί τη παλαιότερη μέθοδο για την θεραπεία του καρκίνου του Μαστού. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα εκτός από το κύριο εγχειρητικό μέρος, εξαρτάται και από τη προεγχειρητική προετοιμασία και τη μετεγχειρητική ρύθμιση.

Προεγχειρητική Προετοιμασία

Κάθε γυναίκα αντιδρά διαφορετικά στην απώλεια του Μαστού. Γι' αυτό ο Νοσηλευτής προσεγγίζει την κάθε γυναίκα ως άτομο και τη βοηθά να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά της. Η γυναίκα μπορεί να αισθάνεται απόρριψη από τον άνδρα της ή να αισθάνεται ότι δεν μπορεί να εκπληρώσει το όνειρο του μητρικού θηλασμού. Η υποστήριξη της γυναίκας από τον άνδρα και την οικογένειά της επομένως είναι πολύ σημαντική. Θα πρέπει η ασθενής να ενημερώνεται για πρόσφατες έρευνες και νέες θεραπευτικές μεθόδους για τον καρκίνο του μαστού. Μείωση του χρόνου αναμονής της γυναίκας πριν το χειρουργείο και εξασφάλιση αίματος για πιθανόν επιπλοκές. Επίσης θα πρέπει να γίνεται επιμόρφωση της πάσχουσας περιοχής.

Μετεγχειρητική Προετοιμασία

-Εκτιμάται η αρτηριακή πίεση και ο σφυγμός γιατί αυτοί είναι σημαντικοί παράγοντες για αιμορραγία και shock.

-Ελέγχουμε το επιδερμικό υλικό για αιμορραγία ιδιαίτερα στη περιοχή της μασχάλης.

- Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από το πόνο

-Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών για πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών.

-Εγκαιρη έγερση από το κρεβάτι. Όταν σηκώνεται για πρώτη φορά η άρρωστη από το κρεβάτι τη συνοδεύει ο νοσηλευτής γιατί ενδέχεται να διαταραχτεί ελαφρά η ισορροπία της.

-Χορήγηση διατροφής πλούσια σε θρεπτικές ουσίες. Τις πρώτες ημέρες η ασθενής μπορεί να χρειαστεί βοήθεια την ώρα του φαγητού.⁴⁰

10.2.2.Ριζική Μαστεκτομή

Στη ριζική μαστεκτομή επιτυγχάνεται η αφαίρεση του μαστικού αδένα μαζί με τους θωρακικού 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. Η επέμβαση σπάνια χρησιμοποιείται πλέον, διότι, η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή έχει αποδειχθεί εξίσου αποτελεσματική και με λιγότερες επιπλοκές.⁴¹

10.2.3.Τροποποιημένη ριζική Μαστεκτομή

Είναι η συχνότερα χρησιμοποιούμενη σήμερα σε ασθενείς με διηθητικό καρκίνο μαστού και μπορεί να λάβει διάφορες μορφές, οι οποίες ποικίλουν ανάλογα με τα νεύρα και τους μυς του θωρακικού τοιχώματος που διατηρούνται ή αφαιρούνται. Όλες οι παραλλαγές της περιλαμβάνουν την αφαίρεση ολόκληρου του μαστού και μερικών από τους λεμφαδένες της μασχάλης. Εάν είναι επιθυμητή η άμεση αποκατάσταση του μαστού διατηρείται όσο το δυνατόν περισσότερο δέρμα και ο πλαστικός χειρουργός που αποτελεί μέρος της χειρουργικής ομάδας, εκτελεί αυτό το μέρος της επέμβασης. 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.⁴¹

10.2.4.Περιορισμένη ριζική Μαστεκτομή

Αυτή η μέθοδος παριστάνει την πλέον ελαφρά μορφή μαστεκτομής. Αντιστοιχεί στην υποδειχθείσα μέθοδο του Patey, διαφέρει όμως από αυτήν διότι διατηρείται ο ελάσσων θωρακικός μυς. Η περιορισμένη ριζική μαστεκτομή είναι σήμερα η πλέον εφαρμοσμένη χειρουργική μέθοδος στον καρκίνο του μαστού. Οι δυνατότητες για μια μελλοντική χειρουργική αποκατάσταση του μαστού είναι υοαρκτή και ευνοϊκή.⁴¹

10.2.5. Απλή Μαστεκτομή

Η απλή μαστεκτομή περιλαμβάνει την εξαίρεση ολόκληρου του μαζικού αδένα χωρίς να παραμένουν υπολείμματα του ιστού. Ενδείκνυται σε ασθενείς με νεόπλασμα στο μαστό σταδίου I ή μικρού μεγέθους (δύο 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.⁴¹

10.2.6.Ουγκεκτομή

Οι όροι ουγκεκτομή, μερική μαστεκτομή και άλλοι χρησιμοποιούνται εναλλακτικά για να περιγράψουν χειρουργικές επεμβάσεις κατά τις οποίες αφαιρούνται μόνον ο όγκος και ένα περιθώριο περιβάλλοντος, υγιούς ιστού. Εάν η μικροσκοπική εξέταση του ιστού που αφαιρέθηκε δείξει ότι ο καρκίνος έχει διηθήσει και το περιβάλλον «υγιές» όριο, ο χειρουργός μπορεί να αφαιρέσει επιπλέον ιστούς με μία επέμβαση που καλείται επανεκτομή. Η ουγκεκτομή και η μερική μαστεκτομή ακολουθούνται σχεδόν πάντοτε από ακτινοθεραπεία.Μ' αυτό τον τρόπο έχουν θεραπευτεί πολλές γυναίκες, χωρίς να χρειαστεί να κάνουν μαστεκτομή.⁴¹

10.2.7.Υποδόριος Μαστεκτομή

Με την εγχείρηση αυτή αφαιρείται όλος ο εσωτερικός ιστός του μαστού, αλλά διατηρείται η θηλή και όσο το δυνατόν περισσότερο δέρμα. Μετά, εισάγεται ένα εμφύτευμα από σιλίκονη. Οι λεμφαδένες στη μασχάλη εξετάζονται προσεχτικά και μερικοί μπορεί ν' αφαιρεθούν για βιοψία. Μια εναλλακτική λύση είναι ν' αφαιρεθεί και το δέρμα και η θηλή (αυτό λέγεται απλή μαστεκτομή). Ο μαστός αποκαθίσταται αργότερα.⁴¹

10.3.Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία είναι ζωτικής σημασίας μέρος της τοπικής θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού. Ακολουθούμενης της αφαίρεσης του αρχικού όγκου, με τοπική ευρεία εκτομή, το απομείναντα στήθος αντιμετωπίζεται πάντα με ακτινοθεραπεία. Όσον αφορά τη μαστεκτομή η ακτινοθεραπεία δεν χρησιμοποιείται πάντα σαν θεραπεία ρουτίνας μετά την μαστεκτομή αλλά μπορεί να σας συστηθεί από τον χειρουργό σας ή τον ογκολόγο σας. Η χρήση της ακτινοθεραπείας ακολουθούμενης της μαστεκτομής υποδεικνύεται σε μεγαλύτερους όγκους, σε θετικούς όγκους αδένων ή όγκους που είναι κοντά στο δέρμα ή στον υποκείμενο μυ. Η ακτινοθεραπεία περιλαμβάνει την χρήση υψηλής ενέργειας ακτίνων για να σκοτώθουν τα καρκινικά κύτταρα που δεν ανιχνεύονται στο μαστό κατά την τοπική ευρεία εκτομή ή στην ουλή της μαστεκτομής. Όταν χρησιμοποιείται κατά αυτόν τον τρόπο μειώνει το τοπικό

ποσοστό υποτροπής (πιθανότητα επανεμφάνησης του όγκου στο μαστό) σε λιγότερο από 60%. Τα καρκινικά κύτταρα είναι πιο ευαίσθητα από τα φυσιολογικά κύτταρα.

Η συνολική δόση ακτινοβολίας διαιρείται σε μικρά μέρη και δίδεται καθημερινά κατά τις εργάσιμες ημέρες για 3-5 βδομάδες, εξαρτώμενη από το πρωτόκολλο που ακολουθείται. Μια περαιτέρω δόση ακτινοβολίας μπορεί να δοθεί στην κοιλότητα από την οποία αφαιρέθηκε ο όγκος και αυτό μπορεί να πάρει επιπλέον 3 μέρες. Κατά την διάρκεια της θεραπείας οι ασθενείς μπορούν να οδηγήσουν από και προς το νοσοκομείο.

Η ακτινοθεραπεία του μαστού συνήθως δεν προκαλεί παρενέργειες, δεδομένου ότι ο μαστός είναι ένα επιφανειακό όργανο. Οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν κάποιου βαθμού κούραση και κάποια ερυθρότητα του δέρματος, όπως το ηλιακό έγκαυμα. Περιστασιακά οι πιο μακροπρόθεσμες παρενέργειες περιλαμβάνουν κάποια σκούρυνση του δέρματος, ελαφριά δερματική πύκνωση, σκληρότητα του ιστού, αλλά γενικά αυτό το μέρος της θεραπείας είναι ανεκτό με ελάχιστες παρενέργειες.⁴²

10.3.1. Νεότερες τεχνικές ακτινοθεραπείας

Μια πρωτοποριακή θεραπεία-εξπρές για τον καρκίνο του μαστού υπόσχεται να σώσει πολλές ασθενείς από την ταλαιπωρία των επαναλαμβανόμενων επισκέψεων στο νοσοκομείο προκειμένου να υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία. Η συγκεκριμένη μέθοδος αφορά εντοπισμένη εκπομπή ακτίνων επί μισή ώρα για μία μόνο φορά στην περιοχή του όγκου. Η νέα θεραπεία προορίζεται για γυναίκες με πρώιμο καρκίνο του μαστού οι οποίες έχουν προηγουμένως υποβληθεί σε επέμβαση αφαίρεσης του όγκου τους. Εχει σχεδιαστεί ώστε να σκοτώνει καρκινικά κύτταρα τα οποία μπορεί να έχουν απομείνει στον μαστό. Σήμερα οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού υποβάλλονται συνήθως μετά την επέμβαση σε ακτινοθεραπεία επί πέντε- έξι εβδομάδες (συνολικά κάνουν περί τις 20 επισκέψεις στο νοσοκομείο). Οι γιατροί που δοκιμάζουν όμως τη νέα μορφή θεραπείας, η οποία εφαρμόζεται με μια φορητή συσκευή, την Intrabeam που κατασκεύασε η εταιρεία Karl Zeiss, ελπίζουν ότι αυτή θα σώσει πολλές γυναίκες από τις επαναλαμβανόμενες ακτινοθεραπείες. Η διαδικασία, που ονομάζεται διεγχειρητική ακτινοθεραπεία (IORT), αφορά την εισαγωγή ενός σφαιρικού εργαλείου με μέγεθος περίπου όσο εκείνο μιας μπάλας του σκουός μέσω της τομής που διενεργούν οι γιατροί κατά τη διάρκεια της επέμβασης αφαίρεσης του όγκου στον μαστό και ενώ η ασθενής βρίσκεται ακόμη υπό γενική αναισθησία. Το ειδικό εργαλείο εκπέμπει μια δόση ακτίνων X χαμηλής ενέργειας στην περιοχή που περιέβαλλε τον όγκο. Αποτελέσματα σχετικά με δεκαετή δοκιμή της θεραπείας IORT αναμένεται να παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια συνεδρίου της Αμερικανικής Εταιρείας Κλινικής Ογκολογίας τον Ιούνιο στο Σικάγο. Ως αυτή τη στιγμή πάντως, πρώιμα στοιχεία κλινικής δοκιμής φάσης III που αφορούσαν 77 ασθενείς στη Βρετανία, στη Γερμανία και στην Αυστραλία με διεισδυτικό καρκίνο του μαστού οι οποίες υποβλήθηκαν σε επέμβαση αφαίρεσης του όγκου τους και σε θεραπεία IORT, έδειξαν ότι η πρωτοποριακή θεραπεία ήταν άκρως αποτελεσματική. Μόνο δύο από τις ασθενείς οι οποίες είχαν μέση ηλικία τα 66 έτη εμφάνισαν υποτροπή του καρκίνου τους, σύμφωνα με τα ευρήματα που αφορούσαν παρακολούθηση επί 37 μήνες.

Ο Μάικλ Μπάουμ, βρετανός ειδικός στον καρκίνο ο οποίος συμμετέχει στις δοκιμές της θεραπείας, εξήγησε ότι η φορητή συσκευή Intrabeam εκπέμπει ακτίνες X διαφορετικής ποιότητας σε σύγκριση με τις ακτίνες που εκλύονται από τα συμβατικά μηχανήματα ακτινοθεραπείας. Έτσι επιτυγχάνεται διαφορετικό βιολογικό αποτέλεσμα. «Ο λόγος για τον οποίον η συμβατική ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται επί αρκετές εβδομάδες είναι ότι οι γιατροί ακτινοβολούν ολόκληρο τον μαστό επειδή φοβούνται πιθανή υποτροπή του καρκίνου σε άλλο σημείο από εκείνο του πρωτογενούς όγκου. Ωστόσο το 90% των υποτροπών λαμβάνει χώρα στο σημείο του αρχικού όγκου» σημείωσε ο δρ Μπάουμ στο πλαίσιο του ευρωπαϊκού συνεδρίου για τον καρκίνο του μαστού που έλαβε χώρα στη Βαρκελώνη.⁴³

10.3.2. Παρενέργειες – Επιπλοκές Ακτινοθεραπείας

Οι πιθανές παρενέργειες εξαρτώνται από το είδος της θεραπείας (εσωτερική, εξωτερική, φαρμακευτική), τη δόση της ακτινοβολίας που επιδέχεται το σώμα του ασθενούς, τη διάρκειά της και την περιοχή του σώματος που έχει προσβληθεί από καρκίνο. Συνεπώς, το είδος ή ο αριθμός των παρενεργειών ποικίλλουν. Θα αναφερθούμε, ωστόσο σε εκείνες που απαντώνται συχνότερα. Οι αγωγές ακτινοβολίας μοιάζουν αρκετά με τις ακτινογραφίες και δεν προξενούν πόνο αυτές καθ' αυτές. Παρενέργειες προκύπτουν συνήθως λόγω της βλαπτικής επίδρασης της ακτινοβολίας τόσο σε καρκινικά, όσο και σε υγιή κύτταρα. Διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες, τις βραχυπρόθεσμες, οι οποίες συνήθως υποχωρούν μετά το πέρας της θεραπείας, και τις μακροπρόθεσμες, οι οποίες μπορεί να προσλάβουν και μόνιμο χαρακτήρα. Οι συνηθέστερες παρενέργειες περιλαμβάνουν:

- Κνησμό (φαγούρα στο δέρμα).
- Εξάντληση.
- Ναυτία.
- Έμετο.
- Στηθάγχη.
- Δυσκολία στην κατάποση.
- Σημάδια ταλαιπωρίας του δέρματος, όπως ξεφλούδισμα.

Πολλά από τα συμπτώματα που αναφέραμε υποχωρούν με κατάλληλη αντιμετώπιση και πάντοτε σε συνεργασία με το γιατρό, ενώ και ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να ανακουφίσει το σώμα του ακολουθώντας μερικές απλές εισηγήσεις.

Η ξεκούραση και ο ύπνος, ιδιαίτερα κατά τις βραδινές ώρες αποτελούν προϋπόθεση για την ανακούφιση του ασθενή από την εξάντληση, η οποία μπορεί να διαρκέσει ακόμη και εβδομάδες μετά το πέρας της θεραπείας. Εξίσου σημαντική είναι η συμμόρφωση του ασθενή με το διαιτολόγιο που θα του συστήσει ο γιατρός του, καθώς και με προϊόντα καθαρισμού ή φροντίδας του δέρματος, το οποίο μπορεί να έχει υποστεί ξεφλούδισμα ή κοκκίνισμα μετά από αγωγές εξωτερικής ακτινοβολίας. Ο ασθενής θα πρέπει να αποφεύγει τα στενά ρούχα, ιδιαίτερα γύρω από την υπό θεραπεία περιοχή καθώς και την άσκοπη ή μακροχρόνια έκθεση του στο ήλιο, λόγω της ευαισθησίας του δέρματος του. Το σπουδαιότερο, ωστόσο, μέτρο που οφείλει να λάβει ο ασθενής είναι η διαρκής και ειλικρινής ενημέρωση του γιατρού του σχετικά με τα συμπτώματα που πιθανόν παρουσιάζει. Εκείνος είναι σε θέση να τον συμβουλέψει σχετικά και να τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει τις παρενέργειες με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, γεγονός που μπορεί να περιλαμβάνει προσαρμογή της θεραπείας ή και διακοπή της για ένα διάστημα.⁴³

10.3.3. Νοσηλευτική παρέμβαση στην Ακτινοθεραπεία

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώνει την ασθενή για το είδος της θεραπείας, τις ανεπιθύμητες ενέργειες της και να την ενεργοποιήσει να συμμετάσχει ενεργά στη φροντίδα τους. Η ψυχολογική υποστήριξη πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία είναι απαραίτητη. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας είναι: αλλαγές στο δέρμα, κόπωση, διαταραχές στον ύπνο, οίδημα μαστού και άκρου και αλλαγές αίσθησης στον μαστό. Οι αλλαγές στο δέρμα είναι η πιο συχνή

επιπλοκή που εμφανίζεται στις γυναίκες με συχνότητα 95% περίπου. Εμφανίζεται συνήθως με ερύθημα , φαγούρα ,ευαισθησία, ξηρά και τελικά απολέπιση .

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να δώσει οδηγίες σχετικά με τη φροντίδα του δέρματος .Η ασθενής θα πρέπει να διατηρεί το δέρμα της στεγνό και να αποφεύγει την χρήση αρωμάτων ,σαπουνιών και κρεμών στην περιοχή της θεραπείας.Είναι προτιμότερο να φορά χαλαρά ρούχα ή μια βαμβακερή μπλούζα προκειμένου να προστατευτεί η περιοχή από αλλαγές θερμοκρασίας ,αλλά και για να αποφεύγονται οι κακώσεις, η τριβή και η πίεση στην περιοχή.Μπορεί να κάνει μπάνιο χρησιμοποιώντας ζεστό ή κρύο νερό όχι όμως καυτό.Θα πρέπει να προσέχει να μην σβήσουν τα σημάδια της μελάνης στην περιοχή της θεραπείας και αυτοί μπορεί να το επιτύχει ρίχνοντας στην περιοχή νερό το οποίο το σκουπίζει απαλά. Επίσης θα πρέπει να αποφεύγει την ηλιοθεραπεία και να μην κολυμπά σε χλωριωμένες πισίνες προκειμένου να προστατεύει το δέρμα της. Στην περίπτωση που η αντίδραση του δέρματος είναι πολύ σοβαρή , της συστήνεται να χρησιμοποιεί κρέμες ,οι οποίες μπορεί να είναι ελαφρά υδατικές ή λιπαρές ή ακόμα να περιέχουν βιταμίνη Α ενώ μπορεί να χρησιμοποιεί κρέμα aloe-Vera.

Η κόπωση εμφανίζεται με συχνότητα περίπου 90%στις γυναίκες που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Τα επίπεδα της κόπωσης αυξάνονται κατά την διάρκεια της θεραπείας μέγιστα επίπεδα στο τέλος της και ελάττωση μετά το τέλος αυτής. Σ'αυτό το σημείο υπενθυμίζουμε ότι οι μικρές περιόδους ξεκούρασης και η ήπια άσκηση είναι αποτελεσματική της ανακούφισης.

Όταν εμφανίζονται διαταραχές στον ύπνο,ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την ασθενή να βλέπει τηλεόραση ή να διαβάσει ένα βιβλίο και να αποφεύγει τα παράγωγα της καφεΐνης πριν ξαπλώσει .Όσον αφορά την εμφάνιση των άλλων παρενεργιών η πιο κατάλληλη νοσηλευτική παρέμβαση είναι η ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με την ύπαρξη τους.²⁰

10.4.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 (λήψη πριν ή μετά την εγχείρηση), είτε κατά μόνας.

Η χημειοθεραπεία έκανε την εμφάνιση της στη δεκαετία του 1950 και έχει έκτοτε αποδειχτεί εξαιρετικά αποτελεσματική σε αρκετές περιπτώσεις. Παγκόσμια, διενεργούνται συνεχώς έρευνες γύρω από υπάρχοντες ή και νέες φαρμακευτικές ουσίες, που στόχο έχουν την πληρέστερη αντιμετώπιση διαφόρων ειδών καρκίνου, με όσο το δυνατόν λιγότερες επιβλαβείς επιδράσεις στα υγιή κύτταρα.Στόχος της χημειοθεραπείας είναι η καταπολέμηση των καρκινικών κυττάρων. Μολονότι σε ορισμένες περιπτώσεις αυτό επιτυγχάνεται πλήρως και ο ασθενής θεραπεύεται, σε αρκετές άλλες η χημειοθεραπεία μπορεί μόνο να περιορίσει, όχι να εξαφανίσει, τον καρκινικό όγκο.⁴¹

Παροχή χημειοθεραπείας

Η χημειοθεραπεία συνήθως παρέχεται με τους εξής τρόπους:

- Στοματικά, με το φάρμακο να έχει τη μορφή χαπιού ή υγρού.
- Μέσω ενέσεων.

- **Ενδοφλέβια.** Η μέθοδος αυτή αποτελεί και τη συνηθέστερη πρακτική. Σε κάποιο σημείο του κυκλοφοριακού συστήματος του ασθενή συνδέεται ένας μικρός πλαστικός σωλήνας (καθετήρας) μέσω του οποίου διοχετεύεται η φαρμακευτική ουσία στον οργανισμό.

Η τακτικότητα λήψης της χημειοθεραπείας εξαρτάται από το είδος του καρκίνου, τη θεραπευτική προσέγγιση που εφαρμόζει ο ιατρός και την ανταπόκριση του οργανισμού στη θεραπεία.

Παρενέργειες

Η χημειοθεραπεία στόχο έχει την καταστροφή καρκινικών κυττάρων προτού αυτά μετακινηθούν και προκαλέσουν μετάσταση του καρκίνου σε άλλα ζωτικά σημεία του σώματος. Η ποικιλία χημειοθεραπευτικών φαρμάκων είναι ευρεία, γεγονός που συντελεί και στην ευρύτητα των παρατηρημένων παρενεργειών από τη χρήση τους. Αν ληφθεί υπόψη και η διαφοροποιημένη σωματική υπόσταση του κάθε ασθενούς, αντιλαμβανόμαστε τις ανάλογες διαφοροποιήσεις που μπορούν να παρατηρηθούν στις παρενέργειες.

Οι βραχυπρόθεσμες (και συχνά αντιμετωπίσιμες) παρενέργειες της χημειοθεραπείας περιλαμβάνουν

- ναυτία
- έμετο
- απώλεια της όρεξης
- εκτεταμένη τριχόπτωση
- άφθες στη στοματική κοιλότητα
- στοματίτιδα
- εξανθήματα.

Ορισμένα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι πιθανόν να προκαλέσουν αλλεργικές αντιδράσεις και μούδιασμα στα άκρα. Επειδή η χημειοθεραπεία βλάπτει την παραγωγή κυττάρων αίματος στο μυελό των οστών, ο ασθενής μπορεί να υποφέρει από χαμηλά ποσοστά αιματικών κυττάρων. Αυτό με τη σειρά του μπορεί να προκαλέσει διάφορες παρενέργειες, όπως:

- Αυξημένο κίνδυνο μικροβιακής μόλυνσης (λόγω έλλειψης των λευκών αιμοσφαιρίων που προστατεύουν το σώμα από σχετικούς κινδύνους).
- Αιμορραγία και εμφάνιση μελανιών εξαιτίας μικροτραυματισμών (λόγω έλλειψης αιμοπεταλίων).
- Κόπωση (μερικές φορές σχετίζεται με χαμηλά ποσοστά ερυθρών αιμοσφαιρίων).

Η γνώση των παρενεργειών καθιστά ικανό το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς να του παρασταθεί αλλά και να προσδιορίσει πρακτικούς τρόπους για να βελτιώσει τις συνθήκες θεραπείας του, πάντοτε φυσικά με τη συνεργασία και τη γνωμοδότηση του επιβλέποντος ιατρού. Υπάρχει πιθανότητα να εντοπιστούν αρνητικές επιδράσεις και σε άλλα όργανα του σώματος. Αποτελεί ζήτημα εξαιρετικής σημασίας να αναφέρει ο ασθενής στο γιατρό του όλα τα σχετικά συμπτώματα και να εξεταστεί η δυνατότητα προσαρμογής της θεραπείας (στη δοσολογία για παράδειγμα). Δυστυχώς, αν και οι περισσότερες παρενέργειες φθίνουν μετά το πέρας της φαρμακευτικής αγωγής, υπάρχει πιθανότητα ο οργανισμός του ασθενή να επηρεαστεί μόνιμα από τη χημειοθεραπεία. Ακολουθούν μερικοί τρόποι με τους οποίους θα μπορούσε να συμβεί αυτό.⁴¹

10.4.1.Νοσηλευτική παρέμβαση στην Χημειοθεραπεία

Ο γιατρός, σε συνεργασία με τον νοσηλευτή, αφού μελετήσει τις εναλλακτικές λύσεις και προσδιορίσει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα, καταλήγει στην επιλογή του καταλληλότερου είδους θεραπείας. Ο νοσηλευτής, που έρχεται σε άμεση επαφή με την καρκινοπαθή, πρέπει να γνωρίζει και αντιμετωπίζει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας. Σε αυτές ανήκουν η αλωπεκία, η ναυτία, οι εμετοί, δερματικές αλλαγές, οι διάρροια, η φθορά των αιμοφόρων αγγείων, η ιαταραχή της σεξουαλικής επιθυμίας, της αυτοεκτίμησης και του σωματικού ειδώλου. Ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει την ασθενή να μειώσει το άγχος και την ανησυχία της για τα θεραπευτικά αποτελέσματα και να της γνωστοποιήσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες μπορεί να αυξάνονται σε ένταση κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά παρέρχονται μετά από αυτήν.

Πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας, ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει την πάσχουσα για το είδος, τον τρόπο και τη διάρκεια αυτής. Βεβαίως, 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.

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

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

Επίσης, για την ασφάλεια και προστασία της καρκινοπαθούς από τις παρενέργειες των χημειοθεραπευτικών, το προσωπικό φροντίζει να υπάρχει δίπλα της συσκευή οξυγόνου για τυχόν αλλεργικό shock, τα απαραίτητα φάρμακα τοποθετημένα στον κατάλληλο χώρο (π.χ. ψυγείο) και τα αντίδοτα αυτών. Κατά την ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκων, ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει ότι :

- Τα περισσότερα χημειοθεραπευτικά σκευάσματα πρέπει να προφυλάσσονται από το φως.
- Να χρησιμοποιεί με ιδιαίτερη προσοχή τα σκευάσματα, γιατί κοστίζουν και οποιαδήποτε σπατάλη επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία των ασθενών.
- Κατά την ενδοφλέβια έγχυση των φαρμάκων, πρέπει να χρησιμοποιεί βελόνα Butterfly (πεταλούδα), να επιλέγει καλής ποιότητας φλέβες, όπως αυτές στη ράχη της άκρας χειρός, στον καρπό ή στον ωλεκρανιακό βόθρο, αποφεύγοντας τη φλεβοκέντηση σε ερεθισμένες περιοχές και πάνω από τρεις απόπειρες στο ίδιο σημείο.
- Πριν από την έναρξη της θεραπείας, χορηγεί φυσιολογικό ορό και παρακολουθεί την περιοχή για πιθανή μη ενδοφλέβια έγχυση του υγρού η οποία εκδηλώνεται με πόνο, ερυθρότητα, οίδημα στο σημείο φλεβοκέντησης, μη επιστροφή του αίματος στη σύριγγα μετά από αναρρόφηση. Μετά την έγχυση του φαρμάκου, η φλέβα ξεπλένεται με φυσιολογικό ορό.
- Σε υποψία έγχυσης του φαρμάκου έξω από τη φλέβα, ο νοσηλευτής βγάζει αμέσως τη βελόνα, σκεπάζει το σημείο με παγάκια, ενημερώνει το γιατρό, χορηγεί 100 mg υδροκορτιζόνης υποδοριώς στο ύποπτο σημείο, απλώνει κρέμα υδροκορτιζόνης μέχρι να υποχωρήσει ο ερεθισμός και συμβουλεύει την ασθενή να τοποθετεί παγάκια κατά τη διάρκεια του πρώτου 24ώρου κάθε δέκα λεπτά.
- Το τέλος της νοσηλείας, γίνεται αναγραφή της με τη διαδικασία που ακολουθείται στο εκάστοτε ίδρυμα.²⁰

10.5.Ορμονοθεραπεία

Ορμονοθεραπεία είναι η χρήση φαρμάκων ή η εφαρμογή ιατρικών χειρισμών που εμποδίζει τα ορμονοευαίσθητα καρκινικά κύτταρα να προμηθευτούν τις ορμόνες που χρειάζονται για να αναπτυχθούν.

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).

Η ορμονοθεραπεία γίνεται με χειρισμούς όπως η χορήγηση φαρμάκων ή ορισμένες φορές, χειρουργικές επεμβάσεις. Στην εποχή μας, οι συνηθέστεροι χειρισμοί και φάρμακα είναι τα ακόλουθα:

- Παρέμβαση στη λειτουργία των ωοθηκών. Στις γυναίκες που έχουν περίοδο (προεμμηνοπαυσιακές), 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 (αναστολείς γοναδοτροφινών π.χ. Γοσερελίνη) ή τη χειρουργική αφαίρεσή τους (ωοθηκεκτομή) που οδηγεί σε απότομη και μόνιμη εμμηνόπαυση.
- 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).
- Αναστολείς της Αρωματάσης. Τέτοια φάρμακα είναι η Αναστραζόλη, η Λετροζόλη και η Εξεμεστάνη. 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.
- Παρόμοιο φάρμακο με τη Ταμοξιφένη είναι η Φουλβεστράνη, η οποία επίσης έχει αντι-οιστρογονική δράση, ενώ σπανιότερα σήμερα χρησιμοποιούνται τα προγεστερινοειδή ή προγεσταγόνα όπως η Μεγεστρόλη και η Μεδροξυπρογεστερόνη που δρουν εναντίον των οιστρογόνων.

Η απόφαση για τη χορήγηση ορμονοθεραπείας αντί για χημειοθεραπεία εξαρτάται από την ευαισθησία των κυττάρων του όγκου και η ορμονοθεραπεία είναι πιο αποτελεσματική από τη χημειοθεραπεία στις ασθενείς με ορμονο-ευαίσθητο όγκο. Παρόλα αυτά, ανάλογα με το σύνολο των χαρακτηριστικών του όγκου και της ασθενούς, σε αρκετές ασθενείς θα χρειασθεί συνδυασμός των δύο θεραπειών (αρχικά χημειοθεραπεία και στη συνέχεια χορήγηση ορμονοθεραπείας).⁴⁴

10.6.Ανοσοθεραπεία

Το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού σας λειτουργεί σαν σύστημα παρακολούθησης για την προστασία από αυτά που αντιλαμβάνεται ως ξένες ουσίες. Για παράδειγμα, όταν το ανοσοποιητικό σας σύστημα εντοπίζει βλαβερά βακτήρια ή έναν ιό μέσα στο σώμα σας, αντιδρά παράγοντας συγκεκριμένες πρωτεΐνες (αντισώματα) που επιτίθενται και καταστρέφουν τους εισβολείς. Το ανοσοποιητικό σας σύστημα αντιμετωπίζει επίσης τα καρκινικά κύτταρα ως ξένους εισβολείς, αλλά εξαιτίας κάποιας αποτυχίας του συστήματος συχνά δεν αναγνωρίζει τα καρκινικά κύτταρα. Για χρόνια οι ερευνητές αναζητούν τρόπους, για να βελτιώσουν την αντίδραση της φυσικής άμυνας του οργανισμού στα καρκινικά κύτταρα.

Η χρήση του ανοσοποιητικού συστήματος για την επίθεση και την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων ονομάζεται ανοσοθεραπεία. Η ανοσοθεραπεία αποτελεί τύπο

θεραπείας που έχει στόχο, την τροποποίηση της δραστηριότητας του ανοσοποιητικού συστήματος και την πρόκληση αλλαγών στην ανοσολογική απάντηση απέναντι στο νεόπλασμα. Ενεργοποιεί και κατευθύνει το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού, να καταπολεμήσει την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων. Άλλα ονόματα για αυτή τη μέθοδο είναι βιολογική θεραπεία, βιοθεραπεία ή θεραπεία μετατροπής βιολογικής αντίδρασης. Η ανοσοθεραπεία μπορεί να γίνει μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες για τον καρκίνο.

Οι βιολογικές θεραπείες ως «έξυπνες βόμβες» κατευθύνονται σε ειδικούς στόχους στα καρκινικά κύτταρα, αφήνοντας ανεπηρέαστα τα φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού. Κατ' αυτόν τον τρόπο η θεραπεία γίνεται περισσότερο συγκεκριμένη, πιο ειδική και λιγότερο τοξική.⁴¹

10.7.Στάδια της νόσου και ψυχική υποστήριξη από το νοσηλευτή

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας. Ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα: Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία, Έρευνα, Παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας, υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους.

Η εκπαίδευση του καρκινοπαθούς στο νοσοκομείο είναι από τα σημεία όπου οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο. Από αυτούς απαιτείται δημιουργία κατάλληλης ατμόσφαιρας, ζεστασιάς, άνεσης, ειλικρινούς επαφής. Ανεξάρτητα με αυτό σκοπός του/της νοσηλευτή/τριας είναι η δημιουργία κλίματος τέτοιου ώστε ο ασθενής να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει την μάχη του με τον καρκίνο.

Απαιτείται μια πρώτη ξενάγηση στο χώρο, μια ενημέρωση με απλά και κατανοητά λόγια για τη διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου. Βέβαια η πληροφόρηση του ασθενούς για την πορεία της υγείας του πρέπει να γίνεται από τον γιατρό και ο νοσηλευτής να δρα συμπληρωματικά.²⁰

10.7.1.Πρώτη φάση – πρώιμο στάδιο

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και shock που ακολουθούνται ή από άρνηση που οδηγεί στη καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής και νοσηλευτικής βοήθειας ή από άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης.

Οι στόχοι του νοσηλευτή σε αυτή τη φάση είναι:

- Να βοηθήσει τον ασθενή να ζει με επίγνωση της σοβαρής νόσου και των συνεπειών της.
- Να τον βοηθήσει να προσαρμοσθεί στη νέα εικόνα του εαυτού του και του σωματός του.
- Να τον βοηθήσει να επαναπροσαρμοσθεί στο κοινωνικό περιβάλλον.
- Να δώσει απαντήσεις σε τυχόν απορίες του.⁴⁵

10.7.2.Δεύτερη φάση – ενδιάμεσο στάδιο

Σε αυτό το στάδιο διαπιστώθηκε ότι ο καρκίνος δε θεραπεύτηκε αποτελεσματικά επανεμφανίστηκε και έχουμε ανάγκη άλλων μορφών θεραπείας λόγω υποτροπής-μετάστασης του καρκίνου.

Οι στόχοι του νοσηλευτή σε αυτή τη φάση είναι:

-Ενημέρωση, για την αναγκαιότητα της θεραπείας, για τα φάρμακα και τον τρόπο δράσης τους, για τις παρενέργειες, για την διάρκεια χημειοθεραπείας και κάθε πόσο πρέπει να επαναλαμβάνεται.

-Ασφαλής χορήγηση των χημειοθεραπευτικών προφύλαξη από την εξαγωγή των φαρμάκων.

-Παρακολούθηση για έγκαιρη ανακάλυψη των πιθανών επιπτώσεων της θεραπείας.

-Παρότρυνση για καλή συνεργασία στην εφαρμογή δύσκολα αποδεκτών αντικαρκινικών θεραπειών.

-Ενημέρωση για εισαγωγή ασθενών σε κλινικές μελέτες.

-Υποστήριξη των ασθενών και συγγενών με συνομιλία για καθημερινά θέματα.

-Εκπαίδευση του ασθενούς ώστε να αναγνωρίζει και να αξιολογεί διάφορα συμπτώματα π.χ. τάση προς έμμετο, δυσκολία κίνησης κάποιου μέλους.

-Εκμάθηση για χρησιμότητα και αναγκαιότητα καθετήρων όπως Levin Folley, παροχετεύσεων, κολοστομίας, κ.ά.

-Τη σημασία της σωστής θέσης του ασθενή στην θεραπευτική κλίνη κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας.

-Την παραμονή στο χώρο εκπομπής ακτινοβολίας μόνο του ασθενή αλλά την ύπαρξη συστήματος παρακολούθησης.

-Την παραμονή του στο περιβάλλον του. Οι θεραπευτικές δόσεις που δέχεται δεν είναι επικίνδυνες για τους γύρω.

-Το σχεδιασμένο πεδίο στο δέρμα του με μελάνι (είναι σημαντικό να μη σβηστούν τα σημάδια κατά τη Rx)⁴⁵

10.7.3. Τρίτη φάση – τελικό στάδιο

Σε αυτό το στάδιο όπου η θεραπεία είναι μόνο ανακουφιστική ο ασθενής και ο νοσηλευτής αντιμετωπίζουν μαζί το ενδεχόμενο του θανάτου.

Οι στόχοι του νοσηλευτή σε αυτή τη φάση είναι:

-Να παραμείνει δίπλα στον ασθενή και να είναι έτοιμος να συζητήσει τις φυσικές ή ψυχολογικές του ανησυχίες και να του παρέχει ανακούφιση και υποστήριξη ως τη τελευταία στιγμή.

-Να ενημερώσει την οικογένεια για την εξέλιξη της νόσου και να προτρέψει συγγενείς και φίλους να μην τον εγκαταλείψουν.

-Ο νοσηλευτής δίνει την ευκαιρία στον ασθενή να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες, τις ανάγκες, τα συναισθηματά του και του δείχνει κατανόηση και συμπάρασταση. Οι νοσηλευτές/τριες σε όλο το φάσμα διάγνωση - θεραπεία - αποκατάσταση - τελικό στάδιο

είναι ο συνδυαστικός κρίκος ανάμεσα στον γιατρό - θεραπευτική ομάδα και ασθενή οφείλει όμως να έχει σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση στις καθημερινές εξελίξεις για να ανταπεξέλθει στο ρόλο του κάτι που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή στην έρευνα.⁴⁵

10.8.Νοσηλευτική παρέμβαση στο τελικό στάδιο της νόσου

Το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να φροντίσει και ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Οι νοσηλευτές συνήθως είναι οι μόνοι, οι οποίοι παρευρίσκονται κοντά του για να τον βοηθήσουν, εφόσον η νοσηλευτική φροντίδα προσφέρεται 24 ώρες το 24ωρο. Ακόμη και όταν η περίπλοκη και υπερσύγχρονη θεραπεία σταματάει, η νοσηλευτική φροντίδα συνεχίζεται, για να πραγματοποιήσει τους σκοπούς της, οι οποίοι αφορούν:

A.στην ανακούφιση και την υποστήριξη του ασθενούς.

B.στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής που του απομένει.

Γ. στην προστασία των δικαιωμάτων και την εκπλήρωση των αναγκών. του

Δ. στην εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς θανάτου.

Οι άνθρωποι, άλλωστε, που πεθαίνουν αξίζουν και έχουν ανάγκη της ίδιας φυσικής φροντίδας όπως και οι άνθρωποι που αναμένεται να αναρρώσουν. Αυτό καταδεικνύεται και σε σχετική έρευνα, στην οποία συμμετείχαν 13 ασθενείς τελικού σταδίου, οι συγγενείς των οποίων ζήτησαν να διακοπούν οι περαιτέρω προσπάθειες για θεραπεία και αναζωογόνηση. Ο υπολογισμός του νοσηλευτικού φόρτου εργασίας καθημερινά, έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην παροχή της βασικής νοσηλευτικής φροντίδας πριν ($87,1 \pm 8,8$) και μετά ($75,2 \pm 34,1$) από την άρνηση για θεραπεία, αφού, ουσιαστικά, η ίδια νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται μέχρι τη στιγμή του θανάτου, παρά την έλλειψη θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η εξατομίκευση των αναγκών του ασθενούς, η συνεχής φυσική παρουσία του προσωπικού και η διάθεση χρόνου βοηθούν τον ασθενή να προσεγγίσει τη στιγμή του θανάτου με σθένος και αξιοπρέπεια. Η νοσηλευτική φροντίδα του ετοιμοθάνατου ασθενούς περιλαμβάνει, αρχικά, την υποστήριξη των φυσικών λειτουργιών και την περιποίηση του σώματος με σεβασμό και επιμέλεια. Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει υποστηρικτικό ρόλο στον ασθενή και το περιβάλλον του, αρκεί βέβαια ο ρόλος αυτός να είναι διακριτικός και αξιοπρεπής. Η ανακούφιση των συμπτωμάτων του πόνου με τα κατάλληλα φάρμακα, οι ειλικρινείς απαντήσεις και η καθοδήγηση στηρίζει τον ασθενή. Νοιώθει ότι ο νοσηλευτής αντιλαμβάνεται τις σκέψεις του, τις ανάγκες του, τα συναισθήματά του, τις ανησυχίες του και τους φόβους του.

Τα φιλικά, ζεστά λόγια, ακόμη και η ενεργητική ακρόαση, η σιωπή, το βλέμμα, το χέρι, σε έναν κωματώδη ασθενή, τον βοηθά να ζήσει ειρηνικά τις τελευταίες στιγμές, χωρίς να νοιώθει εγκαταλειμμένος. Συχνά, οι νοσηλευτές διαπιστώνουν τις πνευματικές ανησυχίες και τα ενδιαφέροντα του ασθενούς που πεθαίνει. Η ανάγκη να είναι κάποιος πνευματικά προετοιμασμένος για το θάνατο, είναι εξαιρετικής σημασίας, αν και συχνά δεν εκφράζεται λεκτικά. Όσο πλησιάζει ο θάνατος, ο ασθενής, είτε είναι χριστιανός είτε άλλου δόγματος, μπορεί να αντλήσει πνευματική υποστήριξη και ανακούφιση από την παρουσία ενός ιερέα ή τον εκπρόσωπο του δόγματός του. Στην περίπτωση αυτή, εφόσον ο ασθενής είναι Χριστιανός Ορθόδοξος και το επιθυμεί ο ίδιος και οι συγγενείς του, οι νοσηλευτές μπορούν να μεσολαβήσουν, ώστε ο ιερέας του νοσοκομείου να αναλάβει την εκπλήρωση των αιτημάτων του ασθενούς για πνευματική επικοινωνία, ιερή εξομολόγηση και θεία κοινωνία, να κάνει τις κατάλληλες προσευχές ή έστω να καθήσει δίπλα του για να του προσφέρει πνευματική

υποστήριξη και ανακούφιση. Αν ανήκει σε άλλο δόγμα, την ευθύνη αναλαμβάνουν οι συγγενείς του ασθενούς.^{19,20}

10.8.1.Η Νοσηλευτική στην ψυχολογική υποστήριξη της καρκινοπαθούς

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 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.

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

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

- Να αρχίσει την νοσηλευτική υποστήριξη σχεδόν αμέσως μετά την διάγνωση ή την χειρουργική επέμβαση.
- Να εξασφαλίσει θετικό κλίμα μεταξύ ασθενή-νοσηλευτή έτσι ώστε να ευνοείται ο διάλογος.
- Να την ενημερώνει για τις συχνές συναισθηματικές αντιδράσεις που πιθανόν να της δημιουργήσει η ασθένεια ,βοηθώντας την να αισθάνεται πιο φυσιολογική .
- Να την ενθαρρύνει να μοιραστεί κοινές εμπειρίες με άλλες ασθενείς οι οποίες υποβάλλονται σε θεραπεία.
- Να ετοιμάσει και να χρησιμοποιεί ένα ερωτηματολόγιο από ανοιχτές ερωτήσεις ,ώστε να καταφέρει να αποσπάσει πληροφορίες από την ασθενή σχετικά με την ψυχολογική της κατάσταση.
- Να την ενημέρωση σχετικά με την σημασία της μετεγχειρητικής θεραπείας και σωματικές και τις ψυχολογικές παρενέργειες.
- Να την ενθαρρύνει να εκφράσει και να διερευνάει τα συναισθήματα της,σχετικά με την απώλεια του στήθους της και την επίδραση του χαμένου μέρους του σώματος στις καθημερινές της δραστηριότητες.
- Να τονίσει ότι η γυναίκα εκτιμάται από την νοημοσύνη της και την προσωπικότητά της και όχι από το στήθος της.
- Να την βοηθήσει να κατανοήσει την αλλαγή του σώματός της η οποία είναι αποτέλεσμα θεραπειών.
- Να την ενθαρρύνει να διατηρήσει θετική εικόνα για το σώμα της με το να χρησιμοποιεί υδατικές κρέμες ,να αγγίζει την ουλή της αλλά και να εξερευνήσει άλλες περιοχές του σώματός της που είναι παραμελημένες .
- Να υποστηρίξει ψυχολογικά τον σύζυγο της για την επίδραση της θεραπείας στην σεξουαλική λειτουργία,καθώς και τους άλλους αιτιολογικούς παράγοντες μιας πιθανής δυσλειτουργίας .
- Να ενημερώνει τον σύζυγο της για τα προβλήματα που θα εμφανίσει η ασθενής και ενθαρρύνει να της συμπαρασταθεί.
- Να ενημερώνει την ασθενή αλλά και τον σύζυγο για τους εναλλακτικούς τρόπους σεξουαλικής ζωής που μπορούν να έχουν (π.χ.με την δημιουργία καταλλήλου κλίματος με καίρια ,μασάζ).
- Να ενθαρρύνει τους συζύγους να συζητούν μεταξύ τους το πρόβλημα που προέκυψε.²⁶

10.9.Η Νοσηλευτική στο θάνατο

Μελέτες οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι η μη συνεργασία των ασθενών με το νοσηλευτή διαμορφώνει συμπεριφορές αντίθετες με το κλινικό κατεστημένο, που συχνά, όσο ακραίο, άδικο και σκληρό κι αν φαίνεται, οδηγεί τους ασθενείς αυτούς να γίνονται ανεπιθύμητοι. Το γεγονός αυτό οφείλεται αρκετά συχνά και στην αδυναμία του νοσηλευτή, λόγω ανεπάρκειας προετοιμασίας με συγκεκριμένες γνώσεις στη βασική εκπαίδευση, να διαχειριστεί τέτοιες καταστάσεις. Όταν η σχέση νοσηλευτή ασθενούς περάσει μέσα από το πρίσμα αρνητικών συμπεριφορών και επιπτώσεων, κλονίζεται ανεπανόρθωτα και χάνεται κάθε ίχνος εμπιστοσύνης μεταξύ τους.

Η μετάβαση από τη ζωή στο θάνατο έχει ανυπολόγιστη αξία για την ανθρώπινη υπόσταση. Η συναισθηματική φόρτιση, που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας στο χώρο εργασίας, υπερβαίνει συχνά τα αποθέ-ματά τους, κάνοντάς τους πολλές φορές να συγκρούονται με τα «πιστεύω» και τις αντιλήψεις τους. Η διεργασία του θανάτου, η απώλεια της ανθρώπινης ζωής και το μεσοδιάστημα μεταξύ ζωής και θανάτου αποτελούν ίσως τη μεγαλύτερη πρόκληση που έχουν να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας κατά την άσκηση των καθηκόντων τους.²⁶

10.10.Νοσηλεία στο σπίτι

Ως “νοσηλεία στο σπίτι” ορίζονται οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στα άτομα και τις οικογένειές τους μέσα στο χώρο που ζουν κατευθυνόμενες προς την προαγωγή, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου ή την ελαχιστοποίηση των επιδράσεων της ασθένειας ή της αναπηρίας. Οι πέντε βασικοί στόχοι της είναι:

- Προώθηση υποστηρικτικών συστημάτων τα οποία είναι κατάλληλα και αποτελεσματικά και ενθάρρυνση της χρήσης των πόρων που σχετίζονται με την υγεία.
- Προώθηση επαρκούς, αποτελεσματικής φροντίδας ενός μέλους μιας οικογένειας που έχει ένα ειδικό πρόβλημα ασθένειας ή αναπηρίας.
- Ενθάρρυνση της φυσιολογικής ανάπτυξης των μελών της οικογένειας και εκπαίδευσής τους σχετικά με την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας.
- Ενδυνάμωση της σύνδεσης και της λειτουργικότητας της οικογένειας.
- Προαγωγή ενός υγιεινού περιβάλλοντος

Η νοσηλεία στο σπίτι είναι το βασικότερο στοιχείο της συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας διεθνώς και θεωρείται υπηρεσία που κατεξοχήν οργανώνεται, παρέχεται και αξιολογείται από νοσηλευτές. Ο νοσηλευτής ως μέλος της υγειονομικής ομάδας αποτελεί τον σπουδαιότερο δομικό παράγοντα για την οργάνωση, παροχή και αξιολόγηση υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι. Για την αποδοτική οργάνωση όμως απαραίτητο είναι να ληφθούν υπόψη και άλλες παράμετροι, όπως το είδος των ασθενών, ο χώρος ευθύνης, η οικονομική επιχορήγηση κ.λπ. Η θεσμοθέτηση υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι στην Ελλάδα έγινε με το νόμο 2071/92.³⁸

Οι σπουδαιότερες αιτίες που οδήγησαν στη νοσηλεία στο σπίτι ήταν:

- Η άνοδος του ποσοστού των ηλικιωμένων που έχει σαν συνέπεια την ανάγκη παροχής περισσότερης φροντίδας για πολλαπλά χρόνια νοσήματα και ανάγκες.

- Το άτομο μπορεί να μην έχει κάποιο άτομο της οικογένειάς του διαθέσιμο ή ικανό να παρέχει φροντίδα στο σπίτι.
- Πολλά άτομα προτιμούν να δέχονται φροντίδα στο σπίτι τους, ειδικότερα τα τελευταία χρόνια με την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις υπηρεσίες που μπορούν να προσφερθούν στο σπίτι, ιδιαίτερα στις χώρες όπου οι υπηρεσίες είναι σωστά οργανωμένες και αποτελεσματικές. Φαίνεται επίσης ότι αυτοί και οι οικογένειές τους δέχονται λιγότερη συναισθηματική πίεση στο σπίτι από ότι στο νοσοκομείο, αποφεύγοντας το χωρισμό από τα άλλα μέλη της οικογένειάς τους και το περιβάλλον που ζουν.
- Πολλοί άνθρωποι προτιμούν να πεθάνουν στο σπίτι και χρειάζεται η ανάλογη φροντίδα.
- Η ανακάλυψη υπερσύγχρονων ηλεκτρονικών συσκευών, αλλά και η δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών στο σπίτι ώθησε πολλά άτομα να εκτελούν τη θεραπεία στο σπίτι με τη βοήθεια των νοσηλευτών ή των άλλων μελών της υγειονομικής ομάδας. Στο σπίτι υπάρχει η δυνατότητα π.χ. να γίνει χημειοθεραπεία, φορητή περιτοναϊκή κάθαρση, εκπαίδευση στη χορήγηση οξυγόνου, στην εκμάθηση του αναπηρικού καροτσιού, στη λήψη δειγμάτων, οδηγίες για την εντερική ή παρεντερική διατροφή, στη λήψη ΗΚΓ από το τηλέφωνο κ.λπ.³⁸

Βασικοί σκοποί

Οι βασικοί στόχοι που επιδιώκει η νοσηλεία στο σπίτι είναι:

- § Να μην χρησιμοποιούνται νοσοκομειακές κλίνες για απλές νοσηλευτικές διαδικασίες όπως είναι η παροδική παρακολούθηση.
- § Χορήγηση εισπνεομένων φαρμάκων με δοσομετρητή ή νεφελοποιητή.
- § Δημιουργία ειδικών ψυχολογικών συνθηκών για την ασθενή.
- § Να παρέχονται δωρεάν φάρμακα ,να γίνονται αιμοληψίες για πλήθος εργαστηριακών εξετάσεων.
- § Χορήγηση ορών.
- § Φροντίδα στομίων και εκπαίδευση (τραχειοστομία, ουρητηροστομία, γαστροστομία, νηστιδοστομία, κολοστομία).

Η κατ' οίκον νοσηλεία είναι μια επιλογή διακριτικής και άνετης νοσηλείας που βελτιώνει σημαντικά τη ψυχική διάθεση του ασθενή, διευκολύνει την ανάρρωση του, μειώνει τον κίνδυνο για ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, μειώνει τις χρονοβόρες μετακινήσεις. Παράλληλα, ο θεράπων ιατρός παρακολουθεί τον ασθενή του και μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο με συνεχή έλεγχο και άμεση ενημέρωση από έμπειρο προσωπικό για την πορεία του ασθενή.³⁸

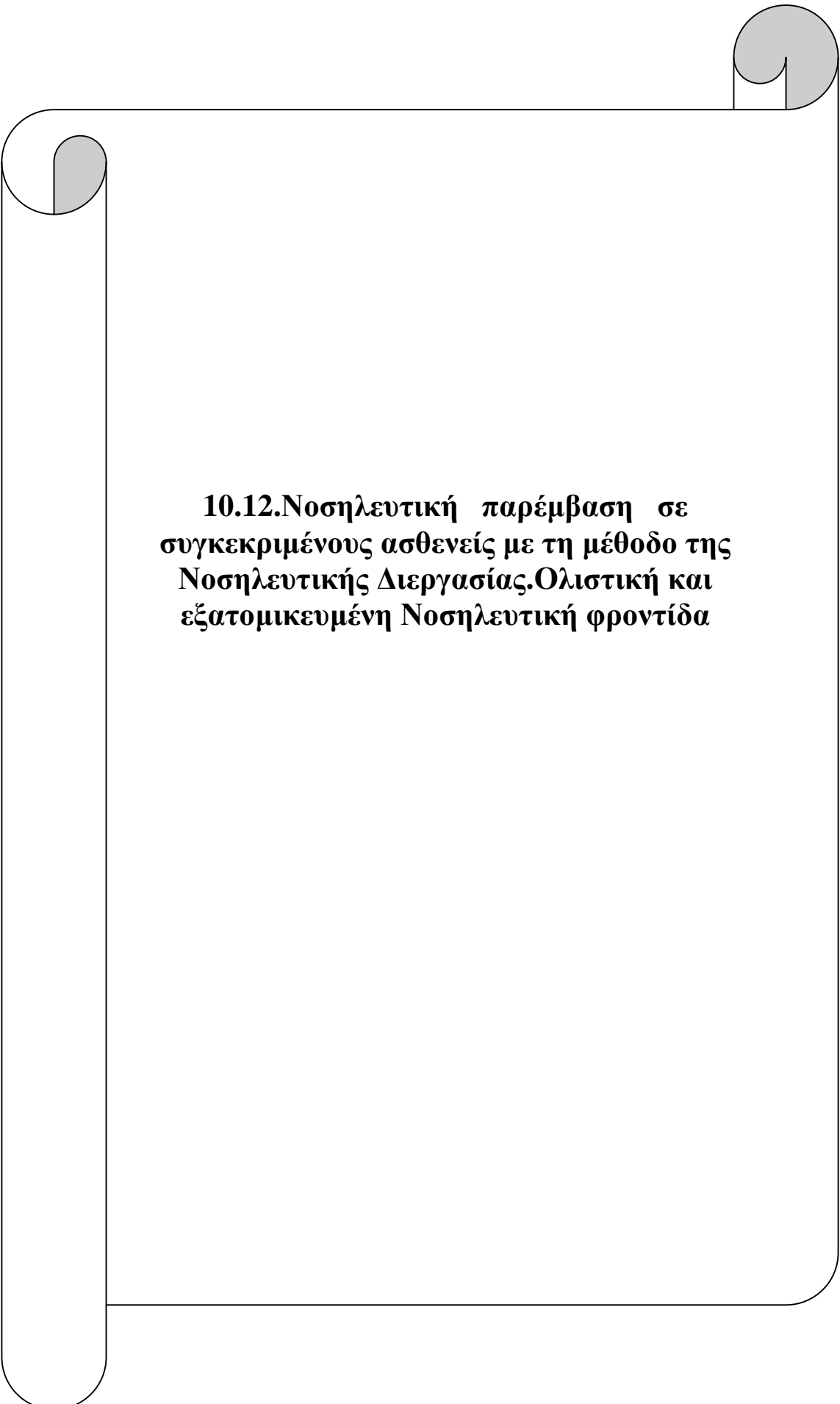
10.11.Νοσηλευτική φροντίδα καρκινοπαθούς στο σπίτι

Πρωταρχική υποχρέωση του νοσηλευτή που θα αναλάβει τη φροντίδα είναι η συγκέντρωση πληροφοριών για το άτομο που πρόκειται να νοσηλευθεί για τη καλύτερη διακπεραίωση της νοσηλευτικής διεργασίας. Να γνωρίσει το οικογενειακό και άμεσο περιβάλλον του ασθενή που θα συμμετάσχει καθόλου τη διάρκεια της νοσηλείας είτε με τη συμπαραστασή τους είτε με τη συμμετοχή τους. Αφού συγκεντρώσει τις κατάλληλες πληροφορίες να βρει και να καταγράψει τις ανάγκες του ατόμου για να προγραμματίσει τη νοσηλευτική διεργασία. Ο ασθενής οφείλει να τηρεί ακριβώς το πρόγραμμα νοσηλείας και

να παρακολουθεί την εξέλιξη της ασθένειας του ασθενή. Ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτή τη φάση δεν είναι καθόλου εύκολος ο νοσηλευτής χρειάζεται να έχει:

- Κατανόηση: οφείλει να έρθει στη θέση του ασθενή για να μπορέσει να τον κατανοήσει καλύτερα.
- Ευαισθησία στις ανάγκες τόσο για τον ασθενή που νοσηλεύει όσο και για το οικογενειακό του περιβάλλον.
- Ικανότητα ανάπτυξης καλής εμπιστοσύνης και επικοινωνίας ώστε να μιλήσει άνετα για το πρόβλημα της υγείας του.

Μεγάλης σημασίας είναι και η ψυχολογική βοήθεια που παρέχουν οι νοσηλευτές. Υπάρχουν ασθενείς άποροι, εγκαταλειμμένοι ή ακόμα και άτομα που ζουν με την οικογένειά τους αλλά δεν τους παρέχεται ικανοποιητική φροντίδα. Σε αυτό το σημείο επεμβαίνει ο νοσηλευτής και πρέπει να πείσει ότι έστω και από ανθρώπινη φροντίδα πρέπει να βοηθήσουν την ασθενή. Έτσι ο νοσηλευτής εκπληρώνει και το κοινωνικό του έργο.³⁸

A decorative border resembling a scroll, with a vertical strip on the left and a horizontal strip at the top, both featuring rounded ends and a grey shaded area. The text is centered within the white space of the scroll.

**10.12.Νοσηλευτική παρέμβαση σε
συγκεκριμένους ασθενείς με τη μέθοδο της
Νοσηλευτικής Διεργασίας.Ολιστική και
εξατομικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα**

Περιστατικό πρώτο

Ιστορικό

Ασθενής ηλικίας 38 ετών εισήχθη στη χειρουργική κλινική του πανεπιστημιακού νοσοκομείου πατρών "Παναγία η Βοήθεια" στις 20/11/11. Στο εισιτήριό της τέθηκε διάγνωση:καρκίνωμα αριστερού μαστού. Η ασθενής ανακάλυψε προ τριμήνου το ογκίδιο στο αριστερό της μαστό.

Το ιστορικό της ασθενούς αναφέρει:ανευρέθει ανώδυνο, σκληρό ογκίδιο στον αριστερό μαστό με διαστάσεις 1*1cm.Ο δεξιός μαστός ευρέθη χωρίς παθολογικά ευρήματα. Διάγνωση :καρκίνος αριστερού μαστού. Η ασθενής αναφέρει ότι δεν καπνίζει,δεν κάνει χρήση αλκοόλ. Δεν υπάρχει οικογενιακό ιστορικό καρκίνου. Η ασθενής πάσχει από υποθειροειδισμό. Έναρξη εμμήνου ρήσεως στα 11 της χρόνια.

Έγινε λήψη ζωτικών σημείων καθώς και λήψη αίματος για εργαστηριακό και βιοχημικό έλεγχο.

Αποτελέσματα εξετάσεων

- Αιματοκρίτης (Ht) 37%
- Αιμοσφαιρίνη 13 g/dL (g%)
- Ερυθρά αιμοσφαίρια (RBC) 4 εκατομμύρια/mm³ (10¹²h/L)
- Λευκά αιμοσφαίρια (WBC) 7,8 /mm³
- Αιμοπετάλια (PLT) 310 /μL
- Γλυκόζη (Glu) 80 mg/dl
- Ουρία 48 mg/dl
- Κρεατινίνη 0,8 mg/dl
- Νάτριο (Na) 137 mEq/L
- Κάλιο (K) 3,9 mEq/L
- Ασβέστιο (Ca) 9 mg/dL

Ως θεραπεία προτάθηκε η ογκεκτομή. Προγραμματίστηκε χειρουργείο για τις 25/11/11 όπου έγινε η ογκεκτομή. Μετεγχειρητικά παρουσιάστηκαν κάποια προβλήματα τα οποία αντιμετωπίστηκαν άμεσα και η ασθενής πήρε εξιτήριο στις 2/12/11.

Κατά τη παραμονή της στο νοσοκομείο η ασθενής τέθηκε υπό την εξής φαρμακευτική αγωγή:

- Tab stedon 5 mg το οποίο είναι ηρεμιστικό (1χ1)
- Amp. Pethidine 50mg το οποίο είναι ισχυρό οπιοειδές παυσίπονο (1χ1) διαλυμένο σε 100 ml NaCl 0,9% (φυσιολογικός ορός) IV
- Amp prumperan 2.5 mg το οποίο είναι αντιεμετικό (1χ1) διαλυμένο σε 100 ml NaCl 0,9% (φυσιολογικός ορός) IV
- Pl fraxiparine 75 mg είναι αντιπηκτική ένεση (1χ1)

- Fl zetagal 750 mg (1x3) είναι αντιβιοτικό που ανήκει στην ομάδα των ημισυνθετικών κεφαλοσπορινών 2ης γενεάς

Χορηγήθηκε σήμα ορών όπως:

- D/W 5% 1000 ml εμπλουτισμένο με 2 amp NaCl 2 amp Kcl και cernevit
- N/S 0,9 % 1000 ml εμπλουτισμένο με 2 amp NaCl 2 amp Kcl
- -D/W 5% 500 ml

Ατομικά στοιχεία ασθενούς

Επώνυμο :Κ.

Όνομα :Λ.

Ηλικία :38

Ασφαλιστικός τομέας :ΟΓΑ

Θρήσκευμα :Χριστιανή Ορθόδοξη

Επάγγελμα :Ζωγράφος

Οικογενειακή κατάσταση :Άνύπαντρη

Τόπος κατοικίας :Πύργος Ηλείας

Ύψος :1.72cm

Βάρος : 63 kg

Θερμοκρασία : 36.2

Αρτηριακή πίεση:110/70 mm/hg

Αναπνοές : 15/min

Σφύξεις : 75/min

Κλινικές παρατηρήσεις

Κινητικότητα: περιπατητική

Ομιλία :κατά φύση

Έμμετοι :όχι

Κενώσεις :ενεργείται φυσιολογικά

Ούρηση : φυσιολογική

Αναμνηστικό ιστορικό

Αλλεργίες :δεν αναφέρει

Άλλα νοσήματα: υποθυροειδισμός

Προηγούμενα χειρουργεία :σκωληκοειδεκτομή

Λήψη φαρμάκων :T4/125 ,lexotanil

Νοσηλευτική διεργασία

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Φόβος, άγχος λόγω του χειρουργείου.	<p>Να απαλλαγεί η ασθενής από το φόβο και το άγχος πριν το χειρουργείο.</p> <p>Να είναι ήρεμη πριν το χειρουργείο.</p>	<p>Να γίνει ηθική και ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.</p> <p>Να δοθεί στην ασθενή ευκαιρία να εξωτερικεύσει τυχόν αρνητικά συναισθήματα.</p> <p>Να εξασφαλιστεί ήρεμο και άνετο περιβάλλον.</p> <p>Να έλθει σε επαφή με ασθενείς που παρουσιάζουν παρόμοιο πρόβλημα.</p> <p>Να γίνουν επεξηγήσεις στις απορίες της σχετικά με την ασθένειά της.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p>	<p>Η ασθενής εξωτερικεύσε τα αρνητικά συναισθήματα και εμψυχώθηκε από τον ψυχολόγο του νοσοκομείου.</p> <p>Εξασφαλίστηκε άνετο και ήρεμο περιβάλλον.</p> <p>Έγινε γνωριμία με άλλους ασθενείς που αντιμετωπίζουν παρόμοιο πρόβλημα.</p> <p>Εδόθησαν απαντήσεις σχετικά με την ασθένειά της και της λύθηκαν οι απορίες.</p> <p>Χορηγήθηκε lexotanil 1.5 mg μετά από ιατρική οδηγία.</p>	<p>Παρατηρείται μείωση του άγχους και του φόβου της ασθενούς μετά από συζήτηση και τη χορήγηση lexotanil 1.5 mg το οποίο είναι ηρεμιστικό που ανήκει στις βρωμαζεπάμες.</p> <p>Η ασθενής φαινόταν να είναι ήρεμη μετά την επικοινωνία της και με άλλες ασθενείς.</p> <p>Η άρρωστη ήταν ήρεμη πριν το χειρουργείο.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Πόνος στην περιοχή του αριστερού μαστού λόγω της επέμβασης.</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από το πόνο εντός 3 ωρών.</p> <p>Να απαλλαγεί η ασθενής από το πόνο.</p>	<p>Ενθάρρυνση της ασθενούς να εντοπίσει τον πόνο και την εντάσή του με βάση τη κλίμακα του πόνου.</p> <p>Ενθάρρυνση της ασθενούς να περιγράψει τον πόνο που νοιώθει (οξύς,μόνιμος, παροδικός,επιδεινώνεται με τις κινήσεις).</p> <p>Τοποθέτηση της ασθενούς σε θέση άνετη,ανατομική, λειτουργική στο κρεβάτι.</p> <p>Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο.</p> <p>Χορήγηση αναλγητικής αγωγής σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες.</p>	<p>Ο πόνος εντοπίζεται στην χειρουργηθείσα περιοχή στον αριστερό μαστό.</p> <p>Η ασθενής περιγράφει τον πόνο της ως οξύ και συνεχή που επιδεινώνεται με κάθε κίνηση (7/10 βάσει κλίμακας πόνου).</p> <p>Συστάθηκε στην ασθενή να μείνει ξαπλωμένη και να αποφύγει τις απότομες κινήσεις στη χειρουργηθείσα περιοχή.</p> <p>Χορηγήθηκε στην ασθενή αναλγητικό apotel amp 1x3 σε 100ml N/S σύμφωνα με οδηγία του θεράποντος.</p> <p>Τοποθετήθηκε μαξιλάρι κάτω από τη περιοχή της χειρουργικής επέμβασης.</p>	<p>Ο πόνος υποχώρησε μετά τη χορήγηση παυσιπόνου apotel amp 1x3 (αναλγητικό- παρακεταμόλη) και με τη τοποθέτηση μαξιλαριού κάτω από τη περιοχή της επέμβασης.</p> <p>Η ασθενής είναι ήρεμη καθώς απαλλάχτηκε από το πόνο.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Μετεγχειρητική πυρετική κίνηση που έφθασε το 39.1 ⁰ C.	<p>Ανακούφιση της ασθενούς από τον πυρετό.</p> <p>Επαναφορά της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα εντός 2 ωρών.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Να γίνει λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο και ιδιαίτερη προσοχή στη λήψη θερμοκρασίας της ασθενούς.</p> <p>Να τοποθετηθούν κρύα επιθέματα.</p> <p>Να χορηγηθούν υγρά για την αποφυγή αφυδάτωσης λόγω εφίδρωσης.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Να γίνει λήψη αίματος και ούρων για αιματολογικές εξετάσεις και καλλιέργεια ούρων.</p> <p>Να τηρηθεί ελαφρύ διαιτολόγιο στην ασθενή.</p>	<p>Έγινε λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων και της θερμοκρασίας ανά 3ωρο: 13:00 - 39.1⁰C 14:00 - 37.9⁰C 15:00 - 37.5 ⁰C 18:00 - 36.6⁰C 21:00 - 36.3⁰C.</p> <p>Τοποθετήθηκαν κρύα επιθέματα ανά 20 λεπτά.</p> <p>Χορηγήθηκε 1 amp apotel διαλυμένο σε 100 ml N/S σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Έγινε λήψη αίματος και ούρων και στάλθηκαν για καλλιέργεια.</p>	<p>Η θερμοκρασία της ασθενούς επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα μετά τη χορήγηση αντιπυρετικού 1 amp apotel που είναι αναλγητικό- παρακεταμόλη με αντιπυρετική δράση καθώς και με την τοποθέτηση κρύων επιθεμάτων.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση (Συνέχεια)	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Μετεγχειρητική πυρετική κίνηση που έφθασε το 39.1 ⁰ C.			<p>Τα ούρα είχαν φυσιολογική διαυγή όψη με ειδικό βάρος 1015 και στείρα μικροβίων. Τα αποτελέσματα της γενικής και του βιοχημικού του αίματος ήταν: Ερυθρά αιμοσφ. 4,32M/μl Λευκά αιμοσφ. 4.6 K/μl Πολυμορφοπύρρηνα 5000 mm³ Ηωσινόφιλα 1.7% Βασεόφιλα 0.5% Αιμοσφαιρίνη 14 g/dl. Αιματοκρίτης 37.3% Σίδηρος 65 μgr/dl Κρεατινίνη 1.5 mg/dl Ουρικό οξύ 6 mg/dl</p> <p>Χορηγήθηκαν υγρά IV όπως N/S 0.9% 1000ml και L/R 1000ml. Η ασθενής τήρησε το διαιτολόγιο που της συστάθηκε από το διατροφολόγο και περιελάμβανε: σούπες από κοτόπουλο, φιδές, χυμούς φρούτων, ροφήματα όπως τσάι και χαμομήλι και άφθονο νερό.</p>	

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Πτώση της αρτηριακής πίεσης 90/50 mmHg. Υπόταση.</p>	<p>Επαναφορά της αρτηριακής πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>Πρόληψη επιλοκών.</p>	<p>Να γίνει έλεγχος και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο με ιδιαίτερη έμφαση στην λήψη της αρτηριακής πίεσης.</p> <p>Έλεγχος του τραύματος για αιμορραγία.</p> <p>Λήψη αίματος για εργαστηριακό έλεγχο.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Χορήγηση υγρών IV σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Να προσαρμοσθεί το διαιτολόγιο της ασθενούς σύμφωνα με τις ανάγκες της.</p>	<p>Έγινε λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων με έμφαση στην αρτηριακή πίεση: 14:00 90/50 mmHg. 15:00 90/50 mmHg 16:00 95/60 mmHg 19:00 100/60 mmHg 22:00 110/70 mmHg.</p> <p>Έγινε λήψη αίματος και στάλθηκαν για καλλιέργεια. Τα αποτελέσματα της γενικής και του βιοχημικού του αίματος ήταν: Ερυθρά αιμοσφ. 5 Μ/μl Λευκά αιμοσφ. 5.99Κ/μl Ηωσινόφιλα 1% Ουδετερόφιλα 52.7% Βασεόφιλα 0.2% Αιμοσφαιρίνη 13.6 g/dl. Σίδηρος 60mg/dl Κρεατινίνη 1.5 mg/dl Ουρικό οξύ 5.3 mg/dl.</p>	<p>Η πίεση ανέβηκε σε φυσιολογικά επίπεδα και τώρα είναι σταθερή στο 120/70mmHg.</p> <p>Δεν χρειάστηκε φαρμακευτική αγωγή διότι η αρτηριακή πίεση επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα μετά από διατροφή πλούσια σε αλάτι.</p> <p>Η ασθενής είναι ήρεμη.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση (Συνέχεια)	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Πτώση της αρτηριακής πίεσης 90/50 mmHg. Υπόταση.</p>			<p>Χορηγήθηκαν υγρά ενδοφλεβίως : D/W 5% 1000ml. N/S 0.9% 1000 ml. D/W 5% 500ml.</p> <p>Το επιδερμικό υλικό ήταν καθαρό άρα δεν υπήρχε σημείο αιμορραγίας.</p> <p>Ο διατροφολόγος σύστησε στην ασθενή να προσλαμβάνει τροφές με αλάτι και να λαμβάνει πολλά υγρά.</p>	

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Φλεγμονή στη περιοχή του τραύματος	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από τα συμπτώματα της φλεγμονής.</p> <p>Να απαλλαγεί η ασθενής από τη φλεγμονή.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Να γίνει έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της φλεγμονής με αλλαγή επιδεσμικού υλικού και περιποίηση του τραύματος με άσηπτη τεχνική.</p> <p>Εκτίμηση της περιοχής της τομής για συλλογή πυώδους υγρού, ερυθρότητας, οιδήματος, πόνου κακοσμίας κλπ.</p> <p>Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο.</p> <p>Συνεχή επανεκτίμηση επούλωσης του τραύματος.</p> <p>Παρακολούθηση-έλεγχος της ποσότητας και του χρώματος του υγρού της παροχέτευσης.</p>	<p>Έγινε αλλαγή του επιδεσμικού υλικού και φροντίδα του τραύματος με οξυζενέ, betadine sol,φυσιολογικό ορό και τοποθέτηση βαζελινούχας γάζας fucidin που έχει αντιμικροβιακή δράση.</p> <p>Παρατηρήθηκε ερυθρότητα,οίδημα και συλλογή πυώδους υγρού στη περιοχή.</p> <p>Η ποσότητα υγρών από το τραύμα στην παροχέτευση ήταν 70 ml χωρίς πυώδη στοιχεία.</p> <p>Έγινε λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο και τα αποτελέσματα ήταν:</p> <p>12:00 100/65 mmHg 15:00 110/65 mmHg 18:00 110/70 mmHg. Θερμοκρασία 12:00 37.1°C 15:00 36.8 °C 18:00 36.6 °C.</p>	<p>Η φλεγμονή άρχισε να υποχωρεί σταδιακά μετά τη περιποίηση και τη καθημερινή αλλαγή του χειρουργικού τραύματος, καθώς και με τη χορήγηση Vibramycin 100mg Iv(είναι αντιβιοτικό φάρμακο της ομάδας των τετρακυκλινών).</p> <p>Η ασθενής ανακουφίστηκε από τα συμπτώματα φλεγμονής.</p> <p>Η ασθενής δεν εμφάνισε κάποια επιπλοκή.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση (Συνέχεια)	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Φλεγμονή στη περιοχή του τραύματος		<p>Λήψη αίματος για αιματολογικές εξετάσεις.</p> <p>Λήψη υλικού από τη φλεγμονή και αποστολή δείγματος για καλλιέργεια.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p>	<p>Έγινε λήψη αίματος και στάλθηκε για εγαστηριακό έλεγχο. Από τον έλεγχο προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα: Ερυθρά αιμοσφ. 5.4M/μl Λευκά αιμοσφ. 7 K/μl Αιμοπετάλια 200K/μl Ηωσινόφιλα 1.2% Βασεόφιλα 0.3% Αιμοσφαιρίνη 13.6 g/dl. Χρόνος πήξης 7' Χρόνος προθρομβίνης 11'' Σίδηρος 65mg/dl Κρεατινίνη 1.5 mg/dl Ουρικό οξύ 5.3 mg/dl</p> <p>Στάλθηκε δείγμα υλικού από τη φλεγμονή βρέθηκε ότι το τραύμα έχει μολυνθεί από ψευδομονάδα.</p> <p>Χορηγείται αντιβίωση Vibramycin 100mg iv διαλυμένο σε 100 ml N/S σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p>	

Περιστατικό δεύτερο

Ιστορικό

Ασθενής ηλικίας 42 ετών εισήλθε στη χειρουργική κλινική του νοσοκομείου πατρών « Ο Άγιος Ανδρέας» στις 13/1/11. Η ασθενής ανέφερε ψηλαφητή μάζα στο δεξιό μαστό καθώς και έκκριμα το οποίο εντόπισε την ώρα του μπάνιου. Το ιστορικό αναφέρει την περίπτωση ως εξής: στο δεξιό μαστό ανευρέθη ογκίδιο σκληρό , ανώδυνο και ψηλαφητό. παρουσιάστηκε επίσης έκκριμα από τη θηλή χωρίς ιδιαίτερο πόνο.

Πιθανή διάγνωση: καρκίνος δεξιού μαστού.

Έγινε λήψη ζωτικών σημείων καθώς και λήψη αίματος για εργαστηριακό και βιοχημικό έλεγχο.

Αποτελέσματα εξετάσεων

- Αιματοκρίτης (Ht) 35%
- Αιμοσφαιρίνη 11.8g/dL (g%)
- Ερυθρά αιμοσφαίρια (RBC) 4.3 εκατομμύρια/mm³ (10¹²h/L)
- Λευκά αιμοσφαίρια (WBC) 6,3 /mm³
- Αιμοπετάλια (PLT) 324 /μL
- Γλυκόζη (Glu) 100 mg/dl
- Ουρία 43 mg/dl
- Κρεατινίνη 1.2 mg/dl
- Νάτριο (Na) 145 mEq/L
- Κάλιο (K) 4 mEq/L
- Ασβέστιο (Ca) 9.4mg/dL

Η ασθενής πραγματοποίησε επίσης :

Μαστογραφία όπου ανευρέθη ο όγκος στο δεξιό μαστό

Scanning οστών στο οποίο δεν παρατηρήθηκαν οστικές μεταστάσεις

Ct θώρακος και Ct εγκεφάλου όπου δεν ευρέθησαν παθολογικά ευρήματα

Η ασθενής είναι καπνίστρια από τα 18 της έτη.είναι πανδρεμένη με δύο παιδιά.είναι υπέρβαρη και αναφέρει πως έχει κληρονομικότητα καθώς είχε η μητέρα της καρκίνο του μαστού.

Για την ασθενή έχει ξεκινήσει ο μεταεμμηνοπαυσιακός της κύκλος. Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου και λεμφαδενεκτομή για διάγνωση και σταδιοποίηση. Εστάλη βιοψία και ιστολογική εξέταση. Η απάντηση ήταν κακοήθης όγκος και προγραμματίστηκε χειρουργείο για ριζική μαστεκτομή δεξιού μαστού.

Το χειρουργείο πραγματοποιήθηκε και η ασθενής είναι στη κλίνη της και αναρρώνει . Μετά την ανάρωση προγραμματίστηκε κύκλος χημειοθεραπείας με τα εξής κυτταροστατικά φάρμακα:

Endoxan tabl. 500mg/vial x 1

Taxotere 80/2ml/vial x 6ml-solv.

Adriblastina inj. Sol. 50mg/25ml/vial x1

Κατά τη παραμονή της στο νοσοκομείο η ασθενής τέθηκε υπό την εξής **φαρμακευτική αγωγή:**

- Amp. Xefo 4 mg/1ml IV 2X2 το οποίο είναι αναλγητικό και έχει αντιφλεγμονώδη δράση διαλυμένο σε 100 ml NaCl 0,9% (φυσιολογικός ορός)
- Amp. Pethidine 50mg το οποίο είναι ισχυρό οπιοειδές παυσίπονο (1χ1) διαλυμένο σε 100 ml NaCl 0,9% (φυσιολογικός ορός) IV
- Amp Zofron 4 mg/ml το οποίο είναι αντιεμετικό (1χ1) διαλυμένο σε 100 ml NaCl 0,9% (φυσιολογικός ορός) IV
- Pl fraxiparine 75 mg είναι αντιπηκτική ένεση (1χ1)
- Fl Lordin 40 mg (1x1) ελαττώνει τη γαστρική έκκριση οξέος
- Ciproxin 500 mg (1x3) το οποίο είναι αντιβιοτικό διαλυμένο σε 100 ml NaCl 0,9% (φυσιολογικός ορός) IV

Χορηγήθηκε σχήμα ορών όπως:

-D/W 5% 1000 ml εμπλουτισμένο με 2 amp NaCl 2 amp Kcl και 1 Ca⁺

-D/W 5% 1000 ml εμπλουτισμένο με 2 amp NaCl 2 amp Kcl

-Electrolyte/ Fresenius 500 ml

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: Μ

Όνομα : Χ

Ηλικία : 42

Ασφαλιστικός φορέας : ΙΚΑ

Θρησκεία : Χριστιανή ορθόδοξη

Επάγγελμα : Νηπιαγωγός

Οικογενειακή κατάσταση : έγγαμη, 2 παιδιά

Τόπος κατοικίας : Αμαλιάδα

Ύψος : 1.58 cm

Βάρος : 78 kg

Θερμοκρασία: 36.3

Αρτηριακή πίεση: 110/60 mmhg

Αναπνοές : 17/min

Σφύξεις : 85/min

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Κινητικότητα : περιπατιτική

Έμμετοι : όχι

Κενώσεις : φυσιολογικές

Ούρηση : ουρεί κανονικά

ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Αλλεργίες : Δεν αναφέρονται

Άλλα νοσήματα : δεν αναφέρονται

Χειρουργεία : δεν αναφέρονται

Χρήση φαρμάκων : depon, panadol

Νοσηλευτική διεργασία

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
<p>Δύσπνοια λόγω ανεπαρκούς αερισμού.</p>	<p>Ανακούφιση της ασθενούς από τη δύσπνοια.</p> <p>Απαλλαγή ασθενούς από τη δύσπνοια.</p> <p>Επαναφορά της αναπνευστικής λειτουργίας σε φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Να εφαρμοστούν μέτρα για τη βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας.</p> <p>Τοποθέτηση της ασθενούς σε θέση ημί –fowler.</p> <p>Χορήγηση οξυγόνου (O₂) με μάσκα Venturi.</p> <p>Λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων ανά 3ωρο.</p> <p>Λήψη αίματος για αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με οδηγία ιατρού.</p> <p>Λήψη αρτηριακού αίματος για έλεγχο αερίων αίματος.</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση ημί –fowler στο κρεβάτι.</p> <p>Χορηγήθηκε O₂ με μάσκα Venturi 60% δηλαδή 15 L/min για τη δύσπνοια.</p> <p>Έγινε λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων και τα αποτελέσματα ήταν: 15:00 115/65 mmHg 18:00 115/70 mmHg 21:00 110/65 mmHg.</p> <p>Θερμοκρασία: 15:00 36.3 °C 18:00 36.6 °C 21:00 36.6 °C.</p> <p>Έγινε λήψη περιφερικού αίματος για αιματολογικό και εργαστηριακό έλεγχο και τα αποτελέσματα ήταν: Αιμοσφαιρίνη 12.0 g/dl Αιματοκρίτης 37%</p>	<p>Η ασθενής επανήλθε σε φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία μετά τη χρήση οξυγόνου και την τοποθέτηση σε άνετη θέση στο κρεβάτι.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση (Συνέχεια)	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
Δύσπνοια λόγω ανεπαρκούς αερισμού.			<p>Αιμοπετάλια 200 K/μl Σίδηρος 100mg/dl Κρεατινίνη 1.5 mg/dl Ουρικό οξύ 5.3 mg/dl Γλυκόζη 85 mg/dl.</p> <p>Έγινε λήψη αρτηριακού αίματος και τα αποτελέσματα ήταν: PH 7.40 PCO₂ 36mmHg PO₂ 75mmHg SO₂%.</p>	

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Ναυτία/έμετος κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από τη ναυτία και τον έμετο.</p> <p>Να απαλλαγεί από τη ναυτία και τον έμετο.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Να δοθεί στην ασθενή κατάλληλη θέση στο κρεβάτι.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών για διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>Χορήγηση γευμάτων πλούσια σε θρεπτική αξία.</p> <p>Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς.</p>	<p>Η ασθενής τέθηκε σε ημικαθιστική θέση στο κρεβάτι για πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων.</p> <p>Χορηγήθηκε στην ασθενή 1 amp Zofron σε 100 ml N/S 0.9% σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Χορηγήθηκε L/R 500 ml για διατήρηση του ισοζυγίου.</p> <p>Η ασθενής έλαβε πολλά υγρά IV όπως N/S 0,9% 1000ml, Electrolyte Fresenius 500ml και πλούσια σε θερμιδική αξία διατροφή όπως ψάρι, λαχανικά, κοτόπουλο, κόκκινο κρέας κλπ.</p> <p>Έγινε μέτρηση και καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλόμενων υγρών και το ισοζύγιο ήταν φυσιολογικό.</p>	<p>Η ασθενής ηρέμησε μετά τη χορήγηση 1 amp Zofron (ονδαστερόνη υδροχλωρική για την αντιμετώπιση της ναυτίας).</p> <p>Η ασθενής απαλλάχτηκε από τους εμέτους και το αίσθημα της ναυτίας.</p> <p>Η ασθενής δεν εμφάνισε κάποια επιπλοκή.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση (Συνέχεια)	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Ναυτία/έμετος κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.		<p>Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Λήψη περιφερικού αίματος για βιοχημικό έλεγχο(επίπεδο ηλεκτρολυτών).</p>	Έγινε λήψη περιφερικού αίματος για βιοχημικό έλεγχο και τα αποτελέσματα ήταν: Νάτριο 135mEq / L Κάλιο 4mEq / L Ασβέστιο 9 mg/dl Φόσφορος 3mg/dl Σίδηρος 100mg/kg.	

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Μελαγχολική συναισθηματική στάση της ασθενούς για την επερχόμενη αλωπεκία λόγω της χημειοθεραπείας.</p>	<p>Να αποδεχθεί η ασθενής την παροδική αλλαγή του σωματικού της ειδώλου.</p> <p>Να απαλλαγεί η ασθενής από την μελαγχολική συναισθηματική κατάσταση εως ότου φύγει από το νοσοκομείο.</p>	<p>Συζήτηση με την ασθενή για την επερχόμενη αλωπεκία.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Αναζήτηση βοήθειας από ειδικό όπως ψυχολόγο.</p> <p>Ενθάρρυνση της ασθενούς να διατυπώσει απορίες για το πώς θα αντιμετωπίσει την αλωπεκία.</p> <p>Να δοθούν συμβουλές στην ασθενή για την περιποίηση του τριχωτού της κεφαλής κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.</p> <p>Ενημέρωση της ασθενούς για τη χρήση προσθηκών όπως είναι η περούκα κα.</p>	<p>Έγινε αξιολόγηση της ψυχολογικής πτώσης της ασθενούς παρουσία του κλινικού ψυχολόγου και έγινε συζήτηση πάνω στο θέμα της αλωπεκίας.</p> <p>Η ασθενής έκανε ερωτήσεις για την απώλεια μαλλιών και θεώρησε καλή ιδέα την αγορά περούκας.</p> <p>Δόθηκαν συμβουλές για την περιποίηση των μαλλιών όπως: να χρησιμοποιεί απαλό σαμπουάν, να τα χτενίζει απαλά, να μην χρησιμοποιεί υψηλές θερμοκρασίες στο στέγνωμα.</p> <p>Η ασθενής επικοινωνήσε με άλλες γυναίκες που είχαν το ίδιο πρόβλημα και έδειξε ικανοποίηση από την συγκεκριμένη επικοινωνία.</p>	<p>Η ασθενής μετά τη συζήτηση με το κλινικό ψυχολόγο και την επικοινωνία με γυναίκες που είχαν το ίδιο πρόβλημα στο παρελθόν ηρέμησε και δέχτηκε ότι η αλλαγή της εμφάνισής της είναι μια παροδική κατάσταση.</p> <p>Η ασθενής φαίνεται να αποδέχθηκε τη παρούσα αλλαγή του σωματικού της ειδώλου.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση (Συνέχεια)	Αντικειμεικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Μελαγχολική συναισθηματική στάση της ασθενούς για την επερχόμενη αλωπεκία λόγω της χημειοθεραπείας		Επικοινωνία της ασθενούς με άλλες γυναίκες που έχουν το ίδιο πρόβλημα και ανέκτησαν τις ψυχικές δυνάμεις και αποδέχτηκαν το προβλήμα τους.	Χορηγήθηκε lexotanil tab 5 mg(είναι ηρεμιστικό και ανήκει στις βρωμαζεπάμες).	

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Στέρηση ύπνου λόγω έντονης κεφαλαλγίας.</p>	<p>Η ασθενής να ανακουφιστεί από την κεφαλαλγία.</p> <p>Η ασθενής να απαλλαγεί από την κεφαλαλγία.</p> <p>Η ασθενής να επανέλθει σε ικανοποιητικές ώρες ύπνου.</p>	<p>Να εκτιμηθεί ο τύπος και η ένταση της κεφαλαλγίας.</p> <p>Δημιουργία στο θάλαμο της ασθενούς ενός ήρεμου περιβάλλοντος με χαμηλό φωτισμό.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Η ασθενής πριν τη νυχτερινή κατάκλιση να φάει κάτι ελαφρύ.</p>	<p>Ο πόνος της ασθενούς είναι συνεχόμενος 7/10 βάσει κλίμακας πόνου.</p> <p>Δημιουργήθηκε κατάλληλο περιβάλλον με ελαχιστοποίηση του θορύβου και του φωτισμού όσο αυτό είναι δυνατό.</p> <p>Δόθηκε στην ασθενή τστις 20:00 tab Ionalgal(κωδεΐνη-αναλγητική δράση) άπαξ μετά από ιατρική οδηγία.</p> <p>Δόθηκε πριν την νυχτερινή κατάκλιση ένα ποτήρι ζεστό γάλα με 2 φρυγανιές.</p>	<p>Η ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο μετά τη χορήγηση tab Ionalgal (κωδεΐνη-αναλγητική δράση) άπαξ σύμφωνα με οδηγία του θεράποντος ιατρού και την εξασφάλιση ενός ήρεμου περιβάλλοντος θαλάμου, η ασθενής κοιμήθηκε.</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Ø Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί σήμερα μια από τις πλέον συχνότερες εκδηλωνόμενες ασθένειες και την κυριότερη αιτία θανάτου στις γυναίκες άρα έχει μεγάλη σημασία η έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη .
- Ø Θα πρέπει να γίνεται προληπτικός έλεγχος ώστε η διάγνωση να γίνεται στα πρώτα στάδια καθώς η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου είναι πολύ μεγάλη στις γυναίκες.
- Ø Η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού γίνεται με χειρουργική αφαίρεση του όγκου, με ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία.
- Ø Οι καμπάνιες για τον καρκίνο του μαστού και η ενημέρωση των γυναικών για τη νόσο έχει φέρει σημαντικά αποτελέσματα στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού.
- Ø Η ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των προσωπικών προβλημάτων.
- Ø Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι για τη νόσο για να μπορούν να δώσουν απαντήσεις σε τυχόν απορίες των ασθενών.
- Ø Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των επιπλοκών είναι καθοριστικός στην εξέλιξη της νόσου.
- Ø Η αντίληψη και η αποδοχή του προβλήματος από τον ασθενή καθώς και η ενημέρωση και η κατανόηση του θεραπευτικού σχήματος, είναι καθοριστικής σημασίας για καλύτερη ποιότητα ζωής.
- Ø Είναι αναγκαία η συνεχής ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού πάνω στις μεθόδους διάγνωσης, πρόληψης και αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού και εφαρμογή των μεθόδων αυτών στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη. Μόνο με τον τρόπο αυτό θα καταστεί επιτυχής η πρόληψη της νόσου.

Προτάσεις

- Κάθε κλινική θα πρέπει να έχει το δικό της ειδικό ψυχολόγο για να υποστηρίζει ψυχολογικά την ασθενή που μαθαίνει ότι έχει καρκίνο του μαστού.
- Τα άτομα της ομάδας υγείας θα πρέπει να βλέπουν την ασθενή σαν άνθρωπο και όχι σαν ένα απλό νούμερο κρεβατιού.
- Να γίνεται περισσότερη ενημέρωση για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και όχι μόνο στις μεγάλες πόλεις αλλά και στην επαρχία.
- Να ιδρυθούν περισσότερα αντικαρκινικά διαγνωστικά κέντρα μαστού ώστε να γίνεται εξέταση ενός μεγαλύτερου αριθμού γυναικών.
- Η αυτοεξέταση του μαστού θα πρέπει να γίνει μηνιαία εξέταση κάθε γυναίκας άνω των 20 ετών.
- Οι μονάδες μαστού θα πρέπει να στελεχώνονται από εξειδικευμένο προσωπικό για το μαστό.
- Κάθε γυναίκα άνω των 40 ετών θα πρέπει να κάνει ετησίως μαστογραφία.
- Να διοργανώνονται ημερίδες με θέμα τον καρκίνο του μαστού για να ενημερώνεται ο γυναικείος πληθυσμός.
- Εκπαίδευση νοσηλευτών για τον καρκίνο του μαστού και την τεχνική της αυτοεξέτασης.
- Αύξηση της σωματικής καθημερινής δραστηριότητας.
- Παρότρυνση εάν εντοπίσουν κάποιο εξόγκωμα ή δουν κάποια αλλαγή στο μαστό να επισκεφθούν αμέσως το γιατρό.
- Στήριξη νοσηλευτών στις ασθενείς , εκπαίδευση για το πώς θα πρέπει να συνεχίζουν τη ζωή τους, τι να αποφεύγουν και ενημέρωση για τυχόν προβλήματα που θα συναντήσουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
- Ενημέρωση της ασθενούς για την σωστή λήψη φαρμάκων από τους νοσηλευτές.
- Διαφώτιση για υγιεινό τρόπο ζωής.
- Να μην ξεχνάμε ότι η νόσος μπορεί να αγγίξει όλους τους ανθρώπους και ο κίνδυνος είναι κοντά για εμάς και τους οικείους μας.

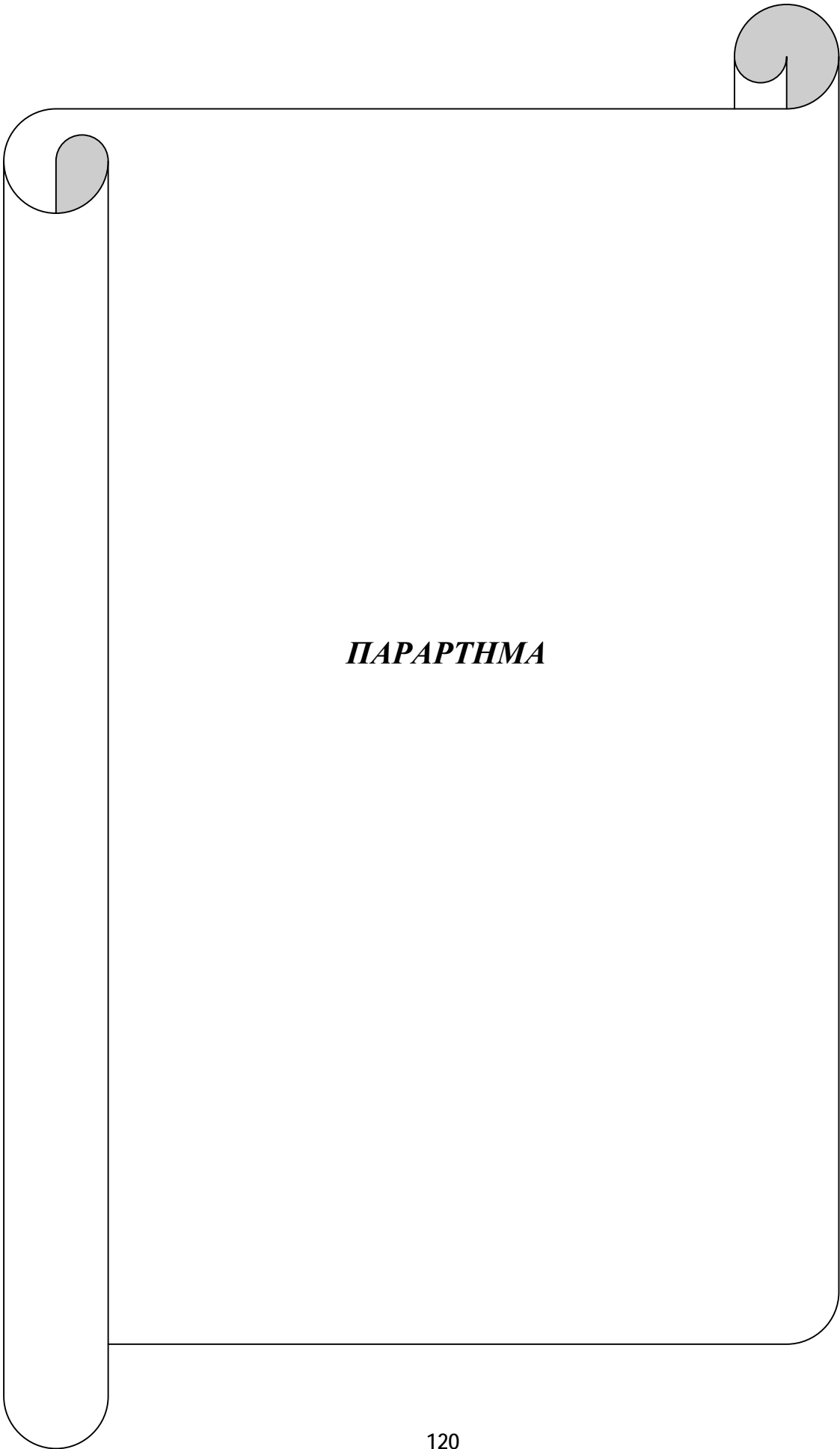
- Πρέπει να υποδειχθεί στο οικογενειακό περιβάλλον να στηρίζουν ψυχολογικά την ασθενή.
- Χρέος των νοσηλευτών είναι να ενημερώσουν την ασθενή που έχει κάνει μαστεκτομή ότι υπάρχουν διάφορες μέθοδοι αποκατάστασης.
- Παρότρυνση της ασθενούς να μιλήσει με πλαστικό χειρουργό για αποκατάταση του μαστού μετά το χειρουργείο.

Βιβλιογραφία

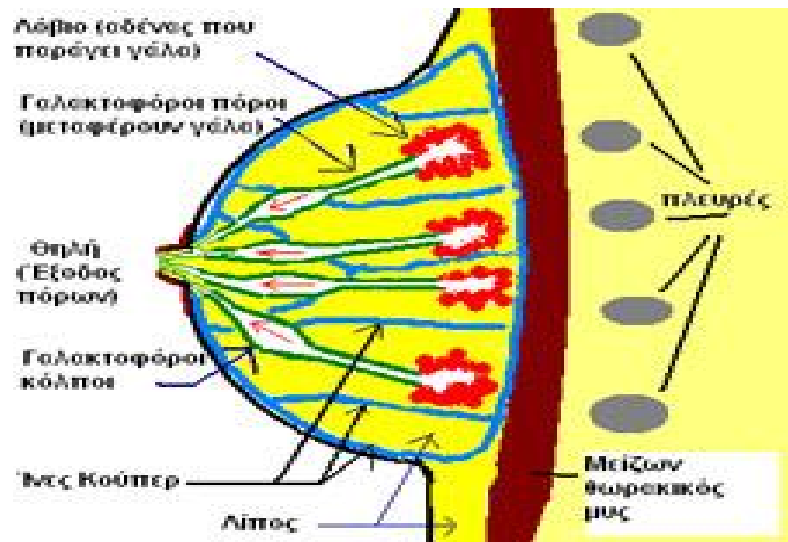
1. **Ρηγάτος Γ.** Η Ιστορία του Καρκίνου και της Ογκολογίας. Επίτομος. Εκδόσεις Ascent. Αθήνα 2007. σ.171-195.
2. **Μουζάκα Ι.Α.** Σύγχρονη Μαστολογία. Τόμος 1^{ος} και 2^{ος}. Ανανεωμένη 1^η Έκδοση. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2007. σ.73,111-149,159-170,289-296,583-621,637-645,672-695,1111-1115.
3. **Φύσσας Ι.** Ο Μαστός και οι Παθήσεις του:Ένας Οδηγός για κάθε Γυναίκα. Επίτομος. Εκδόσεις Λιβάνη. Αθήνα 2006. σ.36-65,96-102,107-131.
4. **Χρηστίδη Ν.** Μάχη Στήθους...με Στήθος.Περιοδικό Θ- Thita. Τεύχος 17. Εκδόσεις Πιτσιλίδης. Αθήνα 2007. σ.24-28.
5. **Λάγιου Α.** Επιδημιολογία και Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού.Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2008.25(6) σ742-748.
6. **Χατζημπούγιας Ι.** Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου. Έκδοση 5^η . Εκδόσεις GM DESING. Αθήνα 2009. σ.267-276.
7. **Ο' Rouche R., Warren R.** Το Ανθρώπινο Σώμα. Μετάφραση-Επιμέλεια: Σκανδαλάκης Π. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2008. σ.156-157,204-205,226.
8. **Παπανικολάου Ν., Παπανικολάου Α.** Γυναικολογία. Έκδοση 3^η . Εκδόσεις Παρισιάνου. Αθήνα 2005. σ.438-502.
9. **Κεραμόπουλος Α.** Νεοπλασίες. Τόμος 2^{ος}. Έκδοση 2^η. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2009. σ.404-410.
10. **Ιατράκης Μ.** Βιβλίο Γυναικολογίας. Επίτομος. Εκδόσεις Δεσμός. Αθήνα 2006. σ.707-7014,715-738.
11. **Κοσμίδης Χ., Ανθιμίδης Γ.,Βασιλειάδου Κ.,Φαχαντίδης Ε.**
http://www.iatrikionline.gr/ELL_M_2_2009/10.pdf . 24/10/2011.
12. **Δρακούλης Π.,Γιαννουκάκος Α.** Κληρονομικότητα και Καρκίνος του Μαστού. Περιοδικό Αγκαλιάζω. Εκδότης Σκούρτα Ι. Αθήνα 2008.σ. 16-22.
13. **Παπανδρέου Γ.** Προστασία από το Καρκίνο του Μαστού.
http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=6126. 13/10/2011
14. **Ράπτης Σ.** Ευρωπαϊκό Εγχειρίδιο Εσωτερικής Παθολογίας. Τόμος 1^{ος} . Εκδοση 1^η. Εκδόσεις Ε.Π.Ε. Αθήνα 2002. σ. 350 -353.
15. **Φουντζήλας Γ.,Μπαρμπούνης Β.** Βασικές Αρχές Θεραπείας του Καρκίνου. Τόμος 1^{ος} και 2^{ος}.Εκδόσεις University Studio Press. Θεσσαλονίκη 2006. σ. 293-307, 691-699,743-749,1011-1044.

16. **Αρχιμανδρίτης Α.** Εσωτερική Παθολογία. Τόμος 2^{ος}. Έκδοση 2^η .Εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα 2010. σ.1216-1218.
17. **Φραγκίσκος Ι. Χανιώτης Δ.** Νοσολογία –Παθολογία. Τόμος 1^{ος} .Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ. Αθήνα 2008. σ. 227-229.
18. **Στεφανογιάννης Γ.** Διάγνωση Καρκίνος, Ένας πλήρης οδηγός. Επίτομος. Εκδόσεις Π.Ε.Β.Ε. Ηράκλειο 2005. σ.174-183.
19. **Arnot R.** Καρκίνος του Στήθους. Επιμέλεια:Γιαννίκος Κ. Εκδόσεις Μοντέρνοι Καιροί. Αθήνα 2003. σ.21-25,33-43,
20. **Κονιάρη Ε.** Καρκίνος του Μαστού και Νοσηλευτική Παρέμβαση. Επίτομος. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 1991. σ. 172-173, 190-193.
21. **United Press International.** Νέα όπλα κατά του Καρκίνου του Μαστού. <http://www.healthview.gr/node/21119>. 22/12/2011.
22. **Μασσούτης Α.** Η Μόδα Πολεμά Το Καρκίνο Του Στήθους.. <http://www.mediasoup.gr/node/17083>. 22/12/2011.
23. **Σολομών Ε.** Όμιλος Εθελοντών Αγκαλιάζω. [www.oekk .gr](http://www.oekk.gr) 23/12/2011.
24. **Dollinger M., Ernest R., Cable G.** Ο Καρκίνος. Επιμέλεια: Μαθάς Χ., Λαμπρόπουλος Σ., Λαδάς Γ. Επίτομος. Έκδοση 1^η .Εκδόσεις Κάτοπτρο. Αθήνα 1992. σ. 297-302,686-704.
25. **Παναγιωτοπούλου Α.** Καρκίνος Μαστού Στους Άνδρες. www.bestrong.gr. 27/12/2011
26. **Μούντζιος Ι.** Αντιμετωπίζοντας και Ζώντας με το Καρκίνο. <http://www.hesmo.gr/frontoffice/portal.asp?page=resource&resrc=30&cnode>. 29/12/2011.
27. **Ιωαννίδου Α.** Παθήσεις του Μαστού. <http://www.mastologos.gr/articles/19-cell-breast-exam>. 13/11/2011
28. **Μπουλογιάννη Γ.** Παθήσεις του Μαστού. Περιοδικό Ιατρικός Κόσμος. Τεύχος 7^ο . Εκδόσεις Ιατρικό Αθηνών. Αθήνα 2011. σ.64-68.
29. **Αμπατζόγλου Ε.** Γυναικείος Μαστός. Περιοδικό Ιατρικός Κόσμος. Τεύχος 8^ο . Εκδόσεις Ιατρικό Αθηνών. Αθήνα 2011. σ.44-49.
30. **Πατέρας Α.** Εξετάσεις του Μαστού. <http://www.tovima.gr/SCIENCE/ARTICLE/?AID>. 3/12/2011

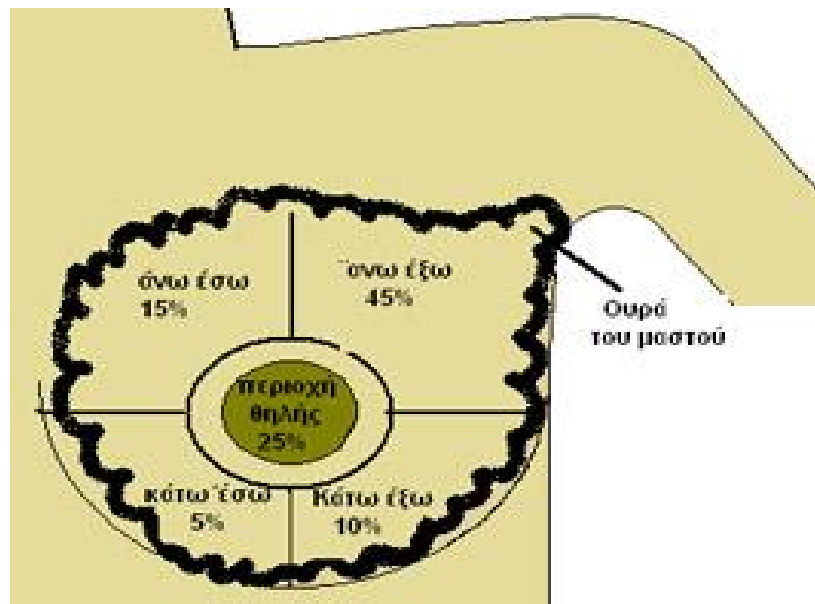
31. **Μαλγαρινού Α., Κωνσταντινίδου Φ.** Νοσηλευτική Χειρουργική – Παθολογική. Τόμος 2^{ος} Μέρος 2^ο. Έκδοση 2^η. Επιστημονικές Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ. Αθήνα 2003. σ. 79-109.
32. **Βαρσάμη Γ.** Καρκίνος του Μαστού και Αποκατάσταση στο Νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας. Πτυχιακή Εργασία. Εισηγητής Δετοράκης Ι. Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 2003. σ.73-74.
33. **Λινάρος Δ.** Γυναικολογία. Περιοδικό Ιατρικός Κόσμος. Τεύχος 5^ο. Εκδόσεις Ιατρικό Αθηνών. Αθήνα 2011. σ.14-18.
34. **Underwood J.C.E.** Γενική και Συστηματική Παθολογική Ανατομική. Επιμέλεια: Σταθόπουλος Ε. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 4^η. Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα 2004. σ.270-279,281-286.
35. **Zimmer C.** Καρκίνος και Εξέλιξη. Επιμέλεια: Σωτηριάδου Ν. Τόμος 5^{ος}. Τεύχος 3^{ος} Εκδόσεις Κάτοπτρο. Αθήνα 2009. σ. 38-48.
36. **Μαρκόπουλος Χ.** Πάνω απ'όλα Γυναίκα. Επίτομος. Εκδόσεις Διόπτρα. Αθήνα 2008. σ.18-23,77,79-87,116-121.
37. **Μήτση Χ.** Όταν η Διάγνωση βάζει στόχο τη ψυχή. <http://www.womanitymag.gr/606/10/12/2011>.
38. **Γεωργίου Α.** Επιπτώσεις του Καρκίνου. <http://www.beststrong.org.gr/el/cancersupport/sideeffectsofcancer/psychoemotional/guilties/>. 13/12/2011.
39. **Αργυρώ Θ., Παπαδόπουλος Α., Σόρτης Α., Ταρλατζής Β.** Χειρουργική Θεραπεία Πρώιμου Σταδίου Καρκίνου του Μαστού. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία. Αθήνα 2009. 21(2) 187-193.
40. **Σαχίνη-Καρδάση Α και Πάνου Μ.** Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική – Νοσηλευτικές Διαδικασίες. Τόμος 3^{ος}. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 2003. σ. 484-493.
41. **Τοκμακίδης Π.** Ο Γυναικείος Μαστός. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ. Αθήνα 2001. σ.183-190,200-201,211-212,230-236.
42. **Αντωνιάδου Θ.** Η συνεισφορά της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του Καρκίνου του Μαστού. Τόμος 3^{ος}. Τεύχος 10^ο. Εκδότης Σκούρτα Ι. Αθήνα 2008. σ. 14-15.
43. **Παπανικολάου Ν.** Μαστολογία. Επίτομος. Εκδόσεις Παρισιάνου. Αθήνα 1994. σ. 438-445.



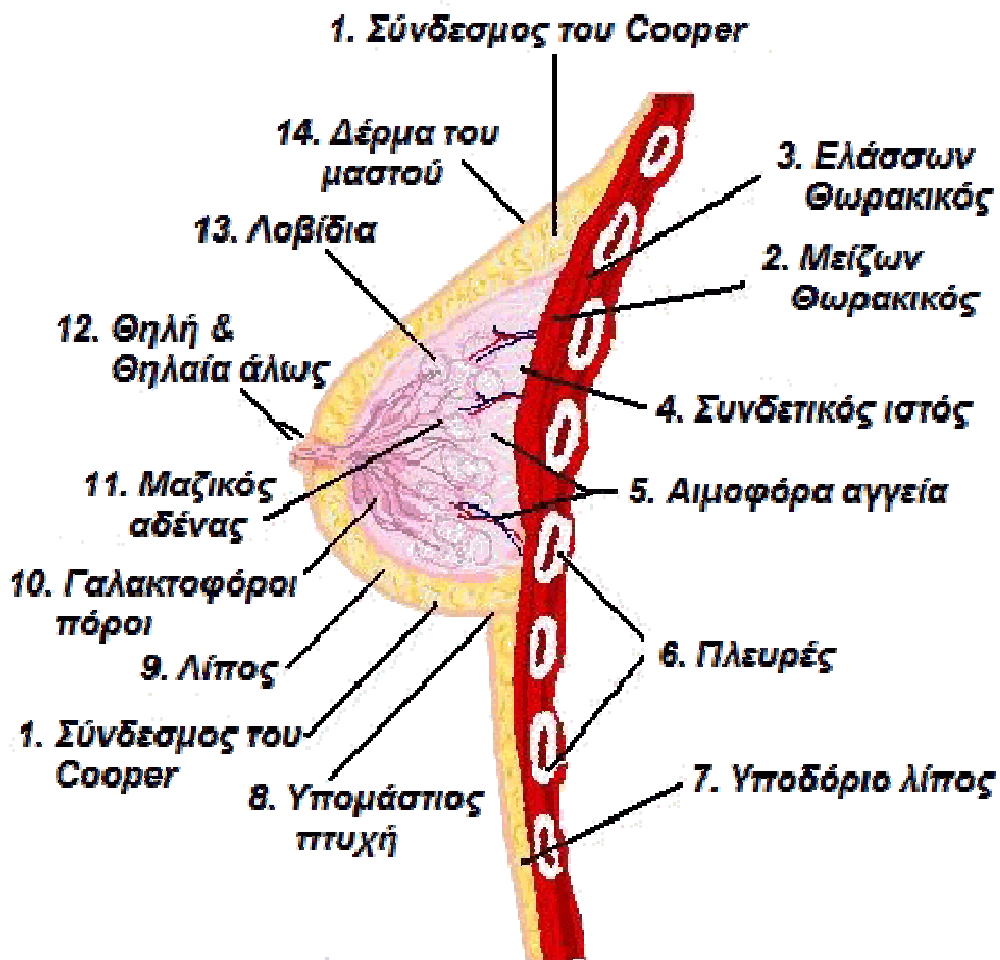
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Ανατομία Μαστού



Τα τεταρτημόρια του μαστού, η περιθηλαία περιοχή, η ουρά και η συχνότητα του καρκίνου σε κάθε περιοχή.





Φλεγμονώδες καρκίνωμα



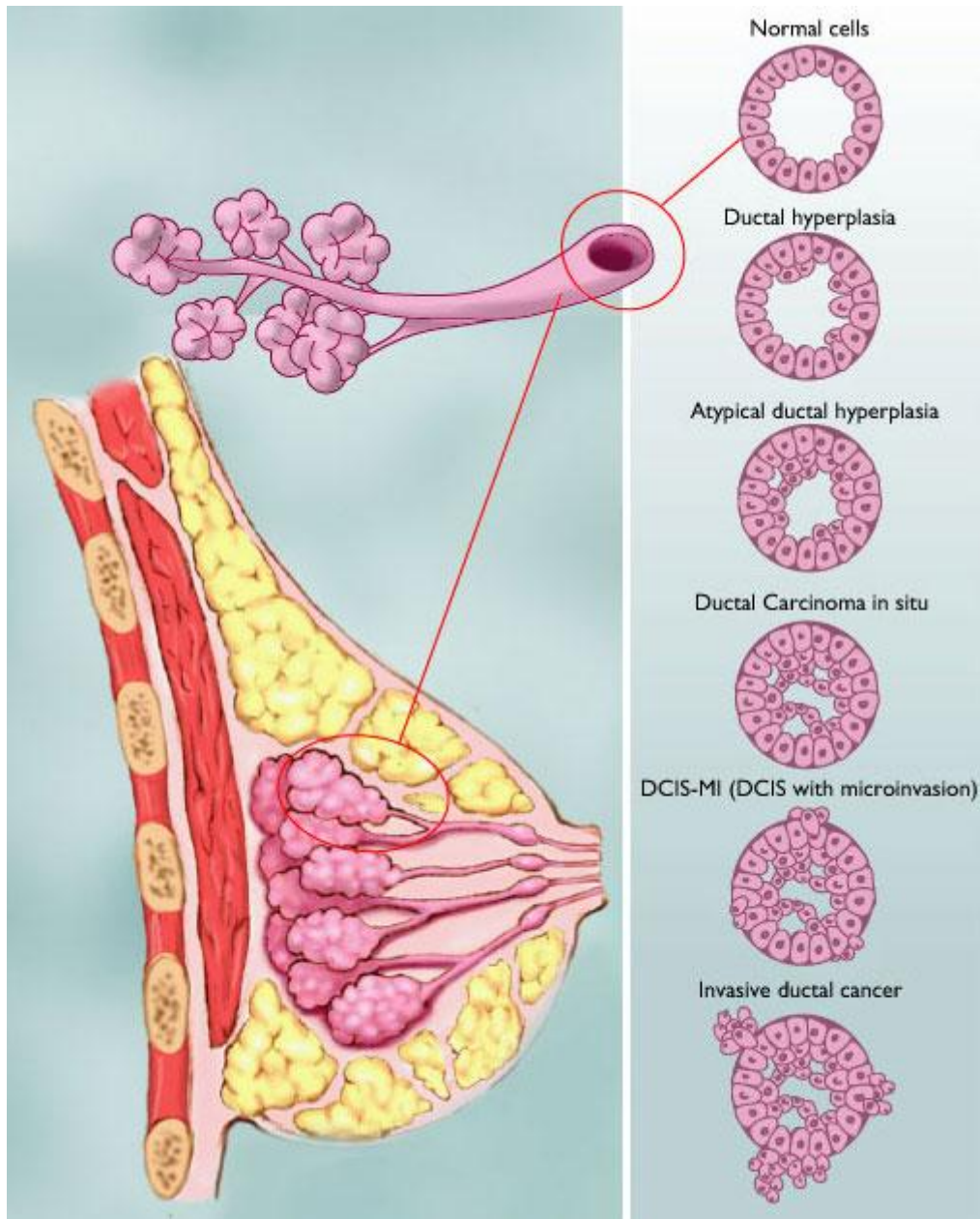
Καρκίνος 4^{ου} βαθμού



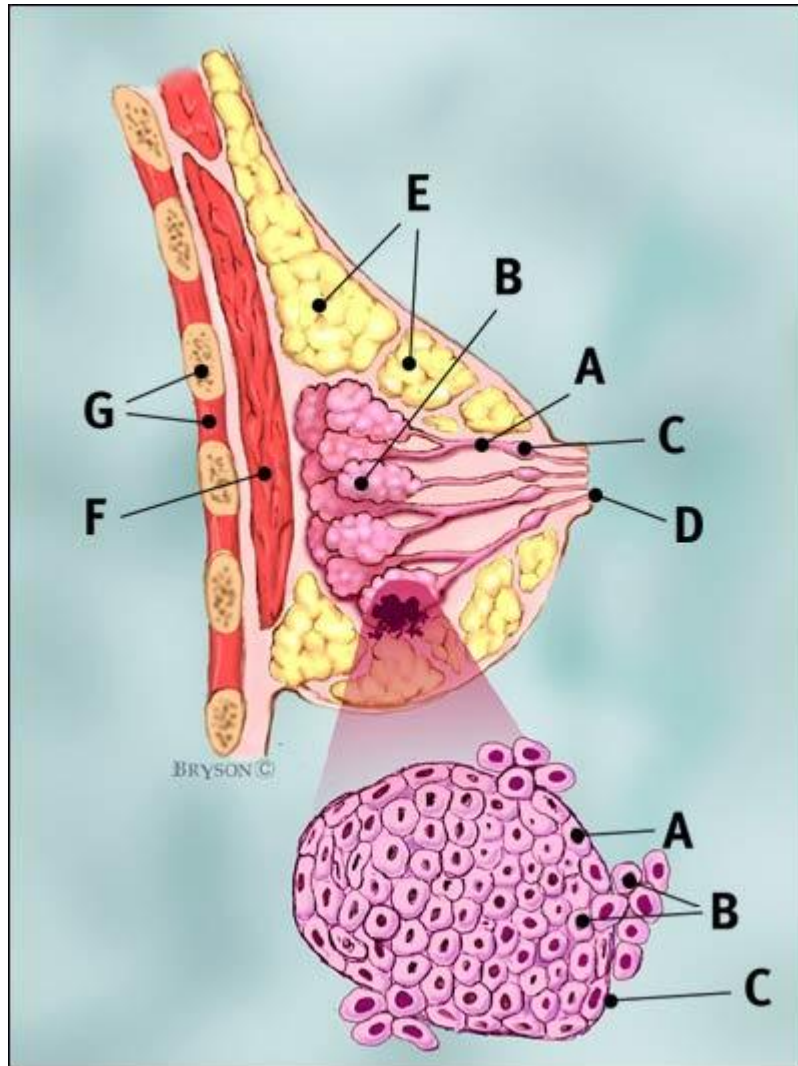
Νόσος Paget



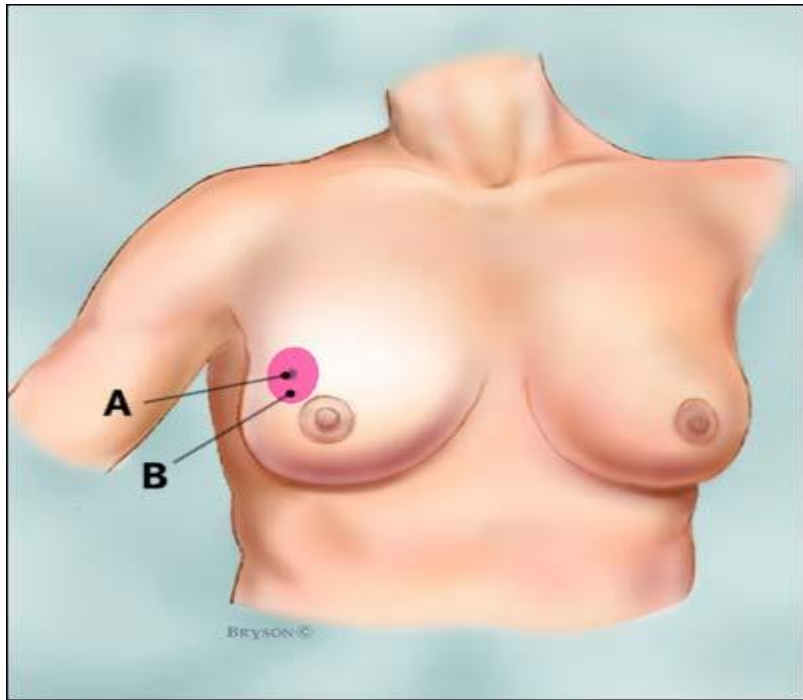
Νόσος Paget



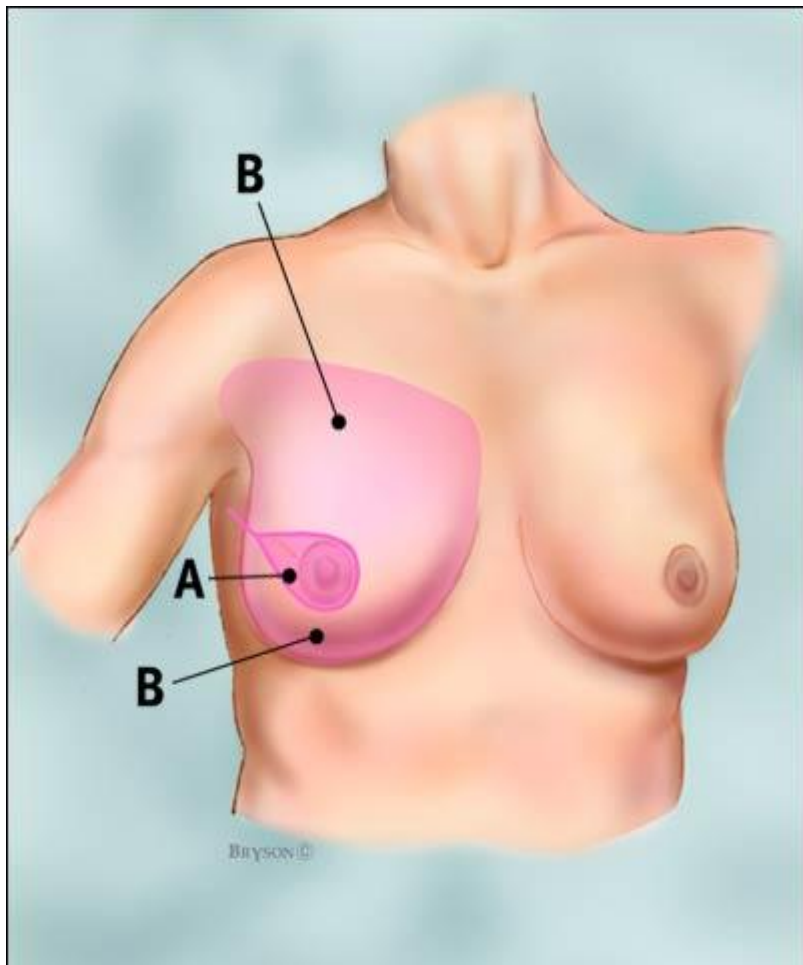
-Φυσιολογικός πόρος -Καλοήθης υπερπλασία πόρων -Άτυπη υπερπλασία πόρων -Μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα -Μικροδιηθητικό πορογενές καρκίνωμα -Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα



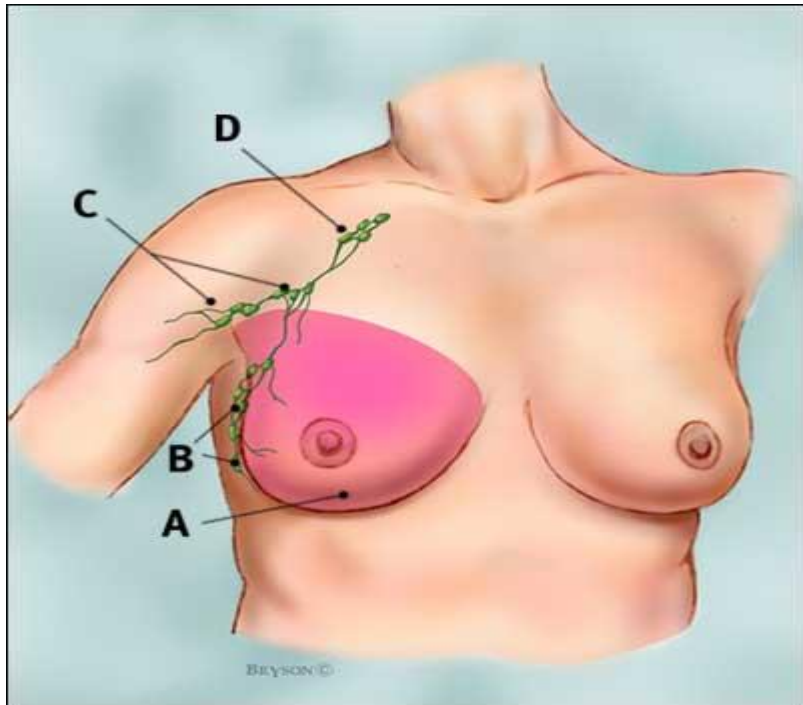
A.Φυσιολογικά κύτταρα. Β.Καρκινικά κύτταρα που διασπούν τη βασική μεμβράνη.
C.Βασική μεμβράνη



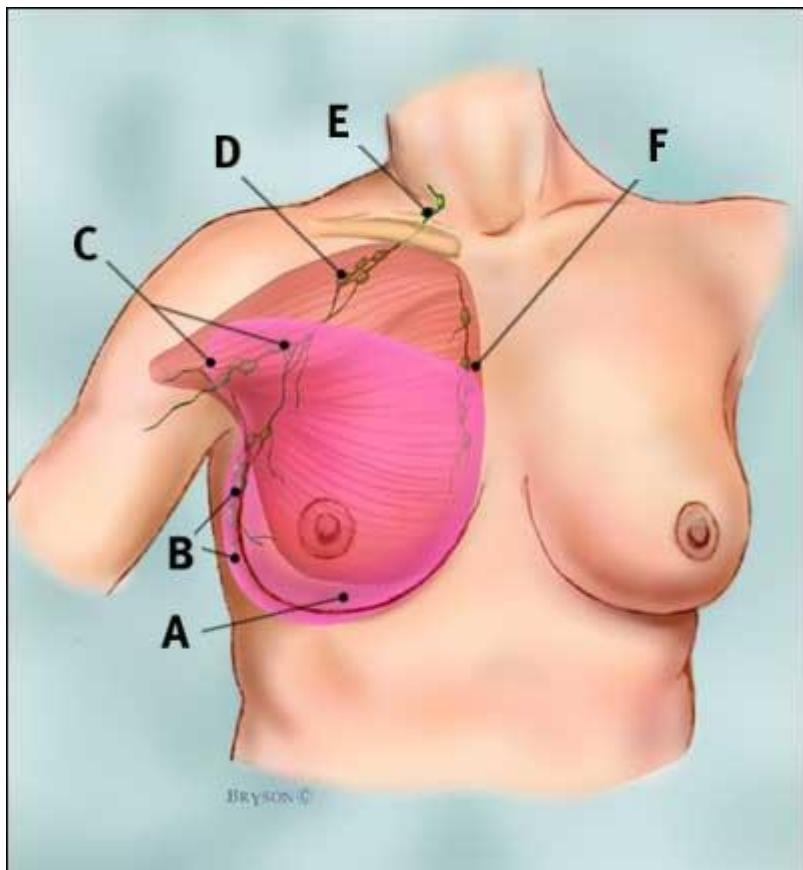
Ουκεκτομή



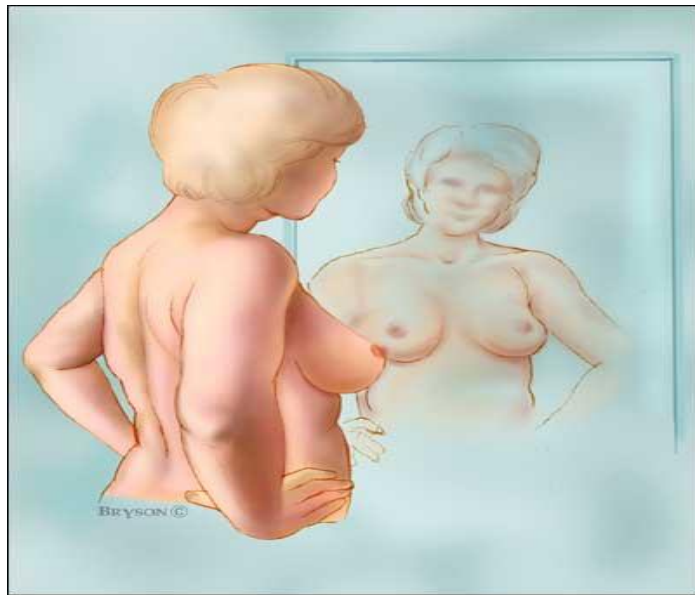
Υποδόριος μαστεκτομή



Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

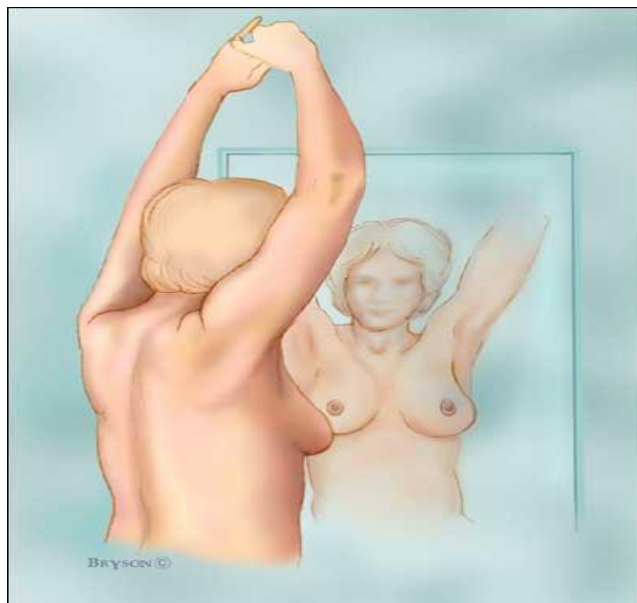


Ριζική μαστεκτομή



Βήμα 1°

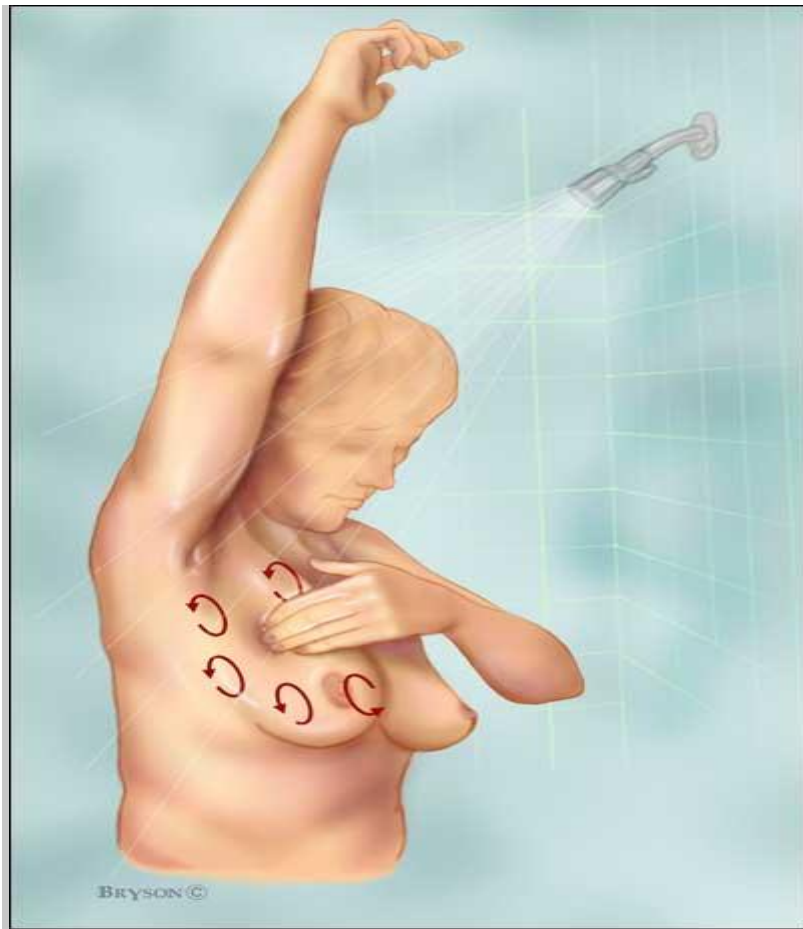
Ξεκινήστε κοιτάζοντας τους μαστούς σας στον καθρέπτη. Ελέγχουμε το σχήμα, το μέγεθος και το χρώμα των μαστών.



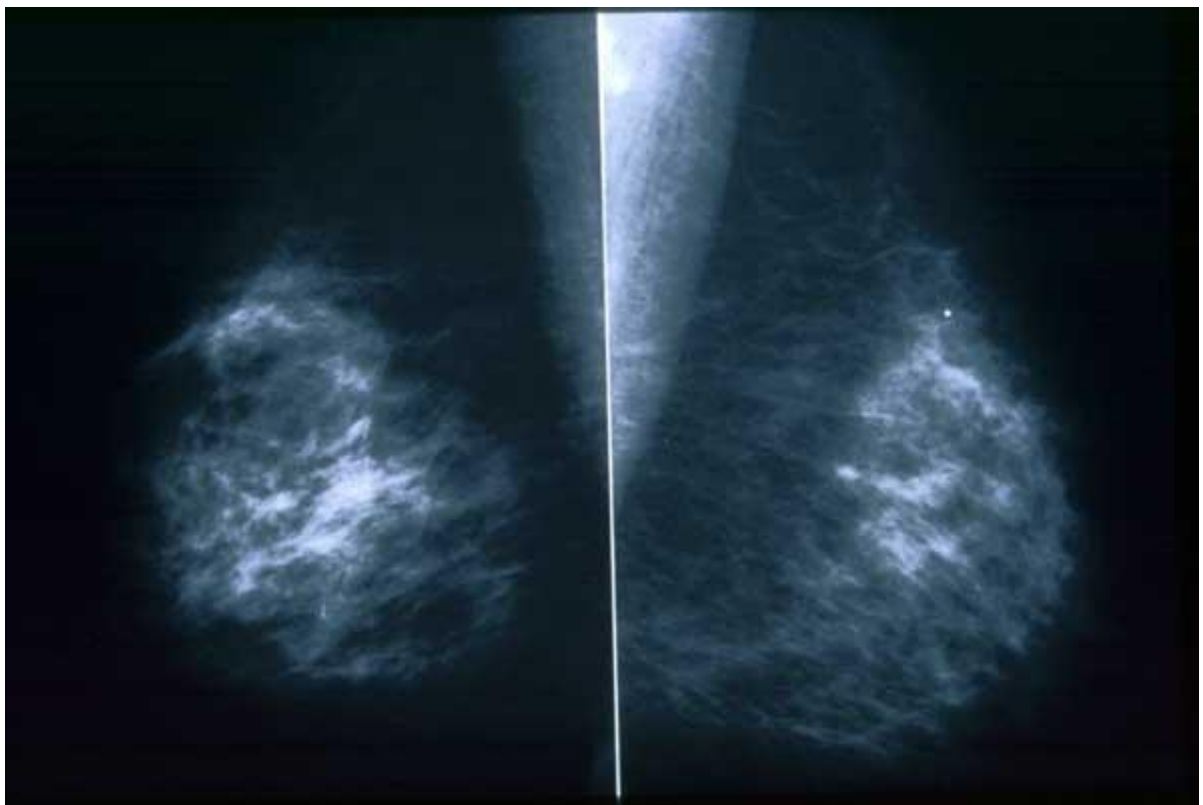
Βήμα 2° Σηκώστε τα χέρια, πιέστε και τις δύο θηλές και παρατηρήστε για αποβολή υγρού



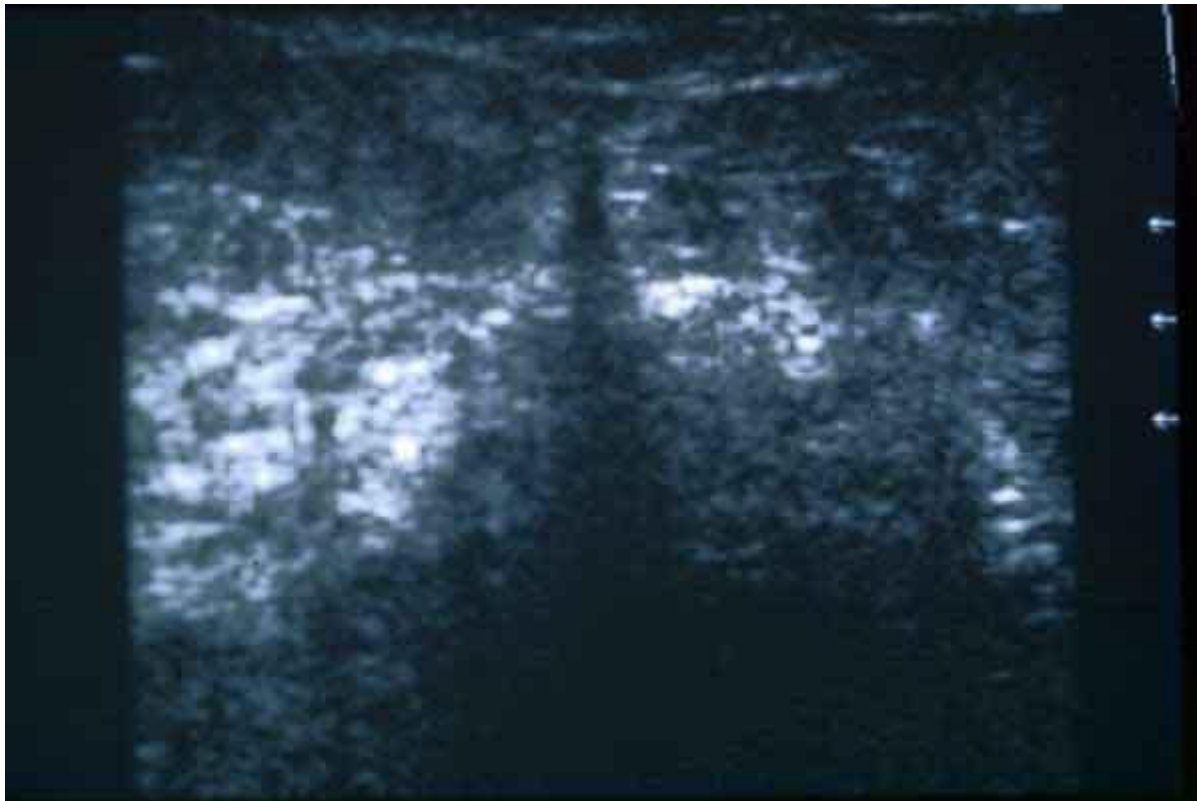
Βήμα 3^ο Εξετάστε κάνοντας μικρές κινήσεις.



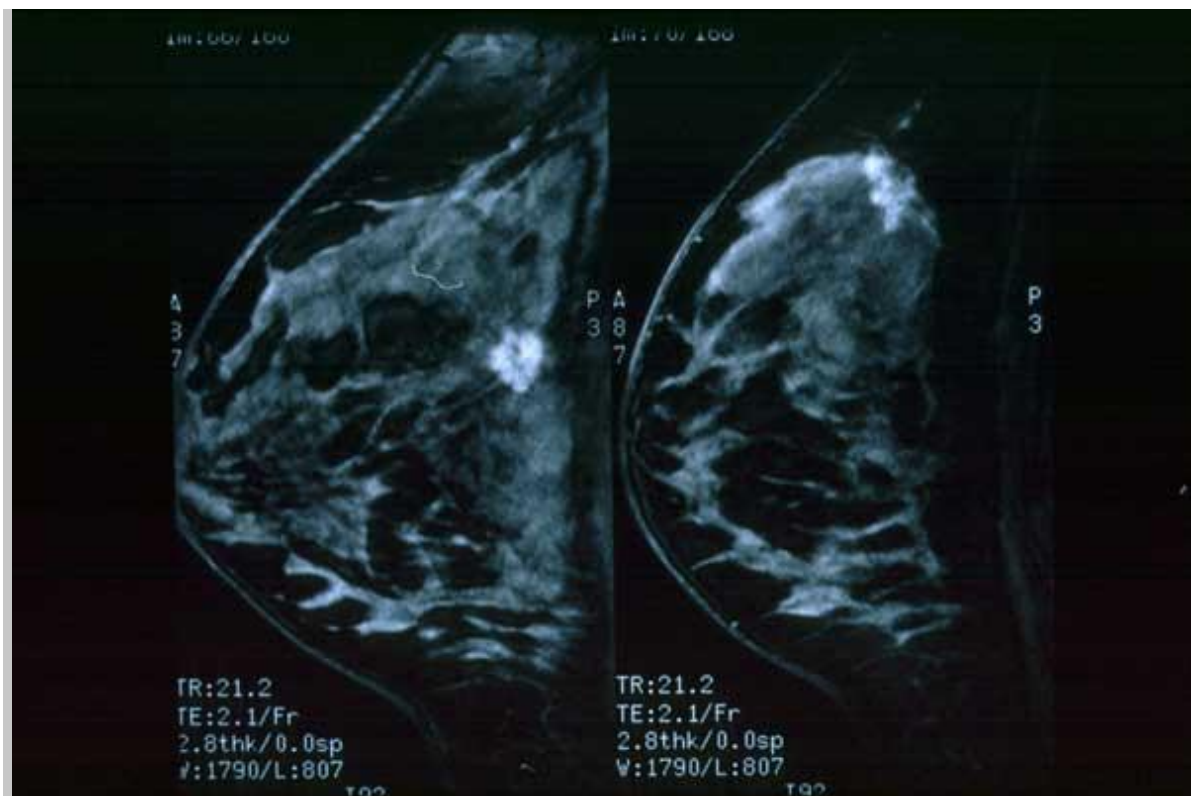
Βήμα 4^ο Εξετάστε το μαστό σας και σε όρθια θέση



Μαστογραφία



Υπερηχογράφημα Μαστών



Μαγνητική Μαστογραφία



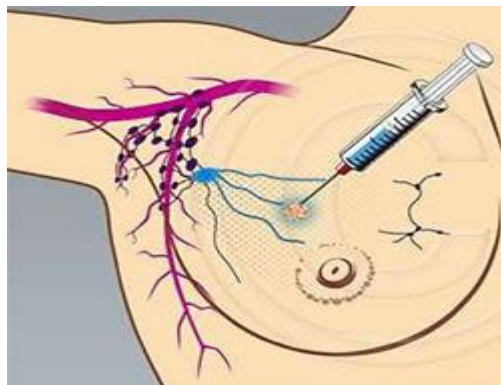
Μαστογραφία



Ψηφιακός μαστογράφος



Υπέρηχος Μαστού



Βιοψία Μαστού



Καρκίνος Μαστού στους Άνδρες



Η μόδα πολεμά τον καρκίνο του στήθους



Σήμα Καρκίνου του Μαστού



