

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του  
μαστού, ενημέρωση του πληθυσμού και η συνήθης  
πρακτική πρόληψη.**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΝΙΚΟΛΕΤΑ  
ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Κ. ΤΡΑΚΑΛΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ**

**ΠΑΤΡΑ 2013**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος αποτελεί ακόμη και σήμερα τη σοβαρότερη ασθένεια η οποία προσβάλλει όλους τους ιστούς του ανθρώπου γιατί επιδρά, αλλοιώνει και μεθίσταται από ιστό σε ιστό. Ιδιαίτερα ο καρκίνος του μαστού έχει δυστυχώς αυξηθεί θεαματικά αποτελώντας το σοβαρότερο κίνδυνο για τη ζωή του γυναικείου πληθυσμού.

Μία στις 12 γυναίκες στην Ευρώπη και μία στις 8 στις ΗΠΑ θα αναπτύξουν καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της ζωής τους. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο εμφανίζονται περίπου 4.500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, ενώ περίπου 1.500 Ελληνίδες πεθαίνουν ετησίως από τη νόσο.

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

Παρόλο που ο αριθμός των καρκίνων μαστού που διαγιγνώσκονται τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί, η θνησιμότητα και η νοσηρότητα των ασθενών έχει μειωθεί σημαντικά. Αυτό οφείλεται στην έγκαιρη διάγνωση που προσφέρουν τα σύγχρονα διαγνωστικά μέσα, στην επαγρύπνηση και ευαισθητοποίηση του γυναικείου πληθυσμού για την πραγματοποίηση τακτικών εξετάσεων, καθώς και στις σύγχρονες και αποτελεσματικές θεραπείες. Ιδιαίτερα, οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν την διάγνωση του καρκίνου του μαστού κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ή της γαλουχίας θα πρέπει να αξιολογήσουν τις προσφερόμενες θεραπευτικές λύσεις για τη νόσο τους με βάση τις πιθανές άμεσες και μελλοντικές επιβλαβείς επιπτώσεις στην υγεία και ανάπτυξη των παιδιών τους.

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

Ο καρκίνος του μαστού είναι μία νόσος που θεραπεύεται σε σημαντικό βαθμό. Αρκεί να διαγνωστεί εγκαίρως. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του μαστού μπορεί να μειώσει την πιθανότητα θανάτου από τη νόσο στο 25%. Είναι ενδιαφέρον ότι στην Ευρώπη το 60% των κρουσμάτων καρκίνου του μαστού διαγιγνώσκονται σε πρώιμο στάδιο-ποσοστό που στην Ελλάδα, δυστυχώς μόλις αγγίζει το 5%.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αναφέρεται στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, τους τρόπους με τους οποίους θα πραγματοποιηθεί η διάγνωση, η πρόληψη καθώς επίσης και τους τρόπους αντιμετώπισης της συγκεκριμένης ασθένειας. Όλη η εργασία αποτελείται από πέντε κεφάλαια καθ' ένα από τα οποία παρέχει πληροφορίες και είναι αλληλένδετο με τα υπόλοιπα ώστε το θέμα να παρουσιαστεί ολοκληρωμένα στον αναγνώστη.

Το πρώτο κεφάλαιο αρχίζει παρουσιάζοντας τον ορισμό του καρκίνου του μαστού, την ανατομία του μαστού αναλυτικά, τους τύπους του καρκίνου του μαστού καθώς αναφέρεται και στον καρκίνο του μαστού όσον αφορά την εμφάνισή του στον άντρα.

Το δεύτερο κεφάλαιο συνεχίζει με τις καλοήθειες και κακοήθειες παθήσεις του μαστού, περιλαμβάνει τα στάδια και τα συμπτώματα της ασθένειας, αναλύει τους προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση της νόσου και ολοκληρώνει με τις μεταστάσεις του καρκίνου όπως επίσης και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις αυτών.

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρει τους τρόπους με τους οποίους πραγματοποιείται η διάγνωση του καρκίνου του μαστού, ενώ συγχρόνως τους αναλύει.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναλύει τη διάγνωση που απαιτείται για τον καρκίνο του μαστού και αναφέρει όλα τους τρόπους μέσα από τους οποίους γίνεται η διάγνωση της ασθένειας.

Το πέμπτο κεφάλαιο αναλύει τις θεραπευτικές μεθόδους ανάλογα με το στάδιο της νόσου και τη νοσηλευτική παρέμβαση που απαιτείται σε κάθε στάδιο καθώς και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας, της ακτινοθεραπείας, της ορμονοθεραπείας και τη νοσηλευτική παρέμβαση σε κάθε θεραπεία.

Στο έκτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζονται οι τρόποι πρόληψης της νόσου, η ψυχολογική υποστήριξη που παρέχεται στην ασθενή και την οικογένειά της, η κοινωνική υποστήριξη που παρέχεται στην ασθενή, η σχέση μεταξύ εθελοντισμού και καρκίνου του μαστού καθώς και η φροντίδα του ασθενούς στο τελευταίο στάδιο.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b><u>Κεφάλαιο 1</u></b>	
• Εισαγωγή.....	4
<b><u>Κεφάλαιο 2</u></b>	
2. Μαστός.....	5
2.1 Ορισμός του καρκίνου του μαστού.....	5
2.2 Ανατομία του μαστού.....	6
2.3 Τύποι καρκίνου του μαστού.....	7
2.4 Καρκίνος του μαστού στον άντρα.....	8
2.5 Κληρονομούμενος καρκίνος του μαστού.....	10
<b><u>Κεφάλαιο 3</u></b>	
3. Εξέλιξη του καρκίνου του μαστού.....	12
3.1 Καλοήθειες και κακοήθειες παθήσεις του μαστού.....	12
3.2 Στάδια και συμπτώματα του καρκίνου του μαστού.....	14
3.3 Προδιαθεστικοί παράγοντες για την εμφάνιση της νόσου.....	15
3.4 Μεταστάσεις του καρκίνου και νοσηλευτική παρέμβαση.....	17
<b><u>Κεφάλαιο 4</u></b>	
4. Διάγνωση του καρκίνου του μαστού.....	18
4.1 Τεχνική αυτοεξέτασης μαστού.....	19
4.2 Εργαστηριακός έλεγχος.....	22
4.3 Τεχνικές βιοψίας μαστού.....	22
4.4 Μαστογραφία.....	23
4.5 Αξονική τομογραφία.....	24
4.6 Μαγνητική τομογραφία.....	25
4.7 Υπερηχογράφημα.....	25
<b><u>Κεφάλαιο 5</u></b>	
5. Θεραπευτικές μέθοδοι ανάλογα με το στάδιο της νόσου και νοσηλευτική παρέμβαση.....	26
5.1 Στάδιο 1 και 2.....	26
5.2 Στάδιο 3.....	27
5.3 Στάδιο 4.....	28
5.4 Ανεπιθύμητες ενέργειες χημειοθεραπείας-νοσηλευτική παρέμβαση.....	29
5.5 Ανεπιθύμητες ενέργειες ακτινοθεραπείας-νοσηλευτική παρέμβαση.....	33
5.6 Ανεπιθύμητες ενέργειες ορμονοθεραπείας-νοσηλευτική παρέμβαση.....	34
5.7 Σχέδιο Νοσηλευτικής Φροντίδας.....	36
<b><u>Κεφάλαιο 6</u></b>	
6. Πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.....	39
6.1 Στρατηγικές πρόληψης που σχετίζονται με τον τρόπο Ζωής.....	39
6.2 Ψυχολογική υποστήριξη της καρκινοπαθούς και της οικογένειας της... ..	40
6.3 Κοινωνική υποστήριξη καρκινοπαθούς.....	42
6.4 Εθελοντισμός και καρκίνος του μαστού.....	43
6.5 Φροντίδα ασθενούς με καρκίνο στο τελευταίο στάδιο της ζωής του... ..	44
• Επίλογος.....	46
• Βιβλιογραφία.....	47

## **1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Στην Ελλάδα σύμφωνα με στοιχεία του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ) η θνησιμότητα από καρκίνο παραμένει γενικά χαμηλότερη απ' ότι στις αναπτυγμένες χώρες της Δυτικής και της Κεντρικής Ευρώπης, του Καναδά και της Ν. Ζηλανδίας.

Στις γυναίκες τα κακοήθη νεοπλάσματα που προκαλούν συχνότερα το θάνατο είναι τα νεοπλάσματα του μαστού και ακολουθούν τα νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος, του παχέως εντέρου, του λεμφικού και του αιμοποιητικού ιστού. Στα νεοπλάσματα της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα, η θνησιμότητα στο γυναικείο φύλλο είναι μικρότερη απ' ότι στο αντρικό.

Κατά τα τελευταία 15 χρόνια, η θνησιμότητα στις γυναίκες από αυτά, όχι μόνο δεν μειώθηκε αλλά αυξήθηκε κατά 10,7%. Συγκρινόμενη ωστόσο με την αύξηση κατά 27,9% που σημειώθηκε στην Ε.Ε , η αύξηση χαρακτηρίζεται ως σχετικά περιορισμένη, αν και είναι ανησυχητικό το ότι αποτελεί σταθερό φαινόμενο από τις αρχές τις δεκαετίας του 1980 και μετά. Για τις κακοήθεις νεοπλασίες του μαστού αξίζει να σημειωθεί η αύξηση της θνησιμότητας στις γυναίκες άνω των 75ετών ( από 87,47 το 1990 σε 120,38 το 1996 και σε 179,87 το 2004), η οποία και αναχαιτίζει την πρωτική τάση που παρατηρείται στις νεότερες ηλικίες.

Ο όρος καρκίνος του μαστού αναφέρεται στη νοσηρή ανάπτυξη κακοήθους όγκου στην ευρύτερη περιοχή του μαστού. Αποτελεί μία από τις πλέον συχνότερες εμφανιζόμενες μορφές καρκίνου σε παγκόσμιο επίπεδο, πρώτη σε αριθμό κρουσμάτων μεταξύ του γυναικείου πληθυσμού, ιδιαίτερα στο δυτικό κόσμο.

## **2. ΜΑΣΤΟΣ**

### **2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

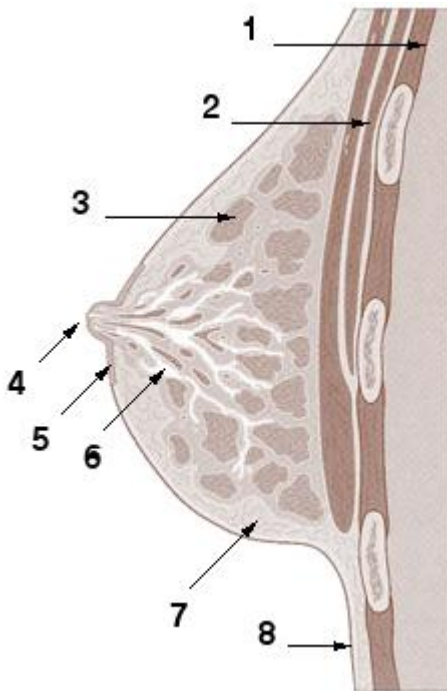
Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος που προσβάλλει τις γυναίκες. Στην Ελλάδα, αναφέρονται περίπου 1.500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού κάθε χρόνο. Οι περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζονται σε γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών, ενώ είναι συχνότερος σε γυναίκες των οποίων η έμμηνος ρύση έχει πρώιμη έναρξη ή καθυστερημένη λήξη. Ο καρκίνος του μαστού είναι ο κακοήθης όγκος που προκύπτει από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των κυττάρων του μαστού. Εμφανίζεται κυρίως στους πόρους, τα σωληνάρια που μεταφέρουν το γάλα στη θηλή κατά τη διάρκεια του θηλασμού αλλά και δευτερευόντως στους λοβούς, στους αδένες που παράγουν γάλα.(11)

Οι μορφές του καρκίνου διαφέρουν σημαντικά ως προς τη φύση, το ρυθμό ανάπτυξης, εξέλιξης, θεραπείας και πρόγνωσης. Αν και τουλάχιστον το ένα τρίτο των διαγνωσθέντων ασθενών με καρκίνο αναμένεται να ιαθεί και παρόλο που έχει επιτευχθεί σημαντική πρόοδος στη θεραπεία και τον έλεγχο των συμπτωμάτων της νόσου, είναι γνωστό ότι και μόνο η αναγγελία της διάγνωσης του καρκίνου συνοδεύεται από σοβαρές συνέπειες. Οι αρνητικές επιδράσεις της διεργασίας της νόσου, η παρατεταμένη φύση της θεραπείας και οι ψυχολογικές επιπτώσεις, ξεπερνούν οποιαδήποτε άλλη οξεία ή χρόνια κατάσταση.(59)

Ο καρκίνος παραμένει μια συχνή νόσος: αφού περίπου ένα στα τρία άτομα την αναπτύσσει σε κάποια στιγμή της ζωής του. Στη Μεγάλη Βρετανία περισσότεροι από 250.000 άνθρωποι προσβάλλονται από καρκίνο κάθε χρόνο. Μολονότι η νόσος μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο είναι ηλικίας άνω των 65 ετών. Τουλάχιστον 7,5 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου διαγιγνώσκονται ετησίως με αποτέλεσμα η νόσος αυτή να αντιπροσωπεύει ένα τεράστιο φορτίο νόσου. Στη Μεγάλη Βρετανία οι τέσσερις μορφές καρκίνου, που καλύπτουν πάνω από το ήμισυ του συνόλου των περιπτώσεων είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, του μαστού, του παχέως εντέρου και του προστάτη.(11)

## 2.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός αποτελεί ημισφαιρική λιπώδη πτυχή του δέρματος στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα ο οποίος περιέχει τον μαστικό ή μαζικό αδένα και είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένο στις γυναίκες μετά την εφηβεία.(9)



Τομή μαστού:

1. Μεσοπλεύριοι μύες
2. Θωρακικοί μύες
3. Λοβοί του μαστικού αδένα
4. Θηλή
5. Θηλαία άλως
6. Γαλακτοφόροι κόλποι
7. Περιμαστικό λίπος

Η εξωτερική μορφολογία του μαστού περιλαμβάνει την θηλή,τη θηλαία άλω και τα αλωαία οζίδια. Η θηλή αποτελεί έπαρμα του δέρματος του μαστού που βρίσκεται λίγο πιο κάτω και έξω από το μέσο του μαστού.Στην κορυφή της υπάρχουν 15-20 στόμια όπου

καταλήγουν οι γαλακτοφόροι πόροι. Το ύψος της θηλής είναι περίπου 1-1,5cm και αυξάνει κατά τη γαλουχία, το χρώμα της θηλής οφείλεται στην άφθονη παρουσία μελανίνης ουσίας.

Η θηλαία άλω αποτελεί υποστρώγγυλη και ελαφρά επηρμένη περιοχή γύρω από τη θηλή με διάμετρο 1,5-6cm. Στην επιφάνεια της θηλαίας άλω υπάρχουν μικρά επάρματα θηλαία οζίδια τα οποία έχουν ως υπόθεμα τους αλωαίους αδένες. Οι αλωαίοι αδένες είναι κυρίως οσμηγόνιοι, αλλά και σμηγματογόνοιοι και υποτυπώδεις γαλακτικοί αδένες.

Εσωτερικά ο μαστός αποτελείται από τον μαστικό ή μαζικό αδένα και το περιμαστικό λίπος. Το περιμαστικό λίπος είναι συνέχεια του υποδόριου λίπους το οποίο όμως είναι αφθονότερο στην πρόσθια περιοχή του μαστού, ανάμεσα στο δέρμα και τον μαστικό αδένα. Ο μαστικός αδένας σε γυναίκα μη κυοφορούσα βρίσκεται πίσω από τη θηλαία άλω και μόλις που υπερβαίνει τα οριά της. Ο μαστικός αδένας αποτελείται από τους λοβούς όπου παράγεται το γάλα και τους γαλακτοφόρους πόρους που μεταφέρουν το γάλα στους γαλακτοφόρους κόλπους. Οι γαλακτοφόροι κόλποι είναι ανευρύσματα των πόρων τα οποία λειτουργούν ως αποθήκη του γάλακτος, το οποίο και απελευθερώνουν μετά από πίεση της θηλής από το βρέφος.

Ο μαστικός αδένας είναι ορμονοεξαρτώμενο όργανο, δηλαδή η μορφολογία του αλλάζει με τις ορμονικές μεταβολές που παρατηρούνται κατά την ήβη, κατά την περίοδο, την κύηση και τη γαλουχία. Έτσι, κατά το δεύτερο μήνα της κύησης το μέγεθος του μαστού της θηλής και της θηλαίας άλω αυξάνει, ο μαστικός αδένας υπερδιπλασιάζεται και οι γαλακτοφόροι πόροι επιμηκύνονται. Τις 2-3 πρώτες μέρες μετά τον τοκετό παράγεται το πρωτόγαλα από τον αδένα. Μετά την τρίτη μέρα αρχίζει η παραγωγή του γάλακτος, η οποία ρυθμίζεται από την ορμόνη προλακτίνη. Μετά το τέλος της γαλουχίας ο μαστός υποστρέφει και επανέρχεται στο φυσιολογικό. (73)

## **2.3 ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Οι όγκοι του μαστού ανάλογα με ιστό που προέρχονται διακρίνονται σε:

- Επιθηλιακοί όγκοι (καρκίνος): προερχόμενοι από το επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων ή των λοβιδίων του μαστού.
- Μη επιθηλιακοί όγκοι (σαρκώματα): προερχόμενοι από τον ενδιάμεσο ιστό. (62)

Ανάλογα με το βάθος της διήθησης διακρίνονται σε:

- Μη Διηθητική (δεν διηθείται η βασική μεμβράνη)

Πορογενείς in situ:

- Χαρακτηρίζονται σαν προκαρκινωματώδεις αλλοιώσεις
- Είναι πιο συχνή από τους λοβιακούς in situ, εμφανίζονται στη πέμπτη δεκαετία της ζωής
- Το 80% δεν είναι ψηλαφητοί και εμφανίζονται μετά από τυχαίο μαστογραφικό έλεγχο
- Το μέγεθος του μπορεί να κυμανθεί από 2mm έως πολλά cm χωρίς διήθηση της βασικής μεμβράνης
- Πολυκεντρικοί στο 35% των ασθενών
- Συνυπάρχουν με διηθητικό καρκίνωμα στο 11-21% των ασθενών



- Ο κίνδυνος για μετατροπή σε διηθητικό πορογενές καρκίνωμα είναι 25-30% σε 10 χρόνια
- Χαρακτηρίζονται σε υψηλού, μέσου και χαμηλού βαθμού διαφοροποίησης

#### Λοβιακοί in situ:

- Εμφανίζονται στη τέταρτη δεκαετία της ζωής-τα 2/3 είναι στην προεμμηνοπαυσιακή περίοδο
- Αποτελεί μάλλον καρκινικό δείκτη για την πιθανότητα ανάπτυξης καρκινώματος του μαστού με μεγαλύτερη από το γενικό πληθυσμό πιθανότητα κατά 7-9 φορές
- Έχει μικρότερη πιθανότητα (20%) να εξελιχθεί σε διηθητικό καρκίνωμα(πορογενές ή λοβιακό) από το πορογενούς τύπου.(44)

- Διηθητικοί(διηθείται η βασική μεμβράνη)

Πορογενείς. Ο πιο συχνός ιστολογικός τύπος (80%), που εξορμάται από το επιθήλιο των πόρων. Λιγότερο συχνές μορφές είναι τα μυελοειδή, κολλοειδή και σωληνώδη.

Λοβιακοί. Αφορούν το 8-10% των διηθητικού τύπου καρκινωμάτων του μαστού, που εξορμώνται από το επιθήλιο των λοβίων.Έχουν καλύτερη πρόγνωση, δεν παρουσιάζουν συνήθως μικροαποπιτανώσεις και έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι αμφοτερόπλευρα.

Νόσος Paget της θηλής.Αφορά το 1-3% των κακοήθων νόσων του μαστού με εμφάνιση εκζεματοειδούς αλλοίωσης της θηλής, με ή χωρίς όγκο.Η θηλή παρουσιάζεται υγρή, ερυθρή με μικροφυσαλλίδες και κνησμό.

Φλεγμονώδης καρκίνος.Αναφέρεται στο 1-4% των κακοήθων παθήσεων του οργάνου.Συνήθως πρόκειται για αδιαφοροποίητο καρκίνο, με παρουσία μεταστάσεων κατά τη στιγμή της διάγνωσης στο 17-36%, μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια σχεδόν σε όλες τις ασθένειες και πολύ κακή πρόγνωση.(21)

## **2.4 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΤΡΑ**

Ο καρκίνος του μαστού είναι σπάνιος στους άντρες και αφορά το 1% του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. Εμφανίζεται κυρίως σε άντρες άνω των 60 ετών που προσέρχονται για έλεγχο ανήσυχοι διότι ψηλάφησαν κάποιο σκληρό ογκίδιο στο μαστό τους. Πρόκειται αποκλειστικά για καρκινώματα που αναπτύσσονται από τους πόρους δεδομένου ότι δεν υπάρχουν λόβια.(65)

Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες (MBC) παρόλο που συμπεριφέρεται με τρόπο παρόμοιο όπως ο καρκίνος του μαστού στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, δεν αποτελεί την ίδια οντότητα και περισσότερη εμπειρία απαιτείται για την σωστή κατανόηση και αντιμετώπιση αυτών των ασθενών. Εν αντιθέσει με τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες η καμπύλη της ηλικίας είναι μονοκόρυφη με τους περισσότερους ασθενείς να διαγιγνώσκονται στην ηλικία των 67- 71 ετών, περίπου 5-10 χρόνια αργότερα από αυτή των γυναικών. Η μέση

διάρκεια των συμπτωμάτων πριν την διάγνωση κυμαίνεται από 1-8 μήνες στις δυτικές χώρες και από 12-15 μήνες στην Ασία και Αφρική (51).

Λόγω της σχετικής σπανιότητας του καρκίνου του μαστού στους άνδρες δεν υπάρχει ικανοποιητική τεκμηρίωση όσον αφορά τους σημαντικούς παράγοντες κινδύνου. Παρόλα αυτά υπάρχει εμπειριστατωμένη συσχέτιση με οικογενειακό ιστορικό και γενετικούς παράγοντες ιδιαίτερα επί παρουσίας μεταλλάξεων στο BRCA2 που είναι υπεύθυνα για το 4-40% του καρκίνου του μαστού στους άνδρες. Η παρουσία ενός 1<sup>ου</sup> βαθμού συγγενή με καρκίνο του μαστού αυξάνει τον κίνδυνο κατά περίπου 2 φορές ενώ η παρουσία δύο 1<sup>ου</sup> βαθμού συγγενών κατά περίπου 10 φορές. Ασθενείς με μετάλλαξη στο BRCA1 έχουν κίνδυνο 1.2% για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού μέχρι την ηλικία των 70 ετών ενώ ο συνολικός κίνδυνος κατά την διάρκεια της ζωής τους είναι 5.8%. Αντιθέτως ασθενείς με μετάλλαξη στο BRCA2 έχουν 102 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο από τον γενικό πληθυσμό για ανάπτυξη καρκίνου ενώ μέχρι την ηλικία των 70 ετών ο κίνδυνος είναι 6.8%. Για τους φορείς αυτούς ο μεγαλύτερος σχετικός κίνδυνος παρατηρείται στις ηλικίες 30-40 ετών ενώ σε μεγαλύτερες ηλικίες προοδευτικά μειώνεται.(1)

Παθολογικές καταστάσεις των όρχεων φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο κατά 12 φορές, η ηπατική δυσλειτουργία (κίρρωση) κατά 9-13 φορές, και η παχυσαρκία κατά 2 φορές. Το σύνδρομο Klinefelter πιστεύεται ότι αυξάνει τον κίνδυνο κατά 20-50 φορές. Σε αυτούς τους ασθενείς η διαταραγμένη σχέση οιστρογόνων/τεστοστερόνης μπορεί να αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα.

Σημειώνεται ότι δεν υπάρχει αποδεδειγμένη σχέση μεταξύ γυναικομαστίας και καρκίνου του μαστού στους άνδρες, παρόλο που σε 6-38% των ανδρών με καρκίνο του μαστού συνυπάρχει και γυναικομαστία. Καθότι 35-40% των υγιών ανδρών παρουσιάζουν κάποιου βαθμού γυναικομαστία η παρουσία καρκίνου και γυναικομαστίας θεωρείται συμπτωματική. Ακτινοθεραπεία, ειδικά επαγγέλματα και χρήση αλκοόλ είναι προτεινόμενοι αλλά όχι ευρέως αποδεχόμενοι παράγοντες κινδύνου δεδομένου του μικρού αριθμού περιστατικών που έχουν μελετηθεί.(51)

Όσον αφορά τα συμπτώματα κάθε άτομο μπορεί να εμφανίσει διαφορετικά συμπτώματα. Ωστόσο τα πιο συχνά συμπτώματα είναι:

- Εξογκώματα του μαστού
- Ένα πόνο ή αίσθηση τραβήγματος στο στήθος
- Θηλή αντιστροφή
- Θηλή απαλλαγή
- Αλλαγές δέρματος ή της θηλής, όπως είναι η πτύχωση ή η ερυθρότητα (18)

Η θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού θα πρέπει να καθορίζεται από τον γιατρό του κάθε ασθενή με βάση τα εξής:

- Το ιατρικό ιστορικό και την ηλικία,
- Την έκταση της νόσου
- Την ανοχή του ασθενή στα φάρμακα και στις θεραπείες(51)

Η πρωταρχική τυπική θεραπεία που ακολουθείται συνήθως είναι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή όπως ακριβώς συμβαίνει και με το γυναικείο καρκίνο του μαστού. Άλλη θεραπεία που ακολουθείται είναι η ακτινοθεραπεία. Η θεραπεία ακτινοβολίας είναι μία διαδικασία που στέλνει επακριβώς υψηλά επίπεδα ακτινοβολίας κατευθείαν στα καρκινικά κύτταρα. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να γίνει πριν την χειρουργική επέμβαση για τη συρρίκνωση του όγκου, μετά την επέμβαση, σε συνδυασμό με τη χημειοθεραπεία και σαν μία ανακουφιστική θεραπεία που ανακουφίζει από τα συμπτώματα χωρίς όμως να σημαίνει ότι

αλλοιώνει την πορεία τις θεραπείας. Η θεραπεία της ακτινοβολίας είναι συνήθως ανώδυνη και διαρκεί λίγα λεπτά.(18)

Μια άλλη θεραπεία είναι η χημειοθεραπεία. Είναι η χρήση των αντικαρκινικών φαρμάκων για τη θεραπεία των καρκινικών κυττάρων. Διαφορετικές ομάδες από τα φάρμακα λειτουργούν με διαφορετικούς τρόπους για την καταπολέμηση των καρκινικών κυττάρων. Ο ογκολόγος θα συστήσει ένα πρόγραμμα θεραπείας ανάλογα με την κατάσταση του ασθενή. Τέλος, η ορμονική θεραπεία μπορεί να σκοτώσει τα καρκινικά κύτταρα, επιβραδύνει την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων, ή σταματάει τα καρκινικά κύτταρα από τη καλλιέργεια.(51)

Όπως και στις γυναίκες έτσι και στους άνδρες ο καρκίνος του μαστού μπορεί να δώσει μεταστάσεις στο ήπαρ, τον πνεύμονα, τα οστά και τον εγκέφαλο. Ασθενείς με μεταστατική νόσο και όρμονοεξαρτώμενους όγκους πρέπει να αντιμετωπίζονται αρχικά με ορμονικούς χειρισμούς και το Tamoxifen αποτελεί τον προτιμότερο φαρμακευτικό παράγοντα με ποσοστά ανταπόκρισης μέχρι και 80%. Αναστολείς αρωματάσης όπως και άλλα νέα φάρμακα βρίσκονται ακόμη υπό διερεύνηση με άγνωστα αποτελέσματα.(33)

## **2.5 ΚΛΗΡΟΝΟΜΟΥΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ**

Έχει υπολογιστεί ότι ένα στα τρία άτομα θα εμφανίσει καρκίνο κάποια στιγμή στη ζωή του. Μέσα σ' αυτούς τους αριθμούς υπάρχουν και τα άτομα με οικογενή προδιάθεση για καρκίνο. Περισσότερες από 200 μορφές κληρονομικών καρκινικών συνδρόμων είναι γνωστές και αφορούν περίπου ποσοστό 5-10% όλων των καρκίνων που διαγιγνώσκονται.(39)

Οικογένειες που έχουν κληρονομική προδιάθεση βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου και εφόσον έχουν ήδη αναπτύξει κάποιον καρκίνο, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος ανάπτυξης και ενός δεύτερου. Παρόλα αυτά, μέσα σ' αυτές τις οικογένειες μπορεί να υπάρχουν κάποια μέλη που έχουν αναπτύξει τυχαία και κάποιο σποραδικό καρκίνο, ανεξάρτητα της προδιάθεσης τους.(8)

Η ανάλυση ενός οικογενειακού ιστορικού είναι μία σύνθετη διαδικασία. Υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που ο ειδικός θα αναγνωρίσει σαν τυπικά ενός κληρονομικού καρκινικού συνδρόμου. Για παράδειγμα εάν πολλά μέλη μιας οικογένειας, είτε της πατρικής είτε της μητρικής πλευράς, σε οποιαδήποτε γενιά έχουν αναπτύξει τον ίδιο ή παρόμοιους καρκίνους και ιδιαίτερα δύο ή τρεις συγγενείς πρώτου βαθμού, τότε αυτός ο τύπος είναι ιδιαίτερα ενδεικτικός της παρουσίας κάποιου προδιαθεσικού καρκινικού γονιδίου. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που πρέπει να μελετήσουμε όταν αναλύουμε τη γενεαλογία μιας οικογένειας είναι η αρχή ότι όσο μικρότερη είναι η ηλικία εμφάνισης ενός καρκίνου, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα ο καρκίνος αυτός να έχει αναπτυχθεί λόγω κληρονομικής προδιάθεσης.(13)

Η συμβουλευτική σχετικά με την πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου παρέχεται όταν μέλη οικογενειών πιστεύουν ότι ο καρκίνος στην οικογένεια τους οφείλεται σε κληρονομικούς παράγοντες. Για αυτό το λόγο, το πιο σημαντικό καθήκον όταν λαμβάνεται οικογενειακό ιστορικό είναι η συγκέντρωση αρκετών πληροφοριών για την εκτίμηση αν τα μέλη της οικογένειας που καταφεύγουν στη γενετική συμβουλευτική βρίσκονται σε κίνδυνο κληρονομικής του καρκίνου που υπάρχει στην οικογένεια. Συνήθως τα ιστορικά που δίνουν τα άτομα σε κλινικές δεν είναι πλήρη και η επιπλέον έρευνα και συλλογή ιστολογικών αναφορών είναι απαραίτητη. Οι ηλικίες των μελών της οικογένειας και οι ημερομηνίες

διάγνωσης του καρκίνου στην οικογένεια είναι μεγάλης σημασίας. Ο ευαίσθητος χειρισμός των μελών της οικογένειας κατά τη διάρκεια αυτού του μέρους της συμβουλευτικής είναι εξαιρετικής σημαντικότητας. Τα μέλη αυτών των οικογενειών συνήθως έχουν βιώσει την απώλεια κάποιου μέλους οπότε και η απλή συζήτηση των προηγούμενων εμπειριών είναι πολύ ενοχλητική.(64)

Διαμέσου της διεργασίας της συμβουλευτικής είναι απαραίτητο να γίνουν εκτιμήσεις για τις περιβαλλοντικές εκθέσεις, όπως είναι η ηλικιακή έκθεση, το κάπνισμα, καθώς επίσης και ο καθορισμός της εθνικότητας των μελών της οικογένειας που καταφεύγουν στη συμβουλευτική. Για παράδειγμα, οι γυναίκες που ανήκουν στους Εβραίους Εσκενάζι και έχουν αναπτύξει καρκίνο σε ηλικία μικρότερη των 40 ετών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι φορείς ενός από τα δύο προδιαθεσικά γονίδια καρκίνου του μαστού (BRCA1 και BRCA2) από μία γυναίκα που ανήκει σε κάποια άλλη εθνικότητα.(40)

Τα γονίδια καρκινικής προδιάθεσης είναι γονίδια στα οποία οι γονιδιακές μεταλλάξεις κυττάρων της γαμετικής σειράς μπορούν να προδιαθέσουν για την ανάπτυξη καρκίνου σε άτομα που έχουν κληρονομήσει αυτές τις μεταλλάξεις. Την τελευταία δεκαετία η κατανόηση αυτών των γονιδίων με την ανάπτυξη της μοριακής βιολογίας του καρκίνου ήταν υπερβολικά ταχεία και έχουν αναγνωρισθεί τρεις τύποι καρκινικών γονιδίων:

1. Ογκογονίδια: τα ογκογονίδια είναι γονίδια τα οποία μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο αν υπάρχουν σε μεταλλαγμένη μορφή. Συνήθως είναι μεταλλαγμένες μορφές φυσιολογικών γονιδίων τα οποία έχουν σημαντικές ρυθμιστικές κυτταρικές λειτουργίες: οι μεταλλάξεις αυτές είτε θα αυξάνουν την έκφραση των γονιδίων ή θα οδηγούν σε μη ελεγχόμενη δραστηριότητα των πρωτεϊνών που κωδικοποιούνται από τα ογκογονίδια. Τα μεταλλαγμένα κληρονομούμενα ογκογονίδια τείνουν να δείχνουν επικρατούσα μορφή κληρονομικότητας και τα μόνα παραδείγματα που έχουν αναγνωρισθεί πρόσφατα στον άνθρωπο είναι τα *ret* και *met* ογκογονίδια στην πολλαπλή ενδοκρινή νεοπλασία και τα οικογενή καρκινικά σύνδρομα των νεφρικών κυττάρων.(13)
2. Ογκοκατασταλτικά γονίδια: σε αντίθεση με τα ογκογονίδια, τα ογκοκατασταλτικά γονίδια έχουν αντίθετη δράση με την έννοια ότι εάν απενεργοποιηθούν μπορεί να αναπτυχθεί καρκίνος. Η φυσιολογική λειτουργία των ογκοκατασταλτικών γονιδίων είναι η αναστολή του πολλαπλασιασμού και της ανάπτυξης των κυττάρων, οπότε η έλλειψη της δράσης τους μπορεί να οδηγήσει σε μη ελεγχόμενο πολλαπλασιασμό και ανάπτυξη. Κληρονομούμενες γονιδιακές μεταλλάξεις σε ογκοκατασταλτικά γονίδια οδηγούν σε υπολειπόμενη γενετική κληρονομικότητα στο κυτταρικό επίπεδο, καθώς και τα δύο αντίγραφα του γονιδίου πρέπει να έχουν απενεργοποιηθεί για να εμφανιστεί ο καρκίνος, διαφορετικά το άλλο φυσιολογικό αντίγραφο του γονιδίου θα είναι ακόμα ικανό να παράγει επαρκείς ποσότητες της κατάλληλης πρωτεΐνης για τη διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας του κυττάρου.(64)
3. Γονίδια επιδιόρθωσης: Αυτά καλούνται γονίδια επιδιόρθωσης του DNA και χρησιμεύουν για την επιδιόρθωση των λαθών κατά την αντιγραφή του DNA, τα οποία μπορεί να είναι πολύ συχνά κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής διαδικασίας της αντιγραφής του DNA. Παρόμοια με τα ογκοκατασταλτικά γονίδια, τα επιδιορθωτικά γονίδια τείνουν να εμφανίζουν υπολειπόμενο τύπο γονοτυπικής κληρονομικότητας, αλλά και μια φαινοτυπική κυρίαρχη έκφραση αν συμβεί μια σωματική μεταλλαγή στο εναπομείναν φυσιολογικό αντίγραφο του γονιδίου κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου σε ένα τουλάχιστον σωματικό κύτταρο. Το κυριότερο παράδειγμα αποτελεί το κληρονομούμενο σύνδρομο μηπολυποδισιακού καρκίνου του εντέρου, όπου η γονιδιακή

μετάλλαξη σε έξι γονίδια που έχουν ήδη ανιχνευθεί δύνανται να προκαλέσουν αυτό το σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από καρκινώματα του κόλου και άλλους όγκους.(39)

### **3. ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

#### **3.1 ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΚΑΙ ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Η συντριπτική πλειοψηφία των βλαβών που εμφανίζονται στο μαστό είναι καλοήθη. Μεγάλο ενδιαφέρον δίνεται στις κακοήθεις βλάβες του μαστού, επειδή ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο κοινή κακοήθεια σε γυναίκες στις δυτικές χώρες. Ωστόσο καλοήθεις βλάβες του μαστού είναι πολύ πιο συχνές από κακοήθη.(4)

Οι καλοήθεις παθήσεις μπορεί να είναι:

Μαστίτιδα: είναι η φλεγμονή μέρους του μαστού της γυναίκας. Σε αρκετές περιπτώσεις υπάρχει και μόλυνση στο στήθος της γυναίκας από μικρόβια. Είναι συχνή επιπλοκή του θηλασμού και παρουσιάζεται συχνότερα τις πρώτες έξι εβδομάδες μετά τη γέννηση του μωρού αλλά μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε φάση του θηλασμού. Με τις σωστές οδηγίες θηλασμού και την άμεση αντιμετώπιση των πρώτων συμπτωμάτων η μαστίτιδα μπορεί σίγουρα να προληφθεί και να αντιμετωπιστεί, χωρίς επιπλοκές από τη μητέρα ή το μωρό. Έτσι αποφεύγεται ο πρόωρος απογαλακτισμός και η εξέλιξη της μαστίτιδας σε απόστημα μαστού.(16)

Ινοαδένωμα: είναι ένα ογκίδιο σφαιρικό, σχετικά σκληρό, με ομαλή, λεία επιφάνεια, που μετακινείται εύκολα και δεν συμφύεται με τους γύρω ιστούς. Η διάγνωση του γίνεται με μαστογραφικό και υπερηχοτομογραφικό έλεγχο. Η εμφάνιση του γίνεται συχνότερα σε γυναίκες νεαρής ηλικίας, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορεί να εμφανιστεί και σε μεγαλύτερες. Η αντιμετώπιση των ινοαδενομάτων είναι στις περισσότερες περιπτώσεις συντηρητική δηλαδή απλή παρακολούθηση, ενώ η χειρουργική θεραπεία γίνεται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις.(10)

Κύστη: οι κύστες δημιουργούνται από την επαναλαμβανόμενη διέγερσή τους από τις γυναικείες ορμόνες. Οι απλές κύστες εντοπίζονται με υπερηχογραφικό έλεγχο και περιέχουν μόνο υγρό χωρίς συμπαγή στοιχεία. Όταν είναι μεγάλες και περιέχουν υγρό εντοπίζονται με παρακέντηση. Επίσης όταν περιέχουν συμπαγή στοιχεία η διάγνωση γίνεται με υπερηχογραφικό και μαστογραφικό έλεγχο. Για τις μικρές, απλές κύστες δεν απαιτείται καμία θεραπευτική παρέμβαση. Θεραπευτική παρέμβαση απαιτείται σε κύστες μεγαλύτερες στις οποίες γίνεται παρακέντηση και αποστολή του υλικού για κυτταρολογική εξέταση.(46)

Λίπωμα: Το λίπωμα αποτελεί ένα συχνό εύρημα, καθώς ο λιπώδης ιστός αποτελεί βασικό μέρος της φυσιολογικής σύστασης του μαστού. Είναι ένα καλοήθη μόρφωμα που εμφανίζεται κυρίως μετά την εμμηνόπαυση. Η διάγνωση γίνεται με μαστογραφικό και υπερηχογραφικό έλεγχο καθώς και με παρακέντηση. Η θεραπεία σ' αυτή την περίπτωση είναι χειρουργική.(30)

Ινοκυστική μαστοπάθεια: είναι η παρουσία ογκιδίων που είναι βασικά κύστες. Είναι πολύ συχνή σε γυναίκες ηλικίας 30 έως 50 ετών. Η διάγνωση της γίνεται με την κλινική

εξέταση και την ψηλάφηση του μαστού και με τη μαστογραφία. Η αντιμετώπιση της ινοκυστικής μαστοπάθειας είναι η αποχή από το κάπνισμα, η μείωση της κατανάλωσης του καφέ και η αντιμετώπιση του άγχους. Σε μερικές περιπτώσεις που προκαλεί έντονο πόνο συνιστάται η χορήγηση αναλγητικής αγωγής με δραστική ουσία.

Θήλωμα: Το θήλωμα είναι ένα είδος καλοήθους όγκου που αναπτύσσεται στο μαστό. Αποτελεί μια καλοήγη υπερπλασία του επιθηλίου των γαλακτοφόρων πόρων του μαστού. Αφορά γυναίκες κυρίως 45-50 ετών. Η διάγνωση τους γίνεται όταν έχει αποκτήσει κάποιο μέγεθος με υπερηχογραφικό και μαστογραφικό έλεγχο. Όσον αφορά τη θεραπεία τους είναι χειρουργική.(41)

Φυλλοειδής όγκος: είναι ένας όγκος συγγενείς με το ινοαδένωμα και το χαρακτηριστικό που τον κάνει να ξεχωρίζει είναι το μεγάλο μέγεθος του και η ταχύτητα με την οποία αυξάνεται. Εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες ηλικίας 40-50 ετών. Η διάγνωση γίνεται με το υπερηχογράφημα μαστού και την μαστογραφία και η αντιμετώπιση του είναι χειρουργική.(10)

Απόστημα-Φλεγμονή: είναι η φλεγμονή που δημιουργείται στο στήθος. Η συγκέντρωση πύου απαιτεί άμεση αντιμετώπιση με παροχέτευση, συνήθως με παρακέντηση δια βελόνης υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση. Εάν δεν επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα τότε ο γιατρός θα προβεί σε χειρουργική θεραπεία μόλις υποχωρήσει η φλεγμονή.(16)

Έκκριμα θηλής: όταν εμφανίζεται έκκριμα, δηλαδή από τον μαστό τρέχει μόνο του ή μετά από πίεση της θηλής χωρίς η γυναίκα να βρίσκεται σε περίοδο εγκυμοσύνης ή θηλασμού τότε πρέπει να επισκεφθεί το γιατρό. Το έκκριμα της θηλής μπορεί να οφείλεται σε κάποιο μικρό καλοήγη όγκο ή στην ύπαρξη όγκου στην υπόφυση, ο οποίος προκαλεί αύξηση μίας ορμόνης που λέγεται προλακτίνη.(41)

Γαλακτοκίλη: είναι σπάνια νόσος που εμφανίζεται σε νεαρές γυναίκες λίγο μετά τη διακοπή της γαλουχίας ή και κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Συνιστάται σε διάταση των πόρων του μαστού, που υπερπληρώνονται με γάλα.(35)

Οι κακοήθης παθήσεις μπορεί να είναι:

- Επί τόπου πορογενές καρκίνωμα {Ductal carcinoma in situ (DCIS)}
- Πορογενές διηθητικό καρκίνωμα {Invasive Ductal Carcinoma(IDC)}
- Σωληνώδες καρκίνωμα του μαστού(Tubular carcinoma)
- Μυελώδες καρκίνωμα στο στήθος
- Βλεννοπαράγωγο Μαστικό καρκίνωμα
- Θηλώδες(θηλοειδές) Καρκίνωμα στο μαστό (Papillary Carcinoma of the Breast)
- Διάτρητο καρκίνωμα του μαστού(Cribiform Carcinoma of the Breast)
- Διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα {Invasive lobular carcinoma(ILC)}
- Φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού(inflammatory breast cancer)(73)

Τα κακοήγη νεοπλάσματα διακρίνονται από τα καλοήγη στα εξής:

- Τα καλοήγη αποτελούνται από ώριμα κύτταρα, ενώ τα κακοήγη από ανώριμα
- Τα καλοήγη αναπτύσσονται με αργό ρυθμό, ενώ τα κακοήγη με γρήγορο ρυθμό
- Τα καλοήγη είναι συχνά εγκυστωμένα, τα κακοήγη ποτέ
- Τα καλοήγη δεν διηθούν τους γύρω ιστούς, ενώ τα κακοήγη τους διηθούν
- Τα καλοήγη παραμένουν εντοπισμένα στην περιοχή όπου πρωτοαναπτύχθηκαν, ενώ τα κακοήγη δίνουν μεταστάσεις μέσω λεμφικής ή αιματικής οδού

- Τα καλοήθη συνήθως δεν υποτροπιάζουν μετά την αφαίρεση τους, ενώ αντίθετα τα κακοήθη μπορεί να υποτροπιάσουν
- Τα καλοήθη δημιουργούν προβλήματα μόνο εξαιτίας εξάσκησης πίεσης στους παρακείμενους ιστούς, ενώ τα κακοήθη επιδρούν στη γενική κατάσταση του οργανισμού (59)

### **3.2 ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Μια πλήρης διαγνωστική εκτίμηση περιλαμβάνει αναγνώριση του σταδίου και του βαθμού της κακοήθειας. Αυτό πρέπει να εκπληρωθεί πριν από την έναρξη της θεραπείας, γιατί οι θεραπευτικές επιλογές και η πρόγνωση καθορίζονται με βάση τη σταδιοποίηση και τη βαθμοποίηση.(59)

Η ταξινόμηση γίνεται κατά TNM (T= μέγεθος πρωτοπαθούς όγκου, N= προσβολή μασχαλιαίων αδένων, M= παρουσία ή όχι μεταστάσεων). Υπάρχουν 5 στάδια:

**-Στάδιο 0:** εντοπίζεται στο σημείο προέλευσής του και δεν έχει αρχίσει να διηθεί τους γύρω ιστούς ή να διασπείρεται. Ονομάζεται και καρκίνωμα in situ. Μπορεί να είναι δύο ειδών:

- α) καρκίνωμα λοβιδίων in situ: δεν είναι επιθετικός καρκίνος αλλά μπορεί να αποτελέσει έναν παράγοντα κινδύνου για το μετέπειτα σχηματισμό μιας κακοήθους βλάβης.
- β) καρκίνωμα πόρων in situ: προσβάλλει τα κύτταρα των πόρων και αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου στον ίδιο το μαστό.

**-Στάδιο I:** είναι καρκίνος σε πρώιμη φάση με λιγότερη από 2 cm διάμετρο.

**-Στάδιο II:** διακρίνεται σε δύο υποκατηγορίες στάδιο IIA και IIB.

**-Στάδιο IA:** περιγράφει την εισβολή του καρκίνου του μαστού κατά την οποία:

-ο όγκος είναι 2cm ή μικρότερος και δεν έχει εξαπλωθεί στους μασχαλιαίους αδένες.

-ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 2 cm αλλά όχι από μεγαλύτερος από 5 cm και δεν έχει εξαπλωθεί στους μασχαλιαίους αδένες.

**-Στάδιο IB:** περιγράφει την εισβολή του καρκίνου του μαστού κατά την οποία:

- ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 2cm αλλά όχι μεγαλύτερος από 5cm και δεν έχει εξαπλωθεί στους μασχαλιαίους αδένες.

- ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 5cm αλλά δεν έχει εξαπλωθεί στους μασχαλιαίους αδένες.

**-Στάδιο III:** είναι ένας καρκίνος τοπικά προχωρημένος, μεταβλητών διαστάσεων, ο οποίος έχει εμπλέξει και τους μασχαλιαίους και τους γύρω ιστούς.

**-Στάδιο IV:** είναι ένας όγκος που βρίσκεται ήδη σε μετάσταση που ενέπλεξε άλλα όργανα εκτός του στήθους. Εάν ο όγκος εντοπιστεί στο στάδιο 0, η επιβίωση στα 5 χρόνια στις γυναίκες υπό θεραπεία είναι στο 98%, αν και οι επιπλοκές κυμαίνονται μεταξύ 9 και 30% των περιπτώσεων σχετικά με τη θεραπεία που έχει χορηγηθεί. Εάν οι λεμφαδένες είναι θετικοί δηλαδή περιέχουν καρκινικά κύτταρα, η επιβίωση εντός 5 ετών πέφτει στο 75%. Στο μεταστατικό καρκίνο, σ' αυτόν δηλαδή που έχει ήδη προσβάλει άλλα όργανα εκτός του

στήθους (πνεύμονες, συκώτι, οστά), η μέση επιβίωση των ασθενών είναι 2 έτη, όμως αυτό σημαίνουν ότι υπάρχουν περιπτώσεις όπου η επιβίωση είναι πολύ μεγαλύτερη φτάνοντας τα 10 χρόνια.(25)

Η βαθμοποίηση αναφέρεται στην ταξινόμηση των κυττάρων του όγκου. Τα συστήματα βαθμοποίησης ζητούν να ορίσουν την προέλευση του ιστού του όγκου και το βαθμό στον οποίο τα κύτταρα του όγκου διατηρούν τα λειτουργικά και τα ιστολογικά χαρακτηριστικά του ιστού προέλευσης. Στη βαθμοποίηση απονέμεται ένα εύρος αριθμών I ως IV. Οι όγκοι βαθμού I ή καλά διαφοροποιημένοι όγκοι, μοιάζουν πολύ με τον ιστό προέλευσης. Οι βαθμοί II είναι οι μέτρια καλά διαφοροποιημένοι, ενώ οι λίγο διαφοροποιημένοι ή πολύ λίγο διαφοροποιημένοι είναι βαθμού III και IV, αντίστοιχα.(59)

Ο καρκίνος ως ομάδα ασθενειών χαρακτηρίζεται από ορισμένα γενικά συμπτώματα, ενώ κάθε διακριτή του μορφή συσχετίζεται με ορισμένα ειδικά συμπτώματα. Τα ειδικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν εν γένει τις εκάστοτε παραλλαγές του καρκίνου του μαστού-η φύση και η έκταση των οποίων ποικίλει-είναι τα εξής:

- Εξόγκωμα, ογκίδιο ή σκλήρυνση στην ευρύτερη περιοχή του μαστού ή και της μασχάλης
- Έκκριση υγρών ή αίματος από τη θηλή του μαστού
- Διόγκωση λεμφαδένων της μασχάλης
- Έλξη του δέρματος ή της θηλής προς το εσωτερικό του μαστού
- Ερυθρότητα, ευαισθησία ή πόνοι στο στήθος (69)

Σε αρχικό στάδιο ο καρκίνος του μαστού δεν παρουσιάζει συμπτώματα. Αργότερα μπορεί να εμφανιστεί ψηλαφητό μώρωμα, αλλαγή του χρώματος του δέρματος, εισολκή ή έκκριμα. Αν η γυναίκα δεν δώσει σημασία στα προαναφερθέντα συμπτώματα τότε μπορεί να εμφανίσει σημάδια προχωρημένης νόσου, όπως θερμό και ερυθρό μαστό, πόνους στα οστά και μεγάλη διόγκωση.(12)

### **3.3 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Οι προδιαθεστικοί παράγοντες που οφείλονται στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού είναι τα εξής:

Πρώτος παράγοντας είναι η ηλικία. Στοιχεία αποδεικνύουν πως ο καρκίνος του μαστού μπορεί να προκύψει σε οποιαδήποτε ηλικία, μετά την εφηβεία. Συνήθως όμως προσβάλλει γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Υπολογίζεται πως μία γυναίκα 70 χρονών μπορεί να αντιμετωπίζει ως και διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού από μία γυναίκα που έχει περάσει μόλις την εμμηνόπαυση. Για γυναίκες ηλικίας 15-39 ετών το ποσοστό εμφάνισης καρκίνου του μαστού είναι 0,5%. Για γυναίκες 40-59 ετών είναι 4%, ενώ για άνω των 60 ετών υπολογίζεται στο 7%.(50)

Η κληρονομικότητα είναι ένας άλλος παράγοντας. Υπολογίζεται πως μόλις το 5-10% των κρουσμάτων του καρκίνου του μαστού σχετίζεται με παράγοντες κληρονομικότητας. Η



πλειονότητα των κρουσμάτων προκύπτει από βλάβες στο γενετικό υλικό των μαστικών κυττάρων, που προκαλούνται από διάφορους κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου. Ωστόσο δύο γονίδια γνωστά ως BRCA 1 και BRCA 2 έχουν προσδιοριστεί ως παράγοντες που συμβάλλουν στον καρκίνο του μαστού όταν έχουν υποστεί γενετική αλλοίωση.(1)

Διαταραχές ή ιδιαιτερότητες της έμμηνου ρύσης και της κύησης. Στοιχεία υποδηλώνουν πως γυναίκες με πρόωμη έναρξη της έμμηνου ρύσης ή με καθυστερημένη εμμηνόπαυση αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στο μαστό. Επίσης η λήψη οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση έχει συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά εμφάνισης της νόσου, με το κίνδυνο να είναι ανάλογος του διαστήματος λήψης των οιστρογόνων. Ανάλογος συσχετισμός έχει προκύψει και για γυναίκες που έμειναν άτεκνες, που δεν είχαν πλήρεις κυήσεις(διάρκεια 9 μηνών) ή που γέννησαν μετά τα 35 χρόνια τους.(26)

Ένας άλλος κίνδυνος εμφάνισης της νόσου είναι η παχυσαρκία και η αύξηση του σωματικού βάρους. Τον Ιούνιο του 2009 ανακοινώθηκε από το Αμερικάνικο Ίδρυμα για την έρευνα του καρκίνου ότι η συσσώρευση σωματικού λίπους σε ποσοστά άνω του κανονικού ευθύνεται για το 17% των κρουσμάτων καρκίνου του μαστού στις Η.Π.Α. ερευνητές έχουν παρατηρήσει ότι σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η ηλικία στην οποία προσλαμβάνονται τα κιλά: όσο μεγαλύτερη ηλικία τόσο μεγαλύτερος κίνδυνος. Μια γυναίκα που προσλαμβάνει 10 ή και περισσότερα κιλά μετά τα 30 της ή περισσότερα μετά τα 40 της διατρέχει διπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης της νόσου από μία γυναίκα που διατηρεί σταθερό το βάρος της. Ο κίνδυνος τριπλασιάζεται εάν ο δείκτης μάζας σώματος βρίσκεται στα μέγιστα επίπεδα του μετά την ηλικία των 50.(66)

Το αλκοόλ δεν είναι πλήρως κατανοητό για τους ερευνητές πως σχετίζεται με το κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Πιθανότατα σχετίζεται με τη λειτουργία των οιστρογόνων, αλλά η υπόθεση αυτή δεν έχει στοιχειοθετηθεί. Έρευνες έχουν αποκαλύψει πως άτομα που έπιναν σχεδόν καθημερινά από τα εφηβικά τους χρόνια αντιμετωπίζουν πολλαπλάσιο κίνδυνο σε σχέση με άτομα που δεν έπιναν καθόλου ή έπιναν μια φορά την εβδομάδα.(26)

Σύμφωνα με στοιχεία προσφάτων ερευνών η κατανάλωση ενός πακέτου τσιγάρων ημερησίως, από γυναίκες προ εμμηνόπαυσης και για 9 περίπου χρόνια, αυξάνει δραματικά τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου κατά σχεδόν 0%. Για γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση το ποσοστό μειώνεται στο 50%, αλλά ούτως ή άλλως είναι αφυπνιστικά υψηλό. Η διακοπή έχει αποδειχτεί πως είναι σε θέση να μειώσει το σχετικό κίνδυνο.(66)

Η έκθεση του στήθους σε ακτινοβολία έχει προσδιοριστεί ως παράγοντας αύξησης του κινδύνου εμφάνισης της νόσου.

Άλλα στοιχεία υποδηλώνουν πως γονιδιακές μεταλλάξεις που προκαλούν καρκίνο των ωοθηκών και της μήτρας είναι σε θέση να προκαλέσουν κακοήγη νεοπλασία στο μαστό.

Τέλος, οι πολλαπλές βιοψίες του μαστού και η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση της νόσου. Τα περισσότερα αντισυλληπτικά χάπια περιέχουν οιστρογόνα, παρ' όλα αυτά όμως οι μελέτες που αφορούν στη συσχέτιση του καρκίνου του μαστού και των αντισυλληπτικών χαπιών δεν έχουν συμπεράνει κάποια ισχυρή αλληλεπίδραση.(26)

### **3.4 ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να κάνουν μεταστάσεις σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Συχνότατα διηθούν τους τοπικούς λεμφαδένες γύρω από τον όγκο. Η λεμφική συμμετοχή μαζί με την πρωτοπαθή εστία καλείται και τοπική νόσος, σε αντιδιαστολή με την μεταστατική νόσο, όπου ο καρκίνος προσβάλλει όργανα ή λεμφαδένες σε απομακρυσμένες θέσεις από την πρωτοπαθή εστία.(11)

Παρότι κάθε τύπος, αλλά και κάθε καρκίνος ξεχωριστά, έχει την τάση να χορηγεί μεταστάσεις σε διαφορετικά σημεία, οι πιο συχνές μεταστατικές εστίες από συμπαγείς όγκους είναι οι πνεύμονες, τα οστά, το ήπαρ και ο εγκέφαλος. Όπως προαναφερθήκαμε, κάποιιοι τύποι καρκίνου τείνουν να χορηγούν μεταστάσεις σε ειδικές εστίες. Για παράδειγμα ο καρκίνος του πνεύμονα συχνά προσβάλλει τον εγκέφαλο και τα οστά, ενώ ο καρκίνος του εντέρου συχνά προσβάλλει το ήπαρ. Ο καρκίνος του μαστού αρέσκεται στο να μεθίσταται σε πνεύμονες, οστά, ήπαρ και εγκέφαλο χωρίς ιδιαίτερες διακρίσεις. Όμως όπως ήδη ειπώθηκε δεν υπάρχει ιδιαίτερος κανόνας και μπορεί εξίσου να προσβληθούν και άλλα σημεία του σώματος.(61)

Κάποιοι ασθενείς με μεταστάσεις δεν παρουσιάζουν ειδικά συμπτώματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι μεταστάσεις τους ανευρίσκονται από ακτινογραφίες ή άλλες εξετάσεις που γίνονται για διαφορετικούς σκοπούς. Όταν υπάρχουν συμπτώματα από τις μεταστάσεις, ο τύπος και η συχνότητα τους, εξαρτώνται από το μέγεθος και την εντόπιση των μεταστατικών όγκων. Για παράδειγμα μεταστάσεις στα οστά είναι πιθανόν να προκαλούν πόνο και προδιαθέτουν σε κατάγματα. Εγκεφαλικές μεταστάσεις μπορεί να προκαλέσουν μια ποικιλία συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανόμενων κεφαλαλγίας, επιληπτικών κρίσεων και αστάθειας. Κοιλιακή διάταση ή ίκτερος μπορεί να αποτελούν ενδείξεις ηπατικών μεταστάσεων.(30)

Κάποιες φορές ο πρωτοπαθής όγκος ενός ασθενούς διαγιγνώσκεται εξαιτίας των συμπτωμάτων της μεταστατικής εστίας. Για παράδειγμα, ένας ασθενής με καρκίνο του προστάτη και μεταστάσεις στα οστά της πυελικής ζώνης μπορεί να παρουσιάσει πόνο χαμηλά στη ράχη πριν ακόμα εμφανιστούν τα συμπτώματα που προκαλεί ο πρωτοπαθής όγκος στο προστάτη.(3)

Όταν κάποιος καρκίνος χορηγήσει μεταστάσεις, η αντιμετώπιση της νόσου μπορεί να περιλαμβάνει χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, βιολογική θεραπεία, ορμονοθεραπεία, χειρουργική επέμβαση, κρυστοχειρουργική ή συνδυασμό τους. Η επιλογή της αντικαρκινικής θεραπείας εξαρτάται από τον τύπο του πρωτοπαθούς όγκου, το μέγεθος και την εντόπιση της μετάστασης, την ηλικία και τη γενετική κατάσταση της υγείας του ασθενούς, καθώς και από τον τύπο των θεραπειών στις οποίες υποβλήθηκε στο παρελθόν. Σε ασθενείς με καρκίνο αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας, είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν οι μεταστάσεις, ακόμα και εάν δεν έχει βρεθεί η πρωτοπαθή εστία. Ο σκοπός της θεραπείας μπορεί να είναι να ελεγχθεί η εξέλιξη του καρκίνου ή η ανακούφιση από τα συμπτώματα ή τις τυχόν παρενέργειες της θεραπείας.(61)

Σε μεταστάσεις στα οστά ο νοσηλευτής προσπαθεί να ανακουφίσει τον ασθενή χορηγώντας αναλγητικά, ναρκωτικά και ηρεμιστικά φάρμακα. Συμβουλεύει την πάσχουσα να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις και να μην μετακινεί βάρη με σκοπό την πρόληψη των καταγμάτων. Όσον αφορά τη μετάσταση στο ήπαρ, ο νοσηλευτής μαζί με το γιατρό συμμετάσχει στη διενέργεια παρακέντησης κοιλίας. Φροντίζει την διατήρηση της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας και μειώνει την κατακράτηση υγρών με τη χορήγηση διουρητικών, κατόπιν ιατρικής οδηγίας. Επιπρόσθετα χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα. Σε

περίπτωση αδυναμίας σίτισης παρέχει τεχνητή διατροφή από το στόμα μέσω εντερικού σωλήνα Levin ή πλήρη παρεντερική διατροφή.(26)

Στη συνέχεια όσον αφορά τη μετάσταση στους πνεύμονες ο νοσηλευτής σε συνεργασία με το γιατρό, προβαίνουν σε παρακέντηση θώρακος με σκοπό την ανακούφιση των συμπτωμάτων, καθώς και στην υποστήριξη της αναπνοής με τη χορήγηση οξυγόνου.(3)

Τέλος, όταν η μετάσταση προκληθεί στον εγκέφαλο ο νοσηλευτής αρχικά εξασφαλίζει την καλή θρεπτική κατάσταση του ασθενούς, παρακολουθεί και διατηρεί το ισοζύγιο των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Κατά τη διάρκεια σπασμών του ασθενή προλαμβάνει την πρόκληση βλάβης ή τραυματισμού και προσπαθεί να διαμορφώσει για την πάσχουσα ένα άνετο, ακίνδυνο και υγιεινό περιβάλλον.(26)

#### **4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Η ανακοίνωση του καρκίνου τρομοκρατεί και εξουθενώνει. Αρχικά το έντονο σοκ τείνει να προάγει προφανή αισθήματα αμφισβήτησης και μερικές φορές σαφέστατης άρνησης. Συχνά οι αντιδράσεις αυτές χαρακτηρίζονται από έντονη αγωνία και φόβο. Η αποδοχή της διάγνωσης επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως τον τρόπο ανακοίνωσης της διάγνωσης, τις πεποιθήσεις του ασθενή για το αίτιο του καρκίνου και το νόημα της νόσου, τις καθυστερήσεις στη διάγνωση του, καθώς και την προσωπικότητα και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης του ασθενή.(40)

Η ανακοίνωση της διάγνωσης του καρκίνου γίνεται εξ' ίσου δύσκολη και για τους επαγγελματίες υγείας, όσο και για εκείνους που δέχονται τα δυσάρεστα νέα. Συχνά η διάγνωση του καρκίνου ανακοινώνεται σ' ένα πολυάσχολο εξωτερικό ιατρείο όπου υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ελάχιστου διαθέσιμου προσωπικού με ειδική εκπαίδευση και ουσιαστική κατανόηση του καρκίνου και της θεραπείας του. Συχνά ο χρόνος είναι περιορισμένος. Η επικοινωνία κατά την ενημέρωση δεν διακρίνεται πάντοτε από ειλικρίνεια και ευθύτητα.(45)

Εκείνοι που δέχονται την πληροφόρηση μπορεί να είναι υπερβολικά καταβεβλημένοι για να καταλάβουν ή να απορροφήσουν ότι τους ανακοινώνεται. Το έντονο σοκ, ο φόβος και η δυσπιστία που βιώνεται κατά την ανακοίνωση της διάγνωσης του καρκίνου πιθανόν να έχει σαν αποτέλεσμα ακόμη ολιγότερο ποσοστό απορρόφησης πληροφοριών. Σήμερα υποστηρίζεται η άποψη ότι οι άνθρωποι πρέπει να πληροφορούνται πλήρως για τον καρκίνο τους και ότι η γνώση της αλήθειας τόσο κατά τη χρονική στιγμή της διάγνωσης όσο και κατά τη διάρκεια της εμπειρίας της νόσου είναι εξαιρετικά σημαντικά για την προσαρμογή τους.(32)

Στο παρελθόν δεν ανακοινώνονταν η διάγνωση σε πολλά άτομα λόγω του φόβου της πρόκλησης συναισθηματικής καταπόνησης. Ακόμη και σήμερα αρκετά συχνά δεν προσφέρεται όλη η αλήθεια. Δεν σπανίζουν τα μέλη της οικογένειας που επιθυμούν την προστασία του αγαπημένου του προσώπου από τη διάγνωση και επιμένουν για την απόκρυψη της αλήθειας. (45)

## **4.1 ΤΕΧΝΙΚΗ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗΣ ΜΑΣΤΟΥ**

Παρόλο που ο αριθμός των καρκίνων του μαστού που διαγιγνώσκονται τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί, η θνησιμότητα και η νοσηρότητα των ασθενών έχει μειωθεί σημαντικά. Αυτό οφείλεται στην έγκαιρη διάγνωση που προσφέρουν τα σύγχρονα διαγνωστικά μέσα, στην επαγρύπνηση και ευαισθητοποίηση του γυναικείου πληθυσμού για την πραγματοποίηση τακτικών εξετάσεων, καθώς και στις σύγχρονες αποτελεσματικές θεραπείες.(46)

Η αυτοεξέταση των μαστών είναι κλινική εξέταση, που γίνεται από την ίδια την γυναίκα στους μαστούς και στις μασχάλες της. Σκοπό της έχει, μέσω της πολλαπλής επανάληψη της, να γνωρίσει η γυναίκα τη φυσιολογική μορφολογία των μαστών της, να αναγνωρίσει και να διακρίνει έγκαιρα οποιαδήποτε παράκληση 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.(15)

Η καλύτερη χρονική περίοδος για να εφαρμοστεί η τεχνική της αυτοεξέτασης 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 εικοστού έτους της ηλικίας και να μην διακόπτεται ποτέ, ούτε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ούτε κατά την εμμηνόπαυση.(17)

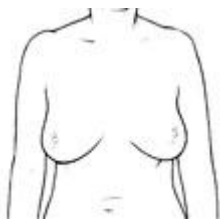
Τονίζεται ότι μόνο όταν εφαρμόζεται περιοδικά και συστηματικά παρέχει στη γυναίκα τη δυνατότητα της εξοικείωσης της με τους μαστούς της, ώστε να γίνει εύκολα αντιληπτή οποιαδήποτε μεταβολή τους.(46)

Αλλαγές που μπορεί να παρατηρηθούν κατά την ψηλάφηση και μπορεί να παρουσιάσουν κάποιο κίνδυνο και παραπέμπουν άμεσα στον ειδικό είναι:

- Ψηλάφηση μάζας
- Έκκριση από τη θηλή
- Πρήξιμο του μαστού
- Ερεθισμός του δέρματος ή εισολκή του
- Αλλοιώσεις από τη θηλή( πόνος, ερυθρότητα )
- Μάζα στη μασχάλη (15)

Η τεχνική της αυτοεξέτασης περιλαμβάνει δύο στάδια. Το πρώτο στάδιο αφορά την όρθια θέση και το δεύτερο στάδιο την ύπτια θέση.

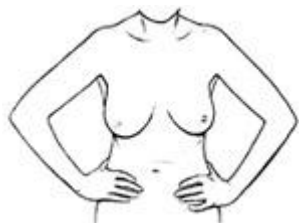
Όσον αφορά το πρώτο στάδιο η γυναίκα πρέπει να σταθεί όρθια απέναντι από ένα καθρέπτη αρκετά μεγάλο, ώστε να διακρίνεται με ευχέρεια το στήθος της. Πρέπει να παρατηρήσει με προσοχή τον κάθε μαστό, ψάχνοντας για κάτι ασυνήθιστο όπως: ασυμμετρία, εισολκή του δέρματος, ερυθρότητα, εξανθηματοειδή βλάβη ή έκκριση από τη θηλή.



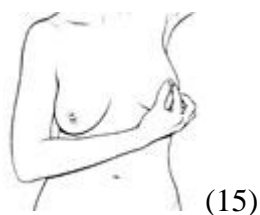
Πρέπει να επαναλάβει την επισκόπηση σταυρώνοντας τα δάκτυλα της και φέρνοντας τα χέρια της πίσω από το κεφάλι εφαρμόζοντας ελαφρά πίεση προς τα εμπρός.



Τελειώνει την επισκόπηση τοποθετώντας τα χέρια στην λεκάνη της, σκύβοντας ελαφρά προς τον καθρέπτη και φέρνοντας τους ώμους και τους αγκώνες εμπρός. Ακολουθώντας αυτά τα βήματα θα αισθανθούν τους μύες του θώρακα τους να σφίγγουν.



Ολοκληρώνουμε το πρώτο στάδιο της αυτοεξέτασης πιέζοντας ελαφρά τη θηλή του μαστού μεταξύ αντίχειρα και δείκτη του χεριού της αντίθετης πλευράς, παρατηρώντας για πιθανή έκκριση υγρού από αυτή (γαλακτώδους, πυώδους, αιμορραγικού). Έλξτε τη θηλή προς τα εμπρός και εκτιμήστε την ευχέρεια κινητικότητας της, όπως και ενδεχόμενη ευαισθησίας της.



Όσον αφορά το δεύτερο στάδιο, ανωμαλίες στην αρχιτεκτονική του μαστού γίνονται πιο εύκολα αντιληπτές σε αυτή τη θέση, καθώς έτσι οι ιστοί απλώνονται στηριζόμενοι στο σκληρότερο θωρακικό τοίχωμα. Σε αυτή την περίπτωση η γυναίκα θα πρέπει να ξαπλώσει χαλαρή, φέρνοντας το χέρι πίσω από το κεφάλι, τοποθετώντας προηγουμένως ένα λεπτό μαξιλαράκι κάτω από τον εξεταζόμενο ώμο.



Χρησιμοποιήστε ως εργαλείο ψηλάφησης τις ράγες των τριών μεσσαίων δακτύλων του χεριού της αντίθετης υπό την εξεταζόμενη πλευρά. Πρέπει να ψηλαφίσει σχολαστικά το μαστό σε όλη του την έκταση, ακολουθώντας στερεότυπη πορεία(κυκλική ή γραμμοειδή), ενώ μπορείτε να αλείγετε λοσιόν ή πούδρα στα δάκτυλα σας για να διευκολύνεται την ολίσθηση και να κάνετε πιο ευαίσθητη τη διαδικασία. Αισθανθείτε τους ιστούς πιέζοντας τους με τα δάκτυλα σας πάνω στους υποκείμενους μυς, καλύπτοντας μικρή επιφάνεια τη φορά.



Είναι απαραίτητο να συμπεριλαμβάνεται ολόκληρη την έκταση των μαστών, όπως και να μην παραλείγετε τις μασχάλες, αλλά και τις περιοχές μεταξύ αυτών και των μαστών, όπου ανευρίσκεται σημαντικό ποσοστό καρκίνων. Αξιολογήστε οποιαδήποτε ψηλαφητή επώδυνη περιοχή.(17)

Γίνεται αντιληπτό, ότι η συστηματική μηνιαία αυτοεξέταση του μαστού δεν είναι αμελητέα, αλλά ανώδυνος και ακίνδυνος τρόπος επανεκτίμησης της καλής υγείας του στήθους. Είναι υποχρέωση της κάθε γυναίκας να αφιερώνει τόσο λίγο χρόνο μία φορά το μήνα, όταν έτσι μπορεί να συμβάλει με μία απλούστατη εξέταση ρουτίνας στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.(15)

## **4.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**

Αν και καμία εξέταση του αίματος δεν μπορεί να θέσει οριστική διάγνωση για καρκίνο, ορισμένες εξετάσεις χρησιμοποιούνται για την εξακρίβωση ειδικών πληροφοριών. Η γενική αίματος για παράδειγμα είναι χρήσιμη στην εξακρίβωση της λευχαιμίας. Η παρουσία υψηλών επιπέδων του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA) μπορεί να υποδεικνύει καρκίνο του προστάτη.(41)

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί ειδικές εξετάσεις για καρκινικούς δείκτες. Οι εξετάσεις αυτές αναγνωρίζουν βιοχημικές ουσίες οι οποίες συντίθεται και απελευθερώνονται στην κυκλοφορία του αίματος από τα καρκινικά κύτταρα. Ωστόσο αυτοί δεν είναι 100% ακριβείς για τη διάγνωση των όγκων, επειδή πολλές από αυτές τις ουσίες παράγονται από τα φυσιολογικά ή τα εμβρυικά κύτταρα και βρίσκονται επίσης σε καλοήθης καταστάσεις. Έτσι, οι καρκινικοί δείκτες χρησιμοποιούνται κυρίως για την επιβεβαίωση της διάγνωσης ή την ανταπόκριση στη θεραπεία ή για την ανίχνευση υποτροπής. Το CA-125 χρησιμοποιείται για την ανίχνευση της παρουσίας καρκίνου της ωοθήκης ή την υποτροπή του μετά τη θεραπεία. Το καρκινοεμβρυικό αντιγόνο (CEA) και το CA 19-9, είναι καρκινικοί δείκτες που χρησιμοποιούνται για την ανίχνευση υποτροπής καρκίνου του γαστρεντερικού συστήματος, του παγκρέατος και του ήπατος. Το CA 27-29 χρησιμοποιείται πιο συχνά για την παρακολούθηση της προόδου της θεραπείας του καρκίνου του μαστού και αργότερα στον έλεγχο για υποτροπή. (58)

## **4.3 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΜΑΣΤΟΥ**

Η βιοψία ενός όγκου και η εξέταση των κυττάρων είναι οι πιο ασφαλείς διαδικασίες για την επιβεβαίωση της διάγνωσης της κακοήθειας στα περισσότερα νεοπλασμάτα. Η βιοψία είναι η λήψη ζώντων κυττάρων με σκοπό την εξέταση τους στο μικροσκόπιο. Συνήθως, το παρασκεύασμα ετοιμάζεται στο εργαστήριο τοποθετώντας το σε παραφίνη και περιμένοντας 24 ώρες πριν την εξέταση. Ωστόσο εάν το δείγμα λαμβάνεται στο χειρουργείο και ο χειρουργός αναμένει το αποτέλεσμα για να καθαρίσει το εύρος της επέμβασης που χρειάζεται για την απομάκρυνση όλων των κακοήθων κυττάρων, οι ιστοί μπορεί να ψυχθούν για ταχεία εξέταση. Η τεχνική αυτή ονομάζεται προετοιμασία ψυχρής τομής.(58)

Υπάρχουν 4 τρόποι να διαγνωστεί σωστά κατά πόσο η μάζα στο μαστό είναι καλοήθης ή κακοήθης:

1. Κυτταρολογική βιοψία: γίνεται με μία λεπτή βελόνα (FNA) που προσαρμόζεται σε μία σύριγγα και επιτρέπει την αναρρόφηση κυττάρων από την ύποπτη περιοχή του μαστού.

2. Ιστολογική βιοψία με βελόνα: η βιοψία αυτή είναι παρόμοια με την FNA, αλλά η βελόνα είναι μεγαλύτερης διαμέτρου και απαιτείται τοπική αναισθησία και μικρή τομή. Η διαφορά με την κυτταρολογική βιοψία συνίσταται στο ότι το υλικό που μελετά ο παθολογοανατόμος είναι ιστολογικό.

3. Στερεοτακτική: η λήψη του ιστολογικού γίνεται με τη βοήθεια και την καθοδήγηση ειδικών μηχανημάτων, ώστε να είναι βέβαιοι, η αφαίρεση υλικού από την ύποπτη περιοχή, ιδίως όταν η βλάβη του μαστού δεν είναι ψηλαφητή.

4. Ανοιχτή χειρουργική βιοψία: σε ορισμένες περιπτώσεις, η ταυτοποίηση της φύσης της ύποπτης περιοχής απαιτεί χειρουργική αφαίρεση. Άλλοτε με ταχεία βιοψία, δηλαδή άμεση απάντηση στο ερώτημα "καλοήθης ή κακοήθης" και άλλοτε με ιστολογική εξέταση κατά την οποία η απάντηση δίνεται μέσα σε ορισμένες ώρες.

Οι πρώτες 3 βιοψίες μπορούν να γίνουν και εκτός νοσοκομείου, η ανοιχτή χειρουργική βιοψία γίνεται μόνο στο χειρουργείο.(34)

## **4.4 ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ**

Η μαστογραφία είναι μία απεικονιστική εξέταση των μαστών, η οποία είναι χρήσιμη στη διάγνωση κακοήθων διαγνώσεων και τα φιλμ των ακτινών X που γίνεται η απεικόνιση του μαστού είναι ιδιαίτερα χρήσιμα στη διάγνωση όγκων των οστών και των οργάνων που περιέχουν στην κοιλότητα.(58)

Αναλυτικότερα, είναι μία ακτινολογική εξέταση που μπορεί να εντοπίσει ακόμη και την ύπαρξη πολύ μικρού μεγέθους καρκίνου στο μαστό, όταν αυτός δεν έχει δώσει ακόμη, κανένα κλινικό εύρημα. Σήμερα η συμβατική μαστογραφία βαθμιαία αντικαθίσταται από την ψηφιακή μαστογραφία η οποία παρουσιάζει καλύτερη ευκρίνεια, άρα και καλύτερα διαγνωστικά αποτελέσματα και η γυναίκα δέχεται μικρότερη ποσότητα ακτινοβολίας. Στην ψηφιακή μαστογραφία αντί για φιλμ χρησιμοποιείται ψηφιακός ανιχνευτής και ηλεκτρονικός υπολογιστής.(23)

Η μαστογραφία δίνει πληροφορίες για τα ψηλαφητά ογκίδια αλλά ταυτόχρονα μπορεί να ανακαλύψει μη ψηλαφητές ανωμαλίες που η ίδια η γυναίκα ή ο γιατρός της δεν μπορούν να ψηλαφήσουν. Η μέση διάμετρος του ογκιδίου που ανευρίσκεται στις γυναίκες που κάνουν τακτικά μαστογραφία είναι ένα εκατοστό. Το μέγεθος του ογκιδίου που κατά μέσο όρο ανευρίσκεται στις γυναίκες που κάνουν για πρώτη φορά μαστογραφία είναι 1,5 εκατοστά. Το μέγεθος του ογκιδίου που ανευρίσκεται τυχαία είναι 3,5 εκατοστά.

Η πρώτη μαστογραφία πρέπει να γίνεται σε ηλικία μεταξύ 35-40 χρονών και αποτελεί τη μαστογραφία αναφοράς για το μέλλον. Οι γυναίκες πρέπει να κάνουν κάθε χρόνο μετά την ηλικία των 40 ετών τη μαστογραφία και αυτό διότι μετά την ηλικία αυτή ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνει. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι παρόλο που η εξέταση γίνεται με ακτίνες, δεν είναι επικίνδυνη εξέταση, αφού οι σημερινοί μαστογράφοι είναι χαμηλής δόσεις και εκπέμπουν μικρή δόση ακτινοβολίας, η οποία δεν βάζει σε κίνδυνο την υγεία της γυναίκας. Αλλά επειδή έχει κάποια δόση ακτινοβολίας, θα πρέπει να φροντίσουμε η μαστογραφία που θα κάνουμε να είναι καλής ποιότητας αφενός για να μας εξασφαλίσει σωστή διάγνωση και αφετέρου να μην χρειαστεί η γυναίκα να την επαναλάβει και να λάβει ξανά ακτινοβολία.(71)



## **4.5 ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ**

Μια άλλη ακτινολογική τεχνική ανίχνευσης που χρησιμοποιείται συχνά είναι η αξονική τομογραφία. Η μέθοδος αυτή είναι μη επεμβατική και περιλαμβάνει σχετικά μικρά ποσά έκθεσης σε ακτινοβολία για το άτομο. Ο όρος μη επεμβατική σημαίνει ότι δεν είναι αναγκαίες χειρουργικές τεχνικές για να ανακαλύψουν το μέγεθος, το σχήμα, το περίγραμμα και την πυκνότητα ενός οργάνου.(58)

Οι αξονικές τομογραφίες λαμβάνονται με τον αξονικό τομογράφο. Ο ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση σε ένα κινούμενο κάθισμα το οποίο διέρχεται μέσω μιας κυκλικής τρύπας του μηχανήματος. Όση ώρα ο εξεταζόμενος βρίσκεται μέσα στη κυκλική περιοχή ακτινοβολείται με ακτίνες X ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Με αυτή τη μέθοδο λαμβάνονται κάθετες λεπτές τομές του ανθρώπινου σώματος, οι οποίες αποτυπώνονται σε φιλμ και εκτυπώνονται σε ειδικό χαρτί, με χρώμα μαύρο άσπρο και διαφανές.

Η αξονική τομογραφία παρά τα θετικά που έχει, έχει κ ορισμένα μειονεκτήματα. Τα πιο βασικά είναι τα εξής:

- ο εξεταζόμενος ακτινοβολείται με μεγάλη ποσότητα ακτίνων X και η ακτινοβολία έχει διαπιστωθεί ότι είναι ένας μεταλλαξιογόνος παράγοντας.
- ένα πολύ μικρό ποσοστό ανθρώπων εμφανίζει αλλεργία στη σκιαγραφική ουσία
- η εικόνα είναι σχετικά "άκαμπτη", αφού η μέγιστη κλίση λήψης που επιτυγχάνεται είναι 30 βαθμούς κελσίου
- δεν απεικονίζει τα μαλακά μόρια(73)

Μια τελευταία εξέλιξη της αξονικής τομογραφίας είναι η ελικοειδής αξονική τομογραφία(spiral) η οποία, πέρα από πολλά πλεονεκτήματα, παρέχει τη δυνατότητα ανακατασκευής των εικόνων ώστε να έχουμε και τομές σε άλλα επίπεδα(μετωπιαία, στεφανιαία) πράγμα που μέχρι τώρα η μαγνητική τομογραφία μπορούσε να κάνει.(63)

## **4.6 ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ**

Μια άλλη ακτινολογική τεχνική ανίχνευσης που χρησιμοποιείται συχνά είναι η μαγνητική τομογραφία μαστού ή μαγνητική μαστογραφία. Η μαγνητική τομογραφία είναι η μαγνητική απεικόνιση των μαστών που γίνεται με το μαγνητικό τομογράφο. Η μαγνητική τομογραφία δείχνει με μεγάλη ασφάλεια κ ευκρίνεια την ύπαρξη όγκων στο στήθος. Μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό κάποιων μορφών καρκίνου που είναι δύσκολο να εκτιμηθούν με απλό μαστογραφικό έλεγχο, όπως το λοβιακό διηθητικό καρκίνωμα μαστού.

Η μαγνητική (MRI) είναι επίσης προτεινόμενη εξέταση σε γυναίκες με ιστορικό καρκίνου ή μασχαλιαίων νόσων, καθώς και σε περιπτώσεις καρκίνων που εκδηλώνονται με εκκρίσεις από τη θηλή, καθώς πολλές φορές αυτού του τύπου οι καρκίνοι εμφανίζουν μεγάλη διασπορά στο μαστό, άρα και πολύ δύσκολο εντοπισμό.(70)

Κατά την εξέταση η ασθενής ξαπλώνει σε ύπτια θέση σε ειδική κλίνη, η οποία εισέρχεται σε ένα στενό τούνελ εξέτασης με εξαιρετικά υψηλά μαγνητικά πεδία. Η διαδικασία είναι θορυβώδης αλλά ανώδυνη και η ασθενής μπορεί να χρειαστεί να μείνει

ακίνητη μέχρι και μιάμιση ώρα. Η επαφή κατά τη διάρκεια της διαδικασίας με το προσωπικό πραγματοποιείται με μικρόφωνο και ακουστικά.

Η MRI συχνά, αν όχι και πάντα καθιστά δυνατό τον εντοπισμό εστιών που ευθύνονται για ειδικά κλινικά συμπτώματα. Οι εξετάσεις στην πορεία της νόσου καθιστούν επίσης δυνατό τον εντοπισμό εστιών που δεν έχουν ακόμη προκαλέσει κλινικά συμπτώματα. Από την άλλη όμως, τα κλινικά συμπτώματα που δεν σχετίζονται με απεικονίσιμη εστία της νόσου είναι ελάχιστα. Οι εξετάσεις MRI δείχνουν ότι οι εστίες της νόσου εντοπίζονται δέκα φορές συχνότερα με τον τρόπο αυτόν, σε σύγκριση με τα κλινικώς παρατηρούμενα επεισόδια.(72)

Ωστόσο δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει οποιοσδήποτε την MRI. Οι ασθενείς με βηματοδότη, συγκεκριμένα μεταλλικά τμήματα ή κλιπ, ή βλήμματα στο σώμα δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν την MRI. Επειδή οι ισχυροί μαγνήτες που χρησιμοποιούνται στην τεχνική αυτή μπορούν να λυγίσουν, να στρίψουν το μέταλλο και να προκαλέσουν βλάβη στο σώμα.(58)

Υπάρχουν δύο διαφορετικοί τύποι μαγνητικής τομογραφίας(MRI):

1. T1 ακολουθίες στη μαγνητική τομογραφία ταυτοποιούν νέες ενεργές εστίες και σημεία φλεγμονής

2. T2 ακολουθίες στη μαγνητική τομογραφία ταυτοποιούν ενεργές ή ανενεργές εστίες και το συνολικό όγκο τους, γνωστό ως συνολικό φορτίο νόσου

Ιδανικά χρησιμοποιούνται και T1 και T2 ακολουθίες στη μαγνητική τομογραφία για μία πιο πλήρη απεικόνιση της δραστηριότητας της νόσου.(72)

Βέβαια η μαγνητική τομογραφία έχει και κάποια μειονεκτήματα όπως:

- επειδή η γυναίκα πρέπει να παραμείνει στο εσωτερικό του μαγνητικού τομογράφου για αρκετή ώρα, σε πολλές περιπτώσεις έχει παρατηρηθεί άρνηση των γυναικών να υποβληθούν σ' αυτή την εξέταση λόγω κλειστοφοβίας

- η μαγνητική μαστογραφία γίνεται με ενδοφλέβια χορήγηση ειδικών σκιαγραφικών

- το κόστος του μαγνητικού τομογράφου είναι αρκετά μεγάλο με αποτέλεσμα να γίνεται σε μερικά ιατρικά κέντρα

- η ακρίβεια της μαγνητικής μαστογραφίας στον εντοπισμό του καρκίνου του μαστού δεν θεωρείται υψηλότερη σε σχέση με την ψηφιακή μαστογραφία, που όμως υπερτερεί στην ευκολότερη διαδικασία και το σημαντικότερο στο χαμηλότερο κόστος.(70)

## **4.7 ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ**

Μία ακόμη απεικονιστική μέθοδος του μαστού με υπερηχητικά κύματα είναι το υπερηχογράφημα ή οι υπέρηχοι του μαστού. Το υπερηχογράφημα είναι συμπληρωματική εξέταση των μαστών και μπορεί να διαχωρίσει εάν μία ανωμαλία ή ένα ογκίδιο είναι συμπαγές ή κυστικό, καλοήθης ή κακοήθης. Το υπερηχογράφημα μαστού είναι μία απλή, ανώδυνη διαγνωστική μέθοδος, χωρίς ακτινοβολία, που δεν απαιτεί προετοιμασία και μπορεί να χρησιμοποιηθεί εύκολα σαν μέθοδος πρώτης επιλογής, η αυτοψηλάφηση δεν είναι ασφαλής, κυρίως λόγω του μεγέθους των μαστών ή συνυπάρχουσας ινοκυστικής μαστοπάθειας. Η εξέταση συμπληρώνεται πάντοτε με τον έλεγχο των μασχαλιαίων κοιλιοτήτων για διογκωμένους λεμφαδένες.(44)

Η πιο συνηθισμένη καλοήθης κατάσταση, που δεν θεωρείται πάθηση αφού αφορά περισσότερο από το 60% των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας, είναι η Ινοκυστική

μαστοπάθεια ή κυστική νόσος των μαστών. Αν όμως υπάρχουν ευρήματα τότε αυτά οφείλονται σε καλοήγησ αλλά και σε κακοήγησ βλάβες.(10)

Το υπερηχογράφημα πραγματοποιείται με τη χρήση ειδικού μηχανήματος υπερήχων και με κατάλληλη για τον μαστό κεφαλή. Η γυναίκα τοποθετείται συνήθως σε ύπτια θέση και με τα χέρια πίσω από το κεφάλι. Με την τοποθέτηση της κεφαλής επάνω στο μαστό η συσκευή αναπαράγει ανατομικές τομές του μαστού σε ασπρόμαυρη εικόνα. Εξετάζονται οι μαστοί σε όλη τους την επιφάνεια καθώς και οι μασχαλιαίες περιοχές. Το υπερηχογράφημα πρέπει να εφαρμόζεται από γιατρούς που έχουν εμπειρία σ' αυτή τη μέθοδο και γνωρίζουν καλά τις παθήσεις του μαστού.(41)

Επιπλέον η μέθοδος μπορεί να εφαρμοστεί σε συνδυασμό πάντα με την κλινική εξέταση σε:

- γυναίκες μικρότερες των 35 ετών
- περιπτώσεις που χρειάζονται να γίνει παρακέντηση κάποιας ακτινολογικής ανωμαλίας υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση
- περιπτώσεις προεγχειρητικής εντόπισης με σύρμα κάποιας ακτινολογικής ανωμαλίας.(71)

Ο υπέρηχος του μαστού πρέπει να γίνεται σε:

- πυκνούς μαστούς
- όταν ανιχνεύεται ύποπτη μαστογραφικά μάζα μη ψηλαφητή
- σε ψηλαφητή μάζα και αναρχία μαζών
- όταν υπάρχει βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό
- σε ηλικίες κάτω των 30 ετών(για προληπτικό έλεγχο)
- πριν από ορισμένες επεμβάσεις(41)

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι το υπερηχογράφημα του μαστού με συσκευές υψηλής ευκρίνειας, με 3D/4D απεικόνιση και έγχρωμο Doppler, είναι μία σημαντική απεικονιστική μέθοδος στην καθημερινή ιατρική πράξη σε συνδυασμό με την μαστογραφία(απλή ή ψηφιακή) προσφέρει σημαντικές προοπτικές στην ανίχνευση και στη διαφορική διάγνωση των παθήσεων του μαστού.(44)

## **5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

### **5.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΣΤΑΔΙΟ 1 ΚΑΙ 2 ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Η εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο ευρίσκεται ο καρκίνος του μαστού. Η θεραπεία που απαιτείται για το στάδιο 1 και 2 του καρκίνου του μαστού, είναι διαφορετική από αυτή που απαιτείται για το στάδιο 3 και 4.

Τα μέσα θεραπείας που χρησιμοποιούνται για το καρκίνο του μαστού είναι τα ακόλουθα:

- χειρουργική θεραπεία
- ακτινοθεραπεία
- χημειοθεραπεία

- ορμονοθεραπεία(16)

Όσον αφορά τη χειρουργική θεραπεία στο στάδιο 1 και 2, η χειρουργική θεραπεία που χρησιμοποιείται είναι η μαστεκτομή. Υπάρχουν διάφορων ειδών επεμβάσεις που ονομάζονται μαστεκτομές. Όλες προϋποθέτουν την αφαίρεση ολόκληρου του αδένου του μαστού. Τα είδη στα οποία διακρίνεται η μαστεκτομή είναι τα εξής:

1. Ριζική μαστεκτομή: περιλαμβάνει την αφαίρεση όλου του μαστού, γίνεται πλήρης καθαρισμός της μασχάλης και αφαιρούνται οι μύες του θώρακα κάτω από το μαστό. Χρησιμοποιείται μόνο όταν ο καρκίνος έχει διηθήσει τους μύες του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος.

2. Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή: περιλαμβάνει επιπλέον της ριζικής και τον πλήρη λεμφαδενικό καθαρισμό της έσω μαστικής. Προτιμάται από πολύ λίγους χειρουργούς και σε περιπτώσεις εντόπισης του καρκίνου στο έσω ημιμόριο ή στο κέντρο του μαστού με διηθημένους τους μασχάλιους λεμφαδένες, δεδομένου ότι είναι γνωστή η αυξημένη συχνότητα διήθησης των έσω μαστικών λεμφαδένων σ' αυτές τις περιπτώσεις.

3. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή: περιλαμβάνει ολική αφαίρεση του μαστού, αφαίρεση της περιτονίας του μείζονα θωρακικού μυός και καθαρισμό της μασχάλης. Είναι η συχνότερη εφαρμοζόμενη μέθοδος μαστεκτομής.

4. Απλή μαστεκτομή: πραγματοποιείται αφαίρεση ολόκληρου του μαστού χωρίς να γίνει λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης.

5. Τμηματική μαστεκτομή: περιλαμβάνει καθαρισμό της μασχάλης, αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας, είτε εκτομή ολόκληρου τεταρτημορίου, είτε ευρεία τοπική εκτομή του όγκου με αφαίρεση του γύρω υγιούς αδενικού ιστού, έκτασης 2εκ. περίπου ή τοπική εκτομή του όγκου(ογκεκτομή).(63)

Η ακτινοθεραπεία τα τελευταία χρόνια δεν εφαρμόζεται συχνά και τη θέση της έχει πάρει η χημειοθεραπεία μετεγχειρητικά. Η ακτινοθεραπεία ενώ προφυλάσσει από την τοπική υποτροπή, δεν έχει εξακριβωθεί κατά πόσο μπορεί να παρατείνει την επιβίωση. Γι' αυτό το λόγο έχει αντικατασταθεί από την χημειοθεραπεία μετεγχειρητικά που μπορεί να μειώσει και τις υποτροπές αλλά συγχρόνως να ελέγξει και τη νόσο. (48)

Ακόμη και σε αρχικά στάδια του καρκίνου, οι γιατροί πιστεύουν πως κάποια καρκινικά κύτταρα μπορεί να αποσπαστούν από τον κύριο όγκο και να εξαπλωθούν σε άλλα όργανα ή στα κόκκαλα. Αυτά τα κύτταρα δεν προκαλούν κάποιο σύμπτωμα και δεν μπορούν να εντοπιστούν με παραδοσιακές τεχνικές απεικόνισης, με αποτέλεσμα οι γιατροί να παρατείνουν προληπτική χημειοθεραπευτική αγωγή για την εξάλειψή τους. Αυτού του είδους η θεραπεία καλείται επικουρική χημειοθεραπεία και δεν έχει σκοπό την μείωση του όγκου αλλά την μείωση των υποτροπών.(24)

Σε ασθενείς με θετικού ορμονικούς υποδοχείς, χορηγούνται αντιοιστρογόνα ως επικουρική ορμονοθεραπεία. Η ορμονοθεραπεία αυτή στις γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση συνδυάζεται με χημειοθεραπεία. Ο συνδυασμός αυτός αυξάνει το ευεργετικό αποτέλεσμα των φαρμάκων.(38)

## **5.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΣΤΑΔΙΟ 3 ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Όσον αφορά το στάδιο 3 η ακτινοθεραπεία θεωρείται σαν αγωγή πρώτης επιλογής στον προχωρημένο τοπικά καρκίνο του μαστού. Ο συνδυασμός της ακτινοθεραπείας μαζί με τη χημειοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία φαίνεται ότι αποτελεί ασφαλέστερο τρόπο αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού.(54)

Η χειρουργική θεραπεία σ' αυτό το στάδιο περιλαμβάνει ανακουφιστική εκτομή της καρκινικής μάζας, πριν ή μετά από την ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία.(37)

Η ακτινοθεραπεία μόνη της και μάλιστα σε υψηλές δόσεις μπορεί να προκαλέσει τοπικό έλεγχο του προχωρημένου καρκίνου του μαστού. Ο έλεγχος αυτός εξαρτάται από τη δόση ακτινοβολίας που χρησιμοποιείται βέβαια. Όσο αυξάνει το ποσοστό αυξάνει και ο έλεγχος ενός αντίθετα όσο μειώνει η δόση μειώνεται και ο έλεγχος.(17)

Η χημειοθεραπεία σ' αυτό το στάδιο μπορεί να περιορίσει ή να εξαφανίσει τον πρωτοπαθή όγκο βοηθώντας ταυτόχρονα στην καταπολέμηση των υποκλινικών μεταστάσεων. Η χημειοθεραπεία μπορεί να προηγείται αλλά και να γίνεται συγχρόνως με την ακτινοθεραπεία. Η ακτινοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία εφαρμόζεται επίσης στο προχωρημένο καρκίνο του μαστού.(54)

### **5.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ 4 ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Στο τελευταίο και προχωρημένο στάδιο με μεταστάσεις, στο στάδιο 4 η θεραπευτική μας ενέργεια δεν μπορεί να έχει παρά μόνο χαρακτήρα θεραπευτικό. Η επιβίωση στο στάδιο αυτό είναι περιορισμένη και η πρόγνωση εξαρτάται από την έκταση και τη βαρύτητα των μεταστάσεων.

Η χειρουργική θεραπεία σ' αυτό το στάδιο δεν εφαρμόζεται λόγω της κατάστασης της ασθενούς και της διασποράς. Μπορεί να εφαρμοστεί μόνο για διαπίστωση της μεταστατικής νόσου.(7)

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται στην αντιμετώπιση:

- α) δερματικών καρκινικών βλαβών
- β) οστικών εντοπίσεων της νόσου
- γ) σε λεμφαδενικές διηθήσεις

δ) είτε για τον έλεγχο του πόνου είτε για την αποφυγή αυτόματου κατάγματος σε οστικές βλάβες.

Οι εκτεταμένες βλάβες απαιτούν συστηματική θεραπεία, ορμονοθεραπεία, χημειοθεραπεία ή συνδυασμό μεταξύ αυτών.(17)

Τέλος, η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται με τα ίδια κριτήρια και στις γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση αλλά και στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Η χημειοθεραπεία σ' αυτό το στάδιο ενδείκνυται σε:

- ύπαρξη σπλαχνικών μεταστάσεων
- ασθενείς με αρνητικούς υποδοχείς
- ασθενείς με εξελισσόμενη νόσο
- ασθενείς που απέτυχε η ορμονοθεραπεία(24)

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι παραπάνω θεραπείες που γίνονται σε ασθενείς με καρκίνο, μπορούν να δημιουργήσουν κάποιες παρενέργειες. Με τις θεραπείες αυτές μπορεί να είναι στόχος τα καρκινικά κύτταρα, αλλά δυστυχώς καταστρέφονται και πολλά υγιή. Έτσι εξηγούνται και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των θεραπειών αυτών.(17)

Οι θεραπείες αυτές στοχεύουν στην καταστροφή των γρήγορα διαιρούμενων καρκινικών κυττάρων, αλλά παράλληλα μπορεί να επηρεάσουν και τα υγιή κύτταρα του οργανισμού. Υγιή κύτταρα που φυσιολογικά αναπτύσσονται και διαιρούνται είναι αυτά του στόματος, του γαστρεντερικού σωλήνα και των μαλλιών. Αυτά είναι που επηρεάζονται συχνότερα από τις καρκινικές θεραπείες. Σ' αυτό το σημείο πρέπει να σημειώσουμε ότι:

- οι παρενέργειες των θεραπειών διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή. Αυτό έχει να κάνει με πολλούς παράγοντες όπως για παράδειγμα από τη δόση της ακτινοβολίας ή από το συνδυασμό των φαρμάκων κατά τη χημειοθεραπεία.

- δεν εμφανίζονται όλοι οι ασθενείς παρενέργειες κατά τη διάρκεια των θεραπειών και όταν εμφανιστούν, συνήθως σταματούν με το πέρας της θεραπείας.

- η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς έχει μεγάλη σημασία. Πολλές από τις παρενέργειες είναι πιθανό να οφείλονται όχι στη θεραπεία αυτή καθαυτή, αλλά στο άγχος, την ανησυχία και το φόβο που αισθάνεται ο ασθενής. Η ψυχολογική υποστήριξη από το συγγενικό περιβάλλον και τον ειδικό παίζει μεγάλο ρόλο στη διαδικασία.

Υπάρχουν τρόποι και προφυλάξεις που βοηθούν σημαντικά στη μείωση των παρενεργειών. Όλα αυτά βέβαια υπό την καθοδήγηση και επίβλεψη του προσωπικού γιατρού της ασθενούς. Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να ενημερώσει την ασθενή για όλες τις παρενέργειες που μπορεί να προκύψουν από τις θεραπείες. Και με τη σειρά τους οι ασθενείς θα πρέπει να θέτουν τις απορίες τους υπόψη του θεράποντος ιατρού και όχι σε άλλους ασθενείς ή φίλους. Μόνο ο θεράπων ιατρός μπορεί να δώσει τις κατάλληλες πληροφορίες.(67)

## **5.4 ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Η χημειοθεραπεία είναι συστηματική αγωγή η οποία μπορεί να προκαλέσει ποικίλες παρενέργειες σε όλο το σώμα που εξαρτώνται από το είδος του φαρμάκου, ή των συνδυασμών των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται, τη δόση, το πρόγραμμα χορήγησης και την οδό χορήγησης. Πιθανόν, όμως, ο σημαντικότερος παράγοντας είναι η αντίδραση του συγκεκριμένου κάθε φορά ασθενούς στη χημειοθεραπεία, η οποία επηρεάζεται από την οργανική και ψυχολογική του κατάσταση κατά τη χρονική περίοδο της χορήγησης της.(59)

Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας είναι δυνατόν σύμφωνα με το χρόνο έναρξης τους να καταταχθούν σε τρεις κατηγορίες. Οι άμεσες παρενέργειες συμβαίνουν εντός 30 λεπτών από την έναρξή της θεραπείας. Οι βραχυχρόνιες παρενέργειες εμφανίζονται μεταξύ 3 και 7 ημερών μετά την έναρξη της θεραπείας ενώ, οι μακροχρόνιες παρενέργειες, οι οποίες συχνά έχουν αθροιστικό χαρακτήρα, μπορεί να θεωρηθεί ότι προκύπτουν μετά τις 7 ημέρες.(55)

### Άμεσες παρενέργειες της χημειοθεραπείας :

- πόνος στο σημείο εισόδου του ενδοφλέβιου καθετήρα μέσω του οποίου χορηγείται η χημειοθεραπεία
- φλεβικός πόνος
- ψυχρή αίσθηση κατά μήκος της φλέβας
- ερυθρότητα κατά μήκος της φλέβας
- ερυθρότητα προσώπου
- ερυθρότητα σώματος
- υπόταση
- αντιδράσεις υπερευαισθησίας
- αναφυλαξία

- ασυνήθης γεύση και οσμή

Οι τοπικές παρενέργειες της χημειοθεραπείας, οι οποίες σχετίζονται με το σημείο φλεβοκέντησης και τη φλεβική οδό, είναι συχνά παροδικού χαρακτήρα. Ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώσει τους ασθενείς σχετικά με το τι να περιμένουν και να τους παρέχει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες που χρειάζονται.(11)

#### Βραχυρόνιες παρενέργειες της χημειοθεραπείας:

- ανορεξία
- ναυτία και έμετος
- στοματίτιδα
- πόνος στην περιοχή του όγκου
- κακουχία
- σύνδρομο που μοιάζει με γρίπη, συμπεριλαμβανομένου του πυρετού
- χημική κυστίτιδα
- αιματοουρία
- ερυθρά ούρα
- δυσκοιλιότητα
- διάρροια

Η ανορεξία μπορεί να περιγραφεί σαν η ελάττωση του αισθήματος της όρεξης, η οποία συχνά βιώνεται από τους ανθρώπους με καρκίνο και όσους λαμβάνουν χημειοθεραπεία. Μπορεί να συμβάλλει στην ελλιπή πρόσληψη θερμίδων και στη συνακόλουθη απώλεια βάρους, με σημαντική επίδραση τόσο στην οργανική όσο και στη συναισθηματική ευεξία.(22) Ο νοσηλευτής το πρώτο βήμα που κάνει είναι η αξιολόγηση της κατάστασης θρέψης, η οποία περιλαμβάνει αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης, λήψη διαιτητικού ιστορικού, εντόπιση του παράγοντα που προκαλεί την απώλεια όρεξης και συγκεκριμένες μετρήσεις όπως το βάρος και το πάχος της δερματικής πτυχής. Είναι καλύτερο να ενημερώσει τους συγγενείς να του προσφέρουν έτοιμο φαγητό, διότι όταν μαγειρεύονται δημιουργούν δυσάρεστες οσμές, οι οποίες ίσως να τους προκαλέσουν αποστροφή. Τους προτείνει να τρώνε συχνά και μικρά γεύματα, να χαλαρώσουν με ασκήσεις χαλάρωσης πριν γευματίσουν και τέλος τους προτείνει να τρώνε κάτι πρόχειρο ανάμεσα στα γεύματα που να τους αρέσει.(11)

Η διάρροια χαρακτηρίζεται από αυξημένη κινητικότητα του εντέρου και υδαρείς κενώσεις. Ο βαθμός και η διάρκεια της διάρροιας εξαρτώνται από το χορηγούμενο χημειοθεραπευτικό παράγοντα, τη δόση, καθώς και τη συχνότητα χορήγησης. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσφέρει στους ασθενείς τροφή υψηλής θερμιδικής αξίας, υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες, μαλακή και ουδέτερη, εύπεπτη με όσο το δυνατό λιγότερο υπόλειμμα όπως για παράδειγμα ψάρι, κοτόπουλο, βρασμένα λαχανικά. Θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή να αποφεύγει το γάλα και τα προϊόντα του, τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες, καθώς και τροφές που επιδεινώνουν την διάρροια όπως: οι πικάντικες τροφές, ο καφές, τα αναψυκτικά που περιέχουν καφεΐνη, καθώς και ποτά και φαγητά που σερβίρονται πολύ ζεστά ή πολύ κρύα.(24)

Η δυσκοιλιότητα έχει περιγραφεί ως η μη συχνή, απέκκριση υπερβολικών σκληρών και ξηρών κοπράνων, που οφείλεται στην ελλιπή πλήρωση ή κένωση του ορθού. Τα συμπτώματα εμφανίζονται μέσα σε 3-7 ημέρες μετά τη χορήγηση των φαρμάκων. Η νοσηλευτική παρέμβαση στη δυσκοιλιότητα στοχεύει στην επαρκή πρόσληψη φυτικών ινών και υγρών, στο σχεδιασμό προγράμματος φυσικής άσκησης, ενώ τα μαλακτικά των κοπράνων και τα καθαρτικά θα πρέπει να συνταγογραφούνται συμπληρωματικά με τους

χημειοθεραπευτικούς παράγοντες οι οποίοι είναι γνωστό ότι προκαλούν δυσκοιλιότητα. Η έγκαιρη ειδοποίηση του ιατρικού προσωπικού για την έμφαση του προβλήματος, καθώς και η κατάλληλη χρήση της χορηγηθείσας αγωγής είναι δυνατόν να βοηθήσει στην πρόληψη των σοβαρότερων επιπλοκών αυτής της κατάστασης. Η χρήση καθαρτικών συνίσταται ειδικά για τους ασθενείς με ιστορικό δυσκοιλιότητας.(52)

Η στοματίτιδα είναι η οξεία φλεγμονή του στοματικού και του στοματοφαρυγγικού βλεννογόνου, συμπεριλαμβανομένων των χειλέων, της γλώσσας, των ούλων, του παρειακού βλεννογόνου, της υπερώας και της βάσης του στόματος. Τα πρώτα συμπτώματα της στοματίτιδας, συμπεριλαμβανομένων των ωχρών και ξηρών βλεννογόνων μεμβρανών, μπορούν να παρατηρηθούν ήδη από την τρίτη ημέρα της χορήγησης του χημειοθεραπευτικού παράγοντα και είναι δυνατόν να ακολουθούνται από μια αίσθηση καύσου. Ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώσει την ασθενή για τη στοματική υγιεινή, να της συστήσει να χρησιμοποιεί μαλακή οδοντόβουρτσα ώστε να προληφθεί η βλάβη των ιστών και κατά συνέπεια η ελάττωση της λοίμωξης. Η ασθενής πρέπει να χρησιμοποιεί αντιβακτηριακά στοματικών πλύσεων και για την απομάκρυνση των πυκνών εκκριμάτων, διττανθρακικό νάτριο ή διάλυμα υπεροξειδίου του υδρογόνου. Προτείνεται η λήψη μαλακών τροφών με απαλή σύσταση ενώ πρέπει να αποφεύγονται οι πικάντικες και όξινες τροφές. Είναι απαραίτητα τα αντιβακτηριακά και αντιμυκητιασικά στοματικά διαλύματα για την αντιμετώπιση των στοματικών λοιμώξεων. Σε βαρύτερες περιπτώσεις ο νοσηλευτής θα πρέπει να αντιμετωπίσει τη στοματίτιδα με ενδοφλέβια ενυδάτωση, μέτρα ελέγχου του πόνου και περιστασιακά την εντερική ή παρεντερική σίτιση.(2)

Η ναυτία και ο έμετος που προκαλούνται από τη χημειοθεραπεία εμφανίζονται σε διαφορετικές χρονικές στιγμές σε σχέση με το χρόνο χορήγησης της χημειοθεραπείας. Η ναυτία και ο έμετος που εμφανίζονται μέσα σε διάστημα 2 ωρών από την έναρξη της θεραπείας θεωρούνται η οξεία μορφή του συμπτώματος. Ο νοσηλευτής για την αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμέτου μπορεί να χρησιμοποιήσει διάφορα φάρμακα όπως αντιισταμινικά, βενζοδιαζεπίνες, κορτικοστεροειδή κ.α. Προτείνει συχνά και μικρά γεύματα, αποφεύγοντας τα λιπαρά και πολλά μπαχαρικά, να καταναλώνει μικρές και συχνές ποσότητες υγρών όπως σούπες, τσάι, χυμούς. Οι τεχνικές χαλάρωσης και άσκησης απόσπασης της προσοχής, οι μαλάξεις και η αρωμαθεραπεία είναι δυνατόν να έχουν μια θεραπευτική επίδραση. Είναι σημαντικό να φροντίζουμε και το περιβάλλον του ασθενή με τη χρήση απαλών χρωμάτων και προσφέροντας μουσική, τηλεόραση αλλά και δυνατότητα πρόσβασης στο καθαρό αέρα.(24)

#### Μακροχρόνιες και αθροιστικές παρενέργειες της χημειοθεραπείας:

- καταστολή του μυελού των οστών
- αλωπεκία
- δερματικές αντιδράσεις, συμπεριλαμβανομένων εξανθημάτων, φλεγμονής, υπέρχρωσης
- πνευμονική ίνωση
- θρομβοφλεβίτιδα
- συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια
- ηπατική δυσλειτουργία
- νεφροτοξικότητα
- σεξουαλική δυσλειτουργία
- νευρολογικά προβλήματα
- τοξικότητα του ΚΝΣ

Όσον αφορά την καταστολή του μυελού των οστών πολλοί από τους παράγοντες που χρησιμοποιούνται στην αντικαρκινική χημειοθεραπεία επηρεάζουν τα ταχέως διαιρούμενα



βλαστικά κύτταρα του μυελού των οστών: τα ερυθροκύτταρα, τα λευκοκύτταρα και τα θρομβοκύτταρα. Η καταστολή του μυελού των οστών που οδηγεί σε απώλεια των λευκών αιμοσφαιρίων, και ειδικότερα των ουδετερόφιλων, θέτει τους ασθενείς σε ομάδα υψηλού κινδύνου για προσβολή από βαριές βακτηριακές λοιμώξεις. Ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώσει την ασθενή ότι είναι σημαντικό να διατηρείται η ακεραιότητα του δέρματος και των βλεννογόνων, ώστε να εξασφαλίζεται ο φραγμός ενάντια στη λοίμωξη. Ιδιαίτερη φροντίδα θα πρέπει να δίνεται στην προσωπική υγιεινή και στην αποφυγή τραυμάτων και μολώπων. Οι ενέσεις και οι καθετηριασμοί οι οποίοι διακόπτουν την ακεραιότητα του δέρματος και αυξάνουν τον κίνδυνο λοίμωξης θα πρέπει να μειώνονται στο ελάχιστο δυνατό από το νοσηλευτή, καθώς επίσης να επισημάνει ότι φάρμακα που επηρεάζουν την πήκτικότητα του αίματος, όπως η ασπιρίνη να χορηγούνται με περίσκεψη. Τους ενημερώνει ότι πρέπει να αποφεύγουν τα πολυσύχναστα μέρη ή την επαφή με πρόσωπα με γνωστή λοίμωξη.(52)

Στην καρδιοτοξικότητα ένας αριθμός χημειοθεραπευτικών παραγόντων, με κυρίαρχους την δοξορουμπισίνη και την δαυνομυκίνη, έχουν τοξική δράση στη καρδιά. Υποξείες τοξικότητες, όπως η μυοκαρδίτιδα και η περικαρδίτιδα απαντώνται επίσης κατά τις ημέρες ή τις εβδομάδες μετά τη χημειοθεραπεία αλλά δεν είναι συχνές. Επίσης, η μιτοξαντρόνη, ενώ είναι παρόμοια σε δομή με τη δοξορουμπισίνη και τη δαυνορουμπισίνη, είναι λιγότερο καρδιοτοξική. Άλλοι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες με αναγνωρισμένες καρδιοτοξικές παρενέργειες είναι η αμσακρίνη, η μπλεομυκίνη, η κυκλοφωσφαιμίδη, η πλατίνα, η διεθυλστυλβεστόλη, η πακλιταξέλη, και η 5-FU τα οποία έχουν συσχετιστεί με τη στηθάγχη και με το έμφραγμα του μυοκαρδίου που μπορεί να είναι θανατηφόρο σε ένα ποσοστό των περιπτώσεων.(20)

Οι νευρολογικές παρενέργειες που σχετίζονται με τη χημειοθεραπεία δεν είναι σπάνιες αλλά είναι δύσκολο να διαχωριστούν από τις παρενέργειες του ίδιου του καρκίνου. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η νευροτοξικότητα είναι παροδική, παρόλο που μπορεί να γίνει και μόνιμη. Η βαριά νευροτοξικότητα είναι δυνατό να οδηγήσει σε διακοπή της χορήγησης του φαρμάκου που ενοχοποιείται ή να χρειαστεί προσωρινή διακοπή της θεραπείας, ώστε να δοθεί ο απαιτούμενος χρόνος για να υποχωρήσουν τα συμπτώματα πριν την αναπροσαρμογή της δόσης του φαρμάκου ή την αλλαγή του.(60)

Η πνευμονική τοξικότητα, συχνά με τη μορφή της πνευμονίτιδας ή της ίνωσης είναι το αποτέλεσμα της βλάβης των ενδοθηλιακών κυττάρων των πνευμόνων. Ο νοσηλευτής για να αντιμετωπίσει την πνευμονική τοξικότητα πρέπει να διακόψει το φάρμακα και να χορηγήσει στεροειδή. Τέλος μια γνωστή παρενέργεια της ιντερλευκίνης-2 του τροποποιητή της βιολογικής κατάστασης, είναι η βαριά αναπνευστική δυσχέρεια, η οποία ίσως να απαιτεί μηχανικό αερισμό.(2)

Όσον αφορά την ηπατοτοξικότητα, η βλάβη του ήπατος από την αντικαρκινική χημειοθεραπεία μπορεί να γίνεται αντιληπτή μέσω αυξήσεων των τιμών των ηπατικών ενζύμων στις εξετάσεις λειτουργικότητας του ήπατος ή σε ηπατομεγαλία, ή τέλος σε έμφραση ίκτερου ή κοιλιακού πόνου. Ο ρόλος του νοσηλευτή σ' αυτή την περίπτωση είναι να τροποποιήσει την δόση όταν εμφανίζεται ηπατική δυσλειτουργία, επειδή πολλοί χημειοθεραπευτικοί παράγοντες μεταβολίζονται στο ήπαρ. Η ηπατοτοξικότητα είναι σχετικά σπάνια αλλά πολύ σοβαρή επιπλοκή της χημειοθεραπείας και είναι απαραίτητο να παρακολουθείται η ηπατική λειτουργία με τις εξετάσεις λειτουργικότητας του ήπατος καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας.(60)

Τέλος πολλοί χημειοθεραπευτικοί παράγοντες οδηγούν στην νεφροτοξικότητα. Σ' αυτή την περίπτωση ο νοσηλευτής οδηγείται στην προενυδάτωση και μετενυδάτωση από τη θεραπεία με πλατίνα, καθώς στην ενδοφλέβια χορήγηση μανιτόλης που αποτελούν τα κύρια μέτρα πρόληψης ή ελαχιστοποίησης των βλαβών της νεφρικής λειτουργίας.(24)

## **5.5 ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ** **ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Στους ασθενείς με καρκίνο, οι συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας διακρίνονται σε οξείες ή άμεσες και σε χρόνιες ή απώτερες ανάλογα με το χρονικό διάστημα εμφάνισής τους.

Οι άμεσες ανεπιθύμητες ενέργειες παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας ή εντός έξι μηνών από το πέρας αυτής. Οφείλονται στην καταστροφή των κυττάρων, η μιτωτική δραστηριότητα των οποίων μεταβάλλεται. Αν οι αλλοιώσεις αυτές δεν αναστραφούν επέρχεται μόνιμη βλάβη του ιστού. Οι χρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες δημιουργούνται από την προσπάθεια του οργανισμού να επουλώσει την βλάβη που προξένησε στα κύτταρα η ακτινοβολία, μπορεί να εμφανιστούν μετά από μία λανθάνουσα περίοδο που κυμαίνεται από έξι μήνες έως τέσσερα χρόνια και συνήθως είναι μη αναστρέψιμες.(20)

Στις ασθενείς με καρκίνο του μαστού, στις άμεσες ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας περιλαμβάνονται οι αντιδράσεις από το δέρμα όπως ερύθημα και υπέρχρωση δέρματος, το οίδημα μαστού, το λεμφοίδημα άνω άκρου, η κόπωση, η ναυτία, και η ήπια καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Οι χρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες όπως η ίνωση, παρουσιάζονται αργότερα και η σοβαρότητά τους εξαρτάται από το χρόνο που μεσολάβησε μεταξύ της εμφάνισής τους και της έκθεσής τους στην ακτινοβολία. Άλλες χρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι το κάταγμα πλευρών, το σύνδρομο βραχιονίου πλέγματος, η πνευμονίτιδα, οι επιπλοκές από την καρδιά και ο κίνδυνος καρδιογέννεσης.

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη σοβαρότητα των παρενεργειών της ακτινοθεραπείας είναι η ένταση της ακτινοβολίας, ο ρυθμός της ημερήσιας δόσης και ο χρόνος έκθεσης.(62)

Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας είναι οι αντιδράσεις του δέρματος, η κόπωση, το οίδημα μαστού, το λεμφοίδημα και οι διαταραχές ύπνου.(48)

Όσον αφορά τις δερματικές αντιδράσεις, ο νοσηλευτής δίνει άμεση προτεραιότητα και δίνονται οι σχετικές οδηγίες. Η ασθενής θα πρέπει να διατηρεί το δέρμα της στεγνό και να αποφεύγει να χρησιμοποιεί αρώματα, σαπούνια και κρέμες κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Προκειμένου να προστατέψει την συγκεκριμένη περιοχή από αλλαγές θερμοκρασίας είναι προτιμότερο να φορά χαλαρά ρούχα ή βαμβακερή μπλούζα, αλλά και για να αποφεύγονται οι κακώσεις, η τριβή και η πίεση στη περιοχή. Μπορεί να κάνει μπάνιο με κρύο ή με ζεστό νερό, όχι όμως καυτό. Ο νοσηλευτής θα πρέπει επίσης να της επισημάνει ότι θα πρέπει να αποφεύγει την ηλιοθεραπεία και την κολύμβηση σε πισίνες με χλώριο. Σε περίπτωση που η αντίδραση του δέρματος είναι πολύ σοβαρή συστήνεται να της χορηγηθούν ειδικές κρέμες.

Όσον αφορά την κόπωση κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την ασθενή να απολαμβάνει μικρές περιόδους ανάπαυσης και να συμμετέχει σε προγράμματα ήπιας γυμναστικής όπως για παράδειγμα κολύμπι και περπάτημα.(14)

Η καλύτερη νοσηλευτική παρέμβαση στις αλλαγές αίσθησης στο μαστό είναι η πληροφόρηση της ασθενούς για το τι αναμένεται και η λεπτομερής περιγραφή των αισθητικών διαταραχών που πρόκειται να βιώσει. Ο νοσηλευτής την συμβουλεύει να φοράει χαλαρά ρούχα και να είναι ξαπλωμένη στο κρεβάτι προκειμένου να αποφευχθεί το οίδημα.(62)

Στην περίπτωση του λεμφοιδήματος ο νοσηλευτής εξηγεί στην ασθενή ότι τα μέτρα που θα λάβει θα πρέπει να είναι τα εξής:

- να χρησιμοποιεί προστατευτικά γάντια κατά τη διάρκεια εργασιών στο σπίτι
- να αποφεύγει την φλεβοπαρακέντηση, την μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και τις ενέσεις στο προσβεβλημένο χέρι
- να αποφεύγει ενδύματα που είναι πολύ σφιχτά και εμποδίζουν την σωστή κυκλοφορία του αίματος
- να αποφεύγει να σηκώνει βάρη και να πραγματοποιεί βίαιες και απότομες κινήσεις με το προσβεβλημένο άκρο.

Επιπρόσθετα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρατηρεί καθημερινά το λεμφοίδημα με τη μέτρηση της περιφέρειας σε διάφορα σημεία κατά μήκος του άκρου.(43)

Τέλος, προκειμένου η ασθενής να αποφύγει τις διακοπές ύπνου, ο νοσηλευτής θα πρέπει να κάνει τις εξής παρεμβάσεις:

- διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος, χωρίς θορύβους και φώς
- αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που εμποδίζουν τον ύπνο
- καθιέρωση συγκεκριμένης ώρας κατάκλισης και έγερσης
- η ασθενής να είναι φαγωμένη πριν κοιμηθεί, ώστε να αποφευχθεί το αίσθημα της πείνας
- αποφυγή ροφημάτων που περιέχουν διεγερτικά όπως coca-cola και καφεΐνη
- ήπια άσκηση που πραγματοποιείται 6 ώρες πριν την νυχτερινή κατάκλιση βοηθά στην επέλευση του ύπνου.(62)

## **5.6 ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ** **ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Πολλές γυναίκες αναγνωρίζουν τις ορμονικές αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα τους, καθώς είναι συνηθισμένες να τις παρατηρούν κατά τη διάρκεια του καταμήνιου κύκλου. Είναι εξοικειωμένες με την <<οιδηματώδη>> δράση της προγεστερόνης, στην οποία οφείλεται η κατακράτηση υγρών πριν την εμμηνορρυσία καθώς επίσης η ναυτία και η αυξημένη όρεξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επίσης γνωρίζουν ότι οι συγκεκριμένες αλλαγές εμφανίζονται στο σώμα τους σαν αποτέλεσμα των ορμονικών αλλαγών, όπως οι αλλαγές στο δέρμα και στο τριχωτό, οι διακυμάνσεις του σωματικού βάρους και η ανακατανομή του σωματικού λίπους. Αυτές οι αλλαγές δεν είναι επιθυμητές στην καθημερινή ζωή των γυναικών γι' αυτό και πολλές γυναίκες είναι δυνατόν να δυσκολευτούν να προσαρμοστούν στην ορμονική θεραπεία.(7)

Τα ορμονικά σκευάσματα που προκαλούν εμμηνόπαυση επιφέρουν σημεία γήρανσης. Αρκετά προκαλούν μείωση της σεξουαλικής διάθεσης, εκροή από τον κόλπο, αιμορραγία ή και ξηρότητα ενώ μία συχνή παρενέργεια τους είναι η αύξηση του σωματικού βάρους. Επίσης κάποια σκευάσματα πιθανόν να επιφέρουν αλλαγές τύπου αρρενοποίησης, όπως υπερτρίχωση κυρίως στη περιοχή του προσώπου και απώλεια του τριχωτού της κεφαλής. Ταυτόχρονα με τις αλλαγές που επέρχονται στη γυναικεία υπόσταση επηρεάζονται οι ρόλοι της γυναίκας σαν ερωτική σύντροφος, σύζυγος και μητέρα.(56)

Για πολλές γυναίκες η ανακούφιση από τα συμπτώματα της ασθένειας καθιστά τη θεραπεία με ορμόνες αποδεκτή. Για άλλες, ειδικά για εκείνες τις γυναίκες που λαμβάνουν

ορμόνες σαν επικουρική θεραπεία, οι παρενέργειες είναι ολιγότερο αποδεκτές, αλλά τα επερχόμενα προβλήματα μπορεί εύκολα να υποεκτιμώνται από το ιατρικό προσωπικό.(38)

Οι ασθενείς που λαμβάνουν ορμονική θεραπεία βιώνουν κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι παρενέργειες της ορμονοθεραπείας εξαρτάται από το φάρμακο που χορηγείται.(36)

Η Ταμοξιφένη ανήκει στην κατηγορία των αντιοιστρογόνων και είναι η πιο συνηθισμένη μορφή ορμόνης που χρησιμοποιείται στην ορμονοθεραπεία. Οι παρενέργειες της Ταμοξιφένης είναι γενικά παρόμοιες με τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης. Οι πιο συχνές είναι η αύξηση βάρους, οι εξάψεις, οι νυχτερινές εφιδρώσεις, η κόπωση, η ξηρότητα του κόλπου ή φαγούρα στο κόλπο, οι διαταραχές της περιόδου, ο πονοκέφαλος και σπανιότερα ναυτία, έμετος και το δερματικό εξάνθημα.

Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι δεν έχουν όλες οι γυναίκες παρενέργειες από την Ταμοξιφένη. Σοβαρές παρενέργειες είναι σπάνιες και περιλαμβάνουν τον αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης θρόμβων στις φλέβες και την ανάπτυξη καρκίνου του ενδομητρίου. Η Ταμοξιφένη χορηγείται καθημερινά σε ταμπλέτες. Είναι συνήθως η πρώτη επιλογή ορμονοθεραπείας σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου του μαστού ενώ παράλληλα υπάρχουν και πολλές εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές στην περίπτωση που ο καρκίνος δεν έχει ανταπόκριση στο συγκεκριμένο φάρμακο.(49)

Μία άλλη ορμόνη η Αρωματάση προκαλεί παρενέργειες λόγω της "πιο βαθιάς εμμηνόπαυσης" που προκαλούν, αποστερώντας το γυναικείο πληθυσμό από τα οιστρογόνα. Οι πιο συχνές παρενέργειες της είναι η αύξηση της χοληστερίνης, η κόπωση, οι μυαλγίες και αρθραλγίες, όπως και η ανάπτυξη οστεοπόρωσης που οδηγεί σε αύξηση της πιθανότητας καταγμάτων. Σε αντίθεση με την Ταμοξιφένη δεν αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του ενδομητρίου, ενώ η πιθανότητα ανάπτυξης θρόμβων είναι μικρότερη.(6)

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να ενημερώσει την άρρωστη για τις πιθανές παρενέργειες που δημιουργεί η θεραπεία και να την καθησυχάσει ότι η ύπαρξή τους δεν σημαίνει και αποτυχία της θεραπείας. Πρέπει να εντοπίσει τον πόνο και να τον αντιμετωπίσει με αναλγητικά φάρμακα καθώς επίσης να πληροφορεί την ασθενή και την οικογένεια της για την εμφάνιση συμπτωμάτων υπερασβεστιαϊμίας και τον τρόπο αντιμετώπισής τους. Πρέπει να είναι σε ετοιμότητα και να επαγρυπνεί για την κατακράτηση υγρών που προκαλούν τα οιστρογόνα βοηθώντας στη πρόληψη με τον περιορισμό νατρίου στη δίαιτα και χρήση διουρητικών. Τέλος, πρέπει να εξηγήσει στην καρκινοπαθή ότι οι παρενέργειες είναι προσωρινές και να τη βοηθήσει ώστε να μην την καταβάλει η ασθένεια.(49)

## 5.7

### ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

#### ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

**Παράδειγμα 1:** Η κ. Ελένη, ηλικίας 55 ετών νοσηλεύεται στο νοσοκομείο και λαμβάνει χημειοθεραπεία γιατί πάσχει από καρκίνο του μαστού. Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων μειώθηκε στις 2.800, δυσκολεύεται στη λήψη τροφής ως αποτέλεσμα βλεννογονίτιδας και ανορεξίας. Καθώς επίσης είναι 7 κιλά λιγότερο από το φυσιολογικό βάρος και έχει θερμοκρασία 38,3° C.

Εκτίμηση αναγκών & προβλημάτων της ασθενούς:	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας:	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας:	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας:	Αξιολόγηση φροντίδας:
-λευκά αιμοσφαίρια μειώθηκαν στα 2.800	- λευκά αιμοσφαίρια> 3.000	-παρακολούθηση λευκών αιμοσφαιρίων.	-χορήγηση αίματος	-λευκά αιμοσφαίρια είναι 3200.
-θρεπτικό ανισοζύγιο.	-εξασφάλιση επαρκούς ενυδάτωσης και θρέψης.	-ενθάρρυνση για σωστή διατροφή και ενυδάτωση.	-δημιουργία ενός προγράμματος διατροφής που περιέχει όλα τα θρεπτικά συστατικά που του χρειάζονται.	-λαμβάνει επαρκή τροφή και νερό
-μείωση σωματικού βάρους	-αύξηση και διατήρηση σωματικού βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα.	-ενθάρρυνση για σωστή διατροφή και ενυδάτωση.	-δημιουργία ενός προγράμματος διατροφής που περιέχει όλα τα θρεπτικά συστατικά που του χρειάζονται.	-λαμβάνει επαρκή τροφή και υγρά.

-αυξημένη θερμοκρασία σώματος	-μείωση και σταθεροποίηση θερμοκρασίας	-χορήγηση αντιπυρετικών, περιορισμός επισκεπτών.	-χορήγηση IV αντιπυρετικών, να μην επιτρέπεται η επίσκεψη σε άτομα με λοίμωξη.	-θερμοκρασία 37,1° C, χωρίς σημεία λοίμωξης, παρακολουθούνται οι επισκέπτες.
-βλεννογονίτιδα	-εξάλειψη βλεννογονίτιδας	-διδασκαλία σωστής υγιεινής, στοματικής φροντίδας, πλυσίματος των χεριών πριν τα γεύματα και μετά τη χρήση της τουαλέτας.	-χορήγηση στοματικών διαλυμάτων, και συχνό μπάνιο.	-ο ασθενής εφαρμόζει σωστό πλύσιμο των χεριών και σωστή υγιεινή.

**Παράδειγμα 2:** Η κ. Μαρία νοσηλεύεται στο νοσοκομείο και λαμβάνει χημειοθεραπεία γιατί πάσχει από καρκίνο του μαστού. Η ασθενής παρουσιάζει ναυτία χωρίς όρεξη και απώλεια μαλλιών λόγω της αγωγής που λαμβάνει.

Εκτίμηση αναγκών & προβλημάτων της ασθενούς:	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας:	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας:	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας:	Αξιολόγηση φροντίδας:
-παρουσίαση ναυτίας χωρίς όρεξη.	-η ασθενής να ανακουφιστεί από τη ναυτία.  -η ασθενής να είναι ικανή να φάει με την ελάχιστη δυσανεξία.	-προφύλαξη από δυσάρεστες οσμές, συχνή υγιεινή στόματος.  -χορήγηση αντιεμετικών, πριν και κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.	-να μην έρχεται σε επαφή με οσμές που προκαλούν ναυτία.  -χορήγηση IV αντιεμετικών.	-υπάρχει συχνή υγιεινή στόματος.  -χορηγούνται αντιεμετικά 45 λεπτά πριν τα γεύματα.
-απώλεια μαλλιών.	-ο ασθενής να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα του σώματος του εντός 3 εβδομάδων.	-χρήση σκούφου και μολυβιού φρυδιών ανάλογα με τις ανάγκες. -εξήγηση στον άρρωστο ότι τα μαλλιά θα ξανάφυτρώσουν αμέσως μόλις τελειώσει η θεραπεία. -ενθάρρυνση για έκφραση συναισθημάτων και για εστίαση στις δυνάμεις.	-συζήτηση με την ασθενή σχετικά με το θέμα της απώλειας μαλλιών.  -συζήτηση σχετικά με τα συναισθήματα για την απώλεια μαλλιών.	-έλεγχος για την απόκτηση περούκας, η οικογένεια έφερε μαντίλι κεφαλής.

-ενθάρρυνση  
του αρρώστου  
να φορά δικά  
του ρούχα και  
να διατηρεί  
τις  
κοινωνικές  
επαφές του.

-συζήτηση  
σχετικά  
με την  
ενδυμασία  
του και  
την  
δραστηριοποίηση  
του.

- έχει το δικό του  
ρουχισμό και  
έχει κοινωνικές  
επαφές.

## **6. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού είναι η μεγαλύτερη πρόκληση τόσο για τους επιστήμονες όσο και για τις γυναίκες.

Η ασθένεια παρά τη μεγάλη της συχνότητα μπορεί να θεραπευτεί αν διαγνωσθεί έγκαιρα, γι' αυτό και οι επιστήμονες κρούουν τον κώδικα του κινδύνου επισημαίνοντας ότι η ενημέρωση για τις μεθόδους πρόληψης του καρκίνου του μαστού μπορεί να σώσει ζωές. Αν ο καρκίνος διαγνωσθεί έγκαιρα, πριν επεκταθεί σε άλλα όργανα, το ποσοστό θνησιμότητας πέφτει κάτω από το 5%.(29)

### **6.1 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ**

Σ' όλα τα πλαίσια φροντίδας υγείας, οι νοσηλευτές έχουν να παίζουν ένα σημαντικό ρόλο σ' όλα τα στάδια πρόληψης κακοήθων όγκων. Οι κλινικοί και οι ερευνητές, ωστόσο, δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη. Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την ελάττωση κινδύνου ή την πρόληψη ανάπτυξης κακοήθων νεοπλασμάτων σε υγιή πληθυσμό. Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει προσπάθειες ανίχνευσης για έγκαιρη διάγνωση και γρήγορη παρέμβαση, ώστε να σταματήσει η διεργασία ανάπτυξης κακοήθους όγκου.(59)

Τα μέτρα που δρουν θετικά στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού είναι:

- η διακοπή του καπνίσματος
- η κατανάλωση οίνοπνεύματος με μέτρο
- η τακτική σωματική άσκηση
- η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας



- η δίαιτα με μεγάλη περιεκτικότητα σε φρούτα και λαχανικά και η λήψη τροφών όπως το ελαιόλαδο και τα προϊόντα σόγιας.

Επιπρόσθετα, τα μέτρα αυτά έχουν και θετική επίδραση στη πρόληψη νοσημάτων του καρδιαγγειακού συστήματος και του καρκίνου σε άλλα όργανα.(73)

Η συνειδητοποίηση από το κοινό της ανάγκης για προαγωγή της υγείας μπορεί να αυξηθεί με πολλούς τρόπους:

1. κοινοτικά προγράμματα αγωγής υγείας και διατήρησης υγείας
2. αναγνώριση κινδύνων για αρρώστους και τις οικογένειές τους σε πλαίσια οξείας φροντίδας και ενσωμάτωση διδασκαλίας και παροχής συμβουλών στο σχεδιασμό εξόδου από το νοσοκομείο
3. ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων που στοχεύουν σε αρρώστους και οικογένειες με υψηλές επιπτώσεις καρκίνου. Το κακοήθες μελάνωμα και ο καρκίνος του μαστού αποτελούν παραδείγματα που παρουσιάζονται συχνά σε περισσότερα από ένα μέλη μιας οικογένειας
4. προγράμματα περιοδικών εξετάσεων με στόχο την έγκαιρη ανίχνευση για καρκίνους για τους οποίους υπάρχει υψηλός ρυθμός επίπτωσης ή στους οποίους η έγκαιρη διάγνωση παίζει σημαντικό ρόλο στους δείκτες επιβίωσης, όπως καρκίνος μαστού, ορθού, τραχήλου της μήτρας, ενδομητρίου, όρχεως, οισοφάγου και δέρματος.(63)

Οι νοσηλευτές επομένως, για να παίξουν ενεργό και αποτελεσματικό ρόλο στη πρόληψη, πρέπει να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για να διδάξουν στη κοινότητα συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου, καθώς και τα προειδοποιητικά σημεία για τα κακοήθη νεοπλασμάτα που είναι τα ακόλουθα:

1. μεταβολές σε ούρηση και αφόδευση
2. έλκος, κυρίως ανώδυνο που δεν επουλώνεται
3. ασυνήθεις αιμορραγία ή έξοδος υγρού από κάποια περιοχή του οργανισμού
4. διόγκωση με οποιαδήποτε εντόπιση
5. επίμονη δυσπεψία και δυσκαταποσία
6. επίμονος βήχας ή βράγχος φωνής
7. οποιαδήποτε μεταβολή σε σπίλο.(59)

## **6.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΗΣ**

Κατά τη διάγνωση της ασθένειας, την ασθενή καθώς και την οικογένειά της την διακατέχουν κάποια συναισθήματα όπως άγχος, φόβος, θυμός, θλίψη, ανησυχία και κατάθλιψη.(19)

Πολλές φορές εξ' αιτίας του θυμού της μπορεί να γίνει επιθετική και να απομακρύνει τους ανθρώπους που τη φροντίζουν και στέκονται δίπλα της προκειμένου να της δώσουν θάρρος και δύναμη να ξεπεράσει την ασθένεια της και να συνεχίσει. Την διακατέχει φόβος για το εάν θα οδηγηθεί στο θάνατο, για όλα τα οργανικά προβλήματα που θα βιώσει κατά τη διάρκεια της θεραπείας, καθώς και για τα άτομα που ενδεχομένως να αφήσει πίσω της εάν δεν καταφέρει να ανταπεξέλθει στη θεραπεία.(45)

Η ανησυχία της και η κατάθλιψη μπορεί να οφείλονται σε πολλούς παράγοντες όπως για παράδειγμα στην εξέλιξη της ασθένειας και στις παρενέργειες των θεραπειών στις οποίες υποβάλλεται μπορεί να καταβάλουν την ασθενή και την οικογένειά της.(19)

Ο ρόλος του νοσηλευτή στις γυναίκες που βιώνουν τα παραπάνω συναισθήματα εστιάζεται στα εξής:

- να εξασφαλίσει θετικό κλίμα μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή ώστε να ευνοείται ο διάλογος.
- να ενημερώσει το σύζυγο για τα προβλήματα που θα εμφανίσει η ασθενής και να τον ενθαρρύνει να της συμπαρασταθεί.
- να δημιουργήσει κατάλληλο κλίμα, ώστε να ενθαρρύνει την ασθενή να μιλήσει για τη σεξουαλική της ζωή.(40)
- να ενημερώσει την ασθενή για τις συχνές συναισθηματικές αντιδράσεις που είναι πιθανό να της δημιουργήσει η νόσος.
- να ετοιμάσει και να χρησιμοποιήσει ένα ερωτηματολόγιο από ανοιχτές ερωτήσεις με σκοπό τη λήψη πληροφοριών από τη ασθενή σχετικά με την ψυχολογική της κατάσταση.
- να την ενθαρρύνει να μοιραστεί τις εμπειρίες της με άλλες ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία.
- να την ενημερώσει σχετικά με τη σημασία της μετεγχειρητικής θεραπείας και των σωματικών, ψυχολογικών ανεπιθύμητων ενεργειών της.
- να την βοηθήσει να κατανοήσει την αλλαγή του σώματός της, η οποία είναι αποτέλεσμα συνδυασμού των θεραπειών της.
- να υποστηρίξει ψυχολογικά και να ενημερώσει το σύζυγο σχετικά με τις αλλαγές που συμβαίνουν στην ψυχολογία της γυναίκας.(27)

Η οικογένεια και οι στενοί φίλοι ασθενών με καρκίνο, θα βιώσουν καταπόνηση, η ένταση της οποίας είναι δύσκολο να μετρηθεί. Για πολλούς ανθρώπους λαμβάνει τη μορφή έντονου <<υπαρξιακού>> προβληματισμού, ο οποίος μπορεί να είναι δύσκολο να κατανοηθεί ή να συζητηθεί, αλλά που στην ουσία έχει την έννοια μιας βασικής απώλειας της αντοχής και την αίσθηση της αβεβαιότητας που δημιουργεί η απειλή της ζωής κάποιου κοντινού ατόμου.(32)

Η αναγγελία της διάγνωσης του καρκίνου, στο σύντροφο, σ' ένα φίλο ή συγγενή είναι δυνατό να προκαλέσει έντονη συναισθηματική διαταραχή με τη μορφή τις μελαγχολίας, της κατάθλιψης, του άγχους ή του θυμού. Όπως ακριβώς και για τον ασθενή με καρκίνο οι εμπειρίες της οικογένειας με την πάροδο του χρόνου μεταβάλλονται καθώς η νόσος εξελίσσεται και το μέλος της οικογένειας βιώνει τις επιπτώσεις του καρκίνου διαφορετικά.(8)

Πολλοί συγγενείς δυσκολεύονται να εκφράσουν τις συναισθηματικές τους ανησυχίες. Μερικές φορές είναι ευκολότερη η περιγραφή σωματικών εκδηλώσεων της συναισθηματικής καταπόνησης παρά των ίδιων των συναισθημάτων τους.(19)

Οι επαγγελματίες υγείας στο χώρο του νοσοκομείου χρειάζεται να αντιλαμβάνονται τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι συγγενείς και στις περιπτώσεις σοβαρής διαταραχής να είναι προετοιμασμένοι να τους παραπέμπουν στον προσωπικό τους γιατρό ή σε κάποιο ειδικό.(8)

Ο ειδικός που θα χειριστή μια περίπτωση καρκινοπαθούς αντιμετωπίζει την κρίση της ασθενής ακολουθώντας τα εξής βήματα:

- να εκτιμήσει τους κινδύνους που εγκυμονεί η ασθένεια για την ασφάλεια του ίδιου του ασθενή και τις επιπτώσεις στο οικογενειακό περιβάλλον.
- να εδραιώσει συμμαχία και σωστή επικοινωνία με την ασθενή και την οικογένειά της.

- να προσδιοριστούν τα σημαντικότερα προβλήματα που προκύπτουν από την κρίση.
- η ασθενής και τα μέλη της οικογένειά της να μάθουν να διαχειρίζονται με ασφαλή τρόπο τα συναισθήματά τους.
- να διερευνηθούν οι πιθανές εναλλακτικές λύσεις σε θέματα που έχουν προκύψει από την κρίση.
- να διατυπωθεί ένα σχέδιο δράσης.
- να παρέχεται συνεχιζόμενη υποστήριξη στην ασθενή και την οικογένειά της.(47)

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην παροχή φροντίδας της οικογένειας είναι λιγότερο καθορισμένος από ότι ο ρόλος στη παροχή φροντίδας στον ασθενή με καρκίνο. Η μικρής διάρκειας παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο και η αυξανόμενη εφαρμογή προηγμένης τεχνολογίας θεραπειών στο σπίτι, αυξάνει το απαιτούμενο επίπεδο παροχής φροντίδας.(8) Η παροχή φροντίδας στον ασθενή με καρκίνο συχνά αποτελεί σημαντική παράμετρο του βιώματος της νόσου για τις οικογένειες των ασθενών και κατά συνέπεια η αποδοχή της καλοπροαίρετης αλλά χωρίς ευαισθησία υποστήριξης από άτομα που δεν ανήκουν στο στενό περιβάλλον, δημιουργεί κίνδυνο κατάρρευσης των κυριότερων μηχανισμών ανταπόκρισης στη νόσο.(19)

Είναι εξίσου σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν και να διαθέτουν ευαισθησία για τα πολιτισμικά και εθνικά ζητήματα κάθε οικογένειας. Εφόσον έχει δοθεί ο απαιτούμενος χρόνος και η προσοχή για τη δημιουργία σχέσης επικοινωνίας με την οικογένεια και τον ασθενή με καρκίνο, η αντίληψη πολλών θεμάτων καθίστανται ευκολότερη και οι νοσηλευτές μπορούν να επικεντρώνονται στον κατάλληλο χρόνο και τρόπο επικοινωνίας με τη συγκεκριμένη οικογένεια.(8)

Η εμπιστευτικότητα για τον ασθενή δημιουργεί διλλήματα, κατά την εργασία με την οικογένεια του. Οι συγγενείς ίσως επιδιώξουν να συζητήσουν με τους νοσηλευτές, απόντας τον ασθενή με καρκίνο, προκειμένου να συλλέξουν πληροφορίες και να τον προστατέψουν από τα άσχημα νέα. Οι οικογένειες χρειάζονται το δικό τους χρόνο προκειμένου να επιτρέψουν την επικοινωνία. Ωστόσο στις περισσότερες περιπτώσεις δεν θα πρέπει να τους δίνονται πληροφορίες που δεν γνωρίζει ο ίδιος ο ασθενής και εφόσον υπάρχουν τέτοιες πληροφορίες θα πρέπει να συζητούνται ταυτόχρονα με τον ασθενή και την οικογένειά του. Ορισμένοι ίσως να θέλουν να αποκρύψουν κάποιες πληροφορίες από τον ασθενή. Στις περιπτώσεις που συμβαίνει αυτό είναι σημαντικό να δοθεί η δυνατότητα διερεύνησης των συναισθημάτων που σχετίζονται με την επιθυμία μη ανοικτής επικοινωνίας, όπως είναι η διευκόλυνση περισσότερο ανοικτής συζήτησης σχετικά με τη νόσο στην οικογένεια. Τέλος, ο ίδιος ο ασθενής όσο και η οικογένειά του επιθυμούν να γνωρίζουν πως θα εξελιχθούν τα πράγματα στο μέλλον.(45)

## **6.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ**

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

υποστήριξη από το περιβάλλον της αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα που βελτιώνει την προσαρμογή και μειώνει τη δυσφορία της.(5)

Η συμμετοχή της σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες και η ενασχόληση της με τις εργασίες του σπιτιού την επηρεάζουν θετικά. Η οικογένεια αλλά και οι φίλοι της είναι εκείνοι οι οποίοι την βοηθούν σημαντικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Στην αρχή της θεραπείας η γυναίκα έχει την ενέργεια να συμμετάσχει στις δουλειές του σπιτιού, αλλά καθώς η θεραπεία προχωρά, η οικογένειά της θα πρέπει να συμμετέχει ενεργά και να τη βοηθά αναλαμβάνοντας κάποιες εργασίες στο σπίτι. Όταν εμφανίζονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι χρήσιμο για την ασθενή να συμμετέχει σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Οι φίλοι της μπορούν να την υποστηρίξουν καλώντας την σε δείπνο, σε έξοδο στο σινεμά ή σε κάποια έκθεση τέχνης. Υποστηρίζεται ότι με τη συμμετοχή σε τέτοιες δραστηριότητες η ασθενής εστιάζει την σκέψη της σε γεγονότα ευχάριστα παρά στην ασθένεια της.(63)

Οποιαδήποτε ασθενής αντιλαμβάνεται ότι έχει ανεπαρκή υποστήριξη είναι πιθανό να παρουσιάσει μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία. Τα παιδιά και οι συνεργάτες της ασθενής μπορεί να εμφανίσουν ίση ή ακόμη και υψηλότερα επίπεδα δυσφορίας σε σχέση με την ασθενή. Η ασθενής έχει την ανάγκη να ανήκει σ' ένα περιβάλλον μέσα στο οποίο μπορεί να διεκπεραιώσει τις βασικές κοινωνικές της ανάγκες.(57)

Γι' αυτό το λόγο ο νοσηλευτής πρέπει να επικοινωνεί με την ασθενή και να την ενθαρρύνει να συμμετέχει σε ομάδες ασθενών που δέχονται κοινωνική υποστήριξη είτε εντός είτε εκτός νοσοκομείου και αν διαπιστωθεί ότι υπάρχει σοβαρό πρόβλημα να την φέρει σε επαφή με κάποιο ψυχολόγο ή κοινωνική λειτουργό. Το ίδιο ισχύει και για την οικογένειά της ασθενής. Ο νοσηλευτής πρέπει να ενθαρρύνει την οικογένεια να έρθει σε επαφή με υποστηρικτικές ομάδες, που θα την βοηθήσουν να αντιμετωπίσει το πρόβλημα και να συζητήσουν με άλλες οικογένειες τα κοινά τους προβλήματα και να βρουν τρόπους αντιμετώπισης τους.(64)

## **6.4 ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Ο εθελοντισμός ή καλύτερα το κίνημα του εθελοντισμού αποτελεί σήμερα με τις ανάλογες προϋποθέσεις μια μεγάλη δύναμη ελπίδας για τον σύγχρονο κόσμο. Το φαινόμενο του οργανωμένου εθελοντισμού αποκτά ολοένα νέες και πρωτότυπες ποιοτικές και ποσοτικές διαστάσεις που ξεπερνούν τις παλαιές εμπειρίες παραδοσιακής φιλανθρωπίας. Η οργανωμένη εθελοντική δράση τείνει να καταστεί μια σημαντική συνιστώσα της 'κοινωνίας των πολιτών' και να διαμορφώνονται οι προϋποθέσεις στην ελληνική κοινωνία αντιμετώπισης των πολλαπλών αδιέξοδων. Σήμερα η επιστημονική κοινότητα, τα μέσα ενημέρωσης και η κοινή γνώμη, έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους γύρω από τις οργανώσεις παροχής εθελοντικών υπηρεσιών και ειδικότερα του μη-κερδοσκοπικού τομέα ή αλλιώς του τομέα της κοινωνικής οικονομίας.(68)

Η λειτουργικότητα των εθελοντικών οργανώσεων κατά του καρκίνου είναι η εξής:

- αποτελούν ένα τρόπο διαφυγής του καρκινοπαθή από την καθημερινότητα του στην ανάληψη υποχρεώσεων που βρίσκονται κοντά σε μια πλειάδα ενδιαφερόντων της προσωπικής του επιλογής
- δίνεται η ευκαιρία της διασύνδεσης με άλλα άτομα που έχουν ιστορικό καρκίνου και αντιμετωπίζουν τις ίδιες ανησυχίες και φόβους, γίνεται ανταλλαγή εμπειριών, ακολουθούνται κοινοί δρόμοι αναζήτησης και παρέχεται συναισθηματική στήριξη
- συνιστούν γέφυρες κινητικότητας και συμβάλλουν στην κοινωνική ενσωμάτωση των καρκινοπαθών στο σύστημα
- οι δυνατότητες της συλλογικής προσπάθειας είναι πολύ μεγάλες αφού επιτρέπουν δράση όπως: την οργάνωση εκδηλώσεων για την πρόληψη και την ενημέρωση του κοινού για τον καρκίνο που σε ατομικό επίπεδο δεν είναι εφικτή και την παροχή συναισθηματικής στήριξης σε πάσχοντα άτομα τόσο από ειδικούς όσο και από πρώην καρκινοπαθής.(53)

## **6.5 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ**

Αν και όλο και περισσότεροι ασθενείς θεραπεύονται, ο καρκίνος παραμένει δεύτερη αιτία θανάτου στις ΗΠΑ. Μερικές φορές ο καρκίνος δεν μπορεί να θεραπευτεί. Το 2006 υπολογίστηκε ότι 564.830 Αμερικανοί θα πέθαιναν από καρκίνο. Αυτό αντιστοιχεί σε 1500 ασθενείς κάθε μέρα. (42)

Ο ασθενής αισθάνεται και εκφράζει πολλά ισχυρά συναισθήματα καθώς θρηνεί για την απώλεια της ζωής του. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς στο τέλος της ζωής τους αντιμετωπίζουν διάφορα επίπεδα φόβου. Οι φόβοι αυτοί μπορεί να είναι:

- φόβος για το άγνωστο
- φόβος εγκατάλειψης και μοναξιάς
- φόβος απώλειας των σχέσεων
- φόβος απώλειας μελλοντικών εμπειριών
- φόβος εξάρτησης και απώλειας της ανεξαρτησίας
- φόβος πόνου(3)

Τα άτομα του περιβάλλοντος που παρέχουν φροντίδα δεν επιτυγχάνουν σχεδόν ποτέ να μειώσουν άμεσα μέσω του διαλόγου το φόβο του θανάτου του ασθενούς. Ο νοσηλευτής είναι περισσότερο βοηθητικός στον ασθενή απλά με τα να <<είναι εκεί>> για τον ασθενή και να τον βεβαιώνει ότι τον νοιάζεται. Ο νοσηλευτής που δείχνει ενδιαφέρον φροντίδας και είναι αληθινός παρέχει άνεση και δύναμη στον ασθενή. Με τον ίδιο τρόπο, όταν ο ασθενής εμφανίζει συμπεριφορά η οποία προκαλεί αναστάτωση στην οικογένεια, ο νοσηλευτής μπορεί να εξηγήσει ότι οι ασθενείς περνούν από αυτά τα στάδια και η συμπεριφορά δεν οφείλεται στο γεγονός ότι η οικογένεια έχει κάνει κάποιο λάθος. Αυτές είναι στιγμές που τόσο οι

ασθενείς όσο και οι οικογένειές τους βρίσκονται σε μεγάλη ανάγκη, και η νοσηλευτική υποστήριξη μπορεί να είναι ιδιαίτερα ανακουφιστική.(42)

Όταν οι νοσηλευτές παρέχουν συνεχώς φροντίδα σε ασθενείς στο τελικό στάδιο της ζωής τους, δεν μπορούν να βοηθήσουν γιατί αντανακλούν στη δική τους θνητότητα. Είναι σημαντικό για το νοσηλευτή να ανακαλύψει τις πεποιθήσεις του για το θάνατο μέσω της ενδοσκοπήσης και να τις επαναβεβαιώσει. Με τον τρόπο αυτό θα είναι ικανός να υποστηρίξει ασθενείς οι οποίοι μπορεί να έχουν τις δικές τους πεποιθήσεις σχετικά με το μυστήριο του θανάτου.(3)

Ο νοσηλευτής πρέπει περιοδικά να ανασκοπεί την ικανότητα του να παρέχει συνεχώς φροντίδα χωρίς επαγγελματική εξουθένωση. Εάν έχει φτάσει στο σημείο να παρέχει αποπροσωποποιημένη φροντίδα, δεν μπορεί πια να είναι υποστηρικτικός, συμπονετικός και με κατανόηση. Είναι η περίοδος που πρέπει να πάρει άδεια ή να αλλάξει χώρο εργασίας και να αφήσει άλλους να παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο.(39)

Όσον αφορά τον ασθενή στο τελικό στάδιο της ζωής του, σταδιακά μειώνει την πρόσληψη υγρών. Η αφυδάτωση μπορεί να επιδεινωθεί και από τη διεργασία της νόσου. Η ξηρότητα του στόματος και το αίσθημα δίψας μπορεί να προκληθεί από τα χορηγούμενα φάρμακα. Ο νοσηλευτής σ' αυτή την περίπτωση μπορεί να βοηθήσει στην εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας για τα οφέλη και τα όρια της ενυδάτωσης.(42)

Τέλος, υπάρχουν πολλά συμπτώματα τα οποία σχετίζονται με μεταβολικές αλλαγές στο τέλος της ζωής. Οι τελευταίες ημέρες της ζωής των ασθενών έχουν μελετηθεί σε βάθος. Ο νοσηλευτής πρέπει να αναγνωρίζει τα συμπτώματα αυτά και να είναι ικανός είτε να τα ανακουφίζει ή να τα ερμηνεύει στον ασθενή και την οικογένειά του. Προτιμάτε η χορήγηση φαρμάκων από το στόμα σ' αυτό το στάδιο. (3)

Ο ρόλος του νοσηλευτή στο τελικό στάδιο της ζωής του ασθενή όσον αφορά τον πόνο, την δύσπνοια, το ρόγχο θανάτου και το παραλήρημα που πιθανόν να έχει ο ασθενής είναι ο εξής:

- για τον πόνο: η διαθερμική φαιντανύλη βοηθά στην ανακούφιση του πόνου στο τέλος της ζωής. Μερικές φορές η αγωγή αυτή ενισχύεται με δόσεις μορφίνης.
- για την δύσπνοια: όταν οι ασθενείς είναι στο τέλος της ζωής συχνά νιώθουν ότι δεν μπορούν να αναπνεύσουν αρκετό αέρα. Είναι δύσκολο να καθοριστεί τι προκαλεί αυτό το αίσθημα, αλλά μπορούν να ληφθούν αρκετά μέτρα για την ανακούφιση του. Ο ασθενής τοποθετείται σε θέση Fowler, να μειωθούν οι δραστηριότητες, να ρυθμιστεί η θερμοκρασία του αέρα και να του χορηγηθούν βρογχοδιασταλτικά φάρμακα. Είναι σημαντικό για τον νοσηλευτή να κατανοεί ότι το αίσθημα αυτό μπορεί να είναι πολύ απειλητικό τόσο για τον ασθενή όσο και για τα μέλη της οικογένειας του, και πρέπει να αντιμετωπίζεται με επιθετική θεραπεία.
- για το ρόγχο θανάτου: συχνά ακούγεται θορυβώδης αερισμός όταν ο ασθενής δεν μπορεί να αποβάλλει τις φυσιολογικές εκκρίσεις. Τα μέλη της οικογένειας συχνά ενεργοποιούνται και φοβούνται ότι ο ασθενής θα πνιγεί. Σε αυτές τις περιπτώσεις η σκοπολαμίνη ή η ατροπίνη, φάρμακα που είναι γνωστά ότι μειώνουν τις εκκρίσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να ηρεμήσουν τον ασθενή και να επαναφέρουν την αναπνοή στα φυσιολογικά της επίπεδα.
- για το παραλήρημα: οι ασθενείς που πεθαίνουν μπορεί να βιώσουν ψευδαισθήσεις και αλλαγή στη διανοητική κατάστασή τους. Οι νοσηλευτές πρέπει πρώτα να αναζητήσουν αιτίες όπως ο πόνος, η δυσανεξία θέσης ή η κυστική διάταση και να τις αναφέρουν. Στη συνέχεια πρέπει να το συζητήσουν με την οικογένεια του ασθενούς και να τους ενθαρρύνουν να τους μιλούν σε χαμηλούς τόνους, ενώ θα παραμένουν ήρεμοι.(42)

## **ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

Κάθε καρκινοπαθής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του ως άτομο που ζει, ένα άτομο που σε καμία περίπτωση δε βρίσκεται στο περιθώριο, επειδή πεθαίνει, ένα άτομο που έχει ανάγκες, ελπίδες και δεν παύει ποτέ να προσπαθεί να δώσει νόημα στις εμπειρίες και στη ζωή του.

Σήμερα οι περισσότερες γυναίκες που αρρωσταίνουν κάποια στιγμή από καρκίνο του μαστού, καταφέρνουν και ξεπερνούν το πρόβλημα υγείας τους και συνεχίζουν κανονικά τη ζωή. Μια τέτοια εμπειρία δεν ξεχνιέται ποτέ και την κουβαλούν σε όλη τους τη ζωή. Έχουν μάθει όμως από αυτή ότι η ζωή αξίζει να τη ζεις μέρα με τη μέρα και ότι η ευτυχία βρίσκεται στις μικρές καθημερινές χαρές.

**Η πρόληψη δεν είναι απλά ανάγκη, είναι επιλογή.**

**Επιλέγω να προλάβω, επιλέγω να είμαι υγιής, επιλέγω να ζήσω.**

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Abeliovich D., Kabouri L., & Leser I. (1997). *The founder mutations in 185delAG and 5383insC in BRCA1 and BRCA2 appear in 60% of ovarian cancer and 30% of early-onset breast cancer patients among Ashkenazi women.* American Journal of Human Genetics 60, p. 400-409.
2. Barton Burke M., Wilkes G.M., & Ingwersen K. (1996). *Cancer Chemotherapy: A nursing Process Approach* Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
3. Burhard P. (1993). *Giving spiritual care.* Journal of Community Nursing 1, p. 10-14.
4. Caleffi M., Filho D., & Borghetti K. (2004). *Cryoblation of benign breast tumors: evolution of technique and technology.* Breast 13, p. 397-398.
5. Chen C., David A.S., & Nunnerley H. (1995). *Adverse life events and breast cancer: case control study.* British Medical Journal: 311, p.1527-1529.
6. Chadwick D., Gillant D. & Gingell J. (1991). *Medical or surgical orchidectomy: the patient choice.* British Medical Journal 302, p. 500.
7. Colditz G. (1998). *Relationship between estrogen levels, use of hormone replacements therapy and breast cancer.* Journal of the National Cancer Institute 90, p. 700-760
8. Cooper E.T. (1984). *A pilot study on the effects of the diagnosis of lung cancer on family relationships.* Cancer Nursing 8, p. 300-305.
9. Gros D. (2005). *Η Αποκάλυψη του Στήθους*, Εκδόσεις Λιβάνης, 2<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα.
10. Drukteinis J., Gombos E., & Raza S. (2012). *MR. imaging assessment of the breast after breast conservation therapy distinguishing benign from malignant lesions.* Radiographics 32(1), p.219-230.
11. Easton D.E & Peto J. (1990). *The contribution of inherited predisposition to cancer incidence.* Cancer Surveys 9, p. 300-350.
12. Eng C. (1998). *Genetics of Cowden syndrome: through the looking glass of oncology.* International Journal of Oncology 12, p. 701-710.
13. Evans D.G.R., Burnell C.D., Hopwood P. & Howel A. (1993). *Perception of risk in women with a family history of breast cancer.* British Journal of Cancer 67, p. 612-614.
14. Forester B.M, Kornfield D.S & Fleis J. (1985). *Psychiatric aspects of radiotherapy.* American Journal of Psychiatry 142, p. 20-25.
15. Foster R.S. , & Constanza M.C. (1984). *Breast self-examination practices and breast cancer survival.* Cancer 53(4), p. 999-1005.
16. Foxman B., D' Arcy H., & Gillespie B. (2002). *Lactation mastitis: occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States.* American Journal Epidemiol 155, p. 103-114.
17. Ganz P., Rowland J., Desmond K., Meyerowitz B. & Wyatt G. (1998). *Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning.* Journal of Clinical Oncology 16, p. 500-510.
18. Harris J.R., Lippman M.E., Morrow M., Gradishar W.J. & Osborne C.K. (2000). *Male Breast Cancer.* In Diseases of the Breast. (Philadelphia-Lippincott-Roven). p. 859-860.
19. Hart K. (1986). *Stress encountered by significant others of cancer patients receiving chemotherapy.* Omega 17, p. 130-135.



20. Hilderley L.J., Groenworld S.L., Hansen Frogge M., Goodman M., & Yarbo C.H. (1999). *Cancer nursing: Principles and practice 4<sup>th</sup> edition*. Radiotherapy International Toronto, James and Barlett.
21. Hill R.P. (1987). *Cellular basis of radiotherapy*. In Tannock I. & Hill R. (eds). *The Basic Science of Oncology*. New York: Pergaman 1, p.230-235.
22. Holmes S. (1987). *Nutritional problems in the cancer patient*. Nursing 3, p.733-735.
23. Ιωαννίδου- Μουζάκα Α., Μανδρέκα Α., & Μπαρμπούνη Β. (2007). *Σύγχρονη Μαστολογία II*, εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα.
24. Jenns K. (1994). *Importance of nausea*. Cancer Nursing 17, p.488-493
25. Johns C. (1995). *Refection on practice: enhancing student learning*. Journal of Advance Nursing 22, p. 224-228.
26. Johns C. (1996). *Understanding and managing interpersonal conflict as a therapeutic nursing activity*. International Journal of Nursing Practice 2, p.80-100.
27. Keller M. (1998). *Psychosocial care of breast cancer patients*. Anti-cancer Res 18, p. 2257-2260.
28. Κόννιαρη Ε. (1991). *Καρκίνος του Μαστού-Νοσηλευτική παρέμβαση*. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
29. Κόννιαρη Ε. (1998). *Το βιβλίο του μαστού*. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
30. Lanng C., Eriksen B.O., & Hoffmann J. (2004). *Lipoma of the breast: a diagnostic dilemma*. Breast 13, p. 408-411.
31. Larson P., Lindsey A., Dodd M., Brecht M. & Porker A. (1993). *Influence of age on problems experienced by patients with lung cancer undergoing radiation therapy*. Oncology Nursing Forum 20, p. 350-360.
32. Larson P. & Dodd M. (1990). *Caring-issues and patterns for the family experiencing cancer*. Sixth International Conference on Cancer Nursing, Amsterdam, p. 177-180.
33. Lerman C. & Schwartz M. (1993). *Adherence and psychological adjustment among women at high risk for breast cancer*. Breast Cancer Research and Treatment 67, p. 600-610.
34. Ληγός Δ. (2008). *''Βιοψία Μαστού''*. Πάνω απ' όλα γυναίκα, οδηγός για τον καρκίνο του μαστού, Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναίκων με Καρκίνο Μαστού. <<Άλμα Ζωής>>. Εκδόσεις Διόπτρα.
35. London S.J., Connolly J.L., & Schnitt S.J. (1992). *A prospective study of benign breast disease and the risk of breast cancer*. JAMA 267, P.941-942.
36. Loprinzi C., Abu-Glazaleh S. & Sloan J. (1997). *Phase III randomized double-blind study to evaluate the efficacy of a polycarbophil-based vaginal moisturizer in women with breast cancer*. Journal of Clinical Oncology 16, p. 857-860.
37. Μαρκόπουλος Χ. (2007). *Παθήσεις του Μαστού*. Εκδόσεις , 2<sup>η</sup> έκδοση. Τόμος I, Αθήνα.
38. Marsden J. & Sacks N. (1997). *Hormone replacement therapy and breast cancer*. Endocrine Related Cancer 4, p. 260-272.
39. McCorkle R., Benoliel R.Q., Donaldson G., Georgiadou E., Moinpour C. & Goodell B. (1989). *A randomised clinical trial oh home nursing care for lung cancer patients*. Cancer 64, p. 1287-1290.
40. McCready T. (2003). *Management of patient with breast cancer*. Nursing Stand 17, p. 45-53.
41. McDivitt R.W., Stevens J.A., & Lee N.C. (1992). *Histologic types of benign breast disease and the risk for breast cancer*. Cancer 69, p. 1408-1420.

42. McNamera B., Weddell C., & Colvin m. (1994). *The institutionalization of the good death*. Social Science and Medicine 39, p. 1501-1510.
43. Mozes M., Papa M.Z., Karasik A., Reshef A. & Ador R. (1982). *The role of infection in post-mastectomy lymphoedema*. Annals of Surgery 14, p. 60-65.
44. Nielsen M., Christensen L., & Andersen J. (1987). *Radial scars in women with breast cancer*. Cancer 59, p. 800-810.
45. Oberst M. & Scott D. (1988). *Post-discharge distress in surgically treated cancer patients and their spouses*. Research in Nursing and Health 11, p. 200-213.
46. O'Malley F.P. & Bane A.L. (2004). *The spectrum of apocrine lesions of the breast*. Adv Anat Pathol 11, p. 1-9.
47. Payne M. & Καλλιανάκη Θ. (2000). *Σύγχρονη θεωρία της κοινωνικής εργασίας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 193.
48. Price P., Hoskin P.J. & Easton D. (1986). *Prospective randomized trial of single and multi-fraction schedules in the treatment of painful bone metastasis*. Radiotherapy and Oncology 6, p.247-250.
49. Pruthi S., Reynolds C., & Johnson R.E. (2001). *Tamoxifen in the management of pseudoangiomatous stromal hyperplasia*. Breast Journal 7, p. 434-439.
50. Ρηγάτος Α.Γ. (1985). *Εισαγωγή στη ψυχοκοινωνική ογκολογία*. Εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα.
51. Rosenblatt K.A., Thomas D.B., McTiernan, Awtin A., Stalsberg M., Thompson A., Curen D.W., & Awtin W. (1991). *Breast cancer in men: Aspects of familial aggregation*. Journal of National Cancer Institute 83, p. 700-720.
52. Rosen P.J. (1992). *Bleeding problems in the cancer patient*. Haematology/Oncology Clinics of North America 6, p. 1313-1320.
53. Σαρρής Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητας ζωής*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 69.
54. Σαχίνη- Καρδάση Α. & Πάνου Μ. (1997). *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες*. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 1<sup>ος</sup> Τόμος, Αθήνα, σελ. 173-179.
55. Speechley U. (1987). *Nursing patients having chemotherapy*. In Tiffany R. and Borley D. (eds). *Oncology for Nurses and Health Care Professionals*, Vol 3(Cancer Nursing). London: Harper and Row, Chapter 13, p. 74-121.
56. Stoll B.A. (1990). *Hormone replacement therapy for women with a past history of breast cancer*. Clinical Oncology 2, p. 306.
57. Stoltz P., Uden G. & Willman A. (2004). *Support for family carers who care for an elderly person at home-a systematic literature review*. Scand Journal Caring Su 18(2), p. 111-113.
58. Dewit S.C. (2009) *Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική, Έννοιες & Πρακτική*. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, σελ 231-232.
59. Tiffany R. & Pritchard P. (1989). *Oncology for Nurses and Health Care Professionals*, Vol 1. Pathology Diagnosis and Treatment, 2<sup>nd</sup> edition. Beaconsfield: Harper and Row.
60. Thompson A.M, Kidd E., McKenzie M., Parker A.C & Nixon S.J. (1989). *Long term central venous access: the patient's view*. Intensive Therapy and Clinical Monitoring 10, p. 142-145.
61. Tringue J. & Meers K. (1992). *Oral care of patients receiving radiation therapy to head and neck: practice cancer*. Oncology Nursing Forum 19, p. 940-945.
62. Twardella D. (2002). *Studies on radiosensitivity from an epidemiological point of view-overview of methods and results*. Radiotherapy Oncology 62, p. 249-260.

63. Veronesi U. et al. (1981). *Comparing radical mastectomy with quadrantectomy axillary dissection and radiotherapy in patients with small cancers of the breast.* National English Journal Medicine 305, p. 6-11.
64. Wenrich M.C., Curtis R., Ambrozy D.A., Carline J.D., Shonnan S.E. & Pamsey P.G. (2003). *Dying patients need for emotional support and personalized care from physicians: perspectives of patient with terminal illness, families and health care providers.* Journal Pain Symptom Manage 25(3), p. 236-238.
65. Winchester D.J. (1998). *Male breast carcinoma.* Cancer 83, p. 399-400.
66. [www.almazois.gr](http://www.almazois.gr)
67. [www.beststrong.gr](http://www.beststrong.gr)
68. [www.eltrapela.gr](http://www.eltrapela.gr)
69. [www.karkinos24.gr](http://www.karkinos24.gr)
70. [www.mastografiacenter.gr](http://www.mastografiacenter.gr)
71. [www.mastologos.gr](http://www.mastologos.gr)
72. [www.network-us.gr](http://www.network-us.gr)
73. Ζαφράκος Μ., Αγοραστός Θ., & Μπόντης Ι. (2008). *Ο ρόλος της διατροφής και της παχυσαρκίας στην προφύλαξη από τον καρκίνο του μαστού και του γυναικείου γεννητικού συστήματος.* Εκδόσεις Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία 20, σελ. 48-57.