



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Σπουδάστρια: Βίντο Μαρίζα

Εισηγήτρια: Μπατσολάκη Μαρία

ΠΑΤΡΑ 2014

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το νοσηλευτικό προσωπικό για να πετύχει όλο το σχέδιο φροντίδας του ασθενούς με καρκίνο μαστού είναι απαραίτητο να υπάρχει μια καλή συνεργασία με τον ίδιο τον ασθενή και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.

Η προσωπικότητα αλλά κυρίως η γνώση, η εκπαίδευση και η άρτια κατάρτιση του προσωπικού είναι στοιχεία απαραίτητα στη παροχή φροντίδας. Τονίζεται ιδιαίτερα η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς που είναι πολύ σημαντική για την επιβίωσή του.

Τέλος είναι αναγκαία η παρότρυνση των συγγενών για συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης. Ο ρόλος του Νοσηλευτή είναι πολύπλευρος και χρειάζεται δύναμη, υπομονή και σταθερή προσπάθεια.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ – SUMMARY

Σκοπός της παρούσας μελέτης, είναι η ενημέρωση μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τις δυνατότητες ελέγχου του καρκίνου του μαστού μέσω της πρόληψης και της έγκαιρης ενημέρωσης. Επιπρόσθετα, η ευαισθητοποίησή τους στον τρόπο της νοσηλευτικής προσέγγισης της γυναίκας που πάσχει από καρκίνο του μαστού προσφέροντας υποστήριξη στην ίδια, στην οικογένεια στοχεύοντας στην ποιοτική, ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα. Έτσι ώστε η ασθενής να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής της με μεγαλύτερη δυνατή σωματική, ψυχική, πνευματική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση.

Υλικό-Μέθοδος

Για την συλλογή των πληροφοριών χρησιμοποιήθηκαν όσο το δυνατόν νεώτερα και σύγχρονα επιστημονικά βιβλία όπως επίσης και αξιόπιστες ηλεκτρονικές σελίδες. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε από τις 15/9/2013- 8/2/2014 ώστε να αναλύσουμε την νόσο του καρκίνου του μαστού, να αναλύσουμε τους τρόπους αντιμετώπισης, τους τρόπους πρόληψης και τις επιπλοκές στη συντηρητική θεραπεία και την χειρουργική επέμβαση.

Συμπεράσματα

Η ανάγκη για ενημέρωση και από οργανωμένες ομάδες αγωγής υγείας κρίνεται επιτακτική. Η πρόληψη, η πληροφόρηση, η ενημέρωση, ο αυτοέλεγχος και η πειθαρχία στα προληπτικά διαγνωστικά μέτρα αποτελούν την βάση για τη σωστή αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Γιατί η γνώση προστατεύει την ελπίδα και η επικοινωνία ενισχύει τη ζωή!

Summary

The purpose of this study is to report through the literature review on the potential control of breast cancer through prevention and timely information. In addition , their awareness of how to approach nursing woman suffering from breast cancer , offering support to the same family aiming to quality , holistic and individualized care. So that the patient return to the race of life with maximum physical, mental, spiritual and professional functionality and performance.

Material-Method

For the collection of information used as possible newer and modern science books as well as reliable web pages. The literature review conducted by the 15/9/2013- 8/2/2014 to analyze the disease of breast cancer, to analyze how to deal, how to prevent complications and to conservative treatment and surgery.

Conclusions

The need for updated and organized groups of health education is imperative. Prevention, information, awareness, self-control and discipline in preventive diagnostic measures are the basis for the proper treatment of breast cancer. Because knowledge protects hope and communication enhances life!

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ-SUMMARY	3-4
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	5-6
ΕΙΣΑΡΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	
1. Μορφολογία.....	
1.1 Ανατομία	8
1.2 Μορφολογία.....	8
1.3 Μύες Μαστού.....	8-9
1.4 Νεύρωση.....	9
1.5 Αγγείωση.....	9
1.5.1 Αρτηριακή αγγείωση.....	9
1.5.2 Φλεβική αγγείωση.....	9
1.5.3 Λεμφογάγγλια του μαστού.....	9
1.6 Φυσιολογικές μεταβολές του μαστού.....	9-11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ	
2 Καρκίνος.....	12
2.1 Ειδή καρκίνου.....	12-13
2.2 Εντόπιση.....	13
2.3 Σταδιοποίηση.....	13-15
2.4 Επέκταση – Μεταστάσεις.....	15
2.4.1 Τοπική επέκταση.....	15
2.4.2 Περιοχική διασπορά.....	15
2.5 Μεταστάσεις.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ	
3 Αιτιολογία.....	
3.1 Παράγοντες κινδύνου – Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	17-18
3.2 Συμπτώματα.....	18-19
3.3 Κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις.....	
3.3.1 Κλινική ιατρική εξέταση.....	19-21
3.3.2 Απεικονιστικές εξετάσεις.....	21-24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV	
4 Θεραπευτική αντιμετώπιση καρκίνου του μαστού.....	25
4.1 Χειρουργική παρέμβαση.....	25-27
4.2 Συντηρητική χειρουργική παρέμβαση.....	27
4.3 Ορμονοθεραπεία.....	27-28
4.4 Χημειοθεραπεία.....	28
4.5 Ακτινοθεραπεία.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	
5 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	29
5.1 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων.....	20-30
5.2 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	30-31
5.2.1 Προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία.....	31-33
5.2.2 Προεγχειρητική κάλυψη φυσικών αναγκών.....	33-34
5.3 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	34
5.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην χημειοθεραπεία.....	34-35
5.4.1 Επίδραση της χημειοθεραπείας στον τρόπο ζωής του ασθενή.....	35-36

5.4.2	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις ανεπιθύμητες ενέργειες των χημικοθεραπευτικών φαρμάκων.....	36-41
5.5	Νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις στην ακτινοθεραπεία του μαστού.....	41
5.5.1	Διδασκαλία.....	41
5.5.2	Διατροφή.....	41-42
5.5.3	Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών.....	42-43
5.5.4	Προετοιμασία του ασθενούς για έξοδο.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI		
6	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού.....	44
6.1	Ειδικές δραστηριότητες στην πρόληψη.....	44-46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII		
ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ		
	Κλινικό Περιστατικό 1.....	47-48
	Κλινικό Περιστατικό 2.....	49-50
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	51
	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	51
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	52

Εισαγωγή

Καρκίνος είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα σύνολο από νόσους με κοινά αλλά και διαφορετικά χαρακτηριστικά, ανάλογα με τη θέση εντόπισης. 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 στον έλεγχο των συμπτωμάτων της νόσου, οι ψυχολογικές επιπτώσεις, ξεπερνούν οποιαδήποτε άλλη οξεία ή χρόνια κατάσταση. Ο καρκίνος παραμένει μια συχνή νόσος αφού περίπου ένα στα τρία άτομα την αναπτύσσει σε κάποια στιγμή της ζωής του.^{1,2,3}

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει μερικές ιδιαιτερότητες αναφορικά με την ψυχοκοινωνική διάστασή του, οι οποίες οφείλονται κατά κύριο λόγο σε αυτό καθαυτό το όργανο στόχο αλλά και στα επιδημιολογικά δεδομένα. Συγκεκριμένα, η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα που 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.

Οι σύγχρονες παρεμβάσεις πρόληψης είναι πιο εξειδικευμένες εφ' όσον έχουν προσδιοριστεί οι παράγοντες καρκινογένεσης πολλοί από τους οποίους σχετίζονται με τον τρόπο ζωής.

Η προσπάθεια μείωσης της θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού είναι η έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας, στην αρχή της πορείας της, τότε που είναι δυνατό να αποτρέψουμε την εξέλιξη του καρκίνου και την κατάληξη του σε ανίατο στάδιο.^{2,3}

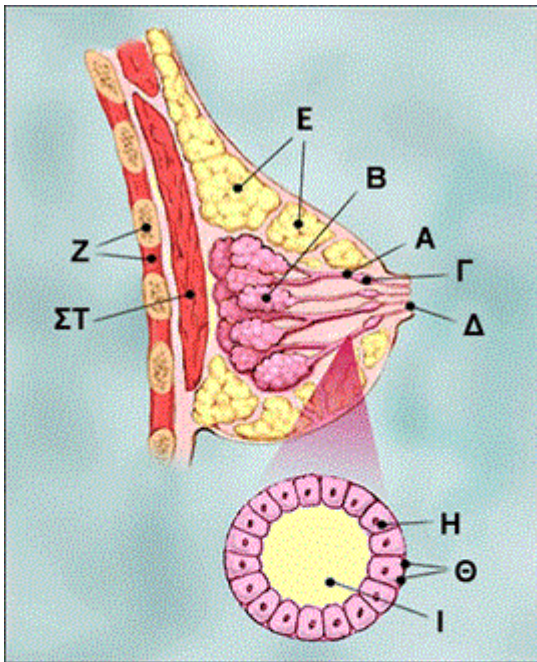
Οι συνεχείς βελτιώσεις των θεραπευτικών μεθόδων, έχουν επιφέρει μικρή αλλαγή στη θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού. Είναι γνωστό, μέσω της κλινικής εμπειρίας ότι "Όσο πιο εκτεταμένος διαπιστώνεται ο όγκος κατά την έναρξη της θεραπείας, τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση της νόσου".

1. Μορφολογία

1.1 Ανατομία

Ο μαστός βρίσκεται στο έξω από το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, εκτεινόμενος από τη 2^η – 6^η πλευρά και από το έξω στερνικό χείλος μέχρι την πρόσθια μασχαλαία γραμμή. ο μαστός αποτελείται από τους μαστικούς αδένες, το αντίστοιχο δέρμα και συνδετικούς ιστούς. Οι μαστικοί αδένες είναι τροποποιημένοι ιδρωτοποιοί αδένες που περιβάλλονται μεταξύ του επιπολής και του εν τω βάθει πετάλου της επιπολής θωρακικής περιτονίας, επίκειται δε της περιτονίας του μείζονος θωρακικού μυός.

Οι μαστικοί αδένες αποτελούνται από μια σειρά πόρων και αντίστοιχων εκκριτικών λοβίων. Τα στοιχεία αυτά αθροίζονται και σχηματίζουν 15-20 γαλακτοφόρους πόρους, οι οποίοι εκβάλουν ξεχωριστά ο καθένας στη θηλή. Η θηλή περιβάλλεται από μια κυκλική σκουρόχρωμη περιοχή του δέρματος, που ονομάζεται θηλαία άλως.^{1,4}



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

1.2 Μορφολογία

Ο μαστός αναπτύσσεται νωρίς στην εμβρυϊκή ζωή. Κατά τη γέννηση, αποτελείται από ένα σύστημα πόρων που καταλήγει στην ήδη σχηματισμένη θηλή, ενώ η περιοχή του μαστικού αδένος δεν έχει αναπτυχθεί ακόμη. Σε μερικές περιπτώσεις το πρώτο χρονικό διάστημα μετά τη γέννηση παρατηρείται για λίγες ημέρες μια μικρή διόγκωση και έκκριση γαλακτώδους υγρού λόγω ερεθισμού από τις ορμόνες της μητέρας, ο μαστικός αδένος παραμένει σε μια κατάσταση αδράνειας σε όλη τη παιδική ηλικία.

Κατά την εφηβεία, συνήθως μεταξύ 10 και 15 ετών, αναπτύσσεται και αρχίζει να χρωματίζεται το σύμπλεγμα θηλής –άλω. Συγχρόνως, δημιουργείται κάτω από την άλω, μια δισκοειδής μάζα από μαζικό ιστό, η οποία θα αναπτυχθεί τα επόμενα χρόνια για να σχηματίσει τον προβάλλοντα μαστό της ενήλικης γυναίκας. Αυτός ο “δισκοειδής” μαστικός

αδένος, ειδικά επειδή συνήθως εμφανίζεται πρώτα ετερόπλευρα και ακολουθεί μετά μερικούς μήνες η εμφάνιση και στη άλλη πλευρά και συνοδεύεται από μικρή ενόχληση – πόνος, εκλαμβάνεται πολλές φορές λανθασμένα ως “νόσος”, άλλοτε ως όγκος και άλλοτε ως μαστίτιδα.

Όσο το στήθος μεγαλώνει, οι αρχικοί πόροι αναπτύσσονται, διακλαδώνονται και σχηματίζουν το σύστημα του μαστικού αδένος. Στη πλειονότητα των περιπτώσεων, η ανατομική ανάπτυξη του μαζικού αδένος έχει σχεδόν συμπληρωθεί όταν αρχίζει να εμφανίζεται η έμμηνος ρύση, ενώ περίπου στην ηλικία των 20 ετών, ο μαστός έχει φθάσει τη μεγαλύτερη ανάπτυξη του.^{1,5}

1.3 Μύες μαστού

Οι μύες που ανήκουν στην περιοχή του μαστού είναι:

- α. Ο μείζων θωρακικός μυς
- β. Ο ελάσσων θωρακικός μυς
- γ. Ο πρόσθιος οδοντωτός
- δ. Ο πλατύς ραχιαίος μυς
- ε. Ο κορακοβραχιόνιος μυς
- στ. Ο έξω λοξός κοιλιακός μυς.^{3,5,6}

1.4 Νεύρωση

Η νεύρωση του δέρματος του άνω ημιμορίου του μαστού προέρχεται από νευρικές ίνες της 3^{ης} και 4^{ης} ρίζας του αυχενικού πλέγματος ενώ του κάτω ημιμορίου του, από πλάγια μεσοπλεύρια νεύρα.^{3,6}

1.5 Αγγείωση

1.5.1 Αρτηριακή αγγείωση

Η αρτηριακή αγγείωση του μαστού ποικίλει. Οι αρτηρίες που αιματώνουν τον μαστό είναι οι μεσοπλεύριες αρτηρίες και η έσω μαστική αρτηρία.

Η αγγείωση της θηλής και της θηλαίας άλω είναι πτωχή λόγω αποστάσεως. Έτσι, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις εγχειρητικών τομών, του χείλους της άλω μπορεί να δημιουργηθεί πρόβλημα νεκρώσεως του δέρματος.^{1,3,5}

1.5.2 Φλεβική αγγείωση

Οι επιπολής φλέβες του μαστού απάγουν το αίμα προς την μέση γραμμή και καταλήγουν στις έσω μαστικές φλέβες. Οι εν τω βάθει φλέβες πορεύονται παράλληλα με τις αρτηρίες. Σ' αυτές περιλαμβάνονται οι μεσοπλεύριες φλέβες, που επικοινωνούν με το σύστημα των φλεβών των σπονδύλων. Πιστεύεται ότι σε αρκετές περιπτώσεις νεοπλασμάτων του μαστού, με αυτήν την επικοινωνία δημιουργούνται οι μεταστάσεις προς την σπονδυλική στήλη.^{3,5}

1.5.3 Λεμφογάγγλια του μαστού

- Μασχαλαία. Προς αυτά κατευθύνεται η κύρια έξω λεμφική οδός, η οποία καταλήγει στα κεντρικά γάγγλια και από εκεί στις διάφορες άλλες ομάδες οι οποίες αναστομώνονται μεταξύ τους.
- Έξω μαστικά ή θωρακικά κατά μήκος της πλάγιας θωρακικής αρτηρίας.
- Ωμοπλαταιαία ή υποπλάτια κατά την πορεία της υποπλάτιου φλέβας, πολύ κοντά στο θωρακοραχιαίο νεύρο.
- Κεντρικά, είναι μια μεγάλη ομάδα που κινείται επιφανειακά, κάτω από το δέρμα της μασχάλης.
- Διαθωρακικά, μεταξύ των δυο θωρακικών μυών.^{3,18}

1.6 Φυσιολογικές μεταβολές του μαστού

Κάθε λοβός του μαστού αποτελεί έναν ανεξάρτητο κυψελοειδή αδένα και κάθε ένας έχει τον δικό του εκφορητικό πόρο και κατά συνέπεια τη δική της εκβολή στην επιφάνεια της θηλής. Ο εκφορητικός πόρος (γαλακτοφόρος πόρος) έχει διάμετρο 0,4 - 0,7 εκ. και πριν εκβάλει στη θηλή σχηματίζει μια μικρή διεύρυνση που ονομάζεται γαλακτοφόρος κόλπος. Το επιθήλιο στις αδενοκυψέλες των λοβίων είναι μονόστιβο

κυβοειδές ή κυλινδρικό , στο γαλακτοφόρο πόρο αποτελείται από δύο στιβάδες κυβοειδών ή κυλινδρικών κυττάρων , ενώ στο γαλακτοφόρο κόλπο γίνεται πολύστοιβο πλακώδες. Τα κύτταρα αυτά στηρίζονται σε βασικό υμένα , στη βάση του οποίου προσφύονται στα μυοεπιθηλιακά κύτταρα. Τα μυοεπιθηλιακά αυτά κύτταρα σχηματίζουν ένα δίκτυο γύρω από τις αδενοκυψέλες και κατά μήκος των εκφορητικών πόρων και παίζουν ρόλο στην προώθηση του γάλακτος από τις αδενοκυψέλες ως τη θηλή (γαλακτοεκθλιπτικό αντανεκλαστικό). Η δομή, το μέγεθος και η λειτουργία του μαστικού αδένου υπόκεινται σε πλήθος μεταβολών, που σχετίζονται με την έμμηνο ρύση, την κύηση, τη γαλουχία και την εμμηνόπαυση^{3,14}

Έμμηνο ρύση – μαστός

Αρχίζοντας από τη 8^η μέρα του καταμήνιου κύκλου, ο γυναικείος μαστός βαθμιαία αυξάνει σε μέγεθος ενώ ο όγκος του πριν την εμμηνορροσία μπορεί να αυξηθεί ως 50%. Η αύξηση αυτή του μεγέθους του μαστού δεν έχει απόλυτα διευκρινισθεί που οφείλεται, αλλά μέρος αυτής αποδίδεται σε ενδολλοβιακό οίδημα και υπεραιμία. Με την εμφάνιση της έμμηνου ρύσης τόσο η αγγειακή συμφόρηση όσο και το οίδημα αρχίζουν να υποχωρούν και ο μαστός φτάνει ξανά στο μικρότερο μέγεθός του κατά την 8^η μέρα του κύκλου.

Γαλουχία - μαστός

Κατά τη γαλουχία τα καλυπτήρια κύτταρα των αδενοκυψέλων του μαστού γίνονται κυλινδρικά και προσλαμβάνουν εμφάνιση των εξωκρινών κυττάρων. Λιπίδια, υδατάνθρακες και πρωτεϊνούχα προϊόντα των κυττάρων αυτών εναποτίθενται στον αυλό των αδενοκυψέλων, απ' όπου μεταφέρονται στους μεγαλύτερους πόρους για να καταλήξουν τελικά στους γαλακτοφόρους πόρους και κόλπους. Η μεταφορά αυτή επιτυγχάνεται με σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων. Το ερέθισμα για τη σύσπαση αποτελεί ο θηλασμός του βρέφους. Όταν ο θηλασμός σταματήσει τα παραμένοντα στις αδενοκυψέλες προϊόντα του γάλακτος επαναφέρονται και το παρέγχυμα του μαστού κατά ένα μεγάλο μέρος αντικαθίσταται από λιπώδη και συνδετικό ιστό.

Το φαινόμενο της γαλουχίας ελέγχεται από πλήθος ορμονών, όπως η προγεστερόνη, τα οιστρογόνα , η προλακτίνη, το πλακουντιακό γαλακτογόνο.

Παραγωγή γάλακτος μπορεί να παρατηρηθεί και σε άτοκες γυναίκες καθώς και σε άνδρες με παρόμοια ερεθίσματα στη θηλή, ενώ γαλουχία έχει παρατηρηθεί και σε γυναίκες με χαμηλά επίπεδα προλακτίνης.^{5,7,18}

Εμμηνόπαυση – μαστός

Κατά την εμμηνόπαυση ξεκινά μια σταδιακή εξαφάνιση των λοβίων. Η οποία δεν είναι τέλεια . Ορισμένα λόβια διατηρούνται , άλλα είναι μικρότερα , ενώ σε άλλες περιοχές παραμένουν μόνο οι μεγαλύτεροι λοβιακοί πόροι και οι γαλακτοφόροι πόροι. Το παρέγχυμα και το ινώδες υπόστρωμα του μαστού μεταπίπτουν βαθμιαία σε μια ομοιογενή μάζα , ενώ η αρχική συγκρότηση του μαστού σε λόβια εξαφανίζεται. Καθώς το αδενικό στοιχείο υποχωρεί , ο λιπώδεις ιστός αναπτύσσεται, με αποτέλεσμα ο μαστός να διατηρεί το εξωτερικό σφαιρικό περίγραμμα. Στις πολύ αδύνατες γυναίκες όμως οι μαστοί εμφανίζονται πλαδαροί εξαιτίας αυτής ακριβώς της μείωσης του αδενικού στοιχείου.^{3,14}

Ορμόνες - μαστός

Ωκυτοκίνη : παράγεται σε υποθαλάμια κέντρα και αποθηκεύεται στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Η κυριότερη δράση της ωκυτοκίνης είναι η πρόκληση σύσπασης

της μήτρας. Άλλη γνωστή δράση της είναι η πρόκληση σύσπασης των μυοεπιθηλιακών κυττάρων των γαλακτοφόρων πόρων των μαστών. Έτσι, συμβάλλει στην έξοδο του εκκρινόμενου γάλακτος.

Προλακτίνη : είναι η κύρια ορμόνη που προάγεται σαν απάντηση στο ερέθισμα του θηλασμού (γαλακτοπαραγωγικό αντανακλαστικό). Διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και ευνοεί την ανάπτυξη και διαφοροποίηση του μαστού. Δρα μέσω υποδοχέων που βρίσκονται στην επιφάνεια των κυττάρων του μαστού. Ο αριθμός των υποδοχέων δεν είναι σταθερός, αλλά σχετίζεται με τα επίπεδα προλακτίνης στον ορό. Αύξηση ή ελάττωση των υποδοχέων της προλακτίνης μεταβάλλουν την ευαισθησία των κυττάρων ως προς τη παραγωγή γάλακτος. Η προγεστερόνη αναστέλλει την αύξηση του αριθμού των υποδοχέων προλακτίνης. Στα κύτταρα του μαστού η προλακτίνη προάγει τη σύνθεση του m RNA της καζεΐνης (κύρια πρωτεΐνη του γάλακτος), όπως επίσης και τη σύνθεση λιπαρών οξέων μεσαίας αλύσου

Το ανθρώπινο πλακουντιακό γαλακτογόνο, που μαζί με την προλακτίνη και την αυξητική ορμόνη αποτελεί τις λεγόμενες γαλακτογονίες ορμόνες , αυξάνει κατά την κύηση και ελαττώνεται απότομα μετά τον τοκετό. Φαίνεται λοιπόν ότι ο κύριος ρόλος του περιορίζεται στην ανάπτυξη και διαφοροποίηση του μαστού κατά την κύηση, ενώ μετά τον τοκετό τα χαμηλά επίπεδα του έχουν δράση παρόμοια με αυτήν της προλακτίνης.

Τα οιστρογόνα έχουν σύνθετο ρόλο. Προάγουν την ανάπτυξη του μαστού και σε χαμηλές δόσεις την έκκριση προλακτίνης, ενώ σε υψηλές δόσεις αναστέλλουν τη γαλουχία. Οι υποδοχείς των οιστρογόνων είναι ειδικοί και δεν αντιδρούν με άλλες ορμόνες.

Η προγεστερόνη στους μαστούς σε μικρές δόσεις προκαλεί την ανάπτυξη των αδενοκυψελών και σε μεγάλες έκκριση που μοιάζει με πύαρ.

Τα κορτικοστεροειδή είναι απαραίτητα όσο για την έναρξη όσο και για τη διατήρηση της γαλουχίας. Ευνοούν την άθροιση καζεΐνης στα κύτταρα του μαστού, όταν ο μαστός <<εκτίθεται>> στη δράση της προλακτίνης.

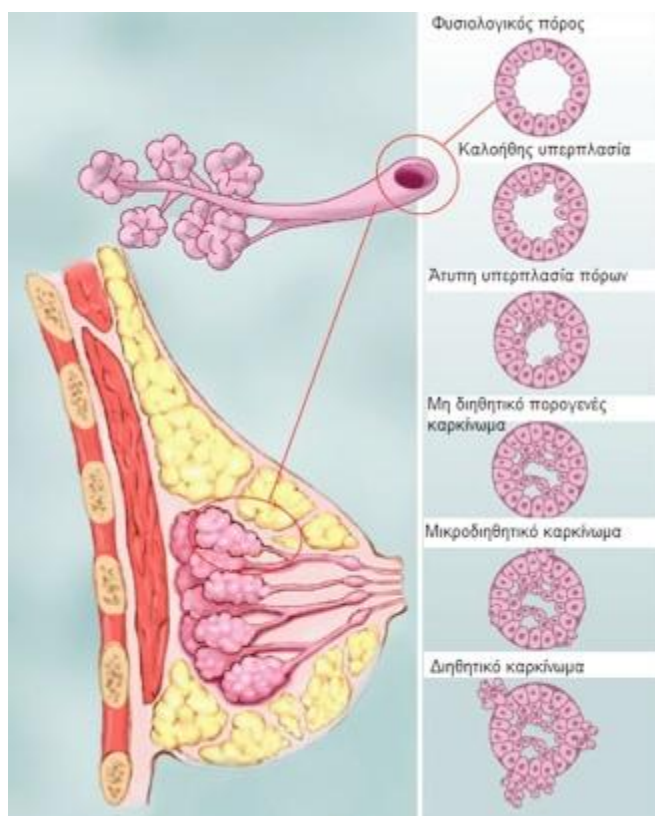
Οι προσταγλανδίνες πιστεύεται ότι δρουν σαν ένας από τους ανασταλτικούς παράγοντες της γαλουχίας πριν από τον τοκετό.^{5,6}

2. Καρκίνος

Ο μαστικός αδένας βρίσκεται κάτω από την επίδραση όλων των μεταβολών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και επειδή τα επιθηλιακά του κύτταρα εμφανίζουν μεγάλη λειτουργική δραστηριότητα και ευαισθησία, η εξαλλαγή τους σε καρκινικά είναι εύκολη.

Έτσι η καρκινογένεση στο μαστό αρχίζει στην αναπαραγωγική ηλικία, άσχετα από το πότε θα εκδηλωθεί κλινικά.

Πολύ λίγα γνωρίζουμε για το χρονικό διάστημα, που περνάει, από την έναρξη της επιθηλιακής εξαλλαγής, μέχρι το σχηματισμό της καρκινικής μάζας. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο χρόνος αυτός είναι μεγάλος να εξαρτάται από την κινητική των καρκινικών κυττάρων.^{2,3,8}



2.1 Ειδή καρκίνου

1. Μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα (DCIS - Ductal Carcinoma In Situ).

Εξορμάτε από το ενδοθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων και παραμένει εκεί τοπικά χωρίς να διηθεί το τοίχωμά τους. Αν και δεν διηθεί τους γειτονικούς ιστούς, εφόσον παραμεινθεί,

μπορεί τελικά να τους διηθήσει. Το 100% σχεδόν των γυναικών με καρκίνο αυτού του σταδίου μπορούν να θεραπευθούν πλήρως. Στην πλειοψηφία των ασθενών εμφανίζεται στη μαστογραφία σαν ένα άθροισμα αποτιτανώσεων χωρίς την ύπαρξη μάζας.

2. Μη διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα (LCIS - Lobular Carcinoma In Situ).

το LCIS δεν είναι καρκίνος. Συνίσταται σε ακανόνιστη αύξηση των κυττάρων που καλύπτουν το εσωτερικό τοίχωμα των λοβίων των γαλακτοπαραγωγών αδένων του μαστού, τα οποία όμως δεν διηθούν το τοίχωμά τους. Σήμερα πιστεύεται ότι το LCIS δεν εξελίσσεται σε καρκίνο, όμως οι γυναίκες με την αλλοίωση αυτή έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν διηθητικό καρκίνο. Η αλλοίωση αυτή δεν σχηματίζει ψηλαφητή μάζα, ανιχνεύεται μαστογραφικά και επιβεβαιώνεται με τη βιοψία.

3. Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα (IDC - Invasive Ductal Carcinoma).

Είναι ο συχνότερος καρκίνος του μαστού και ο πιο επιθετικός, ανάλογα το στάδιο. Ανιχνεύεται σε ποσοστό 70% - 80%, όλων των μορφών των καρκίνων του μαστού. Το χαρακτηριστικό του είναι ότι αναπτύσσεται σε ένα πόρο, διασπά το τοίχωμά του και ανεξέλεγκτα διηθεί τους περίξ ιστούς, λιπώδη, συνδετικό και αγγεία. Έτσι, μέσω

του αίματος και της λεμφικής οδού, μπορεί να εξαπλωθεί, σε άλλες περιοχές του σώματος, όπως οστά, ήπαρ, πνεύμονας, εγκέφαλος.

4. Διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα (ILC - Invasive Lobular Carcinoma).

Αποτελεί το 10% - 15% των διηθητικών καρκίνων του μαστού. Και σε αυτή τη μορφή, τα καρκινικά κύτταρα διασπών το τοίχωμα των λοβίων, διηθούν έτσι τους περιβάλλοντες ιστούς και καθίστανται σε άλλα μέρη του σώματος μέσω της λεμφικής οδού και της κυκλοφορίας του αίματος.

5. Οι λιγότερο συχνοί καρκίνοι του μαστού είναι:

Μυελοειδές καρκίνωμα : Αποτελεί περίπου το 6% όλων των καρκίνων του μαστού, με καλύτερη πρόγνωση από εκείνη των διηθητικών καρκίνων.

Σωληνώδες καρκίνωμα : Αντιστοιχεί περίπου στο 1%-2% των καρκίνων του μαστού, με κύτταρα που μοιάζουν με σωλήνες στο μικροσκόπιο. Είναι διηθητικός καρκίνος, που όμως δεν επεκτείνεται εκτός μαστού.

Κολλοειδές ή βλεννώδες καρκίνωμα : Σπάνιος καρκίνος, διηθητικός πορογενές με κύτταρα γεμάτα βλέννη.

Θηλώδες καρκίνωμα : Εξαιρετικά σπάνιος καρκίνος, μπορεί να είναι διηθητικός ή όχι.

Φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού : Πρόκειται για σπάνιο και πολύ επιθετικό καρκίνο του μαστού, δεδομένου ότι όταν ανακαλύπτεται, είναι ήδη σε προχωρημένη μορφή. Εμφανίζεται με διόγκωση του μαστού και ερυθρό και θερμό δέρμα. Ουσιαστικά το δέρμα διηθείται από τα καρκινικά κύτταρα μέσω των λεμφικών αγγείων και δίδεται η εντύπωση φλεγμονής. Συνήθως όμως δεν υπάρχει φλεγμονή αλλά ούτε και περιγεγραμμένος όγκος. Έτσι εάν μετά από θεραπεία η φλεγμονή δεν υποχωρεί, η διάγνωση τίθεται με βιοψία δέρματος.^{2,9,15}

2.2 Εντόπιση

Ο καρκίνος του μαστού εντοπίζεται περισσότερο στον αριστερό μαστό. Η αναλογία μεταξύ αριστερού και δεξιού μαστού είναι 1,14 /1. Οι μισοί περίπου από τους καρκίνους εντοπίζονται στο άνω έξω τεταρτημόριο, ενώ οι υπόλοιποι γύρω από την θηλή και στα άλλα τεταρτημόρια.

Ειδικότερα η εντόπιση καρκινώματος έχει ως εξής:

Τεταρτημόρια	Συχνότητα
Κεντρική ή θηλαία περιοχή	25%
Άνω έξω τεταρτημόριο	45%
Άνω έσω τεταρτημόριο	15%
Κάτω έξω τεταρτημόριο	10%
Κάτω έσω τεταρτημόριο	5%

^{2,5,10}

2.3 Σταδιοποίηση

Σκοπός της σταδιοποίησης

- Να βοηθήσει τον κλινικό στο σχεδιασμό της θεραπείας
- Να δώσει κάποια ένδειξη πρόγνωσης
- Να βοηθήσει στο τρόπο του σχεδιασμού της θεραπείας

- Να διευκολύνει την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ κέντρων θεραπείας
- Να προσφέρει στη συνεχή ερευνά του καρκίνου

Ταξινόμηση με βάση το TNM σύστημα

Α) όγκος (T)

T0	Απουσία πρωτοπαθούς όγκου
TIS	καρκίνωμα situ – πρωτογενές ή λοβιακό, χωρίς την παρουσία όγκου
T1	όγκος <2cm.
T2	όγκος >2cm και <5cm
T3	όγκος >5cm
T4	όγκος οποιουδήποτε μέγεθος με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα
T4a	επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα
T4b	οίδημα, εξέλκωση του δέρματος ή ύπαρξη δορυφορικών όζων του δέρματος στον ίδιο μαστό.
T4c	T4a και T4b
T4d	φλεγμονώδης μορφή καρκινώματος

Β) περιοχικοί λεμφαδένες (N)

N0	Μη ύπαρξη μεταστατικών περιοχικών λεμφαδένων
N1	μεταστάσεις σε κινητούς ολόπλευρους μασχαλιαίους λεμφαδένες
N2	μεταστάσεις σε ομάδα ομόπλευρων μασχαλιαίων λεμφαδένων ή με άλλα παρακείμενα στοιχεία
N3	μεταστάσεις στους ομόπλευρους έσω μαστικούς λεμφαδένες

Γ) απομακρυσμένες μεταστάσεις

M0	απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων
M1	ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων _ περιλαμβάνονται υπερκλειδιοι, αυχενικοί ή αντιπλεύροι έσω μαστικοί λεμφαδένες

Σταδιοποίηση

Στάδιο 0	TIS	N0	M0
Στάδιο I	T1	N0	M0
Στάδιο II			
Στάδιο IIa	T0	N1	M0

	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Στάδιο IIb	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Στάδιο III			
Στάδιο IIIa	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1,2	M0
Στάδιο IIIb	T4	Όλα τα N	M0
	Όλα τα T	N3	M0
Στάδιο IV	Όλα τα T	Όλα τα N	M1

2,6,8,9,11

2.4 Επέκταση – Μεταστάσεις

Έχει αποδειχθεί ότι μεταστατική διασπορά μπορεί να συμβεί πρώιμα, με πολύ μικρό πρωτοπαθή όγκο και συνεπώς δεν είναι αναγκαστικά ένα όψιμο χρονικά στάδιο ανάπτυξης όγκου. Η προσβολή εξ άλλου των επιχωρίων λεμφογαγγλίων θεωρείται δείκτης ενάρξεως της γενίκευσης της νόσου, γι' αυτό, η τελική έκβαση στο στάδιο αυτό δεν κρίνεται από τη ριζικότητα της χειρουργικής επέμβασης αλλά από το αν έχουν γίνει ή όχι μικρό μεταστάσεις.

2.4.1 Τοπική επέκταση

Το άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού έχει την μεγαλύτερη μάζα αδενικών μαστικών στοιχείων και για αυτό αναφέρεται ως η πιο συχνή εντόπιση της πρώτης εστίας καρκίνου του μαστού. Η ενδομαστική επέκταση του καρκίνου γίνεται κατά τους παρακάτω τρόπους:

- Μέση διήθηση μαστικού παρεγχύματος
- Διήθηση κατά μήκος των πόρων
- Ενδομαστική λεμφική διασπορά

Η επέκταση συνεχίζεται προς τα έξω μέχρι το δέρμα και προς τα μέσα μέχρι την περιτονία του μείζονος θωρακικού. Συνήθως, οι τρεις μηχανισμοί τοπικής επέκτασης συμβαίνουν συγχρόνως και κάποιος απ' αυτούς μπορεί να είναι πιο έκδηλος.

2.4.2 Περιοχική διασπορά

Από τα επιχώρια λεμφογάγγλια γύρω από το μαστό τα πιο συχνά προσβαλλόμενα είναι τα λεμφογάγγλια της σύστοιχης μασχάλης. Η μεγαλύτερη ποσότητα λέμφου του μαστού παροχετεύεται προς τα λεμφογάγγλια της μασχάλης και γι' αυτό εκεί είναι πιο συχνές οι λεμφογαγγλιακές μεταστάσεις.

Η πιθανότητα λεμφογαγγλιακών μεταστάσεων σχετίζεται άμεσα με το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου, παρ' όλο που υπάρχουν περιπτώσεις όπου η διάγνωση έγινε από τα λεμφογάγγλια ενώ ο πρωτοπαθής όγκος μόλις που ήταν ανιχνεύσιμος ή βρέθηκε εκ των υστέρων.

Η προσβολή στη μασχάλη ακολουθεί τις ομάδες ή τα επίπεδα των λεμφογαγγλίων και σχετίζεται με την πρόγνωση, έτσι με τις σύγχρονες απόψεις εκείνο που έχει σημασία είναι ο ολικός αριθμός των προσβεβλημένων λεμφογαγγλίων άσχετα με το επίπεδο.

Η ιστοπαθολογική εξέταση της μασχάλης, ακόμη και σε πολύ πρώιμα καρκινώματα του μαστού είναι απαραίτητη.

Προσβολή των υπερκλειδίων λεμφογαγγλίων σημαίνει γενίκευση της νόσου και επιβάρυνση της πρόγνωσης.^{9,12,16}

2.5 Μεταστάσεις

Η μεταστατική διασπορά που γίνεται αιματογενώς και συχνά πολύ πρώιμα, μπορεί να προσβάλει οποιοδήποτε όργανο με τη σειρά του πίνακα 1.

Στον τρόπο και την αλληλοδιαδοχή των μεταστάσεων του καρκίνου του μαστού εμπλέκονται και άλλοι παράγοντες με προγνωστική σημασία π.χ. ER- όγκο δίνουν πιο συχνά σπλαχνικές μεταστάσεις ενώ ER+ όγκοι δίνουν πιο συχνά οστικές μεταστάσεις.

Κατά την τελική φάση του προχωρημένου καρκίνου του μαστού, η κλινική εικόνα κυριαρχείται από τις συνέπειες της προσβολής των οργάνων με την αντίστοιχη λειτουργική ανεπάρκεια και συμπτωματολογία, καθώς και από γενικά συμπτώματα και φαινόμενα της νόσου όπως είναι η επιδείνωση της γενικής κατάστασης και η καχεξία.^{2,5,9}

Όργανο	Συχνότητα %
Λεμφογάγγλια	76
Οστά	71
Πνεύμονες	69
Ήπαρ	65
Υπεζωκότας	51
Επινεφρίδια	49
Δέρμα	30
Εγκέφαλος	22
Ωοθήκες	20
Περικάρδιο	19
Περιτόναιο	15

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Συχνότητα εντόπισης μεταστάσεων σε καρκίνο του μαστού.

3. Αιτιολογία

3.1 Παράγοντες κινδύνου – Προδιαθεσικοί παράγοντες

- **Φύλο.** Στους 100 καρκίνους του μαστού μόνο ένας αφορά τον άνδρα.
- **Ηλικία.** Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών 35 - 55 ετών. Δεν είναι συχνή η εμφάνιση πριν από την ήβη. Η συχνότητα ανεβαίνει μέχρι την εμμηνόπαυση και περιορίζεται μετά από αυτή.
- **Κληρονομικότητα.** Η κληρονομικότητα αφορά σε συγγενείς πρώτου βαθμού , δηλαδή μητέρα ή αδελφή.

Έτσι αν μια από αυτές πέρασε καρκίνο μετεμμηνοπαυσικά, οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, είναι μία και μισή φορά περισσότερες. Αν τον πέρασαν προεμμηνοπαυσικά, τότε αυτές φτάνουν τις τρεις φορές. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε μετεμμηνοπαυσικά και από τους δυο μαστούς, τότε αυτές φτάνουν τις τέσσερις φορές. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε προεμμηνοπαυσικά και στους δυο μαστούς, τότε φτάνουν στις οκτώ φορές.

- **Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης.** Η πρόωμη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση διαπιστώθηκε, πως συμβάλλουν στις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, γιατί υπάρχουν στην περίπτωση αυτή περισσότεροι άνω οθυλακιορρηκτικοί κύκλοι και επομένως λιγότερη έκκριση προγεστερόνης, που προστατεύει τον μαστό. Το ίδιο ισχύει και για τις γυναίκες, που πάσχουν από στειρώση, λόγω ύπαρξης πολυκυστικών ωοθηκών.

Οι γυναίκες, που είχαν εμμηνορρυσία παραπάνω από 40 χρόνια, έχουν διπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, από αυτές, που την είχαν 30 ή λιγότερα χρόνια.

Η ωοθηκεκτομή κοντά στην εμμηνόπαυση, και μάλιστα στις γυναίκες που δεν απόκτησαν παιδιά, και σε αυτές που έπασχαν από πολυκυστικές ωοθήκες, κρίθηκε δικαιολογημένη για την προστασία της γυναίκας από τον καρκίνο του μαστού.

Ο εγχειρητικός ευνουχισμός πριν από τα 40 χρόνια της γυναίκας ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά 70 - 75% για τα πρώτα 10 χρόνια.

- **Ηλικία πρώτου τοκετού.** Διαπιστώθηκε, πως υπάρχει σχέση στη ηλικία της γυναίκας , που θα αποκτήσει το πρώτο της παιδί και στον καρκίνο του μαστού.

Αν αυτή γεννήσει το πρώτο της παιδί πριν από τα 20 χρόνια της ηλικίας της, τότε ο μαστός της προστατεύεται περισσότερο από τον καρκίνο σε σύγκριση με αυτή , που θα γεννήσει το πρώτο της παιδί μετά τα 35 χρόνια της.

- **Ατεκνία.** Οι γυναίκες που δεν γέννησαν εμφανίζουν αυξημένη τη συχνότητα καρκίνου του μαστού αλλά μικρότερη από αυτές που γέννησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 35 χρόνια.

- **Φύλο του πρώτου εμβρύου.** Πιστεύεται, ότι όταν το πρώτο έμβρυο είναι αρσενικό, η γυναίκα προστατεύεται περισσότερο από καρκίνο στο μαστό της, λόγω των εκκρινόμενων από το έμβρυο ανδρογόνων ορμονών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

- **Αριθμός τοκετών.** Ενώ, όπως αναφέρθηκε έχει σημασία η ηλικία της γυναίκας στον πρώτο της τοκετό, δεν διαπιστώθηκε πως ο μαστός προστατεύεται από τον καρκίνο στις πολύτοκες

- **Θηλασμός.** Πιστεύαμε, πως ο θηλασμός προστατεύει τη γυναίκα από καρκίνο του μαστού. Τα τελευταία χρόνια η άποψη αυτή δεν θεωρήθηκε δεκτή. Σήμερα όμως δεχόμαστε τη προστασία του θηλασμού και μάλιστα πως όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κρατήσει τόσο η προστασία είναι μεγαλύτερη.

- **Αμβλώσεις.** Οι διακοπές της εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνο της, διαπιστώθηκε πως αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες εκδήλωσης καρκίνου του μαστού.

- **Ορμονικοί παράγοντες.** Φάρμακα, που χορηγούνται για την αντιμετώπιση θυρεοειδοπαθειών, η λήψη οιστρογόνων ορμονών και η χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων χωρίς προγεστερόνη, ενοχοποιήθηκαν για την εμφάνιση καρκίνου μαστού. Οι πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου μαστού σε γυναίκες, που τις χορηγήθηκαν οιστρογόνες ορμόνες, διπλασιάζονται. Το αντίθετο συμβαίνει, αν τους χορηγήθηκε προγεστερόνη.

- **Άλλης εντόπισης καρκίνος.** Όταν εμφανισθεί καρκίνος στον ένα μαστό, υπάρχει και στον άλλο. Επίσης, συχνότερα εμφανίζεται καρκίνος στο μαστό, όταν υπάρχει στο ενδομήτριο, στις ωοθήκες και στο παχύ έντερο.

- **Διαιτητικοί παράγοντες.** Πιστεύεται, πως οι παχύσαρκες γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο του μαστού. Παρατηρήθηκε πως στο δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο σημειώθηκε αισθητή κάμψη εμφάνισης της πάθησης.

Η κατάχρηση οινοπνεύματος φαίνεται, πως προδιαθέτει στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού, γιατί εμφανίζεται 1-1,5 φορά συχνότερα απ' ότι στο γενικό πληθυσμό σε γυναίκες, που πίνουν παραπάνω από το συνηθισμένο, οινοπνευματώδη ποτά. Σε μεγαλύτερη, μάλιστα, συχνότητα εμφανίζεται σε γυναίκες, που έχουν επιβαρημένο το κληρονομικό τους ιστορικό με καρκίνο του μαστού.

- **Άλλοι παράγοντες.** Διαπιστώθηκε πως οι ψηλές γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα, από τις κοντές, όπως συχνότερα προσβάλλονται οι γυναίκες αστικών τάξεων σε σύγκριση με τις γυναίκες αγροτικών. Ακόμη πιστεύεται, πως η έντονη ψυχική δοκιμασία και η χορήγηση ορισμένων φαρμάκων, όπως της ρεσερπίνης σε μεγάλες δόσεις, μπορούν να θεωρηθούν αιτιολογικοί παράγοντες του καρκίνου του μαστού.

Γυναίκες που εκτέθηκαν σε ακτινοβολία, όπως και γυναίκες, που έπασχαν από φυματίωση και υποβλήθηκαν σε συχνό ακτινοσκοπικό έλεγχο, εμφανίζουν συχνότερα καρκίνο στο μαστό τους. Σε όσο μικρότερη ηλικία η γυναίκα εκθέτει τον εαυτό της στην ακτινοβολία, τόσο ο κίνδυνος να εμφανίσει καρκίνο του μαστού μεγαλώνει. Τη μεγαλύτερη ευαισθησία την εμφανίζει στην ηλικία των 10-19 ετών και κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης.^{3,5,8,13}

3.2 Συμπτώματα

Ο καρκίνος του μαστού στην αρχή μπορεί να είναι ασυμπτωματικός και η ανακάλυψή του να γίνει σε τυχαία ψηλάφηση του. Τις περισσότερες φορές εμφανίζεται με τα παρακάτω συμπτώματα:

- **Όγκος.** Σε συχνότητα πάνω από 80% κάνει την εμφάνιση του με τη μορφή όγκου, που σε αναλογία 90-95% των περιπτώσεων, γίνεται αντιληπτός από την ίδια τη γυναίκα, λίγο πιο συχνότερα τον αριστερό μαστό.

Εμφάνιση όγκου στο μαστό στην πέμπτη δεκαετία της ζωής της γυναίκας, και ιδιαίτερα στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού, μπορεί να θεωρηθεί καρκίνος.

- **Πόνος.** Ο πόνος θα οδηγήσει τη γυναίκα στο γιατρό σε συχνότητα 10% και είναι ύποπτος για καρκίνο, όταν εμφανισθεί ετερόπλευρα σε γυναίκα, που δεν βρίσκεται σε εμμηνοπαυση και δεν παίρνει οιστρογόνες ουσίες. Πόνοι προκαλούνται και από μεταστάσεις στα οστά.

- **Έκκριση από τη θηλή.** Η έκκριση από τη θηλή του μαστού, που πάσχει, εμφανίζεται σε συχνότητα 8% περίπου και, αν είναι αιματηρή, σε συχνότητα 18% πρόκειται για καρκίνο.

- **Εσολκή δέρματος και θηλής.** Η εσολκή του δέρματος ή της θηλής ή εκτροπή του άξονα της θηλής. Αποτελούν παθογνωμικά σημάδια καρκίνου του μαστού.

• **Άλλα συμπτώματα.** Πρήξιμο στη μασχάλη, εξάνθημα σε μια θηλή ή στη γύρω περιοχή (νόσος του Paget). Ο καρκίνος του μαστού κάνει την εμφάνισή του με εξέγκωση στη θηλή, φλεγμονή, οίδημα, βήχα, δύσπνοια από πνευμονικές μεταστάσεις, θωρακικούς πόνους, από διήθηση του υπεζωκότα, κοιλιακούς πόνους, ίκτερο, κεφαλαλγία, διπλωπία, όποιο διαβήτη από μετάσταση στην υπόφυση κλπ.^{2,3,12}

3.3 Κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις

3.3.1 Κλινική ιατρική εξέταση

Η κλινική ιατρική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει τη λήψη του ειδικού ιστορικού, την επισκόπηση και την ψηλάφηση των μαστών.

Ιστορικό: πρέπει να προηγείται πάντα η λήψη του γενικού ιστορικού όσο αναφορά τον μαστό για τον υπολογισμό του πιθανού κινδύνου προσβολής του οργάνου από τον καρκίνο.

Ελέγχουμε:

- το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού ιδιαίτερα σε 1^{ου} βαθμού συγγενείς. Το γεγονός αυτό έχει μεγάλη σημασία ιδιαίτερα αν συντρέχουν επιπρόσθετοι επιβαρυντικοί παράγοντες όπως πρόιμη εμμηνοπαυσιακή εμφάνιση αμφοτερόπλευρου καρκίνου μαστού σε συγγενή κ.α. η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του οργάνου είναι μεγαλύτερη.
- Την ηλικία : πάνω από το 70% των καρκίνων του μαστού εμφανίζονται πάνω από την ηλικία των 50 ετών.
- Την ύπαρξη όγκου
- Την μεταβολή της θηλής
- Εάν υπάρχει έκκριση από την θηλή που μπορεί να είναι αιματηρή, γαλακτώδης πυώδης, ορώδης ή κίτρινη.
- Εάν συνυπάρχει επίμονος πόνος ή άλλο αίσθημα σε κάποιο σημείο του μαστού.
- Την ηλικία έναρξης της περιόδου και την ημερομηνία της τελευταίας έμμηνης ρήσης
- Την ηλικία της 1^{ης} τελειωμένης κύησης
- Εάν θήλασε και για πόσο διάστημα
- Τυχόν ακτινοβολήση στο παρελθόν στην περιοχή του θώρακα.
- Προηγούμενες παθήσεις από τον μαστό όπως ινοκυστική μαστοπάθεια κ.α.
- Τα συμπτώματα όπως ανορεξία, απώλεια βάρους, δύσπνοια, βήχας, οστικοί πόνοι.^{6,8,10}

Φυσική εξέταση

Επισκόπηση σε ειδικές θέσεις.

- όρθια θέση με τα χέρια κρεμάμενα
- άνω άκρα σε ανάπαυση
- άνω άκρα να συλλαμβάνουν την μέση και σύσφιξης της περιοχής

Και στις τρεις θέσεις εξετάζετε η συμμετρία, η ομαλότητα της περιμέτρου και αλλοιώσεις του δέρματος. ακολουθεί η επισκόπηση της θηλής και της θηλαίας άλλου και αναζητείτε η ύπαρξη εισολκής, εκζέματος, διαβρώσεων, εκκρίσεων

Με τα άκρα στην ανάπαυση και τη σύσφιξη της μέσης, διαπιστώνετε σε περίπτωση ύπαρξης όγκου καθηλωμένου στο μείζονα θωρακικό μυ, ο πάσχων μαστός να ανέρχεται σε υψηλότερη θέση από το φυσιολογικό και ίσως να εμφανίζετε εισολκή του υπερκείμενου δέρματος

Ψηλάφηση: Η ψηλάφηση ακολουθεί αμέσως μετά την επισκόπηση και πρέπει να γίνεται με τα δάκτυλα του εξετάζοντα σε επαφή ώστε να μην διαφύγουν μικρές

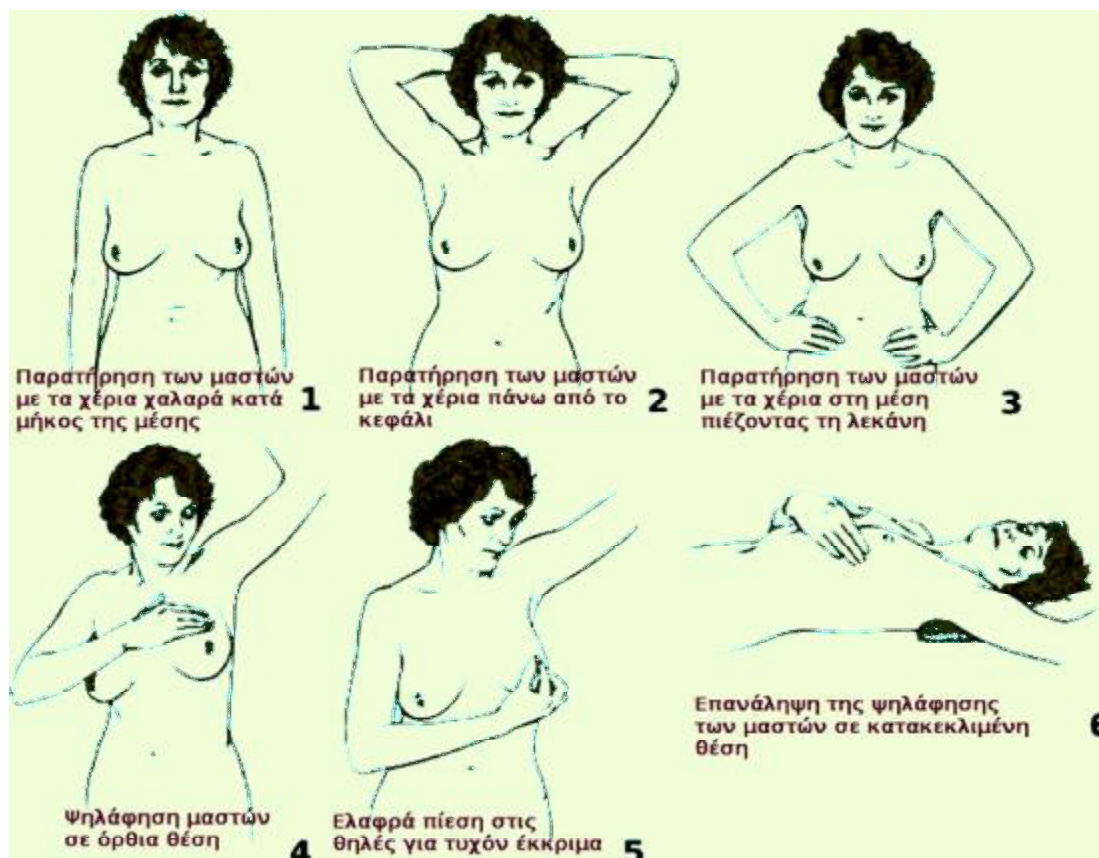
αλλοιώσεις άλλα και ακλουθώντας ωρολογιακή φορά για να εξεταστούν όλες οι ανατομικές περιοχές.

Με την ψηλάφηση αναζητούνται η παρουσία όγκων, οιδήματος, ευαισθησίας και πόνου, διαφοράς θερμοκρασίας και παθολογικών λεμφαδένων. Πρέπει να λάβουμε υπ όψιν μας ότι ο μαστός της κάθε γυναίκας έχει διαφορετική αρχιτεκτονική διαμόρφωση με αποτέλεσμα σε αρκετές γυναίκες να ψηλαφώνται οζίδια που δεν παριστούν υποχρεωτικά παθολογικές αλλοιώσεις.

Μετά την διαπίστωση κάποιου παθολογικού μορφώματος θα πρέπει να καθορισθούν:

- Η θέση δηλαδή το τεταρτημόριο στο οποίο ανήκει το μόρφωμα
- Το μέγεθος του που ορίζεται σε εκατοστά και σε δύο άξονες
- Το σχήμα του εάν είναι στρογγυλό, ωοειδές, ακανόνιστό, διάχυτο ή περιγεγραμμένο.
- Η σύσταση του μορφώματος αν είναι σκληρό, μαλακό ή κυστικό
- Αν είναι επώδυνο
- Η σχέση του προς το υπερκείμενο δέρμα και τους υποκείμενους ιστούς
- Ο βαθμός κινητικότητας του όγκου που αποτελεί κριτήριο για τον καθορισμό της φύσης του.
- Η θερμότητα του μαστού που εκτιμάται με την ράχη του

Αυτοεξέταση : Μεγάλης σημασίας για την πρόωπη διάγνωση μιας νεοπλασματικής εξεργασίας του μαστού, είναι η σωστή αυτοεξέταση των μαστών. Πραγματικά ο μαστικός αδένας που βρίσκεται αμέσως κάτω από το δέρμα της περιοχής του μαστού προσφέρεται στη φυσική εξέταση του από την ίδια τη γυναίκα,



αρκεί να έχει διδαχθεί από τον γιατρό της τόσο την σωστή τεχνική της αυτοεξέτασης, όσο και τον αντικειμενικό σκοπό της. Θα πρέπει να τονιστεί δηλαδή ότι σκοπός της αυτοεξέτασης είναι να ανακαλύψει η γυναίκα οποιαδήποτε αλλαγή στην κατάσταση

των μαστών της και να προσφύγει στη συνέχεια στον γιατρό για διερεύνηση. Ξεκινάμε κοιτάζοντας τους μαστούς σας στον καθρέφτη. Ελέγχουμε το μέγεθος, το σχήμα και το χρώμα. Οι δύο μαστοί πρέπει να είναι συμμετρικοί και ομοίμορφοι. Σημεία που χρειάζονται διερεύνηση:

- Εισολκή δέρματος ή θηλής
- Δέρμα σαν «φλοιός πορτοκαλιού»
- Ερυθρότητα
- Διόγκωση
- Αποβολή υγρού ή αίματος από την θηλή
- Διαγραφή των φλεβών κάτω από το δέρμα.

Σηκώνουμε τα χέρια και παρατηρούμε για τα ίδια σημεία. Ακολούθως πιέζουμε και τις δύο θηλές και ελέγχουμε αν υπάρχει αποβολή υγρού από αυτές. Ξαπλώνουμε και εξετάζουμε τους μαστούς, κάνοντας μικρές κυκλικές κινήσεις με τις άκρες των δακτύλων μας, μέχρι να καλύπτουμε όλη την έκταση του κάθε μαστού.

Ακολουθούμε πορεία από πάνω προς τα κάτω και από έξω προς τα μέσα. Προσπαθήστε να αισθανθείτε οποιαδήποτε μάζα στο εσωτερικό του μαστού. Το δεξί χέρι εξετάζει τον αριστερό μαστό και το αντίθετο. Ακολουθείτε την ίδια διαδικασία με τα ίδια βήματα σε όρθια θέση. Πολλές γυναίκες αισθάνονται καλύτερα τον μαστό τους όταν το δέρμα είναι υγρό και γλιστερό, έτσι προτιμούν να κάνουν αυτό το στάδιο της αυτοεξέτασης όταν κάνουν μπάνιο.

Η αναλογία όγκων του μαστού σε πρώιμο στάδιο που ανακαλύφθηκαν από την ίδια την γυναίκα είναι μεγάλη. Αυτό συμβαίνει γιατί η γυναίκα όταν εξετάζει συχνά μόνη της τους μαστούς της, εξοικειώνεται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους και έτσι μπορεί ν' ανακαλύψει συχνότερα κάθε ανωμαλία τους.

Έχει μεγάλη σημασία να χρησιμοποιεί η αυτοεξεταζόμενη ακριβή, πλήρη και μεθοδική εξέταση.^{8,11,12}



Η γυναίκα θα πρέπει να διδαχθεί να μην αυτοεξετάζεται σε κάθε ευκαιρία, αλλά σε ορισμένα διαστήματα, που απέχουν μεταξύ τους τόσο, όσο χρειάζεται για να αναπτυχθεί καρκίνος και να ανακαλυφθεί στο πρώιμο στάδιο του. Αν σκεφθούμε ότι χρειάζεται διάστημα πολλών μηνών, για να αναπτυχθεί καρκίνος με διάμετρο ενός εκατοστού σκόπιμο θα είναι να συστήσουμε στη γυναίκα να αυτοεξετάζεται το πολύ κάθε μήνα. Αναφορικά με την εποχή της αυτοεξέτασης, γυναίκες που δεν έφτασαν στην εμμηνόπαυση καλό είναι να αυτοεξετάζονται λίγες ημέρες μετά το τέλος της εμμηνορρυσίας. Ενώ σε γυναίκες μετεμμηνοπαυσιακές, σαν χρόνος

αυτοεξέτασης συνίσταται μια ημερομηνία του μήνα που να τις βολεύει.^{8,10,16}

3.3.2 Απεικονιστικές εξετάσεις

Μαστογραφία: είναι η ακτινολογική διαγνωστική εξέταση των μαστών χρησιμοποιώντας ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία για να απεικονίσει τα φυσιολογικά και παθολογικά στοιχεία του μαστού πάνω σε ακτινογραφικό φιλμ.

Η ψηφιακή μαστογραφία είναι η πιο σύγχρονη τεχνολογία για έγκαιρη και ακριβή διάγνωση έχει λιγότερη ακτινοβολία και άμεσα αποτελέσματα. Ο τρόπος εκτέλεσης της εξέτασης είναι παρόμοιος με εκείνον της συμβατικής εξέτασης. Πραγματοποιούνται δύο λήψεις σε κάθε μαστό που λαμβάνονται με τη χρήση ενός ειδικού πλαστικού πιάστρου με σταδιακή ελεγχόμενη πίεση.

Η πίεση είναι απαραίτητη ώστε να επιτευχθεί η εξίσωση του πάχους του μαστικού αδένου και η μείωση του, ούτως ώστε να χρησιμοποιηθεί όσο το δυνατόν χαμηλότερη δόση ακτινοβολίας για την απεικόνιση μικρών βλαβών, που δεν θα καλύπτονται από τον υποκείμενο ιστό. Ακόμα βοηθάει στο να αυξηθεί η διακριτικότητα και να γίνουν πιο σαφή τα όρια των απεικονιζόμενων ιστών. Η εξεταζόμενη θα πρέπει να σταθεί ακίνητη κρατώντας την ανάσα της για λίγα δευτερόλεπτα, όσο κρατάει η έκθεση στην ακτινοβολία, ώστε να αποφευχθεί η ασφάλεια των ορίων στην εικόνα.

Η μαστογραφία εκτελείται πριν την 12^η ημέρα του κύκλου, τότε, που οι μαστοί έχουν αποσυμφορηθεί.

Η αξία και η θέση της μαστογραφίας στη μελέτη των παθήσεων του μαστού.

- Σε κλινικά διαπιστωμένο καρκίνο η μαστογραφία μας δίνει πληροφορίες για την ορθότητα της κλινικής διάγνωσης, την κατάσταση του πάσχοντος αλλά και του άλλου μαστού, το μέγεθος του καρκίνου, τη μορφή και το βαθμό επέκτασης στους γύρω ιστούς και το δέρμα, στοιχεία για τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου, το αποτέλεσμα της θεραπείας μετά από ανεγχείρητο καρκίνο.
- Σε γυναίκες που έχουν κάποιο πρόβλημα από το μαστό, που πιθανόν να σημαίνει καρκίνο η μαστογραφία θα μας δώσει πληροφορίες για τη φύση του προβλήματος και θα το εντοπίσει, διευκολύνοντας τη χειρουργική διερεύνηση.
- Σε ασυμπτωματικές γυναίκες η μαστογραφία μπορεί να μας δείξει μη ψηλαφητό καρκίνο ή στοιχεία τέτοια, που πιθανολογούν καρκίνο και κάνουν την βιοψία απαραίτητη.

Η μαστογραφία δεν πρέπει να εκτελείται:

-Σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 18 ετών, γιατί οι μαστοί σε αυτήν την ηλικία είναι ακτινοευαίσθητοι.

-Σε έγκυες για τον κίνδυνο της ακτινοβολίας και γιατί λόγω της υπερτροφίας των μαστών, τα μαστογραφικά ευρήματα δεν είναι ικανοποιητικά όπως και κατά την περίοδο της λοχείας.

-Σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 40 ετών, που τίποτε το παθολογικό δεν εμφανίζουν από τους μαστούς, ούτε επιβαρύνονται με κληρονομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού.^{11,12,17}

Μαγνητική μαστογραφία: Η μαγνητική μαστογραφία είναι η νεότερη απεικονιστική εξέταση για τη διάγνωση των παθήσεων του μαστού. Η σημαντικότερη αξία της μαγνητικής μαστογραφίας είναι η υψηλή ευαισθησία που διαθέτει στην ανίχνευση διηθητικού καρκινώματος σε γυναίκες με πυκνούς μαστούς. Η μαγνητική μαστογραφία είναι ευαίσθητη μέθοδος όταν χρησιμοποιείται συμπληρωματικά της μαστογραφίας. Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως πρωταρχική εξέταση ή χωρίς να συσχετίζεται με τα ευρήματα της μαστογραφίας

Ενδείξεις της Μαγνητικής Μαστογραφίας

- βαρύ του κληρονομικό ιστορικό.
- Λοβιακό καρκίνωμα in situ

- Άτυπη υπερπλασία των πόρων
- Ανομοιογενούς υφής ή πυκνοί μαστοί από την μαστογραφία
- Ατομικό ιστορικό καρκίνου μαστού συμπεριλαμβανομένου του ενδοπορικού καρκινώματος
- Η εκτίμηση όγκων που εντοπίζονται πλησίον του θωρακικού τοιχώματος.
- Ο έλεγχος γυναικών με προθέματα σιλικόνης ιδίως όταν υπάρχει υπόνοια ενδό ή εξωκαψική ρήξης.

Υπερηχοτομογραφία: είναι μία ιατρική απεικονιστική μέθοδος που παράγει εικόνες μερών του ανθρωπίνου σώματος χρησιμοποιώντας τους υπερήχους

Κάθε ιστός του σώματος έχει μια ειδική συμπεριφορά στους υπερήχους κι έτσι ανακλά, διαθλά ή "απορροφά" διαφορετικό ποσό κυμάτων από αυτά που δέχεται. Έτσι ο υπολογιστής αφού δεχτεί τις ανακλάσεις και γνωρίζοντας το ποσό των κυμάτων που στάλθηκαν, αποδίδει ένα χρώμα ή μία απόχρωση του γκρι σε κάθε ιστό και τα εμφανίζει σε μία οθόνη σαν εικόνες. Οι εικόνες αυτές μελετώνται από τον εξεταστή κι αυτός με τη σειρά του εξάγει διαγνωστικά συμπεράσματα.^{11,12,18}

Μειονεκτήματα της Μαγνητικής Μαστογραφίας

Τα βασικότερα μειονεκτήματα της μαγνητικής μαστογραφίας είναι :

- Η χαμηλή ειδικότητα της εξέτασης η οποία κυμαίνεται από 37%-97%.
- Το υψηλό κόστος αυτής.
- Η αδυναμία απεικόνισης των μικροαποτιτανώσεων με τις οποίες εμφανίζεται συχνά ο αρχόμενος καρκίνος.

Η μαγνητική μαστογραφία είναι λάθος να χρησιμοποιείται ως εξέταση προληπτικού ελέγχου σε γυναίκες που δεν ανήκουν σε ομάδες υψηλής επικινδυνότητας διότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων.

- Δεν προσφέρει στην επίλυση ύποπτης για κακοήθεια μαστογραφικής αλλοίωσης.
- Δεν χρησιμοποιείται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, της γαλουχίας ή κατά την λήψη ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης.
- Δεν προσφέρει καμία πληροφορία στην διαφορική διάγνωση απλής φλεγμονής από φλεγμονώδους τύπου καρκίνου.^{11,14,23}

Αξονική τομογραφία: Ο εξεταζόμενος τοποθετείται σε ύπτια θέση σε ένα κινούμενο κάθισμα το οποίο αργά διέρχεται μέσω μιας κυκλικής τρύπας του μηχανήματος. Αποφεύγεται να ακτινοβοληθούν οι οφθαλμοί, γι' αυτό και το κεφάλι τοποθετείται με κλίση 15° προς τα κάτω. Όση ώρα ο εξεταζόμενος βρίσκεται μέσα στην κυκλική περιοχή ακτινοβολείται με ακτίνες X ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

Με αυτήν τη μέθοδο λαμβάνονται κάθετες λεπτές τομές (μεταξύ 0,6-10 χιλιοστών) του ανθρωπίνου σώματος, οι οποίες αποτυπώνονται σε φιλμ και εκτυπώνονται σε ειδικό χαρτί, με χρώμα μαύρο - άσπρο και διαφανές.

Τα συμπαγή μόρια φαίνονται καλύτερα. Έτσι απεικονίζεται το εσωτερικό του σώματος και επιτρέπεται στον εξεταστή να αναζητήσει βλάβες μέσα στα όργανα ή να εντοπίσει ανωμαλίες σε σημεία που ήταν αδιανόητο να εντοπιστούν με την απλή ακτινογραφία.

Τα πιο βασικά μειονεκτήματα είναι:

- 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° .
- Δεν απεικονίζει καλά τα μαλακά μέρη.^{11,14}

4. Θεραπευτική αντιμετώπιση καρκίνου του μαστού.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει βασικά τέσσερις ειδικούς χειρισμούς: Χειρουργική, Ακτινοθεραπεία, Χημειοθεραπεία και Ορμονικούς χειρισμούς. Όλες οι θεραπευτικές δυνατότητες που διαθέτουμε σήμερα πρέπει να χρησιμοποιούνται ανάλογα με την περίπτωση και τις ενδείξεις, βάσει των επί μέρους χαρακτηριστικών τόσο της ασθενούς (π.χ. ηλικία, βιολογική κατάσταση, άλλα νοσήματα) όσο και του όγκου.^{5,10,19}

Σε αμφισβητούμενες όμως περιπτώσεις ή για λόγους επιβεβαίωσης της διάγνωσης, θα χρειασθεί να προηγηθεί "ταχεία βιοψία", στην οποία αφαιρείται όλη η αλλοίωση επί υγιούς και γίνεται ταχεία παθολογοανατομική εξέταση του παρασκευάσματος. Η ταχεία βιοψία είναι εξαιρετικά ακριβής μέθοδος για τη διάγνωση ενός διηθητικού καρκίνου και για το προορισμό της έκτασης της νόσου στο κομμάτι του ιστού που έχει αφαιρεθεί.

4.1 Χειρουργική παρέμβαση

Ο σημερινός χειρουργός διαθέτει ένα ευρύ φάσμα επεμβάσεων που μπορεί να εκτελέσει και οι οποίες ανάλογα με την έκταση της χειρουργικής εκτομής διακρίνονται ως εξής:

- **Βιοψία:** Η παλαιότερα χρησιμοποιούμενη απλή βιοψία τμήματος του όγκου έχει καταργηθεί και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται λόγω του υψηλού κινδύνου διασποράς της νόσου.
- **Ευρεία τοπική εκτομή:** Είναι η εκτομή του όγκου μαζί με ένα υγιές τμήμα ιστού τουλάχιστον 2 εκ. γύρω από αυτόν. Μία επέκταση αυτής της επέμβασης είναι η τεταρτεκτομή κατά την οποία αφαιρείται όλο το τεταρτημόριο του μαστού, στο οποίο ήταν ο καρκίνος.
- **Ολική ή απλή μαστεκτομή:** Η αφαίρεση ολόκληρου του μαστικού αδένου μαζί με το υπερκείμενο δέρμα. Οι ανωτέρω επεμβάσεις αναφέρονται μόνον στο μαστό. Οι ακόλουθες επεμβάσεις, συμπεριλαμβάνουν την ολική μαστεκτομή και τη μερική ή



ολική αφαίρεση των λεμφαδένων της σύστοιχης μασχάλης.

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

- **Ριζική Μαστεκτομή**

- α. Κλασική ριζική μαστεκτομή:

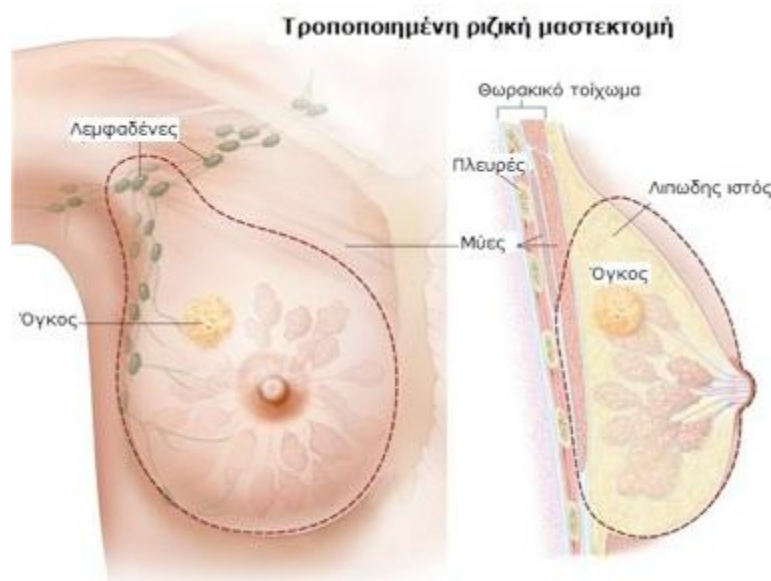
Περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Halsted και περιλαμβάνει την εκτομή όλου του μαστικού αδένου, του περιεχομένου της μασχάλης και του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός. Σήμερα εφαρμόζεται σπάνια και μόνο σε όγκους του οπίσθιου τμήματος του μαστού, με εκτεταμένη διήθηση του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός

β. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή :

Αυτή η εγχείρηση περιγράφηκε από τον Patey και είναι όμοια της κλασικής ριζικής μαστεκτομής του Halsted, αλλά με διατήρηση του μείζονα θωρακικού μυός. Η προσπέλαση της κορυφής της μασχάλης επιτυγχάνεται με τη διατομή του ελάσσονος θωρακικού μυός, κοντά στη πρόσφυση του στη κορακοειδή απόφυση. Τροποποίηση της επέμβασης αποτελεί η αφαίρεση του ελάσσονος θωρακικού μυός, με σκοπό τον καλύτερο καθαρισμό των λεμφαδένων της μασχάλης, περιλαμβανομένων και αυτών που βρίσκονται μεταξύ των θωρακικών μυών (λεμφαδένες του Rotter).

γ. μαστεκτομή με διατήρηση του δέρματος

Σε αυτή την εγχείρηση, αφαιρείται το σύμπλεγμα θηλής-άλω, όλος ο μαζικός αδένας μαζί με το περιεχόμενο της μασχάλης, διατηρείται όμως μεγάλο τμήμα του υπερκείμενου δέρματος του στήθους και απαιτείται μόνον ένα μικρό μόσχευμα για να



καλυφθεί το έλλειμμα της περιοχής θηλής -άλω. Η αποκατάσταση γίνεται με μυοδερματικό κρημό ή πρόθεση σιλικόνης και το κοσμητικό αποτέλεσμα μπορεί να είναι πολύ καλό, λόγω διατήρησης του φυσιολογικού σχήματος του μαστού και ιδιαίτερα της υπομαστικής πτυχής - αναδίπλωσης στη βάση του στήθους.^{5,9,10}

δ. Υποδόριος

μαστεκτομή :

Κατά την υποδόρια μαστεκτομή το υπερκείμενο δέρμα αποχωρίζεται από το μαστό και αφαιρείται όσο το δυνατόν περισσότερος μαζικός αδένας έως και η "ουρά" του μαστού. Παραμένει ένα μικρό τμήμα αδενικού ιστού κάτω από το σύμπλεγμα θηλής -άλω, με σκοπό να διαφυλαχθεί η αιμάτωση της θηλής και να αποφευχθεί τυχόν νέκρωση.

Η σύγχρονη αποκατάσταση από την οποία συνοδεύεται, γίνεται συνήθως με τη τοποθέτηση μίας μόνιμης πρόθεσης σιλικόνης μέσα στο χώρο που δημιουργείται κάτω από τον μείζονα θωρακικό μυ, ο οποίος παρασκευάζεται και κινητοποιείται κατάλληλα. Σε μερικές ασθενείς που δεν επαρκεί η "θήκη" που δημιουργείται κάτω από το μείζονα θωρακικό μυ, μπορεί να τοποθετηθεί ένας διατατήρας ιστών και να αντικατασταθεί σε δεύτερο χρόνο ή μία μόνιμη πρόθεση με δυνατότητα διάτασης.

Η τομή του δέρματος για την επίτευξη των ανωτέρω είναι σε σχήμα S που αρχίζει από τα πλάγια και φθάνει μέχρι την άλω ή γίνεται κατά μήκος της υπομαστικής

πτυχής, εξαρτώμενη κυρίως από το μέγεθος του μαστού. Σε κάθε όμως περίπτωση θα πρέπει να είναι σε τέτοια θέση που να επιτρέπει την αφαίρεση του μαζικού αδένου έως και την ουρά του μαστού, να επιτρέπει την κινητοποίηση του μείζονος θωρακικού μυός και τη δημιουργία επαρκούς θήκης και να επιτυγχάνει καλό κοσμητικό αποτέλεσμα.

Όσον αφορά τις ενδείξεις της υποδόριας μαστεκτομής, εξακολουθεί να υπάρχει έντονη διαφωνία στο χώρο της ογκολογίας. Οι περισσότεροι δέχονται ότι δεν έχει θέση στην θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Μεγαλύτερη συμφωνία υπάρχει στην ένδειξη της ως "προφυλακτικής" επέμβασης σε γυναίκες πολύ υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.^{5,9,10}

Επιπλοκές της μαστεκτομής

Η μαστεκτομή είναι σε γενικές γραμμές μία πολύ ασφαλής χειρουργική επέμβαση, με πολύ μικρή μετεγχειρητική θνησιμότητα και μικρή μετεγχειρητική νοσηρότητα.

Σπάνιες επιπλοκές είναι η αιμορραγία και ο πνευμοθώρακας, η μόλυνση του τραύματος συμβαίνει σε ποσοστό < 1%, ενώ η συλλογή λέμφου που είναι αρκετά συχνή, αντιμετωπίζεται με εκκενωτικές παρακεντήσεις της περιοχής και υποχωρεί σε μικρό χρονικό διάστημα.

Αρκετά ενοχλητική επιπλοκή είναι η δυσκαμψία του ώμου, αρκετές φορές επώδυνη, η οποία μπορεί να προληφθεί και να αποφευχθεί με γρήγορη κινητοποίηση του άκρου από τη πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και στη συνέχεια κατάλληλη άσκηση.

Σοβαρή επιπλοκή της εγχείρησης είναι η ανάπτυξη λεμφοιδήματος του σύστοιχου άνω άκρου που κυμαίνεται από 2 – 50%, ανάλογα με την έκταση του λεμφαδενικού καθαρισμού της μασχάλης, τη προσθήκη ακτινοθεραπείας, επανειλημμένες λοιμώξεις κ.λπ. Για την πρόληψη του λεμφοιδήματος θα πρέπει να δίνονται λεπτομερείς οδηγίες στην ασθενή για την υιοθέτηση συμπεριφοράς προφύλαξης του άκρου κυρίως από έντονη κόπωση, λοιμώξεις και επανειλημμένες λεμφαγγειίτιδες.^{8,18}

4.2 Συντηρητική χειρουργική παρέμβαση

Ο όρος "συντηρητικές χειρουργικές επεμβάσεις" αναφέρεται στην ευρεία τοπική εκτομή του όγκου και στην τεταρτεκτομή, οι οποίες συνδυάζονται με πλήρη ή μερική αφαίρεση των λεμφαδένων της μασχάλης.

Τα τελευταία χρόνια έχουν κερδίσει πολύ έδαφος, διότι διατηρούν το μαστό και έχουν καλύτερο κοσμητικό αποτέλεσμα και συνδυαζόμενες με ακτινοθεραπεία, επιτυγχάνουν εξ ίσου καλά αποτελέσματα με την μαστεκτομή, όσον αφορά τη τοπική υποτροπή και τη συνολική επιβίωση

Τονίζεται όμως, ότι θα πρέπει να εκτελούνται με προσεκτικές και καθορισμένες ενδείξεις, όπως π.χ. μικρό μέγεθος όγκου, θέση μακριά από τη θηλή.^{6,8}

4.3 Ορμονοθεραπεία

Όταν υπάρχουν θετικοί ορμονικοί υποδοχείς, τότε δυνατό να έχει ευεργετική επίδραση στην άρρωση η χορήγηση ορμονών. Προτιμάται η χορήγηση της κιτρικής ταμοξιφαίνης, γιατί συνδέεται με τους υποδοχείς των κυττάρων. Αλλά και όταν οι ορμονικοί υποδοχείς είναι αρνητικοί, χορηγούμε ταμοξιφαίνη συμπληρωματικά ή για την αντιμετώπιση των μεταστάσεων.

Στις ηλικιωμένες ασθενείς η ταμοξιφαίνη σε δόση 10mg την ημέρα προτιμάται, γιατί βελτιώνει την κατάστασή τους σε συχνότητα 50%, όταν υπάρχουν θετικοί ορμονικοί υποδοχείς. Το θεραπευτικό της αποτέλεσμα φαίνεται μετά 4-6 εβδομάδες

και διαρκεί 8-40 μήνες. Όσο μεγαλύτερη είναι η άρρωση, τόσο αυτό είναι ικανοποιητικό.

Στη θεραπεία του αδενοκαρκινώματος του μαστού της ηλικιωμένης δυνατό να περιλάβουμε και τα προγεστερονοειδή, γιατί προκαλούν αναστολή της έκκρισης των γοναδοτρόπων ορμονών από την υπόφυση. Προτιμάται η οξική μεγεστρόλη σε δισκία. Ορμονοθεραπεία δεύτερης ή τρίτης γραμμής γίνεται με αμινογλουτεθιμίδη σε συνδυασμό με υδροκορτιζόνη, για την αναστολή της στεροειδιγένεσης.^{5,8,18}

4.4 Χημειοθεραπεία

Εφαρμόζεται ιδιαίτερα σε τοπική ή γενική καρκινωμάτωση και σε αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς, για την πιθανή βελτίωση της διάρκειας και των συνθηκών της ζωής της άρρωστης. Σε σπάνιες περιπτώσεις η πάθηση υποχωρεί αισθητά για μεγάλο χρονικό διάστημα, χωρίς να θεραπευθεί. Στις ηλικιωμένες ασθενείς η χημειοθεραπεία συστήνεται όταν υπάρχουν πάνω από 4 διηθημένοι λεμφαδένες και οι ορμονικοί υποδοχείς είναι αρνητικοί. Στις ηλικιωμένες γυναίκες η συμπληρωματική χημειοθεραπεία αυξάνει ελάχιστα την επιβίωση και το χρονικό διάστημα ως την εμφάνιση μεταστάσεων.

Η χημειοθεραπεία αρχίζει πριν περάσουν τρεις εβδομάδες από την εγχείρηση και κρατάει 6 - 8 μήνες, τα φάρμακα, που χορηγούνται είναι μεθοτρεξάτη (Methotrexate), η κυκλοφωφοραμύδη (Edoxan), η μιτομυκίνη (Mytomycin), η χλωραμβουκίνη (Leukeran), η δοξορομπουκίνη (Adriblastina), η μελφαλάνη (Alkeran), η τριαιθυλενοθειοφωσφαμίδη (Thiotera), και η μιτομυκίνη (Mitomycin -c). Τα φάρμακα αυτά χορηγούνται και συνδυασμένα.^{2,5,12}

4.5 Ακτινοθεραπεία

Αν και ο καρκίνος του μαστού θεωρείται ακτινοάντοχος σχετικά, η συμβολή της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του έχει θέση και μάλιστα στην ελάττωση των υποτροπών μετά την εγχείρηση. Δεν φαίνεται πως παρατείνει την επιβίωση. Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία στο θωρακικό τοίχωμα μετά από τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή δεν επιδρά στην επιβίωση της άρρωστης, αλλά ελαττώνει την εμφάνιση τοπικών υποτροπών από 15% σε 9%. Αν κριθεί απαραίτητη είναι καλύτερα να γίνεται μετά από χημειοθεραπεία.

Η ακτινοθεραπεία των τοπικών υποτροπών στο θώρακα ή στους λεμφαδένες ελέγχει την πάθηση στο 80% των περιπτώσεων, παρατείνοντας την επιβίωση.

Ακτινοθεραπεία συστήνεται και στις μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού και ιδιαίτερα των οστών, γιατί ανακουφίζει την άρρωση από τους πόνους σε συχνότητα 90%. Επίσης, ανακουφίζει την άρρωση, όταν οι μεταστάσεις αφορούν το μεσοπνευμόνιο χώρο.^{6,12}

5. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Ο νοσηλευτής/τρια και ο ασθενής συμφωνούν απόλυτα να πορευθούν σε μια συμβουλευτική σχέση, στην οποία ο νοσηλευτής/τρια δέχεται να αναλάβει την ιδιότητα του συμβούλου. Εναλλακτικά, ο νοσηλευτής/τρια και ο ασθενής ενδεχομένως αποφασίζουν να εργαστούν πάνω σε συγκεκριμένες ανησυχίες ενώ ο νοσηλευτής συνεχίζει να εκπληρώνει τον λειτουργικό του ρόλο ως νοσηλευτής. Στην περίπτωση αυτή, ο νοσηλευτής/τρια εξακολουθεί να εφαρμόζει δεξιότητες συμβουλευτικής προκειμένου να μεγιστοποιήσει την επικοινωνία του με τον ασθενή. Ο τρόπος με τον οποίο ένας νοσηλευτής/τρια βοηθάει τελικά το άτομο να διαχειριστεί τις ανησυχίες του, ο τρόπος που αυτή ενσωματώνει κάποιες θεωρητικές προσεγγίσεις στις προσωπικές στρατηγικές και ο τρόπος που δομεί και προγραμματίζει την πρόοδο της εργασίας εξαρτάται από μια σειρά πραγμάτων μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται:

- Το επίπεδο των δεξιοτήτων, τι αισθάνεται ότι πράττει με άνεση.
- Τις πεποιθήσεις και το σύστημα αξιών σχετικά με τους ανθρώπους.
- Το επίπεδο αυτογνωσίας, την κατά περιόδους ψυχική διάθεση.
- Την παρούσα κατάσταση της ζωής.
- Τον τρέχοντα φόρτο εργασίας.
- Το πλαίσιο εργασίας.^{2,18}

5.1 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων

Οι περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις δεν προκαλούν σωματικό πόνο, γι' αυτό και δεν προκαλούν μεγάλη αναστάτωση, αλλά μηνύουν στην ασθενή ότι υπάρχει κάποιος λόγος να ανησυχεί σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου. Από την ανησυχία αυτή ανακουφίζεται μόνον όταν η διάγνωση έχει τεθεί. Κάθε εξέταση που κάνει η ασθενής, κάθε νέο άτομο που συναντά, μπορεί να της αυξήσει το αίσθημα ότι χάνει τον έλεγχο.

Ο νοσηλευτής/τρια μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει τον έλεγχό της σε αυτό το άγνωστο περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσεται αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης με την ασθενή, με τα εξής:

- Ενημερώνοντας την για όλες τις εξετάσεις, στις οποίες θα υποβληθεί.
- Εξημώντας για ποιο σκοπό αποφασίσθηκε η διενέργεια της εξέτασης
- Ενημερώνοντας την σχετικά με τον τρόπο που θα γίνει η εξέταση και την διάρκειας της.

Μετά την ολοκλήρωση του ιστορικού, των προκαταρκτικών εξετάσεων και της φυσικής εξέτασης, παραγγέλλονται σχεδόν πάντα περαιτέρω διαγνωστικές διαδικασίες. Πολλές από αυτές τις διαδικασίες απαιτούν τη γραπτή συγκατάθεση της ασθενούς. Ένα βασικό στοιχείο είναι ότι – προτού υπογράψει-η ασθενής και η οικογένειά της πρέπει να ενημερωθούν :

- Για το τι περιλαμβάνει η εξέταση.
- Για ποιο λόγο η ασθενής χρειάζεται να υποβληθεί σε αυτή την εξέταση και ποιος ο ρόλος της στη διαγνωστική διαδικασία.
- Ποιες είναι οι πιθανές επιπλοκές
- Αν υπάρχουν άλλες εναλλακτικές λύσεις και ποιες είναι.

Ο νοσηλευτής/τρια οφείλει να εξηγήσει στην ασθενή την όλη διαδικασία, να την ενθαρρύνει και να την υποστηρίξει το διάστημα που εκείνη πρέπει να αποφασίσει για τη συμμετοχή της στις διαγνωστικές διαδικασίες να δώσει τη συγκατάθεσή της και κατά τη διάρκειά τους. Ειδική προετοιμασία, όπως ειδική διαίτα, καθαρτικοί υποκλυσμοί ή χορήγηση ηρεμιστικών, είναι συνήθως για πολλές διαγνωστικές εξετάσεις. Πριν από την προετοιμασία της ασθενούς, πρέπει ο νοσηλευτής/τρια να εκτιμήσει την κατάστασή της η οποία περιλαμβάνει :

Την η βασική φυσική κατάσταση της ασθενούς. Σημειώνεται η παρουσία αφυδάτωσης, πόνου, ικανότητας να σταθεί όρθια, δυνατότητας να παραμείνει ξαπλωμένη τουλάχιστον για μια ώρα.

- Αν χρειάζεται η χορήγηση παρεντερικών διαλυμάτων για την αντιμετώπιση αφυδάτωσης. Αν η χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων είναι απαραίτητη κατά τη διάρκεια της εξέτασης ή για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της;
- Τι αποτελέσματα έχει συνήθως η συγκεκριμένη προετοιμασία. Τι μπορεί να προκαλέσει στην ασθενή. Μπορεί να προκαλέσει διάρροια, επιδείνωση αιμορραγίας ή αύξηση του πόνου.
- Αν η ασθενής είναι αλλεργική σε κάποιο από τα φάρμακα που πρέπει να πάρει.
- Αν η κατάσταση της ασθενούς είναι ασταθής. Με ποια μέσα είναι δυνατή η εξασφάλιση της άνεσης και της ασφάλειας της ασθενούς.
- Αν πρέπει η ασθενής να πάρει αναλγητικά πριν από την εξέταση, για να αισθάνεται πιο άνετα.

Τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων εκτιμώνται από τους γιατρούς και συνήθως από ομάδα ογκολόγων. Οι διαγνωστικές εξετάσεις πραγματοποιούνται για τη διαπίστωση της παρουσίας μάζας ή της συγκεκριμενοποίησης του τύπου του όγκου ή της εντόπισης των ορίων ανώμαλης μάζας. Αλλά ακόμη και αν η ασθενής έχει υποβληθεί σε μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων, η εξακρίβωση της θετικότητας ενός αποτελέσματος μπορεί να εξαρτάται από χειρουργικές διαδικασίες.^{2,13}

5.2 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ο σκοπός της εγχείρησης την ασθενή με καρκίνο του μαστού είναι θεραπευτικός ή περιοριστικός της έκτασης του καρκίνου. Ως αποτέλεσμα της εγχειρητικής παρέμβασης, μπορεί να έχουμε κάποια παραμόρφωση ή και την αφαίρεση του μαστού, καταστάσεις βέβαια που η ασθενής αντιμετωπίζει με φόβο και ιδιαίτερο άγχος. Για το λόγο αυτόν, η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα έχει σχέση με την ανταπόκριση της ασθενούς στη διάγνωση και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Στο σημείο αυτό, η νοσηλευτική διδασκαλία και η εκτίμηση του σωματικού και ψυχοσυναισθηματικού επιπέδου της ασθενούς παρέχουν απαραίτητα και σημαντικά στοιχεία για τον άμεσο σχεδιασμό των νοσηλευτικών μέτρων αντιμετώπισης της νόσου. Μερικές ασθενείς μπορούν να καταλάβουν τις πιθανές επιπλοκές της εγχείρησης και ζητούν πληροφορίες σχετικές με τη μετεγχειρητική αποκατάστασή τους, ενώ άλλες δεν έχουν την ικανότητα αυτοσυγκέντρωσης μετά την εγχείρηση.

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

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

- Εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της αντίδρασης αυτής στη διάγνωση και στους σκοπούς της εγχείρησης καθώς και των φόβων και των αβεβαιοτήτων που θα αντιμετωπίσει.
- Προσδιορίζει τα πιθανά αποτελέσματα, που το συγκεκριμένο είδος εγχείρησης μπορεί να έχει στη λειτουργικότητα του σώματος της ασθενούς και στη διαταραχή του σωματικού ειδώλου.
- Εκτιμά τις πιθανές επιπλοκές καθώς και τα ειδικά νοσηλευτικά μέτρα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση προεγχειρητικών σωματικών καταστάσεων της ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων των παθολογικών εξεργασιών.
- Εκτιμά το επίπεδο άγχους της ασθενούς σχετικά με τη διάγνωση, την εγχείρηση και τα αποτελέσματά της καθώς και την ανταπόκριση της οικογένειας της ασθενούς στη νόσο.
- Προσδιορίζει το επίπεδο κατανόησης της ασθενούς σχετικά με τις πληροφορίες που της δίνονται για την εγχείρηση, τις διαδικασίες που θα ακολουθηθούν και τους χώρους που θα βρεθεί κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, αλλά και αμέσως μετά από αυτήν.
- Παρέχει στην ασθενή πληροφορίες σύμφωνα με την εκτίμηση της ικανότητάς της να καταλάβει και να ανταποκριθεί στη γνώση των θεραπευτικών διαδικασιών.
- Διαβεβαιώνεται ότι ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας συμπεριλαμβάνει κατάλληλα και τη φροντίδα που παρέχεται από το υπόλοιπο προσωπικό υγείας και ότι το σχέδιο φροντίδας είναι κατανοητό και έχει κοινή υποστήριξη.^{8,13}

5.2.1 Προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία

Η παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας θα γίνει μετά τη διεκπεραίωση της νοσηλευτικής διάγνωσης των αναγκών και των προβλημάτων της ασθενούς, τα οποία είναι:

• **Αμφιβολίες για τη διάγνωση**

Ο νοσηλευτής/τρια στο νοσοκομείο υποστηρίζει ηθικώς την ασθενή κατά την περίοδο των εξετάσεων, οι οποίες γίνονται πριν από την εγχείρηση. Αναγνωρίζει και δικαιολογεί το φόβο για τη διάγνωση, ο οποίος διακατέχει την ασθενή και της εξηγεί ότι, και αν ακόμη επιβεβαιωθεί η ύπαρξη καρκίνου του μαστού, μπορεί να γίνει καλά με τα μέσα, τα οποία διαθέτει η ιατρική επιστήμη σήμερα.

• **Άγχος, κατάθλιψη, ψυχική και σωματική αδυναμία** σχετιζόμενα με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τα αποτελέσματα της εγχείρησης και ιδιαίτερα με την αλλαγή του σωματικού ειδώλου.

Η σκέψη ότι είναι ενδεχόμενο να πάσχουν από καρκίνο του μαστού φέρνει αντιμετώπες τις ασθενείς με τη σκληρή πραγματικότητα, δηλαδή με την απειλή της σωματικής τους αρτιμέλειας. Η αφαίρεση του μαστού είναι μια από τις περιπτώσεις εκείνες, κατά τις οποίες ο αναπόφευκτος ακρωτηριασμός δημιουργεί έντονο ψυχικό κλονισμό. Η σκέψη και μόνο του ακρωτηριασμού του μαστού προκαλεί στη γυναίκα ψυχικό τραύμα, διότι από τη νεανική της ηλικία η ζωή της είναι συνυφασμένη με την ύπαρξη του οργάνου αυτού.

Η αναπηρία οδηγεί συνήθως στην αυτοϋποτίμηση και στη μειονεκτικότητα, γιατί το αίσθημα της προσωπικής αξίας οπωσδήποτε συνδέεται με τη σωματική αρτιμέλεια και υγεία.^{11,12,20}

Ο νοσηλευτής/τρια, για να μειώσει το άγχος, την αγωνία, την αδυναμία, την κατάθλιψη και όλα τα δυσάρεστα συναισθήματα που σχετίζονται με την ιδέα του άγνωστου και της διαταραχής του σωματικού ειδώλου: Κανονίζει την επίσκεψη της ασθενούς στο χειρουργείο και στο δωμάτιο ανάνηψης. Εξηγεί στην ασθενή πράγματα που πιθανόν να της δημιουργούν φόβο (π.χ. μηχανήματα), τις διαδικασίες που ακολουθούνται και τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Εκτιμά την αντίδραση της ασθενούς στην πληροφόρηση των διαδικασιών. Επίσης, παρέχει πληροφορίες και διαβεβαιώσεις, που η ασθενής επιθυμεί και χρειάζεται, για την παραμονή της στο νοσοκομείο, την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και την αναμενόμενη μετεγχειρητική πορεία.

Εκτιμά επίσης την προσαρμογή του ασθενούς στην πιθανότητα αφαίρεσης του μαστού. Ενθαρρύνει τον ασθενή στην έκφραση των συναισθημάτων της και των φόβων της, ακόμη και να κλάψει. Οι συνηθισμένοι και κοινοί φόβοι περιλαμβάνουν την ιδέα του θανάτου, του καρκίνου, της παραμόρφωσης και του πόνου. Περιλαμβάνει στη διδασκαλία της θέματα, όπως ασκήσεις βήχα και βαριών αναπνοών, λήψη αναπνευστικών θέσεων, ανακούφιση του πόνου, ασκήσεις του χεριού (του σύστοιχου με τη μαστεκτομή), τοποθέτηση παροχετεύσεων.

Ενθαρρύνει την ενεργητική συμμετοχή του ασθενούς στις αποφάσεις που αφορούν στη θεραπεία της. Στο τέλος επανεξετάζει τι έχει διδαχθεί, σε τι έχει ενημερωθεί η ασθενής και σε τι όχι. Ανακαλύπτει και λύνει απορίες και παρανοήσεις, που πιθανόν να έχει ο ασθενής.

• Δυσκολία αποδοχής της εγχείρησης

Ο χρόνος αναμονής της εγχείρησης είναι χρόνος ψυχικής έντασης, άγχους, αγωνίας και ανησυχία για την ασθενή. Συνήθως, η σωματική νόσος αυξάνει την ψυχική ευαισθησία και ορισμένες φορές προκαλεί συναισθηματική κρίση, η οποία εκδηλώνεται, ιδιαίτερα όταν απειλείται η σωματική αρτιμέλεια ή επίκειται ο θάνατος.

Ο νοσηλευτής/τρια δημιουργεί ασφαλές και ενθαρρυντικό περιβάλλον και συντελεί στην ελάττωση της ψυχικής έντασης της ασθενούς και στην ενίσχυση των ψυχικών της δυνάμεων, για να είναι σε θέση να αποδεχθεί με ευκολία την εγχείρηση. Προσπαθεί με υπομονή να τη διαβεβαιώσει ότι η εγχείρηση είναι απαραίτητη για τη θεραπεία της και ότι ασφαλώς ο γιατρός θα κάνει ότι είναι καλύτερο γι' αυτήν.

Τέλος πρέπει να τονιστεί ότι ένα από τα σπουδαιότερα καθήκοντα του νοσηλευτή είναι να χειρίζεται κάθε ασθενή ως ξεχωριστή προσωπικότητα, με τους δικούς του φόβους, τις ανησυχίες και τις ελπίδες, οι οποίες είναι χωριστές από τους φόβους, τις ανησυχίες και τις ελπίδες των άλλων. Η κατανόηση και η προσέγγιση ενός ασθενούς απαιτεί εξ ολοκλήρου προσωπική μεταχείριση και όχι εφαρμογή τυποποιημένων κανόνων.

• Ο φόβος του πόνου και του θανάτου

Ο νοσηλευτής/τρια εξηγεί στον ασθενή ότι κατά την εγχείρηση δεν θα αισθανθεί πόνο λόγω της τέλει αναισθησίας. Τον προειδοποιεί όμως ότι μετά την εγχείρηση θα αισθάνεται πόνο, αλλά θα είναι μικρής διάρκειας και θα αντιμετωπίζεται με αναλγητικά φάρμακα.

Η ασθενής εξωτερικεύει επίσης το φόβο του θανάτου, διατυπώνοντας σειρά ερωτήσεων όπως:

-Μήπως πεθάνω;

-Αξίζει τον κόπο να υποβληθώ στην εγχείρηση;

-Θα βγω από το νοσοκομείο

• Οικογενειακά προβλήματα

Η ασθενής ανήκει σε μια οικογένεια και το πρόβλημα της υγείας του προκαλεί διαταραχή στην ατμόσφαιρα της οικογενειακής της ζωής.

Αν η ασθενής είναι νέα στην ηλικία, έγγαμη και χωρίς παιδιά, δοκιμάζει πολλούς φόβους και ανησυχίες και πολλά ερωτηματικά τη βασανίζουν:

- Θα μπορέσει να γίνει μητέρα μετά τη μαστεκτομή;
- Θα συνεχισθεί η συζυγική της ζωή ανεπηρέαστη;
- Μήπως καταστεί ανεπιθύμητη στο άμεσο περιβάλλον της;

Εκτός των παραπάνω, δεν πρέπει να αγνοείται και η άλλη πλευρά, δηλαδή η τοποθέτηση του συζύγου, των παιδιών και των άλλων οικείων έναντι της ασθενούς, η οποία θα υποστεί τη μαστεκτομή.

Σκοπός του νοσηλευτή/τριας είναι να παρέχει στα μέλη της οικογένειας της ασθενούς κατάλληλη ψυχολογική και συναισθηματική φροντίδα και διδασκαλία. Αυτό επιτυγχάνεται με τα εξής:

- Συζητώντας με τα μέλη της οικογένειας για την κατάσταση της ασθενούς, προσφέροντας πληροφορίες και απαντώντας σε ερωτήσεις.
- Βοηθάει τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν τα αισθήματα της ασθενούς.
- Βοηθάει την ασθενή να εκφράσει τα αισθήματα και τις ανάγκες της στην οικογένειά του.
- Ενθαρρύνει την οικογένεια να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι η θηλυκότητά της, η σεξουαλικότητα και η αγάπη των άλλων προς αυτήν δεν επηρεάζονται από την εμφάνισή της.

• Δυνατότητα μετεγχειρητικής αυτοφροντίδας

Η ασθενής και η οικογένειά του θα χρειασθεί να καθοδηγηθούν σχετικά με τη φροντίδα της τομής και τους σημαντικούς περιορισμούς με σκοπό την προαγωγή της γρήγορης ανάρρωσης και την παρεμπόδιση των επιπλοκών. Ο νοσηλευτής/τρια : αρχικά, καθοδηγεί την ασθενή να παρακολουθεί το μαστό του για ενδείξεις φλεγμονής, αιμορραγίας, αιματώματος και να τις αναφέρει αμέσως στο γιατρό, διδάσκει στον ασθενή συγκεκριμένες τεχνικές φροντίδας της περιοχής, επίσης, διδάσκει την κατά στάδια αύξηση των δραστηριοτήτων. Η ασθενής είναι δυνατόν να προχωρήσει στις δουλειές του σπιτιού 3-4 βδομάδες μετά την εγχείρηση. Συμβουλεύει την ασθενή να αποφεύγει τις έντονες αθλητικές δραστηριότητες (π.χ. τροχάδην, τένις) για 6-8 εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Την συμβουλεύει να αποφεύγει οποιονδήποτε τραυματισμό στην περιοχή του μαστού. Ο νοσηλευτής/τρια προσέχει ιδιαίτερα τον ασθενή για σημεία κατάθλιψης, τα οποία οφείλονται στη δυσαρέσκεια των αποτελεσμάτων (π.χ. άρνηση να κοιτάζει την περιοχή της τομής, να λάβει μέρος σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας κ.λπ.)^{9,18}

5.2.2 Προεγχειρητική προετοιμασία της ασθενούς

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

- Εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή.
- Χορήγηση ηρεμιστικών (με εντολή γιατρού) για να μειωθούν οι ανησυχίες της ασθενούς.

Την παραμονή της εγχείρησης:

- Λαμβάνεται αίμα για καθορισμό της ομάδας και γίνεται διασταύρωση για την εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση, αν χρειασθεί.
- Γίνεται προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου και του αντίστοιχου μηρού για τυχόν λήψη δερματικού μοσχεύματος. Ακολουθεί λουτρό καθαριότητας.
- Χορηγούνται υπακτικά φάρμακα για την κένωση του εντέρου.

- Δίνεται ελαφρό γεύμα κατά το δείπνο και, κατόπιν ιατρικής οδηγίας, υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση καλού ύπνου.

Κατά την ημέρα της εγχείρησης:

- Λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. Επί πυρετού, ενημερώνεται ο χειρουργός.
- Συνιστάται στην ασθενή η κένωση της κύστης.
- Αναιρούνται τα κοσμήματα και οι τεχνητές οδοντοστοιχίες και φυλάσσονται από τον προϊστάμενο.
- Ο ασθενής φοράει τα ρούχα του χειρουργείου.
- Ο ασθενής τοποθετείται στο φορείο και οδηγείται στο χειρουργείο με ολόκληρο το φάκελό του (ιατρικό και νοσηλευτικό).

5.3 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς μετά τη μαστεκτομή αποτελεί συνέχεια της προεγχειρητικής και της εγχειρητικής περιόδου. Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή, κατά την οποία η ασθενής επανέρχεται από το χειρουργείο στο νοσηλευτικό τμήμα. Η φροντίδα είναι πολύπλευρη και πολυμερής και θεωρείται μια από τις σοβαρότερες και υπεύθυνες εργασίες του νοσηλευτή.^{9,11,17}

Νοσηλευτική διάγνωση : Μειωμένη αυτοεξυπηρέτηση που σχετίζεται με διαταραχή της κινητικότητας λόγω πόνου, κατασταλτικής δράσης φαρμάκων (π.χ. ναρκωτικά, αναλγητική) φόβος τραυματισμού στο σημείο της εγχείρησης και λόγω των συσταθέντων περιορισμών στην πλευρά της επέμβασης. Γι' αυτό σε συνεργασία με τον ασθενή σχεδιάστε ένα ρεαλιστικό πλάνο των ημερήσιων φυσικών αναγκών.

Όπως: α. Ενθαρρύνετε τη μέγιστη ανεξαρτησία στα πλαίσια των φυσικών ορίων και των περιορισμών της μετεγχειρητικής δραστηριότητας.

β. Λάβετε μέτρα για να διευκολύνετε τη δυνατότητα του ασθενούς να εκτελεί δραστηριότητες φροντίδας του εαυτού του.:

- Διατηρείτε τα αντικείμενα που του χρειάζονται σε προσιτή θέση.
- Δώστε αρκετό χρόνο για την ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων φροντίδας του εαυτού της.
- Συμβουλευστε και βοηθήστε τον ασθενή στις ασκήσεις μετά από μαστεκτομή μόλις αυτές επιτραπούν, με σκοπό την αύξηση της μυϊκής ισχύος του άνω άκρου της πλευράς της επέμβασης και της ικανότητας της ασθενούς για αυτοεξυπηρέτηση.
- Βοηθήστε την ασθενή στην ατομική υγιεινή όταν απαιτείται έκταση και απαγωγή του βραχίονα της πλευράς της επέμβασης (π.χ. χτένισμα, λούσιμο, μπάνιο).
- Ενημερώστε το περιβάλλον του για τις δυνατότητες της ασθενούς να φροντίζει τον εαυτό του. Εξηγήστε τη σημασία της ενθάρρυνσης και του να διατηρεί η ασθενής ένα άριστο επίπεδο ανεξαρτησίας μέσα στα πλαίσια των περιορισμένων της δραστηριότητας και του επιπέδου αντοχής της.^{2,10,13}

5.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην χημειοθεραπεία

Επιλογή θεραπευτικού σχήματος: Ένα πρόσφατο δίλημμα υπάρχει σχετικά με την επιλογή της θεραπείας για μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, οι οποίες έχουν θετικούς λεμφαδένες και αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς. Προσεκτική και λεπτομερειακή διδασκαλία είναι απαραίτητη και μεγάλης σημασίας γι' αυτές τις γυναίκες, ώστε να εξασφαλίσουμε ότι έχουν γνώση των πιθανών θεραπευτικών λύσεων καθώς και των ανεπιθύμητων ενεργειών τους.

Για να εξασφαλισθεί η δυνατότητα παροχής αυτών των πληροφοριών, ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να είναι καλά πληροφορημένη και να έχει καταλήξει - σε συνεργασία με το γιατρό - σε κάποιο είδος θεραπείας.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας όπως αλωπεκία, ναυτία, εμετοί, δερματικές αλλαγές, διάρροια, φθορά των αιμοφόρων αγγείων, διαταραχή της σεξουαλικής επιθυμίας, της αυτοεκτίμησης και του σωματικού ειδώλου μπορεί να έχουν καταστρεπτικές επιδράσεις στη σωματική και την ψυχοσωματική υγεία της ασθενούς. Οι ασθενείς πρέπει να κατανοούν ότι το άγχος και η ανησυχία για τα θεραπευτικά αποτελέσματα ή για την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών δεν βοηθούν την κατάστασή τους.

Επίσης, πρέπει ο νοσηλευτής/τρια να δίνει στις ασθενείς να κατανοούν ότι είναι δυνατόν οι ανεπιθύμητες ενέργειες να αυξάνονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας σε συχνότητα και ένταση, αλλά θα επανέλθουν στο φυσιολογικό τρόπο ζωής τους, όταν η χημειοθεραπεία ολοκληρωθεί.

Ενημέρωση της ασθενούς: Η καταλληλότερη στιγμή για την απαραίτητη διδασκαλία και την ενημέρωση της ασθενούς είναι πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας. Διαλέγοντας την περίοδο που η ασθενής είναι λιγότερο αγχώδης, η διδασκαλία είναι πιο αποτελεσματική. Πρέπει ο νοσηλευτής/τρια να έχει υπόψη του ότι αυτές οι ασθενείς βρίσκονται ακόμη στην περίοδο ανάρρωσης από τη σωματική και συναισθηματική καταπόνηση της μαστεκτομής και ότι η διδασκαλία αυτή δεν είναι δυνατόν να συγκρατηθεί, αν διενεργείται σε περίοδο συναισθηματικής έντασης.

Συντονισμός της φροντίδας: Ο νοσηλευτής/τρια διευκολύνει κατά το δυνατόν την επικοινωνεί μεταξύ ασθενούς, οικογένειας και προσωπικού, προσφέροντας άριστη νοσηλευτική φροντίδα στην ασθενή. Είναι απαραίτητο για τον νοσηλευτή/τρια να συντονίζει τις ενέργειες των μελών της θεραπευτικής ομάδας με σκοπό την παροχή διαρκούς φροντίδας.^{9,22}

5.4.1 Επίδραση της χημειοθεραπείας στον τρόπο ζωής του ασθενή

Επίπεδο δραστηριότητας. Ο τομέας που πιο συχνά και πιο δραματικά υφίσταται αλλαγές είναι αυτός της δραστηριότητας. Παρατηρείται μείωση της κοινωνικής δραστηριότητας, μείωση της επαγγελματικής δραστηριότητας, αποπροσανατολισμός από διάφορες άλλες δραστηριότητες λόγω της θεραπείας. Πολλές γυναίκες που εργάζονται αναγκάζονται να χάνουν εργάσιμες μέρες λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας.

Μερικές γυναίκες αναφέρουν ότι αναγκάζονται να προγραμματίζουν την ζωή τους γύρω από τη θεραπεία τους ή ότι ορισμένες δραστηριότητές τους προγραμματίζονται μόνο για μέρες που γνωρίζουν ότι η ναυτία τους θα είναι σε επίπεδο ελέγχου ή ότι αποφεύγουν πλέον τις κοινωνικές συναντήσεις.

Γενικά, οι περισσότερες ασθενείς αναπτύσσουν ατομικά πρότυπα ανταπόκρισης στη θεραπεία και προγραμματίζουν τη ζωή τους ανάλογα με τις αναμενόμενες αντιδράσεις.

Σχέσεις: Πολλοί ασθενείς αναφέρουν ότι η συζυγική ή/ και η οικογενειακή τους ζωή αλλάζει προς το χειρότερο λόγω της χημειοθεραπείας. Αυτή η αλλαγή παίρνει τη μορφή συχνών καυγάδων και διαφωνιών. Πολλές γυναίκες δεν θέλουν ή δεν μπορούν να συζητήσουν τις αντιδράσεις τους σχετικά με τη νόσο και τη θεραπευτική της αγωγή σε μέλη της οικογένειάς τους ή σε φίλους. Άλλες βρίσκουν ότι οι οικογένειές τους τις αποφεύγουν ή νιώθουν ενοχή για τον περιορισμό άλλων μελών της

οικογένειάς από την κοινωνική συμμετοχή λόγω της δικής τους ασθένειας. Λόγω λοιπόν των αντιδράσεων που παρουσιάζονται σε μερικές οικογένειες, είναι σημαντικό στενά μέλη των οικογενειών αυτών ή και φίλοι άλλες φορές να συμμετέχουν στις διάφορες συζητήσεις που γίνονται για τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα της χημειοθεραπείας. Οι συζητήσεις αυτές βοηθούν στο να μειώσουν το αυξημένο άγχος καθώς και στο να κατανοήσουν οι οικογένεια και οι φίλοι τι περνά η ασθενής, ώστε να μπορέσουν να την υποστηρίξουν.

Συναισθηματική εξάντληση: Μαζί με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής -που οδηγούν σε αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς- αυξάνεται και το επίπεδο της συναισθηματικής εξάντλησης. Πολλές γυναίκες μετατρέπουν κάθε αλλαγή στον τόπο ζωής τους σε συναισθηματική φόρτιση. Ήπιο ή αυξημένο συναισθηματικό άγχος παρουσιάζεται, ιδιαίτερα κατά της διάρκεια της θεραπείας ή κατά την άμεση περίοδο που προηγείται ή έπεται αυτής.

Έξοδα: Η οικονομική επιβάρυνση, ατομική ή οικογενειακή, αποτελεί επίσης αίτιο για την κατάπτωση της ασθενούς. Στη χώρα μας, οι ασφαλιστικοί φορείς καλύπτουν, μέρος των εξόδων της θεραπείας, βοηθώντας έτσι τον ασθενή και την οικογένειά του από οικονομικής πλευράς.^{2,10}

5.4.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Καταστολή του μυελού των οστών

Όλα τα κυτταροστατικά φάρμακα, με εξαίρεση τη μπλεομυκίνη, επιφέρουν διαταραχές στο μυελού των οστών. Η θεραπευτική αγωγή είναι ουσιαστικά υποστηρικτική, για να προστατεύσει δηλαδή την ασθενή κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής αναγεννητικής λειτουργίας του μυελού των οστών. Μεταγγίσεις συμπυκνωμένων ερυθρών, αιμοπεταλίων ή μερικές φορές και λευκών αιμοσφαιρίων γίνονται ανάλογα με τις περιπτώσεις. Η ασθενής ενημερώνεται για τη σημασία και τη σπουδαιότητα των τριών αυτών τύπων κυττάρων και για το πώς η χημειοθεραπεία είναι δυνατόν να τα επηρεάσει και ότι εβδομαδιαίες εξετάσεις αίματος θα γίνονται για τον προσδιορισμό του επιπέδου των κυττάρων και ότι, αν ο αριθμός αυτών βρεθεί χαμηλός, είναι δυνατόν η χημειοθεραπεία να αναβληθεί.

Λευκοπενία

Απαραίτητη είναι η ενημέρωση της ασθενούς ότι η λευκοπενία είναι προσωρινή. Λόγω της πτώσης των λευκών, έχουμε εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Έτσι, η παρέμβαση συνίσταται στην πρόληψη των λοιμώξεων. Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση των λευκών, διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός. Εξηγούνται στον ασθενή τα γενικά συμπτώματα λοίμωξης και η σημασία της έγκαιρης αναφοράς τους: αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, η οποία μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία, ρίγη, βήχας, οίδημα ή ερυθρότητα, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, συχνότητα της ούρησης. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία, επειδή προλαμβάνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις. Η ασθενής τοποθετείται σε μονόκλινο δωμάτιο, ενώ το προσωπικό του νοσοκομείου και οι συγγενείς φορούν μάσκα, γάντια και ποδονάρια κατά την παραμονή τους στο δωμάτιό του. Σε περίπτωση που κυκλοφορεί η ίδια στο διάδρομο, συνίσταται να φοράει μάσκα.

Εφαρμόζεται καλή και σχολαστική ατομική καθαριότητα. Κάνει καθημερινό λουτρό και πλύσιμο χειρών με αντισηπτικά υγρά, όπως το Betadine scrub.

Οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος αντιμετωπίζεται ως τραύμα (απολυμαίνεται). Κάθε 4-6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. Με εντολή γιατρού, ενισχύεται η ασθενής με αντιβιοτικά. Μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο, θα πρέπει να αποφεύγει τους κλειστούς και πολυσύχναστους χώρους, οι οποίοι είναι επικίνδυνοι, μιας και δεν υπάρχει επαρκής αερισμός και ο αυξημένος αριθμός των ατόμων αυξάνει τις πιθανότητες μετάδοσης κάποιας νόσου. Να αποφεύγει επίσης να έρχεται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από λοιμώξεις ή μεταδοτικές νόσους.

Θρομβοπενία

Τα αιμοπετάλια συμμετέχουν στην πήξη του αίματος. Αν μειωθεί ο αριθμός τους, μπορεί ένα μικρό τραύμα να προκαλέσει αιμορραγία ή αιμάτωμα. ο νοσηλευτής/τρια:

- Παρακολουθεί τα αιμοπετάλια από τις εξετάσεις που κάνει ο ασθενής (Φυσιολογική τιμή 200.000-300.000/mm³). Αν η ασθενής έχει αιμοπετάλια κάτω από 50.000/mm³, πρέπει να νοσηλευθεί σε νοσοκομείο.
- Παρακολουθεί τα κόπρανα και τα ούρα για αίμα, το δέρμα για αιματώματα, τις διάφορες κοιλότητες (μύτη-στόμα) για ρινο-ουλορραγίες.
- Αρτηριακή πίεση του αίματος: σε περίπτωση που βρεθεί χαμηλή, η ασθενής πρέπει να νοσηλευθεί σε νοσοκομείο.
- Εξηγεί στην ασθενή τα σημεία αιμορραγίας που θα πρέπει να παρατηρήσει και να αναφέρει αμέσως, συμπεριλαμβανομένων των εκχυμώσεων.
- Περιορίζονται οι υποδόριες και οι ενδομυϊκές ένεσεις. Αν πρέπει να γίνουν, ασκείται πίεση στο σημείο της ένεσης για 3 λεπτά περίπου για την πρόληψη αιματώματος. Ασυνήθης αιμορραγία μετά από ενδομυϊκή ή υποδόρια ένεση να γίνεται γνωστή στο γιατρό.
- Οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πίεσης σε κάποιο σημείο του σώματος, όπως ο ασκός του πιεσόμετρου κ.λπ., πρέπει να είναι μικρής διάρκειας.
- Αποφεύγει τη θερμομέτρηση από τον πρωκτό.
- Σε δυσκοιλιότητα, αποφεύγονται οι υποκλυσμοί και τα υπόθετα.
- Ενημερώνει την ασθενή να μην ακολουθεί οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή και ιδιαιτέρως σαλικυλικά, αν δεν συμβουλευθεί πρώτα το γιατρό ή τον νοσηλευτή. Η χορήγηση σαλικυλικών εμποδίζει και διαταράσσει τη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων.
- Να αποφεύγει σκληρές τροφές που τραυματίζουν στόμα και δόντια. Να συμβουλευθεί τον οδοντογιατρό για προληπτική φθορίωση των δοντιών. Να χρησιμοποιεί βούτυρο κακάο ή βαζελίνη για τα χείλη της. Να καθαρίζει τη μύτη της προσεκτικά με καθαρό μαντίλι.
- Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας, όπως να υπάρχει πάντοτε έτοιμο αίμα στην τράπεζα αίματος. Κατά τη μετάγγιση, παρακολουθείται η ροή του καθώς και η ασθενής για σημεία αντίδρασης από το αίμα.

Αναιμία

Απαγορεύεται η χορήγηση χημειοθεραπευτικών σε ασθενή, αν δεν είναι γνωστή η τιμή των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Η μετάγγιση αίματος είναι γρήγορος τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος της πτώσης των ερυθρών και είναι σκόπιμο να υπάρχουν από την αρχή της θεραπείας κατατεθειμένες στην τράπεζα αιμοδοσίας κάποιες φιάλες στο όνομα του ασθενούς για άμεση χρήση. Επίσης, να παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη, ο αιματοκρίτης και η παρουσία συμπτωμάτων, όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, απάθεια. Να χορηγούμε

τροφές πλούσιες σε λεύκωμα και σίδηρο. Τέλος, να αποφεύγεται η κόπωση και να συνιστάται η καλή και επαρκής ανάπαυση.

Τοξικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα

Είναι η συχνή επιπλοκή της χημειοθεραπείας. Τα ταχέως πολλαπλασιαζόμενα επιθηλιακά κύτταρα της γαστρεντερικής οδού είναι ιδιαίτερος ευπαθή και μπορεί να συμβεί σοβαρή βλάβη στο βλεννογόνο της (γλωσσίτιδα, ουλίτιδα, ελκωτική εντερίτιδα, γαστρίτιδα). Οι πιο συχνές διαταραχές είναι η ναυτία, ο έμετος, η διάρροια και η στοματίτιδα.

Ναυτία και έμετος

Η ναυτία και ο έμετος είναι συμπτώματα που είναι δυνατόν να εμφανισθούν πριν από τη θεραπεία ή αμέσως μετά από αυτή ή να καθυστερήσουν 6-12 ώρες και διαρκούν συνήθως 24 ώρες ή και περισσότερο. Μολονότι η ναυτία και ο έμετος σχετίζονται με τη δόση του φαρμάκου.

Ο νοσηλευτής/τρια παρακολουθεί τη συχνότητα των εμέτων, το χαρακτήρα και την ποσότητα, επίσης παρακολουθεί τη θρέψη του ασθενούς, την ανορεξία ή την αποστροφή στην τροφή που μπορεί να έχει και εξηγεί ότι η πιθανότητα εμφάνισης ναυτία και εμέτων ποικίλει από ασθενή σε ασθενή και ότι ορισμένους ασθενείς δεν έχουν ποτέ αυτά τα συμπτώματα.

Λαμβάνονται προληπτικά μέτρα όπως :

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων πριν την έναρξη της θεραπείας και ανά εξάωρο
- Εκπαιδεύεται η ασθενής και τα μέλη της οικογένειάς της πώς να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα.
- Δίνονται κομμάτια πάγου, μόλις παρουσιασθεί ναυτία, και παροτρύνεται η ασθενής να φάει λίγη φρυγανιά.
- Σερβίρεται η τροφή μετά την υποχώρηση της ναυτίας.
- Προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα, ώστε να μην αισθάνεται το στομάχι της πολύ γεμάτο.
- Χορηγούνται τροφές μαλακές και παγωμένες. Αποφεύγονται οι σκληρές τροφές, γιατί δυσκολεύουν την πέψη και την κένωση του στομάχου.
- Αποφεύγονται οι τροφές με έντονα ή δυσάρεστα αρώματα, γιατί αυξάνουν την ναυτία και τον έμετο.
- Αποφεύγονται τα υγρά κατά τη διάρκεια του φαγητού για να μη γεμίζει το στομάχι με υγρά, αν είναι δυνατόν να χορηγηθούν υγρά μισή ώρα πριν το φαγητό ή μετά το φαγητό.
- Αποφεύγονται τα γλυκά, τα τηγανητά και τα λιπαρά φαγητά.
- Συνίσταται καλή μάσηση της τροφής για να διευκολύνεται η πέψη.
- Αποφεύγεται η λήψη βαριάς τροφής αμέσως πριν από τη χημειοθεραπεία.
- Η ανάπαυση μετά το φαγητό βοηθάει την ασθενή, επειδή η δραστηριότητα επιβραδύνει την πέψη και αυξάνει τη δυσφορία.
- Κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, αφαιρούνται οι ξένες οδοντοστοιχίες, γιατί η παρουσία ξένων σωμάτων στο στόμα τείνει να προκαλέσει έμετο.
- Σε περίπτωση που η ασθενής αισθανθεί ναυτία, ενθαρρύνεται να αναπνέει βαθιά από το στόμα.^{9,18}

Διάρροια

Μπορεί να παρουσιασθεί ανάλογα με το χορηγούμενο φάρμακο και από την πρώτη ημέρα της θεραπείας. Λύση δίνουν, οπωσδήποτε τα αντιδιαρροϊκά φάρμακα σε σοβαρές καταστάσεις, στις οποίες απειλείται η ισορροπία των ηλεκτρολυτών.

Ο νοσηλευτής/τρια παρακολουθεί:

- Το χρώμα, την ποσότητα και την περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης.
- Τον ασθενή για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνουν διαταραχή του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.
- Τη συχνότητα και την ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.

Μέτρα πρόληψης της διάρροιας και της σύσπασης των κοιλιακών μυών:

- Περιορίζει την κυτταρίνη στο διαιτολόγιο.
- Αποφεύγει τροφές που μπορεί να προκαλέσουν σπασμό, όπως καφέ, πικάντικα, φασόλια, ξηρούς καρπούς, γλυκά, χορταρικά, λάχανα, φρούτα, κουνουπίδι και γενικά τροφές που περιέχουν ίνες και αφήνουν μεγάλο υπόλειμμα.
- Αποφεύγεται το γάλα και γενικά τα γαλακτοκομικά προϊόντα.
- Συνιστά μικρά και συχνά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Χορηγεί υδρική διαίτα, για να βοηθήσει το έντερο να ξεκουραστεί.

Αντιμετώπιση της διάρροιας με:

- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με οδηγία γιατρού καθώς και ενημέρωση αυτού, αν συνεχίζεται η διάρροια και οι σπασμοί των κοιλιακών μυών, επειδή μπορεί να χρειαστεί αλλαγή της χημειοθεραπείας και διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου το ύδατος και των ηλεκτρολυτών.
- Χορήγηση ελαφρών υγρών όπως νερό και τσάι για την αντικατάσταση αυτών που χάθηκαν.
- Χορήγηση τροφών που περιέχουν κάλιο, όπως μπανάνες, πορτοκάλια και πατάτες για διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου.
- Φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περινέου, για την πρόληψη ερεθισμού.^{8,9}

Στοματίτιδα- Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας

Η στοματίτιδα είναι οδυνηρή και συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια της χημειοθεραπείας. Περίπου επτά ημέρες μετά τη χημειοθεραπεία, ο βλεννογόνος του στόματος ατροφεί και λεπταίνει, με συνέπεια κάθε μικρό τραύμα του βλεννογόνου να καταλήγει σε εξέλκωση και πολλές φορές και σε μόλυνση.

Μέτρα πρόληψης της στοματίτιδας:

- Λήψη οδοντιατρικού ιστορικού:
 - Παρουσία οδοντοστοιχιών
 - Ιστορικό ουλίτιδων ή άλλων παθολογικών εξεργασιών
 - Συνήθειες της ασθενούς σχετικά με τη φροντίδα της στοματικής κοιλότητας
 - Ανάγκη επίσκεψης οδοντιάτρου για την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος
 - Ιστορικό στοματίτιδας
 - Κάπνισμα
- Ελέγχει τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς και τη αξιολογεί με βάση την υγρασία, το χρώμα, τις οδοντοστοιχίες και τα υπάρχοντα σφραγίσματα.
- Εξηγεί τι είναι η στοματίτιδα.
- Ενθαρρύνει την προληπτική υγιεινή του στόματος και διδάσκει την ασθενή να :
- Ελέγχει καθημερινά τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο, αλλαγή της κατάστασης του βλεννογόνου.
- Διδάσκει την ασθενή πώς να διατηρεί την υγρασία του στόματος.

Θεραπευτικά μέσα στοματίτιδας :

- Συνεχής εκτίμηση της κατάστασης του στοματικού βλεννογόνου.
- Τρεις ως τέσσερις φορές ημερησίως καθαρίζουμε τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς με φυσιολογικό ορό.
- Χρησιμοποιούμε διάφορα διαλύματα για την επούλωση της λύσης του βλεννογόνου του στόματος με εντολή γιατρού)
- Χορηγούμε λευκή και χλιαρή τροφή.^{10,19}

Αλωπεκία

Η πτώση των τριχών που παρατηρείται με τη χημειοθεραπεία είναι προσωρινή και, αφού ολοκληρωθεί το θεραπευτικό σχήμα, έχουμε ξανά ανάπτυξη των τριχών. Πτώση των τριχών μπορεί να έχουμε και σε οποιοδήποτε άλλο μέρος του σώματος, ακόμη και στο πρόσωπο.

Η αλωπεκία συνήθως συμβαίνει δύο ή τρεις εβδομάδες μετά την αρχική δόση. Ο βαθμός της πτώσης των τριχών εξαρτάται από την αντίδραση του οργανισμού της ασθενούς και από το συνδυασμό των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται. Η τριχόπτωση είναι δυνατόν να σταματήσει ακόμα και κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Έχοντας επίγνωση των ψυχολογικών επιπτώσεων που δύναται να προκαλέσει η πτώση των τριχών της κεφαλής και του σώματος στο άτομο και στη σεξουαλικότητά του, ο νοσηλευτής/τρια προγραμματίζει και σχεδιάζει την αρχική διδασκαλία και τη φροντίδα του ατόμου.^{4,20}

Προβλήματα από το γεννητικό σύστημα

Η χημειοθεραπεία είναι πιθανόν να επηρεάσει τα γεννητικά όργανα και τη λειτουργία τους.

Ο νοσηλευτής/τρια κατά τη θεραπεία βοηθάει τον ασθενή να δεχθεί τα τυχόν εμφανιζόμενα προβλήματα από το γεννητικό της σύστημα. Την ενημερώνει για τις πιθανές αλλαγές, οι οποίες είναι:

- Αλλαγές στον καταμήνιο κύκλο, μπορεί να γίνει ακανόνιστος ή μπορεί να σταματήσει.
- Εξάψεις καθώς και άλλα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης.
- Ορμονικές αλλαγές λόγω της χημειοθεραπείας, που μπορεί να προκαλέσουν κνησμό, κάψιμο και ξηρότητα του κολπικού επιθηλίου.
- Μερικά κυτταροστατικά φάρμακα είναι δυνατόν να προκαλέσουν στειρότητα, η οποία μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη, εξαρτάται από την ηλικία της ασθενούς και το είδος των χορηγούμενων χημειοθεραπευτικών.
- Συνιστάται αποφυγή εγκυμοσύνης κατά τη διάρκεια της θεραπείας, για την πρόληψη τερατογενέσεων. Σε περίπτωση που η ανακάλυψη του καρκίνου γίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συνιστάται καθυστέρηση της έναρξης της θεραπείας μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης. Αν όμως η άμεση έναρξη της χημειοθεραπείας κριθεί απαραίτητη, συνιστάται να αρχίζει κατά τη 12^η εβδομάδα.^{15,18}

Δίαιτα και χημειοθεραπεία

Με τη σωστή και επαρκή διατροφή, η ασθενής μπορεί να ανταποκριθεί καλύτερα στις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας.

Η χορήγηση τροφών πλούσιων σε θερμίδες έχει σκοπό να διατηρήσει ή αν υπάρχει ανάγκη να αυξήσει το βάρος της ασθενούς, ενώ πλούσιων σε πρωτεΐνες να βοηθήσει τη σωστή λειτουργία του δέρματος, των μυών, των διαφόρων οργάνων και την ανάπτυξη των τριχών. Αν κριθεί απαραίτητο, χορηγούνται κατόπιν ιατρικής εντολής βιταμινούχα σκευάσματα.

Η λήψη περισσότερων πρωτεϊνών αποσκοπεί στη βοήθεια στη βοήθεια του οργανισμού για ανασύσταση των ιστών του, οι οποίοι έχουν καταστραφεί με τη χημειοθεραπεία.

Αν η ασθενής έχει ανορεξία ή χάνει βάρος, συνιστάται να παίρνει μικρά γεύματα σε τακτικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας .

Διάφοροι παράγοντες είναι δυνατόν να συντελέσουν στη διάθεση της ασθενούς για φαγητό ή όχι και να οδηγήσουν σε υποβάθμιση της ποιότητας ζωής της ασθενούς. Τέτοιοι παράγοντες είναι :

- α. Η γενικότερη οργανική κατάσταση
- β. Η φυσική κατάσταση
- γ. Η ψυχική κατάσταση
- δ. Η οικονομική κατάσταση
- ε. Η άνεση και η διάθεση

Την ημέρα της χημειοθεραπείας, η ασθενής δεν τρώει τίποτα 2-3 ώρες πριν και μετά τη θεραπεία.^{9,13}

5.5 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ακτινοθεραπεία του μαστού

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ακτινοθεραπεία του μαστού αφορούν στην διδασκαλία, την διατροφή, την αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών και την προετοιμασία του ασθενούς για την έξοδό του.

5.5.1 Διδασκαλία

- Ενημερώνεται η ασθενής για τις αναμενόμενες και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας και τους τρόπους αντιμετώπισης των ενεργειών.
- Παρέχει ο νοσηλευτής/τρια έντυπο με πληροφοριακό υλικό από το ακτινολογικό τμήμα και, αν είναι δυνατόν, ενισχύει την προφορική διδασκαλία.
- Προκαθορίζει την επίσκεψη της ασθενούς στο ακτινολογικό τμήμα και τη γνωρίζει με το προσωπικό.
- Παρέχει στην ασθενή χρόνο για τη διατύπωση ερωτήσεων και απαντήσεων.
- Πληροφορεί την ασθενή για τα αναμενόμενα αποτελέσματα και την αφήνει να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα της.
- Παρέχει γραπτές οδηγίες για τη φροντίδα του δέρματος, τις διατροφικές τροποποιήσεις την ώρα που έχει καθορισθεί η κάθε συνεδρία, τη φαρμακευτική αγωγή.^{8,15}

5.5.2 Διατροφή

- Επισημαίνεται η αναγκαιότητα λήψης τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας, για την αντοχή του οργανισμού στην ακτινοθεραπεία.
- Ενθαρρύνονται τα μικρά και συχνά γεύματα.
- Ενθαρρύνεται η επαρκής λήψη υγρών.
- Προγραμματίζουμε την ασθενή και την οικογένεια την συμβουλευτική συνάντηση με τη διαιτολόγο.
- Ζυγίζουμε καθημερινά την ασθενή και συγκρίνουμε τα αποτελέσματα μεταξύ τους, αλλά και με τα αντίστοιχα πριν από την έναρξη τα θεραπείας.
- Ρυθμίζουμε το διαιτολόγιο πριν και μετά από κάθε συνεδρία
- Χορηγούμε αναλγητικά και αντιεμετικά φάρμακα περίπου δύο ώρες πριν το γεύμα.
- Ελέγχουμε τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορούν να αυξάνουν την ναυτία και τον έμετο.

- Χορηγούμε βιταμίνες (με εντολή γιατρού).
- Για την αντιμετώπιση στοματοφαρυγγικού πόνου συμβουλευόμαστε την ασθενή να αποφεύγει τις ουσίες, όπως καπνό και οινόπνευματώδη, που μπορεί να επιδεινώσουν την κατάστασή της.
- Διδάσκει την ασθενή τεχνικές για την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.
- Πριν από την έναρξη της ακτινοθεραπείας φροντίζουμε η ασθενής να επισκεφθεί τον οδοντίατρο για προληπτικές εξετάσεις. Χαλασμένα δόντια . ακόμη και δόντια με σφραγίσματα, αφαιρούνται πριν από την έναρξη της θεραπείας.
- Ο νοσηλευτής/τρια παρατηρεί και αξιολογεί καθημερινά την ασθενή για σημεία και συμπτώματα επιμόλυνσης.
- Συζητάμε και ενημερώνουμε την ασθενή για την πιθανότητα διατροφής με ρινογαστρικό σωλήνα Levin, σε περίπτωση αυξημένης απώλειας βάρους.
- Παρακολουθούνται καθημερινά τις εργαστηριακές τιμές των ηλεκτρολυτών, της κρεατινίνης, του αζώτου κλπ.^{5,8}

5.5.3 Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών

Αρχικά, ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείτε. Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών και καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό. Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή. Ενημερώνεται ο ασθενής να μην ξαπλώνει στη περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα. Ο ασθενής ενημερώνεται ότι η περιοχή που ακτινοβολείτε είναι σημειωμένη με ειδικό μελάνι. Για τον προσδιορισμό της περιοχής αυτής , δεν πρέπει ποτέ να χρησιμοποιούνται ποτέ αυτοκόλλητες ταινίες. Η περιοχή αυτή πρέπει να διατηρείται κατά το δυνατόν στεγνή. Πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή. Προστατεύεται από τον ήλιο και το κρύο αέρα κ.α. Αποφεύγεται η έκθεση της περιοχής στην ηλιακή ακτινοβολία κατά τη διάρκεια της θεραπείας ,αλλά και ένα χρόνο μετά από το τέλος της. Επίσης, να αποτριχώνεται μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα , αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο. Να αποφεύγεται η χρήση στηθόδεσμου αν δημιουργεί πίεση. Ενημερώνεται η ασθενής να φοράει άνετα και φαρδιά ρούχα. Επίσης να αποφεύγεται η επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή και ερεθισμό. Το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείτε ελέγχεται καθημερινά από το νοσηλευτή/τρια για ερέθισμα, κνησμό, αφυδάτωση, παρουσία φλυκταινών και απολέπιση. Σε καταστολή του μυελού των οστών, ο ασθενής παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στη λήψη στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς γι' αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγηση της. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθησή του ασθενούς για εμφάνιση αιμορραγιών.

Σε περίπτωση διάρροιας αντιμετωπίζεται ανάλογα.

- Ο νοσηλευτής/τρια εκτιμά την ποιότητα και την συχνότητα των κοπράνων.
- Παρακολουθεί τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, το βάρος και την ηλεκτρολυτική ισορροπία.
- Χορηγούνται τροφές με μικρό υπόλειμμα. Αποφεύγονται άπεπτα ινώδη στοιχεία που αφήνουν μεγάλο υπόλειμμα , όπως το μαύρο ψωμί, τα λαχανικά κ.λπ. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται ο ερεθισμός του εντέρου και η διάρροια.
- Ενθαρρύνεται ο ασθενής να καταπίνει αργά, αφού πρώτα μασάει καλά τη τροφή του, για να ελαττωθεί ο σπασμός και να αυξηθεί η απορρόφηση των τροφών .

- Ενθαρρύνεται η αυξημένη λήψη υγρών για την αντικατάσταση των υγρών και των ηλεκτρολυτών που χάθηκαν.
- Με εντολή γιατρού, ο νοσηλευτής χορηγεί αντιδιαρροικά φάρμακα και αξιολογεί την αποτελεσματικότητά τους.¹⁸

5.5.4 Προετοιμασία του ασθενούς για έξοδο

- Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή σχετικά με τον προγραμματισμό της θεραπείας και τον σχεδιασμό της φροντίδας του δέρματος.
- Παρέχει στον ασθενή κατάλογο με τις ακριβείς ημερομηνίες κάθε συνεδρίας και των συναντήσεων με το γιατρό.
- Ενημερώνει τον ασθενή σχετικά με αλλαγές στο διαιτολόγιο και στη λήψη τροφής κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
- Διδάσκει τον ασθενή πώς να παρακολουθεί και να ελέγχει την ακεραιότητα της περιοχής του δέρματος που ακτινοβολείται.
- Εκτιμά και αξιολογεί τις ανάγκες φροντίδας του ασθενούς στο σπίτι.^{4,9}

6. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Η πρόληψη του καρκίνου μαστού επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες της φροντίδας υγείας (πρωτοβάθμιας κυρίως, αλλά και δευτεροβάθμιας). Ο ρόλος λοιπόν του νοσηλευτή/τριας, αφού πρωτοστατεί στις υπηρεσίες φροντίδας για την υγεία, είναι πολυδύναμος, πολυεπίπεδος και γι' αυτό στρατηγικός.

Ο νοσηλευτής/τρια, ως μέλος της υγειονομικής ομάδας, συμμετέχει στη διαφώτιση του κοινού σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, καθώς και στην καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας. Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους, ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο, για να προάγει την υγεία του ατόμου. Όπως κάθε παιδεία, έτσι και η υγειονομική παιδεία, για να έχει απόδοση έχει ανάγκη από μεθοδολογία.

Μεθοδολογία πρόληψης καρκίνου μαστού

- Χαρακτηριστικά στόχων
- Διαθέσιμες υπηρεσίες
- Μέσα προσέγγισης
- Προσφορότερη κατανομή δαπανών

Στοιχεία

- Επιδημιολογικά δεδομένα
- Συνήθειες της οικογένειας
- Πιθανές στάσεις, ιστορικό δημόσιας υγείας
- Περιβαλλοντικά στοιχεία
- Επίδραση άμεση ή έμμεση στο χώρο της εργασίας
- Πρότυπο αντικαρκινικής συμπεριφοράς

Προσέγγιση

- Προσωπικού γενικού χαρακτήρα
- Οικογενειακή προσέγγιση
- Εργασιακή προσέγγιση

Για τη σωστή εκτίμηση και διαφώτιση των συμπτωματικών γυναικών, η παιδεία της νοσηλεύτριας πρέπει να περιλαμβάνει:

- Γνώσεις για τον καρκίνο του μαστού και τη φυσική του εξέλιξη
- Γνώση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων
- Ικανότητα λήψης καλού ιστορικού
- Ικανότητες φυσικής εκτίμησης
- Γνώση των αποδεκτών τρόπων παρεμβολής

6.1 Ειδικές δραστηριότητες στην πρόληψη

Γνωστοποιούμε τους πιθανούς παράγοντες αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

Η διατροφή αποτελεί τη βασικότερη παράμετρο του περιβάλλοντος και για το λόγο αυτό θεωρείται πιθανός αιτιολογικός παράγοντας για τον καρκίνο του. Συνιστάται η αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και ενθαρρύνεται η λήψη λαχανικών, φρούτων και βιταμινών Α και C.

Ενισχύουμε την προσπάθεια του κοινού για τη βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντος του. Στόχος μας είναι να επενδύονται στην καθημερινότητα της ζωής

οι υγιεινές συνήθειες και τα προληπτικά μέτρα κατά του καρκίνου να γίνονται συμπεριφορά, στάση, πεποίθηση.

Εφαρμόζουμε μέτρα αυτοπροστασίας, σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες.

Τονίζουμε ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό, αποδεικνύοντας στατιστικώς τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες που προσήλθαν στο στάδιο 1 με ποσοστό θεραπείας 90%, σε αντίθεση με εκείνες που προσήλθαν στο στάδιο 3 με ποσοστό θεραπείας 24%.

Στόχος του νοσηλευτικού προσωπικού που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό είναι, με ένα καλό ιστορικό να προσπαθήσει να εντοπίσει τους παράγοντες που δυνατόν να οδηγήσουν σε μια τέτοια καθυστέρηση, να ανιχνεύει τα αίτια που τους δημιουργούν και να τους αναχαιτίσει με τη σωστή διδασκαλία και ενημέρωση. Τέτοιοι παράγοντες είναι:

Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες

Το υπερβολικό κόστος νοσηλείας και οι υψηλές αμοιβές των χειρουργών ευνοούν την καθυστέρηση, επειδή ασθενείς με περιορισμένα οικονομικά μέσα βρίσκουν ότι δεν μπορούν να διαθέσουν τα ποσά αυτά και, όταν απειλούνται από μια νέα ασθένεια, καθυστερούν να κάνουν κάτι γι' αυτά τους τα συμπτώματα. Πολλές φορές μια ασθενής είναι μητέρα μικρών παιδιών ή γυναίκα ενός ανάπηρου ή ασθενούς συζύγου, με αποτέλεσμα να θυσιάζει τη προσωπική της υγεία για το καλό της οικογενείας της.

Έλλειψη μόρφωσης

Πολλές ασθενείς αφελώς, υποθέτουν ότι αφού δεν έχουν κανένα πόνο και αισθάνονται γενικά καλά ο όγκος του μαστού, που δεν φαίνεται να αυξήθηκε, είναι ακίνδυνος. Συχνά λένε: << Ο όγκος δεν με ενόχλησε κι έτσι κι εγώ δεν τον ενόχλησα >>.

Ψυχολογικοί παράγοντες

Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στις γυναίκες με όγκο στο μαστό και τις κάνουν να καθυστερούν στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας:

A. Ο φόβος

Ο φόβος είναι ο κυρίαρχος ανασταλτικός παράγοντας. Οι ασθενείς συνήθως φοβούνται όχι μόνο ότι έχουν καρκίνο ή ότι θα χάσουν το μαστό τους, αλλά ότι θα διαταραχθούν οι συναισθηματικές σχέσεις με τους συζύγους τους.

B. Σεμνοτυφία και ντροπή

Μερικές γυναίκες έχουν ζήσει τόσο κλειστή ζωή, ώστε διστάζουν να συμβουλευθούν έναν ειδικό για το μαστό τους.

Γ. Αποφυγή ψηλάφησης μαστού

Πολλές γυναίκες δεν αρέσκονται να τις ψηλαφούν και επομένως δεν φαίνεται ότι μπορούν να ανακαλύψουν έναν όγκο του μαστού, ενόσω είναι ακόμη μικρός.

Δ. Αρνητισμός

Γυναίκες που μεγαλώνουν σε σκληρό και εχθρικό περιβάλλον μπορεί να γίνουν εσωστρεφείς και αρνητικές και συχνά καθυστερούν να ζητήσουν ιατρική συμβουλή, μέχρι να προχωρήσουν πάρα πολύ τα συμπτώματα.

Ε. Κατάθλιψη

Μερικές γυναίκες συντετριμμένες από δοκιμασίες που πέρασαν, γίνονται καταθλιπτικές και αδιαφορούν για την υγεία τους.

Z. Καταπίεση

Οι γυναίκες αυτές μπορεί να αναπτύξουν κάποια παθολογική δραστηριότητα, για να πετύχουν κάποιο σκοπό στη ζωή τους. Όταν τα συμπτώματα της νόσου της νόσου αναπτύσσονται, εκείνες τα αγνοούν.

Ο νοσηλευτής/τρια προτρέπει τις γυναίκες να προσέρχονται στα κέντρα για περιοδικές εξετάσεις, ενώ παράλληλα προσπαθεί να τις αλλάξει από την καρκινοφοβία και το φάσμα του θανάτου.

Όταν υπάρχουν ενδείξεις ή υπόνοιες για καρκίνο του μαστού, προτρέπει τη γυναίκα να κάνει ιατρική εξέταση και τη συνέχεια, αφού προηγηθούν οι σχετικές διαπραγματεύσεις, ετοιμάζει την εισαγωγή της στο νοσοκομείο.^{9,18}

ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1:

Η κυρία Γ.Π. που νοσηλεύτηκε στη χειρουργική κλινική του Γ.Ν. Τρίπολης <<Η Ευαγγελίστρια>> ηλικίας 52 ετών, εισήλθε την 12/7/2013 με τα εξής συμπτώματα:

- Ανώδυνο σκληρό μη κινητό ογκίδιο στο άνω έξω τεταρτημόριο του δεξιού μαστού.

Κατά την εισαγωγή της ασθενούς στην κλινική έγιναν οι απαραίτητες εξειδικευμένες αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφία θώρακα και πνεύμονα καθώς επίσης καρδιολογική εκτίμηση. Η ασθενής έφερε μαζί της μαστογραφία και υπερηχογράφημα μαστών η οποία ήταν θετική. Πραγματοποιήθηκε βιοψία, κατατάσσεται στο στάδιο I με διάμετρο 3,5εκ ενώ όλοι οι αδένες είναι αρνητικοί. Η ταξινόμηση κατά T.N.M. σύστημα είναι T₁N₀M₀. της συνεστήθη ριζική μαστεκτομή.

Ιατρικές οδηγίες:

- Να τεθούν : ορός Riger's 1000cc x 1 και Soldium chloride 1000 x 1
- Να χορηγηθούν : Lexotanil 1.5mg 1x1 επί έντονης ανησυχίας
- Δίαιτα : ελαφριά κατά την εισαγωγή της ασθενούς. Το τελευταίο γεύμα να περιλαμβάνει φιδέ και την ημέρα της επέμβασης να μην ληφθεί τίποτα peros.
- Να γίνει η κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία της ασθενούς.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Κατάθλιψη λόγω της παρούσας κατάστασης και αποδοχή της μαστεκτομής	Βοήθεια να αποδεχθεί η άρρωστη την αρρώστια της και την απώλεια του μαστού.	Βοήθεια με διάλογο και συζήτηση. Αν δεν ηρεμίζει χορήγηση Lexotanil 5mg/5ml, amp σύμφωνα με την ιατρική οδηγία	Ο νοσηλευτής/τρια προσπάθησε να λύσει το πρόβλημα της άρρωστης με διάλογο και να απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις σχετικά με την επέμβαση. Η άρρωστη δεν μπόρεσε να ηρεμίσει και της χορηγήθηκε Lexotanil 5mg/5ml, amp	Η άρρωστη κατάφερε να ηρεμίσει, αποδέχτηκε την μαστεκτομή και μπαίνει ήρεμη στο χειρουργείο.
Πόνος λόγω της επέμβασης	Ανακούφιση του πόνου με προσέγγιση της άρρωστης και διάλυση της έντασης.	Δημιουργία χαλαρού περιβάλλοντος. Ανάλογη αντιμετώπιση του πόνου με βάση την ένταση του.	Μείωση παραγόντων που προκαλούν πόνο. Διάλογος με ηρεμία κ κατανόηση. αν ο πόνος δεν υποχωρούσε σε συνεργασία με τον γιατρό χορήγηση Morfine 10mg/amp	Επιτυχία της άρρωστης ν μην έχει ανυπόφορο πόνο.
Περιποίηση του τραύματος και παρακολούθηση	Μείωση του κινδύνου λοίμωξης.	Προγραμματισμός αλλαγών τραύματος με την βοήθεια του ιατρού	Καθημερινή περιποίηση με ήπιο αντισηπτικό	Αποφυγή της μόλυνσης του τραύματος και

της παροχέτευσης για πρόληψη τυχών μολύνσεων.			διάλυμα στην τραυματική χώρα. Παρακολούθηση συχνά τη λειτουργία της συσκευής, το χρώμα και την ποσότητα των παροχτευτικών υγρών.	γρήγορη επούλωση του.
Δύσπνοια λόγω της χειρουργικής επέμβασης και της αναισθησίας που χορηγήθηκε στην άρρωστη	Εξάλειψη της δύσπνοιας	Χορήγηση οξυγόνου	Τοποθέτηση ρινικής κάνουλας και χορηγήθηκαν 3lit/min με οδηγία ιατρού	Διευκόλυνση της αναπνοής της άρρωστης
Διατροφή	Πρόληψη απώλειας σωματικού βάρους	Διαιτολόγιο ανάλογα με τις οδηγίες ιατρού	Φροντίζουμε για την καλή διατροφή της ασθενούς.	Ικανοποίηση της ασθενούς και διατήρηση του σωματικού βάρους.
Διάρροια λόγω χειρουργικής επέμβασης και φαρμάκων.	Αποφυγή αφυδάτωσης και διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.	Αντιμετώπιση της διάρροιας και έλεγχος για την συχνότητα, την ποσότητα και την ποιότητα. Παρακολούθηση ισοζυγίου υγρών	Πρόσληψη σωστής διατροφής. Παρακολούθηση του χρώματος την ποσότητα και το περιεχόμενο της διαρροϊκής κένωσης. Αντιμετώπιση της διάρροιας με την χορήγηση Imodium 2mg/cap που αναστέλλει την διάρροια.	Σωστή ενυδάτωση και ισορροπία του ισοζυγίου ηλεκτρονικών.
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Μείωση κινήσεων και αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης λόγω πόνου από την χειρουργική επέμβαση.	Αποκατάσταση της άρρωστης σταδιακά στη φυσική της κατάσταση όσο το δυνατόν περισσότερο.	Προγραμματισμός συναντήσεων με φυσικοθεραπευτή για σταδιακή πρόοδο στις κινήσεις και στην αυτοεξυπηρέτηση της ασθενούς.	Διδασκαλία των αρχικών ασκήσεων. Ψυχολογική ενθάρρυνση για ασκήσεις αυτοεξυπηρέτησης και προοδευτική αύξηση των ασκήσεων.	Η άρρωστη μπόρεσε να εκτελέσει όλες τις απαραίτητες κινήσεις χωρίς δυσκολίες και πόνο.
Αλλαγή στην εμφάνιση λόγω μαστεκτομής και εκλογή τύπου τεχνητού μαστού για αισθητικούς λόγους.	Βοήθεια της άρρωστης και της οικογένειας της να αποδεχτούν την πραγματικότητα. Διευκόλυνση για την καλύτερη εμφάνιση της.	Ενθάρρυνση και βοήθεια επιλογής τεχνητού μαστού. Ψυχολογική υποστήριξη στους συγγενείς και απάντηση σε όλα τους τα ερωτήματα.	Ενθάρρυνση την ασθενούς να αποδεχθεί την απώλεια του μαστού της. βοήθεια στην επιλογή της πρόσθεσης του τεχνητού μαστού. Ενθάρρυνση συζύγου και οικογενειακού περιβάλλοντος για την καλύτερη αποδοχή της άρρωστης.	Επιτυχία καλής εμφάνισης και αποδοχή της πραγματικότητας.

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2:

Η κυρία Χ.Τ. που νοσηλευτική στη χειρουργική κλινική του Γ.Ν. Τρίπολης <<Η Ευαγγελίστρια>> ηλικίας 45 ετών, εισήλθε την 15/11/2013 με τα εξής συμπτώματα:

- Πάχυνση δέρματος του μαστού.
- Ερυθρότητα δέρματος του μαστού.
- Δέρμα με όψη φλούδας πορτοκαλιού.
- Αιμορραγικό έκκριμα από τη θηλή και κνησμός.

Κατά την εισαγωγή της ασθενούς στην κλινική έγιναν αιματολογικές εξετάσεις για την ανίχνευση καρκινικών δεικτών, ακτινογραφία θώρακα και πνεύμονα καθώς επίσης η ασθενής έφερε μαστογραφία και υπερηχογράφημα μαστών. Συνεστήθη ακτινοθεραπεία και δόθηκαν ιατρικές οδηγίες που ανέφεραν τα παρακάτω:

- Να τεθούν : ορός Dextrose water 1000cc x 1 και Sodium chloride 1000cc x 1.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Κατάθλιψη λόγω της παρούσας κατάστασης.	Ψυχολογική υποστήριξη και σωματική προετοιμασία	Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος, συζήτηση με την ασθενή και φιλική προσέγγιση.	Εξασφαλιστικό το ιδανικό περιβάλλον. Συμπράσταση στην ασθενή λέγοντας της να κάνει υπομονή για την επίτευξη του καλύτερου αποτελέσματος.	Επίτευξη της ηρεμίας της ασθενούς.
Φοβίες για το αποτέλεσμα της θεραπείας.	Προσπάθεια για χαλάρωση της ασθενούς.	Εξαφάνιση της αρνητικής συμπεριφοράς των φοβιών της. Εξασφάλιση απαραίτητης και κατάλληλης ενημέρωσης.	Απαντήθηκαν όλες οι ερωτήσεις της ασθενούς σχετικά με την θεραπεία τις παρενέργειες και τα αποτελέσματα της.	Η ασθενής αποδέχτηκε την παρούσα κατάσταση και συνεργάστηκε με το παρόν θεραπευτικό σχήμα.
Πόνος λόγω δερματικών αλλοιώσεων	Αντιμετώπιση πόνου	Χορήγηση παυσίπονου υπό συνεννόηση με τον ιατρό	Χορήγηση Apotel 1g/6,7ml amp με την οδηγία ιατρού.	Εξάλειψη του πόνου και δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος.
Δυσκοιλιότητα λόγω φαρμάκων.	Βοήθεια για τον κανονικό ρυθμό κένωσης της άρρωστης.	Χορήγηση παραφίνελαου για την φυσιολογική λειτουργία του εντέρου. Εφόσον δεν έχουμε επιτύχει αποτελέσματα προγραμματίζουμε υποκλύσμο	Χορήγηση παραφίνης επί δυο ημέρες χωρίς όμως αποτέλεσμα. Πραγματοποίηση υποκλύσμου (Flit-Enema)	Ρυθμιστικό ο χρόνος κένωσης της άρρωστης και καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας.
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Λεμφοίδημα λόγω διαταραχή της λειτουργίας του λεμφικού συστήματος	Αντιμετώπιση λεμφοιδήματος.	Προγραμματισμός ασκήσεων και άλλων μέτρων για την αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Πραγματοποίηση ειδικών ασκήσεων. Επίδεση του μέλους με λεμφοιδύμα.	Υποχώρηση λεμφοιδήματος.
Ανορεξία λόγω κατάθλιψης	Πρόληψη απώλειας βάρους.	Καλή σίτιση και ενίσχυση με τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες. Ενυδάτωση ασθενούς	Εφαρμοστήκαν οι εντολές της διαιτολόγου και παρακολούθηση ισοζυγίου υγρών.	Συνεχή επαφή με διαιτολόγο για εξάλειψη ανορεξίας.
Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης για τυχόν βελτίωση.	Πρόληψη υποτροπής της νόσου. Αποκατάσταση της ψυχικής ισορροπίας της άρρωστης.	Ενημέρωση για τακτικό προαιρετικό έλεγχο μαστού και παρότρυνση αν χρειαστεί σε ψυχολόγο.	Ενημέρωση για τις εξετάσεις που γίνονται για την πρόληψη επανεμφάνισης, και αναφορά της σημαντικότητας	Ηρεμία και γαλήνη στην ασθενή. Ενημερωμένη για την πρόληψη και την τυχόν επανεμφάνιση της νόσου.

			του ψυχολόγου αν χρειαστεί.	
--	--	--	--------------------------------	--

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, η μελέτη αυτή καθιστά εμφανές ότι στην Ελλάδα, ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες κατέχει τη πρώτη θέση σαν αιτία θανάτου από καρκίνο. Επίσης, αναδεικνύει πόσο σημαντική είναι η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση στη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό, η έγκαιρη αναγνώριση και η άμεση σωστή αντιμετώπιση των προεγχειρητικών και των μετεγχειρητικών προβλημάτων που μπορεί να παρουσιαστούν καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη, είναι καθοριστικοί παράγοντες για την καλή επιβίωση των ασθενών.

Θεωρείται ότι ο νοσηλευτής πέτυχε στην ψυχοσωματική ετοιμασία του ασθενούς, αν ο ασθενής:

-Αποδέχεται την αναπηρία του και δεν θεωρεί ότι υποβιβάζει την αξία του ως ατόμου.

-Δίνει πρωτεύουσα θέση στα πνευματικά και ηθικά χαρίσματα και δευτερεύουσα στη σωματική αρτιότητα.

-Είναι αποφασισμένος να ζήσει με την αναπηρία του, υπερβαίνοντας τη σωματική αδυναμία με την ψυχική καλλιέργεια.

-Πιστεύει ότι η ζωή του θα συνεχισθεί και μετά τη μαστεκτομή να έχει νόημα και σκοπό, γιατί διαθέτει πολλές δυνατότητες και ικανότητες, οι οποίες δεν θα επηρεασθούν από τη μαστεκτομή και ότι η κοινωνία του επιφυλάσσει μια χρήσιμη θέση.

-Προχωρεί στο χειρουργείο με την καλύτερη σωματική προεγχειρητική ετοιμασία, με αισιοδοξία και ελπίδα και με εμπιστοσύνη στο χειρουργό και στο νοσηλευτικό προσωπικό του χειρουργείου για την επιτυχή εκτέλεση της εγχείρησης.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι ο ρόλος του νοσηλευτή στη πρόληψη του καρκίνου του μαστού είναι πολύτιμος για την ενημέρωση του κοινού σχετικά με τη πρόωπη διάγνωση του καρκίνου όπως με τη διδασκαλία της αυτοεξέτασης που ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να ανακαλύψει ένα τυχαίο εύρημα. Επίσης γνωστοποιεί τους πιθανούς παράγοντες αλλά και τους προστατευτικούς παράγοντες στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι ασθενείς με καρκίνο θα έπρεπε να έχουν πρόσβαση σε νοσηλευτές με κατάλληλη εμπειρία και δεξιότητες γι' αυτό :

Είναι αναγκαίο να υπάρχουν εξειδικευμένοι ογκολογικοί νοσηλευτές, με τη σύνθεση διαπροσωπικών δεξιοτήτων, της γνώσης και εμπειρίας οι οποίοι θα πρέπει να συμμετέχουν στην αγοραστική πλευρά της φροντίδας υγείας.

Επίσης, οι ειδικοί νοσηλευτές που εργάζονται σε αντικαρκινικά κέντρα και μονάδες θα πρέπει να έχουν αποκτήσει πρώτου επιπέδου δίπλωμα ή μεταπτυχιακό τίτλο στη νοσηλευτική ογκολογία.

Η έρευνα της ογκολογικής νοσηλευτικής θα πρέπει να εστιάζει όχι μόνο τη νόσο και τη θεραπεία αλλά και στην επίδραση της νόσου στον ασθενή και στην οικογένειά του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Richard L. Drake – Wayne Vogt – Adam W. M. Mitchell, Επιμέλεια – Παναγιώτης Ν. Σκανδαλάκης, Gray’s- Ανατομία, 2^η Έκδοση, 1&2 τόμοι, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2007
2. Πατηράκη-Κουρμπάνη Ελισάβετ, Νοσηλευτική Ογκολογία, το πλαίσιο φροντίδας, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2006
3. . Φύσσας Γιάννης Π – Γενικός χειρουργός και μαστολόγος, Ο μαστός και οι παθήσεις του, εκδοτικός οίκος Α.Α. Λιβάνη, . Αθήνα 2006
4. Buckman Robert, Whittaker Tereza, Καρκίνος μαστού όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε, χρυσή πέννα, Αθήνα 2000
5. Παπανικολάου Νίκου Α -. Παπανικολάου Αλέξη Ν, Γυναικολογία, 3^η Έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού
6. Μπονάτσος Γεράσιμος - Κακλαμάνος Ιωάννης - Γολεμάτης Βασίλειος, Χειρουργική Παθολογία⁴ Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2006
7. Guyton, Φυσιολογία του Ανθρώπου, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2004
8. Σαχίνη- Καρδάση Άννα- Πάνου Μαρία, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες, Έκδοση ‘Β, 2^{ος} Τόμος, Εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα 2000
9. Κόνιαρη Ευδοξία, Καρκίνος του Μαστού, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991
10. Μελπομένη- Μηνέρβα Μαλλιώρα, Καρκίνος Μαστού από την Πρόληψη ως την Θεραπεία, Πάτρα 2006
11. Βλάχος Λ., Σύγχρονη διαγνωστική απεικόνιση, τόμος 1ος, Ιατρικές εκδόσεις Χρ. Βασιλειάδης, Αθήνα 2000.
12. Τούσης Δ., Η Έγκαιρη Διάγνωση του Καρκίνου του Μαστού, 2^{ος} Τόμος, Ελληνική Εταιρία Προληπτικής Ιατρικής, Αθήνα 1980
13. Δελτσινού Γ. Άννα – Χριστίνα Ι. Νάνου, Oxford Εγχειρίδιο Γυναικολογικής Νοσηλευτικής Φροντίδας, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2011
14. Αλειφερόπουλος Δ., Ακτινογραφική απεικόνιση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000.
- 15) Ζουριδάκης Π.Ιωάννης, <http://www.i-zouridakis.gr/>
- 16) Απέργης Σέργιος, <https://docs.google.com/presentation/d/1yrcakov-VN687nBLBv2aERYzj8kGYyTbPTNoAMDgWgY/edit?pli=1#slide=id.p15,30/9/2012>
- 17) Παζαίτη Νατάσα, <http://www.mastografiacenter.gr>
- 18) <http://el.wikipedia.org/wiki/>, 23/1/2014
- 19) Ιωαννίδου-Μουζάκα Λυδία, <http://www.healthpress.gr>
- 20) http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/living_with_cancer/physical/hairloss/, 2/4/2012
- 21) Σκαπινάκης Πέτρος, <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=742>, 10/2/2007