

Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας
Σχολή ΣΕΥΠ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ**



Εισηγήτρια
Παπαδημητρίου Μαρία
Καθηγήτρια

Επιμέλεια
Μουργελά Παναγιώτα
Μπάρλου Νικολίτσα
Φοιτήτριες

ΠΑΤΡΑ 2014

ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΑΙ

Στους επιστήμονες Νοσηλευτές που με το σπουδαίο και υπεύθυνο έργο τους σώζουν καθημερινά ανθρώπινες ζωές και με επιμονή και υπομονή προσπαθούν να εξυψώσουν το λειτούργημά τους.

Περιεχόμενα

Πρόλογος.....	9
Εισαγωγή.....	10

Κεφάλαιο 1^ο

Στοιχεία Εμβρυολογίας-Ανατομίας και Φυσιολογία.

1.1 Εμβρυολογία.....	13
1.2 Ανατομικά στοιχεία του μαστού.....	14
1.2.1 Θέση και έκταση.....	14
1.2.2 Μορφολογία.....	14
1.2.3 Μύες μαστού.....	15
1.2.4 Αγγείωση.....	15
1.2.5 Λεμφικό σύστημα.....	16
1.2.6 Νεύρωση.....	17
1.3 Φυσιολογία του μαστού.....	18
1.3.1 Ανάπτυξη και λειτουργία του μαστού.....	18
1.3.2 Μεταβολές του μαστού στη ζωή της γυναίκας.....	18

Κεφάλαιο 2^ο

Καρκίνος του μαστού- Γενικά

2.1 Ορισμός του καρκίνου.....	22
2.2 Καρκίνος του μαστού.....	22
2.3 Γενετική καρκίνου του μαστού.....	23
2.4 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	25
2.4.1 Θνησιμότητα-επιβίωση.....	25
2.4.2 Επιδημιολογία-συχνότητα.....	26

Κεφάλαιο 3^ο

Καλοήθεις όγκοι μαστού

3.1 Φυσιολογικά κύτταρα και κύτταρα καλοηθών αλλοιώσεων.....	28
--	----

3.2	Κυτταρολογική εικόνα σε διαφορές καλοήθεις αλλοιώσεις του μαστού.....	29
3.2.1	Φλεγμονές και εκφυλιστικές αλλοιώσεις.....	29
3.2.2	Ινοκυστικές αλλοιώσεις μαστού (καλοήθεις δυσπλασίες).....	29
3.3	Κυτταρολογία εκκριμάτων του μαστού από καλοήθεις καταστάσεις.....	30

Κεφάλαιο 4^ο

Κακοήθεις όγκοι μαστού

4.1	Καρκινώματα.....	33
4.2	Διαχωρισμός καρκινωμάτων.....	33
4.2.1	Μη διηθητικά καρκινώματα.....	33
4.2.2	Διηθητικά καρκινώματα.....	34
4.3	Ειδικοί ιστολογικοί τύποι καρκινωμάτων.....	34
4.4	Σαρκώματα-λεμφώματα.....	36
4.4.1	Σαρκώματα.....	36
4.4.1.1	Φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα.....	37
4.4.2	Λεμφώματα.....	37
4.5	Σταδιοποίηση καρκίνου μαστού.....	37
4.5.1	Μακροσκοπική σταδιοποίηση.....	37
4.5.2	Μικροσκοπική εξέταση.....	37
4.5.3	Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού.....	38

Κεφάλαιο 5^ο

Προδιαθεσικοί παράγοντες-παράγοντες κινδύνου

5.1	Ιογενείς παράγοντες.....	41
5.2	Ιδιοσυστατικοί παράγοντες.....	41
5.3	Ορμονικοί παράγοντες.....	43
5.4	Γενετικοί παράγοντες.....	44
5.5	Διαιτητικοί παράγοντες.....	46
5.6	Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	49
5.7	Παθολογοανατομικοί παράγοντες.....	50
5.8	Φαρμακευτικοί παράγοντες.....	50
5.9	Ιατρογενείς παράγοντες.....	50

Κεφάλαιο 6^ο

Εκτίμηση αναγκών υγείας και πρόληψη καρκίνου μαστού

6.1	Το πρώτο βήμα στην φροντίδας υγείας των γυναικών.....	53
6.2	Πρόληψη στα πλαίσια φροντίδας υγείας των γυναικών στην κοινότητα.....	54
6.3	Πρωτογενής πρόληψη.....	55
6.4	Δευτερογενής πρόληψη.....	55
6.4.1	Είδη συμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο μαστού.....	55
6.4.2	Προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού στην Ευρώπη.....	57
6.4.3	Αρνητικές επιπτώσεις προσυμπτωματικού ελέγχου.....	58
6.4.4	Σχεδιασμός προσυμπτωματικού ελέγχου για την πρόληψη.....	59
6.4.5	Οικογενειακός γιατρός και προσυμπτωματικός έλεγχος.....	60
6.4.6	Παράγοντες που σχετίζονται με τη μη συμμετοχή των γυναικών στον προσυμπτωματικό έλεγχο και στρατηγικές αντιμετώπισής του.....	60

Κεφάλαιο 7^ο

Κλινικός-εργαστηριακός και διαγνωστικός έλεγχος

7.1	Υπερηχογραφία.....	63
7.2	Θερμογραφία.....	63
7.3	Διαφανοσκόπηση.....	64
7.4	Παρακέντηση με λεπτή βελόνη.....	64
7.5	Μαγνητική τομογραφία.....	66
7.6	Γαλακτοφορογραφία.....	67
7.7	Πνευμοκυστεογραφία.....	67
7.8	Σπινθηρογράφημα.....	67

Κεφάλαιο 8^ο

Θεραπευτικές μέθοδοι-νοσηλευτικές παρεμβάσεις στον καρκίνο μαστού

8.1	Χειρουργική θεραπεία.....	69
8.1.1	Ριζική μαστεκτομή.....	69
8.1.2	Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομία.....	70
8.1.3	Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.....	70

8.1.4	Μερική μαστεκτομή.....	70
8.1.5	Απλή μαστεκτομή.....	70
8.1.6	Υποδόρια μαστεκτομή.....	70
8.1.7	Ογκεκτομή.....	70
8.2	Πιθανά προβλήματα-επιπλοκές χειρουργικής θεραπείας.....	71
8.3	Χημειοθεραπεία.....	72
8.3.1	Συμπληρωματική χημειοθεραπεία του καρκίνου του μαστού.....	73
8.3.2	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και θεραπεία.....	74
8.3.3	Χημειοθεραπεία προχωρημένου καρκίνου του μαστού.....	74
8.3.4	Μέτρα ασφάλειας κατά τη χρήση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.....	75
8.3.5	Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή χημειοθεραπείας.....	75
8.3.6	Ανεπιθύμητες ενέργειες και νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	76
8.3.7	Διδασκαλία καρκινοπαθούς.....	79
8.4	Ακτινοθεραπεία-νοσηλευτική παρέμβαση.....	80
8.5	Ορμονοθεραπεία-νοσηλευτική παρέμβαση.....	81

Κεφάλαιο 9^ο

Αποκατάσταση του μαστού

9.1	Χρήση προσθηκών μετά από μαστεκτομή.....	84
9.1.1	Προσωρινή προσθήκη.....	84
9.1.2	Μόνιμη προσθήκη.....	85
9.2	Μέθοδοι αποκατάστασης μαστού.....	85
9.3	Επιλογή επιθέματος.....	86

Κεφάλαιο 10^ο

Εγκυμοσύνη και καρκίνος μαστού

10.1	Πρόγνωση του καρκίνου.....	89
10.2	Εγκυμοσύνη και καρκίνος του μαστού.....	90
10.3	Αντιμετώπιση καρκίνου μαστού κατά τη διάρκεια της κύησης.....	90
10.4	Κύηση μετά από μαστεκτομή.....	91
10.5	Ψυχολογικές δυσκολίες ασθενούς με καρκίνο μαστού κατά την κύηση.....	92
10.6	Διάγνωση καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια της κύησης.....	92

10.7	Εμφάνιση καρκίνου μαστού σε γυναίκα εγκυμονούσα ή θηλάζουσα.....	93
------	--	----

Κεφάλαιο 11⁰

Ο καρκίνος του μαστού στον άντρα

11.1	Αίτια καρκίνου του μαστού στον άνδρα.....	96
11.2	Σημεία και συμπτώματα του καρκίνου του μαστού στον άνδρα.....	97
11.3	Πρόγνωση.....	97
11.4	Η ζωή με τον καρκίνο του μαστού.....	98

Κεφάλαιο 12⁰

Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου μαστού

12.1	Η κατανόηση της Βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης.....	101
12.2	Προσωπικότητα καρκινοπαθούς.....	103
12.3	Οι ιδιαιτερότητες του καρκίνου του μαστού.....	103
12.4	Μηχανισμοί προσαρμογής και αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού.....	104
12.5	Περιμένοντας τις εξετάσεις και μαθαίνοντας τη διάγνωση.....	105
12.6	Ψυχική νοσηρότητα καρκινοπαθούς.....	106
12.7	Η ψυχολογία των ασθενών με καρκίνο του μαστού.....	109
12.8	Η ζωή μετά τη μαστεκτομή.....	111
12.9	Το σεξ μετά τη μαστεκτομή.....	112

Κεφάλαιο 13⁰

Ο ρόλος του νοσηλευτή και της οικογένειας στην ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με καρκίνο μαστού

13.1	Ο ρόλος του νοσηλευτή και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	115
13.2	Η οικογένεια της καρκινοπαθούς.....	117
13.3	Αντιδράσεις μελών οικογένειας καρκινοπαθούς και ο ρόλος του ειδικού.....	120
13.4	Οι συγγενείς που αναλαμβάνουν την φροντίδα της άρρωστης γυναίκας.....	121
13.5	Αντιδράσεις των παιδιών όταν η μητέρα πάσχει από καρκίνο.....	122
13.6	Πώς ανακοινώνουμε στα παιδιά το τραγικό γεγονός.....	123
13.7	Η μητέρα έφυγε. Η οικογένεια πενθεί.....	124

Κεφάλαιο 14⁰

Ο ρόλος του νοσηλευτή και νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή τελικού σταδίου και στις φάσεις του καρκίνου

14.1	Φροντίδα σε οργανικό επίπεδο.....	127
14.2	Φροντίδα σε ψυχολογικό επίπεδο.....	129
14.3	Φροντίδα σε κοινωνικό επίπεδο.....	130
14.4	Φροντίδα σε πνευματικό επίπεδο.....	130
14.5	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις τρεις φάσεις του καρκίνου.....	131
14.6	Ολιστική και εξατομικευμένη Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με καρκίνο μαστού με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας	
14.6.1	Περιστατικό και Νοσηλευτική Διεργασία.....	135
14.6.2	Περιστατικό και Νοσηλευτική Διεργασία.....	142
14.6.3	Περιστατικό και Νοσηλευτική Διεργασία.....	147
14.6.4	Περιστατικό και Νοσηλευτική Διεργασία.....	153
	Συμπεράσματα.....	158
	Προτάσεις.....	159
	Περίληψη.....	161
	Summary.....	162
	Βιβλιογραφία.....	163

Αντί Πρόλογου

Η υγεία της γυναίκας ως ζητούμενο, διαμορφώνει διεθνώς προβληματισμό και προτάσσει αναγκαιότητα προς την κατεύθυνση ενός μοντέλου ολιστικής αντίληψης για την υγεία. Βασικό δικαίωμα για όλες τις γυναίκες, όπως και για κάθε άνθρωπο, είναι η Υγεία ως «κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας», έτσι όπως ορίστηκε στη Διεθνή Συνδιάσκεψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ).

Η φροντίδα υγείας των γυναικών, οφείλεται να παρέχεται πρωταρχικά και κυρίαρχα μέσα στα πλαίσια της κοινότητας. Το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα κινηθεί οποιαδήποτε παρέμβαση στο γυναικείο πληθυσμό αναφοράς λογικό είναι να ανιχνεύσει πρωταρχικά και κύρια τις ανάγκες για τα μείζονα προβλήματα υγείας των γυναικών που σχετίζονται με το φύλο, όπως ο καρκίνος του μαστού.

Ο μαστός αποτελεί σύμβολο μητρότητας, θηλυκότητας και ομορφιάς για την γυναίκα. Η απώλεια τέτοιου οργάνου προκαλεί αισθήματα κατωτερότητας που προέρχονται από την αλλαγή του σωματικού ειδώλου βιώνοντας ταυτόχρονα τη δυσφορία σε ψυχολογικό και συναισθηματικό επίπεδο, καθώς ο ρόλος της στην οικογένεια, στην εργασία και γενικότερα στην κοινωνία μεταβάλλεται καθώς ο καρκίνος του μαστού την φέρνει αντιμέτωπη με την πραγματικότητα της διάγνωσης και μετέπειτα με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας κάνοντας την να ζει με ένα φόβο: αυτό του επικείμενου θανάτου.

Θεωρούμε ηθικό χρέος κλείνοντας τον πρόλογο αυτό, να εκφράσουμε τις πιο θερμές ευχαριστίες μας σε όλους τους φορείς στο Τ.Ε.Ι Πατρών που μας βοήθησαν να ανταπεξέλθουμε στις απαιτήσεις των σπουδών μας, ιδιαίτερα σε όλους τους καθηγητές στη σχολή μας, για τις ευκαιρίες που μας έδωσαν, τις γνώσεις και τα εφόδια που μας παρείχαν όλα τα χρόνια των σπουδών μας και τα οποία θα μας κατευθύνουν στη μετέπειτα πορεία μας, στις οικογένειες μας για την ηθική στήριξη και την συμπαράσταση τους καθ' όλη την διάρκεια συγγραφής αυτής της εργασίας και στην Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία για την αμέριστη προσφορά της και το ενδιαφέρον της για την τόσο όμορφη εικόνα αυτής της πτυχιακής.

Εισαγωγή

Γυναίκι, εν Αβδήροισι, καρκίνωμα εγένετο περί το στήθος, και δια της θηλής έρρεεν ιχώρ ύφαιμος. Επιληφθείσης δε της ρύσιος έθανεν. Ιποκράτης

Ο καρκίνος αποτελεί ακόμη και σήμερα τη σοβαρότερη ασθένεια η οποία προσβάλλει όλους τους ιστούς του ανθρώπου γιατί επιδρά, αλλοιώνει και καθίσταται από ιστό σε ιστό. Ιδιαίτερα ο καρκίνος του μαστού έχει, δυστυχώς, αυξηθεί θεαματικά αποτελώντας το σοβαρότερο κίνδυνο για τη ζωή του γυναικείου πληθυσμού. Εξάλλου είναι γνωστό ότι αποτελεί έναν από τους πιο συχνούς καρκίνους στη γυναίκα. Επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι 1 στις 10 έως 1 στις 14 γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο στο μαστό κατά την διάρκεια της ζωής της. Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει μερικές ιδιαιτερότητες αναφορικά με την ψυχοκοινωνική διάστασή του, οι οποίες οφείλονται κατά κύριο λόγο σ' αυτό καθ' αυτό το όργανο στόχο αλλά και στα επιδημιολογικά δεδομένα. Επίσης, σύμφωνα με τα στοιχεία της American Cancer Society ο καρκίνος του μαστού προκαλεί τους περισσότερους θανάτους από οποιαδήποτε άλλη εντόπιση καρκίνου στις γυναίκες.

Παρά την σοβαρότητα του νοσήματος, η εκτεταμένη έρευνα των τελευταίων δεκαετιών όσον αφορά την επιδημιολογία, την αιτιολογία, την θεραπεία και την πρόληψη, είχε ως αποτέλεσμα την βελτίωση της επιβίωσης των γυναικών που έχουν την ατυχία να προσβληθούν από αυτόν.

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης έφερε στην επιφάνεια και κάποιες άλλες πτυχές που συνδέονται άρρηκτα με το νόσημα και που μπορεί να επηρεάζουν το τελικό αποτέλεσμα : τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Συγκεκριμένα, η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα που δυνητικά μπορεί να προκαλέσει τον θάνατό της, αλλά και με την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματός της που συμβολίζει δυο από τις πιο σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της: την μητρότητα και την ερωτική της υπόσταση. Το τελευταίο έχει ιδιαίτερη σημασία, αν αναλογιστεί κανείς ότι ο καρκίνος του μαστού είναι πιο συχνός σε μια ηλικία που και άλλοι παράγοντες (πχ. εμμηνόπαυση, φυσιολογική γήρανση) επιδρούν αρνητικά στην αίσθηση θηλυκότητας και ελκυστικότητας που αισθάνονται και νιώθουν οι γυναίκες. Επομένως, οι πάσχουσες από καρκίνο αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα άγχους και κατάθλιψης. Αυτό καθίσταται κατανοητό αλλά και αποδεδειγμένο βιβλιογραφικά.

Οι ίδιες οι πάσχουσες προξενούν άθελά τους προβλήματα στην οικογένειά τους και στον κοινωνικό τους περίγυρο, γεγονός το οποίο επιτείνει τη συναισθηματική τους κατάσταση. Απαιτείται επομένως υπομονή και σύνεση στη συμπεριφορά των οικείων και κυρίως του συζύγου, ώστε να αντιμετωπιστούν τα όποια προκύπτοντα προβλήματα.

Η Ιατρική μπορεί να έχει κάνει μεγάλα άλματα σήμερα γιατρεύοντας κάποιες μορφές καρκίνου, όχι όμως και τον προχωρημένο καρκίνο του μαστού. Υπάρχουν αυτή τη στιγμή τρόποι να περιορισθεί η μάζστιγα, όχι όμως και να λυθεί ριζικά το πρόβλημα, αφού την αιτία του την αγνοούμε. Αν εξαιρέσουμε τις εξαρχής πολύ επιθετικές μορφές καρκίνου, για τις οποίες ούτως ή άλλως δεν μπορεί η Ιατρική να προσφέρει και πολλά.

Από τότε που ο G. Engel δημοσίευσε το 1977 στο περιοδικό Science την πρότασή του για ένα νέο ιατρικό μοντέλο, το οποίο ονόμασε βιοψυχοκοινωνικό σε αντιδιαστολή με το ισχύον βιοιατρικό, αυξήθηκε πολύ το ενδιαφέρον για μια ολιστική προσέγγιση των

ατόμων που ασθενούν. Δεδομένου ότι ο άνθρωπος είναι μέρος ενός ευρύτερου συστήματος, η αποτελεσματική θεραπεία πρέπει να απευθύνεται ταυτόχρονα και στις τρεις διαστάσεις, δηλαδή και στην βιολογική και στην ψυχολογική και στην κοινωνική. Η ανάγκη αυτή είναι φανερό ότι γίνεται πιο επιτακτική σε νοσήματα που όπως ο καρκίνος, έχουν πολλές φορές άσχημο αποτέλεσμα ή/και σχετικά μακροχρόνια πορεία.. Ο καρκίνος του μαστού, πέραν της αμιγώς ιατρικής, διαθέτει και έντονη ψυχοκοινωνική υφή, δεδομένου ότι σχετίζεται άμεσα με την αίσθηση του φυσικού κάλλους των γυναικών – ασθενών, το οποίο και περιορίζει. Η ανασκόπηση της παρούσας βιβλιογραφίας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι πλέον, δεδομένης και της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης από τον καρκίνο του μαστού, η πάθηση έχει περισσότερο από οποιαδήποτε ίσως άλλη, ψυχολογικό χαρακτήρα, προκαλώντας σε μεγάλα ποσοστά άγχος και κατάθλιψη στις ασθενείς, δυσχεραίνοντας την ομαλή τους ζωή και τη σχέση τους με το οικογενειακό τους περιβάλλον. Εν κατακλείδι, η προσπάθεια αποκατάστασης των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού είναι σίγουρα μια επίπονη και ιδιαίτερα απαιτητική διαδικασία. Οι έρευνες πολλών ετών κατέδειξαν ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην αποκατάσταση των ασθενών αυτών. Γι' αυτό και απαιτείται προσεκτική διαχείριση της κατάστασης από την οικογένεια, ώστε με ηρεμία και αγάπη να επικρατεί πάντοτε το βέλτιστο δυνατό κλίμα για την ασθενή.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται το θέμα της Βιοψυχοκοινωνικής Προσέγγισης και Νοσηλευτικής Παρέμβασης σε άτομα με καρκίνο μαστού, η ολοκλήρωση του οποίου απαιτεί κατά πρώτο λόγο την αναφορά του καρκίνου του μαστού γενικότερα σαν νόσο, δηλαδή την προσβολή που αυτός επιφέρει στον γυναικείο πληθυσμό σε οργανικό επίπεδο κατά τη θεραπεία, με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της και κατά δεύτερο λόγο μέσα από Νοσηλευτική σκοπιά την προσέγγιση των ψυχοκοινωνικών αναγκών της ασθενούς αναφέροντας τις ουσιαστικότερες Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις σε κάθε περίπτωση όπως και σε αυτήν της ασθενούς με καρκίνο τελικού σταδίου, επικεντρώνοντας στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας από πλευράς του Νοσηλευτή. Μέσα από τα κεφάλαια της εργασίας μας προσπαθήσαμε πιστεύουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο μέσα στο πλαίσιο των γνώσεων και των δυνατοτήτων μας να τονίσουμε τον πολυδιάστατο ρόλο του Νοσηλευτή, ο οποίος πηγάζει από τη θέση του ως έναν από τους επαγγελματίες υγείας που βρίσκεται και δαπανά περισσότερο χρόνο κοντά στον ασθενή. Κάθε κεφάλαιο παρέχει πληροφορίες και είναι αλληλένδετο με τα υπόλοιπα ώστε το θέμα να παρουσιαστεί ολοκληρωμένα στον αναγνώστη¹.

Κεφάλαιο 1^ο

Στοιχεία Εμβρυολογίας-Ανατομίας και Φυσιολογίας

✓ Εμβρυολογία του μαστού

✓ Ανατομικά στοιχεία του μαστού

✓ Φυσιολογία του μαστού

1.1 Εμβρυολογία του μαστού

Ο μαζικός αδένας είναι μία ανατομική δομή που διαχωρίζει τα θηλαστικά από το λοιπό ζωικό βασίλειο καταφέρνει το μοναδικό της σκοπό, το να παράγει σημαντική ποσότητα γάλακτος από τη μητέρα για το νεογέννητο, με το σχηματισμό ενός εκτεταμένου δικτύου διακλαδιζόμενων πόρων.

Οι μαζικοί αδένες αποτελούν τα πρώτα προσαρτήματα του δέρματος που αναπτύσσονται και η καταβολή τους εμφανίζεται με τη μορφή πάχυνσης του εξωδέρματος στο πρόσθιο τοίχωμα του σώματος κατά την 6η εμβρυϊκή εβδομάδα. Αυτή η εμβρυολογική ανάπτυξη του μαζικού αδένος σηματοδοτείται από μια σειρά από γεγονότα στα οποία περιλαμβάνονται αλληλεπιδράσεις μεταξύ πολύ συγκεκριμένων τύπων κυττάρων. Η ρύθμιση αυτών των αλληλεπιδράσεων ρυθμίζεται από μια σειρά από συστηματικά και τοπικά δρώντες παράγοντες όπως αυξητικοί παράγοντες και ορμόνες. Η αρχική ανάπτυξη των μαστών είναι ίδια σε άνδρες και γυναίκες.

Από την πάχυνση αυτή που ονομάζεται μαζική γραμμή ή ακρολοφία και η οποία εκτείνεται από τη μασχαλαία ως τη βουβωνική περιοχή 2 αναπτύσσονται 5-6 συμπαγή μορφώματα τα μαζικά λοφίδια τα οποία αποτελούν τις καταβολές των μαστών. Ο μαστός αναπτύσσεται κατά μήκος μιας λοξής γραμμής (της μαζικής γραμμής ή ακρολοφίας). Στον άνθρωπο αναπτύσσεται μόνο ένας μαστός σε κάθε πλευρά αλλά περιστασιακά μπορεί να αναπτυχθεί ένας επικουρικός μαστός από τον οποίο μετά τη γέννηση παραμένει μόνο η θηλή. Στο ανθρώπινο έμβρυο κάθε μαζική ακρολοφία θα δώσει γένεση σε έναν μόνο λειτουργικό μαζικό αδένος ενώ κατά τον 5ο εμβρυϊκό μήνα λαμβάνουν χώρα καταδύσεις της επιδερμίδας στο χόριο οι οποίες αποτελούν συμπαγείς χορδές κυττάρων. Οι χορδές αυτές φερόμενες μέσα στο χόριο αποσχίζονται σε 15-20 κλάδους για να δημιουργηθεί το πολύπλοκο σύστημα των γαλακτοφόρων πόρων και των λοβίων. Οι λοβοί θα σχηματισθούν από τις διευρύνσεις των ελεύθερων άκρων των πόρων ενώ η θηλή θα σχηματισθεί στην ελεύθερη επιφάνεια των μαστών.¹

Πολύς λόγος γίνεται τα τελευταία χρόνια για τα σηματοδοτικά μονοπάτια που μετέχουν στο λεγόμενο branching του μαζικού αδένος. Αντίθετα από άλλα όργανα, όπως οι πνεύμονες, οι μαζικοί αδένες υπόκεινται στη διαδικασία του branching κατά τη διάρκεια της ήβης παρά κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής ανάπτυξης. Η μορφογένεση ξεκινά στη μήτρα, σταματά μεταξύ γέννησης και ήβης, και ξεκινά πάλι ως απάντηση στα οιστρογόνα, να σχηματίζεται το δένδρο των γαλακτοφόρων πόρων, το οποίο θα πάρει τελικά τη θέση του μέσα στο λιπώδες υπόστρωμα του μαστού στην ενήλικη γυναίκα.

Η προσαρμοστικότητα, αυτή του μαζικού αδένος, του δίνει τη δυνατότητα να ανταπεξέρχεται μετά από ορισμένες διαδικασίες στην ανάγκη για γαλακτοφορία και παραγωγή γάλακτος από τις κυψελίδες. Οι ορμόνες οι οποίες ελέγχουν το μαζικό αδένος, χρησιμοποιούν τοπικές σηματοδοτικές οδούς και αλληλεπιδράσεις στρώματος-επιθηλίου για να ενορχηστρώσουν τη διαφοροποίηση και τις ειδικές λειτουργίες που καθορίζουν κάθε ξεχωριστή λειτουργική φάση που μπορεί να βρεθεί ο μαζικός αδένος.

Η ανάπτυξη ενός οποιουδήποτε διακλαδιζόμενου οργάνου περιλαμβάνει κάποια πολύ διακριτά στάδια: Την αρχική διαφοροποίηση, το σχηματισμό και την ανάπτυξη του λεγόμενου “anlage”, την απαρχή και σχηματισμό των αρχικών διακλαδώσεων των πόρων, την οργάνωση του οργάνου στο χώρο μέσω της διακλάδωσης (branching) και την ανακατασκευή του ιστού, το σχηματισμό ενός συνεχόμενου κοίλου σωλήνα και τη λειτουργική διαφοροποίηση των εγγύς και των τελικών στοιχείων.

Οι μηχανισμοί που εμπλέκονται στη διαδικασία της μορφογένεσης, φαίνεται να είναι οι ίδιοι σε όλα τα όργανα, από την τραχεία και τους νεφρούς μέχρι τους σιελογόνους αδένες, αν και ιδιαίτεροι μηχανισμοί φαίνεται ότι βρίσκουν εφαρμογή σε κάθε ξεχωριστό

όργανο, ενώ κάποιοι από αυτούς μπορεί να παρακαμφθούν κατά την ανάπτυξη ορισμένων ασθενειών όπως ο καρκίνος.

Στο νεογνό, η έκθεση των γαλακτοφόρων πόρων στις μητρικές ορμόνες, οδηγεί σε μικρού βαθμού εκκριτική δραστηριότητα και έκκριση πρωτογάλατος από το μαζικό αδένιο στο τελειωμένο έμβρυο και στο νεογνό. Με τη λήξη της επίδρασης αυτών των ορμονών, ο μαζικός αδένιο περνά σε “εμμηνοπαυσιακή” κατάσταση η οποία διαρκεί μέχρι την ήβη. Τότε ο μαζικός αδένιο στο θήλυ υπόκειται σε έντονο branching, σχηματίζεται το Terminal Duct Lobular Unit (TDLU) όπως και το περιβάλλον στρώμα ενώ στον άνδρα παραμένει ανενεργός με δυνητική ανάπτυξη (γυναικομαστία).

Τελικά, ο μαζικός αδένιο περιβάλλεται από πυκνό συνδετικό ιστό στο διάμεσο στρώμα και από ένα χαλαρό συνδετικό ιστό ενδολοβιακά. Το branching λοιπόν, χωρίζεται σε εφηβικό όπου και απαιτείται η παρουσία της αυξητικής ορμόνης (GH), οιστρογόνων και του υποδοχέα οιστρογόνων (ERα) και σε ενήλικο, όπου απαιτείται η ύπαρξη προγεστερόνης και του υποδοχέα της (PR), ενώ το εμβρυϊκό 5 πραγματοποιείται χωρίς την παρουσία κανενός από τις παραπάνω ορμόνες ή υποδοχείς, ενώ σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει και η διακυτταρική συνομιλία μεταξύ των κυττάρων των γαλακτοφόρων πόρων και των κυττάρων του στρώματος. Υπό συνθήκες, τα μεσεγγυματικά κύτταρα μπορούν να ελέγξουν τόσο τη διαδικασία του branching, όσο και τη διαφοροποίηση των επιθηλιακών κυττάρων.

Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει άρα πολλά μονοπάτια τα οποία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο να διαμορφωθεί τελικά ο μαστός και στο να υπόκειται, υπό συνθήκες όπως η γαλακτοφορία, σε λειτουργική διαφοροποίηση. Η αλληλεπίδραση όλων των μονοπατιών βρίσκεται συνεχώς υπό μελέτες καθώς συσχετίζονται άμεσα με την ανάπτυξη ορισμένων νόσων ².

1.2 Ανατομικά στοιχεία του μαστού

1.2.1 Θέση και έκταση

Ο μαστός στην ενήλικη γυναίκα βρίσκεται στην υποδόρια περιτονία της πρόσθιας επιφάνειας του θώρακα, μεταξύ του πλάγιου χείλους του στέρνου και της πρόσθιας μασχαλιαίας γραμμής, από το δεύτερο μέχρι και το έκτο-έβδομο μεσοπλευρικό διάστημα. Το σχήμα του είναι κωνικό ή ημισφαιρικό, ενώ στο άνω έξω τεταρτημόριο υπάρχει προεκβολή προς τη μασχαλιαία κοιλότητα, γνωστή ως ουρά Spence ³.

1.2.2 Μορφολογία

Ο γυναικείος μαστός αναπτύσσεται κατά την διάρκεια της εφηβικής ηλικίας και ανήκει στους δευτερεύοντες χαρακτήρες της γυναίκας. Είναι δυο ημισφαιρικά μορφώματα, τοποθετημένοι συμμετρικά στην πρόσθια επιφάνεια του θώρακα και ανάμεσα τους αφήνουν τον μεσομάστιο κόλπο (Dekollete). Αυτός ομεσομάστιος κόλπος, με την ισχυρή σύνδεση μεταξύ του δέρματος και του στέρνου, χωρίζει τον δεξιό από τον αριστερό μαστό. Προς τα κάτω σχηματίζει ο μαστός μία πτυχή, η οποία αποτελεί τα κάτω όρια του μαστού. Αντιθέτως ο μαστός προς τα άνω και προς τα πλάγια δεν εμφανίζει όρια, αφού ο μαστός απλώνεται απαλά.

Στο κέντρο κάθε μαστού υπάρχει η θηλή και περίξ αυτής η θηλαία άλω. Μορφή και το μέγεθος του γυναικείου μαστού, της θηλής του μαστού και της θηλαίας άλω παρουσιάζουν μεγάλες αποκλίσεις και εξαρτώνται από την ηλικία, από τη κατασκευή του σώματος, τη φυλή και την λειτουργική κατάσταση των μαστών. Η διατροφή, η

ενδύμασία, ακόμα η στάση επηρεάζουν τη μορφή του μαστού. Σε ύπτια θέση επιτεδώνεται ο μαστός και λαμβάνει ημισφαιρική μορφή. Σε όρθια στάση λαμβάνει σχήμα σταγόνας, και η πτυχή κάτωθεν του μαστού μετακινείται κατά 1-3 cm χαμηλότερα από ότι σε ύπτια θέση⁴.

Η σύσταση των μαστών στην παρθένο είναι σκληρή ή ελαστική και στη γυναίκα, που γέννησε και μάλιστα, που θήλασε, είναι μαλακή. Είναι σημαντικό να τονισθεί, πως οι δύο μαστοί είναι συχνά άνισοι μεταξύ τους, ενώ είναι τέλεια συμμετρικοί περιφερειακά. Ο αριστερός μαστός τυχαίνει, πολλές φορές, να είναι μεγαλύτερος από τον δεξιό. Γι' αυτό ο γιατρός, που υποψιάζεται νεοπλασματική επεξεργασία στο μαστό, δεν πρέπει να συγχέει τις διαφορές του μεγέθους, που οφείλονται σε παθολογικές καταστάσεις. Οι διαφορές της ανάπτυξης των μαστών, καμία φορά, είναι αξιοσημείωτες (ανισομαστία). Στην ηλικιωμένη γυναίκα οι μαστοί ατροφούν, μικραίνουν και γίνονται πλαδαροί στη σύστασή τους, κατάσταση, που τους κάνει περισσότερο εύκολους στην ψηλάφηση, για την ανακάλυψη όγκου σ' αυτούς⁵.

1.2.3 Μύες μαστού

Οι μύες της περιοχής του μαστού είναι: α) *ο μείζων θωρακικός μυς*: εκφύεται από τις έξω επιφάνειες της 3^{ης}, 4^{ης} και 5^{ης} πλευράς και καταφύεται στην άνω επιφάνεια της κορακοειδούς αποφύσεως της ωμοπλάτης, β) *ο πρόσθιος οδοντωτός μυς*: συγκρατεί την ωμοπλάτη στο θωρακικό τοίχωμα. Εκφύεται από τα πλάγια των άνω 8 πλευρών και καταφύεται στο σπονδυλικό χείλος της πλευρικής επιφάνειας της ωμοπλάτης, γ) *ο πλατύς ραχιαίος μυς*: είναι ο μεγαλύτερος μυς του ανθρώπινου σώματος με έκφυση από τις αποφύσεις που 7^{ου} θωρακικού σπονδύλου, των οσφυϊκών και ιερών σπονδύλων και κατάφυση στην αύλακα του δικέφαλου μυός του βραχιονίου οστού⁶.

1.2.4 Αγγείωση

Η αγγείωση του μαστού επιτελείται με αγγεία, που διανέμονται στο πρόσθιο και στο πλάγιο τοίχωμα του θώρακα.

Αρτηρίες. Οι αρτηρίες που αγγειώνουν προέρχονται από την έσω μαστική, την πλάγια και ανώτερη θωρακική, το θωρακικό κλάδο της ακρωμοθωρακικής, τους διατιτρώντες κλάδους των μεσοπλεύριων αρτηριών και την υποπλάτιο αρτηρία, που αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες.

Φλέβες. Οι φλέβες του μαστού έχουν μεγάλη σημασία, γιατί μ' αυτές, πολλές φορές, συμβαίνουν μεταστάσεις του καρκίνου. Οι επιφανειακές φλέβες του μαστού βρίσκονται κάτω από το πρόσθιο πέταλο της υποδόριας περιτονίας και διακρίνονται με γυμνό μάτι και μπορούν να φωτογραφηθούν και διακρίνονται στον εγκάρσιο και στον επιμήκη.

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

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

Μασχαλιαίες φλέβες. Αυτές δέχονται κλάδους από το θωρακικό τοίχωμα, τους θωρακικούς μυς και την οπίσθια επιφάνεια του μαστού.

Οι παραπάνω κλάδοι αντιστοιχούν προς τους κλάδους της μασχαλιαίας αρτηρίας και εμφανίζουν ποικιλία στο σχηματισμό τους, γιατί η συμβολή της βασιλικής φλέβας με τη βραχιόνιο, για να σχηματισθεί η μασχαλιαία, είναι δυνατό να παρατηρηθεί σε οποιοδήποτε σημείο από το έξω χείλος του μείζονα στρογγύλου μυ ως την κλείδα. Έτσι, αν η συμβολή αυτή είναι πολύ ψηλά, τότε η μασχαλιαία φλέβα είναι διπλή και δεν πρέπει τη μία από αυτές να την πάρουμε σαν ένα μεγάλο κλάδο της μασχαλιαίας φλέβας, που ανέρχεται από το πλάγιο θωρακικό τοίχωμα.

Με τις μασχαλιαίες φλέβες το αίμα από το μαστό φτάνει στο πνευμονικό δίκτυο των τριχοειδών. Έτσι, οι μασχαλιαίες φλέβες αποτελούν τη δεύτερη οδό για μετάταση καρκίνου του μαστού στους πνεύμονες.

Μεσοπλεύριες φλέβες. Αυτές αποτελούν τη σπουδαιότερη οδό, με την οποία απάγεται το αίμα από τους μαστούς.

Οι μεσοπλεύριες φλέβες κατευθύνονται προς τα πίσω, επικοινωνούν με τις σπονδυλικές φλέβες και μετά εκβάλλουν στην άζυγο φλέβα, που οδηγεί στην άνω κοίλη φλέβα και στους πνεύμονες. Έτσι, αποτελούν τρίτη οδό για μετάσταση σ' αυτούς.

Σπονδυλικές φλέβες. Αυτές παρέχουν άλλη, πολύ διαφορετική οδό, με την οποία ο καρκίνος του μαστού μπορεί να μεταστεί στα οστά, χωρίς να περάσει από τις κοίλες φλέβες στους πνεύμονες. Αυτό συμβαίνει, γιατί οι σπονδυλικές φλέβες απάγουν το αίμα από τη σπονδυλική στήλη, τους παρακείμενους μυς και το νωτιαίο μυελό και αποτελούν φλεβικά πλέγματα, που βρίσκονται μέσα και έξω από το σπονδυλικό σωλήνα, σε όλη την έκτασή του⁵.

1.2.5 Λεμφικό σύστημα

Το λεμφικό σύστημα αποτελείται από λεμφαγγεία και λεμφογάγγλια. Η πορεία των λεμφαγγείων είναι ανεξάρτητη από τα αιμοφόρα αγγεία και χαρακτηρίζεται για κάθε όργανο. Η γνώση των λεμφαγγείων είναι σημαντική για τον ασχολούμενο με την χειρουργική ιατρό, αλλά και για κάθε ειδικότητα.

Τα λεμφογάγγλια είναι πολυάριθμα σχηματίζουν δίκτυα και αναστομούνται μεταξύ τους. Ένα από τα δίκτυα αυτά ευρίσκεται μέσα στο δέρμα της θηλής και της θηλαίας άλω και εκβάλλει σε ένα άλλο δίκτυο, το οποίο ευρίσκεται κάτω από την θηλαία άλω. Τα λεμφαγγεία, τα οποία ευρίσκονται στο βάθος αρχίζουν γύρω από τις αδενοκυψέλες, φέρονται κατά μήκος των γαλακτοφόρων πόρων, συγκλίνουν προς την θηλή του μαστού και αναστομούνται κάτω από την θηλαία άλω. Από τα δίκτυα αυτά εξορμούνται απαγωγά λεμφαγγεία, εκ των οποίων τα περισσότερα φερόμενα προς τα έξω εκβάλλουν διαμέσου της θωρακικής και υποπλατίου ομάδας στην ομάδα των μασχαλιαίων λεμφογάγγλια. Άλλα λεμφαγγεία εκβάλλουν απευθείας στα μεσοπλεύρια λεμφογάγγλια. Τα λεμφογάγγλια ή λεμφαδένες παριστάνουν τα σπουδαιότερα και τα περισσότερα των λεμφοκυτογόνων οργάνων, τα οποία, διεσπαρμένα σε ολόκληρο το σώμα, παρεμβάλλονται κατά τη διαδρομή των λεμφαγγείων κατά τρόπον ώστε η λέμφος να διέρχεται υποχρεωτικά διαμέσου αυτών. Το μέγεθος των λεμφογαγγλίων είναι περίπου πίσου (μπιζελιού). Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες είναι μαλακά και δεν ψηλαφώνται. Σε φλεγμονώδεις καταστάσεις ή σε όγκους τα λεμφογάγγλια διογκώνονται και ψηλαφώνται σκληρά και επώδυνα.

Η λέμφος παριστάνει ένα υποκίτρινο υγρό, το οποίο μέσω των λεμφοφόρων τριχοειδών και των λεμφαγγείων φέρεται από τους ιστούς προς τα λεμφογάγγλια, όπου

υφίσταται μία κάθαρση και στην συνέχεια με τις μεγάλες φλέβες εισέρχεται τελικά στην κυκλοφορία του αίματος. Αποτελείται από το πλάσμα και τα ελεύθερα κύτταρα.

Το πλάσμα της λέμφου έχει περίπου την ίδια σύνθεση όπως και το πλάσμα του αίματος, τα δε ελεύθερα κύτταρα, τα λεμφοκύτταρα, αιωρούνται μέσα στο πλάσμα. Τα λεμφοαγγεία έχουν μεγάλη σημασία σε φλεγμονώδεις και νεοπλασματικές διεργασίες, διότι μέσω αυτών μεταφέρονται τα παθολογικά κύτταρα. Τα λεμφογάγγλια επί του προκειμένου είναι τα φίλτρα, διότι κατακρατούν τα παθολογικά κύτταρα και με τον τρόπον αυτό απαλλάσσουν τον υπόλοιπο οργανισμό από τα παθολογικά αυτά στοιχεία.

Τα λεμφογάγγλια έχουν ως σημαντική αποστολή την άμυνα του οργανισμού κατά των νεοπλασματικών κυττάρων. Είναι σε θέση να κατακρατούν νεοπλασματικά κύτταρα και με τον τρόπον αυτό να αποσοβούν μεταστάσεις. Επίσης έχουν σημασία για τη διάγνωση παθολογικών μεταβολών των οργάνων του σώματος. Σε κάθε ομάδα λεμφογαγγλίων αντιστοιχεί μία συγκεκριμένη περιοχή. Αυτή η αντιστοιχία επιτρέπει στον ιατρό να βγάζει τα συμπεράσματά του για τις συγκεκριμένες περιοχές.

Η ροή της λέμφου από τους μαστούς ακολουθεί τρεις οδούς:

- Μέσω της μασχαλιαίας κοιλότητας. Αυτή η οδός είναι η σημαντικότερη, διότι η λεμφική αυτή οδός αφορά το μεγαλύτερο τμήμα του μαστού. Οι αντίστοιχοι λεμφαδένες της μασχαλιαίας κοιλότητας είναι εύκολα προσπελάσιμοι στον χειρουργό. Η ιστολογική εξέταση αυτών από τον παθολογοανατόμο είναι ένα σημαντικό κριτήριο για την ταξινόμηση μιας νεοπλασματικής διεργασίας.

- Μέσω της λεμφικής οδού κάτωθεν και άνωθεν της κλείδας. Αυτή η οδός αφορά το άνω έσω τεταρτημόριο του μαστού. Τα αντίστοιχα λεμφογάγγλια είναι δύσκολα προσπελάσιμα στον χειρουργό και για τον λόγο αυτό σε σπάνιες περιπτώσεις αφαιρούνται.

- Μέσω της λεμφικής οδού στην εσωτερική επιφάνεια του στήθους. Αυτή η οδός απάγει κύτταρα από αμφοτέρωτα τα έσω τεταρτημόρια του μαστού. Οι αντίστοιχοι λεμφαδένες ευρίσκονται μέσα στο κύτος του θώρακα, πίσω από το στήθος και είναι προσπελάσιμοι από τον χειρουργό, μόνο όταν διανοιχθεί ο θώρακας.

Τα λεμφογάγγλια, τα οποία αφαιρεί ο χειρουργός σε μία “τυπική” εγχείρηση μαστού, ταξινομεί ο χειρουργός σε επίπεδα:

- Επίπεδο I: Λεμφαδένες στο έξω τμήμα της μασχαλιαίας κοιλότητας.
- Επίπεδο II: Λεμφαδένες στο τμήμα της μασχαλιαίας κοιλότητας κάτω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ.
- Επίπεδο III: Υποκλείδιοι λεμφαδένες ⁴.

1.2.6 Νεύρωση

Το μακρό θωρακικό ή νεύρο του Bell εκφύεται από κλάδους των A5-A7. Νευρώνει τον πρόσθιο οδοντωτό μυ και κάκωσή του προκαλεί την «πτερυγοειδή» ωμοπλάτη (η ωμοπλάτη δεν προσάπτεται στο θωρακικό τοίχωμα όπως φυσιολογικά, αλλά κινείται προς τα έξω παν πτερύγιο). Θωρακοραχιαίο νεύρο: εκφύεται από τα A6-A8. Νευρώνει πλατύ ραχιαίο μυ. Έσω θωρακικό νεύρο: εκφύεται από τα A8 και Θ1 και νευρώνει το μείζονα και ελάσσονα θωρακικό μυ. Μεσοπλεύριο βραχιόνιο: εκφύεται από Θ1-Θ3 και νευρώνει το βραχιόνιο. Κάκωση του προκαλεί υπαισθησία και αναισθησία της έσω επιφάνειας του άνω βραχιόνιου ⁷.

1.3 Φυσιολογία του μαστού

1.3.1 Ανάπτυξη και λειτουργία του μαστού

Η ανάπτυξη και η λειτουργία του μαστού ξεκινά από ποικίλα ορμονικά ερεθίσματα, των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, προλακτίνης, της ωκιοκίνης, της θυροξίνης, της κορτιζόλης και της αυξητικής ορμόνης. Τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη και η προλακτίνη είναι ουσιαστικά για τη φυσιολογική ανάπτυξη και τη λειτουργία του μαστού. Τα οιστρογόνα επιδρούν στην ανάπτυξη των πόρων, ενώ η προγεστερόνη για τη διαφοροποίηση του επιθηλίου και για την ανάπτυξη των λοβών.

Η προλακτίνη είναι το αρχικό ορμονικό ερέθισμα για λακτογένεση στην εγκυμοσύνη και τη μετά τοκετό περίοδο. Ρυθμίζει τους ορμονικούς υποδοχείς προάγει την επιθηλιακή ανάπτυξη. Η έκκριση των νευροτροφικών ορμονών από τον υποθάλαμο, ρυθμίζει την έκκριση ορμονών που επηρεάζουν τους ιστούς του μαστού. Η ωχρινιοποιητική ορμόνη (LH) και η θυλακιοτρόπος (FSH) ρυθμίζουν την απελευθέρωση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες. Στη συνέχεια η απελευθέρωση της LH και FSH από βασεόφιλα κύτταρα που βρίσκονται στη πρόσθια υπόφυση, ρυθμίζεται από την έκκριση της εκλυτικής ορμόνης της γοναδοτροπίνης (gonadotropin –releasing hormon) (GnRH) από τον υποθάλαμο. Θετική και αρνητική αναδρομή των οιστρογόνων και της προγεστερόνης ρυθμίζει την έκκριση LH, FSH και GnRH. Ο ορμόνες αυτές είναι αρμόδιες για την ανάπτυξη, τη λειτουργία και με τη διατήρηση των ιστών του μαστού. Στο θηλυκό νεογνό, τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης μειώνονται μετά από τη γέννηση και παραμένουν χαμηλά καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας λόγω του άξονα υποθάλαμου-υπόφυση που δρα σαν αρνητικό feedback. Με την αρχή της εφηβείας, υπάρχει μείωση στην ευαισθησία του άξονα υποθάλαμο -υπόφυση στο αρνητικό feedback και αύξηση στην ευαισθησία του στο θετικό feedback από οιστρογόνα.

Η αύξηση του, που προκαλείται στην έκκριση GnRH, FSH και LH, οδηγεί στην αύξηση της έκκρισης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες, και στην έναρξη της εμμήνου ρύσης. Στην αρχή της έμμηνης ρύσης, υπάρχει αύξηση στο μέγεθος και την πυκνότητα των μαστών, η οποία ακολουθείται από την αύξηση των ιστών του μαστού και τον πολλαπλασιασμό του επιθηλίου. Με την αρχή της εμμηνόπαυσης η αύξηση των μαστών υποχωρεί και ο πολλαπλασιασμός του επιθηλίου μειώνεται⁸.

1.3.2 Μεταβολές του μαστού στη ζωή της γυναίκας

Στην ανάπτυξη των μαστών παρατηρούμε δύο στάδια. Στο πρώτο στάδιο αναπτύσσονται οι γαλακτοφόροι πόροι. Στο δεύτερο στάδια, που αντιστοιχεί στην εγκυμοσύνη, σχηματίζονται στα άκρα των πόρων οι αδενοκυψέλες. Τότε, συμπληρώνεται η ανάπτυξή τους. Η ηλικία και ορισμένες φυσιολογικές καταστάσεις, έχουν επίδραση πάνω στο μαστικό αδένωμα και προκαλούν σ' αυτόν την ανάπτυξή του ή, αντίθετα, την υποστροφή του.

Εμβρυϊκή ζωή. Ο μαστός έχει σχήμα κάλυκα, που αναπτύσσεται πριν από τα άλλα εξαρτήματα του δέρματος.

Γέννηση. Ο μαστός είναι ο ίδιος και στα δύο φύλα. Αποτελείται από γαλακτοφόρους πόρους, που εκβάλλουν στην καλά αναπτυγμένη θηλή. Παρατηρούνται, ακόμα, μερικές αδενοκυψέλες.

Βρεφική ηλικία. Λίγες ημέρες μετά τη γέννηση, διαπιστώνεται η ύπαρξη εκκριτικής λειτουργίας του μαστού σε μικρό βαθμό. Οι μικροί μαστοί του βρέφους, αρσενικού ή θηλυκού, διογκώνονται και από τη θηλή εκκρίνεται υλικό, που έχει τη μορφή γάλακτος.

Παιδική ηλικία. Στην ηλικία αυτή οι μαστοί αδρανούν, γιατί η εκκριτική τους δραστηριότητα, που παρατηρήθηκε μετά τη γέννηση, υποχωρεί σε μία εβδομάδα περίπου. Ο μαστός της άνηβης γυναίκας λέγεται *αγάλακτος* ή *παρθενικός μαστός* και αποτελείται από 15-20 γαλακτοφόρους πόρους και συνδετικό ιστό.

Ήβη. Ανάμεσα στο 10ο-15ο έτος της ηλικίας οι μαστοί έχουν αναπτυχθεί. Η θηλαία άλωσ μεγαλώνει, γίνεται μελαχρινότερη, δεν προβάλλει και κάτω από αυτή σχηματίζεται μικρή μάζα μαστικού ιστού σε σχήμα δίσκου. Η παραπάνω αύξηση οφείλεται στην ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων, που επιμηκύνονται και διογκώνονται κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων ορμονών, και στην ανάπτυξη προσεκβολών των πόρων, από τις οποίες τελικά σχηματίζονται οι αδενοκυψέλες κάτω από την επίδραση της προγεστερόνης. Οι ορμόνες του φλοιού των επινεφριδίων, η θυροξίνη και η ινσουλίνη δεν έχουν τόση σημασία στην ανάπτυξη του μαστού.

Αναπαραγωγική ηλικία. Στην ηλικία αυτή οι μαστοί παθαίνουν τέτοιες μεταβολές, που θυμίζουν τις μεταβολές του ενδομητρίου. Ειδικότερα,

1) Στην προεμμηνορρυσιακή φάση οι μαστοί διογκώνονται, γιατί διευρύνονται και επιμηκύνονται οι γαλακτοφόροι πόροι και αναπτύσσονται από αυτούς πολλές προσεκβολές. Επίσης, το επιθήλιο των πόρων υπερπλάσσεται και ο γύρω από τους πόρους συνδετικός ιστός είναι διογκωμένος, μαλακός και διηθημένος με λεμφοκύτταρα. Οι μεταβολές αυτές κάνουν το μαστό ευαίσθητο και προκαλούν αίσθημα πληρότητας, διάτασης ή ελαφρύ πόνο.

2) Όταν αρχίσει η εμμηνορρυσία οι πόροι και το αδενικό επιθήλιο υποστρέφονται Η υποστροφή τους αυτή γίνεται όλο και περισσότερο προοδευτική ως την ωοθυλακιορρηξία και την ανάπτυξη του ωχρού σωματίου.

3) Ο μαστός της ώριμης γυναίκας, που δεν θηλάζει, δεν έχει μόνο εκκριτική αλλά και απορροφητική ικανότητα. Δηλαδή, αν εξετάσουμε ιστολογικά τα αδενικά λόβια, θα παρατηρήσουμε πως εμφανίζονται με τη μορφή ωχρού, άμορφου υλικού, που Περιέχει κύτταρα ή κυτταρικά συγκρίματα και λιποσφαίρια.

4) Οι μαστοί παίρνουν μέρος στον οργασμό με διόγκωσή τους και αύξηση του μεγέθους των θηλών.

Εγκυμοσύνη. Με την επίδραση των ορμονών των ωοθηκών, της προλακτίνης και, στο τέλος της εγκυμοσύνης, της πλακουντικής γαλακτογόνου ορμόνης, επέρχονται μεγάλες μεταβολές στο μαστό της εγκύου. Οι αδενοκυψέλες υπερπλάσσονται σε τέτοιο βαθμό, ώστε ολόκληρος ο μαστός να αποτελείται από αδενικό ιστό. Τα κορτικοειδή και οι ορμόνες του θυρεοειδή αδένου βοηθάνε στην ανάπτυξη των λοβιδίων του μαστού.

Η ινσουλίνη προκαλεί τη διαφοροποίηση των κυττάρων και συντηρεί αυτά, ώστε να εκκρίνουν γάλα. Η δράση της ινσουλίνης αυξάνει περισσότερο τις αδενοκυψέλες, διεγείρει τα εκκριτικά κύτταρα και αλλάζει την αγγείωση και την ποσότητα του λιπώδη ιστού του μαστού.

Εκτός από την αύξηση των οιστρογόνων ορμονών, της προγεστερόνης και την επίδραση της ινσουλίνης στο μαστό της εγκύου, αυξάνεται και η ελεύθερη κορτιζόλη και η προλακτίνη.

Στο τέλος της εγκυμοσύνης τα επιφανειακά επιθηλιακά κύτταρα γίνονται πύαρ και μετά τον τοκετό και την έξοδο του πλακούντα τα βασικά κύτταρα εκκρίνουν γάλα.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η επαναρροφητική ικανότητα του μαστού διατηρείται. Αμέσως μετά την έξοδο του πλακούντα τα βασικά κύτταρα των αδενοκυψελών αρχίζουν την έκκριση γάλακτος κάτω από την επίδραση της προλακτίνης.

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

Εμμηνόπαυση. Στην εμμηνόπαυση επέρχεται προοδευτική βράχυνση των γαλακτοφόρων πόρων από την περιφέρειά τους προς τη θηλή. Επίσης, ατροφία των αδενοκυψελών και πάχυνση του συνδετικού ιστού, που βρίσκεται γύρω από τους πόρους. Έτσι, με την πάροδο της ηλικίας, η κίτρινη χροιά του μαστού εξαφανίζεται, για να γίνει λευκή⁵.

Κεφάλαιο 2^ο

Καρκίνος μαστού- Γενικά

✓ Ορισμός του καρκίνου

✓ Καρκίνος του μαστού

✓ Γενετική καρκίνου μαστού

✓ Επιδημιολογικά στοιχεία

2.1 Ορισμός του καρκίνου

Καρκίνος είναι η εκκριτική αναπαραγωγή των κυττάρων που έχουν «αποστατήσει» των μη φυσιολογικών κυττάρων, τα οποία στη συνέχεια εξαπλώνονται με ραγδαίους ρυθμούς. Από την αρχή της ζωής τους έως την ωριμότητα τους, τα φυσιολογικά κύτταρα αναπαράγονται με ένα νόμιμο και ελεγχόμενο τρόπο, προκειμένου να υποστηρίξουν την ανάπτυξη των δομών του σώματος. Όμως, κάποια στιγμή, η ανάπτυξη του σώματος ολοκληρώνεται, τα κύτταρα σταματούν να αναπαράγονται, και το σώμα φτάνει σε μια σταθερή κατάσταση. Αυτή η ακριβής διευθέτηση ακολουθεί έναν απλό κανόνα: ο αριθμός των κυττάρων που παράγονται μια δεδομένη στιγμή είναι ίσος με τον αριθμό των κυττάρων που πεθαίνουν. Τα κύτταρα του καρκίνου δεν ακολουθούν αυτούς τους κανόνες. Τα κύτταρα αυτά αρχίζουν να αναπαράγονται με ανεξέλεγκτο ρυθμό, και εξελίσσονται σε μια μεγαλύτερη μάζα που ονομάζεται όγκος. Ο καρκίνος είναι ένα από τα πιο συχνά και πιο σοβαρά νοσήματα που αντιμετωπίζει η κλινική ιατρική. Από τις στατιστικές προκύπτει ότι ορισμένες μορφές καρκίνου προσβάλλουν περισσότερο από το 1/3 του πληθυσμού και ευθύνεται για περισσότερο από το 20% του συνολικού αριθμού των θανάτων και στις αναπτυγμένες χώρες, για περισσότερο από το 10% του συνολικού της ιατρικής περίθαλψης. Εάν δεν αντιμετωπισθεί ο καρκίνος, χωρίς εξαιρέσεις, οδηγεί στο θάνατο. Η πρόωμη διάγνωση και η αντιμετώπιση σε πρώιμα στάδια είναι ζωτικής σημασίας. Επίσης, η ταυτοποίηση ατόμων που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να προσβληθούν από καρκίνο, πριν την εμφάνιση του νοσήματος, αποτελεί σημαντικό αντικείμενο της έρευνας του καρκίνου.

Ο καρκίνος δεν είναι ένα μόνο νόσημα. Αντίθετα ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις πιο κακοήθεις μορφές νεοπλασίας, μιας παθολογικής διαδικασίας που χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτο κυτταρικό πολλαπλασιασμό, ο οποίος οδηγεί στο σχηματισμό μιας κυτταρικής μάζας ή όγκο (νεόπλασμα). Για το χαρακτηρισμό, όμως, ενός νεοπλασματος ως καρκίνου, είναι απαραίτητο το νεόπλασμα να είναι κακοήθες, δηλαδή η αύξηση του να είναι ανεξέλεγκτη ή και ο όγκος να μπορεί να εισβάλλει στους γειτονικούς ιστούς και να διασπείρεται σε πιο απομακρυσμένες θέσεις (μεταστατικός). Οι όγκοι που δεν είναι διηθητικοί οι μεταστατικοί δεν χαρακτηρίζονται ως καρκινικοί, αλλά ως καλοήθεις, παρόλο που το μέγεθος ή η θέση τους στο σώμα μπορεί να προκαλέσουν σημαντικά προβλήματα στον ασθενή. Υπάρχουν τρεις κύριες μορφές καρκίνου: 1) τα σαρκώματα, στα οποία ο όγκος προέρχεται από μεσεγγυματικό ιστό, όπως τα οστά ή οι μύες, από συνδετικό ή από νευρικό ιστό, 2) τα καρκινώματα που προέρχονται από επιθηλιακό ιστό, όπως τα κύτταρα που επενδύουν το έντερο, τους βρόγχους και τους μαστικούς αγωγούς και 3) οι αιμοποιητικές και λεμφοειδείς κακοήθεις νεοπλασίες, όπως η λευχαιμία και το λέμφωμα, που διασπείρονται μέσω του μυελού των οστών, το λεμφικό σύστημα και το περιφερικό αίμα. Σε κάθε από αυτές τις μορφές, οι όγκοι ταξινομούνται περαιτέρω βάση της θέσης που εμφανίζονται, του τύπου του ιστού και του βαθμού της κακοήθειας⁹.

2.2 Καρκίνος μαστού

Ο όρος «καρκίνος του μαστού» αναφέρεται στην ανάπτυξη κακοήθους όγκου στην περιοχή του μαστού. Αποτελεί μια από τις πιο συχνότερα εμφανιζόμενες μορφές καρκίνου παγκοσμίως και είναι η πρώτη σε αριθμό κρουσμάτων στο γυναικείο πληθυσμό. Προκαλείται από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό παθολογικών κυττάρων που

ως αποτέλεσμα προκαλούν το σχηματισμό κακοήθους όγκου στην περιοχή του μαστού και ουσιαστικά αποτελεί κυτταρική νόσο. Κάθε διόγκωση του μαστού δεν είναι απαραίτητα καρκίνος. Οι καλοήθεις όγκοι συνήθως είναι ομαλοί, δεν επεκτείνονται σε άλλα όργανα και η αφαίρεση τους συνεπάγεται τη μη επανεμφάνιση τους. Αντίθετα ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται προοδευτικά. Τα παθολογικά κύτταρα έχουν την δυνατότητα εξάπλωσης σε γειτονικούς ιστούς με δυσάρεστες συνέπειες για όλο τον οργανισμό. Ο καρκίνος δηλαδή διηθεί τα παρακείμενα όργανα ή ιστούς (δέρμα, μύες, λεμφαδένες) και αργότερα μπορεί να δώσει μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα (ήπαρ, πνεύμονες, οστά, εγκέφαλος). Η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου σε άρρενες είναι υπαρκτή αλλά πολύ μικρή. Όσον αφορά στις γυναίκες όλες αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου-όχι όμως στον ίδιο βαθμό. Όταν ο καρκίνος ξεκινάει από κύτταρα που καλύπτουν το εσωτερικό του τοιχώματος των πόρων του μαστού (αγωγοί που μεταφέρουν το γάλα από τους λοβούς στη θηλή), αυτός ο τύπος καρκίνου λέγεται πορογενής. Ένας άλλος τύπος καρκίνου προέρχεται από τους λοβούς (αδένες που παράγουν γάλα) και λέγεται λοβιακός. Ο πορογενής και ο λοβιακός είναι συχνοί τύποι καρκίνου του μαστού, ενώ οι υπόλοιποι ξεκινούν από άλλους ιστούς του μαστού.

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια νόσος που θεραπεύεται σε σημαντικό βαθμό αρκεί να διαγνωστεί εγκαίρως. Επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι 1 στις 10 έως 1 στις 14 γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της. Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει μερικές ιδιαιτερότητες αναφορικά με τη ψυχοκοινωνική διάσταση του, οι οποίες οφείλονται κατά κύριο λόγο σ' αυτό καθαυτό το όργανο στόχο αλλά και επιδημιολογικά δεδομένα. Συγκεκριμένα, η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα που δυνητικά μπορεί να προκαλέσει το θάνατο της, αλλά και με την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματος της, που συμβολίζει δύο από τις πιο σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της: τη μητρότητα και την ερωτική της υπόσταση. Για να διαγνωστεί έγκαιρα ο καρκίνος του μαστού υπάρχουν τρεις τρόποι. Ο πρώτος είναι η αυτοεξέταση από την ίδια τη γυναίκα, ο δεύτερος είναι η τακτική, προληπτική εξέταση από το γιατρό της και ο τρίτος είναι η τακτική προληπτική εξέταση με μαστογραφία¹⁰.

2.3 Γενετική καρκίνου μαστού

Η αντίληψη ότι ο καρκίνος είναι μια γενετική ασθένεια είναι σχετικά πρόσφατη. Φαίνεται ότι ποσοστό 5% όλων των καρκίνων ακολουθεί οικογενές πρότυπο. Στη μεγάλη πλειονότητα τους, όμως, η κληρονομικότητα φαίνεται να παίζει μικρό ή κανένα ρόλο. Πάντως, πολλοί καρκίνοι, όπως και άλλες ασθένειες παρουσιάζουν χαρακτηριστικά πολυπαρογοντικής κληρονόμησης, έχουν σημαντική γενετική συνιστώσα, δηλαδή ορισμένα άτομα είναι περισσότερο επιδεκτικά στο να αναπτύξουν μια συγκεκριμένη μορφή καρκίνου, λόγω γενετικών ατελειών που δημιουργούν την αντίστοιχη προδιάθεση. Επιπρόσθετα, έχει γίνει εμφανές ότι όλοι ουσιαστικά οι καρκίνοι-ακόμα και απουσία κάποιας εμφανούς κληρονομικής συνιστώσας-είναι αποτέλεσμα μεταλλάξεων στα σωματικά κύτταρα και ότι στην εξέλιξη της νόσου συντελεί επίσης η έκφραση μιας σειράς γονιδίων. Στο παρελθόν, οι περισσότερες μορφές καρκίνου είχαν αποδοθεί σε ιούς και στην έκθεση σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως η ιονίζουσα ακτινοβολία. Τώρα πλέον αναγνωρίζεται ότι βασική αιτία είναι μεταλλάξεις γονιδίων. Οι μεταλλάξεις που οδηγούν σε καρκίνο επηρεάζουν γονίδια που ενέχονται στον κυτταρικό πολλαπλασιασμό, στην κυτταρική ανάπτυξη και σε άλλες θεμελιώδεις κυτταρικές λειτουργίες. Όταν η φυσιολογική ρύθμιση μεταβάλλεται, τότε αρχίζει η ανεξέλεγκτη αύξηση και η δημιουργία του κακοήθους όγκου.

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι ένας όγκος είναι ένας κυτταρικός κλώνος προερχόμενος από ένα μοναδικό κύτταρο στο οποίο έχει λάβει χώρα το εναρκτήριο γεγονός (κάποια σωματική μετάλλαξη). Η κλωνική φύση των καρκίνων έχει αναγνωριστεί εδώ και πολλά χρόνια. Οι αρχικές ενδείξεις προέκυψαν από τη μελέτη των όγκων σε γυναίκες ετερόζυγες για το συνδεδεμένο με το χρωματόσωμα X ένζυμο της αφυδρογονάσης της 6-φωσφορικής γλυκόζης (G6PD). Όπως αναλύθηκε προηγουμένως, λόγω της απενεργοποίησης του X, μόνον ένα από τα αλληλόμορφα του ζεύγους των συνδεδεμένων με το X αλληλομόρφων εκφράζεται σε κάθε σωματικό κύτταρο, στα ετερόζυγα θηλυκά άτομα. Οι κυτταρικές σειρές προέρχονταν από όγκους αυτών των γυναικών είτε εξέφραζαν το ένα είτε το άλλο αλληλόμορφο της G6PD, αλλά όχι και τα δυο, γεγονός που υποδηλώνει ότι κάθε όγκος είχε αναπτυχθεί από μόνον κύτταρο. Τα γονίδια που προκαλούν καρκίνο κατατάσσονται σε δυο διαφορετικούς τύπους: στα ογκογονίδια (αγγλ. oncogenes) και τα ογκοκατασταλτικά γονίδια (αγγλ. tumor-suppressorgenes). Οι τύποι έχουν αντίθετα αποτελέσματα στην καρκινογένεση. Τα ογκογονίδια διευκολύνουν τον κακοήγη μετασχηματισμό, ενώ τα ογκοδιασταλτικά γονίδια, όπως υπονομεύει και η ονομασία τους, καταστέλλουν την ανάπτυξη του όγκου, ρυθμίζοντας γονίδια που ενέχονται στην κυτταρική ανάπτυξη.

Οικογενής καρκίνου μαστού: Έχει αναγνωριστεί ότι ο καρκίνος του μαστού χαρακτηρίζεται από μια ισχυρή γενετική συνιστώσα. Επιδημιολογικές μελέτες σε πληθυσμούς έδειξαν ότι ποσοστό μέχρι και 10% των γυναικών της Βόρειας Αμερικής θα αναπτύξουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους καρκίνο τέτοιας μορφής. Επιπλέον, ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου σε μια γυναίκα αυξάνεται έως και τρεις φορές εάν έχει ήδη προσβληθεί κάποια συγγενής πρώτου βαθμού, ενώ εάν πάνω από ένας πρώτου βαθμού συγγενής έχει προσβληθεί από τη συγκεκριμένη μορφή καρκίνου ο κίνδυνος ενδέχεται να αναπτύξει έως και δέκα φορές. Οι οικογενείς καρκίνοι αυξάνονται ακόμη περισσότερο εάν η ασθένεια εμφανιστεί σε άτομα κάτω των 40 ετών. Παρ' όλο που ακόμη και στο 20% όλων των περιστατικών καρκίνου του μαστού μπορεί να υπάρχει και σημαντική γενετική συνιστώσα, ως τμήμα ενός μηχανισμού πολυπαραγωγικής ή πολυγονιδιακής κληρονομιάς. Ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων φαίνεται να οφείλεται σε μια κληρονομική, μεντελικά μεταβιβαζόμενη επικρατή προδιάθεση για καρκίνο μαστού. Οι οικογένειες εμφανίζουν κοινά χαρακτηριστικά οικογενούς καρκίνου (σε αντίθεση με τον σποραδικό): μεγάλο αριθμό προσβεβλημένων γυναικών, μικρότερη ηλικία εμφάνισης, συχνή αμφοτερόπλευρη εμφάνιση του όγκου και αυξημένη συχνότητα καρκίνου του μαστού στους άνδρες. Πληθυσμιακές μελέτες υποδηλώνουν ότι 2% έως 5% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού οφείλονται σε κληρονομία ενός μείζονος προδιαθεσικού γονιδίου. Σε μελέτες ανάλυσης γενετικής σύνδεσης, σε οικογένειες με πρώιμα εμφανιζόμενους οικογενείς καρκίνους του μαστού, έχει χαρτογραφηθεί ένα επικρατές γονίδιο στο μεγάλο βραχίονα του χρωμοσώματος 17, που σχετίζεται με αυξημένη ευαισθησία στην εμφάνιση μορφής αυτής της νόσου. Αυτό το προδιαθεσικό αλληλόμορφο υπολογίζεται ότι έχει συχνότητα 0,003. Επομένως, η συχνότητα των γυναικών-φορέων εκτιμάται ότι προσεγγίζει το 1%. Αυτές οι μελέτες υποδηλώνουν επίσης ότι η ευαισθησία στον καρκίνο του μαστού είναι γενετικά ετερογενής. Στις περιπτώσεις που ο οικογενής καρκίνος εμφανίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες φαίνεται ότι ευθύνονται ένα ή περισσότερα άλλα γονίδια, δεδομένου ότι στις συγκεκριμένες οικογένειες δεν διαπιστώνεται γενετική σύνδεση με τον γενετικό τύπο του χρωμοσώματος 17q. Ένας σημαντικός στόχος της σύγχρονης αντικαρκινικής έρευνας, τόσο για οικογενείς όσο και για τις πολύ περισσότερες σποραδικές περιπτώσεις, είναι ο προσυμπτωματικός εντοπισμός των γυναικών που κινδυνεύουν από καρκίνο του μαστού, εξαιτίας ενός τέτοιου προδιαθεσικού γονιδίου. Η σύγκριση ιστού από καρκίνο του

μαστού με φυσιολογικό ιστό, από τις ίδιες γυναίκες, έχει δείξει απώλεια ετεροζυγωτίας σε διάφορες χρωματοσωματικές περιοχές, περιλαμβανομένων των 1q, 3p, 11p, 13q, 16q και 17p, κάτι που ίσως σημαίνει ότι μπορεί να υπάρχει ένας αριθμός γονιδίων σημαντικός για την εξέλιξη του όγκου. Αν και το γονίδιο στο χρωμόσωμα 17p είναι πιθανώς το ογκοκατασταλτικό γονίδιο p53 που εμφανίζεται ατελές στο σύνδρομο Li-Fraumeni, τα υπόλοιπα γονίδια δεν έχουν ακόμα προσδιοριστεί⁹.

2.4 Επιδημιολογικά στοιχεία

Μελέτες καταγραφής περιστατικών δείχνουν ότι ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη γυναικολογική κακοήθεια και δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο, μετά το καρκίνου του πνεύμονα. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση νοσούν από καρκίνο του μαστού 275.000 γυναίκες ετησίως. Αποτελεί την κυριότερη αιτία θανάτου των γυναικών ηλικίας 35-59 ετών και στην Ευρωπαϊκή Ένωση πεθαίνουν από καρκίνο του μαστού 88.000 γυναίκες ετησίως. Προσβάλλει ολοένα και περισσότερες γυναίκες νεώτερης ηλικίας. Το 35% των γυναικών που νοσούν από καρκίνο του μαστού είναι κάτω των 55 ετών και, επιπλέον, το 12% των περιπτώσεων καρκίνου μαστού αφορά σε γυναίκες κάτω των 45 ετών¹¹.

Ο Καρκίνος του μαστού διαγνώστηκε σε σχεδόν 200.000 γυναίκες στις Η.Π.Α κατά το έτος 2000. Εφ' όρου ζωής κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού για μια Αμερικανίδα είναι περίπου 1:10. Ο σπουδαιότερος παράγοντας κινδύνου είναι αύξηση της ηλικίας. Τα δύο τρίτα των περιπτώσεων αφορούν σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, ενώ παράλληλα η νόσος είναι εξαιρετικά σπάνια σε γυναίκες κάτω των 30 ετών. Η επίπτωση της νόσου αυξήθηκε κατά 40% στην περίοδο μεταξύ των ετών 1973 και 1998, ενώ η θνητότητα από καρκίνο του μαστού την ίδια περίοδο εμφάνισε μείωση της τάξης του 20%. Το μεγαλύτερο ποσοστό της μείωσης αυτής εμφανίζεται κατά κύριο λόγο μετά το 1995 και αντισταθμίζει τόσο τις βελτιωμένες μεθόδους διαλογής (screening) κατά την ολοένα και πιο έγκαιρη διάγνωση, όσο και τις περισσότερες αποτελεσματικές θεραπείες. Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα ευθύνεται περίπου για το 1% όλων των περιπτώσεων και ανά στάδιο έχει την ίδια φυσική ιστορία με εκείνη των γυναικών. Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού μπορεί τώρα να μειώνεται ελαφρώς αλλά η θνητότητα παραμένει σταθερή για τις τελευταίες δεκαετίες¹².

2.4.1 Θνησιμότητα – επιβίωση

Σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα (SEERdata), η πιθανότητα για μια γυναίκα να εμφανίσει καρκίνο μαστού καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής της (αν ζήσει δηλαδή 85-90 χρόνια) είναι μια στις οκτώ. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία, αλλά υπολογίζεται ότι περίπου μια στις 12 γυναίκες θα εμφανίσει καρκίνο μαστού με συχνότητα όμως διαρκώς αυξανόμενη. Επισημαίνεται ότι, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ο μασταγραφικός έλεγχος ανίχνευσης μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα λόγω καρκίνου του μαστού σε γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών σε ποσοστό έως και 35% και ότι οι νέες μελέτες καταδεικνύουν ότι ο έλεγχος ανίχνευσης μπορεί να συμβάλει στη μείωση του ποσοστού θνησιμότητας και σε γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών. Οι καμπύλες θνησιμότητας παγκοσμίως είναι σχεδόν παράλληλες με αυτές των συχνοτήτων. Αν και υπάρχει αυξητική τάση σε χώρες υψηλής και χαμηλής συχνότητας, σε ορισμένες χώρες (Μ. Βρετανία, Ολλανδία και Σουηδία) παρατηρείται προσφάτως μείωση θνησιμότητας όπως

συμβαίνει και στις Η.Π.Α. η μείωση σε αυτές τις χώρες οφείλεται κυρίως στην ευρεία χρήση της screening μαστογραφίας και της επικουρικής χημειοθεραπείας και ορμονοθεραπείας τις δεκαετίες του '80. Μετά το 1975 παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των θανάτων από καρκίνο του μαστού παρά την αυξανόμενη επίπτωση του, γεγονός που αποδίδεται στον μαστογραφικό έλεγχο και στη χρήση επιθετικών επικουρικών θεραπειών¹¹.

2.4.2 Επιδημιολογία-συχνότητα

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη συχνότητα κακοήθειας της γυναίκας, τόσο στην Αμερική όσο και στη Βόρεια Ευρώπη. Είναι απ' ό,τι φαίνεται προνόμιο των γυναικών των ανεπτυγμένων χωρών, με εξαίρεση την Ιαπωνία, όπου η συχνότητα της νόσου και χαμηλή είναι και παρουσιάζει τα τελευταία χρόνια φθίνουσα τάση. Η αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού παρουσιάζει βραδύτερο ρυθμό σήμερα στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες σε σχέση με τις αναπτυσσόμενες, όπου ο ρυθμός είναι ταχύτερος. Έτσι η Κεντρική Ευρώπη, η Νότιος Αμερική και αρκετές χώρες της Ασίας παρουσιάζουν μεγάλη τάση αύξησης της συχνότητας. Υπολογίζεται ότι τα επόμενα χρόνια ο συνολικός αριθμός των νέων κρουσμάτων στον κόσμο θα φτάσει το 1.000.000. Το ίδιο διάστημα στην Ενωμένη Ευρώπη τα κρούσματα θα φτάσουν τις 200.000, πράγμα που σημαίνει ότι 548 γυναίκες την ημέρα ή 23 γυναίκες την ώρα θα προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού. Παρόλο που φυλετικοί παράγοντες μπορεί να παίζουν ρόλο στη συχνότητα αυτή, οι διαφορές στον καρκίνο του μαστού μεταξύ των κρατών πιθανότατα οφείλεται σε κοινωνικό δημογραφικούς και διατροφικούς παράγοντες, που περιλαμβάνουν τα κατά κεφαλή εισοδήματα, τη διατροφή και τη σύσταση τροφής.

Το Los Angeles παρουσιάζει διπλάσια συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού απ' ό,τι η Πολιτεία της Νέας Υόρκης. Η επίπτωση του καρκίνου του μαστού είναι εφταπλάσια στις Αμερικανίδες σε σχέση με τις Γιαπωνέζες. Στις Γιαπωνέζες που μετανάστευσαν στην Αμερική και στις απόγονους τους η διαφορά αυτή εξαλείφεται προοδευτικά, ώσπου εξομοιώνεται με τη συχνότητα της χώρας υποδοχής. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο περισσότερες 550 από 3.500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού και γύρω στις 1.600-1.800 πεθαίνουν ετησίως απ' αυτόν. Μόνο το 70% των γυναικών που προσβλήθηκαν από καρκίνο του μαστού φθάνει την πενταετία, δηλαδή το 30% πεθαίνει πριν συμπληρωθούν τα πέντε χρόνια. Σημαντικός παράγοντας γι' αυτό είναι η καθυστερημένη διάγνωση¹³.

Κεφάλαιο 3^ο
Καλοήθεις όγκοι μαστού

✓ Φυσιολογικά κύτταρα και κύτταρα

καλοηθών αλλοιώσεων

✓ Κυτταρολογική εικόνα σε διαφορές

καλοήθεις αλλοιώσεις του μαστού

✓ Κυτταρολογία εκκρινμάτων του μαστού από

καλοήθεις καταστάσεις

- Αδένωμα του μαστού
- Αδένωμα της θηλής
- Θήλωμα των πόρων
- Ινοαδένωμα
- Καλοήθεις όγκοι μαλακών μορίων

Αδένωμα του μαστού

Είναι καλώς περιγεγραμμένος όγκος, με τους ίδιους μικροσκοπικούς χαρακτήρες με το ινοαδένωμα. Είναι καλοήθης και μερικές φορές ανακαλύπτεται στη διάρκεια της γαλουχίας. Δεν εξελίσσεται σε κακοήθεια.

Αδένωμα της θηλής

Είναι πολύ σπάνιο νεόπλασμα. Προκαλεί δύσκολες διαγνωστικές στους άπειρους παθολογοανατόμους. Οι κυτταρολόγοι το συναντούν πάρα πολύ σπάνια. Κυτταρολογικά εμφανίζονται κύτταρα αδενικά σε ομάδες χαλαρές ή μεμονωμένα καθώς επίσης αρκετοί γυμνοί πυρήνες¹⁴.

Θήλωμα των πόρων

Τα μονήρη θηλώματα εμφανίζονται συχνότερα σε γυναίκες 50-60 ετών. Οι κύριοι πόροι είναι πιο συνηθισμένοι θέση αυτής της αλλοιώσεως, η οποία συνοδεύεται από ορώδη ή αιματηρή έκκριση από τη θηλή. Κλινικά δεν είναι συνήθως ψηλαφητό. Κυτταρολογικά υπάρχουν σωροί επιθηλιακών κυττάρων χωρίς μιτώσεις ή υπερχρωμία των πυρήνων. Είναι δυνατόν να συνυπάρχουν αποκρινοί κύτταρα, μακροφάγα και αίμα. Διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται από ένα καλά διαφοροποιημένο θηλώδες καρκίνωμα. Γι αυτό πρέπει να γίνεται χειρουργική αφαίρεση. Μερικές φορές υπάρχει πρόβλημα διαφορικής διαγνώσεως και στην ιστολογική εξέταση¹⁵.

Ινοαδένωμα

Καλά αφοριζόμενο, ελαστικό, κινητό και ανώδυνο ογκίδιο διαμέτρου 1-5 cm προερχόμενο από το επιθήλιο των πόρων. Ορμονικά εξαρτώμενο μπορεί να αυξηθεί σε μέγεθος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της γαλουχίας ή με τη λήψη αντισυλληπτικών. Περίπου το 1/3 αυτών θα εξαφανιστούν σε διάστημα 2 χρόνων. Πιθανότητα ύπαρξης καρκίνου είναι μόνο 2-3 σε κάθε 1000 ινοαδενώματα, η πιθανότητα όμως αυξάνεται σε γυναίκες άνω των 40 ετών. Θεραπευτικά απαιτείται συχνή παρακολούθηση του μεγέθους ή χειρουργική εξαίρεση και βιοψία⁷.

Καλοήθεις όγκοι μαλακών μορίων

Είναι πολύ σπάνιοι όγκοι οι πιο πολύ από αυτούς είναι λιπώματα. Τα οποία αφορούν σε ώριμο λιπώδη ιστό, που περιβάλλεται από κάψα, όπως και σε οποιοδήποτε άλλο σημείο του σώματος. Ένας άλλος σπάνιος όγκος του μαστού είναι ο κοκκιοκυτταρικός όγκος ή μυοβλάστωμα. Είναι πιο συχνός στις νέγρες και συνήθως είναι πολλαπλός. Το μέγεθος του μπορεί να φτάσει τα 2 με 3 εκ και κλινικά να μιμείται σκίρρο καρκίνο³.

3.1 Φυσιολογικά κύτταρα και κύτταρα καλοηθών αλλοιώσεων

Τα κύτταρα μαστού βλέπει συνήθως ο κυτταρολόγος σε υλικό από καλοήθεις αλλοιώσεις του μαστού. Τέτοια κύτταρα είναι:

- Τα πλακώδη επιθηλιακά κύτταρα
- Τα επιθηλιακά κύτταρα των πόρων
- Οι γυμνοί διπολικοί πυρήνες
- Τα αποκρινή κύτταρα
- Τα αφρώδη κύτταρα φυσιολογικά.

3.2 Κυτταρολογική εικόνα σε διαφορές καλοήθεις αλλοιώσεις του μαστού

3.2.1 Φλεγμονές και εκφυλιστικές αλλοιώσεις

Σε αυτές τις περιπτώσεις υπάγονται οι μαστίτιδες (οξείες και χρόνιες), οι μετατραυματικές αλλοιώσεις όπως η λιπονέκρωση, οι παλιές αιμορραγίες, τα λιποκοκκιώματα και άλλα.

- **Μαστίτιδες:** η διάγνωση οξείας μαστίτιδας και των αποστημάτων δεν παρουσιάζει συνήθως προβλήματα. Στη χρόνια μαστίτιδα η εικόνα δεν είναι διαγνωστική.

Τα συνήθη ευρήματα μαστίτιδας είναι:

- Διττή καλοήθης κυτταρική εικόνα (επιθηλιακά κύτταρα και μυοεπιθηλιακά)
- Φλεγμονώδη κύτταρα οξείας ή χρόνιας φλεγμονής και αφρώδη κύτταρα
- Επιθηλιοειδή ιστιοκύτταρα, πολυπύρρηνα γιγαντοκύτταρα και πολλά πλασματοκύτταρα (κοκκιωματώδης μαστίτις)

- Αναγεννητική επιθηλιακή διαταραχή. Διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται από το καρκίνωμα σε φλεγμονή. Εδώ η μορφολογία των κακοηθών κυττάρων επιτρέπει τη διαφορική διάγνωση από μια μαστίτιδα¹⁰.

- **Λιπονέκρωση:** μπορεί να μιμείται κλινικά και μαστογραφικά ένα καρκίνωμα ιδιαίτερα

σε ασθενείς με ιστορικό χειρουργικής επέμβασης ή τραυματισμού στο μαστό. Επιπλέον η κυτταρολογική διαφορική διάγνωση μπορεί να περιλαμβάνει ένα κοκκίωμα από εμφύτευμα σιλικόνη και διάφορες μαστίτιδες

- **Αποστήματα κάτω από την άλω.** Ξεκινά σαν εντοπισμένη φλεγμονή κάτω από τη θηλή και στη συνέχεια σχηματίζει απόστημα με δημιουργία συριγγίων. έχει σαν αποτέλεσμα εισολκή της θηλής και μπορεί κλινικά να συγχισθεί με αδένωμα ή καρκίνωμα.

Τα κυτταρολογικά ευρήματα είναι:

- Απύρρηνα πλακώδη κύτταρα
- Κυτταρικά συγκρίματα
- Παρακερατωσικά κύτταρα
- Φλεγμονώδη κύτταρα
- Πολυπύρρηνα γιγαντοκύτταρα
- Κρύσταλλοι χοληστερόλης
- Επιθηλιακή ατυπία

- **Κοκκιώματα μαστού.** Η σαρκοείδωση του μαστού είναι αρκετά σπάνια. Μακροσκοπικά μιμείται καρκίνο. Κυτταρολογικά τα επιχρίσματα είναι κυτταροβριθή ή περιλαμβάνουν σωρούς από επιθηλιοειδή ιστιοκύτταρα, πολυπύρρηνα γιγαντοκύτταρα, λεμφοκύτταρα ή πλασματοκύτταρα. Δεν υπάρχουν στοιχεία νεκρώσεως¹⁵.

•

3.2.2 Ινοκυστικές αλλοιώσεις μαστού (καλοήθεις δυσπλασίες)

- Κύστεις του μαστού. Στις περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζονται ως ευαίσθητες μάζες κατά την ψηλάφηση είτε ως λείες σαφώς περιγεγραμμένες μάζες του μαστού. Κάθε κύστη που είναι συμπτωματική θα πρέπει να ελέγχεται με αναρρόφηση του περιεχομένου της. Αντίθετα, κύστεις οι οποίες ανακαλύπτονται μαστογραφικά, αφού

ελεγχθούν και με υπερήχους και εφόσον είναι ασυμπτωματικές θα πρέπει απλώς να παρακολουθούνται. Κύστεις οι οποίες υποτροπιάζουν μετά από αναρρόφηση ή έχουν αιματηρό περιεχόμενο θα πρέπει να εξαιρούνται¹⁶.

- **Αδένωση.** Τα επιχρίσματα της αναρρόφησης περιέχουν μεγάλους σωρούς κυττάρων.

- **Άτυπη υπερπλασία** είναι η ανάπτυξη υπερπλασίας σε μονήρη κυτταρικό πληθυσμό γαλακτοφόρων πόρων ή λιβίου με ποικίλο βαθμό κυτταρολογικών αλλοιώσεων των πυρήνων. Όταν υπάρχουν σοβαρού βαθμού αλλοιώσεις των κυττάρων η κατάσταση ομοιάζει με το πορογενές καρκίνωμα *in situ*. Εάν δε σε μια γυναίκα συνυπάρχει άτυπη υπερπλασία με ισχυρό οικογενειακό ιστορικό η πιθανότητα να αναπτύξει καρκίνο του μαστού είναι ιδιαίτερα μεγάλη.

Πορεκτασία. Χαρακτηρίζεται από διάταση των γαλακτοφόρων πόρων με υποξία φλεγμονή και πλασματοκυτταρική διήθηση. Εμφανίζεται μαστοδυναμία, υποθηλαία μάζα, έλξη και έκκριμα της θηλής κατά ή μετά την εμμηνόπαυση. Είναι καλοήθης αλλοίωση- δύσκολη η διαφορική διάγνωση από το καρκίνο-απαιτείται η βιοψία με αφαίρεση του όγκου.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της πορεκτασίας είναι

- Παχύρρευστο υγρό στην αναρρόφηση
- Λίγοι σωροί από ομοιόμορφα κύτταρα των πόρων
- Κύτταρα χρόνιας φλεγμονής
- Άμορφο υλικό και συγκρίματα
- **Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται από καρκίνωμα με κεντρική νέκρωση**
- **Ινοσκλήρυνση** σπάνια κυτταρικά στοιχεία
- **Νεανική θηλωμάτωση** εμφανίζεται σε νέες γυναίκες ηλικίας 10 έως 40 ετών (μέση ηλικίας 21 έτη). Οι ασθενείς με νεανική θηλωμάτωση πρέπει να παρακολουθούνται στενά διότι θεωρούνται ότι έχουν αυξημένο κίνδυνο αναπτύξεως του καρκίνου του μαστού. Κλινικά παρουσιάζεται σαν συμπαγής μάζα όπως το ινοαδένωμα⁷.

3.3 Κυτταρολογία εκκρίμάτων του μαστού από καλοήθεις καταστάσεις

- **Διάταση των πόρων.** Στην διάταση των πόρων του μαστού μπορεί να μαζευτεί ένα πυκνό υλικό το οποίο μπορεί να ξεφύγει από τη θηλή και έχει χρώμα πρασινωπό. Κυτταρολογικά παρατηρούνται στα επιχρίσματα αφρώδη κύτταρα, λίγοι σωροί από καλυπτικά κύτταρα των πόρων και ενίοτε αποκρινή κύτταρα.

- **Φυματίωση του μαστού.** Παλαιότερα είχαν περιγραφεί αρκετές περιπτώσεις φυματίωσης του μαστού με έκκριση από τη θηλή. Κυτταρολογικά παρατηρούνται επιθηλιοειδή κύτταρα και γιγαντοκύτταρα τύπου Langhan's.

- **Θηλώματα των πόρων.** Το θήλωμα των πόρων είναι συχνή πάθηση των κυρίων πόρων του μαστού και συνήθως συνοδεύεται από οροαιματηρό ή αιματηρό έκκριμα από τη θηλή. Μετά στα θηλώματα παρατηρούνται και αποκρινή κύτταρα. Κυτταρολογικά παρατηρούνται σφιχτοί σφοί επιθηλιακών ή αποκρινών κυττάρων και αίμα, ενώ δεν παρατηρούνται μεμονωμένα επιθηλιακά κύτταρα. Η έλλειψη μεμονωμένων κυττάρων βοηθά στην διαφορική διάγνωση του θηλώματος από το καρκίνωμα.

Κεφάλαιο 4^ο
Κακοήθεις όγκοι μαστού

✓ Καρκινώματα

✓ Διαχωρισμός καρκινωμάτων

✓ Ειδικοί ιστολογικοί τύποι καρκινωμάτων

✓ Σαρκώματα- Λεμφώματα

✓ Σταδιοποίηση καρκίνου μαστού

4.1 Καρκινώματα

Όλοι οι όγκοι εγείρονται από κύτταρα τα οποία κάποτε ήταν φυσιολογικά αλλά υφίστανται οριστική μεταμόρφωση. Ορισμένα μεταμορφώνονται λόγω κάποιας γενετικής μετάλλαξης, ενώ άλλα μεταμορφώνονται λόγω του βομβαρδισμού που δέχονται από τις ορμόνες. Στις περισσότερες περιπτώσεις, όμως, ο λόγος της μεταμόρφωσης δεν θα γίνει ποτέ γνωστός. Ωστόσο, επιστήμονες ξέρουν καλά ότι οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού εγείρονται από τα επιθηλιακά κύτταρα, τα οποία επιστρώνουν τις κοιλότητες του ανθρώπινου σώματος. Τα κύτταρα αυτά σχηματίζουν επίσης τα εκκριτικά τμήματα και τους πόρους των αδενών ενώ είναι εξαπλωμένα σε όλο το σώμα.

Τα καρκινώματα είναι το είδος των καρκίνων που εγείρονται από τα επιθηλιακά κύτταρα. Τα σαρκώματα, μια άλλη ομάδα καρκίνων, εγείρονται από το μυϊκό ιστό. Στο μεγαλύτερο τμήμα τους, οι καρκίνοι του μαστού είναι καρκινώματα, επειδή εκδηλώνονται στο επιθήλιο¹⁰.

4.2 Διαχωρισμός καρκινωμάτων

4.2.1 Μη διηθητικά καρκινώματα

Μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα (DCIS – Ductal Carcinoma In Situ). Ένας περιορισμένος καρκίνος, που δεν έχει ακόμα την ικανότητα επέκτασης σε γειτονικές ή απομακρυσμένες περιοχές, πέρα από την περιοχή που βρίσκεται, λέγεται ότι είναι μη διηθητικός (in situ). Ο συγκεκριμένος καρκίνος περιορίζεται στους πόρους των γαλακτοπαραγωγών αδένων και δεν έχει διηθήσει τους γειτονικούς ιστούς του μαστού, αν και, εφόσον παραμεληθεί, μπορεί τελικά να τους διηθήσει. Στο στάδιο αυτό, ωστόσο, δεν έχει πρόσβαση στα αιμοφόρα αγγεία ή λεμφαγγεία που πορεύονται στο λιπώδη ιστό εκτός των αδένων και δε μπορεί να εξαπλωθεί σε άλλα όργανα του σώματος. Το DCIS είναι καρκίνος του μαστού στο πρωιμότερο στάδιό του (Στάδιο 0), περιορισμένο ακόμα. Το 100% σχεδόν των γυναικών με καρκίνο αυτού του σταδίου μπορούν να θεραπευτούν πλήρως. Στα κέντρα ελέγχου, 20% με 30% των νέων καρκίνων μαστού που διαγιγνώσκονται είναι DCIS, ενώ το 70% -80% είναι διηθητικοί.

Λοβιακό καρκίνωμα in situ (LCIS, lobular carcinoma in situ). Τα λοβιακά καρκινώματα in situ αποτελούν λιγότερο συχνή μορφή μη διηθητικού καρκινώματος του μαστού. Η νόσος εμφανίζεται σε γυναίκες της προ-εμμηνοπαυσιακής, κυρίως, ηλικίας και σχεδόν πάντα είναι πολυεστιακή. Αρκετά συχνά, η νόσος είναι και αμφοτερόπλευρη. Παρατηρείται απόφραξη της πορο-λοβιακής μονάδας από συμπαγείς μάζες νεοπλασματικών κυττάρων, χαλαρής σύνδεσης και χαμηλού βαθμού κακοηθείας, που προκαλούν μικρή, αλλά εμφανή, διεύρυνση του αυλών. Η αρχιτεκτονική της πορο-λοβιακής μονάδας δεν διαταράσσεται αισθητά. Τα νεοπλασματικά κύτταρα είναι εντυπωσιακά ομοιόμορφα: μικρά, σφαιρικά, με ασαφή όρια, μικρούς πυκνοχρωματικούς πυρήνες και μη ευδιάκριτους πυρηνίσκους. Οι μιτώσεις είναι σπάνιες. Με βάση τη μορφολογία των πυρήνων αναγνωρίζονται δύο τύποι λοβιακού καρκινώματος in situ : Ο τύπος Α με μικρούς ομοιόμορφους πυρήνες και δυσδιάκριτους πυρηνίσκους και ο τύπος Β στον οποίο οι πυρήνες είναι μεγαλύτεροι, πολύμορφοι και οι πυρηνίσκοι ευδιάκριτοι. Το λοβιακό καρκίνωμα in situ είναι βραδύτερης εξέλιξης από το πορογενές και η μετάπτωσή του σε διηθητικό καρκίνο του μαστού διατρέχει μία περίοδο 15-20 ετών¹⁷.

4.2.2 Διηθητικά καρκινώματα

Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα. Το διηθητικό πορογενές καρκίνωμα αποτελεί το πιο συχνό τύπο. Το ποσοστό του ανέρχεται έως και το 80% των περιστατικών καρκίνων του μαστού. Το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα εφορμά από τον γαλακτοφόρο πόρο και επεκτείνεται μέσω των τοιχωμάτων των λοβίων στους γύρω ιστούς. Διαφέρει από το πορογενές καρκίνωμα *in situ* διότι τα καρκινικά κύτταρα έχουν την ιδιότητα να διηθούν τη βασική μεμβράνη, να εισβάλλουν στο λεμφικό και αγγειακό σύστημα και να μεταναστεύουν σε άλλα όργανα δημιουργώντας μεταστάσεις.

- **Διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα μαστού.** Αυτός ο τύπος αποτελεί το 5-10% των διηθητικών καρκινωμάτων. Σε σύγκριση με τα άλλα καρκινώματα του μαστού, έχει τη τάση να είναι πιο συχνά πολυεστιακός και αμφοτερόπλευρος. Οι όγκοι μπορεί να είναι σκίροι ή να έχουν ένα διάχυτο διηθητικό τρόπο ανάπτυξης, που είναι δύσκολο να ανιχνευτεί κλινικά ή με μαστογραφία. Ιστολογικά, ο όγκος αποτελείται από μικρά ομοιόμορφα κύτταρα, τα οποία σχηματίζουν σειρές διηθητικών νεοπλασματικών κυττάρων και μερικές φορές διατάσσονται συγκεντρικά γύρω από τους πόρους. Τα λοβιακά καρκινώματα μεθίστανται, πιο συχνά από ότι οι άλλοι τύποι, στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (καρκινωματούδης μηνιγγίτιδα), σε ορογόνιες επιφάνειες, στην ωοθήκη και τη μήτρα και στον μυελό των οστών¹⁸.

4.3 Ειδικό ιστολογικό τύποι καρκινωμάτων

Μυελοειδές καρκίνωμα

Είναι μακροκυστικός και μικροκυστικός, καλώς περιγεγραμμένος όγκος. Τα καρκινωματούδη κύτταρα είναι πολύ μεγαλύτερα από εκείνα άλλου τύπου καρκινώματος, έχουν σαφή κυτταροπλασματικά όρια (συγκύττια) και διατάσσονται σε συμπαγείς καρκινωματούδης βλάστες, οι οποίες περιβάλλονται από πυκνές λεμφοκυτταρικές και πλασματοκυτταρικές αθροίσεις. Παρατηρούνται επίσης περιοχές νέκρωσης του όγκου, ενώ σπάνια, στις περιπτώσεις γνήσιου μυελοειδούς καρκινώματος, υπάρχει *in situ* καρκίνωμα. Συνήθως είναι καλής πρόγνωσης³.

Βλεννώδες καρκίνωμα του μαστού ή Κολλοειδές

Αποτελεί λιγότερο από 5% των διαγνωσμένων καρκίνων. Τα κύρια διαφοροποιητικά χαρακτηριστικά του είναι η παραγωγή βλέννας και τα ακαθόριστα κύτταρα. Έχει ελαφρά καλύτερη πρόγνωση και ασθενώς μικρότερη πιθανότητα για μετάσταση από τον πορογενή ή λοβιακό διηθητικό ίδιου σταδίου.

Σωληνοειδές καρκίνωμα του μαστού

Εμφανίζεται με ποσοστό περίπου 2% στις διαγνώσεις καρκίνου του μαστού. Τα καρκινικά κύτταρα εμφανίζουν μια χαρακτηριστική σωληνοειδής δομή όταν παρατηρούνται στο μικροσκόπιο. Οι όγκοι αυτοί είναι συνήθως θετικοί για ορμονικούς υποδοχείς. Η πρόγνωση στον υπότυπο αυτό είναι καλύτερη συγκριτικά με όγκους ίδιου μεγέθους που είναι λοβιακοί ή πορογενοί διηθητικοί. Συνήθως εμφανίζεται σε γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών

Θηλώδες

Το θηλώδες καρκίνωμα του μαστού είναι ένας πολύ σπάνιος υπότυπος του πορογενούς διηθητικού καρκίνου του μαστού, ο οποίος διακρίνεται σε ενδοκυστικό και ενδοπορογενές καρκίνωμα. Το ενδοπορογενές καρκίνωμα χαρακτηρίζεται από έλλειψη μυοεπιθηλιακού στρώματος και είναι όγκος υψηλής αγγειοβρίθειας που παρουσιάζει συχνά εικόνα αυτόματης αιμορραγίας¹⁹.

Φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού

Ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού είναι μια σπάνια μορφή καρκίνου, το ποσοστό εμφάνισης του οποίου κυμαίνεται από 1-2%. Στον τύπο αυτό καρκίνου του μαστού το υπερκείμενο δέρμα παρουσιάζεται ερυθρό και θερμό ενώ μπορεί να πάρει και εικόνα φλοιού πορτοκαλιού. Συχνά συγγέεται με φλεγμονή του μαστού (μαστίτιδες)

Τα καρκινικά κύτταρα φράζουν τα λεμφικά αγγεία που υπάρχουν στο μαστό. Αυτή η μορφή καρκίνου του μαστού έχει χειρότερη πρόγνωση, με μέσο όρο επιβίωσης 18-24 μήνες, παρά την εντατική συνδυασμένη θεραπεία. Θεωρείται αυτόματο στάδιο ΙΙΒ και η πλειονότητα των ασθενών θα παρουσιάσει λεμφαδενική συμμετοχή. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι το 1/3 των ασθενών έχει απομακρυσμένες μεταστάσεις τη στιγμή της διάγνωσης²⁰.

Αμφοτερόπλευρος καρκίνος

Η σύγχρονη εμφάνιση καρκίνου και στους δύο μαστούς παρατηρείται σε ποσοστό λιγότερο από 1%. Συχνότερος, 5% περίπου, εκδηλώνεται πρώτα στον έναν και μετά στον άλλο. Έτσι, σε ανίχνευση του καρκίνου στον ένα μαστό ελέγχεται και ο άλλος. Με την αντιμετώπιση και παρακολούθηση του προσβληθέντος δεν πρέπει να παραλείπεται ο έλεγχος και η παρακολούθηση του άλλου μαστού²¹.

Μεταπλαστικός καρκίνος του μαστού

Το μεταπλαστικό καρκίνωμα του μαστού είναι μια σπάνια μορφή καρκίνου, η οποία αντιστοιχεί σε λιγότερο από το 5% των νεοπλασιών του μαστού. Η μορφή αυτή χαρακτηρίζεται από την συνύπαρξη αδenoκαρκινώματος με μεσεγγυματικό και άλλα επιθηλιακά στοιχεία. Αναγνωρίστηκε ως ξεχωριστή παθολογοανατομική οντότητα το 2000 και θεωρείται υψηλού βαθμού κακοήθειας νεόπλασμα με επιθετική συμπεριφορά και φτωχή πρόγνωση.

Εκκριτικό καρκίνωμα

Είναι καρκίνος μαστού της νεανικής και παιδικής ηλικίας και έχει ως πρότυπο ανάπτυξης θηλώδη ή συμπαγή ή ηθμοειδή δομή και απωθητικά όρια. Τα κύτταρα έχουν κυτταροπλασματικά κενοτόπια θετικά στη χρώση PAS και βλεννοκαρμίνης και χαμηλό μιτωτικό δείκτη. Οι νεκρώσεις είναι σπάνιες. Τα καρκινωμάτωδη κύτταρα είναι θετικά στα αντισώματα έναντι του επιθηλιακού μεμβρανικού αντιγόνου (EMA) της αλμα-λκτοσφαιρίνης και της πρωτεΐνης S-100²².

Αποκρινές καρκίνωμα

Αυτός ο τύπος καρκινώματος του μαστού είναι σπάνιος και αποτελείται αποκλειστικά, ή κατά το μεγαλύτερο μέρος, ή κατά το μεγαλύτερο μέρος, από επιθήλιο αποκρινούς τύπου. Τα νεοπλασματικά κύτταρα έχουν την τάση να διαμορφώνουν αδενικούς σχηματισμούς¹⁷.

Νόσος Paget

Χαρακτηρίζεται από την παρουσία εκζεματοειδών αλλοιώσεων που αφορά την περιοχή της θηλαίας άλω και της θηλής. Στις περισσότερες περιπτώσεις συνδυάζεται με πορογενή καρκίνο του μαστού ή DCIS. Καύσος, κνησμός και υπερευαισθησία μπορεί να είναι τα πρώιμα συμπτώματα. Ψηλαφητή μάζα εμφανίζεται στο 60% των ασθενών. Η διενέργεια μαστογραφίας είναι απαραίτητα για να καθοριστεί εάν συνυπάρχουν και άλλες εστίες. Εάν η κλινική υποψία είναι έντονη, θα πρέπει να ληφθεί σφηνοειδής βιοψία από τη θηλή και τον υποκείμενο μαζικό ιστό. Θεραπεία εκλογής είναι η μαστεκτομή ή η τοπική εκτομή με συναφαίρεση της θηλής και της άλω και ακόλουθη ακτινοβολία. Η πρόγνωση σχετίζεται με το στάδιο της νόσου¹⁶.

Σπάνιοι τύποι καρκινώματος

Περιλαμβάνονται καρκινώματα τα οποία προέρχονται από ιδρωτοποιούς αδένες, που βρίσκονται στο φυσιολογικό μαστό και αναστομώνονται σε μικρούς εκφορητικούς πόρους καθώς και τα επιδερμοειδή καρκινώματα, που προέρχονται από μεταπλασία του επιθηλίου των εκφορητικών πόρων σε πλακώδες επιθήλιο. Πολύ σπάνιο είναι το αδενοειδές καρκίνωμα, το οποίο είναι χαμηλής κακοήθειας με σπάνιες μεταστάσεις και έχει σχέση με το κυλίνδρωμα των σιελολόγων αδένων του αναπνευστικού συστήματος.

Διηθητικό φαγεσωρικό καρκίνωμα

Είναι πιο συχνό(5% του συνόλου) από το μη διηθητικό και η διάκριση του από το απλό αδενοκαρκίνωμα γίνεται με τη διαπίστωση ενδοαυλιακής ανάπτυξης. Συνυπάρχει πολλές φορές με το σκίρρο χωρίς να μεταβάλλεται η πρόγνωση του.

Διηθητικό καρκίνωμα με ίνωση (σκίρρο)

Αποτελεί τη συχνότερη μορφή του καρκίνου του μαστού(75-78%). Χαρακτηρίζεται από ινοβλαστική αντίδραση στη διήθηση των νεοπλασματικών κυττάρων, με παραγωγή ινώδους ιστού. Πρόκειται για έντονα διηθητικό καρκίνωμα που επεκτείνεται στο δέρμα και τους υποκείμενους ιστούς, ενώ δίνει γρήγορα μεταστάσεις στους λεμφαδένες. Ψηλαφητικά εμφανίζεται ως σκληρή μάζα με ασαφή όρια, ενώ κατά τη διατομή εμφανίζει αντίσταση και χαρακτηριστικό ήχο λόγω της σκληρίας. Ιστολογικά, ποικίλλει από μικρές καλά διαφοροποιημένες μάζες κυττάρων σε εκτεταμένο υπόστρωμα ινώδους ιστού, ως κυτταροβριθές υπόστρωμα με ποικίλη διαφοροποίηση και μόνο σπάνια περιοχές ινώσεως. Η σταδιοποίηση του εξαρτάται από την διαφοροποίηση των κυττάρων και την διήθηση ή μη των αγγείων²³.

4.4 Σαρκώματα-λεμφώματα

4.4.1 Σαρκώματα

Τα σαρκώματα του μαστού σαν σύνολο αποτελούν λιγότερο από το 1% όλων των κακοηθών όγκων του μαστού. Ανάλογα με την προέλευση των κακοηθών κυττάρων, ονομάζονται: φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα, λιποσάρκωμα, ινοσάρκωμα, χονδροσάρκωμα, αγγειοσάρκωμα, ραβδομυοσάρκωμα. Η ταξινόμηση των σαρκωμάτων και ο βαθμός κακοήθειας τους πρόσφατα έχει αλλάξει και στηρίζεται στον αριθμό των μιτώσεων ανά οπτικό πεδίο. Το πιο συχνό είναι το κακοήθες φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα. Σε αντίθεση με το καρκίνο εκδηλώνονται αρκετά συχνά με πόνο. Κατά την αντικειμενική εξέταση διαπιστώνεται μονήρης, περιγεγραμμένος και ευκίνητος όγκος, που μοιάζει μινωαδένωμα. Σε αντίθεση όμως με αυτό, τα σαρκώματα αναπτύσσονται γρήγορα. Το

υπερκείμενο δέρμα παρουσιάζει διατεταμένες φλέβες, λόγω δε της πίεσεως από τον όγκο παρουσιάζει ατροφία και εξελκώσεις²⁴.

4.4.1.1 Φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα

Παρουσιάζεται ως λεία, μεγάλη, λοβώδης μάζα. Μερικές φορές είναι δύσκολη η φοροδιάγνωση τους από το ινοαδένωμα. Μπορεί να παρατηρηθούν εξαλκώσεις του υπερκείμενου δέρματος. Η βιοψία δια λεπτή βελόνης δεν μπορεί να θέσει τη διάγνωση με αξιοπιστία. Ιστολογικά η παρουσία του στρωματικού υποστρώματος διαφοροποιεί το φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα από το ινοαδένωμα. Θεραπεία είναι η ευρεία τοπική εκτομή ή ολική μαστεκτομή. Ο λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης δεν ενδείκνυται εκτός αν υπάρχουν ψηλαφητοί λεμφαδένες (που είναι σπάνιο). Ωστόσο, σε όγκους με διάμετρο 35cm και με μεγαλύτερη ανάπτυξη του στρώματος είναι δυνατόν να χορηγηθεί επικουρική χημειοθεραπεία με δοξορουβικίνη και ιφωσφαμίδη. Οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται με εξάμηνη κλινική εξέταση, ετήσιο μαστογραφικό έλεγχο και ακτινογραφία θώρακος εάν ο όγκος ήταν κακοήθης.

4.4.2 Λεμφώματα

Η πρωτοπαθής ανάπτυξη λεμφώματος στο μαστό είναι πάρα πολύ σπάνια και διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται από τον αντιδραστικό λεμφικό ιστό. Λεμφώματα από μεγάλα κύτταρα (κεντροβλαστικά, ανοσοβλαστικά) μοιάζουν πολύ με πτωχώς διαφοροποιημένο προγενές καρκίνωμα¹⁶.

4.5 Σταδιοποίηση καρκίνου μαστού

4.5.1 Μακροσκοπική σταδιοποίηση

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει προσεκτική κλινική εξέταση, ακτινοδιαγνωστική έρευνα (μέγεθος όγκου, ενδεχόμενη διήθηση του θωρακικού τοιχώματος και παρουσία ή απουσία μεταστάσεων) και παθολογοανατομική διερεύνηση του όγκου και/ή του μαστού και των γύρω ιστών (γραμμωτοί μύες του θωρακικού τοιχώματος και επιχώριοι λεμφαδένες). Η παθολογοανατομική σταδιοποίηση γίνεται βάση των κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων κατά την διάρκεια της ογκεκτομής ή μαστεκτομής στο χειρουργικό παρασκεύασμα που φθάνει στο παθολογοανατομικό εργαστήριο.

Εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος

Το χειρουργικό παρασκεύασμα εξετάζεται πρώτα μακροσκοπικά. Αρχικά προσανατολίζεται από τον παθολογοανατόμο και περιγράφεται. Η μακροσκοπική εξέταση περιλαμβάνει περιγραφή και μέτρηση των διαστάσεων του παρασκευάσματος (μαζικού αδένος, τμήματος δέρματος που έχει συνεξαιρεθεί και θηλής) αναφορά της παρουσίας ή μη γραμμωτών ινών και περιγραφή και μέτρηση του μασχαλιαίου λίπους. Στην συνέχεια το παρασκεύασμα βάφεται αντίστοιχα προς τα εν τω βάθην χειρουργικά όρια εκτομής με σινική μελάνι ώστε στο οπτικό μικροσκόπιο να είναι δυνατή ή αξιολόγηση της σχέσης τους με τον όγκο. Ακολούθως, ο μαζικός αδένος διατέμνεται με μία σειρά παράλληλων τομών, αφήνοντας ακέραιο το δέρμα ώστε να είναι δυνατή η ανασύνθεση τους κατά τους επόμενους χειρισμούς. Οι επιφάνειες διατομής εξετάζονται

για τη παρουσία όγκου ή άλλων αλλοιώσεων και περιγράφονται ως προς το σχήμα, το μέγεθος και την εντόπιση τους. Λαμβάνονται τομές από τον όγκο, από το δέρμα και από τη θηλή. Λαμβάνονται επίσης τομές από το λοιπό μαζικό παρέγχυμα για την ανεύρεση ενδεχομένως αλλοιώσεων ινοκυστικής μαστοπάθειας, in situ καρκινώματος ή άλλων. Από το μασχαλιαίο λίπος ανευρίσκεται ψηλαφητά και κατά τις διατομές το λεμφαδενικό περιεχόμενο το οποίο μετριέται και λαμβάνεται σε ανατομικά επίπεδα. Με την ολοκλήρωση των τεχνικών του παρασκευαστηρίου ακολουθεί η μικροσκοπική εξέταση των τομών που ελήφθησαν από το παρασκεύασμα²⁵.

4.5.2 Μικροσκοπική εξέταση

Η μικροσκοπική εξέταση αφορά κατά κύριο λόγο στην ταυτοποίηση της ύπαρξης κακοήθους νεοπλασματος και τον καθορισμό του ιστοπαθολογικού τύπου και βαθμό κακοήθειας (grade) και την εκτίμηση της διηθητικής ανάπτυξης του νεοπλασματος. Αξιολογούνται η παρουσία ινοπλασίας (σκιρρώδους αντίδρασης) του στρώματος, φλεγμονώδους διήθησης και καρκινωματούδων εμβόλων εντός αγγειακών – λεμφαγγειακών χώρων. Αναφέρονται επίσης η απόσταση του νεοπλασματος από τα εν τω βάθει χειρουργικά όρια, η διήθηση ενδεχομένως του δέρματος και η παρουσία νόσου Paget. Τέλος, εξετάζονται ενδεδειγμένα οι ανευρεθέντες λεμφαδένες με την παρουσία μεταστάσεων²⁶.

4.5.3 Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού

Η σταδιοποίηση σημαίνει κατάταξη ασθενών ανάλογα με την έκταση και τα χαρακτηριστικά της νόσου. Περιλαμβάνει την κλινική και παθολογοανατομική (μετεγχειρητική) σταδιοποίηση και βασίζεται στο σύστημα TNM (Tumor –Node –Metastasis). Το σύστημα σταδιοποίησης καρκίνου του μαστού δεν είναι στατικό, καθώς αντικατοπτρίζει τις αλλαγές και την πρόοδο στην κατανόηση της νόσου. Η καλύτερη ανίχνευση του πρώιμου καρκίνου μαστού, η εξέλιξη των απεικονιστικών μεθόδων και οι βελτιωμένες θεραπείες οδηγούν στη συνεχή αναθεώρηση του συστήματος σταδιοποίησης με πιο πρόσφατη αυτή του Ιανουαρίου του 2003(προηγούμενη το 1997).

Στόχοι :

- Το εξατομικευμένο θεραπευτικό πρωτόκολλο για την ασθενή
- Η πρόγνωση της ασθενούς
- Η σύγκριση των αποτελεσμάτων των διαφορετικών θεραπευτικών προγραμμάτων
- Κλινική εκτίμηση
- Διαγνωστικές αιματολογικές εξετάσεις (γενική αίματος, δείκτες ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας)
- Απεικονιστικός έλεγχος αμφοτέρων μαστών (με μαστογραφία, υπερηχογράφημα ή μαγνητική μαστογραφία, αναλόγως ενδείξεων)
- Ακτινογραφία θώρακος
- Υπερηχογράφημα ή/και αξονική τομογραφία (CTscan) άνω και κάτω κοιλίας
- Σπινθηρογράφημα οστών

Οι τελευταίες τρεις απεικονιστικές μέθοδοι ανιχνεύουν μεταστατική νόσο¹¹.

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ:ΣΗΣΤΥΜΑ TNM-

Μέγεθος όγκου: T (μέγιστη διάμετρος)

TX Μη εκτιμήσιμος πρωτοπαθής όγκος

TO Χωρίς ενδείξεις πρωτοπαθούς όγκου

Tis Καρκίνωμα in situ: ενδοπορώδες καρκίνωμα, λοβιώδες καρκίνωμα in situ, ή νόσος Paget της θηλής χωρίς όγκο

T1 Όγκος < 2cm στη μέγιστη διάμετρο

T2 Όγκος < από 2cm αλλά >5cm στη μέγιστη διάμετρο

T3 Όγκος μεγαλύτερος 5cm στη μέγιστη διάμετρο

T4 Όγκος οποιοσδήποτε διαμέτρου με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα (περιλαμβάνεται και το φλεγμονώδες καρκίνωμα)

Συμμετοχή λεμφαδένων: N (κατάσταση λεμφαδένων)

NX Μη εκτιμήσιμη κατάσταση λεμφαδένων(πχ έχουν αφαιρεθεί προηγουμένως ή όχι)

NO Όχι μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες

N1 Μεταστάσεις σε ομόπλευρους κινητούς μασχालιαίους λεμφαδένες

N2 Μεταστάσεις σε ομόπλευρους μασχालιαίους λεμφαδένες προσκολλημένους μεταξύ τους ή σε άλλα γειτονικά μόρια

N3 Μεταστάσεις σε ομόπλευρους έσω μαστικούς λεμφαδένες

Μεταστάσεις

MO Χωρίς ένδειξη απομακρυσμένων μεταστάσεων

M1 Απομακρυσμένες μεταστάσεις (περιλαμβάνονται και μεταστάσεις σε ομόπλευρους υποκλείδιους λεμφαδένες)²⁷.

Κεφάλαιο 5^ο

Προδιαθεσικοί παράγοντες-παράγοντες κινδύνου

- ✓ Ιογενείς παράγοντες*
- ✓ Ιδιοσυστατικοί παράγοντες*
- ✓ Ορμονικοί παράγοντες*
- ✓ Γενετικοί παράγοντες*
- ✓ Διαιτητικοί παράγοντες*
- ✓ Περιβαλλοντικοί παράγοντες*
- ✓ Παθολογοανατομικοί παράγοντες*

Προδιαθεσικοί παράγοντες –παράγοντες κινδύνου

Η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού είναι άγνωστη παρά τις τεράστιες έρευνες της Ογκολογικής Ιατρικής που έχουν διεξαχθεί έως σήμερα , καθώς έχουν προσδιορισθεί μόνο ορισμένοι επιβαρυντικοί παράγοντες που ασκούν κάποια επίδραση στην ανάπτυξη της νόσου.

Για τους κλινικούς γιατρούς έχει μεγάλη σημασία να γνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου στο γυναικείο πληθυσμό, γιατί σε αυτές τις γυναίκες θα πρέπει να συσταθεί ειδικό προληπτικό πρόγραμμα με απώτερο σκοπό, όχι τη μείωση της συχνότητας του καρκίνου του

μαστού , αλλά τη διάγνωσή του σε αρχικό στάδιο. Οι παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού για πρακτικούς λόγους διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες :

- Ιογενείς παράγοντες
- Ιδιοσυστατικοί παράγοντες
- Ορμονικοί παράγοντες
- Γενετικοί παράγοντες
- Διαιτητικοί παράγοντες
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες
- Παθολογοανατομικοί παράγοντες
- Φαρμακευτικοί παράγοντες
- Ιατρογενείς παράγοντες

5.1 Ιογενείς παράγοντες

Από τα δεδομένα της συγκριτικής ανοσολογίας και πιο συγκεκριμένα από τη μελέτη του καρκίνου του μαστού των ποντικών, που οφείλεται σε τουλάχιστον τρεις διαφορετικούς ιούς, διαπιστώθηκε ως πολύ πιθανή η ιογενής προέλευση του καρκίνου του μαστού στη γυναίκα. Ειδικότερα, τελευταίες έρευνες προκαλούν υπόνοιες για την ύπαρξη κάποιου ιού που βρίσκεται στον οργανισμό σε λανθάνουσα κατάσταση, ενεργοποιείται κάτω από την επίδραση διαιτητικών, γενετικών και ορμονικών παραγόντων και προκαλεί καρκίνο στο μαστό²⁸.

5.2 Ιδιοσυστατικοί παράγοντες

Εμμηναρχή

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η πρώιμη ηλικία εμμηναρχής σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, αλλά το μέγεθος της επίδρασης της είναι μικρό αφού σε όλες σχεδόν τις μελέτες ο σχετικός κίνδυνος δεν ξεπερνάει το διπλάσιο. Η πρώιμη εμμηναρχή σχετίζεται με μεγαλύτερη συνολική έκθεση στα οιστρογόνα αν και φαίνεται πως η σχέση της είναι έμμεση και μεγαλύτερη σημασία έχει το γεγονός πως η πρώιμη εμμηναρχή σχετίζεται με πιο γρήγορη εγκατάσταση κανονικών κύκλων, αν και αυτό δε ήταν πάντα σταθερό εύρημα.

Για την ίδια ηλικία εμμηναρχής οι γυναίκες που αποκτούν κανονικούς ωορρηκτικούς κύκλους μέσα σε ένα έτος διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο σε σχέση με αυτές που κάνουν 5 έτη να ομαλοποιήσουν τον κύκλο τους.

Εμμηνόπαυση

Από το 1972 ο καθηγητής κ. Τριχόπουλος και συν είχε δείξει ότι οι γυναίκες με προχωρημένη ηλικία εμμηνόπυσης (>55 έτη) κινδυνεύουν μιάμιση φορά περισσότερο για να αναπτύξουν καρκίνο στο μαστό από τις γυναίκες που είχε σταματήσει ο κύκλος τους στην ηλικία των 45 ή και πιο μικρές. Ακολούθησαν πολλές μελέτες, με ανάλογα αποτελέσματα, πράγμα που οδήγησε στη δημιουργία της θεωρίας ότι συνδυάζοντας και την επίδραση της εμμηναρχής στον κίνδυνο, αυτός είναι απευθείας ανάλογος με τον συνολικό αριθμό ωορρηκτικών κύκλων και θα έχει μια γυναίκα συνολικά στη ζωή της.

Τεχνητή εμμηνόπαυση

Η τεχνητή εμμηνόπαυση (με υστερεκτομή μετά αμφοτερόπλευρης ωοθηκεκτομής ή μετά από ακτινοβολίες στη πύελο) φαίνεται να έχει λίγο μεγαλύτερο προστατευτικό ρόλο από ότι η φυσιολογική. Πιθανόν αυτό να εξηγείται από το ότι στη τεχνητή εμμηνόπαυση υπάρχει άμεση ελάττωση της παραγωγής των οιστρογόνων ενώ στην φυσική μπορεί να χρειαστεί να περάσουν και χρόνια μέχρις ότου φτάσουμε στα ίδια χαμηλά επίπεδα²⁹.

Ηλικία εγκυμοσύνης και τοκιμότητα

Ο πιο σημαντικός αναπαραγωγικός παράγοντας κινδύνου είναι η ηλικία της πρώτης τελειόμηνης κύησης. Ο MacMahon και συν πρώτος έδειξε την ισχυρή θετική συσχέτιση της προχωρημένης ηλικίας του πρώτου τοκετού με τον κίνδυνο της καρκινογένεσης στο μαστό. Ανέτρεψαν επίσης την μέχρι τότε επικρατούσα αντίληψη ότι πιο σημαντικό προστατευτικό ρόλο έπαιξε η ύπαρξη πολλών παιδιών, αφού φάνηκε αυτή οφείλονταν κυρίως στην πρώιμη ηλικία του 1^{ου} τοκετού. Με άλλα λόγια οι γυναίκες με ηλικία εγκυμοσύνης πάνω από τα 35 είχαν ελαφρά μεγαλύτερο κίνδυνο ακόμα και από τις άτεκνες γυναίκες και αυτό έχει επιβεβαιωθεί επανειλημμένως. Οι γυναίκες που δεν είχαν παιδιά κινδύνευαν περίπου μιάμιση φορά περισσότερο ενώ αυτές που είχαν γεννήσει πριν συμπληρώσουν τα 20 χρόνια κινδύνευαν 50% λιγότερο από αυτές που γέννησαν για πρώτη φορά μετά τα 30.

Παρόλο που η παραπάνω μελέτη δεν έδειξε ότι οι επιπλέον εγκυμοσύνες προστατεύουν ακόμα πιο πολύ, άλλες σύγχρονες μελέτες έχουν δείξει ότι είναι πιθανόν να υπάρχει μια περαιτέρω προστασία. Η προστασία που προσφέρουν αυτοί οι αναπαραγωγικοί παράγοντες φαίνεται να διαρκεί και μετά την εμμηνόπαυση. Η μακροχρόνια αυτή προστασία μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι, τα επίπεδα προλακτίνης έχουν βρεθεί ότι είναι πολύ υψηλότερα στις άτεκνες γυναίκες και αυτό διατηρείται και μετά την εμμηνόπαυση. Επίσης, οι προεμμηνοπαυσιακές, (αλλά όχι και οι μετεμμηνοπαυσιακές), γυναίκες που έχουν γεννήσει, έχουν μικρότερα επίπεδα ελεύθερων κυκλοφορούντων οιστρογόνων και υψηλότερα επίπεδα SHBG, της σφαιρίνης δηλαδή πάνω στην οποία συνδέονται τα οιστρογόνα στο πλάσμα. Παρόλα αυτά φαίνεται να υπάρχει ένα παράδοξο σε όλη αυτή την ιστορία. Οι γυναίκες που είχαν την τελευταία τους κύηση την τελευταία τριετία είχαν σχεδόν τριπλάσιο κίνδυνο για καρκίνο στο μαστό από ότι οι γυναίκες ίδιας ηλικίας που είχαν γεννήσει το τελευταίο τους παιδί 10 έτη πριν.

Φαίνεται ότι ο ρόλος της εγκυμοσύνης στην καρκινογένεση στο μαστό είναι αντικρουόμενος. Κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης τα επίπεδα των κυκλοφορούντων οιστρογόνων αυξάνουν σημαντικά και αυτό είναι πιο έκδηλο κατά την πρώτη κύηση. Το μέγεθος της έκθεσης στα οιστρογόνα στο 1^ο τρίμηνο είναι ισοδύναμο με το αν είχε η γυναίκα πολλούς ωορρηκτικούς κύκλους το ίδιο διάστημα. Αυτή η θεώρηση ενισχύεται και από το γεγονός ότι οι γυναίκες που υποφέρουν από ναυτία και εμέτους στην εγκυμοσύνη τόσο βαριά ώστε να χρειαστούν να πάρουν φάρμακα για αυτό, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο στο μαστό. Είναι

άλλωστε γνωστό ότι οι γυναίκες αυτές έχουν υψηλότερα επίπεδα οιστραδιόλης από αυτές που δεν έχουν τέτοια συμπτώματα.

Ο προβλεπτικός ρόλος που μπορεί να παίζει το αναπαραγωγικό ιστορικό στην εκτίμηση του κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου στο μαστό, μπορεί να ενισχυθεί ακόμα περισσότερο αν συνδυασθούν οι παράγοντες αυτοί μεταξύ τους. Για παράδειγμα ο συνδυασμός της τρέχουσας ηλικίας της γυναίκας μαζί με την ηλικία της 1^{ης} κύησης και το χρονικό διάστημα που έχει περάσει από το 1^ο τοκετό βρέθηκε ότι προσφέρει ένα πιο ακριβή υπολογισμό+ του κινδύνου από ότι ο καθένας ξεχωριστά¹³.

Εκτρώσεις- αποβολές

Ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού δεν φαίνεται να είναι αυξημένος στις γυναίκες που είχαν κάνει είτε έκτρωση είτε αυτόματη αποβολή, παρά τα αντικρουόμενα αποτελέσματα στη διεθνή βιβλιογραφία. Μάλιστα οι πιο πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι οι εκτρώσεις προσφέρουν μια μικρή προστασία από το καρκίνο του μαστού. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η διαδικασία της κύησης αυτή καθαυτή είναι που προστατεύει ανεξάρτητα από την έκβαση της. Επίσης ούτε ο αυξημένος αριθμός αποβολών φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού.

Θηλασμός

Έχει χυθεί πολύ μελάνι στην ιατρική βιβλιογραφία για το ρόλο του θηλασμού πάνω στην καρκινογένεση στον μαστό. Υπάρχει θεωρητική βάση για να στηρίξει την άποψη ότι ο θηλασμός προστατεύει αφού η γαλουχία είναι μια περίοδος όπου δεν υπάρχουν ή έστω αργούν να επανεμφανίσουν οι κανονικοί ωορρηκτικοί κύκλοι οι οποίοι συνοδεύονται από τα υψηλά επίπεδα κυκλοφορούντων οιστρογόνων.

Από την άλλη μεριά όμως η στενή σχέση του θηλασμού με την ηλικία της πρώτης εγκυμοσύνης και την τοκιμότητα δημιουργεί σύγχυση δεν αφήνει να φανεί η ανεξάρτητη επίδραση της, αν υπάρχει πάνω στην καρκινογένεση. Ο MacMahon και συν έδειξαν πως μετά τον υπολογισμό της επίδρασης της τοκιμότητας δεν παρέμεινε καμία συσχέτιση ούτε θετική αλλά ούτε και αρνητική του θηλασμού με τον καρκίνο στο μαστό. Νεότερες μελέτες έδειξαν ότι ο θηλασμός ασκεί μια ήπια προστατευτική επίδραση στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και καθόλου στις μετεμμηνοπαυσιακές. Όμως οι μελέτες αυτές αφορούσαν γυναίκες των χωρών της δύσης όπου ο θηλασμός δεν είναι πολύ δημοφιλής. Αντίθετα, σε χώρες όπως η Κίνα που ο θηλασμός είναι κοινή πρακτική για όλες σχεδόν τις γυναίκες φάνηκε ότι υπήρχε μια μείωση του κινδύνου και στις προεμμηνοπαυσιακές αλλά και στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Η μείωση αυτή φάνηκε ότι ήταν ανάλογη της χρονικής διάρκειας του θηλασμού¹⁰.

5.3 Ορμονικοί παράγοντες

Παρόλο που οι ακριβείς ρόλοι που παίζουν τα οιστρογόνα και οι προγεστερόνη στον κίνδυνο μιας γυναίκας να αναπτύξει καρκίνο του μαστού δεν είναι ακόμα πλήρως γνωστοί, ο αριθμός των εμμηνορρυσιακών κύκλων που έχει στη διάρκεια της ζωής μία γυναίκα, φαίνεται να σχετίζεται με τον κίνδυνο που διατρέχει να εμφανίσει τη νόσο. Τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη παράγονται στη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Το να έχει μια γυναίκα έμμηνο ρύση από 40 χρόνια αυξάνει την αθροιστική έκθεση των καρκινικών κυττάρων στην ορμονική διέγερση. Για το λόγο αυτό η ηλικία μιας γυναίκας κατά την έμμηνο ρύση και η ηλικία της κατά την εμμηνόπαυση, είναι σημαντικές για τον

καθαρισμό του σχετικού κινδύνου. Εάν η εμμηνарχή είναι πρόιμη πριν την ηλικία των 12 ετών και η εμμηνόπαυση καθυστερημένη μετά την ηλικία των 50 ετών η γυναίκα αυτή εμφανίζει αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Ο κίνδυνος αυτός υπάρχει επίσης, εάν μια γυναίκα δεν έχει παιδιά ή γέννησε το πρώτο της παιδί σε ηλικία μεγαλύτερο των 30 ετών³⁰.

Τέλος η ορμονική υποκατάσταση αποτελεί άλλο σημαντικό παράγοντα αύξησης του σχετικού κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Γυναίκες σε μακροχρόνια θεραπεία (πάνω από 10 έτη) με οιστρογόνα για την αντιμετώπιση προβλημάτων που εμφανίζονται μετά την εμμηνόπαυση, (οστεοπόρωση, καρδιαγγειακές διαταραχές) παρουσία ζουν σχετικό κίνδυνο μεγαλύτερο κατά 1.5 έως 1.8 φορές από εκείνες που δεν λαμβάνουν την αντίστοιχη θεραπεία³¹.

5.4 Γενετικοί παράγοντες

Φύλο

Η σχέση προσβολής από καρκίνο του μαστού μεταξύ των δύο φύλων είναι 100 γυναίκες προς έναν άνδρα, με τάση σήμερα να γίνει 200 γυναίκες προς έναν άνδρα¹³.

Ηλικία

Αποτελεί τον ισχυρότερο παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού. Οι γυναίκες άνω των 65 ετών εμφανίζουν αρκετές φορές υψηλότερο κίνδυνο για τη νόσο από ότι γυναίκες ηλικίας 40 ετών. Σε οποιαδήποτε ηλικία, το ιστορικό κακοήθειας στο μαστό ή στις ωοθήκες αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για μετέπειτα εμφάνιση καρκίνου του μαστού.

Οικογενειακό ιστορικό

Είναι ένας επίσης σημαντικός, αλλά μικρότερης ισχύος παράγοντας κινδύνου (οι πρώτου βαθμού συγγενείς εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο περίπου 2-5 φορές σε σχέση με το γενικό πληθυσμό). Εξαιρέση αποτελούν οι οικογένειες που εμφανίζουν κληρονομικό τύπο καρκίνου του μαστού στις οποίες ο σχετικός κίνδυνος είναι πολύ μεγάλος¹².

Αλλοιώσεις των ιστών του μαστού

Ορισμένες μικροσκοπικές αλλοιώσεις στα κύτταρα των ιστών του μαστού, οι οποίες διαπιστώνονται με βιοψία, αποτελούν δείκτες αυξημένης προδιάθεσης για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Αυτές είναι:

- Μη διηθητικό (in situ) λοβιακό καρκίνωμα (LCIS – Lobular Carcinoma In Situ). Συνίσταται σε ακανόνιστη αύξηση των κυττάρων που καλύπτουν το τοίχωμα των λοβίων, των γαλακτοπαραγωγών αδένων του μαστού, τα οποία όμως δε διηθούν τα τοιχώματα των αδένων. Μία γυναίκα με LCIS θα πρέπει να υποβάλλεται σε μαστογραφία κάθε χρόνο και σε κλινική εξέταση μαστού από ειδικό κάθε έξι έως δώδεκα μήνες. Επειδή το LCIS δε σχηματίζει ψηλαφητή μάζα και συνήθως δεν είναι ορατό στη μαστογραφία, η αλλοίωση αυτή ανιχνεύεται στις περισσότερες περιπτώσεις με βιοψία.

- Άτυπη υπερπλασία των πόρων (ALH – Atypical Lobular Hyperplasia) και άτυπη λοβιακή υπερπλασία (ADH – Atypical Ductal Hyperplasia). Πρόκειται επίσης για μικροσκοπικές αλλοιώσεις των ιστών του μαστού. Με την πάροδο των ετών, τα κύτταρα των γαλακτοπαραγωγών αδένων αυξάνονται σε αριθμό (υπερπλασία) και μπορεί να αρχίσουν να φαίνονται «άτυπα», που σημαίνει ασυνήθιστα ή διαφορετικά κύτταρα. Μερικές φορές, τέτοιου είδους υπερπλασίες μπορεί να βρεθούν με μαστογραφία. Μια

γυναίκα με ADH και ALH πρέπει να υποβάλλεται σε μαστογραφία κάθε χρόνο και σε κλινική εξέταση του μαστού μία ή δύο φορές το χρόνο.

Ατομικό ιστορικό καρκίνου μαστού ή υπερπλασίας

Γυναίκες με προηγούμενο ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού εμφανίζουν σχετικό κίνδυνο έως και 17.3 σε σχέση με γυναίκες που στο ιστορικό τους δεν αναφέρεται προηγούμενη νόσηση από καρκίνο του μαστού⁶¹⁻⁶⁶. Γυναίκες με άτυπη υπερπλασία του επιθηλίου των πόρων του μαστού διατρέχουν κίνδυνο τέσσερις έως πέντε φορές μεγαλύτερο για ανάπτυξη καρκίνου μαστού.

Κληρονομικότητα

Στον κληρονομικό καρκίνο του μαστού, έχουμε εντοπίσει γονίδια, τα οποία ευθύνονται για την εμφάνισή του και η ύπαρξη μίας μετάλλαξης σε ένα τέτοιο γονίδιο, αυξάνει πάρα πολύ την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου, η οποία φθάνει περίπου στο 80% κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας που φέρει αυτά τα γονίδια, ενώ συγχρόνως συνοδεύεται από υψηλή πιθανότητα, περίπου 60%, εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών. Εκείνο όμως που θα πρέπει να τονισθεί είναι ότι ο κληρονομικός με αυτή την έννοια ή γονιδιακός καρκίνος, αποτελεί μικρό ποσοστό των καρκίνων. Σε 100 γυναίκες με καρκίνο του μαστού, ο κληρονομικός καρκίνος θα ευθύνεται για την προσβολή 5-6 γυναικών. Αυτό είναι σημαντικό, γιατί το να κάνει μία γυναίκα τα γενετικά τεστ και να αποδειχθούν αρνητικά, δεν πρέπει να εφησυχάσει. Απλά, έχει αποκλείσει αυτό το ποσοστό του 5-6%. Άρα, θα πρέπει να εξακολουθεί τους ελέγχους της κανονικά³².

Γεωγραφική κατανομή

Η συχνότητα της νόσου είναι μεγαλύτερη στις αναπτυγμένες χώρες της Βόρειας Αμερικής και της Βόρειας Ευρώπης σε σχέση με τις υποανάπτυκτες χώρες της Αφρικής και της Ασίας αλλά και στις μαύρες γυναίκες της Βόρειας Αμερικής. Χώρες της Νότιας Αμερικής και Νότιας Ευρώπης κατέχουν μέση θέση στη συχνότητα της νόσου. Ο κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού είναι υψηλότερος στις βιομηχανικές περιοχές σε σύγκριση με τις λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές. Οι διαφορές αυτές φαίνεται να είναι περισσότερο περιβαλλοντικές παρά γενετικές, αφού η μετανάστευση από περιοχές χαμηλής επίπτωσης σε περιοχές υψηλής επίπτωσης αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός, ότι η Ιαπωνία αν και συγκαταλέγεται στις βιομηχανικές χώρες, διατηρεί ακόμα χαμηλή επίπτωση της νόσου. Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Αντικαρκινική Εταιρεία, το έτος 2005 διαγνώστηκαν περίπου 211.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού στις γυναίκες και 1.690 στους άνδρες, ενώ οι θάνατοι που οφείλονται στη νόσο υπολογίστηκε ότι ήταν περίπου 40.870 και 460 αντίστοιχα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των νέων περιπτώσεων (82%) και των θανάτων (80%) αφορούσε άτομα της λευκής φυλής. Στην Ελλάδα αναφέρεται συχνότητα μία στις 12 γυναίκες³.

5.5 Διαιτητικοί παράγοντες

Φυσική δραστηριότητα και καρκίνος μαστού

Υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η αλλαγές στον τρόπο ζωής μπορούν να αλλάξουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Κατ' αρχάς, τα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του μαστού ποικίλλουν ευρέως ανά τις γεωγραφικές περιοχές στον

κόσμο. Δεύτερον οι ενδοχώριες αλλαγές κατά τη διάρκεια των χρόνων, έχουν χαρακτηριστεί από τις μεγάλες αλλαγές στη συμπεριφορά, στον τρόπο ζωής και την κατάσταση υγείας του πληθυσμού. Τρίτον, πειραματόζωα και ανθρώπινα μοντέλα παρέχουν την επιβεβαίωση των αισθητών επιπτώσεων των διάφορων συμπεριφορών τρόπου ζωής στη βιολογία του μαστού³³.

Μια μελέτη αποτίμησε τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε σχέση με τη σωματική δραστηριότητα καθ' όλη τη διάρκεια ζωής. Αυτή η μελέτη κυρίως των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών επιβεβαίωσε ότι η σωματική δραστηριότητα συνδέεται με μια μείωση στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Η έντονη και η μέτρια σωματική δραστηριότητα, εμφανίστηκαν να είναι προστατευτικές. Οι πιο αδύνατες γυναίκες εμφανίστηκαν να συνδέονται με έναν χαμηλότερο κίνδυνο με τη σωματική δραστηριότητα από τις πιο παχύσαρκες γυναίκες. Η σωματική δραστηριότητα σε οποιαδήποτε περίοδο ζωής, παρά κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης περιόδου, εμφανίστηκε να είναι σχετική, υπονοώντας ότι οι γυναίκες που αρχίζουν σωματική δραστηριότητα στις πιο μεγαλύτερες ηλικίες μπορούν ακόμα να ωφεληθούν από τις προσπάθειες τους³⁴.

Η πλειοψηφία των δημοσιευμένων μελετών, παρουσίασε σαφή ένδειξη ενός χαμηλότερου κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες που ταξινομήθηκαν στα πιο υψηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας. Η μείωση του κινδύνου κυμάνθηκε από 10% -70% για τις πιο ενεργές γυναίκες και, κατά μέσον όρο, ήταν 30%-40% για τις γυναίκες που ασκούσαν για τις 3-4 ώρες την εβδομάδα σε μέτριο έως έντονο επίπεδο.

Έχουν υπάρξει δύο αναφορές από το Nurse's Health Study: η μία εξέτασε τη σωματική δραστηριότητα που αναφέρθηκε σε μόνο ένα χρονικό σημείο και η άλλη εξέτασε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις της δραστηριότητας σε διάφορα χρονικά σημεία κατά τη διάρκεια του επανέλεγχου. Ενώ πρώτα δεν βρήκαν καμία σχέση μεταξύ της σωματικής δραστηριότητας και στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, τελευταία διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν σε έναν μέσο όρο 7 ή περισσότερων ωρών την εβδομάδα σε σωματική δραστηριότητα είχαν μια 18% χαμηλότερη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού από τις γυναίκες που συμμετείχαν λιγότερο από 1 ώρα την εβδομάδα σε τέτοιες δραστηριότητες³³.

Παχυσαρκία και κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου μαστού

Υπάρχουν διάφοροι πιθανοί μηχανισμοί που συνδέουν το πάχος με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Μετά από την εμμηνόπαυση, ο λιπώδης ιστός είναι η κύρια περιοχή της παραγωγής οιστρογόνου. Οι υπέρβαρες κ παχύσαρκες μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες έχουν τις υψηλότερες συγκεντρώσεις οιστρογόνου ορμόνης, τεστοστερόνης και χαμηλότερες συγκεντρώσεις γλοβουλίνης, από τις πιο αδύνατες γυναίκες. Οι συγκεντρώσεις τεστοστερόνης είναι μεγαλύτερες και στις προμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές υπέρβαρες/παχύσαρκες γυναίκες από ότι στις πιο αδύνατες αντίστοιχα, ίσως λόγω της μεγαλύτερης μετατροπής της ανδροστενεδιόνης σε τεστοστερόνη στον λιπαρό ιστό. Η ινσουλίνη προωθεί την αύξηση κυττάρων καρκίνου και, επομένως θα μπορούσε να εξηγήσει μέρος της σχέσης μεταξύ του πάχους και του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Η Διεθνής Επιτροπή Αντικαρκινικού Αγώνα υπολογίζει ότι 25% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού οφείλονται παγκοσμίως στο υπερβολικό βάρος/την παχυσαρκία και έναν στατικό τρόπο ζωής. Μια μελέτη του American Cancer Society, 495.477 γυναικών που παρακολούθηθηκαν για 16 έτη διαπίστωσε ότι ο κίνδυνος χρησιμότητας καρκίνου του μαστού αυξήθηκε σημαντικά με τα αυξανόμενα επίπεδα παχυσαρκίας³⁵.

Η Women's Health Initiative (WHI) Observational έρευνα είναι μια πολυεθνική, πολυδιάστατη μελέτη γυναικών, ηλικίας 50 έως 79 (κατά την είσοδο τους στην έρευνα). Οι γυναίκες αυτές υποβλήθηκαν σε διάφορες κλινικές μετρήσεις κατά την είσοδο τους στην ομάδα συμπεριλαμβανομένου του ύψους, του βάρους και των μετρήσεων περιφέρειας μέσης και ισχίων, και ανέφεραν το ιστορικό βάρος καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Η ανάλυση αυτών των στοιχείων έδειξε ότι οι ανθρωπομετρικοί παράγοντες συνδέονται με τους κινδύνους εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Μεταξύ αυτών, οι γυναίκες με $BMI > 31,1$ είχαν στατιστικά 2,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού από τις γυναίκες των οποίων BMI ήταν $< 22,6$ ³⁶.

Η κατανάλωση αλκοόλ και κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου μαστού

Η κατανάλωση αλκοόλ θα μπορούσε να αυξήσει τον κίνδυνο αύξησης του καρκίνου του μαστού μέσω διάφορων μηχανισμών. Στοιχεία μέσω παρατήρησης και κλινικών δοκιμών δείχνουν ότι οι μετεμμηνοπαυστικές γυναίκες που χορηγούνται στοματική ή διαδερμική θεραπεία αντικατάστασης ορμονών, έχουν υψηλότερες συγκεντρώσεις οιστρογόνων εάν πίνουν αλκοόλ, έναντι αυτών που απέχουν από την κατανάλωση του. Έρευνες σε ζώα υποδεικνύουν ότι το αλκοόλ θα μπορούσε να ενεργήσει ως συν-καρκινικό, ενεργοποιώντας την μετατροπή των ανενεργών σε ενεργούς μεταβολίτες που μπορούν να δεσμεύσουν ή να καταστρέψουν το DNA, παρεμποδίζοντας την καρκινογενή αποτοξίνωση, ή εμποδίζοντας την εκκαθάριση του ήπαρ από καρκινογόνες ουσίες. Το αλκοόλ ο μεταβολίτης του, η ακεταλδεΐδη μπορούν επίσης να εμποδίσουν την επισκευή της καρκινογόνου-προκληθής ζημιάς στο DNA³³.

Μια ανάλυση στοιχείων από 53 έρευνες από όλο τον κόσμο, έδειξε ότι ο σχετικός κίνδυνος για τον καρκίνο του μαστού αυξανόταν 7% για κάθε πρόσθετα 10gr του αλκοόλ που καταναλωνόταν καθημερινά. Η σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και αύξησης της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου μαστού μελετήθηκε, άσχετα από το είδος αλκοόλ που καταναλώθηκε, και η κατανάλωση του έδειξε να συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο και για τις προεμμηνοπαυστικές και μετεμμηνοπαυστικές γυναίκες. Η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη για άτομα με έλλειψη κάποιων θρεπτικών συστατικών, όπως η β-καροτίνη και η βιταμίνη C.

Υπάρχει μια αύξηση κινδύνου της τάξεως 10% για κάθε 10gr/ημέρα αύξησης στην κατανάλωση αλκοόλ. Αν και μη ισχυρή, η συσχέτιση είναι μεγάλης σπουδαιότητας λόγω του μεγάλου αριθμού γυναικών που πίνουν ένα μικρό ποσό αλκοόλ και την υψηλή συχνότητα της ασθένειας. Στην πραγματικότητα, περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού παρά κάποιου άλλου καρκίνου έχουν αποδοθεί στην κατανάλωση αλκοόλ των Ευρωπαίων γυναικών.

Καρκίνος μαστού και Δίαιτα υψηλή σε λιπαρά

Οι μελέτες δεν είναι ξεκάθαρες όσον αφορά το διαιτητικό λίπος ως παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Πολλές από αυτές εντόπισαν ότι το νόσημα είναι λιγότερο κοινό σε χώρες όπου η διαίτα που ακολουθείται είναι χαμηλή στη συνολική πρόσληψη λιπών, χαμηλή σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, καθώς και σε κορεσμένο λίπος. Από την άλλη μεριά, έρευνες σε γυναίκες στις Η.Π.Α. δεν βρήκαν συσχέτιση του καρκίνου του μαστού με τη διαιτητική πρόσληψη λίπους. Αυτή η σύγκρουση των συμπερασμάτων μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι πέρα από το λίπος της διαίτας, μεταξύ των χωρών, υπάρχουν και άλλες διαφορές (στο επίπεδο δραστηριότητας, τη πρόσληψη άλλων θρεπτικών συστατικών και τους γενετικούς παράγοντες) που μπορεί να επηρεάζουν τα τελικά ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Σίγουρα χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση για να καταλήξουμε σε σαφή

αποτελέσματα. Πάντως, αν αναλογιστούμε ότι το λίπος αυξάνει περισσότερο από οτιδήποτε άλλο τη συνολική πρόσληψη θερμίδων και τη σχέση του με την ανάπτυξη άλλων μορφών καρκίνου είναι επιτακτικό να υπάρξει περιορισμός του.

Διατροφή και καρκίνος μαστού

Η διατροφή και τα θρεπτικά συστατικά άρχισαν να είναι η εστία σοβαρής προσοχής στην αιτιολογία του καρκίνου από την δεκαετία του 40. Αρχικά εξετάζοντας την επίδραση των συγκεκριμένων διατροφών σίτισης στα ζώα που λαμβάνουν χημικές καρκινογενείς ουσίες, η έρευνα στάθηκε στη δυνατότητα συσχετίσεων με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Αρχικά, αυτό διευθύνθηκε μέσω των διεθνών συγκρίσεων των κατ' επέκταση εθνικών κατά κεφαλήν στοιχείων εισαγωγής τροφίμων με τα ποσοστά θνησιμότητας καρκίνου. Με συνέπεια διαπιστώθηκε ότι υπήρξαν πολλοί ισχυροί συσχετισμοί σε αυτά τα στοιχεία, ιδιαίτερα με την πρόσληψη λίπους και τον καρκίνο του μαστού. Το 1983 η Ακαδημία Επιστημών των Ηνωμένων Πολιτειών συμπέρανε ότι, μετά το κάπνισμα, η διατροφή ήταν η πιο σημαντική αιτία εμφάνισης καρκίνου³⁷.

Τα τρόφιμα μπορούν να παρέχουν τους καρκινογόνους μολυσματικούς παράγοντες ή να είναι τα ίδια μεταλλαξιογόνα αφότου κάποια θρεπτικά συστατικά μεταλλαχθούν. Η προστατευτική επίδραση των τροφίμων είναι πιθανό να είναι σημαντικότερη από τη συμβολή των τροφίμων ως μεταλλαξιογόνα. Η επίδραση της διατροφής δεν φαίνεται μέσο ενιαίων θρεπτικών ουσιών. Κάθε τρόφιμο συνδυάζει πολλές θρεπτικές ουσίες που επιτρέπουν μια συνεργιστική δράση όταν είναι παρών σε μια ορισμένη ισορροπία. Διάφορα τρόφιμα αποτελούν ένα γεύμα και μπορούν να ενισχύσουν μια προστατευτική επίδραση ή να δράσουν ανταγωνιστικά³⁸.

Σε μια έρευνα, με 123 ενήλικες γυναίκες με καρκίνο μαστού, βρέθηκε ότι το 8.9% των ατόμων ένιωθε ότι η διατροφή σύμβαλε στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού και 32% των ατόμων άλλαξε τις διατροφικές του συνήθειες μετά τη διάγνωση του καρκίνου. Οι κύριες αλλαγές που αναφέρθηκαν περιλαμβάνουν τη μείωση του ζωικού λίπους, της ζάχαρης και του κόκκινου κρέατος και αύξηση στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών³⁹.

Το προφίλ της μεσογειακής διατροφής

Τρεις τύποι διατροφών είναι ευρέως φημισμένοι να σχετίζονται με την καλή υγεία και τη μακροζωία, κυρίως βάσει οικολογικών και γεωγραφικών στοιχείων: η Κινέζικη, η Ιαπωνική και η Μεσογειακή διατροφή. Αν και δεν είναι εύκολο να συγκριθούν αυτές οι διατροφές άμεσα όσον αφορά πόσο καλή είναι η κάθε μια για την υγεία, υπάρχουν αρκετά στοιχεία ότι η μεσογειακή διατροφή είναι ρεαλιστικά η καλύτερη επιλογή για τους ανθρώπους που συμμετέχουν σε μέτρια ως χαμηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας και καταναλώνουν μέτρια ως υψηλά επίπεδα διαιτητικών λιπιδίων⁴⁰.

Η μεσογειακή διατροφή θα μπορούσε να θεωρηθεί ως διατροφικό πρότυπο που βρέθηκε στις χώρες της Μεσογείου προς το τέλος της δεκαετίας του '50 και αρχή της δεκαετίας του '60, πριν από την εισβολή του γρήγορου φαγητού στην περιοχή. Η συνολική εισαγωγή λιπιδίων μπορεί να είναι υψηλή, περίπου 40% της συνολικής πρόσληψης ενέργειας όπως στην Ελλάδα, ή μέτρια, περίπου 30% της συνολικής πρόσληψης ενέργειας όπως στην Ιταλία, αλλά σε όλες τις περιπτώσεις η αναλογία των διαιτητικών λιπιδίων μονοακόρεστα/κορεσμένα είναι πολύ υψηλότερη απ' ότι σε άλλες περιοχές του κόσμου, ειδικότερα από τη Βόρεια Ευρώπη και Βόρεια Αμερική.

Συμπερασματικά, η παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει οκτώ παραμέτρους: 1) υψηλή αναλογία μονοακόρεστων/κορεσμένων λιπαρών οξέων, 2)

μέτρια κατανάλωση αλκοόλ, 3) μεγάλη κατανάλωση οσπρίων, 4) μεγάλη κατανάλωση δημητριακών (ιδιαίτερα ψωμί), 5) μεγάλη κατανάλωση φρούτων, 6) μεγάλη κατανάλωση λαχανικών, 7) μικρή κατανάλωση κρέατος και προϊόντων κρέατος και 8) μέτρια κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων⁴¹.

Σε μια μεγάλη προοπτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα, η μεγαλύτερη εμμονή σε μια μεσογειακή διατροφή συνδέθηκε με μια μείωση της γενικής θνησιμότητας, και συγκεκριμένα της θνησιμότητας λόγω της στεφανιαίου νόσου ή του καρκίνου, μετά από ρυθμίσεις για τον δείκτη μάζας σώματος, το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας και άλλους πιθανούς παράγοντες⁴².

Η πλειοψηφία των πειραμάτων για να αποδείξει την υπόθεση ότι η Μεσογειακή διατροφή μπορεί να έχει προστατευτικές ιδιότητες, έχει γίνει *in vitro*, και το μεγαλύτερο μέρος των απαραίτητων πληροφοριών για την απορρόφηση, τη διανομή και το μεταβολισμό των μικροστοιχείων δεν υπάρχει ακόμη. Ακόμα, κι αν ο ακριβής ρόλος των αντιοξειδωτικών στη Μεσογειακή διατροφή δεν έχει ακόμα καθοριστεί πλήρως, τα στοιχεία από τις μελέτες παρατήρησης, είναι αρκετά ισχυρά να ενισχύσουν την πεποίθηση ότι μια διατροφή χαμηλή στο κορεσμένο λίπος και το αλκοόλ και πλούσια σε λαχανικά, φρούτα και δημητριακά, όπως η παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή, συνδέεται με το χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου και πρέπει να προωθηθεί ενεργά⁴³.

Μια μεγάλη, προοπτική μελέτη αξιολόγησε τις μακροπρόθεσμες προσλήψεις συγκεκριμένων καροτινοειδών, βιταμινών A, C και E, την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, και τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Η πρόσληψη της β-καροτίνης από τα τρόφιμα και τα συμπληρώματα τροφίμων, της λουτεΐνης/ζεαξανθίνης και της βιταμίνης A από τα τρόφιμα ήταν ελαφρώς αντιστρόφως συνδεδεμένη με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις προμνηνοπαυστικές γυναίκες. Οι ισχυρές αντίστροφες σχέσεις βρέθηκαν για την αυξημένη κατανάλωση της α-καροτίνης, της β-καροτίνης, της λουτεΐνης/ζεαξανθίνης, της συνολικής βιταμίνης C από τα τρόφιμα, και της συνολικής βιταμίνης A μεταξύ των προμνηνοπαυστικών γυναικών με ένα θετικό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού. Μια αντίστροφη σχέση βρέθηκε επίσης για την αυξημένη κατανάλωση της β-καροτίνης μεταξύ των προμνηνοπαυστικών γυναικών που καταναλώνουν 15 γραμμάρια ή περισσότερο αλκοόλ ημερησίως. Οι προμνηνοπαυστικές γυναίκες που καταναλώναν πέντε ή περισσότερες μερίδες φρούτων και λαχανικών ανά ημέρα είχαν χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού από εκείνες που καταναλώναν λιγότερο από δύο μερίδες ανά ημέρα. Αυτή η σχέση ήταν ισχυρότερη μεταξύ των προμνηνοπαυστικών γυναικών που είχαν θετικό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού ή εκείνων που καταναλώναν 15 γραμμάρια ή περισσότερο αλκοόλ ανά ημέρα⁴⁴.

5.6 Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Είναι γνωστό ότι υπολείμματα οργανοχλωριωμένων φυτοφαρμάκων έχουν βρεθεί στο αίμα και το λίπος του ανθρώπου. Η εκλεκτική υδατοδιαλυτότητα στο λίπος του μαστού ώθησε στη μελέτη της σχέσης συγκεντρώσεων υπολειμμάτων οργανοχλωριωμένων ουσιών του καρκίνου του μαστού, αλλά τα αποτελέσματα ήταν αρνητικά.

Το 1993, δύο αναδρομικές επιδημιολογικές μελέτες, με μικρό αριθμό περιπτώσεων, διαπίστωσαν θετική συσχέτιση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού με τις

συγκεντρώσεις DDE (μεταβολίτη του DDT) στο αίμα. Η μελέτη Wolff βρήκε ότι ο σχετικός κίνδυνος ήταν 4 φορές μεγαλύτερος μεταξύ των γυναικών με υψηλές συγκεντρώσεις υπολειμμάτων των οργανοχλωριωμένων ουσιών, σε σχέση με το δείγμα πληθυσμού αναφοράς. Ο συσχετισμός με συγκεντρώσεις PCBs στο αίμα ήταν αρνητικός. Τα αποτελέσματα αυτά προβλήθηκαν από τα μέσα ενημέρωσης και τις περιβαλλοντικές οργανώσεις που όπως ήταν φυσικό, προκάλεσαν ανησυχία στην επιστημονική κοινότητα⁴⁵.

5.7 Παθολογοανατομικοί παράγοντες

Η κύρια παθολογοανατομική οντότητα που έχει σχέση με τον καρκίνο του μαστού είναι η ινοκυστική μαστοπάθεια. Η ινοκυστική μαστοπάθεια είναι ιστολογική διάγνωση, η οποία δεν τίθεται μόνο από την κλινική εξέταση και τη μαστογραφία. Η παθολογοανατομική θεωρία στηρίζεται στο ότι ο διαχωρισμός μεταξύ φυσιολογικού και μεταλλαγμένου σε καρκίνο μαστού αρχίζει στη φάση του πολλαπλασιασμού των κυττάρων, μετά εξελίσσεται σε ατυπία των κυττάρων και τελικά, φθάνει στον καρκίνο. Για το λόγο αυτό αναφέρεται πως η ινοκυστική μαστοπάθεια αποτελεί παράγοντα κινδύνου, όταν πρωτοεμφανίζονται τα άτυπα κύτταρα. Ιστολογικά, χαρακτηρίζεται από παρουσία κύστεων 2 – 3 χιλιοστών. Η νόσος είναι πολύ συχνή και υπολογίζεται ότι μία στις δέκα γυναίκες έχει κλινική ένδειξη της νόσου με συνήθη ηλικία προσβολής τα 30 μέχρι 45 χρόνια⁴⁶.

5.8 Φαρμακευτικοί παράγοντες

Δεν έχει αποδειχθεί με επιστημονική τεκμηρίωση ότι η χρόνια χρήση κάποιου φαρμάκου ή καλλυντικού σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα καρκίνου του μαστού. Παρόλα αυτά, έχει γίνει λόγος για αιτιολογικό συσχετισμό με τη χορήγηση ρεσερπίνης σε αυξημένες δόσεις και με τη μακροχρόνια χρήση αντισυλληπτικών. Όσον αφορά τα τελευταία, υπάρχουν ενδείξεις ότι ο κίνδυνος προσβολής από την κακοήθεια αυξάνεται σε μερικές υποομάδες γυναικών χρηστών, και γίνονται προσπάθειες, που αποσκοπούν στην ανεύρεση των υποομάδων αυτών και στην απόδειξη αυτού του επιχειρήματος²⁸.

5.9 Ιατρογενείς παράγοντες

Ακτινοβολίες θώρακα

Οι πρώτες ενδείξεις ότι η ακτινοβολία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού προήλθαν από μελέτες που έγιναν σε γυναίκες που επέζησαν πυρηνικών εκρήξεων. Σήμερα, η θεραπευτική χρήση ακτινοβολιών αποτελεί το σημαντικότερο αίτιο καρκινογένεσης εξαιτίας ακτινοβολίας. Ο σχετικός κίνδυνος για ακτινοβολία 1 Gy, εκτιμάται στο 1.61 για μια δεκαετία. Στις ίδιες μελέτες βρέθηκε ότι οι νέες γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας και ότι ο αυξημένος κίνδυνος για καρκινογένεση αρχίζει μετά από 10 έως 15 έτη μετά από την έκθεση σε ακτινοβολία και διαρκεί εφ' όρου ζωής⁴⁷.

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και καρκινογένεση

Η σχέση ψυχοκοινωνικών παραγόντων και καρκίνου εξετάζεται εμπειρικά τις τελευταίες δεκαετίες, και έχει αποφανθεί ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες σχετίζονται με την καρκινογένεση. Η βασική ιδέα των θεωριών τους είναι ότι το καθημερινό στρες,

το κοινωνικό περιβάλλον και η προσωπικότητα του ασθενή βοηθούν σε μεγάλο βαθμό την ανάπτυξη του καρκίνου και επηρεάζουν ευνοϊκά την εξέλιξή του⁴⁸.

Οι ατομικές διαφορές μεταξύ των ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένων και των τρόπων με τους οποίους αυτοί αντιδρούν σε καταστάσεις στρες, μπορεί να ασκήσουν μια ισχυρή επίδραση στη δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, με μεγάλη πιθανότητα κάποιοι να πέσουν θύματα ασθενειών όπως ο καρκίνος. Ακόμη και όταν τα ερευνητικά ευρήματα οδηγούν στο κοινώς αποδεκτό ότι το κάπνισμα παραδείγματος χάριν, δημιουργεί καρκίνο στον πνεύμονα, μπορεί να αποδειχθεί ότι δεν είναι σίγουρο οπωσδήποτε, αλλά είναι πιθανόν για τη δημιουργία του καρκίνου, να αλληλεπιδράσουν άλλες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές. Έτσι, είναι δυνατόν μεταξύ 10 χρόνων καπνιστών ο ένας να πεθάνει από καρκίνο του πνεύμονα επειδή ακριβώς επέδρασαν και άλλοι ψυχοκοινωνικοί και βιολογικοί παράγοντες για την ανάπτυξη της νόσου, όπως επίσης μπορεί να συμβεί σε δέκα άτομα που πέθαναν με καρκίνο του πνεύμονα ο ένας μόνο να ήταν καπνιστής⁴⁹.

Ο Bahnson σε μελέτες του διαπίστωσε δύο κύριες πορείες αναλύσεις μεταξύ ψυχοκοινωνικών παραγόντων και καρκινογένεσης, μία που επικεντρώνεται στην απελπισία και στην κατάθλιψη του αρρώστου. Και μια άλλη που επικεντρώνεται στα αρνητικά στοιχεία της προσωπικότητάς του και αποδεικνύει ότι ορισμένα αρνητικά στοιχεία του ανθρώπου και καταθλιπτικό-γενεσιουργά αρνητικά στοιχεία της ζωής του μπορούν να οδηγήσουν σε καρκινογένεση, μόνο με την αλληλεπίδραση ορισμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς του και γεγονότων ζωής που επέδρασαν δυσμενώς κατά την παιδικά του ηλικία. Στην ανάλυση ιστοριών ζωής των αρρώστων του, ο ίδιος ερευνητής διαπίστωσε ότι τα άτομα αυτά κατά την παιδική τους ηλικία αντιμετώπισαν ενδοοικογενειακά προβλήματα (θάνατο ενός από τους δύο γονείς).

Ένας άλλος ερευνητής, ο Eysenck απέδειξε ότι η προσωπικότητα είναι στενά συνδεδεμένη με την καρκινογένεση. Στις έρευνες του διακρίνει δύο κυρίως τύπους προσωπικότητας καρκινοπαθών, τον τύπο ο οποίος διακατέχεται από την έλλειψη συναισθηματικής έκφρασης, δηλαδή το άτομο που καταπνίγει τα συναισθήματά του, και τον τύπο που εγκαταλείπεται στο καθημερινό στρες.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η βιογραφία του ατόμου, η πορεία της ζωής του συνδέεται άμεσα με την ασθένεια του καρκίνου. Συνήθως τα άτομα που νοσούν από καρκίνο έχουν βιώσει ψυχοτραυματικά γεγονότα, απώλειες αγαπημένων προσώπων, δεν πραγματοποίησαν τα θέλω τους αλλά η ζωή τους ήταν σύμφωνη με τα θέλω και τις επιθυμίες άλλων ατόμων. Η διαμόρφωση της προσωπικότητάς τους επηρεάστηκε από όλα αυτά τα γεγονότα με αποτέλεσμα να μη διαθέτουν ισχυρές άμυνες απέναντι στις δυσκολίες της ζωής, παρουσιάζουν ψυχαναγκαστικά στοιχεία και παρουσιάζουν δυσκολίες στη διαχείριση του άγχους και στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων. Σημαντικό ρόλο παίζει και ο τρόπος ζωής, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η απουσία υγιεινής διατροφής, και γενικότερα οι καταχρήσεις. Στην εξέλιξη της νόσου σημαντικό λόγο παίζουν α) η πρόωμη ή καθυστερημένη διάγνωση β) ο τρόπος διαχείρισης της κρίσης γ) η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ατόμου κατά τη διάρκεια της θεραπείας δ) η κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη που έχει το άτομο από το περιβάλλον του⁵⁰.

Κεφάλαιο 6^ο

Εκτίμηση αναγκών υγείας και πρόληψη καρκίνου μαστού

- ✓ Το πρώτο βήμα στην φροντίδα υγείας των
γυναικών*
- ✓ Πρόληψη στα πλαίσια φροντίδας υγείας των
γυναικών στην κοινότητα.*
- ✓ Πρωτογενής πρόληψη*
- ✓ Δευτερογενής πρόληψη*

Εκτίμηση αναγκών υγείας και πρόληψη του καρκίνου μαστού

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει εκδώσει έναν ειδικό κατάλογο, με τους δέκα καλύτερους τρόπους πρόληψης του καρκίνου. Είναι οι εξής:

- Αποφυγή καπνίσματος. Οι καπνιστές θα πρέπει να σταματήσουν το γρηγορότερο δυνατό το κάπνισμα και να μην καπνίζουν όταν είναι μαζί με άλλους.
- Να μην γίνεται κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών. Μπύρες, κρασιά ή οποιοδήποτε άλλο αλκοολούχο ποτό πρέπει να καταναλώνονται με μέτρο και μόνο από ενήλικες (το πολύ 2-3 ποτά την ημέρα οι άντρες και 1-2 οι γυναίκες, με το μέγεθος των ποτών να υπολογίζεται με βάση ότι σερβίρεται στα μπαρ).
- Να αποφεύγεται η υπερβολική έκθεση στον ήλιο.
- Να ακολουθούνται οι κανόνες ασφαλείας στο χώρο εργασίας και ιδιαίτερα κατά την παραγωγή, διακίνηση ή χρήση οποιουδήποτε υλικού που είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκίνο. Ακολουθώντας τις δύο επόμενες οδηγίες θα ωφεληθεί η υγεία και ταυτόχρονα θα περιοριστούν οι πιθανότητες προσβολής από καρκίνο του μαστού..
- Να γίνεται καθημερινή κατανάλωση πολλών μερίδων φρέσκων φρούτων και λαχανικών, καθώς και άλλων φυτικών προϊόντων που είναι πλούσια σε φυτικές ίνες (όσπρια, μη επεξεργασμένα δημητριακά κ.ά.).
- Προσοχή στο σωματικό βάρος - και αν κάποιος είναι παχύσαρκος, να φροντίσει να αδυνατίσει. Να περιοριστεί επίσης η κατανάλωση τροφών που είναι πλούσιες σε λιπαρά.

Επειδή οι περισσότερες μορφές καρκίνου είναι ιάσιμες εάν εντοπισθούν εγκαίρως:

- Να επισκεφθεί αμέσως τον γιατρό εάν παρατηρηθεί αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος ή/και στο χρώμα σε σπίλο (ελιά) του δέρματος.
- Να επισκεφθεί αμέσως τον γιατρό εάν υπάρχουν επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρηθούν αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα.
- Να γίνονται περιοδικά τεστ Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας.
- Να εξετάζονται τακτικά οι μαστοί και, αν είναι δυνατόν, να γίνεται περιοδικά μαστογραφία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών.

6.1 Το πρώτο βήμα στη φροντίδα υγείας των γυναικών

Η φροντίδα υγείας των γυναικών, σύμφωνα με το πνεύμα της Alma Ata και το νέο Παράδειγμα της ιατρικής επιστήμης, οφείλει να παρέχεται πρωταρχικά και κυρίαρχα

μέσα στα πλαίσια της κοινότητας. Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που παρέχονται στο γυναικείο πληθυσμό ευθύνης της, στοχεύουν στην προαγωγή υγείας, στην πρόληψη της αρρώστιας, στη θεραπευτική παρέμβαση και αποκατάσταση. Ο σχεδιασμός και η παρέμβαση για την υγεία των γυναικών απευθύνεται σε όλες τις γυναίκες και όχι μονάχα σε ομάδες υψηλού κινδύνου και προσαρμόζεται στις ανάγκες του γυναικείου πληθυσμού που έχουν από πριν ανιχνευθεί μέσα από την επιστημονικά τεκμηριωμένη προσέγγιση της εκτίμησης των αναγκών υγείας. Η εκτίμηση αναγκών υγείας παρέχει μια μέθοδο για τη συστηματική προσέγγιση των προβλημάτων υγείας της κοινότητας με βάση την ολιστική θεώρηση της ΠΦΥ, δημιουργεί προϋποθέσεις για τον αποτελεσματικό σχεδιασμό παρεμβάσεων στην κοινότητα και για την άρση των ανισοτήτων στην υγεία και στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες. Στόχος της εκτίμησης αναγκών υγείας είναι η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Παράλληλα, αναδεικνύονται οι ανάγκες και οι δυνατότητες των επαγγελματιών υγείας για εκπαίδευση πάνω στο σχεδιασμό και στην πραγμάτωση μιας οργανωμένης στρατηγικής που θα εκτιμά, θα συναντά και θα καλύπτει στο βέλτιστο τις ανάγκες αυτές. Η μορφή της παρέμβασης διαφοροποιείται ανάλογα με την εθνική σύνθεση, το μορφωτικό επίπεδο, τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες του γυναικείου πληθυσμού, αλλά και τα γενικότερα χαρακτηριστικά της κοινότητας. Το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα κινηθεί οποιαδήποτε παρέμβαση στο γυναικείο πληθυσμό αναφοράς λογικό είναι να ανιχνεύει πρωταρχικά και κύρια τις ανάγκες για τα μείζονα προβλήματα υγείας των γυναικών που σχετίζονται με το φύλο, όπως ο καρκίνος του μαστού. Σε διεθνές επίπεδο, οι παρεμβάσεις με κύριο άξονα την πρόληψη των δύο παραπάνω καρκίνων έχουν 10 κυρίαρχη θέση στην προσπάθεια για βελτίωση της φροντίδας υγείας των γυναικών συνολικά⁵¹.

6.2 Πρόληψη του καρκίνου στα πλαίσια φροντίδας υγείας των γυναικών στην κοινότητα

Η πρόληψη της ασθένειας στο γυναικείο πληθυσμό στοχεύει στην πρόωπη και έγκαιρη ανίχνευση της νόσου, πριν αρχίσουν να εμφανίζονται κλινικά συμπτώματα. Οι παρεμβάσεις πρόληψης στηρίζονται στα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου με τη μέθοδο της διαλογής (screening). Ο προσυμπτωματικός έλεγχος απευθύνεται σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού και για να εφαρμοστεί πρέπει να πλήρη τα εξής κριτήρια:

- Η νόσος που ανιχνεύει πρέπει να αποτελεί συχνό και σημαντικό πρόβλημα για τον πληθυσμό
- Να είναι κατανοητή η φυσική ιστορία της νόσου
- Έπαρξη προσυμπτωματικού σταδίου της νόσου
- Έπαρξη αποδεκτής και αποτελεσματικής θεραπείας της νόσου
- Έπαρξη έγκυρης, αποτελεσματικής και αποδεκτής δοκιμασίας διάγνωσης για τη νόσο
- Το σύστημα υγείας πρέπει να διαθέτει την απαραίτητη για τη διάγνωση και τη θεραπεία υποδομή
- Προκαθορισμένο σημείο τομής για θεραπευτική αντιμετώπιση
- Αποδεκτό κόστος
- Συνεχής και όχι εφάπαξ παρακολούθηση του πληθυσμού

Υπάρχουν καλές θετικές ενδείξεις (good positive evidence) ότι τα παραπάνω κριτήρια πληρούνται σε πολύ μεγάλο βαθμό για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του

καρκίνου του τραχήλου μήτρας. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού είναι ο επόμενος σε σχέση με το βαθμό που πληρούνται τα παραπάνω κριτήρια. Η επιλογή των συγκεκριμένων καρκίνων για τους οποίους θα οργανωθεί η πρόληψη, καθορίζεται, επίσης, από τους παράγοντες κινδύνου, τη νοσηρότητα του γυναικείου πληθυσμού, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του και την ανίχνευση των αναγκών φροντίδας υγείας. Το τελικό μέτρο της επιτυχίας ενός προγράμματος screening για τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο τραχήλου μήτρας είναι η σημαντική μείωση της θνησιμότητας που προκαλείται από τις συγκεκριμένες νόσους στον πληθυσμό υπό screening⁵².

6.3 Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού αφορά κυρίως στην εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε εθνικό επίπεδο, τα οποία θα απευθύνονται σε άτομα ή ομάδες και θα εστιάζουν στη σημασία της πρόληψης, στην κατανόηση της ασθένειας και στα οφέλη της πρώιμης διάγνωσης. Πιο συγκεκριμένα, η αγωγή υγείας, ως εκπαιδευτική διαδικασία μέσα από διαπροσωπική επαφή κυρίως, ενημερώνει τον πληθυσμό για το συγκεκριμένο καρκίνο και αποσκοπεί στην αλλαγή συμπεριφοράς, στην αύξηση συμμετοχής των γυναικών στον προσυμπτωματικό έλεγχο και στην έγκαιρη αναζήτηση φροντίδας. Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού και μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο παρέμβασης, είναι η διατροφή, το σωματικό βάρος, η φυσική δραστηριότητα και η ιονίζουσα ακτινοβολία. Η συμβουλευτική, ως μια πιο προσωπική και εμπιστευτική διαδικασία, προσαρμοσμένη στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε γυναίκας, προσφέρει την αναγκαία γνώση για τον καρκίνο του μαστού και βοηθάει ατομικά τις γυναίκες στη λήψη αποφάσεων⁵³.

6.4 Δευτερογενής πρόληψη

6.4.1 Είδη συμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο μαστού

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού εστιάζεται κυρίως στην πρώιμη διάγνωσή του μέσω οργανωμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου. Μέθοδοι προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού είναι η αυτοεξέταση του μαστού, η κλινική εξέταση του μαστού και η μαστογραφία.

α) Αυτοεξέταση μαστού

Η αυτοεξέταση μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση του μαστού από την ίδια τη γυναίκα, με τέτοιο τρόπο, ώστε να μπορεί να διαπιστώσει αλλαγές και να απευθυνθεί έγκαιρα στις υπηρεσίες υγείας για περαιτέρω διερεύνηση. Από τον WHO συστήνεται ο συνδυασμός της με την κλινική εξέταση του μαστού και τη μαστογραφία, καθώς η μεμονωμένη χρήση της ως μέθοδος προσυμπτωματικού ελέγχου αμφισβητείται. Για τις γυναίκες από 40 και πάνω προτείνεται μηνιαία αυτοεξέταση. Σύμφωνα με δύο μεγάλες τυχαιοποιημένες πληθυσμιακές μελέτες, που διεξήχθησαν σε Ρωσία και Κίνα, η αυτοεξέταση του μαστού, ως μεμονωμένη μέθοδος προσυμπτωματικού ελέγχου, δεν μειώνει τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού. Αντιθέτως, αυξάνει τις επισκέψεις στις υπηρεσίες υγείας και τη χρήση παρεμβατικών διαγνωστικών μεθόδων για βλάβες που τελικά αποδεικνύονται καλοήθειες. Διατυπώνονται απόψεις που υποστηρίζουν ότι η μέθοδος της αυτοεξέτασης πρέπει να αντικατασταθεί με εκπαίδευση για την έγκαιρη αναγνώριση των σημείων του καρκίνου του μαστού από τις γυναίκες και την αναζήτηση άμεσης ιατρικής φροντίδας. Από την άλλη πλευρά, υποστηρίζεται ότι η αυτοεξέταση

μαστού συμβάλλει στην διατήρηση της επαφής και του ελέγχου των ίδιων των γυναικών πάνω στο σώμα τους, και ότι οι γυναίκες πρέπει να μάθουν, όχι το 'τι' να εξετάζουν αλλά το πώς να εξετάζουν το μαστό τους, δεξιότητα που αν διδαχτεί σωστά από επαγγελματίες υγείας, μπορεί να φέρει αποτελέσματα.

β) Κλινική εξέταση μαστού

Η κλινική εξέταση του μαστού μπορεί να γίνει από επαγγελματίες υγείας, όπως γιατρούς, μαίες, νοσηλεύτες και περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση. Προτείνεται οι γυναίκες 20-39 ετών να εξετάζονται κάθε 3 χρόνια και οι γυναίκες άνω των 40 ετών κάθε χρόνο. Περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση, ενώ συστήνεται 5λεπτη διάρκεια της εξέτασης για κάθε μαστό από καλά εκπαιδευμένο και έμπειρο εξεταστή. Σε έρευνα του 2000 στις ΗΠΑ, συμπεριλήφθηκαν 752.081 περιπτώσεις κλινικής εξέτασης μαστού, για το διάστημα 1995-1998. Διαπιστώθηκε ευαισθησία 59%, ειδικότητα 93% και θετική προγνωστική αξία 4% της κλινικής εξέτασης του μαστού. Σε γυναίκες πάνω από 50, η κλινική εξέταση των μαστών μπορεί να διαγνώσει 3%-5% των καρκίνων που διαφεύγουν της μαστογραφίας και σε γυναίκες 40-49 μπορεί να διαγνώσει 10% ή περισσότερο των καρκίνων που επίσης δε μπορεί να ανιχνεύσει η μαστογραφία. Ομάδα εργασίας της International Agency for Research on Cancer καταλήγει στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα της κλινικής εξέτασης του μαστού στη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού, είτε εφαρμόζεται μόνη της ως προσυμπτωματικός έλεγχος, είτε σε συνδυασμό με τη μαστογραφία⁵⁴.

γ) Μαστογραφία

Η μαστογραφία αποτελεί την πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενη και την πλέον αποτελεσματική μέθοδο προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού. Στηρίζεται στην αρχή της διαφορετικής απορρόφησης ακτινών X από το λιπώδη ιστό, τον ιναδενώδη ιστό, τους όγκους και τις επαβεστώσεις του μαστού. Η μέση απορροφούμενη δόση από το μαστικό αδένιο για κάθε μαστογραφική λήψη με σύγχρονο εξοπλισμό πρέπει να είναι 1-1,5 mGy⁴². Η ευαισθησία της μαστογραφίας ως εξέταση προσυμπτωματικού ελέγχου υπολογίζεται 52-82% με τη μέθοδο της επίπτωσης (ευαισθησία = 1 μείον την επίπτωση των ενδιάμεσων καρκίνων μαστού). Η ειδικότητά της εκτιμάται μεταξύ 90% και 95% και η θετική προγνωστική αξία μεταξύ 2% και 22%. Σε μία μελέτη υπολογίστηκε η ευαισθησία της μαστογραφίας ανάλογα με την ηλικία και βρέθηκε 62%, 88% και 85% για γυναίκες 40-49, 50-59 και 60-69 αντίστοιχα. Η πυκνότητα των μαστών επηρεάζει την ευαισθησία της μαστογραφίας. Όσο πιο πυκνοί είναι οι μαστοί, τόσο λιγότερο ευαίσθητη γίνεται η εξέταση. Η πυκνότητα μειώνεται με την ηλικία και τη χορήγηση ταμοξιφένης. Η ευαισθησία της μαστογραφίας αυξάνει με τη διπλή ανάγνωση κατά 10%-15%. Η ειδική ομάδα εργασίας της IARC, αξιολογώντας τα δεδομένα μελετών πάνω στην αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου με τη χρήση μαστογραφίας, κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα: α) υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις για μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού κατά 25%, με τη χρήση μαστογραφίας ως προσυμπτωματικού ελέγχου, σε γυναίκες 50-69 ετών. β) υπάρχουν περιορισμένες ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα της μαστογραφίας σε γυναίκες 40-49 ετών. Εάν συμπεριληφθούν όλες οι αξιόπιστες μελέτες, διαπιστώνεται μια μείωση της θνησιμότητας κατά 11% για τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. γ) δεν εξάγεται συμπέρασμα, από τις μέχρι τώρα εκτιμήσεις, για την αποτελεσματικότητα της μαστογραφίας σε γυναίκες μικρότερες των 40 και μεγαλύτερες των 69 ετών. Σε

συμφωνία με τα συμπεράσματα της IARC και με τις συστάσεις του Συμβουλίου της ΕΕ το 2003, οι Ευρωπαϊκές οδηγίες για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού σε πληθυσμιακό επίπεδο, προτείνουν τη διενέργεια μαστογραφίας ανά δύο χρόνια σε γυναίκες 50-69 ετών. Η αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου με μαστογραφία είναι, αποδεδειγμένα, μικρότερη σε γυναίκες 40-49 ετών. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στη μεγαλύτερη πυκνότητα των μαστών, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της ευαισθησίας της μαστογραφίας και συνεπώς σε μικρότερη ανιχνευτική δυνατότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου και σε αυξημένο ποσοστό ενδιάμεσων καρκίνων. Σύμφωνα με δεδομένα από Σουηδικές μελέτες, το μεσοδιάστημα ελέγχου με μαστογραφία είναι καθοριστικό για τις γυναίκες 40-49 ετών, καθώς το διάστημα 3 χρόνων μειώνει τη θνησιμότητα κατά 4%, ενώ ο ετήσιος έλεγχος τη μειώνει κατά 36%. Επίσης, στις γυναίκες 60-69 ετών, ο έλεγχος ανά 3 χρόνια, 2 χρόνια και 1 χρόνο, μειώνει τη θνησιμότητα κατά 34%, 39% και 44% αντίστοιχα. Τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να χρησιμοποιείται η ψηφιακή μαστογραφία, προσφέροντας χαμηλότερη ποσότητα ακτινοβολίας στο μαστό και επιπλέον εκτίμηση-ανάγνωση του μαστογραφικού αποτελέσματος από κομπιούτερ⁵⁵.

6.4.2 Προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο μαστού στην Ευρώπη

Ο καρκίνος του μαστού και η πρόωγη διάγνωσή του αποτελούν βασικές προτεραιότητες στα πλαίσια συντονισμένων δράσεων, προγραμμάτων, ψηφισμάτων και οδηγιών- συστάσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το πρώτο πρόγραμμα δράσης της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου», ξεκινάει το 1987 και στη συνέχεια, το 1990, δημιουργείται το Δίκτυο Ανίχνευσης Καρκίνου του Μαστού» (EBC5), με στόχο να επεκταθεί σε όλη την Ευρώπη ο έλεγχος με μαστογραφία και να διαμορφωθούν κοινές συστάσεις. Το 2006, ένα νέο Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με τον Καρκίνο του Μαστού στη διευρυμένη Ευρώπη, θέτει ως προτεραιότητα την ανάπτυξη στρατηγικών πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου του μαστού, σε όλες τις χώρες της διευρυμένης Ευρωπαϊκής Ένωσης. Έχει αποδειχτεί, ωστόσο, ότι η εφαρμογή των προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου καθορίζεται τελικά από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του πληθυσμού, τις προτεραιότητες της πολιτικής δημόσιας υγείας και από τις δυνατότητες χρηματοδότησης.

Στην Ευρώπη, ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού είναι είτε οργανωμένος σε εθνικά, περιφερειακά, πιλοτικά προγράμματα, είτε περιστασιακός. Τα πρώτα οργανωμένα προγράμματα ξεκίνησαν το διάστημα 1986-89 στις Σκανδιναβικές χώρες και στην Αγγλία. Εθνικά προγράμματα υπάρχουν στις χώρες Φινλανδία, Γαλλία, Ισλανδία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Σουηδία, Αγγλία, ενώ περιφερειακά προγράμματα λειτουργούν στις χώρες Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Ιρλανδία, Ιταλία, Νορβηγία, Πορτογαλία και Ισπανία. Στα πλαίσια του προγράμματος «Ευρώπη κατά του Καρκίνου», ξεκίνησαν από το 1986 να λειτουργούν πιλοτικά προγράμματα στις χώρες Γαλλία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Πορτογαλία, Ισπανία, Δανία, Γερμανία, Ιταλία και Λουξεμβούργο. Τα περισσότερα πιλοτικά εξελίχθηκαν στη συνέχεια σε περιφερειακά προγράμματα και μονάχα η Γαλλία και το Λουξεμβούργο άρχισαν να εφαρμόζουν οργανωμένο προσυμπτωματικό έλεγχο σε εθνικό επίπεδο. Στην πλειοψηφία τους, τα οργανωμένα προγράμματα έχουν πληθυσμό στόχο γυναίκες 50-69 ετών και ο έλεγχος πραγματοποιείται με μαστογραφία ανά 2 χρόνια. Στις χώρες που ο προσυμπτωματικός έλεγχος ξεκινάει από την ηλικία των 40 (Σουηδία, Γερμανία, Ουγγαρία), το μεσοδιάστημα είναι 1-1,5 χρόνος για τις γυναίκες 40-49 ετών. Στην Αγγλία, λόγω περιορισμού της χρηματοδότησης, το διάστημα είναι 3 χρόνια. Η αρχική μαστογραφία

είναι, στις περισσότερες χώρες, δύο λήψεων και οι επόμενες μίας ή δύο λήψεων, ενώ σε αρκετά προγράμματα εφαρμόζεται η διπλή ανάγνωση των μαστογραφιών, προκειμένου να αυξηθεί η ευαισθησία και ειδικότητα της εξέτασης. Τα αποτελέσματα ανακοινώνονται πάντα στις ίδιες τις γυναίκες, τα δεδομένα του προσυμπτωματικού ελέγχου καταγράφονται, όπως επίσης και εκείνα των επιπλέον διαγνωστικών διαδικασιών και των ανιχνευμένων καρκίνων. Τα ποσοστά κάλυψης του γυναικείου πληθυσμού-στόχου είναι της τάξης 50-89% και τα ποσοστά επαναπρόσκλησης για παρακολούθηση είναι 1-8%.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού. Στη νότια Ελλάδα και συγκεκριμένα στους νομούς Ηλείας και Μεσσηνίας, εγκρίθηκε το 1988 ένα πιλοτικό πρόγραμμα, στα πλαίσια του προγράμματος «Ευρώπη κατά του καρκίνου», με στόχο τη διερεύνηση της δυνατότητας εφαρμογής ενός οργανωμένου προγράμματος προσυμπτωματικής διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Ο πληθυσμός-στόχος ήταν γυναίκες 40-64 ετών. Χρησιμοποιήθηκε μηχανοργάνωση, δημιουργήθηκαν επιτροπές υποστήριξης από τοπικούς συλλόγους, οργανώσεις και φορείς. Υπήρχε κινητή μονάδα μαστογραφίας, όπου εξετάζονταν 45 γυναίκες την ημέρα με μαστογραφία δύο λήψεων. Το μεσοδιάστημα ελέγχου ήταν δύο χρόνια, υπήρχε διπλή ανάγνωση των αποτελεσμάτων, τα οποία αποστέλλονταν το αργότερο σε ένα μήνα στις ίδιες τις γυναίκες και όσες είχαν παθολογικά ευρήματα παραπέμπονταν για περαιτέρω έλεγχο σε κλινικές. Η εκτιμώμενη συμμετοχή των γυναικών μέσα στην πρώτη τετραετία ήταν της τάξεως 52,48%⁵⁶.

Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης για τον καρκίνο του μαστού έχει εκτιμηθεί με βάση την ελάττωση της θνησιμότητας που προκαλείται από τη νόσο. Οι εκτιμήσεις αυτές έχουν προκύψει από τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες (RCTs) και από μελέτες που αξιολογούν τις υπηρεσίες των οργανωμένων προγραμμάτων πρόληψης σε διάφορες χώρες. Τυχαιοποιημένες μελέτες (RCTs) έχουν δείξει μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού κατά 20%-35% για γυναίκες 50-69 ετών. Σε συστηματική ανασκόπηση της Cochrane Library, μονάχα δύο τυχαιοποιημένες μελέτες (Malmo και Καναδά) θεωρήθηκαν μεθοδολογικά αξιόπιστες και με βάση αυτές, από τον προσυμπτωματικό έλεγχο προέκυψε μείωση σχετικού κινδύνου 15% για θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού. Υποστηρίζεται μάλιστα ότι δεν είναι ξεκάθαρο αν ο προσυμπτωματικός έλεγχος κάνει περισσότερο καλό παρά κακό, καθώς οδηγεί σε υπερδιαγνώσεις και περιττές θεραπείες.

Η αποτελεσματικότητα των εφαρμοσμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου στα πλαίσια οργανωμένης πολιτικής δημόσιας υγείας αξιολογήθηκε σε χώρες όπως η Αγγλία, οι Σκανδιναβικές χώρες και η Ολλανδία. Με βάση τις μελέτες αξιολόγησης των προγραμμάτων αυτών, υπήρξε μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο μαστού 6%-32%, ανάλογα με τη χώρα, τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος και τα μεθοδολογικά εργαλεία της μελέτης⁵⁷.

6.4.3 Αρνητικές επιπτώσεις προσυμπτωματικού ελέγχου

Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών που συμμετέχουν στον προσυμπτωματικό έλεγχο δεν πάσχει από καρκίνο, δεν ωφελείται άμεσα από αυτό, ενώ υπάρχει πιθανότητα να υποστεί τις αρνητικές του συνέπειες. Μία από αυτές τις συνέπειες, τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα της μαστογραφίας, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας (ιατρικές επισκέψεις, διαγνωστικές μαστογραφίες, υπερηχογραφήματα, βιοψίες) και σε αυξημένο άγχος των γυναικών για την πιθανότητα καρκίνου. Σε μελέτη που έγινε στη Βρετανία, διαπιστώθηκε ποσοστό 3%-7% των ψευδώς θετικών μαστογραφιών σε σχέση με το σύνολο των μαστογραφιών που

πραγματοποιήθηκαν. Μια άλλη αρνητική συνέπεια του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η υπερδιάγνωση, με την έννοια της διάγνωσης και θεραπείας καρκίνων που δεν θα προκαλούσαν ποτέ συμπτώματα. Σε ανασκόπηση της Cochrane, υπολογίζεται ότι σε 10ετή προσυμπτωματικό έλεγχο 2000 γυναικών, 10γυναίκες θα χαρακτηριστούν καρκινοπαθείς και θα υποστούν θεραπεία, ενώ διαφορετικά πολύ πιθανόν να μην εκδηλωνόταν ποτέ ο καρκίνος. Σε ανασκόπηση των μελετών για την πρόκληση καρκίνου μαστού από την ακτινοβολία της μαστογραφίας, ο IARC συμπέρανε ότι οι περιπτώσεις αυτές είναι λίγες και ότι ο κίνδυνος ελαττώνεται στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

6.4.4 Σχεδιασμός προσυμπτωματικού ελέγχου για την πρόληψη

Σε συνεδρίαση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, τον Οκτώβριο του 2006, διατυπώθηκε σαφέστατα το αίτημά προς τα κράτη-μέλη για καθιέρωση προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου με μαστογραφία, σε εθνικό επίπεδο, με ποιοτικό έλεγχο και έμφαση στην πολιτική πληροφόρησης των γυναικών, προκειμένου να αυξηθεί η αποδοχή και η συμμετοχή τους στα προγράμματα αυτά. Ο έλεγχος του καρκίνου του μαστού βασίζεται πρωταρχικά και κύρια σε οργανωμένα εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, τα οποία στηρίζονται στην ποιοτική εφαρμογή της μαστογραφίας ως μεθόδου προσυμπτωματικού ελέγχου, με βάση συμφωνημένα σε τοπικό επίπεδο πρωτόκολλα και με σαφώς προσδιορισμένο πληθυσμό-στόχο. Ένα οργανωμένο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, στα πλαίσια του συστήματος υγείας, περιλαμβάνει τα εξής βήματα:

- Ταυτοποίηση του πληθυσμού-στόχου. Ο πληθυσμός-στόχος πρέπει να έχει σταθερή διαμονή και, με βάση τις Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες, όταν ο προσυμπτωματικός έλεγχος με μαστογραφία προσφέρεται σε οργανωμένα πλαίσια πολιτικής δημόσιας υγείας, καλούνται γυναίκες 50-69 ετών ανά 2 χρόνια. Εάν σε κάποιες χώρες ή περιοχές αποφασιστεί, σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα, προσυμπτωματικός έλεγχος για γυναίκες 40-49ετών, είναι απαραίτητο οι γυναίκες να ενημερώνονται για τις δυνατότητες και τους περιορισμούς του στην ηλικιακή αυτή ομάδα και το διάστημα μεταξύ των ελέγχων να είναι 12-18 μήνες,.

- Πρόσκληση των γυναικών σύμφωνα με τη βάση δεδομένων που έχει δημιουργηθεί από πηγές, όπως πληθυσμιακοί κατάλογοι, εκλογικοί κατάλογοι, λίστες ασφαλιστικών ταμείων, ιατρικοί φάκελοι ασθενών, μητρώα δήμων κ.α. Η πρόσκληση μπορεί να γίνει με επιστολή υπογεγραμμένη από τον οικογενειακό γιατρό, τηλεφωνικά ή με συνδυασμό επιστολής και τηλεφωνικής κλήσης.

- Διενέργεια μαστογραφιών. Η μαστογραφία διενεργείται σε οργανωμένα κέντρα ελέγχου ή σε κινητές μονάδες για δυσπρόσιτες περιοχές και γίνεται ιδανικά διπλή λήψη. Ο ποιοτικός έλεγχος και η εκπαίδευση του προσωπικού είναι υποχρεωτικοί. Οι χειριστές μαστογράφου έχουν καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα των μαστογραφιών και αποτελούν ζωτικό κομμάτι της διεπιστημονικής ομάδας ενός προγράμματος για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

- Ανάγνωση μαστογραφιών και αναφορά αποτελεσμάτων. Η διπλή ανάγνωση των μαστογραφιών ενδείκνυται στα κεντρικά οργανωμένα προγράμματα και είναι υποχρεωτική στα περιφερειακά. Οι ακτινολόγοι που διαγιγνώσκουν τις μαστογραφίες, πρέπει να έχουν ειδική και συνεχόμενη εκπαίδευση και συμμετοχή σε κεντρικά προγράμματα, με ανάγνωση τουλάχιστον 5.000 μαστογραφιών από προσυμπτωματικό έλεγχο ανά χρόνο.

- Ανακοίνωση των φυσιολογικών αποτελεσμάτων στις γυναίκες και του χρόνου επανεξέτασης. Η ανακοίνωση μπορεί να γίνει τηλεφωνικά, με επιστολή ή με διαπροσωπική επαφή.

- Περαιτέρω αξιολόγηση και παρακολούθηση γυναικών με ύποπτες ή σαφώς παθολογικές μαστογραφίες. Η ανακοίνωση παθολογικών αποτελεσμάτων δε γίνεται ποτέ τηλεφωνικά ή με επιστολή, αλλά προφορικά στις ίδιες τις γυναίκες με παρουσία συμβούλου. Τα πληθυσμιακά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου πρέπει να συνδέονται με κέντρα μαστού πολλαπλών ειδικοτήτων όπου γίνεται η παρακολούθηση και αντιμετώπιση των γυναικών με παθολογικά ευρήματα, ενώ θα πρέπει να λειτουργεί σύστημα υπενθύμισης για όσες γυναίκες δεν ακολουθούν τα πρωτόκολλα παρακολούθησης.

- Καταγραφή, παρακολούθηση και αξιολόγηση του προγράμματος. Κατά τη διαδικασία εκτέλεσης του προγράμματος η μηχανοργάνωση είναι απαραίτητη για την καταγραφή του πληθυσμού-στόχου, τη μέτρηση της συμμετοχής των γυναικών, την καταχώριση δεδομένων από τις μαστογραφίες και τις διαγνώσεις καρκίνου μαστού και ενδιάμεσων καρκίνων. Με τον τρόπο αυτό, παρέχεται γρήγορη και επιστημονική ανάλυση των αποτελεσμάτων του προγράμματος, η οποία συμβάλλει στην έγκαιρη αποτίμηση της μέχρι τότε πορείας του και στην παραπέρα βελτίωσή του⁵⁸.

6.4.5 Οικογενειακός γιατρός και προσυμπτωματικός έλεγχος

Οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται σε ένα πρόγραμμα οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου είναι: γιατροί δημόσιας υγείας, γενικοί γιατροί, γυναικολόγοι, ογκολόγοι παθολόγοι και χειρουργοί εξειδικευμένοι στο μαστό, νοσηλεύτες, μαιές, χειριστές μαστογράφων και ακτινολόγοι εκπαιδευμένοι στην εκτίμηση της μαστογραφίας. Το προσωπικό του προγράμματος πρέπει να διαθέτει εμπειρία και ειδική εκπαίδευση, πρέπει να επιμορφώνεται και να συνεργάζεται στα πλαίσια του προγραμματισμένου ποιοτικού ελέγχου.

Οι παρεμβάσεις εκπαιδευμένων Γενικών-Οικογενειακών Γιατρών, με συμβουλευτική πάνω στη σημασία του προσυμπτωματικού ελέγχου του μαστού, βοηθάει τις γυναίκες να πάρουν αποφάσεις με βάση τη σωστή ενημέρωση και αυξάνει τη συμμετοχή τους στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Η πρόσκληση στον προσυμπτωματικό έλεγχο έχει αποδειχτεί ιδιαίτερα αποτελεσματική όταν γίνεται με επιστολή υπογεγραμμένη από τον Οικογενειακό Γιατρό. Σε έρευνα, ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι οι παρεμβάσεις (εκπαιδευτικό υλικό, σύστημα υπενθύμισης) σε επίπεδο Π.Φ.Υ. για αύξηση της συμμετοχής των γυναικών έδωσαν αύξηση 4%-10% τον πρώτο χρόνο, ενώ τα επόμενα 2 χρόνια η συμμετοχή έπεσε στα προηγούμενα επίπεδα. Η πτώση της συμμετοχής πιθανόν οφείλεται στα προβλήματα στελέχωσης των υπηρεσιών υγείας, στην έλλειψη σταθερότητας και συνέχισης της φροντίδας και σε αλλαγές στις ασφαλιστικές παροχές των γυναικών.

6.4.6 Παράγοντες που σχετίζονται με τη μη συμμετοχή των γυναικών στον προσυμπτωματικό έλεγχο και στρατηγικές αντιμετώπισής τους

Η έρευνα πάνω στα χαρακτηριστικά των γυναικών που συμμετέχουν στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού έδειξε ότι τα χαρακτηριστικά αυτά είναι παρόμοια, ανεξάρτητα από χώρα ή πρόγραμμα. Γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, από φτωχότερα κοινωνικά στρώματα, γυναίκες που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές και γυναίκες διαζευγμένες,

χωρισμένες ή χήρες, έχουν λιγότερες πιθανότητες να συμμετέχουν στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Οι παράγοντες που συνδέονται ισχυρότερα με τη συμμετοχή των γυναικών είναι: α) η πρόσκληση ή υπενθύμιση για συμμετοχή β) η σύσταση από γιατρό γ) η κατανόηση των πλεονεκτημάτων του προσυμπτωματικού ελέγχου και η πεποίθηση ότι ο καρκίνος του μαστού μπορεί να θεραπευτεί δ) η αντίληψη προσωπικού κινδύνου ή το μέτριο άγχος για πιθανή νόσηση από καρκίνο του μαστού ε) η πρόσφατη διενέργεια test Pap ή η παροχή κάποιας άλλης ιατρικής φροντίδας⁵⁹.

Οι παράγοντες, από την πλευρά των υπηρεσιών υγείας, που επηρεάζουν τη συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο, έχουν να κάνουν κυρίως με τους επαγγελματίες υγείας. Η σύσταση του γιατρού είναι ο παράγοντας που κυρίως ωθεί τις γυναίκες να συμμετέχουν. Οι γυναίκες που συμμετέχουν σε άλλου είδους προσυμπτωματικό έλεγχο, όπως τεστ Παπανικολάου ή αυτοεξέταση μαστού και οι γυναίκες που έχουν μόνιμη και σταθερή φροντίδα από τις υπηρεσίες υγείας, είναι πιο πιθανό να προσέλθουν για προγραμματισμένο έλεγχο με μαστογραφία. Η απόσταση από τις υπηρεσίες υγείας, το κόστος της μαστογραφίας και η ασφαλιστική κάλυψη μπορούν, επίσης, να επηρεάσουν τη συμμετοχή των γυναικών. Στρατηγικές για την αύξηση της συμμετοχής των γυναικών στον προσυμπτωματικό έλεγχο με μαστογραφία έχουν μελετηθεί αρκετές. Σε ανασκόπηση της Cochrane Library διαπιστώθηκαν πέντε τέτοιες στρατηγικές παρέμβασης: γράμμα-πρόσκληση, ταχυδρομημένο εκπαιδευτικό υλικό, γράμμα-πρόσκληση σε συνδυασμό με τηλεφωνική κλήση, τηλεφωνική κλήση και εκπαιδευτικές δραστηριότητες σε συνδυασμό με υπενθύμιση των γυναικών για συμμετοχή.

Οι παρεμβάσεις στους επαγγελματίες υγείας και ειδικά στους γιατρούς, με σύστημα ηλεκτρονικής υπενθύμισης για πρόσκληση των γυναικών, είχαν καλά αποτελέσματα. Η συμβουλευτική, επίσης, εκπαιδευμένων Οικογενειακών Γιατρών πάνω στη σημασία του προσυμπτωματικού ελέγχου του μαστού αυξάνει τη συμμετοχή των γυναικών. Η εμπλοκή της κοινότητας με τους υπάρχοντες θεσμικούς φορείς και συλλογικότητες και η χρησιμοποίηση ομάδων συνομηλίκων, φίλων, συμβούλων υγείας από την κοινότητα και Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, έχουν συμβάλλει θετικά στη συμμετοχή των γυναικών. Μελέτες έχουν δείξει ότι ειδικές κοινωνικές ομάδες, όπως οι μειονότητες, οι φτωχές και ηλικιωμένες γυναίκες, ανταποκρίνονται καλά στις παρεμβάσεις από νοσηλευτές και εκπαιδευμένους συμβούλους από την κοινότητα, στους οποίους απευθύνονται συνήθως οι γυναίκες για περιποίηση, όπως π.χ. οι κομμωτές⁶⁰.

Κεφάλαιο 7^ο

Κλινικός- εργαστηριακός και διαγνωστικός έλεγχος

✓ Υπερηχογραφία

✓ Θερμογραφία

✓ Διαφρανοσκόπηση

✓ Παρακέντηση με λεπτή βελόνη

✓ Μαγνητική τομογραφία

✓ Γαλακτοφορογραφία

✓ Πνευμοκυστεογραφία

Κλινικός εργαστηριακός και διαγνωστικός έλεγχος

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι κλινική και εργαστηριακή. Κλινική: μόνο το 70% των καρκίνων μπορούν να διαγνωστούν με την κλινική εξέταση και του πιο έμπειρου ιατρού. Στο υπόλοιπο ποσοστό καταφεύγουμε σε διαγνωστικές μεθόδους. Η κλινική εξέταση του ύποπτου για καρκίνο μαστού απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή από μέρους του εξεταστή, γιατί από αυτή θα εξαρτηθεί η θεραπευτική αντιμετώπιση. Εργαστηριακή: στον εργαστηριακό έλεγχο, για την διάγνωση του καρκίνου του μαστού, ανήκουν, εξετάσεις αιματολογικές, κυτταρολογικές, ακτινολογικές, σπινθηρογραφικές κλπ.

7.1 Υπερηχογραφία

Το υπερηχογράφημα είναι μια απεικονιστική μέθοδος που στέλνει υψηλής συχνότητας ηχητικά κύματα στο μαστό και τα μετατρέπει σε εικόνες μέσω μιας ειδικής κεφαλής. Η έλλειψη ακτινοβολίας αποτελεί το κυριότερο πλεονέκτημα της μεθόδου. Το υπερηχογράφημα δεν χρησιμοποιείται ως αποκλειστική μέθοδος πρόληψης, αλλά συμπληρωματικά, κυρίως ως προς τη μαστογραφία. Αρκετές δημοσιευμένες μελέτες ανέδειξαν τη χρησιμότητα του υπερηχογραφήματος ως προληπτικής διαγνωστικής μεθόδου, ιδιαίτερα σε γυναίκες με πυκνούς μαστούς (περιπτώσεις όπου ο μαζικός αδένας καταλαμβάνει έκταση μεγαλύτερη του 50%). Όπως είναι γνωστό, η πυκνότητα των μαστών ελαττώνει σημαντικά την ευαισθησία της μαστογραφίας, με αποτέλεσμα να προκαλεί μείωση στη διακριτική της ικανότητα για πρόληψη του καρκίνου κατά 2-6 φορές. Στις περιπτώσεις αυτές η συμπληρωματική χρήση του υπερηχογραφήματος συμβάλλει στην ανίχνευση περισσότερων δυσδιάκριτων από τη μαστογραφία κακοηθειών. Αναφέρεται λοιπόν ότι, όταν χρησιμοποιήθηκε το υπερηχογράφημα ως προληπτική διαγνωστική μέθοδος σε ασυμπτωματικές γυναίκες (με προηγηθείσα φυσιολογική κλινική εξέταση) με πυκνούς μαστούς, παρατηρήθηκε αύξηση στο ποσοστό της ανίχνευσης κακοηθειών από 2,8 ανά 1.000 που ήταν μόνο με τη μαστογραφία σε 4,6 ανά 1.000. Όμως, η υποκειμενικότητα της μεθόδου, αφού εξαρτάται πλήρως από την πείρα και την ικανότητα του χρήστη, σε συνδυασμό με τα πολλά ψευδώς θετικά αποτελέσματά της, δηλαδή τη χαμηλή ευαισθησία της και την αδυναμία της να διακρίνει ενδοεπιθηλιακούς όγκους (DCIS), αποτελεί σημαντικό μειονέκτημα που αποκλείει τη χρήση της ως αποκλειστικής προληπτικής εξέτασης του μαστού, ακόμα και σε γυναίκες με σημαντική πυκνότητα του μαστού. Στην περίπτωση αυτή η MRI (μαγνητική μαστογραφία) του μαστού, που εμφανίζει εξαιρετικά αυξημένη ευαισθησία, αποτελεί την εξέταση εκλογής. Αντιθέτως, στην περίπτωση συμπτωματικών ασθενών, δηλαδή σε ασθενείς που η κλινική εξέταση ανέδειξε περιοχή ύποπτη για κακοήθεια, το υπερηχογράφημα αποδεικνύεται πολύ πιο ευαίσθητο από τη μαστογραφία, κάτι που γίνεται πιο έντονο σε ηλικίες νεότερες και σε επακόλουθα πυκνότερους μαστούς. Εδώ αναδεικνύονται και τα πλεονεκτήματα της μεθόδου, όπως η ικανότητά της να διακρίνει τα κυστικά από τα συμπαγή μορφώματα, τα καλοήγη από τα ύποπτα και να κατευθύνει τις παρακεντήσεις και τις βιοψίες όταν αποφασιστεί η ιστολογική τους διερεύνηση⁶¹.

7.2 Θερμογραφία

Θερμογραφία είναι μια εξέταση απεικόνισης θερμότητας. Αυτή η εξεταστική μέθοδος χαρακτηρίζει μια πραγματικότητα, η οποία καταγράφει τις διαφορετικές ζώνες

θερμοκρασίας των ιστών. Στην ιατρική στηρίζεται η αξία της θερμογραφίας στην πραγματικότητα, ότι οι ιστοί με ένα αυξανόμενο μεταβολισμό και μια αυξημένη αιμάτωση ακτινοβολούν περισσότερη θερμότητα από ότι «υγείς» ιστοί. Καρκινικοί ιστοί αναπτύσσονται ιδιαιτέρως γρήγορα, ο αυξημένος μεταβολισμός και η αυξημένη αιμάτωση τους συνεπώς εντοπίζονται με τη θερμογραφία. Υπάρχουν δύο είδη θερμογραφίας:

- Ηλεκτρονική θερμογραφία: η ακτινοβλούμενη από την εξωτερική επιφάνεια του σώματος θερμότητα συλλαμβάνεται από μια κάμερα υπέρυθρων ακτινών και απεικονίζεται σε ένα monitor ή σε φιλμ Polaroid.

- Θερμογραφία με δίσκο: ένα φύλλο με υγρούς κρυστάλλους τοποθετείται απευθείας πάνω στην προς εξέταση περιοχή του σώματος και τα αγγεία στην επιφάνεια του σώματος απεικονίζονται ανάλογα με το βαθμό της αιμάτωσης τους.

Στα πλαίσια της διαγνωστικής του μαστού έγκειται η αξία της θερμογραφίας κυρίως στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Όσο ταχύτερα αναπτύσσεται ο καρκίνος του μαστού, τόσο περισσότερη θερμότητα αποδίδεται και τόσο σαφέστερα απεικονίζεται με τη θερμογραφία. Η θερμογραφία μπορεί να εντοπίσει όγκους περίπου 1cm, δεν είναι όμως σε θέση να διαχωρίσει ένα όγκο από μια φλεγμονή. Σαν αποκλειστική εξεταστική μέθοδο πρέπει να απορριφθεί η θερμογραφία⁴.

7.3 Διαφανοσκόπηση

Η διαφανοσκόπηση είναι διαγνωστική μέθοδος στην οποία, με φωτεινή πηγή τοποθετημένη κάτω από το μαστό μέσα σε σκοτεινό χώρο, πετυχαίνουμε την εντόπιση αλλοιώσεων του μαστού. Η μέθοδος δεν θεωρείται αξιόπιστη, όταν χρησιμοποιείται μόνη της. Είναι απαραίτητο να συνδυάζεται με τη μαστογραφία. Στη διαφανοσκόπηση οι κύστες του μαστού ενισχύουν την φωτεινότητα, λόγω του περιεχομένου τους, και δημιουργούν φωτεινή περιοχή με ομαλά τα όρια της. Ο καρκίνος, αντίθετα, είναι αδιαφανής και δημιουργεί σκιερότητα⁵.

7.4 Παρακέντηση με λεπτή βελόνη

Η FNA είναι μια απλή και σύντομη ιατρική πράξη. Ο χώρος στον οποίο εκτελείται δεν απαιτεί ειδικές προδιαγραφές, ενώ όταν η παρασκευή, επίστρωση και μονιμοποίηση του υλικού γίνουν επί τόπου, η κυτταρολογική διάγνωση μπορεί να τεθεί μέσα σε λίγα μόλις λεπτά, γεγονός τεράστιας σημασίας τόσο για τον ασθενή όσο και για τον εντέλλοντα την κυτταρολογική εξέταση. Η μέθοδος χρησιμοποιείται ευρέως για τη διαγνωστική προσέγγιση ψηλαφητών αλλοιώσεων, κύστεων και μη ψηλαφητών μαστογραφικά ανιχνεύσιμων αλλοιώσεων. Η μέθοδος είναι πολύ πιο οικονομική από την χειρουργική βιοψία, χωρίς να υστερεί όσον αφορά την έγκαιρη διάγνωση μιας πιθανής νεοπλασματικής εξεργασίας.

Η διάγνωση μιας πιθανής καλοήθους εξεργασίας απαλλάσσει τον ασθενή από μια περιττή χειρουργική βιοψία, η δε διάγνωση μιας πιθανής κακοήθειας επιτρέπει τον γρήγορο σχεδιασμό του ανά περίπτωση ενδεδειγμένου θεραπευτικού- χειρουργικού πλάνου.

Το σημαντικότερο βήμα για την επιτυχία της FNA είναι η υπομονετική και ακριβής επιλογή της θέσης που πρόκειται να παρακεντηθεί. Ο ασθενής τοποθετείται με τέτοιο τρόπο ώστε η διόγκωση να είναι όσο το δυνατόν καλύτερα ψηλαφητή. Μια βελόνα 21-gauge χρησιμοποιείται συνήθως. Η λήψη του υλικού γίνεται ως επί το πλείστον με τη

χρήση μόνο της βελόνας, χωρίς εφαρμογή σύριγγας για αναρρόφηση. Η με ήπιους χειρισμούς παλινδρομική κίνηση της βελόνας προς όλες τις κατευθύνσεις μέσα στο εσωτερικό της παρακεντούμενης διόγκωσης αποδίδει σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις διαγνωστικό υλικό. Περίπου 6 περάσματα της βελόνας μέσα από τη διόγκωση θεωρούνται αρκετά. Μετά την απόσυρση της βελόνας από τη βλάβη, μια σύριγγα (των 20 mL) εφαρμόζεται στη βελόνα, έτσι ώστε με την πίεση του εμβόλου να επιτευχθεί η επίστρωση του υλικού σε αντικείμενο φόρες πλάκες. Αναρρόφηση με τη σύριγγα εφαρμόζεται μόνο σε περίπτωση παρακέντησης κυστικής εξεργασίας, το περιεχόμενο της οποίας πρέπει να εκκενωθεί εντελώς. Πριν την έξοδο της βελόνας από την παρακεντούμενη περιοχή, είναι απαραίτητη η διακοπή της εφαρμογής αρνητικής πίεσης. Σε περίπτωση που μετά την παρακέντηση δεν έχει επιτευχθεί η πλήρης εκκένωση μιας κύστης, τότε η παρακέντηση πρέπει να επαναλαμβάνεται αμέσως. Η χρήση αναισθητικού κατά την παρακέντηση δεν ενδείκνυται γιατί το τοπικό οίδημα που προκαλεί μπορεί να δυσχεράνει την εντόπιση της υπό παρακέντηση εξεργασίας. Χρήση αναισθητικού μπορεί να αποδειχτεί χρήσιμη μόνο σε περίπτωση παρακέντησης μεγάλων κύστεων οι οποίες παρουσιάζουν σημαντική ίνωση. Δεδομένου ότι τα περισσότερα νεοπλάσματα έχουν αστεροειδή μακροσκοπική όψη, η παρακέντηση της υπό διερεύνηση εξεργασίας πρέπει να στοχεύει στο κέντρο και όχι στην περιφέρεια της βλάβης.

Η ταχεία χρώση Giemsa (Hemacolor της Merk) χρησιμοποιείται για τον έλεγχο επάρκειας του υλικού και μια πρώτη εκτίμηση της βλάβης. Μέρος του υπολοίπου υλικού μονιμοποιείται με οινόπνευμα 96% και βάφεται με την τεχνική Papanicolaou και ένα άλλο μέρος του υλικού ξεραίνεται στον αέρα προκειμένου να βαφτεί με την χρώση Giemsa (Hemacolor της Merk). Τέλος ένα μέρος του υλικού μπορεί να διατηρηθεί σε μονιμοποιητικό διάλυμα προκειμένου να επεξεργασθεί σύμφωνα με τις μεθόδους κυτταρολογίας υγρής φάσης ή προκειμένου να εγκλεισθεί σε κύβους παραφίνης.

Οι αναφερόμενες επιπλοκές της παρακέντησης δια λεπτής βελόνης είναι σπάνιες. Η πιο συχνή από αυτές είναι η αιμορραγία. Σπανιότατα μπορεί να προκληθεί έμφρακτο της βλάβης, η οποία συνήθως είναι ινοαδένωμα, με αποτέλεσμα την δυσχερή επιβεβαίωση της αρχικής κυτταρολογικής διάγνωσης.

Η αναρρόφηση του περιεχομένου των κύστεων αποτελεί αυτή καθαυτή μια θεραπευτική πράξη. Έχει αποδειχτεί ότι μόνο το 2% των κύστεων αφορούν σε κυστικοποιημένα κακοήγη νεοπλάσματα. Μια άλλη μελέτη υπολόγισε ότι μόλις το 0,3% των σύνθετων κυστικών αλλοιώσεων που ανιχνεύονται με υπερηχογραφικό έλεγχο αφορούν σε καρκινώματα. Η παρουσία άτυπων κυττάρων σε ένα παρακέντημα κύστης μαστού μπορεί πολλές φορές να οφείλεται σε αλλοιώσεις λόγω μακροχρόνιας συντηρητικής αντιμετώπισης της βλάβης. Παράλληλα πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι μερικά κυστικοποιημένα καρκινώματα αποδίδουν κατά την παρακέντηση υλικό που μοιάζει πάρα πολύ με αυτό των καλοηθών κύστεων. Σε περίπτωση που το υλικό αυτών των αλλοιώσεων δεν υποβληθεί σε κυτταρολογικό έλεγχο, τα υποκρυπτόμενα καρκινώματα θα διαφύγουν της διάγνωσης και άρα της ενδεικνυόμενης θεραπείας.

Η διαγνωστική ακρίβεια της παρακέντησης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητα του ιατρού που την εκτελεί. Η διαγνωστική ευαισθησία ποικίλει από 65% έως 98% και η διαγνωστική ειδικότητα από 34% έως 100%. Η πιθανότητα ψευδώς θετικής απάντησης είναι εξαιρετικά μικρή και ποικίλει από 0% έως 2%. Αντίθετα οι ψευδώς ύποπτες απαντήσεις μπορεί αν φτάσουν ακόμη και το 13%. Η διαγνωστική ακρίβεια της παρακέντησης ψηλαφητών και μη ψηλαφητών αλλοιώσεων του μαστού δε διαφέρει σημαντικά. Η πιθανότητα ψευδώς αρνητικής απάντησης αυξάνει όσο μικρότερη εμπειρία έχει ο ιατρός στη διενέργεια παρακεντήσεων και στην αξιολόγηση των κυτταρολογικών ευρημάτων.

Ωστόσο η κυτταρολογική εξέταση δεν μπορεί να διακρίνει ανάμεσα σε ένα διηθητικό και ένα *in situ* πορογενές αδενοκαρκίνωμα. Επίσης δεν μπορεί να αναγνωρίσει την πιθανή καρκινική διήθηση αγγείων και λεμφαγγείων. Η κυτταρολογική διάγνωση ορισμένων μορφών καρκίνου, όπως του λοβιακού και του σωληνώδους καρκινώματος απαιτούν σημαντική εμπειρία, δεδομένου ότι η εικόνα των κυττάρων στις περιπτώσεις αυτές προσομοιάζει με εκείνη του φυσιολογικού μαστού. Οι κυτταρολογικές απαντήσεις τόσο της παρακέντησης μαστού όσο και της ρήσης θηλής κατηγοριοποιούνται σε πέντε διαγνωστικές κατηγορίες. Τα μη διαγνωστικά υλικά περιέχουν πολύ λίγα ή και καθόλου καλά διατηρημένα κύτταρα, με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατόν να τεθεί ασφαλής κυτταρολογική διάγνωση.

Η αρνητική κυτταρολογική διάγνωση είναι περισσότερο αξιόπιστη όταν συνοδεύεται από μια ειδική διάγνωση, όπως για παράδειγμα «ινοαδένωμα». Ο κλινικός ιατρός πρέπει να συσχετίζει τα κυτταρολογικά ευρήματα με τα αντίστοιχα ευρήματα της μαστογραφίας και της κλινικής εξέτασης (τριπλό τεστ). Εξάλλου μια αρνητική κυτταρολογική απάντηση δεν σημαίνει απαραίτητα ότι το υπό παρακέντηση ογκίδιο είναι καλοήθες ή ότι εφόσον υπάρχουν ύποπτα κλινικά ή μαστογραφικά ευρήματα δεν επιτρέπεται η λήψη βιοψίας για τον αποκλεισμό τυχόν κακοήθειας.

Η διαγνωστική κατηγορία των άτυπων κυτταρολογικών ευρημάτων χρησιμοποιείται για την περιγραφή δειγμάτων από αλλοιώσεις που παρουσιάζουν μικρή πιθανότητα κακοήθειας, ωστόσο απαιτούν ιστολογικό έλεγχο. Η διαγνωστική κατηγορία των ύποπτων για κακοήθεια κυτταρολογικών ευρημάτων χρησιμοποιείται για την περιγραφή δειγμάτων από αλλοιώσεις που είναι μάλλον κακοήθεις, ωστόσο τα άτυπα κύτταρα είναι πολύ λίγα, κακοδιατηρημένα ή δυσδιάκριτα λόγω έντονης φλεγμονής ή νέκρωσης του υποστρώματος, με αποτέλεσμα η ασφαλής διάγνωση κακοήθειας να τίθεται εν αμφιβόλω. Και εδώ είναι απαραίτητος ο ιστολογικός έλεγχος της υπό διερεύνηση εξεργασίας.

Η διαγνωστική κατηγορία των ύποπτων για κακοήθεια κυτταρολογικών ευρημάτων χρησιμοποιείται για την περιγραφή δειγμάτων από αλλοιώσεις οι οποίες παρουσιάζουν αναμφισβήτητους κυτταρολογικούς χαρακτήρες κακοήθειας. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται η διεγχειρητική επιβεβαίωση της κυτταρολογικής διάγνωσης με ταχεία βιοψία, ωστόσο μερικοί χειρουργοί προχωρούν κατευθείαν σε μαστεκτομή ή ευρεία τοπική εκτομή. Για το λόγο αυτό, ο κυτταρολόγος δεν πρέπει να χαρακτηρίζει ως «θετική για κακοήθεια» καμία αλλοίωση για την οποία δεν είναι απολύτως σίγουρος και εάν διατηρεί 4 την οποιαδήποτε επιφύλαξη, καλό είναι να χρησιμοποιεί την διαγνωστική κατηγορία «ύποπτη για κακοήθεια».

7.5 Μαγνητική τομογραφία

Ο μαστός αποτέλεσε ένα από τα πρώτα πεδία εφαρμογής της Μαγνητικής Τομογραφίας (MT). Ωστόσο, ήταν στα τέλη της δεκαετίας του '80 που η εισαγωγή στην κλινική πράξη των παραμαγνητικών σκιαγραφικών ουσιών αύξησε δραματικά την ευαισθησία της μεθόδου αναφορικά με την κύρια κλινική της ένδειξη, τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Σήμερα, η Μαγνητική Μαστογραφία (MM) είναι μέθοδος ευρέως αποδεκτή στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Στην Ελλάδα, δεν έχει ενσωματωθεί στην καθημερινή κλινική πράξη και εφαρμόζεται σε ελάχιστα κέντρα. Οι λόγοι είναι κυρίως δύο: ανεπαρκής ενημέρωση των κλινικών ιατρών, που ασχολούνται με τα προβλήματα του μαστού, σχετικά με τις ενδείξεις και τους περιορισμούς της μεθόδου και οι τεχνικές ιδιαιτερότητες αυτής.

7.6 Γαλακτοφορογραφία

Η γαλακτοφορογραφία είναι ένας ειδικός τύπος μαστογραφίας, κατά την οποία οι μεμονωμένοι γαλακτοφόροι πόροι απεικονίζεται με τη βοήθεια ενός σκιαγραφικού. Μια γαλακτοφορογραφία συνιστάτε τότε, όταν από τη θηλή εξέρχεται ύποπτο έκκριμα. Το έκκριμα μπορεί να πρόκειται τόσο για αίμα, όσο και για διαυγές υγρό. Κάθε ετερόπλευρη έκκριση από την θηλή του μαστού είναι ύποπτη για μεταβολές μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους. Η γαλακτοφορογραφία θα πρέπει να αναζητήσει την αιτία αυτής της μεταβολής. Στη θηλή εκβάλλουν όλοι οι γαλακτοφόροι πόροι. Για τον λόγο αυτό αρχίζει η γαλακτοφορογραφία με την απεικόνιση των σημείων εκβολής των γαλακτοφόρων πόρων, προκειμένου να διαγνώσουμε, από ποιόν γαλακτοφόρο πόρο εξέρχεται το έκκριμα. Από το σημείο αυτό της εκβολής του γαλακτοφόρου πόρου ενίεται με μια ειδική προς αυτό βελόνη σκιαγραφικό υγρό. Στην ακτινογραφία εμφανίζεται ο γαλακτοφόρος πόρος σαν λευκή γραμμή, του οποίου η δομή περιέχει τη δυνατότητα για συμπεράσματα για τον εύρος και την κατάσταση των τοιχωμάτων του γαλακτοφόρου πόρου⁴.

7.7 Πνευμοκυστεογραφία

Πνευμονοκυστεογραφία είναι η μαστογραφική απεικόνιση του μαστού ύστερα από παρακέντηση κύστης, αφαίρεση του περιεχομένου της και εμφύσηση αέρα μέσα στη κοιλότητα της. Την πνευμοκυστεογραφία εκτελούμε, γιατί η μαστογραφία δε μπορεί πάντα να διαγνώσει ενδοκυστικούς όγκους, εκτός αν εμφανίζουν επασβεστώσεις ή άλλα μαστογραφικά σημεία διήθησης. Επίσης, η υπερηχογραφία μπορεί να διακρίνει τη κύστη και το υγρό μέσα σ' αυτή, αλλά σπάνια διακρίνει μόρφωμα, που μπορεί να υπάρχει μέσα στην κύστη. Ο αέρας που θα εισαχθεί στην κύστη, απορροφάται σε αρκετές ημέρες γι' αυτό ο μαστογραφικός έλεγχος γίνεται ύστερα από τρεις μήνες. Επανάληψη του, για τον έλεγχο των κύστεων, μπορεί να γίνει σε 8 μήνες ή 1 χρόνο. Ένας τέτοιος έλεγχος απαλλάσσει τη γυναίκα από χειρουργική επέμβαση, για την εξαίρεση της κύστης, όταν δεν διαπιστωθεί ενδοκυστικός όγκος και όταν η κυτταρολογική εξέταση του περιεχομένου της κύστης⁵.

7.8 Σπινθηρογράφημα

Το σπινθηρογράφημα είναι μια περαιτέρω εξέταση για τη διαπίστωση τυχών οστικών μεταστάσεων. Για το σκοπό αυτό ενίεται ενδοφλεβίως μια ασθενής ραδιοενεργή ουσία. Με την πάροδο κάποιου χρόνου αποθηκεύεται προσωρινά σε όλα τα οστά. Τμήματα οστών με έντονη δραστηριότητα κατακρατούν περισσότερη ραδιοενεργό ουσία απ' ότι σε άλλα τμήματα οστών. Οι οστικές μεταστάσεις παριστάνουν τμήματα με έντονη δραστηριότητα. Στο σπινθηρογράφημα τα τμήματα αυτά εντοπίζονται από εντονότερο εμπλουτισμό τους σε ραδιοενεργές ουσίες⁴.

Κεφάλαιο 8^ο

Θεραπευτικές μέθοδοι-νοσηλευτικές παρεμβάσεις στον καρκίνο μαστού

- ✓ Χειρουργική θεραπεία*
- ✓ Πιθανά προβλήματα-επιπλοκές χειρουργικής
θεραπείας*
- ✓ Χημειοθεραπεία*
- ✓ Ακτινοθεραπεία-νοσηλευτική παρέμβαση*
- ✓ Ορμονοθεραπεία-νοσηλευτική παρέμβαση*

Θεραπευτικές μέθοδοι-νοσηλευτικές παρεμβάσεις στον καρκίνο μαστού

Οι σύγχρονες μέθοδοι θεραπείας του καρκίνου του μαστού έχουν σταδιακά αυξήσει το όριο επιβίωσης από την ασθένεια. Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και προϋποθέσεις όπως το στάδιο του όγκου, η ηλικία, η οποία διακρίνεται σε προεμμηνοπαυσιακή και μεταεμμηνοπαυσιακή, το μέγεθος του όγκου, η ταξινόμησή του κάτω από το μικροσκόπιο και η ορμονοεξάρτηση του.

Για τα αρχικά στάδια της νόσου συνήθως συστήνεται η χειρουργική αφαίρεση μέρους ή ολόκληρου του μαστού, ενώ επέρχεται η ακτινοθεραπεία στην περιοχή προκειμένου να καταστραφούν όλα τα καρκινικά κύτταρα που έχουν απομείνει στην περιοχή. Ενδέχεται να χορηγηθεί από τον θεράποντα ιατρό επιπρόσθετη φαρμακευτική αγωγή με σκοπό τον καλύτερο έλεγχο και για προληπτικούς λόγους στην εξάπλωση του καρκίνου του μαστού. Αυτή η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να περιλαμβάνει την χημειοθεραπεία ή την ακτινοθεραπεία ή ακόμα και τον συνδυασμό τους.

Αν η διάγνωση του καρκίνου του μαστού γίνεται ήδη σε προχωρημένο στάδιο ή η ασθένεια έχει προχωρήσει σε μεταγενέστερο χρόνο, τότε σαφώς ενδείκνυται η χορήγηση της χημειοθεραπείας ή και της ορμονοθεραπείας. Το είδος και η ποσότητα των φαρμάκων που θα χορηγηθούν εξαρτώνται από τα όργανα που έχουν προσβληθεί⁶².

8.1 Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου στο μαστό, δηλαδή η λεγόμενη μαστεκτομή, αποτέλεσε την αρχαιότερη μέθοδο θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Πρώτος ο Halsted εφάρμοσε το 1981 την τεχνική της ριζικής μαστεκτομής, η οποία αποτέλεσε το σημείο εκκίνησης για πολλές εγχειρήσεις που εφαρμόζονται σήμερα στον καρκίνο του μαστικού αδένου. Έτσι, σήμερα, η μαστεκτομή μπορεί να είναι ριζική, τροποποιημένη ριζική, μερική, απλή ή ογκεκτομή. Το είδος της επέμβασης που θα επιλεγεί εξαρτάται από το μέγεθος και τη θέση του όγκου, από την έκταση εξάπλωσης του καρκίνου, από την ηλικία και την κατάσταση της υγείας της γυναίκας.

8.1.1 Ριζική μαστεκτομή

Περιεγράφη το 1894 από τον Halsted και Meyez και συνιστάται στην en block εξαίρεση του μαστού, των θωρακικών μυών, μείζονος και ελάσσονος και των αδενών της μασχάλης. Η ριζική μαστεκτομία, αποτελούσε την κύρια μέθοδο χειρουργικής θεραπείας του μαστού, μέχρι το 1970 περίπου.

8.1.2 Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομία

Η εγχείρηση, εκτός από το μαστό, τους μυς και τους μασχαλιαίους λεμφαδένες, περιλαμβάνει και την εξαίρεση των αδένων της έσω μαστικής. Λίγοι χειρουργοί τη συνιστούν και πολύ λίγες τέτοιες εγχειρήσεις έχουν γίνει μέχρι σήμερα.

8.1.3 Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Η TRM εφαρμόζεται σε περιπτώσεις διηθητικού καρκινώματος του μαστού, εκεί όπου δεν μπορεί να εφαρμοστεί συντηρητική επέμβαση π.χ. τμηματεκτομή. Συνιστάται στην εξαίρεση του μαστού, των λεμφαδένων της μασχάλης και του ελάσσονος θωρακικού μυός. Οι Patey και Hadley απέδειξαν αργότερα ότι το αποτέλεσμα της εγχείρησης ήταν εξίσου καλό με της ριζικής μαστεκτομίας, ενώ το κοσμητικό αποτέλεσμα, λόγω της διατηρήσεως του μυός, καλύτερο. Επίσης είναι δυνατόν να διατηρηθεί και ο ελάσσων θωρακικός μυς, με καλύτερο ίσως αποτέλεσμα. Η εγχείρηση αυτή αποτελεί την εναλλακτική λύση εφ' όσον δεν μπορεί να διατηρηθεί ο μαστός.

8.1.4 Μερική μαστεκτομή

Οι επεμβάσεις, που έχουν σκοπό να διατηρήσουν τον μαστό, είναι:

I. η ογκεκτομή (1mm υγιές όριο)

II. η τμηματεκτομή με εξαίρεση τουλάχιστον 2 cm υγιούς βάσης, γύρω από τον όγκο, η τεταρτεκτομή, κατά την οποία αφαιρείται ολόκληρο το τεταρτημάριο του μαστού που φέρει τον όγκο. Ο καθαρισμός της μασχάλης συνήθως είναι πλήρης (I, II, III επίπεδα, ή μερικός (I και II επίπεδο)ή δειγματοληπτικός (sampling) ή χαμηλός (I επίπεδο). Υποστηρίζεται από πολλούς ότι εφόσον οι λεμφαδένες της μασχάλης είναι αρνητικοί αρκεί ο μερικός (I και II επίπεδο) καθαρισμός, εφ' όσον όμως είναι διηθητικοί πρέπει να γίνεται πλήρης (I, II, III επίπεδο) καθαρισμός της μασχάλης³.

8.1.5 Απλή μαστεκτομή

Συνήθως εφαρμόζεται σε Λοβιακό και Πορογενές καρκίνωμα in Situ.

8.1.6 Υποδόρια μαστεκτομή

Δεν θα πρέπει να κατατάσσεται στις επεμβάσεις που είναι κατάλληλες για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, καθόσον επιτρέπει την παραμονή εκτός της θηλαίας άλου και υπολοίπου μαστού μετά την εκτέλεση της⁷.

8.1.7 Ογκεκτομή

Η ογκεκτομή, η αφαίρεση δηλαδή του τμήματος του μαστού που περιλαμβάνει τον όγκο ή και μόνο του όγκου, αποτελεί την πιο σύγχρονη μέθοδο χειρουργικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού. Εφαρμόζεται σε ασθενείς με νεόπλασμα σταδίου I και συμπληρώνεται από ακτινοθεραπεία. Συνήθως σήμερα χρησιμοποιείται η μαστεκτομή και η ογκεκτομή. Οι ριζικές και υπερριζικές επεμβάσεις εγκαταλείφθηκαν τα τμηματεκτομή στα στάδια I+II και συνδυάζονται με ακτινοβολίες και καθαρισμό μασχάλης. Σε ασθενείς που έχουν έμμηνο ρύση, δίδεται τελευταία χρόνια και εκτελούνται μόνο η απλή μαστεκτομή και η χημειοθεραπεία εφόσον η μασχάλη είναι θετική και αντιστρογόνα (π.χ. Tamoxifen). Μετά το πέρας της θεραπείας γίνεται Follow –up, παρακολούθηση δηλαδή της ασθενούς για δυο λόγους:1) με σκοπό την έγκαιρη διάγνωσή στον άλλο μαστό 2)ανακάλυψη μεταστάσεων. Στην αρχή ο έλεγχος γίνεται κάθε 3-4 μήνες τον πρώτο χρόνο, αργότερα κάθε 6 μήνες μέχρι τα 5 χρόνια και

αργότερα κάθε χρόνο. Η εγκυμοσύνη επιτρέπεται 5 χρόνια μετά το πέρας της θεραπείας ενώ υπάρχει δυνατότητα πλαστικής επέμβασης 6 μήνες μετά, και στο στάδιο I και II (εμφύτευση θηλής)⁴⁶.

8.2 Πιθανά προβλήματα-επιπλοκές χειρουργικής θεραπείας

Τα πιθανά προβλήματα και οι επιπλοκές που θα ακολουθήσουν μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης είναι οίδημα άκρου ,συλλογή υγρού ή αίματος στο τραύμα (seroma\hematoma), νεκρώσει των χειλιών του τραύματος ,φλεγμονή τραύματος ,αδυναμία –περιορισμός κινητικότητας του άκρου και κόπωση .Ο τραυματισμός ή η πίεση της περιοχής κατά την διάρκεια της επέμβασης μπορεί να προκαλέσει αιμωδίες και παραισθησίες. Στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο ο νοσηλευτής ελέγχει για ύπαρξη μόλυνσης ή για τυχόν αλλαγή στο χρώμα του υγρού της παροχέτευσης .Παράλληλα εκπαιδεύει την ασθενή και την οικογένεια της για της επιπλοκές που πιθανόν να εμφανιστούν και τους εξηγεί τον τρόπο φροντίδας του τραύματος και της παροχέτευσης.

Το λεμφοίδημα είναι συχνή μετεγχειρητική επιπλοκή με ποσοστό εμφάνισης που φτάνει έως 62%.Προκειται για δυσλειτουργία στην ικανότητα απαγωγής της λέμφου με αποτέλεσμα την συσσώρευση του λεμφικού υγρού και το οίδημα που εμφανίζεται στο σύστοιχο άκρο .Οι συστάσεις που πρέπει να δίνονται προκειμένου να αποφευχθεί η δημιουργία του διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες α) αποφυγή τραυματισμού β) πρόληψη λοίμωξης γ) αποφυγή περίσφιξης του άκρου και δ) άσκηση⁶³.

Τα συνήθη μέτρα που λαμβάνονται είναι τα εξής :

- η χρήση προστατευτικών γαντιών κατά την διάρκεια εργασιών στο σπίτι ή στον κήπο
- αποφυγή παρακέντησης φλέβας, μέτρηση αρτηριακής πίεσης και ένεσης στο προσβεβλημένο χέρι
- άμεση αναφορά και θεραπεία εάν εμφανιστεί κάποιο σημείο λοίμωξης (ερυθρότητα ,πόνος)
- αποφυγή ανύψωσης βάρους
- αποφυγή βίαιων κινήσεων του άκρου
- χρήση μαλακών προσθετικών στήθους
- αποφυγή ενδυμάτων που περιορίζουν την σωστή κυκλοφορία του προσβεβλημένου άκρου
- ελάττωση λήψης αλατιού και αποφυγής καπνίσματος και αλκοόλ

Η θεραπεία που ακολουθείται σήμερα περιλαμβάνει α) φροντίδα δέρματος β) τεχνική μαλάξεων με σκοπό την παροχέτευση του λεμφικού υγρού γ) επίδεση του άκρου με ελαστικούς επιδέσμους και δ) κινησιοθεραπεία. Σε πολύ βαριές περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν ειδικές συσκευές με εναλλασσόμενη πίεση (interminet sequential pneumatic compression), χρήση φαρμάκων.

Η πληροφόρηση και η εκπαίδευση της ασθενούς σχετικά με τους κινδύνους δημιουργίας του λεμφοιδήματος , των μέτρων που πρέπει να λαμβάνει για την πρόληψη της δημιουργίας του και των τρόπων θεραπείας του, είναι απαραίτητη. Πρόσφατα έχει συστηθεί στις γυναίκες με λεμφοιδηματικό άκρο να φορούν ένα ειδικό βραχιόλι που να υποδεικνύει την ανάγκη αποφυγής μέτρησης αρτηριακής πίεσης και τρυπημάτων με βελόνα. Η καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να περιλαμβάνει την εκτίμηση του λεμφοιδήματος με τη μέτρηση της περιφέρειας σε διάφορα σημεία κατά μήκος του άκρου⁶⁴.

Οι ασκήσεις που θα εκτελέσει η ασθενής προκειμένου να αποφευχθεί ο περιορισμός κινητικότητας του άκρου θα πρέπει να εκτελούνται αμέσως μετά την επέμβαση. Ο

νοσηλευτής ενθαρρύνει να τις πραγματοποιήσει ενώ στην περίπτωση που αυτή είναι απρόθυμη τις δίδει συνεχή κατεύθυνση, συμβουλεύοντας την να πάρει αναλγητικά 30-45 λεπτά πριν την εκτέλεση των ασκήσεων. Η συνεργασία με τον φυσιοθεραπευτή κρίνεται απαραίτητη.

Οι ασκήσεις τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες έχουν σκοπό να προλάβουν ή να ελαττώσουν το οίδημα του άκρου και να προάγουν την κίνηση του μυ χωρίς αυτός να εκταθεί ασθενής θα πρέπει να προσπαθεί να επανακτήσει την κινητικότητα του ώμου κινώντας τον σε όλες τις κατευθύνσεις αρκετές φορές την ημέρα. Οι ασκήσεις αυτές θα πρέπει να συνεχιστούν για τουλάχιστον έξι μήνες μετά την εγχείρηση.

Είναι απαραίτητη η πληροφόρηση της ασθενούς από τον νοσηλευτή ότι κατά την διάρκεια των πρώτων έξι εβδομάδων μετά την εγχείρηση δεν μπορεί να φορά προθέματα στήθους. Αντί αυτού μπορεί να χρησιμοποιεί βαμβάκι τον στηθόδεσμο της το οποίο δεν ερεθίζει την τομή, ενώ παράλληλα μπορεί να την βοηθήσει να επιλέξει τον κατάλληλο τύπο προθέματος που τελικά θα χρησιμοποιηθεί⁶³.

8.3 Χημειοθεραπεία

Αντίθετα με πολλές άλλες επιθηλιακές κακοήθειες, ο καρκίνος του μαστού ανταποκρίνεται σε αρκετούς χημειοθεραπευτικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των ανθρακυκλινών, των αλκυλιωτικών παραγόντων, των ταξανών και των αντιμεταβολιτών. Πολλοί συνδυασμοί αυτών των παραγόντων έχει βρεθεί ότι βελτιώνουν κάπως τα ποσοστά απόκρισης, αλλά έχουν μικρή επίδραση στην διάρκεια της απόκρισης ή στην επιβίωση. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η μέση επιβίωση από τη διάγνωση της μεταστατικής νόσου είναι περίπου 2 έτη. Η επιλογή μεταξύ των πολύ φαρμακευτικών συνδυασμών εξαρτάται συχνά από το εάν είχε χορηγηθεί επικουρική χημειοθεραπεία, εάν ναι, τι τύπου. Μολονότι οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με επικουρικά σχήματα, όπως οι κυκλοφωσφαμίδη, η μεθοτρεξάτη και φθοριοουρακίλη, μπορεί ακολούθως να ανταποκριθούν στον ίδιο συνδυασμό σε περίπτωση μεταστατικής νόσου, οι περισσότεροι ογκολόγοι χρησιμοποιούν φάρμακα στα οποία οι ασθενείς δεν έχουν εκτεθεί προηγουμένως. Από τη στιγμή που η νόσος έχει εξελιχθεί μετά τη συνδυασμένη φαρμακευτική θεραπεία, είναι πιο σύνηθες να αντιμετωπιστούν με μεμονωμένους παράγοντες. Δεδομένης της σημαντικής τοξικότητας των περισσότερων φαρμάκων, η χρήση ενός μόνο αποτελεσματικού παράγοντα θα ελαχιστοποιήσει την τοξίκωση απαλλάσσοντας τον ασθενή από την έκθεση σε φάρμακα που θα είχαν μικρή αξία. Δυστυχώς, καμιά μορφή *in vitro* ελέγχου της φαρμακευτικής ευαισθησίας για την επιλογή των φαρμάκων που είναι πιο αποτελεσματικά σε συγκεκριμένο ασθενή δεν αποδείχθηκε χρήσιμη.

Οι περισσότεροι ογκολόγοι χρησιμοποιούν είτε μια ανθρακυκλίνη είτε πακλιταξέλη όταν αποτύχει το αρχικό σχήμα. Ωστόσο, η επιλογή πρέπει να σταθμίζεται με τις ατομικές ανάγκες. Η χρήση εξανθρωπισμένου αντισώματος κατά του *erbB2* [trastuzumab –Herceptin] σε συνδυασμό με την πακλιταξέλη μπορεί να βελτιώσει τα ποσοστά απόκρισης και την επιβίωση σε γυναίκες των οποίων οι μεταστατικοί όγκοι υπερεκφράζουν *erbB2*. Η παράταση της επιβίωσης είναι μέτρια με μεταστατική νόσο. Η εφαρμογή στην επικουρική θεραπεία μπορεί να αποδειχθεί ακόμα πιο ωφέλιμη. Τα τελευταία χρόνια σειρά νεώτερων παραγόντων έχει αποδειχθεί χρήσιμη στην επίτευξη αντικειμενικών ανταποκρίσεων σε προηγουμένως θεραπευθέντες ασθενείς και περιλαμβάνει φάρμακα όπως η γεμισιταβίνη, η καπεσιταβίνη, η ναβελμπίνη και η του στόματος ετοποσίδη.

8.3.1 Συμπληρωματική χημειοθεραπεία του καρκίνου μαστού

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

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

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

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

Γ) Η επιτυχία της προφυλακτικής χημειοθεραπείας, με τις λιγότερες οξείες ή χρονιές τοξικές επιδράσεις⁶⁵.

Η αρχή της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας βασίζεται στην παρατήρηση ότι (1) μικρότεροι όγκοι έχουν μεγαλύτερο ποσοστό ταχέως διαιρούμενων κυττάρων, (2) οι περισσότεροι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες είναι πιο αποτελεσματική στη καταστροφή κυττάρων που πολλαπλασιάζονται έντονα, (3) μικρότεροι όγκοι έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να είναι ανθεκτικοί στα φάρμακα, (4) η αναστολογική κατάσταση των ασθενών είναι πιο ευνοϊκή νωρίς στα στάδια της νόσου όταν είναι ασυμπτωματικές και (5) οι ασυμπτωματικοί ασθενείς μπορούν να ανεχθούν καλύτερα την θεραπεία από ότι εκείνες που εμφανίζουν συμπτώματα της ασθένειας. Η απόκριση στην συμπληρωματική θεραπεία βασίζεται στην επιβίωση χωρίς υποτροπή και στη συνολική επιβίωση. Η υποτροπή στις ασθενείς αυτές υποδηλώνει αποτυχία της θεραπείας. Δεδομένου ότι οι μικρομεταστάσεις δεν μπορούν να ανιχνευθούν κλινικά, τόσο οι ασθενείς που έχουν θεραπευτεί (με πρωτοπαθή θεραπεία) και εκείνες με μικρομεταστάσεις θα πρέπει να αντιμετωπιστούν. Είναι υποχρεωτική η προσεχτική εκτίμηση των κινδύνων και των ωφελειών της θεραπείας τόσο από την ασθενή όσο και τον θεράποντα πριν τεθεί η ασθενής σε τέτοια θεραπευτικά σχήματα²⁷.

8.3.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και θεραπεία

Ο γιατρός, σε συνεργασία με τον νοσηλευτή, αφού μελετήσει τις εναλλακτικές λύσεις και προσδιορίσει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα, καταλήγει στην επιλογή του καταλληλότερου είδους θεραπείας.

Ο νοσηλευτής, που έρχεται σε άμεση επαφή με την καρκινοπαθή, πρέπει να γνωρίζει και αντιμετωπίζει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας. Σε αυτές ανήκουν η αλωπεκία, η ναυτία, οι εμετοί, δερματικές αλαλαγές, οι διάρροια, η φθορά των αιμοφόρων αγγείων, η διαταραχή της σεξουαλικής επιθυμίας, της αυτοεκτίμησης και του σωματικού ειδώλου. Ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει την ασθενή να μειώσει το άγχος και την ανησυχία της για τα θεραπευτικά αποτελέσματα και να της γνωστοποιήσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες μπορεί να αυξάνονται σε ένταση κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά παρέρχονται μετά από αυτήν.

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

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

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

Οι τομείς που πιο συχνά και πιο δραματικά υφίσταται αλλαγές είναι αυτός της δραστηριότητας. Έτσι, παρατηρείται μείωση της κοινωνικής, επαγγελματικής, οικονομικής, συναισθηματικής, οικογενειακής και σεξουαλικής δραστηριότητας. Οι γυναίκες, φοβούμενες την εμφάνιση των ανεπιθύμητων ενεργειών από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, μειώνουν τις κοινωνικές συναναστροφές, αποδιοργανώνονται ή παραιτούνται από την εργασιακή δραστηριότητα, έτσι ώστε αυτές οι μεταβολές να εξαντλούν τις φυσικές και ψυχικές δυνάμεις τους και να τους προκαλούν έντονη συναισθηματική φόρτιση. Αλλά και η οικογενειακή και ερωτική ζωή της άρρωστης δοκιμάζονται σφοδρά, καθώς η γυναίκα λόγω της χημειοθεραπείας και συνεπειών της αποστασιοποιείται και δυσχεραίνει ανταπεξέλθει σε αυτούς τους τομείς. Ασφαλώς, στην κατάπτωση της ασθενούς συμβάλει και η οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας λόγω του υψηλού κόστους της φαρμακευτικής χημειοθεραπείας⁶⁵.

8.3.3 Χημειοθεραπεία προχωρημένου καρκίνου μαστού

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

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

- Αλκυλιόντες παράγοντες
- Αντιμεταβολιτές
- Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης
- Αντιβιοτικά
- Ορμόνες

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

- Ενδομυϊκώς
- Ενδοφλεβίως – ενδαρτηριακώς (με έγχυση ή απευθείας χορήγηση – bolus)
- Ενδοκοιλοτικώς (π.χ. ενδουπεζωκοτική)
- Υποδορίως
- Από το στόμα
- Τοπικώς στο μαστό

Οι συσκευασίες χορήγησης ποικίλουν ανάλογα με το φάρμακο και τη μέθοδο χορήγησης.

8.3.4 Μέτρα ασφάλειας για την ασθενή κατά τη χρήση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

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

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

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

Κατά την ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκων, ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει ότι :

- Τα περισσότερα χημειοθεραπευτικά σκευάσματα πρέπει να προφυλάσσονται από το φως.
- Να χρησιμοποιεί με ιδιαίτερη προσοχή τα σκευάσματα, γιατί κοστίζουν και οποιαδήποτε σπατάλη επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία των ασθενών.
- Κατά την ενδοφλέβια έγχυση των φαρμάκων, πρέπει να χρησιμοποιεί βελόνα Butterfly (πεταλούδα), να επιλέγει καλής ποιότητας φλέβες, όπως αυτές στη ράχη της άκρας χειρός, στον καρπό ή στον ωλεκρανιακό βόθρο, αποφεύγοντας τη φλεβοκέντηση σε ερεθισμένες περιοχές και πάνω από τρεις απόπειρες στο ίδιο σημείο.
- Πριν από την έναρξη της θεραπείας, χορηγεί φυσιολογικό ορό και παρακολουθεί την περιοχή για πιθανή μη ενδοφλέβια έγχυση του υγρού η οποία εκδηλώνεται με πόνο, ερυθρότητα, οίδημα στο σημείο φλεβοκέντησης, μη επιστροφή του αίματος στη σύριγγα μετά από αναρρόφηση. Μετά την έγχυση του φαρμάκου, η φλέβα ξεπλένεται με φυσιολογικό ορό.
- Σε υποψία έγχυσης του φαρμάκου έξω από τη φλέβα, ο νοσηλευτής βγάζει αμέσως τη βελόνα, σκεπάζει το σημείο με παγάκια, ενημερώνει το γιατρό, χορηγεί 100 mg υδροκορτιζόνης υποδορίως στο ύποπτο σημείο, απλώνει κρέμα υδροκορτιζόνης μέχρι να υποχωρήσει ο ερεθισμός και συμβουλεύει την ασθενή να τοποθετεί παγάκια κατά τη διάρκεια του πρώτου 24ώρου κάθε δέκα λεπτά. .
- Στο τέλος της νοσηλείας, γίνεται αναγραφή της με τη διαδικασία που ακολουθείται στο εκάστοτε ίδρυμα⁵⁶.

8.3.5 Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή χημειοθεραπείας

Μετά από ομαδική προσέγγιση της ασθενούς, καταβάλλεται προσπάθεια ανάπτυξης ενός θεραπευτικού προγράμματος, που εσωκλείει τις φυσικές και συναισθηματικές της ανάγκες.

Κύρια ευθύνη του νοσηλευτή είναι η προστασία της άρρωστης με τη χρήση ειδικού θαλάμου, έτοιμου για την αντιμετώπιση επιπλοκών και απαλλαγμένου από την παρουσία ξένων ατόμων.

- Ο νοσηλευτής πληροφορεί την καρκινοπαθή για τα αίτια των τοξικών ενεργειών των κυτταροστατικών φαρμάκων και μειώνει την ανησυχία της για την εμφάνισή τους.

- Παράλληλα με την διενέργεια της θεραπείας, ο νοσηλευτής μεταδίδει αρχές διδασκαλίας και καθοδηγεί την ασθενεί στην αποδοχή της θεραπείας και των ανεπιθύμητων ενεργειών της.

- Γίνεται γενική αξιολόγηση της ασθενούς με τη λήψη ιστορικού, που περιλαμβάνει πληροφορίες για τη θρέψη, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τη συναισθηματική κατάσταση και το μέχρι τώρα ιστορικό υγείας της⁵⁴.

8.3.6 Ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χημειοθεραπεία και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

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

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

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Λευκοπενία

Η λευκοπενία προέρχεται από μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων στο αίμα λόγω της καταστροφικής επίδρασης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Ο νοσηλευτής που συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα της καρκινοπαθούς, τονίζει τη σπουδαιότητα της αξιολόγησης του συχνού προσδιορισμού των λευκοκυττάρων και μεταβιβάζει ότι επικείμενη πτώση τους είναι προσωρινή και προκαλεί εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Έτσι, ο πυρήνας της νοσηλευτικής παρέμβασης αφορά την πρόληψη των λοιμώξεων στον εξασθενημένο οργανισμό της άρρωστης:

- Τακτική παρακολούθηση των λευκών αιμοσφαιρίων και του λευκοκυτταρικού τύπου. Σε απότομη πτώση αυτών, διακόπτεται η χημειοθεραπεία.

- Ενημέρωση της ασθενούς για τα γενικά συμπτώματα λοίμωξης, όπως η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, ο βήχας, ρίγη, οίδημα η ερυθρότητα και αύξηση της συχνότητας της ούρησης, και για το συχνό έλεγχο του δέρματος και των κοιλοτήτων, ώστε να προληφθούν σηψαιμικές εκδηλώσεις.

- Νοσηλεία της άρρωστης σε μονόκλινο δωμάτιο με περιορισμό των επισκεπτών, οι οποίοι πρέπει να φορούν ειδική μάσκα, γάντια και παπούτσια, και καθοδήγηση αυτής να αποφεύγει κλειστούς και πολυσύχναστους χώρους η να έρχεται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από λοιμώξεις.

- Εφαρμογή σχολαστικής ατομικής καθαριότητας στην καρκινοπαθή, με καθημερινό λουτρό και πλύσιμο των χεριών με αντισηπτικά υγρά. Τήρηση δίαιτας με περιορισμό λήψης ωμών φρούτων και λαχανικών, που δεν απολυμαίνοντας με το βρασμό.

- Σε περίπτωση ενδοφλέβιας έγχυσης, αλλαγή της συσκευής κάθε 24 ώρες και της θέσης της βελόνας κάθε 48 ώρες. Κατόπιν ιατρικής εντολής, ενίσχυση της ασθενούς με αντιβιοτικά.

Θρομβοπενία

Η θρομβοπενία οφείλεται στη μείωση των αιμοπεταλίων του αίματος, τα οποία συμμετέχουν στην πήξη του αίματος, έτσι ώστε μικρός τραυματισμός να αιτιολογεί την αιμορραγική διάθεση του οργανισμού του καρκινοπαθούς. Ο νοσηλευτής έχει σαν απώτερο σκοπό την αντιμετώπιση της θρομβοπενίας τη διδασκαλία της ασθενούς για αποφυγή των τραυματισμών:

- Συχνή παρακολούθηση των αιμοπεταλίων
- Μείωση όσο το δυνατόν περισσότερο των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων, που πιθανόν να προκαλέσουν μικροτραυματισμό, όπως οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις, η εφαρμογή υποκλυσμών, χορήγηση υπόθετων και θερμομέτρηση από τον πρωκτό.
- Εξήγηση της ασθενούς για τα ενδεικτικά σημεία αιμορραγίας, που περιλαμβάνουν ουλορραγίες, ρινορραγίες, αιματοουρία, μέλαινες κενώσεις και αιμόπτυση. Ενημέρωση αυτής, ότι η λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων, όπως τα σαλικυλικά (Aspirin, Epiral) αυξάνει την αιμορραγική διάθεση του οργανισμού.
- Τέλος, ο νοσηλευτής τονίζει τη σπουδαιότητα αποφυγής των μικροτραυματισμών και συνιστά ήπιους και επιφυλακτικούς χειρισμούς στην καθημερινή δραστηριότητα της καρκινοπαθούς.

Αναιμία

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα επιδρούν και στην Τρίτη κατηγορία των έμμορφων στοιχείων του αίματος, στα ερυθρά αιμοσφαίρια, προκαλώντας ελάττωση του αριθμού τους, δηλαδή αναιμία. Αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης της αναιμίας είναι η μετάγγιση αίματος, η οποία προϋποθέτει τη διάθεση φιαλών αίματος. **Στην αναιμία συνιστάται :**

- Παρακολούθηση της τιμής της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη (Τ. 14–18g/ml αίματος και 37–47% στις γυναίκες αντίστοιχα) και παρουσίας συμπτωμάτων, όπως αδυναμία, εύκολη κόπωση, ωχρότητα και ζάλη.
- Χορήγηση τροφών πλουσίων σε λευκώματα και σίδηρο η φαρμακευτική υποστήριξη του οργανισμού. Προτροπή για επαρκή ανάπαυση και μείωση των δραστηριοτήτων.

Ναυτία και έμετος

Η ναυτία και ο έμετος σχετίζονται με την ισχυρή φαρμακευτική δράση των κυτταροστατικών φαρμάκων και η έντασή τους εξαρτάται από την αντοχή της ασθενούς σε αυτά. **Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει :**

- Παρακολούθηση της συχνότητας, του χαρακτήρα και της ποσότητας των εμετών, διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών της άρρωστης.
- Λήψη προληπτικών μέτρων με χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων πριν από την έναρξη της θεραπείας κατά τη διάρκεια αυτής μετά από εντολή γιατρού.
- Εξασφάλιση επαρκούς θρέψεως της ασθενούς. Συμβουλές για μικρά και συχνά γεύματα, για εύπεπτες και μαλακές τροφές, για κρύα αφεψήματα και για τροφές που ανακουφίζουν τη δυσφορία του στομάχου, όπως τοστ, κράκερ, δημητριακά και φρυγανιές.
- Σε επικείμενη ναυτία, ενθάρρυνση της άρρωστης να αναπνέει βαθιά από το στόμα.

Διάρροια:

Η διάρροια αποτελεί ενδεικτικό σημείο της δράσης των χημειοθεραπευτικών και εμφανίζεται από την πρώτη ημέρα της θεραπείας.

Η ευθύνη του νοσηλευτή εσωκλείει :

- Συχνή αξιολόγηση του χρώματος, της ποσότητας και της περιεκτικότητας των διαρροϊκών κενώσεων και έλεγχος της ασθενούς για συμπτώματα αφυδάτωσης.
- Σύσταση για τήρηση ειδικού διαιτολογίου και αποφυγή τροφών που προκαλούν έντονη σύσπαση του εντέρου ή αφήνουν μεγάλο υπόλειμμα (όσπρια, ξηροί καρποί, λαχανικά, γλυκά φρούτα) ή επιτείνουν τη διάρροια (γαλακτοκομικά προϊόντα). Συνιστώνται τροφές πλούσιες σε κάλιο (μπανάνες, πορτοκάλια, πατάτες).
- Φροντίδα του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών με χορήγηση άφθονων υγρών και μικρών και συχνών υδαρών γευμάτων (νερό, τσάι, χυμοί φρούτων, αραιή σούπα).
- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με οδηγία γιατρού, σε περίπτωση που η διάρροια δεν αντιμετωπίζεται διαφορετικά.

Στοματίτιδα – Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας

Λίγο μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας, παρατηρείται καταστροφή κυττάρων του βλεννογόνου του στόματος, με αποτέλεσμα, να ατροφεί και οποιοσδήποτε μικροτραυματισμούς να καταλήγει σε εξέλκωση. Για την πρόληψη της στοματίτιδας, ο νοσηλευτής λαμβάνει τα ακόλουθα μέτρα :

- Λήψη οδοντιατρικού ιστορικού και ενημέρωση για τις συνήθειες της ασθενούς σχετικά με την φροντίδα της στοματικής κοιλότητας.
- Έλεγχος της στοματικής κοιλότητας της άρρωστης και αξιολόγηση της κατάστασής της. διδασκαλία αυτής για προληπτική υγιεινή του στόματος της.
- Καθοδήγηση για διατήρηση της υγρασίας του στόματος με τη λήψη τροφών, όπως φρούτα παγωτά, άφθονα υγρά και πολτοποιημένη μαγειρεμένη τροφή.

Για την αντιμετώπιση της στοματίτιδας, η νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει:

- Συχνή εκτίμηση της κατάστασης του στοματικού βλεννογόνου.
- Εξασφάλιση ενυδάτωσης και καθαριότητας στην στοματική κοιλότητα της καρκινοπαθούς.
- Χρήση διαλυμάτων, που θα συστήσει ο γιατρός, για την επούλωση της λύσης του βλεννογόνου του στόματος.

Αλωπεκία

Η πτώση των τριχών της κεφαλής είναι μια από της πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας. Είναι προσωρινή, αφού μετά το τέλος της θεραπείας, αρχίζει ξανά η ανάπτυξη της τριχοφυΐας. Η αλωπεκία εξαρτάται από την αντίδραση του οργανισμού της ασθενούς και από το συνδυασμό των χορηγούμενων φαρμάκων. Εδώ, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει την άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματά της σχετικά με τη διαφοροποίηση του σωματικού της ειδώλου :

- Ενημέρωση της καρκινοπαθούς για την αλωπεκία και για τη φυσιολογική επαναφορά του τριχωτού της κεφαλής μετά τη διακοπή της χημειοθεραπείας.
- Διδασκαλία για τη χρήση των μέσων, που αποτρέπουν την τριχόπτωση με: αποφυγή συχνών λουσιμάτων και χημικών καλλυντικών τεχνικών και εφαρμογή καπέλων ή περούκας. Ενημέρωση της γυναίκας, ότι μπορεί να ελαχιστοποιηθεί η αλωπεκία με πρόκληση τοπικής υποθερμίας με αυτοσχέδιους τρόπους, όπως π.χ. τοποθέτηση παγοκύστης.

Νευροτοξικότητα

Η νευροτοξικότητα έχει ανάλογη σχέση με το μέγεθος της δόσης των κυτταροστατικών φαρμάκων. Εμφανίζει δύο κατηγορίες εκδηλώσεων και από αυτές ο νοσηλευτής οφείλει να προστατέψει την ασθενή:

- Ήπιας νευροπάθειας, με χαρακτηριστικά σημεία ελαφρύ πόνο στο πόδια και χέρια και μυϊκή αδυναμία.

- Σοβαρότερης νευροπάθειας, όπως αταξία, απώλεια συντονισμού, παραλυτικό ειλεό, ψυχικές διαταραχές και ορθοστατική υπόταση.
- Η νοσηλευτική παρέμβαση είναι αντίστοιχη των συμπτωμάτων της νευροπάθειας μικρής ή μεγάλης βαρύτητας και καθορισμένη από της ιατρικές οδηγίες.

Νεφροτοξικότητα

Η νεφρική λειτουργία επηρεάζεται από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, καθώς αυτά μεταβολίζονται και αποβάλλονται από τους νεφρούς, με κίνδυνο να προκαλέσουν στο πέρασμά τους βλάβη σε αυτούς. Ενδεικτικό σημείο νεφροτοξικότητα αποτελεί η ολιγουρία, η οποία αν παραβλεφθεί, εξελίσσεται σε ανουρία και θάνατο.

Η παρεχόμενη φροντίδα εσωκλείει :

- Παρακολούθηση της λειτουργικότητας των νεφρών με εργαστηριακό έλεγχο και της εμφάνισης συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας (ολιγουρία, οιδήματα).
- Εκτίμηση του ισοζυγίου προσλαμβανομένων τροφών και αποβαλλομένων υγρών.
- Εφαρμογή μέσων (π.χ. φάρμακα, υγρά) που βοηθούν στη σταθεροποίηση των ενδεικτικών τιμών της νεφρικής λειτουργίας στα φυσιολογικά όρια.

Γεννητικό σύστημα

Συχνά, η χημειοθεραπεία είναι δυνατό να προκαλέσει διαταραχές στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας, οι οποίες εξαρτώνται από τον τύπο των φαρμάκων, την ηλικία της ασθενούς και τη γενική κατάσταση της υγείας της. Η νοσηλευτική παρέμβαση στοχεύει στην ενημέρωση της άρρωστης για τις επικείμενες αλλαγές :

- Στην έμμηνου ρύση, η οποία μπορεί να γίνει ακανόνιστη ή να διακοπεί εμφανίζοντας συμπτώματα εμμηνόπαυσης (εξάψεις).
- Στην ορμονική λειτουργία της ασθενούς με πρόκληση κνησμού, Καύσου και ξηρότητας του κολπικού επιθηλίου.
- Στη γονιμότητα της γυναίκας, προκαλώντας στειρώση, προσωρινή ή μόνιμη.
- Σε περίπτωση εγκυμοσύνης, συνιστάται αποφυγή έναρξης της θεραπείας ή έναρξης της μετά τη δωδέκατη (12η) εβδομάδα κυοφορίας⁶³.

8.3.7 Διδασκαλία καρκινοπαθούς

Η διδασκαλία της ασθενούς είναι σημαντικό τμήμα της χημειοθεραπείας και καθήκον του νοσηλευτή, προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα με τη συνεργασία της πάσχουσας και του περιβάλλοντός της και των μελών της ομάδας υγείας.

Η διδασκαλία περιλαμβάνει :

- Ενημέρωση για της ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισής τους.
- Ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών που εμφανίζουν αλλαγές στο σωματικό είδωλό τους.
- Σύσταση για σωστή διατροφή με ένα καλά ισορροπημένο διαιτολόγιο.
- Παροχή πληροφοριών μέσω έντυπου υλικού και ενθάρρυνση για ερωτήσεις και συζήτηση σχετικά με αυτό⁶⁵.

8.4 Ακτινοθεραπεία-νοσηλευτική παρέμβαση

Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού χρησιμοποιείται συνήθως μετεγχειρητικά ως συμπληρωματική θεραπεία της προηγηθείσας θεραπείας, επί ανεγχείρητων περιπτώσεων ,και παρηγορητικά σε περίπτωση μεταστάσεων.

Σημαντικότερη είναι η προσφορά της ιονίζουσας ακτινοβολίας, στον τοπικό και περιοχικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού, σε όλα τα στάδια. Όλες οι χειρουργικές μέθοδοι μπορούν να συνδυαστούν με ακτινοβολία. Θεωρητικά δόση 40 Gys αποστειρώνει τις μικροσκοπικές εστίες, δόση 50 -55 Gys μικροσκοπικές εστίες και 70-80 Gys είναι δυνατόν να αποστειρώσουν όγκους μεγάλης διαμέτρου. Η ακτινοβολία του μαστού γίνεται με ακτινοβολία εξ αποστάσεως, η ακτινοβολία αυτή είναι η γ, από τα μηχανήματα και Καισίου Κοβαλτίου ακτινοβολία Χ από γραμμικό επιταχυντή ή ηλεκτρόνια (σωματιδιακή) β) από γραμμικό επιταχυντή.

Ακτινοβολείται η περιοχή του μαστού ή του θωρακικού τοιχώματος, εφόσον έγινε μαστεκτομία και των επιχώριων λεμφαδένων, εάν χρειάζεται (μασχαλιαίοι, υπερκλειδίοι, έσω μαστικοί) με διάφορες τεχνικές και μετά κατάλληλο σχεδιασμό, με σκοπό να δοθεί η μεγαλύτερη δυνατή δόση στο μικρότερο δυνατό πεδίο, με τη μεγαλύτερη δυνατή ομοιογένεια. Η δόση που συνήθως μπορεί να δοθεί από απόσταση είναι 45-60 Gys σε 25-30 συνεδρίες³.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώνει την ασθενή για το είδος της θεραπείας, τις ανεπιθύμητες ενέργειες της και να την ενεργοποιήσει να συμμετάσχει ενεργά στη φροντίδα τους.

Η ψυχολογική υποστήριξη πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία είναι απαραίτητη. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας είναι: αλλαγές στο δέρμα, κόπωση, διαταραχές στον ύπνο, οίδημα μαστού και άκρου και αλλαγές αίσθησης στον μαστό.

Οι αλλαγές στο δέρμα είναι η πιο συχνή επιπλοκή που εμφανίζεται στις γυναίκες με συχνότητα 95% περίπου. Εμφανίζεται συνήθως με ερύθημα, φαγούρα, ευαισθησία, ξηρά και τελικά απολέπιση.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να δώσει οδηγίες σχετικά με τη φροντίδα του δέρματος. Η ασθενής θα πρέπει να διατηρεί το δέρμα της στεγνό και να αποφεύγει την χρήση αρωμάτων, σαπουνιών και κρεμών στην περιοχή της θεραπείας. Είναι προτιμότερο να φορά χαλαρά ρούχα ή μια βαμβακερή μπλούζα προκειμένου να προστατευτεί η περιοχή από αλλαγές θερμοκρασίας, αλλά και για να αποφεύγονται οι κακώσεις, η τριβή και η πίεση στην περιοχή. Μπορεί να κάνει μπάνιο χρησιμοποιώντας ζεστό ή κρύο νερό όχι όμως καυτό. Θα πρέπει να προσέχει να μην σβήσουν τα σημάδια της μελάνης στην περιοχή της θεραπείας και αυτοί μπορεί να το επιτύχει ρίχνοντας στην περιοχή νερό το οποίο το σκουπίζει απαλά. Επίσης θα πρέπει να αποφεύγει την ηλιοθεραπεία και να μην κολυμπά σε χλωριωμένες πισίνες προκειμένου να προστατευτεί το δέρμα της.

Στην περίπτωση που η αντίδραση του δέρματος είναι πολύ σοβαρή, της συστήνεται να χρησιμοποιεί κρέμες, οι οποίες μπορεί να είναι ελαφρά υδατικές ή λιπαρές ή ακόμα να περιέχουν βιταμίνη Α ενώ μπορεί να χρησιμοποιεί κρέμα aloe-Vera. Η κόπωση εμφανίζεται με συχνότητα περίπου 90% στις γυναίκες που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Τα επίπεδα της κόπωσης αυξάνονται κατά την διάρκεια της θεραπείας, μέγιστα επίπεδα στο τέλος της και ελάττωση μετά το τέλος αυτής. Η αντιμετώπιση της κόπωσης έχει περιγραφεί παραπάνω και σε αυτό το σημείο υπενθυμίζουμε ότι οι μικρές περιόδους ξεκούρασης και η ήπια άσκηση είναι αποτελεσματική της ανακούφισης.

Όταν εμφανίζονται διαταραχές στον ύπνο, ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την ασθενή να βλέπει τηλεόραση ή να διαβάσει ένα βιβλίο και να αποφεύγει τα παράγωγα της καφεΐνης πριν ξαπλώσει. Όσον αφορά την εμφάνιση των άλλων παρενεργειών η πιο κατάλληλη νοσηλευτική παρέμβαση είναι η ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με την ύπαρξη τους⁶⁶.

8.5 Ορμονοθεραπεία-νοσηλευτική παρέμβαση

Οι ασθενείς που λαμβάνουν ορμονική θεραπεία βιώνουν ανεπιθύμητες ενέργειες όπως αύξηση βάρους, εξάψεις, νυχτερινές εφιδρώσεις, κόπωση, ελάττωση της libido, ξηρότητα του κόλπου και επίδραση στη σεξουαλική λειτουργία. Με δεδομένο ότι οι περισσότερες από αυτές εμφανίζονται στο σπίτι, οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με την ύπαρξή τους και να λαμβάνουν κατάλληλες οδηγίες για την αντιμετώπισή τους.

Παλαιότερα γινόντουσαν εκτομές ωοθηκών σε νέες γυναίκες με ωοθηκική λειτουργία, εκτομή υποφύσεως ή επινεφριδίων ή ακτινοβολίες αδένων. Σήμερα δίδονται αντιστοιστρογόνα π.χ. Tamoxifen των 20 mg ημερησίως, που έχει την ίδια δράση που θα μπορούσε να επιφέρει η εκτομή ωοθηκών⁴⁶.

Η Ταμοξιφένη (Tamoxifen) ανήκει στην κατηγορία των αντιστοιστρογόνων και είναι η πιο συνηθισμένη μορφή ορμόνης που χρησιμοποιείται τόσο στη θεραπεία της σταθεροποίησης όσο και στη θεραπεία προχωρημένου καρκίνου του μαστού. Με απλά λόγια, η Ταμοξιφένη εμποδίζει την προσκόλληση των οιστρογόνων πάνω στα καρκινικά κύτταρα, περιορίζοντας έτσι τον πολλαπλασιασμό και την ανάπτυξη τους⁶⁷.

Μελέτες έχουν βρει ότι γυναίκες οι οποίες υποβάλλονται σε ορμονικό χειρισμό με ταμοξιφένη, έχουν στατιστικώς σημαντικά καλύτερη επιβίωση και ελεύθερο νόσου χρονικό διάστημα, ανεξάρτητα από το αν ήταν προ ή μετεμμηνοπαυσιακές και ανεξάρτητα από το αν είχαν θετικούς ή αρνητικούς υποδοχείς. Άλλωστε, είναι γνωστό ότι υπάρχει μια ανταπόκριση στη ταμοξιφένη στο 10-25% των περιπτώσεων με αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς. Απεδείχθη επίσης ότι η ταμοξιφένη έχει την δυνατότητα να προλάβει ένα 2^ο πρωτοπαθές καρκίνωμα στον άλλο μαστό, σε ένα ποσοστό 30% και να μειώσει τη θνησιμότητα από τον ήδη υπάρχοντα καρκίνο του μαστού σε ένα ποσοστό 30%. Επομένως, μπορεί να υποθέσει κανείς ότι η ταμοξιφένη μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως χημειοπροφύλαξη σε υψηλού κινδύνου (οικογενειακό ιστορικό και άλλα) γυναίκες.

Η ταμοξιφένη, εκτός των ανωτέρω, μειώνει τα τριγλυκερίδια, τα λιπίδια και τη χοληστερίνη, επομένως προστατεύει από τα καρδιαγγειακά επεισόδια, αυξάνει την καθήλωση του ασβεστίου στα οστά και προστατεύει από την οστεοπόρωση, αλλά προκαλεί και σε ένα πολύ μικρό ποσοστό, της τάξης του 3%, καρκίνο του ενδομητρίου, με αποτέλεσμα να υπάρχει μια σχετική επιφυλακτικότητα στη χορήγηση της, σαν χημειοπροφύλαξη³.

Η Ταμοξιφένη χορηγείται καθημερινά σε ταμπλέτες. Συνήθως προκαλεί κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες όπως: εξάψεις, τάση για πάχυνση, ξηρότητα του κόλπου καθώς και κοιλικές εκκρίσεις ενώ με την πάροδο του χρόνου υποχωρούν. Πολύ σπάνια είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκίνο του ενδομητρίου, όμως ακόμα και όταν αυτό συμβεί είναι θεραπεύσιμο. Η ορμόνη αυτή είναι συνήθως η πρώτη επιλογή ορμονοθεραπείας σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου του μαστού ενώ παράλληλα υπάρχουν πολλές εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές στην περίπτωση που ο καρκίνος δεν έχει ανταπόκριση στο φάρμακο αυτό⁶².

Τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται ο συνδυασμός χημειοθεραπείας και ορμονοθεραπείας, γιατί θεωρείται ότι η κάθε μέθοδος θεραπείας απευθύνεται και δρα σε πάνω σε διαφορετικούς κυτταρικούς πληθυσμούς. Εξάλλου η σύνθεση αυτών των μεθόδων στηρίζεται στο ότι τα καρκινώματα του μαστού έχουν ετερογενή σύνθεση, αποτελούμενα από ορμονοεξαρτώμενα και από μη ορμονοεξαρτώμενα κύτταρα.

Όλα τα ορμονικά σκευάσματα χορηγούνται από το στόμα, ώστε οι ασθενείς να έχουν την δυνατότητα να συνεχίζουν τη θεραπεία στο σπίτι.

Σε αυτή τη φάση, είναι δυνατόν να εκδηλωθούν ορισμένες φυσικές μεταβολές, όπως προσωρινή ερυθρότητα ,οίδημα ,εμφάνιση δερματικών αλλοιώσεων, αύξηση μεγέθους του όγκου, εκδήλωση αυξημένου οστικού πόνου, σπανιότερα υπερασβεστιαμία συνοδευμένη από διαταραχές νοητικού επιπέδου, ναυτία , πολυδιψία και πολυουρία.

Ο νοσηλευτής:

- Ενημερώνει την άρρωστη για τις πιθανές παρενέργειες που προκαλεί η θεραπεία ,και διαβεβαιώνει ότι η ύπαρξη αυτών δεν υποδηλώνει αποτυχία της θεραπείας.
- Εντοπίζει τον πόνο και τον καταπολεμά με αναλγητικά ή αντιστεροειδή φάρμακα .
- Πληροφορεί την καρκινοπαθή και την οικογένεια της για την εμφάνιση συμπτωμάτων υπερασβεστιαμίας και τον τρόπο αντιμετώπισης τους .
- Επαγρυπνεί για την κατακράτηση υγρών που προκαλούν τα οιστρογόνα και τα ανδρογόνα βοηθώντας στην πρόληψή της με περιορισμό νατρίου της δίαιτας και χρήση διουρητικών
- Τέλος , τονίζει την προσωρινή διάρκεια των παρενεργειών⁶⁷.

Κεφάλαιο 9^ο

Αποκατάσταση του μαστού

- ✓ Χρήση προσθηκών μετά από μαστεκτομή*
- ✓ Μέθοδοι αποκατάστασης μαστού*
- ✓ Επιλογή επιθέματος*

Αποκατάσταση του μαστού

Κατά τις πρόσφατες στρατηγικές φαίνεται ότι ο καρκίνος μαστού προσβάλλει 1 στις 10 γυναίκες. Με τις νεότερες διαγνωστικές μεθόδους και την ευαισθητοποίηση του ιατρικού κόσμου αλλά και του κοινού με τα μέσα ενημέρωσης επί του θέματος αυτού ο καρκίνος του μαστού διαγιγνώσκεται νωρίτερα, σε νεότερες γυναίκες με ενεργό απασχόληση για τις οποίες οι εξωτερικές “προθέσεις” δεν αποτελούν ικανοποιητική λύση.

Επί πλέον η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού γίνεται ολοένα και πιο συντηρητική καθότι έχει αποδειχθεί πλέον ότι οι περισσότερες και πιο ριζικές ακρωτηριάστηκες επεμβάσεις δεν έχουν πλεονεκτήματα έναντι των νεότερων πιο συντηρητικών επεμβάσεων οι οποίες διατηρούν το θωρακικό μυ ή και ακόμη ένα τμήμα του μαστού. Η εφαρμογή της αποκαταστάσεως του μαστού πρέπει να θεωρείται δικαιολογημένη εφ’ όσον αφ’ ενός δεν παρεμποδίζει τη χειρουργική θεραπεία του καρκίνου και αφ’ ετέρου δεν επηρεάζει την πορεία και έκβαση του καρκίνου ως νόσου. Επιπλέον έχει αποδειχθεί η τεράστια ευεργετική επίδραση της ανακατασκευής εις το ψυχισμό των γυναικών που προσβάλλονται από την νόσο και εις τις οποίες προσφέρεται ως λύση η ανακατασκευή⁶⁸.

9.1 Χρήση προσθηκών μετά από μαστεκτομή

9.1.1 Προσωρινή προσθήκη

Η νοσηλεύτρια γνωρίζοντας τη μεγάλη σημασία που έχει ο μαστός για κάθε γυναίκα, η σωματική της ακεραιότητα και ιδιαίτερα η διάθεση των μαστών της, που είναι σύμβολο θηλυκότητας και σεξουαλικότητας, τόσο για τη γυναίκα όσο και για τον άνδρα, βρίσκεται ίσως στην μοναδική θέση να προσφέρει βοήθεια και να υποστηρίξει τη μαστεκτομηθήσα ασθενή, όχι μόνο να επανακτήσει την ψυχική της ισορροπία, αλλά και να την οδηγήσει στη μετεγχειρητική απόκτηση της συμμετρίας της, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα. Αυτή είναι δυνατόν να αποκατασταθεί με τη χρησιμοποίηση προσθήκης στο νοσοκομείο ή στο σπίτι.

Στο νοσοκομείο: Η προσθήκη, πριν από την αφαίρεση των επιδέσμων, σταθεροποιείται στο νυχτικό της ασθενούς με παραμάνες ασφαλείας, δίνοντας έτσι κάποια συμμετρία και στις δυο πλευρές. Η προσθήκη θα πρέπει να τοποθετείται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο με τον παραμένοντα μαστό. Μετά την αφαίρεση του επιδεσμικού υλικού-και αφού η ασθενής αισθανθεί ότι μπορεί να φορέσει τον στηθόδεσμο της-, η προσθήκη τοποθετείται μέσα σε αυτόν. Για να κρατηθεί η πρόχειρη προσθήκη στην κανονική της θέση, μπορεί να προσαρτηθεί ένα κομμάτι από λάστιχο σε σχήμα V στο κάτω άκρο στηθόδεσμου και να στερεωθεί στη συνέχεια στη ζώνη. Η τιράντα του στηθόδεσμου πρέπει επίσης να μακραίνει λίγο, για να αποφθεχθεί η πίεση στον ώμο ή μπορεί ακόμα να ράψει εσωτερικά στο στηθόδεσμο δυο σταυρωτές υφασμάτινες ταινίες και να τοποθετήσει ανάμεσα την προσθήκη.

Στο σπίτι: αυτό το πρώτο βήμα της γυναίκας έξω από το νοσοκομείο και κάθε προσπάθεια της αποσκοπεί στο να επανακτήσει τη θηλυκότητα της. Ενημερώνεται η ασθενής να μη φοράει στενά ρούχα, αλλά ρούχα που να την κολακεύουν. Συνιστάται να φοράει ριγέ μπλούζες ή πουλόβερ με οριζόντιες ρίγες. Για να φορέσει μαγιό, συνιστάται η εσωτερική τοποθέτηση και στήριξη ενός σφουγγαριού κομμένο στο κατάλληλο σχήμα, το οποίο αντικαθιστά το χαμένο μαστό. Τονίζεται στην ασθενή ότι η προσθήκη αυτή

είναι προσωρινή και ότι είναι απαραίτητη μέχρι να αποκατασταθεί η περιοχή της τομής και μέχρι να αισθανθεί η ασθενής έτοιμη για μόνιμη ανασύσταση.

9.1.2 Μόνιμη προσθήκη

Η τοποθέτηση μόνιμης προσθήκης εξαρτάται από ορισμένους παράγοντες, οι οποίοι είναι:

- **Επιθυμία της ασθενούς:** θεωρείται αυτονόητη, παρόλο που όχι σπάνια η ασθενής επιθυμεί πρωτίστως να απαλλαγεί από τον καρκινοπληγέντα μαστό και τον καρκίνο γενικότερα. Πολλές φορές, η επιθυμία της ασθενούς για αποκατάσταση μένει ανεκπλήρωτη, διότι δεν υπάρχει ειδικός πλαστικός χειρουργός. Άλλες φορές τυχαίνει ο χειρουργός της να έχει αντίθετη γνώμη και να καταπνίγει την επιθυμία της ασθενούς
- **Ηλικία:** Συνήθως, νεώτερες γυναίκες επιζητούν συχνότερα και νωρίτερα την αποκατάσταση του μαστού τους για ευνόητους λόγους.
- **Μέγεθος του όγκου:** είναι γνωστό ότι μεγάλοι όγκοι, με διάμετρο άνω των 4cm συνοδεύονται από υψηλότερη πιθανότητα τοπικής υποτροπής, γεγονός που μεταθέτει το χρόνο αποκατάστασης για αργότερα (αν βέβαια γίνει μαστεκτομή).
- **Λεμφαδενική κατάσταση:** όταν η μασχάλη είναι προσβεβλημένη, μεγάλης προγνωστικής αξίας είναι ο αριθμός των αδένων, γιατί ενώ για N₀ το ποσοστό τοπικής υποτροπής είναι μόνο 2%, όταν οι αδένες είναι άνω των 10 το ποσοστό είναι 35%. Στην περίπτωση αυτή, φρόνιμο είναι να περιμένει κανείς.
- **Ιστολογική εικόνα:** όγκοι που θεωρούνται πολυκεντρικοί, αποτελούν αντένδειξη για άμεση και πρώιμη αποκατάσταση. Ο ιστολογικός τύπος κάθε όγκου, ο βαθμός κακοήθειας, η διήθηση αγγείων και λεμφαδένων, η παρουσία νεκρωτικών εστιών και άλλοι παράγοντες επηρεάζουν αρνητικά την απόφαση και μεταθέτουν την αποκατάσταση για αργότερα.
- **Βιολογική και τοπική συμπεριφορά του όγκου:** όγκοι με ταχεία εξέλιξη και έντονες τοπικές αλλοιώσεις, όπως δερματικό λεμφοίδημα, φλεγμονή και άλλα, πολύ συχνά καταλήγουν σε τοπική υποτροπή.
- **Σχήμα θεραπείας:** το είδος της χειρουργικής επέμβασης και η εφαρμογή άλλων μορφών θεραπείας παραδείγματος χάριν ακτινοθεραπείας, αναβάλουν την αποκατάσταση για ευχύτερο χρόνο⁶⁵.

9.2 Μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού

1. Αποκατάσταση του μαστού με διατατή του δέρματος και ένθεμα σιλικόνης αποτελεί την απλούστερη μέθοδο αποκατάστασης του μαστού.

Η αποκατάσταση διενεργείται συνήθως σε δύο χρόνους. Κατά το πρώτο χρόνο διενεργείται η Παρασκευή της θήκης κάτω από το δέρμα της μαστεκτομής και τον σύστοιχο μείζονα θωρακικό μυ. Εντός αυτής τοποθετείται ο διατατής του δέρματος, ο οποίος αποτελείται από ένα μπαλόνι σιλικόνης που φέρει ή συνδέεται με βαλβίδα η οποία τοποθετείται υποδορίως. Η ασθενής προσέρχεται ανά 15μερον στα εξωτερικά ιατρεία και διενεργείται έγχυση 40 έως 60 κ. εκ φυσιολογικού ορού έως ότου επέλθει η επιθυμητή διάταση του δέρματος. Ακολουθεί μετά από 3-6 μήνες η αποκατάσταση του διατατή με μόνο ένθεμα σιλικόνης, που είναι τραχείας επιφάνειας, μειωμένης διαπερατότητας και περιέχει φυσιολογικό ορό ή γέλη σιλικόνης.

Είναι δυνατή σε ορισμένες περιπτώσεις ην τοποθέτηση από την αρχή, σε ένα χρόνο, ειδικού μόνιμου ενθέματος σιλικόνης σε συνδυασμό με διατατή του δέρματος που φέρει ειδική βαλβίδα δια της οποίας εγχύουμε φυσιολογικό ορό μέχρι να αποκτήσουμε τον επιθυμητό όγκο.

2.αποκατάσταση του μαστού με τον μυοδερματικό κρημνό του πλατέος ραχιαίου μυός και ένθεμα σιλικόνης

Η μέθοδος αυτή αποκατάστασης του μαστού χρησιμοποιείται όταν δεν υπάρχει ικανή ποσότητα δέρματος για τη δημιουργία της θήκης και όταν το δέρμα είναι ουλώδες ή έχει αλλοιωθεί από την ακτινοθεραπεία (ακτινοδερματίτιδα), οπότε χρειάζεται να αντικατασταθεί με υγιές δέρμα. Στην περίπτωση αυτή διενεργείται η εκτομή του αλλοιωμένου δέρματος και η αντικατάσταση του με υγιές δέρμα από την ράχη, δια της μεταφοράς του νησιδωτού μυοδερματικού κρημνού του πλατέος ραχιαίου μυός. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται η θήκη κάτω από την οποία τοποθετείται το ένθεμα σιλικόνης.

3.Αποκατάσταση του μαστού με τον μυοδερματικό κρημνό του ορθού κοιλιακού μυός

Κατά τη μέθοδο αυτή αποκατάστασης του μαστού χρησιμοποιούνται αυτόλογοι ιστοί και δεν χρειάζεται η χρησιμοποίηση ενθεμάτων σιλικόνης. Προτιμάται στις ασθενείς που distάζουν να τοποθετήσουν ξένα ενθέματα και σε εκείνες που θέλουν να κάνουν συγχρόνως κοιλιοπλαστική. Έχει το μειονέκτημα του μακρού χειρουργικού χρόνου (4-5 ώρες) και το αδυνάτισμα των κοιλιακών τοιχωμάτων και τη δημιουργία κοιλιοκήλης, που ίσως να χρειαστεί η τοποθέτηση πλέγματος για την ενίσχυση τους.

Ο κυριότερος αυτόλογος ιστός που χρησιμοποιείται για την αποκατάσταση του μαστού είναι ο εγκάρσιος νησιδωτός μυοδερματικός κρημνός του ορθού κοιλιακού μυός (TRAMFLAP). Κατά την μέθοδο αυτή λαμβάνεται ορθός κοιλιακός μυς με εγκάρσια νησίδα δέρματος της υποφαλίου χώρας, η οποία αγγειούται από τον υποκείμενο μυ. Ο μυς διερχόμενος δια μέσου παρασκευασθείσης υποδορίου σήραγγας, δημιουργεί τον όγκο του μαστού και συγχρόνως αντικαθιστά το αλλοιωθέν δέρμα της περιοχής της μαστεκτομής.

4.Η αποκατάσταση του μαστού με ελεύθερους μυοδερματικού κρημνούς

Άλλη μέθοδος αποκατάστασης του μαστού είναι με την χρήση ελεύθερων μυοδερματικών κρημνών, εκ των οποίων ο σπουδαιότερος είναι ο ελεύθερος μυοδερματικός κρημνός του ορθού κοιλιακού μυός. Κατά τη μέθοδο αυτή λαμβάνεται τμήμα του ορθού κοιλιακού μυός με το υπερκείμενο δέρμα και με τα αγγεία του (άνω επιγαστρία αγγεία), τα οποία με τη βοήθεια χειρουργικού μικροσκοπίου ενώνονται με τα αγγεία της προς αποκατάσταση περιοχής (συνήθως τα αγγεία της έσω μαστικής) ακολουθεί η δημιουργία του μαστού. Είναι μια χρονοβόρα μέθοδος (8-12 ώρες), η οποία χρειάζεται την ύπαρξη χειρουργικού μικροσκοπίου και πεπειραμένου προσωπικού, έχει όμως το πλεονέκτημα του πολύ καλού αισθητικού αποτελέσματος και τον μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης.

5. Άλλες μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού με τη χρήση αυτόλογων ιστών

Είναι η αποκατάσταση του μαστού με τη χρήση του ελεύθερου μείζονος γλουτιαίου μυός και του ελεύθερου κρημνού της κάτω επιγαστρίου αρτηρίας DTIC (Deer Inferior Epigastric Flap)⁴².

9.3 Επιλογή του επιθέματος

Τα ενθέματα διακρίνονται ανάλογα με την επιφάνεια, το σχήμα τους και το περιεχόμενο τους. Ανάλογα με την επιφάνεια τους διακρίνονται σε λείας και τραχείας επιφάνειας. Ανάλογα με το σχήμα τους σε στρογγυλά και ανατομικά. Ανάλογα με το

περιεχόμενο σε φυσιολογικό ορό, σε γέλης σιλικόνης και στερεοποιημένης σιλικόνης. Υπάρχουν επίσης μόνιμα ενθέματα που συνδυάζουν το περιεχόμενο γέλης σιλικόνης με διατατή δέρματος φυσιολογικού ορού. Κατά τον δεύτερο χρόνο της αποκατάστασης του μαστού διενεργείται συγχρόνως και η επέμβαση εξομοίωσης του υγιούς μαστού, είτε υπό τη μορφή σμίκρυνσης είτε υπό την μορφή ανόρθωσης. Ακολουθεί μετά τρίμηνο περίπου η αποκατάσταση της θηλής. Η θηλαία άλως αποκαθιστάται με ελεύθερο δερματικό μόσχευμα ληφθέν από την μηροβουβωνική πτυχή ή από τα μεγάλα χείλη του αιδοίου όπου η χροιά του δέρματος είναι παρόμοια με την χροιά της θηλαίας άλω του υγιούς μαστού. Η θηλή αποκαθιστάται με την παρασκευή μικρών τοπικών κρημνών δίκην προπέλας και συραφέντων καταλλήλως.

Η απλούστερη μέθοδος αποκατάστασης του μαστού είναι και η καλύτερη. Η προσπάθεια του πλαστικού χειρουργού είναι η δημιουργία ενός μαστού κατά το δυνατόν όμοιο και συμμετρικού με τον υγιή μαστό. Ανεξάρτητα με ποια μέθοδος αποκατάστασης του μαστού θα χρησιμοποιηθεί, θα πρέπει να υπάρχει ένα μίγμα επιστήμης, τέχνης, χειρουργικής κατάρτισης, επιμονής, υπομονής, συνεργασίας και κατανόησης της ασθενούς και ίσως λίγη τύχη για να επιτευχθεί το προσδοκώμενο αποτέλεσμα ⁶⁹.

Κεφάλαιο 10^ο

Εγκυμοσύνη και καρκίνος μαστού

- ✓ Πρόγνωση καρκίνου*
- ✓ Εγκυμοσύνη και καρκίνος μαστού*
- ✓ Αντιμετώπιση καρκίνου μαστού κατά τη διάρκεια της κύησης*
- ✓ Κύηση μετά από μαστεκτομή*
- ✓ Ψυχολογικές δυσκολίες ασθενούς με καρκίνο μαστού κατά την κύηση*
- ✓ Διάγνωση καρκίνου μαστού κατά τη διάρκεια της κύησης*

10.1 Πρόγνωση του καρκίνου

Η πρόγνωση εξαρτάται από το μέγεθος, τον τόπο και το στάδιο του καρκίνου, την μικροσκοπική του εμφάνιση, την προσβολή ή όχι των μασχαλιαίων λεμφαδένων και τον αριθμό όσων ενδεχομένως προσβλήθηκαν, την ηλικία της γυναίκας και την μετεμμηνοπαυσιακή της κατάσταση (αν δηλαδή η διακοπή της έμμηνου ρύσεως είναι φυσιολογική ή προκλήθηκε χειρουργικά) κατά το χρόνο της διάγνωσης. Όσο μεγαλύτερος είναι ο καρκίνος τόσο πολλαπλασιάζονται οι πιθανότητες να προσβληθούν οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες και να εκδηλωθούν μεταστάσεις.

Η πρόγνωση εξαρτάται και από ορισμένους άλλους προγνωστικούς παράγοντες που αποκτούν συνεχώς μεγαλύτερη σημασία.

Πρόκειται για εξετάσεις που προσφέρουν κάποιες πληροφορίες για το ενδεχόμενο υποτροπής ή μεταστάσεων. Θα μπορούσε λοιπόν να προσδιοριστεί ποιες γυναίκες έχουν την δυσμενέστερη πρόγνωση ώστε η θεραπεία τους να αρχίσει νωρίτερα και να είναι επιθετικότερη. Οι προγνωστικοί δείκτες βοηθούν τους ογκολόγους να σχεδιάσουν την καταλληλότερη εξατομικευμένη συμπληρωματική χημειοθεραπεία.

Σε αυτές τις ιστολογικές εξετάσεις περιλαμβάνονται:

- Η μέτρηση των πρωτεϊνικών υποδοχέων για τα δύο είδη γυναικείων ορμονών που επηρεάζουν τον καρκίνο του μαστού. Η ύπαρξη ή η απουσία τέτοιων υποδοχέων στον όγκο σχετίζεται με την πρόγνωση.
- Η κυτταρομετρία ροής για την ανάλυση του DNA που περιέχει ο όγκος.
- Η ανάλυση του κυτταρικού κύκλου. Τόσο τα φυσιολογικά όσο και τα κακοήθη νεοπλάσματα συμπληρώνουν έναν πλήρη κυτταρικό κύκλο γνωστό ως μίτωση.
- Η ανοσοιστοχημική ανεύρεση παθολογικών νεοπλασματικών πρωτεϊνών. Τα χαμηλά επίπεδα του ενζύμου CathepsinD ή των ειδικών πρωτεϊνών «θερμικού σοκ» συνδυάζονται με καλύτερη επιβίωση.
- Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε πως ο αριθμός και πυκνότητα των μικροσκοπικών αγγείων του όγκου σχετίζονται με τον κίνδυνο να εκδηλωθούν μεταστάσεις. Θα χρειαστούν πολλά χρόνια ερευνών για να επιβεβαιωθεί ποιες ειδικές εξετάσεις μας βοηθούν όντως να διακρίνουμε ποιες ασθενείς αντιμετωπίζουν υψηλό κίνδυνο να υποτροπιάσει η νόσος και έχουν μειωμένη πιθανότητα να επιβιώσουν. Αναμένεται, πάντως, ότι στα αμέσως επόμενα χρόνια θα ανακαλυφθούν πολλές νέες εξετάσεις που θα πραγματοποιούνται ως έλεγχος ρουτίνας σε όλες τις περιπτώσεις καρκίνου του μαστού.

Τοπικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση

- Τοπική έκταση του όγκου
- Καθήλωση του όγκου
- Οίδημα
- Φλεγμονή και εξέλκωση δέρματος
- Παρουσία δορυφόρων οξείδιων
- Σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινώματος και φυσιολογικού μαστού
- Γεωγραφική θέση του όγκου
- Προσβολή της θηλής

Βαρύτερη είναι η πρόγνωση, όταν ο καρκίνος εμφανίζεται συγχρόνως και στους δύο μαστούς.

Γενικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση

- Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων
- Ρυθμός αύξησης του όγκου
- Απάντηση στη θεραπευτική αγωγή
- Αντίσταση του οργανισμού και βιολογικοί δείκτες
- Εμφάνιση καρκίνου και στους δύο μαστούς
- Απάντηση στη θεραπευτική αγωγή
- Αντίσταση του οργανισμού και βιολογικοί δείκτες
- Εμφάνιση καρκίνου και στους δυο μαστούς⁶⁵.

10.2 Εγκυμοσύνη και καρκίνος μαστού

Ο καρκίνος του μαστού στην εγκυμοσύνη είναι σχετικά σπάνιος (0,03% των κύσεων). Η διάγνωση κατά κανόνα καθυστερεί διότι συγχέεται η παρουσία του καρκίνου με τις φυσιολογικές μεταβολές του μαστού κατά την εγκυμοσύνη και η πρόγνωση είναι κακή. Γι' αυτό όταν αποκαλυφθεί μια μάζα στον μαστό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει αμέσως να υποβάλλεται σε βιοψία και σε παρουσία καρκίνου η πάθηση πρέπει να αντιμετωπίζεται ανάλογα με το στάδιο της πάθησης και τον μήνα της κύησης. Η κύηση δεν αποτελεί αντένδειξη για τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Εγχειρήσιμη πάθηση στο πρώτο και δεύτερο τρίμηνο της κύησης αντιμετωπίζεται με μαστεκτομή καθώς η ακτινοθεραπεία αντενδείκνυται. Τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης ογκεκτομή και λεμφογαγγλιακός καθαρισμός της μασχάλης μπορεί να γίνουν και ακτινοθεραπεία καθυστερεί για μετά τον τοκετό. Η χημειοθεραπεία επίσης εφαρμόζεται μετά τον τοκετό. Η παρουσία προχωρημένου καρκίνου στην αρχή της εγκυμοσύνης που είναι απαραίτητη η εφαρμογή ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας επιβάλλει τη διακοπή της κύησης. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η διακοπή της κύησης βελτιώνει την επιβίωση των ασθενών⁴⁸.

10.3 Αντιμετώπιση του καρκίνου μαστού κατά τη διάρκεια της κύησης

Είναι λανθασμένη η άποψη ότι η διάγνωση καρκίνου στο μαστό πρέπει οπωσδήποτε να ακολουθείται από διακοπή της κύησης. Είναι δυνατόν να σωθεί το έμβρυο. Επιτρέπεται η χειρουργική αφαίρεση του όγκου και μια ήπια χημειοθεραπεία, αρκεί να έχει περάσει ο τρίτος μήνας της κύσεως, οπότε όλα τα όργανα του μωρού έχουν σχηματιστεί και απλώς μεγαλώνουν μαζί με το βάρος του. Απαγορεύεται η ακτινοθεραπεία του μαστού που απομένει μετά την επέμβαση, η οποία όμως πρέπει να γίνεται μετά τον τοκετό. Έχουμε αντιμετωπίσει επιτυχώς αρκετά τέτοια περιστατικά, όπου το μωρό γεννήθηκε μια χαρά. Βεβαίως, μπαίνουν άλλου τύπου ηθικά διλλήματα, διότι δεν είναι δυνατόν να γνωρίζουμε ποια θα είναι η πορεία της μητέρας που εμφάνισε

ορμονοεξαρτώμενο καρκίνο του μαστού σε μικρή ηλικία και τι θα γίνει αργότερα το παιδί αν κάτι δε πάει καλά με τη μητέρα του ⁷⁰.

10.4 Κύηση μετά από μαστεκτομή

Έχει παρατηρηθεί ότι γυναίκες, που έχουν μείνει έγκυες κατόπιν θεραπείας καρκίνου του μαστού, έχουν μεγαλύτερη δεκαετή επιβίωση. Η εγκυμοσύνη στις γυναίκες αυτές έλαβε χώρα 6 μήνες ως και μετά από 2 χρόνια από τη διάγνωση του καρκίνου. Περίπου 70% των εγκυμοσύνων μετά από διάγνωση του καρκίνου του μαστού συνέβησαν μέσα στα 5 χρόνια από την αρχική θεραπεία. Ορισμένοι ογκολόγοι συνιστούν την αναμονή 18 μηνών έως 2 ετών πριν από οποιαδήποτε επακόλουθη της θεραπείας σύλληψη, ώστε αλλαγές στο μαζικό αδένιο να μπορούν να παρατηρηθούν και να εξετασθούν καλύτερα για επανεμφάνιση του καρκίνου.

Άλλοι συνιστούν σε ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες να περιμένουν 3 χρόνια μετά τη μαστεκτομή, ενώ η σύλληψη να επιτραπεί κατόπιν λεπτομερούς επανελέγχου της κατάστασης της ασθενούς. Σε ασθενείς με θετικούς λεμφαδένες άλλοι συνιστούν αποφυγή σύλληψης για 5 χρόνια και μετά επανέλεγχο και άλλοι αποφυγή για 10 χρόνια ή ισοβίως. Οι γυναίκες μετά τη μαστεκτομή και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του θηλασμού, δεν πρέπει να ξεχνούν να κάνουν αυτοεξέταση των μαστών τους ως προληπτικό μέσο διάγνωσης νέου καρκίνου ⁷¹.

Ο καρκίνος του μαστού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ένα σπάνιος. Σήμερα ωστόσο υπάρχουν περισσότερες περιπτώσεις μια και η ηλικία πρώτης εγκυμοσύνης είναι μεγαλύτερη. Η πρόγνωση σήμερα είναι η ίδια που ισχύει και για μια μη έγκυο γυναίκα. Είναι ένας καρκίνος της νέας γυναίκας, κατά γενικό κανόνα επιθετικότερος και η διάγνωσή του καθυστερημένη διότι δεν βρισκόμαστε σε ψυχολογία προληπτικού ελέγχου αλλά μητρότητας. Η θεραπεία καταρτίζεται από κοινού από τον ογκολόγο και τον γυναικολόγο ανάλογα με το στάδιο της εγκυμοσύνης, του τύπου του καρκίνου και του μεγέθους του όγκου. Πολύ συχνά υπάρχει ένδειξη και χημειοθεραπείας και οφείλει ο γυναικολόγος να συνδυάσει κατά τον καλύτερο τρόπο τη θεραπεία με τη συνέχιση της εγκυμοσύνης. Σε περίπτωση διάγνωσης στην αρχή της εγκυμοσύνης, τίθεται το ζήτημα της διακοπής της κύησης. Αυτή η διακοπή μπορεί να καταστεί απαραίτητη αν χρειάζεται επείγοντως χημειοθεραπεία. Η χημειοθεραπεία είναι όντως τοξική για το έμβρυο που βρίσκεται στο στάδιο σχηματισμού του και μπορεί να προκαλέσει υψηλό ποσοστό συγγενών ανωμαλιών. Αν ωστόσο, η γυναίκα επιθυμεί να συνεχίσει την εγκυμοσύνη της, δύο επιλογές είναι δυνατές: είτε να περιμένει να μπει στο δεύτερο τρίμηνο για να ξεκινήσει τη χημειοθεραπεία, είτε να περιοριστεί προσωρινά στη χειρουργική επέμβαση και να περιμένει το τέλος της εγκυμοσύνης για να ξεκινήσει συμπληρωματικές θεραπείες. Όταν μπει στο δεύτερο τρίμηνο, μπορούμε σε αυτές τις ασθενείς να χορηγήσουμε χημειοθεραπεία. Το ίδιο και στο τρίτο τρίμηνο. Προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι η χημειοθεραπεία είναι πολύ καλύτερα ανεκτή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι γυναίκες δεν έχουν κρίσεις εμετού και η γενική τους κατάσταση παραμένει εξαιρετική. Οι συνεδρίες χημειοθεραπείας σταματούν στις 2 έως 3 εβδομάδες που προηγούνται του τοκετού και ξαναρχίζουν 2 έως 3 εβδομάδες αργότερα. Σήμερα, δεν επισπεύδουμε πλέον τον τοκετό αλλά προσπαθούμε να ξεπεράσουμε τις 37 – 38 εβδομάδες ⁶⁷.

10.5 Ψυχολογικές δυσκολίες ασθενούς με καρκίνο του μαστού κατά τη κύηση

Το πρόβλημα δεν είναι ιατρικής φύσης. Είναι ο συνδυασμός εγκυμοσύνης και καρκίνου με ότι αυτό συνεπάγεται, μια περίπλοκη κατάσταση που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς. Δεν είναι εύκολο γι' αυτές να διαχειριστούν ταυτόχρονα, τον καρκίνο, τη χημειοθεραπεία και την εγκυμοσύνη. Σε όλα αυτά αφιερώνεται το μεγάλο μέρος των επισκέψεων στον ιατρό. Η επιθυμία της μητέρας να δώσει ζωή, αποδεικνύεται συχνά ότι έχει μεγάλη δύναμη. Η παρουσία του παιδιού αποτελεί στήριξη και κίνητρο γιατί αυτές οι γυναίκες μιλούν περισσότερο για το μωρό τους παρά για τον καρκίνο. «Όταν έμαθα ότι μπορούσα να κρατήσω το μωρό μου, είπα στον εαυτό μου ότι είχα την υποχρέωση να παλέψω. Δεν με ενδιέφερε παρά μόνο αν η ανάπτυξή του θα εξελισσόταν ομαλά. Πιστεύω ότι η γυναίκα πρέπει να ακούει την καρδιά της αν επιθυμεί να κρατήσει το μωρό της», εξομολογείται μια ασθενής. Υπάρχουν ωστόσο περιπτώσεις όπου η εγκυμοσύνη πρέπει να διακοπεί για λόγους που συνδέονται με τον καρκίνο. Τα πράγματα τότε γίνονται δυσκολότερα και για τον σύζυγο. Αντίθετα, σε άλλες περιπτώσεις ορισμένες ασθενείς επιλέγουν να μη συνεχίσουν την εγκυμοσύνη τους παρά το γεγονός ότι οι ιατροί είναι καθυστερημένοι. Άλλες δυσκολίες ανακύπτουν στην περίοδο μετά την εγκυμοσύνη, που οι μητέρες οφείλουν να συνεχίσουν τις θεραπείες τους. Οι γυναίκες δεν μπορούν να θηλάσουν, κάτι που είναι δύσκολο για ορισμένες, έχουν την εντύπωση ότι τους κλέβουν το ρόλο στη φροντίδα του μωρού τους⁷⁰.

10.6 Διάγνωση καρκίνου μαστού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Συχνά ο όγκος ανιχνεύεται κλινικά. Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, πρέπει να γίνει κλινική εξέταση μαστού. Στη συνέχεια η εξέταση συμπληρώνεται με υπερηχογράφημα μαστού και παρακέντηση. Πιθανώς να συσταθεί και μαγνητική μαστογραφία. Να θυμάστε: αν ο γιατρός σας δεν το πράξει, θυμηθείτε να του ζητήσετε εσείς να εξετάσει το στήθος σας στην αρχή της εγκυμοσύνης.

Παρότι το ποσοστό παραμένει πολύ χαμηλό, η πιθανότητα καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι μια στις 1000. Η Καναδική Εταιρεία Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (SOGC) ενθαρρύνει όλες τις γυναίκες να κάνουν αυτοεξέταση του στήθους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κατά τη γαλουχία, επειδή σημαντικό ποσοστό όγκων εντοπίζονται έτσι. Σε περίπτωση αμφιβολίας, οι διαγνωστικές εξετάσεις (υπερηχογράφημα, μαστογραφία με θωράκιση της κοιλιακής χώρας για την προστασία του μωρού, η βιοψία) δεν πρέπει να αναβάλλονται. Μόλις γίνει η διάγνωση, η αντιμετώπιση εξαρτάται από αρκετές παραμέτρους οι οποίες εκτιμώνται από τον ογκολόγο, τον ακτινοθεραπευτή, τον γυναικολόγο-μαιευτήρα και το ζεύγος. Στόχος είναι να δοθούν στην έγκυο γυναίκα οι ίδιες πιθανότητες ίασης που θα είχε και αν δεν ήταν έγκυος. Οι αποφάσεις της μητέρας, του ζευγαριού και της ιατρικής ομάδας πρέπει να λαμβάνονται με απόλυτη εμπιστοσύνη και στο πλαίσιο ειλικρινούς ενημέρωσης. Συμπερασματικά:

- Όταν η διάγνωση γίνεται στην αρχή της εγκυμοσύνης, η ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για τις επιδράσεις της θεραπείας στο έμβρυο. Η διακοπή της κύησης πρέπει να συζητείται με τη μέλλουσα μητέρα. Σύμφωνα με αρκετές μελέτες, η πρόγνωση της νόσου της μητέρας δεν θα επηρεαστεί από μια τέτοια απόφαση. Όμως έχει μια ιατρική αιτιολογία όταν η εγκυμοσύνη καθιστά δυσχερή την εφαρμογή των καλύτερων θεραπευτικών μεθόδων. Η ακτινοθεραπεία θεωρητικά απαγορεύεται, ακόμα και αν η ακτινοβόληση του θωρακικού τοιχώματος υπό ορισμένες προϋποθέσεις είναι δυνατή (δοσιμετρία, ηλικία κύησης). Η χημειοθεραπεία απαγορεύεται κατά τη διάρκεια του

πρώτου τριμήνου λόγω κινδύνου συγγενούς ανωμαλίας του εμβρύου. Στο ήμισυ περίπου των περιπτώσεων συνιστάται η ιατρική διακοπή της κύησης.

- Μετά το πρώτο τρίμηνο, η χημειοθεραπεία είναι δυνατή υπό την επίβλεψη και του γυναικολόγου. Η χειρουργική επέμβαση δεν έχει αντενδείξεις. Η ακτινοθεραπεία όμως θα γίνει μετά τον τοκετό. Ο τοκετός τις περισσότερες φορές λαμβάνει χώρα το συντομότερο δυνατόν ανάλογα με τη βιωσιμότητα του εμβρύου.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου για τις γυναίκες στις μέρες μας. Σε όλο τον κόσμο η συχνότητά του παρουσιάζει αύξηση και πάνω από 1 εκατομμύριο νέες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο. Υπολογίζεται ότι στη Μεγάλη Βρετανία 1 στις 9 γυναίκες θα αναπτύξουν καρκίνο μαστού κάποια στιγμή στη ζωή τους. Η νόσος μπορεί να προσβάλλει κάθε ηλικία κι ενώ μέχρι τώρα τα κρούσματα νέων γυναικών με καρκίνο ήσαν σπάνια, τα τελευταία χρόνια διαφαίνεται η τάση για εμφάνιση του και στις μικρότερες ηλικίες. Αποτέλεσμα αυτής της «επέκτασης» της νόσου σε νεότερες γυναίκες είναι να προσβάλλονται και εγκυμονούσες ή λεχωίδες. Φυσικά το φαινόμενο αυτό είναι σπάνιο και υπολογίζεται ότι νοσεί 1 στις 3.000 εγκυμονούσες. Ο καρκίνος του μαστού στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού θέτει σοβαρά διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα στον ιατρό και προκαλεί ακόμα περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα και ηθικά διλήμματα στην εγκυμονούσα και το περιβάλλον της, διότι δεν αρκεί να αντιμετωπισθεί μόνο η ίδια με τον καλύτερο τρόπο, αλλά θα πρέπει να εξασφαλιστεί και η υγεία του εμβρύου και αργότερα του νεογνού⁷².

10.7 Εμφάνιση καρκίνου μαστού σε γυναίκα εγκυμονούσα ή θηλάζουσα

Είναι γνωστό ότι σε αυτή την περίοδο ορμόνες όπως τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη, η προλακτίνη και τη χοριακή γοναδοτροπίνη αυξάνονται. Ο μαστός επηρεάζεται άμεσα, με αποτέλεσμα να υπερπλάσσονται τα λόβια και οι πόροι που περιέχει, να αυξάνεται η αγγείωση του, συνεπώς να γίνεται μεγαλύτερος, βαρύτερος και με πολλούς όζους. Η εξέτασή του σε αυτή τη φάση γίνεται δύσκολη, παρόλα αυτά οι εγκυμονούσες δε θα πρέπει να αποθαρρύνονται και να αποφεύγουν να αυτοεξετάζονται, διότι το συχνότερο και συνήθως μοναδικό σύμπτωμα του καρκίνου του μαστού είναι μια μάζα που είναι ανώδυνη αλλά ψηλαφάται, συνήθως από τις ίδιες τις γυναίκες για πρώτη φορά.

Η αυτοεξέταση, συνεπώς, στην εγκυμοσύνη μπορεί να είναι δύσκολη αλλά επιβάλλεται. Εάν δε λάβουμε υπόψη μας ότι οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού στην εγκυμοσύνη ανακαλύπτονται με μεγάλη καθυστέρηση, με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται σημαντικά η πρόγνωση της νόσου, η αυτοεξέταση είναι το πρώτο και βασικότερο βήμα για την έγκαιρη διάγνωση.

Αυτό, βέβαια δε σημαίνει ότι κάθε μάζα που μπορεί μια εγκυμονούσα να ψηλαφά στο μαστό της είναι καρκίνος, θα πρέπει όμως χωρίς καθυστέρηση να απευθύνεται στον ιατρό της και εν συνεχεία να υποβάλλεται σε μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων. Η πρώτη και συνηθέστερη εξέταση είναι το υπερηχογράφημα του μαστού, το οποίο είναι εντελώς ακίνδυνο -δεν εκπέμπει ακτινοβολία- και μας δίνει σημαντικές πληροφορίες. Εν συνεχεία, εφόσον κρίνεται απαραίτητο, μπορεί να γίνεται και μαστογραφία με ειδική προστασία για το έμβρυο. Η μαγνητική μαστογραφία δεν ενδείκνυται στις εγκυμονούσες, διότι, παρά το ότι δεν εκπέμπεται ακτινοβολία, το γαδολίνιο, μια ουσία που χορηγείται στο αίμα της εγκύου κατά τη διάρκεια της εξέτασης, επηρεάζει το έμβρυο. Όλες οι μάζες που ψηλαφώνται στο μαστό μιας εγκύου και μας θέτουν σε υποψίες θα πρέπει να υποβάλλονται σε βιοψία, πριν αποφασιστεί οποιοσδήποτε περαιτέρω χειρισμός τους, είτε αυτός είναι παρακολούθηση ή χειρουργική αφαίρεση. Η διαδερμική βιοψία με βελόνη

(core biopsy) είναι η ενδεδειγμένη μέθοδος. Μπορεί να γίνει στο ιατρείο μαστού με τοπική αναισθησία, δε χρησιμοποιούνται ράμματα, είναι σχεδόν ανώδυνη για την ασθενή και δεν επηρεάζει καθόλου την εικόνα του μαστού. Τα αποτελέσματά της είναι εντυπωσιακά, αφού ουσιαστικά λαμβάνουμε ένα μικρό κομμάτι από τη μάζα που θέλουμε να ελέγξουμε, το οποίο εξετάζεται στο παθολογοανατομικό εργαστήριο. Έτσι μπορούμε με απόλυτη βεβαιότητα να αποφασίσουμε για το αν η μάζα που ψηλαφούμε είναι καρκίνος ή όχι και να ακολουθήσουμε τη σωστή θεραπεία.

Οι δυνατότητες που έχουμε σήμερα για θεραπεία του καρκίνου του μαστού στις εγκυμονούσες είναι πολλές. Το ουσιαστικότερο είναι η ασθενής να αντιμετωπίζεται από ομάδα εξειδικευμένων ιατρών που αποτελείται από τον μαιευτήρα-γυναικολόγο, τον χειρουργό μαστού, τον ακτινολόγο, τον παθολόγο-ογκολόγο, τον ακτινοθεραπευτή, τον παθολογοανατόμο και έναν ψυχολόγο, οι οποίοι θα αποφασίσουν για την κατάλληλη θεραπεία, πάντα με τη σύμφωνη γνώμη της γυναίκας. Σύμφωνα με μελέτες, η διακοπή της κύησης δεν αλλάζει την πρόγνωση του καρκίνου του μαστού, όπως πιστεύαμε παλαιότερα. Η γυναίκα, δηλαδή, μπορεί να συνεχίσει την εγκυμοσύνη της ακόμα και μετά τη διάγνωση του καρκίνου. Θα πρέπει όμως να χειρουργηθεί το συντομότερο δυνατό, και να ακολουθήσει πρόγραμμα χημειοθεραπείας. Το χειρουργείο του μαστού στην εγκυμοσύνη είναι ακίνδυνο για το έμβryo. Όσο για την χημειοθεραπεία, επιτρέπεται η χορήγησή της στην εγκυμονούσα εφόσον έχει περάσει την 16η εβδομάδα της κύησης. Η ακτινοθεραπεία, που αποτελεί βασικό μέρος της θεραπείας του καρκίνου του μαστού, είναι η μόνη που δεν επιτρέπεται κατά τη διάρκεια της κύησης και του θηλασμού, καθώς και η ενδοκρινική θεραπεία, η χορήγηση δηλαδή ορμονών.

Η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού στις εγκυμονούσες είναι η ίδια με τον καρκίνο στις μη εγκυμονούσες. Η αντίληψη που επικρατεί ότι στην εγκυμοσύνη τα πράγματα είναι χειρότερα οφείλεται βασικά στο ότι η διάγνωση στις έγκυες καθυστερεί και στο μεταξύ η νόσος εξελίσσεται. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να αντιμετωπιστεί επιτυχώς και στις έγκυες γυναίκες, μα καλά αποτελέσματα για τις ίδιες και ασφάλεια για το παιδί τους, αρκεί η διάγνωση να τεθεί έγκαιρα και με το σωστό τρόπο⁷³.

Κεφάλαιο 11^ο

Ο καρκίνος μαστού στον άντρα

- ✓ Αίτια καρκίνου μαστού στον άνδρα*
- ✓ Σημεία και συμπτώματα καρκίνου μαστού στον
άνδρα*
- ✓ Πρόγνωση*
- ✓ Η ζωή με τον καρκίνο μαστού*

Ο καρκίνος μαστού στον άντρα

Η συχνότητα του μαστού στον άνδρα είναι 1/150 αυτής στη γυναίκα. Εκδηλώνεται συνήθως ως μονόπλευρο οζίδιο στο μαστό και συχνά δεν διαγιγνώσκεται εγκαίρως. Δεδομένης της μικρής ποσότητας των μαλακών μορίων και της αναπάντεχης φύσης του προβλήματος, οι τοπικά εκτεταμένες εκδηλώσεις είναι κάπως πιο συχνές. Όταν ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα εξομοιώνεται με το γυναικείο καρκίνο του μαστού κατά ηλικία και στάδια, η συνολική πρόγνωση είναι ίδια. Μολονότι η γυναικομαστία ενδέχεται στην αρχή να είναι μονόπλευρη ή ασύμμετρη, κάθε μονόπλευρη μάζα σε άνδρα ηλικίας άνω των 40 ετών πρέπει να υποβάλλεται σε προσεκτικό διαγνωστικό έλεγχο και βιοψία. Εξάλλου, η αμφίπλευρη συμμετρική διόγκωση του μαστού σπάνια αντιπροσωπεύει καρκίνο του μαστού και οφείλεται σχεδόν πάντοτε σε ενδοκρινή νόσο ή σε φαρμακευτική επίδραση. Δεν πρέπει ωστόσο να ξεχνάμε ότι ο κίνδυνος του καρκίνου είναι μεγαλύτερος σε άνδρες με γυναικομαστία, στους οποίους η μεγαλύτερη ασυμμετρία των μαστών θα πρέπει να υπονοεί καρκίνο.

Ο μαζικός αδένας στους άνδρες αποτελείται από γαλακτοφόρους πόρους και διάμεσο συνδετικό ιστό, ενώ οι πόροι και τα αδενικά λοβίδια απουσιάζουν. Στη μαστογραφία ο αδένας απεικονίζεται ως δισκοειδής σκίαση όπισθεν της θηλής. Οι καλοήθεις εξεργασίες στον ανδρικό μαστό είναι σπάνιες. Από αυτές, οι συνηθέστερες είναι το λίπωμα, το θήλωμα και το απόστημα. Οι κύστεις, το ινοαδένωμα, το αιμαγγείωμα και το μυοινοβλάστωμα έχουν περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία ως εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις⁷⁴.

11.1 Αίτια καρκίνου μαστού στον άνδρα

Τα κυριότερα αίτια καρκίνου του μαστού στον άνδρα είναι:

1.Γονίδια BRCA1 και BRCA2: ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού, ο οποίος είναι σπάνιος και οφείλεται σε μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 και BRCA2, κληρονομείται με τρόπο αυτοσωμικό επικρατή. Οι φορείς μεταλλάξεων στα γονίδια αυτά παρουσιάζουν πιθανότητα 60-80% να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Ωστόσο μόνο το 5-10% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού οφείλεται σε κληρονομούμενες μεταλλάξεις⁷⁵.

2.Ακτινοβολία: η ακτινοβολία μπορεί να προέρχεται από μηχανήματα ακτινών X και ραδιενεργά στοιχεία ή από υπεριώδεις ακτίνες ηλίου. Οι ακτίνες αυτές είναι ικανές να διεισδύσουν σε συγκεκριμένους ιστούς του σώματος και να προκαλούν την ανάπτυξη κακοηθών κυττάρων στην προσβεβλημένη περιοχή.

3.Σύνδρομο Klinefelter: Με αυξημένο κίνδυνο προσβολής από τη νόσο συνδέονται επίσης το σύνδρομο Klinefelter - μια διαταραχή του φύλου που συνδέεται με υπογοναδισμό -, οι διαταραχές στην προλακτίνη, οι τραυματισμοί στους όρχεις ή κάποιες παθήσεις τους.

Τα σημάδια όμως αυτά, συχνά αγνοούνται και δε δίνεται η απαιτούμενη βαρύτητα, λόγω του ότι οι άντρες δεν περιμένουν ότι μπορεί να προσβληθούν από αυτόν, θεωρώντας τον ως αποκλειστικά γυναικεία ασθένεια⁷⁶.

11.2 Σημεία και συμπτώματα του καρκίνου μαστού στους άντρες

Όγκος στο στήθος: Η εμφάνιση μάζας/εξογκώματος κάτω από τη θηλή, είναι το πρώτο σημάδι εμφάνισης του καρκίνου. Πολύ σπάνια μπορεί να παρατηρηθεί και στα δυο στήθη, αλλά συχνότερα παρατηρείται στο αριστερό.

Αλλαγή στις θηλές. Αντιστροφή ή ανάκλιση της θηλής είναι επίσης ένα συχνό σύμπτωμα. Οποιοδήποτε εξόγκωμα ή ευαισθησία δεν πρέπει να αγνοηθεί. Σε περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις εμφάνισης του καρκίνου στο στήθος, εμφανίζεται στη θηλή, κυρίως λόγω του ότι δεν υπάρχει μεγάλη μάζα ιστών στους άντρες και επειδή συνήθως ο όγκος τοποθετείται στο κέντρο της περιοχής. Πρέπει να τονιστεί πως εάν εμφανιστούν σημάδια ή συμπτώματα καρκίνου του στήθους, πρέπει απαραίτητα να εξεταστούν το συντομότερο. Στις περισσότερες περιπτώσεις, εάν αντιμετωπιστεί από την αρχή, τα επίπεδα θνησιμότητας είναι πολύ μικρά και οι ασθενείς ζουν πολλά χρόνια.

Άνδρες που έχουν ιστορικό καρκίνου του στήθους στην οικογένεια και έχουν ασυνήθιστα επίπεδα ορμονών, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο και πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί. Σε αντίθεση με το γυναικείο καρκίνο του μαστού, πολύ σπάνια θα παρατηρηθεί αποκόλληση της θηλής ή αίμα.

Άλλες ανωμαλίες: Κάθε ζάρα ή πτύχωση του δέρματος απαιτεί προσοχή. Ερυθρότητα, αίσθημα ζεστασιάς με την αφή ή ευαισθησία πιθανόν επίσης να αποτελεί προειδοποιητικό σημάδι και χρίζει προσοχής.

Υπάρχουν ωστόσο και ορισμένα συμπτώματα τα οποία πιθανόν να μην υποδουλώνουν καρκίνο του στήθους στους άντρες. Όπως και στις γυναίκες, η πλειοψηφία των όγκων μπορεί να είναι καλοήθεις και να μη συμβαίνει κάτι ανησυχητικό. Σε ιδιαίτερες συνθήκες όπως είναι η γυναικομαστία, παρατηρείται αύξηση της μάζας και εμφανίζονται όγκοι στο στήθος. Στις περισσότερες των περιπτώσεων αυτά τα σημάδια είναι αβλαβή, αλλά το καλύτερο είναι να έχουν ελεγχτεί⁷⁷.

11.3 Πρόγνωση

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

Η πρόγνωση καθώς και οι θεραπευτικές επιλογές εξαρτώνται από:

- το στάδιο της νόσου
- τον τύπο του καρκίνου του μαστού
- την ηλικία του ασθενή και την γενικότερη κατάσταση της υγείας του ασθενή
- την ύπαρξη μετάστασης καρκίνου μαστού στον έτερο μαστό ή σε άλλα όργανα και ιστούς⁷³.

11.4 Η ζωή με το καρκίνο μαστού

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

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

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

Προσπάθησε να ζεις κάθε μέρα όσο πιο φυσιολογικά μπορείς. Απόλαυσε όλα εκείνα τα μικρά πράγματα που σου αρέσει να κάνεις. Άντλησε ευχαρίστηση και από όλα τα μεγαλύτερα βεληνεκούς γεγονότα ⁷⁶.

Διατήρησε την καθημερινότητα σου

Εάν νιώθεις αρκετά καλά, διατήρησε το πρόγραμμα της καθημερινότητας σου. Σ' αυτό περιλαμβάνει την εργασία, τον χρόνο εργασίας και τον χρόνο με την οικογένεια και τους φίλους. Να μην κρύβεις τα συναισθήματα σου και να μην προσποιείσαι τον χαρούμενο όταν δεν είσαι ψυχολογικά καλά. Το να αποφεύγεις τα συναισθήματα σου θα σε κάνει χειρότερα παρά καλύτερα. Θέσε στον εαυτό σου ερωτήματα που θα σε κάνουν να σκεφτείς πως μπορείς να περάσεις καλύτερα το χρόνο σου.

- Πώς μου αρέσει να περνάω την ώρα μου;
- Με ποιόν μου αρέσει να συγχρωτίζομαι;
- Ποιός με κάνει να γελάω;
- Ποιός με κάνει να νιώθω χαρούμενος;
- Ποιες είναι οι επιθυμίες μου;
- τι είδους πρόγραμμα απολαμβάνω περισσότερο;
- Υπάρχει κάτι που θα ήθελα να κάνω αλλά ποτέ δεν έχω κάνει;

Διασκέδαση

Οι άνθρωποι με καρκίνο πολλές φορές δοκιμάζουν πράγματα νέα και διασκεδαστικά που ποτέ δεν είχαν δοκιμάσει. Πράγματα που ποτέ δεν είχαν τον χρόνο κάνουν. Δοκίμασε να κάνεις κάτι απλά για διασκέδαση και όχι γιατί πρέπει. Χρειάζεται όμως προσοχή, για να μην εξαντλήσεις τον οργανισμό σου. Μερικοί άνθρωποι πέφτουν σε κατάθλιψη όταν κουράζονται υπερβολικά. Γι' αυτό ξεκουράσου για να είσαι δυνατός όταν θα πραγματοποιείς όλες αυτές τις διασκεδαστικές δραστηριότητες.

Φυσική Δραστηριότητα

Πολλοί άνθρωποι νιώθουν πως διαθέτουν μεγαλύτερη ενέργεια όταν επιδίδονται σε διάφορες φυσικές δραστηριότητες όπως τρέξιμο, κολύμπι, περπάτημα ή ποδηλασία. Αισθάνονται πως τέτοιοι τύποι δραστηριοτήτων τους κρατούν δυνατούς και τους κάνουν να αισθάνονται όμορφα. Μια μικρή επαφή με τη σωματική άσκηση αυξάνει τη ψυχική διάθεση, διατηρεί τους μύες τονωμένους, επιτυγχάνει την ίαση, μειώνει το αίσθημα κόπωσης, ελέγχει το άγχος, αυξάνει την όρεξη, μειώνει τη δυσκοιλιότητα, βοηθά στην αποβολή αρνητικών σκέψεων.

Ακόμα και αν ποτέ στο παρελθόν δεν είχες ασχοληθεί με τη σωματική άσκηση, μπορείς εύκολα να ξεκινήσεις τώρα. Μπορείς να επιλέξεις κάτι που πιστεύεις ότι θα σου αρέσει για να ασχοληθείς και λάβε τη συγκατάθεση του γιατρού σου, προκειμένου να το δοκιμάσεις ⁷³.

Κεφάλαιο 12^ο

Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου μαστού

- ✓ Η κατανόηση της Βιοψυχοκοινωνικής
Προσέγγισης*
- ✓ Οι ιδιαιτερότητες του καρκίνου μαστού*
- ✓ Η προσωπικότητα της καρκινοπαθούς*
- ✓ Περιμένοντας τις εξετάσεις και μαθαίνοντας τη
διάγνωση*
- ✓ Η ψυχική νοσηρότητα της καρκινοπαθούς*
- ✓ Η ψυχολογία της καρκινοπαθούς*
- ✓ Η ζωή μετά τη μαστεκτομή*

12.1 Η κατανόηση της Βιοψυχοκοινωνικής Προσέγγισης

Προς τα τέλη του 19ου αιώνα και τις αρχές του 20ού, οι μεγάλες κατακτήσεις της βιοϊατρικής, και ειδικότερα της μικροβιολογίας, οδήγησαν σε εξασθένηση του κινήματος της κοινωνικής ιατρικής και σε αποδοχή μιας μονοδιάστατης ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας, που στηρίζονταν κυρίως στα ευρήματα της εργαστηριακής και κλινικής ιατρικής. Βασισμένη στον καρτεσιανό διαχωρισμό σώματος-ψυχής και στη μηχανική θεώρηση του ανθρώπινου οργανισμού, η ιατρική ήταν σχεδόν αναπόφευκτο να στραφεί πρωτίστως στη θεραπεία, αξιοποιώντας όλο και περισσότερα τεχνολογικά επιτεύγματα. Έτσι, το ανθρώπινο σώμα αντιμετωπίστηκε ως «μηχανή», η υγεία ταυτίστηκε με την απουσία αρρώστιας και η ιατρική θεωρήθηκε ο θεματοφύλακός της. Όμως, μια θεραπευτική και κατά βάση νοσοκομειακή ιατρική δεν ήταν από τη φύση της δυνατόν να αντιληφθεί τον ανθρώπινο οργανισμό ολιστικά, δηλαδή ως αλληλοκαθοριζόμενη ενότητα ψυχής και σώματος. Ούτε ήταν σε θέση να συνειδητοποιήσει τους ευρύτερους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, καθώς και τους παράγοντες συμπεριφοράς, που διαδραματίζουν αποφασιστικό ρόλο στην εμφάνιση και την έκβαση της αρρώστιας. Η επικράτηση της ιατροκεντρικής αντίληψης για την υγεία και η κυριαρχία ενός βιοϊατρικού μοντέλου σφράγισαν το μεγαλύτερο μέρος του 20ού αιώνα.

Σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο, η υγεία αποτελεί έκφραση της φυσιολογικής λειτουργίας που χαρακτηρίζει το ανθρώπινο είδος. Η φυσιολογική αυτή λειτουργία καθορίζεται κυρίως με βάση τους επιδημιολογικούς δείκτες και τις βιοστατιστικές μετρήσεις, οι οποίες ανιχνεύουν παθολογικές παρεκτροπές από το «φυσιολογικό». Το δε «φυσιολογικό» προσδιορίζεται είτε σε αντιδιαστολή με την νόσο είτε σε σχέση με τις αποκλίσεις από τη μέση τιμή διαφόρων βιολογικών παραμέτρων.

Η προσέγγιση αυτή αφορά κυρίως τη σωματική διάσταση της υγείας, ενώ φαίνεται να αγνοεί την ύπαρξη της ψυχικής και της κοινωνικής διάστασης. Όμως, ακόμα και η σωματική λειτουργία δύσκολα μπορεί να προσδιοριστεί ανεξάρτητα από το ευρύτερο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Επιπλέον, υπάρχουν και μεγέθη που ποσοτικά δεν προσδιορίζονται εύκολα. Η υγεία είναι μια έννοια με πολλές διαστάσεις. Θα αποτελούσε σαφή αποπτώχευσή της ως έννοιας αν ο ορισμός της επικεντρωνόταν μόνο στις διαστάσεις που μπορούν να προσδιοριστούν βιοϊατρικά και να μετρηθούν, όπως η νοσηρότητα και η θνησιμότητα. Ένας ορισμός πρέπει να έχει τη γενικότητα που θα του επιτρέπει να συμπεριλάβει όλες τις διαστάσεις της προσδιοριζόμενης έννοιας. Η υγεία εκτός από βιολογικό είναι και κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο ενσωματώνει την ποιότητα των σχέσεων που διατηρούν οι άνθρωποι με το περιβάλλον τους, καθώς και μεταξύ τους. Επομένως, δεν θα πρέπει να ορίζεται χωρίς αναφορές στο υλικό, φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στο οποίο ζει και δρα κάθε άτομο⁷⁰.

Όταν λοιπόν επιχειρείται να οριστεί η υγεία, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο τα φαινόμενα που σχετίζονται με την αρρώστια και το θάνατο, αλλά και τα φαινόμενα τα οποία αντανάκλουν τη θετική υγεία (ψυχική και κοινωνική ευεξία, φυσική κατάσταση, δεξιότητες, δυνατότητες, κ.ά.), όπως αυτά διαπλέκονται στο πλαίσιο ενός ενιαίου «συστήματος». Ένα σύστημα που αποτελείται από επιμέρους στοιχεία, τα οποία όλα μαζί παράγουν το χαρακτηριστικό προϊόν του συστήματος: την υγεία, είτε πρόκειται για την ατομική υγεία, είτε για την υγεία ενός πληθυσμού. Σε αυτές ακριβώς τις αντιλήψεις που απορρέουν από τη Γενική Θεωρεία των Συστημάτων, σύμφωνα με την οποία κάθε σύστημα εντάσσεται μέσα σ' ένα άλλο σύστημα και ότι κανένα σύστημα δεν

είναι απομονωμένο, βασίζεται το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, καθώς και ο ολιστικός προσδιορισμός της υγείας.

Το γεγονός ότι η επιστημονική σκέψη απελευθερώνεται έτσι από τις μηχανιστικές αντιλήψεις για το ανθρώπινο σώμα και από το δυϊσμό σώματος-ψυχής, επιτρέπει να αναβιώσει η ολιστική αντίληψη για την υγεία. Η ολιστική αντίληψη αποκαθιστά την ενότητα σώματος-ψυχής, φωτίζοντας τη μελέτη των ψυχοσωματικών διαταραχών που παρουσιάζουν ραγδαία αύξηση τα τελευταία χρόνια, και θέτει στο επίκεντρο του ορισμού της υγείας την έννοια της δυναμικής ισορροπίας. Η ισορροπία βιολογικών, ψυχικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικών και συμπεριφερολογικών παραγόντων αποτελεί το περιεχόμενο της έννοιας της υγείας σύμφωνα με την οποία:

υγεία είναι η δυναμική ισορροπία του εσωτερικού με το εξωτερικό περιβάλλον, που παρέχει στο άτομο τη δυνατότητα να ζει δημιουργικά, σύμφωνα με τις πεποιθήσεις του και τις επιδιώξεις του.

Η ύπαρξη της δυναμικής ισορροπίας με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον σε ένα συγκεκριμένο οικολογικό πλαίσιο επιτρέπει στο άτομο να ανταποκρίνεται στις περιβαλλοντικές προκλήσεις και να προσαρμόζεται στις περιβαλλοντικές αλλαγές, διασφαλίζοντας έτσι την αρμονική σχέση με το περιβάλλον του. Η διατάραξη αυτής ακριβώς της αρμονικής σχέσης αποτελεί, τη βασική αιτία πρόκλησης της αρρώστιας, που μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικά επίπεδα (κυτταρικό, οργανικό, συμπεριφερολογικό, κοινωνικό).

Σύμφωνα μάλιστα με συγκλίνουσες εκτιμήσεις, η υγεία ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού εξαρτάται κατά 20% από τους βιολογικούς παράγοντες, κατά 20-30% από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, κατά 10-20% από τις υπηρεσίες υγείας και κατά 40-50% από την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η κατανόηση της δράσης αυτών των παραγόντων, καθώς και του τρόπου αλληλεπίδρασής τους φωτίζει την ερμηνεία των φαινομένων της υγείας και της αρρώστιας.

Κλασσικό παράδειγμα αποτελεί η ίδια η χώρα μας. Οι έλληνες είναι από τους μακροβιότερους λαούς του κόσμου, γεγονός που οφείλεται πρωτίστως στο φυσικό περιβάλλον, το κλίμα, τη μεσογειακή διατροφή, τους ισχυρούς κοινωνικούς θεσμούς, και δευτερευόντως στις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες, δημόσιες και ιδιωτικές, που παρά τις βελτιώσεις συνεχίζουν να υστερούν σε σύγκριση με τις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου³⁰.

Παλαιότερα ο καρκίνος ισοδυναμούσε, στην κυριολεξία, με θανατική καταδίκη. Ωστόσο, σήμερα συνεχώς περισσότεροι άνθρωποι μαθαίνουν να τον βλέπουν από διαφορετικό πρίσμα και να συνειδητοποιούν ότι η ζωή με το καρκίνο σημαίνει εξοικείωση με μία χρόνια πάθηση. Μαθαίνουν δηλαδή να αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα και τις θεραπευτικές αγωγές και ταυτόχρονα να επιστρέφουν σε όσο το δυνατόν περισσότερες φυσιολογικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Είναι απολύτως σημαντικό να κατορθώσει κανείς να διατηρήσει τον συνηθισμένο ρυθμό της ζωής του, ή τουλάχιστον όσο περισσότερο γίνεται. Ενδεχομένως δε θα μπορεί να προγραμματίσει τις διακοπές του, να αθλείται όσο θα ήθελε ή να κάνει έρωτα τόσο έντονα και συχνά όπως πριν. Ίσως όμως και να μπορεί. Το θέμα είναι ότι η διάγνωση του καρκίνου δεν συνεπάγεται το τέλος της ζωής, εκτός και αν ο ασθενής εγκαταλείψει τον εαυτό του. Το μυστικό είναι να μη νιώσει σαν αβοήθητο θύμα, έρμαιο της αδυσώπητης μοίρας. Αν και σκεφτεί κάτι τέτοιο, θα χάσει αυτόματα τη θέληση για να παλέψει για τη ζωή του. Αν σκοπεύει να θεραπευτεί ή να ανακουφιστεί από τα συμπτώματα της νόσου ή απλώς να βελτιώσει τη ποιότητα της ζωής του, πρέπει να υιοθετήσει μια μαχητική στάση απέναντι στη ζωή.

Η μάχη με το καρκίνο είναι συλλογική προσπάθεια, μια ευθύνη που την μοιράζεται ο ασθενής με την ιατρική και νοσηλευτική ομάδα. Η συνεργασία βασίζεται στην εντιμότητα, την επικοινωνία, την ενημέρωση και τη θέληση του ασθενούς να κάνει ότι καλύτερο μπορεί. Η ομάδα αναλαμβάνει την ευθύνη να προγραμματίσει την αποτελεσματικότερη θεραπευτική αγωγή και να προσφέρει την συμπαράσταση της. Ο ασθενής αναλαμβάνει την ευθύνη να διατρέφεται σωστά, να ασκείται σωστά και να τηρεί θετική στάση απέναντι στα προβλήματα του.

Αν παίζει αυτό το ρόλο σωστά, θα αντιμετωπίσει τις δυσκολίες με μεγαλύτερη ικανότητα. Η θέληση του να ζήσει θα κάνει οπωσδήποτε πιο ευχάριστη τη ζωή του. Μερικές φορές η προσπάθεια αυτή φαίνεται σαν δυσκολότατη πάλη, όμως ο καρκινοπαθής- όπως και πολλοί άλλοι πριν από αυτόν- μπορεί να μάθει να ζει με τον καρκίνο του⁷⁸.

12.2 Οι ιδιαιτερότητες του καρκίνου μαστού.

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

Μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης της νόσου του καρκίνου η ασθενής πρέπει να αντιμετωπίσει τις παραπάνω προκλήσεις και να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση και αυτό γίνεται εκ μέρους της με διάφορους τρόπους. Οι βασικότεροι από αυτούς έχουν καταγραφεί και ονομάζονται μηχανισμοί προσαρμογής⁷⁹.

12.3 Προσωπικότητα καρκινοπαθούς

Οι καρκινοπαθείς περιγράφονται ως άτομα με πολλές αναστολές έντονη προσαρμογή προς το εξωτερικό περιβάλλον, συμβατικοί και καθηλωμένοι στους τύπους. Επίσης περιγράφονται ως καταθλιπτικές και ψυχαναγκαστικές προσωπικότητες. Η κατάθλιψη είναι δυνατόν να επιδεινώνει την κατάσταση μιας σωματικής ασθένειας που ήδη υπάρχει στον ασθενή. Ταυτόχρονα μπορεί να δημιουργεί οργανικές προϋποθέσεις που να ευνοούν την εκδήλωση μιας νέας σοβαρής ασθένειας.

Στον τομέα του καρκίνου ο ρόλος που παίζει η κατάθλιψη έχει εξερευνηθεί κατά τα τελευταία χρόνια και φαίνεται ότι έχει μια σημαντική επιρροή στην εξέλιξη της νόσου. Υπάρχει η άρνηση και η καταπίεση μη επιτρεπτών συναισθημάτων, προφανής αδυναμία να εκφράσουν ένταση, θυμό ή άγχος και όλα αυτά πίσω από την κάλυψη της ηρεμίας και της ευχαρίστησης⁵⁰.

Νοιάζονται περισσότερο γι' αυτά που συμβαίνουν γύρω τους και στους άλλους παρά για όσα συμβαίνουν μέσα τους. Τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι μεταξύ των

καρκινοπαθών ασθενών το 25% πάσχουν από κατάθλιψη. Στο γενικό πληθυσμό, το ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη είναι μόνο 10%.

Η κατάθλιψη μπορεί να υποσκάπτει το ανοσολογικό σύστημα του οργανισμού. Το σύστημα αυτό είναι υπεύθυνο για την άμυνα του οργανισμού. Καταπολεμά τις λοιμώξεις και τα διάφορα μικρόβια που απειλούν τον οργανισμό μας κάθε στιγμή. Το ανοσολογικό σύστημα παίζει σημαντικό ρόλο και στη γένεση του καρκίνου. Σε αρκετές περιπτώσεις θεωρείται ότι μια ανεπάρκεια του ανοσολογικού συστήματος μπορεί να ευνοήσει τη δημιουργία καρκινικών κυττάρων. Η ανεπάρκεια του συστήματος να εξουδετερώσει τα ανώμαλα κύτταρα οδηγεί στην εκδήλωση της ασθένειας του καρκίνου.

Οι καρκινοπαθείς που προσβάλλονται από κατάθλιψη νιώθουν απελπισία και έχουν να καταπολεμήσουν δύο ασθένειες και όχι μόνο μία. Δυσκολεύονται στην καθημερινή τους ζωή, δεν μπορούν να κάνουν τις συνήθεις εργασίες τους και δεν μπορούν να ακολουθήσουν τις ιατρικές συμβουλές που τους δίνονται.

Μετά τη σκιαγράφηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας όλων ανεξαρτήτως των ασθενών με καρκίνο είναι απαραίτητη και η αναφορά στις ιδιαιτερότητες του καρκίνου του μαστού οι οποίες επιβαρύνουν ακόμα περισσότερο την ασθενή⁴⁹.

12.4 Μηχανισμοί προσαρμογής και αντιμετώπισης του καρκίνου μαστού

Όπως δεν συμβαίνει να συναντήσουμε στη ζωή δύο ανθρώπους εντελώς όμοια ψυχικά έτσι δεν μπορούμε να βρούμε και δύο αρρώστους που να αντιδρούν κατά τον ίδιο ακριβώς τρόπο στην αρρώστια και τις επιπτώσεις της. Υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές ως προς τις αντιδράσεις ενός ασθενή που μπορούν να ξεκινούν από μια φαινομενική αδιαφορία και να φτάνουν σε μεγάλο βαθμό κατάθλιψης.

Οι αρχικές αντιδράσεις του ασθενή είναι συνήθως σοκ, άρνηση και θυμός. Αναρωτιέται γιατί συνέβη σε εκείνον, γιατί αυτή τη στιγμή της ζωής του και γιατί ο Θεός ήταν τόσο άδικος μαζί του. Θεωρεί υπεύθυνο τον εαυτό του για αυτή την εξέλιξη στη ζωή του. Θυμώνει για όσα πιθανά «άσχημα» πράγματα έκανε και επιρρίπτει ευθύνες σε οικεία πρόσωπα. Εκτός από τις παραπάνω αντιδράσεις οι σκέψεις του ασθενούς στρέφονται γύρω από την θεραπεία της ασθένειας αλλά και τις επιπτώσεις της θεραπευτικής διαδικασίας⁸⁰.

Κάθε άνθρωπος, όταν έρχεται αντιμέτωπος με ένα δυνητικά θανατηφόρο νόσημα προσπαθεί να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση με σκοπό να μπορέσει να χρησιμοποιήσει όλες τις εφεδρείες που έχει ώστε να αντιμετωπίσει καλύτερα τον κίνδυνο για την ζωή του. Όλοι οι άνθρωποι δεν τα καταφέρνουν το ίδιο καλά και αυτό φαίνεται να έχει σχέση με τα εγγενή χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους. Άλλοι κατορθώνουν γρήγορα να προσαρμοστούν με τα καινούρια δεδομένα της ζωής τους, άλλοι αργούν περισσότερο και άλλοι δεν το κατορθώνουν ποτέ⁸¹.

Πριν τον προληπτικό έλεγχο, την ψηλάφηση και τη μαστογραφία, πολλές γυναίκες αρνούνται ακόμα και να υποβληθούν σε προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο, παρότι τους προσφέρεται δωρεάν από τα ασφαλιστικά τους ταμεία, από φόβο μην βρεθεί καρκίνος. Άλλες ζουν για χρόνια με ύποπτο μαστογραφικό εύρημα, με ψηλαφητό όγκο ή ακόμα και με διαγνωσμένο καρκίνο, καθυστερώντας ενίοτε για χρόνια, να κάνουν οποιαδήποτε παραπέρα ενέργεια, βρίσκοντας ποικίλες δικαιολογίες προς τον εαυτό τους και τους συγγενείς τους, ξορκίζοντας μακριά το κακό. Αναπτύσσουν στο έπακρο τον αμυντικό ψυχολογικό μηχανισμό της άρνησης. Είναι περίεργο ότι αυτό δεν φαίνεται να σχετίζεται

με το μορφωτικό, οικονομικό και κοινωνικό τους επίπεδο. Παρακάτω αναφέρονται παραδείγματα γυναικών που αρνούνται ότι έχουν καρκίνο του μαστού.

Γνωρίζω γυναίκα, 75 ετών πρώην νοσηλεύτρια, με εξελκωμένο καρκίνο μαστού (ανοιχτή πληγή δηλαδή) που 7 χρόνια τώρα αλλάζει γιατρούς ζητώντας να της κάνουν χειρουργικό καθαρισμό. Η αδελφή της που πάντα τη συνοδεύει, προειδοποιεί τους γιατρούς να της λένε πως έχει μαστίτιδα. Μόλις τους πρότεινα να κάνουμε κάτι περισσότερο για το καλό της, χωρίς να της πω τι έχει, δεν την ξαναείδα. Άλλη κυρία 60 ετών, μπήκε στο νοσοκομείο με εξελκωμένο καρκίνο και γεμάτη μεταστάσεις. Επί 5 χρόνια έκρυβε το στήθος της από το σύζυγό της με τον οποίο κοιμούνται μαζί.

Η μητέρα ενός φίλου μου με επισκέφθηκε προ τριετίας επειδή «έπιανε κάτι στο στήθος της». Είχε προηγουμένως πάει σε αντικαρκινικό νοσοκομείο, όπου σωστά, της έκαναν παρακέντηση και κυτταρολογική (FNA). Η εξέταση δεν πέτυχε να πάρει καθόλου κύτταρα μαστού, πράγμα που συμβαίνει στο 20-30% των περιπτώσεων. Το χαρτί της έγραφε «εξέταση αρνητική για κακοήθεια, συνιστάται επανάληψη». Δεν επανέλαβε την παρακέντηση. Ήρθε σε μένα για μια δεύτερη γνώμη. Αυτό το «κάτι», ήξερα μέσα μου μόλις το ακούμπησα, πως ήταν σίγουρα κάτι κακό. Της ζήτησα να επαναλάβουμε την παρακέντηση, κρούοντας τον κώδωνα του κινδύνου για ενδεχόμενη κακοήθεια. Αρνήθηκε πάλι. Έκτοτε κυκλοφορεί με το χαρτί από την «εξέταση αρνητική για κακοήθεια» και μαθαίνω τα νέα της από το φίλο μου. Νομίζει πως δεν ξέρω τη δουλειά μου.

Σαραντάχρονη φίλη, γιατρός, με μικρό ογκίδιο 8mm στον ένα μαστό, αθώο ψηλαφητικά, αλλά ύποπτο μαστογραφικά (μικτή κύστη). Τέσσερις γιατροί της είπαμε να το βγάλει. Βρήκε όμως γιατρό-θεό, που βασίστηκε πιο πολύ στο χέρι του παρά στα μηχανήματα και της είπε πως δεν έχει τίποτα. Τώρα δεν μας μιλάει πια. Ελπίζω μόνο να είναι καλά ⁵⁰.

12.5 Περιμένοντας τις εξετάσεις και μαθαίνοντας τη διάγνωση

Η αναμονή εξετάσεων, επεμβάσεων και αποτελεσμάτων αρκεί για να δημιουργήσει πολλά ψυχικά προβλήματα, ιδιαίτερα όταν στις πιθανότητες εμπλέκεται έστω και λίγο ο καρκίνος. Σημαντική πρόοδος των τελευταίων ετών είναι η όλο και συχνότερη εφαρμογή της κυτταρολογικής εξέτασης με βελόνα (FNA) που μείωσε πολύ τις ταχείες βιοψίες. Έτσι όλο και λιγότερες γυναίκες μπαίνουν σήμερα στο χειρουργείο, χωρίς να γνωρίζουν αν θα ξυπνήσουν με ένα μαστό, με μισό ή με δύο. Η FNA έδωσε στις ασθενείς τη δυνατότητα της προεγχειρητικής διαγνώσεως και συζητήσεως με το γιατρό τους για το είδος της περαιτέρω θεραπευτικής πορείας, ανάλογα με τις προσωπικές τους ανάγκες και επιθυμίες.

Τα σοβαρότερα ψυχικά προβλήματα εμφανίζονται όταν η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι πλέον σίγουρη. Και είναι κυρίως ανάλογα της διαγνώσεως

του καρκίνου και λιγότερο της βαρύτητας της επεμβάσεως Δεν είναι μικρό πράγμα να σου πουν ότι έχεις καρκίνο.

Η θλίψη, η αϋπνία, το άγχος, η ανορεξία, η νευρικότητα, η οργή, η ενοχή, είναι φυσικό να συνοδεύουν στην αρχή τη διάγνωση του καρκίνου.

Αργότερα οι παράγοντες της ανθρώπινης αντοχής και του ψυχικού σθένους αποκαλύπτουν τις πραγματικές τους διαστάσεις και λειτουργούν στα όρια των δυνατοτήτων τους. Οι συμπεριφορές ξεχωρίζουν ανάλογα με το χαρακτήρα, το σθένος και την ποιότητα στήριξης από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον.

Βλέπουμε γυναίκες, που αφού ξεπέρασαν το αρχικό σοκ από τη διάγνωση του καρκίνου, βρήκαν την αφορμή να ξαναγεννηθούν, να πιάσουν τη ζωή από τα μαλλιά, να

εκμεταλλευθούν κάθε λεπτό της και να πλησιάσουν πιο κοντά στα αγαπημένα τους πρόσωπα. Γυναίκες αποφασισμένες να επιζήσουν. Άλλες με καρκίνο 1ου σταδίου νιώθουν πως τέλειωσε η ζωή τους κι ας τους λέμε ειλικρινά πως οι πιθανότητες είναι κατά 90% με το μέρος τους⁶⁵.

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

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

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

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

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

ε) Απελπισία/Αβοηθητικότητα (Hopeless/Helpless). Οι γυναίκες αυτές φαίνεται να έχουν κυριευτεί απόλυτα από την διάγνωση. Θεωρούν ότι είναι συνεχώς άρρωστες είτε έχουν είτε δεν έχουν συμπτώματα, και μερικές φορές ενεργούν σα να πρόκειται να καταλήξουν άμεσα. Η καθημερινή τους λειτουργικότητα είναι απόλυτα επηρεασμένη και αποδιοργανωμένη.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να δημιουργήσει ένα θετικό κλίμα επικοινωνίας με την ασθενή και να την κάνει να κατανοήσει ότι είναι πρόθυμος να την ακούσει και ότι ενδιαφέρεται για αυτήν. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορέσει να εκφράσει τον ψυχικό πόνο που βιώνει και να συμφιλιωθεί με τα συναισθήματα της ενώ είναι χρήσιμο παράλληλα να την ενθαρρύνει να τα εκφράσει χωρίς να την κρίνει, να την συμβουλεύει ή να επιβάλλει τις προσωπικές του απόψεις. Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες της για ασφάλεια, αυτονομία και αυτοέλεγχο, ώστε να διατηρήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό της και την αξιοπρέπεια της⁴⁹.

12.6 Ψυχική Νοσηρότητα στον καρκίνο μαστού

Στην εκτίμηση της μέτρησης της ψυχιατρικής νοσηρότητας στον καρκίνο του μαστού όπως και σε άλλα καταληκτικά νοσήματα εγείρονται πολλά μεθοδολογικά προβλήματα. Το κυριότερο πρόβλημα αφορά στα κριτήρια με τα οποία θα διακριθούν οι "περιπτώσεις"

από τις "μη περιπτώσεις". Τα υπάρχοντα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για αυτόν τον σκοπό στην ψυχιατρική έρευνα αν και είναι πολύ έγκυρα και αξιόπιστα για την ανίχνευση πρωτοπαθών ψυχιατρικών διαταραχών δεν μπορούν το ίδιο καλά να διακρίνουν την παροδική "δυσφορία" που αποτελεί φυσιολογική αντίδραση σε ένα αρνητικό γεγονός από την "αληθινή" ψυχιατρική διαταραχή. Με τον όρο "αληθινή" εννοείται εκείνη η διαταραχή που θα κρινόταν από έναν κλινικό ψυχίατρο ότι απαιτεί ειδική θεραπεία (φαρμακευτική ή/και ψυχοθεραπευτική) και η οποία μετά την ειδική αυτή θεραπεία θα βελτιωνόταν σημαντικά. Κρατώντας αυτή την επιφύλαξη, τα ευρήματα των περισσότερων ερευνών συνοψίζονται ως εξής :

α) Ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών, περίπου μία στις τέσσερις εμφανίζουν τα πρώτα δύο χρόνια από την διάγνωση του καρκίνου του μαστού κάποιο είδος συναισθηματικής διαταραχής του τύπου της αγχώδους διαταραχής ή της κατάθλιψης. Στις περισσότερες φορές ωστόσο η διαταραχή αυτή είναι ήπια ή αυτοπεριοριζόμενη έτσι ώστε αρκετοί είναι εκείνοι που πιστεύουν ότι δεν υπάρχει λόγος να παραπέμπονται οι γυναίκες αυτές σε ψυχίατρο. Ένα 5% ωστόσο παρουσιάζει ενδείξεις σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής, κυρίως μείζονος κατάθλιψης που απαιτεί θεραπεία.

β) 30% των γυναικών μετά την χειρουργική θεραπεία παρουσιάζει δυσκολίες στην σεξουαλική προσαρμογή της (μείωση της επιθυμίας, μείωση της συχνότητας των επαφών, μείωση της ικανοποίησης). Ωστόσο η σεξουαλική αυτή δυσλειτουργία είναι συνήθως μέτριου βαθμού και μόνο σε ένα μικρό ποσοστό είναι σοβαρή (περίπου στο 5%), ενώ όπως θα αναφερθεί παρακάτω φαίνεται να εξαρτάται και από το είδος της επέμβασης (μαστεκτομή ή ογκεκτομή).

Ωστόσο οι συνέπειες της ψυχικής νοσηρότητας στην ποιότητα ζωής και στην πρόγνωση των γυναικών που παρουσιάζουν ψυχιατρικές επιπλοκές μετά την διάγνωση και την χειρουργική θεραπεία επηρεάζονται σε δύο τομείς:

α) στην ποιότητα ζωής : η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών είναι σαφώς επηρεασμένη, κάτι που έχει δείξει σε αρκετές εργασίες αλλά πού είναι και προφανές αν σκεφτεί κανείς ότι ήδη υπάρχει ένας επιβαρυντικός παράγοντας που από μόνος του είναι ικανός να μειώσει το επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών αυτών. Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν έχει γίνει κάποια προσπάθεια ποσοτικού προσδιορισμού των επιπτώσεων στην ποιότητα ζωής, π.χ. με την μέθοδο των QUALYs (Ποιοτικός Προσαρμοσμένων Ετών Ζωής - Quality-Adjusted Life Years).

β) στην πρόγνωση : Μερικές ενδιαφέρουσες εργασίες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που εμφανίζουν μείζονα κατάθλιψη έχουν υψηλότερο ποσοστό τοπικής υποτροπής σε καρκίνο πρώιμου σταδίου.

Πολλοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει να διερευνήσουν τους μηχανισμούς με τους οποίους οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στην πορεία του καρκίνου του μαστού. Ιδιαίτερα έχουν μελετηθεί οι πιθανοί ανοσολογικοί μηχανισμοί που μπορεί να μεσολαβούν. Δύο τέτοιοι μηχανισμοί είναι οι ακόλουθοι :

α) Γυναίκες, που μια εβδομάδα μετά τη μαστεκτομή εμφανίζουν μεγαλύτερη δυσφορία και όχι καλή προσαρμογή εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα των φυσικών κυτταροκτόνων κυττάρων (natural killer cells, NK), και αυτό σχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση.

β) Γυναίκες που 3 μήνες μετά τη μαστεκτομή χρησιμοποιούν το μηχανισμό της άρνησης εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα ανοσοσφαιρινών IgM σε σχέση με αυτές που χρησιμοποιούν το μηχανισμό της στωϊκής αποδοχής ή της μαχητικότητας. Η υπόθεση που έχει γίνει είναι ότι οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν την απάντηση του ανοσολογικού συστήματος του ασθενή και είτε να προκαλούν αύξηση των ανοσοσφαιρινών που δεν ενεργοποιούν το συμπλήρωμα (όπως

IgG2 και IgG4), γεγονός που μπορεί να εμποδίζει την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, είτε να προκαλούν αύξηση των ανοσοσφαιρινών που ενεργοποιούν το συμπλήρωμα (όπως IgM), γεγονός που μπορεί να βοηθά στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων⁸².

Οι ιατροί που αναλαμβάνουν περιστατικά καρκίνου πολλές φορές έχουν έρθει αντιμέτωποι με έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις καρκινοπαθών, πολλές φορές ζητούν τη συνδρομή ψυχολόγου ή ψυχιάτρου όταν η κατάσταση είναι πολύ δύσκολη και ξεφεύγει από τα όρια. Συνήθως παρατηρούνται περιστατικά μείζονος κατάθλιψης, κοινωνικής απόσυρσης, διέγερση, θυμός, εχθρότητα, απειλές, μηνύσεις, άρνηση της θεραπείας, παραίτηση πριν η νόσος φτάσει στο τελικό στάδιο, ενδοψυχικές συγκρούσεις.

Αντιμετωπίζοντας τη σειρά των κλινικών αυτών συμπτωμάτων, η παρουσία ψυχιάτρου κρίνεται απαραίτητη έχοντας βέβαια τη γνώση ότι δεν γίνονται θαύματα και ότι ένας ασθενής με καρκίνο αντιμετωπίζεται με τον γνωστό τρόπο: διάγνωση και θεραπεία. Οι ψυχικές διαταραχές παρατηρούνται στο 20%- 50% των καρκινοπαθών. Η κατάθλιψη είναι η πιο κοινή ψυχιατρική διάγνωση και συμβαίνει στο 20%. Στον καρκίνο στο πάγκρεας τα συμπτώματα των διαταραχών της διάθεσης είναι στενά συνδεδεμένα με την ανάπτυξη του νεοπλασματος, που εμφανίζεται στο 75% μιας ομάδας ασθενών. Η ανησυχία είναι επίσης συνηθισμένη. Όταν αυτή ενοχλεί τον ασθενή, χορηγεί ανάλογη θεραπευτική αγωγή. Σε όλους τους ασθενείς που απειλείται η ζωή τους παρατηρείται μείωση των ψυχολογικών αμυντικών μηχανισμών και ηθική έκπτωση. Το δεύτερο πρόβλημα που παρατηρείται είναι το παραλήρημα. Οι καταστάσεις που συνδέονται με αυτό είναι: τα φάρμακα, οι εγκεφαλικές μεταστάσεις, τα καρκινώματα, η μηνιγγίτιδα, η εγκεφαλίτιδα⁸¹.

Η κατάθλιψη παρατηρείται τακτικά σε καρκινοπαθείς τελικού σταδίου. Σε έναν οργανικό ασθενή πολλά από τα συμπτώματά της είναι δύσκολο να ερμηνευτούν. Συνήθως όλοι οι βαριά ασθενείς παρουσιάζουν προβλήματα ύπνου, ενέργειας, απώλεια όρεξης και μπορεί να έχουν δυσκολία στη συγκέντρωση. Τα ακόλουθα χαρακτηριστικά βοηθούν να αναγνωρίσουμε ένα ασθενή με κατάθλιψη: διαρκής καταθλιπτική διάθεση είτε αυξημένη ανησυχία είτε ψυχοκινητική αντίδραση, σκέψη για αυτοκτονία και πολύ σημαντικό μια αίσθηση ότι είναι αβοήθητος και ότι δεν υπάρχει ελπίδα στην τωρινή κατάσταση. Το άτομο επίσης αισθάνεται ανάξιο και βάρος στους υπολοίπους. Εάν τα τελευταία συμπτώματα είναι παρόντα, ο ασθενής έχει σοβαρή κατάθλιψη και χρειάζεται θεραπεία.

Οι ψυχιατρικές επιπλοκές του καρκίνου του μαστού πρέπει πάντα να θεραπεύονται όταν είναι αρκετά σοβαρές διότι μειώνουν δραματικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και ενδεχομένως επηρεάζουν την πρόγνωση ιδίως των πρώιμων σταδίων.

Η θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης που επιπλέκει τον καρκίνο του μαστού δεν διαφέρει ουσιαστικά στις αρχές της από τη θεραπεία άλλων μορφών κατάθλιψης. Ωστόσο πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής: α) Η πιθανότητα φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων είναι αυξημένη σε ασθενείς με καρκίνο λόγω της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας που μπορεί να λαμβάνουν οι ασθενείς αυτοί ή/και της δυσλειτουργίας και άλλων οργάνων όπως του ήπατος. Απαιτείται λοιπόν γνώση της φαρμακοκινητικής και φαρμακοδυναμικής του σκευάσματος που χρησιμοποιείται και κατάλληλη ρύθμιση της ημερήσιας δόσης. β) Η επιλογή για το αν η φαρμακοθεραπεία θα συνδυαστεί ή όχι και με ψυχοθεραπεία (κυρίως γνωσιακού - συμπεριφορικού τύπου ή διαπροσωπικού τύπου) οπωσδήποτε εξαρτάται από την κάθε περίπτωση. Ωστόσο μερικοί υποστηρίζουν ότι η παραπομπή μιάς γυναίκας για ψυχοθεραπεία μπορεί να προσθέσει στο ήδη δυσβάστακτο φορτίο του καρκίνου και ένα άλλο: το στίγμα που χαρακτηρίζει ακόμη τις ψυχιατρικές διαταραχές. Η φαρμακοθεραπεία μόνη της δεν παρουσιάζει τέτοιους

κινδύνους αφού μπορεί να χορηγηθεί ακόμη και από τον θεράποντα γιατρό σε συνεργασία με τον ειδικό. Απαιτείται, λοιπόν, περαιτέρω έρευνα για να διαπιστωθεί εάν ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας σε κατάθλιψη που επιπλέκει καρκίνο του μαστού είναι πράγματι αποτελεσματικότερος, κάτι που ισχύει για άλλες μορφές κατάθλιψης.

Η θεραπεία των διαταραχών άγχους είναι επίσης επιβεβλημένη. Όταν η διαταραχή είναι βραχυχρόνια η χρήση βενζοδιαζεπινών φαίνεται να είναι μια καλή επιλογή χωρίς ιδιαίτερους κινδύνους για την δημιουργία εξάρτησης εφόσον προβλεφθεί η σταδιακή διακοπή τους. Σε περιπτώσεις που η αγχώδης διαταραχή είναι πιο μακροχρόνια η χρήση της βουσπιρόνης είναι απόλυτα δικαιολογημένη αφού έχει παρόμοια αποτελέσματα και ο κίνδυνος εξάρτησης είναι σαφώς μικρότερος.

Για τις σεξουαλικές διαταραχές σπάνια απαιτεί ειδική θεραπεία εκτός αν την ζητήσει η ίδια η γυναίκα. Βεβαίως, οι γυναίκες ασθενείς σπάνια θα αναφέρουν το θέμα αυτό στον γιατρό τους. Γι' αυτό κρίνεται σκόπιμο ο γιατρός να ρωτάει απ' ευθείας την γυναίκα χρησιμοποιώντας ανοιχτές ερωτήσεις. Οι περισσότερες γυναίκες τότε με μεγάλη προθυμία θα απαντήσουν εάν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα και θα ενδιαφερθούν να μάθουν με ποιό τρόπο μπορούν να το λύσουν. Για τις ήπιες και παροδικές διαταραχές η απλή υποστήριξη είναι επαρκής⁴⁹.

12.7 Η ψυχολογία των ασθενών με καρκίνο μαστού

Ο καρκίνος του μαστού δεν αποτελεί πλέον καταληκτική ασθένεια, αντίθετα με ό, τι ίσχυε μέχρι πρότινος. Τις περισσότερες φορές, το συγκεκριμένο είδος νεοπλασίας θεραπεύεται, αρκεί βέβαια να διαγνωσθεί εγκαίρως, να παρθούν οι κατάλληλες αποφάσεις και να ακολουθήσουν οι ασθενείς τις σωστές θεραπείες.

Παρ' όλο που πλέον η ασθένεια αυτή είναι θεραπεύσιμη, εξακολουθεί να αποτελεί μια επώδυνη κατάσταση για τη γυναίκα, επηρεάζοντας βαθιά τον ψυχισμό της. Η καθεμία που αναρρώνει και αποθεραπεύεται έχει τόσες πολλές εμπειρίες από αυτή την κατάσταση και έχει περάσει από πολλές και διαφορετικές φάσεις που πλέον έχει τροποποιηθεί η σκέψη της και όλη η ψυχοσύνθεση της. Η αντίληψη της για τον εαυτό της, τον κόσμο αλλά και για τους ανθρώπους έχουν αλλάξει. Η αλλαγή αυτή κάποιες φορές της προκαλεί ανασφάλεια και μία αίσθηση απώλειας του ενδιαφέροντος των κοντινών της ανθρώπων. Κατά τη διάρκεια της αποθεραπείας, η γυναίκα πρέπει να οργανώσει από την αρχή τη ζωή της και να αναδομήσει τις κοινωνικές της σχέσεις αντιμετωπίζοντας άλλοτε θετικές και άλλοτε απογοητευτικές και αποθαρρυντικές αντιδράσεις από τους ανθρώπους. Όσες από εσάς έχετε βιώσει αυτή τη δύσκολη εμπειρία, σίγουρα θα καταλαβαίνετε τι εννοώ.

Η μεγάλη χρονική διάρκεια του καρκίνου του μαστού, από την εμφάνιση και διάγνωση του μέχρι και την αποθεραπεία του, κάνει τη γυναίκα να βιώσει ποικίλα και κατά βάση αρνητικά συναισθήματα. Αυτά δημιουργούνται από τις διάφορες φάσεις που περιλαμβάνει αυτή η μακρά πορεία βιώνοντας τον φόβο, την αβεβαιότητα, την αίσθηση θρήνου και απώλειας και τον πόνο, που είναι αδύνατο να αφήσουν ανεπηρέαστη την γυναίκα. Θεωρώ πως οι γυναίκες εκείνες δεν παύουν ποτέ να ζούνε με τον φόβο μήπως εμφανίσουν ξανά κάποιον όγκο. Όλα αυτά τα έντονα συναισθήματα εξελίσσονται και μετατρέπονται σε νέες στάσεις, αξίες και πιστεύω της γυναίκας, που την κάνουν να βλέπει τα πράγματα υπό άλλο πρίσμα και να εκτιμάει την κάθε στιγμή της ζωής της. Το ίδιο, αλλά σε μικρότερο βέβαια βαθμό, ισχύει και για τους πολύ κοντινούς ανθρώπους που ζούνε την ασθένεια από πολύ κοντά.

Ποια είναι όμως η ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας που νοσεί από καρκίνο του μαστού;

Ας δούμε το πώς βιώνει την εμπειρία αυτή σε τρεις φάσεις: τη φάση που διαπιστώνει κάποια συμπτώματα στο σώμα της, τη δύσκολη φάση της διάγνωσης και τη χρόνια φάση που εκτείνεται ως την ίαση ή το θάνατο της.

Στην πρώτη φάση λοιπόν, η γυναίκα αρχίζει να συνειδητοποιεί κάποια συμπτώματα που ίσως να αποτελούν ενδείξεις της ασθένειας. Οι αντιδράσεις της καθημιάς μπορεί να κυμαίνονται από την πλήρη ενεργοποίηση και αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, ως την πλήρη απώθηση και άρνηση της κατάστασης της και αποφυγή ανάληψης οποιασδήποτε δράσης. Μπορεί για παράδειγμα να σκέφτονται «Δεν είναι τίποτε, θα μου περάσει», «Είμαι σίγουρη ότι πάσχω από καρκίνο και θα πεθάνω, οπότε καλύτερα να μην ασχοληθώ». Ο τρόπος που θα αντιδράσει η γυναίκα σε αυτή τη φάση, θα επηρεάσει και την οργανική της κατάσταση αλλά και την μετέπειτα προσαρμογή της στην εκδήλωση της ασθένειας.

Η φάση της διάγνωσης αποτελεί την πιο δύσκολη και πιο σημαντική στιγμή στην εξέλιξη της ασθένειας. Παρά τις υποψίες της γυναίκας για τη κατάσταση της, η στιγμή της διάγνωσης δεν παύει να αποτελεί μια τραυματική εμπειρία για την ίδια. Από αυτό το σημείο θα πρέπει να αναθεωρήσει και να επαναπροσδιορίσει τη ζωή της, καθώς και να πάρει σημαντικές αποφάσεις για τον τρόπο που θα διαχειριστεί το πρόβλημά της στο μέλλον. Συνεπώς, οι έντονες συναισθηματικές της αντιδράσεις μπορούν να θεωρηθούν δικαιολογημένες. Η χρόνια φάση, που καλύπτει και το μεγαλύτερο κομμάτι χρονικά, απαιτεί πολλές προσαρμοστικές προσπάθειες εκ μέρους της γυναίκας αλλά και της οικογένειας της, αφού απαιτείται να γίνει η ασθένεια κομμάτι της ζωής της. Αυτό φυσικά δεν είναι κάτι εύκολο για την ίδια. Φαίνεται πως όσες γυναίκες εγκαταλείπουν κάθε προσπάθεια και έχουν την αίσθηση ανημποριάς, αδυναμίας και απόγνωσης, ενώ παράλληλα έχουν μόνο αρνητικές προσδοκίες, καταλήγουν να έχουν όχι μόνο χειρότερη προσαρμογή, αλλά και αρνητικές επιπτώσεις στην εξέλιξη της υγείας τους. Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν την ασθένεια τους ως «μία μάχη που πρέπει να νικήσουν» και έχουν πίστη στον εαυτό τους και στην ψυχική τους δύναμη, έχουν καλύτερη πρόγνωση. Επιπλέον, αυτές οι γυναίκες έχουν πιο καλή ποιότητα ζωής κατά την περίοδο της ασθένειας και πολύ μικρότερα επίπεδα κατάθλιψης, μελαγχολίας και στρες. Έτσι λοιπόν, μπορεί να γίνει σε όλους αντιληπτό το πόσο πολύ μπορεί να επηρεάσει η συναισθηματική κατάσταση της γυναίκας την πορεία και εξέλιξη της ασθένειας της.

Κάποιες γυναίκες μπορεί να έχουν επίγνωση των αρνητικών τους συναισθημάτων και φόβων, και όμως να αρνούνται να τα εκφράσουν θέλοντας να προστατέψουν τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Κάποιες άλλες επιμένουν να παραγνωρίζουν και να αγνοούν τις ανησυχίες τους, το θυμό και την κατάθλιψη τους, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η προσαρμογή τους στη πραγματικότητα της αρρώστιας τους. Οι δυσκολίες των γυναικών αυξάνονται όταν ο καρκίνος ή η θεραπεία του παραμορφώνουν κάποιο μέρος του σώματος ή επηρεάζουν τη σεξουαλική τους λειτουργικότητα. Ωστόσο, η εγχείρηση διατήρησης του μαστού μειώνει αυτή τη παραμόρφωση και «διευκολύνει» κάπως τη προσαρμογή της στη κατάσταση.

Πολλές είναι οι γυναίκες που βιώνουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα που έχουν τις ρίζες τους στις σχέσεις τους με τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους. Μπροστά στη διάγνωση μια χρόνιας και απειλητικής για τη ζωή ασθένειας, οι οικογενειακές και φιλικές σχέσεις δοκιμάζονται και πολλές φορές τροποποιούνται. Άλλοτε χαρακτηρίζονται από μια τάση προσέγγισης και άλλοτε από μια τάση απομάκρυνσης. Κάποιες μπορεί να έχουν απομακρυνθεί από τους οικείους σας λόγω κακής διάθεσης,

αμηχανίας και κυρίως λόγω των αλλαγών που ίσως έχουν συμβεί στο στήθος τους και δεν νιώθουν καλά. Οι φίλοι και η οικογένεια μπορεί να βιώσουν μια αμφιθυμία μεταξύ της λύπης τους για τη κατάσταση της γυναίκας, και παράλληλα της επιθυμίας τους να είναι αισιόδοξοι απέναντι της. Αυτά τα συναισθήματα, καθώς και η αμηχανία τους για το τι πρέπει να της πούνε, τους κάνουν πολλές φορές να αποφεύγουν την επαφή μαζί της. Η «απομόνωση» αυτή, είτε είναι επιλογή της, είτε προκαλείται από τους άλλους, μακροπρόθεσμα δεν έχει καλά αποτελέσματα ειδικά σε μια φάση που η κοινωνική υποστήριξη παίζει τόσο σημαντικό ρόλο⁷⁹.

12.8 Η ζωή μετά τη μαστεκτομή

Η μαστεκτομή μπορεί να αποτελέσει μία τραυματική εμπειρία για κάθε γυναίκα που υπόκειται αυτή τη χειρουργική επέμβαση. Κυρίως γιατί οι γυναίκες νιώθουν ότι το στήθος είναι το πιο θηλυκό χαρακτηριστικό. Ως αποτέλεσμα, οποιαδήποτε αλλαγή στην εικόνα του στήθους αποτελεί μεγάλο πλήγμα στην αυτοπεποίθηση της γυναίκας, ανεξάρτητα από την ηλικία της, το μορφωτικό της επίπεδο ή την κοινωνική της τάξη. Οι περισσότερες γυναίκες χρειάζονται αρκετό χρόνο για να συμφιλιωθούν με την ιδέα της μαστεκτομής και ακόμη περισσότερο για να συνηθίσουν την εικόνα τους μετά την επέμβαση.

Κάθε γυναίκα βρίσκει διαφορετικούς τρόπους για να αντιμετωπίσει την αλλαγή στο σώμα της. Κάποιες προτιμούν να δουν το σώμα τους την πρώτη φορά μετά την επέμβαση μόνες τους, χωρίς μάρτυρες. Άλλες ίσως χρειάζονται την συμπαράσταση του συντρόφου τους, μίας στενής φίλης, ή του γιατρού τους. Όποια κι αν είναι η αντίδραση, συνήθως οι πρώτοι μήνες μετά το χειρουργείο είναι δύσκολοι από ψυχολογικής απόψεως και οι περισσότερες γυναίκες έρχονται αντιμέτωπες με αντικρουόμενα συναισθήματα. Λύπη, φόβος, σοκ, θυμός και από την άλλη ανακούφιση που ο καρκίνος εντοπίστηκε έγκαιρα και αντιμετωπίστηκε⁸³.

Η ιατρική πιστοποίηση της πολύ σοβαρής ασθένειας του καρκίνου και η απώλεια του μαστού φαίνεται να οδηγούν σε μια σχεδόν υποχρεωτική αναδιάταξη των προσωπικών οριζόντων της ασθενούς και σε νέα σχέδια για το μέλλον. Ο φόβος του ενδεχόμενου θανάτου και η οριστική αλλαγή του σώματός της αναγκάζει την ασθενή να ερμηνεύσει την παρουσία του καρκίνου του μαστού ως τομή στο χρόνο και ως ρήγμα στην προσωπική της ιστορία (βιογραφική ρήξη), το οποίο οδηγεί σε μια σειρά από επαναπροσδιορισμούς των σχέσεων με τους άλλους, της εικόνας του εαυτού -και κατ'επέκταση της σεξουαλικότητας- και των γενικότερων αξιών της ζωής. Συνεπώς η ζωή της γυναίκας μετά την εμφάνιση το καρκίνου του μαστού αλλά και τη μαστεκτομή φαίνεται να μην είναι ποτέ ξανά η ίδια εξαιτίας των σωματικών αλλά και των ψυχοκοινωνικών αλλαγών που ακολουθούν τη συγκεκριμένη νόσο.

Η συμπαράσταση και η υποστήριξη του συντρόφου είναι ίσως το σημαντικότερο κομμάτι της επιστροφής της γυναίκας στην προ-καρκίνου ζωή της. Αν και η μαστεκτομή δεν επηρεάζει σε καμία περίπτωση την ικανότητα μίας γυναίκας να έχει σεξουαλική ζωή, τα συναισθήματα που συνοδεύουν την επέμβαση συνήθως επηρεάζουν τη σεξουαλικότητα της γυναίκας. Οι περισσότερες γυναίκες έχουν ανάγκη να νιώθουν καλά, να αγαπούν το σώμα τους για να έχουν μία καλή σεξουαλική ζωή. Επομένως, ο φόβος του να αφήσουν το σύντροφό τους να δει ή να αγγίξει και πάλι το «διαφορετικό» τους σώμα πολλές φορές τις σταματά. Εκεί είναι που ο σύντροφος θα πρέπει να κάνει τη γυναίκα να νιώσει ασφαλής μαζί του, ο σύντροφος είναι το κλειδί που θα κάνει τη

γυναίκα να νιώσει ίδια όπως και πριν τον καρκίνο. Για πολλές γυναίκες, το πρώτο βήμα στο να συμφιλιωθούν με την εικόνα του κορμιού τους είναι η συμπαράσταση που λαμβάνουν από το σύντροφό τους.

Οι γυναίκες αμέσως μετά την επέμβαση είναι ακόμη σε κατάσταση σοκ και τείνουν να μην πιστεύουν αυτά που τους λένε οι γιατροί και οι νοσοκόμες. Όμως είναι αλήθεια ότι λίγες ημέρες μετά την επέμβαση, το οίδημα θα μειωθεί, τυχόν μελάνιασμα του δέρματος σιγά σιγά θα εξαφανιστεί και οι ουλές θα γίνουν λιγότερο εμφανείς. Επιπλέον η προσθετική στήθους χρησιμοποιείται συχνά ως συμπλήρωμα της μαστεκτομής, προκειμένου να βοηθήσει ψυχολογικά τη γυναίκα που έχει υποστεί τη μαστεκτομή⁸⁴.

12.9 Το σεξ μετά τη μαστεκτομή

Η ολική μαστεκτομή, μια οδυνηρή εγχείρηση που η ουλή της παραμορφώνει το σώμα, είναι πλέον -ευτυχώς- μια χειρουργική τεχνική του παρελθόντος. Ωστόσο, ο καρκίνος του μαστού εξακολουθεί να αντιμετωπίζεται με επεμβάσεις που αφήνουν έντονα σημάδια. Αν και η πλαστική χειρουργική εφαρμόζεται ευρύτατα και με επιτυχία, σχεδόν όλες οι γυναίκες που χειρουργήθηκαν για όγκο στο στήθος εξομολογούνται ότι ανησυχούν περισσότερο για τις ουλές που ίσως μείνουν, παρά για την πιθανή διάρκεια της ζωής τους⁸⁵.

Στην ανθρώπινη κοινωνία έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στη σεξουαλικότητα του στήθους, με αποτέλεσμα οι γυναίκες να νιώθουν απογυμνωμένες από τη θηλυκότητά τους, αν το στήθος τους χάσει το σχήμα και τη σφριγηλότητά του. Αν οι γυναίκες έβρισκαν το κουράγιο να κουβεντιάσουν με τους παρτενέρ τους, η αγωνία τους θα είχε διαλυθεί. Οι περισσότεροι ερωτικοί σύντροφοι γυναικών με μαστεκτομή δηλώνουν ότι ενδιαφέρονται, πάνω από όλα, για την υγεία και την ευτυχία των παρτενέρ τους. Η έγνοια τους αυτή παραμερίζει όλα τα άλλα και τα ερωτικά τους συναισθήματα για το έτερο ήμισυ δεν μειώνονται εξαιτίας της απώλειας ενός μαστού. Ωστόσο, το ένα τρίτο των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή δεν έχουν καμία σεξουαλική δραστηριότητα, ακόμα και για έξι μήνες μετά την εγχείρηση. Αυτό πιθανώς να οφείλεται σε μια αποτυχημένη προσπάθεια επικοινωνίας μεταξύ των συντρόφων, αφού πάνω από το 50% των παντρεμένων ζευγαριών που η σύζυγος έχει κάνει μαστεκτομή, νιώθουν μια εντονότερη ανάγκη για στενότερη επαφή.

Οι αλλαγές στη σχέση του ζευγαριού, συχνά αναβιώνουν άλυτα προβλήματα του παρελθόντος. Μια συζυγική σχέση που δεν ήταν καλή και πριν την εμφάνιση του καρκίνου στη γυναίκα, μπορεί να κλονιστεί και να επανεμφανιστούν φόβοι εγκατάλειψης που προϋπήρχαν. Έτσι, η γυναίκα που υποβλήθηκε σε μαστεκτομή αναρωτιέται «Αραγε ο σύζυγός μου θα με αγαπά όπως πριν;». Η απομάκρυνση του συζύγου δημιουργεί στη γυναίκα την εντύπωση ότι την απορρίπτει λόγω της μαστεκτομής. Αυτό δεν αποτελεί αιτία διαζυγίου, είναι όμως η αφορμή για να τερματιστεί μια σχέση που από πριν ήταν προβληματική. Αν ωστόσο η μεταξύ τους σχέση ήταν βαθιά, σταθερή και αληθινή, τότε έχουν μεγάλες πιθανότητες να ανταπεξέλθουν από κοινού στη κατάσταση. Σε αυτή τη φάση, η μόνη αιτία της πιθανής απομάκρυνσης των συζύγων μετά τη διάγνωση, είναι η ανάγκη τους να αφομοιώσουν και να προσαρμοστούν στη νέα τους πραγματικότητα. Σύντομα, όμως, το ξεπερνάνε και οι σχέσεις τους γίνονται και πάλι αμοιβαίες και σταθερές.

Ένα σημαντικό θέμα που προκύπτει ανάμεσα στο ζευγάρι είναι η σεξουαλική τους ζωή. Όταν μία γυναίκα νοσήσει από καρκίνο του μαστού αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο, σε σχέση με τη σεξουαλική επαφή της με το άλλο φύλο. Φυσικά αυτό έχει αντίκτυπο και στην ψυχολογία του άντρα.

Αρχικά είναι τόσο έντονο το στρες και η ένταση από τα ιατρικής φύσεως θέματα που προκύπτουν και έχουν προτεραιότητα, που δεν υπάρχει διάθεση για σεξουαλική επαφή. Η γυναίκα πολλές φορές χάνει την αυτοπεποίθηση και τη θηλυκότητα της. Συχνά αντιμετωπίζει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα, ιδιαίτερα μετά την μαστεκτομή και δεν επιθυμεί καμία σεξουαλική επαφή με τον σύντροφο της, γιατί αισθάνεται πολύ άσχημα με τον εαυτό της και νιώθει ότι δεν είναι ερωτικά επιθυμητή πλέον. Υπάρχουν ελάχιστοι άντρες που έχουν αναφέρει την ενόχληση τους σχετικά με την μαστεκτομή και την μη σεξουαλική επιθυμία της γυναίκας τους και αναζητούν νέα σεξουαλική σύντροφο. Οι άντρες, όμως, τις περισσότερες φορές, στηρίζουν τη γυναίκα τους, της δείχνουν την αγάπη τους και έρχονται πιο κοντά της σε αυτή τη δύσκολη περίοδο, παρά τις δυσκολίες

86

Κεφάλαιο 13^ο

*Ο ρόλος του νοσηλευτή και της οικογένειας
στην ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με
καρκίνο μαστού*

- ✓ Ο ρόλος του νοσηλευτή και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις*
- ✓ Η οικογένεια της καρκινοπαθούς*
- ✓ Αντιδράσεις μελών οικογένειας της καρκινοπαθούς και ο ρόλος του ειδικού*
- ✓ Οι συγγενείς αναλαμβάνουν την φροντίδα της ασθενούς*
- ✓ Αντιδράσεις των παιδιών όταν η μητέρα πάσχει από καρκίνο*
- ✓ Η μητέρα έφυγε. Η οικογένεια πενθεί*

13.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Στην χώρα μας χιλιάδες γυναίκες κάθε χρόνο έρχονται αντιμέτωπες με τον καρκίνο του μαστού . Φυσικά είναι ανέτοιμες για αυτόν και για να πούμε την αλήθεια η έλευση του δεν είναι μια ευχάριστη έκπληξη. Οδηγεί σε ανατροπές, φόβο, πόνο. Το υποστηρικτικό πλαίσιο (συγγενείς, φίλοι), καθώς και οι ειδικοί ψυχικής υγείας μπορούν να παίξουν καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση της ασθένειας από τη γυναίκα, καθώς και στην προσαρμογή της στις νέες συνθήκες.

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

- Να αρχίσει την νοσηλευτική υποστήριξη σχεδόν αμέσως μετά την διάγνωση ή την χειρουργική επέμβαση
- Να εξασφαλίσει θετικό κλίμα μεταξύ ασθενή-νοσηλευτή έτσι ώστε να ευνοείται ο διάλογος
- Να την ενημερώνει για τις συχνές συναισθηματικές αντιδράσεις που πιθανόν να της δημιουργήσει η ασθένεια ,βοηθώντας την να αισθάνεται πιο φυσιολογική
- Να την ενθαρρύνει να μοιραστεί κοινές εμπειρίες με άλλες ασθενείς οι οποίες υποβάλλονται σε θεραπεία
- Να ετοιμάσει και να χρησιμοποιεί ένα ερωτηματολόγιο από ανοιχτές ερωτήσεις ,ώστε να καταφέρει να αποσπάσει πληροφορίες από την ασθενή σχετικά με την ψυχολογική της κατάσταση
- Να την ενημέρωση σχετικά με την σημασία της μετεγχειρητικής θεραπείας και σωματικές και τις ψυχολογικές παρενέργειες
- Να την ενθαρρύνει να εκφράσει και να διερευνάει τα συναισθήματα της ,σχετικά με την απώλεια του στήθους της και την επίδραση του χαμένου μέρους του σώματος στις καθημερινές της δραστηριότητες
- Να τονίσει ότι η γυναίκα εκτιμάται από την νοημοσύνη της και την προσωπικότητά της και όχι από το στήθος της
- Να την βοηθήσει να κατανοήσει την αλλαγή του σώματός της η οποία είναι αποτέλεσμα θεραπειών
- Να την ενθαρρύνει να διατηρήσει θετική εικόνα για το σώμα της με το να χρησιμοποιεί υδατικές κρέμες ,να αγγίζει την ουλή της αλλά και να εξερευνήσει άλλες περιοχές του σώματός της που είναι παραμελημένες
- Να υποστηρίξει ψυχολογικά τον σύζυγο της για την επίδραση της θεραπείας στην σεξουαλική λειτουργία ,καθώς και τους άλλους αιτιολογικούς παράγοντες μιας πιθανής δυσλειτουργίας
- Να ενημερώνει τον σύζυγο της για τα προβλήματα που θα εμφανίσει η ασθενής και ενθαρρύνει να της συμπαρασταθεί.
- Να ενημερώνει την ασθενή αλλά και τον σύζυγο για τους εναλλακτικούς τρόπους σεξουαλικής ζωής που μπορούν να έχουν (π.χ. με την δημιουργία καταλλήλου κλίματος με κεριά, μασάζ)
- Να ενθαρρύνει τους συζυγούς να συζητούν μεταξύ τους το πρόβλημα που προέκυψε⁸⁷.

Πιο συγκεκριμένα η νοσηλευτική ψυχολογική υποστήριξη αποσκοπεί στο:

Να ξεπεραστεί το αρχικό σοκ της διάγνωσης που υφίσταται η γυναίκα. Ο κόσμος της όπως τον ήξερε μέχρι τότε γκρεμίζεται. Δεν μπορεί να πιστέψει ότι συμβαίνει σε εκείνη.

Ότι ήρθε 'η κακιά αρρώστια' και χτύπησε τη δική της πόρτα. Μπορεί να αντιδράσει με πολλούς τρόπους σε αυτή την περίπτωση. Με πανικό, σύγχυση, θυμό, άρνηση. Είναι πιθανό να κρατήσει απόσταση από αυτό που της συμβαίνει και τα συναισθήματά της, διατηρώντας έτσι ένα προστατευτικό κουκούλι γύρω από τον εαυτό της μετά από την τόσο ανατρεπτική πληροφορία του καρκίνου. Ο ρόλος του σε αυτή τη φάση είναι να βοηθήσουμε τη γυναίκα να συνειδητοποιήσει τι της συμβαίνει, να έρθει σε επαφή με τα συναισθήματά της, να εκφράσει όλα όσα νιώθει, να κλάψει, να θυμώσει, να εκτονωθεί και εμείς να είμαστε ο νοσηλευτής εκεί να την ακούσει και να το αντέξει

Να είναι κοντά της στη διαδικασία της εγχείρησης, της χημειοθεραπείας ή/και ακτινοθεραπείας. Η διαδικασία του χειρουργείου και των θεραπειών είναι επίπονες για τη γυναίκα σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο. Ο πόνος είναι κάτι υπαρκτό. Μπορεί να βοηθήσει μαθαίνοντας στη γυναίκα τεχνικές χαλάρωσης και στρατηγικές διαχείρισης του άγχους. Να την ακούσει για όλα τα άγχη και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει σε αυτή τη φάση. Ο φόβος για το χειρουργείο, το άγχος για τα μαλλιά που θα πέσουν και στην πορεία η απώλεια των μαλλιών, όλη η σωματική δυσφορία με τις θεραπείες, η κόπωση που αισθάνεται, η εμπλοκή της με νοσοκομεία, γιατρούς και ασφαλιστικούς φορείς, όλα αυτά και άλλα πολλά είναι η πραγματικότητα της γυναίκας αυτή την περίοδο. Της δίνει χώρο, χρόνο και ασφάλεια να μιλήσει ανοιχτά για όλα.

Να τη στηρίζει όσον αφορά το φόβο θανάτου. Ο θάνατος, αν το σκεφτούμε, είναι η μόνη βεβαιότητα στη ζωή. Παρόλα αυτά, όλοι μας τον φοβόμαστε και αποφεύγουμε να συζητάμε τον απόλυτα φυσιολογικό μας φόβο για αυτόν. Μια γυναίκα που διαγιγνώσκεται με καρκίνο του μαστού, πιθανόν η πρώτη της σκέψη να είναι 'θα πεθάνω'. Την κατακλύζει ανησυχία, άγχος, φόβος. Μέσα σε όλο αυτό δυσκολεύεται να το εκφράσει στους γύρω της, είτε λόγω δικών της φόβων, είτε επειδή κανείς δεν αισθάνεται άνετα να μιλά για αυτό. Ο νοσηλευτής μπορεί να τη βοηθήσει προσφέροντας το χώρο να εκφράσει κάθε της συναίσθημα όσο ζοφερό και σκοτεινό να είναι και να αποπαθολογικοποιήσει τη θλίψη της.

Να της μάθει νέες στρατηγικές αντιμετώπισης των καταστάσεων. Να τη βοηθήσει ώστε να δει τους δυσπροσαρμοστικούς τρόπους σκέψης και συμπεριφοράς που έχει και δυσχεραίνουν τη ζωή της και να τους αντικαταστήσει με πιο λειτουργικούς. πχ Πρέπει να βοηθάω πάντα τους άλλους.--> θα βοηθάω τους άλλους στο βαθμό που μπορώ, χωρίς να καταπιέζω τις δικές μου ανάγκες. Επιπλέον να τη στηρίζει, ώστε να μπορέσει να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες που προκύπτουν μετά από τον καρκίνο.

Να τη βοηθήσει να συνειδητοποιήσει και να συμφιλιωθεί με τη νέα εικόνα σώματος. Το γυναικείο στήθος ταυτίζεται με τη θηλυκότητα και είναι βασικό στοιχείο της γυναικείας ταυτότητας. Από αρχαιοτάτων χρόνων το στήθος ήταν τροφή, ερωτισμός, ζωή. Είναι ένα σύμβολο λοιπόν, όμως δεν είναι ολόκληρη η γυναίκα. Κάποια μπορεί να είναι γυναίκα, ερωτική και ζωοφόρος και με ένα στήθος ή χωρίς στήθος. Το ότι αλλάζει ή χάνεται ένα σημείο του σώματος δε σημαίνει πως χάνεται η ταυτότητα, η προσωπικότητα, η ζωή. Η γυναίκα με καρκίνο του μαστού έχει την ανάγκη να θρηνησει για αυτή την απώλεια και να προχωρήσει παρακάτω. Μπορεί να επιλέξει την αποκατάσταση του στήθους μπορεί και όχι. Όποια και αν είναι η απόφαση της, ο νοσηλευτής τη στηρίζει ώστε να αποκτήσει μια υγιή σχέση με το σώμα της και τον εαυτό της.

Να την ενισχύσει ώστε να βρει ένα νόημα σε ότι της συνέβη. Είναι εντυπωσιακό πώς οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού ως επί το πλείστον αντιλαμβάνονται το χτύπημα της αρρώστιας ως φυσικό ακόλουθο της πρότερης ζωής τους. Πολλές γυναίκες μιλούν για έντονες δυσκολίες στη ζωή τους, για καταπιεσμένα συναισθήματα και επιθυμίες, για ικανοποίηση των αναγκών των γύρω τους και όχι των δικών τους αναγκών.

Συνειδητοποιούν ότι παραμέλησαν τον εαυτό τους. ‘15χρόνια πριν ήξερα ότι θα με χτυπήσει ο καρκίνος, χωρίς να υπάρχει ιστορικό ή κάποιο δείγμα για αυτό. Απλά ήξερα ότι όσα ζούσα κάπου θα ξεσπούσαν μια μέρα’. Είναι σημαντικό για τη γυναίκα να νοσηματοδοτήσει την εμπειρία της, γιατί αυτό θα της δώσει κίνητρο να προχωρήσει παραπέρα, να μην τα παρατήσει, να αλλάξει.

Να την στηρίξει ώστε να μπορέσει να επανανοσηματοδοτήσει τη ζωή της. Αν η γυναίκα περάσει τα προηγούμενα στάδια, θα νιώσει την ανάγκη να επαναπροσδιοριστεί και να επαναπροσδιορίσει. Η ζωή της αποκτά νέα οπτική, ενδυναμώνεται, νιώθει δυνατή και έτοιμη να κάνει αλλαγές. Ζει πια για τον εαυτό της και αρχίζει να ικανοποιεί τις δικές τις ανάγκες. ‘Μετά τον καρκίνο άρχισα να ζω’, ακούμε συχνά. Ο καρκίνος είναι για κάποιες από αυτές μια ευκαιρία να μάθουν να ζουν αλλιώς, να αγαπάνε τον εαυτό τους. ‘Μετά τον καρκίνο σταμάτησα να ανησυχώ για πράγματα ασήμαντα.’ ‘Μετά τον καρκίνο έβαλα όρια στους άλλους και είπα θα ζήσω για μένα’

«Υπάρχει κάτι στη λέξη που σε κάνει να σκέφτεσαι το τέλος. Σκέφτομαι όλα τα πράγματα που έχω κάνει, στα αλήθεια είμαι ευγνώμων για όσα είχα στη ζωή, αλλά θέλω ακόμη περισσότερα, όχι υλικά αγαθά, αλλά απλά καθημερινά πράγματα όπως να απολαμβάνω τον κήπο μου, τα πουλιά, να παίζω κρυφτό με τον Χάρη.. Στα αλήθεια εκτιμώ τα απλά πράγματα στη ζωή τώρα, πράγματα που ως τώρα θεωρούσα δεδομένα. Είναι κρίμα να πρέπει να περάσουμε κάτι τόσο απαίσιο για να επιστρέψουμε πίσω στη ζωή κοιτώντας μέσα από διαφορετικά γυαλιά, σαν παιδί που τα μαθαίνει όλα πάλι από την αρχή»⁵⁰.

13.2 Η οικογένεια της καρκινοπαθούς

Θα μπορούσαμε να δούμε την ασθένεια αυτή και σαν ένα οικογενειακό ζήτημα. Όταν υπάρχει μία σοβαρή ασθένεια, όπως ο καρκίνος του μαστού μέσα σε μία οικογένεια, είναι επόμενο να επηρεάζονται όλα τα μέλη της. Μπαίνουν σε μία διαδικασία αναπροσαρμογής και ανάληψης νέων ρόλων και καθηκόντων. Δημιουργούνται νέα συναισθήματα που δύσκολα μπορούν να διαχειριστούν, όπως στρες, στεναχώρια, συμπόνια και απελπισία. Θα λέγαμε δηλαδή ότι γίνεται κάτι σαν ανακατάταξη του οικογενειακού προγράμματος και ρυθμού. Ο κύριος άξονας είναι πλέον η ασθενής και η κατάσταση της και όλα περιστοιχίζονται γύρω από αυτήν. Ίσως είναι θεραπευτικό και για την ίδια την οικογένεια να εμπλέκεται στην όλη διαδικασία της θεραπείας και της φροντίδας της ασθενούς. Επειδή όμως όλα τα μέλη δεν είναι δυνατό να είναι χρήσιμα με όμοιο τρόπο, θα πρέπει να αναγνωρίζει ο καθένας σε ποιόν τομέα μπορεί να συμβάλει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, καθώς εμφανίζονται πρακτικά προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν κατά την διάρκεια αυτής της δύσκολης περιόδου. Πιο συγκεκριμένα, η ασθενής είναι συνήθως, σύζυγος, μητέρα, κόρη και εργαζόμενη και το καθένα από αυτά περιλαμβάνει διάφορες υποχρεώσεις που την περίοδο της ασθένειας παραμελούνται και δεν είναι εύκολο να εκπληρωθούν. Ένα άλλο ζήτημα, είναι το οικονομικό. Πολλές φορές, η γυναίκα αναγκάζεται να εγκαταλείψει την εργασία της έστω και προσωρινά, ενώ παράλληλα τα έξοδα λόγω της ασθένειας αυξάνονται. Η οικογένεια είναι η πρώτη που θα συνεισφέρει οικονομικά αλλά και θα αναλάβει τις υποχρεώσεις και τις ευθύνες που μέχρι πρότινος είχε η ίδια. Όλα αυτά, βέβαια, είναι ζητήματα που απασχολούν, προβληματίζουν και αγχώνουν την γυναίκα και ο ρόλος του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι να την καθησυχάζει και να την στηρίζει. Τονίζεται ότι η οικογένεια

έχει ρόλο τόσο στην συναισθηματική υποστήριξη, όσο και στη συμμετοχή στη φροντίδα των παρενεργειών της θεραπείας αλλά και στην διαδικασία λήψης αποφάσεων⁶³.

Η διαταραχή της υγείας της γυναίκας, η συνακόλουθη ψυχολογική δυσφορία και η πιθανή αλλαγή στην οικονομική της ζωή, οδηγεί στη απομάκρυνση από τον κοινωνικό της περίγυρο και τελικά οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση. Η διαταραχή στην εικόνα του σώματος μετά από χειρουργική επέμβαση είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει την κοινωνική της ζωή αφού οι γυναίκες αποφεύγουν να εμπλέκονται σε δραστηριότητες που χρειάζεται να εκθέσουν το σώμα τους. Η συμμετοχή της σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες και η ενασχόληση της με τις εργασίες του σπιτιού την επηρεάζουν θετικά. Η οικογένεια αλλά και οι φίλοι της είναι εκείνοι οι οποίοι την βοηθούν σημαντικά κατά την διάρκεια της θεραπείας. Στην αρχή της θεραπείας η γυναίκα έχει την ενεργεία να συμμετάσχει στις δουλειές του σπιτιού, αλλά καθώς η θεραπεία προχωρά, η οικογένεια της θα πρέπει να συμμετέχει ενεργά και να την βοηθά αναλαμβάνοντας κάποιες εργασίες στο σπίτι. Όταν εμφανίζονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες, είναι χρήσιμο για την ασθενή να συμμετάσχει σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Οι φίλοι της μπορούν να την υποστηρίξουν καλώντας την σε δείπνο, σε έξοδο στο σινεμά ή σε κάποια έκθεση τέχνης. Υποστηρίζεται ότι με την συμμετοχή σε τέτοιες δραστηριότητες η ασθενής εστιάζει την σκέψη της σε γεγονότα ευχάριστα παρά την ασθένεια της³⁰.

Ο νοσηλευτής αφού πάρει πρώτα άδεια από την ασθενή, παρεμβαίνει ενθαρρύνοντας και βοηθώντας την οικογένεια να συμμετάσχει ενεργά στην κοινωνική της υποστήριξη. Μπορεί να ενημέρωση επίσης τους φίλους της σχετικά με το είδος της προαναφερθείσας βοήθειας που μπορούν να της προσφέρουν. Είναι χρήσιμο να ενθαρρύνει την ασθενή να έρθει σε επαφή με άλλες ομάδες ασθενών που βιώνουν τα ίδια προβλήματα. Οι σύζυγοι συχνά γίνονται οι πιο σημαντικοί στην υποστήριξη της ασθενούς εξ αιτίας της υψηλής σημασίας που έχουν στην ζωή των γυναικών. Βιώνουν άγχος και ανησυχία για την ασθένεια όπως και για την έκβαση αυτής, κρύβοντας συχνά πίσω από την κρυμμένη αισιοδοξία μια λύπη που πηγάζει από την εικόνα της συζύγου να υποφέρει όσο και από την σκέψη απώλειας της. Ο σύζυγος είναι διαφορετική προσωπικότητα με διαφορετικές ανάγκες από αυτές της γυναίκας με συνέπεια να χρειάζεται διαφορετική εκπαίδευση στην προσαρμογή του στην ασθένεια. Αναμφισβήτητο η συζυγική σχέση μετά την διάγνωση και κατά την διάρκεια της θεραπείας περνά κρίση αλλά δεν κλονίζεται σε τόσο μεγάλο βαθμό που να οδηγεί στο διαζύγιο. Έχει βρεθεί ότι τα διαζύγια στις οικογένειες με καρκίνο μαστού δεν είναι πιο συχνά από ότι στις υγιείς. Δυσκολίες στη συζυγική ζωή συμβαίνουν σε ένα μικρό ποσοστό γυναικών που πιθανών αντιμετώπιζαν προβλήματα και πριν την διάγνωση του καρκίνου.

Οι κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι η υποστήριξη του συζύγου η ενημέρωση του για την ασθένεια και η συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων, εφ' όσον η σύζυγος συμφωνεί. Θα πρέπει να ενθαρρύνει τους συζύγους να συζητούν να συζητούν μεταξύ τους φόβους τους και να εκτιμήσουν τις κοινές τους ανάγκες. Ο νοσηλευτής, με απλές ερωτήσεις μπορεί να εκτιμήσει σε ποια κατάσταση βρίσκεται η συζυγική τους σχέση και εάν διαπιστώσει ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα να τους παραπέμψει σε κάποιον ειδικό κοινωνικό λειτουργό⁸⁸.

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

υψηλού βαθμού υποστήριξη από το περιβάλλον της αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα που βελτιώνει την προσαρμογή της και μειώνει την δυσφορία της. Ο ρόλος παραγόντων του κοινωνικού περιβάλλοντος της γυναίκας στην πρόκληση καρκίνου του μαστού έχει μελετηθεί με διάφορες αναδρομικού τύπου επιδημιολογικές έρευνες. Μια τελευταία έρευνα με πολύ καλή μεθοδολογία έδειξε ότι σοβαρά γεγονότα ζωής κατά την διάρκεια των προηγούμενων 5 ετών πριν την διάγνωση, αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού από 3 έως 11 φορές. Τέτοια σοβαρά γεγονότα ζωής είναι μεταξύ άλλων ο θάνατος αγαπημένου προσώπου και η σοβαρή αρρώστια στο οικογενειακό περιβάλλον⁴⁹.

Η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να εξαρτάται εν μέρει από το πόσο σοβαρή είναι η κατάσταση της ασθενούς. Η ερευνητική ομάδα της Sandra Levy παρακολούθησε την πορεία δύο ομάδων καρκινοπαθών που βρίσκονταν στο Στάδιο I και στο Στάδιο II αντίστοιχα του καρκίνου του μαστού για μια περίοδο 5 ετών. Ο σκοπός των ερευνητών ήταν να εξετάσουν τις ψυχολογικές διαφορές ανάμεσα σε μια ομάδα ασθενών που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή και σε μια ομάδα ασθενών που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική εξαίρεση όζου. Το θετικό στοιχείο αυτής της έρευνας ήταν ότι οι δείκτες της συναισθηματικής κατάπτωσης μειώθηκαν και η κατάσταση των λειτουργιών αυτών των ασθενών βελτιώθηκε κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης που διήρκεσε 15 μήνες, άσχετα από το είδος της επέμβασης στην οποία υποβλήθηκαν οι ασθενείς.

Το στοιχείο που προκάλεσε τη μεγαλύτερη έκπληξη στους ερευνητές ήταν η διαφορά σε συναισθηματική υποστήριξη που δέχτηκαν τα άτομα των 2 ομάδων. Τη στιγμή της εγχείρησης, δεν υπήρχε καμία διαφορά σχετικά με τη συναισθηματική υποστήριξη. Μετά από 3 μήνες, όμως τα άτομα που υποβλήθηκαν σε συντηρητική επέμβαση στο στήθος είχαν πολύ μικρότερη συναισθηματική υποστήριξη από εκείνα που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή. Το στοιχείο αυτό ήταν προφανές και μετά από 15 μήνες παρακολούθησης. Επιπλέον, αφορούσε περισσότερο στις γυναίκες νεαρότερης ηλικίας. Επίσης, αν και τα άτομα που είχαν υποβληθεί σε εγχείρηση εξαίρεσης όζου μπορούσαν να λειτουργήσουν καλύτερα από τα άτομα που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή, ανέφεραν ότι ένιωθαν περισσότερο κουρασμένα και είχαν μικρότερη υποστήριξη από ότι οι ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή. Δεδομένου του γεγονότος ότι η κοινωνική υποστήριξη προστατεύει σημαντικά το άτομο από το stress, τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας ήταν κάπως ανησυχητικά. Η έρευνα δείχνει ότι ασθενείς που επιλέγουν μια λιγότερο ριζική εγχείρηση μπορεί να είναι σε καλύτερη σωματική κατάσταση, με την έννοια ότι φθίρεται λιγότερο η εικόνα του εαυτού, αλλά μπορεί να βρίσκονται σε χειρότερη συναισθηματική κατάσταση λόγω της έλλειψης κοινωνικής υποστήριξης.

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

Ο ασθενής βλέποντας τους άλλους να αλλάζουν στάση και συμπεριφορά απομονώνεται σιγά σιγά μέσα από την προσπάθεια τους να τον προστατέψουν. Και ενώ στην φάση αυτή έχει την ανάγκη να εκφράσει φόβους και αγωνίες εισπράττει οίκτο και σιωπή. Η οικογένεια απαιτείται να έχει ανοικτή επικοινωνία με τον ασθενή προκειμένου να βοηθηθούν τα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν τα δικά τους συναισθήματα και ανάγκες καθώς επίσης και ο ασθενής να λειτουργήσει μέσα από έναν ρόλο όχι παθητικού δέκτη αλλά υπεύθυνου και ενεργητικού⁸⁹.

13.3 Αντιδράσεις μελών οικογένειας καρκινοπαθούς και ο ρόλος του ειδικού

Μια αρρώστια όταν είναι σοβαρή ή χρόνια διαταράσσει όχι μόνο την προσωπική ζωή του ασθενούς, αλλά και τις σχέσεις του με τα μέλη της οικογένειας και την ίδια τη ζωή των μελών αυτών. Εκτός από τον άρρωστο, πάσχουν συγχρόνως και ο, η σύζυγος, τα παιδιά, οι γονείς, τα αδέρφια ή και άλλοι συγγενείς κατά περίπτωση. Τα αισθήματα και οι αντιδράσεις είναι σχεδόν οι ίδιες με αυτές του ασθενούς. Αυτές είναι σοκ, άρνηση και θυμός. Αναρωτιούνται γιατί συνέβη στη δική τους οικογένεια, γιατί αυτή τη στιγμή της ζωής τους και γιατί ο Θεός ήταν τόσο άδικος μαζί τους. Θεωρεί το κάθε μέλος της οικογένειας υπεύθυνο τον εαυτό του για αυτή την εξέλιξη στη ζωή του ασθενούς.

Συχνά ο ασθενής προσέρχεται στον γιατρό, συνοδευόμενος από κάποιο συγγενικό του πρόσωπο. Συνεπώς η επικοινωνία με τον άρρωστο συχνά δεν περιορίζεται σε δύο μόνο πρόσωπα, αλλά διευρύνεται και αφορά σε πολύ περισσότερα άτομα.

Πολλές φορές στις περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο οι συγγενείς όπως προειπώθηκε, συνωμοτούν έτσι ώστε να μην αποκαλυφθεί στον άρρωστο η διάγνωση φοβούμενοι την ψυχολογική του αντίδραση. Πολλές φορές ο άρρωστος υποπτεύεται την αλήθεια, αλλά σκέφτεται ότι αυτή θα είναι ψυχικά δυσβάστακτη για τους συγγενείς του και έτσι προσπαθεί να τους προστατεύσει από την επώδυνη πραγματικότητα, αποφεύγοντας να μιλάει γι' αυτήν και προσποιούμενος ότι δεν γνωρίζει τίποτε. Αποτέλεσμα είναι η απομόνωση του αρρώστου, ο οποίος σηκώνει το φορτίο της διάγνωσης μόνος του, γεγονός που δημιουργεί περισσότερο άγχος, φόβο και σύγχυση. Αντίστοιχα, οι συγγενείς αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν με ψέματα την κατάσταση, και αυτή η εξαπάτηση πληγώνει τον ασθενή περισσότερο από την επώδυνη αλήθεια.

Αποτέλεσμα είναι η οικογένεια να μην επικοινωνεί ουσιαστικά και να μην επιλύει σημαντικά προβλήματα, σε μια χρονική στιγμή που περισσότερο παρά ποτέ υπάρχει ανάγκη στενής συνεργασίας. Απώτερη συνέπεια μπορεί να είναι η ανάπτυξη ενοχής και τύψεων στους συγγενείς μετά τον θάνατο του αρρώστου, διότι πιστεύουν ότι δεν στάθηκαν κοντά του όσο έπρεπε.

Συχνά δίνεται η εντύπωση ότι οι συγγενείς προσπαθούν να προστατεύσουν τον εαυτό τους από τον πόνο της αποκάλυψης, αλλά το συνηθέστερο είναι ότι πραγματικά ενεργούν από αγάπη και ενδιαφέρον για τον ασθενή. Μερικές φορές το αίτημά τους για απόκρυψη της αλήθειας μπορεί να προέρχεται από άρνηση των ιδίων να δεχθούν την πραγματικότητα, οπότε θα πρέπει να βοηθηθούν από κάποιον ειδικό προς την κατεύθυνση αυτή.

Αφού διαπιστωθεί πόσα καταλαβαίνουν σχετικά με την αρρώστια, θα πρέπει να συζητηθεί για την δική τους ψυχολογική επιβάρυνση αν θα προσποιούνται στον άρρωστο ότι η κατάστασή του δεν είναι σοβαρή. Εφόσον οι συγγενείς παραδεχθούν ότι η απόκρυψη της αλήθειας συνεπάγεται μεγάλη ψυχική οδύνη για τους ίδιους ο ειδικός μπορεί να θέσει το ζήτημα της ανοικτής συζήτησης με τον ασθενή, όπου θα του δοθεί η ευκαιρία να εξωτερικεύσει όσα εκείνος γνωρίζει.

Αν ο ασθενής βρίσκεται σε άρνηση και ψυχολογικά φαίνεται να ισορροπεί καλά μέσα στην άγνοιά του, θα γίνει σεβαστός αυτός ο αμυντικός μηχανισμός του και δεν θα καταβληθεί προσπάθεια για να του αποκαλυφθεί η αλήθεια που δεν είναι έτοιμος να δεχθεί. Αν όμως δείξει ότι πράγματι ξέρει ή υποπτεύεται την αλήθεια τότε θα μπορούσαμε να επιβεβαιώσουμε τις υποψίες του και έτσι να διευκολύνουμε τον διάλογο με τους συγγενείς. Ο διάλογος αυτός θα επιτρέψει στα μέλη μιας οικογένειας να έχουν

την καλύτερη δυνατή ανταλλαγή απόψεων μέσα στην πραγματικότητα που δημιουργεί η νόσος και να ολοκληρώσουν εργασίες ή υποχρεώσεις, που αλλιώς μπορεί να έμεινε σε εκκρεμότητα, λόγω της έλλειψης επικοινωνίας.

Αρκετές φορές ο ασθενής βρίσκεται και εκείνος σε μια κατάσταση προστατευτικής σιωπής απέναντι στους οικείους του, η διαμεσολάβηση του ειδικού για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας κατά κανόνα θα είναι ευπρόσδεκτη και από τα δύο μέρη, αν και ο διάλογος θα είναι συναισθηματικά πολύ φορτισμένος. Είναι αυτονόητο ότι μια τέτοια προσέγγιση μπορεί να εφαρμοστεί και να αποδώσει καλύτερα, αν ο ίδιος ο ειδικός έχει ξεπεράσει τους δικούς του φόβους και την αμηχανία του μπροστά στις συναισθηματικές αντιδράσεις των συνομιλητών του⁹⁰.

Η πείρα και οι σχετικές μελέτες έχουν δείξει πως ένα σημαντικός παράγοντας στην καλύτερη εξισορρόπηση μιας γυναίκας σε αυτή τη δύσκολη περίοδο της ζωής της ανήκει στο γιατρό της. Ένας γιατρός που μπορεί να πλησιάσει τη γυναίκα και στον οποίο αυτή θα βρει κατανόηση και στήριξη, αποτελεί σημαντικό βήμα προς μία ταχεία και σωστή ανάρρωση από το ψυχολογικό σοκ που επιφέρει η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Πέρα όμως από τον γιατρό, σπουδαίο ρόλο παίζει ο νοσηλευτής αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον.

Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την έκφραση των συναισθημάτων της ασθενούς σχετικά με την απώλεια του μαστού και είναι σε εγρήγορση όσο αναφορά την αναγνώριση σημείων κατάθλιψης (απομόνωση, απόσυρση, κόπωση, ανορεξία) ή έντονου άγχους (πχ ανησυχία, αϋπνία, διαταραχή της συγκέντρωσης). Δεν είναι σπάνιο η κατάθλιψη να περνά απαρατήρητη στα ογκολογικά τμήματα είτε γιατί αυτή καθ' αυτή η κατάθλιψη κάνει τον ασθενή να μην αναζητεί βοήθεια, είτε γιατί οι θεράποντες τη θεωρούν αναπόφευκτη.

Συχνά ο γιατρός αντιμετωπίζει περισσότερα από ένα συγγενικά πρόσωπα, που θέλουν να πάρουν ξεχωριστά πληροφορίες για τον ασθενή ή και να εκφράσουν διαφορετικές απόψεις για την πορεία της θεραπείας του. Αυτό συχνά φθάνει να γίνεται κουραστικό για τον γιατρό, όχι μόνο γιατί αποτελεί πρόσθετο φόρτο εργασίας, αλλά και διότι μπορεί ακούσια να δημιουργήσει διαφορετικές εντυπώσεις σε κάθε πρόσωπο και να οδηγήσει σε σύγχυση. Ακόμη ο γιατρός δεν είναι σε θέση να γνωρίζει τις διαπροσωπικές σχέσεις των διαφόρων συγγενών, οι οποίες δεν είναι πάντα αγαθές και αρμονικές. Έτσι η παροχή πληροφοριών για τον ασθενή σε ένα αποξενωμένο συγγενή μπορεί να μην είναι σύμφωνη με τις επιθυμίες του αρρώστου και να οδηγήσει σε παρεξηγήσεις, εχθρότητα ή και σε νομικές συνέπειες για τον γιατρό.

Μια τέτοια κατάσταση μπορεί να αποφευχθεί, αν από την πρώτη κατάλληλη ευκαιρία, ζητηθεί από τον ασθενή να ορίσει ένα συγκεκριμένο συγγενικό πρόσωπο με το οποίο θα επικοινωνεί ο γιατρός και με τη σειρά του θα μεταβιβάζει την πληροφορήσή μας προς τα άλλα μέλη της οικογένειας.

Ο συγγενής που έχει αναλάβει τη γενικότερη φροντίδα του ασθενή είναι απαραίτητο να επισκεφθεί ειδικό όχι μόνο για την καλύτερη αντιμετώπιση του πρώτου αλλά και για τη ψυχική ισορροπία του ίδιου που όπως φαίνεται από τα παρακάτω πολλές φορές κλονίζεται υπό αυτό το βάρος⁹¹.

13.4 Οι συγγενείς αναλαμβάνουν την φροντίδα της άρρωστης γυναίκας

Όταν μια γυναίκα αρρωσταίνει από καρκίνο, τότε τα μέλη της οικογένειάς της αναλαμβάνουν τη φροντίδα της. Οι θεραπείες στις οποίες υποβάλλεται η γυναίκα είναι επίπονες και οι παρενέργειές τους απαιτούν την συνεχή φροντίδα και προσοχή κάποιου

άλλου μέλους. Το μέλος που αναλαμβάνει τη φροντίδα της χρειάζεται να καταβάλλει σωματική και ψυχική δύναμη για να στηρίξει την άρρωστη. Επίσης χρειάζεται να διαθέσει αρκετό από τον προσωπικό του χρόνο. Το έργο του συγγενή που αναλαμβάνει τη φροντίδα είναι αρκετά δύσκολο και ψυχοφθόρο και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κατά πόσο είναι συνεργάσιμη η άρρωστη. Οι ευθύνες που τους αναλογούνται είναι πάρα πολλές. Μερικά από τα καθήκοντα τους περιλαμβάνουν: χορήγηση φαρμάκων, ψώνισμα, μαγείρεμα, τάϊσμα, λούσιμο, ντύσιμο, σήκωμα από το κρεβάτι, αλλαγή θέσεων στο κρεβάτι, βοήθεια για φυσικές ανάγκες, αλλαγμα ρούχων, διεκπεραίωση υποχρεώσεων όπως πλήρωμα λογαριασμών, εκτέλεση θελημάτων, παροχή συντροφιάς, συναισθηματική στήριξη και άλλα.

Συχνά ο συγγενής που φροντίζει την άρρωστη παρουσιάζει τα εξής χαρακτηριστικά :

1. Σωματική κούραση και καταπόνηση
2. Μειωμένο επίπεδο ενεργητικότητας
3. Αϋπνίες
4. Υπερφαγία ή αντίθετα ανορεξία
5. Πόνοι στην πλάτη
6. Στρες
7. Απογοήτευση
8. Κατάθλιψη
9. Εναλλαγές ψυχικής κατάστασης μεταξύ κακοκεφιάς και μελαγχολίας
10. Θυμός εναντίον της άρρωστης που φροντίζουν ή εναντίον άλλων
11. Μείωση των κοινωνικών επαφών με φίλους και συγγενείς
12. Απώλεια ενδιαφέροντος για συνήθειες ευχάριστες απασχολήσεις, χόμπι ή δραστηριότητες με άλλα μέλη της οικογένειας και φίλου
13. Αίσθημα ότι δεν υπάρχει πλέον χρόνος που να αφιερώνεται για τον ίδιο

Είναι καλό για τον συγγενή που έχει αναλάβει τη φροντίδα της άρρωστης να μοιράζεται τις ανησυχίες, τους προβληματισμούς και τα συναισθήματά του με τους υπόλοιπους συγγενείς ή να ζητήσει συμβουλές και ψυχολογική στήριξη από το θεράποντα ιατρό⁹².

13.5 Αντιδράσεις των παιδιών όταν η μητέρα πάσχει από καρκίνο

Όταν ανακοινωθεί σε μια οικογένεια ότι η μητέρα πάσχει από καρκίνο συναισθήματα όπως φόβος ανασφάλεια, ενοχές κυριαρχούν όχι μόνο στα ενήλικα μέλη αλλά και στα παιδιά. Γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό οι γονείς να ανακοινώνουν οι ίδιοι στα παιδιά την ύπαρξη της ασθένειας, να τα βοηθήσουν να εκφράσουν όλες τις απορίες, τα συναισθήματα και τις ανησυχίες τους και να είναι έτοιμοι να τους δώσουν τις κατάλληλες απαντήσεις έτσι ώστε να αποφευχθούν οι λάθος πληροφορίες που πιθανώς να δοθούν στα παιδιά από το φιλικό και συγγενικό περιβάλλον.

Οι αντιδράσεις ενός παιδιού σε μια διάγνωση καρκίνου θα εξαρτηθούν από τον τρόπο που θα χειριστούν το θέμα οι γονείς. Τα παιδιά έχουν την ικανότητα να αντιμετωπίζουν με μεγάλη επιτυχία καταστάσεις δύσκολες και το γεγονός αυτό δεν πρέπει να υποτιμάται. Στα παιδιά είναι σίγουρο ότι δεν πρέπει να κρύβεται η αλήθεια. Πρέπει ανάλογα με την ηλικία του παιδιού να βρεθεί ο κατάλληλος τρόπος ώστε το παιδί να μπορέσει να προετοιμαστεί για τις αλλαγές που θα έρθουν στην οικογένεια.

Πολλά παιδιά συνηθίζουν να κατηγορούν τον εαυτό τους για την ασθένεια της μητέρας ή να φοβούνται ότι θα κολλήσουν και αυτά και ότι θα πεθάνουν. Πρέπει οι γονείς να τους δώσουν ασφαλείς απαντήσεις ώστε να τα καθησυχάσουν Ανασταλτικοί

παράγοντες για τους γονείς και ιδιαίτερα για την άρρωστη μητέρα είναι οι δικοί τους φόβοι και ανησυχίες για το αβέβαιο μέλλον. Εάν νιώθουν ανίσχυροι να το κάνουν είναι χρήσιμο να συμβουλευτούν κάποιον ειδικό⁹³.

Τα παιδιά εξαρτώνται από τη μητέρα συναισθηματικά όσο και για την καθημερινή φροντίδα τους. Η ασθένειά της τους δημιουργεί ανασφάλεια διότι δεν απολαμβάνουν πλέον την προστασία και τη φροντίδα της, η μητέρα χρειάζεται πλέον τη φροντίδα τη στήριξη των παιδιών, δηλαδή οι ρόλοι αντιστρέφονται. Είναι χρήσιμο να αναλάβει την δύσκολη αυτή περίοδο κάποιο άλλο πρόσωπο την καθημερινή φροντίδα των παιδιών, τουλάχιστον όσο η μητέρα θα κάνει τις θεραπείες που χρειάζεται.

Τέλος είναι πολύ σημαντικό τα παιδιά να εκφράσουν τα συναισθήματά τους με φυσιολογικό τρόπο, να κλάψουν έτσι ώστε να εκτονωθεί η ένταση και να νιώσουν καλύτερα⁹².

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

Η επιστροφή της στην εργασία μετά την θεραπεία ή η διατήρηση της απασχόλησης κατά τη διάρκεια της θεραπείας είναι μια πρόκληση για την γυναίκα. Πολλές γυναίκες δουλεύουν έξω από το σπίτι τη στιγμή της διάγνωσης και επιλέγουν την μερική ή την ολική απασχόληση κατά την διάρκεια της θεραπείας τους. Η επιλογή αυτή βασίζεται στην οικονομική ανάγκη, στην ανάγκη για ασφάλιση της υγείας και σύνταξης αλλά και στη σημασία που αποδίδει στην εργασία το κάθε άτομο. Η επιστροφή στην εργασία δίνει μια ευκαιρία στη γυναίκα αλλά και στην οικογένεια της να αφήσουν «πίσω τους τον καρκίνο» και να συνεχίσουν τη ζωή τους. Η ικανότητα της γυναίκας να ξαναρχίσει τους προηγούμενους ρόλους της είναι σημάδι υγείας. Κάποιες από αυτές περιμένουν να γίνουν ενεργές, να ξαναρχίσουν γρήγορα τις προηγούμενες δραστηριότητες τους.

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

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω ο νοσηλευτής οφείλει να :

- Να ενθαρρύνει την ασθενή να επιστρέψει στην εργασία της.
- Να τονίσει την σημασία της εργασίας για την ίδια αλλά και για κάθε άτομο, εξηγώντας της ότι εργασία και καριέρα είναι μια σημαντική πηγή αυτοεκτίμησης- ταυτότητας -ικανοποίησης
- Να βοηθήσει την γυναίκα να δει τον καρκίνο ως ένα πρόβλημα με το οποίο πρέπει να συνηθίσει να ζει μαζί του και να μην φοβάται τις αντιδράσεις των γύρω της
- Να την ενθαρρύνει να βρει τρόπους να διατηρεί την ενεργεία της και να μην κουράζεται άσκοπα κατά την διάρκεια της εργασίας της
- Να την φέρει σε επαφή με τον κοινωνικό λειτουργό⁹⁴.

13.6 Πώς ανακοινώνουμε στα παιδιά το τραγικό γεγονός

Ένα τελευταίο πολύ σημαντικό οικογενειακό θέμα είναι η ενημερότητα των παιδιών όσον αφορά την αρρώστια της μητέρα τους. Είναι ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο ζήτημα και απαιτεί λεπτούς χειρισμούς εκ μέρους όλου του οικογενειακού και συγγενικού περιγύρου, όταν τα παιδιά είναι ανήλικα. Πολλοί γονείς διαλέγουν να μην πούνε την αλήθεια στα παιδιά τους, αλλά αυτό εξυπηρετεί τους ίδιους στην πραγματικότητα και όχι τα παιδιά, γιατί τους βγάζει από την άβολη αυτή θέση. Θα ήταν καλύτερα να

ενημερώνουν οι γονείς τα παιδιά στο βαθμό, βέβαια, που το επιτρέπει η ηλικία και η ωριμότητα τους. Είτε είναι μικρής ηλικίας, είτε προεφηβικής, είτε εφηβικής υπάρχει κατάλληλος τρόπος να μάθουν ότι η μητέρα τους είναι άρρωστη. Οι γονείς καλό θα ήταν να απαντούν σε όποια ερώτηση και απορία έχουν τα παιδιά. Η απώλεια της μητέρας από την ασθένεια του καρκίνου είναι ένα γεγονός που διαταράσσει την ψυχική ισορροπία όλων των μελών της οικογένειας και ιδιαίτερα των παιδιών. Τα παιδιά ανάλογα με την ηλικία τους θα βιώσουν διαφορετικά το θάνατο της μητέρας. Παιδιά που έχουν ήδη βιώσει την απώλεια κάποιου φίλου ή κάποιου άλλου αγαπημένου προσώπου είναι πολύ δύσκολο να ανταπεξέλθουν και το ίδιο δύσκολο είναι και για τον πατέρα ο οποίος υποφέρει για το χαμό της γυναίκας του και νιώθει αδύναμος. Η καλύτερη λύση είναι να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό ο οποίος θα στηρίξει και τα παιδιά και τον ίδιο⁹².

Είναι πολύ σημαντικό ο πατέρας να μην φοβάται να συζητήσει με τα παιδιά το τραυματικό γεγονός, τα παιδιά έχουν την ανάγκη να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, την λύπη να μοιραστούν τον πόνο, τον φόβο, την ανασφάλεια. Αν τα παιδιά και ο πατέρας δεν συνομιλούν τακτικά για το τραυματικό γεγονός τότε θα δημιουργηθεί μεταξύ τους ένα συναισθηματικό κενό και τα μέλη της οικογένειας θα αρχίσουν να απομονώνονται. Είναι σημαντικό για τα παιδιά να νιώσουν ότι μπορούν να στηριχθούν στο πρόσωπο του πατέρα και ότι μπορούν να εκφράζουν τα συναισθήματά τους και τους φόβους τους και ότι δεν θα χαθούν και αυτά όπως η μητέρα τους. Είναι σημαντικό να μην αγνοούνται οι ερωτήσεις των μικρών παιδιών και να δίνονται απαντήσεις σε ανάλογο πνεύμα. Τα μεγαλύτερα παιδιά θα νιώθουν την ανάγκη να μιλήσουν περισσότερο και συνέχεια για το τραυματικό γεγονός. Είναι πολύ σημαντική η στάση του πατέρα και η αντίδρασή του απέναντι στο γεγονός και πολύ σημαντική η στήριξη από το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον και του πατέρα και της μητέρας⁹³.

13.7 Η μητέρα έφυγε. Η οικογένεια πενθεί

Μετά από τις επίπονες θεραπείες η άρρωστη μητέρα δεν κατορθώνει να κερδίσει τη μάχη για τη ζωή της. Οι συγγενείς βιώνουν την απώλεια και έχουν συναισθήματα όπως: λύπη, θυμό, απελπισία, ενοχές, φόβο. Κάθε άνθρωπος που βιώνει το πένθος, βιώνει ξεχωριστά συναισθήματα και σωματικές ενοχλήσεις. Η απώλεια της μητέρας σημαίνει πλήρης αποδιοργάνωση για μια οικογένεια. Ο ψυχικός πόνος του πένθους είναι τόσο μεγάλος που μερικές φορές οι άνθρωποι αναζητούν τρόπους να τον αποφύγουν παρά να περάσουν από τα στάδια του. Δυστυχώς ο τρόπος αυτός δεν επιτρέπει την ανάρρωση από την ψυχική και σωματική οδύνη του πένθους⁹⁵.

Είναι σημαντικό να διακρίνουμε κάποια στάδια από τα οποία οι άνθρωποι που έχασαν αγαπημένα τους πρόσωπα θα περάσουν κατά τη διάρκεια του πένθους τους. Το αρχικό σοκ, χαρακτηρίζεται από την κρίση που ακολουθεί το δυστυχές συμβάν. Το στάδιο αυτό μπορεί να διαρκέσει μέρες ή εβδομάδες μετά από το θάνατο του αγαπημένου προσώπου. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από πολλές αντιδράσεις σωματικές και συναισθηματικές⁴⁹.

Η δεύτερη κρίση, μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε στιγμή κατά τους πρώτους μερικούς μήνες. Το αρχικό μούδιασμα που παρατηρείται κατά το πρώτο στάδιο που ως ένα σημείο βοηθά τον άνθρωπο που πενθεί, εξαφανίζεται. Ο πόνος μπορεί να είναι ακόμη μεγαλύτερος και η κατάσταση δυσκολότερη από ότι αρχικά το άτομο που πενθεί, νόμιζε ότι θα μπορούσε να είναι. Είναι σημαντικό στο στάδιο αυτό, να μην αποκρύβεται ο πόνος. Αυτός που πενθεί πρέπει να αναζητά βοήθεια από τα άτομα του περιβάλλοντος του, τα οποία μπορούν να το στηρίζουν.

Στο τρίτο στάδιο των αναμνήσεων, το άτομο που πενθεί ξαναθυμάται, αναπολεί πάρα πολύ και συνεχώς, το αγαπημένο του πρόσωπο που πέθανε. Πολλοί που πενθούν, εκπλήσσονται για το μεγάλο αριθμό πραγμάτων που ξαναθυμούνται και των εμπειριών που είχαν μαζί με τα χαμένα αγαπημένα τους πρόσωπα, τις οποίες βιώνουν ξανά νοητικά.⁹⁶

Κεφάλαιο 14^ο

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο μαστού και σε ασθενείς τελικού σταδίου

- ✓ φροντίδα σε οργανικό επίπεδο*
- ✓ φροντίδα σε ψυχολογικό επίπεδο*
- ✓ φροντίδα σε κοινωνικό επίπεδο*
- ✓ φροντίδα σε πνευματικό επίπεδο*
- ✓ Ο ρόλος του νοσηλευτή στις τρεις φάσεις
καρκίνου*
- ✓ Η ολιστική και εξατομικευμένη Νοσηλευτική
παρέμβαση σε ασθενείς με καρκίνου μαστού με
τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας*

Νοσηλευτική προσέγγιση στα προβλήματα ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου

Παρά το γεγονός ότι υπάρχει ποικιλία θεραπευτικών προσεγγίσεων για τον καρκίνο του μαστού, κάποιες γυναίκες δεν καταφέρνουν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την ασθένεια τους και φτάνουν στο τελικό στάδιο της ζωής τους, αντιμετώπιζοντας με τον θάνατο.

Τα τελευταία χρόνια, η αντιμετώπιση ασθενούς στο τελικό στάδιο της ζωής του γίνεται στα πλαίσια ανακουφιστικής φροντίδας. Συμφώνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), «ανακουφιστική φροντίδα είναι ο ενεργός ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών, των οποίων η ασθένεια δεν ανταποκρίνεται στη θεραπευτική αγωγή». Επιπλέον, ο ΠΟΥ δηλώνει ότι ο έλεγχος του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων, των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων αποτελεί την υπέρτατη διάσταση της. Στόχος της είναι η επίτευξη, όσο το δυνατόν, καλύτερης ποιότητας ζωής του ασθενή και της οικογένειάς του.

Η συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας είναι απαραίτητη προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες των ασθενών, αλλά και για να επιτευχθεί ολιστική προσέγγιση. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω η νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ατόμου που αφορούν το οργανικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο⁸⁸.

14.1 Φροντίδα σε οργανικό επίπεδο

Η φροντίδα στο οργανικό επίπεδο θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις βιολογικές ανάγκες της ασθενούς, στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, καθώς και σε οποιαδήποτε κατάσταση προκαλεί δυσφορία και ελάττωση της λειτουργικότητας της. Τα συχνότερα συμπτώματα είναι: πόνος, ανορεξία, ναυτία-έμετος, δυσφαγία, δύσπνοια, δυσκοιλιότητα, λεμφοίδημα και κόπωση.

Η αντιμετώπιση του πόνου στις ασθενείς αποτελεί μια από τις άμεσες προτεραιότητες του νοσηλευτή. Αρχικά πραγματοποιείται λήψη νοσηλευτικού ιστορικού και η αξιολόγηση του πόνου γίνεται με την χρήση αριθμητικών κλιμάκων από 0 έως 10 (όπου το 0 αντιστοιχεί στην ανυπαρξία πόνου και το 10 στη μέγιστη του πόνου). Οι παράγοντες που βελτιώνουν ή επιδεινώνουν τον πόνο αξιολογούνται και γίνεται εκτίμηση των ψυχολογικών αιτιών του. Από την προσεκτική σωματική εξέταση και την συνεκτίμηση των εργαστηριακών ευρημάτων διαπιστώνεται ότι ο πόνος προέρχεται πιθανότερα από :

- μετάσταση στα οστά (σπονδυλική στήλη ,πύελος, κρανίο)
- παθολογικό κάταγμα
- συμπίεση νωτιαίου μυελού εξ αιτίας μετάστασης στην σπονδυλική στήλη
- μετάσταση στις μήνιγγες
- αποτέλεσμα θεραπείας (νευροθεραπεία) και
- αποτέλεσμα της διήθησης των μαλακών ιστών από τον όγκο (σπλαχνικός πόνος στην άνω κοιλία ή στην πύελο)

Η αντιμετώπιση του πόνου πραγματοποιείται με φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές μεθόδους. Οι φαρμακολογικές μέθοδοι περιλαμβάνουν χορήγηση κατάλληλων αναλγητικών .Σε ήπιο πόνο χορηγούνται μη οπιούχα αναλγητικά. Εάν ο πόνος παραμένει ή αυξάνεται (μέτριος) μπορούν να χορηγηθούν ήπια οπιούχα Τέλος ισχυρά οπιούχα (π.χ. μορφίνη) δίδονται όταν ο πόνος είναι μεγάλης έντασης και δεν ανακουφίζεται με καμία από τις προαναφερθείσες μεθόδους.

Σημαντικό ρόλο σε όλες τις προαναφερθείσες βαθμίδες διαδραματίζουν τα βοηθητικά φάρμακα. Η χορήγηση των παραπάνω φαρμάκων δεν είναι η μόνη θεραπευτική επιλογή στην αντιμετώπιση του πόνου στον καρκίνο.

Υπάρχει και ο αιτιολογικός έλεγχος του πόνου που περιλαμβάνει την παρηγορητική ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία και θεραπεία με διφοσφονικά. Οι μη φαρμακολογικές μέθοδοι περιλαμβάνουν χαλάρωση, βελονισμό, μασάζ και προσευχή.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει τις αιτίες του πόνου και τους τρόπους ανακούφισής του, ώστε να συμβάλλει ουσιαστικά με τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής και την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας της. Σαν μέλος της διεπιστημονική ομάδας έχει στόχο να ανακουφίσει την ασθενή και να βελτιώσει τον πόνο όλο το εικοσιτετράωρο αυξάνοντας την λειτουργικότητα της. Άλλες νοσηλευτικές αρμοδιότητες είναι η ενθάρρυνση και η υποστήριξη της ασθενούς να χρησιμοποιεί κάποια από τις μη φαρμακολογικές μεθόδους για τον έλεγχο του πόνου⁹⁷.

Η ασθενής πρέπει να ενημερωθεί ότι τα αναλγητικά χορηγούνται σε καθορισμένα ωράρια με σκοπό να επιτευχθεί η ανακούφιση του πόνου, και δεν χορηγούνται με την επίκληση της.

Σε όλες τις παρεμβάσεις θα πρέπει να έχει πάντα υπόψη του, την προσωπικότητα της ασθενούς και τα όρια αντοχής της. Στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής ο στόχος του δεν θα πρέπει να είναι η «αναισθησία» με την έννοια της έλλειψης της πνευματικής διαύγειας, αλλά «αναλγησία» στα πλαίσια της οποίας η ασθενής ανακουφίζεται, ενώ ταυτόχρονα διατηρεί επικοινωνία με το περιβάλλον της.

Η ναυτία και ο έμετος είναι ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα στο τελικό στάδιο. Οι πιθανές αιτίες δημιουργίας του είναι: μεταβολικές διαταραχές (π.χ. υπερασβεστιαμία, ηπατική ανεπάρκεια), αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση εξ αιτίας εγκεφαλικών μεταστάσεων, απόφραξη εντέρου, ηπατικές μεταστάσεις, τρόποι θεραπείας ή ανεπιθύμητη ενέργεια των οπιούχων.

Κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι χορήγηση τροφής σε μικρά και συχνά γεύματα και η χορήγηση κατάλληλων φαρμακευτικών σκευασμάτων ανάλογα με την αιτία. Ένα άλλο σύμπτωμα που συνοδεύει την ναυτία-εμετό είναι η ανορεξία.

Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την ασθενή να τρώει και να πίνει τα αγαπημένα της φαγητά και υγρά σε οποία ποσότητα επιθυμεί και να αποφεύγει τις τροφές που η όψη τους την ενοχλούν⁹⁸.

Η δυσφαγία εμφανίζεται όταν υπάρχουν λεμφαδένες στο μεσοθωράκιο, διήθηση οισοφάγου ή στοματίτιδα εξ αιτίας της παρηγορητικής χημειοθεραπείας.

Κατάλληλα μέτρα αντιμετώπισης είναι η ασθενής να τρώει λιωμένες τροφές και να πίνει υγρά θρεπτικά συμπληρώματα θερμιδικής αξίας. Η δυσκοιλιότητα οφείλεται στην ελαττωμένη πρόσληψη φυτικών ινών και υγρών, στην ακινησία και στα αναλγητικά ασθενής πρέπει να πίνει πολλά υγρά και να προσθέσει στο διαιτολόγιο της τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες. Είναι χρήσιμο η οικογένεια να διδαχθεί από το νοσηλευτή όλες τις απαραίτητες διαδικασίες του υποκλυσμού.

Η δύσπνοια είναι αποτέλεσμα κάποιου βρόγχου, αποτέλεσμα συλλογής πλευρικού ή περικαρδιακού υγρού, ή οφείλεται σε απόφραξη κάποιου βρόγχου, σε αναιμία ή λοίμωξη, ή είναι αποτέλεσμα της θεραπείας (πνευμονίτις από χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, καρδιακή ανεπάρκεια από χημειοθεραπεία).

Ο πιο σημαντικός νοσηλευτικός ρόλος σε αυτήν την περίπτωση είναι η εκπαίδευση σε τεχνικές ελέγχου της αναπνοής, όπως είναι η χρήση τεχνικών μυϊκής χαλάρωσης και απόσπασής της προσοχής. Επίσης προγραμματίζει και χορηγεί την φαρμακευτική αγωγή ανακούφισης της δύσπνοιας η οποία περιλαμβάνει χορήγηση οπιούχων. Σε περίπτωση υποξαιμίας να χορηγεί οξυγόνο.

Η σοβαρή δύσπνοια τρομάζει τις ασθενείς και τις οικογένειες τους, γι' αυτό θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια καλής ενημέρωσής και ψυχολογικής υποστήριξης.

Το λεμφοίδημα είναι ένα πρόβλημα που συχνά αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας.

Η πιθανή αιτιολογία του είναι η λοίμωξη, αύξηση του όγκου και η επέκταση του στη μασχάλη, η θρόμβωση ή η ίνωση που δημιουργήθηκε από προηγούμενες θεραπείες. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη λοίμωξης και αποφυγή τραυματισμού. Σε πολύ βαριές περιπτώσεις συστήνεται η χρήση ειδικών συσκευών εναλλασσόμενης πίεσης, και η χρήση αναλγητικών.

Η κόπωση που εμφανίζεται στα τελικά στάδια είναι αποτέλεσμα της ασθένειας και της θεραπείας ασθενής ενημερώνεται για την εμφάνιση της και τους τρόπους αντιμετώπισης της. Συστήνεται η χρησιμοποίηση εναλλακτικών τρόπων θεραπείας όπως η χαλάρωση, η ψυχαγωγία, οι φαντασιώσεις και η προσευχή. Σε βαριές περιπτώσεις γίνεται προγραμματισμός μετάγγισης αίματος, χορήγησης ψυχοδιεγερτικών και κορτικοστεροειδών⁸⁰.

14.2 Φροντίδα σε ψυχολογικό επίπεδο

Η ασθενής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο κατακλύζεται από αισθήματα θυμού, φόβου, ανησυχίας και κατάθλιψη. Πολλές φορές εξ αιτίας του θυμού της είναι πιθανόν να γίνει επιθετική και να απομακρύνει τους ανθρώπους που τη φροντίζουν, φοβούμενη κάθε εγκατάλειψη, όπως και την εγκατάλειψη της από το προσωπικό της υγείας, το άγνωστο αλλά και την οριστικότητα. Του θανάτου. Επίσης φοβάται και για την περίοδο που οδηγεί στον θάνατο και τα συνωδά οργανικά προβλήματα που θα βιώσει ως το τέλος της ζωής της. Ιδιαίτερα οι νέες γυναίκες φοβούνται για το μέλλον των παιδιών τους. Θρηνούν για τις εμπειρίες της ζωής που πρόκειται να χάσουν και για τις που βιώνουν. Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι η ασθενής κατά κάποιο τρόπο βιώνει προσωπικό πένθος.

Η ανησυχία και η κατάθλιψη στη γυναίκα σχετίζεται με πολλούς παράγοντες. Κάποιοι από αυτούς είναι: η επιδείνωση της φυσικής κατάστασης, η επανεμφάνιση του καρκίνου, οι ανεπιθύμητες ενέργειες της καινούργιας θεραπείας και ειδικότερα η διαταραχή που δημιουργείται από την απώλεια της ανεξαρτησίας. Έχει βρεθεί ότι όσο πλησιάζει ο θάνατος τόσο αυξάνει το αίσθημα της κατάθλιψης⁹⁹.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να δημιουργήσει ένα θετικό κλίμα επικοινωνίας με την ασθενή και να την κάνει να κατανοήσει ότι είναι πρόθυμος να την ακούσει και ότι ενδιαφέρεται για αυτήν. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορέσει να εκφράσει τον ψυχικό πόνο που βιώνει και να συμφιλιωθεί με τα συναισθήματα της ενώ είναι χρήσιμο παράλληλα να την ενθαρρύνει να τα εκφράσει χωρίς να την κρίνει, να την συμβουλευεί ή να επιβάλλει τις προσωπικές του απόψεις.

Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες της για ασφάλεια, αυτονομία και αυτοέλεγχο, ώστε να διατηρήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό της και την αξιοπρέπεια της.

Η καλλιέργεια της αυτονομίας και του αυτοελέγχου επιτυγχάνεται με την ενημέρωση για την εξέλιξη της υγείας της, με την προετοιμασία για τις πιθανές σωματικές αλλαγές, με την προώθηση της αυτοφροντίδας και την δυνατότητα να αποφασίζει για θέματα που αφορούν την υγεία της και για την φροντίδα που δέχεται⁹⁸.

14.3 Φροντίδα σε κοινωνικό επίπεδο

Η ασθενής πραγματοποιεί μια προοδευτική απόσυρση σε συναισθηματικό επίπεδο όταν βρίσκεται στο τελικό στάδιο, η οποία είναι πιθανόν να καταλήξει σε κοινωνική απομόνωση όταν δεν υπάρχει επικοινωνία με τον περίγυρο της. Ταυτόχρονα συνυπάρχει και η ανάγκη να ανήκει σε ένα περιβάλλον που την αποδέχεται μέσα στο οποίο μπορεί να διεκπεραιώσει τις βασικές κοινωνικές ανάγκες της όπως είναι η διευθέτηση εκκρεμών υποθέσεων που πηγάζουν από το ρόλο και τη θέση της στην οικογένεια, στο χώρο εργασίας της και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον¹⁰⁰.

Ο πρωταρχικός στόχος του νοσηλευτή στη διάρκεια της φροντίδας του είναι η εύλικρινής επικοινωνία με την ασθενή. Η συζήτηση γύρω από τους προβληματισμούς της σχετικά με το πώς η οικογένεια της θα τα βγάλει πέρα μέντα το θάνατο της, πως θα ολοκληρωθεί ένα σημαντικό έργο μπορεί να αποβεί ουσιαστική όταν της παρέχει την δυνατότητα και την στήριξη να υλοποιήσει της επιθυμίες της. Είναι δυνατόν να παίξει το ρόλο του συνηγόρου της και να λειτουργήσει εκ μέρους της ώστε να καλυφθούν κάποιες από τις ανάγκες της.

Ταυτόχρονα, θα πρέπει να την ενθαρρύνει να συμμετάσχει σε ομάδες ασθενών που δέχονται κοινωνική υποστήριξη, ενώ όταν διαπίστωση ότι υπάρχουν σοβαρά προβλήματα να την φέρει σε επαφή με κάποιον κοινωνικό λειτουργό.

Τα μέλη της οικογένειάς της χρειάζονται και αυτά ψυχολογική υποστήριξη διότι συχνά λόγω της απόσυρσης της ασθενούς ελαττώνεται ή δεν πραγματοποιείται καθόλου. Στην περίπτωση αυτή, ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποκαταστήσει την επικοινωνία μεταξύ των δυο πλευρών με στόχο να αντιμετωπίσει το άγχος και να τονώσει την οδύνη της οικογένειας, ώστε να βοηθήσει την ασθενή να τακτοποιήσει τις εκκρεμείς κοινωνικές υποθέσεις της.

Παράλληλα θα πρέπει να πείσει την οικογένεια της ότι ασθενής μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής της είναι ένα άτομο που ζει και έχει κοινωνικές υποχρεώσεις και ανάγκες για επικοινωνία τις οποίες θα πρέπει να τις καλύψει.

Σημαντικό είναι να ενθαρρύνει τα μέλη της οικογένειας της να έρθουν σε επαφή και με άλλα μέλη οικογενειών στα πλαίσια υποστηρικτικών ομάδων, προκειμένου να συζητήσουν τα κοινά τους προβλήματα και να βρουν στρατηγικές αντιμετώπισης. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι από τη στιγμή που η ασθενής διαγιγνώσκεται με μεταστάσεις και διανύει το τελικό στάδιο της ζωής της δημιουργούνται και προβλήματα οικονομικής φύσεως.

Στη διάρκεια αυτής της περιόδου τα μέλη της οικογένειας της που την φροντίζουν να υποαπασχολούνται ή να φεύγουν από την εργασία τους, ενώ αυξάνονται τα έξοδα λόγω αγοράς κάποιων φαρμάκων ή κάποιας επιπλέον θεραπείας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να στηρίζει την οικογένεια και να βρει τρόπους μείωσης των εξόδων της θεραπείας ή να επικοινωνήσει απευθείας με τον εργοδότη εκθέτοντας το πρόβλημα. Σε δύσκολες περιπτώσεις ενθαρρύνει την οικογένεια να έρθει σε επαφή με την κοινωνική λειτουργό.

14.4 Φροντίδα σε πνευματικό επίπεδο

Η ασθενής καθώς φτάνει στο τέλος της έχει την ανάγκη ικανοποίησης των πνευματικών της αναγκών βιώνοντας μια βαθιά κρίση γιατί χάνει τον εαυτό της, τον σκοπό και το νόημα της ζωής της. Παράλληλα προσπαθεί να ικανοποιήσει κάποιες βασικές πνευματικές της ανάγκες προσπαθώντας μέσα από την προσωπική της

κουλτούρα και κοσμοθεωρία να πραγματοποιήσει μια ανασκόπηση και να δώσει κάποιο νόημα στα γεγονότα της ζωής της και στην ασθένεια της⁹⁷.

Παράλληλα προσπαθεί να ζήσει τις τελευταίες της ημέρες σε αξιοπρεπείς συνθήκες, να βιώσει κατά κάποιο τρόπο έναν καλό θάνατο. Η πίστη στο θεό αποτελεί πηγή ανακούφισης ενώ για εκείνες που δεν πιστεύουν στην μετά θάνατο ζωή την ελπίδα την αντλούν από τα έργα και τις πράξεις τους¹⁰⁰.

14.5 Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις τρεις φάσεις του καρκίνου

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

- Να αναγνωρίσει τις πνευματικές ανάγκες της ασθενούς στο τελικό στάδιο της ζωής της.
- Να την βοηθήσει να επεξεργαστεί όλες τις σκέψεις και τα συναισθήματα της
- Να τις απευθύνει ερωτήσεις του είδους «τι δίνει νόημα και ελπίδα στη ζωή σου», «που στρέφεσαι όταν νιώθεις θλίψη», που βοηθούν την πνευματική προσέγγιση.
- Να την φέρει σε επαφή με κάποιον ιερέα ώστε να τη βοηθήσει να ικανοποιήσει τις πνευματικές ανάγκες
- Να ενθαρρύνει τη συμμετοχή της οικογένειας στην πνευματική φροντίδα
- Να της διατηρήσει την ελπίδα ότι υπάρχει Ζωή πέρα από το θάνατο¹⁰¹.

Συνοπτική παρουσίαση των σταδίων

Συνοπτικά αναφέρονται παρακάτω οι προαναφερθέντες σταθμοί της νόσου οι οποίοι αναζωπυρώνουν την ψυχολογική και συναισθηματική ισορροπία της ασθενούς και καθιστούν απαραίτητη τη διέλευσή της μέσα από τρεις φάσεις. Ο ρόλος του νοσηλευτή σε κάθε φάση είναι ξεχωριστός, γιατί αντιμετωπίζει διαφορετικές ανάγκες της γυναίκας.

1η φάση - Πρώιμο στάδιο

Αυτή η φάση ξεκινά από τη στιγμή που η γυναίκα ανακαλύπτει κάποιο ανησυχητικό σημείο στο στήθος της, απευθύνεται στον αρμόδιο γιατρό, ακολουθεί τις συστάσεις αυτού, μέχρι να επιβεβαιωθεί η διάγνωση του καρκίνου του μαστού, και καταλήγει στη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου.

Αρχικά, στην ιδέα του καρκίνου η γυναίκα καταλαμβάνεται από τον πανικό shock, άγχος και άρνηση αποδοχής της διάγνωσης. Αυτά τα συναισθήματα αποτελούν την έναρξη πολλών ψυχολογικών διακυμάνσεων και εμφανίζονται προοδευτικά. Όταν η πιθανότητα κακοήθειας και ή εισαγωγή στο νοσοκομείο δε μπορεί να αποκλεισθεί, η ασθενής διακατέχεται από ανησυχία, κατάθλιψη, φόβο ακρωτηριασμού ή θάνατο και αποπροσανατολισμό, ενώ αποσύρεται από την ενεργό ζωή. Η κατάσταση αυτή ανακουφίζεται ή επιδεινώνεται ανάλογα με το ρόλο που διαδραματίζει η οικογένεια στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

Από τη στιγμή της διάγνωσης, ο νοσηλευτής υποδηλώνει στην καρκινοπαθή τη συμπαράστασή του με την ευγενική, φιλική και ανθρώπινη συμπεριφορά του στη διενέργεια των απαραίτητων εξετάσεων. Κατά τη νοσηλεία της στο νοσοκομείο, προσανατολίζει την άρρωστη στο χώρο, την ενημέρωση για τις ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις, δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης και αφήνει περιθώρια για συζήτηση. Στην περίπτωση που η ασθενής υποβάλλεται σε μαστεκτομή, ο νοσηλευτής την πληροφορεί για τη διαδικασία της επέμβασης, την έκτασή της, το διάστημα ανάρρωσης, τα μετεγχειρητικά προφυλακτικά μέτρα και τις ανεπιθύμητες ενέργειες με σαφήνεια, ειλικρίνεια και απλότητα. Έτσι, η πάσχουσα νιώθει ότι βρίσκεται σε ένα

οργανωμένο περιβάλλον με ανθρώπους που ενδιαφέρονται γι' αυτήν και φροντίζουν για την ασφάλεια της. Αλλά και η αποκατάσταση αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας της ασθενούς, προκειμένου να επανακτήσει τη μέγιστη σωματική και ψυχολογική ισορροπία και να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής .

Μεγάλη σημασία στην επανένταξη της καρκινοπαθούς παίζει η οικογένεια . Αποτελεί το βασικό δομικό στοιχείο της κοινωνίας, τα μέλη της οποίας αποτελούν ένα δυναμικό μικροσύστημα που βρίσκεται σε μία συνεχή εξέλιξη μέσα στο χώρο . Η οικογένεια μπορεί ανάλογα με τα προβλήματα των μελών της να διαφοροποιείται , ώστε να στηρίζει ενεργά τα μέλη της στη δύσκολη στιγμή. Έτσι , και στην περίπτωση μιας μακροχρόνιας αρρώστιας , όπως είναι ο καρκίνος του μαστού , η οικογένεια μπορεί να ενεργοποιηθεί και να αποτελέσει ένα τυπικό σύστημα υποστήριξης της άρρωστης, που , μαζί με το άτυπο σύστημα παροχής φροντίδα, δύσκολα μπορεί να αντικατασταθεί από ανάλογο κρατικό σύστημα παροχής υγειονομικών φροντίδων.

2η Φάση – Ενδιάμεσο στάδιο

Σε αυτή τη φάση αποδεικνύεται η αδυναμία των θεραπευτικών παρεμβάσεων να καταστείλουν την ανατρεπτική δράση του καρκίνου , καθώς εμφανίζονται συμπτώματα υποτροπής. Η αποδοχή της επανεμφάνισης της νόσου από τη γυναίκα είναι ιδιαίτερα δύσκολη και επίπονη , επειδή έχει ήδη έρθει για μια φορά αντιμετώπιση με αυτή .

Η ασθενής μπροστά στην επιβεβαίωση της ύπαρξης μεταστάσεων αντιδρά προβάλλοντας ποικίλους αμυντικούς μηχανισμούς, άλλοτε βρίσκει δικαιολογίες για ν' αρνηθεί την υποτροπή, άλλοτε κατηγορεί τους φορείς υγείας ή και την αρχική θεραπευτική αγωγή και άλλοτε καταφεύγει σε μη επιστημονικά παραδεκτούς τρόπους θεραπείας (γιατροσόφια, διαλογισμό). Στην περίπτωση ευνοϊκής αποδοχής της υποτροπής, η άρρωστη δέχεται συμπληρωματική ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση και προσαρμόζεται στη σοβαρότητα της κατάστασης της , η οποία σταδιακά χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση όλο και πιο επώδυνων φυσικών και ψυχικών διαταραχών.

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτή τη φάση είναι περισσότερο υποστηρικτικός και ενθαρρυντικός για τη συνέχιση της συμπληρωματικής θεραπείας. Ο νοσηλευτής προσπαθεί να ανακουφίσει την καρκινοπαθή από τα φυσικά ενοχλήματα των μεταστάσεων και τις παρενέργειες των θεραπειών (ακτινοθεραπεία , χημειοθεραπεία) και την ενθαρρύνει να μην εγκαταλείψει την ενεργό δράση της. Παράλληλα, φροντίζει και για την ψυχολογική υποστήριξη της μεταφέροντας αισιόδοξα και ελπιδοφόρα μηνύματα , με σκοπό να επουλώσει τα ψυχικά και συναισθηματικά της τραύματα και να εξολοθρεύσει τις πιθανές ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας.

3η Φάση – Τελικό στάδιο

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

Η θέση του νοσηλευτή απέναντι στην ανίατη γυναίκα είναι υπαρκτή και υποστηρικτική .Είναι σημαντικό για την ασθενή να γνωρίζει πως ο νοσηλευτής δεν πρόκειται να την εγκαταλείψει και πως είναι διαθέσιμη να συζητήσει τις ανησυχίες της ως την τελευταία στιγμή . Βέβαια , ακόμη και στην τελευταία μάχη για τη ζωή , η

πάσχουσα διατηρεί ελπίδες για τη θεραπεία ή την πιθανότητα ευνοϊκής εξέλιξης της νόσου , κάτι που πρέπει ο νοσηλευτής να καλλιεργεί και να ενθαρρύνει για το καλό όλων. Τέλος, ζητά τη συνδρομή της οικογένειας για κατανόηση και συμπαράσταση σε αυτή τη δύσκολη φάση και την προετοιμάζει για την έσχατη κατάληξη⁶⁵.

Συμπερασματικά, η νοσηλευτική προσέγγιση ασθενούς με καρκίνο του μαστού στοχεύει στην ολιστική φροντίδα ,στην οποία η ασθενής αντιμετωπίζεται ως βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Στόχος της φροντίδας είναι η γυναίκα να επανακτήσει τη μέγιστη σωματική και ψυχολογική ισορροπία της να ανταποκριθεί στις κοινωνικές και επαγγελματικές απαιτήσεις. Όταν διανύει το τελικό στάδιο της ζωής της ,αντιμετωπίζεται πάλι με τον ίδιο τρόπο και οδηγείται με τη βοήθεια του νοσηλευτή σε έναν ήρεμο και ειρηνικό θάνατο ⁴⁵.

*Ολιστική και εξατομικευμένη Νοσηλευτική
παρέμβαση σε ασθενείς με καρκίνο μαστού
με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας*

Κλινική Περίπτωση Α

Νοσηλευτικό ιστορικό

Ασθενής ηλικίας 45 ετών εισήλθε στην χειρουργική κλινική του Νοσοκομείου του Ρίου στις 14/11/2011. Με τη διάγνωση «Τεράστιος όγκος καταλαμβάνων ολόκληρο το δεξιό μαστό (σάρκωμα)».

Τον Οκτώβριο του 2011 παρουσιάστηκε οίδημα στο δεξιό μαστό όπου και υποβλήθηκε σε ειδικές εξετάσεις και διαγνώστηκε το σάρκωμα.

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

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

Στάδιο3: T3NoMo

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

Το χειρουργείο προγραμματίστηκε στις 15/11/2011 με σκοπό την ολική αφαίρεση του μαστού όπου και πραγματοποιήθηκε χωρίς να αφαιρεθούν λεμφαδένες. Η ασθενής δεν παρουσίασε καμία μετεγχειρητική επιπλοκή. Παρ' όλα αυτά 2 μήνες αργότερα εμφανίστηκε ογκίδιο στους μασχαλαίους λεμφαδένες και έτσι πραγματοποιήθηκε το 2^ο χειρουργείο στις 15/1/2012 με σκοπό να αφαιρεθούν όγκος και λεμφαδένες. Η ασθενής δεν παρουσίασε καμία μετεγχειρητική επιπλοκή.

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

Γι αυτό το λόγο ως θεραπεία εκλογής στην συγκεκριμένη περίπτωση προτάθηκε η ογκεκτομή, όπου και πραγματοποιήθηκε στις 27/07/2012. Η ασθενής δεν εμφάνισε κάποια μετεγχειρητική επιπλοκή εκτός από κάποια μικρά ενοχλήματα στο δεξιό χέρι όπου δεν χορηγήθηκε κάτι για την αντιμετώπισή τους.

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

Με την έναρξη της χημειοθεραπείας η ένταση του πόνου στο δεξιό χέρι αυξήθηκε. Η χημειοθεραπεία συνεχίζεται μέχρι και σήμερα. Πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία όπου διαγνώστηκαν σπλαχνικές μεταστάσεις του καρκίνου στον πνεύμονα και στην κοιλία.

Ανατομικά στοιχεία της ασθενούς

Επώνυμο:	M
Όνομα:	B
Ηλικία:	48 ετών
Ασφαλιστικός φορέας:	ΙΚΑ
Θρησκεία:	Χριστιανή Ορθόδοξη
Επάγγελμα:	Οικιακά
Οικογενειακή κατάσταση:	Έγγαμη, 2 παιδιά
Τόπος γέννησης:	Πάτρα
Τόπος κατοικίας:	Αίγιο
Ύψος:	1.66 cm
Βάρος:	56 kg
Θερμοκρασία:	36,7 °C
Αρτηριακή πίεση:	110/60 mmHg
Αναπνοές:	18/min
Σφίξεις:	72/min
Γενική κατάσταση:	εξασθενημένη
Διάγνωση εισαγωγής:	Καρκίνος δεξιού μαστού
Ημερομηνία εισαγωγής:	14/11/2011

Κλινικές παρατηρήσεις

Κινητικότητα:	εισήλθε στο νοσοκομείο περιπατητική
Διανοητική και Ψυχική κατάσταση:	αγχωμένη
Ομιλία:	καλή
Ακοή:	καλή
Αναπνευστικό:	είναι σε φυσιολογικά επίπεδα
Έμετοι:	ναι
Κενώσεις:	δεν ενεργείται. Χορήγηση υπόθετων γλυκερίνης + duphalac
Ούρηση:	φυσιολογική

Αναμνηστικό ιστορικό:

Αλλεργίες:	δεν αναφέρονται
Άλλα νοσήματα:	ύπαρξη θυρεοειδή, σιδηροπενικής αναιμίας
Προηγούμενα χειρουργεία:	φυσιολογικός τοκετός, μια καισαρική
Πρόσφατη χρήση φαρμάκων:	T4 75 mg και tradyferon 80 mg

Νοσηλευτική Διεργασία (προεγχειρητικά)

Νοσηλευτική Αξιολόγηση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
<p>Φόβος και άγχος λόγω ολικής μαστεκτομής (προεγχειρητικά.)</p>	<p>Μείωση της αγωνίας και του άγχος.</p> <p>Να απαλλαγεί η ασθενής από τα δυσάρεστα συναισθήματα.</p>	<p>Ηθική και ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.</p> <p>Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος και αναζήτηση ψυχολογικής βοήθειας της ασθενούς μέσα από τη γνωριμία της με ασθενείς που παρουσίασαν και αντιμετώπισαν το ίδιο πρόβλημα.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής μετά από ιατρική οδηγία.</p> <p>Συζήτηση με την ασθενή σε σχέση με τα εξατομικευμένα προβλήματα της και απαντήσεις στα ερωτήματα και τις απορίες της με σκοπό την εκτόνωση και την ψυχολογική στήριξη της ασθενούς.</p> <p>Αναζήτηση βοήθειας στήριξης από ειδικούς όπως ψυχολόγους ή ψυχιάτρους.</p>	<p>Έγινε γνωριμία με άλλους ασθενείς που αντιμετώπισαν το ίδιο πρόβλημα.</p> <p>Χορηγήθηκε tablet Lexotanil 1,5 mg μετά από ιατρική οδηγία.</p> <p>Δόθηκαν απαντήσεις στην ασθενή, όσο αυτό ήταν εφικτό σχετικά για τον σκοπό και την έκβαση της χειρουργικής επέμβασης.</p>	<p>Το άγχος της ασθενούς περιορίστηκε.</p> <p>Η ασθενής ηρέμησε μετά από τη γνωριμία και την συζήτηση με ασθενείς που παρουσίασαν το ίδιο πρόβλημα και τη χορήγηση Lexotanil που περιέχει βρωμαζεπάμη, η οποία μειώνει το άγχος και χαλαρώνει τους μύες.</p> <p>Ύστερα από την συζήτηση με τον ψυχολόγο της κλινικής η ασθενής δέχτηκε να πραγματοποιηθεί η επέμβαση.</p>

Νοσηλευτική Αξιολόγηση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
<p>Πόνος στο δεξιό μαστό (μετεγχειρητικά).</p>	<p>Ανακούφιση από τον πόνο εντός 24 ωρών.</p> <p>Απαλλαγή της ασθενούς από τον πόνο</p>	<p>Εναλλαγή θέσεων, ώστε να βρεθεί η κατάλληλη θέση που να ανακουφίζει την ασθενή από τον πόνο.</p> <p>Εκτίμηση – επανεκτίμηση του τύπου και της έντασης του πόνου.</p> <p>Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο.</p> <p>Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση ημι- Fowler διότι έτσι ανακουφίζόταν από τον πόνο.</p> <p>Εκτιμήθηκε ότι ο πόνος είναι οξύς και συνεχής (7/10 βάσει κλίμακας πόνου).</p> <p>Έγινε η λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο:Αρτηριακή πίεση: 120-70 mmHg, Θερμοκρασία:36,7 °C, Σφυγμός: 70/min, Αναπνοή: 16/min.</p> <p>Χορηγήθηκε Oxخالgan 150 mg 1x4 και σε αύξηση της έντασης του πόνου χορήγηση 2 σκευασμάτων (Oxخالgan150 mg) βράδυ.</p> <p>Έγινε τοποθέτηση αυτοκόλλητου συστήματος για διαδερμική χορήγηση (durogesic 50mg) 1ανά 3ωρο σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p>	<p>Ο πόνος μειώθηκε μετά από τη χορήγηση Oxخالgan το οποίο περιέχει τραμαδόλη (tramadol) που είναι ένα κεντρικός δρών οπιοειδές αναλγητικό, την κατάλληλη θέση που δόθηκε και τη χρήση του Durogesic το ποίο είναι διαδερμικό έμπλαστρο που περιέχει φαιντανύλη η οποία είναι συνθετικό οπιοειδές το οποίο χρησιμοποιείται ως αναλγητικό κατά τη διάρκεια της αναισθησίας.</p> <p>Η ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο.</p>

Νοσηλευτική Αξιολόγηση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Μετεγχειρητική πυρετική κίνηση έως 39 ⁰ C.	<p>Εξασφάλιση ανακούφισης της ασθενούς από τον πυρετό.</p> <p>Επαναφορά της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων και κυρίως της θερμοκρασίας ανά 3ωρο</p> <p>Χορήγηση υγρών από το στόμα και ενδοφλεβίως.</p> <p>Τοποθέτηση κρύων επιθέματων στην ασθενή.</p> <p>Φροντίδα για αλλαγή ενδυμασίας σε περίπτωση εφίδρωσης και προστασία από ρεύματα.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Λήψη αίματος και ούρων για αιματολογικές εξετάσεις και καλλιέργεια ούρων.</p> <p>Τήρηση ελαφρύ διαιτολογίου στην ασθενή.</p> <p>Εκτίμηση και επανεκτίμηση της θερμοκρασίας και της όλης πορείας της ασθενούς.</p>	<p>Έγινε λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων και της θερμοκρασίας ανά 3ωρο: 12:00 μμ 39⁰C, 15:00: 37⁰C, 18:00: 37,6 ⁰C, 21:00: 36,6⁰C</p> <p>Τοποθετήθηκαν κρύα επιθέματα ανά 20 λεπτά.</p> <p>Χορηγήθηκε 1 amp Aprotel σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Έγινε λήψη ούρων τα οποία είχαν φυσιολογική διαυγή όψη, καθώς επίσης και αίματος, τα αποτελέσματα των οποίων ήταν: Ερυθρά αιμοσφαίρια- 4,30M/ml, Λευκά αιμοσφαίρια- 4,7 K/ml, Αιμοσφαιρίνη- 13 g/dl, Αιματοκρίτης- 36,4%, Σίδηρος- 64μgr/dl, Κρεατινίνη- 1.4mg/dl, ουρικό οξύ- 7mg/dl.</p> <p>Χορηγήθηκαν υγρά IV: N/S 0,9% 1000 ml και L/R 1000 ml.</p> <p>Έγινε τήρηση διαιτολογίου που συστάθηκε από διαιτολόγο και περιελάμβανε σούπες, χυμούς φρούτων, ροφήματα</p>	<p>Η ασθενής ανακουφίστηκε από τον πυρετό.</p> <p>Η θερμοκρασία της επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα αμέσως μετά από την χορήγηση αντιπυρετικού αναλγητικού Aprotel το οποίο περιέχει παρακεταμόλη που είναι ασθενής αναστολέας της βιοσύνθεσης των προσταγλανδινών στο ΚΝΣ, καθώς επίσης και μετά από την τοποθέτηση κρύων επιθεμάτων.</p>

			όπως χαμομήλι και τσάι καθώς επίσης και άφθονο νερό.	
--	--	--	--	--

Νοσηλευτική Αξιολόγηση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
<p>Λεμφοίδημα στο δεξί χέρι που οφείλεται σε περιορισμένη κινητικότητα. (μετεγχειρητικά)</p>	<p>Υποχώρηση του λεμφοιδήματος και αποκατάσταση λειτουργικότητας του δεξιού χεριού του συντομότερο δυνατό.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών όπως θρόμβωσης-θρομβοφλεβίτιδας.</p>	<p>Να δοθεί η κατάλληλη ανατομική και λειτουργική θέση του πάσχοντος άκρου.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Ενημέρωση ειδικό φυσικοθεραπευτή.</p> <p>Ενημέρωση και διδασκαλία της ασθενούς για την θέση και τη λειτουργική κινητικότητα του πάσχοντος άκρου.</p>	<p>Το δεξί χέρι της ασθενούς τοποθετήθηκε σε μαξιλάρι, ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωση του οιδήματος.</p> <p>Ενημερώθηκαν λογοδοσία και ασθενής να μην λαμβάνεται αρτηριακή πίεση και αίμα από το προσβεβλημένο άκρο.</p> <p>Αποφεύχθηκε η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων για την διευκόλυνση της κυκλοφορίας.</p> <p>Χορήγηση 2 amp Lasix στις 11 πμ για την υποχώρηση του οιδήματος.</p> <p>Έγιναν ασκήσεις με την βοήθεια του φυσικοθεραπευτή.</p>	<p>Η δεκαπενθήμερη φαρμακευτική αγωγή με Lasix, το οποίο περιέχει φουροσεμίδη και είναι ένα ισχυρό διουρητικό που εμποδίζει την επαναρρόφηση χλωριούχου νατρίου και ύδατος στο ανιόν σκέλος της αγκύλης του Henle με ταχεία δράση, δεν είχε τα επιθυμητά αποτελέσματα και έτσι ο γιατρός αποφάσισε να σταματήσει τη συγκεκριμένη θεραπεία γιατί η κατάσταση ήταν μη αναστρέψιμη καθώς το λεμφοίδημα δεν υποχώρησε.</p>

Κλινική περίπτωση Β

Νοσηλευτικό ιστορικό

Ασθενής ηλικίας 52 ετών, εισήλθε στη χειρουργική του νοσοκομείου «Ο Άγιος Ανδρέας» στις 21/12/2012. Στο εισιτήριο του τέθηκε η διάγνωση: « Καρκίνος στον αριστερό μαστό». Η ίδια η ασθενής ανακάλυψε μετά από test Pap ογκίδιο στον αριστερό μαστό διαστάσεων 1x1cm.

Το ιστορικό της ασθενούς περιγράφει την περίπτωση ως εξής: « Κάτω από τη θηλή του αριστερού μαστού ανευρέθη ογκίδιο ανώδυνο, σκληρό με διαστάσεις 1x1cm. Στην περιοχή της μασχάλης διακρίνονται ψηλαφητοί, ανώδυνοι, κινητοί λεμφαδένες. Δεξιός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα».

Διάγνωση « Καρκίνος αριστερού μαστού».

Στάδιο 2, T₁,N₁,M₀.

Η ασθενής καπνίζει, δεν κάνει χρήση αλκοόλ, δεν είναι παχύσαρκη και το οικογενειακό της ιστορικό δεν αναφέρει κληρονομικότητα. Έναρξη εμμηνου ρύσεως στα 13 έτη. Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και αίματος για την διεξαγωγή εξετάσεων. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η ογκεκτομή. Στις 21/12/2012 η ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο και στις 22/12/2008 στις 10:00 πμ πραγματοποιήθηκε χειρουργείο, όπου η ασθενής υποβλήθηκε σε ογκεκτομή και αφαίρεση 9 λεμφαδένων προληπτικά. Το μόνο μετεγχειρητικό πρόβλημα που αντιμετώπισε ήταν η αύξηση της θερμοκρασίας. Αρχές Μαρτίου πραγματοποιήθηκε ακτινοθεραπεία. Στο σύνολο έγιναν 35(μία κάθε ημέρα) οι οποίες έγιναν στο νοσοκομείο του Ρίου.

Ανατομικά στοιχεία της ασθενούς

Επώνυμο:	Κ
Όνομα:	Π
Ηλικία:	52 ετών
Ασφαλιστικός φορέας:	ΙΚΑ
Θρησκεία:	Χριστιανή Ορθόδοξη
Επάγγελμα:	Δασκάλα
Οικογενειακή κατάσταση:	Έγγαμη, 3 παιδιά
Τόπος γέννησης:	Πάτρα
Τόπος κατοικίας:	Πάτρα
Ύψος:	1.70 cm
Βάρος:	63 kg
Θερμοκρασία:	36,6 0 C
Αρτηριακή πίεση:	120/70 mmHg
Αναπνοές:	17/min
Σφίξεις:	80/min
Γενική κατάσταση:	Πολύ καλή
Διάγνωση εισαγωγής:	Καρκίνος αριστερού μαστού

Ημερομηνία εισαγωγής: 21/12/2012

Κλινικές παρατηρήσεις

Κινητικότητα: εισήλθε στο νοσοκομείο περιπατητική

Διανοητική και Ψυχική κατάσταση: αγχωμένη

Ομιλία: καλή

Ακοή: καλή

Αναπνευστικό: είναι σε φυσιολογικά επίπεδα

Έμετοι: όχι

Κενώσεις: ενεργεί κανονικά

Ούρηση: φυσιολογική

Αναμνηστικό ιστορικό:

Αλλεργίες: δεν αναφέρονται

Άλλα νοσήματα: γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και άγχος

Προηγούμενα χειρουργεία: φυσιολογικοί τοκετοί

Πρόσφατη χρήση φαρμάκων: χρήση Laprazol 30 mg και Lexotanil 3 mg

Νοσηλευτική Αξιολόγηση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
<p>Ναυτία και εμετοί από την ακτινοθεραπεία</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από το δυσάρεστο αίσθημα της ναυτίας και τον εμετό.</p> <p>Να σταματήσουν οι ναυτίες και οι εμετοί.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Να δοθεί στην ασθενή κατάλληλη θέση στο κρεβάτι προς αποφυγή εισρόφησης.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Ενθάρρυνση της ασθενούς να λαμβάνει άφθονα υγρά ενδοφλεβίως για την αποφυγή αφυδάτωσης.</p> <p>Λήψη μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας για τη σωστή θρέψη.</p> <p>Μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας, ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές.</p> <p>Εκτίμηση συχνότητας και ποιότητας εμετών με σκοπό την επαρκή ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.</p> <p>Λήψη περιφερικού φλεβικού αίματος για εργαστηριακό και βιοχημικό έλεγχο για εκτίμηση των ηλεκτρολυτών.</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ανάρροπη θέση, με το κεφάλι στο πλάι για την πρόληψη εισρόφησης των εμεσμάτων.</p> <p>Χορηγήθηκε amp Primperan σύμφωνα με ιατρική οδηγία στις 18:00 μμ με σκοπό την αντιμετώπιση των εμεσμάτων.</p> <p>Έγινε μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Έγινε φροντίδα της στοματικής κοιλότητας με rot cotton και Hexalen και ενθαρρύνθηκε να παίρνει βαθιές αναπνοές.</p> <p>Σημειώθηκαν 2 εμετοί στην βραδινή βάρδια. Η σύσταση τους ήταν βλέννη, σίελος και μικρή ποσότητα γαστρικού υγρού και η ποσότητα τους ήταν περίπου 40cc. Η ασθενής λαμβάνει 3000 ml IV/24h: 1000 ml LR+1000 ml D/W+1000 ml N/S 0,9%.</p>	<p>Το αίσθημα της ναυτίας άρχισε να υποχωρεί και οι εμετοί μειώθηκαν σε συχνότητα μετά από τη χορήγηση Primperan το οποίο είναι μετακλοπραμίδη και βοηθάει στη γρήγορη κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο.</p> <p>Η στοματική κοιλότητα διατηρήθηκε καθαρή, με τη χορήγηση του hexalen το οποίο περιέχει εξετιδίνη, ένα τοπικής χρήσης φάρμακο με αντισηπτικές ιδιότητες, που δρα εναντίον πολλών μικροβίων που ευθύνονται για λοιμώξεις της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας.</p> <p>Εξασφαλίστηκε επαρκής ενυδάτωση και σωστή σίτιση της ασθενούς.</p> <p>Δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές.</p>

Νοσηλευτική Αξιολόγηση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
<p>Ευαισθησία δέρματος λόγω ακτινοθεραπείας (δερματοπάθεια)</p>	<p>Να αποκατασταθούν οι τοπικές βλάβες όσο το δυνατόν γρηγορότερα.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Παρακολούθηση της ασθενούς για ξηρότητα και ερυθρότητα του δέρματος.</p> <p>Ενημέρωση της ασθενούς για προστασία δέρματος της ακτινοβολούσας περιοχής από ερεθισμό που μπορεί να ηλιακά ακτινοβολία ή υψηλή θερμοκρασία καθώς και αποφυγή τραυματισμού από στενά ρούχα.</p> <p>Ενημέρωση της ασθενούς για αποφυγή αλοιφών, λοσιόν, σκόνης και επιθεμάτων στην περιοχή του δέρματος που έχει υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Πλύσεις με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό, ύστερα από ιατρική οδηγία.</p> <p>Εκτίμηση-επανεκτίμηση της πορείας θεραπείας του δέρματος.</p>	<p>Δεν βρέθηκαν σημεία ερυθρότητας ή ξηρότητας στο δέρμα.</p> <p>Ενημερώθηκε η ασθενής για την προστασία του δέρματος της.</p> <p>Έγιναν πλύσεις με σαπούνι και χλιαρό νερό όπως καθορίστηκε από τον γιατρό.</p>	<p>Δεν παρουσιάστηκαν αντιδράσεις ή άλλες αλλαγές επιπλοκές στο δέρμα από την ακτινοθεραπεία και οι τοπικές βλάβες αποκαταστάθηκαν ύστερα από τις πλύσεις που έγιναν κατόπιν εντολής γιατρού.</p>

Νοσηλευτική Αξιολόγηση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Διάρροια λόγω ακτινοθεραπείας.	<p>Να σταματήσουν οι διαρροϊκές κενώσεις το συντομότερο δυνατό.</p> <p>Να αποκατασταθεί η φυσιολογική λειτουργία του εντέρου.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Μέριμνα για την σωστή διατροφή της ασθενούς.</p> <p>Χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών με αυξημένη συγκέντρωση καλίου και νατρίου για την αποφυγή αφυδάτωσης, σύμφωνα με ιατρική εντολή.</p> <p>Μέτρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>Λήψη αίματος για εργαστηριακό και βιοχημικό έλεγχο ηλεκτρολυτών.</p> <p>Περιποίηση περιπρωκτικής περιοχής προς αποφυγή δερματίτιδας.</p>	<p>Χορηγήθηκε Immodium 2mg, 2 tablets ανά 6ωρο.</p> <p>Προσαρμόστηκε το διαιτολόγιο της σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού.</p> <p>Έλαβε άφθονα υγρά πλούσια σε κάλιο και νάτριο για την πρόληψη αφυδάτωσης.</p> <p>Χορηγήθηκαν 2000 ml το 24ωρο: 500 ml L/R+ 1000 ml N/S+ 500 ml D/W.</p> <p>Έγινε καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και το ισοζύγιο ήταν φυσιολογικό.</p> <p>Έγινε λήψη αίματος για βιοχημικό έλεγχο και τα αποτελέσματα ήταν: Νάτριο: 134 mEq/L, Κάλιο: 3mEq/L, Ασβέστιο: 7, Φόσφορος: 4mg/dl, Σίδηρος: 99mg/kg.</p>	<p>Αντιμετωπίστηκε επιτυχώς η διάρροια ύστερα από τη χορήγηση Immodium, το οποίο περιέχει λοπεραμίδη, μία δραστική ουσία, η οποία δρα στα τοιχώματα του εντέρου και αποκαθιστά τη φυσιολογική του κινητικότητα, καθώς και την ισορροπία στην απορρόφηση θρεπτικών συστατικών.</p> <p>Έγινε η πρόληψη αφυδάτωσης μετά από την πρόσληψη άφθονων υγρών την μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.</p>

Κλινική περίπτωση Γ

Κλινικό Ιστορικό

Ασθενής ηλικίας 43 ετών εισήλθε στη χειρουργική κλινική του νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» στις 13/4/2013. Η ασθενής αναφέρει ψηλαφητή μάζα στο δεξιό μαστό καθώς επίσης και έκκριμα. Το ιστορικό αναφέρει την περίπτωση ως εξής: στο δεξιό μαστό ανευρεθεί ογκίδιο σκληρό, ανώδυνο και ψηλαφητό. Επίσης παρουσιάστηκε έκκριμα από τη θηλή χωρίς ιδιαίτερο πόνο. Πιθανή διάγνωση: Ca δεξιού μαστού.

Η ασθενής αναφέρει ότι είναι καπνίστρια από την ηλικία των 20 ετών, δεν κάνει χρήση αλκοόλ, είναι παντρεμένη με ένα παιδί και πως έχει κληρονομικότητα καθώς η μητέρα της είχε καρκίνο μαστού. Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου και λεμφαδενεκτομή για διάγνωση. Εστάλη βιοψία και ιστολογική εξέταση. Η απάντηση ήταν κακοήθης όγκος και προγραμματίστηκε χειρουργείο για ριζική μαστεκτομή δεξιού μαστού. Μετά το χειρουργείο η ασθενής υποβλήθηκε σε κύκλο χημειοθεραπείας.

Ανατομικά στοιχεία ασθενούς

Επώνυμο:	Τ
Όνομα:	Σ
Ηλικία:	53 ετών
Ασφαλιστικός φορέας:	ΙΚΑ
Θρησκεία:	Χριστιανή Ορθόδοξη
Επάγγελμα:	Ιδιωτικός Υπάλληλος
Οικογενειακή κατάσταση:	Έγγαμη, 1 παιδί
Τόπος γέννησης:	Πάτρα
Τόπος κατοικίας:	Πάτρα
Ύψος:	1.65 cm
Βάρος:	70 kg
Θερμοκρασία:	36,6 °C
Αρτηριακή πίεση:	110/60 mmHg
Αναπνοές:	18/min
Σφίξεις:	80/min
Γενική κατάσταση:	Πολύ καλή
Διάγνωση εισαγωγής:	Καρκίνος δεξιού μαστού
Ημερομηνία εισαγωγής:	13/04/2013

Κλινικές παρατηρήσεις

Κινητικότητα:	εισήλθε στο νοσοκομείο περιπατητική
Διανοητική και Ψυχική κατάσταση:	αγχωμένη
Ομιλία:	καλή
Ακοή:	καλή

Αναπνευστικό:	είναι σε φυσιολογικά επίπεδα
Έμετοι:	όχι
Κενώσεις:	ενεργεί κανονικά
Ούρηση:	φυσιολογική
Αναμνηστικό ιστορικό:	
Αλλεργίες:	δεν αναφέρονται
Άλλα νοσήματα:	δεν αναφέρει
Προηγούμενα χειρουργεία:	όχι
Πρόσφατη χρήση φαρμάκων:	χρήση depon και panadol

Νοσηλευτική Αξιολόγηση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
<p>Δύσπνοια λόγω ανεπαρκούς αερισμού.</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από τη δύσπνοια.</p> <p>Επαναφορά της αναπνοής σε φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Τοποθέτηση της ασθενούς σε κατάλληλη θέση έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η ανακούφιση της από τη δύσπνοια.</p> <p>Χορήγηση O₂ οξυγόνου σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων ανά 3ωρο.</p> <p>Λήψη αίματος για αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο.</p> <p>Λήψη αρτηριακού αίματος για έλεγχο αερίων αίματος.</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση ημι-fowler στο κρεβάτι.</p> <p>Χορηγήθηκε O₂ με μάσκα Venturi 60%, δηλαδή L/min για τη δύσπνοια.</p> <p>Έγινε λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων. Αρτηριακή πίεση: 115/70 mmHg, Θερμοκρασία: 36,8⁰C, Σφυγμός: 70/min, Αναπνοές: 16/min.</p> <p>Έγινε λήψη περιφερικού αίματος για αιματολογικό και εργαστηριακό έλεγχο τα αποτελέσματα των οποίων ήταν: αιμοσφαιρίνη 12.0 g/dl, αιματοκρίτης 38%, αιμοπετάλια 200 K/μl, σίδηρος 100mg/dl, ουρικό οξύ 5.3 mg/dl, κρεατινίνη 1.5 mg/dl, γλυκόζη 85mg/dl.</p> <p>Έγινε λήψη αρτηριακού αίματος.</p>	<p>Η ασθενής επανήλθε σε φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία μετά από τη χρήση O₂ και τη τοποθέτηση σε άνετη θέση στο κρεβάτι.</p>

Νοσηλευτική Αξιολόγηση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
<p>Ναυτία και εμετός κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από τη ναυτία και τον έμετο.</p> <p>Να απαλλαγεί η ασθενής από το δυσάρεστο αίσθημα της ναυτίας και τον έμετο.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Να δοθεί στην ασθενή κατάλληλη θέση στο κρεβάτι.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Χορήγηση υγρών για διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>Χορήγηση γευμάτων πλούσιων σε θρεπτική αξία.</p> <p>Φροντίδα συστηματικής περιποίησης στοματικής κοιλότητας της ασθενούς.</p> <p>Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Λήψη περιφερικού αίματος για βιοχημικό έλεγχο.</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ανάρροπη θέση στο κρεβάτι για πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων.</p> <p>Χορηγήθηκε στην ασθενή amp Zofron σε 100ml N/S 0.9% σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Χορηγήθηκε L/R 500ml για διατήρηση του ισοζυγίου.</p> <p>Η ασθενής έλαβε διατροφή πλούσια σε θερμιδική αξία καθώς επίσης και υγρά ενδοφλέβια όπως N/S 1000ml.</p> <p>Έγινε μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και το ισοζύγιο ήταν φυσιολογικό.</p> <p>Έγινε λήψη περιφερικού αίματος για βιοχημικό έλεγχο και τα αποτελέσματα ήταν: Νάτριο 134mEq/L, Κάλιο 4mEq/L, Ασβέστιο 9mg/dl, Φώσφορος 3mg/dl, Σίδηρος 100mg/kg.</p>	<p>Η ασθενής ηρέμησε μετά από τη χορήγηση του Zofron το οποίο περιέχει ονδαστερόνη υδροχλωρική για την αντιμετώπιση της ναυτίας.</p> <p>Η ασθενής απαλλάχθηκε από τους εμέτους και το αίσθημα της ναυτίας.</p> <p>Η ασθενής δεν εμφάνισε κάποια επιπλοκή.</p>

Νοσηλευτική Αξιολόγηση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
<p>Συναισθηματική και μελαγχολική στάση ασθενούς για την επικείμενη αλωπεκία λόγω της χημειοθεραπείας.</p>	<p>Να αποδεχτεί η ασθενής την αλλαγή του σωματικού της ειδώλου.</p> <p>Να απαλλαγεί η ασθενής από την άσχημη ψυχολογική κατάσταση έως ότου αποχωρήσει από το νοσοκομείο.</p>	<p>Η ασθενής να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα της για την επερχόμενη αλωπεκία.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Ενθάρρυνση ασθενούς για διατύπωση αποριών σχετικά με την αλωπεκία.</p> <p>Αναζήτηση βοήθειας από τον ψυχολόγο του νοσοκομείου.</p> <p>Να δοθούν συμβουλές στην ασθενή για την περιποίηση του τριχωτού της κεφαλής κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.</p> <p>Επικοινωνία τις ασθενούς με γυναίκες που παρουσίασαν το ίδιο πρόβλημα και ανέκτησαν την ψυχική δύναμη να το αντιμετωπίσουν.</p> <p>Ενημέρωση ασθενούς για τη χρήση πρόσθετων επιθεμάτων (περούκα)</p>	<p>Έγινε αξιολόγηση της κατάστασης της ασθενούς μετά από τη συζήτηση με τον ψυχολόγο.</p> <p>Η ασθενής έκανε ερωτήσεις για την απώλεια μαλλιών και δέχτηκε την εφαρμογή περούκας.</p> <p>Δόθηκαν συμβουλές για τη σωστή περιποίηση του τριχωτού της κεφαλής, όπως χρησιμοποίηση απαλού σαμπουάν, να χτενίζει απαλά τα μαλλιά της, και να μην χρησιμοποιεί υψηλής θερμοκρασίας στέγνωμα.</p> <p>Η ασθενής επικοινωνήσε με ασθενείς με το ίδιο πρόβλημα και έδειξε να ικανοποιείται από τη συζήτηση.</p> <p>Χορηγήθηκε tablet Lexotanil 5mg σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p>	<p>Η ασθενής ύστερα από τη συζήτηση με τον ψυχολόγο και τις άλλες ασθενείς, δέχτηκε πως η απώλεια των μαλλιών της είναι παροδική.</p> <p>Η ασθενής ηρέμησε μετά από τη χορήγηση tablet Lexotanil 5mg, το οποίο είναι ηρεμιστικό που ανήκει βρωμαζεπαμες.</p>

Νοσηλευτική Αξιολόγηση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
<p>Αϋπνία λόγω έντονης κεφαλαλγίας.</p>	<p>Εξασφάλιση ανακούφισης της ασθενούς από την κεφαλαλγία.</p> <p>Η ασθενής να απαλλαγεί από την κεφαλαλγία.</p> <p>Η ασθενής να επανέλθει στις φυσιολογικές ώρες ύπνου.</p>	<p>Εκτίμηση της έντασης και του τύπου της κεφαλαλγίας βάση κλίμακας του πόνου.</p> <p>Να δημιουργηθεί ήρεμο περιβάλλον για την ασθενή με χαμηλό φωτισμό.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Η ασθενής πριν τον νυκτερινό ύπνο να λαμβάνει ελαφρύ γεύμα.</p>	<p>Ο πόνος της ασθενούς είναι συνεχόμενος 7/10 της κλίμακας του πόνου.</p> <p>Δημιουργήθηκε κατάλληλο περιβάλλον με ελαχιστοποίηση του φωτισμού και του θορύβου.</p> <p>Δόθηκε στις 2:00 μμ στην ασθενή tablet Lonalgal μετά από ιατρική εντολή.</p> <p>Δόθηκε στην ασθενή ελαφρύ γεύμα με ζεστό γάλα και φρυγανιές.</p>	<p>Η ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο μετά από τη χορήγηση tablet Lonalgal το οποίο περιέχει κωδεΐνη που είναι οπιοειδές αναλγητικό και παρακεταμόλη που είναι ασθενής αναστολέας της βιοσύνθεσης των προσταγλανδινών σύμφωνα με ιατρική οδηγία και μετά από την εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος και έτσι μπόρεσε να κοιμηθεί.</p>

Κλινική περίπτωση Δ

Κλινικό Ιστορικό

Ασθενής ηλικίας 48 ετών εισήλθε στη χειρουργική κλινική του νοσοκομείου « Ο Άγιος Ανδρέας» στις 15/8/2013. Η ίδια η ασθενής ανακάλυψε με την αυτοεξέταση πριν από ένα χρόνο, ογκίδιο στο δεξιό της μαστό διαστάσεως 1x1 cm χωρίς συνωδά συμπτώματα. Το ιατρικό ιστορικό της περιγράφει την περίπτωση με ασαφή όρια διαστάσεων 1x1 cm. Στην περιοχή της μασχάλης διακρίνονται ψηλαφητοί ανώδυνοι κινητοί λεμφαδένες. Αριστερός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η ασθενής αναφέρει ότι δεν κάνει χρήση αλκοόλ, δεν είναι καπνίστρια και πως το οικογενειακό της ιστορικό είναι ελεύθερο. Η έναρξη της εμμηνου ρύσεως ήταν στα 13 έτη. Είναι παντρεμένη και έχει 4 παιδιά.

Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και εμετός για τη διεξαγωγή εξετάσεων. Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση και προτάθηκε η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή για τις 16/8/2013. Μετά την επέμβαση η ασθενής δεν παρουσίασε κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα. Κατά την εξαγωγή της από το νοσοκομείο εκδόθηκαν οδηγίες για τη φροντίδα της τομής στο σπίτι και ορίστηκε επανεξέταση μετά από 9 ημέρες.

Ανατομικά στοιχεία ασθενούς

Επώνυμο:	E
Όνομα:	M
Ηλικία:	48 ετών
Ασφαλιστικός φορέας:	ΟΓΑ
Θρησκεία:	Χριστιανή Ορθόδοξη
Επάγγελμα:	Οικιακά
Οικογενειακή κατάσταση:	Έγγαμη, 4 παιδιά
Τόπος γέννησης:	Πάτρα
Τόπος κατοικίας:	Αίγιο
Ύψος:	1.59 cm
Βάρος:	65 kg
Θερμοκρασία:	36,7 ⁰ C
Αρτηριακή πίεση:	112/70 mmHg
Αναπνοές:	18/min
Σφίξεις:	80/min
Γενική κατάσταση:	Καλή
Διάγνωση εισαγωγής:	Καρκίνος δεξιού μαστού
Ημερομηνία εισαγωγής:	15/08/2013

Κλινικές παρατηρήσεις

Κινητικότητα:	εισήλθε στο νοσοκομείο περιπατητική
Διανοητική και Ψυχική κατάσταση:	αγχωμένη
Ομιλία:	καλή
Ακοή:	καλή
Αναπνευστικό:	είναι σε φυσιολογικά επίπεδα
Έμετοι:	όχι
Κενώσεις:	ενεργεί κανονικά
Ούρηση:	φυσιολογική

Αναμνηστικό ιστορικό:

Αλλεργίες:	δεν αναφέρονται
Άλλα νοσήματα:	δεν αναφέρει
Προηγούμενα χειρουργεία:	όχι
Πρόσφατη χρήση φαρμάκων:	όχι

Νοσηλευτική Αξιολόγηση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
<p>Άγχος και αγωνία πριν από τη χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>Να απαλλαγεί η ασθενής από το άγχος και την αγωνία εντός 24ωρών.</p> <p>Η ασθενής να είναι ήρεμη πριν το χειρουργείο.</p>	<p>Ηθική και ψυχολογική τόνωση της ασθενούς.</p> <p>Εξασφάλιση ψυχολογικής ηρεμίας ασθενούς και να έλθει σε επαφή με ασθενείς που αντιμετώπισαν την ίδια κατάσταση.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Συζήτηση με την ασθενή έτσι ώστε να εκφράσει απορίες και να απαντηθούν οι ερωτήσεις της σχετικά με την κατάσταση της.</p> <p>Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας από τους νοσηλευτές.</p>	<p>Έγινε γνωριμία με το προσωπικό της κλινικής.</p> <p>Χορηγήθηκε tablet tavor 2,5 mg μετά από ιατρική οδηγία.</p> <p>Συζητήθηκαν όλες οι απορίες γύρω από την επέμβαση.</p>	<p>Το άγχος της ασθενούς περιορίστηκε.</p> <p>Η ασθενής ηρέμησε μετά από τη γνωριμία και την συζήτηση με το προσωπικό της κλινικής και τη χορήγηση tavor που περιέχει λοραζεπάμη και ανήκει στην κατηγορία των βενζοδιαζεπίνων και μειώνει το άγχος.</p> <p>Δέχτηκε να πραγματοποιηθεί η επέμβαση.</p>

Νοσηλευτική Αξιολόγηση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
<p>Πόνος στο δεξιό μαστό μετά από τη χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>Ανακούφιση από τον πόνο εντός 24 ωρών.</p>	<p>Εξασφάλιση κατάλληλης θέσης της ασθενούς στο κρεβάτι, ώστε να περιοριστεί ο πόνος.</p> <p>Εκτίμηση του τύπου και της έντασης του πόνου.</p> <p>Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση ημι- Fowler διότι έτσι ανακουφιζόταν από τον πόνο.</p> <p>Εκτιμήθηκε ότι ο πόνος είναι οξύς συνεχής (7/10 βάσει κλίμακας πόνου).</p> <p>Έγινε η λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο και ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα: Αρτηριακή πίεση: 120/80mmHg, Θερμοκρασία: 36,6 °C, Σφυγμός: 70/min, Αναπνοές: 16/min.</p> <p>Χορηγήθηκε Nubain amp 3mg σε 150cc D/W 5% 1/2x2 για μείωση του πόνου σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p>	<p>Ο πόνος μειώθηκε με τη χορήγηση του nubain 1/1x2 το οποίο είναι ένα συνθετικό οπιοειδές αγωνιστής-ανταγωνιστής αναλγητικό της σειράς φαινανθρενίου και η δραστηριότητα του ισοδυναμεί με εκείνη της μορφίνης.</p> <p>Η ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο.</p>

Νοσηλευτική Αξιολόγηση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
<p>Αλλαγή σωματικού ειδώλου από την απώλεια δεξιού μαστού.</p>	<p>Η ασθενής θα πρέπει να αποδεχτεί την νέα της εικόνα σε λιγότερο δυνατό χρόνο και με λιγότερο ψυχικό κόστος.</p>	<p>Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής.</p> <p>Ενημέρωση του ψυχολόγου της κλινικής.</p> <p>Ενημέρωση των συγγενών της ασθενούς για την αλλαγή της εικόνας της.</p> <p>Ενημέρωση της ασθενούς για την δυνατότητα εφαρμογής προσθηκών μετά από τη μαστεκτομή.</p> <p>Η ασθενείς να επισκεφτεί ασθενείς που αντιμετώπισαν το ίδιο πρόβλημα και έκαναν χρήση προσθηκών και να εξωτερικεύσει απορίες και αρνητικά συναισθήματα.</p>	<p>Η ασθενής έλαβε ψυχολογική υποστήριξη από τον ψυχολόγο της κλινικής.</p> <p>Έγινε ενημέρωση των συγγενών για την αλλαγή στην εικόνα της ασθενούς.</p> <p>Η ασθενής ενημερώθηκε από τους νοσηλευτές και τις ασθενείς με το ίδιο πρόβλημα, για τη χρήση προσθηκών .</p>	<p>Μετά από τη συζήτηση με τον ψυχολόγο, η ασθενής έδειξε να αποδέχεται τη νέα της εικόνα.</p> <p>Η ασθενής δέχτηκε να γίνει τοποθέτηση προσθηκών.</p>

Συμπεράσματα

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

Προτάσεις

- ✓ Να γίνεται περισσότερη ενημέρωση για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και όχι μόνο στις μεγάλες πόλεις αλλά και στην επαρχία.
- ✓ Να ιδρυθούν περισσότερα αντικαρκινικά διαγνωστικά κέντρα μαστού ώστε να γίνεται εξέταση μεγαλύτερου αριθμού γυναικών.
- ✓ Η αυτοεξέταση του μαστού θα πρέπει να γίνει μηνιαία εξέταση κάθε γυναίκας άνω των 20 ετών.
- ✓ Οι μονάδες μαστού θα πρέπει να στελεχώνονται από εξειδικευμένο προσωπικό για το μαστό.
- ✓ Κάθε γυναίκα άνω των 40 ετών θα πρέπει να κάνει ετησίως μαστογραφία.
- ✓ Να διοργανώνονται ημερίδες με θέμα τον καρκίνο του μαστού για να ενημερώνεται ο γυναικείος πληθυσμός.
- ✓ Εκπαίδευση νοσηλευτών για τον του μαστού και την τεχνική της αυτοεξέτασης.
- ✓ Αύξηση της σωματικής καθημερινής δραστηριότητας.
- ✓ Παρότρυνση εάν εντοπίσουν κάποιο εξόγκωμα ή δουν κάποια αλλαγή στο μαστό να επισκεφθούν αμέσως το γιατρό.
- ✓ Στήριξη νοσηλευτών στις ασθενείς, εκπαίδευση για το πώς θα πρέπει να συνεχίζουν τη ζωή τους, τι να αποφεύγουν και ενημέρωση για τυχόν προβλήματα που θα συναυτήσουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
- ✓ Ενημέρωση της ασθενούς για την σωστή λήψη φαρμάκων από τους νοσηλευτές.
- ✓ Διαφώτιση για υγιεινό τρόπο ζωής.
- ✓ Να μην ξεχνάμε ότι η νόσος μπορεί να αγγίζει όλους τους ανθρώπους και ο κίνδυνος είναι κοντά για εμάς και τους οικείους μας.
- ✓ Πρέπει να υποδεχθεί στο οικογενειακό περιβάλλον να στηρίζουν ψυχολογικά την ασθενή.
- ✓ Χρέος των νοσηλευτών είναι να ενημερώσουν την ασθενή που έχει κάνει μαστεκτομή ότι υπάρχουν διάφορες μέθοδοι αποκατάστασης.
- ✓ Παρότρυνση της ασθενούς να μιλήσει με πλαστικό χειρουργό για αποκατάσταση του μαστού μετά το χειρουργείο.

Περίληψη

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

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

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πρώτος εμφανιζόμενος σε συχνότητα καρκίνου στις γυναίκες που φτάνει το ποσοστό 27, 4%. Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού εμφανίζουν έντονη ανησυχία, νευρικότητα και επιθετικότητα. Πέρα από το οικογενειακό περιβάλλον και του ιατρού σημαντικό ρόλο καλείται να επιτελέσει και ο νοσηλευτής τόσο κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και της θεραπείας όσο και την παροχή φροντίδας, όχι μόνο εντός του νοσοκομείου αλλά και στην κοινότητα. Ο νοσηλευτής εκτός από τις νοσηλευτικές αρμοδιότητες που προσφέρει, με προσοχή καλείται να στηρίξει και ηθικά την ασθενή αλλά και την οικογένεια της. Πρέπει να είναι οπλισμένος με υπομονή και επιμονή, ώστε να αναπτύξει μια επικοινωνία μαζί με την ασθενή και να αναπτύξει ένα κατάλληλο επικοινωνιακό περιβάλλον.

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

Summary

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

The purpose of this work is the training of nurses and wider population with regard to breast cancer, with regard to the causes that cause it, the symptoms, the treatment, the precaution, the confrontation and aid of their knowledge for promotion of health. The message conveyed by this work is that the sooner the diagnosis of cancer is made more efficient will be the cure.

Breast cancer is the first appearing at a frequency of cancer in women who reach the 27,4% rate. Patients with breast cancer showed a marked anxiety, nervousness and aggression. Apart from the family environment and the physician, an important role to perform is called and the nurse both during the diagnosis and treatment as well as the providing care not only within the hospital but also in the community. The nurse other than nursing responsibilities that will offer carefully is called upon to support morally the patient and his family. They must be armed with patience and perseverance to develop a contact with the patient and to develop an appropriate and communication environment.

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

Βιβλιογραφία

1. *Αγγελοπούλου Ρ.:* Εμβρυολογία, Τόμος II, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Έκδοση 1^η, Αθήνα 2010, σ. 86
2. *Mark S., Hosein K., et al.:* Hormonal and local control of mammary branching morphogenesis, PMS, 20082
3. *Μιχαλάς Π.:* Μαιευτική και Γυναικολογία, Επίτομος, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός, Έκδοση 1^η, Αθήνα 2000, σ. 611, 617, 632, 620, 634
4. *Τοκμακίδης Π.:* Γυναικείος Μαστός, Εκδόσεις Ελλήν, Έκδοση 1^η, Αθήνα 2001, σ.18-19, 27-31, 165-167, 163-164, 35
5. *Παπανικολάου Ν.:* Γυναικολογική Μαστολογία, Επίτομος, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός, Έκδοση 1^η, Αθήνα 2005, σ. 11, 431, 444, 467, 469
6. *Φωτίου Σ.:* Γυναικολογική Ογκολογία, Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Έκδοση 1^η Αθήνα 2009, σ . 404
7. *Μπονάτσος Γ., Κακλαμάνος Ι., Γολεμάτης Β.:* Χειρουργική Παθολογία, Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Έκδοση 4^η, Αθήνα 2011, σ. 388-389, 391,392, 394
8. *Σγουράκης Γεώργιος.:* Η φυσιολογία του μαστού, Αθήνα 25/12/2010,<http://exe1928.gr/static/media>
9. *Thompson W., McInnes R, Willard H.:* Ιατρική Γενετική, μετάφραση: Φραγκούλη
10. Α., Εκδόσεις Πασχαλίδη, Έκδοση 1^η, Αθήνα, 2011, σ. 543, 419-420, 433-434
11. *Παπανδρέου Γ.:* Προστασία από το καρκίνο του μαστού . <http://www.mastology.gr> 13/10/2011
12. *Αντσακλής Α.:* Μαιευτική και Γυναικολογία, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός, Έκδοση Β', Αθήνα 2011, σ. 925, 926-928, 934
13. *Netter F.:* Παθολογία Ι, επιμέλεια Κουμαντάκης Ε., Ελληνική Έκδοση Γουργουλιάννης Κ., Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Έκδοση 1η, Αθήνα 2006, σ. 482
14. *Λώλης Δ.:* Γυναικολογία και Μαιευτική, Τόμος II, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός, Έκδοση Β, Αθήνα 2004, σ. 590,604
15. *Παπαδημητρίου Α.:* Γυναικολογία, Τόμος Ι, Εκδόσεις Καύκας, Έκδοση Ι, Αθήνα 2006, σ. 124

16. *Myers T., Wang H.*: Fibroadenoma mimicking papillary carcinoma on thin prep of fine-needle aspirations of the breast. *Arch Pathol Lab Med* 2000,124(11):1667-1669
17. *Doherty G., Lowney G., et al.*: Εγχειρίδιο Χειρουργικής, ελληνική Επιμέλεια Κοντός Μ., Εκδόσεις Πασχαλίδης, Έκδοση 3^η, Αθήνα 2006, σ. 715, 735, 736
18. *Σιβρίδης Ε.*: Παθολογική Ανατομική, Τόμος Β', Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2007, σελ. 714-719, 722
19. *Robbins S., Ramzi C.*: Παθολογοανατομική Βάση της Νόσου, επιμέλεια Μπονίκος Δ., Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 1999, σελ. 757-758
20. *Sasco A.*: Breast cancer and the environment , *Horm Res* 2003: 60
21. *Malley P., Peder S.*: Invasive carcinoma: special types in Breast Pathology, Elsevier, 2006
22. *Αδαμόπουλος Π.*: Η Παθολογία στην Ιατρική Πράξη, Τόμος Α', Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα 1998, σ. 287
23. *Pezzi C., Franko J., et al.*: Characteristics and treatment of metaplastic breast cancer, 2007, 14:166-73
24. *Frazier T., Wong W., et al.*: Implication of accurate margins in the treatment of primory breast cancer, 1989, 124: 37
25. *Σκαλκέα Δ.*: Η εξέταση του χειρουργικού ασθενούς, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1991 σ. 67
26. *Καπράνος Ν., Κοντογιάννης Α., Καραντάση Ε.*: Αρχεία Παθολογικής Ανατομικής, Τόμος 16, Αθήνα 2002, σελ.15-19
27. *Rosen P.*: Staying of Breast Carcinoma, Chapter 12, *Rosen's Breast Pathology* , edition 2^η, 2007, p. 253-256
28. *Goldman L., Bennett C.*: Νοσολογία, μετάφραση: Παπαϊωάννου Β., Ελληνική Έκδοση Ρούσσοσ Χ., Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2002
29. *Καρβέλας Φ.*: Παράγοντες κινδύνου στον καρκίνο του μαστού, Τόμος 57, Τεύχος 1, Περιοδικό Ιατρική, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1995
30. *Τζαμαλούκα Γ., Χατζηφωτίου Σ.*: Γυναικεία Θέματα, Κρήτη 2004 , σ. 12-27, 100
31. *Τούντας Γ.*: Η ζωή με τον καρκίνο του μαστού, Αθήνα 2013 <http://www.neaygeia.gr> 09/12/2013

32. *Singletary E.*: Facts Rating the Risk Factors for Breast Cancer Annuals of Surgery, 2003, p. 474-482
33. *Μαρκόπουλος Ν.*: Επιπτώσεις του καρκίνου, Αθήνα 2014 <http://www.markopoulos.gr> 27/05/2012
34. *Tiernan A.*: Behavioral Risk Factors in Breast Cancer, 2003, 326-334
35. *Rookus M., Verloop A., et al.*: Physical Activity and Breast Cancer Risk in Women Aged 20-54 years, p. 128-135
36. *Rodriquez C., Walker K., et al.*: Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults, 2003, 348:1625-1638
37. *White E., Chen Z.*: Women's Health Initiative, 2002, 13:741-752
38. *Autier P., Bartelink H., et al.*: Annals of Oncology, third version, 2003, 14:973-1005
39. *Gerbe M.*: The comprehensive Approach to Diet: a critical review, 2001, 131:3051-3055
40. *Saliman E.*: European Journal of Clinical Nutrition, 2000, p. 844-848
41. *Giugliano D.*: The Mediterranean Diet: Origins and Myths. The New England Journal of Medicine Volume, 2001, 344:94
42. *Trichopoulou A., Costacou T.*: Adherence to a Mediterranean Diet and Survival in a Greek Population, 348:2599-2608
43. *Hu B.*: The Mediterranean Diet and Mortality-Olive Oil and Beyond, 348:2595-2596
44. *Bogani P., Galli C., et al.*: The role of antioxidants in the Mediterranean diets: focus on cancer, 2004, 13(4):337-43
45. *Zhang S., Hunter D., et al.*: Dietary carotenoids and Vitamins A, C, and Risk of Breast, Cancer Journal of the National Cancer Institute, 1999, Vol. 91, p. 547-556
46. *Βαλαβανίδης Α.*: Περιβάλλον και κακοήθειες νεοπλασίες, Εκδόσεις Βήτα, έκδοση 1^η, Αθήνα 2000, σ.173-174
47. *Τσιρλιάγκος Α.*: Χειρουργική Α', Έκδοση Θεσσαλονίκη 2004 σ.223
48. *Charles E., Tokunaga M., et al.*: Incidence of female breast cancer among atomic bomb survivors, 2003, 160(6): 707-713

49. Κοσμόπουλος Α.: Η σοβαρότητα του καρκίνου μαστού, <http://www.who.gr/28/3/2013>
50. Αγγελόπουλος Γ.: Καρκίνος μαστού και παράγοντες κινδύνου, <http://www.stress.gr/03/12/2013>
51. Ρήγα Α.: Καρκίνος από την μητέρα στη κόρη, η δυναμική της επανάληψης, Εκδόσεις Μαυρομάτη, Αθήνα 1997, σ. 73-74, 57
52. Murphy P.: Primary care for women, 1996, 41 (2): 83-91
53. Murphy P.: Screening Tests and preventive Services Recommendations, 1995, 40(2) : 74-87
54. Kosters J.: World Health Organization, Who, 2007
55. Ιωαννίδου –Μουζάκα Α., Μανδρέκας Α., Μπαρμπούνης Β.: Σύγχρονη Μαστολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, έκδοση 2^η, τόμος 3^{ος}, Αθήνα 2005 .183- 197
56. Gao L., Ray M., et al.: Randomized trial of breast self –examination, 2002,94 (19): 1445-1457
57. Perry M., Tubiana M., et al.: Breast cancer screening in the Framework of the Europe against cancer programme, 1994, 3:3- 5
58. Nielsen M.: Screening for breast cancer with mammography, 2006
59. Perry N. Broaders M., et al.: European Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, edition 4^η, 2008, 19: 614-622
60. Ruffin M., Gorenflo W.: Interventions fail to increase cancer screening rates in community based primary care practices. Preventive Medicine, 2004, 39: 435-440
61. Lakin P., Thomas L., et al.: A nurse practitioner intervention to increase breast and cervical cancer screening for poor, elderly, black women, 1993, 8: 173-178
62. Μερκούρης Σ.: Προληπτική μαστογραφική και υπερηχογραφική προσέγγιση γυναικών για τη διάγνωση καρκίνου του μαστού, έντυπο Υγεία, Τόμος Γ, Τεύχος 19, 2013
63. Παπαθανασίου Δ.: Καρκίνος και διαγνωστική προσέγγιση, <http://www.in.gr/24/10/2013>
64. Eriksson E., Laury S.: Participation of relative in the care of cancer patients, EurOncol Nurs 4:99-107,2000

65. *Hull M.*: Lymfedema in women treated for breast cancer, *Sem Oncol Nurs* 16:226-237,2000
66. *Κόνιαρη Ε.* Καρκίνος του μαστού, Νοσηλευτική Παρέμβαση, Επίτομος, εκδόσεις ΒΗΓΑ, Αθήνα, 1991
67. *Wengstrom Y., Forsberg C.* Coping with radiation therapy, *Eur J Oncol Nurs* 4:264-271, 2001
68. *Μπούτης Α.*: Νεότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις στον προχωρημένο καρκίνο του μαστού. Σεμινάριο, θέμα «Επιδημιολογία και θεραπευτικός αλγόριθμος του καρκίνου του μαστού, Σαντορίνη 1999
69. *Στρατουδάκης Α.*: Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια με θέμα ανακατασκευή μαστού, Εκδόσεις Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρίας, Αθήνα 1991
70. *Παντελή Β.*: Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχολογικής Ογκολογίας, Αθήνα 2004
71. *Φύσσας Γ.*: Καρκίνος του μαστού, προληπτική συμπεριφορά και πεποιθήσεις γυναικών για την αντιμετώπιση του, Επίτομος, Εκδόσεις Λαγός, Έκδοση 2, Αθήνα σελ.83
72. *Arnot R.*: Καρκίνος του στήθους, διατροφή για πρόληψη και αντιμετώπιση, μετάφραση Αντωνίου Γ., Εκδόσεις Μοντέρνοι Καιροί, Γιάννενα 2003, σ.151
73. *Καραχάλιου Γ.*: Καρκίνος μαστού, διάγνωση και θεραπεία, <http://www.liakakos.gr/7/03/2014>
74. *Βάνια Σ.*: Οι διαστάσεις του καρκίνου του μαστού, <http://www.mitera.gr/26/5/2013>
75. *Kasper D. Fauci A., et al.*: Εσωτερική Παθολογία, μετάφραση Παυλόπουλου Μ., Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός, Έκδοση 16 Αθήνα 2005 σ.1023
76. *Runge M., Greganti A.*: Παθολογία, επιμέλεια Λαμπρόπουλος Κ., Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2006 σ. 208
77. *Susan D.*: Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, μετάφραση-επιμέλεια: Σακελαρίου Π., Τόμος 1 Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2009 σ. 553
78. *Ελευθερίου Κ.*: Προβλήματα του καρκίνου και οι επιπτώσεις, <http://www.organiclife.gr/7/06/2013>
79. *Dovinger M. , Rosenbaum E., et al.*: Ζώντας με το καρκίνο, μετάφραση-επιμέλεια: Αθανασίου Τ., Έκδοση Κάτοπτρο, 1992, σελ.149

80. *Πωγωνίδης Χ., Ξενοδοχίδου.:* Κατάθλιψη και καρκίνος του μαστού, 9^ο Συνέδριο Ψυχολογικής Ογκολογίας, Αθήνα 2005
81. *Ασημακόπουλος Κ., Οικονόμου Β.:* Άγχος και κατάθλιψη κατά την έναρξη της χημειοθεραπείας και επίδρασης τους στην ποιότητα ζωής ογκολογικών ασθενών, 9^ο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, 2009
82. *Κυριακοπούλου Ν.:* Όλα για τον καρκίνο μαστού, <http://www.malliori.gr/18/9/2013>
83. *Στεφανής Κ., Σολδάτος Μ., Μαυρέας Β.:* Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών της Συμπεριφοράς, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2010
84. *Εφραιμίδου Μ., Αλεξανδρίδης Α.:* Μια Ψυχοσωματική Προσέγγιση στο καρκίνο του μαστού , 9^ο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα, 2006
85. *Σαββάκης Μ., Τζανάκης Μ.:* Βιογραφική ρήξη και ιδρυματισμός: θεσμικές και αφηγηματικές διαστάσεις μιας κοινωνικής διαδικασίας , υπό δημοσίευση (ΕΚΚΕ), Ρέθυμνο, 2006
86. *Γεωργίου Κ.:* Η πρόληψη και θεραπεία καρκίνου, <http://www.health.gr/23/10/2012>
87. *Αδαμαντίδης Δ.:* Καρκίνος- μια ύπουλη νόσος, <http://www.pubmed.org/15/02/2013>
88. *Αδαμακίδου Θ.:* Αποκατάσταση γυναικών μετά από μαστεκτομή, ο ρόλος των Νοσηλευτών, Νοσηλευτική, 42:308-315, 2003
89. *Keller M., Fall P.:* Optimizing Quality of life, Supplements 105:9-15, 2005
90. *Rice P.:* Η Ψυχολογία της Υγείας, , Εκδόσεις Ελλήν, Έκδοση 1^η, Αθήνα 2005, σ.154
91. *Αντώνιος Κ., Παπαγιάννης Α.:* Μιλώντας με τον άρρωστο, Εισαγωγή στην Κλινική Επικοινωνία, University Studio press, Αθήνα 2003, σ.109
92. *Γρηγοροπούλου Ε.:* Η αλήθεια που δε λέγεται, Τεύχος 33, Αθήνα 1994, σελ.44-45
93. *Παναγιώτου Α.:* Επιδράσεις του καρκίνου του μαστού, <http://www.medlook.net.gr/13/1/2014>
94. *Επιστημονική Επιτροπή του Συλλόγου Άλμα Ζωής, τι να πω στο παιδί, Έντυπο προς ενημέρωση ενδιαφερομένων*
95. *Cready T.:* Management of patient with breast cancer, 1998

96. Βασιλείου Α, Κατσούλη Ε.: Επίδραση της ψυχοκοινωνικής στήριξης του καρκινοπαθούς και της οικογένειας του στην αντιμετώπιση της νόσου, 9^ο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα 2006
97. Παναγιώτης Γλέντης.: Καρκίνος του μαστού, <http://www.add.gr10/11/2012>, προσπελάστηκε 8/05/2014
98. Rayne R., Medina E.: Quality of life concerns in patients with breast cancer, 2003, 97:311-317
99. Ross D., Alexander C.: Management of Common Symptoms in terminally patients. Am Fam Phys 64:807-814, 2001
100. Butler L., Koopman C.: Psychological distress and pain significantly increase before death in metastatic breast cancer patients, 2003, 65: 416-426
101. Παπαδάτου Δ.: Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Έκδοση 1^η Αθήνα 1999, σ.146-160
102. Taylor J.: Nurse caring for the spirit: with cancer and family care givers expectations, Oncol Nurse Forum 2003, 30:585-590

