

**ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ-  
ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ»**



**ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΓΙΩΓΓΑΡΑ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΙΕΚΚΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ**

**ΠΑΤΡΑ, 2014**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

**Πρωταρχικά,επιλέγω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον εποπτεύοντα καθηγητή μου,κύριο Κιέκκα Παναγιώτη και στην οικογένεια μου,οι οποίοι στάθηκαν αρωγοί και υποστηρικτές καθ'όλη τη διάρκεια των προσωπικών μου προσπαθειών για την εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας.**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση του καρκίνου του μαστού και η αναφορά του νοσηλευτικού ρόλου.

Η εν λόγω πτυχιακή εργασία, αποτελείται από τρία κύρια μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά την βιβλιογραφική ανασκόπηση σύμφωνα με την οποία, περιγράφεται εισαγωγικά ο καρκίνος του μαστού ως μια νόσος που αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στις γυναίκες. Στην συνέχεια στο δεύτερο μέρος, αναλύεται ο όγκος του μαστού στην καλοήθη και κακοήθη εμφάνιση του ενώ στο τρίτο μέρος καταγράφεται ο ρόλος του νοσηλευτή και παρατίθενται δυο περιστατικά ασθενών.

Η διαγνωστική προσέγγιση περιλαμβάνει τις απεικονιστικές εξετάσεις και τον εργαστηριακό – βιοχημικό έλεγχο. Η μαστογραφία, το υπερηχογράφημα, η μαγνητική τομογραφία του μαστού και η βιοψία σε σχέση με την ψηλάφηση αποτελούν τις κυριότερες μεθόδους άντλησης πληροφοριών για το ποια είναι η θέση του όγκου, το μέγεθος του και η πιθανή διήθηση σε γειτονικούς ιστούς.

Αναφορικά με την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, η θεραπεία συσχετίζεται με το είδος της μορφής που εκδηλώνεται ο όγκος, δηλαδή αν είναι καλοήθης ή κακοήθης και το στάδιο στο οποίο ανιχνεύεται. Το θεραπευτικό πλάνο περιλαμβάνει την χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία και την ορμονική αποκατάσταση που ορίζονται ως επικουρική θεραπεία και συνδυάζονται με την πράξη της χειρουργικής αφαίρεσης του όγκου που μπορεί να είναι μερική ή ολική μαστεκτομή και ογκεκτομή.

## **ABSTRACT**

The purpose of this thesis is the literature review of breast cancer and the report of the nursing role .

This thesis consists of three main parts. The first part concerns the literature according to which , quotes described breast cancer as a disease is the leading cause of death in women. Then in the second part , we analyze the volume of breast benign and malignant appearance while the third part recorded the role of the nurse and given two cases of patients . The diagnostic approach involves imaging and laboratory tests - biochemical control. Mammography , ultrasound , MRI and breast biopsy compared with palpation are the main methods of obtaining information about what is the position of the tumor, its size and the possible infiltration into adjacent tissues .

Regarding the treatment of breast cancer , treatment is associated with the kind of form that manifests the volume , ie if it is benign or malignant , and the stage is being detected . The treatment plan includes chemotherapy , radiotherapy and hormone replacement defined as adjunctive therapy and combined with the practice of surgical removal of the tumor may be partial or total mastectomy and lumpectomy .

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	9
ΑΝΑΤΟΜΙΑ- ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ.....	9
1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	9
1.2 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ.....	11
1.3 ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΜΑΣΤΟΥ.....	13
1.4 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΧΑΛΗΣ.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	16
ΔΙΑΚΡΙΣΗ, ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΛΟΗΘΩΝ -ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	16
2.1 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ -ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	16
2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ/ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΜΑΣΤΟΥ).....	16
2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	33
ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	33
3.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	33
3.2 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	36
3.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ-ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	43
3.3.1ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	43
3.3.2 ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	51
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	51
4.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	51
4.1.1 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	51
4.1.2 ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	54
4.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ (TNM).....	55
4.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	60
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	60

<b>5.1 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</b> .....	60
<b>5.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΑΦΟΡΑ ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΟΓΚΟΥΣ)</b> .....	62
<b>ΟΓΚΕΚΤΟΜΗ</b> .....	62
<b>ΜΕΡΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ</b> .....	63
<b>5.2.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ</b> .....	64
<b>5.2.2 ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ</b> .....	65
<b>5.2.3 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ</b> .....	66
<b>5.2.4 ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ</b> .....	67
<b>5.3 ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ</b> .....	71
<b>5.3.1 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΡΑΔΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</b> .....	71
<b>5.3.2. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</b> .....	72
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6</b> .....	75
<b>Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ</b> .....	75
<b>6.1 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ</b> .....	75
<b>6.2 Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b> .....	77
<b>6.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</b> .....	78
<b>6.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ</b> .....	81
<b>6.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b> .....	82
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	85
<b>ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ</b> .....	85
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ-ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1</b> .....	85
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ-ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2</b> .....	89
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ</b> .....	93
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	93
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	95

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις καλοήθειες παθήσεις του μαστού εντάσσεται ένα πλήθος παθήσεων, αρκετές από τις οποίες δε συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού και ορισμένες που θεωρείται ότι αποτελούν παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης κακοήθειας.

Ο όρος «καρκίνωμα» περιγράφει μία συσσωμάτωση καρκινικών κυττάρων, έναν κακοήθη όγκο, ο οποίος αποτελείται από επιθηλιακό ιστό – τον ιστό που σαν υμένας καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος του σώματος.

Με τον όρο «καρκίνος του μαστού» δηλώνεται η νοσηρή ανάπτυξη καρκινικού όγκου σε μια ορισμένη περιοχή του μαστού, που ενδέχεται να εξαπλωθεί λόγω διήθησης των καρκινικών κυττάρων, προκαλώντας μετάσταση. Αποτελεί σε παγκόσμιο επίπεδο την δεύτερη αιτία θανάτου σε γυναίκες και θεωρείται μια από τις εξελισσόμενες νόσους.

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει μασταλγία, οίδημα, έκκριση υγρού από την θηλή, δερματική αλλοίωση, ερυθρότητα, ψηλαφητός όγκος ή εξόγκωμα, κνησμό και παραμόρφωση του μαστού κ.ά. Επίσης ανάλογα με το είδος του καρκίνου του μαστού (καλοήθης ή κακοήθης), τον τύπο του καρκινώματος και το στάδιο που εντοπίστηκε τα παραπάνω συμπτώματα κατηγοριοποιούνται σε γενικά συμπτώματα ή ειδικά συμπτώματα.

Το αρχικό βήμα για την αντιμετώπιση της νόσου είναι η χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση του όγκου. Η χειρουργική επέμβαση στοχεύει στην αφαίρεση του καρκινικού όγκου αλλά και στην εξακρίβωση του κατά πόσον έχουν επεκταθεί τα καρκινικά κύτταρα στους γειτονικούς λεμφαδένες ενώ στην συνέχεια συνδυάζονται οι εφαρμογές της χημειοθεραπείας – ακτινοθεραπείας – ορμονοθεραπείας.

Στο πρώτο κεφάλαιο, αναφέρεται η ανατομία και φυσιολογία του μαστού καθώς και η χρησιμότητα της στο ανθρώπινο σώμα.

Αντικείμενο του δεύτερου κεφαλαίου είναι η διάκριση των καλοηθών και κακοηθών παθήσεων καθώς και αναλυτική περιγραφή κάθε υποκατηγορίας, αναφέροντας την ταξινόμηση τους σύμφωνα με το TNM και τα επιδημιολογικά τους στοιχεία.

Στο τρίτο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής εργασίας αναλύονται οι αιτιολογικοί παράγοντες που πυροδοτούν την εκδήλωση του καρκίνου του μαστού και παραθέεται η διαγνωστική προσέγγιση της νόσου όπως και η έννοια της πρόγνωσης.

Στο τέταρτο κεφάλαιο πραγματοποιείται η αναφορά της θεραπευτικής αγωγής που ακολουθεί η ασθενής που μαστίζεται από μαστικό καρκίνο με διαφορετική προσέγγιση τόσο στις καλοήθεις παθήσεις όσο και στις κακοήθεις μορφές του καρκίνου ενώ προς το τέλος του κεφαλαίου περιγράφονται οι επιπλοκές που ενδέχεται να παρουσιάσει η ασθενής ύστερα από την πραγματοποίηση της χειρουργικής επέμβασης.

Αντικείμενο του πέμπτου κεφαλαίου της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η καταγραφή του νοσηλευτικού ρόλου σε όλες τις εκφάνσεις της νόσου καθώς και η αναφορά του ως προς την εκπαίδευση της ασθενούς που νοσηλεύεται εντός του νοσοκομείου. Πραγματοποιείται δε και η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας με την συμμετοχή δυο περιστατικών.

Τέλος στο έκτο κεφάλαιο συνοψίζεται το πόρισμα της πτυχιακής με την εκπόνηση των συμπερασμάτων που προκύπτουν από την βιβλιογραφική ανασκόπηση του καρκίνου του μαστού.



## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

#### ΑΝΑΤΟΜΙΑ- ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

##### 1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μαστοί είναι τροποποιημένοι αδένες του δέρματος που βρίσκονται στις πρόσθιες και εν μέρει επίσης πλευρικές επιφάνειες του θώρακα. Κάθε μαστός εκτείνεται προς τα άνω στη δεύτερη πλευρά, κάτω στον έκτο πλευρικό χόνδρο, έσω στο στήννο και έξω στη μέση μασχαλιαία γραμμή. Το σύμπλεγμα θηλή – άλωσ βρίσκεται μεταξύ της τέταρτης και πέμπτης πλευράς. Οι φυσικές γραμμές τάσεως του δέρματος, γνωστές ως γραμμές Langer, επεκτείνονται εξωτερικά και περιμετρικά από το σύμπλεγμα θηλή – άλωσ. Οι γραμμές Langer έχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία για το χειρουργό και συγκεκριμένα για την θέση της τομής στην βιοψία του μαστού.

Ο μαστός στον άνδρα και στην άτοκη γυναίκα βρίσκεται στο πρόσθιο τοίχωμα, ανάμεσα στη δεύτερη και την έκτη πλευρά, με τη θηλή αντίστοιχα προς την τέταρτη πλευρά. Το όριο του προς τη μέση γραμμή είναι το χείλος του στήννου, ενώ προς τα πλάγια είναι η πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Τα 2/3 της μάζας του μαστού καλύπτουν το μείζονα θωρακικό μυ και το 1/3 τον πρόσθιο οδοντωτό, ενώ το κάτω χείλος του φθάνει στο πάνω όριο της θήκης του ορθού κοιλιακού.

Η επιπολής περιτονία του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος αποτελείται από δυο στιβάδες. Μια επιπολής λιπώδης στιβάδα και μια εν τω βάθει, μεμβρανώδη. Στην επιπολής στιβάδα, αναπτύσσεται ο μαζικός αδένας, καλυπτόμενος από στρώμα λίπους. Τα διαφράγματα του συνδετικού ιστού που χωρίζουν τα αδενικά του λόβια επεκτείνονται στη θωρακική περιτονία και στο επιπολής πέταλο της περιτονίας του Scarpa,

σχηματίζοντας τους συνδέσμους του Cooper. Οι τελευταίοι είναι υπεύθυνοι για την εισολκή του δέρματος σε γυναίκες με καρκίνο στο μαστό.

Υπάρχει μια σχέση ανάμεσα στο μαζικό αδένια και το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα. Ο αδενικός ιστός φαίνεται να επεκτείνεται εντός της μασχαλιαίας κοιλότητας σε 95% των περιπτώσεων, προς το επιγάστριο σε 15% και κατά μήκος της μέσης γραμμής σε 0,5% των περιπτώσεων μπορεί να επεκταθεί και πλάγια μέχρι την οπίσθια μασχαλιαία γραμμή (2% των περιπτώσεων). Λόγω της ευρείας κατανομής του μαζικού ιστού, οι ανατομικοί περιορισμοί μιας μαστεκτομής είναι η κλείδα, η μέση γραμμή, η θήκη του ορθού κοιλιακού μυός και ο πλατύς ραχιαίος μυς.

Αν και τα όρια αυτά θεωρούνται σαφή, είναι δυνατόν μία μαστεκτομή να θεωρηθεί ατελής. Ο μαστός έχει περίμετρο κυκλική. Στη γυναίκα, το άνω έξω τεταρτημόριο επεκτείνεται προς τη μασχάλη και σχηματίζει την ουρά του μαστού (του Spenser). Το άκρο της ουράς του μαστού περνάει από το τρήμα του Langer την εν τω βάθη περιτονία, καταλήγοντας στην κορυφή της μασχάλης.

Οι μαστοί γίνονται μόλις αντιληπτοί στην εποχή της ήβης, οπότε αρχίζει η σημαντική και προοδευτική ανάπτυξή τους. Μέχρι την προεφηβική ηλικία, η ανάπτυξη του μαστού στον άνδρα είναι ίδια με της γυναίκας. Ο ανδρικός μαστός συμπληρώνει την ανάπτυξη του, περίπου στην ηλικία των 20 ετών και αντιστοιχεί με μαστό που έχει το κορίτσι λίγο πριν φθάσει στην εφηβεία. (Δημητρακάκης, 2000, Φύσσας, 2006)

Στην ενήλικη γυναίκα, οι μαστοί έχουν κατά μέσο όρο τις εξής διαστάσεις: ύψος 11-12 cm, πλάτος 10 cm, πάχος 5-6 cm. Παρατηρούνται ανατομικές παραλλαγές σχετικά με τον όγκο. Άλλες παραλλαγές οφείλονται σε διαφορετικές συνθήκες περιβάλλοντος, κλίματος και φυλής. Επίσης, διαφέρει και το σχήμα του μαστού, ανάλογα με την ηλικία και τη λειτουργία. Στις νεαρές γυναίκες, είναι ημισφαιρικό

ή κωνικό, ενώ στις εγκυμονούσες είναι σφαιρικό ή κυλινδρικό. Η σύσταση του μαστού είναι σκληρή και ελαστική στις γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει. Είναι μαλακή κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, τεταμένη στην αρχή της περιόδου του θηλασμού και μαλακή έπειτα από πολλούς θηλασμούς. (Φύσσας, 2006)

Συνοπτικά οι ανατομικές θέσεις του μαστού είναι:

- ✓ Θηλή
- ✓ Κεντρικό τμήμα
- ✓ Άνω εσωτερικό τεταρτημόριο
- ✓ Κάτω εσωτερικό τεταρτημόριο
- ✓ Άνω εξωτερικό τεταρτημόριο
- ✓ Κάτω εξωτερικό τεταρτημόριο
- ✓ Μασχαλιαία ουρά

## **1.2 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ**

Ο μαζικός αδένας προέρχεται πρώτιστα από επιδερμικές παχύνσεις που αναπτύσσονται κατά μήκος της κοιλιακής επιφάνειας του σώματος, στην αποκαλούμενη γαλακτική γραμμή. Στις γυναίκες, το μεγαλύτερο μέρος της ανάπτυξης του μαστού διαδραματίζεται μετά τη γέννηση. Αντίθετα, στους άνδρες, καμία περαιτέρω εξέλιξη των μαστών δεν λαμβάνει μέρος μετά τη γέννηση. Στις γυναίκες η αύξηση και η ανάπτυξη της διακλάδωσης των μαζικών αδένων γίνεται αργά κατά τη διάρκεια των προεφηβικών ετών. Κατόπιν, η ανάπτυξη των μαζικών αδένων αυξάνεται εντυπωσιακά στην εφηβεία με την περαιτέρω διακλάδωση των πόρων, την αύξηση του σχηματισμού των λοβίων, και το δραματικό

πολλαπλασιασμό του στρώματος μεταξύ των πόρων. Αυτό οδηγεί στο σχηματισμό της μαστικής εκβλάστησης. Η ξαφνική εμφάνιση της μαστικής εκβλάστησης στο θωρακικό τοίχωμα είναι μερικές φορές λόγος ανησυχίας. Δεν είναι ασυνήθιστο για τις μητέρες να φέρουν τις κόρες τους για ιατρική αξιολόγηση μετά την παρατήρηση ενός νέου ογκιδίου στο θωρακικό τοίχωμα. Ο χειρουργός πρέπει να δώσει μεγάλη προσοχή κατά την εξέταση και βιοψία οποιασδήποτε μάζας στο θωρακικό τοίχωμα σε ένα νέο κορίτσι πριν από την ανάπτυξη των ώριμων μαστών. (Τοκμακίδης, 2001)

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

Μόνο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ο μαστός επιτυγχάνει την πλήρη δομική ωρίμανση και την πλήρη λειτουργική δραστηριότητα. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι ενδό-λοβιακοί πόροι αναπτύσσονται γρήγορα, διαμορφώνοντας τις εκβλαστήσεις που γίνονται φατνία, και αντιστρέφεται η αναλογία στρώμα/αδενικό ιστό. Μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης, ο μαστός αποτελείται σχεδόν εξ ολοκλήρου από αδενικές μονάδες που χωρίζονται από μικρές ποσότητες στρωματικού ιστού. (Φύσσας, 2006)

Μετά τη γαλακτοφόρα, επέρχεται ατροφία των λοβίων, στενεύουν οι δομές των πόρων, και ολόκληρος ο μαστός μικραίνει εμφανώς σε μέγεθος. Με την αρχή της εμμηνόπαυσης, το λόβιο παλινδρομεί περαιτέρω, με την απώλεια του ενδολοβιακού και μεταξύ των λοβίων συνδετικού ιστού. Με το χρόνο, οι δομές των λοβίων μπορούν να είναι απολύτως απύσες από το μαστό στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Κατά συνέπεια, η μορφολογική εμφάνιση του μαστού στις

μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι πολύ διαφορετική από αυτήν των γυναικών προεμμηνοπαυσιακά. Κατά τη διάρκεια των μετεμμηνοπαυσιακών ετών, και οι δομές των πόρων και ο συνδετικός ιστός των μαστών είναι εμφανώς μειωμένα σε μέγεθος. (Μαρκόπουλος, 2008)

Το σύστημα των πόρων περιέχει πολυάριθμα λόβια με τα λοβιόλια. Κάθε λόβιο τροφοδοτεί έναν τελικό πόρο, ο οποίος, στη συνέχεια, τροφοδοτεί έναν τμηματικό πόρο. Οι τμηματικοί πόροι διενεργούν τελικά τη παροχέτευση των πόρων, και περίπου 15-20 συγκλίνουν κάτω από την άλω προς την επιφάνεια της θηλής μέσω χωριστών στομίων. (Τοκμακίδης, 2001)

Οι τρεις πιο κοινές αιτίες μιας διακριτής μάζας των μαστών σε μια γυναίκα είναι κύστεις, ινοαδενώματα, και καρκινώματα. Οι κύστεις και τα ινοαδενώματα αναπτύσσονται μέσα στα λόβια ενώ τα καρκινώματα αναπτύσσονται στους τελικούς πόρους. Οι κοινές αιτίες της εκροής των θηλών είναι τα θηλώματα και η εκτασία, και αυτά αναπτύσσονται στους τμηματικούς πόρους. Τα αδενώματα των θηλών αναπτύσσονται επίσης στους τμηματικούς πόρους, κοντά στην πρόσφυση τους στη θηλή. Η νόσος του Paget του μαστού αναφέρεται σαν δερματίτιδα στο σύμπλεγμα θηλή-άλως. Αυτό δείχνει γενικά την παρουσία ενός υποβόσκοντος καρκίνου του μαστού. Οι μισές από αυτές τις περιπτώσεις αποδίδονται σε καρκίνο *in situ* και οι άλλες μισές σε διηθητικό καρκίνο. (Μαρκόπουλος, 2008)

### **1.3 ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΜΑΣΤΟΥ**

Η αιμάτωση του μαστού προέρχεται πρώτιστα από την έσω μαστική αρτηρία (έσω θωρακική αρτηρία), και την έξω θωρακική αρτηρία. Και οι δύο αυτές αρτηρίες προέρχονται από τη μασχαλιαία αρτηρία και κατόπιν

εισέρχονται στο μαστό από τις άνω-έσω και άνω-έξω επιφάνειες, αντίστοιχα. Κλάδοι αυτών των αρτηριών αναστομώνονται κάθε μια με την άλλη. Επιπλέον, η έσω μαστική αρτηρία δίνει τις οπίσθιες μεσοπλεύριες αρτηρίες, και οι κλάδοι των μεσοπλευριών αρτηριών διαπερνούν την εν τω βάθει επιφάνεια του μαστού. (Μαρκόπουλος, 2008)

#### **1.4 ANATOMIA ΜΑΣΧΑΛΗΣ**

Η μασχάλη οριοθετείται επί τα εντός από το θωρακικό τοίχωμα, έξω από τον πλατύ ραχιαίο μυ, άνω από τη μασχαλιαία φλέβα, πίσω από τον υποπλάτιο μυ, και κάτω από τη σύγκλιση του πλατέως ραχιαίου και του προσθίου οδοντωτού μυός. Η μασχάλη διαιρείται σε τρία επίπεδα, που καθορίζονται από την ανατομική σχέση τους με τον ελάσσονα θωρακικό μυ. Αυτά τα επίπεδα ενέχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία κατά τη συζήτηση της έκτασης της μασχαλιαίας λεμφαδενεκτομής για τον καρκίνο του μαστού. Ο μασχαλιαίος ιστός που είναι επί τα εκτός των έξω ορίων του ελάσσονος θωρακικού μυός ορίζεται ως επίπεδο I, το οπίσθιο τμήμα και μεταξύ των έξω και έσω ορίων του μυός είναι το επίπεδο II και επί τα εντός του έσω ορίου του μυός είναι το επίπεδο III. Μεταξύ του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός ανευρίσκονται οι λεμφαδένες του Rotter. Αυτοί οι λεμφαδένες βρίσκονται συνήθως στην οπίσθια επιφάνεια του μείζονος θωρακικού μυός. Το έξω θωρακικό νεύρο πορεύεται επίσης κατά μήκος της οπίσθιας επιφάνειας του μείζονος θωρακικού μυός, και βλάβη σε αυτό το νεύρο θα οδηγήσει σε ατροφία του μυός. Το έσω θωρακικό νεύρο, το οποίο έχει μορφή Y, νευρεί την κάτω έξω επιφάνεια του μείζονος θωρακικού μυός και πρέπει να διατηρείται κατά την παρασκευή. Το δεύτερο δερματικό μεσοπλεύριο-

βραχιόνιο νεύρο βρίσκεται περίπου 1 εκατ. κατώτερα από τη μασχαλιαία φλέβα, και πορεύεται προς μια έσω-έξω κατεύθυνση. Το μακρό θωρακικό νεύρο, που νευρώνει τον πρόσθιο οδοντωτό μυ, μπορεί να προσδιοριστεί ακριβώς κάτω από το μεσοπλεύριο-βραχιόνιο νεύρο στο δεύτερο μεσοπλεύριο διάστημα. Το μακρό θωρακικό νεύρο ακολουθεί την καμπύλη του θωρακικού τοιχώματος κάτω και πίσω, όπου διαιρείται σε κλάδους που παρεμβάλλουν τον πρόσθιο οδοντωτό μυ στο επίπεδο της τέταρτης ή πέμπτης πλευράς. Αν και το μακρό θωρακικό νεύρο τρέχει γενικά κατά μήκος του πρόσθιου οδοντωτού μυός, μπορεί επίσης να βρεθεί πιο έξω στο μασχαλιαίο ιστό.

Επομένως, το νεύρο πρέπει να αναγνωριστεί πριν τη μασχαλιαία Παρασκευή αμέσως επί τα εκτός του προσθίου οδοντωτού μυός. Είναι επίσης σημαντικό να σημειωθεί ότι το μακρό θωρακικό νεύρο τρέχει σε μια άνω-κάτω κατεύθυνση, και είναι πάντα πίσω από τα μεσοπλεύρια νεύρα (που τρέχουν σε μια έσω-έξω κατεύθυνση). Κατά συνέπεια, οποιοδήποτε χειρουργική παρασκευή πίσω από τα μεσοπλεύρια νεύρα προφυλάσσει το μακρό θωρακικό νεύρο. Η διατομή του μακρού θωρακικού νεύρου οδηγεί σε "φτερωτή ωμοπλάτη."

Το θωρακοραχιαίο νεύρο νευρώνει τον πλατύ ραχιαίο μυ. Προς τα άνω, αυτό βρίσκεται πίσω από την έξω θωρακική (thoracoepigastric) φλέβα. Ακολούθως παίρνει μια κάτω έξω πορεία, κείμενο στον υποπλάτιο μυ, συνοδευόμενο από τα υποπλάτια αγγεία, και εισέρχεται στην έσω επιφάνεια του πλατέως ραχιαίου μυός. Κατά συνέπεια, η παρασκευή κατά μήκος της έξω και προσθίας επιφάνειας του πλατέως ραχιαίου μυός αποφεύγει τη βλάβη στο θωρακοραχιαίο νεύρο. (Κατσώχης, 2000)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **ΔΙΑΚΡΙΣΗ, ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΛΟΗΘΩΝ -ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

#### **2.1 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ -ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Ο καρκίνος δεν είναι μια ξεχωριστή νόσος, αλλά ένα σύνολο νοσημάτων που χαρακτηρίζονται από την ιδιότητά τους να προκαλούν ανώμαλες μεταβολές στα κύτταρα με αποτέλεσμα αυτά να πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα. Οι περισσότεροι τύποι καρκίνου σχηματίζουν έναν όγκο, έναν όζο ή μια μάζα καρκινικών κυττάρων. Κύτταρα μπορούν να αποσπαστούν από έναν όγκο και να μεταναστεύσουν σε άλλα μέρη του σώματος, όπου μπορούν να εγκατασταθούν και να πολλαπλασιαστούν. Αυτή η διαδικασία εξάπλωσης καλείται μετάσταση, ενώ οι νέοι καρκίνοι που εξαπλώθηκαν αφού αποσπάστηκαν από τον αρχικό όγκο, ονομάζονται μεταστάσεις. Δεν είναι όλοι οι όγκοι καρκινικοί ή κακοήθεις. Ορισμένοι είναι καλοήθεις, δεν εξαπλώνονται και δεν είναι απειλητικοί για τη ζωή. Τέλος, μερικοί καρκίνοι δεν σχηματίζουν μάζες ή όγκους, όπως για παράδειγμα εκείνοι που προσβάλλουν το αίμα. (Μαρκόπουλος, 2008)

#### **2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ/ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΜΑΣΤΟΥ)**

##### **ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ**

Οι καλοήθεις παθήσεις χαρακτηρίζονται από μειωμένη ικανότητα επιθετικής συμπεριφοράς. Με αυτή την έννοια δηλώνεται η αδυναμία



τους να διηθήσουν σε γειτονικούς ιστούς πέραν της μαστικής περιοχής που έχουν καταβάλει και έτσι ελαχιστοποιείται σημαντικά ο κίνδυνος μετάστασης.

Οι καλοήθεις παθήσεις του μαστού παρουσιάζονται αρκετά συχνά στις γυναίκες. Κατά κανόνα δεν αποτελούν σημαντικό κίνδυνο, όμως η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία τις προφυλάσσει από μελλοντικούς κινδύνους. Αποτελούν μια ετερογενή ομάδα αλλοιώσεων με διαφορετικό κίνδυνο για μελλοντική εμφάνιση καρκίνου μαστού. Παρουσιάζονται ως ψηλαφητή μάζα, ως απηλάφητο εύρημα σε μαστογραφία ή υπερηχογράφημα, ως σύμπτωμα όπως η αυτόματη έκκριση θηλής, ή είναι τυχαίο εύρημα σε ιστολογική διάγνωση για άλλο λόγο. (Buckman, 2000)

#### Αναλυτικά οι καλοήθεις παθήσεις:

▼ **Ινοαδένωμα:** Το Ινοαδένωμα θεωρείται ένα από τους συχνότερους καλοήθεις όγκους του γυναικείου μαστού. Ο μαστός κατά κύριο λόγο αποτελείται από τα αδενικά λοβία, όπου ο ρόλος τους είναι η παραγωγή του γάλακτος και η μεταφορά του από τους γαλακτικούς πόρους στην θηλή. Το υπόλοιπο μέρος καταλαμβάνεται από λίπος και ινώδη ιστό. Ινοαδένωμα λοιπόν είναι η υπερπλασία των λοβίων και του ινώδη ιστού, τα οποία συνιστούν την δημιουργία όγκου. Η αιτιολογία του στηρίζεται στην επίδραση των διεγερτικών ορμονών που λαμβάνει η γυναίκα για θεραπευτικούς ή προληπτικούς λόγους και εμφανίζεται συνήθως σε νεαρή ηλικία ή κατά την αναπαραγωγική περίοδο. (Creagan, 2006)

▼ **Κύστη:** Μονήρεις ή πολλαπλές, οι κύστεις μαστού συναντώνται συχνότερα σε γυναίκες ηλικίας από 30 έως 40 ετών και μάλιστα καπνίστριες αλλά ενδέχεται να προκληθούν και από άλλες αιτίες, όπως τραυματισμούς ή ακτινοβολία. Η τυχόν απότομη αύξηση στο μέγεθός τους μπορεί να προκαλέσει αιφνίδιο, εντοπισμένο πόνο. Εάν οι κύστεις

«επικοινωνούν» με τους γαλακτοφόρους πόρους, κάτι που συναντάται σχετικά συχνά, συνήθως ο πόρος συνοδεύεται και με έκκριση υγρού από τη θηλή, χρώματος ανοιχτού πράσινου ή σκούρου καφέ. Η αντιμετώπιση των κύστεων ποικίλει ανάλογα με το μέγεθος και το περιεχόμενό τους. Σε κύστεις που το υπερηχογράφημα έχει δείξει πως δεν ξεπερνούν το 1.5 εκατοστό και δεν έχουν υπερηχογενές περιεχόμενο στο εσωτερικό τους συστήνεται απλή παρακολούθηση, ενώ όταν οι διαστάσεις των κύστεων αυξάνουν συνιστάται παρακέντηση και αποστολή του δείγματος για κυτταρολογική διερεύνηση. Όταν οι κύστεις υποτροπιάζουν συνεχώς έπειτα από επανειλημμένες παρακεντήσεις ή όταν το υπερηχογράφημα, η μαστογραφία ή η κλινική εξέταση γενούν υποψίες για το περιεχόμενό τους, τότε απαιτείται χειρουργική εκτομή και ιστολογική ταυτοποίηση. (Greagan, 2006)

▼ **Θηλώματα:** Τα ενδοπορικά θηλώματα κατατάσσονται σε δύο κύριες κατηγορίες: τα μονήρη (κεντρικά) και τα πολλαπλά (περιφερικά). Τα μονήρη αναπτύσσονται σε μείζονες (μεγάλους) πόρους κοντά στη θηλή. Καθώς μεγαλώνουν μέσα στον πόρο τον αποφράζουν και η απόφραξη σε συνδυασμό με αυξημένη έκκριση δημιουργεί κύστη. Τα πολλαπλά περιφερικά θηλώματα συναντώνται σε νεότερες γυναίκες, είναι περιφερικά στο μαστό, σε μικρότερους πόρους, δε συνοδεύονται συχνά από έκκριση και συνήθως προκαλούν ψηλαφητή μάζα. Το ενδιαφέρον είναι ότι πολύ συχνά αναπτύσσεται καρκίνος σε έδαφος πολλαπλών θηλωμάτων. Η εικόνα της μαστογραφίας δεν είναι ειδική. Στο υπερηχογράφημα μπορεί να φανεί ως μórφωμα υπερηχογενές μέσα σε κύστη. Η γαλακτογραφία είναι βοηθητική για περιφερικά κυρίως θηλώματα, όπου εμφανίζονται ως έλλειμμα μέσα στον πόρο. Τελευταία έχουν αναπτυχθεί ενδοσκοπικές μέθοδοι για τη διάγνωση ή και την ενδοσκοπική αφαίρεση ενδοπορικού θηλώματος. Η θεραπεία είναι χειρουργική αφαίρεση του πόρου με σχήμα πυραμίδας από τη θηλή

(κορυφή) προς την περιφέρεια (βάση) ή καθετηριασμός του πόρου κατά τη διάρκεια του χειρουργείου όπου λειτουργεί βοηθητικά. Τα περιφερικά θηλώματα εμφανίζονται συνήθως ως μάζα, οπότε γίνεται χειρουργική αφαίρεσή της. Μονήρη ή πολλαπλά, τα θηλώματα εμφανίζονται με συχνότερο σύμπτωμα την έκκριση από τη θηλή αιματηρού ή κιτρινωπού υγρού, είτε αυτόματα είτε με πρόκληση (πίεση της θηλής). Το μέγεθος των θηλωμάτων συνήθως παραμένει μικρό ενώ σπάνια μπορεί να γίνει αντιληπτό κάτω από τη θηλή με ψηλάφηση. Τα θηλώματα των πόρων δεν απαιτούν θεραπεία όμως συστήνεται παρακολούθησή τους σε τακτά χρονικά διαστήματα. Όταν πρωτοεμφανίζεται το έκκριμα θα πρέπει να διερευνάται με κυτταρολογική εξέταση, ενώ εφόσον συνεχίζεται να εκκρίνεται υγρό, οι κυτταρολογικές εξετάσεις θα πρέπει να διενεργούνται συχνά. Σε περίπτωση όπου ο υπερηχογραφικός έλεγχος δείξει αύξηση του μεγέθους του θηλώματος προτείνεται χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεσή του (μικροπορεκτομή) και εν συνεχεία ιστολογική ταυτοποίηση (βιοψία). (Φύσσας, 2006)

▼ **Ινοκυστική μαστοπάθεια:** Πρόκειται για μία πάθηση που εμφανίζεται με συχνότητα 50% στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και περισσότερο χαρακτηρίζει την πυκνή σύσταση των μαστών παρά ουσιαστικά αποτελεί μία παθολογική κατάσταση. Πολύ συχνά προκαλεί έντονο πόνο στο μαστό (μαστοδυνία) και έκκριση από τη θηλή. Η νόσος εκδηλώνεται με την παρουσία πολλαπλών κύστεων ως αποτέλεσμα απόφραξης ή διάτασης των κεντρικών γαλακτοφόρων πόρων, αποτέλεσμα της οποίας είναι και μαστοδυνία. Η αντιμετώπιση της ήπιας μαστοδυνίας, εφόσον αυτή οφείλεται στην ινοκυστική μαστοπάθεια, είναι η αποχή από το κάπνισμα, η μείωση της κατανάλωσης καφέ ή σοκολάτας και η αντιμετώπιση του άγχους που συνυπάρχει στις περισσότερες των περιπτώσεων. Εάν ο πόνος εμφανίζεται έντονος, συνιστάται η χορήγηση απλής αναλγητικής αγωγής με δραστική ουσία

όπως παρακεταμόλη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη σκευάσματα και ένζυμα που βοηθούν στη μείωση του οιδήματος και της φλεγμονής. (Τοκμακίδης, 2001)

▼ Γαλακτοκήλη: Η γαλακτοκήλη συνίσταται σε διάταση των πόρων του μαστού, που υπερπληρώνονται με γάλα. Παρατηρείται σε γυναίκες που θηλάζουν, και ιδιαίτερα σε πολύτεκνες. (Φύσσας, 2006)

▼ Λίπωμα: Το λίπωμα είναι μία καλοήθης μάζα λιπώδους σύστασης που εμφανίζεται συνήθως υποδόρια (αμέσως κάτω από το δέρμα) αλλά ορισμένες φορές και σε βαθύτερα μυϊκά στρώματα. Σε περίπτωση συσχέτισής του με αδένες, τότε αναφερόμαστε σε αυτό ως αδενολίπωμα. Βασικά του χαρακτηριστικά είναι η κινητικότητα, το σφαιρικό σχήμα, το ομαλό περίγραμμα, η βραδεία ανάπτυξη και η ελαχιστοποίηση του πόνου. Δεν είναι πλήρως εξακριβωμένα τα αίτια εμφάνισής του, αλλά είναι βέβαιο πως δεν σχετίζονται με ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων. Η κληρονομική προδιάθεση φαίνεται πως παίζει κάποιο ρόλο. Έχει παρατηρηθεί πως λιπώματα εμφανίζονται κάπως συχνότερα σε γυναίκες με ευμεγέθεις μαστούς. Το λίπωμα, όπως και το αδενολίπωμα, αφαιρείται πολύ εύκολα χειρουργικά μέσω τοπικής αναισθησίας, για λόγους κυρίως αισθητικούς. Δείγμα ιστού αποστέλλεται, συνήθως, για ιστολογική εξέταση. (Δημητρακάκης, 2000)

▼ Φλεγμονή ή Απόστημα: Φλεγμονές, όπως η μαστίτιδα και τα αποστήματα του μαστού, εμφανίζονται πιο συχνά στις θηλάζουσες μητέρες, είναι όμως πιθανόν να εμφανιστούν και στον υπόλοιπο πληθυσμό. Τα μικρόβια που ευθύνονται συχνότερα για τις φλεγμονές του στήθους είναι ο Χρυσίζων Σταφυλόκοκκος και ο Στρεπτόκοκκος και η αντιμετώπισή τους θα πρέπει να γίνεται εγκαίρως με τη λήψη αντιβιοτικών, τα οποία συντελούν στην προφύλαξη του στήθους από το σχηματισμό αποστήματος. Αντιβιοτικά πρώτης εκλογής αποτελούν ο συνδυασμός αμοξυκιλλίνης και κλαβουλανικού οξέος ή κεφαλοσπορίνες

2ης γενιάς. Εφόσον δημιουργηθεί απόστημα, τότε θα πρέπει να λαμβάνεται δείγμα από την αποστηματική κοιλότητα μέσω παρακέντησης με τη χρήση λεπτής βελόνας. Εάν η φλεγμονή δεν υποχωρεί και έχει εγκατασταθεί, τότε προτείνεται χειρουργική διάνοιξη και παροχέτευση του αποστήματος. (Φύσσας, 2006)

## ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ

Με τον όρο «κακοήθης όγκος» περιγράφεται μία συσσωμάτωση καρκινικών κυττάρων, όπου αποτελείται από επιθηλιακό ιστό – τον ιστό που σαν υμένας καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος του σώματος.

Ο καρκίνος του μαστού που εμφανίζεται με κακοήθη μορφή χαρακτηρίζεται από δυο έννοιες που σχετίζονται άμεσα με τον «χαρακτήρα» εξέλιξης του. Αρχικά με την «διήθηση» και στην συνέχεια με την «μετάσταση». Με τον όρο της διήθησης χαρακτηρίζεται η εξάπλωση του καρκίνου εκτός των γαλακτοφόρων σωληναρίων ή των λοβών στις περιβάλλουσες περιοχές των ιστών του μαστού. Σε αυτό το στάδιο, ο καρκίνος μπορεί να ανιχνευθεί είτε μέσω αυτοεξέτασης είτε από κλινική εξέταση του μαστού που γίνεται από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό είτε με την μαστογραφία. Αντιθέτως με τον όρο της μετάστασης περιγράφεται η «μετακίνηση» των καρκινικών κυττάρων σε άλλες περιοχές του σώματος συμπεριλαμβανομένων και των τοπικών λεμφαδένων. Σε αυτό το στάδιο, η θεραπεία απαιτεί συνδυασμένη προσπάθεια πολλών ειδικοτήτων, συμπεριλαμβανομένων των χειρουργών, των ογκολόγων και των θεραπειών. (Creagan, 2006)

Στην συνέχεια περιγράφονται οι κακοήθεις παθήσεις:

Επί τόπου Πορογενές Καρκίνωμα (DCIS) και συμπτώματα:

Αποτελεί την πιο γνωστή κατηγορία διηθητικού καρκίνου στο μαστό της γυναίκας. Ως κακοήθης μορφή δεν χαρακτηρίζεται από επιθετική εισβολή και διακρίνεται από τις υπόλοιπες μορφές κακοήθους καρκίνου λόγω της αποτελεσματικής αντιμετώπισης της. Το μειονέκτημα που παρουσιάζει το Πορογενές Καρκίνωμα είναι η αυξημένη πιθανότητα υποτροπής που το διακρίνει, αν λάβουμε μάλιστα υπόψη ότι το 25% των γυναικών που έχουν προσβληθεί από αυτή την μορφή καρκίνου μέσα σε διάστημα πέντε ετών συνήθως ξαναεμφανίζουν τα συμπτώματα σε πιο ήπια μορφή.

Σήμερα η διάγνωση του DCIS θεωρείται πολύ ευκολότερη χάρη στην χρήση της μαγνητικής τομογραφίας μαστού και των υπερήχων όπου εντοπίζεται συνήθως στα αρχικά στάδια ανάπτυξης του και προλαμβάνεται μέσω της φαρμακευτικής και χειρουργικής αντιμετώπισης. Σε ορισμένες περιπτώσεις ενδέχεται το Πορογενές Καρκίνωμα να έχει κάνει την παρουσία του στο μαστό της γυναίκας αλλά να παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα αδρανής απουσιάζοντας η διηθητική του ικανότητα στο εσωτερικό του μαστού. Το επικίνδυνο σε τέτοιες καταστάσεις είναι ότι μόλις τα καρκινικά κύτταρα ενεργοποιηθούν μετά από ένα διάστημα φυσικής παθητικότητας προσβάλλουν ραγδαία τους ιστούς που βρίσκονται περιμετρικά δημιουργώντας μεταστατικές περιοχές κακοήθους καρκίνου. (Creagan, 2006)

Το Επί τόπου Πορογενές Καρκίνωμα δεν εμφανίζει ιδιαίτερη συμπτωματολογία που το ξεχωρίζει από άλλες κακοήθεις καρκινικές μορφές του μαστού. Μερικοί από τους ασθενείς μπορεί κατά την ψηλάφηση να αντιληφθούν την ύπαρξη όγκου ή σε σπάνιες περιπτώσεις να εντοπίσουν μικρή έκκριση υγρού από την θηλή. (Creagan, 2006)

## Πορογενές Διθητικό Καρκίνωμα (IDC) και συμπτώματα:

Το Πορογενές Διθητικό Καρκίνωμα καταλαμβάνει το 80% των συνολικών περιπτώσεων κακοηθών παθήσεων. Εμφανίζεται ανεξαρτήτως ηλικία αλλά καθώς μεγαλώνει το άτομο αυξάνει τις πιθανότητες να νοσήσει. Με τον όρο «Πορογενές» απευθυνόμαστε στους γαλακτοφόρους πόρους του μαστού ενώ η έννοια του καρκινώματος δηλώνει την συσσωμάτωση των καρκινικών κυττάρων με την μορφή της καλοήθειας σε μια συγκεκριμένη περιοχή του μαστού. Το IDC είναι όγκος που συνίσταται από επιθηλιακό ιστό και περιβάλλει τους ιστούς του μαστού σαν ένας συμπαγής υμένας. Η διαφορά του Πορογενές Διθητικού Καρκινώματος από το Επί τόπου Πορογενές Καρκίνωμα έγκειται στην ισχυρή επιθετικότητα του πρώτου καθώς μπορεί να διεισδύει στους γύρω ιστούς, διαπερνώντας με ευκολία τα τοιχώματα των υγιών κυττάρων, προκαλώντας καρκινογένεση και σε άλλα σημεία του μαστικού αδένου. Αρκετές φορές παρατηρείται προσβολή των μασχαλιαίων λεμφαδένων δημιουργώντας μεταστατική πορεία του καρκίνου και στο υπόλοιπο σώμα της γυναίκας. (Creagan, 2006)

Όταν το IDC βρίσκεται σε αρχικά στάδια δεν φαίνεται να διαθέτει ιδιαίτερα συμπτώματα που το ξεχωρίζουν από άλλες κακοήθεις μορφές του μαστού. Κατά την εξέλιξη του όμως στο εσωτερικό του γυναικείου μαστού αρχίζει να γίνεται αντιληπτό μέσω της ψηλάφησης του όγκου που σχηματίζεται στους γαλακτοφόρους πόρους του στήθους και να συνοδεύεται από τα ακόλουθα κλινικά σημεία, που τις περισσότερες φορές συσχετίζονται με την εγκατάσταση του στο ανθρώπινο σώμα:

- § Δημιουργία όγκου στους μασχαλιαίους λεμφαδένες
- § Διάχυτο οίδημα σε ολόκληρο τον μαστό
- § Μαστοδυνία

- § Εισολκή της θηλής και περιμετρική δερματική αλλοίωση
- § Παραμόρφωση του μαστού
- § Ερυθρότητα
- § Σκληρότητα και αλλοίωση της όψης του μαστού
- § Έκκριση αιματηρού υγρού από την θηλή

#### Σωληνώδες Καρκίνωμα του μαστού και συμπτώματα:

Το Σωληνώδες καρκίνωμα του μαστού θεωρείται ως ασυνήθιστη μεταλλαγή του Διηθητικού Πορογενούς Καρκινώματος (IDC). Το ποσοστό που καταλαμβάνει κυμαίνεται περίπου στο 2% των συνολικών περιπτώσεων σε παγκόσμιο επίπεδο, για αυτό τον λόγο καλείται ασυνήθιστη κακοήθης μορφή του μαστού. Εμφανίζεται σε γυναίκες ηλικίας 40 έως 60 ετών. Η έννοια του σωληνώδες δηλώνει το επιμήκους σχήμα των καρκινικών του κυττάρων. Περιγράφεται ως ένας όγκος μικρού μεγέθους, αποτελούμενο από επιμήκη, σωληνώδη κύτταρα χαμηλού βαθμού όπου δεν επιλέγουν την μετάσταση τους σε γειτονικούς ιστούς αλλά αδρανοποιούνται στο σημείο που προσέβαλλαν. Αυτό μάλιστα αποτελεί και την αιτιολογία της εύκολης αντιμετώπισης του συγκριτικά με το Πορογενές Διηθητικό Καρκίνωμα. (Greagan, 2006)

Το Σωληνώδες Καρκίνωμα του μαστού δεν εντοπίζεται από συγκεκριμένα εμφανή συμπτώματα, όταν ανιχνεύεται σε αρχικά στάδια. Το πρώτο σημείο που θεωρείται ένδειξη για Σωληνώδες Καρκίνωμα είναι η αντίληψη κατά την ψηλάφηση ότι πρόκειται για παρουσία μικρού σκληρού ογκιδίου στο εσωτερικό του μαστού και συγκεκριμένα διαμέτρου το πολύ 1 εκατοστού.



## Μυελώδες Καρκίνωμα μαστού και συμπτώματα:

Το Μυελώδες Καρκίνωμα μαστού αποτελεί μια σπάνια μορφή Διηθητικού Πορογενούς Καρκινώματος όπου στις μέρες μας η θεραπευτική του αντιμετώπιση πραγματοποιείται με μεγάλη επιτυχία. Αναφερόμαστε σε συσσώρευση καρκινικών κυττάρων που χαρακτηρίζονται ως «μυελώδες» λόγω της μαλακής, σαρκώδους σύστασης του όγκου. Προσβάλλει γυναίκες ανεξαρτήτου ηλικιακού επιπέδου αλλά τις περισσότερες φορές πλήττει γυναίκες που βρίσκονται στην ηλικία των 50 ετών. (Μαρκόπουλος, 2007)

Το Μυελώδες Καρκίνωμα διαθέτει έναν χαρακτηριστικό αντιφατικό χαρακτήρα κατά την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων. Πιο συγκεκριμένα μολονότι εμφανισιακά διακρίνονται για τον υψηλό τους βαθμό (ποσοστό διαφοροποίησης από τα υγιή κύτταρα της ίδιας περιοχής), η συμπεριφορά τους δεν διαφέρει ριζικά από τα υγιή μαστικά κύτταρα. Το μυελώδες μαστικό καρκίνωμα αναπτύσσεται με αργούς ρυθμούς και σε σπάνιες περιπτώσεις ενδέχεται να επεκταθεί στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Έτσι μειώνονται σημαντικά τα επίπεδα μεταστατικής συμπεριφοράς στο υπόλοιπο σώμα. (Μαρκόπουλος, 2008)

Το Μυελώδες Καρκίνωμα δεν παρουσιάζει εμφανή κλινικά σημεία κατά την φάση ανάπτυξης του για αυτό τον λόγο θεωρείται και σχετικά δύσκολος από διαγνωστικής άποψης ο εντοπισμός του. Γίνεται αντιληπτός όταν η γυναίκα ή ο θεράπων ιατρός ψηλαφήσουν τον όγκο που συνήθως κυμαίνεται μεταξύ των 2 εκατοστών. Ο χαρακτηρισμός του Μυελώδες Καρκινώματος είναι ως μαλακός, σαρκώδης και ψηλαφητός. Κατά την εξέλιξη του στον μαστικό αδένα, συνοδεύεται από τα ακόλουθα γενικά συμπτώματα:

### § Μασταλγία

- § Οίδημα μαστού
- § Ερυθρότητα περιμετρικά του στήθους
- § Έντονη ευαισθησία του μαστού

#### Βλεννοπαράγωγο Μαστικό Καρκίνωμα και συμπτώματα:

Καλείται αλλιώς και Κολλοειδές Καρκίνωμα και θεωρείται πολύ σπάνια μορφή κακοήθους καρκίνου. Για τα σημερινά δεδομένα είναι ακόμα αδιευκρίνιστος ο μηχανισμός που μετατρέπει έναν όγκο διηθητικό σε βλεννοπαράγωγο. Πιστεύεται ότι ξεκινά με την προσβολή των γαλακτοφόρων πόρων του μαστού και επεκτείνεται στην συνέχεια σε ολόκληρο τον μαστικό αδένα. Υπολογίζεται ότι καταλαμβάνει ποσοστό που κυμαίνεται περίπου στο 3% επί του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. Η ονομασία του δικαιολογείται από την ύπαρξη βλεννίνης που καλύπτει τα τοιχώματα των καρκινικών κυττάρων. Η βλεννίνη είναι το κύριο συστατικό που διέπει την βλέννα, μια πυκνόρρευστη και ημιδιαφανή ουσία που εκκρίνεται από διάφορους αδένες. Η βλέννα συναντάται σε μικρές ποσότητες και σε άλλες μορφές κακοήθειας ωστόσο στην περίπτωση του βλεννοπαράγωγου καρκινώματος η βλέννα αποτελεί πλέον βασικό συστατικό στοιχείο του όγκου, περικλείοντας τα καρκινικά κύτταρα. Το βλεννοπαράγωγο καρκίνωμα παρουσιάζεται σε γυναίκες που βρίσκονται ηλικιακά μεταξύ 50 και 60 ετών. Η θεραπευτική αντιμετώπιση καθίσταται εύκολη και τις περισσότερες φορές επιτυχής διότι δεν εμφανίζεται μετάσταση του καρκίνου στον υπόλοιπο μαστό και ιδίως στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. (Μαρκόπουλος, 2008)

Η συμπτωματολογία ακολουθεί την κλινική εικόνα οποιαδήποτε άλλης κακοήθειας του μαστού. Μπορεί να ανιχνεύεται σε κάποια ασθενή έκκριση υγρού και μασταλγία ενώ σε κάποια άλλη να εκδηλώνεται με

οίδημα, ερυθρότητα και μαστοδυνία. Ο κοινός παράγοντας και στις δυο περιπτώσεις είναι η ανάπτυξη όγκου που φτάνει σε μέγεθος μέχρι τα 5 εκατοστά.

#### Θηλώδες Καρκίνωμα του μαστού και συμπτώματα:

Χαρακτηρίζεται και ως Θηλώδες Διηθητικό Καρκίνωμα. Εκδηλώνεται στο 1% των γυναικών που εμφανίζουν καρκίνο του μαστού, ποσοστό αρκετά χαμηλό που υποδηλώνει αυτή την κακοήθεια ως σπάνια μορφή κακοήθους όγκου. Στην πλειονότητα των κρουσμάτων το θηλοειδές καρκίνωμα παρουσιάζεται σε γυναίκες που έχουν προβεί στο στάδιο της εμμηνόπαυσης για αυτό το λόγο κάνει την παρουσία του ιδίως σε ηλικίες που κυμαίνονται στα 50 έτη. Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό αυτού του είδους καρκινώματος θεωρείται η συνύπαρξη του με όγκο που ταυτίζεται με το Επί Τόπου Πορογενές Καρκίνωμα (DCIS). Ουσιαστικά πρόκειται για μια συμπαγής μάζα καρκινικών κυττάρων που παίρνει το όνομα «θηλοειδές» λόγω του ιδιαίτερου σχήματος του συγκεκριμένου καρκινώματος. Η συμπτωματολογία και η θεραπεία του Θηλώδες Καρκινώματος ταυτίζεται με αυτή του Επί Τόπου Πορογενές Καρκινώματος. (Μαρκόπουλος, 2008)

#### Διάτρητο Καρκίνωμα του μαστού και συμπτώματα:

Το Διάτρητο Καρκίνωμα χαρακτηρίζεται από μια ιδιαίτερη εξέλιξη στον γυναικείο μαστό. Την περίοδο που αναπτύσσεται τα καρκινικά κύτταρα προσβάλλουν τους στους συνδετικούς ιστούς του μαστού και δημιουργούν ελλειπτικές συσσωματώσεις ανάμεσα στους πόρους και στα λοβία. Σημαντικό στοιχείο αυτής της κακοήθειας είναι η ιδιότυπη δομή

του εσωτερικού, που δεν είναι συμπαγής αλλά διάτρητη δηλαδή σχηματίζει κενά.

Η ανάπτυξη του συνοδεύεται και με την ταυτόχρονη ύπαρξη κάποιας άλλης μορφής καρκινώματος όπου η πιο συχνή είναι το Επί τόπου Πορογενές Καρκίνωμα (DCIS). Ο συνδυασμός αυτός εμφανίζεται σε ποσοστό που πλησιάζει το 5 – 6 % των διηθητικών μορφών καρκίνου. (Creagan, 2006)

#### Διηθητικό Λοβιακό Καρκίνωμα (ILC) και συμπτώματα:

Η δεύτερη κατά σειρά εμφάνισης μορφή κακοήθους καρκινώματος, μετά το Διηθητικό Πορογενές Καρκίνωμα, είναι το Διηθητικό Λοβιακό Καρκίνωμα (ILC) του μαστού. Εκτιμάται ότι το 10% όλων των μορφών διηθητικού μαστικού καρκίνου αφορά Διηθητικά Λοβιακά Καρκινώματα. Με την έννοια του «διηθητικός» αναφέρεται η εξελικτική πορεία των καρκινικών κυττάρων να διαπερνούν και να μετακινούνται σε γειτονικούς ιστούς ενώ με τον όρο «Λοβιακό» δηλώνεται το σημείο του μαστού στο οποίο εμφανίζονται αρχικά τα καρκινικά κύτταρα, συγκεκριμένα στα γαλακτοπαραγωγά λόβια του μαστού, που παράγουν το γάλα και το διαχέουν μέσω των γαλακτοφόρων πόρων στις θηλές. Διαπιστώνεται λοιπόν ότι το Διηθητικό Λοβιακό Καρκίνωμα συνδέεται με ένα είδος καρκινώματος που ξεκινά από τα λόβια του μαστού και επεκτείνεται στους γειτονικούς ιστούς. Με την πάροδο του χρόνου το ILC μπορεί να δημιουργήσει μετάσταση στους λεμφαδένες της μασχάλης και από εκεί να επεκταθεί σε σημεία του υπόλοιπου σώματος. Τέλος οφείλουμε να αναφέρουμε ότι εκδηλώνεται κυρίως σε γυναίκες που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση κοντά στα 50 έτη της ηλικίας τους. (Creagan, 2006)

Στα αρχικά στάδια ανάπτυξης το Διηθητικό Λοβιακό Καρκίνωμα όπως και οι περισσότερες μορφές κακοήθων παθήσεων του μαστού εξελίσσεται χωρίς κάποια χαρακτηριστική σήμανση που να αποδεικνύει ιδιαίτερη κλινική εικόνα. Επιπροσθέτως έχει παρατηρηθεί πως είναι ακόμα πιο δυσχερή η διάγνωση του μέσω μαστογραφίας συγκριτικά με το Διηθητικό Πορογενές Καρκίνωμα που συνδέεται, λόγω της ιδιότυπης διασποράς των καρκινικών κυττάρων στον όμορο συνδετικό ιστό. Το πρώτο χαρακτηριστικό που βάζει σε υποψία την ασθενή είναι η ανίχνευση του όγκου κατά την διάρκεια της ψηλάφησης. Όταν η νόσος έχει ξεπεράσει τα αρχικά στάδια ανάπτυξης αρχίζουν να εντοπίζονται συμπτώματα όπως :

- Διάχυτο οίδημα μαστού
- Δερματική αλλοίωση της προσβεβλημένης μαστικής περιοχής
- Εισολκή της θηλής
- Αίσθημα κνησμού
- Μαστοδυνία
- Έντονος πόνος που εντοπίζεται περιμετρικά της θηλής
- Σκληρότητα μαστού
- Έκκριση αιματηρού υγρού από την θηλή
- Ερυθρότητα

#### Φλεγμονώδης Καρκίνος του μαστού (IBC) και συμπτώματα:

Ο Φλεγμονώδης Καρκίνος του Μαστού θεωρείται εξαιρετικά σπάνια μορφή κακοήθους καρκινώματος αλλά χαρακτηρίζεται από επικίνδυνη τάση επιθετικότητας. Στο συνολικό αριθμό κρουσμάτων από καρκίνο του

μαστού ο Φλεγμονώδης Καρκίνος του Μαστού καταφθάνει το ποσοστό του 1 – 5% .

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό γνώρισμα του IBC συγκριτικά με τα άλλα είδη καρκινωμάτων θεωρείται ότι είναι η εκδήλωση του σε γυναίκες που βρίσκονται ηλικιακά σε κατώτερο επίπεδο από τον μέσο όρο ηλικίας που είναι από 50 – 57 έτη. Σήμερα πιστεύεται ότι η ανάπτυξη του συνδέεται άμεσα με το πρόβλημα της παχυσαρκίας αλλά ο μηχανισμός που ενεργοποιεί αυτή την νόσο συνδυαστικά με το βάρος της ασθενούς είναι ακόμα αδιευκρίνιστος. (Φύσσας, 2006)

Ο Φλεγμονώδης Καρκίνος του Μαστού παρουσιάζει έντονα συμπτωματολογία που επιδεινώνεται με ραγδαίους ρυθμούς ακόμα και στο χρονικό διάστημα ωρών. Θεωρείται άκρως απαραίτητο μια γυναίκα που αντιλαμβάνεται οποιοδήποτε από τα συμπτώματα που θα αναφερθούν παρακάτω να απευθυνθεί άμεσα στην ιατρική καθοδήγηση.

✓ Δημιουργία όγκου που στα αρχικά στάδια ανάπτυξης του δίνει την εικόνα συμπαγής και σκληρής μάζας.

✓ Έντονη ερυθρότητα του μαστού που παρουσιάζεται σαν έγκαυμα της περιοχής.

✓ Οίδημα σε ολόκληρο τον μαστό, σε τέτοιο βαθμό που αυξάνει το συνολικό μέγεθος του στήθους.

✓ Καύσος- Φλόγωση

✓ Δερματικά «ανοίγματα» σαν όψη από φλούδα πορτοκαλιού

✓ Αυλακώσεις περιμετρικά του μαστού σε συνδυασμό με εξανθήματα μελανώδους χρώματος

✓ Εισολκή της θηλής

✓ Μαστοδυνία

## 2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

### ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΟΓΚΟΣ

Αποτελεί μια νόσο που αναγνωρίζεται ως η πιο γνωστή μορφή κακοήθειας στον Ελλαδικό χώρο. Υπολογίζεται ότι ετησίως προσβάλλονται περίπου 4.500 γυναίκες από καλοήθης όγκους και το μεγαλύτερο ποσοστό δεν έχει επίγνωση της κατάστασης. Όπως προβλέπουν τα ιατρικά δεδομένα 1 στις 12 γυναίκες νοσούν από νεοπλασμάτα του μαστού και ο κύριος λόγος ασθένειας τους είναι η απουσία προληπτικών εξετάσεων. Αυτό διαπιστώνεται από το γεγονός ότι τα περισσότερα κρούσματα των πασχόντων εντοπίζουν την καλοήθεια όταν αυτή έχει ξεπεράσει τα αρχικά στάδια ανάπτυξης της. Ένα ποσοστό που κυμαίνεται περίπου στο 30% διαθέτουν κληρονομικό ιστορικό για εκδήλωση καλοήθους όγκου.

Αντιθέτως σε χώρες της Ευρώπης αν και οι περιπτώσεις καλοηθών όγκων πλησιάζουν το 60% των συνολικών κρουσμάτων ωστόσο τις περισσότερες φορές ανιχνεύονται όταν ο όγκος βρίσκεται σε πρώιμη φάση. Έτσι η θεραπεία χαρακτηρίζεται ως επιτυχής. Στην Ελλάδα η αναλογία αγγίζει μόνο το 5%, γεγονός που την καθιστά ανήμπορη να ανταπεξέλθει με σιγουριά στην θεραπευτική αντιμετώπιση. Σημαντικός παράγοντας των προαναφερθέντων θεωρείται η έλλειψη ενημέρωσης γύρω από την πρόληψη. Ο λειτουργικός ρόλος της διάγνωσης όταν ορίζεται έγκαιρα απουσιάζει από την συνείδηση των Ελλήνων και αυτή η προβληματική κατάσταση συνεπάγεται μερική ίαση, την στιγμή που η Επιστήμη της Ιατρικής διαθέτει σύγχρονες μεθόδους θεραπείας για να στοχεύει σε ολική ίαση της νόσου. (Φύσσας, 2006, Κατσώχης, 2000)

## ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

Η εμφάνιση κακοήθους όγκου δυσχεραίνει σε σημαντικό ποσοστό την επιτυχή αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Αν λάβουμε υπόψη μας ότι σε παγκόσμιο επίπεδο αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου που απευθύνεται στον γυναικείο πληθυσμό διαπιστώνουμε ότι τα κρούσματα είναι αρκετά σε ποσοστιαίο αριθμό.

Πιο συγκεκριμένα, υπολογίζεται ότι η επίπτωση του κακοήθους καρκίνου του μαστού στον Ελλαδικό χώρο καταφτάνει το 75% των συνολικών κρουσμάτων. Η ολική επιβίωση υπολογίζεται στο διάστημα της μιας πενταετίας στο 75%, μέσα στο οποίο ποσοστό καταχωρούνται όλα τα στάδια εξέλιξης της νόσου.

Τα επιδημιολογικά στοιχεία δηλώνουν πως παρουσιάζεται μείωση των περιπτώσεων κακοηθών καρκινωμάτων τα τελευταία χρόνια περίπου 7%. Από ηλικιακή πλευρά θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η ανάπτυξη κακοήθειας του μαστού είναι σπάνια σε γυναίκες μικρότερες των 30 ετών καθώς το ποσοστό μόλις που αγγίζει το 0,5%. Αντιθέτως σε ηλικίες που κυμαίνονται από 45 έως 65 έτη ο αριθμός κρουσμάτων κορυφώνεται πλησιάζοντας περίπου το 76%. Ο μέσος ηλικιακός όρος εμφάνισης κακοηθών μορφών καρκίνου του μαστού είναι τα 60 έτη. (Μαρκόπουλος, 2008), ( Κατσώχης, 2000)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

#### 3.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Όπως συμβαίνει και με την πλειονότητα των κακοήθων όγκων, η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού δεν έχει γίνει κατανοητή μέχρι σήμερα. Είναι όμως γενικά αποδεκτό ότι ο καρκίνος του μαστού είναι πολυπαραγοντική νόσος και αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου για ορισμένες ηλικίες γυναικών.

Τα τελευταία χρόνια πολλές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες συνέβαλαν στην ταυτοποίηση διαφόρων μεταβλητών που σχετίζονται, είτε σαν αιτιολογικοί παράγοντες είτε σαν δυνητικοί αιτιολογικοί παράγοντες με τον καρκίνο τότε μαστού. Η αιτιολογική σχέση στην επιδημιολογία θα μπορούσε να οριστεί σαν η σχέση μεταξύ ενός παράγοντα και ενός νοσήματος κατ την οποία η προσθήκη, η απομάκρυνση ή η μεταβολή της έντασης του παράγοντα ακολουθητέοι από μεταβολή της συχνότητας ή της πιθανότητας του νοσήματος. Κάθε παράγοντας που σχετίζεται στατιστικά με ένα νόσημα ονοματίζεται παράγοντας κίνδυνου για το νόσημα αυτό, ανεξάρτητα αν η συσχέτιση είναι αιτιολογική ή δευτερογενής πλασματική.

Παρόλο ότι γενετικοί, προσωπικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες εμφανίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον καρκίνο του μαστού, κανένας άλλος δεν είναι προφητικός παράγοντας ούτε εξηγεί το μηχανισμό της νόσου.

#### ▼ Γενετικοί παράγοντες

- ▼ Κληρονομικότητα. ( η σχέση της κληρονομικότητας με τον καρκίνο του μαστού είναι διαπιστωμένη και άφορα συγγενείς πρώτου βαθμού. Ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού αποτελεί το 7-10% του συνόλου των καρκίνων του μαστού και το 25-40% εκείνων που εμφανίζονται σε ηλικία κάτω των 35 ετών. Συχνά εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία, έχει αμφοτερόπλευρη εμφάνιση σε ποσοστό 20-40% και συνήθως υπάρχουν δύο ή περισσότεροι συγγενείς 1ου βαθμού με καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών, δηλαδή υπάρχει ένα πρότυπο κληρονομικότητας αυτοματικού κυρίαρχου τύπου. Μάλιστα πρέπει να αναφερθεί ότι διαπιστώθηκε η εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε δίδυμες αδελφές, στην ίδια ηλικία, στον ίδιο μαστό και στο ίδιο τεταρτημόριο του). (Φύσσας, 2006)
- ▼ Φύλο. Το φύλο αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κίνδυνου, αφού οι γυναίκες προσβάλλονται περισσότερο από τους άνδρες. Η σχέση προσβολής από καρκίνο του μαστού μεταξύ των δυο φύλλων είναι 99/1. (Φύσσας, 2006)
- ▼ Ηλικία . Η ηλικία της γυναίκας παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Κάτω των 25 ετών, η νόσος είναι πολύ σπάνια με πιθανότητα 0,2% να αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού γίνεται κάπως συχνότερος μεταξύ 25-30 ετών. Μετά την ηλικία των 30, η νόσος αυξάνεται απότομα σε συχνότητα και εξακολουθεί να αυξάνεται κατά την πάροδο της ηλικίας. (Δημητρακάκης, 2000)
- ▼ Ιδιοσυστατικοί παράγοντες
- ▼ Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης. Η πρώιμη εμμηναρχία και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση διαπιστώθηκε ότι συμβάλλει στις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες που έχουν εμμηνορρυσία πάνω από 40 χρόνια έχουν πολύ μεγάλη

πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού. (Μαρκόπουλος, 2007)

- ✓ Γάμος και τεκνοποίηση. Παράγοντας κίνδυνου αποτελεί η πρώτη πλήρης κύηση μετά τα 30. Αντίθετα, η πρώτη πλήρης κύηση σε νεαρή ηλικία και η τεχνητή πρόιμη εμμηνόπαυση αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες. (Buckman, 2000)
- ✓ Θηλασμός . Ο θηλασμός προστατεύει τη γυναίκα από καρκίνο του μαστού.
- ✓ Ορμονικοί παράγοντες – Προγεστερόνη: Στους μαστούς η προγεστερόνη, σε μικρές δόσεις, προκαλεί την ανάπτυξη των αδενοκυψελών και σε μεγάλες , έκκριση που μοιάζει με πύα. Ως συνήθως προάγει τη καρκινογένεση.
- ✓ Οιστρογόνα. Η βιολογική δράση των οιστρογόνων ορμονών αφορά περισσότερο στο γεννητικό σύστημα και στους ιστούς, που κάνουν την γυναίκα να ξεχωρίζει από τον άνδρα. Ανάμεσα σ' αυτούς είναι και οι μαστοί των οποίων προκαλούν ανάπτυξη όλων των στοιχείων τους και ιδιαίτερα των γαλακτοφόρων πόρων . Με την πάροδο της ηλικίας η επίδραση των οιστρογόνων ελαττώνεται γιατί ελαττώνονται οι οιστρογονικοί υποδοχείς του μαστικού αδένα. Οι οιστρογόνες ορμόνες συνδέονται έμμεσα με τους μαστούς με την έκκριση της προλακτίνης. (Creagan, 2006)

#### Επιπρόσθετοι Παράγοντες:

- ü Οι γυναίκες που έχουν άγχος και περνούν φάρμακα με την ουσία της ρεξερπίνης θεωρούνται ομάδα υψηλού κινδύνου στην εμφάνιση της ασθένειας.
- ü Οι γυναίκες που ζουν σε αστικές περιοχές έναντι αυτών των αγροτικών.

- Û Γυναίκες που εκτεθήκαν σε ακτινοβολία σε νεαρή ηλικία βρίσκονται στην ομάδα υψηλού κίνδυνου.
- Û Διαιτητικοί παράγοντες . Οι παχύσαρκες γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού. Το ζωικό λίπος αυξάνει την αδροστενδιονη σε οίστρων και αυξάνει την απελευθέρωση προλακτίνης επί την υπόφυση.
- Û Η κατάχρηση οινοπνεύματος φαίνεται να επιδρά αρνητικά στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού όπως διαπιστώνεται από αποτελέσματα ερευνών. (Creagan, 2006)

### **3.2 ΠΡΟΛΗΨΗ**

#### ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Ο βαθμός κινδύνου για εμφάνιση καλοήθους μορφής όγκου σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα του τρόπου ζωής ενός ατόμου, τις διατροφικές του προτιμήσεις και το ιστορικό που φέρει.

Αυτό δεν συνεπάγεται ότι ένα άτομο που ακολουθεί υγιεινό τρόπο ζωής δεν θα νοσήσει ενώ ένα άτομο που χαρακτηρίζεται από ανθυγιεινό τρόπο ζωής θα εμφανίσει καλοήθους όγκο. Απλά διαθέτουν ως ένα βαθμό μια σχετικά ανάλογη σχέση. Ωστόσο καμία μεταβολή του τρόπου ζωής, των διατροφικών συνηθειών και του τακτικού προληπτικού ελέγχου δεν είναι ικανή να αποτρέψει πλήρως τον κίνδυνο εμφάνισης καλοήθους όγκου. (Μαρκόπουλος, 2008)

Η Ιατρική Επιστήμη καταδεικνύει ορισμένους παράγοντες οι οποίοι αν τηρούνται σε φυσιολογικά επίπεδα φαίνεται να ενεργούν προληπτικά στην ανάπτυξη καλοήθειας του μαστού. Αυτοί οι παράμετροι καταγράφονται στην συνέχεια:

Ü Διατροφή και τρόπος ζωής: Η ενσωμάτωση της τακτικής σωματικής άσκησης στην καθημερινή δραστηριοποίηση του ατόμου σε συνδυασμό με ένα ισορροπημένο διατροφικό πρόγραμμα μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη ανάπτυξης καλοήθους όγκου στον μαστικό αδένα. Δεν είναι πλήρως εξακριβωμένος ο μηχανισμός που εμπλέκει το σωματικό βάρος με την πυροδότηση καρκινογένεσης αλλά εστιάζεται περισσότερο στην αρνητική επίδραση που φέρουν τα κορεσμένα λιπαρά με τις τοξίνες που παράγονται στο σώμα. Από την άλλη πλευρά η φυσική άσκηση έχει αποδείξει ότι ελαχιστοποιεί κατά το 1/3 τον κίνδυνο εμφάνισης της συγκεκριμένης μορφής όγκου και ιδιαίτερα σε γυναίκες που έχουν περάσει στο στάδιο της εμμηνόπαυσης. (Μαρκόπουλος, 2008)

Ü Κάπνισμα: το κάπνισμα έτσι και αλλιώς θεωρείται επιβαρυντικός παράγοντας για την εμφάνιση οποιαδήποτε πάθησης. Το ιδιαίτερο στην περίπτωση καλοήθων όγκων είναι ότι όπως παρουσιάζεται από την λήψη του ιστορικού των γυναικών που νόσησαν από αυτόν φαίνεται πως είχαν ορισμένα κοινά στοιχεία: βρίσκονταν σε ηλικίες που είχαν προβεί στην εμμηνόπαυση και κατανάλωναν περίπου για μια πενταετία τουλάχιστον ένα πακέτο καπνού την ημέρα. Σήμερα πιστεύεται ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καλοήθειας σε γυναίκες οποιαδήποτε ηλικίας που κάνουν υπερβολική κατανάλωση καπνού μπορεί να φτάσει το 60%. Η διακοπή του καπνίσματος καθώς και η αποτροπή του παθητικού καπνίσματος μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης αυτής της μορφής όγκων μέχρι και 50%. (Φύσσας, 2006)

Ü Θηλασμός: ο θηλασμός του νεογνού για μια γυναίκα που εγκυμονούσε θεωρείται μια προληπτική παρέμβαση κατά του καρκίνου του μαστού καθώς μπορεί να ελαχιστοποιήσει μέχρι και 30% την πιθανότητα εμφάνισης καλοήθους όγκου συγκριτικά με μητέρες που διέκοψαν τον θηλασμό ή που ποτέ δεν θήλασαν. Η ακριβής αιτιολογία

της παραπάνω θεωρίας είναι μέχρι στιγμής αδιευκρίνιστη. Πιστεύεται όμως ότι λόγω των μειωμένων ωορρηξιών που εμφανίζονται στην μητέρα την περίοδο του θηλασμού μπορούν να παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα τα οιστρογόνα. (Φύσσας, 2006)

• Αυτοεξέταση: αποτελεί μια από τις καλύτερες προσωπικές τεχνικές πρόληψης οποιασδήποτε μορφής όγκου καθώς η γυναίκα που ψηλαφά το στήθος της αφενός μεν εξοικειώνονται με την υφή των μαστών της αφετέρου δε μπορεί να ανιχνεύσει η ίδια κάποια δερματική αλλαγή ή εύρεση ογκιδίου, που θα την βάλει σε υποψίες και θα ζητήσει ιατρική γνωμάτευση. (Moller, 2000)

• Απεικονιστικές προληπτικές εξετάσεις: οι σημαντικότερες εξετάσεις αυτού του είδους είναι η μαστογραφία, το υπερηχογράφημα και η μαγνητική τομογραφία του μαστού. Κατά την πράξη αυτών των μεθόδων, που θεωρούνται εργαλεία διάγνωσης για έναν ιατρό, μπορεί να εντοπιστεί οποιοδήποτε εύρημα σηματοδοτεί ανάπτυξη όγκου στον μαστό της γυναίκας. Επιβάλλεται για γυναίκες που βρίσκονται στην ομάδα υψηλού κινδύνου (για παράδειγμα οι γυναίκες με μετάλλαξη των γονιδίων BRCA) να πραγματοποιούν ετησίως τουλάχιστον την μαστογραφία μετά τα 40 έτη της ηλικίας τους. (Buckman, 2000)

• Αλκοόλ: δεν έχει ακόμα εξακριβωθεί ο μηχανισμός που καταναλώνοντας μεγάλη ποσότητα αλκοολούχων ποτών συμβάλλει στην ανάπτυξη καλοήθους όγκου στον μαστό της γυναίκας αλλά πιστεύεται ότι έχει σχέση με τα επίπεδα οιστρογόνων. Άτομα που κατανάλωναν αλκοόλ σε συστηματική μορφή εμφάνισαν υποτροπή του καρκίνου και μάλιστα αύξησαν σε άμεσο χρονικό διάστημα την επανεμφάνιση του ακόμα και σε περιπτώσεις που η θεραπεία έδειχνε να είναι αποτελεσματική. Η πρόληψη αυτής της παραμέτρου έγκειται στην συμμόρφωση του ατόμου και στην εκμάθηση πως ποτά που περιέχουν

περιεκτικότητα σε αλκοόλ μεγαλύτερη του 10% θα πρέπει να αποφεύγονται. (Mollner, 2000)

## ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού όπως και κάθε άλλης καταστροφικής πάθησης για τον ανθρώπινο οργανισμό θεωρείται η σπουδαιότερη ενέργεια στον χώρο της υγείας για την προαγωγή της υγείας και την ευημερία του πληθυσμού. Με τα σημερινά δεδομένα διακρίνονται στοιχεία που υποδηλώνουν πως ο ρόλος του προληπτικού ελέγχου δεν είναι αναγνωρισμένος καθώς ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θνησιμότητας, στις περισσότερες αναπτυγμένες οικονομικές χώρες του κόσμου. Πιο συγκεκριμένα το ποσοστό των γυναικών κινδυνεύουν πρώτα από τον καρκίνο του μαστού, έπειτα από τον καρκίνο του πνεύμονα και τέλος από τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Βασικότερος σκοπός τόσο των φορέων της κοινωνίας όσο και του προσωπικού που εργάζεται στην Ιατρική μέριμνα είναι η ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τις εξελίξεις που διέπουν την νοσολογία και η παροχή γνώσεων που θα προωθούν την σημασιολογία της πρόληψης ως ένα από τα ουσιαστικότερα προνόμια ενός ενεργού ατόμου. (Creagan, 2006)

Η καρκινογένεση στον μαστό της ασθενούς απαιτεί χρόνο για να αναπτυχθεί και περνά ορισμένα στάδια ωρίμανσης του καρκινώματος. Για την ανάπτυξη ενός κακοήθους όγκου υπολογίζεται ότι πραγματοποιούνται τουλάχιστον πέντε μεταλλάξεις των καρκινικών κυττάρων μέχρι να φτάσει σε άκρως επικίνδυνη μορφή στον ανθρώπινο οργανισμό. Η πρόληψη μπορεί να απαλλάξει την ασθενή από τις

επιπτώσεις μιας κακοήθειας ακόμα και από τον θάνατο αρκεί να λάβει υπόψη της ορισμένα κρίσιμα μέτρα κατά την διάρκεια του βίου της. Μην ξεχνάμε ότι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας για μια κακοήθη μορφή μαστικού καρκίνου εξαρτάται ως ένα σημείο από το στάδιο που διαγνώστηκε ο κακοήθης όγκος. Η έγκαιρη διάγνωση βελτιώνει ολόκληρο το θεραπευτικό πλάνο ενός ασθενούς. (Austoker, 1997)

Στην συνέχεια παρουσιάζονται οι σημαντικότερες παράμετροι που θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη η γυναίκα για την προληπτική συμπεριφορά του μαστικού καρκίνου:

**Ü Κληρονομικότητα:** η γυναίκα άτομο οφείλει να γνωρίζει αν βρίσκεται στις ομάδες αυξημένου κινδύνου για πρόκληση καρκίνου διότι όταν το οικογενειακό ιστορικό δηλώνει κρούσματα με καρκινογένεση τότε με βάση την κληρονομική διάθεση αυξάνονται σε σημαντικό βαθμό οι πιθανότητες πρόκλησης καρκίνου του μαστού. Σύμφωνα με τα ιατρικά δεδομένα φαίνεται να υπάρχουν γενετικά γονίδια τα οποία έχουν την προδιάθεση να εμφανίσουν καρκίνωμα αλλά εντοπίζονται με εξειδικευμένες εξετάσεις σε άτομα υψηλής επικινδυνότητας. Ένα παράδειγμα της παραπάνω θεωρίας είναι το γονίδιο *brca1* από το χρωμόσωμα 17 που καλείται και ως ογκοκατασταλτικό. Το γονίδιο αυτό ορίζεται παθολογικό και σε ορισμένες οικογένειες που προσβλήθηκαν από καρκίνο των ωοθηκών δείχνει να συνοδεύει με υψηλή συχνότητα τον καρκίνο του μαστού. (Μαρκόπουλος, 2007)

**Ü Έμμηнос ρύση:** φαίνεται πως γυναίκες που έχουν πρώιμη έναρξη της έμμηνου ρύση και συγκεκριμένα πριν το 12<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους ή καθυστερημένη εμμηνόπαυση (δηλαδή να επέλθει μετά το 55<sup>ο</sup> έτος της



ηλικίας τους) παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα δημιουργίας κακοήθους μορφής καρκίνου του μαστού. Η άποψη αυτή συνδυάζεται και με το ενδεχόμενο η γυναίκα να διαθέτει ορμονική δυσλειτουργία που απαιτεί την μακρόχρονη λήψη οιστρογόνων. Διαπιστώνεται λοιπόν ότι είναι απαραίτητος ο προληπτικός έλεγχος και η τακτική παρακολούθηση μιας τέτοιας γυναίκας διότι το υπόβαθρο της υγείας της θεωρείται κατάλληλο για την ανάπτυξη κακοήθους όγκου. (Μαρκόπουλος, 2007, Φύσσας, 2006)

• Σωματικό βάρος: η Επιστήμη της Ιατρικής και οι ερευνητικές ομάδες δηλώνουν πως η συσσώρευση του λίπους στο σώμα ενός ατόμου συνεπάγεται 17% αύξηση για εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Μάλιστα καθοριστικός παράγοντας για τα παχύσαρκα ή υπέρβαρα άτομα θεωρείται και η ηλικία που σηματοδοτήθηκε η πρόσληψη των παραπανήσιων κιλών. Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία της γυναίκας που παρετρέπη από το φυσιολογικό σωματικό βάρος τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος να εμφανίσει καρκίνο του μαστού. Θα πρέπει λοιπόν να καθιερωθεί από τον ίδιο τον άνθρωπο ένα ισορροπημένο διατροφικό πρόγραμμα που θα βασίζεται σε όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά προκειμένου να λαμβάνει μια φυσιολογική μάζα σώματος και να μειώνει το κίνδυνο πρόκλησης παχυσαρκίας. (Φύσσας, 2006)

• Τακτικός εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος: όλες οι γυναίκες μετά από κάποια ηλικία της ζωής τους (μετά τα 40 έτη) οφείλουν να τηρούν έναν άξονα προληπτικού χαρακτήρα, ο οποίος θα περιλαμβάνει εκείνες τις εξετάσεις που μπορούν να ανιχνεύσουν οποιοδήποτε εύρημα που σηματοδοτεί ανάπτυξη καρκινώματος. Η μαστογραφία και ο υπέρηχος μαστού θεωρούνται ως οι αποδοτικότερες μέθοδοι διάγνωσης καρκινογένεσης, συνδυαστικά βέβαια με την ψηλάφηση. Σε γυναίκες που έχουν νοσήσει στο παρελθόν από καρκίνο της μήτρας ή των ωοθηκών η απεικονιστική πρόληψη επιβάλλεται να

πραγματοποιείται κάθε χρόνο καθώς φαίνεται να αυξάνονται οι πιθανότητες γονιδιακών μεταλλάξεων των φυσιολογικών κυττάρων σε καρκινικά. Εξίσου αυξημένο κίνδυνο χαρακτηρίζει και τις γυναίκες που λόγω ορμονικού προβλήματος έκαναν λήψη αντισυλληπτικών χαπιών για μακρόχρονο διάστημα. (Creagan, 2006)

Καταλήγουμε λοιπόν πως η πρόληψη αποτελεί θεμελιώδη λίθο για την προαγωγή της υγείας και συσχετίζεται άμεσα με την έγκαιρη διάγνωση και την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες οφείλουν για την διατήρηση της ψυχικής και σωματικής τους υγείας να ακολουθούν μια συχνή ιατρική καθοδήγηση η οποία θα περιλαμβάνει αρχικά την αυτοεξέταση και την ψηλάφηση των μαστών από τον γυναικολόγο και στην συνέχεια τον απεικονιστικό έλεγχο μέσω ιδίως της μαστογραφίας και του υπερηχογραφήματος. Η προσωπική προσπάθεια δεν σταματά σε αυτό το σημείο. Θα πρέπει να υιοθετήσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής που θα συγκαταλέγεται η φυσική άσκηση και η απουσία καταχρηστικών παραγόντων όπως είναι το κάπνισμα και το αλκοόλ.

Ακόμα και αν είναι δεν εφικτός ο τακτικός προληπτικός έλεγχος λόγω αδυναμίας κατανόησης της δραστηριότητας του τουλάχιστον θα στοχεύουμε σε μια έγκαιρη διάγνωση για κακοήθεια του μαστού η οποία θα εξασφαλίζει από την μια το επιθυμητό αποτέλεσμα της πλήρους ίασης και από την άλλη την διατήρηση της συνολικής μάζας του μαστού (αποφυγή χειρουργικής επέμβασης που ελαχιστοποιεί τον γυναικείο μαστό π.χ μερική μαστεκτομή). (Μαρκόπουλος, 2007, Ραγιά, 2009)

### **3.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ-ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ**

#### **3.3.1 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

Ο χώρος της Ιατρικής Επιστήμης στην σημερινή εποχή διαθέτει σύγχρονες μεθόδους διαγνωστικής προσέγγισης του ασθενή που συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στην έγκαιρη διάγνωση καλοήθους όγκου και κατ' επέκταση στην θεραπευτική αποκατάσταση όταν η νόσος βρίσκεται σε πρώιμα στάδια ανάπτυξης. Με την έγκαιρη διάγνωση οποιασδήποτε καλοήθειας του μαστού όχι μόνο απλοποιείται το κομμάτι της θεραπευτικής αντιμετώπισης αλλά ένα ακόμα σημαντικό στοιχείο είναι ότι διατηρείται η καλή αισθητική εικόνα του μαστού.

Η διάγνωση των καλοηθών παθήσεων του μαστού δεν διαφέρει από αυτήν των κακοηθών μορφών. Συμπεριλαμβάνει μεθόδους αναγνώρισης καρκινικών κυττάρων ή ανάπτυξης όγκου όπως η ψηλάφηση, η μαστογραφία, η μαγνητική τομογραφία στήθους και το υπερηχογράφημα. (Moller, 2000)

Η διαφορετικότητα έγκειται στην προσοχή που δίνει ο ιατρός σε δύο επιπλέον στοιχεία προκειμένου να αντλήσει όσο τον δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για την διάγνωση μιας συγκεκριμένης νοσηρής περίπτωσης ασθενούς. Αυτά τα δυο χαρακτηριστικά στοιχεία είναι οι ορμονικοί υποδοχείς και η παραγωγή του υποδοχέα HER2:

§ Ορμονικοί υποδοχείς: οι ορμόνες είναι ουσίες που εκκρίνονται από τον οργανισμό και συμβάλλουν στην δραστηριότητα των κυττάρων. Εντοπίζονται σε συγκεκριμένα σημεία των κυτταρικών δομών που καλούνται «υποδοχείς». Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω ο θεράπων ιατρός θα πρέπει με μεγάλη προσοχή να διερευνήσει αν και σε τι ποσοστό υπάρχουν ορμονικοί υποδοχείς οιστρογόνων και

προγεστερονών στα κύτταρα του όγκου καθώς αυτές οι δυο κατηγορίες ορμονών συμμετέχουν στην ανάπτυξη του.

§ Παραγωγή υποδοχέα HER2: η HER2 είναι πρωτεΐνη η οποία παράγεται από τα κύτταρα του μαστού και όσο μεγαλύτερη είναι η συγκέντρωση της τόσο περισσότεροι είναι οι υποδοχείς των κυττάρων του όγκου που εντοπίζονται στον μαστό. Από την ποσότητα της λοιπόν στην μαστική περιοχή ο ιατρός μπορεί να διακρίνει αν υπάρχει ανάπτυξη καλοήθους όγκου ή όχι στον άνθρωπο. (Moller, 2000)

§ Ψηλάφηση: ο γυναικολόγος ψηλαφεί προσεκτικά όλη την περιοχή που καταλαμβάνει το στήθος προκειμένου να αντιληφθεί την παρουσία σκλήρυνσης, ογκιδίου ή εξογκώματος. Θέλει ιδιαίτερη προσοχή καθώς τα κύτταρα του όγκου μπορεί να μην έχουν σχηματίσει σαφή όρια της μάζας και να είναι απλά μετατοπισμένα περιμετρικά του συνδετικού ιστού. Την ίδια στιγμή εξετάζει και την κατάσταση των μασχालιαίων λεμφαδένων με σκοπό να εντοπίσει τυχόν διόγκωση. Σπάνια παρατηρείται μια καλοήθους πάθηση να έχει επεκταθεί και σε περιοχές γύρω από τον μαστό όπως είναι η κλείδα. (Austoker, 1997)

§ Μαστογραφία: θεωρείται μια από τις καλύτερες διαγνωστικές εξετάσεις που χρησιμοποιεί ο θεράπων ιατρός για να ανιχνεύσει οποιαδήποτε εσωτερική αλλοίωση ή ύπαρξη μάζας στο εσωτερικό του γυναικείου μαστού. Διαθέτει σχετικά υψηλά επίπεδα απεικονιστικής ικανότητας ωστόσο για την ποιοτική εκτίμηση της ασθενούς χρησιμοποιούνται επιπλέον συμπληρωματικές εξετάσεις καθώς δεν προσφέρει ικανοποιητικές πληροφορίες για το ακριβές μέγεθος ενός όγκου ή κύστης. Παρέχει την δυνατότητα να εντοπίζει κυρίως κακοήθεις παθήσεις όπως το Διηθητικό Λοβιακό Καρκίνωμα. (Hayes, 1999, Buckman, 2000)

- § Υπέρηχος: με αυτή την εξέταση καταγράφονται μέσω των ηχητικών κυμάτων τα τοιχώματα των ιστών που συνιστούν το εσωτερικό του μαστού και ανιχνεύονται κύστες λιγότερο συμπαγής που δεν εμφανίζονται με ευκρίνεια εάν χρησιμοποιηθούν άλλες διαγνωστικές μεθόδους. (Creagan, 2006)
- § Μαγνητική τομογραφία (MRI): θεωρείται μια από τις καλύτερες εξετάσεις ανίχνευσης καλοήθους πάθησης του μαστού λόγω της υψηλής αξιοπιστίας που προσφέρει στα αποτελέσματα. Παραπέμπονται κυρίως γυναίκες με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης όγκου, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση μετάλλαξης των γονιδίων BRCA ή με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού στο άμεσο περιβάλλον τους. Η μαγνητική τομογραφία ενδείκνυται μάλιστα σε καταστάσεις διαχωρισμού ενός ινοαδενώματος από φυλλοειδή όγκο διότι μπορεί να ανιχνεύσει την φύση και το μέγεθος ενός όγκου. (Creagan, 2006)
- § Βιοψία: χρησιμοποιείται κυρίως σε προχωρημένες καταστάσεις καλοηθών παθήσεων που εμφανίζουν εξογκώματα ή ογκίδια τα οποία συνοδεύονται από αποστηματικές κοιλότητες. Κατά την βιοψία πραγματοποιείται αφαίρεση κυττάρων ή ιστού από τον όγκο με σκοπό να εξετασθεί τυχόν καρκινογένεση του σημείου που έχει προσβληθεί. Η λήψη δείγματος γίνεται με ειδική βελόνα που εισάγεται στις κατώτερες στιβάδες της δερματικής επιφάνειας. Η κυτταρολογική εξέταση θα μετονομάσει την υπάρχουσα κατάσταση σε καλοήθεια ή κακοήθεια και θα χαρακτηρίσει την σύσταση του όγκου ως καρκινική ή μη καρκινική. (Austoker, 1997, Κατσώχης, 2000)

### 3.3.2 ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Η διάγνωση των κακοηθών παθήσεων δεν διαφέρει πολύ από την διαγνωστική προσέγγιση των καλοηθών παθήσεων. Συνήθως η ανίχνευση του μαστικού καρκίνου πραγματοποιείται αρχικά με την ψηλάφηση και στην συνέχεια με την εφαρμογή των απεικονιστικών εξετάσεων. Η ψηλάφηση μπορεί να γίνει πρώτα από την ίδια την ασθενή κατά την αυτοεξέταση του μαστού ή από τον θεράπων ιατρό της κατά την επίσκεψη στον χώρο του.

Οι απεικονιστικές εξετάσεις περιλαμβάνουν την μαστογραφία (της οποίας η αξιοπιστία για τα αποτελέσματα που αφορούν κακοήθη καρκινώματα του μαστού είναι υπό αμφισβήτηση), το υπερηχογράφημα, η μαγνητική τομογραφία του στήθους και η βιοψία ( με αυτή την τεχνική αποσαφηνίζεται το είδος του καρκινικού όγκου και η διήθηση του στον μαστικό αδένα).

Συμπληρωματικές τεχνικές εξέτασης αποτελούν η βιοψία του «φρουρού» λεμφαδένα και η ανατομή των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Κατά την πρώτη εξέταση οφείλουμε να αναφέρουμε ότι ο «φρουρός» λεμφαδένας θεωρείται ο πρώτος λεμφαδένας του μαστού που δέχεται την εγκατάσταση των καρκινικών κυττάρων. Κατά την ανάλυση του λοιπόν ο ιατρός μπορεί να εξακριβώσει περαιτέρω στοιχεία όπως τις πιθανότητες εξάπλωσης του όγκου στους γειτονικούς ιστούς και την επιθετικότητα του για μελλοντική υποτροπή. Στην περίπτωση που τα αποτελέσματα της βιοψίας δείξουν αρνητική προσβολή του λεμφαδένα από καρκινικά κύτταρα τότε αποτρέπεται η πιθανότητα χειρουργικής παρεμβατικής αντιμετώπισης.

Αντιθέτως κατά την ανατομή των μασχαλιαίων λεμφαδένων ο χειρουργός λαμβάνει δείγμα από τους μασχαλιαίους λεμφαδένες

προκειμένου να εξεταστεί αν έχει προσβληθεί ο μαστός από καρκινικά κύτταρα. (Austoker, 1997, Μαρκόπουλος, 2008)

**Û ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΜΑΣΤΟΥ:** Η μαγνητική μαστογραφία ή μαγνητική τομογραφία μαστού αποτελεί μια από τις πιο γνωστές απεικονιστικές μεθόδους διάγνωσης καρκίνου του μαστού. Θεωρείται μια από τις σπουδαιότερες διαγνωστικές εξετάσεις διότι χαρακτηρίζεται από υψηλή ευαισθησία (η οποία ανέρχεται σε ποσοστό κοντά στο 99%) στον εντοπισμό καρκινωμάτων και μάλιστα διηθητικών. Αυτό βοηθάει στην ανίχνευση καρκινικού όγκου ιδιαίτερα σε γυναίκες που διαθέτουν πυκνό μαστό. Μέσω της μαστογραφίας μπορεί να εντοπιστεί, εκτός της ύπαρξης όγκου, τοπική υποτροπή της μαστικής περιοχής και ειδικότερα να ανιχνευτεί οποιαδήποτε πολυκεντρική πάθηση του μαστού. (Μαρκόπουλος, 2008)

**Û ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΑΣΤΟΥ:** Είναι συμπληρωματική εξέταση μετά την πράξη της μαστογραφίας. Θεωρείται διαγνωστική τεχνική, ανώδυνη και ταχεία, κατά την οποία εξετάζεται ενδεδειγμένα η σύσταση του μαστού. Παρέχει την δυνατότητα εντοπισμού εσωτερικών αλλοιώσεων και προσβολής των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Με την εφαρμογή του υπερήχου ο ιατρός διαθέτει στην ευχέρεια του απεικονιστικές εικόνες του μαστού σε διαφορετικό χρόνο και επίπεδο όπου με αυτόν τον τρόπο μπορεί να εξετάσει το είδος του όγκου (συμπαγής ή κυστικός), την μορφή του (καλοήθης ή κακοήθης) και το μέγεθος του. Ο λόγος που δεν μπορεί να τεθεί συμπληρωματική εξέταση της μαστογραφίας έγκειται στην αδυναμία του να εντοπίζει τις μικροαποτιτανώσεις ( οι

μικροαποπιτανώσεις είναι η συχνότερη μορφή κακοήθους εξέλιξης μαστικού καρκινώματος). (Μαρκόπουλος, 2008)

**Û ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ:** Για την καλύτερη διαγνωστική προσέγγιση ενός ατόμου που παρουσιάζει καρκίνο του μαστού η μαστογραφία θεωρείται μέθοδος εκλογής για τον θεράπων ιατρό. Παρέχει την δυνατότητα εντοπισμού του καρκινώματος σε πρώιμο στάδιο γεγονός που συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση του όγκου και στην αποτελεσματικότερη θεραπευτική αποκατάσταση. Καθοριστικό στοιχείο αυτής της μεθόδου είναι η υψηλή της ευαισθησία στην διάγνωση η οποία ξεπερνά το 95%. Ένα ποσοστό που κυμαίνεται γύρω στο 7% παρουσιάζει τις περιπτώσεις των ψευδών αποτελεσμάτων της λόγω της μη σωστής τήρησης των προϋποθέσεων της. Ο ιατρός ενημερώνει την ασθενή ότι θα πρέπει να προβεί στην εξέταση της μαστογραφίας στο διάστημα της μιας εβδομάδας από το τέλος της έμμηνου ρύσης ενώ δεν είναι εφικτή η ακρίβεια της εξέτασης αν πραγματοποιηθεί λίγες μέρες πριν την έναρξη της έμμηνου ρύσης διότι οι ορμόνες του σώματος και του μαστού βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα και προκαλούν στην ασθενή ευαισθησία της μαστικής περιοχής και αύξηση του μεγέθους του στήθους, διαστρεβλώνοντας την εκτίμηση του ιατρού. (Μαρκόπουλος, 2008, Φύσσας, 2006)

**Û ΨΗΛΑΦΗΣΗ:** Αποτελεί την πρώτη μέθοδο κατά την οποία διαγιγνώσκεται ο εντοπισμός του όγκου είτε από την ασθενή είτε από τον ίδιο τον ιατρό. Ο γυναικολόγος ψηλαφώντας ενδελεχώς τον μαστό μέχρι την περιοχή της μασχάλης είναι σε θέση να αντληφθεί την ύπαρξη όγκου ή εξογκώματος και να κατανοήσει ως ένα βαθμό ορισμένα χαρακτηριστικά του. Για παράδειγμα αν το καρκίνωμα



παρουσιάζει σκληρότητα και αν έχει διεισδύσει στους μασχαλιαίους λεμφαδένες λόγω διάχυτου οιδήματος. Σε κάθε περίπτωση η λήψη αυτών των στοιχείων δεν αρκεί και απαιτείται η απεικονιστική εμφάνιση του μαστού. (Μαρκόπουλος, 2008)

**Û ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΟΣΤΩΝ:** Μέσω αυτής της μεθόδου παρέχεται η δυνατότητα αναλυτικού ελέγχου της δομής των οστών σε περιπτώσεις που τα ευρήματα αποδεικνύουν πιθανή μετάσταση του όγκου σε γειτονικές περιοχές του μαστού. Το σπινθηρογράφημα αποτελείται από δυο φάσεις. Το πρώτο βήμα είναι η χορήγηση μιας ειδικής ραδιενεργής ουσίας στο σώμα του ασθενή η οποία θα εξαπλωθεί σε ολόκληρο το σώμα μέχρι και στο σκελετικό σύστημα. Το δεύτερο βήμα είναι η σάρωση του σώματος από το μηχάνημα και η εμφάνιση των απεικονιστικών δομών των οστών. Έτσι λοιπόν μπορούν να εντοπιστούν τα καρκινικά κύτταρα και ο βαθμός διήθησης τους στις υπόλοιπες περιοχές του σώματος πέραν του μαστού. (Μαρκόπουλος, 2008, Dewit, 2009)

**Û ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΕΚΠΟΜΠΗΣ ΠΟΖΙΤΡΟΝΙΩΝ:** Με την χορήγηση ραδιενεργής ουσίας που περιέχει ποζιτρόνια παρέχεται η δυνατότητα εξέτασης των καρκινικών κυττάρων και εξάπλωσης τους στο ανθρώπινο σώμα καθώς αυτά απορροφούν την ουσία στο εσωτερικό τους. Πραγματοποιείται σε σπάνιες περιπτώσεις που ο ιατρός θέλει μια πιο εξειδικευμένη εικόνα της ικανότητας διήθησης των κυττάρων και πάντα προς επιβεβαίωση της μετάστασης από τον μαστό στις γύρω περιοχές. (Μαρκόπουλος, 2008, Φύσσας, 2006)

**Û ΒΙΟΨΙΑ:** Θεωρείται η μοναδική μέθοδος διάγνωσης που δίνει με ακρίβεια την σύσταση των κυτταρικών καρκινικών

δομών και αποδεικνύεται η καλοήθης ή κακοήθης φύση του όγκου. Με την βιοψία αφαιρείται ένα δείγμα από το σημείο που έχει προσβληθεί και στέλνεται για εξέταση προκειμένου να αναλυθεί περαιτέρω η επιθετικότητα της καρκινογένεσης. Αποτελεί μέθοδο εκλογής για τον ορισμό ενός καρκινώματος ως διηθητικό ή μη διηθητικό. Όταν ο μαστός είναι πυκνός και ο εντοπισμός του όγκου δυσκολεύει τους χειρισμούς του ιατρού για την λήψη δείγματος τότε εφαρμόζεται η στερεοτακτική βιοψία, δηλαδή η αφαίρεση ενός σημείου προς βιοψία με την ταυτόχρονη εφαρμογή υπερήχου. (Μαρκόπουλος, 2008, Μανδρέκας, 2009)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

#### 4.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

##### 4.1.1 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Η γενική συμπτωματολογία των καλοηθών παθήσεων εμφανίζει τα παρακάτω κλινικά στοιχεία:

- Ø Ψηλαφητά ογκίδια ή εξογκώματα
- Ø Εκκρίσεις υγρού από τον προσβληθεί μαστό
- Ø Μασταλγία ή Μαστοδυνία
- Ø Δερματικές αλλοιώσεις

Πιο αναλυτικά:

Ψηλαφητά ογκίδια:

Αποτελεί ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα καλοήθους πάθησης του μαστού το οποίο ενεργοποιεί πολλές φορές αγχώδη διάθεση στην ασθενή που το αντιλαμβάνεται λόγω συσχετισμού με κάποια σοβαρή καρκινική κατάσταση. Ο όγκος που ψηλαφείτε συνήθως μπορεί να είναι ινοαδένωμα ή κάποια συμπαγής κύστη που δίνει την εικόνα εξογκώματος. Βέβαια το ενδεχόμενο προκαρκινωματώδης αρχής πάντα υπάρχει για αυτό το λόγο πέρα της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης του ιατρού ο ίδιος στοχεύει να κινητοποιήσει την ασθενή να ακολουθήσει και στο μετέπειτα τακτικό προληπτικό έλεγχο διότι υπάρχουν καλοήθεις παθήσεις του μαστού, όπως είναι ο φυλλοειδής

όγκος, που διαθέτουν υψηλό ποσοστό μεταλλαγής σε κακοήθη όγκο.  
(Μαρκόπουλος, 2007)

#### Έκκριση από την θηλή:

Σημαντικό σημείο για την εγκατάσταση καλοήθειας στον γυναικείο μαστό αποτελεί η έκκριση υγρού από την θηλή. Το χρώμα του υγρού ποικίλει ανάλογα με την μορφή εκδήλωσης της καλοήθειας και την επέκταση της βλάβης. Μπορεί να είναι κιτρινωπό λόγω παρουσίας κύστης ή αιματηρό λόγω φυλλοειδούς όγκου. Ορισμένες φορές σε γυναίκες που έχουν πραγματοποιήσει πρόσφατη κύηση συγχέεται με την περίπτωση γαλακτόρροιας και σπάνια με κάποια ενδοκρινολογική δυσλειτουργία. Η έκκριση της θηλής είναι συνήθως αυτόματη και επαναληπτική από τον ένα μαστό και από έναν πόρο. Ανησυχητική εικόνα θεωρείται η ορώδης ή οροαιματηρή έκκριση. Η διάγνωση θα ξεκινήσει αρχικά με την κλινική εξέταση και θα ακολουθήσει με το υπερηχογράφημα και την μαστογραφία. Αναλόγως τα αποτελέσματα που θα προκύψουν μπορεί να χρειασθεί μαγνητική τομογραφία ή βιοψία. Καλοήθεις παθήσεις που συνοδεύονται συχνά από έκκριση της θηλής θεωρούνται το ενδοπορικό θήλωμα και οι ινοκυστικές αλλοιώσεις.  
(Μαρκόπουλος, 2007)

#### Μασταλγία ή μαστοδυνία:

Χαρακτηριστικό σύμπτωμα των περισσότερων παθήσεων του μαστού που εμφανίζονται με την μορφή καλοήθειας θεωρείται ο πόνος που τον μαστίζει και αποτελεί τη συχνότερη ένδειξη για να ζητήσει μια γυναίκα την συμβουλή ενός ιατρού. Ως κύριο σύμπτωμα δεν έχει εξακριβωθεί αν

είναι μια από τις βασικές προϋποθέσεις που υποσκάπτουν καρκινική κατάσταση. Ο έντονος πόνος στον μαστό μπορεί να εκδηλώνεται και λόγω παρουσίας κάποιας καλοήθειας αλλά και ως επακόλουθο μετά από ορμονική θεραπεία της ασθενούς. Οι ινοκυστικές αλλοιώσεις χαρακτηρίζονται από συνεχιζόμενο πόνο στον μαστό που καθυστερεί να υποχωρήσει κατά την διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής. Η εντόπιση του πόνου είναι ιδιαίτερη καθώς δεν είναι ισχυρός και επαναληπτικός αλλά περισσότερο κυκλικός, δηλαδή δεν εντοπίζεται μόνο στην συγκεκριμένη περιοχή που έχει προσβληθεί ο μαστός αλλά περιμετρικά της περιοχής. Παρομοιάζεται πολλές φορές σαν ένα αίσθημα βάρους. Οι πιο συχνές καλοήθειες που παρουσιάζουν το σύμπτωμα της μασταλγίας θεωρούνται οι κύστες, ο φυλλοειδής όγκος και η ινοκυστική μαστοπάθεια. (Austoker, 1997)

#### Δερματικές αλλοιώσεις :

Οι δερματικές αλλοιώσεις δεν κάνουν την εμφάνιση τους τόσο συχνά στην συμπτωματολογία των καλοηθών παθήσεων διότι ο μαστός επηρεάζεται περισσότερο από την εσωτερική του σύσταση παρά δερματικά. Το ερύθημα θεωρείται μια από τις πιο γνωστές δερματικές αλλοιώσεις που συνοδεύουν κάποια μόλυνση της περιοχής του μαστού ή την ανάπτυξη αποστήματος. Δερματικές αλλοιώσεις όπως αποβολή της εξωτερικής στοιβάδας του δέρματος ή παραμόρφωση λόγω εισολκή της θηλής ενδείκνυνται για εγκατάσταση καρκινικής δημιουργίας και απαιτείται ενδελεχής έλεγχος από την πλευρά του θεράπων ιατρού. (Moller, 2000)

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να εμφανιστεί με δυο μορφές, είτε ως καλοήθεια είτε ως κακοήθεια. Τα χαρακτηριστικά κάθε πάθησης που συνιστά κάθε μια κατηγορία είναι διαφορετικά ως προς την βαρύτητα και

την ποιότητα του πόνου και καλούνται ως ειδικά συμπτώματα αλλά ο καρκίνος ως σύνολο επιμέρους παθήσεων χαρακτηρίζεται από ορισμένα γενικά συμπτώματα, που απαντώνται σε οποιαδήποτε καλοήθης νόσο του μαστού. ενώ κάθε διακριτή του μορφή συσχετίζεται με ορισμένα ειδικά συμπτώματα. Τα ειδικά συμπτώματα που διέπουν την εκάστοτε μορφή του καρκίνου στον γυναικείο μαστό ακολουθούν στην συνέχεια:

- § Παρουσία όγκου
- § Δημιουργία εξογκώματος
- § Σκλήρυνση της μαστικής περιοχής
- § Έκκριση αιματηρού υγρού από τη θηλή
- § Εισολκή θηλής
- § Διόγκωση μασχαλιαίων λεμφαδένων
- § Διάχυτη ερυθρότητα
- § Ανυπόφορη μασταλγία
- § Ευαισθησία μαστού (Creagan, 2006)

#### **4.1.2 ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

Η συμπτωματολογία των κακοηθών μορφών μαστικού καρκινώματος συσχετίζεται άμεσα με το είδος του όγκου και την εξέλιξη του στο μαστό της ασθενούς. Κάθε τύπος καρκινικού όγκου περιλαμβάνει μια σειρά από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στοιχεία που το κατηγοριοποιούν στην τάξη που βρίσκεται.

Παρακάτω παραθέτονται τα συνολικά κλινικά σημεία όλων των μορφών κακοήθειας του καρκίνου του μαστού:

- § Μασταλγία ή Μαστοδυνία

- § Οίδημα
  - § Ψηλάφηση όγκου ή εξογκώματος
  - § Παραμόρφωση μαστού
  - § Δερματικές αλλοιώσεις
  - § Εισολκή θηλής
  - § Έκκριση υγρού από την θηλή
  - § Αίσθημα πόνου περιμετρικά της θηλής
  - § Κνησμός
  - § Σκληρότητα μαστού
  - § Ευαισθησία
  - § Καύσος (αίσθημα έντονης θερμότητας)
  - § Εξανθήματα
  - § Μελάνωση
  - § Οίδημα των μασχαλιαίων λεμφαδένων
  - § Αύξηση του συνολικού μεγέθους του προσβεβλημένου μαστού
- (Buckman, 2000, Creagan, 2006)

#### 4.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ (TNM)

Η σταδιοποίηση της νόσου είναι σημαντική τόσο για την πρόγνωση όσο και για τη θεραπεία. Η ταξινόμηση γίνεται κατά TNM (T= μέγεθος πρωτοπαθούς όγκου, N= προσβολή μασχαλιαίων λεμφαδένων, M= παρουσία ή όχι μεταστάσεων).

Διακρίνονται λοιπόν:

- Ø Στάδιο 0: εντοπίζεται στο σημείο προέλευσής του και δεν έχει αρχίσει να διηθεί τους γύρω ιστούς ή να διασπείρεται

- Ø Στάδιο I: ο όγκος είναι μεγέθους 2cm ή μικρότερος και δεν υπάρχει ένδειξη διασποράς
- Ø Στάδιο IIA: ο όγκος είναι 2-5cm χωρίς διασπορά στους λεμφαδένες, Στάδιο IIB: όγκος 2-5cm με θετικούς λεμφαδένες ή όγκος >5cm χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις
- Ø Στάδιο IIIA: όγκος >5cm και διακρίνεται προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων που συμφύονται μεταξύ τους ή με άλλους ιστούς, Στάδιο IIIB: προσβεβλημένοι θωρακικοί λεμφαδένες και όγκος που επεκτείνεται στο θωρακικό τοίχωμα ή προσβάλλει και εξελκώνει το δέρμα.
- Ø Στάδιο IV: διασπορά στους λεμφαδένες, αλλά και απομακρυσμένες μεταστάσεις ή προσβολή του δέρματος και του θωρακικού τοιχώματος πέρα από την περιοχή του μαστού. (Buckman, 2000)

Ωστόσο ο διηθητικός καρκίνος του μαστού που εντοπίζεται στις κακοήθειες παθήσεις του μαστού κατατάσσεται σε 4 στάδια με βάση το μέγεθός του και την επέκτασή του σε άλλα σημεία και όργανα του σώματος:

- Ø Στάδιο I: Ο καρκίνος περιορίζεται στον μαστό και το μέγεθός του δεν ξεπερνά τα 2 εκατοστά. Η πρόγνωση είναι εξαιρετική.
- Ø Στάδιο II: Ο καρκίνος είτε περιορίζεται στον μαστό και το μέγεθός του είναι από 2 έως 5εκ., είτε διηθεί και τους λεμφαδένες της σύστοιχης μασχάλης. Οι λεμφαδένες στο στάδιο αυτό είναι ψηλαφητοί και ευκίνητοι. Η πρόγνωση είναι καλή.



- Ø Στάδιο III: Ο καρκίνος στο μαστό μπορεί να έχει οποιοδήποτε μέγεθος και να διηθεί τους σύστοιχους λεμφαδένες της μασχάλης δημιουργώντας ένα σκληρό μη κινητό σύμπλεγμα που συμφύεται με τους γύρω ιστούς. Ακόμη μπορεί να διηθεί το δέρμα, το θωρακικό τοίχωμα ή τους λεμφαδένες της έσω μαστικής αρτηρίας. Η πρόγνωση είναι μέτρια.
- Ø Στάδιο IV: Ο καρκίνος του μαστού έχει δώσει απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η πρόγνωση είναι κακή. (Creagan, 2006)

#### Ιστολογικοί προγνωστικοί παράγοντες καρκίνου του μαστού:

Μοριακοί δείκτες που ανιχνεύονται στον καρκίνο, όπως οι:

- ü Οιστρογονικοί και προγεστερονικοί υποδοχείς ER, PR
- ü Ο αυξητικός επιδερμικός παράγοντας HER2
- ü Ο αυξητικός αγγειογενετικός παράγοντας EGFR
- ü Ο δείκτης κυτταρικού πολλαπλασιασμού ki67
- ü Ο κατασταλτικός του καρκίνου δείκτης p53

Οι παραπάνω δείκτες έχουν άμεση σχέση με τη συμπεριφορά του καρκίνου, την πιθανότητα μεταστατικής εξάπλωσης ή επανεμφάνισής του και τη συνολική επιβίωση. Επιπλέον, καθορίζουν τη θεραπευτική στρατηγική που θα ακολουθηθεί, καθώς ανάλογα με το μοριακό προφίλ που εμφανίζει ο καρκίνος του μαστού, είναι διαφορετική η φαρμακευτική θεραπεία που θα εφαρμοστεί. (Creagan, 2006)

### 4.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Οι ασθενείς με νόσο στο μαστό και καμία ένδειξη για απομακρυσμένη νόσο μετά τη μικροσκοπική εξέταση των λεμφαδένων έχουν πολύ καλύτερη πρόγνωση. Η κατάσταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων είναι το μοναδικό και καλύτερο προγνωστικό σημείο που έχει μελετηθεί σήμερα και συσχετίζεται με την επιβίωση σε όλα τα μεγέθη των όγκων. Επιπρόσθετα, ο αριθμός των μασχαλιαίων λεμφαδένων που είναι διηθημένοι συσχετίζεται άμεσα με χαμηλότερα επίπεδα επιβίωσης. Οι οιστογονικοί και προγεστερονικοί υποδοχείς εμφανίζονται σαν σημαντικό προγνωστικό σημείο, διότι ασθενείς με όγκους με αρνητικούς υποδοχείς και καμία ένδειξη μεταστάσεως στους μασχαλιαίους λεμφαδένες έχουν αρκετά υψηλότερο ποσοστό υποτροπών από ότι ασθενείς με όγκους με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς χωρίς μεταστάσεις στους περιοχικούς λεμφαδένες. Η ιστολογική υποκατηγορία του καρκίνου μαστού (π.χ., μυελλοειδής, λοβιακός, κολλοειδής) εμφανίζεται να έχει μικρή ή ακόμη και καθόλου σημασία στην πρόγνωση από την ώρα που αυτοί οι όγκοι είναι στην πραγματικότητα διηθητικοί καρκίνοι. Η κυτταρομετρία ροής των καρκινικών κυττάρων στην ανάλυση του δείκτη DNA και της φάσης-S βοηθούν στην πρόγνωση. Οι όγκοι με εκσεσημασμένη ανευπλοϊδία έχουν φτωχή πρόγνωση. Το ογκογονίδιο HER-2/neu, οι υποδοχείς του επιδερμικού αναπτυξιακού παράγοντα και η καθεψίνη-D μπορεί να έχουν κάποια προγνωστική αξία αλλά κανένας δείκτης δεν είναι τόσο σημαντικός όπως οι μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες για να προδικάσει κανείς την εξέλιξη της νόσου.

Όταν ο καρκίνος είναι εντοπισμένος στο μαστό, χωρίς καμία ένδειξη επέκτασης στους περιοχικούς λεμφαδένες μετά από παθολογοανατομική εξέταση, το ποσοστό θεραπείας με τις πιο αποδεκτές μεθόδους

θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι 75-90%. Εξαιρέσεις σ' αυτή τη γενίκευση μπορεί να σχετίζονται με το επίπεδο των ορμονικών υποδοχέων του όγκου, με το μέγεθος του όγκου, με την αντίσταση του ξενιστού ή με συνοδές ασθένειες. Οι ασθενείς με όγκους που είναι μικρού μεγέθους και ανακαλύπτονται μαστογραφικά και έχουν θετικούς οιστρογονικούς και προγεστερονικούς υποδοχείς και καμία ένδειξη μασχαλιαίας επέκτασης πιθανότητα έχουν 5ετή επιβίωση μεγαλύτερη από 90%. Όταν οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες είναι διηθημένοι από τον όγκο, τα ποσοστά επιβίωσης πέφτουν στο 40-50% στα 5 χρόνια και περίπου στο 25% στα 10 χρόνια. Γενικά, ο καρκίνος μαστού εμφανίζεται να είναι πιο επιθετική κακοήθεια στις νεότερες γυναίκες, και αυτό μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός ότι λιγότερες νέες γυναίκες έχουν όγκους με θετικούς οιστρογονικούς υποδοχείς. (Μαρκόπουλος, 2008, Μαρκόπουλος, 2007)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

#### 5.1 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία θεωρείται η κυριότερη θεραπευτική μέθοδος ενάντια στον καρκίνο του μαστού. Προλαμβάνει σε σημαντικό βαθμό την διασπορά των καρκινικών κυττάρων στον υπόλοιπο μαστικό αδένα χάρη στην χορήγηση χημικοθεραπευτικών φαρμάκων. Αυτή η κατηγορία φαρμάκων παρέχει την δυνατότητα να εισβάλλει στην εξέλιξη του καρκινώματος ανεξαρτήτως σταδίου ανάπτυξης του. Υπολογίζεται ότι φέρει πλήρη αποτελεσματικότητα, σε ποσοστό που αγγίζει το 50% των ασθενών με όγκους που θεραπεύονται σε αρχικά στάδια εμφάνισης τους.

Ως χημειοθεραπεία καλείται η εφαρμογή αντινεοπλασματικών τεχνικών για την προαγωγή της καταστροφής ή απόπτωσης των νεοπλασματικών κυττάρων, μέσω παρεμπόδιση της λειτουργίας τους και της αναπαραγωγής τους. Χρησιμοποιείται ευρέως σε καταστάσεις κακοηθών παθήσεων του μαστού με αυξημένο κίνδυνο μετάστασης και σε σοβαρές μορφές καρκινωμάτων όπου δεν μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική επέμβαση. Σκοπός της χημειοθεραπείας είναι:

- ▼ Να ελαχιστοποιήσει το μέγεθος του καρκινώματος πριν την πράξη της χειρουργικής επέμβασης.

- ▼ Να καταστρέψει ολοκληρωτικά τα καρκινικά κύτταρα που έχουν παραμείνει στον μαστό μετά τη χειρουργική απομάκρυνση του όγκου.

Με την χρήση της χημειοθεραπείας δεν πραγματοποιείται καταστροφή των καρκινικών κυττάρων στο 100% διότι η διάλυση είναι κλασματική

και όχι ποσοτική. Για αυτό τον λόγο θα πρέπει η ασθενής να έχει πιο ρεαλιστικές ιδέες με την εφαρμογή της χημειοθεραπείας καθώς η πλήρη καταστροφή των κακοηθών καρκινωμάτων θεωρείται αδύνατη κατάσταση. (Μαρκόπουλος, 2007)

Το χημειοθεραπευτικό πλάνο που σταματά την κυτταρική δραστηριότητα σε κάποιες φάσεις του κύκλου χορηγούνται σε τέτοιους συνδυασμούς, ώστε να θανατώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό των καρκινικών κυττάρων αποφεύγοντας την πρόκληση σημαντικών τοξικών φαινομένων στην ασθενή. Τα κύτταρα που πολλαπλασιάζονται με ραγδαίο ρυθμό θεωρούνται ως ευαίσθητα στα χημειοθεραπευτικά μέσα ενώ τα λιγότερο ευαίσθητα που καλούνται ως δυνητικά επικίνδυνα, είναι τα κύτταρα που δεν έχουν την δυνατότητα να διαιρεθούν, που μπορούν όμως στην πορεία να την αποκτήσουν. Για αυτό το λόγο αυτού του είδους τα κύτταρα οφείλουν να καταστραφούν. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού πραγματοποιούνται κατ' επανάληψη χημειοθεραπευτικά σχήματα προκειμένου να καταστρέφονται τα καρκινώματα όταν εισέρχονται σε φάση ενεργού αύξησης. (Φύσσας, 2006)

Η μέγιστη αποτελεσματικότητα της θεραπείας επαφίεται με τις φάσεις κύκλου αναπαραγωγής του κυττάρου, την οποία καθοδηγούν τόσο τα υγιή όσο και τα κακοήθη κύτταρα. Οι σημαντικότερες προϋποθέσεις για την χρήση της χημειοθεραπείας καταγράφονται στην συνέχεια: (Μαρκόπουλος, 2007)

- § Όγκος μικρότερος των 4 cm
- § Ανίχνευση του όγκου στο έσω ημιμόριο του μαστού
- § Να αποτελείται σε μεγάλο μέρος από ιστό
- § Μορφή κακοήθειας
- § Σταδιοποίηση του μαστικού καρκίνου
- § Συνεχιζόμενες τιμές CEA για 2 εβδομάδες μετά από την επέμβαση.

Τέλος αναφέρουμε ότι η χορήγηση της χημειοθεραπείας πραγματοποιείται 2-3 εβδομάδες μετά από την χειρουργική επέμβαση με κυκλικό τρόπο, ενώ ο χρόνος εφαρμογής κυμαίνεται για 1-2 χρόνια ανάλογα με το θεραπευτικό σχήμα :

§ L-PAM (L-phenylalalnine mustard)

§ CMF συνδυασμός 3 φαρμάκων (κυκλοφωσφαμίδη, μεθοτρεξάτη και 5-φλουοροουρακίλης.

§ Άλλοι συνδυασμοί CMF-VP

## **5.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΑΦΟΡΑ ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΟΓΚΟΥΣ)**

### ΟΓΚΕΚΤΟΜΗ

Η ογκεκτομή αποτελεί μια μέθοδος εκλογής για την απομάκρυνση του καρκινικού όγκου από τον μαστό του ασθενή. Κατά την εφαρμογή αυτής της τεχνικής αφαιρείται ο κακοήθης όγκος και παράλληλα λαμβάνουν δείγμα των ιστών που περιβάλλουν την γύρω περιοχή για να σταλεί προς ανάλυση. Τα αποτελέσματα της εξέτασης αυτού του δείγματος θα δείξουν αν έχει επηρεαστεί περιμετρικά το σημείο που φιλοξενούσε τον όγκο ώστε να εξακριβωθεί αν υπάρχει το ενδεχόμενο υποτροπής ή μετάστασης λόγω καρκινικών υπολειμμάτων. Αυτή η διαδικασία καλείται και προφυλακτική επέμβαση ή συντηρητική επέμβαση, διότι αφαιρείται μόνο ένα μέρος του μαστικού αδένα και ταυτόχρονα διαγιγνώσκεται τυχόν διασπορά των καρκινικών κυττάρων. Βασικός στόχος της μεθόδου είναι να απομακρυνθεί ο κακοήθης όγκος αλλά παράλληλα να μην αφαιρεθεί ολόκληρη η περιοχή που καταλαμβάνει τον μαστό. Σήμερα πιστεύεται ότι όταν το καρκίνωμα ανιχνεύεται σε αρχικά

στάδια η ογκεκτομή (αν και αποτελεί μια λιγότερο επεμβατική μέθοδο) μπορεί να παρουσιαστεί ως το ίδιο αποτελεσματική με τη μαστεκτομή. Η ογκεκτομή ενδείκνυται όταν τα αποτελέσματα της βιοψίας αποδεικνύουν ότι ο όγκος είναι μικρός σε μέγεθος και βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο. Σε τέτοιες καταστάσεις ο θεράπων ιατρός επιλέγει αυτήν την μέθοδο συνδυαστικά με ακτινοθεραπεία στοχεύοντας στην ελαχιστοποίηση των πιθανοτήτων να ξανά αναπτυχθεί καρκινογένεση. (Φύσσας, 2006)

Στην συνέχεια οφείλουμε να αναφέρουμε περιπτώσεις κατά τις οποίες ο ασθενής αντενδείκνυται να προβεί σε ογκεκτομή για την αντιμετώπιση του μαστικού καρκίνου:

§ Διαθέτει ιστορικό από παθήσεις σκληροδερμίας, συστηματικού ερυθματώδη λύκου και χρόνιας φλεγμονώδης πάθησης.

§ Ανιχνεύονται παραπάνω από δυο καρκινικοί όγκοι οι οποίοι μάλιστα εντοπίζονται σε διαφορετικά τεταρτημόρια του μαστού.

§ Η κακοήθεια έχει εγκατασταθεί σε κοντινό σημείο από την θηλή.

§ Παρουσιάζεται εισολκή της θηλής.

## ΜΕΡΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η μερική μαστεκτομή, αποτελεί μέθοδο θεραπευτικής αντιμετώπισης του κακοήθους όγκου και η διαδικασία της παρομοιάζεται με αυτή της ογκεκτομής. Η διαφορά συνίσταται στο ότι κατά την μερική μαστεκτομή αφαιρείται μεγαλύτερο μέρος του μαστού από ότι στην ογκεκτομή. Πιο συγκεκριμένα ο χειρουργός απομακρύνει από τον μαστό τα καρκινικά κύτταρα, στην συνέχεια μια μικρή περιοχή του φυσιολογικού ιστού που περιβάλλει την καρκινική περιοχή και στο τέλος αφαιρεί ένα μέρος των

λεμφαδένων ιδίως αυτών που επαφίενται με την μασχάλη. Σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχει το ενδεχόμενο να απομακρυνθεί ένα αρκετά μεγάλο τμήμα του μαστού, με αποτέλεσμα να οδηγήσει σε ουσιαστική σμίκρυνση του μαστού.

Μόλις τελειώσει η θεραπεία της μερικής μαστεκτομής η ασθενής υποχρεούται να ακολουθήσει για διάστημα από 6 έως 8 εβδομάδες συστηματική ακτινοθεραπεία η οποία λειτουργεί συμπληρωματικά της επέμβασης, με σκοπό να εξαφανιστούν πλήρως κύτταρα που προδιαθέτουν εκ νέου ανάπτυξη καρκινώματος. Η μερική μαστεκτομή χαρακτηρίζεται από επιτυχία σε ασθενείς που έχουν παρουσιάσει μόνο μια φορά καρκινογένεση, με διάμετρο όγκου μικρότερη των 5 εκ. και δεν εμφανίζουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού. (Φύσσας, 2006)

### **5.2.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ**

Προεγχειρητική χημειοθεραπεία και διατήρηση του μαστού: Η προεγχειρητική χημειοθεραπεία (ΧΜΘ) αποτελεί την κλασική αντιμετώπιση του τοπικά προχωρημένου καρκίνου του μαστού, με ποσοστά ανταπόκρισης περίπου 80%. Έτσι ο όγκος μπορεί να καταστεί χειρουργήσιμος και επίσης εκτιμάται *in vivo* η ευαισθησία του στην ΧΜΘ.

Με τη συμπλήρωση αρκετών τυχαιοποιημένων προοπτικών μελετών, αποδεικνύονται α) η ογκολογική ασφάλεια της προεγχειρητικής ΧΜΘ τόσο σε καρκίνο πρώιμου σταδίου, όσο και σε τοπικά προχωρημένο, β) η υποσταδιοποίηση του όγκου μπορεί να τον καταστήσει κατάλληλο για BCS, χωρίς αύξηση των ποσοστών τοπικής υποτροπής. Η χειρουργική παράμετρος αντιμετώπισης των ασθενών αυτών είναι



σημαντική, διότι τα ποσοστά τοπικής υποτροπής είναι υψηλότερα όταν η ακτινοθεραπεία είναι η μόνη τοπική αγωγή που εφαρμόζεται μετά από την προεγχειρητική ΧΜΘ.

Η προεγχειρητική χημειοθεραπεία είναι λογική και ασφαλής θεραπευτική προσέγγιση για καρκίνο μαστού οποιουδήποτε σταδίου εφόσον είμαστε βέβαιοι ότι πρέπει μετεγχειρητικώς να χορηγηθεί ΧΜΘ. Ο κίνδυνος υπερθεραπείας μειώνεται όταν τεκμηριωθεί ότι ο όγκος είναι διηθητικός, αφού η ΧΜΘ δεν ενδείκνυται για μεγάλου μεγέθους ή ψηλαφητό DCIS. Η προεγχειρητική ΧΜΘ δεν καθιστά ασθενείς με πολλούς όγκους ή διάχυτες αποτιτανώσεις κατάλληλες για διατήρηση του μαστού ανεξάρτητα από τον βαθμό συρρίκνωσης του όγκου. (Moller, 2000, Greagan, 2006)

### **5.2.2 ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ**

**Διεγχειρητική ακτινοθεραπεία:** Η διεγχειρητική ακτινοθεραπεία (IORT), χρησιμοποιώντας το Σύστημα Εσωτερικής Ακτινοθεραπείας (Intrabeam Radiotherapy System), χορηγείται εσωτερικά στον ασθενή αμέσως μόλις αφαιρεθεί ο όγκος, καταστρέφοντας τα εναπομείναντα καρκινικά κύτταρα και απαλλάσσουντάς τον από την ανάγκη μετεγχειρητικών επισκέψεων στο νοσοκομείο για ακτινοβολίες. Η συμβατική ακτινοθεραπεία, ή εξωτερική ακτινοθεραπεία, συνήθως απαιτεί πολλές δόσεις επί χρονική περίοδο 3 εβδομάδων -αν και σε μερικούς ανθρώπους απαιτείται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα- και εκτελείται εβδομάδες ή μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση. (Moller, 2000, Greagan, 2006)

### 5.2.3 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Τοπική υποτροπή μετά από διατήρηση του μαστού: Η γνήσια τοπική υποτροπή στο μαστό μετά από BCS και ακτινοθεραπεία χαρακτηρίζεται από την εντόπισή της κοντά στην κοίτη της προηγηθείσης εκτομής και από ιστολογικά ευρήματα όμοια με εκείνα του αρχικού όγκου, ενώ νέοι πρωτοπαθείς όγκοι είναι πιθανότερο να εμφανίζονται σε πιο απομακρυσμένες θέσεις, να έχουν διαφορετική μικροσκοπική εικόνα και να αναπτύσσονται μετά από παρέλευση μεγαλύτερου χρονικού διαστήματος.

Η τρέχουσα ενδεδειγμένη αντιμετώπιση της υποτροπής στο μαστό είναι η μαστεκτομή. Οι λόγοι που δικαιολογούν αυτή την πρακτική σχετίζονται με την βιολογική συμπεριφορά ενός μαστού που εκδηλώνει καρκινογενές δυναμικό και την αβεβαιότητα της τοπικής αντιμετώπισης του με ελάχιστη τοξικότητα, αφού ήδη έχει υποστεί ακτινοβολία. Μπορεί όμως να υποστηριχτεί δικαιολογημένα ότι η επανάληψη της προσπάθειας διατήρησης του μαστού μπορεί να μη θέτει απαραίτητα σε κίνδυνο τη συνολική επιβίωση. Η τοπική υποτροπή εκλαμβάνεται συνήθως ως δείκτης της υποκείμενης βιολογίας του όγκου και όχι ως πηγή μεταστατικής νόσου. Οι πρόοδοι στην απεικόνιση του μαστού, που επιτρέπουν πιο έγκαιρη ανίχνευση της υποτροπής, οι αποτελεσματικότερες συστηματικές θεραπείες και οι νεωτεριστικές μέθοδοι χορήγησης ακτινοθεραπείας μπορεί να επιτρέψουν τη διατήρηση του μαστού και αρκετοί ερευνητές έχουν ανακοινώσει την εμπειρία τους με επεμβάσεις διατήρησης του μαστού μετά από τοπική υποτροπή του καρκίνου. (Moller, 2000, Greagan, 2006)

## 5.2.4 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Ø Πόνος εξαιτίας της τομής.

1. Εκτελείται μία εγκάρσια τομή κατά μήκος του θωρακικού τοιχώματος, για να αφαιρεθούν ο ιστός του μαστού και η υποκείμενη περιτονία πάνω από τους μυς του στήθους.
2. Το ραμμένο δέρμα πάνω από την περιοχή του μαστού ίσως δίνει την αίσθηση του σφιχτού κατά μήκος της τομής. Η κίνηση του χεριού ασκεί έλξη στην τομή και δεν είναι βολική για την ασθενή.
3. Η επούλωση της τομής ίσως καθυστερήσει λόγω της θεραπείας με ακτινοβολία, πράγμα που παρατείνει τον πόνο στην περιοχή της τομής.

Ø Πόνος στο οπίσθιο τμήμα του αυχένα και της ωμικής ζώνης.

1. Πόνος και μυϊκός σπασμός ίσως εμφανιστεί στην περιοχή του αυχένα και του ώμου ως αποτέλεσμα προστατευτικής μυϊκής σύσπασης.
2. Ο ανελκτήρ της ωμοπλάτης, ο μείζων και ο ελάσσων στρογγυλός και ο υπακάνθιος μυς είναι συχνά ευαίσθητοι στην ψηλάφηση και ίσως περιορίσουν την ενεργητική κίνηση του ώμου. Η μειωμένη χρήση του σύστοιχου άνω άκρου μετά το χειρουργείο θέτει το θεμέλιο για να εμφανίσει η ασθενής ένα χρόνια «παγωμένο» ώμο και αυξάνει την πιθανότητα του λεμφικού οιδήματος στο βραχίονα και στο χέρι. (Κατσώχης, 2000)

### ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ

Û Η αφαίρεση της μασχαλιαίας αλυσίδας των λεμφικών οζιδίων εμποδίζει τη φυσιολογική κυκλοφορία της λέμφου και προκαλεί διόγκωση του άνω άκρου.

- Û Η θεραπεία με ακτινοβολία ίσως οδηγήσει σε σχηματισμό ουλώδους ιστού στην περιοχή της μασχάλης, ενώ ως αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας μπορεί να παρουσιαστεί σκλήρυνση των αγγείων.
- Û Η μείωση της χρήσης του χεριού σε λειτουργικές δραστηριότητες και η διατήρηση του άκρου σε θέση ανάρτησης επίσης συνεργούν στην εμφάνιση του μετεγχειρητικού λεμφοιδήματος.
- Û Η συγκέντρωση εξωαγγειακών και εξωκυτταρικών υγρών στο άνω άκρο από την πλευρά της εγχείρησης οδηγεί σε:
  1. Αύξηση του μεγέθους του άκρου.
  2. Τάση στο δέρμα και κίνδυνο ρήξης και λοίμωξης του δέρματος.
  3. Δυσκαμψία και μειωμένο εύρος κίνησης στα δάχτυλα.
  4. Αισθητικές διαταραχές στο χέρι.
  5. Μειωμένη λειτουργία του εμπλεκόμενου άνω άκρου. (Κατσώχης, 2000)

### ΣΥΜΦΥΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ

- Ø Ως αποτέλεσμα της εγχείρησης, της ίνωσης λόγω ακτινοβολίας, ή της λοίμωξης της τομής ίσως εμφανιστεί περιοριστική ουλοποίηση ουλοποίηση των υποκείμενων ιστών στο θωρακικό τοίχωμα.
- Ø Οι συμφύσεις του θωρακικού τοιχώματος μπορούν να οδηγήσουν σε αυξημένο κίνδυνο μετεγχειρητικών αναπνευστικών επιπλοκών, απώλεια εύρους κίνησης του ώμου στην εμπλεκόμενη πλευρά, δυσλειτουργία στάσης και δυσανεξία στον αυχένα, την ωμική ζώνη και το άνω τμήμα της ράχης. (Κατσώχης, 2000)

### ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΤΟΥ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ

- Ø Αδυναμία των οριζόντιων προσαγωγών του ώμου
- Ø Αν εκτελεστεί μία ριζική μαστεκτομή, αφαιρείται ο μείζων θωρακικός μυς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την μειωμένη δύναμη και το και το ενεργητικό εύρος κίνησης του άνω άκρου της εμπλεκόμενης πλευράς σε μόνιμη βάση.
- Ø Αδυναμία του πρόσθιου οδοντωτού μυός: Στην τροποποιημένη ριζική και ριζική μαστεκτομή, τα μασχαλιαία λεμφικά οζίδια αφαιρούνται. Η εκτομή των λεμφικών οζιδίων μπορεί να εκτελεστεί επίσης με τμηματική (μερική) μαστεκτομή ή εκτομή του όγκου. Το μακρό θωρακικό νεύρο μπορεί να τραυματιστεί προσωρινά κατά τη μασχαλιαία εκτομή και αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφικών οζιδίων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία του πρόσθιου οδοντωτού μυός και την υποκατάσταση της σταθεροποίησης και της λειτουργίας του ώμου. Χωρίς τη σταθεροποίηση και την άνω στροφή της ωμοπλάτης, την οποία φυσιολογικά εκτελεί ο πρόσθιος οδοντωτός, θα περιοριστεί η ενεργητική κάμψη και απαγωγή του βραχίονα.
- Ø Η λανθασμένη βιομηχανική του ώμου και η χρήση αντισταθμιστικών κινήσεων με τον άνω τραπέζοειδή και τον ανελκτήρα της ωμοπλάτης, κατά τις δραστηριότητες ανύψωσης πάνω από το κεφάλι, μπορούν να προκαλέσουν πρόσκρουση στο ακρώμιο και να έχουν σαν αποτέλεσμα τον πόνο στον ώμο. Αυτό ενδεχομένως να οδηγήσει σε «παγωμένο» ώμο. (Κατσώχης, 2000)

### ΛΑΘΗ ΣΤΑΣΗΣ

- Ø Η ασθενής μπορεί να κάθεται ή να στέκεται με «στρογγυλεμένους» ώμους και κύφωση, εξαιτίας του πόνου, της τάσης του δέρματος ή για ψυχολογικούς λόγους. Αυτό έχει ως

αποτέλεσμα τη λανθασμένη βιομηχανική του ώμου και τελικά περιορίζει την ενεργητική χρήση του εμπλεκόμενου άνω άκρου.

- Ø Η ασυμμετρία του κορμού και η μη φυσιολογική ευθυγράμμιση των ωμοπλατών μπορεί επίσης να εμφανιστεί ως αποτέλεσμα μιας ελαφριάς πλάγιας μεταφοράς του βάρους, ειδικά σε γυναίκα με μεγάλο στήθος. (Κατσώχης, 2000)

### ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΚΙΝΗΣΗ ΤΟΥ ΩΜΟΥ

- Ø Έχει αποδειχθεί επαρκώς ότι πολλές ασθενείς εμφανίζουν μερική απώλεια της κινητικότητας του ώμου μετά την επέμβαση και τη σχετική θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού. Οι ακόλουθοι παράγοντες είναι πιθανό να συνδράμουν σε περιορισμό του εύρους κίνησης του ώμου:

1. Πόνος λόγω της τομής
2. Συμφύσεις του θωρακικού τοιχώματος
3. Ευαισθησία και προστατευτικός σπασμός της ωμικής ζώνης και του οπίσθιου τμήματος του αυχένα
4. Προσωρινή ή μόνιμη αδυναμία των μυών της ωμικής ζώνης.
5. Στρογγυλεμένοι ώμοι και στάση του κορμού
6. Μειωμένη χρήση του εμπλεκόμενου βραχίονα και χεριού για λειτουργικές δραστηριότητες. (Κατσώχης, 2000)

## 5.3 ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

### 5.3.1 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΡΑΔΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία δεν αποτελεί μοναδική μέθοδο θεραπείας καρκινώματος του μαστού αλλά χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με την χειρουργική επέμβαση ή με την χρήση χημειοθεραπείας. Βασικός σκοπός της ακτινοθεραπείας θεωρείται η οριστική αντιμετώπιση ή η συμπτωματική βελτίωση. Μερικές φορές πραγματοποιείται για την ομάλυνση συμπτωμάτων που επιφορτίζουν την ασθενή όπως είναι ο έντονος βήχας, η αιμόπτυση και η μαστοδυνία. Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στη χρήση ιονίζουσας ακτινοβολίας στοχεύει στην διακοπή της εξέλιξης των καρκινικών κυττάρων. Η ακτινοθεραπεία ενδείκνυται για την ρύθμιση κακοηθών όγκων που συνοδεύονται από τοπική διήθηση γαγγλίων ή προφυλακτικά για να εμποδίσει λευχαιμική διήθηση στον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό. (Φύσσας, 2006, Μαρκόπουλος, 2007)

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται με τους εξής τρόπους :

• Τηλεθεραπεία. Με αυτή την μορφή επιλέγεται η έκθεση της ακτίνας με βάση το βάθος του όγκου. Οι πηγές ακτινών γ (Κοβάλτιο-60 μονάδες) μεταφέρουν τη δόση ακτινοβολίας στα βαθύτερα δερματικά στρώματα του μαστού και ελαχιστοποιείται η πιθανότητα δερματικών αλλοιώσεων (ως παρενέργεια αυτού του είδους).

• Εξωτερικά. Το ραδιοϊσότοπο, τοποθετημένο μέσα σε ειδική θήκη, εφαρμόζεται απευθείας πάνω στην δερματική περιοχή του μαστού, η οποία έχει προσβληθεί από το καρκίνωμα.

• Ενδοκοιλοτικά

• Με εμφύτευση

• Εγχέοντας κολλοειδές διάλυμα ραδιοϊσοτόπου μέσα στο νεοπλασματικό ιστό.

• Per os

• Ενδοφλέβια

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται συνήθως 5 φορές την εβδομάδα, με διάρκεια την κάθε φορά 15-30 λεπτών και οφείλει να εφαρμόζεται για τουλάχιστον 2 εβδομάδες (ανώτερη τιμή χρήση της είναι οι 7 εβδομάδες). Σήμερα θεωρείται ότι μια ασθενής που έχει συμπεριλάβει στο θεραπευτικό πλάνο και την χρήση ακτινοθεραπείας μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο υποτροπής ενός κακοήθους όγκου στον μαστό μετά από χειρουργική επέμβαση. (Μαρκόπουλος, 2007)

Όσον αφορά τη ραδιοθεραπεία, ο ασθενής δέχεται ακτίνες υψηλής ενέργειας στις περιοχές που αφορούν τον μαστό, τον θώρακα, την κλείδα και την μασχάλη. Βασικός σκοπός αυτής της θεραπευτικής τεχνικής είναι η καταστροφή των καρκινικών κυττάρων στις περιοχές που έχουν διεισδύσει λόγω μετάστασης. Πραγματοποιείται πάντα μετά την χειρουργική απομάκρυνση του όγκου και θεωρείται απαραίτητη στην συμπλήρωση της μερικής μαστεκτομής διότι αυξάνονται τα ποσοστά υπολειμματικών καρκινικών κυττάρων. (Μαρκόπουλος, 2008, Μαρκόπουλος, 2007)

### **5.3.2. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η ορμονοθεραπεία αποτελεί ένα είδος αντινεοπλασματικής αντιμετώπισης που χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας στα ορμονικά «ευαίσθητα» κακοήθη νεοπλάσματα, όπως στον καρκίνο του μαστού. Τα οιστρογόνα, τα προγεστερινοειδή και οι αντίστοιχοι υποδοχείς τους συνιστούν το πλάνο



που συμμετέχει στον έλεγχο των κυτταρικών εξελίξεων, της διαφοροποίησης και της απόπτωσης των φυσιολογικών μαστικών κυττάρων. Τα οιστρογόνα (O) συνδέονται με τους πυρηνικούς οιστρογονικούς υποδοχείς (OR) και το δημιουργούμενο σύμπλεγμα O-OR τροποποιεί τη μεταγραφή των γονιδίων-στόχων . Το τελικό αποτέλεσμα εξαρτάται από την παρουσία πρωτεϊνών θερμικής καταπληξίας, συγκατασταλτικών και συνεργητικών πρωτεϊνών, όπως είναι η GMP/P300, T1 F2, N-CoR, SMRT, και NSD1. Οι τελευταίες συμμετέχουν στην τροποποίηση της ακετυλίωσης των υποδοχέων και ιστονών. Οι ενδοκρινικοί χειρισμοί στη θεραπεία του ορμονοευαίσθητου καρκίνου του μαστού μπορεί να είναι αφαιρετικοί, δηλαδή μέσω ωοθηκεκτομής, υποφυσεκτομής, επινεφριδεκτομής, είτε προσθετικοί, δηλαδή με οιστρογόνα, προγεσταγόνα, ανδρογόνα, είτε ανταγωνιστικοί με εκλεκτικούς τροποποιητές των οιστρογονικών υποδοχέων, όπως είναι η ταμοξιφένη, η ραλοξιφένη και τα αμιγή αντιοιστρογόνα. Τέλος επισημαίνονται οι ανασταλτικοί αγωνιστές LH-RH και οι αναστολείς της αρωματάσης, όπως η αναστραζόλη, η λετροζόλη και η εξαμεστάνη. Η τελευταία κατηγορία των αναστολέων της αρωματάσης αναστέλλει την παραγωγή των οιστρογόνων στους περιφερικούς ιστούς σε μεταμμηνοπαυσιακές γυναίκες μέσω της παρεμπόδισης της μετατροπής των ανδρογόνων των επινεφριδίων σε οιστρογόνα. (Φύσσας, 2006)

Η ορμονοθεραπεία εφαρμόζεται κυρίως πριν την πράξη της χειρουργικής αφαίρεσης του όγκου ως συμπληρωματική θεραπεία αλλά και προληπτικά μετά από την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Στη μεταστατική ορμονοευαίσθητη νόσο σε μεταμμηνοπαυσιακές γυναίκες φαίνεται ότι οι αναστολείς των αρωματασών υπερτερούν της ταμοξιφένης και αποτελούν σήμερα τη θεραπεία εκλογής πρώτης γραμμής. Ως συμπληρωματική θεραπεία οι αντιαρωματάσες φαίνεται επίσης να αποτελούν τη θεραπεία εκλογής στις μεταμμηνοπαυσιακές

ασθενείς με ορμονοευαίσθητο καρκίνο μαστού. Σήμερα, υφίστανται ισχυρά δεδομένα που υποστηρίζουν ότι μετά από 5 χρόνια χορήγησης ταμοξιφένης ή χορήγηση λητροζόλης, παρατείνει το χρονικό διάστημα ελεύθερο νόσου. Αντίστοιχα, καλά αποτελέσματα φαίνεται να προκύπτουν όταν η ταμοξιφένη μετά πάροδο 2-3 ετών αντικατασταθεί από την εξαμεστάνη για 2-3 χρόνια. Τέλος, η χορήγηση αντιαρωματασών, σε γυναίκες που έχουν προβεί στην φάση της εμμηνόπαυσης, οι οποίες εκδηλώνουν κακοήθεια μαστού προερχόμενη ως ένα βαθμό από ορμονική δυσλειτουργία, μειώνει σημαντικά την εμφάνιση διηθητικού και μη διηθητικού καρκινώματος στον γυναικείο μαστό σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι η ταμοξιφένη. (Φύσσας, 2006, Buckman, 2000)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

#### **6.1 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Η εγκατάσταση μιας κακοήθους μορφής καρκινώματος στον άνθρωπο του προκαλεί έκρηξη αρνητικών σκέψεων και τον καθιστά ως ένα σημείο ανήμπορο να ανταπεξέλθει στις καθημερινές δραστηριότητες που του επιβάλλει η ζωή. (Lambley, 2005)

Η συμπτωματολογία που συνοδεύει οποιαδήποτε μορφή κακοήθειας είναι εξαιρετικά επώδυνη και αλλοιώνει ως ένα μέρος την ψυχοσύνθεση του ασθενή ακόμα και αν έχει επέλθει πλήρη ίαση. Υπάρχουν ασθενείς που υπόκεινται σε χειρουργική επέμβαση για επίλυση των σημείων της νόσου και θεραπεύονται σχετικά άμεσα αλλά υπάρχουν και ασθενείς που δέχονται πιο ακραίες θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως θεωρείται η ολική μαστεκτομή. Οι επιρροές του θεραπευτικού πλάνου στον ασθενή δεν είναι ίδια και στις δυο περιπτώσεις.

Ο ρόλος του νοσηλευτή θεωρείται ζωτικής σημασίας λαμβάνοντας υπόψη όλα τα στάδια διενέργειας του (πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, έρευνα, ποιοτική φροντίδα).

Σημαντική παράμετρος για την επιτυχή παρέμβαση του νοσηλευτή είναι να κατανοήσει ότι αποτελεί την γέφυρα μεταξύ ιατρού και ασθενή καθώς και ότι η ποιοτικότερη και αποτελεσματικότερη συνεργασία οφείλει να χαρακτηρίζεται από ενημέρωση, παρατηρητικότητα και συνέπεια. Ο νοσηλευτικός ρόλος αποτελεί μια πολύπλευρη συμπεριφορά απέναντι στον ασθενή διότι θα πρέπει να δίνει το παρόν σε πολλά και διαφορετικά επίπεδα που διέπουν την κακοήθη εμφάνιση καρκινώματος. (Ραγιά, 2009)

Από την στιγμή που έχει ανιχνευθεί μια κακοήθεια ο ρόλος του νοσηλευτή έγκειται στη:

• Γνώση του θεραπευτικού πλάνου (χημειοθεραπεία- ακτινοθεραπεία- ορμονοθεραπεία κ.ά.)

• Διατήρηση σωστής δοσολογίας φαρμάκων

• Ενημέρωση για τις παρενέργειες που συνοδεύουν την λήψη δραστικών ουσιών

• Τακτική παρακολούθηση και υψηλή παρατηρητικότητα ιδίως του μαστού για εντοπισμό τυχόν μεταβολών

• Προώθηση της συνεργασίας σε περιπτώσεις αρνητικής στάσης του ασθενή να ακολουθήσει το πλάνο θεραπείας.

• Ενημέρωση της οικογένειας και καθοδήγηση για τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τον πάσχοντα.

• Παροχή πληροφοριών για την προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική πορεία του ασθενή.

• Προσοχή για εκδήλωση επιπλοκών ή υποτροπής

• Εκπαίδευση του πάσχοντα να μπορεί να αναγνωρίζει αλλαγές στην ήδη υπάρχουσα κλινική εικόνα (Lambley, 2005)

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αποδοχή και κατανόηση του καρκινικού πόνου οφείλει να περιλαμβάνει τις παρακάτω αρχές:

§ Να μπορεί να αναγνωρίζει και να αξιολογεί τον πόνο ως προς την ένταση, το είδος και την εξάπλωση στον μαστό.

§ Να έχει πλήρη εικόνα της δραστικότητας των φαρμάκων που χορηγούνται στο άτομο που νοσεί από κακοήθεια γνωρίζοντας σαφώς τις παρενέργειες και τα φάρμακα εκλογής για την αντιμετώπιση του πόνου ( ιδίως της μαστοδυνίας).

§ Να προσφέρει συνεχή γνώση και ενημέρωση στον ασθενή για την αναγκαιότητα της προσωπικής προσπάθειας του.

§ Να προλαμβάνει περιπτώσεις εξάρτησης και εθισμού από την χορήγηση των φαρμάκων

§ Η συνολική του δραστηριοποίηση να χαρακτηρίζεται από ποιοτική φροντίδα και σεβασμό απέναντι στον ασθενή.

## **6.2 Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Η διδασκαλία της ασθενούς κατά την διάρκεια νοσηλείας της στον χώρο της νοσοκομειακής μονάδας αποτελεί σημαντική παράμετρο του νοσηλευτή καθώς βελτιώνει την ψυχική ισορροπία της γυναίκας που μαστίζεται από την νόσο του καρκίνου και προλαμβάνει επιπλοκές τόσο ψυχικές όσο και σωματικές που φέρει η θεραπευτική αγωγή. Έτσι επιτυγχάνεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα και ενισχύεται η συνεργασία της ασθενούς με το υπόλοιπο προσωπικό.

Η διδασκαλία και ενημέρωση της ασθενούς περιλαμβάνει :

- Ø Διδασκαλία ασθενούς για το θεραπευτικό πλάνο
- Ø Ενημέρωση για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισής τους.
- Ø Γνώση των σωματικών μεταβολών και της αλλαγής του γυναικείου ειδώλου
- Ø Σύσταση για σωστή διατροφή με ένα καλά ισορροπημένο διαιτολόγιο.
- Ø Ενθάρρυνση για διάλογο σε κάθε ερώτημα που την απασχολεί

- Ø Ενίσχυση της ασθενούς ότι οι παρενέργειες των φαρμάκων ή η μη αποτελεσματικότητα μιας θεραπευτικής μεθόδου δεν συνεπάγεται ολική αποτυχία της προσπάθειας
- Ø Εκμάθηση τρόπων καταπολέμησης ή ανακούφισης από τον έντονο πόνο
- Ø Ενθάρρυνση πως το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό είναι σε θέση να καλύψει τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ασθενή
- Ø Πληροφόρηση ασθενούς για καταστάσεις ψυχικής πίεσης και αντιμετώπισης (προσωρινό γεγονός, μέθοδοι αποφυγής ψυχολογικής κατάπτωσης). (Κατσώχης, 2000, Σαχίνη, 2000)

### **6.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

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. Η χημειοθεραπεία αποφέρει σημαντικές διαταραχές σε πολλά συστήματα του οργανισμού για αυτό τον λόγο ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρακολουθεί και να αξιολογεί συνολικά την κατάσταση και την εξέλιξη της ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα:

- ✓ 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 διδάσκει και καθοδηγεί την ασθενή 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 της.
- ✓ 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 ποδιά, 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.
- ✓ 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

υποκλυσμός, 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, Epirical) αυξάνει την αιμορραγική διάθεση του οργανισμού.
- ✓ Παρακολούθηση της τιμής της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη (T. 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.
- ✓ 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.
- ✓ Συχνή αξιολόγηση του χρώματος, της ποσότητας και της περιεκτικότητας των διαρροϊκών κενώσεων και έλεγχος της ασθενούς για συμπτώματα αφυδάτωσης.
- ✓ 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.



- ✓ 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.
- ✓ 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. (Κατσώχης, 2000, Μαρκόπουλος, 2008)

#### **6.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Ο νοσηλευτής κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης οφείλει να εκτελεί τις παρακάτω ενέργειες:

- Λήψη ζωτικών σημείων
- Ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων
- Έλεγχος επιπέδου οξυγόνου
- Συνεργασία με ιατρικό προσωπικό

- Û Παρακολούθηση για εκδήλωση επιπλοκών
- Û Περιποίηση τραύματος
- Û Έλεγχος μεταβολών ζωτικών σημείων
- Û Παρακολούθηση συνδέσεων και παροχετεύσεων ασθενούς
- Û Παρατήρηση της ενδοφλέβιας έγχυσης ορών
- Û Τήρηση άσηπτης τεχνικής
- Û Έλεγχος αποστειρωμένου υλικού. (Αθανάτου, 2007, Φύσσας, 2006)

## **6.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

### Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά από μαστεκτομή:

Η νοσηλευτική συμπεριφορά ξεκινά από την στιγμή που η ασθενής συνέρχεται μετά από την χειρουργική επέμβαση. Ο νοσηλευτής οφείλει να εκτιμά την εξέλιξη της θεραπείας με ολιστική όψη των παρατηρήσεων δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή τόσο στην σωματική αποκατάσταση όσο και στην ακέραια ψυχοσύνθεση του ατόμου. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που συνοδεύουν την μαστεκτομή διαχωρίζονται σε οργανικές και ψυχικές διότι οι επιδράσεις από αυτού του είδους θεραπείας εισβάλλουν τόσο στο σώμα όσο και στην ψυχή. (Lambley, 2005)

Τα προβλήματα οργανικής προέλευσης αποτελούνται από τον μετεγχειρητικό πόνο και το σύνδρομο του χρόνιου πόνου που εκδηλώνεται σε ποσοστό 20-30 % των συνολικών κρουσμάτων. Ο χρόνιος πόνος είναι η επιμονή της μασταλγίας στο σημείο που αφαιρέθηκε ο μαστός που δεν υποχωρεί με την φαρμακευτική αγωγή αλλά μειώνεται με την πάροδο του χρόνου. Ορισμένες φορές

παρουσιάζεται λεμφοίδημα και περιορισμός της κινητικής ικανότητας του άνω άκρου που συνδέεται με τον προσβάλλον μαστό.

Αντιθέτως τα ψυχολογικά προβλήματα είναι το σύνολο των συναισθημάτων και των αρνητικών σκέψεων που συνοδεύουν την εγκατάσταση καρκίνου και μάλιστα κακοήθους μορφής στον άνθρωπο. Οι πιο συνηθισμένες περιπτώσεις ασθενών με ψυχολογικές επιπτώσεις χαρακτηρίζονται από έντονο άγχος, φοβία και καταθλιπτικές αντιλήψεις. (Ραγιά, 2009, Τοκμακίδης, 2001)

Ως προς τα οργανικά προβλήματα ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξασφαλίζει τις παρακάτω αναφορές:

- Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο
- Ενημέρωση για κατάλληλη θέση στην κλίνη
- Μετακίνηση του χεριού, σύμφωνα πάντα και με τις οδηγίες του φυσικοθεραπευτή, ως προς το πλαίσιο της άσκησης και της ενδυνάμωσης του μυϊκού τόνου.
- Αποφυγή περιττών κινήσεων
- Πρόληψη τραυματισμού
- Καθοδήγηση του ασθενή να περιορίζει την χρήση του χεριού, από την μεριά που εξετελέσθη η μαστεκτομή, σε καθημερινές αναγκαίες δραστηριότητες (όπως είναι το πλύσιμο του προσώπου ή το χτένισμα των μαλλιών). (Μαρκόπουλος, 2008)

Μετά την αρχική θεραπευτική αντιμετώπιση, οι ασθενείς με καρκίνο μαστού πρέπει να παρακολουθούνται για όλη τους τη ζωή για δύο λόγους: για να εντοπιστούν υποτροπές και για παρακολουθηθεί ο άλλος μαστός για δεύτερο πρωτοπαθές καρκίνωμα. Οι τοπικές και οι

απομακρυσμένες υποτροπές συμβαίνουν πιο συχνά μέσα στα 3 πρώτα χρόνια. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, η ασθενής εξετάζεται κάθε 3-4 μήνες. Ακολούθως, εξετάζεται κάθε έτος. Ειδική προσοχή δίνεται στον εναπομείναντα μαστό, γιατί 10% των ασθενών εμφανίζουν καρκίνο μαστού στον άλλο μαστό. Η ασθενής πρέπει να εξετάζει το μαστό της μόνη της μηνιαίως, και μια μαστογραφία πρέπει να διενεργείται ετησίως. Σε μερικές περιπτώσεις, οι μεταστάσεις μπορούν να παραμείνουν υποκλινικές για μεγάλο χρονικό διάστημα και να εμφανιστούν 10-15 χρόνια ή ακόμα και αργότερα μετά την αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου. Οι οιστρογονικοί και προγεστερονικοί παράγοντες σπάνια χρησιμοποιούνται για μία ασθενή χωρίς νόσο μετά την αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς καρκίνου μαστού, ειδικά αν ο όγκος είχε θετικούς υποδοχείς. Πάντως, μελέτες έχουν αποτύχει να δείξουν αντίθετο αποτέλεσμα των ορμονικών παραγόντων σε ασθενείς που είναι ελεύθεροι νόσου. Πράγματι, ακόμα και η εγκυμοσύνη δεν έχει ξεκάθαρα συσχετιστεί με μικρότερα ποσοστά επιβίωσης ασθενών, παρόλο που οι περισσότεροι ογκολόγοι είναι επιφυλακτικοί να συμβουλεύσουν μία νέα κοπέλα με καρκίνο του μαστού ότι μπορεί να μείνει έγκυος, και είναι ακόμη πιο επιφυλακτικοί να συστήσουν ορμονική θεραπεία αποκατάστασης στη γυναίκα με καρκίνο μαστού που είναι μετεμμηνοπαυσιακή. Η θεραπεία ορμονικής αποκατάστασης με οιστρογόνα μπορεί να συσταθεί σε μια γυναίκα με ιστορικό καρκίνο μαστού μετά από εκτεταμένη συζήτηση για τους κινδύνους και τα οφέλη από μια τέτοια θεραπεία για καταστάσεις όπως πολύ βαριά οστεοπόρωση και εξάψεις. Η ραλοξιφαίνη μπορεί να αποδειχθεί ότι είναι η κατάλληλη θεραπεία υποκατάστασης ώστε να εμποδίσει την εμφάνιση οστεοπόρωσης μετά καρκίνο του μαστού, αλλά μέχρι τώρα δεν έχει επαρκώς μελετηθεί.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ**

#### **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ-ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1**

Γυναίκα ασθενής Ε.Μ., έγγαμη και άνεργη, ηλικίας 48 ετών, εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, στην γυναικολογική κλινική, ύστερα από εντόπιση ινοαδενώματος του αριστερού μαστού.

Συγκεκριμένα, η ασθενής παρουσίαζε έντονο πόνο περιμετρικά του όγκου, ερυθρότητα, σκληρότητα της περιοχής με εμφανή την παρουσία ελλειψοειδούς όγκου στον αριστερό μαστό και κατά την ψηλάφηση γινόταν αντιληπτή η κινητικότητα του όγκου.

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 15/07/2014 και ώρα 10:50 π.μ.

#### **ΣΤΟΙΧΕΙΑ:**

Όνοματεπώνυμο: Ε.Μ

Φύλλο: Θύλη

ΗΜ.ΓΕΝ.: 13/06/1966 Ηλικία: 48

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Ινοαδένωμα αριστερού μαστού

Οικ. Κατάσταση: Έγγαμη

#### **ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Η ασθενής δεν έχει νοσηλευτεί στο παρελθόν σε νοσοκομειακή μονάδα και όπως ανέφερε κατά την λήψη του ιστορικού δεν έχει παρουσιάσει κάποια σοβαρή πάθηση. Ανέφερε στον ιατρό ότι στην

ηλικία των 25 χρονών ξεκίνησε να παρουσιάζει διαταραχή στην έμμηνο ρύση και ακολουθούσε σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες του γυναικολόγου της ενάμιση χρόνο θεραπεία με χορήγηση αντισυλληπτικών χαπιών. Όταν της ζητήθηκε να κάνει επανεξέταση για να δουν τα ορμονικά επίπεδα στον οργανισμό της η ίδια με δική της πρωτοβουλία το αμέλησε.

## **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Η ασθενής κατά την διάρκεια των τελευταίων 8 μηνών αισθανόταν στο στήθος της έντονο πόνο αλλά αρνιόταν να ζητήσει ιατρική γνωμάτευση. Διέκρινε κατά την ψηλάφηση την παρουσία ενός μικρού όγκου που κατά την άσκηση πίεσης σε αυτό το σημείο ο όγκος παρουσίαζε κινητικότητα στην γύρω περιοχή. Ο μαστός της ασθενούς άρχισε να εκδηλώνει ερυθρότητα και σκληρότητα ακόμα και αν η γυναίκα έκανε κινήσεις σαν μασάζ για να την ανακουφίζει από τον πόνο. Αυτό αποτέλεσε τον φόβο στην ασθενή να κλείσει ραντεβού με τον γυναικολόγο της ο οποίος διάγνωσε ότι πρόκειται για καλοήγη καρκινικό όγκο στον αριστερό μαστό και την ενημέρωσε για την πορεία του θεραπευτικού πλάνου.

## **ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο γυναικολόγος της κλινικής μετά την εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο διέκρινε κατά την ψηλάφηση εξόγκωμα στον αριστερό μαστό σε συνδυασμό με σκλήρυνση της περιοχής. Ο έντονος πόνος έδινε τα σημεία του με έντονη ερυθρότητα και ευαισθησία του μαστού ενώ ο ιατρός θεωρούσε θετικό δείγμα ότι ο όγκος είναι μικρού μεγέθους όπως μπορούσε να διακρίνει και ότι ο πόνος δεν αντανakλούσε στην μασχάλη ή στους γειτονικούς λεμφαδένες. Επίσης ο όγκος παρουσίαζε

κινητικότητα κατά την άσκηση πίεσης καθώς δεν συνδέεται με τον μαστικό αδένα και δεν έχει την δυνατότητα να συμφύεται από το δέρμα. Ο ιατρός ζήτησε από την ασθενή να ακολουθήσει μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων (μαγνητική μαστογραφία, υπέρηχο, γενικό και βιοχημικό έλεγχο) για να επιβεβαιώσει την εικόνα που είχε μέχρι εκείνη την στιγμή.

### **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Οι διαγνωστικές εξετάσεις επιβεβαίωσαν την θέση του γυναικολόγου ότι επρόκειτο για καλοήγη όγκο. Το μέγεθος του όγκου σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα δεν απαιτούν την χειρουργική αφαίρεση του όγκου για αυτό θα ακολουθήσει η ασθενής επικουρική θεραπεία. Το θεραπευτικό πλαίσιο θα περιλαμβάνει την εφαρμογή χημειοθεραπείας – ακτινοθεραπείας και ορμονοθεραπείας καθώς οι τιμές οιστρογόνων και προγεστερονών είναι υψηλές. Ακολούθησε η ενημέρωση της ασθενούς και ξεκίνησε η θεραπεία όπου εντός 4 μηνών τα συμπτώματα εξαλείφθηκαν και το ινοαδενώμα αντιμετωπίστηκε με επιτυχία. Το γεγονός ότι υπήρξε έγκαιρη διάγνωση και το καρκίνωμα ήταν καλοήθους μορφή απέτρεψε το ενδεχόμενο διήθησης στους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

1.Αξιολόγηση θενούς Ανάγκες- ροβλήματα- νοσηλευτική άγνοση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμό ς Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμησ Αποτελέσμα ς
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εμφάνιση κου</li> <li>• Σκληρότητα ριοχής</li> <li>• Μασταλγία</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αφαίρεση όγκου</li> <li>• Πρόληψη μετάστασης</li> <li>• Αποφυγή μετάλλαξης όγκου σε κακοήθη</li> <li>• Εξάλειψη συμπτωμάτων</li> <li>• Πρόληψη χειρουργικής επέμβασης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Λήψη ζωτικών σημείων</li> <li>• Λήψη ιστορικού</li> <li>• Ενημέρωση και ενθάρρυνση ασθενούς</li> <li>• Απεικονιστικός έλεγχος</li> <li>• Ψυχολογική υποστήριξη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορήγησ η αναλγητικών</li> <li>• Χημειοθε ραπεία</li> <li>• Ακτινοθερ απεία</li> <li>• Ορμονοθε ραπεία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αντιμ ώπιση</li> <li>• ινοαδενώμα ι</li> <li>• Εξάλε η</li> <li>• συμπτώματα</li> <li>• Αποφι ή χειρουργικ αφαίρεσης</li> </ul>



## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ-ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2**

Γυναίκα ασθενής Α.Κ., έγγαμη και άνεργη, ηλικίας 64 ετών, εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, στην γυναικολογική κλινική, ύστερα από κακοήθη καρκίνο του δεξιού μαστού.

Συγκεκριμένα, η ασθενής παρουσίαζε έντονο πόνο στο στήθος, εξόγκωμα, εισολκή της θηλής και αιματηρή έκκριση, φλεγμονή του δέρματος, ερυθρότητα και ευαισθησία ενώ στην συνολική εικόνα γινόταν αντιληπτή η παραμόρφωση του μαστού .

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 03/06/2014 και ώρα 9:30 π.μ.

### **ΣΤΟΙΧΕΙΑ:**

Όνοματεπώνυμο: Α.Κ.

Φύλλο: θύλη

ΗΜ.ΓΕΝ.:25/12/1950 Ηλικία: 64

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Κακοήθης καρκίνος του δεξιού μαστού (Επί τόπου Πορογενές Καρκίνωμα)

Οικ. Κατάσταση: Έγγαμη

### **ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:**

Η ασθενής κατά την λήψη του ιστορικού ανέφερε γεγονότα που έδιναν το κίνητρο στον ιατρό να διαπιστώσει ότι αυτό το άτομο είχε προδιάθεση να αντιμετωπίσει προβλήματα γυναικολογικής φύσης .Ξεκίνησε από μικρή ηλικία, πριν το 12 έτος να έχει έμμηνο ρύση και ενώ έβλεπε διαταραχές στον κύκλο της έμμηνου ρύση δεν απευθύνθηκε σε κάποιον

ειδικό ώστε με την κατάλληλη θεραπεία να διαμορφώσει μια φυσιολογική πορεία αυτού του θέματος. Αυτό συνεχίστηκε μέχρι την ηλικία των 55 ετών όπου πέρασε στην περίοδο της εμμηνόπαυσης και εκεί το πρόβλημα συνεχίστηκε διαφορετικά. Τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης ήταν τόσο έντονα που δεν της επέτρεπαν να ανταποκρίνεται στις καθημερινές τις δραστηριότητες και τότε ζήτησε μια ιατρική γνώμатеυση για να καλυτερέψει η πορεία της. Ο γυναικολόγος της διαπίστωσε μετά από μια σειρά εξετάσεων πως η ασθενής αντιμετώπιζε σοβαρές ορμονικές διαταραχές και την έθεσε σε Θεραπεία Ορμονικής Υποκατάστασης.

## **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Η ασθενής το τελευταίο τρίμηνο αισθανόταν πόνο στο δεξί της στήθος και με ραγδαίο τρόπο κατά την αυτοεξέταση εντόπιζε εξόγκωμα που μέσα στο διάστημα μιας εβδομάδας αυτός ο όγκος αυξήθηκε σε μέγεθος και ο πόνος επεκτάθηκε μέχρι την μασχάλη. Τον τελευταίο μήνα δημιουργήθηκε εισολκή της θηλής και άρχισε η αιματηρή της έκκριση. Όλα αυτά τα συμπτώματα βρίσκονταν σε συνδυασμό με ερυθρότητα και ευαισθησία της περιοχής. Το κίνητρο να επισπεύσει μια ιατρική καθοδήγηση ήταν όταν δημιουργήθηκε φλεγμονή του δέρματος.

## **ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η ασθενής παραπονιόταν για έντονο πόνο που ξεκινούσε από το στήθος της και αντανακλούσε μέχρι την μασχάλη με τέτοιο τρόπο που τις απαγόρευε εκείνη την στιγμή να κινήσει το χέρι της. Ο ιατρός διέκρινε

συνολική παραμόρφωση του μαστού λόγω έντονης δερματικής φλεγμονής και εξόγκωμα που γινόταν αμέσως αντιληπτό κατά την ψηλάφηση. Η θηλή είχε εισέλθει προς τα μέσα και εκείνη την στιγμή όπως και ο γιατρός διαπίστωσε υπήρχε αιματηρή έκκριση, έντονη ερυθρότητα και ευαισθησία.

## **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Η ασθενής υποβλήθηκε σε μια σειρά εξετάσεων (γενική- βιοχημική αίματος, κυτταρολογική βιοψία, μαγνητική μαστογραφία και υπερηχογράφημα) ώστε να διαφοροποιηθεί ο όγκος και να κατηγοριοποιηθεί και επιπλέον να θέσει τις βάσεις που θα εφαρμοστεί η θεραπευτική της αγωγή. Ξεκίνησε χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία για να καταπολεμήσουν την ισχύ του όγκου και να μετριάσουν τις πιθανότητες μετάστασης του σε γειτονικούς λεμφαδένες και θεωρήθηκε αναγκαία η χειρουργική επέμβαση της ασθενούς (μερική μαστεκτομή). Πραγματοποιήθηκε μερική αφαίρεση της μαστικής περιοχής και δερματική αποκατάσταση καθώς η βλάβη είχε προκαλέσει παραμόρφωση του μαστού.

1.Αξιολόγηση θενούς Ανάγκες- οβλήματα- σηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παραμόρφωση στού</li> <li>• Εξόγκωμα</li> <li>• Αιματηρή ριση της θηλής</li> <li>• Εισολκή της ής</li> <li>• Φλεγμονή του ματος</li> <li>• Μαστοδυνία</li> <li>• Ερυθρότητα</li> <li>• Ευαισθησία</li> <li>• Επί τόπου ρογενές Καρκίνωμα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αντιμετώπιση του πόνου</li> <li>• Εξάλειψη των συμπτωμάτων</li> <li>• Αποφυγή μετάστασης σε μασχαλιαίους λεμφαδένες</li> <li>• Αποκατάστασ η του μαστού</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενημέρωση της ασθενούς για την έκβαση της πάθησης</li> <li>• Ψυχολογική υποστήριξη</li> <li>• Τακτική παρακολούθηση (βιοχημικός έλεγχος)</li> <li>• Ενθάρρυνση της ασθενούς για την εικόνα του σώματος της μετά το χειρουργείο ή το αποτέλεσμα των παρενεργειών λόγω χημειοθεραπείας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ακτινοθερα πεία</li> <li>• Χημειοθερα πεία (ανοσο- κατασταλτικά)</li> <li>• Ορμονοθερ απεία (έλεγχος οιστρογόνων )</li> <li>• Χειρουργικ ή επέμβαση (μερική μαστεκτομή)</li> <li>• Χορήγηση αντιφλεγμονωδών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Επιτυχή αφαίρεση όγκου</li> <li>• Αποκατάσ ση δέρματος</li> <li>• Πρόληψη μετάστασης</li> <li>• Έλεγχος κ περιορισμός τι παρενεργειών α χημειοθεραπεία</li> </ul>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

▼ Στις καλοήθειες παθήσεις του μαστού εντάσσεται ένα πλήθος παθήσεων, αρκετές από τις οποίες δε συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού και ορισμένες που θεωρείται ότι αποτελούν παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης κακοήθειας.

▼ Σήμερα, η ιατρική επιστήμη υποστηρίζει ότι η αντιμετώπιση των καλοηθών παθήσεων στηρίζεται σε δύο άξονες: την τοπική θεραπευτική αγωγή και την συστηματική θεραπεία.

▼ Οι κακοήθειες παθήσεις του μαστού αναφέρονται στην ανάπτυξη κυττάρων με επιθετική μορφή. Τα παθολογικά αυτά κύτταρα έχουν την δυνατότητα διήθησης στην περιοχή του μαστού, στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και κατ' επέκταση σε ολόκληρο το σώμα προκαλώντας μετάσταση.

▼ Η θεραπεία των κακοηθών μορφών καρκίνου του μαστού σχεδιάζεται ανάλογα τον τύπο του καρκινώματος, το στάδιο εντοπισμού του και την ηλικία της ασθενούς. Πραγματοποιείται χειρουργική αφαίρεση του όγκου και στην συνέχεια εφαρμόζεται επικουρική θεραπεία

▼ Η κλινική εικόνα είναι ανάλογη της μορφής (καλοήθεια-κακοήθεια) και του τύπου που κατηγοριοποιείται. Ένα μέρος των γενικών συμπτωμάτων περιλαμβάνουν μασταλγία, ερυθρότητα, ψηλάφηση όγκου και οίδημα ενώ ειδικότερα συμπτώματα που ακολουθούν ορισμένους τύπους καρκινώματος είναι η εισολκή της θηλής, η έκκριση υγρού από την θηλή, η μαστοδυνία και οι δερματικές αλλοιώσεις.

▼ Η διαγνωστική προσέγγιση περιλαμβάνει την ψηλάφηση του όγκου σε συνδυασμό με την χρήση απεικονιστικών τεχνικών

(μαστογραφία, υπέρηχος, μαγνητική τομογραφία μαστού) για την παρακολούθηση και εντόπιση του όγκου.

▼ Η πρόληψη αποτελεί αναπόσπαστο απαραίτητο μέρος της νοσηλευτικής πράξης καθώς μπορεί να αποτρέψει ένα άτομο να νοσήσει από καρκίνο του μαστού ή προλαμβάνει την ανάπτυξη καρκινώματος σε πρώιμο στάδιο.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Austoker, Joan, (1997), Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, Εκδόσεις Παρισιάνου, London
2. Μαρκόπουλος, Χρήστος, (2008), Παθήσεις του μαστού, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα
3. Μαρκόπουλος, Χρήστος, (2007), Εγχειρίδιο καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του μαστού, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα
4. Creagan, Edward, (2006), Καρκίνος του μαστού, Εκδόσεις Αλκυών, London
5. Φύσσας, Γιάννης, (2006), Ο μαστός και οι παθήσεις του, Εκδοτικός Οίκος Λιβάνη, Αθήνα
6. Τοκμακίδης, Παναγιώτης, (2001), Ο γυναικείος μαστός, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα
7. Buckman, Robert, (2000), Καρκίνος μαστού, Εκδόσεις Χρυσή Πέννα, Αθήνα
8. Δημητρακάκης, Κωνσταντίνος, (2000), Καρκίνος μαστού και μοριακή βιολογία, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα
9. Moller, Torsten, (2000), Ακτινοδιαγνωστική του μαστού, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα
10. Κατσώχης, Κωνσταντίνος, (2000), Χειρουργικές παθήσεις μαστού, University Studio Press, London
11. Hayes, Daniel, (1999), Άτλας καρκινώματος του μαστού, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα
12. Lambley, Peter, (2005), Η ψυχολογία του καρκίνου, Εκδόσεις Μακρή, Αθήνα
13. Μανδρέκας, Απόστολος, (2009), Βασικές αρχές πλαστικής χειρουργικής, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα

14. Αθανάτου, Ελευθερία, (2007), Παθολογική και Χειρουργική κλινική νοσηλευτική, Ιδιωτική Έκδοση, Αθήνα
15. Σαχίνη, Άννα, (2000), Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
16. Dewit, Susan, (2009), Παθολογική – Χειρουργική νοσηλευτική, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα
17. Ραγιά, Αφροδίτη, (2009), Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, 7<sup>η</sup> Έκδοση, Αθήνα