

Τ.Ε.Ι.: ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Πτυχιακή εργασία
της Σπουδάστριας Τζιρτη Αναστασίας.

Υπεύθυνη Καθηγήτρια
Γεωργούση Παρασκευή



Επιτροπή εγκρίσεως Πτυχιακής
Εργασίας

1/

2/

3/

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου
Νοσηλευτικής Πάτρα.

Τ.Ε.Ι.:ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ :Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ :ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Πτυχιακή εργασία
της Σπουδάστριας Τζίρτη Αναστασίας.

Υπεύθυνη Καθηγήτρια
Γεωργούση Παρασκευή

Επιτροπή εγκρίσεως Πτυχιακής
Εργασίας

1/

2/

3/

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου
Νοσηλευτικής Πάτρα.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΟΓΗΣ	590
----------------------	-----

Πίνακας Περιεχομένων

	<u>Σελίδα</u>
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ I</u>	
Εισαγωγή	1
Ανατομία του μαστού	3
Φυσιολογία	11
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ II</u>	
Αιτιολογία	13
Επιδημιολογία	14
Γεωγραφική κατανομή	23
Παθόλογoανατομική Ταξινόμηση -	24
- Σταδιοποίηση του καρκίνου μαστού	24
T.N.M. Ταξινόμηση καρκίνου μαστού	26
Ιστολογικές μορφές καρκίνου μαστού	28
Εντόπιση	32
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ III</u>	
Κλινική εικόνα-Συμπτώματα	33
Διάγνωση	37
Μεταστάσεις-Οδοί μεταστάσεων	49
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV</u>	
Θεραπεία	52
Πρόγνωση	63
Καρκίνος μαστού στον άνδρα	63
Καρκίνος μαστού και εγκυμοσύνη	65
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ V</u>	
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με καρκίνο μαστού - Ψυχολογική υποστήριξη ασθενή με καρκίνο μαστού.	66
Προεγχειρητική φροντίδα ασθενή που πρόκειται να κάνει μαστεκτομή.	69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού, αναμφισβήτητα αποτελεί την πιο σοβαρή απειλή για τη ζωή της σύγχρονης γυναίκας. Η προσφορά υπηρεσιών στη γυναίκα με κακοήθη νεοπλάσματα, είναι σήμερα ένα απο τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις στα άτομα που ασκούν το ιατρικό και νοσηλευτικό επάγγελμα.

Η εργασία αυτή, έχει σαν στόχο να προβάλλει τη φύση του καρκίνου, όσο αφορά την αιτιολογία, τις εκδηλώσεις, τη διάγνωση και τη θεραπεία καθώς και τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστεια.

Επίσης να τονίσει το ρόλο της νοσηλεύτριας ως διαφωτιστή υγείας, σε θέματα που αφορούν τα πρώιμα συμπτώματα του καρκίνου και την σκοπιμότητα της συστηματικής περιοδικής εξέτασως.

Όμως η διευκρίνιση του όρου "καρκίνος" ίσως εδώ κρίνεται απαραίτητη. Η σύγχρονη αντίληψη για το κακοήθες νεόπλασμα, αναφέρει ότι είναι ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων πάντοτε επιβλαβές για τον οργανισμό, που διασκορπίζονται ή μεταναστεύουν σε άλλους ιστούς μακριά από την αρχική τους εμφάνιση. Τα νεοπλασματικά κύτταρα πολλαπλασιάζονται με αργότερο ρυθμό σε σχέση με τα φυσιολογικά. Για να γίνει ένα νέο νεοπλασματικό ογκίδιο αντιληπτό πρέπει να έχει διάμετρο τουλάχιστον ένα εκατοστόμετρο. Ογκίδιο αυτού του μεγέθους αποτελείται από πεντακόσια περίπου εκατομμύρια νεοπλασματικά κύτταρα και έχει μετρηθεί ο χρόνος που χρειάζεται να περάσει (10 μήνες περίπου), ώστε από αρχικό νεοπλασματικό κύτταρο να σχηματισθεί

το ογκίδιο αυτό. Έτσι εξηγείται γιατί περνούν πολλά χρόνια απο την αρχή του νεοπλάσματος μέχρι να γίνει αυτό αισθητό με τον όγκο και τα συμπτώματά του.

Αν στο χρόνο αυτό, προστεθεί ο χρόνος που απαιτείται για την μεταβολή των φυσιολογικών κυττάρων σε μη φυσιολογικά, κατανοείται το γεγονός ότι το νεόπλασμα έχει την πιο μακροχρόνια επώαση από 5 έως 20 χρόνια. Έχουμε λοιπόν πολλά περιθώρια για να διοργανώσουμε προσυμπτωματικό έλεγχο και να διαγνωσθεί έγκαιρα ο καρκίνος, πριν ακόμη εμφανιστεί με τα βαριά συμπτώματά του.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μαστοί είναι εξωκρινοί αδένες και ανήκουν στους δευτερεύοντες γεννητικούς χαρακτήρες του φύλου.

Ο κάθε μαστός παριστάνει κωνική προπέτεια που βρίσκεται στην πρόσθια επιφάνεια του θώρακος και επεκτείνεται σε ύψος από την 2η ή 3η μέχρι την 6η πλευρά και σε πλάτος από το στήρνο μέχρι την μασχάλη. Μεταξύ των 2 μαστών βρίσκεται ο μεσομάστιος κόλπος.

Οι διαστάσεις -υπάρχουν διαφορές από γυναίκα σε γυναίκα- κυμαίνονται γύρω από ένα μέσο όρο ύψους 10-11 εκατοστά, πλάτους 12-13 και πάχους 5-6εκ. Το βάρος είναι περίπου 140-200 γραμμάρια και περισσότερο. Ο αριστερός μαστός είναι συνήθως λίγο μεγαλύτερος του δεξιού. Το σχήμα των μαστών είναι κωνικό ή ημισφαιρικό και διαφέρει από φυλή σε φυλή.

Η σύσταση του μαστού είναι σκληρή, 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. Διακρίνουμε στο μαστό εξωτερικώς δύο επιφάνειες: την πρόσθια και την οπίσθια και μία περιφέρεια. Η πρόσθια επιφάνεια του στήθους αποτελείται από δέρμα λεπτό μαλακό προς την περιφερική ζώνη. Στην κεντρική περιοχή υπάρχει η θηλαία άλω, που είναι μία στεφάνη κεχρωσμένη με διάμετρο 3-5εκ. Το χρώμα της στεφάνης αυτής σχετίζεται με την χρωστική του δέρματος.

Είναι ρόδινο στις ξανθές και εβέλινο στις μελαχραινές. Κατά τη διάρκεια της κυήσεως, η άλω, παίρνει χρώμα ενδιάμεσο, μεταξύ του δικού της χρώματος και εκείνο του δέρματος.

Είναι σκοτεινότερο και περιβάλλεται από δακτύλιο που ονομάζεται δευτερεύουσα άλως.

Στην περιοχή της θηλαίας άλως διακρίνονται υποστρώγυλα επάρματα, και "αλωαία οζίδια του μοττγκόμερου" τα οποία αποτελούνται από σμηγματογόνους αδένες που εξογκώνονται περισσότερο στην εγκυμοσύνη.

Στο κέντρο της άλω βρίσκεται η θηλή του μαστού, το χρώμα της οποίας είναι όμοιο με το χρώμα της άλω. Η κορυφή της είναι διάτρητη από 15-20 στόμια, από τα οποία εκβάλλουν γαλακτοφόροι πόροι του μαστικού αδένα.

Η οπίσθια επιφάνεια του μαστού μεταβαίνει και χωρίζεται από τους μύς του θώρακος με ένα στρώμα λίπους και μ'ένα ινώδες πέταλο.






Η περιφέρεια του μαστού μεταβαίνει ομαλά προς το δέρμα του υπόλοιπου θωρακικού τοιχώματος και σχηματίζει προς τα κάτω την υπομαστική αύλακα.

α) Διάπλαση

Κατά τις αρχές της έκτης εμβρυϊκής εβδομάδας ο μαστικός αδένας εμφανίζεται σαν τοπική πάχυνση του επιδερμικού επιθηλαίου της μαστικής ακρολοφίας.

Αρχικά η πάχυνση αυτή εμφανίζει σχήμα φακοειδές, το οποίο κατά την 9η εβδομάδα γίνεται σφαιρικό και στον 4ο εμβρυϊκό μήνα παίρνει σχήμα λοβού. Στη διάρκεια του 5ου εμβρυϊκού μήνα, εμφανίζονται 15-20 συμπαγείς κυλινδρικές προεκβολές οι οποίες παριστάνουν τους αρχικούς γαλακτοφόρους πόρους και οι οποίοι αυξάνονται και διακλαδίζονται σ'όλη τη διάρκεια της εμβρυϊκής ζωής καταλήγοντας σε κορυνοειδείς

Στάδια ανάπτυξης του μαστού (*Από τον O. Hövels (Redakt.): Warimann, Wiesbaden 1977)

M 1	Πριν την ήβη: Δεν ψηλαφάται αδένας, προβάλλει μόνο η θηλή	
M 2	Στάδιο βλαστήσεως: Έλαφρά προβολή του αδένος στην περιώχη της θηλαίας άλω. Μετένυση της διαμέτρου της θηλαίας άλω σχετικά με το M1.	
M 3	Ο μαστικός αδένας και η άλω μεγεθύνονται περαιτέρω. Ο αδένας είναι τώρα μεγαλύτερος από τη θηλαία άλω, η οποία όμως δεν έχει δική της καρυφή.	
M 4	Η άλω και η θηλή προβάλλουν διακρινόμενες σαφώς από τον υπόλοιπο αδένος.	
M 5	Πλήρως αναπτυγμένος μαστός: Η θηλαία άλω δεν προβάλλει πιά από τη συνολική καρυφή του μαστού.	

Τό στάδιο M 4 μπορεί να λείπει (στού 25 % των κοριτσιών). Η ανάπτυξη μπορεί να σταματήσει στο στάδιο M 4 ή πολύ αργότερα να μεταβεί στο στάδιο M 5.

παχύνσεις.

Σ'όλο το διάστημα το οποίο τελούνται τα παραπάνω, η επιφάνεια της μαστικής ακρολοφίας, η οποία παρουσίαζε απλώς μία πάχυνση, αποπλακώνεται, κερατινοποιείται και παίρνει σχήμα κοίλης επιφάνειας, στην οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι.

Κατά την εποχή του τοκετού, η επιφάνεια αυτή ανυψώνεται και διαμορφώνεται έτσι η θηλή του μαστού και γύρω απ'αυτή η θηλαία άλω.

Στο γυναικείο φύλο, στις περιοχές αυτές της θηλής και της άλω, κατά το τέλος της παιδικής ηλικίας επέρχεται ανύψωση. Κατά τη διάρκεια της εφηβικής και νεανικής ηλικίας έχουμε διόγκωση των μαστών, λόγω της δράσης των οιστρογόνων ορμονών των ωοθηκών και της διακλάδωσης του εκφορητικού συστήματος λαμβάνοντας έτσι σχήμα κωνικό ή ημισφαιρικό.

β) Υφή

Ο μαστός αποτελείται από το δέρμα, το περιμαστικό λίπος και τον μαστικό αδένα.

Το δέρμα του μαστού είναι λεπτό, εύκαμπτο ελαστικό και φέρει δευτερογενείς τρίχες με σημηματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες.

Κάτω από το δέρμα, ο μαστός περιβάλλεται από ένα προστατευτικό στρώμα λίπους (περιμαστικό λίπος) που καλύπτει τον κυρίως μαστικό αδένα, δηλαδή το τμήμα που παράγει γάλα. Το λίπος αυτό, δεν υπάρχει στην περιοχή της θηλής και της άλω, ενώ στην οπίσθια επιφάνεια είναι ελάχιστο.

Ο μαστικός αδένας είναι μία μάζα στρογγυλή ή δυσκοειδής με ανώμαλη περιφέρεια όταν δεν λειτουργεί ακόμα, και με πολλές ινώδεις δεσμίδες κατά την περίοδο της γαλουχίας.

Στην αρχή της εμμηνόπαυσης ο αδένας ατροφεί και μεταβάλλεται σε ινώδη μάζα σκληρή, χάνοντας την ικανότητα εκκρίσεως.

Ο μαστικός αδένας περιέχει 0-24 κυρίως λοβούς που χωρίζονται μεταξύ τους με συνδετικό ιστό, σε δευτερογενείς και σε τριτογενείς λοβούς. Αυτοί, υποδιαιρούνται σε λοβία και αυτά σε αδενοκυψέλες. Καθένας από τους σχηματισμούς αυτούς, φέρει εκκριτικούς σωλήνες, που ενώνονται σε ενιαίο σωλήνα για τον κάθε λοβό, τον γαλακτοφόρο πόρο.

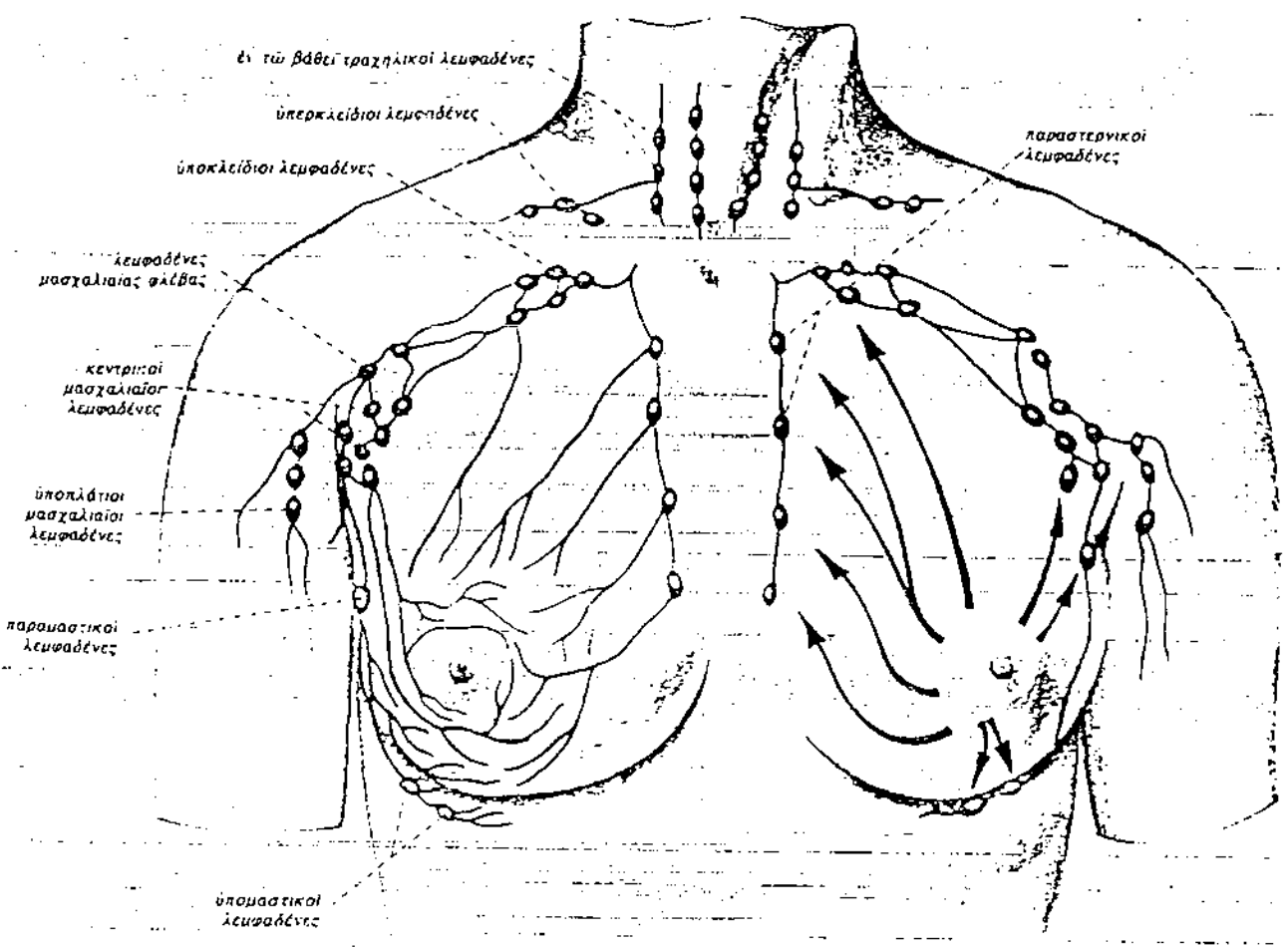
Οι γαλακτοφόροι πόροι συγκλίνουν προς τη θηλή και καταλήγουν στην κορυφή της. Είναι 8-24 πόροι.

γ) Νεύρα

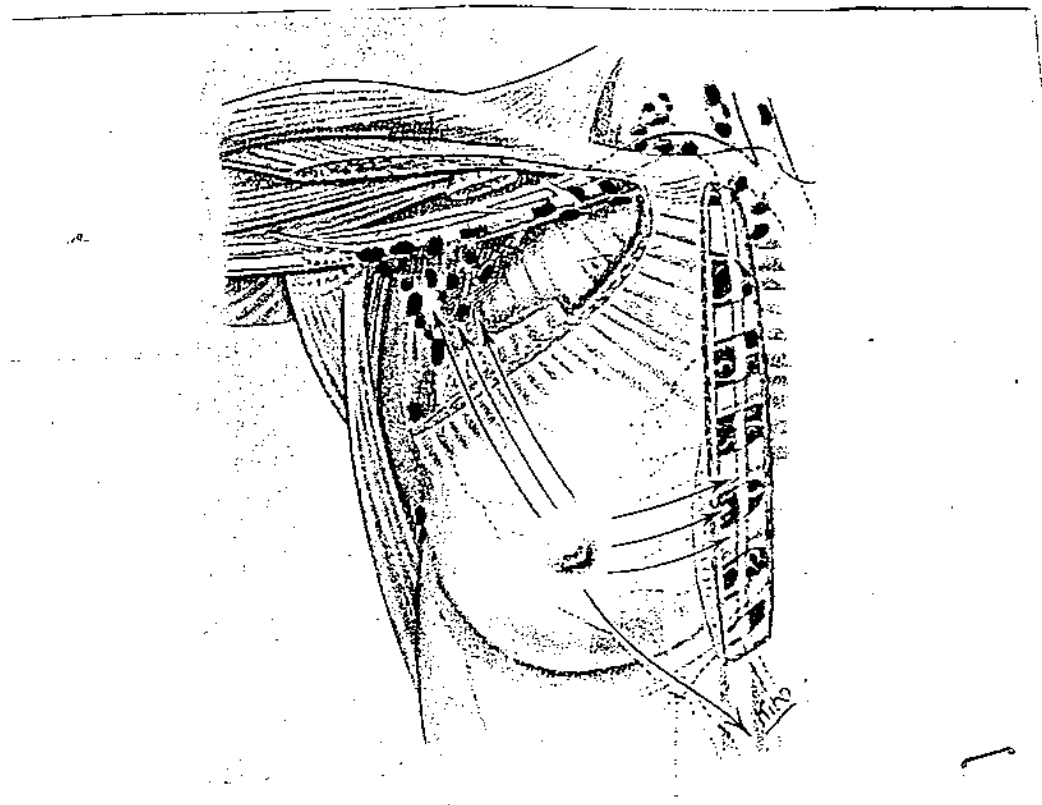
Ο μαστός νευρώνεται από τους έξω μαστικούς κλάδους του 2ου-6ου μεσοπλευρίου νεύρου και του έσω μαστικού κλάδου του 2ου-4ου μεσοπλευρίου νεύρου. Υπάρχουν ακόμη δίκτυα από συμπαθητικά νεύρα για το δέρμα, τις λείες μυϊκές ίνες της θηλής, τα αγγεία και τον ίδιο τον αδένα. Το δέρμα του μαστού νευρώνεται και από τα υποκλείδια νεύρα του αυχενικού πλέγματος.

δ) Αγγείωση

Οι κύριες τροφικές αρτηρίες του μαστού είναι τρεις: έσω μαστική, πλάγια θωρακική και η ακρωμιοθωρακική. Οι αρτηρίες αυτές αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος των αναγκών του μαστούσε αίμα. Κατά μικρότερο ποσοστό συμβάλλουν στην αιμάτωση



Εἰκ. 4 Ὁδοὶ ἀποχέτευσεως τῆς λέμφου ἀπὸ τὸ γυναικεῖο μαστό. Θέση τῶν ἐπιχώριων λεμφαδένων καὶ οἱ συνδέσεις τους (κατὰ Basler, 1978). (Ἀπὸ Benninghoff/Goertler: Lehrbuch der Anatomie des Menschen, Bd. 2, 12. Aufl. (Hgg. H. Ferner und J. Staubesändl, Urban & Schwarzenberg, München—Wien—Baltimore 1979).



του μαστού, οι πλάγιοι διακριτώντες κλάδοι των μεσοπλευρίων αρτηριών, οι κλάδοι της υποπλάκου αρτηρίας.

Οι φλέβες του μαστού χωρίζονται σε επιπολής και εν τω βάθει. Οι επιπολής αναστομώνονται μεταξύ τους και εκβάλλουν στην έσω μαστική φλέβα. Οι εν τω βάθει φέρονται μαζί με τους αντίστοιχους αρτηριακούς κλάδους.

Οι πλάγιοι διατριτιόντες κλάδοι, αναστόμώνονται με τις σπονδυλικές φλέβες, γεγονός που εξηγεί τις ιδιότυπες μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού στους σπονδύλους ή στην λεκάνη.

ε) Λεμφικό σύστημα

Ο μαστός διαθέτει πλουσιότατο λεμφικό δίκτυο που έχει δύο κυρίους κόμβους: τους μασχαλιαίους και τους έσω μαστικούς λεμφαδένες. Στη μασχάλη υπάρχουν κατά μέσο όρο 53 λεμφαδένες που χωρίζονται σε πέντε ομάδες.

α) Οπίσθιοι, κατά μήκος των υποπλάτιων αγγείων.

β) Πρόσθιοι, κάτω από τον μείζονα θωρακικό.

γ) Πλάγιοι, κατά μήκος της μασχαλιαίας φλέβας

δ) Κεντρικοί, μέσα στο μασχαλιαίο λίπος

ε) Κορυφαίοι, στην κορυφή της μασχάλης κάτω από την κλείδα.

Οι έσω μαστικοί λεμφαδένες είναι 34 σε κάθε πλευρά, κατά μήκος των έσω μαστικών αγγείων, στα τρία πρώτα μεσοπλεύρια διαστήματα (Εικόνα 1).

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Οι μαστοί αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από τον ορμονικό ελεγχό του. Για την λειτουργία τους, εξαρτώνται αποκλειστικά από την επιδραση πολλαπλών ορμονικών παραγόντων για τους οποίους, οι μαστοι αποτελούν έναν από τους σπουδαιότερους αδένες στόχους. Οι ενδοκρινείς επιδράσεις γίνονται δυνατές απο την παρουσία ειδικών υποδοχέων.

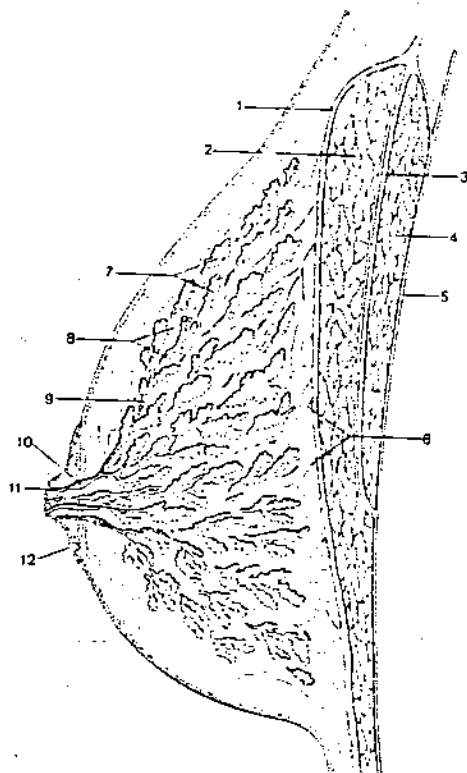
Στην εμβρυϊκή ζωή η καταβολή του μαστού αρχίζει από την έκτη περίπου εβδομάδα. Στη γέννηση ο μαστός της γυναίκας δε διαφέρει από τον μαστό του άντρα και αποτελείται από γαλακτοφόρους πόρους, που εκβάλλουν στην καλά αναπτυγμένη θηλή και αδενοκυψέλες. Στην βρεφική ηλικία, διαπιστώνεται η ύπαρξη εκκριτικής λειτουργίας του μαστού σε μικρό βαθμό. Οι μαστοί του βρέφους μεγαλώνουν και από τη θηλή εκκρίνεται υλικό σε μορφή γάλακτος.

Η έκκριση οφείλεται σε γαλακτογόνες ορμόνες που πέρασαν τον πλακούντα πριν τον τοκετό. Στην παιδική ηλικία οι μαστοί πέφτουν σε αδράνεια, γιατί η εκκριτική τους λειτουργία υποχωρεί μία εβδομάδα μετά την γέννηση περίπου. Στην ήβη οι γαλακτοφόροι πόροι κάτω απο την επίδραση των οιστρογόνων επιμηκύνονται και διογκώνονται. Κατά την επίδραση της προγεστερόνης αναπτύσσουν προσεκβολές, απο τις οποίες σχηματίζονται οιαδενοκυψέλες. Στην προεμμηνορρυσιακή φάση οι μαστοί διογκώνονται, λόγω διερεύνησης και επιμηκυνσης των γαλακτοφόρων πόρων, καθώς επίσης και την ανάπτυξη, των προσεκβολών. (Εικ.2).

Μετά την έναρξη της εμμηνορύσεως, οι γαλακτοφόροι πόροι και το αδενικό επιθήλιο υποστρέφονται και αντικαθίστανται από συνδετικό ιστό.

Στην κύηση ο μαστός μεταβάλλεται με την επίδραση της προλακτίνης. Σχεδόν ολόκληρος ο μαστός αποτελείται από τον αδενικό ιστό.

Μετά από την εμμηνόπαυση επέρχεται ατροφία των αδενοκυψελών και των λοβίων και βράχυνση των γαλακτοφόρων πόρων από την περιφέρεια προς την θηλή. Ο συνδετικός ιστός παχύνεται.



Εικ. 9. Όβελισία τομή διαμέσου του γυναικείου μαστού
 Θωρακικές περιτονίες, άποψη των επιφανειών τομής από μέσα

1. Περιτόνια μείζονος θωρακικού μυός
2. Μείζων θωρακικός μύς
3. Θωρακοκλειδική περιτόνια
4. Έλάσσων θωρακικός μύς
5. Περιτόνια των μεσοπλευρικών μυών (Έξω θωρακική περιτόνια)
6. Κρεμαστήριοι μαστικοί σύνδεσμοι
7. Λόβια του μαστικού αδένα
8. Λιπώδες σώμα του μαστού
9. Γαλακτοφόρος πόρος
10. Γαλακτοφόροι κόλποι
11. Στόμιο έκροσης
12. Άπνοσφειδείς και κυκλικές λεζες μυϊκές ίνες)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Όπως συμβαίνει και στις περισσότερες μορφές κακοήθους νόσου, η αιτιολογία του καρκίνου είναι άγνωστη.

Εν τούτοις, υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισέως του. Μία προδιάθεση για ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού ίσως να είναι κληρονομική. Αλλά ο μηχανισμός κληρονομικότητας δεν είναι γνωστός.

Όσον αφορά τη σημασία των οιστρογόνων ορμονών στη γένεση του καρκίνου του μαστού φαίνεται ότι υπάρχει άμεση σχέση με την διάρκεια της περιόδου της ωοθηκικής δραστηριότητας.

Είναι συχνότερη σε άτεκνες γυναίκες με εμμηνόπαυση πέρα των πενήντα πέντε ετών, και λιγότερο συχνός σε γυναίκες με πολλαπλές κυήσεις και ιστορικό παρατεταμένου θηλασμού, κατά την διάρκεια των οποίων καταστέλλεται η ωοθηκική παραγωγή οιστρογόνων.

Η πιο παραδεκτή σήμερα άποψη είναι ότι τα οιστρογόνα δεν προκαλούν την γέννηση του καρκίνου, μπορούν όμως να επιταχύνουν την ανάπτυξη σε γενετικά βεβαρημένα άτομα.

Υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού, διατρέχουν όσες γυναίκες είχαν ιστορικό καλοήθους πάθησης του καρκίνου.

Δεν υπάρχει απόδειξη ότι ο τραυματισμός του μαστού μπορεί να προκαλέσει καρκίνο.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1940 ο καρκίνος του μαστού αποτέλεσε την πρώτη σε συχνότητα αιτία θανάτου της γυναίκας και στην Αμερική και στην Ευρώπη.

Σήμερα, γνωρίζουμε, ύστερα από διάφορες στατιστικές μελέτες, αρκετά γύρω από τους επιδημιολογικούς παράγοντες που τοποθετούν την γυναίκα στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου μαστού συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Οι παράγοντες αυτοί είναι γενετικοί, ορμονικοί, εξωγενείς ή λατρογενείς.

α) Γενετικοί παράγοντες

1. Φύλο: Η σχέση προσβολής μεταξύ των δύο φύλων είναι: 99 γυναίκες προς 1 άντρα.
2. Ηλικία: Η συχνότητα αυξάνει σε συνάρτηση με την ηλικία
3. Οικογενειακό ιστορικό: Γυναίκες οι οποίες έχουν βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό, έχουν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο μαστού.
4. Η πιθανότητα προκλήσεως καρκίνου στο μαστό από ιό, έχει επίσης επισημανθεί.
5. Από διάφορες μελέτες προκύπτει ότι υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα (8-10 φορές) εμφανίσεως δευτέρου πρωτοπαθούς καρκίνου στον άλλο μαστό, σε γυναίκες που έχουν εμφανίσει καρκίνο μαστού στο παρελθόν. Παρουσιάζεται επίσης αυξημένη συχνότητα συνυπάρξεως καρκίνου μαστού με καρκίνους ωοθήκης, ενδομητρίου και παχέος εντέρου.
6. Γυναίκες παχύσαρκες και οι υψηλές γυναίκες, εμφανίζουν

μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού σύμφωνα με τα δεδομένα στατιστικά στοιχεία.

β) Ορμονικοί παράγοντες

1. Ηλικία στην εμμηναρχή ή εμμηνόπαυση. Είναι γνωστό ότι η ηλικία εμμηναρχής της τελευταίας δεκαετίας έχει μειωθεί από την ηλικία των 15-16 ετών, στην ηλικία των 10-12 ετών. Το 1971, πρώτος ο Staszlewski απέδειξε ότι η πρόωγη εμμηναρχή συνδυάζεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Γυναίκες που είχαν εμμηναρχή σε μεγάλη σχετικά ηλικία (μεγαλύτερη των 15 ετών), έχουν λιγότερες πιθανότητες προσβολής από τη νόσο σε σχέση με το γενικό γυναικείο πληθυσμό.

Επίσης έχει αποδειχθεί ότι, όσο η εμμηνόπαυση έρχεται σε προχωρημένη ηλικία (μετά τα 50 χρόνια), τόσο το ποσοστό προσβολής από καρκίνο του μαστού αυξάνεται, σε αντίθεση με τις γυναίκες που έχουν εμμηνόπαυση σε μικρή ηλικία.

Η τεχνητή εμμηνόπαυση, δηλαδή η εμμηνόπαυση λόγω υστερεκτομής ή ωθηκεκτομής, σε ηλικία κάτω των 40 ετών, μειώνει αισθητά τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού.

Τελικά, όμως, πρέπει να συνεκτιμηθούν οι δύο παραπάνω παράγοντες και να υπολογιστούν τα συνολικά αναπαραγωγικά χρόνια ζωής της γυναίκας. Όπως είναι γνωστό, ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο και ειδικά από τα οιστρογόνα. Μεγάλη αναπαραγωγική περίοδος συνεπάγεται μεγάλη περίοδο υποβολής του μαστού στον καταγλιισμό των οιστρογόνων.

Τελευταία, μιά άλλη εξήγηση προσπαθεί να δοθεί στον αυξημένο κίνδυνο προσβολής, όταν υπάρχει μεγάλη αναπαραγωγική ηλικία. Έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες που αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού, έχουν πολλούς ανωορρηκτικούς κύκλους. Επίσης, είναι φυσικό μια γυναίκα, που έχει μεγάλη αναπαραγωγική ηλικία, να έχει περισσότερους ανωορρηκτικούς κύκλους. Από άποψη φυσιολογίας είναι γνωστό, ότι στους ανωορρηκτικούς κύκλους παρατηρούνται μειωμένες τιμές οιστρογόνου και προγεστερόνης, οι οποίες έχουν προστατευτική δράση στο επιθήλιο των μαστών. Άρα, η αύξηση των ανωορρηκτικών κύκλων, συνεπάγεται μείωση της προστασίας και αύξηση του χρόνου έκθεσης σε πιθανές μεταλλακτικές δράσεις άλλων ορμονών.

2. Εγκυμοσύνη Οι γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει σε ηλικία μικρότερη των 20 ετών, έχουν σχετικό κίνδυνο προσβολής κατά 2/3 μικρότερο από τις γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει σε ηλικία 30 ετών.

Επίσης οι γυναίκες που δεν τεκνοποίησαν ποτέ, έχουν αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με αυτές που τεκνοποίησαν σε ηλικία μικρότερη των 30 ετών, αλλά όχι σημαντικά αυξημένο σε σχέση με αυτές που τεκνοποίησαν σε ηλικία μεγαλύτερη των 30 ετών. Δηλαδή η τεκνοποίηση σε ηλικία μεγαλύτερη των 30 ετών δεν προσφέρει καμμία προστασία.

3. Διακοπή της κύησης. Για την ενοχοποίηση της διακοπής της κύησης σαν αιτιολογικού παράγοντα αναφέρονται τα παρακάτω:

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, υπάρχει μια αυξημένη παραγωγή οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτι-

νης, που προκαλούν αύξηση και διαφοροποίηση του μαζικού αδένου.

Με την ξαφνική διακοπή τους (που γίνεται στην έκτρωση), προκαλείται απότομη διακοπή της ανάπτυξης του μαζικού αδένου, δηλαδή μίαςατελής ανάπτυξη. Υποστηρίζεται ότι αυτή η ατελής ανάπτυξη, κάνει τον αδένου, ευαίσθητο στην καρκινογένεση. Πάντως, μέχρι να γίνουν πιο εμπεριστατωμένες έρευνες και να τεκμηριωθούν τα παραπάνω, η έκτρωση δεν πρέπει να θεωρείται βέβαιος παράγοντας που αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο προσβολής.

4. Θηλασμός Ο θηλασμός δε παίζει προστατευτικό ρόλο έναντι του καρκίνου του μαστού, αλλά ούτε και αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την γυναίκα που δεν έχει θηλάσει.

5. Λήψη ορμονών: Η δράση των χορηγούμενων ορμονών στο επιθήλιο του μαζικού αδένου μελετάται επισταμένως. Φαίνεται να ενοχοποιούνται η θυρεοειδοπάθεια, η λήψη οιστρογόνων δίχως προγεστερονική κάλυψη κατά την κλιμακτήριο, η ανεπάρκεια του ωχρού σωματίου κ.λ.π.

Για τη χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών οι γνώμες διχάζονται. Οι Βέσεν ετ Αλ υποστηρίζουν ότι τα αντισυλληπτικά χάπια είναι ακίνδυνα, γιατί το προστερονικό τους σύνθετο δρα προστατευτικά. Αντίθετα οι Πίκε-Ετ-Αλ, από μελέτη που έκαναν σε 163 νέες γυναίκες με καρκίνο μαστού, συμπέραναν ότι η χρήση αντισυλληπτικών σε γυναίκες που τα παίρνουν πριν τη πρώτη τους τελειόμηνη κύηση, έχει βλαβερή επίδραση.

γ) Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες

Εθνικοί και κοινωνικο-οικονομικοί: Ο καρκίνος μαστού είναι συχνότερος στις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις και στις αστικές

δ) Παράγοντες θρέψης

1. Κατανάλωση λίπους: Διάφορες υποθέσεις προσπαθούν να δώσουν μία πιστευτή επεξήγηση του γεγονότος. Η αύξηση των λιπών και των ζωικών πρωτεϊνών στην τροφή, πιθανόν να έχει επίδραση στον ενδοκρινικό μεταβολισμό και έτσι να επέρχεται γρήγορη ανάπτυξη της γυναίκας και ως επακόλουθο πρωιμότερη εμμηναρχή. Αυξάνοντας εξ άλλου, το λίπος του σώματος επέρχεται μετατροπή της ανδροστενδιόνης σε οιστρόνη, ενώ με την αύξηση των χολικών αλάτων παρατηρείται αύξηση της προλακτίνης. Η υπόθεση της λειτουργίας του λίπους ως ενδοκρινικού οργάνου κερδίζει πολύ έδαφος τελευταία. Όπως είναι γνωστό, κύριο όργανο παραγωγής οιστρογόνων στις προεμμηνοπαισιακές γυναίκες είναι οι ωοθήκες, ενώ στις μετεμμηνοπαισιακές γυναίκες τα επινεφρίδια. Πρέπει να τονιστεί εδώ ότι και το λίπος θεωρείται όργανο παραγωγής οιστρογόνων, ιδίως στις μετεμμηνοπαισιακές γυναίκες. Έτσι εξηγείται και η συσχέτιση της αύξησης της συχνότητας του καρκίνου του μαστού στις εύσωμες γυναίκες.

2. Καφές: Έχει διερευνηθεί η πιθανότητα συσχέτισης καρκίνου του μαστού και λήψης μεθυλοξανθινών (καφές, τσάι, κόκα-κόλα και σοκολάτα). Όπως είναι γνωστό το 90% περίπου του γυναικείου πληθυσμού, κάνει χρήση αυτών των ουσιών. Αν και υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις, φαίνεται πως δεν υπάρχει

αυξημένος κίνδυνος στις καταναλώτριες μεθυλοξανθινών.

Αντίθετα, άλλες εργασίες αναφέρουν μια προστατευτική δράση των ουσιών αυτών στο μαζικό αδέννα.

3. Αλκοόλ: Η αύξηση του σχετικού κινδύνου έχει σχέση με την καταναλισκόμενη ποσότητα αλκοόλ. Έτσι, ενώ η κατανάλωση 1-3 αλκοολούχων ποτών ημερησίως αυξάνει το σχετικό κίνδυνο κατά 1,3 φορές, η κατανάλωση άνω των 3 ποτών ημερησίως αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής κατά 2 φορές. Η αύξηση του κινδύνου προσβολής είναι ιδιαίτερα μεγάλη στις νέες γυναίκες παρά στις ηλικιωμένες. Δεν υπάρχει καμιά εξήγηση της αύξησης αυτής του κινδύνου στις αλκοολικές γυναίκες. Φαίνεται ότι υπάρχει αυξημένη παραγωγή προλακτίνης, αν και δεν είναι γνωστός ο ρόλος της προλακτίνης στον καρκίνο του μαστού. Επίσης, είναι δυνατόν η λήψη αλκοόλ, με τις μικρές αλλοιώσεις που προκαλεί στο ήπαρ, να επηρεάζει το μεταβολισμό και η δράση του αλκοόλ να ασκείται διά μέσου ορμονικών διαταραχών.
4. Κάπνισμα: Το κάπνισμα, όπως είναι γνωστό, αυξάνει το σχετικό κίνδυνο προσβολής από καρκίνο διαφόρων συστημάτων και οργάνων. Η σχέση μεταξύ καπνίσματος και γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος είναι σύνθετη. Έτσι, έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα μειώνει τα ποσοστά του καρκίνου του ενδομητρίου, ενώ αυξάνει τα ποσοστά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Δεν έχει αποδειχθεί καμμία σχέση με τον καρκίνο του μαστού.
5. Ομάδες αίματος: Όπως είναι γνωστό, υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ ομάδων αίματος και διαφόρων κακοήθων νοσημάτων.

Είναι πια βέβαιο ότι οι γυναίκες ομάδας αίματος Α έχουν αυξημένο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού. Έχει αποδειχθεί υπεροχή της ομάδας Α κατά 7-8%.

Ειδικά, ασθενείς με έντονα επιθετικό καρκίνο του μαστού, όπως ο φλεγμονώδης καρκίνος, ανήκουν κατά 50% στην ομάδα Α. Είναι αδύνατο να δοθεί κάποια εξήγηση στη διαπίστωση αυτή.

ε) Εξωγενείς ή Ιατρογενείς παράγοντες

1. Ακτινοβολία και καρκίνος του μαστού: Είναι σίγουρο ότι η προηγηθείσα ακτινοβολία είναι καρκινογόνος για τον άνθρωπο. Υπάρχει αύξηση του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες που ακτινοβολήθηκαν στο θώρακα για διάφορους λόγους και στις γυναίκες που πήραν ακτινοβολία από ατομική βόμβα. Μελέτες απέδειξαν ότι ο λανθάνων χρόνος είναι περίπου 15 έτη. Η αύξηση του κινδύνου προσβολής εξαρτάται από τη χορηγούμενη δόση ακτινοβολίας. Έτσι, ενώ η αύξηση αυτή είναι ελάχιστη για ακτινοβολία 10 rads, γίνεται πραγματικά τεράστια για δόσεις 100rads. Το παράξενο είναι ότι η μεγάλη αύξηση του ποσοστού προσβολής παρατηρείται, όταν η έκθεση στην ακτινοβολία, γίνεται στην ηλικία των 40-49 ετών.

2. Για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, ενοχοποιείται η χρόνια ψυχική ένταση της γυναίκας.

3. Προηγούμενο ιστορικό

α) Η προϋπαρξή κυστικής μαστοπάθειας σχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Πάντως οι διάφορες μορφές της κυστικής μαστοπάθειας ενοχοποιούνται σε δευτεροβάθμο. Η κυστική μαστοπάθεια που συνοδεύεται από υπερπλασία των πόρων και θηλωμάτωση, εμφανίζει 4-7 φορές αυξημένη πι-

Επιδημιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με αύξηση ή ελάττωση του καρκίνου του μαστού		
	Αύξηση	Ελάττωση
Γεωγραφική κατανομή	Δυτική Ευρώπη, Βόρεια Αμερική	Ιαπωνία, Μαύροι Ν. Αφρικής, Νιγηρία, Ινδία
Ηλικία	Μεγάλες γυναίκες (πάνω από 30 χρόνων)	Νέες γυναίκες (κάτω από 20 χρόνων)
Τεινοποίηση	Ατομία	Τεινοποίηση κάτω των 20 χρόνων
Ηλικία πρώτης τεινοποίησης	Άνω των 35 χρόνων	Κάτω των 20 χρόνων
Έναρξη της εμμήνου ρύσης	Κάτω των 13 χρόνων	Άνω των 16 χρόνων
Εμμηνόπαυση	Άνω των 50 χρόνων	Κάτω των 45 χρόνων
Ροθηνεκτομή		Κάτω των 45 χρόνων
Οικογενειακό ιστορικό	Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού	
Προηγούμενος καρκίνος	α) μαστού, β) μήτρας, γ) σιαλογόνων αδένων, δ) παχέος εντέρου, ε) ωοθήκης	Τραχήλου μήτρας
Ύπαρξη καλοήθους νόσου	Ινώδης κυστική μαστοπάθεια	
Διατροφή	Παχυσαρκία	
Ιονισμένη ακτινοβολία	Ιονισμένη ακτινοβολία	

(Κατά τον Π. Καραμανάκο, το 1987)

θανότητα ανάπτυξης καρκίνου.

β) Μια γυναίκα, με καρκίνο στον ένα μαστό, έχει αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσει καρκίνο και στον άλλο μαστό.

γ) Γυναίκες με καρκίνο της μήτρας έχουν σχεδόν διπλάσια πιθανότητα, απ'ότι ο υπόλοιπος πληθυσμός να εμφανίσουν καρκίνο στο μαστό.

Συμπερασματικά, οι περισσότεροι ερευνητές πιστεύουν σήμερα, ότι η καρκινογένεση είναι το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ή και συνεργαστικής δράσης των παραγόντων που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Στους άνδρες, υπάρχει σχετικά χαμηλή επίπτωση του καρκίνου του μαστού. Είναι γνωστό όμως, ότι οι άνδρες με διαταραχή του μεταβολισμού των οιστρογόνων, γυναικομαστία και/ή σύνδρομο KLINEFELLER παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο.

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Οι στατιστικές μελέτες που έχουν γίνει σχετικά με τον καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα το 1983 έδειξαν ότι:

1. Εξελεθόντες ασθενείς κατά φύλο και έκβαση νοσηλείας.

Έτος 1983

Σε σύνολο	5235	γυναίκες και	-	άνδρες
Ίαση	20	γυναίκες και	-	άνδρες
Βελτίωση	4980	γυναίκες και	-	άνδρες
Αμετάβλητη	95	γυναίκες και	-	άνδρες
Επιδείνωση	5	γυναίκες και	-	άνδρες
Θάνατος	135	γυναίκες και	-	άνδρες

2. Εξελεθόντες ασθενείς κατά γεωγραφικό διαμέρισμα μόνιμης διαμονής. Έτος 1983. Δειγματοληπτική επεξεργασία 20% των δελτίων της νοσηλευτικής κίνησης:

Σύνολο Ελλάδος	5235
Περιφέρεια πρωτεύουσας	1890
Στερεά Ελλάδα	385
Πελοπόννησος	345
Ιόνιοι νήσοι	80
Ήπειρος	255
Θεσσαλία	535
Μακεδονία	1085
Θράκη	160
Νήσοι Αιγαίου	230
Κρήτη	205
Εξωτερικού	15

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η προσεκτική σταδιοποίηση με τη χρήση του κλινικού και χειρουργικού συστήματος, είναι χρήσιμη στον καθορισμό της πρόγνωσης του αρρώστου και στη χορήγηση μιας κατάλληλης μορφής θεραπείας.

Διακρίνουμε τέσσερα στάδια:

ΣΤΑΔΙΟ I

1. Ο όγκος είναι διαμέτρου περίπου 2 εκατοστών
2. Δεν υπάρχει οίδημα ή εξέλκωση του δέρματος
3. Δεν υπάρχουν κλινικώς διηθημένοι μασχαλιαία λεμφογάγγλια.
4. Ο όγκος δεν συμφύεται προς το θωρακικό τοίχωμα.

ΣΤΑΔΙΟ II

1. Ο όγκος είναι διαμέτρου 2-5 εκατοστά
2. Δεν υπάρχει οίδημα ή εξέλκωση του δέρματος
3. Υπάρχουν κλινικώς διηθημένα λεμφογάγγλια
4. Ο όγκος δεν συμφύεται προς το θωρακικό τοίχωμα

ΣΤΑΔΙΟ III

1. Ο όγκος είναι διαμέτρου πάνω από 5 εκατοστά συμφυόμενος με τους γύρω ιστούς.
2. Υπάρχει οίδημα δέρματος περιορισμένης έκτασης
3. Υπάρχει εξέλκωση δέρματος.
4. Οι μασχαλιαίοι αδένες είναι δυσκίνητοι.

ΣΤΑΔΙΟ IV

1. Οποιοσδήποτε συνδυασμός δύο ή περισσότερων κυρίων σημείων του σταδίου III.
2. Υπάρχουν μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα.

Πενταετής επιβίωση ανάλογα με το
στάδιο του καρκίνου του μαστού.

Κλινικό στάδιο	Πενταετής επιβίωση (%)
Στάδιο I	85
Στάδιο II	66
Στάδιο III	41
Στάδιο IV	10

(Κατά τον Π.Καραμανάκο, το 1987).

T.N.M. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Το σύστημα T.N.M για την περιγραφή της ανατομικής έκτασης της νόσου, βασίζεται στην εκτίμηση τριών στοιχείων:

- T- που σημείνει έκταση (μέγεθος) πρωτοπαθούς όγκου
 N- που σημαίνει την κατάσταση των επιχωρίων λεμφαδένων (ψηλαφητοί ή όχι).
 M- που σημαίνει την απουσία ή παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.

Η προσθήκη αριθμών στα τρία αυτά στοιχεία, δείχνει την έκταση της κακοήθους νόσου. Έτσι έχουμε:

- T₀: Δεν υπάρχει ένδειξη εμφανούς πρωτοπαθούς όγκου
 T₁: Όγκος μέχρι 2 εκατοστά στη μεγαλύτερη διάμετρο
 T_{1α}: Χωρίς καθήλωση στην υποκείμενη περιτονία
 T_{1β}: Με καθήλωση στην υποκείμενη περιτονία
 T₂: Όγκος μεγαλύτερος από 2 εκατοστά αλλά όχι πάνω από 5 εκατοστά.
 T_{2α}: Χωρίς καθήλωση στην υποκείμενη περιτονία
 T_{2β}: Με καθήλωση στην υποκείμενη περιτονία
 T₃: Όγκος μεγαλύτερος από 5 εκατοστά
 T_{3α}: Χωρίς καθήλωση στην υποκείμενη περιτονία
 T_{3β}: Με καθήλωση στην υποκείμενη περιτονία
 T₄: Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με άμεση επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή δέρμα
 T_{4α}: Με καθήλωση στο θωρακικό τοίχωμα
 T_{4β}: Με οίδημα, διήθηση του δέρματος ή εξέλκωση του δέρματος (περιλαμβάνοντας δέρμα σα φλοιό πορτοκαλιού) ή δορυφόροι δερματικού όζου στον ίδιο μαστό

No: Με ψηλαφητοί σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες

N1: Κινητοί σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες

N1α: Λεμφαδένες που δεν θεωρούνται ότι περιέχουν
όγκο

N1β: Λεμφαδένες που θεωρούνται ότι περιέχουν όγκο

N2: Σύστοιχοι λεμφαδένες καθηλωμένοι ο ένας στον άλλον
ή στα άλλα στοιχεία και θεωρούνται ότι περιέχουν
όγκο

N3: Σύστοιχοι υπερκλείδιοι και υποκλείδιοι λεμφαδένες
που θεωρούνται ότι περιέχουν όγκο ή οίδημα του ώμου
και του βραχίονα.

Mo: Δεν υπάρχουν μακρινές μεταστάσεις

M1: Υπάρχουν μακρινές μεταστάσεις

Κατηγορία σταδίων:

Στάδιο I

To, N1α, Mo

T1α, No ή N1α, Mo

T1β, No ή N1β, Mo

Στάδιο II

To, N1β, Mo

T1α, N1β, Mo

T1β, N1β, Mo

T2α, No ή N1α ή N1β, No

T2β, No ή N10 ή N1β, Mo

Στάδιο III

Οποιοδήποτε T3 με οποιοδήποτε N, Mo

Οποιοδήποτε T4 με οποιοδήποτε N, Mo

Οποιοδήποτε T με οποιοδήποτε N2, Mo

Οποιοδήποτε T με οποιοδήποτε N3, Mo

Στάδιο IV

Οποιοδήποτε T με

οποιοδήποτε N, M1.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Υπάρχουν τέσσερις κύριες ιστολογικές μορφές καρκίνου του μαστού: Ο διηθητικός εκφορητικών πόρων -NOS CNOT OTHERWISE SPECIFIED, μη οριζόμενος διαφορετικά), το λοβιδιακό καρκίνωμα, ο μυελοειδής και ο κολλοειδής ή βλεννώδης. Αυτοί οι τύποι παρατηρούνται γενικά στην αμιγή τους μορφή, αν και μπορούν να εμφανιστούν και σε συνδυασμούς. Σπάνιες ιστολογικές μορφές καρκίνου του μαστού είναι ο φλεγμονώδης, η νόσος PAGET, ο θηλώδης και το καρκινοσάρκωμα.

Διηθητικός_εκφορητικών_πόρων

Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των καρκινωμάτων προέρχεται από ένα μεγάλο εκφορητικό πόρο. Χαρακτηρίζονται ως μη οριζόμενοι διαφορετικά (NOS) επειδή στα 70 έως 75% των περιπτώσεων δεν μπορεί να διακριθεί κανένα χαρακτηριστικό ιστολογικό στοιχείο. Παρά το μικρό μέγεθος της πρωτοπαθούς εστίας τους, συχνά επεκτείνονται στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Στην ψηλάφηση οι βλάβες αυτές είναι συμπαγείς και είναι χαρακτηριστική η ανάπτυξη ινώδους συνδετικού ιστού, μέσα στον όγκο. Η πρόγνωσή τους είναι η χειρότερη από όλους τους άλλους τύπους.

Λοβιδιακό_καρκίνωμα

Προέρχεται από τους μικρούς τελικούς εκφορητικούς πόρους. Μπορεί να είναι είτε επεκτατικό με νεοπλαστική επέκταση πέρα από τον πόρο που αναδύεται, είτε μη επεκτατικό. Στη μη επεκτατική μορφή, τα αναπλαστικά κύτταρα περιέχονται μέσα στα λόγια. Στην επεκτατική, ο όγκος εκτείνεται πέρα



Εικ. 4. Νόσος Paget-θηλής μαστού. Μέσα στην επιδερμίδα διακρίνονται καρκινωματώδη κύτταρα, μερικά από τα οποία έχουν διαυγές πρωτόπλασμα. Μεγ. $\times 150$.



Εικ. 3. Βλενωδες (κολλοειδές) καρκίνωμα. Παρατηρούνται καρκινωματώδεις βλάστες μέσα σε λίμνες βλέννης. Μεγ. $\times 150$.

από το λόβιο ή τον τελικό εκφορητικό πόρο, από όπου αναδύεται.

Μυελοειδές_καρκίνωμα

Οι όγκοι αυτοί προσλαμβάνουν μεγάλο μέγεθος (συνήθως έχουν διάμετρο 3-9 εκατ.), αλλά δεν έχουν τόσο μεγάλη δυνατότητα να προκαλούν διηθητικές βλάβες. Ο όγκος εμφανίζεται μάλθακός με εστίες αιμορραγιών και νευρώσεων.

Κολλοειδές_ή_βλεννώδες_καρκίνωμα

Ο όγκος αυτός περιέχει κολλοειδή ή βλεννώδη ουσία που εμφανίζεται σαν μαλθακή μάζα. Προσλαμβάνει μεγάλες διαστάσεις, αλλά αναπτύσσεται με αργό ρυθμό. Εμφανίζει την καλύτερη πρόγνωση. (Εικόνα 3).

Φλεγμονώδες_καρκίνωμα

Είναι μία θανατηφόρος μορφή της νόσου. Χαρακτηρίζεται από διασπορά των καρκινικών κυττάρων στους λεμφαδένες του μαστού και του δέρματος. Η βλάβη έχει τυπική εμφάνιση ερυσιπέλατος με διογκωμένα τα όρια της βλάβης του δέρματος και ερυθρότητα της περιοχής.

Νόσος_του_PAGET

Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση στην επιδερμίδα της θηλής, των μεγάλων κυττάρων του PAGET με διαυγές ή θολερό κυτταρόπλασμα και μεγάλους πυρήνες. Σε αυτή τη φάση, συνήθως δεν υπάρχει διηθητικό καρκίνωμα. Σε προχωρημένη κατάσταση με ανάπτυξη ψηλαφητού πλέον διηθητικού καρκίνου, η πρόγνωση είναι ίδια με τις άλλες μορφές του καρκίνου.

(Εικόνα 4).

Αδενοκυστικό καρκίνωμα

Εντοπίζεται κυρίως κάτω ή κοντά στη θηλή και τα κύτταρα διατάσσονται σε μικρές κύστες που περιέχουν βλέννα.

Η πρόγνωση είναι καλή.

Θηλώδες καρκίνωμα

Οι όγκοι αναπτύσσονται από τον μεγάλο εκφορητικό πόρο και σπάνια γίνονται επεκτατικοί. Τα καρκινωματώδη κύτταρα σχηματίζουν θηλές. Κλινικά παρουσιάζεται έκκριση από τη θηλή.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ

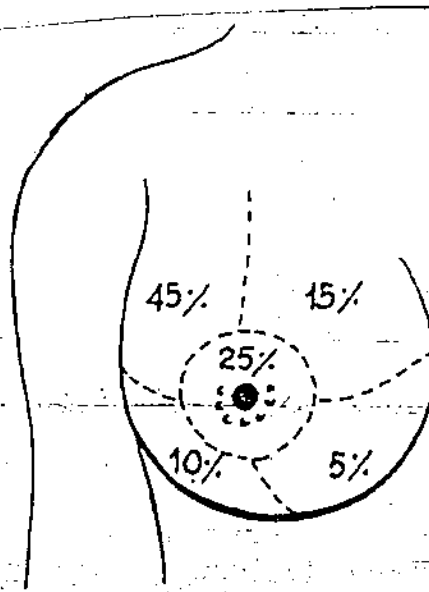
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΥΠΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Αμιγές διηθητικό παρογενές αδenoκαρκίνωμα	52,6
Μυελοειδές καρκίνωμα	6,2
Λοβιδιακό καρκίνωμα	4,9
Βλεννώδες ή κολλοειδές καρκίνωμα	2,4
Σωληνώδες καρκίνωμα	1,2
Αδενοκυστικό καρκίνωμα	0,4
Θηλώδες καρκίνωμα	0,3
Καρκινοσάρκωμα	0,1
PAGEΤ και φλεγμονώδες καρκίνωμα	2,3
Συνδυασμός διηθητικού παρογενούς με άλλο είδος αδenoκαρκινώματος	28,0
Συνδυασμοί άλλων αδenoκαρκινωμάτων	1,6
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

(Κατά τον Δ.Αραβαντινό, το 1985).

ΕΝΤΟΠΙΣΗ

Ο καρκίνος του μαστού εντοπίζεται περισσότερο στον αριστερό μαστό. Η αναλογία μεταξύ αριστερού και δεξιού μαστού είναι 1,14:1. Οι μισοί περίπου από τους καρκίνους εντοπίζονται στο άνω έξω τεταρτημόριο, ενώ οι υπόλοιποι στο κέντρο (γύρω από τη θηλή) και στα άλλα τεταρτημόρια. (Εικόνα 5).



Εικ. 5. Σχηματικά ή αναλογία εντοπίσεως του καρκίνου του μαστού.

Ειδικότερα η εντόπιση καρκινώματος έχει ως εξής:

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Το πιο συνηθισμένο σημείο του καρκίνου του μαστού είναι η ψηλαφητή μάζα. Το μέγεθος και η μορφολογία αυτής της μάζας, ποικίλει ανάλογα με το στάδιο ανάπτυξης του όγκου και τον ιστολογικό τύπο. Το 90% των περιπτώσεων ανακαλύπτεται τυχαία από την ίδια την άρρωστη, κατά τη διάρκεια του μπάνιου της.

Η καρκινική αυτή μάζα, τις περισσότερες φορές παρουσιάζει ανώμαλη οριακή απεικόνιση, είναι ανώδυνη, σκληρή, στερεά και δύσκολα διαχωρίζεται από τον υπόλοιπο μαστό. Μερικές φορές είναι σχετικά ευκίνητη και δύσκολα ξεχωρίζει από άλλες καλοήθειες καθήσεις του μαστού.

Εκτός όμως από τη χαρακτηριστική μάζα που παρατηρείται, υπάρχουν και άλλα συνοδά σημεία, η παρουσία των οποίων βοηθά στην ασφαλή διάγνωση.

Σ' ένα σημαντικό ποσοστό περιπτώσεων (30-40%) η καρκινική μάζα συνοδεύεται από την ύπαρξη πολλαπλών μικροαποσιτανώσεων, οι οποίες οφείλονται σε εναποθέσεις ασβεστίου σε νεκρωμένες περιοχές των καρκινικών κυττάρων.

Τα συμπτώματα τα διακρίνουμε σε πρώιμα, όψιμα και τελικά:

1. Πρώιμα:

- α) Έλξη του δέρματος του μαστού, που οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του COOPER από τον όγκο.
- β) Εισορκή της θηλής, που οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου

μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή.

Χρειάζεται προσοχή να μη γίνει σύγχυση με παρόμοια εισολκή που παρουσιάζεται εκ γενετής ή μπορεί να οφείλεται σε οξείες παθήσεις μαστού.

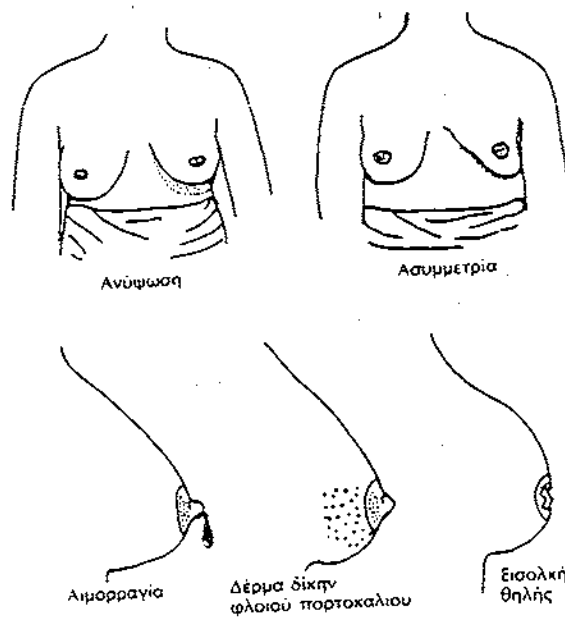
2. Όψιμα:

- α) Προσήλωση της διογκώσεως στους θωρακικούς μυς
- β) Εμφανίζεται ερυθρότητα και υπεραιμία στο δέρμα, στο οποίο η επιφάνεια του μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού, λόγω απόφραξης των λεμφαγγείων από καρκινικά κύτταρα.
- γ) Πάχυνση και εισολκή του δέρματος συνέπεια διηθήσεως.
Η πάχυνση αυτή μπορεί να είναι εντοπισμένη ή καθολική και να έχει διάφορο πάχος.
- δ) Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβλημένου μαστού
- ε) Ορώδη ή αιματηρά έκκριση θηλής. (Εικ.6)

3. Τελικά:

- α) Ακινητοποίηση του μαστού και διογκωση των μασχαλιαίων αδένων
- β) Εξέλκωση κατά τη θηλή - οφείλεται στην αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξ αιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων και της ταχύτερης ανάπτυξης της μάζας.
- γ) Οξύς αναίτιος πόνος, ιδιαίτερα στις μετακλιμακτήριες γυναίκες.
- δ) Αγγειοβριθεία, η οποία χαρακτηρίζεται από αύξηση του εύρους των αγγείων, το οποίο μπορεί να είναι τριπλάσιο του φυσιολογικού.

Η αξιολόγηση της αγγειοβριθείας πρέπει να γίνεται συγκρι-



Εικ.6

Όψια συμπτώματα καρκίνου
μαστού.

τικά με τον άλλο μαστό, αλλά και με τη συνεκτίμηση και των άλλων ευρημάτων στον καρκίνο του μαστού.

ε)Γενικευμένες μεταστάσεις

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η πρόωγη ανακάλυψη καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται με:

- A. Την αυτοεξέταση των μαστών
- B. Την κλινική εξέταση
- Γ. Την εργαστηριακή διερεύνηση

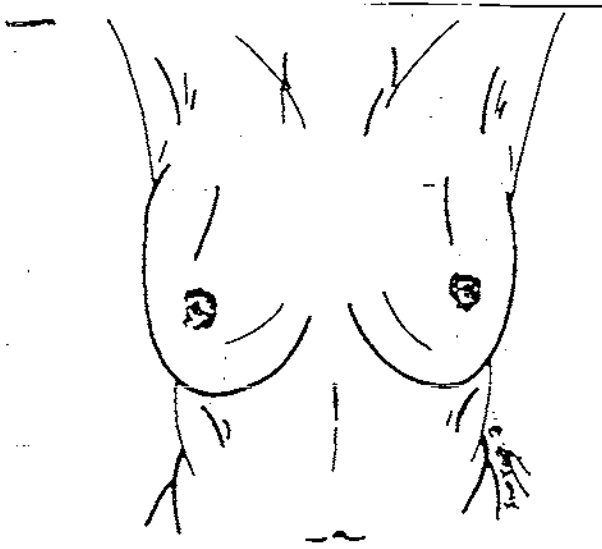
A. ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΩΝ

Η τεχνική της αυτοεξέτασης του μαστού έχει αποδειχτεί πολύτιμο μέσο έγκαιρης διαπίστωσης του καρκίνου του μαστού. Η πείρα έχει δείξει ότι τα 95% των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες.

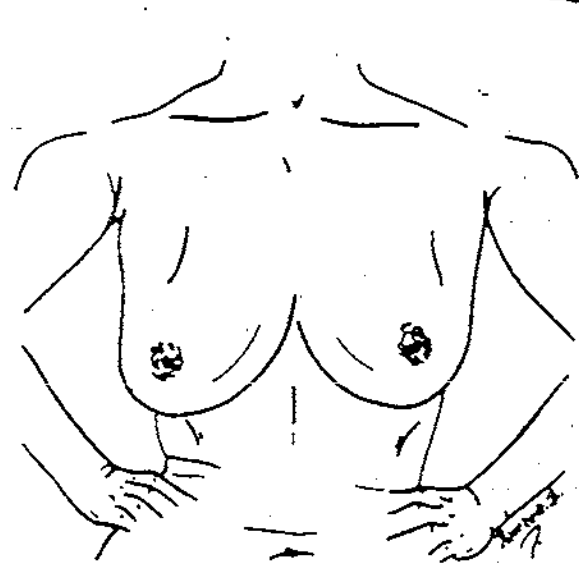
Η γυναίκα θα πρέπει να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού. Δηλαδή θα πρέπει να γίνεται κάθε μήνα, τον ίδιο χρόνο και 7-10 ημέρες μετά την έμμηνο ρύση. Με την αυτοεξέταση η γυναίκα εξοικειώνεται με το μαστό της και έχει τη δυνατότητα να διαπιστώσει οποιαδήποτε μεταβολή.

Θα πρέπει όμως να τονιστούν σε αυτήν, οι περιοχές μεγαλύτερης εμφάνισης του καρκίνου, κυρίως στο άνω έξω τεταρτημόριο και κάτω από την θηλή.

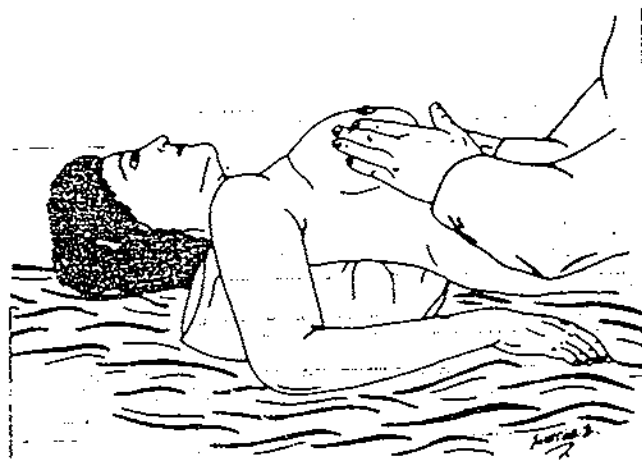
Η εξέταση αρχίζει με την επισκόπηση των μαστών μπροστά στον καθρέπτη. Με τα χέρια στα πλάγια του σώματος, η γυναίκα θα πρέπει να παρατηρήσει τους μαστούς για ασυμμετρία, εισολκή του δέρματος, αλλαγές στο χρώμα ή εισολκή της θηλής. Επίσης παρατηρεί το σχήμα και το μέγεθος των μαστών. Κατόπιν σηκώνει τα χέρια ψηλά και επαναλαμβάνει την επισκόπηση μπροστά στον καθρέπτη, για τα ίδια φυσικά σημεία. (Εικ.7, Εικ.8).



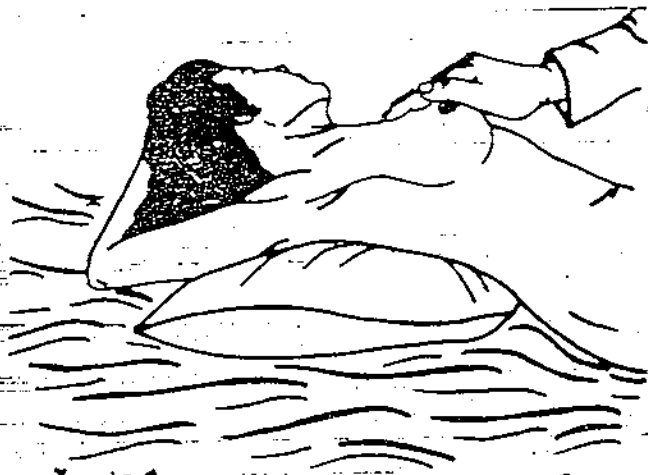
(Εικ. 7) - Η ασθενής σηκώνει τα χέρια ψηλά. Ο αριστερός μαστός (πάσχων), παραμένει πιο ψηλά από τον δεξιό.



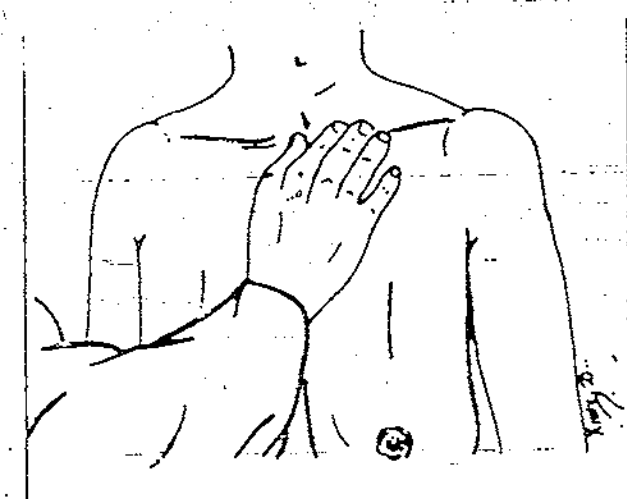
(Εικ. 8) Η ασθενής φέρνει και πιέζει τα χέρια στη μέση (σοφύ). Ο αριστερός μαστός (πάσχων) ανέρχεται πιο ψηλά από τον δεξιό.



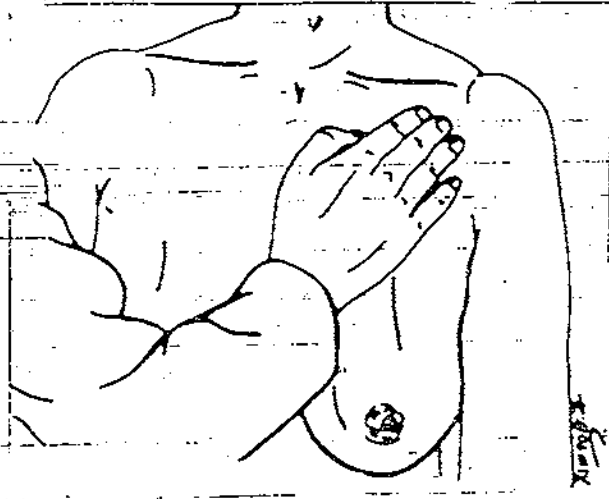
(Εικ. 9) Ψηλάφηση έξω ημιορίου.



(Εικ. 10) Ψηλάφηση έσω ημιορίου.



Εικ. 11. Ψηλάφηση υπερχλερίων λεμφαδένων.



Εικ. 12. Ψηλάφηση των υποκλείδιων λεμφαδένων.

Μετά την επισκόπηση των μαστών ακολουθεί η ψηλάφηση για τη διαπίστωση ασυνήθιστων ογκιδίων. Η ψηλάφηση θα πρέπει να γίνεται σε ύπτια θέση. Ένα μικρό μαξιλάρι ή μια διπλωμένη πετσέτα τοποθετείται κάτω από τον ώμο της πλευράς που θα εξετασθεί. Με τον τρόπο αυτό ανυψώνεται η πλευρά αυτή του σώματος και ο μαζικός αδένας διανέμεται ομοιόμορφα πάνω στο θωρακικό τοίχωμα. Το χέρι της πλευράς που εξετάζεται τοποθετείται πλάγια προς τα κάτω και εξετάζεται ο μαστός με τα δάκτυλα του άλλου χεριού επίπεδα σ' αυτόν. Η τεχνική απαιτεί εύγενική ψηλάφηση του μαζικού αδένα, αρχίζοντας από το άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού, αφού οι περισσότερες αλλοιώσεις αρχίζουν από το τεταρτημόριο αυτό. (Εικ.9).

Κατόπιν το χέρι ανυψώνεται πάνω από το κεφάλι και γίνεται μια πλήρης εξέταση του έσω ημίσεως του μαστού, αρχίζοντας από το στέρνο (Εικ.10). Μετά την ολοκλήρωση μίας κυκλικής κίνησης των δακτύλων, το χέρι μετακινείται 2 εκατοστά προς τη θηλή και επαναλαμβάνεται η ίδια διαδικασία, μέχρις ότου ολοκληρωθούν τέσσερις τουλάχιστον κύκλοι. Όταν η εξέταση ολοκληρωθεί, το μαξιλάρι τοποθετείται κάτω από τον αντίθετο ώμο και εξετάζεται ο άλλος μαστός ακριβώς κατά τον ίδιο τρόπο. Τέλος ψηλαφά τις μασχάλες κατά τον ίδιο τρόπο, καθώς και τους υπερκλείδιους και τους υποκλείδιους λεμφαδένες. (Εικ.11, Εικ.12).

Αν παρατηρήσει μία ανωμαλία, μία διόγκωση ή κάτι διαφορετικό από τον προηγούμενο μήνα πρέπει να επισκεφθεί το γιατρό της.

Η μέθοδος αυτοεξέτασης του μαστού είναι αποτελεσματική μόνο εάν γίνεται σωστά και σε κανονικά διαστήματα.

B. ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η εξέταση των μαστών από τον γιατρό πρέπει να γίνεται και αυτή μία εβδομάδα περίπου μετά την έμμηνο ρύση.

Αρχικά παίρνεται το ιστορικό υγείας της ασθενούς που δίνει σαφείς πληροφορίες για την ηλικία της, το επάγγελμα, την έναρξη και την παύση της έμμηνου ρύσης καθώς και τις διαταραχές της. Εάν είναι έγγαμη ή όχι, τον αριθμό, τον αριθμό φυσιολογικών τοκετών και αποβολών, την ηλικία που είχε την πρώτη κύηση. Αν έχει κάνει μακροχρόνια χρήση οιστρογόνων ή εάν τώρα κάνει χρήση κάποιου φαρμάκου.

Επίσης παίρνονται πληροφορίες για προηγούμενες επεμβάσεις στους μαστούς της ασθενούς, τη σχέση της πάθησης με τον κύκλο της γυναίκας και τις τυχόν μεταβολές της με τη διάρκεια του κύκλου. Ελέγχεται η ύπαρξη πάθησης μαστού στα άλλα άτομα της οικογένειας. Εάν έγινε θηλασμός πρόσφατα. Ακόμα, αναζητούνται οι διαιτητικές της συνήθειες (δίαιτα πλούσια σε λίπη και χοληστερίνη).

Αρχικά γίνεται η επισκόπηση των μαστών κάτω από δυνατό φως. Η γυναίκα είναι καθιστή ή όρθια με τα χέρια στη μέση. Εξετάζονται τυχόν ανωμαλίες του δέρματος (συρίκνωση, οίδημα, ερυθρότητα και πάχυνση), των μαστών (ασυμμετρία), της θηλής (εισολκή, έκζεμα, διάβρωση, ρίκνωση, έκκριση ορώδης ή αιματηρού ή γαλακτώδης υγρού).

Στη συνέχεια γίνεται η ψηλάφηση των μαστών η οποία θα μας δώσει τις περισσότερες και πιο σημαντικές πληροφορίες. Με την ψηλάφηση ελέγχεται η σύσταση του μαστού, η αύξηση της θερμοκρασίας, τυχόν υπάρχουσα ευαισθησία και τέλος, η



Εικ. 13 Μαστογράφια. Οζός με σαφή όρια (καρκίνος)



Εικ. 14 Μαστογράφια. Οζός περιγεγραμμένος, αλλά με κάποια ασαφεία στην περιώη του (μελανοειδής καρκίνος).

παρουσία όζων, οι οποίοι ανάλογα με τη σύστασή τους, την κινητικότητα τους και τους λοιπούς χαρακτήρες τους, χαρακτηρίζονται σαν καλοήθειες ή κακοήθειες.

Γ. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Από παλιά έχουν προταθεί και χρησιμοποιηθεί διάφορες μέθοδοι για την πρόωμη ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού. Ειδικότερα έχουμε:

Μαστογραφία:

Είναι η ακτινογραφική απεικόνιση των διαφόρων ιστών και των αλλοιώσεων του μαστού πάνω σε ακτινογραφικό φιλμ, χωρίς την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας. Χρησιμοποιούνται ειδικά μηχανήματα, οι μαστογράφοι.

Η τεχνική της μεθόδου είναι απλή και όσο αφορά τις διάφορες προβολές λήψεως της μαστογραφίας, οι ακτινογραφίες παίρνονται κατά μέτωπο (κεφαλο-κοκκυγικά) πλάγιες και λοξές. Συνήθως μία λοξή λήψη, αρκεί για τον κάθε μαστό και συμπληρώνει με τις άλλες σε περίπτωση που δε λύνεται το διαγνωστικό πρόβλημα. Με τη λοξή προβολή επιτυγχάνεται ελάττωση της δόσεως της ακτινοβολίας στο 50% περίπου.

Η μεγαλύτερη αξία της μαστογραφίας βρίσκεται στη διάγνωση ύποπτων περιοχών πριν ακόμα από την ψηλάφηση "ογκιδίου". Επομένως συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση. (Εικ.13, Εικ.14).

Η μαστογραφία δε θα πρέπει να επαναλαμβάνεται πάνω από μία φορά το χρόνο, ειδικά για τις γυναίκες που δε βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο, όπως και στις μικρές ηλικίες

Ενδείξεις μαστογραφίας:

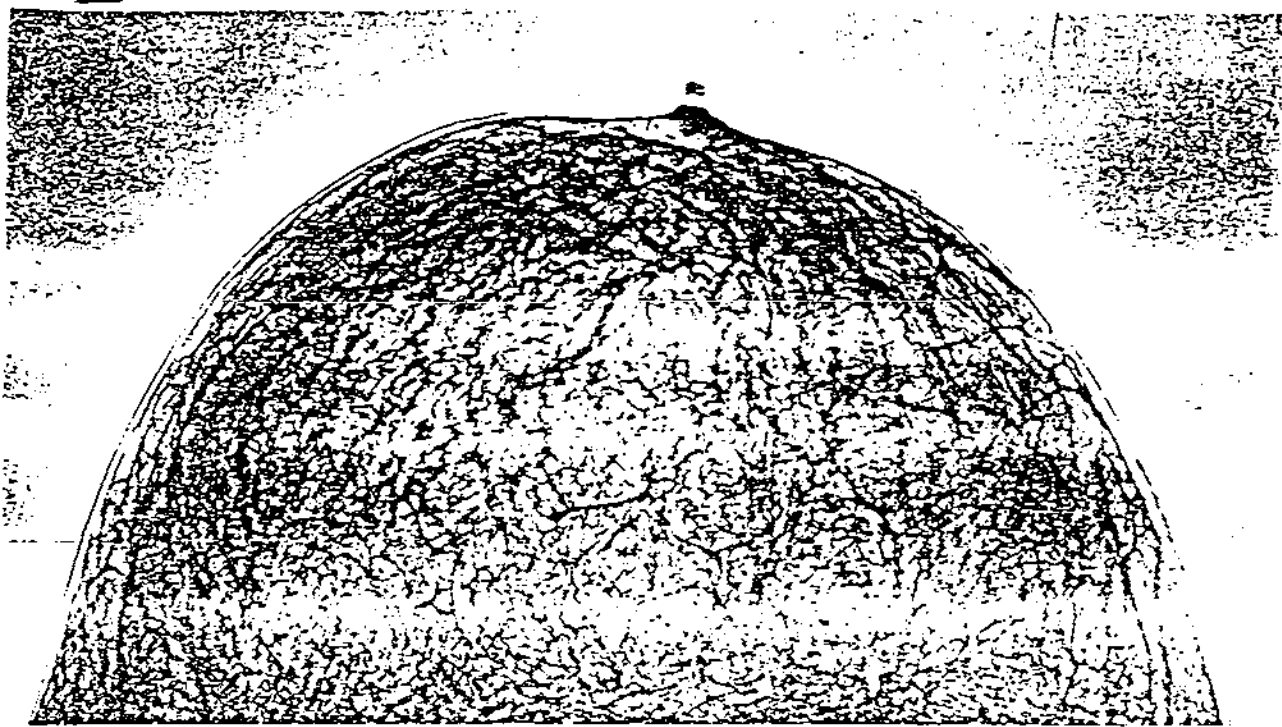
1. Σε γυναίκες με ύποπτα στοιχεία μετά από κλινική εξέταση
2. Σε γυναίκες πάνω από 50 ετών με κάποιο επιβαρυντικό παράγοντα (π.χ. μία καλοήγη νόσο).
3. Επανειλημμένος προληπτικός περιοδικός έλεγχος (SCREENING):
 - σε γυναίκες κάτω των 40 ετών, όταν έχουν ατομικό ιστορικό καρκίνου μαστού που έκαναν μαστεκτομή.
 - Σε γυναίκες 40-49 ετών, όταν έχουν ατομικό ιστορικό καρκίνου μαστού ή έχουν οικογενειακό ιστορικό και μάλιστα όταν είναι αμφοτερόπλευρος και προ της εμμηνόπαυσης.
4. Σε γυναίκες που πάσχουν από καρκινοφοβία για ψυχική ανακούφιση.
5. Τέλος ενδείκνυται για την αναζήτηση πρωτοπαθούς εστίας σε ύπαρξη μεταστάσεων από καρκίνο.

Ξηρογραφία:

Είναι μία ακτινογραφική μέθοδος, η οποία αντί του φιλμ, χρησιμοποιεί ειδική μεταλλική πλάκα από σελήνιο, φορτισμένη με στατικό ηλεκτρισμό. Στο ξηρόγραμμα το οποίο λαμβάνεται απεικονίζονται όλοι οι ιστοί του μαστού μαζί με το δέρμα με τρόπο ανάγλυφο. Διαπιστώνονται ινώδεις αναπτύξεις και παραμορφωμένες φλέβες. Χρησιμοποιείται ιδιαίτερα σε γυναίκες πάνω από 50 χρονών (Εικ.15).

Τα πλεονεκτήματα τα οποία παρουσιάζει έναντι της μαστογραφίας είναι τα εξής:

- Έχει μεγαλύτερη και εντονότερη σκιαγράφιση των ιστών
- Έχει μεγαλύτερη διακριτική ικανότητα
- Είναι ταχεία μέθοδος
- Αν χρησιμοποιηθεί φίλτρο αλουμινίου και αρνητική εικόνα, έχει μικρότερη δόση ακτινοβολίας.



Κ. 15. Ξηροακτινογραφία του γυναικείου μαστού (πορεία των ακτίνων από επάνω προς τα κάτω): Διαγράφονται το λίπος (άσπρο), ο ενδοθηλιακός ιστός και τα αγγεία (σκούρα) (Λήψη: Καθηγ. Dr. G. Kaufmann, Κέντρο Κλινικής Ακτινολογίας του Πανεπιστημίου του Weiburg i. Br.)

Τα μειονεκτήματά είναι:

- Η μη απεικόνιση μερικών μικρών βλαβών στη θηλή
- Η ειδική εκπαίδευση και εμπειρία του ακτινολόγου
- Ο θεωρητικός κίνδυνος της καρκινογένεσης λόγω της ακτινοβολίας.

Θερμογραφία:

Είναι η φωτογραφική απεικόνιση σε φωτογραφικό χαρτί, των διαφόρων θερμοκρασιών, που υπό μορφή υπέρυθρης ακτινοβολίας, εκπέμπεται από την επιφάνεια του δέρματος.

Η ασθενής τοποθετείται σε δωμάτιο θερμοκρασίας 21^ο Κελσίου, επί 20-30 λεπτά και εξετάζονται και οι δύο μαστοί συγχρόνως για σύγκριση. Σε κακοήθη επεξεργασία εμφανίζεται χαρακτηριστική θερμή περιοχή εξ αιτίας της αυξημένης αιμάτωσης.

Η θερμογραφία είναι μία μέθοδος αβλαβής αλλά όχι πάντοτε αποτελεσματική, ως προς τη διάγνωση του καρκίνου. Πρέπει να ακολουθείται από μαστογραφία ή ξηρογραφία.

Γαλακτογραφία:

Είναι η ακτινογραφική μελέτη του μαστού μετά από εισαγωγή ιωδιούχου σκτερής ουσίας μέσα στους γλακτοφόρους πόρους. Η μέθοδος χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που υπάρχει έκκριμα από τη θηλή και η μαστογραφία δεν αναδεικνύει παθολογικά ευρήματα.

Φλεβογραφία:

Ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφοαγγείων. Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, με γενική νάρκωση, ενδομυελικά στο κάτω άκρο του στέρνου. Φυσιολογικά, οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι τους σκιαγραφούνται. Διακοπή της

σκιαγράφησης των φλεβών αυτών και η ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας είναι ενδεικτική πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφοαγγείων, χωρίς όμως να αποκλείει και την ύπαρξη μιας απλής αδενίτιδας, όπως και το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη μεταστάσεων.

Διαφανοσκόπηση:

Χρησιμοποιείται δυνατό ψυχρό φως σε ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο και φωτίζεται έτσι ο μαζικός ιστός. Οι κύστεις φωτίζονται, ενώ ο συμπαγής όγκος παραμένει αδιαφανής. Με τον τρόπο αυτό, διαπιστώνεται εύκολα η ύπαρξη κύστης ή νεοπλάσματος.

Βιοψία:

Μετά από τοπική ή γενική αναισθησία, παίρνεται τεμάχιο ιστού είτε με αναρρόφηση είτε με τομή στο χειρουργείο, ανάλογα με το μέγεθος του όγκου και στέλνεται για ιστολογική εξέταση. Θεωρείται η πιο αξιόπιστη και ασφαλής μέθοδος διάγνωσης μιας τοπικής αλλοίωσης του μαστού.

Άλλες εξετάσεις που γίνονται για τη διαπίστωση καρκίνου του μαστού και βρίσκονται ακόμα στο στάδιο της έρευνας, λόγω εμφάνισης μεγάλου ποσοστού ψευδώς θετικών ευρημάτων, είναι η υπερηχοτομογραφία, η κυτταρολογική, η πνευμοκυστογραφία (αφαίρεση υγρού και εισαγωγή ίσης ποσότητας αέρος για έλεγχο ομαλότητας τοιχώματος μιας κυστικής επεξεργασίας).

Για την ανίχνευση ύπαρξης μεταστάσεων, γίνεται ακτινολογικός έλεγχος πνεύμονα και μεσοθωρακίου, σπινθηρογράφημα οστών, ήπατος, εγκεφάλου, λεμφοσπινθηρογράφημα και άλλες διαγνωστικές εξετάσεις.

Διαφορική διάγνωση:

Η διαφορική διάγνωση του καρκίνου του μαστού και των άλλων κακοήθων παθήσεων του μαστού, αποτελεί πρόβλημα, κυρίως στο πρώιμο στάδιο.

Τέτοιες παθήσεις είναι:

Ινώδη κυστική μαστοπάθεια, το ινοαδένωμα, η οξεία μαστίτιδα, η σκληρυντική αδένωση, το λιποφαγοκοκκίωμα μετατραυματικής αιτιολογίας, η πλασματοκυτταρική μαστίτιδα.



ΕΙΚ. 16. Αι ὁδοὶ παρατεταύσεως τῆς λέμφου ἐκ τοῦ μαστικοῦ ἀδένου. Αἱ μεταστάσεις ἐκ καρκίνου τοῦ μαστοῦ δυνατόν νά ἀκολουθήσουν ὠριζόμενας λεμφικαὶς ὁδοῦς: Α 1 Ἐκ τοῦ ἄνω ἔσω τεταρτημορίου πρὸς τοὺς μασχαλιαίους, ὑποκλειδίους, ὑπερκλειδίους λεμφαδένας κ.λ.π. Α 2 Ἐκ τοῦ ἄνω ἔσω τεταρτημορίου πρὸς τοὺς μεσοπλευρίους καὶ παραστερνικούς λεμφαδένας. Α 3 Ἐκ τοῦ ἄνω ἔσω τεταρτημορίου κατ' εὐθείαν εἰς τοὺς παραστερνικούς λεμφαδένας. Α 4 Κατ' εὐθείαν εἰς τὸ ἕτερον μαστόν, καθέτως πρὸς τὴν μέσην γραμμὴν. Α 5 Ἐκ τῶν κάτω τεταρτημορίων καὶ ἰδίᾳ ἐκ τῆς πρὸς τὸ ἔσω πλευρᾶς δια τοῦ μεζοπλευρικοῦ θωρακικοῦ μέρους τοῦ ἔσω λοξοῦ μῆκος καὶ τῆς λευκῆς γυνμῆς εἰς τὸ ὑποπεριτοναϊκὸν λεμφικὸν πλέγμα, μετὰ περαιτέρω διαστορᾶν εἰς τὴν κοιλίαν καὶ τὴν πύελον. (Macbryde: Signs and Symptoms, Phila., Z. B. Lippincott, 1964).

ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ - ΟΔΟΙ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Ο όγκος τρέφεται με διάχυση, όταν ο αριθμός των νεοπλασματικών κυττάρων που τον συνθέτουν, δεν υπερβαίνουν τις 100.000. Μετά από αυτό το στάδιο η διατροφή του νεοπλάσματος γίνεται με νεόπλαστα τροφοφόρα αγγεία, που αναπτύσσονται σε μία ουσία που εκκρίνουν τα καρκινικά κύτταρα (παράγοντες αγγειογένεσης). Συγχρόνως με την ανάπτυξη αγγειογένεσης του όγκου, υπάρχει και το ενδεχόμενο ανάπτυξης μεταστάσεων.

Σήμερα, είναι παραδεκτό ότι πολύ συχνά και σε πρώιμο στάδιο, νεοπλασματικά κύτταρα από την πρωτοπαθή εστία, μπορούν να διαπεράσουν ή να παρακάμψουν τους επιχώριους αδένες και να μπουκ στην κυκλοφορία χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι κάθε κύτταρο από αυτά μπορεί να προκαλέσει μετάσταση. Υπάρχουν μάλιστα ενδείξεις ότι πάνω από 99% των κυττάρων αυτών που μπαίνουν στην κυκλοφορία, καταστρέφονται με διάφορους αντικαρκινικούς μηχανισμούς, που διαθέτει ο οργανισμός. Μερικά κύτταρα εγκαθίστανται σε διάφορους απομακρυσμένους ιστούς, σε λανθάνουσα μορφή και αναπτύσσονται σε κλινικά έκδηλες μεταστάσεις.

Οι συνθήκες κάτω από τις οποίες οι σιωπηρές αυτές εστίες δραστηριοποιούνται δεν είναι γνωστές. Σε γενικές γραμμές, παράγοντες που ρίχνουν την αντίσταση του οργανισμού, όπως μεγάλη ηλικία και συγκινησιακοί παράγοντες, μπορούν να ενεργοποιήσουν λανθάνουσα συστηματική νόσο.

Οι μεταστάσεις πραγματοποιούνται με διήθηση των παρακείμενων ιστών, με τη λεμφική και αιματηρή οδό. (Εικ.16).

Οι απομακρυσμένες μεταστάσεις γίνονται εκλεκτικώς στον

πνεύμονα, στα οστά και στο ήπαρ. Μπορούν να εμφανιστούν μεταστάσεις στα επινεφρίδια τον θυρεοειδή αδένα, τις ωοθήκες, τους νεφρούς, το στομάχο και στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Το καρκίνωμα προσβάλλει σύστοιχους αδένες με εμβολή. Οι προσβαλλόμενοι αδένες είναι: οι μασχαλιαίοι, υπερκλείδιοι, παραστερνικοί και σπάνια της σύστοιχης μασχάλης.

Από τις μεταστάσεις του πνεύμονα, τα κύρια χαρακτηριστικά είναι ο βήχας, η δύσπνοια, καταβολή και απώλεια δυνάμεων, που είναι δυνατό να καταλήξει σε πνευμονικό οίδημα. Από τις αστικές μεταστάσεις, που συνήθως εντοπίζονται στα μηριαία οστά, τη λεκάνη και τις πλευρές, τα κυριώτερα συμπτώματα είναι άλγη και δυσκινησία. Τα αυτόματα κατάγματα είναι πολύ συχνά. Στις ηπατικές μεταστάσεις έχουμε διόγκωση του ήπατος, άλγος, δυσπεψία, ίκτερος, ασκίτης και ηπατικό κώμα.

Στον επόμενο πίνακα, αναφέρεται η συχνότερη εντόπιση των μεταστάσεων στα περισσότερα όργανα:

ΕΝΤΟΠΙΣΗ	ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΠΟΨΙΑ	ΝΕΚΡΟΤ.ΕΥΡΗΜΑΤΑ
Αναπνευστικό	47%	75%
Οστά	57%	67%
Ήπαρ	42%	71%
Κ.Ν.Σ.	26%	30%
Πεπτικό	8%	35%
Ουροποιητικό	1%	22%
Καρδιά	12%	22%



Εικ. 18

Η τομή της ριζικής μαστεκτομής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το είδος και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας του καρκίνου του μαστού, εξαρτάται από:

- τον ιστολογικό τύπου του όγκου
- τις ανάγκες και αντιδράσεις της ασθενούς κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
- την έκταση της νόσου, δηλαδή το κλινικό στάδιο, κυρίως κατά τη διάγνωσή του.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του σταδίου I και II (χειρουργήσιμος καρκίνος) είναι διαφορετική από την αντιμετώπιση του σταδίου III και IV (μη χειρουργήσιμος καρκίνος).

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού αποβλέπει από τη μία πλευρά στην απομάκρυνση του πρωτοπαθή όγκου και των επιχώριων διηθημένων λεμβαδένων, και από την άλλη στην καταπολέμηση των μακρινών μεταστάσεων.

Μέσα θεραπείας που χρησιμοποιούνται για τον σκοπό αυτό είναι:

1. Χειρουργική θεραπεία
2. Ακτινοθεραπεία
3. Χημειοθεραπεία
4. Ορμονοθεραπεία

Χειρουργήσιμος καρκίνος του μαστού

Στάδιο I και II

1. Χειρουργική θεραπεία

Είναι η κύρια θεραπευτική αγωγή. Μέχρι πρόσφατα, η ριζική μαστεκτομή ήταν η αποκλειστική θεραπευτική επιλογή για τον καρκίνο του μαστού. Στη συνέχεια όμως, άλλες ενχειρήσεις εφαρμόστηκαν για ένα καλύτερο κοσμητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα.

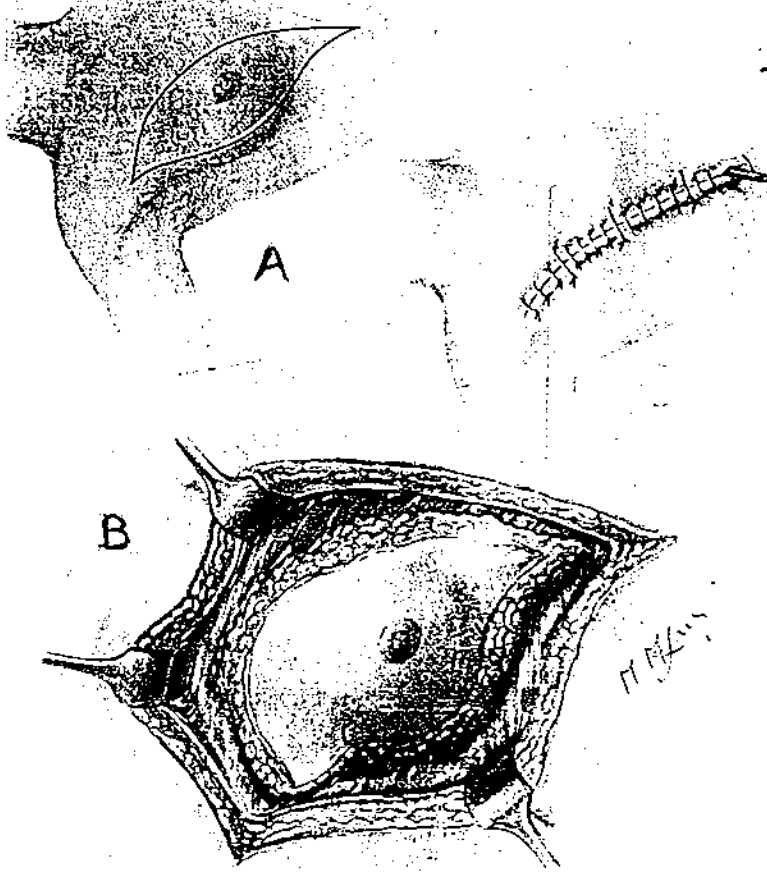
Τα τελευταία χρόνια αποφεύγονται ριζικές ενχειρήσεις, με σκοπό τη διατήρηση του μαστού και την αποφυγή του φυσικού και ψυχικού ακρωτηριασμού σε γυναίκες με καρκίνο σε πρώιμο στάδιο.

α. Ριζική μαστεκτομή: Περιλαμβάνει την αφαίρεση όλου του μαστού, των θωρακικών μυών (μείζοντα και ελάσσονα) και των αδένων της μασχάλης. Εμφανίζει πολύ μικρό ποσοστό τοπικών υποτροπών (10-15%) (Εικ.17).

β. Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή: Περιλαμβάνει επι πλέον της ριζικής και την αφαίρεση των λεμφαδένων της έσω μαστικής. Συνιστάται σε περιπτώσεις εντόπισης του καρκίνου στο έσω ημιμόριο ή στο κέντρο του μαστού με διηθημένους τους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

γ. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή: Χρησιμοποιείται στις περισσότερες ασθενείς. Η ενχείρηση διαφέρει από τη ριζική στο ότι διασώζεται ο ελάσσων θωρακικός μυς.

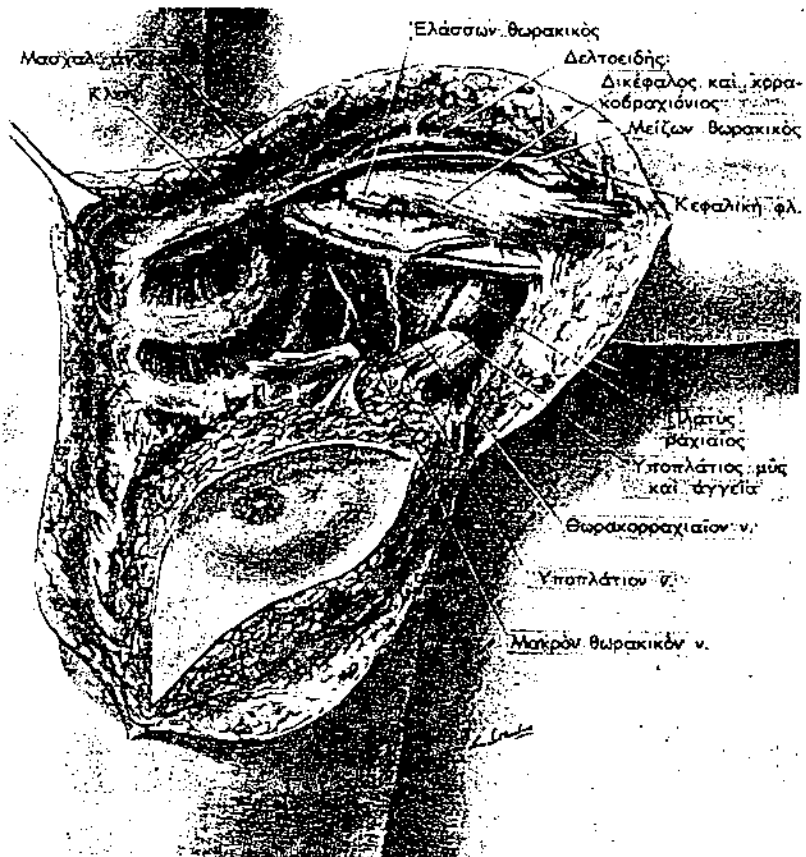
δ. Απλή μαστεκτομή: Περιλαμβάνει ολική αφαίρεση του μαστού χωρίς καθαρισμός της μασχάλης. (Εικ.18, Εικ.19).



Εικ. 19

Ἡ ἐγχείρησις τῆς ἀπλῆς μαστεκτομῆς.

A—Τομή. B—Ὁ μαστὸς ἑτοιμὸς νὰ ἀφαιρεθῆ ἐκ τῆς ἐπιφανείας τῆς θωρακικῆς περιτονίας. C—Σύγκλεισις τοῦ τραύματος. (Sauer: The Breast. J. Wright & Sons. 1950).



Εικ. 17

Ἐκτασις τῆς ἀφαιρέσεως τῶν ἰσθμῶν κατὰ τὴν ριζικὴν μαστεκτομήν (Finney, Ann. Surg. 125: 673, 1947).

ε. Τμηματική μαστεκτομή: Αυτή περιλαμβάνει είτε αφαίρεση ολόκληρου του τεταρτημορίου (τεταρτημοριαεκτομή), είτε περιορισμένη αφαίρεση του μαστού, είτε τοπική αφαίρεση του πρωτοπαθή όγκου (ογκεκτομή).

2. Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία γίνεται για ανακούφιση από τα συμπτώματα και παράταση της ζωής. Χρησιμοποιείται είτε μόνη είτε σε συνδυασμό με τη χειρουργική και με τη χημειοθεραπεία. Εμποδίζει το κύτταρο να αναδιπλασιαστεί και το καταστρέφει. Επίσης, χρησιμοποιείται και σαν υποβοηθητική θεραπεία πριν ή μετά από ριζική μαστεκτομή.

Αντικειμενικός σκοπός της ακτινοβολίας είναι η καταστροφή των νεοπλασματικών κυττάρων, αλλά με όσο γίνεται μικρότερη βλάβη των φυσιολογικών ιστών.

Η ακτινοθεραπεία, ενώ προφυλάσσει από την τοπική υποτροπή σε μεγάλο βαθμό, δεν είναι σίγουρο αν και κατά πόσο μπορεί να παρατείνει την επιβίωση, επομένως δεν μπορεί να θεωρηθεί ακόμα κατάλληλο πρωταρχικό θεραπευτικό μέσο, χωρίς να ενημερώνεται η ασθενής για την πιθανή έλλειψη δραστηριότητός του.

3. Χημειοθεραπεία

Συνιστάται σε ύπαρξη διηθημένων μασχαλιαίων λεμφαδένων 2-3 εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Συνήθως δίνεται με κυκλικό τρόπο. Ο χρόνος εφαρμογής της θεραπείας αυτής είναι 1-2 χρόνια, ανάλογα με το θεραπευτικό σχήμα.

Δύο είναι τα σχήματα που χρησιμοποιούνται:

α. Το L-PAM (L-PHENYLBALANINE MUSTARD). Στο εμπόριο λέγεται

ΑΙΚΕΡΑΝ και χορηγείται από το στόμα.

β. Το C.M.F. είναι συνδυασμός τριών φαρμάκων: κυκλοφωσφάμιδης, μεθοτρεξάτης και 5-φλουρροουρακίλης. Το πρώτο χορηγείται από το στόμα, ενώ τα άλλα δύο ενδοφλέβια.

Σήμερα, από πολλούς γίνεται συνδυασμός διαφόρων κυτταροστατικών φαρμάκων, ιδίως σε ύπαρξη περισσότερων διηθημένων λεμφαδένων για καλύτερο αποτέλεσμα.

4. Ορμονοθεραπεία

Γίνεται είτε με εξωτερική χορήγηση ορμονών, είτε με χειρουργική εξαίρεση ορισμένων αδένων, όπως των ωοθηκών, των επινεφριδίων και της υπόφυσης, για την εξουδετέρωση από την κυκλοφορία των ορμονών αυτών, που ασκούν επίδραση στην ανάπτυξη του καρκίνου.

ΠΙΝΑΚΑΣ Ταξινόμηση καρκίνου μαστού και προτεινόμενη μέθοδος
θεραπείας.

Κλινικά Ανατομικά Σημεία

Αντιμετώπιση

Στάδιο I

Μάζα εντοπισμένη στον μαστό·
όλοι οι αδένες αρνητικοί.

Ριζική μαστεκτομή προτιμάται από
τους περισσότερους αμερικάνους
χειρουργούς.

Μερικοί προτιμούν απλή μαστεκτομή
και ακτινοβολία. Άλλοι προτιμούν
απλή μαστεκτομή χωρίς ακτινοβολία.

Στάδιο II

Μάζα εντοπισμένη στον μαστό
μασχαλιαίοι αδένες θετικοί

Προτιμάται ριζική μαστεκτομή με ή
χωρίς μετεγχειρητική ακτινοβολία

Στάδιο III

Μάζα μαστού τοπικά εκτετα-
μένη· μασχαλιαίοι, υπερ-
κλείδιοι και έσω μαστικοί
αδένες θετικοί.

Η κατάσταση αυτή θεωρείται ανεγχεί-
ρητη. Η παρέμβαση εξαρτάται από την
έκταση:

1. Απλή μαστεκτομή με ακτινοβολία,
χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία.
2. Ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία
και ορμονοθεραπεία.

Στάδιο IV

Απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Η παρέμβαση εξαρτάται από την
αντιμετώπιση της μετάστασης (οστά,
μαλακά μόρια κλπ.)

1. Ακτινοθεραπεία για αρχική αλ-
λοίωση ή μετάσταση.
2. Ορμονοθεραπεία
 - α. Συστηματική - Οιστρογόνα, ανδρο-
γόνα, ή στεροειδή
 - β. Χειρουργική εξαίρεση - ωθηκε-
κτομή, επινεφριδεκτομή, υπο-
φυσεκτομή.
3. Χημειοθεραπεία.

Μη χειρουργήσιμος καρκίνος του μαστού

A. Τοπικά προχωρημένος καρκίνος: Στάδιο III

Ο τοπικά προχωρημένος καρκίνος αν και ανήκει στο στάδιο III, είναι χειρουργήσιμος.

Σαν πρώτη εκλογή γίνεται ακτινοθεραπεία. Ο συνδυασμός όμως ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας, φάνεται να αποτελεί ασφαλέστερο τρόπο αντιμετώπισης αυτού του καρκίνου.

1. Χειρουργική θεραπεία

Γίνεται ανακουφιστική αφαίρεση της καρκινικής μάζας ή και μαστεκτομή, πριν ή μετά από ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία.

2. Ακτινοθεραπεία

Μόνη της και σε υψηλές δόσεις, προκαλεί τοπικό έλεγχο του προχωρημένου τοπικά καρκίνου του μαστού. Στη μεγαλύτερη δόση της ακτινοβολίας, το ποσοστό ελέγχου φτάνει στο 78% του όγκου.

3. Χημειοθεραπεία

Διάφορα σχήματα κυτταροστατικών φαρμάκων έχουν επινοηθεί με ποικίλους τρόπους χορήγησης.

4. Ορμονοθεραπεία

Στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο μαστού, εφαρμόζεται ορμονοθεραπεία, όπως στο στάδιο I και II.

B. Προχωρημένος καρκίνος μαστού με μακρινές μεταστάσεις:
Στάδιο IV

Εκτός από περιορισμένες εξαιρέσεις, η θεραπεία στο στάδιο αυτό έχει χαρακτήρα παρηγορητικό.

1. Χειρουργική θεραπεία

Η νόσος, είναι ανίατη με χειρουργικά μέσα, λόγω της δια-

σποράς που έχει κάνει. Εφαρμόζεται μόνο για αφαίρεση της βλάβης και διαπίστωση της μεταστατικής νόσου.

2. Ακτινοθεραπεία

Εφαρμόζεται στην αντιμετώπιση: α)δερματικών καρκινικών βλαβών, β)μεμονωμένων οστικών εντοπίσεων της νόσου, γ)διληθημένων λεμφαδένων υπερκλειδίας, τραχηλικής χώρας και μεσοθωρακίου και δ)για τον έλεγχο του πόνου.

3. Ορμονοθεραπεία

Η εκλογή της ορμονικής θεραπείας γίνεται με βάση την κλιμακτήριο κατάσταση της ασθενούς. Έτσι διακρίνονται δύο κατηγορίες: α)τις προεμμηνοπαυσιακές και β)τις μεταεμμηνοπαυσιακές ασθενείς.

Στις πρώτες, αρχική μέθοδος εκλογής είναι η αμφοτερόπλευρος ωοθηκεκτομή, για την εξάλειψη της επίδρασης των ωοθηκικών ορμονών στην ανάπτυξη του όγκου.

Δεύτερη επιλογή είναι η υποφυσεκτομή ή επινεφριδεκτομή, εφ'όσον οι ασθενείς ανταποκρίθηκαν στην αρχική ορμονοθεραπεία και παθαίνουν μετά υποτροπή.

Η επινεφριδεκτομή τείνει σήμερα να αντικατασταθεί από την φαρμακευτική επινεφριδεκτομή με τη χρήση της αμινογλουτεθιμίδη LORIMETENI που χορηγείται σε συνδυασμό μη κορτικοειδή για την καταστολή της λειτουργίας των επινεφριδίων. Το φάρμακο αυτό είναι ανακουφιστικό για τον πόνο των οστών σε οστικές μεταστάσεις.

Σε ασθενείς με καλή ανταπόκριση στην ωοθηκεκτομή χορηγούνται και αντι-οιστρογόνα (ταμοξιφαίνη).

Σε αποτυχία της ορμονοθεραπείας δίνονται χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Στις μεταεμμηνοπαυσιακές αρχικά χορηγούνται αντι-οιστρογόνα. Σε περίπτωση υποτροπής της νόσου δίνονται ανδρογόνα ή οιστρογόνα.

Επινεφριδεκτομή ή αμινογλουτεθιμίδη εφαρμόζεται σε γυναίκες με καλή γενική κατάσταση και με περιορισμένη μετάσταση.

Αφού αποτύχει η ορμονοθεραπεία χορηγείται πολυχημειοθεραπεία.

Η επιλογή της ορμονοθεραπείας γίνεται και με τους ορμονικούς υποδοχείς. Η δυνατότητα ανταπόκρισης των καρκινικών κυττάρων στο ορμονικό ερέθισμα εξαρτάται από τον αριθμό και την κατάσταση των υποδοχέων που διαθέτουν για κάθε ορμόνη.

Πριν από λίγα χρόνια η χορήγηση ορμονοθεραπείας στον καρκίνο του μαστού ήταν καθαρά εμπειρική.

Σήμερα όμως η γνώση και η δυνατότητα ανίχνευσης των υποδοχέων οιστρογόνων (ER) και προγεστερόνης (PgR) αποτέλεσε σημαντικό βήμα στον καθορισμό της θεραπευτικής αγωγής.

Οι υποδοχείς οιστρογόνων είναι ειδικές πρωτεΐνες που βρίσκονται στο κυτταρόπλασμα των καρκινικών κυττάρων του μαστού. Σε μικρότερο αριθμό απαντούν στο φυσιολογικό μαστό και στις καλοήθεις παθήσεις του.

Η διακύμανση των τιμών στα διάφορα δείγματα του όγκου οφείλεται: α)στη δυνατότητα λάθους κατά τον προσδιορισμό λόγω της μεγάλης ευπάθειας της μεθόδου, β)στο ότι ο αριθμός των υποδοχέων μπορεί να διαφέρει στα διάφορα τμήματα του νεοπλασματικού όγκου.

Το 60% των ασθενών με θετικούς υποδοχείς οιστρογόνων ανταποκρίνεται στην ρομονοθεραπεία. Το ποσοστό αυτό πέφτει στο 8-10% όταν οι υποδοχείς οιστρογόνων είναι αρνητικοί.

Εκτός από τους υποδοχείς οιστρογόνων στα καρκινικά κύτταρα ανιχνεύονται και υποδοχείς προγεστερόνης. Η πρόγνωση αυτών είναι καλύτερη.

Η ανταπόκριση των ασθενών στην ορμονοθεραπεία με θετικούς και τους δύο ορμονικούς υποδοχείς, ανέρχεται σε 75-80%.

Όταν οι ορμονικοί υποδοχείς είναι θετικοί χορηγείται ταμοξιφαίνη σε συνδυασμό με L-PAM (μουστάρδα της φαινυλαλανίνης) ή 5-φλουοροουρακίλη.

4. Χημειοθεραπεία

Η πολυχημειοθεραπεία είναι πιο αποδοτική της μονοθεραπείας, γιατί επιτυγχάνεται καλύτερη ανταπόκριση, μεγαλύτερη ύφεση, μεγαλύτερη διάρκεια επιβίωσης και καλύτερη ποιότητα ζωής.

Σήμερα χρησιμοποιούνται τα εξής σχήματα:

α.σ.μ.φ. (κυκλοφωσφαμίδη - μεθοτρεξάτη - 5 - φλουοροουρακίλη).

β. με βάση την αδριαμυκίνη υπάρχουν διάφοροι συνδυασμοί,

όπως: αδριαμυκίνη - κυκλοφωσφαμίδη, αδριαμυκίνη - βινκριστίνη και αδριαμυκίνη - 5 - φλουοροουρακίλη - κυκλοφωσφαμίδη

(F.A.C.).

Οι δόσεις θεραπείας εξαρτώνται από την ηλικία της ασθενούς και τη λειτουργική κατάσταση του μυελού των οστών, του ήπατος και των νεφρών.

Από τις μελέτες που έγιναν στο Νοσοκομείο "ΣΩΤΗΡΙΑ" σε άρρωστες με γενικευμένο καρκίνο μαστού που είχαν λάβει στο

παρελθόν συμπληρωματική χημειοθεραπεία με συνδυασμό αδριαμυκίνης, φαίνεται να είναι η καλύτερη εκλογή σχήματος πολυχημειοθεραπείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ

Χημειοθεραπευτικά φάρμακα και ποσοστά ύφεσης για τον καρκίνο μαστού στο στάδιο
IV

<u>Μονοθεραπεία</u>	<u>Ποσοστό ύφεσης %</u>
Κυκλοσωφαμίδη	30
L-Φαινυλαλανίνη	25
5-Φλουοροουρακίλη	20
Μεθοτρεξάτη	35
Βινκριστίνη	20
Αδιαμυκίνη	50
<u>Συνδυασμένη χημειοθεραπεία</u>	
C-Κυκλοσωφαμίδη	
M-Μεθοτρεξάτη	
F-Φλουοροουρακίλη	55-60
P-Πρεδνιζολόνη	
V-Βινκριστίνη	

(κατά τον Σ.Μανταλενάκη, το 1985).

Επιπλοκές: Σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο μαστού είναι γνωστό ότι εμφανίζονται καταστροφικές βλάβες του σκελετού, όπως κατάγματα, οσφυαλγία, παράλυση. Άλλες κύριες επιπλοκές είναι η υπερασβεστιαϊμία, οι μεταβολές της συμπεριφοράς και η μείωση της όρασης με ή χωρίς πτώση βλεφάρου.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση του καρκίνου του μαστού και αυτοί είναι:

1. Διηθημένοι λεμφαδένες: Ασθενείς χωρίς διηθημένους μασχालιαίους λεμφαδένες έχουν καλύτερη πρόγνωση από τους διηθημένους.

Επίσης ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων επηρεάζει την πρόγνωση. Όταν υπάρχουν 1-3 διηθημένοι λεμφαδένες ή πενταετής επιβίωση των ασθενών είναι 62%, ενώ όταν είναι περισσότεροι από τέσσερεις το ποσοστό μειώνεται στο 32%.

2. Όγκος ορμονοεξαρτώμενος ή όχι: Οι ορμονικά εξαρτώμενοι όγκοι είναι καλύτερης μοίρας από τους μη εξαρτώμενους.

3. Ηλικία: Ασθενείς ηλικίας 20-45 ετών έχουν χειρότερη πρόγνωση από ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας.

4. Μέγεθος όγκου: Ασθενείς με όγκο διαμέτρου κάτω από 4 εκ. είναι καλύτερης πρόγνωσης από ασθενείς με όγκο μεγαλύτερης διαμέτρου.

5. Ιστολογικός τύπος όγκου: Οι διηθητικοί καρκίνου έχουν χειρότερη πρόγνωση από τους υπόλοιπους καρκίνους.

6. Αμφοτερόπλευρος καρκίνος μαστού: Είναι χειρότερης πρόγνωσης από τον εντοπισμένο καρκίνο στον ένα μαστό.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

Ο καρκίνος μαστού στον άνδρα είναι εξαιρετικά σπάνιος. Παρατηρείται 1 καρκίνος μαστού σε άνδρα για κάθε περίπου 100 καρκίνους μαστού σε γυναίκες.

Αφορά συνήθως άνδρες ηλικίας πάνω από 50 χρόνων. Χαρακτηρίζεται συνήθως από μία ανώδυνη μάζα κάτω από την άλω, που μπορεί να συνοδεύεται με έκκριση από τη θηλή, οροαιματηρή ή ορώδη, δυνατόν να αποτελεί και το πρώτο σύμπτωμα. Εισολκή της θηλής, διάβρωση ή εξέλκωση του δέρματος ιδιαίτερα σε προχωρημένους καρκίνους, αποτελεί όχι σπάνιο γεγονός κατά τη προσέλευση του ασθενή. Η καθήλωση του όγκου στη θωρακική περιτονία, λόγω του μικρού μεγέθους του μαστού και της αργοπορημένης προσέλευσης είναι συνηθισμένη.

Η διάγνωση και θεραπεία του ανδρικού καρκίνου είναι ίδια προς εκείνη του γυναικείου καρκίνου.

Η πρόγνωση είναι χειρότερη. Τούτο οφείλεται στην ήδη επέκταση της νόσου στους γειτονικούς λεμφαδένες και ύπαρξη μεταστάσεων σε μακρινά όργανα κατ'εξοχήν στα σπλάχνα, κατά τη στιγμή της διάγνωσης (οι μεταστάσεις μπορεί να είναι λανθάνουσες και να μη γίνουν φανερές για μεγάλο χρονικό διάστημα).

Η 5ετής επιβίωση του καρκίνου του μαστού στον άνδρα ανέρχεται για το στάδιο I σε 58% για το στάδιο II σε 38%.

Προδιαθεσικοί παράγοντες, οι οποίοι ενοχοποιούνται για την εμφάνιση καρκίνου στον άνδρα είναι:

- Η ιδιοπαθής γυναικομαστία
- Το σύνδρομο KLINEFELTER
- Η μεγάλη οικογενής εντόπιση και
- Η διαταραχή του μεταβολισμού των οιστρογόνων

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η εμφάνιση καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας ανέρχεται σε 1-2%.

Η αντιμετώπισή του είναι ίδια όπως και στις μη έγκυες ασθενείς, είναι όμως χειρότερης πρόγνωσης γιατί:

- Η διάγνωση καθυστερεί περίπου 2 μήνες, επειδή στην εγκυμοσύνη η υπερτροφία του μαστικού αδένα δυσχεραίνει τη ψηλάφηση
- Η διασπορά είναι ταχεία λόγω της μεγάλης αγγειογριθείας
- Οι γιατροί διστάζουν να αφαιρέσουν στην εγκυμοσύνη κάθε ογκίδιο και να το εξετάσουν ιστολογικά
- Σε νέες γυναίκες η υπερπαραγωγή οιστρογόνων και προγεστερόνης επιταχύνει την ανάπτυξη καρκίνου, που προϋπήρχε της σύλληψης.
- Η έγκυος δε συμβουλευέται το γιατρό της για κάθε διόγκωση που ψηλαφά στο μαστό της.
- Ο Μαιευτήρας ξεχνάει την εξέταση του μαστού στις επισκέψεις παρακολουθήσεως της εγκύου.

Επί υπάρξεως ψηλαφητού μόνο του όγκου η πενταετής επιβίωση φτάνει στο 60%, ενώ επί υπάρξεως κλινικά και μασχαλιαίων λεμφαδένων, η πενταετής επιβίωση κατέρχεται στο 5-10%.

Από πολλούς συνίσταται η μαστεκτομή να γίνεται κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης και όχι κατά το τελευταίο, γιατί τα αποτελέσματά της είναι καλύτερα.

Εάν χρειασθεί χημειοθεραπεία, επιβάλλεται διακοπή της κύησης αφού ενημερωθεί ο γιατρός.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Χωρίς αμφιβολία, η σωστή νοσηλευτική αντιμετώπιση είναι το πιο βασικό όπλο της νοσηλεύτριας στη μάχη κατά του καρκίνου. Το ίδιο όμως βασικό και ίσως βασικότερο απ' όλα, είναι να γνωρίζει πολύ καλά το "πεδίο της μάχης", δηλαδή την καρκινοπαθή.

Η ασθενής με καρκίνο μαστού, σε αντίθεση με τους ασθενείς των άλλων κατηγοριών, διακατέχεται μόνιμα από φόβους, ανησυχίες και άγχος' τα οποία, από το αίσθημα του επικείμενου θανάτου, οφείλονται περισσότερο ίσως σε συναισθήματα εξάρτησης από τους άλλους, επαναπροσαρμογής στο οικείο περιβάλλον, απώλεια της ατομικότητας και της θηλυκότητας, δύσκολης ψυχοσεξουαλικής επαναπροσαρμογής και στους συνεχείς πόνους.

Ας μη ξεχνάμε, ότι η περίοδος νόσησης μιας καρκινοπαθούς μπορεί να κυμαίνεται από μερικές μέρες ή εβδομάδες μέχρι αρκετά χρόνια. Είναι λοιπόν ανάγκη, η ασθενής αυτή, να αισθάνεται δίπλα της την παρουσία μιας νοσηλεύτριας, η οποία πέρα από την εμπειρία της θα διαθέτει το χρόνο, το λόγο, την πειθώ και την καλοσύνη της, για μια καλύτερη επικοινωνία. Μια καλή επικοινωνία βοηθά όχι μόνο στο να αμβλύνει τα συναισθήματα της άρρωστης, αλλά τη φέρνει και πιο κοντά στην νοσηλεύτρια, πράγμα τόσο απαραίτητο στη μάχη κατά του καρκίνου.

Ο φόβος της άρρωστης ότι η οικογένεια και οι φίλοι της δεν την αποδέχονται, πολλές φορές είναι πραγματικότητα.

Εδώ καλείται η νοσηλεύτρια να ενισχύσει και ψυχολογικά να στηρίξει την ασθενή, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει τα αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.

Η απώλεια λειτουργίας μερικών οργάνων, όπως της γεύσης, αφής, ομιλίας και η δυσμορφία από την ασθένεια, αποτελούν ερεθίσματα ψυχικής έντασης. Η νοσηλεύτρια πρέπει να τη βοηθήσει να τα αντιμετωπίσει.

Παλαιότερα, οι νοσηλεύτριες αμελούσαν ή και αποφευγαν να συζητήσουν τις σκέψεις τους με την καρκινοπαθή ή με το περιβάλλον της. Σήμερα η νοσηλεύτρια επιβάλλεται να λαμβάνει υπ όψη της τις επιθυμίες της άρρωστης, να εξηγεί τους λόγους για ό,τι εκτελεί και να μην αποφεύγει την ανταλλαγή απόψεων με συναδέλφους της αν της ζητηθεί.

Αλλά πρέπει να γνωρίζει τη διάγνωση της ασθένειάς της η ασθενής με καρκίνο μαστού;

Η ερώτηση αυτή έχει απασχολήσει και συνεχίζει να απασχολεί γιατρούς, ψυχιάτρους, εκκλησία και όλους εκείνους που εργάζονται κοντά της για να προστεθεί ένα μεγάλο ερώτημα και σε μας τις νοσηλεύτριες. Και μεις τι θα απαντήσουμε;

Εκτος ορισμένων εξαιρέσεων, η απάντηση είναι "ΝΑΙ", αν και δεν είναι τόσο απόλυτο· θα κερδίσει όμως έδαφος όσο η εκπαίδευση της νοσηλεύτριας και άρρωστης θα βελτιώνεται.

Από την άλλη μεριά, εξαρτάται από την ψυχοσύνθεση και το χαρακτήρα της ασθενής, από τη φιλοσοφία για τη ζωή και τις απόψεις της γύρω από τη ζωή και το θάνατο.

Κάθε περίπτωση άρρωστης είναι διαφορετική και ποτέ δεν συνηθίζεται. Οι αντιλήψεις των αρρώστων που πεθαίνουν, καθώς

και των συγγενών τους διαφέρουν και είναι η συνισταμένη πολλών παραγόντων, όπως θρησκευτικών πεποιθήσεων, καλλιέργειας, αγωγής, προοπτικής ζωής, μορφώσεως κ.λ.π.

Η άρρωστη συνήθως είναι μέλος οικογένειας. Γι' αυτό, μία διάγνωση καρκίνου, έστω και με καλή πρόγνωση, συνήθως απειλή την οικογένεια. Το πρωταρχικό πρόβλημα είναι ότι απειλείται η ζωή ενός αγαπημένου τους προσώπου. Η επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τους συγγενείς της ασθενούς είναι απαραίτητη, επειδή χρειάζονται ενίσχυση. Οι συγγενείς έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι οι ασθενείς τους βρίσκονται σε έμπειρα χέρια.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποτελεί τον συνδετικό κρίκο οικογένειας και άρρωστης και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλαμβάνουν την άρρωστη στα προβλήματα και τα σχέδια της οικογένειας με την συμμετοχή της σ' αυτά, όσο είναι δυνατό.

Θα ενθαρρύνει την οικογένεια να της φέρεται όπως πρώτα, θα παρακαλέσει να μην χρησιμοποιούν τη λέξη καρκίνο και να φαίνονται όσο το δυνατόν χαρούμενοι και αισιόδοξοι.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ
ΝΑ ΚΑΝΕΙ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Γίνεται ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο με την καλύτερη φυσική και ψυχολογική προσέγγιση.

Η προεγχειρητική ετοιμασία της ασθενούς συνίσταται σε:

- Γενική προεγχειρητική ετοιμασία
- Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία
- Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

Τόνωση του ηθικού: Πολλές απ' τις ασθενείς, όχι μόνο έρχονται στο νοσοκομείο με φόβους και ανησυχίες, αλλά και προβλέπουν την αποτυχία της εγχειρήσεως και τότε σκέψεις, που αφορούν την οικογένεια, τα παιδιά κ.λ.π. δημιουργούν αισθήματα καταθλίψεως.

Είναι γνωστό, ότι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με έντονα αισθήματα ανησυχίας, φόβου ή καταθλίψεως, παθαίνουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως shock κ.α

Η νοσηλεύτρια βοηθάει την ασθενή όσο μπορεί περισσότερο να διώξει τα αισθήματα φόβου και άγχους με τις ακόλουθες ενέργειες:

1. Ακούει με προσοχή τις ανησυχίες και τα προβλήματά της
2. Προσπαθεί να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες της ασθενούς και να τις ικανοποιήσει
3. Φροντίζει για την υποστήριξη του συζύγου της μέχρι την τελευταία στιγμή που θα μπει στο χειρουργείο.

4. Εξασφαλίζει μία επίσκεψη με ασθενή της ίδιας ασθένειας που έχει ικανοποιητική μετεγχειρητική προσαρμογή στη μαστεκτομή και έχει αποδεχθεί την ασθένειά της.

5. Συζητά με ειλικρίνεια και έμφαση μαζί της για το επιτυχημένο πρόγραμμα αποκατάστασης και τη χρήση κάποιου τεχνητού μαστού.

6. Την ενθαρρύνει και τη διαβεβαιώνει ότι όλα θα πάνε καλά.

7. Κάθε γυναίκα δέχεται διαφορετικά την εγχείρηση, γι' αυτό η νοσηλεύτρια πρέπει να την αντιμετωπίζει ξεχωριστά, σαν άτομο και τη βοηθά να εκφράσει τα αισθήματά της. Μπορεί να φοβάται την αποδοχή του άνδρα της ή να νοιώθει απογοήτευση, επειδή δεν θα μπορεί να εκπληρώσει το ρόλο της σα μητέρα, όταν πρέπει να θηλάσει το παιδί της. Σε αυτή την περίπτωση καλείται ο σύζυγός της και ολόκληρη η οικογένειά της να την ενισχύσουν και να την στηρίξουν ψυχολογικά.

8. Η νοσηλεύτρια εξασφαλίζει μία συζήτηση με την ασθενή και την οικογένειά της, όπου αναλύονται προβλήματα σχετικά με την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού, τον πόνο, τη δραστηριότητα και τη διόρθωση της απώλειας του μαστού.

9. Βοηθάει την άρρωστη και την οικογένειά της να εκφράσουν τα αισθήματά τους, τους φόβους τους και τις ανησυχίες τους. Με αυτό τον τρόπο συμβάλλει στις καλύτερες σχέσεις μεταξύ τους.

Τόνωση σωματική: Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες, και

φτωχό σε λίπη.

Για την καλή θρέψη της ασθενούς, η συμβολή της νοσηλεύτριας είναι αποφασιστική. Ενώ ο ιατρός περιορίζεται στον καθορισμό του διαιτολογίου, η αδελφή παρακολουθεί τη διατροφή της ασθενούς και μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

Η ασθενής κατά την εγχείριση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους τυχόν εμέτους. Γι' αυτό, κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Έτσι, η ασθενής βοηθείται στην πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών, όπως shock, ναυτία κ.α.

Την προηγούμενη της εγχειρήσεως μέρα, η ασθενής τρέφεται ελαφρά (τροφές χωρίς υπολείμματα). Έξι ώρες πριν από την εγχείριση δεν παίρνει τίποτε από το στόμα για τον κίνδυνο εμέτου και μετεωρισμού κοιλίας. Εάν η ασθενής δεν πρέπει έστω και για έξι ώρες να στερηθεί υγρά, της χορηγούνται αυτά παρεντερικώς.

Ιατρικές εξετάσεις (κλινικές, εργαστηριακές): Στη γενική προεγχειρητική ετοιμασία, περιλαμβάνεται η εξέταση της ασθενούς που θα χειρουργηθεί από:

1. Χειρουργό, για εκτίμηση της καταστάσεως της ασθενούς, επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως και λήψη ιστορικού.
2. Παθολόγο, για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων.

Εάν παρουσιαστεί ανωμαλία σε κάποιο από τα συστήματα, καλείται ο ειδικός για το σύστημα αυτό ιατρός, προς ακριβέστερη μελέτη και αντιμετώπιση της καταστάσεως.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από την εγχείρηση είναι:

1. Εξέταση αίματος: γενική αίματος (λευκά-ερυθρά), τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και RHESUS αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος.

2. Γενική ούρων.

Μετά την οριστική απόφαση για την εγχείρηση της ασθενούς, καλείται ο αναισθησιολόγος, για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος. Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθορίσει το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών. Το έργο και η ευθύνη του αναισθησιολόγου περιλαμβάνει τη λήψη αποφάσεως κατά πόσον η ασθενής μπορεί ακίνδυνα να πάρει νάρκωση, τον καθορισμό του είδους του ναρκωτικού, τη χορήγηση της ναρκώσεως και τέλος την παρακολούθηση της ασθενούς μέχρι την τέλεια απονάρκωσή της.

Καθαριότητα της ασθενούς: Αυτή συνίσταται σε:

1.- Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα. Ο καθαρισμός αυτός αποβλέπει:

- Στην αποφυγή της εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι

- Την αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου τους.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται:

- Με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων. Σήμερα δε συνίσταται η λήψη καθαρτικών, γιατί προκαλεί αφυδάτωση και εξασθένηση του οργανισμού καθώς και χαλάρωση του τόνου του εντέρου.

- Με καθαρτικό υποκλυσμό. Συνήθως γίνονται δύο υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχειρήσεως και ο άλλος

έξι ώρες προ της εγχειρήσεως. Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του παχέους εντέρου.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών και εάν είναι αρνητικά, ενημερώνει την Προϊσταμένη αδελφή του τμήματος ή τον Ιατρό.

Η εκτέλεση υποκλυσμών ή η χορήγηση καθαρτικών φαρμάκων γίνεται κατόπιν εντολής Ιατρού.

2. Καθαριότητα του σώματος της ασθενής. Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθατο δέρμα.

Το λουτρό γίνεται την παραμονή της εγχειρήσεως και προστατεύεται η άρρωστη να μην κρυώσει.

Κατά το διάστημα του λουτρού, παρακολουθείται η υγεία του δέρματος και γίνεται προσεκτική καθαριότητα ορισμένων σημείων, όπως οφθαλμού. Τέλος γίνεται περιποίηση νυχιών.

Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται και η καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την προληψη μόλυνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

* Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου: Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Αυτά μπορεί να είναι έντονα και να διώχνουν τον ύπνο. Η αϋπνία και η κόπωση από αυτήν, προδιαθέτουν στην μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμη στην εμφάνιση επιπλοκών.

Για την αποφυγή αϋπνίας και εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου, χορηγείται στην ασθενή τη νύχτα της παραμονής

της εγχειρήσεως ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

Προετοιμασία και εκπαίδευση ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών κλπ.

Προσανατολισμό ασθενούς στο νέο δωμάτιο, στο οποίο θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση, όταν μάλιστα πρόκειται να νοσηλευτεί αυτή σε μονάδα εντατικής παρακολουθήσεως. Αυτό γίνεται, για να μην ανησυχήσει η ασθενής, όταν κατά την αφύπνιση βρεθεί σε άγνωστο περιβάλλον, εξοπλισμένο με πολλά και περίεργα γι' αυτόν μηχανήματα.

Επίσης, μέσα στις αρμοδιότητες της νοσηλεύτριας, είναι να φροντίσει για την εξασφάλιση αίματος σε περίπτωση ριζικής μαστεκτομής.

ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους κείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει επέμβαση.

Προετοιμάζει το δέρμα με ξύρισμα της περιοχής που πάσχει και των δύο μασχάλων, γιατί η επίδεση του τραύματος περνά και από την άλλη μασχάλη. Καθαρίζει σχολαστικά την περιοχή και γύρω από αυτήν σε μεγάλη έκταση. Επίσης ξυρίζει τον αντιστοιχο μηρό, λόγω πιθανής λήψης δέρματος για πλαστική, και καθαρίζει με σαπούνι και όχι με αντισηπτικό, διότι καταστρέφονται τα επιφανειακά κύτταρα.

ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η τελική προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει:

α) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς. Η αδελφή κατά την πρωινή θερμομέτρηση και σφυγμο-

μέτρηση παρατηρεί την τυχόν παρέκκλισή τους από τα φυσιολογικά όρια. Ακόμη προσέχει τυχόν εμφάνιση βήχα, ο οποίος φανερώνει ύπαρξη κρυολογήματος. Πρέπει όλες οι σχετικές παρατηρήσεις να αναφέρονται στην προϊσταμένη ή τον ιατρό του τμήματος.

β) Κατάλληλη ένδυση (ντύσιμο) του ασθενούς. Μισή ώρα προ της εγχειρήσεως η ασθενής φοράει την κατάλληλη ενδυμασία, αφού προηγουμένως ουρήσει, για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη, γιατί μπορεί να κενωθεί στο χειρουργικό τραπέζι.

Η ενδυμασία του χειρουργείου αποτελείται από τα ποδονάρια (είδος καλτσών) που σκεπάζουν τα κάτω άκρα, υποκάμισο (κοινό νυχτικό, ανοιχτό στο πίσω μέρος) σκούφο ή τρίγωνο από λεπτό βαμβακερό ύφασμα (για την κάλυψη του τριχωτού της κεφαλής).

Η νοσηλεύτρια φοράει τα ρούχα αυτά στην ασθενή, αφού προηγουμένως αφαιρέσει όλα τα είδη των εσωρούχων και το νυχτικό της ασθενούς.

Πριν τοποθετηθεί ο σκούφος αφαιρούνται φουρκέτες κλπ. Επίσης αφαιρούνται όλα τα κοσμηματα (εξαίρεση μπορεί να γίνει μόνο στη "βέρα" την οποία εξασφαλίζει η αδελφή με ένα επίδεσμο στον καρπό). Τα κοσμήματα τοποθετούνται σε φάκελλο με το ονοματεπώνυμο και το θάλαμο της ασθενούς, καταγράφονται και παραδίδονται για φύλαξη στην προϊσταμένη του τμήματος.

Την ώρα αυτή η νοσηλεύτρια ελέγχει για τελευταία φορά την καθαριότητα του σώματος του αρρώστου.

Η νοσηλεύτρια υπενθυμίζει στον ασθενή για τις μετεγχειρητικές ασκήσεις, τις αναπνευστικές καθώς και των άκρων.

γ) Προνάρκωση: Αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα προ της εγχειρήσεως. Το είδος της προναρκώσεως καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο ιατρό και αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλενογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνουλίας. Λόγω της δράσεως των φαρμάκων, συνιστάται στην ασθενή να μη σηκωθεί από το κρεβάτι της.

Κατά την προνάρκωση η νοσηλεύτρια πρέπει να δώσει στην ασθενή το κατάλληλο φάρμακο, την ακριβή δόση και στην καθορισμένη ώρα.

Μετά την προνάρκωση η αδελφή εξασφαλίζει στην ασθενή ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό. Τους επισκέπτες του η ασθενής, εφ' όσον βρίσκονται στο νοσοκομείο, τους βλέπει πριν γίνει η προνάρκωση. μετά την προνάρκωση δεν επιτρέπονται επισκέπτες στο δωμάτιο.

Σε περίπτωση που η ασθενής έχει βαμμένα νύχια, ξεβάφονται δύο σε κάθε χέρι, για να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση κυανώσεως κατά την νάρκωση.

Μετά την προνάρκωση, μεταφέρεται καμésως η ασθενής στο φορείο και παραμένει στο θάλαμο. Η μεταφορά της άρρωστης στο χειρουργείο γίνεται από το νοσοκόμο και την αδελφή, εφ' όσον οι συνθήκες προσωπικού στο ίδρυμα το επιτρέπουν.

Εάν είναι δυνατό, η νοσηλεύτρια παρακολουθεί και την εγχείρηση. Αυτό, θα τη βοηθήσει να προσφέρει καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα στην ασθενή.

Οι συγγενείς περιμένουν με αγωνία τα αποτελέσματα της εγχειρήσεως, στο δωμάτιο αναμονής. Το πέρασμα κάθε λεπτού

γι' αυτούς παίρνει διαστάσεις ωρών. Η ενημέρωση και καθυσύχασή τους για την πορεία της εγχειρήσεως ελαττώνει την αγωνία τους και χαλαρώνει την ένταση.

Το συχνό και κατάλληλο πλησίασμα, όπως και ο καλός τρόπος της αδελφής προς τους συγγενείς είναι δυνατό να τους ανακουφίσει.

Τέλος όλες οι βασικές ενέργειες της αδελφής, που έχουν σχέση με την προεγχειρητική ετοιμασία της ασθενούς, πρέπει να αναγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο ή τη λογοδοσία της νοσηλευτικής μονάδας.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΘΑΛΑΜΟΥ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Μετά την αποχώρηση της ασθενούς για το χειρουργείο, η αδελφή αερίζει το θάλαμο και ετοιμάζει το κρεβάτι, το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον της ασθενούς.

Το κρεβάτι, που θα δεχτεί τη χειρουργημένη ασθενή πρέπει: 1. Να είναι ζεστό για την προφύλαξη της άρρωστης από ψύξη και μετεγχειρητική πνευμονία. Αυτό, αντιμετωπίζεται με την προσθήκη θερμοφόρων τους χειμερινούς μήνες.

2. Να είναι χωρίς μαξιλάρι, για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού.

3. Να τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κικγλίδωμα του κρεβατιού, για να μη χτυπήσει η ασθενής κατά τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο της αποναρκώσεως.

4. Να είναι ανοιχτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά της ασθενούς από το φορείο σ' αυτό.

5. Να προστατευτεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων

από ενδεχόμενους εμέτους, με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου και αδιάβροχου κεφαλής.

Στο επάνω πλάγιο χείλος του στρώματος, προς το μέρος του κομοδίνου, τοποθετείται χάρτινη σακκούλα.

Στο κομοδίνο της ασθενούς τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών ή πετσέτα, για να αποφεύγονται οι θόρυβοι κατά την τοποθέτηση αντικειμένων πάνω σ' αυτό (νεφροειδές κ.λ.π.).

Ακόμη πάνω στο κομοδίνο τοποθετείται ποτήρι με δροσερό νερό, Port Cotton, νεφροειδές και κάψα με κομμάτια χαρτοβάμβακα και τολύπια βαμβάκι. Το κομοδίνο απομακρύνεται λίγο από το κρεβάτι της άρρωστης, για να την προφυλάξουμε σε περίπτωση διεγέρσεών της.

Η άμυνα του οργανισμού της μαστεκτομημένης, ελαττώνεται κατά των λοιμώξεων, λόγω αφαίρεσης των λεμφαδένων. Γι αυτό και ο θάλαμος δεν πρέπει να έχει πάνω από τρία το πολύ κρεβάτια. Η ετοιμασία του θαλάμου της ασθενούς συμπληρώνεται με σκούπισμα, σφουγγάρισμα θαλάμου και υγρό ξεσκόνισμα επίπλων. Ένα παράθυρο μένει πάντα ανοιχτό για το συνεχή αερισμό του, κατεβαίνουν τα ρολά για να μην υπάρχει έντονος φωτισμός.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η μετεγχειρητική φροντίδα της ασθενούς, αποτελεί σοβαρή απασχόληση της νοσηλεύτριας. Πρέπει να γίνεται από έμπειρη και επιδέξια νοσηλεύτρια, η οποία κατέχει βασικές γνώσεις στις οποίες θα στηρίξει την παρακολούθηση και την περιποίηση της ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια αυτή θα συντελέσει:

1. Στην προστασία της ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανανήψεως.
2. Στην ανακούφισή της από ενοχλήματα.
3. Στην πρόληψη επιπλοκών.
4. Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξεως της ασθενείας της.
5. Στη βοήθεια της ασθενούς, για να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική της κατάσταση.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που η ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την αποκατάστασή της.

-Η νοσηλεύτρια προφυλάσσει την σθενή από ρεύματα αέρα κατά τη μεταφορά της από το χειρουργείο στο θάλαμο.

Τοποθετεί την άρρωστη σε θέση ημι-FOWLER, με το ελεύθερο χέρι να είναι πάνω σε μαξιλάρι. Η βαρύτητα βοηθά την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός λεμφοιδήματος.

-Μετράει σε μικρά χρονικά διαστήματα την αρτηριακή πίεση και τον σφυγμό για τη διαπίστωση του shock και αιμορραγίας.

-Προσέχει συχνά την περιοχή του τραύματος για τυχόν αιμορραγία.

- Ελέγχει την επίδεση του τραύματος να είναι καλή, σφικτή και όχι πολύ πιεστική, γιατί θα επιφέρει ενόχληση στην αναπνοή.

- Χορηγεί, μετά από οδηγία του γιατρού, ύστερα από την ανάνηψη από την νάρκωση, αναλγητικά για να ανακουφίσει τον πόνο της άρρωστης .

- Τη βοηθάει να αλλάξει συχνά θέσεις και την ενθαρρύνει να παίρνει βαθιές αναπνοές για πρόληψη επιπλοκών από τα αναπνευστικό σύστημα. Επίσης την ενθαρρύνει να κάνει κινήσεις των κάτω άκρων για αποφυγή φλεβίτιδας.

- Ελεγχεί την παροχέτευση του τραύματος. Συνήθως ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή Hemovac. (Εικόνα 20). Η αναρρόφηση γίνεται με τη δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γι' αυτό και θα πρέπει να αδειάζεται προτού γεμίσει τελείως. Η νοσηλεύτρια ελέγχει συχνά τη λειτουργία της συσκευής, ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση. Επίσης παρατηρεί και αναγράφει την ποσότητα και το χρώμα των υγρών της παροχέτευσης.

- Το πρόσφατα επουλωμένο τραύμα, ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση, εξ αιτίας της κάκωσης των νεύρων. Η νοσηλεύτρια φροντίζει το τραύμα με ήπιο πλύσιμο, προσεκτικό στέγνωμα και με συχνές αλλαγές. Η καθαριότητα και αντισηψία του δέρματος γύρω από το τραύμα συνίσταται στον καθαρισμό του δέρματος γύρω από αυτό με βενζίνη ή αιθέρα, με κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια και απολύμανσή του. Παρατηρεί για τυχόν σημεία φλεγμονής (πόνος, ευαισθησία, ερυθρότητα, οίδημα) και ενημερώνει τον γιατρό.

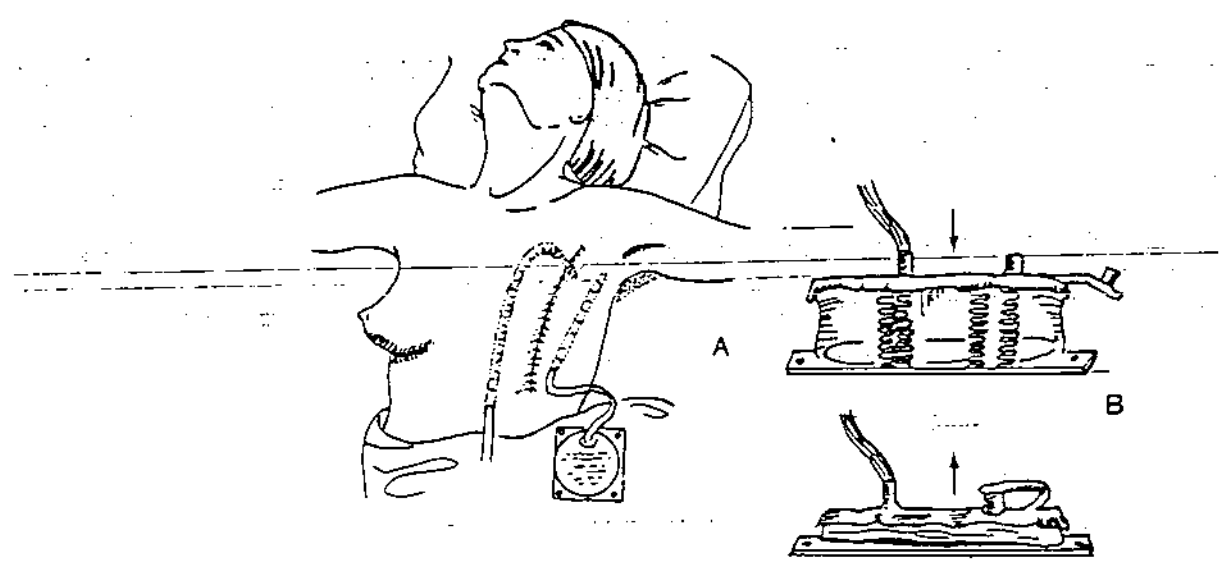
Κάνει ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο κακάου, για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος. Αυτό, γίνεται με την έγκριση του γιατρού.

- Η νοσηλεύτρια βοηθάει την άρρωστη στις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες να φάει, γιατί το ένα χέρι της δεν μπορεί να το χρησιμοποιήσει. Η διατροφή συνιστάται να είναι ανάλογη με την προτίμηση και τη διάθεση της άρρωστης. Αρχικά πρέπει να είναι υγρή, βαθμιαία προχωρεί σε ελαφρές πολτώδεις τροφές και κατόπιν αφήνεται ελεύθερη.

- Η καθαριότητα αποτελεί σπουδαίο παράγοντα της μετεγχειρητικής νοσηλείας της ασθενούς. Συνιστάται λουτρό καθαριότητας, καθημερινά, συχνή αλλαγή νυχτικού και λευκού ιματισμού. Οι πλύσεις και καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας όχι μόνο ανακουφίζουν, αλλά και προλαβαίνουν στοματίτιδες και παρωτίτιδες.

- Η νοσηλεύτρια βοηθάει την άρρωστη να σηκωθεί από το κρεβάτι όσο το δυνατό γρηγορότερα. Συνήθως η έγερση γίνεται τη δεύτερη με τρίτη μετεγχειρητική ημέρα. Κατά την έγερση συχνά ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο για να παρεμποδιστεί η πίεση στο τραύμα. Όταν η άρρωστη σηκώνεται για πρώτη φορά, η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει υπ όψη της, ότι μπορεί να χάσει την ισορροπία της, εξ αιτίας της απώλειας του μαστού.

- Με την μαστεκτομή ελαττώνεται η άμυνα του οργανισμού κατά των λοιμώξεων, λόγω αφαίρεσης των λεμφαδένων. Η νοσηλεύτρια πρέπει να διατηρεί καθαρό το χέρι που πάσχει και να μην εκτελεί υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις ούτε φλεβοκεντήσεις για τυχόν είσοδο μικροβίων.



Εικόνα 90 - Παροχέτευση τραύματος μαστεκτομής.
Α. Κλειστό σύστημα αναρρόφησης με Ηεμονας.
Β. Η συμπίεση της Ηεμονας προκαλεί αναρρόφηση.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Πόνος: Η ασθενής που υποβάλλεται στη χειρουργική επέμβαση, βρίσκεται σε σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπερένταση. Η υπερένταση αυτή επιδεινώνει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο από την εγχείρηση.

Η νοσηλεύτρια για να ανακουφίσει την ασθενή από τον πόνο κάνει ελαφρό μασάζ γύρω από την επουλωμένη τομή, προστατεύει την ασθενή κατά το βήχα ή τους εμέτους, και, όταν υπάρχει ανάγκη, της χορηγεί αναλγητικά φάρμακα με μορφή ενέσεων, το είδος και η δόση των οποίων καθορίζεται από τον θεράποντα ιατρό.

Δίψα: Δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, που προκαλείται από την ένταση ατροπίνης, η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από τη μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα, ιδρώτας, έμετοι).

Το αίσθημα δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγραση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό και με χορήγηση υγρών δια της παρεντερικής οδού.

Έμετος: Ο έμετος και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέρα των 24 ωρών από την απονάρκωση της ασθενούς. Εάν η ασθενής έχει εμέτους, η νοσηλεύτρια τοποθετεί το κεφάλι της προς τα πλάγια και της προμηθεύει το νεφροειδές, το οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον έμετο, γιατί η παραμονή του κοντά στον άρρωστο προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και έμετο.

Μετά από κάθε έμετο πρέπει το στόμα της άρρωστης να πλένεται με λίγο νερό και να διατηρούνται καθαρά τα κλινოსκεπάσματα. Σε συνεχιζόμενους εμέτους, δυνατό να γίνει διασωλήνωση στομάχου από τη μύτη με σωλήνα Levin. Έτσι, απαλλάσσεται η ασθενής από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου. Τα έχοντα σχέση με τους εμέτους (ποσό, συχνότητα, χαρακτήρας εμεσμάτων) πρέπει να αναγράφονται στη λογοδοσία ή το νοσηλευτικό δελτίο της ασθενούς και να δίνεται μεγάλη προσοχή στη τήρηση του ισοζυγίου των υγρών.

Αιμορραγίες: Τα συμπτώματα της αιμορραγίας είναι: ευπίεστος, γρήγορος και νηματοειδής σφυγμός, πρόσωπο και άκρα ψυχρά, ωχρότητα δέρματος, πτώση της θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσεως, εφίδρωση, αναπνοή βραδεία, ανησυχία και εμφάνιση αίματος σε εξωτερική αιμορραγία.

Η νοσηλεύτρια θέτει την ασθενή σε ακινησία και συγχρόως καλεί τον γιατρό, για την παροχή βοήθειας. Εάν η αιμορραγία είναι εξωτερική, τοποθετεί εάν είναι δυνατό, πιεστικό επίδεσμο στο μέλος του σώματος που αιμορραγεί. Εάν η αιμορραγία είναι εσωτερική, δε δίνει στην ασθενή τίποτε από το στόμα. Έχει έτοιμο δίσκο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα, ενδοφλέβια έκχυση ορού και ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα για την ασθενή που αιμορραγεί. Την απαλλάσει από οποιαδήποτε περίσφυξη, τη ζεσταίνει και προσπαθεί να τονώσει το ηθικό της, απομακρύνονταςκαθε αιτία ανησυχίας και εκνευρισμού.

Στη συνέχεια ο γιατρός χειρίζεται την πορεία της αγωγής της ασθενούς.

Shock ή καταπληξία: Χειρουργική καταπληξία είναι η κατάπτωση του κυκλοφοριακού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού.

Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση shock είναι: η μεγάλη αιμορραγία, η νάρκωση, ψυχικός κλονισμός, ισχυρός πόνος και άλλα. Εμφανίζεται με τα ακόλουθα συμπτώματα: σφυγμό μικρό, συχνό και μόλις αισθητό, αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, βλέμμα απλανές αδιάφορο, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσεως, δέρμα και βλενογόνους ωχρούς, άκρα ψυχρά, ψυχρούς ιδρώτες. Η ασθενής αισθάνεται μεγάλη καταβολή δυνάμεων, εμφανίζει μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας.

Τα μέτρα που λαμβάνουμε για την αντιμετώπιση του shock είναι: Αφαιρούμε το μαξιλάρι από το κεφάλι της άρρωστης και ανυψώνουμε το κάτω μέρος του κρεβατιού για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου.

Ζεσταίνουμε την ασθενή με προσθήκη ελαφρών κουβερτών και θερμοφόρας (θερμοκρασία νερού: 55° - 60° Κελσίου, προς αποφυγή εγκαυμάτων, που τοποθετούμε πάνω από την πρώτη κουβέρτα. Περιορίζουμε τις κινήσεις της ασθενούς στο ελάχιστο, για μείωση των καύσεων του οργανισμού. Κάνουμε καρδιοτόνωση και χορηγούμε ενδοφλεβίως αίμα, ορό ή πλάσμα μετά από εντολή γιατρού. Χορηγούμε θερμά υγρά από το στόμα, εάν η κατάσταση της ασθενούς, το επιτρέπει.

Η προφύλαξη της ασθενούς από μετεγχειρητικό σοκ συνίσταται στη προσπάθεια να αποβάλει γρήγορα το ναρκωτικό, στην ανακούφισή της από τον πόνο, στην αύξηση του όγκου του αίματος προ της εγχειρήσεως, στη χορήγηση αφθονων υγρών μετεγχειρητικά, στον έλεγχο καλής λειτουργίας του κυκλοφοριακού

συστήματος και τέλος στην τόνωση του ηθικού της ασθενούς.

Πνευμονία, ατελεκτασία: Οφείλονται στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα της ασθενούς από τις βλεννώδεις εκκρίσεις κατά τη νάρκωση και απονάρκωσή της. Για το λόγο αυτό, αποφεύγεται η εγχείρηση στην ασθενή άμα κρουολόγησε πρόσφατα ή παρουσιάζει οξεία βρογχίτιδα, εάν δεν προηγηθεί κατάλληλη θεραπεία. Ακόμη, οι επιπλοκές αυτές οφείλονται σε κακό αερισμό των πνευμόνων ένεκα επιδράσεως ναρκωτικού, στη μόλυνση αεροφόρας οδού από εισρόφηση εμεσμάτων ή εκκρίσεων, σε απεριποίητη στοματική κοιλότητα, σε εφίδρωση που προδιαθέτει σε ψύξη. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η δύσπνοια.

Τα μέτρα που λαμβάνει η νοσηλεύτρια για την πρόληψη αυτών των επιπλοκών είναι:

- Στενή παρακολούθηση της ασθενούς, μέχρι την τέλεια απονάρκωσή της.

- Ταχεία απονάρκωση της ασθενούς

- Υποδοχή της ασθενούς σε ζεστό κρεβάτι και διατήρηση του ζεστού· προστασία της ασθενούς από ρεύματα αέρα.

- Έγκαιρη τοποθέτηση της ασθενούς σε ανάρροπη θέση.

- Συχνή αλλαγή θέσεως της ασθενούς, για την αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος.

- Ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει βαθειές αναπνοές, να βήχει ελαφρά και να κάνει κινήσεις άκρων.

- Περιποίηση στόματος και αντισηψία ρινοφάρυγγα.

Ασφυξία: Κατ'αυτήν, η ασθενής εμφανίζει δυσκολία στην αναπνοή. Αίτια που προκαλούν την ασφυξία είναι: εισρόφηση εμεσμάτων από την αναπνευστική οδό, πτώση της κάτω γνάθου κατά

την οποία παρασύρεται η γλώσσα προς τα πίσω και αποφράζει με την επιγλωτίτιδα τον λάρυγγα και τέλος, επίδραση του ναρκωτικού στο κέντρο της αναπνοής.

Αυτή εκδηλώνεται με παραλλαγή του ρυθμού της αναπνοής και κυάνωση η οποία φανερώνει την έλλειψη οξυγόνου (O_2).

Για την προφύλαξη της ασθενούς από την ασφυξία η νοσηλεύτρια παίρνει τα ακόλουθα μέτρα:

- Τοποθετεί το κεφάλι της άρρωστης σε πλάγια θέση κατά το στάδιο της αποναρκώσεως, για την αποφυγή εισροφήσεως εμεσμάτων.

- Καθαρίζει από καιρό σε καιρό το στόμα της ασθενούς με υγρό βαμβάκι, το οποίο τυλίγει σε μία λαβίδα ή port cotton και έτσι απαλάσσει τη στοματική κοιλότητα από τις εκκρίσεις.

- Σε περίπτωση ασφυκτικών φαινομένων η νοσηλεύτρια πιέζει τις γωνίες της κάτω σιαγόνας προς τα πάνω με τα τέσσερα δάκτυλα των δύο χεριών, ενώ με τους αντίχειρες προσπαθεί να ανοίξει το στόμα και να τραβήξει τη γλώσσα προς τα εμπρός.

- Συνιστά στην ασθενή να παίρνει βαθειές αναπνοές για τη γρήγορη αποναρκωσή της.

- Σε εμφάνιση δυσπνοιικών φαινομένων, χωρίς απόφραξη της αναπνευστικής οδού, χορηγεί στην ασθενή οξυγόνο (O_2).

- Διατηρεί καλό αερισμό του δωματίου.

Επίσχεση ούρων: Είναι η κατάσταση κατά την οποία η ασθενής, ενώ έχει ούρα στην ουροδόχο κύστη, δεν μπορεί να ουρήσει.

Αίτια που προκαλούν την επίσχεση ούρων είναι:

- Υποτονία των κοιλιακών τοιχωμάτων, λόγω επιδράσεως ναρκωτικών η οποία παρεμποδίζει τη σύσπασή τους.

- Σύσπαση σφιγκτήρα κατά τη χρήση σκωραμίδας. Αυτό εμφανίζεται κυρίως σε νευροφυτικά άτομα.

Η νοσηλεύτρια για να αντιμετωπίσει την επίσχεση παίρνει τα ακόλουθα μέτρα:

- Αλλάζει τη θέση της άρρωστης στο κρεβάτι
- Χύνει χλιαρό νερό πάνω στο αιδοίο.
- Ανοίγει τη βρύση και αφήνει να τρέξει νερό (ο ήχος νερού που ρέει διευκολύνει την ούρηση)
- Σηκώνει την ασθενή και την κρατάει όρθια, εφόσον η κατάσταση της το επιτρέπει.
- Τοποθετεί θερμοφόρα πάνω στην ουροδόχο κύστη.

Εάν αυτά τα φυσικά μέσα δεν φέρουν το ποθούμενο αποτέλεσμα, τοποθετείται σπασμολυτικό υπόθετο, κατόπιν εντολής γιατρού, και εάν αυτό δε φέρει αποτέλεσμα, γίνεται καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως.

Μετεγχειρητική Ψύχωση: Τα αίτια που την προκαλούν δεν είναι ακόμη γνωστά. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της είναι: η προδιάθεση του ατόμου λόγω της απώλειας του μαστού, η νάρκωση και η παρατεταμένη χρήση της. Σε περίπτωση εμφάνισης μετεγχειρητικής ψυχώσεως, πρέπει να ληφθούν μέτρα προστασίας και προφυλάξεως της ίδιας της ασθενούς και του περιβάλλοντός της.

Συνιστάται η παρακολούθηση της ασθενούς και η θεραπευτική αγωγή της από ψυχίατρο. Η καλή ψυχολογική προετοιμασία της ασθενούς πριν από την εγχείρηση, προλαβαίνει πολλές φορές αυτή την επιπλοκή.

Τοπική υποτροπή: εμφανίζεται με ογκίδιο στο θωρακικό τοίχωμα στην περιοχή της τομής.

Η νοσηλεύτρια παρεμβαίνει με ετοιμασία της άρρωστης για παραπέρα διαγνωστικές εξετάσεις και τη βοηθάει στην ετοιμασία για ακτινοθεραπεία.

Μετάσταση σε άλλα όργανα: Τα συμπτώματα είναι:

α) Στα οστά:

- Οστικοί πόνοι, παθολογικά κατάγματα
- Δυσκολία στη βάδιση
- Απογοήτευση εξ αιτίας της μειωμένης δραστηριότητας

β) Στους πνεύμονες:

- Πόνος-δυσφορία-δύσπνοια

γ) Στο ήπαρ:

- Ασκίτης-δυσφορία-δύσπνοια-ναυτία-έμετοι
- κοιλιακοί πόνοι-ανορεξία-απώλεια βάρους-

δ) Στον εγκέφαλο

- Σύγχυση - διαταραχή της ισορροπίας του σώματος -
- σπασμοί - παράλυση - διαταραχές όρασης.

Παρεμβαίνουμε με τα ακόλουθα μέτρα:

α) Στα οστά:

- Αγακούφιση του πόνου με ακτινοθεραπεία, ναρκωτικά ή αναλγητικά και ηρεμιστικά.

- Πρόληψη καταγμάτων σπονδυλικής στήλης. Η άρρωστη συμβουλεύεται να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις, να μη σηκώνει βαριά αντικείμενα, να μη γυρίζει και να μην πέφτει απότομα στο κρεβάτι.

- Ακινητοποίηση καταγμάτων, αν συμβούν

β) Στους πνεύμονες:

-Παρακέντηση θώρακα για ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια. Επειδή η παρακέντηση προκαλεί προσωρινή ανακούφιση πιθανόν να επαναληφθεί.

-Χορήγηση οξυγόνου

γ) Στο ήπαρ:

-Παρακέντηση κοιλίας για την ανακούφιση από δυσφορία και δύσπνοια.

-Διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών

-Χορήγηση διουρητικών

-Μικρά και συχνά γεύματα.

-Τεχνητή διατροφή μέσω γαστροστομίας ή πλήρης παρεντερική διατροφή, σε περίπτωση που η άρρωστη αδυνατεί να φάει

δ) Στον εγκέφαλο:

-Εξασφάλιση άνεσης.

-Πρόληψη τραυματισμού από πτώση ή πρόκληση βλάβης κατά τη διάρκεια των σπασμών.

-Παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών

-Εξασφάλιση επαρκούς διαίτας

-Παροχή υγιεινής φροντίδας του σώματος.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

Το λεμφοίδημα παρουσιάζεται στο χέρι της προσβλημένης μεριάς από κακή λειτουργία της λέμφου, λόγω εξαίρεσης των λεφμαδένων και των λεμφαγγείων στη ριζική μαστεκτομή. Η λοίμωξη καταπολεμάται δύσκολα, επειδή η αντίσταση του οργανισμού είναι ελαττωμένη.

Η νοσηλεύτρια συμβουλεύει την άρρωστη να αποφεύγει τις εκδορές, τις αμυχές, τα τσιμπήματα, τα δήγματα εντόμων, τα εγκαύματα και τη χρήση δυνατών χημικών ουσιών, για να μην επιδεινωθεί το οίδημα από την εμφάνιση λοίμωξης. Επίσης, να μην μεταφέρει βαριά αντικείμενα με το χέρι που πάσχει, να μη φοράει κοσμήματα, να αποφεύγει την παρατεταμένη ηλιοθεραπεία και να περιποιείται το χέρι της καθημερινά με αλοιφή που της σύστησε ο γιατρός της. Για τέσσερις μήνες περίπου, να κάνει μασάζ στο βραχίονα της πλευράς που πάσχει και τον ανυψώνει συχνά για να ελαττωθεί το οίδημα. Επίσης, να μη γίνονται ενέσεις, εμβόλια, αιμοληψίες, λήψη αρτηριακής πίεσης σ' αυτό το χέρι, ούτε να φορά σφιχτά ρούχα.

Όταν εμφανιστεί το λεμφοίδημα, η νοσηλεύτρια δίνει στην άρρωστη διουρητικά φάρμακα σε συνεργασία με το γιατρό. Ακόμη, χρησιμοποιεί τη διαλειπούσα μονάδα συμπίεσης, όπου μέσα στο μανίκι του χεριού, μπαίνει σταδιακά αέρας με πίεση, για να προωθηθεί το υγρό του οιδήματος.

Πίνακας Φροντίδα λεμφοιδητικού χεριού

"Μη"	"Ναι"
Μη κρατάτε τσιγάρο σ' αυτό το χέρι.	Να φοράτε ελαστικό γάντι όταν ασχολείστε με μαγειρική, καθαριότητα ή πλύσιμο πιάτων.
Μη κρατάτε μ' αυτό το χέρι τη τσάντα ή άλλο βαρύ αντικείμενο Μη κόβετε η τραβάτε τις παρονυχίδες σ' αυτό το χέρι	Να φοράτε δακτυλήθρα όταν ράβετε ή κεντάτε.
Μη σκάβετε τον κήπο σας μ' αυτό το χέρι και μη κόβετε αγκαθωτά φυτά.	Να βάζετε κρέμα λανολίνης στο χέρι, πολλές φορές την ημέρα.
Μη πλησιάζετε ζεστό φούρνο μ' αυτό το χέρι	Να φοράτε την ιατρική ταυτότητα με την εγχάραξη: "ΠΡΟΣΟΧΗ - ΛΕΜΦΟΙΔΗΤΙΚΟ ΧΕΡΙ - ΟΧΙ ΥΠΟΔΟΡΙΕΣ".
Μην αφήνετε να σας κάνουν ένεση σ' αυτό το χέρι	Να αναφέρετε στο γιατρό σας αν τραυματίσατε το χέρι σας, αν είναι ερυθρό, θερμό η ασυνήθιστα σκληρό ή οιδηματώδες.
Μην αφήνετε να σας πάρουν αίμα από αυτό το χέρι	Να επιστρέψετε για εξέταση σε διάστημα δύο μηνών.
Μην επιτρέπετε να παίρνεται η αρτηριακή πίεση από αυτό το χέρι	

Από: Lippincott Manual of Nursing Practice. 2nd ed.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα επιβραδύνουν τον καρκίνο του μαστού και περιορίζουν τις διαστάσεις του όγκου.

Οι ευθύνες της νοσηλεύτριας κατά το στάδιο της χημειοθεραπείας είναι:

-Η διάλυση των φαρμάκων γίνεται με φυσιολογικό ορό ή με αποσταγμένο νερό. Κατά τη διάλυση χρησιμοποιεί γάντια μιας χρήσεως για την προστασία του δέρματος. Φροντίζει να μη ρίξει σε κανένα σημείο το φάρμακο. Παρακολουθεί κατόπιν. Τη φλεβοκέντηση. Όταν παρατηρήσει οίδημα, ερυθρότητα στην περιοχή, διακόπτει την έγχυση του φαρμάκου και ειδοποιεί τον γιατρό. Αφού τελειώσει το φάρμακο, ξεπλένει τη βελόνα με φυσιολογικό ορό και την πετά σε ειδικό δοχείο. Αναγράφει τη νοσηλεία στο βιβλίο.

-Ενημερώνει την άρρωστη για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών. Τη βοηθάει να αποδεχθεί τη θεραπεία, προσφέροντας της και έντυπες πληροφορίες για περίσσοτερη ενημέρωση.

-Φροντίζει για τη διατροφή της. Ελαφρά τροφή είναι προτιμότερη για τις μέρες της θεραπείας. Χρειάζεται να πίνει άφθονα υγρά για την αποβολή των φαρμάκων απο τα ούρα, αλλά και την προστασία των νεφρών.

Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων η νοσηλεύτρια θα πρέπει να ξέρει ότι:

- Προσθέτοντας διαλυτικό μέσα σ' ένα φιαλίδιο, μπορεί να παρουσιασθεί δυσκολία και να εκτιναχθεί το φάρμακο προς τα

έξω, εκτός και αν προσέξει ώστε να δημιουργείται ίση περίπου πίεση έξω και μέσα στα φιαλίδια.

-Εάν ένα φάρμακο είναι γνωστό ότι προκαλεί εκδορές, πρέπει να χορηγείται πρώτο, γιατί στην αρχή η φλέβα είναι υγιής και ο κίνδυνος για έγχυση είναι μικρότερος.

-Η φλέβα πρέπει να είναι σταθερή και ελαστική και κατά το δυνατόν να μην έχει τρυπηθεί πριν.

-Εξελκωμένες και ερεθισμένες περιοχές πρέπει να αποφεύγονται.

-Σε μέρος που δυσκολεύεται η κυκλοφορία του αίματος, η θεραπεία πρέπει να αποφεύγεται π.χ. θρομβοφλεβίτιδα, τραύμα, ακινητοποιημένο μέλος λόγω κατάγματος, επίσης στο χέρι απο την πλευρά που έχει γίνει η μαστεκτομή, γιατί δημιουργείται λεμφοίδημα.

-Για το καλό όλων, να μη γίνεται απόπειρα φλεβοκέντησης με τη βελόνα απο το ίδιο πρόσωπο, περισσότερο απο τρεις φορές. Να συνεχίσει άλλο άτομο.

-Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση των φαρμάκων, πρέπει να χρησιμοποιείται βελόνη Νο 21 ή 23.

-Αν πρόκειται να δοθούν πολλά φάρμακα, η φλέβα πρέπει να ξεπλένεται καλά πριν απο κάθε χορήγηση νέου φαρμάκου.

-Φάρμακα που φυλάσσονται στο ψυγείο, μπορεί να είναι κρύα για τη φλέβα και είναι σημαντικό, ο θεράπων να μπορεί να ξεχωρίσει μεταξύ αυτού και της αισθήσεως του καύσωνα που προκαλείται απο την έγχυση.

-Εαν αμφισβητείται η καταλληλότητα της φλέβας, η έγχυση πρέπει να επαναληφθεί σε μια άλλη φλέβα και κατά προτίμηση στο άλλο χέρι.

-Η νοσηλεύτρια πρέπει να διακόψει τη θεραπεία, εάν υποψιαστεί έγχυση έξω από τη φλέβα. Αυτό, θα γίνει αντιληπτό:

α.Εάν δημιουργηθεί πρήξιμο στο σημείο της βελόνης

β.Εάν ο ασθενής παραπονεθεί για αίσθηση καύσωνα γύρω από τη βελόνα.

γ.Όταν τραβήξει το έμβολο της σύριγγας και το αίμα δεν έρχεται μέσα στη σύριγγα.

- Η νοσηλεύτρια σε υποψία έγχυσης του φαρμάκου έξω από τη βελόνα, ενεργεί ως εξής:

α.Βγάζει αμέσως τη βελόνα

β.Σκεπάζει το σημείο με παγάκια

γ.Κάνει ένεση Hydrocortizone 1% γύρω από εκεί που νομίζει ότι έχει γίνει το έγχυμα, κατόπιν εντολή γιατρού.

Άλλη ενέργεια της νοσηλεύτριας, είναι η πρόληψη και η αντιμετώπιση των παρενεργειών των φαρμάκων αυτών.

α.Λευκοπενία: Όταν παρατηρηθεί απότομη πτώση των λευκών, διακόπτει τη θεραπεία και ενημερώνει το γιατρό. Προσέχει τη θερμοκρασία του σώματος για αύξηση και το δέρμα για τυχόν σημεία λοίμωξης.

Για την πρόληψη λοίμωξης, η νοσηλεύτρια εφαρμόζει σχολαστική ατομική καθαριότητα στην άρρωστη. Όταν εμφανιστεί οποιαδήποτε λύση της συνέχειας του δέρματος, απολυμαίνει την περιοχή. Περιποιείται με αντισηπτικό την στοματική κοιλότητα κάθε 6 ώρες περίπου.

Αλλάζει τη συσκευή όρου κάθε μέρα και τη θέση της βελόνης κάθε δύο μέρες, σε περίπτωση που παίρνει το φάρμακο ενδοφλέβια.

β.Θρομβοπενία: Παρακολουθεί τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για τυχόν αιμάτωμα και τις διάφορες κοιλότητες

για κάποια αιμορραγία. Μετράει συχνά την αρτηριακή πίεση.

Ενημερώνει τον γιατρό όταν παρατηρήσει αιμορραγία στο σημείο που εκτέλεσε ενδομυϊκή ή υποδόρια ένεση. Συμβουλεύει την άρρωστη για αποφυγή τραυμάτων. Της λέει να μην χρησιμοποιεί σκληρή οδοντόβουρτσα, ούτε να καθαρίζει βίαια τη μύτη της.

Φροντίζει να έχει έτοιμο αίμα, εαν χρειαστεί. Κατά τη μετάγγιση, ελέγχει τη ροή του αίματος και τυχόν αντίδραση της άρρωστης από το αίμα.

γ. Αναιμία: Προσέχει η διατροφή της άρρωστης να περιέχει άφθονα λευκώματα και σίδηρο. Ο σίδηρος μπορεί να χορηγηθεί και σε μορφή σκευασμάτων. Τη συμβουλεύει να μη κουράζεται. Αν χρειαστεί, χορηγεί αίμα με οδηγία ιατρού.

δ. Ναυτία-Έμετοι: Πριν ή μετά από την εφαρμογή της θεραπείας χορηγεί αντιεμετικά φάρμακα η υπόθετα. Φροντίζει να τα δίνει με άδειο στομάχι η πριν από το βραδινό ύπνο. Μόλις παραπονεθεί για ναυτία, της δίνει κομμάτια πάγου και μετά λίγη φρυγανιά. Κατόπιν σερβίρει το γεύμα της πολύ παγωμένο. Τα γεύματα της να είναι μικρά και συχνά. Την ενισχύει να μασάει καλά την τροφή της. Μετά από κάθε γεύμα περιποιείται τη στοματική κοιλότητα.

Σε συνεργασία με το γιατρό, η νοσηλεύτρια χορηγεί αντιεμετικά φάρμακα. Παράλληλα, παρακολουθεί την ποσότητα, το χαρακτήρα και τη συχνότητα των εμετών. Διατηρεί την άρρωστη καθαρή από τους εμετούς. Της εξηγεί γιατί έχει αυτές τις γαστρεντερικές διαταραχές.

Φροντίζει να τρώει καλά και να διατηρεί την υσορροπία του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.

ε. Διάρροια: Παρατηρεί το χρώμα και την ποσότητα των κενώσεων και για εμφάνιση συμπτωμάτων αφυδάτωσης. Προσέχει το διαίτιολόγιο της άρρωστης να μην περιέχει κυτταρίνη και τροφές με υπολείματα.

Χορηγεί άφθονα υγρά και βοηθάει στη διόρθωση διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών. Περιποιείται συχνά την περιοχή του περινέου.

στ. Στοματίτιδα: Παρακολουθεί καθημερινά τη στοματική κοιλότητα για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες που είναι σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας. Καθαρίζει με αντισηπτικό το στόμα τέσσερις φορές την ημέρα και παρακολουθεί για τυχόν αιμορραγία ούλων. Γίνεται επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη. Αποφεύγει να δίνει στην άρρωστη όξινες (ξυνες) τροφές, σάλτσες και καρικεύματα.

ζ. Ηπατική βλάβη: Παρακολουθεί, μήπως παρουσιάζει πυρετό, διάρροια, πόνο στην κοιλιά και ίκτερο. Σε περίπτωση που επιδεινώνονται τα συμπτώματα, η νοσηλεύτρια ενημερώνει το γιατρό.

η. Βλάβη των νεφρών: Παρατηρεί για την εμφάνιση συμπτωμάτων όπως οιδήματα, ελάττωση της ποσότητας των ούρων και μετράει με ακρίβεια τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Κατόπιν ενημερώνει το γιατρό.

θ. Νευροτοξικότητα: Σε περίπτωση που η άρρωστη παραπονέθει για ελαφρό πόνο στα χέρια και τα πόδια, η νοσηλεύτρια ευθύνεται να ειδοποιήσει το γιατρό για να αντιμετωπίσει έγκαιρα τα συμπτώματα.

Παίρνει τα κατάλληλα μέτρα ασφαλείας για την προστασία της άρρωστης και διατηρεί τα μέλη του σώματος στη φυσιολογική τους θέση.

Επιβάλλεται αλλαγή σχήματος χημειοθεραπείας όταν οι λειτουργικές βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες (δεν αποκαθίστανται μετά τη θεραπεία).

1. Αλωπεκία: Ενημερώνει την άρρωστη ότι πρόκειται να πέσουν τα μαλλιά της, άλλα θα ξαναβγούν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.

Μπορεί να μειώσει την αλωπεκία εάν τυλίξει πιεστικά με ελαστικό επίδεσμο το κεφάλι και τοποθετήσει μια παγοκύστη κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας η λίγα λεπτά μετά.

Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά γίνεται αποτρίχωση του κεφαλιού και καλύπτεται το κεφάλι με μαντήλι ή περούκα. Παράλληλα βοηθείται η άρρωστη να εκφράσει τα συναισθηματά της σχετικά με τη διαφοροποίηση της εμφάνισέως της.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα, χωρίς να προκαλεί βλάβη στα φυσιολογικά που ακτινοβολούνται συγχρόνως.

Γενικά, οι ενέργειες της νοσηλεύτριας προς την άρρωστη που εφαρμόζεται αυτή η θεραπεία, είναι να την ενημερώσει για τη θεραπεία, να την προετοιμάσει και να τη βοηθήσει κατά τη διάρκεια αυτής, να προστατεύσει την άρρωστη, τον εαυτό της και τους άλλους, να την στηρίξει ψυχολογικά πριν, κατά και μετά την εφαρμογή της θεραπείας και να αντιμετωπίσει τις επιπλοκές.

Όταν η ακτινοθεραπεία γίνεται εξωτερικά, όπως με ακτίνες Χ, η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει το είδος της θεραπείας, τη θέση που βρίσκεται ο όγκος και το σκοπό της θεραπείας. Ενημερώνει την άρρωστη σχετικά με τη θεραπεία και της υποδεικνύει ότι δεν πρέπει να βγάλει το σήμα που δείχνει το σημείο που θα ακτινοβοληθεί.

Παρατηρεί την άρρωστη για ναυτία και εμετούς, ώστε να τα αντιμετωπίσει έγκαιρα. Την προστατεύει από το κρύο, γιατί η θερμοκρασία στο χώρο της ακτινοθεραπείας είναι χαμηλή. Της χορηγεί αναλγητικά φάρμακα σε συνεργασία με το γιατρό, αν χρειάζεται, επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητη στην ίδια θέση για λίγα λεπτά. Φροντίζει να δώσει απαντήσεις στα ερωτήματα της άρρωστης. Αυτό ελαττώνει τους φόβους και το άγχος και συνεργάζεται καλύτερα με το προσωπικό που θα ασχοληθεί μαζί της.

Προσέχει να είναι στεγνή η περιοχή που θα ακτινοβοληθεί και την καθαρίζει μόνο με νερό. Αποφεύγει να βάζει διάφορες αλοιφές ή οινόπνευμα και την τριβή. Την προστατεύει από τον ισχυρό ήλιο και το δυνατό κρύο. Μετά το τέλος της θεραπείας, η άρρωστη δεν έχει καθόλου ραδιενέργεια και μπορεί να έρθει σε επαφή με οποιονδήποτε.

Όταν πρόκειται να ακτινοβοληθεί ο ιστός ή η κοιλότητα του μαστού, γίνεται εσωτερική ακτινοθεραπεία και η άρρωστη ετοιμάζεται για χειρουργείο. Δε χρειάζεται ετοιμασία σε περίπτωση που παίρνει το ραδιοϊσότοπο από το στόμα ή ενδοφλέβια.

Η νοσηλεύτρια ενημερώνει την άρρωστη για το είδος και το σκοπό της θεραπείας. Όσο διάστημα έχει τα ραδιενεργά στοιχεία στο σώμα της, ακτινοβολεί ραδιενέργεια, γι αυτό βρίσκεται μέσα σε ειδικό δωμάτιο, εντελώς απομονωμένη και δεν επιτρέπονται οι επισκέψεις μέχρι να εξαντληθούν ή αφαιρεθούν τα στοιχεία. Η άρρωστη παρακολουθείται από ένα παράθυρο και επικοινωνεί με τηλέφωνο και με σύστημα επικοινωνίας, με την στάση των νοσηλευτών.

Γιὰ να προστατεύσει τον εαυτό της και τους άλλους, η νοσηλεύτρια ενημερώνεται από το φάκελο της άρρωστης σχετικά με την ακτινοθεραπεία που θα υποβληθεί και το χρόνο εφαρμογής της.

Όταν μπαίνει στο δωμάτιο φοράει μπλούζα και γάντια και πριν φύγει τα βάζει σε ειδικό δοχείο. Επίσης, φοράει μετρητή ακτινοβολίας και πρέπει να γνωρίζει την κατάλληλη απόσταση και χρόνο που θα κρατήσει, χωρίς να εγκαταλείψει την άρρωστη σε οποιαδήποτε περίπτωση. Ενημερώνει την οικογένεια και τους φίλους της άρρωστης πως θα επικοινωνούν μαζί της

και τους εξηγεί για την εφαρμογή των μέτρων προστασίας. Η νοσηλεύτρια προσέχει να υπάρχει το σημάδι ακτινοβολίας στο φάκελο και στην πόρτα του θαλάμου της άρρωστης.

Σε περίπτωση που μολυνθεί η νοσηλεύτρια ή το γύρω περιβάλλον, ειδοποιεί αμέσως την υπεύθυνη υπηρεσία (τμήμα ραδιοϊσότοπων).

Αν φύγει από τη θέση της η πηγή ραδιοϊσότοπου, πιάνεται με ειδικές λαβίδες και τοποθετείται στη θήκη της.

Τα ραδιοϊσότοπα που χρησιμοποιούνται συνήθως είναι το ιώδιο-131 (^{131}I), ο φώσφορος - 32 (^{32}P) και ο χρυσός - 198 (^{198}Au). Το ιώδιο χορηγείται από το στόμα και η νοσηλεύτρια χειρίζεται με προσοχή τα ούρα και τα απεκρίσματα της άρρωστης. Ο φώσφορος δίνεται από το στόμα, ενδοφλέβια, ενδοκοιλιακά και είναι λιγότερο επικίνδυνος. Ειδική μεταχείριση χρειάζονται οι εμετοί, τα κόπρανα και το επιδεσμικό υλικό. Στο χρυσό, παίρνει μέτρα προστασίας από τις εκκρίσεις και το επιδεσμικό υλικό.

Στις αρμοδιότητες της νοσηλεύτριας είναι και η φροντίδα των παρενεργειών της ακτινοθεραπείας.

α. Δερματική βλάβη: Ελέγχει το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται. Το πλένει με χλιαρό νερό και βάζει επάνω μια ουδέτερη αλοιφή, μετά από συνεργασία με το γιατρό.

Λέει στην άρρωστη να μην πιέζει την περιοχή εκείνη και να μην φορά στενά ρούχα. Όταν η βλάβη είναι πολύ προχωρημένη ενημερώνεται ο γιατρός, για να διακόψει τη θεραπεία για λίγο διάστημα.

β. Ναυτία, έμετοι, ανορεξία: Μετά από οδηγία του ειδικού γιατρού, η νοσηλεύτρια δίνει αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά

φάρμακα στην άρρωστη. Φροντίζει να τρώει καλά και να πίνει άφθονα υγρά. Τα γεύματα της να είναι μικρά και συχνά. Καλύπτει όλες τις φυσικές ανάγκες και την ενισχύει ψυχολογικά.

γ. Διάρροια: Χορηγεί τα ανάλογα φάρμακα που θεραπεύουν τη διάρροια. Ρυθμίζει το διαιτολόγιο της να μην περιέχει τροφές που αφήνουν υπολείματα.

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΡΙΝ
ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Αρχικά η νοσηλεύτρια, δίνει απαντήσεις στα διάφορα ερωτήματα της άρρωστης.

Την βοηθάει την ώρα των παθητικών ασκήσεων. Οι ασκήσεις αρχίζουν τη δεύτερη η τρίτη μετεγχειρητική ημέρα. Αρχικά γίνεται κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υπτισμό του καρπού, σφύξιμο γροθιάς και έκταση δακτύλων με το χέρι της παθητικής πλευράς. Αυτές οι κινήσεις γίνονται για πρόληψη των συσπάσεων των μυών και διατήρηση της κινητικότητας και του μυϊκού τόνου. Μπορεί η άρρωστη να μη θέλει να κάνει τις ασκήσεις, επειδή πονάει. Η νοσηλεύτρια όμως πρέπει να την πείσει, τονίζοντας της τη σημασία των ασκήσεων αυτών, χωρίς να την πιέζει.

Όταν εκτελεί τις ασκήσεις η άρρωστη, θα πρέπει να αισθάνεται ευχέρεια στις κινήσεις. Την ενθαρρύνει να κρατά κανονική θέση στο σώμα της κατά την εκτέλεση τους.

Η άρρωστη αυξάνει τις δραστηριότητες της σιγά-σιγά και μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί (βούρτσισμα των δοντιών, χτένισμα, πλύσιμο). Στη συνέχεια σφίγγει μία ελαστική μπάλα με το χέρι της προσβλημένης μεριάς και μετά αρχίζει να πετά τη μπάλα. Επίσης, γίνεται η άσκηση "αναρρίχηση" των δακτύλων στο τοίχο με λυγισμένους αγκώνες και τους ώμους ίσιους, ενώ τα πόδια της βρίσκονται κολλημένα στον τοίχο.

Η επόμενη άσκηση είναι για την ωμοπλάτη. Στο χερούλι της πόρτας είναι δεμένο ένα σχοινάκι. Η άρρωστη πιάνει το σχοινάκι απο απόσταση δυό μέτρων περίπου με το χέρι που πάσχει

και κάνει περιστροφικές κινήσεις, Κατόπιν γίνεται η αιώρηση των χεριών, Σκύβει μέχρι τη μέση και κοντά τα χέρια της από το ένα μέρος στο άλλο με τεντωμένους αγκώνες. Η άρρωστη φτάνει στο σημείο να ανεβοκατεβάζει τα χέρια της πίσω στη πλάτη, όπως όταν κουμπώνει τα κουμπιά της μπλούζας της.

Τέλος, εκτελεί την άσκηση "άγγιγμα μετώπου".

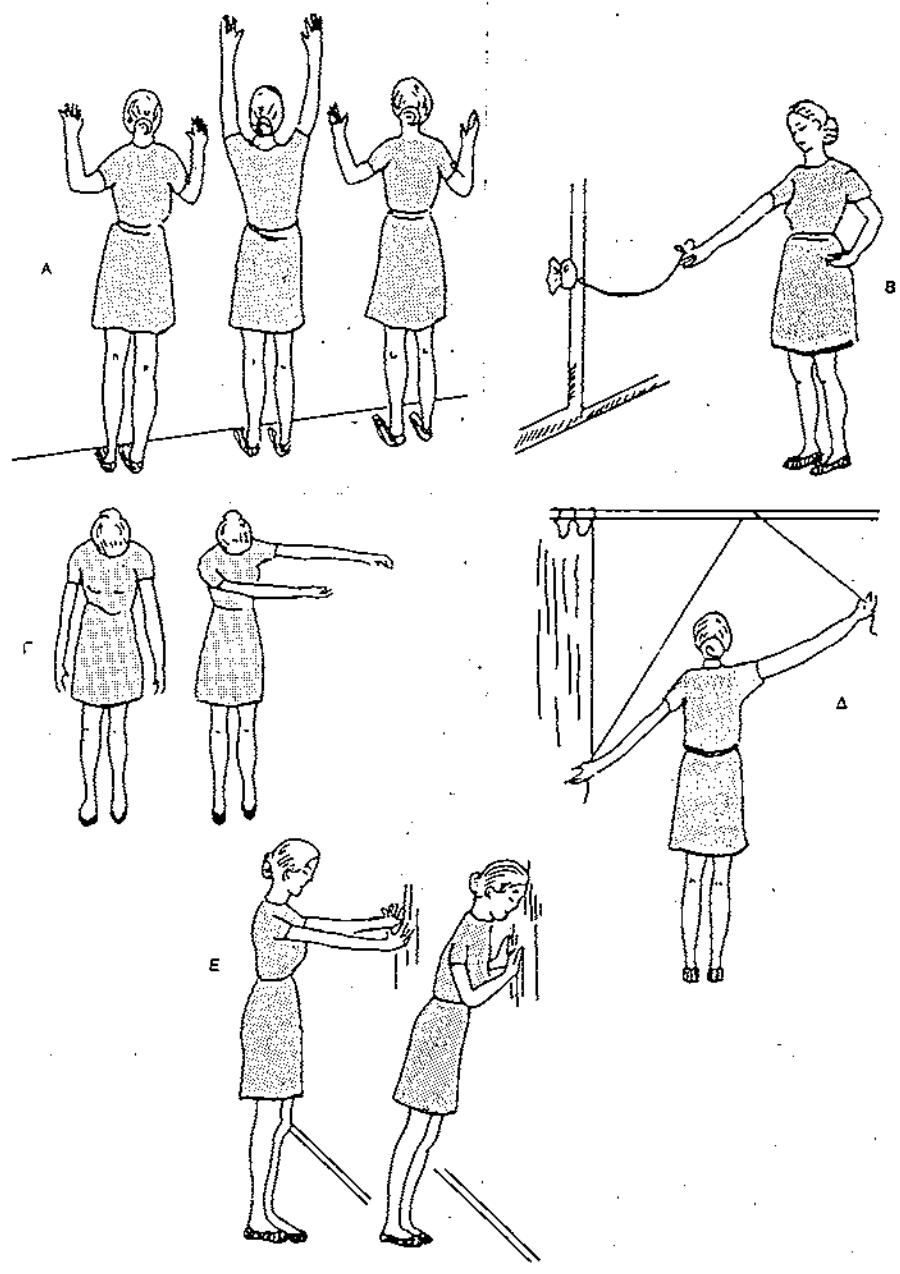
τρεμένη προς το ντοίχο, βάζει τις παλάμες της εκεί, στο ύψος του ώμου. Σιγά-σιγά, γέρνει προς τον τοίχο και κάμπει τους αγκώνες. Μετά, επανέρχεται στην αρχική της θέση.

Εάν έχει γίνει πλαστική εγχείρηση, οι ασκήσεις θα πρέπει να περιορίζονται στον ελάχιστο βαθμό και να αυξάνονται σιγά-σιγά.

Η άρρωστη που υποβλήθηκε σε απλή η ριζική μαστεκτομή, χρειάζεται τη βοήθειά της νοσηλεύτριας στην εκλογή τεχνητού στήθους. Αρχικά τη συμβουλεύει να φορά έναν κανονικό στηθόδεσμο, που θα τον γεμίζει με ένα μαλακό υλικό και να μην κολλάει πάνω στο τραύμα. Για να διατηρηθεί το υλικό αυτό στη θέση του, μπορεί να κρατηθεί με ένα κομμάτι από λάστιχο σχήματος "v" απο κάτω και να στερεωθεί στη ζώνη του στηθόδεσμου. Η τιράντα του στηθόδεσμου, δεν θα πρέπει να είναι πολύ σφιχτή στον ώμο.

Αφού κλείσει το τραύμα και επιστρέψει ο γιατρός, η νοσηλεύτρια ενημερώνει την άρρωστη για τους διάφορους τύπους τεχνητού μαστού και από που να τους προμηθευτεί. Της εξηγεί ότι η πρόσθεση πρέπει να είναι άνετη και να έχει το ίδιο μέγεθος, σχήμα και βάρος με το άλλο στήθος για να μπορέσει να αποκτήσει γρήγορα την ισορροπία της.

Παράλληλα η νοσηλεύτρια έχει την ευθύνη να πείσει τον



Εικόνα 7.25. Ασκήσεις μετά από μαστεκτομή.
 Α. Αναρρίχηση στον τοίχο. Β. Γύρισμα σχοινάκι.
 Γ. Αιώρηση χεριών. Δ. Τροχαλία. Ε. Άγγιγμα μετώπου.

σύζυγο της άρρωστης, να πάνε μαζί στην αγορά της πρόσθεσης του μαστού, για να την ενισχύσει να το αποδεχθεί.

Τελευταία, η νοσηλεύτρια πρέπει να τονίσει στην άρρωστη τη σημασία της εξέτασης μετά κάποιο χρονικό διάστημα απο την εξοδό της, που περιλαμβάνει: έλεγχο της επούλωσης του τραύματος, αξιολόγηση των ασκήσεων, έλεγχο της αποτελεσματικότητας του τεχνητού μαστού, εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της άρρωστης και εξέταση για τυχόν υποτροπή της νόσου.

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΜΕΝΗΣ

Η ψυχολογική αποκατάσταση της γυναίκας με μαστεκτομή, έχει σκοπό να επαναφέρει την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητά της και αποδοσή της στα ανώτερα εφικτά επίπεδα. Είναι επίσης συνδεδεμένη με τη βιολογική ή σωματική της δυνατή σταθεροποίηση.

Επειδή ο φόβος για πόνο, η ταλαιπωρία, η μεταβολή της εικόνας του εαυτού της που εμφανίζεται, η γυναίκα απομακρύνεται απ' τους γύρω της, (κοινωνική απομόνωση), νοιώθει ανασφάλεια στον αισθηματικό τομέα.

Γι' αυτό χρειάζεται:

- Η ένταξη της σ' ένα "Πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής σωματικής αποκατάστασης". Στα πλαίσια αυτά του προγράμματος θα μάθει τις τεχνικές πλαστικής χειρουργικής, όπως: χρησιμοποίηση ενθεμάτων σιλικόνης, χρησιμοποίηση μυοδερματικών κρημνών, χρησιμοποίηση πρόσθεσης.

Επίσης, χρειάζεται την συμπάρσταση κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων, ιατρών νοσηλευτριών.

Συζητώντας μαζί τους, θα αποδεχθεί την τωρινή της κατάσταση, αυξάνοντας την πεποίθηση στον εαυτό της, μειώνοντας το άγχος, την κατάθλιψη κ.λ.π.

Είναι αναγκαίο, η μαστεκτομημένη γυναίκα να "επανδρωθεί" με πολύ κουράγιο και ψυχική δύναμη για να ξεπεράσει τη συναισθηματική της πτώση.

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΚΟΝΤΑ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ

Στο στάδιο αυτό της κατάληξης η νοσηλεύτρια πρέπει:

- Να πείσει την ασθενή ότι βρίσκει κατανόηση.

- Ότι την ακούει με προσοχή, διαθέτει χρόνο και μένει κοντά της χωρίς ν'ακολουθεί μια μηχανική πορεία που χαρακτηρίζεται από ποσότητα δουλειάς και ρουτίνας.

- Διατηρεί μιά πρόσχαρη και αισιόδοξη στάση σ'όλη την προσπάθειά της και επικοινωνεί και με την οικογενειά της, ολοκληρώνοντας έτσι το έργο της.

Η άρρωστη περνά την αρρώστια της μέσα στο νοσοκομείο και συχνά πεθαίνει σ'αυτό, μακριά από την άνεση και τη ζεστασιά του δικού της σπιτιού, ανάμεσα στην οικογένεια και τους συγγενείς που συγκεντρώνονται να εκφράσουν συμπάρσταση, αγάπη, σεβασμό σ' αυτή τη μοναδική, σπουδαία και δύσκολη ώρα της ζωής.

Είναι λοιπόν επιτακτική ανάγκη για τη νοσηλεύτρια να εξασφαλίσει απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη και βοήθεια στο άτομο που υποφέρει από αυτή τη θανατηφόρο νόσο και να προσφέρει ολοκληρωμένη φροντίδα σ' όλη τη διάρκεια του αγώνα που αρχίζει από την πορεία της διάγνωσης περίοδο μέχρι και τον ειρηνικό και κατά το δυνατόν ανώδυνο θάνατο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο καρκίνος του μαστού, είναι μεταξύ των συνηθέστερων κακοηθειών στο γυναικείο πληθυσμό της χώρας μας. Η πρόωγη διάγνωση και η έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπισή του, είναι οι μόνες γνωστές προσπάθειες που μπορούν να βοηθήσουν τις ασθενείς.

Βασική προϋπόθεση για την επιτυχία στο δύσκολο αυτό αγώνα κατά του καρκίνου, είναι όχι μόνο η καλή εκπαίδευση των υγειονομικών, αλλά εξ ίσου σημαντική είναι και η εκπαίδευση του κοινού, των ασθενών και των οικογένειών τους.

Η διαφώτιση του κοινού πρέπει να είναι συνεχής και να χαρακτηρίζεται από σαφήνεια, δίνοντας όλα τα στοιχεία εκείνα που μας επιτρέπουν να ελπίζουμε σ'ένα νικηφόρο τέλος.

Πρέπει να γίνονται: α) Διαλέξεις-συζητήσεις από το ραδιόφωνο, τηλεόραση. β) Να διανέμονται έντυπα. γ) Σωστή ενημέρωση - διδασκαλία από το παραϊατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. δ) Διαμόρφωση, διοργάνωση του προγράμματος ενημέρωσης ε) Οικονομική ενίσχυση των αντικαρκινικών ιδρυμάτων στ) Εκπαίδευση επιστημονικού και τεχνικού προσωπικού, στον κλάδο της ογκολογίας.

Η ανάγκη της καλύτερης ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού στην ογκολογική νοσηλευτική, οδήγησε στην ίδρυση "Κοινωνικής Ογκολογικής Νοσηλευτικής" με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων και αλληλοβοήθειας. Παράλληλα, γίνονται συνέχεια νοσηλευτικές έρευνες για μια πιο ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στον άρρωστο με καρκίνο.

Βέβαια, είναι αδύνατον σήμερα όλοι οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο, να νοσηλεύονται από ειδικευμένη νοσηλεύτρια στην

ογκολογική νοσηλευτική, είναι όμως δυνατόν όλες οι νοσηλεύτριες που νοσηλεύουν αρρώστους με καρκίνο να γνωρίζουν ό,τι καινούργιο υπάρχει στη νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με καρκίνο.

Όσο πιο πρώιμα γίνεται η διάγνωση, τόσο πιο εύκολα γίνεται η αντιμετώπιση της κατάστασης και αυξάνονται οι έρευνες στη βιολογική συμπεριφορά και θεραπεία.

..... *

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IVΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥΠρώτη περίπτωσηΙστορικό υγείαςΌνοματεπώνυμο: Σ.Μ.Ηλικία: 54 ετώνΕπάγγελμα: ΟικιακάΣυζυγική κατάσταση: παντρεμένηΗμερομηνία εισόδου: 7.8.91Ημερομηνία εξόδου: 16.8.91Ατομικό ιστορικό: Δεν είχε κανένα πρόβλημα υγείας, δεν κάπνιζε ήταν στην κλιμακτήριο περίοδοΟικογενειακό ιστορικό: Δεν υπήρχε άτομο στην οικογένειά της με καρκίνο μαστού.Προηγούμενη πάθηση μαστού: Καμία, Ανακαλύφτηκε τυχαία

Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης. Η εξέταση του μαστού αποκάλυπτει ανώδυνο σκληρό μη κινητό ογκίδιο.

Διαγνωστικές εξετάσεις: Ακτινογραφία θώρακος αρνητική.

Μαστογραφία θετική

Εντόπιση: Άνω έξω τεταρτημόριο δεξιού μαστικού αδένοςΙστολογικός τύπος: Αμιγρές αδenoκαρκίνωμα, παρογενέςΚλινική σταδιοποίηση: Κατατάσσεται στο στάδιο I με διάμετρο 3,5 εκ. Όλοι οι αδένες είναι αρνητικοί.Ταξινόμηση κατά T.N.M. σύστημα: T₁N₀M₀.Χειρουργική επέμβαση: Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

<u>Πρόβλημα άρρωστης</u>	<u>Σκοπός νοσ/κής παρέμβασης</u>	<u>Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσ/κών ενεργειών</u>	<u>Αποτέλεσμα ενεργειών</u>
Άγχος, κατάθλιψη, μη αποδοχή της μαστεκτομής	Βοήθεια να αποδεχθεί η άρρωστη την ασθένειά της και την απώλεια μαστού. Ελάττωση της αγωνίας και του άγχους	Προσπάθεια της νοσηλεύτριας να λύσει τα προβλήματα της άρρωστης, βοηθώντας την να τα εξωτερικεύσει με το διάλογο μεταξύ τους και ικανοποιώντας όλες τις ανάγκες της. Αφού η άρρωστη δε μπόρεσε να ηρεμήσει της χορηγήθηκε <i>stedon 2mg</i> .	Η άρρωστη αποδέχεται την μαστεκτομή και μπαίνει στο χειρουργείο ήρεμη.
Πόνος	Ανακούφιση της αίσθησης από τον πόνο	Βασικά, επειδή ο πόνος προέρχεται από την ένταση, η νοσηλεύτρια προσπάθησε να μειώσει τους παράγοντες που της δημιουργούν αυτή την ένταση. Της μιλούσε ήρεμα και με στοργή. Πρόλαβε τις δυσάρεστες επιπτώσεις της ακινησίας και της παραμονής της στο κρεβάτι, αλλάζοντας συχνά θέσεις στην άρρωστη. Παρακίνηση να κουνάει τα κάτω άκρα για πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας. Εφ όσονοούσε πολύ, σε συνεργασία με τον θεράποντα γιατρό της χορηγήθηκε 1/2 amp <i>Pethidine</i> τη νύχτα.	Ανακούφιση της άρρωστης από τον πόνο
Πυρετός	Αντιμετώπιση λοίμωξης και ρυθμιση θερμοκρασίας του σωματος	Καθημερινή περιποίηση τραύματος με χλιαρό νερό και ήπιο αντισηπτικό διάλυμα. Λουτρό καθαριότητας με χλιαρό νερό. Επιπρόσθετη κουβέρτα στα κλινοσκεπάσματα της άρρωστης Προσπάθεια για δροσερό και καθαρό περιβάλλον. Συχνή παρακολούθηση της λειτουργίας της συσκευής, του χρώματος και της ποσότητας των παροχετευμένων υγρών. Η συνολική ποσότητα των υγρών ήταν 50cc.	Διακοπή λοίμωξης και άμεση αποκατάσταση της θερμοκρασίας.

Πρόβλημα άρρωστης	Σκοπός νοσ/κής παρέμβασης	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσ'κών ενεργειών	Αποτελέσματα ενεργειών
Δύσπνοια	Αποκατάσταση αναπνοής	Χορήγηση οξυγόνου με τη συσκευή. Η δόση καθορίστηκε από τον γιατρό. Της χορηγήθηκαν 3lit/min. Διατήρηση καλού αερισμού του θωρακίου.	Διευκόλυνση αναπνοής της άρρωστης.
Ανορεξία	Σωστή διατροφή	Φροντίδα για την καλή διατροφή της άρρωστης, ανακαλύπτοντας τους παράγοντες που την επηρεάζουν.	Ικανοποίηση της άρρωστης και διατήρηση του σωματικού της βάρους.
Διάρροια	Αποφυγή αφυδάτωσης και διαταραχή του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών	Παρακολούθηση του χρώματος, της ποσότητας και του περιεχομένου της διαρροϊκής κένωσης. Διαμορφωση του διαιτολογίου ώστε να μην υπάρχει κυτταρίνησις τροφές. Βοήθεια στην αντιμετώπιση της διάρροιας με σταγόνες Imodium 15cc. Φροντίδα στην περιοχή του περινέου.	Σωστή ενυδάτωση και ισορροπία του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.
Μείωση κινήσεων και αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης	Αποκατάσταση της άρρωστης σταδιακά στη φυσιολογική της κατάσταση, όσο το δυνατόν περισσότερο.	Τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα η άρρωστη διδάχτηκε τις αρχικές ασκήσεις. Ψυχολογική ενθάρρυνση ώστε να εκτελεί τις ασκήσεις με ευχέρεια χωρίς πίεση. Ενθάρρυνση να διατηρεί κανονική θέση του σώματός της κατά την εκτέλεση των ασκήσεων, γιατί προάγει την καλή μηχανική του σώματος και βοηθά στο να φαίνεται φυσιολογική. Οι ασκήσεις προοδευτικά αυξήθηκαν και η άρρωστη μπορούσε να αυτοεξυπηρετηθεί.	Η άρρωστη μπορούσε να εκτελεί όλες τις απαραίτητες ασκήσεις χωρίς δυσκολία και πόνο. Σταδιακή αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μυών που έπαθαν κάκωση.

Πρόβλημα άρρωστης	Σκοπός νοσ/κής παρέμβασης	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσ/κών ενεργειών	Αποτελέσματα ενεργειών
Αλλαγή στην εμφάνισή της και εκλογή τύπου τεχνητού μαστού.	Βοήθεια της άρρωστης και της οικογένειάς της να αποδεχθούν την πραγματικότητα. Διευκόλυνση για την καλύτερη εμφάνισή της.	Ενθάρρυνση στην άρρωστη να αποδεχτεί την απώλεια του μαστού της. Βοήθεια στην επιλογή της πρόσθεσης τεχνητού μαστού. Συμβουλή να φοράει κανονικό στηθόδεσμο με ένα μαλακό υλικό από μέσα (μαλλί). Αργότερα αφού επουλώθηκε το τραύμα, ενημέρωση για τον κατάλληλο τύπο πρόσθεσης και από που θα τον προμηθευτεί. Ενθάρρυνση στον σύζυγό της, για την καλύτερη αποδοχή της άρρωστης.	Επιτυχία καλής εμφάνισης και αποδοχή της πραγματικότητας.

Δεύτερη περίπτωσηΙστορικό υγείας

Όνοματεπώνυμο: Τ.Π.

Ηλικία: 57 ετών.

Επάγγελμα: Οικιακά

Συζυγική κατάσταση: Παντρεμένη

Ημερομηνία εισόδου: 28.6.1991

Ημερομηνία εξόδου: 7.7.1991

Ατομικό ιστορικό: Δεν κάπνιζε και ήταν στην κλιμακτήριο περίοδο. Είχε πρόβλημα υγείας. Στις 29.6.1988 είχε κάνει μαστογραφία και των δύο μαστών, αλλά δεν παρατηρήθηκαν ευρήματα κακοήθειας στους μαζικούς αδένες. Στις 2.7.1988 ξανά έκανε μαστογραφία και πάλι δεν σημειώθηκαν παθολογικά ευρήματα, στους μαζικούς αδένες και γύρω από τη θηλή.

Στις 7.1.1991 από τη μαστογραφία που έκανε δεν σημειώθηκαν παθολογικά ευρήματα στον αριστερό μαζικό αδένα. Στο άνω έξω τεταρτημόριο του δεξιού μαζικού αδένα απεικονίστηκε σκίαση με ασαφή όρια. Στους υπέρηχους, η παραπάνω περιοχή αναδεικνυόταν ως συμπαγής όζος. Η θηλή ήταν φυσιολογική στο πάχος του δέρματος. Εικόνα μιτωτική.

Οικογενειακό ιστορικό: Δεν είχε άλλο άτομο της οικογένειάς της καρκίνο μαστού.

Προηγούμενη πάθηση μαστού: Είχε ενοχλήσεις. Ανακαλύφθηκε από τη μαστογραφία. Η ίδια έκανε συχνή αυτοεξέταση μαστού.

Εκτίμηση της φυσικής εξέτασης: Η εξέταση έδειξε ανώδυνο μη κινητό ογκίδιο και υπήρχε ερυθρότητα.

Διαγνωστικές εξετάσεις: Στην ακτινογραφία θώρακα δεν είχε

παθολογικά ευρήματα στους πνεύμονες. Η μαστογραφία ήταν θετική (σκίαση με ασαφή όρια).

Εντόπιση: Δεξιός μαστός στο άνω έξω τεταρτημόριο

Ιστολογικός τύπος: Αμιγές αδenoκαρκίνωμα

Κλινική σταδιοποίηση: Ανήκει στο στάδιο I με διάμετρο 4εκ. περίπου.

Ταξινόμηση κατά T.N.M σύστημα: T1NoMo.

Χειρουργική επέμβαση: Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

<u>Πρόβλημα άρρωστης</u>	<u>Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης</u>	<u>Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσ/κών ενεργειών</u>	<u>Αποτελέσματα ενεργειών</u>
Ανησυχία, άγχος αγωνία	Βοήθεια της άρρωστης να αποδεχθεί τη μαστεκτομή και να λυθούν οι απορίες της, με την ενημέωση για τη θεραπεία.	Προσπάθεια της νοσηλεύτριας να δημιουργήσει στην άρρωστη ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής της ενχείρησης.	Η άρρωστη έδιωξε την ανησυχία και το άγχος, μπόρεσε να συνεργαστεί με το προσωπικό υγείας.
Αφυδάτωση	Αποκατάσταση ισοζυγίου υγρών.	Την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα η άρρωστη δεν έπαιρνε τίποτα από το στόμα. Της χορηγήθηκε ορός Dextrose 5% 1000cc και μετά Normal-Saline 0,9% 1000cc. Παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Μετά τη χορήγηση ορών, λήψη τροφής από το στόμα.	Σωστή ενυδάτωση της άρρωστης
Δύσπνοια	Αποκατάσταση αναπνοής	Καθαρισμός στοματικής κοιλότητας από εκκρίσεις με port-cotton. Προτροπή στην άρρωστη να παίρνει βαθιές αναπνοές για την γρήγορη ανάρκωσή της. Διατήρηση καλού αερισμού του θώρακα.	Διευκόλυνση της αναπνοής της άρρωστης.
Δυσκοιλιότητα	Αποκατάσταση εντερικής λειτουργίας.	Χορήγηση σταγόνων γλυκερίνης κατόπιν εντολής γιατρού. Μετά λίγες ώρες ενεργήθηκε. Την επόμενη ημέρα της χορηγήθηκαν ξανά σταγόνες γλυκερίνης και της υποβλήθηκε μικρός υποκλεισμός (Flit - enema).	Ρυθμίστηκε ο χρόνος κένωσης της άρρωστης με την καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας.

Πρόβλημα άρρωστη Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσ/κών ενεργειών Αποτελέσματα ενεργειών

Μείωση δραστηριοτήτων.

Βοήθεια στην άρρωστη να αυτοεξυπηρετηθεί.

Μάθηση για τις πρώτες ασκήσεις τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα, που σταδιακά αυξάνονταν. Έτσι η άρρωστη άρχισε να χτενίζεται και να πλένεται μόνη της.
Επί πόνου ενθάρρυνση να συνεχίζονται οι ασκήσεις χωρίς βία.
Αφού γιμεμούσε, συνέχιζε μέχρι που μπορούσε να κάνει όλες τις κινήσεις, που έπρεπε.
Παράλληλα, παρακολούθηση για τυχόν εμφάνιση λεμφοιδήματος.

Επιαναφορά στην αρχική κατάσταση των μυών που έπασχαν καθώς και των αρθρώσεων, λόγω της χειρουργικής επέμβασης, με όσο το δυνατόν λιγότερα κατάλοιπα.

Ανησυχία λόγω αλλαγής εμφάνισης

Ενθάρρυνση της άρρωστης να αποδεχθεί την πραγματικότητα.

Βοήθεια στο σύζυγο της άρρωστης για την παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης στη γυναίκα του.
Ψυχολογική ενίσχυση στην άρρωστη για να διαλύσει το άγχος της.
Συμβουλή για να φορέσει αρχικά στηθόδεσμο, που θα το γεμίσει με κάποιο μαλακό υλικό και ενημέρωση για τους διάφορους τύπους τεχνητής πρόσθεσης που υπάρχουν στο εμπόριο και από που θα τους αγοράσει.

Άρτια εμφάνιση της άρρωστης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΛΙΒΙΖΑΤΟΥ - ΜΟΣΧΟΒΑΚΗ Ρ.: "Στοιχεία Φυσιολογίας" Έκδοση 3η.
Επιστημονικές εκδόσεις. Παρισιάνος Γ. Αθήνα 1984
- ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ Ν.: "Συνοπτική Γενική Χειρουργική". Έκδοση 2η.
Εκδόσεις: Επτάλοφος Α.Β.Ε.Ε Αθήνα 1987
- ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ Δ.Ι.: "Παθολογία της γυναίκας" Επίτομος Έκδοση 1η
Εκδόσεις: Παρισιάνος Γ. Αθήνα 1985
- ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ Δ.Ι.: "Φυσιολογία της γυναίκας" Έκδοση 1η Εκδόσεις
Παρισιάνος Γ. Αθήνα 1985.
- ΒΑΣΩΝΗΣ Δ.: "Επίτομη Χειρουργικής και Ορθοπεδικής". Έκδοση 5η-
-Αναθεωρημένη. Εκδόσεις Βασώνης Δ. Αθήνα 1987
- BRAINERD HENRY (Ε.Τ.Σ.): "Εσωτερική Παθολογία". Μετάφραση και
απόδοση: Αθανάσινα Γ. Τόμος εις Έκδοση 1η Ελληνική
Εκδόσεις Καραβία Α. Αθήνα 1964.
- HARRISON T.R.: "Εσωτερική παθολογία" Μετάφραση: Βαγιωνάκης Α. -
Βαρώνος Δ. Τόμος Β'. Έκδοση 10η. Εκδόσεις Παρισιάνος Γ.
Αθήνα 1987.
- KAHLE W.-LEONHARDT H. - PLATZER W.: "Εγχειρίδιο ανατομικής του
ανθρώπου". Μετάφραση Παπαδόπουλος Ν. Τόμος 2ος. Έκδοση
2η Ελληνική. Εκδόσεις Ιατρικές Λίτσας, Αθήνα 1985.
- ΚΑΛΑΧΑΝΗΣ Ν.Γ. "Χειρουργική" Νεοπλασματική νόσος, Τόμος Α'.
Έκδοση 1η. Εκδόσεις Πασχαλίδης π.χ. Αθήνα 1987.
- ΚΑΝΔΡΕΒΙΩΤΗΣ Ν.: "Νεοπλάσματα" Τόμος ΙΙ. Έκδοση 1η Εκδόσεις
Παρισιάνος Γ. Αθήνα 1984.
- ΚΑΛΟΠΟΥΛΟΣ Κ.: "ΣΟΒΙΕΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ" Τόμος 3ος
Έκδοση 1η. Εκδόσεις Αλεξάνδρου Π. Αθήνα 1981.

- ΚΑΤΣΟΥΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ Β. - ΓΡΗΓΟΡΙΑΔΟΥ Α. - ΕΔΙΠΙΔΗ Θ.:
 "Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού στον ελληνικό πληθυσμό". Πρακτικά του εθνικού συνεδρίου Ογκολογίας. Τόμος Ι. Θεσσαλονίκη 1975.
- ΚΟΣΜΙΔΗΣ Π.Α.: "Επείγουσα θεραπευτική Ογκολογία". Έκδοση 3η Εκδόσεις Ιατρικές: Λίτσα, Αθήνα 1984.
- ΚΟΥΚΟΥΡΑΣ Δ.: "Ο χρόνιος πόνος του καρκινοπαθούς και η θεραπεία του". Έκδοση 1η. Πανεπιστήμιο Πατρών. Χειρουργική κλινική Ιατρικού τμήματος. Πάτρα 1990.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: "Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Β' Μέρος 2ο Έκδοση 10η. Εκδόσεις ΤΑ.ΒΙ.ΘΑ. Αθήνα 1987.
- ΜΑΝΤΑΔΕΝΑΚΗΣ Σ.Ι.: "Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογία" Επίτομος Έκδοση 1η. Εκδόσεις Παρισιάνος Γ. Αθήνα 1985.
- ΜΠΑΛΛΑΣ Π.: "Χειρουργική" Τόμος Α' Έκδοση 5η. Εκδόσεις Πασχαλίδη χ.π. Αθήνα 1987.
- ΜΠΑΡΜΟΥΝΑΚΗ-ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΥ Ε.: "Χημειοθεραπεία". Εκδόσεις Γραφικές τέχνες, Τουμαζάτος Δ και Σια Αθήνα 1988
- ΜΠΕΝΑΚΗ - ΒΙΡΓΙΛΙΟΥ Σ.: "Εισαγωγή στην ακτινοδιαγνωστική". Επίτομος. Έκδοση 2η. Εκδόσεις οργανισμός εκδόσεων διδακτικών βιβλίων. Αθήνα 1986.
- ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν.Α. - ΓΕΩΡΓΑΔΑΣΗΣ Γ.Σ.: "Ο καρκίνος μαστού στην κύηση και γαλουχία". Τόμος Α' Εκδόσεις Στρατηγάκης Αθήνα 1982.
- ΠΑΠΑΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥ Ν.Ξ.: "Ειδική παθολογική ανατομική" Έκδοση 3η. Εκδόσεις Πασχαλίδη π.χ. Αθήνα 1978.

ΡΗΓΑΤΟΣ Γ.: "Χημειοθεραπεία". Ενημερωτικό φυλλάδιο, Έκδοση 1η.
Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1987.

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ.: "Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική - Νοσηλευτικές Διαδικασίες". Τόμος 2ος
Μέρος Β: Έκδοση 1η-πρωτότυπη. Εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα 1985.

ΣΟΒΟΤΤΑ Ρ.: "Ατλας ανατομικής του ανθρώπου" Μετάφραση: Νιφό-
ρος Μ.-Παπαδοπούλου Ι. - Πέτροβα Α. Τόμος 2ος Έκδοση 2η
ελληνική. Εκδόσεις Παρσιάνος Γ. Αθήνα 1983.

FARQUHARSON E.L.: "Χειρουργική τεχνική". Μετάφραση: Κάτσας Α.Γ.
Έκδοση 4η. Εκδόσεις Επιστημονική Βιβλιοθήκη,
Βασκάκης Τ. Αθήνα 1970.

..... *

