

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Θέμα:

“ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ”

Πτυχιακή εργασία

Σπουδάστριάς: Άγγελή - Κρανιδιώτου Γεωργία

Υπεύθυνος Καθηγητής:

Φρούντζος Βασίλειος

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής  
Εργασίας

1)

2)

3)



Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής.

Πάτρα.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	6198
----------------------	------

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### Πρώτο μέρος (Γενικό)

Κεφάλαιο I.	Σελίδα
1. Ανατομία μαστού	1
2. Φυσιολογία μαστού	7
Κεφάλαιο II	
1. Ca μαστού	9
2. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά	11
3. Ιστολογικοί τύποι καρκίνου μαστού	16
4. Χαρακτηριστικά των όγκων	25
5. Διασπορά του όγκου	27
Κεφάλαιο III	
1. Κλινική και εργαστηριακή μελέτη	32
2. Βιοψία	48
3. Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης	49
4. Θεραπεία	50
Κεφάλαιο IV	
1. Παρέμβαση	55
Χειρουργική	55
Ακτινοθεραπεία	57
Ορμονοθεραπεία	60
Κυτταροστατικά φάρμακα	62

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σκοπός μου μέσα από αυτή την εργασία ήταν η απόκτηση γνώσεων ενημέρωσης και προσέγγισης στο μεγάλο πρόβλημα του Καρκίνου μαστού.

Προσπάθησα να κάνω ότι πιο καλό μπορούσα, προσφέροντας γνώσεις και εμπειρίες όχι μόνο σε μένα αλλά και σε εσάς που την διαβάζετε.

Για την εργασία αυτή επέλεξα κατά την κρίση μου αποσπάσματα κειμένων από βιβλιογραφία σχετική με το τεράστιο σε σημασία κεφάλαιο " Καρκίνος Μαστού ".

Είναι απαράδεκτο να έρχονται στο Νοσοκομείο γυναίκες με προχωρημένο καρκίνο του μαστού. Πρέπει κάποτε να περιορίσουμε, αν δεν μπορούμε να εξαφανίσουμε το ατυχές προνόμιο των υπανάπτυκτων δηλ. να ασχολούμαστε μόνο με θεραπείες σε προχωρημένες μορφές καρκίνου.

Πεθαίνουν πολλές γυναίκες που θα μπορούσαν σήμερα να ζήσουν.

Ο καρκίνος θεραπεύεται όταν διαγνωσθεί έγκαιρα

Ευχαριστώ.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ο μαστός της γυναίκας υπέρκειται της 2ης μέχρι της 6ης πλευράς. Τα δυο τρίτα αυτού κείνται επί του μείζονος θωρακικού μυός, το ένα τρίτο επί του προσθίου οδοντωτού, ενώ το κάτω έσω χείλος αυτού υπερέχει μόλις του άνω χείλους της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός μέχρι τη μέση μασχαλιαία γραμμή.

**Κ α τ α σ κ ε υ ή:** Ο μαστός σύγκεται από 15-20 λοβία από αδενικό ιστό τα οποία περιβάλλονται από λίπος, στο οποίο σφείλει την λεία περίμετρο και το πλείστο του όγκου του. Τα λοβία αυτά χωρίζονται από ινώδη διαφράγματα που εκτείνονται από τον υποδόριο ιστό προς την περιτονίαν του θωρακικού τοιχώματος (σύνδεσμοι Cooper).

Κάθε λοβίο εκβάλλει διαμέσου του γαλακτοφόρου πόρου στην θηλή η οποία περιβάλλεται από την κερωσμένη άλω. Η περιοχή αυτή εμποτίζεται από το λιπαρό έκκριμα των αδένων της άλω του Montgomery. Πρόκειται περί σμηγματογόνων αδένων οι οποίες μπορούν να σχηματίσουν σμηγματογόνες κύστεις, των οποίων στη συνέχεια είναι δυνατή η μόλυνση.

Γενικά, ο έτερος των μαστών και συνήθως ο αριστερός είναι μείζων του δεξιού, το δε μέγεθος εξαρτάται από την ηλικία. Στην εφηβία οι μαστοί μεγαλώνουν όταν εμφανιστεί η εμμηνόρρηση και ακόμη περισσότερο μεγαλώνουν κατά τον θηλασμό, ενώ αντίθετα μετά την κλιμακτήριό ατροφούν.

Στο μαστό διακρίνουμε την πρόσθια, οπίσθια επιφάνεια και περιφέρεια.

Η πρόσθια επιφάνεια: είναι κυρτή, αποτελείται από δέρμα λείο και λεπτό. Στη μέση του δέρματος του μαστού προέχει η θηλή και γύρω από αυτή διαγράφεται η θηλαία άλως.

Η οπίσθια επιφάνεια: (βάση) του μαστού, είναι επίπεδη βρίσκεται στο πρόσθιο πέταλο της περιτονίας του μείζονος θωρακικού μυός, συνάπτεται με αυτό με συνδετικό ιστό.

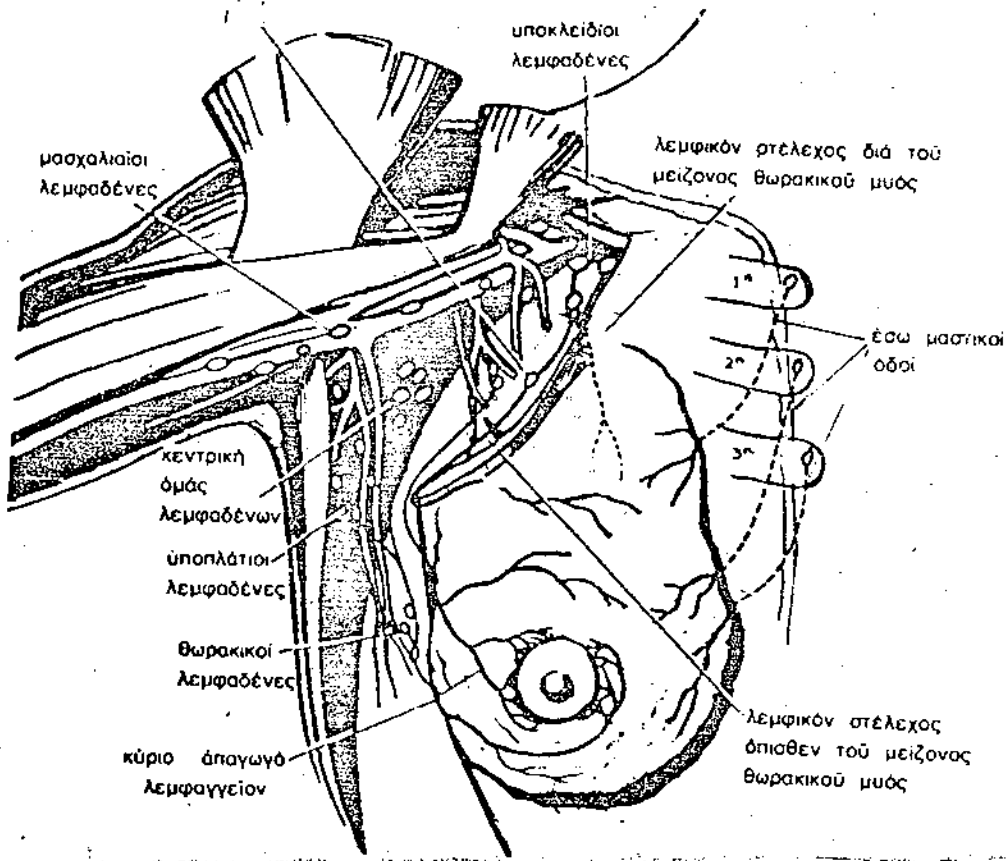
Η περιφέρεια του μαστού αποτελείται από υνολιπώδη συνδετικό ιστό. Ο μαστός αν εξεταστεί μακροσκοπικά από έξω προς τα έσω εμφανίζει: το δέρμα και το περιμαστικό λίπος, εντός του οποίου βρίσκεται ο μαστικός αδένας.

Το δέρμα στη θηλή και στην άλω διαφέρει λόγω της βαθύτερης και ιδιόζουσας χροιάς του υπόλοιπου δέρματος του μαστού.

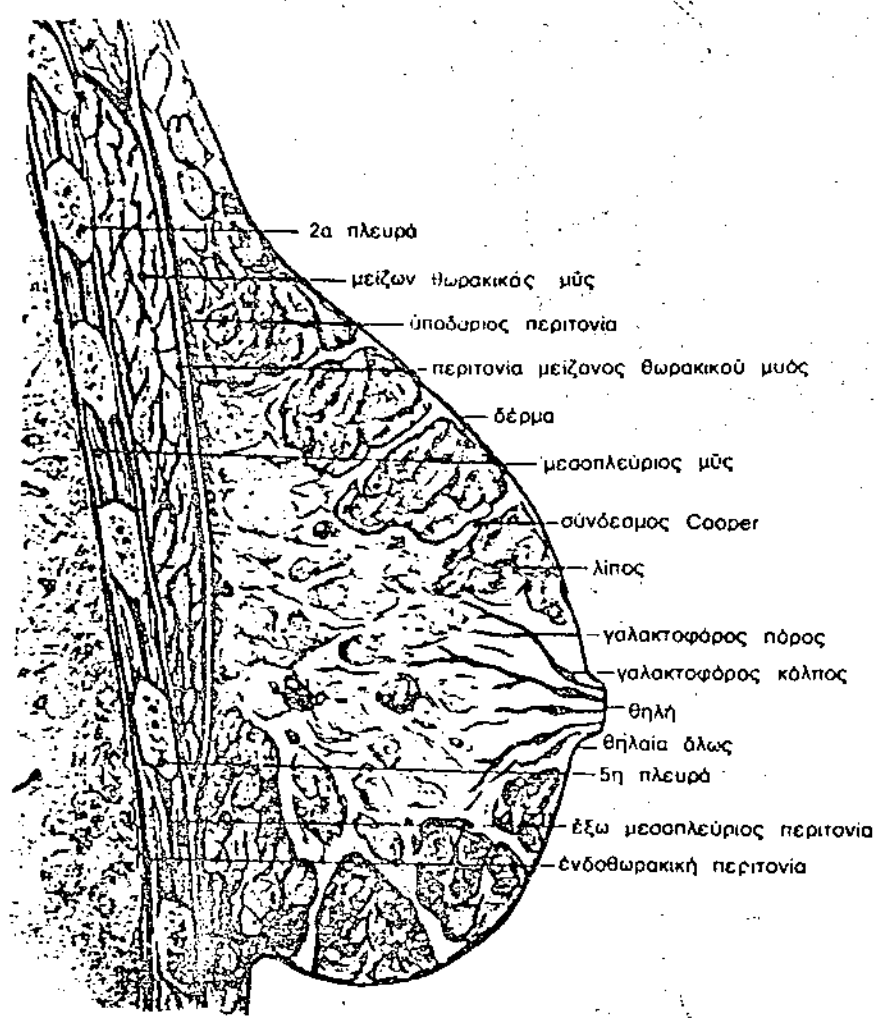
Η θηλαία άλως της οποίας η διάμετρος κυμαίνεται 3-4 εκ. μ. εμφανίζει ρυτιδώδη επιφάνεια. Ενδιάμεσα των ρυτίδων προέχουν γύρω από τη θηλή μικρά υποστρόγγυλα επάρματα τα αλωαία οζίδια, τα οποία μεγενθύνονται κατά την κύηση. Τα μεγαλύτερα των οζιδίων αυτών αντιστοιχούν σε οσηγγόνους (φυμάτια του Montgomery) αδένες, τα μικρότερα σε σηηματογόνους αδένες.

Η θηλή εμφανίζει σχήμα κυλινδρικό ή κωνικό, αντιστοιχεί στο 4ο μεσοπλευρικό διάστημα και σε απόσταση 10 εκ. μ. της μέσης γραμμής του σώματος.

Η θηλή εξωτερικώς αποτελείται από δέρμα, κεντρικά αποτελείται από τους γαλακτοφόρους πόρους, οι οποίοι χωρίζονται μεταξύ τους από ινώδη ελαστικές δεσμίδες και λείες μυϊκές ίνες. Οι μυϊκές αυτές ίνες πορεύονται γύρω από τους πόρους και κατά μήκος ενδιάμεσα των πόρων και απολήγουν στο δέρμα της περιφέρειας και της κορυφής της θηλής σε μικρούς ελαστικούς τενοντίσκους.



Εικ: 1



Εικ: 2

Το περιμαστικό λίπος σχηματίζει γύρω από τον μαστικό αδένα λιπώδες περίβλημα. Το λίπος αυτό είναι άφθονο επί της πρόσθιας επιφάνειας του μαστικού αδένα, ενώ επί της οπίσθιας επιφάνειας αυτού σχηματίζει λεπτό στρώμα.

Αυτό διαιρείται σε λοβία δια των καθεκτηρίων δεσμίδων, δια των δεσμίδων αυτών συνάπτεται το χόριο μετά της πρόσθιας επιφάνειας του μαστικού αδένα.

Ο μαστικός αδένας είναι δισκοειδής, διακρίνεται από το περιμαστικό λίπος από την λευκή χροιά και την συμπαγή σύσταση. Περιβάλλεται από κάψα συνδετικού ιστού, εμφανίζει πρόσθια, οπίσθια επιφάνεια και περιφέρεια.

Η πρόσθια επιφάνεια του μαστικού αδένα στην ώριμη γυναίκα είναι υπόκυρτος και ανώμαλος εμφανίζει ακρολοφίες σε μορφή πεταλοειδών προσεκβολών. Η ινώδης κάψα η οποία περιβάλλει τον μαστικό αδένα αντίστοιχα προς τις ακρολοφίες αυτού συνάπτεται με τις καθεκτήριες δεσμίδες του μαστικού δέρματος, οι οποίες διαιρούν το μαστικό αδένα σε 15-20 λοβία.

Η οπίσθια επιφάνεια του μαστικού αδένα συνάπτεται από το πρόσθιο πέταλο της περιτονίας του μείζονα θωρακικού μυός από ινωλιπώδη συνδετικό ιστό.

Η περιφέρεια του μαστικού αδένα είναι ανώμαλη εμφανίζει συνήθως τρεις αποφύσεις, την έσω στερνική και δυο έξω (άνω, κάτω) μασχάλλια, από τις οποίες η κάτω έξω προσεκβάλλει συνήθως προς την μασχάλη κατά μήκος του κάτω χείλους του μείζονος θωρακικού μυός και κοντά στους θωρακικούς λεμφαδένες της μασχάλης.



### Α γ γ ε ι ω σ η

1. Από την μασχαλιαία αρτηρία μέσω της πλάγιας θωρακικής και της ακρωμιοθωρακικής.
2. Από την έσω μαστική αρτηρία, μέσω των διατιτρώντων αυτής κλάδων.
3. Από τις μεσοπλευρίες αρτηρίες μέσω των πλαγίων διατιτρώντων αυτών κλάδων.

Η φλεβική αποχέτευση τελείται από τις αντίστοιχες προς τις αρτηρίες φλέβες.

### Δ ε μ φ λ κ ή α π ο χ έ τ ε υ σ η

Η λεμφική αποχέτευση του μαστού, όπως και οποιονδήποτε άλλου οργάνου ακολουθεί την οδό της αγγείωσης αυτού.

Έτσι λοιπόν πορεύεται:

- α) Κατά μήκος των κλάδων των μασχαλιαίων αγγείων, προς τους μασχαλιαίους αδένες.
- β) Κατά μήκος των κλάδων των έσω μαστικών αγγείων, από λεμφικούς οι οποίοι διατιτράνουν τον μείζονα θωρακικό μυ και διαπερνούν κάθε μεσοπλευρικό διάστημα προσάγοντα στους κατά μήκος της έσω μαστικής αλύσου λεμφαδένας.

Αν και τα μεταξύ των μαστικών λοβίων λεμφαγγεία επικοινωνούν ελεύθερα, εν τούτοις υπάρχει μια τάση το μεν έξω τμήμα του μαστού να αποχετεύει προς τη μασχάλη, το δε έσω τμήμα προς την αλυσσ των έσω μαστικών.

Οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες δεν δέχονται μόνο τα αποχετευτικά λεμφαγγεία του μαστού, αλλά επίσης και λεμφαγγεία από την περιοχή των θωρακικών μυών, του άνω τμήματος του κοιλιακού τοιχώματος και του συστοίχου άνω άκρου. Αυτοί είναι διατεταγμένοι σε πέντε ομάδες:

1. Πρόσθιοι - βρίσκονται εν τω βάθει του μείζονος θωρακικού μυός.
2. Οπίσθιοι - κατά μήκος των αγγείων υπό της ωμοπλάτης.
3. Πλάγιοι - κατά μήκος της μασχαλιαίας φλέβας.
4. Κεντρικοί - εντός του μασχαλιαίου λίπους.
5. Κορυφαίοι - όπισθεν της κλείδας στην κορυφή της μασχάλης.

Από τους κορυφαίους λεμφαδένες εκπορεύονται απαγωγά λεμφικά, από τα οποία συγκροτείται το υποκλείδιο λεμφικό στέλεχος.

Το στέλεχος αυτό δεξιά εκβάλλει είτε απευθείας στην υποκλείδιο φλέβα είτε συμβάλλει προηγουμένως μετά του δεξιού σφαγιτιδικού στελέχους. Αριστερά συνήθως εκβάλλει απ ευθείας εντός του μείζονος θωρακικού πόρου.

Λεμφική διασπορά ενός όγκου του μαστού είναι δυνατόν να συμβεί όταν οι φυσιολογικές αυτές οδοί διακόπτονται από κακοήθεις επεξεργασίες, εγχειρήσεις ή ραδιοθεραπεία.

Δευτερογενείς μεταστάσεις μπορούν να βρεθούν εντός των λεμφαγγείων του αντίθετου μαστού ή της αντίθετου μασχάλης, εντός των βουβωνικών λεμφαδένων, εντός των αυχενικών λεμφαδένων. (ως αποτέλεσμα παλινδρομού επεκτάσεως εξαιτίας αποφαξεως του μείζονος θωρακικού πόρου ή του σφαγιτιδικού στελέχους) ή εντός περιτοναϊκών λεμφαγγείων εξαιτίας παλινδρομήσεως εκ των έσω μαστικών λεμφαδένων. Επιπρόσθετα βέβαια της επεκτάσεως με την ροή του αίματος.

Τ α ν ε ρ α του μαστού προέρχονται από τους έξω μαστικούς κλάδους των 2-6 μεσοπλευρίων νεύρων τους έσω μαστικούς κλάδους των 2-4 μεσοπλευρίων νεύρων, και από συμπαθητικά δίκτυα στο δέρμα, την άλω και το παρέγχυμα. Στη θηλή του μαστού υπάρχουν οπτικά σωματίδια του MEISSNER στα οποία καταλήγει πλούσιο δίκτυο νευρικών ινών.

Η πλούσια αυτή νευροβριθεία της θηλής ερμηνεύει την διεγερτικότητα της η οποία αποδίδεται στην κατά ανάκλαση συστολή των λείων μυϊ-

κών ενών αυτής.

Φυσιολογία μαστού

Οι μαστοί ή γαλακτοφόροι αδένες είναι αδενικά όργανα, ικανά να παράγουν γάλα για τη θρέψη του βρέφους. Εφόσον ο μαστικός ιστός είναι πολύ ευαίσθητος στις θηλικές ορμόνες, υφίσταται συνεχείς κυκλικές μεταβολές ανάλογες με εκείνες που συμβαίνουν συγχρόνως στο ενδομήτριο. Αλλά μόνο η κύηση, η γέννηση και ο θηλασμός του βρέφους επιτρέπουν στο μαστό να ολοκληρώσει την αποστολή που του ανέθεσε η φύση και μόνο υπό αυτές τις συνθήκες κατορθώνεται η πλήρης ανάπτυξη του οργάνου.

Το δέρμα που καλύπτει το μαστό μετατρέπεται στην επιφάνεια αυτού σε μια σκουρόχρωμη κυκλική περιοχή τη θηλαία άλω. Η άλω περιβάλλει την κεντρικώς κείμενη θηλή, στην επιφάνεια της οποίας υπάρχουν 12-25 μικρά στόμια, των γαλακτοφόρων πόρων. Κάθε πόρος εκτείνεται μέσα στη μαστική ουσία κατά τέτοιο τρόπο δενδροειδή με διακλαδώσεις. Οι διακλαδώσεις γίνονται προοδευτικά μικρότερες και τελειώνουν τελικά σε μια άθροιση κυττάρων, το γαλακτικό αδένα. Αυτά τα αδενικά κύτταρα είναι ενεργά στην παραγωγή του γάλακτος, που αποχετεύεται κατευθείαν στους γαλακτοφόρους πόρους και έτσι φτάνει στην επιφάνεια της θηλής.

Τα διαστήματα μεταξύ στα σαν τσαμπιά σταφυλιού αθροίσματα των γαλακτικών αδένων καταλαμβάνονται από ένα ανθεκτικό λιποπώδη ιστό που λειτουργεί σαν ένα πλαίσιο προστατεύοντάς τα γαλακτοπαραγωγά

εξαρτήματα και διατηρώντας το σχήμα του μαστού.

Οι σύνδεσμοι του Cooper είναι ισχυρές δέσμες ινώδους ιστού, συνδεδεμένες στο ένα άκρο με το δέρμα, ακριβώς κάτω από την επιφάνεια του μαστού και στο άλλο με το θωρακικό τοίχωμα, λειτουργούν κρατώντας το μαστό από το θώρακα και παίζουν σπουδαίο ρόλο στη διατήρηση του φυσιολογικού σχήματος του οργάνου. Εφόσον ο μαστός μεγαλώνει πολύ κατά την κύηση, το βάρος που πρέπει οι σύνδεσμοι να αιωρούν αυξάνεται σημαντικά, επομένως εάν δεν διατηρηθεί καλή στήριξη των μαστών με τον κατάλληλο στήθοςδεσμο, οι σύνδεσμοι διατείνονται ανεπίστρεπτα καταλήγοντες σε ένα πεσμένο μαστό.

Περίπου 90% των ιστών στο μαστό είναι του ινολιπώδους τύπου και μόνο λίγη ανάπτυξη των αδενικών ιστών φαίνεται.

Αυτή η σχέση αναστρέφεται κατά την κύηση όπου ταγαλακτοπαράγωγα στοιχεία υπερτερούν και το πλαίσιο του συνδετικού ιστού είναι σχετικά αραιό.

Στον άντρα ο μαστός είναι ένας πρωτόγονος σχηματισμός που δεν είναι πολύ ευαίσθητος στις ορμονικές επιδράσεις και σπάνια αποτελεί την θέση νόσων.

Κατά την εφηβεία, ο μαστός των αντρών μπορεί να εμφανίσει μια παροδική περίοδο ευαισθησίας, σχετιζόμενη με μια τυπική μικρή αύξηση του μαστικού ιστού. Αυτό είναι μια τελείως φυσιολογική αυτοπεριοριζόμενη διαδικασία οφειλόμενη σε μεταβολές των σωματικών ορμονών και δε χρειάζεται ειδική θεραπεία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

### Ca μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συνηθέστερη κακοήθεια και αιτία θανάτου στις γυναίκες, σε ηλικία 40-55 ετών. Παρά την πρόοδο των διαγνωστικών μέσων, η θνητότητα από τη νόσο εξακολουθεί να είναι υψηλή και σχετικά σταθερή για 30 χρόνια. Αν λάβει κανείς υπόψη ότι η νόσος προσβάλλει τις γυναίκες σε μια ηλικία που είναι η πλέον γόνιμος (βρίσκονται στο Maximum της απόδοσής τους ως εργαζόμενες ή είναι απασχολημένες ως μητέρες) αντιλαμβάνεται την σοβαρότητα του προβλήματος.

Υπολογίζεται ότι 7% των γυναικών που γεννιούνται αναμένεται να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού κατά την διάρκεια της ζωής τους. Στην Αμερική υπολογίζεται ότι μια στις 17 γυναίκες (1:17) θα προσβληθεί από καρκίνο του μαστού. Ενώ υπάρχουν και άλλες αναλογίες όπως 1:20 ή 1:25. Περίπου 70 καρκίνοι μαστού αναφέρονται κάθε χρόνο στην Αμερική σε 100.000 γυναίκες.

Είναι ενδιαφέρον ότι στην Ιαπωνία η συχνότητα του καρκίνου του μαστού είναι σχετικά χαμηλή και από μερικούς αποδίδεται στην μικρή διάρκεια της ορμονικής δραστητικής περιόδου, την υψηλή γονιμότητα των γυναικών, διατροφικούς ορμονικούς και γενετικούς παράγοντες.

Σχέση γυναικών προς άνδρες είναι περίπου 100:1. Αμφοτερόπλευρος καρκίνος μαστού απαντά σε 1% αλλά έχει παρατηρηθεί ότι η συχνότητα αυτή αυξάνεται αργότερα με την προσβολή του ενός μαστού.

φαίνεται ότι εκτός της κληρονομικής και ορμονικής σχέσης παίζει ρόλο και η εντοπισή του όγκου. Όσες φορές εντοπίζεται κατά το έσω μέρος οι πιθανότητες προσβολής του δεύτερου μαστού αυξάνουν.

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ο καρκίνος μαστού προκαλεί το μεγαλύτερο αριθμό θανάτων στις γυναίκες, μεγαλύτερο από κάθε άλλη κακοήθεια.

Είναι γεγονός ότι η συχνότητα της νόσου είναι 5 φορές μεγαλύτερη στις χώρες της Βορείου Αμερικής και της Βορείου Ευρώπης, από τη συχνότητα που παρατηρείται στις υποανάπτυκτες χώρες της Αφρικής και της Ασίας, ενώ οι χώρες της Ν. Αμερικής και Ν. Ευρώπης κατέχουν μέση θέση στη συχνότητα της νόσου.

Η αιτιολογία της νόσου είναι άγνωστη, υπάρχουν όμως ορισμένοι παράγοντες που θα πρέπει κανείς να αναζητεί στο ιστορικό. Οι κύριοι επιδημιολογικοί επιβαρυντικοί παράγοντες της νόσου έχουν σχέση με την έμμηνο ρύση, την αναπαραγωγή της γυναίκας, το οικογενειακό ιστορικό και τις καλοήθειες παθήσεις του μαστού.

Ειδικότερα έχει αποδειχθεί ότι ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος σε γυναίκες που η περίοδος άρχισε σε μικρή ηλικία (κάτω των 10 ετών) ή σταμάτησε σε μεγάλη ηλικία (άνω των 50-53 ετών).

Αντίθετα γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χειρουργική εξαίρεση των ωοθηκών, για διάφορους λόγους, παρουσιάζουν μικρότερο κίνδυνο να πάθουν καρκίνο του μαστού.

Γυναίκες που γέννησαν σε ηλικία κάτω των 18 ετών παρουσιάζουν κατά τα 2/3 μειωμένο κίνδυνο από τις γυναίκες που γέννησαν μέχρι 30 ετών, ενώ οι γυναίκες που εννησαν σε ηλικία άνω των 30 ετών, παρουσιάζουν ελεφρά μεγαλύτερο κίνδυνο από τις άτοκες.

Εξάλλου γυναίκες των οποίων συγγενείς πρώτου βαθμού, έχουν καρκίνο του μαστού, παρουσιάζουν 2-3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθουν καρκίνο του μαστού από το γενικό πληθυσμό. Ο κίνδυνος αυτός γίνεται υψηλότερος όσο πιο νέα είναι η πάσχουσα, καθώς και

αν ο καρκίνος είναι αμφοτερόπλευρος. Έτσι ο κίνδυνος είναι 40 φορές μεγαλύτερος, εφόσον πάσχει αδελφή προεμμηνόπαυσιακή από αμφοτερόπλευρο καρκίνωμα του μαστού.

Μια γυναίκα που έχει ήδη υποστεί θεραπεία στον ένα μαστό, έχει πιθανότητα να αναπτύξει δεύτερο πρωτοπαθές καρκίνωμα, στον άλλο μαστό, σε ένα ποσοστό που ποικίλλει από 15-30%.

Τέλος είναι γεγονός ότι παρατηρείται 3-4 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου σε γυναίκες, στις οποίες διαγνώσθηκε μια καλοήγηθης πάθηση του μαστού (επιθηλίωση, μακροκυστική μαστοπάθεια).

Εκτός όμως από τα ανωτέρω έχει βρεθεί αυξημένος κίνδυνος σε γυναίκες οι οποίες λαμβάνουν οιστρογόνα (2,5 μεγαλύτερος κίνδυνος) ή έλαβαν ιονίζουσα ακτινοβολία σε χαμηλή δόση (110-200 rads)

Αντίθετα φαίνεται ότι δεν είναι επιβαρυντικός ο συνδιασμός οιστρογόνων - προγεστερόνης. Υπό έρευνα βρίσκεται ο επιβαρυντικός ρόλος της ρεζερίλης, διαφόρων άλλων φαρμάκων, διαιτητικών παραγόντων, καθώς και χρωστικών των μαλλιών στην ανάπτυξη καρκινώματος στο μαστό. Εξάλλου ουδεμία ευεργετική ή επιβαρυντική σχέση έχει βρεθεί μεταξύ της νόσου και του θηλασμού.



## ΚΥΤΤΑΡΟ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Το φυσιολογικό κύτταρο κάθε οργανισμού έχει δύο βασικούς στόχους. Ο πρώτος είναι να παράγει ενέργεια και έτσι να βοηθήσει την λειτουργία του οργάνου που ανήκει και ο δεύτερος είναι να αναπαραχθεί. Ο χρόνος της μίτωσης είναι διαφορετικός σε κάθε ομάδα κυττάρων π.χ. τα κύτταρα του δέρματος αναπαράγονται γρηγορότερα από του συκωτιού.

Τώρα, στον πυρήνα κάθε κυττάρου υπάρχουν τα χρωμοσώματα που αποτελούνται από D.N.A και είναι στον αριθμό 46 δηλ. 23 από κάθε γονιό. Είναι δυνατό σε μια ειδική φάση και για την ακρίβεια στην φάση κατά την οποία τα χρωμοσώματα αρχίζουν να χωρίζονται, το D.N.A να πάθει βλάβη. Κάθε βλάβη του D.N.A δεν καταλήγει σε καρκίνο. Αποτέλεσμα μιας τέτοιας βλάβης μπορεί να κάνει το κύτταρο να αναπαράγεται ταχύτερα από το φυσιολογικό. Αυτή η ανωμαλία θα δημιουργήσει νεόπλασμα που μπορεί να μην είναι κακοήθες. Όταν όμως το νεόπλασμα έχει την ικανότητα να επεκτείνεται και να καταστρέφει τα υγιή γειτονικά κύτταρα και να μεταναστεύει σε άλλα μέρη του σώματος δημιουργώντας μεταστάσεις τότε πια μιλάμε για καρκίνο.

Υπάρχουν πολλές θεωρίες που προσπαθούν να εξηγήσουν την γενετική προέλευση του καρκίνου, όπως: α) ότι ένας καρκινογόνος γενετικός παράγοντας περνάει από τους γονείς στους απογόνους β) ότι κάποια βλάβη του D.N.A συμβαίνει σε κάποιο στάδιο της δημιουργίας του οργάνου γ) από στοιχεία του περιβάλλοντος όπως η υπεριώδης ακτινοβολία του ηλίου, ιονίζουσα ακτινοβολία, δ) από ορισμένα φυσικά και χημικά στοιχεία φτιαγμένα από τον άνθρωπο κ.λ.π

Εργασίες που έχουν γίνει σχετικά με τον καρκίνο του μαστού έχουν αποδείξει, ότι μπορεί κύριος προδιαθέσιμος παράγοντας να είναι οι ορμονικές επιδράσεις που δέχονται τα νεοπλάσματα σε κάποια φάση της εξέλιξής τους.

Στην περίπτωση του μαστού έχουν σχέση οι ορμόνες της ωοθήκης και των επινεφριδίων.

Μια ομάδα ερευνητών στο Στρασβούργο πέτυχε για πρώτη φορά την ανάλυση γονιδίου πιθανότατα ενόχου για την δημιουργία καρκίνου του μαστού. Αυτό το γονίδιο είναι υπεύθυνο για την δημιουργία του κυτταρικού υποδοχέα των οιστρογόνων δηλ. των ορμόνων που εκκρίνονται από τις ωοθήκες για τη ρύθμιση της αναπαραγωγής και της γαλακτοφορίας των μαστικών αδένων. Η κατεργασία αυτού του τμήματος του D.N.A με κλωνισμό εκτός του ότι θα πρέπει να καταστήσει δυνατή την παρασκευή ισχυροτέρων και καθαροτέρων οιστρογόνων, θα επιτρέψει την καλύτερη κατανόηση του τρόπου με το οποίο ένα φυσιολογικό κύτταρο μπορεί να μετατραπεί σε καρκινικό κάτω από την επίδραση ορισμένων "απορρυθμισμένων γονιδίων".

#### ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Η ταξινόμηση για να γίνει πιο αντικειμενική πρέπει να χωριστεί σε κλινική και ιστολογική.

**ΚΛΙΝΙΚΗ:** Διακρίνουμε 4 στάδια.

1. Νεοπλάσματα μέχρι 2cm προς το δέρμα ή τους υποκείμενους μύς και κατά συνέπεια κινητά που έχουν εντόπιση στο παρέγχυμα του αδένου και δεν υπάρχουν μεταστάσεις στους αδένες της μασχάλης.

2. Νεοπλάσματα με ίδια χαρακτηριστικά αλλά και με διηθημένους τους αδένες της μασχάλης

3. Νεοπλάσματα μεγάλα με συμφύσεις στους μυς και το δέρμα το οποίο παρουσιάζει αλλοίωση, (μορφή φλούδας πορτοκαλιού), οίδημα ή και εξελκώσεις καθώς και διηθημένους αλλά ευκίνητους τους αδένες της μασχάλης.

4. Τα παραπάνω και ακόμα ότι ο όγκος καθηλώνεται στους θωρακικούς μυς. Επίσης είναι διηθημένοι οι μασχαλιαίοι και υπερκλειδίοι αδένες και μπορεί να υπάρχουν μακρινές μεταστάσεις έστω κι αν η πρωτοπαθής εστία είναι μικρή.

## ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι κακοήθεις όγκοι του μαστού συνήθως είναι επιθηλιακοί (αδενοκαρκινώματα) και σπανιότερα μη επιθηλιακοί (σαρκώματα, μελανώματα κλ.π).

Τα αδενοκαρκινώματα παρουσιάζουν ποικιλία προελεύσεως και ιστολογικής εικόνας, μπορεί να είναι αμυγή ή να συνδιάζονται μεταξύ τους. Στον πίνακα φαίνεται η συχνότητα και η ποικιλία των αδενοκαρκινωμάτων.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των διηθητικών καρκινωμάτων του μαστού προέρχονται από το επιθήλιο των μικρών τελικών πόρων και των αδενοκυψελών.

Επίσης είναι δυνατόν να αρχίζει από το επιθήλιο των αδενοκυψελών και να επεκτείνεται προς τους πόρους και το αντίθετο. Τα καρκινωματώδη κύτταρα διατάσσονται σε συμπαγείς και αδενικούς σχηματισμούς ανάλογα με το βαθμό κακοήθειάς του.

Το υπόστρωμα συνήθως εμφανίζει σκληρώδη αντίδραση και ποικίλου βαθμού λεμφοκυτταρικές και πλασματοκυτταρικές διηθήσεις.

### **ΜΥΕΛΟΕΙΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ**

Είναι μικροκυστικός και μικροκυστικώς καλώς περιγεγραμμένος όγκος. Τα καρκινωματώδη κύτταρα είναι πολύ μεγαλύτερα από εκείνα άλλου τύπου καρκινώματος, έχουν σαφή κυτταροπλασματικά όρια (συγκύττα), διατάσσονται σε συμπαγείς καρκινωματώδεις βλάστες, οι οποίες περιβάλλονται από πυκνές λεμφοκυτταρικές και πλασματοκυτταρικές αθροίσεις.

Παρατηρούνται επίσης περιοχές νεκρώσεως του όγκου, ενώ σπάνια στις

περιπτώσεις γνήσιου μυελοειδούς καρκινώματος υπάρχει in situ καρκίνωμα.

Συνήθως είναι καλής προγνώσεως (εικ.3)

#### ΛΟΒΙΔΙΑΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Το κυριότερο χαρακτηριστικό του λοβιδιακού διηθητικού καρκινώματος είναι ο τρόπος με τον οποίο διατάσσονται τα καρκινωματώδη κύτταρα. Συνήθως παρατηρούνται διηθήσεις του υποστρώματος με τη μορφή ενός στίχου κυττάρων, τα οποία, είναι μικρού μεγέθους και συνήθως ομοιόμοφα.

Μερικές φορές τα καρκινωματώδη κύτταρα προσλαμβάνουν χαρακτήρες σφραγιστήρος δακτυλίου. Στην περιφέρεια του όγκου δυνατόν να ανευρεθεί εστία in situ καρκινώματος (εικ.4).

Το λοβιδιακό διηθητικό καρκίνωμα σε συχνότητα μέχρι 60% είναι πολυεστιακό ή και αμφοτερόπλευρο.

#### ΒΛΕΝΝΩΔΕΣ (ΚΟΛΛΟΕΙΔΕΣ) ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

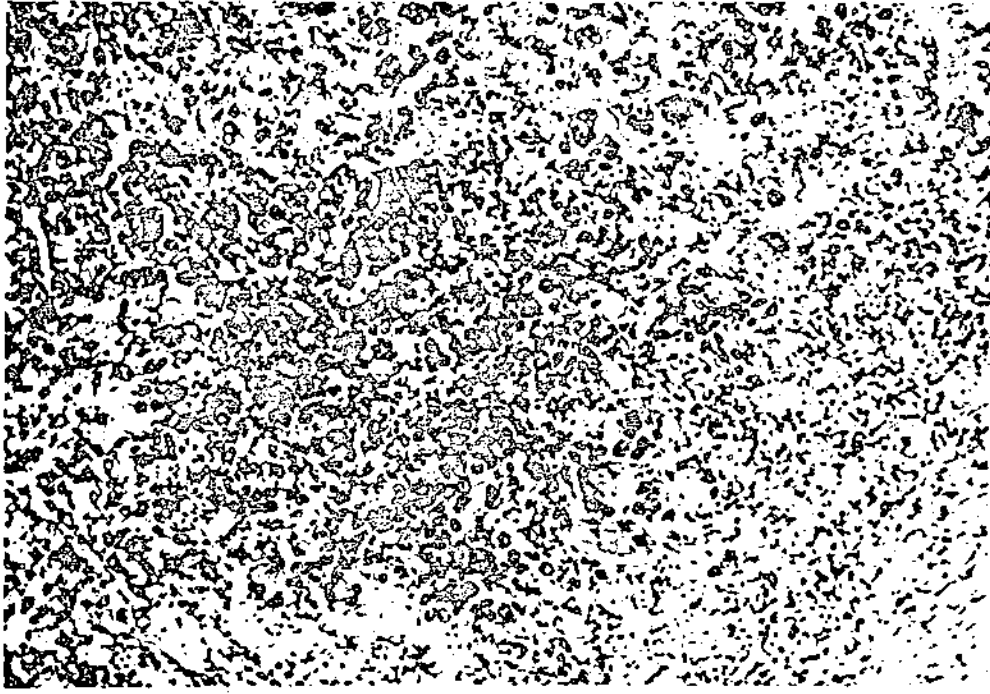
Κύριο χαρακτηριστικό του όγκου είναι η παραγωγή μεγάλης ποσότητας βλέννας από τα καρκινωματώδη κύτταρα τα οποία διατάσσονται σε σωληνώδεις σχηματισμούς ή μεμονωμένα και συνήθως παρατηρούνται μέσα σε λίμνες βλέννας. Η πρόγνωση είναι σχετικά καλή.

(εικ.5)

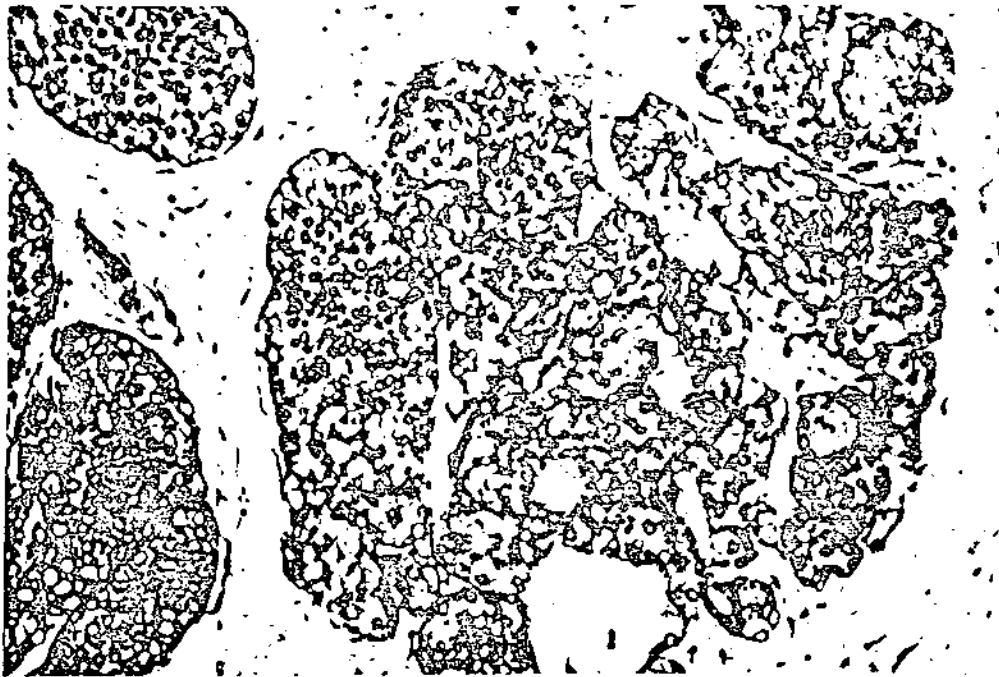
#### ΣΩΛΗΝΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Τα καρκινωματώδη κύτταρα διατάσσονται σε σωληνώδεις σχηματισμούς. Το απομένον υπόστρωμα του όγκου εμφανίζει σκληρώδη αντίδραση.

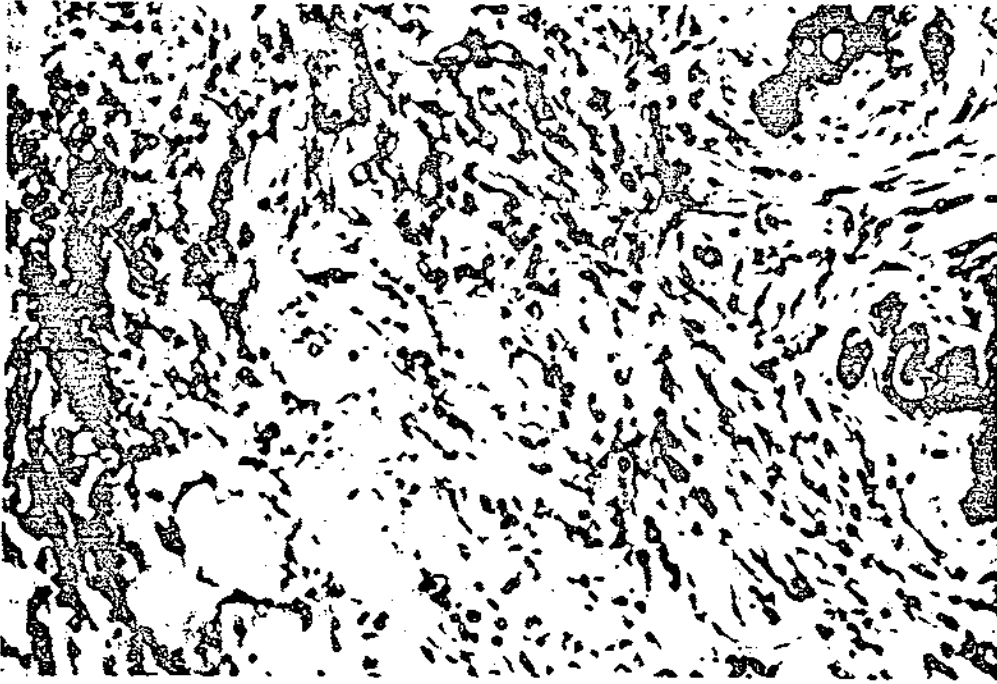
Τα νεοπλασματικά κύτταρα συνήθως παρουσιάζουν μικρού βαθμού ατυπία και λίγες πυρηνοκινήσεις. Ο ιστολογικός βαθμός κακοήθειας του σωληνώδους καρκινώματος είναι συνήθως I και το νεόπλασμα έχει συ-



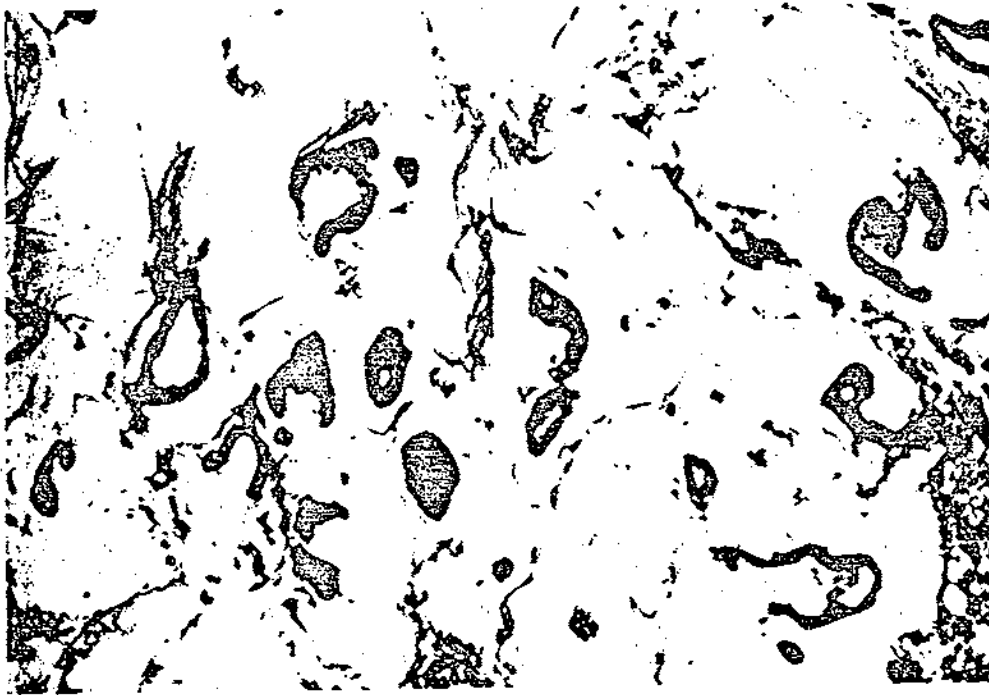
Εικ. 3 Μυελοειδές καρκίνωμα. Τα νεοπλασματικά κύτταρα είναι εύμεγθη και έχουν άσαφη κυτταροπλασματικά όρια. Παρατηρούνται πυκνές λεμφοκυτταρικές και πλάσματοκυτταρικές διηθήσεις του υποστρώματος.



Εικ. 4 Χαλοβιδιακό in situ καρκίνωμα. Μεγ. x 150.



Εικ. 24 Λοβιδιακό διηθητικό καρκίνωμα. Παρατηρούνται καρκινωματώδη κύτταρα τα όποια διηθούν μεμονωμένα ή σε γραμμές. Μεγ. x 150.



Εικ. 25 Βλενωδες (κολλοειδες) καρκίνωμα. Παρατηρούνται καρκινωματώδεις βλάστες μέσα σε λίμνες βλέννης. Μεγ. x 150.

νήθως καλή πρόγνωση (εικ.6).

#### **ΑΔΕΝΟΚΥΣΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ**

Είναι πολύ σπάνιος όγκος και οι χαρακτήρες του είναι παρόμοιοι με το αδενοκυστικό καρκίνωμα των σιελογόνων αδένων. Εντοπίζεται κυρίως κάτω ή κοντά στη θηλή και τα κύτταρα διατάσσονται σε μικρές κύστεις, οι οποίες περιέχουν βλέννα.

Η πρόγνωση είναι καλή.

#### **ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ**

Το αμυγές θηλώδες είναι σπάνιο και αναπτύσσεται από το επιθήλιο μεγάλων πόρων. Τα καρκινωματώδη κύτταρα σχηματίζουν θηλές χωρίς συνήθως αγγειοσυνδετικό άξονα, εμφανίζουν σχετική ομοιομορφία και λίγες πυρηνοκλησιές.

Κλινικώς παρουσιάζεται έκκριση από τη θηλή (εικ.7).

#### **ΚΑΡΚΙΝΟΣΑΡΚΩΜΑ**

Συνύπαρξη καρκινώματος και σαρκώματος, τα κύτταρα του οποίου είναι ατρακτοειδή. Πολλές φορές σε καρκίνωμα τα κύτταρα είναι ατρακτοειδή και η ύπαρξή τους δεν σημαίνει ότι το νεόπλασμα είναι καρκινωσάρκωμα.

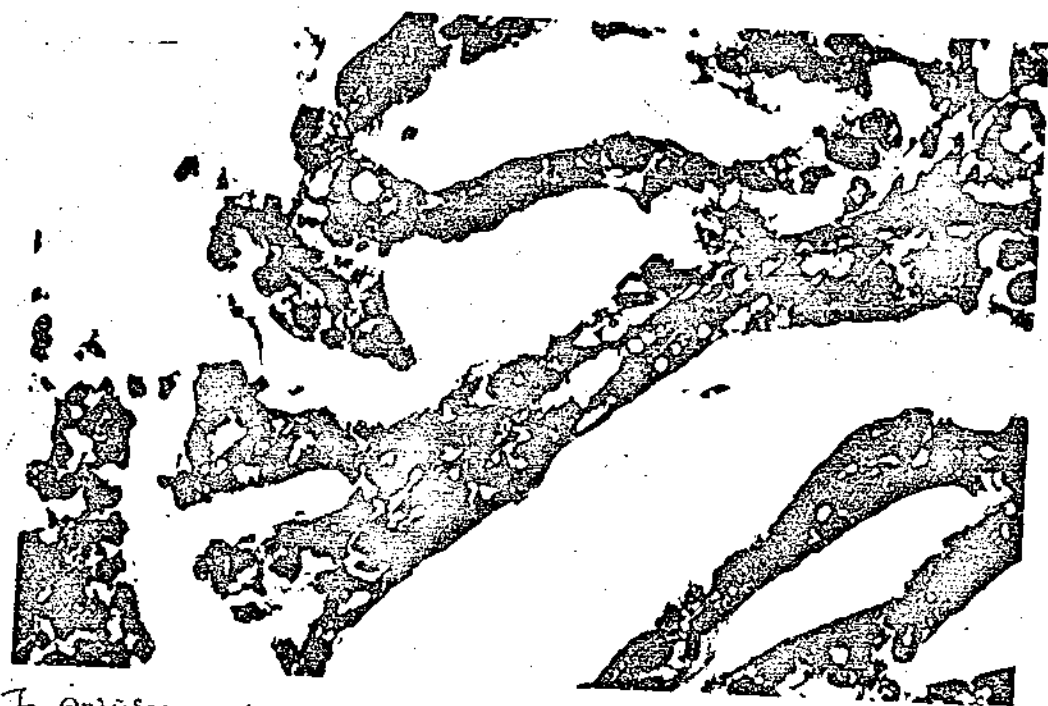
#### **ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ PAGET**

Συνήθως συνοδεύει το πορογενές καρκίνωμα και αντιπροσωπεύει διήθηση της επιδερμίδας της θηλής από καρκινωματώδη κύτταρα. Κλινικώς εμφανίζεται ως έκζεμα και δυνατόν να επικαλύπτεται η θηλή από εφελκίδα (εικ.8).





Εικ. 6 Σωληνώδες καρκίνωμα. Τα καρκινωματώδη κύτταρα σχηματίζουν σωληνώδεις καρκινωματώδεις βλάστες. Μεγ. x 310.



Εικ. 7 Θηλώδες καρκίνωμα. Τα καρκινωματώδη κύτταρα σχηματίζουν θηλές. Μεγ. x 310.

Η νόσος μπορεί να συνοδεύεται ή όχι από ψηλαφητό όγκο. Οι ως άνω τύποι καρκινώματος αποτελούν αμυγείς μορφές. Σε ένα μεγάλο ποσοστό μπορεί να συνδυάζονται μορφές σε ένα όγκο (Πίνακας 1).

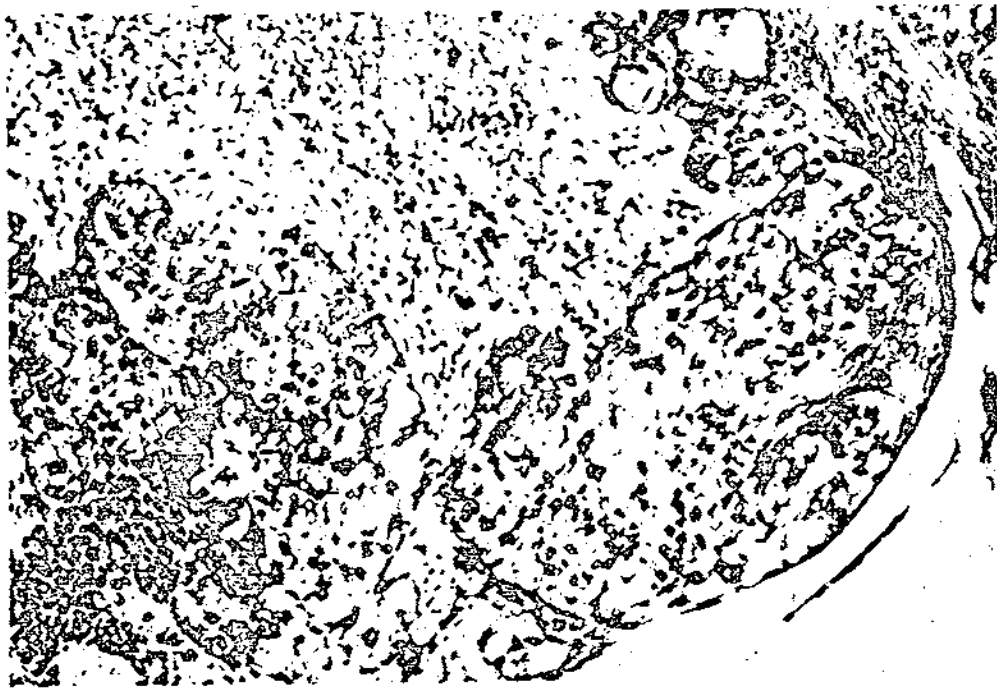
#### ΜΗ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω το φυλλοειδές κυστίδιο μπορεί να παρουσιάζει κακοήθεις χαρακτήρες, λιπο-, λυο-, χονδροσαρκώματος. Έχουν περιγραφεί και άλλοι σπάνιοι πρωτοπαθείς μη επιθηλιακοί κακοήθεις όγκοι, όπως λειομυωσαρκώματα, αγγειοσαρκώματα, ραβδομυοσαρκώματα. Σπανιότατα λεμφώματα ή νόσος του Hodgkin και λευκαιμία δίδουν αρχικά την εικόνα ενός όγκου στομαστό, ενώ είναι δυνατόν να παρατηρηθούν μεταστάσεις στο μαστό κατά τη διάρκεια των ανωτέρων νόσων.

Πίνακας 1

Συχνότητα ιστολογικών τύπων καρκίνου του μαστού

Αιγιές διηθητικό πορογενές αδenoκαρκίνωμα	52,6
Μυελoειδές καρκίνωμα	6,2
Λοβιδισκό καρκίνωμα	4,9
Βλεννώδες καρκίνωμα	2,4
Σωληνώδες καρκίνωμα	1,2
Αδenoκυστικό καρκίνωμα	0,4
Θηλώδες καρκίνωμα	0,3
Καρκινοσάρκωμα	0,1
Paget και φλεγμονώδες καρκίνωμα	2,3
Συνδιασμός διηθητικού πορογενούς με άλλο είδος αδenoκαρκίνωμα	28,0
<u>Συνδιασμοί άλλων αδenoκαρκινώματων</u>	<u>1,6</u>
Σύνολο	100,0



Εικ. 8 Νόσος Paget θηλής μαστού. Μέσα στην επιδερμίδα διακρίνονται καρκινωμάτιδη κύτταρα, μερικά από τα οποία έχουν διαυγές πρωτόπλασμα. Μεγ. × 150.

## ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ

Ανάλογα με την αναπλασία του όγκου, δηλ. το σχηματισμό σωλήνων, το μέγεθος των κακοήθων κυττάρων ή του πυρήνα, τον αριθμό των μιτώσεων και το βαθμό προσλήψεως της χρωστικής, οι όγκοι του μαστού κατατάσσονται σε τρεις βαθμούς κακοήθειας (grades).

Το G1 αντιπροσωπεύει το 2,5%, το G2 το 27% και το G3 το 70% περίπου των περιπτώσεων. Οι πυρήνες των κακοήθων κυττάρων επίσης παρουσιάζουν βαθμό κακοήθειας ανάλογη με τη διαφοροποίησή τους. Ο βαθμός 1 (G1) αντιπροσωπεύει τους αναπλαστικούς ή αμετάπλαστους ή αδιαφοροποίητους πυρήνες, ενώ ο βαθμός 3 (G3) επισημαίνει τους καλώς διαφοροποιημένους πυρήνες κακοήθων κυττάρων.

Ο βαθμός διαφοροποίησεως των κυττάρων και του πυρήνα τους έχει προγνωστική αξία και ανάλογη σχέση με τη διασπορά της νόσου καθώς και την επιβίωση της ασθενούς.

Αλλα χαρακτηριστικά των όγκων του μαστού, με τα οποία συνδυάζεται η πρόγνωση της νόσου, είναι η ύπαρξη ή μη νεκρωτικών περιοχών στον όγκο, διότι όταν υπάρχει νέκρωση η πρόγνωση επιβαρύνεται.

Ενας καλώς περιγεγραμμένος κακοήθης όγκος φαίνεται ότι παρουσιάζει καλύτερη πρόγνωση από ένα ασαφώς περιγεγραμμένο ανώμαλου υφής όγκο.

Η αντίδραση των κυττάρων εντός του όγκου, δηλ. η ύπαρξη και η πυκνότητα της λεμφοκυτταρικής και πλασματοκυτταρικής αντίδρασης του υποστρώματος μέσα στον όγκο, φαίνεται ότι σχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση, ενώ είναι εμφανές ότι διήθηση των λεμφαγγείων ή των αιμοφόρων αγγείων συνδέεται με χειρότερη πρόγνωση.

Έχει περιγράψει επίσης ότι οι όγκοι που παράγουν εμβρυϊκές ου-  
σίες από αποσυμπύκνωση των γόνων παρουσιάζουν χειρότερη πρόγνωση.

Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό των όγκων αποτελεί η πολυκεντρικό-  
τητα ή πολυεστιακή ανάπτυξη του όγκου. Είναι πολύ δύσκολο να κα-  
θοριστεί η αναλογία της πολυεστιακής ανάπτυξης του καρκίνου του  
μαστού, η οποία κυμαίνεται από 10-66%.

Η προγνωστική αξία όμως μιας τέτοιας πολυεστιακής ανάπτυξης παρα-  
μένει προς το παρόν ακαθόριστη.

Καλύτερη πρόγνωση πιθανότατα υπάρχει στις περιπτώσεις που παρα-  
τηρείται ιστιοκύττωση των λεμφοκόλων των λεμφαδένων.

Τέλος η πρόγνωση εξαρτάται από την εντόπιση του όγκου στα τετα-  
ρτημόρια του μαστού (πίνακας 2), ενώ είναι ευθέως ανάλογη του α-  
ριθμού των προσβεβλημένων λεμφαδένων.

Πίνακας 2

Ποσοστιαία αναλογία υποτροπών

	Αρνητικοί λεμφαδένες	Θετικοί λεμφαδένες
Ανω έξω τεταρτημόριο	17%	63%
Ανω έσω τεταρτημόριο	25%	59%
Κάτω έσω τεταρτημόριο	22%	55%
Κάτω έξω τεταρτημόριο	26%	70%

### ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ

Η διασπορά του καρκίνου του μαστού γίνεται ή δια διηθήσεως του γύρω υγιούς ιστού ή κατά μήκος και μέσω των γαλακτοφόρων πόρων ή μέσα από το πλούσιο λεμφαγγειακό δίκτυο του μαστού. Τελευταία έχει δοθεί μεγάλη σημασία στη γνώση του τρόπου της διασποράς των καρκινικών όγκων και όπως γράφεται παρακάτω, υποθέτουν ότι οι όγκοι μεθίστανται κυρίως με λεμφικά ή αιματικά έμβολα. Η πρωτοπαθής εντόπιση αλλά και το μέγεθος του καρκίνου του μαστού έχει σημασία στον τρόπο διασποράς, αλλά και στην πρόγνωση. Περίπου στο 48-50% εντοπίζονται στο άνω έξω, σε 5% κάτω έσω σε 15% άνω έσω και οι 15-20% στην κεντρική περιοχή (1 εκ. γύρω από τη θηλή) ενώ στο 3-5% είναι διάχυτη η ανάπτυξη του καρκίνου στο μαστό (εικ.5).

Η γνώση της διασποράς του όγκου στους επιχώριους λεμφαδένες, (μασχαλιαίους, υπερκλειθρίους ή έσω μαστικούς) είναι μεγάλης σημασίας στην εκλογή του σωστού τρόπου θεραπείας των ασθενών με καρκίνο του μαστού.

Το 40-50% των γυναικών με καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν προσβολή των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Η πιθανότητα προσβολής των αδένων μεγαλώνει όσο μεγαλύτερες διαστάσεις έχει ο όγκος. Ο αριθμός διηθημένων λεμφαδένων είναι το σημαντικότερο προς το παρόν κριτήριο πρόγνωσης.

Έχει βρεθεί ότι η πρόγνωση είναι ίδια, όταν υπάρχουν 5 θετικοί στους 10 αδένες ή 5 θετικοί στους 30. Επομένως τονίζεται η μεγάλη σημασία της εξαίρέσεως από το χειρουργό και της ανευρέσεως από τον παθολογοανατόμο όλων των λεμφαδένων της μασχάλης σε κάθε χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

Η διήθηση των αδένων της έσω μαστικής είναι κακό προγνώστικό σημείο. Η διάγνωση της διηθήσεως ή μη των αδένων της έσω μαστικής είναι εξαιρετικά δύσκολη. Στις συνήθεις χειρουργικές επεμβάσεις οι αδένες αυτοί δεν εξαιρούνται. Η εντόπιση των λεμφαδένων αυτών με ραδιενεργό ρήνιο ή κολλοειδές αντιμόνιο με λεμφοσπινθηρογράφημα δίνει την δυνατότητα της σωστής ακτινοβολήσεως της αλυσίδας των αδένων της έσω μαστικής, αλλά όχι τη διάγνωση της διηθήσεως ή μη των αδένων αυτών.

Από τις εργασίες που έγιναν με τη βιοψία των αδένων της έσω μαστικής σε 1000 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, προκύπτει ότι:

α) Η προσβολή είναι συχνότερη, όταν ο όγκος εντοπίζεται στα έσω ή κεντρικά τμήματα του μαστού, παρά όταν ο όγκος βρίσκεται στα έξω τεταρτημόρια του μαστού και β) η διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων είναι πιο συχνή από τη διήθηση των αδένων της έσω μαστικής.

Όταν ο όγκος είναι διαμέτρου μικρότερης των 5 εκ. ανευρίσκονται στο 19% των περιπτώσεων διηθημένοι έσω μαστικοί λεμφαδένες ενώ όταν ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 5 εκ. στο 37%.

Η διήθηση των υπερκλειθρίων λεμφαδένων γίνεται συχνότερα μέσω των μασχαλιαίων λεμφαδένων και αποτελεί κριτήριο σοβαρής προγνώσεως. Οι περιπτώσεις αυτές ανήκουν στο Στάδιο IV και είναι ανευχείρητες.

Απομακρυσμένες μεταστάσεις μπορούν να εμφανισθούν σε ποικίλα όργανων, με πιο συχνές εντοπίσεις το ήπαρ (65%), τα οστά (60-70%) τις ωοθήκες (15%), τον πνεύμονα (40%), το δέρμα, το εγκέφαλο, αλλά και το έντερο, το θυρεοειδή, το νεφρό, την καρδιά, το περικάρδιο κα.



ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η πιο αποδεκτή σήμερα σταδιοποίηση είναι εκείνη της UICC (Union Internationale Contre Cancer) και της AJC (American Joint Comunity in Cancer Stoging and End Results Reporting) και βασίζεται στο σύστημα T.N.M (Πίνακας 3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού

T= Πρωτοπαθής όγκος

T1= Όγκος μεγίστης διαμέτρου 2 εκ. ή και λιγότερης

α) Ο όγκος δεν είναι καθηλωμένος στην περιτονία του μείζονος θωρακικού ή το μυ.

β) Ο όγκος είναι καθηλωμένος στην περιτονία ή το μυ.

T2= Όγκος μεγίστης διαμέτρου άνω των 2 εκ. αλλά κάτω των 5 εκ.

α) ο όγκος δεν είναι καθηλωμένος στην περιτονία του μείζονα θωρακικού ή το μυ.

β) ο όγκος είναι καθηλωμένος στην περιτονία ή το μυ.

T3= Όγκος μεγίστης διαμέτρου άνω των 5 εκ.

α) ο όγκος δεν είναι καθηλωμένος στην περιτονία του μείζονος θωρακικού ή το μυ.

β) ο όγκος είναι καθηλωμένος στην περιτονία ή το μυ.

T4= Όγκος οποιασδήποτε διαμέτρου που διηθεί το θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα

α) καθήλωση προς το θωρακικό τοίχωμα

β) οίδημα ή εξέλκωση του δέρματος του μαστού η δορυφόρα δερματικά οζίδια στον ίδιο μαστό.

γ) τα δυο ανωτέρω.

δ) φλεγμονώδες καρκίνωμα.

N= Επιχώριοι λεμφαδένες

No= Μη ψηλαφητοί ομόπλευροι λεμφαδένες

N1= Ψηλαφητοί, κίτρινοι ομόπλευροι λεμφαδένες

α) Κλινικά μη διηθημένοι

β) Κλινικά διηθημένοι

N2= Ομόπλευροι, διηθημένοι λεμφαδένες, καθηλωμένοι μεταξύ τους ή με άλλους σιτούς.

N3= Ομόπλευροι υπερκλειδίοι ή υποκλειδίοι λεμφαδένες ή οίδημα του άνω άκρου.

M= Μεταστάσεις

Mo= Καμμία ενδειξη μεταστάσεως

M1= Απομακρυσμένες μεστάσεις (περιλαμβάνεται και το δέρμα έξω από την περιοχή του μαστού).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Κλινικά στάδια του καρκίνου του μαστού

Στάδιο I:	Μάζα εντοπισμένη στον μαστό όλοι οι αδένες αρνητικοί	T1α No ή N1α Mo T1β No ή N1α Mo
Στάδιο II:	Μάζα εντοπισμένη στον μαστό μασχαλιαίοι αδένες θετικοί	T1α, T1β N1β, Mo T2α ή T2β, No N1α N1β Mo
Στάδιο III:	Μάζα μαστού τοπικά εκτεταμένη μασχαλιαίοι, υπερκλειδίοι και έσω μαστικοί αδένες θετικοί	T1α, T1β N2 Mo T2α, T2β N2 Mo T3α, T3β No, N1α ή N1β Mo
Στάδιο IV:	Απομακρυσμένες μεταστάσεις	T4 κάθε N Κάθε M Κάθε T N3 Κάθε M Κάθε T Κάθε N M1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

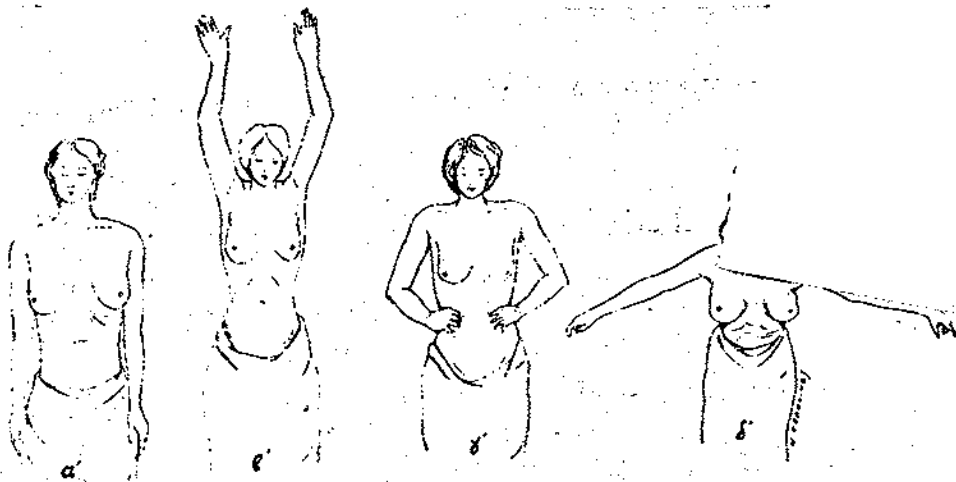
Κλινική μελέτη: Εξετάζουμε την ηλικία διότι το μεγαλύτερο ποσοστό παρατηρείται μεταξύ του 40ου-50ου έτους και κατ'ελάχιστο λόγο μεταξύ 50ου-60ου έτους της ηλικίας. Ειμηνόρυση διότι τα πιο πολλά νεοπλάσματα εμφανίζονται μετά την εμμηνόπαυση και σχεδόν ποτέ πριν την εμφάνιση των εμμήνων.

Χρόνο εμφάνισης Κάθε καθυστέρηση προσέλευσης σε γιατρό κάνει την πρόγνωση βαρύτερη. Ασθενείς με κλινικές εκδηλώσεις μικρότερες του μήνα παρουσιάζουν διηθήσεις των μασχαλιαίων αδένων σε ποσοστό μικρότερο του 50%, ενώ αν έρθουν αργότερα το ποσοστό ανεβαίνει στο 75%. Εντόπιση του ογκιδίου. Επάγγελμα της ασθενούς. Οικογενειακό ιστορικό. Προηγούμενη πάθηση του μαστού. Ιστορικό λήψης αντιουληπτικών. Θηλασμός πρόσφατα.

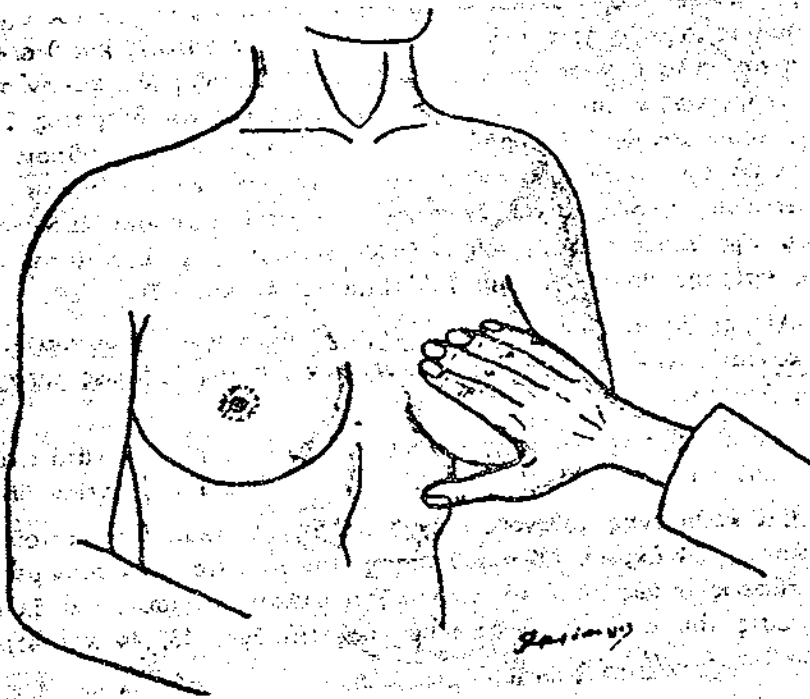
Η αυτοεξέταση των μαστών έχει αποδειχθεί ότι είναι ο καλύτερος τρόπος έγκαιρης διαγνώσεως ενός όγκου του μαστού (πίνακας 45). Αυτή μπορεί να γίνεται 5-10 ημέρες μετά την έμμηνο ρύση. Εφόσον η γυναίκα βρίσκεται στην εμμηνόπαυση συνιστάται να γίνεται μια καθορισμένη ημέρα του μήνα. Τρόποι αυτοεξετάσεως υπάρχουν πολλοί. Η εξέταση αρχίζει με την επισκόπηση των μαστών μπροστά στον καθρέφτη. 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 θηλής.

Επίσης παρατηρεί το σχήμα και το μέγεθος των μαστών (εικ9).

Κατόπιν σηκώνει τα χέρια ψηλά και επαναλαμβάνει την επισκόπηση μπροστά στον καθρέφτη, για τα ίδια φυσικά σημεία.



Εικόν 9. Κλινική εξέταση του μαστού διά ενσκόπησης και χαλαρώσεως του μείζονος θωρακικού μυός.



Εικόν 10. Κλινική εξέταση του μαστού διά ψηλάφησεως.

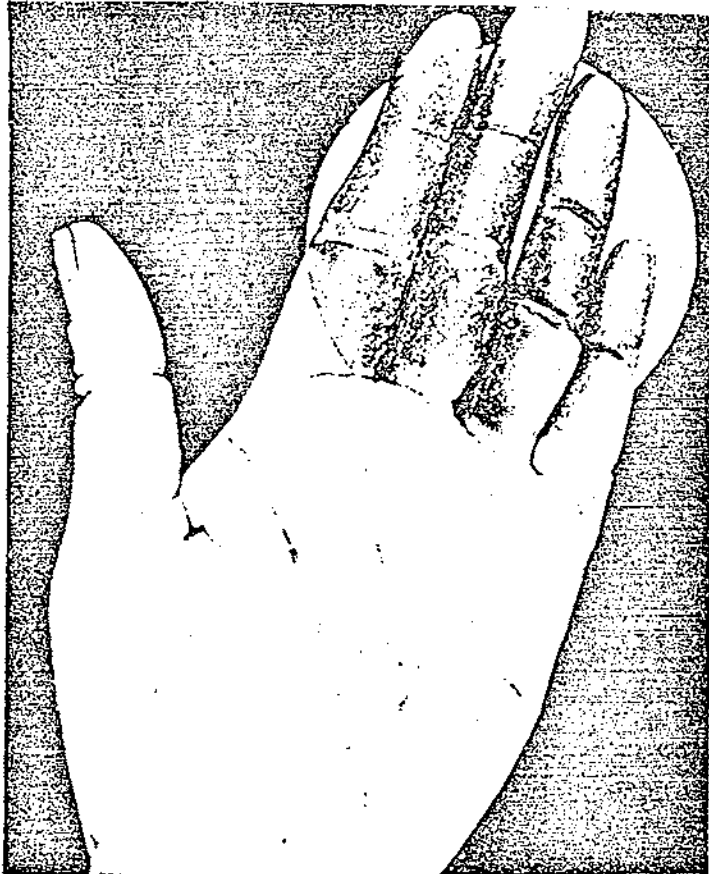
Μετά την επισκόπηση των μαστών ακολουθεί η ψηλάφηση για την διαπίστωση ασυνήθιστων ογκιδίων. Η ψηλάφηση θα πρέπει να γίνεται σε όπτια θέση. Ένα μικρό μαξιλάρι τοποθετείται κάτω από τον ώμο της πλευράς που θα εξεταστεί. Με τον τρόπο αυτό ανυψώνεται η πλευρά αυτή του σώματος και ο μαζικός αδένας διανέμεται 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 σε αυτόν.

Η τεχνική απαιτεί ψηλάφηση του μαζικού αδένος, αρχίζοντας από το άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού, αφού οι περισσότερες αλλοιώσεις αρχίζουν από το τεταρτημόριο αυτό. Κατόπι το χέρι ανυψώνεται πάνω από το κεφάλι και γίνεται μια πλήρης εξέταση του έσω ημίσεος του μαστού, αρχίζοντας από το στέρνο. Μετά την ολοκλήρωση μιας κυκλικής κίνησης των δακτύλων, το χέρι μετακινείται 2cm προς τη θηλή και επαναλαμβάνεται η ίδια διαδικασία, μέχρις ότου ολοκληρωθούν τέσσερεις τουλάχιστον κύκλοι. Όταν η εξέταση του μαστού ολοκληρωθεί, το μαξιλάρι τοποθετείται κάτω από τον αντίθετο ώμο και εξετάζεται ο άλλος μαστός ακριβώς κατά τον ίδιο τρόπο. Θα πρέπει να τονιστούν στην άρρωστροι περιοχές μεγαλύτερης συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου, κυρίως στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού και κάτω από τη θηλή.

Η εξέταση των μαστών από τον ιατρό ή την νοσηλεύτρια πρέπει να γίνεται την 5-10 ημέρα μετά την έμμηνο ρύση. Η γυναίκα είναι καθιστή με τα χέρια στη μέση. Μετά την επισκόπηση (που γίνεται με δυνατό φως) για τυχόν ανωμαλίες του δέρματος, των μαστών, της θηλής, (εισολκή, έκζεμα, αυτόματα έκκριση) αρχίζει η ψηλάφηση από τους υπερκλειδιούς χώρους και το θυρεοείδη, ακολούθως ψηλαφώνονται τα άνω ημίση και των δυο μαστών, αρχίζοντας από τον μη πάσχοντα μαστό, καθώς και οι μαστοί αδρός.

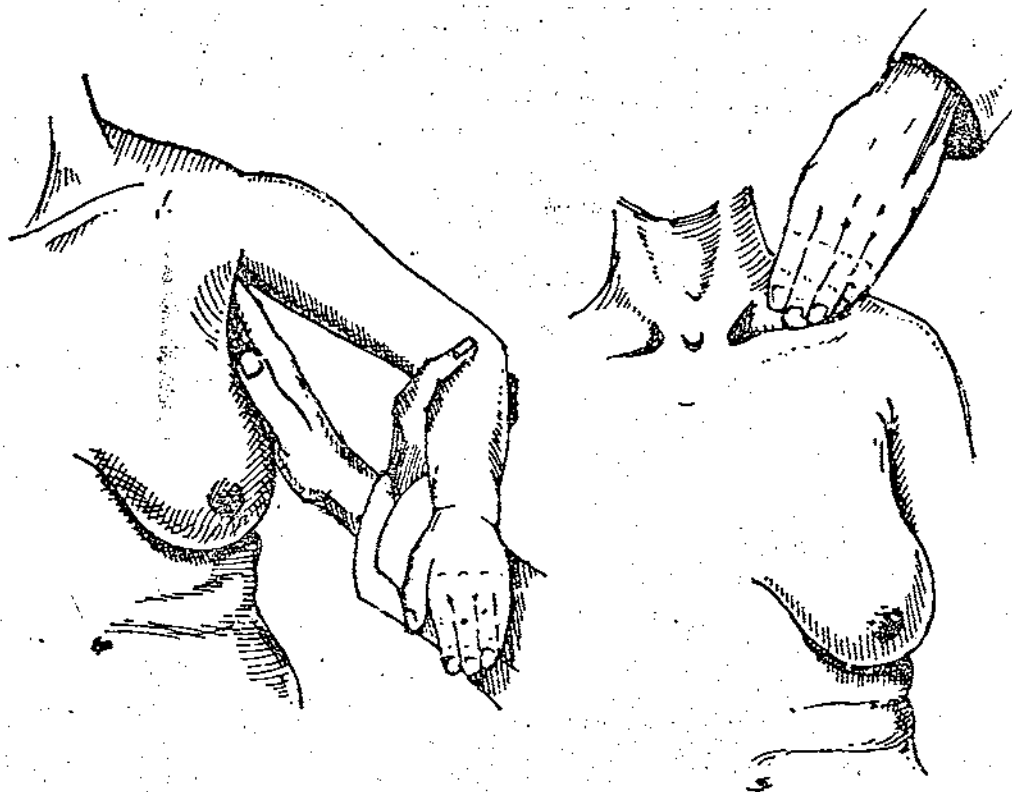


Εικ. 11 Αυτόεξέταση μαστού.



Εικ. 12 Η ψηλάφηση πρέπει να γίνεται με δάκτυλα τεντωμένα.





Εικόν 12 α) κλινική εξέταση πάσχοντος μαστού, διά ψηλάφησης μασχάλης και υπερκλει-  
δίου χώρας.



Εικ. 13 Ψηλάφηση της μασχάλης.

Μετά ψηλαφώνται οι μασχάλες, αφού η γυναίκα αφήσει εντελώς ελεύθερο το σύστοιχο άνω άκρο. Ακολούθως η εξεταζόμενη ξαπλώνει με τα χέρια πίσω από το κεφάλι. Ο μαστός έχει επιπεδωθεί και γίνεται ευκολότερη η ψηλάφησή του, με προσοχή μην παραλειφθεί κάποια περιοχή για να βρεθεί και η παραμικρή ανωμαλία και αν αντιληφθεί ο ιατρός την υφή της. Τέλος εξετάζεται προσεκτικά η θηλή και οι υποκείμενοι ιστοί. (εικ. 10,11,12,13,14).

### ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

#### Γενική και Ειδική

**ΓΕΝΙΚΕΣ:** ακτινολογικός έλεγχος (πνεύμονα και μεσοθωρακίου για αποκλεισμό μετάστασης), αιματολογικές (για καθορισμό αναιμίας, Τ.Κ.Ε, ασβεστίου και φωσφόρου για να δείξουν κάποια οστική μετάσταση). Εξέταση Παπανικολάου (εάν υπάρχει έκκριση υγρού από τη θηλή).

**ΕΙΔΙΚΕΣ:** Ψηλάφηση, Μαστογραφία, Γαλακτογραφία, Θερμογραφία, Ξηρογραφία, Υπερηχογράφημα, Διαφανοσκόπηση, Φλεβογραφία, Σπινθηρογράφημα.

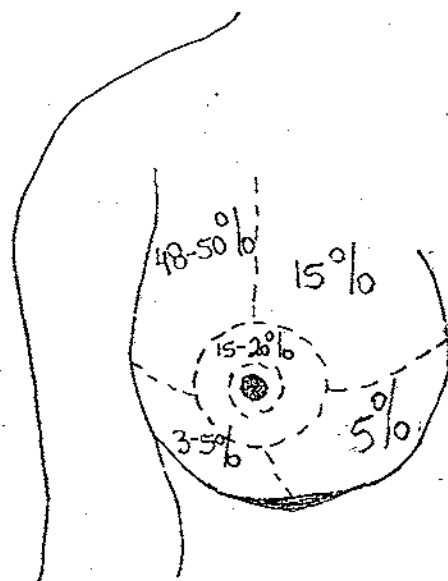
**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ:** Παρακέντηση και κυτταρολογική εξέταση Βιοψία.

Η διερεύνηση του μαστού αρχίζει συνήθως με την αυτοεξέταση της ασθενούς και την κλινική εξέταση από τον γιατρό. Οι δυσκολίες όμως που αναφέρονται κατά την κλινική αξιολόγηση των νόσων του μαστού.

- Η σύγχυση που υπάρχει στο διαχωρισμένο μεταξύ καλοήθων και κακοήθων όζων.
- Η σπουδαιότητα του πολυεστιακού καρκίνου
- Η ανάγκη ανιχνεύσεως του καρκίνου του μαστού σε πρώιμο στάδιο.



Εικ.: 4. Ψηλάφηση του μαστού σε ύπτια θέση.



Εικ.: 15

και τέλος

- Η ανεύρεση κριτηρίων που καθορίζουν την χειρουργισιμότητα ή μη του καρκίνου,

έχουν δημιουργήσει ερέθισμα για την χρησιμοποίηση και άλλων μεθόδων παρακλινικών, με απώτερο σκοπό να συμβάλλουν στην καλύτερη λεπτομερέστερη και πρώιμότερη διάγνωση των νόσων του μαστού. Είναι γνωστό ότι η πρώιμη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού (όταν δηλ. η νόσος περιορίζεται στο μαστό) έχει πολύ καλή πρόγνωση (5ετής επιβίωση 85%) σε σύγκριση με την ανίχνευση του καρκίνου με μεταστάσεις στους επιχωρίους λεμφαδένες (5ετής επιβίωση 56%).

Διάφοροι μέθοδοι έχουν προταθεί και έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς για τη διάγνωση των νόσων του μαστού, κυρίως δε για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου.

Η Θερμογραφία που δοκιμάστηκε την προηγούμενη 10ετία δεν έδωσε τα αναμενόμενα ποθητά αποτελέσματα.

Είναι αβλαβής μεν αφού έχει το πλεονέκτημα της μη ακτινοβολίσεως της ασθενούς, βρίθει όμως μειονεκτημάτων.

Τα κυριότερα από αυτά είναι αφενός μεν η αδυναμία να ξεχωρίσει τις καλοήθεις βλάβες του μαστού, αφετέρου δε, το πολύ υψηλό ποσοστό των ψευδώς θετικών ευρημάτων που μπορεί να φθάσει και να περάσει το 50%. Κατά τη θερμογραφία, υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθά έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης (περιορισμένης διαγνωστικής αξίας). Σε κακοήγη επεξεργασία εμφανίζεται χαρακτηριστική θερμή περιοχή εξαιτίας της αυξημένης αιμάτωσης.

Η Υπερηχοτομογραφία που χρησιμοποιείται τελευταία με πολύ επιτυχία για τη διερεύνηση ορισμένων οργάνων του σώματος, δε φαίνεται ότι θα εκτοπίσει τη μαστογραφία από το προσκήνιο παρότι είναι αβλαβής. Η δυσκολία της μεθόδου αυτής να διαχωρίσει ένα καλοήγη από ένα κακοήγη συμπαγή όζο, την ακαθιστά σχεδόν άχρηστη για την ανίχνευση του καρκίνου.

Η Ξηρογραφία είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σεληνίο αντί της φωτογραφική πλάκας. Κατά την Ξηρογραφία παράγεται θετική εκτύπωση με εμφάνιση στις διάφορες πυκνότητες. Ινώδεις αναπτύξεις και παραμορφωμένες φλέβες διαπιστώνονται με την Ξηρογραφία.

Η Γαλακτογραφία γίνεται με έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, υδατοδιαλυτής, κατά προτίμηση από το σημείο εκκρίσεως από της θηλής του μαστού, ώστε σκιαγραφούνται οι γαλακτοφόροι πόροι. Ενδεικνύται επί εκκρίνοντος μαστού και γενικώς εξεργασίας των πόρων.

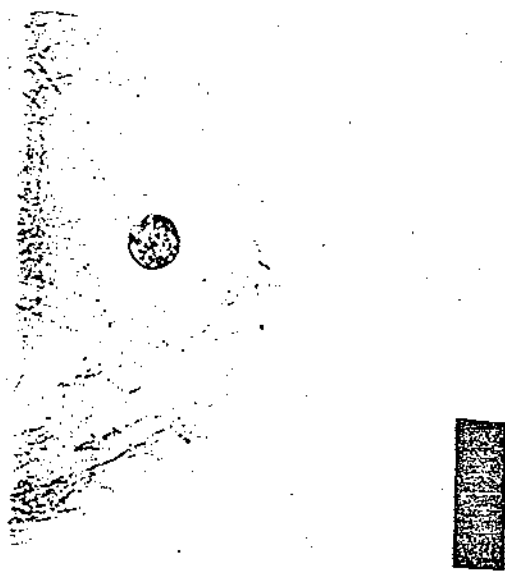
Η Διαφανοσκόπηση γίνεται ως εξής: χρησιμοποιώντας δυνατό ψυχρό φως σε ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο φωτίζεται ο μαζικός ιστός. Οι κύστει φωτίζονται ενώ ο συμπαγής όγκος παραμένει αδιαφανής. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνεται εύκολα η ύπαρξη κύστης ή νεοπλασματος.

Φλεβογραφία ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων. Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, με γενική νάκρωση, ενδομυελικά στο κάτω άκρο του στέρνου. Φυσιολογικά, οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι τους σκιαγραφούνται.

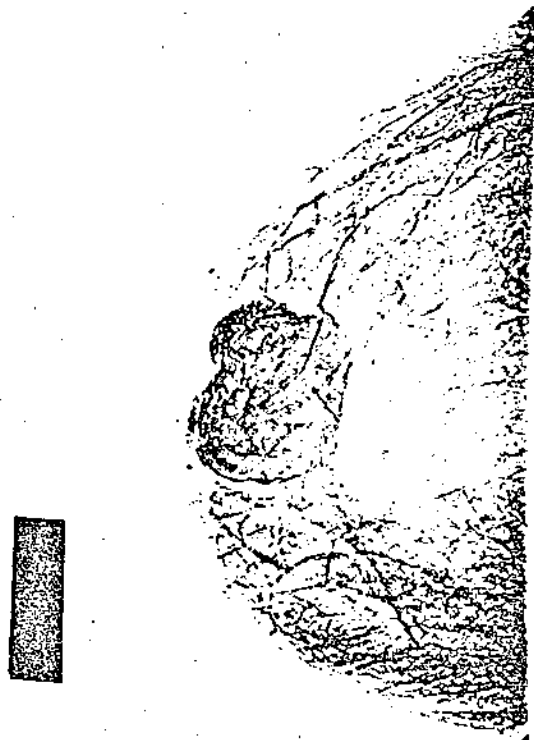
Διακοπή της σκιαγράφησης των φλεβών αυτών και η ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας είναι ενδεικτική πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφογαγγλίων, χωρίς όμως να αποκλείει και την ύπαρξη μιας απλής αδενίτιδας, όπως και το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη



Εικ. 15α Καρκίνος μαστού.



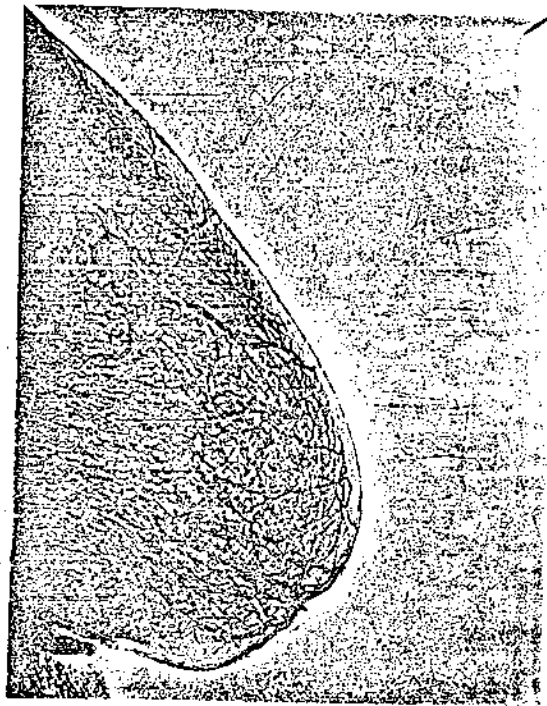
Εικ. 15β Αποτιτανωμένο ινοδένομα.



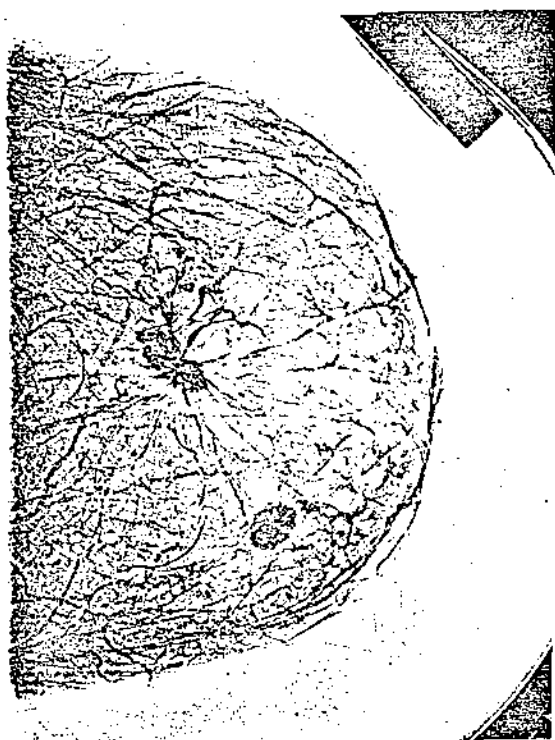
Εικ. 16. Ευμεγέθους κύστις. Είναι φανερή  
ή άλωος γύρω από την κύστη.



Εικ. 17. Πολλαπλές κύστεις. Μακροκυ-  
στική μαστοπάθεια.



Εικ. 18 Καρκίνος μαστού. Έμφανής εισολκή της θηλής και η πάχυνσις του δέρματος.



Εικ. 19 Διεστιακός καρκίνος.



μεταστάσεων.

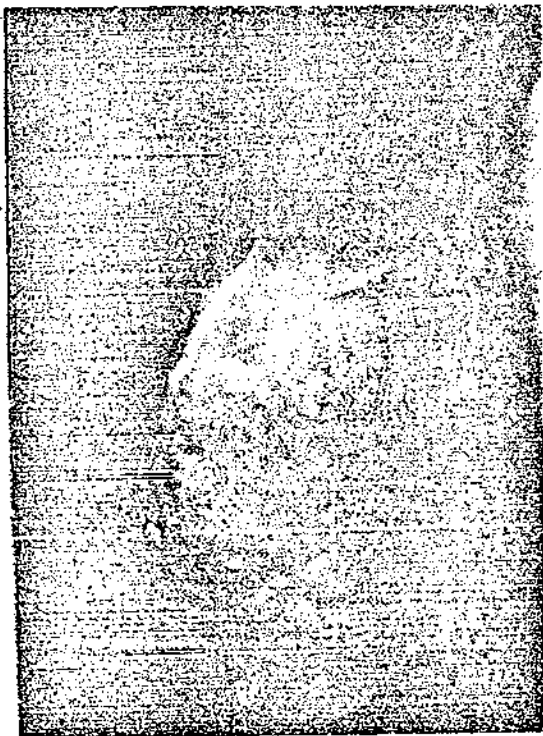
Σπινθηρογράφημα: ανακαλύπτονται οστικές αλλοιώσεις πολλούς μήνες πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά.

Η μαστογραφία: είναι μια σημαντική βοήθεια στην εξέταση των μαστών είναι η μαστογραφία χαμηλής δόσης η οποία πρέπει να γίνεται εκεί που επιτρέπεται και εκεί όπου επιβάλλεται. Επιβάλλεται δε εκεί όπου ο κλινικός ειδικός ιατρός έχει διαγνωστικό πρόβλημα, ανεξάρτητα από την ηλικία της γυναίκας.

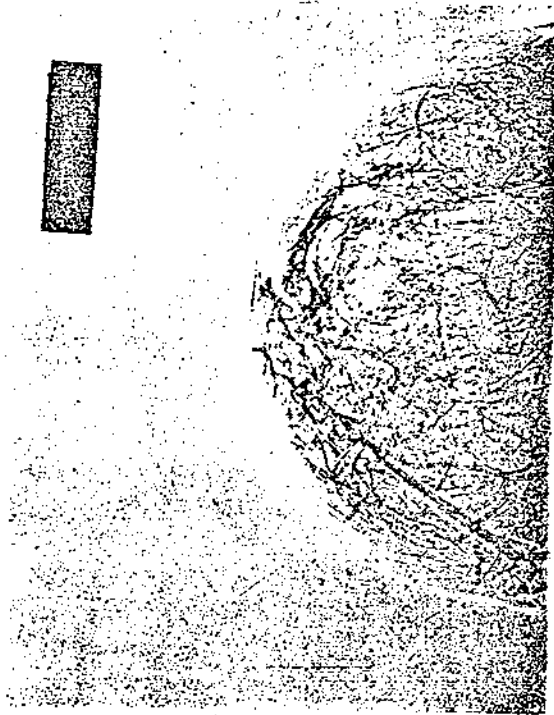
Τονίζεται ότι εφόσον κλινικώς ανευρίσκεται μάζα που χρειάζεται χειρουργική διερεύνηση, μια αρνητική μαστογραφία δεν θα αποτρέψει την βιοψία.

Οι ενδείξεις της μαστογραφίας είναι πολλές. Θα αναφέρουμε πιο κάτω τις σπουδαιότερες από αυτές. Εκτός από τον κύριο στόχο της μαστογραφίας, δηλ. την ανίχνευση του καρκίνου στο αρχικό στάδιο, όταν ακόμα δεν ψηλαφάται, η συμβολή της μαστογραφίας μπορεί να συνοψιστεί στα εξής σημεία:

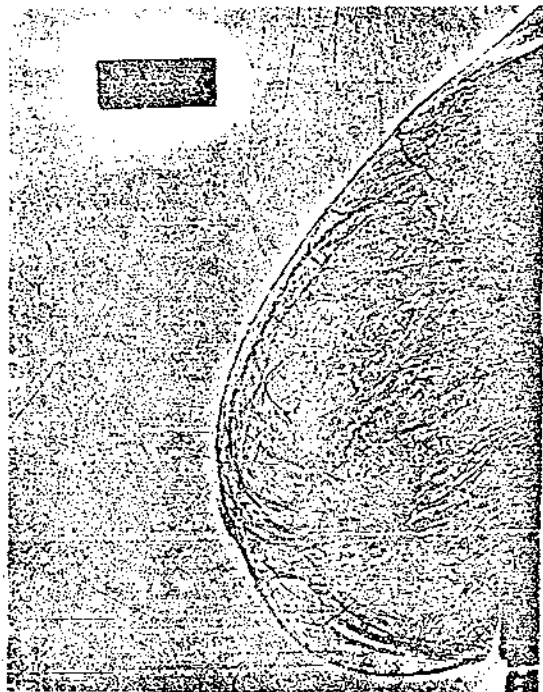
- 1) Να επιβεβαιώσει την ύπαρξη μιας ψηλαφητής μάζας στο μαστό και να καθορίσει τη φύση αυτής προεγχειρητικά.
- 2) Να αποκλείσει ή να επιβεβαιώσει την ύπαρξη ενός κακοήθους όζου σε ένα μαστό όπου ψηλαφούνται πλέον του ενός όζοι.
- 3) Να χρησιμοποιηθεί σαν μέθοδος προληπτικού μαζικού ελέγχου, επί γυναικών τελείως ασυμπτωματικών που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου.
- 4) Να διερευνήσει ένα φαινομενικά "υγιή" μαστό, όταν ψηλαφούνται συστοίχα διογκωμένα μασχαλιαία γάγγλια, ύποπτα μεταστάσεως.
- 5) Να ελέγχει περιοδικά τον εναπομείναντα μαστό σε γυναίκες με μαστεκτομή, αφού είναι γνωστό ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα προσβολής αυτού.
- 6) Να ανακουφίσει ψυχικά γυναίκες που πάσχουν από καρκινοφοβία.



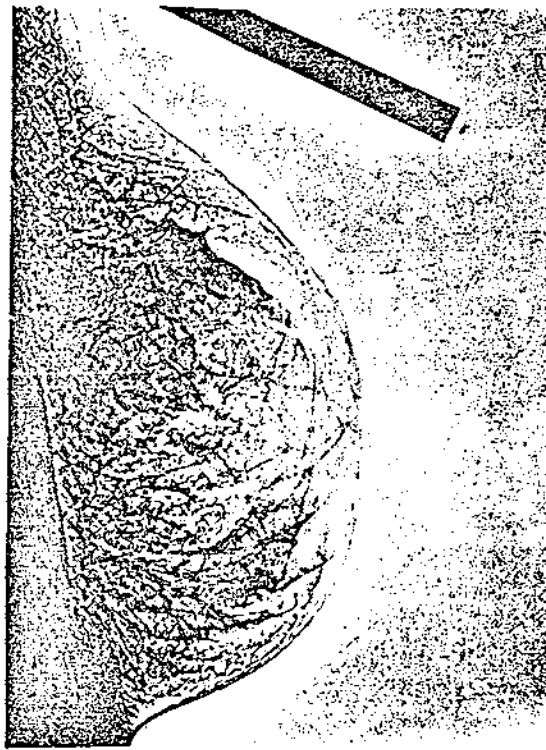
Εικ. 20 Καρκίνος (άνω) και σκληρωμένο ιναδένωμα (κάτω).  
(Μαστογραφία και Ξηρογραφία).



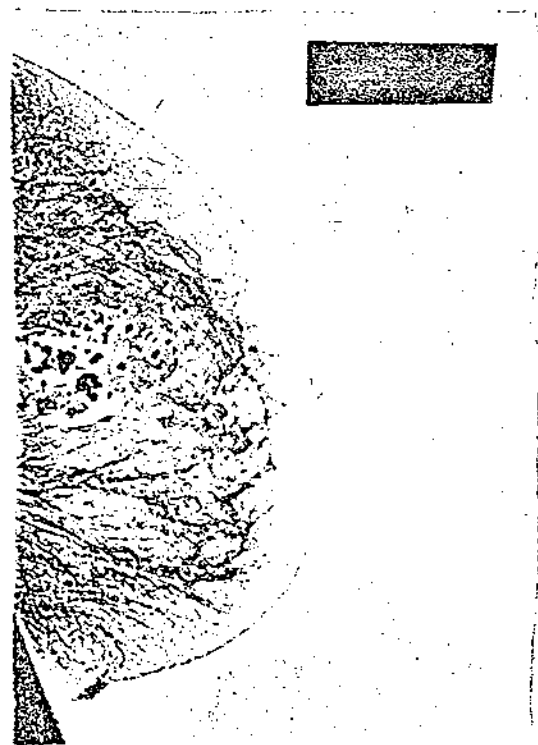
Εικ. 21 Συρρέουσες μικροακανθώσεις. Σημείο κακοήθειας.



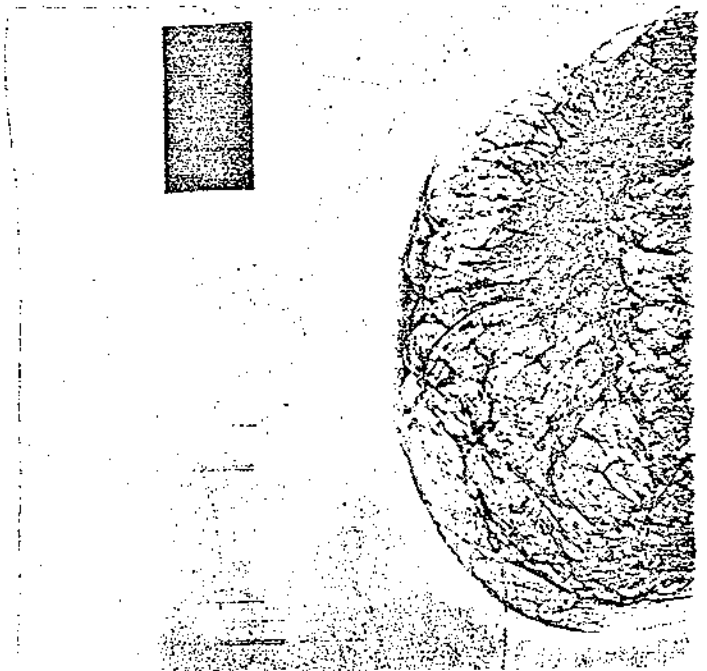
Εικ. 22 Καρκίνος μαστού.



Εικ. 23. Άδρες αποτιτανώσεις. Σημείο καλοήθειας.



Εικ. 24 Άδρες διάσπαρτες αποτιτανώσεις. Σημείο καλοήθειας.



Εικ. 25. Καρκίνος: είναι εμφανής η πάχυνσις του δέρματος.

## ΒΙΟΨΙΑ

Εφόσον ανευρεθεί όγκος ή ογκίδιο ύποπτο στην κλινική εξέταση ή τη μαστογραφία, πρέπει πάντοτε να γίνεται χειρουργική εξαίρεση επί υγιούς βάσεως και βιοψία αυτού.

Σε ορισμένες περιπτώσεις μεγάλων όγκων μπορεί να γίνεται σφηνοειδής βιοψία (incisional biopsy). Εξαίρεση και βιοψία ενός ογκιδίου μπορεί να μη γίνει, εφόσον πρόκειται σαφώς για μικρό λιναδένωμα και η γυναίκα είναι κάτω των 25 ετών (σπάνια κακοήθεια) ή εάν πρόκειται για κύστη, το υγρό της οποίας, δεν είναι αιματηρό (μετά παρακέντηση).

Ο τρόπος εξαίρέσεως ογκιδίου εξαρτάται από την εμπειρία του ιατρού. Πάντως σε υποπτους για καρκίνο όγκους η εξαίρεση πρέπει να είναι οξεία (με νυστέρι) και ευρεία (επί υγιούς βάσεως) Είναι βαρύτερο σφάλμα να μένει τμήμα του όγκου μέσα στο μαστό μετά βιοψία.

Η Παρακέντηση μόνο υποβοηθητικό διαγνωστικό ρόλο έχει (κυστικό ή συμπαγές), η δε κυτταρολογική εξέταση του υγρού ή των κυττάρων μόνο υποψία μπορεί να θέσει (κακοήθεια ή καλοήθεια), με κανένα δε τρόπο δεν εμποδίζει τη διενέργεια της χειρουργικής εξαίρέσεως ενός ογκιδίου.

### Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και της συμπεριφοράς

Η εξέταση του μαστού μπορεί να αποκαλύψει:

- 1) Ορώδη ή αιματηρά έκκριση
- 2) Ανώδυνο, σκληρό μη κινητό ογκίδιο
- 3) Ερυθρότητα, υπεραιμία ανομοιόμορφο οίδημα. Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού, στα εντυπώματα του οπίου αντιστοιχούν οι πόροι των τριχών και των σμηγματογόνων αδένων.
- 4) Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού
- 5) Εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα.
- 6) Εισολκή της θηλής - οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή.
- 7) Ορώδη ή αιματηρά έκκριση θηλής
- 8) Ακίνητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων (σε προχωρημένο στάδιο)
- 9) Εξάλκωση κατά τη θηλή - οφείλεται στην αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξαιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων και της ταχύτατης ανάπτυξης της μάζας.
- 10) Πόνος συνήθως απουσιάζει, εκτός από τα προχωρημένα στάδια.

### Αντιμετώπιση

Εφόσον διαγνωσθεί ή υπάρχει υποψία για καρκίνο του μαστού, η ασθενής υποβάλλεται σε ένα προεγχειρητικό ή προ-θεραπευτικό έλεγχο.

Ο έλεγχος αυτός έχει σκοπό : α) της προθεραπευτική εκτίμηση της γυναίκας (για χειρουργική επέμβαση, ακτινοβολία, χημειοθεραπεία κλπ.) και β) την εκτίμηση της γενικής κατάστασής του οργανισμού, που θα εκτιμηθεί και συγκριτικά στο μέλλον κατά τη διάρκεια της παρακολουθήσεως.

Κάτω από αυτό το πρίσμα, ο προ-θεραπευτικός έλεγχος περιλαμβάνει πλήρες ιστορικό και κλινική εξέταση κατά συστήματα, ακτινογραφία θώρακα (και πλάγια), γενική εξέταση αίματος και ούρων, βιοχημικό έλεγχο ήπατος (αλκαλική φωσφατάση, τρανσαμινάση, λευκώματα, ασβέστιο, χολερυθρίνη, χρόνο προθρομβίνης, γ-GT) σπινθηρογράφημα οστών και ήπατος και μαστογραφία.

Ιδιαίτερη σημασία έχει τα τελευταία χρόνια η εκτίμηση και συγκριτική αξιολόγηση των βιολογικών δεικτών.

Σε ορισμένες περιπτώσεις γίνονται και άλλες ειδικότερες εξετάσεις, όπως αξονική τομογραφία, σπινθηρογράφημα εγκεφάλου, και λεμφοσπινθηρογράφημα αδένων της έσω μαστικής.

### Θεραπεία

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει τρεις στόχους: α) τον τοπικό και περιοχικό (επιχώριοι λεμφαδένες) έλεγχο του όγκου β) την επιβίωση, γ) την αποδοχή της πραγματικότητας από την ασθενή

Είναι φανερό ότι η τοπική θεραπεία (εγχείρηση, θωρακικού τοιχώματος και των επιχωρίων λεμφαδένων από τον όγκο. Δεν μπορεί όμως κανείς να είναι σίγουρος για την πλήρη αποστείρωση του όγκου, εκτός εάν κατά τη διάρκεια της παρακολούθησής του δεν παρουσιασθεί κάποια καρκινική εστία στην περιοχή που θεραπεύτηκε. Εάν εμφανισθεί κάποια καρκινική εστία, τότε αυτό λέγεται τοπική υποτροπή και αποτελεί το μέτρο αποτυχίας της εφαρμοσθείσας τοπικής θεραπείας.

Είναι γνωστό ότι 40% των γυναικών με μη ψηλαφητούς μασχαλιαίους λεμφαδένες, παρουσιάζουν υποτροπή στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Επομένως μπορεί να θεωρηθεί ότι τα 2/3 των ασθενών με μεταστάσεις στους λεμφαδένες δεν παρουσιάζουν κλινική εκδήλωση της νόσου στη μασχάλη.

Επίσης έχει αποδειχθεί ότι 15% των ασθενών που υπεβλήθησαν σε απλή μαστεκτομία παρουσιάζουν πολυεστιακή ανάπτυξη του όγκου σε άλλα τεταρτημόρια. Ενώ σε γυναίκες που υπέστησαν τμηματεκτομή για καρκίνο του μαστού, μόνο ένα 5% ανέπτυξαν άλλη εστία στον υπολειπόμενο μαστό. Και στις περιπτώσεις αυτές τα 2/3 των ασθενών δεν ανέπτυξαν κλινική ένδειξη υποτροπής.

Είναι γνωστό επίσης ότι πολλές γυναίκες πεθαίνουν από απομακρυσμένες μεταστάσεις μετά μεγάλο χρονικό διάστημα από την τοπική θεραπεία (10, 20 και 30 χρόνια), χωρίς να παρουσιάσουν τοπική υποτροπή.

Επομένως είναι εμφανής ο πιθανός ρόλος του ανοσολογικού συστήματος και της ανοσολογικής εποπτείας στον καρκίνο του μαστού ο οποίος μάλιστα θεωρείται από πολλούς λογενούς προελεύσεως.

Οι περισσότεροι συμφωνούν ότι για να αξιολογηθεί η επιβίωση απαιτείται 10 ετής περίοδος, ενώ άλλοι, επειδή οι περισσότερες τοπικές ή περιοχικές υποτροπές συμβαίνουν τα πρώτα 5 χρόνια μετά την αρχική θεραπεία, προτείνουν σαν υπολατάστατο της 10ετούς επιβίωσης το 5ετές ελεύθερο νόσου χρονικό διάστημα. Η κυριότερη αντίρρηση στο να λαμβάνεται ως μέτρο αξιολογήσεως της τοπικής θεραπείας η επιβίωση, είναι ότι αυτή δεν αντιπροσωπεύει το αποτέλεσμα της τοπικής θεραπείας, αλλά εξαρτάται ευθέως από την ύπαρξη υποκλινικών απομακρυσμένων μεταστάσεων (συστηματικής νόσου) τη στιγμή της εφαρμογής της τοπικής θεραπείας.

Επομένως η επιβίωση εξαρτάται περισσότερο από την επιλογή των περιπτώσεων, παρά από την εφαρμοσθείσα τοπική θεραπεία.

Το ελεύθερο νόσου χρονικό διάστημα (5ετές ή και 10ετές) αντικατοπτρίζει και αξιολογεί καλύτερα την εφαρμοσθείσα θεραπεία,



χωρίς αυτό να σημαίνει ότι κύριος στόχος της θεραπείας δεν παραμένει η επιβίωση.

Παλαιότερα με βάση τις θεωρίες του Halstead και άλλων έμπειρων χειρουργών του μαστού η θεραπεία του καρκίνου του μαστού εστιζόταν σε ορισμένες αρχές που περιγράφονται πιο κάτω. Τα τελευταία χρόνια ο Fisher αναθέωρησε τις υποθέσεις του Halstead μετά από την μεγάλη κλινική έρευνα με την συνεργασία 34 Πανεπιστημίων των ΗΠΑ.

### Υπόθεση Halstead

1. Οι όγκοι μεθίστανται κατά καθορισμένο τρόπο, ο οποίος βασίζεται σε μηχανικές συνθήκες
2. Τα κύτταρα των όγκων διέρχονται δια των λεμφαγγείων στους λεμφαδένες με κατευθείαν επέκταση, πράγμα που δίνει την αξία σε "en block" εξαίρεση των λεμφαδένων.
3. Ο θετικός λεμφαδένας είναι δείκτης της διασποράς του όγκου και η κυρία αιτία της απομακρυσμένης μεταστάσεως.
4. Οι επιχώριοι λεμφαδένες αποτελούν φραγμό για τη διόδο των καρκινικών κυττάρων
5. Οι επιχώριοι λεμφαδένες έχουν ανατομική σημασία.
6. Το αίμα (ροή του αίματος) έχει περιορισμένη σημασία για τη διασπορά του όγκου.

### Υπόθεση Fisher

1. Δεν υφίσταται καθορισμένος τρόπος διασποράς των όγκων.
2. Τα κύτταρα των όγκων διέρχονται με εμβολιασμό τα λεμφαγγεία, θέτουν έτσι εν αμφιβόλω την αξία της "en block" εξαίρεσεως των λεμφαδένων.
3. Ο θετικός λεμφαδένας είναι περισσότερο ένας δείκτης της σχέσεως όγκου-ξενιστή, η οποία επιτρέπει την ανάπτυξη μιας μετστάσεως, παρά η αιτία μιας απομακρυσμένης μετστάσεως.
4. Οι επιχώριοι λεμφαδένες δεν είναι φραγμός στα καρκινικά κύτταρα.
5. Οι επιχώριοι λεμφαδένες έχουν βιολογική σημασία.
6. Το αίμα (ροή αίματος) παίζει σημαντικό ρόλο στη διασπορά του όγκου.

7. Ο όγκος είναι αυτόνομος από τον Ξενιστή

8. Ο χειρουργήσιμος καρκίνος του μαστού είναι τοπική νόσος.

9. Η έκταση και ο τρόπος της χειρουργικής επέμβασης είναι οι κύριοι παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την επιβίωση.

7. Κάθε φάση της πορείας της νόσου επηρεάζεται από τη σχέση του συμπλέγματος όγκος-Ξενιστής.

8. Ο χειρουργήσιμος καρκίνος του μαστού είναι συστηματική νόσος.

9. Η ποικιλία της τοπικής ή περιοχικής θεραπείας δεν είναι ικανές να επηρεάσουν την επιβίωση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

## ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

### 1. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πριν από αρκετό χρονικό διάστημα η μόνη αποδεκτή εγχείρηση ήταν η ριζική μαστεκτομία και σε ορισμένες περιπτώσεις η υπερριζική μαστεκτομία. Σκοπός ήταν η εξαίρεση όλων των ιστών του μαστού, με την σκέψη ότι ο καρκίνος του μαστού ήταν μια τοπική νόσος.

Τα τελευταία 30 χρόνια άρχισαν να εφαρμόζονται συντηρητικότερες χειρουργικές μέθοδοι με συνδυασμό τοπικής ακτινοβολήσεως, όταν κρίεται αναγκαία.

Στη συνέχεια αναλύονται οι κυριότερες εγχειρητικές μέθοδοι στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

#### **ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΙΑ**

Συνιστάται στην εξαίρεση του μαστού, των θωρακικών μυών (μειζων και ελάσσων μυς) ως και των αδένων της μασχάλης. Η ριζική μαστεκτομία αποτελεί τη δεύτερη σε σειρά συχνότητας εφαρμοζόμενη μέθοδο χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού, μετά την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομία. Το 1972 αποτελούσε το 45% των εγχειρήσεων για καρκίνο του μαστού, ενώ το 1977 το 22% σύμφωνα με στοιχεία του Αμερικανικού Κολλεγίου, Χειρουργών.

Εφόσον οι αδένες είναι θετικοί, η ριζική μαστεκτομία μόνη θεωρείται εντελώς ανεπαρκής. Το 65% των γυναικών με όγκους μέχρι 2 εκ. και περισσότερους από 4 θετικούς λεμφαδένες ανέπτυξαν τοπική ή συστηματική υποτροπή στα 5 χρόνια, ενώ όταν ο όγκος είναι 3 εκ. το ποσοστό υποτροπής είναι γύρω στο 85-90%.

Όταν οι αδένες είναι αρνητικοί το ποσοτό υποτροπής πέφτει στο 25%. Τελευταίες έρευνες δείχνουν στα 7 χρόνια μετά από ριζική μαστεκτομή με αρνητικούς λεμφαδένες παρουσιάζουν υποτροπές σε ποσοστό 17%, ενώ με θετικούς λεμφαδένες σε ποσοστό 57% των περιπτώσεων.

#### ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΙΑ

Η εγχείρηση εκτός από το μαστό, τους μύς και τους μασχαλιαίους λεμφαδένες, περιλαμβάνει και την εξαίρεση των αδένων της έσω μαστικής. Τα αποτελέσματα της όμως είναι πτωχά και λίγοι χειρουργοί τη συνιστούν.

#### ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΙΑ

Συνιστάται στην εξαίρεση του μαστού, των λεμφαδένων της μασχάλης και του ελάσσονος θωρακικού μύος και διατήρηση του μείζονος θωρακικού μύος. Το 1942 τροποποιημένη ριζική μαστεκτομία έγινε στο 26% των περιπτώσεων στις ΗΠΑ ενώ το 1977 το ποσοστό ανήλθε σε 58% και κατέστη η πρώτη μέθοδος χειρουργικής θεραπείας.

#### ΑΠΛΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΙΑ

Η εγχείρηση συνιστάται στην αφαίρεση μόνο του μαστού και όχι των λεμφαδένων, γίνεται στα μικρά στάδια (I ή II) και εφόσον η μασχάλη είναι κλινικώς αρνητική.

#### ΤΜΗΜΑΤΕΚΤΟΜΙΑ

Η ογκεκτομία με καθαρισμό της μασχάλης. Η πρώτη συνιστάται στην αφαίρεση του άμοριου που βρίσκεται ο όγκος και η δεύτερη στην εξαίρεση του όγκου επί υγιούς βάσεως (2-5 εκ. υγιούς ιστός γύρω από τον όγκο). Ακολουθεί από την ίδια ή άλλη τομή εξωτερική ακτινοβολήση.

Οι συντηρητικές εγχειρήσεις έχουν αρχίσει και εφαρμόζονται όλο και περισσότερο από τους Ογκολόγους.

Η εγχειρητική επέμβαση αντεδεικνύεται στις παρακάτω καταστάσεις:

- α) φλεγμονώδης καρκίνος
- β) Οίδημα του μέλους
- γ) Παραστερνικός όζος
- δ) Εκτεταμένο λεμφικό οίδημα του μαστού
- ε) Εξάλκωση του δέρματος
- ς) Διήθηση του θώρακος υπό του όγκου.

## 2. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θέση της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου μαστού είναι ουσιαστική. Αναλύεται σαν:

- α) κύρια θεραπεία του καρκίνου μαστού
- β) Συμπληρωματική θεραπεία μετά μαστεκτομή
- γ) κύρια θεραπεία για την αντιμετώπιση τοπικά προχωρημένου καρκίνου μαστού και
- δ) θεραπεία μεταστατικής νόσου (ανακουφιστική).

## ΚΥΡΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ακτινοθεραπεία εδώ φιλοδοξεί να αντικαταστήσει την μαστεκτομή. Πιστεύεται δηλ. ότι μετά από μια πολύ συντηρητική εγχείρηση ή και μετά από απλή βιοψία, ακτινοθεραπεία που εφαρμόζεται στον υπόλοιπο μαστό, είναι ικανή να αποτρέψει την εμφάνιση τοπικής υποτροπής και οι ασθενείς να έχουν την ίδια επιβίωση, όπως μετά από μαστεκτομή. Πρέπει να τηρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις:

α. Η μέθοδος να εφαρμόζεται σε αρχικά στάδια T1-T2, N0, M0.

Η χειρουργική εκτομή πρέπει να γίνεται με μεγάλη σχολαστικότητα.

β. Η ακτινοθεραπεία πρέπει να γίνεται από έμπειρα χέρια και σε κέντρα με σύγχρονο εξοπλισμό. Απαιτείται εξωτερική ακτινοβολία με υπερδυναμική δάσμη για την ακτινοβολήση ολοκλήρου του μαστού και των περιοχικών λεμφαδενικών περιοχών του και επιπρόσθετη ακτινοβολήση του υπόβαθρου του όγκου.

γ. Δια της βιοψίας πρέπει να αφαιρείται ολόκληρος ο όγκος και όχι μέρος αυτού.

δ. Δια της ίδιας ή άλλης τομής να γίνεται δειγματοληψία της μασχάλης. Δεν γίνεται λεμφαδενικός καθαρισμός διότι δημιουργείται οιδημα του συστοίχου άνω άκρου.

### **ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΤΑ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ**

Καθιερώθηκε αμέσως αφού κατέστει αντιληπτό ότι λεμφαδενικές μεταστάσεις του καρκίνου μαστού αφορούσαν όχι μόνο του μασχαλιαίους, αλλά και τους αδένες της έσω μαστικής αρτηρίας ως επίσης και της υπερκλειδίου και υποκλειδίου περιοχής.



## Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται ασθενείς με όγκους T3β-T4 N2, N3. Η θεραπεία αποτελεί ακόμα δυσεπίλυτο πρόβλημα. Οι τοπικές υποτροπές είναι πιο συχνές. Σύγχρονες θεραπευτικές τάσεις περιλαμβάνουν υψηλές δόσεις ακτινοβολίας και ακολούθως εμφύτευση ραδιενεργών πηγών. Εάν δεν επιτευχθεί πλήρης ύφεση πρέπει να θεωρηθεί το ενδεχόμενο της μαστεκτομής.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σε οστικές μεταστάσεις προκειμένου να προκληθεί ύφεση του άλγους.

Σημαντικότερη είναι η προσφορά της ιονίζουσας ακτινοβολίας στον τοπικό και περιτοχικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού σε όλα τα στάδια θεωρητικά δόση 4000 rads αποστειρώνει μικροσκοπικές εστίες, δόση 5000-5500 rads μακροσκοπικές εστίες και 7-8000 rads είναι δυνατόν να αποστειρώνουν όγκους μεγάλης διαμέτρου.

Η ακτινοβολία του μαστού ΕΞ αποστάσεως γίνεται με ακτινοβολία γ ή σωματιδιακή β.

Η εφαρμογή της ΕΞ επαφής ακτινοβολήσεως με εμφύτευση ραδιενεργού Ir γίνεται επειδή η δόση στην περιοχή του όγκου αυξάνεται σημαντικά στις 8-9000 rads, με αποτέλεσμα την πλήρη αποστείρωση της περιοχής από καρκινικά κύτταρα.

### 3. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σε ορμονοεξαρτώμενα καρκινώματα του μαστού εφαρμόζεται ορμονοθεραπεία, με την οποία πολλές φορές κατορθώνεται να σταματήσει ή να υποχωρήσει σημαντικά η ανάπτυξη του όγκου.

Η ορμονοθεραπεία γίνεται είτε με την εξωτερική χορήγηση ορμονών είτε με εγχειρητική εξαίρεση ορισμένων ενδοκρινών αδένων, όπως των ωθηκών, των επινεφριδίων και της υπόφυσης, για εξουδετέρωση ή και εξαφάνιση από την κυκλοφορία των ορμονών εκείνων που ασκούν επίδραση πάνω στην ανάπτυξη του καρκίνου.

Το είδος της ορμονικής θεραπείας που θα εφαρμοστεί εξαρτάται από την ηλικία της άρρωστης.

#### Αμφοτερόπλευρη σαλπγγο-ωθηκεκτομή

- Είναι η μέθοδος εκλογής της αρχικής θεραπείας, όταν η γυναίκα βρίσκεται στην προεμμηνόπαυσιακή ηλικία και έχει μεταστατικό καρκίνο μαστού.
- Η ύφεση διαρκεί από 3 μήνες μέχρι αρκετά χρόνια.
- Εάν εμφανιστούν σημεία επαναδραστηριοποίησης του όγκου, γίνεται παραπέρα ενδοκρινική θεραπεία (υποφύσεκτομή ή επινεφριδεκτομή).

#### β. Υποφύσεκτομή

- Γίνεται σε άρρωστες που βρίσκονται στην μεταεμμηνόπαυσιακή ηλικία και έχουν μεταστατικό καρκίνο μαστού.
- Η ύφεση διαρκεί από 6 μήνες μέχρι αρκετά χρόνια (κατά μέσο όρο 1 1/2).
- Σε εμφάνιση σημείων επαναδραστηριοποίησης της αύξησης του όγκου, εφαρμόζεται στην άρρωστη κυτταροτοξική χημειοθεραπεία.

γ. Επινεφριδεκτομή

- Η αμφοτερόπλευρη επινεφριδεκτομή συνδυάζεται συνήθως με αμφοτερόπλευρη σαλπγγο-ωθηκεκτομή.
- Συνήθως συνιστάται σε άρρωστες που βρίσκονται στην μεταεμμηνοπαυσιακή ηλικία και έχουν μεταστατικό καρκίνο μαστού.
- Η ύφεση διαρκεί από 6 μήνες μέχρι αρκετά χρόνια (1 χρόνο).
- Γυναίκες στις οποίες έγινε ωθηκεκτομή και επινεφριδεκτομή και εμφανίζουν σημεία υποτροπής, υποβάλλονται σε κυτταροτοξική χημειοθεραπεία.

δ. Ορμόνες

- Οιστρογόνα

Πιο συχνά χορηγούνται σε γυναίκες που εμφάνισαν καρκίνο 5 ή περισσότερα χρόνια μετά την εμμηνόπαυση και εμφανίζουν υποτροπή του καρκίνου του μαστού.

Η διδιθυλική στιλβεστρόλη και η αιθυλική οιστραδιόλη είναι τα πιο συνηθισμένα οιστρογόνα που χρησιμοποιούνται.

Οι υφέσεις διαρκούν 3 μήνες μέχρι μερικά χρόνια (1 χρόνο).

Με την αρχική έξαρση της νόσου, η ορμονική θεραπεία διακόπτεται αμέσως. Η υποτροπή της νόσου μετά από ύφεση αντιμετωπίζεται με υποφυσεκτομή ή επινεφριδεκτομή.

- Ανδρογόνα

Χρήσιμα στο 20% των γυναικών που βρίσκονται στην μεταεμμηνοπαυσιακή ηλικία.

Οι υφέσεις διαρκούν 6 μήνες περίπου.

Σε περίπτωση που η χορήγηση των ανδρογόνων δεν φέρει κανένα ευνοϊκό αποτέλεσμα, δοκιμάζεται άλλο είδος ορμονοθεραπείας.

Παρενέργειες:

α) Κατακράτηση νερού, που προλαμβάνεται με περιορισμό του νατρίου της διαίτας και χρήση διουρητικών.

β) Αρρενοποίηση

- Κορτικοστεροειδή (prednison, dexamethasone).

Είναι χρήσιμα σε συνδυασμό με:

- 1) Ακτινοθεραπεία σε άρρωστες με μεταστάσεις στον εγκέφαλο.
- 2) Κυτταροτοξική χημειοθεραπεία σε άρρωστες με προχωρημένες μεταστάσεις στο ήπαρ και στον πνεύμονα.

#### 4. ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Η συστηματική θεραπεία με κυτταροστατικά φάρμακα αποτελεί σημαντικό παράγοντα της αυξήσεως του ποσοτού επιβιώσεως των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Μπορεί να είναι μονοθεραπεία (με ένα φάρμακο) ή πολυχημειοθεραπεία (συνδυασμός 2 μέχρι επτά φαρμάκων), μπορεί να είναι προφυλακτική ή θεραπευτική.

Η προφυλακτική χημειοθεραπεία γίνεται συνήθως σε γυναίκες προεμμηνοπαυσιακές με διηθημένους λεμφαδένες. Συνήθως αποτελείται από 6-12 σχήματα CMF (Endoxan, Methotrexate, 5-Fluorurakil) υπάρχει βέβαια πληθώρα άλλων σχημάτων, τα οποία εφαρμόζονται, αλλά το CMF είναι το πιο γνωστό και καλύτερα διερευνημένο χημειοθεραπευτικό σχήμα.

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μια επίπονη αγωγή, λόγω της μακράς διάρκειας των συχνών επιπλοκών και της αυξημένης νοσηρότητας. Πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα και να γίνεται προσπάθεια να εφαρμοσθεί το 100% της δόσεως των φαρμάκων προκειμένου να υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Τα αποτελέσματα της θεραπείας είναι πολύ δύσκολο να συγκεκριμενοποιηθούν. Για το στάδιο I το 10 ετές ελεύθερο νόσου διάστημα κυμαίνεται μεταξύ 50-90% για το στάδιο II γύρω στο 40-70% για το στάδιο III στο 10-20% και για στάδιο IV είναι 0-5%.

### ΤΟ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ ΜΕΤΑ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η ριζική μαστεκτομή παρακολουθείται, είτε αμέσως μετεγχειρητικώς είτε αργότερα, για λεμφοίδημα του συστοίχου άνω άκρου. Η συχνότητα εμφάνισης του λεμφοιδήματος αυτού ποικίλλει κατά διάφορες στατιστικές, όπως επίσης διαφέρει και ο βαθμός βαρύτητας του λεμφοιδήματος.

Για τον ασθενή, εκτός της αισθητικής πλευράς, το λεμφοίδημα προκαλεί λειτουργικές διαταραχές και ψυχικά προβλήματα, η δε αντιμετώπισή του είναι αρκετά δυσχερής, η παραμονή του εγκυμονεί κινδύνους αναπτύξεως λεμφαγγειοσαρκώματος.

Αιτιολογία: Δεν είναι γνωστός ο ακριβής αιτιοπαθογενετικός μηχανισμός της αναπτύξεως του λεμφοιδήματος, αλλά οι δυο βασικότεροι παράγοντες οι ευνοούντες την ανάπτυξη του λεμφοιδήματος αυτού είναι η λεμφική στάση και η φλεγμονή.

Η λεμφική στάση είναι αποτέλεσμα είτε του χειρουργικού καθαρισμού της μασχάλης κατά την διάρκεια της ριζικής μαστεκτομής και η μετά του αδένος αφαίρεση των επιχωρίων λεμφογαγγλίων, είτε η δι ακτινοβολίας καταστροφή αυτών και η ανάπτυξη ινώδους-ουλώδους ιστού. Κατά καιρούς έχουν επίσης ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη λεμφοιδήματος η φλεβική στάση (συνέπεια απολινώσεως, διατομή, αποφράξεως, πύεσεως, θρομβοφλεβίτιδος της μασχαλιαίας φλέβας) η παχυσαρκία, και η πρεστική μετεγχειρητική επίδραση

Θεραπεία: Δυστυχώς η πρόγνωση του λεμφοιδήματος μετά μαστεκτομή δεν είναι καλή. Η σωστή πρόληψη είναι περιορισμός της εκτάσεως της εγχειρήσεως και καταφυγή μάλλον προς την συντηρητική ριζική-μαστεκτομή. Απαραίτητο είναι να προειδοποιήσουμε την ασθενή προς αποφυγή κάθε κινδύνου που μπορεί να τους εκθέσει σε φλεγμονές.

Τέλος το ήπιο λεμφοίδημα αντιμετωπίζεται με σχετική ευκολία (έλεγχος φλεγμονής, διευρέως φάσματος αντιβιοτικών ελαστική ή διααεροθαλάου περίδεση του άκρου, κινητοποίηση και φυσικοθεραπεία) οι δε χειρουργικές μέθοδοι επιφυλάσσονται για τις βαρύτερες μόνο περιπτώσεις και μάλιστα με σχετική επιτυχία. Χρησιμοποιούμε επίσης μικρές δόσεις διουρητικών φαρμάκων.

Το μετεγχειρητικό λεμφοίδημα, αφού αποκλείσει κανείς την τοπική υποτροπή θα μπορούσε να ταξινομηθεί σε δυο τύπους:

1) το αμέσως μετά την εγχείρηση, 2) το δευτεροπαθές μήνας ή χρόνος μετά την εγχείρηση, το οποίο εμφανίζεται ως αποτέλεσμα φλεγμονής ή λοίμωξης του μέλους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

✓

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

Αν υπάρχουν ομάδες αρρώστων που η φροντίδα τους αποτελεί πρόκληση για τη νοσηλευτική εξαιτίας των πολλών και δύσκολων προβλημάτων-ιδιαίτερα ψυχολογικών σε αυτή την περίπτωση- που τους δημιουργεί η νόσος και η θεραπευτική της αντιμετώπιση, μια τέτοια ομάδα είναι οι γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή.

Η εμφάνιση της νοσηλευτικής, σαν επάγγελμα, προσδιορίζει την ύπαρξη συγκεκριμένης ανάγκης για φροντίδα υγείας. Σε μια σύνθετη κοινωνία, όπως η σημερινή, η νοσηλευτική αποτελεί μέρος ενός συστήματος φροντίδας υγείας και διαφοροποιείται και εξειδικεύεται σε μοναδικός ρόλος.

Η νοσηλευτική είναι μια πολύπλοκη ανθρώπινη δραστηριότητα που βοηθά το άτομο, την οικογένεια ή την κοινότητα στην προαγωγή και διατήρηση εκείνων των δραστηριοτήτων που συμβάλουν στη διατήρηση της υγείας και ευεξίας, με ειδική αναφορά στην καλυψη των βασικών βιολογικών, ψυχικών και κοινωνικών αναγκών.

Η νοσηλευτική παρεμβαίνει όταν υπάρχουν ελλείψεις στην ικανότητα αυτοφροντίδας και εκτιμά:

1. Την έκταση των ελλείψεων.
2. Το βαθμό στον οποίο το άτομο, η οικογένεια ή η κοινότητα μπορούν να συμπληρώσουν τις ελλείψεις.
3. Την έκταση στην οποία είναι απαραίτητη η παρέμβαση της.

Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σύμφωνα με τις αρχές της διεργασίας επίλυσης προβλημάτων παίρνει συγκεκριμένες μορφές έργου ανάλογα με το είδος της ανάγκης, την έντασή της, τις δυνατότητες αντίδρασης του το χώρο που βρίσκεται ο άρρωστος, το είδος των ιατρικών παρεμβάσεων, τις διηλικές σταθερές του αρρώστου κα



Παραμένοντας δίπλα στον άρρωστο όλο το 24ωρο ο νοσηλευτής έχει σαν αποστολή:

1. Τη μελέτη των αναγκών του ατόμου
2. Την έκτιμηση των δυνατοτήτων κάλυψης του με αυτοφροντίδα ή με βοήθεια από το περιβάλλον του.
3. Την κάλυψη των αδυναμιών με νοσηλευτικές φροντίδες
4. Την επαναφορά του στη φυσιολογική κατάστασή και αυτονομία
5. Την εξασφάλιση συνθηκών από πλευράς ατόμου και περιβάλλοντος ώστε να διευκολυνθεί το διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο.
6. Τη νοσηλεία του αρρώστου κάτω από συνθήκες ασφάλειας και αξιοπρέπειας και την παροχή συναισθηματικής κάλυψης για μείωση του άγχους εξαιτίας της νόσου και των συνεπειών της.

Εξάλλου, μέσα στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας, που παρέχεται κατά τρόπο συνεχή δίπλα στον άρρωστο εμπίπτουν και όλες οι θεραπευτικές εφαρμογές που αποφασίζονται από τους θεράποντες γιατρούς. Και είναι αναμφισβήτητο γεγονός ότι πλημμελής εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος (παραλήψεις, αμέλειες, σφάλματα) αντανάκλουν στο αποτέλεσμα των ιατρικών παρεμβάσεων.

Ο νοσηλευτής, επομένως, έχει έμμεση αλλά και άμεση συμμετοχή στο ιατρικό θεραπευτικό έργο.

Οι νοσηλείες που αποφασίζονται από τους θεράποντες γιατρούς περιλαμβάνονται στη νοσηλευτική φροντίδα για την εφαρμογή τους.

Η παρακολούθηση του αρρώστου γίνεται υπεύθυνα από το νοσηλευτή, που μεταφέρει πολύτιμες πληροφορίες του στο γιατρό και στους άλλους επαγγελματίες υγείας.

Και τώρα, μέσα στο πλαίσιο που δημιουργήσαμε ας δούμε τα ψυχοκάπροβλήματα της άρρωστης με Ca μαστού και την νοσηλευτική της αντιμετώπιση.

## ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ

1. Ψυχολογικά προβλήματα
  - α) Αδυναμία αποδοχής της διάγνωσης του καρκίνου
  - β) Θυμός, σύγχυση, κατάθλιψη
  - γ) Φόβος θανάτου
2. Μεταβολή του σωματικού ειδώλου, απώλεια της θυληκότητας και της αυτοεκτίμησης.
3. Προβλήματα σχέσεων με την οικογένεια και το σύζυγο
4. Προβλήματα χρονιότητας της νόσου
5. Προβλήματα από μεταστάσεις του καρκίνου.

Οι αντικειμενικοί σκοποί αποβλέπουν:

- α. Στην βοήθεια να αποδεχθεί η άρρωστη τη διάγνωση του καρκίνου και την απώλεια του μαστού.
- β. Ελαχιστοποίηση της αγωνίας και του άγχους.
- γ. Βοήθεια της άρρωστης και της οικογένειάς της να αποδειχθούν την πραγματικότητα.
- δ. Μείωση του κινδύνου υποτροπής της νόσου.

## ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η προεγχειρητική παρέμβαση περιλαμβάνει την:

- α. Ψυχολογική προετοιμασία
- β. Την σωματική τόνωση
- γ. Τις ειδικές και γενικές εξετάσεις
- δ. Την καθαριότητα του ασθενούς
- ε. Την εξασφάλιση καλού ύπνου
- στ. Την προετοιμασία και εκπαίδευση της ασθενής σε μετεγχειρητικές ασκήσεις.

Η εισαγωγή του και μόνο ιδιαίτερα σε αντικαρκινικό Νοσοκομείο αποτελεί προσωπική οδυνηρή εμπειρία. Σε αυτή την κρίσιμη καμπή της ζωής του επιχειρείται η πρώτη άμεση επαφή μαζί του.

Για να μάθουμε το πως θα βοηθήσουμε τον άρρωστο, θα πρέπει πρώτα να μάθουμε να ακούμε τον άρρωστο. Ακούω με προσοχή σημαίνει αφιερώνω χρόνο, ολοκληρωτική συγκέντρωση της προσοχής και ευαισθησία για τα προβλήματα και τις εμπειρίες τόσο του ατόμου όσο και της οικογένειάς του.

Ανάλογα με την ψυχοσωματική κατάσταση, το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο, το βαθμό επίγνωσης της νόσου, τις προσδοκίες του αρρώστου και την αναμενόμενη συνεργασία από το περιβάλλον, σχεδιάζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αποβλέπουν σε:

- 1) Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης και βοήθεια στο να διασκορπίσει τα αισθήματα φόβου με:
  - α) Ακρόαση των ανυσηχιών
  - β) Έμφαση στον σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης και στη χρήση τεχνητού μαστού.
  - γ) Αναζήτηση της υποστήριξης του συζύγου.

δ) Ευθάρρυνση και διαβεβαίωση

2. Βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας του μαστού. Κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στην μαστεκτομή, γι αυτό και η νοσηλεύτρια προσεγγίζει κάθε γυναίκα ξεχωριστά σαν άτομο και τη βοηθά στο να εκφράσει τα αισθήματά της. Η γυναίκα μπορεί να φοβάται την απόρριψη του άνδρα της ή να νοιώθει απογοήτευση, γιατί δεν θα μπορεί να εκπληρώσει τον ρόλο της σαν μητέρα. Η υποστήριξη της άρρωστης από τον ίδιο τον άνδρα της και την οικογένειά της θα βοηθήσει πολύ σε μια τέτοια περίπτωση.

3. Μείωση του χρόνου αναμονής πριν από την εγχείρηση

α) Διαπίστωση των φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους

β) Εξασφάλιση αίματος, εάν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή

γ) Χορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης

4. Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας.

Διδασκαλία της άρρωστης και της οικογένειάς της σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων, την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστούτα αισθήματα μετά τη μαστεκτομή, τον πόνο, την δραστηριότητα και τη διορθωτική πλαστική του μαστού.

Βοήθεια της άρρωστης και της οικογένειάς της να εκφράσουν τα αισθήματά τους, τους φόβους τους και τις ανησυχίες τους.

## ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η μετεγχειρητική φροντίδα επιδιώκει:

- Αμεσα α) Την σωματική ανάνηψη
- β) Την πρόληψη επιπλοκών

Αμεσα λοιπόν έχουμε: Εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης και του σφυγμού, επισκόπηση επιδερμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας, ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη. Χορήγηση αναλγητικών μετά την ανάνηψη από την νάρκωση, για ανακούφιση του πόνου. Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης στο κρεβάτι και βαθιών αναπνοών για την πρόληψη επιπλοκών. Αποφυγή της πνευματικής επίδεσης του τραύματος για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων.

Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος. Η αναρρόφηση γίνεται με τη δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γιαυτό και θα πρέπει να αδειάζεται πριν γεμίσει τελείως. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευόμενων υγρών της συσκευής ελέγχονται και αναγράφονται.

Πρόληψη λοίμωξης : Σε μια ριζική μαστεκτομή η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας της αφαίρεσης των λεμφαδένων. Το προσβλημένο χέρι πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό και δεν θα πρέπει να γίνονται υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις ούτε φλεβοκεντήσεις, για αποφυγή εισόδου μικροβίων.

Εάν το χέρι είναι ελεύθερο τοποθετείται πάνω σε μαξιλάρι. Η βαρύτητα βοηθά την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός λεμφοιδήματος.

Εγκαιρη έγερση της άρρωστης από το κρεβάτι.

Χρήση διαίτας ανάλογα με την ανοχή και την προτίμηση της άρρωστης.

ΕΞΟΛΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ

Ενθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή χρήσιμων απαντήσεων. Ετοιμασία του συζύγου για παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης στη σύζυγο του.

Βοήθεια της άρρωστης κατά την εκτέλεση των παθητικών ασκήσεων. Οι ασκήσεις αυτές αρχίζουν 24 ώρες μετά την χειρουργική επέμβαση. Οι αρχικές ασκήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του άγκωνα, πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση των δακτύλων και γίνονται για πρόληψη των μυϊκών συσπάσεων. Η άρρωστη πιθανόν να απορρίπτει τις ασκήσεις εξαιτίας του πόνου που έχει, αλλά η νοσηλεύτρια σε αυτήν την περίπτωση, θα εξηγήσει την σπουδαιότητα των ασκήσεων.

Οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η άρρωστη να μην αισθάνεται καμιά δυσχέρεια στις κινήσεις. Η άρρωστη ενθαρρύνεται να διατηρεί κανονική θέση του σώματος της κατά την εκτέλεση των ασκήσεων. Η σωστή θέση όχι μόνο προάγει την καλή ηχανική του σώματος αλλά βοηθά και στο να φαίνεται η γυναίκα φυσιολογική.

Οι ασκήσεις που συστήνονται από τον γιατρό μετά από ριζική μαστεκτομή και που αποβλέπουν στην εξασφάλιση της πλήρους κινητικότητας της άρρωστης του ώμου της προσβλημένης πλευράς και στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μυών που έπαθαν κάκωση είναι:

- Σφίξιμο μπάλας: βοηθά στο δυνάμωμα των μυών του χεριού.
- Πέταγμα μπάλας: βελτιώνει την έκταση του προσβλημένου άκρου.
- Αναρρίχηση στον τοίχο: προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου.

- Αιώρηση χεριών: χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών.

- Κουμπωμα κουμπιών στην πλάτη (εικόνα 27).

Η άρρωστη ανεβοκατεβάζει και τα δυο της χέρια πίσω στην πλάτη σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπιά της μπλούζας της.

- Αγγιγμα μετώπου Η άρρωστη βλέπει προς τον τοίχο σε απόσταση χεριών. Οι παλάμες της τοποθετούνται στον τοίχο στο ύψος του ώμου. Η άρρωστη σιγά-σιγά γέρνει προς τον τοίχο κάμπτοντας τους άγκυρες της και επανέρχεται στην αρχική θέση τεντώνοντας τους άγκυρες.

#### Φροντίδα τραύματος

Επεξήγηση για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.

Σημείωση ότι το πρόσφατο επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση εξαιτίας της κάκωσης των νεύρων.

Ηπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.

Αναγνώριση σημείων φλεγμονής- πόνος, ευαισθησία, ερυθρότητα, οίδημα. Ηπιο μασάζ της επούλωσης τομής με βούτυρο κακάου για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος.

Επειδή στη ριζική μαστεκτομή αφαιρούνται οι λεμφαδένες και τα λεμφαγγεία, το χέρι ενδέχεται να παρουσιάσει λεμφοίδημα λόγω κακής παροχέτευσης της λέμφου.

Για την πρόληψη του λεμφοιδήματος θα πρέπει:

α) Να αποφεύγονται στο χέρι αυτό τα κοψίματα, οι αμυχές, τα τσιμπήματα, τα δήγματα εντόμων, τα εγκαύματα, γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη.

β) Οι ασκήσεις να γίνονται όπως υποδειχτήκαν.

γ) Στον βραχίονα της προσβλημένης πλευράς να γίνεται μασάζ 3 ή 4 μήνες μετεγχειρητικά για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωση του οιδήματος.

δ) Ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς να ανυψώνεται συχνά για την πρόληψη του εξαρτημένου οιδήματος.

ε) Το χέρι και η εγχειρητική περιοχή να διατηρούνται σχολαστικά καθαρά για πρόληψη της λάμψης.

στ) Να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφικτών ενδυμάτων για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.

#### Χρήση πρόσθεσης

Η άρρωστη που έχει κάνει απλή ή ριζική μαστεκτομή χρειάζεται βοήθεια στην επιλογή του τεχνητού στήθους. Αρχικά η άρρωστη συμβουλεύεται να φορέι κανονικό στήθοδεσμο που θα τον γεμίζει με ένα μαλακό υλικό που δεν θα κολλά στο τραύμα. Για να κρατηθεί η πρόχειρη αυτή πρόσθεση στην κανονική της θέση, μπορεί να προσαρτηθεί ένα κομμάτι από λάστιχο σε σχήμα V στο κάτω άκρο του στήθοδεσμου (εικ. 27). Μετά την επούλωση του τραύματος η άρρωστη ενημερώνεται για τους διάφορους τύπους πρόσθεσης που υπάρχουν στο εμπόριο.

Η πρόσθεση που θα επιλεγεί πρέπει να είναι άνετη να έχει κανονική φόρμα και το ίδιο μέγεθος, σχήμα και βάρος με το άλλο στήθος.

Ο σύζυγος ενθαρρύνεται να συνοδεύσει τη γυναίκα του στην αγορά της πρόσθεσης για ενθάρρυνση και αποδοχή.

Τονισμός σπουδαιότητας του μετα νοσοκομειακού check - up όπως:

- 1) Αξιολόγηση της επούλωσης του τραύματος
- 2) Εκτίμηση της προσπάθειας για αποκατάσταση-έλεγχος προόδου ασκήσεων
- 3) Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της πρόσθεσης
- 4) Αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής της άρρωστης
- 5) Διαπίστωση πιθανής υποτροπής



## ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

### A. Τοπική υποτροπή

#### 1. Εκτίμηση

Ογκίδιο στο θωρακικό τοίχωμα στην περιοχή της τομής

#### 2. Παρέμβαση

Ετοιμασία της άρρωστης για παραπέρα διαγνωστικές εξετάσεις

Βοήθεια στην ετοιμασία για ακτινοθεραπεία

### B. Μετάσταση σε άλλα όργανα (οστά, πνεύμονες, ήπαρ, εγκέφαλος)

#### 1. Εκτίμηση

Στα οστά οστικοί πόνοι, παθολογικά κατάγματα

Δυσκολία στη βάδιση

Απογοήτευση εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας

Στους πνεύμονες πόνος, δυσφορία, δύσπνοια

Στο ήπαρ: ασκίτης, δυσφορία, δύσπνοια, ναυτία, έμετοι, κοιλιακοί πόνοι, ανορεξία, απώλεια βάρους.

Στον εγκέφαλο: σύγχυση, διαταραχή της ισορροπίας του σώματος,

σπασμοί, παράλυση, διαταραχές όρασης

#### 2. Παρέμβαση

Στα οστά: ανακούφιση 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. Ακλινητοποίηση καταγμάτων, αν συμβούν.

ΣΤΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ: παρακέντηση θώρακα για ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια. Επειδή η παρακέντηση προκαλεί προσωρινή ανακούφιση, πιθανόν να επαναληφθεί. Χορήγηση οξυγόνου.

Στο ήπαρ: παρακέντηση κοιλίας για την ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια.

Διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.

Χορήγηση διουρητικών.

Μικρά και συχνά γεύματα

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

ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ: εξασφάλιση άνεσης, πρόληψη τραυματισμού από πτώση ή πρόκληση βλάβης κατά τη διάρκεια των σπασμών, παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών, εξασφάλιση επαρκούς διαίτας. Παροχή υγιεινής φροντίδας του σώματος.

#### Η ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Περίπου 10% των γυναικών με γενικευμένο καρκίνο του μαστού ενδέχεται να παρουσιάσουν αύξηση του ασβεστίου του αίματος, κατά το πλείστον αγνώστου αιτιολογίας. Η ακτινοθεραπεία σε οστικές μεταστάσεις, ορμονοθεραπεία, ακινησία κλπ. είναι δυνατόν να θεωρηθούν ως αιτία. Αφυδάτωση, ναυτία, λήθαργος είναι μερικά από τα συμπτώματα αλλά αν η ασθενής είναι κλινίως δεν αξιολογούνται. Πρόκειται για βαριά νόσο, η οποία αν δεν διαγνωσθεί εγκαίρως καταλήγει σε θάνατο. Βάση της θεραπείας είναι η χορήγηση υγρών, παύση χορηγήσεως ορμονών διαίτα χολήλη σε ασβέστιο, και να σταματήσει κανείς την μετακίνηση του ασβεστίου από τα οστά δια χορηγήσεως κορτιζόνης. Σε οξεία κατάσταση χορηγείται ενδοφλεβίως θειϊκό νάτριο.

### ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όταν εξετομικεύεται κυρίως από το στάδιο εξέλιξης, τον τύπο του καρκίνου, την ανοσοβιολογική άμυνα και αντίσταση, τους γενετικούς παράγοντες κλπ. Οποσδήποτε η αρχική θεραπεία έχει σχέση με την πορεία της νόσου και φαίνεται ότι οι ριζικές επχειρήσεις έχουν καλύτερα αποτελέσματα, ιδιαίτερα όταν οι αδένες της μασχάλης είναι διηθημένοι.

Ασθενείς με καρκίνο του μαστού πρέπει να παρακολουθούνται για πολλά έτη, για την πιθανότητα υποτροπής και την ανάπτυξη καρκίνου στον άλλο μαστό.

Τα χρονικά διαστήματα ανά 3-6 μήνες, η εξέταση είναι ακτινογραφία θώρακος, γενική αίματος και καθίζηση ερυθρών, αλκαλική φωσφατάση, υδροξυπρολίνη ούρων, σπινθηρογραφήματα ήπατος και οστών κ.α.

Γενικά η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού καθορίζεται από την πιθανή διήθηση των αδένων της μασχάλης και της έσω μαστικής. Οι αδένες της μασχάλης υπολογίζονται μέχρι 60 τον αριθμό. Όταν αφαιρούνται προσεκτικά από την μασχάλη και ο παθολογοανατόμος με υπομονή τους εξετάζει, βρίσκει μεταστάσεις εκεί που ενδεχομένως δεν θα υπήρχαν. Αυτό έχει προγνωστική αξία. Αλλά και η έρευνα των τριών μεσοπλευρίων κατά την πορεία της έσω μαστικής βοηθεί στην πρόγνωση γιατί επί καρκίνου έσω 3 μορίου του μαστού, μερικές φορές υπάρχουν μεταστάσεις στους αδένες της έσω μαστικής. Οι αδένες είναι μερικές φορές μικροί εντός του λίπους..

Όταν δεν είναι διληθημένοι οι αδένες της μασχάλης τότε η επιβίωση φθάνει τα 80%.

Εάν είναι διληθημένοι 1 - 3 αδένες τότε φθάνει περίπου τα 60%.

Όταν υπερβαίνουν τους 4 διληθημένους αδένες τότε είναι περίπου 30%.

Είναι δύσκολο να καθορίσει κανείς την πρόγνωση του καρκίνου του μαστού διότι πέρα των λεμφικών μεταστάσεων είναι και οι αιματογενείς οι οποίες δεν ελέγχονται από την χειρουργική και μπορεί ακόμη να υπάρχουν ακόμη και κατά την εγχείρηση.

5ετής επιβίωση καρκίνου μαστού βάση των σταδίων:

1ου σταδίου 75-80%

2ου σταδίου 65-70%

3ου σταδίου 25-50%

4ου σταδίου ουδείς

Η χειρουργική επιβίωση τεχνική φαίνεται ότι παίζει ρόλο στην επιβίωση επί καρκίνου του μαστού, γιατί οι στατιστικές είναι καλύτερες μεταξύ αυτών που έχουν ειδική εκπαίδευση στη νόσο αυτή.

ΕΙΔΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

Στόχος μου, αφού είμαι επιφορτισμένη με το θέμα " καρκίνος μαστού " είναι να δώσω μια καθαρή εικόνα του έργου του νοσηλευτή μέσα στο πλαίσιο της γενικής φροντίδας της αρρώστου με καρκίνο μαστού.

Πριν αναφερθώ σε περιπτώσεις γυναικών με Ca μαστού θα ήθελα να σημειώσω ένα πλαίσιο με τα φυσικά προβλήματα του αρρώστου με Ca μαστού και την νοσηλευτική τους αντιμετώπιση παρακάτω.

1. Ο άνθρωπος έχει ορισμένες ανάγκες τις οποίες πρέπει να καλύπτει για να διατηρεί την εσωτερική του σταθερότητα και την αρμονία με το περιβάλλον.
2. Όταν είναι υγιής καλύπτει αυτές τις ανάγκες με ομοιοστατικούς μηχανισμούς και εξωτερική συμπεριφορά (αυτοφροντίδα)
3. Η απειλή της υγείας ή η νόσος προκαλούν μεγάλες αλλαγές στις ανάγκες του ατόμου, ενώ παράλληλα, μειώνουν την ικανότητα του να τις καλύψει με αυτοφροντίδα.
4. Ο νοσηλευτής βοηθά έμμεσα ή και άμεσα στην αποκατάσταση της λειτουργίας των μηχανισμών ομοιόστασης, αφού παίρνει μέρος στην υπεύθυνη εφαρμογή μέρους του θεραπευτικού σχεδίου και έχει ευθύνη για τη στενή συνεχή παρακολούθηση και εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου. Κύρια όμως βοηθά τον άρρωστο να συμπληρώνει τις ελλείψεις στην αυτοφροντίδα και να επανακτήει τη δυνατότητα αυτοφροντίδας όπου αυτό είναι δυνατό.

Οι αντικειμενικοί σκοποί αποβλέπουν:

- α) Στην επίτευξη μιας κατάστασης σταθερότητας
- β) Στην πρόληψη και στην έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση αλλαγών στις ανάγκες.
- γ) Στην αποκατάσταση και / ή υποστήριξη της ικανότητας αυτοφροντίδας.

Οι παρεμβάσεις αφορούν:

- α) Την αρχική και συνεχή εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου
- β) Ελαχιστοποίηση της αγωνίας και του άγχους.
- γ) Βοήθεια της αρρώστου να αποδεχθεί την πραγματικότητα.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΡΩΤΗ (1η)

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ

Ιστορικό υγείας

Όνομα: Βλαστού

Ηλικία: 63 ετών, Επάγγελμα: Οικιακά

Συζυγική κατάσταση: Ανύπαντρη

Ατομικό ιστορικό: Έχει υποστεί ορισμένες χειρουργικές επεμβάσεις όπως ομφαλοκήλη, λυμώμα, χολοο υστεκτομή. Δεν έχει τεκνοποίηση, και βρίσκεται στην εμμηνόπαυση. Δεν καπνίζει.

Οικογενειακό ιστορικό: Δεν υπήρξε άτομο από την οικογένεια της με καρκίνο μαστού ή άλλη κακοήθεια.

Προηγούμενη πάθηση μαστού: Καμμία. Δεν γινόταν συχνή αυτοεξέταση μαστού. Το ανακάλυψε τυχαία και αμέσως πήγε στο γιατρό.

Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και της συμπεριφοράς:

Η εξέταση του μαστού αποκαλύπτει:

- α) Ανώδυνο, σκληρό μη κινητό ογκίδιο
- β) Ο πόνος απουσιάζει

Διαγνωστικές εξετάσεις: μαστογραφία: η οποία ωγήκε θετική. Πριν την χειρουργική επέμβαση έγινε βιοψία, η οποία ήταν επίσης θετική. Ο άλλος μαστός - η μαστογραφία έγινε άμφω αποδείχθηκε αρνητικός προς κακοήθεια.

Εντόπιση: Αριστερός μαστός, άνω δεξιό τεταρτημόριο

Ιστολογικός τύπος: Αμιγές διηθητικό πορογενές αδenoκαρκίνωμα

Κλινική σταδιοποίηση: Το κατατάσσουμε στο στάδιο I.

Μέγιστη διάμετρος του όγκου 4,5 εκ. Όλοι οι αδένες αρνητικοί.

T1 No Mo.



Χειρουργική παρέμβαση: Έγινε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, η οποία συνιστάται στην εξαίρεση του μαστού, των λεμφαδένων της μασχάλης και του ελάσσονος θωρακικού μυός και διατήρηση του μείζονος θωρακικού μυός.

Προβλήματα άρρωστης: Ψυχολογικά προβλήματα: Αδυναμία αποδοχής της μαστεκτομής.

Θυμός, σύγχυση, κατάθλιψη. Μεταβολή του σωματικού ειδώλου.

Απογοήτευση.

Η νοσηλεύτρια, από μέρος της, επικεντρώνοντας τη φροντίδα της όχι σε αυτό που χάθηκε αλλά σε αυτό που έμεινε βοηθά την άρρωστη:

- Να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα.
- Να αποδεχθεί τα όρια που επέβαλε το χειρουργείο στη ζωή του.
- Να αποκτήσει αυτοπευθυνότητα, φυσική και συναισθηματική επάρκεια, αυτοπεποίθηση.

Χρειάζεται χρόνος για να αναρρώσει και να ξεπεράσει την εμφάνιση και την αίσθηση της εγχείρησης, καθώς επίσης την ανάγκη για ανεξαρτησία και προσωπική ταυτότητα.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΕΥΤΕΡΗ (2η)

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ

Ιστορικό υγείας

Όνομα: Κολονιώτου

Ηλικία 51 ετών. Επάγγελμα: Οικιακά

Συζυγική κατάσταση: Παντρεμένη. Έχει τρία παιδιά από τα οποία το τελευταίο το γέννησε σε ηλικία 38 ετών. Δεν το θήλασε το παιδί, και το γάλα έμεινε στο στήθος. Δεν επιχείρησε να το βγάλει το γάλα με θήλαστρο.

Ατομικό ιστορικό: Δεν είχε προηγούμενο πρόβλημα υγείας. Δεν καπνίζει. Έχει κανονική περίοδο.

Οικογενειακό ιστορικό: Δεν υπήρξε άτομο από την οικογένεια της με καρκίνο μαστού ή άλλη κακοήθεια.

Προηγούμενη πάθηση μαστού: Καμιά. Δεν γινόταν αυτοεξέταση μαστού. Η ίδια αποδείχθηκε ότι δεν είναι καθόλου ενημερωμένη για την αυτοεξέταση του μαστού.

Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και της συμπεριφοράς

Η εξέταση του μαστού αποκαλύπτει:

- α) Ανώδυνο, σκληρό μη κινητό ογκίδιο
- β) Ο πόνος απουσιάζει
- γ) Ερυθρότητα, υπεραίμια
- δ) Εισολκή της θηλής

Διαγνωστικές εξετάσεις: Μαστογραφία η οποία λέει τα εξής:

Εκ του γενομένου μαστογραφικού ελέγχου και των δύο μαστών διαπιστώνονται ευμεγέθης μάζα στο κέντρο του δεξιού μαστού καταλαμβάνουσα το μεγαλύτερο μέρος αυτού με πολύ ΑΣΑΦΗ και ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΑ ΟΡΙΑ

συνυφασμένη με πάχυνση και εισολκή του δέρματος και της συστοίχου θηλής αυτού.

Εντόπιση, Δεξιός μαστός, κέντρο γύρω από τη θηλή καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος του μαστού.

Ιστολογικός τύπος: Λοβιδιακό καρκίνωμα

Κλινική σταδιοποίηση, Κατατάσσεται στο στάδιο III.

Μέγιστη διάμετρος του όγκου 8 εκ. Αδένες θετικοί. T3 N2 M0

Χειρουργική παρέμβαση, Ριζική μαστεκτομή η οποία συνιστάται στην εξάλειψη του μαστού, των θωρακικών μυών (μειζών και ελάσσων μυς) ως και των αδένων της μασχάλης. Ακολουθεί ακτινοβολία.

Προβλήματα άρωστης

Ψυχολογικά προβλήματα: Αδυναμία αποδοχής της μαστεκτομής.

Θυμός, σύγχυση, κατάθλιψη. Μεταβολή του σωματικού ειδώλου.

Απογοήτευση.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΡΙΤΗ (3η)

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ

Ιστορικό υγείας

Όνομα: Γαβαλά

Ηλικία: 43. Επάγγελμα: Οικιακά

Συζυγική κατάσταση: Παντρεμένη. Δεν έχει παιδιά

Ατομικό ιστορικό: Έχει κάνει ολική υστερεκτομή ύστερα από αιμορραγίες που είχε από περίοδο. Δεν έχει παιδιά. Δεν καπνίζει

Οικογενειακό ιστορικό: Δεν υπήρξε άτομο από την οικογένεια της με καρκίνο μαστού ή άλλη κακοήθεια.

Προηγούμενη πάθηση μαστού: Καμία.

Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και της συμπεριφοράς

Η εξέταση του μαστού αποκαλύπτει:

α) Ανώδυνο, σκληρό μη κινητό ογκίδιο

β) Ο πόνος απουσιάζει

Η διάγνωση έγινε με αυτοεξέταση.

Διαγνωστικές εξετάσεις: Ταχεία βιοψία η οποία λέει:

" Το για ταχεία βιοψία αποσταλέν μαστικό τμήμα στις διατομές παρουσιάζει νεοπλασματικό όγκο χροιάς λευκοφαίου και υψής συμπαγούς με ασαφή όρια. Τα καρκινωματώδη κύτταρα είναι μετρίου μεγέθους σχήματος υποστρόγγυλου με αρκετού βαθμού ατυπία και αρκετές πυρηνοκλινισίες. Μέσα στο συνδετικό υπόστρωμα παρατηρούνται μικρού βαθμού φλεγμονώδεις λεμφοκυτταρικές κυρίως διηθήσεις. Οι ανευρεθέντες οκτώ επιχώριοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες,

ιστολογικά δεν παρουσιάζουν καρκινωματώδη διήθηση.

Συμπέρασμα: Πορογενές διηθητικό καρκίνωμα με αρκετού βαθμού δεσμοπλασία. Οι οκτώ συνεξαιρεθέντες μασχαλιαίοι λεμφαδένες δεν παρουσιάζουν καρκινωματώδη μεταστατική διήθηση.

Εντόπιση: Αριστερός μαστός, άνω έσω τεταρτημόριο

Ιστολογικός τύπος: Πορογενές διηθητικό καρκίνωμα

Κλινική σταδιοποίηση: Κατατάσσεται στο στάδιο I

Μέγιστη διάμετρος του όγκου 1 εκ. Όλοι οι αδένες αρνητικοί,

T1 No Mo.

Χειρουργική παρέμβαση: Έγινε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, η οποία συνιστάται στην εξαίρεση του μαστού, των λεμφαδένων της μασχάλης και του ελάσσονος θωρακικού μυός και διατήρηση του μείζονος θωρακικού μυός.

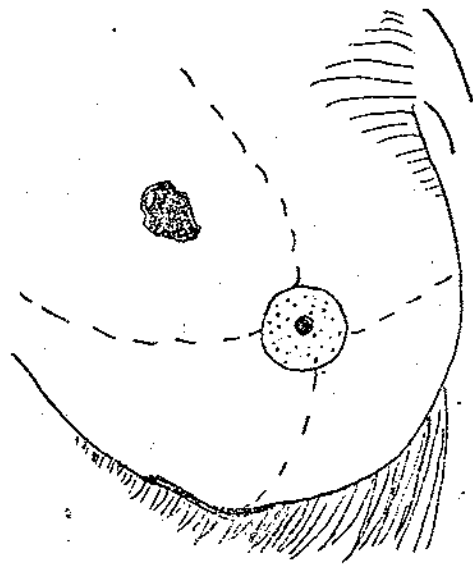
Προβλήματα άρρώστης

Ψυχολογικά προβλήματα: Αδυναμία ταποδοχής της μαστεκτομής  
Θυμός, σύγχυση, κατάθλιψη. Μεταβολή του σωματικού ειδώλου.

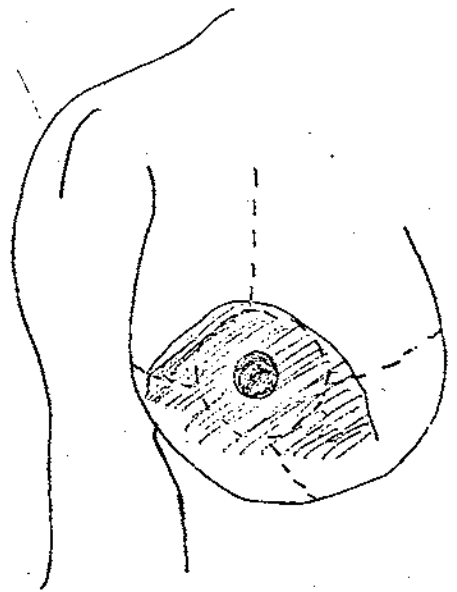
Απογοήτευση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

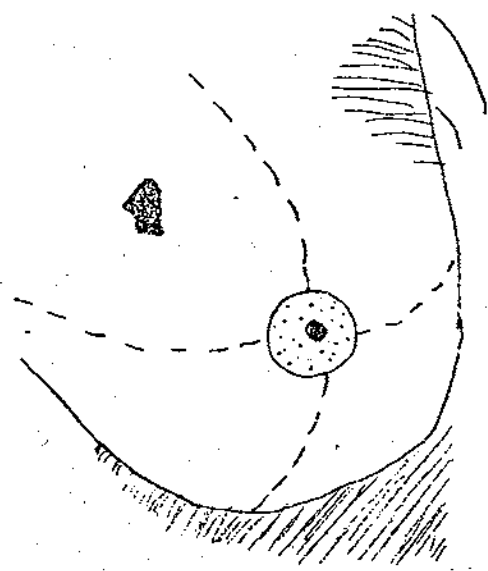
Επώνυμο ασθενών	Βλαστού	Κολονιώτου	Γαβαλά
Ηλικία	63	51	43
Λειτουργία ωθηκών	έχει μπει στην εμμηνόπαυση.	ναι	έχει κάνει υστερεκτομία
Ατομικό ιστορικό	Χειρουργικές επεμβάσεις: ομφαλοκήλη, λυωμάωμα, χολοκυστεκτομή	Έχει 3 παιδιά Το τελευταίο γεννήθηκε όταν ήταν 38 χρ. κακοήθια	Ατοκος. Έχει κάνει ολική υ- στερεκτομία εξ αιτίας ανωμαλίας περιόδου
Οικογενειακό ιστορικό	Κανένας από την οικογένεια δεν είχε πρόβλημα.	Κανένας δεν εί- χε πρόβλημα κα- κοήθειας	Κανένας
Προηγούμενη πάθηση μαστού	Καμιά	Καμιά	Καμιά
Άλλος μαστός	αρνητικός	αρνητικός	αρνητικός
Μαστογραφία	θετική μέγιστη διάμετρος 1,5 εκ. Αδένες αρν.	θετική μεγ. διά- μετρος 8 εκ. Αδένες αρνητικοί	θετική μεγ. διά- μετρος 1 εκ. Αδένες αρνητικοί
Εντόπιση	Αριστερός μασ- τός. Άνω, έ- σω τεταρτημόριο	Δεξιός μαστός Κέντρο. Γύρω από τη θηλή	Αριστερός μαστός Άνω έσω τεταρ- τημόριο
Κλινική σταδιο- ποίηση	Στάδιο I T1N0M0	Στάδιο III T3N2M0	Στάδιο I T1N0M0
Θεραπεία	Τροποποιημένη ριζική μαστεκτο- μία	Ριζική μαστεκτομή Ακτινοθεραπεία	Τροποποιημένη ριζική μαστε- κτομή



← Βλαστού  
'Ανω έσω τετραπηνόρο



← Κορηνωτού  
Κέντρο γύρω από τη θηλή



← Γαλαρία  
'Ανω έσω τετραπηνόρο

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Η νοσηλευτική παρεμβαίνει όταν υπάρχουν ελλείψεις στην ικανότητα αυτοφροντίδας και εκτιμά:

1. Την έκταση των ελλείψεων
2. Το βαθμό στον οποίο το άτομο, η οικογένεια ή η κοινότητα μπορούν να συμπληρώσουν τις ελλείψεις.
3. Την έκταση στην οποία είναι απαραίτητη η παρέμβαση της

Οι δραστηριότητες της νοσηλευτικής βοηθούν στοχέυοντας στην προαγωγή και μεγιστοποίηση των ικανοτήτων αυτοφροντίδας.

Στις περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η επανάκτηση της πλήρους δυνατότητας αυτοφροντίδας, η νοσηλευτική διατηρεί τη λειτουργία αυτοφροντίδας και μεγιστοποιεί τη συνεισφορά του ατόμου σε αυτήν.

Το εύρος και η ποικιλία των φροντίδων που απαιτούνται για την αποκατάσταση της υγείας ενός σημερινού αρρώστου, δίνει τις διαστάσεις της επαγγελματικής νοσηλευτικής δραστηριότητας. Ο άνθρωπος έχει γίνει ολοκληρωσ προβληματικός εξαιτίας του τρόπου ζωής, του χώρου όπου νοσηλεύεται, της σοβαρότητας των ασθενειών που η επιστήμη αντιμετωπίζει με σύγχρονα μέσα. Τα θεραπευτικά μέσα είναι πολλά και επικίνδυνα σήμερα, όπου κι αν εφαρμόζονται.

Ο κατοχυρωμένος και υπεύθυνος νοσηλευτής πρέπει να έχει τη δυνατότητα να ελέγχει την κατάσταση στο χώρο του, να αποφασίζει μέτρα για την ασφάλεια και υγιεινή στο περιβάλλον του αρρώστου, για την προφύλαξη του από τους κινδύνους που απειλούν τη σωματική του ακεραιότητα και την αξιοπρέπειά του. Να είναι σε θέση και να έχει το χρόνο να μιλήσει στον άρρωστό του, να τον ανακουφίσει, να τον καθησυχάσει, να προετοιμάσει ψυχικά τον ίδιο και την οικογένειά του για τα όσα πρόκειται να συμβούν, ακόμα και για τον θάνατο.



Στις συγκεκριμένες περιπτώσεις μας η εισαγωγή των αρρώστων σε αντικαρκινικό Νοσοκομείο αποτελεί προσωπική οδυνηρή εμπειρία. Σε αυτήν την κρίσιμη καμπή της ζωής τους επιχειρείται η πρώτη άμεση επαφή μαζί τους. Για να μάθουμε το πώς θα βοηθήσουμε τον άρρωστο, θα πρέπει πρώτα να μάθουμε να ακούμε τον άρρωστο. Ακούω με προσοχή σημαίνει αφιερώνω χρόνο, ολοκληρωτική συγκέντρωση της προσοχής και ευαισθησία για τα προβλήματα και τις εμπειρίες τόσο του ατόμου όσο και της οικογένειάς του.

Ανάλογα με την ψυχροσωματική κατάσταση, το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο, το βαθμό επίγνωσης της νόσου, τις προσδοκίες του αρρώστου και την αναμενόμενη συνεργασία από το περιβάλλον, σχεδιάζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αποβλέπουν σε:

- εκπλήρωση των βιοψυχικών, κοινωνικών και πνευματικών αναγκών αρρώστου.
- ανάπτυξη θετικών συναίσθημάτων απέναντι στο μελλοντικό χειρουργείο.
- καλλιέργεια ετοιμότητας για την απόδοση αλλαγών που θα προκύψουν.
- μέριμνα για την καλύτερη και άνετη διαμονή στο νοσοκομείο.
- συντονισμό με το προεγχειρητικό ιατρικό πρόγραμμα.

Οι κυριώτεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχημένη προσέγγιση της οικογένειάς προεγχειρητικά είναι:

- α) δυνατότητα ανοικτής και ειλικρινούς επικοινωνίας σχνά
- β) συνειδητοποίηση ότι η ενεργός συμμετοχή τους είναι σημαντικότερη για την πορεία της θεραπείας τους από την παθητική και υποτακτική απόδοσή της.

γ) εγκαίρην ενημέρωση με λεπτομερή πληροφόρηση για τις διαδικασίες που πρόκειται να ακολουθήσουν, και διδασκαλία μτεγχειρητικών προληπτικών μέτρων.

Βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας του μαστού. Κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στη μαστεκτομή.

Η γυναίκα μπορεί να φοβάται την απόρριψη του άνδρα της ή να νοιώθει απογοήτευση, όπως συμβαίνει στις παρακάτω περιπτώσεις. Η υποστήριξη της άρρωστης από τον ίδιο τον άνδρα της και την οικογένειά της θα βοηθήσει πολ σε μια τέτοια περίπτωση.

Γίνεται διαπίστωση των φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους.

Εξασφαλίζεται αίμα, γίνονται εξετάσεις αίματος, ούρων, διαταύρωση ακτινογραφία θώρακος, ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας.

Χορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης.

Διδασκαλία της άρρωστης και της οικογένειάς της σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων, την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού, τα αισθήματα μετά τη μαστεκτομή τον πόνο, τη δραστηριότητα και τη διορθωτική πλαστική του μαστού.

Τελειώνοντας την προεγχειρητική φροντίδα αναφέρω τα τελικά στάδια της: α) το ντύσιμο του ασθενή με τα ρούχα του χειρουργείου β) αφαίρεση ξένων οδοντοστοιχειών γ) αφαίρεση κοσμημάτων δ) φροντίζουμε για την κένωση της ουροδόχου κύστεως ε) χορήγηση προνάρκωσης μισή ώρα πριν την εγχείρηση ζ) ξεβάφονται τα βαμμένα νύχια για να γίνεται ορατή η περιφερική κυάνωση στ) καταγράφονται τα ζωτικά σημεία.

-91-

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Επιδιώκει:

- Αμεσα: α) την σωματική ανάνηψη  
β) την πρόληψη επιπλοκών

Εμμεσα: Να αποκαταστήσει τον άρρωστο σε ρεαλιστικό επίπεδο ανεξαρτησίας.

Αμεσα λοιπόν φρόντισα για την κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης και του σφυγμού, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για τη διαπίστωση του shock και της αιμορραγίας.

Επισκόπηση του επιδεσμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας, ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη.

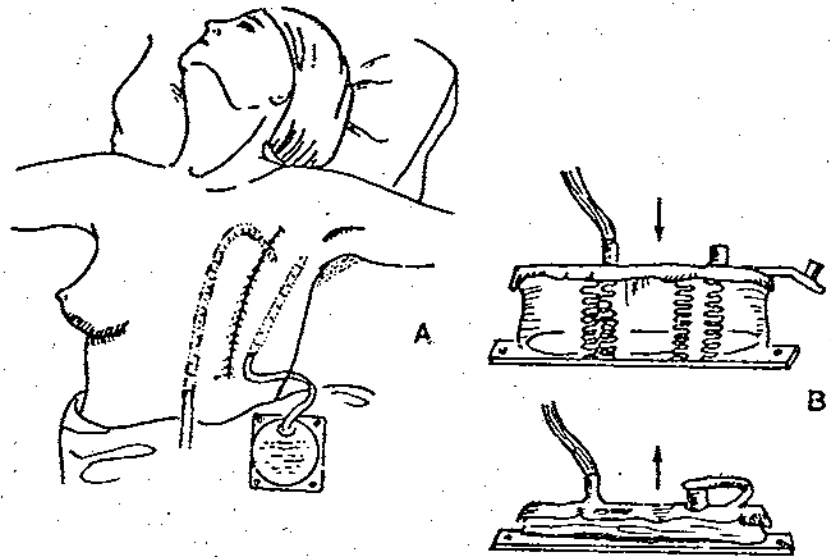
Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος. Η παροχέτευση που είχαν οι παρακάτω περιπτώσεις ασθενών συνδέονταν με αναρροφητική συσκευή Hemovac. Η αναρρόφηση γινόταν με τη δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γι αυτό και θα πρέπει να αδειάζεται προτού γεμίσει τελείως (εικ. 26). Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών για πρόληψη των αναπνευστικών επιπλοκών.

Χορήγηση αναλγητικών μετά την ανάνηψη γιατί παρουσίασαν έντονο πόνο. Έγινε στη συνέχεια τοποθέτηση ασθενών σε θέση ημι-Fowler. Εάν το χέρι είναι ελεύθερο, τοποθετείται πάνω σε μαξιλάρι.

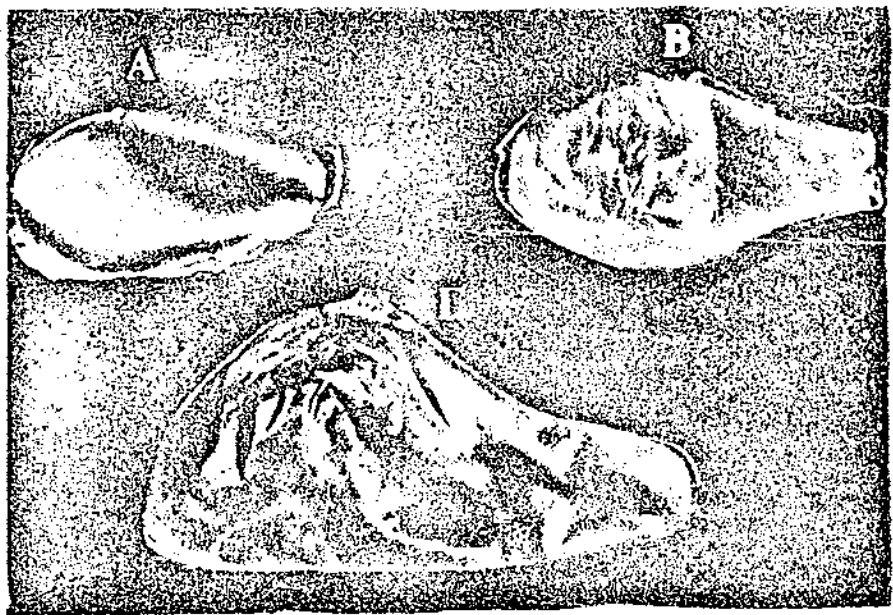
Τη δεύτερη μέρα έγινε έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι.

#### Πρόληψη λοίμωξης

Σε μια ριζική μαστεκτομή η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας της αφαίρεσης, των λεμφαδένων. Το προσβλημένο χέρι φρόντισα να διατηρείται καθαρό και στεγνό και δεν θα πρέπει να γίνονται υποδόριες, ούτε φλεβοκεντήσεις για αποφυγή εισόδου μικροβίων



Εικόνα 26. Παροχέτευση τραύματος μαστεκτομής.  
 Α. Κλειστό σύστημα αναρρόφησης με Ηεμονας.  
 Β. Η συμπίεση της Ηεμονας προκαλεί αναρρόφηση.



Εικ: 27. Διάφοροι τύποι προσδέσεων.  
 Α. Με αφρώδες υλικό.  
 Β. Με υγρό. Γ. Με αέρα.

Εάν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιοριστούν στην εκπλήρωση των βιολογικών αναγκών του αρρώστου επιτυγχάνουμε τη φυσική επούλω-ση του τραύματος αλλά αγνοούμε το ψυχικό τραύμα που παραμένει ανοι-κτό. Η νοσηλεύτρια επικεντρώνοντας τη φροντίδα της όχι σε αυτό που χάθηκε αλλά σε αυτό που έμεινε βοηθά τον άρρωστο:

- Να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα
- Να αποδεχθεί τα όρια που επέβαλε το χειρουργείο στη ζωή του.
- Να αποκτήσει αυτοπευθυνότητα, φυσική και συναισθηματική επάρ-κεια, αυτοπεποίθηση.

Χρειάζεται χρόνος για να ανρρώσει και να ξεπεράσει την εμφάνιση και την αίσθηση της εγχείρησης, καθώς επίσης την ανάγκη για ανε-ξαρτησία και προσωπική ταυτότητα.

Πριν την έξοδο από το Νοσοκομείο έγινε η κατάλληλη διδασκαλία:

- 1) Ευθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή χρήσιμων απαντήσεων
- 2) Ετοιμασία του συζύγου για παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης στη σύζυγό του.
- 3) Βοήθεια της άρρωστης κατά την εκτέλεση των παθητικών ασκήσεων Αρχικά οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο. Οι ασκή-σεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του άγκωνα, πρηνισμό και υ-πτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση των αδακτύλων και γίνονται για πρόληψη των μυϊκών συσπάσεων και διατήρηση του βαθ-μού της κινητικότητας και του μυϊκού τόνου.

#### 4) φροντίδα τραύματος

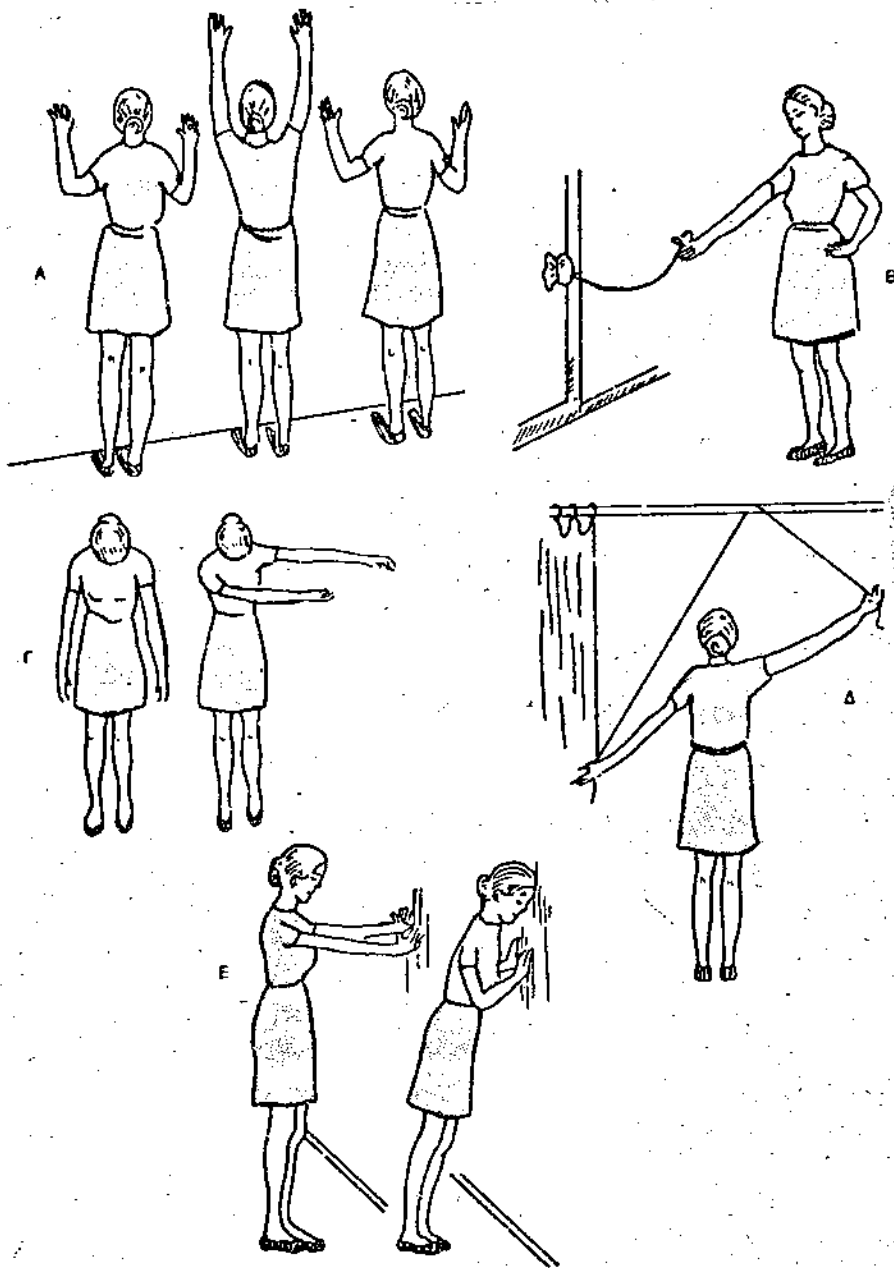
Επεξήγηση για ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα

Ενημέρωση για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας

Ηπιο μασάζ της επουλωμένης τομής.

#### 5) Χρήση πρόσθεσης (τεχνητού στήθους.)

Μετά την επούλωση του τραύματος ενημερώνονται οι ασθενείς για τους διάφορους τύπους πρόσθεσης.



Εικόνα 28 Ασκήσεις μετά από μαστεκτομή.  
 Α. Αναρρίχηση στον τοίχο. Β. Γύρισμα σχοινάκι.  
 Γ. Αιώρηση χεριών. Δ. Τροχαλία. Ε. Άγγιγμα μετώπου.

Η πρόθεση που θα επιλεγεί πρέπει να είναι άνετη, να έχει κανονική φόρμα και το ίδιο μέγεθος, σχήμα και βάρος με το άλλο στήθος.

Η 24ωρη παρουσία της νοσηλεύτριας στην οικογένεια και στην άρρωστη, την καθιστά το ιδανικό πρόσωπο που μπορεί να γεφυρώσει αποστάσεις επικοινωνίας μεταξύ τους, ή με την υγειονομική υπηρεσία, να φέρει τον άρρωστο σε επαφή με άτομα ή αναγνωρισμένα σωματεία ομοιοπαθών που μπορούν να μεταβιβάσουν ένα μήνυμα αισιοδοξίας.

Η ψυχολογική υποστήριξη σε συνδιασμό με φυσική φροντίδα και λεπτομερειακή εκπαίδευση, μπορεί να προωθήσει την αυτοφροντίδα, να προάγει την ανεξαρτησία, να ενισχύσει τη θέληση, να διατηρήσει την ελπίδα για ζωή.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλιβιζάτου Ρεγγίνα - Μοσχοβάκη, " Στοιχεία φυσιολογίας " Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1984.
2. Αραβαντινός Διονύσιος: " Παθολογία της γυναίκας ", Επιστ. εκδ. Γρηγ. Παρισιάνου, Αθήνα 1985.
3. Βασώνη Δ.: " Επιτομή χειρουργικής και ορθοπαιδικής " 4η έκδοση αναθεωρημένη, Αθήνα 1985.
4. Κατρίση Επαμ. και Τσούρας Σωτήρης, " Μαθήματα Ανατομικής του ανθρώπου " (οστεολογία-συνδεσμολογία) Τόμος Ι Αθήνα
5. Σαχίνη Άννα- Καρδάση, Μαρία Πάνου: " Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική " Νοσηλευτικές διαδικασίες, Τόμος 2ος Μέρος Β. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1985.
6. Χρυσοσπάθη Ι - Γολεμάτη Χ. " Μαθήματα Χειρουργικής " Μέρος Δεύτερο, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1981.
7. ELLIS H. " Κλινική Ανατομική " Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Αθήνα. Μετάφραση : Κωνσταντίνος Παντελάκης.