

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Νοσηλευτική Φροντίδα
ασθενούς με C.A. μαστού.

Πτυχιακή εργασία

Σπουδάστρια: ΤΣΑΚΑΛΑΚΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

Υπεύθυνος Καθηγητής

(Υπογραφή)-----
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

Επιτροπή Εγκρίσεως
Πτυχιακής εργασίας

- 1)-----
- 2)-----
- 3)-----

Πτυχιακή εργασία για την ληψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα -----

★PISNOZ 타자AFBWE	824
--------------------	-----

Πίνακας περιεχομένων

	Σελίδα
Περιεχόμενα	I-II
Πρόλογος	III-IV
<u>Κεφάλαιο 1</u>	
Ανατομία ✓	I-9
Φυσιολογία ✓	10-12
<u>Κεφάλαιο 2</u>	
Επιδημιολογία	13-14
Γενικά για τον καρκίνο του μαστού	15-17
Αιτιολογία	18-22
Παθολογική ανατομική	23
Ιστογενετική ταξινόμηση καρκίνου του μαστού	24-29
Στάδια καρκίνου του μαστού	30-32
Επέκταση καρκινώματος μαστού	33-35
Καρκίνος του μαστού και εγκυμοσύνη	36-38
Καρκίνωμα ανδρικού μαστού	39
<u>Κεφάλαιο 3</u>	
Πρόγνωση	40-41
Κλινική εικόνα-συμπτωματολογία ✓	42
Διάγνωση	43-44
Διαγνωστικές μέθοδοι ✓	45-56
Θεραπεία ✓	56-60
Ακτινοθεραπεία	60-63
Χημειοθεραπεία	63-66
Ορμονοθεραπεία	66-68
Ανοσοθεραπεία	69
<u>Κεφάλαιο 4</u>	
Πρόληψη - Προσυμπτωματικός έλεγχος	70-75
Νοσηλευτικές οδηγίες για τη νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με C.A μαστού	76-78

Ψυχολογικά προβλήματα της ασθενούς με C.A. μαστού και ψυχολογική υποστήριξη	79-80
Μετεγχειρητικές επιπλοκές V	81-85
Διδασκαλία της άρρωστης πριν από την έξοδο της από το νοσοκομείο	86-88
Αποκατάσταση	89-90
<u>Κεφάλαιο 5</u>	
Μέθοδος Νοσηλευτικής διεργασίας σε ασθενή με C.A μαστού	
Κλινική Περίπτωση 1η	91-93
Νοσηλευτική φροντίδα ειδικών προβλημάτων σε ασθενή με C.A μαστού	94-96
Προεγχειρητική φροντίδα	97-105
Μετεγχειρητική φροντίδα	106-116
Κλινική περίπτωση 2η	117-118
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς από τις τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων	119-127
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς κατά την ακτινοθεραπεία	128-134
Νοσηλευτικές προτάσεις για την πρόληψη και τη νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με C.A. μαστού	135-136
Επίλογος	137-139
Αφιέρωση	140
Βιβλιογραφία	141-142

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις, στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα. Ο καρκίνος, από στατιστικά στοιχεία του 1979, αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα και τη δεύτερη όταν τα νοσήματα καρδιάς και αγγείων θεωρηθούν σαν μια αιτία. Δύο από τις τρεις οικογένειες και ένα στα τέσσερα άτομα του πληθυσμού των αναπτυγμένων χωρών προσβάλλονται από καρκίνο.

Χιλιάδες άτομα, επόμενως, πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο και σε μεγαλύτερο ακόμη αριθμό ατόμων ο καρκίνος υποχρεώνει αλλαγή στον τρόπο της ζωής τους.

Αν και τα στατιστικά στοιχεία με τον καρκίνο είναι πολύ απαισιόδοξα η προσεκτική όμως ματιά στο πολύ κουραστικό έργο των ερευνητών του καρκίνου, τα τελευταία χρόνια, μας δίνει πολλές ελπίδες.

Στη δεκαετία του 1970 οι ερευνητές του καρκίνου έκαναν αληθινά μεγάλα βήματα προς την κατεύθυνση για τη διάλυση του μυστηρίου που κάλυπτε την αιτιολογία του.

Γίνεται προσπάθεια για την προσέγγιση τεσσάρων στόχων.

Ο πρώτος αναφέρεται στην πληροφόρηση των σπουδαστών της νοσηλευτικής για τη φύση του καρκίνου και, κυρίως, για την αιτιολογία, τις εκδηλώσεις, τη διάγνωση και τη θεραπεία.

Ο δεύτερος αναφέρεται στους φόβους που δημιουργεί ο καρκίνος. Ο φόβος αναχαιτίζει το άτομο με ύποπτους αδένες, να ζητήσει βοήθεια γιατρού. Ο φόβος κάνει το γιατρό να αισθάνεται τόσο δύσκολα να πει την αλήθεια στον άρρωστο που έχει καρκίνο. Ο φόβος μπορεί να κάνει τη νοσηλεύτρια να βλέπει την ογκολογική νοσηλευτική σαν έναν τομέα εργασίας γεμάτο κατάθλιψη και απελπισία και να αποφεύγει ή να δυσκολεύεται να νοσηλεύσει τον άρρωστο με καρκίνο. Τις ρίζες του φόβου αυτού στην κοινωνία μας και τους εαυτούς μας θα πρέπει να αποκόψουμε.

Ο τρίτος στόχος παρουσιάζει τις προκλήσεις της ογκολογικής νοσηλευτικής.

Σήμερα αρχίζει να ανατέλει η πίστη μέσα στους νοσηλευτικούς κύκλους, πως η ασκηση της ογκολογικής νοσηλευτικής - εκτός από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει έχει και πολλές ικανοποιήσεις, επειδή η νοσηλεύτρια παίζει σπουδαίο ρόλο στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου.

Ο τέταρτος στόχος ετοιμάζει την νοσηλεύτρια.

α) Για το ρόλο του διαφωτισμού του κοινού σε θέματα που αφορούν τα πρώιμα συμπτώματα του καρκίνου και τη σκοπιμότητα της συστηματικής περιοδικής εξέτασής.

β) Να προσφέρει ψυχολογική και φυσική τόνωση στον άρρωστο που πάσχει από αρρώστια η οποία απειλεί τη ζωή του και πιθανό να χρειάζεται να κενειουσιαστικές αλλαγές στον τρόπο της ζωής του.

γ) Ωστε να δίνει στον άρρωστο πληροφορίες που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει την αρρώστια την πρόγνωση της και την θεραπεία.

δ) Να διατηρεί ενδιαφέρον, επαφή και επικοινωνία με τις νέες εξελίξεις και πληροφορίες για τον καρκίνο.

ε) Να εφαρμόζει τη χημειοθεραπεία με ασφάλεια να προστατεύει τον άρρωστο, τον εαυτό της και τους άλλους κατά την ακτινοθεραπεία και,

στ) Να διατηρεί θετική συμπεριφορά στον άρρωστο που νοσηλεύει με προχωρημένο καρκίνο.

Όλοι οι άρρωστοι που ξέρουν πως πάσχουν από καρκίνο έχουν ψυχολογικά επηρεαστεί από την πραγματικότητα αυτή και έχουν ανάγκη από μία νοσηλεύτρια που θα χρησιμοποιεί όλες τις γνώσεις και τις δεξιότητες της όταν τους νοσηλεύει.

Τότε όμως η νοσηλεύτρια δίνει στον άρρωστο με καρκίνο αυτό που πραγματικά έχει ανάγκη όταν αναγνωρίζει τα αισθήματά της για τη ζωή και το θάνατο και τότε φερίζει τη μεγαλύτερη αμοιβή από την εργασία της, την αμοιβή της ολοκλήρωσής της προσωπικότητάς της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στην έφηβη γυναίκα οι μαστοί είναι ημισφαιρικοί και βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ανάμεσα στη 2η-3η και 6η-7η πλευρά και ανάμεσα στο χείλος του στέρνου και την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή.

Η πραγματική όμως έκταση του μαστού είναι σημαντικά μεγαλύτερη, γιατί αυτός εκτείνεται με τη μορφή λεπτής στιβάδας, προς τα πάνω στην κλείδα, προς το κέντρο στη μέση γραμμή και προς τα έξω στο έξω χείλος του πλατύ ραχιαίου μυ. Αυτό έχει μεγάλη σημασία διά το χειρουργό, που επεμβαίνει σέ καρκίνο του μαστού, γιατί, πρέπει να επεκτείνει ως εκεί τα όρια του χειρουργικού του πεδίου, προκειμένου να εξαιρέσει ολόκληρο το μαστό.

Κάποτε, ο μαστός εμφανίζει προσεκβολές, από τις οποίες η περισσότερο συνηθισμένη είναι αυτή, που πορεύεται προς τη μασχάλη για αυτό λέγεται και μασχαλιαία ουρά ή ουρά του SPENGE, που βρίσκεται στη μασχαλιαία περιτονία και έτσι, ενώ ολόκληρος ο μαστός βρίσκεται πάνω στην περιτονία των θωρακικών μυών, η μασχαλιαία ουρά βρίσκεται κατα από αυτή και μέσα στην κοιλότητα της μασχάλης.

ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μαστοί αναπτύσσονται στην ήβη και ανήκουν στους δευτερεύοντες φυλετικούς χαρακτήρες. Αποτελούνται από δύο ημισφαιρικές προεξοχές, τοποθετημένες συμμετρικά στο ανώτερο μέρος της πρόσθιας επιφάνειας του θώρακα, αφήνοντας ανάμεσα στους το μεσομάστιο κόλπο. Ο μαστός της άτοικης έχει σχήμα κώνου η μοιάζει με ημισφαίριο, που από το κέντρο του προβάλλει προς τα εμπρός και έξω η θηλή.

Το σχήμα των μαστών μεταβάλλεται από πολλά αίτια, όπως είναι η εγκυμοσύνη, η γαλουχία, η απίσχναση κ.λ.π., το επάνω μέρος τους επιπεδώνεται, ενώ το κάτω, από το βάρος τους, κυρτώνεται περισσότερο. Έτσι, ανάμεσα στο μαστό και στο θωρακικό τοίχωμα σχηματίζεται πτυχή, που λέγεται υπομάστια πτυχή και που καλλιτεχνικά, θεωρείται σημείο μαστού που παρήκμασε.

Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στη μορφή και στο μέγεθος των μαστών. Η παχυσαρκία παίζει σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωσή τους, γιατί τό λίπος στις γυναίκες έχει την τάση να συγκεντρώνεται σε αυτούς.

Το μέγεθος των μαστών εξερτάται ακόμα από τη φυλή και α-

πό την ηλικία της γυναίκας. Ενώ, δηλαδή, στην ανηβη είναι μικρό όταν εμφανιστεί η εμμηνορρυσία, μεγαλώνει, για να γίνει ακόμα μεγαλύτερο στο θηλασμό και για να ατροφήσει στην εμμηνοπαυσιακή ηλικία.

Η σύσταση των μαστών στην παρθένο είναι σκληρή ή ελαστική και στη γυναίκα που γέννησε, και μάλιστα που θήλασε μαλακή.

Είναι σημαντικόνα τονιστεί, πώς οι δύο μαστοί είναι συχνά άνισοι μεταξύ τους, ενώ είναι τέλεια συμμετρικοί περιφερειακά. Ο αριστερός μαστός τυχαίνει, πολλές φορές, να είναι μεγαλύτερος από τον δεξιό. Γι' αυτό ο γιατρός, που υποψιάζεται νεοπλαστική επεξεργασία στο μαστό, δέν πρέπει να συγχέει τις διαφορές του μεγέθους, που είναι αποτέλεσμα ανάπτυξης των μαστών, με εκείνες, που οφείλονται σε παθολογικές καταστάσεις. Οι διαφορές της ανάπτυξης των μαστών καμιάφορά, είναι αξιοσημείωτες (ανισομαστία).

Στην ηλικιωμένη γυναίκα οι μαστοί, ατροφούν, μικραίνουν και γίνονται πλαδαροί στη σύστασή τους, κατάσταση, που τους κάνει περισσότερο εύκολους στην ψηλάφηση, για την ανακάλυψη όγκου σε αυτούς.

ΥΨΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η υφή του μαστού έχει σημασία, γιατί εμφανίζονται μεγάλες διαφορές, που βρίσκονται μέσα σε φυσιολογικά όρια. Αυτό οφείλεται στην επίδραση ορμονών, που είναι διαφορετική στις διάφορες περιόδους της γεννητικής ηλικίας της γυναίκας και του ωοθητικού της κύκλου.

Αν αποκολλήσουμε το μαστό από το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, θα διακρίνουμε δυο επιφάνειες του, την πρόσθια και την οπίσθια, και την περιφέρειά του.

ΠΡΟΣΘΙΑ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ

Αυτή είναι υπόκυρτη και αποτελείται από τό δέρμα, που, στο φυσιολογικό μαστό, είναι ευκίνητο, λείο, λεπτό και επιτρέπει, περισσότερο στη γυναίκα που θηλάζει, να διαγράφονται κάτω από τις φλέβες.

Στό κέντρο της επιφάνειας αυτής προέχει η θηλή και γύρω από αυτή υπάρχει η θηλαία άλω, που και οι δύο τους ξεχωρίζουν από το υπόλοιπο δέρμα για τη χροιά τους. Στις μελαχρινές γυναίκες είναι αμαυρές, στις ξανθές ρόδινες και αμαρρότερες σε όλες κατά τό διάστημα της εγκυμοσύνης.

ΟΠΙΣΘΙΑ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ

Αυτή λέγεται και βάση του μαστού, είναι επίπεδη, βρίσκεται πάνω στην περιτονία του μείζονα θωρακικού μυ και συνάπτεται μα-

ζί του με συνδετικό ιστό.

Στους μεγάλους, όμως, μαστούς, η οπίσθια επιφάνεια περνάει το κάτω χείλος του μείζονα θωρακικού μυ και σκεπάζει τα οδοντώματα του πρόσθιου οδοντωτού μυ και τον έξω λοξό της κοιλιάς μυ στο ύψος της 5ης-6ης πλευράς.

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

Αυτή είναι λεπτή και συνεχεται με ινολιπώδη ιστό με τούς γύρω ιστούς.

Κάθε μαστός αποτελείται από δέρμα, περιμαστικό λίπος και μαστικό αδέννα.

ΔΕΡΜΑ

Αυτό διαφέρει στις διάφορες περιοχές του και εμφανίζει κεντρικά τη θηλή και γύρω από αυτή τη θηλαία άλω. Το δέρμα του μαστού έχει σημηματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες.

ΘΗΛΗ

Αυτή έχει σχήμα κωνικό ή κυλινδρικό, στην παρθένο αντιστοιχεί στο ύψος της 4ης περίπου πλευράς, και αλλάζει στην ενήβη γυναίκα, γιατί αυτό εξαρτάται από τη λειτουργία των λείων μυϊκών ινών που είναι άφθονες στην περιοχή της. Μερικές φορές, συμβαίνει, η θηλή μά είναι βυθισμένη προς τα μέσα, να μοιάζει με ομφαλό και να κάνει το θηλασμό δύσκολο ή ανέφικτο. Η θηλή, τότε, λέγεται εισέχουσα.

Η κατασκευή της θηλής είναι συμμετρική, στερεά, ελαστική και παρακολουθεί κάθε μετακίνηση του μαστικού αδέννα. Επίσης, η θηλή είναι ευδιέγερτη, γιατί μέσα σε αυτή υπάρχουν πολλές νευρικές απολήξεις. Έτσι, σε προστριβή της ή στο θηλασμό γίνεται σκληρότερη. Αυτό στην αντανακλαστική συστολή των λείων μυϊκών ινών της και στην ύπαρξη φλεβικού δικτύου, που την περιβάλλει.

Η βάση της θηλής, κάποτε, ξεχωρίζει από τη θηλαία άλω με αύλακα, η κορυφή της είναι τραχιά, γιατί εμφανίζει ρωγμές, που στον πυθμένα τους βρίσκονται τα στόμια των εκφορητικών πόρων, και τα πλάγια αυτής καλύπτονται από δίκτυο λεπτών ρυτίδων.

Η θηλή, όπως και η θηλαία άλω, περιέχει ιστό, που εμφανίζει ενδιαφέρον - γιατί σε αυτόν αναπτύσσονται νεοπλάσματα. Ο ιστός αυτός αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες, που έχουν διάταξη και κυκλοτερή γύρω από τούς πόρους και αποτελούν τον σφιγκτήρα η θηλαίο μυ, όταν συσπασθεί, όρθώνει τη θηλή, την κάνει σκληρή και βοηθάει στην εκκένωση των γαλακτοφόρων κόλπων.

Το επιθήλιο της θηλής δεν περιέχει θυλάκους τριχών, ούτε ιδρωτοποιούς αδένες, περιέχει, όμως, μεγάλο αριθμό σημηματογόνων αδένων.

Στή θηλή του μαστού υπάρχει η τελική μοίρα και τα στόμια των 15-20 γαλακτοφόρων πόρων.

Γύρω από τους πόρους βρίσκεται τό μεσέγχυμα, που έχει ξεχωριστούς χαρακτήρες και είναι ευαίσθητο στις ορμόνες.

Στο τελειόμηνα έμβρυο, ανεξάρτητα από τό φύλο του, κάτω από τη θηλή ψηλαφάται μικρό οζίδιο, που δεν απαντάει στα προωρα, και το οποίο μπορεί να χρησιμεύσει σαν κριτήριο, στη διάκριση ενός ώριμου από ένα πρόωρο νεογνό.

Η τέλεια ανάπτυξη του εκκριτικού συστήματος των μαστών δεν πραγματοποιείται στή διάρκεια της ενδομήτριας ζωής, αλλά μόνο στο τέλος της, όταν οι γαλακτοφόροι πόροι έχουν σχηματισθεί και καλύπτονται από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο.

Ο μαστός του νεογνού δεν παρουσιάζει καμιά διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, και αν είναι μικρός, έκκρίνει, κάποτε, λίγη ποσότητα γάλακτος, όμοιου εκείνου της ώριμης γυναίκας.

Ο αριθμός των μαστών διαφέρει στο κάθε είδος θηλαστικού, γιατί εξερτάται από τόν αριθμό των νεογνών. Έτσι, στον άνθρωπο έχουμε ένα ζευγάρι μαστών που αντιστοιχεί στο τέταρτο ζευγάρι των πολύμαστων ζώων.

Η μακριά περιοχή, στην οποία εκτείνεται η μαστική ακρολοφία στο έμβρυο δικαιολογεί τη μεγάλη των συγγενών ανωμαλιών, που εμφανίζονται οι μαστοί.

Έτσι, αν η υποστροφή της αρχέγονης μαστικής ακρολοφίας δεν είναι τέλεια οδηγεί στην ανάπτυξη περισσότερων θηλών, δηλαδή στην πολυθηλία ή στην ανάπτυξη υποτυπωδών μαστών, κατά μήκος της μαστικής γραμμής, δηλαδή στην πολυμαστία.

Πολύ σπάνια, είναι δυνατό, να απουσιάζει η θηλή και να έχουμε αθηλία ή να μη διαπλαστεί ο μαστός και να έχουμε αμαστία που συνοδεύεται και από άλλες διαπλαστικές ανωμαλίες του θωρακικού τοιχώματος.

ΜΥΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μύες, που ανήκουν στην περιοχή του μαστού και έχουν σχέση με τις εγχειρήσεις σ' αυτόν, είναι:

ΜΕΙΖΩΝ ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ. Αυτός εκφύεται από το στερνικό άκρο της κλείδας, τό στέρνο τους χόνδρους της 6ης και 7ης πλευράς και από την απονεύρωση του έξω λοξού κοιλιακού μυ. Καταφύεται στο μεγάλο όγκωμα.

Η κλειδική μοίρα του μυ δεν είναι απαραίτητο να εκταμεί στην εκτέλεση μαστεκτομίας, για να πετύχουμε τη ριζικότητά της.

ΕΛΑΣΣΩΝ ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ. Αυτός εκφύεται από την πρόσθια επιφάνεια και τό πάνω χείλος της 3ης-6ης πλευράς. Καταφύεται στην κορακοειδή απόφυση. Στή ριζική μαστεκτομία είναι απαραίτητη η

εκτομή του, γιατί τότε αποκαλύπτονται τα λεμφογάγγλια της μασχάλης. Στην τροποποιημένη μαστεκτομία είναι δυνατή η διατήρηση του και ο καθαρισμός της μασχάλης να πραγματοποιηθεί μετά την παρασκευή του.

ΠΡΟΣΘΙΟΣ ΟΔΟΝΤΩΤΟΣ. Αυτός εκφύεται με οδοντώματα από την εξωτερική επιφάνεια των εννέα πρώτων πλευρών και καταφύεται στο νωτιαίο χείλος της ωμοπλάτης.

ΠΛΑΤΥΣ ΡΑΧΙΑΙΟΣ. Αυτός εκφύεται από τις ακανθώδεις αποφύσεις των 5-6, κατωτέρων θωρακικών και όλων των οσφυϊκών σπονδύλων, από τη λαγόνιο ακρολοφία και από τις 3-4 κατώτερες πλευρές. Καταφύεται κάτω από το μικρό βραχιόνιο δγκωμα.

Ο καταφυτινός τένοντας του πλατύ ραχιαίου μυ και το εξωτερικό του χείλος αποτελούν χρήσιμα οδηγία σημεία στην εκτέλεση ριζικής μαστεκτομίας.

Ο πλατύς ραχιαίος μυς νευρώνεται από το θωρακοραχιαίο νεύρο, που συχνά βρίσκεται και περιβάλλεται από διηθημένους λεμφαβένες και γι' αυτό υποχρεωτικά κόβεται.

ΚΟΡΑΚΟΒΡΑΧΙΟΝΙΟΣ. Αυτός εκφύεται από την κορακοειδή απόφυση και καταφύεται στην εσωτερική επιφάνεια του βραχιόνιου οστού. Επειδή, στη ριζική μαστεκτομία πρέπει να αποκολληθεί η κλειδοθωρακική περιτονία, που είναι χαλαρά ενωμένη μαζί του, αυτός παρουσιάζει ιδιαίτερο, ενδιαφέρον στην εγχειρητική του μαστού.

ΥΠΟΠΛΑΤΙΟΣ. Αυτός παίρνει μέρος στο σχηματισμό του οπίσθιου τοιχώματος της μασχάλης και συμβάλλει σημαντικά στις κινήσεις του βραχίονα. Έτσι, η νεύρωση του που γίνεται από το υποπλάτιο νεύρο, πρέπει να διατηρείται όταν καθαρίζεται η μασχάλη στην εκτέλεση ριζικής μαστεκτομίας. Το νεύρο αυτό βρίσκεται στο πάνω μέρος της πρόσθιας επιφάνειας του υποπλάτιου μυ.

ΕΞΩ ΛΟΕΟΣ ΚΟΙΛΙΑΚΟΣ. Αυτός παριστάνει το κάτω όριο κατά την εκτέλεση της ριζικής μαστεκτομίας.

ΠΕΡΙΤΟΝΙΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Αφού ο μαστός θεωρείται εξαιδικευμένος ιδρωτοποιός αδέννας, πρέπει να ανήκει στα εξαρτήματα του δέρματος και να έχει σχέση με τις περιτονίες της περιοχής του, που η γνώση τους είναι απαραίτητη στην εγχειρητική του μαστού.

Οι περιτονίες αυτές είναι:

ΥΠΟΔΟΡΙΑ Η ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΑ: Αυτή η περιτονία είναι συνέχεια αυτής που καλύπτει ολόκληρο το σθμ.α. Στην περιοχή του στέρνου είναι λεπτή, δεν περιέχει λίπος, μαζί με το δέρμα συνάπτεται στερεά με το περιτόνιο και την περιτονία του μεί-

ζονα θωρακικού μυ και κοντά στο μαστικό αδένα χωρίζεται σε δύο πέταλα που περικλείουν σαν έλυτρο.

ΠΕΡΙΤΟΝΙΑ ΤΟΥ ΜΕΙΖΟΝΑ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΜΥ: Αυτή περικλείει τον μείζονα θωρακικό μυ ανάμεσα σε δύο πέταλα.

Το πρόσθιο πέταλο καλύπτει την πρόσθια επιφάνεια του μυ, χωρίζοντας αυτόν από τον μαστικό αδένα. Προς τα πάνω φτάνει ως την κλείδα, προς τα μέσα ως το στέρνο, προς τα έξω περνάει πάνω από τη θωρακοδελτοειδή σχισμή και μεταπίπτει στην περιτονία του δελτοειδή μυ, ενώ προς το χείλος του μυ ενώνεται με το οπίσθιο πέταλό του και με τη μασχαλιαία περιτονία, που εκτείνεται ανάμεσα στο κάτω χείλος του μείζονα θωρακικού μυ και το κάτω χείλος του πλατύ ραχιαίου μυ.

Αν καίπιστεύουμε, πως ο μαστός βρίσκεται πάνω σε αυτή την περιτονιά μόνο ένα τμήμα του, ίσως το μισό, σκεπάζει αυτή.

Ανάμεσα στο οπίσθιο πέταλο της υποδόριας περιτονίας και της περιτονίας του μείζονα θωρακικού μυ και αντίστοιχα προς την οπίσθια επιφάνεια του μαστού, υπάρχει χώρος, που λέγεται οπισθομαστικός θύλακος, ο οποίος περιέχει χαλαρό ιστό, που επιτρέπει να κινείται ο μαστός πάνω στο θωρακικό τοίχωμα. Ο χειρουργός εύκολα βρίσκει αυτό τον θύλακο στην επέμβαση του στο μαστό.

Από το οπίσθιο πέταλο της υποδόριας περιτονίας αρχίζουν ενώδεις προσεκβολές που περνούν τον οπισθομαστικό θύλακο και συνδέονται με την περιτονία του μείζονα θωρακικού μυ. Οι προσεκβολές αυτές αποτελούν τους οπίσθιους κρεμαστήρες συνδέσμους του μαστού και συχνά συνοδεύονται από μικρά νησίδια του μαστικού παρεγχύματος, που περνάνε την περιτονία και φτάνουν ως τις μυϊκές δεσμίδες του μείζονα θωρακικού μυ. Για αυτό, σε απλή μαστεκτομία, σκόπιμη κρίνεται η εξαίρεση λεπτής στιβάδας του.

ΠΕΡΙΤΟΝΙΑ ΤΟΥ ΕΛΑΣΣΟΝΑ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΜΥ Η ΚΟΡΑΚΟΚΛΕΙΔΙΚΗ Η ΚΟΡΑΚΟΠΛΕΥΡΙΚΗ

Αυτή είναι η παχύτερη και η περισσότερη σημαντική από όλες τις περιτονίες και εκτείνεται από την κλείδα ως τη μασχάλη.

Προς τα μέσα η περιτονία αυτή φτάνει στους δύο πρώτους μεσοπλεύριους χύδρους και προς τα έξω στην κορακοειδή απόφυση. Κάτω από την κλείδα διχάζεται σε δύο πέταλα που περιβάλλουν τον ελάσσονα θωρακικό μυ, και προς τα κάτω και έξω από αυτόν ενώνεται με τη μασχαλιαία κοιλότητα σχηματίζοντας την κρεμαστήρια περιτονία της μασχάλης.

Τό προς τα μέσα τμήμα της περιτονίας του ελάσσονα θωρακικού μυ είναι παχύτερο, παίρνει τη μορφή συνδέσμου, που λέ-

γεται κορακοκλειδικός σύνδεσμος, και διαπερνάται από την κεφαλική φλέβα την ακρωμιοθωρακική αρτηρία, από λεμφαγγεία και από νεύρα. Ο κορακοκλειδικός σύνδεσμος δείχνει το ανώτερο όριο, που πρέπει να φτάσουμε, όταν στη ριζική μαστεκτομία καθαρίζουμε τη μασχालιαία κοιλότητα.

ΠΕΡΙΤΟΝΙΑ ΤΗΣ ΜΑΣΧΑΛΗΣ: Αυτή βρίσκεται στη βάση της κοιλότητας της μασχάλης και προς τα εμπρός ενώνεται με τις περιτονίες του μείζονα και του ελάσσονα θωρακικού μυ (κρεμαστήρια περιτονία), προς τα πίσω με την περιτονία του πλατιού ραχιαίου μυ και του μείζονα στρογγύλου μυ, προς τα μέσα με την περιτονία του πρόσθιου οδοντωτού μυ και προς τα έξω τελειώνει σε χείλος, που λέγεται μασχαλιαίο τόξο. Τα δύο άκρα του τόξου αυτού σμίγουν με τα άκρα του βραχιόνιου τόξου.

Αν άμεσα στα δύο αυτά τόξα, η μασχαλιαία περιτονία είναι λεπτή και διάτρητη και όταν, εξαιρεθεί, σχηματίζεται οπή, που οδηγεί στην κοιλότητα της μασχάλης.

ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΕΣ ΦΛΕΒΕΣ. Αυτές παρέχουν άλλη, πολύ διαφορετική, οδό, με την οποία ο καρκίνος του μαστού μπορεί να μεταστεί στα οστά.

Η συχνότητα με την οποία παρατηρούνται μεταστάσεις στους σπονδύλους και στα οστά της πυέλου και του κρανίου, χωρίς εμφανείς μεταστάσεις στους πνεύμονες, μας κάνει να πιστεύουμε, πως το σπονδυλικό σύστημα των φλεβών αποτελεί σημαντική οδό, που στο μήκος της μπορεί να μεταστεί καρκίνος του μαστού.

Στην περίοδο της εγκυμοσύνης ο αριθμός και η διάμετρος των αγγείων του μαστού αυξάνονται. Το ίδιο συμβαίνει και στις ημέρες εμμηνορρυσίας. Γι' αυτό ή τρίτη ή τετάρτη ημέρα μετά την εμμηνορρυσία είναι οι περισσότερο κατάλληλες για πλαστικές εγχειρήσεις και για ακτινολογικό έλεγχο.

ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η αγγείωση του μαστού επιτελείται με τις αρτηρίες, τις φλέβες και τα λεμφαγγεία, που διανέμονται στο πρόσθιο και στο πλάγιο τοίχωμα του θώρακα.

ΑΡΤΗΡΙΕΣ

Αυτές προέρχονται από την εσω μαστική, την πλάγια και ανώτερη θωρακική, το θωρακικό κλάδο της ακρωμιοθωρακικής, τους διατιτρώντες κλάδους των μεσοπλευρίων αρτηριών και την υποπλάτιο αρτηρία, που αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες.

ΕΣΩ ΜΑΣΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑ. Αυτή εκφύεται από τό κάτω τοίχωμα της υποκλείδιας αρτηρίας και από τους πρόσθιους διατιτρώντες κλάδους της, από τους οποίους οι ανώτεροι τέσσερις ή πέντε τροφοδοτούν τό μαστό, σχηματίζοντας δίκτυο γύρω από τους πόρους και τις αδενουψέλες. Οι διατιτρώντες κλάδοι της έσω μαστικής αποτελούν τη σημαντικότερη οδό αιμάτωσης του μαστού.

ΠΛΑΓΙΑ ΘΩΡΑΚΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑ. Αυτή εκφύεται από τη μασχαλιαία αρτηρία, πίσω από τον λάσσονα θωρακικό μυ, ή από την ακρωμιοθωρακική ή την υποπλάτιο αρτηρία περνάει τό πλάγιο θωρακικό τοίχωμα και φτάνει ως τον οδοντωτό μυ και το δέρμα του μαστού. Η αρτηρία αυτή λέγεται και έξω μαστική αρτηρία και, κάποτε, μπορεί να απουσιάζει.

ΑΚΡΩΜΙΟΘΩΡΑΚΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑ. Αυτή αμφισβητείται, αν δίνει κλάδους στο μαστό, γιατί, φαίνεται, πως αυτοί φτάνουν μόνο ως το μείζονα θωρακικό μυ.

ΔΙΑΤΙΤΡΩΝΤΕΣ ΚΛΑΔΟΙ. Αυτοί προέρχονται από τίς μεσοπλευρικές αρτηρίες και δίνουν κλάδους, ανάμεσα στους οποίους είναι οι πλάγιοι δερματικοί, που δίνουν τους έσω μαστικούς.

ΥΠΟΠΛΑΤΙΟΣ ΑΡΤΗΡΙΑ. Αυτή αποτελεί τόν μεγαλύτερο κλάδο της μασχαλιαίας αρτηρίας, μπορείεται στό πλάγιο θωρακικό τοίχωμα, ονομάζεται θωρακοραχιαία αρτηρία και δίνει κλάδους στον πλατύ ραχιαίο και στον οδοντωτό μυ, χωρίς νά συμβάλλει σημαντικά στην αγγείωση του μαστού.

Η υποπλάτιος αρτηρία έχει μεγάλη σημασία, γιατί συνοδεύεται στην πορεία της από όμ'αδα, λεμφαδένων που παίρνουν μέρος στις μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού και γιατί οι κλάδοι της προκαλούν δυσχέρεια στόν έλεγχο της αιμορραγίας, όταν εκτελείται ριζική μαστεκτομία. Γι' αυτό και η περιοχή αυτή είναι γνωστή σαν " αιμορραγική γωνία".

ΦΛΕΒΕΣ. Οι φλέβες του μαστού έχουν μεγάλη σημασία, γιατί με αυτές, πολλές φορές, συμβαίνουν μεταστάσεις του καρκίνου.

Οι επιφανειακές φλέβες του μαστού βρίσκονται κάτω από τό πρόσθιο πέταλο της υποδόριας περιτονίας και μπορούν να διακριθούν με γυμνό μάτι και να φωτογραφηθούν. Τότε, μπορούμε να τις ξεχωρίσουμε σέ δύο τύπους.

1) Εγκάρσιος τύπος.

2) Επιμήκης τύπος.

Οι φλέβες του μαστού, που βρίσκονται στο βάθος, απάγουν τό αίμα από τό μαστό και το θωρακικό τοίχωμα και διακρίνονται σέ τρείς ομάδες.

ΕΣΩ ΜΑΣΤΙΚΕΣ ΦΛΕΒΕΣ, Επειδή οι έσω μαστικές οδηγούν προς το πνευμονικό δίκτυο των τριχοειδών, μπορούν να προκαλέσουν μετάσταση καρκίνου από τό μαστό στους πνεύμονες.

ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΕΣ ΦΛΕΒΕΣ. Με τις μασχαλιαίες φλέβες το αίμα από τό μαστό φτάνει στο πνευμονικό δίκτυο των τριχοειδών και έτσι, ύστερα από την ομάδα της εσω μαστικής, αποτελούν τη δεύτερη οδό για μετάσταση καρκίνου του μαστού στους πνεύμονες.

ΜΕΣΟΠΛΕΥΡΙΕΣ ΦΛΕΒΕΣ. Αποτελούν τρίτη οδό για μετάσταση καρκίνου του μαστού στους πνεύμονες.

ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΑ

Η γνώση της λεμφαγγείωσης του μαστού και ιδιαίτερα των επιχώριων λεμφαδένων του είναι απαραίτητη για τη σημασία τους στις καρκινικές μεταστάσεις.

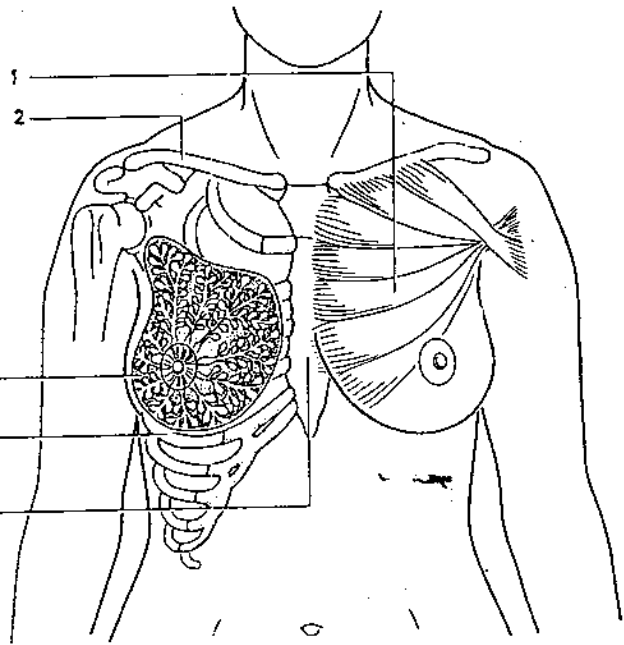
Οι επιχώριοι λεμφαδένες του μαστού είναι οι λεμφαδένες της μασχάλης και αυτοί, που βρίσκονται ατήν πορεία της έσω μαστικής αρτηρίας.

- 1) Λεμφαγγειακή οδός από τό μαστό στη μασχάλη.
- 2) Θωρακική οδός.
- 3) Οπισθοθωρακική οδός.
- 4) Έξω μαστικούς ή βραχιόνιους.
- 5) Έσω μαστικούς ή θωρακικούς.
- 6) Όπισθιους ή υποπλάτιους.
- 7) Κεντρικούς.
- 8) Κορυφαίους ή υποκλείδιους.
- 9) Λεμφαγγειακή οδός από το μαστό στους έσω μαστικούς λεμφαδένες.
- 10) Λεμφαγγειακή οδός από τό μαστό στο σπύκι μέσω του ορθού κοιλιακού μυ.
- II) Υπερκλείδιοι λεμφαδένες.

ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η νεύρωση του μαστού γίνεται:

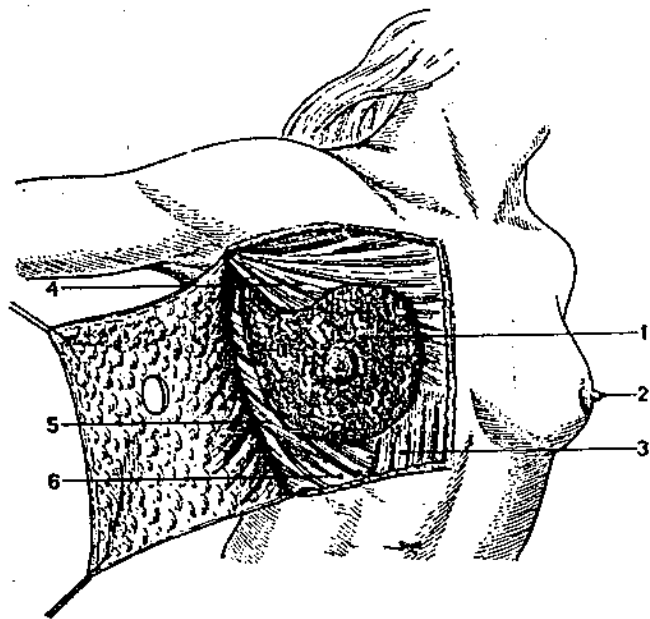
- 1) Το μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο.
- 2) Τό θωρακορραχιαίο ή μέσο υποπλάτιο νεύρο .
- 3) Το μακρύ-θωρακικό-ή-νεύρο-του-BELL.
- 4) Το αυτόνομο νευρικό σύστημα.



Θέση του μαστού.

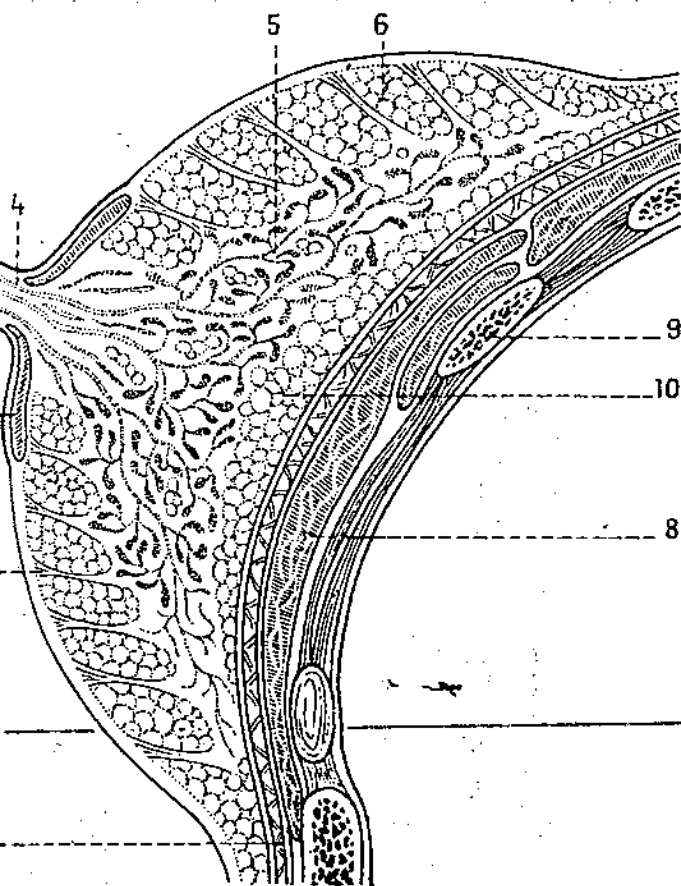
1. Μείζονας θωρακικός μυς, 2. Κλείδα, 3. Θηλαία άλω, 4. Πλευρά, 5. Στήρνο.

(Gross)



Οπίσθιες σχέσεις μαστικού αδένος.

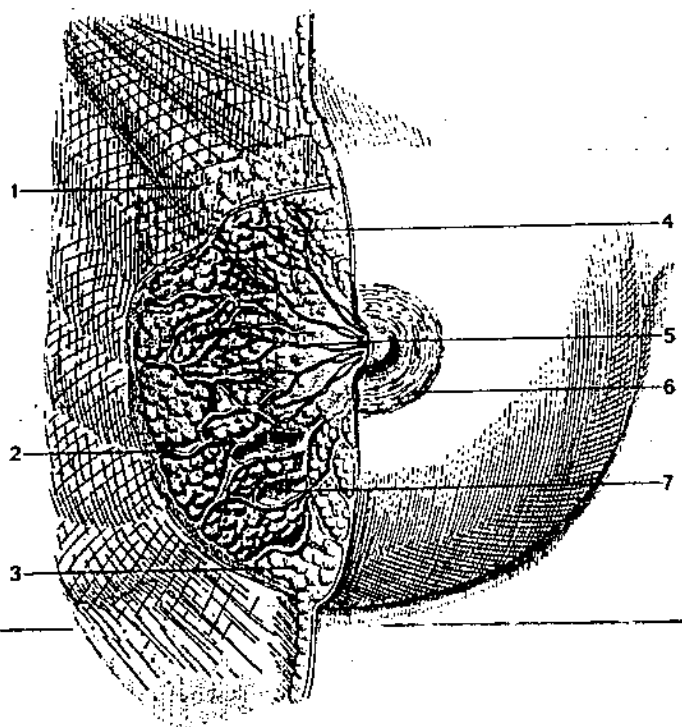
1. Μαστός, 2. Θηλή, 3. Αριστερός ορθός κοιλιακός μυς, 4. Μείζονας θωρακικός μυς, 5. Πρόσθιος οδοντωτός μυς, 6. Έξω λοξός μυς.



Οριζόντια τομή μαστού.

1. Θηλή, 2. Θηλαία άλω, 3. Σύνδεσμοι του Cooper, 4. Γαλακτοφόροι πόροι, 5. Αδενοκυψέλες, 6. Λιπώδης ιστός, 7. Απνεύρωση μείζονα θωρακικού μυ, 8. Μυς, 9. Πλευρά, 10. Λιπώδης ιστός πίσω από το μαστικό αδένος.

(Gross)



Μαστός χωρίς το δέρμα του.

1. Πρόσθιο πέταλο της επιφανειακής θωρακικής περιτονίας, 2. Κρεμαστήρας σύνδεσμος, 3. Λίπος, 4. Μαστικός αδένας, 5. Γαλακτοφόροι πόροι, 6. Θηλαία άλω, 7. Ινώδης θύλακας ενός λοβού.

(Kamina)

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Οι μαστικοί αδένες απουλούν αναπόσπαστο μέρος του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κατα από ορμονικό έλεγχο. Είναι μόνο ένας εξωκρινής αδένας; Στο κεφάλαιο αυτό της φυσιολογίας του μαστού θα αποπειραθούμε να εκθέσουμε τούς μέχρι τώρα γνωστούς παράγοντες, που επηρεάζουν τις λειτουργίες του μαστικού αδένος, και τις μεταβολές του μαστού, στη διάρκεια της ζωής της γυναίκας.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Σ' αυτούς ανήκει ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι ωοθήκες, τα επινεφρίδια, ο θυροειδής αδένος, ο πλακούντας και τό νευρικό σύστημα. Διαπιστώνουμε δηλαδή πως ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο.

Πράγματι, μέσα στο μαστικό αδένος υπάρχουν ορμονικοί υποδοχείς των οιστρογόνων, της προγεστερόνης (που σχηματίζονται λόγω της παρουσίας των οιστρογονικών υποδοχέων), των ανδρογόνων ορμονών, της προλακτίνης, της αυξητικής ορμόνης, των γλυκοκορτικοειδών κλ.π. Αλλά και άλλες ορμόνες, όπως οι θυροειδικές και η ινσουλίνη συνδέονται λειτουργικά με το μαστικό αδένος.

Αυτή η ορμονοεξάρτηση του μαστικού αδένος δεν περιορίζεται μόνο στο επιθήλιο του αδενικού ιστού. Επεκτείνεται και στο συνδετικό ιστό, που αποτελεί το ερειστικό υπόστρωμα του μαστού, και ιδιαίτερα στους ιστούς, που βρίσκονται γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους.

Υποθάλαμος.

Είναι γνωστό, πως ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση, γιατί ανάμεσα σ' αυτόν και στον οπίσθιο λόβος της υπόφυσης υπάρχουν νεφρικές συνδέσεις, που προέρχονται από τούς υπεροπτικούς και παρακοιλιακούς πυρήνες και αποτελούν του υποθαλαμονευροϋποφυσικό σύστημα.

Εκτός από την προλακτίνη, επίδραση στο μαστό έχουν και οι ωοθηκικές ορμόνες, που εξαρτώνται από τη λειτουργικότητα της υπόφυσης και του υποθαλάμου.

Ο υποθάλαμος εκκρίνει ειδικό εκλυτικό παράγοντα για τις γονοδοτρόπες ορμόνες των ωοθηκών, δηλαδή την ωοθυλακιοτρόπο (FSH) και την ωχρινοτρόπο (LH).

Ο παράγοντας αυτός είναι η GnRH. Η έκκριση της GnRH ρυθμίζεται από τό κεντρικό νευρικό σύστημα, από τις στεροειδείς ορμόνες, την ίδια την GnRH, την προλακτίνη, και τις προσταγλανδίνες. Τελευταία, βρέθηκε, πως η GnRH υπάρχει και στο γάλα.

Έγινε σιέψη μήπως ο μαστός είναι μία εξωϋποθαλαμική πηγή παραγωγής της, χωρίς να διευκρινιστεί, ακόμα, η φυσιολογική σημασία της. Δύο άλλες ορμονες που ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο και έχουν σχέση με το μαστό, είναι η αυξητική και η θυροξειδοτρόπος ορμόνη.

Υπόφυση.

Η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών, Η έκκριση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και της ωχρινοτρόπου (LH) διεγείρουν την ανάπτυξη και την έκκριση της ωοθήκης και του ωχού σωματίου. Απόδειξη αυτού είναι το γεγονός, πως μετά υποφυσεκτομιά προκαλείται υποπλάσια των ωοθηκών και υποπλάσια η ατροφία των μαστών.

Προλακτίνη.

Η ορμόνη της υπόφυσης, που σχετίζεται στενότερα με το μαστικό αδένα, όπως αναφέραμε, είναι η προλακτίνη.

Η προλακτίνη, μαζί με τις οιστρογόνες ορμόνες, την προγεστερόνη, τα κορτικοειδή, την ίνσουλίνη, και την ωκυτοκίνη, προετοιμάζει τους μαστούς για το θηλασμό για αυτό τα επίπεδα της στή διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ψηλά. Δεν είναι όμως δυνατό να προκαλέσουν την έκκριση γάλακτος, γιατί είναι επίσης αυξημένα τα επίπεδα των οιστρογόνων ορμονών μετά τον τοκετό. Όταν αυτά πέφτουν ελευθερώνεται η δράση της προλακτίνης. Άλλα και χωρίς εγκυμοσύνη εκκρίνεται προλακτίνη σε μικρή ποσότητα, που γίνεται μεγαλύτερη γύρω στη 2η-4η πρωινή ώρα.

Η αιχμή αυτή φαίνεται, πως έχει σχέση με τη φάση του ύπνου

Η προλακτίνη, αν χορηγηθεί με ένεση στον ένα μόνο μαστικό αδένα προάγει την ανάπτυξη του και την έκκριση γάλακτος μόνο από αυτό. Καμιά άλλη ορμόνη της υπόφυσης, δε έχει τέτοια επίδραση.

Κατώτερες φυσιολογικές τιμές της θεωρούμε τις 300 μονάδες στο κ.εκ. η τα 12,5 η⁶ στο κ.εκ.

ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΕΣ ΟΡΜΟΝΕΣ

Οι γοναδοτρόπες ορμόνες της υπόφυσης είναι η ωοθυλακιοτρόπος και η ωχρινοτρόπος. Επειδή από τις γοναδοτρόπες η λειτουργική δραστηριότητα των ωοθηκών, που συνδέονται στενά με το μαστό

ΩΚΥΤΟΚΙΝΗ

Η κυριότερη δράση της ωκυτοκίνης είναι η πρόκληση σύσπασης της μήτρας.

Η σύσπασή αυτή πετυχαίνει με νευρικό έρεθισμό που προκαλεί ο θηλασμός. Το νευρικό έρεθισμα μεταδίδεται στον παρακοιλιακό πυρήνα του υποθαλάμου και έτσι έχουμε απελευθέρωση ωκυτοκίνης

από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Άλλες ορμόνες της υπόφυσης, που δυνατό να έχουν κάποια σχέση με το μαστό είναι η θυρεοειδοτρόπος, η σωματοτρόπος, η αδρενοκορτικοτρόπος ορμόνη.

ΩΘΗΚΕΣ

Το ότι οι ωθήκες ορμόνες επιδρούν στους μαστούς διαπιστώνεται από τις παρακάτω παρατηρήσεις:

1) Από τις αρχές του αιώνα αποδείχτηκε, πως, αν κόψουμε τις ωθήκες σε άνηθα θηλυκά ζώα, η ανάπτυξη των μαστών εμποδίζεται. Επίσης, πως ο ευνουχισμός νεαρής γυναίκας εμποδίζει την ανάπτυξη τους, ενώ η χορήγηση οιστρογόνων ορμονών σε αυτή τους αναπτύσσει.

2) Η ανάπτυξη των μαστών αρχίζει στην ήβη και πριν την εμφάνιση της εμμηνορρυσίας, ύστερα από δραστηριοποίηση των ωθηκικών ορμονών.

Η υποστροφή των μαστών αρχίζει ύστερα από φυσιολογική η τεχνητή εμμηνόπαυση.

ΘΥΡΟΒΙΔΗΣ ΑΔΕΝΑΣ

Αυτός έχει δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες. Η θυροξίνη μπορεί να αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης.

ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑ

Όπως και ο θυρεοειδής, έτσι και αυτά έχουν δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες.

ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ

Οι ορμόνες του πλακούντα έχουν σημασία για την ανάπτυξη του μαστού, τις μεταβολές του στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την έκκριση γάλακτος. Αυτό αποδεικνύεται από το αν εκτελέσουμε ωθηκιοτομία μετά τον τρίτο ή τέταρτο μήνα της εγκυμοσύνης, θα διαπιστώσουμε πως η ανάπτυξη των μαστών συνεχίζεται και ακολουθεί φυσιολογική έκκριση γάλακτος. Με την ύπαρξη του πλακούντα συνδέεται και η μικρή διόγκωση των μαστών του νεογνού ή η μικρή έκκριση γάλακτος από αυτούς γιατί ορμόνες πέρασαν μέσω του πλακούντα στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης.

Από τις ορμόνες του πλακούντα αυτή, που έχει στενότερη σχέση με τους μαστούς είναι η πλακουντική ορμόνη.

ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Τό νευρικό σύστημα ασκεί εγγειοκινητικές επιδράσεις στο μαστό και προκαλεί την έκθλιψη μικρής ποσότητας γάλακτος, που περιέχεται στις αδενοκυψέλες, χωρίς να επηρεάζει την εκκριτική λειτουργία του μαστού.

Μεγάλες συγκινήσεις δυνατό να αναστείλουν την έκκριση γάλακτος προσωρινά ή μόνιμα. //

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Επιδημιολογία.

Τό καρκίνωμα του μαστού κατανέμεται τυχαία στο γυναικείο πληθυσμό της γής. Υπάρχουν ομάδες υψηλού κινδύνου νοσήσεως που οφείλεται σε φυλετικούς, περιβαλλοντολογικούς, οικογενείς ή άλλους παράγοντες και που η παρουσία περισσότερων του ενός φαίνεται να έχει αθροιστική σημασία.

Γεωγραφική κατανομή. Την υψηλότερη συχνότητα καρκίνου του μαστού στον κόσμο έχουν οι ΗΠΑ και ο Καναδάς και τη χαμηλότερη η Ιαπωνία και η Ουγκάντα. Δεύτερη σε συχνότητα μετά τη Βόρεια Αμερική έρχεται η Ευρώπη με σοβαρές όμως διαβαθμίσεις στα διάφορα κράτη της. Υψηλότερα ποσοστά καρκίνου μαστού στην Ευρώπη παρουσιάζουν η Ελβετία, Δανία, Ολλανδία και Αγγλία, μέση συχνότητα η Σουηδία. Νορβηγία, Γερμανία και χαμηλότερη η Γαλλία και η Ιταλία. Τη μικρότερη συχνότητα από όλες τις χώρες της Ευρώπης παρουσιάζει η Πολωνία. Σπό τους Ασιατικούς λαούς τη μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζουν οι Ινδίες. Από την Αφρική οι χώρες της Δυτικής ακτής στις οποίες η συχνότητα είναι περίπου η ίδια με τη συχνότητα στις ΗΠΑ.

Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι οι διαφορές μεταξύ των λαών δέν έχουν μόνο φυλετική βάση. Επηρεάζονται σημαντικά από παράγοντες περιβαλλοντολογικούς, τρόπου ζωής κ.λ.π. Ιαπωνίδες και Πολωνίδες που ζούν στις ΗΠΑ εξομοιώνονται βαθμηδόν όσον αφορά στην συχνότητα νοσήσεως με τον ντόπιο πληθυσμό. Εκτός από τους φυλετικούς, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που προσδιορίζουν ομάδες υψηλού κινδύνου νοσήσεως. Από αυτούς σημαντικότεροι θεωρούνται η οικογενής προδιάθεση και η γεννητικότητα.

Οικογενής προδιάθεση. Συγγενείς γυναικών με καρκίνωμα μαστού έχουν υψηλότερο κίνδυνο νοσήσεως. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος σε συγγενείς Ιου βαθμού (μητέρα, αδελφή), αλλά υπάρχει και σε συγγενείς 2ου βαθμού (γιαγιάδες, θείες, εξαδέλφες) ανεξάρτητα από το σκέλος του πατέρα ή της μητέρας. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος αν οι συγγενείς έχουν προεμμηνοπαυσιακό καρκίνωμα και αυξάνει περισσότερο αν το καρκίνωμα ήταν αμφοτερόπλευρο.

Γεννητικότητα. Η σημασία της είναι γνωστή από την παλαιά παρατήρηση της υψηλής συχνότητας καρκίνου μαστού στις καλόγρηες. Φαίνεται ότι σαφή προστασία ασκεί η πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσθη από τά 18 μέχρι τά 25 χρόνια ενώ οι επόμενες δέν ασκούν αντίστοιχη προστασία. Η πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσθη μετά τά 40 χρόνια όχι μόνο δέν προστατεύει αλλά φαίνεται ότι αυξάνει τον κίνδυνο νοσήσεως σε σύγκριση με τις άτοκες γυναίκες.

Δευτερεύοντες παράγοντες που επίσης φαίνεται να συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο νοσήσεως είναι η πρώιμη εμμηναρχή, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση και η παχυσαρκία που συχνά σχετίζεται με την καθυστερημένη εμμηνόπαυση καθώς και προσωπικού παράγοντες. Αναφέρεται διπλάσιος κίνδυνος νοσήσεως σε σύγκριση με τον κοινό πληθυσμό σε γυναίκες ανωτέρων κοινωνικών τάξεων, καθώς και σε γυναίκες με χρόνια ψυχολογικά στρες. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι μαστοί μεγάλου μεγέθους πάσχουν συχνότερα από καρκίνωμα σε σύγκριση με μαστούς μικρού μεγέθους) τούς μικρότερους μαστούς στον κόσμο έχουν οι Ιαπωνίδες).

Τέλος έχει παρατηρηθεί ότι στους προεμμηνοπαυσιακούς καρκίνους υπερέχουν οι γυναίκες ομάδος αίματος O και στους μετεμμηνοπαυσιακούς καρκίνους οι γυναίκες ομάδας αίματος A.

Ηλιακή κατανομή. Διεθνώς το καρκίνωμα του μαστού αρχίζει την εμφάνισή του από την ηλικία των 25 ετών. Στα πλαίσια του ιατρικού παράδοξου έχουν περιγραφεί και σποραδικές περιπτώσεις σε μικρές ηλικίες.

Σε πληθυσμούς με χαμηλή συχνότητα η καμπύλη νοσήσεως παρουσιάζει ανοδική πορεία μέχρι την ηλικία των 45 ετών και μετά επιπεδώνεται μέχρι την 7η και την 8η Ιοετηρίδα της ζωής. Στις Δυτικές και Δυτικοποιημένες κοινωνίες ενώ η αρχική εμφάνιση είναι η ίδια, η καμπύλη συχνότητας παρουσιάζει δύο αιχμές. Μία γύρω στα 45 χρόνια και μία υψηλότερη αιχμή στη Ιοετία 55-65.

ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η πρώτη επιστημονική αναφορά στον καρκίνο έχει σχέση με τον καρκίνο του μαστού. Έγινε από τον Ιπποκράτη και αναφερόταν σε άρρωστη από τα Άβδηρα, πατρίδα του Δημόκριτου, που παρουσίαζε αιμορραγία από τη θηλή του μαστού της.

Επειδή η πάθηση προκάλεσε τη διόγκωση και τη διαγραφή του φλεβικού δικτύου του μαστού, ο Ιπποκράτης έμοιαζε με πόδια κάρβουρα (καρκίνου).

Γενικά, η καρκινογέννηση αρχίζει από υπομικροσκοπικές βιοχημικές και κυτταρογενετικές βιοχημικές και κυτταρογενετικές εκτροπές, περνάει σε μικροσκοπικές κυτταρολογικές διαταραχές, που αφορούν στο επιθήλιο (προδιηθητική ή ενδοεπιθηλιακή φάση ή IN SITU καρκίνος), φτάνει σε έμφανη ιστολογικά ευρήματα (διηθητική φάση) και καταλήγει σε διασπορά (φάση διασποράς), που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη κλινικών ευρημάτων.

Για να περάσει ο καρκίνος τις παραπάνω φάσεις, απαιτείται χρονικό διάστημα, που είναι διαφορετικό από καρκίνο σε καρκίνο. Γενικά, αυτό μπορεί να φτάσει τα 20 χρόνια.

Οι κυτταρογενετικοί παράγοντες δρούν, είτε απευθείας στα κύτταρα, που είναι ευαίσθητα, είτε πρώτα μεταβολίζονται στον όργανισμό και ύστερα γίνονται καρκίνο γόννοι.

Όταν τα κύτταρα γίνουν καρκινικά, τότε εμφανίζουν ποικιλία στο μέγεθος και στο σχήμα, το πρωτοπλάσματός είναι βασεοφιλο, γιατί παράγει περισσότερα ριβονουκλεϊκά οξέα (RNA), ο πυρήνας τους μεγαλώνει σε βάρος του πρωτοπλάσματος και χαρακτηρίζονται από την εμφάνιση πυρηνοκλινησιών.

Τα καρκινικά κύτταρα πολλαπλασιάζονται αυτόνομα, αυταρχικά και προοδευτικά μέσα στους ιστούς, δηλαδή δεν ακολουθούν τη φυσιολογική διαίφεση των κυττάρων ή σε δημιουργούν όγκους, που όλο και μεγαλώνουν χωρίς έλεγχο και όταν ακόμαλήξει το αίτιο, που προκάλεσε την ανάπτυξή τους.

Ο καρκίνος του μαστού έχει τους ίδιους χαρακτήρες κάθε άλλης - κακοήθους - νεοπλασίας, δηλαδή μεγαλώνει με γρήγορο ρυθμό, δεν έχει σαφή όρια, δεν περιβάλλεται από κάψα, διηθεί τους γειτονικούς ιστούς, προκαλεί μεταστάσεις σε άλλα όργανα και όταν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα και αποτελεσματικά, καταστρέφει την υγεία και προκαλεί το θάνατο.

Επειδή ο μαστικός αδένας βρίσκεται κάτω από την επίδραση όλων των μεταβολών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και επειδή τα επιθηλιακά του κύτταρα εμφανίζουν μεγάλη λειτουργ-

γική δραστηριότητα και ευαισθησία, η εξαλλαγή τους σε καρκινικά είναι εύκολη.-

Έτσι, πρέπει να δεχτούμε, πως η καρκινογένεση στο μαστό αρχίζει στην αναπαραγωγική ηλικία, άσχετα από πότε θα εκδηλωθεί κλινικά.

Πολύ λίγα γνωρίζουμε για το χρονικό διάστημα, που περνάει από την έναρξη της επιθηλιακής εξαλλαγής μέχρι το σχηματισμό της καρκινικής μάζας,

Στις περισσότερες περιπτώσεις ο χρόνος αυτός πρέπει να είναι μεγάλος και να εξερτάται από την κινητική των καρκινικών κυττάρων.

Υπολογίστηκε, πως ο χρόνος διπλασιασμού των κυττάρων στον καρκίνο του μαστού κυμαίνεται από 25-200 μέρες.

Η μεγάλη αυτή διακύμανση στο αυξητικό δυναμικό των καρκινικών κυττάρων κάνει τον καρκίνο του μαστού, άλλοτε να συμπεριφέρεται επιθετικά, προκαλώντας γρήγορα μεταστάσεις και στη συνέχεια το θάνατο και άλλοτε όπως μια χρόνια την άρρωστη στη ζωή.

Αν ένα καρκινικό κύτταρο έχει μέγεθος 10 μικρά, για να φτάσει το 1mm (10⁶ κύτταρα), πρέπει να διαιρεθεί 20 φορές και για να φτάσει 1cm (10⁹ κύτταρα), τότε δηλαδή, που η πάθηση εκδηλώνεται κλινικά, πρέπει να διαιρεθεί 30 φορές.

Έτσι, είναι εύκολο να καταέβει κανείς, γιατί τα νεοπλασματικά κύτταρα υπάρχουν αρκετά χρόνια πριν από την κλινική διάγνωση.

Κάτι άλλο, που δεν πρέπει να παραβλέπεται, και που αποδείχτηκε πειραματικά, είναι πως, όταν ο καρκινικός όγκος αποτελείται από κύτταρα, που δεν είναι παραπάνω από 100.000, τότε τρέφεται με νεόπλαστα τροφοφόρα αγγεία, που δημιουργεί ο ίδιος ο καρκινικός όγκος με την επίδραση ειδικού παράγοντα, του TAF "Tumor Angiogenesis factor".

Από τη στιγμή, που θα σχηματισθούν αγγεία στον όγκο, η είσοδος στην κυκλοφορεία καρκινικών κυττάρων είναι αναπόφευκτη. Έτσι, η πάθηση θεωρείται συστηματική.

Όμως, πάνω από 90% των κυττάρων αυτών καταστρέφονται από αμυντικούς αντικαρκινικούς μηχανισμούς. Τα υπόλοιπα κύτταρα φτάνουν σε μακριά από την πρωτοπαθή εστία ιστούς με λανθάνουσα μορφή και εξελίσσονται, σε άλλοτε άλλο χρόνο, σε κλινικά έκδηλες μεταστάσεις.

Οι συνθήκες κάτω από τις οποίες τα κύτταρα αυτά, από τη λανθάνουσα μορφή τους γίνονται δραστήρια, δεν είναι ακόμα απόλυτα γνωστές.

Ίσως, η μεγάλη ηλικία της άρρωστης, η ελαττωμένη αντίσταση του οργανισμού της, οι συγκινησεις, η ανοσοκαταστολή, που προκαλεί η έγχειρηση, και άλλοι παράγοντες, ενεργοποιούν λανθάνουσα συστηματική πάθηση.

Η μεταστατική νόσος προκαλεί τό θάνατο στον καρκίνο του μαστού σε συχνότητα 88% γιαυτό το ενδιαφέρον του υεραπευτή του καρκίνου του μαστού πρέπει να στρέφεται στην αναζήτηση καλύτερων μεθόδων ανίχνευσης της μεταστατικής νόσου και γιαυτό η εγχειρητική αντιμετώπιση του στις ημέρες μας πρέπει να αναθεωρηθεί .

Κάτι ακόμα, που έχει σχέση με την εξέλιξη και την πρόγνωση του οποιουδήποτε καρκίνου, είναι η διαφοροποίηση του. Τα κακοήθη κύτταρα μοιάζουν λίγο-πολύ με τά κύτταρα του όργάνου, στο οποίο αναπτύχθηκε ο καρκίνος. Όσο περισσότερο ώριμα είναι τα καρκινικά κύτταρα και όσο περισσότερο μοιάζουν με τα φυσιολογικά κύτταρα του όργάνου, που πτοσβλήθηκε, τόσο ο βαθμός διαφοροποίησης είναι ψηλός. Στην περίπτωση αυτή η πορεία της πάθησης είναι μακρύτερη και η πρόγνωση καλύτερη.

Αντίθετα, όσο λιγότερο ώριμα είναι τα καρκινικά κύτταρα και όσο λιγότερο μοιάζουν με τα φυσιολογικά του όργάνου, που προσβλήθηκε, τόσο ο βαθμός διαφοροποίησης είναι χαμηλός. Στην περίπτωση αυτή η πορεία της πάθησης είναι βραχύτερη και η πρόγνωση βαριά.

Έτσι, από άποψη διαφοροποίησης, δηλαδή ώριμότητας, τά κακοήθη νεοπλάσματα τα ξεχωρίζουμε σε τρεις βαθμούς διαφοροποίησης:

Στόν πρώτο βαθμό (I) ανήκουν τα νεοπλάσματα της ανώτερης βαθμίδας διαφοροποίησης, που έχουν καλοηδέστερη πορεία.

Στό δεύτερο βαθμό (II) ανήκουν τα νεοπλάσματα της μέτριας βαθμίδας διαφοροποίησης, που έχουν πορεία λιγότερο καλοήθη από τά πρώτα.

Στό τρίτο βαθμό (III) ανήκουν τα νεοπλάσματα της χαμηλής διαφοροποίησης που μπορούμε να τα χαρακτηρίσουμε και σαν αδιαφοροποίητα ή αμετάπλαστα, που έχουν βαριά πρόγνωση.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Προδιαθεσικοί παράγοντες:

I) Κληρονομικότητα. Η σχέση της κληρονομικότητας με τον καρκίνο του μαστού είναι διαπιστωμένη και αφορά σε συγγενείς πρώτου βαθμού, δηλαδή μητέρα ή αδελφή.

Έτσι, αν μια από αυτές πέρασαν καρκίνο μετεμμηνοπαυσιακά, οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό είναι μία και μισή φορά περισσότερες. Αν τον πέρασαν προεμμηνοπαυσιακά, τότε αυτές φτάνουν τις τρεις φορές.

Αν ο καρκίνος εμφανίσθηκε μετεμμηνοπαυσιακά και από τους δύο μαστούς, τότε αυτές φτάνουν τις τέσσερες φορές. Αν ο καρκίνος εμφανίσθηκε προεμμηνοπαυσιακά και στους δύο μαστούς, τότε φτάνουν τις οκτώ φορές.

Διαπιστώθηκε η εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε δίδυμες αδελφές στην ίδια ηλικία, στον ίδιο μαστό και στο ίδιο τεταρτημόριο του.

Τά τελευταία στοιχεία που έχουν έρθει στην επικερότητα σχετικά με την κληρονομικότητα του καρκίνου του μαστού είναι τά εξής:

Άρθρο: ΑΜΕΡΙΚΑΝΟΙ ερευνητές ανακάλυψαν γενετικό ελάττωμα που προσδιαθέτει εντόνως τα άτομα να αναπτύξουν τουλάχιστον επτά διαφορετικά είδη κακοήθων όγκων, στους οποίους περιλαμβάνεται και ο καρκίνος του μαστού.

Είναι η πρώτη φορά που εντοπίζεται εγγενές ελάττωμα, το οποίο είναι αίτιο δημιουργίας από τις σοβαρότερες περιπτώσεις θανατηφόρου καρκίνου σε ενήλικο.

Μέχρι τώρα, η μεταβολή αυτή αναλύθηκε μόνο σε συγκεκριμένο κληρονομικό σύνδρομο καρκίνου, που είναι γνωστό ότι πλήττει περίπου εκατό οικογένειες σε ολόκληρο τον κόσμο. Οι επιστήμονες όμως πιστεύουν ότι τό γενετικό ελάττωμα ενδέχεται να παίζει σημαντικό ρόλο και σε άλλες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, ιδιαίτερα σε εκείνες τις οικογένειες όπου περισσότερες από μία γυναίκα έχει πληγεί ή όπου μια γυναίκα εμφανίζει όγκο σε ηλικία κάτω των 35 ετών.

Οι επιστήμονες ελπίζουν ότι όταν διαπιστώσουν πόσο συχνό είναι το έμφυτο ελάττωμα μεταξύ το πληθυσμού θα μπορέσουν κάποτε να χρησιμοποιήσουν το γονίδιο για να επισημάνουν τά άτομα με το υψηλότερο ποσοστό κινδύνου να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού και άλλες μορφές καρκίνου (π.χ. στον εγκέφαλο, τό αίμα, τούς μύες, τά οστά, τον μυελό των οστών και τά επινεφρίδια),.

Γιὰ την ακρίβεια, ο κίνδυνος είναι εκπληκτικά μεγάλος μεταξύ των φορέων της γενετικής μεταβολής. Οι πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα που γεννούνται με το γενετικό ελάττωμα, έχουν 90% πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνον του μαστού ή άλλη μορφή κακοήθους όγκου μέχρι την ηλικία των 60 ετών και συχνά πολύ ενωρίτερα.

Έτσι, στο μέλλον θα είναι δυνατόν να παρέχεται στα άτομα που έχουν τη γενετική μεταβολή ή συμβουλή να είναι εξαιρετικά προσεκτικά, να προσέχουν δηλαδή για τὰ πρώτα συμπτώματα του καρκίνου, οπότε η ασθένεια θεραπεύεται ευκολότερα.

Μάλιστα οι φορείς ίσως θά πρέπει να προβαίνουν σε ορισμένες προληπτικές θεραπείες, όπως προληπτική η χορήγηση ορμονών. Κάτι τέτοιο ήδη δοκιμάζεται σε ορισμένες γυναίκες που, αν και δεν έχουν ακόμη εμφανίσει συμπτώματα καρκίνου του μαστού, είναι γνωστό, από οικογενειακά προηγούμενα, ότι αντιμετωπίζουν υψηλό ποσοστό κινδύνου να ασθενήσουν.

Συγκεκριμένα, τ'ο κληρονομικό ελάττωμα επηρεάζει ένα γονίδιο πού είναι γνωστό ως "P53". Κανονικά το γονίδιο λειτουργεί στο σώμα για να σταματά την ανάπτυξη όγκων και γι' αυτό ανήκει σε ομάδα γονιδίων πού είναι γνωστά ως γονίδια καταστολής όγκων.

Οι ερευνητές είχαν ήδη υποπτευθεί ότι τ'ο "P53" έχει εξαιρετική σημασία, διότι είχαν επισημανθεί αντίγραφα του σέ μεγάλο ποσοστό όγκων σε ευρύτατο φάσμα ανθρώπινων οργάνων.

Τὰ προαναφερθέντα ελαττώματα θέτουν εκτός μάχης το γονίδιο "P53", αφαιρώντας απ'αυτό μιὰ αποφασιστική δικλίδα ασφαλείας κατά της ανεξέλεγκτης ανάπτυξης.

Οι επιστήμονες ήδη γνώριζαν ότι 3-7 πρόσυετες γενετικές μεταβολές απαιτούνται για να μετατρέψουν ένα φυσιολογικό κύτταρο σε κακόηθες.

Άλλά η μεταβολή στο "P53" υπήρξε ένα σημαντικό βήμα, και ίσως αποδειχθεί ως το συνηθέστερα μεταβαλλόμενο γονίδιο στους ανθρώπινους καρκίνους.

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ - "ΤΟ ΒΗΜΑ" - 9 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 1990.

Ελαττωματικά γονίδια προκαλούν καρκίνο

ΤΟΚΙΟ 14 ΙΑΠΩΝΕΣ ερευνητές ανακοίνωσαν ότι εντόπισαν τα γονίδια, των οποίων η απώλεια ήβη βλάβη μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του μαστού.

Η ανακάλυψη αυτή πιστεύεται ότι θα συμβάλει στην προωρη διάγνωση της πιο κοινής μορφής καρκίνου πού πλήττει τίς γυναίκες

Αν και οι επιστήμονες είχαν ήδη ανακαλύψει ότι βλάβες

στο 3^ο, 13^ο, 16^ο, και 17^ο χρωμόσωμα μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο του μαστού, δέν είχαν ακόμα εντοπίσει την ακριβή θέση των ελαττωματικών γονιδίων.

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ "ΤΑ ΝΕΑ" ΣΑΒΒΑΤΟ 14 Μαρτίου 1992.

2) Φύλο. Στους 100 καρκίνους του μαστού μόνο ο ένας αφορά στον άνδρα. Συχνότερα εμφανίζεται σε όσους πάσχουν από σύνδρομο KLINEFELTER (XXY).

3) Ηλικία. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών 35-55 ετών. Δέν είναι συχνή η εμφάνιση του πριν από την ήβη. Η συχνότητα ανεβαίνει μέχρι την εποχή της εμμηνόπαυσης, για να περιοριστεί μετά από αυτή.

Ειδικότερα, ο καρκίνος του μαστού κάτω από την ηλικία των 30 ετών εμφανίζεται σε συχνότητα που δέν φτάνει το 3% και στο 85% των περιπτώσεων η μέση ηλικία είναι 40 ετών.

Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης. Η πρώιμη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση διαπιστώθηκε, πως συμβάλλουν στις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, γιατί υπάρχουν στην περίπτωση αυτή περισσότεροι ανωθυλακιορρηκτικοί κύκλοι και επομένως λιγότερη έκκριση προγεστερόνης, που προστατεύει το μαστό.

Τό ίδιο ισχύει και για τις γυναίκες, που πάσχουν από στειρώση, λόγω ύπαρξης πολυκυστικών ωθηκών.

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

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

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

Μετά τη φεκαετία η συχνότητα αυξάνεται.

Ηλικία πρώτου ποκετού. Φαίνεται ότι σαφή προστασία ασκεί η πρώιμη τελειόμηνη εγκυμοσύνη από τα 18 μέχρι τα 25 χρόνια, ενώ οι επόμενες δέν ασκούν αντίστροφη προστασία. Η πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσύνη μετά τα 40 χρόνια όχι μόνο δέν προστατεύει αλλά φαίνεται ότι αυξάνει τον κίνδυνο νοσήσεως σε σύγκριση με τις άτοκες γυναίκες.

4) Ατεκνία. Οι γυναίκες, που δέν γέννησαν, εμφανίζουν αυξη-

μένη τη συχνότητα καρκίνου του μαστού, αλλά μικρότερη από αυτές που γέννησαν το πρώτο τους παιδί μετά τά 35 χρόνια τους.

5) Φύλο του πρώτου εμβριου. Πιστεύεται, πως, όταν το πρώτο έμβρυο είναι αρσενικό, η γυναίκα προστατεύεται περισσότερο από καρκίνο στο μαστό της, λόγω των εκκρινόμενων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

5) Αριθμός τοκετών. Ενώ αναφέρθηκε, έχει σημασία η ηλικία της γυναίκας στον πρώτο της τοκετο, δέν διαπιστώθηκε πως η μαστός προατατεύεται από τον καρκίνο στις πολύτοκες.

6) Θηλασμός. Πιστεύαμε, πως ο θηλασμός προστατεύει τη γυναίκα από καρκίνο του μαστού. Τα τελευταία χρόνια η άποψη δέν γίνεται αποδεκτή.

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

8) Ορμονικοί παράγοντες. Η επίδραση των ορμονών στο επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων απασχόλησε τους ερευνητές.

Φάρμακα, που χορηγούνται για την αντιμετώπιση θυροειδοπαθειών, η λήψη οιστρογόνων ορμονών και η χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων, χωρίς προγεστερόνη, ενοχοποιήθηκαν για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού.

Οι πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που τους χορηγήθηκαν οιστρογόνες ορμόνες, διπλασιάζονται. Το αντίθετο συμβαίνει αν τους χορηγήθηκε προγεστερόνη.

Σημασία φαίνεται, πως έχει η σχέση οιστριόλης προς την οιστρόνη και την οιστραδιόλη. Αύξηση της σχέσης σημαίνει ελαττωμένες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, ενώ ελάττωση της αυξημένες.

ΑΡΘΡΟ: έρευνα Βρετανών ειδικών.

Το "χάπι" προκαλεί καρκίνο του μαστού.

ΛΟΝΔΙΝΟ, 6. Αυξημένες πιθανότητες προσβολής από καρκίνο του μαστού έχουν οι νέες γυναίκες που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά χάπια διάστημα μεγαλύτερο από τέσσερα χρόνια, σύμφωνα με τό πρόβλημα έρευνας που δημοσιεύτηκε χθες στη Βρετανία.

Η μελέτη που δημοσιεύεται στο ιατρικό περιοδικό "Λάνσετ" αναφέρει ότι στην ομάδα των γυναικών κάτω των 36 χρόνων που έλαβαν μέρος στην έρευνα και χρησιμοποιούσαν το χάπι για περισσότερα από τέσσερα χρόνια διαπιστώθηκε αύξηση κατά 43% των πιθανοτήτων να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού και αύξηση κατά 74% για χρήση μεγαλύτερη από οκτώ χρόνια.

Οι ερευνητές συνιστούν στους γιατρούς να ενημερώνουν τις νέες γυναίκες για τον καρκίνο αυτό πριν τους χορηγήσουν αντισυλληπτικά, χωρίς όμως να προτείνουν την αποφυγή των αντισυλληπτικών.

Η Κλαίρ Τσίλβερς του Ινστιτούτου Ερευνών του Λονδίνου για τον καρκίνο, που συμμετείχε στη σύνταξη της έκθεσης, συμβουλεύει τις γυναίκες να προτιμούν τους τύπους αντισυλληπτικών που περιέχουν τις μικρότερες ποσότητες ορμονών και να τα χρησιμοποιούν για το συντομότερο δυνατό χρονικό διάστημα.

Στήν έρευνα των βρεταννών επιστημόνων έλαβαν μέρος 755 γυναίκες κάτω των 36 που προσβλήθηκαν από καρκίνο του μαστού μεταξύ των ετών 1982 και 1985 και ισάριθμες υγιείς Βρεταννίδες.

9) Διαίτητιχοί παράγοντες. Πιστεύεται, πως οι παχύσαρκες γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο του μαστού.

Και η κατάχρηση οινοπνεύματος φαίνεται, πως προδιαθέτει στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού, γιατί εμφανίζεται 1-1,5 φορές συχνότερα από ότι στο γενικό πληθυσμό σέ γυναίκες, που πίνουν παραπάνω από το συνηθισ, ένο-οινοπνευματώδη ποτά.

10) Άλλοι παράγοντες. Διαπιστώθηκε, πως όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος σπουδών της γυναίκας, τόσο αυξάνεται και συχνότητα του καρκίνου του μαστού.

Επίσης, πως οι φηλότερες γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τις κοντές.

Αναφέρεται διπλάσιος κίνδυνος νοσήσεως σέ σύγκριση με τον κοινό πληθυσμό σέ γυναίκες ανωτέρω κοινωνικών τάξεων, καθώς και σέ γυναίκες με χρόνια ψυχολογικά STRESS.

Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι μαστοί μεγάλου μεγέθους πάσχουν συχνότερα από καρκίνο μαστού σέ σύγκριση με μαστούς μικρού μεγέθους (τους μικρότερους μαστούς στον κόσμο έχουν οι Ιαπωνίδες).

Γυναίκες που εκτέθηκαν σε ακτινοβολία (Χιροσίμα), όπως και γυναίκες που έπασχαν από φυματίωση και υποβλήθηκαν σε συχνό ακτινοσκοπικό έλεγχο, εμφανίζουν συχνότερα καρκίνο στο μαστό τους. Τη μεγαλύτερη ευαισθησία την εμφανίζει η γυναίκα στήν ηλικία των 10-19 ετών και κατά τή διάρκεια εγκυμοσύνης.

Τέλος έχει παρατηρηθεί ότι στους προεμμηνοπαυσιακούς καρκίνους υπερέχουν οι γυναίκες ομάδας αίματος O και στους μετεμμηνοπαυσιακούς καρκίνους οι γυναίκες ομάδας αίματος A.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Παθολογοανατομικά μπορούμε να διακρίνουμε τον καρκίνο του μαστού σε τέσσερες τύπους:

Τύπος I. Σ' αυτόν τιν τύπο ανήκει τομή διηθητικό καρκίνωμα, σπάνια κάνει μεταστάσεις και εμφανίζεται σε συχνότητα 5%.

Ειδικότερα σ' αυτόν τον τύπο ανήκουν: το ενδοσωληνώδες καρκίνωμα χωρίς διάσπαση της βασικής μεμβράνης, τό περιορισμένο στους εκφορητικούς πόρους θηλώδες καρκίνωμα και τό λοβιακό IN SITU καρκίνωμα.

Όταν παθολογοανατομικά το καρκίνωμα του μαστού το κατατάξουμε στον τύπο I, τότε η επιβίωση της άρρωστης φτάνει τό 95% μετά πενταετία, είτε έχουν, είτε δεν έχουν διηθηθεί οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

Τύπος II. Σ' αυτόν τον τύπο ανήκει το διηθητικό καρκίνωμα, που σπάνια κάνει μεταστάσεις και εμφανίζεται σε συχνότητα 15%.

Ειδικότερα, σ' αυτόν τον τύπο ανήκουν: Το καλά διαφοροποιημένο αδενοκαρκίνωμα, το μυελοειδές καρκίνωμα, το βλεννώδες ή κολλοειδές καρκίνωμα και τό θηλώδες καρκίνωμα.

Στόν τύπο αυτό, αν οι λεμφαδένες είναι αρνητικοί, τότε η επιβίωση μετά πενταετία φτάνει τό 85%, αν όμως είναι θετικοί, τό 70%.

Τύπος III. Σ' αυτόν τον τύπο ανήκει το διηθητικό καρκίνωμα, που κάνει μεταστάσεις με μέτρια συχνότητα και εμφανίζεται σε συχνότητα 66%.

Ειδικότερα, σ' αυτό τον τύπο ανήκουν: το διηθητικό αδενοκαρκίνωμα, το ενδοσωληνώδες καρκίνωμα με διάσπαση της βασικής μεμβράνης και το λοβώδες διηθητικό καρκίνωμα.

Στον τύπο αυτό, αν οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες είναι αρνητικοί, τότε η επιβίωση μετά πενταετία φτάνει τό 80%, αν όμως θετικοί, τό 50%.

Τύπος IV. Σ' αυτόν τον τύπο ανήκει το διηθητικό καρκίνωμα, που κάνει συχνές μεταστάσεις και εμφανίζεται σε συχνότητα 15%.

Ειδικότερα σ' αυτόν τον τύπο ανήκουν: το άδιαφοροποίητο καρκίνωμα και όλοι οι καρκίνοι, που εμφανίζουν διήθησα των αιμοφόρων αγγείων.

Στον τύπο αυτό, αν οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες είναι αρνητικοί, τότε η επιβίωση μετά πενταετία φτάνει τό 80%, αν όμως θετικοί, τό 40%.

ΙΣΤΟΓΕΝΕΤΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Παλιότερα ιστολογικά, κατατάσσαμε τον καρκίνο του μαστού, ανάλογα με τη μορφολογία του όγκου, Έτσι, διακρίναμε τό απλό καρκίνωμα, όταν το ινώδες και το επιθηλιακό του στοιχείο βρίσκονταν σχεδόν στην ίδια αναλογία, το σκιρρώδες καρκίνωμα όταν το ινώδες στοιχείο ήταν περισσότερο, και το μυελοειδές, όταν το επιθηλιακό του στοιχείο ήταν περισσότερο.

Σήμερα, τον καρκίνο του μαστού τον κατατάσσουμε ιστογενετικά δηλαδή από ποιό σημείο του μαστού προέρχεται, από τους γαλακτοφόρους πόρους ή από τά λόβια.

Αλλά και η μορφολογία του μας ενδιαφέρει και ιδιαίτερα η δομή των κυττάρων και η διήθηση του στρώματος του μαστού.

Η ιστολογική πολυφορμία του καρκίνου του μαστού αναγκάζει τον ειδικό να ομολογήσει την αδυναμία του να τον κατατάξει σε μία ορισμένη ομάδα.

Σε κάθε εποχή αναμένεται η ανακάλυψη ενός νέου ιστολογικού τύπου καρκινώματος του μαστού, που δέν έχει περιγραφεί.

Σέ συχνότητα 99% ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται από τό επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων και 1% από τό συνδετικό ιστό.

Η ανάπτυξη του αρχίζει ταυτόχρονα από πολλούς γαλακτοφόρους πόρους γιαυτό σε συχνότητα 50% των μαστών, που εξαιρέθηκαν για καρκίνο, εκτός από τον καρκινικό όγκο, μέσα σ' αυτόν υπάρχουν πολλαπλές εστίες μικροσκοπικού διηθητικού ή όχι καρκινώματος.

Ιστογενετικά τα καρκινώματα του μαστού τα διακρίνουμε σε τρείς ομάδες:

α) Μη διηθητικό, σε αυτά ανήκουν τά:

Λοβιακό καρκίνωμα IN SITU ή ενδοεπιθηλιακό,

Ενδοσωληνώδες καρκίνωμα IN SITU .

β) Διηθητικά καρκινώματα, σε αυτά, που αποτελούν εξέλιξη των καρκινωμάτων IN SITU, όταν δέν αντιμετωπισθούν, ανήκουν πολλοί ιστολογικοί τύποι, που θα μπορούσαν να διακριθούν στις δύο παρακάτω ομάδες:

Λοβιακό διηθητικό καρκίνωμα:

Ενδοσωληνώδες διηθητικό καρκίνωμα ή διηθητικό καρκίνωμα των πόρων. Σ' αυτόν τόν τύπο καρκινώματος ανήκουν:

----- Ο απλός τύπος του (χωρίς δηλαδή ξεχωριστά χαρακτηριστικά.

----- Τό μυελοειδές.

--- Το Βλεννώδες και

--- Το θηλώδες καρκίνωμα του μαστού, (η νόσος του PACET και άλλοι σπάνιοι τύποι, όπως είναι τό σωληνώδες, εκρηκτικό και αδενοκυστικό καρκίνωμα.

γ) Αναθόριστης ιστογενετικής προέλευσης καρκινώματα.

Σ'αυτά ανήκουν:

----Τό φλεγμονώδες, που, ίσως προέρχεται από τους πόρους η τα λ'οβια ή και από τα δύο στοιχεία.

----Τό μεταπλαστικό, που εμφανίζει πλακώδη, νεοπλαστική, χονδρογενή μετάπλαση.

----Τό καρκινοσάρωμα και καρκινοειδές.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΥΠΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.

Ιστολογικοί τύποι. Τό 80% των καρκινωμάτων του μαστού είναι διηθητικά από τους γαλακτοφόρους πόρους τό υπόλοιπο 20% αφορά σε μια μεγάλη ποικιλία άλλων καρκινωμάτων.

Ειδικότερα, στους 100 καρκίνους οτυ μαστού θα συναντήσουμε την παρακάτω σχετικά με τον ιστολογικό τους τύπο:

-Διηθητικά καρκινώματα των γαλακτοφόρων πόρων.....	52
-Διηθητικά καρκινώματα των γαλακτοφόρων πόρων συνδυασμένα με άλλα καρκινώματα.....	28
--Λοβιακά καρκινώματα.....	10
--Μυελοειδή καρκινώματα.....	3
--Βλεννώδη καρκινώματα.....	2,5
--Νόσος του PAGET.....	1
--Άλλοι τύποι καρκινωμάτων.....	3,5.

ΙΣΤΟΓΕΝΕΤΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΜΑΣΤΟΥ

Λοβιακό καρκίνωμα

A. Λοβιακό καρκίνωμα IN SITU (LCIS).

Τό καρκίνωμα αυτό δέν δίνει κλινικά και μαστογραφικά ευρήματα και ανακαλύπτεται σχεδόν κατά κανόνα τυχαία σε βιοψικό υλικό που στέλνεται συνήθως με την κλινική ή διάγνωση καλοήθους παθήσεως.

Είναι συχνότερο σε συμπαγείς μαστούς και σε γυναίκες προεμμηνοπαυσιακής ηλικίας με την αιχμή της καμπύλης στην ηλικία 40-45 ετών.-

B. Λοβιακό διηθητικό καρκίνωμα.

Η συχνότητα του υπολογίζεται σε 10-14% των καρκινωμάτων που μαστού. Αναπτύσσεται συχνότερα σε ινώδεις μαστούς και είναι αμιγές ή συχνότατα να συνυπάρχει με πορογενές IN SITU ή διηθητικό καρκίνωμα. Αντιμετώπιση: ριζική ή μαστεκτομή.

Πορογενές καρκίνωμα.

A. Πορογενές καρκίνωμα IN SITU.

Συνήθως συνοδεύεται από διηθητικό πορογενές καρκίνωμα και σπάνια αποτελεί αμιγή κλινική μορφή. Στη τελευταία αυτή περίπτωση μπορεί να καταλάβει μεγάλη έκταση μέσα στο μαστό και είναι συχνά πολυεστιακό.

Η πρόγνωση των ασθενών αυτών άριστη σε περίπτωση ολικής αφαιρέσεως του μαστού, αλλά σπανιότατα γίνεται διάγνωση σε αυτή τη φάση.

Μορφές πορογενούς καρκινώματος IN SITU.

- 1) Φαγεσωρικό καρκίνωμα
- 2) Ηθμοειδές καρκίνωμα
- 3) Θηλώδες καρκίνωμα
- 4) Τροχοειδές καρκίνωμα
- 5) Τοιχωματικό καρκίνωμα
- 6) Λοβιακή-καρκινοποίηση

Πορογενή διηθητικά καρκινώματα και ειδικοί τύποι:

- 1) Καρκίνωμα χωρίς ειδικούς χαρακτήρες
 - 2) Μυελοειδές καρκίνωμα με λεμφοκυτταρική διήθηση
 - 3) Βλεννώδες ή κολλοειδές καρκίνωμα
 - 4) Διαφοροποιημένο σκληρυνώδες καρκίνωμα
 - 5) Νεανικό εκκριτικό καρκίνωμα
 - 6) Αποκρινές καρκίνωμα
- . / .

- 7) Λιποεπιθητικό καρκίνωμα
- 8) Αδενοεδές κυστικό καρκίνωμα
- 9) Καρκίνωμα πλούσιο σε γλυκογόνο
- 10) Καρκίνωμα με μαλιγιακή απτρακτοκυτταρική μετάπλαση.

Νόσος του ΡΑCΕΤ.

Ως νόσος του ΡΑCΕΤ του μαστού χαρακτηρίζεται η διήθηση της επιδερμίδας της θηλής από καρκινωμάτωση κύτταρα που προέρχονται από ενδοπορικό καρκίνωμα γαλακτοφόρων πόρων.

Κλινικά η νόσος εκδηλώνεται με ελαφρό περιοχικό οίδημα της θηλής που την καθιστά μαλακότερη και μπορεί να διαφύγει της προσοχής του ασθενούς. Στη συνέχεια δημιουργείται μικρή διάβρωση που βαθμηδόν παίρνει εκζεματοειδή αλλοίωση και δεν αποτελεί ρύση από πόρο. Σε προχωρημένα στάδια ή σε επέκταση του καρκινώματος στο στόμιο του πόρου μπορεί να υπάρξει και αιμορραγικό έκκριμα.

Καλύτερη αντιμετώπιση θεωρείται η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

Φλεγμονώδες καρκίνωμα

Είναι κακοήθεστατη κλινική μορφή καρκινώματος μαστού με βαρύτερη πρόγνωση και εκδηλώνεται με διόγκωση ολόκληρου ή μέρους του μαστού συνοδευόμενη από διάχυτη σκληρυνση ερυθρότητα του δέρματος, ευασθησία, πόνο και οίδημα.

Συγχρόνως με την εμφάνιση των κλινικών συμπτωμάτων υπάρχει διόγκωση των μασχαλιαίων λεμφαδένων συχνά εκτεταμένη σε ποσοστό 90% των περιπτώσεων και απομακρυσμένες μεταστάσεις σε ποσοστό 30%. Μαζί με την διήθηση των λεμφαγγείων του δέρματος υπάρχει διήθηση και των λεμφαγγείων του υποδορίου ιστού και του μαστικού παρεγχύματος.

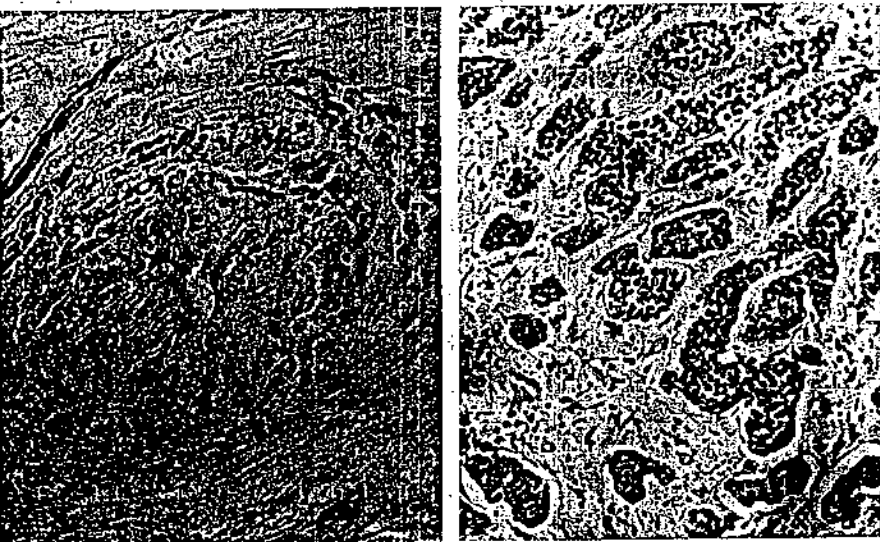
Θεραπευτικά εφαρμόζεται μόνο παρηγορική ακτινοβολία.

Μεταστατικό καρκίνωμα μαστού

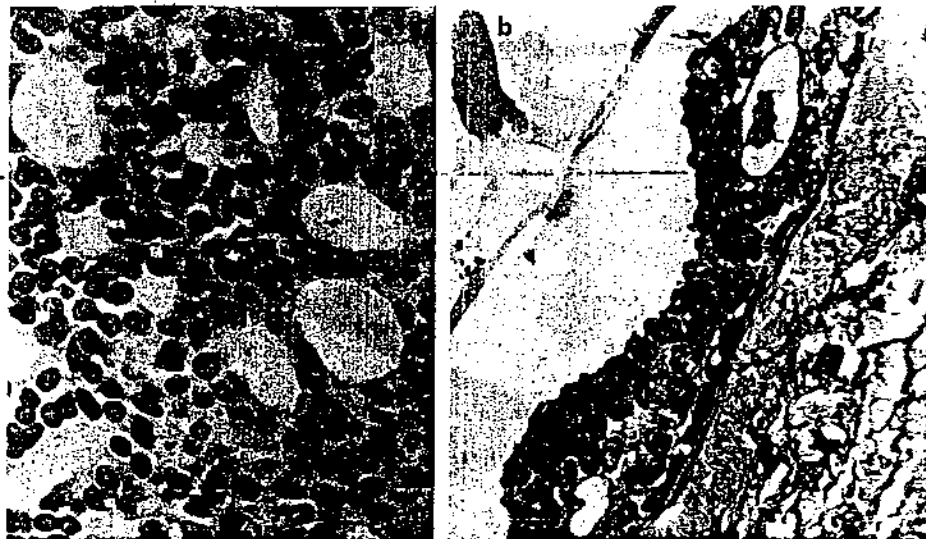
Αυτά είναι σπανιότατα. Εκτός από τα κακοήθη μελανώματα που δίνουν μεταστάσεις σ' οποιοδήποτε μέρος του σώματος, συνηθέστερες θέσεις προελεύσεως μεταστατικών καρκινωμάτων στο μαστό είναι οι πνεύμονες, η μήτρα και οι ωοθήκες.



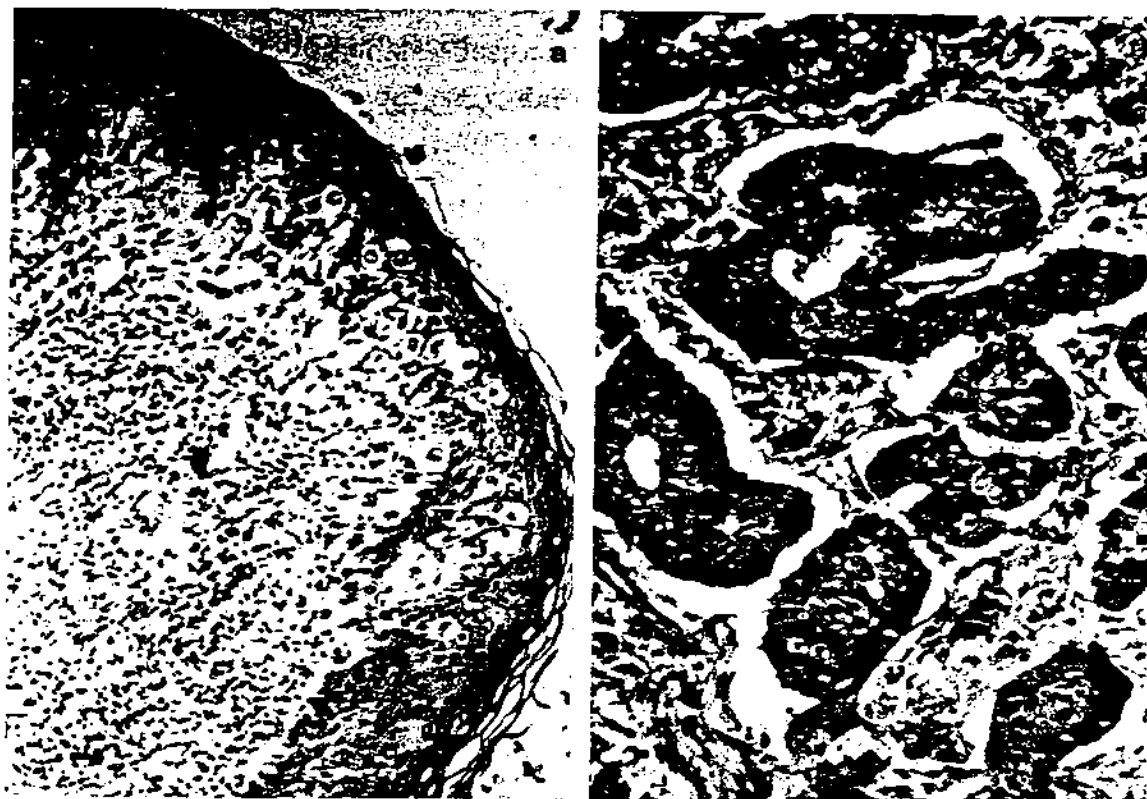
Εικ. 241. α) Πορογενές καρκίνωμα in situ, τροχοειδής εικόνα, β) λοβιακό καρκίνωμα in situ.



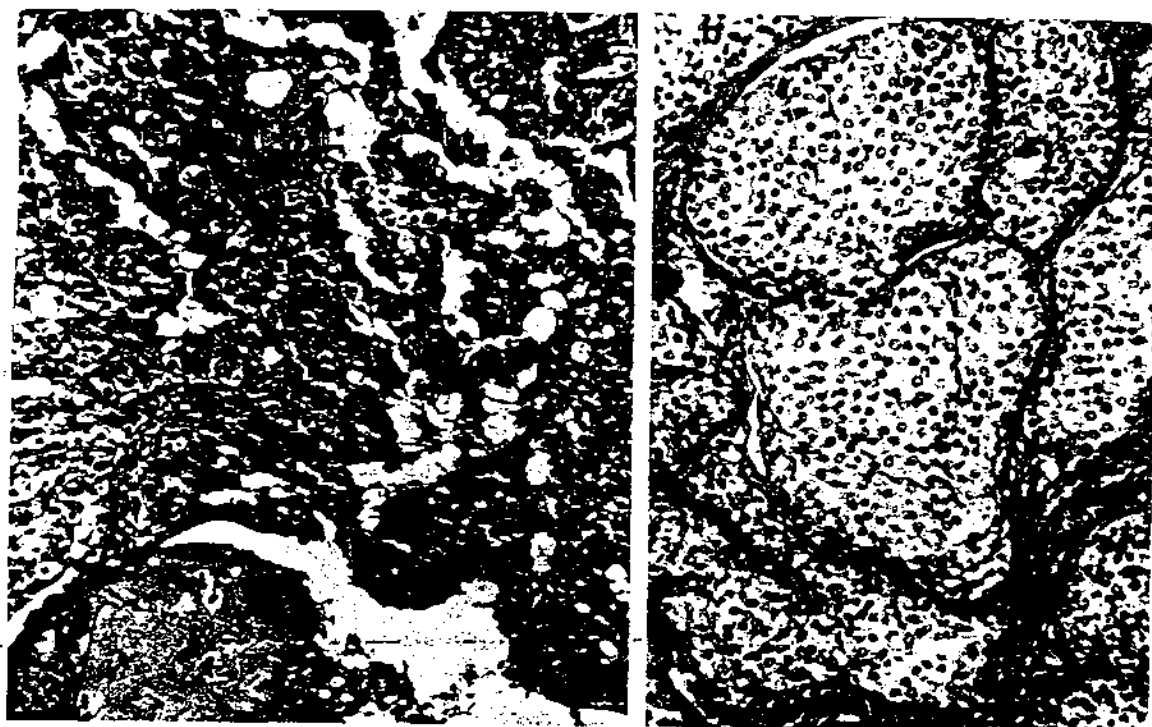
Εικ. 242. (α, β) Λοβιακό διηθητικό καρκίνωμα μαστού. Στο (α) εμφανής η διήθηση γύρω από εκφορητικό πόρο.



Εικ. 244. Πορογενές καρκίνωμα in situ: α) Ηθμοειδές, β) «clinging».



Εικ. 249. a) Νόσος Paget μαστού με τα μεγάλα ελαφροχρωματικά κύτταρα (βέλη). b) Πυρήνες καρκινώματος μαστού.



Εικ. 248. Καρκίνωμα μαστού: a) Θηλώδες, b) λιποεκκρητικό.

ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΜΑΣΤΟΥ

Ινοαδένωμα

Είναι πό συχνότερο νεόπλασμα των νεαρών ηλικιών, με την αιχμή της καμπύλης συχνότητας στη Ιοετία 30-40. Ο ΗααCENSEN υποστηρίζει ότι το ποσοστό 25% των γυναικών αυτής της ηλικίας έχουν ένα έστω και μικροσκοπικό ινοαδένωμα.

Ιστογενετικά προέρχεται από κυτταρικό υλικό των λοβιακών μονάδων και δέν αναπτύσσεται σε ανδρικό μαστό. Ιστολογικά χαρακτηρίζεται από υπερπλασία διακλαδιζομένων πόρων που διαχωρίζονται από άφθονο συνδετικό υπόστρωμα.

Δύο σπανιότατοι ιδιαίτεροι τύπου ινοαδενωμάτων είναι το γιγάντιο ινοαδένωμα της εφηβείας και τα αλληλοδιάδοχα ινοαδενώματα που και αυτά αναπτύσσονται σε πολύ νεαρές γυναίκες.

Τό γιγάντιο ινοαδένωμα της εφηβείας μπορεί να δημιουργήσει πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης από το φυλλοειδές κυστοσάρκωμα. Στην διάγνωση βοηθάει η ηλικία της ασθενούς, η μακροσκοπική και κυρίως η ιστολογική εικόνα.

Τά αλληλοδόχα ινοαδενώματα σπανιότατα, αναπτύσσονται σε νεαρότατες ηλικίες και χαρακτηρίζονται από σύγχρονη πολλαπλότητα και συνεχή εμφάνιση νέων. Η διαδικασία αυτή μπορεί να συνεχισθεί μέχρι πλήρους εξαντλήσεως του λοβιακού υλικού του μαστού σε ακραίες περιπτώσεις.

Το ινοαδένωμα σπανιότατα εξελίσσεται. Το συνηθέστερο καρκίνωμα που αναπτύσσεται σε ινοαδένωμα είναι IN SITU λοβιακό καρκίνωμα.

ΦΥΛΛΟΕΙΔΕΣ ΚΥΣΤΟΣΑΡΚΩΜΑ

Το νεόπλασμα αυτό έχει συχνά καλοήθη βιολογική συμπεριφορά. Είναι νεόπλασμα των μεγάλων ηλικιών αλλά σπάνια αναπτύσσεται και σε νεαρές ηλικίες. Ο ΗΑΑCENSEN αναφέρει 7 περιπτώσεις σε κορίτσια κάτω των 16 ετών.

Το φυλλοειδές κυστοσάρκωμα είναι τό μεγαλύτερο νεόπλασμα που αναπτύσσεται στο μαστό. Μικρά φυλλοειδή κυστοσαρκώματα σε μέγεθος ίνοαδενώματος έχουν περιγραφεί.

Τά μεγάλα φυλλοειδή κυστοσαρκώματα έχουν συνήθως ιστορικό πολλών ετών και προκαλούν από την τάση λογω του μεγέθους τους ρήξη και εξέλιξη του δέρματος χωρίς να τα διηθούν. Επίσης δέν ακινητοποιούνται στο θωρακικό τοίχωμα γιατί δέν διηθούν την εντω βάθει περιτονία. Κλινικά ή παρουσία μεγάλου ευκίνητου όγκου στο μαστό, ακόμα και στην περίπτωση που συνοδεύεται από εξέλιξη

του δέρματος, θέτει την υπόνοια φυλλοειδούς κυστοσαρκώματος. Ιστολογικά είναι ινοεπιθηλιακός όγκος.

Σπανιότατα εξαλλάσσεται και η εξαλλαγή του, όπως και στο ινοαδένωμα, αφορά σχεδόν κατά κανόνα IN SITU λοβιακό καρκίνωμα.

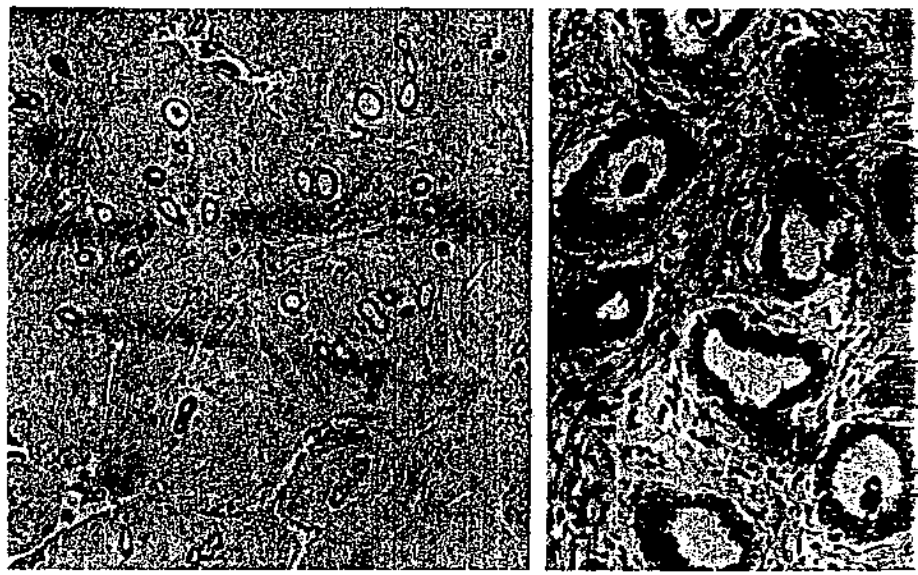
Οι συνηθέστεροι τύποι σαρκώματος είναι:

- 1) Το ινοσάρκωμα
- 2) Το κακόηθες ίστιοκύτωμα και
- 3) Το λιποσάρκωμα

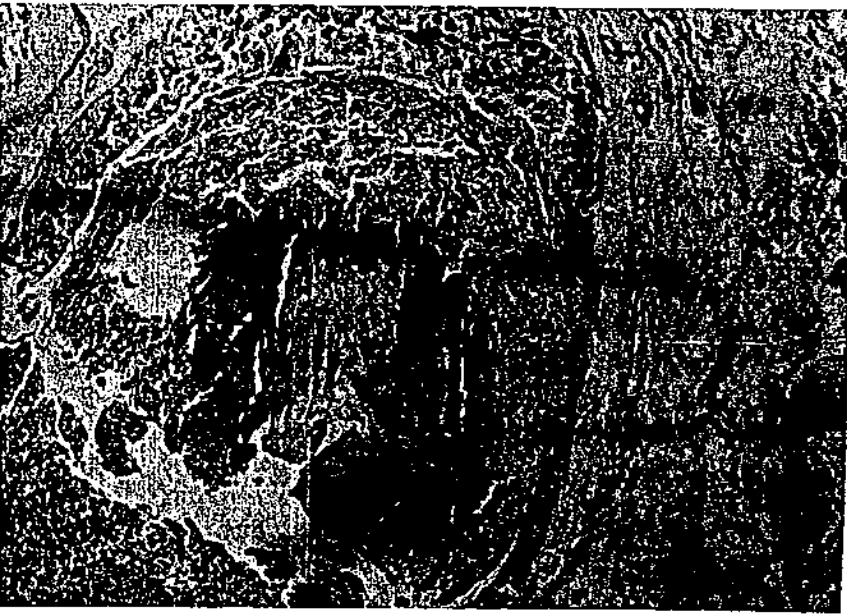
ΘΗΛΑΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΜΑΣΤΟΥ

Είναι το δυσκολότερο κεφάλαιο των καλοήθων όγκων μαστού. Έχει τις μεγαλύτερες διαγνωστικές δυσκολίες και περιλαμβάνει καλοήθη νεοπλάσματα για τα οποία έχουν γίνει οι περισσότερες άσκοπες μαστεκτομές. Εδώ περιλαμβάνονται:

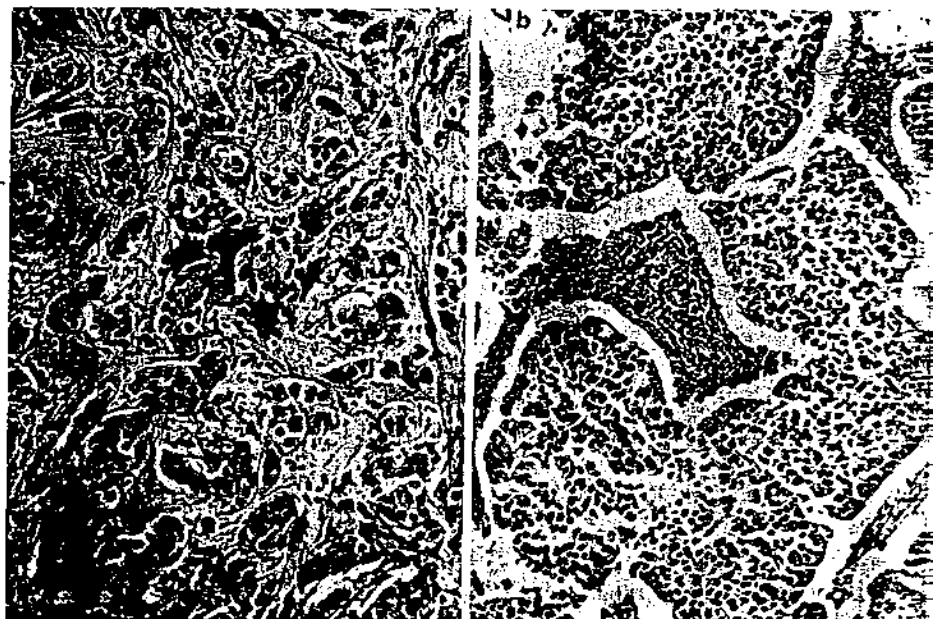
- α) Θήλωμα θηλής και μονήρες ενδοπορικό θήλωμα.
- β) Αδένωμα θηλής
- γ) Πολλαπλά θηλώματα και Νεανική θηλωμάτωση, και
- δ) Καλοήθη μεσεγχυματογενή νεοπλάσματα.



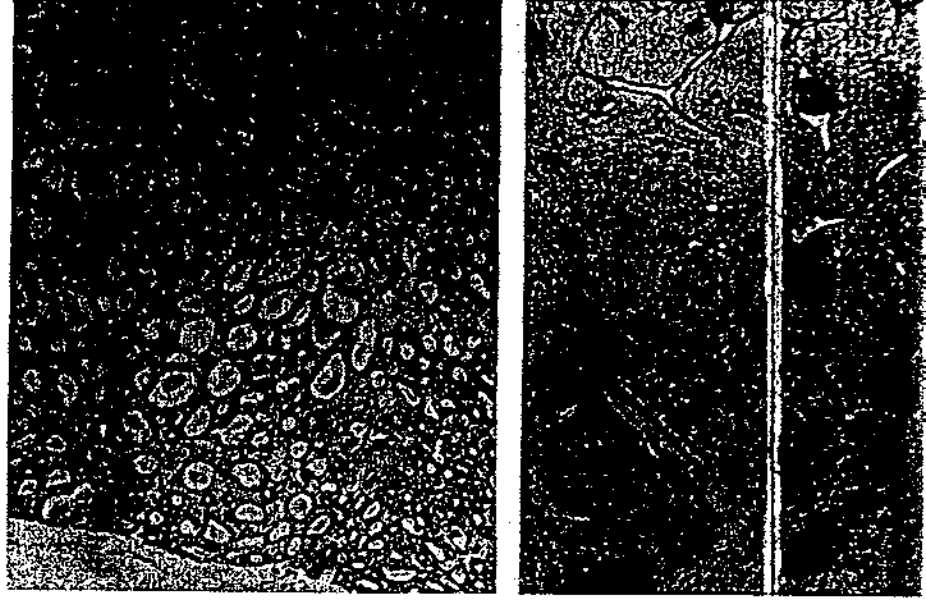
Εικ. 234. Ινοαδένωμα μαστού σε μικρή (a) και μεγάλη (b) μεγέθυνση.



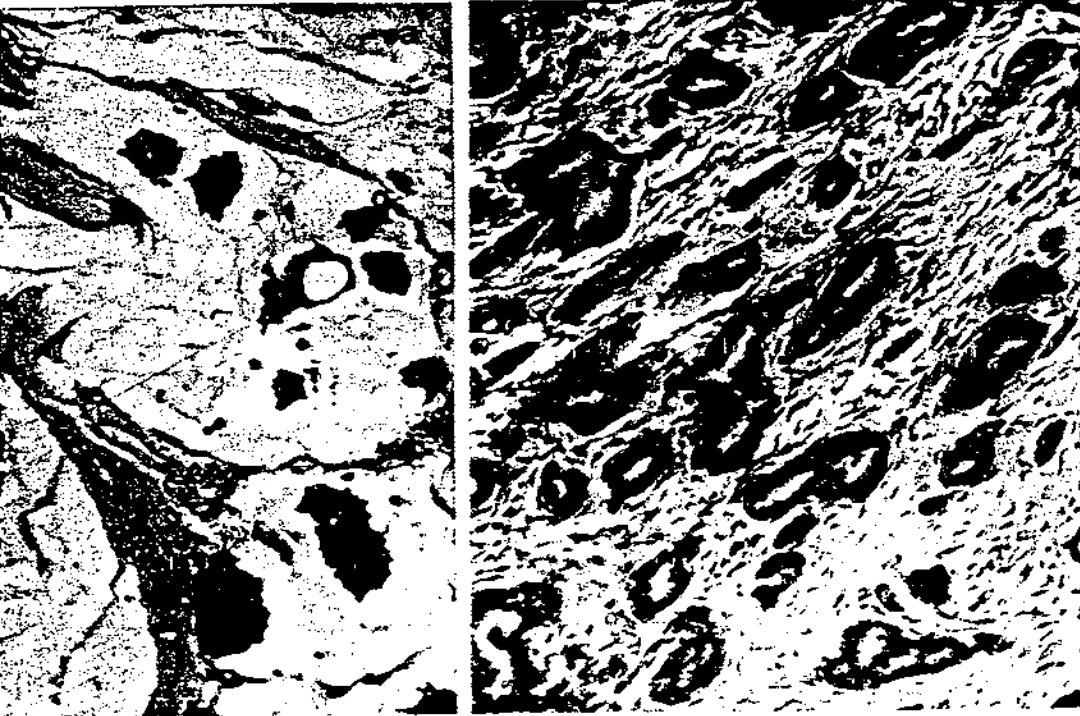
Εικ. 243. Φαγεσορικό (comedo) καρκίνωμα.



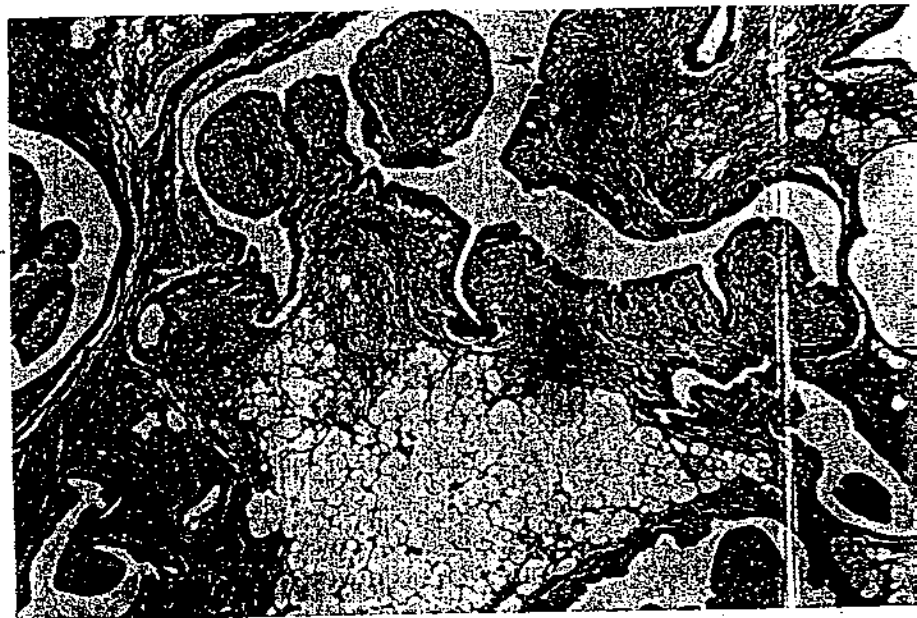
Εικ. 246. Καρκίνωμα μαστού: a) Σύνηθες (NOS), b) μελοειδές.



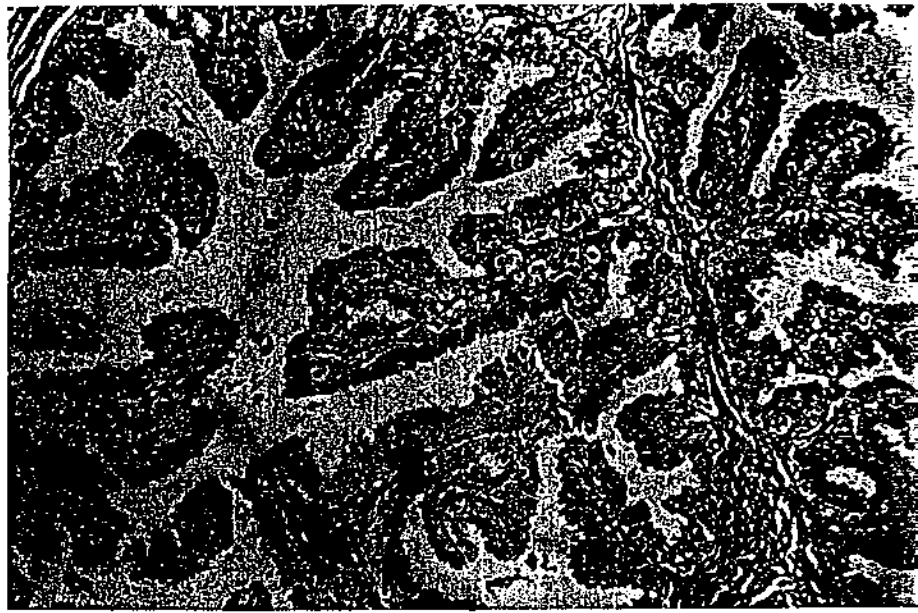
Εικ. 235. α) Ινοαδένωμα μαστού σε κύηση, β) σκληρυντικό ινοαδένωμα.



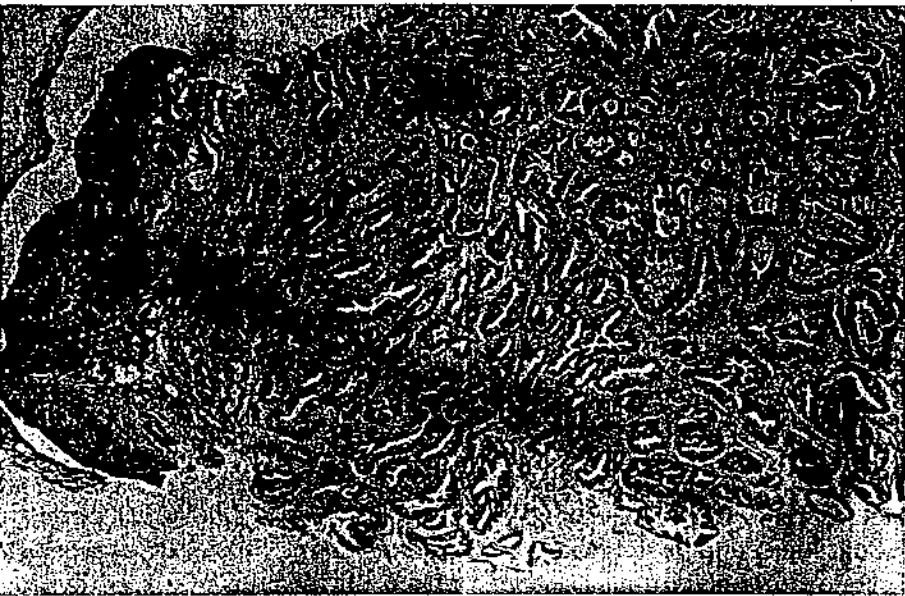
Εικ. 247. α) Βλεννώδες, κολλοειδές και β) σωληνώδες αδενοκαρκίνωμα μαστού.



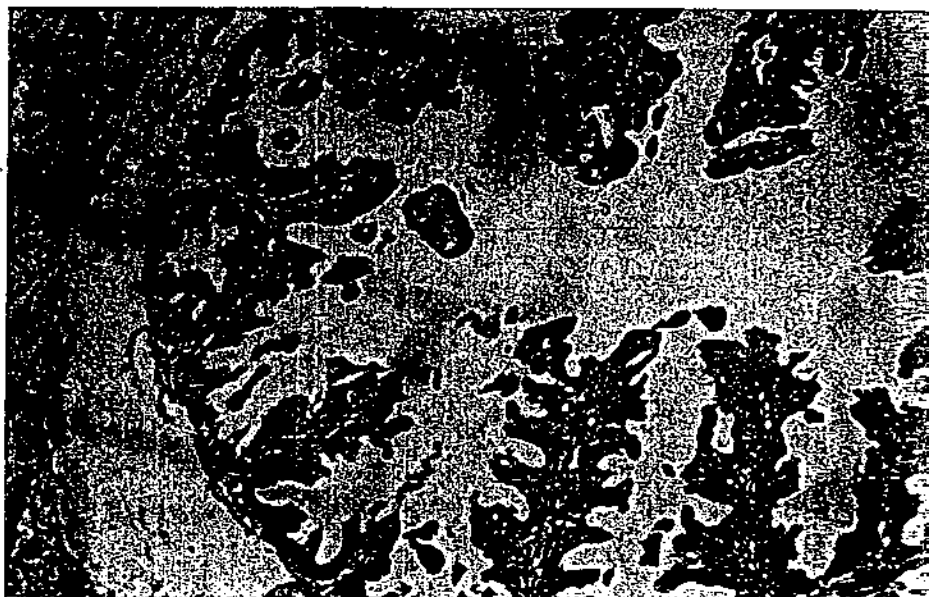
Εικ. 236. Φυλλοειδές κυστωσάρκωμα.



Εικ. 238. Μονήρες θήλωμα μαστού.



Εικ. 239. Αδένωμα θήλης μαστού.



Εικ. 245. Θηλώδες καρκίνωμα μαστού in situ.

ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στήν εποχή μας η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού δέν αποβλέπει τόσο στον καθορισμό του εγχειρήσιμου από τον ανεγχείρητο καρκίνο, όσο στην εκτίμηση της πρόγνωσης, που εξερτάται από το βαθμό μεταστάσεων π.χ. στο στάδιο I οι πιθανές μεταστάσεις είναι 20% και οι πιθανότητες επιβίωσης για μια Ιοετία 80%, ενώ στο στάδιο III το ποσοστό επιβίωσης για μία Ιοετία φτάνει τό 30%.

Σέ γενικές γραμμές, ο βαθμός της επέκτασης του καρκίνου εκφράζεται σέ τέσσερα στάδια.

Στάδιο I. Ο όγκος εντοπίζεται μέσα στο παρέγχυμα του οργάνου, πάνω στο οποίο αναπτύχθηκε ο καρκίνος.

Στάδιο II. Ο όγκος επεκτάθηκε και έφθασε ως την επιφάνεια του οργάνου.

Στάδιο III. Ο όγκος έκανε μεταστάσεις στους πυχώριους λεμφαδένες.

Στάδιο IV. Ο όγκος έκανε μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα.

Ειδικότερα, προκειμένου για τον καρκίνο του μαστού, η UICC και η AJCC σταδιοποίησαν αυτόν βασιζόμενοι στο σύστημα:

T (TUMOR = πρωτοπαθής όγκος)

N (NODES = επιχώριοι λεμφαδένες)

M (METASTASES = απομακρυσμένες μεταστάσεις).

όπως παρακάτω:

T - πρωτοπαθής όγκος.

T₁ - Ο όγκος έχει διάμετρο μέχρι 2 εκ.

α) Ο όγκος δέν είναι καθηλωμένος στην περιτονία του μείζονα θωρακικού μυ ή στο μυ.

β) Ο όγκος είναι καθηλωμένος στην περιτονία του μείζονα θωρακικού μυ ή στο μυ.

T₂. Ο όγκος έχει διάμετρο από 2-5 εκ.

α) και β) τό ίδιο.

T₃ - Ο όγκος έχει διάμετρο πάνω από 5 εκ.

α) και β) τό ίδιο

T₄ - Ο όγκος έχει οποιαδήποτε διάμετρο και διηθεί τό θωρακικό τοίχωμα (πλευρές, μεσοπλευρία διαστήματα, εσοπλευριους μυς, πρόσθιο οδοντωτό μυ) και τό δέρμα. Δέν διηθεί τους θωρακικούς μυς.

α) Ο όγκος είναι καθηλωμένος στο θωρακικό τοίχωμα.

β) Ο όγκος εμφανίζει οίδημα ή εξέλικωση

γ) Ο όγκος εμφανίζεται φλεγμονώδης.

- N- Επιχώριοι λεμφαδένες.
- N₀- Λεμφαδένες αφηλάφητοι.
- N₁- Λεμφαδένες ψηλαφητοί και κινητοί.

- α) Κλινικά χωρίς διήθηση.
- β) Κλινικά με διήθηση.

- N₂ - Λεμφαδένες διηθημένοι και καθηλωμένοι.
- N₃ - Υπερκλείδιοι και υποκλείδιοι λεμφαδένες διηθημένοι και οίδημα του άνω άκρου.

- M - Μεταστάσεις.
- M₀ - Δεν υπάρχουν μεταστάσεις
- M₁ - Υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Με τό παρακάτω σύστημα σταδιοποιούμε τον καρκίνο του μαστού, όπως παρακάτω:

Στάδιο I.

T_{1α} N₀ ή N_{1α} M₀

T_{1β} N₀ ή N_{1α} M₀

Στάδιο II.

T_{1α}, T_{1β} N_{1β} M₀

T_{2α}, T_{2β} N₀, N_{1α}, N_{1β}, M₀

Στάδιο III.

T_{1α}, T_{1β} N₂ M₀

T_{2α}, T_{2β} N₂ M₀

T_{3α}, T_{3β} N₃, N_{1α}, N_{1β} M₀

Στάδιο IV.

T₄ όλα τα N όλα τα M

όλα τα T N₃ όλα τα M

όλα τα T όλα τα N M₁

Όπως αναφέρθηκε, η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού μας βοηθάει στη θεραπευτική μας αντιμετώπιση. Έτσι σε καρκίνο του I και II σταδίου περιοριζόμαστε σε καρκίνο του III σταδίου εκτελούμε εγχείρηση και συστήνουμε ακτινοθεραπεία και στον καρκίνο χημειοθεραπεία και στον καρκίνο του IV σταδίου επιστρατεύουμε όλα τα είδη αντιμετώπισης.

Βαθμός κακοήθειας (GRADE). Ο βαθμός κακοήθειας του καρ-

κίνου προσδιορίζεται ανάλογα με την εμφάνιση των κακοήθων κυττάρων, δηλαδή του μεγέθους τους, του μεγέθους του πυρήνα τους, τον αριθμό των μιτώσεων και το βαθμό πρόσληψης της χρωστικής.

Έτσι προκύπτουν οι παρακάτω βαθμοί και η συχνότητά τους:

G_1 , που εμφανίζεται σε συχνότητα 23%

G_2 , που εμφανίζεται σε συχνότητα 27%

G_3 , που εμφανίζεται σε συχνότητα 70%.

ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΜΑΣΤΟΥ (ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ)

Ο όρος πρώιμο καρκίνωμαμαστού χρησιμοποιήθηκε με έμφαση στη ΙΟετία του 1970 για να υποδηλώσει ένα καρκίνωμα με μεγάλες πιθανότητες ίασεως.

Ο όρος επιβλήθηκε περισσότερο από κλινική ανάγκη και καθόλου από ειδικές μελέτες. Αποτέλεσμα ήταν να χρησιμοποιείται με διαφορετικό περιεχόμενο από διάφορους ερευνητές, σε βαθμό που έγινε απαραίτητο να διευκρινίζεται ταυτόχρονα με την χρησιμοποίηση του όρου και η έννοιά του.

Οι περισσότεροι συγγραφείς εννοούσαν διηθητικά καρκινώματα διαμέτρου μικρότερης του 0,5 και άλλοι του I εκ. Άλλοι συμπεριλάμβαναν και IN SITU πορογενή καρκινώματα, άλλοι μόνο τα τελευταία και τέλος άλλοι IN SITU πορογενή καρκινώματα καθώς και άτυπες επιθηλιακές υπερπλάσιες λόγω του υψηλού κινδύνουκακοήθους εξαλλαγής.

Ο όρος ουσιαστικά ποτέ δεν έγινε ευρύτατα αποδεκτός αν και ακόμα εξακολουθεί να χρησιμοποιείται σε μικρή κλίμακα. Δεν διακάωσε την αναμενόμενη ένδειξη για μικρότερη επέμβαση στο μαστό όταν επιβεβαιώθηκε ότι διηθητικά καρκινώματα μικροτάτου μεγέθους μπορεί να έχουν δώσει επιχώριες μεταστάσεις και κυρίως ότι συχνά συνοδεύονται από πολυεστιακότητα.

Ακόμα και IN SITU καρκινώματα βρέθηκαν συχνά πολυεστιακά.

Σήμερα έχει από άριστες εργασίες διαπιστωθεί με βεβαιότητα ότι η πολυεστιακότητα αποτελεί στοιχείο εγγενές στο μαστικό καρκίνωμα και η συχνότητα της κυμαίνεται κατά διαφόρους ερευνητές από 15% έως 50% των περιπτώσεων.

Σε μερικές μορφές καρκινωμάτων όπως τό IN SITU λοβιακό καρκίνωμα περνάει το 60%.

Επίσης αμφοτερόπλευρη νόσηση κυρίως ασύγχρονη αλλά και σύγχρονη δεν είναι σπάνια. Η ακριβής συχνότητα της δεν είναι γνωστή. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη βιβλιογραφία του όφειλονται σε διαφορετικούς τρόπους μελέτης. Μεγάλη σημασία έχει ο χρόνος παρακολούθησεως και η ηλικία των ασθενών.

Καρκινοπαθείς γυναίκες νεαρών ηλικιών με μεγάλο προσδόκιμο επιβιώσεως έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα αμφοτερόπλευρης νόσησης.

Οι συχνότητες γενικά που έχουν ανακοινωθεί κυμαίνονται από 2% μέχρι 18% για τὰ πορογενή καρκινώματα.

Τη μεγαλύτερη πιθανότητα σύγχρονης και μετάχρονης αμφοτερόπλευρης νόσησης έχει το λοβιακό (IN SITU και διηθητικό)καρ-

κίνωμα, που υπολογίζεται σε 30%. Είναι ακόματο κρκίνωμα που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συχνότητα σύγχρονης αμφοτερόπλευρης ανάπτυξης που υπολογίζεται σε ποσοστό μέχρι 20%. Γι' αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία η διάγνωση του λοβιακού διηθητικού καρκινώματος στην ταχεία βιοψία.

Οι περισσότεροι χειρουργοί διενεργούν σ' αυτές τις περιπτώσεις τυχαία γενναία βιοψία και από τόν άλλο μαστό.

Φαίνεται ότι οι μαστοί από πολλές απόψεις συμπεριφέρονται ως ενιαίο όργανο και υπόκεινται σε απρόμοιες αντιδράσεις στα ίδια ερεθίσματα. Είναι γνωστό ότι αμφοτερόπλευρη νόσηση υπάρχει και στην ινοκυστική νόσο.

Η εξωμαστική τουκαρκινώματος γίνεται με τη λεμφική οδό στους επιχωρίους λεμφαδένες και αιματογενώς σε απομακρυσμένα όργανα.

Τά καρκινώματα του έξω ημιμορίου του μαστού μεθίστανται με τη λεμφική οδό στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και καρκινώματα του κέντρου του μαστού και του έσω ημιμορίου σε λεμφαδένες της έσω μαστικής.

Τό καρκίνωμα του μαστού θεωρείται γενικά από τα πιο επιθετικά καρκινώματα και είναι άρκετοί οι ερευνητές που υποστηρίζουν ότι η γενικευμένη διασπορά με απομακρυσμένες μεταστάσεις γίνεται σε αρχικά στάδια της νόσου. Αυτό έχει οδηγήσει στην απαισιόδοξη άποψη, που έχει άρκετούς υποστηρικτές, ότι το καρκίνωμα του μαστού αποτελεί γενικευμένη νόσο τή στιγμή της διάγνώσεώς του.

Οι συνηθέστερες θέσεις εντοπίσεως των γενικευμένων μεταστάσεων είναι:

- Τα όστα (συχνότερα στην πύελο και στό μηριαίο) σε συχνότητα 70%.-

- Στο σπύτι σε συχνότητα 65%

- Στα μαλακά μόρια σε συχνότητα 50%

- Στούς πνεύονες σε συχνότητα 40%

- Στις ωσθήκες σε συχνότητα 15%

Επίσης, σε μικρότερη συχνότητα εμφανίζεται στό δέρμα, στόν εγκέφαλο, στα νεφρά και στην καρδιά.

Σπάνια αρχική θέση απομακρυσμένης μεταστάσεως είναι οι ωσθήκες και κυρίως σε λοβιακού τύπου καρκινώματα τα οποία είναι σε υψηλό βαθμό ορμονοεξαρτώμενα.

Τά καρκινώματα αυτά δίνουν επίσης πολύ συχνές μεταστάσεις στό όστα.

Η παρουσία πολλών μεταστάσεων, συνοδεύεται συχνά από υπερασβεστιαϊμία, η οποία καιμιά φορά μπορεί να γίνεϊ επικίνδυνη για τη ζωή της ασθενούς.

Από υπερασβεστιαϊμία μπορεί να συνοδεύεται επίσης και η θεραπεία με αντι-οιστρογόνα.

Οι μεταστατικές εστίες στα διάφορα όργανα είναι συνήθως όζώδεις. Σπανιότατα μπορεί να έχουν διάχυτο τύπο, κυρίως στον πνεύμονα όπου πορεύονται με τα λεμφαγγεία που περιβάλλουν τους μικρούς και επεκτείνονται στα μεσοκυφελιδικά διαφράγματα και τις κυφελίδες.

Στό καρκίνωμα του μαστού έχουν περιγραφεί σπάνιες περιπτώσεις μεταστάσεων στη σπλήνα και ανάμειξη των καρκινοματωδών κυττάρων με τὰ κύτταρα του σπληνικού πολφού διάχυτα σε μεγάλη έκταση.

Η εικόνα αυτή δημιουργεί πρόβλημα διαφορικής διαγνώσεως από λέμφωμα υψηλής κακοήθειας.

Τις τοπικές μεταστάσεις αποφεύγουμε:

- Με τη δημιουργία λεπτού, αλλά όχι πολύ λεπτού, δερματικού κρημνού.

- Με την καλή αιμόσταση.

- Με τό σφιχτό δέσιμο μετά την εγχείριση .

- Με την έκπλυση του τραύματος.

- Με την απομάκρυνση των εργαλείων, που ήρθαν σε επαφή με την καρκινική μάζα.

Ο θάνατος από τις μεταστάσεις προκαλείται κατά σειρά συχνότητας από: πνευμονική ανεπάρκεια, λοίμωξη, καρδιακή ανεπάρκεια, ηπατική ανεπάρκεια, αιμορραγία κ.λ.π. -

ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Όταν αναφερόμαστε στη συνύπαρξη καρκίνου του μαστού και εγκυμοσύνης, εννοούμε και τον καρκίνο, που διαγνώσθηκε στη λοχεία, και αυτόν, που εμφανίσθηκε μέσα σε ένα χρόνο από τον τοκετό.

Επειδή μόνο σε συχνότητα 20% ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται τότε που η γυναίκα μπορεί να τεκνοποιήσει, η συνύπαρξη εγκυμοσύνης και καρκίνου είναι σπάνια. Υπολογίσθηκε, πως είναι 1:3200 εγκυμοσύνες. Η συχνότητα εγκυμοσύνης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού είναι 1 εγκυμοσύνη σε 33 περιπτώσεις καρκίνου.

Επίσης υπολογίσθηκε, πως 1,26 φορές περισσότερο εμφανίζεται λόγω αυξημένης ευαισθησίας του στα ρμονικά ερεθίσματα.

Η συνύπαρξη καρκίνου του μαστού και εγκυμοσύνης αποτελεί σοβαρή επιπλοκή και έχει βαριά πρόγνωση για τους παρακάτω λόγους:

1) Η έγκυος δεν συμβουλευεται τό γιατρό της για τον όγκο, που ψηλάφησε στο μαστό της, γιατί τον αποδίδει στην εγκυμοσύνη.

2) Ο μαιευτήρας παραλείπει να εξετάσει τους μαστούς κατά την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης.-

3) Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού γίνεται με καθυστέρηση δύο περίπου μηνών για τί η υπερτροφία του μαστού από την εγκυμοσύνη τη δυσκολεύει.

4) Ο μαιευτήρας διαστάζει να εξαιρέσει ογκίδιο του μαστού κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης.

5) Η αγγειοβρίθεια του μαστού στην εγκυμοσύνη ευνοεί την ταχύτερη διασπορά του.

6) Η υπερπαραγωγή οιστρογόνων ορμονών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης διευκολύνει την ταχύτερη ανάπτυξή του.

Προκειμένου για τους δύο τελευταίους παράγοντες, δηλαδή της αγγειοβρίθειας και της υπερπαραγωγής οιστρογόνων ορμονών, οι απόψεις των ερευνητών διαφέρουν γιατί, ορισμένοι από αυτούς πιστεύουν πως η εγκυμοσύνη επηρεάζει ασήμαντα την εξέλιξη

του καρκίνου του μαστού και πως η διακοπή της στο I ή II

στάδιο του καρκίνου δέν βελτιώνει την πρόγνωση.

Σε συχνότητα 50-80% των περιπτώσεων εγκυμοσύνης και καρκίνου του μαστού υπάρχουν θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Η συχνότητα αυτή είναι λίγο μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των μη εγκύων γυναικών και αποδίδεται στη μεγάλη διεύρυνση των λεμφαγγείων, και στην μεσω των τριχοειδών, μετακίνηση καρκινικών κυττάρων, που παρατηρείται στην εγκυμοσύνη.

Η αντιμετώπιση του προβλήματος συνύπαρξης καρκίνου του μαστού και εγκυμοσύνης σφηνρίζεται:

- 1) Στην εκτίμηση της γενικής κατάστασης της άρρωστης.
- 2) Στην πρόβλεψη της πορείας της παθησης.
- 3) Στην εκλογή θεραπείας για τον καρκίνο.
- 4) Στην αντιμετώπιση της εγκυμοσύνης παράλληλα με τον καρκίνο.

Οι σπουδαιότερες παράμετροι, που θα μας βοηθήσουν στον καθορισμό της πορείας του καρκίνου και στην εκλογή θεραπείας, είναι:

1) Η κατάσταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, γιατί σε διηθημένους τέτοιους εμφανίζονται υποτροπές και η πρόγνωση είναι βαρύτερη. Υποτροπή σε συχνότητα 25% εμφανίζεται και σε περιπτώσεις, που οι λεμφαδένες δεν ήταν διηθημένοι.

2) Οι διαδοχικές μετρήσεις του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA) δεν μας βοηθάνε στην κατεύθυνση της θεραπείας, γιατί ο τίτλος του επηρεάζεται από την εγκυμοσύνη.

3) Η παρουσία οιστρογονικών υποδοχέων (ER) στον καρκίνο του μαστού και εγκυμοσύνη δεν είναι συχνή. Αν ο καρκίνος έχει υποδοχείς (ER+), απαντάει καλύτερα στη χημειοθεραπεία, όπως και εάν έχει προγεστερονικούς υποδοχείς θετικούς (PR+).

4) Η αναζήτηση της υδροϋπρολίνης (OHP) αποτελεί τον καλύτερο δείκτη ύπαρξης οστικών μεταστάσεων.

Στη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού με εγκυμοσύνη, αρχίζουμε πρώτα από το καρκίνο.

1) Σε άρρωστες με όγκο μικρότερο από 2 εκ. και χωρίς μεταστάσεις (στάδιο II), εκτελούμε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομία διατηρώντας την εγκυμοσύνη, όταν βρίσκεται στο πρώτο ή δεύτερο τρίμηνο.

2) Σε άρρωστες με όγκο μικρότερο από 5 εκ. και με διηθησητων μασχαλιαίων λεμφαδένων (στάδιο II) εκτελούμε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομία και συστήνουμε χημειοθεραπεία. Τότε, δυνατό να εξασφαλίσουμε 5ετή επιβίωση σε συχνότητα 70% και 10ετή σε συχνότητα 67%, δηλαδή περίπου σέ ίδια συχνότητα, όπως και όταν δεν υπάρχει εγκυμοσύνη.

Επειδή θα χρησιμοποιηθούν χημειοθεραπευτικά φάρμακα, που προσβάλλουν το έμβρυο, συστήνουμε διακοπή της εγκυμοσύνης.

3) Σε άρρωστες του III και IV σταδίου, που ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 5 εκ. και που υπάρχουν μεταστάσεις, όποια θεραπεία και αν ακολουθήσουμε, η πρόγνωση είναι κακή. Το 95% των αρρώστων πεθαίνει μέσα σε δύο χρόνια. Μέσος χρόνος επιβίωσης 7 μήνες.-

4) Σέ άρρωστες, που βρίσκονται σε οποιοδήποτε στάδιο του καρκίνου και στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, είναι μεγάλης ηλικίας, δέν έχουν άλλα παιδιά και πολύ επιθυμούν την απόκτηση ενός, τότε διακινδυνεύουμε μερικές εβδομάδες χωρίς θεραπεία, μέχρι τό έμβρυο να γίνει βιώσιμο.

Όσον αφορά μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού στην εγκυμοσύνη, αυτές αφορούν και στον πλακούντα και στο έμβρυο σε σπάνιες περιπτώσεις.

Το γεγονός αυτό έρμηνεύεται από την πιθανή ύπαρξη αντίστασης της τροφοβλάστης και από το όχι ευνοϊκό εμβρυϊκό περιβάλλον για τα λίγα κύτταρα, που πέρασαν τον ολακουντικό φραγμό.

Μετάσταση στο έμβρυο από τη μητέρα θεωρείται, όταν ο καρκίνος εμφανιστεί μέσα στον πρώτο χρόνο της ζωής του παιδιού.

Αν μετά την μαστεκτομία εφαρμόσθηκε ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία, η πρόγνωση είναι καλή.

Νέα εγκυμοσύνη θα επιτρέψουμε στις γυναίκες, που είχαν αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες, μετά ζετία, και στις γυναίκες, που είχαν θετικούς, μετά ΙΟετία.

Ενώ η επιβίωση προκειμένου για καρκίνο του μαστού χωρίς εγκυμοσύνη κρίνεται μετά ΙΟετία, προκειμένου για καρκίνο του μαστού και εγκυμοσύνη η γαλουχία, η ΙΟετία δέν έπαρκει, γιατί είναι δυνατό να εμφανιστούν όψιμες μεταστάσεις.

Όσο αφορά στην πρόγνωση, η μέση επιβίωση, ύστερα από ζετία προκειμένου για καρκίνο του μαστού, σήμερα φτάνει το 50% προκειμένου, όμως, για καρκίνο του μαστού, που συνοδεύεται με εγκυμοσύνη, αυτή πέφτει στο 15-20 % εξαιτίας της καθυστερημένης διάγνωσης.

Σέ όσο μικρότερη ηλικία της εγκυμοσύνης γίνεται η διάγνωση, τόσο ή πρόγνωση είναι καλύτερη.

Επίσης, όσο μικρότερη είναι η ηλικία της άρρωστης, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση, ίσως, γιατί ο ανοσολογικός μηχανισμός εξασθενεί με την πάροδο της ηλικίας.

Τέλος, η πρόγνωση είναι καλύτερη, όταν το πρώτο παιδί της άρρωστης ήταν αρσενικό, επειδή στην 8η-15η εβδομάδα της έμβρυϊκής του ζωής παρήγαγε μεγάλα ποσά τεστοστερόνης, που έχουν ευεργητική επίδραση στην πορεία της πάθησης.

ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΑΝΔΡΙΚΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τό καρκίνωμα στον άνδρικό μαστό είναι σπανιότατο.

Θεωρείται ότι έχει 100 φορές μικρότερη συχνότητα από τό καρκίνωμα στο γυναικείο μαστό. Εξαίρεση αποτελούν ορισμένες τροπικές χώρες και κυρίως η Αίγυπτος όπου ποσοστό 10% όλων των μαστικών καρκίνων αναπτύσσονται σε άνδρες.

Γενικά οι ασθενείς είναι ηλικιωμένα άτομα και ο ιστολογικός τύπος του καρκινώματος είναι πάντα πορογενής. Μία μόνο περίπτωση λοβιακού καρκινώματος έχει δημοσιευθεί (1986) σε άνδρα ασθενή με σύνδρομο KLINEFELTER. Υποστηρίζεται ότι ποσοστό 20% των ανδρών με καρκίνωμα του μαστού, παρουσιάζουν συγχρόνως και άλλα κακοήθη νοσήματα.

Περισσότερο συχνά ο καρκίνος του αντρικού μαστού εξορμάται από τούς πόρους του. Η ανάπτυξη αυτή, πιστεύεται, πως έχει σχέση με τους παρακάτω παράγοντες:

- Ορμονικοί παράγοντες. Παρατηρήθηκε, πως άνδρες, που έπαιρναν οιστρογόνες ορμόνες, για τη θεραπεία καρκίνου του προστάτη, πάθαιναν συχνότερα καρκίνο του μαστού. Ορισμένοι ερευνητές, πιστεύουν πως ο καρκίνος αυτός είναι μεταστατικός στον ευαίσθητοποιημένο από τις οιστρογόνες ορμόνες μαστό.

- Γυναικομαστία. Πιστεύεται, πως, ίσως, λόγω της επιθηλιακής υπερπλασίας, που εμφανίζει η πάθηση, είναι δυνατό ευκολότερα να αναπτυχθεί καρκίνος στο μαστό.

- Τραυματισμός. Ο τραυματισμός του μαστού του άντρα θεωρήθηκε αιτιολογικός παράγοντας εμφάνισης καρκίνου.

- Ακτινοβολία. Όταν στη θεραπεία της γυναικομαστίας εφαρμοζόταν ακτινοθεραπεία, οι μαστοί πάθαιναν συχνότερα καρκίνο.

- Βιλαρζίαση. Στούς Αιγύπτιους, που εμφανίζεται συχνότερα η βιλαρζίαση, εμφανίζεται συχνότερα και ο καρκίνος του μαστού, ίσως από την ηπατοπάθεια, που οδηγεί σε ανώμαλο μεταβολισμό των οιστρογόνων ορμονών.

Με τον ίδιο μηχανισμό ενοχοποιήθηκε και ο χρόνος υποσιτισμός.

Συμπτώματα: Η ψηλάφηση ανώδυνης μάζας κάτω από τη θηλή του μαστού σε τυχαία ψηλάφηση του είναι το πρώτο σημάδι της εμφάνισης καρκίνου.

Σε συχνότητα 15% το πρώτο σημάδι είναι η έκκριση από τη θηλή και σε συχνότητα 75% αυτή είναι αιματηρή.-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Κάθε ιστολογικός τύπος καρκινώματος μαστού πιστεύεται πως έχει την δική του βιολογική συμπεριφορά που διαφέρει σημαντικά μεταξύ ορισμένων τύπων.

Η κακοήθεια όμως της κάθε συγκεκριμένης περιπτώσεως στον ίδιο ιστολογικό τύπο ποικίλλει, άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο, ανάλογα με τη μορφολογική κακοήθεια του κυτταρικού πληθυσμού που τον αποτελούν. Ο προσδιορισμός του βαθμού κακοήθειας κάθε καρκινώματος γίνεται με την μέθοδο των BLOOM και RICHARDSON (1957), (πίνακας ΙΟ). Αποτελεί εκτός του τύπου ένα ακόμα παράγοντα προσδιοριστικό της συμπεριφοράς του όγκου.

Η τελική βεβαίως πρόγνωση της ασθενούς δεν εξαρτάται μόνο από τους δύο αυτούς παράγοντες. Φαίνεται να είναι η συνισταμένη της δράσεως και άλλων θετικών ή αρνητικών, σταθμητών ή ασταθμητών παραγόντων, μεταξύ των οποίων μεγάλη σημασία έχει ο χρόνος της παραμονής του νεοπλασματος στον οργανισμό και η πιθανή ανοσολογική αντίδραση του ξενιστή στο νεόπλασμά του.

Η συνισταμένη όλων αυτών, ίσως και άλλων παραγόντων, εκφράζεται από το στάδιο της νόσου τη στιγμή της ανακάλυψής της, το οποίο έχει την αμεσότερη σχέση με την επιβίωση της ασθενούς.

Είναι βεβαίως κατανοητό ότι ο βαθμός κακοήθειας και το στάδιο της νόσου είναι δύο ανεξάρτητοι παράμετροι με την έννοια ότι μπορεί ένα καρκίνωμα να είναι χαμηλού βαθμού κακοήθειας και προχωρημένου κλινικού σταδίου, ή το αντίθετο.

Επειδή το κλινικό στάδιο της νόσου τη στιγμή της επέμβασης αποτελεί σημαντική παράμετρο της πρόγνωσης, πρέπει να τονισθεί ότι υπάρχουν συχνά διαφορές ανάμεσα στην κλινική και την παθολογοανατομική σταδιοποίηση.

Αντικείμενο της κλινικής σταδιοποίησης είναι να σου λέγουν πληροφορίες για την ενδεικνυόμενη θεραπευτική αγωγή. Υπάρχουν όμως μειονεκτήματα, που δεν μπορούν να υπερνικηθούν, στο κλινικό προσδιορισμό που κυμαίνεται μεταξύ 25% και 40%.

Η παθολογοανατομική σταδιοποίηση που είναι ασφαλής έχει το μειονέκτημα να μην γίνεται προεγχειρητικά. Έχει όμως μεγάλη σημασία γιατί δίνονται στον κλινικό γιατρό όλες οι ακριβείς πληροφορίες για την ανάγκη ή μη μετεγχειρητικής α-

γωγής και για τον προσδιορισμό της.

Μεγάλη σημασία δίνεται από τούς θεραπευτές στη μεταστατική διηθήση των λεμφαδένων, της μασχάλης και ακόμα στον αριθμό των διηθημένων λεμφαδένων, στο μέγεθος τους (συνολικός όγκος μεταστατικού ιστού μασχάλης) και την έκτασή τους.

Επειδή η μεταστατική επέκταση του καρκινώματος στους μασχαλιαίους λεμφαδένες γίνεται με κάποια τάξη, από κάτω προς πάνω στο μασχαλιαίο τρίγωνο, η μεταστατική διήθηση των λεμφαδένων της κορυφής της μασχάλης θεωρείται χειρίστο προγνωστικό στοιχείο.

Οι λεμφαδένες της κορυφής αποστέλλονται χωριστά από τους χειρουργούς.

Εντός από τα καθαρώς μορφολογικά κριτήρια μελέτης του καρκίνου του μαστού, τα τελευταία χρόνια έγινε προσέγγιση του θέματος και από άλλες σκοπιές που τείνουν στη διερεύνηση της βιολογίας και της λειτουργικότητας των καρκινικών κυττάρων του μαστού.-

Ο καινούργιος αυτός δρόμος πού είναι ελπιδοφόρος, σήμερα εκφράζεται με τη μελέτη της ορμονοεξάρτησης των καρκινωμάτων του μαστού και γενικότερα της μελέτης του ανοσολογικού φαινοτύπου των καρκινικών κυττάρων που γίνεται με ανοσοϊστοχημικές μεθόδους.-

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Συμπτώματα: Ο καρκίνος του μαστού στην άρχή μπορεί να είναι συμπτωματικός και η ανακάλυψη του να γίνει σε τυχαία ψηλάφηση του. Τις περισσότερες φορές εμφανίζεται με τα παρακάτω συμπτώματα.

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

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

- Πόνος. Ο πόνος θα οδηγήσει τη γυναίκα στο γιατρό σε συχνότητα 10% και είναι ύποπτος για καρκίνο, όταν εμφανιστεί ετερόπλευρα, σε γυναίκα, που δεν παίρνει οιστρογόνες ορμόνες.

Πόννοι προκαλούνται και από μεταστάσεις στα όστά.

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

- Εισολκή δέρματος και θηλής. Η εισολκή του δέρματος ή της θηλής ή η εκτροπή του άξονα της θηλής αποτελούν παθολογικά σημάδια του μαστού.

- Άλλα συμπτώματα. Σπανιότερα, ο καρκίνος του μαστού κάνει την εμφάνισή του με εξέλιξη στη θηλή, φλεγμονή, οίδημα, βήχα και δύσπνοια από πνευμονικές μεταστάσεις, θωρακικούς πόνους από διήθηση του υπεζωκότα, κοιλιακούς πόνους, ίκτερο, κεφαλαλγία, διπλωπία, άποιο διαβήτη από μετάσταση στην υπόφυση κλπ.

Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

Η διάγνωση όγκων του μαστού παραμένει ένα σοβαρό πρόβλημα. Έτσι, κάθε συμβολή στη λύση του, αποτελεί σημαντική πρόοδο, έστω και αν δεν καταλήγει σε απόλυτα συμπεράσματα, όπως ο ιστολογικός έλεγχος.

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι κλινική, εργαστηριακή και εγχειρητική.

Κλινική. Μόνο τό 70% των καρκίνων του μαστού μπορούν να διαγνωστούν με την κλινική εξέταση και του πλέον έμπειρου γιατρού. Στο υπόλοιπο ποσοστό καταφεύγουμε σε διαγνωστικές μεθόδους.

Η κλινική εξέταση του υπόπτου για καρκίνο μαστού απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή από μέρους του εξεταστή, γιατί από αυτή θα εξαρτηθεί η θεραπευτική αντιμετώπιση.

Ο γιατρός, στη διάρκεια της κλινικής εξέτασης της άρρωστης, έχει την ευκαιρία να ανιχνεύσει νόσο στο μαστό της, και όταν αυτή έγινε ακόμη αντιληπτή.

Η μεγάλη σημασία να μη παραλείψει μια τέτοια εξέταση και όταν ακόμη η άρρωστη πηγαίνει σε αυτόν για οποιαδήποτε άλλη αιτία, άσχετη με τό μαστό της, είναι αναμφισβήτητη. Είναι γεγονός πως, όταν ο γιατρός εξετάζει για πρώτη φορά την ασθενή του, τις περισσότερες φορές, δεν θα θυμηθεί να εξετάσει τους μαστούς της. Αυτό είναι μια μεγάλη παράλειψη.

Οι ηλικιωμένες μάλιστα γυναίκες, τουλάχιστο κάθε εξάμηνο, πρέπει νά ελέγχουν τους μαστούς τους, και ακόμη συχνότερα αυτές που πέρασαν ινοκυστική νόσο ή έχουν στο κληρονομικό τους καρκίνο του μαστού.

Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει το ιστορικό της άρρωστης, την επισκόμηση και την ψηλάφηση του μαστού.

Εργαστηριακή. Στόν εργαστηριακό έλεγχο για τη διάγνωση καρκίνου του μαστού ανήκουν εξετάσεις αιματολογικές, κυτταρολογικές, ακτινολογικές, σπινθηρογραφικές κ.α.

Εγχειρητική. Επέμβαση στο μαστό για διαγνωστικό σκοπό θα εκτελέσουμε, αφού εξαντλήσουμε κάθε κλινική και εργαστηριακή εκτίμηση. Η σπουδή για την εκτέλεση της προδίδει ανευθυνότητα και απειρία. Ο μαστός δέν είναι από τα όργανα στά οποία μπορούμε εύκολα να επέμβουμε, γιατί αποτελεί την παρουσίαση της γυναίκας και δέν της άρέσει να τη σημαδεύουμε και γιατί δημιουργεί ψυχολογικά προβλήματα και άγχος με την αναμονή της απάντησης του ιστολογικού ή άλλου ελέγχου.-

Ο γιατρός πρέπει τήν κάθε περίπτωση εγχειριστικού ελέγχου τού μαστού να τη μεταφέρει στο δικό του περιβάλλον και τότε να αποφασίζει για το χρήσιμο της ή όχι.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Γιά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού χρησιμοποιούνται οι παρακάτω μέθοδοι:

1) Ιστοληψία. Με το χειρουργικό έλεγχο του μαστού, δηλαδή με την ιστολογική εξέταση της βλάβης, έχουμε την οριστική, την ακριβή διάγνωση της πάθησής του, που είναι απαραίτητη, προκειμένου να καθορίσουμε την θεραπευτική αγωγή, διαφορετική σε κάθε περίπτωση.

Η Ιστοληψία αποτελεί μέθοδο εκλογής και πριν από την εκτέλεση της πρέπει να συζητήσουμε με την άρρωστη και το περιβάλλον της το διαγνωστικό μας πρόβλημα με τρόπο λεπτό.

Σε υποψία καρκίνου γίνεται μικρή τμή μήκους 394 εκ. του δέρματος πάνω από τον όγκο και ακολουθεί τομή του μαστού, ωστόσο να αποκαλυφτεί ο όγκος.

Αν αυτός είναι μικρός, τότε βγάζουμε ολόκληρο και εκτελούμε ταχεία βιοψία.

Αν όμως είναι μεγάλος, εκτέμνουμε μικρό κομμάτι του σε σχήμα σφήνας, και σε περίπτωση, που ο παθολογοανατόμος για τα εύρηματά του, εκτέμνουμε και δεύτερο.

Πρέπει να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για άμεσο χειρουργικό έλεγχο οπουοδήποτε όγκου του μαστού. Η εφαρμογή αυτού του κανόνα αποτελεί τη μεγαλύτερη ελπίδα για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.

2) Προσδιορισμός ορμονικών υποδοχέων. Κατά την εκτέλεση ιστοληψίας και, όταν αυτή κρίνεται ύποπτη για καρκίνο και αποστέλλεται τεμάχιο της πάσχουσας περιοχής για ιστολογικό έλεγχο, είναι απαραίτητο τμήμα της βλάβης, να αποσταλεί στο εργαστήριο για τον προσδιορισμό των ορμονικών υποδοχέων.

Όταν ένα κύτταρο γίνει καρκινωμάτωσης, τότε, δυνατό να κρατήσει ή να χάσει από τους υποδοχείς του. Τις περισσότερες φορές, όσο πιο καλά διαφοροποιημένο είναι αυτό, τόσο περισσότερους υποδοχείς έχει. Τότε, η πρόγνωση της πάθησης είναι καλύτερη.

Τους ορμονικούς υποδοχείς τους προσδιορίζουμε είτε στις πρωτοπαθή εστία του καρκίνου, είτε στις μεταστάσεις, που προκάλεσε.

Η παρουσία ορμονικών υποδοχέων δείχνει ορμονοεξαρτώμενο καρκίνο.

Σε συχνότητα 35-85% βρίσκουμε στον πρωτοπαθή καρκίνο του μαστού οιστρογονικούς υποδοχείς και σε συχνότητα 35-60%, προγεστερονικούς υποδοχείς.

Η συχνότητα αυτή είναι μικρότερη στους υποδοχείς των μεταστάσεων.

Η ύπαρξη ορμονικών υποδοχέων σημαίνει καλύτερη πρόγνωση. Έτσι αν υπάρχουν θετικοί ορμονικοί υποδοχείς στις οιστρογόνες ορμόνες, τότε θα έχουμε θεραπευτικά αποτελέσματα στο 50-70% των περιπτώσεων.

Αν όμως ο όγκος δεν έχει υποδοχείς τότε σε συχνότητα 6-10%.

Το αποτέλεσμα του προσδιορισμού των υποδοχέων εκφράζεται σε FEMTOMOLES /MC κυτταροπλαστικής πρωτεΐνης. Θετικός είναι πάνω από 7-10 FEMTOMOLES/MC.

Η σημασία του ελέγχου συνίσταται στην κατεύθυνση της ορμονοθεραπείας. Δηλαδή, σε άρνητικό αποτέλεσμα η ορμονοθεραπεία δεν όφειλε.

Αν, αργότερα, συμβούν μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού, που είναι απρόσιτες σε ιστολογικό έλεγχο και γνωρίζουμε αν η πρωτοπαθής εστία ήταν ορμονοεξαρτώμενη, τότε η απάντηση στη νέα ορμονοθεραπεία είναι αποτελεσματική σε 90 % των περιπτώσεων.

3) Εισρόφηση της βλάβης. Με τη μέθοδο αυτή ελάχιστες πληροφορίες μας παρέχονται σχετικές με τη διάταξη των κυττάρων και τη γενική αρχιτεκτονική της βλάβης.

Αυτό είναι μειονέκτημα της μεθόδου σχετικά με τη διακρίση ορισμένων διαφοροποιημένων τύπων καρκίνου του μαστού από καλοήθειες, γιατί, τόσο η διάταξη των κυττάρων μέσα στο γαλακτοφόρο πόρο, όσο και ο διηθητικός χαρακτήρας της βλάβης, έχουν την ίδια διαγνωστική αξία με τον τύπο του κυττάρου. Αυτά όμως δεν μπορούμε να τα διαπιστώσουμε με την εισρόφηση. Γι' αυτό, αυτή, δεν αποτελεί ακριβή μέθοδο έλέγχου της βλάβης του μαστού.

Άλλο μειονέκτημα της μεθόδου είναι ότι σε συνύπαρξη επεξεργασίας, είναι δυνατό, να εισροφήσουμε το περιεχόμενο της κύστης και να την εκκενώσουμε, αλλά η μικρή κακοήθης βλάβη, που συνυπάρχει, να μας διαφύγει.-

Ακόμα είναι δυνατό, να διαφύγει την παρακέντηση μικρή καρκινική βλάβη, γιατί είναι δύσκολο να τη βρεί ή ακίδα της βελόνας, όταν μάλιστα αυτή είναι στο βάθος.

Η μέθοδος με την παρακέντηση και εισρόφηση δεν είναι μέθοδος εκλογής, γιατί εκτός από τα παραπάνω μειονεκτήματα της, πολλές φορές, ενώ με αυτή παίρνουμε αποτελέσματα αρνητικά, η εξέλιξη των γεγονότων και μάλιστα ο ιστολογικός έλεγχος με έ-

τομή της βλάβης, δείχνει το αντίθετο.

4) Ανάτρηση της βλάβης. Στη μέθοδο αυτή η αντί βελόνας χρησιμοποιούμε τρύπανο.

Τότε, είναι δυνατό, να εξασφαλίσουμε καλύτερη δειγματοληψία της βλάβης για μικροσκοπική της μελέτη.

Υπάρχουν όμως φόβοι με τη μέθοδο αυτή να διαφύγει η ύπαρξη καρκινικής βλάβης μικρών διαστάσεων.

5) Παρακέντηση. Η παρακέντηση ψηλαφητού όγκου του μαστού γίνεται με λεπτή βελόνα για να διαπιστώσουμε αν αυτός είναι κυστικός ή συμπαγής. Αφού σταθεροποιήσουμε τόν όγκο με τὰ δάκτυλά μας εισάγουμε τη βελόνα.

Αν ο όγκος είναι κυστικός η βελόνα θα εισέλθει εύκολα στην κοιλότητα της κύστης, αν είναι συμπαγής θα βρούμε αντίσταση στο πέραςμα της βελόνας.

Στούς κυστικούς όγκους το αναρροφούμενο υλικό δυνατό να είναι λεπτόρευστο ή παχύρευστο, άχρωμο, κιτρινωπό, καφετί ή πράσινο ή να είναι γάλα από ύπαρξη γαλακτοκίτης.

Αν εξαιρεθεί όλη η ποσότητα του υγρού, ή κύστη εξαφανίζεται και αν ή μαστογραφία, που θα ακοχουθήσει δεν αποδείξει την ύπαρξη σκιάς και η επανεξέταση σε 2-3 μήνες δεν διαπιστώσει την επανεμφάνιση της κύστης, τότε κανένας άλλος έλεγχος δεν απαιτείται.

Ιστολογικός έλεγχος θα απαιτηθεί όταν:

- 1) Η παρακέντηση είναι αρνητική
- 2) Η παρακεντούμενη κύστη δεν εξαφανίζεται μετά την πλήρη αναρρόφηση του περιεχομένου της.
- 3) Το υγρό, που πήραμε, ήταν αιματηρό.
- 4) Η μαστογραφία έδειξε την ύπαρξη υπόπτου όγκου.
- 5) Η κύστη επανεμφανίζεται ύστερα από δύο πετυχημένες παρακεντήσεις.

6) Κυτταρολογικός έλεγχος. Σήμερα, η εξέταση του εκκρίματος του μαστού για τη διάγνωση του καρκίνου γίνεται συχνά και εφαρμόζεται η μέθοδος Παπανικολάου με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Και δικές μας παρατηρήσεις έδειξαν, πως η κυτταρολογική μελέτη των επιχρισμάτων του μαστού μπορεί να έχει ενδιαφέρον για πολλές παθήσεις του, έχει όμως περιορισμένες μόνο διαγνωστικές δυνατότητες και δεν μπορεί να αντικαταστήσει τον ιστολογικό έλεγχο, με τον οποίο πρέπει πάντοτε νά γίνεται η τελική διάγνωση. Ύστερα η αποφολιδωτική κυτταρολογία, είναι μέθοδος ανί-

χνυσης και όχι διάγνωσης του καρκίνου.

7) Με τη μέθοδο αυτή μπορούμε να μελετήσουμε με λεπτομέρειες τη μορφολογία των κυττάρων, χωρίς τις αλλοιώσεις, που καθαίνουν αυτά, όταν επιστρώνονται.

Τά αποτυπώματα παριστάνουν τη γέφυρα ανάμεσα στην επίστροφή εκκρίματος και ιστολογικής εξέτασης και είναι δυνατό να αποδειχτούν χρήσιμα σε περιπτώσεις, που απαιτείται γρήγορη απάντηση, για τη φύση του ύποπτου ιστού.

Η μέθοδος αυτή θα μπορούσε να βοηθήσει την "ταχεία βιοψία" στις περιπτώσεις, που υπάρχουν δυσχέρειες, που προέρχονται από τη φύση του εξεταζομένου υλικού, π.χ. σε ρικνωμένο βλενώδες τεμάχιο κ.λ.π. -

8) Για την έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού ουσιώδης διαγνωστική μέθοδος θα ήταν εκείνη που θα μπορούσε να ανιχνεύσει τον καρκίνο, πριν πάρει τις διαστάσεις του I εκ.

Από χρόνια παρατηρήθηκε, πως στόν όρο του αίματος καρτινοπαθών, κυκλοφορούν βιολογικά μόρια, που είναι προΐοντα της κυτταρικής λειτουργίας, όπως είναι τά ένζυμα, σε μεγαλύτερη συγκέντρωση όταν συγκριθούν με τά ίδια προϊόντα υγιών ατόμων.

Τά βιολογικά αυτά μόρια τά ονομάσαμε βιολογικούς δείκτες.

Διαπιστώθηκε όμως αργότερα, πως τους ιδίους δείκτες τους συναντάμε και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις, π.χ. στις φλεγμονές και στά τραύματα και όχι μόνο στόν καρκίνο.

Για τον καρκίνο του μαστού οι βιολογικοί δείκτες που μας ενδιαφέρουν είναι: Το καρτινοεμβρυϊκό αντιγόνο και η εμβρυϊκή πρωτεΐνη που ονομαστήσαν και ογκοαναπτυξιακοί και μπορούν να βοηθήσουν στην παρακλούθηση της πορείας της αντικαρτινικής θεραπείας.

9) Ματογραφία. Σήμερα, έχει αποδειχτεί η μεγάλη σημασία της πρώιμης ανακάλυψης του καρκίνου του μαστού με ακτινολογικό έλεγχο.

Η περισσότερο σέ χρήση μέθοδος ακτινολογικού ελέγχου του μαστού είναι η ματογραφία, δηλαδή ή μέθοδος η οποία χρησιμοποιεί ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία για ν' απεικονίσει τά φυσιολογικά ή παθολογικά στοιχεία του μαστού πάνω σε ακτινογραφικό φίλμ.

Αν, όμως, δέν χρησιμοποιείται ακτινογραφικό φίλμ, αλλά ξηρογραφικό χαρτί, τότε ή μέθοδος λέγεται ξηροματογραφία.

Σέ περίπτωση αμφίβολης εικόνας είναι δυνατό να χρησμο-

ποιηθεί. η μεγεθυντική μαστογραφία, γιατί ανεβάξει την ακρίβεια της διάγνωσης.

Πιθανή εξέλιξη της μαστογραφίας, μπορεί ν' αποτελέσει η ψηφιακή μαστογραφία στην υπερσυγκέντρωση σκιαστικών από την κακοήγη νεοπλασία που μαστοΰ και θα πλεονεκτεί της μαστογραφίας, γιατί τα ψηφιακά συστήματα καθορίζουν ακρινώς την αναγκαία ποσότητα απορρόφησης ακτίνων X για νά πραγματοποιηθεί η απεικόνιση της βλάβης.

Η μαστογραφία κατέχει ξεχωριστή θέση στη διαγνωστική των μαστοπαθειών, γιατί μ' αυτή πετυχαίνουμε τον προληπτικό έλεγχο ασυμπτωματικής πάθησης του μαστού, για την ανίχνευση υποκλινικού καρκίνου.

Προυπόθεσης πετυχεμένης διάγνωσης με τη μαστογραφία είναι η άριστη ποιοτικά εικόνα και η μελέτη της από έμπειρο ακτινοδιαγνώστη, γιατί η ανάγνωση της ίσως είναι η δυσκολότερη ανάμεσα σ' όλες τις άλλες ακτινογραφικές εικόνες.

Παρ' όλα αυτά η μαστογραφία δεν ανακαλύπτει όλους τους καρκίνους. Μιά αρνητική εικόνα δεν αποκλείει 100% τον καρκίνο.

Μπορεί όμως η μαστογραφία σε αρνητικά κλινικά ευρήματα να βοηθήσει το γιατρό, γιατί σε συχνότητα 40% ανακαλύπτει καρκινική μάζα διαστάσεων μέχρι 0,5 εκ.

Ο συνδυασμός της κλινικής εξέτασης και της μαστογραφίας ανεβάζει το ποσοστό της διαγνωστικής επιτυχίας στο 90-97%.

Ένα από τὰ πλεονεκτήματα της μαστογραφίας είναι τό ότι έχει την ικανότητα να σκιαγραφήσει μικροεπασβεστώσεις διαμέτρου μικρότερης από 1μμ που συνδέονται πολύ συχνά με κακοήθεις επεξεργασίες του μαστού. Σπάνια οι μικροεπασβεστώσεις εμφανίζονται σε καλοήθεις επεξεργασίες.

Η σκιαγράφιση των ευρημάτων της μαστογραφίας στηρίζεται στη διαφορά της πυκνότητας των ιστών και ιδιαίτερα του λιπώδη ιστού, γιατί αυτός δημιουργεί φωτοσκιαστικές αντιθέσεις. Γιαυτό η αξία του ακτινολογικού ελέγχου του μαστού εξαρτάται περισσότερο από την αφθονία ή όχι του λιπώδη ιστού, που υπάρχει στο μαστό.

Ενδείξεις (έκτέλεσης μαστογραφίας).

-- - Στόν προληπτικό έλεγχο. Είναι φυσικό, πως μικρές αλλοιώσεις του μαστού δεν είναι δυνατόν να γίνουν αντιληπτές στην κλινική του εξέταση, έτσι η προληπτική μαστογραφία, αποκτάει ξεχωριστή θέση στην πρόληψη του καρκίνου, γιατί ελαττώνει τη θνησιμότητα της γυναίκας από αυτόν, όπως απόδειξαν στατιστι-

κές των τελευταίων ετών.

Κάθε γυναίκα πρέπει να κάνει προληπτικά μαστογραφία στην ηλικία των 35-40 ετών. Αν δεν υπάρχει ιδιαίτερος λόγος, η μαστογραφία μπορεί να επανεκτελείται σε 2-3 εξάμηνα μέχρι την ηλικία των 50 ετών. Μετά από αυτή την ηλικία πρέπει να επανεκτελείται κάθε χρόνο.

--- Σε υγιείς γυναίκες, που έχουν οικογενειακό αναμνηστικό βεβαρημένο με καρκίνο και πάσχουν από καρκινοφοβία.

--- Σε κύστη του μαστού μετά από παρακέντηση, για τον έλεγχο κακοήθους βλάβης, που δυνατό να συνυπάρχει, μετά από εμφύσηση αέρα.

--- Σε ινοκυστική μαστοπάθεια προληπτικά, αν παραδεχτούμε, πως αυτή αποτελεί έδαφος πάνω στο οποίο μπορεί ευκολότερα να αναπτυχθεί καρκίνος. Μια τέτοια παρακολούθηση συνίσταται στην κάθε χρόνο εκτέλεση μαστογραφίας.

--- Σε ασθενείς χωρίς ψηλαφητό όγκο, που εμφανίζουν τοπικά, όπως έκκριση από τη θηλή, ευρήματα από το μαστό.

--- Σε μεγάλους μαστούς, όταν δεν είναι εθκολη η ψηλάφηση τους.

--- Σε γυναίκες, που υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία, λόγω καρκίνου του μαστού, για την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

--- Σε τοπικό έλγος του μαστού, που δεν συνοδεύεται από όγκο.

--- Σε ύπαρξη πολλών όγκων μέσα στο μαστό, για να διαλέξουμε αυτόν που θα προτιμήσουμε για ιστολογικό έλεγχο.

--- Σε ψηλαφητούς λεμφαδένες της μασχάλης, όταν η κλινική εξέταση δεν απέδειξε την ύπαρξη όγκου.

--- Σε περίπτωση κλινικής διάγνωσης κακοήθους επεξεργασίας για ακτινολογική επιβεβαίωση.

--- Σε κάθε περίπτωση ψηλαφητού όγκου του μαστού.

--- Στην αναζήτηση πρωτοπαθούς εστίας, όταν υπάρχουν μεταστάσεις.

Αντεδείξεις εκτέλεσης μαστογραφίας

--- Σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 18 ετών, γιατί, όπως αναφέρθηκε, οι μαστοί σε αυτή την ηλικία είναι ακτινευαίσθητοι.

--- Σε έγκυες, για τον κίνδυνο της ακτινοβολίας και γιατί, λόγω της υπερτροφίας των μαστών, τα μαστογραφικά, όπως είναι ικανοποιητικά κατά τη διάρκεια της λοχείας.

--- Σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 40 ετών, που τίποτα το

παθολογικό δεν εμφανίζουν από τους μαστούς, ούτε επιβαρύνονται με κληρονομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού.

Άλλες μέθοδοι ελέγχου του μαστού.

Αναφερθήκαμε περισσότερο στη μαστογραφία, γιατί αυτή πιστεύουμε, πως αποτελεί την περισσότερο αξιόπιστη μέθοδο ελέγχου του μαστού.

Αλλά στη διαγνωστική του μαστού και άλλες μέθοδοι είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν, για να καταστήσουν τη διάγνωση ακριβέστερη. Δεν μπορούν όμως ν' αντικαταστήσουν τη μαστογραφία και μάλιστα στον προληπτικό έλεγχο του μαστού.

Οι περισσότερο σε χρήση από αυτές είναι:

ΙΟ) Υπερηχογραφία. Η υπερηχογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος που βασίζεται στους υπερήχους, δηλαδή σε ηχητικά κύμματα, που έχουν την ικανότητα να εισχωρούν στους ιστούς με σταθερή ταχύτητα και ν' αντανακλώνονται σε κάθε επιφάνεια, που χωρίζει δύο διαφορετικούς ιστούς.

Ενδείξεις (εκτέλεσης υπερηχογραφίας) . Θα συστήσουμε την υπερηχογραφία των μαστών, σαν συμπληρωματική διαγνωστική μέθοδο της μαστογραφίας όταν υπάρχει ψηλαφηστή μάζα στο μαστό μεγαλύτερη από 1 εκ. γιατί, αν είναι μικρότερη, δύσκολα φαίνεται, όπως δεν φαίνονται και οι μικροεπασχεστώσεις.

--- Στη διαφορική διάγνωση καλοήθους από κακοήθη επεξεργασία του μαστού.

--- Στη διάγνωση των κυστικών αλλοιώσεων του μαστού από τις συμπαγείς.

--- Στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού δεν μπορούμε να στηριχτούμε στο υπερηχογράφημα μόνο, γιατί σε ψηλαφητούς όγκους, μπορεί τό ποσοστό επιτυχίας στη διάγνωση να φτάσει το 90%, αλλά στις μαστογραφίες φτάνει το 98%.

--- Στη διάγνωση των καλοήθων ψηλαφητών όγκων, το ποσοστό επιτυχίας στη διάγνωση φτάνει στο 80% ενώ της μαστογραφίας στο 90%.

--- Στόν προληπτικό έλεγχο του μαστού η υπερηχογράφηση δεν έχει ένδειξη γιατί όπως αναφέραμε, δεν πιάνει τους ψηλαφητούς όγκους, ούτε τις μικροεπασχεστώσεις.

--- Στον έλεγχο νεανικών πυκνών μαστών βοηθάει τη μαστογραφία, που δύσκολα απεικονίζονται σ' αυτή.

--- Στην επιτυχία παρακέντησης όγκου του μαστού, για ν' αποδειχτεί αν είναι κυστικός ή συμπαγής. Έτσι αποφεύγεται ή ιστοληψία.

--- Στην επιτυχία ανεύρεσης συμπαγή ιστού μέσα στην κύστη, που μπορεί να είναι κακοήθης. Στην περίπτωση αυτή, η παραμονή φηλαφητής διόγκωσης θα μπορούσε ν' αποδοθεί στην ατελή αναρρόφηση του περιεχομένου της κύστης.

--- Στην επιτυχία εισαγωγής βελόνας στο κέντρο αποστήματος του μαστού.

--- Στη διαφοροδιάγνωση μεταξύ φλεγμονής και καρκίνου σε περίπτωση, που το δέρμα έχει παχυνθεί.

II) Αξονική ηλεκτρονική τομογραφία. Η μέθοδος αυτή εκτελείται με τη χρησιμοποίηση ειδικού μαστογραφικού αξονικού τομογράφου. Είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί και με τους άλλους τομογράφους που είναι για ολόκληρο τό σώμα.

Ενδείξεις (εκτέλεσης αξονικής ηλεκτρονικής τομογραφίας)

--- Στη διάγνωση κακοήθων παθήσεων του μαστού στις οποίες διακρίνεται υπερσυγκέντρωση σκιαγραφικής ουσίας.-

--- Στην ανίχνευση καρκινικής βλάβης διαμέτρου 2-3 μμ σε πυκνωτούς μαστούς, εκεί που η μαστογραφία για ν' αποδείξει την ύπαρξή της η βλάβη πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 5 μμ.

--- Στην ακριβή διάγνωση ινοκυστικής μαστοπάθειας, εκεί που τα μαστογραφικά ευρήματα αμφισβητούνται.

--- Στη διάγνωση καλοήθου όγκου, που μοιάζει με καρκίνο στη μαστογραφία.

--- Στην προληπτική εξέταση των μαστών δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί, γιατί απαιτεί ψηλές δόσεις ακτινοβολίας, περισσότερο χρόνο εξέτασης και προβλήματα στην απεικόνιση της βλάβης του μαστού.

Μειονεκτήματα: Αυτά είναι:

α) Η παραπάνω από 1 RAD δόση.

β) Η αναγκαστική ακτινοβολία ολόκληρου τού θώρακα.

γ) Η αδυναμία απεικόνισης

δ) Η αδυναμία ανίχνευσης αλλοιώσεων μικρότερων από 1,5 μμ.

ε) Η αδυναμία απεικόνισης αθροίσματος 4-5 πολύ μικρών ε-

πασβεστώσεων σε τομή πάχους 1 μμ.

Ο συνδυασμός μαστογραφίας και αξονικής τομογραφίας βάζει διάγνωση με ακρίβεια 100% των περιπτώσεων.

I2) Θερμογραφία. Η θερμογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος με την οποία παίρνουμε φωτογραφία της θερμοκρασίας της επιφάνειας του μαστού με τη βοήθεια του θερμογράφου. Στηρίζεται στην υπέρυθη ακτινοβολία, που εκπέμπει φυσιολογικά το ανθρώπινο σώμα.-

Στό υπερκείμενο δέρμα της κακοήθους νεοπλασίας η θερμοκρασία ανεβαίνει $1-3^{\circ} C$.

Η διαγνωστική της αξία σχετίζεται με όγκους, που αναπτύσσονται με γρήγορο ρυθμό. Σέ όγκους, που αναπτύσσονται με αργό ρυθμό οι λαθεμένες της εικόνες είναι πολλές.

Το ψηλό λαθεμένο αρνητικό ή θετικό ποσοστό διάγνωσης στον έλεγχο του καρκίνου του μαστού αποτελεί μεγάλο μειονέκτημα της θερμογραφίας, γιαυτό δεν προτιμάται σαν μόνη διαγνωστική μέθοδος αλλά πάντα συνδυασμένη με μαστοαγραφία.

Η θερμογραφία, σε συνδυασμό με τη μαστοαγραφία, μπορεί να εφαρμοστεί προληπτικά σε γυναίκες, που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομία, για τον έλεγχο μετάστασης στον άλλο μαστό.

13) Διαφανοσκοπηση. Η διαφανοσκοπηση είναι διαγνωστική μέθοδος στην οποία, με φωτεινή πηγή τοποθετημένη κάτω από τό μαστό μέσα σε σκοτεινό χώρο, πετυχαίνουμε την εντόπιση αλλοιώσεων του μαστού.

Η μέθοδος δέν θεωρείται αξιόπιστη, όταν χρησιμοποιείται μόνη της.

Είναι απαραίτητο να συνδυάζεται με μαστοαγραφία. Ίσως αργότερα, να βελτιωθεί με την χρησιμοποίηση ακτίνων LASER και να καθιερωθεί σαν μέθοδος προληπτικού έλέγχου του μαστού.

Στή διαφανοσκοπηση οι κύστες του μαστού ενισχύουν τη φωτεινότητα, λόγω του περιεχομένου τους, και δημιουργούν φωτεινή περιοχή, με ομαλά τα όρια της.

Ο καρκίνος, αντίθετα, είναι αδιαφανής και δημιουργεί σκιερότητα. Αυτό συμβαίνει, γιατί η αύξηση της αγγείωσης που συνοδεύει τις νεοπλασίες, την ελάττωση της φωτεινότητας, επειδή τό αίμα ενεργεί σαν φίλτρο στο ερυθρό και υπέρυθο τμήμα του φάσματος.

14) Σπινθηρογράφημα. Τό σπινθηρογράφημα του μαστού αποτελεί νέα διαγνωστική μέθοδο γι' αυτόν. Για την επιτυχία του χρησιμοποιούμε ουσία, που χρησιμοποιήθηκε για σπινθηρογράφημα των νεφρών και του εγκεφάλου. Πρόκειται για τό $99\mu TC DTPA$ (διεθυλαίνο-3αμινο 5 οξικό οξύ), που τό χορηγούμε ενδοφλέβια μισή και δύο ώρες πριν πάρουμε το σπινθηρογράφημα.

Επειδή τό φάρμακο συγκεντρώνεται στις κακοήθεις αλλοιώσεις του μαστού, είναι εύκολο να εντοπίσουμε αυτές.

Αν το σπινθηρογράφημα συνδυαστεί με άλλη διαγνωστική μέθοδο ανεβάσει τη διαγνωστική ακρίβεια σέ ψηλά επίπεδα.

15) Πυρηνική μαγνητική αντήχηση. Είναι φαινόμενο, που στηρίζεται στο γεγονός, πως, όταν ορισμένοι ατομικοί πυρήνες τοποθετηθούν σ' ένα μαγνητικό πεδίο και διεγερθούν από ραδιο-

κύμματα τότε επαικπέμπουν μερική από την ενέργεια, που απορροφησαν, με τη μορφή ραδιοκυμμάτων.

Οι εικόνες, που παίρνουμε με τη NMR, μοιάζουν με αυτές του ξονικού τομογράφου αλλά η τεχνική της απεικόνισης είναι διαφορετική.

Επίσης, ενώ ο αξονικός τομογράφος "τέμνει" τό σώμα μόνο εγκάρσια η NMR προβάλλει εγκάρσιες, κεφαλουραίες και κορωνιαίες τομές.

Με την NMR μπορούμε να διακρίνουμε τις καλοήθειες από τις κακοήθειες παθήσεις του μαστού.

Οι καλοήθειες εμφανίζονται ομαλές, με καλά διαγραφόμενο περίγραμμα και με εντασησήματος, που προέρχεται από τό σύστημα NMR ίση ή χαμηλότερη από το σημάγειτονικών ιστών.

Οι κακοήθειες εμφανίζονται ανώμαλες και με χαμηλής έντασης σήμα. Επίσης εντοπίζεται η εισοιλή του δέρματος, όχι, όμως, και οι επασβεστώσεις.

Φαίνεται, πως η διαγνωστική αξιοπιστία της μεθόδου είναι ίση με της μαστογραφίας. Πλεονεκτήματα της αποτελούν η απουσία ιονίζουσας ακτινοβολίας και η τομογραφική απεικόνιση του μαστού, ενώ μειονεκτήματά της ο μεγάλος χρόνος εξέτασης το οικονομικό κόστος και η εγκατάσταση του μηχανήματος.

Ι6) Γαλακτοφορογραφία. Είναι ή μαστογραφική ή ξηρομαστογραφική απεικόνιση του μαστού ύστερα από λεγχυση υδατοδιαλυτής σκιαγραφικής ουσίας στους εκφορητικούς πόρους του, για τον έλεγχο του εύρους, της διαβατότητας, της τοπογραφίας και του σημείου έμφραξης του πόρου από όγκο, για την ευκολότερη χειρουργική του εξαίρεση.

Για να εντοπιστεί καλύτερα ή περιοχή που πάσχει, μπορούμε να προσθέσουμε μέσα στη σκιαγραφική ουσία χρωστική όπως BLEU DE MET YLENE. Έτσι ο χειρουργός βγάζει μόνο τόν πόρο που πάσχει, αποφεύγοντας την εξαίρεση φυσιολογικού μαστικού ιστού.

Η δυσχέρεια καθετηριασμού του πόρου, που πρέπει να ελεγχθεί, δεν επιτρέπει τη συχνή εκτέλεση της γαλακτοφορογραφίας. Ύστερα, οι χαρακτηριστικές αλλοιώσεις που δείχνονται στον διευρισμένο γαλακτοφόρο πόρο δέν είναι εύκολο να ερμηνευτούν με ακρίβεια και από έμπειρο εξεταστή.

Με τη γαλακτοφορογραφία μπορούμε εύκολα να διαγνώσουμε διευρισμένους πόρους από ανάπτυξη νεοπλασίας η εμφραγμένους μέσα σ' αυτούς.

Ενδείξεις. Η γαλακτοφορογραφία έχει ένδειξη σε κάθε περίπτωση μαστού, που εκκρίνει χωρίς ψηλαφητή διόγκωση.

Ορισμένοι εκφράζουν το διασταγμό τους στην εκτέλεση της από φόβο πρόκλησης ρήξης του γαλακτοφόρου πόρου ύστερα από εφαρμογή μεγάλης πίεσης της σκιαγραφικής ουσίας κατά την έγχυση της και από φόβο προώθησης καρκινικών κυττάρων στο αίμα και στα λεμφαγγεία, όταν πρόκειται για καρκίνο και εφαρμόσουμε μεγαλύτερη πίεση στην έγχυση της σκιαγραφικής ουσίας.

17) Λεμφαγγειο-λεμφαενογραφία επιχώριων λεμφαδένων μαστού. Με τη μέθοδο αυτή απεικονίζονται οι λεμφαδένες και τα λεμφαγγεία του μαστού με τη χρησιμοποίηση υδροδιαλυτής ιωδιούχου ουσίας στην οποία δυνατό να προσθέσουμε χρωστική, για την καλύτερη απεικόνιση των λεμφαδένων μέσα στο χειρουργικό πεδίο.

Η ύπαρξη μεταστάσεων σε εοιχώριους ή απομακρυσμένους αδένες, όταν αυτές γίνονται αντιληπτές πριν από την εγχείρηση μπορεί να κατευθύνει καλύτερα τη θεραπευτική αγωγή και να κατατοπίσουν το χειρουργό ύστερα από την εγχείρηση, αν και κατά πόσο πέτυχε την εξαίρεση όλων των αδένων.

Στην εποχή μας δεν προτιμάται.

18) Πνευμοκυστεογραφία. Είναι η μαστογραφική απεικόνιση του μαστού ύστερα από παρακέντηση κύστης, αφαίρεση του περιεχομένου της και εμφύσηση αέρα μέσα στην κοιλότητά της.

Την πνευμοκυστεογραφία εκτελούμε γιατί η μαστογραφία δεν μπορεί πάντα να διαγνώσει ενδοκυστεικούς όγκους εκτός αν εμφανίζουν ελασβεστώσεις ή άλλα μαστογραφικά σημάδια διήθησης. Επίσης η υπερηχογραφία και η αξονική τομογραφία, μπορούν να διακρίνουν την κύστη και το υγρό μέσα σ' αυτή, αλλά σπάνια διακρίνουν μόρφωμα, που μπορεί να υπάρχει μέσα στην κύστη. Ούτα η κυτταρολογική εξέταση υγρού που αναρροφήθηκε από την κύστη με παρακέντηση της αποτελεί πάντα αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδο ανεύρεσης καρκινικών κυττάρων.

Οι ενδοκυστεικοί όγκοι είναι σπάνιοι αλλά όταν υπάρχουν τις περισσότερες φορές είναι καρκίνοι. Στην πνευμοκυστεογραφία εμφανίζονται με τη μορφή ανώμαλης μάζας, που προβάλλει μέσα στην κύστη. Η χωρίς όγκο κύστη, μετά την εισαγωγή του αέρα διαγράφεται με ομαλό εσωτερικό τοίχωμα.

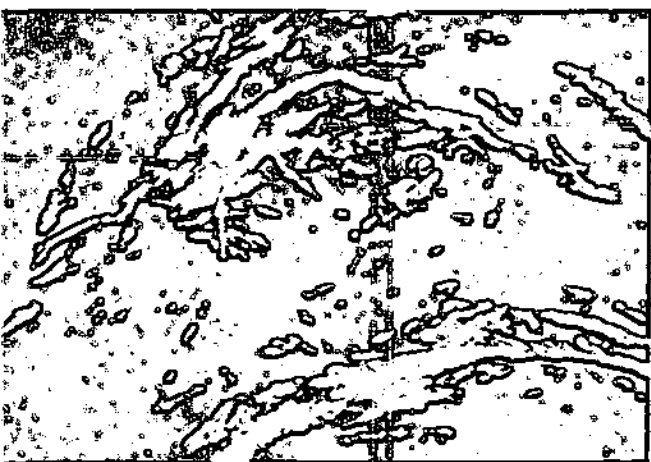
Αν δεν υπάρχει ενδοκυστεικός όγκος και η αναρρόφηση του περιεχομένου της κύστης είναι πλήρης, τότε, μετά την εισαγωγή του αέρα, είναι δυνατό, η κύστη να μην εμφανιστεί. Έτσι η πνευμο-



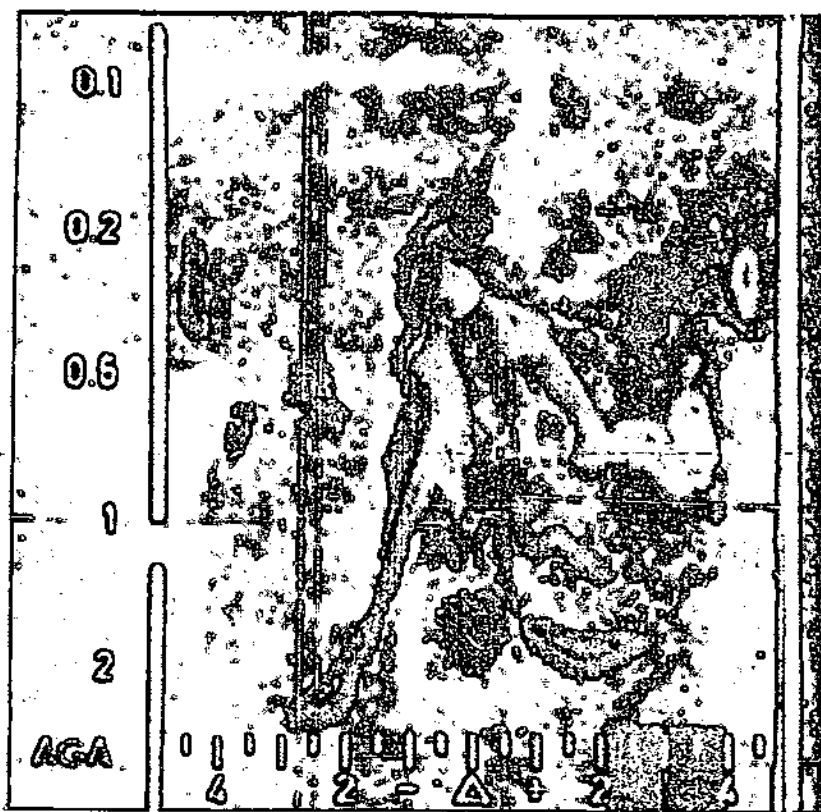
Μαστογράφημα.



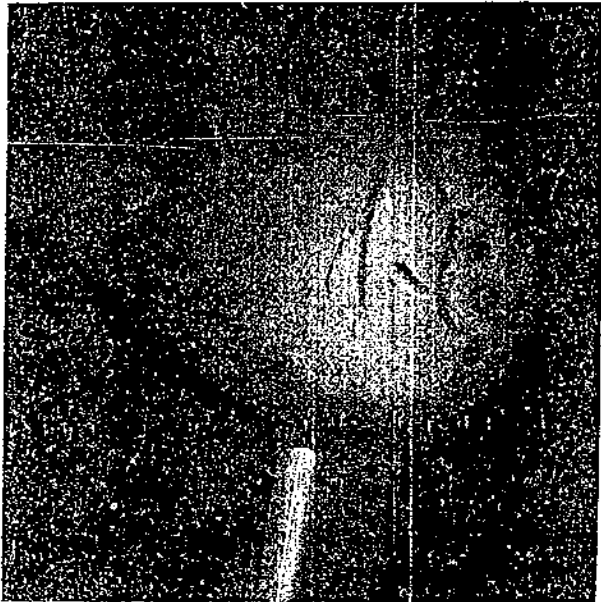
Μαστογράφημα.



Υπερηχογράφημα.

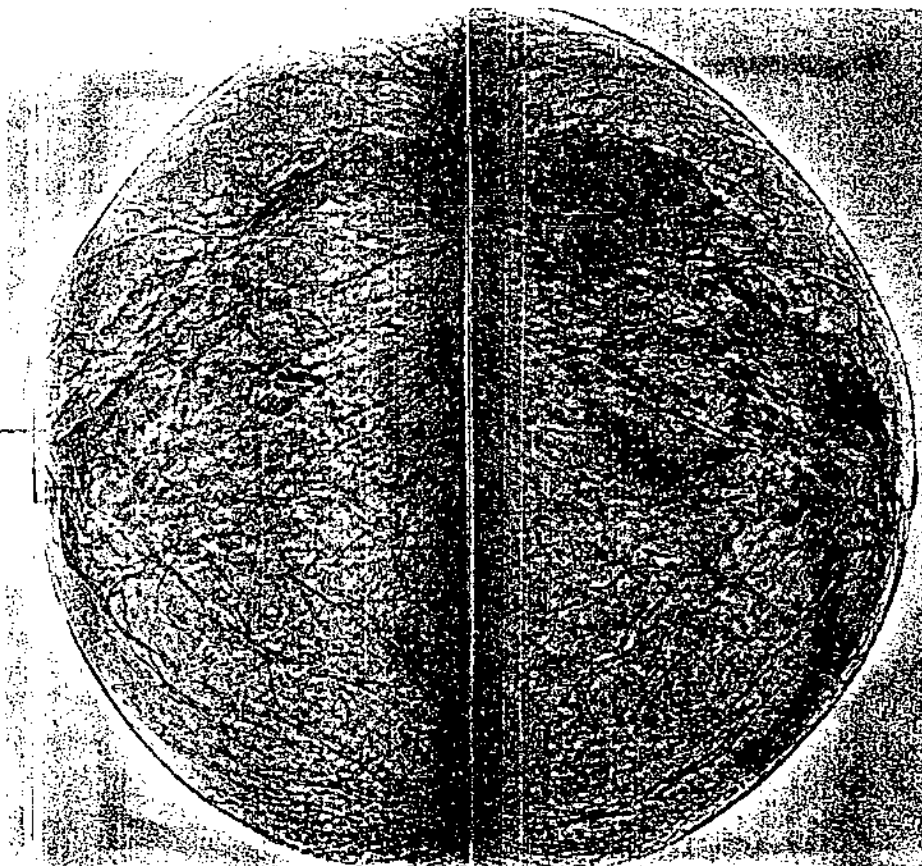


Θερμογράφημα.



Λεμφαγγειο-λεμφαδενογράφημα μασχάλης.

Διαφανοσκόπηση.



νομαστογραφία δρα και θεραπευτικά.

Αν η κύστη επανεμφανιστεί, αυτό δείχνει ατελή αφαίρεση του περιεχομένου της.

Ο αέρας που θα εισαχθεί στην κύστη, απορροφάται σε αρκετές ημέρες, γιαυτό ο μαστογραφικός έλεγχος γίνεται ύστερα από τρείς μήνες. Επανάληψη του μπορεί να γίνει σε 8 μήνες ή 1 χρόνο. Ένας τέτοιος έλεγχος απαλλάσσει τη γυναίκα από χειρουργική επέμβαση για την εξαίρεση της κύστης, όταν δεν διαπιστωθεί ενδοκυστικός όγκος και όταν η κυτταρολογική εξέταση του περιεχομένου της κύστης ήταν αρνητική.

Θεραπεία

Τη θεραπεία του καρκίνου την διακρίνουμε σε προληπτική σε εγχειρητική, σε ακτινοθεραπεία, σε χημειοθεραπεία, σε ορμονοθεραπεία και σε ανοσοθεραπεία.

Προληπτική. Όπως σε όλους τους καρκίνους κάθε έντοπισης, έτσι και στον καρκίνο του μαστού, η πρώιμη διάγνωση του συνδέεται στενά με την πρόγνωση του.

Μικρές τοπικές εστίες, που δεν πρόλαβαν να δώσουν μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες, όταν εξαιρεθούν, εξασφαλίζουν μακρύτερη επιβίωση. Επειδή στο 90% των περιπτώσεων ο καρκίνος ανακαλύπτεται από την ίδια ^{στην} γυναίκα, είναι ανάγκη να τονιστεί η αξία της αυτοεξέτασης του μαστού, όπως την περιγράψουμε, και ο περιοδικός, κατά τις πιστάσεις, έλεγχος του μαστού με μαστογραφία, μέχρι τότε που οι διάφοροι βιολογικοί δείκτες θα μπουόν στην καθημερινή πράξη για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, και μας επιτρέφουν τη διάγνωση του πριν από την κλινική εκδήλωσή του.

Η αναζήτηση του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA) πρέπει να επεκταθεί.

Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού βρίσκεται περισσότερο στα χέρια του γυναικολόγου και λιγότερο του χειρουργού, γιατί ο μαστός αποτελεί εξάρτημα του γεννητικού συστήματος και γιατί η ηλικία του καρκίνου του μαστού βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο του γυναικολόγου για την ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, του ενδομητρίου, των ωοθηκών και των μαστών.

Ο σημερινός γυναικολόγος έχει τριπλή υποχρέωση στην προληπτική παρακολούθηση της γυναίκας: να της παίρνει κολποτρα-

χηλικά επιχρίσματα για κυττορολογικό έλεγχο, να ψηλαφά τις ωοθήκες ή να συστήνει την υπερηχογράφηση τους (γιατί ο ωοθητικός καρκίνος στις ημέρες μας έρχεται πρώτος σε σειρά θνησιμότητας από όλους τούς καρκίνους του γεννητικού συστήματος) και να εξετάζει τούς μαστούς.

Αλλά δεν φτάνουν μόνο οι ειδικοί γιατροί στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, οι "μαστολόγοι" και οι γιατροί, που αρέσκονται να επιλαμβάνονται προβλημάτων του μαστού, οι "μαστολόγοι". Πρέπει και ο κάθε γιατρός, κάθε ειδικότητας να γνωρίζει τον τρόπο εξέτασης των μαστών, όπως και οι μαίες και οι αδελφές. Ακόμα, όλοι αυτό θα πρέπει να συστήσουν και να διδάσκουν τον τρόπο αυτοεξέτασης του μαστού και να τονίζουν τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού.

Χειρουργική. Τεχνική εγχείρηση του καρκίνου του μαστού, που να υπερέχει στις άλλες, δεν βρέθηκε ακόμα. Όλες οι τεχνηκές των εγχειρήσεων, όταν υπάρχουν μεταστάσεις, δεν έχουν επιτυχία, όποια και να είναι η ριζικότητά τους.

Αυτό που επιδιώκουμε με την κάθε τεχνική της εγχείρησης που διαλέξαμε, δεν είναι τίποτα άλλο από την τοπική αντιμετώπιση μιας πάθησης, που διαλέξαμε, δεν είναι τίποτα άλλο από την τοπική αντιμετώπιση μιας πάθησης, που πιστεύουμε πως είναι συστηματική, δηλαδή έχει γενικευθεί.

Όταν ξέρουμε σήμερα, πως το 70% των αρρώστων, που θα χειρουργηθούν, πεθαίνουν από μεταστάσεις, που προκαλούν νεοπλαστικά κύτταρα με την είσοδο τους στη γεννητική κυκλοφορία, τότε δεν μπορεί παρά η υπολειμματική αυτή νόσος να προβληματίζει το γιατρό.

Έτσι, ο χειρουργός του μαστού, πολλές φορές, βρίσκεται μπροστά στο δίλημα: Να επιτελέσει ριζική εγχείρηση ή να περιοριστεί σε κάποια συντηρητικότερη επέμβαση.

Υποστηρίζεται, πως ο χειρουργικός καθαρισμός των λεμφαδένων συντελεί στην εξάπλωση του καρκίνου, για αυτό η απλή μαστεκτομία και η ακτινοθεραπεία ή η χημειοθεραπεία, που θα ακολουθήσει, αποτελούν μέθοδο εκλογής.

Υποστηρίζεται από άλλους, πως ο χειρουργικός καθαρισμός των λεμφαδένων είναι απαραίτητος και μαζί με τη μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία βοηθάει την άρρωση.

Υποστηρίζεται, ακόμα, πως η προεγχειρητική ακτινοβολία είναι πολύτιμη. Άλλοι, όμως πιστεύουν, πως αυτή καθυστερεί την επέμβαση και δεν ωφελεί την άρρωση.

Η αλήθεια είναι πως οι συντηρητικές επεμβάσεις τα τελευταία φρόνια όλο και κερδίζουν έδαφος.

Πιστεύεται, πως η απλή μαστεκτομία, χωρίς εξαίρεση των λεμφαδένων και χωρίς ακόμα την ακτινοβολία τους, είναι προτιμότερη. Αυτό, γιατί διαπιστώθηκε ή ύπαρξη ανοσίας της ίδιας της άρρωστης προς τη νεοπλασία και πως οι επιχώριοι λεμφαδένες έχουν μεγάλη σημασία για την κινητοποίηση του ανοσολογικού μηχανισμού.

Στις ημέρες μας δεν υπάρχουν τεκμηριωμένα πειστικά δεδομένα για τον άν, όποια εγχερήσιμη αγωγή και αν ακολουθήσουμε, η επιβίωση είναι ή ίδια. Όμως, όπως αναφέρθηκε, ο χειρουργός του μαστού έγινε συντηρητικότερος.

Δεν είναι μακριά η ημέρα, που θα καθιερωθεί η ογκοεκτομία και ο ιστολογικός έλεγχος της μασχάλης στη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

Αναφερόμαστε παρακάτω στα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων, ακόμα και σε αυτές που εγκαταλείφθηκαν.

Ριζική μαστεκτομία. Η εγχείρηση προτάθηκε από τον HALSTED, τό 1984, και συνοστάται στην εξαίρεση του μαστικού αδένα, των θωρακικών μυών και του περιεχομένου της μασχαλιαίας κοιλότητας. Παραμένει μόνο η κλειδική μοίρα του μείζονα θωρακικού μύ. Τις περισσότερες φορές κόνεται το θωρακορραχιαίο νεύρο και σπάνια το μακρό θωρακικό νεύρο ή νεύρο του BELL, ανάλογα με τις υπάρχουσες διηθήσεις.

Τη ριζική εγχείρηση του HALSTED επέκτεινε ο URBAN με την εξαίρεση των παρωτερνικών λεμφαδένων.

Τόσο η εγχείρηση του HALSTED, όσο και η εγχείρηση του URBAN στις ημέρες μας κρίνονται απαράδεκτες, όπως έξω από κάθε συζήτηση είναι και η υπερριζική εγχείρηση που επεκτείνεται στην εξαίρεση των υπερκλειδίων λεμφαδένων, εγχείρηση, που συνοδεύεται ακόμα και από θνησιμότητα.

Οι παραπάνω ριζικές εγχειρήσεις έχουν αυξημένη νοσηρότητα, κακό αισθητικό αποτέλεσμα, προκαλούν λεμφοίδημα του άνω άκρου και δημιουργούν μεγάλα ψυχολογικά προβλήματα στη γυναίκα, -

Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομία. Η εγχείρηση προτάθηκε από τον PATEY, το 1948, και συνοστάται στην εξαίρεση του μαστού, του ελάσσονα θωρακικού μυ και στην εξαίρεση των λεμφαδένων της μασχάλης. Όταν υποψιαζόμαστε περιορισμένη τη διήθηση των λεμφαδένων, είναι δυνατό να διατηρήσουμε τον ελάσσονα

θωρακικό μύ.

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομία είναι η εγχείρηση, που προτιμάται από τους περισσότερους χειρουργούς του μαστού, γιατί δεν διαπιστώθηκε διαφορά επιβίωσης στις άρρωστες, σε σύγκριση με τη ριζική μαστεκτομία, γιατί το αισθητικό της αποτέλεσμα είναι καλύτερο και γιατί δεν δημιουργεί ψυχολογικά προβλήματα στη γυναίκα, επειδή δίνει τη δυνατότητα ανάπλασης του μαστού.

Η εγχείρηση μειονεκτεί στο ότι:

1) Δεν καθαρίζεται καλά η μασχάλη και δεν εξαιρούνται οι αδένες του ROTTER, που βρίσκονται ανάμεσα στον μείζονα και ελάσσονα θωρακικό και

2) Στο ότι ο μείζονας θωρακικός μας ατροφεί, όταν εξαιρείται ο ελάσσονας, επειδή κόβεται η νευραγγειακή σύνδεση τους.

Εκτεταμένη απλή μαστεκτομία. Η εγχείρηση συνίσταται στην εξαίρεση του μαστού και των επιφανειακών λεμφαδένων της μασχάλης. Την εκτελούμε σε αρχόμενο στάδιο καρκίνου, όταν δεν υπάρχουν διηθημένοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

Απλή μαστεκτομία. Η εγχείρηση συνίσταται στην εξαίρεση μόνο του μαστού και όχι των λεμφαδένων της μασχάλης. Την εκτελούμε σε αρχόμενο στάδιο καρκίνου, όταν δεν υπάρχουν διηθημένοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

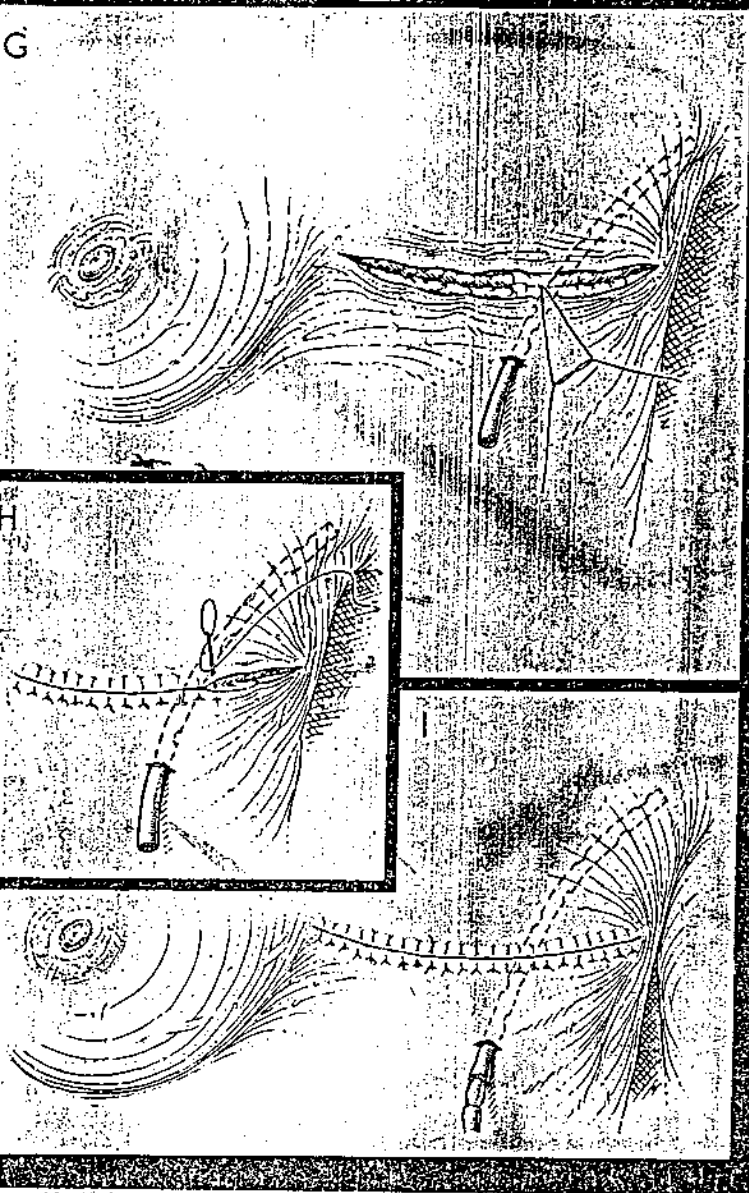
Από πολλούς χειρουργούς του μαστού δεν προτιμάται, αν και, όταν συνοδευτεί με ακτινοθεραπεία, έχει τα ίδια αποτελέσματα, που έχει η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομία.

Υποδερμάτια μαστεκτομία Η εγχείρηση συντιστάται στην εξαίρεση του μαστικού αδένα, αλλά στη διατήρηση του δέρματος του μαστού και, φυσικά, της θηλής και της θηλαίας άλω. Δυνατό να συνοδευτεί με ιστοληψία των λεμφαδένων της μασχάλης.

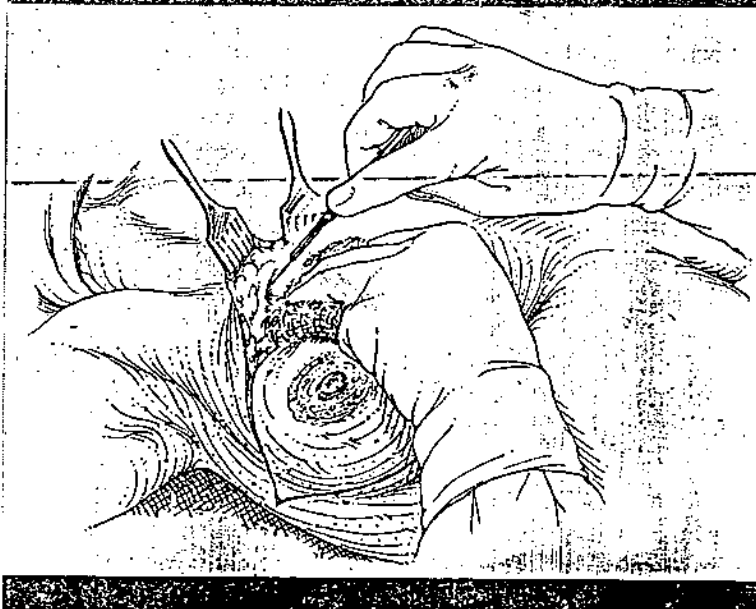
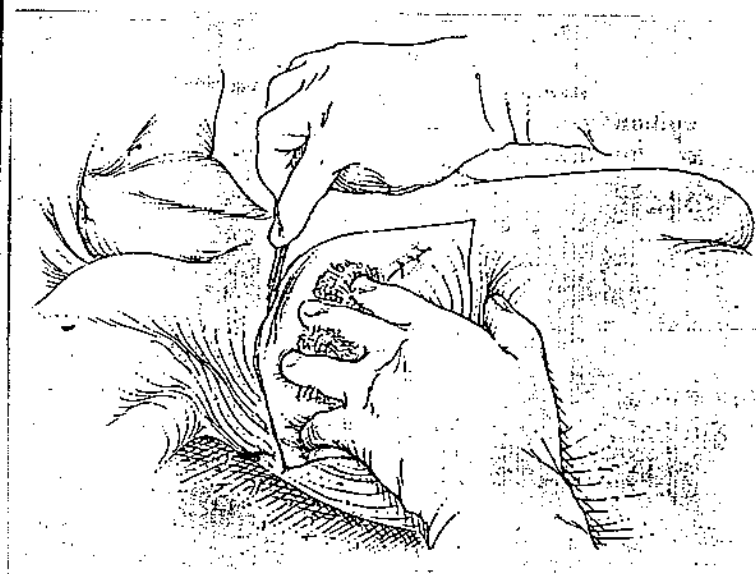
Η εγχείρηση δεν επιτρέπει την εκτομή ολόκληρου του αδένα, που η έκταση του είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, ούτε τον ικανοποιητικό έλεγχο της μασχάλης, και προτιμάται στις λίγες περιπτώσεις, που το καρκίνωμα δεν είναι διηθητικό.

Τμηματεκτομία. Η εγχείρηση συνιστάται στην εξαίρεση του μαστού ή ολόκληρο του τεταρτημόριου, που βρίσκεται ο όγκος.

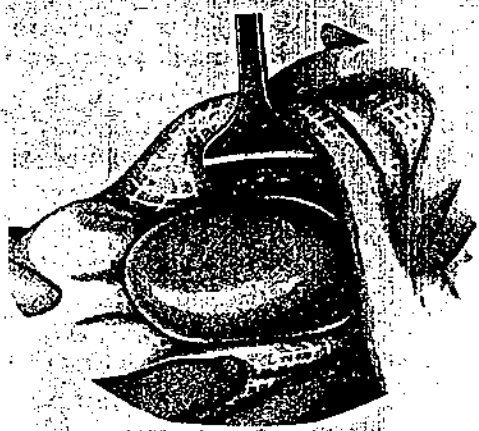
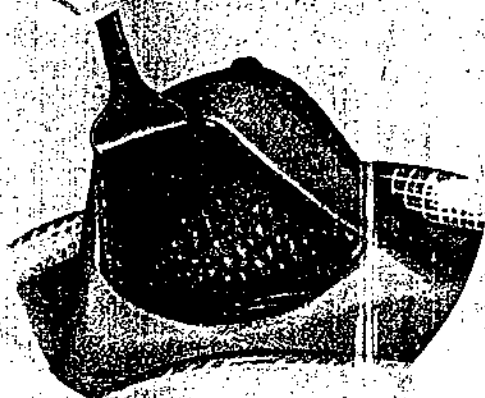
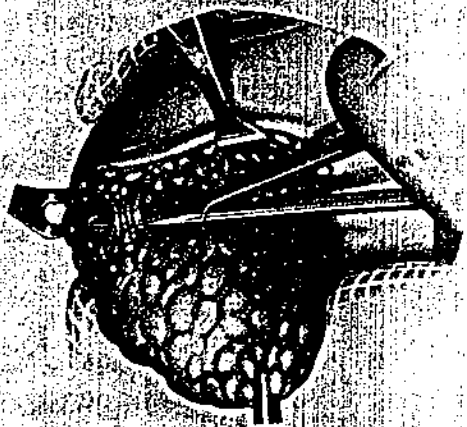
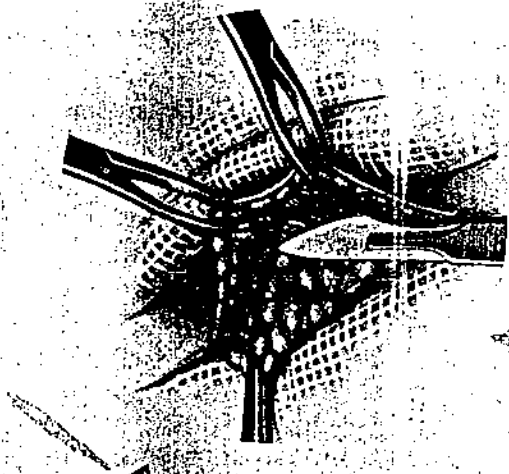
Η τμηματεκτομία μπορεί να συνοδευτεί με ιστοληψία των λεμφαδένων της μασχάλης ή και καθαρισμό της. Μειονεκτημά της αποτελεί, ότι προκαλεί δυσμορφία του μαστού. Την επέμβαση ακολου-



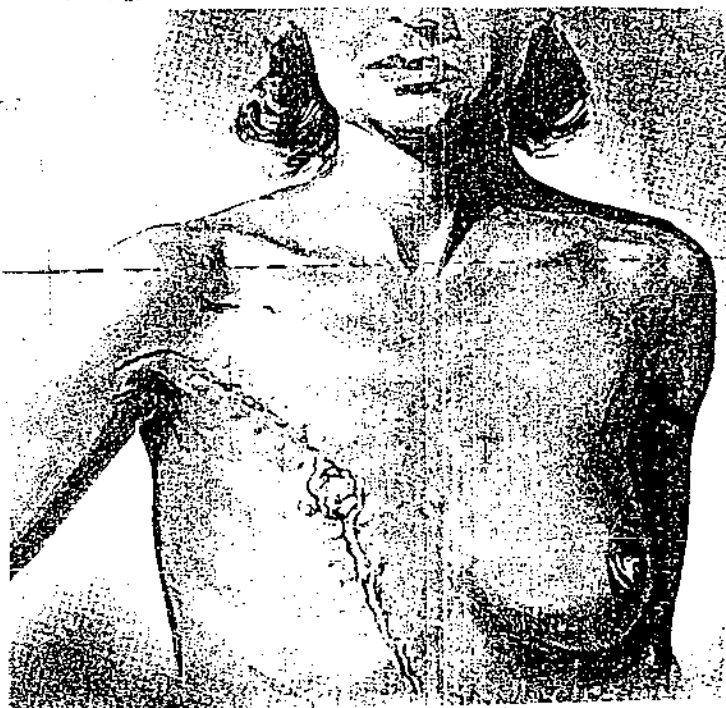
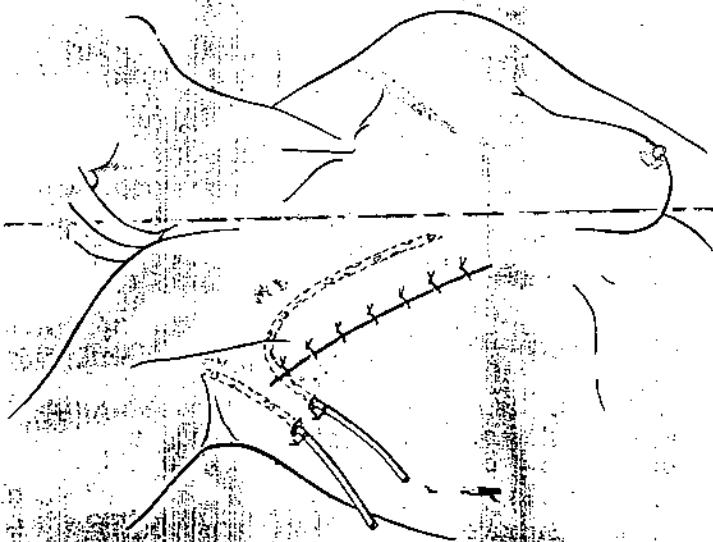
Χρόνοι απλής μαστεκτομίας.



Χρόνοι ριζικής μαστεκτομίας.



Υποδῶρια μαστεκτομῆς.



Παροχτεύσεις μετὰ μαστεκτομῆς.

θεώ. μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

Ογκεκτομία. Η εγχείρηση συνίσταται στην εξαίρεση μόνο του όγκου και 3-4 εκ. φυσιολογικού ίστού γύρω από αυτόν.

Η ογκεκτομία μπορεί να συνδυαστεί με ιστοληψία των λεμφαδένων της μασχάλης ή και τον καθαρισμό της, αν υπάρχουν ψηλαφητοί λεμφαδένες. Μερικοί χειρουργοί, μετά την εξαίρεση του όγκου, φυτεύουν ραδιενεργό ιρίδιο (IR ¹⁹³).

Η εκλογή μιας από τις παραπάνω επεμβάσεις και, προκειμένου για την εποχή μας, οι επικρατέστερες είναι οι συντηρητικές εγχειρήσεις, θα εξαρτηθεί ύστερα από τη σωστή αξιολόγηση όλων των κλινικών και των εργαστηριακών ευρημάτων, μέχρι τότε θα αποδειχτεί πληρέστερα η σημασία του ανοσολογικού παράγοντα, και θα γίνουμε ακόμα περισσότερο συντηρητικοί στη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

Ακτινοθεραπεία. Αν και ο καρκίνος του μαστού είναι σχετικά ακτινοάντοχος, η συμβολή της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του είναι σημαντική, συνδυασμένη μάλιστα μετά την εγχείρηση ελαττώνει τις υποτροπές.

Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού δεν φαίνεται να παρατείνει την ζωή της άρρωστης. Κάποτε, εμποδίζει την καλή επούλωση του τραύματος και άλλες φορές προκαλεί νέκρωση των ιστών, που ακτινοβολήθηκαν, και ριχνωστικούς. Επίσης, προκαλεί εγκαύματα και ελαττώνει τη συστηματική αντικαρκινική αντίδραση του οργανισμού.

Ακόμα, δυνατό να προκαλέσει αίσθημα κόπωσης, αδιαθεσία, ναυτία, εμετό και λευκοπενία.

Γενικά, τις περισσότερες φορές, η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται με τη χρησιμοποίηση ακτινοβολία γ, ή ακτίνων RONTGEN ή είναι σωματιδιακή β (βητατρόνιο).

Η χορηγούμενη δόση για τις μικροεστίες φτάνει τα 4000 RAD/η και για τις μεγαλύτερες τα 7000-8000 RADS, σε 25-35 συνεδρίες.

Αν, σε περίπτωση ογκεκτομίας, φυτέψουμε ιρίδιο, ή "εξ επαφής" αυτή ακτινοβολία φτάνει τα 8000-9000 RADS.

Παρακάτω αναφερόμαστε στις περιπτώσεις, που κρίνεται απαραίτητη η ακτινοθεραπεία.

Μόνο ακτινοθεραπεία. Ακτινοθεραπεία μόνη της και όχι συνδυασμένη με εγχείρηση συστήνεται, όταν δεν είναι δυνατή η εκτέλεση μαστεκτομίας για λόγους ιατρικούς ή γιατί η άρρωστη

δέντην επιθυμεί.-

Στήν περίπτωση αυτή μπορούμε να συστήσουμε τη χορήγηση 7000 RADS με εξωτερική ακτινοβολία ή με ενδοϊστική τοποθέτηση ραδιενεργών πηγών, όπως είναι το ισότοπο ιρίδιο, και να έχουμε την ίδια επιβίωση, όπως και στην περίπτωση, που η άρρωστη υποβλήθηκε σε μαστεκτομία και μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

Αυτό κάνει τούς χειρουργούς του μαστού περισσότερο συντηρητικούς στην απόφαση εκτέλεσης μαστεκτομίας.

Ακτινοθεραπεία σε ανεγχείρητο καρκίνο. Όταν ο καρκίνος του μαστού βρίσκεται στο III στάδιο, τότε δηλαδή, που ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 5 εκ. και καθλωμένος στους υποκείμενους ιστούς και υπάρχουν μασχαλιαίοι λεμφαδένες κολλημένοι μεταξύ τους ή υπάρχουν διογκωμένοι υπό και υπερκλείδιοι λεμφαδένες και οίδημα στο σύστοιχο άνω άκρο, τότε αποφεύγουμε την εκτέλεση μαστεκτομίας και χορηγούμε 5000 RADS με υπερδυναμική ακτινοβολία Co^{60} ή ακτίνες X του βητατρονίου ή του γραμμικού επιταχυντή. Επίσης, μπορούμε να τοποθετήσουμε ενδοϊστικά ραδιοενεργό πηγή, όπως είναι το ιρίδιο.

Επειδή, όμως, στο στάδιο αυτό οι μεταστάσεις είναι προχωρημένες, το ποσοστό της επιβίωσης για μία πενταετία μετά ακτινοθεραπεία φτάνει το 20-22%.

Για τολογοαυτό η συμπληρωματική χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία κρίνεται απαραίτητη.

Άλλες φορές, σε ανεγχείρητο καρκίνο του μαστού, είναι δυνατό, μετά την ακτινοβολία του να προβούμε στην εκτέλεση μαστεκτομίας, γιατί, επειδή βελτιώθηκαν οι τοπικές συνθήκες, επιτρέπουν την εκτέλεση της επέμβασης.-

Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία έχει σκοπό την καταπολέμηση της υπολειμματικής νόσου.

Έτσι, αποφεύγονται ή ελαττώνονται οι τοπικές υποτροπές σε συχνότητα 25%, όταν ο καρκίνος διήθησε τους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

Στήν περίπτωση αυτή ακτινοβολούνται: το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, η μασχάλη, η υπερκλείδια χώρα και οι λεμφαδένες της έσω μαστικής.

Όσο ριζικότερη είναι η εγχείρηση, τόσο ο αριθμός των υποτροπών είναι μικρότερος.

Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία αρχίζει αμέσως μετά

την εγχείρησιν και είναι υπερδυναμική Co^{60} ή Gs , I^{37} ή με ακτίνες X, του γραμμικού επιταχυντή ή του βητατρονίου.

Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία κατεβάσει τη συχνότητα των υποτροπών από τό 25% στο 5%, αλλά δεν αύξάνει την επιβίωση της άρρωστης, γιατί όταν διηθηθούν οι λεμφαδένες της μασχάλης, υπάρχουν κιόλας απομακρυσμένες μεταστάσεις, που μόνο με χημειοθεραπεία η ορμονοθεραπεία μπορούν να αντιμετωπισθούν.

Όσο για τό πόσο χρήσιμη αποδεικνύεται η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού, μόνη της ή συνδυασμένη με χημειοθεραπεία, αποτελεί επίμαχο θέμα των καρκινοθεραπευτικών.

Σύγχρονες αντιλήψεις αναφέρονται σε αλλοίωση του ανοσοεπιγικού συστήματος της άρρωστης με επιπτώσεις στην εξέλιξη της πάθησης.

Γι' αυτό η αξία της μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας αμφισβητήθηκε.

Ακτινοθεραπεία σε μεταστάσεις

Όπως αναφέρθηκε, οι συχνότερες μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού αφορούν στα οστά και ιδιαίτερα στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης και στην πύελο.

Στις περιπτώσεις αυτές η ακτινοθεραπεία αποδεικνύεται πολυτιμη, ιδιαίτερα σε επώδυνες καταστάσεις και σε οστεολυτικές μεταστάσεις, που εύκολα προκαλούν κατάγματα.

Η ακτινοβολία στις οστικές μεταστάσεις ανακουφίζει την άρρωστη από τούς πόνους σε συχνότητα, που φτάνει το 90%. Επίσης βοηθάει την επανασβέστωση της βλάβης και έτσι ελαττώνει τον κίνδυνο καταγμάτων.

Οι δόσεις, που χορηγούνται σε μεταστάσεις, φτάνουν τά 200 RADS την ημέρα για τρεις βδομάδες, δηλαδή η συνολική δόση φτάνει τά 3000 RADS.

Λιγότερο συχνές μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού είναι οι εγκεφαλικές και οι μεταστάσεις στο νωτιαίο μυελό και στο-μεσοπνευμόνιο-χώρο.

Στις εγκεφαλικές μεταστάσεις η ακτινοθεραπεία είναι παρηγορητική, γιατί οι άρρωστες πεθαίνουν σε λίγους μήνες. Στην περίπτωση αυτή χορηγούμε με υπερδυναμική ακτινοβολία κοβαλτίου 3000 RADS μέσα σε τρεις βδομάδες.

Στις μεταστάσεις στο νωτιαίο μυελό εκτελείται πρώτα πεταλεκτομία και ακολουθεί ακτινοθεραπεία.

Στις μεταστάσεις στο μεσοπνευμόνιο χώρο, που πιέζουν

την άνω κοίλη φλέβα η ακτινοθεραπεία ανακοθφίζεη την άρρωστη.

Όταν κρίνεται απαραίτητη η κατάργηση της ωθηηικής ορμονικής δραστηριότητας, σέ γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, και όταν για οποιοδήποτε λόγο δεν μπορεί να εκτελεστεί ωθηηεκτομία, μπορούμε να χορηγήσουμε υπερδυναμική ακτινοβολία στή μικρή πύελο, σέ δύο αντίθετα πεδία και σέ δόση 3000 RADS.

Α ακτινοθεραπεία σε τοπικές και δερματικές μεταστάσεις, όταν συνδυαστεί με χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία, ανακουφίζει την άρρωστη και βελτιώνει την ψυχολογική της κατάσταση.

Η ακτινοθεραπεία, σε περιφερειακές πνευμονικές μεταστάσεις, δεν συστήνεται γιατί προκαλούνται μετακτινικές πνευμονίτιδες και ένώσεις.

Η ακτινοθεραπεία, σε ηπατικές μεταστάσεις, δεν συστήνεται γιατί τα αποτελέσματα της είναι πενιχρά.

Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται ιδιαίτερα σε τοπική ή γενική καρκινωμάτωση, σε όγκους που δεν είναι ορμονοεξαρτώμενοι και όταν θέλουμε να δράσουμε γρήγορα.

Σκοπός της χημειοθεραπείας είναι ή πιθανή βελτίωση της διάρκειας και των συνθηκών ζωής της άρρωστης, δηλαδή της υποχώρησης του πόνου, της δύσπνοιας κ.λ.π.

Τα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας είναι περισσότερο άμεσα από της ορμονοθεραπείας αλλά λιγότερο αξιόλογα. Σέ σπάνιες περιπτώσεις η πάθηση υποχωρεί αισθητά, για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ίαση της, όμως, δεν είναι δυνατή.

Τη χημειοθεραπεία συστήνουμε, όπως αναφέρθηκε, σε προχωρημένες καταστάσεις το καρκίνου, που είναι ανεγχείρητος, και μετά από εγχείρηση, γιατί, όσο ριζική και άν είναι αυτή, παραμένει αριθμός καρκινικών κυττάρων με τη μορφή των μικρομεταστάσεων, που δεν ανιχνεύονται με καμία διαγνωστική μέθοδο.

Τα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας είναι αντίστροφα ανάλογα με τον αριθμό των μεταστατικών καρκινικών κυττάρων ή με τη μάζα των όγκων, όταν αυτός δεν εξαιρεθεί. Δηλαδή, όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των μεταστατικών καρκινικών κυττάρων και όσο μεγαλύτερος είναι ο καρκινικός όγκος, τόσο τα θεραπευτικά αποτελέσματα είναι μικρότερα.

Επίσης, όσο μικρότερος είναι ο αριθμός των καρκινικών κυττάρων, τόσο λιγότερες πιθανότητες υπάρχουν να αναπτυχθεί αντίσταση τους στη θεραπεία.-

Όταν η χημειοθεραπεία είναι συμπληρωματική, τότε μεγαλώνει το ελεύθερο υποτροπής διάστημα και ο χρόνος επίωσης στά πρώτα χρόνια, όταν εφαρμοστεί σωστά και για χρονικό διάστημα 6-8 μηνών. Επίσης, αποδεικνύεται ωφελιμότερη σε προεμμηνοπαυσιακές άρρωστες, με διηθημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες, χωρίς να μεγαλώνει την επιβίωσή τους.

Ενδείξεις. Χημειοθεραπεία θα συστήσουμε:

1) Στις προεμμηνοπαυσιακές άρρωστες, όταν υπάρχουν διηθημένοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, γιατί αυξάνει την επιβίωση και το ελεύθερο από την πάθηση μεσοδιάστημα.-

2) Στις μεταμμηνοπαυσιακές άρρωστες, όταν υπάρχουν πάνω από 4 διηθημένοι λεμφαδένες και έχουν αρνητικούς οιστρογονικούς υποδοχείς.

3) Σε ανεγχείρητο καρκίνο.

4) Σε εγχειρήσιμο καρκίνο, σαν συμπληρωματική θεραπεία.

Προϋποθέσεις: Πιά να συστήσουμε χημειοθεραπεία πρέπει:

1) Να μην υπάρχει εγκυμοσύνη. Αν υπάρχει, πρέπει πρώτα να την διακόψουμε.

2) Να μην υπάρχουν νεφρικές ή ηπατικές ή άλλες παθήσεις.

3) Να μην υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις.

4) Να χορηγούνται αντισυλληπτικά δισκία στις γυναίκες, που έχουν εμμηνορρυσία στους πρώτους μήνες της θεραπείας.

5) Να αρχίσει η θεραπεία πριν περάσουν τρεις εβδομάδες από την έγχειρηση.-

6) Να κρατήσει η θεραπεία για 6-8 μήνες.

7) Να μην επιμηκύνονται τα μεσοδιαστήματα μεταξύ δύο θεραπειών, δηλαδή η θεραπεία να εφαρμόζεται σε τακτικό χρόνο.

8) Να υπάρχει ενημέρωση και συγκατάθεση της άρρωστης.

Θεραπευτικά σχήματα. Πολλά θεραπευτικά σχήματα προτείνονται από τους χημειοθεραπευτές, οι οποίοι πρέπει να κατευθύνουν τη θεραπευτική αγωγή, συνεργαζόμενοι με τους χειρουργούς ή γυναικολόγους. Η ανάληψη αντιμετώπισης καρκίνου του μαστού με χημειοθεραπεία από το χειρουργό ή το γυναικολόγο αποτελεί ανευθυνότητα.

Στά φάρμακα, που εμφανίζει ευαισθησία ο καρκίνος του μαστού, είναι ο αζωθουπερίτης, η αμεθοπτερίνη (μεθοτρεξάτη), η αδριαμυκίνη και η μιτομυκίνη. Διότι ευαισθησία εμφανίζει στη χλωραμβουκίλη, στην 5-φθοριοουρακίλη, στη βινκριστίνη και

στη βιμπλαστίνη.

Όταν τα παραπάνω ή και άλλα φάρμακα συνδυαστούν, τότε η δράση τους σχεδόν τριπλασιάζεται.

Προεγχειρηματική χημειοθεραπεία.

Τη χημειοθεραπεία συστήνουμε σε ανεγχείρητες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού γιατί, πολλές φορές, συρρικνώνει τον όγκο και κάποτε τον εξαφανίζει, χωρίς, φυσικά, να θεραπεύει στην άρρωστη.

Όσο για την προεγχειρητική της εφαρμογή, μπορεί να θεωρηθεί σκόπιμη γιατί:

1) Μικραίνει την πρωτοπαθή εστία και τον ογκο λεμφαδενικών μεταστάσεων, -

2) Επηρεάζει τις μικρομεταστάσεις, που με την εκτέλεση της εγχείρησης αυτές αναπτύσσονται περισσότερο, γιατί ευνοούνται από την προεγχειρητική ανοσολογική πτώση της άμυνας του οργανισμού.

3) Προκαλεί φάση έξαρση της ανοσολογικής άμυνας του οργανισμού, ύστερα από φάση ανοσοκαταστολής του. Έτσι, αν η εγχείρηση εκτελεστεί στη φάση αυτή, τότε ωφελούμεστε και την αντικαρκινική δράση και την ανοσολογική διέγερση.

4) Μπορεί να περιοριστεί πιθανή διασπορά του καρκίνου κατά την εκτέλεση της μαστεκτομίας.

Η προεγχειρηματική χημειοθεραπεία πρέπει να διαρκέσει 3-4, εβδομάδες, δηλαδή όσο χρόνο απαιτεί η λήξη της φάσης ανοσοκαταστολής και η αρχή της φάσης έξαρσης της ανοσολογικής άμυνας του οργανισμού της άρρωστης.

Μετά την εγχείρηση η χημειοθεραπεία πρέπει να συνεχιστεί για 6-12 κύκλους

Προφυλακτική χημειοθεραπεία

Η προφυλακτική χημειοθεραπεία, που εφαρμόζεται μετά την εγχείρηση, έχει τούς παρακάτω σκοπούς:

1) Βελτιώνει την ποιότητα της ζωής της άρρωστης.

2) Αυξάνει την επιβίωση της.

3) Επιδρά στις καρκινικές μεταστάσεις.

Σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες η προφυλακτική χημειοθεραπεία έχει καλύτερα αποτελέσματα από τη χημειοθεραπεία σε μετεμμηνοπαυσιακές.

Για να συστήσουμε προφυλακτική χημειοθεραπεία μετά μαστεκτομία, πρέπει να υποψιαζόμαστε την ύπαρξη μεταστάσεων. Για να τις υποψιαστούμε, πρέπει να έχουμε υπόψη μας τὰ παρακάτω:

1) Όταν ο όγκος είναι μικρότερος από 2 εκ., οι πιθανότητες ανάπτυξης μικρομεταστάσεων είναι αυξημένες. Όταν όμως, είναι μεγαλύτερος από 4 εκ., τότε αυτές είναι βεβαιές.

2) Όταν οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες είναι διηθημένοι, αυτό δείχνει πως υπάρχουν μικρομεταστάσεις, Ξιδικότερα, αν είναι διηθημένοι 1-3 λεμφαδένες, οι πιθανότητες φτάνουν τό 45%, αν 4-7, φτάνουν τό 60%, αν 8-12, φτάνουν τό 70% και αν είναι παραπάνω από 13, φτάνουν τό 90%.

3) Όταν η εντόπιση του όγκου είναι στο εσωτερικό ημιμόριο του μαστού, υπάρχουν μικρομεταστάσεις, γιατί η διασπορά των καρκινικών κυττάρων είναι γρήγορη.

4) Όταν υπάρχουν θετικοί ορμονικοί υποδοχείς, η πρόγνωση είναι καλύτερη.

5) Όταν υπάρχει θετικό τό CEA, η πρόγνωση είναι καλύτερη.

Ανεπιθύμητες Ενέργειες

Η χημειοθεραπεία δυνατό να προκαλέσει ναυτία, εμετό, αλωπεκία, πού είναι παροδική, διάρροια, σταματίτιδα, ακοκκιοκυτταραιμία, αμηνόρροια στο 1/3 των περιπτώσεων, μικρή αύξηση του βάρους του σώματος, ελάττωση της σεξουαλικότητας, άνοσοκαταστολή στην αρχική φάση κ.λ.π.

Επίσης, δυνατό να επιβραδύνει την επούλωση του τραύματος λόγω καταστολής των ινοβλαστών, να ελαττώσει την άμυνα του οργανισμού της άρρωστης στην επίδραση λοιμογόνου παράγοντα και να προκαλέσει αιμορραγική διάθεση, λόγω πτώσης των αιμοπεταλίων.-

ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στις ημέρες μας, με τον προσδιορισμό των ορμονικών υποδοχέων του καρκινικού όγκου, όταν αυτός αποδεχτεί θετικός, είναι δυνατό να πετύχουμε ευεργετική επίδραση στην πορεία του καρκίνου του μαστού, στα υποκειμενικά ενοχλήματα της άρρωστης και στα αντικειμενικά της ευρήματα.

Γενικά, σε θετικούς οιστρογονικούς και προγεστερονικούς υποδοχείς, θα συστήσουμε ορμονοθεραπεία και, αν αυτή αποτύχει, χημειοθεραπεία.

Σε αρνητικούς οιστρογονικούς και προγεστερονικούς υποδοχείς, θα συστήσουμε χημειοθεραπεία και, αν αυτή αποτύχει, ορμονοθεραπεία.

Οι ορμόνες, που χρησιμοποιούνται στην ορμονοθεραπεία του

καρκίνου του μαστού είναι:

Αντιοιστρογόνες ορμόνες:

Αυτές δέν ανήκουν στις στεροειείς ορμόνες και έχουν την ιδιότητα να ανταγωνίζονται τις οιστρογόνες ορμόνες σε κυτταρικό επίπεδο.

Από τις αντιαιστρογόνες ορμόνες χρησιμοποιούμε την κιτρική ταμοξιφαίνη, γιατί δέν έχει τις ανεπιθύμητες ενέργειες, που έχουν άλλες αντιοιστρογόνες ορμόνες, όπως είναι η ναφοξιδίνη.

Η ταμοξιφαίνη αναστέλλει την ανάπτυξη του καρκίνου, γιατί συνδέεται με τούς υποδοχείς των κυττάρων, επειδή έχει μεγάλη χημική συγγένεια μαζί τους.

Το σύμπλεγμα ταμοξιφαίνη-υποδοχέας, όταν εισέρχεται στον πυρήνα του κυττάρου κατακρατείται από τη χρωματίνη του περιθώτερο από ότι το σύμπλεγμα οιστρογόνες ορμόνες-υποδοχέας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επιβράδυνση της αναπλήρωσης των υποδοχέων του κυτταροπλάσματος.

Έτσι, με τον αποκλεισμό του συμπλέγματος οιστρογόνου-υποδοχέας, πετυχαίνεται η ελάττωση της παραγωγής πρωτεϊνών στο κύτταρο και η επιβράδυνση ή το σταμάτημα της ανάπτυξης του.

Την ταμοξιφαίνη τη χορηγούμε σε καρκίνο του μαστού με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς, ιδιαίτερα μετά την εμμηνόπαυση. Το ποσοστό ανταπόκρισης της άρρωστης, με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς στη θεραπεία με ταμοξιφαίνη, φτάνει το 50%, ενώ με άγνωστους ορμονικούς υποδοχείς, τό 30%.

Η χορηγούμενη δόση της ταμοξιφαίνης είναι 20-80 mg την ημέρα με τη μορφή δισκίων, που παίρνονται δύο φορές την ημέρα. Η λήψη του μπορεί να γίνει και σε μία δόση, γιατί τό φάρμακο έχει μεγάλη ημιπερίοδο ζωής.

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα της χορήγησης ταμοξιφαίνης φαίνεται μετά 4-6 εβδομάδες και διαρκεί 8-40 μήνες. Όσο μεγαλύτερη είναι η άρρωστη, τόσο αυτό είναι ικανοποιητικό.

Η ταμοξιφαίνη δέν έχει σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Είναι δυνατό να διαταράξει την εμμηνορρυσία και να προκαλέσει διάρροια, κολπική υπερέκριση, κνησμό στο αιδοίο, ζάλη, κεφαλαλγία και πόνο στα οστά.

Εκτός από την ταμοξιφαίνη δοκιμάσθηκε η χορήγηση της ναφοξιδίνης στην αντιμετώπιση του γενικευμένου καρκίνου τού μαστού.-

Η ναφοξιδίνη έχει αντιοιστρογόνο δράση, αλλά δέν έτυχε γενικώς επιδοκιμασίας, γιατί έχει ανεπιθύμητες ενέργειες, που αφορούν περισσότερο στό δέρμα (ιχθύαση), στο γαστρεντερικό σύστημα και στό συκώτι. Επίσης, προκαλεί υπερασβεσταιμία.

Τέλος, το αντιοιστρογόνο ήιτριική κλομιφαίνη, που είναι παράγωγο του τριφαινυλαιθυλενίου, δοκιμάσθηκε στην αντιμετώπιση του νεοειυμένου καρκίνου του μαστού σε δόση 200-300 ΜC την ημέρα κα βρέθηκε, πως έχει ανταπόκριση στό 30-40% των αρρώστων. Παρ' όλα αυτά η χορήγηση της δεν προτιμάται.

Οιστρογόνες ορμόνες

Η χορήγηση οιστρογόνων ορμονών στην αντιμετώπιση καρκίνου του μαστού συστήνεται ιδιαίτερα σε αδενοκαρκίνωμα, όταν έχουν περάσει παραπάνω από 5 χρόνια από την τελευταία εμμηνορρυσία. Επίσης, στον καρκίνο που μαστού του άντρα.

Οι οιστρογόνες ορμόνες δρούν στην στήν υπόφυση, αναστέλλοντας την έκκριση των γοναδοτρόπων ορμονών. Αυτή η αναστολή δέν συμβαίνει πάντοτε, γι' αυτό, κάποτε, έχουμε έξαρση της πάθησης.

Παροδικές ανεπιθύμητες ενέργειες αποτελούν η ανορεξία, οι εμετοί, η μητρορραγία, ή δογκωση των μαστών κ.λ.π.

Αντρογόνες ορμόνες.

Ο μηχανισμός δράσης των αντρογόνων ορμονών στον καρκίνο του μαστού δέν διευκρινίσθηκε απόλυτα. Ίσως, η καταστολή της λειτουργίας της υπόφυσης, που αδρα στην εκκρίση των γοναδοτρόπων ορμονών, ή παρεμπόδιση της μεταφοράς των οιστρογόνων ορμονών, να αποτελούν την αιτία της επίδρασης τους.

Οι αντρογόνες ορμόνες χορηγούνται περισσότερο σε προχωρημένες μεταστάσεις και ιδιαίτερα σε οστικές και άρρωστες, που βρίσκονται πρίν από την εμμηνοπαυση ή 2-3 χρόνια μετά την τελευταία εμμηνορρυσία και σέ αυτές, που υποβλήθηκαν σε ωθηκετομία. Δεν χορηγούνται στο αδενοκαρκίνωμα του μαστού του άντρα.

Ανεπιθύμητες ενέργειες της χορήγησης αντρογόνων ορμονών, που είναι παροδικές, είναι ή αλλαγή των δευτερευόντων χαρακτηριστών του φύλου, δηλαδή βραχνάδα της φωνής, υπερτροφία της κλειτορίδας, υπερτρίχωση, αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας.

Η χορήγηση αντρογόνων ορμονών σε θετικούς οιστρογονικούς υποδοχείς προκαλεί ανταπόκριση στη θεραπεία σε συχνότητα 10%. Η ύφεση εμφανίζεται μετά 4-12 εβδομάδες. -

Μαγσοθεραπεία

Τα κακοήθη κύτταρα βρέθηκαν, πως έχουν στην επιφάνειά τους αντιγόνα. Αυτά έχουν την ικανότητα να προκαλούν κυτταρομεσολαβητική απάντηση στον ξενιστή, που έχει τόν όγκο.

Αυτή η ανοσολογική επιτήρηση έχει την ιδιότητα να καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα στα διαφορά στάδια της ανάπτυξής τους.

Αν και δέν βρέθηκαν συγκεκριμένα αντιγόνα για τόν καρκίνο του μαστού, φαίνεται, πώς υπάρχουν αντιδρώντα αντιγόνα αυτού, γιατί δεν βράθηκαν σε φυσιολογικούς μαστούς και σε κακοήθεις παθήσεις του.

Ένα αντιγόνο, πο'υ βρέθηκε, είναι πρόδρομος της ομάδας αίματος με Μ και Ν αντιγόνα και βρίσκεται στα αντιδρώντα ερυθρά αιμοσφαίρια.

Στο μέλλον, ελπίζουμε, πως η ανοσολογία θα μας βοηθήσει περισσότερο στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Σήμερα, μας βοηθάει στην παράταση της επιβιώσεως της άρρωστης.

Το επικρατέστερο φάρμακο, που χρησιμοποιείται, είναι το BCG (BACILLUS CALMETTE GERIN) .

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V

ΠΡΟΛΗΨΗ - ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος γυναικείος καρκίνος και η κυριότερη αιτία θανάτου καρκινοπαθών στην χώρα μας.

Σημαντικό ρόλο στον αγώνα κατά του καρκίνου του μαστού εκτός της λεπτομερούς ενημέρωσης του ιατρικού κόσμου επί των διαγνωστικών και θεραπευτικών εξελίξεων παίζει και η διαφώτιση του κοινού, των ασθενών και των οικογενειών τους.

Το κοινό ενδιαφέρεται να μάθει ότι αφορά την υγεία του, ιδιαίτερη όμως ευαισθησία δείχνουν οι γυναίκες σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.

Θα πρέπει να τονίσουμε ότι και η ίδια η γυναίκα παίζει κάποιο ρόλο και πρωταρχικής μάλιστα σημασίας στην πρόληψη του όγκου.

Αυτή πράγματι μπορεί να επέμβη κάνοντας δυνατή μια πρόωγη διάγνωση, που αυξάνει τις πιθανότητες θεραπείας με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

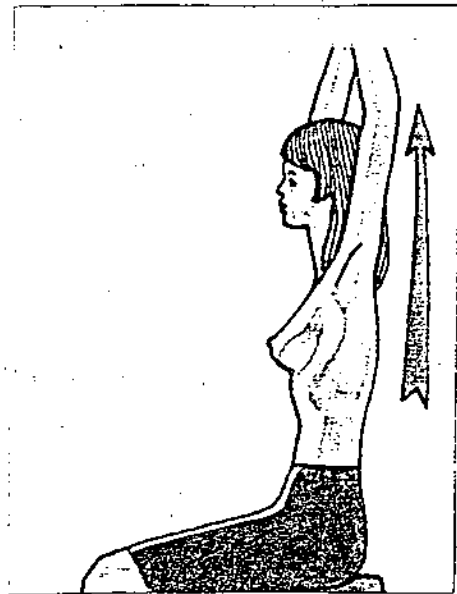
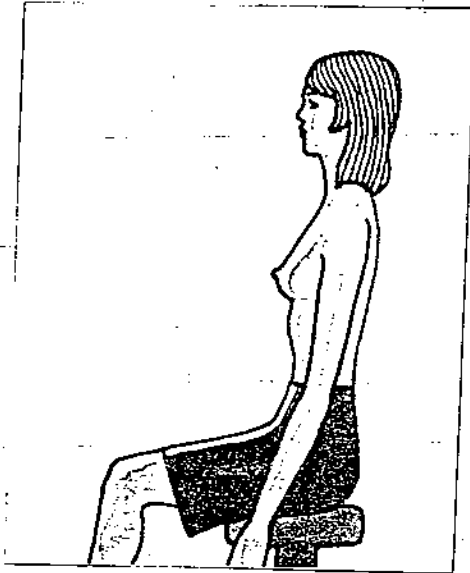
Γι αυτό το λόγο θα περιγράψουμε μια απλή διαδικασία η οποία μπορεί και ακολουθεί από κάθε γυναίκα ηλικίας μεγαλύτερη από 20 χρονών μία φορά τό μήνα.

Πρόκειται για ένα πρόγραμμα *screening* που ακολουθεί σε πολλές χώρες του κόσμου και πρόκειται για μία σειρά μέτρων που παίρνονται για να αποκαλυφθεί μια νόσος σε άτομα επιφανειακά υγιή.

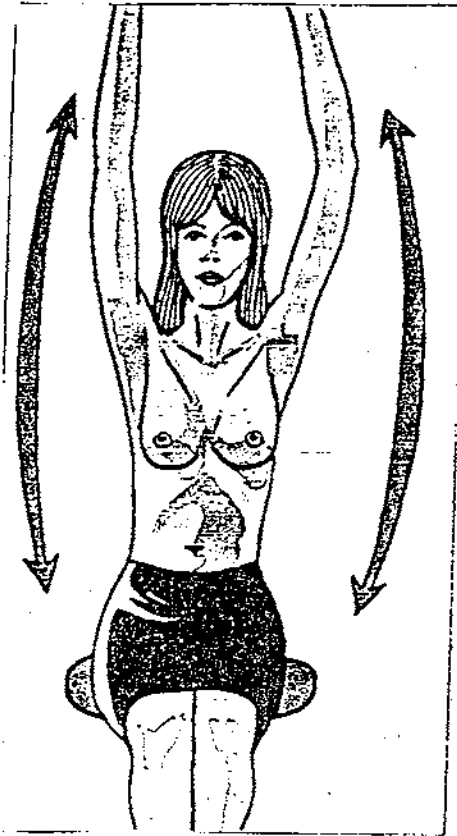
Αυτή η εξέταση του μαστού που η γυναίκα ακολουθεί κάθε μήνα δε θα πρέπει να την κάνει να αμελήσει τον έλεγχο, τουλάχιστο μία φορά το χρόνο από τον ειδικό. Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται πάντα στην ίδια ημέρα του κύκλου κάθε μήνα. Είναι σημαντικό να είναι χαλαρή και ήρεμη κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Η διαδικασία της αυτοεξέτασης έχει ως εξής:

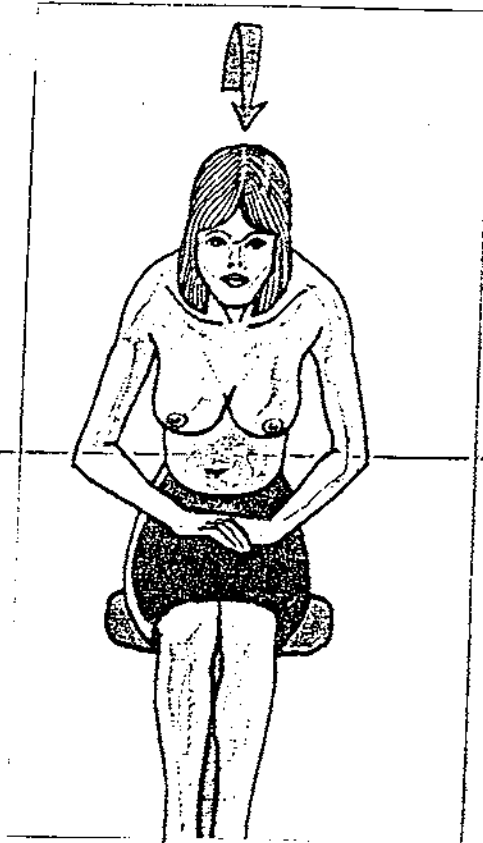
- Καθήστε μπροστά από έναν καθρέπτη με την πλάτη ίσια. Παρατηρήστε τους μαστούς προσεκτικά.
- Υπάρχει καμιά διαφορά όγκου στους δύο μαστούς; (θά πρέπει να εκτιμήσουμε τις αλλαγές).
- Ο ένας μαστός έχει χαμηλώσει συγκριτικά με τόν άλλο;
- Τώρα παρατηρήστε την περιοχή της θηλής. Έχει στραβώσει;, υπάρχει κάποια έκκριση; Παρατηρείτε πάντα τὸ στήθοδεσμο.
- Τώρα παρατηρήστε τὸ δέρμα Υπάρχει καμιά ερυθρότητα; καμιά κοιλότητα ἢ συρρίκνωση;
- Τώρα ανυψώστε τα χέρια πάνω από τὸ κεφάλι. Υπάρχει κανένα πρήξιμο ἢ συρρίκνωση;



--- Σηκώστε και χαμηλώστε τὰ χέρια κρατώντας τις θηλές.Κι-
νούνται:μαζί ; Κάνουν την ίδια κίνηση;

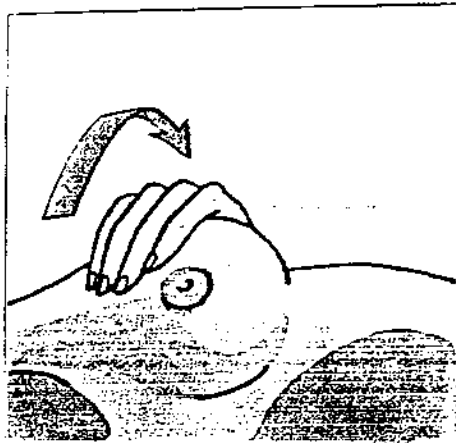


---Τώρα σκύψτε προς τα εμπρος.Παρατηρείτε καμιά αλλαγή στο
σχήμα; κάποια συρρίκνωση; κάποια αλλαγή στην κατεύθυνση
της θηλής;

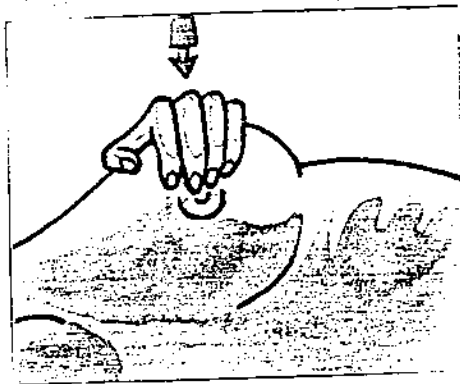


--- Τώρα ξαπλώστε ανάσκελα.

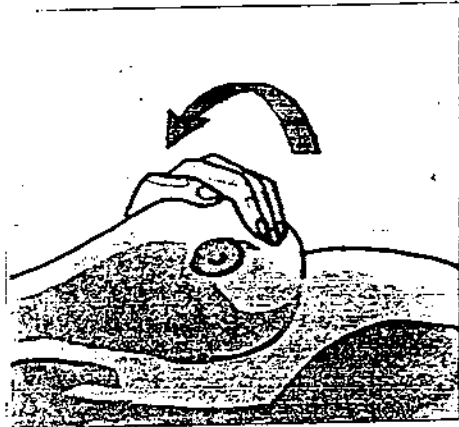
--- Αρχίστε την εξέταση του δεξιού μαστού. Αυτό γίνεται με το αριστερο χέρι (τό δεξί χέρι πρέπει ν'αγγιζει τον αυχένα). Το χέρι πρέπει να είναι τεντωμένο. Χρησιμοποιήστε την παλάμη με τὰ δάκτυλα κοντά τό ένα στο άλλο. Με την πρακτική εφαρμογή θα μάθετε ποιά πίεση θα εξασκήσετε στο μαστό. Μην πιέζετε πολύ ή πολύ ελεφρά. Μην πιάνετε το μαστό ανάμεσα στα δάκτυλα! μπορεί να ψηλαφίσετε μ' αυτό τόν τρόπο όζίδια και σε έναν υγιή μαστό.



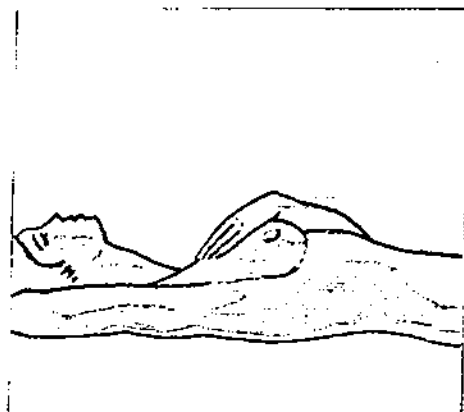
--- Κάντε να γλιστρίσει το χέρι ξεκινώντας από το εξωτερικό μήκη προς τα μέσα του μισού μαστού που βρίσκεται πάνω από τη ράγα, ψάξτε για πιθανά όζίδια.



--- Τώρα επαναλάβετε το ίδιο στο κάτω μισό του μαστού.

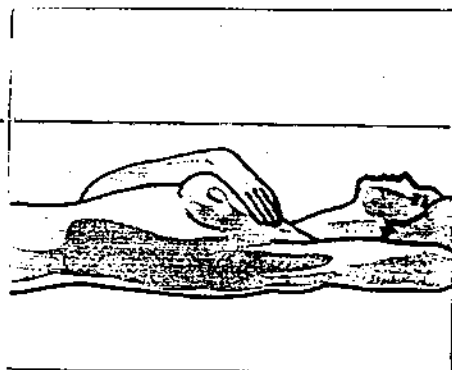
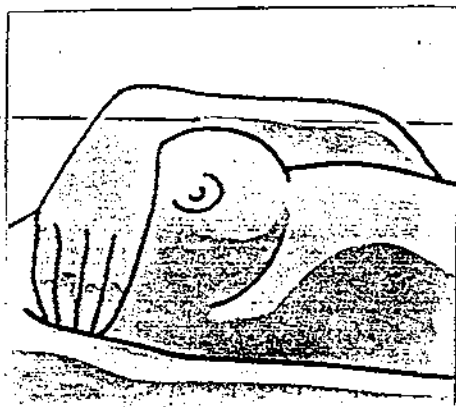


--- Τώρα κάντε να γλιστρίσει το χέρι από έξω προς τα μέσα, περνώντας πάνω από τη θηλή και προδέχοντας να μην ξεχάσετε κανένα τμήμα.



--- Τώρα με το δεξί χέρι κατά μήκος του σώματος, αλλά χωρίς να εφάπτεται ακριβώς σ' αυτό, ψάχνετε με το αριστερό χέρι αν υπάρχει κάποιο όζιδο στη δεξιά μασχαλιαία κοιλότητα.

--- Επαναλάβετε το ίδιο στην αριστερή μασχάλη χρησιμοποιώντας το δεξιό χέρι.



--- Σιγή- σιγά όσοθα γίνονται αυτές οι αυτοεξετάσεις θα γνωρίζετε καλύτερα τα χαρακτηριστικά των μαστών σας και η ίδια η εξέταση θα γίνει πιο ακριβής με την προϋπόθεση ότι θα γίνεται πάντα με την ίδια σειρά χωρίς να παραληφθεί τίποτα.

Αν παρατηρήσετε κάτι ανώμαλο πρέπει να τρέξετε χωρίς σκέψη σ'έναν ειδικό, υπενθυμίζοντας ότι η γυναίκα σ'αυτήν τη φάση δεν είναι εκείνη που θα κάνει διάγνωση, αλλά μόνο θα ανακαλύψει κάτι το ανώμαλο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA ΜΑΣΤΟΥ

Ο στόχος της ογκολογικής νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητά του και να τα χρησιμοποιήσει, για την καταπολέμηση των κακοηθών κυττάρων, να ανεχθεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστεια. Ακόμη οι γνώσεις και οι δεξιότητες βοηθούν την νοσηλεύτρια να προβλέψει και να παρεμποδίσει την εμφάνιση των προβλημάτων αυτών.

Η νοσηλεύτρια που εργάζεται με τον άρρωστο, που έχει καρκίνο, πρέπει να είναι περισσότερο από ένας έμπειρος τεχνικός. Πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει τον συνάνθρωπο και του προσφέρει τον εαυτό της με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την ανθρωπιά της. Για να μπορέσει όμως να το επιτύχει αυτό χρειάζεται : 1) γνώσεις, 2) φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική, 3) ικανοποίηση (θετική ενίσχυση) και 4) βοήθεια και υποστήριξη (βοήθεια από κάποιον που βρίσκεται πολύ κοντά της).

Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική περιλαμβάνει εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναπόφευκτου του θανάτου.

Πιο μεγάλη σημασία έχει να πιστεύει πως μπορεί να βοηθηθεί τους άλλους με ότι είναι, με ότι γνωρίζει και με ότι έχει τη δύναμη να κάνει.

Η ικανότητα του καρκινοπαθή να αντιμετωπίσει την κατάσταση του επηρεάζεται από παράγοντες όπως: Η ηλικία, το πολιτιστικό του επίπεδο, η βοήθεια και υποβάσταξη που του προσφέρεται στο σύστημα υγείας και η πείρα από αρρώστια στο παρελθόν. Τα πρόβλήματα του αρρώστου είναι ανάλογα με το στάδιο της αρρώστιας και το είδος της θεραπείας που εφαρμόζεται.

Ο κάθε άρρωστος έχει ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας και επιβλέψεως ανάλογα με την κατάστασή του.

Όλοι οι άρρωστοι με καρκίνο, έχουν ανάγκη από τη συνηθισμένη γενική νοσηλευτική φροντίδα με περισσότερη όμως έμφαση τας εξής:

-- Ο ασθενής διαισθάνεται τη στάση της νοσηλεύτριας. Τό να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια έχει θετική στάση στην αρρώστεια του είναι σημαντικό, σαν πρώτο βήμα στην εργασία της

με τον άρρωστο. Για αυτό,

-- Δείξτε κατανόηση στον άρρωστο και παρουσιάστε την ευχάριστη όψη της ζωής.

Αυτό τού δίνει ελπίδα.

-- Διατηρήστε την αξιόπρέπεια και την υπόλιψη του αρρώστου. Ίσως σε καμιά άλλη ασθένεια δεν υπάρχει τέτοια απειλή της οντότητας του ατόμου, όπως υπάρχει στον καρκίνο. Πολλοί άρρωστοι που γνωρίζουν ότι έχουν καρκίνο, λένε ότι δεν φοβούνται τόσο πολύ τον πόνο ή την δυσμορφία ή άλλη ειδική άποψη της ασθένειας, όσο φοβούνται μη χάσουν τον αυτοέλεγχό και την αξιοπρέπεια στα τελευταία στάδια της νόσου.

-- Προσπαθήστε να βοηθήσετε τον άρρωστο να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του.

-- Φροντίστε να μην εκτίθεται ο άρρωστος σας κατά τις νοσηλίες.

-- Προσέξτε πολύ των καθαριότητων, τη συμμετοχή του στον προγραμματισμό της φροντίδας του, εφόσον είναι ικανός για αυτό. Τα παραπάνω είναι μέτρα που θα τον βοηθήσουν να διατηρήσει την αξιοπρέπειά του παρά την πρσβολή της άρρώστιας.

-- Ευγένεια και θαλπωρή δίνει στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας.

--- Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να ενεργεί με τρόπο ευχάριστο για τον εαυτό του.

-- Βοηθήστε στην ανάπτυξη της αυτοπεποιήσεως ότι είναι καλά καίμπορεί να περιποιηθεί τον εαυτό του (όταν αυτό αποτελεί πραγματικότητα).

-- Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να σηκώνεται από το κρεβάτι, εφόσον αυτό επιτρέπεται.

-- Ενισχύστε τη συχνή αλλαγή θέσεως του αρρώστου στο κρεβάτι.

-- Ενισχύστε την καλή διατροφή του αρρώστου. Η απώλεια βάρους δηλώνει διαταραχή στο ισοζύγιο αναγκών του.

-- Χρησιμοποιήστε τα καταλληλα νοσηλευτικά μέτρα για την πρόληξη επιπλοκών όπως πνευμονίας, κατακλίσεων, υποσιτισμού.

-- Πάρτε κάθε μέτρο για τη διατήρηση καλής ατομικής καθαριότητας του αρρώστου.

-- Στο σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας μη παραλείπετε, εφόσον η κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει, την εργασιοθεραπεία, επειδή η απασχόληση προλαμβάνει πολλά ψυχολογικά προβλήματα του.-

-- Ενισχύστε γρηγορότερο δυνατό-την αποκατάσταση του άρρώ-
στου εφόσον η αναπηρία είναι προϊόν της νόσου.

-- Ακόμη μην παραλείψετε να διδάξετε, όποιον και αν έλθει σε
επαφή μαζί σας για τη σπουδαιότητα της εγκαίρης διαγνώσεως
του όγκου στην πρόγνωση της νόσου.

-- Πρίν αναχωρήσει ο άρρωστος από το νοσοκομείο διδάξετε του
τόν τρόπο αυτόφροντίδας. Για τέλεια αποκατάσταση, οι άρρωστοι
πρέπει να αισθάνονται πως τίποτε δεν ανέκοψε το σχέδιο της
ζωής τους και ότι μπορούν να συμμετέχουν σε αυτήν.

-- Στη φροντίδα του ασθενή με CA μαστού, οι επιδιώξεις είναι
ο περιορισμός της νόσου και η βοήθεια του άρρώστου να ξαναγυ-
ρίσει κατά το δυνατό στη φυσιολογική ζωή.

-- Η ευθύνη μας, ως νοσηλευτριών στη φροντίδα καρκινασμένου
δε θάνατο περιλαμβάνει κάλυψη όσο το δυνατό περισσότερων φυσι-
κών και ψυχολογικών αναγκών του.

Η ενθάρρυνση και η μετάγχιση ελπίδας θα περιορίσουν την
απαισιοδοξία και απογοήτευση του αρρώστου.-

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Το άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη, λοιπόν, κατά του καρκίνου, δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα. Κι αυτό επειδή ο καρκίνος είναι σπώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική κι αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Ακόμη και οι συγγενείς του συνήθως έχουν αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας. Παράλληλα ο άρρωστος πολλές φορές δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοητεύσεως.

Η οικογένεια, οι φίλοι του και δυστυχώς συχνά μορφωμένοι άνθρωποι, μεγαλώνουν την ιδέα ότι η διάγνωση του καρκίνου είναι ισοδύναμη με τό θάνατο. Τις απόψεις αυτές, κι αν δεν γίνουν γνωστές, τις διαισθάνονται οι άρρωστοι και διέρχονται στάδια αβεβαιότητας.

Η διάγνωση ενός μεγάλου εμφράγματος μυοκαρδίου δέν είναι περισσότερο ελπιδοφόρα από τον καρκίνο, κι όμως ενώ αισιοδοξούμε για το έμφραγμα, απελπιζόμαστε για τόν καρκίνο, γιά αυτό,

Είναι επιτακτική η ανάγκη να αναθεωρήσουμε τις απόψεις μας για την άρρώστεια ή αναθεώρηση αυτή θα επηρεάσει τα συναισθήματα μας απέναντι της και τότε θα μπορέσουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο να ξεπεράσει τούς φόβους του και να αναιμετωπίσει με πίστη και αισιοδοξία το μέλλον. Ακόμη, θα επιτύχουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο με καρκίνο, όταν κατορθώσουμε να μην εμβαθύνουμε στον πόνο του, αλλά να τον κατανοήσουμε και να τον συμπαθήσουμε, χωρίς παράλληλα να έχουμε απομακρυνθεί από τόν άρρωστο και τον κόσμο του.

Συμβαίνει όμως νά αρνούμαστε να ακούσουμε τον άρρωστο να περιφράφει τούς φόβους του ή ακόμη συμβαίνει να του διηγούμαστε μια αστεία ιστορία, τη στιγμή πού εκείνος βρίσκεται σε αγωνία. Είναι γνωστό ότι άθελά μας απορρύπτομε ότι δέν μπορούμε να χειρισθούμε με επιτυχία. Αλλά αυτός είναι λανθασμένος τρόπος αντιμετώπισεως. Απλές, σαφείς ανακοινώσεις, διευκρινίσεις παρανοήσεων, σταθερό ενδιαφέρον ελαττώνουν τούς φόβους και τίς ανησυχίες.

Ακόμη όταν προσεκτικά αποφεύγουμε να πούμε τη λέξη "καρκίνος" στον άρρωστουπού γνωρίζει την άρρώστεια του, αυτό φανερώνει ότι φοβόμαστε αυτή την άρρώστια.

1) Η άρνηση της αποδοχής της διαγνώσεως της αρρώστιας, όχι σπάνια αποτελεί την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθή σε αυτή.

2) Μετά την άρνηση συνήθως εμφανίζεται ο θυμός ο οποίος στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειας του, τὰ μέλη της ομάδας υγείας κ.α.

3) Η τρίτη φάση που διέρχεται ο άρρωστος είναι της συνδιαλλαγής κατά την οποία συνήθως είναι ήρεμος και προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα, κυρίως με τον θεό, να επιτύχει τη θεραπεία της άρρώστιας του ή την αναβολή του μαιραίου.

4) Όταν όμως ο άρρωστος αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας και πώς τίποτα πια δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί τότε μελαγχολεί, ή φάση δε αυτή ονομάζεται της κατάθλιψης. Στην κατάθλιψη ο μοναδικός ή πιο κατάλληλος τρόπος βοήθεας του αρρώστου είναι να καθήσουμε κοντά του και να τον αφήσουμε να εκφράσει μόνος του τα αισθήματά λύπης που δοκιμάζει. Νά τον ακούσουμε, νά του δείξουμε κατανόηση και νά μη προσπαθήσουμε να τον βγάλουμε από τον κόσμο της πραγματικότητας. Τέλος ο άρρωστος, μπαίνει στη φάση της αποδοχής. Ο άρρωστος στη φάση αυτή, έχει πλήρη επίγνωση ότι πρόκειται σύντομα να πεθάνει, περιορίζει πολύ τα ενδιαφέροντά του, περιορίζει τις επισκέψεις, σε πρόσωπα ιδιαίτερα αγαπητά και δικά του και αρκείται στη σιωπηλή παρουσία τους.

5) Ακόμη ο φόβος του άρρώστου ότι η οικογένεια και οι φίλοι του δεν τον αποδέχονται, πολλές φορές είναι πραγματικότητα. Εδώ καλείται η νοσηλεύτρια να ενισχύσει και ψυχολογικά να στηρίξει τον άρρωστο, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει τα αισθήματα εμπιστοσύνης, έλπίδας και αισιοδοξίας.-

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Στήν εγχειριτική αντιμετώπιση του μαστού παρατηρούνται επιπλοκές, που διακρίνονται σε εγχειρητικές, πρώτες μετεγχειρητικές και όψιμες μετεγχειρητικές.

I) Εγχειρητικές. Κατά την εκτέλεση επέμβασης στο μαστό δυνατό να συμβούν οι παρακάτω επιπλοκές:

Αιμορραγία. Απώλεια μεγάλης ποσότητας αίματος σπάνια παρατηρείται στις μαστεκτομίες. Η χρησιμοποίηση ηλεκτροκαυτήρα για την απολίνωση των μικρών αγγείων και η προσεκτική απολίνωση με λεπτά ράμματα των μεγάλων, προστατεύουν την άρρωση από την απώλεια αίματος.-

Προσοχή απαιτείται στην παρασκευή της μασχάλης, για να μη τρωθεί ή κοπεί η υποκλείδια φλέβα, Αν συμβή τέτοια κάκωση, τότε απαιτείται συρραφή της φλέβας με ράμματα 6 ή 7 μηδέν. Η υποκλείδια αρτηρία δέν προσφέρεται για κάκωση και σε χέρια πρωτόπειρου χειρουργού.

Επίσης προσοχή απαιτείται στις ριζικές μαστεκτομίες, όταν απολινώνονται οι διατιτρώντες κλάδοι των μεσοπλευρίων αρτηριών. Αυτοί οι κλάδοι αιμαρραγούν περισσότερο.

Διατομή νεύρων. Πρέπει κατά την εκτέλεση ριζικής μαστεκτομίας να καταβάλλεται προσπάθεια να μη κοπούν τα θωρακικά ραχιαία νεύρα, όπως και το μακρό θωρακικό νεύρο ή νεύρο του BELL, γιατί η ωμοπλάτη θα μοιζάζει με φτερούγα και η απαγωγή του ώμου θα είναι δύσκολη. Επίσης, θα σεβαστούμε το υποπλάτιο νεύρο, που μαζί με τα αγγεία πορεύεται πάνω στην πρόσθια επιφάνεια του υποπλάτιου μυ.

Πνευμοθώρακες. Ξε σπάνιες περιπτώσεις κατά την εκτέλεση ριζικής μαστεκτομίας είναι δυνατό να τραυματίσουμε του μεσοπλευρίου μυς και τον υπεζωκότα και να προκαλέσουμε πνευμοθώρακα. Τέτοια επιπλοκή συμβαίνει, τις περισσότερες φορές κατά τον καθαρισμό της υποκλείδιας χώρας.

Έλλειψη δέρματος. Αν εαιρεθεί περισσότερο δέρμα από το απαιτούμενο, είναι δυνατό οι δύο δερματικοί κρημνοί να μην έρχονται σ'επαφή για να ραφτούν ή να έρχονται με τάση, που βηθάει στη διάσπαση του τραύματος και στη σύγκλειση του κατά δεύτερο σκοπό. Αυτό προλαμβάνεται, όταν, πρίν από την εγχείρηση, με ειδικό μολύβι, χαράξουμε στο δέρμα τα όρια της τομής. Πολύ σπάνια, ιδιαίτερα σε ριζικές επεμβάσεις, αναγκαζόμαστε να χρησιμοποιήσουμε μόσχεμα δέρματος άλλης περιοχής.

2) Πρώιμες μετεγχειρητικές. Στις επιπλοκές αυτές ανήκουν οι παρακάτω:

Επιμόλυνση τραύματος. Αυτή αποτελεί τη συχνότερη μετεγχειρητική επιπλοκή. Η συχνότητά της φτάνει το 8%. Όταν, όμως, έχει προηγηθεί ιστοληψία του μαστού 5-7 ημέρες πριν από την εγχείρηση, τότε δυνατό να φτάσει το 20%.

Υπεύθυνοι μικροβιακοί παράγοντες για την επιμόλυνση του τραύματος είναι ο σταφυλόκοκκος και ο στρεπτόκοκκος.

Άλλοι παράγοντες, που συμβάλλουν στην επιμόλυνση είναι η γενική κατάσταση της άρρωστης (ζαχαρώδης διαβήτης, παχυσαρκία), οι συνθήκες αντισηψίας του χειρουργείου, ο σχηματισμός αιματώματος, η κακή παροχέτευση του τραύματος κ.λ.π.

Η επιμόλυνση του τραύματος αποφεύγεται με την καλή προετοιμασία του δέρματος, με τη χρησιμοποίηση νυστεριού και όχι φαλιδιού, για την εκτομή της βλάβης, γιατί το νυστέρι αφήνει ομαλά τραυματικά χείλη, και γενικά με την καλή τεχνική.

Αιμάτωμα. Το αιμάτωμα αποφεύγεται με τη χρησιμοποίηση ηλεκτροκαυτήρα για την καλή αιμόσταση και την εφαρμογή παροχέτευσης, όταν κρίνεται απαραίτητη.

Η εφαρμογή πιεστικού επιδέσμου δεν αποτρέπει πάντα το σχηματισμό αιματώματος.

Ορώδης συλλογή. Είναι δυνατό στο χώρο, που εγκατέλειψε η εξαίρεση του μαστού να σχηματιστεί ορώδης συλλογή. Αυτό συμβαίνει, γιατί κόπηκαν αιμοφόρα αγγεία και λεμφαγγεία και ο χώρος δεν παροχετεύτηκε καλά.

Για την αποφυγή τέτοιας συλλογής, που η συχνότητα της φτάνει το 40% στις ριζικές μαστεκτομίες και το 30% στις απλές, βοηθάει η τοποθέτηση υποδόριων ραμμάτων στο τραύμα και η καλή του παροχέτευση.

Η ορώδης συλλογή αντιμετωπίζεται με παρακέντηση και απορρόφηση. Μερικές φορές οι παρακεντήσεις πρέπει να είναι συχνές.

Νέκρωση. Η νέκρωση παρατηρείται στους κρημνούς του δέρματος από κακή αιμάτωση του ή κακή συρραφή του με μεγάλη τάση. Στην εποχή μας τέτοια επιπλοκή είναι σπάνια, γιατί δεν αποφιλώνονται οι δερματικοί κρημνοί, όπως παλιότερα.

Δυσμορφία. Η δυσμορφία του τραύματος τις περισσότερες φορές, είναι αποτέλεσμα κακής συρραφής του ή νέκρωση των δερματικών κρημνών.

Αυτή εμφανίζεται συχνότερα σε κάθετες ή λοξές τομές.

Στίς εγκάρσιες τέτοιες σπάνια παρατηρείται. Μπορεί, όμως, σ' αυτές να σχηματιστεί στη μασχालιαία άκρη της τομής μικρή προεξοχή του δέρματος, που μοι αξει με μικρό αφτί. Αυτό σχηματίζεται γιατί δεν συμπλησιάστηκαν κατάλληλα τα τραυματικά χείλη την ώρα της συρραφής τους. Μπορούμε νά το διορθώσουμε.

Άλλες πρώιμες επιπλοκές. Την εκτέλεση ριζικής μαστεκτομίας σε σπάνιες περιπτώσεις, ακολουθεί πρώιμο λεμφοίδημα του βραχίονα και σχεδόν σ' όλες τις περιπτώσεις κάποια δυσκαμψία της άρθρωσης του ώμου. Αυτή την προλαμβαίνουμε με την πρώιμη κινητοποίηση του βραχίονα, αν και αυξάνουμε τις πιθανότητες εμφάνισης πρώιμου λεμφοιδήματος.

3) Όψιμες μετεγχειρητικές. Στις επιπλοκές αυτές ανήκουν οι παρακάτω:

Λεμφοίδημα. Σοβαρή όψιμη μετεγχειρητική επιπλοκή αποτελεί η ανάπτυξη λεμφοιδήματος, που σπάνια είναι τέτοιο, ώστε να προκαλεί αναπηρία στην άρθρωση.

Το λεμφοίδημα σχηματίζεται από την ανάπτυξη υγρού, πλούσιου σε πρωτεΐνες, που διηθεί τό δέρμα, τόν υποδόριο ιστό και φτάνει ως την περιτονία.

Λεμφοίδημα υπάρχει όταν η διαφορά ανάμεσα στην περίμετρο των δύο βραχιόνων είναι παραπάνω από 2 εκ. και όταν η εκτίμηση των περιμέτρων γίνεται σε ύψος, που απέχει 15 εκ. από την κορκοειδή απόφυση.

Η συχνότητα του όψιμου λεμφοιδήματος φτάνει το 30% στις ριζικές μαστεκτομίες και στο 9% στις απλές.

Συχνότερα εμφανίζεται μετα ακτινοθεραπεία.

Ο χρόνος εμφάνισης του λεμφοιδήματος κυμαίνεται ανάμεσα στους 2-4 μήνες από την εγχείρηση. Είναι όμως, δυνατό να εμφανιστεί και ύστερα από 1-2 εβδομάδες, όπως και ύστερα από χρόνια.

Όσο πιο καλή είναι η παρασκευή της μασχάλης κατά την εκτέλεση ριζικής μαστεκτομίας, τόσο η συχνότητα εμφάνισης λεμφοιδήματος αυξάνεται.

Πιστεύεται πως, όσα αιμοφόρα ή λεμφικά αγγεία και αν νο-
πούν κατά την εγχείρηση, δημιουργούνται νέα τέτοια. Αυτά τα νεό-
πλαστα αγγεία εμφανίζονται καθυστερημένα σε περίπτωση ακτινο-
θεραπείας.

Λεμφοίδημα προκαλεί και η τοπική υποτροπή του καρκίνου για αυτό ο χειρουργός να την αναζητήσουμε ψηλάφηση της μασχάλης και της υποκλείδας χώρας. Αν υπάρχει υποτροπή και ανάπτυξη όγκου, τότε χάνονται τά όρια του δελτοειδή μυ με τον μεί-

ζωνα θωρακικό μυ και υπάρχει επιφανειακή παράπλευρη κυκλοφορία.

Στη συχνότητα σχηματισμού λεμφοιδήματος συμβάλλει και η φλεγμονή της τομής, ακόμα και η οαρακέντηση φλέβας, που βρίσκεται στο σύστοιχο χέρι. Γιαυτό δεν επιτρέπεται η ενδοφλέβια χορήγηση φάρμάκων από τό χέρι που αντιστοιχεί στο μαδτό, που πάσχει. Ούτε αιμοληψία επιτρέπεται, ούτε ο προσδιορισμός της αρτηριακής πίεσης από αυτό.

Για την αντιμετώπιση λεμφοιδήματος θεραπεύουμε τη φλεγμονή, που τυχόν υπάρχει, τοποθετούμε τό χέρι πάνω σε μαξιλάρι ή σε νάρθηκα και συστήνουμε την εφαρμογή ελαστικού μανικιού.

Ακόμα, συστήνουμε την αποφυγή τραυματισμού των ανυχοφόρων φαλάγγων (παρωνυχίδες), την αποφυγή αγκαθιών κατα την περιποίηση λουλουδιών, την αποφυγή ψυχρών ή θερμών επιθεμάτων στον βραχίονα, την αποφυγή έκθεσης του κοντά σε πηγή, που θερμαίνει (φούρνος), και την αποφυγή μακροχρόνιας χορήγησης διουρητικού ή κορτιζόνης.

Επίσης, ή άρρωστη πρέπει να φοράει γάντια, που δέν την πιέζουν, όταν πλένει πιάτα, δακτυλήθρα, όταν ράβει και να αλείφει τά χέρια της με λανολίνη πολλές φορές την ημέρα.

Ακόμα, δέν πρέπει να φοράει σφιχτό πρόθεμα στο μαστό, που της λείπει, και όταν εμφανίσει δερματοπάθεια στο χέρι, που πάσχει να επισκεφθεί ειδικό.

Σε σοβαρές περιπτώσεις λεμφοιδήματος εφαρμόζουμε ειδική συσκευή, που πιάζει περιοδικά τό βραχίονα. Όταν τό οίδημα δεν υποχωρεί, καταφεύγουμε σε εγχειρητική αντιμετώπιση, δηλαδή σε αναστόμωση αγγείων, με απογοητευτικά αποτελέσματα.

Η σοβαρότερη επιπλοκή του λεμφοιδήματος είναι η εξέλιξη του σε λεμφαγγειοσάρκωμα, (σύνδρομο STEWARD-TREVES). Αυτό εμφανίζεται σε συχνότητα 10% μετά 10ετία, από τη μαστεκτομία.

Παράλυση μυών. Αυτή συμβαίνει πολύ σπάνια και οφείλεται σε κάκωση νευρικών στελεχών.

Άλλες όψιμες επιπλοκές. Όψιμη μετεγχειρητική επιπλοκή είναι και ή πίεση νεύρων στην περιοχή του βραχιονιου πλέγματος ή στον καρπιαίο σωλήνα, που προκαλεί πόσο στον βραχίονα.

Επίσης συνηθισμένες είναι οι επιπλοκές της ακτινοθεραπείας, όπως τό ερύθημα, η υπέρχρωση του δέρματος και η πνευμονίτιδα, που εμφανίζεται σε συχνότητα 10% ύστερα από 6-12 εβδομάδες από την ακτινοθεραπεία. Αυτή, τις περισσότερες φορές, υποχωρεί εύκολα, αλλά αφήνει πνευμονική πύκνωση.

Μετά κτινικό πόνο, σε συχνότητα 20%, δυνατό να προκαλέσει η νέκρωση της κλείδας της, της ωμοπλάτης και των πλευρών.

Τα ψυχολογικά προβλήματα (άγχος, κατάθλιψη), που παρατηρούνται σε συχνότητα 25% μετά ριζική μαστεκτομία, και τα σεξουαλικά, που παρατηρούνται σε συχνότητα 45%, αποφεύγονται στην εποχή μας με την εκτέλεση τέτοιας εγχείρησης, που να επιτρέπει τη μελλοντική ανάπλαση του μαστού.

Τέλος, σπάνια, μετά 10-20 χρόνια από την ακτινοθεραπεία, δυνατό να εμφανιστεί καρκίνος του δέρματος ή του οισιφάγου.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ (μετά τη θεραπεία για καρκίνο του μαστού).

Έπιπλοκές. Οι συνηθισμένες επιπλοκές, μετά θεραπεία για καρκίνο του μαστού είναι:

1) Η πτώση της άμυνας του οργανισμού, λόγω ανοσοκαταστολής, και η εύκολη εμφάνιση λοίμωξης.

2) Η εμφάνιση υπερασβεσταιμίας, λόγω οστεολυτικών μεταστάσεων, σε συχνότητα 10-40%. Τα καρκινικά κύτταρα εκκρίνουν προσταγλανδίνη E_2 που διεγείρει τους οστεοβλάστες. Έτσι, δημιουργείται υπερασβεσταιμία και κλοιλότητα μέσα στανοστήτη ιστό στην οποία είναι δυνατό να αναπτυχθεί οστική μετάσταση.

Η υπερασβεσταιμία εκδηλώνεται με πολυδιψία, πολυουρία και ναυτία και αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση όρων, κορτικοειδών και MITHRAMYCIN.

3) Η εμφάνιση ανορεξίας και καχεξίας σε προχωρημένα στάδια.

4) Η εμφάνιση πόνου από τις μεταστάσεις. Αν είναι οστικές, συστήνουμε ακτινοθεραπεία για την ανακούφιση της άρρωστης και σε άλλες περιπτώσεις αναλγητικά και, δυστυχώς, ναρκωτικά.

6) Η εκδήλωση κατάθλιψης και άλλων ψυχολογικών αντιδράσεων. Διαπιστώθηκε πως μακρύτερη επιβίωση παρατηρείται σε όσες έγκαιρα γνώριζαν την πάθησή τους.

Όπως και άλλου αναφέραμε, υπάρχουν άρρωστες, που δεν επιθυμούν να ξέρουν την αλήθεια γύρω από την πάθησή τους. Σ' αυτές τις περιπτώσεις ο γιατρός πρέπει να προσαρμοστεί στην ψυχολογική άρνησή τους.

Έτσι, μπορούμε να πούμε, πως για την κάθε άρρωστη υπάρχει ξεχωριστή συμπεριφορά, από μέρους του γιατρού.

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ ΜΕ ΣΑ ΜΑΣΤΟΥ ΠΡΙΝ ΑΠΟΨΤΗΣ
ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

1) Ενθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή χρήσιμων απαντήσεων

2) Ετοιμασία του θυζύγου για παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης στη σύζυγό του.

3) Βοήθεια της άρρωστης κατά την εκτέλεση των παθητικών ασκήσεων. Οι ασκήσεις αυτές αρχίζουν 24 ώρες περίπου μετά την επέμβαση στο χέρι της προσβλημένης πλευράς.

Αρχικώς η άρρωστη μπορεί να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις εαυτίγ του πόνου πού έχει, αλλά η Νοσοκόμος θα τονίσει τη σπουδαιότητα των ασκήσεων αυτών και θα συνεχίσει τις ασκήσεις μέσα στά όρια αντοχής της άρρωστης. Το εϋρος των ασκήσεων αυξάνει προοδευτικά και η άρρωστη θα πρέπει να είναι σε θέση να κάνει τις περισσότερες δραστηριότητες της, όπως χτένισμα, βούρτσισμα δοντιών κ.α.

α) Οι ασκήσεις δέν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η άρρωστη να μη αισθάνεται καμιά δυσχέρεια στις κινήσεις.

β) Εάν έχει γίνει πλαστική ή η τομή έχει κλειστεί με αξιόλογη τάση, η άσκηση θα πρέπει να περιορίζεται στον ελάχιστο βαθμό και να αυξάνεται σιγά-σιγά.

γ) Θα πρέπει να ένθαρρύνεται αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα.

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

Σφύξιμο μπάλας. Είναι μια απλή άσκηση που βοηθά στο δυνάμωμα των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας. Μιά ελαστική μπάλα ή μιά τσαλακωμένη εφημερίδα σφίγγεται με τό χέρι της προσβλημένης πλευράς.

Πέταγμα μπάλας. Βελτιώνει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα μετά τη μπάλα πού είναι δεμένη σε ελαστικό, κορδόνι. Κάθε βολή προάγει την παραπέρα έκταση του βραχίονα.

Αναρρίχηση στον τοίχο. Προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα βλέπει πρόσ τον τοίχο με τά δάκτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο όσο είναι δυνατόν. Αυγίζει τούς αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο ισιώνοντας τούς ώμους. Σηκώνει πάνω στον τοίχο παράλληλα και όταν αισθανθεί πόνο τα επαναφέρει στην αρχική τους θέση. Σημειώνεται στον

τοίχο το σημείο που έφτασαν τα χέρια της και όταν επαναληφθεί η άσκηση, προσπαθεί να ξεπεράσει το σημείο αυτό.

Γύρισμα σχοινάκι. Είναι μιά άσκηση για την ευλυγισία του ώμου. Δένεται σφιχτά με διπλό κόμπο στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί 3 περίπου μέτρων. Η άρρωστη στέκεται σε απόσταση 2 περίπου μέτρων μακριά από την πόρτα. Πιάνει χαλαρά την άκρη του σχοινιού με το προβλημένο χέρι, κάνει ένα κόμπο και τό τοποθετεί στην παλάμη της. Το άλλο της χέρι το τοποθετεί στη μέση της. Με τεντωμένο το προσβλημένο χέρι γυρίζει το σχοινάκι με μικρούς κύκλους αρχικά. Οι κύκλοι αυτοί σιγά-σιγά μεγαλώνουν ώστε οι κινήσεις του χεριού να γίνονται από τόν ώμο.

Αιώρηση χεριών. Χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών.

Η άρρωστη σκύβει προς τα εμπρός από τη μέση και αιωρεί τα χέρια της από το ένα πλάγια στο άλλο με τεντωμένους τους αγκώνες. Η Νοσοκόμος στέκεται δύπλα στην άρρωστη, όταν η άσκηση γίνεται για πρώτη φορά, γιατί ενδέχεται να αισθανθεί ζάλη.

Τροχαλία. Ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου. Ένα κομμάτι σχοινί, μήκους 3 μέτρων περίπου, περνιέται στο σίδερο του μπάνιου. Τα άκρα του σχοινιού δένονται σε κόμπους. Με τεντωμένους βραχίονες, η άρρωστη τραβά το σχοινί προς τα κάτω με το γερό χέρι, ενώ το προσβλημένο χέρι ανυψώνεται. Η διαδικασία αυτή κατόπιν αντιστρέφεται και κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται το ύψος αυξάνει.

Τονίζεται στην άρρωστη κατά τη διάρκεια αυτής της άσκησης να μη κάμπτει τους βραχίονες και τα πόδια να εφάπτονται στο πάτωμα.

Κούμπωμα κουμπιών πλάτης. Απαιτεί επικουρικούς μυς και γίνεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες. Η άρρωστη ανεβοκατεβάζει και τα δύο της χέρια πίσω στην πλάτη σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπιά της μπλούζας της. Κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, τα χέρια φθάνουν ψηλότερα στην πλάτη.

Άγγιγμα μετώπου: Δυναμώνει τους επικουρικούς μύς του ώμου. 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 αγκώνες της και επανέρχεται στην αρχική θέση τετώνοντας τους αγκώνες.

4) Ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με τις ενέργειες που πρέπει να ακολουθήσει για σωστή φροντίδα του λεμφοιδηματικού χεριού.-

Μη κτατάτε τσιγάρο σε αυτό τό χέρι.

Μη κτατάτε με αυτό το χέρι τήν τσάντα ή άλλο βαρύ να αντικεί-
μενο

Μη κόβετε ή τραβάτε τις απρονυχίσεις σέ αυτό τό χέρι.

Μη σιάβετε τον κήπο με αυτό τό χέρι και μη κόβετε εγκαθωτά
φυτά

Μη πλησιάζετε ζεστό φούρνο με αυτό τό χέρι

Μη αφήνετε να σας κάνουν ένεση σε αυτό τό χέρι

Μη αφήνετε να σας πάρουν αίμα από αυτό τό χέρι

Μην επιτρέπετε γα παίρνεται η αρτηριακή πίεση από αυτό τό
χέρι.

Να φοράται έλαστικό γάντι όραν ασχολείστε με τη μαγειρική,
καθαριότητα ή πλύσιμο πιάτων,

Να φοράτε δαντυλήθρα όταν ράβετε ή κεντάτε

Να βάζετε κρέμα λανολίνης στο χέρι, πολλές φορές την ημέρα.

Να φοράτε την ιατρική ταυτότητα με την εγχάραξη:

" ΠΡΟΣΟΧΗ-ΔΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟ ΧΕΡΙ-ΟΧΙ ΥΠΟΔΟΡΙΕΣ

Να αναφέρετε στον γιάτρό σας αν τραυματίσατε τό χέρι σας,
άν είναι ερυθρό, θερμό ή ασυνήθιστα σκληρό ή οιδηματώδες.

Να επιστρέψετε για επανεξέταση σε διάστημα δύο μηνών.

5) Χρήση πρόσθεσης (τεχνητού στήθους)

Η άρρωστη που έχει κάνει απλή ή ριζική μαστεκτομή,
χρειάζεται βοήθεια στην επιλογή της πρόσθεσης (τεχνητού
στήθους)

Επομένως ή άρρωστη πρέπει να ενημερώνεται για τούς
διάφορους τύπους πρόσθεσης που υπάρχουν στο έμπόριο, και από
που μπορεί να τη προμηθευτεί.

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

6) Τονισμός της σπουδαιότητας του μετανοσοκομειακού
τσει-απ για :

- Παρακολούθηση της πορείας της ασθενούς και
- Διαπίστωση πιθανής υποτροπής της νόσου.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Η έννοια της λέξεως αποκατάσταση σημαίνει την επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενη του κατάσταση ύστερα από διατάραξη ή αλλαγή που δέχτηκε. Και σύμφωνα με αυτό τον ορισμό η αποκατάσταση αρχίζει μετά τη διάγνωση και θεραπεία της αρρώστειας.

Σήμερα, όταν μιλούμε για αποκατάσταση εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τὰ μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις ικανότητες που έχει-βιο-ψυχολογικές- όσο κι αν αυτές φαίνονται μικρές για να ζήσει "ποιότητα ζωής" σήμερα, δηλαδή να μὴν καίει για τὸ χθές και να μὴν τρέμει για αύριο. Για να γίνει όμως αυτό, η αρρώστεια και στην προκειμένη περίπτωση ο καρκίνος, δέν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο ὀργανικά - που η αντιμετώπισή στο χώρο αυτό είναι πολλές φορές σχεδόν ανύπαρκτη-ἀλλά συγχρόνως ψυχολογικά και κοινωνικά.

Όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, από τη στιγμή της πρώτης ύποπτης διαγνώσεως του καρκίνου πρέπει να κρατήσουν στάση κατανοήσεως, σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον ἄρρωστο. Η υποστήριξη του ἄρρωστου στη φάση αυτή είναι πολύ ουσιαστική, δηλαδή να αρχίσει πρὶν ακόμη κατασταλάξουν τα συναισθήματα του και αρχίσει να υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς πού είναι δύσκολο να επηρεάσουμε ή ελέγξουμε αργότερα.

Επειδή όμως στη φάση αυτή -βήθειας αποκαταστάσεως- του ἄρρωστου με τα μέλη της ομάδας υγείας, ασκεί επίδραση η οικογένεια του ἄρρωστου και τὸ κοινωνικό του περιβάλλον, θα πρέπει στις διαστάσεις της αποκαταστάσεως ν' α συμπεριλαμβάνεται κι αυτές οι ομάδες του πληθυσμού.

Πρέπει, δηλαδή, να δούμε πως η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον του ἄρρωστου επηρεάζουν τον ἄρρωστο και πώς θα μπορέσουν να προσφέρουν θετική βοήθεια στην αποκατάσταση του. Επομένως, όταν μιλούμε για οικογενειακό και κοινωνικό παράγοντα-στην-αποκατάσταση-του-ἄρρωστου-με-καρκίνο-θα-πρέπει-να δούμε τούς παράγοντες αυτούς με τη διπλή του άποψη:

- 1) Τὸ θετικό και υποστηρικτικό ρόλο τους στον ἄρρωστο.
- 2) Την ανάγκη των ἰδίων των μελών αυτών των ομάδων για υποστήριξη.

Είναι γεγονός πως ἡ αρρώστεια ἀλλά και οι επιπτώσεις της θεραπείας (ἀκρωτηριασμοί μελών, παρά φύσιν λειτουργία ὀργάνων, αλωπεκία κ.α.) απαιτούν αναπροσαρμογές που προϋποθέ-

των ψυχολογική προετοιμασία, ανθρώπινη συμπαράσταση και κατάρτιση (εκμάθηση τεχνικών). Η αποκατάσταση με τη σύγχρονη αυτή τάση θα βοηθήσει τον άρρωστο να εναρμονίσει τη ζωή του με την ποιότητα ζωής που μπορεί να έχει με τις ικανότητες που του έχουν μείνει.

Για να υλοποιηθεί η φιλοσοφία αυτή της αποκαταστάσεως θα πρέπει οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο να φροντίζονται από ειδικευμένα μέλη της ομάδας υγείας, παράλληλα δε η ενδοϋπηρεσιακή, εκπαίδευση και η συνεχής επιμόρφωση θα συμβάλλουν στη σωστή αντιμετώπιση της τόσο μεγάλης αυτής ομάδας του πληθυσμού.

Άλλος παράγοντας είναι η διαφώτιση της κοινωνίας με επιστημονικά μελετημένο τρόπο.

Ο τρίτος παράγοντας είναι τα ειδικά προγράμματα αποκαταστάσεως του αρρώστου. Η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών θα αρχίζει στο νοσοκομείο και θα συνεχίζεται, πολλές φορές μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του άρρώστου στο σπίτι με τη βοήθεια των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας (πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας) και με κέντρα ψυχο-κοινωνικής αποκαταστάσεως του οικογενειακού περιβάλλοντος του άρρώστου.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V

Μέθοδος Νοσηλευτικής εργασίας σε ασθενή με CA μαστού

Κλινική Περίπτωση Ιη

Ατομικό ιστορικό ασθενούς

Όνομα : Λαμπρινή
Επώνυμο: Φαζάκη
Ηλικία : 53
Τόπος γεννήσεως: Γωνιές Πεδιάδος
Τόπος διαμονής: Γωνιές Πεδιάδος
Βάρος: 75 κιλά
ύψος : 1,60
Επάγγελμα: Οικιακά
Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος
Αρτημελής ή όχι : Ναι
Καπνιστής ή όχι: Όχι
Πόσα τσιγάρα την ημέρα: ----
Χρήση αλκοόλ: Όχι
Παχύσαρκος: Όχι
Προηγούμενες ασθένειες: Όχι
Χειρουργικές επεμβάσεις: Όχι
Χρόνιες παθήσεις: Δισκοπάθεια

Κληρονομικό ιστορικό ασθενούς

Ομάδα αίματος: A
RH: Θετικό (+)
Τέκνα: 3 παιδιά " 2 κορίτσια και 1 αγόρι"
Πάσχει κάποιο απ'αυτά από σοβαρή ασθένεια: Όχι
Άν είναι οι γονείς του πάσχοντα άρρωστοι και από τι
πάσχουν : Όχι

Άν έχουν πεθάνει και από τι; Όχι

Ιστορικό της παρούσας νόσου

Η ασθενής Φαζάκη Λαμπρινή επισκέφθηκε γιατρό του Ι.Κ.Α. με τα εξής συμπτώματα:

Πόνος στον αριστερό μαστό και τσιμπήματα στη καρδιά.

Νόμισε λοιπόν η κυρία Φαζάκη ότι είχε κάποιο πρόβλημα με την καρδιά της, μετά όμως από το καρδιογράφημα που της έκανε ο καρδιολόγος την διαβεβαίωσε ότι δεν υπήρχε κανένα πρόβλημα καρδιολογικό.

Υπέθεσε λοιπόν και εκείνη ότι ο πόνος που είχε νιώσει ίσως ήταν από την κούραση και έτσι επέστρεψε στο χωριό της.

Μετά όμως από ένα μήνα ο πόνος έγινε εντονότερος και φηλαφώντας το μαστό της έπιασε κάποιο ογκίδιο, επισκέφθηκε αυτή τη φορά γιατρό μαστολόγο στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου.

Μετά από ειδικές εξετάσεις που της έγιναν η διάγνωση ήταν C.A μαστού.

Εργαστηριακές εξετάσεις

Γενική αίματος

Γενική ούρων

Ακτινογραφία θώρακος

Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Μαστογραφία

Θεραπεία " Θεραπευτικά μέτρα "

Χειρουργική θεραπεία Ριζική μαστεκτομή

Ημερομηνία εγχειρήσεως 10/4/1992

Τοπικά ευρήματα: Αποστελλόμενο υλικό μαστός μετά του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός και των μασχαλιαίων λεμφαδένων.

Παθολογοανατομική Έκθεση: Προηγηθείσα ιστολογική εξέταση όγκου μαστού.

Παρελήφθη εγχειρητικό παρασκευάσμα ριζικής μαστεκτομής διαστάσεως 21X20X8 εκ. το οποίο καλύπτεται από δέρμα με τη θηλή.

Σε απόσταση 5 εκ. κάτω και έξω της θηλής παρατηρείται πρόσφατη εγχειρητική τομή μήκους 3 εκ. και κατά βάθος αυτής κοιλότητας διαμέτρου 4 εκ. η οποία πληρούται από αιματοπήγματα.

Κατά το τοίχωμα της εν λόγω κοιλότητας ανευρέθησαν υπολείμματα όγκου, ιστολογικού τύπου πορογενούς διηθητικού καρκινώματος.

Τον ίδιο τύπο καρκινώματος παρουσιάζουν και μερικοί μεγάλοι εκφορητικοί πόροι της θηλής.

Ο λοιπός μαστικός ιστός είναι παρεγχυματώδης.

Κατά τον λιπώδη ιστό της μασχάλης ανευρέθησαν 4 λεμφαδένες διαμέτρου 0,5 - 2 εκ. Από αυτούς οι δύο μεγαλύτεροι παρουσιάζουν μεταστική διήθηση του ιστού τους από τον τύπο αυτού του καρκινώματος.

Φαρμακευτική θεραπεία:

Παυσίπονα

- ZIDERON AMP

- LONARID TABL

Νοσηλευτική φροντίδα ειδικών προβλημάτων σε ασθενή με Ο.Λ.μαστού

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

1) Αλλαγή στην εμφάνιση

Βοήθεια της άρρωστης καθώς και του άμεσου περιβάλλοντος της να κατανοήσουν τη φύση της αρρώστιας και να το αποδεχθούν.
Πληρόρηση της άρρωστης για τις αλλαγές που θα παρουσιαστούν στην εμφάνιση της και εκπαίδευση αυτής στους νέους τρόπους ζωής και τεχνικές αυτοφροντίδες.
Διατήρηση καλής ιδέας της ίδιας της άρρωστης για τη σωματική της εμφάνιση αλλά και του άμεσου περιβάλλοντος της.

Καλή καθαριότητα της άρρωστης
Καθαρά και ώραία ρούχα.
Ενημέρωση αυτής για τη χρησιμοποίηση προσθέσεων.
Δραστηριοποίηση της άρρωστης.

Καλημερίζουμε την άρρωστη απομακρύνουμε τους συγγενείς.
Αερίζουμε το θάλαμο και περιποιούμεθα την άρρωστη χωρίς να την εκθέτουμε και στρώνουμε τό κρεβάτι της.
Πληροφορούμε την άρρωστη για τους τύπους προσθέσεων που κυκλοφορούν στο εμπόριο και τον τρόπο που μπορεί να τους προμηθευτεί όταν χρειαστεί.
Πείθουμε την άρρωστη να ασχολείται με οτιδήποτε της αρέσει "ανάγνωση βιβλίων" για να κυλούν οι ώρες της πιο ευχάριστα και να μην της γίνει έμμονη ιδέα το πρόβλημα της.

Η άρρωστη μετά την επιμελημένη φροντίδα και το διάλογο που είχε μαζί μας αισθάνθηκε εύχарιστα και άνετα.
Αρχισε να συνειδητοποιεί τις αλλαγές στο σώμα της σαν μια πραγματικότητα και διδάχτηκε τους τρόπους που τις προσφέροντε για να καλύπτει αυτές όσο γίνεται καλύτερα.
Ευδήλωσε την ικανοποίηση της σ' εμάς με ευχαρητήρια.

2) Διατροφή

Ανακάλυψη των παραγόντων που επηρεάζουν την καλή διατροφή της άρρωστης και αντιμετώπιση αυτών ανάλογα
Ανακούφιση της άρρωστης από το άγχος και τους φόβους της που δημιουργούν ανορεξία.

Ενθάρρυνση της άρρωστης για λήψη υγρών και χορήγηση συχνών γευμάτων πλούσιων σε θρεπτικά συστατικά.

Φροντίζουμε ώστε να χορηγηθεί στην άρρωστη τροφή της προτιμήσεως της, καλά μαγειρευμένη, σε περιποιημένο δίσκο κάτω από ένα περιβάλλον καθαρό και ήσυχο.

Διακοπή της απώλειας σωματικού βάρους στην άρρωστη.
Βυθμώστηκε το ισοζύγιο αναγκών του οργανισμού της άρρωστης σε θερμίδες, και αυξήθηκε η όρεξη.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
3) Νέκρωση- εξέλκωση	Προστασία της άρρωστης από τις εστίες μόλυνσης για την πρόληψη της δημιουργίας νεκρώσεως στο κέντρο της δι-ογκώσεως και εξελκώσεως στο δέρμα.	Διδακταλία της άρρωστης πως να αποφεύγει τραύμα και μόλυνση, παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν τον πόνο και την ταλαιπωρούν. Παρακολούθηση της κατάσπασεως της για τυχόν εμφάνιση σημείων που δηλώνουν λοίμωξη όπως "καρυχία, πυρετός, αφθόνες και δύσοσμες εικρισεις.	Καθαρίζομε τη μόλυσμένη εξέλκωση του όγκου με χλιαρό νερό και ήπια αντισηπτικά διαλύματα. Επίσης χρησιμοποιούμε αντιμικροβιακά φάρμακα εσωτερικά και με τοπική εφαρμογή για τη γρηγορότερη υποχώρηση της λοίμωξεως.	Με την παροχή της ανάλογης νοσηλευτικής φροντίδας, την προσοχή και την επιμέλεια που δείξαμε είχαμε σαν αποτέλεσμα τον περιορισμό της μόλυνσης και την αποτροπή της λοίμωξης.
4) Κακοσμία	Μείωση της κακοσμίας που δημιουργείται λόγω της ανοικτής ιστικής αλλοίωσης. Βοήθεια της άρρωστης να διατηρείται καθαρή και να ελέγχει την κακοσμία.	Πρέπει να λειφθούν μέτρα για τη διατήρηση της περιοχής καθαρής και χρήση αποσμητικών ουσιών για την εξάλειψη της κακοσμίας.	Ανάλογα με την κατάσταση της τραυματικής χώρας χρησιμοποιούμε και το ανάλογο είδος υγρού για να περιποιηθούμε και να πλύνουμε τό τραύμα. Σαπουνίζομε και διατηρούμε καθαρή την περιοχή γύρω από τό τραύμα. Αλλάζομε την επίδεση κάθε φορά που είναι λερωμένη. Αερίζομε συχνά τόν θάλαμο προστατεύοντας όμως παράλληλα την άρρωστη από τό κρύο.	Η άρρωστη αισθάνεται τώρα πια άνετα και όμορφα γιατί η κακοσμία έχει εξαλειφθεί.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
----------------------	--------	-----------------	----------	------------

5) Ψυχολογική βοήθεια της ασθενούς και της οικογένειας της για την επέμβαση που σύντομα θα υποβληθεί.

Οι νοσηλευτικοί στοίχοι μας πρέπει να συγκεντρωθούν γύρω από τη φυσική, συναισθηματική και ψυχική ανακούφιση από τον πόνο που κυριαρχεί και πλημμυρίζει την άρρωστη και την οικογένειά της. Συναίσθηματική βοήθεια και ενίσχυση για να μπορέσουν "ασθενής και οικογένεια" να σκέπτονται με ψυχραιμία και να προετοιμαστούν για τη χειρουργική επέμβαση, και να συνεργαστούν με τη διάγνωση και θεραπεία της άρρώστιας.

Το αίσθημα του φόβου είναι το δυνατότερο συναίσθημα που αντιμετωπίζει η άρρωστη. Ο πόνος, η εγκατάλειψη, η εξάρτηση και οι παραμορφώσεις, είναι όλα οδυνηρά συναισθήματα που δοκιμάζει για αυτό με βάση όλα αυτά πρέπει να παρέχουμε την φροντίδα και τις υπηρεσίες που χρειάζεται η άρρωστη. Πρέπει να καλύψουμε και να ενισχύσουμε τους αντιρροπιστικούς συναισθηματικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιούν άρρωστη και οικογένεια για να ισορροπήσουν. Αυτοί οι μηχανισμοί μπορεί να στηρίζονται πάνω σε φιλοσοφία ή θρησκευτικά δεδομένα ή μπορεί να είναι τρόπος σκέψης την αντιμετώπιση της ζωής με έλπίδα, θάρρος και αισιοδοξία.

Πλησιάζουμε την άρρωστη πάντοτε με τρυφή και εκδηλώνουμε το ενδιαφέρον μας απέναντί στην κατάσταση της. Χρησιμοποιούμε διακριτική προσέγγιση και ήπιο τόνο φωνής στην επαφή μας με την άρρωστη και τους δικούς της ανθρώπους. Τους καθησυχάζουμε λέγοντας το ότι όλα θα πάνε καλά. Μειώνουμε τους παράγοντες στο περιβάλλον που δημιουργούν στην άρρωστη ένταση "STRESS" Ανακαλύπτουμε παράγοντες φυσικούς, συναισθηματικούς και κοινωνικούς που θα βοηθήσουν στη μείωση του άγχους της άρρωστης για την εξέλιξη και πορεία της κατάστασής της.

Με τη συνεχή ηθική ενίσχυση και συναισθηματική υποστήριξη των ατόμων αυτών επιτυγχάνεται η σωστή προετοιμασία και αποδοχή της χειρουργικής επέμβασης που πρόκειται να υποβληθεί η άρρωστη καθώς και συνεργασία αυτής και του άμεσου περιβάλλοντος της απέναντι στο θεραπευτικό σχήμα που θα ακολουθήσουμε για την ομαλή μετεγχειρητική της πορεία.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΙΣΗ

I) Φόβος για την εξέλιξη της μετεγχειρητικής πορείας και τη μέλλουσα αναπηρία.

Η εξασφάλιση στο χειρουργικό άρρωστοσυγκινησιακής υποστήριξης ώστε να διαλυθούν οι φόβοι και η αγωνία του για τη χειρουργική επέμβαση και τη μετέπειτα πορεία της. Απόδοχή της απώλειας του μαστού.

Ακρόαση των ανησυχιών και προβλημάτων της άρρωστης. Ενθάρρυνση και διαβεβαίωση. Εξασφάλιση επίσκεψης σε άρρωστη με ικανοποιητική μετεγχειρητική προσαρμογή στη μαστεκτομή. Αναζήτηση της υποστήριξης του συζύγου.

Παρατηρούμε τη συμπεριφορά της άρρωστης για την ανίχνευση σημείων αγωνίας. Προσεγγίζουμε την άρρωστη μας σαν ξεχωριστό άτομο και με δεξιοτεχνία και αυτοπεποίθηση δημιουργούμε σ' αυτό αίσθημα ασφάλειας. Την ενθαρρύνουμε στη συνέχεια να μας αναφέρει το πρόβλημα της και έτσι αρχίζει ένας διάλογος. Η προθυμία αυτή που δείχνουμε να απούσομε το πρόβλημα της άρρωστης και το πραγματικό μας ενδιαφέρον για τα αισθήματα της βοηθούν πολύ στη διατήρηση της συγκινησιακής της σταθερότητας. Ενημερώνουμε την άρρωστη και την οικογένειά της σχετικά με την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού και τα αισθήματα που τυχόν εκδηλωθούν μετά την επέμβαση, τον πόνο, την δραστηριότητα και τη διορθωτική πλαστική του μαστού ή πιστεύοντας ότι έτσι θα καταφέρομε να τη βοηθήσομε και να μειώσομε στο ελάχιστο την πιθανότητα εκδήλωσης μελαγχολίας και απογοήτευσης. Επίσης ενημερώνομε την άρρωστη σχετικά για τους δυ-

Η ενθάρρυνση και η μετάγγιση ελπίδας κατάφεραν να περιορίσουν την απαισιοδοξία και την απογοήτευση της άρρωστης και τόνωσαν το ηθικό της. Η άρρωστη διαισθάνθηκε τη θετική στάση που κρατήσαμε απέναντί στο πρόβλημά της πράγμα πολύ σημαντικό για τη σχέση που δημιουργήσαμε μαζί της.

νατούς τρόπους αντιμετώπισης μιας μαστεκτομής και της αναλύμε τα υπέρ και τα κατά που έχουν οι διάφοροι τύποι προσθέσεων που κυκλοφορούν στο εμπόριο.

Παρουσιάζουμε την ευχάριστη όψη της ζωής πράγμα που δίνει ελπίδες.

Στή συνέχεια ζητάμε από την άρρωστη να μας ακολουθήσει και την οδηγούμε στο θάλαμο κάποιας άλλης ασθενούς, η μετεγχειρητική πορεία της οποίας μετά τη μαστεκτομή εξελίσσεται πολύ ικανοποιητικά.

Τέλος αναζητάμε το σύζυγο της άρρωστης μας και εξηγούμε σ' αυτόν πως και πόσο μπορεί να υποστηρίξει την σύζυγο του η οποία φοβάται τυχόν απόρριψη του. Η διακριτική συμπεριφορά του και η συμπαράσταση του μπορούν να τη βοηθήσουν αφάνταστα.

2) Θρέψη της άρρωστης στην προεγχειρητική περίοδο

Αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού αρνητικού ισογύγιου αζώτου και η πλημμελής σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό της άρρωστης. Πρέπει να γίνει προεγχειρητική η-λεντρολυτική μελέτη και διορθωση κάθε υδατοηλεκτρολυτικής διαταραχής της άρρωστης. Επαγρύπνηση για διαπίστωση τυχόν

Κάνουμε μέτρηση των προλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών της άρρωστης και τυχόν παράκλιση αυτών από τα φυσιολογικά επίπεδα αναφέρεται στην προϊσταμένη του τμήματος. Φροντίζουμε ώστε να χορηγηθεί δίαιτα πλούσια σε άλλα, υδατάνθρακες, υπερλευ-

Με την εκτέλεση των παραπάνω ενεργειών επιτύχαμε την προεγχειρητική θρεπτική τακτοποίηση καθώς και τη διορθωση οποιασδήποτε άλλης διαταραχής που παρουσίασε η άρρω-

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Αποφυγή δημιουργίας αναπνευστικής όξέωσης, η βρογχοπνευμονίας στην άρρωστη,-

ανεπαρκούς αποβολής ούρων και χαμηλού ειδικού βάρους πρωτεϊνών ούρων της άρρωστης.

ματούχου, εύπεπτη με λίγο υπόλειμμα, που συμπληρώνεται με χορήγηση περίσσειας βιταμινών στην άρρωστη.
Εξηγούμε στην άρρωστη ότι η σωστή θρέψη θα οδηγήσει στη σωματική τόνωση του οργανισμού της η οποία θα παίξει σπουδαίο ρόλο στην έγκαιρη έγερση και ανάρρωση της καθώς και στην ταχύτερη επούλωση του τραύματος της.
Τέλος διδάσκουμε την άρρωστη πως να αναπνέει βαθειά και να βήχει αποτελεσματικά μετά την επέμβαση για να αποφύγει την εμφάνιση μετεγχειρητικών αναπνευστικών επιπλοκών.

στη και χαράξαμε το δρόμο για μια ομαλή μετεγχειρητική πορεία.

3) Καθαρισμός εντερικού σωλήνα

Αποφυγή της κενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι.
Αποφυγή της κενώσεως αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου τους.

Πρέπει να γίνει καθαρισμός του εντερικού σωλήνα η οποία επιτυγχάνεται με τη χορήγηση καθαρτικών, προσοχή όμως πρέπει να αποφεύγονται τα ισχυρά καθαρτικά γιατί συχνά προκαλούν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές, αφυδάτωση και εξασθένηση του οργανισμού καθώς και χαλάρωση του τόνου του εντέρου
Και με καθαρτικό υπο-

Χορηγούμε ήπια καθαρτικά στην άρρωστη και με τρόπο ώστε να μην ενοχλείται εκείνη τη νύχτα.
Στη συνέχεια γίνονται δύο υποκλισμοί, κατόπιν εντολής γιατρού, ο ένας τό απόγευμα της παραμονής της εγχειρήσεως και ο άλλος 6 ώρες πριν της εγχειρήσεως, και επιτυγχάνουμε καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του παχέως εντέρου.

Μετά τις παραπάνω ενέργειες που έγιναν επιτύχαμε τη ρύθμιση της λειτουργίας, καθώς και την εκκένωση του εντέρου της άρρωστης.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΕΚΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

4) Καθαριότητα του σώματος της ασθενούς.

Η καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και η αποφυγή μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα. Η πρόληψη μόλυνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

κλυσμό. Πρέπει να γίνει ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου πριν από την επέμβαση.

Λουτρό καθαρότητας του σώματος καθώς και προσεκτική καθαριότητα ορισμένων σημείων π.χ. ομφαλού. Περιποίηση νυχιών και Καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάργγα.

Παρακολουθούμε τα αποτελέσματα των υποκλισμών και τ'αναφέρουμε στην προϊσταμένη.

Τό λουτρό γίνεται την παραμονή της εγχείρησης και προστατεύουμε την άρρωστη να μην κρυώσει.

Στο λουτρό πριν την εγχείρηση παρακολουθούμε και την υγεία του δέρματός της.

Απομακρύνουμε τους επισκέπτες από τον θάλαμο.

Τοποθετούμε παραβάν γύρω από την άρρωστη για να μην την εκθέτουμε στα μάτια άλλων.

Στη συνέχεια την ενημερώνουμε για τό λόγο και τον τρόπο που θα γίνει το λουτρό καθαριότητας. Παίρνουμε σαπούνι ή κάποιο αντισηπτικό διάλυμα τρίψτη και νερό και με τη δική της βοήθεια γίνεται η καθαρότητα και συγχρόνως απολύμανση του δέρματος. Κάνουμε επίσης προσεχτική καθαριότητα του ομφαλού, των νυχιών

Με τη σωστή και επιμελημένη καθαριότητα που έγινε στην άρρωστη απελευθερώσαμε τους πόρους του δέρματος, από τὰ μικρόβια, βοηθήσαμε στην καλύτερη λειτουργία της άδηλος αναπνοής και η άρρωστη ένοιωσε ευχάριστα και άνετα.

Φ. Ε. Π. ΠΑΤΡΑΣ
Σ. ΒΛΙΘΗΚΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

5) Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου.

Αποφυγή της μη ομαλής μετεγχειρητικής πορείας και εμφάνισης επιπλοκών στα οποία προδιαθέτουν η ανύπνια και η κοπωση.

Το βράδυ στις προηγούμενης της επέμβασης φροντίζουμε ώστε να χορηγηθεί στην άρρωστη ελαφρά δόσιν (τσάι-φρυγανιά), ενώ το νερό δίνεται ελεύθερα μέχρι 4 ώρες πριν από την επέμβαση. Επίσης επιδιώκεται η εξασφάλιση ήρεμου ύπνου με χορήγηση κατευναστικού που παρήγγειλε ο γιατρός.

και της στρατικής κοιλότητας της άρρωστης. Τη βοηθάμε να φορέση καθαρό νυχτικό, μαζεύουμε τα διάφορα νατικείμενα που χρησιμοποιήσαμε και απομακρυνόμαστε από το θάλαμο.

Ζητάμε από συγγενείς και φίλους να φύγουν για να μπορέσει να ησυχάση και να κοιμηθεί ή άρρωστη. Χορηγούμε σ' αυτή τό κατευναστικό μαζί μ' ένα ζεστό ποτό και την καθυσηχάζομε ββαιδόνοντας την ότι όλα θα πάνε καλά. Στη συνέχεια χαμηλώνομε τό φωτισμό, δημιουργούμε ένα ήρεμο περιβάλλον και προστατεύομε προσεχτικά την άρρωστη, από κάθε παράγοντα που θα μπορούσε να διαταράξει τον ύπνο της πχ. θορύβους.

Μετά τη χορήγηση του ήρεμιστικού φαρμάκου η άρρωστη ησύχασε και κοιμήθηκε αρκετά καλά.

6) Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης και πρόληψη των μολύνσεων.

Πρέπει να γίνει προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της συστοιχης μαχαλιαίας κοιλότητας φροντίζοντας ώστε να περιλαμβάνει αρκετή έκταση γύρω από τό σημείο της τομής.

Παίρνουμε όλα τά απαραίτητα για τη προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου. Ενημερόνομε την άρρωστη για τη διαδικασία που πρόκειται ν' ακολουθήση και τοποθετούμε παραβάν για να μην την εκθέτομε. Στη συνέχεια γίνεται καλώς

Με τη καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου επιτύχαμε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Επίσης η ίδια έτοιμασία πρέπει να γίνει και στη πρόσθια επιφάνεια του μηρού για τη λήψη δέρματος που θα χρησιμοποιηθεί για πλαστική.

Καθαρισμός του δέρματος με σαπούνι και νερό και ξύρισμα μιας μεγάλης περιοχής γύρω από το χειρουργικό πεδίο. Η ίδια διαδικασία ακολουθεί και για τη περιοχή της σύστοιχης μασχालιαίας επιφάνειας καθώς και της επιφάνειας του μηρού.

7) Τελική προεγχειρητική έτοιμασία και ένδυση της άρρωστης για την είσοδό της στο χειρουργείο.

Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασεως της ασθενούς και κατάλληλης ένδυση αυτής, με τη στολή του χειρουργείου.

Αήφηζωτινιώνσημείων και παρατήρηση: τυχόν παρεκλήσεις τους από τα φυσιολογικά όρια. Παρατήρηση τυχόν εμφάνισης βήχα στην άρρωστη, ο οποίος φανερώνει ύπαρξη κρυολογήματος. Αναφορά των παρατηρήσεών μας στην προϊσταμένη ή το γιατρό του τμήματος. Έλεγχος για τελευταία φορά της καθαρότητας του σώματος της άρρωστης.

Μισή ώρα πριν από την εγχείρηση πηγαίνομε στο θάλαμο της άρρωστης. Απομακρύνομε τους επισκέπτες. Ελέγχομε και καταγράφομε τα ζωτικά σημεία της άρρωστης, εφόσον είναι φυσιολογικά προχωράμε στην ένδυσή της. Αρχικά ζητάμε από την άρρωστη να ουρήσει για την κένωση της ουροδόχου κύστεως. Στη συνέχεια την ντύνομε με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα "ποδονάρια, πουκάμισο και σκούφο ή τρίγωνο" για την καλυψη του τριχωτού του κεφαλιού. Προσέχομε μήπως υπάρχει ξένη οδοντοστοιχία για να την αφαιρέσομε. Αφαιρούμε τα κοσμήματα της άρρωστης εκτός από τη βέρα της, την οποία ασφαλίζομε μ' ένα επίδεσμο στον καρπό της.

Η άρρωστη βρίσκειται σε καλή κατάσταση και είναι έτοιμη για την επέμβαση.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΕΚΘΙΟΙΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

8) Προνάριωση

Μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας.

Πρέπει να γίνει έλεγχος των ζωτικών σημείων της άρρωστης πριν και μετά την προνάριωση. Ακόμα κατά την προνάριωση πρέπει να δώσουμε στην άρρωστη το κατάλληλο φάρμακο, την ακριβή δόση και στην καθορισμένη ώρα.

Τοποθετούμε τα κοσμήματα σε φάκελλο με το νοματεπώνυμο και το θάλαμο της άσθενούς, καταγράφοντας και παραδίδοντας αυτά για φύλαξη στην προϊσταμένη του τμήματος.

Τέλος υπενθυμίζουμε στην άρρωστη τις μετεγχειρητικές, αναπνευστικές καθώς και των άκρων ασκήσεως που πρέπει να γίνονται απ' εκείνη.

Απομακρύνουμε τους επισκέπτες από το δωμάτιο. Ξεβάφομε τὰ νύχια της άρρωστης για να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση κυανώσεως κατά τη νάριωση. Γίνεται η προνάριωση και μεταφέρουμε αμέσως την άρρωστη στο φορείο που βρίσκεται στο θάλαμο.

Εξασφαλίζουμε περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό, επίσης την παραναλάμε να μην σηκωθεί, της ευχόμεσθε καλή επιτυχία και απομακρυνόμεσθε.

Τέλος συμπληρώνουμε τό φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας της άρρωστης.

Μετά την προνάριωση που έγινε η άρρωστη είναι χαλαρή και ήρεμη, έτοιμη για το χειρουργείο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΕΚΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

9(Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου της άρρωστης.

Πλήρη έτοιμασία του θαλάμου και του κρεβατιού της άρρωστης για την επάνοδο της από το χειρουργείο.
Λήψη των κατάλληλων μέτρων για τη γρηγορότερη ανάνηψη και ανάρρωσή της.
Προφύλαξη της ασθενούς από τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο της αποναρκώσεως.

Μετά την αποχώρηση της άρρωστης για το χειρουργείο, πρέπει να αερισθεί ο θάλαμος, να ετοιμαστεί τό κρεβάτι, το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον της άρρωστης.
Πρέπει να ενημερώνομε και να καθησυχάζομε παράλληλα και τους συγγενείς για την πορεία της εγχειρήσεως, πράγμα που θα ελατώσει την αγωνία τους και θα χαλαρώσει την έντασή τους.

Το κρεβάτι που θα δεχθεί τη χειρουργημένη φροντίζομε να είναι ζεστό για να την προφυλάξομε από ψύξη και μετεγχειρητική πνευμονία.

Δέν βάζομε μαξιλάρι για την ταχύτερη αποβολή του ναρκοτικού, τοποθετείται μόνο προστετευτικό μαξιλάρι στο πάνω κιγκλιδώμα του κρεβατιού για να μη χτυπήσει κατά τις τυχόν διεγέρσεις.

Είναι ανοιχτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά της άρρωστης από το φορείο σ' αυτό.

Τοποθετούμε πετσέτα προσώπου και αδιάβροχο κεφαλής για να προστατευεί τό πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από εμέτους.

Τοποθετούμε χάρτινη σακούλα στο επάνω πλάγιο χείλος του στρώματος.

Στο κομοδίνο τοποθετούμαι τετραγωνο αλλαγών ή πετσέτα για να αποφεύγονται οι θόρυβοι κατά την τοποθέτηση αντικειμένων πάνω σ' αυτό.

Λιόμα βάζομε πάνω στο κομοδίνο ποτήρι με δροσερό νερό, PORTGOTTON, νεφροειδές και κάψα με κομμάτια χαρτοβάμβακα και τολύπια βαμβάκι.

Όλα ετοιμάσθηκαν κατάλληλα και έτσι ο θάλαμος διαθέτει τα ανάλογα μέσα και όργανα που θα χρειασθούν για την παρακλούθηση κοσμηλεία και πλήρη αποκατάσταση της άρρωστης μετά την επιστροφή της από το χειρουργείο.

Προφυλάσσουμε την άρρωστη σε περίπτωση διεγέρσεων απομακρύνοντας λίγο το κομοδίνο από το κεφάλι.
 Η ετοιμασία του θαλάμου συμπληρώνεται με σκούπισμα, σφουγγάρισμα θαλάμου και υγρό ξεσκόνισμα επίπλων που φροντίζουμε να γίνουν από την καθαρίστρια και τη βοηθό θαλάμου.
 Τέλος αφείνουμε ένα παράθυρο ανοιχτά για συνεχή αερισμό και κατεβάζουμε τα ρολά για να μην έχουμε έντονο φωτισμό.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΘΙΜΑΣΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>ΙΟ) Μετεγχειρητική παρακολούθηση και φροντίδα της άρρωστης μετά την άφιξη της από το χειρουργείο.</p>	<p>Προστασία της ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανάνηψης και αποφυγή μετεγχειρητικού SHOCK, πνευμονικών επιπλοκών και αιμορραγίας. Ανακούφιση της ασθενούς από τις διάφορες μετεγχειρητικές δυσχέρειες.</p>	<p>Παρακολούθηση της γενικής, διανοητικής και ψυχικής κατάστασης της άρρωστης. Ανακούφιση αυτής από τα διάφορα ενοχλήματά. Πρόληψη επιπλοκών και λοίμωξης. Βοήθεια αυτής για να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική της κατάσταση και προστασία αυτής κατά τις διεργασίες από την εισρόφηση μεσμάτων.</p>	<p>Φροντίζουμε ώστε η μεταφορά της άρρωστης από το φορείο στο κρεβάτι να γίνει γρήγορα με τη μικρότερη δυνατή έκθεση της σε τυχόν ρεύματα αέρα και τάση στά ράμμα του τραύματος και με τέτοιο τρόπο ώστε να μείνουν ανοικτοί οι αεραγωγοί του. Αμέσως μετά λαμβάνουμε τα ζωτικά σημεία και αυτό γίνεται ξανά σε συχνά χρονικά διαστήματα. Επισκοπούμε το επιδημικό υλικό για διαπίστωση αιμορραγίας, ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και της ράχης. Ελέγχουμε την επίδεση του τραύματος, αποφεύγοντας την πολύ πιεστική επίδεση για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων. Παρακολουθούμε την παροχέτευση του τραύματος. Ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή HEMONAC. Επειδή η αναρρόφηση γίνεται με τη δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη</p>	<p>Παρακολουθώντας την άρρωστη μέχρι την αφύπνισή της και προφυλάσσοντας την επιτύχαμε μια ομαλή μετεγχειρητική εξέλιξη της καταστάσεώς της.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

συσκευή την αδειάζουμε
προτού γεμίσει.
Ελέγχουμε συχνά τη λει-
τουργία της συσκευής ε-
ξασφαλίζοντας έτσι ικα-
νοποιητική αναρρόφηση.
Ελέγχουμε και αναγράφουμε
τη ποσότητα και το χρώμα
των παραχτετευόμενων υγρών
Τηρούμε δελτίο προσλαμ-
βανόμενων και αποβαλλό-
μενων υγρών γιατί λόγο
μετεχειρητικού STRESS
που έχει η άρρωστη, ο ό-
γκος των ούρων, ανεξάρ-
τητα από την ποσότητα
των υγρών που χορηγούν-
τε σ' αυτήν είναι μικρός.

II) Θέση της άρρω-
στης στο κρε-
βάτι.

Αποβολή των εκκρί-
σεων της στοματικής
κοιλότητας και απε-
λευθέρωση των αερα-
γωγών.
Αποφυγή τάσης στα
ράμματα του τραύμα-
τος.

Αμέσως μετά την έγχει-
ρηση η άρρωστη τοποθε-
τείται σε ύπτια θέση με
το κεφάλι της γυρισμέ-
νο στο πλαί για την
προφύλαξη από τυχόν ε-
μέτους.
Στη συνέχεια μετά την
πλήρη ανάνηψη της πρε-
πει να τοποθετηθεί σε
θέση ημι-FOWLER για
την αποφυγή τάσης.

Τοποθετούμε την άρρωστη σε
ύπτια και παραμένουμε κοντά
της μέχρι να ανανήψει τε-
λείως. Παράλληλα την ενθαρ-
ρύνουμε να παίρνει βαθειές
αναπνοές για την γρηγορό-
τερη αποβολή της νάρκωσης
και την πρόληψη αναπνευτι-
κών επιπλοκών.
Αφού συνέλθει τελείως την
βοηθάμε να πάρει θέση ημι-
FOWLER, τοποθετούμε μαξιλά-
ρι και ανυψώνουμε το ξεφά-
λι της 30-32 εκ.
Της ζητάμαι στη συνέχεια να
κάμψει τα γόνατα της και
τοποθετούμε ένα μαξιλάρι κά-

Με τη σωστή το-
ποθέτηση της άρ-
ρωστης στο κρε-
βάτι βοηθείσαμε
στην πρόληψη επι-
πλοκών (πνευμο-
νικές, κυκλοφορι-
κές, από το τραύ-
μα κλπ.).

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

I2) Έγερση της άρρωστης.

Πρόληψη πνευμονικών και αγγειακών επιπλοκών.

Επιτάχυνση της επούλωσης του τραύματος
Μείωση του μετεγχειρητικού πόνου.

Συντόμευση του χρόνου επιστροφής στην πλήρη διαίτα.

Μείωση του χρόνου παραμονής της άρρωστης στο νοσοκομείο.

Πρέπει να ενθαρρύνουμε την άρρωστη για έγκαιρη έγερση εκείνης από το κρεβάτι καθώς και να τη συνοδεύουμε όταν για πρώτη φορά σηκωθεί γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της λόγω αφαίρεσης του μαστού.

τω από το χέρι της μ' αυτόν τον τρόπο αποπύεψμε τον σχηματισμό λεμφοιδήματος, γιατί η βαρύτητα βοηθά την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λεμφου.

Τοποθετούμε την άρρωστη σε ανάρροπη θέση.

Βεβαιωνόμαστε ότι δεν αισθάνεται ζάλη,

Κατόπιν την βοηθάμε να καθήσει στο κρεβάτι αφήνοντας τα άκρα της κρεμασμένα και τέλος τη σηκώνουμε.

Έχουμε φροντίσει ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς να υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο και να μην πιέζεται τό τραύμα.

Συνοδεύομαι την άρρωστη πηγαίνοντας την μέχρι τό διάδρομο της κλινικής και επιστρέφοντας την βοηθάμε να ξαπλώσει ξανά στο κρεβάτι της.

Της τονίζομε πόσο καλό είναι να σηκώνεται στην αρχή βέβαια με δική μας βοήθεια ή κάποιων δικών της και απομακρυνόμαστε από τον θάλαμο.-

Η άρρωστη ένοιωσε καλύτερα γιατί ξεπιάσθηκε λίγο και μας εύχαρίστησε για τη βοήθειά που της προσφέραμε.

I3) Σίτιση

Ενδυνάμωση του οργανισμού της άρρωστης που θα βοηθήσει στη γρήγορη έξοδο της από το νοσοκομείο.

Ενθάρρυνση της άρρωστης να παίρνει εκείνα τα σιτάρια που θα αναπληρώσουν τις ένδειες της. Πρέπει να φροντίσουμε να χορηγηθεί στην άρρωστη δίαιτα ανάλογα με την ανοχή και προτίμησή της.

Φροντίζουμε να δημιουργήσουμε ήρεμο και καθαρό περιβάλλον για την άρρωστη την ώρα του φαγητού. Φροντίζουμε το διαιτολόγιο της να είναι πλούσιο σε λευκώματα και βιταμίνες για τη γρηγορότερη σωματική της τόνωση. Επίσης την βοηθάμε την ώρα του φαγητού για τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες που δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει το ένα της χέρι προσέχοντας να μη δώσουμε την εντύπωση ότι βιαζόμαστε.

Με τη σωστή και πλήρη δίαιτα που παίρνει ή άρρωστη μειώσαμε τη διάρκεια και τις επιπλοκές της ανάρρωσης.

I4) Πόνος

Ανακούφιση της άρρωστης από τον πόνο και χαλάρωση των μυών.

Πρέπει να εντοπίσουμε τον πόνο της άρρωστης. Να διαπιστώσουμε αν είναι συνεχής ή διαλείπων, αμβλύς ή οξύς. Να διαπιστώσουμε αν ακτινοβολεί, και προς τα πού, αν έχει σχέση με την αναπνοή, αν επιδεινώνεται τη νύχτα. Τέλος πρέπει να καταγράψουμε τις διαπιστώσεις μας και να τις γνωστοποιείσουμε στο χειρουργό και τον αναισθησιολόγο.

Ανακουφίζομαι την άρρωστη δίνοντας την κατάλληλη θέση στο κρεβάτι επιτυγχάνοντας χαλάρωση των μυών. Κάνομε ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματός της, μειώνουμε το βάρος των λευχειμάτων στην επώδυνη περιοχή, μειώνουμε τους ερεθιστικούς παράγοντες του περιβάλλοντος, όπως θόρυβος, έντονος φωτισμός κλπ. Χορηγούμε αναλγητικά φάρμακα στην αιριβή δόση που καθορίστηκε από το γιατρό.

Με την κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα που προσφέραμε στην άρρωστη, καταφέραμε να την ανακουφίσουμε από τον πόνο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

I5) Έμετος

Καταπολέμηση της ναυτίας και η προφύλαξη της άρρωστης σε τυχόν εμφάνιση εμέτων μέχρι την τέλεια ανάληψη αυτής.

Πρέπει να χορηγήσουμε αντιεμετικά φάρμακα για να ανακουφήσει την άρρωστη από τους εμέτους και να συμβάλουμε στην πρόληψη εισρόφησης του εμέτου. Σε συνεχιζόμενους εμέτους δυνατό να γίνει διωσλήνωση στομάχου από τη μύτη με σωλήνα LEVIK. Έτσι απαλλάσσεται η άρρωστη από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου.

Μειώνουμε το άγχος και τους φόβους της άρρωστης που επιδεινώνουν τον πόνο και την απασχολούμε με κάτι που κινητοποιεί το ενδιαφέρον της.
Τέλος φροντίζουμε την παρουσία προσώπου εμπιστοσύνης της άρρωστης.

Τοποθετούμε το κεφάλι της άρρωστης προς τα πλάγια και της προμηθεύουμε το νεφροειδές. Μετά τον έμετο το αποσύρουμε αμέσως γιατί η παραμονή του κοντά της προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και έμετο.
Στή συνέχεια πλένουμε τό στόμα της άρρωστης με λίγο νερό και διατηρούμε καθαρά τα κλινοσκεπάσματα.
Τα έχοντα σχέση με τους εμέτους "ποσό, συχνότητα, χαρακτηρισμός εμεσμάτων, βόσμη κλπ. τα αναγράφουμε στο νοσηλευτικό δελτίο της άρρωστης και ενημερώνουμε την προϊσταμένη του τμήματος.

Η δράση του αναισθητικού που παρέχεται δημιουργήσει την ναυτία και τον έμετο στην άρρωστη. Το στομάχι της τώρα έχει αδειάσει από τα βλέννη και το σίελο και εκείνη κοιμάται ήσυχα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

I6)	Δίψα	Ανακούφιση της άρρωστης από το αίσθημα της δίψας.	Η δίψα οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων μετά την ένεση ατροπίνης προεγχειρητικά. Ακόμα οφείλεται στην απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών (αίμα, ιδρώτας, έμετοι) κατά τη διάρκεια της εγχείρησης και των πρώτων ωρών μετεγχειρητικά. Γι αυτό πρέπει να γίνονται πλύσεις της στοματικής κοιλότητας της άρρωστης μέχρι την παύση της ναυστίας που αισθάνεται, όποτε μπορούμε να χορηγήσουμε υγρά.	Αντιμετωπίζουμε το αίσθημα της δίψας της άρρωστης κάνοντας της συχνές πλύσεις σταματικής κοιλότητας. Παίρνουμε ένα το βρέχουμε με νερό και υγρένομε τα χείλη και τη γλώσσα της, στη συνέχεια βάζουμε γλυκερίνη στα χείλη της για να μην σκάσουν. Παράλληλα χορηγούμε υγρά στην άρρωστη δια της παρεντερικής οδού. Μετά από τις παραπάνω ενέργειες μας παραμένουμε κοντά της έως ότου να σταματήσει η ναυτία που αισθάνεται όποτε της χορηγούμε υγρά από το στόμα.	Με την παρουσία μας κοντά στην άρρωστη και με την παροχή της ανάλογης φροντίδας αντιμετωπίσαμε όσο πιο ικανοποιητικά γινόταν αυτό το πρόβλημα.
I7)	Φροντίδα του τραύματος	Αποκατάσταση της συνέχειας του δέρματος η οποία οδηγεί στην επούλωση του τραύματος. Προφύλαξη του τραύματος από λοιμώξεις και μολύνσεις.	Πρέπει να γίνει στην άρρωστη επεξήγηση για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας και τη μειωμένη αίσθηση εξ αιτίας της κάκωσης των νεύρων. Πρέπει να γίνει ήπιο πλύσιμο και στέγνωμα της τραυματικής χώρας στη συνέχεια να γίνει ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής για διέγερση της κυκλοφορίας	Ενημερώνουμε και προετοιμάζουμε την άρρωστη για την αλλαγή και περιποίηση του τραύματος που θα κάνουμε. Η έκθεση της είναι η μικρότερη δυνατή. Φοράμε αποστειρωμένα γάντια, για να μην έρχονται τα χέρια μας σε επαφή με το ακάθαρτο υλικό, και να αποφύγουμε τη μεταφορά των παθογόνων μικροοργανισμών. Στη συνέχεια αφαιρούμε τις	Με την επιμελημένη φροντίδα του τραύματος αποφύγαμε τη δημιουργία μόλυνσης σ' αυτό και βοηθήσαμε στη σωστή πορεία της εξέλιξης του και στην ταχύτερη επούλωση του.

και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος.

ταινίες λευκοπλάστη παράλληλα προς το δέρμα αφού πρώτα τις βρέξουμε με οινόπνευμα για την ευκολότερη αποκόλληση τους. Παίρνουμε μία λαβίδα και αφαιρούμε τα παλιά επιθέματα τα οποία τοποθετούμε σε υδατοστεγή σακούλα.

Μετά παίρνουμε αποστειρωμένες γάζες τις εμποτίζουμε με αντισηπτικά διαλύματα και πλάινουμε ήπια τό τραύμα.

Στη συνέχεια με στεγνές γάζες το στεγνώνουμε προσεκτικά.

Τις χρησιμοποιημένες γάζες τις τοποθετούμε και αυτές στην σακούλα.

Παράλληλα με τη φροντίδα του τραύματος παρατηρούμε αυτό για τυχόν εμφάνιση σημείων φλεγμονής "πόνος, ευαισθησία, ερυθρότητα, οίδημα" οπότε πρέπει να ενημερώσομε τό γιατρό.

Τέλος κάνομε ήπιο μασάζ με βούτυρο κακάο, επιδένομε ξανά το τραύμα, ελέγχομε το σωλήνα παροχέτευσης που συνδέεται με τη φιάλη συλλογής των εκκρίσεων να μὴν συμπιέζεται και αναδιπλώνεται.

Αφού τοποθετήσομε τα εργαλεία σε δοχείο με αντισηπτική διάλυση, παίρνομε το τροχείλατο αλ-

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
I8) Εκτέλεση παθη- τικών ασκή- σεων.	Πρόληψη των μυϊκών συσπάσεων και δια- τήρηση του βαθμού της κινητικότητας και του μυϊκού τό- νου.	Πρέπει να τονίσουμε στη άρρωστη τη σπουδαιότη- τά των ασκήσεων και να τη βοηθήσουμε να μάθει να τις εκτελεί σωστά.	λαγής και απομακρυνόμα- στε.	Με την εκτέλεση των ασκήσεων εξα- σφαλίσαμε την πλήρη κινητικότη- τα της άρθρωσης του ώμου της προσ- βλημένης πλευράς και την αποκατά- σταση της λειτουρ- γιακότητας των μυών που έπαθαν κάμωση.
I9) Λεμφοίδημα	Αποφυγή εισόδου στο προσβλημένο χέρι και πρόληψη δημιουρ- γίας λεμφοιδήματος.	Ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με τις ενέργει- ες που πρέπει να ακολου- θήσει για σωστή φροντί- δα του προσβλημένου χεριού και την αποφυγή δημιουργίας λεμφοιδή- ματος.	Λίγο πριν την έξοδο της άρ- ρωστης από το νοσοκομείο δίνομε τις παρακάτω οδηγί- ες: Να αποφεύγονται στο χέρι αυτό τα κοψίματα, οι αμυ- χές, τα δήγματα εντόμων, τα εγκαύματα και η χρήση ί- σχυρών απορρυπαντικών, γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη με αποτέλεσμα την	Με τη σωστή κα- θοδήγηση της άρ- ρωστης αποφεύγε- ται η εμφάνιση λεμφοιδήματος.

επιδείνωση του οιδήματος.
Οι ασκήσεις να γίνονται
όπως της υποδείχτηκαν.
Στο βραχίονα της προσβλη-
μένης πλευράς να γίνει μα-
σάζ 3 ή 4 μήνες μετεγχει-
ρητικά για βελτίωση της
κυκλοφορίας και μείωσής του
οιδήματος.
Ο βραχίονας της προσβλημέ-
νης πλευράς να ανυψώνεται
συχνά.
Τό χέρι και η εγχειρητική
περιοχή να διατηρούνται
σχολαστικά καθαρά και στε-
γνά.
Νά αποφεύγει τη χρησιμοποί-
ηση σφιχτών ενδυμάτων για
διευκόλυνση της κυκλοφορίας.
Να φοράει ελαστικό γάντι ό-
ταν ασχολείται με τη μαγει-
ρική, καθαριότητα ή το πλύσι-
μο πιάτων.
Να φοράει δακτυλήθρα όταν
ράβει ή κεντάει.
Νά βάζει κρέμα λανολίνης στο
χέρι της πολλές φορές την η-
μέρα.
Να φοράει την ιατρική ταυτό-
τητα με την εγχάραξη. Προσοχή
λεμφοιδηματικό χέρι. Όχι υπο-
δόριες. Επίσης να αποφεύγει
τις ενδομυϊκές και τις φλεβο-
κεντήσεις.
Να επιστρέφει για επανεξέταση
σέ διάστημα δύο μηνών.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

20) Χρήση πρόσθεσης "τεχνητού στήθους"

Βοήθεια της άρρωστης στην σωστή επιλογή πρόσθεσης

Μετά την επούλωση του τραύματος πρέπει να ενημερώσουμε την άρρωστη για τους διάφορους τύπους πρόσθεσης που κυκλοφορούν στο εμπόριο και πως να τους προμηθευτεί.
Πρέπει στη συνέχεια να ετοιμάσουμε το σύζυγο για παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης στη σύζυγό του και να τον παρατηρήσουμε ώστε να συνοδεύσει αυτή στην αγορά για ενθάρρυνση και αποδοχή.

Συμβουλευόμε την άρρωστη αρχικά να φορέσει κανονικό στηθόδεσμο που θα τον γεμίσει με ένα μαλακό υλικό "μαλί", τό οποίο δέ θα κολλά πάνω 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 στηθόδεσμου και να τό στερεώσει στη ζώνη.
Μόλις επουλωθεί τό τραύμα η άρρωστη επιλέγει την πρόσθεση που χρειάζεται προσέχοντας να είναι άνετη, να έχει κανονική φόρμα και τό ίδιο μέγεθος, σχήμα και βάρος με τό άλλο στήθος.

Η άρρωστη επέλεξε και προμηθεύτηκε τη σωστή και κατάλληλη για τη δική της περίπτωση πρόσθεση πράγμα που τη βοήθησε να επανακτήσει την ισορροπία της.

21) Διασκαλία της άρρωστης πριν την έξοδο της από το νοσοκομείο και μετανοδομειακό CHECK-UP.

Παρακολούθηση της πορείας της ασθενούς.

Πρέπει να ετοιμάσουμε την άρρωστη για την καλύτερη αντιμετώπιση της ζωής με τη νέα κατάσταση που δημιουρήθηκε.
Στη συνέχεια να τονίσουμε την σπουδαιότητα που έχει το μετανοδομειακό CHECK-UP και την ενθαρρύνουμε να προέρχεται συχνά για έλεγχο τόσο του τραύματος όσο και του άλλου μαστού, γιατί ή εγκλι-

Με το να προσέλθη η άρρωστη για επανέλεγχο μας δίδεται η δυνατότητα να: Αξιολογήσουμε την επούλωση του τραύματος, να εκτιμήσωμε την προσπάθεια για αποκατάσταση, να ελέγξωμε τη πρόοδο των ασκήσεων, να εκτιμήσωμε πάλι την αποτελεσματικότητα της πρόσθεσης, να αξιολογήσωμε την ψυχοκοινωνική προσαρμογή της και να

Η κατάσταση ύγείας της άρρωστης εξελίσσεται ομαλά, χωρίς εμφάνιση υποτροπής.
Η άρρωστη έχει επανέλθει στην προηγούμενη της κατάσταση ύστερα από τη διαταραξη που δέχτηκε και χρησιμοποιεί όλες

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ρη διάγνωση οδηγεί στην κα-
λή πρόγνωση.
Τέλος πρέπει να την ευαι-
σθητοποιήσουμε σε θέματα
ατομικής υγιεινής και σω-
στής εκτέλεσης των παθητι-
κών ασκήσεων.

διαπιστώσαμε πιθανή
υποτροπή.

τις ικανότητες που
έχει για να ζήσει.

Κλινική περίπτωση 2η

Ατομικό ιστορικό ασθενούς

Όνομα : Μαρία

Επώνυμο: Παπαδογιωργάκη

Ηλικία : 42 ετών

Τόπος γέννησης: Ηράκλειο

Τόπος διαμονής: Ρέθυμνο

Βάρος: 65 κιλά

Ύψος: 1,58

Επάγγελμα: Δημόσιος Υπάλληλος

Οικογενειακή κατάσταση: άγαμος

Αρτημελής: Ναι

Καπνιστής: Ναι

Πόσα τσιγάρα την ημέρα; 20 -25

Χρήση αλκοόλ: Όχι

Παχύσαρκος: Όχι

Προηγούμενες ασθένειες: Οξεία βροχίτιδα

Χειρουργικές επεμβάσεις: Αμυγδαλεκτομή

Χρόνιες παθήσεις, Όχι

Κληρονομικό ιστορικό ασθενούς

Όμάδα αίματος: 0

RH : Θετικό (+)

Τέκνα: Όχι

Πάσχει κάποιο απ' αυτά σοβαρή ασθένεια.

Αν ζούν οι γονείς του πάσχοντος : Ναι "μόνο η μητέρα"

Αν οι γονείς του πάσχοντα είναι άρρωστοι: Η μητέρα πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη.

Ιστορικά της παρούσας νόσου

Η κυρία Παπαδογιωργάκη Μαρία επισκέφθηκε το γυναικολόγο της με τα εξής συμπτώματα:

Ένωθε κάποιο βάρος στον αριστερό της μαστό και κατά τή διάρκεια της νύχτας καθώς γύριζε στο αριστερό πλευρό και πιεζόταν ο μαστός της τό ενόχλημα αυτό γινόταν εντονότερο.

Ο γιατρός κατά την εξέταση τών μαστού ψηλάφησε κάτω αριστερά μικρό ογκίδιο. Υπέθεσαι τυχόν φλεγμονή και της έδωσε φάρμακα "αντιφλεγμονώδη", ζητώντας της να τον επισκεφτεί ξανά μετα δύο εβδομάδες.

Ο όγκος δέν είχε υποχωρήσει και της είπε να κάνει μια μασταγραφία και να επισκεφτεί έναν μαστολόγο. Μετά από μιά σειρά εξετάσεων στις οποίες υποβλήθηκε η ασθενής, ο γιατρός διέγνωσε κακοήθη όγκο με μεταστατική καρκινωματώδη διήθηση σέ δύο μασχαλιαίους αδένες.

Εργαστηριακές εξετάσεις

Γενική αίματος

Γενική ούρων

Μαστογραφία

Θεραπεία "Θεραπευτικά μέτρα"

Φαρμακευτική θεραπεία: Η ασθενής υποβάλεται σε χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία ταυτόχρονα με σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων και τον περιορισμό των μεταστάσεων.

Το σχήμα αυτό που χρησιμοποιείται "χημειοθεραπεία", "ακτινοθεραπεία", προκαλεί καταστολή ανάπτυξης και δραστηριότητας των κακοήθων κυττάρων και συμβάλλει στη μείωση του πόνου.

Νοσηλευτική φροντίδα στην ασθενή με C.A μαστού από τις τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
I) Πληροφόρηση της άρρωστης σχετικά με τη χημειοθεραπεία.	Νά γίνει ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει η άρρωστη και η οικογένειά της) προσέγγιση της άρρωστης και να προετοιμαστεί με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.	Πρέπει να εφαρμόσουμε αρχές διδασκαλίας και μαθήσεως κατά την εκπαίδευση της άρρωστης ώστε να αποδεχτεί, να εφαρμόσει τη θεραπεία, να ενημερωθεί για τα μέτρα που μπορεί να χρησιμοποιήσει για την πρόληψη τους, μείωση του βαθμού εκδηλώσεως και αντιμετώπισέως τους. Τέλος πρέπει να προσφέρουμε στην άρρωστη ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.	Η άρρωστη έχει ενημερωθεί για τη φύση της θεραπείας σε τέτοιο επίπεδο ώστε έχει κατανοήσει αυτό που της λέγεται και έχει επιτύχει το σκοπό της η ενημέρωση σε συνεργασία με την ομάδα υγείας (έχουν μειωθεί οι φόβοι και το άγχος της άρρωστης). Η άρρωστη επισκέπτεται το χώρο της θεραπείας, γνωρίζεται με το προσωπικό και εξοικειώνεται με αυτό. Στη συνέχεια τη βεβαιώνουμε πως οι τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από τη μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων καταστρέφουν και υγιή. Μετά από όλα αυτά γίνεται γενική αξιολόγηση της άρρωστης για τη θρέψη της, τη κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, την συνασθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητη σε διάφορα φάρμακα και λαμβάνεται ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων για να προχωρήσουμε στην εκτέλεση της χημειοθεραπείας.-	Με την προσπάθεια που καταβάλαμε αναπτύχθηκε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθεια της άρρωστης σαν μία ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συνασθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

2) Προετοιμασία και εφαρμογή της χημειοθεραπείας.

Η καλύτερη δυνατή εκτέλεση της για τη προστασία της άρρωστης από τυχόν ανεπιθύμητες παρενέργειες που μπορεί να δημιουργηθούν.

Κατά τη διάλυση ή άλλο χειρισμό του φαρμάκου πρέπει να χρησιμοποιούνται ελαστικά ή πλαστικά γάντια για την προστασία του δέρματος. Πρέπει να γνωρίζουμε ότι εάν διάλυμα φαρμάκου ελθείσε επαφή με το δέρμα ή βλεννογόνο πλύνεται η περιοχή με άφθονο νερό. Αν, κατά λάθος, διάλυμα φαρμάκου μπει στο μάτι εκτός από το μέτρο 1.2 πρέπει το άτομο να επισκεφθεί οφθαλμίατρο. Πρέπει να αποφεύγεται η έγχυση του φαρμάκου σε σημείο που να έχει προηγούμενα χρησιμοποιηθεί. Και σε περίπτωση υποδόριας (έξω από τη φλέβα) εγχύσεως του φαρμάκου πρέπει να αντιμετωπισθεί σύμφωνα με τη διαδικασία που καθορίζεται για το συγκεκριμένο φάρμακο, προκειμένου να προληφθεί ή να περιορισθεί η βλάβη των ιστών από την επίδρασή του.

Προτιμάται το σημείο εγχύσεως να είναι ή ράχη της άκρας χείρας. Φοράμε ελαστικά γάντια και αρχίζει η ενδοφλέβια έγχυση με το υγρό χωρίς τοχημειοθεραπευτικό φάρμακο. Συνεχώς παρακολουθούμε το σημείο της φλεβοκέντησεως για τυχόν εμφάνιση συμπτωμάτων υποδόριας έγχυσης, όπως ελάττωση της ροής του υγρού, πόνος, ερυθρότητα και οίδημα στο σημείο αυτό. Γνωρίζουμε βέβαια ότι μόλις παρατηρήσομε τα πιο πάνω συμπτώματα διακόπτομε την έγχυση του φαρμάκου, διατηρούμε τη φλέβα ανοιχτή με έγχυση φυσιολογικού ορού και ενημερώνουμε το γιατρό. Παράλληλα γνωστοποιούμε στην άρρωστη και τὰ μέλη της οικογένειάς της, πως πρέπει σε τυχόν εμφάνιση τέτοιων συμπτωμάτων, κοντά στο σημείο της ενέσεως κατά ή μετά τη θεραπεία να το αναφέρουν σε κάποιο μέλος της ομάδας υγείας. Αφού τελειώσομε την έγχυση του φαρμάκου, ξεπλένομε τη βελόνα με διάλυμα φ.ο.

Με τις γνώσεις που διαθέτομε και τη τηρηση όλων των απαραίτητων προφυλακτικών μέτρων μειώθηκε στο ελάχιστο ο κίνδυνος που κρύβεται, πίσω από την εκτέλεση αυτού του είδους της θεραπείας και προφυλάξαμε την άρρωστη, τόν εαυτόν μας και το περιβάλλον.

3) Λευκοπενία
και λοίμωξη

Η πρόληψη ηφαιμικών εκδηλώσεων η οποία προλαμβάνεται με την εγκαίρη διάγνωση των λοιμώξεων και η πρόληψη λευκοπενίας η οποία επιτυγχάνεται με την παρακολούθηση των λευκών αιμοσφαιρίων και του λευμοκυτταρικού τύπου.

Θά πρέπει να παρακολουθούμε τον αριθμό των λευκών αιμοσφαιρίων της ασθενούς ώστε σε απότομη πτώση αυτών να διακόψουμε τη θεραπεία και να ενημερώσουμε το θεράποντα ιατρό.

Παράλληλα πρέπει να παρακαλουθούμε τη θερμοκρασία του σώματος της γιατί μικρή άνοδος μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξέργασία και τό δέρμα με τις κοιλότητες για τυχόν λοίμωξη.

Για τήν πρόληψη των λοιμώξεων πρέπει να εφαρμόσουμε καλή και σχολαστική καθαριότητα στην άρρωστη.

Επίσης κάθε 4-6 ώρες να γίνεται περoίηση και αντισηψία της στοματικής της κοιλότητας.

Μετα τη χρήση τουαλέτας πρέπει να πλένεται καλά και να στε-

και την αφαιρούμε. Απομακρυνόμαστε από τό θάλαμο της άρρωστης και αναγράφουμε στην λογοδοσία την νοσηλεία με τη διαδικασία που ακολουθήσαμε.

Έχουμε τοποθετήσει την άρρωστη σε ατομικό δωμάτιο και διατηρούμε τις πόρτες κλειστές.

Μπαίνουμε στον προθάλαμο του δωματίου. Πλένουμε τα χέρια μας, φοράμε την προφυλακτική πλούζα, τη μάσκα και τα γάντια και μπαίνουμε στο δωμάτιο της άρρωστης.

Την καθημερίζουμε και ανοίγουμε για να αεριστεί ο θάλαμος. Εφόσον η άρρωστη είναι περιπατική περιποιείται μόνη της υπό την επίβλεψή μας. Στη συνέχεια της δίνουμε κάποιο αντισηπτικό διάλυμα για να πλήνει τό στόμα της, ωστόσο εμείς στρώνουμε το κρεβάτι της με καθαρά σεντόνια και εάν θέλει να αλλάξει νυχτικό ή εσώρουχα την βοηθάμε.

Αφού γίνει η ατομική καθαριότητα της άρρωστης, εκείνη ξεπλώνει και εμείς χρησιμοποιώντας άσπρη τεχνική απολυμένο και κάνουμε αλλαγή στό τραύμα που φέρει στο χέρι της.

Με τη διατήρηση καθαρού περιβάλλοντος, την αποφυγή επαφής της ασθενούς με άτομα που έχουν λοιμώξεις και την τεχνική απομονώσεως που εφαρμόστηκε την προφυλάξαμε από τις μολύνσεις.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

γνώνεται η περιοχή του πρωκτού. Οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος της άρρωστης πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν τραύμα.

Όταν η άρρωστη έχει ενδοφλέβια έγχυση πρέπει να αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.

Τέλος πρέπει να εφαρμόσομε τεχνική απομονώσεως.

Αμέσως μετα αλλάζομε τη θέση της βελόνας που γίνεται η ενδοφλέβια του φαρμάκου γιατί έχουν περάσει δύο ημέρες. Αφού τελειώσομε την περιποίηση της βγαίνομε από το δωμάτιο, σταματάμε στον προθάλαμο, βγάζομε και πετάμε τα γάντια, αφαιρούμε την ροφυλακτική πλούζα και τη μάσκα, πλένομε τὰ χέρια μας και απομακρυνόμαστε.

4) Θρομβοπενία

Η λήψη μέτρων για την πρόληψη της αιμορραγίας.

Πρέπει να παρακολουθούμε τον αριθμό αιμοπεταλίων και την Α.Π. της άρρωστης γιατί σε τυχόν πτώση αυτών χρειάζεται ειδική νοσηλευτική φροντίδα.

Επίσης πρέπει καθημερινά να παρακολουθούμε τα ούρα και τα κόπρανα της για αίμα, τό δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα και τις διάφορες κοιλότητες (μάτι, στόμα) για ρινο-ουλορραγίες.

Πρέπει να αποφεύγομε τη χορήγηση φαρμάκων με ενέσεις όταν όμως αυτό δεν μπορεί να αποφευχθεί τότε γίνεται προσεκτική επιλογή του σημείου της ενέσεως.

Καθημερίζομε την άρρωστη. Λαμβάνομε τα ζωτικά της σημεία προσέχοντας κατά τη λήψη της αρτηριακής της πίεσεως να ασκήσομε μικράς διάρκειας πίεση με τον ασκό του πιεσομέτρου.

Στη συνέχεια ετοιμάζομε την ενδομυϊκή ένεση διαλέγοντας μικρή και λεπτή βελόνα.

Ζητάμε από την άρρωστη να γυρίσει στο πλάι και να χαλαρώση, επιλέγομε προσεκτικά το σημείο της ενέσεως φροντίζοντας να είναι μακριά από μεγάλα αγγεία, διηθημένες ή με σκληρία περιοχές.

Με το συστηματικό αιματολογικό έλεγχο που γίνεται παρακολουθείται η κατάσταση της πορείας της άρρωστης, η οποία εξελίσσεται ικανοποιητικά και με τα μέτρα πρόληψης που λαμβάνοντε τόσο από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό όσο και από την ίδια αποφεύγονται οι αιμορραγίες.

5(Αναιμία

Ενίσχυση της άρρωστης για την αντιμετώπιση αναιμίας.

Το διαιτολόγιο της άρρωστης πρέπει να είναι πλούσιο σε λεύκιμα και σίδηρο.

Επίσης φροντίζουμε να χορηγηθεί σίδηρος και με φαρμακευτικά σκευάσματα, Πρέπει να αποφεύγεται η κόπωση της, να χορηγήσει αίμα με οδηγία γιατρού και να περιοριστεί η απώλεια αίματος σε τυχόν αιμορραγία.

Απολυμένο το σημείο, κάνουμε την ένεση αποφεύγοντας τις βίαιες, απότομες ενέργειες, η έγχυση του μαρμάκου γίνεται αργά και μετά ασκούμε πίεση για 3 λεπτά περίπου για την πρόληψη αιματώματος ή εξόδου αίματος.

Πρίν απομακρυνθούμε δίνουμε συμβουλές στην άρρωστη να εφαρμόζει μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα που μπορεί να δημιουργηθούν με το βίαιο καθάρισμα της μύτης, την σκληρή οδοντόβουρτσα κ.α.

Την ενημερώνουμε ακόμα να μη χρησιμοποιεί αιχμηρά αντικείμενα, τα οποία και απομακρύνουμε από το περιβάλλον της.

Εξασφαλίζουμε την ώρα του φαγητού περιβάλλον ήσυχο και καθαρό.

Χορηγούμε τροφή καλά μαγειρευμένη, στην κανονική ώρα, θερμοκρασία και σε περιποιημένο δίσιο, ενθαρρύνοντας την άρρωστη για τη λήψη όλου του γεύματος.

Καταπολεμούμε τους παράγοντες που διαταράσσουν την ησυχία της άρρωστης και ενισχύουμε δραστηριότητες που δεν προκαλούν κόπωση

Η αναιμία που παρουσίασε ή άρρωστη αντιμετωπίστηκε ικανοποιητικά και με τη σωστή φαρμακευτική χορήγηση ο αιματοκρίτης και η αιμοσφαιρίνη της τείνουν στις φυσιολογικές τιμές.

6) Ναυτία-έμετοι

Η ανακούφιση της άρρωστης από τη ναυτία τους εμέτους και η ενυδάτωση αυτής για την πρόληψη της αφυδατώσεως του οργανισμού της, επίσης η διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και η εξασφάλιση καλής θρέψεως.

Πρέπει να ενημερώσουμε την άρρωστη πως η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα. Πρέπει παράλληλα να παρακολουθούμε τη συχνότητα των εμέτων, τον χαρακτήρα και την ποσότητά τους. Εάν η άρρωστη παρουσιάζει ανορεξία θα φροντίσουμε για τη θρέψη της προγραμματίζοντας μικρά και συχνά γελυματα, σε συνεργασία μαζί της για το περιεχόμενο και την ώρα.

Εξασφαλίζουμε από την τράπεζα αίματος φιάλη σε περίπτωση ανάγκης για μετάγγιση βρισκόμαστε σε πλήρη ετοιμότητα. Τέλος την προστατεύουμε από καιώσεις και τραυματισμούς κρατώντας την στο κρεβάτι.

Λαμβάνουμε μέτρα πρόληψης για τη ναυτία και τους εμέτους της άρρωστης. Χορηγούμε αντιεμετικά φάρμακα (με εντολή γιατρού) πριν από την εφαρμογή της χημειοθεραπείας, και χορηγούμε το χημειοθεραπευτικό φάρμακο στην άρρωστη με άδειο στομάχι. Εκπαιδεύουμε την άρρωστη και τα μέλη της οικογένειάς της πως να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα. Μόλις παρουσιαστεί ναυτία στην άρρωστη, της δίνουμε μικρά κομμάτια πάγου, την ενισχύουμε να φάει λίγη φρυγανιά και αφού υποχωρήσει η ναυτία της σερβίρουμε τροφή παγωμένη, χωρίς έντονη όσμη. Συμβουλεύουμε αυτή να μασάει πολύ καλά την τροφή και μετά τη λήψη της κάνουμε καθαριότητα της στοματικής της κοιλότητας.

Με την προσφορά ανακουφιστικής φροντίδας ή άρρωστη ξεπέρασε την ναυτία που ένοιωσε και τώρα αισθάνεται υπέροχα. Η όρεξή της επανήλθε και είναι πολύ αισιόδοξη ό-τι όλα θα πάνε καλύτερα.

7) Διαρροια-σύσπαση κοιλιακών μυών.

Η αντιμετώπιση της διάρροιας και η ανακούφιση της άρρωστης από τα ενοχλητικά της συμπτώματα.

Πρέπει να παρακολουθούμε τό χρώμα, την ποσότητα και την περιεκτικότητα της διαρροϊκής κενώσεως της άρρωστης, παράλληλα πρέπει να παρακολουθείται και για εμφάνιση τυχόν συμπτωμάτων αφυδατώσεως και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνουν διαταραχή ισοζυγίου ηλεκτρολυτών. Ακόμα μας ενδιαφέρει η συχνότητα και η ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.

Πρέπει να γίνει χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν τη διάρροια και ενημέρωση του γιατρού αν συνεχίζεται η διάρροια και οι σπασμοί των κοιλιακών μυών, επειδή ίσως χρειαστεί αλλαγή της χημειοθεραπείας καθώς και διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών. Πρέπει να χορηγήσουμε πολλά υγρά και να φροντίσουμε τό δέρμα της άρρωστης.

Χορηγούμε στην άρρωστη αντιδιαρροϊκά φάρμακα (με οδηγία γιατρού). Βοηθάμε στη διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών με τη μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών, την παρεμπόδιση κατακράτησης ούρων με τη χρήση καθετήρα FOLEY και την εκτίμηση του ειδικού βάρους των ούρων της. Κανονομε και καθημερινό προσδιορισμό ηλεκτρολυτών.

Βοηθάμε την άρρωστη στη λήψη τροφής με μικρό υπόλειμμα (χωρίς πολυκυτταρίνη) και υγρών. Φροντίζομε το δέρμα της, ιδιαίτερα την περιοχή του περινέου, για την πρόληψη ερεθισμού.

Με τον περιορισμό της κυτταρίνης στο διαιτητικό της άρρωστης, την προτίμηση τροφών που προκαλούν δυσκοιλιότητα αντιδιαρροϊκών φαρμάκων την ανακουφίσαμε από τα συμπτώματα της διάρροιας και της συσπάσεως των κοιλιακών μυών.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΛΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

8) Στοματίτιδα-
Έλκη (πληγές)
του βλεννογό-
νου της στομα-
τικής κοιλότη-
τας.

Η πρόληψη δημιουργί-
ας εξελισσόμενης
στοματίτιδας.

Πρέπει αμέσως μετά τη
χορήγηση του φαρμάκου
να παρακολουθούμε το
βλεννογόνο της στομα-
τικής κοιλότητας της
άρρωστης για τυχόν εμ-
φάνιση ξηρότητας, ερυ-
θρότητας και λευκές
κηλίδες σημεία στομα-
τιτιδας.
Παράλληλα πρέπει να
οργανώσουμε πρόγραμμα
φροντίδας για τη στο-
ματική της κοιλότητα.

Αποφεύγουμε τις τροφές με
καρκεύματα και χορηγού-
με στην άρρωστη μας, όξι-
νες (ξυνές) τροφές, παράλ-
ληλα όμως δεν παραλείπομε
να ελέγχουμε τη στοματική
της κοιλότητα για τυχόν
αιμορραγία των ούλων και
τσούξιμο.
Επίσης σε συχνά χρονικά
διαστήματα κάνουμε περι-
ποίηση και αντισηψία χρη-
σιμοποιώντας αντισυπτικό
διάλυμα.
Επαλείφουμε τα χείλη της
μέ γλυκερίνη 3 φορές την
ημέρα.

Με τη σωστή, συ-
νεχή και επιμε-
λημένη φροντίδα
και αντισηψία
της στοματικής
κοιλότητας της
άρρωστης, βοηθή-
σαμε σημαντικά
στην πρόληψη
της σταματίτι-
δας.

9) Νευροτοξικότητα

Η βοήθεια της άρ-
ρωστης στην αντι-
μετώπιση της νευ-
ροπάθειας,

Πρέπει να παρακολουθού-
με την άρρωστη για έμ-
φάνιση συμπτωμάτων ήπι-
ας νευροπάθειας, όπως
ελαφρός πόνος στα χέ-
ρια και τα πόδια, απώ-
λεια των αντανακλαστι-
κών των τενόντων, ή
σοβαρότερης νευροπά-
θειας όπως μείωση των
δυνάμεων των χεριών,
αταξία, απώλεια συν-
τονισμού, πτώση πέλμα-
τος ή καρπού κλπ. ώστε
να λάβουμε τα κατάλλη-
λα μέτρα.
Πρέπει να χρησιμοποιή-
σομε μέτρα ασφαλείας

Εξασφαλίζουμε ένα ήσυχο,
ήρεμο περιβάλλον για την
άρρωστη και δημιουργούμε
παράλληλα ατμόσφαιρα αι-
σιοδοξίας.-
Την προστατεύουμε από σω-
ματικές βλάβες βοηθώντας
την με τεχνικά μέσα όπως
περπατούρες και άλλα, για
την πρόληψη πτώσεως από
αδυναμία των ποδιών.
Επίσης την βοηθάμε την
νύχτα όταν σηκώνεται.
Διατηρούμε τα μέλη του
σώματός της σε φυσιολογι-
κή θέση και κατόπιν εντο-
λής γιατρού της χορηγού-
με καθαρτικά φάρμακα για
την αντιμετώπιση της δυ-

Ο γιατρός ενημε-
ρώθηκε έγκαιρα
για τα πρώτα λει-
τουργικά συμπτώ-
ματα νευροτοξικό-
τητας του φαρμά-
κου που παρουσία-
σε ή άρρωστη και
έγινε αλλαγή του
σχήματος της χη-
μειοθεραπείας με
αποτέλεσμα την
αντιμετώπιση της
νευροπάθειας.
Η άρρωστη βρίσκε-
ται τώρα υπό ανάρ-
ρωση και ενισχύε-
ται για να αυξη-
ση τις δραστηριό-
τητες της.-

ΙΟ) Αλωπεκία

Βοήθεια της άρρωστης να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού της είδωλου.

για την προστασία της, να μειώσουμε τοψι παράγοντες που την ερεθίζουν και να αποδεχτούμε την ευερέθιστη συμπεριφορά της μέχρι να το ξεπεράσει.

Πρέπει να ενημερώσουμε την άρρωστη να περιμένει τό πέσιμο των μαλλιών της στο διάστημα της περαπείας που θα ακολουθήσει, τα οποία όμως θα ξαναβγούν οκτώ περίπου βδομάδες μετά τό τέλος της θεραπείας. Ταυτόχρονα να τη βοηθήσουμε να εκφράσει τα συναισθήματα της σχετικά με τη διαφοροποίηση της εμφάνισέως της.

σκειλιότητα ενώ συγχρόνως αποφεύγουμε τις δύσπεπτες και ερεθιστικές τροφές.

Πλησιάζουμε την άρρωστη με πραγματικό ενδιαφέρον και αγάπη. Την υποστηρίζουμε ψυχολογικά να αποδεχτεί τις μεταβολές που δημιουργούνται στο σώμα της. Κατά τη θεραπεία και ΙΟ-Ι5 λεπτά μετά από αυτή εφαρμόζουμε πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι της άρρωστης για να μειώσουμε την αλωπεκία. Όταν αρχίσουν τα μαλλιά να πέφτουν κάνουμε αποτρίχωση του κεφαλιού της άρρωστης και την ενθαρρύνουμε στη χρησιμοποίηση περούκας ή μανδήλι για την κάλυψη. Διατηρούμε τό περιβάλλον καθαρό από τις τρίχες που πέφτουν.

Πραγματοποιήθηκε συζήτηση με την άρρωστη μέσα σε ένα κλίμα ενδιαφέροντος και αγάπης, με ευκαιρίες να εκφράσει τους φόβους, τις αγωνίες, τά συναισθήματα, τις σκέψεις της και να αποδεχτεί και αυτή τη διαταραχή που μπαίνει στο δρόμο της με υπομονή και κουράγιο.

Νοσηλευτική φροντίδα στην ασθενή με C.A. μαστού κατά την ακτινοθεραπεία

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

II) Ενημέρωση και προετοιμασία της άρρωστης για την ακτινοθεραπεία.

Αποδοχή της ακτινοθεραπείας από την άρρωστη, με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης. Ψυχολογική τόνωση της άρρωστης πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.

Πρέπει να αξιολογήσουμε τι και πως αντιλαμβάνεται η άρρωστη το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα θα την ενημερώσουμε σε συνεργασία με το γιατρό. Το πιο ουσιαστικό μέρος της προετοιμασίας της άρρωστης για την εφαρμογή της εξωτερικής ακτινοβολίας είναι οι απαντήσεις που πρέπει να δώσουμε στα ερωτήματα της άρρωστης οι οποίες μειώνουν την ανησυχία και το άγχος, την βοηθάνε να συνεργασθεί με το προσωπικό της ομάδας υγείας και να αξιοποιήσει όλες τις δυνατότητες για την επιτυχία της.

Απαραίτητα μέσα σε λογικά όρια ενημερώνουμε την άρρωστη για τη φύση, το σκοπό και της περενέργειες της θεραπείας. Εφαρμόζουμε προστατευτικά μέτρα για την άρρωστη, το περιβάλλον και τον εαυτό μας. Στη συνέχεια ενημερώνουμε τό φάκκελο της για τό είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε, τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, το σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός) και τον αριθμό των συνεδριών που προγραμματίζεται να κάνει. Βεβαιωνόμαστε πως η άρρωστη έχει καταλάβει να μη βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο, που θα γίνει η ακτινοθεραπεία. Προσπαθούμε να προλάβουμε την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθούμε την άρρωστη για ναυτία και εμέτους ή άλλη αντίδραση, ώστε να τη διαγνώσουμε έγκαιρα και να είμαστε έτοιμη να την βοηθήσει κατάλληλα. Πριν την θεραπεία χορηγού-

Με την ευσυνεχόμενη αγάπη, το ενδιαφέρον, την κατανόηση της θέσεως της άρρωστης και τις γνώσεις μας δημιουργήσαμε στην άρρωστη ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

I2) Φροντίδα της περιοχής της ακτινοβολίας

Η προφύλαξη και προστασία της περιοχής της ακτινοβολίας μέχρι το τέλος της θεραπείας.-

Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει τη θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος.
Δεν πρέπει να έρχεται σε επαφή με ύφασμα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.
Δεν πρέπει να βάζει αλοιφές, πούδρες και λοσιόν στην περιοχή αυτή.
Επίσης τόσο κατά τη θεραπεία, όσο και μετά απ' αυτή πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας.
Δεν πρέπει να γόνεται αποτρίχωση όταν υπάρχει τοπική ερυθρότητα.

με αναλγητικά στην άρρωστη και επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητη στην ίδια θέση για λίγα λεπτά την προστατεύουμε από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.
Τέλος μετά από την κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας που κάνει δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνη και επιστρέφει στο θάλαμό της.

Πλένουμε την περιοχή με νερό και χωρίς σαπούνι. Τήν ώρα που σκουπίζουμε το δέρμα αποφεύγουμε την τριβή. Φροντίζουμε να διατηρούμε την περιοχή στεγνή και την προστατεύουμε από τον ήλιο ή το κρύο.
Τέλος όταν χρειάζεται αποτρίχωση χρησιμοποιούμε μόνο ηλεκτρική μηχανή.

Με την επιμελημένη φροντίδα που δείξαμε και με την προφύλαξη από διάφορους παράγοντες που μπορεί να την επιρεάσουν επιτύχαμε την αποφυγή ερεθισμού της περιοχής της ακτινοβολίας.

13) Γενική καταβολή δυνάμεων

Η ενυδάτωση της άρρωστης, ο περιορισμός της σπατάλης των φυσικών της δυνάμεων και η σωματική της τόνωση.

Πρέπει να εκτιμήσουμε το βαθμό της αδυναμίας της άρρωστης και στη συνέχεια θα καταστρώσουμε σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας, με το οποίο θα περιορίζετε η σπατάλη των φυσικών δυνάμεων του οργανισμού της.

Ζητάμε από την άρρωστη να παραμείνει στο κρεβάτι και αποφεύγουμε οτιδήποτε προκαλεί κόπωση ή διαταράσσει την ησυχία της ενώ παράλληλα ενισχύουμε δραστηριότητες που δεν προκαλούν κόπωση. Ενισχύουμε την κατάλληλη και επαρκή διατροφή της, η οποία είναι πλούσια σε λευκώματα και βιταμίνες και χορηγούμε υγρά εμπλουτισμένα με ζάχαρη για την κάλυψη των θερμιδικών αναγκών της και την πρόληψη του μεταβολισμού των λιπών. Τέλος παρατηρούμε τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων μας και ενημερώνουμε το δελτίο νοσηλείας της άρρωστης.

Με την εκτέλεση των παραπάνω ενεργειών επιτύχαμε τη σωματική τόνωση του οργανισμού της άρρωστης.

14) Ναυτία-Έμετοι

Ανακούφιση της άρρωστης από τους έμετους και ενυδάτωση αυτής για την πρόληψη της αφυδάτωσης του οργανισμού της.

Πρέπει να εξασφαλίσουμε για την άρρωστη περιβάλλον ήσυχο χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό. Στη συνέχεια πρέπει να χορηγήσουμε ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά σύμφωνα με την ιατρική εντολή, και να περιορίσουμε τη λήψη υγρών. Παρακολουθούμε την άρρωστη για τυχόν εμφάνιση συμπτωμάτων αφυδάτωσης.

Κατά τη διάρκεια έμετου βρισκόμαστε κοντά στην άρρωστη, τοποθετούμε το κεφάλι της στο πλάι και της δίνουμε ένα νεφροειδές. Αμέσως μετά τον έμετο απομακρύνουμε το νεφροειδές και με λίγο νερό ξεπλένουμε το στόμα της. Αλλάζουμε κλινοσκεπάσματα και νυχτικό στην άρρωστη εάν έχουν λερωθεί και της ζητάμε να αποφεύγει τη λήψη άφθονων υγρών μέχρι να σταματήσει η ναυτία που αι-

Αντιμετωπίσαμε τους έμετους και τώρα η άρρωστη κοιμάται ήσυχα. Τα χαρακτηριστικά των εμμεσμάτων ήταν φυσιολογικά και ίσως η ναυτία και ο έμετος όφειλόταν στην ψυχολογική κατάσταση της και στο STRESS που αισθάνεται ή άρρωστη. Η ανύψωση λοιπόν του ηθικού της

15) Ανορεξία
απώλεια-βάρους

Η αύξηση της δια-
θέσεως της άρρω-
στης για φαγητό.

Εξασφάλιση περιβάλλοντος
την ώρα του φαγητού, που
δεν αναστέλλει τη δια-
θεση για φαγητό.
Εξασφάλιση ποικιλίας στο
διαιτολόγιο της άρρωστης
Χορήγηση τροφής της προ-
τιμήσεως της, όταν δεν
αντεδείκνυται,
Διατήρηση καθαρής στομα-
τικής κοιλότητας μετά
τό γεύμα.

σθάνεται.

Παρατηρούμαι τα χαρακτηρι-
στικά που παρουσιάζει ο
έμετος που έκανε και ενη-
μερώνομε το γιατρό.
Φροντίζομε λίγο πριν την
ώρα του φαγητού να της
χορηγήσομε αντιεμετικό
και τα γεύματα της να εί-
ναι μικρά, συχνά, πλούσια
σε λευκώματα και υψηλης
θερμικής αξίας.

είναι απαραίτητη.

Το διαιτολόγιο είναι λελαφρό
και περιέχει τροφές πλούσιες
σε λευκώματα και βιταμίνες.
Προσφέρομε σε περιποιημένο
δίσκο καλά σερβιρισμένη τρο-
φή για να είναι ελκυστική.
Φροντίζομε ή τροφή να είναι
ζεστή ή κρύα ανάλογα με το
είδος.
Τα γεύματα της είναι εύπεπτα,
εύληπτα μικρά και συχνά και
την παροτρύνομε να τρώει τα
κύρια και συμπληρωματικά
γεύματα.

Μετά από τό γεύμα γίνεται κα-
θαριότητα της στοματικής κοι-
λότητας της άρρωστης με δια-
λυμα γλυκερίνης και λεμονιού
συνήθους.

Χρησιμοποιούμε οδοντόβουρτσα
ή PORT-COTTON με βαμβάκι και
απομακρύνομε τα υπολείματα
τροφής από τό στόμα της.
Τέλος ενημερώνομε το δελτίο

Με το σωστό δι-
αιτολόγιο που
εφαρμόστηκε και
την καταπολέμη-
ση της ανορεξίας
ρυθμίστηκε το ι-
σοζύγιο των α-
ναγκών της ασθε-
νούς σε θερμί-
δες.-

νοσηλείας της, σχετικά με την τροφή που πήρε και γράφουμε τις παρατηρήσεις μας και τις νοσηλευτικές μας οδηγίες.

I6) Πυρετική δεκατική κίνηση.

Η πτώση του πυρετού και ανακούφιση της άρρωστης από τα συμπτώματα του. Επίσης διατήρηση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.

Πρέπει να χορηγήσουμε αντιπυρετικά φάρμακα που καθόρισε ο γιατρός και παρακολουθούμε τη δράση τους. Μετά τη χορήγηση αντιπυρετικού περιμένουμε επίδρωση και μείωση της θερμοκρασίας.

Παρακολουθούμε την άρρωστη για επίδρωση και ενεργούμε ανάλογα.

Πρέπει να μετράμε τη θερμοκρασία του σώματος σε συχνά χρονικά διαστήματα για να εκτιμήσουμε τη διαφοροποίηση της και να αξιολογήσουμε το αποτέλεσμα.

Παραμένουμε κοντά στην άρρωστη γιατί η παρουσία μας σημαίνει σ' αυτή αίσθημα ασφάλειας.

Συγκρατούμε την άρρωστη στο κρεβάτι και την προστατεύουμε από τις καιώσεις.

Χορηγούμε αντιπυρετικά φάρμακα και άφθονα δρασικά υγρά.

Με την πτώση του πυρετού παρατηρούμε επίδρωση στην άρρωστη, οπότε αλλάζουμε τον ιδρωμένο ρουχισμό και προσθέτουμε ζεστο και ελαφρό. Παράλληλα την προφυλάσσουμε από τα ρεύματα αέρα.

Αποφεύγουμε τη χορήγηση δύσπεπτων τροφών και θερμομετρούμε την άρρωστη σε συχνά χρονικά διαστήματα μέχρι να σταθεροποιηθεί η θερμοκρασία και να μην παρουσιάζει αυξομειώσεις. Σημειώνουμε τις διάφορες θερμοκρασίες στο θερμομετρικό διάγραμμα της ασθενούς και ενημερώνουμε την προϊσταμένη και το γιατρό για την εξέλιξη της κατάστασώς της.

Με τη συνεχή παρακολούθησή και τη λήψη των απαραίτητων μέτρων ο πυρετός παρουσιάζει πτώση και ανακουφίστηκε η άρρωστη.

17) Αντιδράσεις από το δέρμα.

Προστασία της άρρωστης από την έντονη ηλιακή ακτινοβολία και γενικά από τις υπεριώδεις ακτίνες επειδή εντείνουν τις δερματικές αντιδράσεις.

Πρέπει να δίδονται στην άρρωστη έντυπες πληροφορίες σχετικά με την προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα κ.λ.

Επίσης να παρακολουθείται η άρρωστη για έγκαιρη διάγνωση τυχόν τοξικών ενεργειών και παρενεργειών του φαρμάκου, καθώς και να ενημερώνεται έγκαιρα ο γιατρός γιατί πιθανόν να χρειαστεί η διακοπή του φαρμάκου.

Η άρρωστη πρέπει να γνωρίζει ακόμα ότι σε βλάβη του δέρματος, η επουλωση γίνεται πολύ αργά, εφόσον άμεσα σχετίζεται με τα κύτταρα που πολλαπλασιάζονται πολύ γρήγορα (έπομένως τὰ κύτταρα αυτά είναι ευαίσθητα στην ακτινοβολία, μεταστρέφονται και επιβραδύνεται η επουλωτική εξεργασία της περιοχής που παρουσιάζει βλάβη).

Παρακολουθούμε τὸ δέρμα για τυχόν εμφάνιση ερυθρότητας, ξηρότητας και απολέπισης.

Πλένομε τὸ δέρμα με ουδέτερο σαποῦνι, χλιαρό νερό και τὸ διατηρούμε στεγνό. Χρησιμοποιούμε ουδέτες κρέμες για την ακτινοβολημένη περιοχή κατόπιν βέβαια ιατρικής εντολής.

Παράλληλα προστατεύομε τὸ δέρμα από την υψηλή θερμοκρασία, από τραυματισμό και στενά ενδύματα.

Ακόμα φροντίζομε την υγιεινή της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς μη ήπια αντισηπτικά.

Τέλος ζητάμε από την άρρωστη να μην ξαπλώσει στο σημείο του δέρματος που έχει παρουσιάσει αντίδραση για να αποφυγει τον έντονο ερεθισμό αὐτοῦ.

Με τὰ μέτρα προστασίας πού λήφθησαν με βάση τὸ δείδος και τη δόση της ακτινοβολίας αποφυγαμε την δημιουργία δερματικών αντιδράσεων στην άρρωστη.

18) Καταστολή του μυελού των οστών και αιμορραγία.

Η προστασία της άρρωστης από λοιμώξεις και τραυματισμούς.

Πρέπει να παρακολουθούμε τα λευκά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια γιατί όταν μειωθούν περισσότερο από 3.500/mm³ και 100.000/mm³

λόγο αιμορραγίας που παρουσίασε ή άρρωστη διακόπτομε το φάρμακο και θέτομε αυτή σε ακινησία ενώ συγχρόνως καλούμε το γιατρό

Με την παροχή ειδικής νοσηλευτικής φροντίδας, τη συνεχή

αντίστοιχα γίνεται διακοπή φαρμάκου.
Πρέπει να λειφθούν μέτρα απομονώσεως της άρρωστης όταν τα λευκά αιμοσφαίρια της πέσουν κάτω από 2000/mm³.
Επίσης πρέπει να γίνεται συστηματική φροντίδα της στοματικής της κοιλότητας και η τροφή που θα χορηγήσουμε να μην ερεθίζει το βλεννογόνο του στόματος.
Παράλληλα πρέπει να δημιουργήσουμε συνθήκες για να ξεκουράζεται ικανοποιητικά η άρρωστη και σε περίπτωση εμφάνισης αιμορραγίας μεριμνούμε για την αντιμετώπισή της.

για την παροχή βοήθειας.
Τοποθετούμε το σημείο που αιμορραγεί σε ανάρροπη θέση, το καλύπτομε με γάζα και πιεστική επίδεση ενώ αποφεύγονται κινήσεις γιατί εμποδίζουν την προσπάθεια του οργανισμού για αιμόσταση (σχηματισμό θρόμβου).
Ταυτόχρονα παρακολουθούμε την άρρωστη για συμπτώματα εσωτερικής αιμορραγίας (ζάλη, ταχυσφυγμία, πτώση Α.Π. κ.λ.) και ετοιμάζομε δίσκο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα σε περίπτωση που χρειαστεί.
Διατηρούμε ζεστό τό κρεβάτι της άρρωστης και την απαλλάσομε από οποιαδήποτε περίσφυξη, την ζεσταίνομε και προσπαθούμε να τονώσομε το ηθικό της απομακρύνοντας κάθε αιτία ανησυχίας και εκνευρισμού.

αξιολόγηση της καταστάσεως της άρρωστης και τα μέτρα απομονώσεως που λήφθηκαν βοηθήσαμε στην αντιμετώπιση του αιμορραγικού επεισοδίου, στην πρόληψη των λοιμώξεων και των τραυματισμών στα οποία είναι επιρρεπής για τλή παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση ο οργανισμός της λόγω της αντινοθεραπείας.

Νοσηλευτικές προτάσεις για την πρόληψη και τη νοσηλευτική
κη φροντίδα ασθενούς με C.A μαστού.-

-- Ο καρκίνος του μαστού είναι μεταξύ των συνηθέστερων κακοηθειών στο γυναικείο πληθυσμό της χώρας μας. Η πρώιμη διάγνωση και η έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση του είναι οι μόνες γνωστές προσπάθειες που μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς.

-- Βασική προϋπόθεση για την επιτυχία στο δύσκολο αυτό αγώνα κατά του καρκίνου είναι όχι μόνο η καλή εκπαίδευση των υγειονομικών, αλλά εξίσου σημαντική είναι και η εκπαίδευση διαφώτιση του κοινού, των ασθενών και των οικογενειών τους, η οποία πρέπει να είναι συνεχής και να χαρακτηρίζεται από σαφήνεια.

-- Βασικός παράγοντας για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού είναι η διαδικασία των ασθενών για αυτοεξέταση μαστών τόσο από το ιατρικό όσο και από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Δέν υπάρχει καμιά αμφιβολία πως αν μπορούσαμε να διδάξουμε τις γυναίκες για την αποκάλυψη του δικού τους όγκου του μαστού και για τη μεγάλη σημασία της έγκαιρης εξέτασης του από το γιατρό, αυτό θα αποτελέσει το μεγαλύτερο βήμα προόδου για τον έλεγχο του καρκίνου του μαστού.

Απαραίτητη είναι η τακτική μηνιαία εξέταση των μαστών για όγκους, όζιδια, μεταβολές στο σχήμα, παθολογική έξοδο υγρού από τη θηλή.

-- Τα άτομα της ομάδας υγείας πρέπει να βλέπουν την άρρωστη σαν δικό τους άνθρωπο.

Σάν γυναίκα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος και όπως θα ήθελαν σ' αυτήν να φερθούν και να πράξουν, τό ίδιο να κάνουν κι εκείνοι.

-- Η νοσηλεύτρια της με τον ειδικό, μοναδικό της ρόλο έχει την ευκαιρία να παρατηρεί τη συμπεριφορά της άρρωστης και να ανιχνεύει σημεία αγωγίας ή κατάθλιψης.-

-- Η πιο θετική βοήθεια δίνεται στην άρρωστη από εκείνους που έχουν πραγματικό ενδιαφέρον γι' αυτήν, που σέβονται και δίνουν σημασία στα αισθήματά της.

-- Η προθυμία της νοσηλεύτριας να ακούσει την άρρωστη, όταν νιώθει την ανάγκη να μιλήσει σέ κάποιον, την βοηθάει επίσης πολύ στη διατήρηση της συγκινησιακής της σταθερότητας.

-- Τό αίσθημα ασφάλειας της άρρωστης ενισχύεται όταν ή εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών γίνεται με δεξιολοτεχνία και

και αυτοπεποίθηση.

--- Πρέπει να δωθούν στην άρρωστη λογικές εξηγήσεις και πληροφορίες πριν από μια εξέταση ή θεραπεία που τυχόν εκτελεστεί για να ελαττωθούν τό άγχος και οι φόβοι της. Παράλληλα πρέπει να τονίσουμε τη δυνατότητα της επιστήμης σήμερα να αποκαταστήσει κάθε είδους αναπηρία ή προαμόρφωση του μαστού με πλαστική επέμβαση. Όλα τα παραπάνω θα συζητηθούν μέσα σε ατμόσφαιρα αισιοδοξίας που θα δημιουργηθεί ανάλογα με τη συναισθηματικότητα και την πνευματικότητα της άρρωστης.

-- Τις πληροφορίες πρέπει να κατευθύνουν η συμπόνια, η στοργή, η επαγρύπνηση, ο ανθρωπισμός, η επίγνωση της σοβαρής και ιδιόρρυθμης θέσεως, που πολλές φορές βρίσκεται η άρρωστη, ή σύνεση, ή προσοχή, ή ανοχή και ιδιαίτερα η περιποίηση με στοργή. Έτσι θα μπορέσει να αποσπάσει τη συμπάθεια της και θα επιβληθεί, ώστε να δέχεται όσα της λέμε καθώς και τη θεραπεία που της υποδείχθηκε.

-- Ανάγκη είναι αίσια τό προσωπικό, που έχει αναλάβει τη φροντίδα και θεραπευτική αντιμετώπιση της άρρωστης να αποφεύγει συμπεριφορά που να κρύβει φόβο, τρόμο, απελπισία, λύπη και τα παρόμοια.

Μείωση παραγόντων στο περιβάλλον που δημιουργούν στην άρρωστη ένταση (STRESS).

Πρόληψη των καρδιολογικών επιπτώσεων της στέρησης των αισθητικών νερεθισμάτων, που έχουν σχέση με την ακινησία, των προστατευτική απομόνωση ή την απομόνωση για την αντινοβολία που εκπέμπει.

Διδασκαλία της άρρωστης πως να αποφεύγει τραύμα και μόλυνση.

Τοποθέτηση αυτής σε αναπαυτική θέση.

Ενθάρρυνση αυτής για την αύξηση δραστηριοτήτων της μέσα στο χώρο του νοσοκομείου.

Λήψη όλων των απαραίτητων μέτρων για την ανακούφιση της άρρωστης από τα συμπτώματα της νόσου.

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

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

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

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

Ι) Η Υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση πρέπει να είναι συνεχής και να χαρακτηρίζεται από σαφήνεια έτσι να λαμβάνεται κάθε μέτρο με αποτέλεσμα ο καρκίνος να διαγνωστεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα, δηλαδή κατά την περίοδο που άρχισε η εμφάνιση των ατύπων κυττάρων, μέχρι την εκδήλωση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων-ασυμπτωματικό, σιωπηρό στάδιο της εξέλιξής του και να αντιμετωπιστεί αμέσως.

Δυστηχώς όμως παρουσιάζονται, κάποιες δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου όπως:

Οικονομικοί λόγοι είναι μια από τις δυσκολίες. Ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά, τό χάσιμο του χρόνου κ.α. είναι λόγοι που τό άτομο δεν έχει ακόμη χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τᾶ μέσα που υπάρχουν στη διάθεση του για την πρόληψη.

Ἐπίσης οικονομικοί καί τεχνικοί λόγοι κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του πληθυσμού της χώρας, για αυτό η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες με υψηλό κίνδυνο νοσήσεως. Οι συνθήκες υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζονται κυρίως από την ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό, την διατροφή κ.α.

Οι εξετάσεις των φαινομενικά υγιών ατόμων, για να πούμε ότι πράγματι είναι αποτελεσματικές, πρέπει να επαναλαμβάνονται περιοδικά. Ἄν θέλουμε ο αριθμός των εξεταζομένων για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου συνεχώς να αυξάνει, τότε πρέπει η προσπαθεια και τό κόστος της ανίχνεύσεως να επενταθούν περισσότερο δηλαδή πρέπει να μπει σε εφαρμογή η σοφή ιδέα της Αμερικανικής Αντικαρκινικής εταιρείας, ότι: Κάθε ιατρικό γραφείο πρέπει να γίνει ένα κέντρο ανίχνευσης καρκίνου.

Επομένως η επιτυχία της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού εξαρτάται:

1) από την επαγρύμνηση του ίδιου του ατόμου για την υγεία του. Την ευθύνη για την εξέλιξη της άρρώστειας-για τό άτομο που προσβλήθηκε από αυτή- την έχει κυρίως τό ίδιο τό άτομο.

2) Από το γιατρό. Επιβάλλεται μεγάλη προσοχή στην ιατρική εξέταση και αξιολόγηση εκ μέρους του γιατρού, των πιδ ελαφρών και ανεπαίσθητων ενοχλημάτων. Εάν δε βρεθεί η αιτία των ενοχλημάτων, ο γιατρός πρέπει να συζητήσει στον άρρωστο να έλθει για επανεξέταση μετα ένα μήνα. Εάν τα ένοχλήματα συνεχίζονται και στη δεύτερη εξέταση, χωρίς να βρεθεί αιτία, και δημιουργούνται υπόνοιες, καρκίνου, ο άρρωστος στέλνεται σε διαγνωστικό κέντρο για καλύτερο έλεγχο. Σε σαφή γνώμη του γιατρού ότι πρόκειται για καρκίνο, ο άρρωστος στέλνεται στον ειδικό. Η Ευθύνη λοιπόν, του πρώτου γιατρού δέν περιορίζεται στη διάγνωση, αλλά και στην παροχή κατάλληλης κατευθύνσεως.

3) Από την νοσηλεύτρια ο ρόλος της οποίας περιλαμβάνει:

α) Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντός του.

β) Εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα τό άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.

γ) Παρατήρηση και λήψη κατάλληλων μέτρων σε προκαρκινικές καταστάσεις ή εκδηλώσεις στον εαυτό του και τό περιβάλλον.

δ) Ενεργό συμμετοχή σε έρευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο.

ε) Διαφώτιση του κοινού, όπου πρέπει να μεταφέρει τό μήνυμα πως ο καρκίνος είναι ή μοναδική άρρώστεια,

-- του αναπόφευκτου θανάτου, άν δεν θεραπευτεί,

-- της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας και

-- της ανώδυνης εμφανίσεως των πρώτων συμπτωμάτων, που μοιάζουν με συμπτώματα ασθενειών που δέν είναι τόσο σοβαρές και τέλος,

4) Από την πολιτεία. Η λήψη νομοθετικών μέτρων για την προστασία ομάδων πληθυσμού και η επαγρύμνηση για την τήρησή τους, η τήρηση διεθνών κανονισμών και η οργάνωση και παροχή υπηρεσιών για την εφαρμογή προγραμμάτων που θα βοηθήσουν στην πρόληψη του καρκίνου.

Μέσα διαφωτίσεως του κοινού που χρησιμοποιεί είναι αγ-
γελίες από τις εφημερίδες και τὰ περιοδικά, το ραδιόφωνο και
την τηλεόραση, η έκδοση διαφωτιστικών εντύπων γύρω από τόν
καρκίνο, η οργάνωση συγκεντρώσεων κ.α. Δέν παραλείπει ποτέ
στο ενημερωτικό της περιεχόμενο να περάσει και την πληροφο-
ρία της αισιόδοξης αντιλήψεως για τόν καρκίνο σαν αρρώστειας
που μπορεί να θεραπευτεί. Η σωστή διαφώτιση των παιδιών για
τον καρκίνο αποτελεί μέσο πετυχημένης διαφωτίσεως και των με-
γάλων.

Α Φ Ι Ε Ρ Ω Σ Η

Αφιερώνω αυτή την εργασία μου στους γονείς μου, αδελφή μου και στον μνηστήρα μου, που μου συμπαραστάθηκαν σ' όλο αυτό τό διάστημα.

Επίσης στις καθηγήτριές μου και ιδιαίτερα στην κ. Παπαδημητρίου Μαρία που ανέλαβε την παρακολούθηση και ολοκλήρωση της εργασίας μου και απέκτησα τόσες οφέλιμες γνώσεις για την σωστή εξάσκηση της σταδιοδρομίας μου.-

Βιβλιογραφία

ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΥ ΔΙΟΝΥΣΙΟΥ "ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ"

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΘΗΝΑ ΓΡΗΓ.Κ.ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ 1992.

ΓΥΦΤΑΚΗ-ΜΠΙΝΟΠΟΥΛΟΥ "ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΡΑΔΙΟΙΣΟΤΟΠΩΝ"

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΘΗΝΑ ΓΡΗΓ.Κ.ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ 1992 .

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ."ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ" ΤΟΜΟΣ Α' ΕΚΔΟΣΗ ΕΝΔΕΚΑΤΗ

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΕΡΑΠΟΣΤΟΛΙΚΗΣ ΕΝΩΣΕΩΣ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ

"Η ΤΑΒΙΘΑ " ΑΘΗΝΑ 1988 .

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ."ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΜΟΣ Β' ΜΕΡΟΣ 2ο ΕΚΔΟΣΗ ΕΒΔΕΚΑΤΗ

ΕΚΔΟΣΕΙΣ " Η ΤΑΒΙΘΑ" Σ.Α.ΑΘΗΝΑ 1989.

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Σ.ΚΩΝ/ΝΟΣ " ΕΙΔΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ"

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΙΤΣΑ ΑΘΗΝΑ 1990.

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α. ΝΙΚΟΣ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΑ,,

ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΦΩΤΟΤΥΠΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1989 .

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.ΝΙΚΟΣ " ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ"

ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΦΩΤΟΤΥΠΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1992.

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ ΑΝΝΑ-- ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ "ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ" ΤΟΜΟΣ 1ος ΕΠΑΝΕΚΔΟΣΗ

ΕΚΔΟΣΕΙΣ " ΒΗΤΑ " ΑΘΗΝΑ 1985.

ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ ΑΝΝΑ--ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ " ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ " ΤΟΜΟΣ 2ος

ΜΕΡΟΣ Β' ΕΚΔΟΣΕΙΣ " ΒΗΤΑ" ΑΘΗΝΑ 1985.-

ΤΣΑΚΡΑΚΛΙΔΗ Β. "ΒΑΣΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ"

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΘΗΝΑ 1992.

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ " ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ" ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΣΕΩΝ "ΦΥΛΛΑΔΙΟ" ΑΘΗΝΑ 1988.

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ " ΥΓΕΙΑ" ΟΔΗΓΟΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΤΟΜΟΣ 6ος ΣΕΛ.1013-1022 ΕΚΔΟΣΕΙΣ "ΔΟΜΙΚΗ Ο.Ε"ΑΘΗΝΑ 1990.

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΟ ΒΗΜΑ "ΙΑΤΡΙΚΗ / Α 43 "
ΣΕΛ. 17 ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 9 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 1990

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ.
ΑΡ.ΦΥΛΛΟΥ 4.922 ΣΕΛ.13 ΠΕΜΠΤΗ 5 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 1991.

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΑ ΝΕΑ
ΣΕΛ.31 ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΜΑΡΤΙΟΥ 1992.