

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΑ

ΤΜΧΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ: Νοσηλευτική φροντίδα καρκινοπαθούς, Καρκίνος Μαστού.



Σπουδάστριες

ΓΚΑΝΙΑΤΣΑ ΜΙΡΑΝΤΑ

ΤΣΟΥΜΑΪΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

Εισηγήτρια

Κυριακή

Μάνου

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1150
----------------------	------

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

τα άτομα που ασχολούνται με τον καρκινοπαθή οφείλουν να έχουν τουλάχιστον βασικές γνώσεις για τη νόσο αυτή.

Το Νοσηλευτικό προσωπικό είναι εκείνο που έρχεται χρονικά και ποιοτικά σε περισσότερη επαφή με τον άρρωστο τα προβλήματά του και τις ανάγκες του. Ο όρος καρκίνος περιλαμβάνει πάνω από 100 διαφορετικές κλινικές μορφές κακοήθων νεοπλασματικών παθήσεων με διαφορετική κλινική συμπεριφορά και εντόπιση αποτελεί διεθνώς ένα προοδευτικά αυξημένο πρόβλημα υγείας.

Στην εργασία μας αυτή θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε μερικά στοιχεία σχετικά με τον καρκίνο και ειδικότερα με τον καρκίνο του μαστού και θα επιχειρήσουμε να δώσουμε μερικές κατευθυντήριες γραμμές θεραπείας και αντιμετώπισης του καρκίνου στην καθημερινή ζωή.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Α. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΑΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο καρκίνος όρος που περιλαμβάνει συνολικά όλες τις κακοήθειες νεοπλαστικές παθήσεις, αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου στη χώρα μας, εφ' όσον είναι υπεύθυνος γιά το 1/6 όλων των θανάτων.

Μάλιστα το 1/3 περίπου του γενικού πληθυσμού ηλικίας άνω των 60 ετών θ' αναπτύξει μέχρι του θανάτου τους κάποια μορφή καρκίνου, χωρίς να περιληφθούν οι διάφορες μορφές καρκίνου του δέρματος που λόγω της, "καλοήθειας" τους δεν λαμβάνονται υπ' όψη στις στατιστικές της νεοπλαστικής θνησιμότητας.

Ο καρκίνος όμως όχι μόνο αποτελεί πολύ μεγάλο πρόβλημα υγείας αλλά η θεραπεία και η παρακολουθήση του είναι δύσκολη και πολύπλοκη. Η αξιολόγηση των πρώτων κλινικών και παρακλινικών ευρημάτων μπορεί μεν να εναποτίθεται χρόνια σε χέρια ειδικών γιατρών από πολλές ειδικότητες (ογκολόγων), η τύχη όμως ενός ορισμένου καρκινοπαθούς ίσως να κριθεί από τη συμβολή που θα δώσει ο γιατρός που βλέπει τον άρρωστο γιά πρώτη φορά. Ο πρώτος αυτός θεράπων γιατρός θα είναι και κείνος που θα αντιμετώπισει τα διάφορα γενικά ή συστηματικά συμπτώματα που οφείλονται σ' αυτόν καθαυτόν τον καρκίνο ή είναι απότοκα των ειδικών θεραπειών (χειρουργική-χημειοθεραπεία-ακτινοθεραπεία-ανοσοθεραπεία κ.λ.π.)

Από τον εξ ορισμό ο κακοήθης όγκος έχει δύο κύριες ιδιότητες πρώτον αποτελείται από κύτταρα που αυξάνουν υπέρμετρα και ανεξελεγκτα διηθώντας παρακειμένους ιστούς και δεύτερον, δίνει συνήθως μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα. Εκτός τούτου, πολλές μορφές κακοήθων όγκων εκκρίνουν αρμονικά ή μη πολυπεπτίδια, ένζυμα δραστικές αμίνες κ.λ.π. (Τα λεγόμενα Tumour -markers) ηλεκτρολύτες κ.λ.π. που σε συνδυασμό με τις παραπάνω δύο ιδιότητες προκαλούν μεταβολές στον καρκινοπαθή οργανισμό, που διαταράσσουν πολλές παθοφυσιολογικές λειτουργίες του και εξηγούν μεγάλο μέρος από τα γενικά συμπτώματα του

καρκινοπαθή.

Σ'αυτά τα γενικά συμπτώματα που περιλαμβάνονται στο γενικό τίτλο " παρaneoπλασματικά σύνδρομα" ανήκαν ή ανορεξία η απώλεια βάρους συνδάρωμα της ασθένειας, το σύνδρομο της καταβολής, διάφορα μυοπαθητικά, ή πολυσαθρικά σύνδρομα, νευροπάθειες κεντρικές ή περιφερικές, θρομβοτικά επεισόδια και ενδοκρινολογικά σύνδρομα.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

A. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΕΡΙ ΟΓΚΩΝ

Οι όγκοι έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της ιατρικής και πρώτα απ'τους Αιγυπτίους και μετά απ'τον Ιπποκράτη. Η σύγχρονη αντίληψη περί όγκων σαν ανωμαλία αναπτύξεως των κυττάρων δεν είναι παλιότερη από 130 χρόνια περίπου. Ο Johannes Muller το 1836 είναι ο πρώτος ο οποίος έκανε την πρώτη περιγραφή της κυτταρικής φύσης του καρκίνου.

Ο οργανισμός του ανθρώπου όπως και των ζώων και φυτών αποτελείται από εκατομμύρια κύτταρα. Τα κύτταρα έχουν ζωή πολύ μικρότερη από τον οργανισμό σαν σύνολο. Την θέση των νευρωμένων κυττάρων καταλαμβάνουν τα νέα κύτταρα.

Η κυτταρική αυτή κοσμογονία συντελείται με ένα θαυμαστό ρυθμό αρμονίας τάξεως και συστήματος, και έτσι ο οργανισμός μας μένει πάντα ίδιος. Μένουμε όμως ουσιαστικά πάντα ίδιοι; Από την αρμονική συμβίωση και την κανονική λειτουργία του απέραντου κυτταρικού κόσμου που συνθέτει ο οργανισμός μας εξαρτάται η υγεία μας, η ύπαρξή μας, η ζωή μας. Η επιστήμη ονομάζει την θαυμαστή αυτή τάξη αρμονικής διαβίωσης των κυττάρων μας "ομοιοστασία".

Ο καρκίνος, διαταραχή της "ομοιοστασίας" των κυττάρων, αποτελείται από κύτταρα παθολογικά μεν αλλά χωρίς ουσιώδη διαφορά ως προς την λειτουργία τους από τα φυσιολογικά. Λέγεται ότι το νεόπλασμα αποτελεί ομάδα επαναστατικών απείθαρτων κυττάρων των οποίων η ανάπτυξη είναι άσκοπη, επιζήμια και οδηγεί στον θάνατο του οργανισμού.

Η βασική μορφολογική ανωμαλία των καρκινωμάτωδων κυττάρων έχει να κάνει με βασικές αλλαγές κατά τη γενετική πληροφορία την οποία φέρουν τα νουκλεϊνικά οξέα. Οι ιοί οι ακτινοβολίες, οι αντικαρκινι-

κές ουσίες δρουν ακριβώς με την μεταβολή την οποία προκαλούν, στη δομή του D.N.A. είναι γνωστοί καρκινογόνοι παράγοντες.

Γνωρίζουμε σήμερα ότι πολλά νεοπλασματικά κύτταρα πολλαπλασιάζονται με αργό ρυθμό σε σχέση με τα φυσιολογικά τα οποία ανά 10 /ημερον κατά μέσον όρο πολλαπλασιάζονται σταθερά και συνεχώς και σχηματίζουν έτσι τα νεοπλασματα.

Γιά να γίνει ένα νεοπλασματικό ογκίδιο αντιληπτό πρέπει να έχει διάμετρο ένα τουλάχιστον εκατοστα. Ογκίδια αυτού του μεγέθους αποτελείται από 500 περίπου εκατομμύρια νεοπλασματικά κύτταρα και έχει μετρηθεί με ακρίβεια ο χρόνος ο οποίος χρειάζεται να περάσει δηλ. 10 μήνες περίπου, ώστε από αρχικό νεοπλασματικό κύτταρο να σχηματισθεί το ογκίδιο αυτό. Έτσι εξηγείται γιατί φέρνουν πολλά χρόνια από την καταβολή του νεοπλάσματος μέχρις ότου γίνει αυτό με τον όγκο, και τα συμπτώματά του. Αν προστεθεί και ο απαιτούμενος χρόνος γιά την μεταβολή των φυσιολογικών σε μη φυσιολογικά κύτταρα, τότε αντιλαμβανόμαστε ότι το νεόπλασμα έχει την μεγαλύτερη επώαση δηλ. 5-10 και 20 ακόμη χρόνια. Έχουμε λοιπόν στη διάθεσή μας χρόνια ολόκληρα πριν εκδηλωθεί το νόσημα με τα βαριά συμπτώματά του, Έχουμε χρόνο να διαγνώσουμε την ύπαρξη αρχόμενου νεοπλάσματος.

Ανάλογα με την ταχύτητα αναπτύξεως των όγκων διακρίνουμε δύο βασικές κατηγορίες αυτών

1. Καλοήθεις όγκοι
2. Κακοήθεις όγκοι

Κάθε κατηγορία απ'αυτές έχει τις παρακάτω χαρακτηριστικές ιδιότητες:

A. Καλοήθεις όγκοι

1. Αναπτύσσονται αργά
2. Τα κύτταρα αυτών δεν αλλάζουν μορφολογικά σε σχέση με τα φυσιολογικά.

3. Είναι ομαλά
4. Δεν διαθρούν τους γύρω ιστούς και κατά συνέπεια είναι ευκίνητοι.
5. Δεν διαχέονται και δεν διασπύρονται
6. Δεν κάνουν μεταστάσεις
7. Δεν υποτροπιάζουν μετά την εξαίρεση;
8. Πιέζουν γειτονικά όργανα.
9. Μεταπίπτουν στην κατηγορία των κακοήθων

Β. Κακοήθεις όγκοι

1. Αναπτύσσονται γρήγορα
2. Τα κύτταρα παρουσιάζουν ανωμαλίες και ατυπίες
3. Είναι ανώμαλοι
4. Έπεκτείνονται διαθρώντες τοπικά τους γειτονικούς ιστούς και όργανα, παραμένουν ακίνητα.
5. Διαχέονται γρήγορα, συνήθως διά της λεμβικής οδού και με το αίμα.
6. Υποτροπιάζουν και παρουσιάζουν μεταστάσεις όταν χειρουργηθούν.

Ο όρος νεόπλασμα χρησιμοποιείται και για τους καλοήθεις και για τους κακοήθεις όγκους, ενώ ο όρος καρκίνος χρησιμοποιείται για όλους τους κακοήθεις όγκους. Σαν καρκίνωμα χαρακτηρίζεται ο προερχόμενος από επιθηλιακά στοιχεία κακοήθης όγκος και σαν σάρκωμα ονομάζεται γενικά κάθε νεόπλασμα που προέρχεται από μεσεκχυματικούς ιστούς (συνεκτικούς ιστούς).

Σε πολλές χώρες ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα αιτία θανάτου. Οι περισσότεροι δέχονται την αντίληψη ότι η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου είναι μάλλον ίδια σε όλον τον κόσμο, διαφέρουν όμως τα στατιστικά στοιχεία όπως ακριβώς τηρήρηση στατιστικών στοιχείων, έγκαιρη διάγνωση, της νόσου, αύξηση του

μέσου όρου ζωής κ.ά. Είναι όμως βέβαιο ότι μερικοί τύποι καρκίνου, αναπτύσσονται συχνότερα σε ορισμένες περιοχές π.χ. ο καρκίνος του ήπατος είναι περισσότερο συνηθισμένος στη Νότια Αφρική, ο καρκίνος του στομάχου στην Ιαπωνία, ενώ το χοριοκαρκίνωμα στην Νοτιοανατολική Ασία.

Ακόμη πιστεύεται ότι η αύξηση της συχνότητας του καρκίνου δεν είναι αποτέλεσμα πραγματικής αύξησης των περιστατικών. Παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση του αριθμού των ατόμων με διάγνωση καρκίνου είναι:

1. Βελτίωση των διαγνωστικών μεθόδων και μέσων.
2. Νοσήματα όπως λευχαιμία, HODEKING κ.ά. τα οποία παλιότερα δεν λαμβάνονταν σαν καρκίνοι.
3. Μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, της θνησιμότητας από τα οξέα και μεταδοτικών νοσημάτων η οποία επιτρέπει την επιβίωση των ατόμων κατά μέσον όρο 30 χρόνια περισσότερο απ' ότι στις αρχές του αιώνα μας. Ένας λοιπόν ο οποίος θα πέθαινε πριν από 30 χρόνια σε ηλικία 40 χρονών από πνευμονία ή φυματίωση σήμερα ζει και δίνεται καιρός έτσι ώστε στα 70 χρόνια του να εκδηλωθεί ο καρκίνος ο οποίος θα βρισκόταν ίσως στο αρχικό στάδιο καταβολής πριν από 20 χρόνια και
4. Τελευταίος ίσως παράγοντας για την αύξηση του αριθμού των καρκινοπαθών είναι η αύξηση του πληθυσμού.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Η συχνότητα του καρκίνου διαφέρει από τόπο σε τόπο, χώρες σε μεγάλο ποσοστό κατοίκων μεγάλης ηλικίας έχουν μεγαλύτερη συχνότητα και θνησιμότητα από καρκίνο. Στις αναπτυγμένες χώρες ο καρκίνος έρχεται δεύτερος σε συχνότητα μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα στους μεγάλους και δεύτερος μετά τα ατυχήματα στα παιδιά.

Ο καρκίνος είναι η πρώτη αιτία θανάτου στις γυναίκες 30 - 45 ετών.

Παρά τη μικρή μείωση συχνότητας καρκίνου της μήτρας, ουροδόχου κύστεως και στομάχου από το 1950, η συχνότητα καρκίνου του μαστού και παχέως εντέρου στις γυναίκες μένει ίδια.

Η συχνότητα καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες αυξάνει συνεχώς καθώς και η θνησιμότητα.

Υπολογίζεται ότι το 1983 στις Ηνωμένες Πολιτείες η συχνότητα του καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες θα γίνει μεγαλύτερη από την συχνότητα του καρκίνου του μαστού. Μεταξύ 1950 και 1971 στις Ηνωμένες πολιτείες οι θάνατοι από καρκίνο αυξήθηκαν κατά 50% στους μαύρους και κατά 20% στους λευκούς ιδίως από αύξηση του καρκίνου του πνεύμονα. Το 1971 ένα 84% των θανάτων από καρκίνο στη Σκωτία οφείλονται στον καρκίνο του πνεύμονα ένα 73,5% στην Αγγλία και ένα 47% στις Ηνωμένες πολιτείες.

Σε χώρες με χαμηλή επιβίωση φυσικά η συχνότητα και η θνησιμότητα από καρκίνο είναι χαμηλές.

Διαφορες συχνότητας . διαφόρων καρκίνων από χώρα σε χώρα πιστεύεται ότι οφείλονται σε αλλαγές του περιβάλλοντος της διατροφής και γενικά του τρόπου ζωής.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ

Συχνότητα εμφάνισης καρκίνου

Θνησιμότητα από Καρκίνο %

Εκτός μη μελανοδερματικών κατ' in situ καρκίνου

	Άνδρες	Γυναίκες
Δέρμα	2/2	2/1
Στόμα	5/3	2/1
Πνεύμονας	22/34	8/14
Ήπαρ	-	14/6
Μαστός	-	27/19
Παχύ έντερο, ορθό	14/12	15/15
Πάγκρεας	3/5	3/5
Ουθήκη	-	4/6
Ουροποιητικό	9/5	4/3
Λευχαιμίες-λέμφωμα	9/9	7/9
Διάφορα είδη	19/20	14/21
Προστάτης	17/10	-
	100/100	100/100

Acs Facts and Figures 1980

A. ΑΙΤΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία των όγκων δεν είναι γνωστή · δεν πρόκειται περί ενός αλλά περί πολλαπλών αιτίων και διαφόρων παραγόντων που πολλές φορές δρουν σε συνδιασμό. Παρακάτω αναφέρεται σε τί έχει αναζητηθεί ή καρκινογέννεση μέχρι σήμερα.

1. Χημικές καρκινογόνες ουσίες

Χημικές καρκινογόνες ουσίες έχουν παρατηρηθεί σε πειραματόζωα παρα πολλές. Δύο είναι οι ομάδες των ουσιών αυτών: α) οι πολυκυκλικοί υδρογονάνθρακες και β) αζο-χρώματα. Η πρώτη ομάδα συνδέεται με το μεγάλο και άλυτο πρόβλημα της ρυπάνσεως και του καπνίσματος ιδιαίτερα, Είναι πολλές οι ενδείξεις ότι οι καρκινογόνοι υδρογονάνθρακες από τις βιομηχανίες αυτοκινήτων θεωρούνται υπεύθυνοι στη δημιουργία καρκίνου στον άνθρωπο. Έχει επιτευχθεί σε πειραματόζωα με απόσταξη του καπνού, καρκίνου του δέρματος και τελευταία και των βρογχών.

Η καρκινογόνος επίδραση των αζο-χρωμάτων είναι από χρόνια γνωστή γιατί σε εργάτες στην παραγωγή ανιλίνης είναι συχνός ο καρκίνος της κύστεως.

2. Φυσικοί παράγοντες.

Αυτοί είναι:

α) Οι ακτινοβολίες όλων των ειδών: Είναι γνωστή η μεγαλύτερη συχνότητα λευκαιμίας στους ακτινολόγους (γιατρούς, εμφανιστές κλπ) και από τους απιζήσαντες από την έκρηξη της ατομικής βόμβας πληθυσμού της HIROSIMA και NAGASAKI. Ο συχνός στην Ελλάδα Καρκίνος του δέρματος οφείλεται στον πολύ ήλιο της χώρας μας και τον μεγάλο αριθμό γεωργών και την ναυτική μας γιατί η έκθεση στις υπεριώδεις ακτίνες του ήλιου, αυτών που εργάζονται στην ύπαιθρο και στη θάλασσα γιά πολλά χρόνια προκαλεί την καρκινική εξαλλαγή, της επιδερμί-

δας κυρίως του προσώπου.

β) Η παρατεταμένη τοπική έκθεση στην υψηλή θερμότητα.

γ) Ο χρόνιος μηχανικός ερεθισμός: Είναι μάλλον πιθανόν ότι το τρώμα εννοεί την εντόπιση καρκίνου και εκδήλωση καταστάσεως σε προυπάρχοντα όγκο και με τα κυκλοφορούντα καρκινικά κύτταρα.

3. Καρκινογόνοι ιοί

Έχουν από χρόνια περιγραφεί σε πειραματόζωα. Επί λευχαιμίας βρίσκονται ιοί που μοιάζουν με τους ιούς του έρπητος αλλά μπορεί να μην έχουν αιτιολογική σημασία. Υπάρχει πολύ πειραματική εργασία και ισχυρές ενδείξεις ότι οι ιοί ασκούν καρκινογόνο επίδραση στους ανθρώπους (π.χ. Υέμφωμα Burkitt).

4. Η σχέση των ορμονών.

Η σχέση των ορμονών προς το καρκίνο είναι εμφανής από τους ορμονο-εξαρτώμενους όγκους όπως οι ιοί του μαστού, του προστάτους και του σώματος της μήτρας. Φαίνεται επίσης ότι ο μηχανισμός που καταυθύνει την ανώμαλη, άτυπη και γρήγορη ανάπτυξη των νεοπλασματικών κυττάρων βρίσκεται στα νουκλεϊνικά οξέα και φυσιολογικά κύτταρα.

5. Η κληρονομικότητα.

Η κληρονομικότητα ενδεχομένως έχει σημασία αφού παρατηρούνται οικογένειες με αυξημένες συχνότητες καρκίνου σε σημείο που δεν επιδέχεται αμφισβήτηση. Υποστηρίχθηκε χωρίς αυτό να βασίζεται σε αποδείξεις, ότι καρκινοπαθείς μπορούν να γεννήσουν παιδιά, που να φέρουν μεγαλύτερη προδιάθεση και ροπή προς την ασθένεια. Πάντως κατά την άποψη αυτή, αν και δεν αποδεικνύεται επιβιβάζεται η λήψη προληπτικών φροντίδων με την επίδραση γνωστών εξωγενών καρκινογόνων παραγόντων.

6. Κατάλοιπα εμβρυϊκά κύτταρα

Κατάλοιπα εμβρυϊκά κύτταρα, αρκετά άκρα δίδουν ανάπτυξη σε νεοπλασμάτα.

7. Προκαρκινικές καταστάσεις.

Καλοήθεις υπερηλασίες μπορούν να υποστούν κακοήθη εξαλλαγή. Μερικοί ερευνητές χαρακτηρίζουν τις καταστροφές αυτές σαν "προκαρκινικές".

Νοσήματα που χαρακτηρίζονται σαν προκαρκινωματώδεις καταστάσεις είναι οι παρακάτω:

- α) Λευκοπλασίες βλενογόνων
- β) Πολύποδες ορθού και εντέρου
- γ) Κυσταδενώματα ωοθήκης
- δ) Καλοήθες αδένωμα προστάτου
- ε) Έλκος σώματος του στομάχου
- στ) Καλοήθες αδένωμα του μαστού κ. α.

Η χειρουργική αφαίρεση είναι ακίνδυνη και προφυλάσσει αυτόν που την φέρει από κακοήθη εξαλλαγή.

8. Διαταραχή ανοσοβιολογικού συστήματος (ειδικά αντισώματα)

9. Βλάβη του πυρήνα των κυττάρων.

10. Συνθήκες εργασίας

Ιστοί και όργανα του σώματος που έρχονται σε άμεση επαφή με το περιβάλλον παρουσιάζουν συχνότερα καρκίνους που οφείλονται σε καρκινογόνα αυτής της προέλευσης π.χ. γεωργοί και εργάτες ορυχείων που έρχονται σε συχνή επαφή με ουσίες που περιέχουν αρσενικό, παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα καρκίνου του δέρματος. Επίσης εργάτες που έρχονται σε επαφή με ορυκτά λάδια, οι χειριστές ακτινολογικών μηχανημάτων και οι ακτινολόγοι.

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως είναι αυξημένος σε άτομα που εργάζονται σε βιομηχανίες ελαστικών και έρχονται σε χρόνια επαφή με ορισμένες αρωματικές αμίνες όπως επίσης και οι εργάτες βιομηχανιών χρωμάτων.

Περιβάλλον εργασίας πλούσιο σε αμίαντο ή χρώμιο συνοδεύεται από αυξημένη συχνότητα καρκίνου του πνεύμονα, το βενζένζιο είναι συνδεδεμένο με την εκδήλωση λευχαιμιών και βιομηχανίες ξύλου με καρκίνο των ανωτέρων αναπνευστικών οδών. Όπως είναι αντιληπτό η εκδήλωση καρκίνου που έχει σχέση με συνθήκες εργασίας και το περιβάλλονα απαιτεί συνήθως μεγάλο χρόνο επαφής με αυτές. Τούτο δυσκολεύει την προληπτική αντιμετώπιση γιά τις νέες ουσίες που καθημερινά μπαίνουν στο περιβάλλον και την ζωή μας.

11. Προδιαθετικές συνθήκες

Συνεχής και παρατεταμένος ερεθισμός πιστεύεται ότι είναι προδιαθετική συνθήκη γιά καρκινογέννεση.

Χρόνιος ερεθισμός στόματος από οδοντοστοιχίες, δέρματος από το ήλιο ή άλλες συνθήκες εργασίας, τραχήλου μήτρας από χρόνια τραχηλίτιδα, μελένωμα δέρματος από χρόνια τραυματισμό κ.λ.π.

Ορισμένες καλοήθειες βλάβες συνοδεύονται από υψηλή συχνότητα κακοήθους μεταλλαγής π.χ. λευκοπλακίες στόματος και αιδοίου, δυσπλασίες του τραχήλου της μήτρας, ασθένεια του PAGET και οστεογενές σάρκωμα κ.λ.π. Εν τούτοις όλα τα άτομα που έρχονται σε επαφή με καρκινογόνες συνθήκες και παράγοντες δεν παρουσιάζουν καρκίνο επίσης μερικοί καρκίνοι παρουσιάζονται χωρίς να υπάρχουν εξωγενείς συνθήκες πράγμα που τονίζει την υποψία ότι και εξατομικευμένοι ενδογενείς παράγοντες πρέπει να παίζουν ρόλο στην καρκινογέννεση.

B. ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Οι προταθείσες ερμηνείες από τον Στεφανόπουλο σχέσεις καπνίσματος και πνευμονικού καρκίνου έχουν ως εξής:

α) Το κάπνισμα σιγαρέτων προκαλεί καρκίνο των βρόγχων με την απ'ευθείας καρκινογόνο δράση του καπνού των σιγαρέτων στο

επιθήλιο των βρόγχων μέσω των καρκινογόνων στοιχείων αυτού.

β) Το κάπνισμα σιγαρορέτων προκαλεί έμμεσα καρκίνο με μείωση της τοπικής αντιστάσεως και έτσι ευνοεί τη δράση των καρκινογόνων παραγόντων.

γ) Το κάπνισμα επιτυγχάνει την αύξηση της βιολογικής ηλικίας και συνεπώς έτσι τον δείκτη θνησιμότητας.

δ) Το κάπνισμα αποτελεί ερέθισμα που δρα τοπικά, (ο χρόνιος ερεθισμός προκαλείται από τον εισπνεόμενο καπνό στο επιθήλιο των βρόγχων).

Ο κύκλος ζωής του καρκινοπαθούς διεξάγεται στις παρακάτω φάσεις: της έγκαιρης διάγνωσης, της συστάσεως θεραπείας, της ενημέρωσης του ασθενούς, της συστηματικής παρακολούθησης του ασθενούς, της αποκατάστασης και φροντίδας του καταδικασμένου σε θάνατο ανθρώπου. Πριν όμως προχωρήσουμε στην ανάπτυξη μερικών απ'αυτά πρέπει να σημειωθούν μερικά για την πρόληψη της νόσου.

Γ. ΠΡΟΛΗΨΗ

Στην προσπάθεια του ελέγχου του καρκίνου η πρόληψη αποτελεί το πλέον βασικό σημείο αυτής. Η πρόληψη εμφανίζεται σε δύο φάσεις την φάση της πρωταρχικής και την φάση της δευτερεύουσας σημασίας.

Η πρωταρχική φάση προλήψεως συνίσταται στον περιορισμό των παραγόντων και καταστάσεων οι οποίες ευνοούν την εμφάνιση του καρκίνου πρόβλημα αποτελεί η επισήμανση των παραγόντων οι οποίοι προδιαθέτουν στην εμφάνιση της νόσου. Στη διεξαγωγή επιδημιολογικών μελετών μερικοί από τους παράγοντες του εξωτερικού περιβάλλοντος έχουν χαρακτηριστεί σαν καρκινογόνοι. Έχουν ανευρεθεί καρκινογόνοι παράγοντες που επείγει η ανάπτυξη μεθόδων για τον περιορισμό αυτών ή την προστασία του ατόμου από την επίδρασή τους. Για την επί τυχία

αυτού λαμβάνονται πολλά μέτρα στις βιομηχανίες για την προστασία των εργαζομένων σ' αυτές. Είναι στατιστικά αποδεδειγμένο ότι οι κάτοικοι των πόλεων προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο των πνευμόνων από τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών.

Πολλοί παράγοντες συντελούν σ' αυτή τη διαφορά.

Μεταξύ αυτών σημαντική θέση έχει η ποσότητα σε καπνό και καυσαέρια του εισπνεόμενου αέρα γιατί περιέχουν καρκινογόνο υδρογονανθρακα. Η μείωση των στοιχείων αυτών από τον ατμοσφαιρικό αέρα απαιτεί την μόρφωση του κοινού την παρακολούθηση και υποχρεωτική τήρηση των κανονισμών για επιτυχία ευμενών συνθηκών.

Κατά την δευτερεύουσα φάση προλήψεως του καρκίνου γίνεται αναγνώριση του καρκίνου κατά την στιγμή που αυτός αποτελεί τοπική μόνο εκδήλωση της νόσου, πρέπει να δοθεί έμφαση στην κατάλληλη διάγνωση και την κατάλληλη κατεύθυνση του πάσχοντος.

Δ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της νόσου γίνεται από

1. την κλινική εικόνα
2. Τα ευρήματα της φυσικής εξέτασης
3. την ακτινολογική εικόνα
4. Τις ραδιοϊσοτοπικές εικόνες
5. Την άμεση απόδειξη των νεοπλασματικών κυττάρων (κυτταρολογικές μέθοδοι)
5. Την ιστολογική εικόνα επί της βιοψίας.

Η δυνατότητα πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου εξαρτάται από τα παρακάτω:

1. Από την επαγρύπνηση του προσβληθέντος ατόμου της ίδιας του της υγείας· την μεγαλύτερη ευθύνη για την τύχη της εξέλιξης της νό-

σου έχει κατά πρώτο λόγο ο προσβαλλόμενος, ο οποίος όχι σπάνια, είτε λόγω εσφαλμένων αντιλήψεων είτε λόγω αγνοίας ή ακόμη λόγω αρνήσεως να αντιμετωπίσει κατά μέτωπο το πρόβλημα δεν επισκέπτεται έγκαιρα τον γιατρό. Η δε ευθύνη αυτή του επιβάλλει τα εξής:

α) μετά την ηλικία 45-50 ετών να επισκέπτεται τον γιατρό ανά εξάμηνο ή χρόνο.

β) Με την εμφάνιση υπόπτων σημείων να καταφεύγει στο γιατρό.

2) Από τον γιατρό επιβάλλεται μεγάλη προσοχή εκ μέρους τους γιατρού κατά την εξέταση του ασθενούς έστω και για πλέον ελαφρά και ανεπαίσθητα προβλήματα και ενοχλήματα. Στην μη ανεύρεση αιτίου για τα ενοχλήματα, συνιστάται στον ασθενή να προσέλθει μετά παρόδο μηνός. Αν και στην δεύτερη εξέταση δεν θα βρεί κάποια αιτία και τα ενοχλήματα του ασθενούς συνεχίζονται αυτός στέλνεται στο διαγνωστικό κέντρο για λεπτολόγο εξέταση. Εφ'όσον κατά την κρίση του γιατρού διαφάνεται η παρουσία καρκίνου που δεν αποδεικνύεται με την κλινική εξέταση από τον γιατρό παραπέμπεται ο ασθενής στο διαγνωστικό κέντρο για πλήρη έλεγχο. Με την ύπαρξη σαφούς γνώμης του γιατρού ότι ο ασθενής πάσχει από καρκίνο ωρισμένης εντοπίσεως παραπέμπεται στον ειδικό γιατρό αναλογα με το πάσχων όργανο.

Η ευθύνη του πρώτου γιατρού δεν περιορίζεται μόνο στη θέση διαγνώσεως αλλά και την παροχή κατάλληλης κατεύθυνσης.

Στην Αμερική σήμερα θεραπεύεται ο ένας στους τρεις ενώ μόλις πριν από λίγα χρόνια θεραπευόταν ο ένας στους πέντε. Στο αποτέλεσμα αυτό συνετέλεσαν πολλοί παράγοντες ο κυριότερος των οποίων είναι ότι οι Αμερικάνοι πείσθηκαν ότι ο καρκίνος θεραπεύεται.

Το πλέον αποτελεσματικό όπλο το οποίο διαθέτουμε σήμερα κατά του καρκίνου είναι η έγκαιρη, διάγνωση της νόσου. Η προσπάθεια ανιχνεύσεως της νόσου περιλαμβάνει τις παρακάτω εξετάσεις.

1) Πλήρες ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό)

- 2) Γενική φυσική εξέταση (αναζήτηση κλεμβαδένων)
- 3) Ορθο-σιγμοειδοσκόπηση
- 4) Πλήρης γυναικολογική εξέταση -Λήψη εκκρίσεως κόλπου και μήτρας με κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου.
- 5) Εξέταση μαστού
- 6) Λεπτολόγος Ω.Ρ.Λ/γική εξέταση
- 7) Ανίχνευση μικροσκοπικής αιματοουρίας
- 8) Εξέταση του γαστρικού υγρού
- 9) Γενική εξέταση αίματος
- 10) Ταχύτητα καθηζήσεως ερυθρων αιμοσφαιρίων
- 11) Ακτινολογικός έλεγχος θώρακος και γαστροεντερικού σωλήνα.

Οι εξετάσεις των φαινομενικά υγιών ατόμων γιά να πούμε ότι πραγματικά είναι αποτελεσματικές πρέπει να επαναλαμβάνονται περιοδικά. Εάν θέλουμε ο αριθμός των εξεταζομένων γιά την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου να αυξάνεται ολοένα και περισσότερο τότε η προσπάθεια και το κόστος της ανίχνευσης να επεκταθούν περισσότερο δηλ. πρέπει να τεθεί σε εφαρμογή η σοφή ιδέα της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας ότι: "Κάθε ιατρικό γραφείο πρέπει να γίνει ένα κέντρο ανιχνεύσεως του καρκίνου".

Η επιτυχία γιά την καταπολέμηση του καρκίνου δεν είναι πλήρης όταν δεν είναι δυνατόν να διατεθούν τα κατάλληλα μέσα, τόσο γιά την διάγνωση, όσο και γιά την θεραπεία της νόσου.

Στη χώρα μας η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία ιδρυθείσα το 1959 είναι ο μόνος επίσημος εθνικός Υγειονομικός Οργανισμός, ιδιωτικής πρωτοβουλίας, με ολοκληρωμένο πρόγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει: διαφώτιση του κοινού, ενημέρωση των γιατρών γιά τις νέες επιστημονικές μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου, ανίχνευση των καρκινοπαθών, και την προώθηση αυτών στα διαγνωστικά και θεραπευτικά κέντρα ενίσχυση γιά την απόκτηση καταλλήλου εξοπλισμού από τα Αν-

τικαρκινικά κέντρα, συμβολή στην ίδρυση νέων αντικαρκινικών διαγνωστικών κέντρων και τέλος τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών, μία από τις κυριότερες εκδηλώσεις του οποίου είναι οι Ξενώνες της Ε.Α.Ε. Αλλα ιδρύματα για την καταπολέμηση του καρκίνου είναι:

- 1) Το Αντικαρκινικό Ινστιτούτο Αθηνών "Άγιος Σάββας"
- 2) Το Θεαγένειο Αντικαρκινικό Ινστιτούτο Θεσσαλονίκης
- 3) Το Αντικαρκινικό Ινστιτούτο Πειραιώς
- 4) Το μαιευτήριο "Πριγκήπισσα Αλεξάνδρα"
- 5) Το νοσοκομείο Αθηνών "Βασιλεύς Παύλος"
- 6) Το νοσοκομείο Πειραιώς "Βασίλισσα Φρειδερίκη"
- 7) Το Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιώς
- 8) Το θεραπευτήριο "ο Ευαγγελισμός" κ.ά.

ΣΗΜΕΙΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Τα στάδια εξέλιξης του καρκίνου είναι πέντε : Η εγκατάσταση και έναρξη του καρκίνου είναι σιωπηρή, ύπουλη και ασυμπτωματική. Από τη στιγμή της έναρξης της άτυπης εμφάνισης των κυττάρων με την μετατροπή τους από φυσιολογικά σε νεοπλασματικά μέχρι τη στιγμή της εμφάνισης των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων διέρχεται στάδιο "λανθάνου" αποκαλούμενο και στάδιο 0 του οποίου η χρονική διάρκεια είναι άγνωστη και ποικίλει ανάλογα με την μορφή και την εντόπιση. Την φάση αυτή της εξέλιξης μπορούμε να καταλάβουμε με την κυτταρολογική μέθοδο Παπανικολάου. Η ίαση στο στάδιο αυτό είναι 100%. Κατά το στάδιο (I) τα κακά τρόποι ανώμαλα πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα εισδύουν στα βαθύτερα στρώματα των κυττάρων, τα οποία διηθούν και εμφανίζονται συχνά τα πρώτα ενοχλήματα.

Τα κλινικά αυτά σημεία με τα οποία μπορεί να εκδηλωθεί η ασθένεια είναι:

1. Ασυνήθης αιμοραγία από οποιαδήποτε κοιλότητα του σώματος.
2. Μικρό ογκίδιο ή περιορισμένη σκληρία των μαστών ή άλλου σημείου του σώματος.
3. Μη επουλώμενο τραύμα
4. Αλλαγή στη συνήθεια εκκενώσεως του παχέως εντέρου ή της ουρουδόχου κύστεως (αιματοουρία, αιματηρά κόπρανα)
5. Βρόγχος της φωνής ή βήχας που επιμένει για εβδομάδες
6. Δισπεψίες, αδριστες στομαχικές ενοχλήσεις, δυσκαταποσία.
7. Αλλαγή στο χρώμα και μέγεθος όψη κρεατοελιάς κ.ί.α.

Η εμφάνιση ενός από τα παραπάνω κλινικά σημεία δεν σημαίνει πάντοτε την παρουσία καρκίνου. Μπορεί όμως να οφείλεται και σε καρκίνο η δε διάγνωση στο στάδιο αυτό σώζει τον πάσχοντα, ενώ η αμέλεια και η αναμονή σκοτώνει. Το ποσοστό ίασεως στο στάδιο αυτό ανέρχεται σε 75%. Από το στάδιο αυτό και μετά ορίζουν οι επικινδύνες φάσεις του καρκίνου.

Εφ' όσον ο καρκίνος αφηθεί στην τύχη του διηθεί διαβρώνει και καταστρέφει τους γειτονικούς ιστούς και όργανα. Μερικά αποσπασθέντα καρκινικά κύτταρα εισέρχονται στη λεμβρική κυκλοφορία διυθούνται από τα πρώτα λεμφογαγγλία τα οποία τα μεταβάλλουν σε σκληρά ογκίδια. Η φάση αυτή της κλινικής εξέλιξης καλείται γαγγλιακή διήθηση επιχωρίων γαγγλίων και αντιπροσωπεύει το στάδιο (II) Στο στάδιο αυτό το ποσοστό επώασης είναι 50%.

Στην ανεμπόδιστη εξέλιξη του καρκίνου τα καρκινικά κύτταρα μεταφερόμενα με τη λεμφική και αιματική κυκλοφορία καθιλώνονται σε απομακρυσμένα γάγγλια και όργανα όπου εγκαθίστάμενα διηθούν αυτά και προκαλούν τις μεταστάσεις. Η φάση αυτή της εξέλιξης του καρκίνου αντιστοιχεί με το στάδιο (III). Στο στάδιο αυτό προστίθενται συμπτώματα από τα προσβαλλόμενα από τη μετάσταση όργανα. Το ποσοστό ίασεις που ευρισκόμενου στο στάδιο αυτό της νόσου είναι 25% .

Τέλος κατά το στάδιο (IV) τα καρκινικά κύτταρα με τη λέμφο και το αίμα μεταφέρονται στα περισσότερα όργανα του σώματος και έχουμε την γενίκευση του καρκίνου. Στο στάδιο αυτό της νόσου έχουμε εκδηλούμενη καχεξία.

Από τα παραπάνω μπορούμε να βγάλουμε σαν συμπέρασμα, ότι την ευθύνη για την τύχη της εξέλιξης της νόσου την έχει κατά πρώτο λόγο ο προσβαλλόμενος και κατά δεύτερο ο γιατρός και η αδελφή.

Άλλος τρόπος σταδιοποίησης του καρκίνου είναι το T.N.M. SYSTEM Το T.N.M. είναι τα αρχικά γράμματα των λέξεων TUMOR, NODE, METASTASIS δηλ. όγκος, αδένας και Μετάσταση.

Στο T μπαίνει σε εκατοστά το μέγεθος του όγκου T1, όταν ο όγκος έχει μέγεθος 1 εκατ. T2 όταν ο όγκος έχει μέγεθος 2 εκατ. κλπ.

Στο N μπαίνει ο αριθμός ο οποίος παριστάνει τον αριθμό των αδένων που προβλήθηκαν. Όταν δεν έχει προσβληθεί κανένας αδένας τότε βάζουμε το "0"

Τέλος στο M μπαίνει ο αριθμός ο οποίος δηλώνει τον αριθμό των οργάνων στα οποία έχει γίνει μετάσταση. Όταν δεν έχουμε μετάσταση στο M μπαίνει το "0"

π.χ. T2N0M0 (Μέγεθος όγκου 2 εκατ., χωρίς προσβολή αδένων και χωρίς μετάσταση)

T2N2M1 (Μέγεθος όγκου 2 εκατ. διήθηση δύο αδένων και μετάσταση ενός οργάνου)

Το σύστημα αυτό σταδιοποίησης του καρκίνου δίνει αρκετές πληροφορίες περισσότερες του προαναφερθέντος, δεν δίνει όμως καμία πληροφορία αναφορικά με την κακοήθεια του όγκου.

Ο παραπάνω τρόπος σταδιοποίησης, ισχύει κυρίως για τον καρκίνο του μαστού.

Ε. ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ

- Ο κακοήθης νεοπλασματικός ιστός, λόγω της διηθητικής του ικανότητας κάνει μετάσταση ακολουθώντας τις παρακάτω οδούς.

1. Τη λεμφική οδό (λεμφώματα και όλα τα καρκινώματα)
2. Τη φλεβική οδό (σαρκώματα και καρκινώματα)
3. Την αρτηριακή οδό (σπάνια)

Νεοπλασματικά κύτταρα εισερχόμενα στην κυκλοφορία είναι δυνατόν να

- a) Να καταστραφούν (υπάρχουν αντισώματα τα οποία καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα και τα οποία δρουν σαν αντιγόνα
- β) Να σχηματίσουν θρόμβους, οι οποίοι φράσσουν ένα μικρό αγγείο.
- γ) Να αποτελέσουν την αρχή των μεταστάσεων.

Και η μόνη φυλάκιση κοιλιακού όγκου ή οι χειρισμοί των εγχειρήσεων οδηγούν σε καρκινοκυτταραιμία, απαιτείται όμως τρήξη της υπάρχουσας ισοροπίας μεταξύ άμυνας του οργανισμού και αναπτύξεως του όγκου ώστε να γίνει διασπορά του καρκίνου. Τέτοια ρήξη προκαλείται από την καταπόνηση την οποία επιφέρει η εγχείρηση.

4. Την μεταφύτευση.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του καρκίνου σήμερα στηρίζεται στην εφαρμογή των παρακάτω μεθόδων

1. Χειρουργική θεραπεία
2. Ακτινοθεραπεία
3. Χημιοθεραπεία

Οι δυο πρώτες είναι μάλλον ριζικές μέθοδοι θεραπείας η τρίτη έχει τη θέση της ανακουφιστικής κυρίως θεραπείας.

Η εκλογή της μεθόδου θεραπείας επηρεάζεται:

1. Από τη μορφή, εντόπιση του καρκίνου
2. Από το στάδιο εξέλιξης της νόσου

3. Από τη συνήθεια και την πείρα του θεράποντος γιατρού.
4. Από την κατάσταση του ασθενούς
5. Από το αναμενόμενο αποτέλεσμα από την θεραπεία.

Α. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί μέσο αντιμετώπισης σχεδόν κάθε όγκου με τον οποίο υπάρχει υπόνοια ότι μπορεί να είναι καρκίνος. Όταν παίρνεται μέρος ιστού από ύποπτη υπερηλασία κυττάρου (γιά εξέταση βιοψία) η ενέργεια αυτή καλείται χειρουργική επέμβαση. Σε περίπτωση μετάστασης του όγκου σε απομακρυσμένα όργανα η χειρουργική επέμβαση είναι περιττή εκτός από ορισμένες ειδικές περιπτώσεις.

Άλλη μορφή χειρουργικής επέμβασης η οποία καλείται και προφυλακτική και είναι μεγάλης σημασίας γιά τον έλεγχο του καρκίνου, συνίσταται στην αφαίρεση υποπτών ιστών (ελκη) ή μορφωμάτων τα οποία υπόκεινται σε εξ αλλαγή.

Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου θεωρείται η καλύτερη θεραπευτική αγωγή.

Γιά την διενέργεια γιά αφαίρεση όγκων απαιτείται:

1. Επαρκής προεγχειριστική ετοιμασία και ιδιαίτερα ψυχολογική
2. Καλή αναισθησία
3. Σχολαστική ασηψία όταν ενεργείται μεγάλης εκτάσεως εγχείρηση.

Οι εγχειρήσεις δημιουργούν, πολλά προβλήματα ψυχολογικά, κοινωνικά, οικονομικά, οικογενειακά κ.λ.π., και γι' αυτό οι καρκινοπαθείς έχουν ανάγκη μετεγχειρητικών φροντίδων κοινωνικής ψυχολογικής και επαγγελματικής προσαρμογής.

Β. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία των κακοήθων νεοπλασιών εφαρμόζεται από 50/ετίας με συνεχή ανανέωση του πεδίου εφαρμογής της. Η ιονίζουσα ακτινοβολία μπορεί να εφαρμοστεί σε μερικές επιφάνειες να χορηγηθεί

σε μορφή διαλύματος ραδιοϊσοτοπού ή να εμφυτευθεί στους ιστούς ή στα όργανα. Το δεύτερο χρησιμοποιείται σε περίπτωση κατά την οποία το ραδιοϊσότοπο συγκεντρώνεται με το αίμα στον επιλέγοντα ιστό. Συνεχώς βελτιώνονται οι διάφορες πηγές ακτινοβολίας και αποσκοπεί στην αποφυγή όσο είναι δυνατόν της νουσηρής επίδρασης της ακτινοβολίας στα υγιή κύτταρα.

Το αποτέλεσμα της ακτινοβολίας οφείλεται στην ευαισθησία την οποία παρουσιάζουν τα νεοπλασματικά κύτταρα στην ακτινοβολία.

Οι βλάβες των υγιών ιστών και κυττάρων εμφανίζεται σε δύο κατηγορίες:

1. Βλάβες που εμφανίζονται αμέσως μετά την εφαρμογή της ακτινοβολίας.

2. Βλάβη των γεννητικών αδένων και μετάλλαξη των γονιδίων η οποία απειλεί τους απογόνους. Η επίδραση της ακτινοβολίας στο ανθρώπινο γένος μπορεί να έχει επίδραση στην αύξηση της στειρώσεως των γεννητικών οργάνων κ.ά.

Οι βλάβες που εμφανίζονται αμέσως μετά την εφαρμογή της ακτινοβολίας είναι: ανασταλτική ή νευρωτική επίδραση στο μυελό των οστών με αποτέλεσμα:

α) Μείωση των αιμοπεταλίων και ερυθρών αιμοσφαιρίων

β) Ακοκυκλωκυτάρωση και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις.

Ακόμη εμφανίζονται τοπικές βλάβες: ερυθρότητα γύρω από το δέρμα της νεοπλασίας η οποία μπορεί να φτάσει και μέχρι νέκρωση.

Η ακτινοβολία μπορεί επίσης να προκαλέσει:

α. Γενική καταβολή των δυνάμεων.

β) Ναυτία, εμέτους γ) Ανορεξία δ) Απώλεια βάρους ε) πυρετό.

Οι προσβληθέντες από καρκίνο χωρίζονται σε δύο κατηγορίες

α) Τους ιάσιμους με την ακτινοθεραπεία ασθενείς και τους

β) Ανίατους στους οποίους κανένα αποτέλεσμα δεν είναι δυνατόν να προκύψει από την εφαρμογή της ακτινοθεραπείας.

Γιά την ανακούφιση του ασθενούς από τα ενοχλήματα της αντιδράσεως από την ακτινοβολία σε όγκους ρινοφάρυγγα, λάρυγγα, τραχείας βρόγχων κ.λ.π. συνιστώνται.

Πλύσεις στοματικής κοιλότητας με αλατούχο ή υδατανθρακούχο διάλυμα ανά μία ώρα.

Χορήγηση παραφινέλαιου για ανακούφιση από την ξηρότητα της περιοχής

Χορήγηση ήπιων παυσιπόνων

Χορήγηση υγρής τροφής, υψηλής θερμιδικής αξίας.

Επί εφαρμογής ακτινοβολίας στην κοιλιά ή την ελάσσονα πυελο τα συμπτώματα η της αντιδράσεις είναι: ανορεξία, διάρροια, ναυτία έμμετοι, συχνή επώδυνη έπειξη για ούρηση.

Ορισμένα όργανα που προσβάλλονται ευκολότερα από την ακτινοβολία είναι:

1. Δέρμα αναπτύσσεται καρκίνος
2. Αιμοποιητικό σύστημα- αναπτύσσεται λευχαιμία
3. Γεννητικού αδένες -προκαλείται ελάττωση της γονιμοποίησης.
4. φακός οφθαλμού- αναπτύσσεται καταράκτης.

ΧΡΗΣΗ ΡΑΔΙΟΙΣΟΤΟΠΩΝ

Τα ραδιοϊσότοπα χρησιμοποιούνται στην Ιατρική για διαγνωστικό και θεραπευτικό σκοπό, χρησιμοποιούνται ενδοφλεβίως, από το στόμα και τοποθεντούνται εντός κοιλοτήτων.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ:

Γιά διαγνωστικό σκοπό χρησιμοποιούμενα ραδιοϊσότοπα είναι

- | | |
|---------------------------------------|---|
| α) Σίδηρος (F^{59}) | ε) Φωσφόρος (P^{32}) |
| β) Χρώμιο (Cr^{51}) | στ) Βρώμιο (Br^{82}) |
| γ) Κοβάλειο (Co^{60} ή Co^{58}) | ζ) Υδράργυρος (Hg^{203} ή Hg^{197}) |
| δ) Χρυσός (Au^{198}) | η) Ιώδιο (I^{131} ή I^{132}) |

Ο χρυσός και το φωσφόρο και το ιώδιο χρησιμοποιούνται και για θεραπευτικό σκοπό, σε πολύ προχωρημένες κακήθεις επεξεργασίες. Η χρήση τους αποβλέπει στη μείωση των συμπτωμάτων. Η δόση που χρησιμοποιείται για διαγνωστικό σκοπό των ραδοϊσοτόπων είναι μικρή και λέγεται ιχνηθέτις δόση.

Γ: ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία συνίσταται στη χορήγηση χημικών συσκευασία για αναστολή της ανάπτυξης των νεοπλασματικών κυττάρων ή την χημική διάλυση αυτών και καταστροφή.

Γιά να επιτευχθεί η θεραπεία του καρκίνου με χημικές ενώσεις πρέπει αυτές να συγκεντρώνουν τις παρακάτω ιδιότητες:

1. Να δρουν εκλεκτικά στα καρκινικά κύτταρα τα οποία καταστρέφουν.
2. Να σέβονται την ακεραιότητα και τις φυσιολογικές λειτουργίες των υγιών κυττάρων.

Η χημιοθεραπεία του καρκίνου περιλαμβάνει δύο βασικές ομάδες χημικών και βιοχημικών συνθέσεων οι οποίες είναι:

1. Ορμόνες εσωτερικής προέλευσης, βιοχημικές συνθέσεις
2. Εξωτερικής προέλευσης χημιοθεραπευτικές ενώσεις.

Ο ακριβής μηχανισμός δράσεως των χημικών αυτών ουσιών δεν είναι ακριβώς γνωστός, καμία χημική σύνθεση από τις χρησιμοποιηθείσες μέχρι σήμερα για την θεραπεία του καρκίνου πέτυχε την μόνιμη ή κάπως μόνιμη αναστολή της εξέλιξης των κακοήθων νεοπλασιών.

Φ Α Ρ Μ Α Κ Α

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφέρουμε μερικά από τα φάρμακα που χορηγούνται, οι οδοί χορήγησης, αυτών, οι τοξικές ενέργειες και οι ενδείξεις:

1) φάρμακο Τριαθυλενελαμίνη (Τ.Ε.Μ.)

Οδός χορήγησης, Ενδοφλεβίως - Στόμα

Τοξικές ενέργειες Καταστρέφει τα περιφερειακά κύτταρα του αίματος. Σε μεγάλες δόσεις αναστέλλει την αιμοποιητική δράση του μυελού των οστών με αποτέλεσμα λευκοπενία, θρομβοπενία, αιμοραγία.

Ενδείξεις Καρκίνος μαστού, ωθηκών και πνευμόνων, Λευφώματα HODGKIN

2) φάρμακο Παράγωγα του αζωθυπερίτου (αζωθυπερίτης ΜΥΣΤΙΝΕ χλωραμβοκίλη- Λευκεράν)

Οδός χορήγησης: Στόμα

Τοξικές ενέργειες Οι ίδιες όπως και στην τριαθυλενελαμίνη.

Ενδείξεις Χρόνια λευχαιμία, λεμφώματα, HODGKIN

3) φάρμακο Ανταγωνιστές του ρυλλικού οξέος (αμινοπτερίνη)

Οδός χορήγησης Στόμα

Τοξικές ενέργειες Έλκη πεπτικού σωλήνα, διάρροια, Αναστολή αιμοποιητικής δράσης του μυελού των οστών, με λευκοπαιμία.

Ενδείξεις Οξεία λευχαιμία, χρωριοκαρκίνωμα μήτρας, καρκίνος του ορχεως.

4) φάρμακο Ανταγωνιστές των πουρινών (6 μερκαπτοπουρίνη)

Οδός χορήγησης Στόμα

Τοξικές ενέργειες: Σε μεγάλες δόσεις επιφέρει αναστολή αιμοποιητικής δράσεως του μυελού των οστών.

Ενδείξεις: Οξεία, λευχαιμία- χρόνια μυελοκυτταρική λευχαιμία

5) φάρμακο Ανταγωνιστές της πυρωμιδίνης (5 φθοριουροκίλη)

Οδός χορήγησης Ενδοφλέβια

Τοξικές ενέργειες: Στοματίτιδα-Ναυτία- Γαστρεντερικές διαταραχές- Αναστολή αιμοποιητικής δραστηριότητας μυελού των οστών.

Ενδείξεις Καρκίνος του παχέως εντέρου και του ορθού

(5) Φάρμακο Mecholore -thaunino Hydrochloride

Οδός χορήγησης Ενδοφλέβια

Τοξικές ενέργειες: Επιδρά στο μυελό των οστών και τα λεμφοειδή όργανα με αποτέλεσμα λευκοπενία, θρομβοπενία, αναιμία, Ναυτία, έμετος. Θρόμβωση θρομβοφλετίτιδα σε περίπτωση διαρροής υγρού γύρω από την βελόνη.

Ενδείξεις, HODGHIN -Λεμφοσάρκωμα-Βρογχογενείς καρκίνος-Χρόνια λευχαιμία.

(7) Φάρμακο Buselfan (Mylerau)

Οδός χορήγησης Στόμα

Τοξικές ενέργειες Σε μεγάλες δόσεις και σε μακροχρόνια χρήση προκαλεί ανεπανόρθωτες βλάβες στο μυελό των οστών.

Ενδείξεις Χρόνια μυελογενής λευχαιμία

(3) Φάρμακο Cyclophosphamide (Cutoxan-indoxan)

Οδός χορήγησης Ενδοφλέβια

Τοξικές ενέργειες Αναστολή ορέξεως για φαγητό, Ναυτία έμετος.

Αναστέλλει την αιμοποιητική δράση μυελού των οστών Τριχόπτωση Στοματίτιδες.

Ενδείξεις Λέμφωμα-Λεμφοσάρκωμα- Hodgkin- Χρόνια λευχαιμία

(9) Φάρμακο Ανδρογόνα

Οδός χορήγησης Ενδομυϊκή

Τοξικές ενέργειες Κατακράτηση υγρών, Εμφάνιση ανδρικών χαρακτηριστικών.

Ενδείξεις Καρκίνωμα του μαστού

(10) Φάρμακο Οιστρογόνα

Οδός χορήγησης Στόμα

Τοξικές ενέργειες Σπάνια ναυτία και έμετος: Κατακράτηση υγρών Ισχυ-

ροποίηση γυναικείων χαρακτηριστικών

Ενδείξεις Καρκίνος μαστούς-Καρκίνος προστάτη-Αιμοραγίες από τη μήτρα.

(11) φάρμακο Κορτικοειδή

Οδός χορήγησης Στόμα.- Ενδοφλεβια- Ενδομυϊκα

Τοξικές ενέργειες Κατακράτηση υγρών Υπέρταση - Αύξηση σακχάρου αίματος Ευαισθητοποίηση στις μολύνσεις

Ενδείξεις Οξεία λευχαιμία- Λέμφωμα- Καρκίνος μαστού - Χρόνια λευκοκυτταρική λευχαιμία κ.ά.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Το περιβάλλον θεωρείται σήμερα υπεύθυνο για τα 2/3 μέχρι και τα 4/5 του συνόλου των κακοήθων νεοπλασιών. Η διατροφή αποτελεί τη βασικότερη παράμετρο του μικρο-περιβάλλοντος και για το λόγο αυτό θεωρείται σαν πιθανός αιτιολογικός παράγοντας για πολλές κακοήθειες νεοπλασίες (κυρίως του οισοφάγου - του στομάχου- του παχέως εντέρου- του μαστού - και του ενδομητρίου) Αναφέρεται ότι η κατανάλωση επεξεργασμένων τροφίμων με μικρό στερεό υπόλειμμα συσχετίζεται με αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του παχέως εντέρου, ότι η καταναλωση λίπους ζωϊκής προέλευσης αυξάνει την πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του μαστού, του παχέως εντέρου και του προστάτη, ότι οι πρωτεΐνες ζωϊκής προέλευσης συμβάλλουν στην αιτιολογία του καρκίνου του παχέως εντέρου, ότι τα λαχανικά, τα φρούτα και οι διάφορες βιταμίνες ασκούν προστατευτικό ρόλο απέναντι σε μερικές κακοήθειες νεοπλασίες ότι οι νιτροαζμίνες που υπάρχουν στην τροφή (η δημιουργούνται στον οργανισμό) προκαλούν καρκίνο του στομάχου ότι οι αφλατοξίνες που δημιουργούνται από τους μύκητες *Aspergillus Flanus* στα κακοσυντηρούμενα τρόφιμα (κυρίως φυστίκια) προκαλούν καρκίνο του ήπατος κλπ.

Οινοπνευματώδη και καφές: Οι ουσίες αυτές έχουν " διατροφική " υπόσταση αλλά χρησιμοποιούνται για ευφορικούς λόγους και για τον λόγο αυτό εξετάζονται σε ενιαία κατηγορία. Η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών σχετίζεται με τους καρκίνους της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα του λάρυγγα, του οισοφάγου και ίσως του ήπατος και του παχέως εντέρου ενώ η υπερκατανάλωση καφέ σχετίζεται ίσως , με τον καρκίνο της ουροδόχου κύστεως και άλλων οργάνων (παγκρεατος - ωθήκης)

Κάπνισμα και ατμοσφαιρική ρύπανση. Το κάπνισμα αποτελεί το σημαντικότερο γνωστό καρκινογόνο παράγοντα. Σχετίζεται έντονα με τους καρκίνους της στοματικής κοιλότητας του φάρυγγα, του οισοφάγου, του παγκρεάτος, του τραχήλου της μήτρας. Υπάρχουν ενδείξεις ότι ακόμη και το ακούσιο ("παθητικό") κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του πνεύμονα. Εξ άλλου η σχέση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης με το καρκίνο του πνεύμονα (και ίσως και άλλες νεοπλασίες) είναι θεωρητικά πιθανή αλλά δεν έχει τεκμηριωθεί ερευνητικά.

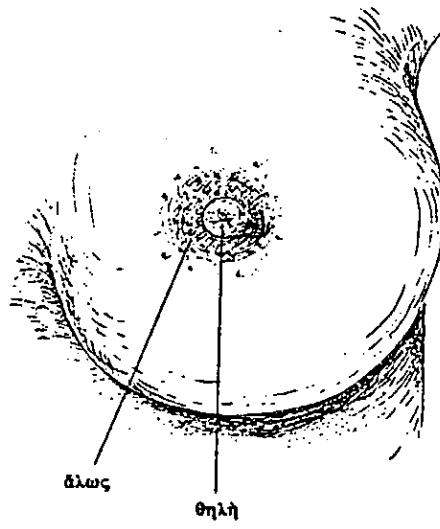
Λοιμώδεις παράγοντες Η δυνατότητα ορισμένων ιών να προκαλούν κακοήθεις νεοπλασίες σε πειραματόζωα είναι γνωστή από πολλά χρόνια και αποτέλεσε το ισχυρότερο κίνητρο για την αναζήτηση καρκινογόνων ιών και στον άνθρωπο. Οι δυνητικά καρκινογόνοι ιοί του ανθρώπου ταξινομούνται ανάλογα με την προέλευσή τους και τη φύση του νουκλεϊνικού οξέως σε ανθρώπινους (DNA ή RNA) και ζωϊκούς (DNA ή RNA). Σημαντικότεροι φαίνεται ότι είναι οι DNA ιοί ανθρώπινης προελεύσεως και ειδικότερα ο ιός του απλού έρπητα τύπου 2 (HSN -2), ο ιός Epstein-Barr (E.B.V) και ο ιός της ηπατίτιδας τύπου Β (HBV). βέβαια είναι η αιτιολογικής σχέση του HBV με τον καρκίνο του ήπατος ενώ πιθανή είναι η σχέση των γενετήσια διασπειρομενων HSN-2 και HPV , με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι σχέσεις του ιού Epstein-Barr με το λέμφωμα του Burkitt τον καρκίνο του ρινοφάρυγγα και ίσως το λέμφωμα Hodgkin είναι λιγότερο τεκμηριωμένες, Εκτός από τους ιούς και άλ-

λοι λοιμώδεις παράγοντες έχουν μελετηθεί γιά ενδεχόμενη συμμετοχή σε μηχανισμούς καρκινογέννεσης. Οι σχέσεις του καρκίνου και της ουροδόχου κύστης με την σχιστοσωμίαση και του χολαγγειοκαρκινώματος με τον *Ophisthorchis viverrini* είναι ιδιαίτερα παθανές αλλά δεν ενδιαφέρουν άμεσα τη χώρα μας.

Ε Ι Δ Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

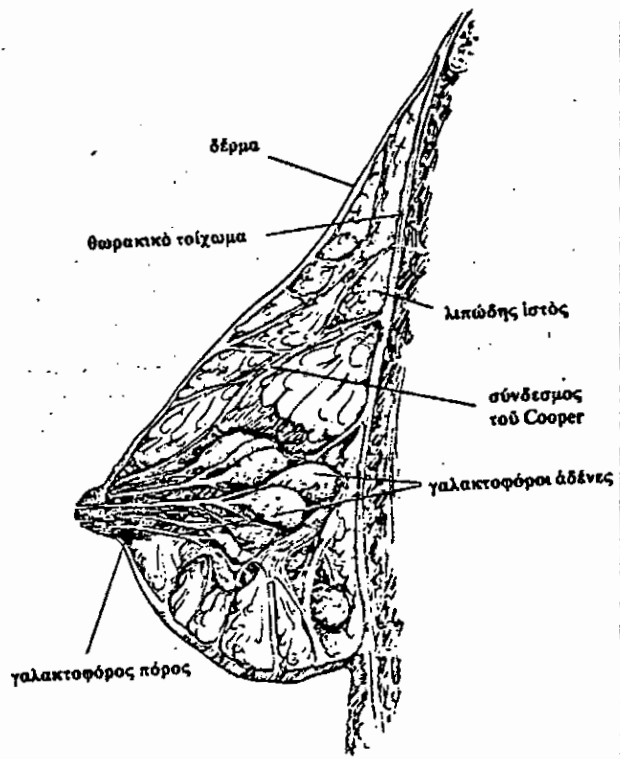
Α. Μ Α Σ Τ Ο Σ

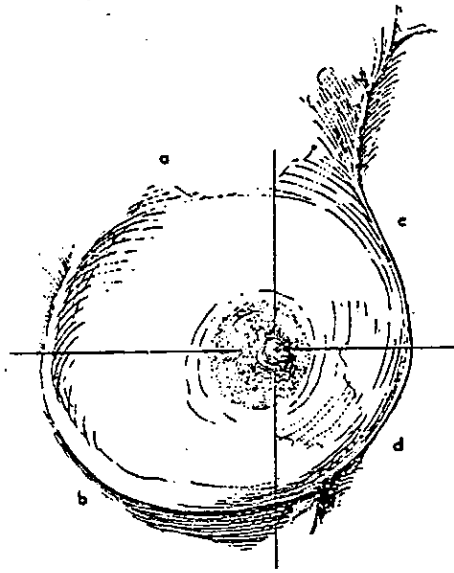
Μαστοί Οι μαστοί ή γαλακτοφόροι αδένες είναι (εκ. σελ. 13) αδενικά όργανα, ικανά να παράγουν γάλα για τη θρέψη του βρέφους. Εφόσον ο μαστικός ιστός είναι πολύ ευαίσθητος στις θηλυκές ορμόνες υφίσταται συνεχείς κυκλικές μεταβολές ανάλογες (αλλά λιγότερο έντονες) με εκείνες που συμβαίνουν συγχρόνως στο ενδομήτριο. Αλλά μόνο η κύηση, η γέννηση και ο θηλασμός του βρέφους επιτρέπουν στο μαστό να ολοκληρώσει την αποστολή που του ανέθεσε η φύση, και μόνο υπό αυτές τις συνθήκες κατορθώνεται η πλήρης ανάπτυξης του οργάνου.



Εικ. 6.13. Πρόσβια άποψη του μαστού.

Εικ. 6.14. 'Η εσωτερική δομή του μαστού.





Εικ. 6.15. Ο μαστός διαιρείται σε τέσσερα τεταρτημόρια (a) άνω έσω (b) κάτω έσω (c) άνω έξω (d) κάτω έξω.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

Το δέρμα , που καλύπτει το μαστο μετατρέπεται στην επιφάνεια αυτού σε μιά σκουρόχρωμη κυκλική περιοχή τη θηλαία άλω. Η άλω περιβάλλει την κεντρική κείμενη θηλή, στην επιφάνεια της οποίας υπάρχουν 12-15 μικρά στόμια, τα στόμια των γαλακτοφόρων πόρων. Κάθε πόρος εκτείνεται μέσα στη μαστική ουσία κατά τρόπο δενδροειδή με διακλαδώσεις και τελειώνουν τελικά σε μιά άθροιση κυττάρων, το γαλακτοκίτταδο. Αυτά τα αδενικά κύτταρα είναι ενεργά στην παραγωγή του γάλακτος που αποχετεύεται κατευθείαν στους γαλακτοφόρους πόρους και έτσι φτάνει στην επιφάνεια της θηλής.

- Τα διαστήματα μεταξύ στα σαν τσαμπιά σταφυλιού αθροίσματα των γαλακτικών αδένων καταλαμβάνονται από ένα ανθεκτικό ινολιπώδη ιστο που λειτουργεί σαν ένα πλαίσιο , προστατεύοντας τα γαλακτοπαραγωγά εξαρτήματα και διατηρώντας το σχήμα του μαστού. Η εικόνα σ. 14 δείχνει τους συνδέσμους του COOPER, που είναι ισχυρές δέσμες ινώδους ιστούς, συνδεδεμένες στο ένα άκρο με το δέρμα, ακριβώς κάτω από την επιφάνεια του μαστού και στο άλλο με το θωρακικό τρίχωμα, λειτουργούν κρατώντας το μαστό από το θώρακα και παίζουν σπουδαίο ρόλο στη διατήρηση του φυσιολογικού σχήματος του οργάνου . Εφόσον ο μαστός μεγαλώνει πολύ κατά την κύηση, το βάρος που πρέπει οι σύνδεσμοι να αιωρούν αυξάνεται σημαντικά, επομένως εάν δεν διατηρηθεί καλή στήριξη των μαστών με τον κατάλληλο στηθόδεσμο, οι σύνδεσμοι διατείνονται ανεπίστρεπτα, καταλήγοντας σε ένα πεσμένο μαστό. (Γιάν τον: ίδιο λόγο, οι γυναίκες με μεγάλους μαστούς συστήνεται να φορούν σουτιέν ακόμα και όταν κοιμούνται γιά να αποφευχθεί το πέσιμο)

Περίπου 90% των ιστών στο μαστό (όχι στην ύψη) είναι το ινολιπώδες τύπου και μόνο λίγη ανάπτυξη των αδενικών ιστών φαίνεται.

Αυτή η σχέση ανατρέφεται κατά την κύηση όπου τα γαλακτοπαραγωγικά στοιχεία υπερτερούν και το πλαίσιο του συνδετικού ιστού, είναι

σχετικά αραιό.

Στον άντρα ο μαστός είναι ένας πρωτογενος σχηματισμός που δεν είναι πολύ ευαίσθητος στις αρμονικές επιδράσεις και σπάνια αποτελεί την θέση γάλακτος. Κατά την εφηβεία ο μαστός των ανδρών μπορεί να εμφανίσει μία παροδική περίοδο ευαισθησία, σχετιζόμενη με μία τυπική μικρή αύξηση του μαστικού ιστού. Αυτό είναι μία τελείως φυσιολογική αυτοπεριοριζόμενη διαδικασία οφειλόμενη, σε μεταβολές των σωματικών ορμονών και δεν χρειάζεται ειδική θεραπεία.

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Παρά τη δυνατότητα της διασποράς και γενίκευσης της νόσου από το υποκλινικό στάδιο η αναγνώριση διήθησις των μασχαλιαίων λεμφαδένων αποτελεί μέχρι σήμερα τον σοβαρότερο προγνωστικό δείκτη. Δέκα χρόνια μετά τη ριζική μαστεκτομή επιζούν ακόμη περίπου 76% των γυναικών με αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες και μόνο 24% των γυναικών με θετικούς λεμφαδένες του υλικού της μασχάλης οδηγεί σε αναγνώριση θετικότητας σε ένα 30% από τις περιπτώσεις που στην εξέταση ρουτίνας δίνονται αρνητικές.

Προσπάθειες συμπληρωματικών συστηματικών θεραπειών βρίσκονται ακόμη στο πειραματικό στάδιο, ενώ οι μελέτες για γενετικές και περιβαλλοντικές διασυνδέσεις με την καρκινογένεση στο μαστό δεν έχουν επιτρέψει μία αποτελεσματική πρωτογενή πρόληψη.

Ετσι δεν είναι περίεργο ότι διεθνώς σημαντική προσπάθεια δόθηκε στην ανίχνευση της νόσου στην υποκλινική της περίοδο. Η αντιγονικότητα της νόσου έχει μελετηθεί από διάφορες πλευρές σε μία προσπάθεια ανίχνευσης μικρής αρχικής ή υπολειπομενης νόσου μετά την εγχείρηση ή άλλη θεραπεία, χωρίς να δώσει μέχρι τώρα ικανοποιητικά αποτελέσματα ενώ γενετικές συνθήκες, όπως ύπαρξη γονιδίου χαμηλής διεισδυτικότητας που θα μπορούσε να εξηγήσει την αυξημένη οικογενειακή συχνότητα, της νόσου και διαχωρίσει ομάδες ατόμων με υψηλό κίνδυνο, δεν έχουν επαληθευτεί ακόμη.

Η επίδραση του περιβάλλοντος και ιδιαίτερα του τρόπου ζωής και της διατροφής αποτελεί τη στιγμή αυτή το θέμα διεθνών μελετών τα αποτελέσματά των οποίων θα μπορούσαν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην πρωτογενή πρόληψη και στην αντιμετώπιση και εξέλιξη της νόσου. Με όλα τα παραπάνω θέματα υπό μελέτη από κοινωνικής αλλά και ιατρικής πλευράς σήμερα ο πιο ενδιαφέρον τομέας είναι η ανίχνευση του καρκίνου μαστού σε όσο το δυνατό αρχικό στάδιο.

Οι προσπάθειες ανίχνευσης έχουν σαν στόχο την διάγνωση, γιὰ την οποία χρειάζεται άλλα μέσα, αλλά την ανεύρεση υπόπτων χαρακτηριστικών νόσου γιὰ περαιτέρω μελέτη, στην ανίχνευση του ατομο είναι ασυμπτωματικό και δεν είναι αυτό που απευθύνεται στον γιατρό ή στην διαδικασία της ανίχνευσης αλλά το πρόγραμμα ανίχνευσης προτείνεται σε ασυμπτωματικά άτομα.

Ο σκοπός προγραμμάτων ανίχνευσης καρκίνου είναι πολλαπλός:

- α) αύξηση ιδέων
- β) αύξηση ελευθερου χρόνου μέχρι την υποτροπή
- γ) οικονομικό

Στην διεθνή εμπειρία τρεις φέρονται σαν βασικοί παράγοντες επιτυχίας γιὰ ικανοποιητική ανίχνευση στον καρκίνο του μαστού.

- α) η αυτοεξέταση του μαστού
- β) η ιατρική εξέταση
- γ) (Ο ακτινολογικός έλεγχος του μαστού) η μαστογραφία

Ιδανική μέθοδος εκτιμήσεως το προγραμμάτων ανίχνευσης καρκίνου προϋποθέτει τη δημιουργία τυχαίοποιημένες διαδικασίας.

Ένα από τα πρώτα τέτοια προγράμματα που μας έδωσε πληροφορίες γιὰ τη σημασία και αξία της ανίχνευσης καρκίνου του μαστού ήταν το Health Insurance Plan (HIP) στην περιοχή της Νέας Υόρκης στην 10 ετία του 1960.

31.000 γυναίκες υποβλήθηκαν στις απαιτήσεις του προγράμματος ανίχνευσης ενώs άλλες 31.000 αποτέλεσαν ομάδα ελέγχου. Τα υπάρχοντα στοιχεία αναφέρονται ήδη σε παρακολούθηση άνω των 14 ετών. Στα πρώτα 7 χρόνια παρουσιάσθηκε μία μείωση των θανάτων από καρκίνο μαστού στην ομάδα μελέτης (ανίχνευσης) κατά 40% σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Μετά 10 χρόνια η διαφορά μειώθηκε στο 24%.

Το πλήρες οφελος από την ανίχνευση του καρκίνου του μαστού με τα σημερινά δεδομένα δεν έχει εκτιμηθεί παρόμοια προγράμματα είναι καθ'οδόν στην Αγγλία, στον Καναδά, στην Γερμανία, στην Ολλανδία,

Σουηδία και πιθανώς σε πολλά άλλα μέρη του κόσμου και θα δώσουν πιά συγκεκριμένες απαντήσεις σε ερωτήματα όπως οι ατομικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις των προγραμμάτων ανίχνευσης του μαστού.

Διεθνώς διαφαίνεται ότι η ποδοχή της αυτοεξέτασης καρκίνου του μαστού οδηγεί σε διάγνωση της νόσου σε αρχικά κλινικά στάδια με πρωτοπαθή μάζα σχετικά μικρή.

Εμπόδια στην μεγαλύτερη χρησιμοποίηση της αυτοεξέτασης του μαστού αποτελούν

Ο φόβος του καρκίνου

Ο φόβος της μαστεκτομής

Η μακροχρόνια εφαρμογή

Η κακή εφαρμογή και

Η αμηχανία στην οποία οδηγεί η προσπάθεια ερμηνείας των ευρημάτων από μέρους της γυναίκας

φαίνεται ότι η αυτοεξέταση γίνεται αποδεκτή πιά εύκολα από τη γυναίκα όταν η διδασκαλία της γίνεται εξατομικευμένα και της εξηγούνται και οι δυνατότητές της στην ανίχνευση του καρκίνου του μαστού.

Η περιοδικότητα της εξέτασης, η εκτέλεσή της μιά εβδομάδα μετά την έμμηνα ρύση, όταν οι μαστός είναι πιά εύκολο να εξετασθεί, η γνώση των μορφολογικών χαρακτηριστικών και η ανεύρεσή τους σε κάθε περιοδική εξέταση, που θα επιτρέψει την αναγνώριση κάποιας αλλαγής και θα οδηγήσει τη γυναίκα στο γιατρό γιά εκτέλεση των απαραίτητων διαγνωστικών εξετάσεων, μαζί με τις πληροφορίες γιά την θεραπευτική απόδοση στο αρχικό στάδιο της νόσου, συνιστούν μιά αποδεκτή κατάσταση.

Στην κλινική εξέταση θα εκτιμηθεί η σύσταση και οι σχέσεις του αδένου με τους γύρω ιστούς θα αναζητηθεί ενδεχομένως ύποπτη περιοχή πρωτοπαθούς εστίας και πιθανή επέκταση νόσου προς τους

γύρω ιστούς και τους επιχωρίους λεμφαδένες (μασχάλης και υπερκλείδου χώρας)

Η επισκόπηση είναι το πρώτο βήμα, η ψηλάφηση με τα χέρια σε ανάταση και όχι, και ακολουθεί μαζί με την ψηλάφηση της μασχάλης και της υπερκλείδιας χώρας, η αναζήτηση εκκρίματος από την θηλή συμπληρώνει τις απαιτήσεις της κλινικής εξέτασης. Όταν αυτή γίνεται κατά τρόπο άνετο και σε μιά λογική συνέχεια. Είναι δυνατή η ταυτόχρονη διαδικασία της γυναίκας για τους χρόνους της αυτοεξέτασης. Η γυναίκα θα αντιγραφεί τις κινήσεις του γιατρού.

Ο ρόλος του κλινικού γιατρού στην ανίχνευση του μαστού έχει τεθεί υπό αμφισβήτηση πρώτα γιατί εκπαιδευμένες αδελφές νοσοκόμοι απέδωσαν εξ ίσου ικανοποιητικά στα προγράμματα ανίχνευσης και δεύτερο γιατί η θέση της μαστογραφίας είναι αναμφισβήτητη στην ανίχνευση υποκλινικών καρκίνων.

Ο ρόλος του κλινικού φαίνεται πιά σημαντικός έξω από προγράμματα ανίχνευσης εάν πρέπει ή όχι να γίνει π.χ. η μαστογραφία σε μιά νέα γυναίκα που πιστεύει ότι βρήκε κάτι ύποπτο στην αυτοεξέταση ή που είναι ανήσυχη μήπως έχει καρκίνο μαστού. Πάντως πολλά προγράμματα ανίχνευσης κάνουν χρήση της αυτοεξέτασης και του τρίτου σκέλους της ανίχνευσης που είναι ο μαστογραφικός έλεγχος.

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να διαγνωστεί ακτινολογικά σε ένα αρκετό αρχικό υποκλινικό στάδιο της νόσου, όπου και η θεραπευτική ικανότητα είναι υψηλή/.

Ο κίνδυνος καρκινογένεσης από την ακτινοβόληση της μαστογραφίας είναι τόσο μικρός ώστε να μην συζητείται, τουλάχιστον για τις γυναίκες άνω των 50 ετών.

Έχει υπολογιστεί ότι για γυναίκες άνω των 20 ετών η σχέση είναι 6-7 επιπλέον καρκίνοι μαστού κατά μονάδα ακτινοβολησης (RAD) σε 1.000.000 γυναίκες κατά έτος, με ελάχιστο χρόνο εμφάνισης 5-10 χρό-

νια. Ο νεανικός μαστός είναι πύ ακτινοευαίσθητος και σ' ένα πληθυσμο με χαμηλή συχνότητα νόσου, όπως είναι οι γυναίκες κάτω των 35 ετών, δύσκολα θα πρέπει να συστήσει κανείς μαστογραφικούς ελέγχους.

Με βάση τις πληροφορίες του πρώτου προγράμματος ανίχνευσης καρκίνου του μαστού (HIP) άρχισε μία μεγάλη μελέτη το 1973 η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία και το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου (BCDDP) στην οποία συμμετείχαν 27 κέντρα και 280.000 γυναίκες. Μέχρι το 1981 μέσω του προγράμματος αυτού διαγνώστηκαν 3.557 καρκίνοι μαστού.

Για γυναίκες 35-39 ετών 1 καρκίνος διαγνώστηκε σε 1000 ετήσιες εξετάσεις, ενώ η σχέση ήταν 12,9/1000 για γυναίκες 70-74 ετών.

Υπήρξε μία σημαντική διαγνωστική βελτίωση με μόνη την μαστογραφία στο BCDDP (91,81%) σε σύγκριση με το HIP (60%) που αποδίδεται στην καλύτερη αξιοποίηση της μεθόδου.

Τα ιστολογικά ευρήματα ήταν βασικής σημασίας στους ανιχνευθέντες καρκίνους. Μόνο 14,3% των διηθητικών καρκίνων (<1εκ) και 29,2% των διηθητικών μορφών (\geq 1εκτ.) είχαν θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες. Γενικά λιγότερες από 20% γυναίκες είχαν θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες. Σχεδόν 32,4% ήταν καρκίνοι με διάμετρο <1 εκ. διηθητικοί ή μη διηθητικοί και όπως προαναφέρθηκε 80% είχαν αρνητική μασχάλη, πληροφορία σημαντικής προγνωστικής σημασίας.

Συνδυασμός κλινικής εξέτασης και μαστογραφίας αύξησε την διαγνωστική ικανότητα αλλά η συμβολή της τελευταίας ήταν σημαντικά ανώτερη σε απουσία κλινικών ευρημάτων η διαγνωστική ικανότητα της μαστογραφίας ήταν 41,5% ενώ μόνο 8,7% της κλινικής εξέτασης σε απουσία μαστογραφικών ευρημάτων.

Συμπερασματικά μπορεί να υποστηριχθεί σήμερα

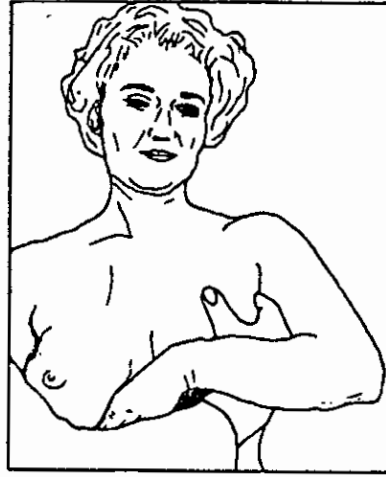
α) ότι υπάρχει δυνατότητα ανίχνευσης καρκίνου του μαστού, σε ένα υποκλινικό στάδιο νόσου και με αυξημένη θεραπευτική δυνατότητα

αφού ο κύριος προγνωστικός παράγοντας η διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων είναι τόσο περιορισμένος (20%).

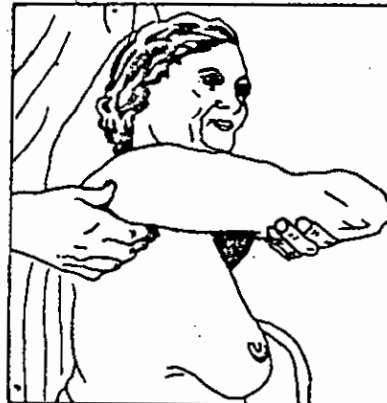
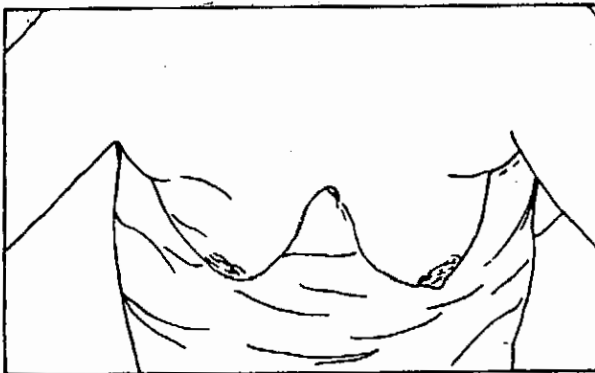
β) ότι η κύρια παράμετρος κινδύνου στον καρκίνο του μαστού είναι η ηλικία. Για γυναίκες πάνω από 50 χρόνια έχει υπολογιστεί ότι το πρόγραμμα ανίχνευσης μειώνει τη θνησιμότητα από καρκίνο κατά 30%.

γ) Βασικές αρχές της ανίχνευσης καρκίνου του μαστού είναι

- η εφαρμογή αυτοεξέτασης από τα 20 χρόνια
- η εκτέλεση μιάς μαστογραφίας από μεταξύ 35-40 ετών για εκτίμηση της αρχιτεκτονικής κατάστασης του μαστού και την ενδεχόμενη κατάταξή της σε ομάδα υψηλού κινδύνου
- η ετήσια ιατρική εξέταση μετά τα 40
- η ετήσια μαστογραφία μετά τα 50 χρόνια.

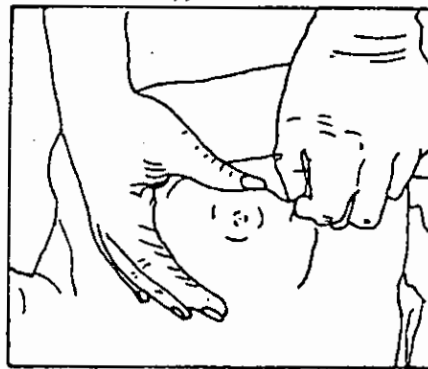


Τρόποι εξέτασης των μασχαλιαίων λεμφαδένων



Εξέταση μαστῶν εἰς θέσιν ἐκκρεμοῦς

Εξέταση τῶν ὑποπλατῶν λεμφογαγγλίων ἐκ τῶν ὀπισθεν



Μέθοδος τῆς ἀναζητήσεως τῶν μεταβολῶν ἐπὶ τοῦ δέρματος εἰς πρῶτον στάδιον

Εξέταση τῆς κινητικότητος ἐπὶ τοῦ δέρματος

Α Ι Τ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Όπως συμβαίνει και σε πολλές μορφές κακοήθους νόσου, η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού δεν είναι γνωστή. Εν τούτοις, μερικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα αυτού έχουν καθοριστεί με μεγάλη ακρίβεια. Η πολλή ισχυρή κληρονομική επίδραση, που παρατηρείται σπας μως, μπορεί να υπάρξει σε μικρότερο βαθμό και στους ανθρώπους.

Όσον αφορά την σημασία των οιστρογόνων ορμονών κατά τη γένεση του καρκίνου του μαστού των ανθρώπων υπάρχει διχογνωμία. Η εμφάνιση του καρκίνου του μαστού φαίνεται ότι έχει άμεση σχέση με την θιάρκεια της περιόδου της ωθητικής δραστηριότητας είναι συχνότερη σε άτεκνες γυναίκες με όψιμη εμμηνόπαυση, και λιγότερο συχνη σε γυναίκες με πολλές κυήσεις και ιστορικό παρατεταμένου θηλασμού, κατά τη διάρκεια που καταστέλλεται η ωθητική παραγωγή οιστρογόνων. Η παραδεδεγμένη σήμερα άποψη είναι : ότι το οιστρογόνα δεν προκαλούν την βλάστηση του καρκίνου, μπορεί όμως να επιταχύνουν την ανάπτυξη αυτού σε γενετικά βεβαρημενα άτομα. Η παρατεταμένη χρήση των ορμονών αυτών, μετά την εμμηνόπαυση, σε γυναίκες με οικογενειακό αναμνηστικό καρκίνου πρέπει να αποφεύγεται.

Με πρόσφατες παρατηρήσεις για την επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού προκύπτει ότι μπορεί να συμμετέχουν και επιδράσεις από το περιβάλλον. Η νόσος είναι πιο συνηθισμένη στις Ιαπωνίδες που μένουν στις Ηνωμένες πολιτείες σε σύγκριση με αυτές που μένουν στην Ιαπωνία, στις γυναίκες της Δανίας παρά στις γυναίκες των Σκανδιναυϊκών χωρών, καθώς και σε παχύσαρκες γυναίκες παρά σε λεπτώσες.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εξέταση των μαστών περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση. Υπάρχει μία βασική αρχή: Η εξεταζόμενη πρέπει να είναι γυμνή τελείως από τη μέση και πάνω. Η σωστή και ολοκληρωμένη εξέταση απαιτεί η άρρωστη να εξεταστεί και καθισμένη και κλινήρης (Donegan και spratt 1979).

Η στερεότυπη κλινική εξέταση αρχίζει από την λήψη του ιστορικού που θα περιλαμβάνει αιτία προσέλευσης, βιοκιονωνικά στοιχεία, γυναικολογικό αναμνηστικό, ιατρικό αναμνηστικό και κληρονομικό. Ακολουθεί η επισκόπηση. Αρχικά, η εξεταζόμενη καθιστή με τα χέρια στη μέση ή ελεύθερα στο πλαϊό και μετά με τα χέρια στην ανάταση ή ακουμπισμένα στο κεφάλι της.

Κοιτάμε τη μορφολογία των μαστών, δέρμα, τις θηλές και τα θηλαία άλω.

Η μορφολογία των μαστών μπορεί να αλλάξει από ένα όγκο. Να σημειωθεί ότι στις περισσότερες γυναίκες ο ένας μαστός είναι μεγαλύτερος από τον άλλο και υπάρχουν περιπτώσεις που η διαφορά αυτή είναι πολύ μεγάλη.

Είναι δυνατόν να υπάρχουν υπεράριθμοι μαστοί που αναπτύσσονται στη μαζική γραμμή. Δεν είναι σπάνιο να υπάρχει αναπτυγμένος μαζικός αδένας στις μασχαλιχίες αποφύσεις ετερόπλευρα ή άμφω. Το τελευταίο μπορεί να οδηγήσει σε διαγνωστικά σφάλματα και ακόμη να γίνουν και μερικές εγχειρήσεις με τη σκέψη λιπώματος ή όγκου άγνωστης αιτιολογίας, χαρακτηριστικό των αναπτειγμένων μαζικών αδένων στις μασχαλιαίες αποφύσεις είναι ότι ακολουθούν τις κυκλικές διαφοροποιήσεις των μαστών που εξαρτώνται από την Ε.Ρ. της γυναίκας. Συμβαίνει σπάνια οι καταστάσεις αυτές να εκδηλωθούν κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης.

Το δέρμα των μαστών επισκοπείται για ύπαρξη ερυθρότητας εντυπώματος, εξέλκωσης, έντονο επίφλεβο, λεμφογειακή διήθηση. Η ερυθρότητα σε μία περιοχή του μαστού εκδηλώνει ύπαρξη φαινομένων φλεγμο-

νής συνήθως μικροβιακής και σπάνια άλλης αιτιολογίας.

Επιφανειακές φλέβες υπάρχουν στο φυσιολογικό μαστό . Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην αριθμητική αύξηση και την επίταση του επιπολής φλεβικού δικτύου του μαστού που μπορεί να κρύβουν μειωμένη αποχετευτική ικανότητα, του κειμένου πιδ βαθειά φλεβικού δικτύου από ύπαρξη όγκου.

Το εντύπωμα στο δέρμα του μαστού είναι σημείο ενδεικτικό ότι υπάρχει κακοήθης όγκος, όμως εντύπωμα στο δέρμα του μαστού μπορεί να δημιουργηθεί από τραύματα, λιπώδη νέκρωση και φλεβοθρόμβωση

Εξέλκωση στο δέρμα του μαστού μπορεί να προκαλέσουν μερικές χρόνιες μικροβιακές ασθένειες στα τελικά τους στάδια. Αυτό όμως είναι εξαιρετικά σπάνιο σήμερα και για κάθε εκτεταμένη και βαθειά ελκωτική επιφάνεια στο μαστό η πρώτη διάγνωση θα πρέπει να είναι καρκίνος και μάλιστα προχωρημένος.

Λεμφαγγειακή διήθηση στο δέρμα του μαστού σημαίνει απόφραξη των υποδορίων λεμφαγγείων από έμβολα που συνήθως είναι καρκινικά κύτταρα και σπανιότερα μικροβιακά υλικά. Μοιάζει με το εξωτερικό της φλούδας του πορτοκαλιού και από αυτό η λεμφαγγειακή διήθηση περιγράφεται και δέρμα σαν φλούδα πορτοκαλιού.

Το εντύπωμα και η λεμφαγγειακή διήθηση στο δέρμα των μαστών είναι μεν ευρήματα της επισκόπησης μπορεί όμως να προκληθεί η εμφάνισή της τσιμπώντας ελαφριά μεταξύ δείκτη και αντίχειρα μία ύποπτη περιοχή στο δέρμα του μαστού.

Το δέρμα του μαστού μπορεί να πάσχει και από εκτεταμένη δερματίτιδα. Είναι μία κατάσταση καθόλου κακοήθης που εμφανίζεται σε παχύσαρκα άτομα είτε από έλλειψη καθαριότητας είτε από αυξημένη εφίδρωση. Συμβαίνει συχνότερα στις υπομαστικές χώρες και σπανιότερα στη μεσομαστική χώρα.

Εκχυμώσεις και μικροαιματώματα είναι δυνατόν να βρεθούν στο

δέρμα των μαστών ,που η αιτιολογία συνήθως είναι πολύ εύκολο να καθοριστεί.

Η θηλαία άλω και η θηλή έχουν πολλά να δείξουν σε ένα μαστό που πάσχει. Προσέχουμε αν η κατεύθυνση των θηλών είναι ίδια στους δύο μαστούς. Κυττάμε για επιπέδωση ή για εισολκή της απλής. Πρέπει να γίνεται διακρίση μεταξύ εισολκής που χρονολογείται πολλά χρόνια. Και εισολκή που έχει συμβεί πρόσφατα. Η εισολκή της θηλής προκαλείται είτε από ανάπτυξη ινώδους ιστού στους γαλακτοφόρους πόρους κοντά στην θηλή είτε από την ύπαρξη ή επέκταση καρκινικής μάζας στην υποθηλαία περιοχή. Και στις δύο περιπτώσεις προκαλείται συρρίκνωση η βράχυνση των γαλακτοφόρων πόρων οπότε και η θηλή έλκεται προς τα μέσα.

Διόγκωση της θηλής παρατηρείται σε θηλωμάτωση της θηλής, μία εξαιρετικά σπάνια νόσο που πρέπει να διαχωρίζεται από τα μικρά θηλάματα που εμφανίζονται σαν κόκκοι ρυζιού στην εξωτερική επιφάνεια της θηλής.

Μελαχροματικές εστίες στη θηλή και θηλαία άλω πρέπει να εξετάζονται πολύ προσεκτικά γιατί υπάρχει η υπόνοια να κρύβουν κακοήθεια.

Η εξέλκωση της θηλής η μία εκζεματική περιοχή της θηλής είναι σημάδια κακοήθειας. Πρέπει όμως να ξεχωριστεί η εξέλκωση από την επιφανειακή επώδυνη ραγάδα της θηλής που συχνά εμφανίζεται σε γυναίκες που θηλάζουν αλλά και σε γυναίκες με ένα χρόνο απόστημα στο μαστό. Εξέλκωση και έκζεμα δυνατό να εμφανιστούν και στη θηλαία άλω και η σημασία τους είναι ταυτόσημη με αυτά της θηλής.

Προσοχή πρέπει να δείχνεται στους αδένες του Montgomery που μερικές γυναίκες τους εκλαμβάνουν για ακμή. Οι αδένες του Montgomery παράγουν σμήγμα και δυνατόν να εμφανίσουν αποστήματα ή να δημιουργηθεί κυστικός εκφυλισμός των αδένων.

Να σημειωθεί ακόμη ότι στη θηλαία άλω μπορεί να δημιουργηθούν θυλακίτιδες στις ρίζες των τριχών που βρίσκονται γύρω από τη θηλαία

έλω. Ακόμη να τονιστεί ότι συχνά υπάρχουν υπεράριθμες θηλές που από κακή διάγνωση εκλαμβάνονται σαν σπίλοι δέρματος και αφαιρούνται.

Η ΨΗΛΑΦΗΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ

ΒΑΣΙΚΗ ΑΡΧΗ: Η ψηλάφηση γίνεται με τη παλαμιαία επιφάνεια των δακτύλων και χωρίς να χρειάζεται υπερβολική πίεση πάνω στο μαζικό παρέγχυμα. Ο Haagensen πιστεύει ότι όταν η εξεταζόμενη βρίσκεται ξαπλωμένη και με ένα μαξιλάρι κάτω από τους ώμους της η ψηλάφηση γίνεται πιο αποδοτική.

Σωστό η ψηλάφηση να αρχίζει από τις υπερκλειδικές χώρες. Ακολουθεί η ψηλάφηση των μασχαλιαίων κοιλοτήτων και τέλος οι μαστοί με πρώτο το μαστό που δεν πάσχει. Τα δάκτυλα του εξεταστή γλιστρούν ευγενικά και σε παράλληλες διαδρομές μέχρι να καλυφθεί όλη η έκταση του κάθε μαστού. Και πρέπει να γίνει υπενθύμιση ότι το μαζικό παρέγχυμα κατέχει μία έκταση που φρίζεται από την υποκλειδική χώρα προς τα πάνω, το στέρνο προς τα μέσα μερικά δάκτυλα κάτω από την υπομαζική γραμμή προς το υπογάστριο και από την οπίσθια μασχαλιαία γραμμή προς τα έξω.

Υπάρχει και σε άλλοτε άλλη έκταση, η μασχαλιαία απόφυση του μαστού.

Με την ψηλάφηση προσπαθούμε να επιβεβαιώσουμε την παρουσία όγκου που αναφέρεται ότι υπάρχει στο μαστό ή να ψάξουμε για την υπαρξη όχι γνωστών όγκων. Πολλές γυναίκες παραπονιούνται για διόγκωση που διαπίστωσαν στη μασχάλη και που δεν είναι τίποτε περισσότερο από τη μασχαλιαία απόφυση του μαστού συνήθως.

Αν διαπιστωθεί ότι πραγματικά υπάρχει κάποιος όγκος στο μαστό το επόμενο βήμα θα είναι η εξακρίβωση των κλινικών χαρακτηριστικών

του όγκου δηλαδή η εντόπιση, η μορφολογία, οι διαστάσεις, η σύσταση η κινητικότητα και τα συνοδά σημεία στο υπερκείμενο δέρμα. Η καταγραφή με ακρίβεια των σημείων αυτών βοηθάει στη διάγνωση, τη πρόγνωση και το σχεδιασμό της σωστής θεραπείας.

Γιά την εντόπιση ενός όγκου, ο μαστός χωρίζεται σε τέσσερα 4μύρια, το Ανω Μέσα, το Ανω έξω, το Κάτω έξω και το Κάτω Μέσα. Και σε ένα πέμπτο κεντρικό τμήμα που περιλαμβάνει θηλή, θηλαία άνω και υποθηλαία περιοχή.

Η μορφολογία μιάς μάζας στο μαστό ποικίλει από το συγκεκριμένο υποστρόγγυλοι η λοβωτή σχήμα μέχρι το ασαφές και ακαθόριστο.

Το μέγεθος του όγκου καλύτερα να μετριέται με ένα υποδεκάμετρο και να αποφεύγεται η συγκριτική του αναφορά με διάφορα φρούτα και ξηρούς καρπούς. Καταγράφονται δύο διαστάσεις συνήθως.

-Η σύσταση ενός όγκου μπορεί να ποικίλει από τη πολύ σκληρή σαν πέτρα μέχρι τη μόλις λίγο διαφορετική από τη σύσταση του υπόλοιπου μαζικού αδένου.

Η κινητικότητα τέλος ελέγχεται προς δύο κατευθύνσεις κάθετες μεταξύ τους. Η εξεταζόμενη πιέζει τα χέρια στη μέση της, οπότε όγκοι με προσεμβολές στα υποκείμενα ανατομικά, στρώματα καθηλώνονται στους συσπασμένους θωρακικούς μύες και γίνονται δυσκίνητοι και ακίνητοι.

Πρέπει να σημειωθεί ότι ούτε η εντόπιση και η σύσταση ούτε η μορφολογία και το μέγεθος μπορούν να δώσουν ασφαλείς πληροφορίες γιά την κακοήθεια ή όχι ενός όγκου.

Αν εξακριβωθεί η ύπαρξη όγκου, στο μαστό, συνίσταται η επαναληψιμότητα των υπερκλειδικών και μασχαλιαίων κοιλοτήτων. Τα ευρήματα από ψηλαφητούς λεμφαδένες καταγράφονται όπως και γιά τα ψηλαφητά μέρη, στους μαστούς. Υπάρχουν ειδικά κωδικοποιημένα πρότυπα καταγραφής και από αυτά το πιο διαδεδομένο και αποδεκτό παγκόσμια είναι

το σύστημα T.N.M. της U.I.C;C (UICC-TNM 1978)

Στο σύστημα αυτό το T αντιπροσωπεύουν τα χαρακτηριστικά του όγκου, το N τα χαρακτηριστικά των επιχωρίων του όγκου λεμφαδένων και το M την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων. Η αξία των συστημάτων κωδικοποιημένης καταγραφής είναι πολύ μεγάλη. Βοηθούν στην ταξινόμηση και σταδιοποίηση του καρκίνου και συνεπακόλουθα στη σωστή θεραπευτική αγωγή. Ανεξάρτητα όμως από την πρακτική αξία των συστημάτων αυτών η συνεχής απλή καταγραφή των κλινικών ευρημάτων μπορεί να στοιχειοθετηθεί σε οποιοδήποτε πρότυπο..

Διακρίνουμε την μαστίτιδα των νεογεννητων και την μαστίτιδα της ήβης, οι οποίες είναι ορμονικής αιτιολογίας, αλλά μπορεί να εξελιχθεί και σε πυώδεις, την μετατραυματική, αποτέλεσμα συνήθως τριβής του στηθόδεσμου την μαστίτιδα εκ παρωτίτιδας (σπάνια) και την οξεία μαστίτιδα.

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΣ

Στους Καλοήθεις όγκους υπάγονται:

- α) Το ενδοσωληνώδες θήλωμα: Το χαρακτηριστικό της νόσου αυτής είναι η αυτόματη η προκλητή ρύση από τη θυλή. (ορώδης, οροαιματηρά ή αιμοραγική) Η ασφαλέστερη διάγνωση γίνεται μόνο μετά από βιοψία.
- β) Το ινοαδένωμα είναι η δεύτερη συχνότητα πάθηση του μαστού μετά την κυστική μαστοπάθεια εμφανίζεται σε νέες γυναίκες ηλικίας 20-30 ετών έχει σαν χαρακτηριστικό το γεγονός ότι είναι ευκίνητος έτσι όταν ψηλαφάται φαίνεται σαν να επιπλέει

3. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

Από αυτούς συχνότερος είναι ο καρκίνος (96%) Σπανιότερα δε τα ινοσαρκώματα, λιποσαρκώματα κ.λ.π. Ο καρκίνος του μαστού είναι αδενοκαρκίνωμα και προέρχεται από το επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων, συνήθως

Μακροσκοπικά ο καρκίνος του μαστού., μπορεί να είναι

- α) Σκίρρος Καρκίνος β) Μυελοειδής καρκίνος γ) θηλώδης πορογενής,
- δ) πορογενές καρκίνωμα τύπου PAGET και ε) φλεγμονώδης καρκίνος που είναι η χειρότερη από πλευράς πρόγνωσης μορφής καρκίνου.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

πρώτον = όγκος κατά το μαστό χωρίς γάγγλια

Δεύτερον= όγκος κατά το μαστό+γάγγλιο διαμετ.<2,5 εκ.

τρίτον= όγκος κατά το μαστό +γάγγλιο διαμετρ.>2,5 εκ.

τέταρτον= όγκος κατά το μαστό+ γάγγλιο+ μεταστάσεις

ΣΧΕΔΟΝ ΒΕΒΑΙΑ ΣΗΜΕΙΑ ΟΤΙ ΒΡΙΣΚΟΜΑΣΤΕ ΣΕ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

- 1) Διόγκωση υπό μορφή ψηλαφητής μάζας στο μαστό
- 2) Σύμφοση της μάζας με το δέρμα
- 3) Εισολκή της θηλής του μαστού ΑΛΛΑ προσφατη
- 4) Σύμφοση της μάζας με το θωρακικό μυ
- 5) Ψηλαφητά γάγγλια στη μασχάλη

ΕΝΤΟΠΙΖΟΜΕΝΕΣ ΔΙΟΓΚΟΣΕΙΣ ΣΤΟ ΜΑΣΤΟ ΚΑΤΑ ΣΕΙΡΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ

- 1) Η κυστική μαστοπάθεια,
- 2) Η νεοπλασία (καλοήθης ή κακοήθης)
- 3) Τα νουαδενώματα

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Ταξινόμηση Για την ταξινόμηση των νεοπλασμάτων του μαστού χρησιμοποιήθηκαν κριτήρια τόσο κλινικά και ιστολογικά καθώς επίσης και ο τρόπος μεταστάσεως αυτών.

Κλινική ταξινόμηση κατά αυτή τη βάση τα νεοπλάσματα του μαστού κατατάσσονται σε τέσσερα στάδια.

Στάδιο I: Νεοπλάσματα μέχρι 2cm χωρίς συμφύσεις προς το δέρμα ή τους υποκείμενικούς μύς και κατά συνέπεια κινητά, εντοπισμένα στο παρέγχυμα του αδένου και χωρίς να παρουσιάζουν μεταστάσεις στους αδένες της μασχάλης.

Στάδιο II Νεοπλάσματα με τα ίδια χαρακτηριστικά αλλά και με διηθημένους τους αδένες της μασχάλης.

Στάδιο III Νεοπλάσματα ευμεγέθη, με συμφύσεις προς τους μύς και το δέρμα, το οποίο παρουσιάζει αλλοίωση της χροιάς, μορφήν φλοιού πορτοκαλιού, οίδημα, ή και εξελκώσεις, αλλά ευκίνητους τους αδένες της μασχάλης.

Στάδιο IV. Έχει τα ευρήματα που έχει και το στάδιο III και συγχρόνως ο όγκος συνάπτεται προς το τοίχωμα του θώρακα και προς το δέρμα το οποίο μπορεί να είναι εξελκωμένο. Επίσης είναι διηθημένοι οι μασχάλιαί και οι υπερκλείδιοι αδένες.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Ο τρόπος αυτός ταξινομήσεως είναι ο επικρατέστερος Πό άπλά κατατάσσουμε τις περιπτώσεις αυτές ως εξής:

I) Νόσος του PAGET

II) Καρκίνωμα γαλακτοφόρων πόρων

III) Καρκίνωμα των αδενικών λοβίων

IV) Σπάνιες μορφές καρκινωμάτων από ιδρωτοποιούς αδένες

V) Σαρκώματα

α) Φυλλοειδές κυστεοδάρκωμα β) Ινοσάρκωμα γ) Λιπιδάρκωμα δ) αγγειοσάρκωμα ε) Λεμφοσάρκωμα

Νόσος του PAGET: αυτή εμφανίζεται συνήθως με εκζεματώδη κατάσταση της θηλής και της άλω καμία τοπική θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική, η μόνη ενδεικνυόμενη θεραπεία είναι η αφαίρεση του μαστού, ακόμη και πριν από την εμφάνιση οποιουδήποτε όγκου.

Καρκίνωμα των γαλακτοφόρων πόρων: Τα καρκινώματα των εκφορητικών πόρων είναι δυνατόν να παρουσιάσουν όλα τα στάδια, από ένα σχετικά καλοήγη μέχρι ενός κακοήθους όγκου. Επειδή, όμως ο βαθμός της κακοήθειας δεν είναι δυνατόν να τεθεί με βεβαιότητα ούτε με ιστολογική εξέταση., πολλοί συγγραφείς συνιστούν την ολική εξαίρεση του μαστού σε όλες τις περιπτώσεις.

Καρκίνο των εκφορητικών (γαλακτοφόρων) πόρων διακρίνομαι:

A. Μη διηθητικό α) θηλώδες καρκίνωμα ή αιμοραγών μαστός

β) φαγεσωτικών καρκίνωμα

γ) Ενδοκυστικό

B. Διηθητικό α) θηλώδες καρκίνωμα

β) φαγεσωρικό καρκίνωμα

γ) καρκίνωμα με ανάπτυξη ή μη του υποστρώματος.

Μεταστάσεις καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι δυνατό να μεταστεί σε οποιοδήποτε όργανο, συνήθως μάλιστα και πριν ακόμη γίνει γνωστό η πρωτοπαθής εστία.

Οδοί μεταστάσεως

- 1) Δι' άμεσου επεκτάσεως των παρακειμένων ιστών
- 2) Διά της λεμφικής οδού και
- 3) Διά της κυκλοφορίας του αίματος.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Κλινική εξέταση: Σ' αυτό συνιστάται ειδικό σχήμα . . . κατά το οποίο εξετάζεται.

- α) Η ηλικία, Το μεγαλύτερο ποσοστό παρατηρείται μεταξύ του 40ου -50 ου έτους και κατά δεύτερο λόγο μεταξύ 50ου -60ου έτους της ηλικίας
- β) Η έμμηνος ρύση. Το μεγαλύτερο μέρος των νεοπλασμάτων εμφανίζεται μετά την εμμηνόπαυση και σχεδόν ποτε πριν από την εμφάνιση της εμμηνου. Επίσης η έμμηνος ρύση παρατείνεται σε περιπτώσεις καρκίνου του μαστού.
- γ) Η εγκυμοσύνη και η γαλουχία λένε ότι ο καρκίνος του μαστού σπανίζει κατά την περίοδο της κύσεως και της γαλουχίας, στην εμφάνισή τους όμως η πρόγνωση είναι βαρύτερη.
- δ) Ο χρόνος εμφάνσεως κάθε καθυστέρηση προσελεύσεως του ασθενούς, μετά την ανακάλυψη του όγκου, συνεπάγεται επιβάρυνση της πρόγνωσης ασθενείς που φέρουν κλινικές εκδηλώσεις τσε χρόνο μεγαλύτερο από 1 μήνα παρουσιάζουν διηθήσεις των μασχαλιαίων αδένων σε ποσοστό μικρότερο από 50%, ενώ σε περισσότερο χρόνο το ποσοστό ανέρχεται πάνω του 75%.
- ε) Εντόπιση. Αναλόγως της εντοπίσεως διακρίνονται: καρκίνος του άνω

έξω, άνω έσω και κάτω έξω και κάτω έσω τεταρτημορίου και καρκίνου του κεντρικού τμήματος. Αυτή η κατάταξη είναι απαραίτητη όχι μόνο για λόγους απλής περιγραφής, αλλά και για λόγους προσδιορισμού μεταστάσεως αυτών.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Τις εργαστηριακές εξετάσεις τις διακρίνουμε σε Γενικές και Ειδικές
Γενικές

1) Ο ακτινολογικός έλεγχος του πνεύμονος και μεσοθωρακίου για αποκλειστό μεταστάσεων.

2) Οι αιματολογικές εξετάσεις. Σ' αυτές σημασία έχει ο καθορισμός τυχόν αναιμίας, ο προσδιορισμός της ταχύτητας καθιζήσεως των ερυθρών αιμοσφαιρίων και οι αλλοιώσεις των τιμών του ασβεστίου και φωσφόρου.

3) Η κατά Παπανικολάου εξέταση, όταν υπάρχει έκκριση υγρού από τη θηλή.

Ειδικές

Σήμερα διαθέτουμε σειρά από ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις με τις οποίες είναι δυνατόν.

- επί ψηλαφητής διογκώσεως να πούμε με ποσοστό θετικότητας 80% περίπου, κατά ποσό αυτή είναι κακοήθης ή όχι.

- Να ανακαλύψουμε εκτός της τυχόν ψηλαφημένης διογκώσεως, την ύπαρξη και άλλης εστίας στον ίδιο μαστό, την συνύπαρξη νεοπλασίας και στον άλλο μαστό.

Μετά από τυχόν αφαίρεση του ενός μαστού να παρακολουθήσουμε την εξέλιξη και του άλλου μαστού, διότι η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου και στον άλλο μαστό ανέρχεται σε 30% περίπου.

Τα παραπάνω επιτυγχάνονται:

1) Με τη μαστογραφία: Με ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα, το μαστογράφο

επιτυγχάνεται, με μαλακές ακτίνες και εκλεκτής ποιότητας FILMS, ακτινογραφική απεικόνιση του μαστού, στην οποία εμφανίζεται η δομή αυτού.

2) Με την γαλακτοφορία: όπου εγχύεται σκτερά ουσία εντός των γαλακτοφόρων πόρων, και έτσι απεικονίζεται τυχόν ανωμαλία αυτών.

3) Με τη θερμογραφία: όπου με ειδικό όργανο, το θερμογράφο, ελέγχεται η θερμοκρασία όλης της περιοχής και των δύο μαστών.

4) Με τη ξηροακτινογραφία: όπου γίνεται αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα σεληνίου, αντί της φωτογραφικής πλάκας. Το ξηρογραφήματα μπορούν να μελετηθούν με μεταφερόμενο φως και απαιτούν λιγότερη ακτινοβολία.

5) Με τα υπερηχογραφήματα.

6) Με τη φλεβογραφία: Με αυτή ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών, λεμφικών γαγγλίων.

7) Με τα σπινθηρογραφήματα: όπου χρησιμοποιούμε το καθολικό σπινθηρογράφημα του σκελετού με τη βοήθεια του στροντίου 85 και άλλων ραδιοϊσοτόπων.

3) Αξονική τομογραφία

Μικρές διαγνωστικές επεμβάσεις

Εκτός από τις εργαστηριακές εξετάσεις για την διαπίστωση του καρκίνου του μαστού πολλές φορές προβάινουμε σε διάφορες μικρές επεμβάσεις.

Αυτές είναι: 1) Η παρακέντηση: με την παρακέντηση διαπιστώνουμε αν η ψηλαφημένη διόγκωση είναι μυστική ή όχι.

2) Η Βιοψία. Διακρίνουμε την ταχεία και την κανονική βιοψία

Ειδικά προβλήματα

Σχέση καρκίνου του μαστού π% προς τον άλλο μαστό: Η συχνότητα υπάρξεως ταυτοχρόνου εντοπίσεως καρκίνου και στον άλλο μαστό φαίνεται ότι είναι πολύ μεγαλύτερη απ'ότι πιστεύεται. Έστω και αν αυτός εκδηλωθεί μετά από αρκετό χρονικό διάστημα.

Εγκυμοσύνη και καρκίνος του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού συμβαίνει σπάνια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού. Εάν όμως εμφανιστεί αυτό σημαίνει ότι προϋπήρχε.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού διακρίνεται στην χειρουργική δηλαδή στους διάφορους τύπους μαστεκτομής και στην γενική ή συντηρητική. Στην τελευταία ανήκουν η ακτινοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία και η χημειοθεραπεία.

Χειρουργική αγωγή.

- α) Ριζική μαστεκτομή: Αυτή έχει εγκαταλειφθεί από τους περισσότερους
- β) Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή: Αυτή εφαρμόζεται σε περιπτώσεις ευμεγέθους ή κεντρικού όγκου, ή αν οι μασχαλιαίοι αδένες βρίσκονται διηθημένοι, ή κατά την κλινική εικόνα ήκατόπιν ταχείας βιοψίας κατά την επέμβαση.
- γ) Απλή μαστεκτομή: Αυτή εφαρμόζεται όταν ο όγκος είναι μικρός κεντρικός και χωρίς αδένες, βύση της μαστογραφίας θερμογραφία κ.λ.π.
- δ) Μερική μαστεκτομή (τμηματεκτομή) Αυτή εφαρμόζεται όταν ο όγκος βρίσκεται στο έξω ημιμόριο του μαστού είναι πρόσφατος, μικρότερος των 2 CM σε μέγεθος και όχι πολυεστιακός και η ασθενής επιθυμεί να διατηρήσει το μαστό.

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δεν συνιστάται η άμεση προφυλακτική μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία ούτε για το στάδιο I ούτε για το στάδιο II. Άλλωστε και η τυχόν αδενίτις αν υπάρχει πολλές φορές ή δεν εξελίσσεται ή και υποχωρεί μετά την αφαίρεση του μαστού, η χρήση σήμερα της ακτινοβολίας περιορίζεται για τη θεραπεία υποδορίων, ή τοπικών λεμφικών μεταστά-

σεων, όταν αυτές εμφανιστούν μετά την αφαίρεση του μαστού.

Ο Ρ Μ Ο Ν Ο Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α (ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ).

Έχει αποδειχθεί ότι με τη χορήγηση διαφόρων ορμονών είναι δυνατόν να επιδράσουν ευεργετικά σε περίπτωση εμφάνισης του καρκίνου του μαστού. Οι ορμόνες που χρησιμοποιούνται είναι τα ανδρογόνα, τα οιστρογόνα, τα κορτικοειδή και ακόμη η θυροειδική ορμόνη.

Ανδρογόνα Η θεραπεία με ανδρογόνες ορμόνες εφαρμόζεται σε υποτροπή του καρκίνου του μαστού, σε άτομα νεαρά ή σε άτομα στα οποία η έμμηνος ρύση έχει καταπαύσει σε χρόνο όχι μεγαλύτερο της πενταετίας ή σε ασθενείς οποιασδήποτε ηλικίας, των οποίων το σύμπτωμα είναι ο πόνος ο προερχόμενος από οστικές μεταστάσεις. Σε αναλογία 25% έχουμε ευνοϊκή επίδραση, δηλαδή υποχώρηση του πόνου και των οστεολογικών επεξεργασιών. Το ευνοϊκό αυτό αποτέλεσμα απαιτεί θεραπεία 6-8 εβδομάδες. Εάν, όμως μετά δύο μήνες από την έναρξη της θεραπείας δεν έχει παρατηρηθεί η ανάλογη βελτίωση, η θεραπεία με τις ανδρογόνες ορμόνες πρέπει να διακόπτεται.

Το χορηγούμενο σκευάσματα και η δόσις αυτών είναι: προπιονική τεστοστερόνη 100MG ενδομυϊκώς τρεις εβδομαδιαίως ή τεστοστερόνη β βραδείας απορροφήσεως 400 MG ενδομυϊκώς κάθε εβδομάδα, και η Fluoxymesterone 15 MG ημερησίως από το στόμα. και τα ~~ανδροειδή~~ π.χ. Duraboline Somg εβδομαδιαίως σε ευνοϊκή επίδραση η θεραπεία μπορεί να περιοριστεί σε 200 MG Depot -τεστοστερόνης ανά 215 ημέρες ή 15 MG Fluoxymestecone ημερησίως από το στόμα.

Οιστρογόνα

Αυτά χορηγούνται μετά από πεντε χρόνια από τη εμμηνόπαυση και κυρίως σε περιπτώσεις μεταστάσεων σε μαλακά μέρη. Η ευεργετική επίδραση επέρχεται μόνο με τη χορήγηση μεγάλων δόσεων, εάν επιτευχθεί

α) Δόσεις εφδδου: Χορηγούνται κατά τις πρώτες 4 μέρες ενδοφλεβίως και σε ημερήσια δόση 10MG/KG

β) Δόσεις συντηρήσεως: Χορηγούνται από το στόμα 50-100MG ημερησίως.

2) Flourouracil: Αυτό ενώ είναι πιδ τοξικό από την κυκλοδωσφομίδη (10% θάνατοι από παρενέργειες) δεν φαίνεται να υπερέχει από αυτό. Χορηγείται ενδοφλεβίως ως εξείς: 7,5 MG=KG ημερησίως γιά 10 μέρες. Η δόση επαναλαμβάνεται κάθε μήνα.

3) Κορτικοστεροειδή: Αυτά κυρίως χορηγούνται σε εγκεφαλικές πνευμονικές μετστάσεις. η επίδραση τους είναι μεγάλης διάρκειας, είναι θεαματική και έτσι επιτρέπει στη συνέχεια τη χογήρηση των άλλων χημειοθεραπευτικών.

Δόσεις: Κορτιζόνη 100 MG τρεις φορές της ημέρας, Prednisone 10 MG τέσσερις φορές της ημέρας.

Πολυδύναμος χημιοθεραπεία

Αντι της μεμονωμένης χορηγήσεως των διαφόρων χημειοθεραπευτικών αλλά τα οποία δρουν, όπως είπαμε, με τη σύνθεση των πυρηνοπρωτεϊνών και άλλα με τη διαίρεση των χρωματοσωμάτων κ.λ.π., προτιμάται σήμερα ο συνδυασμός αυτών, έτσι ώστε να προσβάλλεται το νεοπλασματικό κύτταρο σε όλες τις φάσεις πολλαπλασιασμού και διαίρέσεως και μάλιστα με οκολύ λιγότερες τοξικές δόσεις.

1) Vincristin : 35 MG =KG ενδοφλεβίως κάθεεβδομάδα, μέχρι να εμφανιστούν παρενέργειες

2) Methotrexate: 25-50 MG κάθε εβδομάδα και γιά 8 εβδομάδες.

3) S.F.U: 12 MG=KG ημερησίως γιά 4 ημέρες με μετά 12MG/KG εβδομαδιαίως. Το S.F.U. πρέπει να χορηγείται την 8η ημέρα από την χορήγηση του Methotrexate

4) Cyclophosphamide: 2-2,5 MG/KG ημερησίως και από το στόμα

5) Prednisone: 0,75 MG/KG ημερησίως γιά 7 ημέρες και μετά περιορισμός των δόσεων κατά 50% ανά 10 ημέρες μέχρι των 5MG ημερησίως, τα οποία αποτελούν την δόση συντηρήσεως.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Οι ευτυχισμένοι άνθρωποι μοιάζουν μεταξύ τους· οι δυστυχισμένοι έχουν ο καθένας τη δική του δυστυχία λέει ο Τολστόϊ.

Το άγχος, ο πόνος και η δυστυχία συνοδεύουν ανέκαθεν τον άνθρωπο. Σε όλο τον κόσμο, η αντίδραση στη λέξη καρκίνο είναι η ίδια. Πολιτιστική και μορφωτική εθνική και γεωγραφική διάφοροποίηση, διαβαθμίζουν σε διάφορη ένταση την ίδια αντίδραση.

ΕΙΔΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Η ειδική φροντίδα του καρκινοπαθούς αφορά τις επιπλοκές και άλλες εκδηλώσεις, τις οποίες οι κάθε φύσης κακοήθεις νεοπλασίες μπορούν να προκαλέσουν και οι οποίες είναι νέκρωση, εξέλκωση, δευτεροπαθής λοίμωξη, αιμορραγία, πόνος κακοσμία κ.ά.

α) Νέκρωση

Με την αύξηση του μεγέθους του όγκου μπορεί να διαταραχθεί η αιμάτωση του όγκου με συμπίεση των αγγείων τα οποία πηγαίνουν προς αυτόν. Αποτέλεσμα αυτού είναι η όχι καλή θρέψη και έτσι η νέκρωση του όγκου. Η νέκρωση συνήθως παρατηρείται στο κέντρο της διόγκωσης και μπορεί να εξελιχθεί και στο δέρμα, οπότε δημιουργείται εξέλκωση ή διανοιγεται σε κοιλότητα ή κοίλο όργανο (περιτόναιο, έντερο). Η νέκρωση συνοδεύεται συνήθως από γενικά κλινικά σημεία όπως κακουχία και πυρετός. Τα γενικά φαινόμενα γίνονται περισσότερο έντονα όσο μεγαλύτερης έκτασης είναι ο νευρωμένος ιστός. Κίνδυνος της επιπλοκής αυτής είναι η μόλυνση.

β) Εξέλκωση

Τα κακοήθη νεοπλάσματα αρχίζουν συνήθως από τα καλυπτήρια κύτταρα του δέρματος ή από τα επιθηλιακά κύτταρα του δέρματος ή από τα επιθηλιακά κύτταρα του βλενογόνου. Η αύξηση αυτών οδηγεί στην νέκρωση των επιπολής κυττάρων και στην εξέλκωσή τους. Οι εξελκώσεις πρέπει να διαφυλάσσονται με μεγάλη προσοχή από την μόλυνση.

γ) Δευτεροπαθής λοίμωξη

Τόσο η νέκρωση όσο και η εξέλκωση του όγκου, εκτίθενται σε λοιμώξεις. Τα σημεία που εκδηλώνονται με την λοίμωξη είναι η κακουχία, ο πυρετός οι άφθονες και δύσοσμες εκρίσεις.

Η βασική φροντίδα για τον περιορισμό της μόλυνσης περιλαμβάνει τον καθαρισμό της εξελκώσεως του όγκου που μολύνθηκε με χλιαρό νερό και αντισηπτικά διαλύματα, Η χρησιμοποίηση βιοθεραπευτικών και χημειοθεραπευτικών μέσων εσωτερικά και με τοπική εφαρμογή συμβάλλει στην γρήγορη υποχώρηση της λοίμωξης όταν αυτή εμφανιστεί.

Η παρουσία εξέλκυσης και μάλιστα μολυσμένης αποτελεί κώλυμα για την εφαρμογή της ακτινοθεραπείας πρέπει δε να έχουμε υπ' όψη μας ότι η πρόληψη της λοίμωξης είναι ευκολότερη και πολύ αποτελεσματική από την θεραπευτική αντιμετώπιση αυτής. Επιβάλλεται λοιπόν με μεγάλη προσοχή η φροντίδα και επιμέλεια των εξελκωμένων όγκων για την ανατροπή της λοίμωξης όσο αυτό είναι δυνατό.

δ) Αιμορραγία

Είναι δυνατόν να αιμορραγήσουν οι νεοπλασματικές νεκρώσεις και εξελκώσεις. Η αιτιολογία, η προφύλαξη και η θεραπευτική αντιμετώπισή τους είναι η ίδια με τις άλλες αιμορραγίες, οι αιμορραγίες μετά από ακτινοθεραπεία αντιμετωπίζονται με μεγαλύτερη δυσκολία.

ε) Πόνος

Ο πόνος αν και δεν συνοδεύει τον καρκίνο πάντοτε αποτελεί το σύμπτωμα το οποίο ιδιαίτερα προκαλεί φόβο στον ασθενή. Και αυτό γιατί πιστεύεται, ότι ο πόνος αποτελεί χαρακτηριστικό σύμπτωμα του καρκίνου.

Ο πόνος στον καρκίνο, είναι αποτέλεσμα πίεσεως αισθητικών απολήξεων των νεύρων, εξέλκυσης ή μόλυνσης του όγκου. Ο ίδιος ο όγκος δεν προκαλεί πόνο. Ο πόνος μπορεί να εμφανιστεί κατά την πορεία της θεραπείας ή με την εφαρμογή της χειρουργικής επέμβασης ή την θερα-

πεία η με την εφαρμογή της χειρουργικής επέμβασης ή την θεραπεία με ακτινοβολία και να αποτελεί πρώτο και δεύτερο σύμπτωμα της νόσου μπορεί να είναι μεγάλης έντασης όπως στον καρκίνο των οστών ή μικρής έντασης ή και να απουσιάζει τελείως. Γενικά εμφανίζεται σε προσωρινά στάδια γι' αυτό και ο ασθενής δεν καταφεύγει έγκαιρα στο γιατρό. Συνήθως ο καρκίνος στα αρχικά του στάδια εμφανίζεται ύπουλα χωρίς πόνο.

Η ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο αποτελεί έναν τομέα της φροντίδας αυτού. Υπάρχουν πολλά ενοχλήματα εκτός από τον πόνο τα οποία κουράζουν τον ασθενή και τον ευαισθητοποιούν και προς αυτόν τον πόνο. Γι' αυτό η νοσηλεύτρια καλείται γιὰ να καταβάλλει προσπάθειες γιὰ την ανακούφιση του ασθενή από πάσης φύσεως ενοχλήματα με την κατανόηση και αποδοχή των προβλημάτων του ασθενή. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η αποκατάσταση του πόνου ψυχολογικά.

Αν απαιτούνται φάρμακα γιὰ την ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο πρέπει αυτά να καθορίζονται από το γιατρό, κατά τη επιλογή ενός ή περισσότερων φαρμάκων λαμβάνονται υπ' όψιν τα εξής.

1. Η ένταση του πόνου
2. Εάν ο πόνος είναι περιοδικός ή συνεχής
3. Εάν ο πόνος δημιουργεί ανησυχία και άγχος στον ασθενή.
4. Ποιος αναμένεται να είναι ο χρόνος ζωής του ασθενή
5. Τι μπορεί να γίνει με το αίτιο που προκαλεί τον πόνο;

Μπορεί να απομακρυνθεί ή όχι

6. Ο εθισμός στο φάρμακο είναι δυνατόν να αποτελέσει πρόβλημα. Για ασθενείς των οποίων ο χρόνος επιβίωσης προβλέπεται να είναι μικρός, ο περιορισμός των ναρκωτικών φαρμάκων, γιὰ τον κίνδυνο του εθισμού είναι εγκληματικός.

Η ευθύνη της νοσηλεύτριας στον καρκινοπαθή που πονάει αποτελείται από

1. Την διευρυση του κατά πόσο εκτός από τον φυσικό πόνο υπαρ-

χουν και άλλοι παράγοντες σαν φυσικοί, συναισθηματικοί, κοινωνικοί, οι οποίοι πιθανόν να συμβάλλουν στην γέννηση αυτού ή στην μείωση ή στην επιδύωση του πόνου.

2. Την τοποθέτηση του ασθενή στην αναπαυτική θέση.
3. Την διαπίστωση του κατά πόσο η έλλειψη ύπνου υπερβολική κόπωση κ.ά. είναι δυνατόν να αποτελούν την αιτία του πόνου ή την επιδύωση αυτού.
4. Την εντόπιση του πόνου από τον ασθενή.
5. Την περιγραφή του πόνου από τον ασθενή
6. Την διαπίστωση του κατά πόσο ο πόνος είναι εντονότερος κατά την νύκτα. Σ' αυτή την περίπτωση δίνονται ύστερα, από συνεννόηση με τον γιατρό κατευναστικά ή και υπνωτικά φάρμακα
7. Την χορήγηση από τον γιατρό του καθορισθέντος φαρμάκου.
8. Την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων από τα φάρμακα.

Οι δραστηριότητες και απασχολήσεις του αρρώστου κατά την ημέρα είναι πολύ περισσότερες από την νύκτα γι' αυτό συνίσταται η μείωση των αναλγητικών φαρμάκων κατά την ημέρα και η αύξηση αυτών κατά την νύκτα.

Κατά την χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να ξεχνάει ότι μέρος της ευεργετικής επίδρασης του φαρμάκου προέρχεται από την πίστη την οποία ο ασθενής έχει για το φάρμακο.

Μερικές φορές η νοσηλεύτρια απορροπαθεί να προσπατεύσει τον άρρωστο από τον κίνδυνο του εθισμού και παρατείνει το διάστημα μεταξύ των δύο χορηγήσεων του φαρμάκου. Σαν αποτέλεσμα της πρωτοβουλίας αυτής της νοσηλεύτριας είναι η μη αποτελεσματική επίδραση του φαρμάκου από την ένταση του πόνου και η διασάλευση της εμπιστοσύνης του ασθενή για τις ευεργετικές επιδράσεις του φαρμάκου.

Προβλήματα που παρουσιάζονται στον άρρωστο απ' τη χρήση των φαρμάκων που αναστέλουν τον πόνο πρέπει να συζητούνται έγκαιρα με τον γιατρό πριν να προχωρήσουμε σε κάποια αλλαγή.

ΣΤ. Κακοσμία

Όταν η αλλοίωση των ιστών παραμένει ανοικτή, η κακοσμία είναι αναπόφευκτη και το πιο σπουδαίο μέτρο για την μείωση αυτής είναι η διατήρηση της καθαρής τραυματικής χώρας. Η κακοσμία είναι αποτέλεσμα των νεκρωθέντων ιστών και της εμφάνισης μολύνσεως. Το είδος του υγρού που θα χρησιμοποιηθεί για την πλύση του τραύματος θα εξαρτηθεί από την κατάσταση του τραύματος, η περιοχή γύρω από το τραύμα πρέπει να σαπουνίζεται και να διατηρείται καθαρή. Η επίδεση του τραύματος αλλάζεται όταν είναι λερωμένη

Ο αερισμός του θαλάμου, με τα προφυλακτικά μέτρα του ασθενούς από το κρύο, αποτελούν μέτρα για την μείωση ή την εξάλειψη της κακοσμίας.

Η χρήση αποσμητικών ουσιών για την μείωση της κακοσμίας του θαλάμου δεν θα πρέπει να αποτελούν μέτρα για τον περιορισμό της ανάγκης διατήρησης του τραύματος καθαρού.

Ζ. Εμφάνιση του ασθενή

Πολλές μορφές καρκίνου επηρεάζουν δυσμενώς την εμφάνιση του ασθενή. Όταν δε ο ασθενής τυχαίνει να είναι γυναίκα και μάλιστα σε μη προχωρημένη ηλικία και κυρίως άγαμη ή τυχόν δυσμορφία του ασθενή αποτελεί βασικό πρόβλημα. Η νοσηλεύτρια καλείται να βοηθήσει τον ασθενή να δεχθεί και να ανεχθεί την νέα της εμφάνιση και να αποδείξει διάφορα μέσα για την μείωση της δυσμορφίας.

Η φροντίδα η οποία απαιτείται κατά την νοσηλεία ασθενών που πάσχουν από καρκίνο σε διάφορα συστήματα θα αναπτυχθεί κατά τη συζήτηση της νοσηλευτικής φροντίδας των νοσημάτων κάθε συστήματος.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Ο κάθε άρρωστος έχει ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας και επίβλεψης ανάλογα με την κατάσταση του.

Οι καρινοπαθείς εκτός από μερικές κατηγορίες με ανάγκες για παροχή ειδικής νοσηλευτικής φροντίδας έχουν την ανάγκη της συνηθισμένης νοσηλευτικής φροντίδας με περισσότερη έμφαση στα παρακάτω:

- Ο ασθενής διαισθάνεται την στάση της νοσηλεύτριας, το να ξέρει δε αυτός, ότι η νοσηλεύτρια συναισθάνεται για την ασθένεια του αυτή, είναι σημαντικό σαν πρώτο βήμα στην εργασία της με τον ασθενή.
Επομένως

- Δείξε κατανόηση στον ασθενή και εμφάνιση της ευχάριστης όψης της ζωής. Αυτό του δίνει ελπίδα.

- Διατηρήστε την αξιοπρέπεια και την υπόληψη του ασθενή. Ίσως σε καμία άλλη ασθένεια δεν υπάρχει στον καρκίνο. Πολλοί ασθενείς οι οποίοι ξέρουν ότι έχουν καρκίνο λένε ότι δεν φοβούνται τόσο πολύ τον πόνο ή την δυσμορφία ή άλλη ειδική ήπωση της ασθένειας, όσο φοβούνται πιθανή απώλεια αυτοέλεγχου και της αξιοπρέπειας στα τελευταία στάδια της αρρώστειας.

- Καταβάλλεται προσπάθεια για να βοηθήσετε τον ασθενή να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του.

- Φροντίστε να μην εκτίθεται ο ασθενής κατά τη νοσηλεία

- Προσέξτε πολύ την καθαριότητα, την συμμετοχή του στον προγραμματισμό της φροντίδας του, εφόσον είναι ικανός γι' αυτό. Τα παραπάνω αποτελούν μέτρα τα οποία θα τον βοηθήσουν να διατηρήσει την αξιοπρέπεια του με την προσβολή της ασθένειας.

- Ευγένεια και θαλπωρή δίνει στον ασθενή αίσθημα ασφάλειας

- Ενθαρύνετε τον ασθενή να ενεργεί με τέτοιο τρόπο που να είναι ευχάριστος για τον εαυτόν του.

- Βοηθήστε στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης ότι είναι καλά και μπορεί να περιποιηθεί τον εαυτόν του.

- Ενθαρύνετε τον ασθενή να σηκώνεται απ' το κρεβάτι του εφόσον αυτό επιτρέπεται.

- Ενισχύστε τη συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενή στο κρεβάτι

- Η καλή διατροφή του ασθενή αποτελεί βασικό καθήκον της νοσηλεύτριας γιατί αφ'ενός μεν οι ανάγκες για καλή διατροφή του αρρώστου που πάσχει από καρκίνο είναι μεγαλύτερες, αφ'ετέρου δε η περιορισμένη διάθεση για φαγητό αποτελεί σύμπτωμα της ασθένειας. Η αποστροφή και κατάργηση της επιθυμίας για την πρόσληψη τροφής ποικίλει από άρρωστο σε άρρωστο. Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τις δυνατότητες διατροφής του ασθενή. Οι παράγοντες αυτοί πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη από την νοσηλεύτρια η οποία, διατηρεί εξ ολοκλήρου την ευθύνη της διατροφής του αρρώστου.

- Χρησιμοποιείτε τα νοσηλευτικά μέτρα που πρέπει διά την πρόληψη επιπλοκών όπως πνευμονίας, κατάκλισης, υποσιτισμού .

- Λάβετε κάθε μέτρο για την διατήρηση της καλής ατομικής καθαριότητας του ασθενή.

- Στο σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας να μην παραλείπετε εφ' όσον η κατάσταση του ασθενή το επιτρέπει, την εργασιοθεραπεία, γιατί η απασχόληση προλαβαίνει πολλά προβλήματα που προέρχονται από την ψυχική διάθεση του ασθενή.

- Ενισχύστε όσο γίνεται γρηγορότερα την αποκατάστασή του ασθενή εφ' όσον η αναπηρία αποτέλεσε πρόβλημα της νόσου.

- Ακόμη μην παραλείψετε να διδάξετε οποιονδήποτε έλθει σε επαφή με σας για την σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης του όγκου στην πρόγνωση της νόσου.

- Πριν από την αναχώρηση του ασθενή από το Νοσοκομείο, διδάξε σ' αυτόν τον τρόπο παροχής φροντίδας στον εαυτόν του., όπως στην χολοστομία, τραχειοτομή κ.λ.π. για την πλήρη αποκατάσταση. Οι ασθενείς πρέπει να αισθάνονται πως τίποτε δεν σταμάτησε το σχέδιο της ζωής τους και ότι μπορεί να συμμετέχουν σ' αυτή.

- Στην φροντίδα του καρκινοπαθή οι επιδιώξεις είναι ο περιορισμός της ασθένειας και η βοήθεια του αρρώστου να επανέλθει στην

φυσιολογική του ζωή. Για την κάλυψη των αναγκών του αρρώστου κατά την περίοδο αναζήτησης της νόσου, διάγνωσης και θεραπείας πρέπει να δοθεί στα εξής.

1. Στις ανάγκες του ασθενή σαν άτομο
2. Στις ανάγκες της νόσου
3. Στις ανάγκες από την μέθοδο της θεραπείας που εφαρμόζεται και
4. Στις ανάγκες από την επίδραση της θεραπείας στην ψυχική και φυσική κατάσταση του ασθενή.

Η ευθύνη μας σαν νοσηλεύτριες στην φροντίδα του ασθενή που είναι καταδικασμένος σε θάνατο συνίσταται στην κάλυψη των περισσότερων αναγκών είτε αυτές είναι φυσικές ή ψυχολογικές. Η ενθάρρυνση και η μετάγγιση ελπίδας θα περιορίσει την απαιθιοδοξία του ασθενή όσον αφορά την ασθένειά του.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Το έτος στο οποίο έγινε η διάγνωση του καρκίνου χωρίζεται σε μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Και αυτό γιατί ο καρκίνος είναι συνώνυμος με τον έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο αναπηρία εγκατάλειψη ή παθητική και αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας.

Ακόμη τόσο ο άρρωστος όσο και οι συγγενείς των διακατέχονται από αισθήματα φόβου ανησυχίας και αγωνίας, παράλληλα με τα παραπάνω συναισθήματα, ο ασθενής πάντοτε δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα, μοναξιάς, ντροπής και απογοήτευσης.

Η οικογένεια οι φίλοι του και δυστυχώς ανεπτυγμένοι συχνά, άνθρωποι, μεγαλώνουν της ιδέα, ότι η διάγνωση του καρκίνου είναι ισοδύναμη με τον θάνατο. Οι απόψεις αυτές και αν δεν γίνουν γνωστές, τίς διαί σθάνονται οι ασθενείς, των οποίων η αγωνία αυξάνεται ώστε να έχουν αρκετή επίδραση στη θεραπεία τους και να περνούν τα στάδια αβεβαιότητας.

Αλλά γιατί τόσος φόβος για τον καρκίνο; Η διάγνωση ενός εκτεταμένου εμφράγματος μυοκαρδίου δεν είναι περισσότερο ελπιδοφόρος από τον καρκίνο και εν τούτοις ενώ αισιοδοξούμε για το έμφραγμα απελπιζόμαστε για τον καρκίνο.

Μόνο, όταν στην περίπτωση του καρκίνου πεισθούμε ότι δεν μπορούμε να γνωρίζουμε, τι είναι δυνατόν να συμβεί στον ασθενή, τότε η προσφορά μας θα συνοδεύεται από την ελπίδα και θα μπορούμε να καταβάλλουμε κάθε προσπάθεια για την διατήρηση του αρρώστου στη ζωή. Είναι επιτακτική η ανάγκη να αναθεωρήσουμε τις απόψεις μας απέναντι στην ασθένεια, η αναθεώρηση όμως αυτή θα επηρεάσει τα συναισθήματα μας απέναντι σ' αυτή και τότε θα μπορούσαμε να βοηθήσουμε τον ασθενή να ξεπεράσει τους φόβους του και να αντιμετωπίσει με πίστη και

και αισιοδοξία το μέλλον. Ακόμη, θα πετύχουμε να βοηθήσουμε τον ασθενή, όταν κατορθώσουμε να μην διεισδύσουμε στον πόνο του αρρώστου, αλλά να κατανοήσουμε αυτόν, χωρίς να έχουμε απομακρυνθεί συγχρόνως από τον άρρωστο και τον κόσμο του.

Συμβαίνει όμως να αρνούμαστε να ακούσουμε τον ασθενή, αν περιγράφει τους φόβους του ή ακόμη συμβαίνει να διηγούμαστε σ' αυτόν μιάν αστεία ιστορία ενώ εκείνος αγωνιά. Έχει ειπωθεί ότι "άθελά μας απορίπτωμεν ότι δεν μπορούμε να χειριστούμε με επιτυχία", αλλά αυτός είναι εσφαλμένος τρόπος αντιμετώπισης. Μόνο με την συμμετοχή διαλύονται οι σκέψεις του. Απλές ανακοινώσεις, διευκρινήσεις παρανοήσεων, σταθερό ενδιαφέρον ελλατώνουν τους φόβους και τις ανησυχίες. Ακόμη η αποφυγή της χρησιμοποιήσεως με μεγάλη προσοχή της λέξης "καρκίνος" στον ασθενή ο οποίος ξέρει τη διάγνωση της νόσου του, ανακλά τα αισθήματα φόβου του προσώπου αυτού για το είδος της νόσου. Είναι καλύτερα να πει "εάν εσένα (γιατρέ) σε φοβίζει ή σε σοκάρει η ασθένειά μου φοβίζει και σοκάρει κι εμένα (ασθενή)". Αλλά αν εσύ είσαι ήρεμος και έχεις τον έλεγχο της κατάστασης που παρουσιάστηκε είμαι κι εγώ".

Η άρνηση της αποδοχής της διάγνωσης της νόσου αποτελεί, όχι σπάνια, τρόπο αντίδρασης της καρκινοπαθούς, η άρνηση της νόσου μπορεί να χαρακτηριστεί σαν καλή αντίδραση του πασχοντα, από καρκίνο κακής πρόγνωσης.

Προσοχή χρειάζεται στη συμπεριφορά αυτή του ασθενή, γιατί είναι δυνατόν να αρνηθεί την καθορισθείσα θεραπεία και ιατρική παρακολούθηση.

Η απώλεια λειτουργίας μερικών οργάνων, όπως της γεύσης, της αφής, ομιλίας κ. α και η δυσμορφία από τη νόσο αποτελούν ερεθίσματα ψυχικής έντασης. Η νοσηλεύτρια καλείται να βοηθήσει τον ασθενή για την αντιμετώπιση αυτών με την κάλυψη της δυσμορφίας με μπιζού κλπ.

και την αποκατάσταση της τυχόν αναπηρίας.

Ακόμη ο φόβος τη αποδοχής η μή, του ασθενή από την οικογένεια, ή τους άλλους φίλους τους, πολλές φορές δεν είναι δυσανάλογη της πραγματικότητας. Εδώ καλείται η αδελφή ~~ώ~~ να μπορέσει να προχωρήσει με αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.

Συχνά οι ασθενείς εμφανίζουν αισθήματα εχθρικότητας για το περίβλλον, οι καταστάσεις αυτές μπορεί να είναι προσωρινές, η δε νοσηλεύτρια η οποία βρίσκετε κοντά στον ασθενή μπορεί να προσφέρει πολύτιμη βοήθεια για την αποκατάστασή του.

Αλλά πρέπει ο ασθενής να γνωρίζει την διάγνωση της νόσου από καρκίνο;

Η ερώτηση αυτή για τους καρκινοπαθείς ασθενείς έχει απασχολήσει και απασχολεί ακόμα γιατρούς, ψυχιάτρους, εκκλησία και όλους εκείνους που εργάζονται κοντά του, για να προστεθεί ένα μεγάλο ερώτημα και σε μας τις νοσηλεύτριες. Και μεις τι θα απαντήσουμε; Θα του κρύψουμε την αλήθεια; Πρέπει ο ασθενής να ξέρει την διάγνωση της νόσου. Πρέπει ο ασθενής να ξέρει τους ανθρώπινους υπολογισμούς για το χρόνο ζωής του;

Ο τρόπος με τον οποίο ένας ασθενής δέχεται την πληροφορία, ότι έχει καρκίνο, συχνά εξαρτάται από την ψυχοσύνθεση και τον χαρακτήρα του, από τη φιλοσοφία του για την ζωή και τις απόψεις του για την ζωή και το θάνατο. « Η μεγαλύτερη ανακούφιση μπορεί να είναι η θρησκευτική παρηγοριά ».

Ακόμα όλες οι λέξεις δεν έχουν το ίδιο νόημα για κάθε άτομο. Αν γνωρίζουμε μία ορισμένη λέξη τι σημαίνει σε ένα συγκεκριμένο άτομο τότε μόνο μπορούμε να την χρησιμοποιούμε. Οι εντυπώσεις, οι γνώσεις, οι παραστάσεις οι ψυχολογικές και άλλες εμπειρίες του ασθενή για την λέξη καρκίνος θα ρυθμίσουμε τη συμπεριφορά μας απέναντι στο ερώτημα " Πρέπει ο ασθενής να γνωρίζει την διάγνωση της νόσου.

Παρακάτω αναφέρονται οι δυσμενείς επιδράσεις τις οποίες μπορεί να υποστεί ο ασθενής όταν δεν γίνεται σωστά η διάγνωση της νόσου.

Ο ασθενής πολλές φορές πληροφορείται την ασθένειά του από συνασθενείς, επισκέπτες και όχι σπάνια, άτεχνα από τον γιατρό ή την νοσηλεύτρια. Η ενημέρωση του ασθενή με τον τρόπο αυτό για τη νόσο του αποτελεί τραυματική εμπειρία, δισσαλεύει την πίστη και την εμπιστοσύνη στον θεράποντα γιατρό και τη νοσηλεύτρια.

Εφ' όσον ο ασθενής αγνοεί τη νόσο φυσικό είναι να μην ακολουθεί την θεραπεία η οποία πολλές φορές δεν έχει λογική σύνδεση με την διάγνωση της νόσου και τις κατά περιόδους ιατρικές εξετάσεις του ασθενή.

Αλλά και η ενημέωση του αρρώστου για τη νόσο πολλές φορές οδηγεί και στην αυτοκτονία ακόμα. Είναι γεγονός ότι η αυτοκτονία από την διάγνωση της νόσου δεν αποτελεί συχνό φαινόμενο όταν ο ασθενής πάρει με κατανόηση τις απαραίτητες πληροφορίες, και εξηγηθούν σ' αυτόν όλες οι απόψεις της νόσου και οποίες δεν είναι μόνο δυσάρεστες αλλά πολλές φορές και ελπιδοφόρες.

Από πολλούς πιστεύεται ότι αν η ενημέρωση του αρρώστου γίνει βάσει προγράμματος με το οποίο να καταβάλλεται προσπάθεια για την διάλυση αβασίμων φόβων στην τοποθέτηση του καρκίνου μεταξύ πολλών ανεπτυγημένων ασθενειών, στην κινητοποίηση ψυχικών και φυσικών δυνάμεων του αρρώστου για την αντιμετώπιση της νόσου, θα βοηθήσει περισσότερο ανθρώπους και δεν θα βλάψει ίσως κανέναν.

Αναμφίβολα πρέπει να σημειωθεί ότι η κάθε περίπτωση του ασθενή και στο θέμα καυτό πρέπει να εκτιμάται σαν ειδική περίπτωση και έτσι να χειρίζεται.

Δυο κυρίως παράγοντες είναι αποφασιστικότεο κατά πόσον ο ασθενής θα πληροφορηθεί ότι πάσχει από καρκίνο.

1. Η ψυχική δύναμη και ψυχραιμία την οποία διαθέτει ο ασθενής προκειμένου να παρθεί απόφαση γιὰ το αν πρέπει να πούμε στον ασθενή η ανεπιθύμητη διάγνωση της νόσου ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να εκτιμήσουν την στάση του ασθενούς απέναντι στη νόσο, τι αναμένεται απ' την ιατρική περίθαλψη, το φόβο τον οποίο τρέφει γιὰ τον καρκίνο και το θάνατο.

Η συγκέντρωση πληροφοριών όπως σημειώνεται παρακάτω κατά τις απόψεις των ψυχιάτρων, θα βοηθήσει στη λήψη αποφάσεων γιὰ το κατά πόσο η διάγνωση της νόσου, θα πρέπει να γίνει γνωστή στον ασθενή.

α) Εκτίμηση της δυνατότητας του ασθενή να συνηθίσει και να αποδεχθεί τον αποχωρισμό ή την αποκοπή με όλους.

β) Προσοχή σε γεγονότα του παρελθόντος της ζωής του ασθενή και μάλιστα σ' αυτά που προκάλεσαν ψυχική ένταση.

γ) Ο ρόλος του ασθενή στην οικογένεια.

δ) Γρήγορη προσαρμογή στις δυσκολίες της ζωής και στην ασθένεια.

Τέλος η άρνηση του ασθενή να χειρουργηθεί ή να υποβληθεί σε θεραπεία, επιβάλλει, ορισμένες φορές να πληροφορηθεί τη σοβαρότητα της νόσου.

2. Τα αισθήματα του γιατρού, της νοσηλεύτριας και των μελών της οικογένειας απέναντι στη νόσο τα οποία ανά πάσα στιγμή πρέπει να εκτιμούνται.

Δυστυχώς υπάρχει περίπτωση κατά την οποία ο γιατρός ανακοινώνει τη διάγνωση στον ασθενή ενώ ο ίδιος ο γιατρός είναι κατάμεστος από αρνητικά συναισθήματα απέναντι στη νοσο- από φόβο μήπως κάποιος άλλος συνάδελφος ανακοινώσει την αλήθεια και έτσι χάσει την φήμη του καλού γιατρού. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός αδυνατεί να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει την ασθένειά του και επομένως η ενημέρωση του ασθενή γιὰ τη νόσο είναι εκ των προτέρων διαγραμμένη σαν καταστρεπτική.

Τα συναισθηματά μας και ιδιαίτερα σε καταστάσεις άγχους και απωθήσεις είναι μεταδοτικά. Ακόμη και η μεγάλη προφύλαξη στη χρήση της λέξης "καρκίνας" αντανακλά τα αρνητικά μας συναισθήματα απέναντι στη νόσο. Επιτακτική λοιπόν είναι η ανάγκη όπως το προσωπικό που έχει επιφορτισθεί με την φροντίδα και την θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς, αποφεύγει τη συμπεριφορά η οποία υπονοεί φόβο, τρόμο, ληλασία, λύπη και πολλά άλλα παρόμοια τέτοια. Πρέπει με την συμπεριφορά του να δείχνει ότι θεραπεύει ασθενή ο οποίος δεν πάσχει από διαφορετικό νόσημα σε σχέση με άλλα σοβαρά νοσήματα από τα οποία πάσχουν άλλοι ασθενείς. Αλλά δυστυχώς σε πολλούς ασθενείς η συμπεριφορά του αρμοδίου προσωπικού είναι η ακτινοβολία των ιδίων των αισθημάτων απέναντι στον καρκίνο τα οποία όχι σπάνια αφήνουν στον ασθενή τα εξής νοήματα: "Έχεις καρκίνο, η πρόγνωση είναι κακή και χωρίς ελπίδα. Δεν μου αρέσει να ασχολούμαι με περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι δεν αντιδρούν στη θεραπεία. Με κάνεις να αισθάνομαι ανεπαρκής γι' αυτό σε παρακαλώ μη με ενοχλείς....."

Γιὰ να αποβεί η επαφή του υγειονομικού προσωπικού με τον ασθενή θεραπευτική πρέπει να γνωρίζουμε τον ασθενή την οικογένεια του ασθενή και τον εαυτό μας. Τι πρέπει λοιπόν να γνωρίζουμε γιὰ τον ασθενή.

1. Τον ρόλο του στην οικογένεια
2. Την μόρφωσή του
3. Την αντίληψη την οποία έχει γιὰ τον εαυτόν του
4. Την ικανότητα προσαρμογής σε προηγούμενες δυσκολίες
5. Το στάδιο της νόσου
6. Τις ερωτήσεις τις οποίες υποβάλλει
7. Την ανάγκη συνεργασίας στην θεραπεία του
8. Το θρησκευμά του
9. Τις σχέσεις του με τον θεράποντα γιατρό
10. Την προηγούμενη προσαρμογή του με νόσο

11. Την παρουσία ή όχι αισθήματος ενοχής για τη νόσο του
12. Τη διάρκεια της νόσου
13. Τις ανάγκες του ασθενή
14. Την προηγούμενη εμπειρία με το θάνατο
15. Τον τρόπο νοσηλείας του (νοσοκομείο, σπίτι)
16. Το νόημα της παρούσας νόσου για τον ασθενή

Ίσως σε καμία άλλη ειδικότητα της ιατρικής- με εξαίρεση ίσως της ψυχιατρικής - η ανάλυση ίσως της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή και στην ιδιοσυγκρασία αυτού έχουν τόσο σημασία όσο και στους καρκινοπαθείς ασθενείς:

Τι πρέπει να γνωρίζουμε για την οικογένεια του ασθενή.

1. Ποιό είναι το ισχυρότερο μέλος της οικογένειας
2. Τη στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στον ασθενή
3. Την οικονομική κατάσταση
4. Την στάση της οικογένειας απέναντι στη νόσο και στη ιατρική περιθαλψη
5. Τις διαφορες οικογενειακές πιέσεις
- 6.6. Τις διάφορες ερωτήσεις από τα μέλη της οικογένειας
7. Την ανάγκη για συνεργασία με τα μέλη της οικογένειας
8. Τις σχέσεις και την επαφή μεταξύ των μελών της οικογένειας
9. Εάν η οικογένεια παίρνει κοινωνική βοήθεια κ.ά.

Τι θα πρέπει να γνωρίζουμε για τονεαυτό μας

1. Τα συναισθήματά μας απέναντι στηννόσο
2. Τα συναισθηματα μας απέναντι στον θάνατο
3. Τη φιλοσοφία μας απέναντι στο θάνατο
4. Το βαθμό επαφής τον οποίο έχουμε αναπτύξει με τον ασθενή.
5. Το βαθμό επαφής τον οποίο έχουμε με τα μέλη της οικογένειας του ασθενή.
6. Την εμπιστοσύνη την οποία τρέφει ο ασθενής για μας
7. Την δυνατότητα την οποία έχουμε για τον χειρισμό του θέματος.

Η γνωριμία μας με τον ασθενή την οικογένειά του και τον εαυτόν μας θα βοηθήσουν να πετύχουμε το χειρισμό του δύσκολου θέματος. "Η γνωστοποίηση της νόσου " καρκίνος" στον ασθενή

Τι να πούμε στον ασθενή

1. Η ακριβής φύση της νόσου
2. Ο αναμενόμενος μέσος όρος ζωής της νόσου
3. Ηαισιόδοξη άποψη για τη νόσο
4. Η ένταση λεπτομερειών τις οποίες ζητά ο ασθενής και οι συγγενείς του

Πότε θα πούμε στον ασθενή τις παρακάτω πληροφορίες:

1. Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε συναισθηματική ισοροπία
2. Όταν ο ασθενής μπορεί να δεχθεί τις πληροφορίες αυτές δημιουργικά.
3. Όταν το προσωπικό (γιατρός, νοσηλεύτρια) έχει καλή επαφή με τον ασθενή
4. Όταν οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και του ασθενή είναι καλές.
5. Όταν η απόφαση της ανακοίνωσης των παρακάτω πληροφοριών έχει ειπωθεί αντικειμενικά
5. Όταν υπάρχει κίνδυνος, κάποιος αναρμόδιος, να ανακοινώσει την διάγνωση στον ασθενή

Πως να πούμε τις παρακάτω πληροφορίες

1. Με τον καλύτερο και καταλληλότερο για κάθε ασθενή τρόπο

Τις πληροφορίες μας πρέπει να κατευθύνουν, η συμπόνοια, η στοργή, η εξ επαγρύπνηση, ο ανθρωπισμός, η επίγνωση της σοβαρής και ιδιόρρυθμης θέσης, στην οποία πολλές φορές βρίσκεται αυτός, η σύνεση, η προσοχή, η ανοχή και ιδιαίτερα η περιποίηση του ασθενή με στοργή. Έτσι θα μπορέσουμε να αποσπάσουμε την συμπαθεια του ασθενή και ~~θα~~ επιβληθούμε ώστε να δέχεται όσα του λέμε καθώς και την θερα-

πεία που του υποδείξαμε.

Οι απαντήσεις της νοσηλεύτριας στις ερωτήσεις των ασθενών και οι πληροφορίες οι οποίες δίνουν πρέπει πάντοτε να συμβαδίζουν με το πνεύμα του θεράποντος γιατρού.

Ο ασθενείς συνήθως είναι μέλη οικογενείας. Γι' αυτό μία διάγνωση καρκίνου έστω και με καλή πρόγνωση, συνήθως απειλεί όλη την οικογένεια. Το πρωταρχικό πρόβλημα είναι ότι απειλείται η ζωή ενός αγαπημένου προσώπου.

Η επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τους συγγενείς του ασθενή είναι απαραίτητη, γιατί βρίσκονται σε περίοδο που χρειάζονται ενίσχυση. Οι συγγενείς έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι οι ασθενείς τους βρίσκονται, σε έμπειρα χέρια. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποτελεί στο συνδετικό κρίκο οικογένειας και ασθενή, και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλαμβάνουν τον ασθενή στα προβλήματα και τα σχέδια της οικογενείας με την συμμετοχή του σ' αυτά, όσο είναι δυνατόν.

Τα παιδιά που προσβάλλονται από καρκίνο εμφανίζουν μεγαλύτερη ψυχραιμία από τους γονείς τους, η οποία οφείλεται στην άγνοια. Ακόμη ο συναισθηματισμός των παιδιών απέναντι στους γονείς τους επιβάλλει να δείχνουν θάρρος και ψυχραιμία μεγαλύτερη απ' αυτούς.

Η σκέψη νοσηλεύοντας τον καρκινοπαθή, ότι βρισκόμαστε ενώπιον ασθενή, ο οποίος έχει σήμερα στη χώρα μας πολλούς προχωρεί προς τον θάνατο διά μεδού μεγάλης ταλαιπωρίας και πόνου μας δημιουργεί επιτακτική την ανάγκη να γνωρίσουμε τα συναισθήματά του απέναντι στο θάνατο. Η νοσηλεύτρια η οποία έχει κάνει προσωπική την χριστιανική φιλοσοφία περί θανάτου, μπορεί να δώσει στον ετοιμοθάνατο ασθενή: ανακούφιση και δύναμη.

Κάθε περίπτωση ασθενή είναι διαφορετική και ποτέ δεν συνηθίζεται. Οι αντιλήψεις των ασθενών οι οποίοι πεθαίνουν, όπως και των συγγενών τους, διαφέρουν και είναι η συνισταμένη πολλών παραγόντων,

όπως θρησκευτικών, πεποιθήσεων, καλλιέργειας, αγωγής, προοπτικής ζωής, τρόπου ζωής, μόρφωση κοινωνική τάξης κ.λ.π.

Η νοσηλεύτρια προετοιμάζει τον ασθενή της για την μετάβαση από την παρούσα στη μέλλουσα ζωή προσφέροντας και δημιουργώντας ατμόσφαιρα γαλήνης και παρηγοριάς. Τέτοια ατμόσφαιρα συμβάλλει στη μείωση της ψυχικής έντασης, αγωνίας, και άγχους τα οποία δοκιμάζουν οι καρκινοπαθείς που βρίσκονται προ του γεγονότος του θανάτου

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου

Έχει διεθνώς αναγνωριστεί η ανάγκη συνεχούς επιμόρφωσης και συμμετοχής στην πληροφόρηση και τις διάφορες δραστηριότητες για πρόληψη και αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκαλεί ο καρκίνος, όλων εκείνων που εργάζονται στον τομέα αυτό. Ο νοσηλευτικός τομέας για να είναι σύγχρονος πρέπει να συμμετέχει και αυτός ενεργά όχι μόνο καλύπτοντας τις ανάγκες ρουτίνας αλλά και διερευνώντας νέες μεθόδους και τρόπους αντιμετώπισης στη νοσηλεία του καρκίνου.

Οι νέες θεραπείες η βελτίωση σε ορισμένους τύπους νεοπλασιών της θεραπευτικής απόδοσης, αλλά και η παράλληλη δημιουργία νέων συνθηκών και προβλημάτων καλούν το νοσηλευτικό τομέα στην υποχρέωση να είναι πάντα σύγχρονος.

Η νοσηλεύτρια που παραμένει περισσότερο από κάθε άλλο στέλεχος κοντά στον άρρωστο πρέπει εκτός από τις τεχνικές γνώσεις της δουλειάς της να κατέχει και γενικότερες γνώσεις ογκολογίας.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην ανίχνευση του καρκίνου

Διεθνώς έχει αναγνωρισθεί ο σημαντικός ρόλος της νοσηλεύτριας στην προσπάθεια ανίχνευσης του καρκίνου.

Υπάρχουν εμπειρίες όπως η διαπαιδαγώγηση νοσηλευτριών για κλινική εκτίμηση της νόσου, η απόδοση της οποίας βρέθηκε πάνω από 97% σε σύγκριση με ιατρική εκτίμηση, σε μεγάλο αριθμό ασθενών.

Η λύση σε πολλά προβλήματα του καρκίνου πιστεύεται ότι βρίσκεται στην έγκαιρη διάγνωση και τούτο εξαρτάται από την καλύτερη διαφώτιση του κοινού.

Η νοσηλεύτρια έχει αποδειχθεί ικανόσφορέας και στον τομέα αυτόν. Η πείρα της νοσηλεύτριας σε θέματα νοσηλείας, αναγκών των ασθενών συμπεριφοράς κ.λ.π. αποδείχθηκε σημαντική. Συνήθως λόγω της μεγαλύτερης επαφής με τον άρρωστο και το περιβάλλον του η νοσηλεύτρια έχει καλύτερη επίγνωση των προβλημάτων και του τρόπου που πρέπει να αντιμετωπισθούν.

Σημαντική προσφορά είναι επίσης ότι η νοσηλεύτρια ξέρει να συ-

νεργάζεται για τούτο ήταν το βασικό στοιχείο της εκπαίδευσης της όπως και η καλλιεργημένη τάση προσφοράς υπηρεσίας και βοήθειας.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην επιμόρφωση του κοινού.

Στόχος της επιμόρφωσης του κοινού είναι η μεταφορά όλων εκείνων των πληροφοριών που θα το βοηθήσουν στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου.

Ο όγκος αυτών των πληροφοριών είναι τεράστιος, από τα προφυλακτικά μέσα για μείωση της συχνότητας, την έγκαιρη διάγνωση, τη σωστή επιλογή σε περίπτωση εκδήλωσης της νόσου μέχρι τη λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση, την ανακούφιση την εκμάθηση βασικών φροντίδων περιποίησης, ψυχικής υποστήριξης και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής.

Όχι μόνο η μεταφορά αλλά και ο τρόπος, η μεθόδευση, παρουσίαση των πληροφοριών αυτών έχει ανάγκη ειδικού χειρισμού.

Η πίστη κινάει βουνά. Μόνο άτομα που πιστεύουν στην ανάγκη μιάς τέτοιας επιμόρφωσης και αυτό βρίσκεται μέσα στην ευθύνη αυτών που προγραμματίζουν τέτοιες δραστηριότητες βρίσκουν τον χρόνο και το ενδιαφέρον να ασχοληθούν.

Η νοσηλεύτρια κινείται σε ένα ευρύ κοινωνικό πλαίσιο και στον εξωνοσοκομειακό χώρο, σχολεία, σε βιομηχανίες σε ιατρεία, στα σπίτια, χιλιάδες αδελφές καθημερινά συναντούν εκατομμύρια ανθρώπων και συνδυάζουν την προσφορά φροντίδων και πληροφοριών.

Λόγω της στενής επαφής με την νόσο, τον ασθενή και το περιβάλλον του η νοσηλεύτρια γνωρίζει την τρομερή επίπτωση όχι μόνο σε πόνο και αγωνία αλλά και στις ιατρικές παροχές και το οικονομικό κόστος όλων αυτών.

Γνωρίζει την αξία της έγκαιρης διάγνωσης και την θεραπευτική ικανότητα στα διάφορα στάδια της νόσου, το ενδιαφέρον από μέρους

της νοσηλεύτριας για επιμόρφωση του κοινού αυξάνει το φάσμα της επαγγελματικής της ευθύνης διαμορφώνοντας νέους στόχους.

Οι κοινωνικοί προγραμματισμοί έχουν σαν βάση τις υπάρχουσες κοινωνικές ανάγκες χώρες με υψηλή συχνότητα καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ή του πνεύμονα ή του στομάχου οφείλουν να ασχοληθούν ιδιαίτερα με τα προβλήματα αυτά.

Στους προγραμματισμούς αυτούς οι λεπτομέρειες καμία φορά έχουν ιδιαίτερη σημασία π.χ. καλή δημιουργία προσφοράς χωρίς δυνατότητα προσέλευσης των ενδιαφερομένων.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι για επιμόρφωση του κοινού αλλά αν πρόκειται να αναφέρη κάποιος μερικούς σημαντικούς αυτοί θα ήταν

1. Πρόγραμμα ανίχνευσης καρκίνου (δέρμα, στόμα, μαστός, ορθός μήτρα, προστάτης).
2. Προγράμματα με στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς του κοινού
3. Επιμόρφωση και εντόπιση καρκίνου
4. Κινητές διαγνωστικές μονάδες
5. Τηλεδραση
6. Αναλυτική μελέτη πληθυσμού με υψηλό κίνδυνο καρκίνου
7. Κινητοποίηση, συμμετοχή του κοινού
8. Κινητοποίηση του ενδιαφέροντος της γυναίκας στον καρκίνο
9. Αντικαρκινική εκστρατεία
10. Αντιμετώπιση ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που προκαλεί η νόσος.

Η ψυχολογική αποκατάσταση του καρκινοπαθούς πρέπει να είναι ένα από τα κύρια μελήματα κάθε προσπάθειας θεραπευτικής. Έχει αποδειχθεί ότι η επιμόρφωση του κοινού και η πληροφόρηση των αρρώστων βοηθούν για μία καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου.

Σε πολλές χώρες η πληροφόρηση αυτή δεν γίνεται γιατί πιστεύεται ότι κάνει κακό στον άρρωστο, μία θέση τέτοια λανθασμένη όπως

γνωρίζουν καλύτερα όσοι εργάζονται με καρκινοπαθείς. Ο άρρωστος ζητά σαφείς και αληθινές απαντήσεις στα ερωτήματά του, Η ψυχολογική και κοινωνική απομόνωση του καρκινοπαθούς έχει καταστρεπτικές ικανότητες στο εγώ του, στη διάθεσή του να κινητοποιήσει τις δυνάμεις του γιά να παλαίψη.

Οι δεσμοί γιατρού-νοσηλεύτριας-ασθενούς πρέπει να επιτρέπουν συνεργιακή απόδοση και όχι να ακρωτηριάζονται μέσα σ'ένα περιβάλλον φεύτικης πραγματικότητας. Η επικοινωνία, η συζήτηση, η πληροφόρηση η γνώση δίνουν τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος σε άτομα που δεν έχουν τις βασικές επιστημονικές γνώσεις και επιτρέπουν την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση.

Το πνεύμα αμφιβολίας δημιουργεί την καχυποψία, αυξάνοντας έτσι την ψυχολογική πίεση δημιουργώντας ένα σωρό εμπόδια στην αντιμετώπιση της νόσου.

Είναι βασικό να υπάρχει αλληλοβοηθούμενος μηχανισμός υποστήριξης μεταξύ των ανθρώπων που εργάζονται με καρκινοπαθείς. Από τη φύση το επάγγελμα της νοσηλεύτριας προϋποθέτει την ύπαρξη μηχανισμών ψυχικής υποστήριξης. Ο πόνος, η δυστυχία, ο φόβος, ο θάνατος, είναι καθημερινά μπροστά μας. Ξαν άτομο κάθε νοσηλεύτρια έχει διαφορετική ικανότητα να αντιμετωπίσει την πίεσή τους. Ποι προσωπικές αξίες τα συναισθήματα, η συμπεριφορά της δοκιμάζονται συνεχώς η συνοχή, η συνεργασία η επικοινωνία με τα άλλα μέλη της ομάδας που έρχεται σε επαφή με τον άρρωστο είναι απαραίτητες.

Έτσιμόνο και η νοσηλεύτρια μπορεί να γίνεται συνεχώςσύγχρονη και ικανή γιά να αντιμετωπίσει τα νέα προβλήματα που φέρνει η κάθε ημέρα.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη διατροφή του καρκινοπαθούς

Παρά την διαπίστωση ότι ο καρκίνος στην εξέλιξή του συνοδεύεται συχνά από καχεξία εν τούτοις μόνο τελευταία αυξήθηκε το ενδιαφέρον

του ρόλου που μπορεί να παίξει η διατροφή όχι μόνο στην καρκινογένεση και στην προώθηση της νεοπλασματικής διαδικασίας αλλά έμεσα και έμμεσα στη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου.

Στα παιδιά ο καρκίνος δημιουργεί ειδικά προβλήματα διατροφής λόγω της ηλικίας τους τα παιδιά έχουν ανάγκη ορισμένης τροφής, ειδικού τρόπου χορήγησης, έχουν δηλαδή ειδικά προβλήματα διατροφής.

Η άνεση του περιβάλλοντος και η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου είναι συνθήκες που παίζουν ιδιαίτερο ρόλο στην προσπάθεια διατροφής του καρκινοπαθούς και ιδιαίτερα στο παιδί με καρκίνο.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας. Η αντιμετώπιση των ειδικών προβλημάτων κάθε αρρώστου που είναι συνδεδεμένα με την πάθησή του, η διάμρφωση ευχάριστου περιβάλλοντος, η προετοιμασία και παρουσίαση της τροφής, οι διάφοροι τρόποι χορήγησης της τροφής, η πληροφόρηση της στις συνθήκες του αρρώστου πάνω στην τροφή του και η παρακολούθηση του βάρους του είναι βασικής σημασίας και διαμορφώνουν το ρόλο της νοσηλεύτριας.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην αποκατάσταση του καρκινοπαθούς

Σήμερα η αποκατάσταση του καρκινοπαθούς σωματική και ψυχοκοινωνική θεωρείται αναπόσπαστο τμήμα της όλης θεραπευτικής προσπάθειας και αρχίζει από τη στιγμή που είναι γνωστή η διάγνωση της νόσου.

Ποιά είναι η αξία να σωθεί μία ζωή εάν το άτομο δεν αποκατασταθεί ψυχικά και δεν ενταχθεί ξανά μέσα στην κοινωνική δραστηριότητα.

Σωματικά η χειρουργική για καρκίνο προκαλεί βαρείες αναπηρίες (Ακρωτηριασμοί άκρων, απώλεια ομιλίας, κολοστομίες, απώλειες οράθως, σεξουαλική ανικανότητα, μείωση αναπνευστικής ικανότητας κλπ) παράλληλα η μορφολογική εμφάνιση του ατόμου, η εικονική του ταυτότητα αλλάζει (εκτεταμένες εξαιρέσεις στο πρόσωπο, μαστεκτομή, ακρωτηριασμοί κ.λ.π.)

Οι αλλαγές αυτές στη σωματική λειτουργία και εμφάνιση μαζί με

το φόβο που προκαλεί η διάγνωση του καρκίνου εκτροχιάζουν ψυχολογικά το άτομο, το αποξενώνουν από το νόημα της ζωής.

Στόχος της ιατρικής δεν είναι η διατήρηση μιάς οποιασδήποτε ζωής αλλά η όσο το δυνατόν επανεξέταση του αρρώστου μέσα στα πλαίσια σωματικής και ψυχικής υγείας που έχουμε καθορίσει. Έτσι γίνεται πιά εύκολα αντιληπτή η θέση που έχει η δραστηριότητα αυτή της ψυχολογίας αποκατάστασης του αρρώστου που πρέπει να τύχη της μεγαλύτερης βοήθειας μας. Οι άλλες αποκαταστάσεις, οι σωματικές, οι λειτουργικές οι αισθητικές και οι κοινωνίες είτε ακολουθούν εύκολα όταν υπάρξει ψυχολογική αποκατάσταση.

Πέρα από αυτά σήμερα γνωρίζουμε ότι η ψυχική δύναμη συμμετέχει σαν παράγοντας καλής πρόγνωσης τόσο στην προϋλάξη όσο και στην εξέλιξη της νόσου. Έτσι η ψυχολογική κατάσταση του καρκινοπαθούς δεν μπαίνει μόνο σαν κοινωνική υποχρέωση αλλά είναι και θεραπευτική αναγκαιότητα.

Οι προσπάθειες αποκατάστασης δεν απευθύνονται μόνο στους ασθενείς με καλή πρόγνωση αλλά σε όλους γιατί έχουν σαν στόχο την ποιότητα της ζωής όσο κι αν απομένει στον άρρωστο,

Ακόμη και στα τελικά στάδια της νόσου ακόμα και όταν κάθε προσπάθεια διατήρησης της ζωής φαίνεται ή είναι χωρίς δυνατότητα η βοήθεια στον άρρωστο να αντιμετωπίσει τα άμεσα προβλήματα και το θάνατο είναι ανυπολόγιστης αξίας.

Η αποκατάσταση στον άρρωστο του αισθήματος ότι είναι χρήσιμος και ότι τον υπολογίζουν και τον σέβονται σαν άτομο είναι βασικής σημασίας στην προσπάθειά του να διατηρηθεί στη ζωή, να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του, να παλαίψει για την υγεία του. Ασθενείς που απομωνώνονται διατηρούν μικρό ενδιαφέρον στις απαιτήσεις και ανάγκες της θεραπείας, της παρακολούθησης της εκτέλεσης εξετάσεων και στην

αντιμετώπιση των καθημερινών . . . προσωπικών και κοινωνικών υποχρεώσεων.

Ανεξάρτητα από την ειδική βοήθεια που θα χρειασθεί κάθε συγκεκριμένος άρρωστος για μία πετυχημένη προσπάθεια αποκατάστασης πρέπει πρώτα όλοι εκείνοι οι άνθρωποι που συμμετέχουν στη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου να έχουν πλήρως πληροφορηθεί για την ανάγκη και τις δυνατότητες της αποκατάστασης.

Ο γιατρός πρέπει να συνειδητοποιήσει το μέγιστο της προσφοράς της προσπάθειας αυτής α) στην αποδοχή από μέρους του αρρώστου των διαφόρων επιπτώσεων της θεραπείας β) στην εξέλιξη της νόσου γ) στη ψυχολογική ισορροπία του.

Το νοσηλευτικό προσωπικό περισσότερο από κάθε άλλον, πρέπει να δείξη απεριόριστη φαντασία και εφευρετικότητα στην αντιμετώπιση όλων εκείνων των λεπτομερειών που συνθέτουν το αίσθημα ανασφάλειας, φόβου και τις σωματικές και λειτουργικές διαταραχές του αρρώστου. Η διαμόρφωση του περιβάλλοντος, η προσωπική μας εμφάνιση, ο τόνος ομιλίας μας ο τρόπος συμπεριφοράς μας, η πληροφόρηση για τις εξετάσεις τα μηχανήματα, τους γιατρούς, τις εγχειρήσεις, τις άλλες θεραπείες, την παρακολούθηση, τις επιπτώσεις των θεραπειών, τις δυνατότητες σωματικής και λειτουργικής αποκατάστασης, την πρόγνωση και την εξέλιξη της νόσου, η ενημέρωσή μας πάνω στην οικογενειακή κατάσταση, στην εργασία, στις ατομικές συνθήκες και συνήθειες του αρρώστου, στις θρησκευτικές του πεποιθήσεις στις κοινωνικές του προτιμήσεις, στις σκέψεις του για το σήμερα για το αύριο είναι οι τομείς που πρέπει όλα όσοι ενδιαφέρονται για τον άρρωστο να θίξουν. Ο άρρωστος συνειδητοποιεί, αισθάνεται τότε ενδιαφέρονται πραγματικό για αυτόν αναγνωρίζει την προσπάθεια και υπό κατάλληλες συνθήκες συμβάλλει και συμμετέχει δίνοντας έτσι έμπρακτη απόδειξη της επιτυχίας στην προσπάθεια αποκατάστασης τους. Στην προσπάθεια αυτή η συνεργα-

σία της νοσηλεύτριας -επαναλαμβάνω του ατόμου που βρίσκεται περισσότερο από κάθε άλλο κομμάτι στην άρρωστο, που θα τρέξει πάντα πρώτα σε κάθε ανάγκη του, με όλους τους άλλους πρέπει να είναι άνετη. Ο γιατρός αποτελεί τον κύριο υπεύθυνο κάθε θεραπευτικής απόφασης και εκτέλεσης αλλά στην προσπάθεια αποκατάστασης η παρουσία εθελοντών ιδίως ατόμων που υποβλήθηκαν παλαιότερα στις ίδιες θεραπευτικές προσπάθειες, επέζησαν και ξαναγύρισαν στις οικογένειές τους και στον προηγούμενο τρόπο ζωής ή δημιούργησαν νέο τρόπο ζωής ανάλογα με τις νέες σωματικές και λειτουργικές συνθήκες που επέβαλαν η αρρώστεια και η θεραπεία είναι ανυπολόγιστης αξίας για τον άρρωστο.

Η επίσκεψη μιάς παλιάς μαστεκτομημένης πριν από τον εγχείρηση ή ενός παλαιού λαρυγγεκτομηθέντος που μιλά, ποιν από την λαρυγγεκτομή θα πείση και τον πιο δύσκολο στο να παραδεχθεί την αξία αυτής της ανθρώπινης πλευράς στο όλο θεραπευτικό πρόγραμμα του αρρώστου.

Η εργασιοθεραπεία, η απασχολισιοθεραπεία, η αισθητική βελτίωση, η λειτουργική ανάκτηση, η αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων, η κάλυψη οικονομικών αναγκών, η δημιουργία νέου περιβάλλοντος, όπου θεωρείται αναγκαίο, είναι συνήθες και τομείς δράσης μέσα από τους οποίους θα βρει τον δρόμο της η υποστήριξη της αποκατάστασης.

Έτσι η αποκατάσταση μπαίνει πια σαν ένας νέος κλάδος στις σύγχρονες θεραπευτικές και νοσηλευτικές απαιτήσεις όπου όλοι, ο γιατρός, η κοινωνικός λειτουργός, η νοσηλεύτρια, ο εθελοντής, το υπηρετικό προσωπικό, ο ιερέας, το περιβάλλον του αρρώστου, ο ψυχολόγος, ο ψυχίατρος, οργασιοθεραπευτής έχουν να παίξουν το δικό τους ρόλο.

Από τη συμβολή του καθενός θα εξαρτηθεί το τελικό αποτέλεσμα.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Τι μπορεί να κάνει μιά νοσηλεύτρια όπου υπάρχουν τόσα άγνωστα γι'αυτήν και όπου ένα μεγάλο μέρος της ευθύνης και της απόφασης ανήκει σε άλλους;

Σε μιά εποχή-σε κάθε εποχή όπου οι πνευματικές και ανθρωπιστικές αξίες ακόμα και η ζωή έχουν υποβιβαστεί και η σημασία της αμφισβητείται, πιά είναι τα ηθικά στηριγματα που θα βοηθήσουν και την νοσηλεύτρια να ανταποκριθεί σ. αυτές τις νέες όσο και παλιές ηθικές υποχρεώσεις της δουλειάς της;

Μόνο αυτοί που δεν έζησαν κοντά στον άρρωστο που με αγωνία περιμένει το αποτέλεσμα μιάς εξέτασης, που μένει ξάγρυπνος, λουσμένος στον ιδρώτα την προηγούμενη νύχτα, μιάς εγχείρησης που αισθάνεται απογυγνωμένος και εκγαταλειμένος μέσα στην αναμονή μιάς αβέβαιης εξέλιξης της αρρώστειάς του, που περιμένει κάθε πρωϊ τον γιατρό ή την νοσηλεύτρια να φιαβάσει μέσα στα μάτια τους, στον τόνο της φωνής τους, στη συμπεριφορά τους τη βαρύτητα της κατάστασής του, που αισθάνεται σωματικά και ψυχικά μειωμένος, ξεχασμένος από τους άλλους, που τα μάτια του είναι υγρά, το στόμα του στεγνό και το σώμα του ανίκανο να υπακούσει σ'αυτή τη λίγη θέληση που του απομένει .

Μόνο αυτοί που δεν αντίκρουσαν ένα παιδί μόνο του, ωχρό κλαμμένο, να καίει από πυρετό, να μην μπορεί να μιλήσει, να έχει χάσει το χαμόγελο και της χαρά του παιγνιδίου, δεν θα μπορούσαν να καταλάβουν τι σημαίνει ενδιαφέρον και προσωπική συμμετοχή σ'αυτό είναι επίσης μιά δουλειά γιά την νοσηλεύτρια.

Μιά νοσηλεύτρια που ενδιαφέρεται κάνει το τμήμα της να διαφέρει.

Κάθε φορά που ο καθένας μας αποφασίζει να μείνει να παλέψει από το να αδιαφορήσει και να φύγει, δημιουργεί ένα παράδειγμα ήθους, αξιοπρέπειας και κοινωνικής ένταξης που θα κάνει την απόφαση πιά εύκολη γι'αυτούς που θ'ακολουθήσουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	ΣΕΛ.
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΕΡΙ ΟΓΚΩΝ	1
α. Συχνότητα και θνησιμότητα	7
β. Πίνακας-Συχνότητα εμφάνιση Καρκίνου	8
2. Αιτιολογία	9
3. ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ	12
4. ΠΡΟΛΗΨΗ	13
5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ	14
6. ΣΗΜΕΙΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	17
7. ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ	20
8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	20
α. Χειρουργική θεραπεία	21
β. Ακτινοθεραπεία	21
γ. Χημειοθεραπεία	24
9. ΦΑΡΜΑΚΑ	25
10. ΔΙΑΤΡΟΦΗ	27
α. Οινοπνευματώδη και καφές	28
β. Κάπνισμα και ατμοσφαιρική ρύπανση	28
γ. Λοιμώδης παράγοντες	28

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΜΑΣΤΟΣ	30
2. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ	31
3. ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	33

	Σελ.
4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	39
5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	40
6. ΨΥΛΑΦΗΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ	43
7. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ	46
α. Χρονία κυστική μαστοπάθεια	46
β. Αιτιολογία	46
γ. Θεραπεία	46
8. ΟΞΕΙΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	46
9. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ	47
10. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ	47
11. ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	48
12. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ	49
α. Ταξινόμηση	49
β. κλινική ταξινόμηση	49
13. ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	50
14. ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	51
15. ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ	51
16. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	52
17. ΣΧΕΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΑΛΛΟ ΜΑΣΤΟ	53
18. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	54
α. Ακτινοθεραπεία	54
β. ορμονοθεραπεία	55
γ. Οιστρογόνα	55
δ. Χημιοθεραπεία	56
ε. Πολυδυναμος χημιοθεραπεία	57
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ	
1. ΕΙΔΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ	58
α. Νέκρωση	58

	σελ.
β. Εξέγκωση	58
γ. δευτεροπαθής λοίμωξη	59
δ. Αιμορραγία	59
ε. πόνος	59
στ. Κακοσμία	62
ζ. εμφάνιση του ασθενή	62
2. ΓΕΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ	62
3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ	66
4. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου	76
5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	77
6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ	77
7. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ	79
8. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	80
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	84

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. Φ. ΑΓΓΕΛΑΚΗ
" Θεραπευτική καρκίνου" τόμος 2ος
2. Τ. R. HARRISON " εσωτερική παθολογία"
Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Παρησιάνος (1979)
3. ΜΟΝΟΓΡΑΦΙΕΣ SANDOZ
" Καταβολή και καρκίνος
4. Γ. ΒΑΣΙΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ- Σ. ΤΣΙΑΛΙΑΚΟΣ (1979)
Ελληνική ογκολογία τόμος 15 τεύχος 2
5. Ν. Δοντάς (1975) " Τα νεοπλάσματα σαν σύγχρονος κοινωνική νόσος" Τόμος III Αθήνα
6. Κλινική ογκολογία
Συνέδριο Ελλήνων Ειδικών και της UISS (1981)
Αθήνα
7. Κ. Ι. Τσουντας
Επίτομος χειρουργική Τεύχος 2ον
εκδόσεις Γρηγ. Παρησιάνος Αθήνα (1981)
8. Βασικές γνώσεις στη νοσηλεία του καρκινοπαθούς
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (1983)
9. ΔΑΙΚΟΣ (1971) παθολογία Αθήνα
10. Ε. ΚΑΛΖΑΡΗΣ (1975) Παθολογία νεοπλασμάτων -Αθήνα
11. W.A.D. ADERSON και T. SCOTTI (1975)
παθολογική ανατομία Αθήνα
12. ΚΥΡΙΑΚΗΣ ΜΑΝΟΥ
" Σημειώσεις νοσηλευτικής φροντίδας καρκινοπαθούς "

Πάτρα.

