

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

Ο Καρκίνος του μαστού - Ψυχολογική  
Υποστήριξη των ασθενών και η Προσυμ-  
πτωματική διάγνωση αυτού.

Πτυχιακή Εργασία

Σπουδαστριών 1) Παπαδοπούλου Αναστασίας  
2) Ξηρού Μαρίας

Υπεύθυνος Καθηγητής

(Υπογραφή) .....  
Αλιβιζάτος Βασίλειος

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής  
Εργασίας  
Όνοματεπώνυμο

1)..... υπογραφή  
2)..... "  
3)..... "

Πτυχιακή Εργασία για την λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα .....



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

---

Ο Καρκίνος του μαστού - Ψυχολογική  
Υποστήριξη των ασθενών και η Προσυμ-  
πτωματική διάγνωση αυτού.

---

Πτυχιακή Εργασία

Σπουδαστριών 1) Παπαδοπούλου Αναστασίας  
2) Ξηρού Μαρίας

Υπεύθυνος Καθηγητής

(Υπογραφή) .....  
Αλιβιζάτος Βασίλειος

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής  
Εργασίας  
Ονοματεπώνυμο

1).....υπογραφή  
2)....."  
3)....."

Πτυχιακή Εργασία για την λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα .....



ΑΡΙΘΜΟΣ	1152
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

Αφιερώνεται σ' αυτούς που με τη  
βοήθειά τους συνέβαλαν στην  
πραγματοποίηση αυτής της εργασίας.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελίδες

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ . . . . . 1 - 2

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Α΄

Ανατομία . . . . . 3 - 8

Φυσιολογία . . . . . 9 - 10

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Β΄

Παθογένεια του Καρκίνου του μαστού . . . . . 11

Αιτιολογία και επιδημιολογία . . . . . 12 - 14

Συχνότητα εμφάνισης . . . . . 15 - 18

Θνησιμότητα . . . . . 19 - 21

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Γ΄

Ανίχνευση του καρκίνου του μαστού . . . . . 22 - 28

Κλινική εντόπιση του καρκίνου του μαστού . . . . . 29

Κλινική εικόνα . . . . . 30

Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού . . . . . 31 - 32

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ΄

Πρόγνωση . . . . . 33

Διαφορική διάγνωση . . . . . 34

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ε΄

Διάγνωση . . . . . 35 - 40

Θεραπεία . . . . . 41 - 43

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο ΣΤ΄

Προσυμπτωματική διάγνωση καρκίνου του μαστού . . . . . 44 - 45

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στο Νοσοκομείο . . . . . 46 - 48

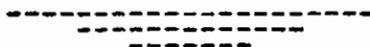
Ασκήσεις αποκατάστασης μετά από μαστεκτομή . . . . . 49 - 52

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας της κοινότητας στο σπίτι . . . . . 53 - 56

Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α Τ Α . . . . . 57

Π Ρ Ο Τ Α Σ Ε Ι Σ . . . . . 58 - 59

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α . . . . . 1 - 2



## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Ο καρκίνος και ειδικά ο " καρκίνος του μαστού ", παρά την μακρά ιστορία του εξακολουθεί να αποτελεί μάλιστα για την κοινωνία και πρόβλημα για την ιατρική εξ' αιτίας της συχνότητας, της ποικιλίας εκδηλώσεως και της θνησιμότητας που προκαλεί, αν δεν γίνει έγκαιρα η διάγνωσή του.

Η καταπολέμησή του αποτελεί βασική μέριμνα της Υγειονομικής πολιτικής κάθε κράτους και η αντιμετώπιση της νόσου με έγκαιρη διάγνωση πολύπλευρη και εντατική διαφώτιση του κοινού.

Παρά το γεγονός ότι από τα τέλη του περασμένου αιώνα η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου έχει μεγάλη πρόοδο στον τομέα της χειρουργικής, ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας, δεν έχει γίνει η ανάλογη αύξηση του ποσοστού ίασεως του καρκίνου του μαστού και φαίνεται να παραμένει ουσιαστικός παράγοντας η έγκαιρη διάγνωση για να αυξηθεί το ποσοστό θεραπείας από τη νόσο.

Για να γίνει έγκαιρη διάγνωση με την ανίχνευση, σπουδαίο ρόλο παίζει η " Νοσηλεύτρια της κοινότητας ".

Αυτή μας η μελέτη προσπάθησε να συμπεριλάβει τον ρόλο αυτό. Δεν δίνουμε βέβαια λύσεις στο πρόβλημα αλλά μερικά ερεθίσματα για μεγαλύτερη και βαθύτερη έρευνα στον τομέα της ανίχνευσης και έγκαιρης διάγνωσης του προβλήματος " καρκίνος " που μαστίζει σήμερα την κοινωνία μας.

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

Σύμφωνα με τα δεδομένα ότι ο καρκίνος εμφανίστηκε στη γη μαζί με τη ζωή, είναι απαραίτητο προκειμένου να αναφέρουμε γι' αυτόν, να ανατρέξουμε σε πηγές του παρελθόντος, προτού αναφέρουμε τις θεωρούμενες ως πρώτες επιστημονικές πηγές - τα "Ιπποκρατικά κείμενα".

Πρώτο γραπτό μνημείο σε πλίνθους είναι ο περίφημος "Κώδικας του Χαμουραμπή" 2.000 π.Χ. ο οποίος αναφέρει τον καρκίνο ως εξής:

"Έλκος ανιάτου αγνώστου αιτίας επί του οοίου  
πάσα θεραπεία αποτυγχάνει".

( G. GONTENAU 1938 )

Ο "Πατήρ της Ιστορίας" Ηρόδοτος περιγράφει μία περίπτωση νόσου που μπορεί να ταυτισθεί απολύτως με τον καρκίνο του μαστού. Συγκεκριμένα αναφέρει ότι η βασίλισσα της Περσίας Ατόσση, σύζυγος του Δαρείου του Υστάσπους, κόρη του Κύρου και μητέρα του βασιλιά Ξέρξη Α' ( 6ος π.Χ. αιώνας ) "πάσχουσα εξ' ανιάτου όγκου μαστού εθεραπεύθη δι' εγχειρίσεως υπό του Έλληνος ιατρού Δημοδήμου του Κροτωνιάτου" ( Ηρόδοτος βιβλ. III 133 ).

Εις τους πάπυρους Καχούν ( 2.100 π.Χ. ) ή εις τους EBERS ( 1.500 π.Χ. ). Ο καρκίνος αναφέρεται ως εξής :

" Ως όγκος όστις αφαιρούμενος υποτροπιάζει "

( Α. Κούζης 1929 )

Παραδόξως στα ομηρικά έπη ο Όμηρος δεν περιγράφει νόσο που μπορεί να ταυτισθεί με τον καρκίνο.

Στα Ιπποκρατικά κείμενα η λέξη καρκίνος αναφέρεται 12-13 φορές.

Αποσπάσματα μεταφρασμένα :

- Στους ηλικιωμένους δημιουργούνται κρυφοί και επιπολής καρκίνοι, οι οποίοι όμως φθάνουν μέχρι το τέλος της ζωής του ασθενούς.

( Προρρητικόν βιβ. 2ον παρ. II )

- Είναι προτιμότερο να μην γίνεται καμμιά θεραπεία στους κρυφούς ( τους εν τω βάθει ) καρκίνους γιατί εάν επιχειρηθεί αυτό, οι ασθενείς πεθαίνουν γρήγορα, εάν όμως αποφύγουμε αυτή τη θεραπεία, αυτοί επιζούν για μακρό χρονικό διάστημα.

( Αφορισμοί τμήμα 6ον παρ. 38 )

Για τον καρκίνο του μαστού ο Ιπποκράτης αναφέρει τα εξής :

" Μια γυνή καταγομένη εξ Αβδήρων έπασχεν εκ καρκίνου μαστού εκ της θηλής του οοίου έρρεεν αιματηρόν υγρόν. Μόλις όμως η ρύσις εσταμάτησεν η γυνή απέθανεν.

( Επίδημιών βιβ. 5ον παρ. 101 )

Ο Ιπποκράτης παρατηρεί επίσης ότι κατά την κλιμακτηριακή περίοδο των γυναικών εμφανίζεται συχνότερα ο καρκίνος του μαστού.

Αναφέρει : "Όταν φθάσει η εποχή αυτή (της εμμηνόπαυσης) τότε οι μαστοί ατροφούν και το μέγεθός τους ελαττώνεται.

Σε αυτούς τους μαστούς αναπτύσσονται σκληρά ογκίδια, άλλα μεν μεγαλύτερα άλλα δε μικρότερα.

Τα ογκίδια αυτά ποτέ δεν παρουσιάζουν διαπύηση, συνεχώς όμως γίνονται σκληρότερα και μετά από χρόνο, απ'αυτά εκφύονται κρυφοί καρκίνοι (εσωτερικοί).

( Περί Γυναικείων βιβ. 2ον παρ. 133 )

Ακόμα ο Ιπποκράτης είχε παρατηρήσει ότι :

" Προ της ήβης δεν δημιουργούνται συγγενείς καρκίνοι "

( Κωακαί Προγνώσεις Κεφ. 5ον παρ. 502 )

Αναφέρεται ακόμα η μέθοδος του καυτηριασμού για την θεραπεία του καρκίνου.

"Όλες αυτές οι παρατηρήσεις αποτελούν μία απόδειξη της Ιστορίας του καρκίνου από των αρχαιοτέρων γνωστών ιατρικών πηγών ως την εποχή του Ιπποκράτη.

( Γκιόλας Ι.Α. Αθήνα 1979 ).

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Α΄

Ανατομία

Φυσιολογία

## A N A T Ο Μ Ι Α

Οι μαστοί είναι συμπληρωματικά όργανα του γεννητικού συστήματος. Είναι δύο και βρίσκονται δεξιά και αριστερά του στήνου. Αναπτύσσονται πλήρως στις γυναίκες μετά την ήβη και παράγουν γάλα για την διατροφή του νεογνού. Οι μαστοί στους άνδρες παραμένουν υποπλαστικοί.

Κάθε μαστός αποτελείται :

- α. Από άθροισμα υλοκρινών αδένων
- β. Από υποδόριο λίπος
- γ. Και από το αντίστοιχο δέρμα.

Το σχήμα τους μοιάζει με ημισφαίριο από τη μέση του οποίου προέχει προς τα μπροστά και έξω η θηλή. Περιβάλλεται δε από την κυκλωτερή και χρωματισμένη δερματική περιοχή της θηλαίας άλωσ. Το σχήμα των μαστών εκτός από την φυλετική παραλλαγή εξαρτάται και από την ηλικία.

Εάν αποκολλήσουμε τον μαστό από το θωρακικό τοίχωμα μπορούμε να διακρίνουμε δύο επιφάνειες, την πρόσθια και οπίσθια (βάση) και μία περιφέρεια.

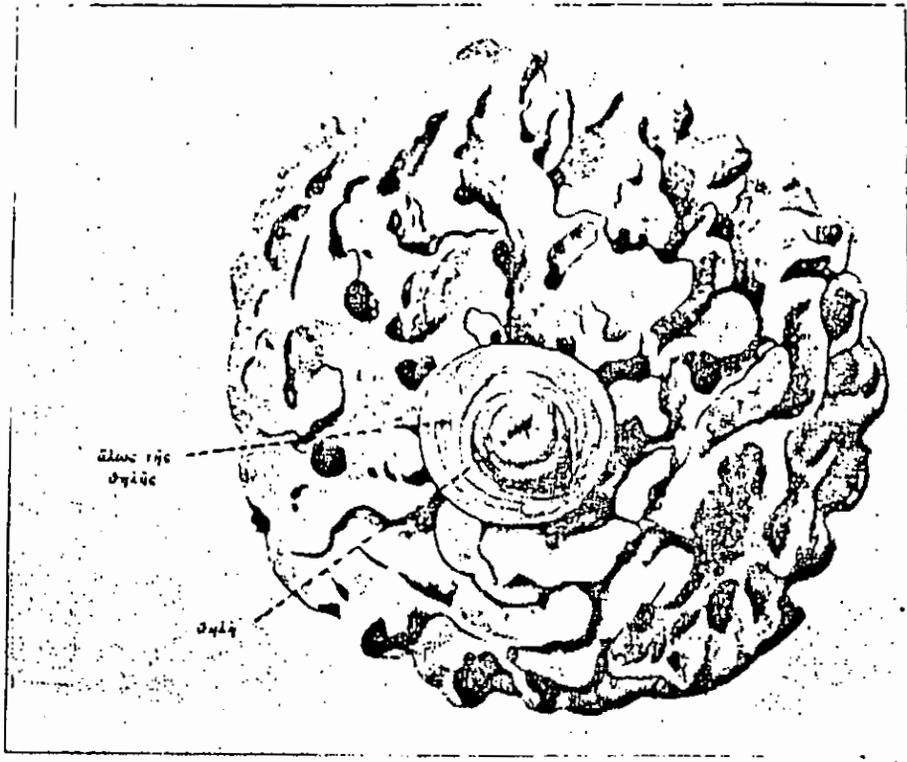
Εάν εξετάσουμε τον μαστό εμφανίζει τρία στρώματα εκ των έξω προς το βάθος.

- α. Δέρμα
- β. Περιμαστικό λίπος και μέσα σ' αυτόν
- γ. Τον μαστικό αδένα ή το μαστικό σώμα.

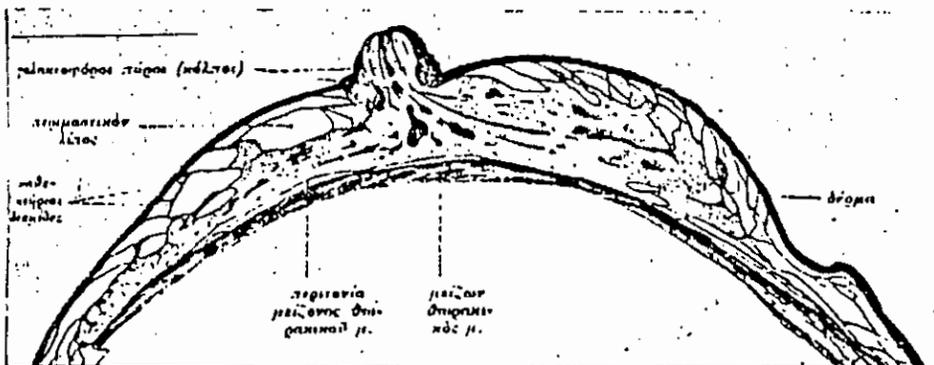
Α. Το δέρμα του μαστού διαφέρει από το υπόλοιπο δέρμα, οι τρίχες είναι σπάνιες και οι ιδρωτοποιοί αδένες διακρίνονται για την αρκετή χρωστική της επιδερμίδας και για την μεγάλη ανάπτυξη των σμηγματογόνων αδένων.

Β. Περιμαστικό λίπος : Είναι συνέχεια του υποδορίου λίπους μέσα στο οποίο αναπτύσσεται ο μαστικός αδένας. Είναι δε αρκετό στην πρόσθια επιφάνεια. Στην οπίσθια επιφάνεια υπάρχει λίπος μέχρι 1 εκατ. πάχους, το ίδιο σε παχιά άτομα και σε παρθένα. Σε εγκυμονούσες λόγω βλαστήσεως του αδενικού σώματος εξαφανίζεται.

Γ. Μαστικό σώμα : (μαζικός αδένας) : διακρίνεται από το περιμαστικό λίπος εξ' αιτίας της λευκής χρώσης και της συμπαγής σύστασής του. Η περιφέρεια του μαστικού σώματος δεν είναι κυκλωτερής. Εμφανίζει συνήθως τρεις αποφύσεις : μία έξω ή στερνική και δύο έξω ή μασχαλιαίες.



Εικόνα (1) : Ο μαστικός αδένας μετά από αφαίρεση του περιμαστικού λίπους, 3/4 του φυσικού μεγέθους.

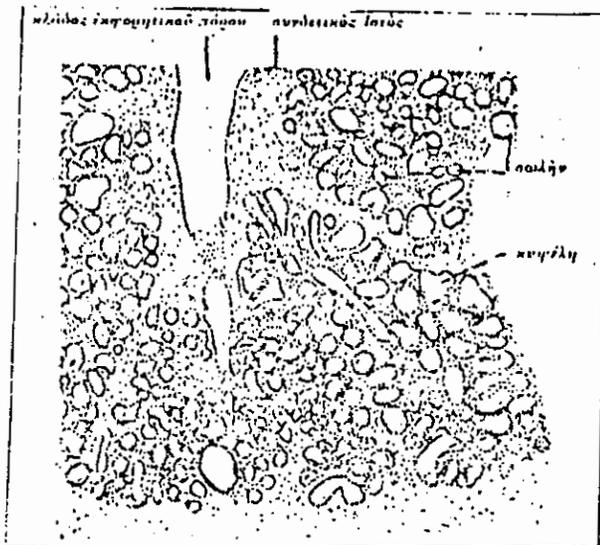


Εικόνα (2) : Εγκάρσια τομή του δεξιού μαστού λεχωίδος 1-2 ημερών.

Η υφή του μαστικού αδένος είναι ως εξής: Ο μαστικός αδένας είναι σύνθετος σωληνοκυφελωτός αδένας, εμφανίζει λοβούς και λοβία που συνδέονται μεταξύ τους με συνδετικό ιστό.

Διαιρείται σε 15-20 λοβούς. Κάθε λοβός αποτελείται από :

1. Εκφορητικούς πόρους των γαλακτικών πόρων.
2. Εκρηκτικά σωληνάρια ή κυφέλες.
3. Ενδιάμεσο συνδετικό ιστό.



Εικόνα (3) : Μοίρα τομής από τον μαστικό αδένα γαλουχούσας γυναίκας.

#### Αγγεία και νεύρα του μαστού

Οι αρτηρίες του μαστικού δέρματος και του μαστικού αδένα αναστομοούνται μεταξύ τους και εκφύονται :

1. από την έσω μαστική
2. από την πλάγια θωρακική.
3. από την ακρομυοθωρακική
4. από την 2η, 3η, 4η μεσοπλεύριο αρτηρία.

Οι φλέβες του μαστικού δέρματος σχηματίζουν γύρω από την θηλή δίκτυο, το θηλαίο πλέγμα από όπου εμβάλλουν στις πλησιέστερες μεγάλες φλέβες και στην κεφαλική. Στην περίοδο δε της γαλουχίας διευρύνονται.

Οι φλέβες τέλος συνδέονται και με τις αντίστοιχες αρτηρίες.

#### Λεμφικό σύστημα του μαστού

Το λεμφικό σύστημα του μαστού (λεμφαγγεία και λεμφαδένες) είναι πολύ πλούσιο και η ανατομική γνώση αυτού έχει μεγάλη σημασία, γιατί αυτό αποτελεί την κύρια οδό των καρκινωματοδών μεταστάσεων ( οι αιματογενείς μεταστά-

σεις απαντούν σε αναλογία μόνον 10-15% ).

Τα λεμφικά αγγεία διαιρούνται στα επιπολής ή δερματικά λεμφαγγεία και στα λεμφαγγεία του παρεγχύματος.

Τα επιπολής λεμφαγγεία, τα οποία αποχετεύουν την λέμφο του δέρματος του μαστού και τα λεμφαγγεία του παρεγχύματος εκβάλλουν στο πλέγμα που βρίσκεται επί της θωρακικής περιτονίας μεταξύ του μαστού και του θωρακικού τοιχώματος.

Από αυτά, τα λεμφαγγεία του έσω ήμισυ του μαστού αναστομώνονται με εκείνα της αντίθετης πλευράς κατά τη μέση γραμμή, και είναι υπεύθυνα για την μεταφορά καρκινωματοδών κυττάρων από τον ένα μαστό στον άλλο.

Άλλα λεμφαγγεία εξορμούν από το έσω και κάτω τεταρτημόριο του μαστού και πορεύονται προς το επιγάστρο και αναστομώνονται με εκείνα του κοιλιακού τοιχώματος, του περιτοναίου και του ήπατος και αυτή πιθανόν είναι η οδός με την οποία τα καρκινωματοδή κύτταρα, μεθίστανται στο ήπαρ και στην κοιλία.

Τέλος, άλλα λεμφαγγεία από το έσω τμήμα του μαστού πορεύονται προς το πρόσθιο μεσοθωράκιο και άλλα από το άνω ήμισυ του μαστού στους υποκλειδικούς αδένες, ενώ μερικά μεμονωμένα πορεύονται προς τα πίσω κατά μήκος των μεσοπλευρίων αγγείων, φερδόμενα προς την σπονδυλική στήλη. Όμως παρ'όλα αυτά τα περισσότερα από τα λεμφαγγεία εκβάλλουν στους μασχαλιαίους αδένες.

#### Λεμφικά γάγγλια μαστού.

Τα λεμφικά γάγγλια του μαστού, στα οποία καταλήθουν τα λεμφαγγεία αυτού, διακρίνονται σε :

1. Μασχαλιαία λεμφογάγγλια. Αυτά δέχονται λεμφαγγεία από τον μαστό, από τον αυχένα, από το άνω άκρο και από την περιοχή της ωμικής ζώνης.

Τα μασχαλιαία αυτά λεμφογάγγλια διαιρούνται πάλι σε πέντε (5) ομάδες:

α) Στην έξω ομάδα ή στη βραχιόνιο. Σ' αυτήν ανήκουν τα λεμφικά γάγγλια που βρίσκονται κατά μήκος του έξω τοιχώματος της μασχάλης ( βραχιόνιο άκρο μασχαλιαίας φλέβας ), στα οποία καταλήγει η λέμφος από το άνω άκρο. Αυτά σπανίως διηθούνται από τον καρκίνο του μαστού.

β) Στην οπίσθια ομάδα ή υποπλάτια. Αυτή αποτελείται από γάγγλια τα οποία βρίσκονται κατά μήκος της πρόσθιας επιφάνειας του πλατύ ραχιαίου μύ και έρχονται σε στενή σχέση με τα υποπλάτια αγγεία. Αυτά δέχονται λεμφαγγεία από το κάτω και έξω ήμισυ του μαστού.

γ) Στην έσω ομάδα ή θωρακική. Αυτή περιλαμβάνει τα λεμφικά γάγγλια

που βρίσκονται επί του πρόσθιου οδοντωτού μύ, κοντά στο χείλος του ελάσσονος θωρακικού μυ, και γύρω στην πλάγια θωρακική φλέβα. Αυτά αποχετεύουν το άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού και εκβάλλουν, όπως και τα υπόλοιπα, στα κεντρικά.

Επί πλέον μεταξύ του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μύ βρίσκονται λίγες αδένες που πορεύονται κατά μήκος της ακρομυοθωρακικής αρτηρίας και φλέβας, οι οποίοι αποχετεύουν τα άνω έξω και έσω τεταρτημόρια. Αυτοί εκβάλλουν επίσης στα κορυφαία της μασχάλης.

β) Στην κεντρική ομάδα. Τα γάγγλια αυτής, που είναι τρία (3) έως πέντε (5) στον αριθμό, βρίσκονται κάτω από την μασχαλιαία φλέβα μεταξύ της πλάγιας θωρακικής και των πλάγιων υποκλατιών αγγείων, στη μέση του λίπους της μασχάλης.

Αυτά συνήθως φηλαφώνται κατά την κλινική εξέταση όταν είναι διογκωμένα. Τα γάγγλια της ομάδας αυτής, δέχονται λεμφαγγεία από τα θωρακικά, τα υποπλάτια και αποχετεύουν την λέμφο προς τα κορυφαία της μασχάλης.

γ) Στην κορυφαία ομάδα ή υποκλειθια. Αυτή αποτελείται από 10 ως 11 γάγγλια, τα οποία βρίσκονται μεταξύ της πρώτης πλευράς και του έσω χείλους του ελάσσονος θωρακικού μυ και προς τα πίσω της μασχαλιαίας φλέβας και της κλειθρας. Αποτελούν τον τελευταίο σταθμό της λέμφο, η οποία αποχετεύεται από τον μαστό, πριν αυτή εισέλθει στην υποκλειθια φλέβα.

## 2. Έσω μαστικά λεμφογάγγλια.

Η αλυσίδα των έσω μαστικών λεμφαδένων απόκτησε μεγάλη σημασία κατά τα τελευταία χρόνια. Αυτά δέχονται προσαγωγή λεμφαγγεία από τον μαστό του υποκείμενου θωρακικού τοιχώματος και του περικαρδίου.

Πειράματα στα οποία χρησιμοποιήθηκαν χρωστικές ουσίες απέδειξαν, ότι τα λεμφικά αγγεία του κεντρικού τοιχώματος και του έσω ημιμορίου του μαστού διατρυπούν τον μείζονα θωρακικό και τους μεσοπλευρικούς μύς, εκβάλλουν στα γάγγλια της έσω μαστικής αρτηρίας.

Τα έσω αυτά μαστικά γάγγλια πορεύονται πίσω από τους πρώτους 5 ως 6 πλευρικούς χόνδρους επί της ενδοθωρακικής περιτονίας και βρίσκονται σε στενή σχέση με την έσω μαστική αρτηρία και φλέβα και εκβάλλουν είτε απευθείας στην φλεβώδη γωνία, είτε στον μείζονα θωρακικό πόρο είτε τέλος στα λεμφογάγγλια της κορυφής της μασχάλης.

Το μέγεθος αυτό είναι μικρό, περίπου όσο και ένας κόκκος από ρύζι ( τα διηθημένα γάγγλια δυνατόν να φθάσουν τα 0,5 CM ) είναι 4 ως 6 τον αριθμό και σχηματίζουν αλυσίδα κατά μήκος του στερνικού χείλους. Οι δύο

αλυσίδες σπάνια είναι συμμετρικές και δεν παρουσιάζουν τον ίδιο αριθμό γαγγλίων, επικοινωνούν όμως απ'απευθείας μεταξύ τους.

3. Υπερκλείδια λεμφογαγγλία ή εν τω βάθει κάτω τραχηλικά.

Διακρίνουμε δύο ομάδες, την έξω και την έσω.

α) Έξω ομάδα : Βρίσκονται μεταξύ της κλείδας και της κάτω γαστέρας του ωμοειδούς μυός και αναστομώνονται μετά των μασχαλιαίων λεμφικών γαγγλίων.

β) Έσω ομάδα : Βρίσκονται πίσω από το κάτω άκρο της έσω σφαγίτιδος μεταξύ των δύο εκφύσεων του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός.

Η ομάδα αυτή αναστομώνεται με τὰ λεμφικά γάγγλια της έσω μαστικής. Έτσι εξηγείται η μεσάσταση νεοπλασμάτων από την κοιλιά στον υπερκλείδιο βόθρο.

( ANDERSON WAD AND SCOTT Αθήνα 1979 )

( Τούντας Κ.Ι. Αθήνα 1980 ).

## Φ Υ Σ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Οι μαστοί είναι εξωκρινείς αδένες δερματικής προέλευσης όπως οι ιδρωτοποιοί και οι σμηγματογόνοι αδένες. Αποτελούνται όπως και εκείνοι από διακλαδιζόμενους σωληνοειδείς αδένες. Η κύρια λειτουργία τους είναι η παραγωγή γάλακτος.

Από άποψη συστάσεως αποτελούνται από το παρέγχυμα, δηλ. τον μαζικό αδένα, και από λίπος που περιβάλλει τον αδένα.

Το παρέγχυμα, το οποίο περιέχει αγγεία και νεύρα, υποδιαιρείται σε λοβούς και αυτοί σε λοβία, τα οποία βρίσκονται μέσα σ'ένα δίκτυο χαλαρού συνδετικού ιστού.

Μεταξύ των λοβίων πορεύονται επίσης πολλαπλές ινώδεις ταινίες (καθετήριες δεσμίδες), γνωστές ως σύνδεσμοι του COOPER, οι οποίες χρησιμεύουν για την στήριξη του μαστού. Σε κάθε λοβίο αντιστοιχεί ένας μικρός πόρος. Πολλοί τέτοιοι πόροι ενώνονται και σχηματίζουν τους εκφορητικούς πόρους των λοβών οι οποίοι καταλήγουν στη θηλή, είτε μόνοι τους, είτε ενωμένοι με άλλους.

Υπάρχουν 3 ειδών μεταβολές που παθαίνουν φυσιολογικά οι μαστοί:

1. Αύξηση και εξέλιξη σε συνάρτηση με την ηλικία.
2. Αλλαγή στη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου.
3. Αλλαγές που οφείλονται σε εγκυμοσύνη και γαλουχία.

Η ανάπτυξη και λειτουργία των μαστών ελέγχεται από το νευροορμονικό σύστημα. Σ'αυτό το σύστημα περιλαμβάνονται οι ωοθήκες, η υπόφυση, ο υποθάλαμος και τα επινεφρίδια.

Κατά την εμβρυική ζωή και μέχρι τον τέταρτο περίπου μήνα της βρεφικής ηλικίας οι μαστοί αναπτύσσουν ένα σύστημα εκφορητικών πόρων που αποτελείται από 15 ως 25 διακλαδιζόμενα επιθηλιακά σωληνάκια. Ακολουθεί κατόπιν ηρεμία μέχρι την εφηβία οπότε αρχίζει νέα ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων. Η περίοδος αυτή της ανάπτυξης είναι παροδική στους άνδρες και συνοδεύεται από ηρεμία και καλινδρόμηση.

Στις γυναίκες η ανάπτυξη των εκφορητικών πόρων εξακολουθεί μέχρι την ενηλικίωση και συνοδεύεται από αύξηση του γύρω ινώδη και λιπώδη ιστού και από ανάπτυξη κυτταρικών βλαστών στα άκρα των σωληναρίων και των πόρων.

Καθώς συμπληρώνεται η ανάπτυξη των χαρακτήρων του φύλου από τους κυτταρικούς αυτούς βλαστούς διαφοροποιούνται οι αδενοκυφέλες με την επίδραση των ορμονών κατά την κύηση και γαλουχία η ανάπτυξη των αδενοκυφέλων είναι μεγάλη.

Σ'όλη τη διάρκεια της ζωής, ο μαζικός αδένας βρίσκεται υπό την επί-

δραση της υπόφυσης και των ωθηκικών ορμονών. Κατά τη διάρκεια κάθε καταμήνιου κύκλου λαμβάνουν χώρα ήπιες κυκλικές μεταβολές του μαζικού αδένου, που συνίστανται σε υπερπλασία συνοδευόμενη από παλινδρόμηση.

Οι ορμόνες του ωχρού σωματίου επηρεάζουν την υπερπλασία του επιθηλίου του μαζικού αδένου κατά το τελευταίο τμήμα του καταμήνιου κύκλου.

Η υποστροφή των μαστών έρχεται κατά την έναρξη της εμμηνοροϊκής φάσης του κύκλου μετά από παλινδρόμηση του αδένου, αποκτώσεως των επιθηλιακών κυττάρων και διηθήσεως του περιαδενικού συνδετικού ιστού από αραιά λεμφοκύτταρα.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μάλιστα κατά το τέλος αυτής εκκρίνεται το πύαρ, ενώ η έκκριση του γάλακτος αρχίζει από τον τοκετό.

Η έκκριση του πύατος οφείλεται κυρίως στην ενέργεια δύο ορμονών, της οιστραδιόλης (ESTROGEN) και προγεστερόνης (PROGESTERON) ενώ η έκκριση του γάλακτος εξαρτάται από την γαλακτοτρόπο ορμόνη του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης.

Κατά τη διάρκεια της γαλουχίας υφίσταται παρατεταμένη υπερπλασία του επιθηλίου με αποτέλεσμα τον σχηματισμό κολλών νέων αδενικών λοβίων, τα κύτταρα των οποίων από κυβοειδή μετατρέπονται σε φηλά κυλινδρικά. Η υπερπλασία όμως αυτή είναι πειθαρχημένη και εύκολα διακρίνεται από την καρκινοματώδη. Αντίθετα μετά την εμμηνοπαυση παρατηρείται σαφής ατροφία του μαζικού αδένου και ιδιαίτερα των αδενικών στοιχείων και του συνδετικού ιστού, ενώ το λίπος δεν επηρεάζεται.

( Αλιβιζάτος - Μοσχοβάκη Ρ. Αθήνα 1982 )

( Ρήγας Α. Αθήνα 1984 ).

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Β΄

Παθογένεια του Καρκίνου  
του μαστού.

Αιτιολογία και Επιδημιολογία

Συχνότητα Εμφάνισης

Θνησιμότητα

## ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού αρχίζει περίπου ως εξής : Μέσα στις αδενοκυφέλες του μαζικού αδένος παρατηρείται πολλαπλασιασμός των επιθηλιακών κυττάρων, τα οποία εμφανίζουν ατυκία. Όταν ο πολλαπλασιασμός προχωρήσει η αδενοκυψέλη συρικνώνεται και ο άτυπος πολλαπλασιασμός επεκτείνεται.

Σε μερικές περιπτώσεις, ο διάμεσος συνδετικός ιστός του μαζικού αδένος, αντιδρά (προσπάθεια του οργανισμού να εμποδίσει την παραέρα ανάπτυξη των καρκινωματώδων κυττάρων) αναπτύσσεται υπερβολικά. Δημιουργείται έτσι :

1. Ο σκίρος καρκίνος το κύριο χαρακτηριστικό του οποίου είναι η κατά περιοχές ανάπτυξη των καρκινωματώδων κυττάρων και της υπερανάπτυξης του συνδετικού ιστού. Σ' άλλες όμως περιπτώσεις η ανάπτυξη των καρκινωματώδων κυττάρων είναι γρήγορη και ο συνδετικός ιστός δεν προλαβαίνει ν' αναπτυχθεί. Δημιουργείται έτσι :

2. Ο εγκεφαλοειδής καρκίνος, ο οποίος χαρακτηρίζεται από διάχυτη ανάπτυξη των καρκινωματώδων κυττάρων και την μη ανάπτυξη του συνδετικού ιστού.

Αξίζει να σημειωθεί ότι από άποψη πρόγνωσης οι κλινικοί θεωρούνται καλύτεροι από τους σκίρους καρκίνους, ενώ οι παθολογοανατόμοι έχουν συνήθως αντίθετη γνώμη-στηρίζονται σε διαφορετικά κριτήρια.

Άλλος τύπος του παθολογοανατομικού αδενοκαρκινώματος είναι :

3. Ο ενδοσωληνώδης (νόσος του PAGET). Είναι σπανιότερος. Χαρακτηρίζεται από αιμορραγούσα θηλή και έκζεμα στην άλω. Είναι δε θεραπεύσιμος.

4. Η καρκινωμάτωση μαστίτιδα. Είναι νόσος ευτυχώς σπάνια. Παρατηρείται συχνά κατά τη γαλακτοφορία. Η επέκταση είναι ταχύτατη.

Εκτός από τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού υπάρχουν και τα καλοήθη. Τα πιο συχνά είναι τα ακόλουθα :

1. Ινοαδένωμα

2. Κυσταδένωμα : Παρατηρείται κυρίως σε ηλικιωμένες γυναίκες.

3. Θήλωμα των εκφορητικών πόρων : Αναπτύσσεται σε τελικό εκφορητικό πόρο και χαρακτηρίζεται από αιματηρή αποβολή από τη θηλή. Συχνά εξαλλάσσεται γι' αυτό και επιβάλλεται η αφαίρεσή του.

( Αλιβιζάτος Κ.Ν. και Μπεναρδής Ν. Αθήνα 1978 ).

## Α Ι Τ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α      Κ Α Ι      Ε Π Ι Δ Η Μ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένας από τους συχνότερους καρκίνους στις γυναίκες των χωρών του Δυτικού πολιτισμού. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, που είναι ο συχνότερος όλων, 1 στις 14 γυναίκες θα εμφανίσει τη νόσο και σε κάθε 4 γυναίκες με κακοήθη νεοπλασμάτα η μία πάσχει από καρκίνο του μαστού.

Στην Ελλάδα η συχνότητα είναι μικρότερη απ'ότι στις Η.Π.Α., αλλά φαίνεται ότι αυξάνει με τρομακτική ταχύτητα. Ενώ δηλ. το 1964 περίπου 10 γυναίκες κάθε χρόνο παρουσίαζαν καρκίνο του μαστού, τώρα 18 - 19 γυναίκες θα αναπτύξουν καρκίνο του μαστού, δηλ. σχεδόν το διπλάσιο κοσσοστό μέσα σε 15 χρόνια. ( Τριχόπουλος 1984 ).

Στο NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE τις 20/11/1980 (τόμος 303 Νο 21) δημοσιεύτηκε μία ενδιαφέρουσα ανασκόπηση των κυριότερων παραγόντων που σχετίζονται αιτιολογικά με τον καρκίνο του μαστού. Η ανασκόπηση αυτή δημοσιεύτηκε στην Ελλάδα το Φεβρουάριο του 1981 στο ενημερωτικό δελτίο του Υπουργείου Κοιν. Υπηρεσιών

### 1. Γενετικοί παράγοντες

Είναι γνωστό ότι υπάρχει διπλασιασμός ως και τριπλασιασμός του σχετικού κινδύνου καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με πρώτου βαθμού συγγένεια με πάσχουσες. Ο σχετικός κίνδυνος αυξάνει αν υπάρχουν δύο συγγενείς πρώτου βαθμού με καρκίνο, εφόσον η νόσος εκδηλώθηκε σε αυτές πριν την εμμηνόπαυση και είναι αμφοτερόπλευρη. Ένα μέρος του σχετικού κινδύνου ενδεχόμενα οφείλεται σε περιβαλλοντολογικούς παράγοντες τους οποίους υφίσταται όλη η οικογένεια.

### 2. Ιοί

Δεν έχει αποδειχθεί ότι υπάρχουν ιοί που μεταδίδονται από ασθενή σε ασθενή. Πιθανολογείται όμως η ύπαρξη ιών που μεταδίδονται από τους γονείς στα παιδιά, ενσωματωμένοι στο γενετικό υλικό των κυττάρων.

### 3. Ιδιοσυστατικοί παράγοντες

Η πρώιμη εμμηναρχή, η όψιμη εμμηνόπαυση, η ατοκία, η γέννηση του πρώτου παιδιού μετά την ηλικία των 30 ετών, αυξάνουν τον κίνδυνο. Η γέννηση του πρώτου παιδιού πριν την ηλικία των είκοσι ετών και η τεχνητή εμμηνόπαυση δρούν προστατευτικά. Έχει βρεθεί ότι μπορούμε να έχουμε 30% ελάττωση της επίπτωσης του καρκίνου του μαστού σ'έναν πληθυσμό όπου ελαττώθηκε κατά 5 χρόνια η ηλικία γεννήσεως του πρώτου παιδιού.

#### 4. Ορμόνες

Για την γέννηση των καρκινικών κυττάρων ενοχοποιούνται μη οργανικοί παράγοντες (που πιθανόν συνδέονται με την διατροφή). Για τον πολλαπλασιασμό των κακοήθων κυττάρων ενοχοποιούνται τα οιστρογόνα. Ορισμένα στοιχεία δείχνουν ότι η δράση των οιστρογόνων αυξάνεται όταν αυτά βρίσκονται σε ανταγωνισμό με την προγεστερόνη. Αυτό φαίνεται να γίνεται σε δύο περιόδους: Στην περίοδο της εφηβείας ως τη γέννηση του παιδιού και στην περίοδο της εμμηνόπαυσης. Με την παραπάνω θεωρία είναι συμβατή η καθ'ηλικία κατανομή της επίπτωσης του καρκίνου του μαστού που φανερώνει μια απότομη αύξηση πριν την εμμηνόπαυση και μία ηπιώτερη άνοδο στη συνέχεια.

#### 5. Δίαιτα

Διάφορες έρευνες έχουν βρεί συσχέτιση του καρκίνου του μαστού με διατροφικούς παράγοντες. Επειδή όμως η διατροφή σχετίζεται με παράγοντες όπως το ακαθόριστο εθνικό προϊόν, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση κ.ά. δύσκολα μπορεί να καθοριστεί η σχετική σημασία καθενός από αυτά, θα πρέπει να διευρυνθεί η επίδραση της διατροφής στην ορμονική λειτουργία. Φαίνεται ότι η καλύτερευση της διατροφής ελαττώνει την ηλικία της εμμηνάρχης. Πάντως παρ'όλο που η διατροφή φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, δεν είναι δυνατόν ακόμα να γίνουν προτάσεις για δίαιτα που ενδεχόμενα θα έχει προληπτική σημασία.

#### 6. Προηγούμενοι νόσοι του μαστού.

Υπάρχει διπλή ως τριπλή αύξηση του κινδύνου σε γυναίκες με ιστορικό καλοήθους νόσου στο μαστό και κύρια με επιθηλιακή υπερπλασία, που αυξάνει τον κίνδυνο 4 ως 7 φορές.

#### 7. Ακτινοβολία

Γενικά πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια για το μεγαλύτερο δυνατό περιορισμό της ακτινοβολίας που υφίσταται ο μαστός.

Η ευαισθησία είναι μεγαλύτερη στις ηλικίες 10-19 ετών σε σχέση με τις μεγαλύτερες των 20 ετών.

#### 8. Αντισυλληπτικά

Δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση του καρκίνου του μαστού με τα αντισυλληπτικά που λαμβάνονται από το στόμα. Πάντως η 15χρονη μόνο εμπειρία της χρήσης αντισυλληπτικών είναι ίσως μικρή για την εξαγωγή τελικών συμπερασμάτων.

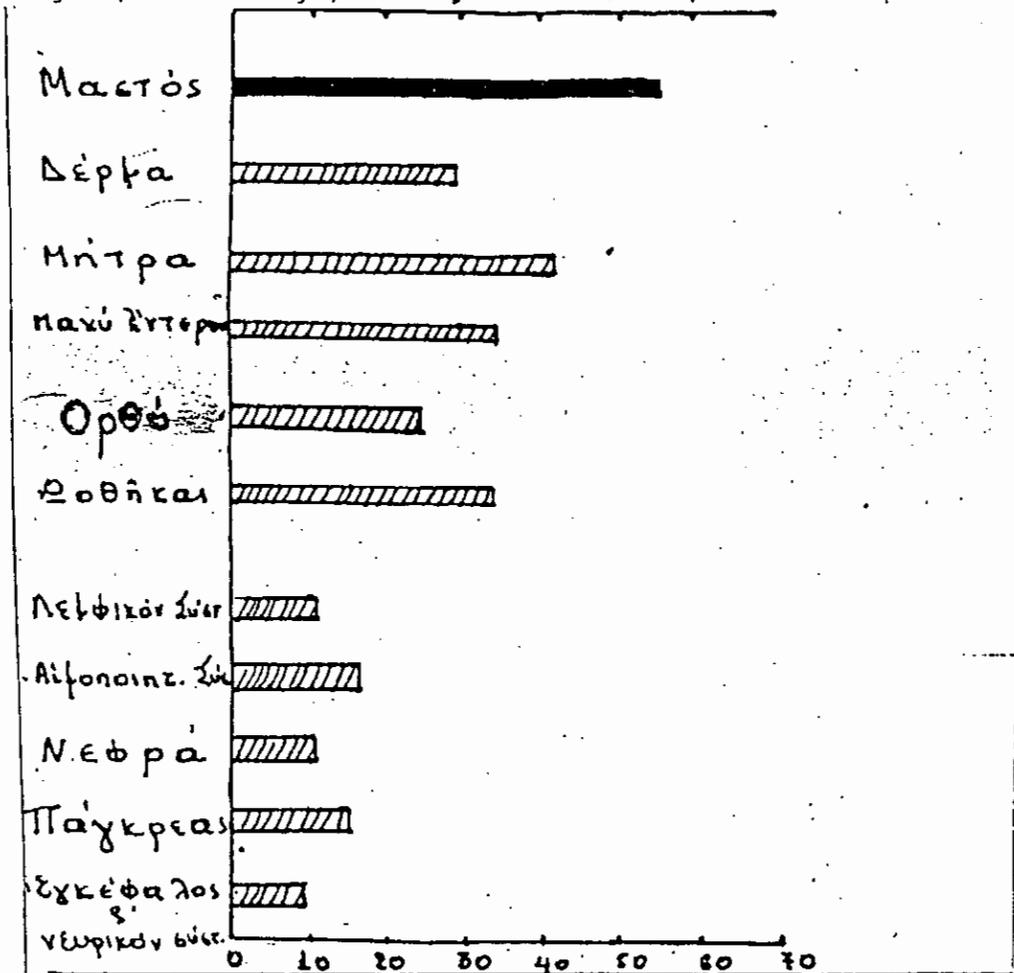
Άλλωστε και η σύνθεση των αντισυλληπτικών δεν είναι σταθερή όλα αυτά τα χρόνια.

9. Μη αντισυλληπτικά Οιστρογόνα.

Έχει βρεθεί ότι η χρήση μη αντισυλληπτικών οιστρογόνων την εποχή της εμμηνόπαυσης αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. Γι' αυτό μετά από μία λανθάνουσα χρήση τέτοιων φαρμάκων σε μεγάλες δόσεις, αυτά θα πρέπει ν' αποφεύγονται ( Μπάζας Θ., Ξηρουχάκη Ε., Τριχόπουλος Δ. Αθήνα 1984 ).

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΕΩΣ

Ο καρκίνος μαστού είναι ένας από τους πρώτους καρκίνους που αναγνωρίστηκαν στον άνθρωπο και έχει περιγραφεί από τον Ιπποκράτη. Πριν λίγα χρόνια κατείχε την πρώτη θέση από πλευράς συχνότητας, αλλά ο καρκίνος του πνεύμονα είχε δραματική αύξηση και έτσι εκτόπισε τον καρκίνο του μαστού από την πρώτη θέση. Παρ'όλα αυτά όμως εξακολουθεί να είναι συχνότερος τύπος καρκίνου στις γυναίκες των Δυτικοευρωπαϊκών Χωρών & Η.Π.Α.



Πίνακας (1) : Συχνότητα (περίπτωσης καρκίνου κατά έτος και κατά 100.000 πληθ.) διαφόρων εντοπίσεων καρκίνου σε γυναίκες της πολιτείας CONNECTICUT των Η.Π.Α. κατά το έτος 1980.

Ο καρκίνος του μαστού είναι δυνατόν να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, έχει παρατηρηθεί ακόμα και σε παιδιά (σπανιώτατα). Η συχνότητά του αυξάνει γρήγορα κατά την περίοδο της αναπαραγωγής και εξακολουθεί να αυξάνει μετά τη μέση ηλικία.

Στατιστικές μελέτες αναφέρουν ότι :

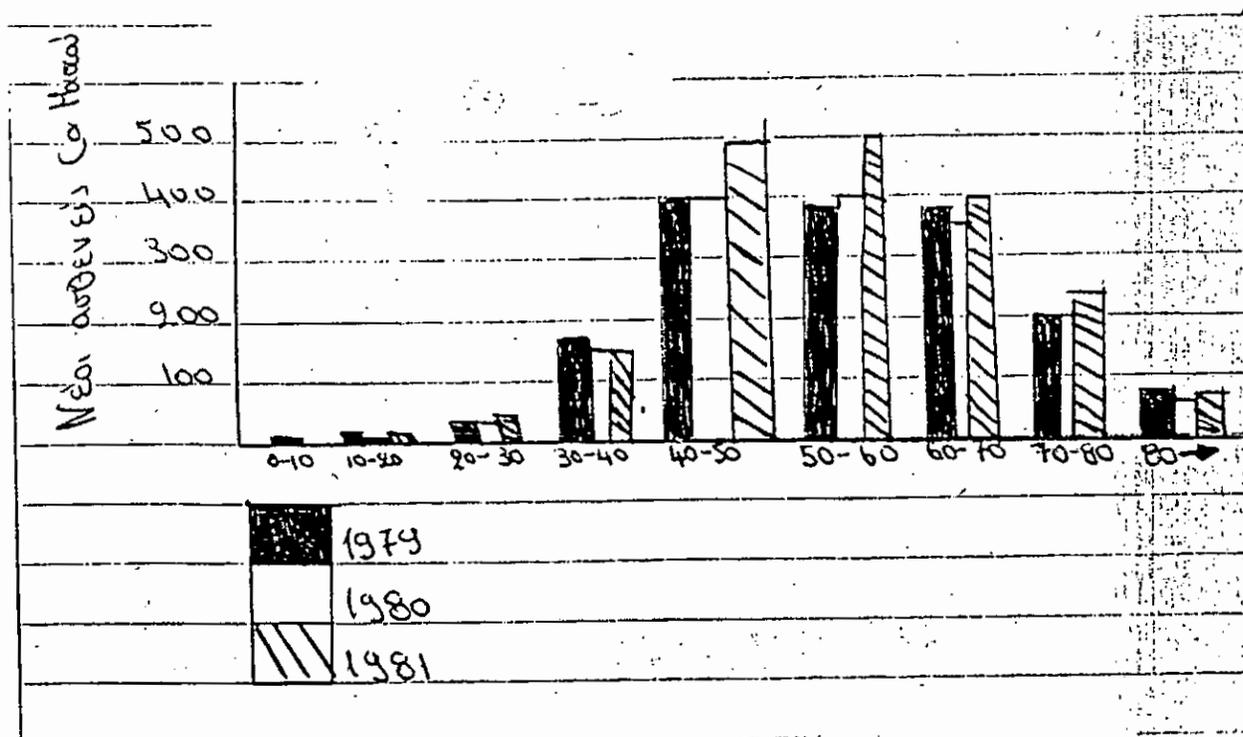
Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος μετά το 40όν έτος της ηλικίας και σε γυναίκες που δεν τεκνοποίησαν.

Περισσότερο συχνός είναι επίσης σε γυναίκες που δεν θήλασαν τα παιδιά τους.

Όσον αφορά τον παράγοντα "Ηλικία κατά την πρώτη εγκυμοσύνη" έχει παρατηρηθεί ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που είχαν το πρώτο τους παιδί σε ηλικία κάτω των 20 ετών είναι τρεις φορές μικρότερος απ'ότι σε γυναίκες που είχαν το πρώτο τους παιδί σε ηλικία μετά των 30 ετών.

Γενικά η εμφάνισή του σε σχέση με την ηλικία έχει μία συγκεκριμένη κατανομή και η οποία φαίνεται να έχει τους χαρακτήρες της ορμονικής εξάρτησης, δηλαδή από την ηλικία των 20 ετών έχει μία αύξουσα συχνότητα εμφάνισης μέχρι την ηλικία των 45 ετών (πριν τα 20 είναι σπάνιος). Από την ηλικία των 45-55 ετών διατηρείται φηλά και μετά εμφανίζει ύφεση. Από την ηλικία των 65 ετών και πάνω εμφανίζει επίσης ελαφρά αύξηση της συχνότητας.

Στο διάγραμμα 1: Φαίνεται η κατά ηλικία κατανομή των περιπτώσεων καρκίνου στην Ελλάδα κατά τα έτη 1979, 1980, 1981 σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας.



Διάγραμμα 1 : Περιπτώσεις νέων ασθενών από CA μαστού για την Ελλάδα στο σύνολο του πληθυσμού από 1979-1981 κατά ομάδες ηλικιών.

Αλλά και η σωματική διάπλαση φαίνεται να έχει κάποιο ρόλο στην πρόγνωση της νόσου, έτσι η εμφάνιση της νόσου σε λεπτές γυναίκες φαίνεται να έχει καλύτερη πρόγνωση από ότι σε εύσωμες.

Το περιβάλλον επίσης έχει σχέση με την εμφάνιση της νόσου. Οι Ιαπωνίδες και γενικά όλοι οι Ανατολικοί Λαοί, έχουν μικρότερη συχνότητα εμφάνισης της νόσου όταν μένουν στην Ιαπωνία. Αυξημένη συχνότητα προσβολής εμφανίζεται όταν αυτές μένουν στο Εξωτερικό π.χ. Η.Π.Α.

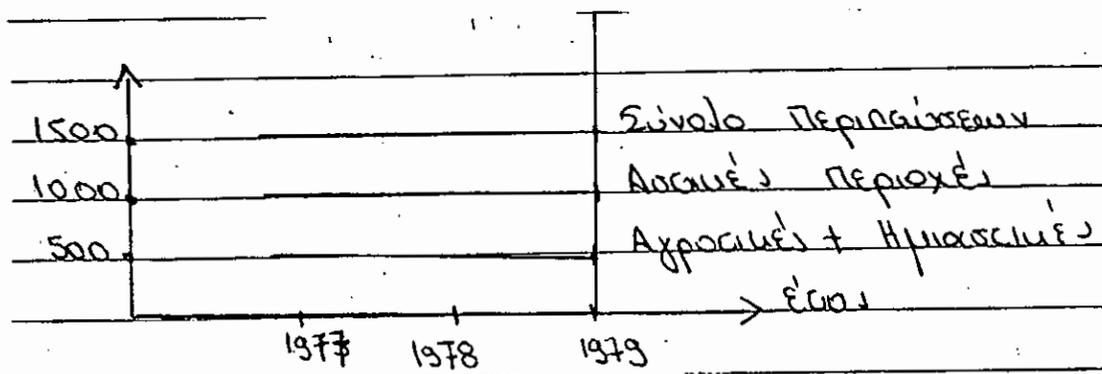
Όσον αφορά το φύλο η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού στους άνδρες είναι σε ποσοστό 1-2% του συνόλου των περιπτώσεων. ( CA πνεύμονος 90% μεγαλύτερος στους άνδρες ).

Έτη	Σύνολο περιπτώσεων εμφάνισης	Ανδρεί	Ποσοστό εμφάνισης %
1979	1450	27	
1980	1482	35	4540 - 9,09%
1981	1608	33	95
Σύνολο	4540	95	

Πίνακας (2) : Περιπτώσεις εμφάνισης καρκίνου μαστού στους άνδρες κατά τα έτη 1979-1980-1981 στην Ελλάδα σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας.

Όσον αφορά τη συχνότητα της εμφάνισης της νόσου σε σχέση με την κοινωνική τάξη, παρατηρείται ότι σε γυναίκες των πόλεων, και δη των ανωτέρων κοινωνικών τάξεων, σε σύγκριση με τις γυναίκες της υπαίθρου η συχνότητα είναι μεγαλύτερη, και αντίστροφα ανάλογη με το χρόνο θηλασμού και τον αριθμό των παιδιών που αυτοί οι παράγοντες εμφανίζονται μειωμένοι στις γυναίκες των πόλεων.

Από στοιχεία που βρέθηκαν στην Εθνική Στατιστική Υπηρεσία για τα έτη 1977-1978-1979 βγήκε το παρακάτω διάγραμμα.



Διάγραμμα 2 : Περιπτώσεις καρκίνου μαστού κατά διάκριση αστικών-αγροτικών-ημιαστικών περιοχών κατά τα έτη 1977-78-79.

Στο παραπάνω διάγραμμα λάβαμε το σύνολο των περιπτώσεων εμφάνισης καρκίνου μαστού σε αγροτικές και ημιαστικές περιοχές μαζί για να υπάρχει μία ίση κατανομή μεταξύ των δύο περιπτώσεων (αστικές, υπόλοιπη Ελλάδα). Το ίδιο γίνεται και παρακάτω στη θνησιμότητα για τον αυτό λόγο.

Η συχνότητα εμφάνισης και στους δύο μαστούς συναντάται σε ποσοστό 4-10% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού ( Πίνακας 3 ).

	Δεξιός μαστός	Αρις. μαστός	Αμφότεροι
Αριθ. περιπτώσ.	266	246	38
%	47%	46%	7%

Πίνακας (3) : Περιπτώσεις της κλινικής μαστού Μ.Μ.Η.  
( Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Αθήνα 1983 )

Θ Ν Η Σ Ι Μ Ο Τ Η Τ Α

Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού είναι κατά τις τελευταίες δεκαετίες εντυπωσιακά σταθερή σε αντίθεση προς την θνησιμότητα άλλων τύπων καρκίνου, η οποία είτε αυξάνεται είτε ελαττώνεται.

Έτσι ο καρκίνος του μαστού αποτελεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες ένα πρόβλημα χωρίς μεγάλες διακυμάνσεις. Για την Ελλάδα, η θνησιμότητα είναι και εδώ σταθερή σύμφωνα με τα στοιχεία που υπάρχουν στην Εθνική Στατιστική Υπηρεσία για τα έτη 1973-79 ( Πίνακας 4 ), και ( Διάγραμμα 4 ).

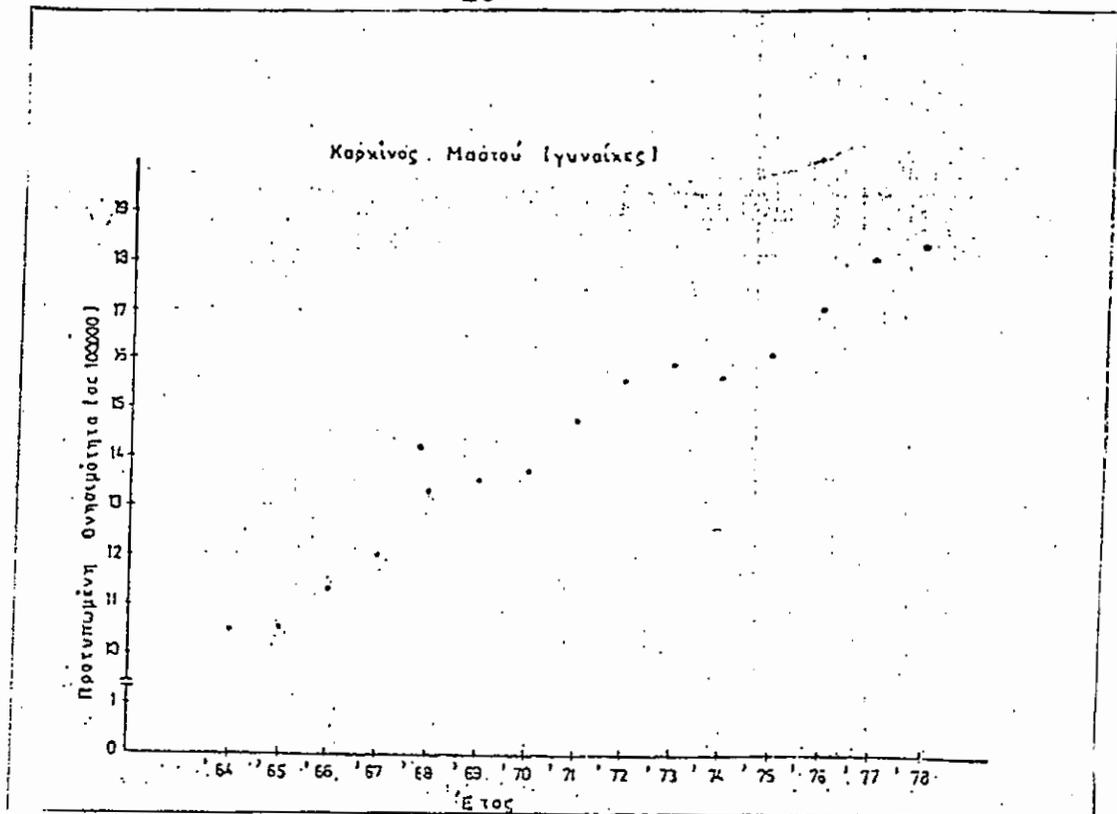
Παρατηρούμε επίσης στο ίδιο Διάγραμμα και τον αριθμό των θανάτων κατά περιοχές (αστικές-αγροτικές-ημιαστικές).

Η αναλογία μεταξύ τους και εδώ παρουσιάζεται σχεδόν η ίδια με αυτή της συχνότητας εμφάνισης (κατά περιοχές), όπως είναι φυσικό. Το ότι έχει ληφθεί το σύνολο του πληθυσμού δεν αλλάζει την όλη εικόνα, γιατί το ποσοστό των ανδρών είναι περίπου 1-2% του συνόλου των περιπτώσεων.

Έτος	Σύνολο θανάτων	άνδρες	Γυναίκες	Αστικές	Ημιαστικές	Αγροτικές	Άσφα. Ημιασ.
1973	750	92	728	490	77	181	258
1974	707	17	690	461	79	173	245
1975	769	19	750	497	80	191	271
1976	868	90	848	545	89	224	306
1977	901	94	877	583	89	226	315
1978	949	15	934	691	87	241	328
1979	994	18	950	681	69	24	312

Πίνακας (4) : Θάνατος στην Ελλάδα για τα έτη 1973-1979 κατά φύλο και κατά περιοχή.

Από τον παραπάνω πίνακα βγήκε το παρακάτω διάγραμμα 4, όπου έχουμε μία καλύτερη οπτική εικόνα της κατάστασης.



Διάγραμμα (4) : Θνησιμότητα από CA μαστού για την Ελλάδα στο σύνολο του πληθυσμού κατά τα έτη 1973- 1979.

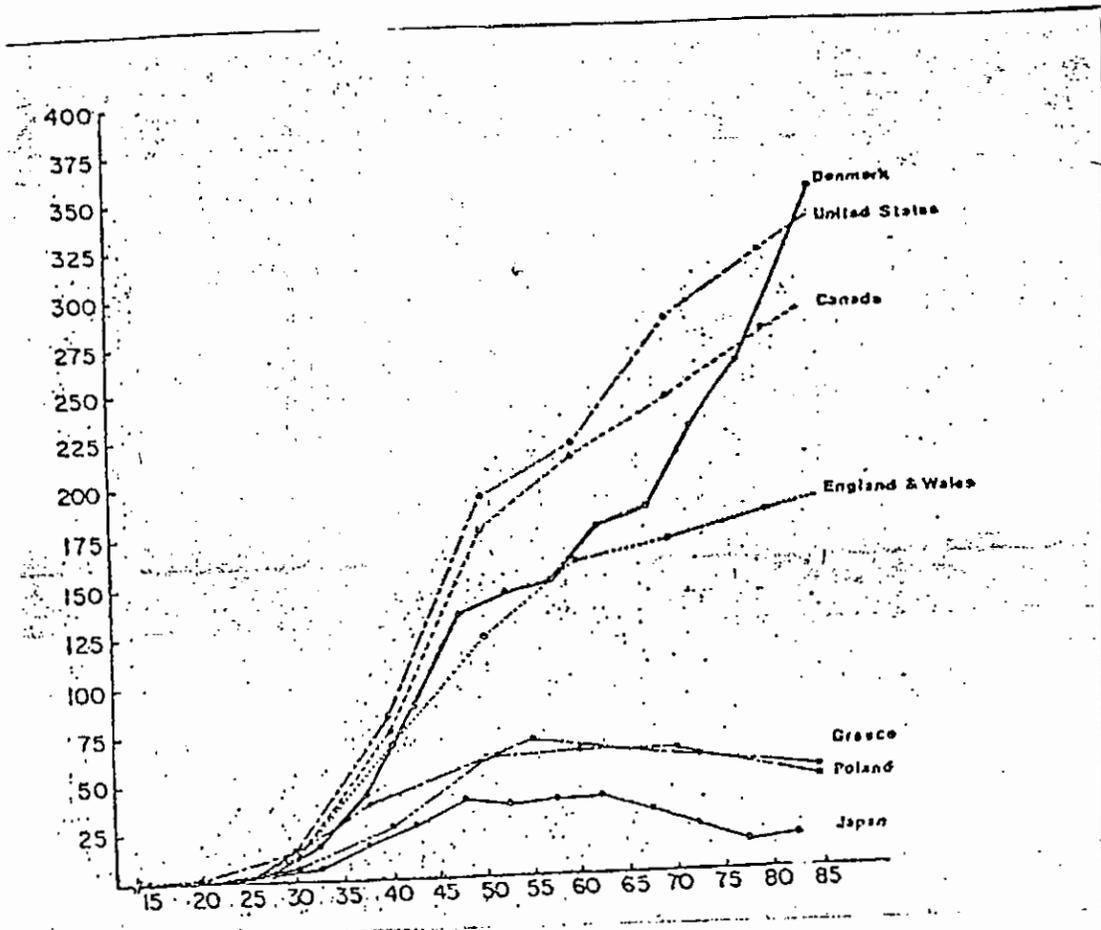
Στο παρακάτω διάγραμμα (5) δίνεται η κατά 100.000 του πληθυσμού θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού σε μερικές χώρες. Η πλέον εντυπωσιακή διαφορά και η οποία είναι ευρέως γνωστή είναι η χαμηλή θνησιμότητα στην Ιαπωνία και σε μερικές άλλες χώρες σε σύγκριση με την φηλή θνησιμότητα στην Ολλανδία, Μεγάλη Βρετανία και Δανία. Αξιοσημείωτο επίσης είναι το γεγονός ότι οι Ιαπωνίδες που διαμένουν εκτός Ιαπωνίας παρουσιάζουν χαμηλή θνησιμότητα.

(Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Αθήνα 1983)

Διάγραμμα (5) : Θνησιμότητα κατά 100.000 πληθυσμού / έτος από καρκίνο του μαστού σε γυναίκες ορισμένων χωρών.

Όσον αφορά τη θέση της Ελλάδας μεταξύ αυτών των χωρών και έχοντας δεδομένο ότι η θνησιμότητα δεν παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις κατά τις τελευταίες δεκαετίες για σύνολο πληθυσμού της Ελλάδας 9.000.000 και με τα στοιχεία του διαγράμματος (4) βγαίνει ένας μέσος όρος ανά 100.000 πληθυσμού 10 ως 12 θάνατοι από καρκίνο μαστού, που την κατατάσσει σε μια ενδιάμεση προς χαμηλή θέση.

( Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Αθήνα 1983 ).



Διάγραμμα (5)

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο   Γ΄

Ανίχνευση του καρκίνου του μαστού

Κλινική Εντόπιση του καρκίνου του  
μαστού

Κλινική Εικόνα

Σταδιοποίηση του καρκίνου του  
μαστού

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες δεν θα είναι υπερβολή αν πει κανείς ότι θα πρέπει να ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες, από την ίδια στιγμή σχεδόν της εμφάνισής του. Ο μαστός είναι ένα όργανο που είναι προσιτό σε οποιαδήποτε εξέταση τόσο με γυμνό μάτι αλλά και με την ψηλάφηση. Βέβαια το μέγεθος πολλές φορές ενός μαστού που είναι μεγάλο ή και πολλές φορές αφύσικο προβάλλει ανυπέρβλητη δυσκολία στην ψηλάφισή του.

Η αυτοεξέταση με την ψηλάφηση συνιστάται σε πολλές χώρες (SHIMKIN 1963). Παρόλα αυτά όμως, το ποσοστό των ανακαλυφθέντων καρκίνων του μαστού, με τη μέθοδο αυτή είναι σχετικά μικρός.

Συγκεκριμένα στην κλινική Μαστού του Αντικαρκινικού Ινστιτούτου του Νοσοκομείου του Αγίου Σάββα νοσηλεύθηκαν τα τελευταία οκτώ χρόνια (1979-1987) 1320 Ελληνίδες με καρκίνο του μαστού. Από αυτές μόνο οι 102 ποσοστό μικρότερο του 8% πήγαν όταν η αρρώστεια βρισκόταν στην αρχή της, γι' αυτό και θεραπεύτηκαν οριστικά.

Οι 496 ποσοστό μικρότερο του 38% κάπως αργά όταν η αρρώστεια βρισκόταν στο δεύτερο στάδιο, γι' αυτό το θεραπευτικό αποτέλεσμα δεν ήταν το ίδιο με τις πρώτες 102. Οι 722 όμως Ελληνίδες δηλ. οι περισσότερες από τις μισές πήγαν όταν η αρρώστεια είχε προχωρήσει αρκετά και μάλιστα σε τέτοιο βαθμό ώστε οι 106 από αυτές δηλ. ποσοστό 8% να μην επιδέχονται καμιά θεραπεία (ανίκατες) Πίνακας (5).

Εξετασθέντες 1320

	ΑΡΧΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ	Β' ΣΤΑΔΙΟ	Προχωρημένο
Αριθ. εξετασθ.	102	496	722
%	8%	38%	56%

Πίνακας (5) : νοσηλευομένων γυναικών κατά τα έτη (1979-1987) με καρκίνο μαστού στο Νοσοκομείο Αγίου Σάββας.

Θα μπορούσε κάθε γυναίκα να διδαχθεί τη λεγόμενη αυτοεξέταση του μαστού οπότε θα επιτυγχάνετο η έγκαιρη ανακάλυψη μιας οποιασδήποτε ανωμαλίας του μαστού από την ίδια τη γυναίκα και στη συνέχεια να αποτανθεί

στο γιατρό της.

Κάθε Ε λ η ν ί δ α γ υ ν α ί κ α μικρή ή μεγάλη, παντρεμένη ή ανύπαντρη πρέπει τουλάχιστον μία φορά τον μήνα να διαθέτει λίγο από τον πολύτιμο χρόνο της για να απασχοληθεί με τους μαστούς της πριν είναι γι' αυτήν πολύ αργά.

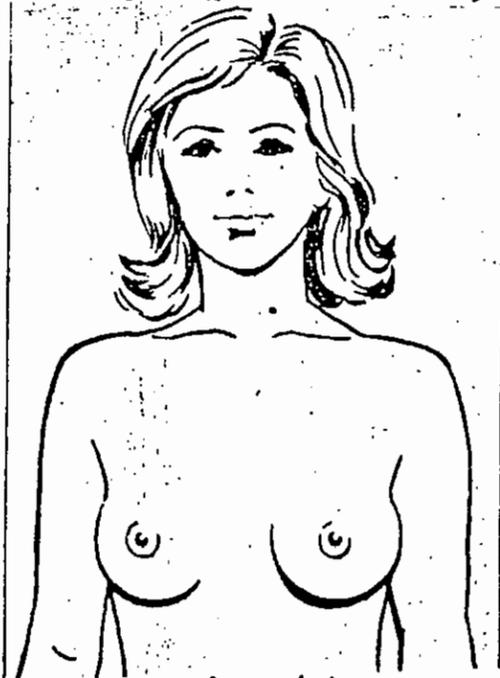
Πρέπει να τονισθεί ότι η συνεχή ψηλάφιση του μαστού δεν θα πρέπει να δημιουργήσει το αίσθημα της καρκινοφοβίας.

Καλό είναι η αυτοεξέταση να γίνεται μία φορά τον μήνα λίγες μέρες μετά την περίοδο (2-3 μέρες) και όταν οι μαστοί δεν είναι ευαίσθητοι ή πρησμένοι. Σε γυναίκες που έχει σταματήσει η περίοδος καλό είναι να συνηθίζουν την αυτοεξέταση μία ωρισμένη μέρα κάθε μήνα (π.χ. την πρώτη ημέρα κάθε μήνα).

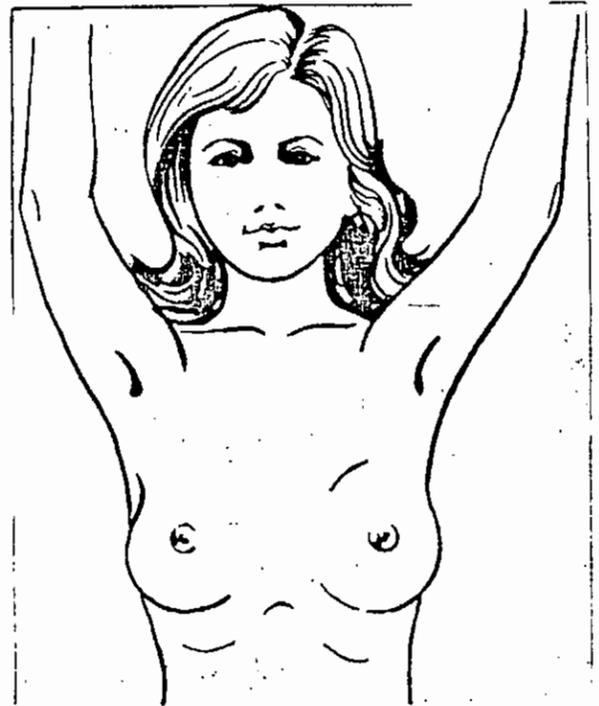
### Α υ τ ο ε ζ έ τ α σ η

θα αναφερθούν ορισμένες οδηγίες χρήσιμες για κάθε γυναίκα. Η προσεκτική και συστηματική εφαρμογή τους έχει μεγάλη σημασία στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

1. Γυμνή από τη μέση και πάνω, όρθια μπροστά στον καθρέπτη της τουαλέτας πρώτα με τα χέρια σε στάση προσοχής και ύστερα με τα χέρια σε ανάταση όπως δείχνουν οι εικόνες (α,β,γ)



Εικόνα (α)



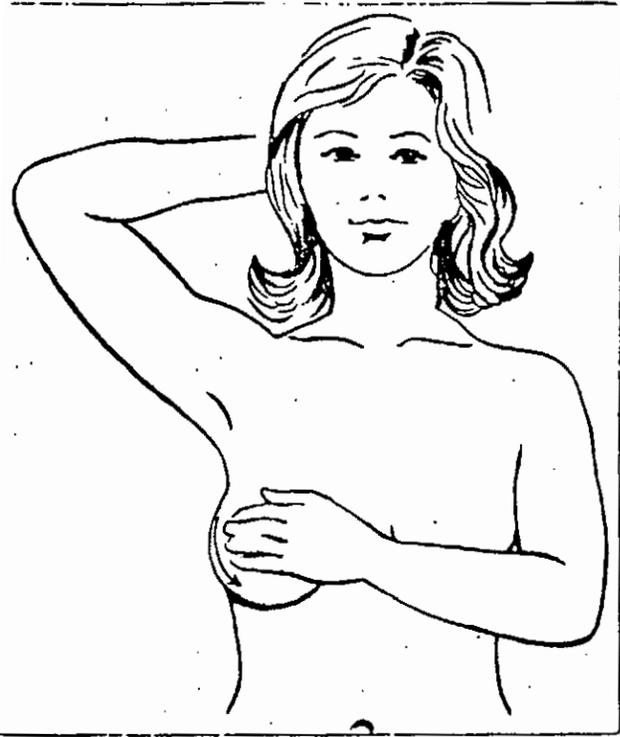
Εικόνα (β)



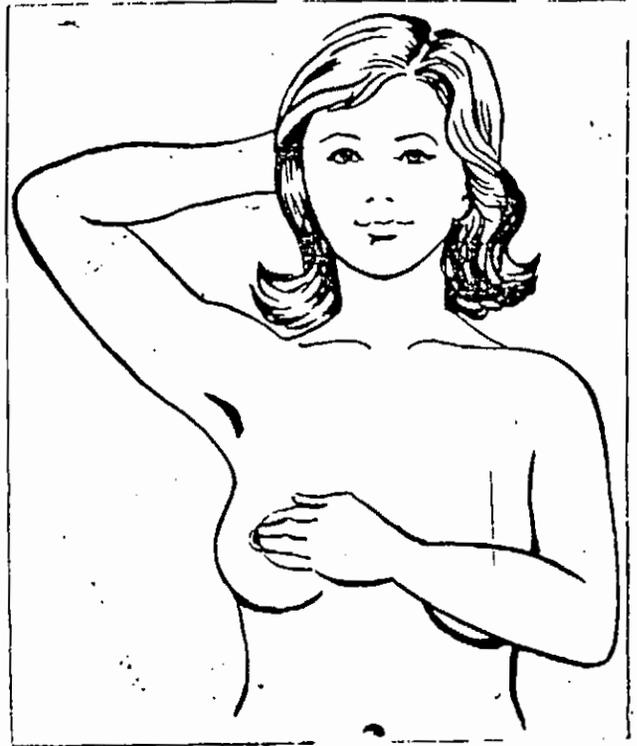
Εικόνα (γ)

Παρατηρείτε με προσοχή το σχήμα και το μέγεθος των μαστών σας καθώς επίσης τις θηλές και την χρωματιστή περιοχή που είναι γύρω απ'αυτές.

Αν διαπιστωθεί κάποια παραμόρφωση στο μέγεθος και στο σχήμα των μαστών ή κάποιο τράβηγμα του δέρματος των μαστών προς τα μέσα, κάποια πληγή ή κάποια εξόγκωση, η γυναίκα θα πρέπει να επισκεφτεί το γιατρό της. Πρέπει να γνωρίζει ότι ο ένας μαστός είναι συνήθως μεγαλύτερος ή μικρότερος από τον άλλο. Αυτό είναι φυσιολογική κατάσταση και να μην ανησυχεί. Αφού τελειώσει τις παρατηρήσεις στους μαστούς της με τα χέρια κάτω και πάνω όπως είπαμε να αρχίσει την εξέταση των μαστών της πάλι όρθια και μπροστά στον καθρέπτη, ως εξής :

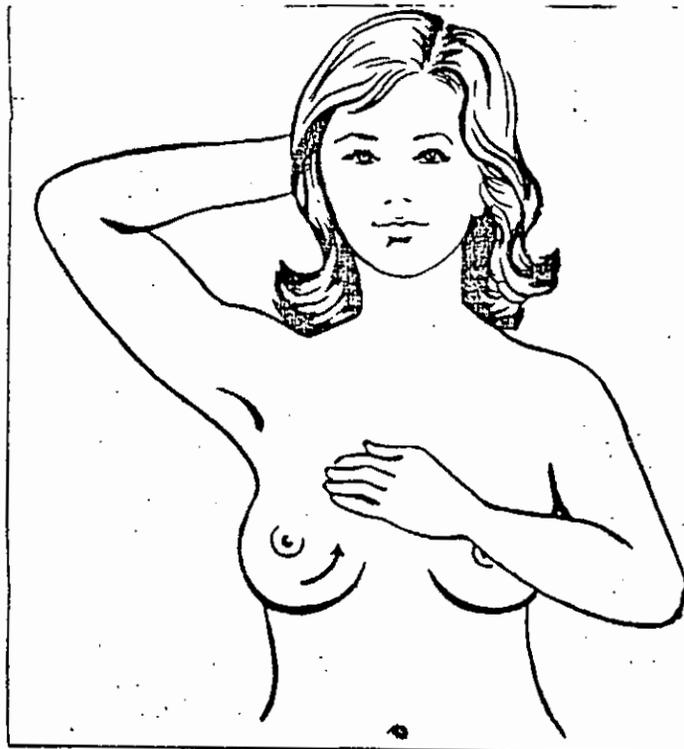


Εικόνα (δ)



Εικόνα (ε)

2. Να φέρει το δεξί της χέρι πίσω από το κεφάλι και τα 4 δάκτυλα του αριστερού της χεριού ακουμπισμένα στον δεξιό της μαστό αρχίζοντας την ψηλάφηση του όπως δείχνουν οι εικόνες δ και ε.



Εικόνα (ζ)

Αφού τελειώσει την ψηλάφηση γύρω γύρω στο μαστό να ψηλαφίσει και το κέντρο του που έχει τη θηλή και την χρωματισμένη περιοχή όπως έδειχνε η εικόνα (ζ) στην προηγούμενη σελίδα.

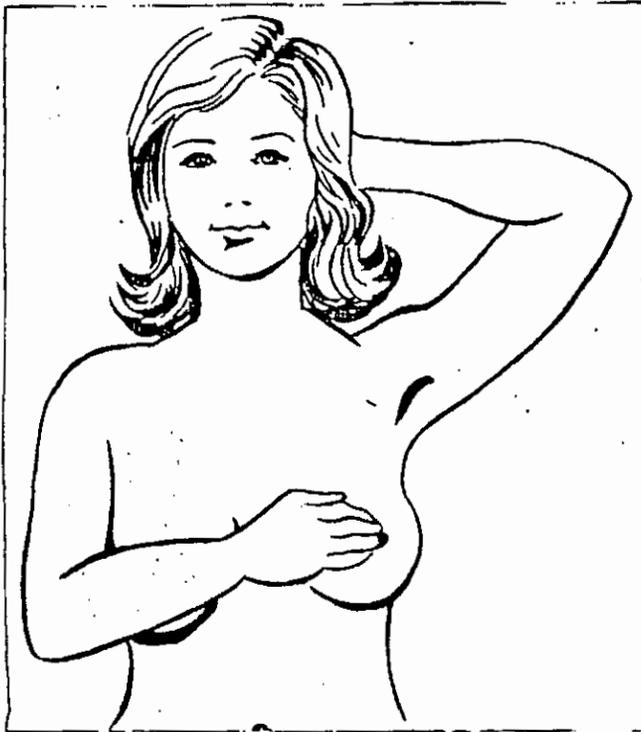
3. Αφού τελειώσει την εξέταση του δεξιού μαστού να φέρει το αριστερό της χέρι πίσω από το κεφάλι και τα 4 δάκτυλα του δεξιού της χεριού στον αριστερό μαστό και να αρχίσει την ψηλάφισή του, όπως έκανε στο δεξιό μαστό και όπως δείχνουν οι εικόνες (η,θ,ι).



Εικόνα (η)



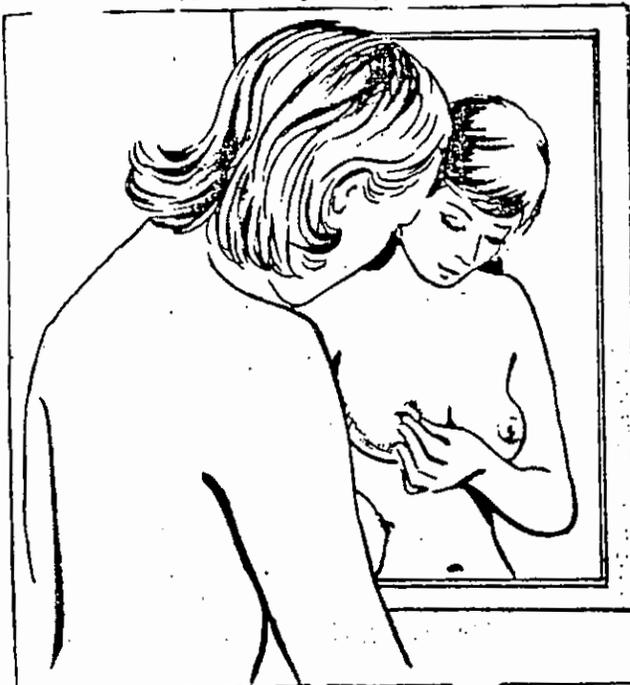
Εικόνα (θ)



Εικόνα (ι)

Αν ψηλαφίσει κάποιο ογκίδιο ή κάποια σκληρία ή κάποια διόγκωση σ'έναν από τους μαστούς της, πρέπει να πάει αμέσως στον γιατρό της ή σ'οποιοδήποτε εξωτερικό ιατρείο Αντικαρκινικού Νοσοκομείου.

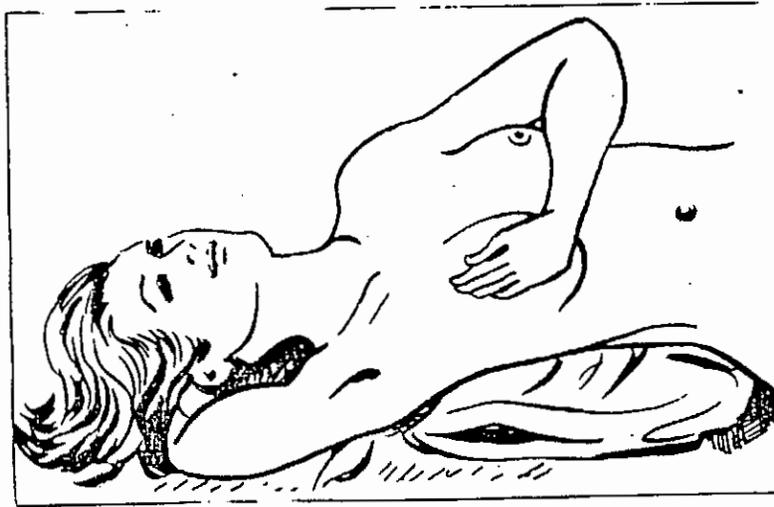
4. Αφού τελειώσει την ψηλάφηση των μαστών της τότε να πιάσει με τον δείκτη και τον αντίχειρα την θηλή πρώτα του δεξιού μαστού και ύστερα του αριστερού και να πιέσει ελαφρά όπως στην εικόνα (κ)



Εικόνα (κ)

Αν με την ελαφρά πίεση της θηλής βγεί σκούρο ή κόκκινο υγρό αυτό επιβάλλει να επισκεφτεί αμέσως τον γιατρό.

5. Αφού τελειώσει την εξέτασή της όρθια, να ξαπλώσει στο κρεβάτι να βάλει ένα μαξιλάρι κάτω από την κλάτη της, και να εξετάσει πάλι κάθε ένα μαστό χωριστά όπως έκανε και όρθια, και όπως δείχνει η παρακάτω και τελευταία εικόνα (εα).



Εικόνα (εα)

Η εξέταση στο κρεβάτι είναι απαραίτητη γιατί ψηλαφώνται καλύτερα οι μαστοί και έτσι μπορείτε να αντιληφθείτε μικρά ογκίδια ή σκληρίες που δεν γίνονται αντιληπτές όταν οι μαστοί εξετάζονται σε όρθια στάση.

Η διαφώτιση για την μέθοδο της αυτοεξέτασης είναι υποχρέωση κάθε υγειονομικού προσώπου περισσότερο δε του γιατρού και της Νοσηλεύτριας της κοινότητας.

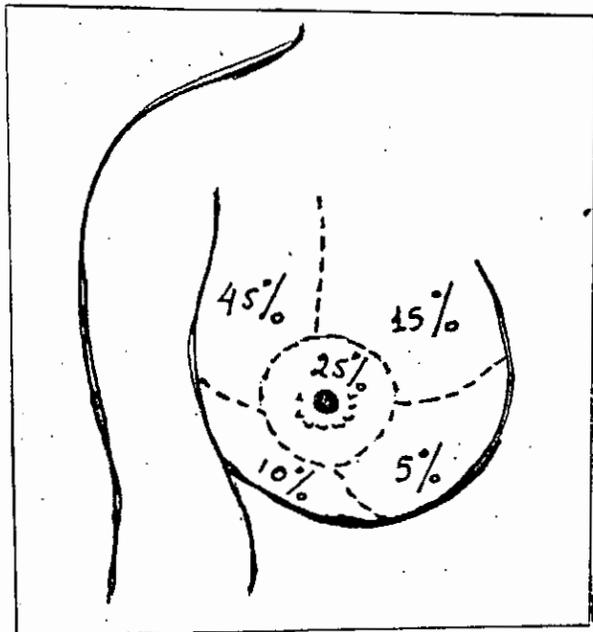
( Ενημερωτικό δελτίο του υπουργείου κοινωνικών υπηρεσιών (Φεβρουάριος 1981 ).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ  
ΜΑΣΤΟΥ

Για πρακτικούς λόγους ο μαστός διαιρείται σε (4) τέσσερα τεταρτη-  
μόρια με μια κάθετο και μία οριζόντια γραμμή που διασταυρώνονται στη θηλή.

Άνω έξω, άνω έξω, κάτω έξω και κάτω έσω (σχήμα 1).

Αυτά είναι τα τμήματα που διαιρείται ο μαστός. Η διαίρεση αυτή έχει  
σημασία για καλύτερη κατανόηση, αλλά και για πρακτικούς λόγους γιατί η  
λεμφική αποχέτευση κάθε τεταρτημορίου παρουσιάζει διαφορές:



Σχήμα (1)

Σχηματικά η αναλογία εντόπισης  
που καρκίνου του μαστού.

Κέντρο (γύρω από τη θηλή)	25%
Άνω έξω τεταρτημόριο	45%
Άνω έσω τεταρτημόριο	15%
Κάτω έξω τεταρτημόριο	10%
Κάτω έσω τεταρτημόριο	5%

( Τούντας Ι.Κ. Αθήνα) 1980

Κ Λ Ι Ν Ι Κ Η      Ε Ι Κ Ο Ν Α

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται σε τυπικές περιπτώσεις με τα εξής συμπτώματα:

1. Ο καρκίνος του μαστού που βρίσκεται σε αρχικό στάδιο εμφανίζεται σαν ογκίδιο μέσα στην μάζα του μαστού, το οποίο αρχικά είναι κινητό, σκληρό και ανώδυνο. Όσο παρῆχεται όμως ο χρόνος, το ογκίδιο μεγαλώνει, καθηλώνεται με τους γύρω ιστούς και καθίσταται ακίνητο. Το δέρμα το οποίο βρίσκεται πάνω από το ογκίδιο έλκεται, καθίσταται σκληρό και μοιάζει με "φλοιδ πορτοκαλιού" κατά τους Γάλλους ή "Δέρμα Χοίρου" κατά τους αμερικανούς.

Αυτή η εικόνα είναι πάρα πολύ χαρακτηριστική και γίνεται πιο εμφανής όταν το δέρμα το υπερκείμενο του ογκιδίου βρίσκεται σε τεχνητή τάση. Ο μαστός αργότερα διογκώνεται ολόκληρος ή μπορεί μερικές φορές και να συρρικνωθεί. Επίσης το δέρμα μερικές φορές δυνατόν να εμφανίζει εξέλκωση.

2. Μία άλλη τυπική εικόνα σε αρχικό στάδιο του καρκίνου του μαστού είναι η παρουσία εκζεματοειδούς εικόνας κατά τη θηλή και γύρω από αυτή. Η θηλή είναι δυνατόν να εκρέει ορώδες ή εφραιματηρό υγρό. Δυνατόν επίσης ένα σύμπτωμα της εικόνας αυτής είναι η εισολκή της θηλής.

3. Άλλο ύποπτο σημείο εγκατάστασης της νόσου είναι η απότομη διόγκωση ολοκλήρου του μαστού, με ερυθρότητα του δέρματος και συνήθως τη διόγκωση αυτή συνοδεύει πόνος.

Η εισολκή επίσης κάποιου σημείου του δέρματος αποτελεί ύποπτο σημείο εγκατάστασης της νόσου. Σε προχωρημένο στάδιο, χαρακτηριστική είναι η εξέλκωση του μαστού και η παρουσία διογκωμένων λεμφαδένων στην σύστοιχο μασχάλη. Όταν το δέρμα εξελκωθεί και γίνει ερυθροειδές είναι δυνατόν να εμφανίσει τεφρόχρωη επιφάνεια με ρυπαρά, αιμορραγούντα σαρκία και υγρά, που εμφανίζουν χαρακτηριστική καρκινωμάτωση δυσοσμία.

Σε αρκετά προχωρημένο στάδιο που ο όγκος συμφύεται με τον μείζονα θωρακικό μύ (ο μαστός τότε κινείται κατά τις συσπάσεις του μείζονα θωρακικού μύ). Βραδύτερα δε συμφύεται προς ολόκληρο το θωρακικό τοίχωμα το οποίο και ακινητοποιείται.

( Τριχόπουλος Δ. Αθήνα 1987 )

( Τούντας Ι.Κ. Αθήνα 1980 )

Σ Τ Α Δ Ι Ο Π Ο Ι Η Σ Η Τ Ο Υ Κ Α Ρ Κ Ι Ν Ο Υ Τ Ο Υ Μ Α Σ Τ Ο Υ

Προκειμένου να αντιμετωπισθεί μία περίπτωση καρκίνου μαστού και να γίνει εκλογή της θεραπευτικής μεθόδου, πρέπει πρώτα να προσδιοριστεί σε ποιο στάδιο εξέλιξως βρίσκεται αυτή, γιατί από αυτό εξαρτάται η μελλοντική θεραπεία.

Ο προσδιορισμός του σταδίου της νόσου είναι απαραίτητος για τους εξής λόγους:

α) Γιατί βάση αυτού κυρίως καθορίζεται η μελλοντική θεραπεία, καθορίζεται δηλαδή στην αρχή αν είναι η περίπτωση χειρουργήσιμη ή μη χειρουργήσιμη και εφόσον κριθεί αυτή χειρουργήσιμη επιλέγεται χειρουργήσιμη μέθοδος και η υπόλοιπη βοηθητική θεραπεία.

β) Για διεθνή συνεννόηση και σύγκριση των αποτελεσμάτων των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων σε περιπτώσεις του ίδιου σταδίου, με βάση αυστηρά καθορισμένα κριτήρια, κοινά για όλα τα χειρουργικά κέντρα, ώστε να είναι δυνατόν να βρεθεί ποιά χειρουργική μέθοδος δίνει τα καλύτερα αποτελέσματα, σε σχέση με την επιβίωση και τη μικρότερη νοσηρότητα σε κάθε στάδιο της νόσου.

Ο HAAGENSEN θέλοντας να τονίσει την αξία της ταξινόμησης γράφει ότι "Η οποιαδήποτε σύγκριση της αποτελεσματικότητας των διαφόρων μεθόδων για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού χωρίς την επιμελή ταξινόμηση όλων των ασθενών μοιάζει με αγώνα δρόμου δίχως την κοινή γραμμή της εκκίνησης"

Κλινική Ταξινόμηση Καρκίνου μαστού ( T<sub>0</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> )

T : Π ρ ω τ ο π α θ ή ς Ε σ τ ί α

T<sub>0</sub>: Όγκος ψηλαφητός δεν βρίσκεται στον μαστό.

T<sub>1S</sub>: Νόσος PAGET της θηλής χωρίς ψηλαφητό όγκο.

T<sub>1</sub>: Όγκος μεγαλύτερης διαμέτρου 2 CM.

T<sub>1a</sub>: Ο όγκος δεν είναι καθηλωμένος στον μύ ή στην περιτονία.

T<sub>1B</sub>: Ο όγκος είναι καθηλωμένος στον μύ ή στην περιτονία.

T<sub>2</sub>: Όγκος μεγαλύτερης διαμέτρου 2-5 CM.

T<sub>2A</sub>: Δεν υπάρχει καθήλωση του όγκου.

T<sub>2B</sub>: Υπάρχει καθήλωση του όγκου.

T<sub>3</sub>: Όγκος μεγαλύτερης διαμέτρου 5 CM.

T<sub>3A</sub>: Δεν υπάρχει καθήλωση του όγκου στο μύ ή στην περιτονία.

T<sub>3B</sub>: Υπάρχει καθήλωση του όγκου στον μύ ή στην περιτονία.

T4 : Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα π.χ. τις πλευρές ή τους μεσοπλεύριους μυς (αλλά όχι στον μείζονα θωρακικό μύ).

T4A: Καθήλωση στο θωρακικό τοίχωμα

T4B: Οίδημα και εζέλιωση του δέρματος (PEAU D'ORANGE) με δορυφόρα οζίδια.

T4C: T4 + T4B

T4D: Φλεγμονώδες καρκίνωμα.

N : Π ε ρ ι ο χ ι κ ο ί     Λ ε μ φ α δ έ ν ε ς

N0 : Μή φηλαφωτοί σύστοιχοι λεμφαδένες

N1 : Κινητοί σύστοιχοι μασχαλιαίοι αδένες

N1A: Οι αδένες δεν είναι κλινικώς ύποκτοι

N1B: Οι αδένες είναι κλινικά ύποκτοι.

N2 : Σύστοιχοι μασχαλιαίοι αδένες διηθημένοι και καθηλωμένοι που σχηματίζουν μάζα κινητή ή καθηλωμένη

N3 : Σύστοιχοι λεμφαδένες (μασχαλιαίοι, υπερκλείδιοι, υποκλείδιοι ή της έσω μαζικής) διηθημένοι.

M : Α π ο μ α κ ρ υ σ μ έ ν ε ς     μ ε τ α σ τ ά σ ε ι ς

M0 : Δεν υπάρχει ένδειξη απομακρυσμένης νόσου

M1 : Υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις

( Τούντας Ι.Κ. Αθήνα 1984 )

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ:

Π ρ ό γ ν ω σ η

Δ ι α φ ο ρ ι κ ή Δ ι ά γ ν ω σ η

Π Ρ Ο Γ Ν Ω Σ Η

Η πρόγνωση, δηλ. η έκβαση του καρκίνου του μαστού, είναι άμεσα συνδεδεμένη με δύο βασικούς παεάφοντες: Την έγκαιρη διάγνωση και τη σωστή θεραπευτική αγωγή.

Η πρώιμη ανακάλυψη της νόσου έχει τη μεγαλύτερη σημασία. Αναφέρεται ένας σημαντικός αριθμός ασθενών, οι οποίοι αν και υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, έπειτα από πάρα πολλά χρόνια εμφάνισαν μεταστάσεις.

Οι μεταστάσεις αυτές είναι δυνατόν να είχαν γίνει και πριν από την επέμβαση, αλλά παρέμειναν χωρίς συμπτώματα για αρκετά χρόνια.

Οι μεταστάσεις που γίνονται μετά από μία εγχείρηση σε ένα, δύο, τρία, τέσσερα ή και πέντε χρόνια αργότερα είναι :

1. Τοπικά με επέκταση του όγκου προς τον υπόλοιπο μαστό.

2. Με τα λεμφαγγεία προς τα επιχώρια λεμφογάγγλια, κυρίως τα μασχαλιαία. Οι εντοπίσεις στα έσω τεταρτημόρια διηθούν πολύ πρώιμα τα λεμφογάγγλια της έσω μαστικής αρτηρίας.

3. Με τα αιμοφόρα αγγεία, στα οστά κυρίως στους σπόνδυλους, στον εγκέφαλο και στο ήπαρ.

Παραθέτουμε τον εξής πίνακα:

Στάδιο	Βεβαιωμένη επιβίωση
I T1a T1b	M0 80%
II T2a T2b	M0 M0 65%
III T3a-b	M0 45%
IV T4	M1
σπινθηροειδής T	M1
σπινθηροειδής T	M1

Πίνακας (6) : Κλινικό στάδιο και αβρή πενταετής επιβίωση μετά από μαστεκτομή.

( Αλιβιζάτος Ν.Κ. - Μπεναρδής Ι.Ν. Αθήνα 1978 )

Δ Ι Α Φ Ο Ρ Ι Κ Η Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

Η διαφορική διάγνωση των παθήσεων του μαστού αποτελεί ένα πρόβλημα για τη δημόσια υγεία.

Αναμένεται να είναι εντοπισμένος ο καρκίνος του μαστού όταν:

- α) Δεν αναφέρει ασθενής κανένα σύμπτωμα και η νόσος διαπιστώθηκε σε μια εξέταση ρουτίνας.
- β) Από την ίδια την ασθενή τυχαία αν βρεθεί ένας όγκος στη μάζα του μαστού.
- γ) Η προσοχή της ασθενούς προκλήθηκε εξ αιτίας μικρών ενοχλημάτων. Οι παθήσεις του μαστού, οι οποίες είναι δυνατόν να δώσουν εικόνα καρκίνου είναι :

α) Κ α λ ο ή θ ε ι ς ό γ κ ο ι

Οι καλοήθεις όγκοι μετακινούνται ανεξάρτητα του μαζικού αδένου.

β) Χ ρ ό ν ι α μ α σ τ ί τ ι δ α

Πρόκειται για μικροβιακή φλεγμονή της οποίας αναζητείται το αίτιο (μικρόβια).

γ) Λ ι π ο φ α γ ο κ ο κ κ ί ω μ α (ή λιπώδης, τραυματική νέκρωση του μαστού).

Βασικό για το σχηματισμό του λιποφαγοκοκκιώματος είναι η ρήξη του λιπώδη ιστού, η νέκρωση των λιποκυττάρων και η απόσχιση του λίπους σε λιπαρά οξέα και γλυκερίνη.

δ) Φ υ μ α τ ί ω σ η τ ο υ μ α σ τ ο ύ .

Εμφανίζεται συνήθως σε νεαρά άτομα. Υπάρχουν στο μαστό διογκώσεις ελαφρά επώδυνες, διαφορετικού μεγέθους. Υπάρχει όμως χαρακτηριστική λέπτυνση του δέρματος με σχηματισμό συριγγίων.

ε) Π λ α σ μ α τ ο κ υ τ τ α ρ ι κ ή μ α σ τ ί τ ι δ α

Είναι αγνώστου αιτιολογίας νόσος, που εμφανίζεται σε άτομα μεταξύ 40ού και 60ού έτους. Εμφανίζεται γύρω από την άλω διογκωση, συμφύεται με το δέρμα, είναι πολλές φορές επώδυνη και η διατομή της μοιάζει με νεόπλασμα.

( Α λ ι β ι ζ ά τ ο ς Ν . Κ . - Μ π ε ν α ρ δ ή ς Ι . Ν . Α θ ή ν α 1978 )

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ε΄

Διόγνωση

Θεραπεία

Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

Η προσέλευση της γυναίκας σε ειδικό γιατρό αμέσως μόλις αντιληφθεί κάποιο ύποπτο σημείο με τη μέθοδο της αυτοεξέτασης, ανοίγει το δρόμο στο γιατρό και τον καλεί να δώσει μια οριστική διάγνωση.

Η επιμελής κλινική εξέταση των μαστών θα προσδιορίσει τη φύση της νόσου και σε περιπτώσεις αμφιβολιών θα προχωρήσει στις απαραίτητες εξετάσεις για τη διαλεύκανση της περίπτωσης.

Οι ειδικές αυτές εξετάσεις είναι :

- α) Μαστογραφία.
- β) Ξγρογραφία
- γ) Θερμογραφία
- δ) PAP TEST (κυτταρολογική εξέταση έκκρισης θηλής)
- ε) Παραέντηση όγκου
- στ) Βιοψία όγκου

Συμπληρωματικές εξετάσεις που γίνονται είναι :

- α) Ακτινογραφίες (για μεταστάσεις)
- β) Σπινθηρογράφημα
- γ) Αγγειογραφία.

Α. Μ α σ τ ο γ ρ α φ ί α

Είναι μία διαγνωστική μέθοδος, η οποία βοηθά σημαντικά στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Είναι μία ακτινολογική εξέταση με την οποία μπορεί να εντοπιστεί ένα ογκίδιο στη μάζα του μαστού.

Εξαιτίας της διαφοράς της σύστασης του όγκου από τη σύσταση του υπόλοιπου μαστού θα καταγραφεί το ακτινολογικό αποτέλεσμα.

Επειδή κατά τη μαστογραφία, λαμβάνει ο μαστός μία δόση ακτινοβολίας γι' αυτό δεν θα πρέπει να γίνεται χωρίς να υπάρχει απόλυτη ένδειξη αυτής.

Μπορεί μάλιστα να ειπωθεί ότι η κατάχρησή της θα είναι η αιτία, από την περίσσεια ακτινοβολία να εκδηλωθεί καρκίνος αν και σε γενικές γραμμές ενώ όλες οι πειραματικές μελέτες δείχνουν ότι η ιονίζουσα ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του μαστού, εν τούτοις ο κίνδυνος μειώνεται προδευτικά με την ανακάλυψη του τελευταίου τύπου μαστογράφων.

Ενδείξεις για την εκτέλεση μαστογραφίας - Περιορισμοί της μεθόδου

Οι ενδείξεις είναι :

1. Σε ασθενείς που παρουσιάζουν κατά την ψηλάφηση πολλά ογκίδια και στους δύο μαστούς και στην κλινική εξέταση δεν είναι δυνατόν να καθοριστούν εάν ένα από αυτά είναι καρκίνος.

2. Σε έκκριση της θηλής, η οποία είναι δυνατόν να είναι διαυγής, κίτρινη ή αιματηρή.

3. Τοπική ερυθρότητα του δέρματος, πάχυνση ή και εισολκή αυτού χωρίς να υπάρχει ψηλαφητή μάζα.

4. Όταν υπάρχουν σε μέγεθος μεγάλοι μαστοί, όπου η ψηλάφηση είναι δύσκολη και αδύνατη.

5. Σε παρουσία διογκωμένων μασχαλιαίων λεμφαδένων.

6. Για ψυχολογικούς λόγους, πολλές φορές οι ασθενείς πάσχουν από καρμφοβία. Σε αυτές τις περιπτώσεις η αρνητική μαστογραφία σε συνδυασμό με την κλινική εξέταση απαλλάσσει την ασθενή από το φόβο αυτό.

7. Σε γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών με έναν ή περισσότερους επιβαρυντικούς παράγοντες θα πρέπει να υποβάλλονται μία φορά το χρόνο σε μαστογραφικό έλεγχο. Η χρησιμότητα του περιοδικού μαστογραφικού ελέγχου σε γυναίκες αυτής της ηλικίας χωρίς επιβαρυντικούς παράγοντες είναι οριακή και χρειάζονται εκ των προτέρων ελεγχόμενες μελέτες για να καθορίσουν την σκοπιμότητά του.

8. Μαστογραφικός έλεγχος σε οποιαδήποτε γυναίκα με συμπτώματα πρέπει να γίνεται μόνο μετά από προηγούμενη εξέταση των μαστών από γιατρό.

9. Είναι η βασική γραμμή ελέγχου για τις γυναίκες ηλικίας 35-50 ετών.

Περιορισμοί: Βασικά μειονεκτήματα της μαστογραφίας είναι :

1. Παρατηρείται πολλές φορές δυσκολία στον να απεικονιστούν παθολογικές αλλοιώσεις του μαστού και ιδιαίτερα σε ύπαρξη άφθονου συνδετικού ιστού.

2. Οι μικροί σε μέγεθος μαστοί ή οι μαστοί νεαρών γυναικών δεν είναι κατάλληλοι για ακτινογράφιση εξαιτίας της συμπαγούς υφής τους.

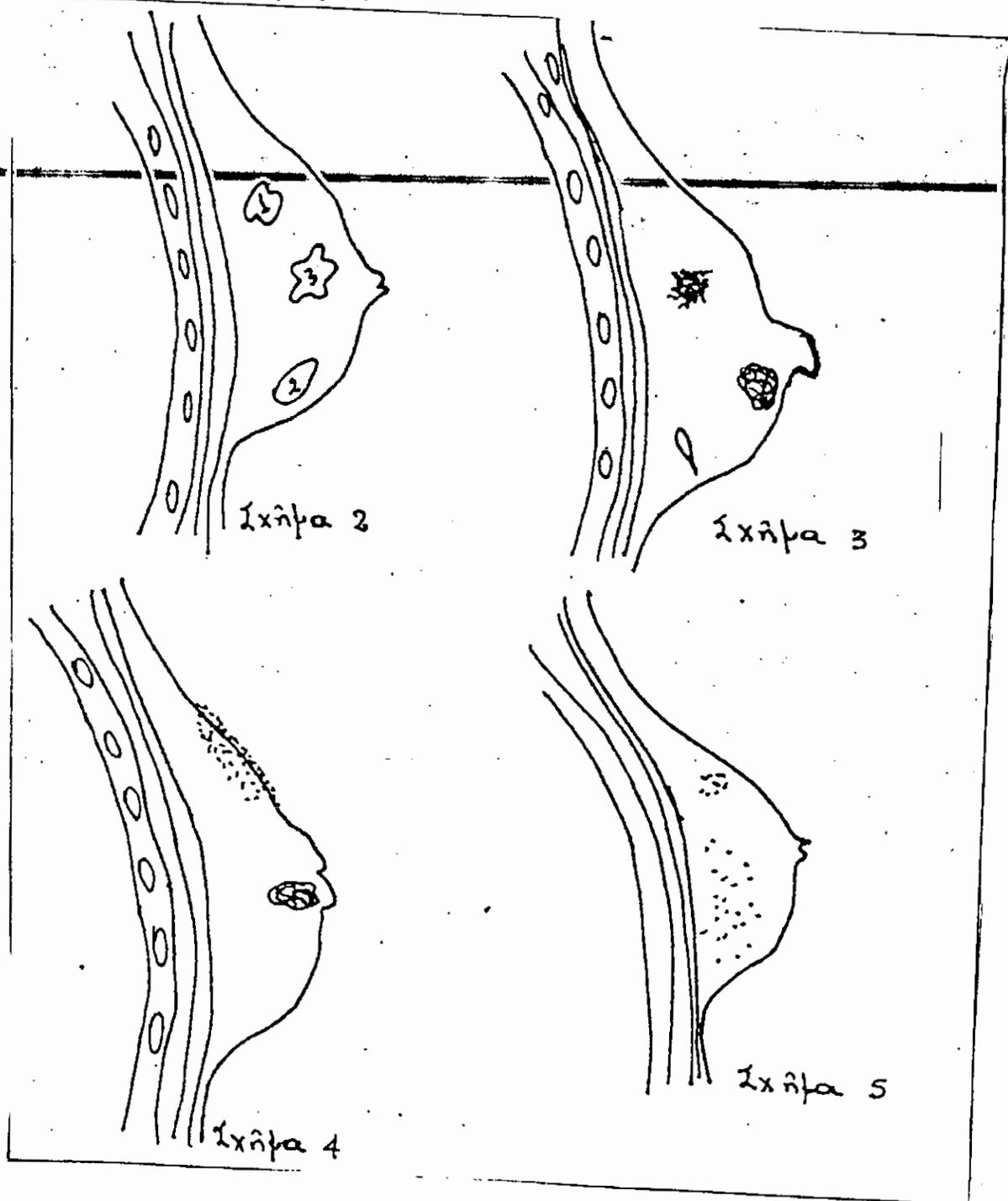
3. Όταν η βλάβη είναι πολύ μικρή και εντοπίζεται περιφερειακά προς το θωρακικό τοίχωμα ή την μασχάλη, είναι δυνατόν να μην απεικονιστεί στην ακτινογραφία.

Τα ακτινολογικά κριτήρια για την διάγνωση των παθήσεων του μαστού

και ιδιαίτερα του καρκίνου είναι τα εξής:

1. Η μορφή του όγκου: πολύλοβος, ακτινωτή, δίκην καρκίνου.
2. Το περίγραμμα του όγκου: ανώμαλο, αδύριστο, με ασαφή όρια.
3. Η σχέση του όγκου με τους παρακείμενους ιστούς: απώθηση, διήθηση συνολική.
4. Σκισιρότητα του όγκου: εντάσεως ίσης, μικρότερης, ή μεγαλύτερης σε σχέση με την φηλαφούμενη διόγκωση.
5. Οι αποτιτανώσεις του μαστού: Μεμονωμένες, πολυάριθμες, κατά ομάδες.

Σχήματα ( 1, 2, 3, 4 ).



Συγκριτικές μελέτες που έγιναν από τον EGAN το 1970 ανεβάζουν το ποσοστό της επιτυχημένης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού με την χρήση της μαστογραφίας στο 90 - 95 % των περιπτώσεων.

#### B. Ξηρογραφία

Έχει περίπου τις ίδιες ενδείξεις και περιορισμούς με τη μαστογραφία. Θεωρείται μάλιστα πιο ακριβής από την μαστογραφία. Είναι μία παρεμφερή εξέταση, γιατί χρησιμοποιείται η ακτινοβολία. Κατά βάση και αυτή είναι μια ακτινογραφική εξέταση, στην οποία αντί φιλμ χρησιμοποιείται μια φωτοευαίσθητη κλάκα σηληνίου. Και η ξηρογραφία κρύβει κινδύνους, όταν επαναλαμβάνεται κατά συχνά χρονικά διαστήματα.

#### Γ. Θερμογραφία

Είναι μία τελείως ακίνδυνη εξέταση σε σύγκριση με τις δύο προηγούμενες. Χρησιμοποιούνται υπέρυθρες ακτίνες, με αποτέλεσμα να απεικονίζεται η αυξημένη αγγείωση, που είναι χαρακτηριστικό του αδενοκαρκινώματος.

Η διαγνωστική της όμως αξία δεν είναι ικανοποιητική.

#### Δ. P a p T E S T

Με αυτή γίνεται εξέταση κυτταρολογική της έκκρισης της θηλής, εάν φυσικά υπάρχει. Τα αποτελέσματά της είναι ικανοποιητικά.

#### Ε. Παράκέντηση όγκου.

#### ΣΤ. Βιοψία όγκου

Κάθε όγκος μαστού πρέπει να αφαιρείται για βιοψία. Η βιοψία γίνεται με μικρή τομή πάνω από αυτό. Η τομή γίνεται σε σχέση με τη θηλή ακτινοειδώς ή τοξοειδώς, οπότε έχει και καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα. Ο όγκος αφαιρείται ολόκληρος και στέλνεται στο παθολογοανατομικό εργαστήριο για εξέταση. Στα μεγάλα κέντρα η εξέταση αυτή γίνεται άμέσως (ταχεία βιοψία) και η ασθενής παραμένει υπό νάρκωση στο χειρουργείο.

#### Ζ. Ακτινογραφίες

Ο ακτινογραφικός έλεγχος του θώρακα ή και όλου του σκελετού χρησιμοποιείται για λεπτομερή έλεγχο όλης της κατάστασης. Είναι εξετάσεις ρουτίνας που συμβάλλουν στην έγκαιρη διάγνωση τυχόν μεταστάσεων ή και της πρωτοπαθούς εστίας.

#### Η. Σπυνογράφημα

Βοηθά μαζί με τις ακτινογραφίες του θώρακα στην εμπειρική πάντοτε ταξι-

νόμηση των περιπτώσεων ( σε στάδια ).

Η συμβολή του σπινθηρογραφήματος είναι πολύτιμη, γιατί ανακαλύπτει περίπου ποσοστό 85% σκελετικές μεταστάσεις, οι οποίες διαφορετικά θα ανακαλύπτονταν ακτινογραφικά μετά από 18 μήνες.

### θ. Αγγειογραφία

Εκτελείται μέσω της βραχιόνιας αρτηρίας για την απεικόνιση του αγγειακού δικτύου του μαστού.

Όλες οι πληροφορίες που θα δοθούν από την κλινική εξέταση της μικροβιολογικές και εργαστηριακές εξετάσεις θα συζητηθούν από ομάδα γιατρών η οποία θα αποτελείται από χειρουργό, ακτινοθεραπευτή και χημειοθεραπευτή.

Παρακάτω αναφέρονται σε πίνακα στοιχεία τα οποία αναλύουν κατά ηλικίες (δεκαετία) το διαγνωστικό αποτέλεσμα της μαστογραφίας σε σύγκριση με τη χειρουργική διάγνωση ή την μαστολογική διάγνωση.

Δεκαετίαι ηλικιών.	Καρμίνος Μαστού		
	Μαστογραφ.	Χειρουργική Διάγνωση	Χημειοθεραπευτική Διάγνωση
10-20	—	—	—
20-30	2	2	2
30-40	11	12	11
40-50	32	35	35
50-60	17	24	24
60-70	11	13	13
70-80	12	14	15
80-90	6	6	6
<b>Σύνολον</b>	<b>91</b>	<b>106</b>	<b>106</b>

Πίνακας (7)

Ανάλυση των διαγνώσεων των 242 χειρουργημένων περιπτώσεων από τις γυναίκες που νοσηλεύτηκαν στο \*NIMITE κατά την τετραετία 1975-1979 κατά δεκαετία ηλικίας.

\* NIMITEΣ ( στο ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο ).  
( Καμπούρη θ. Αθήνα 1979 )

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Οι σύγχρονες απόψεις για τη θεραπεία του πρώιμου καρκίνου του μαστού είναι πάρα πολλές " όπως και τα χρώματα του φάσματος" ( χαρακτηριστική έκφραση ενός Άγγλου χειρουργού ).

Σήμερα η προσκάθεια όλων στρέφεται συγκεκριμένα με το πώς και ποιόν τρόπο θεραπείας εάν εφαρμόζουν θ' αυξήσουν το ποσοστό επιβίωσης των ασθενών στα πρώιμα στάδια της νόσου. Συγκριτικές κλινικές μελέτες γίνονται κατά τα τελευταία χρόνια διαφόρα αντικαρκινικά κέντρα, όμως δεν έχει περάσει αρκετός χρόνος για να γίνει η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και να δοθεί μια κλειστή και επιστημονική απάντηση στην αβεβαιότητα που επικρατεί για την εκλογή της καλύτερης μεθόδου θεραπείας.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι δυνατόν να γίνει με

α) Εγχείρηση

β) Ακτινοθεραπεία.

γ) Ορμονοθεραπεία

δ) Κυτταροστατικά ή Χημειοθεραπεία.

Α. ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ

Χειρουργήσιμος είναι ο καρκίνος όταν μπορεί να αφαιρεθεί ο όγκος μαζί με τους προσβληθέντες λεμφαδένες και να υπάρχει μεγάλη πιθανότητα επιτυχίας της θεραπείας.

Εάν η χειρουργική επέμβαση γίνει στα πρώτα στάδια της εμφάνισης της νόσου τότε τα θεραπευτικά αποτελέσματα είναι πολύ ικανοποιητικά .

Επιβίωσις	Α' στάδιον	Β' στάδιον	Γ' στάδιον
5 ετών	90%	50%	15%

Πίνακας ( 8 )

Οι χειρουργικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι κατά σειρά οι εξής:

1. Αφαίρεση του τμήματος που φέρει τον όγκο.
2. Απλή μαστεκτομή.
3. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.
4. Κλασσική ριζική μαστεκτομή.
5. Υπέρ ριζική μαστεκτομή.

Α. Θ ε ρ α π ε ί α τ η ς π ρ ω τ ο π α θ ο ύ ς Ε σ τ ί α ς

Κατά την τελευταία δεκαετία οι ριζικές εγχειρήσεις, όπως η ριζική και η υπέρ ριζική μαστεκτομή προοδευτικά εγκαταλείπονται ενώ η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (ολοκληρωτική αφαίρεση του αδένα με πλήρη λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης χωρίς να αφαιρούνται οι θωρακικοί μύες) έχει γίνει αποδεκτή σαν η προτότυπη εγχείρηση από τους περισσότερους χειρουργούς.

Εκ των προτέρων σχεδιασμένες και ελεγχόμενες μελέτες έχουν δείξει με στατιστική αξιοπιστία ότι η υπέρ ριζική, η ριζική, η τροποποιημένη ριζική και η απλή μαστεκτομή είναι εφάμιλλες από άποψη επιβίωσης των ασθενών και τοπικής υποτροπής ανεξάρτητα από την προσθήκη ή όχι τοπικής μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας. Ορισμένες μάλιστα μελέτες σε περιορισμένη κλίμακα δίνουν ενδείξεις ότι η μερική μαστεκτομή (ευρεία εξαίρεση του όγκου με διατήρηση του σχήματος του μαστού) είναι εξ ίσου ικανοποιητική με τις ριζικότερες επεμβάσεις τουλάχιστον για καρκινώματα του σταδίου 1. Το σημαντικό-περο πλεονέκτημα της μερικής μαστεκτομής είναι η διατήρηση της ανατομικής ακεραιότητας του μαστού που δεν τραυματίζει τον ψυχισμό της γυναίκας.

Β. Α κ τ ι ν ο θ ε ρ α π ε ί α

Η ακτινοθεραπεία σπάνια εφαρμόζεται μόνη της. Αλλά συνήθως σαν συμπληρωματική θεραπεία σε μαστεκτομή. Η ακτινοθεραπεία αποσκοπεί τόσο στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων στο δέρμα του καρκινικού τοιχώματος, και στην πρόληψη τοπικών υποτροπών του όγκου, όσο και στην καταστροφή των διηθημένων λεμφαδένων, οι οποίοι δεν αφαιρέθηκαν χειρουργικά. Χρησιμοποιείται σαν κύρια μέθοδος θεραπείας σε περιπτώσεις 2ου Σταδίου και :

- α) στην καρκινοματώδη μαστίτιδα
- β) σε ογκώδεις λεμφικές καταστάσεις.
- γ) σε περιπτώσεις που η ασθενής θρνεύεται να χειρουργηθεί.

Η ραδιοθεραπεία είναι προτιμότερη της κλασσικής ακτινοθεραπείας.

Γ. Χ η μ ε ι ο θ ε ρ α π ε ί α

Τα Χημειοθεραπευτικά φάρμακα προσωρινά δίνουν καλά αποτελέσματα. Αναστέλλουν την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων και τα καταστρέφουν.

Χρησιμοποιούνται κυρίως αντί της μαστεκτομής και της ραδιοθεραπείας. Μπορεί όμως να εφαρμοστούν και μετά από μαστεκτομή συνδυασμένα ή όχι με ραδιοθεραπεία. Το πλέον χρησιμοποιούμενο χημειοθεραπευτικό σχήμα, σήμερα, είναι το C.M.F. (κυκλοφωσφαμίδη, μεθοτρεξάτη, φλουορο-ουρακίλη) για ένα εξάμηνο.

Δ. Ο ρ μ ο ν ο θ ε ρ α π ε ί α

Χρησιμοποιούνται αντί-οιστρογόνα σε γυναίκες πρότ της εμμηνόπαυσης και οιστρογόνα μετά την εμμηνόπαυση. Επίσης χορηγείται και κορτιζόνη.

Ε' Αφαίρεση των ωοθηκών

Επιβάλλεται πριν από την εμμηνόπαυση μέχρι και 10 χρόνια μετά από αυτήν. Σε επώδυνες μεταστάσεις οι πόνοι συνήθως παύουν μετά την ωοθηκτομή.

ΣΤ' Αφαίρεση των επινεφριδίων

Σε περιπτώσεις με πολλαπλές μεταστάσεις η αφαίρεση των επινεφριδίων επιφέρει βελτίωση των πόνων. Για τον ίδιο λόγο μπορεί να γίνει αφαίρεση ή και καταστροφή της υπόφυσης.

( Τούντας Ι.Κ. Αθήνα 1980 - Ρήγας Α' Αθήνα 1984 ).

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο ΣΤ'

Προσυμπτωματική διάγνωση Καρκίνου  
του μαστού

Ο Ρόλος της Νοσηλεύτριας στο Νοσο-  
κομείο.

Ασκήσεις αποκατάστασης μετά από  
μαστεκτομή

Ο Ρόλος της Νοσηλεύτριας της Κοινότητας  
στο σπίτι.

Συμπεράσματα

Προτάσεις

Π Ρ Ο Σ Υ Μ Π Τ Ω Μ Α Τ Ι Κ Η Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η Τ Ο Υ Κ Α Ρ Κ Ι Ν Ο Υ  
Τ Ο Υ Μ Α Σ Τ Ο Υ

Τα προληπτικά μέτρα μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες: μέτρα πρωτογενούς και μέτρα δευτερογενούς προλήψεως.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα κυρίως προληπτικά μέτρα που έχουν ως σκοπό την αποφυγή ενάρξεως των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικά αιτιολογικών παραγόντων (π.χ. περιορισμός της ρύπανσης του αναπνεόμενου αέρα στο χώρο εργασίας) ή η αποφυγή της εκθέσεως σ' αυτούς (π.χ. διακοπή του καπνίσματος) ή η ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σ' αυτούς (π.χ. ο εμβολιασμός κατά του ιού της ηπατίτιδας).

Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προ-συμπτωματική διάγνωση των νοσημάτων στο κατά το δυνατόν προϊμότερο στάδιο (π.χ. κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου για την προσυμπτωματική διάγνωση του καρκίνου του μαστού).

Η δευτερογενής πρόληψη των κακοήθων νεοπλασιών βασίζεται στην προ-συμπτωματική τους διάγνωση κατά τη διάρκεια της προ-διηθητικής φάσης (IN SITU PHASE) ή σπανιότερα κατά την διάρκεια άλλων καρκινογενετικών φάσεων. Κατά την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρία, ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι χρήσιμος για την αντιμετώπιση τριών κυρίως καρκίνων: του παχέος εντέρου (συμπεριλαμβανομένου και του ορθού), του τραχήλου της μήτρας και του μαστού.

Για τον καρκίνο του μαστού συνιστάται να γίνεται αυτοεξέταση των μαστών κάθε μήνα μετά το 20ό έτος της ηλικίας, εξέταση των μαστών από γιατρό κάθε τρία έτη μέχρι το 40ό έτος ή κάθε έτος μετά το 40ό έτος της ζωής και μαστογραφία κάθε έτος μετά το 50ό έτος της ζωής (αφού προηγηθεί μια μαστογραφία "αναφοράς" γύρω στο 35ο έτος).

Η αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου στον καρκίνο του μαστού θεωρείται τεκμηριωμένη με ενδεχόμενη μείωση της θνησιμότητας κατά 1/4 του σημερινού της επιπέδου.

Αυτή η διαπίστωση θα πρέπει να γίνει γνωστή και αποδεκτή από τον ελληνικό γυναικείο πληθυσμό, ο οποίος δεν είναι σωστά πληροφορημένος και με ελλιπείς γνώσεις για τον καρκίνο γενικά με αποτέλεσμα να εμφανίζεται το φαινόμενο της "καρκινοφοβίας" με όλες τις δυσάρεστες επιπτώσεις του.

Το γεγονός ότι ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος που

τελικά σκοτώνει τη γυναίκα, αποτελεί το κίνητρο για την έναρξη της προσυμπτωματικής διάγνωσης σε ευρύ πληθυσμό. Θα πρέπει να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα του αρνητισμού που εμφανίζεται στη γυναίκα, αφού ο μαστός της είναι δείκτης θηλυκότητας και οπωσδήποτε η αφαίρεσή του ή η υποψία ότι πιθανόν να αφαιρεθεί έχει επίπτωση σοβαρή στον ψυχισμό της γυναίκας και καμιά φορά και στο συζυγικό περιβάλλον της.

Μέσα σ'όλα αυτά βρίσκεται και η θέση της νοσηλεύτριας τόσο αυτής που εργάζεται σε κάποιο κέντρο υγείας όσο και αυτής που εργάζεται στο νοσοκομείο.

Με σωστές γνώσεις και με σεβασμό προς την κάθε προσωπικότητα είναι δυνατόν να μεταδώσει την αξία της προσυμπτωματικής διάγνωσης και να εξαλείψει την ημιμάθεια και την προκατάληψη καθώς και την καρκινοφοβία. Είναι δυνατόν να διαφωτίσει και να καθοδηγήσει το γυναικείο πληθυσμό για τον τρόπο αυτοεξέτασης και ψηλάφησης.

( Τριχόπουλος Δ. Αθήνα 1987 )

( Άννα Σαχίνη - Καρδάση Αθήνα 1984 )

Ο Ρ Ο Λ Ο Σ Τ Η Σ Ν Ο Σ / Τ Ρ Ι Α Σ Ε Σ Τ Ο Ν Ο Σ Ο Κ Ο Μ Ε Ι Ο

Στην αποτελεσματική θεραπεία της ασθενούς με καρκίνο του μαστού συμβάλλει πολύ και η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που της παρέχεται κατά τη διάρκεια της παραμονής της στο νοσοκομείο.

Τις πρώτες ημέρες που γίνονται οι εργαστηριακές εξετάσεις για τη διάγνωση της νόσου, γίνεται από τη νοσηλεύτρια ενθάρρυνση και ψυχική τόνωση του ηθικού της ασθενούς, γιατί κάθε ασθενής σκέπτεται την πιθανότητα που υπάρχει για καρκίνο και φοβάται. Μέσα από τη διάγνωση της νόσου, ανάλογα με την θεραπευτική μέθοδο που θα συστήσει ο ιατρός, η νοσηλεύτρια θα υποστηρίζει ψυχολογικά την ασθενή και θα την βοηθήσει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν.

Αν η ασθενής πρέπει να κάνει ακτινοθεραπεία, η νοσηλεύτρια της εξηγεί ωρισμένες απορίες που θα έχει, ανάλογα κατά πόσο ενημερωμένη είναι η ασθενής για την ασθένειά της και τονίζει ότι δεν θα πονά κατά την εφαρμογή της ακτινοθεραπείας. Βοηθά στην εφαρμογή της ακτινοβολίας και αντιμετωπίζει τις αντιδράσεις που προέρχονται απ' αυτή, όπως ναυτία, εμμέτους, πυρετό, ανορεξία και γενική αδιαθεσία. Φροντίζει το δέρμα της ασθενούς στο σημείο που ακτινοβολείται να διατηρείται στεγνό και σε περίπτωση που θα δημιουργηθεί τραυματική επιφάνεια γίνεται πλύση με αραιά αντισηπτικά διαλύματα. Συμβουλεύει την ασθενή να αποφεύγει την τριβή και την χρησιμοποίηση ερεθιστικών ουσιών.

Αν πρέπει να γίνει χημειοθεραπεία στην ασθενή, η νοσηλεύτρια φροντίζει πάντοτε να δώσει άριστη νοσηλευτική φροντίδα, γιατί γνωρίζει ότι πολλά από τα φάρμακα είναι πολύ ερεθιστικά, προκαλούν τοπική θρομβοφλεβίτιδα όταν χορηγηθούν σε μεγάλη ταχύτητα και προκαλούν αντιδράσεις στους ιστούς όταν ενεθούν έξω από τη φλέβα. Παρακολουθεί τον ασθενή για συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα (ναυτία, έμετο) ή για πυρετό και ανορεξία.

Επίσης τον παρακολουθεί στενά για συμπτώματα λευκοπενίας ή αναιμίας και ενημερώνει αμέσως τον ιατρό για την αντιμετώπισή τους και την διακοπή της θεραπείας για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα.

Αν πρέπει να γίνει χειρουργική θεραπεία στην ασθενή, η νοσηλεύτρια φροντίζει για την προεγχειρητική ετοιμασία και την ψυχική τόνωση.

Επίσης την βοηθά να αποκτήσει εμπιστοσύνη στην δεξιοτεχνία του ιατρού. Μετά το χειρουργείο παρακολουθεί το ισοζύγιο των υγρών (αυτών που παίρνει ενδοφλεβίως και αυτών που αποβάλλει αν έχει παροχέτευση) και για την αντιμετώπιση του πόνου. Παρακολουθεί στενά την ασθενή και φροντίζει για την αποφυγή των μετεγχειρητικών επιπλοκών (από τους πνεύμονες, νέκρωση των δερματικών κρημών, λεμφικό οίδημα κ.τ.λ.). Αργότερα φροντίζει για την δια-

τροφή, την ατομική υγιεινή, την εξωτερική και την επικοινωνία της ασθενούς. Επίσης φροντίζει για την ευχάριστη, χρήσιμη και δημιουργική απασχόληση της ασθενούς κατά τη διάρκεια της ημέρας, για την ανάπαυση και τον ύπνο της.

Γενικά αντιμετωπίζει την ασθενή σαν ψυχοσωματική, πνευματική και κοινωνική οντότητα. Συνεργάζεται με την επισκέπτρια αδελφή για την αντιμετώπιση τυχόν οικογενειακών ή συζυγικών προβλημάτων. Βοηθεί στην άσκηση της ασθενούς για την επανάκτηση της κινητικότητας της άρθρωσης του ώμου και τη διατήρηση της καλής μυοσκελετικής λειτουργίας. Φροντίζει δηλαδή για την αποκατάσταση της ασθενούς.

Βασικά η αποκατάσταση της ασθενούς και ο ρόλος της νοσηλεύτριας εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, οι κυριώτεροι των οποίων είναι οι εξής:

#### 1. Η φύση της ασθένειας και η πρόγνωση

Η φύση της ασθένειας είναι γνωστή. Είναι καρκίνος και η πρόγνωση αβέβαιη.

#### 2. Η προσωπικότητα της ασθενούς

Διαφορετικός είναι ο ρόλος της νοσηλεύτριας, όταν αντιμετωπίζει ασθενή με ισχυρή θέληση, αυτοκυριαρχία, υπομονή, ενθουσιασμό και αισιοδοξία. Διαφορετικός και με πολλές δυσκολίες, όταν πρόκειται για ασθενή με νευρικότητα, άγχος και απαισιοδοξία.

#### 3. Οι πόροι της οικογένειας

Το οικονομικό θέμα παραμένει να είναι ένα από τα βασικά προβλήματα. Αν υπάρχει ασφαλιστικό ταμείο, υπάρχει και κάποια λύση, γιατί όλα τα ταμεία καλύπτουν ένα μεγάλο μέρος των εξόδων της θεραπείας και της αποκατάστασης. Αν όμως δεν υπάρχει, η νοσηλεύτρια απευθύνεται στην κοινωνική υπηρεσία και εκείνη με τη σειρά της στους φορείς ενισχύσεως ατόμων οικονομικώς αδύνατων π.χ. την εκκλησία, τα διάφορα φιλόπρωχα ταμεία.

#### 4. Το μορφωτικό επίπεδο

Είναι πάντοτε πιο εύκολη η διαφώτιση, η αποκατάσταση, η συζήτηση της νοσηλεύτριας με ασθενή ανώτερου μορφωτικού επιπέδου, απ' ό,τι με ασθενή, που δεν μπορεί να κατανοήσει ούτε αυτή τη σημασία που έχει η έγκαιρη διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου.

#### 5. Η ιδεολογία της ασθενούς

Το πιστεύω του κάθε ανθρώπου, έχει μεγάλη σημασία στην θεραπεία κάθε νόσου και στην αποκατάστασή της.

Άνθρωπος που πιστεύει ότι η ζωή του κατευθύνεται από την πρόνοια του Θεού μπορεί να διατηρήσει την δραστηριότητα σ' όλους τους τομείς της ζωής του, χωρίς να ασχολείται υπερβολικά για το πόσο θα ζήσει.

Επίσης εκτός από τους προηγούμενους παράγοντες, για να πετύχει η νοσηλεύτρια στην αποκατάσταση της ασθενούς, θα πρέπει να έχει άρτια κατάρτιση, άριστες διαπροσωπικές σχέσεις και ικανότητα εφαρμογής των όσων διδάχθηκε κατά τη διάρκεια των σπουδών ως και κατά την εξάσκηση του επαγγέλματός της.

Η όλη προσπάθειά της έχει σαν σκοπό τη φυσική ψυχική και κοινωνική αποκατάσταση της ασθενούς. Έτσι μ' αυτόν τον τρόπο αποκαθίσταται η υγεία της ασθενούς και μπορεί να προσαρμοσθεί μέσα στην κοινωνία σύμφωνα με τις περιορισμένες δυνάμεις της.

( Ραγιά Αθήνα 1978 )

( Άννα Σαχίνη Καρδάση Αθήνα 1985 )

( Μ.Α. Μαλγαρίνου - Σ.Φ. Κωνσταντινίδου Αθήνα 1984 )

( Σημειώσεις Κοινωνικής Νοσηλευτικής Πάτρα 1987 )

( Μ.Α. Μαλγαρινού - Σ.Φ. Κωνσταντινίδου Αθήνα 1984 )

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ  
ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Οι ασκήσεις μετά από την μαστεκτομή είναι απαραίτητες και βοηθούν στο να ανακτήσει την κανονική θέση το σώμα, το σωστό ύψος ο ώμος και για να εξασφαλισθεί η πλήρη ελευθερία κινήσεων του προσβλημένου χεριού της ασθενούς. Την έναρξη την καθορίζει ο ιατρός.

Πριν αρχίσει όμως τις ασκήσεις κάθε ασθενή πρέπει:

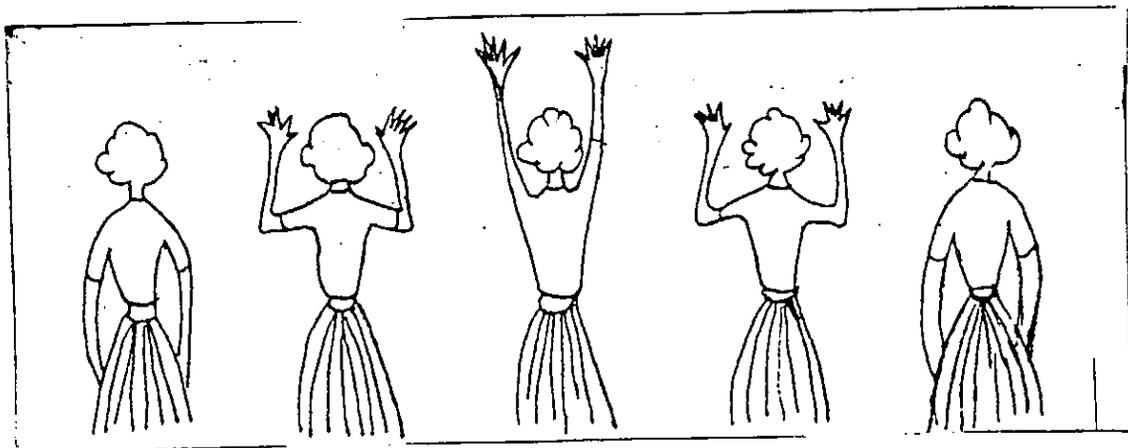
Να προσπαθήσει να χαλαρώσει, να παίρνει αργά και βαθιές αναπνοές από τη μύτη και να εκπνέει μαλακά τελειώνοντας την άσκησή της.

Να κάνει τις ασκήσεις προτιμώτερα μπροστά στον καθρέπτη.

Α'. Άσκηση

Αναρρίχηση στον τοίχο

1. Σταματά η ασθενής στην όρθια θέση γυρισμένη στον τοίχο με τα δάκτυλα των ποδιών κλημένα στον τοίχο, όσο είναι δυνατόν.
2. Αυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο ισιώνοντας τους ώμους.
3. Υψώνει τα χέρια πάνω στον τοίχο παράλληλα τόσο ώστε οι βραχίονες να τεντωθούν καλά.
4. Επαναφέρει τα χέρια στην αρχική θέση, ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.

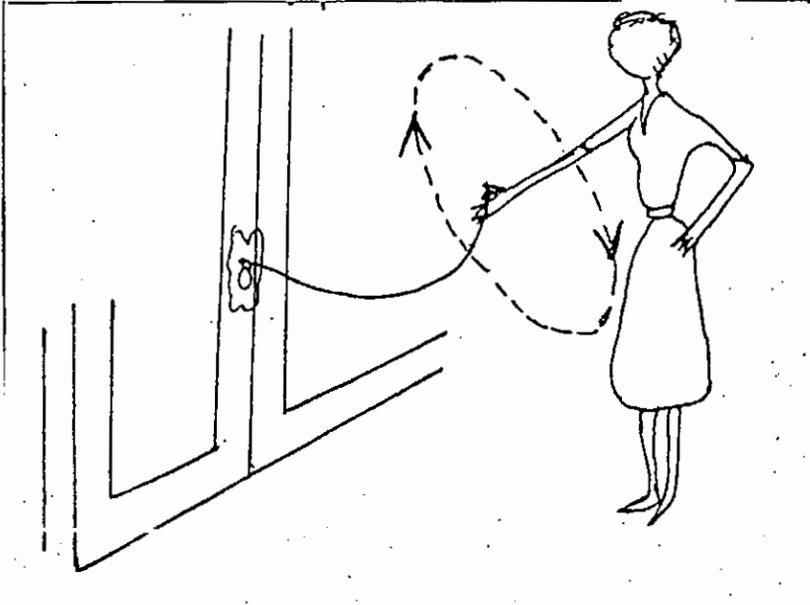


Β'. Άσκηση

Με το σχοινάκι

1. Αφού δέσει με διπλό κόμπο στο χερούλι της πόρτας μία ζώνη από γερύ ύφασμα 3 μέτρα περίπου, στέκεται μακριά από την πόρτα 2 μέτρα περίπου.
2. Πιάνει χαλαρά την άκρη της ζώνης με το προσβλημένο χέρι, κάνει ένα κόμπο και το τοποθετεί στην παλάμη της.
3. Βάζει το άλλο χέρι στη μέση για να βοηθήσει στην ισορροπία.

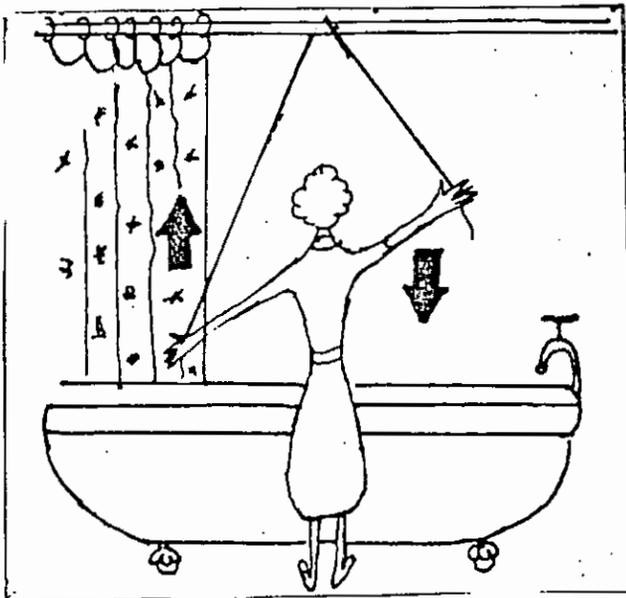
4. Γυρίζει με μικρούς κύκλους στην αρχή τη ζώνη, οι κύκλοι σιγά σιγά θα μεγαλώσουν και τέλος πρέπει οι κινήσεις να γίνονται από τον ώμο. Γι' αυτό πρέπει να κρατά τεντωμένο το χέρι.



Γ: Άσκηση

Τροχαλία

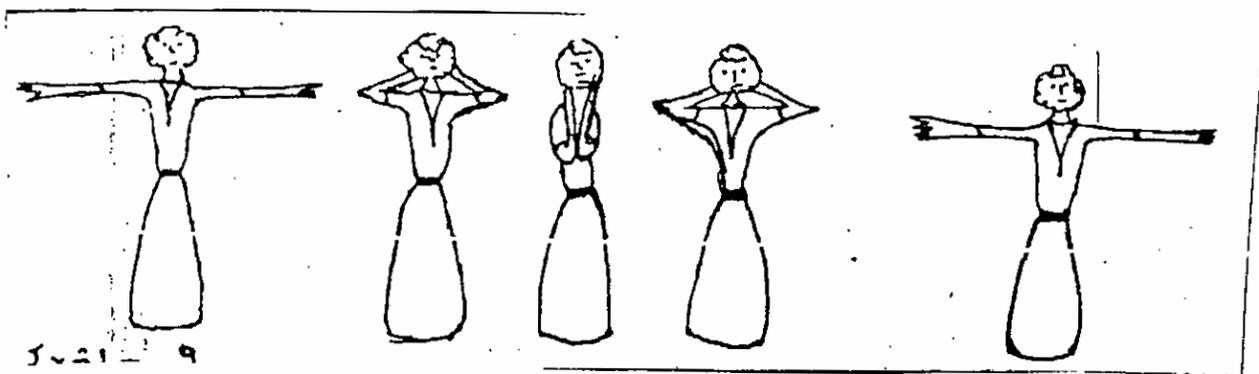
1. Παίρνει ένα κομμάτι σχοινί περίπου 3 μέτρα και το περνά στο σίδερο του μπάνου, αφού κάνει στις άκρες του δύο κόμπους.
2. Στέκεται ίσια ανάμεσα στο σχοινί, κρατά τους κόμπους που έχει το σχοινί στις παλάμες της και ισιώνει τους βραχίονες στα πλάγια.
3. Κατεβάζει το γερό χέρι προς τα κάτω, ώστε έτσι που το κατεβάζει να ανεβαίνει το χειρουργημένο όσο το δυνατό πιο ψηλά.
4. Τα χέρια πρέπει να είναι τεντωμένα.



Δ: Άσκηση

Κινήσεις του βραχίονα.

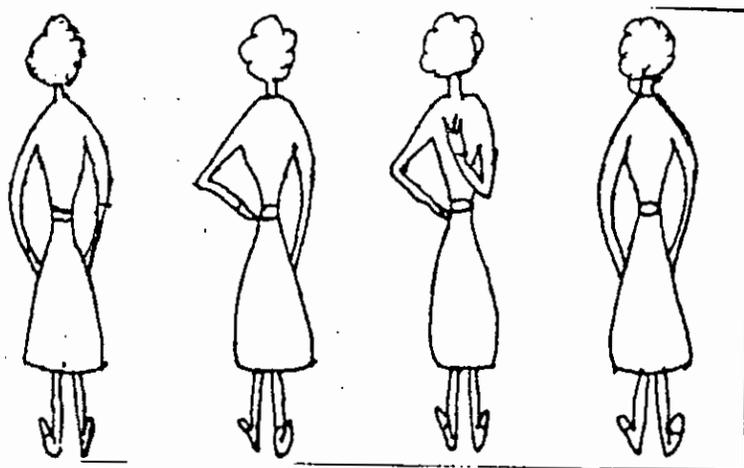
1. Όρθια τεντώνει τους βραχίονες στα πλάγια με ρυθμό:
  - α) Αυγίζει τους αγκώνες και ακουμπά τα δάχτυλά της πάνω στον τράχηλο.
  - β) Φέρνει τους αγκώνες μπροστά, ώστε να ακουμπήσουν.
  - γ) Φέρνει τους βραχίονες στη θέση (α) με τα δάχτυλα πίσω στον τράχηλο.
  - δ) Αυγίζει τα δάχτυλα και τεντώνει τους βραχίονες στα πλάγια.
  - ε) Παίρνει ξανά την αρχική της θέση.



Ε: Άσκηση

Κινήσεις προς την πλάτη

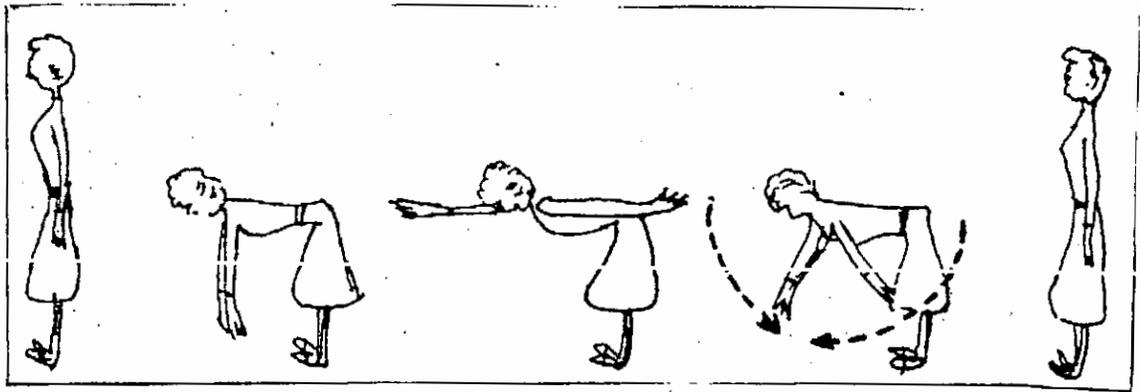
1. Παίρνει τη συνηθισμένη θέση, όρθια, βάζει τα χέρια στη μέση για ισορροπία.
2. Αυγίζει τον αγκώνα και φέρνει το προσβλημένο χέρι της πίσω στη ράχη μέχρι τα δάχτυλά της να φθάσουν στην αντίθετη ωμοπλάτη.
3. Επαναφέρει τα χέρια στην αρχική θέση.



ΣΤ: Ά σ κ η σ η

Σαν κουπί

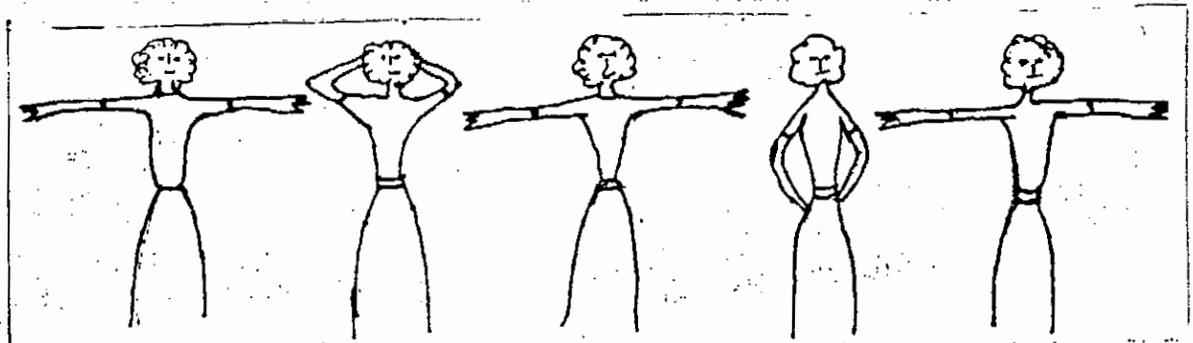
1. Παίρνει τη συνηθισμένη θέση, όρθια.
2. Λυγίζει το σώμα της μπροστά κρεμώντας τα χέρια της προς το πάτωμα.
3. Από αυτή τη θέση φέρνει το δεξί χέρι προς τα πάνω από το κεφάλι της και το αριστερό χέρι πίσω. Δεν λυγίζει τους αγκώνες.
4. Κάνει συνεχώς αυτή την άσκηση αλλάζοντας τα χέρια της.
5. Επανέρχεται στην αρχική της θέση.



Ζ: Ά σ κ η σ η

Κάμψη του βραχίονα

1. Όρθια τεντώνει τα χέρια στα πλάγια.
2. Με ρυθμό : Λυγίζει τους αγκώνες της και ενώνει τα δάχτυλά της πίσω στον τράχηλό της.
3. Τεντώνει πάλι τα χέρια στα πλάγια.
4. Λυγίζει τους αγκώνες και πιάνει τη μέση της.
5. Και πάλι τεντώνει τα χέρια της στα πλάγια.
6. Γυρίζει πάλι στην αρχική της θέση, ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει την ίδια άσκηση.



Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ  
ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Η Νοσηλεύτρια της κοινότητας επισκέπτεται την ασθενή αμέσως μετά την έξοδό της από το Νοσοκομείο επειδή το τραύμα δεν έχει επουλωθεί τελείως και η προσθήκη δεν έχει τοποθετηθεί, πιθανόν η ασθενής να προβληματισθεί. Κατά τις πρώτες ημέρες η αναπηρία της γίνεται πιο αισθητή, προκειμένου να ντυθεί κανονικά και να κυκλοφορήσει, έστω και μέσα στο σπίτι της. Η Νοσηλεύτρια της κοινότητας προκειμένου να βοηθήσει στο να ελαττωθεί το ψυχικό τραύμα της ασθενούς, προσπαθεί να μειώσει κατά το δυνατό την εμφανή αυτή αναπηρία, μ' ένα απλό τρόπο π.χ. μ' ένα κομμάτι βαμβάκι και γάζα κάνει ένα πρόσθετο στήθος. Πότε θα μπει η προσθήκη εξαρτάται από το πόσο γρήγορα θα κλείσει το τραύμα.

Η ασθενής συγχρόνως με την έξοδό της από το Νοσ/μείο πρέπει να ενημερωθεί και σχετικά με την περιποίηση του τραύματος. Αν τούτο δεν έχει γίνει, η Νοσηλεύτρια της κοινότητας φροντίζει να διδάξει στην ασθενή τον πλέον απλό τρόπο.

Η πλύση του τραύματος μπορεί να γίνει μ' ένα μαλακό τρίπτυχ-ένα κομμάτι μαλακό ύφασμα. Το στεγνώνει απαλά, χωρίς να το τρίβει, ώστε να μην ερεθίζεται και χρησιμοποιεί μία συνηθισμένη κρέμα. Η ασθενής πολλές φορές ταλαιπωρείται από κνησμό, που έχει τοπικά στο τραύμα.

Η χρησιμοποίηση τάλκ την ανακουφίζει αρκετά. Πιθανόν ακόμη να εμφανισθεί λεμφοίδημα δηλ. καθολικό οίδημα του συστοίχου άνω άκρου.

Αν δούμε όμως ότι υπάρχει προδιάθεση για οίδημα συμβουλευόμε την ασθενή να κοιμάται με μαξιλάρι κάτω από το χέρι και την ημέρα κατά διαστήματα να το ακουμπά κάπου ψηλά, όπως γινόταν και στην Νοσηλευτική μονάδα. Να αποφεύγει να σηκώνει βάρος. Είναι απαραίτητο ακόμη να φροντίσει να φοράει το ρολοί ή το δακτυλίδι χωρίς να εξασκούν πίεση στο σύστοιχο χέρι ή μπλούζα και νυχτικό με λάστιχο στα μανίκια.

Καθήκον της Νοσηλεύτριας της Κοινότητας είναι να υπενθυμίζει τις γνωστές ασκήσεις, όπως το βούρτσισμα των μαλλιών, την αναρρίχηση στον τοίχο, το κούμπωμα των κουμπιών της, το σχοινάκι, να επιμένει δε στην εκτέλεσή τους και να προσπαθεί να εξακριβώνει κατά διαστήματα αν πράγματι γίνονται με άνετη ενδυμασία και παπούτσια, με ευρύχωρα μανίκια και καλή στάση του σώματος. Αν διακόπτονται πριν εμφανισθεί η κόπωση.

Ανάγκη είναι να πεισθεί η ασθενής ότι οι ασκήσεις αποβλέπουν στην επανάνκτηση της πλήρους κινητικότητας του βραχίονος.

Η αφαίρεση του θωρακικού μυός προκαλεί μία προσωρινή απώλεια δύναμης, αλλά όχι και απώλεια κινητικότητας. Από τις κινήσεις προτιμώνται περισσότερο οι ενεργητικές παρά οι παθητικές και η ασθενής τις κάνει τώρα με περισσότερη ευκολία απ'ότι στο Νοσοκομείο.

Η Νοσηλεύτρια της κοινότητας δε θα παραλείψει να συστήσει την αποφυγή των τραυματισμών στο αντίστοιχο χέρι όταν π.χ. η ασθενής εργάζεται στο σπίτι ή στα χωράφια, διότι λόγω της αφαιρέσεως των μασχαλιαίων λεμφαδένων παρατηρείται τάση για φλεγμονή. Ίσως τα γάντια να την βοηθήσουν κατά κάποιο τρόπο.

Η Νοσηλεύτρια της κοινότητας θα βοηθήσει την ασθενή στην απόκτηση και εφαρμογή της προσθέσεως. Χρειάζεται ίσως σειρά συζητήσεων για να αποδεχθεί η ασθενής ψυχολογικά την πρόσθεση και να εξοικειωθεί με την χρήση της. Ενώ είναι στο Νοσοκομείο, έρχεται ο ειδικός και παίρνει την παραγγελία για να ετοιμασθεί εγκαίρως η πρόσθεση και ο στηθόδεσμος.

Σήμερα γίνεται προσπάθεια το τεχνητό στήθος να μοιάζει όσο το δυνατόν περισσότερο εξωτερικά με το φυσικό, να παρουσιάζει ελαστικότητα για να μην ενοχλεί τις κινήσεις του χεριού και να μην είναι βαρύ, ώστε να μπορεί να το φοράει η γυναίκα ακόμη και το βράδυ, για λόγους ψυχολογικούς.

Στο εμπόριο υπάρχουν τρία είδη προσθέσεων:

1) Από μαλακό λάστιχο: Προτιμάται από πολλές γυναίκες η πρόσθεση αυτή γιατί είναι ελαφρά και πλένεται εύκολα.

2) Η πρόσθεση που περιέχει παχύρευστο υγρό, στην σιλικόνη. Προτιμάται γιατί ομοιάζει περισσότερο προς τον φυσιολογικό μαστό.

3) Η πρόσθεση που περιέχει αέρα. Αυτή έχει το πλεονέκτημα της αυξομειώσεως του μεγέθους της.

Ήμερα ειδικές προσθήκες στα μαγιό επιτρέπουν στις γυναίκες ακόμη και να κολυμπούν με άνεση. Γενικά η πρόσθεση πρέπει να εφαρμόζει ακριβώς και να καλύπτεται από ένα στηθόδεσμο. Το επάνω μέρος να ακουμπά μαλακά στο σώμα.

Η Νοσηλεύτρια της κοινότητας μπορεί να συστήσει στην ασθενή διάφορα καταστήματα, τα οποία προσφέρουν συμβουλές εφαρμογής χωρίς καμιά δέσμευση. Σ'αυτά θα την βοηθήσουν να διαλέξει το μέγεθος και το σχέδιο

που της χρειάζεται. Στην Η.Π.Α. περισσότερες από 1 εκατομμύριο γυναίκες φορούν τεχνικό στήθος, αφού έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση.

Στην Ελλάδα χρησιμοποιείται περισσότερο το τεχνητό στήθος, που είναι φτιαγμένο από πλαστικό και εσωτερικά περιέχει παχύρευστο υγρό, την σιλικόνη. Είναι μαλακό και φαίνεται σαν μύς στην αφή. Παίρνει την θερμοκρασία του σώματος και περιβάλλεται από ύφασμα για να μην προκαλεί αλλεργία.

Αυτό το ύφασμα απορροφά τον ιδρώτα και πλένεται εύκολα με χλιαρό νερό στα χέρια.

Ο μαστός είναι για την γυναίκα ένα από τα σπουδαιότερα όργανα του σώματός της και ο ακρωτηριασμός αυτού προκαλεί πολλά ψυχολογικά προβλήματα. Καθήκον της Νοσηλεύτριας είναι να βοηθήσει την ασθενή να ξεπεράσει το ψυχολογικό αυτό πρόβλημα καθώς επίσης και να ετοιμάσει εκ των προτέρων την οικογένεια και το άμεσο περιβάλλον να δεχθούν την ασθενή σαν ένα άτομο υγιές και τελείως φυσιολογικό. Να ενημερωθεί ο σύζυγος η κόρη και ο γιός, αν είναι μεγάλα παιδιά. Να γίνει διαφώτιση, ώστε να αποφευχθεί κάθε προκατάληψη για μετάδοση της νόσου. Ιδιαίτερως πρέπει να τονισθεί στον σύζυγο η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς. Ένας σύζυγος που θα σταθεί κοντά στην σύζυγό του με ενδιαφέρον κατανόηση και αγάπη, αποτελεί ίσως την μεγαλύτερη εγγύηση για την πλέον αποτελεσματική ψυχολογική αποκατάσταση της ασθενούς.

Τονίζει ακόμη η Νοσηλεύτρια της κοινότητας την σημασία των περιοδικών εξετάσεων, ζητεί την βοήθεια της οικογενείας της ασθενούς και επιδιώκει την συνεργασία της με αυτήν.

Το αισθησιακό αποτέλεσμα της πλαστικής χειρουργικής έχει μεγάλη σημασία στην αποκατάσταση της ψυχικής ισορροπίας της ασθενούς. Κάποια ασθενής με μαστεκτομή επρόκειτο να κάνει πλαστική και ρωτούσε τους χειρουργούς που ήταν αντίθετη με την απόφασή της " Τί αξίζει περισσότερο; Πόσο θα ζήσω; Ή πώς θα ζήσω;

Καθήκον επίσης της Νοσηλεύτριας είναι να τονίσει στην ασθενή την αποφυγή υπερβολικού βάρους επίσης στην περιοχή όπου απεινοβολήθηκε να μην πλένεται τοπικώς και να χρησιμοποιεί διάφορες μή ερεθιστικές ουσίες.

Αν ο ιατρός συστήσει χημειοθεραπεία η Νοσηλεύτρια της κοινότητας οφείλει να ενημερώσει την ασθενή δια τα ενοχλήματα, που προκαλεί. Τα ενοχλήματα της χημειοθεραπείας μπορούμε να τα χωρίσουμε σε δύο κατηγορίες:

- α) άμεσα β) έμμεσα

α) Άμεσα. Η ασθενής ταλαιπωρείται από εμέτους και έντονο αίσθημα ναυτίας, η χορήγηση αντιεμετικών είναι απαραίτητη.

β) Έμμεσα.

Ένα από τα δυσάρεστα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας που πιθανόν να εμφανισθεί μετά από λίγο καιρό, είναι η τριχόπτωση. Αυτό είναι ένα πρόσθετο ψυχολογικό πρόβλημα για την ασθενή, στο οποίο αντιδρά ποικιλότροπα. Πώς να κυκλοφορήσει έξω έστω και κατά την μετάβασή της στο γιατρό; Πώς θα την δει ο σύζυγός της, τα παιδιά, οι συγγενείς; Απαραίτητο είναι εκ μέρους της Νοσηλεύτριας να συζητήσει με την ασθενή το πρόβλημά της. Να δει πώς το αντιμετωπίζει και ανάλογα να την βοηθήσει να κεισθεί πώς και σ' αυτό το πρόβλημα υπάρχει λύση με το να χρησιμοποιήσει τεχνητή κόμμωση ή μανδύλα.

Η ασθενής επίσης παρουσιάζει λευκοπενία και θρομβοπενία. Πρέπει να γνωρίζει η Νοσηλεύτρια ότι πάντοτε την παραμονή της χημειοθεραπείας γίνεται αιματολογικός έλεγχος για τον καθορισμό της δόσεως του φαρμάκου.

Η προσπάθειά μας στην αποκατάσταση της ασθενούς πρέπει στο να αποβλέπει να κάνει την γυναίκα να πιστέψει πως η ίδια είναι απολύτως γερή και φυσιολογική και πώς η αφαίρεση του μαστού δεν πρέπει σε τίποτε να επηρεάσει την προσωπική της ζωή.

Η βοήθειά μας λοιπόν στην αποκατάσταση της ασθενούς πρέπει να αποβλέπει στο να κάνει την γυναίκα να πιστέψει πως η ίδια είναι απολύτως γερή και φυσιολογική και πώς η αφαίρεση του μαστού δεν πρέπει σε τίποτα να επηρεάσει την προσωπική της ζωή.

Η βοήθειά μας λοιπόν στην αποκατάσταση αυτών των ασθενών είναι απαραίτητη και πολύ αποτελεσματική, γι' αυτό ας διαθέσουμε με ενθουσιασμό τις γνώσεις μας και τις δυνάμεις μας στην προσπάθεια του Αντικαρκινικού Αγώνα. Ας θέσουμε στην διάθεση της Ελληνίδας γυναίκας τις γνώσεις μας και το ενδιαφέρον μας.

Έτσι η γυναίκα με την μαστεκτομή θα μας νοιώσει κοντά της. Θα χρησιμοποιήσει τις γνώσεις μας και την εμπειρία μας και στη συνέχεια ξεπερνώντας τον ψυχολογικό της δισταγμό θα χρησιμοποιήσει τα χαρίσματά της και τις ικανότητές της και θα ζήσει σαν αποδοτικό μέλος για αρκετά χρόνια μέσα στην οικογένειά της και στην κοινωνία.

( Άννα Σαχίνη - Καρδάση Αθήνα 1985 ) ( Ραγιά Αθήνα 1978 )

( Ι. ΚΑΤΣΩΧΗΣ Σέρρες 1987 ) ( Σημειώσεις Κοινωνικής Νοσηλευτικής

Πάτρα 1987 ) ( Δημητριάδου Αρ. Αθήνα 1981 )

Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α Τ Α

Από όσα έχουμε μελετήσει και έχουμε γράψει στην πτυχιακή μας εργασία καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα:

1. Ο καρκίνος μαστού αποτελεί σήμερα τον πρώτο στη σειρά γυναικολογικό καρκίνο και προσβάλλει 1 στις 15 γυναίκες.
2. Η συνηθέστερη εντόπιση του καρκίνου του μαστού είναι στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού.
3. Υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης σε ανύπανδρες γυναίκες.
4. Υπάρχει σχέση μεταξύ τεκνοποίηση και καρκίνος μαστού.  
Είναι μικρότερο το ποσοστό εμφάνισης σε γυναίκες που γέννησαν το πρώτο τους παιδί πριν το 30ό έτος.
5. Υπάρχει σχέση καρκίνου μαστού και του θηλασμού. Είναι μικρότερο το ποσοστό εμφάνισης σε γυναίκες που θηλάζουν.
6. Είναι μεγαλύτερο το ποσοστό εμφάνισης σε γυναίκες ηλικίας 40-60 ετών.
7. Είναι πιο συχνός σε άτομα που εκτίθενται σε ακτινοβολία.
8. Η κληρονομικότητα έχει μικρή συμβολή στην εμφάνιση της νόσου. Υπάρχει όμως μία συσχέτιση.
9. Επίσης ενοχοποιείται η χρήση ορμονών και τα αντισυλληπτικά χάπια χωρίς να υπάρχει όμως απόδειξη.
10. Η πρώιμη διάγνωση εξασφαλίζει μεγαλύτερη επιβίωση.
11. Απαραίτητη προϋπόθεση για την έγκαιρη διάγνωση είναι η διαφώτιση όσον αφορά την αυτοεξέταση.
12. Η πρόγνωση εξαρτάται από το στάδιο της εξέλιξης, τον τύπο του καρκίνου, την ανοσοβιολογική άμυνα και το στάδιο έναρξης της θεραπείας.
13. Όσον αφορά τη διάγνωση, την πρώτη θέση κατέχει η αυτοεξέταση και η κλινική εξέταση και συμπληρώνεται με τις άλλες μεθόδους.
14. Βασική θεραπεία αποτελεί η χειρουργική μέθοδος και συμπληρώνεται και με άλλες μεθόδους.

Π Ρ Ο Τ Α Σ Ε Ι Σ

Ο καρκίνος αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα ιατροκοινωνικά προβλήματα της ανθρωπότητας και έχει αποβεί "μάστιγα", "φόβος" και "τρόμος" των ανθρώπων.

Γι αυτό το λόγο εμείς προτείνουμε:

1. Αντικαρκινική διαφώτιση για την εξάλειψη της ημιμάθειας, της προκατάληψης, των προλήψεων, της ακαισιοδοξίας και της απελπισίας. Η ύπαρξη του φόβου της "καρκινοφοβίας" έχει σαν αποτέλεσμα να επισκέπτονται τα άτομα τον ιατρό στο τελευταίο στάδιο.
2. Καλός εξοπλισμός και αδελφές επισκεπτρίες για τη διαφώτιση σχετικά με την αυτοεξέταση.
3. Διαφώτιση και καθοδήγηση όλου του γυναικείου πληθυσμού για τον τρόπο της αυτοεξέτασης και της ψηλάφησης.
4. Διαφώτιση και καθοδήγηση του κοινού για την έγκαιρη προσέλευση στον ιατρό αμέσως με την εμφάνιση των πρώτων ύποπτων σημείων.
5. Διαφώτιση για συχνές περιοδικές εξετάσεις του γυναικείου πληθυσμού καθώς και PAP TEST σε πιθανό έκκριμα της θηλής.
6. Καταπολέμηση των παραγόντων που ευνοούν την εκδήλωση της νόσου.
7. Κατανόηση των κασχόντων τόσο στα εξωτερικά ιατρεία όσο και στο νοσοκομείο.
8. Τα διάφορα ταμεία ή το κράτος γενικά να προμηθεύουν τις διάφορες προθέσεις (στήθους) σε περίπτωση μαστεκτομής και αποκατάστασης.
9. Οι επισκέπτριες αδελφές των κέντρων υγείας να αναλαμβάνουν συστηματικά κάθε ασθενή που χειρουργείται και να δίνουν συμβουλές για τον τρόπο χρήσης των προσθηκών, την ύπαρξη ειδικών μαγιό και ακόμα συμβουλές επαγγελματικού προσανατολισμού.
10. Ίδρυση ειδικών λέσχων, όπου να συγκεντρώνονται οι γυναίκες με μαστεκτομή για την συζήτηση διαφόρων προβλημάτων.
11. Διδασκαλία για φυχική τόνωση με σκοπό την παραδοχή της ασθένειας από την ίδια την ασθενή αλλά και από το οικογενειακό περιβάλλον της.
12. Έγκαιρη διάγνωση με σκοπό την πρόληψη των επιπλοκών.
13. Διαφώτιση σχετικά με όλα τα σημεία του καρκίνου του μαστού στα κέντρα υγείας με διάφορες αφίσσες.
14. Η διαφώτιση να γίνεται και από τα διάφορα μέσα ενημερώσεως, ραδιόφωνο, τηλεόραση. Επίσης να είναι μόνιμη, συνεχής, έντονη και με διαρκή ανανέωση.
15. Εκπαίδευση ειδικών στελεχών (ιατρών, νοσηλευτριών, επισκεπτριών αδελφών

και κοινωνικών λειτουργιών) στην οργάνωση σεμιναρίων και άλλων δημόσιων εκδηλώσεων με θέμα "τον καρκίνο μαστού".

16. Ίδρυση τμήματος Αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο και κατάλληλη οργάνωση αυτού.
17. Συνεχής έρευνα του καρκίνου του μαστού με σκοπό την επίλυση του προβλήματος και την οριστική ίαση, την πλήρη θεραπεία και την ασφαλή πρόληψη.
18. Π ρ ο γ ρ α μ μ α τ ι σ μ ό ς τ ο υ Α ν τ ι κ α ρ κ ι ν ι κ ο ύ α γ ώ ν α.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

Β Ι Β Λ Ι Α

1. Αλιβιζάτος - Μεσχοβάκη Ρ. "Στοιχεία Φυσιολογίας"  
Εκδόσεις : Παρισιάνος - Αθήνα 1982
2. Αλιβιζάτος Κ.Ν. και Μπεναρδής Ν. "Εγχειρίδιο Χειρουργικής Παθολογίας"  
Εκδόσεις : Παρισιάνος - Αθήνα 1978
3. ANDERSON WAD AND SCOTT "Παθολογική Ανατομική"  
Εκδόσεις : Παρισιάνος - Αθήνα 1982
4. Γκιάλας ΙΑ "Ο καρκίνος στις πρώτες ιστορικές & ιατρικές πηγές και στα Ιπποκρατικά κείμενα - Αθήνα 1979".
5. Καμπούρη Θ. "Διαγνωστική αξία της μαστογραφίας για τα νοσήματα του μαστού"  
Εκδόσεις : Παρισιάνος - Αθήνα 1979
6. Μ.Δ. Μαλγαρινού - Σ.Φ. Κωνσταντινίδου "Νοσηλευτική-Γενική Παθολογική Χειρουργική"  
Εκδόσεις : ΤΑΒΙΘΑ Τόμος Α' και Β' - Αθήνα 1984
7. Ρήγας Αν. " Φυσιολογία Μαστού - Αλγοριθμικοί Πίνακες "  
Εκδόσεις : Δίτσας - Αθήνα 1984.
8. Ραγιά " Ψυχιατρική Νοσηλευτική - Θεμελιώδεις Αρχές "  
Εκδόσεις : Αδελφότης ΕΥΝΙΜΗ - Αθήνα 1978.
9. Σαχίνη Άννα - Καρδάση " Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική "  
"Νοσηλευτικές Διαδικασίες"  
Έκδοση Β': MEDICAL ARTS - Αθήνα 1985
10. Τούντας Κ.Ι.  
" Γενική Χειρουργική "  
Εκδόσεις : Παρισιάνος - Αθήνα 1979
11. Τριχόπουλος Δ. " Προληπτική Ιατρική "  
Εκδόσεις : Παρισιάνος Αθήνα 1987

Α Ν Α Κ Ο Ι Ν Ω Σ Ε Ι Σ

- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία
- " Στατιστική έρευνα καρκίνου του μαστού " Αθήνα 1983
  - Ενημερωτικό Δελτίο του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών
  - " Αυτοεξέταση μαστών " Αθήνα 1981

Π Ε Ρ Ι Ο Δ Ι Κ Α

Δημητριάδου Αρ.

" Ο ρόλος της αδελφής στην αποκατάσταση του ασθενή "  
Ιούνιος 1981

Δ Ι Α Τ Ρ Ι Β Η

Πάλλη Α. Καθηγήτῃ Χειρουργικῆς του Νοσοκομείου ΝΙΜΙΤΣ

" Η αυτοεξέταση των μαστών : Η γνώση και η θέση της Ελληνίδας "  
Αθήνα 1984

Δ Ι Α Φ Ο Ρ Α

Ομιλία του Καθηγητῃ στην Ιατρική Σχολή Θεσσαλονίκης κου Κατσώχη  
με θέμα "Ο καρκίνος του μαστού" Στο ξενοδοχείο Ξενίας.  
Σέρρες Ιούλιος 1987.

Σημειώσεις της Δίδα Παπαδημητρίου, Καθηγήτριας Εφαρμογών Τ.Ε.Ι.  
Πατρών στο μάθημα της "Κοινωνικής Νοσηλευτικής" Πάτρα 1987.

