

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ : ΞΑΝΘΑΚΗ ΜΑΡΙΝΑ

ΣΚΟΥΤΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΠΑΤΡΑ 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	7
Περίληψη.....	8

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ανατομία και φυσιολογία του μαστού

1.1 Μαστός.....	9
1.2 Θέση και έκταση του μαστού.....	10
1.3 Υφή του μαστού.....	11
1.4 Αιμάτωση.....	14
1.5 Αγγείωση.....	15
1.6 Νεύρωση του μαστού.....	16
1.7 Φυσιολογία του μαστού.....	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Καρκίνος του μαστού

2.1 Τι είναι ο καρκίνος του μαστού.....	19
2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	20
2.3 Παράγοντες κινδύνου.....	21
2.4 Συμπτώματα.....	22
2.5 Διάγνωση.....	23
2.6 Τύποι καρκίνων μαστού.....	30
2.7 Σταδιοποίηση.....	34
2.8 Είδη χειρουργικών μεθόδων.....	35

2.8.1 Ριζική μαστεκτομή.....	35
2.8.2 Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.....	35
2.8.3 Απλή μαστεκτομή.....	36
2.8.4 Τμηματική μαστεκτομή (τετρακυκλίου) και εκτομή του όγκου.....	36
2.9 Θεραπεία της νόσου.....	37
2.10 Πλαστική αποκατάσταση μετά από χειρουργική επέμβαση στο μαστό.....	41
2.10.1 Αποκατάσταση μετά από Μαστεκτομή: Χρονικές Επιλογές.....	41
2.10.2.Αποκατάσταση μετά από Μαστεκτομή: Επιλογές Τύπου.....	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

3.1 Μετεγχειρητικές βλάβες και προβλήματα.....	45
3.2 Επώδυνα μυοσκελετικά σύνδρομα.....	49
3.2.1 Τενοντίτιδα του στροφικού πετάλου του ώμου.....	49
3.2.2 Συμφυτική θυλακίτιδα του ώμου (παγωμένος ώμος).....	50
3.3 Λεμφοίδημα μετά από μαστεκτομή.....	50
3.4 Στάδια λεμφοιδήματος.....	55
3.5 Αξιολόγηση λεμφικών διαταραχών.....	56
3.5.1 Μονάδα μέτρησης.....	57
3.5.2 Περιφερικές μετρήσεις.....	57
3.5.3 Πληθυσμογραφία ή ογκομετρία.	60
3.5.4 Τονομέτρηση.....	61

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Φυσικοθεραπευτική αποκατάσταση

4.1 Ρόλος φυσικοθεραπευτή σε καρκίνο του μαστού.....	62
4.2 Φυσικοθεραπευτικοί στόχοι και πλάνο θεραπείας.....	62
4.3 Πρόγραμμα ασκήσεων στο νοσοκομείο.....	65
4.4 Ασκήσεις στο σπίτι.....	68
4.5 Αντιμετώπιση μυϊκού σπασμού- αυχεναλγίας.....	73
4.6 Πρόληψη παραμορφώσεων στάσης.....	73
4.7 Αντιμετώπιση της τενοντίτιδας του στροφικού πετάλου του ώμου.....	75
4.8 Αντιμετώπιση της συμφυτικής θυλακίτιδας του ώμου (παγωμένος ώμος)....	75
4.9 Πλάνο θεραπείας και αντιμετώπιση λεμφοιδήματος.....	76
4.10 Μάλαξη λεμφικού συστήματος.....	79
4.10.1 Σωστή τοποθέτηση χεριών και βασικοί χειρισμοί της τεχνικής.....	81
4.10.2 Αντενδείξεις για το χειρισμό της λεμφικής παροχέτευσης.....	84
4.11 Επίδεση και πίεση ενδυμάτων.....	84
4.11.1 Αρχές της επίδεσης.....	84
4.11.2 Αντενδείξεις για την εφαρμογή πίεσης.....	85
4.11.3 Διαδικασία επίδεσης.....	85
4.12 Ενδύματα συμπίεσης.....	86
4.13 Περιποίηση δέρματος.....	88

4.14 Διαλείπουσες συσκευές συμπίεσης.....	88
4.15 Κινησιοθεραπεία-Ασκήσεις.....	91
4.15.1 Αρχές για την εφαρμογή των ασκήσεων.....	91
4.16 Άλλες μορφές θεραπείας.....	92
4.16.1 Παλμικά μαγνητικά πεδία.....	92
4.16.2 Λείζερ.....	93
4.16.3 Υδροθεραπεία.....	93
4.17 Φαρμακευτική αγωγή.....	94
4.18 Χειρουργική επέμβαση.....	95
4.19 Οδηγίες-Πρόληψη λεμφοιδήματος.....	96
4.20 Επανεκτίμηση.....	98

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΈΡΕΥΝΕΣ

5.1 Η αποτελεσματικότητα της έγκαιρης φυσικοθεραπείας για πρόληψη λεμφοιδήματος μετά από μαστεκτομή.....	99
5.2 Ενεργητικές ασκήσεις χρησιμοποιώντας μια συσκευή διευκόλυνσης του λεμφοιδήματος μετά από θεραπεία καρκίνου του μαστού.....	100
5.3 Αποτελεσματικότητα της ολοκληρωμένης αποσυμφορητικής φυσιοθεραπείας(CDT) στο λεμφοίδημα.....	101

5.4 Η αποτελεσματικότητα της μάλαξης λεμφικού συστήματος(MLD) σε σύγκριση με οδηγίες και θεραπευτικές ασκήσεις στο λεμφοίδημα του άνω άκρου που σχετίζεται με καρκίνο του μαστού.....	102
5.5 Σχηματισμός λεμφοιδήματος μετά από μαστεκτομή.....	103
5.6 Οδηγίες κλινικής πρακτικής για την περίθαλψη και θεραπεία του καρκίνου του μαστού.....	104
5.7 Εμφάνιση λεμφοιδήματος σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού.....	106
5.8 Ενδύματα συμπίεσης και η αποτελεσματικότητάς τους σε σχέση με το λεμφοίδημα που προκύπτει μετά από μαστεκτομή.....	107
5.9 Οι διαλείπουσες συσκευές συμπίεσης και η αποτελεσματικότητά τους στην αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος.....	108
5.10 Μάλαξη του λεμφικού συστήματος για τη θεραπεία του λεμφοιδήματος...	109
5.11 Λεμφοίδημα σε επιβιώσαντες από καρκίνο του μαστού: Αξιολόγηση και παροχή πληροφοριών σε μια ειδική μονάδα θεραπείας.....	109
5.12 Δευτεροπαθές λεμφοίδημα- έλεγχος αποτελεσματικότητας της θεραπείας.....	111
Σύλλογοι.....	114
Συμπεράσματα.....	117
Βιβλιογραφία.....	119

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος καρκίνος του μαστού αναφέρεται στην ανάπτυξη κακοήθους όγκου στην περιοχή του μαστού. Αποτελεί την συχνότερη μορφή καρκίνου σε αριθμό κρουσμάτων στο γυναικείο πληθυσμό. Προκαλείται από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό παθολογικών κυττάρων που ως αποτέλεσμα προκαλούν το σχηματισμό κακοήθους όγκου στην περιοχή του μαστού. Τα παθολογικά αυτά κύτταρα έχουν τη δυνατότητα εξάπλωσης σε γειτονικούς ιστούς με δυσάρεστες συνέπειες για ολόκληρο τον οργανισμό. Η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου σε άρρενες είναι υπαρκτή αλλά πολύ μικρή. Όσον αφορά στις γυναίκες όλες αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου – όχι, όμως στον ίδιο βαθμό.

Η συχνότητα της νόσου στην Ευρώπη παρουσιάζει σταθερή αύξηση και είναι σήμερα ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών. Ενώ όμως στην δυτική Ευρώπη, την τελευταία δεκαετία, μειώνεται ο αριθμός των γυναικών που χάνουν κάθε χρόνο την ζωή τους από καρκίνο του μαστού, στη χώρα μας συνεχίζει σταθερά να αυξάνεται. Αυτό οφείλεται στο ότι το 60 % των Ευρωπαίων γυναικών υποβάλλονται σε τακτική προληπτική κλινική εξέταση μαστών και μαστογραφία ενώ στη χώρα μας μόνο το 5%. Έτσι, οι Ευρωπαίες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να θεραπευτούν τελείως από τον καρκίνο, λόγω πρώιμης διάγνωσης και έγκυρης θεραπείας. Στην Ελλάδα αναφέρονται 4.500 περίπου νέες περιπτώσεις το χρόνο, ενώ υπολογίζεται ότι 1 στις 8 γυναίκες παγκοσμίως θα παρουσιάσει καρκίνο μαστού σε κάποια φάση της ζωής της.

Σήμερα στην πλειονότητα των γυναικών ο καρκίνος του μαστού διαγιγνώσκεται σε πρώιμο στάδιο και πάνω από το 80% αυτών επιβιώνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα (American Cancer Society). Ωστόσο μετά από μία επιτυχημένη αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, οι γυναίκες αυτές πολύ συχνά παρουσιάζουν πολλές επιπλοκές, εκ' των οποίων η συνηθέστερη και ίσως η περιπλοκότερη είναι η εμφάνιση λεμφοιδήματος. Γεγονός που οδηγεί στην ανάγκη φυσιοθεραπευτικής αντιμετώπισης των γυναικών αυτών προκειμένου να αντιμετωπιστεί ή ακόμα καλύτερα να προληφθεί η εμφάνισή του λεμφοιδήματος.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ενημέρωση για τον καρκίνο του μαστού, η κατανόηση των προβλημάτων που προκύπτουν μετεγχειρητικά, ο ρόλος της φυσικοθεραπείας στην μετέπειτα αποκατάσταση σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού και ποια η φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση των επιπλοκών που προκύπτουν.

Το πρώτο μέρος αναφέρεται στην ανατομία και τη φυσιολογία του μαστού. Στη συνέχεια αναλύεται ο καρκίνος του μαστού, οι επιπλοκές του και ειδικότερα το λεμφοίδημα όπου αποτελεί την πιο σημαντική επιπλοκή του. Ακολουθεί η φυσικοθεραπευτική αποκατάσταση του καρκίνου του μαστού και τέλος εκθέτονται πρόσφατες σχετικές έρευνες με την εργασία και συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

1.1 ΜΑΣΤΟΣ

Ο μαστός αναπτύσσεται νωρίς από την εμβρυική ζωή, προερχόμενος από το εξώδερμα. Κατά τη γέννηση, αποτελείται από ένα σύστημα πόρων που καταλήγει στην ήδη σχηματισμένη θηλή, ενώ η περιοχή του μαζικού αδένου δεν έχει αναπτυχθεί ακόμη. Υπάρχει και στα δύο φύλα, αν και στον άνδρα είναι υποανάπτυκτος (Τζωρακοελευθεράκης, 1992).

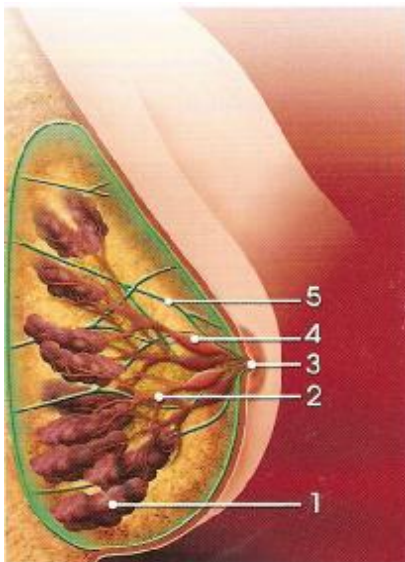
Θεωρείται επικουρικό γεννητικό όργανο μιας και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εγκυμοσύνη και στον θηλασμό (Παπανικολάου, 2005). Κατά την εφηβεία, συνήθως μεταξύ 10 και 15 ετών, αναπτύσσεται και αρχίζει να χρωματίζεται το σύμπλεγμα θηλής – άλου. Συγχρόνως, δημιουργείται κάτω από την άλω, μια δισκοειδής μάζα από μαζικό ιστό, η οποία θα αναπτυχθεί τα επόμενα χρόνια για να σχηματίσει τον προβάλλοντα μαστό της ενήλικης γυναίκας.

Όσο το στήθος μεγαλώνει, οι αρχικοί πόροι αναπτύσσονται, διακλαδώνονται και σχηματίζουν το σύστημα του μαζικού αδένου. Στη πλειονότητα των περιπτώσεων, η ανατομική ανάπτυξη του μαζικού αδένου έχει σχεδόν συμπληρωθεί όταν αρχίζει να εμφανίζεται η έμμηνος ρύση, ενώ περίπου στην ηλικία των 20 ετών, ο μαστός έχει φθάσει τη μεγαλύτερη ανάπτυξη του.

Μετά την αύξηση της θυλακιοτρόπου (FSH) και Ωχρινοτρόπου (LH) ορμόνης, που συνεργάζονται για την παραγωγή οιστρογόνων, ξεκινά η ανάπτυξη των πόρων του μαζικού αδένου, η αύξηση του συνδετικού ιστού και της αιμάτωσης, ενώ η αύξηση των λοβίων ολοκληρώνεται πολύ αργότερα, με

ερέθισμα την αυξημένη παραγωγή προγεστερόνης όταν αρχίσουν κανονικοί ωορρηκτικοί κύκλοι (Σγουράκης, 2006) (Εικ.1).

Τέλος ,το μέγεθος των μαστών δεν σχετίζεται ούτε με τη σεξουαλικότητα μιας γυναίκας ούτε με την ικανότητα να θηλάσει ένα μωρό. Οι γυναίκες με μικρό στήθος έχουν τις ίδιες σεξουαλικές διαθέσεις με τις γυναίκες με μεγάλο στήθος και μπορούν να θηλάσουν ένα μωρό με την ίδια επιτυχία. Επιπλέον, είναι φυσιολογικό ο ένας μαστός να διαφέρει ελαφρώς από τον άλλον σε μέγεθος και σε σχήμα. Συνήθως το δεξιό στήθος είναι πιο μικρό από το αριστερό (Παπανικολάου, 1994) .



Εικ.1: Μαστός

1. Λοβίο (αδένας).
2. Γαλακτοφόρος πόρος.
3. Θηλή.
4. Γαλακτοφόρος κόλπος.
5. Ίνες του Κούπερ

1.2 ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στην έφηβη γυναίκα οι μαστοί είναι ημισφαιρικοί και βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ανάμεσα στη 2^η-3^η και 6^η-7^η πλευρά και ανάμεσα από το χείλος του στέρνου και την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή (Παπανικολάου, 2005)

σχηματίζοντας προς τη μασχάλη μια πυραμοειδή προσεκβολή, την ουρά του Spence (Μαρκόπουλος, 2007).

Η πραγματική, όμως, έκταση του μαστού είναι σημαντικά μεγαλύτερη, γιατί αυτός εκτείνεται με τη μορφή λεπτής στιβάδας, προς τα πάνω στην κλείδα, προς το κέντρο στη μέση γραμμή και προς τα έξω στο έξω χείλος του πλατύ ραχιαίου μυ (Παπανικολάου, 2005) . Το σύμπλεγμα θηλής-άλω ευρίσκεται επί της γαλακτικής γραμμής και στη επιφάνεια της άλω ανευρίσκονται μικρά εξάρματα που αποτελούν τα ανοίγματα των μικρών σμηγματογόνων αδένων του Montgomery. Πιο αναλυτικά, τα 2/3 του μαστού βρίσκονται στην επιφάνεια του μείζονος θωρακικού μυός και το 1/3, περίπου, στον πρόσθιο οδοντωτό (Bates, 1982).

Για την ακριβή περιγραφή βλαβών του μαστού, αυτός περιγραφικά διαιρείται σε τμήματα. Αν υποθέσουμε ότι ο μαστός είναι ένα ημισφαίριο, με μια κάθετη και μια οριζόντια γραμμή χωρίζεται σε τέσσερα τμήματα, τα λεγόμενα τεταρτημόρια : το άνω έξω, το άνω έσω, το κάτω έξω και το κάτω έσω.

1.3 ΥΦΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η υφή του μαστού έχει μεγάλη σημασία, γιατί εμφανίζει μεγάλες διαφορές, που βρίσκονται μέσα σε φυσιολογικά όρια. Αυτό οφείλεται στην επίδραση των ορμονών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και του ωοθηκικού κύκλου.

Αν αποκολλήσουμε το μαστό από το πρόσθιο πεδίο, θα διακρίνουμε δύο επιφάνειές του, την πρόσθια και την οπίσθια, και την περιφέρειά του.

∅ *Πρόσθια επιφάνεια.* Αυτή είναι υπόκυρτη και αποτελείται από το δέρμα, που, στο φυσιολογικό μαστό, είναι ευκίνητο, λείο, λεπτό και επιτρέπει περισσότερο στη γυναίκα που θηλάζει, να διαγράφονται κάτω από αυτό οι φλέβες. Στο κέντρο της επιφάνειας αυτής προέχει η θηλή και γύρω από αυτή υπάρχει η θηλαία άλως, που και οι δυο τους ξεχωρίζουν από το υπόλοιπο δέρμα για τη χροιά τους (Παπανικολάου, 2005) . Στις μελαχρινές γυναίκες είναι αμαυρές. Στις ξανθές ρόδινο και αμαυρότερο σε

όλες κατά το διάστημα της εγκυμοσύνης. (Κόνιαρη, 1991) ,
(Παπανικολάου, 2005)

- Ø *Οπίσθια επιφάνεια* .Αυτή λέγεται και βάση του μαστού, είναι επίπεδη, βρίσκεται πάνω στη περιτονία του μείζονος θωρακικού μυ και συνάπτεται μαζί του με συνδετικό ιστό. Στους μεγάλους, όμως, μαστούς, η οπίσθια επιφάνεια περνάει το κάτω χείλος του μείζονος θωρακικού μυ και σκεπάζει τα οδοντώματα του πρόσθιου οδοντωτού μυ και στον έξω λοξό της κοιλιάς μυ, στο ύψος της 5^{ης}-6^{ης} πλευράς.
- Ø *Περιφέρεια*. Αυτή είναι λεπτή και συνεχίζεται με ινολιπώδη ιστό με τους γύρω ιστούς.

Κάθε μαστός αποτελείται από το δέρμα(τη μαλακή περιοχή, τη θηλή, και την θηλαία άλω),το περιμαστικό λίπος και το μαστικό αδέννα. Το δέρμα διαφέρει στις διάφορες περιοχές του και εμφανίζει κεντρικά τη θηλή και γύρω τη θηλαία άλω. Το δέρμα του μαστού έχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες (Παπανικολάου, 2005).

Δέρμα.

- Ø *Θηλή*. Μπορεί να είναι επίπεδη, αλλά περιέχει στυτικό ιστό που μπορεί να ανυψωθεί με διάφορα ερεθίσματα, όπως σε χαμηλή θερμοκρασία, κατά τη διάρκεια του σεξουαλικού ερεθισμού ή κατόπιν τριβής. Η θηλή σε μερικές γυναίκες προεξέχει πάντα και σε άλλες εισέχει (εισολκή θηλής).Και οι 3 τύποι θηλών είναι απολύτως φυσιολογικές(Παπανικολάου, 2005). Η κατασκευή της θηλής είναι συμμετρική, στερεά , ελαστική και παρακολουθεί κάθε μετακίνηση του μαστικού αδέννα. Στη θηλή του μαστού υπάρχει η τελική μοίρα και τα στόμια των 15-20 γαλακτοφόρων πόρων που καλύπτονται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο.
- Ø *Θηλαία άλω*. Αποτελεί την κυκλοτερή ζώνη γύρω από τη θηλή, έχει διάμετρο 15-35 χιλιοστά και χρώμα σκοτεινότερο από το υπόλοιπο δέρμα. Το δέρμα της θηλαία άλω περιέχει μικρές τρίχες και άπειρους αδένες, που διακρίνονται σε ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και επικουρικούς.

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η θηλή και η θηλαία άλως γίνονται περισσότερο μελαχρινές μετά την 8^η εβδομάδα (Παπανικολάου, 2005) .

Περιμαστικό λίπος

Παριστάνει τη συνέχεια του υποδόριου λίπους και μέσα σε αυτό κατασκηνώνει ο μαστικός αδένας. Διακρίνουμε σε αυτό την πρόσθια και οπίσθια στοιβάδα του

∅ *Πρόσθια στοιβάδα*. Είναι παχιά ιδιαίτερα στην παρθένο, δεν υπάρχει στο μέρος της θηλής και της θηλαίας άλως και το πάχος της αυξάνεται στην περιφέρεια. Την πρόσθια στοιβάδα περνάνε συνδετικές ίνες, που λέγονται σύνδεσμοι του Cooper ή ανελκτήρες σύνδεσμοι του μαστού. Κάθε καρκινική διήθηση αυτών των συνδέσμων προκαλεί απώλεια της ελαστικότητάς τους και βράχυνσή τους, που έχει σαν αποτέλεσμα την εισολκή του δέρματος, χρήσιμο κλινικό σημάδι για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

∅ *Οπίσθια στοιβάδα*. Είναι λεπτή , περίπου 1εκ.,βρίσκεται πίσω από το μαστικό αδένα και ανάμεσα στην πίσω επιφάνειά του και την επιφανειακή θωρακική περιτονία, αποτελεί ένα είδος κρεμαστήρα συνδέσμου του μαστού (Παπανικολάου, 1995) .

Μαστικός αδένας.

Έχει σχήμα δίσκου και περιβάλλεται από πέταλο συνδετικού ιστού. Διακρίνουμε σε αυτόν δύο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια περιφέρεια.

Ο μαστικός αδένας αποτελείται από λοβούς, τους εκφορητικούς πόρους, τους γαλακτοφόρους κόλπους, τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες

∅ *Λοβοί*. Ο κάθε μαστός έχει 15-20 λοβούς. Ο κάθε λοβός έχει έναν γαλακτοφόρο πόρο, στον οποίο εκβάλλουν άλλοι δευτερότεροι πόροι, βρίσκεται μέσα στο μαστικό αδένα σε ακτινωτή διάταξη και συγκλίνει προς τη θηλή (Παπανικολάου, 2005). Κάθε λοβός περιέχει πολλά λοβία τα οποία κρατιούνται μεταξύ τους με συνδετικό ιστό, ο οποίος επίσης χρησιμεύει για την στήριξη αγγείων και πόρων (Τζωρακοελευθεράκης,

1992). Κάθε λοβός αποτελείται από ένα γαλακτοφόρο πόρο, από διάφορο αριθμό λοβίων και από αδενοκυψέλες.

- ∅ *Εκφορητικοί πόροι.* Αυτοί διελαύνουν τη θηλή και φέρουν έκκριμα του μαστού από τους γαλακτοφόρους πόρους προς τα έξω και ανέρχονται στους 20-25 πόρους.
- ∅ *Γαλακτοφόροι κόλποι.* Είναι 20 περίπου, αποτελούν ανευρύσματα, που βρίσκονται στη βάση της θηλής και σχηματίζονται από την αναστόμωση των γαλακτοφόρων πόρων, που εκβάλλουν σ' αυτούς. Οι γαλακτοφόροι πόροι είναι περισσότερο ανεπτυγμένοι στο μαστό που θηλάζει, και φέρουν το έκκριμά τους στη θηλή με τους εκφορητικούς πόρους (Παπανικολάου, 2005).
- ∅ *Γαλακτοφόροι πόροι.* Έχουν διάμετρο 4-5 mm οι οποίοι χρησιμεύουν σαν αποθήκες των εκκρίσεων του μαζικού αδένα. Περιβάλλονται από συνδετικό ιστό ο οποίος περιέχει επιμήκεις και εγκάρσιες ελαστικές ίνες και επαλείφεται από κυλινδρικό επιθήλιο με ένα εξωτερικό στρώμα επιμηκών μυοεπιθηλιακών κυττάρων πάνω σε βασική μεμβράνη (Τζωρακοελευθεράκης, 1992).

- ∅ *Αδενοκυψέλες.* Αποτελούν την εκκριτική μοίρα του μαστικού αδένα και περιβάλλονται από εξειδικευμένο συνδετικό ιστό. Πολλές αδενοκυψέλες μαζί με τον ενδιάμεσο συνδετικό ιστό, αποτελούν τα λοβία και πολλά λοβία μαζί με το λοβό του αδένα (Παπανικολάου, 1995).

1.4 ΑΙΜΑΤΩΣΗ

Η αιμάτωση του μαστού είναι πλούσια. Λόγω της κεντρικής θέσης στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα ο μαστός δέχεται αρτηριακούς κλάδους από την ακρωμιοθωρακική, πλάγια θωρακική και υποπλάτια αρτηρία που αποτελούν κλάδους της μασχαλιαίας αρτηρίας καθώς και από την έσω θωρακική (έσω

μαστική) που αποτελεί κλάδο της υποκλειδίου αρτηρίας. Οι κυριότεροι κλάδοι μπαίνουν στο μαστό από το άνω έσω ή άνω έξω όριο του. Ανάλογα ισχύουν και για τη φλεβική απαγωγή του αίματος μέσω της μασχαλιαίας και έσω θωρακικής φλέβας (Τζωρακοελευθεράκης, 1992).

1.5 ΑΓΓΕΙΩΣΗ

Η αγγείωση του μαστού επιτυγχάνεται με τις αρτηρίες, τις φλέβες και τα λεμφαγγεία.

Αρτηρίες:

Ο μαζικός αδένας δέχεται αίμα από την έσω μαστική, την πλάγια και την ανώτερη θωρακική, τους διαπιτραίνοντες κλάδους των μεσοπλεύριων και την υποπλάτια αρτηρία, που αναστομώνονται μεταξύ τους, σχηματίζοντας πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες (Κόνιαρη, 1991), (Παπανικολάου 1994). Η υποπλάτιος αρτηρία, συνοδεύεται από ομάδα λεμφαδένων, που παίρνουν μέρος στις μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού και οι κλάδοι της προκαλούν μεγάλη αιμορραγία, όταν γίνεται ριζική μαστεκτομή (Κόνιαρη, 1991).

Οι αρτηρίες είναι οι εξής:

- Ø Έσω μαστική αρτηρία
- Ø Πλάγια θωρακική αρτηρία
- Ø Ακρωμιοθωρακική αρτηρία
- Ø Μεσοπλεύριες αρτηρίες
- Ø Υποπλάτιος αρτηρία

Φλέβες:

Οι επιφανειακές φλέβες του μαστού βρίσκονται κάτω από το πρόσθιο πτέαλο της υποδόριας περιτονίας και μπορούν να διακριθούν με γυμνό μάτι. Οι φλέβες του μαστού που βρίσκονται στο βάθος, απάγουν το αίμα από το μαστό και το θωρακικό τοίχωμα και διακρίνονται στις εξής:

- Ø Έσω μαστικές φλέβες
- Ø Μασχαλιαίες φλέβες
- Ø Μεσοπλευρίες φλέβες
- Ø Σπονδυλικές φλέβες (Παπανικολάου, 2005)

Λεμφική παροχέτευση

Όσον αφορά στο λεμφικό δίκτυο του μαστού, αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία αφού αποτελεί την κυριότερη οδό μετάστασης για τον καρκίνο του οργάνου. Τα λεμφαγγεία του μαστού απάγουν τη λέμφο προς τα μασχαλιαία, τα υποκλείδια, τα υπερκλείδια και τα λεμφογάγγλια της έσω μαστικής αρτηρίας, τα οποία αναστομώνονται μεταξύ τους. (Snell, 1992).

1.6 ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η νεύρωση του μαστού γίνεται:

- Ø Από το μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο,
- Ø Το θωρακοραχιαίο ή μέσο υποπλάτιο νεύρο,
- Ø Το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell,
- Ø Το αυτόνομο νευρικό σύστημα (Παπανικολάου, 2005).

1.7 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ανάπτυξη και η λειτουργία του μαστού ξεκινά από ποικίλα ορμονικά ερεθίσματα, των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, της προλακτίνης, της ωκυτοκίνης, της θυροξίνης, της κορτιζόλης, και της αυξητικής ορμόνης. Τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη και η προλακτίνη είναι ουσιαστικά για την φυσιολογική ανάπτυξη και λειτουργία του μαστού. Τα οιστρογόνα επιδρούν στην ανάπτυξη των πόρων, ενώ η προγεστερόνη είναι υπεύθυνη για την διαφοροποίηση του επιθηλίου και για την ανάπτυξη των λοβίων. Η προλακτίνη είναι το αρχικό ορμονικό ερέθισμα για τη λακτογένεση στην εγκυμοσύνη και τη μετά τον τοκετό περίοδο. Ρυθμίζει τους ορμονικούς υποδοχείς και προάγει την επιθηλιακή ανάπτυξη.

Η έκκριση των νευροτροφικών ορμονών από τον υποθάλαμο ρυθμίζει την έκκριση των ορμονών που επηρεάζουν τους ιστούς του μαστού. Η ωχρινοποιητική ορμόνη (LH) και η θυλακιοτρόπος (FSH) ρυθμίζουν την απελευθέρωση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες. Στη συνέχεια, η απελευθέρωση της LH και FSH από τα βασεόφιλα κύτταρα που βρίσκονται στην πρόσθια υπόφυση ρυθμίζεται από την έκκριση της εκλυτικής ορμόνης της γοναδοτροπίνης (gonadotropin-releasing hormone) (GnRH) από τον υποθάλαμο (Σγουράκης, 2006).

Θετική και αρνητική ανάδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης ρυθμίζει την έκκριση των LH, FSH και GnRH. Οι ορμόνες αυτές είναι αρμόδιες για την ανάπτυξη, τη λειτουργία και τη διατήρηση των ιστών του μαστού.

Στο θηλυκό νεογνό, τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης μειώνονται μετά από τη γέννηση και παραμένουν χαμηλά καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας λόγω του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης που δρα σαν αρνητικό feedback. Με την αρχή της εφηβείας, υπάρχει θετικό feedback από τα οιστρογόνα. Η αύξηση που προκαλείται στην έκκριση GnRH, FSH και LH, οδηγεί στην αύξηση της έκκρισης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις

ωοθήκες και στην έναρξη της έμμηνης ρύσης. Στην αρχή της έμμηνης ρύσης, υπάρχει αύξηση στο μέγεθος και την πυκνότητα των μαστών, η οποία ακολουθείται από την αύξηση των ιστών του μαστού και τον πολλαπλασιασμό του επιθηλίου. Με την αρχή της εμμηνόπαυσης, η αύξηση των μαστών υποχωρεί και ο πολλαπλασιασμός του επιθηλίου μειώνεται (Σγουράκης, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

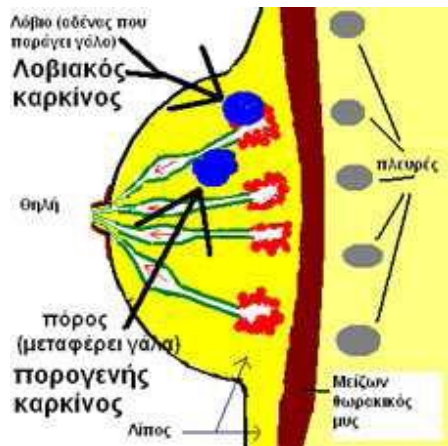
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τα κύτταρα στο σώμα μας, φυσιολογικά, αυξάνονται, διαιρούνται και πεθαίνουν με έναν αυστηρά ελεγχόμενο τρόπο. Στα πρώτα χρόνια της ζωής, και μέχρι την ενηλικίωση του ατόμου, ο ρυθμός διαίρεσης των κυττάρων του ανθρώπινου οργανισμού είναι έντονος. Στη συνέχεια τα κύτταρα διαιρούνται μόνο για να αντικαταστήσουν άλλα που έχουν φθαρεί ή πεθάνει. Τα καρκινικά κύτταρα διαφέρουν από τα φυσιολογικά κύτταρα, διότι συνεχίζουν να διαιρούνται ανεξέλεγκτα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη μιας μάζας κυττάρων, που ονομάζεται όγκος. Οι όγκοι είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι δεν είναι επεκτατικοί, δηλαδή δεν εισβάλλουν στους γύρω ιστούς και δεν εξαπλώνονται σε άλλα σημεία του σώματος. Αντίθετα, στους κακοήθεις όγκους τα κύτταρα εμφανίζουν διαφορετική μορφολογία σε σχέση με τα φυσιολογικά, εισβάλλουν στους γειτονικούς ιστούς, με δυσάρεστες συνέπειες για ολόκληρο τον οργανισμό. Η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου σε άρρενες είναι υπαρκτή αλλά πολύ μικρή. Όσον αφορά στις γυναίκες όλες αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου – όχι, όμως στον ίδιο βαθμό. (<http://el.wikipedia.org>)

Ο καρκίνος του μαστού είναι μία νόσος, στην οποία καρκινικά (κακοήθη) κύτταρα εντοπίζονται στους ιστούς του μαστού. Κάθε μαστός έχει 15 με 20 λοβούς, οι οποίοι αποτελούνται από λοβία. Οι λοβοί και τα λοβία συνδέονται με λεπτούς σωλήνες που ονομάζονται πόροι. Ο πιο κοινός τύπος καρκίνου είναι ο καρκίνος των πόρων και εντοπίζεται στα κύτταρα των πόρων. Υπάρχει και ο τύπος του καρκίνου που εντοπίζεται στους λοβούς ή τα λοβία και απαντάται πιο συχνά και στους δύο μαστούς από ότι άλλα είδη καρκίνου. (Εικ. 2) Ο

φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού είναι ένας λιγότερο συνηθισμένος τύπος καρκίνου και τα συμπτώματά του συμπεριλαμβάνουν αίσθημα καύσου, ερυθρότητα και οίδημα (Wyeth Hellas).



Εικ. 2 Καρκίνος στο μαστό (www.mastology.gr)

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στις Η.Π.Α και στον Καναδά 1 στις 8 γυναίκες θα αναπτύξουν καρκίνο του μαστού, κάποια στιγμή στη ζωή τους και παρόμοιο είναι το ποσοστό αυτό σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Ελβετία, όπου η IARC (International Agency for Research on Cancer) υπολόγισε τον Απρίλιο του 2003 ότι ο καρκίνος παρουσιάζει 1.000.000 νέα κρούσματα ετησίως. Στην Ασία ωστόσο, άγνωστο γιατί, ο επιπολασμός της νόσου είναι αρκετά μικρότερος. Αν και η πρόωρη διάγνωση έχει σαν αποτέλεσμα υψηλά ποσοστά ίασης, ο καρκίνος του μαστού παραμένει η βασική αιτία θανάτου από καρκίνο στις ενήλικες γυναίκες κάτω των 54 ετών και η δεύτερη πιο συχνή αιτία για τις γυναίκες άνω των 54 ετών. Η νόσος αυτή προσβάλλει και τους άνδρες, αλλά σε ποσοστό μικρότερο από 1 % επί του συνόλου όλων των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού (Wyeth Hellas).

2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τον πιο συχνό καρκίνο και τη δεύτερη αιτία θανάτου στο γυναικείο πληθυσμό μετά από τον καρκίνο του πνεύμονα (Τζωρακοελευθεράκης, 1992). Η μέση ηλικία εμφάνισης είναι τα 58 έτη.

Καμία αιτία δεν έχει αποδειχθεί ως υπεύθυνη για την εκδήλωση της νόσου, αλλά υπάρχουν πολλοί παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί και συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της, όπως:

- Ø Συγγενής πρώτου βαθμού με καρκίνο μαστού, εμφανίζουν κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου 1.5 έως 3 φορές μεγαλύτερο, ιδίως σε περιπτώσεις ανάπτυξης της νόσου προεμμηνοπαυσιακά ή σε ύπαρξη αμφοτερόπλευρου καρκίνου.
- Ø Γονιδιακές μεταλλάξεις, όπως αυτές που αφορούν στα ογκογονίδια BCRA1 και BCRA2 οι οποίες συνοδεύονται από κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού 50-85%. Η παρουσία τους μπορεί να αποτελεί εξήγηση για τις οικογενείς μορφές καρκίνου καθώς και για το 1% των συνολικών περιπτώσεων εμφάνισης της νόσου.
- Ø Αυξημένη (χρονικά ή ποσοτικά) έκθεση τόσο σε ενδογενή όσο και σε εξωγενώς χορηγούμενα οιστρογόνα. Έτσι γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει ή που η πρώτη τους εγκυμοσύνη έλαβε χώρα μετά το 35^ο έτος της ηλικίας τους, έχουν 3 με 4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο. Επιπλέον, αυτές που είχαν πρώιμη εμμηναρχή (πριν τα 10 χρόνια) και /ή καθυστερημένη εμμηνόπαυση (άνω των 55) έχουν αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης της νόσου. Το αντίθετο ισχύει για το μητρικό θηλασμό ο οποίος μειώνει τον κίνδυνο, και είναι λογικό αφού όπως αναφέραμε, αποτελεί μια περίοδο οιστρογονοανεπάρκειας.
- Ø Ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης μετάχρονου καρκίνου στον άλλο μαστό σε 5-8% και είναι περισσότερο αυξημένο σε οικογενείς περιπτώσεις με μεταλλάξεις των BCRA1 και BCRA2 καθώς και σε λοβιακά καρκινώματα.

- ∅ Η ακτινοθεραπεία στο θώρακα πριν από την ηλικία των 30 ετών (συνήθως για νόσο του Hodgkin) αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού στην μετέπειτα ζωή (συνήθως 10-15 χρόνια μετά την ολοκλήρωση της ακτινοθεραπείας). (Χρήστος Μαρκόπουλος, 2008)
- ∅ Παχυσαρκία: Αύξηση του σωματικού βάρους μετά την ηλικία των 18 ετών καθώς και αυξημένη πρόσληψη διατροφικού λίπους έχει δειχθεί πως αυξάνει την επίπτωση καρκίνου μετεμμηνοπαυσιακά, γεγονός το οποίο πιθανότατα έχει να κάνει με την αυξημένη σύνθεση οιστρογόνων στο λιπώδη ιστό.
- ∅ Η κατανάλωση μεγάλων ή ακόμη και μετρίων ποσοτήτων αλκοόλ έχει θετική συσχέτιση με την εμφάνιση καρκίνου, όπως και το ιστορικό έκθεσης σε ιοντίζουσα ακτινοβολία.

2.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα συμπτώματα ή ευρήματα που εκδηλώνονται είναι:

- Ένας όγκος ή μία πάχυνση στο μαστό ή στη μασχάλη.
- Σκλήρυνση, πάχυνση της θηλής, ή αποβολή υγρών από τη θηλή.
- Λακκάκια στο δέρμα ή ερύθημα (κοκκίνισμα).
- Οίδημα (πρήξιμο).
- Εξέλκωση.
- Φουσκωμένες φλέβες σε ακανόνιστο σχήμα.
- Πόνος στο στήθος. (Wyeth Hellas)

2.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Με τη σύγχρονη τεχνολογία ο καρκίνος του μαστού μπορεί να διαγνωσθεί σε αρχικό στάδιο, οπότε και οι πιθανότητες για ίαση είναι πολύ μεγάλες. Οι γυναίκες άνω των 20 πρέπει να κάνουν οι ίδιες ψηλάφηση των μαστών τους κάθε μήνα. Αυτό γίνεται καλύτερα μία εβδομάδα μετά την αρχή της εμμηνορρυσίας ή την ίδια μέρα κάθε μήνα για τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ

ΒΗΜΑ 1°



Ξεκινήστε κοιτάζοντας τους μαστούς σας στον καθρέφτη.

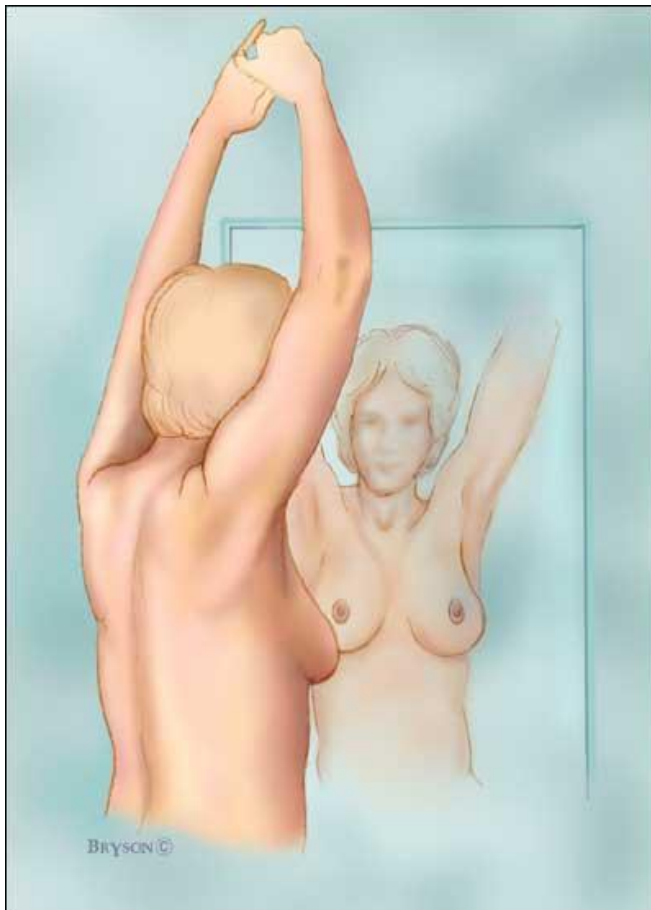
Ελέγχουμε το μέγεθος, το σχήμα και το χρώμα. Οι δύο μαστοί πρέπει να είναι συμμετρικοί και ομοιόμορφοι.

Σημεία που χρειάζονται διερεύνηση:

- Εισολκή δέρματος ή θηλής
- Δέρμα σαν «φλοιός πορτοκαλιού»
- Ερυθρότητα
- Διόγκωση
- Αποβολή υγρού ή αίματος από την θηλή
- Διαγραφή των φλεβών κάτω από το δέρμα

Εικ. 3 (www.breastcancer.org)

ΒΗΜΑ 2°



Σηκώστε τα χέρια και παρατηρείστε για τα ίδια σημεία. Ακολουθώως πιέστε και τις δύο θηλές και ελέγξτε αν υπάρχει αποβολή υγρού από αυτές. Το υγρό αυτό μπορεί να είναι γαλακτώδες, κίτρινο ή αίμα

Εικ. 4 (www.breastcancer.org)

ΒΗΜΑ 3ο

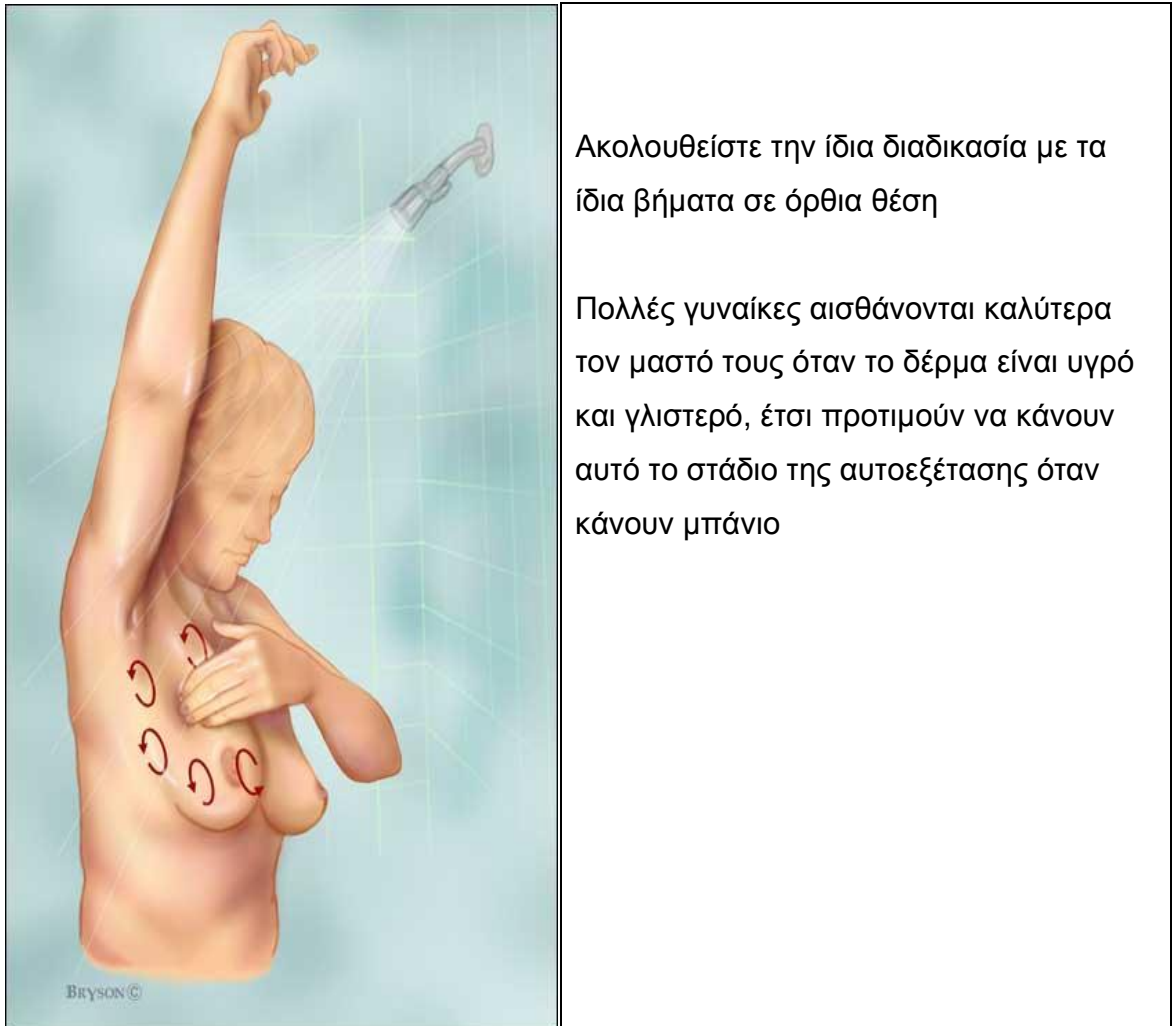
Ξαπλώστε και εξετάστε τους μαστούς κάνοντας μικρές κυκλικές κινήσεις με τις άκρες των δακτύλων σας, μέχρι να καλύψετε όλη την έκταση του κάθε μαστού. Ακολουθείστε πορεία από πάνω προς τα κάτω και από έξω προς τα μέσα.

Προσπαθήστε να αισθανθείτε οποιαδήποτε μάζα στο εσωτερικό του μαστού. Το δεξί χέρι εξετάζει τον αριστερό μαστό και το αντίθετο.



Εικ. 5 (www.breastcancer.org)

ΒΗΜΑ 4



Εικ. 6 (www.breastcancer.org)

Από την ηλικία των 40 και μετά, η κλινική εξέταση από ιατρό θα πρέπει να γίνεται κατ' έτος, ενώ πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο και μία **μαστογραφία**.

Ο ετήσιος μαστογραφικός έλεγχος θα πρέπει να αρχίζει ακόμη νωρίτερα, μετά από εντολή του ειδικού ιατρού, σε γυναίκες με κληρονομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού.

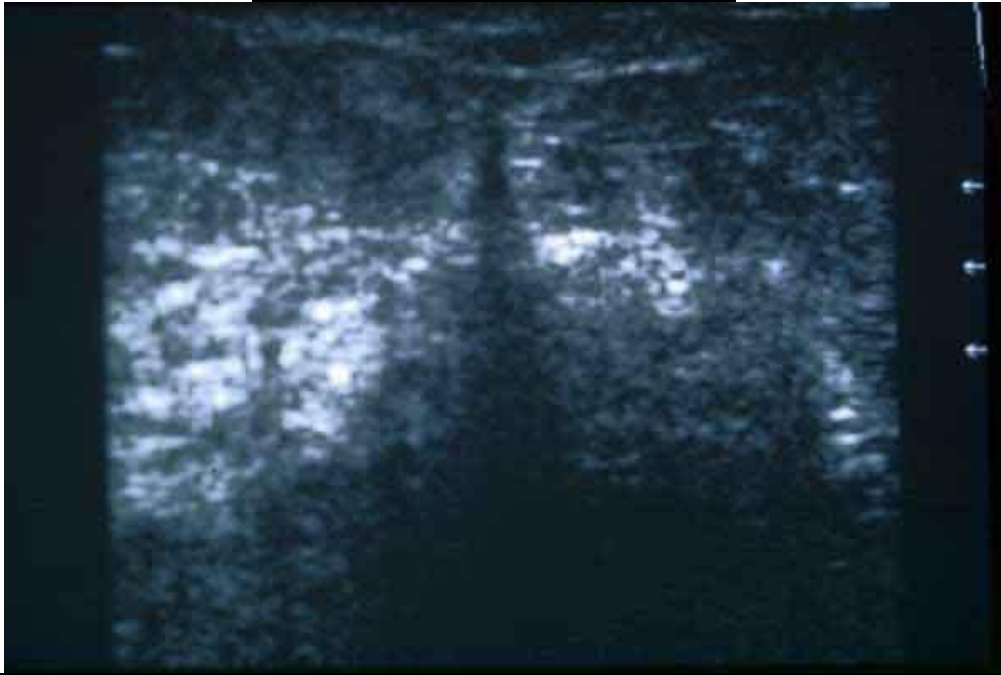


Εικ. 7 Μαστογραφία (www.breastcancer.org)

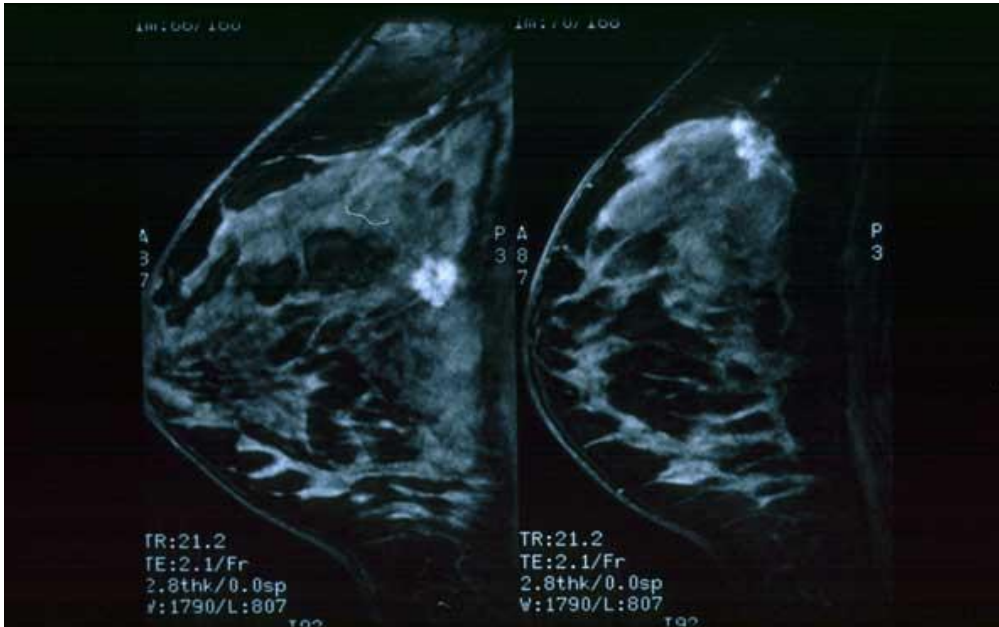
Ο ετήσιος μαστογραφικός έλεγχος έχει βρεθεί από μελέτες ότι μειώνει την θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού κατά 24%. Αυτό είναι σημαντικότερο νούμερο, αν αναλογιστούμε ότι ο καρκίνος του μαστού είναι για τις γυναίκες, ο πρώτος σε συχνότητα καρκίνος και αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις Δυτικές κοινωνίες.

Άλλες μέθοδοι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην διάγνωση νοσημάτων του μαστού είναι το **υπερηχογράφημα (U/S)** και η **μαγνητική τομογραφία (MRI)** των μαστών.

Υπερηχογράφημα
U/S μαστών



Εικ. 8 Υπερηχογράφημα μαστών (www.breastcancer.org)



Εικ. 9 Μαγνητική μαστών

www.breastcancer.org

Η διάγνωση όμως του καρκίνου του μαστού γίνεται μετά από παθολογοανατομική εξέταση του ιστού του μαστού. Ένα ογκίδιο στο μαστό συνήθως απαιτεί **βιοψία** ακόμα κι αν η μαστογραφία το δείχνει σαν φυσιολογικό. Υπάρχουν τέσσερις τρόποι να διαγνωστεί σωστά κατά πόσον η μάζα στον μαστό είναι καλοήθης ή κακοήθης (Κόνιαρη, 1991).

α. Κυτταρολογική βιοψία

Γίνεται με μια λεπτή βελόνη (FNA - Fine Needle Aspiration Biopsy) που προσαρμόζεται σε μια σύριγγα και επιτρέπει την αναρρόφηση κυττάρων από την ύποπτη περιοχή του μαστού.

β. Ιστολογική βιοψία με βελόνη

Η βιοψία αυτή είναι παρόμοια με την FNA, αλλά η βελόνη είναι μεγαλύτερης διαμέτρου και απαιτείται τοπική αναισθησία και μικρή τομή. Η διαφορά με την κυτταρολογική βιοψία συνιστάται στο ότι το υλικό που μελετά ο παθολογοανατόμος είναι ιστολογικό.

γ. Στερεοτακτική βιοψία

Η λήψη του ιστολογικού γίνεται με την βοήθεια και την καθοδήγηση ειδικών μηχανημάτων, ώστε να είναι βέβαιη η αφαίρεση υλικού από την ύποπτη περιοχή, ιδίως όταν η βλάβη του μαστού δεν είναι ψηλαφητή.

δ. Ανοιχτή χειρουργική βιοψία

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η ταυτοποίηση της φύσης της ύποπτης περιοχής απαιτεί χειρουργική αφαίρεση. Άλλοτε με ταχεία βιοψία και άλλοτε με μόνιμη ιστολογική εξέταση κατά την οποία η απάντηση δίνεται μέσα σε ορισμένες ώρες.

Οι πρώτες τρεις βιοψίες μπορούν να γίνουν και εκτός νοσοκομείου, ενώ η ανοιχτή χειρουργική βιοψία γίνεται στο χειρουργείο.

Ο ιστός πρέπει να εξετάζεται και για οιστρογονικούς και προγεστερονικούς υποδοχείς. Αυτοί οι υποδοχείς και η κατάσταση στην οποία βρίσκονται βοηθάνε στο να γίνεται κάποια πρόβλεψη για το αν οι ορμόνες επηρεάζουν την ανάπτυξη του καρκίνου. Οι γυναίκες με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς είναι πιο πιθανό να ανταποκριθούν σε ορμονική θεραπεία και έχουν γενικά καλύτερη πρόγνωση.
(Wyeth Hellas)

2.6 ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΩΝ ΜΑΣΤΟΥ

Τα καρκινώματα του μαστού ταξινομούνται ιστολογικά με βάση τον τύπο των κυττάρων που τα αποτελούν και τον τρόπο ανάπτυξής τους. Έτσι, μπορεί να είναι διηθητικά (να επεκτείνονται στο περιβάλλον στρώμα) ή μη διηθητικά (in situ, να μη διασπούν τη βασική μεμβράνη που περιβάλλει τα λόβια ή τους πόρους). Ιστολογικά διακρίνουμε τους ακόλουθους τύπους καρκίνου (Κόνιαρη, 1991) :

- A. Νόσος Paget της θηλής
- B. . Λοβιακός Καρκίνος :
 1. Μη διηθητικός – in situ (LCIS)
 2. Διηθητικός

Γ. Πορογενής Καρκίνος :

1. Μη διηθητικός – in situ (DCIS)
2. Διηθητικός

Δ. Σπάνιες κλινικές και ιστολογικές μορφές (Φλεγμονώδης, Αδενοκυστικός, Μεταπλαστικός)

Ε. Σάρκωμα (αιμαγγειοσάρκωμα, λιποσάρκωμα, λεμφαγγειοσάρκωμα, λειομυοσάρκωμα), Λέμφωμα, Μελάνωμα κ.α.

Λοβιακό καρκίνωμα in situ(LCIS): Μολονότι η κατάσταση αυτή συνοδεύεται από τον χαρακτηρισμό «καρκίνωμα» στην πραγματικότητα αποτελεί έναν δείκτη για καρκίνο. Οι αλλοιώσεις στα κύτταρα των λοβίων υποδηλώνει ότι ο καρκίνος μπορεί να εκδηλωθεί στο μέλλον. Όταν εντοπίζεται τέτοιο καρκίνωμα, ακόμα και στον ένα μαστό, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να εκδηλωθεί καρκίνος στον ίδιο αλλά και στον άλλο μαστό. Ο δρ Χάντις και άλλοι ειδικοί επισημαίνουν ότι οι γυναίκες με τέτοιες αλλοιώσεις πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά. Συνήθως ελέγχονται από τον γιατρό κάθε 6 μήνες περίπου, και υποβάλλονται σε τακτά χρονικά διαστήματα σε μαστογραφία. Υπάρχει επίσης ενδεχόμενο να τους χορηγηθεί το φάρμακο ταμοξιφαίνη, το οποίο αποτρέπει την ανάπτυξη καρκίνου σε ορισμένες γυναίκες.

Πορογενές καρκίνωμα in situ(DCIS): Ενώ το λοβιακό καρκίνωμα in situ είναι δείκτης για μελλοντικό καρκίνο σε έναν από τους δύο μαστούς, το πορογενές καρκίνωμα in situ σημαίνει ότι ο καρκίνος αναπτύσσεται στο σημείο όπου εντοπίζονται τα καρκινικά κύτταρα. Αυτή η μορφή καρκίνου σπανίως εντοπίζεται πριν από την εισαγωγή της μαστογραφίας ενώ - καθώς γίνεται πιο ακριβής η ανίχνευση - οι γιατροί αρχίζουν να βρίσκουν τέτοια καρκινώματα με ολοένα αυξανόμενη συχνότητα. Κυριαρχεί, ωστόσο, η λανθασμένη αντίληψη ότι πρόκειται ουσιαστικά για μια προκαρκινική αλλοίωση. Η αλήθεια είναι ότι τα κύτταρα είναι μεν καρκινικά, αλλά μη διηθητικά. Τα κύτταρα έχουν καταστεί καρκινικά, αλλά είναι απομονωμένα. Ως ομάδα, δεν δρουν όπως ο καρκίνος, δηλαδή δεν διηθούν τους παρακείμενους ιστούς. Όταν κάποια στιγμή τα κύτταρα αυτά αρχίσουν να εξαπλώνονται, μετατρέπονται σε πορογενές διηθητικό

καρκίνωμα.

Αυτοψίες σε ηλικιωμένες γυναίκες έχουν αποκαλύψει πορογενή καρκινώματα in situ τα οποία είχαν παραμείνει αδρανή επί δεκαετίες, με αποτέλεσμα οι γυναίκες να μην αναπτύξουν ποτέ καρκίνο. Κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται μόνο στις ΗΠΑ 36.000 νέα κρούσματα πορογενών καρκινωμάτων in situ, τα οποία όμως δεν συμπεριλαμβάνονται στα 182.000 νέα κρούσματα καρκίνου που καταγράφονται ετησίως στην ίδια χώρα.

Τα πορογενή καρκινώματα in situ έχουν εγείρει πολλές διαμάχες μεταξύ των ειδικών για το ποιος είναι ο καλλίτερος τρόπος θεραπείας τους. Έως τις αρχές της δεκαετίας των '90, οι γιατροί εκτελούσαν μαστεκτομές για να τα αφαιρέσουν, αλλά μελέτες έδειξαν ότι οι απλές ογκεκτομές σε συνδυασμό με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία είναι η καλύτερη θεραπεία. Τώρα πια, όμως, κάποιοι ειδικοί αναρωτιώνται αν είναι απαραίτητη η όποια θεραπεία, καθώς και αν είναι προτιμότερο να υιοθετηθεί η προσέγγιση της αναμονής και παρακολούθησης.

Πορογενές διηθητικό καρκίνωμα: Αυτή η μορφή καρκίνου του μαστού αποτελεί το 80% έως 95% όλων των κρουσμάτων της νόσου. Με τον όρο «διηθητικό» οι γιατροί αναφέρονται στην εξάπλωση του καρκίνου από τον πόρο στον οποίο αρχικά εκδηλώθηκε προς τους σύστοιχους υγιείς ιστούς. Αυτό συνεπάγεται ότι ο όγκος μπορεί να έχει διηθήσει έναν ή περισσότερους από τους σύστοιχους λεμφαδένες. Την εποχή που θα γίνει η διάγνωση, οι όγκοι μπορεί να έχουν ποικίλες διαμέτρους. Οι γιατροί ταξινομούν την ασθένεια σε στάδια (σταδιοποίηση) αφού πρώτα λάβουν δείγμα ιστού για βιοψία και το υποβάλλουν σε μια σειρά ελέγχων. Έτσι, το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα μπορεί να κυμαίνεται από καρκίνωμα σταδίου I (δεν υπάρχουν ενδείξεις διήθησης στους σύστοιχους λεμφαδένες) έως καρκίνωμα σταδίου IV (πολλαπλοί προσβεβλημένοι λεμφαδένες και μεταστάσεις σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος). Η θεραπεία φυσιολογικά συμπεριλαμβάνει εγχείρηση, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία.

Λοβιακό διηθητικό καρκίνωμα: Το καρκίνωμα αυτό αρχίζει στα λόβια και είναι λιγότερο συχνό απ' όσο τα πορογενή καρκινώματα. Η διαφορά μεταξύ των δύο μορφών είναι ότι τα λοβιακά συνήθως είναι πιο διάχυτα στον μαστό. Επιπλέον,

όταν εντοπιστεί λοβιακό διηθητικό καρκίνωμα στον έναν μαστό, είναι πιθανόν να εκδηλωθεί ανάλογο καρκίνωμα και στον άλλο. Εν τούτοις, η θεραπεία είναι και στις δύο περιπτώσεις η ίδια.

Φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού: Αυτή είναι μια ακόμα πιο σπάνια μορφή καρκίνου του μαστού και, δίχως αμφιβολία, η πιο ύπουλη. Συνήθως γίνεται αντιληπτή όταν αναπτύσσεται μια ερυθρότητα στο στήθος, κάτι που μερικές ασθενείς αποκαλούν «Το έγκαυμα». Το στήθος είναι ζεστό στην αφή, κόκκινο ή αποχρωματισμένο, με μικροσκοπικά λακκάκια σαν μια φλούδα πορτοκαλιού και πολλοί ασθενείς αναπτύσσουν διόγκωση του μαστού. Τα συμπτώματα αυτά κάνουν μερικές φορές τους γιατρούς να συνιστούν αντιβιοτική θεραπεία, καθώς υποθέτουν ότι πρόκειται για μαστίτιδα - μια φλεγμονή του μαστού. Το δέρμα 'καίει' και υπάρχει ένας όγκος, ο οποίος ενδέχεται να μην είναι ψηλαφητός. Πρόκειται για μια ιδιαίτερα επιθετική μορφή καρκίνου του μαστού, που συνοδεύεται από πολύ υψηλό κίνδυνο μεταστάσεων. Και το χειρότερο είναι ότι συχνά γίνεται αντιληπτή όταν έχει εξελιχθεί σημαντικά. Ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού συνήθως αντιμετωπίζεται πρώτα με χημειοθεραπεία, ώστε να συρρικνωθεί ο όγκος.

Νόσος του Paget: Αυτή η μορφή καρκίνου του μαστού συνήθως γίνεται εμφανής στην περιοχή της θηλής του μαστού. Ένα αίσθημα κνησμού και η δημιουργία φολίδων είναι τα χαρακτηριστικά της γνωρίσματα, τα οποία μπορεί να εκληφθούν λανθασμένα ως έκζεμα. Η νόσος του Paget στον μαστό είναι πολύ σπάνια, και έτσι η λανθασμένη διάγνωση ως δερματολογικό πρόβλημα κυριαρχεί. Ο καρκίνος μπορεί να είναι περιορισμένος στην περιοχή της θηλής ή να είναι πιο εκτεταμένος μέσα στον μαστό - σε τέτοια περίπτωση μπορεί να σχετίζεται με ένα πορογενές καρκίνωμα το οποίο εξελίσσεται προς τα έξω. Η νόσος του Paget, όταν είναι περιορισμένη στην θηλή, έχει καλλίτερη πρόγνωση απ' ό,τι η πιο εκτεταμένη νόσος, καθώς όταν είναι περιορισμένη τείνει να μην είναι ιδιαίτερα επιθετική.

Φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα: Αυτή είναι μια άλλη μορφή καρκίνου του μαστού, η οποία τείνει να είναι λιγότερο επιθετική, αν και ο όγκος που αναπτύσσεται είναι αρκετά μεγάλος. Το φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα διαφέρει απ'

όλες σχεδόν τις άλλες μορφές καρκίνου του μαστού, διότι δεν αναπτύσσεται στον επιθηλιακό ιστό. Στην ουσία δεν πρόκειται για καρκίνωμα, αλλά για σάρκωμα. Η θεραπεία είναι σε αυτή την περίπτωση διαφορετική, καθώς συνήθως είναι χειρουργική και σπανίως χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Φάρμακα, όπως η ταμοξιφαίνη, δεν έχουν σε αυτή την περίπτωση θέση. Επιπλέον, το φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα σπανίως δίνει μεταστάσεις.

2.7 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η σωστή σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού είναι εξαιρετικής σημασίας. Όχι μόνο επιτρέπει την ακριβή πρόγνωση αλλά επίσης, σε πολλές επιπτώσεις, η απόφαση για τη θεραπεία βασίζεται κατά πολύ σε αυτή (American Joint Committee on Cancer, 1992)

Ταξινόμηση των σταδίων του καρκίνου του μαστού:

Το Στάδιο 0 είναι ο καρκίνος in situ που εντοπίζεται στο σημείο προέλευσής του και δεν έχει αρχίσει να διηθεί τους γύρω ιστούς ή να διασπείρεται και περιλαμβάνει τα in situ λοβώδη καρκινώματα και τα in situ καρκινώματα των εκφορητικών πόρων του μαστού.

Στο Στάδιο I ο όγκος είναι μεγέθους 2cm ή μικρότερος και δεν υπάρχει ένδειξη διασποράς στους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένα σημεία. Αυτό το στάδιο περιγράφει την εισβολή του καρκίνου στο στήθος

Το Στάδιο II περιγράφει την εισβολή καρκίνου στο στήθος με όγκο μεγαλύτερο από 2cm αλλά όχι μεγαλύτερο από 5cm με πιθανή μετάσταση στους γειτονικούς λεμφαδένες.

Στάδιο III: Το στάδιο III διαιρείται σε υποκατηγορίες γνωστές ως IIIA και IIIB.

Στο Στάδιο IIIA ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 5cm και διακρίνεται προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων που συμφύονται μεταξύ τους ή με άλλους ιστούς.

Στο Στάδιο IIIB υπάρχουν προσβεβλημένοι θωρακικοί λεμφαδένες και ο όγκος επεκτείνεται στο θωρακικό τοίχωμα ή προσβάλλει και εξελκώνει το δέρμα.

Τέλος, **το Στάδιο IV** περιλαμβάνει κατηγορίες με οποιοδήποτε μέγεθος όγκου, με διασπορά στους λεμφαδένες, αλλά και με απομακρυσμένες μεταστάσεις ή προσβολή του δέρματος και του θωρακικού τοιχώματος πέρα από την περιοχή του μαστού.

2.8 ΕΙΔΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

2.8.1. Ριζική μαστεκτομή

α. Μία ριζική μαστεκτομή συμπεριλαμβάνει αφαίρεση του στήθους, των θωρακικών μυών, της περιτονίας του στήθους και μονόπλευρα τα μασχαλιαία λεμφικά οζίδια, όπως και χημειοθεραπεία και θεραπεία με ακτινοβολία στην προσβεβλημένη περιοχή. Ίσως, διαταραχθεί η νευρική κατανομή προς το στήθος και τους μυς του ώμου.

β. Η ριζική μαστεκτομή ήταν θεραπεία εκλογής μέχρι τη δεκαετία του 1970, όμως σήμερα εφαρμόζεται μόνο σε προχωρημένες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού.

γ. Έχει ως αποτέλεσμα το λεμφικό οίδημα, την αδυναμία του άνω άκρου και μία σημαντική παραμόρφωση (Κόνιαρη, 1991).

2.8.2. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

α. Αφαιρούνται ολόκληρο το στήθος, η περιτονία πάνω από τους μυς του στήθους και μασχαλιαία οζίδια.

β. Οι θωρακικοί μύες παραμένουν άθικτοι, πράγμα που μειώνει την αισθητική παραμόρφωση και την αδυναμία του άνω άκρου (Τζωρακοελευθεράκης, 1992).

γ. Ακτινοβολία και χημειοθεραπεία μπορεί να είναι απαραίτητες μετά το χειρουργείο.

δ. Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή χρησιμοποιείται πολύ συχνότερα σήμερα για τους περισσότερους καρκίνους του μαστού από ό,τι η πιο σοβαρή ριζική μαστεκτομή.

2.8.3. Απλή μαστεκτομή

α. Μία απλή μαστεκτομή συμπεριλαμβάνει χειρουργική αφαίρεση ολόκληρου του στήθους.

β. Διατηρούνται το λεμφικό σύστημα και οι θωρακικοί μύες.

γ. Χρησιμοποιείται συνήθως μετεγχειρητική θεραπεία με ακτινοβολία για τη μείωση της πιθανότητας τοπικής επανεμφάνισης της ασθένειας (Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2007). Παρόλο που το λεμφικό σύστημα παραμένει άθικτο, η ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει ίνωση στα λεμφαγγεία και να προδιαθέσει την ασθενή στην ανάπτυξη λεμφικού οιδήματος.

2.8.4. Τμηματική μαστεκτομή (τετρακυκλίου) και εκτομή του όγκου

α. Οι διαδικασίες αυτές, οι οποίες διατηρούν μέρος του φυσιολογικού μαστού, χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο σαν εναλλακτικές στη μαστεκτομή.

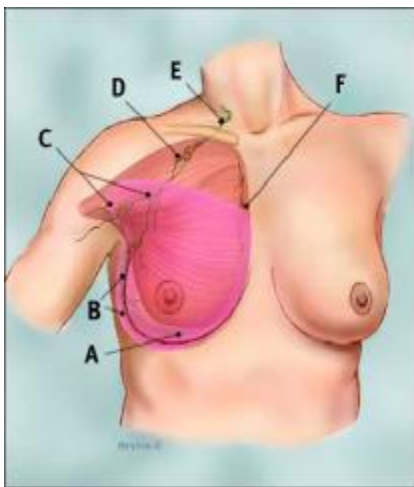
β. Συχνά εκτελείται εκτομή των μασχαλιαίων λεμφικών οζιδίων, για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος υποτροπής του καρκίνου του μαστού.

γ. Τις επεμβάσεις ακολουθεί θεραπεία με ακτινοβολίες.

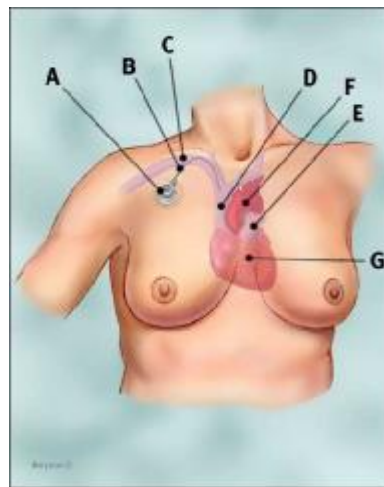
δ. Ο μετεγχειρητικός κίνδυνος ανάπτυξης λεμφικού οιδήματος είναι παρόμοιος με αυτόν στις απλές και τις τροποποιημένες μαστεκτομές. (Carolyn Kisner, Lynn Allen Colby)

2.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

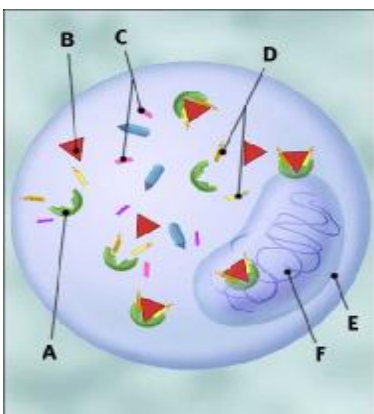
Οι θεραπευτικές επιλογές που υπάρχουν σήμερα είναι η χειρουργική αφαίρεση του όγκου, η ακτινοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και οι νεότερες βιολογικές θεραπείες. Για την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας, συνεκτιμώνται το μέγεθος και ο τύπος του όγκου, το ορμονικό status, το εμμηνοπαυσιακό status, η ηλικία και ο βαθμός έκφρασης συγκεκριμένων υποδοχέων από τον όγκο. (Μαρκόπουλος, 2007)



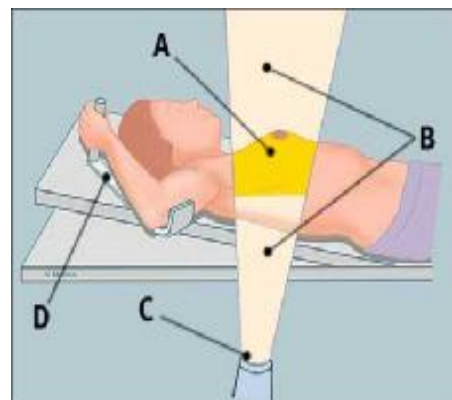
Εικ. 10 Ριζική μαστεκτομή
www.breastcancer.org



Εικ. 11 Χημειοθεραπεία
www.breastcancer.org



Εικ. 12 Ορμονοθεραπεία
www.breastcancer.org



Εικ. 13 Ακτινοθεραπεία
www.breastcancer.org

Μετεγχειρητική Θεραπεία

Η μετεγχειρητική θεραπεία περιλαμβάνει την Ακτινοθεραπεία, τη Χημειοθεραπεία και την Ορμονοθεραπεία. Έχει ως σκοπό να καταστρέψει κακοήθη κύτταρα που ενδεχομένως έχουν μείνει στο σώμα μετά από την εγχείρηση και να αποτρέψει την επανεμφάνιση της νόσου (Wyeth Hellas).

Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία (Εικ. 13) είναι εξαιρετικά αποτελεσματική και στοχευμένη θεραπεία με την οποία καταστρέφονται υπολειπόμενα καρκινικά κύτταρα μετά το χειρουργείο (Κόνιαρη, 1991) . Με την ακτινοθεραπεία επιτυγχάνεται μείωση των υποτροπών της νόσου στον μαστό που έχει διατηρηθεί κατά 50- 66% (Μαρκόπουλος, 2007). Σε ορισμένες περιπτώσεις χορηγείται προεγχειρητικά με σκοπό να ελαττώσει το μέγεθος ενός μεγάλου όγκου. Η ακτινοθεραπεία έχει ορισμένες πιθανές παρενέργειες τις οποίες πρέπει να γνωρίζει μια γυναίκα και να συζητήσει με τον Ακτινοθεραπευτή πριν αρχίσει θεραπεία. Οι παρενέργειες αυτές περιορίζονται με την πρόοδο της τεχνολογίας.

Χημειοθεραπεία

Η Χημειοθεραπεία καταστρέφει κύτταρα που έχουν μεταναστεύσει από τον αρχικό όγκο. Χορηγείται συνήθως ενδοφλεβίως σε κύκλους και η χορήγησή της δεν απαιτεί εισαγωγή σε Νοσοκομείο. Η χημειοθεραπεία γίνεται συνηθέστερα από έναν υποδόριο καθετήρα (port-cath) που τοποθετείται κάτω από το δέρμα του θώρακα και δεν είναι εμφανής(Εικ. 11). Ο καθετήρας αυτός διοχετεύει τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα σε μία μεγάλη φλέβα του σώματος, την υποκλείδιο φλέβα. Σε ορισμένες περιπτώσεις η Χημειοθεραπεία χορηγείται και σε προεγχειρητικά και ονομάζεται εισαγωγική Χημειοθεραπεία. Υπάρχουν αρκετά φάρμακα χρήσιμα στη θεραπεία του καρκίνου μαστού και χορηγούνται συνήθως σε συνδυασμούς 2 ή 3 φαρμάκων (Μαρκόπουλος, 2007) . Η Χημειοθεραπεία έχει

αρκετές παρενέργειες κυρίως από το αίμα, το γαστρεντερικό σωλήνα και τα μαλλιά. Οι παρενέργειες αυτές σήμερα περιορίζονται σε μεγάλο βαθμό και είναι γενικά παροδικές.

Ορμονοθεραπεία

Μετά την εκτομή του ο όγκος ελέγχεται στο εργαστήριο για την παρουσία επάνω στα καρκινικά κύτταρα ορμονικών υποδοχέων (Παπανικολάου, 2005) (Εικ. 12). Εάν οι υποδοχείς των ορμονών είναι θετικοί μπορεί να χρησιμοποιηθεί Ορμονοθεραπεία μόνη ή σε συνδυασμό με Χημειοθεραπεία και /ή Ακτινοθεραπεία, που μπλοκάρουν και σταματούν τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων. Συνήθως χορηγείται Ταμοξifen, που ονομάζεται συχνά αντιοιστρογόνο, για πέντε χρόνια. Πρόσφατα χρησιμοποιούνται επίσης φάρμακα που ονομάζονται αναστολείς της αρωματάσης, είτε στη θέση του Ταμοξifen ή διαδοχικά. Η Ορμονοθεραπεία χορηγείται συνήθως από το στόμα και έχει λιγότερες παρενέργειες από τη Χημειοθεραπεία. Μπορεί όμως να προκαλέσει και αυτή σε λίγες περιπτώσεις σημαντικές παρενέργειες και γι' αυτό χρειάζεται ιατρική παρακολούθηση κατά τη χορήγησή της.

Παρακολούθηση

Ο Γιατρός θα συστήσει μετά την εγχείρηση ένα πρόγραμμα περιοδικού κλινικό-εργαστηριακού ελέγχου που στηρίζεται σε ορισμένες γενικά αποδεκτές προδιαγραφές και συγχρόνως εξατομικευμένα.

Γενικευμένος Καρκίνος Μαστού

Οι μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού αντιμετωπίζονται με εγχείρηση, Ακτινοθεραπεία και κυρίως με Ορμονοθεραπεία και Χημειοθεραπεία. Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει μεγάλη πρόοδος και στην Ορμονοθεραπεία και στη Χημειοθεραπεία. Νεότερα θεραπευτικά μέσα, όπως τα μονοκλωνικά αντισώματα

έχουν επίσης προστεθεί στην καθημερινή πράξη. Πολλά άλλα φάρμακα, που δεν έχουν αντικαρκινική δράση μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με τη Χημειοθεραπεία ή Ορμονοθεραπεία και να προσφέρουν σημαντική βοήθεια. Ο γενικευμένος καρκίνος μαστού μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να θεωρηθεί μια χρόνια νόσος, της οποίας η αντιμετώπιση κάθε χρόνο βελτιώνεται.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ

Οι θεραπείες είναι εξατομικευμένες ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες της ασθενούς (εμμηνόπαυση) και του καρκίνου (στάδιο καρκίνου, μέγεθος όγκου, μετάσταση στους λεμφαδένες).

ΣΤΑΔΙΟ	ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΣΤΑΔΙΟ 0 (καρκίνωμα in situ)	DCIS: χειρουργική επέμβαση + ακτινοθεραπεία ή/ και tamoxifen LCIS: ετήσια μαστογραφία, 3-6 μήνες αντικειμενική εξέταση ή ριζική μαστεκτομή
ΣΤΑΔΙΟ 1/ 2 (πρώιμο στάδιο)	α. Χειρουργική επέμβαση+ μασχαλιαία αφαίρεση λεμφαδένων + ακτινοθεραπεία β. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή+ ακτινοθεραπεία γ. Χημειοθεραπεία + ορμονοθεραπεία πριν (για να μικρύνει ο όγκος) ή μετά (για να παρεμποδιστεί η ανάπτυξη του) την επέμβαση.
ΣΤΑΔΙΟ 3 (τοπικά εξαπλωμένο)	Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή+ ακτινοθεραπεία υψηλής δόσης + συστηματική χημειοθεραπεία + ορμονοθεραπεία (tamoxifen ή ένας αναστολέας της αρωματάσης)
ΣΤΑΔΙΟ 4 (εξαπλωμένο/μεταστατικό)	Χειρουργική επέμβαση δεν ενδείκνυται, Χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία ή και τα δύο ακτινοθεραπεία για ανακούφιση των συμπτωμάτων

Πίνακας 1: Θεραπευτική στρατηγική (<http://www.oncologia.gr>)

2.10. ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ ΜΑΣΤΟ

Πρώτο μέλημα στον καρκίνο του μαστού αποτελεί σαφέστατα η θεραπευτική καταπολέμηση της νόσου. Δεύτερος στόχος η αισθητική αποκατάσταση όπου και όταν κρίνεται απαραίτητη. Η ογκολογική χειρουργική (δηλαδή η χειρουργική της αφαίρεσης του όγκου) μπορεί να συνδυαστεί άριστα και με ασφάλεια με την πλαστική αποκατάσταση τόσο σε πρώτο (άμεσα, δηλαδή στο ίδιο χειρουργείο) όσο και σε δεύτερο χρόνο (μετά από 9-12 μήνες από το χειρουργείο αφαίρεσης του όγκου). Μπορεί να εφαρμοστεί σε όλα τα στάδια της νόσου, από μη-διηθητικούς καρκίνους μέχρι τοπικά προχωρημένους. Σε αρχικά στάδια καρκίνου όπου μετά την μαστεκτομή δεν απαιτείται συμπληρωματική ακτινοβολία η αποκατάσταση μπορεί να γίνει άμεσα, δηλαδή στο ίδιο χειρουργείο. Σε περιπτώσεις τοπικά προχωρημένης νόσου με θετικούς λεμφαδένες, ενδέχεται να χρειαστεί η εφαρμογή συμπληρωματικής ακτινοβολίας όποτε και πραγματοποιείται η αποκατάσταση σε δεύτερο χρόνο (Κόνιαρη, 1991).

2.10.1 Αποκατάσταση μετά από Μαστεκτομή: Χρονικές Επιλογές

Άμεση Αποκατάσταση: η πλαστική αποκατάσταση ξεκινάει στο ίδιο χειρουργείο με την αφαίρεση του μαστού. Εφαρμόζεται κατά κανόνα στα αρχικά στάδια της νόσου (στάδια 0, I και II) όταν δεν απαιτείται συμπληρωματική ακτινοβολία μετά το χειρουργείο.

Αποκατάσταση σε δεύτερο χρόνο: η πλαστική αποκατάσταση ξεκινάει 9-12 μήνες μετά τη λήξη της συμπληρωματικής ακτινοβολίας και πραγματοποιείται με ξεχωριστό χειρουργείο. Εφαρμόζεται κατά κανόνα στα πιο προχωρημένα στάδια της νόσου (στάδια II και III) όταν κρίνεται απαραίτητη η συμπληρωματική ακτινοβολία μετά το χειρουργείο αφαίρεσης του μαστού.

2.10.2.Αποκατάσταση μετά από Μαστεκτομή: Επιλογές Τύπου

A) Αποκατάσταση με ένθεμα σιλικόνης:

Αποτελεί την απλούστερη μέθοδο πλαστικής αποκατάστασης του μαστού και μπορεί να γίνει άμεσα ή σε δεύτερο χρόνο. Τοποθετείται ένα μπαλόνι από σιλικόνη που ονομάζεται διατατήρας ιστών κάτω από τον μείζονα θωρακικό μυ, στην ανατομική θέση του μαστού που αφαιρέθηκε. Το μπαλόνι αυτό έχει ενσωματωμένη μια βαλβίδα από σιλικόνη μέσα από την οποία σταδιακά γεμίζει με αποστειρωμένο νερό μέχρι τον επιθυμητό όγκο. Με τον διατατήρα ιστών διατείνεται σταδιακά το δέρμα που παραμένει μετά τη μαστεκτομή. Μόλις ολοκληρωθεί αυτή φάση (διαρκεί συνήθως από 3 μέχρι 6 μήνες) τοποθετείται το μόνιμο ένθεμα σιλικόνης χωρίς να υπάρχει τάση στο δέρμα (van Smitten K., 1995) .

Διάρκεια Χειρουργείου: 30-60 λεπτά.

Διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο: 1-2 ημέρες

B) Αποκατάσταση με ομόλογο μυϊκό ιστό- κρημνό:

Αποτελεί πιο πολύπλοκη μέθοδο πλαστικής αποκατάστασης του μαστού σε σχέση με την τοποθέτηση προθέματος σιλικόνης αφού απαιτεί την μετακίνηση και ουσιαστικά την διαμόρφωση ενός μυός σε καινούργιο μαστό. Χρησιμοποιείται περισσότερο για τις όψιμες αποκαταστάσεις. Συχνά, όμως ο όγκος που παρέχει δεν επαρκεί και στις περιπτώσεις αυτές τοποθετείται επιπλέον και κάποιο πρόθεμα σιλικόνης (διατατήρας ιστών ή μόνιμο ένθεμα σιλικόνης).

Υπάρχουν τρία βασικά είδη αποκατάστασης του μαστού με τη χρήση **μυοδερματικού κρημνού:**

B.1) Αποκατάσταση με Πλατύ Ραχιαίο Μυ (LD flap):

Στην τεχνική αυτή δημιουργείται ένας νέος μαστός χρησιμοποιώντας το πλατύ ραχιαίο μυ της πλάτης. Στη συνέχεια το δέρμα της περιοχής, το υποκείμενο λίπος και ολόκληρος ο πλατύς ραχιαίος μυς μαζί με τα ανέπαφα αιμοφόρα αγγεία του σχηματίζουν το νέο μαστό τοποθετούμενα στην ανατομική θέση της

μαστεκτομής. Η τεχνική του πλατέως ραχιαίου μυός είναι ιδιαίτερα αξιόπιστη με μικρό ποσοστό επιπλοκών και με άριστα μακροπρόθεσμα αισθητικά αποτελέσματα.

Διάρκεια Χειρουργείου: 180-360 λεπτά.

Διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο: 2 - 4 ημέρες

B.2) Αποκατάσταση με Ορθό Κοιλιακό Μυ (TRAM flap- Transverse Rectus Abdominis Muscle flap):

Στην τεχνική αυτή δημιουργείται ένας νέος μαστός χρησιμοποιώντας τον εγκάρσιο ορθό κοιλιακό μυ από την περιοχή της κοιλιακής χώρας. Μετά τη μαστεκτομή ο χειρουργός κάνει μια τομή στο κατώτερο τμήμα της κοιλίας και στη συνέχεια μεταφέρει το δέρμα, το υπερκείμενο λίπος και τον ορθό κοιλιακό μυ με τα αγγεία του ανέπαφα στην περιοχή του μαστού που αφαιρέθηκε. Σε μερικές περιπτώσεις τα αγγεία κόβονται και επανασυνδέονται με τα αγγεία της μασχάλης.

Διάρκεια Χειρουργείου: 180-360 λεπτά.

Διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο: 2 - 4 ημέρες

B.3) Αποκατάσταση με ελεύθερο κρημνό:

Στην τεχνική αυτή δημιουργείται ένας νέος μαστός χρησιμοποιώντας ιστούς από τον γλουτό, τον μηρό ή την κοιλιακή χώρα χωρίς όμως να διατηρείται η τοπική τους αιμάτωση. Τα αγγεία κόβονται και επανασυνδέονται εκ νέου με τα αγγεία της μασχάλης. Δεν συστήνεται σε ασθενείς με αρρυθμιστο διαβήτη ή σε βαριές καπνίστριες.

Διάρκεια Χειρουργείου: 120-240 λεπτά.

Διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο: 2 - 5 ημέρες

Γ) Αποκατάσταση θηλής και θηλαίας άλου

Όταν η μαστεκτομή περιλαμβάνει την αφαίρεση του συμπλέγματος θηλής/θηλαίας άλου χρησιμοποιούνται ειδικές τεχνικές για την δημιουργία νέας θηλής. Το χειρουργείο της θηλής γίνεται συνήθως 6-8 μήνες μετά την πλαστική

αποκατάσταση ώστε να έχει πάρει ο νέος μαστός την τελική του θέση και σχήμα.

Κυρίως χρησιμοποιούνται οι εξής δύο τρόποι:

Γ.1) Μεταμόσχευση θηλής: δηλαδή μεταφορά τμήματος της υγιούς θηλής (από τον υγιή μαστό) στο ανακατασκευασμένο μαστό και στη συνέχεια τατουάζ της θηλαίας άλου.

Γ.2) Δημιουργία νέας θηλής: χρησιμοποιώντας δέρμα από την περιοχή του νέου μαστού ή από την βουβωνική χώρα και στη συνέχεια τατουάζ σε φυσικές αποχρώσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

3.1 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

1. Μετεγχειρητικός πόνος

α. Πόνος εξαιτίας της τομής

- Εκτελείται μία εγκάρσια τομή κατά μήκος του θωρακικού τοιχώματος, για να αφαιρεθούν ο ιστός του μαστού και η υποκείμενη περιτονία πάνω από τους μυς του στήθους.
- Το ραμμένο δέρμα πάνω από την περιοχή του μαστού ίσως δίνει την αίσθηση του σφιχτού κατά μήκος της τομής. Η κίνηση του χεριού ασκεί έλξη στην τομή και δεν είναι βολική για την ασθενή.
- Η επούλωση της τομής ίσως καθυστερήσει λόγω της θεραπείας με ακτινοβολία, πράγμα που παρατείνει τον πόνο στην περιοχή της τομής

β. Πόνος στο οπίσθιο τμήμα του αυχένα και της ωμικής ζώνης

- Πόνος και μυϊκός σπασμός ίσως εμφανιστεί στην περιοχή του αυχένα και του ώμου ως αποτέλεσμα προστατευτικής μυϊκής σύσπασης.
- Ο ανελκτήρας της ωμοπλάτης, ο μείζων και ο ελάσσων στρογγύλος και ο υπακάνθιος μυς είναι συχνά ευαίσθητοι στην ψηλάφηση και ίσως περιορίσουν την ενεργητική κίνηση του ώμου.

Η μειωμένη χρήση του σύστοιχου άνω άκρου μετά το χειρουργείο θέτει το θεμέλιο, για να εμφανίσει η ασθενής ένα χρόνιο παγωμένο ώμο, και αυξάνει την πιθανότητα του λεμφικού οιδήματος στο βραχίονα και στο χέρι.

2. Λεμφοίδημα

α. Η αφαίρεση της μασχालιαίας αλυσίδας των λεμφικών οζιδίων εμποδίζει τη φυσιολογική κυκλοφορία της λέμφου και προκαλεί διόγκωση του άνω άκρου.

β. Η θεραπεία με ακτινοβολία ίσως οδηγήσει σε σχηματισμό ουλώδους ιστού στην περιοχή της μασχάλης, ενώ ως αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας μπορεί να παρουσιαστεί σκλήρυνση των αγγείων.

γ. Η μείωση της χρήσης του χεριού σε λειτουργικές δραστηριότητες και η διατήρηση του άκρου σε θέση ανάρτησης επίσης συνεργούν στην εμφάνιση του μετεγχειρητικού λεμφοιδήματος.

δ. Η συγκέντρωση εξωαγγειακών και εξωκυτταρικών υγρών στο άνω άκρο από την πλευρά της εγχείρησης οδηγεί σε:

- Αύξηση του μεγέθους του άκρου.
- Τάση στο δέρμα και κίνδυνος ρήξης και λοίμωξης του δέρματος.
- Δυσκαμψία και μειωμένο εύρος κίνησης στα δάχτυλα.
- Αισθητικές διαταραχές στο χέρι.
- Μειωμένη λειτουργία του εμπλεκόμενου άνω άκρου.

3. Συμφύσεις του θωρακικού τοιχώματος

α. Ως αποτέλεσμα της εγχείρησης, της ίνωσης λόγω ακτινοβολίας, ή της λοίμωξης της τομής ίσως εμφανιστεί περιοριστική ουλοποίηση των υποκείμενων ιστών στο θωρακικό τοίχωμα.

β. Οι συμφύσεις του θωρακικού τοιχώματος μπορούν να οδηγήσουν σε:

- Αυξημένο κίνδυνο μετεγχειρητικών αναπνευστικών επιπλοκών.
- Απώλεια εύρους κίνησης του ώμου στην εμπλεκόμενη πλευρά.
- Δυσλειτουργία στάσης.
- Δυσανεξία στον αυχένα, την ωμική ζώνη και το άνω τμήμα της ράχης.

4. Αδυναμία του εμπλεκόμενου άνω άκρου

α. Αδυναμία των οριζόντιων προσαγωγών του ώμου

- Αν εκτελεστεί μία ριζική μαστεκτομή, αφαιρείται ο μείζων θωρακικός μυς.
- Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη δύναμη και το και το ενεργητικό εύρος κίνησης του άνω άκρου της εμπλεκόμενης πλευράς σε μόνιμη βάση.

β. Αδυναμία του πρόσθιου οδοντωτού μυός

- Στην τροποποιημένη ριζική και ριζική μαστεκτομή, τα μασχαλιαία λεμφικά οζίδια αφαιρούνται. Η εκτομή των λεμφικών οζιδίων μπορεί να εκτελεστεί επίσης με τμηματική (μερική) μαστεκτομή ή εκτομή του όγκου.
 - Το μακρό θωρακικό νεύρο μπορεί να τραυματιστεί προσωρινά κατά τη μασχαλιαία εκτομή και αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφικών οζιδίων.
 - Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία του πρόσθιου οδοντωτού μυός και την υποκατάσταση της σταθεροποίησης και της λειτουργίας του ώμου.
 - Χωρίς τη σταθεροποίηση και την άνω στροφή της ωμοπλάτης, την οποία φυσιολογικά εκτελεί ο πρόσθιος οδοντωτός, θα περιοριστεί η ενεργητική κάμψη και απαγωγή του βραχίονα.
 - Η λανθασμένη βιομηχανική του ώμου και η χρήση αντισταθμιστικών κινήσεων με τον άνω τραπεζοειδή και τον ανελκτήρα της ωμοπλάτης, κατά τις δραστηριότητες ανύψωσης πάνω από το κεφάλι, μπορούν να προκαλέσουν πρόσκρουση στο ακρώμιο και να έχουν σαν αποτέλεσμα τον πόνο στον ώμο. Αυτό ενδεχομένως να οδηγήσει σε παγωμένο ώμο.
- γ. Η δύναμη του σφιξίματος (λαβής) του χεριού είναι συχνά περιορισμένη ως αποτέλεσμα λεμφοιδήματος ή δυσκαμψίας των δαχτύλων.

5. Λάθη στάσης

α. Η ασθενής μπορεί να κάθεται ή να στέκεται με «στρογγυλεμένους» ώμους και κύφωση, εξαιτίας του πόνου, της τάσης του δέρματος ή για ψυχολογικούς λόγους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη λανθασμένη βιομηχανική του ώμου και, τελικά, περιορίζει την ενεργητική χρήση του εμπλεκόμενου άνω άκρου.

β. Η ασυμμετρία του κορμού και η μη φυσιολογική ευθυγράμμιση των ωμοπλάτων μπορεί επίσης να εμφανιστεί ως αποτέλεσμα μιας ελαφριάς πλάγιας μεταφοράς του βάρους, ειδικά σε γυναίκα με μεγάλο στήθος.

6. Περιορισμένη κίνηση του ώμου

Έχει αποδειχθεί επαρκώς ότι πολλές ασθενείς εμφανίζουν μερική απώλεια της κινητικότητας του ώμου μετά την επέμβαση και τη σχετική θεραπεία για τον

καρκίνο του μαστού. Οι ακόλουθοι παράγοντες είναι πιθανό να συνδράμουν σε περιορισμό του εύρους κίνησης του ώμου :

- Πόνος λόγω της τομής
- Συμφύσεις του θωρακικού τοιχώματος
- Ευαισθησία και προστατευτικός σπασμός της ωμικής ζώνης και του οπίσθιου τμήματος του αυχένα
- Προσωρινή ή μόνιμη αδυναμία των μυών της ωμικής ζώνης
- Στρογγυλεμένοι ώμοι και στάση του κορμού
- Λεμφοίδημα
- Μειωμένη χρήση του εμπλεκόμενου βραχίονα και χεριού για λειτουργικές δραστηριότητες.

7. Ψυχολογικές θεωρήσεις

α. Μία ασθενής που υπόκειται σε θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού αντιμετωπίζει μία μεγάλη ποικιλία συναισθηματικών και κοινωνικών προβλημάτων. Οι ανάγκες και οι προβληματισμοί τόσο της ασθενούς όσο και της οικογένειας πρέπει να ληφθούν υπόψη. Η ασθενής και τα μέλη της οικογένειας πρέπει να αντιμετωπίσουν την πιθανή απειλητική για τη ζωή φύση της ασθένειας, όπως επίσης και μία δύσκολη θεραπευτική δίαιτα.

β. Είναι σύνηθες για μία ασθενή να αισθάνεται ανησυχία, ταραχή, κατάθλιψη, μία αίσθηση απώλειας και σημαντικές μεταπτώσεις της διάθεσης κατά τη θεραπεία και την ανάρρωση από τον καρκίνο του μαστού.

γ. Πέρα από την προφανή φυσική παραμόρφωση και την αλλαγή της αντίληψης της μορφής του σώματος που σχετίζονται με τη μαστεκτομή, φαρμακευτική αγωγή, όπως ανοσοκατασταλτικά και κορτικοστεροειδή, μπορεί επίσης να επηρεάσει τη συναισθηματική κατάσταση της ασθενούς.

δ. Οι ψυχολογικές εκδηλώσεις επηρεάζουν την φυσική διάθεση και μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τη γενική κόπωση, την αντίληψη της ασθενούς στη λειτουργική ανικανότητα και το κίνητρο της θεραπείας.

8. Αλληλοσυσχετισμός επιπλοκών

Είναι προφανές ότι πολλά από αυτά τα κλινικά προβλήματα και οι πιθανές βλάβες είναι αλληλοσχετιζόμενα και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, όταν ο θεραπευτής αναπτύσσει ένα κατανοητό μετεγχειρητικό πλάνο θεραπείας για την ασθενή. (Kisner C, Colby L. A.)

3.2 ΕΠΩΔΥΝΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

Τα επώδυνα μυοσκελετικά σύνδρομα παρατηρούνται συχνά σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού και μπορούν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε φάση της νόσου. Οι 7 από τις 8 γυναίκες αυτές εμφανίζουν οίδημα και λεμφοίδημα, περιορισμό του εύρους κίνησης στο σύστοιχο άνω άκρο και πόνο ο οποίος σχετίζεται με διάφορες παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος.

3.2.1 Τενοντίτιδα του στροφικού πετάλου του ώμου

Η τενοντίτιδα του στροφικού πετάλου του ώμου είναι συχνή σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Η κόπωση ή η αδυναμία των δυναμικών σταθεροποιητών μυών του στροφικού πετάλου ή των στροφών της ωμοπλάτης μπορεί να αποτελούν αιτία αστάθειας της γληνοβραχιονίου άρθρωσης, της δυσκινησίας της ωμοπλάτης ή του προσθίου άνω υπεξαρθρήματος του ώμου με αποτέλεσμα το σύνδρομο προστριβής του στροφικού πετάλου (Tytherleigh-Strong, 2001). Η ακτινοβολία της αυχενικής μοίρας σε μεταστατική νόσο και η ακτινοβολία οποία περιλαμβάνει τους μυς του στροφικού πετάλου, νεύρα ή το θύλακο της άρθρωσης του ώμου, μπορεί να συμβάλουν στην εμφάνιση τενοντίτιδας του στροφικού πετάλου. Επίσης έχει αναφερθεί και ο συνδυασμός αυτών με λεμφοίδημα.(Herrera, 2004)

3.2.2 Συμφυτική θυλακίτιδα του ώμου (παγωμένος ώμος)

Η συμφυτική θυλακίτιδα είναι συχνή πάθηση σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Οποιαδήποτε πάθηση που περιορίζει το εύρος κίνησης της άρθρωσης του ώμου μπορεί να προκαλέσει υμενίτιδα και ίνωση του αρθρικού θυλάκου με αποτέλεσμα τη συμφυτική θυλακίτιδα. Ο πόνος της χειρουργικής τομής σε χειρουργεία του μαστού και της μασχαλιαίας κοιλότητας, οι επεμβάσεις αναδόμησης του μαστού, η τενοντίτιδα του στροφικού πετάλου, η ριζοπάθεια, η τοπική υποτροπή, οι οστικές μεταστάσεις, η λοίμωξη, η ακτινοβολία και το λεμφοίδημα αποτελούν συχνές καταστάσεις οι οποίες περιορίζουν το εύρος κίνησης της άρθρωσης του ώμου, είτε εκούσια είτε ακούσια, με σκοπό την αποφυγή επώδυνων κινήσεων. Το εύρος κίνησης μπορεί να είναι περιορισμένο σε όλα τα επίπεδα αλλά κυρίως προσβάλλεται η εξωτερική στροφή και η απαγωγή (Μητσιοκάπα Ε.Α. και άλλοι, 2006)

3.3 ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Το υγρό από τους ιστούς του σώματος εκχύνεται συνήθως στα λεμφαγγεία, τα οποία βρίσκονται κοντά στα αιμοφόρα αγγεία. Αυτό το υγρό ονομάζεται λέμφος. Τα λεμφαγγεία μεταφέρουν το λεμφικό υγρό στους λεμφαδένες, όπου απομακρύνονται και καταστρέφονται ουσίες οι οποίες θα μπορούσαν να αποβούν επιβλαβείς όπως τα βακτηρίδια. Αυτό βοηθά να προστατεύεται ο οργανισμός από λοίμωξη. Η λέμφος επιστρέφει έπειτα στα κύρια αιμοφόρα αγγεία. Υπάρχουν λεμφαδένες σε όλο το σώμα συμπεριλαμβανομένης της μασχάλης, της βουβωνικής χώρας, της κοιλιάς, του στήθους και του λαιμού. (National Breast and Ovarian Cancer Centre 2008)

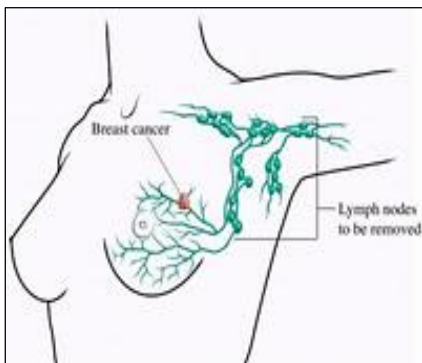
Λεμφοίδημα είναι η συσσώρευση λεμφικού υγρού στο χώρο ανάμεσα από τα κύτταρα και τους ιστούς του σώματος. Το λιμνάζον λεμφικό υγρό προκαλεί διόγκωση της περιοχής που παρουσιάζει τη δυσλειτουργία αυτή. Ο ρόλος του λεμφικού συστήματος είναι να μεταφέρει, μέσω του λεμφικού υγρού, τα προϊόντα του μεταβολισμού των κυττάρων, αλλά κυρίως συμβάλλει στη σωστή λειτουργία

του ανοσοποιητικού συστήματος παράγοντας μακροφάγα κύτταρα που σκοτώνουν ιούς και βακτήρια που εισέρχονται στον ανθρώπινο οργανισμό.

Αίτια

Το λεμφοίδημα μπορεί να είναι πρωτογενές ή δευτερογενές. Το πρωτογενές λεμφοίδημα αναπτύσσεται μετά από παθολογία που επηρεάζει άμεσα το λεμφικό σύστημα και συνήθως είναι κληρονομικό. Το δευτερογενές λεμφοίδημα μπορεί να οφείλεται σε διάφορους λόγους όπως σε χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης όγκου, μόλυνση, εγκαύματα, χρόνια φλεβική ανεπάρκεια κ.ά.

Το πιο συνηθισμένο αίτιο λεμφοιδήματος είναι η χειρουργική επέμβαση και η ακτινοβολία για τη καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού. Κατά τη χειρουργική επέμβαση μπορεί να γίνει αφαίρεση κάποιων μασχαλιαίων λεμφογαγγλίων, ενώ με την ακτινοβολία μπορεί να δημιουργηθεί ουλώδης ιστός στην περιοχή της μασχάλης. Συνέπεια αυτών, είναι μη φυσιολογική λειτουργία του λεμφικού συστήματος, με αποτέλεσμα την ανεπαρκή απομάκρυνση του λεμφικού υγρού από τη περιοχή αυτή και τη διόγκωση του άνω άκρου.



Υπολογίζεται ότι το 5% των γυναικών που υποβλήθηκαν σε μασχαλιαία διατομή ή ακτινοβολία θα αναπτύξουν σε κάποια φάση της ζωής τους λεμφοίδημα. Όταν η θεραπεία γίνει με συνδυασμό χειρουργικής επέμβασης και ακτινοβολίας, τότε το ποσοστό αυτό μπορεί να αυξηθεί μέχρι 20%.

Εικ. 14 Λέμφος (www.mastology.gr)

Η συσσώρευση του λεμφικού υγρού στο άνω άκρο, από την πλευρά της εγχείρησης, μπορεί να οδηγήσει σε:

- Διόγκωση του άνω άκρου από τον ώμο μέχρι και τα δάχτυλα
- Ευαίσθητο δέρμα, επιρρεπές σε πληγές και σε μολύνσεις
- Δυσκαμψία και μειωμένη κινητικότητα ολόκληρου του άνω άκρου

Το λεμφοίδημα μπορεί να αναπτύσσεται για μήνες, ή ακόμα και χρόνια μετά τη

θεραπευτική αγωγή για καρκίνο. Το λεμφοίδημα αναπτύσσεται συνήθως βαθμιαία. Συχνά οι ασθενείς μπορεί να θεωρήσουν ότι πρέπει να είναι προσεκτικές μόνο για μια μικρή χρονική περίοδο με αποτέλεσμα να γίνονται απρόσεκτες μετά από έξι μήνες με έναν χρόνο. Δεν είναι ασυνήθιστο για το λεμφοίδημα να εμφανιστεί μετά το 3^ο έτος από μασχαλιαία διατομή.



Εικ. 15: Λεμφοίδημα στο μπράτσο μετά από θεραπευτική αγωγή για καρκίνο του μαστού (The Australian)



Εικ. 16: Λεμφοίδημα massagetherapy.gr

Η επίπτωση του λεμφοιδήματος στον βραχίονα εξαρτάται από την έκταση της χειρουργικής επέμβασης, τον αριθμό των αφαιρεθέντων λεμφαδένων (Πίνακας 2), την ακτινοθεραπεία καθώς και την ηλικία και το βάρος της ασθενούς. Η ριζική εκτομή των μασχαλιαίων λεμφαδένων και η ακτινοθεραπεία προκαλούν ανάπτυξη λεμφοιδήματος σε περίπου 44% των ασθενών.

Δευτεροπαθές λεμφοίδημα επακόλουθο της θεραπείας καρκίνου του μαστού:

Αριθμός λεμφαδένων => Επίπτωση του οιδήματος

0 => 21%

1-10 => 38%

11-15 => 27%

> 15 => 44%

Πίνακας 2.

Η επίπτωση χρόνιου λεμφοιδήματος άνω άκρου έπειτα από θεραπεία καρκίνου

μαστού (n=183) ως συνάρτηση του αριθμού των αφαιρεθέντων λεμφαδένων.
(Βάσει των αποτελεσμάτων των K.D.Kiel και A.W. Rademacher, 1996)

Η χειρουργική θεραπεία διατήρησης του μαστού προκαλεί μείωση στην επίπτωση του λεμφοιδήματος. Ωστόσο πρέπει να υπάρχει σαφής ένδειξη για μία τέτοια διαδικασία.

Δευτεροπαθές λεμφοίδημα του βραχίονα

Αριθμός ασθενών / Λεμφοίδημα

n = 5.898 / n = 1.405 (24%)

>Ριζική μαστεκτομή χωρίς ακτινοθεραπεία: 22,3%

>Ριζική μαστεκτομή και ακτινοθεραπεία,

συμπεριλαμβανομένης της μασχαλιαίας χώρας: 44,4%

>Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή χωρίς ακτινοθεραπεία: 19,1%

>Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή και ακτινοθεραπεία: 28,9%

>Μερική μαστεκτομή χωρίς ακτινοθεραπεία: 6,7%

>Μερική μαστεκτομή και ακτινοθεραπεία,

Συμπεριλαμβανομένης της μασχαλιαίας χώρας: 10,1%

Πίνακας 3.

Η επίπτωση δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος άνω άκρου έπειτα από θεραπεία καρκίνου του μαστού ως συνάρτηση της θεραπευτικής μεθόδου που ακολουθήθηκε (Βάσει των αποτελεσμάτων των H. Schunemann και N. Willich, 1997).

Επιπλέον φαίνεται να υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ της επίπτωσης και της σοβαρότητας του λεμφοιδήματος και του βάρους της ασθενούς. Το μεταθεραπευτικό λεμφοίδημα του βραχίονα είναι πιο σύνηθες σε παχύσαρκες ασθενείς. Έτσι η παχυσαρκία μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από τους παράγοντες κινδύνου που ευνοούν την ανάπτυξη λεμφοιδήματος (Πίνακας 4). Επίσης είναι πιθανόν να υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ της επίπτωσης του λεμφοιδήματος και της ηλικίας της ασθενούς. Γυναίκες μεγαλύτερες των 55 ετών αναπτύσσουν

κλινικά σημαντικό λεμφοίδημα σε ποσοστό 22% των περιπτώσεων και γυναίκες μικρότερες των 55 ετών σε ποσοστό 14% των περιπτώσεων. Μία στατιστικά σημαντική, αυξημένη εμφάνιση των συμπτωμάτων έχει αναφερθεί σε γυναίκες που εργάζονταν κατά το πρώτο έτος μετά την εγχείρηση.

Παράγοντες κινδύνου:

- Διάνοιξη ραφής
- Μόλυνση του τραύματος
- Ανάπτυξη ογκόμορφης συλλογής ορού στους ιστούς
- Παχυσαρκία
- Λανθασμένες συνθήκες φυσικοθεραπείας (πολύ έντονα)

Πίνακας 4.

Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος στον κορμό και / ή στον βραχίονα έπειτα από θεραπεία καρκίνου του μαστού.

Ανάπτυξη οιδήματος μετά την πάροδο 2 ετών εμφανίζεται στο 10%-30% των περιπτώσεων.

Η εξοίδηση του βραχίονα μετά από μία παρατεταμένη περίοδο χωρίς οίδημα μπορεί να αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα υποτροπής του όγκου.

Η επίπτωση λεμφοιδήματος μετά από θεραπεία καρκίνου του μαστού ποικίλει σε σημαντικό βαθμό στην βιβλιογραφία. Ωστόσο υπήρξε μία σαφής, φθίνουσα τάση εμφάνισης λεμφοιδήματος από την δεκαετία του '60. Η πρώιμη διάγνωση της νόσου χάρη στον προ-συμπτωματικό έλεγχο και η ακόλουθη, με μικρότερες χειρουργικές επεμβάσεις, θεραπευτική αγωγή έχουν παίξει αναμφίβολα σημαντικό ρόλο. Η ορθή διάγνωση της ενδεικτικής κατάστασης των λεμφαδένων ενδεχομένως να περιορίσει περισσότερο την εφαρμογή ριζικής μαστεκτομής με συνολική μείωση της μετά-θεραπευτικής επίπτωσης του λεμφοιδήματος.

Η αποκοπή ή η απολίνωση λεμφαγγείων καθώς και η εκρίζωση λεμφαδένων είναι υπεύθυνες για τον σχηματισμό παράπλευρης κυκλοφορίας. Η ακτινοθεραπεία φαίνεται να διαταράσσει αυτή την διαδικασία αναγέννησης.

Επιπροσθέτως, προκαλεί αντίδραση στους εναπομείναντες λεμφαδένες με επακόλουθη ίνωση. Η συνοδός μερική απόφραξη των κόλπων των λεμφαδένων καταλήγει σε μη αναστρέψιμη μείωση της ροής της λέμφου εντός των αδένων. Οι λεμφαδένες που δεν δέχτηκαν ακτινοβολία και αποτελούν μέρος της παράπλευρης κυκλοφορίας, έχουν διατεταμένους κόλπους λόγω του αυξημένου όγκου της λέμφου. Μία επακόλουθη αύξηση του μεγέθους των λεμφαδένων είναι επίσης ενδεχόμενη. Λεμφοίδημα προκαλούμενο από ανεπάρκεια του λεμφικού συστήματος αναμένεται όταν η ικανότητα μεταφοράς του συστήματος αποτυγχάνει να αντεπεξέλθει στον μεταφερόμενο όγκο πρωτεΐνης και ύδατος της λέμφου και όλοι οι αντισταθμιστικοί μηχανισμοί έχουν εξαντληθεί. Λεμφοίδημα επακόλουθο της μαστεκτομής προκαλείται από μηχανική βλάβη του λεμφικού συστήματος. Όπως και στο πρωτοπαθές λεμφοίδημα, πρωτεΐνη συσσωρεύεται στους ιστούς προκαλώντας ινοσκλήρυνση εάν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα. Επιπλέον οι διαδικασίες μεταβολισμού στον διάμεσο ιστό διαταράσσονται από το οίδημα και διευκολύνονται οι διαδικασίες φλεγμονής με όλες τις αρνητικές συνέπειές τους για την κυκλοφορία της λέμφου. (National Lymphedema Network)

3.4 ΣΤΑΔΙΑ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

1. Στάδιο 1ου βαθμού ή αναστρέψιμο στάδιο:

- Σχηματισμός οιδήματος
- Η πίεση προκαλεί αποτύπωμα στο μέλος
- Το οίδημα υποχωρεί αν το άκρο τοποθετηθεί σε ανάρροπη θέση
- Δεν παρουσιάζονται αλλαγές του ινώδους συνδετικού ιστού

2. Στάδιο 2ου βαθμού ή μη αυτόνομα αναστρέψιμο στάδιο:

- Προοδευτική σκλήρυνση της περιοχής
- Μειώνεται η δυνατότητα δημιουργίας αποτυπώματος
- Η ανάρροπη θέση δεν οδηγεί σε υποχώρηση του οιδήματος
- Παρουσιάζονται αλλαγές του ινώδους συνδετικού ιστού

3. Στάδιο 3ου βαθμού ή λεμφοστατική ελεφαντίαση:

- Μεγάλη αύξηση του οιδήματος σε τέτοιο βαθμό που το άκρο να θυμίζει το άκρο ενός ελέφαντα
- Σκλήρυνση του δέρματος με την μορφή χόνδρων (παχυδερμία)
- Ανάπτυξη σαρκωμάτων.

Κάθε βαθμός έχει τις υποομάδες: ήπια, μέτρια και δύσκολη. (National Lymphedema Network)

3.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΛΕΜΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η θεραπεία και η διάγνωση απαιτούν πολυδιάστατη προσέγγιση. Η διάγνωση πρέπει να γίνεται βασιζόμενη στο ιστορικό και την κλινική εξέταση. (Casley-Smith, 1994b; Foldi and Foldi, 1991c). Σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες και ειδικά στην Γερμανία, ο ασθενής πρέπει να εξετάζεται από ειδικό πριν παραπεμφθεί σε φυσιοθεραπευτή για θεραπεία.

Παρόλα αυτά, οι φυσιοθεραπευτές είναι συχνά εκείνοι στους οποίους απευθύνονται πρώτοι οι ασθενείς και έτσι πρέπει να ελέγχουν τα συμπτώματα που απαιτούν περαιτέρω έλεγχο και σχολαστικό καθορισμό. Είναι σημαντικό να γίνει γρήγορη και σωστή διάγνωση του λεμφοιδήματος, να ξεκαθαριστεί ότι δεν είναι ούτε νέος όγκος ούτε θρόμβος. Γι' αυτό η παραπομπή στον θεράπων γιατρό είναι αναγκαία.

Η χρησιμότητα μίας ειδικά σχεδιασμένης προσδιοριστικής μορφής λεμφοιδήματος είναι πολύ βοηθητική όταν ο φυσιοθεραπευτής είναι ο πρώτος θεραπευτής που έρχεται σε άμεση επαφή. Μια τέτοια μορφή, που αναπτύχθηκε από μια ομάδα φυσιοθεραπευτών του Brisbane με ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην θεραπεία του λεμφοιδήματος, προσέφεραν έναν οδηγό για λεπτομερή καθοδήγηση. Η αρχική αξιολόγηση ενός ασθενή που πάσχει από λεμφοίδημα περιλαμβάνει πλήρη αξιολόγηση του ιστορικού του. Ακολούθως κατά την αξιολόγηση, λαμβάνει χώρα μια εξερεύνηση των δυνατοτήτων θεραπείας για

κάθε ασθενή . Η θεραπεία είναι μεγάλη και οι χρονικές απαιτήσεις εξαρτώνται τόσο από τον ασθενή όσο και από τον φυσιοθεραπευτή, περιλαμβάνει καθημερινή θεραπεία, 5-6 φορές την εβδομαδιαίως, διάρκειας μιας ώρας ή και περισσότερο . Επομένως το κόστος αποτελεί σημαντικό παράγοντα. Ο ασθενής πρέπει να είναι ενήμερος όσον αφορά στην έκταση της θεραπείας και να είναι σε θέση να φορέσει ένα ένδυμα συμπίεσης στο τέλος της εντατικής φάσης θεραπείας . Διαφορετικά το λεμφοίδημα άκρο θα επιστρέψει προηγούμενη κατάσταση (Saunders W.B. et al, 1999) .

3.5.1 Μονάδα μέτρησης

Με όλες τις μετρήσεις για να προσδιοριστεί και να ελεγχθεί το λεμφοίδημα, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι μπορεί να υπάρξουν αλλαγές μεταξύ του μεγέθους των άνω άκρων, λόγω υπεροχής και μεγέθους των μυών . Μια κεντρική πηγή αξιολόγησης και θεραπείας του λεμφοιδήματος είναι η διαδικασία μέτρησης. Οι προεγχειρητικές μετρήσεις παρέχουν μια καλή βάση για να υπολογίσουν οποιαδήποτε αύξηση στην περιφέρεια βραχιονίων. Η διαδοχική , περιοδική μέτρηση και ο έλεγχος δίνουν μια επίγνωση στην δριμύτητα και στην πρόοδο της θεραπείας . Υπάρχει πλήθος μεθόδων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αξιολογήσουν την δριμύτητα του λεμφοιδήματος . Αυτές περιλαμβάνουν περιφερειακές μετρήσεις , τον όγκο από τον υπολογισμό του τύπου και την πληθυσμογραφία (μέθοδος απομάκρυνσης ύδατος) (Saunders W.B. et al,1999).

3.5.2 Περιφερικές μετρήσεις

Αυτά τα μέτρα είναι ο ευκολότερος τρόπος να μετρηθεί και να ελεγχθεί ένα άκρο . Μπορούν να εκτελεστούν με ή χωρίς πίνακα μετρήσεων , ο οποίος προσφέρει τα ακριβή σημεία αναφοράς για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις. Με το άκρο τοποθετημένο σε έκταση στον πίνακα μέτρησης βαθμών είναι σημειωμένα στο άκρο τα σημεία μέτρησης με την βοήθεια ενός τετράγωνου συνόλου. Οι

μετρήσεις ξεκινάνε από το μέσο του χεριού , ακολουθούν τα στενότερα μέρη του καρπού και στη συνέχεια κάθε 10 εκατοστά ξεκινάει και στα επόμενα 10 εκατοστά καταγράφει . Παραδείγματος χάρη , εάν το στενότερο μέρος του καρπού είναι 10 εκατοστά , το επόμενο σημάδι χτυπήματος είναι στα 20 εκατοστά , μετά στα 30 , τα 40 και ου το καθ' εξής. Εάν κανένας πίνακας μετρήσεων δεν είναι διαθέσιμος , οι μετρήσεις μπορούν να ξεκινήσουν σε μια οστεώδη προεξοχή και το άκρο να σημαδεύεται κάθε 10 εκατοστά .

Και με τις δύο διαδικασίες , η ταινία μέτρησης χρησιμοποιείται είτε επάνω είτε κάτω από το χτύπημα της γραφίδας για να μετρήσει την περιφέρεια του άκρου . Δεν υπάρχει κανένας σωστός τρόπος για να μετρήσεις το άκρο, αλλά η επιλεγμένη μέθοδος πρέπει να καταγραφεί και να μπορεί να αναπαραχθεί . Οι περιφερειακές μετρήσεις καταγράφονται σε ένα ξεχωριστό διάγραμμα .Είναι απαραίτητο να μετρηθούν και τα δύο άκρα , συνεπώς είναι χρήσιμο να καταγραφούν οι διαφορετικές μετρήσεις των άκρων με διαφορετικά χρώματα , για παράδειγμα το άκρο που δεν έχει επηρεαστεί με κόκκινο ενώ εκείνο που έχει επηρεαστεί με μαύρο για να είναι εύκολο να διαχωριστούν αργότερα . Οι περιφερειακές μετρήσεις έπειτα αθροίζονται για να παρέχουν το ολικό μέγεθος του άκρου.

Μια άλλη μορφή μέτρησης περιλαμβάνει την εφαρμογή απλών γεωμετρικών αρχών. Αυτές οι μετρήσεις υποθέτουν ότι το άκρο είναι μια σειρά τμημάτων “κώνων” ή “ κυλίνδρων ” (ο Bunce και οι άλλοι ,1994 ; Casley – Smith , 1994) . Ο Bunce και οι άλλοι (1994) χρησιμοποίησαν περιφερειακές μετρήσεις σε τμήματα των 10 εκατοστών από την στυλοειδή απόφυση της ωλένης σε απόσταση 40 εκατοστών από τον καρπό . Ο όγκος του άκρου υπολογίζεται έπειτα από τον τύπο :

$$\text{Όγκος} = \pi \left(\frac{\text{περιφέρεια}}{2\pi} \right)^2 h$$

Όπου περιφέρεια = το μέσον των δύο παρακείμενων περιφερειών και h = Ύψος (η απόσταση μεταξύ δύο περιφερειακών μετρήσεων , στην περίπτωση

των 10 εκατοστών). Ο συνολικός όγκος του άκρου υπολογίζεται ως το άθροισμα των όγκων των ξεχωριστών κυλινδρικών τμημάτων (Bunce et al , 1994).

Οι διαφορές μεταξύ των άκρων μπορούν να υπολογιστούν αφαιρώντας το άκρο που έχει επηρεαστεί από το άκρο που δεν έχει επηρεαστεί , συγκρίνοντας την μείωση. Αυτή η μέτρηση είναι κατάλληλη για το μονομερές λεμφοίδημα , αλλά στο πρωτογενές λεμφοίδημα το άκρο που δεν έχει επηρεαστεί μπορεί και αυτό να είναι πρησμένο . Παρόλα αυτά είναι καλύτερο να υπολογιστεί εκ νέου η μείωση του άκρου που έχει επηρεαστεί αυτού κάθε αυτού παρά να συγκριθεί με το άκρο που δεν έχει επηρεαστεί. Αυτό επίσης ισχύει και στο αμφοτερόπλευρο δευτερογενές λεμφοίδημα .

Υπολογισμός για τη διαφορά των άκρων στο ποσοστό (Brennan, 1991)

Λεμφοοιδηματώδες άκρο (εκατ. ή μιλ.) - κανονικό άκρο (εκατ. ή μιλ.) X 100
κανονικό άκρο (εκατ. ή μιλ.)

Υπολογισμός για μονόπλευρο άκρο που εκφράζεται με την μείωση ποσοστού<>

(Τελικός όγκος - αρχικός όγκος) X 100

αρχικός όγκος

Ο αρχικός όγκος συμβολίζει τον όγκο από το ξεκίνημα της θεραπείας και ο τελικός όγκος , τον όγκο στο τέλος της έντονα θεραπευτικής φάσης . Οι ίδιοι υπολογισμοί μπορούν να εφαρμοστούν με την χρήση συνολικών περιφερειακών μέτρων (Casley – Smith και Casley –Smith , 1994).



Εικ. 17 Λεμφοίδημα



Εικ. 18 Λεμφοίδημα

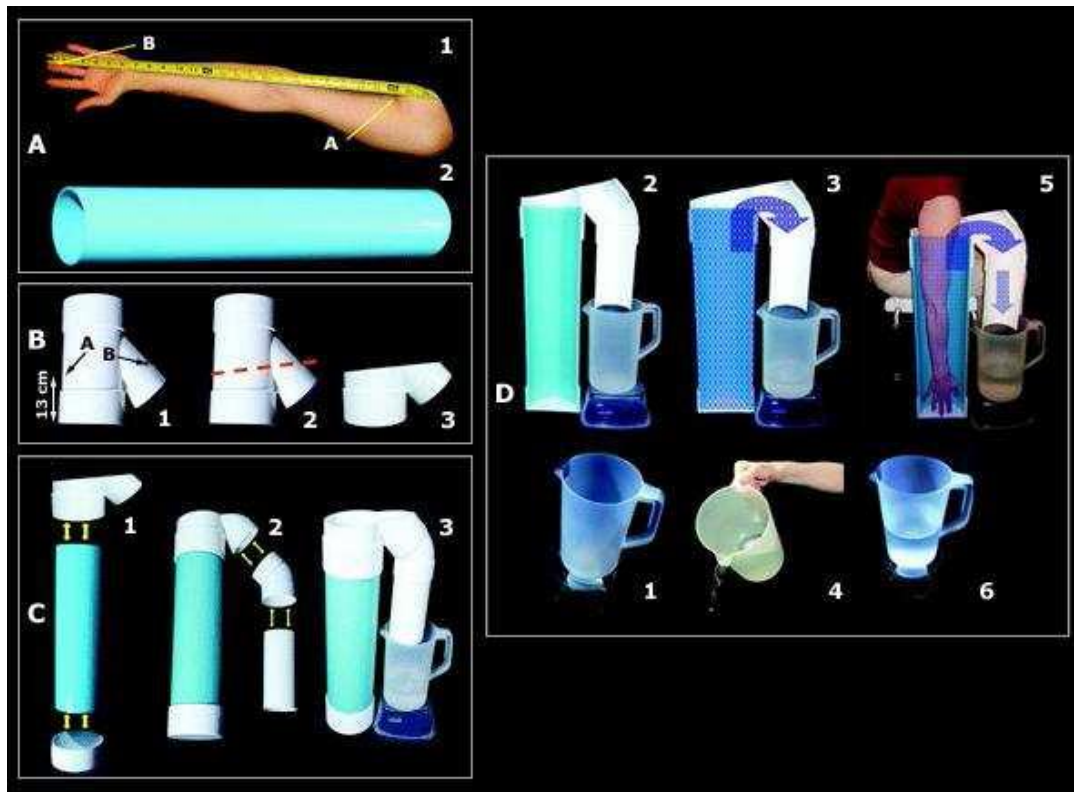


Εικ. 19 Λεμφοίδημα

TAFa Health Care Corporation TAFa Health Care Corporation Moffatt CJ et al

3.5.3 Πληθυσμογραφία ή ογκομετρία

Η πληθυσμογραφία συχνά χρησιμοποιείται ως περιφερειακό μέτρο . Το άκρο βυθίζεται σε μια πλαστική δεξαμενή , η οποία είναι γεμάτη με νερό . Το νερό εκτοπίζεται κατά την διάρκεια βύθισης του άκρου το οποίο μετρείται και τα αποτελέσματα παραβάλλονται με το άκρο που δεν έχει προσβληθεί . Οφείλεται να σημειωθεί ότι ο όγκος του κυρίαρχου άκρου είναι συνήθως 50-69 ml μεγαλύτερος από το μη – κυρίαρχο άκρο (Tewari N. Et al, 2008)



Εικ. 20 Μετρήσεις

3.5.4 Τονομέτρηση

Το τονόμετρο μετράει την συμπίεστικότητα και την ελαστικότητα του άκρου . Ένα πρησμένο ή / και ινώδες άκρο είναι σχετικά ασυμπίεστο έναντι ενός ελαφρώς πρησμένου ή θεραπευμένου άκρου , του οποίου το υγρό ή / και ίνωση έχουν μειωθεί. Επομένως οι μετρήσεις λαμβάνονται εκ νέου και στα δύο άκρα από την ίδια θέση ώστε να επαληθευθεί η αξία της γραμμή στοίχισης γραμμάτων για μετέπειτα σύγκριση (Tewari N. et al, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

4.1 ΡΟΛΟΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Σύμφωνα με τους Fulton & Else (1997) ο σκοπός της φυσικοθεραπείας είναι να βελτιστοποιεί το επίπεδο της φυσικής κατάστασης του ασθενή και να λαμβάνει υπόψη του την αλληλεπίδραση μεταξύ της φυσικής, ψυχολογικής, κοινωνικής, και επαγγελματικής ανάγκης της λειτουργικότητας. Ο Rashleigh (1996) ισχυρίζεται ότι ο Φυσικοθεραπευτής έχει έναν προληπτικό, εκπαιδευτικό και υποστηρικτικό ρόλο να παίξει στην αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο του μαστού. Η φυσικοθεραπεία χρησιμεύει για να επανακτήσει τη συνήθη χρήση του προσβεβλημένου άκρου μετά από μαστεκτομή. Καθώς η πρόληψη είναι το κλειδί για ανάκαμψη, οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή ενθαρρύνονται να ξεκινήσουν θεραπεία το συντομότερο δυνατό (www.physio.gr) .

4.2 ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΠΛΑΝΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Γενικοί θεραπευτικοί στόχοι: μετά το χειρουργείο

1. πρόληψη μετεγχειρητικών αναπνευστικών επιπλοκών →

Προεγχειρητική εκπαίδευση σε ασκήσεις βαθιάς αναπνοής και παραγωγικό βήχα.

2. Πρόληψη ή ελαχιστοποίηση του μετεγχειρητικού λεμφικού οιδήματος

→ Ανύψωση του εμπλεκόμενου άνω άκρου με μαξιλάρια (περίπου 30 μοίρες), ενώ η ασθενής βρίσκεται στο κρεβάτι ή κάθεται σε καρέκλα.

→ Επίδεση του εμπλεκόμενου άνω άκρου με ελαστικούς επιδέσμους ή χρήση ενός ειδικού ελαστικού μανικιού.

→ Ασκήσεις μυϊκής αντλίας του χειρουργημένου χεριού.

→ Ασκήσεις στο αρχικό εύρος κίνησης και εργομετρία του άνω άκρου.

→ Εφαρμογή της ειδικής μάλαξης του λεμφικού συστήματος.

Προφύλαξη: αποφύγετε στατική θέση ανάρτησης του βραχίονα

3. Μείωση του λεμφοιδήματος αν ή όταν εμφανιστεί

→ Καθημερινή χρήση μιας μηχανικής αντλίας αέρος για τουλάχιστον 2 ώρες, δύο φορές την ημέρα.

→ Συνεχής ανύψωση του εμπλεκόμενου άνω άκρου τη νύχτα και χρήση ενός ελαστικού μανικιού κατά την ημέρα.

→ Ενεργητική χρήση του εμπλεκόμενου χεριού για ελαφρές λειτουργικές δραστηριότητες.

→ Μάλαξη του λεμφικού συστήματος ενώ το χέρι βρίσκεται σε ανάρροπη θέση.

4. Πρόληψη παραμορφώσεων στάσης

→ Καθοδήγηση για την κατάλληλη τοποθέτηση στο κρεβάτι προεγχειρητικά ή την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα, με έμφαση στη μέση γραμμή και τη συμμετρική τοποθέτηση των ώμων και του κορμού.

→ Ενθάρρυνση της συμμετρικής στάσης στην καθιστή και στην όρθια θέση.

→ Ενθαρρύνετε την ασθενή να υιοθετεί μία όρθια στάση κατά το κάθισμα ή την ορθοστασία, για ελαχιστοποίηση της εμφάνισης στρογγυλεμένων ώμων.

→ Εκπαίδευση της στάσης με έμφαση στις ασκήσεις οπίσθιας προβολής των ωμοπλατών.

5. Πρόληψη της μυϊκής έντασης και του προστατευτικού μυϊκού σπασμού των αυχενικών μυών

→ Ασκήσεις ενεργητικού εύρους στην αυχενική μοίρα της Σ.Σ. για προώθηση της χαλάρωσης.

→ Ανυψώσεις ώμων και κυκλικές ασκήσεις.

6. Διατήρηση του φυσιολογικού εύρους κίνησης του εμπλεκόμενου άνω άκρου

→ Υποβοηθούμενες και ενεργητικές ασκήσεις στο εύρος της κίνησης στον ώμο, τον αγκώνα και το χέρι μπορούν να ξεκινήσουν το συντομότερο δυνατό, αλλά προσεκτικά μετά το χειρουργείο, ιδιαίτερα την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα.

Σημείωση: Οι ασκήσεις μπορούν να ξεκινήσουν ακόμη και ενώ η ασθενής έχει τους παροχτετευτικούς σωλήνες και τα ράμματα.

Προφύλαξη: παρατηρείτε με προσοχή την τομή και τα ράμματα κατά τη διάρκεια των ασκήσεων. Αποφύγετε οποιαδήποτε αδικαιολόγητη ένταση στην τομή ή αποχρωματισμό της ουλής κατά τη διάρκεια των ασκήσεων του ώμου.

7. Διατήρηση ή αύξηση της δύναμης στον εμπλεκόμενο ώμο

→ Ισομετρικές ασκήσεις στους μύες του ώμου, οι οποίες ξεκινούν την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα, με την ασθενή στο κρεβάτι.

→ Κάμψεις αγκώνων σε κλειστή κινητική αλυσίδα, με την ασθενή όρθια γερμένη προς ένα τοίχο, για την ενδυνάμωση των σταθεροποιών μυών της ωμοπλάτης.

→ Δυναμικές ασκήσεις ενάντια σε δια χειρός αντίσταση μπορούν να ξεκινήσουν 3 με 4 ημέρες μετεγχειρητικά. Αντίσταση μπορεί να εφαρμοστεί επίσης κατά την άσκηση του ώμου σε ανοιχτή κινητική αλυσίδα, με ένα ελαφρύ βάρος χειρός.

8. Βελτίωση της αντοχής στην άσκηση και της αίσθησης καλής διάθεσης, καθώς και μείωση της κοπώσεως → Πρόγραμμα βαθμιαίας αεροβικής άσκησης χαμηλής έντασης, όπως βόλτα ή ποδηλασία.

9. Προετοιμασία της ασθενούς για ενεργητική συμμετοχή σε πρόγραμμα για το σπίτι και πιθανή συμμετοχή σε πρόγραμμα επιζώντων από καρκίνο

→ Η εκπαίδευση της ασθενούς πρέπει να αρχίσει την πρώτη μετεγχειρητική

ημέρα. Η αναμενόμενη παραμονή στο νοσοκομείο θα είναι μερικές ημέρες έως και μία εβδομάδα μετεγχειρητικά. (Kisner C, Colby L. A.)

4.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

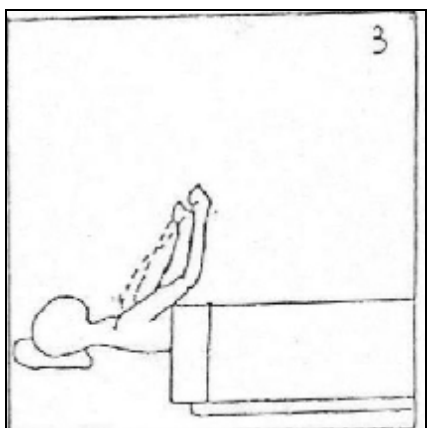
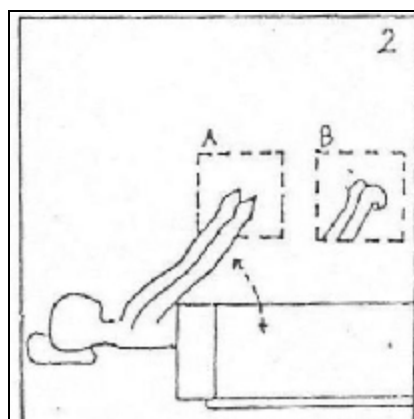
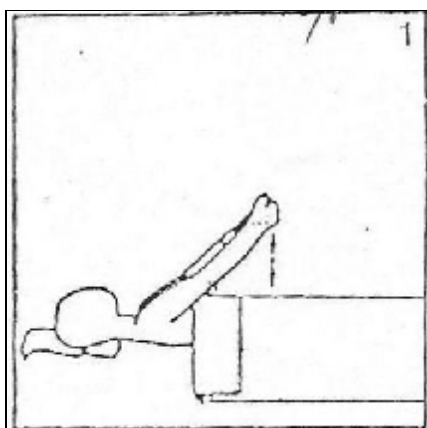
Οι ασκήσεις μπορούν να αρχίσουν τη πρώτη μετεγχειρητική μέρα, εάν το επιτρέψει ο γιατρός. Σκοπό έχουν να βοηθήσουν τις ασθενείς να κινήσουν ομαλά το χέρι, το οποίο έχει επηρεαστεί από την επέμβαση. Συγκεκριμένα, επιδιώκεται με τις ασκήσεις, η κίνηση του χεριού πάνω από το κεφάλι, πλαγίως, στο πίσω μέρος του αυχένα και στο κέντρο της πλάτης. Οι ασκήσεις θα πρέπει να επαναλαμβάνονται τακτικά, τρεις φορές την μέρα, έως ότου η ασθενής να μπορεί να χρησιμοποιεί το χέρι της όπως και πριν από την εγχείρηση στο χώρο εργασίας, στο σπίτι, στα σπορ (Goynaris A., 1994).

Το πρόγραμμα ξεκινάει με μετεγχειρητικές ασκήσεις, που περιλαμβάνουν **αναπνευστική φυσικοθεραπεία** και **μετεγχειρητική κινησιοθεραπεία**. Σκοπός αυτών των ασκήσεων είναι η αποβολή των προϊόντων μεταβολισμού μετά το χειρουργείο και η πρόληψη συρρίκνωσης των μυών.

Άσκηση αναπνοής: Βαθιές αναπνοές και εκμάθηση διαφραγματικής αναπνοής, σε συνδυασμό με την άσκηση θα βοηθήσουν την ασθενή να ηρεμήσει και να προχωρήσει στο πρόγραμμα άνετα και εύκολα. Θα νιώσει πως οι μύες γύρω από την τομή χαλαρώνουν και ο πόνος μετριάζεται. Επιπλέον με την άσκηση επιδιώκεται η γενικότερη χαλάρωση από το “στρες” της μέρας.

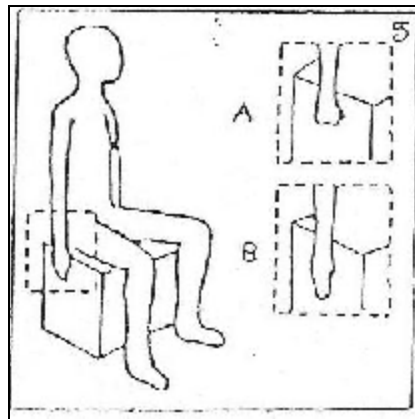
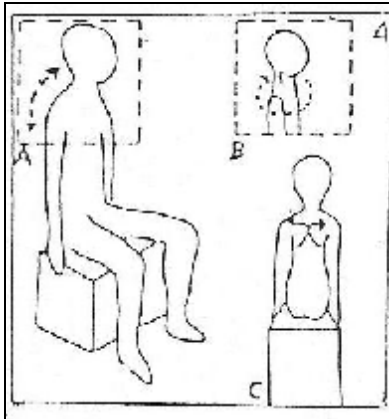
Ακολουθούν ασκήσεις για μετά το χειρουργείο:

Από ύπτια:



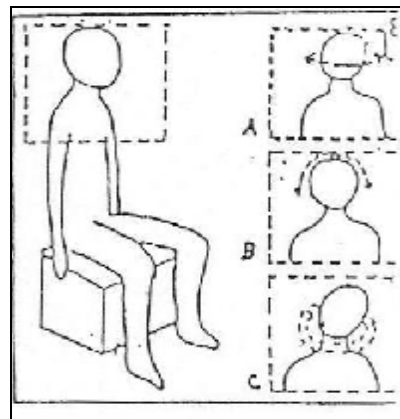
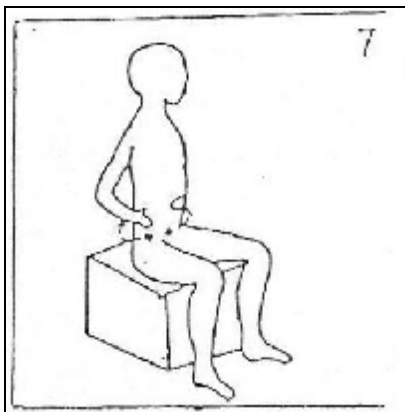
Εικόνες 21,22,23 Ο ασθενής σταυρώνει τα χέρια κ με τεντωμένους αγκώνες ανεβάζει και κατεβάζει αργά τα χέρια ,από την ίδια θέση ανεβάζει και κατεβάζει εναλλάξ τα χέρια ασθενής φέρνει τα χέρια στους ώμους και επανέρχεται στην αρχική θέση.

Από καθιστή:



Εικόνα 24: Α. Ο ασθενής φέρνει τους ώμους προς τα αυτιά και επιστρέφει στην αρχική, Β. κινεί κυκλικά τους ώμους από εμπρός προς τα πίσω και αντίστροφα, C. Τραβάει προς τα πίσω τους ώμους προσπαθώντας να ακουμπήσει τις ωμοπλάτες μεταξύ τους και επιστρέφει στην αρχική.

Εικόνα 25: Από την ίδια θέση σφίγγει τους μύες του μπράτσου κάνοντας γροθιά και επανέρχεται.



Εικόνα 26: Με τα χέρια ακουμπισμένα στα πλευρά και τους δείκτες στραμένους προς τα πίσω ο ασθενής γλιστρά τα χέρια γύρω από την περιοχή του ομφαλού μπρος και πίσω.

Εικόνα 27: Ο ασθενής γυρίζει αργά αργά το κεφάλι Α.δεξιά και αριστερά κρατώντας σταθερά τους ώμους Β.πλαγίως δεξιά και αριστερά C. Σχηματίζοντας κύκλο προς τη μία κατεύθυνση και προς την άλλη.

4.4 ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Πολυάριθμες έρευνες έχουν αποδείξει τα οφέλη της άσκησης μετά την μαστεκτομή - μια συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε από McNeely et al (2010) ανέφερε ότι η άσκηση είναι μια αποτελεσματική παρέμβαση για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, καρδιοαναπνευστικής ικανότητας, σωματικής λειτουργίας και μείωση κόπωσης σε ασθενείς και επιζώντες του καρκίνου του μαστού. Επιπλέον, τα στοιχεία δείχνουν επίσης ότι η άσκηση μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία (2010) συνιστά συμμετοχή σε 45-60 λεπτά της σωματικής άσκησης τουλάχιστον 5 ημέρες την εβδομάδα.

Μετά από Μαστεκτομή μπορεί να μειωθεί το φυσιολογικό εύρος κίνησης των αρθρώσεων του άνω άκρου και η μυϊκή δύναμη. Το κατάλληλο πρόγραμμα ασκήσεων είναι ο ασφαλέστερος τρόπος αποκατάστασης της λειτουργικότητας του άνω άκρου.

1) ΣΦΙΞΙΜΟ ΜΠΑΛΑΣ

- Σταθείτε ή καθίστε αναπαυτικά.
- Κρατήστε ένα μαλακό μπαλάκι στην παλάμη του χεριού από την πλευρά της εγχείρησης.
- Με τον αγκώνα σε ελαφριά κάμψη, στρέψτε την παλάμη προς το ταβάνι και

σηκώστε το χέρι ψηλότερα από την καρδιά.

- Σφίξτε και χαλαρώστε την μπάλα (10 επαναλήψεις / δυο φορές την ημέρα).
- Προοδευτικά αυξήστε τον αριθμό των επαναλήψεων.

2) ΑΡΣΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ

- Σταθείτε ή καθίστε αναπαυτικά.
- Αφήστε τα χέρια σας να είναι χαλαρά στο πλάι του κορμού σας.
- Με τις παλάμες σας να κοιτούν προς το πάτωμα σηκώστε αργά τα χέρια σας μέχρι το ύψος των ώμων.
- Αργή επαναφορά στην αρχική θέση.
- Επαναλάβετε την άσκηση 8 με 10 φορές, τρεις φορές την ημέρα.

3) ΚΤΥΠΗΜΑ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ

- Σταθείτε ή καθίστε αναπαυτικά.
- Αφήστε τα χέρια σας να είναι αναπαυτικά στο πλάι του κορμού.
- Απαγωγή των χεριών μέχρι το επίπεδο των ώμων.
- Συνεχίζεται να σηκώνεται τα χέρια πάνω από το κεφάλι, μα σκοπό να τα ενώσετε.
- Αργή επαναφορά από τον ίδιο δρόμο.
- Επαναλαμβάνετε την άσκηση 8 με 10 φορές, τρεις φορές την ημέρα.

4) ΠΕΡΠΑΤΗΜΑ ΤΩΝ ΔΑΚΤΥΛΩΝ

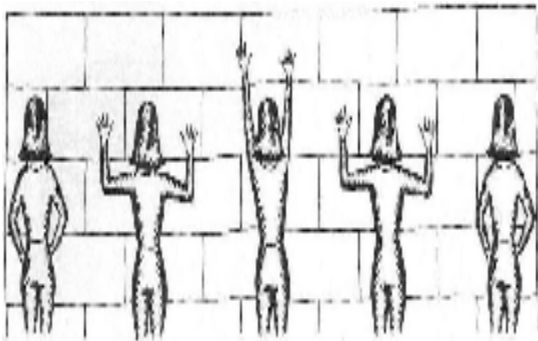
- Στέκεστε με πρόσωπο προς τον τοίχο.
- Τα δάκτυλα σας του ενός χεριού «περπατάνε» στον τοίχο, όσο πιο ψηλά μπορείτε.
- Συγκρατήστε το χέρι σας στο μέγιστο ύψος για 10 δευτερόλεπτα.
- Αργή επαναφορά.
- Επανάληψη της άσκησης με το άλλο χέρι.
- Επαναλάβετε την άσκηση 8 με 10 φορές, τρεις φορές την ημέρα. (Εικ. 8)

5) ΣΦΙΞΙΜΟ ΤΩΝ ΩΜΩΝ

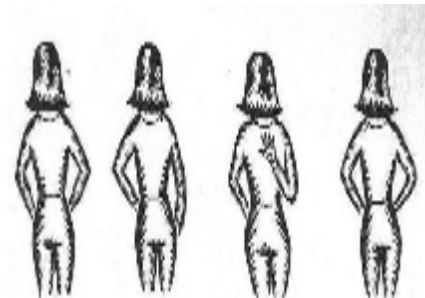
- Στέκεστε όρθια, με κάμψη στους αγκώνες, σηκώνετε τα χέρια στο ύψος των ώμων.
- Στοιβάζετε τα χέρια σας το ένα πάνω στο άλλο, ευθυγραμμίζοντας τα ακροδάχτυλα με τους αγκώνες.
- Στην συνέχεια σπρώχνετε τους αγκώνες προς τα πίσω, προσπαθώντας να ενώσετε τις ωμοπλάτες σας.
- Επαναλάβετε την άσκηση 8 με 10 φορές, τρεις φορές την ημέρα.

6) ΔΙΑΤΑΣΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ

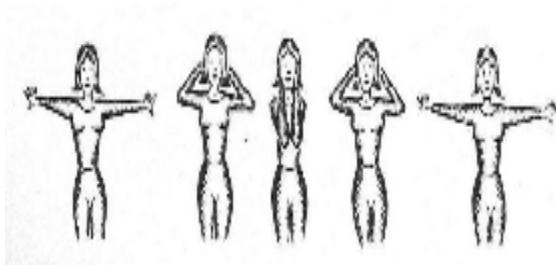
- Κρατήστε ένα «κοντάρι» με τα δύο χέρια μπροστά από τον κορμό σας.
- Τοποθετήστε το χέρι της χειρουρηγμένης πλευράς στην άκρη του «κονταριού».
- Αργά και ήπια σπρώξτε με το άλλο χέρι το «κοντάρι» προς την χειρουρηγμένη πλευρά για να φτάσει όσο πιο ψηλά μπορεί.
- Συγκρατήστε αυτήν την θέση για 12 δευτερόλεπτα.
- Αργή επαναφορά στην αρχική θέση.
- Επαναλάβετε την άσκηση 6 με 8 φορές, δυο φορές την ημέρα. (www.physio.gr)



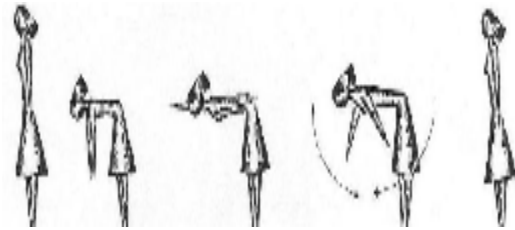
Εικ. 28: Αναρρίχηση στον τοίχο
(Κόνιαρη, 1991)



Εικ. 29: Κινήσεις προς την
πλάτη (Κόνιαρη, 1991)

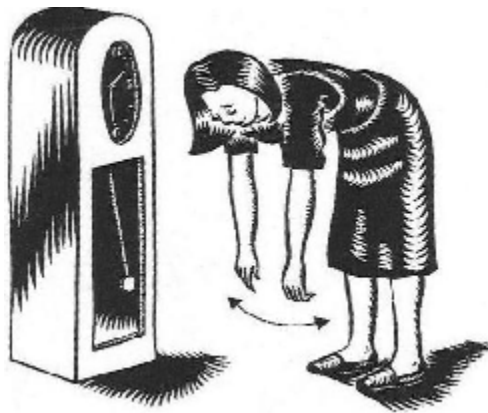


Εικ. 30: Κινήσεις του βραχίονα
(Κόνιαρη, 1991)



Εικ. 31: Κινήσεις κουπιού
(Κόνιαρη, 1991)

Άλλες ασκήσεις:



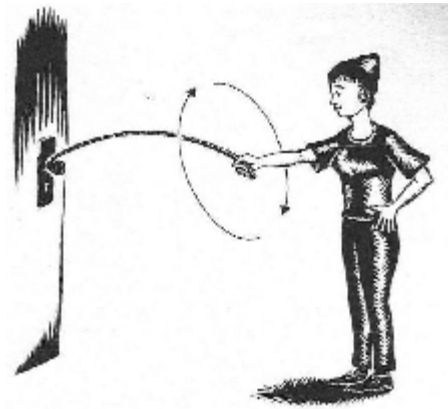
Εικ. 32: Κινήσεις εκκρεμούς
(Κόνιαρη, 1991)



Εικ. 33: Ανύψωση των
βραχιόνων (Κόνιαρη, 1991)



Εικ. 34: Κινήσεις τροχαλίας
(Κόνιαρη, 1991)



Εικ. 35: Γύρισμα σχοινάκι
(Κόνιαρη, 1991)



Εικ. 36: Εξειδικευμένες ασκήσεις- ασχολίες
(Κόνιαρη, 1991)

4.5 ANTIMETΩΠΙΣΗ ΜΥΪΚΟΥ ΣΠΑΣΜΟΥ- ΑΥΧΕΝΑΛΓΙΑΣ

Οι στόχοι της φυσιοθεραπείας είναι :

- α) να λυθούν τα trigger points (μυϊκοί σπασμοί) στους μύες που έχουν αναπτυχθεί**
- β) να αποκατασταθεί η κινητικότητα της αυχενικής μοίρας η οποία επηρεάζεται.**
- γ) να αυξηθεί η δύναμη των μυών που έχουν προσβληθεί.**
- δ) να αποκατασταθεί η νευρομυϊκή συναρμογή**
- ε) να υπάρξει εργονομική εκπαίδευση και παρέμβαση στη καθημερινότητα του ασθενή.**

Η ακινητοποίηση ελαττώνει τον νευρικό ερεθισμό και τη συμπίεση, και η τοπική αύξηση της θερμοκρασίας βοηθάει τον μυϊκό σπασμό. Η φυσιοθεραπεία συνίσταται σε μαλάξεις και σε ενίσχυση-ενδυνάμωση των μυών με ισομετρικές ασκήσεις και την εφαρμογή φυσικών μέσων για τον πόνο (Kisner C, Colby L.A). Η χρήση υπερήχων, ηλεκτρικού ρεύματος, υπέρυθρων ακτινών, διαθερμία, ηλεκτροβελονισμού και ιοντοφόρησης προτείνονται για λύση του μυϊκού σπασμού και χαλάρωση. Πολλές φορές μπορεί να εφαρμοστεί και μυϊκή έλξη η οποία βοηθάει στην ελάττωση του μυϊκού σπασμού και την αποσυμπύεση των αρθρώσεων. Εξαιρετικής σημασίας είναι η πραγματοποίηση διαφόρων ασκήσεων για την εξισορρόπηση και την ενδυνάμωση του μυϊκού συστήματος του αυχένα με σταδιακές και μέτριας έντασης ασκήσεις. Επίσης ,οι ειδικές τεχνικές (manual therapy) χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του πόνου και της δυσκαμψίας των αρθρώσεων και συνδυάζονται με διατάσεις.

4.6 ΠΡΟΛΗΨΗ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΕΩΝ ΣΤΑΣΗΣ

Η φυσιολογική ευθυγράμμιση μπορεί να μην είναι δυνατή, λόγω βράχυνσης του μαλακού ιστού ή λανθασμένης ευθυγράμμισης ενός σπονδυλικού τμήματος αλλά η ανάπτυξη της αντίληψης της ασθενούς για την ισορροπημένη στάση και τις

επιδράσεις της θα πρέπει να ξεκινήσει νωρίς στο θεραπευτικό πρόγραμμα σε συνδυασμό με τους χειρισμούς διάτασης και μυϊκής εκπαίδευσης. Η εκπαίδευση της ασθενούς ξεκινά από την πρώτη μετεγχειρητική μέρα με έμφαση στη μέση γραμμή και τη συμμετρική τοποθέτηση των ώμων και του κορμού. Πρέπει να χρησιμοποιηθούν διαδικασίες για την επανεκπαίδευση της κιναισθητικής και ιδιοδεκτικής αντίληψης για την διόρθωση της στάσης. Αν μια περιοχή δεν είναι σωστά ευθυγραμμισμένη, είναι πιθανόν όλη η σπονδυλική στήλη να μην είναι ισορροπημένη αντισταθμιστικά, γι' αυτό θα πρέπει να δοθεί έμφαση στη διόρθωση της συνολικής στάσης. Η προσοχή της ασθενούς κατευθύνεται στην αίσθηση της σωστής κίνησης και μυϊκής σύσπασης και χαλάρωσης.

Χρησιμοποιούνται τεχνικές ενίσχυσης (Kisner C, Colby L.A), όπως: **1)Λεκτική ενίσχυση** όπου ο φυσικοθεραπευτής συνεργάζεται με τον ασθενή και τονίζει συχνά την αίσθηση της μυϊκής σύσπασης και θέσης που θα πρέπει να νιώθει. **2)Οπτική ενίσχυση**, όπου χρησιμοποιούνται καθρέπτες ώστε η ασθενής να μπορεί να δει τον εαυτό της, να δει τι χρειάζεται, για να υιοθετήσει σωστή ευθυγράμμιση. **3)Απτική ενίσχυση**, όπου η ασθενής εκπαιδεύεται να τοποθετήσει το κεφάλι και τον κορμό της σε σωστή ευθυγράμμιση και ο φυσικοθεραπευτής αγγίζει τους μυς που χρειάζεται να συσπαστούν.

Για την εκπαίδευση της έκτασης της κεφαλής με σκοπό την μείωση της πρόσθιας προβολής: η ασθενής καθιστή ή όρθια, βρίσκεται με τους βραχίονες χαλαρούς στο πλάι του κορμού. Ο φυσικοθεραπευτής αγγίζει ελαφρά πάνω από τα χείλη και κάτω από τη μύτη ζητώντας από τον ασθενή να ανασηκώσει το κεφάλι του προς τα πάνω και πίσω. Ενισχύει λεκτικά την σωστή κίνηση, λέγοντάς της να τραβήξει το πηγούνι προς τα μέσα και να ευθείασει την σπονδυλική στήλη.

Για την εκπαίδευση της οπίσθιας προβολής των ωμοπλάτων: για απτικές και ιδιοδεκτικές υποδείξεις, ο φυσικοθεραπευτής βάζει ελαφρά αντίσταση στις κάτω γωνίες της ωμοπλάτης και ζητάει από την ασθενή να τις σφίξει μαζί (οπίσθια προβολή). Η ασθενής δεν θα πρέπει να εκτείνει ή να ανυψώσει τους ώμους.

Για την εκπαίδευση του ελέγχου της κλίσης της λεκάνης και της ισορροπίας της οσφυϊκής μοίρας: η ασθενής είναι σε καθιστή θέση και στην

συνέχεια σε όρθια, με τη ράχη ενάντια σε ένα τοίχο και ο φυσικοθεραπευτής δίνει οδηγίες να εξασκηθεί στις ασκήσεις των κλίσεων της λεκάνης και της οσφυϊκής μοίρας. Το χέρι της ασθενούς θα πρέπει να μπορεί να ολισθαίνει ανάμεσα στον τοίχο και τη ράχη της.

Για την εκπαίδευση του ελέγχου του θώρακα και της θωρακικής μοίρας: καθώς η ασθενής υιοθετεί μια μέση λорδωτική στάση, ο φυσικοθεραπευτής της ζητάει να εισπνεύσει και να ανυψώσει τον θωρακικό κλωβό (Kisner C, Colby L.A).

4.7 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΤΕΝΟΝΤΙΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΣΤΡΟΦΙΚΟΥ ΠΕΤΑΛΟΥ ΤΟΥ ΩΜΟΥ

Η συντηρητική θεραπεία εφαρμόζεται στα στάδια 1 και 2 και περιλαμβάνει αντιφλεγμονώδη, ανάρτηση του ώμου και φυσικοθεραπεία. Τοποθετούνται ζεστά επιθέματα. Πάγος χρησιμοποιείται μόνο σε τραυματισμό ή υπέρχρηση, και μόνο για το πρώτο εικοσιτετράωρο. Η ασθενής δεν χρησιμοποιεί το χέρι της πάνω από το οριζόντιο επίπεδο αλλά διδάσκεται κινήσεις παθητικής διάταξης του ώμου, πλήρους εύρους για αποφυγή της δυσκαμψίας. Όταν υποχωρήσουν τα έντονα συμπτώματα της τενοντίτιδας αρχίζει η ασθενής πρόγραμμα μυϊκής ενδυνάμωσης. Γίνεται υπό αντίσταση έσω στροφή, για την ενίσχυση του υποπλάτιου, μείζονος στρογγύλου, πλατύ ραχιαίου και μείζονα θωρακικού. Με υπό αντίσταση έξω στροφή ενδυναμώνεται ο υπακάνθιος και ελάσσονος στρογγύλος, ενώ ισομετρικές ασκήσεις ενάντια στην απαγωγή δυναμώνουν τον υπερακάνθιο. Οι ασκήσεις ενδυνάμωσης ακολουθούνται από διαστήματα ανάπαυσης, γι' αυτό πραγματοποιούνται μία φορά την ημέρα (Tytherleigh-Strong, 2001).

4.8 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΦΥΤΙΚΗΣ ΘΥΛΑΚΙΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΩΜΟΥ (ΠΑΓΩΜΕΝΟΣ ΩΜΟΣ)

Η φυσικοθεραπεία περιλαμβάνει, μετά την αρχική καταγραφή του αρχικού εύρους κίνησης της άρθρωσης, προθέρμανση και παθητική αρχικά κινητοποίηση,

πρόσθιας ανάτασης και απαγωγής, και στην συνέχεια έξω και έσω στροφής. Ακολουθούν εκκρεμοειδείς κινήσεις με στροφή του άκρου και πρόσθιας αιώρησης. Υποβοηθούμενες ασκήσεις έξω στροφής σε ύπτια θέση, υποβοηθούμενες ασκήσεις έκτασης και πρόσθιας ανάτασης και υποβοηθούμενες έσω στροφής και απαγωγής. Ακολουθούν ασκήσεις διάτασης. Τα διαστήματα των ασκήσεων είναι μικρά (5-10 λεπτών), ακολουθούνται από ανάπαυση και επαναλαμβάνονται πολλές φορές την ημέρα. Συστήνονται πέντε επαναλήψεις από κάθε άσκηση, οι τρεις πρώτες για προθέρμανση και οι δύο τελευταίες για περισσότερη διάταση, για να αυξηθεί το εύρος κίνησης (Μητσιοκάπα Ε.Α. και άλλοι, 2006) .

4.9 ΠΛΑΝΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

Υπάρχει σύγχυση στον τρόπο αντιμετώπισης του λεμφοιδήματος. Υπάρχουν εκείνοι που θεωρούν ότι τίποτα δεν μπορεί να γίνει, ενώ υπάρχουν και εκείνοι που προτείνουν ακόμα και χειρουργική αντιμετώπιση. Η αλήθεια είναι ότι ανάλογα με το στάδιο του λεμφοιδήματος και την ταχύτητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης προκύπτουν τα αποτελέσματα. Το λεμφοίδημα ακόμα όταν δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί ολοκληρωτικά, υπάρχουν πολλοί θεραπευτικοί τρόποι που μπορούν να το ελέγξουν και να το περιορίσουν επιτυγχάνοντας ένα καλό αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα, ενώ απαλλάσσουν τον ασθενή από πιθανούς μελλοντικούς κινδύνους.

Πρέπει να γίνει απόλυτα κατανοητό ότι η άμεση αντιμετώπιση είναι καθοριστική για την εξέλιξη του λεμφοιδήματος. Σε μελέτη που έγινε (Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα - Έλεγχος Αποτελεσματικότητας της Θεραπείας, Χαρ. Τιγγινάγκας, Αθηνά Κατσιμήτρου, Αθήνα 2008) βρέθηκε ότι παρόλο που η αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι σαφώς μεγαλύτερη στο Στάδιο I, το 93,3% των ασθενών προσήλθαν για Θεραπεία όταν ήταν πλέον στο Στάδιο II. Σε σχετική ερώτηση που τους υποβλήθηκε, απάντησαν ότι δεν προσήλθαν

νωρίτερα για Θεραπεία γιατί κανείς δεν τους το πρότεινε. Δεν είχαν ενημέρωση ούτε γιατί προκλήθηκε το οίδημα, ούτε τι μπορούσαν να κάνουν στη συνέχεια. «Θεωρούμε ότι ακριβώς αυτό είναι ένα σημαντικό πρόβλημα που θα πρέπει να διαχειριστούμε όλοι εμείς που ασχολούμαστε με την Ογκολογική Αποκατάσταση. Η ενημέρωση των ασθενών, για τις πιθανές επιπλοκές και τον τρόπο αντιμετώπισης τους, είναι μέρος των υποχρεώσεων μας προς αυτούς.»
(www.physio.gr)

Τα τελευταία χρόνια, μεταξύ των μεθόδων της Ιατρικής που αντιμετωπίζουν το λεμφοίδημα ως ασθένεια, η λεγόμενη Ολοκληρωμένη Αποσυμφορητική Φυσιοθεραπεία (MLD/CDT) αποτελεί μια πολύ σημαντική και αποτελεσματική μέθοδο συντηρητικής θεραπείας. (www.mlduk.org.uk)

Για την αύξηση της λεμφικής παροχέτευσης, η υδροστατική πίεση των ιστών πρέπει να αυξηθεί. Αυτό επιτυγχάνεται με εξωτερική συμπίεση του δέρματος. Η λεμφική και φλεβική επιστροφή μπορεί επίσης να αυξηθεί με ανύψωση του άκρου.

Το πρόγραμμα της Ολοκληρωμένης Αποσυμφορητικής Φυσιοθεραπείας αποτελείται από δύο φάσεις:

1. ΜΕΙΩΣΗ ΟΙΔΗΜΑΤΟΣ. Η πρώτη φάση διαρκεί 2-4 εβδομάδες εντατικής αποσυμφορητικής θεραπείας και περιλαμβάνει:

- MLD (Manual Lymph Drainage): Χειρομάλαξη λεμφικού συστήματος από την περιφέρεια προς το κέντρο σε όλο το μήκος του άκρου με σκοπό την αποσυμφόρηση του μέλους από το πρωτεϊνικό υγρό.
- Περίδεση με ειδικούς επιδέσμους και ανύψωση του άκρου πάνω από το επίπεδο της καρδιάς (περίπου 30 με 45 μοίρες) κατά τον ύπνο και όσο συχνά γίνεται κατά τη διάρκεια της ημέρας για διατήρηση της ελάττωσης του οιδήματος που επιτεύχθηκε με το MLD και την χαλάρωση του ινώδη συνδετικού ιστού.

- Ισομετρικές και ισοτονικές ασκήσεις μυϊκής αντλίας των περιφερικών μυών για αύξηση της κινητικότητας του μέλους. Οι ασκήσεις δεν πρέπει να γίνονται με ένταση, αλλά με ήπιο και άνετο τρόπο, ακολουθώντας τις οδηγίες του Φυσικοθεραπευτή.
- Διακοπτόμενη μηχανική συμπίεση με αντλία αέρος και μανίκι ή σάκο για αρκετές ώρες ημερησίως.
- Φροντίδα του δέρματος για την αποφυγή μολύνσεων.
- Μέτρηση του μέλους από την πρώτη συνεδρία και στο τέλος κάθε εβδομάδας για τον έλεγχο της εξέλιξης της θεραπείας. (Kisner C, Colby LA, 2003)

2.ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟΥ ΟΙΔΗΜΑΤΟΣ.Η δεύτερη φάση είναι η φάση της συντήρησης και διατήρησης των αποτελεσμάτων της πρώτης φάσης χωρίς την επέμβαση του φυσιοθεραπευτή και περιλαμβάνει:

- Τοποθέτηση ελαστικής κάλτσας ή μανικιού ειδικά μετρημένο και ραμμένο για τον ασθενή. Αποσκοπεί στην αποφυγή επανασηματισμού του οίδηματος.
- Ασκήσεις και βάρδια σε καθημερινή βάση.
- Φροντίδα του δέρματος και των νυχιών.
- Αποφυγή αυξημένου φορτίου στο λεμφικό σύστημα όπως στατική τοποθέτηση του μέλους , εφαρμογή τοπικής θερμότητας, παρατεταμένη χρήση μυών ακόμη και για ελαφρά καθήκοντα και θερμό περιβάλλον .
- Επαναλαμβανόμενες επισκέψεις στον Γιατρό και Φυσιοθεραπευτή.
(Kisner C, Colby LA)

Ο ρόλος της φυσικοθεραπείας για την αντιμετώπιση του λεμφοοίδηματος είναι πρωταρχικής σημασίας καθώς η λεμφική μάλαξη, η περίδεση, οι ασκήσεις και η επιλογή των ενδυμάτων συμπίεσης πρέπει να εφαρμόζονται από φυσικοθεραπευτή εξειδικευμένο στην αντιμετώπιση του λεμφοοίδηματος. Στο αρχικό στάδιο θεραπείας, η λεμφική μάλαξη και η περίδεση πρέπει να γίνονται σε καθημερινή βάση. Όταν το οίδημα υποχωρήσει, το πρόγραμμα και η συχνότητα της θεραπείας τροποποιούνται, δίνοντας έμφαση στη διατήρηση των

επιδράσεων της θεραπείας, με τη συμμετοχή του ίδιου του ασθενή (αυτοφροντίδα).

4.10 ΜΑΛΑΞΗ ΛΕΜΦΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Αυτός ο όρος αρχικά αναφέρεται στις τεχνικές μάλαξης από τον Dr Emil Vodder , αλλά σήμερα αυτό χρησιμοποιείται και ως μάλαξη του λεμφικού συστήματος. Η μάλαξη του λεμφικού συστήματος είναι μια πολύ ελαφριά τεχνική μάλαξης και δεν πρέπει ποτέ να είναι δυσάρεστη ή επώδυνη για την ασθενή . Ο σκοπός της μάλαξης του λεμφικού συστήματος είναι :

- αύξηση του σχηματισμού της λέμφου
- αύξηση της κινητικότητας της λέμφου και του υγρού των ιστών
- αύξηση της κινητικότητας των λεμφαγγείων
- αύξηση του χρόνου του λεμφικού όγκου με την ελάττωση των λεμφικών αγγείων
- μαλάκυνση των ινωδών περιοχών

Οι αρχές της μάλαξης του λεμφικού συστήματος: Ένα πλήθος τεχνικών μάλαξης έχουν αναπτυχθεί. Ευρύτατα χρησιμοποιούμενη είναι η θεραπεία Vodder και Foldi στην Ευρώπη και στην Αυστραλία και η θεραπεία Casley – Smith. Όλες έχουν τις ίδιες αρχές.

- Οι κινήσεις είναι αργές, δεδομένου ότι η λέμφος είναι ένα αργά αναπτυσσόμενο υγρό.
- Η βέλτιστη πίεση μάλαξης είναι σημαντική, καθώς μια πολύ ισχυρή μάλαξη θα μπορούσε να συμπιέσει τα επιφανειακά λεμφαγγεία και επομένως να εμποδίσει την ροή της λέμφου.
- Ολόκληρο το σώμα χρήζει θεραπείας, ιδιαίτερα ο θώρακας που δημιουργεί μια δεξαμενή μέσα στην οποία το υγρό του άκρου μπορεί να διοχετευτεί.

- Οι λεμφαδένες χρειάζεται να διεγερθούν. Πρέπει να είναι απελευθερωμένοι από το υγρό της λέμφου, έτσι ώστε το υγρό από το άκρο να μπορέσει να απορροφηθεί εκ νέου.
- Οι αναστομώσεις πρέπει να είναι ανοιχτές για νέες οδούς πέρα από την ανάγκη να δημιουργηθούν αποθήκες νερού.
- Τα τεταρτημόρια παραπλεύρως του λεμφοιδηματώδους άκρου πρέπει να αντιμετωπισθούν.
- Το άκρο θεραπεύεται από το κέντρο προς την περιφέρεια.
- Οι ουλές είναι ανάγκη να ληφθούν υπόψη ως τριχοειδή λεμφικά αγγεία τα οποία δεν είναι ικανά να διαμορφώσουν ουλώδη ιστό λεπτότερο από 0,5-1mm.

Βασικός κανόνας αυτής της μάλαξης είναι πως η κίνηση γίνεται από την πιο έκκεντρη προς την πιο απομακρυσμένη ζώνη. Είναι λογικό γιατί πρέπει να αδειάσουν πρώτα τα λεμφαγγεία που είναι πιο κοντά στην περιοχή όπου υπάρχει το μπλοκάρισμα. Το σημείο όπου η λέμφος ξαναπέφτει στο αίμα ονομάζεται TERMINUS και βρίσκεται στην βάση του αυχένα όπου υπάρχει η σφαγίτιδα και υποκλείδια φλέβα. Πριν από την έναρξη της τεχνικής θα πρέπει πάντα να ενεργοποιείται πρώτα η ζώνη PROFUNDUS που βρίσκεται κάτω από το αυτί στην έκφυση του στερνοκλειδομαστοειδή μυ.

Επίσης βασικό είναι ότι υπάρχουν 3 χρόνοι: ένας ενεργητικός και 2 παθητικοί χρόνοι.

- Επαφή με τα χέρια ή τα δάχτυλα σε όλη την επιφάνεια.
- Μια ελαφρά πίεση.
- Χαλάρωση.

Όλη η τεχνική βασίζεται σε 4 διαφορετικούς χειρισμούς :

- Κυκλικές κινήσεις
- Λαβή αντλίας
- Λαβή στραγγίσματος
- Λαβή παλάμης.

Αυτοί οι χειρισμοί χρησιμοποιούνται μεμονωμένοι ή σε συνδυασμό μεταξύ τους. Ο ρυθμός θα πρέπει να είναι αργός σταθερός, η πίεση ελαφριά σαν άγγιγμα χωρίς να προκαλείται πόνος ούτε ερυθρότητα στο δέρμα. Ο αριθμός των συνεδριών εξαρτάται από την έκταση του οιδήματος και το πρόβλημα και συνήθως ελάχιστος χρόνος θεωρείται μία συνεδρία ανά εβδομάδα μέχρι μέγιστο 1 συνεδρία την ημέρα. Κάθε συνεδρία ξεκινάει και τελειώνει με ελαφρά αγγίγματα τα οποία βοηθάνε να προσαρμοστεί ο φυσικοθεραπευτής με το σώμα του ασθενή αλλά και να το χαλαρώσει. Η πίεση που ασκείται στην κλασική μάλαξη συνήθως είναι 60 – 80 Torr ενώ στη λεμφική μάλαξη πρέπει να είναι 20 – 30 δηλαδή αντίστοιχη της πίεσης που απαιτείται για να κρατήσουμε ένα φύλλο χαρτί ώστε να μη πέσει κάτω. Αυτό υποδηλώνει μέγιστη ώθηση και πίεση μηδενική. (Olivieri L., 2006)

4.10.1 Σωστή τοποθέτηση χεριών και βασικοί χειρισμοί της τεχνικής



Εικ 37 Χειρισμός μάλαξης
(www.physio.gr)

Για την μάλαξη του λεμφικού συστήματος τα χέρια είναι το μοναδικό μέσο. Χρησιμοποιείται ολόκληρη η επιφάνεια του χεριού για μεγάλες περιοχές : γάμπες, ράχη, θώρακα, ενώ τα δάχτυλα για τις μικρότερες : λαιμό, πρόσωπο, χέρια, πόδια και πλευρές. Η σωστή θέση και κίνηση των χεριών χρησιμεύει όχι για να πιέζει αλλά για να διευκολύνει την κυκλοφορία της λέμφου προς τη σωστή κατεύθυνση. Αυτοί οι χειρισμοί μπορούν να επιταχύνουν την κυκλοφορία μέχρι και είκοσι φορές περισσότερο από το φυσιολογικό ρυθμό.

Επίσης στην λεμφική μάλαξη συμμετέχει και ο καρπός που συχνά είναι το πιο κουραστικό μέρος. Τα χέρια είναι σχεδόν σε παθητική στάση ενώ όλη η κίνηση δίνεται από τον καρπό σε συγκεκριμένο βάρος και πίεση. Οι κινήσεις είναι πάντα πολύ αργές, με ρυθμό και επαναλαμβάνονται συνεχώς στα διάφορα μέρη του σώματος. Οι βασικές κινήσεις είναι 4.

α) η πρώτη κίνηση (λαβή παλάμης).

Είναι στατικού τύπου, γενικά υπάρχει μία ταλάντωση σε κίνηση ελλειπτική που πραγματοποιείται με τα 4 δάχτυλα που εφαρμόζονται πάνω στη ζώνη που μαλάσσεται. Στην αρχή του χειρισμού υπάρχει ελάχιστη επαφή με το δέρμα και στην συνέχεια τα δάχτυλα εφαρμόζουν πίεση βαθμιαία αυξανόμενη για να επιστρέψουν και πάλι στο άγγιγμα. Η ταλάντωση ακολουθεί τον καρδιακό ρυθμό. Οι ιστοί κατ' αυτόν τον τρόπο τεντώνονται, οι μύες χαλαρώνουν οπότε η λέμφος κινητοποιείται ευκολότερα. Αυτός ο ίδιος χειρισμός μπορεί να γίνει με τα χέρια το ένα πάνω στο άλλο ή με τις παλάμες ή με τα μαξιλαράκια των δακτύλων ακόμη και μόνο με τους αντίχειρες. Δουλεύει πολύ ο καρπός ενώ τα δάχτυλα παραμένουν σε πιο παθητική στάση. Αυτός ο χειρισμός είναι περισσότερο για τις μεγάλες κεντρικές περιοχές των λεμφαδένων.

β) δεύτερος χειρισμός – χειρισμός σε C (λαβή αντλίας)

Σε αυτόν τον χειρισμό η κίνηση γίνεται με την παλάμη και τον αντίχειρα. Ο αντίχειρας εφάπτεται ελαφρά πάνω στο δέρμα και κινείται προς την σωστή κατεύθυνση. Με αυτόν τον τρόπο ενεργοποιείται σαν μία βεντούζα. Για να υπάρχει το επιθυμητό αποτέλεσμα πρέπει η κίνηση να εκτελείται πάντα προς την σωστή κατεύθυνση και να μετακινείται ο αντίχειρας μετά από 6 – 7 επαναλήψεις. Ζώνες που χρησιμοποιείται κυρίως αυτός ο χειρισμός είναι : γάμπες, βραχίονες, γλουτοί και τετρακέφαλοι.

γ) Η τρίτη κίνηση – κυκλική λαβή

Στην πραγματικότητα είναι συνδυασμός των 2 πρώτων. Χρησιμοποιούνται και τα δύο χέρια μας μαζί, οι αντίχειρες και το κέντρο της παλάμης προκαλούν μία

πίεση και μετά χαλάρωση στην ζώνη. Τα χέρια περιστρέφονται και κινούνται λοξά ως προς την επιφάνεια του δέρματος, προκαλώντας πίεση μέχρι 20 – 30 mm Hg και σταδιακά ελαττώνεται η πίεση με τον ίδιο ρυθμό. Κάθε 6 – 7 επαναλήψεις μετακινούνται τα χέρια.

δ) Η τέταρτη κίνηση – χειρισμός στραγγίσματος

Τα δάχτυλα είναι σε διάταση, ο αντίχειρας είναι όσο το δυνατόν πιο απομακρυσμένος ενώ ο δείκτης κοιτάζει τη φορά της λέμφου. Η πίεση είναι κυκλική και εφαρμόζεται από τα ελεύθερα δάχτυλα χωρίς όμως να εμποδίζουν τα μήλα των δακτύλων την κίνηση. Αυτός ο χειρισμός είναι καλός ιδιαίτερα για την κοιλιά, τον θώρακα και την ράχη. (Oliviery L., 2006) (Εικ. 38)



Εικ 38 Χειρισμός μάλαξης

www.physio.gr

4.10.2 Αντενδείξεις για το χειρισμό της λεμφικής παροχέτευσης

- Η κακοήθεια είναι μια σχετική αντένδειξη και πρέπει να συζητηθεί με τον θεράποντα ιατρό .
- Οποιαδήποτε οξεία φλεγμονή
- Χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια . Μεγάλη ποσότητα υγρού ωθείται προς το σώμα επιβαρύνοντας έτσι την καρδιοαγγειακή κυκλοφορία ακόμη περισσότερο. (Olivieri L., 2006)

4.11 ΕΠΙΔΕΣΗ ΚΑΙ ΠΙΕΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΥΜΑΤΩΝ

Οι επίδεσμοι είναι απαραίτητοι γιατί παρέχουν την δυνατότητα κατάλληλης συμπίεσης και διατηρούν την μείωση που επιτυγχάνεται από τους χειρισμούς της λεμφικής μάλαξης. Αυτοί προσαρμόζονται αργά μειώνοντας την περιφέρεια του άκρου και για αυτό χρησιμοποιούνται κατά την διάρκεια της έντονης φάσης θεραπείας . Μετά από αυτό τα πιεστικά ενδύματα χρησιμοποιούνται για να διατηρήσουν την μείωση .

Ο σκοπός της επίδεσης είναι :

- Αύξηση της συνολικής πίεσης του ιστού
- Πρόκληση ξεκούρασης και εργασιακής πίεσης
- Διατήρηση της πίεσης που έχει επιτευχθεί μέσω των χειρισμών λεμφικής παροχέτευσης .
- Αφαλάτωση των ινωδών περιοχών με ειδικό επίθεμα .(Saunders W. B. et al, 1999)

4.11.1 Αρχές της επίδεσης

- Κατά την πρώτη μέρα της θεραπείας οι επίδεσμοι είναι τοποθετημένοι μόνο μέχρι τον αγκώνα.

- Στην αρχή της θεραπείας οι επίδεσμοι εφαρμόζονται με ελαφριά πίεση η οποία αυξάνει καθώς η θεραπεία εξελίσσεται .
- Οι επίδεσμοι εφαρμόζονται με ελαφρώς υψηλότερη πίεση περιφερειακά από ότι κεντρικά .
- Το ποσοστό της πίεσης που εφαρμόζεται μπορεί να ποικίλει αυξάνοντας ή μειώνοντας την επικάλυψη του επιδέσμου ή εφαρμόζοντας έναν πρόσθετο επίδεσμο πέρα από αυτούς που εφαρμόστηκαν ήδη .
- Η κυκλοφορία πρέπει να ελεγχθεί όταν ολοκληρωθεί η περιδέση . Στην αρχή της θεραπείας ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για το ποια ενέργεια πρέπει να κάνει σε περίπτωση που η κυκλοφορία είναι σε έκθεση. (Saunders W. B. et al, 1999)

4.11.2 Αντενδείξεις για την εφαρμογή πίεσης

- Χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια
- Αρτηριακή ανεπάρκεια (Saunders W. B. et al, 1999).

4.11.3 Διαδικασία επίδεσης

- Οι επίδεσμοι γάζας εφαρμόζονται στα δάχτυλα των χεριών με ελαφριά πίεση. Οι άκρες των δακτύλων δεν θα πρέπει να καλυφθούν έτσι ώστε να μπορεί να ελεγχθεί η κυκλοφορία .
- Το πρώτο στρώμα της επίδεσης των άκρων αποτελείται από λεπτό βαμβάκι καλτσοδέτας που χρησιμοποιείται στο δέρμα για την υγιεινή της περιοχής . Αυτό θα εμποτίσει τον ιδρώτα και θα προστατεύσει το δέρμα από το συνθετικό υλικό που θα χρησιμοποιηθεί στο επόμενο στρώμα .
- Το δεύτερο στρώμα αποτελείται από γέμισμα υπό μορφή συνθετικού ‘μαλλί βαμβακιού’ ή χαμηλής πυκνότητας αφρό .Η λειτουργία αυτού του στρώματος είναι να ισοσταθμίσει οποιαδήποτε οστεώδη προεξοχή ή δερματικές πτυχές και να δημιουργήσει κυλινδρική μορφή . Η αποτυχία της επίτευξης των αποτελεσμάτων οδηγεί σε αυξανόμενες πιέσεις πέρα από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα . Αυτό συχνά ενισχύεται περαιτέρω από κομμάτια αφρού γύρω από την ραχιαία και παλαμιαία επιφάνεια του χεριού.

- Πρόσθετο γέμισμα αφρού χρησιμοποιείται κάτω από τους επιδέσμους για να αποφευχθεί η αύξηση της πίεσης αυτών κατά την διάρκεια της κίνησης. Στον βραχίονα απαιτείται στο σημείο του ωλένιου βόθρου.
- Το τρίτο στρώμα περιλαμβάνει τους επιδέσμους χαμηλής ελαστικότητας για να εφαρμόσει την πίεση στο άκρο . Η χαμηλής ελαστικότητας επίδεσμοι δίνουν μια χαμηλή στηρικτική πίεση (εξωτερική πίεση , με στήριξη) και μια εξαιρετική λειτουργική πίεση (εσωτερική πίεση) κατά την διάρκεια της μυϊκής δραστηριότητας.
- Είναι σημαντικό για τους επιδέσμους να εφαρμοσθούν ομοιόμορφα , η πίεση τους αυξάνεται περιφερειακά και μειώνεται ελαφρώς κεντρικά . Το τελείωμα των επιδέσμων ασφαρίζεται πάντα με tape και ποτέ με συνδετήρες , για να αποφευχθεί οποιοσδήποτε δερματικός τραυματισμός. (Saunders W. B. et al, 1999)



Εικ 39 Ένδυμα συμπίεσης με επίδεση (www.physio.gr)

4.12 ΕΝΔΥΜΑΤΑ ΣΥΜΠΙΕΣΗΣ

Αφότου έχει μειωθεί το λεμφοίδημα μέσω των χειρισμών λεμφικής παροχέτευσης και της επίδεσης , είναι απαραίτητο για τον ασθενή να φορέσει ένα

ένδυμα συμπίεσης για να διατηρήσει τη μείωση . Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα , χωρίς συμπίεση , το άκρο θα έχει συσσωρεύσει υγρό στο προηγούμενο μέγεθος του μέσα σε έναν μήνα (Swedborg, 1984) . Κατά την διάρκεια της χρήσης ενός ενδύματος πίεσης ο ινώδης ιστός μπορεί να μειωθεί ακόμη περισσότερο .

Ένα επί παραγγελία ένδυμα είναι πάντα προτιμότερο άλλα όχι πάντα εφικτό .

Ανάλογα με τον κατασκευαστή και τις απαιτήσεις , το κόστος της παραγγελίας ενός ενδύματος θα μπορούσε να είναι 1.5-6 φορές περισσότερο από την τιμή ενός έτοιμου ενδύματος . Ένα καλώς κατασκευασμένο ένδυμα είναι απαραίτητο και για αυτό πρέπει να :

- Εφαρμόζεται οπουδήποτε χωρίς πτυχές , τόσο κατά την ανάπαυσή όσο και κατά την κίνηση .
- Μην είναι κομμένο κατά μήκος του αγκώνα ώστε να μην εμποδίζει την κάμψη και την έκταση .
- Είναι αρκετά μακρύ για να καλύψει το άκρο από την μασχάλη χωρίς να διακοπεί.

Η ασθενής πρέπει να είναι σε θέση να εφαρμόσει το ένδυμα από μόνη της. Απαιτούνται δύο ενδύματα (ένα που πλένουν και ένα που φορούν). Τα περισσότερα ενδύματα έχουν διάρκεια ζωής 4-6 μήνες . Υπάρχει όμως ποικιλία ενδυμάτων τα οποία είναι διαθέσιμα , ανάλογα με τις απαιτήσεις της κάθε ασθενούς . Για παράδειγμα το μανίκι του χεριού μπορεί να περιβάλλεται από ένα γάντι , έτσι ώστε να καλύψει το βραχίονα από το χέρι ως την μασχάλη , ή να επεκταθεί από τον καρπό ως την μασχάλη με ένα ξεχωριστό γάντι για το χέρι .

Οι πιέσεις που χρησιμοποιούνται στα ενδύματα συμπίεσης , διαιρούνται σε κατηγορίες με διαφορετική ταξινόμηση μεταξύ των κατασκευαστών . Η συμπίεση για ένα μέσης τιμής λεμφοοιδηματώδες μανίκι βραχιονίου είναι 25-40 mmHg , ανάλογα πάντα με τον κατασκευαστή.

Εκ νέου , η περιδέση και η ανάγκη ενδυμάτων συμπίεσης πρέπει να προσαρμοσθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες της κάθε ασθενούς (Saunders W. B. et al, 1999).



Εικ. 40 Ένδυμα συμπίεσης
(www.physio.gr)



Εικ. 41 Τοποθέτηση ενδύματος συμπίεσης
(national breast and ovarian
cancer centre)

4.13 ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα του λεμφοιδηματώδους άκρου έχει την τάση να είναι ξηρό και εξαιτίας αυτού συστήνεται κανονική εφαρμογή ενός αποστειρωμένου και υγρού επιθέματος . Κάθε δερματική μυκητίαση χρειάζεται περαιτέρω προσοχή, δεδομένου ότι ο ορός αφήνει μικρές πτυχές στο δέρμα το οποίο αυξάνει το κίνδυνο μόλυνσεων . Η σχολαστική προσωπική υγιεινή απαιτείται επίσης για να μειώσει αυτό τον κίνδυνο, δεδομένου ότι το δέρμα παρέχει ένα προστατευτικό φραγμό κατά της μόλυνσης (Saunders W. B. et al, 1999).

4.14 ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΣΥΜΠΙΕΣΗΣ

Οι συσκευές συμπίεσης έχουν χρησιμοποιηθεί εκτενώς τα τελευταία 10-15 χρόνια. Παλαιότερα χρησιμοποιούνταν μια αντλία θαλάμου, αλλά σήμερα έχει

αντικατασταθεί από την διαλείπουσα αντλία συμπίεσης . Ένα διογκώσιμο πλαστικό μανίκι εφαρμόζεται στο άκρο , που εσωκλείει το χέρι. Το μανίκι διογκώνεται έπειτα και συμπιέζει το άκρο σε ένα καθορισμένο κύκλο με μεταβλητή συμπίεση. Οι διαδοχικές αντλίες έχουν πολλαπλάσιους μικρούς θαλάμους που διογκώνουν και ξεφουσκώνουν σε μια ακολουθία. Η ιδανική πίεση έχει μέγιστη τιμή 45 mmHg για το υψηλά πρωτεϊνικό λεμφοίδημα και 15 mmHg για το χαμηλής πρωτεΐνης λεμφοίδημα (Casley – Smith, 1994) .

Η έρευνα έχει δείξει ότι η αντλία θαλάμου μόλις ‘ ωθήσει’ το υγρό του ιστού στο κεντρικό μέρος του άκρου, αλλά αφήνοντας την πρωτεΐνη πίσω αυτό προσελκύει το υγρό ξανά. Οι μικρές ποσότητες πρωτεΐνης που μεταφέρθηκαν προς το σώμα παρέμειναν στο κεντρικό τέλος του άκρου και συγκέντρωσαν με αργούς ρυθμούς ένα ινώδες δαχτυλίδι γύρω τους. Αυτό κατέστησε την μεταφορά της λέμφου από το άκρο στον κορμό ακόμη δυσκολότερη και στο τέλος αύξησε την δριμύτητα του λεμφοιδήματος .

Η αντλία δεν πρέπει να επιτρέπεται να παίρνει μέρος στην παθητική θεραπεία. Το σώμα πρέπει να προετοιμαστεί για τους χειρισμούς της λεμφικής μάλαξης και να δημιουργήσει μια δεξαμενή που να στραγγίζεται σε αυτή το υγρό, πριν από την χρήση αντλιών .

Ενώ η διαλείπουσα συσκευή συμπίεσης εφαρμόζεται η ασθενής πρέπει συνεχώς να στραγγίζει το κεντρικό μέρος του άκρου . Κατάλληλα χρησιμοποιημένη η αντλία συμπίεσης μπορεί να αποβεί πολύ χρήσιμη μαλακώνοντας τις σκληρές , ινώδεις περιοχές. Το Διεθνές Συνέδριο Λεμφολογίας το 1993 κατέληξε σε μια γενική συμφωνία ότι η αντλία δεν πρέπει ποτέ να χρησιμοποιείται μόνη και ότι ο κορμός πρέπει να είναι προετοιμασμένος πριν εφαρμοσθεί η μηχανή (Casley – Smith, 1994). Η μέγιστη επιπλοκή κατά την διάρκεια της θεραπείας των χεριών εμφανίζεται εάν ο κορμός δεν έχει προετοιμαστεί οπότε θα εμφανισθεί γενετική διόγκωση (Casley Smith, 1994).



Εικ 42 Συσκευή συμπίεσης (www.physio.gr)



Εικ 43 Συσκευή συμπίεσης (www.physio.gr)

4.15 ΚΙΝΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΑΣΚΗΣΕΙΣ

Η δράση των μυών καθώς και η παθητική κίνηση ενισχύουν την είσοδο και την ροή του υγρού μέσα στο πρωτογενές λεμφικό σύστημα . Ο σκοπός της άσκησης είναι η :

- Κινητοποίηση του λεμφικού υγρού.
- Διατήρηση ή βελτίωση της κινητικότητας των αρθρώσεων.
- Βελτίωση της στάσης του σώματος.

4.15.1 Αρχές για την εφαρμογή των ασκήσεων

- Κάθε πρόγραμμα ασκήσεων πρέπει να σχεδιαστεί ατομικά για την κάθε ασθενή από τον φυσιοθεραπευτή , και να λαμβάνει υπόψη την ηλικία της ασθενούς , τις καθημερινές δραστηριότητες της και το επίπεδο ικανότητας της, καθώς επίσης και άλλα μυοσκελετικά προβλήματα.
- Καθώς ασκείται κατά την διάρκεια της έντονης θεραπευτικής φάσης, οι επίδεσμοι πρέπει να φορεθούν . Στην επόμενη φάση οι επίδεσμοι θα αντικατασταθούν από ένα ένδυμα συμπίεσης κατά την διάρκεια των ασκήσεων .
- Όπως στο χειρισμό λεμφικής μάλαξης οι ασκήσεις πρέπει να ξεκινήσουν από τον κορμό , περιλαμβάνεται έπειτα το άκρο ξεκινώντας από τις κεντρικές ομάδες μυών , που επικεντρώνονται στους μεγάλους μύες .
- Το πρόγραμμα άσκησης πρέπει να διεξαχθεί με μια φάση συστολής του ενός δευτερολέπτου και μια φάση χαλάρωσης των πέντε δευτερολέπτων (Piller N.B., Swedborg I., Norrefalk J.R ,1992) .
- Η θεραπευτική αγωγή άσκησης πρέπει να περιλαμβάνει βαθιά αναπνοή καθώς η αρνητικά ενδοθωρακική πίεση ενισχύει την ροή της λέμφου στον θωρακικό σωλήνα (Kisner C., Colby L.A.).

Οι μελέτες υποδεικνύουν ότι η ελαφριά άσκηση μπορεί να βοηθήσει να μειωθούν τα συμπτώματα του λεμφοιδήματος των άκρων βοηθώντας τη ροή της

λέμφου μέσω των λεμφαγγείων. Η άσκηση μπορεί επίσης να βοηθήσει στη διατήρηση υγιεινού σωματικού βάρους, εφόσον το περιττό σωματικό βάρος μπορεί να επιβραδύνει τη λεμφική ροή. (National Breast and Ovarian Cancer Centre 2008)

Ορισμένα είδη άσκησης θεωρείται πως παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο από άλλα για τα άτομα με λεμφοίδημα. Για παράδειγμα, οι δραστηριότητες υψηλής ταχύτητας, όπως τένις και μπόουλινγκ επιβαρύνουν το άνω άκρο, ή έχουν υψηλότερο κίνδυνο τραυματισμού από άλλες δραστηριότητες όπως το κολύμπι. Αυτό δεν σημαίνει ότι κάποιος με λεμφοίδημα δεν θα πρέπει να παίξει τένις ή γκολφ. (Harris SR, Niesen -Vertommen S, 2000)

Είναι επίσης σημαντικό να γνωρίζουμε αν το άτομο έχει εξειδίκευση σε κάποιο άθλημα / δραστηριότητα πριν από την ανάπτυξη λεμφοιδήματος. Ένα πρόγραμμα άσκησης εξειδικευμένο στο άθλημα μπορεί να εφαρμοστεί για να βελτιώσει το άτομο τη δύναμη, την ευελιξία και την αντοχή στις μυϊκές ομάδες που χρησιμοποιεί περισσότερο σε αυτό το άθλημα / δραστηριότητα. Κάποια άτομα με λεμφοίδημα θέλουν να γυμναστούν με βάρη. Μια αργή εξέλιξη με λίγα βάρη μπορεί να γίνει με ασφάλεια και μπορεί να επιτρέψει σε ένα άτομο να αναπτύξει καλή δύναμη και αντοχή σε κάθε ομάδα μυών. (Harris SR, Niesen -Vertommen S, 2000) Το σημαντικό πράγμα που πρέπει να εξετάζει είναι εάν αισθάνεται καλά μετά την άσκηση και πώς το προσβεβλημένο άκρο αντιδρά μετά από αυτήν.

4.16 ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

4.16.1 Παλμικά μαγνητικά πεδία

Το παλμικό μαγνητικό πεδίο διεισδύει στο σώμα ομοιόμορφα, ανεπηρέαστο και επιδρά στην ενδοκυτταρική κίνηση των ιόντων, αυξάνει δηλαδή την διαπερατότητα της κυτταρικής μεμβράνης. Αποτέλεσμα αυτού είναι η ελάττωση

του οιδήματος και του πόνου, η γρήγορη απομάκρυνση των προϊόντων του μεταβολισμού, η αύξηση της παροχής οξυγόνου στην περιοχή, ενώ και τα περιφερειακά κινητικά νεύρα επανακτούν την λειτουργικότητα τους.

(www.physio.gr)

4.16.2 Λείζερ

Η θεραπεία των λείζερ για το λεμφοίδημα δίνει μεγάλες υποσχέσεις . Θεωρείται ότι η αναγέννηση των λεμφικών αγγείων μπορεί να βοηθήσει με την χρήση του λείζερ , αυξάνοντας την διάμετρο και βελτιώνοντας την συσταλτικότητα του αγγείου . Η θεραπεία με λείζερ μπορεί να βοηθήσει στην αφαίρεση της στάσιμης πρωτεΐνης και να αυξήσει την δραστηριότητα των μακροφάγων . Μελέτες έχουν διερευνήσει τη χρήση της θεραπείας λείζερ στο να βοηθά να μαλακώνει ο ουλώδης ιστός και να βελτιώνεται η λειτουργία των λεμφαγγείων. Ένας μικρός αριθμός μελετών υποδεικνύουν ότι αυτή η θεραπεία μπορεί να έχει μερικά οφέλη, αλλά χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να επαληθεύσει τις δόσεις και την αγωγή της θεραπείας. (National Breast and Ovarian Cancer Centre 2008)

4.16.3 Υδροθεραπεία

Αν και η επίδραση της υδροθεραπείας στο λεμφοιδηματώδες άκρο δεν έχει ερευνηθεί , η γνώση των φυσικών χαρακτηριστικών του ύδατος υποδηλώνει ότι αυτό αποτελεί το ιδανικό περιβάλλον για άσκηση . Η άνωση του ύδατος θα μειώσει την ένταση του άκρου και η άσκηση θα γίνει ευκολότερα .

- Η υδροστατική πίεση θα εφαρμόσει την συμπίεση πάνω στη λεμφοιδηματώδη περιοχή και θα δράσει ως μανίκι .
- Η θερμότητα του ύδατος θα βοηθήσει στην χαλάρωση των μυών .
- Η θερμοκρασία δεν πρέπει να υπερβεί τους 30-31 βαθμούς Κελσίου .

Η δυνατότητα της ομαδικής εργασίας ή της ατομικής κολύμβησης παρέχει μια κάποια ποικιλία . Όπως και με άλλες ασκήσεις , είναι απαραίτητο για τον κάθε

ασθενή να βρει το επίπεδο δραστηριότητας του . Είναι ενδεδειγμένο να ξεκινήσει με μια πολύ σύντομη συνεδρίαση ώστε να αποφύγει την κούραση και έπειτα να ξεκουραστεί με το άκρο ανυψωμένο. Καθώς η υδροστατική πίεση δρα ως μανίκι κατά την διάρκεια της κολύμβησης , είναι σημαντικό να εφαρμοσθεί το ένδυμα κατευθείαν μετά από την συνεδρίαση υδροθεραπείας (Saunders W.B. et al, 1999)

4.17 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Τα διουρητικά και τα βενζοπυρένια είναι δύο φάρμακα που πάντα παραθέτονται σε συνδυασμό για την θεραπεία του λεμφοιδήματος. Η αποτελεσματικότητά τους αμφισβητείται.

ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ

Τα διουρητικά αναγράφονται για το λεμφοίδημα, σε πολλές περιπτώσεις ως μια μακροχρόνια θεραπεία. Εντούτοις, δεδομένου ότι η ελλοχεύουσα αιτία του λεμφοιδήματος είναι αυξανόμενης πρωτεϊνικής στασιμότητας, η αφαίρεση του ύδατος αυξάνει την πρωτεϊνική συγκέντρωση ακόμη περισσότερο και το λεμφοιδηματώδες άκρο, μακροπρόθεσμα, θα γίνει ακόμη πιο ινώδες. (Foldi,1989). Αν έχουν ληφθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα και ξαφνικά τα σταματήσουν το σώμα (δηλαδή τα νεφρά) δυσκολεύονται και αργούν να προσαρμοστούν. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, μπορεί να υπάρξει μια άμεση επιδείνωση του λεμφοιδήματος. (Casley- Smith JR,2001)

BENZOPYRENIA

Τα βενζοπυρένια αποκαλούνται επίσης και κουμαρίνες. Αυτό το φάρμακο υποκινεί τα μακροφάγα για να δράσουν ως νεκροφάγα κύτταρα στα στατικά πρωτεϊνικά κύτταρα.

Αρχικά θεωρήθηκε ότι τα βενζοπυρένια θα αύξαναν την ροή της λέμφου ή θα βοηθούσαν να αυξήσουν παράλληλα τα λεμφαγγεία γρηγορότερα, αλλά η δράση τους βρίσκεται μόνο στην αυξανόμενη πρωτεόλυση (Piller N.B., Swedborg I.,

Norrefalk J.R ,1992). Μετά από αναφορές για πιθανότητα αυξανόμενης ηπατικής τοξικότητας μια μορφή βενζοπυρένιων είχε κατά τόπους αποσυρθεί, εν αναμονή των περαιτέρω ερευνών.

Ορισμένα φάρμακα μπορεί να επιδεινώσουν το λεμφοίδημα. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται τα στεροειδή και μερικά φάρμακα για την πίεση του αίματος.

4.18 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Η εγχείρηση για το λεμφοίδημα συνιστάται γενικά μόνο όταν άλλες επιλογές θεραπείας δεν υπήρξαν αποτελεσματικές. Οι χειρουργικές τεχνικές μπορεί να περιλαμβάνουν λιποαναρρόφηση ή μικροχειρουργική για να παρακαμφθούν τα αποφραγμένα λεμφαγγεία (National Breast and Ovarian Cancer Centre 2008).

Η χειρουργική επέμβαση μπορεί να διαιρεθεί σε τρεις κατηγορίες :

1. διαδικασίες για την βελτίωση της λεμφικής παροχέτευσης
2. αφαίρεση του λεμφοιδηματώδους ιστού
3. επίδεση των υπερτροφικών λεμφικών αγγείων για να σταματήσουν την προς τα πίσω ροή.

Χειρουργική επέμβαση προτείνεται μόνο σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις. Σχεδόν όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις για λεμφοίδημα συνοδεύονται από εκτεταμένες ουλές και δεν συνιστώνται για μικρού ή μέτριου βαθμού λεμφοίδημα. Κύριες ανησυχίες της επέμβασης είναι τόσο το ποσοστό των επιπλοκών όσο και η έκταση της επιδείνωσης του οιδήματος. Σε επιλεγμένους ασθενείς με μεγάλο βαθμού λεμφοίδημα όμως που δεν ανταποκρίνονται καλά στη συντηρητική θεραπεία, μπορεί να προσφέρει μεγάλης διάρκειας όφελος μια νεότερη χειρουργική μέθοδος που ονομάζεται περιμετρική λιποαναρρόφηση (circumferential suction-assisted lipectomy, CSAL).

4.19 ΟΔΗΓΙΕΣ- ΠΡΟΛΗΨΗ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

- Η ασθενής δεν πρέπει να αγνοεί οποιαδήποτε αύξηση στο μέγεθος του άκρου, αντιθέτως πρέπει να επιδιώκει την άμεση θεραπεία του .
- Οποιοδήποτε τραύμα , τομή , μώλωπας , τσίμπημα εντόμου ή αθλητικοί τραυματισμοί πρέπει να αποφεύγονται . Η ασθενής πρέπει επίσης να είναι ιδιαίτερα προσεκτική με τα κατοικίδια ζώα για να αποφεύγει τις γρατσουνιές
- Οποιοσδήποτε τομές ή καταστροφή του δέρματος χρίζουν άμεσης προσοχής. Η περιοχή πρέπει να καθαρίζεται και να εφαρμόζεται αμέσως αντισηπτική κρέμα. Εάν η αμυχή γίνεται ακόμη πιο κόκκινη , η ασθενής πρέπει άμεσα να ενημερώσει και να συμβουλευθεί τον γιατρό της .
- Η ιατρική άποψη είναι αναγκαία αν η ερυθρότητα του δέρματος δεν υποχωρεί γιατί τότε η εμφάνιση μόλυνσης είναι πολύ πιθανή .
- Προσοχή στις λοιμώξεις. Αν συμβούν απαιτείται άμεση αντιμετώπιση με αντιβίωση.
- Αποφεύγετε τις ακραίες θερμοκρασίες, τα καυτά μπάνια, τη σάουνα, ενώ μεγάλη προσοχή πρέπει να δίνετε στην αποφυγή εγκαυμάτων.
- Τα εγκαύματα από τον ήλιο πρέπει να αποφευχθούν.
- Η ασθενής πρέπει να είναι προσεκτική όταν κόβει τα νύχια της .
- Το άκρο πρέπει να διατηρηθεί καθαρό.
- Οι στηθόδεσμοι και τα εσώρουχα δεν πρέπει να αφήνουν εγχοπές . Μετά την αφαίρεση του ενδύματος κανένα σημάδι δεν πρέπει να είναι ορατό .
- Τα μαξιλαράκια κάτω από τους στηθόδεσμούς είναι απαραίτητα ειδικά σε ασθενείς που έχουν μεγάλα στήθη ή έχουν κάνει προσθετική στήθους .
- Μην φοράτε σφικτά ρούχα, δακτυλίδια βραχιόλια κ.α.
- Η άσκηση είναι σημαντική , αλλά όχι υπερβολική άσκηση που μπορεί να εξαντλήσει την ασθενή . Το άκρο δεν πρέπει να πονάει από την κούραση αλλά αν αυτό το σύμπτωμα εμφανισθεί τότε πρέπει το άκρο να ανυψωθεί .
- Ασκηθείτε με δραστηριότητες μικρής έντασης αλλά μεγάλης αποτελεσματικότητας, όπως είναι το κολύμπι, το περπάτημα, κ.α., ενώ δεν θα

πρέπει να αμελείτε το θεραπευτικό πρόγραμμα ασκήσεων που σας έχει δώσει ο Φυσικοθεραπευτής.

- Εάν κάποιος ταξιδεύει με αεροπλάνο ή εάν κάνει ταξίδια μεγάλης διάρκειας με το αυτοκίνητο ή το λεωφορείο , πρέπει να φοράει ένδυμα συμπίεσης στο άκρο που εμφανίζει το πρόβλημα ή πρόσθετη συμπίεση υπό μορφή επιδέσμου πρέπει να εφαρμοσθεί εκτός από το ένδυμα συμπίεσης . Υπάρχει ένα υψηλό ποσοστό λεμφοιδήματος που έχει εμφανισθεί ή έχει χειροτερέψει κατά την διάρκεια ενός ταξιδιού . Η ακριβής αιτία είναι άγνωστη , αλλά υποτίθεται ότι η μειωμένη πίεση της καμπίνας ασκεί κάποια επιρροή . Εάν η καθιστική ζωή ήταν ο μόνος λόγος επιβάρυνσης , τότε τα μακρινά ταξίδια με λεωφορείο ή αυτοκίνητο θα μπορούσαν να έχουν τα ίδια επίδραση . Εντούτοις , αναφορές σχετικές με την ανάπτυξη του λεμφοιδήματος μετά από μακράς διάρκειας ταξίδι με λεωφορείο είναι λιγότερες από τις επιπτώσεις μετά από αεροπορικό ταξίδι. (Brenman ,1991,Casley –Smith και Casley –Smith ,1996)

- Το ξύρισμα πρέπει να γίνεται με ηλεκτρική ξυριστική μηχανή αντί για ξυραφάκι.

- Να κοιμάστε με το πάσχον μέλος σε ανάρροπη θέση

- Το δέρμα πρέπει να είναι μαλακό και καλά ενυδατωμένο, συνεπώς χρειάζεται τακτική ενυδάτωση με μη αρωματισμένη ενυδατική κρέμα με ουδέτερο pH.

- Μην σηκώνετε ή μεταφέρετε βαριά αντικείμενα.

- Τα βαριά φορτία δεν πρέπει να μεταφέρονται με το πάσχον άκρο .

- Όχι αλκοόλ και κάπνισμα.

- Η ένδειξη της πίεσης του αίματος δεν πρέπει να λαμβάνεται από το άκρο που έχει επηρεαστεί (η πίεση του αίματος συμπιέζει το ήδη επηρεασμένο λεμφικό σύστημα) .

- Η φλεβική παρακέντηση δεν επιτρέπεται στο προσβεβλημένο άκρο . Παρόλο που η διαδικασία γίνεται με αποστειρωμένα όργανα , αυτό περιλαμβάνει την συμπίεση για να επιτρέψει την ευκολότερη πρόσβαση στην φλέβα .

- Αναλαμβάνοντας δραστηριότητες όπως πλύσιμο , κλάδεμα , ράψιμο πρέπει να λαμβάνονται συγκεκριμένες προφυλάξεις όπως η χρήση γαντιών και δαχτυλήθρας αντίστοιχα .

- Μια ισορροπημένη διατροφή είναι απαραίτητη. Το λεμφοίδημα είναι ένα υψηλής πρωτεΐνης οίδημα , αλλά μια μείωση της εισαγωγικής πρωτεΐνης θα μειώσει μόνο το πρόβλημα .
- Έρευνες έχουν δείξει ότι η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης λεμφοιδήματος , επομένως η διατήρηση ενός υγιούς σώματος ισορροπημένου βάρους είναι απαραίτητη.(Casley Smith, 1996)
- Αποφεύγετε τα τατουάζ και το τρύπημα του σώματος.

4.20 ΕΠΑΝΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η επανεκτίμηση της κατάστασης σε τακτά χρονικά διαστήματα βοηθάει στον αποτελεσματικό έλεγχο του λεμφοιδήματος. Θα πρέπει να αναφέρονται όλες οι αλλαγές που αισθάνεται η ασθενής, τόσο κατά την διάρκεια της θεραπείας, όσο και στις καθημερινές δραστηριότητες της. Αυτές οι πληροφορίες αποτελούν σημαντική βοήθεια για την θεραπευτική ομάδα, ώστε να λαμβάνει πάντοτε τις καλύτερες αποφάσεις για την μελλοντική αντιμετώπιση της ασθενούς. (Saunders W.B. et al, 1999)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

5.1. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ:

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Principe de Asturias Hospital (Madrid) συμμετείχαν 120 γυναίκες που είχαν διατομή των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Υπήρχαν δύο ομάδες. Στην πρώτη ομάδα (ομάδα έγκαιρης φυσικοθεραπείας) το πρόγραμμα περιελάμβανε: μάλαξη λεμφικού συστήματος (MLD), μάλαξη ουλώδους ιστού, προοδευτικές ενεργητικές και υποβοηθούμενες ασκήσεις ώμου, διατάσεις και οδηγίες. Η δεύτερη (ομάδα ελέγχου) έλαβε μόνο οδηγίες. Το πρόγραμμα διήρκησε τρεις εβδομάδες, με τρεις συνεδρίες την εβδομάδα. 116 ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα και μετά από ένα χρόνο 18 ανέπτυξαν λεμφοίδημα (16%), 14 (25%) από την ομάδα ελέγχου και 4 (7%) από την ομάδα έγκαιρης φυσικοθεραπείας. Υπήρχε παρακολούθηση τέσσερις εβδομάδες μετά το χειρουργείο και τρεις, έξι και δώδεκα μήνες μετά το χειρουργείο. Σε κάθε επίσκεψη γινόταν αξιολόγηση του λεμφοιδήματος χρησιμοποιώντας το ίδιο πρωτόκολλο, το οποίο ήταν: αύξηση 2 εκατοστά ή περισσότερο της επιφάνειας δύο παρακείμενων σημείων συγκρινόμενων με μετρήσεις στο άλλο άκρο. Το δευτεροπαθές λεμφοίδημα εμφανίστηκε 4 φορές πιο ραγδαία στην ομάδα ελέγχου. Το προστατευτικό αποτέλεσμα της έγκαιρης φυσικοθεραπείας παρέμεινε για πολύ καιρό, καθώς η αναλογία ασθενών με διάγνωση δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος στην ομάδα ελέγχου αυξήθηκε προοδευτικά σε σχέση με την ομάδα έγκαιρης φυσικοθεραπείας. Η έγκαιρη φυσικοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη και στην μείωση του δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος σε ασθενείς μετά από καρκίνο του μαστού που παρουσιάζουν διατομή των μασχαλιαίων λεμφαδένων για τουλάχιστον ένα χρόνο μετά το χειρουργείο. Αυτό το αποτέλεσμα δίνει έμφαση στο ρόλο της φυσικοθεραπείας

στην επαγρύπνηση, πρώιμη διάγνωση και θεραπεία του δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος. (Lacomba et al, 2010)

5.2 ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΜΙΑ ΣΥΣΚΕΥΗ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

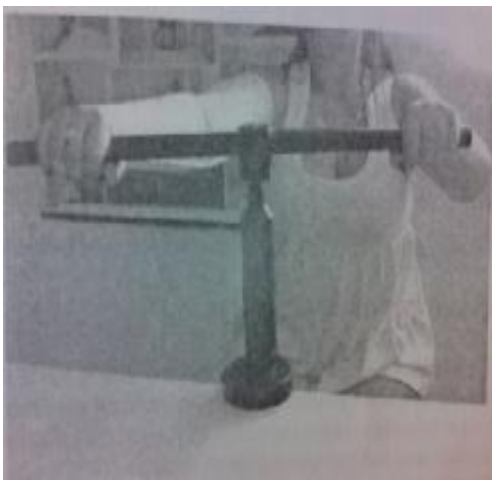
Στόχος αυτής της έρευνας ήταν να αξιολογήσει τη μείωση του μεγέθους του λεμφοιδηματώδους άνω άκρου μετά από θεραπεία του καρκίνου του μαστού χρησιμοποιώντας μια συσκευή διευκόλυνσης. Μέρος στην έρευνα πήραν 21 γυναίκες, όπου όλες είχαν κάνει ακτινοθεραπεία, ο χρόνος από το χειρουργείο ήταν από 2- 12 χρόνια και καμία δεν είχε συμμετάσχει σε κανένα είδος φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης. Οι ασθενείς υποβάλλονταν σε μια σειρά ενεργητικών ασκήσεων για μία ώρα χρησιμοποιώντας μια συσκευή διευκόλυνσης για τέσσερις 12λεπτες περιόδους με διαλείμματα 3 λεπτών μεταξύ τους. Βρίσκονταν σε καθιστή θέση με ευθυγράμμιση της σπονδυλικής στήλης και φορούσαν παράλληλα ένδυμα συμπίεσης. Γινόταν αξιολόγηση του λεμφοιδήματος πριν και μετά από κάθε θεραπεία με τη μέθοδο της ογκομετρίας. Η συσκευή διευκόλυνσης ήταν μια κινητή μπάρα κάμψης τοποθετημένη σε μια μεταλλική βάση σε ύψος 30 εκατοστά από το τραπέζι και σε απόσταση 10 εκατοστά από το σώμα της ασθενούς. (Εικ.) Η συσκευή αναπτύχθηκε μετά από μια πιλοτική μελέτη των άνω άκρων με λεμφοίδημα , η οποία αξιολόγησε τις πιέσεις των κύριων ομάδων μυών, που εμπλέκονται σε κινήσεις κάμψης και στροφής και προκαλούν τις μεγαλύτερες διακυμάνσεις στα φορτίων.

Η μεγαλύτερη δυσκολία στις μυολεμφοκινητικές ασκήσεις είναι ο έλεγχος στον τρόπο που διεξάγονται. Η ανάπτυξη ενεργητικών ασκήσεων που μπορούν να ελέγχονται συνιστά ένα πλεονέκτημα . Είναι πιθανό να μπορεί να κατασκευαστεί μια ξεχωριστή συσκευή για κάθε ασθενή που οδηγεί σε μείωση του

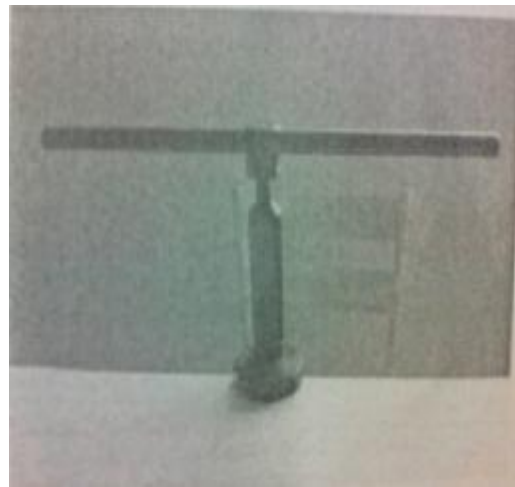
λεμφοιδήματος. Άλλο ένα θετικό είναι ότι οι ασκήσεις μπορούν να γίνουν σε οποιοδήποτε μέρος δίνοντας μεγαλύτερη ανεξαρτησία σε αυτούς τους ασθενείς.

Φυσικά, οι ασκήσεις αυτές δεν αποτελούν την μόνη θεραπεία για το λεμφοίδημα, παρά μόνο ένα μέρος από συνδυασμούς θεραπειών.

Συμπέρασμα: Η ανάπτυξη μυολεμφοκινητικών συσκευών διευκολύνει την ανάδειξη περισσότερων συγκεκριμένων και αποτελεσματικών ασκήσεων στη θεραπεία του λεμφοιδήματος του άνω άκρου. (Godoy et al,2010)



Εικ. 44 Συσκευή διευκόλυνσης
(Godoy et al, 2010)



Εικ. 45 Συσκευή διευκόλυνσης
(Godoy et al, 2010)

5.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΑΠΟΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (CDT) ΣΤΟ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ

Σύμφωνα με το “The Lymphedema Association of Australia” από τα πρώτα 600 άτομα που έλαβαν αγωγή στην Αυστραλία είχαν μέσο όρο πάνω από 50% μείωση του οιδήματος των άκρων, με τα τρία τέταρτα των ασθενών να έχουν πετύχει μείωση μεγαλύτερη από 20% με ολοκληρωμένη αποσυμφορητική

φυσιοθεραπεία (CDT). Υπήρξαν ακραίες μειώσεις που κυμαίνονταν από 25 ως 110% μείωση του οιδήματος. Ένα χρόνο αργότερα, η μείωση κατά μέσο όρο ήταν στο 45%. Αυτό δείχνει πως ο κάθε ασθενής είναι διαφορετικός και αντιδρά διαφορετικά στη θεραπεία. Ο μέσος όρος των αποτελεσμάτων βελτιώθηκε σημαντικά (ως και 90% μείωση), αν πριν την έναρξη της CDT χορηγούνταν από του στόματος βενζοπυρένια. (Casley-Smith JR & Casley-Smith Judith R.,2001)

5.4 Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΑΛΑΞΗΣ ΛΕΜΦΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ (MLD) ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ ΤΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Σε έρευνα που διεξήχθη στο University Hospitals Leuven (Belgium) πήραν μέρος 160 ασθενείς με καρκίνο του μαστού και μασχαλιαία διατομή λεμφαδένων.

Στην επιλογή των ασθενών έπαιξε ρόλο ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) και η ακτινοβολία των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Για έξι μήνες η ομάδα παρέμβασης (79 άτομα) παρακολούθησε θεραπεία αποτελούμενη από οδηγίες σχετικά με την πρόληψη του λεμφοιδήματος, θεραπευτικές ασκήσεις και μάλαξη λεμφικού συστήματος (MLD). Η ομάδα ελέγχου (81 άτομα) ακολούθησε το ίδιο πρόγραμμα χωρίς μάλαξη λεμφικού συστήματος. Οι θεραπευτικές ασκήσεις διαρκούσαν μισή ώρα και γίνονταν δύο φορές τη βδομάδα στην αρχή. Αργότερα, όταν η διαφορά στην κινητικότητα του ώμου με πριν το χειρουργείο ήταν λιγότερη από 20%, μειωνόταν σε μια φορά την εβδομάδα και τότε αν ο ασθενής ήταν σε θέση να ξεκινήσει θεραπεία διατήρησης μια φορά ανά δύο εβδομάδες. Η μάλαξη λεμφικού συστήματος διαρκούσε μισή ώρα. Ξεκινούσε με αύξηση στην συχνότητα από μια φορά τη βδομάδα σε τρεις και μετά πάλι σε μία για να τελειώσει σταδιακά. Όλοι οι ασθενείς μετρήθηκαν πριν και 1, 3, 6 και 12 μήνες μετά το χειρουργείο με τη μέθοδο της ογκομετρίας και την αύξηση 2 εκατοστών ή περισσότερο της

επιφάνειας δύο παρακείμενων σημείων συγκρινόμενων με μετρήσεις στο άλλο άκρο. Επίσης, μετρήθηκε και το βάρος του σώματος. Από τους 160 ασθενείς, 154 (96%) ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα στους 12 μήνες μετά την εγχείριση (75 στην ομάδα παρέμβασης και 79 στην ομάδα ελέγχου).

Τελικά οι ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης είχαν συγκρίσιμα αθροιστική συχνότητα εμφάνισης για λεμφοίδημα, ορισμένο ως αύξηση 200 ml ή περισσότερο 12 μήνες μετά από το χειρουργείο, 18 (24%) στην ομάδα παρέμβασης και 15 (19%) στην ομάδα ελέγχου.

Αποτέλεσμα: Πρόγραμμα θεραπείας 6 μηνών αποτελούμενο από οδηγίες, θεραπευτικές ασκήσεις και μάλαξη λεμφικού συστήματος που εφαρμόστηκε μετά από μασχαλιαία διατομή λεμφαδένων για καρκίνο του μαστού δεν είχε ούτε μέτρια ούτε μεγάλη αποτελεσματικότητα στην πρόληψη του λεμφοιδήματος του άνω άκρου σε σχέση με το ίδιο πρόγραμμα χωρίς τη λεμφική μάλαξη. (N.Devoogdt et al, 2011)

5.5 ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Το λεμφοίδημα είναι η συχνότερη επιπλοκή στην χειρουργική επέμβαση καρκίνου του μαστού, η αιτιολογία του οποίου είναι άγνωστη. Αναθεωρήσαμε όλες τις πληροφορίες μας για να καθορίσουμε τους παράγοντες που σχετίζονται με την επίπτωση του σχηματισμού λεμφοιδήματος στις ασθενείς μας. Έγινε μια αναδρομική ανάλυση των αρχείων 359 διαδοχικών ασθενών (334 Ισπανοί, το 93%) που υποβλήθηκαν στην αρχική θεραπεία της χειρουργικής επέμβασης από την 1^η Ιανουαρίου 1996 έως τις 31 Δεκεμβρίου 2000, είτε με την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (MRM) ή την ευρεία τοπική αποκοπή (WLE) και την ανατομή λεμφικών όγκων στη μασχάλη (ALND). Σε όλες τις περιπτώσεις η τομή έγινε στη μασχάλη. Η πλησιέστερη αναρρόφηση έγινε στο ένα όγδοο της ίντσας κοντά

στους αδένες. Ενθαρρύνθηκε η πρόωρη κίνηση των βραχιόνων. Ο ρυθμός εμφάνισης του λεμφοιδήματος συγκρίθηκε με την ηλικία της ασθενούς, την παρουσία και τον αριθμό θετικών μασχαλιαίων λεμφαδένων, τον συνολικό αριθμό των αφαιρούμενων μασχαλιαίων λεμφαδένων, το μέγεθος των όγκων, το βάρος της ασθενούς, τη χρήση χημειοθεραπείας και τον τύπο χειρουργικής επέμβασης που εφαρμόστηκε. Το συνολικό ποσοστό λεμφοιδήματος ήταν 15,8%. Εμφανίστηκε λεμφοίδημα στο 19,9% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε MRM και στο 9,2% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση διατήρησης του στήθους ($p=0,01$). Ο ρυθμός εμφάνισης λεμφοιδήματος δεν επηρεάστηκε από οποιοσδήποτε άλλες μεταβλητές που ελέγχθηκαν. Όλα τα λεμφοιδήματα ρυθμίστηκαν εύκολα με φιλοδοξία και πίεση, αυτός ο τεχνικός ελιγμός επέτρεψε την ανάλυση του λεμφοιδήματος σε όλους τους ασθενείς εκτός από μία ακολουθώντας. Το λεμφοίδημα δεν επηρέασε την έναρξη της χημειοθεραπείας. Κανένας ασθενής δεν εμφάνισε όγκο που να απαιτεί εξαγωγή. Από την εμπειρία μας, το λεμφοίδημα είναι ένα απαραίτητο κακό, που θα εμφανιστεί απρόβλεπτα σε έναν προβλέψιμο αριθμό ασθενών. (Gongalez EA, Saltzstein EC, Riedner CS, Nelson BK, 2003)

5.6.ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στόχος της έρευνας: να παρέχει τις πληροφορίες και τις συστάσεις για τις γυναίκες και τους θεραπευτές τους κατά τη λήψη των αποφάσεων για τη διαχείριση του λεμφοιδήματος που σχετίζεται με τον καρκίνο του μαστού.
ΕΠΙΛΟΓΕΣ: Ενδύματα συμπίεσης, διαλείπουσες συσκευές συμπίεσης, μάλαξη του λεμφικού συστήματος και κινησιοθεραπεία, άλλες μορφές σωματικής θεραπείας, φαρμακευτικές θεραπείες.

ΕΚΒΑΣΕΙΣ: Έλεγχος συμπτώματος, ποιότητα ζωής, αποτελέσματα αισθητικής.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ: Η συστηματική αναθεώρηση της λογοτεχνίας γραμμένη στην αγγλική ανακτάται πρωταρχικά στην MEDLINE (1966 έως Απρίλιο 2000) και την CANCELIT (1985 έως Απρίλιο 2000). Μη συστηματική αναθεώρηση της λογοτεχνίας καρκίνου του μαστού δημοσιεύτηκε τον Οκτώβριο του 2000.

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ: Οι μετρήσεις πριν και μετά την εγχείρηση και των δυο άκρων είναι χρήσιμες στην αξιολόγηση και τη διάγνωση του λεμφοιδήματος. Οι περιφερειακές μετρήσεις πρέπει να γίνουν σε 4 σημεία: στις ενώσεις των μετακαρπίων φαλαγγών, στους καρπούς, 10 εκατοστά από τους ακραίους πλευρικούς επικονδύλους και 15 εκατοστά από τους κεντρικούς πλευρικούς επικονδύλους. Οι νοσοκομειακοί γιατροί πρέπει να αποσπάσουν τα συμπτώματα της έντασης, της συμπίεσης και της διόγκωσης στον επηρεασμένο βραχίονα. Μια διαφορά άνω των 2,0 εκατοστών σε οποιοδήποτε από τα τέσσερα σημεία μέτρησης μπορεί να επιτρέψει την θεραπεία του λεμφοιδήματος, υπό τον όρο ότι η συμμετοχή των όγκων του πλέγματος νεύρων της μασχάλης ή του βραχίονα, η μόλυνση και η θρόμβωση των φλεβών της μασχάλης έχουν αποκλειστεί. Οι επαγγελματίες ίσως θελήσουν να ενθαρρύνουν μακροπρόθεσμη και συνεπή χρήση των ενδυμάτων συμπίεσης από τις γυναίκες με λεμφοίδημα. Μια τυχαία δοκιμή κατέδειξε μια τάση υπέρ των διαλειπουσών συσκευών συμπίεσης σε σύγκριση με αυτή χωρίς θεραπεία. Περαιτέρω τυχαίες δοκιμές απαιτούνται για να καθορίσουν εάν η συσκευή συμπίεσης παρέχει πρόσθετο όφελος πέρα από τα ενδύματα συμπίεσης. Η σύνθετη φυσιοθεραπεία, αποκαλούμενη επίσης σύνθετη συσσωρευμένη φυσιοθεραπεία, απαιτεί περαιτέρω αξιολόγηση στις τυχαίες δοκιμές. Σε μια τυχαία δοκιμή δεν εντοπίστηκε καμία διαφορά στα αποτελέσματα μεταξύ των ενδυμάτων συμπίεσης συν τη μάλαξη του λεμφικού συστήματος και των ενδυμάτων συμπίεσης μόνο. Η κλινική εμπειρία υποστηρίζει την ενθάρρυνση των ασθενών ώστε να εξετάσει κάποιες πρακτικές συμβουλές σχετικά με τη φροντίδα του δέρματος, την άσκηση και το βάρος των σωμάτων.

ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ: Ένα αρχικό σχέδιο αυτού του εγγράφου δημιουργήθηκε από μια ομάδα εργασίας που υποστηρίχθηκε από την Αντιπροσωπία Καρκίνου. Ενημερώθηκε και αναθεωρήθηκε ουσιαστικά από μια γραμματειακή επιτροπή και

έπειτα υποβλήθηκε για περαιτέρω κριτική, αναθεώρηση και έγκριση από την Οργανωτική Επιτροπή για Οδηγίες Κλινικής Πρακτικής για την Περίθαλψη και Θεραπεία του Καρκίνου του Μαστού.

ΧΟΡΗΓΟΣ: Η οργανωτική επιτροπή συγκλήθηκε από την Health Canada.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ: Οκτώβριος 2000. (Harris SR, Hugi MR, Olivotto IA, etc. 2001)

5.7 ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η αύξηση στην υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού δημιουργεί σημαντικά ερωτήματα σχετικά με το πώς θα βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των γυναικών αυτών. Σε γενικές γραμμές, η προσοχή στα κοινά προβλήματα, όπως το οίδημα των βραχιόνων, είναι κρίσιμης σπουδαιότητας. Αναθεωρήθηκαν οι δημοσιευμένες έρευνες και η σχετική με τον καρκίνο του μαστού βιβλιογραφία που προσδιορίστηκε μέσω αναζητήσεων στη σελίδα medline σε μία προσπάθεια να συνοψιστεί η ερευνητική βιβλιογραφία σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και το λεμφοίδημα στον βραχίονα που προκύπτει, συμπεριλαμβανομένης της επίπτωσης, της επικράτησης και του συγχρονισμού παραγόντων νοσηρότητας στην πρόληψη, διάγνωση και αποτελεσματικότητα των μη φαρμακευτικών και των φαρμακευτικών παρεμβάσεων. Διαπιστώθηκε ότι το οίδημα βραχιόνων είναι μία κοινή επιπλοκή της θεραπείας του καρκίνου του μαστού που μπορεί να οδηγήσει στην λειτουργική και ψυχολογική εξασθένηση. Ο κίνδυνος οιδήματος στους βραχίονες αυξάνεται όταν χρησιμοποιείται η μασχαλιαία διατομή όπως και η μασχαλιαία θεραπεία ακτινοθεραπείας. Οι συστάσεις για τα προληπτικά μέτρα, όπως η αποφυγή του τραύματος είναι διαθέσιμες, αλλά αυτά τα μέτρα δεν έχουν μελετηθεί αρκετά. Οι μη φαρμακευτικές θεραπείες, όπως η μάλαξη του λεμφικού συστήματος και η άσκηση έχουν αποδειχθεί να είναι πολύ αποτελεσματικές θεραπείες για το

λεμφοίδημα, αλλά η αποτελεσματικότητα των φαρμακευτικών παρεμβάσεων είναι αβέβαιη. Η σύγκριση των αποτελεσμάτων στις μελέτες περιπλέκεται από το γεγονός ότι οι ορισμοί των επεμβάσεων και τα μέτρα των εκβάσεων και της στρωματοποίησης κινδύνου ποικίλουν ουσιαστικά μεταξύ των μελετών. Δεδομένου ότι το οίδημα βραχιόνων γίνεται όλο και πιο σύνηθες λόγω της αυξανόμενης επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο του μαστού, περισσότερες έρευνες απαιτούνται για να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των προληπτικών στρατηγικών και των θεραπευτικών επεμβάσεων. (Erickson VS, Pearson ML, Ganz PA, Adams J, Kahn KL, 2001)

5.8 ΕΝΔΥΜΑΤΑ ΣΥΜΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΕΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Σκοπός έρευνας: η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των ενδυμάτων συμπίεσης ως θεραπεία για το λεμφοίδημα που προκύπτει μετά από θεραπεία σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού, με δείγμα 27 γυναικών, βρέθηκε πως η χρήση των ενδυμάτων συμπίεσης οδήγησε σε σημαντική μείωση του οιδήματος. Συγκεκριμένα το οίδημα μειώθηκε κατά 9% στο κεντρικότερο σημείο του άκρου και κατά 26% στο περιφερικότερο (Harris SR, Hugi MR, Olivotto IA, etc. 2001).

Σε μία άλλη τυχαία ελεγχόμενη έρευνα σχετικά με το λεμφοίδημα, η χρήση των ενδυμάτων συμπίεσης με κοινή χρήση με μηχανοκίνητη μάλαξη του λεμφικού συστήματος, συγκρινόμενη με τη χρήση μόνο ενδυμάτων συμπίεσης οδήγησε στο αποτέλεσμα ότι και στις δύο περιπτώσεις το οίδημα στο άκρο μειώθηκε κατά 17%, το οποίο σημαίνει ότι η χρήση μόνο ενδυμάτων συμπίεσης είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος. Επίσης, οι συντάκτες της έρευνας έκριναν πως ήταν σημαντικό να σημειωθεί πως τα κατάλληλα ενδύματα συμπίεσης πρέπει να φτιάχνονται κατόπιν παραγγελίας, σύμφωνα με τα μέτρα

της εκάστοτε ασθενούς. Μερικά από τα ενδύματα αυτά ξεκινούν από τον αγκώνα και καταλήγουν στον ώμο, ενώ άλλα καλύπτουν τον ώμο και δένουν γύρω από αυτόν. Τα ενδύματα συμπίεσης πρέπει να αλλάζουν κάθε 4 έως 6 μήνες, ή όταν αρχίσουν να χάνουν την ελαστικότητά τους (Harris SR, Hugi MR, Olivotto IA, etc. 2001).

5.9 ΟΙ ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΣΥΜΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

Υπήρξε μόνο μία τυχαία ελεγχόμενη έρευνα σχετικά με τη χρήση διαλειπουσών συσκευών συμπίεσης για τη θεραπεία του λεμφοιδήματος. Ο Dini και οι συνεργάτες τους διεξήγαγαν έρευνα στην οποία συμμετείχαν 80 γυναίκες, εκ' των οποίων οι μισές υποβλήθηκαν σε θεραπεία διαλειπουσών συσκευών συμπίεσης και οι υπόλοιπες δεν υποβλήθηκαν σε καμία θεραπεία. Οι γυναίκες που συμμετείχαν στο γκρουπ θεραπείας ακολούθησαν πρόγραμμα 2 εβδομάδων, με 5 συνεδρίες εβδομαδιαίως, μετά από αυτό ακολούθησε διάλειμμα 5 εβδομάδων και στο τέλος ολοκληρώθηκε με ακόμη 2 εβδομάδες θεραπείας. Αν και η μείωση του οιδήματος στο γκρουπ θεραπείας ήταν περίπου 4 φορές μεγαλύτερη από αυτή που σημειώθηκε στο γκρουπ ελέγχου (1,9 cm – 0,5 cm) η διαφορά αυτή δε θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική, πιθανόν λόγω της μεγάλης ποικιλίας στις αρχικές τιμές μέτρησης του λεμφοιδήματος (Harris SR, Hugi MR, Olivotto IA, etc. 2001).

5.10 ΜΑΛΑΞΗ ΤΟΥ ΛΕΜΦΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ.

Σε μία πρόσφατη έρευνα δείγματος 35 γυναικών που εκπόνησαν ο Harris και η ομάδα του, συγκρίθηκε η κοινή χρήση των ενδυμάτων συμπίεσης και της μάλαξης του λεμφικού συστήματος με τη χρήση μόνο των ενδυμάτων συμπίεσης. Υπήρξε μείωση του οιδήματος και στις δύο ομάδες, όμως παράλληλα παρουσιάστηκε σημαντικά στατιστική διαφορά μεταξύ τους, όπου μεγαλύτερη μείωση παρουσίασε η ομάδα στην οποία χρησιμοποιήθηκε η συνδυαστική θεραπεία. Άρα συμπεραίνουμε πως η χρήση της μάλαξης του λεμφικού συστήματος σε περιπτώσεις λεμφοιδήματος μετά από μαστεκτομή είναι αποτελεσματική και ως εκ' τούτου προτεινόμενη (Harris SR, Hugi MR, Olivotto IA, etc. 2001).

Σε μία άλλη έρευνα η συνδυαστική θεραπεία μάλαξης του λεμφικού συστήματος και χρήσης ενδυμάτων συμπίεσης συγκρίθηκε με τη χρήση ενδυμάτων συμπίεσης και διαλειπουσών συσκευών συμπίεσης. Μείωση του οιδήματος παρουσιάστηκε και στις δύο ομάδες όμως καμία σημαντικά στατιστική διαφορά δεν παρουσιάστηκε μεταξύ τους (Harris SR, Hugi MR, Olivotto IA, etc. 2001).

5.11 ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ ΣΕ ΕΠΙΒΙΩΣΑΝΤΕΣ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΕ ΜΙΑ ΕΙΔΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σκοπός έρευνας: η αξιολόγηση της θεραπείας του λεμφοιδήματος, η οποία ολοκληρώθηκε με τη συμμετοχή διαφόρων ασθενών που επέζησαν από καρκίνο του μαστού και παρουσίασαν λεμφοίδημα. Αρχικά οι ερευνητές έλεγξαν την αποτελεσματικότητα της παροχής πληροφοριών στους ασθενείς σε σχέση με το λεμφοίδημα, ανάλογα με το βαθμό που τις χρησιμοποίησαν είτε τη μάλαξη του λεμφικού συστήματος είτε τα ενδύματα συμπίεσης ως μέτρα αντιμετώπισής του. Μέθοδοι: χρησιμοποιήθηκε δείγμα 742 ασθενών, το οποίο αναλύθηκε με τη

χρήση ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο ήλεγχε τη σχέση μεταξύ του λεμφοιδήματος και του ιστορικού του ασθενούς, όπως επίσης και σε σχέση με την κινητικότητα του ώμου. Το ποσό των πληροφοριών που είχαν πάρει οι ασθενείς αναφορικά με το λεμφοίδημα και το βαθμό στον οποίο η μάλαξη του λεμφικού συστήματος και η χρήση των ενδυμάτων συμπίεσης βοήθησαν θεωρήθηκε πως αναλύθηκαν. Αποτελέσματα: 31,67% των ασθενών αναφέρθηκε πως παρουσίασαν λεμφοίδημα. Οι ακτινοβολίες προσδιορίστηκαν ως εξαιρετικά επικίνδυνος παράγοντας. Ο πόνος, η παραισθησία και οι λειτουργικοί περιορισμοί έχουν συσχετιστεί με την παρουσία ή μη του λεμφοιδήματος. Ο μόνος ανεξάρτητος θετικός παράγοντας βρέθηκε να σχετίζεται με τη χρήση της μάλαξης του λεμφικού συστήματος.

Συμπεράσματα: μπορεί να γίνει αξιολόγηση του λεμφοιδήματος από τον ίδιο τον ασθενή. Το γεγονός ότι περίπου το 30% του δείγματος έχει παρουσιάσει λεμφοίδημα ως επιπλοκή του καρκίνου του μαστού πρέπει να αποτελέσει τη βάση της θεραπείας στα κέντρα αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού. Πρακτικές εφαρμογές: απαιτούνται μηχανισμοί ελέγχου προκειμένου να αξιολογηθεί αν η ένδειξη για μάλαξη του λεμφικού συστήματος είναι όντως σωστή. Η αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος μετά από καρκίνο του μαστού βασίζεται κυρίως στα αποτελέσματα των ερευνών, στην κλινική εμπειρία και σε άλλες πηγές πληροφόρησης. Αλλά είναι επιβεβλημένη η ανάγκη ύπαρξης περισσότερων ερευνών προκειμένου να εντοπιστεί η αποτελεσματικότητα της κάθε θεραπείας. Προκειμένου να επιτευχθεί ακριβής αξιολόγηση απαιτείται ενιαίο και αξιόπιστο σύστημα μέτρησης. Είναι πάντως απαραίτητο να εκπονηθούν έρευνες και προς αυτήν την κατεύθυνση (Bani HA, Fasching PA, Lux MM etc, 2007).

5.12 ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ – ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Χάος επικρατεί στον τρόπο αντιμετώπισης αυτού του προβλήματος. Υπάρχουν εκείνοι που θεωρούν ότι τίποτα δεν μπορεί να γίνει, ενώ υπάρχουν και εκείνοι που προτείνουν ακόμα και χειρουργική αντιμετώπιση. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός της ανυπαρξίας μελετών, που να μας δίνουν ασφαλείς πληροφορίες για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του Δευτεροπαθούς Λεμφοιδήματος, σχεδιάσαμε μια μελέτη με σκοπό να εκτιμήσουμε την αποτελεσματικότητα, του προτεινόμενου από το τμήμα Φυσικοθεραπείας του Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας», θεραπευτικού πρωτοκόλλου. Η επιλογή αυτή έγινε αφενός γιατί πρόκειται για το μεγαλύτερο Ογκολογικό Νοσοκομείο της χώρας, αφετέρου γιατί το συγκεκριμένο τμήμα είναι το μόνο που προτείνει ένα συγκεκριμένο πρωτόκολλο θεραπείας.

Φυσικά στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται η ειδική αποιδηματική μάλαξη (Manual Lymphatic Drainage), η επίδεση του μέλους, και ο κυκλοφορητής άκρου, ως θεραπευτική προσέγγιση. Η βιβλιογραφία όμως είναι πτωχή σε μελέτες που να στηρίζουν τις παραπάνω επιλογές, αλλά που να μας δείχνουν το πλεονέκτημα της μίας μεθόδου σε σχέση με την άλλη. Εμείς επιλέξαμε το συγκεκριμένο θεραπευτικό πρωτόκολλο, που αποτελεί την μόνη Ελληνική πρόταση που έχει καταγραφεί.

Στη μελέτη συμμετείχαν 60 ασθενείς (58 γυναίκες – 2 άνδρες), ηλικίας από 35 έως 81 ετών. Από αυτούς το 50,0% είχε υποβληθεί σε Ολική Μαστεκτομή, το 36,7% σε Ογκεκτομή, και το 13,3% σε Μερική Μαστεκτομή. Σε θεραπεία με Ακτινοβολίες είχαν υποβληθεί το 91,7% των ασθενών, ενώ σε Χημειοθεραπεία είχε υποβληθεί το 81,7%. Η έναρξη του Λεμφοιδήματος σε έτη μετά το χειρουργείο ήταν: (0-1 έτη) 56,7% , (1-2 έτη) 6,7%, (2-3 έτη) 11,7%, (3-4 έτη) 3,3%, (4-5 έτη) 6,7%, (5-6 έτη) 1,7%, (7-8 έτη) 1,7%, (9-10 έτη), 6,7% , (άνω των 10 ετών) 5,0%. Το στάδιο του Λεμφοιδήματος κατά την έναρξη της θεραπείας ήταν: I Στάδιο 1,7%, II Στάδιο 93,3%, και III Στάδιο 5,0%.

Όλοι ακολούθησαν το ίδιο θεραπευτικό πρωτόκολλο, που περιελάμβανε:

Παλμικά Μαγνητικά Πεδία (30 min), Κυκλοφορητή Άκρου (30min), Ειδική Αποιδηματική Μάλαξη - MANUAL LYMPHATIC DRAINAGE (MLD) (περίπου 60min), επίδεση του μέλους με ελαστικούς επιδέσμους ή ελαστικό «γάντι» συμπίεσης, συγκεκριμένο πρόγραμμα ασκήσεων, και οδηγίες για την φροντίδα και υγιεινή του μέλους.

Προ της έναρξης της θεραπείας μετράται η περίμετρος του καρπού, η περίμετρος του αντιβραχίου 7 εκ. κάτω από τον αγκώνα, και η περίμετρος του βραχίονα 7εκ. πάνω από τον αγκώνα, τόσο στο πάσχον, όσο και στο υγιές μέλος. Οι ίδιες μετρήσεις επαναλαμβάνονται μετά το τέλος δέκα πέντε (15) συνεδριών. Η συχνότητα της θεραπείας είναι για τις πρώτες πέντε συνεδρίες καθημερινά, ενώ στη συνέχεια ανάλογα με την εξέλιξη, προοδευτικά η συχνότητα μεταβάλλεται.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα ευρήματα η απόκλιση από το υγιές προ της θεραπείας ήταν 11,07 εκ. (15% μεγαλύτερο). Μετά τη θεραπεία η απόκλιση ήταν 3,74 εκ.(5% μεγαλύτερο). Η μέση αποτελεσματικότητα σε σχέση με το υγιές ήταν 7,33 εκ. ή 66,22%. Σύμφωνα με τα ευρήματα οι ασθενείς κινδυνεύουν να εμφανίσουν Λεμφοίδημα κυρίως τα πρώτα 3 έτη μετά το χειρουργείο, ενώ στη συνέχεια υπάρχει ο κίνδυνος αλλά σε μικρότερο βαθμό. Οι ασθενείς ηλικίας 50 ετών και άνω κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν δευτεροπαθές Λεμφοίδημα. Εντυπωσιακό είναι το γεγονός ότι παρόλο που η αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι σαφώς μεγαλύτερη στο I Στάδιο, το 93,3% των ασθενών προσήλθαν για θεραπεία όταν ήταν πλέον στο II Στάδιο. Σε σχετική ερώτηση που τους υποβλήθηκε, απάντησαν ότι δεν προσήλθαν νωρίτερα για θεραπεία γιατί κανείς δεν τους το πρότεινε. Δεν είχαν ενημέρωση ούτε γιατί προκλήθηκε το οίδημα, ούτε τι μπορούσαν να κάνουν στη συνέχεια. Θεωρούμε ότι ακριβώς αυτό είναι ένα σημαντικό πρόβλημα που θα πρέπει να διαχειριστούμε όλοι εμείς που ασχολούμαστε με την Ογκολογική Αποκατάσταση. Η ενημέρωση των ασθενών, για τις πιθανές επιπλοκές και τον τρόπο αντιμετώπισης των, είναι μέρος των υποχρεώσεων μας προς αυτούς. Ειδικότερα για το δευτεροπαθές λεμφοίδημα η αλήθεια είναι ότι η ταχύτητα στην έναρξη της θεραπείας είναι καθοριστική για το αποτέλεσμα.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι με το προτεινόμενο πρωτόκολλο

θεραπείας, από το τμήμα Φυσικοθεραπείας του Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας», ακόμα όταν το δευτεροπαθές λεμφοίδημα δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί ολοκληρωτικά, μπορεί να ελεγχθεί, και να το περιοριστεί, επιτυγχάνοντας ένα καλό αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα, ενώ απαλλάσσει τον ασθενή από πιθανούς μελλοντικούς κινδύνους. Απαιτείται να ακολουθήσουν και άλλες μελέτες, με διαφορετικά πρωτόκολλα θεραπειών, ακόμα και συγκριτικά, ώστε να έχουμε μια περισσότερο αντικειμενική άποψη. Σε κάθε περίπτωση όμως μπορούμε να ισχυριστούμε ότι το προτεινόμενο πρωτόκολλο είναι αξιόπιστο και χρήσιμο προς όφελος των ασθενών. (Χ. Τιγγινάγκας, 2008)

ΣΥΛΛΟΓΟΙ

Ο μήνας επαγρύπνησης για τον καρκίνο του μαστού είναι μία διεθνής ετήσια καμπάνια που οργανώνεται από μεγάλους Οργανισμούς κάθε Οκτώβριο με σκοπό την ενημέρωση και τη συγκέντρωση πόρων για την έρευνα που αφορά την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου. Η καμπάνια αυτή επίσης προσφέρει υποστήριξη και πληροφόρηση σε όσες γυναίκες ήδη νοσούν. Στα πλαίσια αυτής της καμπάνιας διοργανώνονται εκδηλώσεις και αγώνες σε διάφορες πόλεις σε όλο τον κόσμο. Τον Οκτώβριο του 1983 έγινε για πρώτη φορά μαραθώνιος δρόμος στο Dallas του Texas όπου συμμετείχαν 800 δρομείς. Σύμφωνα με τους διοργανωτές, μέχρι το 2002 οι συμμετέχοντες είχαν φτάσει το 1,3 εκατομμύρια και η διοργάνωση έγινε σε περισσότερες από 100 πόλεις της Αμερικής. Η τεράστια και συνεχώς αυξανόμενη συμμετοχή του κόσμου δεν αντανakλά παρά στην έντονη ανάγκη για την καταπολέμηση της νόσου με την πρόληψη ή τη θεραπεία.

Η ροζ κορδέλα καθιερώθηκε διεθνώς ως σύμβολο αυτής της καμπάνιας όταν το 1992, το ίδρυμα Susan G. Komen μοίρασε στους συμμετέχοντες της διοργάνωσης στη Νέα Υόρκη ροζ κορδέλες. Από τότε κυκλοφορούν προϊόντα με τη ροζ κορδέλα, αλλά και διάφορα κτίρια φωτίζονται ροζ κάθε Οκτώβριο σε όλο τον κόσμο. Το ερώτημα κάποιων είναι: μήπως αυτό είναι απλά μία γιορτή χωρίς να εκπληρώνονται οι στόχοι ; Η απάντηση είναι πως η ευαισθητοποίηση των γυναικών για τον καρκίνο του μαστού και οι νέοι τρόποι αντιμετώπισης εφαρμόζονται σε «μία γενιά», σε χρόνο δηλαδή που ένας άνθρωπος που νοσεί μπορεί να περιμένει την εφαρμόσιμη εξέλιξη της επιστήμης.

Τέλος υπάρχουν τρεις εκπρόσωποι σωματείων που δραστηριοποιούνται για την πρόληψη της νόσου που κάθε χρόνο προσβάλλει 1.200.000 γυναίκες σε όλο τον κόσμο, και επιβεβαιώνουν ότι «Αυτή η μάχη κερδίζεται, αρκεί να υπάρχει ενημέρωση, προληπτικός έλεγχος και έγκαιρη διάγνωση»:

1) Στο πρότυπο Κέντρο Πρόληψης Καρκίνου του Μαστού - «Σπίτι του Στόχου», με την επιστημονική στήριξη του ογκολογικού νοσοκομείου «Άγιοι Ανάργυροι»,

όλες οι προσπάθειές επικεντρώνονται όχι μόνο στην ευαισθητοποίηση των γυναικών μέσα από ενημερωτικά σεμινάρια, αλλά κυρίως στην προστασία της ζωής τους μέσα από δωρεάν προληπτικό έλεγχο.

2) Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής» ιδρύθηκε το 1988. Αποτελείται από γυναίκες οι οποίες έχουν ήδη βιώσει την εμπειρία του καρκίνου του Μαστού, σε συνεργασία με έμπειρους και καταξιωμένους επαγγελματίες υγείας. Σκοπός του Συλλόγου είναι η οργανωμένη αλληλοβοήθεια, η ψυχο-κοινωνική στήριξη και αποκατάσταση γυναικών με καρκίνο του μαστού, καθώς και του συγγενικού τους περιβάλλοντος, αλλά και η ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού για την έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας.

Ο βασικός στόχος είναι τόσο η άμεση αντιμετώπιση της κρίσης και η γόνιμη «αξιοποίησή» της -κυρίως σε ψυχολογικό επίπεδο- όσο και η εκπαίδευση των γυναικών σε δραστηριότητες αλλά και δεξιότητες που θα συμβάλουν στην κατάκτηση μιας ζωής με ποιότητα. Όλα αυτά μπορούν να επιτευχθούν όχι μόνο μέσα από την ατομική συμβουλευτική (από εξειδικευμένο προσωπικό), αλλά και από ομαδικά ψυχοθεραπευτικά προγράμματα.

3) Η Europa Donna Hellas σκοπό της έχει την πολιτική και θεσμική πίεση για καλύτερες υπηρεσίες υγείας.

Οι 10 διεκδικήσεις της είναι: **1)**Εισαγωγή προγράμματος πληθυσμιακού μαστογραφικού ελέγχου, **2)** Ίδρυση και λειτουργία Εθνικού Μητρώου Καρκίνου, **3)** Ίδρυση και πιστοποίηση εξειδικευμένων διεπιστημονικών κέντρων μαστού και κέντρων πρόληψης έγκαιρης διάγνωσης σε όλη την επικράτεια, **4)**Διασφάλιση της άριστης ποιότητας των υπηρεσιών του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, **5)** Συνεχιζόμενη επιμόρφωση και εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας και αξιολόγηση των ικανοτήτων τους, **6)** Πλήρης ενημέρωση των ασθενών για τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές και συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία, **7)** Προστασία ατομικών δικαιωμάτων ασθενών, **8)** Ισότιμη πρόσβαση όλων των Ελληνίδων σε έγκαιρη διάγνωση, άριστη θεραπεία, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και εργασιακή

επανεένταξη,**9)** Προώθηση και οικονομική ενίσχυση της επιστημονικής έρευνας για τον καρκίνο του μαστού, **10)** Συμμετοχή των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων Ασθενών και Εθελοντών στη λήψη απόφασης και τη διαμόρφωση πολιτικής υγείας για τον καρκίνο του μαστού.

Δικαίωμα κάθε Ελληνίδας είναι να έχει την ίδια πρόσβαση σε έγκαιρη και έγκυρη ανίχνευση, διάγνωση και θεραπεία, μετεγχειρητική φροντίδα, ψυχο-κοινωνική αποκατάσταση και εργασιακή επανεένταξη, ανεξάρτητα από τον τόπο διαμονής και το οικονομικό και μορφωτικό της επίπεδο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- ◆ Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μία μάστιγα που πλήττει το δυτικό κυρίως κόσμο, αφού μετρά κάθε χρόνο χιλιάδες θύματα και σύμφωνα με σχετικές έρευνες ο αριθμός των οποίων συνεχώς αυξάνεται.
- ◆ Το παρήγορο είναι πως τα τελευταία χρόνια χάρη στη σύγχρονη ιατρική ο καρκίνος του μαστού αντιμετωπίζεται σε ένα μεγάλο ποσοστό, αφού όπως αναφέρεται το 80% περίπου των ασθενών καταφέρνει να κερδίσει τη μάχη και να επιζήσει.
- ◆ Όμως, τα άτομα αυτά που επιζούν εμφανίζουν πληθώρα επιπλοκών εκ' των οποίων μία από τις συνηθέστερες είναι και το λεμφοίδημα.
- ◆ Σε αυτό ακριβώς το σημείο έρχεται να συμβάλλει και η φυσιοθεραπεία, βοηθώντας στην αντιμετώπιση τόσο του λεμφοιδήματος, όσο και των υπολοίπων επιπλοκών που προκύπτουν μετά από μία μαστεκτομή.
- ◆ Ωστόσο, είναι αναγκαίο να γίνουν περισσότερες έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα των μεθόδων φυσιοθεραπείας, ώστε να προσδιοριστεί και το καλύτερο πρωτόκολλο θεραπείας.
- ◆ Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται άμεσα μετά το χειρουργείο για όλες τις προφυλάξεις – περιορισμούς που θα πρέπει να ακολουθήσουν.

♦ Αν και συχνά διατυπωμένο, έχει σημασία να επισημάνουμε πως η πρόληψη είναι αποτελεσματικότερη από την αντιμετώπιση, τόσο σχετικά με το λεμφοίδημα όσο και σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού. Για το λόγο αυτό θα πρέπει τόσο η ιατρική κοινότητα, όσο και η πολιτεία να ενημερώνουν σχετικά με τους τρόπους πρόληψης όλες τις γυναίκες. Κατ' αυτόν τον τρόπο, θα ήταν δυνατόν να αφοπλίσουμε τον καρκίνο του μαστού, πετυχαίνοντας απλά μία έγκαιρη διάγνωση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ:

1. **Ιωαννίδου- Μουζάκα, Λ.** (2007). Σύγχρονη μαστολογία, Αθήνα: Πασχαλίδης
2. **Κόνιαρη, Ε.** (1991). Καρκίνος του μαστού- νοσηλευτική παρέμβαση, Αθήνα: Βήτα
3. **Μαρκόπουλος Χ.** (2007) . Παθήσεις του μαστού, Αθήνα: Πασχαλίδης
4. **Παπανικολάου Ν.** (1994). Μαστολογία, Αθήνα: Παρισσιάνος
5. **Παπανικολάου Ν.** (1995). Γυναικολογική μαστολογία, Αθήνα: Παρισσιάνος
6. **Παπανικολάου Ν.** (2005). Γυναικολογία, Αθήνα: Παρισσιάνος
7. **Σγουράκης Γ.** (2006). Ανατομία και φυσιολογία μαστού, Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία
8. **Τζωρακοελευθεράκης Ε.** (1992). Χειρουργικές παθήσεις του μαστού, Αθήνα: Λίτσα
9. **Bates B.** (1982). Οδηγός για κλινική εξέταση, Αθήνα: Λίτσα
10. **Kisner C, Colby L.A.:** Θεραπευτικές ασκήσεις, βασικές αρχές και τεχνικές. Ιατρικές εκδόσεις Σιώκης.
11. **Snell Anatomy** 1992, τόμος Α σελ. 414

ΑΡΘΡΑ

- 1. Μητσιοκάπα Ε.Α., Τζάνος Α.Γ., Μαυρογένης Α.Φ., Παπαγγελόπουλος Π.Ι., Τζάνος Γ.,** Επώδυνα μυοσκελετικά σύνδρομα σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού Arch Phys Rehabil 2006; (39):81-86
- 2. Τιγγινάγκας Χαρ., Κατσιμήτρου Αθηνά,** Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα - Έλεγχος Αποτελεσματικότητας της Θεραπείας, Αθήνα 2008
- 3. Albert US, Koller M, Kopp I, Lorenz W, Schulz KD, Wagner U:** Early self-reported impairments in arm functioning of primary breast cancer patients predict late side effects of axillary lymph node dissection: results from a population-based cohort study. Gynecological Endocrinology and Oncology, University of Marburg Faculty of Medicine Germany. PubMed, Journal: Breast Cancer Res Treat, pag. 285-92, 2006
- 4. Bani HA, Fasching PA, Lux MM, Rauh C, Willner M, Eder I, Loehberg C, Schrauder M, Beckmann MW, Bani MR:** Lymphedema in breast cancer survivors: assessment and information provision in a specialized breast unit. Department of Gynecology and Obstetrics, Erlangen University Hospital, Germany. PubMed, Journal: Patient Educ Couns, pag. 311-8, 2007
- 5. Brennan MJ.** Lymphedema following the surgical treatment of breast cancer: a review of pathophysiology and treatment. Pain Symptom Manage, 1992
- 6. Casley-Smith JR.** Modern treatment of lymphedema. Mod Med 1992
- 7. Casley-Smith JR.** Measuring and representing peripheral edema and its alterations. Lymphology, 1994
- 8. Casley-Smith JR, Casley-Smith JR.** Compression garments for the treatment of lymphoedema. Adelaide: Lymphoedema Association of Australia, 1995
- 9. Casley-Smith JR (1997)** There are many benzopyrones for lymphedema. *Lymphology* 30: 38–9
- 10. Devoogdt N, Christiaens MR, Geraerts I, Truijen S, Smeets A, Leunen K, et al.** Effect of manual lymph drainage in addition to guidelines and exercise therapy on arm lymphoedema related to breast cancer: randomised controlled trial. *BMJ* 2011;343:d5326
- 11. Erickson VS, Pearson ML, Ganz PA, Adams J, Kahn KL. :** Arm edema in breast cancer patients. USA, PubMed, Journal: Natl Cancer Inst, pag. 96-111, 2001
- 12. Foldi E, Foldi M, Clodius L.** The lymphedema chaos: a lancet. Ann Plast Surg, 1989
- 13. Foldi M.** Treatment of lymphedema. Lymphology, 1991

- 14. Godoy JMP, Godoy MFG.** Manual lymph drainage: a new concept. *J Vasc Br.* 2004;3(1):77-80. Available from: <http://www.jvascbr.com.br/04-03-01/04-03-01-77/04-03-01-77.htm>
- 15. Godoy MFG, Godoy JMP, Braile DM.** Pilot study with Myolymphokinetic activities in the treatment of lymphedema after breast cancer. *Indian J Physiother Occup Ther.* 2008;2(3):17-9.
- 16. Godoy MFG, Oliani AH, Godoy GMP et al.** Active exercises utilizing a facilitating device in the treatment of lymphedema resulting from breast cancer therapy. *GMS Ger Med Sci.* 2010;8:Doc31
- 17. Gonzales EA, Saltzstein EC, Riedner CS, Nelson BK.** Seroma formation following breast cancer surgery. Department of surgery, Texas USA, PubMed, Journal: *Breast J.*, pag. 223, 2003
- 18. Goynaris A.,** Μετεγχειρητικές ασκήσεις σε γυναίκες με μαστεκτομή 1994
- 19. Harris SR, Hugi MR, Olivotto IA, Levine M:** Steering Committee for Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. School of Rehabilitation Sciences, Faculty of Medicine, University of British Columbia, Vancouver, BC, PubMed, Journal: *CMAJ*, pag. 164-6 and 191-9, 2001
- 20. Harris SR, Niesen-Vertommen S.** Challenging the Myth of Exercise-Induced Lymphedema Following Breast Cancer: A Series of Case Reports. *Journal of Surgical Oncology* 2000, 74:94-99.
- 21. Herrera JE, Stubblefield MD.** Rotator cuff tendonitis in lymphedema: a retrospective case series. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85:1939-42.
- 22. Heytmanek G, Kubista E.** Therapy of postoperative lymphedema in breast cancer: lymph drainage. German, PubMed, Journal: *Geburtshilfe Frauenheilkd*, pag. 433-5, 1988
- 23. Lacomba MT, Sanchez MJY, Goni AZ, Merino DP, del Moral OM, Tellez EC, et al.** Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial. *BMJ* 2010;340:b5396.
- 24. McNeely M.L. et. al:** Conservative and Dietary Interventions for Cancer-Related Lymphedema. *Cancer*, 2010; 11.
- 25. Moffatt CJ, Franks PJ, Doherty DC et al** (2003) Lymphoedema: underestimated health problem. *QJM* 96(10): 731-8
- 26. Piller N.B., Swedborg I., Norrefalk J.R.:** Lymphoedema rehabilitation programme. *European Journal of Lymphology* 1992; 3, 11.

27. Rodier JF, Gadonneix P, Dauplat J, Issert B, Giraud B. Influence of the timing of physiotherapy upon the lymphatic complications of axillary dissection for breast cancer. France, PubMed, Journal: Int Surg., pag. 166-9, 1987

28. Saunders W.B., Salford R, Bullock-Saxton J, Markwell S.: Women's Health. A textbook for physiotherapists, 1999

29. Swedborg I (1984) Effects of treatment with an elastic sleeve and intermittent pneumatic compression in post-mastectomy patients with lymphedema of the arm. *Scand J Rehab Med* 16: 35–41

30. Tewari N, Gill PG, Bochner MA, Kollias J. Comparison of volume displacement versus circumferential arm measurements for lymphedema: implications for the SNAC trial. *ANZ J Surg.* 2008 ;78(10):889-93

31. Tytherleigh-Strong G, Hirahara A, Miniaci A. Rotator cuff disease. *Curr Opin Rheumatol* 2001; 13:135-45.

32. van Smitten K. Breast reconstruction. *Acta Oncol* 1995, 34:685-688

33. Σημειώσεις σεμιναρίου σχετικά με τη μάλαξη του λεμφικού συστήματος. Olivieri L., 2006

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ:

1. www.wyeth.gr
2. www.IATOR.gr
3. www.breastcancer.org
4. www.physio.gr
5. www.mastology.gr
6. <http://el.wikipedia.org>
7. <http://www.oncologia.gr>
8. www.mlduk.org.uk

ΣΧΕΤΙΚΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ:

9. NLN, National Lymphedema Network
10. The American Society of Clinical Oncology
11. TAFE HealthCare Corporation

12. National Breast and Ovarian Cancer Centre