

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΑΜΑΝΑΤΙΔΟΥ ΕΛΙΣΑΒΕΤ
ΔΗΜΕΛΛΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΑΒΡΑΜΙΚΑ ΜΑΡΙΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2008

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΑΜΑΝΑΤΙΔΟΥ ΕΛΙΣΑΒΕΤ
ΔΗΜΕΛΛΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΑΒΡΑΜΙΚΑ ΜΑΡΙΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2008

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Αβραμικά Μαρία, Καθηγήτρια Εφαρμογών (Εισηγήτρια)

Δημητριάδου Αλεξάνδρα, Καθηγήτρια Εφαρμογών

Γκέλιου Ελένη, Καθηγήτρια Εφαρμογών

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
1. Εισαγωγή.....	2
1.1 Μαστός / Ιστορική αναδρομή.....	4
1.2 Ανατομία.....	5
1.2.1 Νεύρωση.....	8
1.2.2 Μύες του μαστού.....	8
1.3 Αγγείωση του μαστού.....	9
1.3.1 Αρτηριακή αγγείωση.....	9
1.3.2 Φλεβική αγγείωση.....	9
1.3.3 Λεμφαγγειακή αποχέτευση.....	9
1.4 Φυσιολογικές μεταβολές του μαστού.....	11
1.4.1 Έμμηνος ρύση – μαστός.....	11
1.4.2 Εμμηνόπαυση – μαστός.....	12
1.4.3 Γαλουχία – μαστός.....	12
1.4.4 Ορμόνες – μαστός.....	13
1.4.5 Κλινικές παρατηρήσεις.....	15
2. Επιδημιολογία.....	18
2.1 Παθολογοανατομική ταξινόμηση.....	19
2.2 Κλινική εξέλιξη – Επέκταση – Μεταστάσεις.....	20
3. Παράγοντες κινδύνου – Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	26
3.1 Συμπτώματα.....	30
3.2 Κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις.....	31
3.2.1 Κλινική ιατρική εξέταση.....	31
3.2.2 Απεικονιστική εξέταση.....	35
4. Θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου.....	41
4.1 Χειρουργική παρέμβαση.....	42
4.1.2 Περιγραφή της εκτεταμένης ολικής μαστεκτομής.....	44
4.1.3 Επιπλοκές της μαστεκτομής.....	45
4.1.4 Συντηρητική χειρουργική παρέμβαση.....	46
4.2 Ορμονοθεραπεία.....	46
4.3 Χημειοθεραπεία.....	47
4.4 Ακτινοθεραπεία.....	47
5. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	50
5.1 Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων.....	50
5.2 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	52
5.2.1 Προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία.....	54
5.2.2 Προεγχειρητική κάλυψη φυσικών αναγκών.....	59
5.2.3 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	60
5.3 Ειδικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη χημειοθεραπεία.....	61
5.3.1 Επίδραση της χημειοθεραπείας στον τρόπο ζωής του ασθενούς.....	63
5.3.2 Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.....	64
5.4 Νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις στην ακτινοθεραπεία του μαστού.....	78

5.4.1 Διδασκαλία.....	78
5.4.2 Διατροφή.....	79
5.4.3 Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών.....	81
5.4.4 Προετοιμασία ασθενούς για έξοδο.....	82
6. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς με καρκίνο μαστού.....	84
6.1 Ψυχολογικές αντιδράσεις στη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού.....	85
6.2 Προσαρμογή – Αντιμετώπιση – Πρόγνωση.....	86
6.3 Ψυχιατρική νοσηρότητα στον καρκίνο του μαστού.....	87
6.4 Ποιότητα ζωής και καρκίνος μαστού.....	88
7. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού.....	91
7.1 Ειδικές δραστηριότητες στην πρόληψη.....	92
7.2 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.....	93
7.3 Έλλειψη μόρφωσης.....	94
7.4 Ψυχολογικοί παράγοντες.....	94
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	97
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	98
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	98
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	99
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	101
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	103

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα συγγραφή της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα <<Καρκίνος μαστού και Νοσηλευτικές παρεμβάσεις>> έγινε για να υποβληθεί στο τμήμα Νοσηλευτικής της σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης.

Το ερέθισμα μας δόθηκε από την πρακτική μας άσκηση στον Χειρουργικό τομέα όπου παρατηρήσαμε πόσο μεγάλο είναι το ποσοστό των γυναικών με καρκίνο μαστού. Διαπιστώσαμε από κοντά τον πολύτιμο ρόλο του νοσηλευτή ιδιαίτερα στη ψυχολογική υποστήριξη και την ολιστική φροντίδα του ασθενούς. Επίσης, σημαντικός είναι ο ρόλος για τη διαφώτιση του κοινού στο θέμα της πρόληψης του καρκίνου μαστού.

Η συγγραφή της παρούσας εργασίας απευθύνετε κυρίως σε νοσηλευτές με σκοπό την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση τους στο τρόπο νοσηλευτικής προσέγγισης προσφέροντας υποστήριξη στον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του.

Θέλουμε να ελπίζουμε ότι με τη λήξη της συγγραφής να είμαστε όλοι λίγο περισσότερο ενημερωμένοι ώστε να μπορούμε να αντιμετωπίζουμε τα προβλήματα που τυχών μπορεί να προκύψουν.

Τελειώνοντας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε αρχικά την επιβλέπουσα καθηγήτρια Εφαρμογών κ. Μ. Αβραμικά για την καθοδήγηση και τις συμβουλές της κατά την εκπόνηση της εργασίας, επίσης, τον Κο. Α. Χατζηχρήστου Χειρουργό της Α' Χειρουργικής του Γ.Ν.Θ. Παπανικολάου για την συμβολή του στη βιβλιογραφία, όπως και την κ.Α.Μητζιάρη, Νοσηλεύτρια εργαζόμενη στον Προληπτικό έλεγχο του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Θεαγένειο για την πολύτιμη βοήθεια στην εύρεση βιβλιογραφίας αλλά και εποπτικού υλικού.

Οι συγγραφείς
Ε.Π. Αμανατίδου
Β.Ε. Δημέλλη

1.Εισαγωγή

Καρκίνος είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα σύνολο από νόσους με κοινά αλλά και διαφορετικά χαρακτηριστικά, ανάλογα με τη θέση εντόπισης. Οι μορφές του καρκίνου διαφέρουν σημαντικά ως προς τη φύση, το ρυθμό ανάπτυξης, εξέλιξης, θεραπείας και πρόγνωσης. Αν και τουλάχιστον το ένα τρίτο των διαγνωσθέντων ασθενών με καρκίνο αναμένεται να ιαθεί και παρόλο που έχει επιτευχθεί σημαντική πρόοδος στη θεραπεία και τον έλεγχο των συμπτωμάτων της νόσου, η παρατεταμένη φύση της θεραπείας και οι ψυχολογικές επιπτώσεις, ξεπερνούν οποιαδήποτε άλλη οξεία ή χρόνια κατάσταση. Ένας τρόπος κατανόησης του καρκίνου είναι η διερεύνηση του τρόπου εμφάνισης του σε μια κοινωνία. Ο καρκίνος παραμένει μια συχνή νόσος : αφού περίπου ένα στα τρία άτομα την αναπτύσσει σε κάποια στιγμή της ζωής του (*Ελισάβετ Πατηράκη-Κουρμπάνη, Αθήνα 2006*).

Ο μαστός αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα για την κατάταξη του ανθρώπου στην τάξη των θηλαστικών. Στον άνδρα εκτός από λίγες περιπτώσεις παραμένει ανενεργός, ενώ στη γυναίκα υπόκειται σε πλήθος λειτουργικών και μορφολογικών μεταβολών, που σχετίζονται με την εμμηνορρυσία, την εγκυμοσύνη, τη γαλουχία και την εμμηνόπαυση. Ο δυναμικός αυτός ρόλος του έχει σαν συνέπεια πλήθος δυσλειτουργιών και κλινικών εκδηλώσεων, που καθιστούν τα νοσήματα του μαστού συχνά κλινικά προβλήματα (*Μάρκου Πινακίδη, 1993*).

Ο Καρκίνος μαστού στην Ελλάδα όπως και σε άλλες χώρες της Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής, σε κάθε 100 περιπτώσεις του μαστού σε γυναίκα αναλογούν σε λιγότερο από 2 περιπτώσεις σε άνδρα, συνεπώς ο καρκίνος του μαστού απευθύνεται κυρίως στις γυναίκες και συγκεκριμένα στην κοινωνική του ακμή στην ηλικία των 40-55 ετών (*Λ. Μπούτη, Θεσσαλονίκη 1987*).

Οι σύγχρονες παρεμβάσεις πρόληψης είναι πιο εξειδικευμένες εφ' όσον έχουν προσδιοριστεί οι παράγοντες καρκινογένεσης πολλοί από τους οποίους σχετίζονται με τον τρόπο ζωής μας. Αυτό σημαίνει ότι σε μεγάλο βαθμό ο καθένας μας μπορεί να συμβάλει στην αποφυγή της νόσου ή στην έγκυρη διάγνωσή της. Επομένως, η αποφασιστική μάχη διεξάγεται στην έγκυρη διάγνωση (δευτερογενής πρόληψη), αλλά και στην αναστολή της έναρξης της καρκινογένεσης.

Σκοπός της παρούσας μελέτης, είναι η ενημέρωση μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης Νοσηλευτών για τις δυνατότητες ελέγχου του καρκίνου του μαστού μέσω της πρόληψης και της έγκαιρης ενημέρωσης. Επιπρόσθετα, η ευαισθητοποίησή τους στον

τρόπο της νοσηλευτικής προσέγγισης της γυναίκας που πάσχει από καρκίνο του μαστού προσφέροντας υποστήριξη στην ίδια, στην οικογένεια στοχεύοντας στην ποιοτική, ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα. Έτσι ώστε η ασθενής να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής της με μεγαλύτερη δυνατή σωματική, ψυχική, πνευματική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση.

Η ιατρική και νοσηλευτική προσέγγιση κάθε ασθενείας περιλαμβάνει ένα συνδυασμό πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας. Γνωρίζουμε πλέον πολλά στοιχεία για τον μηχανισμό δημιουργίας της ασθένειας και τους τρόπους εξέλιξής της. Οι προσπάθειες έγκαιρης διάγνωσης έχουν αποδώσει πολλά, το ίδιο και οι θεραπευτικές μέθοδοι.

Οι συνεχείς βελτιώσεις των θεραπευτικών μεθόδων, έχουν επιφέρει μικρή αλλαγή στη θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού. Είναι γνωστό, μέσω της κλινικής εμπειρίας ότι “Όσο πιο εκτεταμένος διαπιστώνεται ο όγκος κατά την έναρξη της θεραπείας, τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση της νόσου”.

Η μοναδική υποσχόμενη προσπάθεια μείωσης της θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού είναι η έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας, στην αρχή της πορείας της, τότε που είναι δυνατό να αποτρέψουμε την εξέλιξη του καρκίνου και την κατάληξη του σε ανίατο στάδιο.

Ως πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού νοείται η ανακάλυψη της συγκεκριμένης νεοπλασματικής εξεργασίας, σε τέτοιο στάδιο της ανάπτυξης της ώστε με τις υπάρχουσες θεραπευτικές δυνατότητες, να κατορθώσουμε στην πάσχουσα γυναίκα την καλύτερη δυνατόν επιβίωση. Η εργασία μας αποτελεί μια επισκόπηση των γεγονότων που αναφέρονται στον έλεγχο του καρκίνου του μαστού, μέσω της πρόληψης και έγκαιρης ανίχνευσης.

1.1 Μαστός / Ιστορική αναδρομή

Επί δε των τιθών είδομεν πολλάκις
 ακριβώς όγκον όμοιον καρκίνω ζώω.
 Καθάπερ γαρ επ' εκείνον πόδες εκατέρωθεν
 εισί του σώματος ούτε και επί τούδε
 του πάθους αι φλέβες αποτεταμέναι
 του παρά φύσιν όγκου το σχήμα
 καρκίνω παραπλήσιον εργάζονται.

Γαληνός

Η εντόπιση των κακοήθων νεοπλασιών είναι γνωστή από την αρχαιότητα. Από τα πρώτα χρόνια της πρακτικής Ιατρικής, η ακριβής και πρώιμη διάγνωση αποτέλεσε τη βασική προϋπόθεση για κάθε επιτυχή θεραπευτική προσπάθεια. Η πρώτη επιστημονική αναφορά για τον καρκίνο έχει σχέση με τον καρκίνο του μαστού. Περιγραφικές της νόσου ανευρίσκουμε στα έργα του Ιπποκράτη και Γαληνού, οι οποίοι αναφέρουν την περίπτωση μιας άρρωστης από τα Άβδηρα, που παρουσίαζε αιμορραγία από την θηλή του μαστού.

Ο Γαληνός παρομοίασε την κλινική εικόνα, την μακροσκοπική δηλαδή εμφάνιση του εκτεταμένου καρκίνου του μαστού, με τον θαλάσσιο καρκίνο, τον κάβουρα. Η πάθηση προκαλούσε τη διόγκωση και διαγραφή του φλεβικού δικτύου του μαστού. Οι όγκοι επάνω στον μαστό, η κεντρική μοίρα τους μαζί με την θηλή, έδιναν την εντύπωση του κεφαλοθώρακα του κάβουρα, ενώ οι διατεταμένες φλέβες εκατέρωθεν της θηλής και του όγκου προσομοίαζαν με τα πόδια του θαλάσσιου καρκίνου.

Όπως είναι γνωστόν με την ονομασία “καρκίνος” επρόκειτο να χαρακτηριστούν αργότερα όλες οι κακοήθεις νεοπλασίες, ανεξαρτήτως κλινικής εικόνας και ιστοπαθολογικής υφής. Ακόμα η ονομασία καρκίνος (κάβουρας) του κακοήθους νεοπλάσματος παρουσιάζει τον πόνο από τον καρκίνο, όμοιο με αυτόν που δοκιμάζει κανείς όταν τον δαγκώσει ο κάβουρας.

Η σύγχρονη αντίληψη για τα νεοπλάσματα, σαν ανωμαλία της αναπτύξεως του κυττάρου, δεν είναι παλαιότερη από 130 χρόνια περίπου. Ο Jagannes Myller το 1838, είναι ο πρώτος που έκανε την περιγραφή της κυτταρικής φύσεως του καρκίνου. Σήμερα, η λέξη καρκίνος είναι συνώνυμος με τον όρο κακοήθες νεόπλασμα και συνηθίζεται η συντομογραφία “Ca” χωρίς όμως να είναι απόλυτα συνώνυμη.

1.2 Ανατομία

Ο μαστός είναι ένας τροποποιημένος ιδρωτοποιός αδένας που περιβάλλεται μεταξύ του επιπολής και του εν τω βάθει πετάλου της επιπολής θωρακικής περιτονίας, επίκειται δε της περιτονίας του μείζονος θωρακικού μυός {Εικόνα 1}. (Rubin D. 1987)

Ο μαστός αναπτύσσεται νωρίς στην εμβρυϊκή ζωή προερχόμενος από το εξώδερμα. Κατά τη γέννηση, αποτελείται από ένα σύστημα πόρων που καταλήγει στην ήδη σχηματισμένη θηλή, ενώ η περιοχή του μαζικού αδένος δεν έχει αναπτυχθεί ακόμη.

Εκτός από τις εξαιρέσεις, στις οποίες κατά το πρώτο χρονικό διάστημα μετά τη γέννηση παρατηρείται για λίγες ημέρες μια μικρή διόγκωση και έκκριση γαλακτώδους υγρού (ερεθισμός από τις ορμόνες της μητέρας), ο μαζικός αδένος παραμένει σε μια κατάσταση αδράνειας σε όλη τη παιδική ηλικία. Σε αυτή τη φάση αποτελείται από ένα ινώδες στρώμα.

Κατά την εφηβεία, συνήθως μεταξύ 10 και 15 ετών, αναπτύσσεται και αρχίζει να χρωματίζεται το σύμπλεγμα θηλής – άλω. Συγχρόνως, δημιουργείται κάτω από την άλω, μια δυσκοειδής μάζα από μαζικό ιστό, η οποία θα αναπτυχθεί τα επόμενα χρόνια για να σχηματίσει τον προβάλλοντα μαστό της ενήλικης γυναίκας. Αυτός ο “δυσκοειδής” μαζικός αδένος, ειδικά επειδή συνήθως εμφανίζεται πρώτα ετερόπλευρα και ακολουθεί μετά μερικούς μήνες η εμφάνιση και στη άλλη πλευρά και συνοδεύεται από μικρή ενόχληση – πόνο, εκλαμβάνεται πολλές φορές λανθασμένα ως “νόσος”, άλλοτε ως όγκος και άλλοτε ως μαστίτιδα.

Όσο το στήθος μεγαλώνει, οι αρχικοί πόροι αναπτύσσονται, διακλαδώνονται και σχηματίζουν το σύστημα του μαζικού αδένος. Στη πλειονότητα των περιπτώσεων, η ανατομική ανάπτυξη του μαζικού αδένος 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, η παραγωγή οιστρογόνων οδηγεί σε ανάπτυξη των πόρων του μαζικού αδένος, στην αύξηση του συνδετικού ιστού και της αιμάτωσης, ενώ η ανάπτυξη των λοβίων ολοκληρώνεται πολύ αργότερα, με ερέθισμα την αυξημένη παραγωγή προγεστερόνης όταν αρχίζουν κανονικοί ωορρηκτικοί κύκλοι.

Κατά την πλήρη ανάπτυξη του, εκτείνεται από την 2^η έως την 6^η πλευρά και από το στέρνο μέχρι την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή, σχηματίζοντας προς την μασχάλη μία

πυραμοειδή προσεκβολή, την ουρά του Spence. Πρόσθιοι και οπίσθιοι κρεμαστήρες σύνδεσμοι από ινώδη συνδετικό ιστό συγκρατούν τον μαζικό αδένα στο δέρμα και στην υποκείμενη περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός. Οι σύνδεσμοι αυτοί περιγράφηκαν από τον Cooper και από αυτούς οι πρόσθιοι φέρουν το όνομα του. (Ευάγγελος Τζωρακολευθεράκης, 1987)

Στον άνθρωπο, ο πλήρως ανεπτυγμένος μαστός παριστάνει το ένα μέρος διφυούς συμμετρικού οργάνου με κωνικό σχήμα. Η θηλή εντοπίζεται στο κέντρο με ελαφρά προβολή προς τα άνω και πλάγια, με λειτουργική αποστολή τη διευκόλυνση του θηλασμού του νεογνού. Η θηλή περιβάλλεται από την βαθυχρωματική θηλαία άλω. Επ' αυτής βρίσκονται οι σμηγματογόνοι αδένες του Montgomery. Περιέχει επίσης λείες μυϊκές ίνες που χρησιμεύουν στη σύσπασση της θηλής.

Ο μαζικός αδένας των ενηλίκων γυναικών εμφανίζει δυο στοιχεία: το επιθηλιακό ή τις αδενικές κυψέλες, που είναι υπεύθυνο για την παραγωγή του γάλακτος και το εκφορητικό ή τους γαλακτοφόρους πόρους, που χρησιμεύουν στην απαγωγή του γάλακτος προς τη θηλή. Επί πλέον, περιέχει μυϊκές ίνες, λιπώδη ιστό, συνδέσμους και περιτονίες. Το επιθηλιακό στοιχείο αποτελούν 12 – 25 λοβοί. Κάθε λοβός εκβάλλει σε έναν εκφορητικό πόρο. Όλοι οι πόροι συγκλίνουν, ανεξάρτητα από τους άλλους.

Κάθε αδενικός λοβός αποτελείται από λόβια ο αριθμός των οποίων ποικίλει σημαντικά. Τα λόβια συνιστούν αθροίσεις 10- 100 αδενικών κυψέλων που διατάσσονται κατά ομάδες και επαλείφονται από κυβοειδή κύτταρα, περιβάλλονται από τη θήκη εκ κολλαγόνων ινών και συγκλίνουν σ' ένα συλλεκτικό αγωγό. Κάθε αδενική κυψέλη ή λοβίδιο αποτελεί σφαίρα κυττάρων ικανών να εκκρίνουν γάλα. Η αδενική κυψέλη εκβάλλει σ' ένα τελικό άκρο ή λοβιδιακό πόρο. Με τη σύγκλιση πολλών τέτοιων λοβιδιακών πόρων σχηματίζονται οι πόροι των λοβίων, οι οποίοι στη συνέχεια συνενούμενοι με τους πόρους των παρακείμενων λοβίων εκβάλλουν στους κύριους πόρους του αδενικού λοβού. Κάθε κύριος γαλακτοφόρος πόρος διευρύνεται πίσω από την θηλή, στην οποία εκβάλλει με έναν βραχύ πόρο. Φαινομενικά, κάθε εκφορητικός πόρος επαλείφεται από ένα στρώμα επιθηλιακών κυττάρων. Στην πραγματικότητα όμως, υπάρχει και ένα δεύτερο στρώμα αποπεπτατισμένων εφεδρικών κυττάρων που λειτουργούν ως είδος βασικής μεμβράνης. Από τη δεύτερη αυτή στιβάδα αναπαράγονται τα επιθηλιακά κύτταρα. Από αυτήν είναι δυνατόν επίσης να εκβλαστώνουν διάφορες παθολογικές καταστάσεις, όπως κυστική υπερπλασία και ενδοσωληνώδες καρκίνωμα. Το τμήμα της θηλώδους ανευρύνσεως του γαλακτοφόρου πόρου επαλείφεται από πλακώδες επιθήλιο. Γύρω από το εκφορητικό

σύστημα του μαζικού αδένου διατάσσεται σπειροειδώς μια στοιβάδα μυοεπιθηλιακών κυττάρων.

Από την περιτονία των αδενικών λοβών εκκινούν ινώδη πετάλια, τα οποία διαμέσου του υπερκείμενου λιπώδους ιστού διατρέχουν προς της επιπολής περιτονία και το όριο του δέρματος με τον αληθή λιπώδη ιστό. Οι κρεμαστές σύνδεσμοι του Cooper επιτρέπουν αξιόλογη κινητικότητα στον μαστό. Η επιπολής και η εν τω βάθει θωρακική περιτονία συνεχονται μεταξύ τους και περιβάλλουν έτσι εντελώς τον μαστό μεταξύ του δέρματος και του υποδόριου λιπώδους ιστού αφενός και της επιπολής τραχηλικής και της κοιλιακής περιτονίας αφετέρου.

Στη μασχάλη, η θωρακοκλειδική περιτονία εκτείνεται από την κάτω επιφάνεια της κλειδός, επενδύει τον ελάσσονα θωρακικό μύ και περατούται στο δέρμα του εδάφους της ως μασχαλιαία περιτονία. Η περιτονία αυτή καθίσταται εμφανής κατά την εγχείρηση μαστεκτομής αμέσως μόλις διανοιγεί η μασχαλιαία κοιλότητα. Έγκαιρη διαίρεση της αποτελεί τη δικλείδα ασφαλείας κατά την ακριβή διερεύνηση της μασχαλιαίας κοιλότητας.

Η θηλή του μαστού περιέχει λείες μυϊκές ίνες, η σύσπαση των οποίων προκαλεί τη σύσση της. Η βαθυχρωματική θηλαία άλως περιέχει επίσης λείες μυϊκές ίνες, ιδρωτοποιούς και τους τροποποιημένους σμηγματογόνους αδένες του Montgomery.

Η λεμφική παροχέτευση του μαστού που παίζει σημαντικό ρόλο στη μετάσταση του καρκίνου, αρχίζει με μικρά λεμφικά πλέγματα μέσα από το μαζικό παρέγχυμα και την υποθηλαία περιοχή και κατευθύνεται στους λεμφαδένες κυρίως της σύστοιχης μασχάλης, οι οποίοι διακρίνονται σε τρία χειρουργικά επίπεδα: I, II και III, ανάλογα με την εντόπιση τους επί τα εκτός, πίσω και επί τα εντός αντίστοιχα του ελάσσονα θωρακικού μυός. Μια μικρή οδός λεμφικής παροχέτευσης υπάρχει προς τον αντίθετο μαστό και προς τη θήκη του ορθού κοιλιακού {Εικόνα 2}. Επίσης, μέρος του έσω τμήματος του αδένου παροχετεύει μέσω διαπιτραινόντων λεμφικών αγγείων προς τους έσω θωρακικούς και μεσοθωράκιους λεμφαδένες.

Ο μαστός των αρρένων αποτελείται από υπολειμματικούς και βραχείς πόρους χωρίς ανεπτυγμένες αδενικές κυψέλες. Η θηλή και η άλως εμφανίζουν συγκριτικά μικρότερο μέγεθος από ότι των θηλέων και κατά πολύ λιγότερο λιπώδη ιστό μεταξύ των εκφορητικών πόρων και των πετάλων της θωρακικής περιτονίας. (Ellerorst Ryans 1985).

1.2.1 Νεύρωση

Η νεύρωση του δέρματος του άνω ημιμορίου του μαστού προέρχεται από νευρικές ίνες της 3^{ης} και 4^{ης} ρίζας του αυχενικού πλέγματος ενώ του κάτω ημιμορίου του, από πλάγια μεσοπλευρία νεύρα

Η τρώση του θωρακο-ραχιαίο νεύρου που νευρώνει τον πλατύ ραχιαίο μυ, οδηγεί σε λειτουργικές διαταραχές όπως αδυναμία απαγωγής, έσω στροφής και σύγκλεισης του βραχίονος.

Το μακρύ θωρακικό νεύρο, νευρώνει τον πρόσθιο οδοντωτό μυ και η τρώση του έχει σαν αποτέλεσμα την επιπλοκή της “χαλαρής” ωμοπλάτης. (Λάζαρου Μπούτη και συν, Αθήνα 1993)

1.2.2 Μύες του μαστού

Οι μύες που ανήκουν στην περιοχή του μαστού, όπως κατά διαστήματα έχουν αναφερθεί, είναι:

- α. Ο μείζων θωρακικός μυς
- β. Ο ελάσσων θωρακικός μυς
- γ. Ο πρόσθιος οδοντωτός
- δ. Ο πλατύς ραχιαίος μυς
- ε. Ο κορακοβραχιόνιος μυς
- στ. Ο έξω λοξός κοιλιακός μυς

Οι μύες αυτοί παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την εγχειρητική του μαστού. (Minton J.P.1993))

1.3 Αγγείωση του μαστού

1.3.1 Αρτηριακή αγγείωση

Η αρτηριακή αγγείωση του μαστού ποικίλει. Οι κυριότερες αρτηρίες του είναι κλάδοι της πλάγιας θωρακικής και της ακρωμιοθωρακικής αρτηρίας, που είναι κλάδοι της μασχαλιαίας αρτηρίας, ενώ οι μεσοπλεύριες αρτηρίες και η έσω μαστική αρτηρία διαπυραίνονται τα μεσοπλεύρια διαστήματα και του μείζονα θωρακικού μυ και παρέχουν αρτηριακή αγγείωση στον μαστό.

Η αγγείωση της θηλής και της θηλαίας άλω είναι πτωχή λόγω αποστάσεως. Έτσι, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις πλάγιων ελλειψοειδών εγχειρητικών τομών, εγγύς του χείλους της άλω μπορεί να δημιουργηθεί πρόβλημα νεκρώσεως του δέρματος.

Διάφορες νεοεξεργασίες είναι δυνατό να αυξήσουν κατά πολύ την αγγείωση του οργάνου αυτού. (Μάρκος Πινακίδης, Θεσσαλονίκη 2000)

1.3.2 Φλεβική αγγείωση

Οι επιπολής φλέβες του μαστού απάγουν το αίμα προς την μέση γραμμή και καταλήγουν στις έσω μαστικές φλέβες. Οι εν τω βάθει φλέβες πορεύονται παράλληλα προς τις αρτηρίες. Σ' αυτές περιλαμβάνονται οι μεσοπλεύριες φλέβες, που επικοινωνούν με το σύστημα των αζύγων και κυρίως το σύστημα των φλεβών των σπονδύλων. Πιστεύεται ότι σε αρκετές περιπτώσεις νεοπλασμάτων του μαστού, με την τελευταία αυτή επικοινωνία δημιουργούνται οι μεταστάσεις προς την σπονδυλική στήλη. (Ευάγγελος Τζοκωλευθεράκης, 1987)

1.3.3 Λεμφαγγειακή αποχέτευση

Το λεμφαγγειακό πλέγμα του μαστού είναι εξαιρετικά πλούσιο και οι οδοί αποχέτευσής της λέμφου ποικίλουν. Τα λεμφαγγεία του δέρματος που περιβάλλουν τον μαστό δεν φέρουν βαλβίδες και επικοινωνούν με το υποεπιθηλιακό λεμφαγγειακό πλέγμα, το οποίο εκβάλλει στο πλέγμα λεμφαγγείων που βρίσκεται υπό την θηλαία άλω. Από του πλέγματος αυτού λεπτά λεμφαγγεία απάγουν τη λέμφο, πορευόμενα κατά μήκος των γαλακτοφόρων πόρων και μέσα στον συνδετικό ιστό που τα περιβάλλει. Η ροή μέσα σ' αυτά τα

λεμφαγγεία γίνεται προς μια μόνο κατεύθυνση, δηλαδή προς το περί και ενδολοβιακό πλέγμα λεμφαγγείων και στη συνέχεια κατά μήκος των φλεβικών αγγείων προς τους επιχώριους λεμφαδένες. Τα βαλβιδοφόρα λεμφαγγεία πέριξ των γαλακτοφόρων πόρων μεταφέρουν ταχέως τη λέμφο στους λεμφαδένες ως αποτέλεσμα κυματοειδών συστολικών συσπάσεων. Σε περιπτώσεις αποφράξεως των βαθύτερα κειμένων λεμφαγγείων είναι ενδεχόμενη η παλίνδρομη ροή της λέμφου προς το δέρμα ή το θωρακικό τοίχωμα.

Τα λεμφαγγεία του μαστού απάγουν λέμφο κυρίως προς τρεις διαφορετικές ομάδες λεμφαδένων, την μασχालιαία, την μεταξύ των θωρακικών μυών και την των έσω μαστικών αγγείων. Λεμφαγγεία των αδενικών λοβών και των πόρων διέρχονται την θωρακοκλειδική περιτονία, πορευόμενα κατά μήκος των πλαγίων θωρακικών αιμοφόρων αγγείων προς την πλάγια ή έξω ομάδα μασχालιαίων λεμφαδένων, που βρίσκονται εγγύτερα προς τον μαστό. Η κεντρική ομάδα μασχालιαίων λεμφαδένων βρίσκεται κατά μήκος του κυρίου στέλεχος της μασχालιαίας φλέβας και η κορυφαία ομάδα περιλαμβάνει τους λεμφαδένες που βρίσκονται υπό την κλείδα και επί τα εντός του ελάσσονος θωρακικού μυός. Οι ομάδες αυτές, μαζί με την υποπλατιαία ομάδα περιλαμβάνουν συνολικά γύρω στους 35 – 50 λεμφαδένες. Τα λεμφαγγεία που απάγουν λέμφο από το οπίσθιο τμήμα του μαστού, συνοδεύουν τα ακρωμιοθωρακικά αγγεία και εκβάλλουν αρχικά στους λεμφαδένες που βρίσκονται μεταξύ των θωρακικών μυών και από αυτούς στους κορυφαίους. Τα λεμφαγγεία αυτά, μπορεί να “αποχετεύσουν” λέμφο άμεσα προς το υποκλείδιο πλέγμα και είναι δυνατό να συνδέονται με υπερκλείδιους λεμφαδένες και τους ανώτερους από τους έσω μαστικούς λεμφαδένες, που βρίσκονται κατά μήκος των ομωνύμων αιμοφόρων αγγείων και πίσω από τους σύστοιχους πλευρικούς χόνδρους, δηλαδή 3 εκ. από το χείλος του στέρνου και μεταξύ του 1^{ου}, 2^{ου} και 3^{ου} μεσοπλευρίου διαστήματος. Ο αριθμός, το μέγεθος και η κατανομή τους ποικίλει. Προς αυτούς οδεύει λέμφος, διαμέσου των μεσοπλευρίων μυών από το έσω ημιμόριο και το υποθηλαίο τμήμα του μαζικού αδένος.

Η λέμφος από τους έσω μαστικούς και τους κορυφαίους μασχालιαίους λεμφαδένες απάγεται προς το έσω άκρο της κλειδός στη συμβουλή της υποκλειδίου και της έσω σφαγίτιδας φλέβας. Νεοπλασματική διήθηση των κορυφαίων αυτών λεμφαδένων προκαλεί παλίνδρομη διασπορά νεοπλασματικών κυττάρων στους υπερκλείδιους λεμφαδένες και κατ' επέκταση στους μεσοθωρακικούς λεμφαδένες. Οι έσω μαστικοί λεμφαδένες επίσης απάγουν λέμφο απευθείας στο πρόσθιο μεσοθωράκιο διαμέσου πολλαπλών λεμφαγγειακών διασυνδέσεων. Το κατώτερο τμήμα της αλυσίδας των έσω μαστικών λεμφαδένων συνδέεται με λεμφαγγειακά πλέγματα που επικοινωνούν με το ήπαρ.

Συνεπώς, όταν σημειώνεται απόφραξη στο ανώτερο τμήμα της αλυσίδας αυτής, τα λεμφαγγειακά αυτά πλέγματα αποκτούν κλινικό ενδιαφέρον.

Λιγότερο συχνές λεμφαγγειακές συνδέσεις παρατηρούνται μεταξύ του κατώτερου και του έσω τμήματος του μαζικού αδένου προς τους λεμφαδένες της αντίστοιχης μασχάλης δια μέσου λεμφαγγείων που πορεύονται στην θήκη των ορθών κοιλιακών μυών ή λίγο υψηλότερα. (Ottman R., M.C., και συν.1983)

1.4 Φυσιολογικές μεταβολές του μαστού

Κάθε λοβός του μαστού αποτελεί έναν ανεξάρτητο κυψελοειδή αδένου. Έτσι ο μαστός στο σύνολο του παριστά τη συνάθροιση αυτών των ανεξάρτητων μονάδων, κάθε μια από τις οποίες έχει τον δικό της εκφορητικό πόρο και κατά συνέπεια τη δική της εκβολή στην επιφάνεια της θηλής. Ο εκφορητικός πόρος (γαλακτοφόρος πόρος) έχει διάμετρο 0,4-0,7 εκ. και πριν εκβάλει στη θηλή σχηματίζει μια μικρή διεύρυνση που ονομάζεται γαλακτοφόρος κόλπος. Το επιθήλιο στις αδενοκυψέλες των λοβίων είναι μονόστιβο κυβοειδές ή κυλινδρικό, στο γαλακτοφόρο πόρο αποτελείται από δύο στιβάδες κυβοειδών ή κυλινδρικών κυττάρων, ενώ στο γαλακτοφόρο κόλπο γίνεται πολύστιβο πλακώδες. Τα κύτταρα αυτά στηρίζονται σε βασικό υμένα, στη βάση του οποίου προσφύονται στα μυοεπιθηλιακά κύτταρα. Τα μυοεπιθηλιακά αυτά κύτταρα σχηματίζουν ένα δίκτυο γύρω από τις αδενοκυψέλες και κατά μήκος των εκφορητικών πόρων και παίζουν ρόλο στην προώθηση του γάλακτος από τις αδενοκυψέλες ως τη θηλή (γαλακτοεκθλιπτικό αντανακλαστικό). Η δομή, το μέγεθος και η λειτουργία του μαζικού αδένου υπόκεινται σε πλήθος μεταβολών, που σχετίζονται με την έμμηνου ρύση, την κύηση, τη γαλουχία και την εμμηνόπαυση. {Εικόνα 19 }

1.4.1 Έμμηνο ρύση – μαστός

Αρχίζοντας από τη 8^η μέρα του καταμήνιου κύκλου, ο γυναικείος μαστός βαθμιαία αυξάνει σε μέγεθος ενώ ο όγκος του πριν την εμμηνορροσία μπορεί να αυξηθεί ως 50%, Ο μαστός εμφανίζει τάση και πιθανώς ευαισθησία. Η αύξηση αυτή του μεγέθους του μαστού δεν έχει απόλυτα διευκρινισθεί που οφείλεται, αλλά μέρος αυτής αποδίδεται σε ενδολοβιακό οίδημα και υπεραϊμία. Ο Ingleby και Gerson - Cohen υποστηρίζουν ότι υφίσταται και πολλαπλασιασμός του παρεγχύματος με εμφάνιση νέων λοβίων, τα οποία κατά την εμμηνορροσία υποστρέφονται και υφίστανται ίνωση. Με την εμφάνιση της έμμηνου

ρύσης τόσο η αγγειακή συμφόρηση όσο και το οίδημα αρχίζουν να υποχωρούν και ο μαστός φτάνει ξανά στο μικρότερο μέγεθός του κατά την 8^η μέρα του κύκλου.

1.4.2 Εμμηνόπαυση – μαστός

Κατά την εμμηνόπαυση ξεκινά μια σταδιακή εξαφάνιση των λοβίων. Η εξαφάνιση αυτή δεν είναι τέλεια . Ορισμένα λόβια διατηρούνται , άλλα είναι μικρότερα , ενώ σε άλλες περιοχές παραμένουν μόνο οι μεγαλύτεροι λοβιακοί πόροι και οι γαλακτοφόροι πόροι . Το παρέγχυμα και το ινώδες υπόστρωμα του μαστού μεταπίπτουν βαθμιαία σε μια ομοιογενή μάζα , ενώ η αρχική συγκρότηση του μαστού σε λόβια εξαφανίζεται. Καθώς το αδενικό στοιχείο υποχωρεί , ο λιπώδης ιστός αναπτύσσεται, με αποτέλεσμα ο μαστός να διατηρεί το εξωτερικό σφαιρικό περίγραμμα. Στις πολύ αδύνατες γυναίκες όμως οι μαστοί εμφανίζονται πλαδαροί εξαιτίας αυτής ακριβώς της μείωσης του αδενικού στοιχείου.

1.4.3 Γαλουχία - μαστός

Κατά τη γαλουχία τα καλυπτήρια κύτταρα των αδενοκυψέλων του μαστού γίνονται κυλινδρικά και προσλαμβάνουν εμφάνιση των εξωκρινών κυττάρων. Λιπίδια, υδατάνθρακες και πρωτεϊνούχα προϊόντα των κυττάρων αυτών εναποτίθενται στον αυλό των αδενοκυψελών (τα λιπίδια με μεταφορά και συνοδό ελάττωση του κυτταροπλάσματος, ενώ οι πρωτεΐνες με εξωκύττωση από τη κορυφή του κυττάρου), απ' όπου μεταφέρονται στους μεγαλύτερους πόρους για να καταλήξουν τελικά στους γαλακτοφόρους πόρους και κόλπους. Η μεταφορά αυτή επιτυγχάνεται με σύσπαση των μυοεπιθυλικών κυττάρων. Το ερέθισμα για τη σύσπαση αποτελεί ο θηλασμός του βρέφους. Όταν ο θηλασμός σταματήσει τα παραμένοντα στις αδενοκυψέλες προϊόντα του γάλακτος επαναφέρονται και το παρέγχυμα του μαστού κατά ένα μεγάλο μέρος αντικαθίσταται από λιπώδη και συνδετικό ιστό.

Το φαινόμενο της γαλουχίας ελέγχεται από πλήθος ορμόνες, όπως η προγεστερόνη, τα οιστρογόνα , η προλακτίνη, το πλακουντιακό γαλακτογόνο και η κορτιζόνη. Τα οιστρογόνα από μόνα τους δεν φαίνεται να παίζουν τόσο σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του μαστού όσο αρχικά πιστευόταν. Αντίθετα η προγεστερόνη διεγείρει την ανάπτυξη των κυψελών του μαστού, ενώ αναστέλλει την εκκριτική τους λειτουργία. Αυτό το επιτυγχάνει μπλοκάροντας την τελική διαφοροποίησή τους, η οποία αργότερα προάγεται από τη προλακτίνη. Τη δράση της προλακτίνης ενισχύει η κορτιζόνη. Η προλακτίνη θεωρείται

απαραίτητη ορμόνη για τη παραγωγή γάλακτος και η χορήγηση ανταγωνιστών αυτής, όπως η βρωμοκρυπτίνη, μπορεί να καταστείλει την γαλουχία.

Σήμερα το αληθινό ερέθισμα της γαλουχίας θεωρείται η μετά τον τοκετό πτώση των επιπέδων της προγεστερόνης, ενώ παράλληλα τόσο η προλακτίνη του πλάσματος όσο και η ανάπτυξη του μαστού είναι επαρκείς για να προωθήσουν την έκκριση γάλακτος. Το ερέθισμα από τη θηλή πρέπει να μεταφερθεί στον εγκέφαλο, ώστε να διεγερθεί η έκκριση της προλακτίνης και της οξυτοκίνης από την υπόφυση. Η οξυτοκίνη προκαλεί σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων και έκκριση γάλακτος, ενώ η προλακτίνη προάγει την σύνθεση του γάλακτος στις αδenoκυψέλες των λοβίων του μαστού.

Παραγωγή γάλακτος μπορεί να παρατηρηθεί και σε άτοκες γυναίκες καθώς και σε άνδρες με παρόμοια ερεθίσματα στη θηλή, ενώ γαλουχία έχει παρατηρηθεί και σε γυναίκες με χαμηλά επίπεδα προλακτίνης.

1.4.4 Ορμόνες - μαστός

Οξυτοκίνη : Είναι ορμόνη της πρόσθιας υπόφυσης, που συντίθεται στους νευρώνες του υπεροπτικού και παρακοιλιακού πυρήνα του υποθαλάμου. Το ερέθισμα για την έκκριση της αποτελεί ο μηχανικός ερεθισμός της θηλής κατά το θηλασμό. Οι υποδοχείς της οξυτοκίνης στο μαστό και στη μήτρα αυξάνουν κατά τον τοκετό. Η οξυτοκίνη αντιδρά με τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα που προσφύονται στη βασική μεμβράνη των αδenoκυψελών και κατά μήκος των γαλακτοφόρων πόρων, προκαλεί φωσφορυλίωση της μυοσίνης και κατά συνέπεια σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων και εξώθηση του γάλακτος. Η δράση της αυτή επιτυγχάνεται καλύτερα με ώσεις, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία του περιοδικού ερεθισμού της θηλής κατά τον θηλασμό σαν ερέθισμα για την έκκριση γάλακτος (γαλακτοεκθλιπτικό αντανakλαστικό). Η απελευθέρωση της οξυτοκίνης διεγείρεται από την επινεφρίνη και την ντοπαμίνη, ενώ αντίθετα οι αποκλειστές των α-αδρενεργικών και ντοπαμινεργικών υποδοχέων καταστέλλουν το γαλακτοεκθλιπτικό αντανakλαστικό. (J.A.- M.A., 1983)

Προλακτίνη : Είναι ορμόνη της πρόσθιας υπόφυσης και η έκκριση της βρίσκεται κάτω από τον ανασταλτικό έλεγχο του PIF (Prolactin Inhibitory Factor), δηλαδή της ντοπαμίνης, που καταστέλλει την παραγωγή και έκκριση της προλακτίνης στα προλακτινοπαραγωγικά κύτταρα. Η L- DOPA που μετατρέπεται σε ντοπαμίνη καθώς και η βρωμοκρυπτίνη

(ανταγωνιστής της ντοπαμίνης) έχουν παρόμοια δράση με τον PIF. Αντίθετα τα οιστρογόνα σε χαμηλές δόσεις και σε μακροχρόνια χορήγηση φαίνεται ότι αναστέλλουν τη δράση της ντοπαμίνης στα προλακτινοπαραγωγά κύτταρα, προκαλώντας υπερτροφία των υποφυσικών κυττάρων και αυξάνοντας τα επίπεδα της προλακτίνης τόσο στην υπόφυση όσο και στο πλάσμα. Το ασβέστιο, η TRH (Thyrotrophin Realease Hormone) και το stress προάγουν την ηλεκτρική δραστηριότητα στα προλακτινοπαραγωγά κύτταρα, καθώς και την έκκριση προλακτίνης, ενώ οι ανταγωνιστές των οπιούχων τις καταστέλλουν. Οι φαινιδιαζίνες αναστέλλοντας τη σύνθεση της ντοπαμίνης προάγουν την παραγωγή γάλακτος.

Η προλακτίνη είναι η κύρια ορμόνη που προάγεται σαν απάντηση στο ερέθισμα του θηλασμού (γαλακτοπαραγωγικό αντανακλαστικό). Διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και ευνοεί την ανάπτυξη και διαφοροποίηση του μαστού. Δρα μέσω υποδοχέων που βρίσκονται στην επιφάνεια των κυττάρων του μαστού. Ο αριθμός των υποδοχέων δεν είναι σταθερός, αλλά σχετίζεται με τα επίπεδα προλακτίνης στον ορό. Αύξηση ή ελάττωση των υποδοχέων της προλακτίνης μεταβάλλουν την ευαισθησία των κυττάρων ως προς τη παραγωγή γάλακτος. Η προγεστερόνη αναστέλλει την αύξηση του αριθμού των υποδοχέων προλακτίνης. Στα κύτταρα του μαστού η προλακτίνη προάγει τη σύνθεση του mRNA της καζεΐνης (κύρια πρωτεΐνη του γάλακτος), όπως επίσης και τη σύνθεση λιπαρών οξέων μεσαίας αλύσου (χαρακτηριστικό της γαλουχίας). (Λαζάρου Μπούτη, Θεσσαλονίκη 1993).

Το ανθρώπινο πλακουντιακό γαλακτογόνο, που μαζί με την προλακτίνη και την αυξητική ορμόνη αποτελεί τις λεγόμενες γαλακτογόνες ορμόνες, αυξάνει κατά την κύηση και ελαττώνεται απότομα μετά τον τοκετό. Φαίνεται λοιπόν ότι ο κύριος ρόλος του περιορίζεται στην ανάπτυξη και διαφοροποίηση του μαστού κατά την κύηση, ενώ μετά τον τοκετό τα χαμηλά επίπεδα του έχουν δράση παρόμοια με αυτήν της προλακτίνης.

Τα οιστρογόνα έχουν σύνθετο ρόλο. Προάγουν την ανάπτυξη του μαστού και σε χαμηλές δόσεις την έκκριση προλακτίνης, ενώ σε υψηλές δόσεις αναστέλλουν τη γαλουχία. Στο μαζικό αδένωμα ενώνονται με ειδικούς υποδοχείς στο κυτταρόπλασμα και στη συνέχεια το σύμπλεγμα ορμόνη – υποδοχέας μετακινείται στον πυρήνα. Οι υποδοχείς των οιστρογόνων είναι ειδικοί και δεν αντιδρούν με άλλες ορμόνες. Φαίνεται ότι οι μεγάλες

ποσότητες οιστρογόνων καταλαμβάνουν τους υποδοχείς της προλακτίνης στα κύτταρα του μαζικού αδένου και έτσι σταματούν τη γαλουχία.

Η προγεστερόνη μαζί με τα οιστρογόνα και την προλακτίνη προάγει την ανάπτυξη του μαστού. Η προγεστερόνη εμποδίζει την άθροιση εκείνων των ενζύμων που είναι απαραίτητα για την τελική διαφοροποίηση των κυττάρων του μαστού, ώστε αυτά να είναι ικανά για την παραγωγή γάλακτος.

Τα κορτικοστεροειδή είναι απαραίτητα όσο για την έναρξη όσο και για τη διατήρηση της γαλουχίας. Ευνοούν την άθροιση καζεΐνης στα κύτταρα του μαστού, όταν ο μαστός <<εκτίθεται>> στη δράση της προλακτίνης.

Η ινσουλίνη παίζει στη σύνθεση των λιπιδίων των κυττάρων του μαστού ρυθμίζοντας τη μεταφορά γλυκόζης στα κύτταρα.

Οι προσταγλανδίνες πιστεύεται ότι δρουν σαν ένας από τους ανασταλτικούς παράγοντες της γαλουχίας πριν από τον τοκετό. (Spratt J., Donegan W.)

1.4.5 Κλινικές παρατηρήσεις

Λίγες μέρες μετά τον τοκετό, το 70% των βρεφών εμφανίζει μονόπλευρη ή αμφίπλευρη διόγκωση των μαστών. Στα μισά από αυτά τα βρέφη, η διόγκωση συνοδεύεται από έκκριση υγρού παρόμοιου με το πύαρ. Ιστολογικά παρατηρείται υπερτροφία του συστήματος των πόρων, εμφάνιση κυψελών και αυξημένη αγγείωση του στρώματος. Το φαινόμενο αυτό αποδίδεται σε έμμεση επίδραση του υψηλού επιπέδου των μητρικών οιστρογόνων στο αίμα του βρέφους. Μετά τον τοκετό η πτώση του επιπέδου των οιστρογόνων διεγείρει την υπόφυση προς παραγωγή προλακτίνης με αποτέλεσμα μεταβολές στους μαστούς. Οι μεταβολές εμφανίζονται σε βρέφη και των δύο φύλων και υποχωρούν αυτόματα την 2^η ή 3^η εβδομάδα μετά τον τοκετό. Θα πρέπει να αποφεύγεται κάθε χειρισμός στο μαστό του βρέφους, που να στοχεύει την αποβολή του γάλακτος, γιατί έτσι προκαλείται παραμονή του μαστού σε εκκριτική φάση και υπάρχει κίνδυνος υπερπλασίας του μαστού, που θα διαρκέσει για πολλούς μήνες.

Στην έφηβη και οι δύο μαστοί συνήθως αναπτύσσονται με τον ίδιο ρυθμό. Μερικές φορές όμως μπορεί να υπάρχει ασύγχρονη ανάπτυξη με αποτέλεσμα ασυμμετρία. Η διαφορά αυτή συνήθως επανορθώνεται με το χρόνο, γι' αυτό οι ασθενείς με ασυμμετρία μαστών κατά την εφηβεία θα πρέπει να περιμένουν μέχρι να ολοκληρωθεί η ανάπτυξη, οπότε αν η ασυμμετρία επιμένει να προσφύγουν σε πλαστική αποκατάσταση.

Ελαφρά διόγκωση των μαστών παρατηρείται και σε έφηβο αγόρια. Ονομάζεται γυναικομαστία και αποτελεί φυσιολογική ανταπόκριση στις μεταβολές των ορμονικών επιπέδων στον έφηβο άνδρα. Η υπερτροφία αυτή υποχωρεί αυτόματα, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να παραμείνει αμφοτερόπλευρα ή μονόπλευρα. Η γυναικομαστία απαιτεί έλεγχο για να αποκλεισθεί το ενδεχόμενο ενδοκρινολογικής διαταραχής. Αν δεν υπάρχει τέτοια, τότε το τμήμα του υπερτροφικού μαστού αφαιρείται χειρουργικά για να αποφευχθούν ψυχολογικές επιπτώσεις στον άνδρα.

Μερικές φορές η ανάπτυξη δεν σταματά κατά την εφηβεία με αποτέλεσμα οι μαστοί να γίνονται τεράστιοι. Έχουν περιγραφεί μαστοί που φτάνουν μέχρι το ύψος των γεννητικών οργάνων και ζυγίζουν 18 έως 20 κιλά. Στις περιπτώσεις αυτές δεν αναμένεται υποχώρηση και η μόνη λύση είναι η πλαστική επέμβαση. (Fisher B. Et al, 1983)

Σύνοψη κεφαλαίου

Ο καρκίνος είναι μια συχνή νόσος, αφού περίπου ένα στα τρία άτομα μπορεί να αναπτύσσει σε κάποια στιγμή της ζωής του. Ο καρκίνος μαστού απευθύνεται κυρίως σε γυναίκες στην ηλικία των 40-55 ετών. Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση βοηθούν στη θεραπευτική αντιμετώπιση. Ο μαστός αναπτύσσεται από την εμβρυϊκή ζωή, κατά την γέννηση έχει ήδη σχηματισθεί η θηλή και στην εφηβεία αναπτύσσεται ο μαζικός αδένας και έχει τελειοποιηθεί με την έμμηνο ρύση. Η δομή, το μέγεθος και η λειτουργία του μαζικού αδένος υπόκεινται σε πλήθος μεταβολών, που σχετίζονται με την έμμηνο ρύση, την κύηση, την γαλουχία και την εμμηνόπαυση. Σ' αυτές τις μεταβολές μπορεί να οφείλεται και ο καρκίνος του μαστού.

2. Επιδημιολογία

Στην Ελλάδα, όπως και στις περισσότερες χώρες του κόσμου, ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες, ενώ στους άνδρες εμφανίζεται σπανιότατα. Κατά την πενταετία 1981-1985 προκάλεσε 5757 θανάτους γυναικών (σε σύνολο θανάτων από καρκίνο 33904), ενώ μόνο 22 θανάτους ανδρών (σε σύνολο θανάτων από καρκίνο 53084). Με άλλα λόγια το 17% των θανάτων από καρκίνο στις γυναίκες οφειλόταν σε καρκίνο του μαστού ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους άνδρες ήταν μόλις 0,04%.

Στις Ελληνίδες ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρώτη θέση σαν αίτιο θανάτου από καρκίνο, με ένα μέσο όρο θνησιμότητας 1151 θανάτων ανά έτος, ακολουθούμενος από τους καρκίνους στομάχου και πνεύμονος με μέσους όρους θανάτων ανά έτος 563 και 551 αντίστοιχα.

Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στη χώρα μας είναι χαμηλή σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρώπης (22^η ανάμεσα σε 26) ή της Β. Αμερικής αλλά είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη θνησιμότητα στην Ιαπωνία και στις υπόλοιπες χώρες της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής. Διαχρονικά η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα αυξάνει κατά 4% ετησίως κατά μέσο όρο κατά την τελευταία 20ετία. Στους ειδικούς κατά ηλικία δείκτες φαίνεται ότι η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού αυξάνεται περισσότερο στις ηλικίες μεταξύ 45 και 65 ετών και είναι μεγαλύτερη στις αστικές παρά στις αγροτικές περιοχές. Ο δείκτης θνησιμότητας για όλες είναι στην Ελλάδα 15,13 ανά 100.000 γυναίκες, ενώ στις Η.Π.Α. είναι 27,1 ανά 100.000 γυναίκες. Ο υψηλότερος δείκτης συναντάται στην Αγγλία (33,8 ανά 100.000 γυναίκες) και ο χαμηλότερος στη Νικαράγουα (0,4 ανά 100.000 γυναίκες). (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος 1983)

Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού διαφέρει από χώρα σε χώρα. Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι από τις γυναίκες που γεννήθηκαν το 1987, ένα 10% θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής του, ενώ ένα 3% θα πεθάνει από καρκίνο του μαστού. Αξίζει να σημειωθεί ότι στις Η.Π.Α. ο καρκίνος του μαστού ήταν η πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες μέχρι το 1985, που ξεπεράστηκε από τον καρκίνο του πνεύμονα, και σήμερα αποτελεί την τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου από καρκίνο.

Μετανάστες από χώρες με χαμηλή επίπτωση όπου ο καρκίνος του μαστού είναι συχνός, εμφανίζουν μετά τη δεύτερη γενεά μεγαλύτερη επίπτωση, προσομοιάζουσα με αυτή του υπόλοιπου πληθυσμού. Ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού αυξάνει σταθερά με την ηλικία πάνω από τα 35 χρόνια. Έτσι καρκίνος του μαστού κάτω από τα 25 είναι σπάνιος, μετά τα

30 εμφανίζει γοργή αύξηση της συχνότητας εμφάνισης, στα χρόνια στα χρόνια της εμμηνόπαυσης παρουσιάζεται κάποια ύφεση και μετά την εμμηνόπαυση η συχνότητα αυξάνει σταθερά. Ο μεγαλύτερος αριθμός περιπτώσεων καρκίνου του μαστού παρουσιάζεται στις ηλικίες 40 μέχρι 75 ετών, ενώ οι περισσότεροι θάνατοι από καρκίνο του μαστού σημειώνονται στις ηλικίες 45 μέχρι 80 ετών. (Μάρκου Πινακίδη, 1980)

2.1 Παθολογοανατομική ταξινόμηση

Ο καρκίνος του μαστού ξεκινά από την κακοήθη εξαλλαγή ενός κυττάρου που πολλαπλασιάζεται δίνοντας έναν κακοήθη κυτταρικό κλώνο. Από την ίδια αιτία, ή κάτω από τις ίδιες πιθανότητες, και άλλα κύτταρα μπορούν να εξαλλαγούν, και να δώσουν και άλλους κλώνους νεοπλασματικών κυττάρων. Η υπόθεση των αρχέγονων κλωνογόνων κυττάρων εφαρμοζόμενη στους όγκους του μαστού οδηγεί σε πρότυπα που μπορούν να εξηγήσουν μερικά από τα χαρακτηριστικά τους, τόσο στην εξέλιξη όσο και τη διαφορετική ευαισθησία στις ορμόνες και τα κυτταροστατικά. Έτσι, καθώς οι κυτταρικοί κλώνοι εξελίσσονται, η πιθανότητα σχετικής διαφοροποίησης και απόκτησης ορμονικών υποδοχέων είναι αυξημένη. Σε δεδομένη στιγμή, ο κυτταρικός πληθυσμός είναι ετερογενής και έτσι εξηγείται το γεγονός της μερικής απάντησης σε ορμονοθεραπεία και της υποτροπής στη συνέχεια από κλώνους που από την αρχή ήταν ανθεκτικοί και συνέχισαν να πολλαπλασιάζονται ή έγιναν ανθεκτικοί στη συνέχεια.

Οι κακοήθεις κυτταρικοί κλώνοι προχωρούν χωριστά με το δικό του ρυθμό ο καθένας. Με την προϋπόθεση της μονόκλωνης ανάπτυξης, είναι δυνατό να υπολογιστούν αναδρομικά διάφορα κυτταροκινητικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του μαστού καθώς επίσης και να μελετηθούν και να υπολογιστούν με ακρίβεια, για συγκεκριμένο κυτταρικό πληθυσμό, οι χαρακτηριστικές κυτταροκινητικές παράμετροι. Ο χρόνος διπλασιασμού για τα κύτταρα του καρκίνου του μαστού ποικίλει από 23-209 μέρες για τους διάφορους κλώνους και συνήθως από 65-125 μέρες. Η μεγάλη διαφορά ανάμεσα στους γρήγορα αυξανόμενους όγκους και στους αργά αυξανόμενους όγκους εκφράζεται στο κλινικό επίπεδο με ακόμη μεγαλύτερη διαφορά στην ολική διάρκεια μέχρις ότου γίνει κλινικά ανιχνεύσιμος ένας όγκος (να γίνει δηλαδή με διάμετρο περίπου 1εκ. ή να έχει 10 κύτταρα) που είναι κατά μέσο όρο γύρω στα 6-8 χρόνια.

Στις αρχικές φάσεις της ανάπτυξης του ένας καρκίνος του μαστού, ακολουθεί ένα σχεδόν εκθετικό ρυθμό που όμως μετά σιγά-σιγά επιβραδύνεται ακολουθώντας μια

καμπύλη Compertz. Κατά τη διάγνωση ήδη ο καρκίνος βρίσκεται στο plateau αυτής της καμπύλης. Με τη συνεχή αύξηση του αριθμού των κυττάρων, η πιθανότητα μεταστάσεων, που μάλιστα μπορεί να εκφραστεί και γραφικά.

Οι παράγοντες που επιβραδύνουν την ανάπτυξη του όγκου είναι οι δυσκολίες αιμάτωσης και η απώλεια κυττάρων που καταστρέφονται ενώ, θεωρητικά και πρακτικά επιταχυντικοί παράγοντες θεωρούνται η πτώση της ανοσοβιολογικής απαντητικότητας και η μεγάλη πυκνότητα οιστρογόνων και προλακτίνης (Λ. Μπούτη, Θεσσαλονίκη 1985).

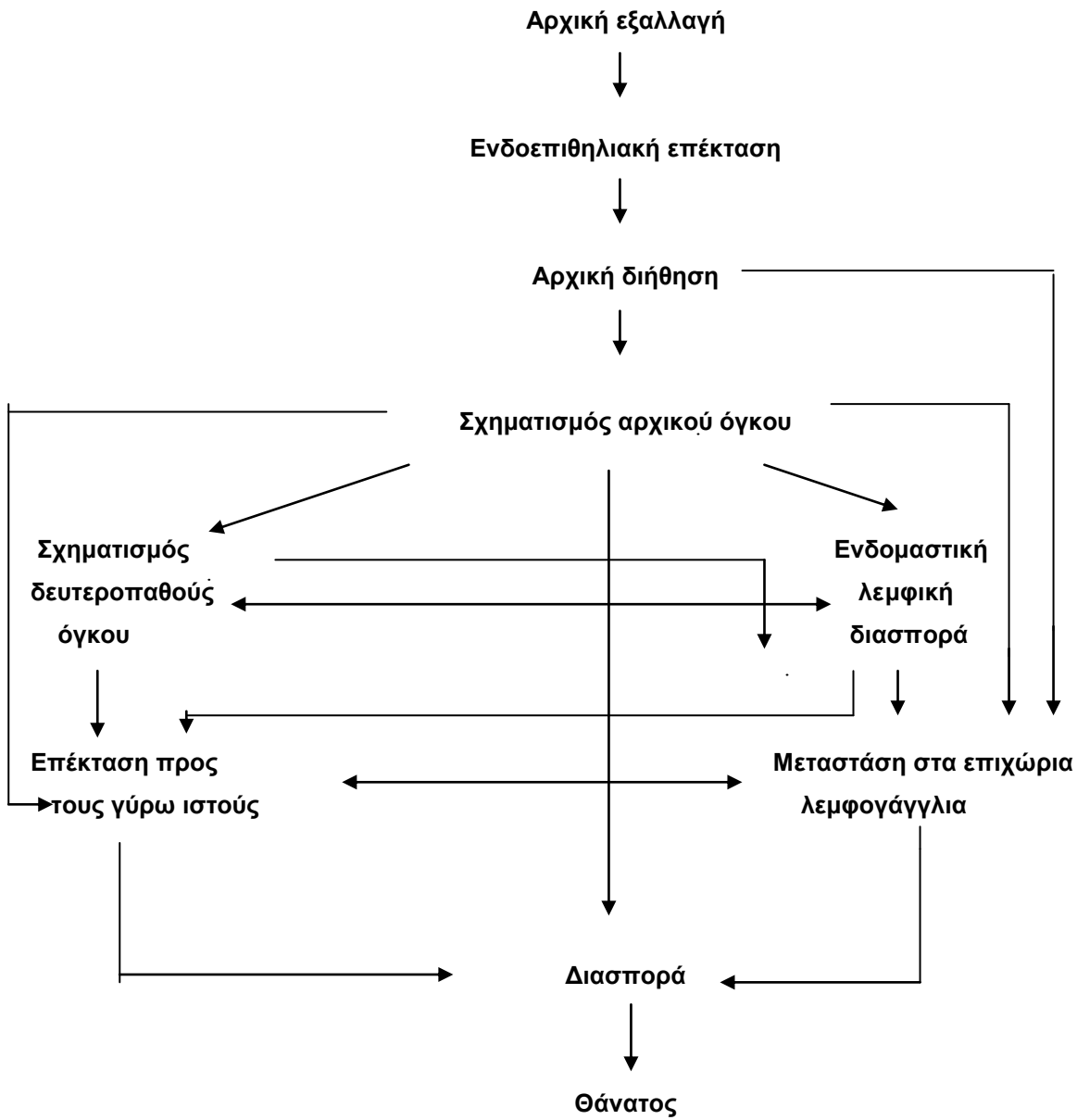
2.2 Κλινική εξέλιξη – Επέκταση – Μεταστάσεις

Διάγραμμα της εξέλιξης του καρκίνου του μαστού.

Στο διάγραμμα 1 φαίνονται σχηματικά οι δυνατότητες εξέλιξης του καρκίνου του μαστού. Από την εικόνα γίνεται κατανοητό, ότι η εξέλιξη είτε μπορεί να είναι κλιμακωτή, δηλαδή όγκος \implies ενδομαστική επέκταση \implies επιχώρια λεμφογάγγλια και γύρω ιστοί \implies διασπορά, είτε απευθείας στη διασπορά. Έχει αποδειχθεί ότι μεταστατική διασπορά μπορεί να συμβεί πρώιμα, με πολύ μικρό πρωτοπαθή όγκο και συνεπώς δεν είναι αναγκαστικά ένα όψιμο χρονικά στάδιο ανάπτυξης όγκου. Η προσβολή εξ άλλου των επιχωρίων λεμφογαγγλίων θεωρείται δείκτης ενάρξεως της γενίκευσης της νόσου, γι' αυτό, η τελική έκβαση στο στάδιο αυτό δεν κρίνεται από τη ριζικότητα της χειρουργικής επέμβασης αλλά από το αν έχουν γίνει ή όχι μικρομεταστάσεις. Ακόμη, πρέπει να γίνεται διάκριση ανάμεσα στην <<κλινική>> και τη <<βιολογική>> έκφραση <<πρώιμη νόσος>> δεδομένου ότι μια πρώιμη κλινικά περίπτωση μπορεί να είναι βιολογικά όψιμη.

Διάγραμμα 1

Εξέλιξη του καρκίνου του μαστού από την αρχική εξαλλαγή μέχρι τη διασπορά και το θάνατο



Τοπική επέκταση

Δεδομένου ότι από τα τεταρτημόρια του μαστού το άνω έξω έχει τη μεγαλύτερη μάζα αδενικών μαστικών στοιχείων, το τεταρτημόριο αυτό αναφέρεται ως η πιο συχνή εντόπιση της πρώτης εστίας καρκίνου του μαστού. Κατά την τελείως αρχική φάση, τα πολυεστιακά καρκινώματα είναι σπάνια. Η ενδομαστική επέκταση του καρκίνου γίνεται κατά τους παρακάτω τρόπους:

- A) Άμεση διήθηση μαστικού παρεγχύματος
- B) Διήθηση κατά μήκος των πόρων
- Γ) Ενδομαστική λεμφική διασπορά

Η επέκταση συνεχίζεται προς τα έξω μέχρι το δέρμα και προς τα μέσα μέχρι την περιτονία του μείζονος θωρακικού. Συνήθως, οι τρεις μηχανισμοί τοπικής επέκτασης επισυμβαίνουν συγχρόνως και οι κάποιος απ' αυτούς μπορεί να είναι πιο έκδηλος.

Περιοχική διασπορά

Από τα επιχώρια λεμφογάγγλια γύρω από το μαστό τα πιο συχνά προσβαλλόμενα είναι τα λεμφογάγγλια της σύστοιχης μασχάλης. Η μεγαλύτερη ποσότητα λέμφου του μαστού παροχετεύεται προς τα λεμφογάγγλια της μασχάλης και γι' αυτό εκεί είναι πιο συχνές οι λεμφογαγγλιακές μεταστάσεις.

Ήδη κατά τη διάγνωση πάνω από τις μισές ασθενείς έχουν μεταστάσεις στα λεμφογάγγλια της μασχάλης. Η πιθανότητα λεμφογαγγλιακών μεταστάσεων σχετίζεται άμεσα με το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου, παρ' όλο που υπάρχουν περιπτώσεις όπου η διάγνωση έγινε από τα λεμφογάγγλια ενώ ο πρωτοπαθής όγκος μόλις ήταν ανιχνεύσιμος ή βρέθηκε εκ των υστέρων.

Η προσβολή στη μασχάλη ακολουθεί τις ομάδες ή επίπεδα λεμφογαγγλίων και σχετίζεται με την πρόγνωση, έτσι με τις σύγχρονες απόψεις εκείνο που έχει σημασία είναι ο ολικός αριθμός των προσβεβλημένων λεμφογαγγλίων άσχετα με το επίπεδο.

Από την ανάλυση των προγνωστικών παραγόντων, που ολοκληρώνεται με το κλινικό στάδιο εκφραζόμενο κατά το σύστημα TNM, το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου και ο αριθμός των προσβεβλημένων λεμφογαγγλίων της μασχάλης έχουν, και χωριστά και μαζί, τη μεγαλύτερη συμμετοχή.

Εξάλλου οι δυο αυτές παράμετροι σχετίζονται και μεταξύ τους. Η (ιστοπαθολογική) εξέταση της μασχάλης, ακόμη και σε πολύ πρώιμα καρκινώματα του μαστού καθώς και στις περιορισμένης έκτασης εγχειρήσεις, είναι απαραίτητη.

Σε ποσότητα παραχτετευόμενης λέμφου, τα λεμφογάγγλια της έσω μαστικής είναι ο δεύτερος σε μέγεθος λεμφικός σταθμός. Σε γενικές γραμμές ισχύουν τα παρακάτω δεδομένα.

A) Η προσβολή των λεμφογαγγλίων ακόμη και αν ο όγκος ήταν στο έξω ημιμόριο είναι δυνατή.

B) Η προσβολή των λεμφογαγγλίων της έσω μαστικής είναι πιο συχνή αν ο πρωτοπαθής όγκος εντοπίζεται στο έσω ημιμόριο.

Γ) Η συχνότητα προσβολής εξαρτάται από το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου.

Δ) Όγκος του έσω ημιμορίου με προσβολή των μασχαλιαίων λεμφογαγγλίων σημαίνει πολύ μεγάλη πιθανότητα προσβολής και των λεμφογαγγλίων της έσω μαστικής.

Προσβάλλονται κυρίως μέσω των μασχαλιαίων υπερκλειδίων λεμφαγγείων και η συχνότητα προσβολής τους όταν έχουν προσβληθεί τα ανώτερα μασχαλιαία λεμφογάγγλια είναι περίπου 15%. Σε αρνητικά λεμφογάγγλια μασχάλης, η πιθανότητα προσβολής των υπερκλειδίων λεμφογαγγλίων είναι πρακτικά 0%. Προσβολή των υπερκλειδίων λεμφογαγγλίων σημαίνει γενίκευση της νόσου και επιβάρυνση της πρόγνωσης (Λ. Μπούτη, Θεσσαλονίκη 1987).

Μεταστάσεις

Η μεταστατική διασπορά που γίνεται αιματογενώς και συχνά πολύ πρώιμα, μπορεί να περιλαμβάνει οποιοδήποτε όργανο με τη σειρά του πίνακα 1.

Στον τρόπο και την αλληλοδιαδοχή των μεταστάσεων του καρκίνου του μαστού εμπλέκονται και άλλοι παράγοντες με προγνωστική σημασία π.χ. ER- όγκο δίνουν πιο συχνά σπλαχνικές μεταστάσεις ενώ ER+ όγκοι δίνουν πιο συχνά οστικές μεταστάσεις παρόλο που άλλες παρατηρήσεις αμφισβητούν αυτή την εντύπωση.

(Λ. Μπούτη, Θεσσαλονίκη 1987)

Κατά την τελική φάση του προχωρημένου καρκίνου του μαστού, η κλινική εικόνα κυριαρχείται από τις συνέπειες της προσβολής των οργάνων με την αντίστοιχη λειτουργική ανεπάρκεια και συμπτωματολογία, καθώς και από γενικά συμπτώματα και φαινόμενα της νόσου όπως είναι η επιδείνωση της γενικής κατάστασης και η καχεξία. (Νίκου Α. Παπανικολάου, Αθήνα 1995)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Συχνότητα εντόπισης μεταστάσεων σε καρκίνο του μαστού.

Όργανο	Συχνότητα %
λεμφογάγγλια	76
οστά	71
πνεύμονες	69
ήπαρ	65
υπεζωκώς	51
επινεφρίδια	49
δέρμα	30
εγκέφαλος	22
ωοθήκες	20
περικάρδιο	19
πριτόναιο	15

Σύνοψη κεφαλαίου

Στην Ελλάδα ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες φτάνει το 77% των θανάτων ενώ στους άνδρες το 0,4%. Στις ελληνίδες κατέχει την πρώτη θέση σαν αιτία θανάτου από καρκίνο. Ο καρκίνος του μαστού ξεκινά από κακοήθη εξαλλαγή ενός κυττάρου που πολλαπλασιαζόμενο δίνει ένα κακοήθη κυτταρικό κλώνο. Αυτοί οι κακοήθεις κυτταρικοί κλώνοι προχωρούν χωριστά με το δικό τους ρυθμό ο καθένας. Η εξέλιξη του καρκίνου του μαστού είτε είναι κλιμακωτή δηλαδή να ξεκινάει με έναν όγκο μετά να έχει ενδομαστική επέκταση, μετά επιχώρια λεμφογάγγλια και γύρω ιστοί και τέλος διασπορά, είτε να πηγαίνει απευθείας στη διασπορά. Η μεταστατική διασπορά που γίνεται αιματογενώς και πολύ πρώιμα, μπορεί να προσβάλει διάφορα όργανα. Στην πρώτη γραμμή είναι τα λεμφογάγγλια, τα οστά και οι πνεύμονες.

3. Παράγοντες κινδύνου – Προδιαθεσικοί παράγοντες

Κληρονομικότητα. Η θέση της κληρονομικότητας με τον καρκίνο του μαστού είναι διαπίστωση και αφορά σε συγγενείς πρώτου βαθμού , δηλαδή μητέρα ή αδελφή.

Έτσι αν μια από αυτές πέρασε καρκίνο μετεμμηνοπαυσικά, οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, είναι μία και μισή φορά περισσότερες. Αν τον πέρασαν προεμμηνοπαυσικά, τότε αυτές φτάνουν τις τρεις φορές. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε μετεμμηνοπαυσικά και από τους δυο μαστούς, τότε αυτές φτάνουν τις τέσσερις φορές. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε προεμμηνοπαυσικά και στους δυο μαστούς, τότε φτάνουν στις οκτώ φορές.

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

Φύλο. Στους 100 καρκίνους του μαστού μόνο ένας αφορά τον άνδρα. Συχνότερα εμφανίζεται σε όσους πάσχουν από σύνδρομο Klinefelter.

Γεωγραφική κατανομή. Στατιστικά δεδομένα αναφέρουν, πως ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στο Δυτικό κόσμο απ' ότι στην Αμερική ,στην Ασία και στη Μέση Ανατολή.

Στη Βόρειο Αμερική και στη Βόρεια Ευρώπη εμφανίζεται πέντε φορές συχνότερα από ότι στη Ασία και στην Αφρική. Στη Νότια Αμερική και στη Νότια Ευρώπη εμφανίζεται σε μέση συχνότητα. Στην Ολλανδία Εμφανίζεται στη μεγαλύτερη συχνότητα από όλα τα άλλα κράτη.

Επίσης διαπιστώθηκε, πως ο καρκίνος μαστού εμφανίζεται επτά φορές συχνότερα στις Αμερικανίδες απ' ότι στις Γιαπωνέζες και πως, όταν οι Γιαπωνέζες μεταναστεύσουν στην Αμερική, στους απογόνους τους δεν υπάρχει αυτή η διαφορά.

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

Ειδικότερα, ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται σε συχνότητα , που δε φτάνει το 1%, και στο 85% των περιπτώσεων η μέση ηλικία εμφάνισης του είναι των 40 ετών.

Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης. Η πρώιμη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση διαπιστώθηκε, πως συμβάλλουν στις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, γιατί υπάρχουν στην περίπτωση αυτή περισσότεροι ανωθυλακιωρρηκτικοί κύκλοι και επομένως λιγότερη έκκριση προγεστερόνης, που προστατεύει τον μαστό. Το ίδιο ισχύει και για τις γυναίκες, που πάσχουν από στειρώση, λόγω ύπαρξης πολυκυστικών ωοθηκών.

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

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

Ο εγχειρητικός ευνουχισμός πριν από τα 40 χρόνια της γυναίκας ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά 70-75% για τα πρώτα 10 χρόνια. Μετά τη δεκαετία η συχνότητα αυξάνει.

Ηλικία πρώτου τοκετού. Διαπιστώθηκε, πως υπάρχει σχέση στη ηλικία της γυναίκας, που θα αποκτήσει το πρώτο της παιδί και στον καρκίνο του μαστού.

Αν αυτή γεννήσει το πρώτο της παιδί πριν από τα 20 χρόνια της ηλικίας της, τότε ο μαστός της προστατεύεται περισσότερο από τον καρκίνο σε σύγκριση με αυτή, που θα γεννήσει το πρώτο της παιδί μετά τα 35 χρόνια της. Ειδικότερα οι πιθανότητες σ' αυτή πολλαπλασιάζονται.

Η προστατευτική από τον καρκίνο επίδραση της πρώτης τελειόμηνης εγκυμοσύνης έχει σχέση με τον καρκίνο που εμφανίζεται μετά την ηλικία των 40 ετών γιατί η προστασία κρατάει για 15 περίπου χρόνια.

Οι επόμενες μετά την πρώτη εγκυμοσύνη της γυναίκας, που γέννησε πριν από τα 35 χρόνια της ή οι εκτρώσεις του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης δεν επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Ατεκνία. Οι γυναίκες που δεν γέννησαν εμφανίζουν αυξημένη τη συχνότητα καρκίνου του μαστού αλλά μικρότερη από αυτές που γέννησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 35 χρόνια.

Φύλο του πρώτου εμβρύου. Πιστεύεται, ότι όταν το πρώτο έμβρυο είναι αρσενικό, η γυναίκα περισσότερο προστατεύεται από καρκίνο στο μαστό της, λόγω των εκκρινόμενων από το έμβρυο ανδρογόνων ορμονών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Αριθμός τοκετών. Ενώ, όπως αναφέρθηκε έχει σημασία η ηλικία της γυναίκας στον πρώτο της τοκετό, δεν διαπιστώθηκε πως ο μαστός προστατεύεται από τον καρκίνο στις πολύτοκες

Θηλασμός. Πιστεύαμε, πως ο θηλασμός προστατεύει τη γυναίκα από καρκίνο του μαστού. Τα τελευταία χρόνια η άποψη αυτή δεν θεωρήθηκε παραδεκτή. Σήμερα όμως δεχόμαστε τη προστασία του θηλασμού και μάλιστα πως όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κρατήσει τόσο η προστασία είναι μεγαλύτερη.

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

Ορμονικοί παράγοντες. Η επίδραση των ορμονών στο επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων απασχόλησε τους ερευνητές . Φάρμακα, που χορηγούνται για την αντιμετώπιση θυρεοειδοπαθειών, η λήψη οιστρογόνων ορμονών και η χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων χωρίς προγεστερόνη, ενοχοποιήθηκαν για την εμφάνιση καρκίνου μαστού.

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

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

Η άποψη, πως οι γυναίκες, που εμφανίζουν υπερπρολακτιναιμία, έχουν αυξημένες πιθανότητες προσβολής τους από καρκίνο του μαστού, δεν τεκμηριώθηκε. (*Ευδοξίας Κονιάρη, Αθήνα 1991*)

Άλλης εντόπισης καρκίνος. Όταν εμφανισθεί καρκίνος στον ένα μαστό, υπάρχει και στον άλλο. Επίσης, συχνότερα εμφανίζεται καρκίνος στο μαστό, όταν υπάρχει στο ενδομήτριο, στις ωοθήκες και στο παχύ έντερο.

Διαιτητικοί παράγοντες. Πιστεύεται, πως οι παχύσαρκες γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο του μαστού. Παρατηρήθηκε πως στο δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο σημειώθηκε αισθητή κάμψη εμφάνισης της πάθησης.

Οι διαιτητικοί παράγοντες υπεισέρχονται στη σύνθεση και στο μεταβολισμό των οιστρογόνων ορμονών, δηλαδή, το λίπος και μάλιστα το ζωικό, οδηγεί σε αυξημένη μετατροπή της ανδροστενδιόνης σε οιστρόνη και αυξάνει την απελευθέρωση προλακτίνης από την υπόφυση και την παραγωγή χολικών αλάτων που μεταβάλλουν την εντερική χλωρίδα, έτσι ώστε να παράγονται καρκινογόνες ουσίες.

Σε διαιτητικούς παράγοντες αποδόθηκε και η εμφάνιση καρκίνου στο παχύ έντερο, που σχετίστηκε θετικά, έστω και σε μικρό βαθμό, με τον καρκίνο του μαστού.

Η κατάχρηση οινοπνεύματος φαίνεται, πως προδιαθέτει στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού, γιατί εμφανίζεται 1-1,5 φορά συχνότερα απ' ό τι στο γενικόπληθυσμό σε γυναίκες, που πίνουν παραπάνω από το συνηθισμένο, οινοπνευματώδη ποτά. Σε μεγαλύτερη, μάλιστα, συχνότητα εμφανίζεται σε γυναίκες, που έχουν επιβαρημένο το κληρονομηκό τους ιστορικό με καρκίνο του μαστού.

Ινοκυστική μαστοπάθεια . Τις σχέσεις της πάθησης με τον καρκίνο του μαστού τις αναφέρουμε στο δικό της κεφάλαιο.

Άλλοι παράγοντες. Διαπιστώθηκε, πως όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος σπουδών της γυναίκας, τόσο αυξάνεται και η συχνότητα του καρκίνου του μαστού. Επίσης, πως οι ψηλές γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα, από τις κοντές, όπως συχνότερα προσβάλλονται οι γυναίκες αστικών τάξεων σε σύγκριση με τις γυναίκες αγροτικών. Ακόμη πιστεύεται, πως η έντονη ψυχική δοκιμασία και η χορήγηση ορισμένων φαρμάκων, όπως της ρεσερπίνης σε μεγάλες δόσεις, μπορούν να θεωρηθούν αιτιολογικοί παράγοντες του καρκίνου του μαστού.

Γυναίκες που εκτέθηκαν σε ακτινοβολία (Χιροσίμα), όπως και γυναίκες, που έπασχαν από φυματίωση και υποβλήθηκαν σε συχνό ακτινοσκοπικό έλεγχο, εμφανίζουν συχνότερα καρκίνο στο μαστό τους. Σε όσο μικρότερη ηλικία η γυναίκα εκθέτει τον εαυτό της στην ακτινοβολία, τόσο ο κίνδυνος να εμφανίσει καρκίνο του μαστού μεγαλώνει. Τη μεγαλύτερη ευαισθησία την εμφανίζει στην ηλικία των 10-19 ετών και κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης.

Τέλος, εκφράσθηκε η άποψη, πως υπάρχει κάποιος ιός, που βρίσκεται κάτω από την επίδραση διαιτητικών, γενετικών και ενδοκρινικών παραγόντων και προκαλεί καρκίνο στο μαστό (Νίκου Α. Παπανικολάου, Αθήνα 1995).

3.1 Συμπτώματα

Ο καρκίνος του μαστού στην αρχή μπορεί να είναι ασυμπτωματικός και η ανακάλυψή του να γίνει σε τυχαία ψηλάφηση του. Τις περισσότερες φορές εμφανίζεται με τα παρακάτω συμπτώματα:

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

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

Πόνος. Ο πόνος θα οδηγήσει τη γυναίκα στο γιατρό σε συχνότητα 10% και είναι ύποπτος για καρκίνο, όταν εμφανισθεί ετερόπλευρα σε γυναίκα, που δεν βρίσκεται σε εμμηνόπαυση και δεν παίρνει οιστρογόνες ουσίες. Πόνοι προκαλούνται και από μεταστάσεις στα οστά.

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

Εισολκή δέρματος και θηλής. Η εισολκή του δέρματος ή της θηλής ή εκτροπή του άξονα της θηλής. Αποτελούν παθογνωμικά σημάδια καρκίνου του μαστού.

Άλλα συμπτώματα. Σπανιότερα. Ο καρκίνος του μαστού κάνει την εμφάνισή του με εξέλκωση στη θηλή, φλεγμονή, οίδημα, βήχα, δύσπνοια από πνευμονικές μεταστάσεις, θωρακικούς πόνους, από διήθηση του υπεζωκότα, κοιλιακούς πόνους, ίκτερο, κεφαλαλγία, διπλωπία, άποιο διαβήτη από μετάσταση στην υπόφυση κλπ. (Νίκου Α, Παπανικολάου, Αθήνα 1995)

3.2 Κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις

3.2.1 Κλινική ιατρική εξέταση

Η κλινική ιατρική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει τη λήψη του ενδεικνυόμενου για την περίπτωση αυτή ιστορικού, την επισκόπηση και την ψηλάφηση των μαστών.

Ιστορικό: Με το ιστορικό παίρνουμε πληροφορίες για την πάθηση που αναφέρει η άρρωστη. Η αξία τους εξαρτάται πολύ από τον εξεταστή και τον τρόπο της εξέτασης του. Η πρώτη επαφή με τον γιατρό είναι σημαντική για την άρρωστη. Γι' αυτό και οι ερωτήσεις του πρέπει να γίνονται με τέτοιο τρόπο, ώστε η άρρωστη να αισθάνεται, άνεση και αισιοδοξία για την αντιμετώπιση της πάθησης της.

Μετά το ερωτηματολόγιο που έχει σχέση με την ηλικία της, το περιβάλλον της, την επαγγελματική της δραστηριότητα και τον κοινωνικό της κύκλο, την οικογενειακή της κατάσταση και το κληρονομικό της, τις παθήσεις που παρουσίαζε στο παρελθόν, τις διαταραχές του ωοθηκικού της κύκλου, τη λήψη ορμονικών σκευασμάτων, τις τυχόν μαστικές συμφορήσεις που έχουν σχέση με την εμμηνορρυσία, τις προηγηθείσες εγκυμοσύνες, την ηλικία της πρώτης εγκυμοσύνης, τις γαλουχίες και τις νευρικές, πεπτικές ή ενδοκρινολογικές διαταραχές. Παίρνονται πληροφορίες για μαστοπάθειες που τυχόν πέρασε στο παρελθόν, όπως π. χ μαστίτιδες, τραυματισμούς στο μαστό κ.λ.π. Στη συνέχεια παίρνονται πληροφορίες για πιθανές εγχειρήσεις που προηγήθηκαν και έχουν σχέση με το μαστό (ωοθηκεκτομία, υστερεκτομία για καρκίνο του ενδομητρίου, εξαίρεση του κόλου για καρκίνου του εντέρου κ.λ.π.

Ύστερα αναζητείται η αιτία που ανάγκασε την άρρωστη να επισκεφθεί τον γιατρό όπως είναι τυχαία ανακάλυψη μάζας στον μαστό ή πόνος και ευαισθησία στους μαστούς.

Όσο πιο λεπτομερείς είναι οι πληροφορίες, που παίρνουμε στη λήψη του ιστορικού, τόσο ευχερέστερη γίνεται η διάγνωση και τρόπος ελέγχου του μαστού, που θα ακολουθήσει.

Η λήψη του ιστορικού και η εξέταση των μαστών πρέπει να γίνονται, όταν η ασθενής είναι μόνη της με τον γιατρό, γιατί τότε μόνο αισθάνεται άνεση και εμπιστοσύνη. Ο γιατρός πρέπει να είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει και φανταστικές απαντήσεις, γιατί έχει αποδεχθεί, πως ο μαστός συνδέεται με την ψυχική κατάσταση της γυναίκας και με τη συζυγική, οικογενειακή και επαγγελματική της ζωή. Η λήψη του ιστορικού αποτελεί μακρά και πολλές

φορές δυσχερή εξέταση, που απαιτεί πείρα εκ μέρους του εξεταστή (*Α Τσιφτσόγλου και συν, Θεσσαλονίκη 1987*)

Επισκόπηση: Η εξεταζόμενη επισκοπείται γυμνόστηθη, με άπλετο φως, σε όρθια στάση, καθισμένη και στάση επικύψεως με τους βραχίονες κρεμασμένους, σε ανάταση ή στα ισχία.

Με την επισκόπηση κατατοπιζόμαστε, σχετικά με τα γενικά χαρακτηριστικά των μαστών, αν δηλαδή είναι μικροί και παρθενικοί ή μητρικοί λιπώδεις, τον αριθμό των μαστών (μαστός υποανάπτυκτος- πολυμαστία) καθώς και για την συμμετρική ή ασύμμετρη περίμετρο των μαστών από την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή μέχρι την μέση οβελιαία, αποτέλεσμα πολλές φορές από τοπικές επεμβάσεις που προηγήθηκαν.

Στη συνέχεια διαπιστώνεται η κατάσταση του δέρματος των μαστών η τυχόν ύπαρξη ερυθρότητας, οιδήματος, έντονης διαγραφής του φλεβικού δικτύου(που μπορεί να είναι χωρίς κλινική σημασία, όταν είναι αμφοτερόπλευρη ή που μπορεί να έχει ιδιαίτερη σημασία, όταν είναι αμφοτερόπλευρη ή περιορισμένης εκτάσεως). Η ύπαρξη διευρυσμένων από αυξημένη προσαγωγή αίματος υποδορίων φλεβών είναι σημάδι νεοπλασματος καλοήθους ή κακοήθους.

Επίσης στον καρκίνο είναι δυνατό να διευρυνθούν οι υποδόριες φλέβες του πάνω τμήματος του μαστού και να φωτογραφηθούν με ειδική μέθοδο. Είναι δυνατό να παρατηρηθεί ερυθρότητα και αύξηση της θερμοκρασίας σε οξείες και χρόνιες φλεγμονές του μαστού, οίδημα που προκαλείται ύστερα από έμφραξη των υποδορίων λεμφαγγείων, όπως και εισολκή του δέρματος που είναι δυνατό να κυμαίνεται από μικρή κοίλανση πάνω από τον όγκο.

Ένας από τους τρόπους που βοηθούν στην ανακάλυψη της εισολκής είναι να τοποθετήσει η άρρωση τις παλάμες της επάνω στα ισχία της με αποτέλεσμα να μπορεί να συγκριθεί το ύψος του κάτω τμήματος του μαστού προς το επίπεδο της θηλαίας άλω αφού πιέσει ισχυρά τα χέρια της πάνω στα ισχία της ώστε να συσπαστούν οι θωρακικοί μύες, πρώτα από την πλευρά, που αντιστοιχεί στον φυσιολογικό μαστό και ύστερα από την πλευρά όπου υπάρχει υποψία όγκου. Ο φυσιολογικός μαστός έλκεται ελαφρά προς τα πάνω ενώ ο μαστός που πάσχει από καρκίνο ανυψώνεται ψηλότερα και γρηγορότερα.

Τέλος επισκοπείται ιδιαίτερα η θηλή και η θηλαία άλως, που μπορεί να οδηγήσει στη διαπίστωση του αριθμού των θηλών (υπερθηλία) της θέσεως των θηλών (αμφοτερόπλευρη ή ετερόπλευρη), ιστοπέδωση, εσοχή ή εισολκή). Σημασία ακόμη έχει η

έκκριση από τις θηλές άχρωμου υγρού, γαλακτόχρωμου, ελαφρά κιτρινωπού, ελαφρά πράσινου ή ζωηρού κόκκινου χρώματος.

Η παρουσία κηλίδων στην εσωτερική επιφάνεια του στήθους προδίδει πολλές φορές και μικρή ποσότητα εκκρίματος. Ακόμη μπορεί να παρατηρηθεί η παρουσία φυματιών στην άλω, η κατάσταση του δέρματος που μπορεί να παρουσιάζει υπερκεράτωση, ραγάδες, εξελκώσεις ακόμη και παρουσία νόσου του Paget ή καρκινώματος του κεντρικού εκφορητικού πόρου στη θηλή. (*Νίκου Α. Παπανικολάου, Αθήνα 1995*)

Ψηλάφηση: Η ψηλάφηση ακολουθεί αμέσως μετά την επισκόπηση. Με αυτήν παίρνουμε πληροφορίες σχετικά με την επιφάνεια του μαστού, εάν δηλαδή είναι λεία ή ανώμαλη, σχετικά με το μέγεθος, την μαλακή ή σκληρή σύσταση του μαζικού αδένου που περιβάλλεται από το περιμαστικό υποδερμάτιο λίπος της περιοχής. Η επιτυχία της διάγνωσης με την ψηλάφηση εξαρτάται από την πείρα του εξεταστή και τον τρόπο που αυτός θα την εκτελέσει.

Έτσι αν ο γιατρός περάσει τα χέρια του από τους μαστούς με τον συνηθισμένο τρόπο όταν αυτή είναι όρθια και έτοιμη να εξεταστεί στην καρδιά της ή στα πνευμόνια της, υπάρχουν πολλές πιθανότητες αποτυχίας της ψηλάφησης. Γιατί με τον τρόπο αυτό δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθούν οι πραγματικοί χαρακτήρες του μαζικού ιστού. Η καλή ψηλάφηση του μαστού απαιτεί μεθοδική πορεία που κατορθώνεται με αλλαγές στη θέση της άρρωστης και σχολαστική ψηλάφηση αρχικά της υπερκλείδιας χώρας, ύστερα της μασχάλης και τελευταία όλης της έκτασης του μαστού.

Η ψηλάφηση είναι καλύτερα να γίνεται με τα δάκτυλα και όχι με ολόκληρη την επιφάνεια της παλάμης, όπως συνιστούν μερικοί, γιατί τα απτικά σωματίδια του Maissener είναι πιο πολλά στις θηλές του χωριού της παλαμιαίας επιφάνειας των δακτύλων και κατά συνέπεια η απτική αίσθηση είναι λεπτότερη και οξύτερη.

Η ψηλάφηση πρέπει να γίνεται με λεπτούς χειρισμούς, για να μην προκαλείται δυσφορία στην άρρωστη και γιατί αυτός ο τρόπος παρέχει περισσότερες και ακριβέστερες πληροφορίες. Όταν αυτή γίνεται λίγο πριν τα καταμήνια όπου ο μαζικός αδένος είναι συμφορητικός και με έντονη σπαργή είναι δυνατόν να οδηγήσει στη λήψη κάποιου μικρού παθολογικού μορφώματος σαν φυσιολογικό λοβίο, γι' αυτό είναι απαραίτητη η επανεξέταση ύστερα από την έμμηνο ρύση.

Μετά την διαπίστωση κάποιου παθολογικού μορφώματος θα πρέπει να καθορισθούν:

- Η θέση δηλαδή το τεταρτημόριο στο οποίο ανήκει το μόρφωμα
- Το μέγεθος του που ορίζεται σε εκατοστά και σε δύο άξονες
- Το σχήμα του εάν είναι στρογγυλό, ωοειδές, ακανόνιστό, διάχυτο ή περιγεγραμμένο.
- Η σύσταση του μορφώματος αν είναι σκληρό, μαλακό ή κυστικό
- Αν είναι επώδυνο
- Η σχέση του προς το υπερκείμενο δέρμα και τους υποκείμενους ιστούς
- Ο βαθμός κινητικότητας του όγκου που αποτελεί κριτήριο για τον καθορισμό της φύσης του.
- Η θερμότητα του μαστού που εκτιμάται με την ράχη του χεριού.(Παπαδιαμάντης Ad(1785), Κλινική εξέταση – αυτοεξέταση, Εισηγήσεις σεμιναρίου «καρκίνος μαστού», Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας Πόρτο Χέλι)

Αυτοεξέταση {Εικόνα 3}: Μεγάλης σημασίας για την πρώιμη διάγνωση μιας νεοπλασματικής εξεργασίας του μαστού, είναι η σωστή αυτοεξέταση των μαστών. Πραγματικά ο μαζικός αδένας που βρίσκεται αμέσως κάτω από το δέρμα της περιοχής του μαστού προσφέρεται στη φυσική εξέταση του από την ίδια τη γυναίκα, αρκεί να έχει διδαχθεί από τον γιατρό της τόσο την σωστή τεχνική της αυτοεξέτασης, όσο και τον αντικειμενικό σκοπό της. Θα πρέπει να τονιστεί δηλαδή ότι σκοπός της αυτοεξέτασης είναι να ανακαλύψει η γυναίκα οποιαδήποτε αλλαγή στην κατάσταση των μαστών της και να προσφύγει στη συνέχεια στον γιατρό για διερεύνηση. 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. Σηκώστε τα χέρια και παρατηρήστε για τα ίδια σημεία. {Εικόνα 4}

Ακολούθως πιέστε και τις δύο θηλές και ελέγξτε αν υπάρχει αποβολή υγρού από αυτές. Το υγρό αυτό μπορεί να είναι γαλακτώδες, κίτρινο ή αίμα. 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. {Εικόνα 5}

Προσπαθήστε να αισθανθείτε οποιαδήποτε μάζα στο εσωτερικό του μαστού.

Το δεξί χέρι εξετάζει τον αριστερό μαστό και το αντίθετο

Ακολουθείστε την ίδια διαδικασία με τα ίδια βήματα σε όρθια θέση. {Εικόνα 6} Πολλές γυναίκες αισθάνονται καλύτερα τον μαστό τους όταν το δέρμα είναι υγρό και γλιστερό, έτσι προτιμούν να κάνουν αυτό το στάδιο της αυτοεξέτασης όταν κάνουν μπάνιο.

Η αναλογία όγκων του μαστού σε πρώιμο στάδιο που ανακαλύφθηκαν από την ίδια την γυναίκα είναι μεγάλη. Αυτό συμβαίνει γιατί η γυναίκα όταν εξετάζει συχνά μόνη της τους μαστούς της, εξοικειώνεται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους και έτσι μπορεί ν' ανακαλύψει συχνότερα κάθε ανωμαλία τους.

Έχει μεγάλη σημασία να χρησιμοποιεί η αυτοεξεταζόμενη ακριβή, πλήρη και μεθοδική εξέταση (Δ. Τούσης, 1980).

Η γυναίκα θα πρέπει να διδαχθεί να μην αυτοεξετάζεται σε κάθε ευκαιρία, αλλά σε ορισμένα διαστήματα, που απέχουν μεταξύ τους τόσο, όσο χρειάζεται για να αναπτυχθεί καρκίνος και να ανακαλυφθεί στο πρώιμο στάδιο του. Αν σκεφθούμε ότι χρειάζεται διάστημα πολλών μηνών, για να αναπτυχθεί καρκίνος με διάμετρο ενός εκατοστού σκόπιμο θα είναι να συστήσουμε στη γυναίκα να αυτοεξετάζεται το πολύ κάθε μήνα. Αναφορικά με την εποχή της αυτοεξέτασης, γυναίκες που δεν έφτασαν στην εμμηνόπαυση καλό είναι να αυτοεξετάζονται λίγες ημέρες μετά το τέλος της εμμηνορρυσίας. Ενώ σε γυναίκες μετεμμηνοπαυσιακές, σαν χρόνος αυτοεξέτασης συνίσταται μια ημερομηνία του μήνα που να τις βολεύει (Άννα Σαχίνη – Καρδάση, σελ.493-494)

3.2.2 Απεικονιστική εξέταση

Διαφανοσκόπηση: Η διαφανοσκόπηση έχει σαν σκοπό τη διερεύνηση του μαστού με μια φωτεινή πηγή που είναι τοποθετημένη κάτω από τον μαστό μέσα σε σκοτεινό χώρο. Είναι δυνατή χάρη στη διαφορετική διάχυση του φωτός όταν αυτό περνάει από ιστούς που έχουν διαφορετική φυσική σύσταση. Έτσι μπορούν να εντοπισθούν αλλοιώσεις του μαστού.

Στη διαφανοσκόπηση οι κύστεις του μαστού ενισχύουν τη φωτεινότητα, λόγω του περιεχομένου τους, και δημιουργούν φωτεινή περιοχή με ομαλά τα όριά της. Ο καρκίνος αντίθετα είναι αδιαφανής και δημιουργεί σκιερότητα.

Αυτό συμβαίνει γιατί η αύξηση της αγγείωσης, που συνοδεύει τις νεοπλασίες, ενισχύει την ελάττωση της φωτεινότητας, επειδή το αίμα ενεργεί σαν φίλτρο στο ερυθρό και υπέρυθρο τμήμα του φάσματος. Η χρησιμοποίηση των ακτίνων Laser θα οδηγήσει στην καθιέρωση της διαφανοσκόπησης σαν μεθόδου προληπτικού ελέγχου του μαστού.

Νέες προσθήκες στην τεχνική της διαφανοσκόπησης οδήγησαν στην μέθοδο της Διαφανογραφίας. Η εικόνα μεταφέρεται με μια τηλεοπτική μηχανή λήψης σ' ένα υπερευαίσθητο διερευνητή που αφού την επεξεργαστεί μπορεί να την αποτυπώσει σε χαρτί. (Νίκου Α. Παπανικολάου, Αθήνα 1995)

Υπερηχοτομογραφία {Εικόνα 8}: Η μέθοδος αυτή δεν χρησιμοποιείται ευρέως στον προληπτικό έλεγχο, τελευταία όμως η χρήση της αυξάνει, με την βελτίωση της τεχνολογίας και τον συνδυασμό των υπερήχων με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές. Η μέθοδος αυτή βασίζεται στην ιδιότητα των υπερήχων να μεταδίδονται με διαφορετική ταχύτητα στους διάφορους ιστούς και να ανακλώνται ανάλογα με την πυκνότητα των ιστών αυτών.

Αυτή είναι η αρχή της μετατροπής του ηχητικού κύματος σε οπτική εικόνα. Ηχητικά κύματα υψηλής συχνότητας που παράγονται από τη δόνηση ενός κρυσταλλικού πομποδέκτη διοχετεύονται στον μαστό και ανακλώνται από τους ιστούς πίσω στον πομποδέκτη, όπου μετατρέπονται σε ηλεκτρικά σήματα που παράγουν μια τομοειδή απεικόνιση των υλικών από τα οποία πέρασε ο ήχος.

Τα ευρήματα της υπερηχογραφίας ερμηνεύονται από τον εξεταστή τη στιγμή της εξέτασης ή φωτογραφίζονται και καταγράφονται σε μαγνητοταινία. Η υπερηχογράφιση του μαστού γίνεται με κινητό πομποδέκτη επαφής γενικής χρήσης που ελέγχει ορισμένες περιοχές του μαστού ή με ειδική μονάδα εμβάπτισης του μαστού σε νερό, που ελέγχει ολόκληρο τον μαστό.

Βασικό είναι να αναφερθεί ότι οι υπέρηχοι δεν προκαλούν ιοντισμό. Για το λόγο αυτό η υπερηχογραφία είναι μέθοδος ακίνδυνη, ανώδυνη, αναίμακτη και δεν χρειάζεται καμμία ειδική προετοιμασία. Καθορίζει όμως εξεργασίες από 1 cm και πάνω (Νίκου Α. Παπανικολάου, Αθήνα 1995).

Ξηρογραφία: Το 1966 ο Wolfe, του Νοσοκομείου Hutzell του Detroit με την βοήθεια μιας βελτιωμένης μονάδας ξηροακτινογραφίας τελειοποίησε τη μέθοδο της ξηροακτινογραφίας του μαστού. Είναι μια παραλλαγή της μαστογραφίας. Η ακτινολογική πλάκα

αντικαθίσταται με φορτισμένη με στατικό ηλεκτρισμό πλάκα σεληνίου που με ειδική επεξεργασία μας δίνει το αποτέλεσμα σε χαρτί.

Χρησιμοποιείται κυρίως για την εξέταση της αρχιτεκτονικής του μαστού και την εντόπιση μικροαποπιτανώσεων που πολλές φορές αποτελούν παθογνωμικό σημείο του αρχόμενου καρκίνου του μαστού. Η αντίθεση στα σημεία διαχωρισμού των διαφόρων ανατομικών στοιχείων είναι πιο έντονη και οι μικροασβεστώσεις φαίνονται καλύτερα σαν σκοτεινές περιοχές.

Η ξηρογραφία δίνει περισσότερες πληροφορίες για τον οπισθομαζικό χώρο και τη μασχάλη, είναι πιο σύντομη μέθοδος με ανώτερη διαγνωστική ακρίβεια από την μαστογραφία. Η ξηρογραφία μπορεί να μην χρειάζεται ειδικό μαστογράφο αλλά είναι απαραίτητες συσκευές για την φόρτιση και την εμφάνιση των πλακών σεληνίου. *(Παπαδιαμάντης, 1985).*

Θερμογραφία: Όταν μιλάμε για ιατρικό θερμογράφημα εννοούμε την εικόνα που παράγεται από την υπέρυθρη ακτινοβολία, που εκπέμπεται αυτόματα από το ανθρώπινο σώμα. Ο αντικειμενικός σκοπός είναι η εξακρίβωση διαφορών στη θερμοκρασία ανάμεσα σε γειτονικές περιοχές τμημάτων του σώματος. Οι διάφορες αυτές θερμοκρασίες μπορεί να είναι $0,1^{\circ}$, $0,2^{\circ}$ ή ακόμα μεγαλύτερες, οι οποίες είναι ενδεικτικές παθολογικών επεξεργασιών των τμημάτων που βρίσκονται κάτω από το δέρμα. *(Α. Τσιφτσόγλου και συν, Θεσσαλονίκη 1987).*

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη θερμογραφία είναι η θερμοκρασία αναφοράς δηλαδή η θερμοκρασία της δερματικής επιφάνειας της οποίας η ανατομική δομή και η ικανότητα εκπομπής να μην επηρεάζονται από την ηλικία ή τη σωματική ανάπτυξη του εξεταζόμενου ατόμου. Το σημείο της αναφοράς πρέπει να είναι φυσιολογικό, να μην έχει υποστεί αλλοιώσεις από προηγούμενη παθολογικά εξεργασία.

Πριν από την εξέταση της ασθενούς προηγείται μια περίοδος 5-8 λεπτά στη διάρκεια της οποίας η περιοχή του μαστού που θα εξεταστεί να μένει γυμνή έτσι ώστε η θερμοκρασία της να εκτεθεί άμεσα στη θερμοκρασία του περιβάλλοντος, ώστε να είναι κατά το δυνατό ομοιογενής.

Η συμμετρία στη θερμογραφική εικόνα των μαστών ενός ατόμου είναι εντυπωσιακή και αποτελεί πολύτιμο βοήθημα στην επισήμανση παθολογικών ή ύποπτων περιοχών. *(Παπαδιαμάντης, 1985)*

Μαστογραφία {Εικόνα 7}: Ο όρος μαστογραφία χαρακτηρίζει τη μέθοδο η οποία χρησιμοποιεί την ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία για να απεικονίσει τα φυσιολογικά και παθολογικά στοιχεία από τα οποία αποτελείται ο μαστός πάνω σε ακτινογραφικό φιλμ.

Η ακτινολογική απεικόνιση του μαστού πρέπει να προηγείται κάθε άλλου εργαστηριακού ή ιστολογικού ελέγχου γιατί η αιμορραγία που προκαλείται από την ιστοληψία ή την παρακέντηση κύστης του μαστού, δυσκολεύει την ανάγνωση του μαστογραφήματος.

Η μαστογραφία είναι η κατ' εξοχήν μέθοδος προληπτικού ελέγχου γιατί έχει την ικανότητα να σκιαγραφήσει μικροεπασβεστώσεις διαμέτρου μικρότερης από 1 mm, που συνδέονται με κακοήθεις εξεργασίες του μαστού. Σπάνια οι μικροεπασβεστώσεις εμφανίζονται σε καλοήθεις εξεργασίες.

Τα ειδικά ακτινολογικά μηχανήματα, οι μαστογράφοι παράγουν ειδικής ποιότητας ακτινοβολία και με τη βοήθεια ειδικών ακτινογραφικών πλακών απεικονίζουν με λεπτομέρειες τα διάφορα στοιχεία των μαστών, όπως το δέρμα, το λίπος, τους πόρους, συνδετικό ιστό ή αποτιτανώσεις. Το λίπος δίνει την ίδια εικόνα αντίθεσης που δίνουν οι κυψελίδες αέρα στον πνεύμονα. Η αξία του ακτινολογικού ελέγχου του μαστού εξαρτάται περισσότερο από την αφθονία ή όχι του λιπώδη ιστού, που υπάρχει στο μαστό.

Αρχικά η μαστογραφία ενοχοποιήθηκε για την εμφάνιση καρκίνου λόγω των ακτίνων X που χρησιμοποιήθηκαν στην εκτέλεση της. Σήμερα, η μέθοδος βελτιώθηκε με τη μείωση της απαιτούμενης δόσης αλλά και η ποιότητα της εικόνας. Ενώ πριν 10 χρόνια η μέθοδος απαιτούσε σε κεφαλουραία λήψη 0,5 rad. Η απορροφούμενη μέση δόση σ' ολόκληρο τον μαστό είναι 0,15 rad.

Περισσότερο ευαίσθητος στην ακτινοβολία είναι ο μαστός της έφηβης. Μετά την ηλικία των 30 ετών οι μαστοί δεν έχουν την ίδια ευαισθησία. Η ευαισθησία των μαστών στην ακτινοβολία ελαττώνεται με την πάροδο της ηλικίας. Για γίνουν αντιληπτές οι εικόνες του μαστού, που πάσχει, πρέπει πρώτα να γνωρίζουμε την ακτινολογική εικόνα του φυσιολογικού μαστού.

Ο μαστογραφικός έλεγχος γίνεται με κεφαλουραία και πλάγια προβολή. Η μελέτη του μαστογραφήματος είναι πάντα συγκριτική μεταξύ των αντιστοίχων προβολών και των δύο μαστών. Σ' αυτή ελέγχεται η προβολή της θηλής, το πάχος του δέρματος, το υποδόριο λίπος, η αρχιτεκτονική του μαζικού αδένου, η ύπαρξη πύκνωσης ή μάζας και η ύπαρξη αποτιτανώσεων (Δ. Τούσης Δ., 1980).

Παρακάτω, σκιαγραφείται η αξία και η θέση της μαστογραφίας στη μελέτη των παθήσεων του μαστού.

A. Σε κλινικά διαπιστωμένο καρκίνο η μαστογραφία μας δίνει πληροφορίες για την ορθότητα της κλινικής διάγνωσης, την κατάσταση του πάσχοντος αλλά και του άλλου μαστού, το μέγεθος του καρκίνου, τη μορφή και το βαθμό επέκτασης στους γύρω ιστούς και το δέρμα, στοιχεία για τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου, το αποτέλεσμα της θεραπείας μετά από ανεγχείρητο καρκίνο.

B. Σε γυναίκες που έχουν κάποιο πρόβλημα από το μαστό, που πιθανόν να σημαίνει καρκίνο(ψηλαφητή μάζα, έκκριμα από τη θηλή ιδίως αιμορραγικό) η μαστογραφία θα μας δώσει πληροφορίες για τη φύση του προβλήματος και θα το εντοπίσει, διευκολύνοντας τη χειρουργική διερεύνηση.

Γ. Σε ασυμπτωματικές γυναίκες η μαστογραφία μπορεί να μας δείξει μη ψηλαφητό καρκίνο ή στοιχεία τέτοια, που πιθανολογούν καρκίνο και κάνουν την βιοψία απαραίτητη.

Ακόμη η μαστογραφία μπορεί ν' αποκαλύψει μη ψηλαφητό καρκίνο του μαστού, όταν ακόμη είναι εντοπισμένος στο μαστό και πιθανότατα ιάσιμος κατά τρεις τρόπους:

- ❖ Βρίσκοντας μια μάζα που είναι πολύ μικρή σε σχέση με το όλο μέγεθος του μαστού για να μπορέσει να ψηλαφηθεί.
- ❖ Με την ανακάλυψη μικροασβεστώσεων ενδοσωληνώδους καρκίνου, συνήθως μη διηθητικού και πριν δημιουργηθεί μία μάζα.
- ❖ Με την ανακάλυψη διαταραχής της αρχιτεκτονικής ενός καρκίνου πριν αναπτυχθεί η αναπλαστική αντίδραση που τον κάνει ψηλαφητό.

Η μαστογραφία εκτελείται πριν την 12^η ημέρα του κύκλου, τότε, που οι μαστοί έχουν αποσυμφορηθεί.

Η μαστογραφία δεν πρέπει να εκτελείται:

- Σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 18 ετών, γιατί οι μαστοί σε αυτήν την ηλικία είναι ακτινοευαίσθητοι.
- Σε έγκυες για τον κίνδυνο της ακτινοβολίας και γιατί λόγω της υπερτροφίας των μαστών, τα μαστογραφικά ευρήματα δεν είναι ικανοποιητικά όπως και κατά την περίοδο της λοχείας.
- Σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 40 ετών, που τίποτε το παθολογικό δεν εμφανίζουν από τους μαστούς, ούτε επιβαρύνονται με κληρονομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού. (Παπαδιαμάντης, 1785).

Σύνοψη κεφαλαίου

Παράγοντες κινδύνου και προδιαθεσικοί παράγοντες για την ανάπτυξη καρκίνου μαστού είναι η κληρονομικότητα, το φύλο, η γεωγραφική κατανομή, η ηλικία, η ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης, η ηλικία πρώτου τοκετού, η ατεκνία, το φύλο του πρώτου εμβρύου, ο αριθμός τοκετών, ο θηλασμός, οι αμβλώσεις και στους παράγοντες συνήθως είναι οι ορμονικοί και διαιτητικοί. Ο καρκίνος του μαστού στην αρχή μπορεί να είναι ασυμπτωματικός και η ανακάλυψή του να γίνει με τυχαία ψηλάφηση του. Τα συνήθη συμπτώματα είναι, ένας όγκος, πόνος, έκκριση από τη θηλή και εισολκή δέρματος και θηλής. Η κλινική εξέταση που κάνει ο θεράπων ιατρός είναι αρχικά η λήψη καλού ιστορικού, επίσης γίνεται επισκόπηση και ψηλάφηση και τέλος είναι πολύ σημαντική και βοηθά στην πρώιμη διάγνωση η αυτοεξέταση των μαστών. Για απεικονιστική εξέταση υπάρχει η μαστογραφία που πρέπει να προηγείται κάθε άλλου εργαστηριακού ή ιστολογικού ελέγχου, επίσης είναι η διαφανοσκόπηση, η υπερηχογραφία η ξηρογραφία και η θερμογραφία.

4. Θεραπευτική αντιμετώπιση καρκίνου του μαστού.

Με τις διαγνωστικές δυνατότητες που διαθέτουμε σήμερα, στη συντριπτική πλειονότητα των ασθενών έχει τεθεί προεγχειρητικά η διάγνωση του καρκίνου και οδηγούνται στο χειρουργείο για θεραπευτική αντιμετώπιση, αφού έχουν συζητηθεί οι θεραπευτικές επιλογές με την ασθενή και έχει αποφασισθεί ένα "πλάνο" θεραπείας.

Σε αμφισβητούμενες όμως περιπτώσεις ή για λόγους επιβεβαίωσης της διάγνωσης, θα χρειασθεί να προηγηθεί "ταχεία βιοψία", στην οποία αφαιρείται όλη η αλλοίωση επί υγιούς και γίνεται ταχεία παθολογοανατομική εξέταση του παρασκευάσματος. Η ταχεία βιοψία είναι εξαιρετικά ακριβής μέθοδος για τη διάγνωση ενός διηθητικού καρκίνου και για το προορισμό της έκτασης της νόσου στο κομμάτι του ιστού που έχει αφαιρεθεί.

Επίσης, κατά τη διάρκεια της βιοψίας, μπορεί να ληφθεί τμήμα του όγκου, που ψύχεται και κρατιέται σε "τράπεζα ιστών"- βαθιά κατάψυξη(75° C) για μελλοντικές, αναδρομικές μελέτες και ανάλυση νέων παραμέτρων. Παράγοντες που υπολογίζονται και λαμβάνονται υπ' όψιν στους θεραπευτικούς χειρισμούς, όπως είναι: η παρουσία οιστρογόνων(ER) και προγεστερόνης(PR) υποδοχέων, το Grade του όγκου, η παρουσία νέκρωσης και καρκινικών εμβόλων σε λεμφαγγεία, DNA ανάλυση, c-erb-b2, p53, μερικοί από τους οποίους παλαιότερα υπολογιζόταν μόνον σε υλικό όγκου από την ταχεία βιοψία (π.χ ορμονικοί υποδοχείς με DCC), σήμερα μετριοούνται ποιοτικά σε μόνιμες τομές.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει βασικά τέσσερις ειδικούς χειρισμούς: Χειρουργική. Ακτινοθεραπεία, Χημειοθεραπεία και Ορμονικούς χειρισμούς. Όλες οι θεραπευτικές δυνατότητες που διαθέτουμε σήμερα πρέπει να χρησιμοποιούνται ανάλογα με την περίπτωση και τις ενδείξεις, βάσει των επί μέρους χαρακτηριστικών τόσο της ασθενούς (π.χ ηλικία, βιολογική κατάσταση, άλλα νοσήματα) όσο και του όγκου (Ευάγγελου Τζωρακοελευθεράκη, 1987).

4.1 Χειρουργική παρέμβαση

Ο σημερινός χειρουργός διαθέτει ένα ευρύ φάσμα επεμβάσεων που μπορεί να εκτελέσει και οι οποίες ανάλογα με την έκταση της χειρουργικής εκτομής διακρίνονται ως εξής:

- ❖ **Βιοψία: {Εικόνα 9}** Σήμερα είναι ισοδύναμος όρος με την ογκεκτομή {Εικόνα 10}, κατά την οποία αφαιρείται όλος ο μακροσκοπικός μόνον όγκος. Μετά την εμπειριστατωμένη μελέτη της σημασίας της αφαίρεσης του όγκου επί υγιών ορίων, στην πράξη έχει αντικατασταθεί από την "ευρεία τοπική εκτομή".

Η παλαιότερα χρησιμοποιούμενη απλή βιοψία τμήματος του όγκου έχει καταργηθεί και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται λόγω του υψηλού κινδύνου διασποράς της νόσου.

- ❖ **Ευρεία τοπική εκτομή:** Είναι η εκτομή του όγκου μαζί με ένα υγιές τμήμα ιστού τουλάχιστον 2 εκ. γύρω από αυτόν. Μία επέκταση αυτής της επέμβασης είναι η τεταρτεκτομή {Εικόνα 11} κατά την οποία αφαιρείται όλο το τεταρτημόριο του μαστού, στο οποίο ήταν ο καρκίνος.

- ❖ **Ολική ή απλή μαστεκτομή {Εικόνα 12}:** Η αφαίρεση ολόκληρου του μαζικού αδένου μαζί με το υπερκείμενο δέρμα.

Οι ανωτέρω επεμβάσεις αναφέρονται μόνον στο μαστό. Οι ακόλουθες τρεις επεμβάσεις, συμπεριλαμβάνουν την ολική μαστεκτομή και τη μερική ή ολική αφαίρεση των λεμφαδένων της σύστοιχης μασχάλης.

- ❖ **Εκτεταμένη ολική μαστεκτομή:** Η επέμβαση περιλαμβάνει την ολική αφαίρεση του μαστού και τον πλήρη λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης, χωρίς όμως να αφαιρείται ή να κόβεται ο μείζων ή ο ελάσσων θωρακικός μυς. Είναι η επέμβαση που έχει αντικαταστήσει τα τελευταία χρόνια τη ριζική μαστεκτομή.

- ❖ **Ριζική Μαστεκτομή**

α. Κλασική ριζική μαστεκτομή {Εικόνα 13}

Περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Halsted και περιλαμβάνει την εκτομή όλου του μαζικού αδένου, του περιεχομένου της μασχάλης και του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός. Σήμερα εφαρμόζεται σπάνια και μόνο σε όγκους του οπίσθιου τμήματος του μαστού, με εκτεταμένη διήθηση του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός

β. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή {Εικόνα 14}

Αυτή η εγχείρηση περιγράφηκε από τον Patey και είναι όμοια της κλασικής ριζικής μαστεκτομής του Halsted, αλλά με διατήρηση του μείζονα θωρακικού μυός. Η προσπέλαση της κορυφής της μασχάλης επιτυγχάνεται με τη διατομή του ελάσσονος θωρακικού μυός, κοντά στη πρόσφυση του στη κορακοειδή απόφυση. Τροποποίηση της επέμβασης αποτελεί η αφαίρεση του ελάσσονος θωρακικού μυός, με σκοπό τον καλύτερο καθαρισμό των λεμφαδένων της μασχάλης, περιλαμβανομένων και αυτών που βρίσκονται μεταξύ των θωρακικών μυών (λεμφαδένες του Rotter).

γ. Μαστεκτομή με διατήρηση

Σε αυτή την εγχείρηση, αφαιρείται το σύμπλεγμα θηλής-άλω, όλος ο μαζικός αδένος μαζί με το περιεχόμενο της μασχάλης, διατηρείται όμως μεγάλο τμήμα του υπερκείμενου δέρματος του στήθους και απαιτείται μόνον ένα μικρό μόσχευμα για να καλυφθεί το έλλειμμα της περιοχής θηλής – άλω. Η αποκατάσταση γίνεται με μμοδερματικό κρημνό ή πρόθεση σιλικόνης και το κοσμητικό αποτέλεσμα μπορεί να είναι πολύ καλό, λόγω διατήρησης του φυσιολογικού σχήματος του μαστού και ιδιαίτερα της υπομαστικής πτυχής – αναδίπλωσης στη βάση του στήθους.

δ. Υποδόρια μαστεκτομή {Εικόνα 15}

Κατά την υποδόρια μαστεκτομή το υπερκείμενο δέρμα αποχωρίζεται από το μαστό και αφαιρείται όσο το δυνατόν περισσότερος μαζικός αδένος (με αρκετή προσοχή) έως και η "ουρά" του μαστού. Παραμένει ένα μικρό τμήμα αδενικού ιστού κάτω από το σύμπλεγμα θηλής-άλω, με σκοπό να διαφυλαχθεί η αιμάτωση της θηλής και να αποφευχθεί τυχόν νέκρωση.

Η σύγχρονη αποκατάσταση από την οποία συνοδεύεται, γίνεται συνήθως με τη τοποθέτηση μίας μόνιμης πρόθεσης σιλικόνης μέσα στο χώρο που δημιουργείται κάτω από τον μείζονα θωρακικό μυ, ο οποίος παρασκευάζεται και κινητοποιείται κατάλληλα. Σε μερικές ασθενείς που δεν επαρκεί η "θήκη" που δημιουργείται κάτω

από το μείζονα θωρακικό μυ, μπορεί να τοποθετηθεί ένας διατατήρας ιστών και να αντικατασταθεί σε δεύτερο χρόνο ή μία μόνιμη πρόθεση με δυνατότητα διάτασης.

Η τομή του δέρματος για την επίτευξη των ανωτέρω είναι σε σχήμα S που αρχίζει από τα πλάγια και φθάνει μέχρι την άλω ή γίνεται κατά μήκος της υπομαστικής πτυχής, εξαρτώμενη κυρίως από το μέγεθος του μαστού. Σε κάθε όμως περίπτωση θα πρέπει να είναι σε τέτοια θέση που να επιτρέπει την αφαίρεση του μαζικού αδένου έως και την ουρά του μαστού, να επιτρέπει την κινητοποίηση του μείζονος θωρακικού μυός και τη δημιουργία επαρκούς θήκης και να επιτυγχάνει καλό κοσμητικό αποτέλεσμα.

Όσον αφορά τις ενδείξεις της υποδόριας μαστεκτομής, εξακολουθεί να υπάρχει έντονη διαφωνία στο χώρο της ογκολογίας. Οι περισσότεροι δέχονται ότι δεν έχει θέση στην θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, συμπεριλαμβανομένων και του DCIS. Μεγαλύτερη συμφωνία υπάρχει στην ένδειξη της ως "προφυλακτικής" επέμβασης σε γυναίκες πολύ υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού (λοβιακό *in situ* νεόπλασμα, ατυπία και ισχυρό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, ιστορικό λοβιακού διηθητικού καρκίνου στον άλλο μαστό, ύπαρξη μεταλλάξεων BRCA1-2 ή συνδυασμός των ανωτέρω). Ακόμη όμως και στη τελευταία περίπτωση αρκετοί αντιπροτείνουν την απλή μαστεκτομή με σύγχρονη αποκατάσταση για πληρέστερο προφυλακτικό αποτέλεσμα.

4.1.2 Περιγραφή της εκτεταμένης ολικής μαστεκτομής

Κατά την επέμβαση αυτή αφαιρείται όλος ο μαζικός αδένος με το υπερκείμενο δέρμα και το σύμπλεγμα θηλής – άλω και επιπρόσθετα, σε συνέχεια ιστών με την "ουρά" του μαστού αφαιρούνται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, η προσπέλαση των οποίων γίνεται με έλξη και απώθηση και όχι διατομή του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός.

Η τομή του δέρματος γίνεται έτσι ώστε να συμπεριλαμβάνει την υπερκείμενη του καρκίνου ή της προηγηθείσης βιοψίας περιοχή και λαμβάνεται πρόνοια ώστε να μην δημιουργηθεί πρόβλημα ελλείμματος ή υπερβολικής "τάσης" κατά τη συρραφή της τομής.

Αρχικά παρασκευάζεται ο προς τα άνω δερματικός κρημνός, αφαιρώντας τον μαζικό αδένου από το υποδόριο(σύνδεσμοι του Cooper) έως και την περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός, η οποία επίσης συμπεριλαμβάνεται στην εκτομή ώστε να αφαιρεθούν και τυχόν μικρές προσεκβολές του μαζικού ιστού προς αυτή τη κατεύθυνση. Η αφαίρεση

συνεχίζει μέχρι και την παρασκευή του πλάγιου θωρακικού τοιχώματος και ακολούθως παρασκευάζεται ο προς τα κάτω δερματικός κρημνός με τον ίδιο τρόπο.

Ακολούθως, έλκοντας κατάλληλα τους μύες γίνεται η αφαίρεση του περιεχομένου της μασχάλης, αφού παρασκευασθεί και προφυλαχθεί η μασχαλιαία φλέβα και έχοντας αναγνωρίσει και διατηρήσει το μακρό θωρακικό νεύρο και το θωρακορραχιαίο δεμάτιο (νεύρο, αρτηρία, φλέβα). Τα όρια εκτομής στη μασχάλη προσδιορίζονται από το έσω θωρακικό τοίχωμα, τον υποπλάτιο μύ (πίσω), τη μασχάλη (άνω- έσω) ανάλογα με την έκταση του λεμφικού καθαρισμού.

Το τραύμα παροχετεύεται με δυο παροχετεύσεις κενού, μια στη μασχαλιαία κοιλότητα και μία που τοποθετείται επάνω στο μείζονα θωρακικό μύ και το δέρμα συρράπτεται συνήθως με διακεκομμένα ράμματα, ενώ δε τοποθετούνται υποδόριες ραφές, εκτός εάν υπάρχει ιδιαίτερα μεγάλη "τάση" στη συμπλησίαση του δέρματος.

Οι παροχετεύσεις αφαιρούνται συνήθως την 3^η με 4^η μετεγχειρητική ημέρα, όταν η παροχή λέμφου έχει περιοριστεί στα 25- 30 ml.

4.1.3 Επιπλοκές της μαστεκτομής

Η μαστεκτομή είναι σε γενικές γραμμές μία πολύ ασφαλής χειρουργική επέμβαση, με πολύ μικρή μετεγχειρητική θνησιμότητα(κυρίως σε ηλικιωμένους ασθενείς με συνυπάρχοντα λόγω της ηλικίας καρδιαγγειακά προβλήματα) και μικρή μετεγχειρητική νοσηρότητα.

Οι σοβαρές διεγχειρητικές επιπλοκές(αιμορραγία, πνευμοθώρακας) είναι εξαιρετικά σπάνιες, η μόλυνση του τραύματος συμβαίνει σε ποσοστό < 1%, ενώ η συλλογή λέμφου που είναι αρκετά συχνή, αντιμετωπίζεται με εκκενωτικές παρακεντήσεις της περιοχής και υποχωρεί σε μικρό χρονικό διάστημα.

Αρκετά ενοχλητική επιπλοκή είναι η δυσκαμψία του ώμου, αρκετές φορές επώδυνη, η οποία μπορεί να προληφθεί και να αποφευχθεί με γρήγορη κινητοποίηση του άκρου από τη πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και στη συνέχεια κατάλληλη άσκηση.

Σοβαρή επιπλοκή της εγχείρησης είναι η ανάπτυξη λεμφοιδήματος του σύστοιχου άνω άκρου που κυμαίνεται από 2 – 50%, ανάλογα με την έκταση του λεμφαδενικού καθαρισμού της μασχάλης, τη προσθήκη ακτινοθεραπείας, επανειλημμένες λοιμώξεις κ.λ.π. Για την πρόληψη του λεμφοιδήματος θα πρέπει να δίνονται λεπτομερείς οδηγίες στην ασθενή για την υιοθέτηση συμπεριφοράς προφύλαξης του άκρου κυρίως από έντονη κόπωση, λοιμώξεις και επανειλημμένες λεμφαγγειίτιδες.

4.1.4 Συντηρητική χειρουργική παρέμβαση

Ο όρος "συντηρητικές χειρουργικές επεμβάσεις" αναφέρεται στην ευρεία τοπική εκτομή του όγκου και στην τεταρτεκτομή, οι οποίες συνδυάζονται με πλήρη ή μερική αφαίρεση των λεμφαδένων της μασχάλης.

Τα τελευταία χρόνια έχουν κερδίσει πολύ έδαφος, διότι διατηρούν το μαστό και έχουν καλύτερο κοσμητικό αποτέλεσμα και συνδυαζόμενες με ακτινοθεραπεία, επιτυγχάνουν εξ ίσου καλά αποτελέσματα με την μαστεκτομή, όσον αφορά τη τοπική υποτροπή και τη συνολική επιβίωση

Τονίζεται όμως, ότι θα πρέπει να εκτελούνται με προσεκτικές και καθορισμένες ενδείξεις, όπως π.χ. μικρό μέγεθος όγκου, απουσία εκτεταμένου DCIS, θέση μακριά από τη θηλή.(Θεόδωρος Ντολάντζας Θεσσαλονίκη 2000 σελ, 54)

4.2 Ορμονοθεραπεία {Εικόνα 16}

Έχουν περάσει περίπου 100 χρόνια από τότε που παρατηρήθηκε για πρώτη φορά ότι η ωθηκεκτομή μπορεί να επηρεάσει τη πορεία των ασθενών με καρκίνου του μαστού. Η ανακάλυψη όμως των ορμονικών υποδοχέων σε κύτταρα καρκίνου του μαστού έδωσε νέα ώθηση για πιο συστηματική προσέγγιση αυτής της μορφής θεραπείας της νόσου.

Ο οιστρογονικός υποδοχέας είναι μία πρωτεΐνη μεγάλου μοριακού βάρους που ενώ αρχικά εντοπίστηκε στο κυτταρόπλασμα, απώτερες ενδείξεις τον τοποθετούν πλέον σταθερά συνδεδεμένο στο κυτταρικό πυρήνα.

Ένα απλό πιθανό "μοντέλο" δράσης των οιστρογόνων σε κυτταρικό επίπεδο, περιλαμβάνει αρχικά μέσω διήθησης διαπίδυσης εισόδου τους από την κυτταρική μεμβράνη στο κυτταρόπλασμα και ακολούθως την ώση τους με ελεύθερο ER. Στη συνέχεια, υποδοχέας διέρχεται μια διαδικασία ενεργοποίησης που οδηγεί σε ένα μετασχηματισμό σταθεροποίησης του συμπλέγματος οιστρογόνου- υποδοχέα. Η επίδραση του ενεργοποιημένου αυτού συμπλέγματος στο γονίδιο διεγείρει την διαδικασία μεταγραφής, μετάφρασης και τελικά αναδιπλασιασμού και το αποτέλεσμα τη διαίρεση του κυττάρου και το πολλαπλασιασμό. Σύμφωνα με μερικές ενδείξεις , το οιστρογονικό αυτό αποτέλεσμα δεν επιτυγχάνεται άμεσα αλλά έμμεσα, με μερικές ενδείξεις, το οιστρογονικό αυτό αποτέλεσμα δεν επιτυγχάνεται άμεσα αλλά έμμεσα, με την αναπαραγωγή του ER και

ενός παράγοντα ανάπτυξης που δίνει το τελικό ερέθισμα του πολλαπλασιασμού. Μέσω αυτού του μηχανισμού, τα οιστρογόνα οδηγούν στον πολλαπλασιασμό των ER- θετικών καρκινικών κυττάρων, ενώ τα ER- αρνητικά αναπτύσσονται αυτόνομα, δια συνεχούς παραγωγής παραγόντων ανάπτυξης, ανεξάρτητα από ορμονικά ερεθίσματα.

Όσον αφορά τον προγεστερονικό υποδοχέα έχει αποδειχθεί ότι η σύνθεση του ρυθμίζεται από τα οιστρογόνα και μάλλον η παρουσία του στο καρκίνο του μαστού υποδηλώνει κυρίως μια ισχυρή οιστρογονική επίδραση και έναν ενεργό ER.

Μετά από τις σπουδαιότερες προόδους στις ορμονικές θεραπείες ήταν η παρασκευή μη- στεροειδών ουσιών, που ανταγωνίζονται τη δράση των οιστρογόνων.
(*Νίκου Α. Παπανικολάου, Αθήνα 1995*)

4.3 Χημειοθεραπεία {Εικόνα 17}

Εφαρμόζεται ιδιαίτερα σε τοπική ή γενική καρκινωμάτωση και σε αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς, για την πιθανή βελτίωση της διάρκειας και των συνθηκών της ζωής της άρρωστης. Σε σπάνιες περιπτώσεις η πάθηση υποχωρεί αισθητά για μεγάλο χρονικό διάστημα, χωρίς να θεραπευθεί. Στις ηλικιωμένες ασθενείς συστήνεται όταν υπάρχουν πάνω από 4 διηθημένοι λεμφαδένες και οι ορμονικοί υποδοχείς είναι αρνητικοί. Στις ηλικιωμένες γυναίκες η συμπληρωματική χημειοθεραπεία αυξάνει ελάχιστα την επιβίωση και το χρονικό διάστημα ως την εμφάνιση μεταστάσεων. Η χημειοθεραπεία αρχίζει πριν περάσουν τρεις εβδομάδες από την εγχείρηση και κρατάει 6-8 μήνες, τα φάρμακα, που χορηγούνται είναι μεθοτρεξάτη (Methotrexate), η κυκλοφωφοφαμίδη (Eodoxan), η μιτομυκίνη (Mitomycin), η χλωραμβουκίνη (Leukeran), η 5-φθόριο- ουρακίλη (Fluorouracil), η δοξορομπουκίνη (Adriblastina), η μεφαλάνη (Alkeran), η τριαιθυλενοθειοφωσφαμίδη (Thiotera), και η μιτομυκίνη (Mitomycin-c). Τα φάρμακα αυτά χορηγούνται και συνδυασμένα (*Νίκου Α. Παπανικολάου, Αθήνα 1995*).

4.4 Ακτινοθεραπεία {Εικόνα 18}

Αν και ο καρκίνος του μαστού θεωρείται ακτινοάντοχος σχετικά, η συμβολή της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του έχει θέση και μάλιστα στην ελάττωση των υποτροπών μετά την εγχείρηση. Δεν φαίνεται πως παρατείνει την επιβίωση. Η

μεταχειρητική ακτινοθεραπεία στο θωρακικό τοίχωμα μετά από τροποποιημένη ριζική μαστεκτομία δεν επιδρά στην επιβίωση της άρρωστης, αλλά ελαττώνει την εμφάνιση τοπικών υποτροπών από 15% σε 9%. Ίσως, έχει ένδειξη σε ασθενείς με όγκους κακής διαφοροποίησης, μεγάλου μεγέθους και με εκτεταμένη αγγειακή και νευρική διήθηση. Ούτε η ακτινοθεραπεία στους έσω μαστικούς λεμφαδένες σε όγκους του εσωτερικού ημιμορίου αυξάνει την επιβίωση. Αν κριθεί απαραίτητη είναι καλύτερα να γίνεται μετά από χημειοθεραπεία.

Η ακτινοθεραπεία των τοπικών υποτροπών στο θώρακα ή στους λεμφαδένες ελέγχει την πάθηση στο 80% των περιπτώσεων, παρατείνοντας την επιβίωση.

Ακτινοθεραπεία συστήνεται και στις μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού και ιδιαίτερα των οστών, γιατί ανακουφίζει την άρρωστη από τους πόνους σε συχνότητα 90%. Επίσης, ανακουφίζει την άρρωστη, όταν οι μεταστάσεις αφορούν το μεσοπνευμόνιο χώρο.

(Νίκου Α. Παπανικολάου, Αθήνα 1995)

Σύνοψη κεφαλαίου

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι αρχικά η χειρουργική παρέμβαση. Οι επεμβάσεις που εφαρμόζονται είναι η βιοψία, η ευρεία τοπική εκτομή, η ολική ή απλή μαστεκτομή, η εκτεταμένη ολική μαστεκτομή, η ριζική μαστεκτομή. Η μαστεκτομή είναι ασφαλής με πολύ μικρή θνησιμότητα και μικρή μετεγχειρητική νοσηρότητα. Άλλη θεραπευτική αντιμετώπιση είναι η ορμονοθεραπεία που η ανακάλυψη των ορμονικών υποδοχέων σε κύτταρα καρκίνου μαστού έδωσε την ώθηση για την προσέγγιση αυτής της μορφής θεραπείας. Επίσης, είναι η χημειοθεραπεία που εφαρμόζεται σε τοπική ή γενική καρκινομάτωση και σε αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς για τη πιθανή βελτίωση της διάρκειας και των συνθηκών της ζωής του ασθενούς. Τέλος αν και ο καρκίνος μαστού θεωρείται ακτινοάντοχος, η συμβολή της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του έχει θέση και συμβάλλει στην ελάττωση των υποτροπών μετά την εγχείρηση.

5. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Οι Tshudin και Burnard θεωρούν ότι οι νοσηλευτές απαιτείται να συγκεκριμενοποιούν την πιθανή φύση της σχέσης βοήθειας του ατόμου με καρκίνο, που βασίζεται στις ανάγκες του ατόμου. Είναι ουσιαστικό η σχέση αυτή να είναι συναινετική και συνεργασίας . Πιθανά ο νοσηλευτής και ο ασθενής συμφωνούν απόλυτα να πορευθούν σε μια συμβουλευτική σχέση, στην οποία ο νοσηλευτής δέχεται να αναλάβει την ιδιότητα του συμβούλου. Εναλλακτικά, ο νοσηλευτής και ο ασθενής ενδεχομένως αποφασίζουν να εργαστούν πάνω σε συγκεκριμένες ανησυχίες ενώ ο νοσηλευτής συνεχίζει να εκπληρώνει τον λειτουργικό του ρόλο ως νοσηλευτής. Στην περίπτωση αυτή, ο νοσηλευτής εξακολουθεί να εφαρμόζει δεξιότητες συμβουλευτικής προκειμένου να μεγιστοποιήσει την επικοινωνία του με τον ασθενή. Ο τρόπος με τον οποίο μια νοσηλεύτρια βοηθάει τελικά το άτομο να διαχειριστεί τις ανησυχίες του, ο τρόπος που αυτή ενσωματώνει κάποιες θεωρητικές προσεγγίσεις στις προσωπικές στρατηγικές και ο τρόπος που δομεί και προγραμματίζει την πρόοδο της εργασίας εξαρτάται από μια σειρά πραγμάτων μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται: Το επίπεδο των δεξιοτήτων, τι αισθάνεται ότι πράττει με άνεση, τις πεποιθήσεις και το σύστημα αξιών σχετικά με τους ανθρώπους, το επίπεδο αυτογνωσίας, την κατά περιόδους ψυχική διάθεση, την παρούσα κατάσταση της ζωής, την αντίληψη τι <<δεν πηγαίνει καλά>> με το άτομο, τον τρέχοντα φόρτο εργασίας, την φύση και υποστήριξης και επίβλεψης, το πλαίσιο εργασίας (Ελισάβετ Πατηράκη- Κουρμπάνη, σελ.129).

5.1 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων

Ένα μέρος του αρχικού διαγνωστικού ελέγχου, όπως αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφίες, δειγματολογικές εξετάσεις, συνήθως παραγγέλλονται για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης της υγείας της ασθενούς. Αυτές οι εξετάσεις ρουτίνας δεν είναι ειδικές για τον καρκίνο, αλλά τα αποτελέσματα του μπορεί να υποδείξουν την παρουσία μη φυσιολογικής κατάστασης- όπως λοίμωξης, αιμορραγίας ή άλλης παθολογικής διεργασίας- σχετιζόμενες με τον καρκίνο, προκαρκινικών καταστάσεων ή κάποιου παθολογικού ευρήματος, το οποίο όμως δεν είμαι καρκινικό. Οι εξετάσεις αυτές δεν περιγράφονται, γιατί χρησιμοποιούνται γενικά σε κάθε διαγνωστικό έλεγχο.

Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων: Οι περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις δεν προκαλούν σωματικό πόνο, γι' αυτό και δεν προκαλούν μεγάλη αναστάτωση, αλλά μηνύουν στην ασθενή ότι υπάρχει κάποιος λόγος να ανησυχεί σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου. Από την ανησυχία αυτή ανακουφίζεται μόνον όταν η διάγνωση έχει τεθεί. Κάθε εξέταση που κάνει η ασθενής, κάθε νέο άτομο που συναντά, μπορεί να της αυξήσει το αίσθημα ότι χάνει τον έλεγχο. Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει τον έλεγχό της σε αυτό το άγνωστο περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσεται αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης με την ασθενή, με τα εξής:

- ❖ Ενημερώνοντας την για όλες τις εξετάσεις, στις οποίες θα υποβληθεί.
- ❖ Εξηγώντας για ποιο σκοπό αποφασίσθηκε η διενέργεια της εξέτασης
- ❖ Ενημερώνοντας την σχετικά με τον τρόπο που θα γίνει η εξέταση και τα με το χρόνο διάρκειας της και
- ❖ Αν είναι γνωστό από προηγουμένως, ενημερώνοντας την για πότε έχουν προγραμματισθεί οι εξετάσεις.

Περαιτέρω διαγνωστικές διαδικασίες: Μετά την ολοκλήρωση του ιστορικού, των προκαταρκτικών εξετάσεων και της φυσικής εξέτασης, παραγγέλλονται σχεδόν πάντα περαιτέρω διαγνωστικές διαδικασίες. Πολλές από αυτές τις διαδικασίες απαιτούν τη γραπτή συγκατάθεση της ασθενούς. Κάθε ίδρυμα έχει πρωτόκολλο για τη γραπτή συγκατάθεση. Ένα βασικό στοιχείο είναι ότι –προτού υπογράψει- η ασθενής και η οικογένειά της πρέπει να ενημερωθούν. Χρειάζεται να γνωρίζουν:

- ❖ Τι περιλαμβάνει η εξέταση.
- ❖ Για ποιο λόγο η ασθενής χρειάζεται να υποβληθεί σε αυτή την εξέταση. και ποιος ο ρόλος της στη διαγνωστική διαδικασία.
- ❖ Ποιες είναι οι πιθανές επιπλοκές
- ❖ Αν υπάρχουν άλλες εναλλακτικές λύσεις και ποιες είναι.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να εξηγήσει στην ασθενή την όλη διαδικασία, να την ενθαρρύνει και να την υποστηρίξει το διάστημα που εκείνη πρέπει να αποφασίσει για τη συμμετοχή της στις διαγνωστικές διαδικασίες να δώσει τη συγκατάθεσή της και κατά τη διάρκειά τους. Ειδική προετοιμασία, όπως ειδική διαίτα, καθαρτικοί υποκλυσμοί ή χορήγηση ηρεμιστικών, είναι συνήθης για πολλές διαγνωστικές

εξετάσεις. Πριν από την προετοιμασία της ασθενούς, πρέπει η νοσηλεύτρια να εκτιμήσει την κατάστασή της. Η εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής :

- ❖ Ποια είναι η βασική φυσική κατάσταση της ασθενούς; Σημειώνεται η παρουσία αφυδάτωσης, πόνου ,ικανότητας να σταθεί όρθια, δυνατότητας να παραμείνει ξαπλωμένη τουλάχιστον για μια ώρα.
- ❖ Τι αποτελέσματα έχει συνήθως η συγκεκριμένη προετοιμασία; Τι μπορεί να προκαλέσει στην ασθενή; Μπορεί να προκαλέσει διάρροια, επιδείνωση αιμορραγίας ή αύξηση του πόνου;
- ❖ Είναι η ασθενής αλλεργική σε κάποιο από τα φάρμακα που πρέπει να πάρει;
- ❖ Αν η κατάσταση της ασθενούς είναι ασταθής, αλλά η εξέταση είναι απαραίτητη, οφείλει η νοσηλεύτρια να συνοδεύει την ασθενή. Με ποια μέσα είναι δυνατή η εξασφάλιση της άνεσης και της ασφάλειας της ασθενούς;
- ❖ Χρειάζεται η χορήγηση παρεντερικών διαλυμάτων για την αντιμετώπιση αφυδάτωσης; Χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων είναι απαραίτητη κατά τη διάρκεια της εξέτασης ή για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της;
- ❖ Πρέπει η ασθενής να πάρει αναλγητικά πριν από την εξέταση, για να αισθάνεται πιο άνετα;

Τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων εκτιμώνται από τους γιατρούς και συνήθως από ομάδα ογκολόγων. Οι διαγνωστικές εξετάσεις πραγματοποιούνται για τη διαπίστωση της παρουσίας μάζας ή της συγκεκριμενοποίησης του τύπου του όγκου ή της εντόπισης των ορίων ανώμαλης μάζας. Αλλά ακόμη και αν η ασθενής έχει υποβληθεί σε μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων, η εξακρίβωση της θετικότητας ενός αποτελέσματος μπορεί να εξαρτάται από χειρουργικές διαδικασίες.

5.2 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ο σκοπός της εγχείρησης την ασθενή με καρκίνο του μαστού είναι θεραπευτικός ή περιοριστικός της έκτασης του καρκίνου. Ως αποτέλεσμα της εγχειρητικής παρέμβασης, μπορεί να έχουμε κάποια παραμόρφωση ή και την αφαίρεση του μαστού, καταστάσεις βέβαια που η ασθενής αντιμετωπίζει με φόβο και ιδιαίτερο άγχος. Για το λόγο αυτόν, η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα έχει σχέση με την ανταπόκριση της ασθενούς στη διάγνωση και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Στο

σημείο αυτό, η νοσηλευτική διδασκαλία και η εκτίμηση του σωματικού και ψυχοσυναισθηματικού επιπέδου της ασθενούς παρέχουν απαραίτητα και σημαντικά στοιχεία για τον άμεσο σχεδιασμό των νοσηλευτικών μέτρων αντιμετώπισης της νόσου. Η ασθενής είναι πληροφορημένη για την πιθανή παραμόρφωση ή την αφαίρεση του στήθους ως αποτέλεσμα της εγχείρησης. Στο σύνολο των προβλημάτων της ασθενούς προστίθεται λοιπόν και αυτό της αλλαγής του σωματικού ειδώλου. Μερικές ασθενείς μπορούν να καταλάβουν τις πιθανές επιπλοκές της εγχείρησης και ζητούν πληροφορίες σχετικές με τη μετεγχειρητική αποκατάστασή τους, ενώ άλλες δεν έχουν την ικανότητα αυτοσυγκέντρωσης μετά την εγχείρηση.

Η ικανότητα των ασθενών να κατανοήσουν τις πληροφορίες, σχετικά με τις διαδικασίες της επέμβασης και τα πιθανά αποτελέσματά της, επηρεάζεται από τη σωματική τους κατάσταση. Προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις, όπως αναπνευστικά και καρδιακά προβλήματα, είναι δυνατόν να μειώσουν το ενεργειακό επίπεδο της ασθενούς καθώς και της θέληση και την αυτοσυγκράτησή της, ώστε να αντιμετωπίσει το άγχος της επικείμενης διάγνωσης και θεραπείας.

Η νοσηλεύτρια, για να μπορέσει να βοηθήσει, αλλά και για να ανταποκριθεί η ίδια στο κάλεσμα βοήθειας της ασθενούς, οφείλει να προχωρήσει στη λήψη νοσηλευτικών μέτρων, τα οποία είναι:

- ❖ Εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της αντίδρασης αυτής στη διάγνωση και στους σκοπούς της εγχείρησης καθώς και των φόβων και των αβεβαιοτήτων που θα αντιμετωπίσει.
- ❖ Προσδιορίζει τα πιθανά αποτελέσματα, που το συγκεκριμένο είδος εγχείρησης μπορεί να έχει στη λειτουργικότητα του σώματος της ασθενούς και στη διαταραχή του σωματικού ειδώλου.
- ❖ Εκτιμά τις πιθανές επιπλοκές καθώς και τα ειδικά νοσηλευτικά μέτρα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση προεγχειρητικών σωματικών καταστάσεων της ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων των παθολογικών εξεργασιών.
- ❖ Εκτιμά το επίπεδο άγχους της ασθενούς σχετικά με τη διάγνωση, την εγχείρηση και τα αποτελέσματά της καθώς και την ανταπόκριση της οικογένειας της ασθενούς στη νόσο.
- ❖ Προσδιορίζει το επίπεδο κατανόησης της ασθενούς σχετικά με τις πληροφορίες που της δίνονται για την εγχείρηση, τις διαδικασίες που θα ακολουθηθούν και τους

χώρους που θα βρεθεί κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, αλλά και αμέσως μετά από αυτήν.

- ❖ Παρέχει στην ασθενή πληροφορίες σύμφωνα με την εκτίμηση της ικανότητάς της να καταλάβει και να ανταποκριθεί στη γνώση των θεραπευτικών διαδικασιών.
- ❖ Διαβεβαιώνεται ότι ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας συμπεριλαμβάνει κατάλληλα και τη φροντίδα που παρέχεται από το υπόλοιπο προσωπικό υγείας και ότι το σχέδιο φροντίδας είναι κατανοητό και έχει κοινή υποστήριξη.

5.2.1 Προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία

Η παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας θα γίνει μετά τη διεκπεραίωση της νοσηλευτικής διάγνωσης των αναγκών και των προβλημάτων της ασθενούς, τα οποία είναι:

- ❖ *Αμφιβολίες για τη διάγνωση*

Η υποψία του καρκίνου του μαστού δημιουργεί στις περισσότερες γυναίκες πραγματική καρκινοφοβία. Για το λόγο αυτόν, πολλές γυναίκες αποφεύγουν την έγκαιρη ιατρική εξέταση, με ολέθρια βεβαίως αποτελέσματα για την υγεία και τη ζωή τους.

Η νοσηλεύτρια στο νοσοκομείο υποστηρίζει ηθικώς την ασθενή κατά την περίοδο των εξετάσεων, οι οποίες γίνονται πριν από την εγχείρηση. Αναγνωρίζει και δικαιολογεί το φόβο για τη διάγνωση, ο οποίος διακατέχει την ασθενή και της εξηγεί ότι, και αν ακόμη επιβεβαιωθεί η ύπαρξη καρκίνου του μαστού, μπορεί να γίνει καλά με τα μέσα, τα οποία διαθέτει η ιατρική επιστήμη σήμερα. Ενισχύει επίσης η νοσηλεύτρια την πεποίθηση της ασθενούς ότι ο γιατρός, στα χέρια του οποίου βρίσκεται, είναι πεπειραμένος και θα εφαρμόσει την ενδεικνυόμενη θεραπεία κατά τον καλύτερο επιστημονικό τρόπο.

- ❖ *Άγχος, κατάθλιψη, ψυχική και σωματική αδυναμία σχετιζόμενα με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τα αποτελέσματα της εγχείρησης και ιδιαίτερα με την αλλαγή του σωματικού ειδώλου.*

Η σκέψη ότι είναι ενδεχόμενο να πάσχουν από καρκίνο του μαστού φέρνει αντιμέτωπες τις ασθενείς με τη σκληρή πραγματικότητα, δηλαδή με την απειλή της σωματικής τους αρτιμέλειας. Η αφαίρεση του μαστού είναι μια από τις περιπτώσεις

εκείνες, κατά τις οποίες ο αναπτόφευκτος ακρωτηριασμός δημιουργεί έντονο ψυχικό κλονισμό. Η σκέψη και μόνο του ακρωτηριασμού του μαστού προκαλεί στη γυναίκα ψυχικό τραύμα, διότι από γη νεανική της ηλικία η ζωή της είναι συνυφασμένη με την ύπαρξη του οργάνου αυτού.

Η αναπηρία οδηγεί συνήθως στην αυτοϋποτίμηση και στη μειονεκτικότητα, γιατί το αίσθημα της προσωπικής αξίας οπωσδήποτε συνδέεται με τη σωματική αρτιμέλεια και υγεία. Ο φόβος του ακρωτηριασμού καθίσταται τόσο έντονος, ώστε απαιτούνται αποθέματα ψυχικών δυνάμεων για να υπερνικήσει της προσωπικές, οικογενειακές και κοινωνικές δυσκολίες της. Η μαστεκτομή επηρεάζει την εκτίμηση της ασθενούς προς τον εαυτό της, την τοποθέτησή της έναντι της ζωής και την επιτυχή εκπλήρωση του επαγγελματικού, οικογενειακού και κοινωνικού προορισμού της. (Susan Punderbaugh Ulrich, Αθήνα 2000)

Η νοσηλεύτρια, για να μειώσει το άγχος, την αγωνία, την αδυναμία, την κατάθλιψη και όλα τα δυσάρεστα συναισθήματα που σχετίζονται με την ιδέα του άγνωστου και της διαταραχής του σωματικού ειδώλου: Κανονίζει την επίσκεψη της ασθενούς στο χειρουργείο και στο δωμάτιο ανάνηψης. Εξηγεί στην ασθενή πράγματα που πιθανόν να της δημιουργούν φόβο (π.χ. μηχανήματα), τις διαδικασίες που ακολουθούνται και τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Εκτιμά την αντίδραση της ασθενούς στην πληροφόρηση των διαδικασιών. Επαναλαμβάνει/ επαναπροσδιορίζει αυτά που έχουν λεχθεί, αν αυτό κριθεί απαραίτητο. Επίσης, παρέχει πληροφορίες και διαβεβαιώσεις, που η ασθενής επιθυμεί και χρειάζεται, για την παραμονή της στο νοσοκομείο, την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και την αναμενόμενη μετεγχειρητική πορεία. Σχεδιάζει εκπαιδευτικά μαθήματα πάνω σε συγκεκριμένους τομείς, αν αυτό είναι δυνατό, με σκοπό την αύξηση της παροχής των πληροφοριών σε κάθε τομέα. Ο σχεδιασμός της φροντίδας είναι τέτοιος που να επιτρέπει καθημερινά για τουλάχιστον 15 λεπτά στη νοσηλεύτρια να κάθεται και να ακούει τις απόψεις και τα συναισθήματα της ασθενούς για την κατάστασή της. Εκτιμά επίσης την προσαρμογή του ασθενούς στην πιθανότητα αφαίρεσης του μαστού. Ενθαρρύνει τον ασθενή στην έκφραση των συναισθημάτων της και των φόβων της, ακόμη και να κλάψει. Οι συνηθισμένοι και κοινοί φόβοι περιλαμβάνουν την ιδέα του θανάτου, του καρκίνου, της παραμόρφωσης και του πόνου. Περιλαμβάνει στη διδασκαλία της θέματα, όπως ασκήσεις βήχα και βαριών αναπνοών, λήψη αναπνευστικών θέσεων, ανακούφιση του πόνου, ασκήσεις του χεριού (του σύστοιχου με τη μαστεκτομή), τοποθέτηση παροχετεύσεων. Παρέχει στον ασθενή χρόνο για εκμάθηση (βήχα ή βαθιάς αναπνοής) ή εξάσκηση (ασκήσεις του άκρου). Ενθαρρύνει την ενεργητική συμμετοχή του ασθενούς στις

αποφάσεις που αφορούν στη θεραπεία της. Στο τέλος επανεξετάζει τι έχει διδαχθεί, σε τι έχει ενημερωθεί η ασθενής και σε τι όχι. Ανακαλύπτει και λύνει απορίες και παρανοήσεις, που πιθανόν να έχει ο ασθενής.

❖ *Δυσκολία αποδοχής της εγχείρησης*

Ο χρόνος αναμονής της εγχείρησης είναι χρόνος ψυχικής έντασης, άγχους, αγωνίας και ανησυχία για την ασθενή. Συνήθως, η σωματική νόσος αυξάνει την ψυχική ευαισθησία και ορισμένες φορές προκαλεί συναισθηματική κρίση, η οποία εκδηλώνεται, ιδιαίτερα όταν απειλείται η σωματική αρτιμέλεια ή επίκειται ο θάνατος. Η προετοιμασία για την επικείμενη ψυχική ένταση πρέπει να εξατομικεύεται.

Είναι γνωστό ότι ο ασθενής συνομιλεί με μεγαλύτερη ευκολία με τους νοσηλευτές, παρά με το γιατρό. Για το λόγο αυτόν, καλείται ο νοσηλευτής να βοηθήσει τον ασθενή να αντιληφθεί το πρόβλημά του. Δημιουργεί ασφαλές και ενθαρρυντικό περιβάλλον και συντελεί στην ελάττωση της ψυχικής έντασης του ασθενούς και στην ενίσχυση των ψυχικών της δυνάμεων, για να είναι σε θέση να αποδεχθεί με ευκολία την εγχείρηση. Προσπαθεί με υπομονή και αγάπη να τη διαβεβαιώσει ότι η εγχείρηση είναι απαραίτητη για τη θεραπεία του και ότι ασφαλώς ο γιατρός θα κάνει ότι είναι καλύτερο γι' αυτόν.

Σκοπός εξάλλου του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αποδεχθεί και να αντιμετωπίσει με θάρρος και ψυχραιμία το είδος της επέμβασης. Ο νοσηλευτής θα τον διαφωτίσει, ώστε να πεισθεί ότι ο μαστός, όταν πάσχει, θεωρείται όργανο άχρηστο λειτουργικώς και επιβλαβές για την υγεία του. Επίσης, θα επισημάνει ότι η απώλεια του ενός μαστού είναι η μικρότερη θυσία, την οποία προσφέρει ως αντίτιμο της υγείας του και αυτής ακόμη της ζωής του.

Ο ασθενής πρέπει να πιστέψει ότι δεν θα είναι ο μοναδικός με ένα μαστό. Άλλωστε, θα του απομείνουν αρκετές σωματικές και πνευματικές δυνάμεις για μια ωφέλιμη και δημιουργική ζωή.

Πρέπει τέλος να τονιστεί ότι ένα από τα σπουδαιότερα καθήκοντα του νοσηλευτή είναι να χειρίζεται κάθε ασθενή ως ξεχωριστή προσωπικότητα, με τους δικούς του φόβους, τις ανησυχίες και τις ελπίδες, οι οποίες είναι χωριστές από τους φόβους, τις ανησυχίες και τις ελπίδες των άλλων. Η κατανόηση και η προσέγγιση ενός ασθενούς απαιτεί εξ ολοκλήρου προσωπική μεταχείριση και όχι εφαρμογή τυποποιημένων κανόνων.

❖ *Ο φόβος του πόνου και του θανάτου*

Ο ασθενής εκφράζει συνήθως την ανησυχία και το φόβο του πόνου και του θανάτου. Πράγματι, ο σωματικός πόνος δημιουργεί και ψυχική δοκιμασία, ταλαιπωρεί και ταπεινώνει τον άνθρωπο, εξαντλεί τα αποθέματα της υπομονής και μειώνει την ελπίδα για τη θεραπεία του.

Ο νοσηλευτής εξηγεί στον ασθενή ότι κατά την εγχείρηση δεν θα αισθανθεί πόνο λόγω της τέλει αναισθησίας. Τον προειδοποιεί όμως ότι μετά την εγχείρηση θα αισθάνεται πόνο, αλλά θα είναι μικρής διάρκειας και θα αντιμετωπίζεται με αναλγητικά φάρμακα.

Ο ασθενής εξωτερικεύει επίσης το φόβο του θανάτου, διατυπώνοντας σειρά ερωτήσεων όπως:

- Μήπως πεθάνω;
- Αξίζει τον κόπο να υποβληθώ στην εγχείρηση;
- Δεν είμαι καταδικασμένος;
- Θα βγω από το νοσοκομείο;

Ο νοσηλευτής θεωρεί φυσικό το φαινόμενο του φόβου για το θάνατο, τον οποίο δοκιμάζει ο ασθενής και τον βεβαιώνει ότι η χειρουργική στην εποχή μας έχει προοδεύσει τόσο, ώστε και στην περίπτωση του το αποτέλεσμα θα είναι άριστο. Επίσης, από τη νοσηλευτική τους πείρα, ο νοσηλευτής αναφέρει περιπτώσεις ασθενών, οι οποίες έχουν θεραπευθεί ριζικώς μετά τη μαστεκτομή, επειδή η εγχείρηση έγινε εγκαίρως.

❖ *Οικογενειακά προβλήματα*

Ο ασθενής ανήκει σε μια οικογένεια και το πρόβλημα της υγείας του προκαλεί διαταραχή στην ατμόσφαιρα της οικογενειακής της ζωής.

Αν η ασθενής είναι νέα στην ηλικία, έγγαμη και χωρίς παιδιά, δοκιμάζει πολλούς φόβους και ανησυχίες και πολλά ερωτηματικά τη βασανίζουν:

- Θα μπορέσει να γίνει μητέρα μετά τη μαστεκτομή;
- Θα συνεχισθεί η συζυγική της ζωή ανεπηρέαστη;
- Μήπως καταστεί ανεπιθύμητη στο άμεσο περιβάλλον της;

Οι φόβοι αυτοί απασχολούν βεβαίως και την έγγαμη ασθενή μεγαλύτερης ηλικίας, η οποία έχει παιδιά. Μεγαλύτερη όμως είναι η ανησυχία της άγαμης γυναίκας, η οποία οραματίζεται να δημιουργήσει χαρούμενη και ευτυχισμένη οικογένεια.

-Τι θα γίνει μετά τη μαστεκτομή;

-Ποιον προσανατολισμό πρέπει να ακολουθήσει;

Εκτός των παραπάνω, δεν πρέπει να αγνοείται και η άλλη πλευρά, δηλαδή η τοποθέτηση του συζύγου, των παιδιών και των άλλων οικείων έναντι της ασθενούς, η οποία θα υποστεί τη μαστεκτομή.

Σκοπός του νοσηλευτή είναι να λάβει τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς κατάλληλη ψυχολογική και συναισθηματική φροντίδα και διδασκαλία. Αυτό επιτυγχάνεται με τα εξής:

-Παρέχει μέρος του χρόνου της, συζητώντας με τα μέλη της οικογένειας για την κατάσταση του ασθενούς, προσφέροντας πληροφορίες, απαντώντας σε ερωτήσεις, ενθαρρύνοντάς τα.

-Βοηθάει τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν τα αισθήματα του ασθενούς.

-Βοηθάει τον ασθενή να εκφράσει τα αισθήματα και τις ανάγκες της στην οικογένειά του.

-Ενθαρρύνει την οικογένεια να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι η θηλυκότητά της, η σεξουαλικότητα και η αγάπη των άλλων προς αυτήν δεν επηρεάζονται από την εμφάνισή της.

-Γνωστοποιεί ότι ο θάνατος, είτε άμεσος είτε απώτερος, μπορεί να είναι πιθανό αποτέλεσμα. Βοηθάει τον ασθενή/οικογένεια να επικοινωνήσουν με τον ιερωμένο της εκκλησίας του νοσοκομείου, αν το επιθυμούν.

❖ *Δυνατότητα μετεγχειρητικής αυτοφροντίδας*

Ο ασθενής και η οικογένειά του θα χρειασθεί να καθοδηγηθούν σχετικά με τη φροντίδα της τομής και τους σημαντικούς περιορισμούς με σκοπό την προαγωγή της γρήγορης ανάρρωσης και την παρεμπόδιση των επιπλοκών. Ο νοσηλευτής: Αρχικά, καθοδηγεί τον ασθενή να παρακολουθεί το μαστό του για ενδείξεις φλεγμονής, αιμορραγίας, αιματώματος και να τις αναφέρει αμέσως στο γιατρό, διδάσκει στον ασθενή συγκεκριμένες τεχνικές φροντίδας της περιοχής, επίσης, διδάσκει την κατά στάδια αύξηση των δραστηριοτήτων. Ο ασθενής είναι δυνατόν να προχωρήσει στις δουλειές του σπιτιού 3-4 βδομάδες μετά την εγχείρηση. Συμβουλεύει τον ασθενή να αποφεύγει τις έντονες

αθλητικές δραστηριότητες (π.χ. τροχάδην, τένις) για 6-8 εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Τον συμβουλεύει να αποφεύγει οποιοδήποτε τραυματισμό στην περιοχή του μαστού. Ο νοσηλευτής προσέχει ιδιαίτερα τον ασθενή για σημεία κατάθλιψης, τα οποία οφείλονται στη δυσαρέσκεια των αποτελεσμάτων (π.χ. άρνηση να κοιτάζει την περιοχή της τομής, να λάβει μέρος σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας κ.λπ.) (Ευδοξία Κονιάρη, Αθήνα 1991)

5.2.2 Προεγχειρητική κάλυψη φυσικών αναγκών

Μετά το πέρας των διαγνωστικών και των εργαστηριακών εξετάσεων, γίνεται προετοιμασία της ασθενούς για το χειρουργείο. Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να μειώσει το χρόνο αναμονής πριν από την εγχείρηση με:

- ❖ Διαπίστωση των φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους.
- ❖ Εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή.
- ❖ Χορήγηση ηρεμιστικών (με εντολή γιατρού) για να μειωθούν οι ανησυχίες της ασθενούς.
- ❖ Την παραμονή της εγχείρησης:
- ❖ Λαμβάνεται αίμα για καθορισμό της ομάδας και γίνεται διασταύρωση για την εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση, αν χρειασθεί.
- ❖ Γίνεται ευπρεπισμός του εγχειρητικού πεδίου και του αντίστοιχου μηρού για τυχόν λήψη δερματικού μοσχεύματος. Ακολουθεί λουτρό καθαριότητας.
- ❖ Χορηγούνται υπακτικά φάρμακα για την κένωση του εντέρου.
- ❖ Δίνεται ελαφρό γεύμα κατά το δείπνο και, κατόπιν ιατρικής οδηγίας, υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση καλού ύπνου.
- ❖ Κατά την ημέρα της εγχείρησης:
- ❖ Λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. Επί πυρετού, ενημερώνεται ο χειρουργός.
- ❖ Συνιστάται στην ασθενή η κένωση της κύστης.
- ❖ Αναιρούνται τα κοσμήματα και οι τεχνητές οδοντοστοιχίες και φυλάσσονται από τον προϊστάμενο.
- ❖ Τοποθετείται ταυτότητα χειρός με το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία στις ασθενούς.
- ❖ Ο ασθενής φοράει τα ρούχα του χειρουργείου.
- ❖ Ο ασθενής τοποθετείται στο φορείο και οδηγείται στο χειρουργείο με ολόκληρο το φάκελό του (ιατρικό και νοσηλευτικό).

Η προεγχειρητική ετοιμασία κατά την παραμονή και την ημέρα της εγχείρησης φαίνεται, εκ πρώτης όψεως, σαν μια σειρά μηχανικών πράξεων. Εντούτοις, είναι νοσηλευτικό έργο μεγάλης σημασίας, γιατί συμπληρώνει την όλη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς, τον ετοιμάζει πλήρως για τη χειρουργική τράπεζα, επισφραγίζει το ενδιαφέρον του νοσηλευτή προς τον πάσχοντα και τον πείθει, ότι πράγματι το νοσηλευτικό προσωπικό θα δείξει το ανάλογο ενδιαφέρον και μετά την εγχείρησή του.

5.2.3 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς μετά τη μαστεκτομή αποτελεί συνέχεια της προεγχειρητικής και της εγχειρητικής περιόδου. Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή, κατά την οποία η ασθενής επανέρχεται από το χειρουργείο στο νοσηλευτικό τμήμα. Η φροντίδα είναι πολύπλευρη και πολυμερής και θεωρείται μια από τις σοβαρότερες και πλέον υπεύθυνες εργασίες του νοσηλευτή (*Ευδοξία Κονιάρη, Αθήνα 1991*).

Νοσηλευτική διάγνωση : Μειωμένη αυτοεξυπηρέτηση που σχετίζεται με διαταραχή της κινητικότητας λόγω πόνου, κατασταλτικής δράσης φαρμάκων (π.χ. ναρκωτικά, αναλγητική) φόβος τραυματισμού στο σημείο της εγχείρησης και λόγω των συσταθέντων περιορισμών στην πλευρά της επέμβασης. Γι' αυτό σε συνεργασία με τον ασθενή σχεδιάστε ένα ρεαλιστικό πλάνο των ημερήσιων φυσικών αναγκών. Όπως: α. Ενθαρρύνετε τη μέγιστη ανεξαρτησία στα πλαίσια των φυσικών ορίων και των περιορισμών της μετεγχειρητικής δραστηριότητας.

β. Λάβετε μέτρα για να διευκολύνετε τη δυνατότητα του ασθενούς να εκτελεί δραστηριότητες φροντίδας του εαυτού του.:

- ❖ Οργανώστε τη νοσηλεία σε ώρα που πιθανότατα ο ασθενής θα μπορεί να συμμετάσχει (π.χ. όταν τα παυσίπονα έχουν τη μέγιστη δράση, ύστερα από περίοδο ανάπαυσης, όχι μετά από γεύματα ή θεραπευτικές αγωγές)
- ❖ Διατηρείτε τα αντικείμενα που του χρειάζονται σε προσιτή θέση
- ❖ Δώστε αρκετό χρόνο για την ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων φροντίδας του εαυτού του
- ❖ Συμβουλευστε και βοηθήστε τον ασθενή στις ασκήσεις μετά από μαστεκτομή μόλις αυτές επιτραπούν, με σκοπό την αύξηση της μυϊκής ισχύος του άνω άκρου της πλευράς της επέμβασης και της ικανότητας του ασθενούς για αυτοεξυπηρέτηση.

- ❖ Βοηθήστε τον ασθενή στην ατομική υγιεινή όταν απαιτείται έκταση και απαγωγή του βραχίονα της πλευράς της επέμβασης(π.χ. χτένισμα, λούσιμο, μπάνιο).
- ❖ Ενημερώστε το περιβάλλον του για τις δυνατότητες του ασθενούς να φροντίζει τον εαυτό του. Εξηγήστε τη σημασία της ενθάρρυνσης και του να διατηρεί ο ασθενής ένα άριστο επίπεδο ανεξαρτησίας μέσα στα πλαίσια των περιορισμένων της δραστηριότητας και του επιπέδου αντοχής της (*Susan Puderbaugh Uirich, Oregon*).

Ο νοσηλευτής μετά από αξιολόγηση και εκτίμηση των αναγκών και των προβλημάτων του ασθενούς, προβαίνει σε υπεύθυνη παρέμβαση και ανάπτυξη δραστηριοτήτων με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων και την πρόληψη/ αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών. (*Ελισάβετ Πατηράκη- Κουρμπάνη*)

5.3 Ειδικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην χημειοθεραπεία

Επιλογή θεραπευτικού σχήματος: Ένα πρόσφατο δίλημμα υπάρχει σχετικά με την επιλογή της θεραπείας για μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, οι οποίες έχουν θετικούς λεμφαδένες και αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς. Προσεκτική και λεπτομερειακή διδασκαλία είναι απαραίτητη και μεγάλης σημασίας γι' αυτές τις γυναίκες, ώστε να εξασφαλίσουμε ότι έχουν γνώση των πιθανών θεραπευτικών λύσεων καθώς και των ανεπιθύμητων ενεργειών τους.

Για να εξασφαλισθεί η δυνατότητα παροχής αυτών των πληροφοριών, η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι καλά πληροφορημένη και να έχει καταλήξει -σε συνεργασία με το γιατρό- σε κάποιο είδος θεραπείας.

Γνωρίζοντας το ιεραρχικό σχήμα για τη λήψη των αποφάσεων, που περιλαμβάνει (α) καθορισμό των αντικειμενικών σκοπών, (β) μελέτη των εναλλακτικών λύσεων, (γ) προσδιορισμό των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων από τις παραπάνω εναλλακτικές λύσεις, (δ) προσδιορισμό των καλύτερων εναλλαγών, (ε) εφαρμογή και αξιολόγηση των αποφάσεων, μπορεί να βοηθηθούν πραγματικά και η νοσηλεύτρια και η ασθενής στη διερεύνηση των θεραπευτικών λύσεων.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: Ο νοσηλευτής ανήκει στο μέρος του προσωπικού του κλάδου υγείας, το οποίο έρχεται άμεσα σε επαφή με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας. Αλωπεκία, ναυτία, εμετοί, δερματικές αλλαγές, διάρροια, φθορά των αιμοφόρων αγγείων, διαταραχή της σεξουαλικής επιθυμίας, της αυτοεκτίμησης και του σωματικού ειδώλου μπορεί να έχουν καταστρεπτικές επιδράσεις στη σωματική και την ψυχοσωματική υγεία της ασθενούς. Οι ασθενείς πρέπει να κατανοούν ότι το άγχος και η ανησυχία για τα θεραπευτικά αποτελέσματα ή για την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών δεν βοηθούν την κατάστασή τους. Ο νοσηλευτής πρέπει να βεβαιώνεται ότι οι πιθανές ιατρογενείς ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν συζητηθεί με την ασθενή πριν την έναρξη της θεραπείας και ότι αμετάτρεπτες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως η αμηνόρροια σε γυναίκες μεγαλύτερες των 40 ετών, έχουν κατανοηθεί και αξιολογηθεί.

Επίσης, πρέπει ο νοσηλευτής να δίνει στις ασθενείς να κατανοούν ότι είναι δυνατόν οι ανεπιθύμητες ενέργειες (συχνότητα-ένταση) να αυξάνονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά θα επανέλθουν στο φυσιολογικό τρόπο ζωής τους, όταν η χημειοθεραπεία ολοκληρωθεί.

Ενημέρωση της ασθενούς: Η καταλληλότερη στιγμή για την απαραίτητη διδασκαλία και την ενημέρωση της ασθενούς είναι πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας. Διαλέγοντας την περίοδο που ο ασθενής είναι λιγότερο αγχώδης, η διδασκαλία είναι πιο αποτελεσματική. Πρέπει ο νοσηλευτής να έχει υπόψη του ότι αυτές οι ασθενείς βρίσκονται ακόμη στην περίοδο ανάρρωσης από τα σωματική και συναισθηματική καταπόνηση της μαστεκτομής και ότι η διδασκαλία αυτή δεν είναι δυνατόν να συγκρατηθεί, αν διενεργείται σε περίοδο συναισθηματικής έντασης. Για το λόγο αυτόν, έντυπο υλικό είναι δυνατόν να συγκεντρωθεί από το νοσηλευτή και να δοθεί στην ασθενή, προσφέροντάς της μεγάλη βοήθεια.

Συντονισμός της φροντίδας: Η νοσηλεύτρια διευκολύνει κατά το δυνατόν την επικοινωνεί μεταξύ ασθενούς, οικογένειας και προσωπικού, προσφέροντας άριστη νοσηλευτική φροντίδα στην ασθενή. Είναι απαραίτητο για τη νοσηλεύτρια να συντονίζει τις ενέργειες των μελών της θεραπευτικής ομάδας με σκοπό την παροχή διαρκούς φροντίδας. Οι καρκινοπαθείς κατά τη διάρκεια της πορείας μιας συνήθως μακρόχρονης θεραπείας εξυπηρετούνται τυπικά από μεγάλο αριθμό μελών της ομάδας υγείας και φροντίδας, με αποτέλεσμα ο προγραμματισμός και ο σχεδιασμός της ίδιας της φροντίδας να δυσχεραίνεται.

5.3.1 Επίδραση της χημειοθεραπείας στον τρόπο ζωής του ασθενή

Η συζήτηση με τον ασθενή των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών και των πιθανών θεραπειών και της αντιμετώπισης τους είναι προφανώς μεγάλης σημασίας γι' αυτόν. Αλλά δυστυχώς, λίγες φορές ο ασθενής προετοιμάζεται κατάλληλα για το τι πρόκειται να συναντήσει. Το άγχος που αντιμετωπίζει ο ασθενής δεν ερμηνεύεται μόνο ως φυσική ανεπιθύμητη ενέργεια της θεραπείας που εφαρμόστηκε. Για το λόγο αυτόν, οι συνηθισμένες συζητήσεις για τις ανεπιθύμητες ενέργειες ίσως είναι ανεπαρκείς, ώστε να προετοιμάσουν ικανοποιητικά τον ασθενή για τη θεραπεία γενικά.

Επιπροσθέτως, με τα φυσικά συμπτώματα που εμφανίζουν αυτοί οι ασθενείς, εμφανίζονται και αλλαγές που οδηγούν στην αποδιοργάνωση του τρόπου ζωής τους. Όταν ρωτούνται για εμφανιζόμενες αλλαγές σχετικά με τις κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες, τις οικογενειακές και σεξουαλικές σχέσεις και την οικονομική τους κατάσταση, όλες οι γυναίκες αναφέρουν αλλαγές, τουλάχιστον σε έναν από τους παραπάνω τομείς, και για πολλές η ζωή τους έχει αποδιοργανωθεί.

Επίπεδο δραστηριότητας. Ο τομέας που πιο συχνά και πιο δραματικά υφίσταται αλλαγές είναι αυτός της δραστηριότητας. Παρατηρείται μείωση της κοινωνικής δραστηριότητας, μείωση της επαγγελματικής δραστηριότητας, αποπροσανατολισμός από διάφορες άλλες δραστηριότητες λόγω της θεραπείας. Πολλές γυναίκες που εργάζονται αναγκάζονται χάνουν εργάσιμες μέρες λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας ή λόγω των συναντήσεων με το γιατρό τους.

Μερικές γυναίκες αναφέρουν ότι αναγκάζονται να προγραμματίζουν την ζωή τους γύρω από τη θεραπεία τους ή ότι ορισμένες δραστηριότητές τους προγραμματίζονται μόνο για μέρες που γνωρίζουν ότι η ναυτία τους θα είναι σε επίπεδο ελέγχου ή ότι αποφεύγουν πλέον τις κοινωνικές συναντήσεις.

Γενικά, οι περισσότερες ασθενείς αναπτύσσουν ατομικά πρότυπα ανταπόκρισης στη θεραπεία και προγραμματίζουν τη ζωή τους ανάλογα με τις αναμενόμενες αντιδράσεις.

Σχέσεις: Πολλοί ασθενείς αναφέρουν ότι η συζυγική ή/ και η οικογενειακή τους ζωή αλλάζει προς το χειρότερο λόγω της χημειοθεραπείας. Αυτή η αλλαγή παίρνει τη μορφή συχνών καυγάδων και διαφωνιών. Πολλές γυναίκες δεν θέλουν ή δεν μπορούν να συζητήσουν τις αντιδράσεις τους σχετικά με τη νόσο και τη θεραπευτική της αγωγή σε μέλη της οικογένειάς τους ή σε φίλους. Άλλες βρίσκουν ότι οι οικογένειές τους τις

αποφεύγουν ή νιώθουν ενοχή για τον περιορισμό άλλων μελών της οικογένειάς από κοινωνική συμμετοχή λόγω της δικής τους ασθένειας. Λόγω λοιπόν των αντιδράσεων που παρουσιάζονται σε μερικές οικογένειες, είναι σημαντικό στενά μέλη των οικογενειών αυτών ή και φίλοι άλλες φορές να συμμετέχουν στις διάφορες συζητήσεις που γίνονται για τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα της χημειοθεραπείας. Οι συζητήσεις αυτές βοηθούν στο να μειώσουν το αυξημένο άγχος καθώς και στο να κατανοήσουν οι οικογένεια και οι φίλοι τι περνά η ασθενής, ώστε να μπορέσουν να την υποστηρίξουν.

Συναισθηματική εξάντληση: Μαζί με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής-που οδηγούν σε αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς- αυξάνεται και το επίπεδο της συναισθηματικής εξάντλησης. Πολλές γυναίκες μετατρέπουν κάθε αλλαγή στον τόπο ζωής τους σε συναισθηματική φόρτιση. Ήπιο ή αυξημένο συναισθηματικό άγχος παρουσιάζεται, ιδιαίτερα κατά της διάρκεια της θεραπείας ή κατά την άμεση περίοδο που προηγείται ή έπεται αυτής.

Έξοδα: Η οικονομική επιβάρυνση, ατομική ή οικογενειακή, αποτελεί επίσης αίτιο για την κατάπτωση της ασθενούς. Στη χώρα μας, οι ασφαλιστικοί φορείς καλύπτουν, μέρος των εξόδων της θεραπείας, βοηθώντας έτσι τον ασθενή και την οικογένειά του από οικονομικής πλευράς. (Ελισάβετ Πατηράκη- Κουρμπάνη)

5.3.2 Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές και τις ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων {εικόνα 11}

Καταστολή του μυελού των οστών

Όλα τα κυτταροστατικά φάρμακα, με εξαίρεση τη μπλεομυκίνη, επιφέρουν διαταραχές του μυελού των οστών. Λευκοπενία, θρομβοπενία είναι συνηθισμένες, ενώ η αναιμία είναι λιγότερο συχνή. Η θεραπευτική αγωγή είναι ουσιαστικά υποστηρικτική, για να προστατεύσει δηλαδή την ασθενή κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής αναγεννητικής λειτουργίας του μυελού των οστών. Μεταγγίσεις συμπυκνωμένων ερυθρών, αιμοπεταλίων ή μερικές φορές και λευκών αιμοσφαιρίων γίνονται ανάλογα με τις περιπτώσεις. Η ασθενής ενημερώνεται: (α) Για τη σημασία και τη σπουδαιότητα των τριών αυτών τύπων κυττάρων και για το πώς η χημειοθεραπεία είναι δυνατόν να τα επηρεάσει. (β) Η νοσηλεύτρια τονίζει την αναγκαιότητα και τη σπουδαιότητα της αξιολόγησης των συχνών προσδιορισμών των παραπάνω κυττάρων στο αίμα. (γ) Ότι συχνά εβδομάδες εξετάσεις αίματος γίνονται για τον

προσδιορισμό του επιπέδου των κυττάρων και ότι, αν ο αριθμός αυτών βρεθεί χαμηλός, είναι δυνατόν η χημειοθεραπεία να αναβληθεί.

Λευκοπενία

Απαραίτητη είναι η ενημέρωση της ασθενούς ότι η λευκοπενία είναι προσωρινή και ότι θα πρέπει να εξασφαλίσει καθαρό και υγιεινό περιβάλλον. Γίνεται κατανοητό ότι, λόγω της πτώσης των λευκών, έχουμε εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Έτσι, η παρέμβαση συνίσταται στην πρόληψη των λοιμώξεων. Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση των λευκών, διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός. Εξηγούνται στον ασθενή τα γενικά συμπτώματα λοίμωξης και η σημασία της έγκαιρης αναφοράς τους: αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, η οποία μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία, ρίγη, βήχας, οίδημα ή ερυθρότητα, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, συχνότητα της ούρησης. Ελέγχονται επίσης το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία, επειδή προλαμβάνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις. Ο ασθενής τοποθετείται σε μονόκλινο δωμάτιο, ενώ το προσωπικό του νοσοκομείου και οι συγγενείς φορούν μάσκα, γάντια και ποδιά κατά την παραμονή τους στο δωμάτιό του. Σε περίπτωση που κυκλοφορεί η ίδια στο διάδρομο, συνίσταται να φοράει μάσκα. Αποφεύγεται η σήψη ωμών φρούτων και φαγητών, επειδή αυξάνεται ο κίνδυνος για μετάδοση νόσου, μια και δεν απομένονται με το βρασμό. Εφαρμόζεται καλή και σχολαστική ατομική καθαριότητα. Κάνει καθημερινό λουτρό και πλύσιμο χεριών με αντισηπτικά υγρά, όπως το Betadine scrub. Οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος αντιμετωπίζεται ως τραύμα (απολυμαίνεται). Κάθε 4-6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. Η χρησιμοποίηση γλυκερίνης ή λεμονιού αναστέλλει την έκκριση σιέλου και αλλάζει το pH της στοματικής κοιλότητας. Γι' αυτό, και δεν συνίσταται. Μετά τη χρήση της τουαλέτας, πλένεται καλά και στεγνώνεται η περιοχή του πρωκτού. Όταν ο ασθενής έχει ενδοφλέβια έγχυση, αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες. Με εντολή γιατρού, ενισχύεται ο ασθενής με αντιβιοτικά. Μετά την έφοδό του από το νοσοκομείο, θα πρέπει να αποφεύγει τους κλειστούς και πολυσύχναστους χώρους, οι οποίοι είναι επικίνδυνοι, μια και δεν υπάρχει αρκετή καθαριότητα, επαρκής αερισμός και ο αυξημένος αριθμός των ατόμων αυξάνει τις πιθανότητες μετάδοσης κάποιας νόσου. Να αποφεύγει επίσης να έρχεται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από λοιμώδεις ή μεταδοτικές νόσους.

Θρομβοπενία (μείωση αιμοπεταλίων)

Τα αιμοπετάλια συμμετέχουν στην πήξη του αίματος. Αν μειωθεί ο αριθμός τους, μπορεί ένα μικρό τραύμα να προκαλέσει αιμορραγία ή αιμάτωμα. Η νοσηλεύτρια:

- ❖ Παρακολουθεί τα αιμοπετάλια από τις εξετάσεις που κάνει ο ασθενής (Φυσιολογική τιμή 200.000-300.000/mm³). Αν η ασθενής έχει αιμοπετάλια κάτω από 50.000/mm³ πρέπει να νοσηλευθεί σε νοσοκομείο.
- ❖ Παρακολουθεί τα κόπρανα και τα ούρα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα, τις διάφορες κοιλότητες (μύτη-στόμα) για ρινο-ουλορραγίες.
- ❖ Αρτηριακή πίεση του αίματος: σε περίπτωση που βρεθεί χαμηλή, η ασθενής πρέπει να νοσηλευθεί σε νοσοκομείο.
- ❖ Εξηγεί στην ασθενή τα σημεία αιμορραγίας που θα πρέπει να παρατηρήσει και να αναφέρει αμέσως, συμπεριλαμβανομένων των εκχυμώσεων (μελάνιασμα). Ουλορραγίες, ρινορραγίες, αιματουρία, αίμα στα κόπρανα ή στα πτύελα, μέλαινα κένωση.
- ❖ Περιορίζονται οι υποδόριες και οι ενδομυϊκές ενέσεις. Αν πρέπει να γίνουν, ασκείται πίεση στο σημείο της ένεσης για 3 min περίπου για την πρόληψη αιματώματος ή εξόδου αίματος. Ασυνήθης αιμορραγία μετά από ενδομυϊκή ή υποδόρια ένεση να γίνεται γνωστή στο γιατρό.
- ❖ Οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πίεσης σε κάποιο σημείο του σώματος, όπως ο ασκός του πιεσόμετρου κ.λπ., πρέπει να είναι μικρής διάρκειας.
- ❖ Αποφεύγει τη θερμομέτρηση από τον πρωκτό.
- ❖ Σε δυσκοιλιότητα, αποφεύγονται οι υποκλυσμοί και τα υπόθετα.
- ❖ Ενημερώνει τον ασθενή να μην ακολουθεί οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή και ιδιαίτεως σαλικυλικά (Aspirine, Egicalm κ.λπ.), αν δεν συμβουλευθεί πρώτα το γιατρό ή τον νοσηλευτή. Η χορήγηση σαλικυλικών εμποδίζει και διαταράσσει τη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων. Ενισχύει επίσης την τοξική δράση της μεθοτρεξάτης.
- ❖ Δίνει συμβουλές στον ασθενή, ώστε να εφαρμόζει μέτρα για την πρόληψη αιμορραγίας. Τέτοιες συμβουλές είναι: Αποφυγή αθλοπαιδιών, επειδή αυξάνουν τον κίνδυνο τραυματισμού και κακώσεων. Να αποφεύγει το ξύρισμα

οποιοδήποτε μέρος του σώματος με ξυραφάκι. Συνιστώνται αποτριχωτικές κρέμες ή ηλεκτρική ξυριστική μηχανή. Να φροντίζει το στόμα της πρωί-βράδυ μετά το φαγητό. Για τον καθαρισμό των δοντιών, προτιμάται η χρησιμοποίηση μαλακής και όχι σκληρής οδοντόβουρτσας προς αποφυγή τραυματισμού και αιμορραγίας των ούλων. Να κάνει σωστό καθαρισμό και περιποίηση της τεχνητής οδοντοστοιχίας. Μετά την αφαίρεση, συνιστάται η πλύση του στόματος με σόδα (χρησιμοποιώντας γάζα). Να αποφεύγει σκληρές τροφές που τραυματίζουν στόμα και δόντια. Να συμβουλευθεί τον οδοντογιάτρο για προληπτική φθορίωση των δοντιών. Να χρησιμοποιεί βούτυρο κακάο ή βαζελίνη για τα χείλη της. Να καθαρίζει τη μύτη της προσεκτικά με καθαρό μαντίλι, χωρίς να χρησιμοποιεί τα δάχτυλά της. Να είναι ιδιαίτερα προσεχτική κατά τη χρησιμοποίηση μαχαιριών ή κοφτερών εργαλείων. Να είναι ιδιαίτερα προσεχτική να μην καεί, όταν σιδερώνει ή όταν μαγειρεύει. Να χρησιμοποιεί ειδικά γάντια, όταν βάζει τα χέρια της στο φούρνο. Να φοράει ειδικά γάντια, όταν ασχολείται με την κηπουρική ή βρίσκεται κοντά σε λουλούδια με αγκάθια. Να αποφεύγει τη δυσκοιλιότητα με τη βοήθεια υπακτικών φαρμάκων (κατόπιν εντολής γιατρού).

- ❖ Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας, όπως να υπάρχει πάντοτε έτοιμο αίμα στην τράπεζα αίματος. Κατά τη μετάγγιση, παρακολουθείται η ροή του καθώς και η ασθενής για σημεία αντίδρασης από το αίμα.

Αναιμία (μείωση ερυθρών αιμοσφαιρίων)

Απαγορεύεται η χορήγηση χημειοθεραπευτικών σε ασθενή, αν δεν είναι γνωστή η τιμή των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Η μετάγγιση αίματος είναι γρήγορος τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος της πτώσης των ερυθρών και είναι σκόπιμο να υπάρχουν από την αρχή της θεραπείας κατατεθειμένες στην τράπεζα αιμοδοσίας κάποιες φιάλες στο όνομα του ασθενούς για άμεση χρήση. Επίσης, να παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη, ο αιματοκρίτης και η παρουσία συμπτωμάτων, όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, απάθεια. Να χορηγούμε τροφές πλούσιες σε λεύκωμα και σίδηρο. Τέλος, να αποφεύγεται η κόπωση και να συνιστάται η καλή και επαρκής ανάπαυση.

Τοξικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα

Είναι η συχνή επιπλοκή της χημειοθεραπείας. Τα ταχέως πολλαπλασιαζόμενα επιθηλιακά κύτταρα της γαστρεντερικής οδού είναι ιδιαίτερος ευπαθή και μπορεί να συμβεί σοβαρή βλάβη στο βλεννογόνο της (γλωσσίτιδα, ουλίτιδα, ελκωτική εντερίτιδα, γαστρίτιδα). Οι πιο συχνές διαταραχές είναι η ναυτία, ο έμετος, η διάρροια και η στοματίτιδα

Ναυτία και έμετος

Η ναυτία και ο έμετος είναι συμπτώματα που είναι δυνατόν να εμφανισθούν πριν από τη θεραπεία ή αμέσως μετά από αυτή ή να καθυστερήσουν 6-12 ώρες και διαρκούν συνήθως 24 ώρες ή και περισσότερο. Μολονότι η ναυτία και ο έμετος σχετίζονται με τη δόση του φαρμάκου, η εμφάνιση και η ένταση τους συνήθως εξαρτώνται από την αντοχή της ασθενούς στα κυτταροστατικά καθώς επίσης και από τα θεραπευτικά σχήματα που εφαρμόζονται.

Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τη συχνότητα των εμέτων, το χαρακτήρα και την ποσότητα, επίσης παρακολουθεί τη θρέψη του ασθενούς, την ανορεξία ή την αποστροφή στην τροφή που μπορεί να έχει και εξηγεί ότι η πιθανότητα εμφάνισης ναυτία και εμέτων ποικίλει από ασθενή σε ασθενή και ότι ορισμένους ασθενείς δεν έχουν ποτέ αυτά τα συμπτώματα.

Λαμβάνονται προληπτικά μέτρα όπως :

- α. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων(με εντολή γιατρού) πριν την έναρξη της θεραπείας και ανά εξάωρο (επιτυγχάνουν γρηγορότερη κένωση του στομάχου, αυξάνοντας τον τόνο και το εύρος των περιστολών του). Ασθενείς και νοσηλεύτριες φαίνεται να συμφωνούν ότι η χορήγηση φαρμάκων είναι πολύ βοηθητική. Δεν είναι ακόμη γνωστό, αν η βάση της ανταπόκρισης είναι φαρμακολογική ή ψυχολογική και πιθανώς να εξαρτάται από την αντίδραση του κάθε ατόμου. Τα αντιεμετικά δρουν αποτελεσματικότερα αν δίνονται τακτικά, ώστε να εξασφαλισθεί σταθερό επίπεδο στο αίμα.
- β. Χορήγηση χημειοθεραπευτικού με άδειο στομάχι ή την ώρα που η ασθενής θα κοιμηθεί.
- γ. Εκπαιδεύεται η ασθενής και τα μέλη της οικογένειάς της πώς να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα.
- δ. δίνονται κομμάτια πάγου, μόλις παρουσιασθεί ναυτία, και παροτρύνεται η ασθενής να φάει λίγη φρυγανιά.

- ε. Σερβίρεται η τροφή μετά την υποχώρηση της ναυτίας.
- ζ. Προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα, σε συνεργασία με την ασθενή, για το περιεχόμενο και την ώρα, ώστε να μην αισθάνεται το στομάχι της πολύ γεμάτο.
- η. Χορηγούνται τροφές μαλακές και παγωμένες. Αποφεύγονται οι σκληρές τροφές, γιατί δυσκολεύουν την πέψη και την κένωση του στομάχου.
- θ. Αποφεύγονται οι τροφές με έντονα ή δυσάρεστα αρώματα, γιατί αυξάνουν την ναυτία και τον έμετο.
- ι. Αποφεύγονται τα υγρά κατά τη διάρκεια του φαγητού για να μη γεμίζει το στομάχι με υγρά, αν είναι δυνατόν να χορηγηθούν υγρά μισή ώρα πριν το φαγητό ή μετά το φαγητό.
- ια. Αποφεύγονται τα γλυκά, τα τηγανητά και τα λιπαρά φαγητά.
- ιβ. Η ασθενής διδάσκεται να τρώει σιγά, μικρές ποσότητες κάθε φορά και να μη μιλάει κατά τη διάρκεια του φαγητού, ώστε να αποφεύγεται η αεροφαγία.
- ιγ. Συνίσταται καλή μάσηση της τροφής για να διευκολύνεται η πέψη.
- ιδ. Συνίσταται η χορήγηση τοστ, κράκερς, δημητριακών τα οποία βοηθούν στην ανακούφιση του στομάχου.
- ιε. Αποφεύγεται η λήψη βαριάς τροφής αμέσως πριν από τη χημειοθεραπεία.
- ιζ. Λαμβάνονται κρύα, χωρίς ζάχαρη αναψυκτικά, όπως χυμός μήλου ή πορτοκαλιού, λεμονάδες κτλ.
- ιθ. Η ανάπαυση μετά το φαγητό βοηθάει την ασθενή, επειδή η δραστηριότητα επιβραδύνει την πέψη και αυξάνει τη δυσφορία.
- κ. Κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, αφαιρούνται οι ξένες οδοντοστοιχίες, γιατί η παρουσία ξένων σωμάτων στο στόμα τείνει να προκαλέσει έμετο.
- κα. Σε περίπτωση που η ασθενής αισθανθεί ναυτία, ενθαρρύνεται να αναπνέει βαθιά από το στόμα. (Ευδοξία Κονιάρη, Αθήνα 1991)

Διάρροια

Μπορεί να παρουσιασθεί ανάλογα με το χορηγούμενο φάρμακο και από την πρώτη ημέρα της θεραπείας. Λύση δίνουν, οπωσδήποτε τα αντιδιαρροϊκά φάρμακα σε σοβαρές καταστάσεις, στις οποίες απειλείται η ισορροπία των ηλεκτρολυτών.

Ο νοσηλευτής παρακολουθεί:

- A. Το χρώμα, την ποσότητα και την περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης.
- B. Τον ασθενή για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνουν διαταραχή του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.

Γ. Τη συχνότητα και την ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.

Λαμβάνει μέτρα πρόληψης της διάρροιας και της σύσπασης των κοιλιακών μυών:

- A. Περιορίζει την κυτταρίνη στο διαιτολόγιο, όπως γνωρίζουμε, η κυτταρίνη βοηθάει στην κένωση του εντέρου.
- B. Αποφεύγει τροφές που μπορεί να προκαλέσουν σπασμό, όπως καφέ, πικάντικα, φασόλια, ξηρούς καρπούς, γλυκά, χορταρικά, λάχανα, φρούτα, κουνουπίδι και γενικά τροφές που περιέχουν ίνες και αφήνουν μεγάλο υπόλειμμα.
- Γ. Αποφεύγεται το γάλα και γενικά τα γαλακτοκομικά προϊόντα, αν υπάρχει ένδειξη της επίτασης της διάρροιας.
- Δ. Συνιστά μικρά και συχνά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η καθημερινή τάξη στα γεύματα ομαλοποιεί τη λειτουργία του εντέρου.
- E. Χορηγεί υδρική δίαιτα, για να βοηθήσει το έντερο να ξεκουραστεί.

Προσφέρει βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας με:

- A. Χορήγηση αντιδιαρροικών φαρμάκων με οδηγία γιατρού καθώς και ενημέρωση αυτού, αν συνεχίζεται η διάρροια και οι σπασμοί των κοιλιακών μυών, επειδή μπορεί να χρειαστεί αλλαγή της χημειοθεραπείας και διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου το ύδατος και των ηλεκτρολυτών.
- B. Χορήγηση άφθονων υγρών για την αντικατάσταση αυτών που χάθηκαν, ιδιαίτερα ελαφρών υγρών, όπως το νερό, το τσάι, οι χυμοί φρούτων ή αραιή σούπα. Η θερμοκρασία των λαμβανομένων υγρών πρέπει να είναι ανάλογη με τη θερμοκρασία του δωματίου. Δεν πρέπει να λαμβάνονται πολύ ζεστά ή παγωμένα.
- Γ. Χορήγηση τροφών που περιέχουν κάλιο, όπως μπανάνες, πορτοκάλια και πατάτες. Με τη διάρροια έχουμε αποβολή καλίου. Η χορήγηση των παραπάνω βοηθάει στη διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου.
- Δ. Φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περινέου, για την πρόληψη ερεθισμού.
- E. Όταν η ασθενής αισθανθεί καλύτερα, προσθέτουμε στο διαιτολόγιο μας σταδιακά τροφές που δεν περιέχουν ινώδη άπεπτα στοιχεία, όπως ρύζι, κρέμα δημητριακών,

μπανάνες, τοστ, κράκερς κλπ. (Ευδοξία Κονιάρη, Αθήνα 1991) (Άννα Σαχίνη-Καρδάση, Μαρία Πάνου, Αθήνα 2000).

Στοματίτιδα- Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας

Η στοματίτιδα είναι οδυνηρή και συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια της χημειοθεραπείας. Περίπου επτά ημέρες μετά τη χημειοθεραπεία, ο βλεννογόνος του στόματος ατροφεί και λεπταίνει. Η παραπάνω εξεργασία είναι αποτέλεσμα της μεγάλης καταστροφής των κυττάρων, με συνέπεια κάθε μικρό τραύμα του βλεννογόνου να καταλήγει σε εξέλκωση και πολλές φορές και σε μόλυνση.

Ο νοσηλευτής λαμβάνει τα ακόλουθα μέτρα, που βοηθούν στην πρόληψη της στοματίτιδας:

A. Λήψη οδοντιατρικού ιστορικού:

- Παρουσία οδοντοστοιχιών
- Ιστορικό ουλίτιδων ή άλλων παθολογικών εξεργασιών
- Συνήθειες της ασθενούς σχετικά με τη φροντίδα της στοματικής κοιλότητας
- Ανάγκη επίσκεψης οδοντιάτρου για την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος
- Ιστορικό στοματίτιδας
- Κάπνισμα

B. Ελέγχει τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς και τη αξιολογεί με βάση την υγρασία, το χρώμα, τις οδοντοστοιχίες και τα υπάρχοντα σφραγίσματα.

Γ. Διδάσκει πώς να εξετάζει το στόμα της και την ενθαρρύνει να αναφέρει σημαντικές αλλαγές.

Δ. εξηγεί τι είναι η στοματίτιδα.

E. Ενθαρρύνει την προληπτική υγιεινή του στόματος και διδάσκει την ασθενή να :

-βουρτσίζει τα δόντια της με μαλακή οδοντόβουρτσα δυο φορές την ημέρα. Η χρήση της σκληρής οδοντόβουρτσας μπορεί να καταστρέψει τους μαλακούς ιστούς του στόματος .

- Κάνει ελαφρό μασάζ στα ούλα για να διευκολυνθεί η κυκλοφορία.
- Καθαρίζει το στόμα τρεις ή τέσσερις φορές την ημέρα με διάλυμα σκόνης σόδα ή νερού (μια κουταλιά του γλυκού σε ένα ποτήρι νερό). Να κρατάει το διάλυμα στο στόμα της για ένα λεπτό περίπου.
- Χρησιμοποιεί βαζελίνη ή βούτυρο κακάο για τα χείλη της τρεις φορές την ημέρα.

- Αν αρχίζει το στόμα της να πονάει, να τρώει μαλακές τροφές, όπως τα βρασμένα αυγά.

- Να αφαιρεί τις οδοντοστοιχίες , για να ξεκουράζονται τα ούλα.

Στ. Ελέγχει καθημερινά τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο, αλλαγή της κατάστασης του βλεννογόνου.

Ζ. διδάσκει την ασθενή πώς να διατηρεί την υγρασία του στόματος, πράγμα που τη βοηθάει να τρώει ευκολότερα:

- Να πίνει άφθονα υγρά.

- Να πιπιλίζει μικρά κομμάτια πάγου.

- Να τρώει τροφές που αποδίδουν υγρασία, όπως φρούτα και παγωτά.

- Αν θέλει να φάει και παξιμάδια, φρυγανιές ή άλλη τραγανή τροφή, είναι καλύτερα πρώτα να τη βουτάει σε γάλα ή τσάι.

- Μαγειρεμένη τροφή είναι καλύτερα να πολτοποιείται για να καταπίνεται πιο εύκολα

- Να προσπαθεί να τρώει μαλακές και κρύες τροφές, όπως παγωτά, κομμάτια πάγου, καρπούζι, πουτίγκα κλπ. Αν φάει γλυκά, πρέπει αμέσως μετά να πλύνει τα δόντια με μαλακή οδοντόβουρτσα, για να τα προστατέψει από το να φθαρούν και να σαπίσουν.

Αν εμφανισθεί στοματίτιδα, η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί τα ακόλουθα θεραπευτικά μέσα:

❖ Συνεχής εκτίμηση της κατάστασης του στοματικού βλεννογόνου.

❖ Τρεις ως τέσσερις φορές ημερησίως καθαρίζει τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς με φυσιολογικό ορό.

❖ Ενυδατώνει το στόμα για την εξασφάλιση κατάλληλης υγρασίας.

❖ Χρησιμοποιεί διάφορα διαλύματα για την επούλωση της λύσης του βλεννογόνου του στόματος (με εντολή γιατρού):

- Ξεπλένει τη στοματική κοιλότητα με 50% Benadryl elixir τέσσερις φορές ημερησίως.

- Ξεπλένει με Xylocaine viscus (2%) 5-10 min μετά το φαγητό.

- Ξεπλένει με Xylocaine 25 mg, Benadryl 25mg τέσσερις φορές ημερησίως.

❖ Χορηγεί λευκή και χλιαρή τροφή (λευκή είναι η τροφή που δεν περιέχει καρυκεύματα και σάλτσες). (*Lisa Doygherty Christophew, 1980*)

Αλωπεκία {Εικόνα 20}

Φυσιολογικά, το τριχωτό της κεφαλής αποτελείται από 100.000 τρίχες. Από αυτές, 10-15% μεγαλώνουν δραστικά. Ευτυχώς, η πτώση των τριχών που παρατηρείται με τη χημειοθεραπεία είναι προσωρινή και, αφού ολοκληρωθεί το θεραπευτικό σχήμα, έχουμε ξανά ανάπτυξη των τριχών. Πτώση των τριχών μπορεί να έχουμε και σε οποιοδήποτε άλλο μέρος του σώματος, ακόμη και στο πρόσωπο.

Η αλωπεκία συνήθως συμβαίνει δύο ή τρεις εβδομάδες μετά την αρχική δόση. Ο βαθμός της πτώσης των τριχών εξαρτάται από την αντίδραση του οργανισμού της ασθενούς και από το συνδυασμό των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται. Η τριχόπτωση είναι δυνατόν να σταματήσει ακόμα και κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Το φάρμακο που προκαλεί κατ' εξοχήν την αλωπεκία σε ποσοστό 100% είναι η δοξορουμπικίνη (Adriblastina). Η πιθανότητα της πτώσης των μαλλιών είναι αβάσταχτη για πολλές ασθενείς, λόγω της σημασίας που δίνεται στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου του ατόμου.

Έχοντας επίγνωση των ψυχολογικών επιπτώσεων που δύναται να προκαλέσει η πτώση των τριχών της κεφαλής και του σώματος στο άτομο και στη σεξουαλικότητά του, η νοσηλεύτρια προγραμματίζει και σχεδιάζει την αρχική διδασκαλία και τη φροντίδα του ατόμου. Η νοσηλεύτρια:

A. Εξηγεί την αλωπεκία στην ασθενή. Δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο ότι αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια ποικίλει από άτομο σε άτομο και είναι προσωρινή. Τα μαλλιά ξαναβγαίνουν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.

B. Βάζει την ασθενή να υπογράψει ότι είναι ενημερωμένη σχετικά με την τριχόπτωση και ότι αποδέχεται τη χημειοθεραπεία.

Γ. Προετοιμάζει την ασθενή να περιμένει την πτώση των τριχών 2-3 εβδομάδες μετά την αρχική χορήγηση των χημειοθεραπευτικών.

Δ. Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, βοηθείται η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά της σχετικά με τη διαφοροποίηση της εμφανίσεως της.

Ε. Διδάσκει και ενημερώνει τον ασθενή για τα υπάρχοντα μέσα, με τα οποία δύναται να αποτραπεί η τριχόπτωση ή να αντιμετωπιστεί θετικά:

- Να μη λούζεται συχνά και να μη χρησιμοποιεί βούρτσα με σκληρές τρίχες
- Να αποφεύγει την περμανάντ και τις βαφές κατά τη διάρκεια της θεραπείας .

- Να χρησιμοποιεί μαντίλια, καπέλα ή περούκα και μάλιστα εγκαίρως από τα ίδια της τα μαλλιά.
- Μειώνεται ο βαθμός της αλωπεκίας, αν κατά τη θεραπεία και 19-15min μετά από αυτήν, εφαρμοσθεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι. Η διεργασία που επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση πάγου έχει ως εξής :Ο πάγος δημιουργεί αγγειοσύσπαση των αγγείων του κεφαλιού με αποτέλεσμα να μη εισέρχεται αίμα στους θυλάκους των τριχών, αλλά ούτε και το χημειοθεραπευτικό, το οποίο σιγά σιγά αποβάλλεται και μειώνεται η κυκλοφορούσα με το αίμα ποσότητα .
- Επίσης, είναι δυνατό να ελαχιστοποιηθεί η αλωπεκία με την τοποθέτηση κάσκας υποθερμίας. Η επινόηση της κάσκας υποθερμίας στη διάρκεια των τελευταίων ετών ήρθε να βοηθήσει ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία με δοξορουμπικίνη με αποτέλεσμα να καθιερωθεί ως μέθοδος προστασίας σε αρκετά κέντρα του εξωτερικού. Κύριος μηχανισμός δράσης της συσκευής αυτής είναι η αγγειοσυστολή και η μείωση της παροχής αίματος στους θυλάκους των τριχών.

Σε μελέτη που έγινε σε σύνολο 42 ασθενών, η εκτίμηση του βαθμού ανοχής της κάσκας υποθερμίας είχε ως εξής: 31 (74%) δήλωσαν μέτρια και μόνο 2 (4,5%) πλήρη αποστροφή. Από τη νοσηλευτική εκτίμηση, 86% των ασθενών ανέχθηκαν άριστα τη συσκευή, 9,5% ικανοποιητικά και, τέλος, 4,5% δηλαδή 2 ασθενείς, την απέρριψαν. Η άρνηση των δύο αυτών ασθενών να διατηρήσουν κάσκα εκδηλώθηκε από τα πρώτα κιόλας σχήματα χημειοθεραπείας και κύριες αιτίες ήταν το ανυπόφορο αίσθημα ψύχους και η επακόλουθη κεφαλαλγία. (Reilly T.P. και συν, 1983)

Προβλήματα από το γεννητικό σύστημα

Η χημειοθεραπεία είναι πιθανόν, αλλά όχι πάντοτε, να επηρεάσει τα γεννητικά όργανα και τη λειτουργία τους. Οι επιδράσεις που μπορεί να εγκατασταθούν εξαρτώνται από τον τύπο των χορηγούμενων κυτταροστατικών φαρμάκων, από την ηλικία της ασθενούς και από τη γενική κατάσταση της υγείας της.

Ο νοσηλευτής κατά τη θεραπεία βοηθάει τον ασθενή να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού της ειδώλου και τα τυχόν εμφανιζόμενα προβλήματα από το γεννητικό της σύστημα. Την ενημερώνει για τις πιθανές αλλαγές, οι οποίες είναι:

- i. Αλλαγές στον καταμήνιο κύκλο. Η περίοδος μπορεί να γίνει ακανόνιστη ή μπορεί να σταματήσει.
- ii. Εξάψεις καθώς και άλλα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης.
- iii. Ορμονικές αλλαγές λόγω της χημειοθεραπείας, που μπορεί να προκαλέσουν κνησμό, κάψιμο και ξηρότητα του κολπικού επιθηλίου.
- iv. Μερικά κυτταροστατικά φάρμακα είναι δυνατόν να προκαλέσουν στειρότητα, η οποία μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη εξαρτάται από την ηλικία της ασθενούς και το είδος των χορηγούμενων χημειοθεραπευτικών.
- v. Συνιστάται αποφυγή εγκυμοσύνης κατά τη διάρκεια της θεραπείας, για την πρόληψη τερατογενέσεων. Σε περίπτωση που η ανακάλυψη του καρκίνου γίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συνιστάται καθυστέρηση της έναρξης της θεραπείας μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης. Αν όμως η άμεση έναρξη της χημειοθεραπείας κριθεί απαραίτητη, συνιστάται να αρχίζει κατά τη 12^η εβδομάδα.

Δίαιτα και χημειοθεραπεία

Με τη σωστή και επαρκή διατροφή, η ασθενής δίνει στον εαυτό της την καλύτερη δυνατότητα να αντιμετωπίσει τη χημειοθεραπεία, αλλά και την ίδια την αρρώστια της, γιατροί, νοσηλευτές και ερευνητές έχουν αποδείξει ότι καρκινοπαθείς που ακολουθούν ισορροπημένη διαίτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, μπορούν καλύτερα να ανταποκριθούν στις ανεπιθύμητες ενέργειες της.

Σωστή και επαρκής διατροφή σημαίνει ποικιλία φαγητών, τα οποία είναι πλούσια σε βιταμίνες, πρωτεΐνες και υδατάνθρακες και άλλα στοιχεία που θα βοηθήσουν στη σωστή λειτουργία του οργανισμού.

Η χορήγηση τροφών πλούσιων σε θερμίδες έχει σκοπό να διατηρήσει ή αν υπάρχει ανάγκη να αυξήσει το βάρος της ασθενούς, ενώ πλούσιων σε πρωτεΐνες να βοηθήσει τη σωστή λειτουργία του δέρματος, των μυών, των διαφόρων οργάνων και την ανάπτυξη των τριχών. Αν κριθεί απαραίτητο, χορηγούνται κατόπιν ιατρικής εντολής βιταμινούχα σκευάσματα.

Η λήψη περισσότερων πρωτεϊνών αποσκοπεί στη βοήθεια στη βοήθεια του οργανισμού για ανασύσταση των ιστών του, οι οποίοι έχουν καταστραφεί με τη

χημειοθεραπεία. Ειδικευμένοι διαιτολόγοι πιστεύουν ότι κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας είναι δυνατόν να χρειασθούν 50% περισσότερες πρωτεΐνες από ότι συνήθως και 20% περισσότερες θερμίδες.

Προκειμένου η ασθενής να κατορθώσει ένα καλά ισορροπημένο διαιτολόγιο, ο νοσηλεύτρια της συνιστά να συμπεριλαμβάνει στα καθημερινά της γεύματα τις εξής ομάδες φαγητών:

A. Φρούτα και λαχανικά: σαλάτες, βραστά λαχανικά, ωμά ή βραστά φρούτα. Αυτές οι τροφές παρέχουν τις απαραίτητες βιταμίνες και τα μεταλλικά στοιχεία που έχει ανάγκη ο οργανισμός .

B. Πουλερικά, ψάρια και κρέας: με τις τροφές αυτές λαμβάνονται τόσο πρωτεΐνες όσο και βιταμίνες.

Γ. Ψωμί και δημητριακά: Οι τροφές αυτής της κατηγορίας παρέχουν αρκετές πρωτεΐνες και ποικιλία βιταμινών, μεταλλικών στοιχείων, υδατανθράκων. Το διαιτολόγιο πρέπει να περιλαμβάνει δημητριακά από καλαμπόκι, σιτάρι ρύζι και βρώμη μέχρι ψωμί, τηγανίτες και ζυμαρικά.

Δ. Γαλακτοκομικά προϊόντα: Γάλα και προϊόντα του, όπως τυρί, γιαούρτι ,βούτυρο κ.α, παρέχουν πρωτεΐνες, ασβέστιο και μεγάλο αριθμό βιταμινών.

Αν η ασθενής έχει ανορεξία ή χάνει βάρος, συνιστάται να παίρνει μικρά γεύματα σε τακτικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας . Να κάνει (αν μπορεί) έναν περίπατο πριν από το γεύμα και να πίνει ένα ποτήρι κρασί ή μπύρα , εφόσον το επιτρέπει ο γιατρός.

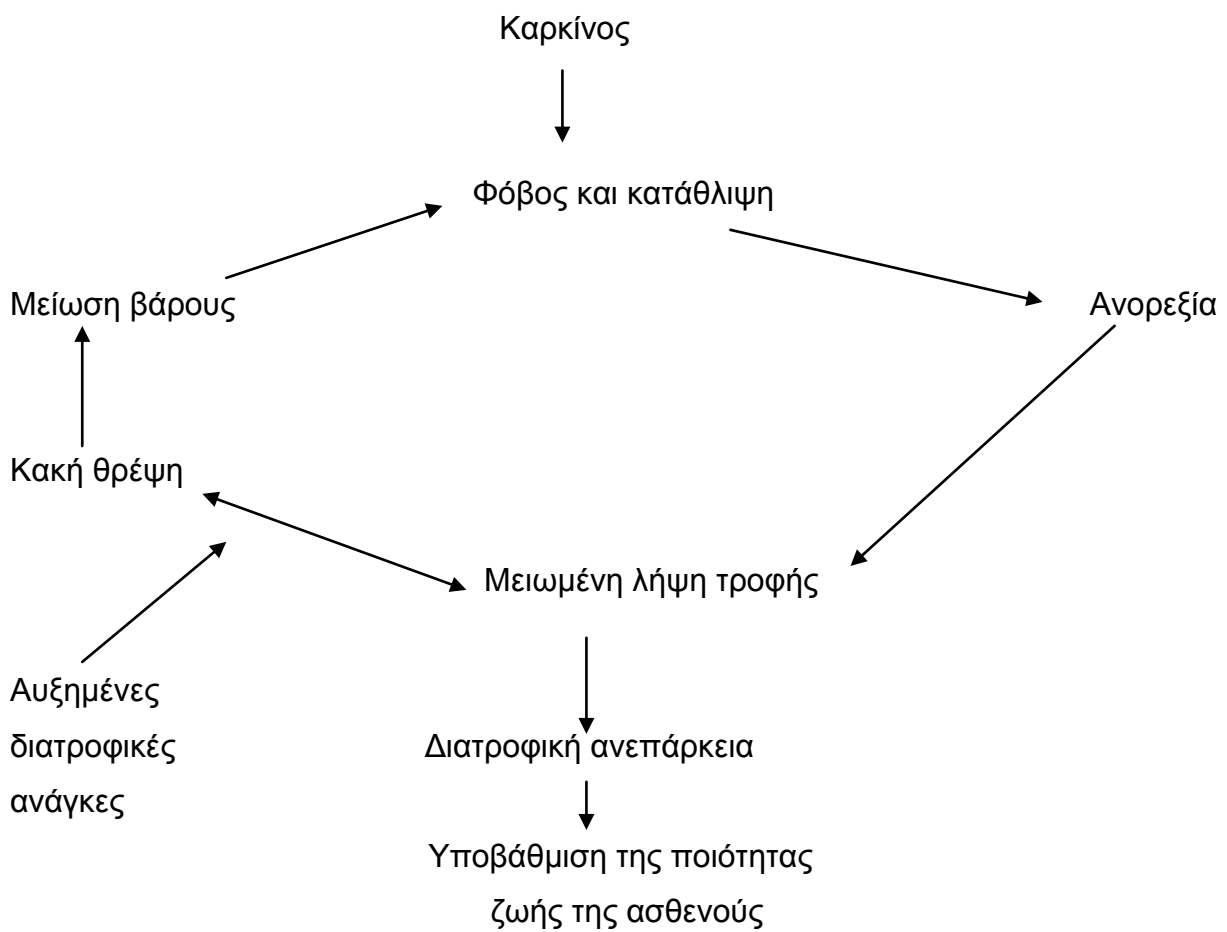
Διάφοροι παράγοντες είναι δυνατόν να συντελέσουν στη διάθεση της ασθενούς για φαγητό ή όχι και να οδηγήσουν σε υποβάθμιση της ποιότητας ζωής της ασθενούς. Τέτοιοι παράγοντες είναι :

- α. Η γενικότερη οργανική κατάσταση
- β. Η φυσική κατάσταση
- γ. Η ψυχική κατάσταση (εικ.2)
- δ. Η οικονομική κατάσταση
- ε. Η άνεση και η διάθεση

Την ημέρα της χημειοθεραπείας, η ασθενής δεν τρώει τίποτα 2-3 ώρες πριν και μετά τη θεραπεία. (Ευδοξία Κονιάρη, 1991)

Εικόνα 2

Επίδραση της ψυχολογικής κατάστασης στις διατροφικές συνήθειες της ασθενούς.



5.4 Νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις στην ακτινοθεραπεία του μαστού {Εικόνα 13,14,15}

Οι νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις στην ακτινοθεραπεία του μαστού αφορούν στην διδασκαλία, την διατροφή, αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών και προετοιμασία του ασθενούς για την έξοδό του.

5.4.1 Διδασκαλία

α. Ενημερώνεται η ασθενής για τις αναμενόμενες και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας, επίσης, δίνονται συμβουλές για την καλύτερη δυνατή συνεργασία και τη συμβολή της ασθενούς στην ακτινοθεραπεία και το σχεδιασμό της φροντίδας.

β. Παρέχει η νοσηλεύτρια έντυπο πληροφοριακό υλικό από το ακτινολογικό τμήμα και, αν είναι δυνατόν, ενισχύει την προφορική διδασκαλία.

γ. Προκαθορίζει επίσκεψη της ασθενούς στο ακτινολογικό τμήμα και τη γνωρίζει με το προσωπικό.

δ. παρέχει στην ασθενή χρόνο για τη διατύπωση ερωτήσεων και απαντήσεων. Τα συνήθη ερωτήματα είναι τα εξής:

- Πονάει η ακτινοθεραπεία;
- Τι πρέπει να κάνει κατά το διάστημα της θεραπείας;
- Θα είναι μόνη της κατά τη διάρκεια της θεραπείας;
- Αν δεν αισθάνεται καλά κατά τη διάρκεια της θεραπείας και έχει ανάγκη από βοήθεια, τι θα κάνει;
- Θα εκπέμπει ακτινοβολία μετά τη θεραπεία; Αν ναι θα πρέπει να είναι απομονωμένη;

Η απάντηση στα πιο πάνω, αλλά και σε σχετικά ερωτήματα της ασθενούς, μειώνει την ανησυχία και το άγχος, τη βοηθάει να συνεργασθεί με το προσωπικό της ομάδας υγείας και να αξιοποιηθούν όλες οι δυνατότητες για την επιτυχία της.

ε. Πληροφορεί την ασθενή για τα αναμενόμενα αποτελέσματα και την αφήνει να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα της.

στ. Παρέχει γραπτές οδηγίες για τη φροντίδα του δέρματος, τις διατροφικές τροποποιήσεις την ώρα που έχει καθορισθεί η κάθε συνεδρία, τη φαρμακευτική αγωγή.

ζ. Πληροφορεί την ασθενή για το πώς να αντιμετωπίσει τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες.

5.4.2 Διατροφή

A. Επισημαίνεται η αναγκαιότητα της διατήρησης των διατροφικών συνηθειών, με πρόσθετη χορήγηση τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας, η οποία είναι ζωτικής σημασίας για την αντοχή του οργανισμού στην ακτινοθεραπεία.

B. Ενθαρρύνονται τα μικρά και συχνά γεύματα. Εκτός των τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας , χορηγούνται και συμπληρωματικές τροφές , οι οποίες παρέχουν πρόσθετες θερμίδες και πρωτεΐνες που συμβάλλουν στην ανασύσταση των καταστραμμένων ιστών.

Γ. Ενθαρρύνεται η επαρκής λήψη υγρών. Οι μεταβολικές ανάγκες των ιστών είναι αυξημένες και απαιτείται αυξημένη χορήγηση υγρών για την αποβολή των άχρηστων ουσιών.

Δ. Προγραμματίζει για την ασθενή και την οικογένεια της συμβουλευτική συνάντηση με τη διαιτολόγο.

Ε. Ζυγίζει καθημερινά την ασθενή και συγκρίνει τα αποτελέσματα μεταξύ τους, αλλά και με τα αντίστοιχα πριν από την έναρξη τα θεραπείας.

Στ. Ρυθμίζει το διαιτολόγιο πριν και μετά από κάθε συνεδρία(π.χ. χορήγηση κρύων υγρών και μαλακών τροφών).

Ζ. Χορηγεί αναλγητικά και αντιεμετικά φάρμακα περίπου δύο ώρες πριν το γεύμα. Αξιολογεί την αποτελεσματικότητά της.

Η. Ελέγχει τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορούν να αυξάνουν την ναυτία και τον έμετο (π.χ. αποφυγή έντονων και δυσάρεστων οσμών, φαγητά που δε προτιμά κτλ.).

Θ. Χορηγεί βιταμίνες (με εντολή γιατρού).

Ι. κανονίζει κατά τη διάρκεια των γευμάτων της ασθενούς να παρευρίσκονται οι συγγενείς και οι φίλοι της. Η ενθάρρυνση και η συντροφιά αυξάνουν την όρεξη και τη λήψη τροφής.

Ια. Κανονίζει τη χορήγηση μεγαλύτερων γευμάτων, όταν η ναυτία και η ανορεξία δεν είναι και τόσο φανερές (συνήθως τα πρωινά), διαφορετικά, χορηγεί καθημερινώς μικρά και συχνά γεύματα.

Ιβ. Χορηγεί πολτοποιημένες, μαλακές, υψηλής πρωτεϊνικής αξίας τροφές (π.χ. τυρί, και άλλα γαλακτοκομικά, σαλάτες φρούτων κλπ.)

Για την αντιμετώπιση στοματοφαρυγγικού πόνου, ο οποίος παρεμποδίζει όχι μόνο τη λήψη τροφής αλλά και την ομιλία, συμβουλεύει την ασθενή να αποφεύγει εκείνες τις ουσίες, όπως καπνό και οινοπνευματώδη, που μπορεί να επιδεινώσουν την κατάστασή της. Η τροφή να λαμβάνεται κρύα (σε θερμοκρασία δωματίου), όχι καυτή ή παγωμένη.

Ιγ. Διδάσκει την ασθενή πώς να χρησιμοποιεί καλαμάκι για να διευκολύνει τη λήψη υγρών που μπορούν να προκαλέσουν αλλοιώσεις του βλεννογόνου του στόματος, να αποφεύγονται ο καφές, το τσάι, τα οινοπνευματώδη, τα μπαχαρικά, οι σάλτσες και τα ανθρακούχα αναψυκτικά.

Ιδ. Διδάσκει την ασθενή τεχνικές για την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. Συνιστά τη χρησιμοποίηση μαλακής οδοντόβουρτσας καθώς και τη χρήση οδοντιατρικού νήματος. Φροντίζει, ώστε τα χείλη να παραμένουν υγρά.

Ιε. Πριν από την έναρξη της ακτινοθεραπείας φροντίζει η νοσηλεύτρια να επισκεφθεί τον οδοντίατρο για προληπτικές εξετάσεις, ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες μόλυνσης και καταστροφής δοντιών και ούλων. Χαλασμένα δόντια, ακόμη και δόντια με σφραγίσματα, αφαιρούνται πριν από την έναρξη της θεραπείας.

Ιζ. Η νοσηλεύτρια παρατηρεί και αξιολογεί καθημερινά την ασθενή για σημεία και συμπτώματα επιμόλυνσης (π.χ. στοματική καντιντίαση). Η προφυλακτική χρήση οδοντόκρεμας που να περιέχει αντιβιοτικό είναι αρκετά βοηθητική.

Ιη. Συζητεί και ενημερώνει την ασθενή για την πιθανότητα διατροφής με ρινογαστρικό σωλήνα Levin, σε περίπτωση αυξημένης απώλειας βάρους.

Ιθ. Η νοσηλεύτρια ελέγχει και παρακολουθεί καθημερινά τις εργαστηριακές τιμές των ηλεκτρολυτών, της κρεατινίνης, του αζώτου κλπ.

Κ. Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού της, που συμβάλλει στη μείωση και στην καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων. (Νίκου Α. Παπανικολάου, Αθήνα 1995)

5.4.3 Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών

Αρχικά, ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείτε. Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών και καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό. Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή. Ενημερώνεται ο ασθενής να μην ξαπλώνει στη περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα. Ο ασθενής ενημερώνεται ότι η περιοχή που ακτινοβολείτε είναι σημειωμένη με ειδικό μελάνι. Για τον προσδιορισμό της περιοχής αυτής, δεν πρέπει ποτέ να χρησιμοποιούνται ποτέ αυτοκόλλητες ταινίες. Η περιοχή αυτή πρέπει να διατηρείται κατά το δυνατόν στεγνή. Πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή. Προστατεύεται από τον ήλιο και το κρύο αέρα κ.α.).Αποφεύγεται η έκθεση της περιοχής στην ηλιακή ακτινοβολία κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά και ένα χρόνο μετά από το τέλος της. Σε αντίθετη περίπτωση, χρησιμοποιείται αντηλιακό με δείκτη μεγαλύτερο από 15. Επίσης, να αποτριχώνεται μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα, αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο. Να αποφεύγεται η χρήση στηθόδεσμου αν δημιουργεί πίεση. Ενημερώνεται ο ασθενής να φοράει άνετα και φαρδιά ρούχα. Επίσης να αποφεύγεται η επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή και ερεθισμό. Το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείτε ελέγχεται καθημερινά από το νοσηλευτή για ερέθισμα, κνησμό, αφυδάτωση, παρουσία φλυκταινών και απολέπιση. Σε καταστολή του μυελού των οστών, ο ασθενής παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στη λήψη στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς γι' αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγηση της. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθησή του ασθενούς για εμφάνιση αιμορραγιών.

Σε περίπτωση αιμορραγίας αντιμετωπίζεται ανάλογα.

- Όσον αφορά τη διάρροια, ο νοσηλευτής εκτιμά την ποιότητα και την συχνότητα των κοπράνων.

- Παρακολουθεί τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, το βάρος και την ηλεκτρολυτική ισορροπία. Αφυδάτωση, μείωση του βάρους και διαταραχή των ηλεκτρολυτών είναι αποτέλεσμα της διάρροιας
- Χορηγούνται τροφές με μικρό υπόλειμμα. Αποφεύγονται άπεπτα ινώδη στοιχεία που αφήνουν μεγάλο υπόλειμμα , όπως το μαύρο ψωμί, τα λαχανικά, τα χόρτα, οι φλούδες των φρούτων κ.λπ. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται ο ερεθισμός του εντέρου και η διάρροια.
- Ενθαρρύνεται ο ασθενής να καταπίνει αργά, αφού πρώτα μασάει καλά τη τροφή του, για να ελαττωθεί ο σπασμός και να αυξηθεί η απορρόφηση των τροφών .
- Ενθαρρύνεται η αυξημένη λήψη υγρών για την αντικατάσταση των υγρών και των ηλεκτρολυτών που χάθηκαν.
- Με εντολή γιατρού, ο νοσηλευτής χορηγεί αντιδιαρροικά φάρμακα και αξιολογεί την αποτελεσματικότητά τους.

5.4.4 Προετοιμασία του ασθενούς για έξοδο

- Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή σχετικά με τον προγραμματισμό της θεραπείας και τον σχεδιασμό της φροντίδας του δέρματος.
- Παρέχει στον ασθενή κατάλογο με τις ακριβείς ημερομηνίες κάθε συνεδρίας και των συναντήσεων με το γιατρό.
- Ενημερώνει τον ασθενή σχετικά με αλλαγές στο διαιτολόγιο και στη λήψη τροφής κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
- Διδάσκει τον ασθενή πώς να παρακολουθεί και να ελέγχει την ακεραιότητα της περιοχής του δέρματος που ακτινοβολείτε.
- Παρέχει/ Προτείνει τη χρησιμοποίηση βιβλίων μαγειρικής, τα οποία είναι ειδικά για τον καθορισμό του διαιτολογίου των καρκινοπαθών.
- Εκτιμά και αξιολογεί τις ανάγκες φροντίδας του ασθενούς στο σπίτι.
(*Ευδοξίας Κονιάρη, Αθήνα 1991*)

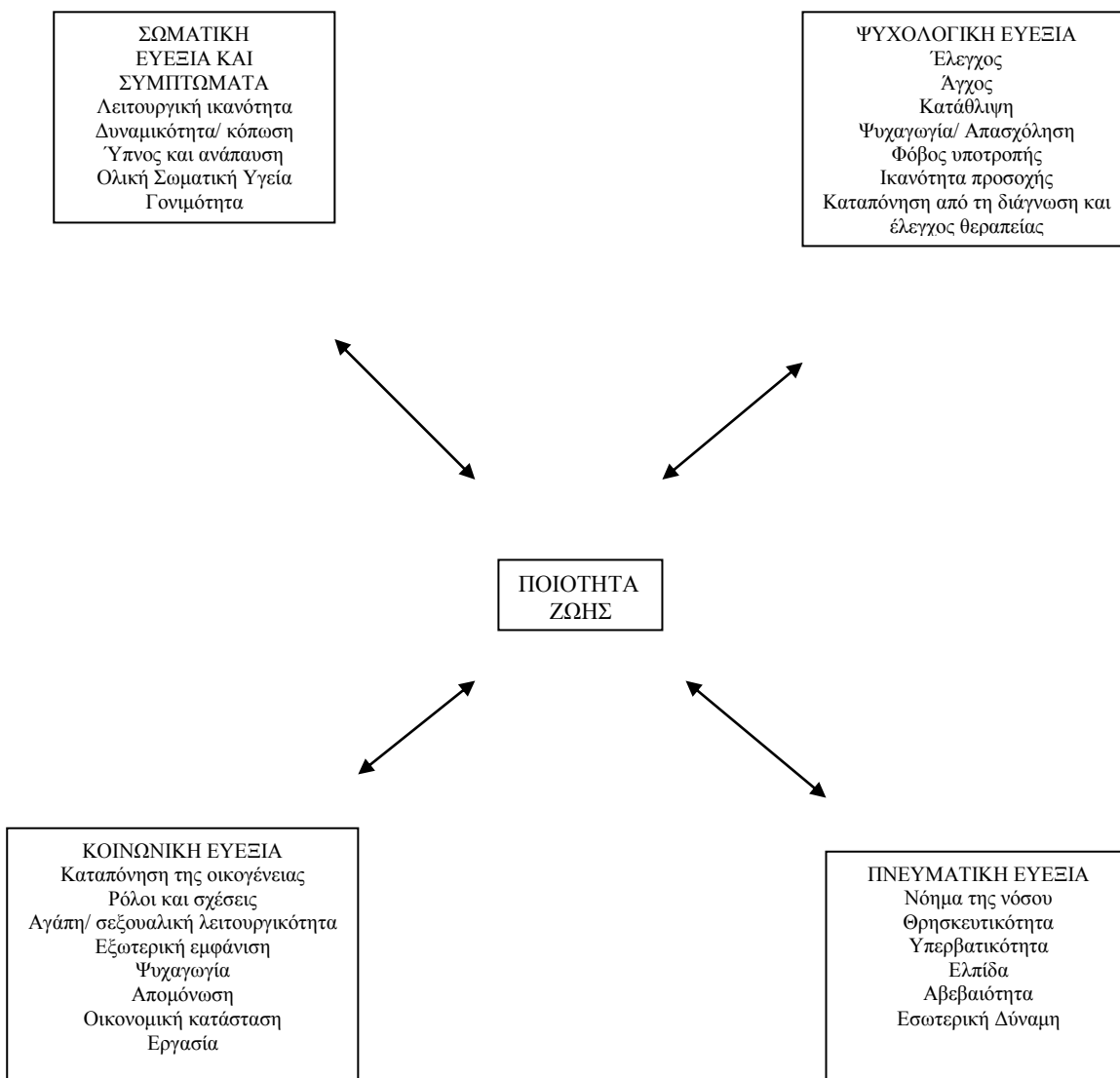
Σύνοψη κεφαλαίου

Η υλοποίηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων εξαρτάται από την συνεργασία του νοσηλευτή με τον ασθενή. Ο νοσηλευτής οφείλει να εξηγεί στον ασθενή , να τον ενθαρρύνει και να τον υποστηρίξει στο διάστημα που πρέπει ο ίδιος να αποφασίσει για τη συμμετοχή στις διαγνωστικές εξετάσεις. Ως αποτέλεσμα της εγχειρητικής παρέμβασης, μπορεί να έχουμε κάποια παραμόρφωση ή και την αφαίρεση του μαστού , καταστάσεις που ο ασθενής αντιμετωπίζει με φόβο και άγχος. Γι' αυτό η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα έχει σχέση με την ανταπόκριση του ασθενούς στη διάγνωση και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η νοσηλευτική διδασκαλία και η εκτίμηση του σωματικού και ψυχοσυναισθηματικού επιπέδου τους ασθενούς παρέχουν σημαντικά στοιχεία για τον άμεσο σχεδιασμό των νοσηλευτικών μέτρων αντιμετώπισης της νόσου. Η μετεγχειρητική φροντίδα είναι πολύπλευρη και πολυμερής και θεωρείται μια από τις σοβαρότερες και υπεύθυνες εργασίες του νοσηλευτή. Αφού έχει αποφασισθεί το σχήμα της χημειοθεραπείας ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή για τις αποφάσεις που πάρθηκαν, επίσης ενημερώνει για τις ανεπιθύμητες ενέργειες όπως ναυτία, έμμετοι, διάρροια, φθορά των αιμοφόρων αγγείων, αλωπεκία, διαταραχή της σεξουαλικής επιθυμίας και της αυτοεκτίμησης του σωματικού ειδώλου. Όλα αυτά μπορεί να έχουν καταστρεπτικές επιδράσεις στη σωματική και την ψυχοσωματική υγεία του ασθενούς.

6. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς με καρκίνο του μαστού

Ο νοσηλευτής στην οποιοδήποτε ψυχολογική της παρέμβαση πρέπει να λαμβάνει υπόψη της το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από την ίδια την ασθενή, την προσδοκώμενη συνεργασία από την ίδια την ασθενή, την προσδοκώμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της νόσου (πρώιμο, ενδιάμεσο, τελικό). Ο ρόλος της νοσηλεύτριας ανάλογα με τα στάδια ανάπτυξης της νόσου πρέπει να είναι ο ακόλουθος:

Αρχικά, παρατίθεται ένας πίνακας που φαίνεται το μοντέλο ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο .



6.1 Ψυχολογικές αντιδράσεις στην διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου μαστού

Ο μαστός δεν είναι ένα απλό τμήμα του γυναικείου σώματος αλλά συμβολίζει δύο από τις πιο σημαντικές πτυχές κάθε γυναίκας, την μητρότητα της και την ερωτική της υπόσταση. Όταν μία γυναίκα μαθαίνει ότι έχει καρκίνο μαστού, δεν έρχεται αντιμέτωπη μόνο με την βασική νόσο και τις βιολογικές της συνέπειες αλλά με μία σειρά αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων που περιστρέφονται γύρω από τον θάνατο και την εικόνα εαυτού. Παράλληλα ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συνήθως, σε μία ηλικία που συντελούνται και άλλες αλλαγές στην βιολογική υπόσταση της γυναίκας όπως η εμμηνόπαυση, η φυσιολογική γήρανση, ο περιορισμός των ρόλων της, αν έχουν μεγαλώσει τα παιδιά της ή έχει αλλάξει η επαγγελματική της ενασχόληση. Όλοι οι προαναφερόμενοι παράγοντες έχουν αρνητική επίδραση στην εικόνα του εαυτού της, στην αίσθηση θηλυκότητας και αποδοχής της από το περιβάλλον. Είναι αλήθεια ότι όλα τα άτομα δεν αντιμετωπίζουν με τον ίδιο τρόπο ένα δυνητικά θανατηφόρο νόσημα. Ανάλογα με τον χαρακτήρα του, ο καθένας προσπαθεί, να κινητοποιήσει όλες τις δυνάμεις και εφεδρείες που διαθέτει, για να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα. Τα αποτελέσματα ποικίλουν ανάλογα με την προσωπικότητα της κάθε γυναίκας, μπορεί να είναι άμεσα, η να εμφανισθούν με καθυστέρηση, κάποιες φορές μάλιστα δεν γίνονται ποτέ εμφανή. Συνήθως παρουσιάζονται οι παρακάτω καταστάσεις:

- ❖ *Αρνηση.* Ο ασθενής αρνείται ενεργητικά κάθε αναφορά που σχετίζεται με την σοβαρότητα της κατάστασης. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού π.χ., αρνείται κατηγορηματικά την διάγνωση, ενώ δικαιολογεί την χειρουργική επέμβαση με λόγια όπως : "δεν ήταν κάτι σοβαρό, απλώς έβγαλαν το στήθος για λόγους προληπτικούς". Δεν μιλά ποτέ από μόνος του για το θέμα και κλείνει γρήγορα την συζήτηση όταν κάτι αναφερθεί από κάποιον άλλον.
- ❖ *Μαχητικότητα.* Ο ασθενής είναι αποφασισμένος να πολεμήσει και να νικήσει, κρατάει θετική στάση και ελπίζει. Συνήθως ψάχνει μόνος του για να συλλέξει όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί σχετικά με το νόσημά του και την αντιμετώπισή του. Ρωτάει τον γιατρό της όλες τις λεπτομέρειες για την κατάστασή, ή άλλες φίλες/ους που τυχαίνει να πάσχουν από το ίδιο νόσημα. Αισθάνεται τυχερός που το ανακάλυψε έγκαιρα.

- ❖ *Στωική αποδοχή.* Ο ασθενής δέχεται την διάγνωση, δεν αναζητά επιπλέον πληροφορίες, εκτός αν προκύψουν καινούρια συμπτώματα, γενικά συνεχίζει να ζει όπως πριν χωρίς, να ασχολείται ιδιαίτερα με την νόσο.
- ❖ *Αποδοχή με συνοδό άγχος/θλίψη.* Ο ασθενής αντιδρά στην διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή/και θλίψη. Όπως και οι άνθρωποι με μαχητικό πνεύμα, επιδιώκουν ενεργητικά να μάθουν όσες περισσότερες πληροφορίες μπορούν, αλλά αντίθετα από τους πρώτους έχει την τάση να τις ερμηνεύει με τρόπο αρνητικό και απαισιόδοξο. Αντιμετωπίζει ικανοποιητικά τις καθημερινές του υποχρεώσεις.
- ❖ *Απελπισία-αίσθημα εγκατάλειψης.* Ο ασθενής φαίνεται να έχει κυριευτεί απόλυτα από την διάγνωση. Είτε έχει είτε δεν έχει συμπτώματα, θεωρεί ότι είναι συνεχώς άρρωστος και μερικές φορές ενεργεί σα να πρόκειται να καταλήξει άμεσα. Η καθημερινή του λειτουργικότητα είναι απόλυτα επηρεασμένη και αποδιοργανωμένη. (Δανάη Παπαδάκη και συν,1995)

6.2 Προσαρμογή – αντιμετώπιση - πρόγνωση

Μελέτες έχουν δείξει ότι η προσαρμογή στον καρκίνο του μαστού δεν είναι στατική αλλά από την στιγμή της διάγνωσης, μεταβάλλεται, με την πάροδο του χρόνου. Πάνω από τις μισές γυναίκες προσαρμόζονται από την αρχή χρησιμοποιώντας αυτό που ονομάστηκε πιο πάνω στωική αποδοχή. Ένα ποσοστό περίπου 15% αντιδρά με άρνηση και ένα άλλο 15% αντιδρά με μαχητικότητα. Μία στις δέκα γυναίκες περίπου μπορεί να αντιδράσει με απελπισία, ενώ λιγότερες, αντιδρούν με άγχος/θλίψη. Ένα έως δύο χρόνια μετά την διάγνωση μειώνονται αισθητά οι γυναίκες με μαχητικότητα και άρνηση, και έτσι εφτά στις δέκα εμφανίζουν στωική αποδοχή, μηχανισμός που αποτελεί τον κυρίαρχο τρόπο προσαρμογής και αντιμετώπισης των περισσότερων καρκίνων. Έρευνες που γίνονται τα τελευταία 15 χρόνια, έδειξαν ότι ο τρόπος αντιμετώπισης της νόσου καθώς και η προσωπικότητα των ασθενών επηρεάζουν την επιβίωση και την πρόγνωση.

Γνωρίζουμε ότι:

α) Οι ασθενείς που τρεις μήνες μετά την χειρουργική θεραπεία για καρκίνο του μαστού πρώιμου σταδίου αντιμετωπίζουν τη νόσο με τη μέθοδο της άρνησης, φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ελεύθερο νόσου.

β) Οι ασθενείς, που τρεις μήνες μετά την χειρουργική θεραπεία καρκίνου πρώιμου σταδίου εμφανίζουν μαχητικότητα, φαίνεται να έχουν επίσης καλύτερη πρόγνωση, αν και το εύρημα αυτό δεν έχει αναπαραχθεί από όλους τους ερευνητές.

γ) Οι ασθενείς με απελπισία χωρίς υποστήριξη, εμφανίζουν σταθερά σε όλες τις εργασίες πιο άσχημη πρόγνωση.

δ) Σε ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου, οι ψυχολογικοί παράγοντες αντιμετώπισης δεν φαίνεται να επηρεάζουν την επιβίωση. Στην ομάδα αυτή των ασθενών οι βιολογικοί παράγοντες φαίνεται να έχουν τον κύριο ρόλο σχετικά με την επιβίωση.

6.3 Ψυχιατρική νοσηρότητα στον καρκίνο του μαστού

Στην εκτίμηση της μέτρησης της ψυχιατρικής νοσηρότητας στον καρκίνο του μαστού όπως και σε άλλα καταληκτικά νοσήματα εγείρονται πολλά μεθοδολογικά προβλήματα. Το κυριότερο πρόβλημα αφορά στα κριτήρια με τα οποία θα διακριθούν οι "περιπτώσεις" από τις "μη περιπτώσεις". Τα υπάρχοντα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται γι' αυτόν τον σκοπό στην ψυχιατρική έρευνα αν και είναι πολύ έγκυρα και αξιόπιστα για την ανίχνευση πρωτοπαθών ψυχιατρικών διαταραχών δεν μπορούν το ίδιο καλά να διακρίνουν την παροδική "δυσφορία" που αποτελεί φυσιολογική αντίδραση σε ένα αρνητικό γεγονός από την "αληθινή" ψυχιατρική διαταραχή. Με τον όρο "αληθινή" εννοείται εκείνη η διαταραχή που θα κρινόταν από έναν ψυχίατρο ότι απαιτεί ειδική θεραπεία (φαρμακευτική ή/και ψυχοθεραπευτική) η έναρξη της οποίας θα βοηθούσε σημαντικά.

Κρατώντας αυτή την επιφύλαξη, τα ευρήματα των περισσότερων ερευνών συνοψίζονται ως εξής:

α) Ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών, περίπου 25%, εμφανίζουν τα πρώτα δύο χρόνια από την διάγνωση του καρκίνου του μαστού κάποιο είδος συναισθηματικής διαταραχής του τύπου της αγχώδους διαταραχής ή της κατάθλιψης. Στις περισσότερες φορές ωστόσο η διαταραχή αυτή είναι ήπια ή αυτοπεριοριζόμενη έτσι ώστε αρκετοί είναι εκείνοι που πιστεύουν ότι δεν υπάρχει λόγος να παραπέμπονται οι γυναίκες αυτές σε ψυχίατρο. Ένα 5% ωστόσο παρουσιάζει ενδείξεις σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής, κυρίως μείζονος κατάθλιψης που απαιτεί θεραπεία. Πρόσφατη μελέτη του 2005, αναφέρεται ότι στην διάρκεια του πρώτου έτους μετά την διάγνωση καρκίνου του μαστού το 48% των γυναικών εμφάνισαν άγχος, κατάθλιψη ή και αμφότερα. Το ποσοστό μειώθηκε σε 25% στο δεύτερο

χρόνο και στο 15% στο πέμπτο χρόνο. Οι παράγοντες κινδύνου για ψυχιατρικά προβλήματα μετά το πρώτο έτος, περιλάμβαναν προηγούμενο ιστορικό θεραπείας για κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα, έλλειψη μιας στενής διαπροσωπικής σχέσης (π.χ.συνβίωση με σύντροφο) και άλλες σοβαρές δυσκολίες μη σχετιζόμενες με τον καρκίνο. Οι ερευνητές τονίζουν την ανάγκη για υποστήριξη τόσο κοινωνική όσο και ψυχολογική ιδιαίτερα το πρώτο έτος μετά την διάγνωση η την υποτροπή.

β) 30% των γυναικών μετά την χειρουργική θεραπεία παρουσιάζει δυσκολίες στην σεξουαλική προσαρμογή της (μείωση της επιθυμίας, μείωση της συχνότητας των επαφών, μείωση της ικανοποίησης). Ωστόσο η σεξουαλική αυτή δυσλειτουργία είναι συνήθως μέτριου βαθμού και μόνο σε ένα μικρό ποσοστό, 5%, είναι σοβαρή και όπως θα αναφερθεί παρακάτω φαίνεται να εξαρτάται και από το είδος της επέμβασης. (Λαζαράτου,Ε., 1990)

6.4 Ποιότητα ζωής και καρκίνος του μαστού

Οι γυναίκες που παρουσιάζουν ψυχιατρικές επιπλοκές μετά την χειρουργική θεραπεία επηρεάζονται σε δύο τομείς:

α) στην ποιότητα ζωής: η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών είναι σαφώς επηρεασμένη, ως εύρημα μελετών, αλλά πού είναι και προφανές αν σκεφτεί κανείς ότι ήδη υπάρχει ένας επιβαρυντικός παράγοντας που από μόνος του είναι ικανός να μειώσει το επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών αυτών.

β) στην πρόγνωση: Μερικές ενδιαφέρουσες εργασίες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που εμφανίζουν μείζονα κατάθλιψη έχουν υψηλότερο ποσοστό τοπικής υποτροπής σε καρκίνο πρώιμου σταδίου.

Πολλοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει να διερευνήσουν τους μηχανισμούς με τους οποίους οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στην πορεία του καρκίνου του μαστού. Ιδιαίτερα έχουν μελετηθεί οι πιθανοί ανοσολογικοί μηχανισμοί που μπορεί να μεσολαβούν. Δύο τέτοιοι μηχανισμοί είναι ότι γυναίκες, που μια εβδομάδα μετά τη μαστεκτομή εμφανίζουν μεγαλύτερη δυσφορία και όχι καλή προσαρμογή εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα των φυσικών κυτταροκτόνων κυττάρων. Επίσης, γυναίκες που 3 μήνες μετά τη μαστεκτομή χρησιμοποιούν το μηχανισμό της άρνησης εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα ανοσοσφαιρινών IgM σε σχέση με αυτές που χρησιμοποιούν το μηχανισμό της στωϊκής αποδοχής ή της μαχητικότητας. Η υπόθεση που έχει γίνει είναι ότι οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν την απάντηση του

ανοσολογικού συστήματος του ασθενή και είτε να προκαλούν αύξηση των ανοσοσφαιρινών που δεν ενεργοποιούν το συμπλήρωμα (όπως IgG2 και IgG4), γεγονός που μπορεί να εμποδίζει την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, είτε να προκαλούν αύξηση των ανοσοσφαιρινών που ενεργοποιούν το συμπλήρωμα (όπως IgM), γεγονός που μπορεί να βοηθά στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων (*Μελλπομένη-Μινέρβα Μαλλιώρα, Πάτρα 2006*).

Σύνοψη κεφαλαίου

Ο νοσηλευτής στη ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς με καρκίνο του μαστού πρέπει να λαμβάνει υπόψη το κοινωνικό- μορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από τον ίδιο τον ασθενή, την προσδοκώμενη συνεργασία από τον ίδιο τον ασθενή, την συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της νόσου. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις στη διάγνωση και στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι η άρνηση, η μαχητικότητα, η στωική αποδοχή, η αποδοχή με συνοδό άγχος και θλίψη, τέλος έρχεται η απελπισία και το αίσθημα εγκατάλειψης. Οι ασθενείς με καρκίνο μαστού παρουσιάζουν αυτές τις ψυχιατρικές επιπλοκές και μετά τη χειρουργική θεραπεία και επηρεάζονται σε δύο τομείς στη ποιότητα ζωής και στη πρόγνωση.

7. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Όλοι γνωρίζουν σήμερα ότι η πρόληψη του καρκίνου μαστού επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες της φροντίδας υγείας (πρωτοβάθμιας κυρίως, αλλά και δευτεροβάθμιας). Ο ρόλος λοιπόν της νοσηλεύτριας, αφού πρωτοστατεί στις υπηρεσίες φροντίδας για την υγεία, είναι πολυδύναμος, πολυεπίπεδος και γι' αυτό στρατηγικός.

Η υλοποίηση ενός εθνικού προγράμματος πρόληψης του καρκίνου μαστού είναι στρατηγική και πολυεπίπεδη, μια και οι γνωστοί αιτιολογικοί παράγοντες βρίσκονται στο μικροπεριβάλλον (κακή διατροφή, έκθεση σε ακτινοβολία) και στο μακροπεριβάλλον (γενική ατμόσφαιρα, ειδική βιομηχανική ρύπανση).

Ο νοσηλευτής, ως μέλος της υγειονομικής ομάδας, πολύτιμο έργο στη διαφώτιση του κοινού σχετικά με την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, καθώς και στην καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας. Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους, ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο, για να προάγει την υγεία του ατόμου. Όπως κάθε παιδεία, έτσι και η υγειονομική παιδεία, για να έχει απόδοση έχει ανάγκη από μεθοδολογία. Συνδέονται μοιραία στην υγειονομική διαφώτιση, σε κάθε πρόγραμμα πρόληψης παράγοντες πολιτικοί, πολιτιστικοί, περιβαλλοντικοί.

Μεθοδολογία πρόληψης καρκίνου μαστού

- Χαρακτηριστικά στόχων
- Διαθέσιμες υπηρεσίες
- Μέσα προσέγγισης
- Προσφορότερη κατανομή δαπανών

Στοιχεία

- Επιδημιολογικά δεδομένα
- Συνήθειες της οικογένειας
- Πιθανές στάσεις, ιστορικό δημόσιας υγείας
- Περιβαλλοντικά στοιχεία
- Επίδραση άμεση ή έμμεση στο χώρο της εργασίας
- Πρότυπο αντικαρκινικής συμπεριφοράς

Προσέγγιση

- Προσωπικού γενικού χαρακτήρα
- Οικογενειακή προσέγγιση
- Εργασιακή προσέγγιση

Για τη σωστή εκτίμηση και διαφώτιση των ασυμπτωματικών γυναικών, η παιδεία της νοσηλεύτριας πρέπει να περιλαμβάνει:

- i. Γνώσεις για τον καρκίνο του μαστού και τη φυσική του εξέλιξη
- ii. Γνώση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων
- iii. Ικανότητα λήψης καλού ιστορικού
- iv. Ικανότητες φυσικής εκτίμησης
- v. Γνώση των αποδεκτών τρόπων παρεμβολής

(Θεόδωρου Ντολάτζα, 1998)

7.1 Ειδικές δραστηριότητες στην πρόληψη

Γνωστοποιεί τους πιθανούς παράγοντες αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Μπορεί να κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογενείας, να παίρνει δισαιολόγια, να βλέπει τις περεκκλίσεις, αφού γνωρίζει ότι η διατροφή αποτελεί τη βασικότερη ίσως παράμετρο του μικροπεριβάλλοντος και για το λόγο αυτό θεωρείται πιθανός αιτιολογικός παράγοντας για τον καρκίνο του. Συνιστά την αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και αποδεικνύει τη χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών Α και C.

Ενισχύει την προσπάθεια του κοινού για τη βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντος του. Στόχος της είναι να επενδύονται στην καθημερινότητα της ζωής οι υγιεινές συνήθειες και τα προληπτικά μέτρα κατά του καρκίνου να γίνονται συμπεριφορά, στάση, πεποίθηση.

Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας, σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες. Στοχεύει να διαμορφώσει νέα πρότυπα συμπεριφοράς στην απομάκρυνση των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου.

Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό, αποδεικνύοντας στατιστικώς τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες που προσήλθαν στο στάδιο 1 με ποσοστό θεραπείας 90%, σε αντίθεση με εκείνες που προσήλθαν στο στάδιο 3 με ποσοστό θεραπείας 24%.

Είναι τραγικό ότι πολλές γυναίκες καθυστερούν αρκετό χρόνο πριν να συμβουλευθούν ένα γιατρό από τότε που το ανακαλύπτουν πιθανά συμπτώματα καρκίνου μαστού και ακόμη καθυστερούν αρκετό καιρό, για να αποφασίσουν τη βιοψία και τη θεραπεία.

Στόχος του νοσηλευτικού προσωπικού που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό είναι, με ένα καλό ιστορικό να προσπαθήσει να εντοπίσει τους παράγοντες που δυνατόν να οδηγήσουν σε μια τέτοια καθυστέρηση, να ανιχνεύει τα αίτια που τους δημιουργούν και να τους αναχαιτίσει με τη σωστή διδασκαλία και ενημέρωση. Τέτοιοι παράγοντες είναι:

7.2 Κοινωνικό- οικονομικοί παράγοντες

Το υπερβολικό κόστος νοσηλείας και οι υψηλές αμοιβές των χειρουργών ευνοούν την καθυστέρηση, επειδή ασθενείς με περιορισμένα οικονομικά μέσα (ανασφάλιστες, μικρών ταμείων) βρίσκουν ότι δεν μπορούν να διαθέσουν τα ποσά αυτά και, όταν απειλούνται από μια νέα ασθένεια, καθυστερούν να κάνουν κάτι γι 'αυτά τους τα συμπτώματα. Πολλές φορές μια ασθενής είναι μητέρα μικρών παιδιών ή γυναίκα ενός ανάπηρου ή ασθενούς συζύγου, με αποτέλεσμα να θυσιάζει τη προσωπική της υγεία για το καλό της οικογενείας της. Στην Ελλάδα, το κόστος των εξετάσεων δεν δημιουργεί βεβαίως πρόβλημα.

7.3 Έλλειψη μόρφωσης

Πολλές ασθενείς με καρκίνο του μαστού που καθυστερούν αρκετό χρόνο. Αφελώς, υποθέτουν ότι αφού δεν έχουν κανένα πόνο και αισθάνονται γενικά καλά ο όγκος του μαστού, που δεν φαίνεται να αυξήθηκε, είναι ακίνδυνος. Συχνά λένε: << Ο όγκος δεν με ενόχλησε κι έτσι κι εγώ δεν τον ενόχλησα>>.

Αυτό το είδος άγνοιας συναντάται και μεταξύ αποφοίτων λυκείου, καθώς όμως το επίπεδο μόρφωσης και καλλιέργειας ανεβαίνει, οι γυναίκες ενημερώνονται όλο και περισσότερο για την απειλή από τον καρκίνο του μαστού. Παρόλα αυτά η πλειονότητα των γυναικών αγνοεί βασικούς παράγοντες της φυσιολογίας και της παθολογίας του μαστού, επειδή δεν περιλαμβάνεται σε διδακτέα ύλη των σχολείων. Βασικός σκοπός ενός τέτοιου προγράμματος θα ήταν να πεισθούν οι γυναίκες ότι ο καρκίνος μαστού είναι ιάσιμος σε αρχικά στάδια, αντίθετα με ότι πιστεύουν πολλές καρκινοπαθείς γυναίκες, ότι δηλαδή νόσος τους είναι ανίατη και καθυστερούν γι' αυτό να προσέλθουν στο γιατρό τους. Ο σκεπτικισμός αυτός είναι κατανοητός, επειδή πολλές από αυτές δεν γνώρισαν καμιά γυναίκα που να θεραπεύθηκε από καρκίνο μαστού. Στην Ελλάδα, η ανεπαρκής ενημέρωση φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο. (Parry, G. 1993)

7.4 Ψυχολογικοί παράγοντες

Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στις γυναίκες με όγκο στο μαστό και τις κάνουν να καθυστερούν στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας:

A. Ο φόβος

Ο φόβος είναι ο κυρίαρχος ανασταλτικός παράγοντας. Οι ασθενείς συνήθως φοβούνται όχι μόνο ότι έχουν καρκίνο ή ότι θα χάσουν το μαστό τους, αλλά ότι θα διαταραχθούν οι συγκινησιακές (συναισθηματικές) σχέσεις με τους συζύγους τους.

B. Σεμνοτυφία και ντροπή

Μερικές γυναίκες έχουν ζήσει τόσο κλειστή ζωή, ώστε διστάζουν να συμβουλευθούν έναν ειδικό για το μαστό τους.

Γ. Αποφυγή ψηλάφησης μαστού

Πολλές γυναίκες δεν αρέσκονται να τις ψηλαφούν και επομένως δεν φαίνεται ότι μπορούν να ανακαλύψουν έναν όγκο του μαστού, ενόσω είναι ακόμη μικρός.

Δ. Αρνητισμός

Γυναίκες που μεγαλώνουν σε σκληρό και εχθρικό περιβάλλον μπορεί να γίνουν εσωστρεφείς και αρνητικές και συχνά καθυστερούν να ζητήσουν ιατρική συμβουλή, μέχρι να προχωρήσουν πάρα πολύ τα συμπτώματα.

Ε. Κατάθλιψη

Μερικές γυναίκες συντετριμμένες από δοκιμασίες που πέρασαν, γίνονται καταθλιπτικές και αδιαφορούν για την υγείας τους.

ΣΤ. Καταπίεση

Οι γυναίκες αυτές μπορεί να αναπτύξουν κάποια παθολογική δραστηριότητα, για να πετύχουν κάποιο σκοπό στη ζωή τους. Όταν τα συμπτώματα της νόσου της νόσου αναπτύσσονται, εκείνες τα αγνοούν.

Ο νοσηλευτής προτρέπει τις γυναίκες να προσέρχονται στα κέντρα για περιοδικές εξετάσεις, ενώ παράλληλα προσπαθεί να τις αλλάξει από την καρκινοφοβία και το φάσμα του θανάτου.

Όταν υπάρχουν ενδείξεις ή υπόνοιες για καρκίνο του μαστού, προτρέπει τη γυναίκα να κάνει ιατρική εξέταση καις τη συνέχεια, αφού προηγηθούν οι σχετικές διαπραγματεύσεις, ετοιμάζει την εισαγωγή της στο νοσοκομείο.

Έχει ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο του μαστού.

Διαφώτιση του κοινού για να μεταφέρει το μήνυμα πως ο καρκίνος είναι η νόσος:

A. του αναπόφευκτου θανάτου, αν δεν θεραπευθεί

B. ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας και

Γ. της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων, που μοιάζουν με συμπτώματα νόσων που δεν είναι τόσο σοβαρές. *(Ευδοξίας Κονιάρη, Αθήνα 1991)*

Σύνοψη κεφαλαίου

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη πρόληψη του καρκίνου του μαστού ως μέλος της υγειονομικής ομάδας έχει πολύτιμο ρόλο στη διαφώτιση του κοινού σχετικά με την πρόωγη διάγνωση του καρκίνου καθώς και την καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας. Ο νοσηλευτής γνωστοποιεί τους πιθανούς παράγοντες αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι κοινωνικοί-οικονομικοί, λόγω του ότι το κόστος νοσηλείας είναι αρκετά υψηλό και οι ασθενείς με περιορισμένα οικονομικά μέσα δεν μπορούν να διαθέσουν τα ποσά που απαιτούνται έχει ως επακόλουθο να καθυστερούν τη θεραπεία τους. Άλλος παράγοντας είναι η έλλειψη μόρφωσης, οι γυναίκες που έχουν κατώτερο μορφωτικό επίπεδο ισχυρίζονται ότι αφού δεν έχουν κάποιο πόνο γιατί να το ψάξουν το τυχόν εύρημα που ανακάλυψαν, ενώ οι γυναίκες με ανώτερο επίπεδο μόρφωσης το ψάχνουν περισσότερο. Βασικός στόχος του προγράμματος είναι να πεισθούν οι ασθενείς ότι ο καρκίνος μαστού είναι ιάσιμος στα πρώτα στάδια. Τέλος είναι και οι ψυχολογικοί παράγοντες που συμπεριλαμβάνει το φόβο, τη σεμνοτυφία και τη ντροπή, την αποφυγή ψηλάφησης τον αρνητισμό να ζητήσουν ιατρική συμβουλή, την κατάθλιψη και τέλος νιώθουν μια καταπίεση. Ο νοσηλευτής προτρέπει τις γυναίκες κυρίως να προσέρχονται σε κέντρα για περιοδικές εξετάσεις, ενώ παράλληλα προσπαθεί να τις αλλάξει την καρκινοφοβία και το φάσμα του θανάτου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, η μελέτη αυτή καθιστά εμφανές ότι στην Ελλάδα, ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες κατέχει τη πρώτη θέση σαν αιτία θανάτου από καρκίνο. Επίσης, αναδεικνύει πόσο σημαντική είναι η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση στη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό, η έγκαιρη αναγνώριση και η άμεση σωστή αντιμετώπιση των προεγχειρητικών και των μετεγχειρητικών προβλημάτων που μπορεί να παρουσιαστούν καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη, είναι καθοριστικοί παράγοντες για την καλή επιβίωση των ασθενών.

Θεωρείται ότι ο νοσηλευτής πέτυχε στην ψυχοσωματική ετοιμασία του ασθενούς, αν ο ασθενής:

- ❖ Αποδέχεται την αναπηρία του και δεν θεωρεί ότι υποβιβάζει την αξία του ως ατόμου.
- ❖ Δίνει πρωτεύουσα θέση στα πνευματικά και ηθικά χαρίσματα και δευτερεύουσα στη σωματική αρτιότητα.
- ❖ Είναι αποφασισμένος να ζήσει με την αναπηρία του, υπερβαίνοντας τη σωματική αδυναμία με την ψυχική καλλιέργεια.
- ❖ Πιστεύει ότι η ζωή του θα συνεχισθεί και μετά τη μαστεκτομή να έχει νόημα και σκοπό, γιατί διαθέτει πολλές δυνατότητες και ικανότητες, οι οποίες δεν θα επηρεασθούν από τη μαστεκτομή και ότι η κοινωνία του επιφυλάσσει μια χρήσιμη θέση.
- ❖ Προχωρεί στο χειρουργείο με την καλύτερη σωματική προεγχειρητική ετοιμασία, με αισιοδοξία και ελπίδα και με εμπιστοσύνη στο χειρουργό και στο νοσηλευτικό προσωπικό του χειρουργείου για την επιτυχή εκτέλεση της εγχείρησης.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι ο ρόλος του νοσηλευτή στη πρόληψη του καρκίνου του μαστού είναι πολύτιμος για την ενημέρωση του κοινού σχετικά με τη πρώιμη διάγνωση του καρκίνου όπως με τη διδασκαλία της αυτοεξέτασης που ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να ανακαλύψει ένα τυχαίο εύρημα. Επίσης γνωστοποιεί τους πιθανούς παράγοντες αλλά και τους προστατευτικούς παράγοντες στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι ασθενείς με καρκίνο θα έπρεπε να έχουν πρόσβαση σε νοσηλευτές με κατάλληλη εμπειρία και δεξιότητες γι' αυτό :

Είναι αναγκαίο να υπάρχουν εξειδικευμένοι ογκολογικοί νοσηλευτές, με τη σύνθεση διαπροσωπικών δεξιοτήτων, της γνώσης και εμπειρίας οι οποίοι θα πρέπει να συμμετέχουν στην αγοραστική πλευρά της φροντίδας υγείας.

Επίσης, οι ειδικοί νοσηλευτές που εργάζονται σε αντικαρκινικά κέντρα και μονάδες θα πρέπει να έχουν αποκτήσει πρώτου επιπέδου δίπλωμα ή μεταπτυχιακό τίτλο στη νοσηλευτική ογκολογία.

Η έρευνα της ογκολογικής νοσηλευτικής θα πρέπει να εστιάζει όχι μόνο τη νόσο και τη θεραπεία αλλά και στην επίδραση της νόσου στον ασθενή και στην οικογένειά του.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το νοσηλευτικό προσωπικό για να πετύχει όλο το σχέδιο φροντίδας του ασθενούς με καρκίνο μαστού είναι απαραίτητο να υπάρχει μια καλή συνεργασία με τον ίδιο τον ασθενή και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.

Η προσωπικότητα αλλά κυρίως η γνώση, η εκπαίδευση και η άρτια κατάρτιση του προσωπικού είναι στοιχεία απαραίτητα στη παροχή φροντίδας. Τονίζεται ιδιαίτερα η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς που είναι πολύ σημαντική για την επιβίωσή του.

Τέλος είναι αναγκαία η παρότρυνση των συγγενών για συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης. Ο ρόλος του Νοσηλευτή είναι πολύπλευρος και χρειάζεται δύναμη, υπομονή και σταθερή προσπάθεια.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος είναι μια συχνή νόσος αφού περίπου ένα στα τρία άτομα μπορεί να αναπτύσσει σε κάποια στιγμή της ζωής του. Ο καρκίνος του μαστού που είναι και το θέμα της παρούσας εργασίας, απευθύνεται κυρίως σε γυναίκες στην ηλικία των 40-55 ετών. Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση βοηθούν στη θεραπευτική αντιμετώπιση. Ο καρκίνος μαστού στις ελληνίδες κατέχει τη πρώτη θέση σαν αιτία θανάτου από καρκίνο. Ο καρκίνος μαστού ξεκινά από κακοήθη εξαλλαγή ενός κυττάρου που πολλαπλασιαζόμενο δίνει ένα κακοήθη κυτταρικό κλώνο και τελικά επέρχεται η διασπορά.

Η μεταστατική διασπορά που γίνεται αιματογενώς πολύ πρώιμα μπορεί να προσβάλει διάφορα όργανα. Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι παράγοντες κινδύνου και οι προδιαθεσικοί παράγοντες για τον καρκίνο του μαστού που παίζουν σημαντικό ρόλο για τη διάγνωση.

Η κλινική εξέταση που γίνεται για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού από το γιατρό είναι η λήψη καλού ιστορικού, η επισκόπηση και η ψηλάφηση. Σημαντική όμως είναι η εκμάθηση της αυτοεξέτασης που ο ίδιος ο ασθενής ψηλαφάτε και ανακαλύπτει κάποιο τυχαίο εύρημα έτσι βοηθάει στη πρώιμη διάγνωση μιας κακοήθειας. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι η χειρουργική, η χημειοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία. Στη υλοποίηση όλων των θεραπευτικών μέσων παίζει σπουδαίο ρόλο η συνεργασία του ασθενούς με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Ο νοσηλευτής οφείλει να εξηγήσει στον ασθενή, να τον ενθαρρύνει και να υποστηρίξει στο διάστημα που πρέπει να αποφασίσει για τη συμμετοχή του στις διαγνωστικές εξετάσεις. Αφού γίνει τελικά η διάγνωση και αποφασιστεί αρχικά η χειρουργική θεραπεία, ο νοσηλευτής πρέπει να δείξει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη προεγχειρητική και μεταεγχειρητική εξέλιξη του ασθενούς. Ο νοσηλευτής κάνει μια εκτίμηση του σωματικού και ψυχοσυναισθηματικού επιπέδου του ασθενούς που του παρέχουν σημαντικά στοιχεία για το άμεσο σχεδιασμό των νοσηλευτικών μέτρων. Αφού έχει, αργότερα, αποφασισθεί και το σχήμα της χημειοθεραπείας ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή για τις αποφάσεις που πάρθηκαν και επίσης τον συμβουλεύει για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να προκύψουν από τη θεραπεία. Όλες αυτές οι μέθοδοι θεραπείας μπορεί να επιφέρουν καταστρεπτικές

επιδράσεις στη σωματική και τη ψυχοσωματική υγεία του ασθενούς. Γι' αυτό ο ασθενής στην ψυχολογική υποστήριξη που παρέχει, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του, το κοινωνικό- μορφωτικό επίπεδο, το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης του ασθενούς, την προσδοκώμενη συνεργασία με τον ίδιο τον ασθενή, τη συνεργασία από το δικό του περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της νόσου.

Τέλος, ο ρόλος του νοσηλευτή στη πρόληψη του καρκίνου του μαστού ως μέλος της υγειονομικής ομάδας είναι πολύτιμος, για τη διαφώτιση του κοινού σχετικά με τη πρόωμη διάγνωση του καρκίνου καθώς και τη καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Νοσηλευτική Ογκολογία, το πλαίσιο φροντίδας, Επιμέλεια: Ελισάβετ Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2006 σελ. 4

Χειρουργικές παθήσεις μαστού Ευάγγελος Τζωρακολευθεράκης, Εκδόσεις Λίτσα σελ.77

Καρκίνος μαστού του Μάρκου Πινακίδη Διευθυντής Χειρουργικού τμήματος μαστού Θεαγένειου Ν. Θ. και Λάζαρου Μπούτη Univercity Studio press Θεσσαλονίκη 1993 σελ. 27-30

Καρκίνος μαστού Spratt J. Donegan W. 3^η Έκδοση σελ. 46-70

Καρκίνος μαστού του Μάρκου Πινακίδη εκδόσεις Univercity Studio Press, Εθνική Στατιστική της Ελλάδος .Ετήσια Στατιστική Έρευνα του Καρκίνου 1980.

Καρκίνος του μαστού ,Ιατρική Εταιρεία Καβάλας του Λ. Μπούτη Θεσσαλονίκη 1985σελ.21 σελ. 11,σελ. 24-25, σελ. 79-85

Καρκίνος μαστού, Ιατρική εταιρεία Καβάλας , Α Τσιφτσόγλου Θεσσαλονίκη 1987, σελ. 79-85

Δ. Τούσης, 1980, Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο 2^{ος} τόμος σελ.122-124, Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής Αθήνα

Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, Άννα Σαχίνη – Καρδάση, 2^{ος} τόμος, Εκδόσεις Β' σελ.493-494

Παπαδιαμάντης Ad(1785), Κλινική εξέταση – αυτοεξέταση, Εισηγήσεις σεμιναρίου «καρκίνος μαστού», Ελληνικής αντικαρκινικής Εταιρείας Πόρτο Χέλι

Χειρουργικές παθήσεις του μαστού, Ευάγγελος Τζωρακολευθερακάκης Επίκουρος καθηγητής χειρουργικής του πανεπιστημίου Πατρών Εκδόσεις Λίτσας

Γυναικολογική Μαστολογία του Νίκου Α. Παπανικολάου, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1995, σελ118, σελ. 116, σελ.84,σελ112,σελ.97

Νοσηλευτική Ογκολογία το πλαίσιο φροντίδας Επιμέλεια: Ελισάβετ Πατηράκη- Κουρμπάνη Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδη, σελ.129

Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική Σχεδιασμός Νοσηλευτικής φροντίδας , τρίτη έκδοση Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Αθήνα 1997 σελ.925

Καρκίνος του μαστού νοσηλευτικές παρεμβάσεις του Ευδοξία Κονιάρη Αθήνα 1991 σελ. 109

Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική , σχεδιασμό νοσηλευτικής φροντίδας της Susan Puderbaugh Uirich, nurse Educator and Consultant Lane Community College Eugene, Oregon σελ. 927

Νοσηλευτική Ογκολογία το πλαίσιο φροντίδας Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Επιμέλεια: Ελισάβετ Πατηράκη- Κουρμπάνη σελ.181

Καρκίνος του μαστού και νοσηλευτική παρέμβαση της Ευδοξία Κονιάρη Αθήνα 1991 εκδόσεις Βήτα σελ. 156, Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική –Νοσηλευτικές διαδικασίες 2^{ος} τόμος Β' Έκδοση της Άννας Σαχίνη- Καρδάση και Μαρίας Πάνου Αθήνα 2000 σελ.486-487

Νοσηλευτική Ογκολογία το πλαίσιο φροντίδας, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης της Lisa Dougherty και Christopherw Bailey Κεφάλαιο ενδέκατο σελ.212

Μελπομένη-Μινέρβα ΜΑΛΛΙΩΡΗ, Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Πάτρα, 17 Μαρτίου 2006, Δημερίδα με θέμα: "Καρκίνος του Μαστού από την Πρόληψη ως τη Θεραπεία", Οργάνωση: Κλινικό Εργαστήριο Ακτινολογίας και Μονάδα Μαστού Χειρουργικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών, <http://www.malliori.gr>

Ο γιατρός συμβουλεύει Προληπτική Ιατρική Τόμος 3^{ος} Θεόδωρος Ντολάτζας Εκδόσεις Κορωναίου 1998 σελ. 431

Rubin D. 1987 Gynecologic cancer, sel.63

Ellerhorst Ryans. Nurcing care of women, London 1985)

Minton J.P. Physiology of the Breast pg. 35 1993

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, Ετήσια έρευνα του καρκίνου 1980

The cancer for disease Control cancer steroid Hormone study: J.A.-M.A. 1983

Fisher B. Et al inflyance of tumor in primary breast cancer 1983

Reilly T.P. Hasazi J.E. and Bond L.A. 1980

Parry G. 1993 Ψυχολογικές κρίσεις και αντιμετώπισή τους. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα

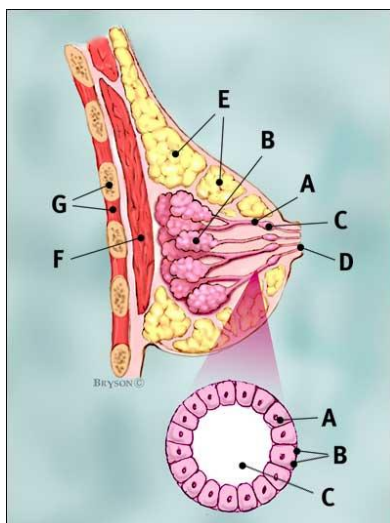
Δανάη Παπαδάτου και Φώτιος Αναγνωστόπουλος 1995 Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα.

Λαζαράτου Ε. 1990 Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο. Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

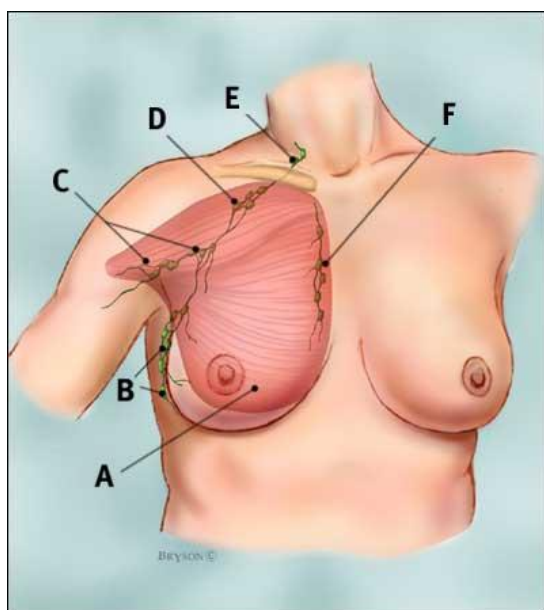
Εικόνα 1

- A. Γαλακτοφόροι πόροι
- B. Λοβία
- C. Διευρύνσεις των πόρων που αποθηκεύεται το γάλα
- D. Θηλή
- E. Λίπος
- F. Μείζων θωρακικός μυς



- A. Φυσιολογικά κύτταρα των πόρων
- B. Βασική μεμβράνη
- C. Αυλός των γαλακτοφόρων πόρων

Εικόνα 2



- A. Μείζων θωρακικός μυς
- B. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες – επίπεδο I
- C. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες – επίπεδο II
- D. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες – επίπεδο III
- E. Υπερκλείδιοι λεμφαδένες
- F. Έσω μαστικοί λεμφαδένες

Εικόνα 3
ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ
ΒΗΜΑ 1^ο



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

Εικόνα 4
ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ
ΒΗΜΑ 2^ο



Σηκώστε τα χέρια και παρατηρήστε για τα ίδια σημεία.

Ακολουθώς πιέστε και τις δύο θηλές και ελέγξτε αν υπάρχει αποβολή υγρού από αυτές.

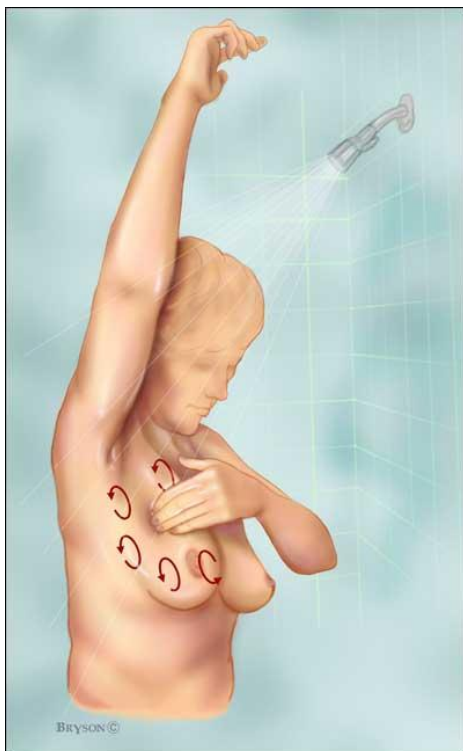
Το υγρό αυτό μπορεί να είναι γαλακτώδες, κίτρινο ή αίμα.

Εικόνα 5
ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ
ΒΗΜΑ 3^ο



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

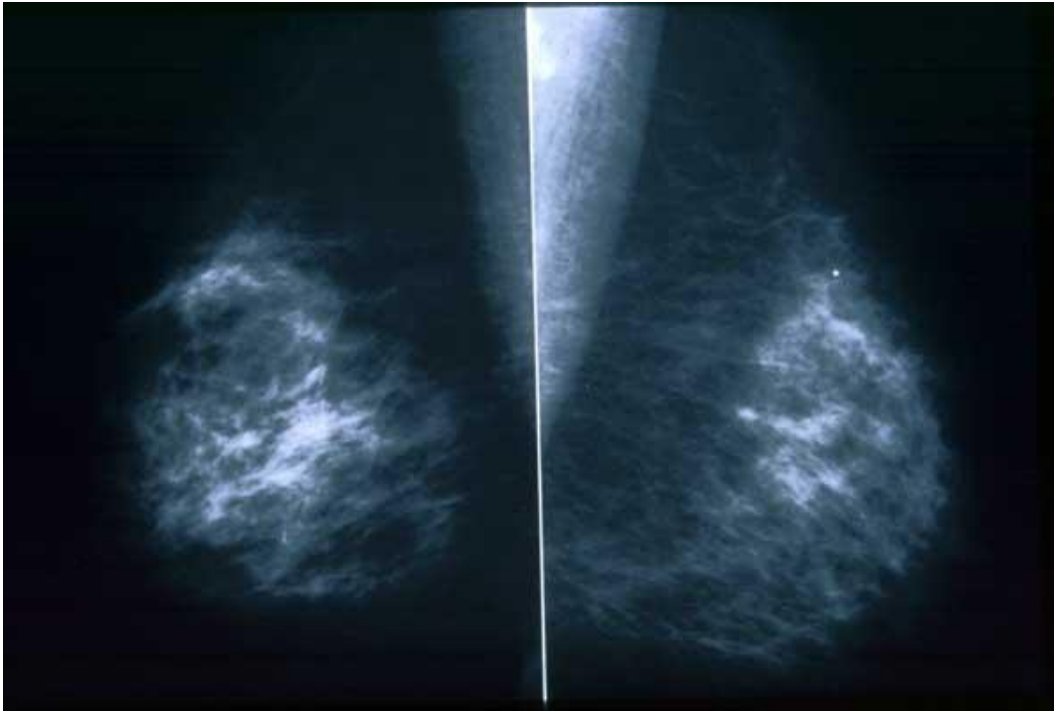
ΒΗΜΑ 4^ο



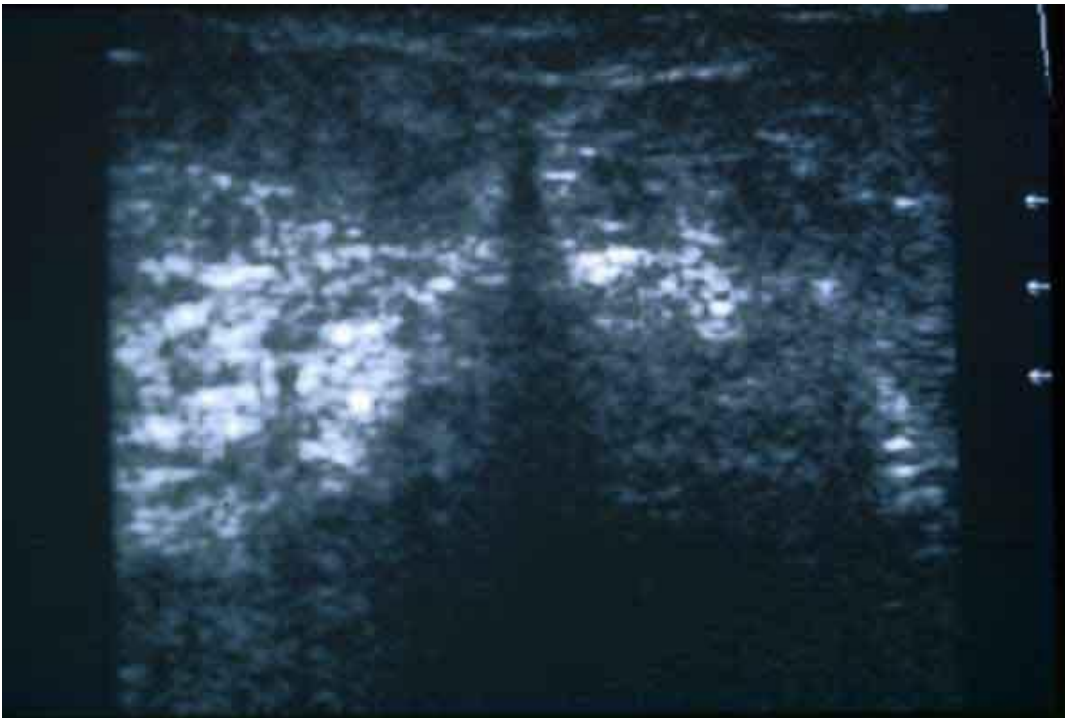
Ακολουθείστε την ίδια διαδικασία με τα ίδια βήματα σε όρθια θέση.

Πολλές γυναίκες αισθάνονται καλύτερα τον μαστό τους όταν το δέρμα είναι υγρό και γλιστερό, έτσι προτιμούν να κάνουν αυτό το στάδιο της αυτοεξέτασης όταν κάνουν μπάνιο.

Εικόνα 7
ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

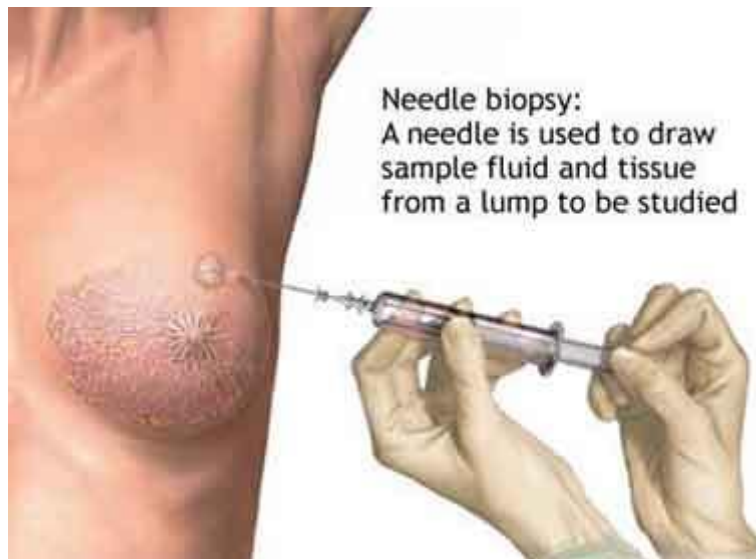


Εικόνα 8
ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ

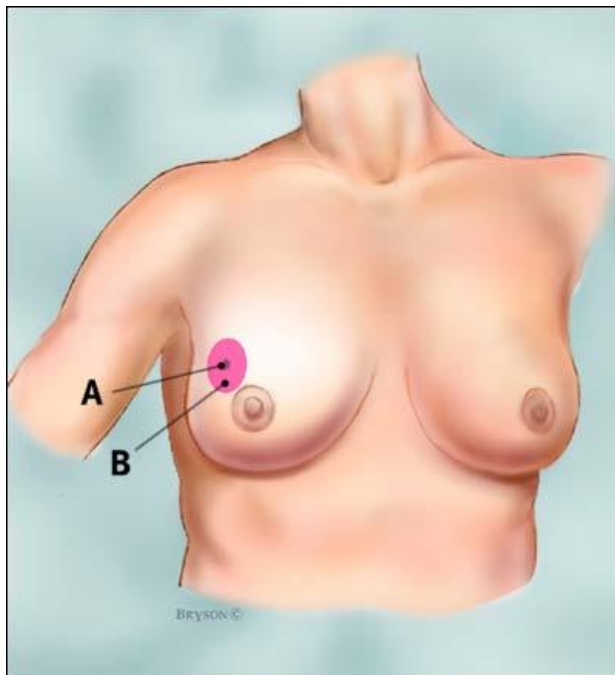


ΕΙΚΟΝΑ 9

Βιοψία



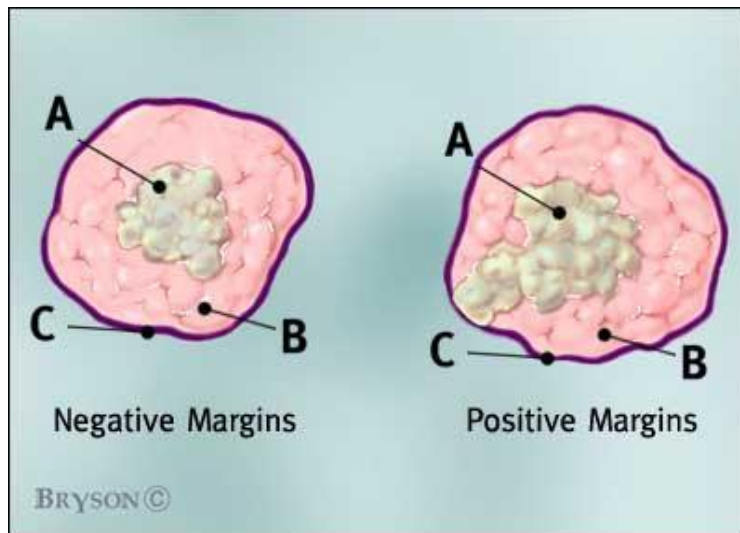
ΕΙΚΟΝΑ 10



Ογκεκτομή

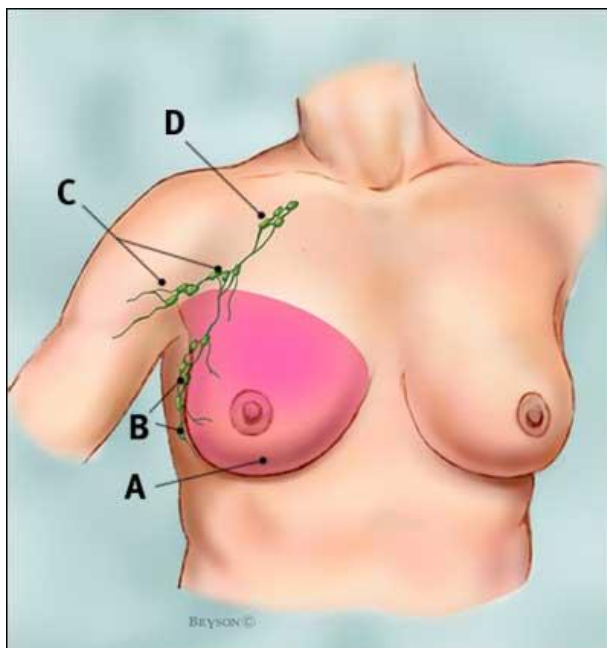
Αποτελεί αποδεκτή μέθοδο αντιμετώπισης για ορισμένες περιπτώσεις καρκίνων του μαστού, συνήθως όμως πρέπει να συμπληρώνεται με ακτινοθεραπεία στον υπόλοιπο μαστό, με σκοπό να καταστραφούν

EIKONA 11
ΤΕΤΑΡΤΕΚΤΟΜΗ



- Τεταρτεκτομή*
A. Καρκινικά κύτταρα
B. Υγιής ιστός
C. Χρωστική στα όρια της εκτομής

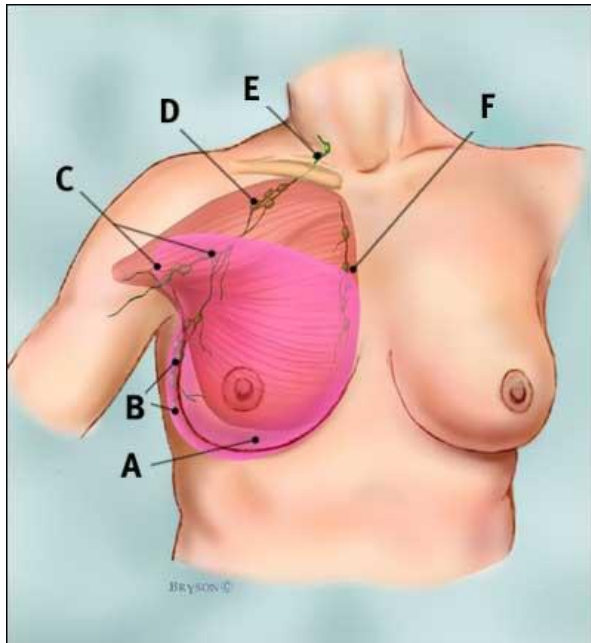
EIKONA 12



Απλή μαστεκτομή
Αφαιρείται ολόκληρος ο μαστός χωρίς να γίνει λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης. Πιθανόν να αφαιρεθούν κάποιοι λεμφαδένες (επιπέδου I) οι οποίοι βρίσκονται πολύ κοντά στον μαστό.

ΕΙΚΟΝΑ 13

Ριζική μαστεκτομή



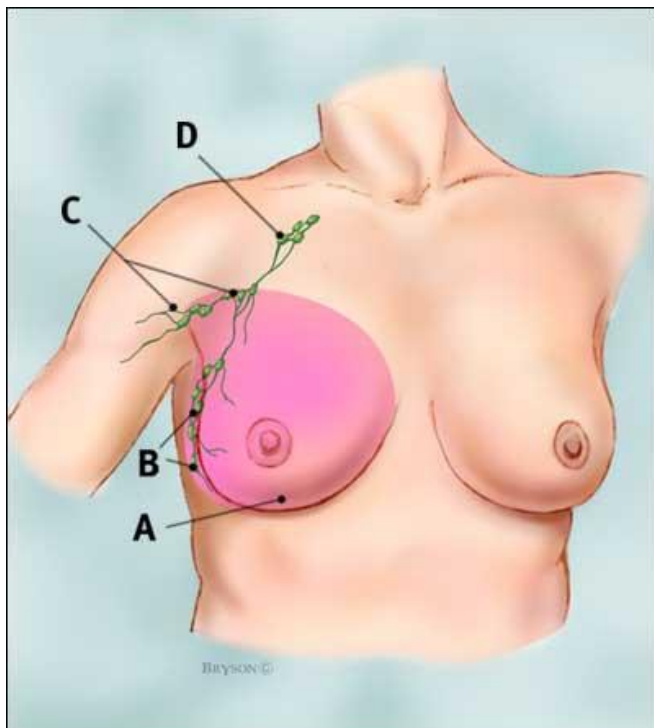
Ριζική μαστεκτομή

Αφαιρείται όλος ο μαστός, γίνεται πλήρης λεμφαδενικός καθαρισμός και αφαιρούνται και οι μύες του θώρακα κάτω από τον μαστό.

Έχει καταργηθεί, καθώς έχει τα ίδια αποτελέσματα με την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

ΕΙΚΟΝΑ 14

Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

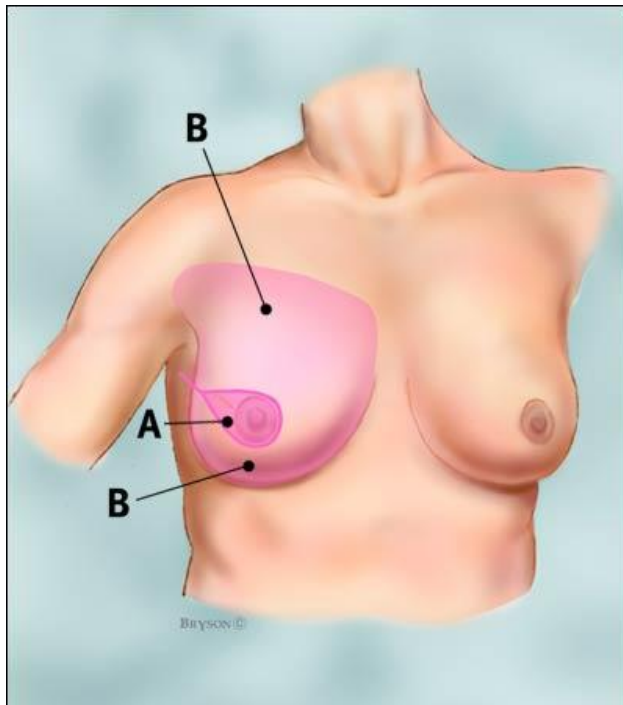


Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Είναι η συχνότερα εφαρμοζόμενη μέθοδος μαστεκτομής.

Γίνεται αφαίρεση όλου του μαστού και λεμφαδενικός καθαρισμός μασχάλης επιπέδων I και II

ΕΙΚΟΝΑ 15
Υποδόριος μαστεκτομή

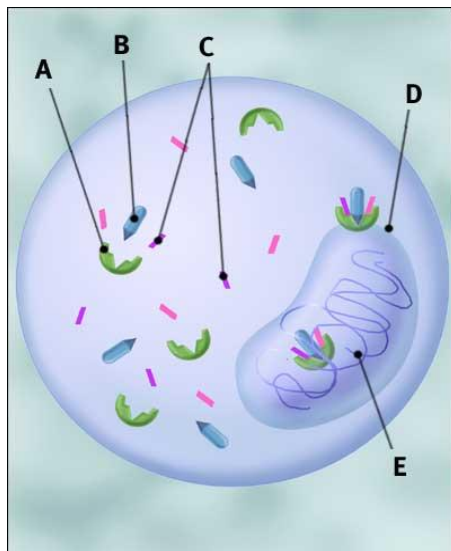


Υποδόριος μαστεκτομή
Εφαρμόζεται όταν υπάρχει προοπτική για αποκατάσταση του μαστού με κάποια μέθοδο επανορθωτικής πλαστικής χειρουργικής. Προϋπόθεση να αφαιρείται πάντα η θηλή του μαστού και να μην διηθείται το δέρμα από τον καρκίνο.

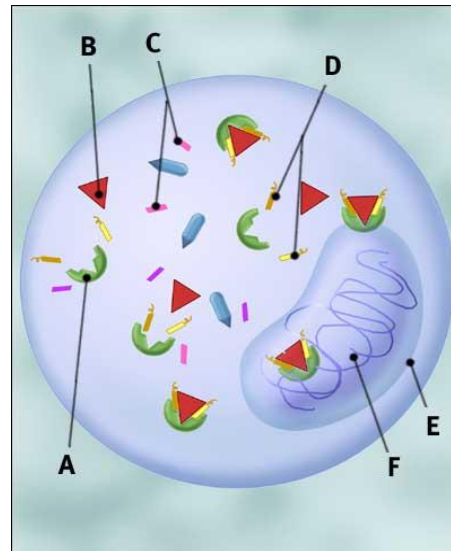
A. Το τμήμα δέρματος που αφαιρείται μαζί με την θηλή
B. Η έκταση του αδένου που αφαιρείται

ΕΙΚΟΝΑ 16

ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ



Καρκινικά κύτταρα με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς (A)



Το φάρμακο (B) που συνδέεται με τους υποδοχείς και τους μπλοκάρει

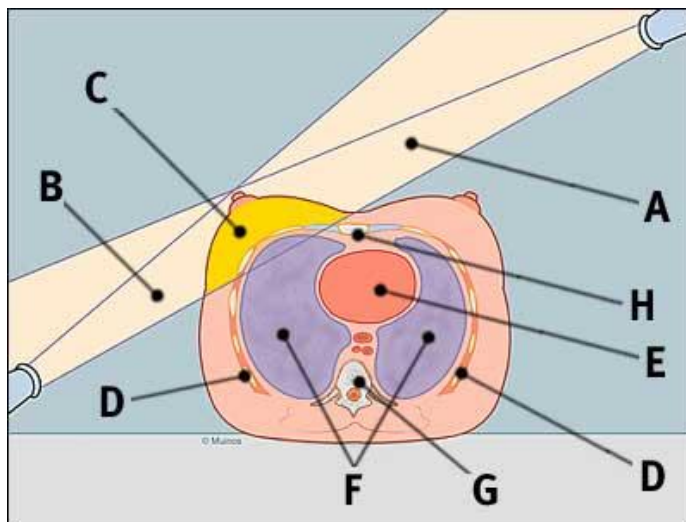
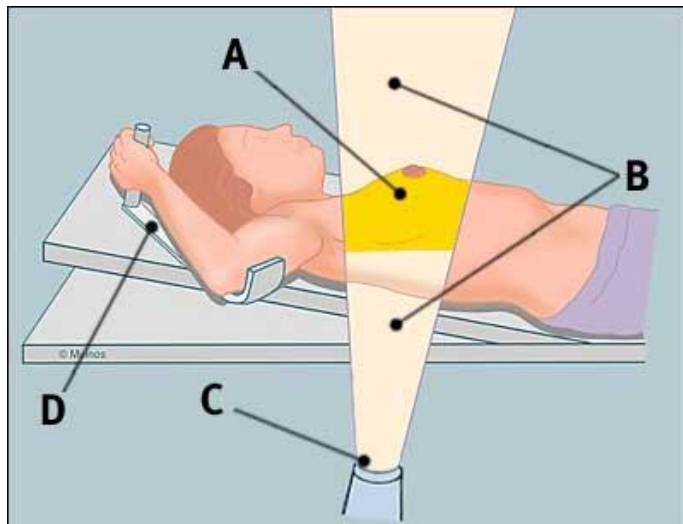
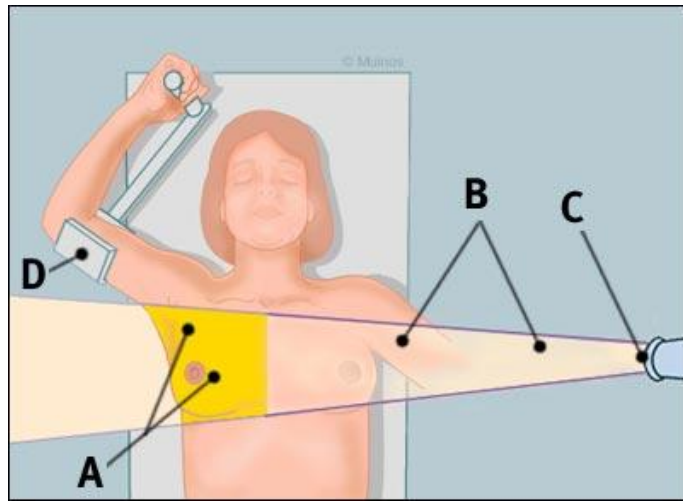
ΕΙΚΟΝΑ 17
ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ



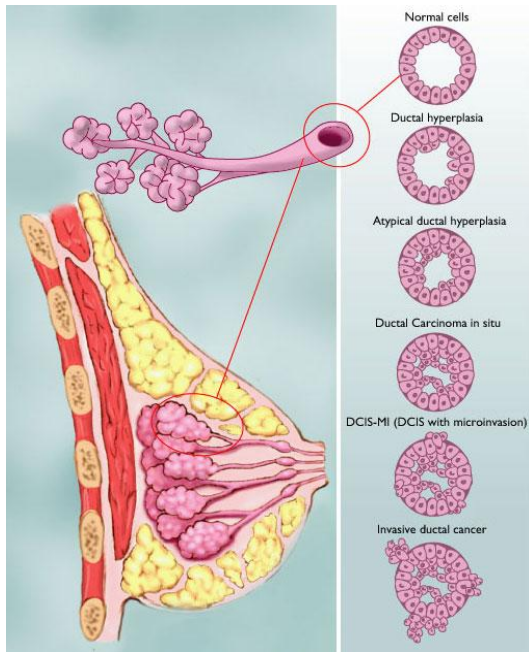
ΕΙΚΟΝΑ 20
Αλωπεκία



ΕΙΚΟΝΑ 18
ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ



ΕΙΚΟΝΑ 19



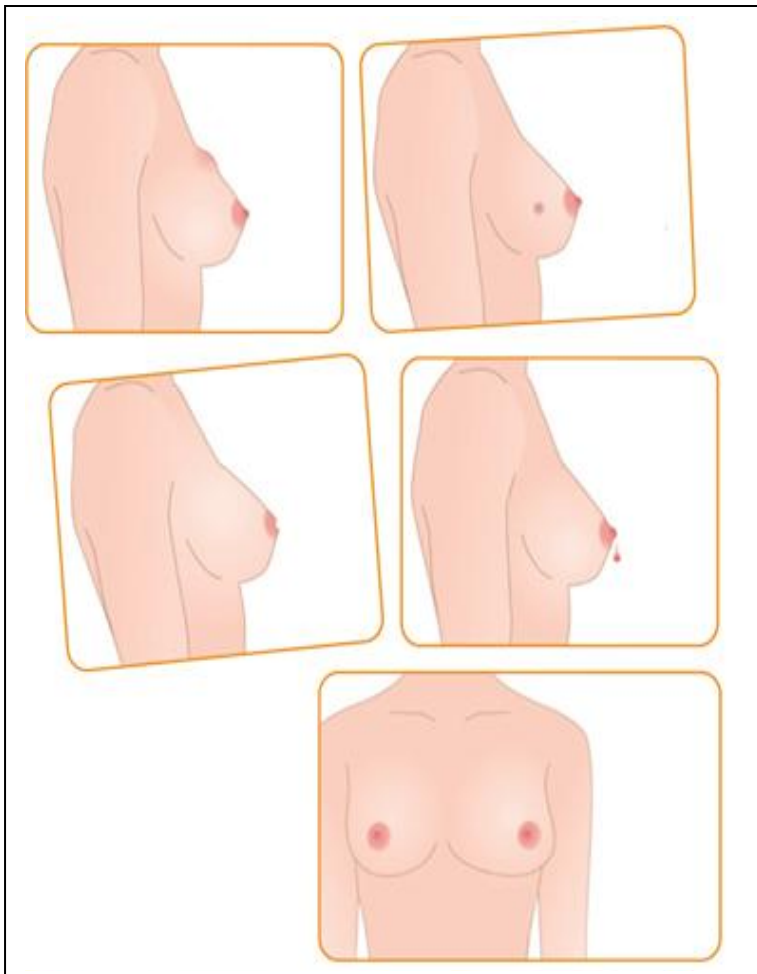
Στάδια εξέλιξης προς
διηθητικό καρκίνωμα:

Φυσιολογικός πόρος

Καλοήθης υπερπλασία
πόρων

Άτυπη υπερπλασία πόρων

ΕΙΚΟΝΑ 21



Συμπτώματα

Όγκος: Σε συχνότητα
πάνω από 80% κάνει την
εμφάνιση του με τη
μορφή όγκου.

Πόνος: Ο πόνος θα
οδηγήσει τη γυναίκα στο
γιατρό σε συχνότητα 10%
και είναι ύποπτος για
καρκίνο.

Εισολκή δέρματος και
θηλής: Αποτελούν
παθολογικά σημάδια
καρκίνου μαστού.

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

Αλλαγή του μεγέθους των
μαστών

